

〈教育講演〉

吉田 友子*

自閉スペクトラムと自閉スペクトラム症** —「グレーゾーン」再考—

児童青年精神医学とその近接領域 58(4) ; 537—543 (2017)

I. はじめに

大学の学生相談や保健室での精神保健相談など、医療機関以外の場で青年たちと面談をしていると、少しの助言や橋渡しで、医療機関の紹介に至ることなく問題が改善していくことをしばしば経験する。相談内容に発達特性が関与していると判断された場合に、問題の再燃回避のためには、彼らの発達特性をどんな言葉でどこまで本人に伝えるべきか（あるいは伝えるべきでないのか）、迷うことは多い。

また、子どもたちと長期に渡って継続的に関わることができた医師たちは、幼児期・学童期には顕著だった発達的問題が経過とともに不顕在化する事例があることを経験している。そして問題解消ののちにも、生活の報告や、発達障害臨床とは言いがたい若者らしい相談事をもって、本人の意志で引き続き医師のもとを訪れてくれることも多い。医療機関で保険診療を継続する以上、保険診療に見合う診断名が必要になる。しかし、彼らの状況を医学的にどう表現すべきなのか、あるいは本人たちから自分の状況を質問されたらどう説明することが有益なのか、これもまた悩ましい問題である。

前述のような経過や状態像を示す子どもや青年たちは、発達障害臨床においてグレーゾーン

とくくられることが多い。彼らをどうとらえ、彼らにどう説明していくべきかについて、筆者の現時点での臨床上の整理を述べようと思う。

II. Wingの自閉スペクトラム

まず自閉スペクトラム (Autism Spectrum: 以下 AS) について認識の共有を図りたい。AS は児童精神科医 Wing が提唱した概念で、(1) 人との関わりの障害 (impairment of social interaction), (2) 社会的コミュニケーションの障害 (impairment of social communication), (3) 社会的イマジネーションの障害 (impairment of social imagination) の3つの行動特徴で規定される (Wing, 1996; Wing et al., 2011)。この「障害の三つ組 (the Triad of Impairments)」は Wing の三つ組または Wing and Gould の三つ組と呼ばれる。Wing は AS について「(正常との) 明確な境界線は存在しない」「よく適応できている人は、もし多くの自閉的特徴があっても、・・・診断を受けることはなく、彼らに診断を受けるよう勧めることは不当な干渉である」と述べており (Wing, 1996), AS であることは必ずしも治療対象であることを意味しない。この点が、「社会的、職業的、または他の重要な領域における現在の機能に有意な障害を引き起こしている」場合にのみくだされる自閉スペクトラム症 (Autism Spectrum Disorder: 以下 ASD, APA, 2013) との違いである。

筆者は Wing の監修のもとで AS の本人たちに向けた書籍を執筆する機会を得た (吉田,

*子どもとおとなの心理学的医学教育研究所 (iPEC)
〒102-8577 東京都千代田区麹町3-5-4F MBE152
e-mail: info@i-pec.jp

**2016年10月29日、岡山コンベンションセンターにおいて開催された第57回日本児童青年精神医学会総会「教育講演」である。

2005)。この本の中では Wing の三つ組を impairment ではなく「三つ組の特徴」(Triad Characteristics) と表記し、これらの特徴を有する状態像を診断名(疾患名)ではなく「脳タイプ」(the Type of Brain) と表現した。本人たちに向けた書籍だから言葉を曖昧にしたわけではない。AS を、病的か否かを離れた、脳のタイプ名もしくは多様な発達スタイルのひとつととらえることが、臨床上有用だという実感にもとづく記述である。「三つ組の特徴」「脳タイプ」といった表現に Wing は大きな賛意を示してくれた。

Ⅲ. AS と ASD の関係

AS を脳タイプ(多様な発達スタイルのひとつ)ととらえると、AS と ASD の関係は図1の破線上方の2本線のように示される。これら2本の線は、たとえば、①幼児期・学童期には三つ組に起因する不適応行動がみられていた

(脳タイプは AS で、診断名は ASD)、②本人の技術向上と適した環境が得られたことで中学・高校・大学と不適応は認められずに経過し、適職を得て安定して過ごしていた(脳タイプは AS だが、ASD ではない)、③しかし技術職から管理職への昇進にともなって対人・コミュニケーション能力や思考の柔軟性がより高く求められるようになり、精神的に破綻し三つ組に起因する不適応行動が顕在化して再び支援を要する状況となった(脳タイプは AS で、診断名は ASD)、といった経過を示している。あるいは、① ASD の診断名を有した幼児期・学童期を経て、②脳タイプは AS だが ASD には当たらない学生時代を送り、③就活を契機に、自分が賃金に見合う労働を提供し社会貢献するためには特性に合わせた業務や職場環境が必要だという自己理解を深め、精神障害者保健福祉手帳を取得して障害者就労を選択した、といった経過も破線上方の2本線で示される。

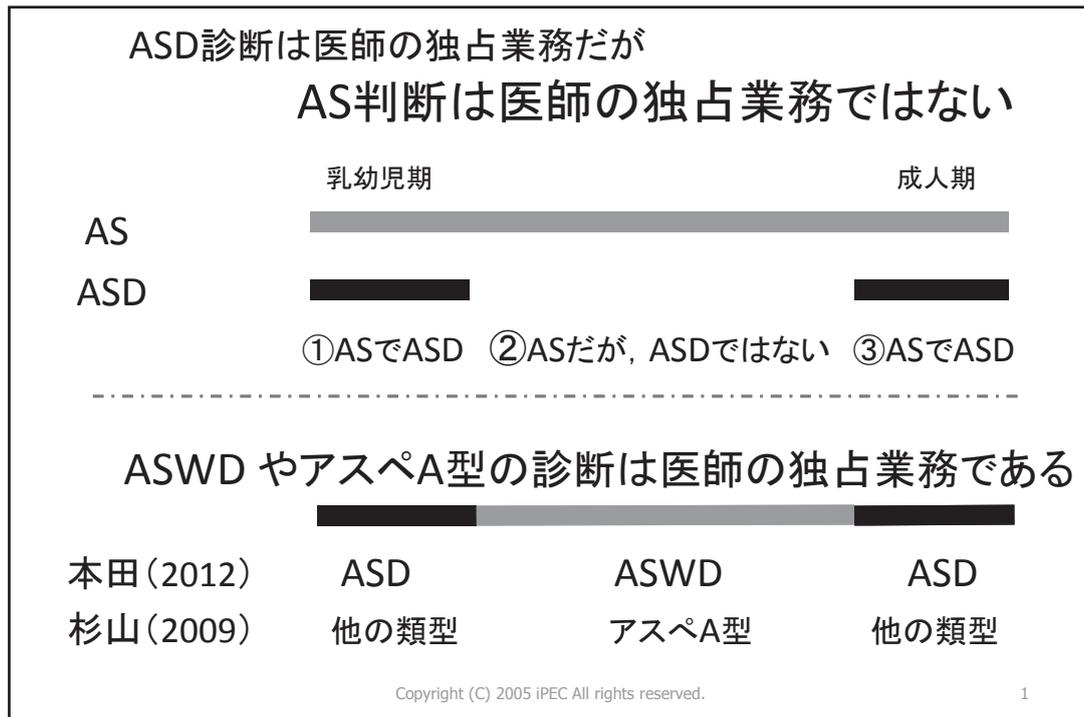


図1 ASD診断とAS査定

図1の②に相当する状態像に対して、本田(2012)は「ASではあるが障害ではない『非障害自閉症スペクトラム』(Autism Spectrum Without Disorder: ASWD)」という新たな名称を与え、その存在に注意を喚起した。そして、ASWDの検討から得られる示唆を研究・臨床の両面から考察した。杉山(2009)は同様の状態をアスペA型(Adjustable type, 適応型高機能広汎性発達障害)と命名して、高機能広汎性発達障害の他の類型と区別し、支援の目標とすることを提唱した。

図1破線上方の2本線のうち、ASDという診断名に合致するか否かの判断は医業(診断行為)であり、医師法により医師の独占業務と規定されている。他方、ASの評価(査定)は、病状(病的か否か)の判断ではない。ASを発達の多様性ととらえると、その評価(査定)は法的に医師以外の専門家も担当可能な行為となる。一方、ASDとASWDとの関係は図1の破線下方の線のように「どちらかであれば、どちらかでない」関係として示され、「ASWDと評価すること」は「ASDではないと評価すること」を意味する。したがって、ASWDは疾患名をもたない状態像だが、その判断は医業(診断行為)に相当する。同様に、アスペA型か否かの判断も診断行為となる。

IV. ASを多様な発達スタイルのひとつととらえること

ASを発達の多様性ととらえることには以下のような利点がある。

1. 定型発達モデルからの脱却が、指導上有益

AS臨床では、AS特性を強みとして活用した指導や助言が成果をあげやすい。たとえば、通園バスを眺めたくて車道ギリギリに立ってしまう児童に対して、「1回でわからないなら100回言ってきかせる」指導よりも、バスの到着がよく眺められる待機用ベンチや立ち位置の足型を用意しその定位置でバスを待つように指導すると危険な車道ぎわに立つことを回避できるこ

とがある。これは、視覚的な情報への注目の高さや納得したルールは生真面目に守るといったAS特性を生活上の強みとして活用した指導例である。

AS特性を生かした指導や助言を行えるようになるためには、定型発達モデルを離れ、ASをひとつの発達スタイルととらえることが臨床家の研鑽に役立つと筆者は考えている。

2. ASは医師以外の専門家も判断可能

前述のとおり、AS判断は法的に医師以外の専門家が担当可能な行為である。ASDの判断が医師の独占業務と法的に定められている我が国において、医師以外が担当できるAS判断は臨床上の利点大きい。

1) 合理的配慮の根拠としての、公認心理師によるAS査定

障害者差別解消法(平成28年4月1日施行)によって、学校で合理的配慮を行うことの義務・努力義務が明確になった。大学等における合理的配慮に関して文部科学省は「他の学生との公平性の観点から、学生に対し根拠資料(障害者手帳、診断書、心理検査の結果、学内外の専門家の所見、高等学校等の大学入学前の支援状況に関する資料等)の提出を求める」としている(文部科学省, 2012)。この報告書では根拠資料の例がいくつかあげられているが、実際には診断書を必須とする動きがあるように感じる。確かに現時点では、例示された資料のうちで国家資格に担保されたものは障害者手帳(交付に診断書を要する)と診断書のみであり、診断書を必須とする動きは致し方なかったともいえる。しかし、我が国では公認心理師法(平成27年9月16日公布)によって心理職の国家資格化がやっと実現し、平成30年までには国家資格を有する心理職が誕生する見通しとなった。国家資格化しても公認心理師は医業(診断行為)は行わない。しかし、「心理に関する支援を要する者」に関する評価(査定)は、公認心理師が専門性をもって担当する行為である。各教育

機関では、合理的配慮についてガイドラインの整備が進められつつある。職域でも同様の作業が行われていくだろう。公認心理師という国家資格が発達の多様性評価（査定）の専門性を担保する資格となるように、その権限と法的責任を明確化し専門性の向上が図られることは時代の要請でもあるだろう。

独立行政法人日本学生支援機構による「平成27年度（2015年度）障害のある学生の修学支援に関する実態調査」によれば、配慮を受けている学生のうち「発達障害に関する医師の診断書がある者」は2,564名であるのに対して、「発達障害であるとの医師の診断書はないが、発達障害があることが推察されることにより、学校が何らかの支援を行なっている者」は2,959名と前者を上回っている。診断書を提出できる学生への合理的配慮の法的義務・努力義務が明確化したために、診断書を提出できない状況にある学生に必要な配慮が届かなくなるような事態は避けなければならない。心理職は、多くの小・中・高・大学にすでに配置されている。合理的配慮の判断に必要な評価（査定）を学内の公認心理師が担当し合理的配慮の決定がなされることは、実情にあった望ましい方向性だと筆者は考えている。

2) 過度な医療化を回避する

合理的配慮の判断に診断書を必須とすべきではないと筆者が考えているのは、医師の不足のために発達障害の診断が受けにくいからではない。

診断書を必須とするということは、配慮の必要な学生は全員に医師の診断を受けさせることを意味する。しかし、多様性への対応が前提である社会（特に、教育現場）での合理的配慮を、すべて医療化することは適切な対応なのだろうか。

たとえば、左利きの子どもに左利き用のハサミを用意することは教育上必要な配慮である。調理実習などでは利き手同士が隣あわせになるとお互いの肘がぶつかってしまうので、左利き

用包丁を用意するだけでなく、利き手同士がぶつかからない配慮などの学級運営も必要となる。こうした多様性への配慮に診断書を必須と考える教育者はいないだろう。だが、少し前までは左利きは右利きへと矯正されるべきものと考えられていたし、左利き用ハサミは大型文具店でなければ手に入らなかった。左利きであれば左利き用ハサミの使用は当然のことと広く認識され左利き用ハサミがたやすく安価に手に入るようになったことは、社会の成熟が進み多様性の受け入れが少しだけ前進したことを意味する。発達特性に対する配慮も、左利き用ハサミのような経過をたどることが期待される。

左利き対応のような「軽微な」配慮は合理的配慮に当たらない、発達障害への合理的配慮とはもっと本格的な対応変更を意味すると解釈する人たちもいる。しかしどこからか、特別な手続きを要する合理的配慮なのかは、それぞれの組織によって異なり、明確な線は引けない。たとえば、板書をデジタルカメラで撮影することが初めから許可されている大学・学部であれば、話を聞きながら書きとる作業に困難がある学生でも特別な配慮を求める必要はないかもしれない。しかし、それが許可されていない大学であれば、同じ行為が診断書を添えて配慮願いを提出し検討を受けるべき配慮となる。多様な学習スタイルが最初から容認されていれば、その多様性を医療化する必要はない。障害は個人の状況と社会のあり方によって生じるものである。合理的配慮の提供に診断書を必須としてすべて医療化することは、障害を個人の状況に過度に帰属させることを意味すると筆者は考える。

3) 自己理解支援の観点から

未診断の生徒や学生に対して合理的配慮の検討のために受診して診断書をもらってくるように指示することは、支援が開始されていない状況での本人への診断名告知を医師に求めることを意味する。これはASDの自己理解支援を行ううえで不利益が大きい。

身体障害では、自分にどのような機能的困難

があり、どのような仕組みがあればその困難を軽減できるかについて、ある発達年齢に達していれば本人は認識可能と推測される。受け入れる・受け入れないという課題はあるにしても、である。

ASD ではどうだろうか。社会的認知や社会的イマジネーション能力などの発達状況や生活歴によっては、周囲に戸惑いや不快を与えていること自体に気づいていない場合もある。トラブルは認識していても自分の発達特性との関連には気づけず、引き金となった相手や出来事に怒りを向けたり、原因不明のトラブル続きの自分を情けなく思ったりしていることもある。トラブル続きなのはたまたまではなくて自分の側に何かの要因があるようだと思いき始めても、具体的なエピソードから共通する自分の特性を抽出することには本質的な能力的困難がある（この作業には社会的認知や社会的イマジネーション能力を要する）。

自分の発達特性への認識が乏しく診断名（疾患名・障害名）は受け入れがたくても（あるいは本人はまったく想定してなくても）、具体的な提案には魅力を感じて希望できることは多い。実生活と結びついた（いわば、地に足がついた）自己理解を支援していくためには、具体的支援の提供から開始し、本人にその工夫や選択の有用性を体験させ、その体験を活用して発達特性の整理を進めていくことが、効果的で安全な方略だと筆者は考えている（吉田，2011）。

たとえば、修学旅行が近づきイライラして家庭内でのいさかが増えている子どもがいたとする。不安の原因が自由時間の過ごし方にありそうだと推測されたら、「自由時間に何をしておけばいいかわからないと気になるよね」と持ちかけてみる。家庭内のいさかいは相手が悪いとしか認識できず修学旅行との関連に気づいていない子どもでも、なるほど言われてみればそれは気になると、乗ってくることは多い。そして、担任からの情報をもとに過ごし方を一緒に検討し、予定表に書き込んで本人に見通しをもたせる。もしこうした支援で不安が軽減した

ら、修学旅行後にこの体験を具体的に確認しながら「初めてのことは心配になりやすいタイプだけど、やれることがわかれば安心できる人だね」といった特性の整理を日々の臨床で行っていく。あるいは、卒論について指導教官に聞きたいことはあるのに自分からは聞きに行けず不安や焦りを募らせている学生には、定例の面談日時を定めてもらうことを提案し（あるいはその橋渡しをし）、その結果、面談時間を遅刻・欠席なく活用できて作業が順調に進んだなら、「自分から相談を切り出すのは苦手だけど、日時を決めてもらえば相談できるね」「決まっていることはキチッと守る人だよ」といったことを整理していく。

こうして自分の得手・不得手や不得手を補う仕組みについて具体的な理解を重ねたうえで、その特性は多様な発達のひとつとしてASという名称が与えられていることを伝えたい。そして、ASに関連する困難を補う仕組みをこの先も確保したい場合には、医療や福祉のサービスの利用資格があることを認定する名称としてASDという診断名（疾患名・障害名）を手に入れることを勧めたい。

公認心理師の学内評価（査定）によって合理的配慮の提供が開始され、配慮の有用性を実感したことが本人の動機づけとなって医療機関受診を希望し診断を受けるという経過は、自己理解を安全に支援していくことに大きく貢献するだろう。

V. グレーゾーンという用語を使用することの危険性

本稿ではAS評価（査定）の臨床上の有用性について述べてきた。グレーゾーンとくくられている人たちのなかには、専門性をもって評価（査定）すればASと確認される一群が存在するのではないだろうか。ASをグレーゾーンという用語のままにおくことには臨床上の不利益があると筆者は考えている。

1. 自閉症・発達障害に対するスティグマ

グレーゾーンは黒と白のどちらでもないことを意味し、その場合の黒は自閉症・発達障害である。日本語で黒は「犯罪容疑者が犯罪の事実ありと判定されること（広辞苑）」であり、黒星とは負けを意味する。自閉症を「黒」とする説明を迷いなく行ってしまふ支援者の姿勢は、スティグマの解消に寄与しない。

2. 評価（査定）の曖昧さが許されてしまう危険性がある

グレーゾーンという表現の使用を支援者が自らに許してしまうことで、評価（査定）が「発達障害っぽい、でもどの領域に偏りがあるのかまではわからない」という曖昧な段階に留まってしまう危険性がある。このような漠然とした判別だけでは具体的で有効な支援は行えない。

3. 支援の開始を遅らせる危険性がある

グレーゾーンとくくってしまうことで、支援者も保護者も支援開始に踏み切れなくなり、プランなしの様子見がなされてしまう危険性がある。その子ども・おとなは何かの困難があつて臨床家の前に登場している。ASDに相当するか否かの判断は保留するとしても、AS特性があると判断されたならばその発達特性を強みとして活用するような具体的な工夫を提案していきたい。

4. 「どちらでもないもの」という位置付けは自己理解を困難にする危険性がある

グレーゾーン（どちらでもないもの）という説明は、本人たちが自分を理解することの助けになりにくいだろう。また、もし、黒=ASと認識したなら彼らがめざすべき先は白=定型発達ということになり、努力しても白にはならない自分を肯定的に受け止めることが困難になる危険性がある。

VI. おわりに

発達特性の評価（特に Wing の AS）という

視点は、私たち精神科医の人間理解に新しい視点をもたらしてくれたと筆者は考えている。他の人たちにはどうということもない出来事に目の前の子どもや青年が大きな苦痛を感じていることを理解したり、その人になじみやすい問題解決の道筋を提案したり、その人らしい選択を安心して見守ることなどに、発達特性の評価（査定）は役立つ。ただし、ASと評価（査定）するだけで目の前にいる人が理解できたわけではない。特に思春期以降では「なぜこの発達特性が、この言動の形をとったのか」を丁寧にたどる作業が重要となる。その人の生活歴（失敗体験や成功体験）、自分なりの処世術（習得した技術）、受けた教育、知的水準や学力、元々の性質、家風など所属する文化、並存する精神科的状况（不安の高さ等）など多くの要因によって一人ひとり異なる形でその特性は表現される。ASというせつかくの人間理解の新しい視点を、単なる類型化に貶めることなく、臨床家として有効に活用していくことを提案して本稿を終える。

COI 開示

本稿に関して、開示すべき利益相反は存在しない。

文 献

- APA (2013): *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*. Washington DC, American Psychiatric Publishing.
- 本田秀夫 (2012): 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. *精神科治療学*, 27, 565-570.
- 文部科学省 (2012): 障がいのある学生の修学支援に関する検討会報告（第一次まとめ）について. 平成24年12月25日. http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/24/12/1329295.htm, (参照2016年12月8日).
- 杉山登志郎 (2009): アスペ A 型. 杉山登志郎, 小倉正義, 岡南 (著): *ギフトッド 天才の育て方* (pp.27-40). 東京, 学研プラス.

- 吉田友子 (2005) : あなたがあなたであるために 自分らしく生きるためのアスペルガー症候群ガイド. 東京, 中央法規. (英米版 : Yoshida Y (2006): *How to be Yourself in a World That's Different: An Asperger Syndrome Study Guide for Adolescents*. London, Jessica Kingsley Publishers Ltd.)
- 吉田友子 (2011) : 自閉症・アスペルガー症候群「自分のこと」のおしえ方—診断説明・告知マニュアル—. 東京, 学研教育出版.
- Wing L (1996): *The Autistic Spectrum*. London, Constable & Company Ltd.
- Wing L, Gould J & Gillberg C (2011): Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV?. *Res Dev Disabil*, **32**, 768-773.