

## VI. DSM-5<sup>3</sup>におけるスペクトラム概念とディメンジョン概念

さて、2013年に予定されているDSMの改訂にも触れないわけにはいかないだろう。まだ最終稿がどうなるかわからないが、DSM-5全体についてディメンジョナル評価が導入されるようだ。本稿の執筆時点では2011年1月の草稿に沿って述べる。まず pervasive developmental disorder の用語がなくなり、autism spectrum disorder に変更される。この上位カテゴリーの中には、従来の autistic disorder (autism), Asperger's disorder, childhood disintegrative disorder, pervasive developmental disorder not otherwise specified が含まれる。したがってアスペルガー障害の診断名も使われなくなる。DSM-5の自閉症スペクトラムはA, B, C, Dの4つのクライテリアを全部満たすことで定義される。DSM-IV-TRでは「社会的相互交渉」、「コミュニケーション」、「行動、興味、活動の限局された反復的様式」の3領域の障害が必要であったが、DSM-5ではA, Bの2つのクライテリアに整理される。

Aクライテリアが「社会的コミュニケーションと社会的交流の障害」、Bクライテリアが「行動、関心、活動の限局された反復的様式」である。さらCクライテリアとして、症候は早期児童期に明らかにならなければならぬ（しかし、限定された能力を上回るまでに社会的要求水準が強まらないと症候は完全には明らかにならないかもしれない）。Dクライテリアでは症候が全体として日常生活の機能を制限したり障害になることである。

さらに重症度をレベル1から3まで3分類している。レベル1は「サポートが必要」、レベル2が「かなりのサポートが必要」、レベル3が「非常に多くのサポートが必要」であり、「社会的コミュニケーション」と「限局された興味と反復行動」の2領域について例が示されている。例えばレベル1では社会的コミュニケーションは「サポートがなければ社会的コミュニケーションの障害のために明らかな問題を生じる」、限局された興

味と反復行動については「1つ以上の状況で儀式的・反復的行動が明らかな障壁になる」といった具合である。このモデルだと「社会的コミュニケーション」と「限局された興味と反復行動」は同程度の重症度で現れることが想定されているようであるが、臨床的には必ずしもそうではない事例も多いのではないだろうか。

DSM-IV-TR<sup>4</sup>までと大きく異なるのは、社会性の障害とコミュニケーションの障害の2領域が1つになって「社会的コミュニケーションと社会的交流の障害」になったこと、「限局された興味と反復行動」のB項目に感覚刺激に対する過敏性あるいは鈍感さが加えられていることである。DSM-III以降踏襲されてきた3領域（社会性、コミュニケーション、反復行動）の障害（triad）がDSM-5に至って2領域の障害（dyad）になるのだから大きな改訂である。感覚情報処理の障害が「限局された興味と反復行動」に含まれ得るかどうかも議論を呼びそ�である。なお、DSM-IVやDSM-IV-TRの3領域がしばしばWingのtriadと同様に語られるが、「ごっこ遊びの欠如」がDSM/ICDではコミュニケーションに分類されていることからもわかるように、Wingのtriadと同一視することはできない。

Wingら<sup>5</sup>はDSM-5のdyadモデルに批判的であるが、dyadモデルのほうがtriadモデルよりも優れているという報告もある<sup>12,20</sup>。どちらのモデルが臨床的に有用なのは、今後実際にDSM-5を臨床に用いていきながら検討することになるだろう。

DSM-5の自閉症スペクトラム概念<sup>3</sup>とWingの自閉症スペクトラム概念<sup>5,7</sup>が異なることは明らかであり、同じ用語が2つの意味で用いられることになりそうである。DSM/ICDのアスペルガー症候群概念とAsperger<sup>6</sup>やWing<sup>9</sup>の概念が異なることで生じた混乱を、また繰り返すことになるのだろうか。

## VII. おわりに —診断や分類はなんのためにするのか?—

神尾<sup>10</sup>はWingの自閉症スペクトラム概念<sup>3</sup>が

広汎性発達障害分類に批判的な臨床家のみならず研究者によっても一般的に用いられるようになつたと重要な指摘をしている。そしてスペクトラム概念を導入することの最大にメリットは、従来の診断閾下ケースとなるより軽度の症状を有する人々のニーズに敏感になることであろうとしている。自閉症スペクトラム特性は集団レベルにおいて滑らかに連続的に分布する<sup>8</sup>。自閉症スペクトラムの人とそうでない人の間には明瞭な「カットオフポイント」は存在しないのである。臨床においても研究においてもスペクトラム概念は有用であろう。

自閉症スペクトラムの特性は定型発達の人にも存在する量的な特性であるとすれば、閾値以下の人であっても、閾値以上の人と比較すれば社会適応上の不都合は少ないものの、やはり薄められた状態で特性が存在し、それなりの困難を抱えていることもある。

Wingは、支援を求めてきた人が自閉症スペクトラムであるかどうかを診断することは非常に重要だと考えているが、Asperger症候群かKanner型の自閉症かを鑑別診断することは重要ではないと繰り返し主張している<sup>33, 37, 39, 40</sup>。重要なことは自閉症スペクトラムと診断を下したあとで、その個人が持つ特性を評価し、その個人に合った支援を考えることだというのがWingの立場だ<sup>30</sup>。自閉症スペクトラムの特性を色濃く持っていても社会適応していて本人も苦労はあまりしていないということもあり得るし、特性は比較的薄くても環境によっては自閉症スペクトラムの特性に配慮した支援が必要なこともある。

支援の方法も自閉症スペクトラムに準すればよいとすれば、医学的診断は下さないが、自閉症スペクトラム特性があると「診断」し、自閉症スペクトラムの支援方略を伝えることは意味があるだろう。

社会的な場面での、その人に求められる要求水準が高まった状態で初めて自閉症スペクトラム特性が明らかになる一群の人たちがいることにも注目したい。このような社会的要請の高まる状態には受験、進学、結婚、妊娠、出産、就活、就職、昇進、リタイヤ、被災などが挙げられる。このよ

うな人々は社会的要請が高まるライフイベントがなければ、支援の対象にならなかつた人かもしれないが、社会的要請が加わる前に自己の特性とその対処法についての知識があればライフイベントに対してより効果的に対処できたのかもしれないと思うことも少なくない。

カテゴリー概念では正常との境界は、できるだけ明確でなければならない。一方、スペクトラム概念には正常との境界や、スペクトラム内の境界（アスペルガー症候群が自閉症か？）について曖昧な部分が必ず存在する<sup>33, 40</sup>。我々が診断し分類するのは支援のためと支援に役立つ研究をするためのはずである。アスペルガー症候群概念が提唱されたことによって多くの混乱があったこともたしかであるが、一方で一見「軽症」の人が注目され臨床的に得るものが多くあったと思われる<sup>11, 35, 36</sup>。アスペルガー症候群そして自閉症スペクトラム概念は自閉症や正常との境界が不鮮明で、妥当性について常に議論され批判されてきた。本田<sup>12</sup>は色に喩えて「どこまでが『赤』でどこからが『ピンク』という区分をカテゴリカルに行なうことはあまり意味がないが、だからといって『ピンク』という概念そのものをなくしてしまうとわれわれの認識の豊かさを損ねてしまう」と述べているが同感である。診断カテゴリーの妥当性や信頼性を検討することも大切であるが、臨床上、どのような分類やラベルが役に立つかという有用性（usefulness）の観点<sup>24, 25</sup>も忘れてはならないだろう。

## 文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C., p.86-92, 1980. (高橋三郎, 花田耕一, 藤純昭訳: DSM-III精神障害の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, 1982.)
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., Revised. American Psychiatric Association, Washington, D.C., p.33-39, 1987. (高橋三郎, 花田耕一, 藤純昭訳: DSM-III-R精神障害の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, 1987.)
- 3) American Psychiatric Association : Diagnostic

- and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C., p.65-78, 1994. (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳 : DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, 1995.)
- 4) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Revision. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000. (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002.)
  - 5) American Psychiatric Association : Autism Spectrum Disorder Revised, January 26, 2011. (<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=94#>)
  - 6) Asperger, H. : Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. Arch. Psychiatr. Nervenkr., 117; 76-136, 1944. (託摩武元, 高木隆郎共訳 : 小児期の自閉的精神病質. 高木隆郎, Rutter, M., Schopler, E. 編 : 自閉症と発達障害研究の進歩 4, 星和書店, 東京, p.30-68, 2000.)
  - 7) Asperger, H. : Problems of infantile autism. Communication, 13; 45-52, 1979.
  - 8) Constantino, J.N. and Todd, R.D. : Autistic traits in the general population : A twin study. Arch. Gen. Psychiatry, 60; 524-530, 2003.
  - 9) Feinstein, A. : A History of Autism. Conversation with the pioneers. Wiley-Blackwell, Chichester, 2011.
  - 10) 平井信義 : 小児自閉症. 日本小児医事出版社, 東京, 1967.
  - 11) 本田秀夫 : アスペルガー症候群の影と光—精神科医は何をめざすべきか ? —. 精神科治療学, 25; 69-73, 2010.
  - 12) 本田秀夫 : DSM-5 ドラフトにおける乳幼児期・小児期・青年期の精神障害. 精神科治療学, 25; 1051-1058, 2010.
  - 13) Joshi, G., Petty, C.R., Fried, R. et al. : Discriminant and concurrent validity of a simplified DSM-based structured diagnostic instrument for the assessment of autism spectrum disorders in youth and young adults. BMC Psychiatry, 11; 204, 2011. [Epub ahead of print]
  - 14) 神尾陽子 : 発達障害の診断の意義とその問題. コミュニケーション障害学, 26; 192-197, 2009.
  - 15) Kanner, L. : Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child, 2; 217-253, 1943.
  - 16) Kanner, L. and Eisenberg, L. : Early infantile autism 1943-1955. Am. J. Orthopsychiatry, 26; 55-65, 1956.
  - 17) Van Krevelen, D. and Kuipers, C. : The psychopathology of autistic psychopathy. Acta Paedopsychiatr., 29; 22-31, 1962.
  - 18) Van Krevelen, D.A. : Early infantile autism and autistic psychopathy. J. Autism Child. Schizophr., 1; 82-86, 1971.
  - 19) Leekam, S.R., Libby, S.J., Wing, L. et al. : The Diagnostic interview for social and communication disorders : algorithms for ICD-10 childhood autism and Wing and Gould autistic spectrum disorder. J. Child Psychol. Psychiatry, 43; 327-342, 2002.
  - 20) Mandy, W.P., Charman, T. and Skuse, D.H. : Testing the construct validity of proposed criteria for DSM-5 autism spectrum disorder. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 51; 41-50, 2012. [Epub 2011 Dec 3]
  - 21) Rutter, M. : Incidence of autism spectrum disorders : changes over time and their meaning. Acta Pediatr., 94; 2-15, 2005.
  - 22) Schopler, E. : Editorial : Convergence of learning disability, high-level autism, and Asperger's syndrome. J. Autism Dev. Dis., 15; 359-360, 1985.
  - 23) Schopler, E. : Ask the editor : Are autism and Asperger syndrome different labels or different disabilities? J. Autism Dev. Dis., 26; 109-110, 1996.
  - 24) Szatmari, P. : The classification of autism, Asperger's syndrome, and pervasive developmental disorder. Can. J. Psychiatry, 45; 731-738, 2000.
  - 25) Szatmari, P. : Perspective on the Classification of Asperger Syndrome. In : (eds.), Klin, A., Volkmar, F. and Sparrow, S. Asperger Syndrome. Guilford Press, New York, p.403-417, 2000.
  - 26) 内山登紀夫 : 自閉症概念の歴史と援助手段の変遷—Kanner から自閉症スペクトラムへ60年間の歴史—. 言語発達遅滞研究, 第4号; 1-12, 2003.
  - 27) 内山登紀夫 : 第2章. 子どものこころの障害—9. 注意欠陥／多動性障害と広汎性発達障害. 臨床精神医学, 36 (特大号); 603-606, 2007.
  - 28) Volkmar, F. and Klin, A. : Diagnostic Issues in Asperger Syndrome. In : (eds.), Klin, A., Volkmar, F. and Sparrow, S. Asperger Syndrome. Guilford Press, New York, p.25-71, 2000.
  - 29) Wing, L. : Asperger's Syndrome : A clinical account. Psychol. Med., 11; 115-129, 1981. (門眞一郎訳 : Asperger 症候群 : 臨床的知見. 高木隆郎, Rutter, M., Schopler, E. 編 : 自閉症と発達障害研究の進歩 4, 星和書店, 東京, p.102-120, 2000.)

- 30) Wing, L.: Letter, Clarification on Asperger's syndrome. *J. Autism Dev. Dis.*, 16; 513-514, 1986.
- 31) Wing, L.: The Continuum of Autistic Characteristics. In : (eds.), Schopler, E. and Mesibov, G. *Diagnosis and Assessment in Autism*, Plenum, New York, p.91-110, 1988.
- 32) Wing, L.: Brief Note : Is autism a pervasive developmental disorder? *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 1; 130-131, 1992.
- 33) Wing, L.: *Autistic Spectrum Disorders : an Aid to Diagnosis*. Constable and Company Limited, London, 1996. (久保絢章, 清水康夫, 佐々木正美訳: *自閉症スペクトラー親と専門家のためのガイドブック*一, 東京書籍, 東京, 1998.)
- 34) Wing, L.: The history of ideas on autism. Legends, myths and reality. *Autism*, 1; 13-26, 1997.
- 35) Wing, L.: Editorial : Asperger's syndrome : management requires diagnosis. *J. Forensic Psychiatry*, 8; 253-257, 1997.
- 36) Wing, L.: Past and Future of Research on Asperger Syndrome. In : (eds.), Klin, A., Volkmar, F. and Sparrow, S. *Asperger Syndrome*. Guilford Press, New York, p.418-432, 2000.
- 37) Wing, L.: Diagnostic interview for social and communication disorders, 11th Revision. The Center for Social and Communication Disorders, 2003. (内山登紀夫, 吉田友子, 藤岡宏ほか訳: *DISCO11版日本語版*, 2007.)
- 38) Wing, L.: Reflections on opening pandora's box. *J. Autism Dev. Dis.*, 35; 197-203, 2005.
- 39) Wing, L.: Problems of Categorical Classification Systems (Section IV, Chapter 21). In : (eds.), Volkmar, F., Paul, R., Klin, A. et al. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, Vol. 1, 3rd ed., Wiley, New York, p.583-605, 2005.
- 40) Wing, L. and Gould, J.: Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children : epidemiology and classification. *J. Autism Dev. Disord.*, 9; 11-29, 1979.
- 41) Wing, L., Gould, J. and Gillberg, C.: Autism spectrum disorders in the DSM-V : better or worse than the DSM-IV? *Res. Dev. Disabil.*, 32; 768-773, 2011.
- 42) Wing, L., Leekam, S.R., Libby, S.J. et al. : The diagnostic interview for social and communication disorders : background, inter-rater reliability and clinical use. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 43; 307-325, 2002.
- 43) Wolff, S.: *Loners : The life path of unusual children*. Routledge, London, 1995.
- 44) World Health Organization : *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, and Related Health Problems*, 10th Revision. World Health Organization, Geneva, 1992.
- 45) World Health Organization : *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders—Diagnostic Criteria for Research—*. World Health Organization, Geneva, 1993. (中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子訳: *ICD-10精神および行動の障害—DCR研究用診断基準*—医学書院, 東京, 1994.)

# 発達障がい児への 支援の基本的な考え方

田中恭子 \*1

Tanaka Kyoko

内山登紀夫 \*2

Uchiyama Tokio

\*1 益城病院子ども心療室

\*2 福島大学大学院人間発達文化研究科学校臨床心理専攻

## Key words

- 障がい特性
- TEACCH プログラム
- 家族支援

## 要旨

子どもを看護するにあたっては、発達の視点をもつことが欠かせない。定型発達の知識を基礎とし、発達障がいについて学ぶことで、発達に課題のある子どもたちへの適切な対応が可能となる。子どもの発達障がい特性や発達水準を評価し、その子どもらしく力を發揮できるよう強みを生かした看護を心がける。また家族も支援の対象とみなし、全体のバランスに留意しながら、機能的な家族生活が送れるように支援する必要がある。

## はじめに

どのような子どもも、その発達上の特性や育ってきた環境は一人ひとり違っている。したがって、一つのやり方がどの子どもにも通用するわけではない。目の前にいる子どもに対して、その子に合った対応や支援を各自が考えねばならないが、実際には容易でない。どのようにして対応や支援を導き出せばよいのか、その基本的な考え方について概説したい。

## 発達の視点をもつ

小児の発達相談や児童精神を専門とする医療機関に勤務していくなくても、子どもとかかわる仕事をしているのであれば「発達」の視点は不可欠である。子どもは身体的

にも精神的にも発達途上にあり、日々成長し変化していく存在であるという点で、大人の看護とは全く違った側面がある。発達の視点をもっていなければ、子どもを正確に把握できず、看護の指針や対応の仕方を誤ることにもなる。

まずは、定型の子どもの発達をしっかりと学ぶことが前提である。身体発達と同様に精神面でも発達のマイルストーンがある(例: 2歳ごろ二語文が話せる、3歳ごろままごとで役を演じることができる)。これらの基礎知識は習得しておくべきであり、乳幼児健診時に使用される発達評価のための質問紙(例: 遠城寺式・乳幼児分析的発達検査表)などをみると参考になる。

定型発達を学ぶと、それとは少し異なる発達をする子どもたちがいることに気づく。例えば、言葉は全く出ないにもかかわらずビデオを上手に操作して同じシーンを繰り返し観る子どもがいたり、大人が話すような難しい言葉を使い、昆虫の生態について事細かく説明できる子

どもがいるかもしれない。

発達障がいの特性をもっている子どもは少なくない。小児の看護を行っていれば、必ずどこかで発達障がいの子どもとかかわる機会があるはずである。発達の視点をもっていれば「ちょっと変わった子」「何でこんなことをするのだろう」といった子どもの様子が、発達障がいの特性なのだと気づく。「親のしつけがなっていない子」「言うことをきかない困った子」ととらえるのではなく、発達の特性ゆえに「わからないのかな」「難しいのかな」と視点を変えれば、対応も変わってくる。発達障がいは小児の看護にかかるうえで、もはや必須の知識である。また、発達障がいを学ぶことで、発達の視点で人を多面的にとらえることや、特性に対する多様な対応の仕方を知ることになり、どんな子ども、あるいは大人とかかわるうえでも非常に役立つことを実感することと思う。

## 支援の基礎となる考え方

### TEACCH プログラムの基本理念

TEACCH プログラムとは、アメリカのノースカロライナ州で行われている自閉症スペクトラムの人々を支援する包括的プログラムのことをさしている<sup>1)</sup>。TEACCH (ティーチ)とは、Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren (自閉症とその関連する領域にあるコミュニケーション障がいの子どもたちの治療と教育)の頭文字をとったものである<sup>2)</sup>。TEACCH プログラムの創始者ショプラー博士はその基礎となる考え方を、Philosophy (哲学)として9カ条にまとめている。TEACCH プログラムの支援対象者は自閉症スペクトラムをもつ人たちであるが、掲げてある理念は注意欠陥多動性障がい (ADHD) や学習障がい (LD) といったほかの発達障がいの子どもとかかわるうえでも十分応用できる考え方であると思われる。TEACCH プログラムの理念にならい、発達障がいの子どもたちへの支援の基本的な考え方を以下にまとめる。

### ●個人を観察することによって特性を理解する

TEACCH プログラムでは、「自閉症なら〇〇である」という先入観や思いこみに警鐘を鳴らし、一人ひとりの特性を実際の観察から把握することを重視している。例えば、自閉症スペクトラムの子どもであれば共通する“三つ組”的特性をもつが、同時に一人ひとりの特性は違う。ADHDの場合でも多動・衝動性の強い子どももいれば、不注意が強い子どももいる。一見すると同じ診断名がつくとは思えないほど、異なるタイプの子どもがいるのである。また同じ人物でも成長や環境によって症状の現れ方が変わる。教科書的知識や過去の経験、診断名にとらわれることなく、そのときの個人の状態を正確に把握することが支援の出発点である。当たり前のことであるが、まず子どもとよくかかわり、よく観察することが大切である。

### ●親との連携を重視する

小児を看護する際には、実質的には親と協働する作業が多い。患者はまだ子どもであるために理解や表現の能力が限られ、親をとおして情報を得なければならないことが多い。また親と子どもは相互に影響しあう。子どもに何か健康上の問題や発達上の課題があれば、親も不安が増して混乱し、子どもとうまくかかわれないなど、悪循環に陥ることもある。そのため、親を支えることが子どもの疾病からの回復や成長には欠かせない。

発達障がいの子どもの場合は、定型発達の子ども以上に対人交流やコミュニケーションが苦手なことが多く、親との連携がさらに重要になる。親と信頼関係を築くことが、本人への対応や支援をうまく進めるコツである。子どもに対する医療的ケアに加え、親の心配事や不安に寄り添い、子どもの現在の状態を親が理解し受け止められるように支え、親ができる仕事を共に考え援助することも看護の役割の一つといえる。

親によっては、連携が難しいこともある。親自身の能力、精神状態、家族関係などに問題がある場合もある。場合によっては看護師だけでなく、医師や保健師などの他の専門職や、児童相談所などの他機関を含めて親子を支援することが必要になることもある。

### ●個人の適応能力を向上させることがゴールである

TEACCH プログラムでは、自閉症の特性をもちなが

らも適応的に生きていく力を持つことが最終的な目標と考えている。発達障がいは、例えば感染症のような身体疾患とは全く異なる。ある種の身体疾患では、原因や治療法が明確で、その疾患があることで健康を損なうために完治を目標とする。しかし、発達障がいでは、原因はまだ解明されておらず、それ自体を根本的に治す治療法があるわけではない。また発達障がいがあったとしても、発達の偏りはやりようによっては本人の強みともなり得るもので、発達障がいをもちらがらも成長していくことができる。発達障がいをなくすことや治すことが目標ではないのである。

「普通の子どものように」とか「みんなと同じに」を目標にすることもない。発達障がいの子どもでは、じっとしているなさいと言われても体が動くことを自分でうまく調整できないこともあるし、ほかの子どもたちが守っているルールがわからなかったりする。発達障がいの子どもは、これらのことでの自分も困っているのだが、「どうしてあなただけできないの」「ほかの子と同じようにやりなさい」といった注意や叱責を受けがちである。発達障がいでは障がいの有無が外見的にはわかりにくいが、やはり生まれながらに物事の認知や知覚の仕方が違っており、定型発達児と同じようにできないこともある。彼らは定型発達の子どもとは違っているが、そこにユニークさや独創性、オリジナリティがあるともいえる。発達障がいの子どものよさを尊重しつつ、世の中の多くの定型発達の人たちのやり方やルールはこうだよ、と教えられれば学ぶことはできる。結果として適応的・生産的な生活を送ること、すなわち適応能力を向上させることがゴールである。発達障がいの子どもにかかわるうえで、この視点の転換、ゴールの設定を誤らないことが重要であるが、医療従事者はどうしても正常に近づけることを意識的・無意識的に目標にしがちであり、結果的に親子を追い詰めることになりうるので注意すべきである。

### ●個別に正確な評価をする

異なる特性をもったおののの子どもたちに合った対応や支援をする際には、やはりその子どもをよく知らねばならない。よく理解するための一つの手立てとして、専門家による発達の評価は役に立つ。TEACCH プログラムでは、自閉症特性を把握するための評価・検査に十

分な時間を割いている。自閉症特性だけでなく、得意なことや興味や関心の対象、現在部分的にできることなどを総合的にとらえ、支援計画に反映させていく。もしも対応する子どもが臨床心理士による発達・知能検査などの評価を受けているようであれば、その結果を支援の計画に反映させるとよい。検査結果より知的な発達水準、得意／不得意のアンバランス、発達障がい特性、ADLなどを把握する。専門的な評価や検査を受けていない場合でも、可能な限りその子どもの発達障がい特性や能力について簡易的に評価し、対応に生かすことが望ましい。看護師も日常生活のなかで本人の評価をすることはできる。例えば、一度に複数のことを指示しても（「歯磨きした後、着替えて」）できないようであれば、二段階の指示は理解できないと考え、一度に伝えることは一つにする（「歯磨きします」）など、評価に基づいて対応を変えることができる。

### ●環境を整える

発達障がい、特に自閉症スペクトラムの子どもは、能力のアンバランスがあり、得意なことと苦手なことの差が大きい。一般に、耳で聞いた情報の処理、雑然とした刺激の多い空間、見通しのたたない状況や変化、抽象的な物事の理解などを苦手とする。一方で、目で見た情報の処理、刺激の統制された整然とした空間、いつもどおりのことやパターン、具体的な物事の理解を得意とする。彼らの強みを生かし、情報を理解しやすいように、安心して生活が送れるように環境を整える工夫を、「構造化する」という。例えば、何度も聞かせてもナースステーションに入るというような場合は、看護師の言葉の意味がわからないのかもしれないし、入ってはいけないエリアがどこからなのか空間の理解ができないのかもしれない。したがって、看護師の部屋であるということを見てわかるように絵で示すことや、区切りにカラーテープを貼るなどの工夫をすると役立つかもしれない。このように環境を整える工夫、すなわち構造化は自閉症スペクトラムなどの発達障がいの子どもたちにとっては大変役に立つが、実は定型発達の子どもにとっても安心して過ごせる環境を提供することにつながる。

### ●認知と行動をとらえる

わかりやすくいえば、認知とは思考様式や物事の感じ



方のことである。発達障がいの人たちは、特有な物事のとらえ方をしており、理解に苦しむような言動も、彼らなりの考え方や感じ方が影響している。本人の考え方や感じ方を察することなく、頭ごなしに否定したり注意したりすると、「わかつてもらえない」と子どもは感じてしまう。難しいかもしれないが、彼らがどう考え感じているかを推し量りながら、かかわることができるとよい。困るような行動をした場合もただ叱るのではなく、その行動をとった理由をクローズドクエスチョンで確認し、確認できたら、そのときによるべき行動を示すと、発達障がいの子どもたちには理解しやすくなる。

また発達障がいの子どもの行動を観察することは、彼らの考え方を知る手がかりともなる。唐突に思える行動にも通常はつながりがあり、その行動を引き起こすきっかけと、その行動によってもたらされる結果を検討すると解決の糸口が見つかることがある。例えば、夜になると大声で騒ぐので看護師が対応に困るという場合、夜に一人で寂しいことが引き金になり、結果として看護師が来室して対応するために、その一連の行動が止まらなくなってしまったのかもしれないと考える。その場合、騒ぐことを注意するだけでなく、時間の過ごし方を提案したり、ほかの方法で看護師と過ごす時間を設定するなどのやり方が有効かもしれない。問題となる行動だけでなく、その前後を含めた行動の流れをとらえ、行動を引き起こすきっかけや、行動によってもたらされる結果を変えることで、本人の行動も変わってくることがある。

### ●スキルを伸ばすと同時に、弱点を受け入れる

発達障がいの子どもたちは新たなスキルを学習し、成長し続ける。しかし、本人の学びや周囲の工夫だけでは対処できない困難があることも理解しておかねばならない。発達障がい特性ゆえに、困難なことがあれば、それを是が非でも克服するということではなく、別の方法で補ったり、あらかじめ回避することも合理的な方法である。時に本人や家族が弱点があることを極端に否認することもあるが、弱点は誰しもあるものであり、弱点があつてもよいと周囲が認めることで、受け止めやすくなる。

### ●ジェネラリストモデル

看護師としての専門性を高めることも必要であるが、ほかの領域についても基本的な知識をもっておきたい。

特に発達障がいの子どもの支援の場合は、家庭、教育機関、療育機関、保健センターなどの他機関と連携することが多い。看護の立場だけでかかわってしまうと、全体としてはバランスの崩れた支援になってしまったり、かえって本人や家族に負担をかけたりすることになる。全体のバランスをみる視点をもつことが重要である。

### ●生涯にわたる地域に根ざしたサービスを行う

発達障がいの子どもたちへの支援は生涯途切れることがない。人や場所が変わっても継続性、一貫性のある支援が提供されることが望ましい。病院などの限られた場所のみでサービスを提供するのではなく、子どもや家族が暮らす家庭や地域でも社会生活が営めるように支援する。

## 支援の原則

同じく TEACCH プログラムでは、支援の原則として以下の 3 つをあげている<sup>3)</sup>。

### ①「強み」と「興味」を用いる

自閉症スペクトラムをはじめとする発達障がいをもつ子どもたちは、苦手なことやできないことが多い。ともすれば「〇〇ができないから繰り返しやらせる」といったように、困難の克服を課題に設定しやすいが、これはうまくいかないことが多い。彼らは失敗やできることに対する敏感であり、取り組みの動機を引き出しにくいからである。

苦手や弱点がある一方で、発達障がいの子どもたちは優れた能力や、興味をもっているものがあることも多い。優れた部分や興味のあることを話題にすると、彼らは生き生きとし、夢中になって取り組みはじめる。多くの自閉症スペクトラムの子どもたちの強みは「視覚的に学び、具体的に考える」ことである。視覚的な情報のとらえ方に優れていることは、例えば一度目にしたものを見直して記憶していたり、形やマークなどの理解がよいことからもわかる。目に見えないものを目に見える形にすることで、彼らはその意味が理解しやすくなり、適応能力は向上する。例えば口頭で何度も注意するよりも、目で見てわかるように印をつけたり絵にして示したりするほうが伝わりやすい。また、彼らの限局した興味は厄介なこだ

わりと思われがちだが、動機や注意をひくための工夫として取り入れることもできる。例えば、車に強い興味をもつ子どもであれば、検査が終わったら車のシールを1個もらえるというご褒美を設定すると辛抱して検査を受けることができるかもしれない。「何ができるのか」という障がいのマイナス面だけでなく、「何ができるのか」「支援に生かせる本人の強みや興味は何か」というプラスの側面を考えるとよい。

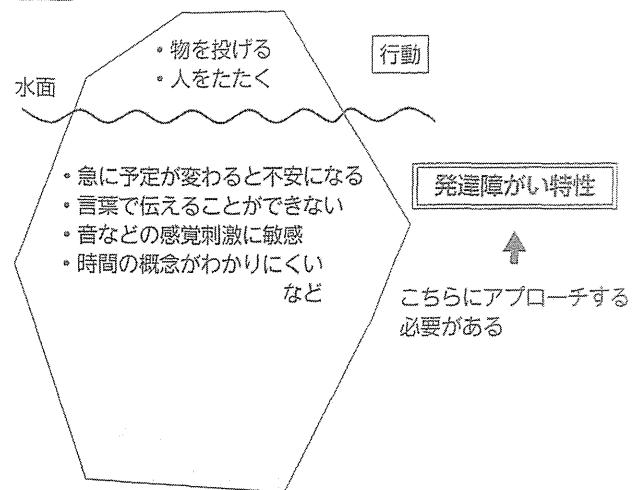
### ②氷山モデルから考える

発達障がいの子どもたちは、例え自傷・他傷行為、器物破損などの行動上の問題を起こすことがある。これらは「問題行動」とみなされ、対応に苦慮することが多い。このような場合、TEACCHプログラムでは氷山モデルから考える。氷山は、水面上に見えている部分は一部であって、水面下に本体が隠れている。つまり、何らかの問題が表面化したということは、水面下に隠れている大きな発達障がいの特性が影響していると考えるのである。例えば、物を投げるという行動の背景には、予定がいつもと違って不安になった、騒々しくてイライラしたなどの発達障がい特性が関与していることを見いだす必要がある。水面下の発達障がい特性に気づけば、その都度注意してやめさせるのではなく、いつもと違う活動を予告しておくとか、耳当てを使って騒がしさの影響を受けないようにするなどの看護プランが導けるだろう。表面的な対処に終始するのではなく、発達障がい特性という観点から問題を整理し、その行動が生じる理由を考え、対応策を練ることが必要なのである(図1)。

### ③自己効力感を大切にする

自己効力感とは「自分でできる」「自分はやれる」という感覚であり、これは喜びや達成感へと通じる、誰にとってもかけがえのない感覚である。発達障がいの子どもたちは、その特性ゆえに定型発達の人と同様のことを同様に行なうことは難しく、「僕はできない」「だめだ」と思うことが多くなりやすい。誰かを頼ってばかりで自発的に動けなくなったり、誰かがいないと不安になったりするかもしれない。しかし発達障がいのある子どもでも、手がかりや援助があり、別のやり方であれば自分でやり遂げることができる場合もある。障がいがあるという理由で何でも看護師が代行したり手を貸したりということが、

図1 氷山モデル



必ずしも望ましい看護であるとは限らない。必要な部分は最小限に援助しつつ、いろいろな支援ツールを用いて可能な限り自立的に生活できるように見守ることが、結果的には「僕はできるんだ!」という自信につながり、自己効力感を育むことにつながる。

## 家族を支援する

親との連携の重要性は先にも述べたが、ここでは発達障がいの子どもも家族の一員であることをふまえ、発達障がいのある子どもをもつ家族の支援について述べる。

## 障がいのある子どもの家族

子どもに障がいがあるということを親が受け止めるのは容易なことではない。親が障がいを認識するプロセスについては、ショックから再起まで段階的に経験していくといった段階説<sup>4)</sup>のほかにも、慢性的悲哀説<sup>5)</sup>、螺旋形モデル<sup>6)</sup>などがあり、一様ではなく複雑なものといえる。発達障がいの場合は、能力のアンバランスがあったり外見的に障がいの有無がわからないために、親が障がい特性を理解するのに時間を要することも多い。したがって、障がいについての理解を親に一方的に押しつけ



表1 障がいのある子どもをもつ親の一般的ニーズ

障がいの現状・情報に対するニーズ	・障がいについての情報・治療法を知りたい
障がいの療育方法に対するニーズ	・障がいのある子どもの育て方を知りたい ・この子に最もよい療育方法を知りたい
子どもの役に立ちたいというニーズ	・障がいによる影響を最小限にしたい ・子どもの成長発達を助けたい ・子どもにとって最善のことをしてやりたい
身体的ケアにかかわるニーズ	・子どものケアをしたい ・最善の訓練を受けさせたい
希望に対するニーズ	・子どもが順調に成長発達してほしい ・子どもの病気・障がいが治ってほしい ・子どもの障がい・病状がこれ以上悪くならないでほしい
肯定的フィードバックのニーズ	・子どもなりの成長発達と一緒に喜んでほしい
気遣われるニーズ	・気にかけてほしい ・ねぎらいの言葉をかけてほしい
感情を表出したいニーズ	・気持ちを聞いてほしい、わかってほしい
居場所のニーズ	・普通に(自然に)過ごせる居場所がほしい
障がいに対する理解へのニーズ	・障がいのある子どもやその生活を知ってほしい ・差別や偏見をもたないでほしい ・特別扱いしないでほしい、普通に接してほしい

〔濱田裕子：障害のある子どもと家族の権利を保障する看護、小児看護 33(1)：56-62、2010. より引用〕

るのでなく、親がどのように理解し、受け止めようとしているのかをアセスメントし、親の思いに寄り添いながら、親として、家族として成長できるように支えるべきである。

また、障がいそのものを受け容ること以上に、家族にとって課題となるのは、「障がい児とともに過ごす生活の受容」であるともいわれる<sup>7)</sup>。障がいのある人と生活を共に過ごすことは家族の日常を大きく変える。家族にしかわからない悲しみや苦労もある。自閉症スペクトラムの子どもをもつ母親はほかの障がいの場合に比べて高いストレスを受けており、日常生活に支障をきたす割合が有意に高いといった報告もある<sup>8)</sup>。親は子どもの障がいやその子どもとの生活に向き合うという強いストレスのなかで、自身の生活を営み、ほかの家族員と家族を形成していくかねばならない。濱田<sup>9)</sup>は、障がいのある子どもの家族の権利を保障する看護として、「家族を看護の対象として位置づける必要性」について述べている。善意で行う看護であっても、例えば母親がそのためにはほかの必要な活動ができなくなったり、ほかのきょうだい児の活

動が制約を受けたりして、家族としてみればどこかに歪みをきたしたり、バランスを崩すこともある。家族として全体をみる視点をいつも心がけておくことが望ましい。

### 障がいのある子どもをもつ親の支援のニーズ

障がいのある子どもをもつ親には、特有の支援のニーズがある(表1)<sup>9)</sup>。看護師はこれらに応えていく必要があるが、親によって、また時期や環境によってもニーズは変わってくる。親が何を必要としているのかをアセスメントし、そのニーズを満たすことが重要であろう。

### 親以外の家族

家族支援というと、一般には母親支援が想起されやすい。実際、母親が障がいのある子どもの支援で重要な役割を担うことは間違いないが、それ以外の家族については注目されないことが多い。しかし、家族のなかには、

父親、ほかのきょうだい児、祖父母もいるかもしれない。特に、障がいをもつ子どものきょうだいは、まだ子どもでありながら、障がいのある人と共に生活するという経験のなかで、支援を必要としている場合が多い。子どもとしての当たり前の生活を犠牲にし、実年齢以上の役割を背負ったり、我慢したりしていることもある。親とは異なるきょうだい児の支援のニーズも学んでおきたい<sup>10)</sup>。また、祖父母はよき支援者となることもあるが、孫の障がいに戸惑ったり、障がい児の親となった自分の子どもたちに対して心を痛めていることもある。本人、母親以外にも支援を要する家族員がいることを心にとどめておくとよい<sup>11)</sup>。

## おわりに

発達障がいの子どもを看護するにあたっては、定型発達と発達障がいについての正確な知識をもつことが大前提である。そして、その子どもや家族を個別に評価し、試行錯誤しながら必要な支援をオーダーメードでつくり上げていきたい。本人の障がい特性、家族としての機能に留意し、障がいのある子どもがその子どもらしく成長していく様子に、またその子を含めた家族としても健

やかな生活が営めるように支援する必要がある。

### 【文献】

- 1) 内山登紀夫：本当のTEACCH；自分が自分であるために。学研、東京、2006, pp 10-24.
- 2) 佐々木正美、内山登紀夫、村松陽子、他・監：自閉症の人たちを支援すること；TEACCHプログラム新世界へ。朝日新聞厚生文化事業団、東京、2001, pp 13-15.
- 3) 田中恭子、内山登紀夫：TEACCHの考え方と実際。加我牧子、稻垣真澄編、医師のための発達障害児・者診断治療ガイド；最新の知見と支援の実際、診断と治療社、東京、2006, pp 37-43.
- 4) Drotar D, Baskiewicz A, Irvin N, et al : The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation-A hypothetical model. Pediatrics 50(5) : 710-717, 1975.
- 5) Olshansky S : Chronic sorrow : a response to having a mentally defective child. Social Casework 43 : 190-193, 1962.
- 6) 中田洋二郎：親の障害の認識と受容の考察；受容の段階説と慢性的の悲哀。早稲田心理学年報 27 : 83-92, 1995.
- 7) 松井潔：胎児期・新生児期・乳児期の障害への支援、脳と発達 39 : 111-115, 2007.
- 8) Estes A, Munson J, Dawson G, et al : Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. Autism 13(4) : 375-387, 2009.
- 9) 濱田裕子：障害のある子どもと家族の権利を保障する看護。小児看護 33(1) : 56-62, 2010.
- 10) 田中恭子：自閉症スペクトラムのきょうだい支援。加我牧子、稻垣真澄編、医師のための発達障害児・者診断治療ガイド；最新の知見と支援の実際、診断と治療社、東京、2006, pp 80-87.
- 11) 田中恭子、内山登紀夫：家族支援と広汎性発達障害。市川宏伸編、広汎性発達障害(専門医のための精神科臨床リュミエール19)，中山書店、東京、2010, pp 218-226.

## 3.11東日本支援クレヨンネット「子どもの絵が語る心の記憶」展覧会

被災地の子どもたちが描いた絵が美術館に集まります！（アートセラピーの解説付き）

■会期：6月23日(土)～7月8日(日)

■会場：福島県いわき市立美術館内“みんなで元気になるアートのひろば”  
(福島県いわき市平字堂根町4-4 ☎0246-25-1111)

■同時開催：アートセラピーワークショップ「末永蒼生の色彩心理学入門」  
6月30日(土) 自分ができる心の養生法

### ■問合せ・連絡先

東日本支援クレヨンネット

〒107-0062 東京都港区南青山3-5-1-4F 株式会社ハート&カラー内

☎03-5474-7810

URL : HEART-COLOR.com

## ● 総論

# 大人の自閉症スペクトラム 障害の診断

内山登紀夫

よこはま発達クリニック院長／福島大学大学院人間発達文化研究科教授

## フライマリ・ケアにおけるポイント

確定診断に至らないケースでも、自閉症スペクトラム障害の特性が認められれば自閉症スペクトラム障害を想定した対応をすることが患者に負担をかけないために大切である。一度、自閉症スペクトラム障害を「正常」と誤診すると、適切な支援を提供することが長期にわたって困難になるリスクがあり、確定診断が下せない場合には保留とし、特性の有無を確認しながら診療を継続するか専門医に紹介する。自閉症スペクトラム障害の診断には発達歴の聴取と現在症の把握の両方が必要である。疑いがあれば、その障害特性を考慮し曖昧な方を避け、具体的に指示をするなどの特性に応じた配慮や環境調整を試みる。成人期には抑うつ状態や不安状態、心気症状などを呈することが少なくない、その際には環境調整とともに状態像に応じた薬物療法を考慮する。

## I 自閉症スペクトラム障害とは

「自閉症スペクトラム障害(autism spectrum disorders)」という概念は Wing & Gould<sup>1)</sup>が疫学研究の結果を踏まえて提唱した概念であり、社会的交流、社会的コミュニケーション、社会的イメージネーションの3領域の障害(3つ組の障害、triad)が発達期から存在すること、で定義される。3つ組の障害は年齢や知的水準などによって多様な現れ方をする。

自閉症スペクトラム障害には、Kannerが提唱した自閉症(カナー症候群、あるいはカナー型自閉症と呼ばれることがある)と、Aspergerが提唱したいわゆるアスペルガー症候群、または、どち

らにもぴったりとは当てはまらないが3つ組が存在する場合も含まれる。

Wingはアスペルガー症候群とカナー型自閉症を連続した発達障害として考え、スペクトラム(連続体)という用語を用いた。知的能力に関しては、カナー型自閉症は最重度から正常知能まで、アスペルガー症候群では軽度遅滞域から正常知能まで分布するが、自閉症スペクトラム障害全体では正常知能域のほうが多い。本稿ではアスペルガー症候群、自閉症を区別せず成人期の自閉症スペクトラム障害として一括して議論をすすめる(図1)。

## II 成人の自閉症スペクトラム障害はけっして少なくない

成人を対象にした本格的な疫学調査は Brugha らの調査のみのようである<sup>2)</sup>。それによるとイギリス(イングランド)の一般成人(16歳以上)にお

ける自閉症の有病率は1,000人中9.8人(95%信頼区間 3.0~16.5)であり、けっしてまれな障害ではない。しかも、彼らの多くはメンタル面や生活

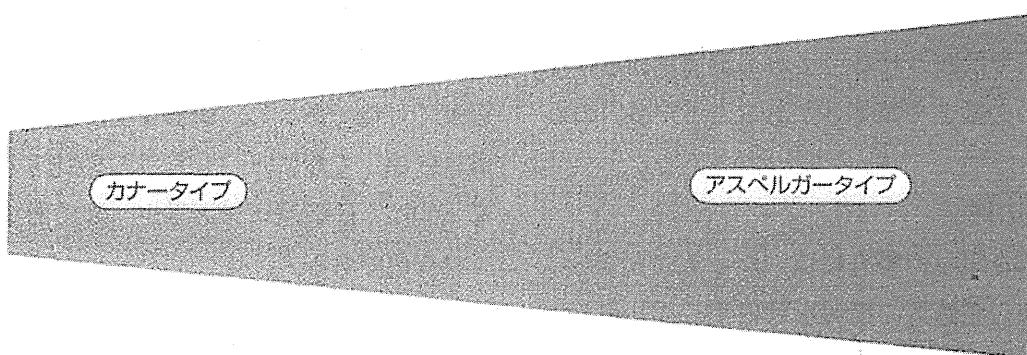


図1 自閉症スペクトラム障害

自閉症スペクトラム障害はカナータイプからアスペルガータイプまで連続する。最重度のカナータイプとアスペルガータイプは一見似ていないが、図の色が連続しているように連続的に移行する。カナータイプよりアスペルガータイプのほうが頻度が高い。またカナーとアスペルガー、アスペルガーと正常との間に明確な境界はない。

面での支援のニーズをもっているにもかかわらず、ほとんどが未診断、未治療のまま成人期に至っ

ており、適切な医療や福祉的支援を受けていなかった。

### III 成人期に発達障害を診断することの重要性

気分障害や睡眠障害と違って自閉症スペクトラム障害の基本症状をターゲットにした薬物療法は存在しない。しかしながら、自閉症スペクトラム障害の人を支援する方法は存在する<sup>1,3)</sup>。自閉症スペクトラム障害には特有の認知特性があり、その特性を周囲が理解するかしないかで彼らの社会適応やQOLには大きな影響がある。支援方略の基本は子どもでも成人でも、クリニックでも会社でも家庭でも同じである。自閉症スペクトラム障害の特性は、その人の生活場面の多くを支配し、

基本的な特性は生涯にわたって持続する。したがって、たとえ成人期であっても自閉症スペクトラム障害を診断することは重要であり、「手遅れ」だから意味がないということはない。自閉症スペクトラム障害の存在を見逃すと患者や家族にとって不利益が生じるし、障害特性に応じた支援をすることで患者にも周囲にも利益がある。身体疾患や統合失調症、うつ病の診断を適切に下すことが患者の利益につながるように、自閉症スペクトラム障害の診断を適切に下すことも大切である。

### IV 診断の方法

気づいているかどうかにかかわらず、内科医が自閉症スペクトラム障害の患者を身体疾患や不定愁訴などを通じて診ていることは少なくないだろう。本稿では、まず一般的な成人の診断方法について述べ、その後日常診療で問題になりやすい事

柄をあげていく。

#### ① 診断のポイント

自閉症スペクトラム障害は、①発達期から存在する対人関係障害、②発達期から存在する社会的

コミュニケーションの障害、③発達期から存在するイマジネーションの障害あるいは変化への抵抗、固執性で診断される。また④発達期から存在する感覚の過敏さや鈍感さがあることが多いのも参考になる。

#### a. 発達歴の把握

発達障害を疑った場合には、たとえ成人であっても、親から発達期の情報を聴取することが大切である。発達歴を聴取する過程で、患者の過去の自閉症スペクトラム障害特性の有無や程度を確認する。自閉症スペクトラム障害であれば幼児期から何らかの障害特性があるはずである。幼児期に自閉症スペクトラム障害の所見がないことが確認されたとしたら、その人は自閉症スペクトラム障害ではなく、別の障害や疾患である可能性が非常に高い。したがって、鑑別診断のためにも発達期の情報が重要になる。もちろん、親が診察にこられないと理由で過去の情報を得ることができないことも多いが、それでも可能な限り過去の情報を収集する努力はすべきである。児童期の作文や成績記録、写真、ビデオなどある程度補うことができる。また、うのみにするわけにはいかないが、患者本人の記憶も参考になる。

体系的に患者の情報を集積し診断や支援に活かすための診断・評価ツールはさまざまなもののが開発されている。比較的短時間で可能な簡便なツールには広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(PARS)<sup>4)</sup>がある。PARSの幼児期ピークの項目は「視線があわない」、「友達とごっこ遊びをしない」など34項目あり、各項目を0点(所見なし)、1点(多少目立つ)、2点(目立つ)の3件法で評定し合計点を算出する。9点以上で自閉症スペクトラム障害が強く示唆される。筆者の経験では成人期まで診断についてない事例でも、幼児期ピーク得点が20点以上につくことが少なくない。過去に精神科医や臨床心理士に相談しているのに自閉

症スペクトラム障害の疑いがもたれなかつたのは発達歴の聴取がされていなかつたことも一因であろう。PARSの評定は幼児期ピークだけなら20分程度で可能であるし、研修を受けた看護師や心理職に依頼してもよい。もちろんPARSのみで診断を下すことは不適切であるが、補助的なツールとしては有用である。

#### b. 現在症の把握

知的能力が高い人の場合は、直接観察のみで診断が可能なことは多くなく、診察室の観察や問診のみでは診断に必要な情報が得られないことがある。とくに微妙な社会性障害は大学生ではクラブ活動や異性関係、社会人では職場の同僚などとの関係で現れやすいため、本人や家族から学校職場、家庭などの様子を聴き取ることが大切である。

前述したPARSでは現在の状態の評定に「年齢相応の友達関係がない」、「恥ずかしさを感じてないようにみえる」など24項目の問診が設定され、幼児期ピークと同様に家族などに問診する。20点以上で自閉症スペクトラム障害が強く示唆される。PARSで把握されるのは比較的典型的なケースで、微妙なケースについてはより詳細な問診や行動観察が必要である。

## ②スクリーニング尺度

質問紙形式のスクリーニング尺度は外来の待ち時間などに本人や家族に記入してもらうことができ、自閉症スペクトラム障害の可能性がどの程度あるかを判断する際の補助ツールとして利用できる。日本で成人に使用できるスクリーニング尺度には自閉症スペクトラル指數(The autism spectrum quotient : AQ)<sup>5)</sup>や成人用対人応答性尺度(The social responsiveness scale-adult version : SRS-A)<sup>6)</sup>がある。AQは自記式、SRS-Aは配偶者などの近親者が記載するものである。

## V 成人期に自閉症スペクトラム障害を疑う兆候

発達歴・現病歴の聴取や患者への問診を通して、日常生活における困難や長所、興味のあり方などを含めた全体像を把握するように努める。家族が同席のうえで聴取するときは、家族が知らない学校や会社での出来事が面接場面で明らかになることも多く、問診の過程で家族の患者の状態への理解が深まることもある。

では、内科における日常診療で自閉症スペクトラム障害を疑うのはどのような場合だろう。以下に列挙してみる。まず、基本障害である3つ組の障害について解説し、その後成人期の自閉症スペクトラム障害にしばしばみられる特性について述べる。

### ① 3つ組の障害

#### a. 対人交流

自閉症スペクトラム障害の社会性障害の本質は同年代の他者との相互的で親密な交流の困難さであり、単に人への関心がないことではない。積極的に社会的接近をする場合も少なくないが、その接触のあり方が年齢より幼稚であったり、風変わりであったりすることが特徴である。過度に格式ばる、過度に丁寧な振る舞い方をする、ぎこちない、融通がきかない、羞恥心が乏しい、着脱や身だしなみに問題があり、流行に合わなかつたりサイズ違いの服を着ても平気だったりするなどの言動で「違和感」を感じることが疑いのきっかけになる。

#### b. コミュニケーション

文法的に過度に正しいアナウンサーのような話し方や文語的な話し方をする、ことわざや四文字熟語などの決まり文句を不自然なほど多用する。話し方がモノトーンだったり甲高かったりする。ジェスチャーが乏しかつたり過度だったりする。会話のなかで正確ではあるもののそのときの話題に関係のない事実を付け加える傾向がある。たとえば、父との関係を尋ねられて「父とはうまくやっています。父

の出身地は九州です」などと答える。自らよく話す場合にも、話すほどには、こちらのいうことをよく理解していないこともあり注意が必要である。

#### c. イマジネーション障害

児童期のイマジネーション活動は現在と過去の出来事から、これから生じることを予測する能力のもとになる。子どもでは、ごっこ遊びや見立て遊びが乏しいことがイマジネーション障害の所見であるが、成人の場合は自己や他者の行動を予測することと、その予測に基づいて社会的場面で適切に振る舞うことが難しいことで明らかになる。たとえば、「こういったら相手がどう思うか」といった予測が難しいために、悪気なく自分の思っていることをいつてしまったりする。「お待たせしました」と挨拶すると「本当に待たされました」と返事するといったようである。

さらに興味の範囲が狭いことや、特定の(社会的ではない)事物や情報への強い関心、日常的でない話や専門用語の知識が豊富なのに、別の領域のことは基本的なことも知らないなどの能力の偏りも特徴的である。

#### d. 感覚過敏

痛みに過敏だったり、鈍感だったりすることがある。成人であるのに採血の際に強い恐怖感を訴えたり、想定以上の痛みを訴える場合がある。超音波検査のジェリーや心電図の電極の感触、MRIの音などを苦痛に感じている患者も多い。

### ② 内科で問題になる場合

#### a. 主訴

内科領域で自閉症スペクトラム障害の患者を診る機会は、①身体症状を主訴に治療を求めてくる人のなかに自閉症スペクトラム障害の人がいる、②抑うつや睡眠障害などの内科でも治療の対象になる精神科的主訴で受診する人のなかに自閉症スペクトラ

ム障害の人がいる。③すでに自閉症スペクトラム障害と診断のついている人の身体症状の治療や診断について精神科医から紹介がある。などであろう。長年にわたり頭痛や腹痛、腰痛などの不定愁訴が続いたり、「耳鳴り」、「皮膚の違和感」、「眩しさ」などの感覚過敏と関連した訴えを続ける場合もある。

成人の自閉症スペクトラム障害に最も合併しやすい精神科的症状はうつ状態や不安状態であり、それを主訴に内科を初診することもあり得る。自閉症スペクトラム障害の人にうつ病が合併した場合は、薬物療法や精神療法への反応が定型発達とは異なることがあり注意が必要である。

#### b. 検査の困難さ

採血などの痛みを伴う検査に限らず、超音波検査、心電図、CT、MRIなどの侵襲性のほとんどない検査にも強い恐怖感や不安感を抱く成人もいる。検査を行う際には不安を少なくするためにさまざまな工夫が検討されている<sup>3)</sup>。

#### c. 医学的知識と思い込み

彼らの一部は医学に関心をもち、自分の記憶に残った事柄に固執することがある。ある中年の自閉症スペクトラム障害の人は、咳と皮疹があるこ

とからネットで検索し某希少難病であると自己診断し、その診断を下してくれる医師に出会えない落胆していた。

また「西洋薬」は「化学物質」であるから体に毒であるとの雑誌の記事を読み、一切の西洋薬を拒否し、自分で指定した漢方薬を処方するように内科主治医に要求した患者もいる。このように一度思い込んでしまうと変更がなかなか難しい。

### ③ 生活習慣病の管理

糖尿病や高血圧、肥満などの生活習慣病のある自閉症スペクトラム障害患者も当然であるが多数いる。医師の指示を非常に厳格に守る人もいるが、なかには自分の健康状態にいっこうに無頓着で食事療法の指示を無視したり、定期受診をしなかったりする人も多い。これらはイマジネーションの障害が関係しており、いま、現に苦痛がなければ、治療する必要を実感できないようである。このような場合も、たとえば治療を放棄すると、どのような不利益があるかといったことを一般の患者用のパンフレットなどを利用して丁寧に説明することが大切である。

## おわりに

一般内科を受診している自閉症スペクトラム障害の人は少なくなく、内科医も診断や支援に関する一定の知識や技術をもつことが求められる。



## 参考文献

- 1) Wing, L: The autistic spectrum, a guide for parents and professionals. Constable and company limited, London, 1996. (ローナ・ウイング(著)：自閉症スペクトラル 親と専門家のためのガイドブック、久保祐章、佐々木正美、清水康夫(監訳)、東京書籍、東京、1998.)
- 2) Brugha TS, McManus S, Bankart J, et al: Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. Arch Gen Psychiatry, 68 (5) : 459-465, 2011.
- 3) 大屋 淳、村松陽子、伊藤政之、他：発達障害のある人の診療ハンドブック－医療のバリアフリー、自閉症・知的障害・発達障害児者の医療機関受診支援に関する研究会(監修)、NPO法人 Pand A-J、東京、2008。  
[http://daigaku.shiraume.ac.jp/topics/file/kenkyu\\_prj01.pdf](http://daigaku.shiraume.ac.jp/topics/file/kenkyu_prj01.pdf)
- 4) 栗田 広、杉山登志郎、市川宏伸、他：Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale (広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)、スペクトラム出版、東京、2008.
- 5) サイモン・バロン・コーベン(著)：共感する女脳、システム化する男脳、三宅真砂子(翻)、NHK出版、東京、2005.
- 6) 神尾陽子、武井麗子、稲田尚子、黒田美保、他：ライフステージに応じた多次元的鑑別指標の同定に関する研究：発達障害者に対する長期的な追跡調査を踏まえ、幼児期から成人期に至る診断等の指針を開発する研究、厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者対策総合研究、21～30、2012.

&lt;気になる症状・行動から診断への流れ 一年齢別に考える&gt;

## 3歳から就学年齢までの場合

蜂矢百合子\* 内山登紀夫\*,\*\*

### Q1. 家庭や保育園、幼稚園ではどのような問題症状、問題行動で気づかれますか

言語・認知や運動発達に明らかな遅れがある場合には、3歳以前に発達の問題に気づかれことが多い。一方、知的障害のない（目立たない）発達障害、自閉症スペクトラム障害（自閉症、アスペルガー障害、広汎性発達障害）やADHD（注意欠如・多動性障害）の子どもたちの行動や症状は、3歳以降に問題とされることが多い。この子どもたちは保育園での幼児クラスへの移行や幼稚園入園に伴う対人交流場面の拡大、換言すれば、比較的大きな同年齢集団や親以外の複数の大人との社会的関係が求められる時期に、行動上の問題に気づかれる。

特徴として、1対1の会話には困らないのに一斉指示を理解していない、活動の切り替えが苦手で好きなことをなかなかやめられない、気が散りやすく一連の行動を自力で完遂することが困難で、頻回の指示が必要になる、日課（ルーチン）の変更に弱く融通がきかないといった社会的場面や対人コミュニケーション、注意の移行や持続の問題がみられることがある。

また、友だちへの関心の示し方や遊びなどの対人関係の問題で気づかれることもある。たとえ

ば、集団行動から逸脱してひとりだけ違うことをしている、子どもよりもおとなや年下ということを好む、いっしょに遊ぶことは少ないので出欠ばかり気にかける、年齢に応じたルールのある遊びをしようとしない、子ども同士でトラブルになりやすい、などである。

能力の一貫性がないことも特徴的であり、交流する相手や状況によって發揮できる能力の差が非常に大きいことに気づかれることもある。

その他の問題としては生活自立スキルの獲得が遅れる、机上課題がうまくできない、ダンスや運動が苦手、強い偏食や特定の感覚刺激を嫌がることが目立つこともある。

幼児期後期になると高機能の発達障害の子どもでは、それ以前には明らかであったことばの遅れや他者への関心の乏しさが軽快し、発達の問題が解決したと保護者や専門家が感じることも少なくない。こういった子どもたちのなかには、1) 子ども同士の関わりがより複雑となると相互的で柔軟な関係をつくることが難しくなったり（一方的に仕切る、関わりを被害的にとらえてしまう、勝ち負けにこだわる、ルールに過度に厳密、社会的場面への緊張が強い、など）、2) 不器用さや不注意が明らかとなり、5歳以降に再び問題が頭在化するケースがまれではない。

### Q2. この年齢での問診のとりかたとそのコツを教えて下さい

親からの主訴が大切なことはいうまでもないが、子ども（と家族）が最も困っていることが、主訴となるとはかぎらない。社会性障害については保護者よりも集団場面をみている保育士や教師

Hachiya Yuriko Uchiyama Tokio

\* よこはま発達クリニック

(〒224-0032 横浜市都筑区茅ヶ崎中央 7-7

レスター港北 2F)

TEL 045-942-1077 FAX 045-942-1099

E-mail : hachiya@ga3.so-net.ne.jp

\*\* 福島大学大学院人間発達文化研究科学校臨床心理学専攻

のほうが鋭敏に気づくことが多い。保護者は家庭というお互いに知り尽くした少人数の場面の子どもの行動は知悉しているが、保育園や幼稚園のような同年代集団での自分の子どもがどう行動しているかについては知る機会が少ない。また、保育士や教師であっても子どもは自由であるべきなどの自分なりに信念をもっていると、集団行動をとろうとしない（実際にはとれない）子どもをむしろ高く評価することさえある。このような理由で社会性の所見の明確な子どもであっても、見逃されていることがしばしば経験される。子どもの行動特徴が明白でも、下の子が生まれたから、先生の接し方が厳しくて本人がショックだったから、小さく生まれたから、帰国子女だからなどの保護者や保育士なりの解釈で個人差の範囲と見なされていることもある。このため、問診の際に、主訴や生育歴とともに、日常生活の流れを具体的に尋ねる（「園からどうやって帰ってきますか、帰ってきたら、どんなふうに過ごしていますか」、「休日は、どんなふうに過ごしていますか」）、生活の中でお母さんが苦労していることは何かを質問する（「何度もくり返し言わなければいけないのは、どんなときですか」、「叱らなくてはいけないのは、どんなことですか」、「用事ができなくて困るほど、お子さんがこだわることがありますか」）ことが有効である。とくに、幼児では、起床から朝の登園までの行動の推移、帰宅後の過ごし方、夕食準備から就寝まで、父が在宅しているなどで平日と異なる週末の過ごし方を尋ねることで、主訴にはあらわれなかつた重要なエピソードが明らかとなることがある。こだわりの強い子どもに無意識に母親が療育的対応をしていることが確認できたり、子どもの一方的な関わりに寄り添いすぎて疲労困憊した家族のようすが報告されたりすることがある。

幼児期後期はイマジネーション障害が最も明白な形で観察される時期であり、ふり遊びやごっこ遊びについては必ず問診すべきである。可能であれば、集団場面のビデオが入手できると診断に決定的に重要な情報が得られることがある。ごっこ遊び（象徴的ふり遊び）は、発達期にみられる社会的イマジネーション特性と関係している<sup>1)</sup>。定

型発達の子どもたちは、2歳までに、簡単な見立て遊び（食べるふりをする、人形をかわいがる真似をする、おもちゃの調理器具で母の真似をする）を好んで行う。さらに幼児期後半になると、より複雑なごっこ遊び（場面やストーリーを想像し、役になったつもりで遊ぶ）を、同年代の子どもたちと、互いのアイディアを共有しつつ、対等の相互的な、仕切られる/仕切るといった一方的な関係ではないやり方で楽しむようになる。これに対して、自閉症スペクトラム障害の子どものふり遊びでは、柔軟さや相互性が乏しく、場面再現的になりやすいのが特徴である。たとえば、ごっこ遊びを自分からやろうとしない、動画や実生活の場面の再現遊びや教わったごっこ遊びばかり反復する、対等で相互的な関係でごっこ遊びすることを好まない、役になりきりごっこ遊びに没頭する、などである。これらのふり遊びの存在自体が発達を阻害するわけではないので無理にやめさせる必要はない。むしろ、本人にとって有意義な活動であることも少なくない。しかしながら、ふり遊びの特徴をききとることは、子どもの自閉症特性の評価のために大切である。

吃音、チック、睡眠障害などは専門知識がないと気がつかれないことがあり、初診時に確認しておく。

園生活について保護者から聞きとるときには、不十分な情報や偏った情報源から判断していることもあるかもしれない。保育参観や行事の見学、登降園のときのようすはどうかなど場面を具体的に指定して聴取すると、親が直接観察した比較的バイアスの少ない情報をきくことができる。幼稚園教諭や保育士からも、解釈を排して実際の行動を具体的な場面を指定して報告するように質問を工夫することで、しばしば的確で重要な報告が得られる。

筆者は、保育園などから情報を提供してもらう際には保護者にもオープンにしてもらうことが望ましいと感じている。子どもの評価、診断を親に説明するときに、保育園などの情報を親と共有し、医師が専門的な観点、とくに認知障害の観点からのその情報の意味づけを行い、保育者や保護者と子どもがなぜそのような行動をするのかとい

う意味を共有することが、情報を支援に活用するために必要である。学童期や思春期までを見通した長期的な視点から子どもを支援していくためにもこのことは重要である。このような認知の偏りは長期にわたって継続するからである。

社会性やコミュニケーション障害の聞きとりツールとして、半構造化面接による診断評価 DISCO-10<sup>2)</sup>や、質問紙 ADI-R<sup>3,4)</sup>、保護者面接による評定 PARS<sup>5)</sup>などが開発、邦訳されている。

### Q3. 診察、子どもの行動を観察する際の着眼点、注意点を教えて下さい

発達障害を疑う子どもを診察するためには、定型発達の子どもたちの社会性発達についての経験を充分積む必要がある<sup>6)</sup>。年齢や特性にあった設定、おもちゃを用意する。子どもの行動特徴は、環境設定によって変化する。行動評価は、個別場面（診察室）と集団場面（園訪問）、設定された活動（診察や検査場面）と自由な活動（待合室やおもちゃコーナー）で行われる。たとえば、待合室から診察室への移動は、活動の切り替え、指示への応答性、親がどうやって関わるかなどの多くの情報が得られる。診察室では、本人へ質問や指示する直接の関わり、親への聞き取り、子どもの自由な行動や遊びの観察を行う。子どもが、他のスタッフへどうやって関わったかを確認することも有用である。

初診よりも再来院で、あるいは見通しを本人に伝えることで、問題行動やコミュニケーションが改善することがしばしばみられる。限られた診察場面での行動が改善したからといって、子どもの障害特性は認められないと判断することはできない。

診察室は、子どもにとって、構造化され、刺激が少なく、やるべきことが明示されている場面である。このため、年長で知的に高い子どもの場合、診察室で適切なふるまいをする一方で、集団生活あるいは家庭で問題行動が多く、発達障害の視点から支援を考えることが必要となることがまれではない。

評価ツールとして、保護者情報と専門家行動観察による高機能小児成人の自閉症評価尺度（The Childhood Autism Rating Scale-Second Edition, High Functioning Version : CARS2-HF）<sup>7)</sup>などがある。

### Q4. この年齢で行うべき検査はなんですか

子どもの発達を評価する際に知的水準（IQ）を知ることは重要であり、わが国でこの年齢帯で頻用されているのは田中ビネ検査である。知能検査は、診断や療育などの福祉サービス利用に不可欠であるだけでなく、認知の特性や、課題場面での本人の行動特性を知り、検査時および長期的な支援目標を立てるためにも必要である。検査場面を通じて、本人の特性に合わせた対応（刺激の整理、見通しの有無、視覚化などの適切な情報提供、など）がその子どもの支援に繋がるか、という視点をもつことは重要である。専門家は、「結果が良い悪い」を伝えるのではなく、検査によって得られた子どもの特徴とそれを活かすための適切な支援プランを説明するのである。

知能水準よりも社会性やコミュニケーション、イマジネーションを評価することを目的とした検査として、PEP3 (Psychoeducational Profile : Third Edition)<sup>8)</sup>、ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule)<sup>9)</sup>などが開発されている。

### Q5. 鑑別診断と確定診断について教えて下さい

知的発達の障害（精神遅滞および境界域知能）および自閉症スペクトラム障害（広汎性発達障害、自閉症＝自閉性障害＝小児自閉症、アスペルガー障害＝アスペルガー症候群）などの発達障害は、いかなる疾患や病態とも併存しうる。つまり、これらの診断は、ダウントンなどの染色体異常、筋ジストロフィーなどの代謝異常・変性疾患、脳発達早期の脳障害などさまざまな病態と併存することがありうる。この場合には、基礎疾患への医学的対応と同時に発達特性に合わせたアプローチが必要である。

また、てんかん、チック、吃音、睡眠障害、排泄や摂食の問題などの神経内科的病態、気分障害や不安障害などの精神科的病態の合併頻度は高い。これらの評価診断のために、問診や診察に加え内科的検索、脳波や脳画像検査などの検査、言語聴覚士/作業療法士などの専門的評価が症状に応じて選択される。

養育環境の評価は、子どもの発達を多面的に評価診断する際に必要な情報である。被虐待児には、発達の問題や身体疾患のある子どもが多いことはよく知られている。虐待のような過酷な養育環境が、発達脳にあたえる影響については、近年検討されている。しかし、不適切な養育環境とともに子どもの発達特性が明確である場合、養育環境のみを元凶と断じ、養育者へ一般的な子育て支援や指導のみを続けるだけでは、解決への糸口がつかめないことが多いのではないだろうか。「不適切な養育」と決めつけられている対応のなかには、よく聞いてみると、（一般的な子育てではないけれど）発達障害特性をもつ子どもにとっては現実的で妥当な育児であることも少なくない。ときには、保護者の発達特性や認知特性を理解することで、支援者のプランが前進することもあるであろう。

#### Q6. 家族や保育園、幼稚園にはどのような説明、助言を行えばいいか教えて下さい

##### 1. 家族

診断が確定した場合には、診断を説明し、その診断に基づいた方針や具体的な方法を相談する。ただし、保護者が発達障害と診断されること自体を恐れているようなときには、診断を伝えることよりも、子どもや家族が困っていることについての具体的相談を優先すべきケースもあるだろう。しかし、「発達障害ではない」という医学的判断を伝えたり、初診ではっきり診断せずにその後の再診を指示しない場合（親の多くは、問題ないと判断されたと感じる）には、自分の判断のリスクやデメリットも充分意識すべきである。

##### 2. 園

保育者・保護者と連絡し合い、情報を交換し合うことで、よりその子に合った適切な支援を効果的に行うことができる<sup>10)</sup>。診察時の園側の同席、医療療育スタッフの園訪問、書面でのやりとりなどを積極的に行うことで、そのケースのみならず、継続した意見交換を通じて、互いのスキルを向上させることができる可能性がある。専門機関と園の直接のやりとりは、とくに園側が家庭育児態度に疑問をもっている場合（社会的な未熟さや不器用を過保護と判断している、家庭環境の改善によってすべての問題の解決を図ろうとしている、など）にメリットが大きい。もちろん、子どもの特性について専門家の立場から解説し、具体的な個別対応をお願いすることは大切である。

##### Key Points

- ① 3歳以降は、社会的場面やコミュニケーション、注意の移行・持続、生活自立や協調運動などの問題が明らかとなる。
- ② 主訴や発達指標の聴取と同時に、集団場面や日常生活の流れ、ごっこ遊びについての情報も重要である。
- ③ 診察場面では、環境設定を意識して、子どもの行動特徴を評価する。知能検査は、知能水準や認知行動特徴を知るために大切である。

##### 文 献

- 1) フリス U著；富田真紀、清水康夫、鈴木玲子訳：新訂自閉症の謎を解き明かす、東京書籍、東京、pp157-160、2009
- 2) Wing L: Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders, 11th rev, The Center for Social and Communication Disorders, 2003 (内山登紀夫、吉田友子、藤岡 宏、他訳：DISCO 11版、日本語版、2007)
- 3) Lord C, Rutter M, Le Couteur A : Autism Diagnostic Interview-Revised : a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord 24 : 659-85, 1994
- 4) 中村和彦、土屋賛治、八木敦子、他：成人期アスペルガー症候群のADI-R（自閉症診断面接改訂版）による診断—生物学的研究との関連で、精神医学 50 :