

特集 アスペルガー症候群

「アスペ・エルデの会」*： 当事者を主体とした高機能広汎性 発達障害の地域発達支援システム

● 辻井正次** / 吉橋由香***

Key Words : high-function pervasive developmental disorders, activities of community-based remedial and psycho-educational interventions, lifelong

高機能広汎性発達障害と 「アスペ・エルデの会」の活動

高機能広汎性発達障害(以下, HFPDDと略)は, 自閉症スペクトラムの中で知的発達が正常範囲のものを指す。アスペルガー症候群が, 高機能自閉症, 高機能の非定型自閉症とともにこれに含まれる。筆者らの立場として, アスペルガー症候群と高機能自閉症などを, 支援の上で区別する理由はなく, それらの包括概念であるHFPDDという観点で支援をしているので, 本論でもアスペルガー症候群のみを分けることはせず, HFPDDとして論じていく。HFPDDは, 知的障害はなくとも中核となる社会性の発達については生涯にわたってなんらかの形で課題を持ち続けていくものであり, 各発達段階・年齢において異なった形で課題を抱えていくことになる。

杉山(1996)¹⁾のいうように, 近年わが国では, 他に類をみない早期からの健診システムの普及などに伴い, 発達障害に対する早期の発見, 療育, 支援は充実し成果を挙げてきている。しか

し, 未だ行政による公的支援システムの質は地方自治体の理解力や意欲によって大きな格差がある。特にHFPDDは, 乳幼児期に愛着関係の発達の遅れ, 友達遊びや集団行動の苦手さはあっても, ことばの発達が若干の遅れである場合が多いため, 乳幼児健診で把握されずに, 早期療育の受け皿となる場も乏しく, 支援を受けられないことが少なくない。一方, スクリーニングされ, 療育が受けられたとしても知的障害がないため公的支援の対象から外れてしまい, その後の学校教育, 就労へとつながっていくべき支援が得られず, 一貫した発達支援が受けにくいというのが現状である²⁾。このように, わが国におけるHFPDDへの対応は非常に不十分で, これから検討されていくべき課題が多く残されている。

東海3県を主たる活動の場としている「アスペ・エルデの会」は, 公的支援からこぼれてしまうHFPDDの子どもたちの発達援助をするためのシステムであり, 当事者である子どもと親を中心に, 専門家, スタッフとで組織されている。先行して開始された学習障害児を対象とした「エルデの会」に続いて, HFPDDに関する研究プロジェクトとして辻井正次と杉山登志郎の主宰で1992年に立ち上げられた。その後, その規模は拡大し, 研究プロジェクトは一定の成果をあげた。

* “Asupe-Elude no Kai (Asperger Society Japan)” : Activities of community-based remedial and psycho-educational interventions for people with high-function pervasive developmental disorders.

** Masatsugu TSUJII : 中京大学社会学部[〒470-0393 愛知県豊田市貝津町床立101] ; Faculty of Sociology, Chukyo University, Toyoda, Aichi 470-0393, Japan.

*** Yuka YOSHIHASHI : 名古屋大学大学院教育発達科学研究科 ; Graduate School of Education and Human Development, Nagoya University, Nagoya, Aichi, Japan.

活動が進む間に、前述したような問題が明確になり、HFPDDへの公的なサポートが不十分である以上、当事者たちが主体となっていくことでより良い支援ができるだろうというように考えられるようになった^{2)~4)}。その考えに基づき、2000年度から当事者の親たちの「親の会」が主体となって財政運営をしながら、専門性を要する支援には専門家が契約して関与するというスタイルをとることになった。そして、2002年2月から、NPO法人「アスペ・エルデの会」(NPO法人アスペ・エルデの会：ホームページ<http://as-japan.jp>)として活動を行っている。現在の「アスペ・エルデの会」は、子どもたちが社会的自立した後の生活までを視野においた「生涯発達」を重視した「個別発達支援プログラム」に基づく継続的な発達支援を行い(子どもたちの支援の場)、子どもの個々の問題に対応できる専門的援助の質を維持し、発展させ(専門家の養成・研究機関としての役割)、当事者が地域の中で協力し合いながら、主体的に運営していくようなシステム(自助会)を発展させていくことを目指している。

なお、「アスペ・エルデの会」の発展過程の詳細については杉山⁵⁾、杉山・辻井⁶⁾、辻井³⁾、辻井⁴⁾を参照していただきたい。

発達支援活動の概要

1. 支援対象のメンバー

専門医によってHFPDDの診断を受けている子どもと青年、成人と、その家族を対象としている。アスペ・エルデの会に所属する小中学生の子どもは、活動地域ごとに設けられた小グループ(通称、学習会)に所属して発達支援を受ける。発達支援を受けた子どもは、中学卒業後は、就労訓練や就労維持などの支援課題を主とした「サポーターズクラブ」に所属するという形で会の活動に参加することになるが、ここでは同年代の仲間と交流しつつ支援を受ける機会も設けられている。現在、正規会員は180人を超えている。会の財政運営は、そのようなHFPDDの子どもたちをもつ親たちによって担われている。

2. 組織構成

各地域ごとにある「親の会」が「アスペ・エルデ

の会」に正会員団体として入会している。それぞれの「親の会」の財政運営の下で小グループは開かれる。現在、名古屋、尾張、東三河、西三河、岐阜、東濃、三重に合計10の正会員団体がある。その他、研究協力団体賛助会員として、正会員団体以外に、一定の協力関係をもった全国各地の当事者団体がある。

NPO法人としての運営スタッフはすべてHFPDDをもつ子どもの親たちで、親たちはなんらかの役割を明確に担い、主体的な取り組みをしている。「してもらう」のではなく、「自分たちでともに創っていく」活動をしており、これは、非常に価値の高いことだと評価している。

3. 専門家の育成

専門家は「ディレクター」という呼称で位置づけられ、各支部の小グループごとに所属し、各グループの運営責任と、グループのメンバーの子どもの個別発達支援プログラムの作成や実行、グループに所属する学生スタッフの指導を担当する。ディレクターは、臨床心理士や言語聴覚士など、発達障害児・者の発達支援を専門とする臨床家・研究者である。ディレクターは共同研究をしながら、相互に研修をすすめている。

4. 発達支援スタッフの育成

発達支援スタッフとしては、ディレクター以外に、大学生ボランティアである学生スタッフと、現役の教員の研修コースである「スペシャリスト・スクール」の教員のスタッフからなる。学生スタッフはアスペ・エルデの会主催の「ボランティアスクール(2年課程)」に所属し、レクチャーを受けるなどして発達障害に関する基礎知識を身につけるとともに、小グループに参加して実際に子どもたちの支援にかかわり、専門家によるスーパービジョンを受ける。現在、5期目に入っており、のべで200人以上、現在も150人程度の異なった大学の学生が参加している。学生スタッフのうちの一部がなんらかの発達支援や教育関連の仕事についており、その後、ディレクターの養成コースからディレクターを務めるまで成長してきている。現在のディレクターの半数以上は「ボランティアスクール」出身である。

現任教員の研修コースである「スペシャリスト・スクール」では、ディレクターと同等の発達支援の知識とスキルを身につけるところまでの研修を行う。一応、2年課程であるが3～5年をかけながら、本務の合間に熱心な研修を積んでいる。現在、4期目で、約30人の教員が参加している。

子どものために何かを「してあげる」ための活動ではなく、子どもたちの支援を通じて、専門家が地域の中で「育つ」仕組みが、「アスペ・エルデの会」では重要な点であると考えている。

5. 啓発活動・情報発信、外来相談

発達障害、特にHFPDDについての啓発・情報発信として、有料のセミナーや、情報誌の発行を行っている。セミナーとしては、一般的な知識を提供するもの、親たちが少人数で具体的な支援について検討しつつ受けるもの、専門家のスキル・アップのためのものなどがある。

情報誌としては、『アスペ・ハート』という情報誌に、国内の第一線でオリジナリティのある中堅の臨床家の最新の臨床研究の成果を継続的に発表してもらう、斬新な内容となっている。年に3号を出版している。

外来相談は、現在、1歳児と2歳児の母子支援相談以外は休止している。1,2歳児の母子支援は、受け皿がなく、非常に有効性が高いと判断しており、何とか継続している。こうした早期からの支援は発達支援の基本枠組みを母子に作っていく上で非常に意味があると考えている。

6. 活動内容

活動としては、生涯発達を視野において、HFPDDの子どもたちが、企業就労し、社会的に自立できていけることを目的として行っている。小中学生の基本的なスキルなどの獲得、サポート的な対人関係・グループ体験、思春期・青年期の就労訓練やアイデンティティ形成への配慮、成人期の就労維持と余暇支援という、大きな流れの中で、その時々の子どものに必要なことを取り組んでいる。本論では、アスペ・エルデの会の活動において中心となっている、小中学生に対する支援活動に焦点を当てて述べたい。

子どもたちが参加する主な活動には次のよう

なものがある。まず、支部単位で行われる活動として、月に2回ほど行われる小グループと、年に数回行われる例会、そして、会員の子ども全員を対象としたプログラムである全体会、それに加え、子どもたちの関心や課題について集まる「プログラムグループ」である。

支部で行われる小グループは、教科学習の補充を個別で行うこと、1対1の対人関係を基本とするソーシャルスキルの練習、ゲーム活動などを通じて子ども同士の対人関係を楽しむことと仲間関係を育てること、そして、活動全体を通して集団での行動をとっていくソーシャルスキルや自己コントロールの練習を目的に行われる。例会や全体会では、複合的大グループ体験として、子どもたちはいつもとは違う社会的な経験やグループ活動体験を楽しむ。特に、クリスマス会では、支部ごとに出しものを企画し、日頃の成果を発表し合ったりする。クリスマス会で舞台上上がった子どもたちの表情は生き生きとしており、ひとりひとりが達成感をもち、ひとつの自信をつけて1年を終えているのではないかという印象を持っている。このような達成感、彼らが次のステップへ進むために非常に重要である。このため、個別の発達支援プログラムは、スモールステップでその子の達成可能な課題を設定し、取り組んでいけるように、その子のもつ特徴や能力を多面的に捉え作成していく必要がある。

いずれの活動においても、ひとりひとりの子どもには担当の学生スタッフがつくことになっている。この学生スタッフについてはある程度の期間、担当を変更されることはないため、スタッフは長期的な視点から子どもとかわかっている。子どもたちは入会当初、担当スタッフに対して警戒し、自分の世界に入ること自分を守ってかわりを持たなかったり、自分のやり方を押し通すことに一生懸命になったり、また、集団の中に居ること自体に耐えかねて飛び出していくことを繰り返したりする。しかし、何回か接触を持つことを繰り返すうちに、担当のスタッフは内的な世界を持っていることを否定するものではなく、むしろ理解し共有できる存在であることが体験的にわかってくる。する

と彼らは、スタッフをアスペ・エルデの会の活動に参加するときに一緒に過ごす自分の「お兄さん」「お姉さん」として親しみを持つようになり、次に会う機会を楽しみに待つようになってくる。そのような関係が形成されてくると、子どもたちは安心して他者とのかかわりをもつようになってくるのである。低学年の子どもたちであれば、スタッフに付き添われながら、高学年になってくるとスタッフに見守られ、時折援助を受けながらグループワークへ参加していく。スタッフが子どもたちの内的世界に十分に付き合うことで、彼らにとって他者とのつながる感覚ができ、そうした感覚のもとではかなり適応的に振舞うことも可能となるようだ⁷⁾。次第に集団に対する所属意識も高まり、自然に仲間意識も生まれ、集団の中に在ることを楽しむようになり、居場所を得る。一見、ばらばらに動いているように思われるが、本人たちの中にはそれでもつながっているという気持ちは得られているようであり、この感覚は青年期以降のアイデンティティの形成に重要な役目を果たすように思われる。

ディレクターは、各子どもの個別発達支援プログラムの作成に責任をもち、それに基づいて直接子どもの指導をするとともに、担当スタッフの指導に当たり、上記のような活動全般のマネジメントを行う。また、支部の活動とは別に、余暇活動を楽しんでいくことを目的とする「プログラムグループ」として、運動グループ、ダンス&ミュージックグループ、アートグループ、イルカ介在療法、パソコングループ、女の子グループ、鉄道グループなどがある。

その他、家族への支援として、母親への支援、父親グループ、兄弟(姉妹)支援、祖父母のセミナーなど、さまざまな取り組みをしている。

ま と め

以上のように、「アスペ・エルデの会」は子どもの発達支援に取り組む民間団体(NPO)であるが、研究機関でもあり、専門家の養成機関でもあり、啓発の情報発信の役割などを担っている。子どもの支援についても、全般的にはソーシャルスキルなど、さまざまなスキルの獲得などを目的としているが、単に、スキルを植え込むこ

とやスキルの向上だけを目的としているわけではない。生涯発達を視野に置いた個別支援プログラムを前提にしている以上、子どもたちが生涯にわたって、発達障害を持ちながらも、自分に誇りを持ちながら、楽しい人生を歩んでいくためのサポートをすることが主目的となる。将来的には、個性を持った一人の大人として、自分の持ち味を生かしつつ、楽しみを持ちながら、社会の一員として自立していくことを目指しているのである。そのために支援する側は、彼らに対する理解を持った他者との交流や取り組みの中で、彼らが自分の力で生きている自信と実感を持って大人になっていけるようにかかわっていく。つまり、彼らの生きていく力や成長する力を信じて、彼ら自身の“こころ”の発達を大切に支援していくことが重要であると考えている。

現在、日本自閉症協会の高機能事業として、各地でのHFPDDグループの立ち上げなどが進みつつある。当事者の多様なニーズを考えると、多様な支援の担い手があって、自分にあったものを選べるメニューが多様に地域に存在することがもっとも望ましいことであるといえよう。「アスペ・エルデの会」の試みは、それらのたくさんある可能性の中の一つのあり方であるといえよう。精神科医療のなかで、デイ・ケアなどのバリエーションとして、成人期になったHFPDDの支援の受け皿を作ることは、今後、現実的に考えられるものであろう。

文 献

- 1) 杉山登志郎. 乳幼児健診と早期療育. 乳幼児医学・心理学研究 1996; 5: 1.
- 2) 辻井正次. NPOの立場から. 育ちの科学 2003; 1: 87.
- 3) 辻井正次. 高機能広汎性発達障害の心理・社会的サポート. 乳幼児医学・心理学研究 2003; 12: 27-35.
- 4) 辻井正次. 高機能広汎性発達障害の地域発達支援システム「アスペの会」の試み. 小児の精神と神経 2001; 41: 142.
- 5) 杉山登志郎. 発達障害の豊かな世界. 東京: 日本評論社; 2000.
- 6) 杉山登志郎, 辻井正次・編著. 高機能広汎性発達障害—アスペルガー症候群と高機能自閉症—. 東京: プレーン出版; 1999.
- 7) 辻井正次. 自閉症児者の「こころ」を自閉症児者自身が探し求める場—高機能広汎性発達障害(高機能自閉症・アスペルガー症候群)への心理療法的接近から—. Imago 1996; 7: 109.

■特集 軽度発達障害の学校保健における支援を考える

軽度発達障害をもつ子どもたちへの発達支援と治療教育： 発達臨床心理学の視点から

辻井正次^{*1}、竹嶋陽子^{*2}

^{*1}中京大学社会学部, ^{*2}土野メンタルクリニック

Therapeutic Interventions for Children with Developmental Disorders without Intellectual Disabilities in the School and Community Settings.

Masatsugu Tsujii^{*1}, Akiko Takeshima^{*2}

^{*1}*Chukyo University, Faculty of Sociology.*

^{*2}*Tsuchino Mental Clinic.*

1. はじめに一障害という用語の今日的な 再意味付けの必要性

軽度発達障害という用語は、現在、主たる問題として知的障害（や身体障害）を伴わない発達障害を指す意味で、教育や発達支援の専門家の中で用いられている。文部科学省の特別支援教育という方向性のなかで、学習障害（LD）、注意欠陥多動性障害（ADHD）、高機能自閉症・アスペルガー症候群といった、従来の特殊教育の枠組みに入らなかった子どもたちの特別なニーズを認めていこうという形で位置付けられるようになった。これらの子どもたちは知的障害を合併しないため、通常学級に在籍する場合が多く、ニーズに対応した十分な配慮を受けることなく、二次的な心理的問題を合併させ、思春期以降の適応状況を著しく悪化させている場合が少なくなかった。日本の教育が、子どもごとの特性を無視し、「どの子どもも平等」という意味をはきちがえたために、いかに子どもの将来の幸福を台無しにしてきたかという典型例が、森口奈緒美の自叙伝に見られる^{1,2)}。「発達障害者支援法」の成立に向けての動きが活発化しており、学校教育だけではなく、生涯発達を支え、幸福な人生を生み出していくための支援を考えていくことが大切な時期にさしかかっ

ている。

現在、軽度発達障害もしくはそれと同じ教育的ニーズを持つ子どもの推計値は、文部科学省の控えめな数字でも、6.3%とされており、未発表の筆者らの研究では、9.2%であった。遺伝的な情報がどのように発達障害という形に顕在化するかという過程はまだ未解明な部分が多いが、それでも、約1割という子どもの特別なニーズの母体となる遺伝情報の保因者の割合は人口の半数以上となるはずである。人は、そんなに健康でもないし、健常でもないし、みんなどこかうまくいかない、生まれながらの事情がどこかしらにあり、それが偶然、発達早期から顕在化している場合が発達障害であり、「障害」という用語によって差別感や偏見を感じる必要はないということである。

2. 軽度発達障害の障害特性

特に、この小論で中心に示していく高機能広汎性発達障害（HFPDD）については、生後少なくとも1歳前後から明らかになっていく「発達過程の特定の歪み」である。脳機能の何らかの障害が想定されている。障害特性の発達的な特徴についての詳細は他に譲るが^{3,4,5)}、①社会性の障害（他者の意図や、場面・状況などの読めなさや相互的な対人関係のもてなさ）が中核

症状で、②コミュニケーションの障害（言葉の発達が遅れる場合に自閉症という診断となり、遅れない場合に他の兆候があればアスペルガー症候群となる。しかし、両者には成人段階での比較研究では有意な差異は見出されておらず、筆者らは臨床的に区別が必要だとは考えていない。ただ、言葉の遅れがあるとそれだけ早く親や周囲の者が違い性に気づくのに比べ、言葉の発達に明確な遅れがないと気づきにくい特性がある）。③想像力の障害（こだわり行動やパターンの行動。あるいは興味の偏り）などがあるほか、過敏性や不器用さの合併も多い。社会性の障害があるために、相手の意図が読めず、教えられればできることができない、あるいは不適応行動を悪循環過程のなかで誤学習していることが多い。

ADHDの場合でも、歩き始める頃から明らかになり、特に集団場面になって落ち着きのなさから気づかれることが多い。悪循環が生じない場合、小学校高学年あたりで問題が減じていくことが多い。薬物療法が著効する場合もある。①注意の集中困難・不注意が中核症状で、②落ち着きのなさや多動、③衝動性から診断される。ADHDから、反抗的な行動特徴を合併していく場合に、非行など行為障害への移行例がサブタイプとしてあることが報告されており、行動コントロールの問題がある軽度発達障害の治療教育が後の行為障害の予防的な意味を持つのではないかと期待されている。一見、ADHDのように見えても、実はHFPDDという場合が少なくないので、問題行動の主たる要因のなかに関与（状況）の読めなさがどの程度あるかを考えておく必要がある。

学習障害（LD）は、義務教育年齢になり、学校における基礎学力の習得が必要になった段階で明確になる。知能は正常だが、読み、書き、計算という主たる学習に著しい問題がある場合で、基本的に外部からの情報の処理の問題が中核となる。人が学習をしていく過程は非常に複雑な神経心理学的過程を経ており、その情報処理経路のどこかがうまくいかない場合、学習に

おける不利益が生じる。バイパス法などの形で、苦手な情報処理経路を得意な情報処理経路を積極活用することで補っていかうという方法も開発されつつある⁶⁾。従来、LD概念が誤って教育界に広まり、軽度発達障害全体をLDとする立場もあったが、現在では医学的診断基準に近いものになっている。典型的なLDの場合、学年があがって学習課題の難易度が増した場合に、学習意欲が低下するだけではなく、（知能そのものが同年齢内での相対的な位置を測っているため）IQの値自体が低下していく傾向がある⁷⁾。何故か、現場の教員のなかでは、「勉強ができない」ことは問題になりにくい傾向がある。「この子よりももっとできない子どもがいるのです」というのである。教師は教科教育の専門家として、できないことには必ず理由があることを忘れずに、ワンパターンに本人や親の努力に原因を帰属するべきではないことを強く主張しておきたい。実際に、学習障害というよりは、知的障害や境界知能圏の子どもたちがおり、通常学級に「お客さん」として「放置」されている。その子どもにとって必要な支援をしていく上では、こうした知的能力そのものの問題をもつ子どもたちの学びの場をどのように見出していくのかも大きな問題である。

これら、HFPDD、ADHD、LDの三者は、相互の合併の割合が高く、対応としては一定の共通性もある^{3,7)}。1つは、全て、脳機能の障害によって生じると考えられており、躰や本人の努力によって生じるわけではない。そして、障害特性を理解した個別的な対応の成果が上がりやすいことである。また、生まれながらの要因で、従って本人の努力などの要因ではなく、できなさがあることで、達成できない体験や叱責される体験が多くなるために、自己評価が低下しやすく、配慮が要することも共通である。しかし、指導においては障害特性が違うから当然だが、焦点が異なり、各々の中核症状を配慮した発達支援プログラムが必要である。

三者は、HFPDD、ADHD、LDの前から順に障害としては重いものであり、「軽度」とい

う用語のもつ語感に惑わされないことが重要である。HFPDDで二次的な精神科疾患を合併した場合、障害は極めて重篤なものとなる。「軽度」というのは障害として生命の危険が低いという程度のことで、実際の社会生活を子どもたちが生き抜き、社会的に自立していくためには、障害は軽いものではないことを理解しておく必要がある^{3,7)}。それでも、ライフステージにそって順調に支援をしていった場合、筆者らの経験では、大多数の者が就労できており、二次的な心理的問題がなく、必要な自立スキルを身に付けていけば、企業に就労し、社会的自立していくことは十分に可能である⁹⁾。一方、家庭や学校での障害特性を理解されない、誤った指導の積み重ねが二次的な心理的問題を起こした場合、不登校から成人に至っても引き籠っていたり、精神科疾患を合併し長期の入院に至ったりしている場合もあり、子どもが大人になっていく、長い幸福な人生を想定して、目の前のことだけで指導しないことが重要である。学校での教師の指導が子どもの状態像を悪化する場合が少なくないことを十分に理解しておく必要がある。

3. 子どもの問題を発達障害の視点から見直すことの重要性

近年、従来、情緒障害や心理的問題によるとされてきた子どもの少なからぬ割合が、子どもの側の発達障害が背景要因にあることが明らかになってきている。例えば、児童虐待のなんと60%は子どもに軽度発達障害があることが明らかになっている⁹⁾。子どもが育てにくい子どもであることは親と子どもの関係性を作っていく段階での、大きなリスク要因となっていく。子どもの個性の理解できなさが悪循環過程を生んでいく典型である。教師と子どもの間でもこうした悪循環から体罰などが起こることが少なくない。指導がなかなかうまくいかない場合に、子ども側の要因を細かく分析していくことは重要である。

また、不登校の30%ほども同様に軽度発達障害であることが明らかになっている。これは、

非常に重要な知見で、従来、非支持的に「待ちましょう」というスタンスで対応してきたのが必ずしも正しくなく、子ども側の登校行動が学習できていないということが前提要因としてあるのならば、それを形成していくことも重要だということである。この頃実際、義務教育段階をずっと不登校のまま、心理療法を受けていても効果なく経過した症例をみかけるようになっていく。どうしても無理して学校にという意味ではなく、教育をその子どもにどのように提供していくのかを十分に考えていかないと子どもの社会的自立が困難になってしまうという現実を直視する必要という意味である。「様子を見ている」こと自体にリスクがあり、子どもの状態像を細かくみて、必要な支援を1つずつしていくことが大切である¹⁰⁾。

今までの教育相談の弊害の1つが、子どもの行動上の問題を心理的に考えすぎることである。脳機能の障害で、情報処理上の問題があり、注意集中しにくかったり、あるいは、過敏性によってパニックになりやすくなっているのに、親の愛情がどうのこうの言っても仕方ないばかりか、当事者の親に対して非常に失礼なことになっている。軽度発達障害についての知見は日進月歩で、新しい知見が次々と出てきているので、何か新しい介入方法がある場合も珍しくない。教師の先入観全てを否定するつもりはないが、指導が行き詰まった段階で、冷静に起こっている問題の1つ1つを整理して考えることが必要であろう。必ずよりよい介入の方法があるはずである。

4. 支援のなかでの枠付けや、適応的行動を教えることの大切さ

実際の支援に関してだが、子どもの問題行動をあまりにシンプルにストレス原因論に還元してしまうことは非常に危険である。ストレスがあるから子どもを自由にとり入れる介入は、特にHFPDDやADHDのように、自己コントロールの苦手なタイプの発達障害においては逆効果になることも多い。興奮している状況をいったん

興奮を収めることはまずは必要だとしても、本人が混乱しないような状況を作らないと、同じ場面では同じような問題が生じてくる可能性が高い。とりあえずの急場しのぎの介入ばかりを続けていても介入の効果が期待できないのは自明であろう。また、自己コントロールスキルを教えていかないと、苦手な状況においてコントロールをすることは容易ではない。子どもが社会的に自立していくために必要なことを長いスパンで考え、今の発達段階で可能な課題を明確に設定し、子どもがよりよい存在になっていくために支援していくのが周囲の大人のすべきことであろう。そうしたなかで、課題に取り組んでいくことが自己評価を高めていくことを子どもに理解してもらうことが重要である。HFPDDやADHDに共通して、本人が自分の課題を理解し、自分で取り組むと決めない限り、なかなか成果は出ない。HFPDDやADHDの障害特性に特化した介入スキルはいくつかあるが、紙面の都合上、別の機会に譲る。関連した情報としては、NPO法人アスペ・エルデの会 (<http://www.as-japan.jp/j/>) のホームページなどにも情報を見出すことができるであろう。

5. 軽度発達障害の子どもたちへの発達支援の実際：コミュニティでのNPOによる支援から

学校での支援など、公的な支援は現状では、ある特定のライフステージでの支援のみを行なうために、自分の取り組み以前のライフステージのあり方や、その後の社会的自立に向けてその時期ごとで何が重要かという点において、支援する側の理解が不十分であることが少なくない。ここでは、筆者らが取り組んでいる生涯発達を視野においた地域での発達支援システムでの実践例を取り上げ、特に学校での支援のなかで重要なポイントをいくつか指摘しておきたい。NPO法人アスペ・エルデの会は、自閉症や高機能自閉症、アスペルガー症候群、学習障害(LD)といった発達障害を持つ子どもや親たちが運営主体となって活動している団体であ

る^{3,11,12)}。運営スタッフは当事者である家族が担っている。専門的な支援自体は、専門家や学生スタッフが加わり、1・2歳児から小中高等学校・大学の児童・生徒・学生、就労している青年などの各ライフステージに配慮した支援や自立に向けてのサポートを行っている。学生スタッフと現役教員の研修コースも運営し、人を育てながら活動を進めている。

活動においては、子ども一人一人の特別なニーズを把握して、それに合わせた発達支援プログラムを作ることや、学校や親に子どもの特徴を理解して、適切な関わりを持ってもらうための発達相談などが含まれている。これらは子どもの特別なニーズへの個別支援であると同時に、子どもを実質的に支える家庭や学校へのサポートとなっている。

子どもたちに対しては、地域ごとに子どもが集まり、学生スタッフや仲間たちとともに活動する「学習会」を行っている。そこでは勉強面のフォローだけではなく、子ども同士の仲間作りや社会性に関する個々の課題に取り組む機会、コミュニケーション練習などを行なう。また似た興味や特性を持つ子ども同士がかかわり合い、認め合える場としての運動グループや鉄道研究会などのプログラムグループ活動も行なわれている。

具体的に岐阜での活動を例に挙げてみると、NPO法人アスペ・エルデの会の岐阜地区の正会員団体「にじの会」には、「アンティロプス」と「おにぎり」という2つのグループがある。

「おにぎり」は、知的障害を伴う自閉症の子どもたちが中心に集まっているグループで、年齢は小学生の子どものみ、小人数である。「アンティロプス」はHFPDD(高機能自閉症やアスペルガー症候群)の子どもが中心に集まっており、年齢は小学校1年生から中学校3年生までおり、兄弟参加も含めて17~18人の子どもたちが参加している。高校へ入ると、地区単位での活動は少なくなり、NPO法人アスペ・エルデの会全体で活動する青年期グループ「サポーターズクラブ」へ参加することになる。

ここで、「アンティロプス」に参加しているAくんが、どういう経過で会に参加するようになり、どのような活動をしているかを紹介する。HFPDDの発達過程の偏りを理解しておくうえで参考になるように記述していく。

Aくんは現在小学校3年生。5歳の頃に「高機能広汎性発達障害〔アスペルガー症候群〕」の診断を受けている。

赤ちゃんの頃のAくんは、人見知りもせず、大人しくて手のかからない子だった。Aくんが初めての子どもだったお母さんは、あまりそのことについて違和感が無く、「大人しくて育てやすい」と感じた程度だった。

しかし3歳ごろから、Aくんは一緒に出かけると、お母さんの側を平気で離れて自分の好きなものの所へ走って行ってしまふようになった（愛着形成の作りにくさの一方での興味の偏り、1つのものしか見ない傾向（シングル・フォーカス））。お母さんは、「そうした時に注意しても、耳に入っていないみたいに言うことを聞いてくれなかった」と感じていた。

Aくんと関係に不安を感じ始めたお母さんは、お父さんに相談した。しかしお父さんは「おまえのしつけが悪いんだ」と言って、問題を共有しなかった。同居している父方の祖母にも責められて、お母さんはやりきれない思いで「もう相談したくない」と思うようになった。

それから、一人でAくんと向き合わざるを得なくなったお母さんだったが、家でのAくんは車が大好きで、一人でお気に入りのミニカーを並べて遊んでいればご機嫌で（こだわり）、夕食のときも、好きな車の名前を色々と話している。「言葉がわからないわけではない。こんなによく喋るし、聞いて欲しがってしつこいくらい。だから大丈夫」とお母さんは不安な自分に言い聞かせた。そして「外へ出ると大変だから、家で大人しく遊んでいてくれた方が助かる」と思い、お母さんはAくんをあまり外へは連れて行かず、家の中で好きなことをさせて過ごすことが多くなった。

そんなAくん、幼稚園に入ってもみんなと一

緒に活動するよりも、一人で遊んでいる方が多く、友だちと上手に関われなかった。例えば一緒に遊ぼうと先生が促してくれても、Aくんはおもちゃの順番が待てられなかった。友だちの使っているおもちゃに、まっすぐ向かって行って、有無を言わず奪い取ってしまった。周りの友だちや先生がAくんの行動に大騒ぎしていても、当の本人はまったく気にしていない様子だった。

先生に注意されると、Aくんは「なんでいけないの！」と顔を真っ赤にして怒り出した。その様子を見ていた先生は、「Aくんは自分が悪いことをしていると本当にわかっていないのではないかしら」と考えるようになった。そうした中で、先生がお母さんに地域の相談機関を紹介し、Aくんが専門家のところを訪れることになった。

こうして診断を受けたAくん、専門家からの支援を受けながら、週1回、3～4人のグループでの関わりを練習するようになった。最初はトラブルばかりだったが、グループに通って、毎回同じ子どもや先生と関わるうちに、Aくんは人と関わることの楽しさを感じられるようになっていった。そうしたAくんの変化を見ていて、お母さんは初めて「この子の中にも、他の子と仲良く関わりたいという気持ちがあった」こと、「一人が好きだから放っておけばいい」と思ってきたことが間違いだったことに気づいていった。それで、お母さんは、家でもAくんと遊ぶようになった。Aくんのこだわりになっていた「大好きなミニカー」でも、お母さんはAくんと交互に車を並べていくことを始めた。最初、お母さんの置く車を嫌そうに除けていたAくんだったが、言葉でのやりとりをしながら何日間か過ごすうちにAくんは、お母さんが自分とは逆向きに車を並べても、それを面白そうに受け入れるようになった。それはAくんが、「大好きなミニカー」よりもお母さんとのやりとりで「どんな面白いことが起こるんだろう」と期待を寄せているように感じられた。（幼児期の母子の関わり方の悪循環が、関係性の形成へ

と転換した。)

そうしてこだわりにも柔軟性が生まれ、興味を示すものにも幅が出てきたAくん。小グループを卒業して、小学校へ入学した。

小グループでの成果もあって、クラスで過ごし始めたAくん。知的には問題がなかったのに、勉強もよくできた。でも、友だちと遊ぶのは上手ではなかった。相手の気持ちが読めないで、自分の好きなようにしてしまう。「○○くんは、ここに立って！」と勝手に友だちを動かそうとしたり、後ろから突然抱きついたり、ちょちょと体をくすぐったり。

それから、学校全体が体育館や運動場に集まって並び、校長先生たちの話を聞くことは苦手で、1度そうした場所から逃げ出して以来、その場に行こうともしなくなった。困り果てた先生たちが理由を聞こうとAくんに話しかけると、「怒られている」と思い込んでプリプリと怒り出す。そうするうちに、いつの間にか「Aくんは全体集会には出ない」ということが許されている状況になり、Aくんはご機嫌で付き添ってくれる先生と好きなことを話して過ごすようになった（周囲がパニックを恐れ、本人の代わりに合わせてしまう）。

また2学期半ばになると、勉強も教室でみんなと一緒に一斉授業を受けることが難しくなってきた。それは、Aくんが理解できていないうちに授業がすすんでいってしまい、そのことに納得できなくてAくんが怒り出すようになったからである。しかも怒り出すとAくんはいつまでも怒っている。「納得いかない！なんで勝手にすすむんだ！」と先生に言っては席を離れるので、授業が進められなくなってしまった。

先生とお母さんが話し合った結果、Aくんは特殊学級へ籍を移し、個別で勉強をみてもらえるようになった。Aくん自身も、少人数の方が落ち着いて勉強に取り組めるようだった。

しかし知能検査をすると、知的には遅れていない。でも集団生活はできない。このままでは、社会の中で生きていける人間になるのだろうか。これから自分には何ができるだろうか。ほかの

同じような子どもを持つ親たちと一緒に活動しながら、Aくんの発達支援に取り組める場所はないだろうか。そうした思いを持って、会の活動の大変さを理解した上で、お母さんは「にじの会」へ入ることを決めた。

入会する時点で、会のディレクター（専門家）である臨床心理士や言語療法士などの面接や知能検査等を受けた。基礎的な情報を詳しく把握することによって、ディレクターは現在のAくんの発達段階や課題を理解して、お母さんやAくん自身にもそのことを説明していく。そして必要に応じて、Aくんの学校の担任や相談担当者と連絡を取り、学校でのAくんの支援プログラムを作っていく。

まずAくんが取り組んだのは、担任の先生がAくんと相談して立ててくれる授業のスケジュールにそって、勉強をすすめること（見通しを持って行動し、自分をコントロールすること）だった。例えば、1時間目には「国語」で、「プリントを2枚」取り組むと決めた。そして時間が余った場合には、「席を離れずにAくんの好きなことをしていてもいい」という約束をした。こうした段取りを毎時間立てておき、「それに合わせて、約束を守ってAくんが自分をコントロールすること」が課題だった。Aくんは最初、色々と文句をつけてはプリントをやり切れなかったり、約束を守れなかったりしていたが、学校の先生の働きかけや「アンティロプス」での活動を通して、「約束を守って行動する方が、自分にとって良いことが起こる（褒められる・自由時間ができる）」ということを経験していった。そしてAくんは最終的に、自分をコントロールできる自信を手に入れることができたように感じられる。

そのことは、周りの人を理解して許していくことにもつながったようだ。それは月に2回の学習会（「アンティロプス」）での出来事だった。そこにはAくんやみんなにちょっかいを出してくる上級生がいた。その上級生はみんなと仲良くしたくて行動しているのだが、どうもうまくいかない。それがその子の課題だった。しかし

この年齢段階の子ども同士では、そうしたことは把握できていない。「足をひっかけられた」「ほっぺをつねられた」と大騒ぎである。Aくんであれば、「ぼくはこんなひどいことをされた！あの子に謝ってもらわないと気が済まない！」とか「先生！先生の指導がなくてない！あの子をもっと叱ってよ！」と怒って訴えてきていた。個々の課題を丁寧に整理していったことで被害的な構えを形成させることなく、安心した関わりを体験させていった。

Aくんが3年生になった頃、そうしたAくんの行動に変化が現れた。「アンティロプス」でのゲーム活動中、Aくんがその子に突如後ろから抱きかかえられて、持ち上げられるという出来事が起こった。スタッフが慌てて止めたが、Aくんは相当びっくりしたと思う。それに痛い思いもしたのではないかと駆け寄って声をかけると、「びっくりしたし、嫌だった！（怒）……だけどあの子、前はもっと力いっぱいやってきて痛かったけど、今日はそこまで痛くなかったよ。きっと手加減してくれたんだね。あの子、良くなったね！」と笑いながら話してくれた。スタッフみんなが、Aくんの成長を感じた瞬間だった。

もう1つAくんが取り組んだ課題は、「アンティロプス」の仲間たちと上手に遊べるようになることだった。そのためにAくんに必要なこと。それは「ルールを守ること」と「自分の気持ちと相手の気持ちが違うことを理解すること」だった。例えば、Aくんが友だちの隣にいて、もっと仲良くなりたいと思って「ちょちょちょ」を仕掛けたとき、友だちも一緒に笑ってじゃれ始める。しかし、Aくんは「ちょちょちょ」をずっと友だちにし続ける。最初は笑っていた友だちも、だんだん苦しそうな顔になり、最後には嫌がっている顔になって「やめてよ」といい始めた。それでもAくんは止めない。友だちが泣き出したり、怒り出したりするまで続けることもある。

どうしてそうなるのだろうか。Aくんは、「自分が楽しい」ので「相手も楽しい」と思い

込んでいた。相手の立場になって考えることや、相手の表情などから気持ちを読み取ることが苦手だったからである。こうした理解は、Aくんにも独特の発達経路を辿りながら身につけていく。しかし身につくまでにAくんが感じていく対人関係への不安感や失敗経験・理解されなさは、Aくんをととても傷つけていく。これが積み重なることで、被害的な構えなど、二次的障害としての心理的問題が付加してくる。それを防ぐためには、そうした苦手さを持っているAくんを理解し、どうしたら友だちと楽しい関係を作れるのか、その方法を教えていくことが必要である。

まずAくんが「ちょちょちょをして遊びたい」と思っていることを、友だちに伝えなくてはいけない。そこでAくんに「お友だちと遊びたいときは『～して遊ぼう』と声をかけよう」と教える。それによってAくんは、相手に自分の提案を伝える必要があることを知る。その次に、相手の返事を聞くことを教える。「Aくんはそれで遊びたいかもしれないけど、もしかしたら、その子はそれで遊びたくないかもしれません。もしそうなら、『ぼくはやりたくない』と言うかもしれません。でもそれは怒ることではありません。自分と相手と遊びたいものが違うことは、よくあります。一緒のときに遊べばいいんです。」そして「友だちと遊んだときは、友だちが『やめて』と言ったことはすぐにやめましょう。」

こうした話をしても、それですぐにAくんができるようになるわけではない。でも、それを手伝ってくれる仲間やスタッフやディレクターがいる。彼らは、Aくんの強い味方である。諦めずにAくんと関わってくれる。もちろん、家族も学校の先生も、Aくんを理解し、Aくんの成長を支えるのに欠かせない人たちである。そんなたくさんの味方がいてくれるから、Aくんは自分の課題に取り組んでいけるのであろう。

このように、子ども一人一人の特別なニーズを理解し、発達障害を抱える子どもたちに社会とのつながり方・理解の枠組みを示していくこ

とが、教師に求められていることである。子ども自身や家族・学校と一緒にあって、その時々々の課題に取り組んでいく子どもたちを支えていくことが必要であると思う。

6. 終わりに—保健室で求められるもの

軽度発達障害については、二次障害を起こらない限り、教科教育などでの教育活動が主となるもので、養護教諭が前面にできることは多くはないであろう。しかし、残念なことに、軽度発達障害の子どもたちが、学校という場においてあまりに理解されていないために、彼らは非常に容易に二次障害を起こし、心理的問題や、身体症状、心身症的症状など、保健室を利用することになる。こだわりから、強迫症状や摂食障害に移行している場合もあり、従来の指導が成果をあげない場合に背景に発達障害があるのかどうかをよく吟味してみる必要があると思われる。

特に、一定の支援の方向性ができた段階では、親や担任教師との悪循環過程を重ねていった場合に、避難場所として保健室を利用することが現実的にある。また、学校において、軽度発達障害、特にHFPDDの子どもたちは、意外と授業中はやるべきことが明確なので大丈夫なのだが、放課になると何をしたいかわからないために保健室に来ては、保健室のピンを並べていたりして、息抜きをして授業に戻るような子どももある。いずれにしても、学校内の教師の誰かが軽度発達障害についての一定の専門性を身につける必要性があり、養護教諭はその可能性の1つであることに違いはないであろう。問題行動が多発する場合に、こじれてからよりも早期に薬物療法や入院治療が有効なことも多く、正しい理解を養護教諭が持っていることの意義は大きいと考えられる。

文 献

- 1) 森口奈緒美：変光星—自閉の少女に見えていた世界—, 花風社, 2003
- 2) 森口奈緒美：平行線—ある自閉症者の青年期の回想—, プレーン出版, 東京, 2002
- 3) 杉山登志郎, 辻井正次編著：高機能広汎性発達障害—アスペルガー症候群と高機能自閉症—, プレーン出版, 1999
- 4) 滝川一廣：「こころ」の本質とは何か—統合失調症・自閉症・不登校のふしぎ—, 筑摩書房, 2004
- 5) 辻井正次：広汎性発達障害の子どもたち, プレーン出版, 2004
- 6) 宇野彰, 金子真人, 春原則子：学習障害児に対するバイパス法の開発, 発達障害研究, 24：348-356, 2003
- 7) 斎藤久子監修, 石川道子, 辻井正次, 杉山登志郎編著：学習障害—発達の・精神医学的・教育的アプローチ—, プレーン出版, 2000
- 8) 辻井正次：軽度発達障害の就労支援の実際と課題, 小児の精神と神経, 43：205-212, 2003
- 9) 浅井朋子, 杉山登志郎, 海野千畝子ら：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, 2002
- 10) 石川道子, 杉山登志郎, 辻井正次：可能性ある子どもたちの医学と心理学—子どもの発達に気になる親と保育士・教師のために—, プレーン出版, 2002
- 11) 辻井正次：自閉症の人々とともに育つ—NPOの立場から—, 育ちの科学, 1：87-91, 2003
- 12) 辻井正次：高機能広汎性発達障害の心理・社会的サポート, 乳幼児医学・心理学研究, 12：27-35, 2003

〈原 著〉

浅井 朋子*¹⁾, 杉山 登志郎*, 小石 誠二*, 東 誠*, 並木 典子*, 海野 千畝子*

軽度発達障害児が同胞に及ぼす影響の検討

児童青年精神医学とその近接領域 45(4); 360—371 (2004)

障害児が家族、特に同胞に与える影響は重要な問題でありながら国内ではまとまった調査研究の報告例がない。海外では、精神遅滞を中心として多くの報告があるが、知的障害を伴わない発達障害である高機能広汎性発達障害、学習障害などのいわゆる軽度発達障害児の同胞についての報告はない。そこでわれわれは、軽度発達障害児が同胞の心理面や行動面にどのような影響を及ぼすのかについて検討を試みた。

対象は平成13年11月から平成15年3月までにあいち小児保健医療総合センター心療科を心理的問題や行動面の問題を訴えて受診した症例のうち、同胞である軽度発達障害児にまつわる問題が発症に関連していると考えられた23症例(男7人, 女16人)である。診断はDSM-IVに基づいて行い、対象児自身が発達障害を持つものは除いた。

また、発達障害が広汎性発達障害であるグループ(PDD群)16例と、発達障害が注意欠陥多動性障害、学習障害、軽度精神遅滞であるグループ(非PDD群)7例に分け、それぞれの群の特徴について診療録による後方視的検討を行った。

障害児が同胞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、それが同胞に影響を与えていた症例が多いことが挙げられた。

Key words : high functioning pervasive developmental disorders, mild developmental disability, parental distress, sibling adjustment, social support

I. はじめに

障害児の存在はその同胞にさまざまな影響を与える。障害児の存在が同胞に負の影響を与えるとするFerrari(1984)やHarvey(1984)の報告、正負両方の影響があるとする報告(Cleveland et al., 1977)があるが、過去の諸研究では、一般的に障害児の存在は同胞の心理的問題や行動面の問題に対して負の影響を与えると結論のものが多い。この影響を与える因子は、単一なものではなく、同胞への影響は性別、出生順位、年齢、家族構成、家族を取り巻く心理的社会的環境、家族のメンタルヘルス

などの複数の因子の相互作用によって修飾される(Lobato, 1983)。同胞への影響の仕方としては、障害児との直接的な相互作用によって影響を与えるものと障害児の存在が両親の夫婦関係や養育機能、メンタルヘルスに影響を及ぼし、家族機能が障害されることによって間接的に同胞に影響を与えるものがある(Lobato et al., 1988)。前者としては(1)両親の関心が障害児に集中するため、同胞が注目を浴びにくいこと、(2)同胞自身が障害児の世話や介助の義務を負わされること、(3)障害児の同胞であるというレッテルをはられること、(4)友人関係を築きにくいこと、(5)正常な兄弟関係を体験できないこと、後者としては(1)両親のストレスの増大と家庭不和、(2)障害児の存在を埋め

*あいち小児保健医療総合センター
e-mail: tomoko_asai@mx.achmc.pref.aichi.jp

合わせる努力を要求されること, (3)家庭外での活動の機会が減少すること, (4)両親の兄弟間への差別的な対応(障害児に対する両親の偏愛, 過剰な一体化, 逆に障害児に対する拒否的な態度)などがあげられる(Dyson et al., 1989; McHale et al., 1992)。

また障害児が同胞に影響を与える因子には, 障害の種類にかかわらず共通なものと障害固有の特徴を持つものがあると考えられる。最近, ようやく医療現場や教育現場で注目され始めた高機能広汎性発達障害 (high functioning pervasive developmental disorders: HFPDD), 注意欠陥多動性障害 (attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD), 学習障害 (learning disorders: LD), 軽度精神遅滞 (mild mental retardation: mild MR) といった軽度発達障害は比較的新しい概念であることから障害としての認知度が低いこと, 確定診断がされる時期が遅れること, 診断後に利用できる社会的資源が非常に乏しいことなど他の障害に比べてかなり異質な特徴を持っている。しかしながら, 軽度発達障害児が同胞の心理的, 行動面の問題にどのような影響を与えるのか, また影響を与える因子について他の障害との差があるのかといった調査はまだなされていない。

軽度発達障害固有の因子が同胞の適応にどのような影響を及ぼすのかを明らかにすることは, 治療の面から重要であるし, また軽度発達障害児にかかわる治療者が同胞の適応上の問題に予防的な介入を行うことを可能にすると考えられる。そこで実際に心理的問題, 行動面の問題を主訴に受診した軽度発達障害児の同胞例について臨床的な検討を試みた。

II. 対象と方法

対象は平成13年11月から平成15年3月までにあいち小児保健医療総合センター心療科を心理的問題や行動面の問題を訴えて受診した症例のうち, 同胞である軽度発達障害児にまつわる問題が発症に関連していると考えられた23症例(男7人, 女16人)である。診断はDSM-IVに

基づいて行い, 対象児自身が発達障害を持つものは除いた。

また, 軽度発達障害の中でも PDD に関しては独特の問題があると考えられるので(Fisman et al., 1991, 1996, 2000), 発達障害が PDD であるグループ (PDD 群) 16例と, 発達障害が ADHD, LD, MR であるグループ(非 PDD 群) 7例に分け, それぞれの群の特徴について診療録による後方視的検討を行った。

III. 結果

1. PDD 群

PDD 児の同胞を持つグループ (PDD 群) 16例の年齢, 性別, 出生順位, 初診時の主訴, 診断名を表1に示した。対象児の初診時年齢は4歳3月から19歳6ヵ月(平均10.3歳±4.0歳)で, 保育園児が3人, 小学生が10人, 中学生が1人, 高校生以上が2人だった。男児が5人, 女児が11人で, 出生順位は第1子が9人, 第2子が5人, 第3子以降が2人であった。

対象児の診断名は分離不安障害2例, チック2例, 外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder: PTSD) 2例, 遺尿症1例, 適応障害2例, 特定不能の解離性障害 (dissociative disorder not otherwise specified: DDNOS) 1例, 気分変調性障害2例, 全般性不安障害2例, 愛着障害1例, 行為障害1例, 神経性無食欲症1例, 選択性緘黙1例, 抜毛癖1例であった(重複診断あり)。小学生以上の症例13例中, 5例に不登校が認められた。

表2に PDD の下位分類と障害児の診断時期, 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。アスペルガー障害が9人, 自閉性障害5人(高機能群4人, 軽度 MR レベル1人), 特定不能の広汎性発達障害 (pervasive developmental disorder not otherwise specified: PDDNOS) 2人で, 確定診断がされた時期は, 幼児期が7人, 小学生年代が6人, 中学生以上が3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

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	愛着障害
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,集団不適應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應への対応に追われ、本児は過剰適應していた。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	弟は幼児期から手のかかる子で、その対応に追われる母を見ていて、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應への対応に追われ、本児は過剰適應していた。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, 逆に妹への保護者の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羨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, 時々登園を嫌がることはあったが, 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めず「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、地元の小学校、主治医で情報交換と退院後の対応について協議した。弟は退院後も地元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適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、