

# 第1章 発達障害に関する社会的基盤整備の現状と課題

## はじめに

### 1. 発達障害支援法の施行をめぐって

発達障害は「発達期（概ね 18 歳未満）に発現する脳機能の障害」であり、知的障害、広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害等の様々な障害を包含する概念である。こうした発達障害の中で、知的障害については知的障害者福祉法（昭和 35 年法律第 37 号）等が施行されており、医療・教育・福祉・臨床・就労のそれぞれの場面で、支援体制整備並びに具体的な支援が進められてきた。したがって、発達障害者支援法（平成 16 年法律第 167 号（平成 17 年 4 月施行））における「発達障害」は、「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の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」と定義された（発達障害者支援法第 2 条第 1 項<sup>\*1</sup>）。こうしたことから、この法による発達障害は「行政的定義」と位置づけられる。

発達障害支援法の制定には、それぞれの障害について支援対象者数を推計することが必要となる。しかし、障害の出現率については諸説あり、障害の重複を含めて実態把握には困難があった。発達障害は、成長とともに状態像が変化する障害である。したがって、発達に即した変化の実態を把握する必要がある。医学でいうところの長期予後である。しかし、「わが国では長期予後に関する研究自体が、まだほとんどなされていない」（平林，2002）といった現状があった。このため、支援対象者数を推計する根拠となったのは文部科学省の調査<sup>\*2</sup>結果（2002：図 1-1）であった。

この調査結果に基づき、文部科学省は平成 14 年から「通常学級に在籍し、特別な支援を必要とする」児童・生徒を対象として、特別支援教育を開始することになった。ただし、教師からみた指導上の

---

\*1 政令で定める障害は、令第 1 条において「脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものうち、言語の障害、協調運動の障害その他厚生労働省令で定める障害」とされていること。さらに、令第 1 条の規則で定める障害は、「心理的発達の障害並びに行動及び情緒の障害（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、言語の障害及び協調運動の障害を除く。）」とされていること。

これらの規定により想定される、法の対象となる障害は、脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものうち、ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）における「心理的発達の障害（F80 - F89）」及び「小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（F90-F98）」に含まれる障害であること。

なお、てんかんなどの中枢神経系の疾患、脳外傷や脳血管障害の後遺症が、上記の障害を伴うものである場合においても、法の対象とするものである（文部科学省・厚生労働省事務次官（通知）2005）。

\*2 「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国調査」（文部科学省，2002）によれば、知的障害を伴わない支援対象者は通常学級（義務教育段階）在籍者の 6.3 %に該当すると推計された（調査対象：全国 5 地域の公立小学校及び公立中学校の通常の学級に在籍する児童・生徒 41,579 人）。ただし、6.3 %という推計値が発達障害（学習障害、注意欠陥多動性障害、広汎性発達障害）の出現率の総計ではなく、指導上の困難を把握したものであるとの特記がある点に注意が必要である。

困難の全てが児童・生徒の障害に起因するとして推計されている訳ではない。加えて、「支援策を講じるにあたっては、発達障害者及び発達障害児の保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で児童を現に監護する者）の意思ができる限り尊重されなければならない（発達障害者支援法第3条）」とされており、必ずしも在学中に自らの特性を障害として理解している訳ではない。

当初、特別支援教育は障害への個別対応をめざしながらも通常教育における支援に限定しており、学校教育法改正<sup>\*3</sup>（学校教育法等の一部を改正する法律（平成18年法律第80号（平成19年4月1日施行））まで、障害児教育とは一線を画していた。

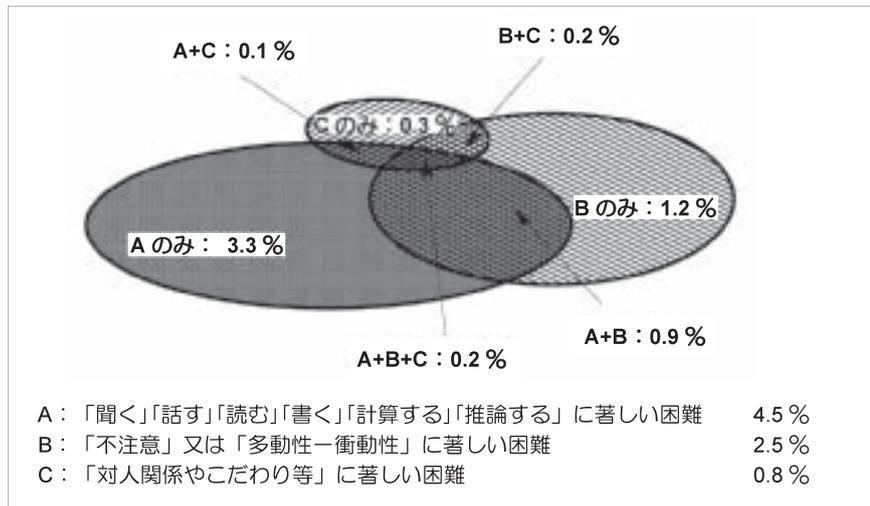


図 1-1 通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童・生徒（文部科学省，2002より作成）

発達障害者支援法における定義の範囲は、援護制度の運用をめぐる議論の経緯<sup>\*4</sup>と関連が深い。発達障害に位置づけられる障害が、知的障害と知的障害以外の障害に明確に分けられるのであれば、両者の

\*3 改正学校教育法（平成19年4月1日施行）において、「通常学校、通常学級における特別支援」に「特別支援学校（従来の養護学校）や特別支援学級（従来の障害児学級）における特別支援」を併せて特別支援教育と総称することになった。

なお、知的障害や自閉症等の障害のある生徒は従来からの障害児教育の対象であり、『学校基本調査』においては通常学級の在籍者とは別に集計されている（例えば、平成18年度『学校基本調査』では、義務教育段階（9学年）で知的障害・情緒障害・言語障害学級並びに知的障害養護学校に在籍する児童・生徒134,033人、通常教育の小中学校に在籍する児童・生徒10,788,944人）。

\*4 心身障害者対策基本法の改正（障害者基本法への改称：平成5年12月3日施行）に際し、参議院において「てんかん及び自閉症を有する者並びに難病に起因する身体又は精神上的の障害を有する者であって長期にわたり生活上の支障があるものは、この法律の障害者の範囲に含まれるものであり、これらの者に対する施策をきめ細かく推進するよう努めること」が付帯決議として提出された。この付帯決議に対し、「①自閉症については、その概念が必ずしも十分確立している段階とは考えられておらず、また自閉症の症状を示す者の多くは知能の障害を有するため、自閉症と精神薄弱（1993年当時：筆者注）の区分にあたっては困難な点が多い。②精神薄弱者福祉法（1999年4月の法改正により知的障害者福祉法）においては、「精神薄弱者」の定義を設けておらず、自閉症による日常生活上の支障があり援助が必要な場合には、知能が一定以上であっても精神薄弱者として法律の対象として必要な援護措置を講じている。③以上のことから、改正法案における「精神薄弱」の中で「自閉症」をとらえることができる。」（厚生省社会援護局更生課，1994.2）とした経過があるが、療育手帳制度の運用には至らず、一部の自治体で範囲を限定した運用が行われるにとどまっていた。

関係は明解である。しかし、必ずしも知的障害者福祉法と発達障害者支援法の対象は独立ではない。このため、「発達障害者支援法における発達障害の定義をみると、従来の発達障害概念の一部が「発達障害」として取り上げられているに過ぎない。支援法の定義は従来の概念からすると「軽度」発達障害として議論されてきた状態像が相当する。用語は同じでも概念の範囲が異なるので混乱は必至である。」

(原, 2005) 等の議論を喚起することになった。例えば、発達障害者支援法における広汎性発達障害には「知的障害を伴う自閉症圏の人たち」も含まれるが、この法律が定義した「発達障害」と知的障害との関係や知的障害を重複する場合等の考え方については明示されていない。

## 2. 発達障害者支援施策（厚生労働省）の概要（平成 22 年度）

発達障害者支援施策については、地域支援体制整備、支援手法の開発や普及啓発、就労支援の推進を中心として実施されている。概要は以下の通り。

### (1) 発達障害者の地域支援体制の確立

- ① 発達障害者支援体制整備事業：支援関係機関のネットワーク構築と地域の支援体制の充実
- ② 発達障害者支援センター運営事業の推進：発達障害者支援センターにおける支援及び情報提供
- ③ 子どもの心の診療拠点病院の整備：拠点病院を中核とした支援体制の構築と人材育成や技術的支援

### (2) 発達障害者への支援手法の開発や普及啓発の着実な実施

- ① 発達障害者支援開発事業：有効な支援手法の開発・確立
- ② 青年期発達障害者への地域生活移行への就労支援に関するモデル事業
- ③ 発達障害研修事業：各支援現場等において支援に携わる職員等に対する研修
- ④ 発達障害者支援者実地研修事業：発達障害者支援センター職員等を対象とした中期の実地研修
- ⑤ 発達障害情報センター：情報提供と普及啓発活動
- ⑥ 「世界自閉症啓発デー」普及啓発事業

### (3) 発達障害者の就労支援の推進

- ① 若年コミュニケーション能力要支援者就職プログラムの推進
- ② 発達障害者就労支援者育成事業の推進
- ③ 発達障害者雇用開発モデル事業の創設
- ④ 発達障害者に対する職業訓練の推進

上述のように、発達障害者支援法並びに施行令、施行規則によって、発達障害者支援のための社会的基盤整備が進められてきた。第 1 章では、基盤整備の現状と課題について、特に、青年期・成人期に焦点をあて、第 1 節で診断から支援に至る課題を、第 2 節で教育・福祉における雇用前支援の現状と課題を、第 3 節で雇用支援の現状と課題を、それぞれ概観する。

## 第1節 診断から支援へ ……現状と課題……

発達障害者支援法に関する議論の過程では、発達障害に関する基本的な考え方として、①早期発見と適切な診断、適切な療育や教育と環境調整を行うことにより社会的機能を高め、困難を改善する効果が期待できる、②幼児期から成人までの各ライフステージを考慮した連続的な支援が必要である、しかし、③診断や訓練の手法は未だ確立していない、④法に規定されていないために施策が整備されていない、⑤支援モデルが必要である、が示された。したがって、法の施行後においては、発達障害と診断された児・者は、適切な教育的支援や教育上の配慮、また、学校卒業後の就労等の支援の対象となる。

ただし、未だ、診断体制が整備途上である現状にあって、高校や大学等の通常教育においては、在学中には未診断であるが、在学中もしくは卒業後の診断により自らの特性を発達障害に起因するものとして認識するようになる生徒・学生を抱えている状況にある。したがって、こうした生徒・学生が存在することを前提として支援体制を整備することになる。しかし、就労支援までを視野に入れた支援体制が十分に整備されているとはいえない現状である。一方、特別支援学校においては、障害特性に即した教育課程を選択した生徒を抱えている。こうした生徒に対する就労支援においては、職業リハビリテーションと連携した進路指導体制が整備されている。つまり、発達障害のある青年・成人の職業選択は、言い換えると、就労支援の選択は、彼らの教育の選択と密接に関連しており、それは診断の有無並びにその受け入れに依拠している。

以下に、「診断」をめぐる経過と現状を示す。

### 1. 診断名の多様さの背景

#### (1) 広汎性発達障害の診断

広汎性発達障害研究の歴史は 1940 年代に始まる。杉山 (1999) は、1943 年のレオ・カナー による自閉症の報告 (Kanner,L., 1943) が自閉症の症候論の最初であったこと、次いで 1944 年にハンス・アスペルガーにより非常に類似した病態を示す自閉性精神病質の報告 (Asperger,H., 1944) があったこと、そして、研究交流のない研究者が同じ「自閉」という言葉を用いたことを、以下のように述べている。

「自閉 (autism) とは、本来は分裂病の一症状の呼称である。特に解離型と呼ばれる分裂病患者において、外界世界が現実的な意味を失い、現実との生き生きした接触が失われた状態をいう。カナーもアスペルガーも、自分が見出した子どもたちを記述するのに、この自閉という言葉を用いたのであるが、今から振り返ってみると、カナーは分裂病との関係を念頭に、アスペルガーは性格障害である分裂気質との関連を念頭にこの用語を用いたのではないかと思われる。ちなみに、この自閉症というやや文学的な響きをもつ呼称は、今日に至るまで自閉症への誤解を生む一つの要因となったのではないだろうか。(杉山, 1999: 前掲)」

一方、我が国で自閉症が初めて報告されたのは、鷺見 (1952) による「レオ・カナーのいわゆる早期幼年性自閉症の症例」であった (岡田, 2007)。しかし、岡田 (前掲) は、当時の著名な精神科医師た

ちの厳しい発言により原著論文となったタイトルには自閉症という用語が使われていないこと、自閉症の診断や理解、特に、対策については、当初から混迷が続いていたことを指摘している。

現在、自閉症の診断については、広汎性発達障害のカテゴリーの中に位置づけられている。その診断基準について、中根（1995）は「自閉性障害の診断基準が部分的に満たされていれば、広汎性発達障害として診断されることを示しており、発達経過によって自閉症の症状が部分的に改善しても自閉症と診断する」として、自閉症については「症状論的に規定され、疾患学的にもかなり洗練されてきている概念である」とする。

また、飯田（2004）は、自閉症の概念が拡大した背景に、ローナ・ウィング（Wing,L., 1981）によるアスペルガー症候群の概念の提唱があったこと、また、診断名に関しては高機能広汎性発達障害、高機能自閉症、アスペルガー症候群など、様々な表現がなされたことで混乱を招いていること、を指摘している。しかし、障害の告知は、告知を受ける側に利益がもたらされるように成されるべきである、（当事者と親が）障害を理解しなければ有効な手だてがなされない、として、以下のように障害名の導入の必要性とそれがもたらす混乱が、当初から想定されていたことを指摘する。

『Wing はこの問題に関して「アスペルガー症候群という新たな概念を導入することは、いたずらに混乱を招く可能性がある。しかし、独特の行動上の問題をもっているが、専門家でも自閉症と呼ぶのをためらう人たちに対しては、それに代わってアスペルガー症候群と呼んだ方が親にとって受け入れやすく、ある診断名で呼ばれることで、何か対処する道の開かれることを期待して親は安心するだろう」と述べている（飯田、前掲）』

現代に至る広汎性発達障害研究の過程では、こうした広汎性発達障害の診断に際しては、障害の概念が洗練されてきた一方で、診断名の多様性が必要であると受けとめられており、これが「発達障害のある青年・成人に関する就業・生活実態調査<sup>\*5</sup>」における以下の知見と対応している。

- ① 調査時点の診断名では、自閉症、アスペルガー、高機能自閉症等、82 %が広汎性発達障害の自閉症圏の障害であった。
- ② 単独の診断を有する者は、自閉症について75 %、アスペルガー症候群で80 %、高機能自閉症で85 %、広汎性発達障害で67 %であり、自閉症圏の障害名のみならず、学習障害や注意欠陥多動性障害をはじめとして精神疾患等が重複して診断されていた（重複診断を有する者の中で、3つ以上の診断名を持つ者が全体の15 %を占めた）。
- ③ 障害名の多様さは、診断の困難さや複雑を背景としており、診断された時期に対応している。

①からは、広汎性発達障害の下位カテゴリーとして自閉症圏の障害がまとめられる。しかし、②からは、対象者の年齢によって、多様な診断名が混在した時期があったことがわかる。そして、③から、診

\*5 「発達障害のある青年・成人に関する就業・生活実態調査」は、社団法人日本自閉症協会の本部並びに都道府県支部（現、都道府県市自閉症協会）にご協力をいただいて実施（調査期間：2007年7月～12月）し、調査研究報告書 №.88 第I部第1章に結果をとりまとめた。

断後の告知や対応において、現在もなお十分ではない状況があることが明らかとなる。

広汎性発達障害の診断においては、自閉症、高機能広汎性発達障害、高機能自閉症、アスペルガー症候群など、様々な診断名が用いられている。こうした診断名の多様さは、障害特性の多様さであるとともに、当事者や親（家族）が受け入れやすいことへの配慮でもであるとされてきた。受け入れの問題は、当事者や親（家族）の障害観・障害者観の問題とも関連する。しかし一方で、診断名や障害特性の多様さは、当事者や親（家族）の障害観・障害者観と相まって、社会における障害理解や事業主支援のための理解・啓発等を困難にしている現状もある。

なお、現在、アメリカ精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル第4版（DSM-IV-TR）を第5版（DSM-5）に、またはWHOの国際疾病分類第10版（ICD-10）を第11版（ICD-11）に、それぞれ改訂するための作業が進められており、2013年前後に公表される改訂版において診断名が整理・統合される（杉山，2011）見通しである。発達障害については主として広汎性発達障害に分類されている多様な診断名が自閉症圏の障害であることを示す用語に統合されることになるといわれている。

## （2）学習障害の診断

学習障害研究の歴史は1960年代に始まる。山口（1995）によれば、学習障害（Learning Disabilities - LD）という用語は、「1963年にカーク（Kirk, S.A.）が精神遅滞や自閉症と異なる軽度の発達障害に対する名称として提案して以来急速に普及した」とされる。それまでは医学の問題として研究されており、ジョンソンとマイクロバスト（1967）により教育の問題として取り上げられるようになった経緯がある。そして、アメリカにおいて検討された教育の定義が我が国の教育における定義にも導入された。

障害者職業総合センターでは、「学習障害」にかかるこれまでの研究を通して、以下のように整理してきた（望月，2011）。

医学で学習障害を診断する場合、「LD」は **Learning Disorders** を意味している。診断は、「読字障害」「算数障害」「書字障害」に限定されており、教育、臨床の関係者をはじめとして、保護者の多くが使うような「学習上の困難のある児童・生徒」、もしくは「教育上の特別な配慮を必要とする児童・生徒」を想定した広い範囲の問題を抱えた対象者を含む用語とは相容れない場合がある。

一方、教育用語として使われている「学習障害」は **Learning Disabilities** を翻訳した時にあてられた用語のうちの1つであるが、教育、臨床の関係者をはじめとして、保護者も本人も、この用語を適切でないとして「LD」と称する場合が多い。「LD」という呼称には、根底に“障害が学習に関する能力の限定的な障害であり、その点について配慮し、その障害の克服を手助けしていけば、健常児と同じように知的な能力を発揮できる”という考え方があ

る。教育用語としての定義では、「読む」「計算する」「書く」の困難に、「聞く」「話す」「推論する」の困難を加える。また、教育並びに臨床の関係者の中で、さらに広い範囲を認める立場もある。こうした立場に立つ人々は、運動機能障害（不器用）、注意欠陥多動性障害（ADHD）をこれに加える場合がある。最も広い範囲を認める立場では、“社会性に困難がある子ども”をも含める。これは、主として「教育的な対応が必要な子どもたちの問題として考える」ということを意味しているが、多様な発達障害の特性をどこまで含めるかという問題でもある。

学習障害における知的機能の問題については、“LD を「軽度」精神遅滞と連続してとらえ、それに基づいて教育実践を考える”立場と“LD を軽度精神遅滞とは異なるにとらえる”立場がある（依田，2000）。

この2つの立場は、学校教育在学中の児童・生徒に対し、LD と認定する基準が異なる。前者の立場をとれば、極論すれば「LD であるかどうかを区別する必要がない」ことになる。学業困難の状況が改善されれば障害カテゴリーを問う必要はないからである。この見解の延長線上に、通常学級で対応する特別支援ニーズを持つ一群の生徒の中に位置づけるという施策が用意されたとみることができる。この特別支援ニーズを持つ対象者の中に、軽度知的障害児や境界線児、「学習障害」児が含まれている。

上野（1995）は、LD の概念について図 1-2 のような図式化を行い、知的障害との連続性を指摘している。そのうえで「わが国固有の集団指導に重きをおく教育価値観の中で、選択性のある個別的な発達支援のシステムがうまく機能していくためには、通常教育と特殊教育の連続性を新たな発想で再構成できるかどうか鍵である」と指摘する。

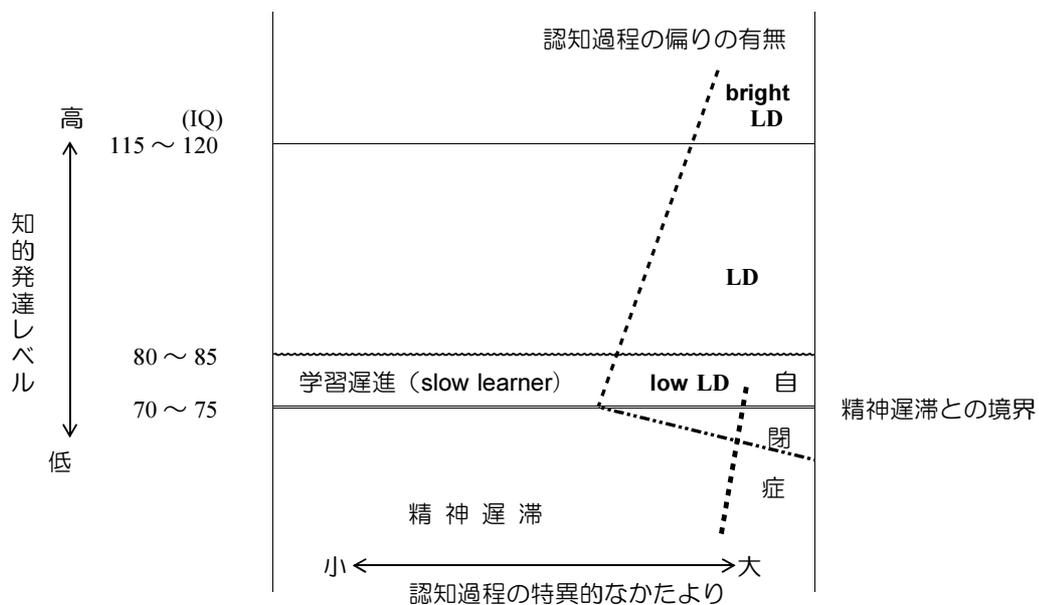


図 1-2 LD と近接概念との関係（上野，1995）

また、「『学習障害』学童の指導事例を読む限り、それは「軽度」精神遅滞への教育指導と類似しているのではないか」「既存の障害カテゴリーを廃止して『特別な教育上のニーズを持つ学童』の一部として把握して、障害カテゴリーにこだわらないで個別学童が示す教育的ニーズに対応する教育指導を構築することをめざすのも一方途であろう。また、『軽度』精神遅滞と『学習障害』に限って統合して『学習困難』概念という教育指導概念で学童を分類し、個別学童の教育的ニーズに対応することも考えて良いであろう」（清水，1998）という指摘もある。

これに対し、後者の立場をとれば「LD ではない」という診断が必要であるばかりでなく可能でもあ

り、教育方法においては軽度知的障害とは異なると主張することになる。しかし、結果として、通常学級で対応する特別支援ニーズを持つ一群の生徒の中に位置づけるという施策を必要とするという点では、前者と同一の立場をとる。この対象者の中に、軽度知的障害児や境界線児、「学習障害」児が含まれていても、教育方法において固有であるという見解とは矛盾しないからである。

こうした立場とは別に、杉山（2007a）は、文部科学省がいう「学習障害」には、「学校で教師が教えたときにうまく成果が上らないものほぼ全て」が含まれており、「医学的な学習障害の定義を大きく踏み越え、広汎性発達障害も ADHD（注意欠陥多動性障害：筆者注）も含む非常に異様なものに変質しつつある」ことへの整理が必要であるとする。これは、自閉症研究の歴史と比較しても、また、概念規定からみても、学習障害研究が自閉症とは異なる歴史をたどっており、いまだ概念整理や診断、本人や親の障害理解や受け入れ、告知後の対応等において混迷していることを指摘していることに他ならない。

現実には、特定非営利活動法人全国 LD 親の会が行った移行実態調査（2011）並びに障害者職業総合センターにおける調査研究（2004）は、就職に際して療育手帳を取得し、あるいは知的障害判定により職業リハビリテーション・サービスを利用する実態があることを明らかにしている。このような実態を、一次障害に内在する問題ととらえるのか、二次障害ととらえるのかについて、意見が分かれることになる。なお、教育関係者の立場の違いによる「学習障害」のとらえかたについては、学齢期に「学習障害」と判断された対象事例の長期にわたるフォローアップによって検証されていくことになるだろう。

### （3）注意欠陥多動性障害の診断

近年、注意欠陥多動性障害（ADHD）の症状理解は注意障害に基づくというより、自己制御の障害と考えられるようになった。最近の研究によれば、ADHD は脳の発達の遅延が主体とされ、行動抑制の発達の遅れが実行機能の発達に関連するものであるとされる（Barkley, 2003）。Barkley（1997）による行動抑制とは前頭葉機能の障害によるものであり、「反応が起きるのを抑制する」「起きている反応を中断する」「進行中の活動を妨害行動から守り持続させる」「反応を遅らせる」能力とされている。また、実行機能の障害とは「作業記憶<sup>注1)</sup>の問題」「内的会話<sup>注2)</sup>によるセルフモニタリングの問題」「情動と覚醒レベルのコントロール<sup>注3)</sup>の問題」「再構成<sup>注4)</sup>の問題」をさしている。したがって、知的機能の高低にかかわらず、実行機能の発達の遅れにより行動上の問題が生起するということになる。

注1：作業記憶／次の作業のために心の中に必要な情報をとどめておく力。作業記憶の欠陥は、粗忽、健忘、後から考えたり見直しをもって行動することができない、などを引き起こす。

2：内的会話／問題を解決している途中で、様々な解決策について自分自身と会話をする。内的会話に問題を持つとルールや指示に従う力を要求される状況で、自らの行動を方向づけることが困難になる。

3：情動と覚醒レベルのコントロール／感情反応が起きても課題の遂行に集中できるような形や程度に変化される力。

4：再構成／問題状況に直面したときに、問題を分析し、可能な解決方法を見出し、ほかの人と連携するといった柔軟な対応を可能にする力。  
(二上, 2002 より再構成)

Barkleyはまた、ADHDにおける行動抑制の障害と実行機能の障害によって生じると考えられる種々の認知障害に関し、図 1-3 に示すハイブリッドモデルを提案している（二上，2002）。知的機能との関係でこのモデルをみると、モデルに示された様々な認知障害は、知的障害がない、もしくは軽度の場合には ADHD との関連で診断されることになるが、知的障害が中・重度の場合、その他の様々な障害特性とあわせて知的障害との関連で診断されることが望ましいことに気づかされる。すなわち、ADHDの場合には、知的障害がない、もしくは軽度であることが多いと考えられる。

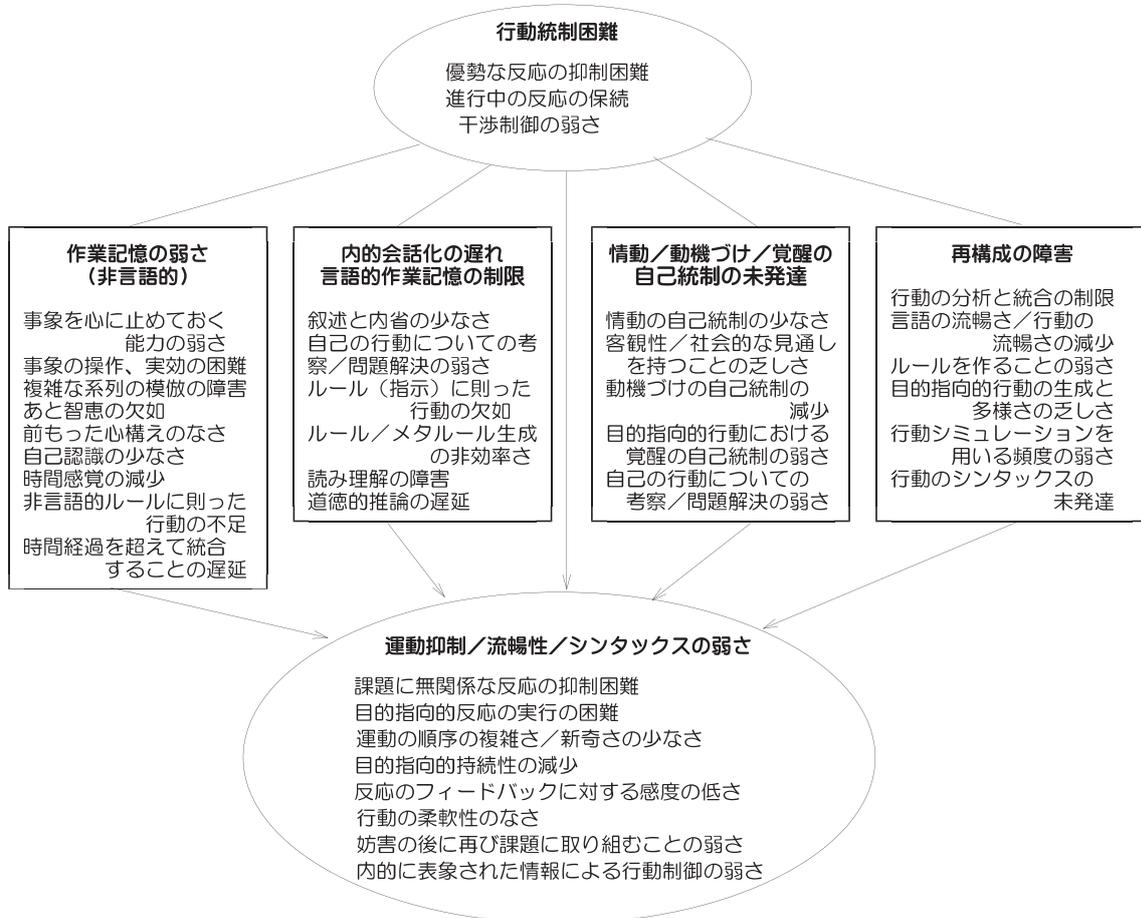


図 1-3 ADHD において行動抑制の障害と関連すると考えられる多くの認知障害を示した実行機能のハイブリッドモデル（Barkley：二上，2002）

#### （4）診断の考え方

辻井・杉山（1999）は、学習障害、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害などの全般的な知的障害を伴わない軽度発達障害について、操作的診断基準において複数の診断を満たした場合、診断に優先順位をつけることが必要であるとして、将来的に問題を残しやすい広汎性発達障害を優先すること、両者を LD（Learning Disabilities）などの名前のもとで曖昧に同じように扱うには問題があること、を指摘する。しかし、このような明確な診断基準の順序性により、各種障害を見直すことについての共通理解は、診断する側には共有されたとしても、診断される側に共有されていない。

生地（2002）は ADHD の診断に際し、DSM-IVなどで示された症状項目に何項目該当するかで診断する操作的な診断体系であること、こうした操作的な診断基準を当てはめやすい障害と受けとめられていること、について、「症状の記述がわかりやすい表現になっているからとって、専門家でなくても診断ができると考えることに問題がある」としている。さらに、診断の難しさとして、①発達段階に応じて不適応的であるかどうか、②状況によって行動が変わる場合の評価、③広汎性発達障害との鑑別、をあげる。このため、各年齢の子どものスタンダードの知識と行動の観察経験が必要であり、さらには発達障害全般の臨床経験も不可欠であるとする。このような警告ともいえる診断をめぐる問題の指摘は、全国どの地域においても、また、どの年齢層の対象者に関しても、同様に対応できる環境がにわかには整いがたいことを示したものであるが、状況は現在でもあまり変わっていない。

## 2. 診断をめぐる課題

### （1）調査結果が示す診断名の多様さの現状

ここで、青年期・成人期における広汎性発達障害の診断と診断時期の状況を調査結果に基づいてみておくことにしたい。「発達障害のある青年・成人に関する就業・生活実態調査」（前出：障害者職業総合センター，2009）は、18歳以上の発達障害のある青年・成人の現在の生活の実状を把握すること、並びに教育歴や利用した支援、学校卒業後の進路とその後の移行経路を踏まえ、支援ニーズをとりまとめることを目的として障害者職業総合センターにおいて企画・実施された（障害者職業総合センター，2009）。分析対象者 1078 名について、後期中等教育以降の教育歴に焦点をあてると、養護学校（現在の特別支援学校）を卒業した者が 671 名、高等学校・大学等のいわゆる通常教育を卒業した者は 164 名であった。

表 1-1 に対象者の診断の状況を教育歴別に示す。通常教育歴の者の診断については、自閉症が 43 %、高機能・アスペルガー症候群が 37 %であった。これに対し、養護学校歴では自閉症が 77 %を占めていた。

表 1-1 対象者の診断に関する状況

	自閉症	高機能自閉症 アスペルガー	広汎性発達 障害	その他の 障害	不明	診断なし	合計
高等学校	29	24	5	4	0	3	65
	44.6	36.9	7.7	6.1	0.0	4.6	100.0
職業能力開発校	5	1	1	2	0	0	9
	55.6	11.1	11.1	22.2	0.0	0.0	100.0
専修学校	20	13	3	4	0	3	43
	46.5	30.2	7.0	9.4	0.0	7.0	100.0
短大・高専・大学等	17	23	7	0	0	0	47
	36.2	48.9	14.9	0.0	0.0	0.0	100.0
通常教育歴合計	71	61	16	10	0	6	164
	43.3	37.2	9.8	6.0	0.0	3.7	100.0
養護学校合計	518	3	11	69	7	63	671
	77.2	0.4	1.6	10.3	1.0	9.4	100.0

上段：人数／下段：構成比率

（資料出所：望月他，2009）

さらに、図 1-4 に、最初の診断による診断名と診断時年齢について、診断名を有する者の構成比を示す。ここでは、複数診断を有する場合に、それぞれの診断名と診断時年齢について集計しているため、表 1-1 の集計結果とは異なる。自閉症については概ね 5 歳までには診断されているのに対し、アスペルガー症候群並びに高機能自閉症については 10 代後半から 20 代前半にかけて最頻値が出現する。一方、広汎性発達障害の診断は 10 代未満と 10 代後半から 20 代前半にかけての 2 箇所診断年齢の山が出現する。

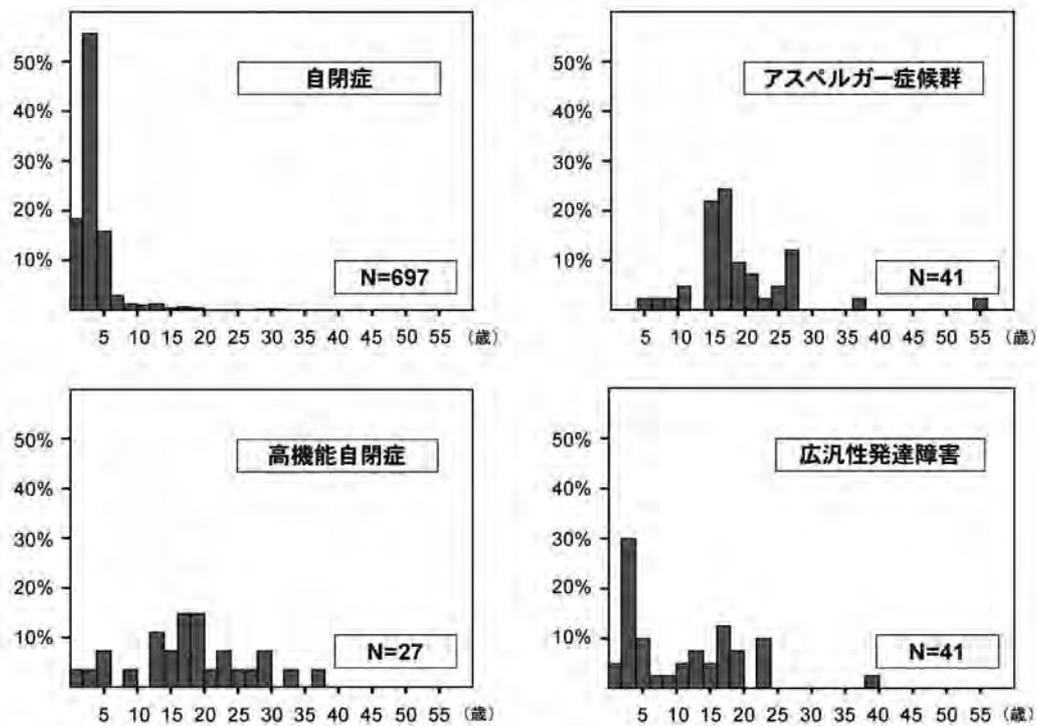


図 1-4 自閉症等広汎性発達障害の「最初の診断」時年齢の分布

(資料出所：障害者職業総合センター調査研究報告書 №88, 2009)

また、最初に診断された時期を教育歴との関係で見ると、通常教育歴を有する場合、就学前（39 %）、義務教育在学中（20 %）、義務教育終了後在学中（16 %）の診断となっており、学校卒業後の診断は 21 %、診断のない者は 4 %であった。一方、養護学校を選択した者の場合、80 %が就学前の診断であった。

調査結果は、必ずしも最初の診断が子ども時代に行われているわけではなかったことを示している。すなわち、先天的な障害として理解し、人生の早い時期に特別支援学校等において障害者支援とともに生活設計を描く方針を選択した者ばかりではなく、高校や大学等を選択したが、在学中あるいは卒業後の生活場面において障害と向きあう生活設計を余儀なくされることになった者の存在が浮かび上がる。そして、特に、後者については、通常教育を卒業したことで障害者のための雇用支援（職業リハビリテーションサービス）という選択肢がない、もしくは知らない、あるいは知っていても選択しない等が起こる場合への対応が課題となっていた。

発達障害者支援法が施行され、早期発見・早期診断により早期の支援を開始するために、診断体制の整備が急務であるとされた。しかし、成人期までの間に診断や相談の経歴を有する者ばかりではない。こうした者の中には、特性の理解や対処行動の習得に至らずとも、特別な教育的支援によって学校を卒業した者も含まれる。ここで問題となるのは、障害を受けとめる機会がないままに一般扱いの就職活動を行ったものの、「就職に失敗する」「就職後の職場適応で失敗する」等の経験を通して「障害に向きあう」ことになる場合である。以下では、発達障害の診断において指摘される問題や成人期の診断をめぐる状況、診断により支援に至るための課題に焦点をあてて概観しておく。

## (2) 発達障害の診断において指摘される問題

発達障害の診断は、アメリカ精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル第4版（DSM-IV-TR）、またはWHOの国際疾病分類第10版（ICD-10）をもとになされるのが一般的である。こうした操作的診断基準ができたことで精神疾患の診断の施設間、研究者間の一致率は上昇したが、一方で、診断基準がその障害の根本的な疾患概念を示していないという問題も指摘されている（荻野，2008）。

滝川（2007）は、診断基準に基づくとしても「「発達障害」と「定型発達（いわゆる正常発達）」との違いは、その発達の歩みの早い遅いとその結果到達した発達水準の高い低いの違いである。この違いは連続線上の相対差に過ぎないため、定型発達と発達障害との間には、虹の赤と橙との間に線が引けないのと同じく、絶対的な境界線は引けない。発達障害の診断とは本当は、線の引けないものにあえて人為的・社会的な約束としての線を引くことである。」という発達障害に内在する問題を指摘し、社会的（共同的）、関係的な世界においては、その判断に大きな幅や曖昧さが生じる点に診断の難しさがあるとしている。

さらに、こうした精神医学における診断について、「身体疾患の診断と同じ「診断」の語が使われてもその方法も内容も異質である。レントゲン写真、細胞診、生化学検査など、何らかの物的な客観所見によって下されるのに対して、子どもの行動を医者が見たり聞いたりしてどう評価するかによって下される場合、正確には医学的診断と言うよりも「判断」と呼ぶにふさわしい。」（前掲：滝川，2007）とし、発達障害の診断も、この様な特質を持った精神医学的診断のひとつであることを強調している。

杉山（2007b）は児童精神医学と成人精神医学における領域の連続性と領域間の関係性について、「児童精神医学が対象とする領域は、発達障害と情緒障害に分けられてきたが、これは、従来の成人精神医学の分類でいえば、器質因性の精神疾患と心因性（一部に内因性）の精神疾患の区分に相当する。しかし、近年の生物学的精神医学研究の進展によって器質性、心因性といった区別が怪しくなってきた……〈中略〉……最新の知見では、もともと器質的な基盤がある個体が強い心因にさらされたときに、さらに器質的な変化が引き起こされ、精神症状として発現するのである。これは器質因（負因）と心因とのかけ算によって治療の対象となる精神科疾患が生じるという普遍的なモデルである。さらに上記のモデルでいえば、青年期以前に始まる統合失調症は立派な発達障害である。」と指摘する。こうした状況について、「われわれは100年に一度の精神医学大系の変革期に立ち会っているのではないか」（杉

山, 2009) としている。精神医学における発達障害の診断のあり方について、特に成人の精神科疾患の診断において検討が急務であるという認識に他ならない。

### (3) 成人期において発達障害を診断する場合の問題

発達障害については、専門医が少ないことがさらに診断の問題を難しくしている。このことに関して、杉山(前掲, 2007b)は、広汎性発達障害、学習障害に加え、注意欠陥多動性障害、知的障害についてみると「重複はあるにせよ罹病率を足しただけで確かに児童の1割に達する」という現状に対し、「日本児童精神医学会113名だけでは到底追いつかない需要を抱えている」とし、臨床経験を持つ小児科医、精神科医があまりに少ない実態をあげる。また、問題として、「医療ヒエラルキーの未整備により、一次に相当する問題も二次に相当する問題も、全て三次医療機関に直接押し寄せてしまう」「セカンドオピニオンの受診に対応できない」「児童精神科医は子どもへの対応で手一杯で成人にまで応じる余裕がない」ことを指摘する。

さらに、成人の診断において、気分障害や統合失調症という診断の中に、発達障害を基盤に持つ場合が少なからず混在している状況について、次のような混乱があることを指摘する(杉山:前掲, 2009)。

- ・他の障害の診断を有する者の中に、発達障害への鑑別診断がなされる事例がある。
- ・発達障害の診断を有する者の中に、他障害への鑑別診断がなされる事例がある。
- ・他の診断をすべき状態であるが、未診断・発達障害主訴の事例がある。

数において少ない三次医療機関の専門医は、診断を求める対象者の数だけでなく対象者の混乱にも対応を求められている現状があると言えるだろう。

衣笠(2004)は、既に小児期から発達障害を持っていると診断された個人が種々の精神症状を発症している症例とは別に、「重ね着症候群」について以下のように定義し、精神症状の背景に存在する高機能型発達障害の程度が軽いことが多いために小児期に発見されなかったケースの診断並びに診断後のアプローチに言及している。

- ・初診が18歳以上であり、小児期には発達障害を疑われたことがない。
- ・多彩な臨床症状に高機能型広汎性発達障害が潜伏している。

背景に高機能型発達障害が存在する「重ね着症候群」には、社会恐怖、統合失調症、境界性パーソナリティ障害、適応障害、気分変調性障害、強迫性障害等々の診断について、うつ状態、対人恐怖、強迫症状、被害妄想、自傷行為、かんしゃく、過食・嘔吐等の症状がある。こうした場合、精神分析的な精神療法よりも薬物療法や支持的療育的アプローチが適切となる症例があり、発達障害を背景とした臨床像への対応が必要となる(前掲:衣笠, 2004)としている。

しかし、齋藤万比古(2010)は、成人における各発達障害の臨床像が必ずしも確立していないことについて、「診断を難しくしている最大の要因は、発達障害における併存精神障害の併発率の高さと多様性にある。難治性のあるいは対応困難な成人期の精神障害や心身症の背景に発達障害が存在していない

かを見極める視点が、この領域の臨床家にとって必須なものとなっている。」と指摘する。そのうえで、成人対象の臨床現場において発達障害を診断することの難しさについて、以下の点を指摘する

- ・発達障害を日常的に扱っているのが児童精神科医や小児科医であり、この領域の発達障害概念は基本的に幼児期及び学齢期の状態像から抽出されたものである。
- ・子どもの状態像を基準とした発達障害者像は、成人に達した発達障害者のそれを具体的に描き出していない。
- ・成人期に臨床上的の問題になる発達障害とは、発達障害そのものの深刻化ではなく、二次障害としての併存精神障害の合併と深刻化による。
- ・子ども時代からフォローアップしていた医師が併存性精神障害の背景にある発達障害の特性を見出すことはさして難しくないだろう。しかし、成人の段階で初めてその発達障害者の診断に携わることになった医師にとって、眼前の状態像に発達障害の影や痕跡を見出すことは決して容易なことではない。
- ・成人発達障害者の診断・評価を適切に行えるような指針を得ることが困難である。
- ・併存精神障害の症状や問題が付加された成人発達障害者の状態像から多様な併存障害の影響を除去することで、本来の発達障害を浮かび上がらせる評価法を確立する必要がある。

成人期の発達障害の診断においては、児童期からの状態像の変化に伴う診断・評価の指針や方法が未整備であること、並びに精神科医の診断体制の問題であること、を検討課題としつつも、診断を求める対象者への対応を行われなければならない現状があると言えるだろう。

また、齊藤卓弥（2010）は、広汎性発達障害患者のうつ病の評価を行うことが困難となる際の理由として、「発達障害の患者の多くは、気分や感情の変化を伝える十分な言語スキルをもたない。したがって、感情を表現したり、伝えることが困難であること、異なった非言語的な感情の表現手段を統合するのが困難（顔の表現、ジェスチャー）であることが報告されている。また、恥ずかしさや自尊心といったより複雑な感情を表現することが困難であることも報告されている。」ことをあげる。さらには、「Stewart らは、直接的な気分を表現することが少なく、15 症例の中で直接的抑うつ症状を訴えたのは 1 例のみで、残りは親などの第三者が「みじめな表情」「イライラ」「涙」「睡眠障害・食欲の障害」「興味の喪失（常同行動の減少）」を観察することでうつ病の診断が可能になっている。」とし、当事者が表現することで問題を把握するのではなく観察で評価する必要がある点を指摘している。

ただし、「広汎性発達障害を持つ患者のうつ病を評価するための尺度は存在しない。現在では、一般人口を対象とした抑うつスケールが広汎性発達障害で用いられているが、使用の際には十分な注意が必要である。抑うつ評価尺度の中に組み込まれている「罪悪感」「興味の变化」「趣味の変化」「精神運動抑制」に関する項目については、しばしば自記式の尺度では症状を把握できないことがある。」と付記しており、診断の際の面接や医学的検査、神経心理学的検査をはじめとして、チェックリスト等も活用されているが、その適切な組み合わせについて、指針の確立が必要であるという前出の齋藤万比古の指摘とも対応している。

#### (4) 診断が支援に結びつかない背景に関する問題

小野（2009）は、広汎性発達障害について「発達障害の一型として精神医学診断分類に記述されている精神障害である。発達障害に限らず、児童青年期から発症する精神障害は、医療・保健だけでなく、教育、福祉、労働、司法などの多くの領域と関連があり、その支援には関連する領域の連携が不可欠である。」とする。しかし、広汎性発達障害の発達経過や特性の多様性については「明確に診断基準を満たさない非定形的な症例も多く、このような場合には「特定不能の広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorder, Not Otherwise Specified : PDDNOS）」という診断分類が適用されることがある」としたうえで、障害児者福祉サービスや特別支援教育の対象となるような「障害」として支援を受けられない場合の問題があることを指摘する。

さらに、小野は「支援ニーズ」の歴史的な経過に言及し、「現実的には発達障害者の支援ニーズは知的障害者福祉に親和性が高いものの、知的機能が高い場合は知的障害者には認定されず、一方、精神障害者福祉も慣例的に発達障害者を積極的に精神障害者として認定してこなかったことから、発達障害の「障害」としての位置づけは曖昧な状態が続き、その結果、医療をはじめ、教育や福祉における支援が十分に受けられないことも多かった。」とし、支援に結びつかない背景が、診断分類の問題ばかりでなく、ニーズと障害認定のあり方の問題でもあることを指摘する。こうした問題を踏まえると、「発達障害は精神障害に含まれる<sup>\*6</sup>」のであるから、精神障害者として精神障害者保健福祉手帳を取得することが合理的であるし、法制度上は何ら問題のないことと考えられる。それでも、現実には知的機能の高い広汎性発達障害が精神障害者保健福祉手帳の申請をしても却下される事態があることも事実であり、発達障害者を適切に判定し、支援サービスの対象となる障害者として認定する制度を明確にしていかなければならない。（前掲：小野，2009）」と結んでいる。

その後、精神障害者保健福祉手帳制度実施要領の一部改正が行われ、2011年4月1日より高次脳機能障害や発達障害を対象とする様式に変更されている（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知，障発0113第1号，平成23年1月13日）。なお、国民年金・厚生年金保健障害認定基準についても一部改正が行われ、2011年9月1日より発達障害を対象とする様式に変更されている（厚生労働省年金局長，年発0630第1号，平成23年6月30日）。

診断により支援を利用できるようにするという見解並びに精神障害者保健福祉手帳制度の改定が周知され、効果的に機能していくうえでは、成人期の診断に関する問題が整理されていくことが前提であることはいうまでもない。

---

\*6 「文部科学省・厚生労働省事務次官通知（「発達障害者支援法の施行について」17文科初第16号 厚生労働省発障第0401008号 平成17年4月1日）では、「法の対象となる障害は、脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもののうち、ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）における「心理的発達の障害(F80-F89)」及び「小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害(F90-F98)」に含まれる障害であること。なお、てんかんなどの中枢神経系の疾患、脳外傷や脳血管障害の後遺症が、上記の障害を伴うものである場合においても、法の対象とするものである。（法第2条関係）」と示しており、知的障害の範囲がICD-10のF7に限定されるとすれば、発達障害は精神障害に含まれるとするのが妥当な解釈であろう。」（小野，2009）となる。

### 3. 発達障害に対する理解

高等学校や大学等を卒業した発達障害者は、卒業時に「新規学卒」就職を選択する<sup>\*7</sup>ことが多い。そのまま職業生活に適応・定着していく事例もある一方で、職業選択や採用後の職業適応に失敗する事例もある。中には、一般求人への応募や適応の失敗等を繰り返した後、障害者のための雇用支援制度を利用することになる事例もある。しかし、いずれも、初職入職時点では一般求人への応募以外の選択肢を持たなかった点で共通していた。そして、当事者が障害を開示しない限り、高校や大学等の関係者が発達障害を把握することは稀であった（障害者職業総合センター，2000；2004；2009）。以下に、障害に関する理解の現状と課題を整理しておくことにする。

#### （1）当事者の障害理解について

発達障害の発現時期については「低年齢である」とされるが、明確な受障時期が特定されることは少ない。また、原因も多様である。受障時期と損傷部位が明確な脳外傷や脳血管障害による脳機能の障害（高次脳機能障害）と対比するとき、その特徴がより明確になる。すなわち、「受障前にできたことが、できなくなった」といった中途障害に固有の障害の自覚や理解は、発達障害にはない。発達の原則は発達障害のある子どもにも当てはまるから、発達の遅れと偏りがあっても、また、行動上の問題があったとしても、成長に伴ってできることが増えていく。加えて、早期からの支援によって問題が軽減すれば、将来に予測される支援が軽減する可能性もある。発達障害者支援法が早期発見・早期診断・早期対応を重視する含意はここにある。しかし、家族の気づきによって、幼少期に診断が確定する場合もあれば、疑いがあったとしても診断が確定しないケースもある。中には、成長とともに診断名が変わる場合もある。いずれにしても治療や発達の支援経過は観察の対象となる。また、医療機関の診断ではなく療育・教育相談機関の判断によって相談や支援の対象となる場合もある。

もともと、発達障害は当事者が気づきや自覚を持ちにくい障害であるというべきである。したがって、職業上の問題を抱えながらも障害を障害として認識していない事例に対しては、まずは自己理解を深めること、並びに、特性に応じた支援（障害者雇用や福祉など）を選択すること、が支援の課題となる。

#### （2）障害に対する理解・啓発について

発達障害の特性について、例えば、対人面や行動面のスキルの獲得において、障害の有無を区分する明確な基準は設けられていない。東條（2005）は、「自閉症スペクトラムの概念によれば、自閉症、アスペルガー症候群、非定型自閉症はそれぞれ別個の障害ではなく、連続体であり、さらに、自閉症の特質と似た困難を抱える健常児者へも連続性があるとする概念で、日本語

---

\*7 障害児教育（障害児のための学級や学校）で職業準備の課程を履修して自立をめざす若者については、学校から職業への移行支援において教育リハビリテーションと職業リハビリテーションとの連携が制度化されている。一方、通常教育から職業への移行支援については問題の認識においても支援体制の整備についても明確化されていない現状がある。

に直訳すれば『自閉性の連続体』となる。」とし、自閉症は健常児者に連続性がある概念として理解すること（例えば、若林，2003；國平ら，2003）、知的障害と自閉症スペクトラムの両方の連続性を組み合わせて障害を理解すること、の重要性を指摘している。同様に、知的障害の有無を区分する明確な基準はあるわけではなく、例えば知能検査の結果の分布において、知的障害児者と健常児者には連続性がある。

井上（2011）は、「自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorder：ASD）」について、定型発達から典型的な自閉症までを自閉症の強弱で一続きのものともみなす点で、広汎性発達障害を広く統合する概念として成人にも適合性がある概念であるとする。



図 1-5 自閉症スペクトラム障害（資料出所：井上，2011）

しかし、井上（前掲，2011）はまた、この概念が「現象を連続体としてとらえる」ものであるために、臨床家が共有できる診断閾値が設定可能であるかという問題と、広汎性発達障害を一次的に把握できるかのような誤解を与えかねないという問題があることを指摘する。

発達障害の診断に際しては、医学における診断マニュアルや治療経過（含、投薬の効果等）に行動観察等が総合的に反映される。しかし、知的発達の軸と対人面や行動面等の複数の軸が組み合わさることで、適応上の問題も極めて複雑かつ多様になる。したがって、発達障害は、職業生活への適応に際し、当事者と当事者を受け入れる企業の双方を支援する専門家の具体的な情報提供と環境調整の役割が大きい障害であると理解されている。

## 第2節 教育・福祉における雇用前支援の現状と課題

……円滑な移行の実現のために……

特別支援教育で「学校から職業への移行」というときの「学校」とは、特別支援学校はもとより高等学校や専修学校、大学をさす。これは、学校教育法の一部改正（平成18年）による。特別支援教育の対象者の拡大と彼らの在籍校の多様化の結果として、進路指導における就労支援や指導のあり方、就労に関する支援システムについてもまた新たな理解を求められることになった<sup>\*8</sup>。

<sup>\*8</sup> 従来、障害のある生徒の「学校から職業への移行」には特別な配慮が必要であると受けとめられて、養護学校（現、特別支援学校）高等部において、就労支援の課程が用意されてきた。さらに、職業生活においても「一般扱い」とは異なる雇用対策上の配慮が必要であると位置づけられて就労支援が実施されてきた。このときの「学校」とは心障学級もしくは養護学校高等部をさしていた

## 1. 学校から職業への移行における支援の選択肢

### (1) 学校卒業時点の移行における支援

学校は卒業後の進路選択のために、学校紹介で就職（新規学卒<sup>\*9</sup>としての入職）を支援する役割を担う。この方法では、公共職業安定所（ハローワーク）や学校が確認した適切な求人の紹介を受けることができる。一方、雇用主は学校との実績関係に基づいて教育的配慮を行い、学校もまた定着指導に協力する。つまり、職業自立についてみれば、就職（新規学卒としての入職）と職場定着の両方について、一定の制度化された支援を保証している。ただし、この制度による紹介の成否には地域・学校間格差が少なからずあり、加えて学校の進路指導の流れにしたがって学校生活に適応できていたかどうかが大きな要因となる。さらに、学校が担う支援を利用できるタイミングは卒業時に限定されている。このため、卒業時に就職を選択しなかった場合、学校を経由しない支援を構想することになる。

### (2) 学校卒業後の移行における支援

現代の若者は、正規の職に就くことが難しい時代に学校を卒業する。平成 22 年度の学校基本調査結果では、高等学校（全日制課程・定時制課程）卒業時に就職した者が 15.8 %、他方、進学でも就職でも一時的な仕事に就いたわけでもない進路未決定卒業等の者は 5.6 %であった。さらに、進学した者については、大学（学部）卒業時に就職した者が 60.8 %であった。また、進学でも就職でも一時的な仕事に就いたわけでもない進路未決定卒業等の者は 18.1 %を占めていた（文部科学省、2010）。ただし、労働市場の情勢が厳しい時代であろうとなかろうと、また、好むと好まざるとに関わらず、若者は職業に就いて自立することを求められる。したがって、こうした時代背景を受けて、就業可能性を高めるための教育や訓練、環境整備に議論が集まることになった。さらには、高校や大学卒業後の進路として、一時的な仕事でパートやアルバイト等の不安定雇用に就いた場合、就業経験を重ねても職業能力を開発する機会が少ないという問題が指摘されており、常用雇用の可能性を高めるための機会を「いつ」「どこで」「どのように」構想するのが重要となる。

したがって、障害者の職業自立を支援するシステムとしては、学校卒業時の進路として「就職」を選択するための支援のみならず、障害特性に即して「福祉」を選択した者がその後、雇用に移行するための支援について、関係機関の連携の課題が検討されることになる。図 1-6 は、特別支援学校や高等学校・大学等を卒業後、福祉施設等を利用して就職・定着するまでの標準的な支援の概要である。

---

\*9 職業安定法では、「学校紹介」で就職する際に利用する支援を規定している。学校は進路指導の一環として進路の選択・決定に携わる。学校は教育的立場からみて適切でない職業についての求人・求職の申込を限定でき、生徒・学生の希望に基づいて、公正な紹介をすることになる。さらには就職後に、職場適応を阻害する問題が起こった場合には、ハローワークに要請し、あるいは協力を仰いでその解決に関する指導を行うことになる。こうした機能を担う学校は、学校教育法的一条校（大学、高等学校、特別支援学校、中学校等）とされる。

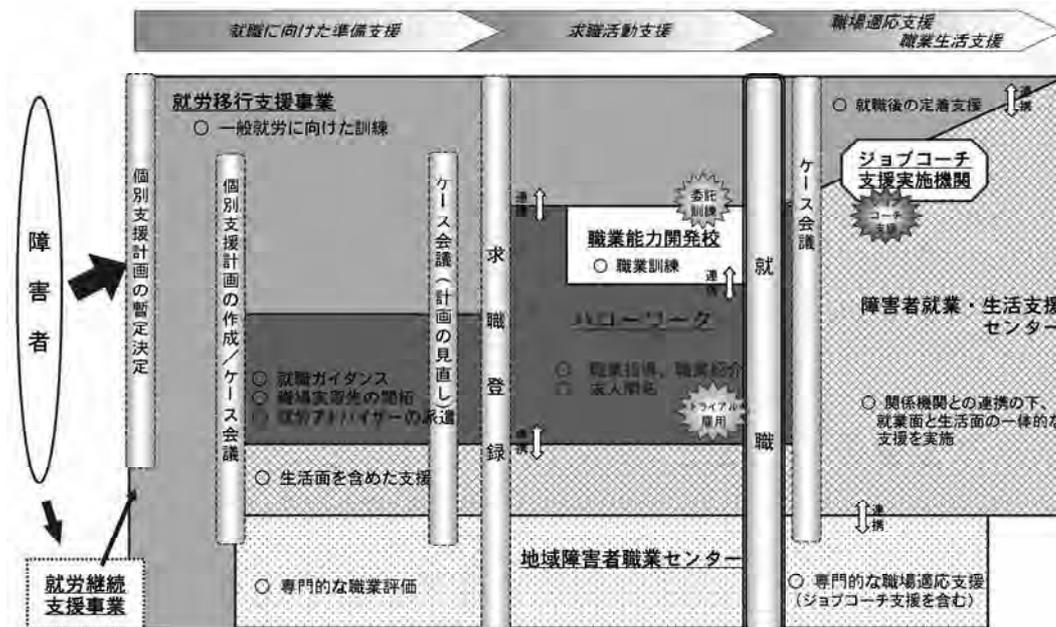


図 1-6 福祉施設等を利用する障害者が就職・定着するまでの標準的な支援  
 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisha02/pdf/16.pdf> )

高等学校や大学等に在籍する特別な教育的支援の対象者の場合にも、特別支援学校を選択した者と同様の進路指導や支援システムの利用が提案されることが必要となる。しかし、学校卒業時の進路の実態、進路指導の体制整備や卒業後の支援システムの利用状況については明らかになっていくわけではなく、障害理解・障害受容支援の問題とあわせて今後の検討課題となっている。

## 2. 調査結果からみた就職・職場定着に対するニーズ

…… 「発達障害のある青年・成人に関する就業・生活実態調査」  
 (障害者職業総合センター, 2009) から……

### (1) 就職支援

表 1-2 に、就職までの支援として学校在学中にどのようなことが必要だと考えているかについて、自由記述で得られた回答を再構成して最終在籍校別にとりまとめた (回答者数 630 : 複数回答)。

多い順にみると、「現場実習/就労体験 (ジョブコーチ)」について 25 %の者があげており、次いで、「職場の対人関係/社会性の訓練」「自立生活の訓練」「適性評価」「教員の障害理解の向上」「職業準備の訓練/個別対応」といった順であった。障害特性を配慮したうえで、より具体的に就職に結びつくための支援があげられていることがわかる。

全体的な傾向と比べて特徴的であった点をあげると、養護学校卒業者に「職業準備の訓練/個別対応」が多く、高等学校やその他の学校の卒業者に「教員の障害理解の向上」が多かった。特別支援教育が推進されているが、養護学校においては就職のための個別支援にニーズが高く、高等学校やその他の大学等では進路選択の支援のために体制整備に関するニーズが高いといえる。

表 1-2 学校在学中に必要な支援（自由記述）

	現場実習／就労体験（JCCつき）	職場の対人関係／社会性の訓練	自立生活の訓練	適性評価	教員の障害理解の向上	職業準備の訓練／個別対応	作業実習／職業訓練	就職指導の促進／学校の限界	職場開拓（障害理解啓発）	家庭／支援機関との連携	本人の就職（働くこと）への意識の涵養	職場見学や職場情報の提供	教員の職業教育の意識向上	体力づくり（8時間労働に耐える）	就職以外の場合の進路先の確保	本人の自己理解・障害理解の深化	教員の職業に関する知識・理解の向上	一般への理解啓発	教育年限の延長	進路相談	フォローアップ	余暇の過ごし方（趣味）
養護学校（N=440）	128 29.1	54 12.3	58 13.2	58 13.2	32 7.3	52 11.8	36 8.2	31 7.0	32 7.3	32 7.3	30 6.8	23 5.2	13 3.0	13 3.0	17 3.9	8 1.8	8 1.8	5 1.1	8 1.8	7 1.6	6 1.4	
高等学校（N=75）	12 16.0	7 9.3	7 9.3	7 9.3	12 16.0	5 6.7	7 9.3	8 10.7	5 6.7	5 6.7	4 5.3	2 2.7	4 5.3	2 2.7	2 2.7	3 4.0	3 4.0	1 1.3	3 4.0			
その他（N=115）	18 15.7	15 13.0	9 7.8	8 7.0	20 17.4	6 5.2	11 9.6	9 7.8	5 4.3	5 4.3	6 5.2	7 6.1	1 0.9	3 2.6	4 3.5	3 2.6	2 1.7	6 5.2	2 1.7			
合計（N=630）	158 25.1	76 12.1	74 11.7	73 11.6	64 10.2	63 10.0	54 8.6	48 7.6	42 6.7	42 6.7	40 6.3	32 5.1	18 2.9	18 2.9	17 2.7	14 2.2	11 1.7	11 1.7	11 1.7	9 1.4	9 1.4	6 1.0

注：上段／人数 下段／割合（％）

その中で、通常教育における支援の現実に対しては、「専門学校だったので、支援は望めないと思った。」「高校での支援は短すぎて（時間的に）期待しない。」「学校の進路指導では、就労へのとりくみに限界があるので、関係機関の介入が望ましい。」「養護学校を中退し、定時制に通ったがそこでは全くなんの支援、訓練もなかったの、進路選択をあやまってしまった。普通学級で、小学、中学ときてしまったことを強く後悔している。」などの厳しい意見もあった。したがって、「軽度発達障害でも、養護学校に行けたら 18 才まで居場所があったのかもと思う。〇〇県には病弱の養護学校に高等部はない。」といった教育の場の選択に関する意見にも注目しなければならないだろう。一方で、養護学校の体制に対し「中・軽度のみ通学可である。重度・最重度の子どもは、学校のプログラム(システム)をどう工夫しても増悪する傾向である。専門施設を利用して穏やかに暮らした方がはるかに良い。」「コース制になっていて、重い子どもには進路指導がない。効率の良い軽度の子どもには手厚い指導がある。」といった教育内容に関する意見にも注目しなければならない。こうした現実の中では、「就職支援は必要ない。学校生活を楽しめばよい。」という意見もあった。

在学中に準備をしても、学校卒業時点ですぐに就職できる場合ばかりではない。したがって、卒業後にさらなる準備を継続して社会的な自立をめざすうえで、学校卒業後に必要となる支援について、表 1-3 に自由記述で得られた回答を再構成して最終在籍校別にとりまとめた（回答者数 270：複数回答）。

なお、養護学校卒業者の回答は他の教育歴に比して少ない。これは、「明確に就職不可能なので回答できない。就職が幸福な生活につながる社会ではないので、就労を金科玉条のように考えることには反対である。」といった意見や「作業所や施設に居る障害者から就職を頼まれた時には現場に行き、仕事振りを見て、その人にあった職を探して欲しい。（現状では出来ないと言われた。）」等、障害の程度や特性を背景として学校卒業後の就職を希望しない状況と対応しているものとみることができる。

表 1-3 学校卒業後に必要な支援（自由記述 単位：％）

		職業準備訓練の機会の増大	実習訓練	ジョブコーチとトライアル	職場開拓	適性評価	相談	地域社会における交流／生活支援	多様な働き方への支援	関係機関の連携（診断体制の整備）	障害理解
養護学校卒	N=130	21.5	14.6	14.6	7.7	3.8	7.7	9.2	4.6	7.7	8.5
高等学校卒	N=56	22.0	15.3	8.5	8.5	1.7	6.8	5.1	1.7	16.9	8.5
その他の学校卒	N=84	29.8	25.0	7.1	2.4	1.2	10.7	3.6	0.0	15.5	4.8
合計	N=270	24.4	18.1	11.1	6.3	2.6	8.5	6.7	2.6	12.2	7.4

多い順にみると、「職業準備訓練の機会の増大」については 24 %の者があげており、次いで、「実習訓練」「ジョブコーチとトライアル雇用」といった順であった。

全体的な傾向と比べて特徴的であった点をあげると、養護学校卒業者に「ジョブコーチとトライアル雇用」が多く、その他の学校の卒業者に「職業準備訓練の機会の増大」「実習訓練」が多かった。養護学校においては職場における個別支援にニーズが高く、高等学校や大学等では職業準備に焦点をあてた経験場面の設定や体制整備に関するニーズが高いといえるだろう。特別支援教育において職業準備の教育をどのように展開するのかという議論の先には、学校における支援と学校外の支援との連続性をどのように構想するのか、といった課題に直面しているといえる。

## （2）職場適応・定着支援

職場適応・定着のために、企業や支援機関が行う支援について、表 1-4 に自由記述で得られた回答を再構成して最終在籍校別にとりまとめた（回答者数 582：複数回答）。

多い順にみると、「障害特性を理解してほしい」については 42 %の者があげており、次いで、「ジョブコーチや助成金の制度を活用してほしい」「指示の出し方に配慮してほしい／指示の確認をしてほしい」「実行可能な仕事（補助具）を用意してほしい」「障害者と接触する従業員への教育をしてほしい」「長い目で見てほしい／訓練に時間をかけてほしい」「キーパーソンが必要である」という順であった。

全体的な傾向と比べて特徴的であった点をあげると、高等学校やその他の学校の卒業者に「障害特性を理解してほしい」「実行可能な仕事（補助具）を用意してほしい」「障害者と接触する従業員への教育をしてほしい」などが多かった。高等学校や大学等では受け入れ体制の整備に関するニーズが高いといえるだろう。職業準備の課題とあわせて不安が大きいとみることができる。



表 1-5 支援機関が企業に行う支援（自由記述）

	の方理 伝の解 達員啓 を体発 し的の てなめ しウの いハ情 ウ報 ・提 対供 処や 方接 法し	調企 整業 をし て本 人へ 含む 、 家 族 ） の 間 で	よ本 う人 にが 指事 導し をて ほし すい 環 境 を 作 る	ほ本 し人 にあ った 仕 事 内 容 を 指 導 し て	ほ定 し期 い的 ・継 続 的 に 会 社 訪 問 を し て	就 労 先 を 拡 大 し て ほ し い	家 庭 へ の 連 絡 ／ 相 談 を し て ほ し い	作 業 体 験 を さ せ て ほ し い
養護学校卒業 (N=386)	226 58.5	93 24.1	74 19.2	69 17.9	42 10.9	9 2.3	8 2.1	10 2.6
高等学校卒業 (N=75)	54 75.0	21 29.2	16 22.2	16 22.2	13 18.1	7 9.7	3 4.2	2 2.8
その他の学校卒業 (N=121)	91 75.2	32 26.4	20 16.5	21 17.4	25 20.7	5 4.1	5 4.1	3 2.5
合計 (N=582)	371 63.7	146 25.1	110 18.9	106 18.2	80 13.7	21 3.6	16 2.7	15 2.6

注：上段／人数 下段／割合（％）

### 第3節 雇用支援の現状と課題

#### 1. 障害者雇用率制度における障害者の範囲について

##### (1) 就労支援を中心とした関連施策の経過

我が国における障害者施策については、「障害者基本法」（昭和45年法律第84号）、同法に基づく障害者基本計画等により、障害者の自立及び社会参加の支援等の考え方は基本的にノーマライゼーションの理念に沿った社会を実現することであると位置づけられている。また、障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和35年法律第123号）に基づき策定され、平成21年3月5日告示された「障害者雇用対策基本方針」（運営期間平成21年度から平成24年度まで）は、精神障害、発達障害に関して、次のように示している。

精神障害者の就労意欲の高まりが見られる中、その雇用を促進する必要性が高まっていたことを背景に、平成17年の法改正において、精神障害者を雇用率の算定対象とし、さらに、精神障害者については雇用義務の対象とするための環境整備が早急に整うよう、雇用支援を一層推進するとしている。また、平成20年の法改正においては、短時間労働者を雇用義務の対象に加える等が追加された。

また、保健福祉の分野では「障害者自立支援法」（平成17年法律第123号）が施行され、「福祉から雇用へ」の移行の推進等が指向された。現在では「改正障害者自立支援法（障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律：平成22年法律第71号）」が施行されており、発達障害は「障

害者の範囲」の中に位置づけられている。

## (2) 障害者の雇用の促進等に関する法律における定義と障害の確認

### ア 法に定める障害者の範囲

法においては、「障害者」のうち「身体障害者」、「知的障害者」及び「精神障害者」について定義している。その他の者が「障害者」の範囲に含まれるかについては、「身体障害、知的障害又は精神障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者」に該当するか否かを個別に判断することとなる。

### イ 法に定める発達障害者

身体障害者、知的障害者及び精神障害者以外の者については、医師の診断書、意見書等を参考として法に定める障害者の要件に該当するか否かを個別に確認することになる。また、障害者職業紹介業務取扱要領では、身体障害者、知的障害者及び精神障害者以外の障害者（その他の障害者）について、『長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難』か否かについては、必要に応じて、地域障害者職業センターに職業評価を依頼し、その結果を確認することにより、その判断を行うこととされている。

そのうえで、法第2条第1項の「障害者」に含まれる「発達障害者」とは、発達障害者支援法が定義する障害（発達障害者支援法第2条第1項）を有するために日常生活又は社会生活に制限を受ける者であり、医師の診断書により確認を行うとされた。また、職業リハビリテーションの提供にあたっては、過去において、児童相談所その他の療育相談等を行う公的機関を利用したことがあり、発達障害者支援法施行（平成17年4月1日）以前に当該機関ないしは、当該機関の紹介する医療機関において発達障害が認められるとの指摘を受けたことがある旨の申告が本人からあった場合についても、診断書による場合に準じて取り扱うこととしている。

## (3) 雇用支援施策の適用範囲

表1-6に、障害の種類別にみた「障害者の雇用の促進等に関する法律」等の適用範囲を示す。障害者手帳を所持していない発達障害者の場合は、いずれも雇用義務並びに雇用率の算定対象ではない。しかし、現行の障害者手帳を所持していない場合でも、職業リハビリテーション・サービス等の支援は利用可能である。

なお、平成20年から、発達障害者雇用促進モデル事業として発達障害者雇用開発助成金が設けられている。助成金の対象となる発達障害者は、発達障害者支援法第2条に規定される発達障害者（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等の発達障害を有する者（対象事業所への紹介前にハローワークに医師の診断書を提示した者で障害者手帳を所持していない者））である。

表 1-6 障害の種類別にみた「障害者の雇用の促進等に関する法律」等の適用範囲

	身体障害者 知的障害者	精神障害者	その他の障害者	
			発達障害者	その他 ※3
求人者の開拓等（9条）	○	○	○	○
求人者の指導等（10条）	○	○	○	○
職業指導等（11条）	○	○	○	○
適応訓練（13～16条）	○	○	×	×
就職後の助言及び指導（17条）	○	○	○	○
事業主に対する助言及び指導（18条）	○	○	○	○
障害者職業センターにおける職業指導等 （19～26条）	○	○	○	○
障害者職業能力開発校における職業訓練 （職業能力開発促進法 15 の 6、16 条）	○	○	○ 訓練手当は 支給されない	○ 訓練手当は 支給されない
雇用義務（38条、43条）	○	×	×	×
実雇用率にカウント（38条、43条）	○	○ 手帳所持者に限る	×	×
雇い入れ計画（38条、46条）	○	○ 手帳所持者に限る	×	×
助成金（49条、51条）	○	○ ※1	○ 職場適応援助者 助成金	○ 職場適応援助者 助成金
障害者雇用納付金の減額等 （55条）	○	○ 手帳所持者に限る	×	×
在宅就業障害者特例調整金 （74条の2）	○	○ 手帳所持者に限る	×	×
研究等（75条）	○	○	○	○
広報啓発（76条）	○	○	○	○
職業生活指導員（79条）	○	○ ※2	×	×
解雇の届出（81条）	○	○ ※2	×	×
報奨金 （附則4条）	○	○ 手帳所持者に限る	×	×
在宅就業者特例報奨金 （附則4条）	○	○ 手帳所持者に限る	×	×

（独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構「障害者職業生活相談員資格認定講習テキスト」, 2011）

※1 障害者の雇用の促進等に関する法律第2条第6号に規定する精神障害者であって、次のイからロのいずれかに掲げる者。

イ 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者

ロ 公共職業安定所の紹介に係る者

ハ 当該事業主の事業所において精神障害者社会適応訓練を受けた者

ニ 法第19条第1項の障害者職業センターにおける職場復帰（労働者が精神障害者となった後当該労働者が精神障害者となった時に雇用している事業主の事業所において就労することをいう。）のための職業リハビリテーションの措置を受けている者

注）障害者介助等助成金のうち、重度中途障害者等職場適応助成金の対象となる中途障害者である精神障害者は、上記精神障害者のうち二に掲げる者に限る。

※2 以下の①又は②に該当する者に限る。

① 精神障害者保健福祉手帳所持者

② 職場適応訓練の修了後当該職場適応訓練を委託された事業主に雇用されている者（①に該当する者は除く。）

※3 「その他の障害者」のうちその他については、身体障害者障害程度等級7級の者、難病者、低身長症の者、高次脳機能障害のある者、薬物中毒者等。

## 2. 発達障害と障害者手帳について

### (1) 療育手帳の対象

障害者の雇用の促進等に関する法律における知的障害者とは、児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は法第 19 条の障害者職業センター（以下、知的障害者判定機関）によって知的障害があると判定された者とされる。また、知的障害者であることの確認は、原則として都道府県知事が発行する「療育手帳」又は知的障害者判定機関の判定書によって行うこととされている。

知的障害の特性は概ね 18 歳までに現れるとされているが、例えば学校在学中には問題が顕在化しない場合や顕在化していても援護制度を利用しない場合がある。しかし、職業生活において問題が顕在化し、18 歳以上の者であっても療育手帳を取得して援護制度を利用する場合もある。こうしたことから、高等学校や専修学校、大学等のいわゆる通常教育を卒業した発達障害者等に対して、遡及して特性を確認するとともに現在の問題に即して療育手帳が交付される場合がある。また、自閉症等の診断を有する場合に交付認定基準に特例（知能指数の上限を従来の療育手帳の範囲より上げるなど）を設けて、援護制度の対象としている自治体もある。

### (2) 精神障害者保健福祉手帳の対象

障害者の雇用の促進等に関する法律における精神障害者とは、精神保健福祉法第 45 条第 2 項の規定により「精神障害者保健福祉手帳」の交付を受けている者、もしくは統合失調症、そううつ病（そう病・うつ病を含む）又はてんかんにかかっている者であって、症状が安定し、就労が可能な状態にある者とされる。なお、雇用義務に関する規定の適用に関しては精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者に限定される。

また、精神障害者であることの確認は、「精神障害者保健福祉手帳」によるほか、医師の診断書、意見書等によって行うこととされている。なお、医師の診断書、意見書等による精神障害者であることの判断は、障害者雇用納付金制度に基づく助成金制度等の摘要についてのみ有効とされる。

表 1-7 は、診断書による精神障害の認定と疾患別の新規申請・判定状況<sup>\*10</sup>である。この表中の主たる病名に付記されたコードは、ICD-10（WHO 精神および行動の障害－臨床記述と診断ガイドライン）の診断コードに対応している。発達障害が精神障害者保健福祉手帳の対象であるとする根拠<sup>\*11</sup>が示されており、ICD-10 の診断基準における「心理的発達の障害（F8）」「小児期及び成人期に通常発症する行

---

\*10 「精神障害者保健福祉手帳の新規申請時及び更新時の判定結果に関する調査」は、精神保健福祉センターのご協力によって実施（調査期間：2009 年 9 月 1 日～9 月 30 日）したものであり、その結果は障害者職業総合センター資料シリーズ №.52 第 2 章に 59 所の回答としてとりまとめられている。

\*11 文部科学省・厚生労働省事務次官通知「発達障害者支援法の施行について」では、「法の対象となる障害は、脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものうち、ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）における「心理的発達の障害（F80-F89）」及び「小児＜児童＞期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（F90-F98）」に含まれる障害である（17 文科初第 16 号 厚生労働省発障第 0401008 号、2005.4.）

動及び情緒の障害（F9）」（表 1-7 の網掛け部分）で診断される。

表 1-7 疾患別の新規申請判定状況

主たる病名	申請件数	交付件数	非該当件数	(小計)	保留・返戻
「症状性を含む器質性精神障害」のうち 認知症（F00－F03）	373	346 (95.3%)	7 (2.0%)	(353)	20
「症状性を含む器質性精神障害」のうち 認知症以外のもの（F04－F09）	244	220 (97.8%)	5 (2.2%)	(225)	19
精神作用物質使用による精神及び行動の 障害（F1）	210	170 (89.0%)	21 (11.0%)	(191)	19
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性 障害（F2）	2197	2130 (99.6%)	9 (0.4%)	(2139)	58
気分（感情）障害（F3）	1934	1810 (98.0%)	37 (2.0%)	(1847)	87
神経性障害、ストレス関連障害及び 身体表現性障害（F4）	361	329 (96.5%)	12 (3.5%)	(341)	20
生理的障害及び身体的要因に関連した 行動症候群（F5）	22	19 (90.5%)	2 (9.5%)	(21)	1
成人の人格及び行動の障害（F6）	66	62 (96.9%)	2 (3.1%)	(64)	2
知的障害者（精神遅滞）（F7）	48	20 (80.0%)	5 (20.0%)	(25)	23
心理的発達の障害（F8） 小児期及び成人期に通常発症する行動 及び情緒の障害（F9）	240	222 (99.1%)	2 (0.9%)	(224)	16
てんかん（G40）	279	214 (92.6%)	17 (2.0%)	(231)	48
その他（F99）	19	19 (100.0%)	0 (0.0%)	(19)	0

（資料出所：障害者職業総合センター資料シリーズ №52 p.26, 2010）

表 1-8 に対応すると想定される診断コード（抜粋）を示す。

この表が示す「病名」（コード）は、必ずしも発達障害に対する申請並びに交付の状況を表しているわけではなく、また、統合失調症やそううつ病のように申請数・交付数ともに多いわけではないが、調査時点では、精神障害者保健福祉手帳の診断は、従来の主として統合失調症やそううつ病を対象とした申請様式によっていることに注意が必要である。

奥山（2009）は、「発達障害者の新しい診断・治療法の開発に関する研究」（厚生労働科学費補助金／こころの健康科学研究事業）において、「現在すでに存在し、本来であれば発達障害も対象である精神障害者保健福祉手帳診断書を基礎として考える方が妥当であるという結論に達した」として、以下の点をその背景にあげた。

- ・ 発達障害は精神障害の一部である。
- ・ 発達障害児者はそのライフコースの中で他の精神障害を合併することが多く、そのために支援が必要となることが少なくない。従って、その診断も行えるためには、精神障害者保健福祉手帳診断書が望ましい。

- ・ 知的障害を伴う発達障害児者はこれまでの知的障害者手帳が発行されており、その支援はある程度達成されているため、今回は知的障害を伴わない発達障害を対象と考える。ただし、知的障害を伴う発達障害児者を排除しない。

表 1-8 ICD-10 国際疾病分類第 10 版（抜粋）

<p>【 高次脳機能障害と対応するコード（例） 】</p> <p>F00-F09 症状性を含む器質性精神障害</p> <p>F04 器質性健忘症候群，アルコールその他の精神作用物質によらないもの</p> <p>F05 せん妄，アルコールその他の精神作用物質によらないもの</p> <p>F06 脳の損傷及び機能不全並びに身体疾患によるその他の精神障害</p> <p>F09 詳細不明の器質性又は症状性精神障害</p>
<p>【 発達障害と対応するコード（例） 】</p> <p>F80-F89 心理的発達の障害</p> <p>F80 会話及び言語の特異的発達障害</p> <p>F80.0 特異的会話構音障害</p> <p>F80.1 表出性言語障害</p> <p>F80.2 受容性言語障害</p> <p>F80.3 てんかんを伴う後天性失語(症) [ランドウ・クレフナー 症候群]</p> <p>F80.8 その他の会話及び言語の発達障害</p> <p>F80.9 会話及び言語の発達障害，詳細不明</p> <p>F81 学習能力の特異的発達障害</p> <p>F81.0 特異的読字障害</p> <p>F81.1 特異的書字障害</p> <p>F81.2 算数能力の特異的障害</p> <p>F81.3 学習能力の混合性障害</p> <p>F81.8 その他の学習能力発達障害</p> <p>F81.9 学習能力発達障害，詳細不明</p> <p>F82 運動機能の特異的発達障害</p> <p>F83 混合性特異的発達障害</p> <p>F84 広汎性発達障害</p> <p>F84.0 自閉症</p> <p>F84.1 非定型自閉症</p> <p>F84.2 レット症候群</p> <p>F84.3 その他の小児&lt;児童&gt;期崩壊性障害</p> <p>F84.4 知的障害〈精神遅滞〉と常同運動に関連した過動性障害</p> <p>F84.5 アスペルガー症候群</p> <p>F84.8 その他の広汎性発達障害</p> <p>F84.9 広汎性発達障害，詳細不明</p> <p>F88 その他の心理的発達障害</p> <p>F89 詳細不明の心理的発達障害</p> <p>F90-F98 小児&lt;児童&gt;期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害</p> <p>F90 多動性障害</p> <p>F90.0 活動性及び注意の障害</p> <p>F90.1 多動性行為障害</p> <p>F90.8 その他の多動性障害</p> <p>F90.9 多動性障害，詳細不明</p>

(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)

この厚生科学研究報告書において、一般医師が支援を必要とする発達障害児者の診断が可能となるツールとして、精神障害者保健福祉手帳診断書改定案（前掲：奥山，2009）が作成された。こうした研究成果を踏まえ、精神障害者保健福祉手帳診断書の様式において、「現在の病状、状態像等」の記載欄に発達障害のそれぞれの状態像を記述する項目が付加され、対象障害であることが明記されることとなったことは前述の通りである。この改訂により、発達障害の診断がある者は原則として障害者手帳の対象となることが示されており、今後、障害者手帳の申請が円滑に行われるのか、現行の手帳制度の対象として発達障害の認定が進むのか、知的障害もしくは精神障害のいずれの診断基準においても認定できない者が存在しているのか、といった検討を進める段階にある。

### 3. 発達障害者の支援利用の現状と課題

#### （1）ハローワークにおける職業紹介状況

職業紹介状況は「身体障害」「知的障害」「精神障害」「その他障害」の区分で報告される。発達障害のある者について、障害者手帳による職業紹介が行われる場合には、個別の障害種別ではなく「身体障害」「知的障害」「精神障害」の区分で集計される。したがって、発達障害のうち、障害者手帳を取得していない者のみが「その他障害」の区分の対象となる。

そこで、障害者手帳の有無や種別にかかわらず、発達障害を開示して新規求職登録を行った者を対象とした調査結果<sup>\*12</sup>から、紹介就職者の概要を通して支援利用の実態をみていくこととする。

#### ア. 新規求職登録について

調査期間（10ヶ月）において108所で新規求職登録を行った者538名の状況は以下の通り。

- ① 88%が発達障害の診断を有していた。
- ② 診断名の内訳は、アスペルガー症候群・高機能自閉症・自閉症・特定不能の広汎性発達障害等の「広汎性発達障害」が85%を占めて最も多かったのに対し、注意欠陥多動性障害は6%、学習障害は3%であった。
- ③ 年代別では20代が48%を占めており、30代までで91%を占めていた。
- ④ 申請中を含めた手帳取得状況では、精神障害者保健福祉手帳は56%、療育手帳は10%であった。一方、「手帳なし」の者が31%であった。療育手帳を取得している者では重度以外（中度、軽度を含む）が94%を占めていた。また、精神障害者保健福祉手帳取得者では2級が54%、3級が45%であった。
- ⑤ 一般窓口から専門援助部門に紹介されて求職登録した者は108名（20%）であった。

---

\*12 「公共職業安定所における高次脳機能障害者・発達障害者に対する新規求職登録及び紹介就職等の実態調査」は、全国の公共職業安定所合計109所（各都道府県労働局の筆頭所および大規模所各1所。ただし政令指定都市を有する14都道府県については大規模所2所）を対象として実施（調査期間：2009年4月1日～2010年1月31日）したものであり、その結果は障害者職業総合センター調査研究報告書№99第2章（2011）にとりまとめられている。

なお、108所の回答において、調査期間内の新規求職登録は538件（93所）、紹介就職は199件（74所）であった。

- ⑥ 調査期間内で紹介就職に至った者は 91 名（17％）であった。
- ⑦ 紹介に至らなかった理由としては、職業訓練を受講（含む、予定）が最も多かったが、一方で求職活動の中断（含む、来所なし）もあった。その他で特記すべき事項としては、職業準備に支援が必要、社会性等の問題で紹介困難、自己理解の促進に支援が必要等、求職活動に関する準備や理解不足があげられていた。

イ. 紹介就職について

調査期間（10ヶ月）において108所で就職した者199名の状況は以下の通り。

- ① 93％が発達障害の診断を有していた。診断名の内訳や年代別の特徴は、新規求職登録者と同様の傾向であった。
- ② 紹介に至った者について、手帳取得状況をみると新規求職登録者に比べて「手帳なし」の者の比率が低い。手帳取得時から起算した新規求職までの期間からは、求職登録後に取得する者が多く、求職登録を前後して障害者手帳の取得が進んでいる現状が示された（図1-7）。
- ③ 申請中を含めた手帳の取得状況は、精神障害者保健福祉手帳が62％、療育手帳は17％を占めていた。一方、「手帳なし」の者は18％であった（図1-8）。

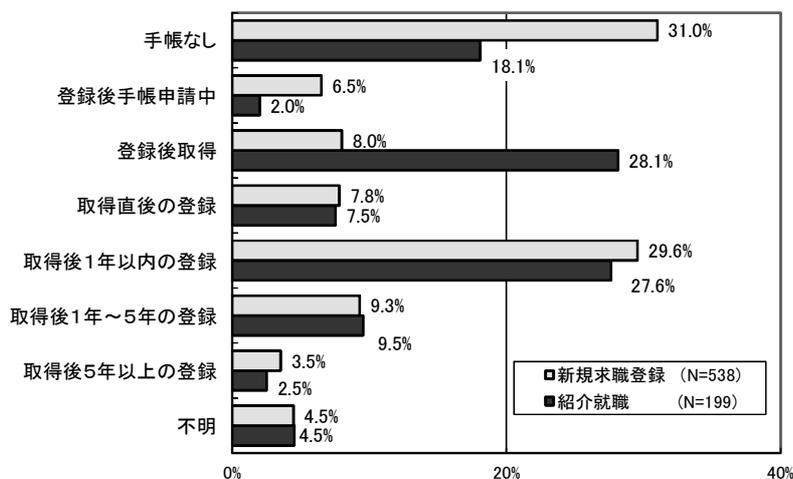


図 1-7 手帳取得時から起算した新規求職登録までの期間

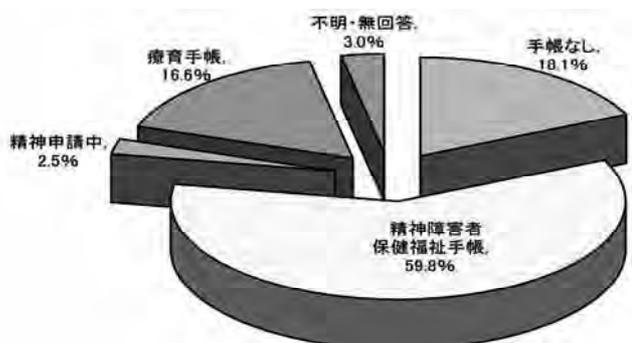


図 1-8 紹介就職時の手帳取得状況 (N=199)

## ウ．職業紹介の現状と課題

紹介就職に至った 199 名についてみると、124 名（63 %）が新規求職登録から 12 ヶ月未満で紹介就職に至っている一方、最長では 183 ヶ月を要した者もあった（図 1-9）。これは、新規求職登録者が紹介就職に至らない理由として指摘された内容（上記アの⑦）と対応しているとみることができる。

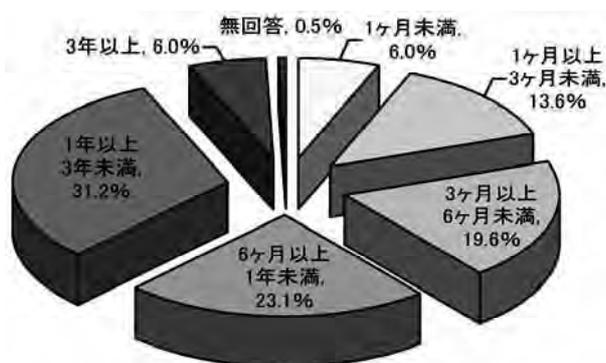


図 1-9 新規求職登録から紹介就職までの期間（N=199）

また、160 名（80 %）は調査期間満了時点で在職していたが、31 名（16 %）は離職していた。離職までの月数は 1 ヶ月から 3 ヶ月未満が半数を占めていた。在職・離職状況に関連する要因を検討した結果から、在職者の場合には「登録前に手帳取得」「障害者求人への応募」「障害の開示」と、離職者の場合には「障害者手帳なし」「一般求人への応募」「障害の非開示」と、それぞれ有意の関連が示された。

初回紹介後に離職した 31 名に対し、12 名について第 2 回紹介が行われ、その内の 5 名が離職していた。さらに 2 名について第 3 回紹介が行われ、その内の 1 名が離職していた。こうした離転職の背景についても求職活動に関する準備や理解不足等との関係を検討する必要がある。

就職に際して連携した支援機関・雇用支援制度利用状況を図 1-10 に示す。

就職に際して連携した機関では、地域障害者職業センターが 55 %で最も多く、その他に障害者就業・生活支援センターが 25%、発達障害者支援センターが 17 %であった。また、利用した雇用支援制度では、トライアル雇用の利用が 36%、ジョブコーチ支援の利用が 31 %で突出していた。発達障害者雇用開発助成金制度やステップアップ制度の利用はいずれも 3 %であった。

ただし、専門援助窓口で就職した者は、利用の多寡はあっても雇用支援を前提としている点に注意が必要である。分析対象となった者は専門援助窓口で求職登録を行った者に限定されている。したがって、一般紹介の窓口で求職活動をする者に対して、障害者手帳制度、雇用支援制度の理解・啓発、並びに訓練や準備支援の利用等を促進すること、また、休職中の者に対しては、職場復帰支援の利用等を促進すること等が求められる。

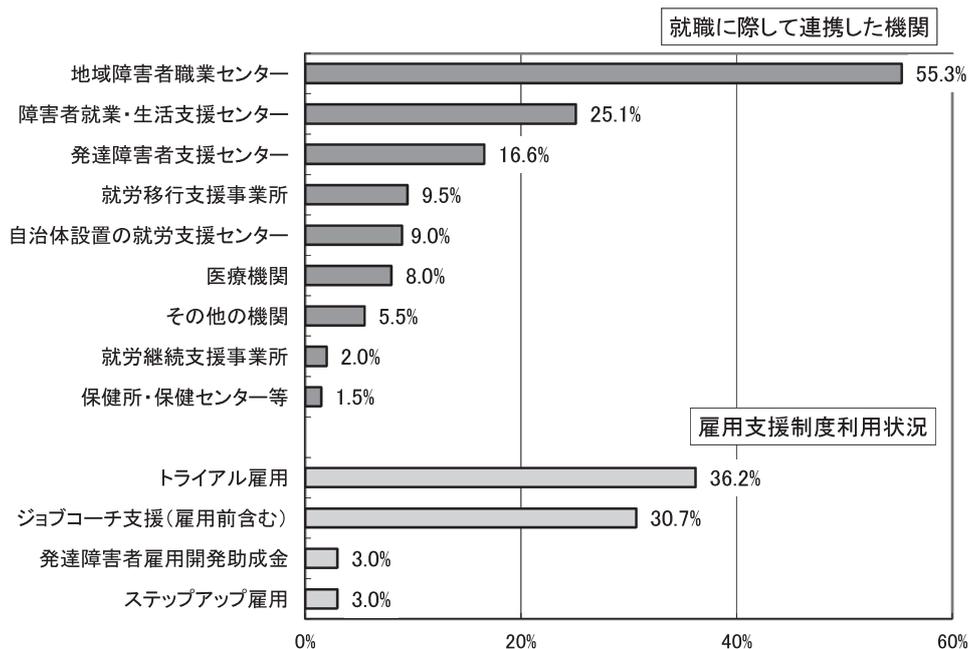


図 1-10 就職に際して連携した支援機関・雇用支援制度利用状況 (N=199)

## (2) 職業リハビリテーション機関の利用状況

ハローワーク専門援助部門において紹介就職に至った発達障害者は、6割が精神障害者保健福祉手帳を取得していた。発達障害者支援法の施行に加え、精神障害者を法定雇用率の算定対象とした法改正以降、雇用率制度の利用可能性が大きく変わる事となった。しかし、ハローワーク調査では同時に、雇用支援制度や職業リハビリテーション機関の利用状況は未だ十分ではない実態を明らかにした。

職業紹介状況は「身体障害」「知的障害」「精神障害」「その他障害」の区分で報告される。発達障害のある者について、障害者手帳による職業紹介が行われる場合には、個別の障害種別ではなく「身体障害」「知的障害」「精神障害」の区分で集計される。したがって、発達障害のうち、障害者手帳を取得していない者のみが「その他障害」の区分の対象となる。

そこで、職業リハビリテーション機関利用者を対象とした調査結果<sup>\*13</sup>から、利用者の概要と就労支援の課題をみていくこととする。

\*13 「高次脳機能障害・発達障害の障害認定のあり方に関する調査 ……職業リハビリテーション機関対象調査……」は、全国の障害者就業・生活支援センター 246 機関（ただし、平成 21 年度までに設立された全機関）及び障害者職業センター本所・支所 53 所を対象として実施（調査期間：2010 年 4 月 1 日～6 月 30 日）したものであり、その結果は障害者職業総合センター調査研究報告書 №.99 第 3 章（2011）にとりまとめられている。

なお、分析は障害者就業・生活支援センター 112 機関（調査期間内の新規利用者 201 名、継続利用者 1203 名）、障害者職業センター 46 所（調査期間内の新規利用者 456 名）について行った。

ア. 支援機関利用者の手帳取得状況

職業リハビリテーション機関における手帳取得状況は、ハローワーク専門援助部門において紹介就職に至った発達障害者の手帳取得状況と大きく異なっていた（図 1-11）。

障害者職業センターの新規利用者の手帳取得状況は、精神障害者保健福祉手帳所持者が 29 %、療育手帳所持者が 15 %であった。手帳のない者は 43 %であった。手帳を所持しない者が障害者職業センターを利用する過程で手帳を取得して紹介就職に至るとしても、全てが精神障害者保健福祉手帳を取得するわけではないことを考えると、利用者の層が異なる可能性がある。

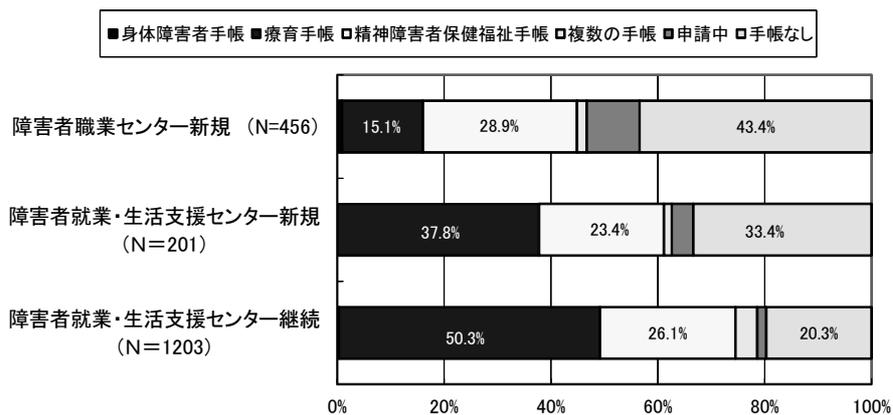


図 1-11 職業リハビリテーション機関利用者の手帳取得状況

この傾向は、障害者就業・生活支援センターで一層顕著であり、療育手帳を所持する者が最も多く、継続利用者にはさらに多い。

イ. 就労支援の課題

「就労支援の課題」については、「診断並びに診断体制の問題」「手帳取得の困難」「手帳なしの場合の支援困難」「本人の障害に対する理解の問題」「家族の理解の問題」「企業・社会の問題」「支援者の問題」「その他」というカテゴリーで集計された。

図 1-12 に、「支援の課題」についての地域障害者職業センターと障害者就業・生活支援センターの回答の違いを示す。

地域障害者職業センターでは「診断並びに診断体制」が最も多く、次いで「手帳取得の困難」「手帳なしの場合の支援困難」が続いていた。また、障害者就業・生活支援センターでは「手帳なしの場合の支援困難」が最も多く、次いで「本人の障害に対する理解の問題」「企業や社会の理解の問題」があげられていた。

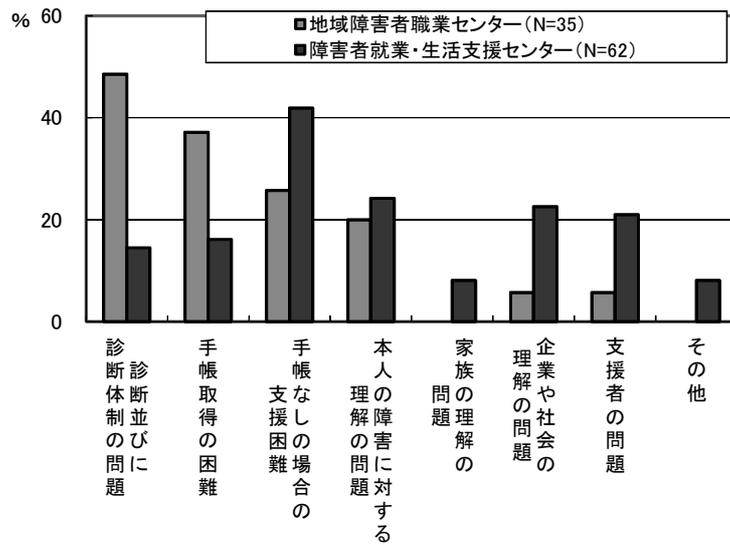


図 1-12 就労支援の課題（機関別回答状況）

- ① 「診断並びに診断体制の問題」については、医療機関の不足や診断の不統一、不十分な説明等の問題が指摘されており、その他に医師不足、受診のための待機時間の長さに加え診断が必ずしも手帳取得に結びつかない点が指摘された。
- ② 「手帳取得の困難」では、地域・機関による交付基準のばらつきや手帳の新設の必要性、申請・交付に時間がかかる点が指摘された。
- ③ 「手帳なしの場合の支援困難」では、雇用率の対象とする必要があること、診断書で制度利用が可能となる方策が必要であること、支援に結びつかない問題が指摘されており、その他に専門機関の不足が、それぞれ指摘された。
- ④ 「本人の障害に対する理解」では、障害理解や障害受容の不十分さや手帳に対する拒否が指摘されており、その他に学卒後に初めて支援を利用する人への対応が指摘された。
- ⑤ 「家族の理解の問題」では、障害理解や障害受容の問題が指摘された。
- ⑥ 「企業・社会の理解」では、社会の理解や企業の理解の問題が指摘された。
- ⑦ 「支援者の問題」では、支援者の理解や技能の問題が指摘されており、その他に支援拠点の必要性や関係機関の連携が指摘された。
- ⑧ 「その他」に、障害特性の把握と職場における障害の把握の必要性が指摘された。また、「現在は精神の手帳の交付が多いが、精神手帳のみの場合、重度のダブルカウントがないため障がい程度の重い方にとっては就業が困難になる場合がある」といった実態も指摘されていた。

精神障害者保健福祉手帳の診断書様式の改訂が通知されたことにより、平成 23 年 4 月以降、「手帳取得の困難」で指摘された地域差の問題は平準化の見通しが明確化した。結果として、「手帳なしの場合の支援困難」についても診断体制が整備されることで問題の解消の方向が示されるに至っている。問題となるのは、診断体制の整備と本人の支援の選択である。社会基盤の整備と本人の障害理解の深化に

については、いずれも今後に残された大きな課題である。

## 第4節 まとめ

福祉法の対象ではなかった「発達障害」は、発達障害者支援法によって診断から支援の利用に至る方向が示されることになった。その後、障害者自立支援法により、「障害者の範囲」の中に位置づけられた。こうした経緯により、発達障害の特性に即した支援施策の充実が指向されている。一方で、発達障害者支援法の施行に関する通知（文部科学省・厚生労働省事務次官（通知），2005）や医学的見解（例えば、小野，2009；奥山，2009等）により、精神障害者保健福祉手帳診断書様式の改訂（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長（通知），2011）に結実することになった。

障害者手帳との関連でみると、発達障害は精神障害者保健福祉手帳の対象であるとされており、療育手帳の対象である発達障害とともに障害者雇用率制度の対象と位置づけられる。

問題となるのは、診断体制の整備と障害理解に基づく当事者の選択行動の動向であろう。こうした視点からみると、教育や福祉における雇用前の準備支援の基盤整備と関係機関の連携に関する議論が重要となる。さらには、雇用に関する専門支援の体制整備もまた課題が大きい。特に、一般扱いの支援と専門援助の支援が円滑に連携すること、こうした連携が当事者に受け入れられることが何より重要な課題となる。

今後、診断基準の整理・統合に伴う診断名の変更等が関係者や当事者、家族の理解に影響を及ぼすことが想定される場合、理解・啓発に対する支援体制整備もまた課題となることをあげておきたい。

### …………… 第1章のポイント ……………

発達障害をめぐる議論は、医学はもとより、教育・福祉・労働等の領域でも、「援護制度の運用」をめぐる議論として展開されることになった。発達障害者支援法や障害者自立支援法の施行を契機として、さらには時間経過とともに、社会の理解と基盤整備の状況も変わることになった。視点を変えれば、こうした経過とともに、発達障害支援の考え方が整理され、障害概念として成熟することが期待される。

#### 【発達障害者支援法・障害者自立支援法まで】

発達障害に対する理解・啓発が推進される中、当事者や家族にとっては、「障害として受け入れるか」「発達障害と知的障害・精神障害との関係をどう理解するか」等の問題で混沌としていたといえるだろう。

「障害として受け容れる」については、「障害ではない」「支援や配慮があれば、いつか障害ではなく個性になる」「配慮があれば（一般扱いで）できる」等々があげられていたが、本人（家族にとっては子）の成長とともに問題が軽減する場合もあれば深刻化する場合もあり、職業自立をめざす年齢段階においては、特性に応じた支援を選択する必要性の有無が明確化していくことになる。

「発達障害」と「知的障害」「精神障害」との関係については、当事者の年代や発達障害者支援の具体化の年次推移に即し、当事者や家族が受け入れ可能な理解の範囲もまた変化していくことになる。こうした理解のよりどころは、「発達障害は知的障害を伴わない障害である（知的障害は発達障害とは異なる障害である）」「発達障害の手帳がないために療育手帳を取得したが、知的障害とは異なる障害である」といった見解や「発達障害の二次的障害として精神的不安定やメンタルヘルス不全が起こる（発達障害は精神障害とは異なる障害である）」「発達障害の手帳がないために精神障害者保健福祉手帳を取得したが、精神障害とは異なる障害である」「療育手帳を希望したが取得できず、精神障害者保健福祉手帳を取得したが、精神障害とは異なる障害である」などであった。こうした見解の背景には、受け入れ可能な「ラベル」と「ラベルに対応する支援」に対するニーズがあったといえる。

発達障害の特性理解は適切な支援の円滑な推進に際して必須であるが、それは知的障害や精神障害とは異なるという主張であった。こうした主張においては、療育手帳所持者や精神障害者保健福祉手帳所持者に対する支援に際し、いずれも多様な障害特性への個別の対応を必要としているといった前提は看過されていたとみることができる。

#### 【発達障害者支援法と障害者自立支援法の施行】

発達障害の領域に含まれる知的障害や脳性まひ（肢体不自由）などについては、知的障害者福祉法もしくは身体障害者福祉法の対象として、あるいは両福祉法の対象として、すでに支援を利用するための制度が施行されていた。このため、発達障害者支援法（平成 17 年 4 月施行）が定義する「発達障害」は、これまでの法制度による施策では対象外とされている障害とされた。社会の理解・啓発に寄与するという点では明確な方向が示された一方で、「福祉法の施策対象外」という点に曖昧さが残された。

また、障害者自立支援法（平成 18 年 4 月施行）でいう「障害者」とは、身体障害者福祉法に規定する身体障害者、知的障害者福祉法にいう知的障害者、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に規定する精神障害者と定義された。加えて、発達障害や高次脳機能障害についても自立支援法の対象とすることが示された一方で、ここでも「福祉法の施策対象外」という点に曖昧さが残された。

さらには、こうした議論の中では、福祉法の施策が当該対象障害にとって十分であるかどうかについての議論がつくされていない点で問題が指摘されることとなった。

#### 【障害者手帳に関する発達障害者支援法の含意】

発達障害者支援法並びに障害者自立支援法の施行時点では、「発達障害」のうち、福祉法の施策対象

外となる「発達障害」が何であるのかについての言及はない。したがって、すべての「発達障害」が福祉法の施策対象外であるが、支援利用のために障害者手帳を取得できる人も存在するといった理解が成立することとなった。

ただし、平成 17 年の文部科学省・厚生労働省事務次官通知「発達障害者支援法の施行について（17 文科初第 16 号 厚生労働省発障第 0401008 号，2005.4.）」では、「法の対象となる障害は、脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもののうち、ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）における「心理的発達の障害（F80-F89）」及び「小児＜児童＞期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（F90-F98）」に含まれる障害であるとされており、これが平成 23 年 4 月から行われている精神障害者保健福祉手帳診断書の様式改訂（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長（通知），2011）の布石となった。

#### 【障害者の雇用の促進等に関する法律の改正と精神障害者保健福祉手帳診断書様式の改訂】

就労支援の立場からみると、支援のポイントは「障害特性の理解と適切な対応」もさることながら、こうした支援が成立し、効果的に推進されるうえで、「当事者の障害理解」が鍵となる点におかれる。ただし、選ばれなくては支援は成立しないが、選ばれるためには支援への信頼を欠くことができないという点は、まさに「鶏が先か、卵が先か」という因果のジレンマでもある。

就労のための専門支援（職業リハビリテーション・サービス）が選ばれるために、選ぶことを可能にする制度設計のひとつは、発達障害者支援法や障害者自立支援法の施行とともに、障害者の雇用の促進等に関する法律の一部改正（平成 18 年 4 月施行）により、精神障害者（精神障害者保健福祉手帳所持者）を法定雇用率の算定対象とすることであった。

社会の理解と基盤整備の過渡期には多様であった当事者や家族の障害の受け止め方もまた、整理されることになる。発達障害の診断が精神障害者保健福祉手帳の申請とリンクすることは、とりもなおさず、「福祉法の施策対象」であることを意味する。

発達障害の特性理解は適切な支援に際して必須であり、療育手帳所持者であっても精神障害者保健福祉手帳所持者であっても、特性への個別の対応が必要であることは言うまでもないことである。問題となるのは、適切に診断され、適切な教育的支援が行われ、職業への移行が円滑に行われるのか、また、必要な職場適応支援や生活支援が行われるのか、であろう。こうした問題に一定の目処が立てば、発達障害者支援法は当初の役割を終えることになるのだが、未だ途上にあるといえるだろう。

## 【文献】

- Asperger, H. 1944 Autistic psychopathen im Kindersalter. Arch Psychiatrie, 177 : 76-137  
(杉山登志郎 1999 高機能広汎性発達障害 — アスペルガー症候群と高機能自閉症 — 第1章 歴史的展望 p.3-4 ブレーン出版による)
- Barkley, R.A. 1997 Attention-deficit/hyperactivity disorder, self-regulation, and time: Toward a more comprehensive theory, Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics 18, 27.
- バークレー, R.A. 2003 ADHD の理論と診断 日本発達障害学会第 37 回研究大会特別講演 発達障害研究第 24 巻第 4 号 357-376.
- 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 2011 平成 23 年度版 障害者職業生活相談員資格認定講習テキスト 194-195.
- 二上哲志 2002 注意欠陥多動性障害 (ADHD) — 病像と診断 小児科診療第 65 巻 6 号 939-943.
- 原仁 2005 発達障害の診断とその課題 職リハネットワーク №.56 8-12.
- 平林伸一 2002 長期予後 小児科診療第 65 巻 6 号 988-994.
- 飯田順三 2004 高機能自閉症とアスペルガー症候群における診断と告知 発達障害研究 第 26 巻第 3 号 小特集 広汎性発達障害の診断と告知をめぐって pp.164-173
- 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 ……  
特集：大人において広汎性発達障害をどう診断するか 精神神経学雑誌 113 巻 11 号 1130-1136
- Johnson, D. & Myklebust, H.R. 1967 Learning Disabilities : Educational principles and practice, New York, Grune and Stratton (森永良子・上村菊朗訳 1975 学習能力の障害 — 神経心理学的診断と治療教育 — 日本文化科学社)
- Kannar, L. 1943 Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child 2 : 207-250  
(杉山登志郎 高機能広汎性発達障害 — アスペルガー症候群と高機能自閉症 — 第1章 歴史的展望 pp.3-4 ブレーン出版 1999 による)
- 衣笠隆幸 2004 境界性パーソナリティ障害と発達障害：「重ね着症候群」について — 治療的アプローチの違い — 精神科治療学 第 19 巻 6 号 pp.693-699
- 厚生労働省 障害者の雇用を促進するための施策 (障害者が就職・定着するまでの標準的な支援)  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisha02/pdf/16.pdf>
- 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部長 (通知) 2011 精神障害者保健福祉手帳制度実施要領の一部改訂について 障発 0113 第 1 号, 平成 23 年 1 月 13 日
- 厚生労働省年金局 2011 国民年金・厚生年金障害認定基準の一部改訂について 年発 0630 第 1 号, 平成 23 年 6 月 30 日
- 國平揺・千住淳・長谷川寿一・若林明雄 2003 健常成人に見られる自閉症的傾向の個人差 — 気質・心理的適応・認知機能との関連 — 自閉症スペクトラム研究第 2 巻 21-30.
- 望月葉子・神谷直樹 2009 通常教育を選択した広汎性発達障害者の現状からみた就労支援の課題 I 障害者職業総合センター 第 17 回職業リハビリテーション研究発表会発表論文集 314-317
- 望月葉子 2011 発達障害者 平成 23 年度版 障害者雇用ガイドブック 第 3 章第 7 節 独立行政法人

高齢・障害者雇用支援機構 161-170

文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 2002 通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国調査結果.

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/shotou/018/toushin/030301i.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/018/toushin/030301i.htm)

文部科学省・厚生労働省事務次官（通知）2005 「発達障害者支援法の施行について」17 文科発第 16 号・厚生労働省発障第 0401008 号

文部科学省 2006 特別支援教育の推進のための学校教育法等の一部改正について（通知）18 文科初第 446 号（平成 18 年 7 月 18 日）

文部科学省 2010 平成 22 年度学校基本調査結果

岡田喜篤 2007 発達障害者支援センターの歴史的展望 発達障害研究 第 29 巻第 2 号 特集 発達障害者支援センターの現在 p.63

荻野竜也 2008 「発達障害の診断と評価」 特集 発達障害の医学—発達障害の理解と支援のために— 発達障害研究 第 30 巻第 4 号 pp.239-246

奥山眞紀子 2009 発達障害者の新しい診断・治療法の開発に関する研究 厚生労働科学費補助金こころの健康科学研究事業 平成 20 年度総括・分担研究報告書

生地新 2002 AD/HD の診断 精神科治療学第 17 巻第 1 号 15-26.

小野善郎 2009 「広汎性発達障害者の支援に関して法制度に望むこと —医療の立場から—」 特集 発達障害者支援のこれから—自閉症とアスペルガー症候群を中心に— 精神科治療学 第 24 巻 10 号 pp.1179-1184

齋藤万比古 2010 「発達障害の成人期について」 心身医学 第 50 巻第 4 号 pp.277-284

齊藤卓弥 2010 「気分障害と発達障害及び米国における成人発達障害の取り組み」 心身医学 第 50 巻第 4 号 pp.303-311

障害者職業総合センター 2000 調査研究報告書 №.38 「学習障害」を主訴とする者の就労支援の課題に関する研究（その 1） — 職業リハビリテーションの支援を利用した事例に基づく検討 —

障害者職業総合センター 2001 調査研究報告書 №.42 知的障害者の学校から職業への移行課題に関する研究 — 通常教育に在籍した事例をめぐる検討 —

障害者職業総合センター 2004 調査研究報告書 №.56 「学習障害」を主訴とする者の就労支援の課題に関する研究（その 2） — 青年期における状態像の詳細区分に基づく検討 —

障害者職業総合センター 2009 調査研究報告書 №.88 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 2011 調査研究報告書 №.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

清水貞夫 1998 「軽度」精神遅滞の教育計画 田研出版.

杉山登志郎 1999 高機能広汎性発達障害 — アスペルガー症候群と高機能自閉症 — 第 1 章 歴史的展望 p.3-4 ブレーン出版

杉山登志郎 2007a 非言語性学習障害再考 学習障害概念の再検討をめぐって 教育と医学 第 55 巻 12 号 特集 1 非言語性学習障害を見直す pp.4-8

- 杉山登志郎 2007b 「発達障害のパラダイム転換」 そだちの科学 第8号 pp.2-8
- 杉山登志郎 2009 「成人の発達障害」 そだちの科学 第13号 pp.2-13
- 杉山登志郎 2011 アスペルガー症候群再考 そだちの科学 特集 アスペルガー症候群の最新理解 pp.2-11 日本評論社
- 鷺見たえ子 1952 レオカナーのいわゆる早期幼年性自閉症の症例 精神神経学雑誌 54 p.566  
 (岡田喜篤 2007 発達障害者支援センターの歴史的展望 発達障害研究 第29巻第2号 特集 発達障害者支援センターの現在 p.63による)
- 鷺見たえ子 1960 幼年性精神病の臨床的研究 — 精神分裂病との関連において — 精神神経学雑誌 62, pp.521-54  
 (岡田喜篤 2007 発達障害者支援センターの歴史的展望 発達障害研究 第29巻第2号 特集 発達障害者支援センターの現在 p.63による)
- 高橋脩 2004 地域療育システムにおける自閉症の診断と説明 発達障害研究 第26巻第3号 小特集 広汎性発達障害の診断と告知をめぐって pp.153-163
- 辻井正次・杉山登志郎 1999 学習障害と高機能広汎性発達障害(アスペルガー症候群)との臨床的比較 発達障害研究 第21巻第2号, 152-156.
- 滝川一廣 2007 「発達障害再考……診断と脳障害論をめぐって」 そだちの科学 第8号 pp.9-16
- 特定非営利活動法人 全国 LD 親の会 2011 「教育から就業への移行実態調査報告書Ⅲ(全国 LD 親の会・会員調査)」
- 東條吉邦 2005 高機能自閉症、アスペルガー症候群、自閉症スペクトラムの概念と支援の課題 職リハネットワーク №.56 17-21.
- 上野一彦 1995 学習障害概念とその課題 — 心理学の立場から — 発達障害研究 第17巻第3号, 13-19.
- 若林明雄 2003 自閉症スペクトラム指数(AQ)日本語版について: 自閉症傾向の測定による自閉性障害の診断の妥当性と健常者における個人差の検討 平成14年度科学研究費補助金(基礎研究(B)(2))「自閉症児・ADHD児における社会的障害の特徴と教育支援に関する研究」報告書 国立特殊教育総合研究所(東條吉邦 編集) 47-52.
- Wing, L. 1981 Asperger's syndrome: a clinical account. Psychological Medicine 11, 115-129  
 (飯田順三 2004 高機能自閉症とアスペルガー症候群における診断と告知 発達障害研究 第26巻第3号 小特集 広汎性発達障害の診断と告知をめぐって pp.164-173による)
- World Health Organization 1992 The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva, (融 道男, 中根允文, 小宮山実(監訳) 1993 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—, 医学書院)
- 山口薫 1995 わが国における学習障害(LD)の概念 発達障害研究 第17巻第3号 特集 わが国における学習障害の概念 pp.161-172
- 依田十久子 2000 LDのとらえ方への一視点 — LD青年の症例を通して 千葉工業大学研究報告人文編 №.37, 1-211 ~ 1-216.