

ライフステージに応じた自 閉症スペクトラム者に対す る支援のための手引き

平成 19-21 年度厚生労働科学研究費補助金（障害
保健福祉総合研究事業）ライフステージに応じた
広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する
研究（研究代表者：神尾陽子）別冊

国立精神・神経センター精神保健研究所

ライフステージに応じた自閉症スペクトラム者に対する支援のための手引き

<目次>

I.	自閉症スペクトラム（Autism Spectrum Disorders: ASD）とは	1
II.	ライフステージ別の行動の特徴	
1.	乳幼児期	4
2.	児童期	6
3.	青年期・成人期：男性	8
4.	青年期・成人期：女性	10
III.	ライフステージに応じた ASD 者に対する支援のあり方	
1.	ライフステージに応じた支援が目指すもの	13
2.	長期予後の現状、ライフステージに応じた要因との関係： 成人後の良好な社会参加の実現に向けて～全国調査の結果から～	15
3.	診断前支援：子どもと同時に親のニーズを知る	19
4.	幼児期の診断から療育へ 子どもの興味を伸ばす	21
5.	学童期における支援	22
6.	青年期・成人期における支援	24
7.	世代間伝達：個から家族へ －ASD 女性の出産と育児：子育てをしながら繋がる	26
8.	医療機関の役割	30

I. 自閉症スペクトラム (Autism Spectrum Disorders: ASD) とは

<自閉症について>

典型的な自閉症は、(1)対人関係の障害、(2)コミュニケーションの障害、(3)パターン化した興味や活動、の3つの特徴をもつ遺伝的要因の強い脳の発達障害です。

<自閉症の捉え方の広がり>

長い間、自閉症はかなり稀な重い障害だと考えられてきました。実際、自閉症の大半の方は知的障害も伴い、日常生活の広い範囲で支援が生涯にわたって必要となります。この20年あまりの間に、知的障害を持たない、あるいは比較的軽い人々のなかに、自閉症症状を持ち、そのために社会生活がうまくいかない人々がいることがわかってきました。これらの人々は、自閉症の枠組みの中で福祉や教育の支援を受けることができず、パーソナリティの異常や精神病とみなされ、誤った医療を受けていたケースも少なくありませんでした。そのため、「アスペルガー症候群」、あるいは「非定型自閉症」、「特定不能の広汎性発達障害」といった医学的診断名が新しくでき、その結果、専門家の間での気づきは高まりました。今では、福祉、教育、保健医療と広い領域で、発達障害者支援と位置付けられて取り組みが始まろうとしています。このように高機能の人々、または自閉症症状が比較的軽いあるいは少ない人たちまで含めて、自閉症特性のために共通の困難を持つ人々を捉える枠組みとして、自閉症スペクトラム(障害)という呼び方が一般的となってきました。(本研究班では、報告書の中では今日の医学的診断基準に従いPDDという用語を使っていますが、実態に即した理解という点でこの手引きではASDという用語に統一しています)

<ASDの頻度や性差>

典型的な自閉症は約 500 人に 1 人の割合で発症することが知られています。自閉症スペクトラムとしてとらえると、約 100 人に 1 人いることが知られています。性別では男性に多く、女性の約 4 倍の発生頻度です。また、自閉症者の近親者では、発生頻度が約 5-10 倍であることが知られています。

<ASD の原因>

ASD の原因はまだ特定されていませんが、親の育て方が原因と考える古い考え方は否定されています。そのかわり、遺伝要因と環境要因が複雑に相互作用してつくられると考えられています。多くの遺伝子が ASD の「なりやすさ」に関与しており、特定の原因遺伝子は不明、おそらくないのではないかと考えられています。成長過程での環境要因は ASD の人々にみられる個人差を説明するうえで重要ですが、特定の環境要因ではなく多数の環境要因が遺伝要因と複雑な相互作用を生み、その結果、さまざまな症状や発達による変化が生じるのではないかと考えられています。

<ASD の症状・合併症>

ASD の症状はたいていの場合、生後 2.3 年の間に明らかになります。ただし、幼児期にことばの遅れがない場合は気づかれにくいですが、集団生活に入ると対人関係の不器用さがはっきりすることが特徴です。これまでは就学後あるいは就職に際して、様々な問題が明らかになり、初めて診断を受けることが少なくなかったのですが、幼児期に診断を受けるケースも増えてきました。早い時期から子どもの特徴を理解し、ニーズに合った適切な支援につなげていくことが、子どもの発達や将来の社会生活のためにはとても重要です。

ASD の人々の状態像は、年齢や知的障害の有無、症状の程度などによって、ヴァリエーションが大きいです。幼児期では「名前を呼んでも振り向かない」、「アイコンタクトが少ない」、「きょうだい以外の子どもに関心がない」、「ことばが遅い」などで気づか

れることが多く、「一人遊びが多い」、「指さしをしない」、「人のまねをしない」、「名前を呼んでも振り向かない」、「表情が乏しい」、「落ち着きがない」、「かんしゃくが強い」などもよく見られます。

合併症は、知的障害、てんかん、注意欠陥／多動性障害（AD/HD）、学習障害（LD）、不安障害、気分障害など多様で、さまざまな障害や病気を合併することが少なくなく、また合併すれば社会生活や日常生活はより困難になります。

<ASD の療育・治療>

ASD のある子どもは早期療育を行うと、行動の改善や発達の促進に良い結果をもたらし、さらに家族の子どもに対する理解を深めるよう働きかけることで、支援は長く続き、生活の広い範囲に広がり、その結果、成人後の社会適応と QOL を高めることがわかってきました。療育プログラムの内容について、開発者の理論的立場が異なっており、それぞれに強調する目標、用いる技法が微妙に異なり、その結果、それぞれのプログラムが持つ利点と欠点が違ってきます。現時点では、具体的にどのような内容を持つ療育プログラムがどのような子どもに必要なのかについては、結論を出すだけの証拠が不十分です。身辺自立やコミュニケーションを含む様々な行動に働きかける療育の他、言語の改善を目的とする言語治療、対人行動の改善を目的とするソーシャルスキルトレーニング(Social Skills Training: SST)、また症状によっては医療が役に立つことがあります。

(神尾)

II. ライフステージ別の行動の特徴

1. 乳幼児期

乳幼児期は、発達とともに ASD 特有の行動が徐々に明らかとなる時期です。ASD の子どもたちの発達、領域によって発達に速度に不均衡があるのが特徴です。運動発達、視覚認知、関心の高い領域に対する手続き記憶、エピソード記憶および機械的記憶の発達が相対的によいのに対して、社会的相互交渉、コミュニケーション、および想像力の発達に質的な異常がみられます。また、特定のパターンの行動を繰り返すことや、興味のあることへの没頭と興味のないことへの無視との著しい落差が乳児期から徐々にみられるようになり、幼児期に顕著になります。このような個人内のバランスの悪さは、子どもの全般的な知的水準によらずみられます。ただし、知的障害のないアスペルガー症候群の子どもたちの一部に、歩行開始が遅れる場合や運動が知的水準に見合わないほど不器用である場合があることが知られています。

1-1. 2 歳まで

生まれてから 2 歳までは、歩行が可能となるまでの運動機能の著しい発達と、言葉の獲得、および親に対する愛着の形成がなされる時期です。この時期の ASD の子どもたちの多くは、順調に歩行を開始するのに対して、コミュニケーション能力の発達と愛着の形成が遅れることが多いといわれています。コミュニケーションでは、発語開始が遅れることが多いですが、それだけでなく前言語的コミュニケーションやその他の非言語的コミュニケーションの発達も遅れることが知られています。なかでも、他者の関心の方向を追ったり自分の関心事を他者に示して共有を促したりする「共同注意 (ジョイント・アテンション)」の発達が、定型発達の子どもたちよりも遅れることが指摘されています。他者の視線の行方を追わない、他者が指し示す方向を見ない、何かを指さすこ

とはあっても単なる確認や要求のみで、関心を共有する前叙述的指さしをしない、などが共同注意の異常の指標となります。定型発達ではこれらが1歳の誕生日前後までに出現するのに対して、ASDの子どもたちの多くは1歳代後半から2歳頃になっても出現しにくいのが特徴です。この頃に何となくわが子の発達に異常を感じ始める親が多いようです。この特徴を利用してASDの子どもたちを1歳半から2歳頃に早期発見することが、世界各地で試みられています。

1-2. 2歳から6歳まで

この時期は、ASDの特徴である社会的相互交渉の質的異常、コミュニケーションの質的異常、限局しパターン的な興味と活動が最も顕著となる時期です。典型的な自閉症であれば、この3~4歳で診断可能です。

社会的相互交渉では、他者との共感的な交流が難しく、対人関係を持とうとしない、あるいは多少は対人関係を持ってもその関係を維持しようとしにくいことが特徴です。呼ばれても振り返らない、同年代の子どもたちと一緒にいても関わりを持とうとしないなど、孤立しがちである場合が典型的です。それ以外にも、多少は他者と関わりを持つ場合でも、それが何往復もの対人関係に発展しにくい場合があります。他者からの働きかけに受動的には応じるが、自らはほとんど対人行動をとろうとしないタイプも含まれます。なかには一見積極的に他者に働きかけるタイプすらあります。ただしこの場合、相手の反応にかまわず一方的に自分の関心事を話してしまうなど質的異常があるため、「能動・奇異型」と呼ばれることがあります。

コミュニケーションでは、言語発達の異常だけでなく非言語的コミュニケーションの異常もみられます。言語発達は遅れの見られる場合も少なくありませんが、遅れの有無にかかわらずそれを他者とのコミュニケーションの手段として用いることに質的な異常があります。この時期によくみられる発語の異常にエコラリア（反響言語）があります。相手の話したことをオウム返しする現象で、即時のエコラリア以外にもかなり時間

がたってからみられる遅延のエコラリアがあります。また、「ちょうだい」と「どうぞ」、「ただいま」と「おかえり」のように役割の異なる言葉を逆転あるいは混同して用いることがしばしばみられます。その他、イントネーションや話し方の流暢さに異常のみられる場合もあります。非言語的コミュニケーションでは、表情、視線、身振りなどを適切に用いることがしばしば困難です。

限局しパターン的な興味と活動は、2歳以降に顕著になることが多いようです。知的障害を伴う子どもでは、特定の感覚入力（模様を眺める、音に聞き入る、触る、など）に執着する、自分の身体の一部や特定の物を用いた常同的な運動に没頭する、活動の順序や物の配置などがいつも同じであることに強く固執する、などがよく知られています。高機能例では、文字、数字、キャラクター、商標、天気図など記号的なものに関する興味が高まり、これらに対する機械的記憶が突出して伸びることがしばしばあります。

(本田)

2. 児童期

2-1. 就学前と就学後

一般に就学前までは、身支度など身の回りのことは親御さんがケアしています。また同年代の他児とのかかわりにおいても、親御さんや園の先生などの大人の目の届く範囲で遊ぶことがほとんどで、時には大人がコーディネートした相手と過ごします。困ったことがあっても周囲に大人がいて、比較的速やかに対応してもらえたり、そもそも困らないように援助してもらえます。学習面よりも基本的な生活スキルの方に重点が置かれています。

就学すると徐々に身の回りのことが本人に任されるようになってきます。学習への態

度や成績も求められます。長休みや放課後などの大人の目が十分には届きにくく、やることの不明確な時間帯を過ごす機会も増えてきます。グループで話しあったり、掃除の時間などのように役割分担をして活動することもあります。また小学校中学年頃からは自他の相違などを意識し始める時期でもあります。

2-2. 児童期の ASD

身の回りのことを任される割合が増えるにつれ、忘れ物やなくし物、気の散りやすさやケアレスミスなどの不注意症状が顕在化してくる ASD の子どももいます。知的発達に遅れを伴わない学童期の ASD のうち、50～70%程度に不注意や多動性—衝動性といった注意欠如・多動性障害（ADHD）の特性が併存していることがわかっています。その他、書字の困難さ、読みの困難さ、算数の困難さといった学習面での問題が明らかとなってくることもあります。説明を聞きながら黒板を写すことができないなどから学習面への躓きをきたす子どももいます。

また他者と相互的・発展的に対人関係を展開することの困難さがあるにもかかわらず、大人の介入しない長休みや放課後で同年代の他児との相互的・発展的な交流が求められ、結果として加減できずに他児にかかわったり、他児への暴力などといった対人関係におけるトラブルに発展したりする場合があります。

さらにコミュニケーションを理解したり、表出したりすることに苦手があるため、指示されたことをきちんと理解できず、一方で理解できなかったことを適切に質問するなど援助を求めることが苦手で、結果どうしたらよいのかわからないまま時間を過ごしたり、周囲を見様見真似でついていっている場合もあります。また特に行事前は学校生活はなにかと変更が多くなりがちです。これらの変更をきちんと理解できておらず、見通しがたたないまま不安を抱えて活動に参加している子どもたちもいます。これらの負担は、登校しぶりや起床困難、帰宅後の混乱、頭痛・腹痛等の身体症状、チック症状、強迫症状や食行動の異常、抑うつ・不安状態などの精神症状、こだわりやファンタジー・感覚

過敏の増強などとして現れる場合があります。このような状態が続くと自尊心や自己肯定感の低下にも繋がります。

小学校中学年頃になると子ども達は自他の違いに気付き始めます。これは ASD 児の多くも同様です。「なぜ自分は通級指導教室に行くのか」「なぜ病院にいったり、薬を飲んだりしているのか」「なぜみんなは上手くいくのに自分は上手くいかないのか」など様々です。したがって自己の特性を理解したり、どういったアイデアがあれば上手くやっていけるのかを知る必要がある時期になり、教えていく必要がでてきます。同時に周囲の子ども達も ASD 児本人が他と異なることを認識し、中には排除やいじめを行う子どもがでてくる場合も少なくありません。これらが起こらないように介入することも必要になってきます。

幼児期で ASD が疑われる場合、その主訴は前章のような定型発達の不在や非定型の発達の存在といった ASD の発達特性が前景にでている場合が大半です。しかし児童期になってくると直接 ASD の発達特性が主訴となるより学業の問題、身辺面の問題、他児との関係や行動・行為の問題、他の精神障害や精神症状の出現などが主訴となり、その背景に ASD の発達特性があることに気付かれるという場合が多くなります。したがって表面に現れている問題のみならず、幅広い、包括的な情報と連携が必要となります。児童期は青年期・成人期に続く大切な時期で、自尊心や自己肯定感を育みながら、将来を見据えた援助が求められる時期となります。

(宇野・市川)

3. 青年期・成人期：男性

一般的に、思春期の仲間関係においてはグループ内でのみ共通する価値観が重要であり、グループへの帰属感・一体感が高まり、親密な同性との交流を通して、自己の同一

性を確立してゆきます。一方、ASDをもつ人は他者の興味や意図、暗黙のルールを汲み取ることが不得手であること、自分の興味や関心を他者と共有しようとする志向性が弱いことなどから、クラスの中で浮き上がったり、孤立しやすいようです。仲間集団への適応困難から被害感や不適応感、無力感を抱きやすく、アニメのキャラクターやインターネット上のヒーローなどに万能的に同一化し、1日の多くの時間をパソコンやファンタジーへの没頭に費やすようになることもあります。

また、ASDは遺伝要因が強いことが知られており、親にも同様の発達特性がみられることがあります。こうした場合、家族の中にも同一化の対象を見いだすことができず、社会で活動する成人としての自己イメージを形成しにくい場合があります。

青年期の発達障害ケースが、不安、抑うつなどを主訴として精神科医療機関を受診する場合や、学校・職場への不適応、家庭内暴力や近隣への迷惑行為、社会的ひきこもりなどによって事例化することがあります。ひきこもり始める年齢は18～20歳前後がピークであることがわかっています。この時期に直面する生活上の課題は、高校卒業に伴う進路選択、大学で初年度のカリキュラムを組む、専門課程に入ってゼミのメンバーや指導教官との濃密な人間関係に直面する、研究計画を立て、卒論制作に取りかかる、大卒後の進路について考え始める、あるいは、就職活動が始める、職場への適応を求められる、独り暮らしを始める、などです。社会性やコミュニケーションの問題、想像力の乏しさのために、こうした課題を乗り越えられなかったことがひきこもりの契機となることが多いようです。

高機能ASDを背景とするひきこもりケースの認知的・心理的特性、あるいは、ひきこもりが長期化しやすいメカニズムとして、以下のような点を指摘しておきたいと思えます。まず、他者の意図や会話を理解すること、あるいは状況や文脈の読みが苦手なために、漠然とした違和感や被害感、不適応感を抱きやすく、社会恐怖が生じやすいようです。不適応のエピソードは、過去の体験とパターン的に関連させて独特の意味付け・解釈されていることが多いです。また、今後のことを具体的に想像することの苦手さや

実行機能の問題、過去の成功や不快な体験に固執し、現在の生活パターンを変えることや、新しい体験、予期せぬ事態に直面することへの抵抗感が強いことも関連して、漫然とした日常生活が長期化しやすいようです。

この他、現実回避のための防衛的なメカニズムを背景として自己愛的・万能的なファンタジーへの没入が生じる結果、外的な現実や他者への意識、現実検討がさらに減衰しているケース、おもに感覚過敏のために不登校となり、その後も苦痛な刺激への対応策を見出すことができないまま、社会的な場面を回避しているケース、生来的な過敏さやこだわりの強さに、自意識の高まりや自立と分離をめぐる葛藤などの思春期心性が加わることによって、自己臭恐怖や醜貌恐怖、巻き込み型の強迫症状が形成されていると捉えられるケースもあります。協調運動障害や不器用さ、緘黙ないしは極端な言語表出の苦手さなど、運動・表出系の困難をもつ場合にも、周囲とのコミュニケーションが成立しにくい、一定の作業能力を発揮できないなどの問題が生じやすく、学校や職場での不適應からひきこもりにつながる場合があります。

(近藤)

4. 青年期・成人期：女性

4-1. 他者とのコミュニケーション

女性の ASD の方の場合（高機能といわれる方では特に）、比較的若い年代から語彙や言葉の流暢性にはほとんど問題がなく、成人以降、言語的コミュニケーションには一見全く問題はないと他者からは捉えられることが多いと思います。

ただし、実際には、コミュニケーションそのものにストレスを感じたり、複数の他者と同席してのやりとりなどでは、「話のタイミングがわからない」「何を話したらいいかわからない」など、ストレスを強く感じている場合が少なくありません。いわゆる「ガールズ

トーク」や「井戸端会議」のような一般に女性が好むようなおしゃべりを苦手と感じるので、仲間集団や地域のコミュニティにも加わりにくいこともあります。

さらに、表情や態度による表現では、相手と目を合わせることや笑顔で対峙することもできるのですが、葛藤や不安といった心の中の動きを表すことは大変苦手であるために、ともすると、周囲からはその人がストレスを感じているとは全くわからなかったり、逆に、「悲しむ時なのに笑っている、へんな人」と思われてしまったりするかもしれません。成人の ASD 女性は、一見してわかりにくいコミュニケーションの困難を抱えています。

4-2. 感覚過敏・不器用

多くの ASD の方は、幼小児期に音、光や色、触覚、味覚、温度や湿度などに独特で過剰な敏感さを有していますが、これらの感覚過敏は成人期までに軽減する場合もあれば、かなりしっかりと継続している場合もあります。

感覚過敏は、成人になっても生活のしにくさと直結することが多く、生活上のノイズを消すためにイヤホンつき再生機の携帯が必須であったり、サングラスの着用、気温の変化に応じた服装の選択など、感覚過敏に対処しながら生活するための工夫を要します。幼小児期と同様に、対処されないと非常なストレスとなって、苦しむものですが、周囲の人や生活を共にする家族にとってはその苦痛を理解しにくかったり、過小評価されることも多いので、ASD の人にとってはストレスが日々重なっていくこととなります。

また、髪や肌を直接接触される感触が苦手なため美容院に行かれない、化粧品が直接肌に触れる感覚が苦手なために化粧ができない、リボン結びができないなどの問題は、成人女性として通常求められる社会的状況への関わりも、時に困難とする要素を含んでいます。

4-3. 細部へのこだわり・大局的にものごとをみられないこと

小さい子どもの頃には、細かいことや専門的な事柄に知識が豊富であることは、時に「物知り」や知的機能の高さとして相応の評価を得られることがありますが、大人に近づくに

従い、物事を全般的に見渡したり、総合的に判断する力を求められます。特に女性には、組織の中や家庭内における協調性のバランスをとるような役割を求められることが比較的多いのですが、このこと自体が、ASDの人にとっては苦手である可能性があります。その場合、役割を明確にできると（例えば、家事の中でも得意な掃除と洗濯を担う、職場では〇〇係を担うなど）、その中で活動しやすくなるかもしれません。苦手なことにばかり目を向けず、得意なことを生かす役割を考えましょう。

4-4. 感情のコントロール

衝動的に湧き出るような感情が出てくる場合があります。きっかけは些細なことでも、本人の独特のバランスが崩されたように感じる場合や、うまく表現されない内的葛藤がたまりこんだ挙句の爆発的表出である場合など、その意味は様々ながら本人にとっては重要な理由を含んでいることが多いです。幼少期の‘パニック’に準ずる症状であると考えられますが、成人になると本人がその状態の悲惨さを自覚するために、ある程度我慢の末であれ、「またやってしまった」「私はダメだ」と自己評価を低めることもしばしばです。周囲から見ると些細な出来事でも、「ダメ」＝「死んだ方がいい」と、極端な結論に直結しやすい傾向もあります。

余りに感情の調整がつきにくい場合には、興奮や不安を抑えたり、抑うつを改善するために、薬物療法を受けることも一考です。

(笠原)

III. ライフステージに応じた ASD 者に対する支援のあり方

1. ライフステージに応じた支援が目指すもの

ASD の人々に対する支援は、早期に始まり、ライフステージに応じて変えながらも、途切れることなく続くのが最も望ましいのです。ライフステージに応じて変わる、というのは、年齢とともに ASD 症状の現れ方が変わりますから、それにつれて、支援のニーズが変わる必要があるからです。2 歳の早期診断時にはこだわりがはっきりしていなかったけれども、年齢とともに顕著になるケースもあります。逆に幼児期にはことばの遅れがあったけれども、療育や言語治療によって、あるいは特に何もしなくても、言葉発達がのびてきて、文章を話したり、読み書きはできるようになるケースもあります。

ASD だから、これこれのような発達的变化が起きる、といちがいに言えない個人差もまたあります。早期療育によって ASD 症状の著しい軽減が生じるケースもあります。あるいは ASD 症状は軽減したかわりに、ADHD 症状やチック症状などが顕著になるようなケースもあります。また年齢とともに不安が強くなり、新しい場面を避けるようになって不登校になるケースもあります。あるいは集団生活になじむよう負担の大きすぎる生活を強いられた場合、怒りや恨みが積り、反社会的な行為を望み実行するケースもあります。このようにライフステージを通して、ASD 症状の増減だけでなく、生活全般に及ぶ行動に目配りをすると、状態像の変化は一様でなく、個人間で大きな幅があることがわかります。

ASD の人々は ASD 固有の症状のためだけに困っているわけではありません。長い発達過程のなかで ASD 症状はさまざまな精神活動や行動と影響しあって、また周囲の人々とも影響しあって、複雑な症状や行動パターンを形成していくのです。長い発達過程の間には、これらが重なり合ってパーソナリティとして渾然一体となっているように見えるケースも少なくありません。こうした観点からも、ASD の人々に対する支援で

は、それぞれのライフステージ毎のニーズをていねいに見直して、最も優先されるべきニーズを中心とした支援を組み立てる必要がでてくるのです。

こうしたことから、ASDの人々への支援は、ライフステージの早い時期から始め、各ライフステージにおけるニーズに応じて柔軟に合わせながら、すべてのライフステージを通じて一貫性を持って行う、という姿勢を基本として強調することにしました。私たち臨床研究に携わる児童精神科医、臨床心理士など多職種による研究班は、平成19年度から平成21年度の3年間にわたって厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）の助成を得て、「ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究」に取り組みました。本プロジェクトでは、限られた時間内でこうした問題解決への手がかりとなるエビデンスを提供することを目的として、後ろ向き質問紙を用いた全国調査と、分担研究者の独自の臨床フィールドにおける後ろ向き研究、または前向き介入研究と、様々なアプローチを用いて、就学前幼児から、学童、青年、そして成人、さらに周産期の母親と、ライフステージをほぼカバーする年齢帯の人々を対象として研究を行いました。その結果、今後のさらなる検討は必要ですが、いくつか重要なことがわかってきました（詳しくは研究報告書をご参照ください）。重要な結果の一つは、早期診断がなされることのメリットと、なされないことのデメリットが明らかになったことです。そして専門家の視点は、ASD症状だけに向けるのではなく、不安や恐怖などの情動面、注意の切り替え、感覚過敏など、幅広い精神面、行動面をきちんと評価することが大切なのです。そうした評価にもとづいて各人のニーズがわかってはじめて、さまざまな支援や治療の選択肢の中から最適と考えられ、本人や家族が望むものとともに選ぶことが可能になるはずです。

すべてのライフステージにおけるASDの人々に対する支援は、このような視点に立って積み重ねていくと、最終的には生活の質(quality of life: QOL)の向上、それも成人になった将来のQOLの向上に繋がっていくのではないのでしょうか。

(神尾)

2. 長期予後の現状、ライフステージに応じた要因との関係：成人後の良好な社会参加の実現に向けて～全国調査の結果から～

私たちの研究班では、成人した ASD の方々がどのような生活を営んでいて、過去から現在までのどういった要因が、良好な社会生活につながるのかを調べるために、アンケート調査を行いました。アンケートは 2009（平成 21）年の初めに行われ、全国各地の発達障害者支援センター、精神保健福祉センター、全国自閉症者施設協議会の会員施設の一部から、計 75 施設の協力を得て行い、581 人の ASD の方について、有効回答をいただきました。

さて、一口に良好な社会生活と言っても、いろいろな側面があると思います。これまで国内外で行われた調査研究では、フルタイム雇用、一人暮らし、友人関係の広がりといった、独立した社会生活を念頭に、適応の良・不良が考えられてきました。そのため、多くの ASD の方の場合、厳しい状態であるという結果が示され、明るい将来像を見通すためには、幼児期の知的および言語発達が重要であると考えられてきました。

しかし、居住型施設で安定して軽作業をこなしている方と、会社で対人関係の不得手さから再三トラブルを招いたり、十分に評価されない場合では、どちらが良く社会に適応していると言えるのでしょうか？考え方はさまざまあるでしょうが、ASD の方々にとっては、「本人なりに持てる能力を発揮できているか」といった、社会参加という視点もとても重要だと思います。そして、どうしたら良好な社会参加を導くことができるか、検討する必要があるでしょう。

そこで私たちはアンケートの中で、養育者の方（多くの場合は母親、施設入所者の場合は施設職員の方）に、それぞれの ASD の方の社会参加について「現在の生活を、全

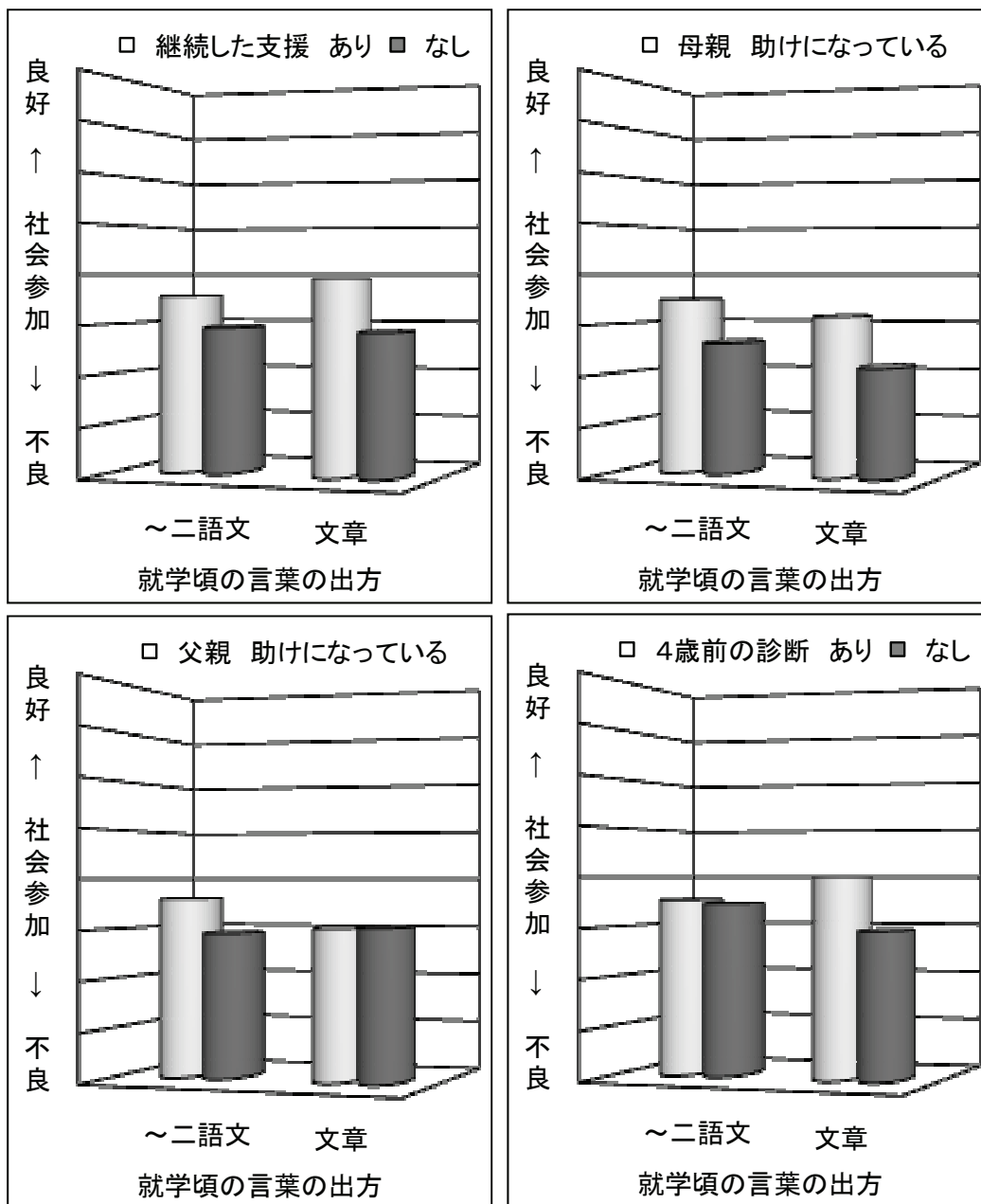
体としてみたとき、職場や学校などの家庭外で、どの程度うまく参加して暮らしている、と思いますか」と尋ねました。この質問に対し、どのような状態を「社会参加がうまくいっている」と考えるかは、それぞれの方が置かれている状況によって違うと思います。しかし私たちの研究班では、感じ方を含めて答えてもらうことに意味があると考えました。

	就学頃の言葉の出方					
			～二語文		文章	
			人数	%	人数	%
かなりうまくいっている	8	2.0	2	0.8	6	4.6
うまくいっている	48	11.9	33	13.4	11	8.5
普通	179	44.2	131	53.3	40	30.8
あまりうまくいっていない	130	32.1	56	22.8	57	43.8
まったくうまくいっていない	40	9.9	24	9.8	16	12.3
合計	405		246		130	

結果は上の表のようになり、「普通」「あまりうまくいっていない」という人が多く、うまくいっている人は1割強でした。これまでの研究で、就学頃の言葉の出方が重要であると言われているので、それで分けて検討したところ（情報が無い人がいるため、内訳と合計が一致しないことがあり、そのため割合は有効%を示しています）、就学頃に二語文程度またはそれ以下であった人たちは、同じ頃に文章を話していた人たちと比べて、社会参加の評価が相対的に良好で、統計的に意味のある差がありました。

続いて、どんな要因が良好な社会参加に関係するのか、いくつか調べてみました。以下に、関係がありそうだったものを紹介します。

ASD 成人の良好な社会参加と関係がありそうな要因は、就学前から中学校時代まで何らかの支援が継続して行われていたこと、そして、母親が助けになっていること、の2つでした。さらに、就学頃の言葉の出方によって2群に分けた場合、就学頃に二語文程度またはそれ以下であった人たちでは、父親が助けになっている場合、社会参加が良好でした。一方、就学頃に文章を話していた人たちでは、4歳前に発達に関する何らかの診断を受けていた場合、社会参加が良好でした。



このように、いくつかの要因が良好な社会参加に関係していそうでしたが、もちろん、そうした要因は複雑に絡み合っているので、どれかひとつでうまく説明できるような、単純なものではありません。そうした絡み合いを考慮して分析したところ、残念ながら、はっきりした因果関係はほとんど何も示されませんでした。私たちの調査で調べた内容や、協力してもらった人の数が十分でなかった可能性もありますので、今後さらに詳しい調査が必要です。

とはいえ、今回の調査からは、今後の ASD の方々の支援を考えていく上で、とても重要な発見があったと思います。まず、成人後の社会参加は、幼児期の言語発達と関係ないか、もっと言えば、言語発達が良好でも、それだけでは充実した社会参加が保障されないことがわかりました。発達障害者支援法で謳われるように、社会全体でサポート体制を整備・強化する必要があるでしょう。

そして支援を継続することの重要性が示唆されました。ライフステージに応じた支援を継続的に提供することで、本人や周囲の理解が促進されるばかりでなく、生活環境も整備され、それぞれに合った相応しい社会参加を実現できるのかもしれませんが、ASD 児を支援する際には、目の前の課題に焦点を当てるばかりでなく、成人後を視野に入れ、継続して行う必要があります。

就学頃に十分な言葉がない人たちでは、母親だけでなく父親の支援が、より一層重要のようです。ASD 児を育てるには、多くの場合、相応の育児困難を伴うと想定されます。体力を必要とするような実際的な支援ももちろんですが、母親に対する心理的なサポートの上でも、父親の協力はとても重要でしょう。父親の育児協力が子どもの精神的な安定をもたらし、ひいては良好な社会参加につながるのかもしれません。

就学頃に文章を読む、いわゆる高機能 ASD と考えられる人たちでは、早期診断が重要である可能性が示されました。今回のアンケートの対象である人たちが幼児である 15 年以上も前は、現在と比べ、高機能 ASD に対する理解はかなり乏しかったと思われます。よって、4 歳前に発達に関する何らかの診断を受けていた人たちは、見逃されていた人たちと比べ、いくらか幼児期に症状が明確だった可能性があります。それにも関わらず、彼らの成人後の社会参加が相対的に良好であるという結果は、早期介入の意義を示唆するものです。

<まとめ>

全国調査をもとに、社会参加からみた ASD 成人の状態と、それに関連する要因を検討しました。結果の解釈には十分に注意していただく必要がありますが、早期介入、父親の育児協力、支援を継続することの重要性などが示唆されたことは、今後の ASD 支援の道標となるでしょう。なお、文章の平易のため、調査内容および分析結果については大幅に簡略化して記載しています。詳しい内容は、精神科治療学 24 巻 10 号に掲載されていますので、関心のある方は、ぜひそちらをご参照ください。

(小山・神尾・稲田)

3. 診断前支援：子どもと同時に親のニーズを知る

3-1. 診断前から支援することの大切さ

親御さんが診断前から気づいているのは、子どもとうまく遊べないこと、心の通じあう感じが少ないこと、子どもがどうしてそんな行動をするのかわからないことなどです。でも「診断（障害告知）」に向きあうには大きな覚悟が必要です。診断前支援とは

親の子育てニーズに焦点を当てて親子関係を安定させることです。このことは「診断」が有用なスタートとなるためにも必要です。

3-2. 子育て支援・親支援がすべての始まり

子育て支援・親支援の視点から診断前支援を充実させるには、親御さんと一緒に子どものことをよく理解してくれる人が身近にいることが大切です。保健師さん、幼稚園・保育園の先生、子育て支援センターのスタッフなどです。「障害の有無」ではなく、子どものよさも気になることも丸ごと受けとめて、子どものよりよい育ちを願う視点で親御さんと一緒に子育てを考えていける人が地域に必要です。乳幼児健診でも発達の遅れや偏りを発見して療育につなぐのではなく、親支援が子育て環境の安定につながるという視点で、地域の支援資源を幅広く活用していくことが大切です。

3-3. 支援をつなぐ「地域連携」

乳幼児健診や子育てに関わるその他の場所で把握された発達支援の必要性が具体的な支援につながるためには、親御さんの納得が大切です。そしてわが子の発達支援の必要性に対する受けとめは親御さんによって幅広いので、さまざまな支援の受け皿が地域に必要です。療育機関や医療機関、子ども発達支援センターや児童デイサービスだけでなく、親御さんの状況に応じて子育て支援センターや子育てサロン、NPO や幼稚園・保育園の子育て支援活動、などが考えられます。ここで重要なのが、地域の支援機関の役割分担を各機関が相互に把握していることです。また、その子どもに関する情報連携の様式も共通のものであることが望ましいです。

3-4. 診断前支援はすべてのライフステージにある

子どもの適応困難がいつ顕著になってくるかはさまざまです。就学直後の場合もあれば、高校生になってからという場合もあります。診断前支援の必要性はすべてのライフステージにあります。しかし診断前支援の視点は同じで、「障害の有無」ではなく親の子育てニーズあるいは本人の自立ニーズに焦点を当てた対応が求められます。当該ライフステージでの親子関係のあり方を考慮して支援の方向性を考えていくことが大切です。

す。

3-5. 地域で具体的に展開していくためには・・・

診断前支援を地域で展開していくためには、親御さんと支援者をつなぐ情報連携ツールが子育て支援の地域支援システムという枠組みで活用される状況が求められます。例えば、「相談支援ファイル」（親が所持し関係機関の情報連携に役立つファイル）を子育て支援の枠組みで、障害の有無にかかわらず活用していけるような体制を作り上げ、親子の育ちを支える小さな点を地域に増やして相互連携を進めていくことが考えられます。

(安達)

4. 幼児期の診断から療育へ 子どもの興味を伸ばす

早期発見の意義と実際

近年、ASD の子どもたちを幼児期の早い段階で診断し、専門的な早期介入に導入することの重要性が強調されています。

誤解してはならないのは、介入の開始時期が早くなったからといって、将来自閉症の症状が消失しやすくなるわけではないことです。それでもなお早期介入が有効と考えられるのには、いくつかの理由があります。ひとつには、ASD の子どもたちは、一般の子どもたちにとってはよいと考えられている接し方や育て方ではうまくいかないことがあるからです。それどころかむしろ、周囲が本人のためを思ってやっていることがかえって本人の心に侵襲的であることすらあるのです。少しでも早い時期から ASD の特性に合わせた育児が開始されれば、子どもが人生の早い時期に不必要な心的侵襲を受けずにすみ、子どもが潜在的に持っている力を引き出しやすくなると考えられます。

もうひとつの理由は、介入を早期から始める方が親の心理教育的支援の効果を上げや

すいことです。他の子どもとわが子を比べて気に病むことや、自分の育て方に自信を持たずにいることが長く続くことによって、親は慢性的なストレスにさらされます。介入開始の時期が早くなることにより、そのような状態をより早く抜け出し、見通しと意欲をもって育児に当たることができるような支援が可能となります。

わが国は、乳幼児健康診査（以下、健診）が高い普及率で実施されているため、これを拠点とした ASD の早期発見が可能です。典型的な自閉症では 1 歳半健診を有効に活用できます。アスペルガー症候群などの非定型群では、3 歳児健診も併せて活用することによって発見の精度を高めることができます。

一般に、疾患や障害の早期発見や早期診断には、早ければ早いほど確実さが低下し、確実を期すると遅くなるという二律背反の問題があります。また、ASD の早期発見は、親がわが子に障害があるかもしれないと考えるようになる前にスクリーニングの専門家が発見するため、親のメンタルヘルスへの十分な配慮が必要です。これらの理由から、地域の乳幼児健診を活用した ASD の早期発見を行う場合には、障害の有無に狭く限定するのではなく、親の育児不安やストレス、不適切な育児の早期発見なども合わせた「育児支援」という広い枠組みで健診を行うことが重要です。育児支援ニーズを広くスクリーニングし、後から時間をかけてフォローアップを行い、問題点を絞り込んで次の支援サービスにつないでいきます（「抽出・絞り込み法」によるスクリーニング）。

（本田）

5. 学童期における支援

学童期の子どもを取り巻く環境は学校生活が中心になると思いますが、就学前の支援状況との違いにとまどいや違和感をおぼえ、本人や家族が困難を感じることもあるでし

よう。ライフステージを展望した ASD 支援では、環境の違いにかかわらず、本人の特性や家族の思いに応じた一貫した支援スタイルが大切です。ですから、就学前の支援でうまくいったことを学童期でも活用できるよう、就学前の支援機関と学校機関の連携がカギとなります。学童期の支援におけるポイントを以下の 4 点に簡単にまとめてみました。

①ケース会議の重要性

ケース会議は、対象児に関わる教員や支援員だけではなく、保護者はもちろん、他の専門家（医師、心理士、作業療法士など）も参加して行うことが効果的です。その際、お互いの立場を尊重しつつ、意見交換することが重要です。特に自分の専門分野の言葉や常識は、他のケース会議参加者に通用しないこともあるので注意が必要です。会議では、互いの専門は違っても、一人の子どもに対し参加者全員が共通理解をし、支援手段を考えていくことを目標とします。

②成功体験の重要性

ASD をもつ青年期の人々の QOL に、学童期の成功体験は大きく影響します。つまり、学校などでうまくできたこと、ほめられたこと、達成の満足感を得られたことなどは、その場だけでなく、その後のライフステージをサポートする重要な要因となるのです。支援者はまず、子どもの得意なものや好きなものを把握します。そして、子どもを成功体験に導けるように環境を設定・調整していきます。成功の大小はあまり関係ありません。小さな成功も毎日の蓄積で大きな効果を生み出します。何よりも大切なことは、子ども本人が「成功した」ことを自己認知できるようになることです。

③環境的支援と個人の適応スキル

ASD の支援にとって環境的支援、つまり本人のまわりからの支援は不可欠なものです。物的環境や人的環境をアセスメントし、本人の特性にあわせて調整していきます。ところが学童期から青年期にかけて、進級、進学、就労など、本人を取り巻く環境は頻繁に変化していきます。ですから、学童期では本人の適応スキル獲得も非常に重要とな

ります。多くの場合、一度学習した適応スキルは年齢に応じて形を変えることはあっても、根本的なところは変わらないまま使っていけます。このようなスキルは、支援者が一方的に与えるものではなく、本人と一緒に発見しながら学習していくと、将来的にひとりですべて使えるスキルとして定着していくでしょう。

④支援の目標設定、実践、その評価

学齢期では、教科の授業計画や評価をはじめ、多くの場面で計画的に教育や支援がされます。ASDの支援において重要なことは、目標設定と本人が行ったことに対する評価を、出来る限り具体的・客観的にしていくことです。主観的な、またあいまいな表現を用いることは、連携して支援する場合混乱を招きますし、保護者にも不透明な支援となります。また、子どもの状態は、「出来ること・得意なもの」と「苦手なもの・嫌いなもの」に分けてまとめていくとよいでしょう。その際、必ず得意なものを先にまとめるのがポイントです。成功体験のない学習は持続することが難しいので、支援対象は、子どもが得意なもの、少しがんばれば出来るものを優先的に設定するとよいでしょう。

(萩原)

6. 青年期・成人期における支援

面接を実施する際には、開始の手続きや構造を工夫する必要があります。たとえば、睡眠障害を伴う場合や日課にこだわりのある人もおり、面接の時間帯については慎重に設定する必要があります。未体験の事柄に対する不安が強い場合には、来談するための交通手段や面接を予約・キャンセルする場合の方法などを事前に確認しておくといつかもしれません。また、聴覚、視覚、臭覚などの過敏さをもつ人に対しては、面接室の音、壁紙や装飾、塗料の臭いなどにも注意を払う必要があります。

本人との面接において留意すべきこととして、以下のような点を指摘しておきたいと
思います。

- ① 具体的で簡潔な言葉遣いなど、クライアントが理解しやすい話し方を工夫すること。
断定的な説明を好む人もいる。とくに治療・支援の初期においては、曖昧な表現や
微笑など、援助者の言動が誤解を生む場合があるので、注意を要する。
- ② クライアントが取り組みやすい話題や交流様式を積極的に活用すること。その人の
興味や関心に合わせた話題の選択、描画やアクティビティを取り入れた作業療法的
な面接、ノートやメールなどの視覚的なツールを活用した交流などが有効かもしれ
ない。
- ③ 中立性にこだわり過ぎず、穏やかでプレイフルな雰囲気を心がけること。ただし、
想像力が弱い、被害感が強いなどの傾向をもつ人に対しては、余計な冗談や社交辞
令などは控えた方がよいかもしれない。
- ④ 本人の発達特性やこれまで経験した出来事の文脈や状況、他者の反応の意味などを
わかりやすく説明するような心理教育的なアプローチは、多くのケースで有効であ
る。知能検査に基づいた認知特性の説明も可能な限り行ったほうがよい。
- ⑤ 治療者・援助者の考えや感情を積極的に伝えること、クライアントと治療者・援助
者との捉え方や感じ方の違いを明確にすることなどを通して、クライアントが他者
の心を意識できるようにはたらきかけること（メンタライジングなアプローチ）。

この他、本人が日常生活場面の不適応について悩んでいる場合などは、早い時期から
社会技能訓練に導入することで成果がみられるケースがあります。緘黙状態ないしは著
しい言語表現の問題などのために、言語を中心とした面接が困難と思われる場合には、
ゲームや軽いスポーツなどのアクティビティを活用した相談・面接を工夫する必要があ
ります。また、構造のはっきりした面接場面を構成する必要がある場合には、敢えて導
入期に知能検査や心理検査を実施することもあります。こうした支援を通して、対人関
係上の違和感や被害感、不快感を軽減させること、現在の生活パターンへの固執（同一

性保持の傾向)を緩めること、新しい取り組みへの意欲を育むことが目標となります。

個人面接と同様、青年期・成人期の発達障害ケースに対して、これまでもさまざまなグループ支援が実践されています。慎重に構造化した心理療法的環境の下では、他者と上手くコミュニケーションすることのメリットや心地よい会話を体験することができ、孤立しやすい人たちにとっては、所属感を体験できる数少ない場となります。他者の意図や感情に配慮する姿勢や身に付けること、対人関係場面で余裕をもてるようになること、自尊心や自己効力感の回復といった点においても、一定の効果があると思われます。一般の就労だけでなく、個々に応じた支援目標を立てることが重要です。近年、精神障害者保健福祉手帳を取得して、一般事業所の障害者枠や福祉的就労を活用する人も増えているようです。

(近藤)

7. 世代間伝達：個から家族へーASD 女性の出産と育児：子育てをしながら繋がる

7-1. 結婚

成人期に達した女性が、生涯の伴侶を得て生活していくことは、自立という発達をとげる意味からも大切な人生の営みです。発達障害という要素を抱える人にとっても、結婚する機会を持つことができるのは、本来当たり前のことです。しかし、ASDの人にとっては、他者とある程度以上の親密さを保って関わり続けるという側面においては、大変な困難も含んでいます。コミュニケーションの苦手さのみならず、睡眠や食事といった基本的な生活習慣の様式やリズム、感覚の問題、自分と相手にとって重要な（あるいはこだわる）ポイントのずれなど、もともとストレスを感じやすい点が生活上にあふれています。パートナーがASD傾向を持たない場合も、多少持っている場合も、「相手に合わせる」ことは、大変な苦勞を伴います。身体的接触の問題については、特に夫婦間で理解し合う必要がある

ので、パートナーも ASD 女性を支援する専門家から話を聞いて、生活上の工夫を講じるためにも、ASD の人の特性について知識を持つとよいでしょう。

7-2. 妊娠・出産

他者との身体接触に困難が大きければ、夫婦関係がもてない場合もあります。関係の持ち方や性交の仕方などを女性がわからない場合、男性に教わったりリードされて行為を営むことも一つの方法です。この時に注意したいことは、少なくとも ASD 女性の意思に反するような夫婦関係や、男性からの威圧的あるいは強引な性交であってはならないということです。

また、年齢やその他様々な要因で、不妊ということもあることを知る必要があるかもしれません。万一、「妊娠しなければならない」とこだわってしまうと、ASD 女性にとっては大変辛い場合も想定されます。

妊娠すると、女性は心身ともに様々な変化を受け入れていかななくてはなりません。腹部の膨らみのみならず、体温、血圧、脈拍など普段であれば意識することなく過ごす身体感覚も、こだわってしまうと大変気になるでしょうし、初期にはつわり、徐々にむくみや体重増加など、実際に不快な身体状況になりえるので、その苦痛や違和感を受け入れていくことも ASD 女性にとっての大きなストレスになるかもしれません。

妊娠後期になれば、精神的には一般に比較的落ち着いてくる一方で、「これからどんなお産になるのだろう」という不安も抱く時期です。通常のお産であっても不安は尽きないものですが、切迫早産や緊急帝王切開などの状況に精神的に対応できず、不安が増すことも予測されます。重要なことは、その後の育児にも影響を与えるお産を、できるだけ安全に行うことであり、産婦自身が具体的に理解できるように、産前からある程度の現実的な教育的アプローチがあることが望ましいと思われます。

7-3. 育児

ASD 女性が母親になった場合にみられる育児困難

育児は画一的なものではありません。子どもの月齢、年代に応じて、日々変化していくものであり、さらに、個々の子どもの特性によっても、臨機応変の対応が必要です。例えば食事一つをとっても、少食の子どもを育てる時には、子どもの好物を毎日用意することも必要になるかもしれませんが、「いろいろな食材を食べさせた方がいい」と聞くと栄養が偏る不安にかられ、違った食材を用いた結果、子どもはますます食べなくなってしまうなどという悪循環が生じる場合があります。一方、食べ過ぎる子どもに、好物ばかり用意するとますます食べ過ぎるかもしれません。では、どうしたらいいの？と、母親は混乱するかもしれません。かように、育児には、実に総合的な判断を優先する力が要求されており、ASD 女性には苦手なポイントの一つです。

乳幼児期の子育て：この時期に重要なことは、子どもの生理的ニードに応じて世話をし、十分に自己調整できない子どもを様々な危険から守ること、さらに、親子の愛着関係を築くことです。この時期に、ASD である母親が陥りやすい育児の難しさは、子どものケアの手順がうまく行かなかったり、結果的に子どもを放置してしまうこと、自己主張はするものの言語的に十分表現できない乳児期後期から1歳代頃には、「何を要求しているのかわからない」と感じて、育児のストレスがかなり高じることがあります。また、言葉によらないコミュニケーションはもともと苦手であることから、結果的に子どもとの相互性が乏しくなったり、子どもが発信している愛着行動に適切に応じられず、子どもの側の反応が乏しくなったり、子どもの調節機能が育ちにくかったりすることがあります。これらは、いずれも手がかりさえつかめれば好転する状況も多いので、母親には育児をコーチしてくれる相手がいることが望ましいと思われれます。

児童期の子育て：5,6歳以降の子どもは知的によく発達します。他者の視点も理解できるようになり、十分に守られた環境の中で、力試しをする時期です。このような時期に必要な親

の役割は、その子どもに応じた環境の安全を見極め、その子が持てる力をのびのびと表せるように見渡していることです。できるようになったことについては手をひきながら、十分身についていないことは助けてやる必要があります、その緩急の見極めは、個々の子どもによって全く異なるものです。このような画一的には決められないことや、状況に応じるといことも、ASD 女性にとっては苦手なことです。他の保護者（父親や祖父母）や担任教師や塾の先生など、その子どもを理解して見守る人が、母親の苦手な判断の部分をサポートしてくれると、母親は育児のストレスをととても軽減できます。また、PTA など、母親同士の関わりも、フリーな付き合いではとてもストレスが高まるので、役割をもった関わり（例えば、運動会の時の〇〇準備係など、できれば終わる時期が明確な役割）を引き受けるようにすれば比較的楽ですし、いつも関わりを回避する後ろめたさも軽減します。

思春期の子育て：思春期の子どもとの関わりは、どのような親にとってもいろいろ難しいところがあるものです。子どもは、健康な発達をしていても、一時的に気持ちを言わなくなったり、感情を揺らすことが多い時期です。この時期に、子どもは親から気持ちを独立させるための真剣な準備をしています。ですから、親心でも、安易に気持ちを覗き込むような言葉（例えば、「大丈夫？」とか「ずいぶんイライラしているわね」など）をかけると、子どもの方は大変うるさがり、ともすると親に対して暴言や乱暴な行動を返してくるものです。そのことがわかれば、近づきすぎず見守る技（例えば、母の居場所は子ども達を見渡せるが子どもの行動の動線に大きくかぶらない所を定める、夕食後は一旦各自の部屋に入る時間を定めるなど）を見つけていきます。それでも、ASD 圏の母親にとっては、その子どもの気持ちの独立という、目に見えない作業を解説してくれるパートナーが必要な場合は多いかもしれません。他の保護者や教師に、その子と接する時のコツを教わることも一考です。ただし、この時期になると、学校やクラブ活動、習い事、スポーツなどの時間の中で、子どもは必要なことを吸収していますので、その活動自体を守ってやりさえすれば（例えば、ちゃんと月謝を払う、社会的に容認される日課を組む、体調に無理がないか

を見極めるなど) 子どもは思春期にすべき発達を遂げていくことはできるものです。

(笠原)

8. 医療機関の役割

問題となる行動とアプローチ

乳児期：生後6ヶ月以前に気づくことはかなり難しいと思われます。一般に、話し言葉が獲得される1歳以前に気づかれた特徴には、以下のようなものがありますが、個人差の大きい時期なので、経過を追うことが大切です。その際、親をいたずらに不安にさせるべきではないことは当然ですが、ASD圏のサインを読み取った場合は、数ヶ月後のフォローを約束するだけでなく、その間にしておくとい関わりを母親に教授することは、発達促進に役立ちます。

- 視線で母親を追わない、主たる保護者の声や存在に反応が乏しい
- あやしても笑わない
- 抱っこすると反り返る、抱っこを嫌がる
- 布団や床に置くと泣き出す、特定の状況をひどく嫌がる
- 母親にもわからない理由やタイミングで激しく泣く
- 眠る時間が短い、眠っていても何かの刺激ですぐに起きる
- 要求が少なく、全く手がかからないと母が感じている
- 頭囲が大きい

小児科医が上記のような所見に気づいた際には、身体疾患のルールアウトが重要です。鑑別すべき身体疾患は、聴覚障害、視覚障害、運動感覚障害、知的障害を生じうる内分泌疾患(例：クレチン症など)、水頭症、神経筋疾患(てんかんを含む)などです。いずれも、

まず、各疾患の他の臨床症状の有無や身体状態から判断すべきで、必要があるならば臨床検査を行います。

ASD 圏を疑った時の具体的アプローチ

子どもの反応が乏しい場合、母親の方から比較的わかりやすい態度や言葉を豊富に向け、日常の言葉がけを多くする、子どもの行動や状況に対して、わかりやすい言葉を添えて応じる（例：積み木積んだね、椅子に座ったね、このチューリップは黄色ねなど）ようにしましょう。この際、母親の方の喜怒哀楽をあまり交えないように話す方が伝わりやすいようです。睡眠や食事のリズムが整わない場合には、これをしたら眠る（例：好きな特定の玩具を子どもの眠る場所に移動するなど）といった、毎回同じようにできて、子どもにわかりやすく、親の負担になりにくい合図や手がかりを作る工夫をします。子どもが理解したら、そのルールを予告なしに変えないようにします（これは幼児期以降も共通）。

幼児期：ASD の中で、中度～重度の場合、身近な保護者はこの時期に問題に気づいていることが多く、母親がこの時期の子どもの精神発達について心配して受診した場合には、以下の所見を聴取、観察します。特に、感覚過敏や同一性の保持が崩れた際に生じるパニックは、当初その理由を母親でもわからない場合が少なくないので、医師は状況を丁寧に把握できるように聞き出す必要があります。

- 言語の発達：言葉が出ない、一度出た単語を言わなくなった、CM のフレーズや他国語などの非日常的な言葉から話し始めた、ジャーゴン言語、二語文・三語文がなかなか出ない、話しているが独り言なのか相手にいつているのかわからない、「行く - 来る」「あげる - もらう」などの主客の使い分けがうまくできないなど。
- 他者への関心・かかわり方：他の子どもへ関心を示さない、相手に関わってくると避けてしまう、異常に恥ずかしがる、物を取られても自己主張を一切しない、何をされても淡々としている、一方的に関わる、関わろうとして唐突に物をあげたりす

る、公園などで誰彼構わず話しかける、唐突に遊びに入ろうとして避けられる

- 特定の事柄や物の細部への異常な関心：一般に子どもが関心を持つような対象ではない事柄（商店のマーク、看板の文字、TVで流れるテロップ、天気予報の記号や予報士の話すフレーズ、競馬の馬、電気のスイッチ、扇風機やクーラー室外機のプロペラ、針金でできたハンガーをくるくる回すこと、など）に非常に強く執着する
- 感覚過敏：音、光、色、温度、湿度、気圧、触覚、味覚などについて、通常は感じられないレベルの敏感さがあり、不快に感じる閾値が独特で、その嫌がり方の程度はパニックになるほど強い（例：ドアの閉まる音、雨の日の車内の湿度、服のタグや材質でパニックになる、つぶつぶした食感の食材は食べない、特定のコンビニのおにぎりしか食べないなど）
- 同一性の保持：物体そのものや、順番、状況、日課などの同一性にこだわり（例：物を順番に並べる、同じ位置に置いておこうとする、見るTV番組が毎日決まっているなど）、それが崩れると、通常予測できる水準を超えた激しいパニックを生じる。

アプローチ)

幼児期にASDが疑われた場合には、一般的な知能検査や発達検査を行う（あるいは地域機関の発達検査を勧める）ことが望ましいです。これは、この時期に確定的な診断をつけることが目的なのではなく、その特性に対する発達促進的なアプローチの手がかりを得るためであり、必要と判断した場合には、地域の療育機関への導入を勧めます。

学童期：重度のASDの場合、知的障害を伴うことが多いので、教育的配慮を要する時期です。就学前にある程度気づかれていた中度～軽度のASDの場合には、普通級に入学していることが多く、特に高機能（知的障害を伴わないケース）では、就学後に以下のような問題が生じて初めてASDが疑われる場合も少なくありません。

- 対人関係とコミュニケーションの問題：相手の意図や本心を読み取ることが苦手で、小学校3,4年生以降、周囲の子ども達にそのような能力が備わってくる年代になる

- と、年齢相応の関係性の中でうまく振舞うことができない。(例：周囲が実はばかにしている道化役の振る舞いを「みんなが喜んでいるから」と受け取って続けてしま、自分はやりたくないから掃除をしないなど)
- こだわり：生活の様式、日常生活の手順、清潔や食事の習慣などにこだわりが強く、夏休みやルールの変更された日課で混乱が生じやすい。
 - 興味・関心の限局：生物（恐竜や昆虫や特殊な植物など）、歴史や地理、社会の時事問題や環境問題、車、鉄道、ゲーム、キャラクターやフィギア、自作漫画や自作物語など、通常小学生年代に抱く興味や関心の範疇をはるかに超えた対象について、詳しい地域や高い技能をもっている。このことは、学業に役立つ場合もあるが、ASDの子どもは賞賛を得ることに関心が乏しいため、テストの点数や仲間の中での力関係には反映されないことが多い。
 - パニックや感情調整の困難：幼少期の感覚過敏や同一性の保持は、一旦軽減されたように見えたり、子ども自身の成長によってある程度我慢できるようになったり、あるいは周囲の対処法によってひどい刺激を受けにくくなっている可能性があるが、実際には、残存していることがしばしばある。教室の喧騒、相手に合わせることの苦痛、苦手な教科の授業に対するストレスなど感じているが、多くの場合言語的に表現されにくい。反応としては、その場でパニックを生じることもあるが、イライラしているだけで周囲にわかりにくい結果放置されてしまい、泣き出す、急に家に帰る、2階の窓から飛び降りようとする、突然誰かに飛び掛る、小動物虐待など周囲からは唐突に見える奇妙な行動に転換されることもある。
 - 不登校、いじめ：上記のような対人関係の問題や、行動の問題による場合がしばしばであるが、状況に対して臨機応変に対応することができないために、事態がかなり複雑化してしまったり、本人が撤退せざるを得ない状況に追い込まれてしまうこともある。集団生活の中で摩擦が生じた場合、できるだけ早く何が問題になっているのかを客観的に情報収集して判断することが望ましい。

アプローチ)

学童期に問題が生じている場合には、まず本人にその理由を尋ねてみるべきです。本人には理由があり、その理由は独特なものであることが多いですが、そう感じることも自体は如何ともしがたいのが ASD の特徴でもあります。問題はその理由となった事柄について取った行動が間違っている、あるいは対処できていないということですので、その点を明らかにして、生活上の工夫や教育的な配慮をする必要があります。

思春期：身体的には二次性徴があり、身体機能の変化が著しく、心理的には一般的にアイデンティティの模索が始まる時期です。ASD の子ども達にとって、内的な変化は通常の葛藤であっても捉えにくく、混乱することもしばしばみられます。

- 自己認識の混乱：年齢相応の性的発達や衝動性であっても罪悪感を感じたり、強迫症状、不安発作、うつ、妄想などが生じることもある。時に性同一性の混乱や、女子が男色物の小説を好む、文学や趣味に早熟傾向がみられることがある。
- 社会性の発達の遅れ：年齢相応の社会的関心が乏しい、マニアックな情報には詳しいが一般常識には疎い、社会的情報に関心がない。
- 対人関係技能：うまくいかない結果であっても、引きこもってしまうと経験がさらに乏しくなり、人付き合いはますます苦手になるという悪循環にも陥ることがある。思春期年代には、人の目を必要以上に気にしたりすることもあるので、無理強いすることはよくないが、本人が外の社会へアクセスする機会を閉ざさないようにすることが大切で、年度変わりや卒業などの節目には、必ず本人に進路について考えてもらうような機会を設ける。

(笠原)

「ライフステージに応じた自閉症スペクトラム者に対する支援のための手引き」

執筆者一覧（五十音順）

安達 潤（北海道教育大学）	III-3
市川 宏伸（東京都立梅ヶ丘病院）	II-2
稲田 尚子（国立精神・神経センター精神保健研究所）	III-2
宇野 洋太（よこはま発達クリニック）	II-2
笠原 麻里（国立成育医療センター）	II-4, III-7, 8
神尾 陽子（国立精神・神経センター精神保健研究所）	I, III-1, 2
小山 智典（国立精神・神経センター精神保健研究所）	III-2
近藤 直司（山梨県立精神保健福祉センター）	II-3, III-6
萩原 拓（北海道教育大学）	III-5
本田 秀夫（横浜市総合リハビリテーションセンター）	II-1, III-4

※ 所属は平成 22 年 3 月現在

平成 19-21 年度 厚生労働科学研究費補助金
(障害保健福祉総合研究事業)

ライフステージに応じた自閉症スペクトラム者に対する支援のための手引き

発 行 日 平成 22 (2010) 年 3 月
発 行 者 「ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援の
あり方に関する研究」 研究代表者 神尾 陽子
発 行 所 国立精神・神経センター精神保健研究所
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
TEL : 042-341-2712 (6237) FAX : 042-346-1979
