

- the haystack, and the CHAT. *Br. J. Psychiatry*, 161 ; 839-884, 1992.
- 6) Baron-Cohen, S., Cox, A., Baird, G. et al. : Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. *Br. J. Psychiatry*, 168 ; 158-16, 1996.
  - 7) Ben-Sasson, A., Hen, L., Fluss, R., et al. : A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.*, 39 ; 1-11, 2009.
  - 8) 別府哲 : 自閉症における他者理解の機能連関と形成プロセスの特異性 障害者問題研究, 34 ; 259-266, 2007.
  - 9) Berument, S. K., Rutter, M., Lord, C. et al. : Autism screening questionnaire : Diagnostic validity. *Br. J. Psychiatry*, 175 ; 444-451, 1999.
  - 10) Bolton, P., Macdonald, H., Pickles, A. et al. : A case-control family history study of autism. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 35 ; 877-900, 1994.
  - 11) Bryson, S. E., Zwaigenbaum, L., Brian, J. et al. : A prospective case series of high-risk infants who developed autism. *J. Autism Dev. Disord.*, 37 ; 12-24, 2007.
  - 12) Chakrabarti, S., Fombonne, E. : Pervasive developmental disorders in preschool children : Confirmation of high prevalence. *Am. J. Psychiatry*, 162 ; 1133-1141, 2005.
  - 13) Charman, T. : Why is joint attention a pivotal skill in autism? *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.*, 358 ; 315-324, 2003.
  - 14) Chawarska, K., Paul, R., Klin, A. et al. : Parental recognition of developmental problems in toddlers with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.*, 37 ; 62-67, 2007.
  - 15) Constantino, J. N., Przybeck, T., Friesen, D. et al. : Reciprocal social behavior in children with and without pervasive developmental disorders. *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 21 ; 2-11, 2000.
  - 16) Dawson, G. & Osterling, J. : Early intervention in autism. In : (ed.), Guralnick, M. The effectiveness of early intervention Paul H. Brooks Publishing, Baltimore, M.D., 1997.
  - 17) Dawson, G., Osterling, J., Meltzoff, A. N. et al. : Case study of the development of an infant with autism from birth to two years of age. *J. Appl. Dev. Psychol.*, 21 ; 299-313, 2000.
  - 18) De Giacomo, A., Fombonne, E. : Parental recognition of developmental abnormalities in autism. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 7 ; 131-136, 1998.
  - 19) Dietz, C., Swinkels, S., van Daalen, E. et al. : Screening for autistic spectrum disorder in children aged 14-15 months. II : Population screening with the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). Design and general findings. *J. Autism Dev. Disord.*, 36 ; 713-722, 2006.
  - 20) Drew, A., Baird, G., Baron-Cohen, S. et al. : A pilot randomized control trial of a parent training intervention for pre-school children with autism : Preliminary findings and methodological challenges. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 11 ; 266-272, 2002.
  - 21) Eaves, L. C., & Ho, H. H. : The very early identification of autism : Outcome to age 41/2-5. *J. Autism Dev. Disord.*, 34 ; 367-378, 2004.
  - 22) Grelotti, D. J., Klin, A. J., Gauthier, I. et al. : fMRI activation of the fusiform gyrus and amygdala to cartoon characters but not to faces in a boy with autism. *Neuropsychologia*, 43 ; 373-385, 2005.
  - 23) 稲田尚子, 神尾陽子 : 自閉症スペクトラム幼児の共同注意行動の発達についての縦断研究 第47回日本児童青年精神医学会抄録集, 183 ; 2006.
  - 24) Iverson, J. M., Wozniak, R. H. : Variation in vocalmotor development in infant siblings. *J. Autism Dev. Disord.*, 37 ; 158-170, 2007.
  - 25) Jonsdottir, S. L., Saemundsen, E., Asmundsdottir, G. et al. : Follow-up of children diagnosed with pervasive developmental disorders : Stability and change during the preschool years. *J. Autism Dev. Disord.*, 37 ; 1361-1374, 2007.
  - 26) 神尾陽子, 稲田尚子 : 1歳6カ月健診における広汎性発達障害の早期発見についての予備的研究. *精神医学*, 48 ; 981-990, 2006.
  - 27) 神尾陽子, 長田洋和, 小山智典ほか : 自閉症/PDD児に対する早期療育の現状とその発展の方向性. 平成18年度厚生労働科学特別研究事業 H18-特別一指定-028 発達障害者の病因論的考証及び疫学調査等に基づく実証把握のための調査研究 田中哲郎 (主任研究者). 分担研究報告書, p.27-43, 2007.
  - 28) 金井智恵子, 長田洋和, 小山智典ほか : 広汎性発達障害スクリーニング尺度としての乳幼児行動チェックリスト改訂版 (IBC-R) の有用性の検討. *臨床精神医学*, 33 ; 313-321, 2004.
  - 29) Kazari, C., Freeman, S., & Paparella, T. : Joint attention and symbolic play in young children with autism : A randomized controlled intervention study. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 47 ; 611-620, 2006.
  - 30) Kleinman, J. M., Robins, D. L., Ventola, P. E. et

- al. : The Modified Checklist for Autism in Toddlers : A follow-up study investigating the early detection of autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.*, 38 ; 827-839, 2007.
- 31) 小山智典, 船曳幸紀, 長田洋和ほか : 乳幼児期自閉症チェックリスト日本語版 (CHAT-J) の有用性に関する予備的検討. *臨床精神医学*, 34 ; 349-355, 2005.
- 32) Krug, D. A., Arick, J., Almond, P. : Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 21 ; 221-229, 1980.
- 33) Kuhl, P. K. : A new view of language acquisition. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 97 ; 11850-11857, 2000.
- 34) Kuhl, P. K., Coffey-Coria, S., Padden, D. et al. : Links between social and linguistic processing of speech in preschool children with autism : behavioral and electrophysiological measures. *Dev. Sci.*, 8 ; F 1-F 12, 2005.
- 35) Kurita, H., Miyake, Y., Katsuno, K. : Reliability and validity of the Childhood Autism Rating Scale-Tokyo version (CARS-TV). *J. Autism Dev. Disord.*, 19 ; 389-396, 1989.
- 36) 桑田左絵, 神尾陽子 : 発達障害児をもつ親の障害受容過程に関する文献的研究. *児童青年精神医学とその近接領域*, 45 ; 325-343, 2004.
- 37) Landa, R. : Autism spectrum disorders in the first 3 years of life. In *Autism Frontiers : Clinical Issues and Innovations*. In : (ed.), Shapiro, B. K. & Accaodo, P. J. Paul H. Brookes Publishing Co., Baltimore, p.97-128, 2008.
- 38) Landa, R., & Garrett-Mayer, E. : Development in infants with autism spectrum disorders : A prospective study. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 47 ; 629-638, 2006.
- 39) Landa, R., Holman, K. C., Garrett-Mayer, E. : Social and communication development in toddlers with early and later diagnosis of autism spectrum disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 64 ; 863-864, 2007.
- 40) Landry, R. & Bryson, S. E. : Impaired disengagement of attention in young children with autism. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 45 ; 1115-1122, 2004.
- 41) Langdell, T. : Recognition of faces : An approach to the study of autism. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 19 ; 255-268, 1978.
- 42) Loh, A., Sinab, T., Brian, J. et al. : Stereotyped motor behaviors associated with autism in high-risk infants : A pilot videotape analysis of a sibling sample. *J. Autism Dev. Disord.*, 37 ; 25-36, 2007.
- 43) Lord, C. : Follow-up of two-year-olds referred for possible autism. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 36 ; 1365-1382, 1995.
- 44) Lord, C., Rutter, M., & Le Courteur, A. : Autism diagnostic interview-revised : A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorder. *J. Autism Dev. Disord.*, 24 ; 659-685, 1994.
- 45) Maestro, S., Muratori, F., Cavallaro, M. C. et al. : Attentional skills during the first 6 months of age in autism spectrum disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 41 ; 1239-1245, 2002.
- 46) Morrow, E. M., Yoo, S-Y., Falvell, S. W. et al. : Identifying autism loci and genes by tracing recent shared ancestry. *Science*, 321 ; 218-223, 2008.
- 47) New York State Department of Health, Early Intervention Program. *Clinical Practice Guideline : Report of the Guideline Recommendations - Autism / Pervasive Developmental Disorders. Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years) (1999)*. Retrieved February 24, 2007, from <http://www.health.state.ny.us/community/infants-children/early-intervention/autism/index.htm>
- 48) Osterling, J., Dawson, G., & Munson, J. A. : Early recognition of 1-year-old infants with autism spectrum disorder versus mental retardation. *Dev. Psychopathol.*, 14 ; 239-251, 2002.
- 49) Persson, B., Nordstrom, B., Petersson, K. et al. : Screening for infants with developmental deficits and/or autism : A Swedish pilot study. *J. Pediatr. Nurs.*, 21 ; 313-324, 2006.
- 50) Pickels, A., Starr, E., Kazak, S. et al. : Variable expression of the autism broader phenotype : findings from extended pedigree. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 41 ; 491-502, 2002.
- 51) Rimland, B. : The differentiation of childhood psychoses : an analysis of checklists for 2,218 psychotic children. *J. Autism Child Schizophr.*, 1 ; 161-174, 1971.
- 52) Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L. et al. : The Modified Checklist for Autism in Toddlers : An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J. Autism Dev. Disord.*, 31 ; 131-144, 2001.
- 53) Rogers, S. : Brief report : Early intervention in autism. *J. Autism Dev. Disord.*, 26 ; 243-246,

- 1996.
- 54) Rogers, S. J., Hepburn, S., Wehner, E. : Parent reports of sensory symptoms in toddlers with autism and those with other developmental disorders. *J. Autism Dev. Disord.*, 33 ; 631-642, 2003.
- 55) Rogers, S. J., Lewis, H. : An effective day treatment model for young children with pervasive developmental disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 28 ; 207-217, 1989.
- 56) Ruff, H. A. & Rothbart, M. K. : Attention in early development : Themes and variations. Oxford University Press, New York, 1996.
- 57) Siegel, B. : Pervasive Developmental Disorders Screening Test-II (PDDST-II) : Early Childhood Screeners for Autistic Spectrum Disorders. Harcourt Assessment, Inc., San Antonio, 2004.
- 58) Smith, T., Groen, A. D., & Wynn, J. W. : Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *Am. J. Ment. Retard.*, 105 ; 269-285, 2000.
- 59) Sullivan, M., Finelli, J., Marvin, A. et al. : Response to joint attention in toddlers at risk for autism spectrum disorder : A prospective study. *J. Autism Dev. Disord.*, 37 ; 37-48, 2007.
- 60) Sutter, S., Pandey, J., Esser, E. L. et al. : Predictors of optimal outcome in toddlers diagnosed with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.*, 37 ; 98-107, 2007.
- 61) Swinkels, S. H., Dietz, C., van Daalen, E. et al. : Screening for autistic spectrum in children aged 14 to 15 months. I : The development of the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). *J. Autism Dev. Disord.*, 36 ; 723-732, 2006.
- 62) 立森久照, 高橋美紀, 長田洋和ほか : 東京自閉行動尺度 (Tokyo Autistic Behavior Scale : TABS) の広汎性発達障害の診断補助尺度としての有用性. *臨床精神医学*, 29 ; 529-536, 2000.
- 63) Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M. et al. : Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism : A randomized controlled trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 45 ; 561-569, 2006.
- 64) Townsend, J., Courchesen, E., & Egaas, B. : Slowed orienting of covert visual-spatial attention in autism : Specific deficits associated with cerebellar and parietal abnormality. *Dev. Psychopathol.*, 8 ; 563-584, 1996.
- 65) 辻井弘美, 稲田尚子, 神尾陽子 : 自閉症スペクトラム幼児の早期診断についての実態調査—小児科医への研修時アンケート調査結果から— . *精神保健研究*, 54 ; 83-93, 2008.
- 66) Wachtel, K., Carter, A. S. : Reaction to diagnosis and parenting styles among mothers of young children with ASDs. *Autism*, 12 ; 575-594, 2008.
- 67) Watt, N., Wetherby, A. M., Barber, A. et al. : Repetitive and stereotyped behaviors in children with autism spectrum disorders in the second year of life. *J. Autism Dev. Disord.*, 38 ; 1518-1533, 2008.
- 68) Werner, E., Dawson, G., Osterling, J. et al. : Brief report : Recognition of autism spectrum disorder before one year of age : A retrospective study based on home videotapes. *J. Autism Dev. Disord.*, 30 ; 157-162, 2000.
- 69) Yirmiya, N. & Ozonoff, S. : The very early autism phenotype. *J. Autism Dev. Disord.*, 37 ; 1-11, 2007.
- 70) Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Rogers, T. et al. : Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *Int. J. Dev. Neurosci.*, 23 ; 143-152, 2005.

## 第15章 自閉症研究：今後の課題

神尾 陽子

これまでの自閉症研究の歴史とその成果は、本書の全章にわたってあますところなく記述されている。そこから、「自閉症とは何か」という大きな問いに対する、先人たちのさまざまなアプローチとその軌跡を知ることができ、後続く私たちが当たり前のように共有する、今日の自閉症というものの成り立ちを理解することができるだろう。そして、今後の課題としての多くの示唆が得られることであろう。私に与えられたこの終わりの章では、それらを踏まえて、自閉症研究の将来に向けていくつか課題を整理しておく。というのも、本書の著者の多くが指摘しているように、これまでの研究成果の最大のもの、おそらく、自閉症にかかわる研究者や臨床家が自閉症という難題に取り組む際の私たち自身の、視座の転換、なのではないかと思われるからである。それは、自閉症にとどまらず、精神の疾患に取り組む際にも共通するのかもしれない。以下に、新たな視座を持って取り組むべき今後の課題を、筆者の視点から整理を試みる。

第1には、医学的根本問題として、多様な自閉症症候群に対して病因論的な視座をどのように方向づけるか、ということがさらに検討され続けなくてはならないだろう。自閉症発症のメカニズムを明らかにしていくためには、病因論的に均質なことが示されてきた自閉症症候群内の特殊な群（たとえば、Rett症候群や脆弱X症候群など）の発見を、自

閉症研究においてどのように位置づけるのがよいのだろうか。本書の9章で詳解されているように、自閉症の病因の特定は、近年では原因遺伝子の同定から、遺伝子の発現を修飾する後生的な機序（エピジェネティクス）の解明に照準が移ってきている。そうした新しい研究知見や表現型およびゲノムの多様性を考えると、もはや自閉症症候群において1対1の病因と症状の関係を想定することは現実的ではなくなっている。神経発達の異常を伴う多くの精神遅滞症候群や精神疾患では、分子遺伝学的メカニズムの一部の異常を共有しているであろうし、それぞれに特異的な機序もあるだろう。現在は記述しきれていない、自閉症症候群における中間表現型や broader autism phenotype (BAP) と呼ばれる行動表現型のみならず、症状の出現や消長のパターンなどの発達過程の特徴をも描き出すことができれば、今後の手がかりとなっていくのではないかと、と思われる。

Rett症候群とPDDとの関係が今後どのように扱われていくかということは、この問題を考えていくうえで象徴的かもしれない。Rett症候群は、DSM-IVが出た当時、まだ病因が明らかになっておらず、症状の類似からPDDの下位カテゴリーに分類された。その後、MECP2遺伝子の変異によってRett症候群が発症することが明らかになった。しかしながら、原因遺伝子の同定という輝かし

い成果から期待されたように、PDDと Rett 症候群の間に境界線を引くことは、当初考えられている以上にむずかしいようである。後者には、極端な退行ばかりではなく、退行の程度は重度から軽度までスペクトラム様で存在するし<sup>4)</sup>、また Rett 症候群以外の自閉症児の一部にも、様々な程度の退行を示すケースが存在することから、知られている病因の違いにもかかわらず症状レベルでは共通点が依然として大きい。さらに興味深いことには、MECP2 遺伝子の変異が Rett 症候群以外の、自閉症を含む精神神経発達障害にも報告されているのである。それらを踏まえれば、DSM-V では、Rett 症候群それ自体が PDD に含まれるという DSM-IV 分類が見直され、一時的に自閉症症状を呈する一部のケースのみを PDD と診断すべきであるというように、記述に幅を持たせるようになるのではないかと予測される。このように近年明らかになりつつある事実は、病因と症状の対応そして病因論的な分類という疾病のアイデンティティを考える際に、示唆的である。つまり、より均質な病態を特定したかに見えても、よく見ればそこにも再び連続する多様性が存在するという、次の課題を指し示しているのかもしれない。本書の1章の末尾に述べられているように、「要するに、疾病単位にこだわらず自閉的なものが自閉症なのだ」ということなのであろう。今後、自閉症症候群の一部に関しては、病因が特定されていくであろうが、それらの病因が均質な群は自閉症症候群から除外されていくのではなく、むしろ病因の多様性を明示的に持ちながら、異種的な自閉症症候群を形作ることによって、私たちは自閉症症候群についての新しい病因論的な視座を獲得していくのではないだろうか。

第2に、これまでの研究が示唆してきた長い時間軸に沿った発達の变化を、その視座の内にどのように捉えていくのか、という問題がある。その発達的变化の全貌は、まだごく

一部が明らかになったにすぎない。10年、20年もの発達という時間軸を捉えることではじめて、発達の障害としての自閉症症候群を理解することになるはずであるが、それはスタート地点と終着地点の二時点を結ぶこれまでの方法論だけでは無理である。点と点ではなく、まさに発達していくその軌跡という線をつぶさに捉える視座に基づいてはじめて、自閉症症候群の症状の成り立ちとその変化の可能性を明らかにしうるのであろう。それを実現するには、海外で行われているような、前向きで、規模の大きいコホート研究をわが国で立ち上げることが必要である。また、数年単位ではなく、10年、20年単位の長期的な見通しにもとづいて疫学的ベースで計画されなくてはならないだろう。

これまでクリニック受診患者の報告が中心であった自閉症研究であるが、自閉症症候群の多様性と連続性が明らかになればなるほど、研究サンプルのバイアスはそこから得られた成果を一般化する際に大きな問題点となってくる。もちろん、臨床ケースの積み重ねがあつて今日の自閉症理解に到達したことは言うまでもないが、臨床ケースから提案された研究仮説を検証するには、上で述べたような長期的な疫学的ベースのコホート研究が必要であり、そこでは、これまでに結論に至っていない多くの重要な自閉症仮説が実証的に検証されていくことになるだろう。

第3に、障害単位としての自閉症症候群の再定義、という大変な作業が残されている。なぜなら、行動、認知、神経、遺伝の各レベルでの研究が今よりもさらに進展し、多様な軌跡を辿る自閉症児の発達の背景にある様々なレベルでの発達メカニズム、そして分子遺伝学的なエピジェネティック機構が明らかにされれば、従来の障害単位という視座を超えて、新たな自閉症症候群の定義が根本から組み換えられる可能性があるからである。それは、現在、明確に定義されていない発症や回

復という概念を再検討することにもつながり、その結果、自閉症の1次治療や2次治療を超えた、予防のあり方が浮かび上がってくるものと思われる。現実には、早期診断の普及により、1歳前後から2歳にかけての自閉症児の初期発達について、さらには0歳からの前向き研究知見も蓄積されつつある今日、すでに変化は始まりつつある<sup>2)</sup>。0歳から1歳までの自閉症の初期発達は、自閉症研究の先人たちには未踏の領域であった。今日、私たちは診断技術の向上や発達障害者支援法による早期支援システムの整備に伴って、日常の診療活動においてそれが現実のものとなりつつある。そして、そうした日々の臨床行為においては、これまでの教科書に書かれていない症状の改善などといった様々な発達パターンや、非定型な代償的発達が目の前で起きるのを目撃することになるであろう。今後、もっと早期診断・早期支援の社会システムの整備がすすめば、乳幼児期の多様な発達パターンはもっと注目され、これまでの発達障害概念が再考されることとなるエビデンスが全国的に蓄積されていくことであろう。かつては発達障害について記述されることのなかった治癒という概念も、こうしたエビデンスに基づいて再検討を要するようになるであろう<sup>2)</sup>。

現在は操作的に合併と診断される、他の精神医学的障害の併発についても、その発症基盤や長期経過が明らかになれば、自閉症診断の際に、それらのリスク要因を含めた包括的評価と治療戦略がオプションとして検討されるようになるであろう。合併精神障害は大きな臨床的問題なので、総合的な自閉症診断の一部として評価し、予防と治療の見通しを持つことが、自閉症問題が精神医学的問題の重要課題であり続けることの証となるだろう。

第4に、スペクトラム概念の行方を見定めること、が重要である。PDDカテゴリー内の自閉症とアスペルガー症候群の異同といった局所的な議論を超えて、今日のPDDは非

PDDとの間にもはや不連続な境界を定めることができなくなっている<sup>3)</sup>。障害同士の境界をより明確化することを目的としてきたこれまでの長い研究の結果ようやくたどりついた結論が、PDDと非PDDの間に境界がないこと、というのは皮肉なようだが、視点を変えれば、大発見とも言える<sup>4)</sup>。明確な輪郭を持つはずであった自閉症とは何かという問いに、今再び、私たちは照準を切り替えて取り組まなくてはならない。

これまでの先人たちの大航海は新大陸発見を目指していたのだとすると、大陸を発見する代わりに海の深さや通過した島々の影から、地球の成り立ちに目を向けるようになった、と言ってよいのかもしれない。これからも私たちは航海を続けていく。そこで何と出会い、何が見えてくるのか。先人が残してくれた羅針盤に加えて、今、私たちは不連続に見える波の合間に、島々の影に、中間表現型と呼ばれる表現が連続していることを知っており、症状が顕在化する以前の乳幼児の中に様々な徴候を見ることができ、そしてその基盤となる脳の構造や機能、さらにDNA配列やエピジェネティック機構の異常を検知する洗練された測定および解析技術を持っている。そして時間を要する様々な臨床実践から自閉症症状を持ちながらより豊かな生活の質にどこまで到達できるか、ということもわずかではあるが分かってきている。今後の自閉症研究は、新しい視座を持って展開していくなかで、より良い治療や予防のみならず、近い将来に保健・医療・教育・福祉の枠を超えた社会システム整備拡大へ向けた科学的根拠とされていくことを信じて、航海を続けていくことになろう。

## 文 献

- 1) Kamio, Y., Tobimatsu, S., Fukui, H.: Developmental disorders. In: (eds.), Decety, J., Cacioppo, J. The Handbook of Social Neuroscience, Oxford

- University Press, Oxford, in press.
- 2) Pandey, J., Wilson, L., Verbalis, A. et al. : Can autism resolve? In : (eds.), Shapiro, B.K. & Accardo, P. J. Autism frontiers : Clinical Issues and Innovations. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing, p.191-205, 2008.
  - 3) Skuse, D., Mandy, W., Steer, C. et al. : Social communication competence and functional adaptation in a general population of children: Preliminary evidence for sex-by-verbal IQ differential risk. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, in press.
  - 4) Zappella, M., Gillberg, C., Ehlers, S. : The preserved speech variant : A subgroup of the Rett complex : A clinical report of 30 cases. J. Autism Dev. Disord., 28 ; 519-526, 1998.

## 生涯にわたる支援の視点から学齢期における支援のあり方を考える

安達 潤\* 萩原 拓\*

抄録：広汎性発達障害を中心とする発達障害の学齢期支援のあり方を、生涯にわたる支援の視点から論じた。比較的良好な適応状況にある広汎性発達障害の人たちの生育歴調査から、家族関係の安定性、学習面での適応のよさ、ほめられ体験の重要性が示された。一方、学齢期不適応である不登校と非行を発達障害との関連で検討した研究は、発達障害特性が把握されず適切な支援がないことに加えて家族関係の不安定性がその背景にあることを示している。発達障害特性の早期把握と適切な支援は良好な予後にとって重要であるが、現在の乳幼児健診には発達障害特性把握の難しさと同時に、把握されたりスクを養育者に伝えることの難しさがある。以上のことから本稿では、障害の有無に関わらない就学前からの子育てで支援・親支援との連続性の中に発達障害支援を位置づけ、地域支援システムとして就学前支援を学齢期の丁寧な教育につないでいくことが重要であることを述べた。

精神科治療学 24(10) : 1211-1217, 2009

Key words : developmental disorders, support for school-age children, lifelong support, local support system, childcare support

## I. はじめに

本稿で筆者らに与えられた課題は「学齢期における支援のあり方」である。しかし当然のことながら人は学齢期にのみ生きるものではない。むしろ学齢期は、出生から乳児期・幼児期といった就学前期と、社会的自立を実現していく青年期・成人期の間位置するものと考えべきである。なぜなら、就学前期の生活の様子は学齢期の生活適

応に影響を及ぼし、学齢期の生活適応は青年期・成人期における社会的自立に影響を及ぼすからである。学齢期における支援を考えると、特別支援教育の重要性は当然のことである。しかし特別支援教育が開始されてから2年が経過し、特別支援教育そのものを「特別ではないもの」と捉え直すべきであるという議論も出てきている<sup>1)</sup>。本稿では、学齢期の生活に特化したさまざまな支援法に焦点を当てるのではなく、学齢期の生活をよりよくすごすための支援について生涯にわたる支援の視点から考えてみたい。

## II. 比較的良好な適応状態にある広汎性発達障害の人たちの生育歴が示唆すること

ここでは北海道高機能広汎性発達障害児者親の

Support for school-age children with developmental disorders considered from the viewpoint of lifelong support.

\*北海道教育大学旭川校特別支援教育分野  
〔〒070-8621 北海道旭川市北門町9丁目〕

Jun Adachi, Taku Hagiwara, Ph.D.: Special Education, Hokkaido University of Education, Asahikawa Campus, 9-chome, Hokumon-cho, Asahikawa-shi, Hokkaido, 070-8621 Japan.



会（通称ドンマイの会）の旭川支部の会員を対象に筆者らが行った生育歴調査<sup>2)</sup>から、学齢期支援において大切と思われることを検討する。以下、調査の概要を示す。

調査対象は、広汎性発達障害を持つ子ども25名とその保護者で、全員がドンマイの会会員であった。広汎性発達障害である本人の平均年齢は16.52歳、範囲は9～32歳で、小学生7名、中学生3名、高校生11名、成人4名であった。性別は男性23名、女性2名。25名全員に特に問題となる日常生活不適応はなかった。小学校の主な在籍学級は、通常学級9名、情緒学級13名、知的学級3名であった。ただし当地域の情緒学級は学校時間のほとんどを通常学級ですごす形態となっている。

調査方法は、対象者の保護者との直接面談あるいは電話面談によって行った。調査内容は基礎情報として、診断時期やライフステージ毎の医療機関利用や投薬の有無、学校以外の関連機関（療育機関・塾・習い事）の利用などについて聴取した。また調査時点までの生育歴を、生活適応という視点からみた Advantage あるいは Disadvantage の諸要因に焦点を当てながら聴取し、把握した。

結果の分析は、Advantage と Disadvantage のそれぞれについて聴取した内容を個人要因と環境要因という2つの視点から行った。「個人要因」については、①「感覚問題」、②「感情に関わる問題」（不安、恐怖、緊張、パニックなど）、③「生理的問題」（睡眠リズムの乱れ、疲れやすいなど）、④「行動的問題」（多動、衝動、攻撃行動など）、⑤「得意教科」、⑥「学業不振」、⑦「集団不適応（小集団）」、⑧「集団不適応（大集団）」、⑨「環境変化への苦手さ（こだわりも含む）」、⑩「二次障害」という10の分析項目であり、それぞれについて生育歴の中での「有無」でチェックした。「環境要因」については、①「母親との関係」、②「父親との関係」、③「兄弟姉妹との関係」、④「それ以外の家族（祖父母など）との関係」、⑤「先生や上司との関係」、⑥「友だちや同僚との関係」、⑦「ほめられ体験」、⑧「被害体験（いじめなど）」、⑨「環境的配慮（環境調整など

すべて含む）」の9の分析項目であり、①から⑥までは、それぞれの関係性がよい場合（+）、悪い場合（-）、いずれでもない場合（±）の3件法でチェックし、⑦から⑨は「有無」でチェックした。以上の Advantage と Disadvantage のチェックについては、保護者からの聞き取りの中で、これまでの生育歴全体を通じた状況を把握して行ったが、学齢期を中心とした情報収集に配慮した。

結果を以下に示す。診断時期については、就学前が12名（48.0%）、小学校が8名（32.0%）、中学校1名（4.0%）、高等学校0名、成人期3名（12.0%）、未診断1名（4.0%）であった。またライフステージ毎の医療機関の利用の有無について「有／無」の表記で示すと、就学前 [15名（60.0%）／10名（40.0%）]、小学校 [22名（88.0%）／3名（12.0%）]、中学校 [16名（88.9%）／2名（11.1%）]、高校 [10名（66.7%）／5名（33.3%）]、成人 [2名（50.0%）／2名（50.0%）] であった。ライフステージ毎の投薬の有無について「有／無」の表記で示すと、就学前 [5名（20.0%）／20名（80.0%）]、小学校 [11名（44.0%）／14名（56.0%）]、中学校 [7名（38.9%）／11名（61.1%）]、高校 [3名（20.0%）／12名（80.0%）]、成人 [0名（0.0%）／4名（100.0%）] であった。学校以外の関連機関の利用について「有／無」の表記で示すと、就学前 [23名（92.0%）／2名（8.0%）]、小学校 [20名（80.0%）／5名（20.0%）]、中学校 [10名（58.8%）／7名（41.2%）；1名無記入]、高校 [7名（46.7%）／8名（53.3%）] であった。

次に生育歴の Advantage と Disadvantage についての結果であるが、表1に示すのは個人要因の Advantage と Disadvantage である。表1が示す Advantage としては、得意教科がある（68.0%）と同時に学業不振がない（84.0%）という学習面の良好さ、大集団への適応に問題がない（72.0%）こと、環境変化への苦手さがないこと（60.0%）、睡眠リズムの乱れや易疲労性などの生理的問題が少ない（68.0%）こと、二次障害が少ない（64.0%）ことであろう。一方、Disadvantage としては不安や緊張、パニックなどの感情に関わる問題（72.0%）、過敏性や鈍麻性などの

表1 個人要因における Advantage と Disadvantage

	無		有	
	度数	%	度数	%
感覚問題	11	44.0	14	56.0
感情に関わる問題	7	28.0	18	72.0
生理的問題	17	68.0	8	32.0
行動的問題	11	44.0	14	56.0
得意教科の有無	8	32.0	17	68.0
学業不振	21	84.0	4	16.0
集団不適応 (小集団)	11	44.0	14	56.0
集団不適応 (大集団)	18	72.0	7	28.0
環境変化への苦手さ	15	60.0	10	40.0
二次障害	16	64.0	9	36.0

感覚問題 (56.0%), 多動性・衝動性・攻撃行動などの行動的問題 (56.0%), 小集団での不適応 (56.0%) が認められている。次に環境要因の結果についてであるが, 表2は, 分析項目①~⑥の周囲の人との対人関係の結果である。なお, 各ライフステージの中で同一者に対してポジティブ・ネガティブ両方の対人関係を経験していることもあり得るため結果的に複数回答となっている場合もある。表2が示す環境要因の Advantage は家族との関係性, 特に母親や兄弟姉妹との関係性がよいことであろう。父親とはネガティブな関係が一定程度認められるが, 原データを眺めると, 父親が本人の特性を理解した後は良好な関係となる場合が認められた。また友だち・同僚, 先生・上司といった家族外の対人関係についてもひどく悪いというわけではなく, 対人関係が全体として良好であることが窺われる。表3は, 分析項目⑦~⑨の環境におけるさまざまな体験の結果である。表3が示す環境要因の Advantage は, ほめられ体験があること (76.0%) と環境的配慮があること (84.0%) である。一方, 今回の対象の約7割が被害体験を持っていることも示された。以下, 考察を述べる

今回の調査結果は, 対象者数も少なく, また生育歴と現在の適応状況との因果関係を示すものではない。しかし同時に, 結果が示唆することは適応状況が比較的良好であることと相矛盾するものでもない。まず, 基礎情報からは, 早期の診断に

表2 環境要因項目①~⑥ (対人関係)

対象	関係性が	いずれでも	関係性が
	よい (%)	なし (%)	悪い (%)
	(+)	(±)	(-)
①母親	24 (96)	1 (4)	0 (0)
②父親	19 (76)	2 (8)	5 (20)
③兄弟姉妹	23 (92)	1 (4)	1 (4)
④それ以外の家族	21 (84)	3 (12)	1 (4)
⑤先生・上司	17 (68)	4 (16)	14 (56)
⑥友だち・同僚	21 (84)	5 (20)	9 (36)

表3 環境要因項目⑦~⑨ (さまざまな体験)

	無		有	
	度数	%	度数	%
⑦ほめられ体験	6	24.0	19	76.0
⑧被害体験	8	32.0	17	68.0
⑨環境的配慮	4	16.0	21	84.0

より困難性の特徴が把握され, 継続して医療機関を利用すると同時に, 就学前から小学校にかけて療育機関など学校外の機関が利用されていることがわかる。次に, 生育歴の分析からは, Advantageとして家族関係の良好さを第一に挙げることができる。そして得意教科があり学業不振がない, ほめられ体験があるといった自己肯定感につながる条件が存在することが挙げられる。さらにクラスや学年など大集団での適応が損なわれておらず, 環境変化への苦手さが少ないこと, 睡眠リズムの乱れや易疲労性がないこと, 加えて, 環境的配慮が存在したことによっても生活全体の適応が支えられてきたと思われる。また調査対象者の所属学級の運営特徴から考えると, 定型発達児童との交流経験を多く持っていたことが推測される。Disadvantageとして, 感情に関わる問題や感覚問題, 行動的問題も認められたが, これらの問題は原データを見ると小・中学校で多く現れてきていた。ここでライフステージ毎の投薬の有無のデータを見ると小・中学校で投薬ありの率が若干高くなっており, このことはこれらの問題に対する投薬治療がその後の適応につながることを示唆しているのかもしれない。感情に関わる問題, 行動的問題, 感覚問題, 小集団不適応, 被害体験

など、今回の調査対象は生活適応上の負因をいくつか持っている。しかしながら、現在適応が比較的良好であることは、先述した諸要因がこれらの負因を埋め合わせた可能性を示唆している。

### Ⅲ. 学齢期の不適応について考える

ここでは不登校と非行という学齢期における2つの問題に焦点を当て、発達障害を持つ学齢期児童生徒の日常生活適応を損ねないために大切と思われることを検討する。

発達障害を持つ子ども達の不登校発生率が一般よりも高いことはよく知られているが、武井ら<sup>9)</sup>は市立旭川病院を初診した児童思春期患者879例のうち、主訴に不登校が認められた高機能広汎性発達障害の患者47例の臨床的実態を検討している。結果、全例が小中学校の通常学級または全日制普通科・職業科高校に在籍していること、初診時年齢は8歳から17歳で中学生が最も多かったこと、高機能広汎性発達障害の診断時期では93.6%が初診まで未診断であったこと、などが述べられている。また33例(70.2%)に幼児期に発達の遅れや偏りがあり、「始語の遅れ」「一人遊びが多い」「多動」「分離不安の強さ」「こだわりの強さ」「興味の著しい偏り」などを認めている。そして不登校患者の「いじめられ体験」については、高機能広汎性発達障害と診断された群の方が診断されなかった群よりも高率に認められ、42.6%に達していた。さらに「生活保護受給」「母子家庭」「虐待」という家庭環境の負因についても、診断された群で有意に高いことが認められた。

次に、非行についてであるが、松浦ら<sup>9)</sup>は少年院在院でありDSM-IVの診断基準にあてはめると行為障害の中等症か重症と判断される16歳9ヵ月～20歳の少年185名を対象に、本人が小学校3・4年生時を回顧して答える発達障害特性のスクリーニングテストと小児期を回顧して逆境体験の有無を答える質問紙を実施し、非行の危険因子を検討している。結果、全体の約8割強に発達障害特性の疑いが認められ、少年院在院者が学童期から発達障害特性と関連する困難さを抱えていたことが示された。小児期の逆境体験について

は、一般の公立高校生99名との比較の結果、身体・心理・ネグレクトの各虐待体験率が在院者で有意に高く、「母親が暴力を受けていた」「アルコール中毒や薬物乱用者が家にいた」「家族に服役中の人がいた」「両親のうち、どちらもあるいはどちらかがいなかった」といった家族機能の崩壊率も在院者で有意に高かった。

以上で述べてきた2つの報告は、その後の人生にまで影響を及ぼしかねない学齢期不適応のリスク要因を示している。それは、発達障害特性に周囲が気づかず適切な支援がなかったこと、家族機能の弱さや崩壊、学齢期のネガティブ体験である。これらのリスク要因と先述した筆者らの調査で示された Advantage 要因とは明らかな対照をなしている。学齢期の支援とは、就学前から開始されてその後につながっていき、本人だけではなく家族支援も含むものであり、対人面や学習面での良好な学校適応を支えるものでなくてはならない。つまり包括的な支援の考え方が求められるのである。

### Ⅳ. 発達障害の早期支援の難しさから 生涯にわたる支援のあり方を考える

本稿で述べるまでもなく、発達障害の早期発見の重要性は発達障害者支援法にも謳われているが、そこにはまだ多くの課題がある。例えば、通常学級に在籍し特別な支援を必要とする未診断の小中学生285名の乳幼児健診時における発達リスクの指摘率を検討した調査<sup>9)</sup>がある。この調査において、全体の36.5%を占める高機能広汎性発達障害(調査・面接時の診断結果:以下同様)では指摘率が1歳6ヵ月児健診で26.2%、3歳児健診で33.0%に留まっている。また、ADHD(注意欠陥/多動性障害)やLD(学習障害)では1歳6ヵ月健診で17%前後、3歳児健診で21%前後に留まっている。こういった状況を背景に、乳幼児健診の中で発達障害を発見する精度を上げることが重要視される状況もある。しかし実際には早期発見よりも大きな課題がある。それは把握されたリスクを具体的な支援につなぐことの難しさである。北海道で実施された発達障害児(者)支援の

あり方に関わる調査<sup>31</sup>では、乳幼児健診結果に対する発達障害の子どもを持つ養育者の納得度の結果を示しており、納得・ある程度納得との回答が3歳児健診では67%であるのに対して1歳6ヵ月健診では45%と下がっていた。一方、乳幼児健診担当者の97%は乳幼児健診において発達障害リスクを養育者に「ほとんど伝えている」「状況により伝えている」と述べているものの、大多数が養育者へのリスクの伝えづらさをさまざまに感じているという結果が示されている。伝えづらさの理由としては「障害を認めたくない」「説明しても十分に理解してもらえない」「動揺することが予想される」「次回の支援につながらない」といった内容が挙げられている。そして養育者の側も発達障害に関する健診後の保健師のフォローについて「すぐにあった」とする回答は3歳児健診で15%、1歳6ヵ月健診で8%となっており、具体的な発達支援につながっていくことの難しさが示されている。北海道の調査は、養育者に対しては回顧調査で支援者に対しては現状調査という時間的ズレはあるが、先の結果が示唆しているのは、乳幼児健診における養育者と支援者の思いのすれ違いである。そしてそのすれ違いは「できれば障害があってもほしくない」という乳幼児健診時の養育者側の気持ちと「発達障害リスクを早期に把握して支援につなげなければ」という支援者側の気持ちのギャップの現れである。このギャップを埋めていくためには「発達障害支援」を「子育て支援」という枠組みで広く捉えていく視点が求められる。養育者は何よりも、育てづらい子どもをどう育てていくのかに苦慮している。だから問題は子どもに障害があるかどうかではない。実際、就学前の健常児にもさまざまな対応困難な行動があり、養育者もさまざまな子育て支援ニーズを持っている<sup>7)</sup>。障害の有無に焦点を当てるのではなく、子育て・子育てという時間の中で出会った親子がともにその喜びを感じられるための子育て支援の視点から発達障害支援を捉え返していくことが重要であろう。そして先述した学齢期の不適応に関わる諸要因を考えると、本来求められる発達障害の学齢期支援とは、就学前からの子育て支援として始まり、必要に応じて学齢期支援につなが

っていくべきものであると思う。

## V. 上川版個別の支援計画「すくらむ」について

最後に、北海道上川地域で始まっている「子育て支援と発達障害支援を統合していくための試み」を紹介したい。「すくらむ」<sup>32)</sup>とは北海道教育庁上川教育局と上川保健福祉事務所保健福祉部の合同検討委員会の中で作成された「就学前から学齢期をカバーする相談支援ファイル」であり、保護者が管理・活用するものである。実際の様式は文献欄に示したURLを通じて参照できるが、すべての子育て支援ニーズに活用できるように「障害」という言葉を使っていない。構成は①「基礎情報」(様式1～5)、②「支援計画」(様式6～8)、③「オプションシート」(様式9～11と2種類の問診票)である。

①「基礎情報」はフェイスシート、相談・支援の記録、教育の記録、習い事・塾・地域のサークルの記録、妊娠・出産・発育の様子、発育・発達の様子で構成されている。委員会としては、フェイスシートを妊娠届出時にすべての母親に配布することを意図している。様式5は発育・発達の様子で新生児期から6歳までの発達経過を健診毎に記入するものであるため、発達の遅れや偏りがある場合に様式5はそれを示唆することとなる。しかし委員会としてはその情報を子育て支援の糸口として活用することを意図している。②「支援計画」は特徴記入フォーム、希望や願い・サポートマップ、個別支援計画で構成されている。様式6の特徴記入フォームには就学前版と学齢期版が用意されている。基本構成は「成長のための手がかり(子どもの長所・できること)」と「気になること」のそれぞれに対して「本人について」と「環境について」の両方の視点から、「生活面」「行動面・運動面・感覚面」「学習面」「社会性・コミュニケーション」の4領域(学齢期版の場合)で捉えるという「2×2×4」の情報整理視点を持っている。様式6は子どもの状態像を診断名

からではなく日常の様子から把握すること、子どもの育ちに関わる環境条件を拾い上げることで具体的な支援の手がかりを得ることを意図している。様式8の個別支援計画は様式6の情報による現状把握に基づいて、支援の手立てを「本人への働きかけ」と「環境調整の工夫」の2つの側面から組み上げるものである。③「オプションシート」の様式は同意書、医療や相談・手帳に関する情報、学校・園での特別支援教育の記録、発達支援や福祉サービスの記録から構成されており、問診票は「やりとりやコミュニケーションの育ち問診票」と「子育てについて感じる事、いろいろ問診票」から構成されている。各様式は教育・福祉・医療における特別な支援に関する情報を記入するものであり、必要がある場合にのみ使用するシートである。なおこれらの様式についても「障害」ではなく「病名・診断名」という言葉を使っている。「やりとりやコミュニケーションの育ち問診票」は日本語版 M-CHAT<sup>3)</sup>の共同注意に関わる7項目を抽出したものである。ただしこの問診票を導入した意図は社会性やコミュニケーションの弱さと関連する子育て支援ニーズを把握することであり、広汎性発達障害の発見ではない。「子育てについて感じる事、いろいろ問診票」は子育て不安や子育て困難を把握するための問診票であり、養育者支援や家族支援にできるだけ早期から取り組めることを意図したものである。

「すくらむ」は1つの提案であり、全様式をセットで使用することをトップダウンで求めるものではない。幼稚園や学校で養育者が子育てに困ったときに様式6を活用しながら「いまの子どもの様子をよく知る」ことができ、そこから子育ての工夫が始まれば、それでよいのである。妊娠届出時にすべての母親に配布したとしても、必要のある人が活用できればそれでよい。「すくらむ」は単なる情報の記録ではなく、子どもの育ちに関わる人たちが支援の基本的視点を共有するという意図も込めて作成された。そして委員会は、様式6の情報整理視点の共有が地域の子育て支援力の底上げにつながることを期待している。

現在、上川のいくつかの地域では、就学前療育

支援機関や特別支援学級だけでなく子育て支援や不登校学級でも「すくらむ」の活用が始まっている。なお、「すくらむ」の様式は今年度のプロジェクトの中で現場の使用評価を受けて、さらに実践的に使いやすい様式への改訂を進めていくことになっている。

## VI. おわりに

本稿では生涯にわたる支援の視点から学齢期の支援に求められることを述べた。学齢期の不適応が、発達障害特性が明確に把握されていない状況の中で起こってくる場合があることも考えると、「障害」に特化した支援システムには限界がある。就学前からの子育て支援や親支援を通じて子どもの育ちを包括的に支えることのできる地域システムが、支援ニーズのある児童生徒一人ひとりに対する丁寧な教育につながっていくという「特別支援教育が特別なものにならない」状況の中でこそ、発達障害特性に特化した支援アプローチが奏効するのではないだろうか。

## 文 献

- 1) 安達潤(編著):発達障害の臨床的理解と支援第3巻—学齢期の理解と支援—特別ではない特別支援教育をめざして—。金子書房,東京,2009.
- 2) 安達潤,萩原拓:学童期の支援に関する検討:広汎性発達障害を持つ人々の適応状態に影響する AdvantageとDisadvantageに関する研究.厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業 ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究 支援の有用性と適応の評価および臨床家のためのガイドライン作成(主任研究者:神尾陽子)平成19年度総括・分担報告書, p.35-47, 2008.
- 3) 北海道発達障害者支援体制整備検討委員会(座長:田中康雄):北海道における発達障がい児(者)支援のあり方に関する報告書, 2008.
- 4) 上川版個別の支援計画検討委員会(委員長:安達潤):上川版個別の支援計画「すくらむ」～育ちと学びの応援ファイル～.北海道教育庁上川教育局, 2009. (<http://www.dokyoj.pref.hokkaido.lg.jp/hk/kkk/sukuramu.htm>)
- 5) 神尾陽子, 稲田尚子:1歳6ヶ月健診における自閉症またはその他のPDD早期発見についての予

- 備的研究. 精神医学, 48; 981-990, 2006.
- 6) 松浦直巳, 橋本俊顯, 十一元三: 少年院におけるLD, AD/HDスクリーニングテストと逆境的小児期体験(児童虐待を含む)に関する調査—発達精神病理学的視点に基づく非行のrisk factor—. 児童青年精神医学とその近接領域, 48; 583-598, 2007.
- 7) 塩川広郷: 就学前の健常児にみられる対応困難な行動(challenging behavior): 出現頻度と養育者のニーズに関する検討. 小児の精神と神経, 46; 113-120, 2006.
- 8) 高田哲, 山口志麻: 通常学級に所属する特別な支援を要する子どもの実態と乳幼児健診. 厚生労働科学研究費補助金 子ども家庭総合研究事業 保健師・保育士による発達障害児への早期発見・対応システムの開発(主任研究者: 高田哲)平成19年度総括・分担報告書, p.18-22, 2008.
- 9) 武井明, 宮崎健祐, 目良和彦ほか: 不登校を呈した高機能広汎性発達障害の臨床的検討. 精神医学, 51; 289-294, 2009.

## ■研究報告

## 4つのジュースからどれを選ぶ？

—アスペルガー症候群の学齢児に集団で「合意する」ことを教えるプログラム開発—

日戸 由刈\* 萬木はるか\* 武部 正明\*  
片山 知哉\* 本田 秀夫\*

抄録：アスペルガー症候群（AS）の学齢児に集団で「合意する」ことを教えるためのプログラムを開発した。研究1では話し合い場面での様子を報告し、AS特有の精神病理が話し合いの困難に及ぼすメカニズムを考察した。研究2では、ASの学齢児に「合意する」ことを教えるために指導者が配慮すべき4つのポイントを考案した：1) 題材は全員に共通して関心の高い具体物、2) 手順やルールは視覚的に呈示、3) 話し合いのプロセスは図式化、4) 対立・葛藤状況における対処方法はロール・モデルで呈示。これらのポイントに着目したプログラムを新たに開発し、『4つのジュース』と名付けた。小学校高学年のAS学齢児に本プログラムを実施した結果、こども同士の話し合いを通じて合意に達することができた。成功体験を通じてAS学齢児に話し合うことへの意欲や互いの合意を尊重する態度を形成させることは、限定された場面で学んだ「合意する」スキルを地域社会の中で自発的に運用させるための内発的な動機づけにつながる。

精神科治療学 24(4) ; 493-501, 2009

Key words : *Asperger's syndrome, social skills training, group program, agreement*

## I. はじめに

アスペルガー症候群（AS）の人たちは、親密な仲間関係を形成し維持することが困難であるため、適切な形で社会集団に参加できず孤立しがちである<sup>9)</sup>。ASに特徴的な社会的相互交渉の異常

は、例えば日常生活において「話し合って何かの合意に達する」ことの困難さとして示される。話し合いによる合意形成は、学校教育においても主要な課題に含められている。小学3年生になると学級やグループのなかで問題解決や共通理解に向けた簡単な話し合いが行われるようになり、学年が上がるに従って学校生活のあらゆる場面で話し合い活動を通じた集団意思決定が促されるようになる<sup>12)</sup>。ところがASの人たちは、話し合いで一方向的に意見を主張しすぎる、他人の意見に耳を貸さない、意見の食い違いから生じる対立・葛藤状況に耐えられずにパニックを起こす、などの問題をしばしば起こしやすく、発達過程において仲間と合意することへの失敗体験が積み重なっていきやすい。そして独特の歪んだ対人行動を形成し、固定化させることで、コミュニティにおける居場

2008年9月19日受稿, 2009年1月22日受理

A group program to teach children with Asperger's syndrome how to agree with others.

\*横浜市総合リハビリテーションセンター

〔〒222-0035 神奈川県横浜市港北区鳥山町1770〕

Yukari Nitto, M.A., Haruka Yurugi, Masaaki Takebe, M.A., Tomoya Katayama, M.D., M.A., Hideo Honda, M.D., Ph.D.: Yokohama Rehabilitation Center, 1770, Toriyama-cho, Kohoku-ku, Yokohama-shi, Kanagawa, 222-0035 Japan.

所の喪失や社会参加からの退却につながる危険が高まりやすい。学齢期に「合意する」ことを教えるというテーマは、ASに対する予防的介入の要のひとつと考えられる。

本研究は、AS学齢児に対して「合意する」ことを集団で教えるためのプログラム開発を目的とする。横浜市総合リハビリテーションセンター(YRC)では、担当地域の関係機関との緊密なネットワークを通じて、ASを含めた発達障害に対する幼児期の早期介入システム(DISCOVERY)<sup>9)</sup>および学齢期以降の支援システムを構築している。学齢期以降の支援システムはCOSST(コスト:Community Oriented Social Skills Training; コミュニティ指向型ソーシャルスキル・トレーニング)と呼ばれ、AS学齢児に対して思春期以降の不適応と生活破綻を予防し、地域の中で仲間と居場所をつくり、精神保健を維持しながら円滑に生活できることをねらいとしている<sup>10)</sup>。このような背景のもと、本研究では幼児期から学齢期にかけてYRCで継続的な支援を受けているASの子どもたちを対象に、2つの研究を行った。研究1では、COSST開発前にAS学齢児に対して話し合い場面を観察し、その結果をもとにAS特有の精神病理が話し合いにおける合意成立を阻害するメカニズムについて考察した。これに基づきCOSST開発の一環として行われた研究2では、AS学齢児に集団で「合意する」ことを教えるためのプログラム開発を行った。指導の実践を通じてプログラムの効果を検証した。

## II. 研究1: アスペルガー症候群の人たちが話し合って物事を決める場面の観察

### 1. 目的

先行研究では、学齢期から成人期のASや高機能自閉症の人たちで構成されたソーシャルスキル・グループにおいて「特定のテーマに沿って参加者が順に意見を述べる」という形式による話し合いが試みられている。いずれの研究でもASの人たちは楽しく話し合いに参加できており、不適応は報告されていない<sup>7,10,14)</sup>。同じ障害をもつ人たちが構成された集団を用いたことが話し合い成功

の要因であるならば、さらに「合意する」プロセスまでも学ばせることが可能かもしれない。

この仮説を検証するために、YRCで実施した集団療育に参加した4名のAS学齢児(グループ1)を対象とし、AS特有の心理特性に対して特別な配慮を行わない状況下で本人同士が話し合って物事を決めるという課題を設定し、観察を行った。

### 2. 対象

グループ1のメンバーは、A(小学3年生)、B(4年生)、C(5年生)、D(6年生)。全員男子で、幼児期にYRCを受診した。診断は3名(A, B, C)がAS<sup>10)</sup>、1名(D)が小児自閉症(ICD-10)。知能はWISC-III/Rまたは田中ビネー知能検査でそれぞれ、FIQ105(A)、IQ73(B)、FIQ103(C)、FIQ87(D)。「心の理論」の1st order課題「サリーとアンの実験」<sup>11)</sup>には、1名(D)が不通過で、あとの3名はそれぞれ7歳代(A)か8歳代(B, C)に通過が確認されていた。教育形態はAとCが通常学級に在籍し、情緒障害通級指導教室にて週1回程度の集団指導を受けていた。Bは私立学校に、Dは個別支援級に在籍していた。4名とも集団療育では基本的なルールを遵守し、トラブルなく参加できていた。

### 3. 方法

週1回ずつ全10回行われた集団療育のなかで、話し合いを9回目に実施した。先行研究<sup>14)</sup>を参考に、題材は「お別れパーティで何をするか」とした。療育者は2名で、役割分担を定めなかった。話し合いでは、通常の学校などでよく行われる形式をとった。まずそれぞれが意見を出し合うまでは療育者が先導し、子どもの中から司会役を指名

<sup>11)</sup>「心の理論」とは、他者の「心の状態」を推定し、それに基づき人の行動を解釈、予測する能力をさす<sup>9)</sup>。「サリーとアンの実験」は、WimmerとPernerによって考案された、2つの人形を使った短いシナリオを通じて他者の誤信念の理解を確かめるという課題である<sup>15)</sup>。通常、精神年齢が4歳以上であればこの課題に通過するが、自閉症の場合は精神年齢が4歳以上であってもこの課題の通過が困難であることが示されている<sup>1)</sup>。



した後は、こども同士の主体的なやりとりに任せ  
た。話し合いはVTRに記録した。

#### 4. 結果

話し合いでは、まず療育者がこどもたちに「お別れパーティで何をするか」について順に意見を聞いた。それぞれが「隠し芸」、「お菓子と飲み物」、「プレゼント交換」など意見を述べる中、Aは「点入れ」というゲームを提案した。療育者がAに確認すると、それはAが自分で考えたゲームで、まだ誰もやったことがなかった。療育者はそれぞれの意見をボードに列記し、後はこども同士の話し合いで「お別れパーティで何をするかをひとつ決める」ように指示した。Aは「話し合いは苦手だ」と言い、BとDは表情が固くなった。療育者はCを司会役に指名し、教室の後ろに控えて様子を見守った。

こども同士の話し合いになると、司会役のCはいきなり「よいと思う人は手を挙げて」と言い、列記された項目を淡々と読み上げた。Aは「点入れ」に挙手し、BとDはどこにも手を挙げなかった。Cがボードを指してBとDに「どれにしたいの?」と尋ねると、両者とも「お菓子と飲み物」と答えた。Cが「それでは、多数決で『お菓子と飲み物』に決めます」と宣言すると、Aは「多数決で決めるのはずるい。『点入れ』がよい」と発言した。全員がしばらく黙ってしまい、Aはもう一度「『点入れ』がいい」と繰り返した。なおもCが黙っていたので、後ろに控えた療育者がCに「司会役はどうしたらいいのか考えなさい」と指示した。そこでCはAに「だけど『点入れ』って何をするのかわかんねえし…」と話しかけたが、Aはそれを遮って「うるさい」と怒鳴った。Cは激昂して立ち上がり、「このヘッポコ野郎め」と怒鳴り、ドカドカと大きな足音を立てて療育室を去った。Aは「ちくしょう」と言って泣き始め、療育室の壁を何度も蹴飛ばした。2名の療育者はAとCそれぞれに対応し、残されたBとDは困惑した表情で立ったり座ったりを繰り返していた。

#### 5. 考察

ASの人たちによる話し合いを試みて成功したと報告している先行研究はいくつかあるが、いずれも「特定のテーマに沿って参加者が順に意見を述べる」という形式であり<sup>7,10,14)</sup>、実のところ技法の詳細や獲得目標はほとんど明言化されておらず、対立や葛藤などの状況を克服して合意に至るというプロセスを要するものではなかった。ASの人たちが話し合っ合意に達することの難しさや、その問題に対する配慮がどの程度必要であるかは、研究テーマとして本格的に取り組みされてこなかったように思われる。同じ障害をもつAS学齢児同士の話し合い場面を観察したところ、話し合っ合意に達するどころか、互いの意見に耳を貸せず、葛藤・対立状況に対処できず、話し合いは決裂した。ここではグループ1の話し合いが決裂に至った要因を整理し、AS特有の心理特性が話し合いにおける合意成立を阻害するメカニズムについて考察する。

グループ1の話し合いが決裂に至った要因は、次の4点に整理される。1つめは、話し合いの題材がAS学齢児に集団で「合意する」ことを学ばせるというねらいに適していなかったことである。ASの人たちは、特有の興味の限局および固執のために、話し合いの題材に興味をもてないと話し合いに参加することそのものへの意欲が低下しやすい。今回の題材（「次回のお別れパーティで何をするか」）は全員が共通して関心を持てるものではなく、具体性が乏しくわかりにくかった。

2つめは、話し合いの手順やルールが事前に確認されていなかったことである。司会役のこどもは他のメンバーと事前確認をしないまま多数決による意思決定を行おうとし、それに異議を唱えるこどもが出てきた。通常であれば、集団意思決定にかんする基本的な手順やルールは幼児期から学齢期にかけて日常的な対人行動を通じて自然と習得され、暗黙の了解事項として共有される。一般に小学3年生になると、問題解決や共通理解に向けた簡単な話し合いをこども同士で行うことも可能となる<sup>11)</sup>。しかし、ASのこどもたちにとって、そのような自然な習得や共有はきわめて困難であ

った。この困難は「心の理論」の障害<sup>1)</sup>と関係あるかもしれない。

3つめは、話し合いが音声言語のやりとりのみで進行されていたことである。話し合いでは、刻々と進行するプロセスに注目しながら、同時に話し合いの趣旨を意識し、話し合いの手順とルールに留意し続けなければならない。これら次元の異なる複数の要素に同時に注目しながら会話をすることを、通常の人たちは意識せずとも自然に行っている。ASのこどもたちにとっては、このような自然な処理もきわめて困難であったのであろう。この困難は中枢性統合の障害<sup>2)</sup>と関係あるかもしれない。

4つめは、話し合いで対立・葛藤状況が生じた際の対処方法が示されていなかったことである。話し合いの結果によっては対立・葛藤状況が引き起こされることをメンバーたちは想定できず、実際にそのような状況が生じると自分の意見に強く固執したり、不安や不満などの感情反応が表れた。司会役は意見が異なるメンバーの感情を無視して結論を出そうとしていた。この問題は想像力の障害<sup>10)</sup>と「心の理論」の障害の両方に関連すると思われる。

このように、ASの人たちは話し合いで合意に至ることが困難であることが示され、そこには特有の心理特性と関連したメカニズムの存在が想定された。

### Ⅲ. 研究2：アスペルガー症候群の心理特性に着目した「4つのジュース」プログラムの開発と実践

#### 1. 目的

AS学齢児に集団で「合意する」ことを学ばせるためには、AS特有の心理特性に着目した配慮が何よりも重要である。それは前述の4つの要因に対応した、①題材の前処置、②手順やルールの共有、③話し合いプロセスの把握、④対立・葛藤状況への対処、というポイントに沿った教育環境や指導技術である。このような配慮があってこそ、同じ障害を持つ者同士の話し合い場面を通じて効果的な指導を行うことが可能となる。

この仮説を検証するために、前述の4つのポイントに沿って「合意する」ことを教えるプログラムを開発した。これはCOSST開発の一環とし、COSSTの基本コース(4名のAS学齢児に対し週1回ずつ全5回を1クールとする集団療育。1回の所要時間は約2時間で、毎回の集団療育は1限目「はじめの会」、2限目「エチケットとマナーの時間」、休み時間、3限目「趣味の時間」、4限目「おわりの会」で構成<sup>13)</sup>)を実践の場とした。以下では、基本コースに参加し、メンバーの年齢や性別においてグループ1と同様の構成であった4名のAS学齢児(グループ2)を対象として、プログラムの概要と結果を述べる。

#### 2. 対象

このプログラムの対象となる条件は、大人との1対1での会話や集団場面での基本的なルール遵守ができること、自分と異なる他者の信念に関心が向けられる程度の発達を遂げていること、の2点である。必ずしも「心の理論」の1st order課題に合格していなくてもよい。本プログラムでは他者の信念はすべて視覚化されるためである。知能が正常なASでは、幼児期から早期介入を開始して二次障害が予防できていれば、少なくとも小学校2～3年生からを本プログラムの対象とすることができる。

グループ2のメンバーは、E(小学3年生)、F(4年生)、G(4年生)、H(5年生)。全員男子で、幼児期にYRCを受診した。診断は3名(E, F, G)がAS<sup>10)</sup>、1名(H)が非定型自閉症(ICD-10)であった。知能はWISC-Ⅲでそれぞれ、FIQ99(E)、104(F)、86(G)、58(H)。「心の理論」の1st order課題「サリーとアンの実験」には、それぞれ6歳代(E)、9歳代(F)、6歳代(G)、8歳代(H)に通過を確認した。教育形態はEとGが通常学級に在籍し情緒障害通級指導教室にて週1回程度の集団指導を受けていた。Fは通常学級に、Hは個別支援級に在籍していた。4名とも集団療育では基本的なルールを遵守し、トラブルなく参加できていた。

### 3. 方法

今回開発したプログラムをわれわれは『4つのジュース』と名付けた。このプログラムは、COSSTの基本コース全5回のすべての「休み時間」(2限目と3限目との間)に実施される。未開封のペットボトル4本に入ったジュース(すべて異なる種類)を用意しておき、そのなかの1本だけを開封してコップに注ぎ分けて休み時間に飲む。4つのうちのどれを開封するかを、はじめに自分たちで話し合っ決めて決めるのである。プログラムのねらいは、ASの子どもたちに「話し合っひとつの結論に至る」ことを教えることである。休み時間とは子ども同士で自由に過ごす時間であり、そこでは自分たちが話し合っ物事を決める、という課題の趣旨を子どもたちが理解しやすい。また、子どもたちにとって関心の高いジュースを題材に用いることによって、参加意欲を高めるよう配慮した。プログラムの所要時間は、話し合いの後にジュースを飲んで片づけをする時間も含めてわずか15分程度である。プログラムの基本設定と配慮のポイントを以下に示す。

#### 1) プログラムの基本設定

『4つのジュース』を担当する療育者は1名である。療育者には2つの役割がある。ひとつは、陰の進行役である。話し合いが始まる前に、「4つのジュースから皆で飲むジュースを1つに決めましょう。皆の話し合いで決めましょう」と言っ子どもたちにプログラムの趣旨を説明する。さらに手順やルールを確認し、子どもの中から司会役をひとり選び、司会役を中心に子ども同士で話し合いを進めるように促す。

もうひとつは、話し合いの最中のモデル役である。たとえば、子どもたちに話し合いの司会役を任せるにあたり、集団療育の1回目には療育者自らが司会役のモデルを呈示する。また、2回目以降には子どもに司会役を任せ、話し合いが子ども同士の自然な相互交渉で進行するように促すが、その際には療育者は子どもと横並びになって楽しい雰囲気をつくりながら、声かけや態度を通じたピアとしてのモデル呈示を行う。プログラム全体を通じて、療育者はできる限り指示的にならず、黒子のように子どもたちを支援するよう心がけ

る。

療育室の設定は集団療育の休み時間に、子ども同士の共同作業を通じて行う。療育者が音頭をとり、療育室の隅にある大きなテーブルを皆で運び、全員が席につくと本プログラムの開始となる。

2) AS特有の心理特性に着目した配慮のポイント  
本プログラムで配慮すべきポイントは以下の4つである。

ポイント1) 題材は、全員が共通して関心の高い具体物：話し合いの題材(「皆で飲むジュースを4種類から1つに決める」)はASの子どもにとって具体的でわかりやすく、話し合いの後に皆で飲むことができるので、話し合いに向けたメンバー全員の関心や意欲を高めやすい。事前にメンバーのジュースの好みを把握し、選択肢に反映させることによって、話し合いで意見が対立した場合であっても個々の不安や不満をある程度緩和することが可能である。

ポイント2) 手順やルールは、視覚的に呈示：話し合いの開始にあたり、話し合いの手順やルールを暗黙の了解事項とせず、すべて視覚的に呈示する。具体的には、独自に開発した「話し合いの紙芝居」(図1)を療育者が毎回子どもたちに読み聞かせる。作成にあたっては表現をできるだけシンプルにするよう心がけた。シンプルなフレーズは、視覚的に呈示されると一瞬で理解しやすく、反芻も容易なため、子どもが自己統制のための手がかりとして活用しやすい。

ポイント3) 話し合いのプロセスは、図式化：子どもたちが合意に至るプロセスをリアルタイムで把握できるように、われわれは話し合いのプロセスの図式化を試みた。そして、特別に開発した教材を「話し合いボード」(図2)と名付けた。その仕組みは、ボードの左側から順に選択肢である4つのジュースの写真、矢印、空欄1つが並び、話し合いの進行に沿って希望者の名前チップを選択肢の下に貼っていく。加えて、意見が対立した場合を想定して、「多数決で決める。2対2はじゃんけん」という機械的対処法を書いたメモを予め矢印の下に掲示しておく。右端の空欄は、話し合いで決定したジュースの写真を貼る場所で

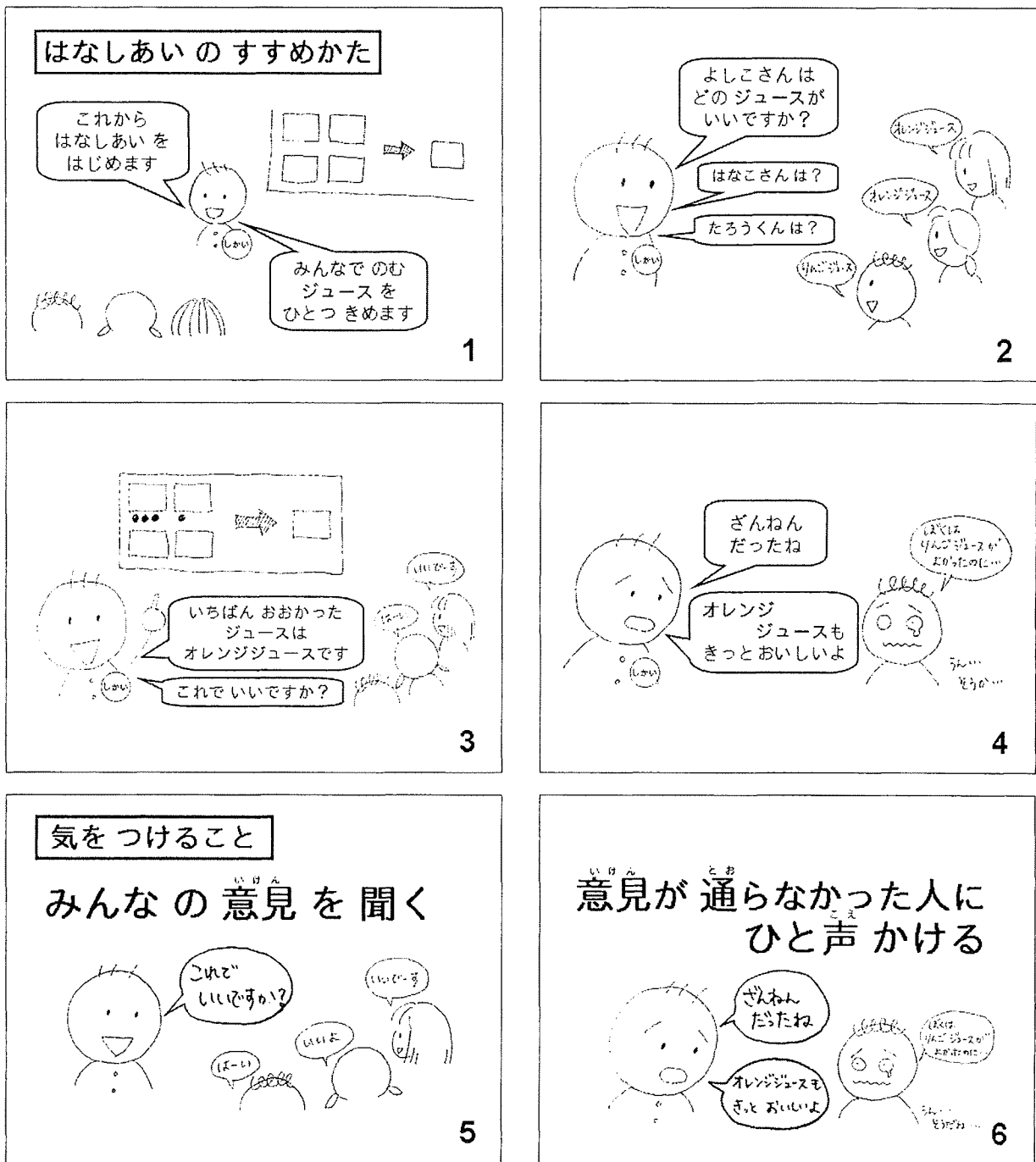


図1 話し合いの紙芝居

全6枚で構成され、1～6の順に読み聞かせをする。1～4は話し合いの手順（はなしあいのすすめかた）、5、6は意見が対立し葛藤状況になったときのルール（気をつけること）の説明である。読み聞かせの後、5、6はホワイトボードに掲示しておく。

ある。この図式化によって、「複数の選択肢からひとつを選ぶ」という趣旨のもと、互いの意見の異同や対立、話し合いの進捗状況といった、合意に至るプロセスを一目瞭然に示すことができる。

ポイント4) 対立・葛藤状況における対処方法

は、ロール・モデルで呈示：話し合いで対立・葛藤状況が生じた場合、ASのこどもは「話し合いの紙芝居」や「話し合いボード」が掲示されたホワイトボードを手がかりにして、こう着状態を解決しようと試みる。しかし、実際に自分の意見が