

DSM - 5 の改訂とグレーゾーンの子ども達の支援

鍛冶谷 静*

DSM-5 Update and Children with Special Needs in Grey Area

Shizuka Kajiya

保育や教育の場で不適応行動が見られるものの、診断がつかないあるいは未受診の子どもは「グレーゾーン」と呼ばれる。医療と連携が進み、診断を得ることで子どもの個別ニーズが関係者に広く知られるようになったが、同時に「診断を得ていないこと」がことさら問題視されるようになった面もある。2013 年の DSM - 5 の改訂のうち発達障害に関わる部分を取り上げ、これらグレーゾーンと呼ばれる子ども達の支援と関連づけて考察した。支援に必要なのは「個性性を見る目」と「そこからニーズを読み取ること」であり、これは保育者や教育者の専門性である。診断は子どもを理解するためのひとつの情報に過ぎない。保育者や教育者が「分からないこと（診断;医療）」があったとしても、「分かっていること（自らの専門性）」を生かすことで支援は十分可能である。

Key words: DSM- 5、発達障害、グレーゾーン

はじめに

保育や教育の場で不適応行動のある子どもについて説明がなされる際に、「グレーゾーン」ということが聞かれる。「グレーゾーン」とは、「グレーゾーン金利」など文字通り白ではないが黒ともいえない、白黒どちらか判断留保せざるを得ない範囲を指す和製英語である。

保育や教育の場では多くはその子どもは発達障害なのか・発達障害でないのか判然としないときに使われる。つまり未診断である（が、しばしば経過観察中である）が、指示が通らない・落ち着きがない・友達とトラブルが多い・こだわりが目立つなど集団生活に不適応とみなされる子どもがグレーと呼ばれている。

保育や教育の場でこれほど「診断」の有無つまり「白か黒か」が問題にされるようになったのは、2007 年に発達障害を念頭においた特別支援教育が開始されたことと無関係ではないだろう。特別支援教育とは「一人一人のニーズに応じた適切な指導及び必要な支援」（文部科学省特別支援教育特別委員会答申、2004 年）を行うことをいう。

もともと発達障害は種類も多く、その障害の有無が一見して分かりにくいという特徴があった。子育てのせいにされたり、わがままや甘えと見なされることさえ多かった。医療機関を受診し明確な診断を得ることは、子どもの個別ニーズが関係者に広く知られることを助けてきたのは事実である。教育と医療の連携が進んだことのメリットは大きい。しかし同時に、気になる行動が見られるのに診断が得られない子どもを指して「グレーゾーン」と呼び、「診断を得ていないこと」がことさら問題視されるようになった面もあるように思われる。

この「グレーゾーン」という言葉が保育者や教師から聞こえてくるとき、「診断がはっきりしないのでどう対応すればよいか分からない」といった困惑がまずは伝わってくることが多い。診断はいうまでもなく医療行為であり、保育者や教師の立場から何ともできない領域の問題と考えればその困惑は当然であろう。しかし、この困惑が「診断がはっきりしないので何ともできない」という手詰まり感をも含んでいるように思われたり、白黒つきさえすれば（診断が下りさえすれば）状況は好転するはずという強い期待感ないしは願望のよ

* 四條畷学園短期大学 保育学科

うなものさえ感じられたりするの、どのように解すべきであろうか。

2013 年、米国精神医学会による精神疾患の分類と診断基準を示す DSM-5 への改訂が行われ、翌 2014 年に日本精神神経学会の監修訳による日本語版が発表された。診断基準とは、白と黒を分ける線をどこに引くかを定める根拠となるものであり、可能な限りグレーゾーンの縮小を目指して作成されるものであろう。今回の改訂では、発達障害に関する変更点がいくつかあり、発達障害の概念自体がいまだ流動的であることを示している。

本論は、精神疾患の診断にもともと内在する問題について触れた後、今回の発達障害に関する部分の改訂を「グレーゾーン」の子ども達の支援とどのように関連させるべきかを考察することを目的とする。

なお、本論でいう発達障害とは、わが国の発達障害者支援法における定義「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」に従うものとする。

1. DSM はなぜ改訂を繰り返すのか

DSM-5 という名の通り、精神疾患の分類と診断基準に関する内容は定期的に改訂されてきた。DSM が繰り返し改訂される理由として、まずは身体疾患とは異なる精神疾患の診断の難しさがあげられよう。

精神疾患には疾患を特定する固有の臨床検査は現状においては原則的にない（中安, 2012）からである。病因による分類も、精神疾患の発症には内因（遺伝・素因）・心因（心理的原因）・外因（身体疾患・物質）いずれもが関与していることが明らかに不適切とされた（塩入・桑原, 2012）ため、患者自身の訴えと顕在化した症状をカテゴリー化するしかできない。しかし、患者の訴えや症状がカテゴリー内の項目すべてを満たさないような場合、医師による診断の不一致が生じることが少なくない。一人の人間について、医師が異なれば診断名も異なるというのでは疫学調査や予後研究の信頼性も損なわれる。精神医学は医学ではないという批判さえ起った。

そこで、妥当性のある客観的基準を求める声が高まり DSM-III が生まれた。その後も DSM-III-R、DSM-IV、DSM-IV-TR と版を重ね、社会の変化や米国の医療保険制度等の経済的な要請もあって、診断基準の信頼性と妥当性を高める努力が続けられてきた。それでも今回の改訂も、「完全版」（改訂の余地のない）と銘打つには至っていない。それどころが、誤謬があるとして批判されてもいる。これらの事情については大野（2014）に詳しい。

2. 発達障害に関する DSM-5 における変更点

1) 神経発達障害群 (Neurodevelopmental Disorders) の上位カテゴリー化

今回の改訂による変更点のうち、大きな変更のひとつは発達障害を中心とする上位カテゴリー「神経発達障害群 (Neurodevelopmental Disorders)」の新設である。

子どもの発達障害とトラウマの研究でも著名な精神科医の杉山（2014）は、従来の器質的な精神病に代わり、神経発達障害群が DSM-5 の冒頭に来ていることは、「（発達障害が）精神科疾患のひとつの基本となるということを表しているのだと思う」と述べている。

発達障害が生涯に渡る一つの状態像であるならば児童精神科領域のみの問題ではないはずであるが、本田らが 2008 年に精神科医療の臨床に「縦断的な『発達精神医学』の視点が十分に盛り込まれているとは必ずしもいえない」と述べているように、一般の精神科医は発達障害に明るくない。「この患者は発達障害ではないだろうか」と疑う視点すら精神科医療の現場にはなかったとも聞く。

しかし、昨今統合失調症や摂食障害、心理的要因による身体症状等の成人事例で発達障害の併存に治療者および患者本人が気づくことが治療の転機となった報告（松瀬, 2014・和田, 2014・山村ら, 2013）は少なくない。このような臨床状況によりやうく DSM が追いついたと杉山（同）は評価している。

2) 広汎性発達障害 (PDD) から自閉症スペクトラム障害 (ASD) へ

これまでの広汎性発達障害 (PDD) に代わって自閉症スペクトラム障害 (ASD) の名称が採用され、自閉性障害、アスペルガー障害、レット障害など

の下位分類もあえて区別する妥当性がないとの理由から廃止された。

診断基準項目も、従来の3項目から2項目に整理された。新基準では「社会的コミュニケーションの困難さ」と「限局された反復的な行動（こだわり）」の両方を満たす子どもはすべてASDと診断される。これまで旧基準の3項目のうち2項目しか満たさない場合でもPDDの1タイプとされていた状態が、新基準では2項目とも満たさなければASDの診断から外れることになる。

例えば、社会的コミュニケーションに困難を抱えているがこだわりのない「自閉的な」子どもは、「自閉症（ASD）ではない」ということになる。その代わりに診断名として、社会的コミュニケーション障害（SCD）が新たに用意された。宮本（2014）は「ASDの診断基準の厳格化から」出てきたものであるが、SCDの診断について「当面の間は慎重に検討される必要があるように感じられる」と述べている。ASDの疾患概念は今後も変化する可能性を多分に残しているといえよう。

3）障害の重症度は知能指数（IQ）でなく支援の必要性の程度で診断する

知的障害の重症度を段階づける基準として知能指数（IQ）が用いられるが、IQの数値と生活上の適応状態は必ずしも一致しないことが問題視されてきた。例えば、学校生活を送ったり就労したりする中で、友達ができない・成績が振るわない・優先順位がつけられず締切を守ることが難しい等々、様々な困難が生じ支援が必要な状態であるのは明らかなのにIQが高いと公的援助サービスを受けることができないという問題があった。

今回の改訂では知的発達障害（Intellectual Developmental Disorder）の重症度はIQではなく「概念的領域」「社会的領域」「実用的領域」の3領域ごとの適応状態で診断されることになった。それぞれの領域に軽度・中等度・重度・最重度の段階別に、具体的な状態像と支援の必要性の程度が詳細に記載されている。

同様に、ASDにおいても支援の必要性の程度によって3段階の重症度が設定された。IQ70以上の自閉症スペクトラム障害の子どもや成人の生活上の困難について、ウェクスラー知能検査とヴァインランド-II適応行動尺度の比較結果を黒田（2013）

が紹介しているが、対人関係などの社会性領域での適応が低く支援が必要なレベルであることが示された。すなわち、IQが高くても支援を必要とする子どもや成人が存在すること、支援の要不要を判断するときにIQという物差しだけでは不十分であることが統計上示されたわけである。

4）注意欠如・多動性障害（ADHD）とASDの併存診断を認める

これまではPDDと診断されれば、注意力が欠けていたり多動・衝動性が認められてもADHDの診断はされなかったが、DSM-5でASDとADHDの併存診断ができるようになった。ADHDの診断の増加を危惧する声もあるが、ASDの子どもでADHDの症状がある場合とない場合が実際にあるわけで、子どものニーズを正確に把握するという意味において併存診断は助けになるだろう。

また、今回の改訂でようやく「部分寛解」という状態像が設定された。多動や衝動性は年齢が上がるにつれて少しずつ抑制され目立たなくなることが多いことは以前から臨床現場では知られている（高山，1998）。脳機能の成熟だけでなく、子どもは成長につれて学校を含む生活の場や友人関係などの環境が比較的短いスパンで変化することとも合わせて考えると、状態像が変化していくことが十分あり得るとの見通しを支援者が持つことは重要に思われる。

3. 「グレーゾーン」の子ども達への支援を考える

1）グレーゾーンの子ども達を前にした戸惑い

「新任保育者が養成校で学びたかった発達障害に関する教育内容」（小川他，2010）によれば、新任保育者は「発達障害児の特徴」「発達障害の概念」「発達障害に含まれる障害の種類」について養成校で学んだが、保育者になってからも学んでおく必要性を強く感じていることが分かった。上記の3項目は、学んでおく必要性が「発達障害児・保護者への対応」よりも高いという結果も出ている。

これらの結果から、保育現場に出て発達障害なのかどうか分からないグレーゾーンの子ども達に出会い、自らの発達障害に関する知識や理解の不十分さに気づかされたためではないかと推測されるが、「対応」よりも「特徴」「概念」「種類」とい

ったいわゆる診断に必要な知識の方を必要としているのは、「(まずは) 知識がなければ対応できない」「医師(専門家)の診断がないと保育者の自分には何もできない」とあまりに直線的に考えすぎているのではないかと危惧される。

しかし、その「診断」自体、それほど万能であろうか。診断がつきさえすれば、その子どものことがすべて「分かった」ことになるのだろうか。

精神疾患の診断の難しさについては既述したが、石塚(2014)もまた下記のように述べている。「本来、疾病とは発症原因、病態生理、臨床症状、経過、予後、治療方法、病理組織所見が揃うものを指」すが、「精神疾患のほとんどは疾病の定義を満たすほどに解明されていない」。解明が進むたびにDSMはアップデートし続けるだろうが、グレーゾーンが消滅するまで、黒と白に画然と線引きできるまでにはまだしばらく時間がかかりそうである。要するに、診断を下す医師にとっても今はまだ「分からないことが多い」のである。

「分からないことが多い」対象と向かい合う時、またグレーゾーンのような「判断留保」を無期限で強いられるような時、われわれはタフな局面に置かれる。「分からないこと」(未知なもの)は恐れや不安、無力感を生じさせるからである。グレーゾーンの子ども達を前にして支援者はまずこの局面を持ちこたえなくてはならないように思われる。

そのためには「分からないことが多い」と「まったく分からない」は違うのだということ、分からないことが多くても「分かっていることもある」ということを思い出す必要がある。

2) DSM - 5を支援に生かす

筆者は、けして「診断」が完全なものでないのに不要といっているのではない。診断は子どもを理解するために必要な情報のひとつである。しかし、あくまで情報のひとつに過ぎない。

逆説的であるが、診断基準であるDSM - 5の今回の改訂は様々な点で議論の余地を残したことで、「診断は(その子どもに関する)情報のひとつに過ぎず、他の情報も集める必要性」を示したように思えるのである。したがって冒頭で述べたように診断の有無が問題となりがちな支援の場、とくにグレーゾーンの子ども達への支援にとってプラス

面が多いのではないかと考えている。

まず、一つ目の「神経発達障害群の上位カテゴリー化」であるが、一般精神医の発達障害への着目と理解が増すことが期待できる。一朝一夕には無理かもしれないが、そもそも診断がむづかしいのがグレーゾーンであるわけで、保育・教育の現場が子どもの発達の節目節目ごとに情報交換と相談ができ、連携のとれる専門医の増加は何より有り難いことである。

二つ目、PDDはASDと名称が変更され下位分類は廃止された。「社会的コミュニケーションの困難さ」と「限局された反復的な行動(こだわり)」という、大きな括り(診断基準)の中にまとめられたわけである。小さな括り(下位分類)で分けても結局「一人一人の状態像が異なる」のであれば、大きな括りの中にわざわざ小さな括りをつくる必要はない。筆者も養成校の教員として発達障害を心理学の授業で取り上げているが、その小さな括りがいくつも存在することで、保育者や学生に「自閉症は良く分からない、むづかしい」という意識を強めてきたような気がする。今回の改訂で、大きな括りの中であるからこそそれぞれの個性を抽出する必要性が高まったと考える。診断名に頼ることができないグレーゾーンの子どもは何よりその個性、すなわち一人一人の発達と発達課題(ニーズ)を見ていかなければならない。日々の生活を生きる子どもの姿を見る目を鍛えることを今回の改訂は支援者に求めている。

三つ目の知能指数IQよりも支援の必要性を重視する姿勢について。グレーゾーンの子ども達は知能検査でひっかかってくることがほとんどない。知能検査の数値(IQ)よりも、実際の子どもの生活場面における姿に目を向けることが重要であるということが改めて示されたわけである。知能検査では「分からなかった」けれど、日々生活する子どもの姿は目の前にある。そこから「分かること」、得られる情報は多いはずである。診断名はなくても、支援の必要性はおのずと明らかになろう。

とはいえ、知能検査が不要になったわけではない。知能検査で分かることはIQだけではない。検査に取り組む態度や検査者との関係の取り方などは重要な情報となる。適応状態とギャップのあるIQが算出された場合は、その理由を考えることが子どもを理解する手掛かりとなる。検査実施機関

と IQ の数値の伝達のみではない十分な情報交換ができれば、個別の支援計画立案に大いに役立つはずである。

四つ目、ASD と ADHD の併存診断が可能になったこと、「部分寛解」が設定されたことは、すでに述べたように子どものニーズを正確に把握し、成長にともない変化していく環境がまた子どもの状態像を変えるという認識が子どもに対する理解を深めるだろう。グレーゾーンの子も達はずっと不変でグレーゾーンにとどまり続けるとは限らない。支援者が見通しを持つことで、「分からない」不安が解消ないし軽減される面がある。

以上、見てきたように保育や教育の場でグレーゾーンの子どもの支援するときに必要なのは「個別性を見る目」と「そこからニーズを読み取ること」であり何ら特別なことではない。これは保育所保育指針や幼稚園教育要領に挙げられている、保育者や教育者の専門性である（厚生労働省、2008・文部科学省、2008）。多くの保育者・教育者がそのタフな局面に自らの専門性でもって対峙し奮闘している。

保育者や教育者が「分からないこと（診断；医療）」があったとしても、「分かっていること（自らの専門性）」はたくさんある。その専門性を十二分に発揮し、グレーゾーンの子も達達の支援の最前線を担ってほしいと願うものである。

おわりに

筆者は教育・保育と医療の連携がさらに進むことをのぞんでいるが、一方で「教育の医療化」を批判する声もしばしば聞かれる。互いの専門性を尊重する姿勢がまだ不十分ということだろう。グレーゾーンの子も達達は、そのケースマネジメントも教育か医療か、グレーゾーンに置かれているといえるかもしれない。また今回は触れることができなかったが、保護者の支援に対する要望や考えもまた多様である。グレーゾーンの子も達達の支援に課題は多い。今後も検討していきたい。

<引用文献>

本田秀夫・清水康夫・岩佐光章（2008）. アスペルガー症候群の早期経過 — 障害概念とカテゴリー診断の再検討 —. 精神科治療学, 23 (2), 145-154

石塚佳奈子（2014）. 抜毛症の子の症状理解を目指して. 発達, 139 号「特集 子どもの精神医学と親子支援」, 36-40

黒田美保（2013）. 知的機能と適応行動のアンバランス. 児童心理臨時増刊 978 号, 26-31. 金子書房

松瀬留美子（2014）. 自閉症スペクトラム特性が背景にあり統合失調症を発症した大学生の初期心理面接. 学生相談研究, 35 (2), 97-106

宮本信也（2014）. 発達障害に関する主な変更 — 分類・基準は変わっても子どもは変わらない. 発達, 139 号「特集 子どもの精神医学と親子支援」, 8-14

中安信夫（2012）. 精神科における診断の当否はいかにして検証されるのか. こころの科学, 164 号「誤診」, 98-99

日本精神神経学会<日本語版用語監修>（2014）. DSM - 5 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院

小川圭子・水野智美・徳田克己（2010）. 新任保育者が養成校で学びたかった発達障害に関する教育内容. 日本教育心理学会総会発表論文集, 52, 755

大野裕（2014）. 精神医療・診断の手引き — DSM - 5 はなぜ作られ、DSM - 5 はなぜ批判されたか. 金剛出版

塩田俊樹・桑原秀樹（2012）. 「操作的診断」における「誤診」. こころの科学, 164 号「誤診」, 31-38

杉山登志郎・森則夫・中村和彦（2014）. 座談会 神経発達障害と精神医学. こころの科学特別編集, 「神経発達障害のすべて — DSM - 5 対応」 連合大学院小児発達学研究科・森則夫・杉山登志郎編, 2-13. 日本評論社

高山佳子（1998）. LD 児の認知発達と教育 — つまずきの理解から指導・援助の手立てへ. 川島書店

内山登紀夫（2013）. 発達障害診断の最新事情 — DSM - 5 を中心に. 児童心理臨時増刊 978 号, 11-17. 金子書房

山村綾 他（2013）. 第 49 回日本心身医学会近畿地方会演題抄録：様々な身体症状を呈し、治療経過で知的障害が指摘された一例. 心身医学, 53 (1), 70

和田良久（2014）. 2013 年第 54 回日本心身医学会総会ならびに学術講演会：摂食障害と発達障害. 心身医学, 54 (10), 922-927

厚生労働省（2008）. 保育所保育指針解説書 第 1 章総則

2. 保育所の役割 (4) 保育士の専門性, 19-20

文部科学省（2008）. 幼稚園教育要領解説 第 1 章総説 第 1 節幼稚園教育の基本 5 教師の役割, 44-48

— 2015. 3. 31 受稿、2015. 3. 31 受理 —