

就業経験のある発達障害者の  
職業上のストレスに関する研究  
—職場不適応の発生過程と  
背景要因の検討—

2018年4月

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構  
障害者職業総合センター

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

**就業経験のある発達障害者の  
職業上のストレスに関する研究  
—職場不適應の発生過程と背景要因の検討—**

2018年4月

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

**障害者職業総合センター**

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION



## ま え が き

障害者職業総合センターでは、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、我が国における職業リハビリテーション・サービス機関の中核として、職業リハビリテーションに関する調査研究をはじめとした、さまざまな業務に取り組んでいます。

この資料シリーズは、就業経験のある発達障害者の職業上のストレスを検討するため、発達障害者の診断に関する近年の動向や発達障害のストレスに関する文献から課題を整理するとともに、発達障害診断に携わる医師へのヒアリング調査によって医療機関で聞かれる当事者のストレスや職場不適應の状況を明らかにし、今後の職業リハビリテーション支援に期待されることを検討した結果を取りまとめたものです。

本書が発達障害者の職業リハビリテーションに携わる方々に活用され、わが国における職業リハビリテーションをさらに前進させるための一助になれば幸いです。

2018年4月

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

障害者職業総合センター

研究主幹 木原 亜紀生

執筆担当

知名 青子 障害者職業総合センター 研究員

研究担当

戸ヶ崎 文泰 障害者職業総合センター 統括研究員

知名 青子 障害者職業総合センター 研究員

謝辞

本研究では、多くの方のご協力を頂き、研究課題を達成することができました。

ヒアリング調査に関しては、NPO 法人ワークス未来千葉障害者就業支援キャリアセンター 藤尾健二 センター長、医療法人社団雄仁会メディカルケア虎ノ門 五十嵐良雄 理事長、医療法人社団 青木末次郎記念会あつぎ心療クリニック 福田真也 医師、新検見川メンタルクリニック 佐々毅 院長、明神下診療所 米田衆介 所長のほか、障害者職業総合センター職業センターのご協力を賜りました。

ここに記して御礼申し上げます。

## 目 次

概 要	1
序	3
研究の問題意識	3
第1章 発達障害者像の拡大の背景	
はじめに	5
第1節 発達障害の診断基準についての近年の議論	6
1. DSMをめぐる動向	6
2. ICDをめぐる動向	10
第2節 発達障害と合併精神障害に関する知見	12
第3節 本研究における発達障害者の輪郭	14
【文献】	15
第2章 職場における発達障害とストレス	
第1節. ストレス概念とストレスモデル	17
1. 基礎的概念	17
2. 職業性ストレスと職場不適応	19
3. 本邦における職場のストレス要因	22
第2節 職業性ストレスとメンタルヘルス	23
1. 職場環境と精神疾患発生の関係	23
2. 対処法（コーピング）の特性	23
3. ソーシャルサポートの効果について	24
第3節 発達障害における職業性ストレス	25
【文献】	27
第3章 発達障害者の事例化と職業リハビリテーションの課題	
第1節 専門家ヒアリング調査の枠組み	30
1. ヒアリング調査の目的	30
2. 対象者選定要件	30
3. ヒアリング協力者	30
4. ヒアリング項目	30
5. ヒアリング結果の分析方法	30
第2節 結果 発達障害者の診断と治療	31
1. 就職前段階の事例化	31
【事例1：障害者雇用を視野に入れた診断・治療】	31
2. 就職後の不適応による事例化（一般就労中・休職者への治療と対応）	32

【事例2：院内プログラムによる治療・支援】 .....	32
【事例3：発達障害者支援センター・地域の就労支援機関との連携による対応】 .....	33
【事例4：他精神科からの紹介】 .....	35
第3節 考察	
1. 発達障害者の事例化の経緯と医療機関の機能 .....	37
2. 発達障害者の事例化の経緯における職業ストレス .....	39
3. 発達障害者の事例化と職業リハビリテーションの役割 .....	42
【文献】 .....	43
おわりに .....	45

## 概 要

近年、一般の労働者（健常者）を対象とする産業保健の枠組みにおいて、自閉症スペクトラム障害等をはじめとする“発達障害”は「職域のメンタルヘルス診療の中で職場不適応や難治性うつ病の背景因子の一つ（堤，2016）」として関係者に認知され始めている。

一方、産業保健や一般精神科医療における定型発達者（非発達障害者）をモデルとした医療側からの発達障害に対する認知の拡大と、発達障害者支援法施行以降の発達障害者の増加、対象者像の非典型化の現象は、職業リハビリテーション・サービスに到達する発達障害者の対象者像を拡大させる可能性を示唆しているといえる。

上記の背景から本研究では成人期以降の発達障害者における、職場不適応を契機とした事例化に焦点をあて、職業性ストレスの観点から課題整理を試みることで、職業リハビリテーション・サービスに期待される支援や機能について検討した。

### 1 発達障害の診断に関する近年の動向

診断体制整備は発達障害者支援法の施行時点以降、緊急性や優先性が指摘されたが未だに十分ではなく、成人期の発達障害診断において注視すべき点として、診断基準に満たないグレーゾーンの範囲に含まれる者への処遇の問題がある。米国精神医学会による診断基準である DSM（精神障害の診断と統計の手引き）に対しては、早期治療の観点からあまり厳しい診断閾値設定は望ましくないという立場が主に児童精神科医において見られ、逆に成人期発達障害においては安易に成人型精神疾患としてラベリングされることへの危惧が見られた。DSM にせよ、世界保健機構による ICD（国際疾病分類）にせよ確定診断が容易ではない基準であることが指摘されていた。また、発達障害に他の精神疾患との合併率の高さが指摘されている。“併存症の独特な現れ方”や“各併存症が複雑に影響しあう可能性”について、発達障害の特性と同様に適切に評価していく姿勢が求められるといえる。

### 2 発達障害とストレス

一般のストレスモデルを背景としたメタ分析研究を俯瞰した報告からは、「過剰な“職場からの要求”」、「低い“仕事のコントロール”」、「高い“努力・報酬不均衡”」、「職場のいじめ」ならびに「社会的支援の少なさ」がうつ病発症に寄与する可能性が示唆されていた。産業保健領域における職業性ストレス研究の最近の関心はその多くが一次予防、二次予防の取組となってきている。また、産業医において面接相談の場に発達障害が疑われる、あるいは診断を持つ者が増加しているという報告があることから、対応の必要性に対する認識が広まり始めている。

発達障害者においては、障害特性がストレス脆弱性を高めていることが多数の調査研究において報告されている。職場における発達障害者のストレスを検討する上では、障害特性（あるいはその人の認知特性）を適切に評価し、把握することが必須である。

### 3 医療機関ヒアリングから明らかになった点

医療機関における発達障害の事例化は、社会適応上の問題により本人・周囲の気づきによって受診行動につながるか、メンタルヘルス不全として精神科医療の対象として受診につながることを契機としていた。

医療機関において職場適応のためにとられる方法はさまざまであり、職業リハビリテーションの機能の一部を担うことで障害者雇用が検討されたケース【事例1】、医療リハビリテーションの枠組みにおいて一般就労の適応を目指すケース【事例2】、医療機関外の資源を活用しながら社会適応・職場適応を目指すケース【事例3、事例4】に大別された。職業リハビリテーションの専門支援は、医療機関の機能を補完する形で提供されることが期待されるが、そのために医療機関による当事者への専門的支援への案内・紹介もまた効果的である可能性が示唆された。

診断基準に対してマージナルな領域にある者においては、事例化せずに適応している者も存在しているが、ストレス脆弱性などからメンタルヘルス不全を生じ、受診に至る可能性もある。障害特性への対応・支援が必要になった場合において、障害者を専門とした支援システムが直ちに利用されるとは限らないことから、一般向けの相談窓口を経ていかに専門的支援(職業リハビリテーション)に誘導するかが鍵となるといえる。

#### 4 今後の課題

診断名から発達障害の個別性を把握することは難しい。幼児期・児童期の診断ではなく、成人期以降に診断を受けるものにおいては、特性の淡い者、グレーゾーンにある者、他の精神疾患を発症することで事例化する者などがみられた。これらの対象者について臨床現場における障害特性に対するアセスメントにおいて“併存症の独特な現れ方”や“各併存症が複雑に影響しあう可能性”に焦点をあて、これらを綿密に検討していくことが求められるといえる。しかしながら、必ずしも問題解決のために職業リハビリテーションが選択されるとは限らない現状もあり、支援機関として職業リハビリテーション機関の利用可能性を高める方策を検討することが必要である。このため、特性を評価するツールの開発、職業評価における基礎的研究は、一層の蓄積が求められる。

# 序

## 研究の問題意識

近年、一般の職場におけるメンタルヘルス不調への問題について、産業保健の観点からはストレスチェック制度<sup>1)</sup>等によるスクリーニングを通じた一次予防・未然防止、および二次予防としての早期発見、早期対応、三次予防としての復職支援・再発予防が重視されるようになってきている。一般の労働者（健常者）を対象とする産業保健の枠組みにおいて、自閉症スペクトラム障害等をはじめとする発達障害は「職域のメンタルヘルス診療の中で職場不適応や難治性うつ病の背景因子の一つ（堤，2016）」として関係者に認知され始めている。

一方、発達障害者支援法の施行以降、早期発見による児童期・青年期の発達障害診断と治療のみならず、成人期以降の職場不適応によって事例化<sup>2)</sup>するケースについての実践報告が増加している。しかしながら、成人期発達障害については、過剰診断、他の精神疾患との誤診、発達障害の見逃しの問題や、専門医が長期にフォローアップする場合の成長に伴う診断名の変更など、診断そのものを中心とした課題が多々指摘されている。さらに、最近では診断のグレーゾーンであっても、発達障害特性が背景にあって不適応に至るケースとして理解される事例の報告が多く見られるようになった。このような動きは、先述した背景因子としての発達障害への関心の高まりともいえる。

産業保健や一般精神科医療における定型発達者（非発達障害者）をモデルとした医療側からの発達障害に対する認知の拡大と、発達障害者支援法施行以降の発達障害者の増加の現象は、職業リハビリテーション・サービスに到達する発達障害者の対象者像を拡大させる可能性を示唆しているといえる。

上記の背景から本研究では幼児期・児童期に診断のつく発達障害者の事例ではなく、成人期以降に職場不適応によって事例化し発達障害の診断のつく過程に焦点をあて課題整理を試みることで、職業リハビリテーション・サービスにおける期待される支援や機能について検討することとする。

なお、研究対象とする「就業経験のある発達障害者」は、診断前は一般的な労働者であり、それまで健常者としての自己同一性を確立していた者である。その多くは、精神医療・産業保健領域におけるストレスモデルの枠組みによって“メンタルヘルス不全”や“職場不適応”の状態にある者として医療化される経緯を辿るだろう。このようなケースが近年“発達障害を疑える者”として精神科医のみならず産業医にも認識され始めている。しかし、健常者として歩んだ当事者における“発達障害”診断は、その後の職場適応に向けてどのような課題があるのだろうか。具体的には、職場不適応がきっかけとなり相談、検査、診断等を通して明確化される障害の存在、診断という転機、職場適応のための社会的支援利用と専門的支援利用への道程において、その一つ一つの段階にどのような課題が存在しているのかということである。

---

1) ストレスチェック制度：国の新しいメンタルヘルス対策。平成26年6月25日に公布された労働安全衛生法の一部を改正する法律により設けられた。労働者に対して行う心理的な負担の程度を把握するための検査（ストレスチェック）や、検査結果に基づく医師による面接指導の実施など事業者に義務づける制度（従業員数50人未満の事業所は特例措置として、当分の間努力義務）である。平成27年12月1日からの施行。

2) 本研究では、「事例化」という言葉を、医療の枠組みにおいて医療の対象として認識され、実際に患者となりゆく現象として使用している。また本文中では同様の意味として「医療化」という言葉を用いる場合もある。「医療化」はそれまで医療的問題として扱われなかった領域が、社会システム側の変化により社会的に病気・疾病・障害などとして定義され、医療の対象になる現象として社会学的に用いられる用語である。

本研究では、上記の問題意識を持って文献調査と医療機関ヒアリングにより課題整理を試みる。

また、一般の労働者（健常者）における発達障害者としての事例化・医療化の過程は一般のストレスモデルの視点によって理解される。そこで、本研究ではストレスを発達障害者の事例化を説明する重要なキーワードとし、職業上のストレスとその発生過程や背景について考察を行うこととしたい。

#### 【文献】

堤 明純 2106 職場におけるメンタルヘルス不調のスクリーニング 総合健診 43 巻 2 号 p15-21.

井上 勝夫 2015 大人の自閉症スペクトラム症の過剰診断 臨床精神医学 第 44 巻 第 1 号 p31-36.

神尾 陽子 2014 DSM-5 を読み解く 伝統的精神病理、DSM-IV、ICD-10 を踏まえた新時代の精神科診断、  
中山書店

木村 祐子 2006 医療化現象としての「発達障害」－教育現場における解釈過程を中心に－，教育社会学研究第 79 集， p5-24.

## 第1章

# 発達障害者像の拡大の背景



# 第1章 発達障害者像の拡大の背景

## はじめに

平成17年4月1日、我が国の時代のニーズを背景として、「発達障害者支援法」（平成16年法律第167号）が施行された。本法は、それまで身体障害、知的障害、精神障害の3分類であったそれぞれの「福祉法」の対象外となっていた発達障害圏にある者を支援対象とし、支援の必要性の根拠を明確にすることを目的として当事者や家族、関係団体からの強い要望をうけ成立へ至ったという経緯がある。

発達障害とは発達障害者支援法によれば「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能障害で、その症状が通常低年齢で発現するものとして政令で定めるもの」（発達障害者支援法第2条第1項）として定義されている。この行政的定義による発達障害は、医学的診断による発達障害圏の一部を示しているにすぎない。発達障害という言葉はさまざまな診断名を包括する上位概念である。したがって、法で定める“発達障害”の範囲とは別に、発達障害に分類される多様な診断名が存在している（望月・内藤，2009）。

一方で、診断名に対応する治療法や対処法、訓練の手法は確立していない現状がある。発達障害は「行動特徴を根拠に診断を下しており、生物学的に非常に不均質な疾患群（佐々木ら，2015）」といわれるように多様な状態像を持つ疾患である。このため、診断名から対象者の個別性を把握することは難しい。医療機関の受診に至る者においては、診断のための情報収集として多様な方法（ウェクスラー知能検査、脳波・頭部画像検査、生育歴、家族歴、面接等）によって特徴・特性が把握されることが多い。診断後は、その状態像に応じた適切な治療・支援の重要性が、教育や医療、福祉、労働など様々な領域で指摘されている。

さて、職業リハビリテーション・サービスの専門支援の臨床現場では、発達障害者の利用者数が年々増加している。利用者においては発達障害単独診断ばかりではなく、発達障害の重複診断や気分障害（双極性障害やうつ）、適応障害、不安障害等の精神疾患を合併するケースも多数ある。その結果、状態像の理解と職業評価の困難性は高まっているといえる。さらに最近では、発達障害者としての利用者のみならず、精神障害者として利用する者において発達障害特性が疑われる場合もあることが臨床現場から聞かれるところである。

そこで、まず第1章では、診断基準に関する精神医学領域での近年の議論と、発達障害と精神疾患の併存の実態に関する知見整理を行い、職業リハビリテーション・サービスの利用に至る発達障害者の利用者像が非典型化<sup>\*</sup>する背景を概観する。これによって、現在、職業リハビリテーションの対象となっている発達障害者の輪郭を提示するとともに、本研究で発達障害者の職業的ストレスの検討を深めるための基礎としたい。

---

※ 発達障害の“非典型”：以前、発達障害は「知的障害」「脳性まひ」といった障害名を代表する言葉として使用されていた。しかし、近年の「発達障害」といえば、その対象者像は上記の障害名に限らない。発達障害者支援法で定義される発達障害者を中心とした、青年期・成人期以降に事例化するケースを含めることが多い。このため、本研究で発達障害の“非典型化”という場合に、「成人期以降に発見されて発達障害診断のつく者」「発達障害を複数合併している者」「成人期以降に受診するが確定診断に至らない“発達障害の疑い”となる者」「発達障害とは別に、他の精神疾患を合併している者」を具体的な対象者像として用いることとする。

なお、これらの対象者像が本来的に発達障害の非典型であるかどうかの真偽は不明である。診断・治療・支援の対象として焦点化されたことにより、先の発達障害とは異なる対象者像として“非典型”という言葉が用いられることもある。

## 第1節. 発達障害の診断基準についての近年の議論

松崎 (2015) は「一人の患者につけられた診断が医師ごとに異なっているのは、精神医療の現場では珍しいことではない」と述べている。ジョエル・パリス (Paris,J (松崎, 2015)) は「医学のほかの領域では、徴候や症状から得た印象を、血液検査や画像検査、遺伝マーカーを用いて確認できるが、精神医学ではできない。生物学的マーカーや検査が精神医学には**まったく存在しない**」(太字は本文通り)と指摘する。精神疾患を概念化するための客観的指標が不在であることは、精神疾患そのものを定義すること、診断することの困難さを物語っている。これらの指摘は、発達障害圏の診断においても例外ではない。

発達障害を含む精神疾患の診断は、米国精神医学会 (American Psychiatric Association : 以下 APA) による精神障害の診断と統計の手引き (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : 以下 DSM) や世界保健機関 (World Health Organization:以下 WHO) による国際疾病分類 (International Classification of Diseases and Related Health Problems : 以下 ICD) といった医学的診断分類を用いることが多いといわれる。本節では、それぞれの診断体系・診断基準と発達障害の診断における近年の課題を概観し、本研究が対象とする発達障害者の範囲を確認する。

### 1. DSM をめぐる動向

APA が 2013 年 5 月に精神疾患の診断分類体系である DSM の改訂版となる DSM-5 を発表した。DSM-III (1980) 以来の大幅な変更であったといわれており、我が国で発達障害の診断を主に担う児童精神医学から成人精神医学まで広い領域を中心に今も大きな関心を集めている。

そもそも、DSM-III (1980) が当時の精神医療界において「パラダイムシフトであり、大きな議論を引き起こした (Paris,J.2015)」とされ、歴代の診断基準として最もインパクトを与えた過去がある。DSM-III の革新性は「カテゴリー診断」の考え方にある。カテゴリー診断とは操作的診断ともいわれており、「発症の原因や経過による疾患分類を一切排除した (黒木・神庭, 2014)」または「病因論を排して症候学に則った診断と分類 (中根, 2013)」と言われている。医師間で異なる診断の信頼性を高めるため、精神疾患を明確に定義し、疾患と疾患の間に境界線を引くような診断方法であるといえる。

また、DSM-III では操作的診断基準によって定義された精神障害について、5 つの異なった側面で総合的に診断を実施する多軸 (多面的) 評価システム (第 I 軸は「精神疾患」、第 II 軸は「精神遅滞と人格障害」、第 III 軸は「身体的症状」、第 IV 軸は「環境状況」、第 V 軸は「全体的な適応状況」) が導入されている (森・杉山, 2014)。カテゴリー診断 (操作的定義) と多軸診断による総合的な診断方法は世界に広く受け入れられ、本邦においても「日本語版の導入を経て爆発的な反響を呼んだ (中根, 1994)」といわれている。なお、DSM-III (1980) のカテゴリー診断・多軸診断の考え方は、以降の DSM-III-R (1987)、DSM-IV (1994)、DSM-IV-TR (2000) においても引き継がれたといわれる。

発達障害に着目すれば、「発達障害」の領域は、DSM-III (1980) で初めて設けられ、その領域内で自閉症が定義されたといわれる。DSM-III 以降の発達障害の経緯について清水 (2014) は次のように述べる。

- DSM-Ⅲにおいて「カナーが提唱し、その後の実証的研究により洗練された幼児自閉症概念を中心に据え、それと症状論的に少しずれたタイプや経過のうえで屈曲するタイプを周辺群において、それらをひとくくりにした広汎性発達障害という上位カテゴリーが設定され、診断概念の整理がひとまず完成した」
- DSM-Ⅲ-R（1987）で自閉症の定義が“autism”という言葉での説明ではなく、三つ組み（対人的相互交渉、コミュニケーション、興味・関心の限局化）という定義に変更され、コミュニケーションについての評価には発達の視点がより強調された。同時に、診断カテゴリーがぱっさりと整理され、広汎性発達障害のもとにあるのは、中核的な自閉性障害と周辺的な特定不能の広汎性発達障害のみとなり、第三版に比べると障害の概念は広がった。

清水（2014）は DSM-Ⅲ-R 時の変更について「最新の DSM-5 に考え方が近かった」としている。しかし次なる DSM-Ⅳ（1994）への改訂では広汎性発達障害の下位カテゴリーとして、“自閉性障害”、“レット障害”、“特定不能の広汎性発達障害”が置かれることとなり、「再び操作的診断基準の色彩が強まった」ことを指摘している。

次に、杉山（2014）は DSM-Ⅲ（1980）のカテゴリー診断に対し、児童を対象とした診断において次のような問題を指摘している。

- 異なった病因に基づくよく似た臨床像の区別がまったくできない
- ある疾患に関して、成人と同じ項目を用いて児童を診断したとき、その病態は成人と同じ診断名でよんでよいか
- 子どもは発達をする存在なので臨床像も変化していく。それに対してカテゴリー診断を行うと診断基準を満たしたり満たさなかったりする

カテゴリー診断における信頼性と客観性を保つための病因論の排除が、結果として「異なった病因の区別」を難しくさせている状況や、成長著しい児童期の臨床像を操作的定義で捉えることの難しさがこの指摘から示唆されている。類似の指摘は本田（2014）にもみられる。

- 幼児期前半から学齢期以降にかけてフォローアップした「アスペルガー症候群」に該当すると診断した症例について、早期経過を詳細に検討したところ ICD-10 および DSM-Ⅳの「アスペルガー症候群」の定義の妥当性に疑問を呈する結果になった
- 特定のカットオフポイントを定めた症候と経過によって線形性を持ってカテゴリー分けをしようとする ICD-10 および DSM-Ⅳの広汎性発達障害に関する診断分類の試みには、はじめから限界が見えていた

また神尾（2014）は、「カテゴリー分類の限界として、診断基準に完全に合致しない非定型や臨床閾下の人々の臨床ニーズに対する感度の低さがあげられる」ことを指摘している。DSM は精神疾患の分類を提示する一方で、児童期の“発達に伴う状態像の変化”に対しては、その境界や基準が可変的かつ曖昧で、不確実性の高いものであることが示唆されている。

当初は「証明されていない理論的な前提を用いない、純粹に記述的な分類となることを追求していた（APA,1980,pp6-8）」ことが広く支持された理由だったが、「共通言語としてあまりに広く、疑念を差し挟まれることなく使用されてきた結果、むしろ精神医学における診断分類の発展が妨げられてきた（Hyman,2010）」、「なぜ操作的診断の精神疾患への適用について批判が多いかといえば、治療のために精神疾患を「描き出す」あるいは「切り取る」のに DSM-III で用いられている操作診断基準の精度は粗雑で、我が国の精神科医が抱えてきた疾患イメージをととも汲み尽くせないと感じられたことに主な理由があるように思う（岡崎, 2011）」といった言葉に代表される精神科医らからの批判が生じることとなった。

DSM-IV からの改訂に向けた基本方針である“A Research Agenda for DSM-V”では、先述した「カテゴリー診断の臨床上の問題」や「カテゴリー診断は精神疾患の病因・病態の解明（生物学的研究）の足かせ」となっている現状、「多軸診断システム」が批判され、ディメンショナル的（多元的）診断方法への見直しの必要性等が明示されることとなった。

ディメンショナル的診断とは事象を多面的に捉えて診断するという考え方である。黒木・神庭（2014）は「複数の尺度による定量的な精神症状評価であり、正常なパーソナリティと病的なパーソナリティ、そして精神疾患を連続面で統計的に解析し、確率論的に治療反応性や予後を予測する診断システムである」としている。なお、黒木ら（2012）によれば、ディメンショナル的診断はカテゴリー診断に比して“感受性”が高い特性を持つという（表 1-1）。このような構想に基づいて実際の DSM-5 はどのように刷新されたのだろうか。

表 1-1. カテゴリー的モデルとディメンショナル的モデルの対比

カテゴリー的モデル	ディメンショナル的モデル
特異性が高い	感受性が高い
重症精神障害に適する	パーソナリティ障害、発達障害に適する
群間研究（臨床試験）に適する	生物学的研究（遺伝学や脳画像）に適する
精神症状評価に適する	転帰追跡研究に適する
医療福祉サービスへのアクセスに有用	予防（早期発見、早期介入）に有用

（黒木、2012）

黒木・神庭（2014）によれば「当初は DSM-III 以来のパラダイムシフトとして改訂の目標に大きく掲げられたディメンショナル的モデルの導入であったが、蓋を開けてみると、さしもの DSM-5 特別委員会も同モデルの採用はなお時期尚早として見送らざるをえなかったようである」という。

結果的に DSM-5 は、従来通りの操作的診断基準を用いた診断を踏襲することとなった。しかし、障害群の章の構成を生涯発達の軸に沿って各章を構成することで“発達の視点”が含まれる（須賀, 2017）」ことになった点、章構成のもう一つの軸として「内在化障害群と外在化障害群の 2 因子による階層構造モデルに対応するように配置されている」点が、DSM-5 全体の大きな改訂となっている。黒木・神庭（2014）はこの階層構造モデルについて「近接する章の障害群同士がより上位のクラスターに属する可能性を示唆しており、今後のディメンショナル的モデルへの橋渡しをするものである」としている。

さて、DSM-5 (2013) では診断分類として 22 のクラスターが設けられ、その冒頭に「神経発達症群／神経発達障害群 (neurodevelopmental disorders)」が位置付けられた。DSM-5 によれば神経発達症群とは、「発達期に発症する一群の疾患である。この障害は典型的には発達期早期、しばしば小中学校入学前に明らかとなり、個人的、社会的、学業、または職場における実行機能の制御といった非常に特異的で限られたものから、社会的技能または知能の全般的な障害まで多岐にわたる」とされている。杉山 (2014) は、「神経発達症群／神経発達障害群」が DSM-5 の構成において先頭に位置付けられたことについて「従来は、認知症とか、器質的な精神病が一番前にあったのです。それが今回「児童の」ということではなく、神経発達障害 (症群) ということで一番前に来ている。これはある意味では精神科疾患のひとつの基本となるということを表していると思うのです」と述べている。

「神経発達症群／神経発達障害群」クラスターは、下位カテゴリーとして「知的能力障害群」、「コミュニケーション症群」、「自閉スペクトラム症 (Autism Spectrum Disorder : 以下 ASD)」、「注意欠如・多動症／(Attention Deficit Hyperactivity Disorder : 以下 ADHD)」、「限局性学習症」、「運動症群」、「他の神経発達症群」が含まれている (表 1-2)。これについて神尾 (2014) は「我が国ではすでに定着している「発達障害」とほぼ同義となった」としている。

表 1-2. DSM-5 「神経発達症群／神経発達障害群」の下位カテゴリー

知的能力障害群 コミュニケーション症群／コミュニケーション障害群 自閉スペクトラム症／自閉症スペクトラム障害 注意欠如・多動症／注意欠如・多動性障害 限局性学習症／限局性学習障害 運動症群／運動障害群 他の神経発達症群／他の神経発達障害群
---

さて、発達障害圏の障害の一つである自閉症に関しては、カテゴリー診断の廃止に伴い、自閉症においてはその近縁の障害 (第IV版で複数存在していた下位カテゴリー) が全て無くなり、診断名が ASD の一つにまとめられた (ディメンショナルモデルの反映)。また、ASD を定義する症状を、従来の「①社会性の障害、②コミュニケーションの障害、③常動的・限定的な行動」の三つから「①社会的コミュニケーションの障害、②常動的・限定的な行動」という二つにまとめている (清水, 2014; 桑原・加藤・佐々木, 2014)。

このような変更によって ASD 特性は連続的な濃淡で分布することになった。清水 (2014) はその状況について「ASD の特性の濃い帯域では、ASD と診断される場合とされない場合がある。社会不適応の有無は症状の濃淡とやや独立するからである。そこに診断的な不連続面が生じる」と述べている。

ADHD については診断項目についての著しい変更は認められないが、その他の大きな変更点として杉山ら (2014) は、「DSM-IV までは行為障害に分類されていた注意欠如／多動性障害 (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: AD/HD) は、DSM-5 では神経発達障害に分類されるという大きな変更があった」こと、「なにかと話題になることが多かった成人症例の診断を念頭においた記載がなされた」ことに加え、「発現年齢が 7 歳以前から 12 歳以前に引き上げられたこと、17 歳以上の場合では下位項目を 5 項目満たせばよいと診断基準が緩和されたこと、そして重症度分類が導入されたこと」をあげている。

学習障害については、DSM-5 で「限局性学習症／限局性学習障害 (Specific Learning Disorder)」に規定

された。杉山（2014）によれば「これまでと同様に、読み、書き、算数の障害を区分するが、症状記載は学習習得段階に添って、非常に詳細になった」とのことであり、さらに「発達段階を考慮して症状評価ができるように改正されているところが大きな進展である」と述べている。

さて、DSM-5による成人期の発達障害診断において注視すべき点として、特性の淡い帯域で診断が難しい非典型的な者への処遇の問題があるだろう。この点について神尾（2014）は、「カテゴリーにせよディメンショナルにせよ、閾値設定が鍵となる。閾値が低すぎると過剰診断を招き、いたずらに診断児を増やし、その結果、不適切な薬物治療が増える可能性がある。また高すぎると診断が厳しくなり、治療ニーズのある子どもや家族が治療や支援を受けられないという事態を招きかねない。さらに多くの疾患の経過において、当初、閾下の症状を呈していた子どもが後に臨床閾値を超え、診断基準を満たす状態に変化することはしばしば経験される。こうしたことから、早期治療の観点からあまり厳しい閾値設定は望ましくない」と指摘し、発達障害の早期発見・早期治療の観点から厳しい診断閾値の設定に否定的立場を取っている。児童を中心とした発達障害診断においては、DSM-5のディメンショナル的特性由来の“感受性の高さ”がある種のメリットとなり、淡い症状が診断に結び付くことの意義が見いだされている。

一方で、慎重な見方もある。具体的には神尾（2014）による「一般精神科医においては臨床像に詳しくない医師による過剰診断」、井上（2015）による「ASD そのものが過剰診断を誘発する特徴を有する」の指摘にみられるように、発達障害が安易に成人型精神疾患としてラベリングされることへの危惧である。

そもそもDSM-5の改訂にあたっては診断分類を用いることで「その割合が大きく跳ね上がるのではないかと懸念され、激しい議論が巻き起こった（大野，2015）」という経過がある。DSM-5改訂による診断閾の実質的な拡大によって生じる“淡い症状”への診断の増加や、DSMの権威化による診断基準の安易な利用に警鐘を鳴らす見方（Frances,A,2015;Paris,J.2017）もあることは注目すべきであろう。

精神疾患に関する科学的知見の蓄積に伴って診断基準は今後も随時改訂される運命にあるといえるが、現時点のDSM-5については、発達障害を臨床とする医師間でも利用における肯定的側面・否定的側面の両見解が確認された。精神科医療の領域におけるこれらの議論は当面続くことが予想される。

## 2. ICDをめぐる動向

ICDは、WHOに加盟する国が疾患統計を報告する際に用いることが義務付けられている診断基準である。米国では精神科診断で先述のDSM-5が用いられるが、公式な公衆衛生上の報告にはICDを用いるという（斉藤，2014）。飯森（2011）によれば「ICDとDSMはユーザーが根本的に違います。ICDは精神科医はもちろんですが、非精神科医、また精神医学・医療がまったく発達していない地域でも—精神科医がゼロの地域は世界中にいっぱいあるわけですから—使えるようにできています。DSM発祥の地アメリカはもちろん高度に発達していて背景が全く異なります。ですから使用目的が違うので、ICDとDSMを同じレベルで話し合うのは難しい」とDSMおよびICDの診断基準の背景、使用目的の違いを強調している。

ICDは当初2012年に改訂を予定していたが作業が大幅に遅れており、第11版の改訂を待つところである。そこで、正式に利用されている第10版における発達障害に関連する診断基準の状況を概観し、その後第11版のベータドラフト版において注目される点を確認する。

ICDの起源は古く1850年代までさかのぼる（中根・岡崎，1994）。もともと世界で統一的に利用できる死因統計の分類として当初は国際統計協会によって開発・普及されたものであった。多様な疾病の分類の中

で、当初は精神障害の取り扱いが極めて貧弱なものであったという。中根（1994）は ICD の発展経緯について次のように述べている。

精神障害のセクションだけを考えると、ICD が発展する中でそこに要請されることは変化し、その用途も変化してきた。つまり、当初は単に統計分類のための国際的共通語をもつことであったが、作業を進める過程で予想以上にある分類カテゴリーに患者群が偏在したり、地域別・国別に診断の好まれ方の違いが生じるなどして、結局診断そのものに関わることの重要性が認識され、精神障害の診断、そして分類の役割が強調されるようになった。

「DSM-IIIも影響して、国際疾病分類の診断における役割は決定的なものになった（中根、前掲）」ということから、ICD と DSM はそれぞれ別の発展経緯を辿りながら、互いに影響を与えるものとなっていたことが伺える。なお、DSM-IIIは ICD-9 での精神障害の分類・診断を改訂・拡充して作成されているといわれる（栗田，2014）。

さて、ICD-10 の基本構成は 21 章の大分類からなる。このうち、第 V 章は「精神および行動の障害」となっており、我が国の「精神障害」が第 V 章の F セクションに該当する。F セクションは下位分類をもち F00 から F99 までの 2 桁大項目となっている。我が国において発達障害者支援法で定義される「発達障害」はこのうち、「F80－F89 心理発達の障害」、および「F90－F98 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」に該当する。DSM-IIIで用いられた操作的定義による診断方法は共通しているが、ICD-10 では多軸診断は方法として用いられていない。

表 1－3. ICD-10 における発達障害関連コード（F80-F89、F90-F98）

<u>F80-F89 心理的発達の障害</u>	<u>F90-F98 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害</u>
F80 会話および言語の特異的発達障害	F90 多動性障害
F81 学力の特異的発達障害	F91 行為障害
F82 運動機能の特異的発達障害	F92 行為および情緒の混合性障害
F83 混合性特異的発達障害	F93 小児期に特異的に発症する情緒障害
F84 広汎性発達障害（右表に下位分類記載）	F94 小児期および青年期に特異的に発症する社会的機能の障害
F88 他の心理的発達の障害	F95 チック障害
F89 特定不能の心理発達の障害	F98 小児期および青年期に通常発症する他の行動および情緒の障害

さて、斉藤（2014）は ICD-11 ベータドラフト版と DSM-5 を比較検討している。それによれば、「DSM-5、ICD-11 とともに Neurodevelopmental Disorders（神経発達症群／神経発達障害群）を新しく疾患群として分類し、その他の従来子ども時代に発症するとされていた疾患群は、症候学的に類似する従来成人期に発症するとされていた疾患群にまとめられることとなった」こと、「ICD-11 と DSM-5 との相違を考えると、従来と同様に ICD-11 では疾患の定義と診断のガイドラインから構成され、DSM-5 のような操作的な診断基準を用いた診断にはならないことが現時点では予想される」こと、「ICD-11 では、各疾患記述は、定義としての主要な臨床像といくつかの副次的な臨床像を記述し、さらに診断ガイドラインによって、臨床医が確定診断を行うための症状の数と症状のつりあいを示し、診断を行う形式を ICD-11 において踏襲するものと考えら

れる」こと、「ICD-11はbottom down<sup>※1</sup>の診断様式をとり、DSM-5ではbottom up<sup>※2</sup>の診断様式を取る点  
が大きな違いとなる」ことを提示している。

## 第2節 発達障害と合併精神障害に関する知見

職業リハビリテーション・サービスの専門支援を利用する段階では、発達障害と併せて他の障害の診断を受けた状態の者も少なくない。成人期の発達障害診断の重複に関する疫学的な最近の知見について理解するために、本節では、発達障害に併存する精神障害についての調査を概観する。

なお、発達障害の合併精神障害に関する調査の多くが精神科医療にアクセスしている人を対象としている。このため、発達障害者すべての状況が明らかになっているわけではない。本節では医療機関にアクセスして診断に至ることで社会的に認知された群の知見について概観することとしたい。

成人期の発達障害者のケースでは、何らかの精神障害（うつ病、不安障害など）を合併するケースが多いことが知られている。本田（2017b）は、「複数の発達障害が併存している場合、何らかのパーソナリティ障害が併存している場合、内因性精神障害が併存している場合、そしてストレスやトラウマに起因する身体症状、うつ、不安、強迫、摂食障害、アディクションなどが併存している場合が一般的である」と述べている。また、神尾（2014）も「精神科医が医療場面で、合併精神障害のない、いわば「まじりっけのない」ASD成人と出会うことのほうがむしろ稀なのである」とし、さらに「アスペルガー症候群成人を紹介した英国のWing（1981）の症例も、同じく英国のTantam（1988a;1988b）の40症例も、やはりその多くはうつ病などの精神障害や問題行動を合併し、青年期以降初めて精神科を受診に至った人々であった。このようにASD成人と精神医療の接点は、合併精神障害だと言っても過言ではない」としている。我が国の発達障害診断の臨床に携わる本田（2017b）や神尾（2014）の指摘するようなこれら発達障害と精神障害の合併については、海外調査でも同様に確認できる。

Hofvanderら（2009）は、IQが正常範囲のASD成人122名（自閉性障害5人、アスペルガー障害67人、その他特定不能の広汎性発達障害50人）を対象に精神的併存症と心理社会的転帰について調査を行っている。その結果、合併精神障害（DSM-IVにおける第I軸による）として、気分障害が最も多く53%、続いて不安障害50%、ADHD43%という結果を得ている（図1）。

---

※1 ※2：齊藤（2014）は「bottom downとは原型（template）となる病像に類似するかどうかで診断を行う、bottom upとは、診断項目があり、その項目をチェックし充足することで診断することを指す」としている。

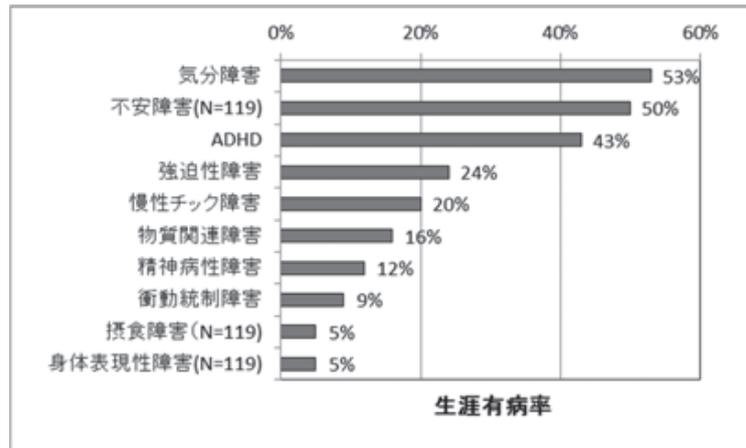


図1. ASD 成人患者における合併精神障害の生涯有病率 (N=122)

(出典 : Hofvander B, Delorme R, Chaste P, et al.(2009) Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *MBC Psychiatry* 9:35. (板垣, 2016 より引用))

Lai MC ら (2014) は ASD に合併する精神障害について、「精神科的併存症では、注意欠如多動性障害・強迫性障害・睡眠障害・チック・気分障害 (うつ病、双極性障害)・パニック・癩癩・自傷行為・被害関係妄想・フラッシュバック体験 (タイムスリップ現象)・カタトニア・不安障害 (限局性恐怖症、全般性不安障害、社会不安障害) など非常に多岐に渡る」としており、ASD を有する児童および成人では実に、約 70% の症例で 1 つ以上の精神科的または身体的併存症が認められることを指摘している。

発達障害者において精神障害が合併するのは、これら調査からはまれではない状況が伺える。同時に、発達障害者が一般の精神科を經由して診断に至る大きな理由は、合併精神障害の存在にあるといえる。

一方、篠山 (2017) は発達障害と気分障害の併存率に関する近年の研究について触れ、小児一般集団を対象とした研究では自閉スペクトラム症にうつ病が併存する割合が 1 % 程度であること (Simonoff, E. et al., 2008)、高機能自閉スペクトラム症がある思春期を対象とした調査では 5 % がうつ病と診断されていること (Green, J. 2000)、さらに、成人を対象とした研究では自閉症スペクトラムがある人の 50% 以上がうつ病経験者であること (Hofvander, B. et al, 2007; Inci, S. B. et al., 2016) 等を取り上げている。

また、篠山 (2017) は ADHD では成人期のうつ病の併存が多いことが報告されているとし、「20%~50% に併存することを示す報告 (Biederman, J. et al., 1993; Kessler, et al., 2006)」を取り上げている。さらに、ADHD では双極性障害の併存率が高いことについては Kessler ら (2006) の成人を対象とした研究による「ADHD 者の約 20% に双極性障害が併存する」報告を取り上げている。これらの調査からは、ASD、ADHD 者が生涯を通じて気分障害をはじめとする多様な精神障害を発症しやすい状況にあることが伺える。

篠山 (2017) はこのような精神障害の併存の背景として「ネガティブなライフイベント、社会的支援の欠如、自尊感情の低下はうつ病の発症要因として知られているが、特に発達障害ではこれらの要因の関与が多いと考えられる」とし「発達障害のある人が特性に不適さない環境に置かれることで自尊感情の低下を招くことが気分変動の起きやすい原因の一つ」と指摘している。

石飛ら (2015) は、ASD にみられる代表的な併存症である注意欠陥多動性障害、精神病症状、不安障害、気分障害、強迫性障害、睡眠障害、自傷行為・癩癩・パニック、カタトニアの 8 つを取り上げて文献レビューを行っており、ASD に多種多様な精神科的併存症が認められることについて「併存症の独特な現れ方や各併存症が複雑に影響しあう可能性についても理解を深めることが重要」としている。

ASD や ADHD においては他の障害の併存率の高さが複数の調査研究から明らかにされていることから、石飛ら（2015）が指摘するような“併存症の独特な現れ方”や“各併存症が複雑に影響しあう可能性”について、発達障害の特性と同様に、適切に評価していく姿勢が求められるといえる。

### 第3節. 本研究における発達障害者の輪郭

第1節では発達障害診断に関する近年の動向を、第2節では発達障害と合併精神障害の最近の知見を取り上げた。第1節における診断基準の動向と併せて発達障害者診断の状況を概観すると「児童期からの発達に伴う状態像の変化」、「診断閾の設定如何で診断が付く場合と付かない場合が生じてしまう問題」、「発達障害と精神障害の合併率の高さ」が主たる課題と位置づけられることが明らかとなった。これを踏まえて、本研究における発達障害者の範囲を整理する。

成人期の発達障害者においては、医療機関にアクセスすることで診断が付く者、付かない者、疑われる者の3つの状況が生じることになる。“疑い”の状況に位置づく者においては、特性があってもそれが診断基準に満たないという問題が背景にあることは第1節で触れたところである。また、診断が付く者であっても、成人期の発達障害の確定診断については慎重な見方も確認された。さらに、発達障害そのものの診断の問題のみならず、発達障害に他の精神疾患が併存する事例が多数存在することが第2節において確認された。

さて、本研究が関心をもつ発達障害者の範囲を定義する必要がある。発達障害者支援法で定義される範囲での「発達障害診断が付く者」とした場合、医学的診断基準から見ればそれらは限定的な範囲となる。本田（2017a,2017b）は ASD の早期発見・早期支援の地域システム整備が行われた我が国のいくつかの地域について ASD の診断頻度が高いことに触れ、その背景要因の一つとして「(DSM-5 における ADHD および ASD について) 純粋な医学的 (生物学的) 概念ではなく、社会学的要素を含む」ということに留意すべきとしている。そこで、本研究では医学的診断基準によって明確に診断のついた発達障害者のみならず、「“発達障害の疑い”の範囲にある者」として何らかの治療・支援を要する状態にある者を含めることとする。また、「発達障害と精神疾患を兼ねる者」も同様に範囲に含めることとし、これらの発達障害者について、職場で事例化する経緯と職業性ストレスについて検討を進めていく。

## 【文献】

- American Psychiatric Association 2013 Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Washington D.C. and London, England: American Psychiatric Association. / 日本精神神経学会 (監), 高橋三郎他 (訳) 2014 DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院
- Frances, A. 2013 Saving Normal. New York :Morrow (大野裕 (監修)・青木創 (訳) 2015 〈正常〉を救え 精神医学を混乱させる DSM-5 への警告, 講談社.)
- 飯森眞喜雄 中安信夫 西園昌久 野村総一郎 牛島定信 2011 座談会 DSM 診断体系の功罪—操作的診断は精神科臨床に何をもたらしたか—, 精神療法,第 37 巻,第 5 号 p10-28.
- 井上勝夫 2011 大人の PDD 診断はどうあるべきか?—PDD の特性診断と probable PDD— 精神経誌, 113 巻 11 号 p1130-1136.
- 井上勝夫 2015 大人の自閉スペクトラム症の過剰診断,臨床精神医学,44(1),p31-36.
- 石飛信・荻野和雄・高橋秀俊・原口英之・神尾陽子 2015 自閉症スペクトラム症と精神的併存症, 臨床精神医学,44(1),p37-43.
- Hofvander B, Delorme R, Chaste P, et al 2009 Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *MBC Psychiatry* 9:35.
- Hyman S 2010 The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol*,6:155-79,
- 福田真也 2017 発達障害の障害者雇用—大学入学後に診断された事例への支援—, *Jpn.J.Child Adolesc.Psychiatr.*,58(1).
- 本田秀夫 2014 「アスペルガー症候群」はどこへ行く? こころの科学, No.174-3,p29-35.日本評論社
- 本田秀夫 2017a わが国における自閉スペクトラム症の早期診断の実態—他地域疫学調査より—,精神経誌, 119 巻 10 号, p727-735
- 本田秀夫 2017b 大人になった発達障害, 認知神経科学, Vol.19 No1, p33-39
- 板垣俊太郎 2016 第 6 章成人期における ASD の鑑別診断 気分障害・不安障害, 成人期の自閉症スペクトラム診療実践マニュアル, p44-50, 医学書院
- 神尾陽子・井口英子 2009 発達障害者と精神科医療の役割, 最近の傾向と今後の課題, 日本精神科病院協会雑誌 28,p14-20
- 神尾陽子編集 2016 ASD と合併精神障害, 成人期の自閉症スペクトラム診療実践マニュアル, p7-10, 医学書院
- K. l Harold ,S J Benjamin (融 道男・池脇 淳 (監訳)) 1997 カプラン臨床精神医学ハンドブック DSM-IV 診断基準による診療の手引き, 医学書院 MYW
- Kupfer DJ, First MB, Regier DA(eds) . 2002 A Research Agenda for DSM- V. Washington DC:APP/2008 黒木俊秀, 松尾信一郎, 中井久夫 (訳). DSM-V 研究行動計画. 東京:みすず書房
- 栗田広 2014 児童精神医学の診断概念の歴史的変遷 (DSM-IV 導入まで), DSM-5 を読み解く 伝統的精神病理, DSM-IV, ICD-10 をふまえた新時代の精神科診断, p34, 中山書店
- 黒木俊秀 2012 DSM と現代の精神医学—どこから来て、どこへ向かうのか. 神庭重信・松下正明 (編) 専門医のための精神科臨床リュミエール 30 精神医学の思想, 東京:中山書店, p123-136.
- 黒木俊秀・神庭重信 2014 シリーズ総論 DSM-5 時代の精神科診断 DSM-5 を読み解く 1 伝統的精神病理, DSM-IV, ICD-10 を踏まえた新時代の精神科診断 神経発達症群、食行動障害および摂食障害群、

- 排泄症群、秩序破壊的・衝動制御・素行症群、自殺関連（神庭重信総編集、神尾陽子編集），中山書店
- 桑原 斉・加藤 佳代子・佐々木 司 2014 DSM - 5 における「自閉症スペクトラム」何がどう変わったか? (自閉症スペクトラム 自閉症スペクトラムの概念をめぐって，こころの科学,174, p22-28,
- Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohens. 2014 Autism. Lancet, 383, p896-910.
- 森則夫・杉山登志郎・岩田泰秀編著 2014 臨床家のための DSM-5 虎の巻，日本評論社
- 中根允文・岡崎祐士 1994 ICD-10「精神・行動の障害」マニュアル-用語集・対象表付-，医学書院
- 岡崎祐士 2011 操作的診断の功績，精神療法，第 37 巻 5 号，p541-544.
- 大野裕 2015 日本語版序文〈正常〉を救え 精神医学を混乱させる DSM-5 への警告，p5, 講談社
- Paris,J. (松崎朝樹 (監訳)) 2015 DSM-5 をつかうということーその可能性と限界，メディカル・サイエンス・インターナショナル
- Paris,J. 2015 Overdiagnosis in Psychiatr –How Modern Psychiatry Lost Its Way While Creating a Diagnosis for Almost All of Life’s Misfortunes. Oxford University Press. (村上雅昭 (監訳) 2017 現代精神医学を迷路に追い込んだ過剰診断 人生のあらゆる不幸に診断名をつける DSM の罪，星和書店)
- 佐々木康栄・宇野洋太・内山登紀夫 2015 自閉スペクトラム症の診断とよくある誤診 臨床精神医学，44 (1)，p11-17.
- 須賀秀道 2017 「DSM」世代の精神科医には、どんな「伝統的精神医学の知恵」が求められるのか，精神誌,119(11),p862-869.
- 杉山登志郎・高貝就・涌澤圭介 2014 第 2 章 児童青年期の精神疾患 1 児童青年期の精神疾患 基盤となること 1 診断、症状、精神病理学，臨床家のための DSM-5 虎の巻， p18-19，日本評論社
- 望月葉子・内藤孝子 2009 発達障害者の就労支援の課題に関する研究，障害者職業総合センター調査研究報告書No.88.
- 松崎朝樹 2015 DSM-5 をつかうということーその可能性と限界，メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- 斉藤卓弥 2014 DSM-5 と ICD-11 の相違点，DSM-5 を読み解く 伝統的精神病理，DSM-IV，ICD-10 をふまえた新時代の精神科診断， p50，中山書店
- 清水康夫 2014 自閉症スペクトラムとは？，心の科学 No.174 p10-14
- 篠山大明 2017 発達障害に併存する気分変動の評価と治療，臨床精神薬理，20, p655-664.
- 融 道男・中根允文・小見山実・岡崎祐士他 監訳 2005 ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン 新訂版，医学書院

## 第2章

# 職場における発達障害とストレス



## 第2章 職場における発達障害とストレス

本章では、発達障害者の職業上のストレスを検討する上で必要なストレスの基本的概念の整理と近年のストレスモデル研究、職業性ストレスに関する研究知見等を整理することとする。

### 第1節. ストレス概念とストレスモデル

#### 1. 基礎的概念

ストレスという言葉は、日常的な用語として様々な場面で用いられる。その辞書的な意味は、「緊張」「圧迫」「圧力」「重圧」「強勢」「応力」「歪力」等が挙げられる。ストレスという言葉を用いて人間が疾病状態に陥る詳細を明らかにしたのはカナダの内分泌学者であったハンス・セリエ (Selye,1936) である。セリエはもともと工学における「歪み」を意味する用語であるストレスを人間の生体に当てはめた。彼は人間を対象とした臨床治療と動物実験から、劣悪環境から疾患に至るプロセスと疾患の特徴を明らかにし、このようなプロセスによって発症する一群の疾患を汎適応症候群 (General Adaptation Syndrome) と呼んだという (図2-1)。

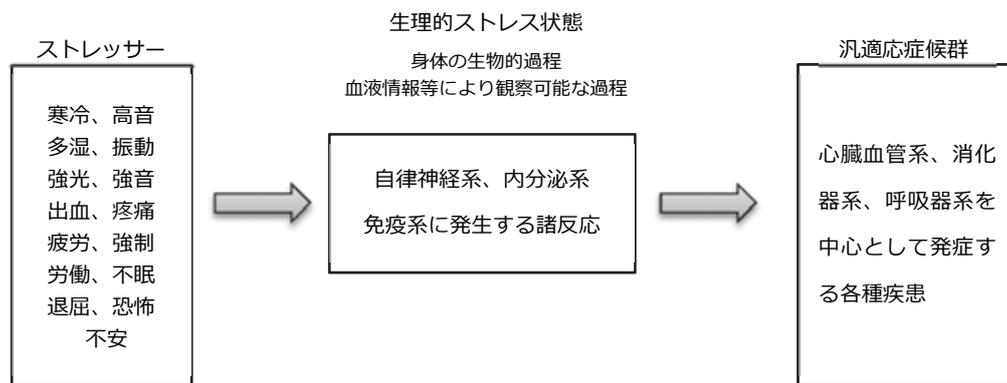


図2-1 セリエの生理的ストレスモデル (小杉, 2002 より)

そして、人間の身体諸器官が劣悪環境に抵抗しようとする状態を「ストレス状態」、寒冷環境をはじめとする高温、多湿、騒音、振動などの劣悪環境には「ストレッサー (stressor)」という用語を当てた。セリエのストレスの定義は「ストレスとは、要求 (demand) に対する生体の非特異的反応であり、ストレッサーはいつでも生体にストレスを引き起こすもの」とされている (田中, 2017)。このような、疾患発症や発症の基盤となる生体の生理的変化と環境との関係に新たな事実を提起するといったような医学的・生理的ストレス研究は、「環境刺激・ストレッサー → 身体諸器官の反応 → 疾患発症」のプロセスを研究目標とするといわれる (小杉 2002)。また、医学的・生理的な立場からのストレスは、ストレッサーの受容から疾患発症までの過程は観察可能であること、個人差の極めて少ない生物的過程であること、ストレッサーに曝されたすべての人間は、原則的に何らかの疾患を発症すること (小杉、前掲) といった点で特徴づけられる。

小杉はこの学説におけるストレッサーの定義に対し「ストレス反応を引き起こすような刺激とは何か」に

ついて根本的な回答は与えていないとし、「ストレッサー、ストレス反応の定義に関するこのような問題は、何がストレッサーになるのか、すなわち何が「有害」刺激となるかは、その刺激にさらされる個人の傷つきやすさ（脆弱性）をはじめとする個人のさまざまな特徴に依存していることを意味している」と指摘する。同時に、ここで示されたストレッサーが大部分の個人にストレス反応を引き起こすであろうと“推測”される刺激や状況にすぎない点に留意すべきとしている。

一方、セリエに代表される生理学的ストレスモデルを背景に、心理的ストレスモデル（図2-2）を提案したのはラザラスら（Lazarus & Folkman, 1984）である。ラザラスらは「ある個人の資源に重荷を負わせる、ないし資源を超えると評定された要求」を「心理的ストレス」と考えている。心理的ストレスが成立するには、「個人の資源と環境からの要求との相対的關係において、環境からの要求が個人の資源を上回ること」、「環境からの要求が自己の資源を上回るか否かを、個人が主体的、能動的に評定すること」の二つの条件を満たすこととしている（小杉, 2002）。

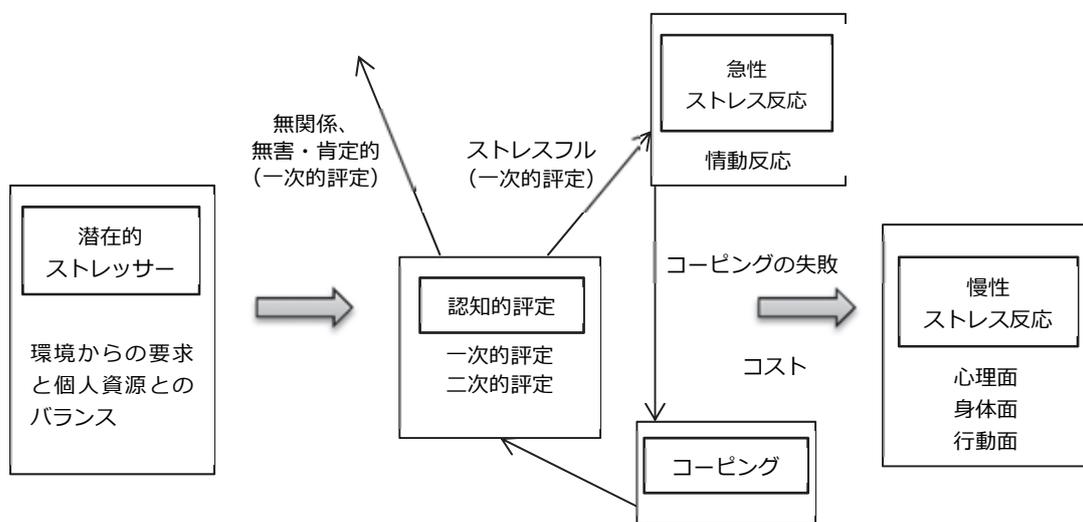


図2-2 心理学的ストレスモデルの概要（小杉, 2002 より）

このモデルでは、それまでのストレス研究では扱われなかった個人の様々な特徴が考慮されている。例えば、「異動」「昇進」「離婚」など生活に影響を及ぼす変化や「同僚とうまくコミュニケーションが取れない」、「上司が評価してくれない」など、環境による慢性的不快の状況など様々なことが潜在的ストレッサーに含まれるが、これらを個人が主観的・認知的に評価する過程においてはじめて心理的ストレスとなる。

またモデル内ではストレッサー（刺激状況）に対する主観的な評価として、一次的評定と二次的評定という2種類の評定過程が想定されている。そして生じた情動を処理する過程が「コーピング」である。コーピングは、心理的ストレスを生じさせる刺激やその刺激によって生じた情動を処理する重要な過程であり、この処理に成功すれば健康上の問題は生起しないといわれる。

心理的ストレスモデルは、潜在的ストレッサーによる健康への影響力が、両者の間に介在する一次的評定、認知的評定（二次的評定）およびコーピングによって左右される点が最も特徴的であるといえる。なお、コーピングの構成概念そのものについて様々な見解があるが、心理的ストレスモデルの提唱者であるラザラスら（Lazarus & Folkman, 1984）は、問題焦点型コーピング（ストレスフルな状況そのものを解決する具体的対応）と情動焦点型コーピング（ストレスフルな状況に対する理解の仕方・情動の調節による対応）に分類している。しかし、後のラタックら（Latack & Havlovic, 1992）による実証研究で、問題焦点型と情動焦

点型のコーピングは明確に分けられないことが明らかになっているという。これは、例えば同じ方略をとっても、それが問題解決のためか、不安解消のためかは人により異なるということがその理由とされている。

一方、エンドラーら（Endler & Parker,1990）は、課題優先コーピング、情動優先コーピング、回避優先コーピングの3因子モデルを提唱し、これに基づいて **Coping Inventory for Stressful Situation** を開発している。このモデルは個人のコーピング特性を測定しようとした点に特徴がある（高岸，2017）といわれている。

なお、これらのコーピングを理解するための枠組みとして、コーピングを“状況によって変化する動的なプロセス”として捉える視点、“安定した個人特性・スタイル（特性論）”としての視点、“個人と環境の能動的な相互作用のプロセス”の一部として捉える三つの視点に分けられるが、これら視点のうち Lazarus (1993) は「状況によって変化する動的なプロセス論や特性論に基づく定義が主流である」としている。一方、小杉（2002）は、カウンセリングの領域においては「コーピングの修正や変容、つまり、環境との関わりにおける個人の認知や行動の変容を通じて、ストレス反応を低減させることが可能なことを示唆している」というように、プロセス論によるコーピングの理解の重要性を指摘している。

## 2. 職業性ストレスと職場不適応

同一の仕事に対して取組方が同じであっても、人によって苦痛になる場合もあれば苦痛とならない場合がある。忙しさを嫌う人がいる一方で、それを好む人もいる。上司からの指示通りに業務遂行をすることを好む人もいれば、自ら率先して働くことを好む人もいる。それは先述した心理的ストレスモデルからも示唆されており、職場や仕事の場面に対する個々人の多様な認知的評価という構成概念によって説明可能である。しかし、一方で、多くの人にとって共通のストレス要因となるものも存在する。そこで、職場に共通するストレス要因を対象とした研究によって提案された、代表的な職業ストレスモデルを紹介する。

職業性ストレス研究は、先述の医学的・生理的ストレス研究と心理学的ストレス研究の展開に伴って発展した組織心理学にその基礎が形作られているといわれる（高岸，2017）。産業ストレス研究として発展してきた代表的な職業性ストレスモデルを紹介し、労働者のストレスの捉え方の変遷をみることにする。

人間-環境適合モデル（Person-Environment Fit Theory/P-E fit：以下 P-E Fit モデル）は1970年代に米国ミシガン大学社会調査研究所がそれまで行ってきた職業ストレス研究で最終的に提案したモデルといわれる。その特徴は、労働者側の要因と労働者を取り巻く環境要因とを分け、客観的事象、主観的評価を区別している点である（図2-3）。

このモデルでの適応は、個人特性と環境特性の適合度合として知覚されるという。例えば、個人と環境の間に不適合がある場合に心身の負担や疾病が生じるという見方である。個人と環境の不適合はモデル内で2タイプ定義されており、一つは「個人の要求と環境が提供する機会との不適合」、もう一つは「環境が要求する遂行水準と本人の能力との不適合」である。適応とコーピングに定量的なアプローチを提供した、要因限定アプローチの職業性ストレスモデルの中でも最も議論されたモデルの一つである（Cooper & Dewe, 2004（高岸，2017））という。なお、モデル内の構成概念である「客観的人間-環境適合（客観的 P-E Fit）」には「対処行動」が影響し、「主観的人間-環境適合（P-E fit）」には「主観的な社会的支援（ソーシャルサポート）」「防衛機制」の影響が想定されている。P-E fit モデルは理論として優れているものの、各概念について正確に測定することが困難なため実証研究を行う上で問題があったため、汎用に至らなかった経緯があるが、その後の職業性ストレス研究の進展に多大な影響を及ぼしたといわれている（岩田 2017, ;高岸,2017）。

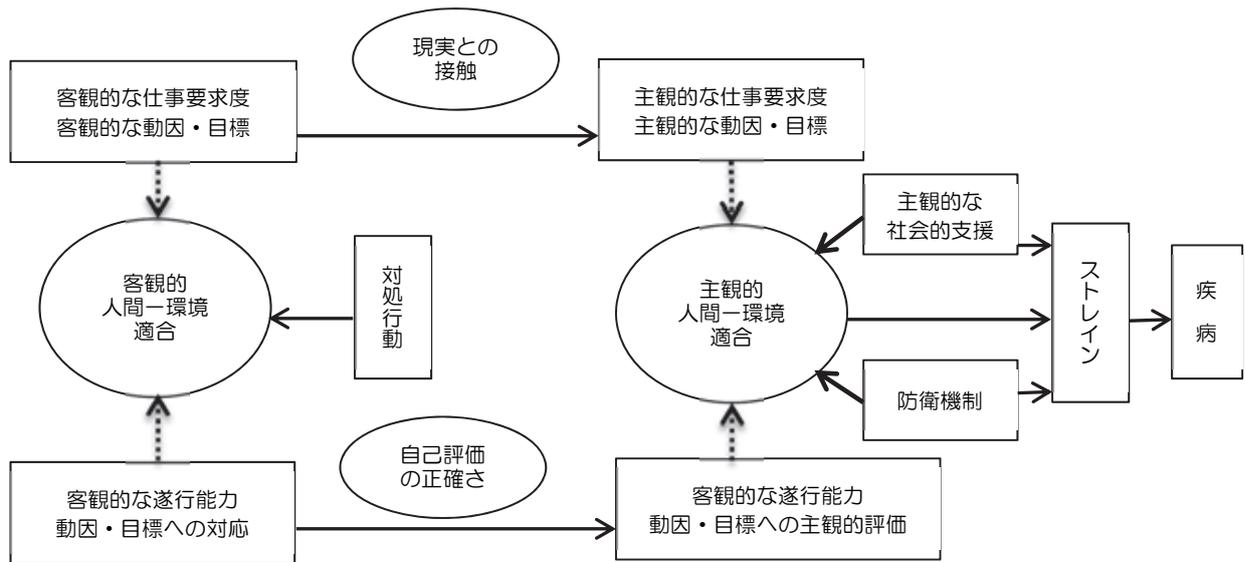


図 2-3 個人-環境適合モデル (Person-Environment Fit Theory : P-E fit)

現在まで、最も広く実証研究がなされたのは「仕事の要求度-コントロールモデル (Karasek1979)」(図 2-4) である。このモデルは「工業化による分業が進むにつれて、人々の行う仕事が多分化されるとともに個々の労働者の自立性が失われ、その結果として疎外感や無力感が生み出されているという古典的な労働阻害の考え方を前提としている (高岸 2017)」という。

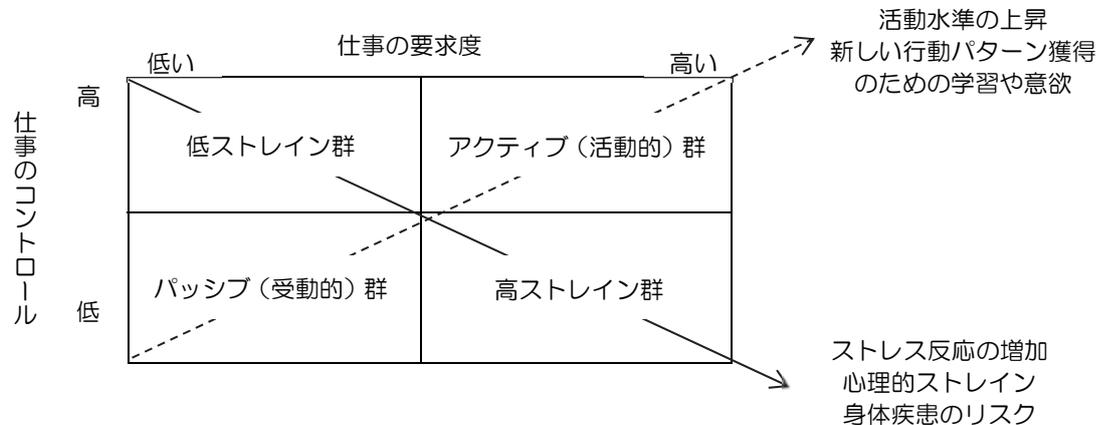


図 2-4 仕事の要求度-コントロールモデル (Karasek 1979 より引用改編)

モデルを提唱したカラセックは、職場での業務遂行量が、管理職者ではあまり健康に影響を与えないのに反し、組み立てラインの作業には大きく影響を与えるなど、作業量と健康との関連が職種により異なることに注目した。そこで、業務遂行量や役割の不明瞭性だけによって従業員のストレス反応が生起すると思える従来からの定説を改めて、業務に関する裁量権や仕事をコントロールできる程度によってもストレス反応の量は変化すると考えた (小杉ら, 2002) という。

仕事の要求度とは、量的負担・役割ストレスなど作業にかかわる種々のストレスを総合したものである。また、仕事のコントロールは仕事上の技能の水準と決定権とを合わせたものとして定義されている。特

に、職務の特性に焦点が当てられたモデルであり、「仕事の要求度」と「仕事のコントロール」の高低で4群に分類される(図2-4)。図中の高ストレイン群が、他の群に比べて健康障害がどの程度高いかが、さまざまな研究での焦点となってきたといわれる。ジョンソンとハル (Johnson & Hall,1988) は、このモデルにソーシャルサポートの軸を加えて、デマンド - コントロール - サポートモデルを提唱した。このモデルでは高要求度-低コントロール-低サポートの場合に、最もストレスや健康障害が発生しやすいことが実証されているという。なお、実証研究の結果、カラセックの仮説と一致しない結果も報告されていることから、この原因として「縦断研究モデルでなされたものが少ないこと」「個人的要因を考慮していないこと」などが指摘されているという(高岸, 2017)。

上述の職業性ストレスモデルでは、すべての人に共通するストレス要因を検討した結果、個人的要因の不在が課題となっていた。以下に示す「NIOSH 職業性ストレスモデル(図2-5)」は、ストレスとストレス反応の間に“個人の属性や環境”といった調整要因を想定して構成される、調整要因モデルといわれるモデルである。

米国国立労働安全保健研究所 (National Institute for Occupational Safety and Health : NIOSH) のハレルとマックレイニー (Hurrell & McLaney,1988) は、それまでの職場ストレス研究や理論を統合し、包括的なストレスモデルとして NIOSH 職業性ストレスモデルを提唱した。このモデルでは職業性ストレス(仕事のコントロール、労働負荷、仕事の将来性など)が、仕事外要因(家庭内要求)、個人要因(年齢、性別、婚姻状況等)、緩衝要因(上司、同僚、家族等からのソーシャルサポート)によって調整・緩衝され、心理的・身体的・行動的急性ストレス反応が引き起こされ、この急性ストレス反応が持続し慢性化した場合に心疾患などの身体疾患ならびにうつ病などの精神疾患の発症、職場のけが、欠勤および離職につながると考えられている(中田, 2017)。

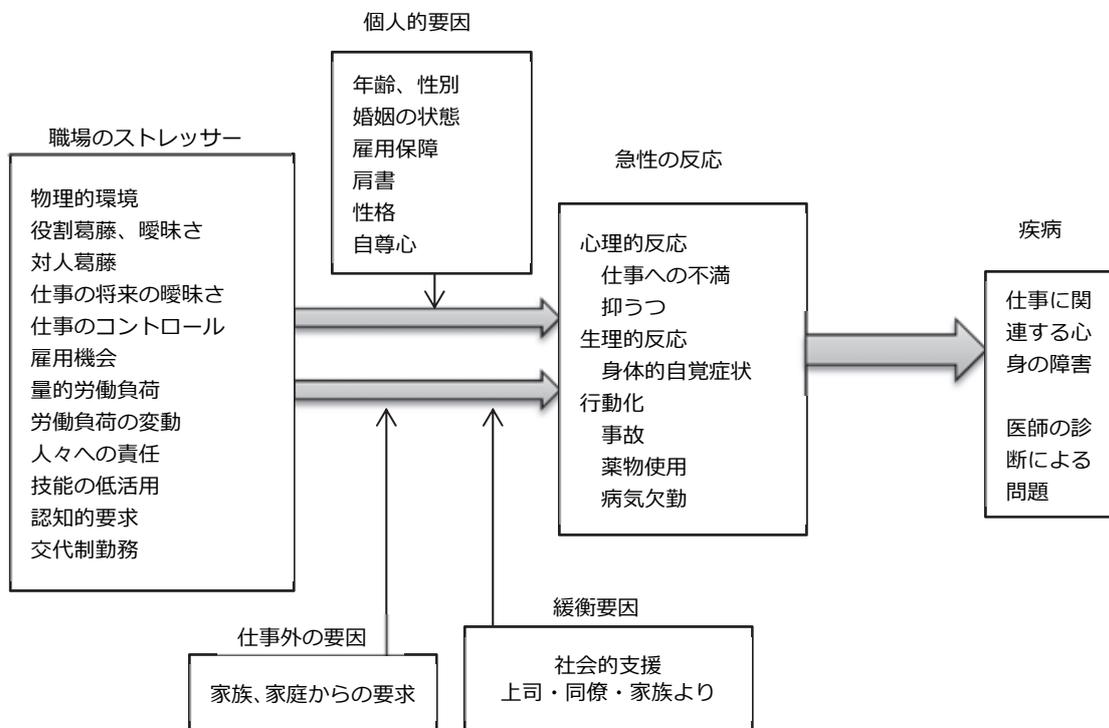


図2-5. NIOSH 職業性ストレスモデル (Hurrell & MacLaney,1988 (岩田, 2017))

岩田（2017）は本モデルに対し、「誰でもストレス反応が発現するという、共通性を強調したモデルである…中略…これまでの考え方を最大公約数的なかたちで提示したもので、それ自体は必ずしも独自のモデルとは言えないが、各ストレスラーの測定に推奨される標準的測定尺度を汎用職業性ストレス調査票（NIOSH Generic Job Stress Questionnaire）としてまとめたところにその特徴があった」と述べている。このモデルは、産業ストレス研究で開発されたストレスラー測定尺度が総括されるなど、総合的な職業性ストレスモデルとして現在最も代表的なものといえる。

### 3. 本邦における職場のストレス要因

厚生労働省は5年ごとに「労働者健康状況調査」を行っている。この調査は「労働者の健康状況、健康管理の推進状況等を把握し、労働者の健康確保対策、自主的な健康管理の推進等労働衛生行政運営の推進に資すること」を目的としている。調査対象は日本全域の常用労働者10人以上を雇用する民営事業所のうちから抽出された事業所および、その事業所で雇用されている常用労働者・受け入れている派遣労働者である。

労働者調査項目の中では、精神的ストレス等に関する事項が設けられている。このうち「仕事や職業生活に関する不安、悩み、ストレス」に関する設問の、強い不安、悩み、ストレスを感じる事柄（3つ以内の複数回答）において、過去5回までの調査を総合すると、我が国の多くの労働者が、主たる職業ストレス源であると強く認知し続けている項目は「職場の人間関係の問題」であることがうかがえる。それに続いて「仕事の質の問題」、「仕事の量の問題」という業務遂行上の問題（仕事の質・量）に関する項目で不動の上位3位を占めている（図2-6）。

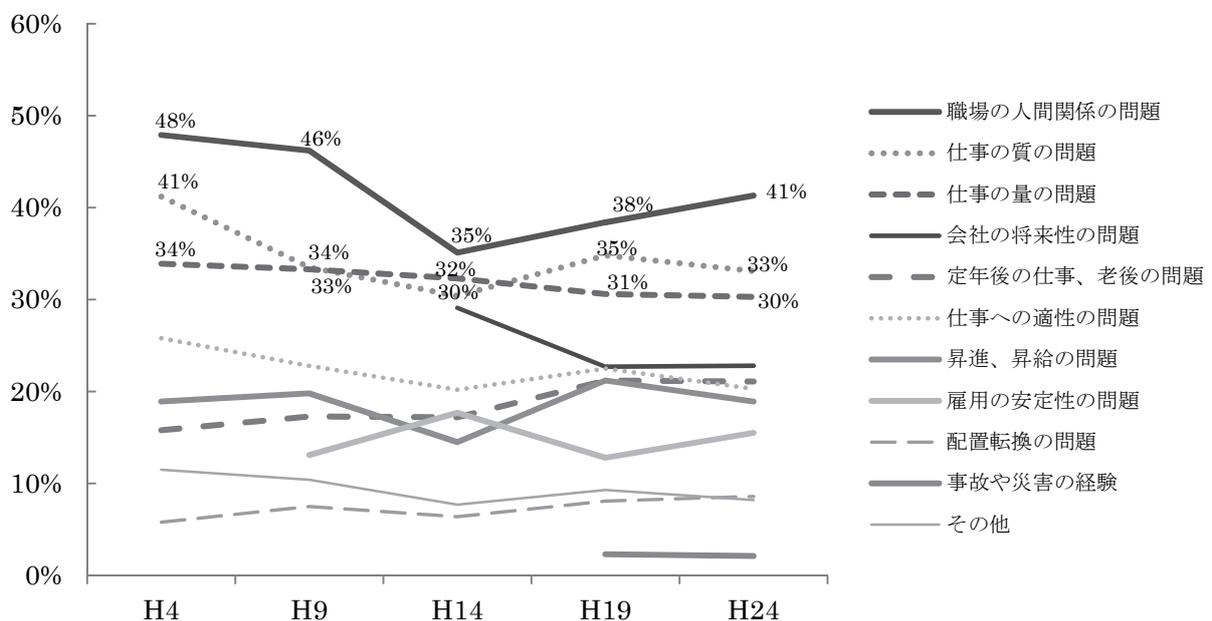


図2-6. 労働者のストレス要因

(厚生労働省「労働者健康状況調査（平成4年版～平成24年度版）」をもとに改編)

これらのストレス要因を前節におけるNIOSHの職業性ストレスモデルに当てはめるならば、職場のストレスラーとして位置付けることができるだろう。個人のストレス反応の観点からは、職場のストレスラーに

対する個人の認知的評価や仕事外要因、緩衝要因の影響如何により、急性のストレス反応が生じ疾病に繋がるケースもあれば、健康面への影響が生じる前段階にしろうじて留まるか、あるいは挑戦的な状況として前向きに捉えるなど、多様な反応が想定される。

## 第2節. 職業性ストレスとメンタルヘルス

### 1. 職場環境と精神疾患発生の関係

中田（2017）は、近年の職業性ストレスとメンタルヘルスの関連についての3つの体系的な研究レビューを紹介している。一つは、テオレルら（Theorell. et al.,2015）の報告である。彼らは英語圏の文献59本を基に（1990年から2013年の文献を対象とし、彼らの設けた基準をクリアした文献）、職場環境と抑うつ症状の関連についてのメタ分析を行っている。それによれば「仕事のコントロールが高いと0.73倍うつ病のリスクが低下し、仕事のストレインが高いと1.74倍うつ病リスクが高まり、職場でいじめや仲間外れにされると2.82倍うつ病リスクが高まることが明らかにされている。また、高い努力・報酬不均衡は1.78倍うつ病リスクを高める」とのことである。二つめは、ネッターストロームら（Netterstrom,B. et al., 2008）による、アジア圏の文献も含んだコホート研究のメタ分析である。この研究では「高い仕事の要求度は将来のうつ病の発症を2.0倍増加させ、逆に高い社会的支援は0.6倍うつ病を減少させる」と結論づけている。

三つめはボンド（Bonde,2008）の報告で、「高い仕事の要求は1.31倍、低い仕事のコントロールは1.20倍、低い社会的支援は1.44倍うつ病の発症を増加させる」ことに加え、「高い努力・報酬不均衡や組織の公平性が欠如している職場、いじめがある職場では1.4倍から2.3倍うつ病の発症リスクが増加することが認められている」ことが明らかになったという。

これら3つのメタ分析研究の結果からは「過剰な職場からの要求」、「低い仕事のコントロール」、「高い努力・報酬不均衡」、「職場のいじめ」ならびに「社会的支援の少なさ」がうつ病発症に寄与する可能性が示唆されており、メンタルヘルス不全を引き起こす強いリスク要因が具体的に変わった」と中田（2017）は結論づけている。職場の様々な環境因とメンタルヘルス不全・精神疾患発生の関連性は研究間で概ね同様の方向性で結果が得られているようである。したがって、現在の職業性ストレス研究が目指す方向は、これらのメンタルヘルス不全、うつ病等をはじめとする精神疾患の発生を防止する環境因の調整や、ストレス緩衝要因としての社会的支援等によるアプローチといった、一次予防、二次予防の取組へ主眼が移行しているといえる。

### 2. 対処法（コーピング）の特性

個人の特徴や気質によって、ストレス・環境に対する反応の仕方は異なるという考え方がある。これはパーソナリティ・気質要因として、「個人-環境適合理論」に基づく研究で多く議論されている。高岸（2017）によれば、現在までに「パーソナリティはストレス過程においてストレスフルな状況の体験の仕方とストレスサへの反応の仕方に重要な役割を果たすと結論づけられている」という。また、高岸（前掲）によれば、パーソナリティ・気質要因として検討されてきた具体的な要因は「自尊心・自己効力感・対人依存性・タイプA性格<sup>\*1</sup>」であり、これら個人的な要因のあり方によって環境への反応の仕方が異なるということは、パ

パーソナリティによって選択される対処法（コーピング方略）が異なることを示しているという。

我が国においてコーピング特性を取り扱う研究は複数あるが、職業性ストレスとコーピングの直接の関連についてはあまり検討が行われていないという問題意識から、高屋・長谷川（2012）は男性製造業労働者を対象に調査を行い、どのようなコーピング特性を用いれば職業性ストレスから引き起こされる疲労や抑うつなどのストレス反応が軽減できるかを検討している。労働省研究班職業性ストレス簡易調査票とコーピング特性簡易尺度 ver.3（Brief Scales for Coping Profile：BSCP）を実施し、1319名（平均年齢41.5歳）のデータについて因子分析を行った結果、職業性ストレスに関して6つの因子を抽出している。因子は、コーピングについての3因子構造（①直接問題を解決しようとする対処／問題焦点型対処、②積極的に気分転換などにより情動をコントロールする対処／情動焦点型（積極的）対処、③我慢・先送りする回避逃避的な対処／回避逃避型対処）、職業性ストレスとして3因子構造（①仕事負担感、②よい人間関係、③ストレス反応）が得られている。これらの因子間関連を解析したところ「問題焦点型対処は仕事負担感を増やすが、良い人間関係を作る」「積極的な情動焦点型対処は、仕事負担感、人間関係どちらもストレス反応軽減する方向に働き、ストレス反応は軽減する」「回避逃避的対処は、仕事負担感を高め人間関係にも悪影響を及ぼし、両因子を介してストレス反応を著しく高める」という結果を得ている。また、問題焦点型対処は情動焦点型対処と正、回避逃避型対処と負の相関を示している解析結果から、「問題焦点型対処する傾向が強い人はストレス反応軽減する他の対処法を同時に行い、最終的にストレス反応を軽減している人が多いと考えられる」ということを示唆している。この調査結果からは、一般の男性製造業労働者におけるコーピング方略において、問題焦点型対処・情動焦点型対処を選択することはストレス軽減する上で効果的であることが示されたといえる。

次に、伊勢・北口・十一（2014）らの報告に注目したい。伊勢らは自閉症スペクトラム（ASD）傾向の高い学生らがどのようにコーピングを使用しているかを調査している。調査の結果 ASD 傾向の高い学生は、ASD 傾向の低い学生に比較して「心身的健康状態が悪いこと」「使用するコーピング数が少ないこと、特に情動焦点型のコーピングが少ないこと」「ストレスが解消できない場面においてコーピングを柔軟に変化させることが難しい可能性があること」を得ている。この結果に対して伊勢らは、ASD 傾向の高い学生の心身の健康状態の悪さは、ストレスへうまく対処できていないことから来る可能性を指摘している。さらに、明らかな社会不適応がなくとも、ASD 傾向が高い学生においては不適応を予防・改善する観点で支援することの重要性を示唆している。

発達障害者においてはコーピング特性が定型発達者とは異なる可能性を前提として、慎重にストレス評価、ストレスマネジメント教育を行う必要があるといえる。

### 3. ソーシャルサポートの効果について

パーソナリティと対処法（コーピング）の動的な関連について検討する上で、その鍵となるのはカプラン（Caplan,1974）によって提唱された「ソーシャルサポート」の概念といわれる。高岸（2016）によれば「Caplan は、同じストレスに曝されても、支援的な人間関係に恵まれ、ソーシャルサポートを十分に活用することでストレスの悪影響を受けにくくし、ストレス反応を減弱化させるという可能性を提唱している」という。ただし、ソーシャルサポートの影響やメカニズム、結果についてはカプランの提唱したものほど単純ではないことが近年の主要な議論の一つといわれる（Taylor,S.E. et.al., 2007）。また、高岸（2016）は、コーエンら（Cohen & Wills,1985）のレビューにおける「ソーシャルサポートがストレスのネガティブな心理的アウトカムを緩和するという仮説を検証した40以上の関連研究によれば、ストレスフルな出来事への

対処資源の利用可能性を評価したサポート尺度の研究報告には、サポートがストレスを緩衡する一貫した結果が得られていた」という点にふれ、これについて「このストレス緩衡効果の重要な点は、サポートが必要になるときに他者がサポートを提供してくれるという認識や期待であって、実際にサポートを受けた体験ではないということである」とし、さらに「健康や適応には実際にサポートを受け取ったか否かはあまり重要ではなく、むしろサポートの利用可能性に関する信念が重要なのである」と指摘している。発達障害のある者の対処法(コーピング)としてのソーシャルサポートを検討する上で、この指摘は重要である。高岸(2016)による指摘は全て“暗黙知”や“明文化されていないルールを理解”、“あいまいな状況に対する判断と的確な予想”といった一連の高次の思考の結果として成立するものである。具体的には「ストレスにさらされている当事者がその状況に客観的に気が付くこと」「その状況を改善するための手段として利用可能なサポートの存在を認識していること」「実際にそれを利用せずとも効果を期待していること」がそれに該当すると思われる。ストレスフルな出来事への対処資源の利用可能性がストレスを緩衡するためにはいくつかの条件が必要といえる。しかし、これら客観的・多面的な視点による思考に困難のある発達障害のある者においては、それ自体の成立が難しい状況があるといえる。

したがって、一般的なストレスモデルにおけるソーシャルサポートの緩衡要因としての作用は、発達障害者においてはそのまま適用されにくい可能性が示唆された。このため、一般的な職業性ストレスモデルの構成概念を発達障害者において用いるためには、障害特性を考慮して理解を進める必要があるといえる。

そこで、発達障害のある者の職業性ストレスを理解する上で検討が必要となる可能性のある事柄について次節で検討することとしたい。

### 第3節. 発達障害における職業性ストレス

第1節、第2節ではストレスの概念モデルや職業性ストレスに関するメタ分析の結果、本邦における職業性ストレス要因の調査結果を概観した。職業性ストレス研究はほとんどが発達障害診断のない定型発達者を対象とする検討結果であった。発達障害者については自閉症圏にある者の認知的特性を中心として「心の理論の獲得の問題」、「弱い全体的統合」、「実行機能の問題」の3つの理論が知られており、これらは結果的に自己中心的、行動の結果を考慮しない、衝動性の高さ、他者の反応を予測できないなどの現象に繋がる可能性があるといわれる。「ASDは生物学的にストレス脆弱性を有している。生来の社会性障害によりソーシャルスキルが著しく低く、また否定的な自動思考を認めやすいことから、ストレスに反応して適応障害をきたしやすい(遠藤・染谷, 2012)」という指摘もある。これらの特性を背景とした職場不適応の課題については障害者職業総合センター(調査研究報告書No.88,2009)において、自閉症による認知特性としての3つ組の障害に起因した実際の就労場面での課題と対応を明らかにしているところである。発達障害者においては定型発達者とは異なり、“障害特性”を前提とした職業性ストレスの検討が求められよう。

最近では産業保健領域において発達障害のある者の職場での問題に焦点があてられるようになってきた。産業保健における発達障害者の職場不適応の課題やストレスに関連する最近の知見を概観するため、公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター附属ストレス科学研究所が発行する「ストレス科学研誌」における「発達障害とストレス」の特集から、職場不適応に関連する各論文の要点を示した(表2-1)。

表 2-1. ストレス科学研究誌 (2015) における「発達障害とストレス」特集の各論文における要点

著者	【タイトル】(キーワード) / 要点
渡辺登	<p>【発達障害とストレスチェック制度】(発達障害・ストレス・産業医・指導・ストレスチェック制度) / 発達障害の社員がメンタル不調を招くきっかけは、環境の変化やよき理解者の消失である。職場や業務、上司が変わる、もしくはフォローしてくれる同僚がいなくなる、部下がつくなどの理由で管理能力を求められるなどでパニックに陥る。場の雰囲気やチームプレイを重んじる上司や、常識や建前にとられる上司の下で働くことになると、たちまち不調をきたす。発達障害には不向きな仕事が多く、接客業、営業、中間管理職、教職などチームで働く仕事や臨機応変に対応しなければならない仕事は苦手で、不適応を起こして長続きしない。</p>
林剛丞、江川純、 染谷俊幸	<p>【ストレス関連障害を示す発達障害】(ストレス関連障害・発達障害・自閉スペクトラム症・注意欠如/多動症) / 発達障害の人々は、その特性ゆえに様々なストレスと直面する機会が多く、またストレスの受け止め方や対処の仕方が適切でないため、環境への不適応を引き起こしやすい。最近のレビューでは ASD の9~42%にうつ病を認め、国内でも高機能 ASD の11%にうつ病を認めると報告されている。不安に関しても ASD の39.6%になんらかの不安症を認めるという高い併存率が報告されている。ASD を対象とした生物学的研究からは抑うつや不安に関与するセロトニン神経系の異常が示唆されており、ストレスに対する生物学的脆弱性が存在し、心理社会的要因の影響をより強く受けると考えられている。</p> <p>ASD 者は、「ストレス状況の引き起こしやすさ」と「ストレスへの対処能力の低さ」により、ストレス関連障害を引き起こしやすくなる。</p> <p>AD/HD はうつや不安障害と有意に関連していると報告されている。また、健常者と比較して6.5倍、全般性不安障害になりやすいとの報告がある。ASD と同様に、セロトニン神経系の異常が報告されているため、抑うつや不安への生物学的脆弱性を有し、心理社会的要因の影響を強く受けると考えられる。</p>
清水光恵	<p>【トラウマから見た発達障害の特徴】(発達障害、自閉スペクトラム症、ストレス、トラウマ、記憶) / ASD 者は過去に体験した日常的な深刻とは言い難い不幸な出来事についての想起に伴う情動反応が年余にわたってもなお減衰しない。出来事内容の特徴としては他者からネガティブな情動を向けられたことという共通点が見いだされるかもしれない。</p>
浜田恵、村山恭朗、 明彦光宜、辻井正次	<p>【発達障害者が社会適応を高めるためには】(自閉症スペクトラム・家族支援・適応行動・精神的健康) / ASD 者に関して抱える家族のストレス、本人の適応や不適応との視点、不安や怒りなどと併存障害の関連によるレビューを行った。ASD 者においては胎生期以降に始まる脳機能の非定型発達によって一般的なストレス対処を行う上での、生物学的脆弱性を有すると考えられる。ASD 特性が高い場合、不適応状況にあり、精神疾患の合併の度合いが高いことが示されており、発達障害特性があることはストレスに対する脆弱性を高めることが明らかである。</p>
廣 尚恵、永田晶子	<p>【働く発達障害者を支える】(発達障害、職場、労働者、就労支援) / 発達障害の特性が就業面にどのような形で現れやすいかを示し、同障害を有する労働者に対する支援の原則をまとめた。発達障害者の職場適応は、本人の職種、職位、職務内容、就業する職場の業種、規模、その他の就労環境によって良否が大きく異なる。職場不適応例に対しては、その要因を多角的かつ詳細に検討して、職場環境に問題点が見つければ、それを軽減するように働きかける取り組みが重要であり、産業保健として高い優先順位となる。職場内における発達障害者例への就労支援は、それほど容易ではない。様々な専門家、実務者が知恵を出し合っていかなければならない。</p>

渡辺（2015）は、ストレスチェック制度を基に産業医の面接指導を希望するケースのうち、発達障害の社員の一例について報告し、「発達障害の社員がメンタル不調を招くきっかけは、環境の変化やよき理解者の消失である」とし、具体的には「管理能力が問われる場面」や「チームプレイ」、「常識や建前が重視される上司」などを上げている。近年、産業医の経験のある精神科医において、発達障害の診断のついた、もしくは疑った事例の対応経験がある者が多く、職域で発達障害労働者の事例対応をすることはそれほど稀ではないという状況が報告されている（永田ら，2012）。渡辺（2015）は、「産業医においても発達障害に関する知識が欠かせない」としていることから、メンタルヘルス不全となる労働者の職業性ストレスを理解する背景に発達障害の視点を持つことの重要性を示唆している。

林ら（2015）と浜田ら（2015）はいずれも「障害特性がストレス脆弱性を高めていること」「背景に生物学的脆弱性がある」ことを指摘する。ストレスに対する脆弱さにより心理社会的影響を受けやすいこと、不適応状況が招かれやすいこと、精神疾患の合併度合いが高いことなどは重要な課題である。

また、清水（2015）は、「適切な支援を受けずに成長した ASD の人々は社会生活を送るうえでストレスに曝されることが多く、また生来のソーシャルスキルの乏しさや生物学的なストレス脆弱性を持つことから、様々なストレス反応性の病態をきたしやすい」とし、具体的な不適応的状況として「他者の心情や意図が読めず、その場にそぐわない言動」、「明文化されていない社会のルール理解困難」を上げている。また、「こだわり（同一性の保持）」が失敗体験後の改善策のための行動化に結びつきにくい可能性を示唆している。

廣・永田（2015）は、発達障害の特性が就業面にどのような形で現れやすいかを示し、同障害を有する労働者に対する支援の原則をまとめている。

これらの文献からは、発達障害の特性が背景にあることで、ストレス全般に脆弱であること、不適応が生じやすく、ストレスコーピングが成立しにくいことなどが示唆されたといえる。また、発達障害者においては、「社会性およびコミュニケーション障害の特性」「感覚特性」等の障害特性や独特な認知の特性について適切に評価しその詳細について把握することに加え、多面的に職業上のストレスの理解を図ることの重要性が示唆されたといえる。

※1 「タイプ A 性格」について小杉ら（2002）は次のように説明している。

「フリードマンら（Friedman & Rosenmman,1959）は、心臓疾患患者が他の疾患とは異なる行動特徴を示すことに注目し、その行動特徴をタイプ A 行動と名付けた。その特徴は①時間的切迫（常に時間に追われて焦りを露わにする行動）、②競争（他人との競争関係を求める行動）、③攻撃（他人を好んで攻撃する行動）、④敵意（敵意に満ちた行動）などであり、とくに攻撃的行動が顕著なことから攻撃（Aggression）の頭文字の A を取って、彼らはタイプ A 行動とした。その後、タイプ A 行動と心疾患（とくに冠動脈疾患）の関係は上記の4つの特徴のうち、敵意のみと関係することが明らかにされている。」

#### 【文献】

- Bolger,N., & Zuckerman,A. 1995 A Framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*,69,890-902
- Bonde,J.P. 2008. Psychosocial factors at work and risk of depression; A systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65,438-445.
- Caplan,G 1974 *Support systems and community mental health*. New York; Behavioral Publications.
- Cohen,W & Wills,T.A. 1985 Stress, social support, and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin*,98,310-357.
- Cooper,C.L., & Dewe,P. 2004 *Stress: A Brief History*. Oxford: Blackwell Publishing, Ltd

- Endler,N.S., & Parker,J.D.A. 1990 Coping Inventory for Stressful Situations ( CISS ) : Manual.Toronto:Multi-Health Systems
- 遠藤太郎・染谷俊幸 2012 ストレス関連障害の特徴を示す自閉症スペクトラムの成人例 精神科治療学 27(5) p633-538.
- 岩田昇 2017 職業性ストレスの測定と評価 産業保健心理学 第3章 ナカニシヤ出版
- 浜田恵・浜田恵・村山恭朗・明翫光宜・辻井正次 2015 ストレス科学研究 Vol.30 p20-26
- Hans Selye 1936 Asyndrome produced by Diverse Nocuous Agents Nature July 4 p32
- 廣尚憲・永田晶子 2015 働く発達障害者を支える, ストレス科学研究 Vol.30 p35-38
- Hurrell,J.J., & McLany,M.A. 1988 Exposure to job stress:A new psychometric instrument. Scandinavian Journal of Work, Envaironment,and Health,14,27-28
- 林剛丞・江川純・染谷俊幸 2015 ストレス関連障害を示す発達障害 ストレス科学研究 Vol.30 p10-15
- 伊勢由佳利・北口勝也・十一元三 2015 自閉症スペクトラム傾向とストレスコーピングの関連：効果的なストレスマネジメントを目指して 教育学研究論集 10 p9-16
- Johnsonm,J.V.,& Hall,E.M. 1988 Job strain,work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a randam sample of the Swedish working population. Americal Journal of Public Health,78,1336-1342.
- Karasek,R.1979 Job Demand, job decision latitude,and mental strain: Implication for job redesign.Administrative Science Quarterly,24,285-308.
- 小杉正太郎編著 大塚泰正・島津明人・田中健吾・田中美由紀・種市康太郎・林弥生・福川康之・山崎健二 2002 ストレス心理学 個人差のプロセスとコーピング, 川島書店
- 厚生労働省 平成 24 年労働者健康状況調査 [http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h24-46-50\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h24-46-50_01.pdf)
- 厚生労働省 平成 19 年労働者健康状況調査  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou07/r1.html>
- 厚生労働省平成 14 年労働者健康状況調査  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou02/r1.html>
- 厚生労働省平成 9 年労働者健康状況調査  
[http://www.jil.go.jp/jil/kisya/daijin/980623\\_03\\_d/980623\\_03\\_d\\_hyou25-26.html](http://www.jil.go.jp/jil/kisya/daijin/980623_03_d/980623_03_d_hyou25-26.html)
- 厚生労働省平成 4 年労働者健康状況調査  
[http://www.jil.go.jp/jil/kisya/daijin/980623\\_03\\_d/980623\\_03\\_d\\_hyou25-26.html](http://www.jil.go.jp/jil/kisya/daijin/980623_03_d/980623_03_d_hyou25-26.html)
- Latack,J.C., & Havlovic,S.J. 1992 Coping with job stress, A conceptual evaluation framework for coping measures. Journal of Organizational Behavior, 13, p479-508
- Lazarus,R.S. 1993 Coping theory and research : Past, present, and future.Psychosomatic Medicine, 55 p234-247
- Lazarus,R.S.,& Folkman,S. 1984 Stress,Appraisal,and Coping.Springer Publishing Company; New york.
- 永田晶子・堤明純・中野和歌子・中村純・森晃爾 2012 職域における広汎性発達障害者の頻度と対応：産業医経験を有する精神科医を対象とした調査, 産業衛生学雑誌, 54, p29-36
- 中田光紀 2017 職業性ストレスと健康影響, 産業保健心理学 第2章, ナカニシヤ出版
- Netterstrom.B.,Conrad,N.,Bech,P.,Fink,P.,Olsen,O.,Rugulies, R.,& Stansfeild,S., The Relation between work-related psychosocial factors and the development of repression., Epidemiologic

Reviews,30,118-132.

清水光恵 2015 ト라우マから発達障害の特徴 ストレス科学研究 Vol.30 p16-19

障害者職業総合センター調査研究報告書No.88, 2009 発達障害者の就労支援の課題に関する研究

田中正敏 2017 第1章 ストレスをどう測るか 1ヒトのストレス ストレスとは何か?, ストレスの脳科学 予防のヒントが見えてくる p 17 講談社

Taylor,S.E., Welch, W.T., Kim, H.S.,&Sherman,D.K. 2007 Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses. Psychological Science,18,831-837.

高岸幸弘 2017 職業性ストレスの心理社会的要因に関する実証研究, 風間書房

高屋正敏・長谷川泰隆 2010 ストレスコーピング特性と職業性ストレス —共分散構造分析による解析— 産業衛生学雑誌, 52, 209-215.

Theorell, T, Hammarstrom,A., Aronsson,G.,Traskman,Bendz, Grape,T., Hogstedt,C., Marteinsdottir,I., Skoog, I.,and Hall,C. 2015 A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. BMC Public Health,15,738.

渡辺登 2015 発達障害とストレスチェック制度 ストレス科学研究 Vol.30 p1-4



## 第3章

# 発達障害者の事例化と 職業リハビリテーションの課題



## 第3章 発達障害者の事例化と職業リハビリテーションの課題

第1章では発達障害の診断に関する近年の動向や、発達障害と精神疾患の併存に関する知見、本研究における発達障害者の対象像について提示した。また、第2章では職業性ストレスの概念整理から、発達障害者における職業上のストレスに関する課題を理解するための条件を検討した。第3章では、発達障害者の診断と治療を行う医師へのヒアリング調査を実施した結果を整理し、発達障害の事例化の過程における職業性ストレスの理解を試みる。

### 第1節. 専門家ヒアリング調査の枠組み

#### 1. ヒアリング調査の目的

医療機関における発達障害診断の経過で聴取・観察される当事者の不適応上の課題・職業性ストレスを明らかにする。また、発達障害の診断に伴う治療の実態と課題について整理し、職業リハビリテーション・サービスに期待される支援や機能について検討する。

#### 2. 対象者選定要件

- ・発達障害の診断・治療を行っている精神科医療機関であること
- ・継続的な治療を行っていること
- ・地域の支援機関と連携があること

#### 3. ヒアリング協力者（実施順・敬称略）

事例1：平成29年8月7日 福田真也（医療法人社団 青木末次郎記念会 あつぎ心療クリニック）

事例2：平成29年8月21日 五十嵐良雄（メディカルケア虎ノ門）

事例3：平成29年10月7日 佐々毅（新検見川メンタルクリニック）

事例4：平成29年11月18日 米田衆介（明神下診療所）

#### 4. ヒアリング項目

- ① 発達障害者の受診・利用状況
- ② 発達障害者の職場不適応に関する全般的課題、職業ストレスの特徴
- ③ 治療経過、プログラム、関係機関との連携
- ④ 発達障害に関する課題

#### 5. ヒアリング結果の分析方法

各医療機関における発達障害者の受診経路および診断や治療の状況から、以下の観点について記述的に整理した。

- ・受診経由、医療機関の地域性
- ・対象者の診断時期（就職前・就職後）
- ・患者層に応じた治療方法、経過、目標設定

## 第2節. 結果 発達障害者の診断と治療

### 1. 就職前段階の事例化

【事例1：障害者雇用を視野に入れた診断・治療】

患者像：就職活動を契機とした受診

大学3年次、4年次の就職活動を契機に学内のキャリア支援室や学生相談室、保健管理センター等に来所する学生が一定数存在する。学内支援のみで問題解決に向かう場合もあれば、解決に至らないケースもある。中には背景に発達障害が疑われる学生も存在する。学内支援としての相談を進める過程で発達障害の疑われる学生において、診断を受けての支援が必要とみられる事例については、クリニックへ紹介する場合がある。男女比では男性の受診者が多い。

受診時の相談内容は「就職活動での問題」が多い。表面化する問題の形態は様々で、「エントリーシートの書き方がわからない」というケースから「ペーパー試験は軒並み通過するものの最終の面接試験で落ちてしまう」など幅広い。また、コミュニケーションの面では「集団面接の場面で一言も話せなかった」、逆に「しゃべりすぎた」など困難さも多様である。WAIS等をはじめとする各種検査実施のステップを踏んで、診断にすすめていく。なお、必ずしも全員が発達障害診断に至るわけではない。

相談から診断、治療の経過

診断に至ったケースは、一般雇用で就職を目指すことが可能とみられる場合もあれば、困難が想定される場合もある。後者に対しては精神障害者保健福祉手帳の診断書を作成し手帳を取得することで、就職を目指す取組を行っている。なお障害者雇用全体では主に若年層に対して障害者雇用の検討を勧めることが多い。

学生の患者においては在学中の就職活動で失敗が連続したまま、卒業が迫ってもなお障害の存在や手帳取得について拒否するケースが少なくない。学生の場合は手帳取得について親の承諾が要することもあるため(必須でないが承諾がなければ取得が難しい)親に対するアプローチを凶るものの、“偏差値の良い大学”を卒業して“今さら、「障害者で」ということは受け入れられない”という、親の側の障害観の問題が大きくある。このため、親・家族含めての相談を進めていくことは珍しくない。さらに、「本人は了解し親が否認するケース」と「本人が否認し親が了解するケース」のいずれも存在する。両者の意見が一致しなければ手帳取得を勧めることは難しい。了解する場合でも、卒業後1～2年の期間をかけてゆっくりと手帳の取得に理解・受け入れに至ることが多い。このように、手帳取得の手続きに進む前の了解や納得というような「障害受容」に時間を要する現状がある。本人・家族の納得を得るまで、精神科医として「本人をじっくり待つ」「付き合う」等、向き合う姿勢で取り組んでいるのが実情である。

課題：手帳取得・支援を促す要因

手帳取得に対する了解・納得の経過からは「個人の元来の性格・パーソナリティ」や「親の理解」が背景となって本人の理解・受け入れを支えていることが伺える。親の理解が前向きでスムーズであれば、本人の理解もそれに応ずる形になりやすい。

また、ASD者で特性とは直接関係しないが攻撃的な性格傾向のある場合や、他罰的な理解が強い場合には職場の人や周囲の人の理解を得られにくく、不適応が顕在化してしまうことが多い。このようなケースにおいては、同時に治療側・支援側との安定的な関係を維持することにも困難があるため、場合によっては医療機関の利用が途絶えてしまうこともある。また、職場側が困り感を訴えていても自分自身の特性に対する自

覚・理解は乏しいことから、相談が継続しにくい事例もある。

## 2. 就職後の不適応による事例化（一般就労中・休職者への治療と対応）

### 【事例2：院内プログラムによる治療・支援】

#### 患者像：発達障害外来における受診

典型的な発達障害・自閉症であれば幼少期に判明し、養護学校・特別支援学校に在籍してきている。これらの幼児期・児童期・青年期の全ての時代で問題化せず、すり抜けてきている人達が存在する。彼らは多くが典型的でなく、診断基準に当てはまりにくい人達である。クリニックには例えば診断基準の条件でみる症状の条件が揃っている者はおらず、条件の一つないし二つしか当てはまらないような方が多く来所している。「診断」という意味では正確に診断ができないような人達である<sup>※1)</sup>。彼らの多くは診断閾下の ASD や ADHD の特徴を持っている<sup>※2)</sup>。そのような発達障害の“疑い”の者まで含めると人口の1割程度になるといわれているが、職場や家庭で困り事、悩み事が大きい人達が一定程度いる中で、クリニックで診ているのはそのようなグレーゾーンの中でもより特性の薄い人達である。受診者は就業年代の者が多い。

#### 相談から治療の経過、職場で発生する不適応

受診者の特性はとてもバリエーションが広い。ただし、発達障害特性と困り事の程度は必ずしも並行しない。例えば特性として研究職が向くにもかかわらず、管理職に異動となり、最も不得意な管理的業務を行うこととなり、それによってうまくいかないが周りも本人も理由に気が付かない。そのようなケースが事例化して受診に至っている。そこには（先述した）症状の内の一つ二つが大きく影響している。

ASD であれば場の空気が読めない・同時進行のことができない。例えば「常識的にやれ」と言われても「何が常識だかを知らない」ために失敗し、二次障害でうつ病となる。しかし多くの医療機関では二次障害としてのうつ症状だけを診るため月に1度だけ診察して抗うつ剤を出す状況がある（発達障害は見逃している可能性がある）。それは治療として適切とはいえない。

#### 治療方法・経過：発達障害特性向けプログラム

非典型的な症例に対して診断できる感度を持つ医師が少ないが、それ自体は実に難しいことである。患者の症状を把握する上では、リワーク・デイケアの場において問題を具体的に観察することの意義が大きい。また、場面で発生する問題に対して患者自身は正確な知識・理解を持っていない。それゆえ、適切な教育を行えば発達していく可能性があるという仮説を持って取り組んでいる。

例えば ASD と ADHD の併存であれば投薬で ADHD 特性が改善する部分もあり併存状況が改善する経過をたどる場合もある。残存する ASD 特性や、それによって生ずる発達の側面の課題については二つのプログラムを提供している。一つは発達障害専門のリワークプログラム（表3-1）である。こちらは、通常のリワーク対象者の3割程度を占める発達障害特性を持つ人向けの、月2回のプログラムである。休職中ということもあり、デイケアとしてより時間をかけた取り組みとなっている。しかしながら、患者の中に「対人恐怖がある者」「集団を嫌がる」「こだわりの強さ」などがある場合にはこれらプログラムへの参加を選択し

---

※1) 具体的には、成人で知的障害がなく、一定の就業能力（就業経験）のある軽度の発達障害のある（成人になるまで自閉症や自閉スペクトラム症などの診断を受けたことがない）方である（海老澤，2015）

※2) 初診時診断名の内訳（N=76）は、診断閾下 ASD44%、ADHD13%、診断閾下 ASD+ADHD22%、知的障害 4%、適応障害 4%、大うつ病性障害 4%、双極性障害 4%、その他 5%である（海老澤，2015）

ないケースもある。

二つめとして、発達障害専門外来の受診者および発達障害の専門デイケアプログラムの終了者（復職者）向けに、毎月1回のショートケアプログラムを設けている（表3-2）。こちらは、参加者の9割が就労中のため、月に一度の土曜日午後実施している。ショートプログラムは心理士によるレクチャー、自己理解ワーク、ピアサポートによって進められている。

都度50～80人の参加者があり、そこで数人のグループを作りディスカッションを中心に行う。参加者は自分に似た特性を持つ仲間を持つことになる。自身のうまくいかない状況が活動を通して説明可能となり、「腑に落ちる」という体験がなされる。同じような特性、悩み、課題を持つ者同士でコミュニケーションを取るといった、彼らにとっては普通の生活の中では持てない重要な体験の場となっている。

表3-1. 休職中の発達障害の方を対象としたリワークプログラムの構成（SSR:Social Skill Renovation）

趣旨	文献購読	グループワーク	コミュニケーション
障害特性の理解、障害の受容	◎	知る	
自己理解（強み、弱みの分析）	○	◎	○
職場での不適応理由の分析		○	◎
具体的な解決策の検討と実践			◎

表3-2. 就労中の発達障害の方を対象としたショートケアプログラムの概要（Monthly Com's）

A日程	開催日	テーマ	B日程	開催日	テーマ
主に対人関係、コミュニケーションに関すること及び思考／気分コントロールに関すること でお困り、お悩みの方へ	1月0日	発達障害とは	主に、遂行力、注意力、記憶力に関することでお困り、お悩みの方へ	1月0日	発達障害とは
	2月0日	協同時のコミュニケーション		3月0日	想像する
	4月0日	自分の弱みを強みにする		5月0日	段取りを組む
	6月0日	合意形成のコミュニケーション		7月0日	話を聞く
	9月0日	頼む、断る		10月0日	情報を整理する
	1月0月	空気を読む			

【事例3：発達障害者支援センター・地域の就労支援機関との連携による対応】

患者像：外来における発達障害診断

一般的なメンタルクリニックであり発達障害専門を標ぼうしているわけではないが、全体の患者のうち、発達障害の診断のつく者から疑いまで含めると約2割が該当者となっている。発達障害者支援センターによる紹介が多いため、初診時から自らに発達障害の疑いを持つ者が多い。また、うつ状態で受診する者で背景に発達障害特性が疑われる者も存在する。一部ではあるが職場の不適応や家庭内で発達障害を指摘されたことをきっかけに来院するケースもある。ほとんどは就職後に事例化するケースである。主訴の多くは「仕事の問題」である。問題の先送り、周囲からの怒りを買う、部屋が散らかる等多様な状況によって自ら問題を感じていることが多い。また、最近はインターネットで自ら情報を得て受診する者や、関連事項のテレビ放送があった翌日以降に受診者が増加するなど、マスコミの影響による受診がみられる。

## 相談と診断の過程

診断のためのルーチンとして成育史を取る事、臨床心理士による心理検査（WAIS、ASQ 等）の実施に加え、ケースに応じてその他の検査を行っているが、ASD に特徴的な検査の所見などがあるわけではないことから、成育史の中での当人の特徴から検討していくことになる。その中で、発達障害のマージナルな例については対応が難しい。当人の状況から診て生活上の困難・障害が大きく、支援が必要と判断された場合であっても診断基準を満たさないケースにおいては、発達障害の診断が条件となっていることで支援機関の利用に至れない状況がある。精神科医療において、必要のためやむを得ず診断をつけ「障害者」としてしまふ事態や、DSM や ICD などの診断基準が一人歩きをして患者の背景が軽視される事態が生じていることについては、大きな課題として見る必要がある。

診断がつかない発達障害傾向のある者の場合、「苦手な部分がある」というような特性の凹凸の説明で、具体的な対応を提案している。何らかの関わりが必要と判断されるケースにおいては、発達障害者支援センター等の紹介元へ繋ぐこともある。しかし、診断が付かないことから障害者対象の就労支援機関は紹介できない。

なお、診断のつく典型的な例であっても会社や家族から指摘されているが本人は否認する場合には対応が難しい。その場合は情報提供のみ行い、うまくいかないことに気づき困り感を自覚した時に向けて門を広くしておく。時間を経て再来するケースもある。薬の使用についても同様で、当初拒否することはあるが、数か月後に使用を希望して来院した例もある。冒頭で適切に情報提供を行って、本人の理解を待つことが様々な場面で必要となる。

また、来院時にうつ状態だが背景に発達障害が疑われるケースについては、うつが深刻であればまずはそこに焦点を当てて治療を行う。状態が落ち着けば発達障害の可能性を伝える場合もあるが、それも患者の状況、ニーズ、重要度、優先度に応じた働きかけを行うこととしている。

## 職場で発生する不適応

入職後すぐに不適応が起きる事例については、典型的な特性を持つ者が多い印象である。その多くが社会的な様式に適応できないことで事例化している。また、当初は問題が起これなくとも、数年経って多様な業務が重なるといったことや、マネジメント業務に就くこと、昇進して部下が付くという状況が契機となって事例化することもある。ただし、これらの契機は発達障害のみならずうつ病でも同様である。ライフステージの変化、立場の変化が事例化の契機となっており、これらは発達障害特性を持つ者に限られた話ではないといえる。また、知的水準の高い人であっても、業務遂行に対応しきれなくなって不適応を起こすことも見受けられる。

若年者の場合では仕事と職業能力が見合わない状況が多い。その場合には、本人が障害について理解と受け入れが整えば、転職を検討したり障害者雇用を検討することもある。

具体的な働き方へのアドバイスとして、例えば ADHD の人へ「突然に仕事が飛んでくるような臨機応変な対応が必要な状況は難しい」といった特性を考慮することの必要性について説明することもある。しかし、当人が非正規雇用であれば転職等含めた相談は進めやすい一方で、正社員の場合には配慮の必要性について相談を進めていく上で難しさがあるといえる。

## 院内プログラムと他機関との連携の課題

院内では発達障害に特化したものではないがメタ認知トレーニングプログラムを実施している。グループ

ワークの形態で実施しており、参加者は問題への自覚があるため毎回参加している。そこでは特性から来るトラブルが生じることもあるが、“その場で介入できる”ことが最大のメリットであり、問題へのアプローチのきっかけとしている。課題は、これらのプログラム活動内での状況が実際の職場に戻った時にどうなるかといった“汎化”の問題である。医療の現場と実際の職場とを繋げる人材と連携できれば理想的である。

一般に休職して復職になる場合、リワーク等利用していれば別だが医療機関以外が介入することはない。患者を挟んで医療側と職場側の二者の立場では、しばしば思惑が異なる。例えば、時間や業務量を制限することが望ましいという判断を医療側が行ったとしても、企業内での具体的な仕事内容を全て詳細に把握しているわけではない。その部分を調整するコンサルタントのような役割が必要と思われる。

現在、連携先は地域障害者職業センター、ハローワーク、就労支援機関等であるが、互いに顔が知れている場合もあればそうでない場合もある。連携の取り方の問題として、ケース（患者）の課題が複雑化してから初めて支援機関から問い合わせがある場合もあり、対応に苦慮する。地域の関係機関同士が互いに負担なく、普段から“情報共有”をどのようにしていくのかが、専ら課題となっている。

#### 【事例4：他精神科からの紹介】

##### 患者像：的確な見立てに基づく紹介と、裾野の広がり

開院から数年以降は、正しく診断がついた上での紹介のケースがほとんどであった。統合失調症や神経症やうつ病など精神障害圏の疾患に詳しい医師・保健師等（他院）はこれらを的確に分類して対象者を案内していた。また、就労支援機関等においても、職業上の現実的な課題に基づいた的確な見立てによって発達障害者の紹介をしてくる場合が多い。紹介者において正しく精神障害の全体像を捉えたうえで発達障害を理解して送られる場合は、実際に詳細に診察した上でも、やはり概ね発達障害の診断がつくことが多い。

最近は発達障害に対する認知の裾野が広がり、産業保健領域、特に内科医等である産業医からの紹介が増加したことで、発達障害に該当しないケースの割合が増えている。例えば、チェックリストで該当したと紹介される場合もあるが、自閉スペクトラム症では自己モニター障害のために、自記式のチェックリストでは結果の信頼性が低いこともあり、詳細に診察してみると診断基準を満たさないために診断に至らない場合もある。月の初診枠は限られるために悩ましい問題ではあるが、“結果としては違った”ということで、対象者像の理解に役立てていただく他に良い手立てがない。当事者自身は困惑した状況で受診しているため医療機関としては対応せざるを得ない状況である。

成人発達障害の患者の多くは大学を卒業し、一般就労を前提としていた人々である。ほとんどが大学在学中・就職直後に不適応を起こして事例化してから受診するケースである。

##### クリニックでの相談から診断まで

来院した患者に対する診断をつけた後のステップとして、例えば一般職業適性検査、WAIS 等標準化された検査によって現れた特性について目に見える形で説明すると、自身で思い当たることがあるので納得する場合が多い。

何らかの逸脱行動が生じている場合、その社会的な意味を説明することが必要な場合もあるが、それが理解できない様子であれば、「みんなこうすることになっています」といった“個人を超えた客観的ルールとしての伝達”という方法をとるか、または“標準からどれだけずれているか”等の形式・数値的情報を視覚的に伝達するほうが理解を得やすいように見受けられる。

診断告知のタイミングは相手の様子を十分に考慮して行う。本人が落ち込んでいる時は避け、気分が落ち

着いた時、自信がついてきた時、これから頑張ろうという前向きなタイミングを見計らって、「これからどう頑張るのか」という切り口で、障害特性、強み、弱みの説明、特性は治る性質のものではないこと、目標を修正する必要があること等の説明を行う。

患者によってはインターネット等を通じて自ら障害についてよく調べた上で理解が進んでいる場合もある。その場合はその理解をそのまま補う形とする。しかし、周囲に指摘されて受診したものの自らは障害について否認している場合もある。場合によっては障害の指摘を「上司のパワハラ」と理解する場合もある。その際は、一種の荷卸し作業として日常的な困り事の整理から始め、検査の実施と結果の解説、成育史の聞き取り、人生の各段階での困り事や弱点の整理などを通して相談を進めていく。網羅的な聞き取りには時間がかかるので、本人の問題として想定される点をいくつか絞って確認する。そのような情報の取得と整理を進めながら、信頼関係が築かれていく中で、否定的だった患者の姿勢は軟化していく場合もある。本人の顔色や性格、理解能力やタイミングを見ながら、本人の状況・流れに沿って理解・納得を引き出していく“精神療法的操作”を行う。診断のための問診は単に情報を得ているだけではなく、それ自体本人への方向づけである。すなわち、障害の理解や受け入れは、診断をつけるプロセスが既にその導入になっているといえる。

### 職場で発生する不適応と背景

発達障害と診断される人が増加してきたことで、以前よりも発達障害者が精度よく発見されているかというとは実は顕著ではないのかもしれない。ただ、社会の側において単純な労働が減ったこと、このために、現代的職場において、正社員としての就労場面からは、はみ出して（不適応となって）しまう人が目立つようになったことは指摘できるだろう。逆に、単純労働の環境において一部の発達障害のある者がインクルージョンされている可能性もある。

大学卒業後の一般就労を前提として歩んできた彼らの多くは、働く場で大きな課題を抱えてしまう。しかし、それでもホワイトカラーの正社員にこだわる。現実的に適応困難であるとしても、当初の希望にこだわることで適性に応じたキャリアの見直しが行えない状況がある。その背景には自己モニターの困難性が指摘される。

発達障害に精神疾患を併存する場合の治療において、合併する精神医学的状态を適切に見立てることが重要である。例えば、本質的な実行機能障害が原因となって仕事ができないという状況を「抑うつ状態による精神運動制止の問題」として捉えることや、逆に、抑うつ状態による症状を適切に評価せず「発達障害による問題」と捉えると、治療は間違った方向に進んでしまう。薬物治療で症状が改善しても本質的な実行機能障害があればそれは残存する。特に発達障害と他の精神疾患が併存している場合には、本質的な障害の特性が困難を生じさせる状況について、適切な評価と理解、対応が必要である。それは、高次脳機能障害のリハビリテーションと同様で、その人の機能を上げるというよりも“残存能力で何をするか”という視点が必要である。

40代や50代以降に事例化するケースにおいては、就労の当初から何らかの適応上の問題が生じていたものの、人事異動による環境の変化などを契機に、周囲の人からの評価、後輩からの突き上げ、企業として合理性を求められる状況などから風当たりが強くなって不適応に至る場合がほとんどと思われる。その場合は、発達障害ではなく「鬱」や「人格障害」、「統合失調症」などで診断され、扱われている人が多数いる。当初は職場の鬱だと思われたケースが発達障害を疑われて医療機関に紹介されるのはそのような経過であることが多い。

## 発達障害における諸課題

就労が難しいケースのための受け皿として運営する B 型事業所では、集団内で他者と協調することの困難性が発達障害者において常に観察される。直ちに就労することが難しい場合の発達障害に特化したデイケア・作業所などの支援・治療枠組みは必要と思われるが、取組のための技術自体、難易度が高いことや経営上の問題から実際の実施機関は少ないと思われる。このような体験や経験を積む場の必要性について精神科医療側の意識は高いとは言えないだろう。発達障害のある者が長期的に社会参加、集団参加、他人との協調を学べる場の設定が、何らかの形で必要であると思われる。ただし、当事者本人にこれらの利用についてどのように動機づけるか、多義的な意味の理解が難しい当事者に対して、例えば賃金労働ではない訓練の場についてどのように理解を促すか、といったことが具体的課題としてあげられる。

DSM や ICD などの診断基準については、在来診断した上で確認のために利用するものと理解していたが、実際にはこれら基準を機械的に用いる傾向があるのは事実である。診断の客観性を保証するために診断基準を用いることは必要だが、基準があれば疾患概念が必要ないというわけではない。例えば ASD について「その診断概念は何か」という本質的な精神病理を正しく記述できるようになるということは、診断をつける側にとっての重い課題である。

## 第 3 節 考察

第 2 節では、各医療機関における発達障害者の診断までの経過と治療、発達障害に関する社会的・職業的問題について記述的に整理を行った。また、各医療機関における課題や診断に関する問題についても聞かれた。第 3 節ではヒアリング調査の結果に基づいて、発達障害者の事例化の経緯について考察した上で、発達障害者の職業上のストレスの考え方や、職業リハビリテーションの寄与について検討する。

### 1. 発達障害者の事例化の経緯と医療機関の機能

本調査における各医療機関での初診は、本人や周辺が先に発達障害を疑って受診に至る場合（【事例 2】における発達障害外来）と、“うつ”や“不適応”などの精神科的症状による受診によって医療側が発達障害を疑うケース（【事例 1】学生相談を入り口とした受診、【事例 3】発達障害者支援センターの紹介、【事例 4】他精神科の紹介）に大別された。また、いずれの例においても“発達障害”を本人が疑って受診する場合と、精神科医療的事例の経過で医療側に先に発達障害の疑いが認識される場合がある。これらの受診・診断・治療の経過においてどのような課題があるのだろうか。また、医療機関はどのように機能しているのだろうか。

【事例 1】では、在学時に「就職」に関わる活動の失敗が契機となって相談に至っている。このような一般的な学内相談の枠組みによって発達障害の可能性も含めた検討がなされる点が、本事例の特徴である。

本人が“発達障害”の存在を来談時に認識していなくとも、相談プロセスの中でその可能性が示唆されることで、「不適応の背景要因としての発達障害」という理解の土台が形成されているといえる。さらに、“担当医師”による診断のための精神科クリニックへの誘導という流れが、一般の学内相談から精神科医療への相談窓口の移動をスムーズにさせている。さらに、診断後の延長線上に、手帳取得、場合によっては障害者雇用による就職を前提とした相談プロセスが布置されている。これらの流れは、早期からの発達障害者の診断と職業準備のための取り組みとして位置付けられるだろう。【事例 1】では障害や手帳取得などへの理解・納得に時間を要していたが、未診断のまま卒業し離転職を繰り返してしまうケースが多い発達障害者にお

る現状を考慮すれば、初職に就く前の取組としての意義は大きく、医療機関が医療リハビリテーションのみならず職業リハビリテーション機能の一部を担った事例とみることができるだろう。

一方で、就職後の発達障害事例化はどのように理解されるだろうか。いわゆる“職場のうつ”や“統合失調症”、“適応障害”など、発達障害のある者において精神科を受診する理由の多くは職場での問題であったが、初診の掛かり方には大きく二つに分かれた。職場や家庭で発達障害を指摘される、自ら疑うなどして直接“発達障害専門外来”の門をたたくパターン（【事例2】）と、相談機関を経由するか（【事例3】）医療機関から紹介されるパターン（【事例4】）である。いずれの事例においても受診時点では“発達障害疑い”が明示的だが、【事例2】では自ら（職場や家族を含む）が発達障害を疑っていること、【事例3】と【事例4】ではより公的に（支援関係者、医療関係者等で）“疑い”が共有されている点が異なっている。しかし、この“疑い”は受診が開始された段階で検討対象となり、精神科診療の場面における診断・評価の過程で解きほぐされていくこととなる。すべての事例において、診断の過程では知能検査をはじめとする神経心理学的検査、生育歴・家族歴の取得、面接等が行われていた。「障害の理解や受け入れは、診断をつけるプロセスが既にその導入になっている【事例4】」ということからも、発達障害の疑いから受診、診断に至る過程そのものが当事者における障害理解を進める土台になっているといえる。そして理解を後押しする道具的役割を持っていたのは知能検査等の客観的検査の諸結果である。これらは診断のための評価のみならず当事者が自身の障害を理解する上で欠かせないツールである。

今回のヒアリング調査から初診時点で“発達障害疑い”の者が実際にはどの程度の割合で診断に繋がったのかを検討することは明らかにできなかった。しかし、診断後の経過として、“疑い”から診断がつく者とつかない者への分岐、診断がつく場合にはそれを期待して受け入れる場合と拒否的な場合があり、診断がつかない場合であっても支援ニーズから治療を継続する者もあることが確認された（【事例1】【事例2】【事例3】【事例4】）。

発達障害診断がつかない場合の治療として【事例2】では診断閾下の者においても、診断が付く者と同様の障害特性に応じた治療プログラムを実施されていた。一方で「必要のためやむを得ず診断をつけ「障害者」としてしまう事態【事例3】」についての指摘があった。これは、適応上の問題があるときに診断閾下であっても診断がなければ支援に結びつかないという、成人期発達障害の診断における最大の問題である。支援的対応が必要なグレーゾーンの当事者に対する医療機関単独での対応の限界が指摘されたと同時に、他機関との連携による対応の重要性が示唆されたといえる。

【事例4】では事前に他医療機関紹介によるスクリーニング効果から診断に結びつく発達障害者を中心とした診断・治療の過程が聞かれたが、仮に診断へ至ったとしても、その転帰において就労困難な場合の社会的受け皿の不足が指摘された。

これら診断から治療までの経過からは、発達障害に対する本人や周囲の理解・認識の問題、診断後に利用可能な治療方法、診断閾下の者における支援ニーズへの対応可能性が、医療機関側の主要な課題となっていることが伺えた。そしてこれらの課題は、当事者の診断後における職業リハビリテーション・サービスへ期待される役割とみることができる。

一方、診断のプロセスで医療機関において職業リハビリテーションの機能の一部を担いうる可能性（【事例1】）や、職業リハビリテーションの専門支援への橋渡し機能（【事例3】）が見いだされた。また、診断閾下の発達障害者らが利用できる治療プログラムは、医療的リハビリテーションによる職場適応として位置付けられ先駆的取り組みとして注目できる（【事例2】）。しかし治療プログラムの参加者は一般就労をしながら医療機関を利用していること、休職中であり障害者雇用による転職・職場復帰を検討していない者が主であ

った。現時点でこれらの患者は職業リハビリテーションの専門支援を選択しない周辺的な存在であるが、長期予後の経過によっては職業リハビリテーション・サービスの利用が求められる可能性もあるだろう。一方で、対象者像の多様性（典型的・非典型的な発達障害者）を背景とした職業上の課題に関する医療機関における対応の限界（【事例3】【事例4】）も示唆されたところである。この場合、本人の障害に対する理解や受け入れなどの状況に応じて、職業リハビリテーション・サービスの利用の提案と案内が医療機関側にも期待されるといえる。

## 2. 発達障害者の事例化の経緯における職業ストレス

各医療機関の患者像は成人期になって診断が付くこととなった点で共通していた。【事例1】では「就職活動の困難」がメンタルヘルス不全のきっかけとして聞かれた。また、就業経験のあるケースでは「異動や昇進による業務の変化に対応できないこと（【事例2】【事例3】【事例4】）」や、「周囲の人からの評価、後輩からの突き上げ、企業として合理性を求められる社会的状況【事例4】」の影響により不適応となる経緯が聞かれた。しかし、各事例で共通して聞かれた見解は、診断の有無（診断の閾内か閾下か）、障害特性の濃淡・組み合わせ、知的水準の高低は、適応状況と必ずしも関連しないということであった。

福田（2015）は、高校卒業まで ASD 未診断であったグレーゾーンのケースへの対応について「診断と告知が必要なのは障害者雇用を進める場合に加え、大学修学で障害情報を教職員全体が共有し合理的配慮など全学的支援が必要な場合（福田,2010）に限られ、ASD 特性があってもそれなりに適応している場合、安易に受診、診断する必要はないと考える」としている。児童期の診断と成人期の診断は、適応上の課題に対する支援・介入を目的としている点で共通しているが、特に成人期診断については、児童期に比して非典型化・複雑化していること等を背景に、適切な診断自体の難しさや、適応状況を鑑みて診断を慎重に行わざるを得ないといった状況がうかがえる。

これに関連して、本田（2013）による「非障害自閉症スペクトラム（autism spectrum without disorder ; 以下 ASWD）」という理解について触れたい。「総じて AS（autism spectrum）の人たちは、年齢を重ねるにつれてコミュニケーションは改善し、ある程度の対人スキルも身につけていく。したがって、AS だけに注目すれば軽症になっていく。しかし、皆無にならない。それでも A（本文中の事例\*）のように障害対応を一切されずに一般企業に就職し、チーフに抜擢されるほどの社会適応が可能となる人もいる。Aに障害があるとみなすべきでない。つまり、AS ではあるが障害ではない、「非障害自閉症スペクトラム」というべき状態が存在する」としている。そしてさらに「AS 症状だけみれば A（本文中の事例）よりも薄い人たちすら珍しくない。このような人たちは、AS 症状以外の症状によって臨床事例化することが圧倒的に多い。たとえば、うつ、不安、自信の低下、無気力、希死念慮、被害念慮、暴力、衝動行為、かんしゃく、パニックなどである」とし、「AS がそれ単独で社会不適応とならなくとも、さまざまな契機で社会適応を阻む精神病理が出現しやすい脆弱性を有する状態」と指摘する。

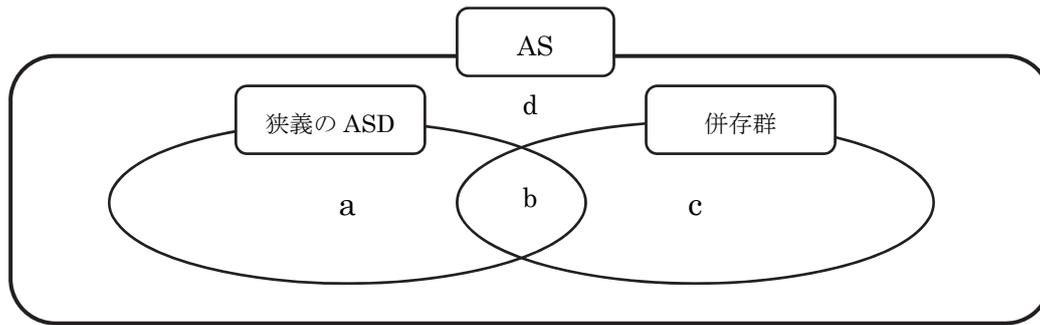


図3-1. 本田（2013）による自閉症スペクトラム（AS）と自閉症スペクトラム障害（ASD）との関係（「狭義の ASD 群」と「併存群」の和集合（a+b+c）が「広義の ASD 群」、それ以外(d)が障害のない AS（ASWD）となる。）

※ 事例A（本田，2013）は、幼児期に軽度知的障害を伴う典型的な自閉性障害であったが、小学校高学年頃に症状の上で典型的でなくなり、成人となった時点では障害といえない状態として紹介されている。

本田の見解に照らせば、各医療機関から聞かれた成人期の発達障害事例は、その多くが小児期・青年期において障害特性が見過ごされ（あるいは顕在化せず）、しばらく「ASWD（図3-1、d）」に位置していた可能性が高い。しかし、学校や職場などでの社会的活動を契機として、発達障害による脆弱性を背景に不適応が生じ、精神科医療的な問題（気分障害、統合失調症等）の側面に焦点が当てられたことで医療化に至ったと予想される（図3-1のbまたはc）。

本田は併存群（図3-1、c）について「併存障害の発症がなければ臨床事例にならなかったと思われる。AS 症状がごく薄いため、かえって周囲の人と自分との違いに気づいて悩む、誤解されて孤立するなどの問題が生じることがあり、その結果として抑うつや不安などの精神症状の出現、いじめ被害、不登校、ひきこもりといった問題を呈することがある。実際に臨床事例として専門家の前に現れたときにはきわめて対応が難しくなっていることが少なくない」としている。

これらのことから、「非障害自閉症スペクトラム」者として早期に問題が顕在化せず、障害の存在自体意識されることなく過ごしてきたケースにおいても、一般の労働者として就業することで、キャリア発達やライフステージの移行、昇進や異動による業務の難易度の上昇、業務量の増加、期待水準の実質的な引き上げに遭遇することとなる。これらの状況下で求められる役割や期待水準そのものが当人の処理能力を相対的に上回ることで、ストレスがストレス源として認知され、負の影響を及ぼす経過があるといえるだろう。

特に、ヒアリング調査で聞かれた“非典型的”（【事例2】による）あるいは“マージナルな”（【事例3】）発達障害のある者たちの多くが、「ASWD（図中d）」から「併存群（図中bまたはc）」へ移行する経過においては、通常のキャリア発達やライフステージの移行があり、一般的な職業ストレスの存在による疾病化の流れが見いだせる。

本田は「一旦は ASWD の状態で成人期に達し就労したが、職場で上司や先輩から叱責され続けたために不眠、意欲低下、うつ、パニックが出現したケースがある」とし、さらに「AS はたとえ ASWD の状態であったとしても、あらゆる年齢帯において他の精神障害のハイリスクであると現時点では考えておく必要がある」としている。発達障害特性自体が、ストレス脆弱性を持つことは良く知られている。たとえ発達障害の診断のつかないグレーゾーンの者であったとしても、発達障害特性は精神疾患を発症させる大きな要因であるとの理解は必要であろう。

以上からは、発達障害者の事例化（図3-1においてaからb、dからb、dからcに移行する経過）を職業ストレスモデルに当てはめて理解する上で、発達障害者の障害特性がストレス脆弱性となって、ストレスモデルの各要因（職場のストレス、仕事外の要因、個人的要因、緩衝要因）に影響を与えている可能性

が示唆される場所である。

例えば、職場ストレスモデルで示される職場のストレスの諸要因（物理的環境、役割葛藤、曖昧さ、対人葛藤、仕事の将来の曖昧さ、仕事のコントロール、雇用機会、量的労働負担、労働負荷の変動、人々への責任、技能の低活用、認知的要求、交代制勤務）は健常者一般においても同様にストレス源として認識されるものである。しかしながら、発達障害特性を持つ者においては、これらがストレス源となる背景、ストレス源として認識される過程が質的に異なる可能性がある。例えば、障害特性としての感覚過敏、鈍麻の問題などの偏った認知によって、極端に不快なものとして職場ストレスが評価される可能性が高い。一般的な職場ストレス以外にも、当事者の独特な感覚・知覚、社会的状況に対する独自の解釈が個人的な要因としてあれば、通常ストレスと認識されない物、事、環境までがストレスと認識される可能性はあるといえるだろう。

入社してしばらくして生じる職場不適合の原因として「管理職への異動【事例2】」、「社会的な様式に適合できない、多様な業務が重なる、マネジメント業務に就く、昇進して部下が付く、ライフステージの変化、立ち位置の変化【事例3】」、「人事異動による環境の変化、周囲の人からの評価、後輩からの突き上げ、企業として合理性を求められる状況【事例4】」などが聞かれた。これらは全て職業性ストレスモデルでは職場のストレスに位置づけることが可能である。しかし、これらが発達障害のある者、あるいは発達障害の診断閾下の者においてどのように理解されるかは、さらに個別の質的な分析を要することはいうまでもない。医療の現場が職場の不適合の問題にどこまで対応可能かは多様な状況があったものの、職業リハビリテーションがいずれの事例においても寄与できる可能性は高い。それは、これらの職業ストレスと個人要因の関係性を客観的評価や職業評価によって検証すること自体が職業リハビリテーション・サービスといえるからである。

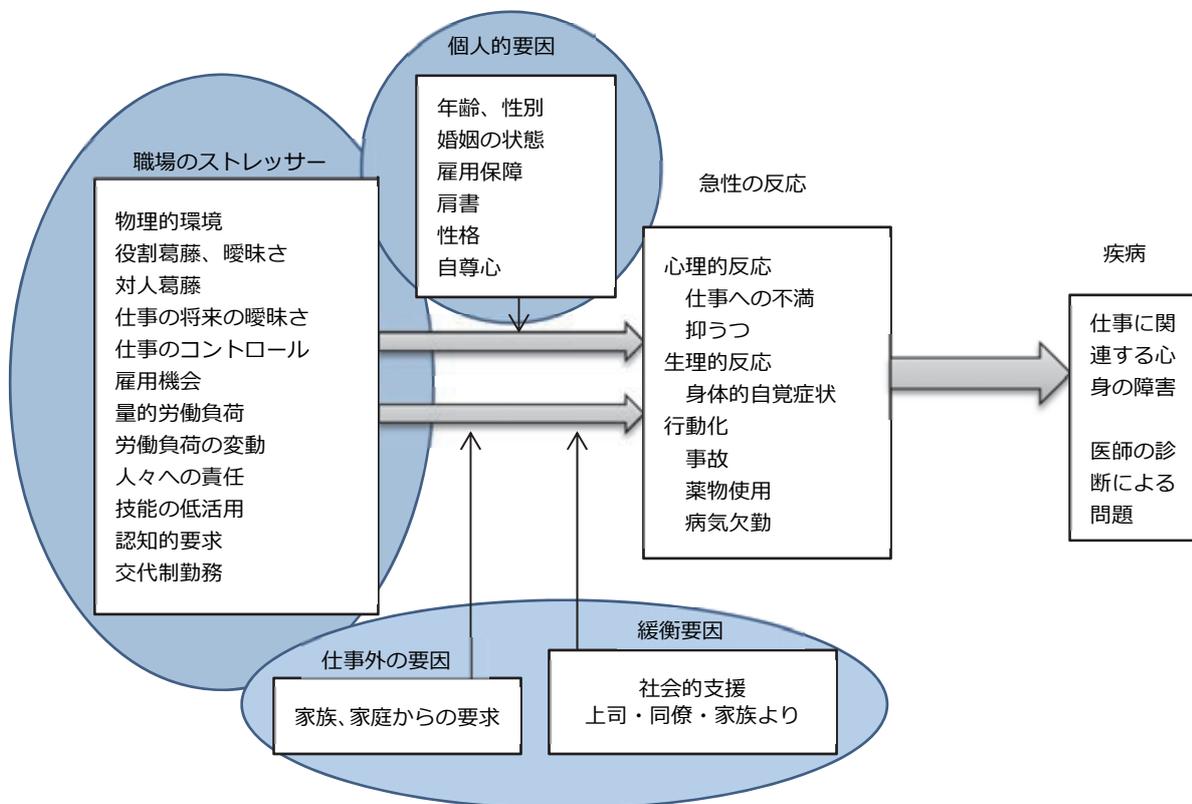


図3-2. NIOSH 職業性ストレスモデル (Hurrell & MacLaney,1988 (岩田, 2017); 図2-5再掲)

※図中楕円は筆者加筆。楕円の範囲は発達障害の障害特性によって影響を受けると推察される要因

### 3. 発達障害者の事例化と職業リハビリテーションの課題

近年の非典型的な状態像を持つ発達障害者の増加や精神疾患を併存するケースの増加とともに、職業リハビリテーションの臨床現場における発達障害者の状態像の理解や職業評価の困難度が増している現状について検討・理解するため、医療の現場において見られる発達障害者の診断と治療の過程について分析を行った。

障害者職業総合センターのこれまでの研究からは「発達障害者が雇用に入ること、そして、適応・定着をはかり雇用を継続していくうえで、「障害者雇用」または「職業リハビリテーション」を選択することの重要性」が指摘されてきた（障害者職業総合センター，2012,）。発達障害として医療化されるケースにおいて、医療的リハビリテーションの範囲で職場適応の達成が困難な場合には、職業リハビリテーションの利用が構想される必要性は高いといえる。その観点から各事例を振り返ることとする。

【事例1】は大学の学生相談を入り口として、医療化のプロセスを辿り診断のステップに到達しただけではなく、相談・治療の過程において手帳の取得と障害者雇用の検討のための相談がなされた点が特筆に値する。この取り組みにおいて医療機関における職業リハビリテーション機能の一部が見いだされたといえる。そして、これらの経過は特に若年期で診断を受けるケースにみられるものであった。

これに関連して、障害者職業総合センター（2012）では、若年支援機関における「「職リハサービスを選択していない」発達障害のある若者のために職業リハビリテーションを選択肢として提案する役割を担う仕組み」のための条件整備として次の結論を得ている。

- 1) 一般扱いの求職活動に問題を抱える若者達が、通常、利用するシステムであること  
(障害者を専門的に対象としたシステムは、この場合適切ではない)
- 2) 客観的な職業適性評価ができるシステムであること  
(自己評価のみの評価システムは、状況理解を混乱させるだけである)
- 3) 体験的に評価をフィードバックできるシステムであること  
(模擬的活動場面で観察評価することが必要である)
- 4) 必要に応じ、長期にわたる相談活動が継続できるシステムであること  
(この場合の目標は、自己理解の深化と職業生活設計の見直しにある。ただし、否定的な経験の積み重ねにより、臨床的なカウンセリングが必要になる場合がある)
- 5) 1)～4)により、適宜、職業リハビリテーションとの連携ができるシステムであること

【事例1】において大学相談窓口から障害者雇用の検討に至った背景は、上記のうち「1) 一般扱いの若者が通常利用するシステム」であったことが理由としてあげられる。相談の入り口は一般学生向けであり、その経過の中で発達障害の可能性を検討する枠組みが用意されていたことが、最終的に障害者雇用の検討に至った要因と考えられる。本事例は大学の保健管理センターに所属する精神科医として、また、産業医としての経験を同時にもつ医師個人の取り組みの賜物であり、すべての精神科医療機関において自然発生的に期待できる経過ではない。しかしながら、一般の学生相談窓口から一般精神科に至ることで診断と障害者雇用

の検討まで運んだプロセス自体は、他の医療機関においても汎用可能性は高いといえる。

【事例2】は自機関において発達障害特性に特化した治療プログラムが実施されていた。一般企業に雇用されながら非開示で就労するケース、休職中だが障害者雇用は検討せず職場復帰や転職を検討するケースで利用されており、医療リハビリテーションの範囲での解決を目指す取り組みでもあった。この場合、長期予後として職業リハビリテーションの利用が検討されるケースもあるかもしれない。しかしながら、現時点では検討されておらず、今後、利用を期待される者が生じた際に誰がどのタイミングでどのように案内するのか、ということが検討課題となる可能性があるといえる。その場合、上記「2）客観的な職業適性評価」の実施と適切なフィードバックが、専門的支援の必要性の理解に寄与する可能性があるといえる。

【事例3】【事例4】においては、医療機関単独で発達障害者の治療を進めていく上での限界と他機関との連携や社会的援護の必要性が語られた。診断の有無に限らず、専門的支援の必要性が十分ある場合に、医療機関で行える治療には限りがある。この指摘は上記「4）長期にわたる相談活動が継続できるシステム」による機能補完の観点が重要である。職業生活の設計見直し、自己理解の深化は地域の資源を活用することで補完可能である。しかしながら、精神疾患の併存や医療の立場からのカウンセリング等が必要な場合は、医療と支援が同時に進行する必要性が高いだろう。その際、職業リハビリテーションは発達障害者のみならず、診断のつかないグレーゾーンの発達障害者や、発達障害に他の精神疾患を併存ケースに対する適切な評価が期待されることから、今後、これらの対象者像に対する対応についてより知見を蓄積していく必要があると思われる。

#### 【文献】

- 秋山剛, 吉田友子 (監修) 2016 自閉症スペクトラム症の特徴がある参加者へのリワーク支援の手引き, 平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業 (障害者政策総合研究事業 (精神障害分野))) 精神障害者の就労移行を促進するための研究報告書
- 五十嵐良雄 2014 発達障害の人が長く働き続けるためにできること, 講談社
- 岩田昇 2017 職業性ストレスの測定と評価 産業保健心理学 第3章 ナカニシヤ出版
- 海老澤尚 2015 成人の発達障害専門外来とリワークプログラムにおける専門プログラム (Social Skill Renovation) の紹介, 精神神経 117 巻 3 号 p205-211
- 福田真也 2014 産業保健活動に生かす疾病の知識 (第 31 回) 発達障害 産業看護 Vol.6 No.1 p75-79
- 福田真也 2017 発達障害の障害者雇用 ―大学入学後に診断された事例への支援― シンポジウム 10「職域における発達障害への対応」, 児童青年精神医学とその近接領域, 58 (1), p70-75
- 本田秀夫, 2013 第 12 章併存障害を防ぎ得た自閉症スペクトラム成人例の臨床的特徴 子どもから大人への発達精神医学 自閉症スペクトラム・ADHD・知的障害の基礎と実践, p103-111 金剛出版
- 加藤進昌・五十嵐良雄 2015 発達障害者の就労をめぐる諸問題 ―昭和大学付属鳥山病院での成人発達障害を対象とした専門外来とデイケア・プログラムにおける取り組みを中心に― 精神神経誌 117 巻 3 号 p195-198
- 障害者職業総合センター 2012 資料シリーズリーディングス職業リハビリテーション 1 発達障害のある人がよりよい就労を続けるために ―障害者職業総合センターにおける発達障害研究の歩み―
- 障害者職業総合センター 2011 調査研究報告書No.99 高次脳機能障害・発達障害のある者の職業生活における支援の必要性に応じた障害認定のあり方に関する基礎的研究
- 米田衆介 2006 街で発達障害を診る 臨床精神医学 第 35 巻第 7 号 p1031-1033

- 米田衆介 2013 就職・就業を支援するために必要なこと こころの科学 No.171 p39-43
- 米田衆介 2014 知的に遅れのない発達障害者と就労支援 臨床心理学 第14巻第6号, p818-822
- 米田衆介 2015 成人の自閉スペクトラム症と支援 臨床精神医学 44 (1), p95-99



おわりに



## おわりに

本研究の問題意識は、産業保健や一般精神科医療における定型発達者（非発達障害者）をモデルとした医療側からの発達障害に対する認知の拡大と、支援法施行以降の発達障害者の増加と対象者像の多様化の現象に対して、職業リハビリテーション・サービスで期待される支援と課題を検討することであった。

そのためのキーワードとして発達障害者のストレスを取り上げたのは、“ストレス”自体が広く認知されている言葉であることや、すでに産業保健領域において多数の研究蓄積があること、発達障害者においてストレス脆弱性が指摘されていることにその理由があった。

「職場不適応や難治性うつ病の背景因子の一つ（堤，2016）」の言葉に象徴されるように、産業保健の観点から発達障害は背景因子の一つとして捉えられ、その認識は広まっているといえる。しかしながら実際には発達障害の診断を行う機関が限られていること、診断基準の問題、診断後の治療・支援については課題が大きい。社会的に発達障害の認知度が高まったとはいえ、“適切に診断を行う”ためには、上記の課題の改善が必要であり今後もこれらの状況は続いていく様相である。一方、職業リハビリテーションの専門支援においては、障害特性の適切な評価と対応という一貫した問題焦点型アプローチが取られているが、医療側においてターゲットとなりづらい職業的課題への具体的対応については、引き続き期待は大きいだろう。

また、職業リハビリテーションの専門支援は、「障害」そのものの理解を進めていくプロセスでもある。障害理解を進めるためには専門支援の利用が期待される。発達障害診断がついて本人が望む場合、支援機関によって紹介されるなどして専門支援の利用に至る可能性が高くなる。一方、専門支援の利用を望まない場合、あるいは発達障害の診断基準に満たないグレーゾーンのケースにおいて、支援の利用を望むものの利用に至れないなど、支援の選択・利用に対する障壁をどのように超えていくかが未だに一つの大きな課題となっている。

最近では、発達障害の他に精神障害を合併する事例も増加しているが、障害の範囲に限らない一般的な枠組みである“ストレス”の観点から状態像の理解を進めることが一歩となる可能性があるといえる。特に発達障害を複数合併するケース、発達障害と他の精神障害を合併するケースにおいては、障害特性に対するアセスメントにおいて“併存症の独特な現れ方”や“各併存症が複雑に影響しあう可能性”に焦点をあて、発達障害の特性も含めて、より綿密に評価していく姿勢が求められるといえる。それは、一見しただけで認識されにくく、課題として焦点化されにくい対象者の側面を明らかにしていくことである。具体的な問題の表れ方を検討することで職場適応を目指していく姿勢が、職業リハビリテーションの専門支援においては求められると言える。そのための評価ツールの開発や職業評価のための基礎的研究は、今後一層、蓄積が必要であろう。



#### ホームページについて

本冊子のほか、障害者職業総合センターの研究成果物については、一部を除いて、下記のホームページからPDFファイルによりダウンロードできます。

#### 【障害者職業総合センター研究部門ホームページ】

<http://www.nivr.jeed.go.jp/>

#### 著作権等について

当研究成果物については、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究その他の引用の目的上正当な範囲内であれば、自由に引用することができます。(著作権法第32条1項)

また、説明の材料として新聞紙、雑誌その他の刊行物に転載することが可能です。(著作権法第32条2項)

その際には出所を明示するなどして、必ず引用及び転載元を明示するとともに、下記までご連絡ください。

また、視覚障害その他の理由で活字のままではこの本を利用できない方のために、営利を目的とする場合を除き、「録音図書」「点字図書」「拡大写本」等を作成することも認めております。

なお、視覚障害者の方等で本冊子のテキストファイル(文章のみ)を希望されるときもご連絡ください。

#### 【連絡先】

障害者職業総合センター研究企画部企画調整室

電話 043-297-9067

FAX 043-297-9057

資料シリーズ No. 100

就業経験のある発達障害者の職業上のストレスに関する研究

－職場不適應の発生過程と背景要因の検討－

---

編集・発行 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構  
障害者職業総合センター  
〒261-0014  
千葉県美浜区若葉 3-1-3  
電話 043-297-9067  
FAX 043-297-9057

発行日 2018年4月  
印刷・製本 株式会社コムラ

---





NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

ISSN 0918-4570

リサイクル適性<sup>Ⓐ</sup>  
この印刷物は、印刷用の紙へ  
リサイクルできます。