

表1 PDD 群の概要 (1)

症例	出生順位	年齢(歳)	性別	主訴	診断名
1	第1子(3)	9	M	不登校	気分変調性障害
2	第1子(3)	8	F	夜尿・昼間遺尿	遺尿症
3	第1子(2)	9	F	瞬き・鼻をならす・首を傾げる	チック・全般性不安障害
4	第1子(2)	6	F	首を振る, 音声チック	チック
5	第2子(2)	4	F	食事やトイレの臭いで吐きそうになる・一人でトイレに行けない	分離不安障害
6	第2子(2)	9	M	不登校	適応障害
7	第2子(3)	9	F	不登校・家族への暴力	全般性不安障害
8	第1子(2)	12	F	小5の頃から万引き, 家のお金を持ち出す	行為障害・DDNOS
9	第2子(2)	7	F	近所の火事を目撃後, 夕方になると火が怖いと泣く・悪夢	PTSD
10	第3子(4)	10	F	不登校・食事が摂れない	神経性無食欲症
11	第1子(2)	17	F	妹に対する暴力	適応障害
12	第1子(2)	11	M	髪の毛を抜く	抜毛癖
13	第2子(2)	7	M	反抗的・ものを壊す・落ち着きがない	受着障害
14	第1子(2)	19	M	不登校・何に対しても意欲を失った・ほとんど1日中寝ている	気分変調性障害
15	第3子(3)	5	F	保育園ではしゃべらない	分離不安障害・選択性緘黙
16	第1子(3)	10	F	医療ネグレクト(喘息発作が続いても受診させない)	PTSD

()内は兄弟の総数

DDNOS: dissociative disorder not otherwise specified 特定不能の解離性障害

PTSD: posttraumatic stress disorder 外傷性ストレス障害

表2 PDD 群の概要 (2)

症例	障害児の診断名	障害児の障害診断時期	* (歳)	** (歳)	両親の教育歴(年)	予後
1	アスペルガー障害	小2で診断	8	9	父:12, 母:12	良
2	アスペルガー障害	2歳で診断	6	5	父:9, 母:12	良
3	アスペルガー障害	幼稚園年長で診断	9	9	父:14, 母:14	良
4	自閉症	2歳で診断	6	4	父:12, 母:12	良
5	アスペルガー障害	4歳で診断	2	2	父:14, 母:16	良
6	PDDNOS	小6で診断	7	9	父:12, 母:14	良
7	アスペルガー障害	中1で診断	9	8	父:16, 母:16	良
8	高機能自閉症	幼児期に診断	11	6	父:12, 母:12	良
9	高機能自閉症	小3で診断	6	7	父:12, 母:12	良
10	アスペルガー障害	小1で診断	9	10	父:16, 母:12	良
11	アスペルガー障害	中1で診断	16	16	父:14, 母:14	良
12	自閉症	幼児期に診断	11	4	父:16, 母:14	良
13	アスペルガー障害	小3で診断	7	7	父:不明, 母:12	不良
14	アスペルガー障害	高1で診断	18	15	父:14, 母:12	不良
15	自閉症	幼児期に診断	4	0	父:16, 母:12	不良
16	PDDNOS	小2で診断	10	10	不明	不良

* 対象児の症状出現時期

** 障害児の障害診断時の対象児の年齢

PDDNOS: pervasive developmental disorder not otherwise specified 特定不能の広汎性発達障害

症状出現時期が障害児の診断時期よりも(1)先であった群4例,(2)後であった群7例,(3)ほぼ同時であった群5例であった。両親の教育歴は,父では9年が1例,12年が5例,14年以上が8例,不明が2例,母では,9年が0例,12年が9例,14年以上が6例,不明が1例であった。転帰については治療経過の中で,治療対象とした症状の改善がみられたものを「良好」,不変,または増悪したものを「不良」とした。症例1から12までの12例が良好群,症例13から16までの4例が不良群だった。

表3に障害児が対象児に与える影響について示した。

2. 非 PDD 群

非 PDD 児の同胞を持つグループ(非 PDD 群)7例の年齢,性別,出生順位,初診時の主訴,診断名を表4に示した。対象児の初診時年齢は4歳10カ月から12歳6カ月(平均10.2歳±2.6歳)で,保育園児が1人,小学生が5人,中学生が1人だった。男児が2人,女児が5人,出生順位は第1子が3人,第2子が4人であった。

対象児の診断名は分離不安障害1例,チック1例,外傷後ストレス障害(PTSD)1例,遺尿症1例,特定不能の解離性障害(DDNOS)1例,全般性不安障害1例,転換性障害1例,身体化障害1例,吃音1例であった。(重複診断あり)小学生以上の症例6例中,4例に不登校が認められた。

表5に障害児の診断名と診断時期,障害児が診断を受けた時期と対象児の症状出現時期の関係,両親の教育歴,治療の転帰を示した。ADHD 3人,LD 3人(脳炎後遺症の高次脳機能障害1人を含む),軽度精神遅滞1人で確定診断がされた時期は,幼児期が2人,小学生年代が5人だった。また障害児の障害確定診断の時期と対象児の症状出現時期の関係は,対象児の症状出現時期が障害児の診断時期よりも(1)先であった群3例,(2)後であった群2例,(3)ほぼ同時であった群2例であった。両親の教育歴は,

父では9年が2例,12年が4例,14年以上が1例,母では,9年が1例,12年が6例であった。転帰については症例17から22までの6例が良好群,症例23の1例が不良群だった。

表6に障害児が対象児に与える影響について示した。

3. PDD 群と非 PDD 群の相違

対象児の年齢は両群ともに平均が10歳で,小学生年代までが全体の80%を占めた。また性別は両群ともに女児が70%,出生順位も両群とも第1子が半数を占め,大きな差は認めなかった。診断名についても両群に明らかな相違はなかった。 $(\chi^2$ 検定)

障害児の診断がされた時期については両群とも60%程度が小学校年代以上で診断されており,軽度発達障害の特徴と考えられた。障害児の障害診断時期と対象児の症状出現時期の関係は,PDD群では対象児の症状出現時期が後であった例が全体の44%,非 PDD 群では28%だったが,統計学的な有意差はなかった。 $(\chi^2$ 検定)

両親の教育歴は PDD 群では14年以上(短大卒以上)が父では全体の50%,母では38%,非 PDD 群では14年以上(短大卒以上)が父では全体の14%,母では全例12年以下(高卒以下)であり,PDD 群で両親ともに教育歴が長かったが,統計学的な有意差はなかった。 $(\chi^2$ 検定)

転帰については PDD 群の予後不良例は全体の25%,非 PDD 群では14%で,PDD 群で不良例が多かったが,統計学的な有意差はなかった。 $(\chi^2$ 検定)

障害児が対象児に与える影響については,両群ともに障害児の障害診断時期が重度の障害に比べて遅く(早くても幼児期後半),パニックや多動,集団不適応などの問題行動が障害に起因するものという視点がないために,保護者(特に母親)の養育上のストレスを増加させ,それが対象児に影響を与えていた症例が多いことが挙げられる。対象児の症状が出現してきた後,または同時に障害児の障害診断がされた症例にこの傾向が強く,PDD 群では9例(症例1,3,

表3 PDD 群の概要 (3)

症例	障害児が対象児に与える影響
1	外出先などでの弟の問題行動やそれに適切に対応できない両親のために恥ずかしい思いをしていた。弟の問題に父が関与せず、一人で対応に追われていた母がうつ状態になり、本児に対するサポートができない状態だった。また友人から弟のことでからかわれていた。
2	母は離婚後、再婚した。父が多忙で母へのサポートがなくなると、母は余裕をなくし、弟の首を絞めるというエピソードがあり、本児、弟に対して体罰がエスカレートすることがあった。
3	兄弟喧嘩の際に弟がパニックになることを避けるために、本児が我慢をさせられることが多かった。近所の子どもとのトラブルの際に本児が保護者的な立場を要求されることが多かった。また父が双極性障害で、母が一人で家庭内の問題に対応する中でうつ状態となり、本児へのサポートができない状態であった。
4	弟が作業療法を必要とする程の発達性協調運動障害を合併していることもあって、母が弟への対応に追われていた。また本児が弟の保護者的な役割を果たしていた。
5	母が、兄の育て難さや幼稚園での集団不適応への対応に追われ、本児は過剰適応していた。他院で兄の診断がついた後も具体的な支援プログラムが組まれなかったために母の不安がさらに強まり、本児との基本的な愛着関係が築けなかった。
6	母が兄の不登校や問題行動への対応に疲れてうつ状態となっていた。
7	兄から遊びのルールなどを一方的に押し付けられたり、パニックの際に暴力を振るわれた。また兄の問題行動や不登校への対応に母が疲れてうつ状態が続いていた。さらに3世代家族で、母は祖父母から責められ、自らの養育能力に自信をなくしていた。
8	妹の療育施設への母子通園など母が妹への対応に追われ、本児との間に基本的な愛着関係が築けなかった。妹は知的には伸びて高機能群の範疇に入るようになったが、問題行動が多く、母子家庭ということもあり本児は保護者的な役割を担わされていた。
9	姉は多動を伴った PDD で幼児期から手のかかる子であった。近医で ADHD と診断されていたために、社会性やコミュニケーションの障害の問題への適切な支援がされず、母は問題行動への対応に追われていた。また3世代家族で、母は祖父母から責められることが多く、育児に自信をなくしていた。
10	3世代家族で祖父母は几帳面な性格、また父の気分変動が激しく、家庭内は常に緊張状態だった。そのような状況の中で、幼児期から問題行動の多い妹に対して本児は保護者的な役割を果たし、母もそれを当然のこととしていた。
11	幼児期から妹のマイペースさ、共感性の乏しさから生じる問題を一方的に我慢させられることが続いていた。
12	弟は幼児期から手がかかる子で、その対応に追われる母を見て、心配をかけまいとして助けを求めることができない子だった。(教科書をなくしても母に言えない、など)
13	母が、兄の育て難さや学校での集団不適応への対応に追われ、本児は過剰適応していた。母子家庭ということもあり、母が不在の際には本児が保護者的な役割を果たしていた。また母は BPD で子どもたちに対して安定的な関わりができず、本児も適切なサポートが得られない状況だった。
14	妹は幼児期から問題行動が多く、中学生年代になっても家庭内暴力、不登校などで家族が振り回される状態が続いていた。また母自身も PDD であり、本児に対して共感的なかわりに乏しく、適切なサポートができなかった。このような環境下で本児は幼児期から自己主張ができず、家庭外での対人関係にも影響を及ぼした。
15	兄は幼児期に診断を受けていたが、療育施設への母子通園などで母が兄への対応に追われ、本児との間に基本的な愛着関係が築けなかった。
16	母子家庭で、母が BPD、子どもたちはネグレクト状態で家族全体の病理性が高い。

BPD: borderline personality disorder 境界性人格障害

表4 非PDD群の概要(1)

症例	出生順位	年齢	性別	主訴	診断名
17	第1子(2)	10	F	暗闇や高い所を怖がる・不登校・頭痛, 吐き気を訴える	全般性不安障害
18	第2子(3)	9	M	不登校・母から離れない	分離不安障害
19	第2子(3)	4	F	2歳すぎから吃音, 3歳頃に軽快したが, 遺尿が始まった	遺尿症・吃音
20	第1子(2)	9	M	瞬き・鼻をならす・眼球をぐるぐる回す・不安が強い	チック
21	第2子(3)	12	F	悪夢, 夜1人で2階に行けない	PTSD
22	第1子(2)	12	F	脱力発作を頻回に起す・不登校	転換性障害・DDNOS
23	第2子(2)	11	F	不明熱・不登校	身体化障害

()内は兄弟の総数

PTSD: posttraumatic stress disorder 外傷性ストレス障害

DDNOS: dissociative disorder not otherwise specified 特定不能の解離性障害

表5 非PDD群の概要(2)

症例	障害児の診断名	障害児の障害診断時期	* (歳)	** (歳)	両親の教育歴(年)	予後
17	LD(脳炎後)	3歳で脳炎・6歳で後遺症が明らかになった	10	5	父:14, 母:12	良
18	ADHD	小学校低学年で診断	9	7	父:9, 母:12	良
19	ADHD	小1で診断	2	4	父:12, 母:12	良
20	ADHD	保育園年長の時に診断	7	9	父:12, 母:12	良
21	LD	小3で診断	11	11	父:12, 母:12	良
22	LD	小4で診断	12	12	父:9, 母:9	良
23	MR	幼児期に診断	11	0	父:12, 母:12	不良

* 対象児の症状出現時期

** 障害児の障害診断時の対象児の年齢

表6 非PDD群の概要(3)

症例	障害児が対象児に与える影響
17	両親は妹の障害受容ができず, 父がうつとなり, 不仲になった。また両親は妹への対応に追われ, 本児には関心を払わず, 逆に妹への保護者的なかかわりを要求し, それが果たせないと叱責した。
18	幼児期から兄は問題行動が多く, 母がその対応に追われていた。また弟も幼児期から喘息, アトピー性皮膚炎で入退院を繰り返しており, 本児は母からは唯一手のかからない子と捉えられ, 過剰適応する子だった。3世代家族で祖父母からは母の養育を責める発言が繰り返されていた。
19	母は強迫的な性格で, 子育てにも完全主義なところがあり, 兄の育て難さに対して躰をエスカレートさせていた。
20	弟の育て難さに対して, 母が養育に自信をなくしていた。
21	母の関心が妹の学習不振への対応に集中し, 本児へのかかわりが薄かった。
22	母は弟の学習不振や火遊びなどの問題行動への対応に追われていた。また父の子どもたちへの身体的暴力があった。
23	母が幼児期から兄への対応に追われていた。また3世代家族で祖父母への反発から, 母が本児に兄の障害を埋め合わせる努力を要求した。(成績優秀で目立つ存在であることを要求した)

5, 6, 9, 10, 11, 13, 16), 非 PDD 群では 4 例 (症例19, 20, 21, 22) といずれも半数以上を占めていた。これらの症例では子どもの育て難さや問題行動が母親の不適切な養育によるものとされ, 母親の自己評価の低下が認められた。PDD 群ではこだわり行動やパニックなど対応の困難な問題行動が多く, 母親が養育能力に対する自信の喪失を来たしやすく, また PDD 特有の共感性の乏しさのために子どもとの間に愛着が形成できずに自罰的になることから, 母親が二次的にうつ状態に陥り, 治療を要した例 (症例1, 3, 6, 7) もみられたが, 非 PDD 群では障害受容の失敗から父親が二次的にうつ状態になった例 (症例17) が一例のみであった。障害児が年下の場合, 対象児が保護者的な立場を要求されることが多く (症例3, 4, 8, 10, 11, 17), 障害児の診断が遅れた例 (症例3, 10, 11) では特にそれに対する対象児の不満が目立った。PDD 群の特徴として, 対象児が障害児との間に正常な兄弟関係を築けないことに起因するストレスが挙げられる。一般的に障害児の同胞は, 障害児に対して保護者的な役割を果たすという世代間境界を越える立場を期待されることが多い。PDD の同胞ではさらに同胞としての興味や感情を共有することが困難な上に, PDD 児から予測できないような反応が返ってくることがある。「家では日本語が通じないから嫌だ」と言った PDD の同胞が何人かいたが, このような状況をよく表していると言えるだろう。予後との関連でみると, 障害児と家族の相互作用から生じる要因だけでなく, もともとの家族機能に明らかな問題がある例に予後不良のものが多かった。母親が境界性人格障害 (borderline personality disorder: BPD) (症例13, 16), 母親が PDD (症例14), 身体的虐待 (症例13), ネグレクト (症例16) といった症例がこれにあたる。

IV. 症例

軽度発達障害児がどのように同胞の適応に影響を与えるのか, 具体的な症例をあげて検討し

てみたい。なお, 兄弟間の相互作用を時系列でみるために, 兄, 弟それぞれの生育歴, 現病歴, 経過を併記してある。

【症例1】兄 初診時 9歳 男児 気分変調性障害, 弟 初診時 8歳 男児 アスペルガー障害

家族歴: 両親, 9歳の兄, 8歳の弟, 7歳の妹の5人家族である。

生育歴・現病歴: 兄は周産期異常なく, 在胎37週, 出生時体重2780g, 正常分娩にて出生した。運動発達は正常, 言語発達も始語13カ月, 2語文2歳と正常で, おとなしくて育てやすい子どもであった。1歳1カ月で弟が出生, 2歳4カ月で妹が出生している。弟は周産期異常なく, 運動発達, 言語発達ともに大きな遅れはなかったが, 幼児期から多動が目立ち, 一人遊びが好きで母の介入を喜ばなかったという。また道やゴミ箱から拾ってきた菓子の包み紙やアイスクリームの空のカップなどを部屋の隅に並べることが好きだった。

兄は3歳で幼稚園に入園し, 時々登園を嫌がるがあったが, 実際に休むことはなく, 友人関係, 集団適応に問題はみられなかった。

兄は小学校通常学級に入学したが, 4月下旬から登校を嫌がることもあり, 母と一緒に登校して, 授業中も隣の席に坐っていたことが数回あった。兄が2年生の時に, 弟が通常学級に入学したが, 授業中に席を立つ, 床に寝そべる, 奇声をあげる, テスト用紙は名前も書かずに丸めて捨ててしまうといった行動が続いた。弟の友人との関わり方は自分のペースを相手に押し付けるやり方なので, 徐々に友人が遊んでくれなくなっていたが, 本人は気にする様子ではなかった。兄や妹に対しても気に入らないと, 暴言, 暴力があり自分の主張を通した。やりたくないことを強要されたり, 思い通りにならないとパニックになって周囲が引き下がるというパターンが出来上がってしまい, 家族がそれに振り回されている状態であった。

兄は2年生の冬休みまでは登校していたが, 3学期になって母方祖父が亡くなり, 3日間欠

席したことをきっかけに腹痛などの身体症状を訴えて登校しなくなった。またこの頃、弟は担任に勧められて近医を受診し、ADHDと診断され、メチルフェニデートを処方されたが、効果なく中止となっている。

兄は3年生になっても不登校状態が続き、3年生の3学期に当院を受診することになったが、その際に、「お兄ちゃんが行かないなら僕も行かない」と言って不登校状態となっていた弟も一緒に紹介受診となった。兄の2年生までの成績は上位であった。

経過: 兄への対応としてまず基本的な生活リズムの確立を目指し、関心が外へ向かってきた頃に適応指導教室への参加を提案した。また弟への対応として、ADHDではなくアスペルガー障害であることを伝え、母に保護者向けの学習会に参加してもらった。さらに臨床心理士による学習を媒介としたソーシャルスキルトレーニングを行い、試験的に特殊学級への通級を開始、担任に来院して貰って対応方法について協議した。

兄は4年生になって適応指導教室へ通い始めたが馴染めず、夏休み明けから再び家に閉じこもるようになり、うつ状態を認めたため、抗うつ剤の投与を開始した。2学期末から上気道炎や胃腸炎を繰り返し、体調不良が続いた。友人とも遊ばなくなり、好きなゲームにも興味を示さず、不眠、食欲不振、体重減少を認め、うつ状態が増悪したため入院治療を提案したが、兄の強い抵抗があり、外来受診の間隔を短くすることで対応した。3学期末からうつ状態の改善がみられた。弟は3年生になり通級を開始した。1学期は通常学級では母が授業中も付き添っている状態であったが、特殊学級では母の付き添いなしで授業に参加できた。特殊学級の担任が途中で代わったことなどから2学期は再び登校しづりがあったため、母が毎日送っていき、授業中も一緒に教室で過ごすことを繰り返すうちに1人で登校するようになった。しかし再び休みがちとなり、3学期は週に2回登校するのみとなった。母も2学期末頃からうつ状態となり、

抗うつ剤の処方を開始した。

兄は5年生の1学期終了頃にはうつ状態はすっかり回復した。この頃、外来で母と主治医が弟の問題について話をしている時に「家族で外出するときに弟が大声で泣いたり、暴れたりするからすごく恥ずかしい」「学校でも、友達に弟のことをいろいろ言われるから嫌だ」と初めて弟についての発言があった。母からも「そういう時に最後まで対応するのは私の仕事で、夫は見ているだけ」という発言があった。この間、弟は4年生になり特殊学級に籍を移し、登校日を週2日から段階的に増していき週4日登校するようになったが、夏休み明けから全く登校しなくなった。弟への対応に疲れて母のうつ状態が増悪したため、母の休養と弟の日常生活の立て直し、養護学校への通学を目的として9月末から3カ月の予定で入院とした。

弟は、入院当初は他児にとけ込まず「退院する」と泣いてパニックを起こしたが、徐々に慣れていった。養護学校への登校は入院翌日から開始、その後も登校をしづることなく通学できた。指示に対して「いやだ」「さようなら」と一方的にコミュニケーションを打ち切り逃げるといった行動が目立ったが、指示に従うまでスタッフが1対1でかかわり、できたことを評価するという成功体験を積み重ねることによって、適応的な行動が増えていった。この間、兄は2学期中頃から適応指導教室の行事に参加し始め、12月からは毎日通うようになった。

弟は2学期末で退院としたが、退院に際して養護学校、地域の小学校、主治医で情報交換と退院後の対応について協議した。弟は退院後も地域の特殊学級への通学を続けている。

本症例は、障害の診断が遅れたために、弟の幼児期からの問題行動に対して障害としての視点がなく、周囲が母親の養育を責める対応をしていた。父親の積極的な協力がなく、弟の学校への送迎や問題行動についての対応、外出先でのパニックにも母1人で対処するなど弟の不応状態に母が孤軍奮闘していた。こうした状況下で、母の抑うつや自己評価の低下が起こり、

家族機能に影響を与えたと考えられる。PDD 児と暮らすということは家族を不断の高レベルのストレスに曝すという (Fisman et al., 1996)。さらに PDD 児の同胞は兄弟間の自然な感情の共有を体験できないために感情表現を抑制する傾向にあり、両親のストレスが大きいと、同胞は障害児に対する陰性感情を表現しなくなる。陰性感情を内面化し、不適切な行動をとって親の関心を引くことによって愛情欲求を満たそうとするという (Fisman et al., 1996)。兄の不登校はこうした背景を持つ不適応行動と考えられ、兄が弟について否定的な思いを語ったのはかなりの時間が経過した後であった。また、弟の問題に加えて、兄が不登校という新たな不適応状態を起こしたことで、母の養育者としての自己評価はさらに低下し、初診時にはかなりの抑うつ状態にあったと考えられる。

弟の診断がついて、さまざまな援助プログラムを組んだが、学習会への参加にしろ、ソーシャルスキルトレーニングにしろ母の通院回数を増やすことになり、また母が苦手とする学校との交渉の機会を増やすことになった。その結果、母の負担を増加させることになり、母の抑うつ状態を増悪させてしまった。家族機能への介入という視点から見ると、弟を入院させることによって、PDD 児との直接的な相互作用により生じるストレスから家族を一時避難させ、その間に家族機能の立て直しを図ったことが、兄の適応状態の改善にも繋がったと考えられる。また父親の意識にも変化が認められ、退院後は父が兄弟を適応指導教室と学校へ送る役割を引き受けている。

V. 考察

1. 軽度発達障害児の同胞の特徴

今回、筆者らは軽度発達障害児が同胞に及ぼす影響を検討するために、軽度発達障害児にまつわる問題が同胞の心理的問題や行動面の問題に関連していると考えられた23症例の検討を行った。

障害の相違から生じる特徴について論じたも

のに、Fisman (1991, 1996, 2000) らが PDD 児の同胞とダウン症児の同胞の心理的、行動面の問題に影響を与える因子の相違について報告したものがあつた。これらの報告によれば、PDD 児の同胞ではダウン症児の同胞や健常児の同胞よりも適応上の問題を抱えていることが多く、これらは障害特性が親に及ぼす影響の相違によるものとされている。第一にダウン症では出生直後に診断がつくのに対して PDD では診断時期が遅れる。第二に PDD 児の親は、ダウン症児や健常児の親に比べて養育上のストレスが非常に大きい。PDD の障害特性として彼らは環境変化に弱く、常同行動やパニック、多動など養育者を悩ませる行動面の問題が深刻であり、さらに感情の共有が困難で、言語面の遅れのないアスペルガー障害でさえもコミュニケーションの問題を抱えており、親は子育てという行為から当然受け取るはずの喜びや楽しみを得ることが少ない (Noh et al., 1989)。このことは第一の診断時期の遅延とあいまって、PDD 児の母親に養育能力に関する自己評価の低下や抑うつ状態をもたらす。これが家族に慢性的なストレスを生じさせ、同胞の適応に影響を及ぼす可能性が指摘されている (Fisman et al., 1996)。

今回の検討では、軽度発達障害間で表 1～6 に示した因子に差があるかを見るために、軽度発達障害を PDD 群と非 PDD 群に分けて両者の相違を検討したが、同胞の適応に影響を与える因子の明らかな相違は見出せなかった。さらに PDD と同様に行動面の問題が深刻で、親に大きなストレスを与えられと考えられる ADHD も含めた PDD・ADHD 群と LD・MR 群の比較も試みたが、統計学的な有意差は認められなかった。

一般に、重度の障害は早期に診断されることが多いが、軽度発達障害は早くても幼児期で、学齢期になって初めて診断されるものも多く、場合によっては思春期にまで持ち越される。診断が遅れることによって障害という視点を持っていないことが、養育者、特に母親の自己評価の低下、抑うつ状態をもたらす、親と障害児の間の

陰性の相互作用をエスカレートさせ、そのような緊張状態が夫婦関係や家族機能に影響する。また今回の症例中、両親と祖父母との葛藤が強いケースが数例あったが、いずれも障害としての視点がないために祖父母が母親の養育を責める対応をし、その結果関係がこじれ、障害が診断された後もサポータティブなかかわりがなく、逆に健全な同胞に対して障害児の存在を埋め合わせる努力を要求する圧力を強めていた。以前、筆者らは、軽度発達障害が子ども虐待のリスクファクターとなることを報告したが、軽度発達障害は同胞の適応にも影響を与える可能性が考えられる(浅井ら, 2002)。

さらに診断を受けた後に利用可能な社会資源の問題がある。重度の障害の場合、福祉制度や特別な教育制度の対象となるが、軽度発達障害では、ほとんどがそれらの対象外である。親は就学の際の「通常学級なのか、特殊学級なのか」といった選択から始まって、通常学級で上手く適応できなかった時には通級制度の利用や、問題行動についての学校とのやりとり、社会的自立に向けての就労問題とすべて自らの手で勝ち取っていく必要がある。社会的支援の範疇には公的システム以外にも親類、教師、友人、コミュニティからの援助が含まれるが、これらが有効に機能している例は少なく、逆に負の作用をしている例をみることが多い。この社会的支援の乏しさは、障害受容にも大きな影響を与えると思われる。障害受容には、受け皿が必要である。自ら戦わなくても社会資源の利用によって将来像まで見通した一定のルートが得られることにより、家族に安定感がもたらされる。障害受容への一歩には、この安定感がもたらす余裕が必要であろう。

2. 軽度発達障害児の家族への介入のあり方

前項で述べたように、軽度発達障害児は家族にさまざまな影響を及ぼす。PDD児が家族に与える影響について経時的な変化を調査した研究(Fisman et al., 2000)では、時間の経過によって家族のストレスは軽減せず、同胞の適応上

の問題も減少していなかった。このことはPDD児の同胞に適応上の問題が生じた場合、「経過を見る」という対応ではなく、早期の診断と介入が必要であることを示唆する。さらに介入を成功させるには、何が親の急迫状態の原因となっているかに焦点をあてるアプローチが必要である(Fisman et al., 2000)。

このことは軽度発達障害全体にもあてはまる。提示した症例で筆者は、このプロセスを読み誤ったと考えている。弟の問題への積極的な介入をする際に、結果として母親の負担を増加させるアプローチになってしまった。援助プログラムとして提供したのは、すべて母親がキーパーソンとならざるを得ないようなものであり、母親の抑うつ状態を増悪させた。介入当初に両親の精神的な健康度、家族機能の評価、利用可能な家族内外の資源などを考慮に入れた総合的なアセスメントをした上で、家族と治療者が治療的介入のターゲットの優先順位を決めていくというアプローチが必要であった。理想的な家族への介入というものは、個々の家族がその役割を果たせるようになるための援助をし、最終的に家族自らが問題解決能力を獲得していくことであろう。治療者として、このことに意識的であることが必要だと思われるが、そのためには社会資源の存在が不可欠である。しかしながら、軽度発達障害については、利用可能な社会資源があまりにも乏しい。近年、親の会やさまざまな自助グループが組織され、以前に比べれば利用可能な資源が増えている。しかしこれらに参加するには、家族がある程度能動的な動きができるだけのパワーを持っていることが必要であり、家族機能が破綻しているような場合には現実的ではない。家族機能の状況によって、さまざまな選択が可能なシステムをいかに構築していくのが今後の課題と思われる。

文 献

浅井朋子, 杉山登志郎, 海野千畝子, 他(2002): 育児支援外来を受診した児童79人の臨床的検討. 小児の

- 精神と神経, 42, 293-299.
- Cleveland, D. & Miller, N. (1977): Attitudes and life commitments of older siblings of mentally retarded adults: An exploratory study. *Mental Retardation*, 15, 38-41.
- Dyson, L., Edgar, E. & Crnic, K. (1989): Psychological predictors of adjustment by siblings of developmentally disabled children. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 292-302.
- Ferrari, M. (1984): Chronic illness: Psychosocial effects on siblings, I; Chronically ill boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, 459-476.
- Fisman, S. & Wolf, L. (1991): The handicapped child: Psychological effects of parental, marital, and sibling relationships. *The Psychiatric Clinics of North America*, 14, 199-217.
- Fisman, S., Wolf, L. & Ellison, D. (1996): Risk and protective factors affecting the adjustment of siblings of children with chronic disabilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1532-1541.
- Fisman, S., Wolf, L. & Ellison, D. (2000): A longitudinal study of siblings of children with chronic disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 369-375.
- Harvey, D. & Greenway, A. (1984): The self-concept of physically handicapped children and their non-handicapped siblings: An empirical investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, 273-284.
- Lobato, D. (1983): Siblings of handicapped children: A review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 13, 347-364.
- Lobato, D., Faust D. & Spirito A. (1988): Examining the effects of chronic disease and disability on children's sibling relationships. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 389-407.
- McHale, S. & Pawletko, T. (1992): Differential treatment of siblings in two family contexts. *Child Development*, 63, 68-81.
- Noh, S., Dumas, J., Wolf, L. et al. (1989): Delineating sources of stress in parents of exceptional children. *Family Relations*, 38, 456-461.

MILD DEVELOPMENTAL DISABILITY : PSYCHOLOGICAL EFFECTS ON SIBLINGS

Tomoko ASAI, Toshiro SUGIYAMA, Seiji KOISHI, Makoto HIGASHI, Noriko NAMIKI and Chihoko UNNO

Division of Child Psychiatry, Aichi Children's Health and Medical Center

Although there are a large number of reports of investigations on the effect disabled children, mental retardation, have on a sibling, there is no report about the effects which mildly developmentally disabled children without an intellectual disability, high functioning pervasive developmental disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, learning disorder, and mild mental retardation, have on the siblings'. For this reason, we investigated the clinical characteristics of the effect which a mild developmental disabled children had on family function or a siblings. Twenty-three patients (seven boys, sixteen girls) whose maladjusted condition had a cause in the disabled children, were seen at the division of child psychiatry, at Aichi Children's Health and Medical Center from November 2001 to March 2003. We studied these cases in retrospect.

While severe developmental disabilities are diagnosed shortly after birth, the diagnostic uncertainty of mild developmental disabilities may extend to the preschool and even the school aged child. By the delay of diagnosis, while the behavioral problems were generated in part by the difficult temperament of mild developmental disabled children, the sense of lack of competence in parenting that was engendered in the mother and the psychological distress might be the mechanisms connecting chronic family stress and the behavioral and emotional problems of the sibling.

Author's Address :

T. Asai

Division of Child Psychiatry Aichi
Children's Health and Medical Center

1-2 Osakada, Morioka-Cho, Obu, Aichi
474-0031, JAPAN

高機能広汎性発達障害青年の適応を決める要因

杉山登志郎* 河邊眞千子*

抄録：高機能広汎性発達障害の転帰に関しては、このグループの国際的診断基準への記載が1990年代と最近であり、大きなばらつきが報告されていた。われわれがフォローアップしてきた高機能広汎性発達障害児者354名に関して併発症を調べてみると、不登校33名(9.3%)、統合失調症様病態8名(2.3%)、解離性障害20名(5.6%)、大うつ病10名(2.8%)、行為障害または犯罪が16名(4.5%)に認められた。このうち18歳以上の40名〔平均年齢23.9(6.9)歳、カッコ内は標準偏差〕について調査を行ったところ、大学生など在学习中の者9名、企業への就労者15名であったのに対し、在宅のもの7名、触法行為を行ったもの7名であった。全体的転帰を見ると Good 17名(43%)、Fair 12名(30%)、Poor 11名(27%)であった。広汎性発達障害の下位群による差は見られず、小学校年代までに診断を受けていた者に、良好な転帰が有意に多いことが示された。

精神科治療学 19(9); 1093-1100, 2004

Key words : high-functioning autism, Asperger disorder, outcome, early intervention

I. はじめに

広汎性発達障害とは、自閉症と同質の社会性の障害を中心とする発達障害の総称である。知的障害を伴わない自閉症を慣例的に高機能自閉症と呼んできたので、広汎性発達障害全体にもこの呼称を援用し、知的障害を持たない群を高機能広汎性発達障害と呼んでいる。われわれは知能指数(IQ) 70以上を示すものを高機能群としてきた¹²⁾。その中には高機能自閉症、アスペルガー症候群、高機能の特定不能のその他の広汎性発達障害

(Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified: PDDNOS) の3者が含まれる。高機能広汎性発達障害は、知的障害を伴わないだけで、基本的な障害は自閉症とほぼ同一である。広汎性発達障害か否か、あるいは高機能群か非高機能群かということでは臨床的に大きな違いがあるが、高機能群の中の診断カテゴリーが異なっても、その本質的な問題に関して臨床像の違いは存在しない⁸⁾。下位分類にこだわるより高機能広汎性発達障害として括って扱う方が現実的であるとわれわれは考えてきた¹⁸⁾。

アスペルガー障害をはじめとして広汎性発達障害の下位分類が国際的診断基準に登場したのは1990年代であり比較的最近のため、これらの高機能群の転帰や社会的適応に関しては、未だに十分な資料が得られているとは言い難い。自閉症よりは良好であるとしても、自閉症圏独自の問題を抱えており、その知的能力に比して良好とは言い難

Predictors of outcome in high-functioning adults with pervasive developmental disorders.

*あいち小児保健医療総合センター

〔〒474-0031 愛知県大府市森岡町尾坂田1-2〕

Toshiro Sugiyama, M.D., Machiko Kawabe : Aichi Children's Health and Medical Center, 1-2, Osakada, Morioka-cho, Ohbu-shi, Aichi, 474-0031 Japan.

表1 高機能広汎性発達障害の対象 (2001.11~2003.12)

	Autistic dis.	Asperger dis.	PDDNOS	Total
Male	158	64	60	282
(18≤)	(17)	(14)	(1)	(32)
Female	31	13	28	72
(18≤)	(3)	(4)	(1)	(8)
Total	189	77	88	354
(18≤)	(20)	(18)	(2)	(40)

表2 精神医学的問題の一覧 (N=354)

	N	%
不登校	33	9.3
統合失調症様病態	8	2.3
解離性障害	20	5.6
大うつ病	10	2.8
強迫性障害	6	1.7
行為障害, 犯罪	16	4.5

い者が少なくないことは多くの一致を見ている^{7,10,20,24}。これらの報告ではあまりに結果のばらつきが大きなことが指摘されてきた⁶。例えば就労している者の割合は5%から44%, 独立して生活する者の割合は16%から50%, さらに, 何らかの精神医学的問題を抱える者の割合は9%から89%という広がりを持っている。その理由として, これらの資料が臨床群, すなわち病院の資料を中心としたサンプルによる研究という制限があることが指摘されてきた。最も新しい Engstrom ら²⁾によるスウェーデンの高機能者成人の調査では, スウェーデンのある地域の地域精神保健に登録されたサンプルから抽出をした対象による調査を行い, 不良と判定された転帰の者は12%に過ぎないが, 一方良好という判定も12%に過ぎず, 実に75%が準良好に留まり, 何らかの社会的な支援を必要とすることが, 改めて示された。

この小論では, 筆者らが継続的なフォローアップを行っている高機能者のサンプルを中心に, このグループの社会的適応と就労について検討を行う。

II. 高機能広汎性発達障害の全体像

対象はいち小児保健医療総合センター心療科を受診し, 筆者らによって継続的なフォローアップを受けている354名の高機能広汎性発達障害児, 者である〔3歳から42歳, 平均年齢9.0(5.9)歳, カッコ内は標準偏差〕。対象の一覧を表1に示す。この全対象に認められた代表的な精神医学的問題の一覧を表2に示す。診断は, 不登校と触法行為に絡む問題以外は, DSM-IVを用いた。ここに取り上げた問題がすべてではないことは言う

までもない。例えばチック障害の合併率は非常に高いが⁹⁾, この対象の中でチック自体に対して治療を行った症例がほとんどなく, また長期にわたり消長を繰り返すので, あえてカウントを行わなかった。

若干の補足を行う。不登校に関しては, われわれはこれまでそれほど多いものではないと考えてきた¹³⁾。しかし小児センターで新たな多くの高機能児に出会ってみると, 予想以上に多く認められた。未診断のグループにおいては稀ならず生じる問題であると考えられる。統合失調症に関しては, 特にアスペルガー障害において, しばしば併存症例の存在が報告されてきた^{20,21,25)}。全対象の中で, DSM-IVの統合失調症の診断基準を満たした者は8名であった(男性6名, 女性2名)。しかしこのうち, 抗精神病薬が確かに有効で統合失調症の発症と考えられる症例は2例のみであり, 他の症例はいずれも自閉症圏の症状の延長線上に生じた病態と考えることが可能であった¹⁶⁾。むしろ問題は, 統合失調症と誤診をされた高機能広汎性発達障害の症例が少なくないことである¹⁴⁾。

次の解離性障害は高機能広汎性発達障害に比較的良く認められる問題であるが, このことを指摘したのは, われわれがおそらく初めてではないかと思う¹⁹⁾。対象の内, DSM-IVの解離性障害の診断基準を満たす者は20名であった。高機能広汎性発達障害は独自のファンタジーへの没頭を持つことが多く, そこから解離までの距離はわずかである。解離性障害を生じたグループをみるとその過半数は虐待の既往があるが, 一般の解離性障害の症例(虐待の既往は8割以上である)と比較した時に有意に少なく, 虐待の既往のない者でも解離を生じうる点が異なっている。大うつ病は広汎性

表3 18歳以上の対象の現状 (N=40)

	大学・ 大学院	その他 の学生	企業 就労	アルバ イト	福祉作 業所	主婦	在宅	合計
Male	4	3	14	2	2	0	7	32
Female	1	1	1	0	1	4	0	8
Total	5	4	15	2	3	4	7	40

発達障害にもっとも併存率が高い精神科疾患であることが知られている⁷⁾。今回の対象では比較的少数であったが、この10名の平均年齢は18歳であり、加齢に従って併発する者が増えるのではないかと予想される。

触法行為については少し詳細に述べる。最近になって主として高機能群、特にアスペルガー障害の中に犯罪を犯した症例の報告が少数ながらなされるようになった。Wing²⁵⁾は、かねてから薬物に興味がある高機能児が、悪意なく実験的に友人に薬物を服用させた例を報告した。Mawsonら¹¹⁾は5名の放火と1名の殺人を犯したアスペルガー障害の症例があったことを報告したが、後者の殺人の例は、恐らく実験として殺人がなされたと記している。Baron-Cohen¹⁾は21歳のアスペルガー障害男性が71歳の女性を殺害した例を報告した。またHowlin⁶⁾は13歳のアスペルガー障害の男児が、理由なしに85歳の老女を殺した例を記載した。それ以外にもユナボーマー（ユタ州の無差別爆弾犯）がアスペルガー障害であったという新聞報道などがなされているが、現在まで、国際雑誌に掲載された殺人の報告は、この3例のみである。

しかるに近年、わが国において、高機能広汎性発達障害の犯罪を巡る報道がしばしば見られるようになった。「人を殺す経験がなかった」と述べたと伝えられる豊川での主婦殺人事件は社会に大きな衝撃を与えた。われわれの知る限りでもこの数年間に6例以上の高機能広汎性発達障害の診断を受けた殺人事件がわが国で生じており、また、強制わいせつなどの犯罪を犯した高機能広汎性発達障害の例がわが国において報告されるようになった^{3-5, 15, 17, 22, 23)}。行為障害と診断される少年、あるいは触法行為を犯したものは16名(4.5%)であった。ここで強調したいのは、専門医療機関

を受診するに至った比較的重症の症例においても、95%以上は触法行為とは無関係であるという事実である。

全対象のうち高校卒業年齢である18歳以上の者は40名である(表1)。ついでこの40名について現在の状況に関する検討を行った。

Ⅲ. 青年期高機能広汎性発達障害の 適応状況

表1に示した18歳以上の青年成人は平均年齢23.9(6.9)歳(カッコ内は標準偏差)、男性32名女性8名である。全対象に比較したときにPDDNOSの診断の者が少ないが、これは彼らの幼児期に未だ高機能広汎性発達障害の下位診断が確立していなかったことが大きく影響をしているものと考えられる。このグループの現在の状況を表3に示す。

若干の補足を行う。大学・大学院生の中に、1名情報系の大学院博士課程に在籍する男性がいる。その他の学生は予備校に通う1名を除けば、高校卒業後に専門学校に入学し学んでいる者である。企業就労者に関しては、後に詳しく取り上げる。アルバイトのうち1名は、通信制の高校に通いながら週2日程度のアルバイトに通っている。もう1名は、週4日のアルバイトで、まもなくフルタイムの就労に就く予定である。福祉作業所に通う者は3名である。うち1名は、大学を出ているが奇異な対人関係のために就労に何度も失敗し、また容易に被害念慮を生じるため、現在はかろうじて福祉作業所に通う状況となっている。主婦4名は、いずれも子どもが高機能広汎性発達障害であり、子どもの受診に際して、自らの問題に気づき、幼児期の資料を得て診断が可能となり継続的な治療を行うに至った者である。1名を除き

表4 在宅者7名の状況

#	sex	age	診断	併存症	学歴
1	m	19	Autistic dis.	不登校	養護高卒
2	m	21	Asperger dis.	不登校	高中退
3	m	22	Asperger dis.	強迫性障害, うつ病	大卒
4	m	23	Asperger dis.	不登校, 統合失調症	高中退
5	m	24	Asperger dis.	不登校, 心身症	養護高中退
6	m	24	Autistic dis.	被害念慮, 犯罪	高中退
7	m	24	Autistic dis.	被害念慮, 犯罪	高卒

表5 企業就労者の一覧

#	年齢	性別	診断	早期診断	仕事の内容	併存症	学歴
1	18	m	Autistic dis.	+	工場勤務		小中特→中普通, 高普通
2	18	m	Autistic dis.	+	工場勤務		小普通→特, 中特, 高等養護
3	18	m	Autistic dis.	+	販売店		小中特, 高養護
4	18	m	Autistic dis.	+	工場勤務	解離性障害	小普通→中特, 高等養護
5	20	f	Asperger dis.	-	工場勤務		小中普通, 専門
6	21	m	Autistic dis.	-	工場勤務		小中普通, 専門
7	21	m	Asperger dis.	-	工場勤務		小中高普通, 専門
8	23	m	Autistic dis.	+	工場勤務		小普通, 中特, 高等養護
9	23	m	Asperger dis.	-	工場勤務		小中高普通, 大学
10	23	m	Autistic dis.	+	工場勤務		小中高普通
11	25	m	Asperger dis.	-	郵便局		小中高普通, 専門
12	26	m	Autistic dis.	+	工場勤務		小中特, 高養護
13	29	m	Autistic dis.	-	工場勤務		小中高普通
14	33	m	Asperger dis.	-	専門職(医師)		小中高普通, 大学
15	41	m	Asperger dis.	-	専門職(理学療法士)	うつ病, 解離性障害	小中高普通, 専門

就労した経験を持っているが、現在の適応をみると、治療開始後に速やかに良好な状況となりパートなどに通うことができるようになった1名を除くと、残り3名は現在も精神科的症状が継続し、強力な治療とサポートを要する状況である。この4名中、2名に境界性人格障害、1名に対人恐怖の診断が過去に下されていた。在宅の7名に関し、詳細を表4に示す。2名は触法行為があり、うち1名は触法行為によって失職をしている。触法行為ということ言えば、大学に通う2名と、アルバイトの1名も、触法行為により逮捕もしくは、社会的な問題となった経歴を持つ。在宅のうち4名は長期にわたる不登校の既往を持つ。このうち1名が統合失調症、1名がうつ病と強迫性障害、1名が著しい心身症の併存が認められ、これ

らの精神科疾患によって現在の社会的適応はきわめて不良の状態となっている。

就労者の詳細な一覧を表5に示す。このうち就労者障害者雇用として就職した者は5名である。それ以外に、知的に高く障害者雇用としてのカウントの対象には本来ならないが、障害者職業センターで障害者と同等の対応を行うという判断を下して継続的な相談を行い、職場の紹介やジョブコーチ派遣など強力な就労援助を行った者が3名いる。15名中11名までが工場勤務であるが、中に大学を良好な成績で卒業したが企業就労に成功せず、派遣社員として交代勤務の工場労働で安定を得ている青年が存在する。学歴のところで矢印で示しているのは、小学校、中学校の間に普通学級から特殊学級、あるいは特殊学級から普通学級に

表6 全体的転帰と下位診断 (N=40)

	Good (%)	Fair (%)	Poor (%)	Total
Autistic dis.	12 (60%)	4 (20%)	4 (20%)	20
Asperger dis.	5 (28%)	6 (33%)	7 (39%)	18
PDDNOS	0	2 (100%)	0	2
Total	17 (43%)	12 (30%)	11 (27%)	40

移動したことを意味する。例えば#1の青年は、中学1年生まで特殊学級で過ごし、2年生から普通学級に戻り、その後、普通高校を卒業し就労している。「高養護」と記したのは、養護学校の高等部を卒業したという意味、「高等養護」とは高等部だけの職業訓練を集中的に行う養護学校を卒業したという意味である。専門職についている者が2名おり、1名は医師、1名は理学療法士として病院に勤務している。これらの対人関係の専門職での職場における評価はあまり高くない。しかしこの15名は、いずれもまじめに仕事をこなしている点においては高い評価を受けている。

ここで、比較のために触法行為を行った16名の内、18歳以上の7名と就労した15名とを比較してみると、平均知能指数(カッコ内は標準偏差)は触法群97.9(19.4)に対し、就労群90.0(13.7)と有意差は認められないが就労群の方が低く、平均診断年齢(カッコ内は標準偏差)は触法群が15.7(7.5)に対し、就労群は10.0(11.0)とこれも統計学的な有意差はないが就労群が低かった。一方DSM-IVの第V軸機能の全体的尺度(Global Assessment of Functioning Scale:GAF)(カッコ内は標準偏差)についてみると、触法群50.0(6.5)に対し、就労群69.2(3.5)と統計学的に高い有意差が認められ($t=8.8$ $P<.001$)、当然ではあるが就労群に比して触法群の適応状態の不良さが明らかとなった。とはいえ、平均約70点というGAFの値は非常に良好とはいえない。

40名中、独立した生活を営んでいる者は就労者3名、作業所1名、主婦4名で計8名(20%)であった。結婚している者は主婦の4名と専門職で働く1名の計5名(12.5%)であった。この5名がいずれも子どもをもうけ子育てを行っていた。

表6に40名に関する全体的な転帰を示す。Good

表7 全体的転帰と診断を受けた時期

	Good (N=17)	Fair (N=12)	Poor (N=11)	Total (N=40)	
小学校入学前までに診断	8	4	2	14	n.s.
中学校入学前までに診断	14	8	2	24	*

$$*\chi^2(2)=11.8 \quad p<.01$$

に属する者が43%という値は、Engstromら²⁾による結果よりは良好であるが、同時にPoorに属する者が27%も存在する。ちなみに、下位診断と転帰との相関であるが、PDDNOSが2名と統計学的な処理に乗らないため、自閉症と非自閉症の2群分けを行ったが、何ら有意差は認められず($\chi^2(2)=2.8$ n.s.)、特定の下位に結びつく転帰は認められなかった。この結果は、Howlinによる最近の調査結果と一致する⁹⁾。次に転帰と診断を受けた時期との比較を行った(表7)。小学校入学前までに診断を受けた者の割合は、Good, Fair, Poorの順で高いが統計学的な有意差は認められなかった。しかし小学校在学中に診断を受けた者の割合は1%水準の統計学的に高い有意差が認められ、小学生のうちに診断を受けていたの方が全体的な転帰は良好であることが示された。

IV. 症 例

ここでこれまで検討したことを補完する目的で、専門学校を卒業後、紆余曲折を経て就労に至った青年を紹介する。なお報告にあたって、患者および家族からは公表の承諾を得ているが、匿名性を守るため、細部を大幅に変更している。

Aは幼児期は、親から離れる傾向が強かったが、初語、始歩ともに遅れはなかった。保育園では集団行動が著しく不得手で、孤立していた。しかし小学校低学年までには、集団行動の問題が目立ち始めた。3年生になると、文章題ができないことが問題になった。また、授業中に何か疑問になることがあると大声で「わからない」と叫び、授業を無視して、教壇に行き、担任教師に質問を

するといった行動が問題となり、専門医の受診を勧められ、筆者の外来を訪れた。初診時、会話は可能であるが言語的な表出は苦手で、テレビのクイズ番組に凝っており、漫画やクイズ番組のファンタジーに没頭していて独語や空笑が見られた。Aは正常知能を示し、アスペルガー症候群と診断された。

医師の介入の成果もあり、小学校中学年以降は、少しずつ問題も落ち着いていった。小学校6年生では友人との関わりが増えたが、同時に被害的になることがあり、「馬鹿な自分を変えたい」「生まれ変わりたい」としきりに言うようになった。中学生になるとAは学校で目立つことがほとんどなくなったが、折りに触れて、「自分だけなぜできない、お母さんが赤ちゃんの時、自分を落としたんじゃないか」などと悩むこともあった。この頃、「中学生の間に普通になります」としきりに言っていた。高校1年生の時、「自分は長距離走は得意だが短距離走は苦手で、なぜ走れないのか、そのことを考えると苦しくて死にたくなってしまう」と訴えたことがあった。この様なアイデンティティーの混乱は続いており、また散発的ないじめもあったが趣味の部活動にも属し、充実した高校生活を送った。

高校卒業後、自動車整備専門学校に進学し、自動車整備士2級の資格を取得した。Aは「自動車整備は車が相手だから良いと思ったが、実は人が相手の仕事だとわかった。この仕事は自分に向いていない」と述べ一般就労を希望した。その一方で、母親から強く進められたこともあってAは障害者職業センターを訪れ、職業カウンセラーとの継続的な相談を開始した。センターでは職業評価を再度行い、検査結果を踏まえて支援の方向性を探りながらも、本人の就職活動を見守った。Aは自ら食品加工場での短期アルバイト見つけ、2ヵ月間無事に勤め上げた。しかし、その後派遣社員の仕事に就き赴任した次の工場では、6ヵ月契約であったが1ヵ月後に失職となった。この経験から本人も、「仕事は難しい」と考えるようになった。職業センターは、Aには就労において援助が必要と判断を下し、独自の知的能力の判定をし直し、障害者就労支援に該当する者と判

断を下し、障害者雇用の対象と判定された。その後、大手電機メーカーの工場から、障害者枠の求人があり、障害者職業センターからジョブコーチが派遣された上で実習が開始された。

高機能広汎性発達障害の受け入れは初めてである会社側はAの就労に対して積極的で、障害者職業センターが開いた事前学習会にも多数の職員が参加をした。彼の最初の仕事は電子機器組み立て部品の出入庫管理の仕事で、部品の数をコンピューター入力する仕事である。2週間経過後、ピッキング作業（部品を棚から出したり入れたりする仕事）も加わった。しかし、入力作業では作業ミスが多発した。工場側の指導担当者が少し厳しく熱心に指導したところ、Aは「僕はだめなんだ」と激しく落ち込み不安定になった。障害者職業センターはこの業務が複雑でまた判断を要する機会が多いため、Aには不向きであると会社側に進言したため、会社側は素早く配置転換を決めピッキング作業が中心となった。今度は非常に効率よく働き、周囲の評価も高かった。すると「僕は天才だと思います」と語り、逆に、担当者から指導を受けると、「そんなことはわかっています」「ちゃんとやっています」と言い返し、また失敗した時に様々な言い訳をする様になった。ここで、ジョブコーチからAに対し、言い返しや言い訳が大きな問題であることを指摘し、教えてもらったときは「はいわかりました」、ミスをしたときは「すみません」と答えるという基本的な指導を再度行った。一方会社側には、多くの言葉で丁寧に説明する必要はなく、きっぱりとした口調で短くはっきりと指示をしたほうがAには理解しやすいことを伝え、ほどなくこれらの問題は激減した。

Aは契約社員にステップアップすると同時に、別の細かなライン作業に変わった。これはAには難しい作業で、Aは激しく緊張し、目が血走り、疲労が強い状況となった。ジョブコーチに励まされながら1ヵ月間努力を続けたものの、一向に上達しないため他の組み立ての作業部署に再度配置転換された。今度の仕事は基盤に部品を組み付ける仕事である。これは、完成図がきちんと決まっていたため、Aのなじみは良く、高い

仕事能率を上げるようになった。10ヵ月の試行期間の後、Aは正社員採用となった。会社側からは、Aに対し、「配慮は必要であり、可能な仕事に限定はあるが、適切な業務に組み入れれば確実に仕事をこなす。仕事に関する安定性やまじめさは、他の社員の見本となる」という前向きな評価が与えられた。

Aは正常知能の青年であるが、障害者職業センターのジョブコーチをはじめとする援助がなければ、企業就労の実現は困難であった。Aが障害者雇用率の対象と判定されたことで、会社の職場が与えられた。この会社は外国籍の労働者が多数所属しており、日本人独自の暗黙の了解が通じない彼らのために、言語でのコミュニケーションが最小限で済むように配慮された現場が整えられていた。Aの両親はAの持つ問題を良く理解しており、Aの失敗に対し、決して責めることなく辛抱強く励ました。またA自身も自立をしたいと強く望んでおり、仕事に就くための努力を惜しまなかった。しかし、これほどの好条件を備えながらも、就労に至る過程は問題が多発した。Aの場合、何か問題が起きるとすぐに障害者職業センターが対応して一つ一つ解決をしたが、もし継続的な支援がなければ、容易に挫折していたものと考えられる。企業に対する説明会のレベルではトラブルに対応するには不十分であり、実際に生じた問題に対して継続的援助を行うことができるシステムが必要であることが明らかである。

V. おわりに

今回の検討で明らかになったことをまとめると、1つは早期から診断を受け、早期から療育に入ることの必要性和有効性であり、もう1つは、学校生活において適応の良い者であっても自立に向けては独自の問題が数多くあり、継続的な援助を要するという事実である。わが国の高機能者の転帰は、これまで報告された他の国の状況に比較したとき、決して不良ではないが、非常に良好と云うことでもない。それにしても子どもの診断をきっかけとして治療開始に至った主婦の症例など、今日まだ多くの未診断、あるいは誤診を受け

たまま、様々な困難を抱えながら生活を送っている高機能者が数多く存在するものと考えられる。高機能広汎性発達障害の登場によって、精神医学は従来の診断を見直すことが必要な状況となっている。これまで成人における精神医学体系では、発達障害という観点から検討がなされていなかった。特に人格障害に関しては、発達障害の視点を加えた包括的な再検討が必要である¹⁴⁾。

今日、高機能広汎性発達障害の社会的自立を援助する上で大きな障壁となっているのは、診断と継続的な援助が可能な医療サイドの専門家の圧倒的不足である。1人でも多くの精神科医が、この領域への関心を持っていただくことを切望するものである。

文 献

- 1) Baron-Cohen, S.: An assessment of violence in a young man with Asperger syndrome. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 29; 351-360, 1988.
- 2) Engstrom, L., Ekstrom, L. and Emilsson, B.: Psychosocial functioning in a group of Swedish adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Autism*, 7; 99-110, 2003.
- 3) 藤川洋子: 非行と広汎性発達障害. *こころの科学*, 94; 76-84, 2000.
- 4) 藤川洋子: 非行は語る一家裁調査官の事例ファイル. 新潮選書, 新潮社, 東京, 2002.
- 5) 藤川洋子, 梅下節瑠, 六浦佑樹: 性非行に見るアスペルガー障害: 家庭裁判所調査官の立場から. *児童青年精神医学とその近接領域*, 43; 280-289, 2002.
- 6) Howlin, P.: *Autism; Preparing for adulthood*. Routledge, London, 1997.
- 7) Howlin, P.: Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome. *Autism*, 4; 63-83, 2000.
- 8) Howlin, P.: Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome. *J. Autism Dev. Disord.*, 33; 3-13, 2003.
- 9) Kadesjo, B. and Gillberg, C.: Tourette's disorder: epidemiology and comorbidity in primary school children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39; 548-555, 2000.
- 10) Larsen, F.W. and Mouridsen, S.E.: The out-

- come in children with childhood autism and Asperger syndrome originally diagnosed as psychotic. A 30-year follow-up study of subjects hospitalized as children. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 6; 181-190, 1997.
- 11) Mawson, D.C., Grounds, A. and Tantam, D.: Violence and Asperger's syndrome: A case study. *Br. J. Psychiatry*, 147; 566-569, 1985.
 - 12) 杉山登志郎: アスペルガー症候群および高機能広汎性発達障害をもつ子どもへの支援. *発達*, 85; 46-67, 2001.
 - 13) 杉山登志郎: 広汎性発達障害とひきこもり. *こころの臨床 à-la-carte*, 20; 193-197, 2001.
 - 14) 杉山登志郎: Asperger 症候群と高機能広汎性発達障害. *精神医学*, 44; 368-379, 2002.
 - 15) 杉山登志郎: 非行と発達障害. *臨床心理学*, 2; 210-219, 2002.
 - 16) 杉山登志郎: 高機能広汎性発達障害における統合失調症様状態の病理. *小児の精神と神経*, 42; 201-210, 2002.
 - 17) 杉山登志郎: 高機能広汎性発達障害と行為障害. *そだちの科学*, 1; 23-28, 2003.
 - 18) 杉山登志郎, 辻井正次: 高機能広汎性発達障害. ブレーン出版, 東京, 1999.
 - 19) 杉山登志郎, 海野千歌子, 浅井朋子: 高機能広汎性発達障害にみられる解離性障害の臨床的検討. *小児の精神と神経*, 43; 113-120, 2003.
 - 20) Szatmari, P., Bartolucci, G., Bremner, R. et al.: A follow-up study of high-functioning autistic children. *J. Autism Dev. Disord.*, 19; 213-225, 1989.
 - 21) Tantam, D.: Asperger's syndrome in adulthood. In: (ed.), Frith, U. *Autism and Asperger syndrome*. Cambridge University Press, Cambridge, p.147-183, 1991.
 - 22) 十一元三: 性非行に見るアスペルガー障害: 認知機能検査所見と性非行の特異性との関連. *児童青年精神医学とその近接領域*, 43; 290-300, 2002.
 - 23) 十一元三, 崎濱盛三: アスペルガー障害の司法事例. *精神経誌*, 104; 561-584, 2002.
 - 24) Venter, A., Lord, C. and Schopler, E.: A follow-up study of high-functioning autistic children. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 33; 489-507, 1992.
 - 25) Wing, L.: Asperger's syndrome; A clinical account. *Psychol. Med.*, 11; 115-129, 1981.

■ 会 告 ■

第22回 日本森田療法学会

会長: 丸山晋 (淑徳大学社会福祉学科)

大会テーマ: 森田療法—深さと広がり求めて—

会期: 平成16年12月9日(木), 10日(金), 11日(土)

会場: 障害者職業総合センター

〒261-0014 千葉市美浜区若葉3-1-1

特別講演: 精神交互作用の精神生理 (山本卓二: 元足利短期大学看護学科)
(12月11日, 午後)

会長講演: 森田療法における正統と異端 (丸山晋: 淑徳大学社会福祉学科)
(12月10日, 午後)

シンポジウム-I: 対人不安への治療的ストラテジー (12月10日, 午後)

シンポジウム-II: 森田療法と心理臨床 (12月11日, 午後)

森田療法研修会(12月9日, 午後): ワークショップ-I…生活の発見会による体験発表

ワークショップ-II…ケーススーパービジョン

一般公開講座(12月9日, 午後): ①森田療法と私…岡本常男 (メンタルヘルス岡本記念財団理事長)

②『純な心』について…菊地真理 (生活の発見会事務局長)

事務局: 東京慈恵会医科大学第三病院精神神経科医局内 (担当: 塩路, 久保田)

〒201-8601 東京都狛江市和泉本町4-11-1

TEL(03)3480-1151 (内線3171)/FAX(03)5497-0631

教師は軽度発達障害児の問題行動をどのようにとらえているのか

— 軽度発達障害についての理解と意識に関する質問紙調査 —

竹林和子¹・別府 哲²・宮本正一³

I. 問題

現在、文部科学省は、2003年3月に出された「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」に示されるように、通常学級に在籍する特別な教育的ニーズ (Special Needs for Education) を持つ子どもに対応する教育システムを構築しようとしている。それは特別支援教育と呼ばれ、それへ向けての学校教育法の改正が準備されているといわれる (渡部, 2004)。教育システムとして、現在構想されている特別支援教育が、特別な教育的ニーズを持つ子どもの支援を本当にすすめることになるのかどうかについては、課題となる点は少なくないことが指摘されている (例えば、越野・青木, 2004; 清水, 2003)。

一方、特別な教育的ニーズを持ち通常学級に在籍する子どもの中に、知的な遅れは軽度であるが、注意や行動コントロール、情報処理、社会性などに障害を持つ、軽度発達障害児が含まれることが指摘されている。小枝 (2002) は、軽度発達障害として以下の4つを挙げている。それは、社会性 (sociability) を中心的障害とする高機能自閉症・アスペルガー症候群 (以下、本論文では両者を含めて高機能自閉症とする) (註1)、注意と行動のコントロールを中心的障害とする注意欠陥多動性障害 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder; 以下, ADHD とする)、情報処理のアンバランスを中心的障害とする学習障害 (Learning Disorder; 以下, LD とする)、知的障害の基準 (IQが70以下) にはあてはまらないが、IQ (知能指数) が70~85程度である軽度知的障害である。文部科学省

は、こういった軽度発達障害をチェックする質問紙を作成し実施した結果、そういった子どもが通常学級の中に5~6%存在することを明らかにした。

杉山 (2004) は、みずからの臨床から、軽度発達障害の問題がそれのみにとどまらず、子どもの社会適応のさまざまな問題と結びついていることを指摘している。杉山 (2004) は、あいち小児保健医療総合センターを受診した被虐待児の53%、不登校の33%の子どもに何らかの軽度発達障害が認められたことを明らかにした。軽度発達障害は、それ自身の中心的障害はさきほど述べたところであるが、一方、環境の不適切な対応により二次障害を引き起こした場合、不登校や虐待、それ以外にも行為障害、解離性障害、摂食障害、強迫性障害、うつ病などにつながる場合があるというのである。これは、子どもの教育相談・生徒指導上必要とされる子どもの問題行動の多くを包含するものである。その意味では、軽度発達障害をどのように理解し支援するかは、障害児教育に関する教員にとどまらず、教員全体にその理解を求める必要のある課題といえる。

軽度発達障害についての理解と支援を進めるための啓蒙書は多数出版され、特別支援教育コーディネーター研修などを含め、教員向けの研修会も全国的に実施され始めている。その際、具体的な支援の方法や内容を明らかにすることは当然、重要である。一方、研修をすすめる上で、学校の教員が軽度発達障害をどのように理解しているかという、意識を明らかにすることは、一般的に知識や方法を伝授するのではなく、教員研修のポイントを明らかにする上で重要な課題となる。しかし、教員の意識に関する研究は、十分なされているとはいえないのが現状である。

1 所属：岐阜県立吉城高校

2 所属：岐阜大学教育学部

3 所属：岐阜大学教育学部

Kataoka, van Kraayenoord, & Eikins (2003) は、そういった問題意識から、LDに関して、日本の奈良県の小学校の管理職(校長)251名を被験者とした意識調査を行なっている。それは、子どもが示す学習面や行動面での困難の原因と考えられる55項目に対し、それを困難の原因と思うかどうかを問い、それぞれ「とてもそう思う」から「全くそう思わない」まで4件法で回答を求めるものであった。因子分析の結果、以下の5つの因子が見出された。1つは、「児童は適切な家族支援を受けていない」「両親は過保護か養育放棄である」「人々が物質主義になっている」などの「家族と社会状況の変化」の因子、2つは「早期発見とフォローアップ・システムが十分整備されていない」「人々が地域でつながりが弱い」「児童が学習の仕方を知らない」といった「学習と社会的環境」の因子、3つは「専門家が少ない」「行政はLDについて十分知っていない」といった「行政と教育システム」の因子、4つは「教師の教育技術が悪くなっている」「教育における教師の創造性が乏しい」などの「教師と管理職の能力」因子、5つは「LDの特別な教育方法がまだ確立されていない」「教師は個々人の生徒に十分時間をかけていない」といった「不十分な教育的サポート」の因子である。

この研究は、それまでの、教師の意識調査に欠けていたものを補う重要な内容をもったものとなっている。それまでの研究は、例えば、指導困難をもたらすものを教師がどうとらえているかといった原因に対する理解を扱うのではなく、どう指導すべきかを問う(香川大学教育学部附属教育実践総合センター・学習困難児への教育支援研究プロジェクトチーム, 2000)ものであったり、原因に対する教師の意識を扱いながらそれを自由記述によって調べた(長澤, 2000)ものにとどまっていた。Kataoka et al. (2003) は、教師が何を指導困難の要因ととらえているかを定量的に明らかにした点が、注目に値する。

一方、これまでの研究の多くは軽度発達障害の中でLDに焦点をあてたものであり、ほかの軽度発達障害も含めて検討したものはみられていない。この点では、Kataoka et al. (2003)

の研究も同様である。さらに、軽度発達障害に含まれる高機能自閉症は、その原因論がこの60年あまりの間に3回も大きな転換を遂げた、精神障害の中では専門家の間でも理解が難しい障害の一つである(杉山, 2000)。そのため、この障害が初めて報告された当初は、家族や親の育て方という環境に原因を求める論(例えば、Bettelheim, 1967)が流布した時代もみられた(註2)。仮に教師が、高機能自閉症の問題を家族や親の育て方ととらえる傾向があれば、それは軽度発達障害の子どもの支援を誤った方向に導くことが予想され、そういった点での誤りを是正することが研修で重視される必要があることになる。教師の意識を明らかにすることは、このように、研修を知識や技能の伝達あるいは研修で終わらせず、子ども理解において課題となりやすい問題を明確にすることで、研修プログラムを有効に組織することを可能にすると考えられるのである。

本研究では以上の問題意識をふまえ、LD, ADHD, 高機能自閉症といった軽度発達障害を持つ子どもの問題行動を激しくする要因についての教師の意識調査を行ない、その要因を明らかにすることを第一の目的とする。あわせて、第二の目的として、その要因が何と関連するのかを3つの点から検討する。1つは軽度発達障害の理解である。例えば、高機能自閉症はさきほど述べたように、その原因が誤解を受けやすい面を持っている。高機能自閉症を十分知らない場合、そこでみられる問題行動は、家族の間違った育て方や本人の性格の問題によって激しくなると考えることも予想される。2つは、教員がこれまで受けてきたさまざまな種類の研修の有無との関連である。3つは、教師がそういった問題行動に対し必要と考える対応のあり方である。以上の点を、質問紙を使って検討することとする。

II. 方法

1. 対象者

岐阜県内の高等学校・特殊諸学校の教育相談担当者(各学校1名)と、岐阜県A町にある小学校2校、中学校1校、高等学校1校の全教師を