

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る。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ものに対して 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し、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トがなかわりなく、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、家族に安定感をもたらされる。障害受容への一歩には、この安定感を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 (18≦)	158 (17)	64 (14)	60 (1)	282 (32)
Female (18≦)	31 (3)	13 (4)	28 (1)	72 (8)
Total (18≦)	189 (20)	77 (18)	88 (2)	354 (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好に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。「人を殺す経験がしたかった」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ター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。学歴のところでは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

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	*

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

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言い難い。

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

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⁸⁾。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、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、また散発の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と有効性であり、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、言うことでもない。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—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, 海野千畝子, 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.

*

*

*

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

対象に調査を行った。

教育相談担当者については、116校（公立全日制76校、私立16校、公立定時通信制12校、特殊諸学校12校）に調査用紙を配布した結果、回収できたのは101校（公立全日制66校、私立14校、公立定時通信制9校、特殊諸学校12校）であり、回収率は87.1%であった。

岐阜県A町にある小中高等学校の教師123名（小学校2校の教師51名、中学校1校の教師34名、高等学校1校の教師38名：いずれも講師を含む）に配布した。回収数は108名（小学校2校の教師44名、中学校1校の教師26名、高等学校1校の教師38名）で回収率87.8%であった。

2. 手続き

教育相談担当者を対象としたものは、岐阜県高等学校教育相談研究協議会を通じて、各学校に下記の質問紙を郵送した。調査実施期間は、2003年2月～3月であった。岐阜県A町小中高等学校の教師を対象としたものは、各学校の管理職を通じて各学校の教師に配布した。調査実施期間は、2003年6月～8月であった。

3. 軽度発達障害に関する調査内容

以下の4つについての質問紙を作成した。

(1) 軽度発達障害の子どもが問題行動を激しくする要因

軽度発達障害の子どもが問題行動を激しくする要因を何ととらえるかについての教師の意識調査である。これは、Kataoka et al. (2003)が行った、小学校の教師を対象にLD児が示す困難の要因についての意識調査（55項目）をもとに、LD以外の軽度発達障害（高機能自閉症、ADHD）にもあてはまるように項目を修正して作成した36項目の質問紙である（Table 1 参照）。それぞれの項目に対し、軽度発達障害の子どもの問題が激しくなる要因とした場合、「とても思う」「少し思う」「あまり思わない」「まったく思わない」の4件法で判断を求めた。

(2) 軽度発達障害の理解

具体的には、軽度発達障害（高機能自閉症・ADHD・LD）のそれぞれについて、「名前も聞いたことがない」、「名前は聞いたことがある」、「どのような障害か少しは知っている」、「障害の内容をある程度理解している」、「どのように対応をしたらよいのか、だいたい理解しているつもりである」の中からいずれかを選択してもらった。

(3) 軽度発達障害に関する研修の経験

以下の9項目の研修について、これまで受けたことがあるかないか回答を求めた。設問「9. その他」については記述式にて回答を求めた。

1. 校内の研修会や学習会
2. 校内での専門家を招いての研修会や学習会
3. 郡市の教育会や教育委員会主催の研修会や学習会
4. 地区の教育振興事務所や総合教育センター主催の研修会
5. 専門医や専門機関・スクールカウンセラーなどに個別事例の相談を通して学習
6. 民間の研修会や学習会
7. 本や雑誌、ホームページなどでの個別学習
8. 研修や学習をしたことがない
9. その他

(4) 軽度発達障害の子どもに対して重要だと考える対応のあり方

これについて、次の14項目からなる選択肢の中から、軽度発達障害の子どもたちの対応で重要であると思われるものを5つまで強制選択してもらい、回答を求めた。設問「14. その他」については記述式にて回答を求めた。

1. 担任教諭の教材工夫、個人指導等による対応
2. 生徒間の協力
3. 校内研修、個別検討の充実
4. 学年主任や同僚教師間での協力
5. 養護教諭との協力
6. 小中学校との連携
7. ティームティーチングによる対応
8. 加配による教師や非常勤講師による個別指導

9. スクールカウンセラーなどの専門職との連携
10. 大学や教育研究所等の専門家との連携
11. 病院等の医療機関との連携 (情報交換を含む)
12. 市町村及び県の教育委員会との連携
13. 家庭訪問や個人懇談などによる家庭との連携
14. その他

III. 結果

1. 軽度発達障害の子どもたちの問題行動を激しくする要因に関する教師の意識調査

(1) 有効回答数について

質問紙の回収後、軽度発達障害の理解に関する質問項目で、高機能自閉症、ADHD、LDのいずれかで無回答、もしくは「名前も聞いたことがない」と回答をした人は、本調査において分析の対象外とした。これは、本研究が、軽度発達障害についての意識調査であるため、名前も知らない場合は調査の対象とならないと判断したためである。ちなみに、「名前も聞いたことがない」と答えたものは、全回答者数209名のうち、高機能自閉症については16名 (7.7%)、ADHDについては4名 (1.9%)、LDについては5名 (2.4%) であった。また、「高機能自閉症やADHDやLDなどと言われる子どもたちの学習面や行動面の問題を激しくすると考えられる要因」の36項目のうち、無回答がひとつでもあった場合は、欠損データとして本調査において分析からは除外した。よって、以下の分析は全て、教育相談担当者(高等学校・特殊諸学校)の有効回答数81名と、A町の小中高等学校職員の有効回答数75名の計156名で行うこととする。

(2) 因子分析の結果について

軽度発達障害の子どもたちの問題行動を大きくすると考えられる要因に関する意識調査質問36項目について、「とても思う」に4点、「少し思う」に3点、「あまり思わない」に2点、「まったく思わない」に1点それぞれを与えた。よって、得点が高くなるほど、問題と捉える傾向が

高くなることになる。

因子分析 (主因子法、固有値1.0以上、Varimax回転) を行った結果、初期解における固有値 (1.0以上) は8個であった。固有値の減少のようすから判断して、3因子解を採用した。

これらの因子に対して、因子分析 (主因子法、Varimax回転) を行った。因子分析の結果、1つの因子について0.40以上で、かつ2因子にまたがって0.40以上の負荷を示さない29項目を選出した。よって、1つの因子について0.40より小さい値を示した1項目と、2つ以上の因子で0.40以上の値を示した6項目の計7項目を除外した。

選出した29項目に対して、因子分析 (主因子法、Varimax回転) を行った (Table 1)。その結果、第1因子には、「18.家庭でのしつけが十分ではないため」、「19.食生活の変化のため」、「23.物質的主義的(お金・物を与える)になっているため」、「15.生活習慣が不規則になっているため」、「26.親が子どもにかまいすぎ・甘やかしているため」に高い負荷量が付与された。これは、軽度発達障害の子どもたちの問題を大きくする要因として、家庭や家族と、それを取り巻く環境を問題と捉えるものである。よって、この第1因子を「家庭・環境因子」と命名した。

第2因子には、「21.教師自身にゆとりがないため」、「33.一学級の人数が多いため」、「17.生徒への個別対応時間が、十分にとれないため」、「14.教師の人数が足りないため」に高い負荷量が付与された。これは、軽度発達障害の子どもたちの問題を大きくする要因として、教育条件の貧困さが問題と捉えるものである。よって、この第2因子を「教育条件因子」と命名した。

第3因子には、「29.教師が学習面や行動面での困難を問題していないため」、「2.学級担任の学級を統率する力の低下のため」、「25.教師の研修不足、指導力、資質の低下のため」に高い負荷量が付与された。これは、軽度発達障害の子どもたちの問題を大きくする要因として、教師の力量や姿勢に問題があると捉えるものである。よって、第3因子を「教師力量因子」と命名した。

因子負荷が0.40以上の項目は、第1因子「家

Tabel 1. 軽度発達障害の子どもたちの問題行動を大きくすると考えられる要因に関する教師の意識調査項目の因子分析結果 (主因子法 Varimax 回転)

質問項目	因子負荷量			共通性
	1. 家庭・環境因子	2. 教育条件因子	3. 教師力量因子	
18. 家庭でのしつけが十分でないため	0.80	-0.04	0.11	0.65
19. 食生活の変化のため (献立・時間帯など)	0.78	-0.01	0.10	0.62
23. 物質主義的 (お金・物を与える) になっているため	0.78	0.06	0.11	0.62
15. 生活習慣が不規則になっているため (睡眠時間など)	0.73	0.09	0.04	0.54
26. 親が子どもにかまいすぎ・甘やかしているため	0.72	-0.04	0.27	0.60
22. 核家族・少人数家族のため	0.70	0.13	0.03	0.51
11. 子育てやしつけなどの面で地域の教育力がおとろえたため	0.70	0.15	0.14	0.53
28. 子どもの遊びがテレビゲームなどに変わったため	0.68	0.16	0.02	0.49
7. 家庭の事情の複雑化 (離婚・再婚など)	0.64	0.04	0.23	0.47
32. 異年齢間のまじわりが減ったため	0.61	0.30	0.03	0.47
34. 親が自分自身の生活に重点をおいているため	0.59	0.14	0.29	0.45
25. 子どものストレスが多いため	0.56	0.27	0.01	0.39
16. その子ども自身にやる気がないため	0.52	-0.03	0.27	0.34
9. 幼稚園教育要領が改訂され、自由保育などが行われたため	0.50	0.06	0.15	0.27
12. 環境ホルモンや環境汚染のため	0.43	0.05	0.06	0.19
家庭・環境因子 15項目の平均=2.4944, SD=0.585, α 係数=0.923				
21. 教師自身にゆとりがないため	0.28	0.73	0.05	0.61
33. 一学級の人数が多いため	0.31	0.72	-0.01	0.62
17. 生徒への個別対応時間が十分にとれないため	0.26	0.72	0.06	0.59
14. 教師の人数が足りないため	0.27	0.68	-0.03	0.54
27. 専門家の数が不十分なため	-0.10	0.59	0.21	0.40
1. アスペルガー症候群やADHDやLD等に対する特別な教育方法が確立されていないため	-0.12	0.54	0.14	0.33
10. 学校内の協力体制がとられていないため	0.07	0.53	0.18	0.32
35. 就学前の診断から療育までのフォロー体制が未確立なため	-0.02	0.52	0.15	0.29
教育条件因子 8項目の平均=2.8486, SD=0.596, α 係数=0.852				
29. 教師が学習面や行動面での困難を問題視していないため	0.01	0.18	0.64	0.44
2. 学級担任の学級を統率する力の低下のため	0.20	-0.07	0.59	0.39
3. 親の教師に対する信頼感がないため	0.27	0.11	0.57	0.41
25. 教師の研修不足、指導力、資質の低下のため	-0.04	0.36	0.57	0.45
30. 親が学習面や行動面での困難を問題視していないため	0.29	0.14	0.55	0.41
13. 教師の高齢化で新しいことへ取り組む意識が低下しているため	0.22	0.24	0.52	0.38
教師力量因子 6項目の平均=2.1421, SD=0.523, α 係数=0.782				
因子寄与 (二乗和)	7.08	3.76	2.48	13.33
因子寄与率 (%)	24.42	12.98	8.55	45.95
累積寄与率 (%)	24.42	37.41	45.95	

庭・環境因子」15項目、第2因子「教育条件因子」8項目、第3因子「教師力量因子」6項目の合計3因子、29項目となった。

第1因子「家庭・環境因子」は、因子寄与率より24.42%の説明ができると考えられる。第2因子「教育条件因子」は因子寄与率より12.98%の説明ができると考えられる。第3因子「教師力量因子」は因子寄与率より8.55%の説明ができると考えられる。第1、第2、第3因子の因子寄与率を合計し、3因子で45.95%の説明ができると考えられる。

平均とSDは、第1因子「家庭・環境因子」が平均=2.4944, SD=0.585, 第2因子「教育条件因子」が平均=2.8486, SD=0.596, 第3因子「教師力量因子」が平均=2.1421, SD=0.523であった。信頼性係数は、第1因子「家庭・環境因子」では $\alpha=0.923$, 第2因子「教育条件因子」では $\alpha=0.852$, 第3因子「教師力量因子」では $\alpha=0.782$ であった。

2. 各因子得点と関連する要因の分析

ここでは、1. で明らかにした3因子(家庭・環境因子, 教育条件因子, 教師力量因子)の得点と関連する要因として、以下の3点を分析した。それは、①軽度発達障害の理解、②発達障害に関する研修経験、③軽度発達障害に重要と考える対応である。それぞれについて一元配置分散分析もしくはt検定を行った。以下、それぞれについて結果を示す。

(1) 軽度発達障害の理解との関連

まず、高機能自閉症の理解(「名前を知っている」「少し知っている」「ある程度理解している」「対応まで理解している」)によって、各因子得点(家庭・環境因子, 教育条件因子, 教師力量因子)がどのように違うかを一元配置分散分析で検討した。その結果、高機能自閉症の理解による、家庭・環境因子得点を比較した一元配置分散分析でのみ、5%の水準で有意差がみられた($F(3,152)=3.531, p<.05$)。さらに下位検定としてTukey-KramerのHSD検定を行った結果、高機能自閉症について「対応まで理解している」群と「ある程度理解している」群、

「少し知っている」群、「名前を知っている」群の間に、それぞれ5%水準で有意差がみられた。高機能自閉症・アスペルガー症候群の理解度について、「ある程度理解している」「少し知っている」「名前を知っている」と答えた教師は、「対応まで理解している」と答えた教師よりも、軽度発達障害の子どもたちの問題を激しくする要因が、家庭や家族、またはそれを取り巻く環境にあるととらえていることが明らかにされた。

同様に、ADHD, LDそれぞれの理解(「名前を知っている」「少し知っている」「ある程度理解している」「対応まで理解している」)によって、各因子得点(家庭・環境因子, 教育条件因子, 教師力量因子)がどのように違うかを一元配置分散分析で検討したが、いずれも有意な差はみられなかった。

(2) 発達障害に関する研修経験との関連

発達障害に関する研修9項目について、あてはまる項目全てを選択してもらった。各項目について、研修経験の有無による、各因子得点の違いをt検定で検討した。

その結果、以下の4つについて有意差がみられた。そのうち3つは、教師力量因子得点において有意差がみられたものである。一つは、「校内の研修会や学習会」を通して研修を受けたことの有無で、教師力量因子得点を比較したところ、5%の水準で有意差がみられた($t=2.111, df=154, p<.05$)。これより「校内の研修会や学習会」を「受けたことがある」と答えた教師は、「受けたことがない」と答えた教師よりも教師力量因子得点が高く、軽度発達障害の子どもの問題が激しくなる要因を、より教師の力量や姿勢の問題ととらえていることが明らかにされた。二つは、「専門医や専門機関・スクールカウンセラーなどに個別事例の相談を通して学習」を受けたことの有無で、教師力量因子得点を比較したところ、5%の水準で有意差がみられた($t=1.986, df=154, p<.05$)。これより、「専門医や専門機関・スクールカウンセラーなどに個別事例の相談を通して学習」を「受けたことがある」と答えた教師は、「受けたことがない」と答えた教師よりも教師力量因子得点が

高く、軽度発達障害の子どもの問題が激しくなる要因を、より教師の力量や姿勢の問題ととらえていることが明らかにされた。三つは、「民間の研修会や学習会」を通して研修を受けたことの有無で、教師力量因子得点を比較したところ、5%の水準で有意差がみられた($t=2.015$, $df=154$, $p<.05$)。これより、「民間の研修会や学習会」を「受けたことがある」と答えた教師は、「研修を受けたことがない」と答えた教師よりも教師力量因子得点が高く、軽度発達障害の子どもの問題が激しくなる要因を、より教師の力量や姿勢の問題にとらえていることが明らかにされた。それに対し以下の項目のみは、教育条件因子において有意差がみられた。それは、「郡市の教育会や教育委員会主催の研修会や学習会」を通して研修を受けたことの有無で、教育条件因子得点を比較したところ、5%の水準で有意差がみられた($t=2.269$, $df=154$, $p<.05$)。これより、「郡市の教育会や教育委員会主催の研修会や学習会」を「受けたことがある」と答えた教師は、「受けたことがない」と答えた教師よりも、教育条件因子得点が高く、軽度発達障害の子どもの問題が激しくなる要因を、より教育条件の貧困さにとらえていることが明らかにされた。

(3) 軽度発達障害に重要と考える対応との関連

軽度発達障害の子どもたちの対応に重要であると考えるものを、14の項目から上位5つまでを選択してもらった。軽度発達障害の子どもたちの対応に重要であると考えたものとして各項目を選択した群と選択しなかった群で、各因子得点が異なるかどうかを、 t 検定で検討した。

その結果、以下の3つの項目において有意な差がみられた。一つは「校内の研修や個別検討の充実」を選択した群と選択しなかった群の間で、家庭・環境因子得点に有意差がみられた($t=-2.292$, $df=154$, $p<.05$)。これより、「校内の研修や個別検討の充実」を選択しなかった群は、「重要である」として選択した群よりも家庭・環境因子得点が高いこと、すなわち、軽度発達障害の子どもの問題を激しくする要因として、より家族や家庭またはそれを巻き巻く環境の問

題を大きくとらえていることが明らかにされた。二つは「加配による教師や非常勤講師による個別指導」を選択した群と選択しなかった群の間で、教育条件因子得点に有意差がみられた($t=1.989$, $df=154$, $p<.05$)。これより、「加配による教師や非常勤講師による個別指導」を「重要である」と選択した群は、選択しなかった群よりも教育条件因子得点が高いこと、すなわち、軽度発達障害の子どもの問題を激しくする要因を、より教育条件の貧困さにとらえていることが明らかにされた。三つは、「加配による教師や非常勤講師による個別指導」を重要と選択した群と選択しなかった群の間で、教師力量因子得点に有意差がみられた($t=-2.000$, $df=154$, $p<.05$)。これより、「加配による教師や非常勤講師による個別指導」を選択しなかった群は、「重要である」と選択した群よりも教師力量因子得点が高いこと、すなわち、軽度発達障害の子どもの問題を激しくする要因として、より教師の力量や姿勢の問題を大きくとらえていることが明らかにされた。

IV. 考 察

1. 軽度発達障害児の問題を激しくする要因についての教員の意識

本研究では、家庭・環境因子と教育条件因子、教師力量因子の3因子が見出された。これは、教師が、1学級の人数規模が大きすぎることなどの教育条件の問題、軽度発達障害を指導する教師の力量不足、そして家庭や地域の変化の3つが、軽度発達障害児の問題を激しくする要因と意識していることを示している。これは、LDを持つ子どもについての校長の意識調査を行ったKataoka et al. (2003) の結果と同じ構造をもったものと考えられる。具体的にいえば、Kataoka et al. (2003) が明らかにした5因子のうち、「家族や社会状況の変化」因子は本研究での家族・環境因子に、「教師や管理職の能力」因子は教師力量因子にそれぞれ該当するものである。本研究での教育条件因子は、Kataoka et al. (2003) のいうところの、「学習と社会的環境」因子、「行政の教育的システム」因子、「不十分な教育的サポート」因子を

いっしょにしたものになっている。これは本研究の教育条件因子がそれにまつわる多様な内容を含んでいること、いいかえればこの領域に関する今回の被験者である教師の意識が未分化である可能性を推察させる。これは、Kataoka et al. (2003) が、教育政策にも精通する必要のある校長を被験者としたのに対し、本研究の被験者が具体的に子どもと接する教諭であること、あるいは被験者全体の違い(例えば、岐阜県と奈良県の教員一般における、軽度発達障害や特別支援教育についての理解レベルの違い)などに関連していることも考えられる。今後の検討課題であるといえる。

2. 高機能自閉症を理解していない教師は、理解している教師より、その問題を激しくする要因を家族や地域の変化にみようとする

本研究で最も注目されるのは、高機能自閉症を「どのように対応したらよいかだいたい理解している」、つまり症状や名前の理解にとどまらず、具体的な対応・指導のあり方まで理解していると自己認識している教師と、そうでない教師の違いである。高機能自閉症の「名前は聞いたことがある」「どのような障害が少しは知っている」「障害の内容をある程度理解している」と答えた教師の方が、「どのように対応したらよいかだいたいわかっている」教師よりも、軽度発達障害の子どもが問題を激しくする要因として、「家族・環境」の問題を重視することが明らかにされた。

これは、自閉症という障害について、親の育て方が問題であるとする誤解が永らく存在した事実を勘案するときわめて意味の大きい結果といえる。自閉症の中核となる障害は社会性の障害といわれる。社会性というものは、その場での相手の気持ちや場の雰囲気、状況などを瞬時に理解しながら、相手とのやりとりを行なっていく力である(遠藤, 2003)。それは、言語のみで定式化して説明することはなかなか難しいものである。杉山(2002)は、大人になった方のみずからが高機能自閉症ではないかと医療機関を受診される方の中で、高機能自閉症の自伝を文章で読んで疑いをもたれた方はそうでない場

合が多いこと、しかし、高機能自閉症のドキュメンタリー映像や漫画といった視覚的教材を見て疑いをもたれた方はその診断があてはまる場合が少ないことを指摘している。これは、社会性の障害というものが、言語によりすべてを明文化できるものとは違い、視覚的教材で初めて感じられる、その場での感覚や情動によって理解される(遠藤, 2002)ものを本質として含むことを示唆する。そうであれば、一般の人が、そういった感覚や情動で理解されるべき社会性の障害を、言語で説明してもなかなか理解しにくいことは、十分に予想される。そういった中で、高機能自閉症を十分知らない人が、「あの子は知的には高いのに、回りの気持ちを考えずに行動するのは、親がしつけていないからだ」とか、「子ども本人の性格の問題だ」という誤解を強めることにつながる場合があるのである。そして上記の結果は、こういった誤解が、教師においても生じることを明らかにしたものである。

こういった文脈で考えると、この結果は、教員の研修において、軽度発達障害の中でも、特に高機能自閉症の障害理解を深化させることが、重視されるべきであることを示唆する。それは、軽度発達障害の中でも、高機能自閉症の中核的な症状である社会性の障害というものの理解のしにくさに依拠している。さきほど述べた、視覚的教材の活用を含めた検討が求められるところである。

3. 軽度発達障害の子どもの問題を激しくする考える要因と、研修経験、対応のあり方の関係

これに関して注目されるのは、「校内の研修会や学習会」「専門医や専門機関・カウンセラーなどに個別事例の相談を通しての学習」「民間の研修会や学習会」の研修経験のある教師の方が、無い教師よりも、軽度発達障害の子どもが問題を激しくする要因として、教員自身の力量の問題を重視していたことである。これは、「郡市の教育会や教育委員会主催の研修会や学習会」の研修経験のある教師が、無い教師よりも、軽度発達障害の子どもが問題を激しくする