

ある。この場合には、過去の被虐待のトラウマという深刻なものが多いので、EMDR の基本的なプロトコールに基づいた治療が多く、また患者が抱える解離のレベルも高度な場合があって、様々な技法を組み合せ駆使せざるを得ないなど、治療には高度の専門性を必要とする症例が大半を占める。

それぞれの代表例を短く紹介する。

症例1 8歳女児 アスペルガー障害：現在進行形のトラウマ記憶処理

家族歴として、母親はこだわりが強く、恐らく広汎性発達凸凹に属する方である。地域の学校では、管理職の教師に正論を言いすぎて、結局は対立をつくってしまうということを繰り返しておりチ・クレーマーのようになっていた。

患児は、言葉の遅れはなかったが発達の凸凹が著しく、3歳にて集団教育の開始と同時に集団困難が目立ち、地域の医療機関を受診して高機能広汎性発達障害と診断された。その後、知的な遅れはなく通常学級に進学したが、集団教育におけるトラブルが頻発したため紹介されて当センターを受診した。彼女には軽微ではない聴覚過敏があり、通常クラスでの集団行動は困難でしばしば、タイムスリップによるパニックを繰り返し、不調になると学校への通学に支障を来すことが続いた。8歳にて、小学校で他の児童から受けた過去のいじめのフラッシュバックが頻発するようになり、急に不登校状態に陥ったため緊急受診をした。

外来にてパルサー（左右交互に振動を発するEMDRの治療器具）を用いたチャンスEMDRを数セット実施した。すると彼女は笑顔になり、「スッキリした！」と述べた。母親は半信半疑であったが、この日から登校の問題はなくなり、その後は、元気に通学を続けている。

これがチャンスEMDRである。このような外来での短い治療において、パルサーは非常に使いやすく、有用性が高い。

症例2 26歳男性高機能自閉症：過去の迫害体験（いじめ）の処理

この症例は、タイムスリップによるトラブルが保育園時代から頻発していて、そもそも筆者がタイムスリップ現象を認識するきっかけになった男性である。

家族歴に特記すべき問題はない。3歳にて筆者の外来を受診し、自閉症の診断を受けた。その後、言葉が伸びて通常クラスに入学した。彼は積極奇異型の代表のような児童であり、トラブルが絶えず；また、保育園時代から、過去の喧嘩に対してタイムラグのある仕返しを繰り返していた。小学校5年生の時、押し寄せる不快記憶に圧倒され給食が食べられなくなったことがある。この時彼は筆者に「昔のむかつくシナップスを切ってくれない」と訴えた。成人になって就労を果たしていたが、触法すれすれのトラブルを生じたため、過去のトラウマ処理を行う必要が生じた。

眼球運動を用いたEMDRを実施した。EMDRでは彼が最も辛い記憶と訴えた、小学校

4年生の時に「人間やめろ」と言われた、高校1年生で友人に無視されたなど、いくつかの場面の記憶を扱った。ところがEMDRによる治療の過程で、彼自身が予想をしなかった、そのトラウマ場面以前後の状況に関する記憶想起がなされた。それによってどのような背景の中で、そのトラウマ場面が生じたのか、彼は初めて理解することが出来たのである。そしてセッション4回目に、かつての自分の友人の悪口を言う、教師の指示を無視するなど非社会的振る舞いが、友人や教師の無視を引き出したことに初めて思い至り、同時に不快記憶想起のフラッシュバックの著しい軽減を得ることが出来た。

症例3 36歳男性、PDDNOS、双極性障害：過去の被虐待への処理

幼児期から小学校年代まで、彼は母親からの激しい身体的、心理的虐待を受けて育った。その後、家を離れて生活し、結婚して家庭を持った。しかし結婚後、職場でも家庭でも対人的に被害的になることや、一方的な態度を取ることがしばしば問題になった。特に会社では仕事の継続が危機に陥り、会社の紹介にて地域の精神科クリニックを受診した。そこで統合失調症の診断を受け、抗精神病薬を服用したが薬物の副作用のみで、症状に関しては軽快がなかった。この頃、彼の子どもが園で問題行動を頻発させ、筆者の外来を受診した。子どもは広汎性発達障害と診断され、治療が始まったが、その中で父親の様々な問題が浮上した。カルテを当センターに移すように勧め、親子並行治療を開始した。

計6回の眼球運動（一部タッピング）によるプロトコールに基づいたEMDRを行った。その中で幼児期から思春期まで、母親からの激しい暴行、おどしが続いたことや、父親の浮気、家庭を顧みず、彼自身への無視が続いたことなど、様々な深刻な虐待とそのトラウマが浮かび上がり、それにトラウマ処理を行った。その中で、過去のフラッシュバックが幻覚様に見え聞こえた時期があり、統合失調症の誤診はここに起因するのではないかと推察された。EMDRのセッションがすすみ、これらのフラッシュバックが軽快すると、ここで初めて気分変動が前面に現れるようになった。筆者は、抗うつ薬の処方を中止し、感情調整薬による薬物療法に切り替え、気分変動も軽快した。彼は自分のモードを場所に応じて切り替えることがある程度可能になり、会社、家庭での機能は著しく向上した。

これまで成人の精神科臨床において、トラウマの問題も、発達障害の問題も共にきちんと取り上げられることは余りに乏しかった。筆者は、成人した広汎性発達凸凹のレベルを含む、発達障害の基盤を有するグループにおいて、被虐待の既往を持つ症例において高率に双極性障害の併存が認められることを指摘した（杉山、2009）。児童における気分変動の一部に、severe mood dysregulation (SMD) (Brotmanら、2006) として知られるグループがあり、筆者の経験ではその少なからずが、子ども虐待によるトラウマを背景とした過覚醒と愛着障害を基盤とする感情調整の障害である。この一部が成人にいたって、双極Ⅱ型の気分障害に発展して行くのではないかと考えられた。このことを考慮すると、一般にフラッシュバックに用いられる選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) は短期間に有効だが、トラウマの既往と発達障害の既往とを持つ症例において、長期的には双極性

障害の引き金になる場合があるので、慎重な少量処方と経過観察が必要である。

少なくとも確かなことは、今後、発達障害臨床においても、トラウマ処理の知識と技術が必要になるのではないかということである。

5. 21世紀を開く発達障害の科学：まとめに変えて

今後、脳機能の研究は、胎生期から発達的にその成り立ちを見ることが必要である。研究の進展の中で、臨床の役割は増すことはあれ減じることはないであろう。これまで精神医学は発達障害という問題をほとんど考慮してこなかった。トラウマの問題、そして発達障害の問題を踏まえて、われわれは精神医学体系を恐らくつくり直さなくてはならない。リスク素因にどのような環境因が絡むことによって適応障害が生じるのか、発達精神病理学の知見は新しい発達脳科学の確かな基盤を提供する。

発達の途上にある脳という視点で見たとき、幻覚とは、うつとは何か、発達過程における病理の解明が、精神疾患の本当の姿を明らかにし、新たな臨床精神医学の扉を開く。被虐待児の幻覚と、高機能広汎性発達障害の幻覚と、アンフェタミンの幻覚と、統合失調症の幻覚と脳はどこがどう違うのか。現在のところ、誰も明確な答えを持っていない。だが5年後、10年後には、その答えが見いだされているのではないか。われわれは百年に一度の、精神医学大系の変革期に立ち会っているのであると思う。

文 献

- Asperger H(1944): Autistisch Psychopathen im Kindersalter. Arch Psychiatrie 177: 76-137.
- Baron-Cohen S, Scott FJ, et al(2009): Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. British Journal of Psychiatry 194(6): 500-509.
- Bauman M, Kemper TL(1985): Histoanatomic observations of the brain in early infantile autism. Neurology 35(6): 866-74.
- Brotman MA, Schmajuk M, et al(2006): Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. Biol Psychiatry 60(9): 991-997.
- Chamey DS(2004): Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. Am J Psychiatry 161(2): 195-216.
- Dapretto M, Davies MS, et al(2006): Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. Nat Neurosci 9(1): 28-30.
- Endo T, Shioiri T, et al(2007): Altered chemical metabolites in the amygdala-hippocampus region contribute to autistic symptoms of autism spectrum disorders. Biol Psychiatry 62(9): 1030-1037.
- Fitzgerald M(2005): The Genesis Of Artistic Creativity: Asperger's Syndrome And The Arts. Jessica Kingsley Pub, London.(石坂好樹訳(2008)：アスペルガー症候群の天才たち—自閉症と創造性。星和書店、東京)
- Grandin T, Scariano M(1986): Emergence; labelled atusitic. Arena Press, Novato.(カニングハム久子(訳)(1993)：我自閉症に生まれて。学習研究社、東京)
- Guastella AJ, Einfeld SL, et al(2009): Intranasal Oxytocin Improves Emotion Recognition for Youth with Autism Spectrum Disorders. Biol Psychiatry. Nov 6.
- Happe, FG(1994): Autism: an introduction to psychological theory. ULC Press, London.(石坂好樹他訳(1997)：自閉症の心の世界。星和書店、東京)

- James I(2006): Asperger's Syndrome And High Achievement: Some Very Remarkable People, Jessica Kingsley Pub, London.(草薙ゆり訳(2007) : アスペルガーの偉人たち, スペクトラム出版, 東京)
- Johnson M, Ostlund S, et al(2009): Omega-3/omega-6 fatty acids for attention deficit hyperactivity disorder: a randomized placebo-controlled trial in children and adolescents. J Attention disorder 12(5): 394-401.
- Kanner L(1943): Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child 2: 217-250.
- 笠井清登, 山末英典(2006) : PTSD の生物学, 心の科学 129, 43-47.
- 黒田洋一郎(2008) : 発達障害の子どもの脳の違いとその原因. 科学78(4): 451-460.
- Liu HX, Lopatina O, et al(2008): Locomotor activity, ultrasonic vocalization and oxytocin levels in infant CD38 knockout mice. Neurosci Lett. 448(1): 67-70.
- Marcus, G(2004): The birth of the mind. Basic Books, Cambridge.(大隈典子訳(2005) : 心を生みだす遺伝子, 岩波書店)
- Marks I, Lovell K, et al(1998): Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: a controlled study. Archives of General Psychiatry, 55(4): 317-325.
- Micali N, Chakrabarti S, et al(2004): The broad autism phenotype: findings from an epidemiological survey. Autism 8(1): 21-37.
- Nakamura K, Sekine Y, et al(2010): Brain serotonin and dopamine transporter bindings in adults with high-functioning autism. Arc Gen Psychiatry 67(1): 59-68.
- Ritvo ER, Freeman BJ, et al(1984): Study of fenfluramine in outpatients with the syndrome of autism. Journal of Pediatrics 105(5): 823-828.
- Rutter M, Andersen-Wood L, et al(1999): Quasi-autistic patterns following severe early global privation. J Child Psychol. Psychiatry 40(4): 537-549.
- Rutter M, Kreppner J, et al(2007): Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi-autism. J Child Psychol Psychiatry 48(12): 1200-1207.
- Shapiro F(2001): Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures 2nd ed.(市井雅哉監訳(2004) : EMDR : 外傷記憶を処理する心理療法, 二瓶社)
- 杉山登志郎(1994) : 自閉症に見られる特異な記憶想起現象 ; 自閉症のtime slip 現象. 精神神経学雑誌 96 : 281-297, 1994.
- 杉山登志郎(2007) : 子ども虐待という第四の発達障害. 学研, 東京.
- 杉山登志郎(2008) : 子どものトラウマと発達障害. 発達障害研究 30(2): 111-120.
- 杉山登志郎(2009) : 成人の発達障害. そだちの科学 13: 2-13.
- 杉山登志郎, 川村昌代, 他(in press) : 厚生科学研究における強度行動障害研究の再検討. 小児の精神と神経.
- 杉山登志郎, 岡 南, 他(2009) : ギフテッド一天才の育て方. 学研, 東京.
- Sumi S, Taniai H, et al(2006): Sibling risk of pervasive developmental disorder estimated by means of an epidemiologic survey in Nagoya, Japan. Journal of Human Genetics 51(6): 518-522.
- 鷺見 聰, 宮地泰士, 他(2006) : 名古屋市西部における広汎性発達障害の有病率. 小児の精神と神経 46(1): 57-60.
- Sung YJ, Dawson G, et al(2005): Genetic investigation of quantitative traits related to autism: use of multivariate polygenic models with ascertainment adjustment. American Journal of Human Genetics 76(1): 68-81.
- Williams D(1992): Nobody nowhere. Transworld Publishers Ltd., London.(河野万理子(訳)(1993) : 自閉症だった私へ, 新潮社, 東京)
- Wing, L(1996): The autistic spectrum: a guide for parents and professionals. Constable and Company Limited, London.(久保絢章, 佐々木正美, 清水康夫監訳(1998) : 自閉症スペクトル, 東京書籍, 東京)
- Yamasue H, Kuwabara H, et al(2009): Oxytocin, sexually dimorphic features of the social brain, and autism. Psychiatry and Clinical Neuroscience, 63(2): 129-140.

特集・小児の発達の診かた—障害の早期発見と対応

自閉症・アスペルガー障害の 早期診断と鑑別診断

鈴木善統* 杉山登志郎

はじめに

わが国は、世界に冠たる乳幼児健診制度をつくり上げてきた。とくに1歳6か月健診によって、自閉症の早期療育が進み、それにより自閉症療育に大きな進展が得られたことは周知のとおりである。しかし、アスペルガー障害を代表とする知的障害を伴わない、いわゆる高機能広汎性発達障害の場合、従来の幼児健診で十分にチェックができることも少なくない。しかし、これらの高機能群といえども、より早期に診断を受けた児童のほうが、長期転帰において良好であることが示されている¹⁾。

本稿では、自閉症とアスペルガー障害を早期診断するうえでの留意点をまとめ、その鑑別診断に関し概略を述べる。なお提示した症例は、プライバシー保護の観点から、実際の症例を大幅に改変している。

早期診断の留意点

1. 子ども本人のチェックポイント

自閉症は従来の幼児健診では、発達のマイルストーンのチェックによって見出されることが多かった。とくに、言葉の遅れが大きな指標であった。言語の理解が良好であるが表出が遅れ、約1

年のタイムラグを経て通常発達を示す、表出型の発達性言語障害が男児の10%程度に認められ、1歳6か月健診における鑑別が問題になっていた。発達性言語障害においては社会性の遅れが認められず、さらに経過をみていくば速やかな言語獲得がなされることが鑑別点といわれてきた。しかし、最近の発達障害児の見直しのなかで、このなかにその他の広汎性発達障害(PDD-NOS)、あるいは注意欠陥多動性障害が少なからず存在することが明らかになった。2歳台になって言葉のキャッチアップをするグループにおいてもフォローアップが必要である。

さて、1歳から2歳台という早期における社会性のチェックポイントとして、次の諸点が非常に敏感な指標になることが知られている。第1は共同注視である。たとえば、母親の目線を確認して一緒に同じ物を見る、あるいは母親に促して同じ物を見るように誘うといった行動である。第2は母親参照である。新しい物を見つけたときに母親にそれを見せに来る、怖い物を見つけたときに母親の顔を窺うといった行動である。第3は、遊びの発達である。いないいいなばー、ものの受け渡し、ごっこ遊び、見立て遊びなどが、広汎性発達障害において、知的障害の有無にかかわらず遅れることが知られている。さらに、自閉症の特徴として知られる視線回避、呼名への無反応、興味の著しい限局、特定の物へのこだわりなどもチェックする必要がある。

ここで広汎性発達障害における愛着の発達過程²⁾をみてみよう。知的障害を伴った自閉症であれば、養育者の無視や、クレーン現象として知られる、他の人間の一部をあたかも道具のように

Suzuki Yoshinori Sugiyama Toshiro

* あいち小児保健医療総合センター心療科

〔〒474-8710 大府市森岡町尾坂田1番2〕

TEL 0562-43-0500 FAX 0562-43-0513

E-mail: yoshinori_suzuki@mx.achmc.pref.aichi.jp

用いるという行動がみられ、愛着の形成は小学校年代にずれることが知られている。しかし、アスペルガー障害を含む高機能広汎性発達障害児の場合は、3歳前後には少なくとも弱い愛着が形成されていることが多い。弱い愛着とは、母親が行こうとすると後追いがあったり怒ったりするが、自分自身は探索のために母親からばっかり駆けだしてしまうという状況である。遊び場面での人との関わりをみると、高機能児は同年代の子どもとの交流が乏しく、身近な大人や、ペースを合わせてくれる年上の子どもばかり関わる傾向が認められる。さらに集団教育の年代になると、子ども同士の関わり方が一方的で、相手がどう感じているかを理解しないため、トラブルとなることが多い。

また、広汎性発達障害は知覚過敏性をもつ者が多く、幼児においても重要な指標となる。ただし周囲の者は、理由なく泣き出したり不機嫌になったりすることがあっても、知覚過敏性に基づいているとは気づかないことも多い。したがって、チェックのために具体的に尋ねる必要がある。ピストルの音、花火の音を著しくおびえることはないか、バイクの音、掃除機の音、エアタオルの音は平気か、顔を触られたり髪の毛を触られても大丈夫か、爪を切るのは嫌がらないか、裸足で砂の上を歩けるか、特定の服を着るのを著しく嫌がることはないか、特定の場所をひどく嫌うことはないか、などである。

広汎性発達障害の両親のいずれかが、広汎性発達障害の特性をもつことがまれでない。このような場合、父母以外に子どもに関わる人が少なく、とくに第1子の場合、定型発達との違いが両親に気づかれることもある。その場合、現在の子どもの様子から診断することになるが、両親への説明には骨が折れることがある。

2. 集団教育でのチェックポイント

早期発見ということでいえば、集団教育において初めてチェックをされるのは好ましいことではない。しかし、現実的には高機能群においてはむしろ一般的である。保育園、幼稚園で初めて集団行動ができないことや、周囲の人とうまく関われないこと、基本的な社会ルールの無視などが明ら

かになって、発見されることも実は多い。また、小学校年代になって初めて問題行動が明らかになる場合も多い。

最近、いくつかの地域で5歳児健診が試行されるようになった。筆者らとしては、少なくとも3歳児健診で社会的な発達のチェックがきちんとできれば、あえて5歳児を加える必要性は乏しいと考えているが、早期発見および早期介入の可能性を高めるという点において、地域によっては必要であろう。幼児教育開始後に鑑別を要する問題に、注意欠陥多動性障害と、子ども虐待がある。幼児期からあまりに対応に困難がある注意欠陥多動性障害は、実は社会性の問題を併せもつことが多く、多動を伴った高機能広汎性発達障害であることが多い。子ども虐待について改めて述べる。

もう一つの問題は、グレーゾーン症例の扱いである。近年になって広汎性発達障害の特性をもつが、明確な診断に至らない症例が非常に多く存在し、さまざまな混乱を引き起こしている。広汎性発達障害は国際的診断基準において現在のところ、ウイングの triadとして知られる3症状をもつか否かによって判断される。社会性の障害、言語・コミュニケーションの障害、想像性の障害(興味・関心の偏り)の3症状はいずれも、年齢によって発達レベルによって、さらに介入によって変化がみられ、典型的なものから非典型的なもの、さらには定型発達に至るまで連続して存在している(図)。さらに最近になって、疫学、遺伝科学の立場から、部分的に広汎性発達障害の特性をもつ自閉症の親近者に対し、広汎な自閉症表現型(broader autism phenotype : BAP)という概念が提案されている。その頻度は広汎性発達障害の家族の20~40%といわれている。広義の PDD-NOSに属する、典型的な広汎性発達障害と、いわゆる健常児との境目に位置するグループの診断の問題は今後、大きな論議になると考えられる。グレーゾーンに属すると考えられる症例を呈示する。

症例 8歳女児(小学2年生)

ほかの子どももうまく遊べず、集団行動ができないことを小学校で指摘されたため当院を受診し

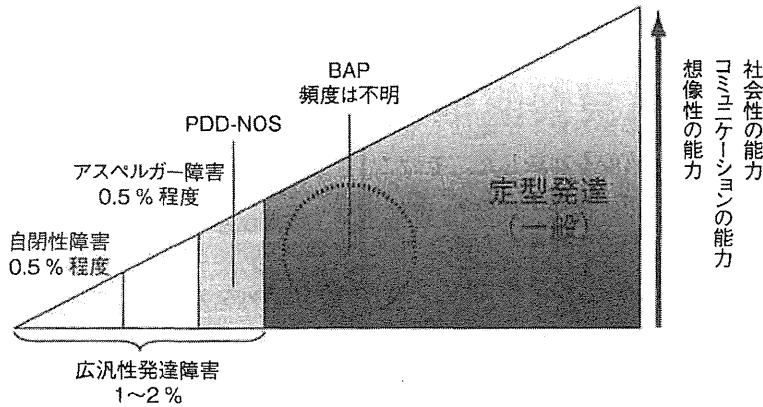


図 自閉性障害から定型発達にいたるスペクトラム

た。患児自身は鉄棒や跳び箱が苦手で困っていると訴えた。嘘をつける優しい性格であり、自宅ではとくに問題がない、と母親が答えた。診察時、患児はニコニコしながら、母親にべったりと抱きついており、こちらの問い合わせにはばつばつと答える程度で、視線も合いにくかった。患児の生育歴を聴取していくと、乳児期からの広汎性発達障害を疑う項目について、すべて両親が否定した。また、こだわり行動や感覚過敏も目立たず、言葉の遅れもなかった。一方で、学校でぼうっとして、母によると「どっかいっちゃってる」状態のことが多く、周囲からの声かけがあれば一緒に行動できるが、声をかけられないとぼうっとして、自分で状況判断をして集団に参加できない状況であった。遊びに関しても、双方向のやり取りを楽しむというより、あくまで相手の指示に対して受け身的であった。

WISC-III知能検査結果は全検査 IQ 85で、言語性 IQ 104と動作性 IQ 65に極端な差がみられた。言語性検査の評価点は、理解 7以外は 10をこえており、学校での学習や言語的知識では一見問題がないようだが、「隣の家の窓から煙がでていたら」といった場面で対応を知らないなど、状況の理解と判断に困難を抱えていた。動作性検査は全体に低めで、絵画完成 3、絵画配列 4と、全体から重要な意味づけをもつ部分を読み取ることが難しく、物事の因果関係の理解も弱いという結果であった。

この症例は、対人関係において受動型といわれ

るタイプに属し、問題行動が目立たない状況が多いと考えられる。生育歴は広汎性発達障害の典型ではないが、対人関係の質からは PDD-NOS という診断が可能である。診断を行う目的は治療的な枠組みを組むためである。この症例にても、何らかの適応上の問題が生じているのであれば、積極的に診断を行う必要があると考えられる。

II 反応性愛着障害との鑑別

子ども虐待と反応性愛着障害

従来から極端なネグレクトのなかで生活を余儀なくされ、強度の愛着障害をもつ児童において、自閉症類似の臨床像がまれならず認められることができていた。この重症の愛着障害（反応性愛着障害抑制型）と自閉症との鑑別は最も困難な組み合わせといわれてきた。自閉症、なかでもとくに高機能群は子ども虐待の高リスクであることが知られており注意を要する。しかし、われわれの経験では、一般的家庭に育つかぎり抑制型を呈することはなく、鑑別が問題になった症例はいずれも社会的養護に生活をする児童であった³⁾。そのような症例を紹介する

症例 初診時 3歳男児

3歳差の姉は、父親に蹴られて 4か月時に頭蓋骨骨折をきたした。それを契機に家庭分離となって乳児院に預けられた。患児は出生時、在胎 38 週 6 日、体重 4100 g であった。乳児期からネグレク

ト状態であった。しかし、健診だけは受けており、言葉の遅れのため療育施設へ通った。2歳前でようやく言葉が始めたが、ひとり遊びが多く、つま先歩きで動き回ることが多かった。3歳にて里親委託され、3歳3か月で当院を初診した。その際体格は平均程度であったが、視線が合わず、独語ばかりで会話はできず、名前を呼んでも振り向かなかつた。言葉については、2語文が時にみられるが、オウム返しが主体であった。つま先歩きでコマのように回り、落ち着きがなかつた。おもちゃに関してはウルトラマンにしか興味を示さなかつた。以上から、自閉症の診断基準を満たしていた。ところが里親からの手厚いケアを受け、徐々に里親へ依存と甘えを示すようになった。すると急速な発達を示すようになり、言葉が急激に伸びてきて、4歳時点では、自閉症の診断基準を満たさなくなつた。また、幼稚園での集団行動も問題なくこなせるようになった。

このように、横断的な診断はきわめて困難であるが、ケアとともにフォローアップをしていくと、反応性愛着障害の場合には急速に臨床像が改善す

るので、これによって鑑別が可能となる。

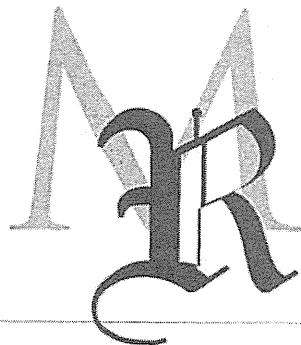
Key Points

- ① 早期診断を困難にするさまざまな要因があり、知的発達に遅れがない、アスペルガー障害などの高機能広汎性発達障害児は見過されやすい。
- ② 広汎性発達障害の軽い特性をもつ一群があり、診断に迷うことがある。最終的には診断名がプラスに働くかどうかが重要である。
- ③ 極端なネグレクトにおかれた幼児は、自閉症によく似た症候を呈するが、環境の改善で軽快する。

文献

- 1) 杉山登志郎：そだちの臨床. 日本評論社, 東京, 2009
- 2) 高橋 優：乳幼児期の自閉症療育の基本. そだちの科学 1: 27-33, 2003
- 3) 杉山登志郎：子ども虐待への対応. 杉山登志郎編：講座 子どもの心療科, 講談社, 東京, pp149-164, 2009

* * *



特集／自閉症スペクトラム(ASD)のリハビリテーション科臨床実学

III. ASD の子どもの診療における課題と展望
医療機関における ASD 診療の課題と展望宇野洋太^{*1} 内山登紀夫^{*2}

Abstract 2005年4月から発達障害者支援法が施行されたことなどを契機に自閉症スペクトラム(autism spectrum disorders: ASD)が広く周知されるようになり、急激に支援ニーズも増している。そのためASD支援への取組みが様々な分野で行われるようになっている。医療機関においても例外でなく、多様なニーズに合わせ医療サービスも変化しながら展開している。しかし現行の保険医療制度ではそれに十分対応できているとは言えず、ASDへの診療を保険医療制度の範疇のみで実施するには課題も多い。本稿では民間の医療機関で、ASD等の発達障害を専門としているよこはま発達クリニックでの取り組みを紹介するとともに、医療機関における課題や今後の展望を述べた。

Key words :自閉症スペクトラム(autism spectrum disorders), 医療サービス(medical service), 診断(diagnosis), 評価(assessment), 併存症(comorbidity)

はじめに

長い間、自閉症の有病率は10,000人あたり4人程度^①とみられ、稀な疾患とされていた。しかし昨今では、1%を超える自閉症スペクトラム(autism spectrum disorders: ASD)の有病率の報告^②が一般的となっている。有病率の上昇はASD概念の拡大^{③④}や、広く周知されたことが一因であることは疑いのないことであるが、実際ASD特性を有する子どもの割合が増加したのかは諸説あり未だ結論には至っていない。ただ、いずれにしても児童精神科や小児科を受診するASDは急激に増加している。現行の保険医療制度上の診療体系では改定は続けられているものの、現在のように多くのASDが受診することはおそらく想定されておらず、そのために診療の質や時間を維持・

確保することが困難であったり、受診までの待機が長くなったりしている現状があり、ASDの診療にはどのような診療体系が適しているのかを模索している医療機関も少なくない。本稿では筆者らが診療を行っているよこはま発達クリニックでの取り組みも紹介しながら、ASDに対する医療機関での診療について検討していきたい。

ASDの子どもの診療

1. ASDの診断・評価

ASDは生涯続く脳機能のあり方の偏りである。したがってASDの支援を考える場合、脳機能のあり方(物事の見え方や捉え方、学習スタイル)を明らかにすること、つまり正確な診断を下し、認知機能のあり方を評価することが非常に重要である。診断を行う際には保護者からの発達歴や現症の詳細な聴取と発達検査だけではなく、休憩時間等の枠組みの明確ではない状況下での行動観察、同年代児たちのなかでの様子なども含めて情報収集することが必要である。またASDの中核症状を把握することは当然であるが、その他生活や学習等の困難につながりやすい感覚刺激への反応、

*1 Yota UNO, 〒224-0032 横浜市都筑区茅ヶ崎中央7-7 レスター港北2F よこはま発達クリニック・名古屋大学大学院医学系研究科親と子どもの心療学

*2 Tokio UCHIYAMA, 同クリニック、院長・福島大学大学院人間発達文化研究科学校臨床心理専攻、教授

不注意や多動性、衝動性の特徴、着脱や片付けなどの身辺自立スキル、読書や書字、作文能力、教科の成績などの情報も確認することが有用である。

例えば ASD の診断をするための半構造化面接法で、コンセンサスが得られ、世界的に広く使用されているものには autism diagnostic interview-revised (ADI-R)⁵⁾ と diagnostic interview for social and communication disorders (DISCO)^{6)~8)} がある。前者は ASD の診断をすることを目的に、後者は ASD の診断および併存疾患や生活状況を把握し、支援プランを立案することを目的に作成されている。所要時間は前者で 90~180 分程度、後者で 120~180 分程度要する。使用に際しては、いずれも所定のトレーニングを受講する必要がある。現在、日本においては後者のトレーニングが日本語で受講できる。また診断のための行動観察ツールには autism diagnostic observation schedule (ADOS)⁹⁾ や childhood autism rating scale, 2nd edition (CARS2) などがある。これらも前者では 45~60 分程度、後者では 20~30 分程度の時間を要する。これらの半構造化面接や行動観察ツールを WISC-Ⅲ 等の Wechsler 式知能検査や psychoeducational profile-3rd edition (PEP-Ⅲ) などと併せて実施していく。

2. 併存疾患の診断

ASD では様々な疾患が併存することが知られており^{10)~12)}、それらを診断することも臨床上重要である。例えば、てんかん発作は 5~49%、チックは 8~10%、言語障害は 50~63%、睡眠障害は 52~72%、低緊張は 50% 程度、運動発達の異常は 9~19% の頻度で ASD にみられる。また成人も含めると ASD の 70~80% にうつ病や不安障害などの他の精神疾患が併存¹³⁾¹⁴⁾ している。さらに ASD は他の発達障害との併存も多く、注意欠如・多動性障害 (attention-deficit/hyperactivity disorder : ADHD) は 25~80% の ASD に併存¹⁵⁾¹⁶⁾ している。したがって、ASD の臨床においてこれらの併存障害の有無を確認し、併存した障害について

も治療の対象にすることが重要である。またそのためには発達障害に特化した評価に加えて一般的な精神医学的評価や運動能力やコミュニケーション能力に関する評価や評価に応じた支援も必要になる。

3. 支援とその連携

先にも述べた通り、ASD は生涯続く脳機能のあり方の偏りである。また生活全般に影響を与える。支援の原則は、ASD の認知特性に合わせた(意味がわかりやすく苦痛が少ない)環境を作ること(構造化)で、ASD の人が自立して生活し、そのことを通して自尊心や自己肯定感を育みながら、地域社会のなかで周囲の必要な他者と共生(協同と協働)していくことであり、特定の機関でいわゆる治癒や改善を目指すものではない¹⁷⁾。したがって、縦断的かつ横断的な連携のなかで支援していくことが必要となる。この連携には家庭を中心として支援に関与するすべての機関を含めることが望ましい。とりわけ医療機関は他の関係機関と比較して縦断的に長期間継続して本人や家族の支援が可能な点が特徴である。したがって医療機関は他の機関同士の縦断的な連携を円滑にするための調整的役割を果たすことも可能である。つまり、医療機関のスタッフが ASD 児・者の過去の支援のあり方やその結果を踏まえ、将来の目標を設定し、現在何をしたら良いか/何をしなくて良いかを検討したうえで、関係者や関係機関に提案することが患者にとって有益な支援になる。具体的な支援の方略に関しては誌面の都合上割愛させていただだく。

よこはま発達クリニックでの診療

(初回診療のセッション)

よこはま発達クリニックは横浜市都筑区にある民間の無床診療所で、発達障害を専門としている。受診に際して特に年齢での制限は設けていないが、初診者の中心は学齢期である。来院者は横浜市、東京都を中心に全国から訪れる。医療スタッフは児童精神科、小児科の医師の他、心理士、言

語聴覚士から構成されており、診断・評価、医師による継続診察、個別相談、心理士・言語聴覚士による個別の指導、家庭や学校等への訪問などのサービスがある。診察のシステムは英国自閉症協会の診療部門であるエリオットハウスや米国ノースカロライナ州で展開されている TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children の略) プログラムの診療をモデルにしている。なお、TEACCH プログラムとはノースカロライナ大学精神科 TEACCH 部が中心となり、ノースカロライナ州で実践されている全州規模での ASD のある人のための支援システムで、早期の診断・評価、親や教師に TEACCH センターのスタッフが子どもを指導する場面をみてもらい、指導の方法を学んでもらうための個別セッション、ソーシャルグループ、学校などの教育現場へのコンサルテーション、居住の支援、就労支援、余暇支援、トレーニングを受けた保護者がサービスにつながる前の保護者を支えるメンタープログラム、また診断・評価のためのツールの開発をしたり、ワークショップやセミナーを通して専門家などの養成を行うなど多岐にわたりサービスが展開されており、幼児期から生涯にわたる一貫した包括的な支援プログラムである¹⁸⁾。

よこはま発達クリニックでは、初診に先立ち受診・相談歴や発達のマイルストーン等を予診票に記入していただく、また母子手帳や成績票、作文、その他診察の参考になる資料を併せて提供いただく。それをもとに事前に初診を担当する 2 名以上の医師、心理士で初診の進め方等を打ち合わせする。必要な場合は事前に保護者と初診当日の進行に関して相談をする。そのうえで初診を迎える。

初診当日は多くの場合、子ども、保護者、医師、心理士の 4 者でまず面接を行う。その後、医師は DISCO に基づいた面接を行い、保護者より発達や現在の状況に関する情報を聴取する。その間、子どもは心理士と PEP-Ⅲ や Wechsler 式知能検査等の検査を行う。検査の間に自由時間などの場

面も設定し、その様子の行動観察なども行う。ネットワークカメラを用い、検査の様子は医師、保護者からも同時に観察できるようになっている。

保護者からの情報の収集と子どもへの検査がともに終了したら家族は休憩時間になる。その間に医師と検査者は得られた情報を集約、集計し診断、方針に関してのカンファレンスを行う。それに基づいて午後に家族に対して診断や検査に関する説明を行い、家族と今後の方針に関して相談する。

診療が終了した後、同日のうちに直接診療にはかかわらなかった他のスタッフも交え診断・評価・方針等に関するカンファレンスを行う。またさらに 1 か月程度のうちに全職員が参加している会議で再度協議する。それらをすべて踏まえ、初診で得られた情報を保護者宛ての報告書としてまとめる。

このシステムは患者やその家族にとってメリットが大きいのみならず、院内の関係するスタッフ間での連携を円滑にしたり、多職種からの多角的な助言を得る機会となったり、情報を共有する機会となり、診療の質を維持・向上するうえでも非常に有益である。

ただし、このシステムを保険医療制度で行うこととは現実的ではない。前述のエリオットハウスの場合はジェネラルドクターが発達障害の専門的診療の必要性を認めた場合は全額公費で賄われる。また TEACCH でもノースカロライナ州の全州的なサービスとして行っているために、州民であれば公的なサービスとして無償で受けることができる。日本にはそのような公的な援助がないために、よこはま発達クリニックでは自費診療で行っており、患者の自己負担となっている。

課題

医療機関の受診を希望する ASD の数は急激に増加していることと比べ、診療できる医療機関や専門家の数は極めて少ない。そのために 1 人の児童精神科医の抱えている患者数は多く、十分な診療時間を確保することが困難であったり、初診を

受けるまでに数か月から時には数年に及ぶ長期の待機期間を要する場合も少なくない。このことはその日その日をどのように過ごしたら良いか困っているASDの本人や家族にとって、重大な不利益をもたらすことは言うまでもない。また近くに児童精神科医がいないため、問題が大きくなるまで受診できない、あるいはしない現状もある。

医療機関や専門家の数が増えにくうことの大きな要因の一つに経済的な問題がある。先に述べたようにASDの診察には多くの時間要する。例えば診断を例にとってみても、十分な情報を得て診断に至るまでに医師、心理士がそれぞれ数時間は要する。またそれを保護者に説明するためにさらに時間が必要である。これを日本の精神科医療機関で1日で行った場合、医療保険制度を利用すると得られる収益は、30分以上であれば時間によらず一律で通院精神療法と初診料とを合わせても800点弱程度で、あとは患者が20歳未満の場合に加算が付き、合計しても1,000点に満たない程度である。疾患や診療に要した時間による加算はほとんどないために診察に時間を要する疾患は経営上不利で、時間をかけて診療をすればするだけ経営を圧迫することになる。また他機関とのカンファレンスや、他機関への意見書の作成、訪問相談はASDの支援のうえで非常に重要であり、実際に頻度も高い。しかし本人の同席のない他機関とのカンファレンス、学校等への意見書の作成や訪問相談などは医療保険の範囲外であり、医療経済上の後ろ盾なしで行わざるを得ない。

さらにASDの診療の場合、いわゆる面接を行う診察スペースの他に、検査、行動観察、指導を行うスペース、遊具・玩具や教材を置くスペース等が必要である。また子どもによってはパーソナルスペースを広く必要とする子どももいるため診察のためのスペースが通常の精神科診察と比べるとはるかに広く必要である。しかしこの点は医療保険上なんら考慮されていない。

このような状況からASDの診療は現行の医療保険制度上困難であり、一般的の保険医療機関では

患者も医療者も納得できるような質の高い診療を維持できない。なかには経営を維持するために既存の児童精神科部門を縮小・廃止し、再来患者の診療すらできなくなっている機関も存在する。大学病院においても十分な児童精神科のトレーニングを行える病院はわずかであり、一般の精神科研修医は児童精神科医療に接する機会が極めて限定されている状態が続いている。このような現状では、新たな熱意のある医師や専門家を育成することは困難である。近年、ニーズの質・量とも急速に高まっている発達障害の医療サービスを充実させるためには保険点数の改定などの医療施策の改善が不可欠である。

展望

筆者の経験からは児童精神科医療に興味を持っている医療者は決して少くない。また児童精神科医療へのニーズも極めて高い。それにもかかわらず、医療サービスを提供する側と受ける側の双方が納得できるサービスを展開することが困難である理由は今まで述べてきた通り医療施策の問題が大きいといえる。最近の診療報酬改定により多少改善した点は評価したいが、抜本的な改善には程遠い。ASDの臨床では発達早期から適切に介入することで、後年生じうる諸々の問題の予防をはかり、ASDの人々の自己肯定感や自己効力感を育むことが可能である。このことは経済的側面からも有利であることがわかっている¹⁹⁾²⁰⁾。世界的にASDの取組みで大きな成果をあげている英國自閉症協会やノースカロライナ州での取り組みは公的な支援を得て行っている。日本においても医療機関がASDの診療を安心してできるような公的な支えが必要なのではないだろうか。

文献

- 1) Lotter V : Childhood autism in africa. *J Child Psychol Psychiatry.* 19 : 231-244, 1978.
- 2) Baird G. et al : Prevalence of disorders of the

- autism spectrum in a population cohort of children in South Thames : the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet*, 368 : 210-215, 2006.
- 3) Wing L : Autistic spectrum disorders. *BMJ*, 312 : 327-328, 1996.
 - 4) Wing L : The autistic spectrum. *Lancet*, 350 : 1761-1766, 1997.
 - 5) Lord C, et al : Autism Diagnostic Interview-Revised : a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*, 24 : 659-685, 1994.
 - 6) Leekam SR, et al : The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders : algorithms for ICD-10 childhood autism and Wing and Gould autistic spectrum disorder. *J Child Psychol Psychiatry*, 43 : 327-342, 2002.
 - 7) Nygren G, et al : The Swedish version of the Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO-10). Psychometric properties. *J Autism Dev Disord*, 39 : 730-741, 2009.
 - 8) Wing L, et al : The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders : background, inter-rater reliability and clinical use. *J Child Psychol Psychiatry*, 43 : 307-325, 2002.
 - 9) Lord C, et al : The autism diagnostic observation schedule-generic : a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *J Autism Dev Disord*, 30 : 205-223, 2000.
 - 10) Limoges E, et al : Atypical sleep architecture and the autism phenotype. *Brain*, 128 : 1049-1061, 2005.
 - 11) Newschaffer CJ, et al : The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu Rev Public Health*, 28 : 235-258, 2007.
 - 12) Rapin I, et al : Autism : definition, neurobiology, screening, diagnosis. *Pediatr Clin North Am*, 55 : 1129-1146, 2008.
 - 13) de Bruin EI, et al : Multiple complex developmental disorder delineated from PDD-NOS. *J Autism Dev Disord*, 37 : 1181-1191, 2007.
 - 14) Leyfer OT, et al : Comorbid psychiatric disorders in children with autism : interview development and rates of disorders. *J Autism Dev Disord*, 36 : 849-861, 2006.
 - 15) Gadow KD, et al : ADHD symptom subtypes in children with pervasive developmental disorder. *J Autism Dev Disord*, 36 : 271-283, 2006.
 - 16) Owens JA : The ADHD and sleep conundrum : a review. *J Dev Behav Pediatr*, 26 : 312-322, 2005.
 - 17) 宇野洋太ほか：広汎性発達障害者支援における医療機関の役割. 精神科治療学, 24 : 1231-2136, 2009.
 (Summary) 医療機関での ASD へのサービスを具体的にまとめた総説である。
 - 18) 宇野洋太, 内山登紀夫 : TEACCH による療育. 専門医のための精神科臨床リュミエール, 19 : 141-148, 2010.
 (Summary) ASD の包括的支援システムとして成功している TEACCH プログラムに関してまとめられている。
 - 19) Jarbrink K : The economic consequences of autistic spectrum disorder among children in a Swedish municipality. *Autism*, 11 : 453-463, 2007.
 - 20) Jarbrink K, et al : The economic impact of autism in Britain. *Autism*, 5 : 7-22, 2001.

自閉症スペクトラムの「察する」力

——理解と支援——

もり山田発達クリニック児童精神科医師 蜂矢百合子

もり山田発達クリニック児童精神科医師 ピック研究所主宰 吉田友子

四月の中旬、A君は外来で「編入してきた男子がボクのアニメの趣味をバカにするんだ、相手にしないように

がんばってるんだけど」「生徒が多くて、教室がギュウギュウなのもツライんだ」と学校の状況と自分の気持ちを説明してくれた。ふだんはお母さんとA君の三人で話した後、A君は退室してお母さんとだけ話す時間をつくるのだが、その日はA君から報告を聞き、これから対策を三人で相談して診察が終了した。A君は「あー、話してスッとした」と席を立つながら、「お母さんの話す時間まで使っちゃって」めんね」とお母さんに声をかけた。新学期早々疲労困憊なのに、診察の最後にお母さんの気持ちを「察する」声かけが自然に口にできる思いやりのあるA君は、自閉症スペクトラムである。

自閉症スペクトラムとは

自閉症スペクトラム (Autism Spectrum Disorder: ASD) は、特有の発達の偏りを示す脳のタイプで、三つの特徴（ウイングの「三つ組」）があるかどうかで判断される。「三つ組」とは、①社会性の質的特徴、②社会的コミュニケーションの質的特徴、③社会的イメージーションの質的特徴を指す。この表の方は年齢や知能水準によつても異なり、また、「三つ組」の表の方の程度は人によってさまざまで、典型的な自閉症の人から「一見、ふつうにみえる人」まで連続的につながっている。これがスペクトラム（連続体）と呼ばれる理由である。スペクトラム上にいるからといって、必ずしも全員が医

(825) 自閉症スペクトラムの子の「察する」力
(826) 人の気持ちがわからない子

療や福祉の対象になるわけではないが、「三つ組」について知ることは教育を考えるうえでもきわめて有用である(1)。

ASDの子どもは、「察する」行動が皆無で、相手の気持ちを尊重しようとする気持ちがまったくない、人間関係で何も思い悩まない、といった誤解を耳にすることがある。たしかに、自分以外の人にも気持ちや都合があることなどまったく気づいていないような発達状況のASDの子どももいるが、知能に遅れがないASDの子どもたちの多くは、相手の気持ちや意向が読み取れないことに困惑し、他の子どもたちと自分との違いに悩み始める。その気づきは多くは小学校時代に生じ、彼らは直感的に「ふるまう」として生じる不都合を回避しようと、記憶力や論理的な手がかりを駆使して相手の気持ちを「察し」とようと痛ましいまでの努力を重ねるようになる。しかしASDの子どもたちは、ものの見方や着目点（認知のスタイル）が、定型発達の子どもたちと違う。そのためせつかく「察し」とようと努力をして、周りの子どもたちは異なる解釈をしてしまい、その結果、周りと違った行動をとってしまうことになってしまつ。

ASDの子どもたちのヨリーカークなものの見方は、検査場面でも示される。具体的なケースで考えてみよう。

小学一年生のB君は、「電車とバスではどんなところが似ていますか？」（類似点・カテゴリー概念を問うWISC-III心理検査(2)の課題）に対して「つり革がある」と回答した。のりもの博士の彼は、「のりもの」という言葉を知つてはいたが、まず頭に浮かんだのは電車やバスのイメージだったのだ。ビジュアル思考（映像体的状況を考慮した判断は苦手）といったASDの子どもたちの特徴が示されている。

複数の絵カードからストーリーを読みとつて配列する課題（WISC-III課題『絵画配列』）で、短時間に配列して高得点を収めるASDの中高生は、まれではない。ところが、全体のストーリーを尋ねると、話の流れはわからないままに絵カードの細部の経時変化に着目して並べたと教えてくれたりする。彼らの実際の生活はより複雑であり、日常でも場の流れがわからないままに手探り

で行動していることが推察される。

」のように、ASDの認知スタイルは、「私たち多数派」とは異なる。ASDの子どもたちは、「察することができない」のではなく、「違うやり方で察している」。多数派とは違うやり方で察しているのだから、「多数派と同じ結論（正答）」に達したとしても、どこどなく不自然であつたり、直感でなく理詰めでふるまうために疲れきってしまう。また、違うやり方で察しているために「多数派と異なる結論（誤答・不適切な解釈）」に達し、そのために周囲から空気が読めていないと評されたりしてしまつのだ。

ASDへの支援——支援目標を立てて

実際の支援でまず、大切なことは、子どもの能力を評価したうえで、実際の指導目標を立てる」とある。ふたたび、ケースを通じて考えてみよう。

中学に進学したC君は、授業中に落ちつきがなく、いふついしていることが多い。今田も、級友の発言に、「そんな言い方おかしいよー」と割り込み、クラスは大騒ぎになってしまった。

C君の落ち着きのなさは、入学したばかりで一日のス

ASDへの支援——集団への不参加を認める

あるが、他の課題に比べて優先すべきかについては十分検討することが必要である。C君の場合には、「保健室でのクールダウンが必要な時に選択する」とが目標とされるスキルであり、C君の状況に合わせてリマインダー（書くべきこと、書いてよいことを書いたもの）の活用や教師の促しなどの方略も必要に応じて考慮する」とになるであろう。

ASDへの支援——集団への不参加を認める

集団への参加／不参加を選択できる、という考え方

は、ASDの子どもたちにとって重要な支援となる。

小学二年生のDちゃんは、休み時間に大縄跳びが奖励される一月から遅刻が目立つようになった。寝起きが悪く、身支度も上の空ださうである。遅刻してはいけない理由をじっくり諭し、手順書を作つて身支度をさせたが遅刻は減らなかつた。

ASDの子どもの中には、棒組みのない休み時間のほう

が授業よりも負担が大きかつたり、運動の苦手が大きなストレスとなることが少なくない。「みんな、仲良くな」「休み時間は外で遊ぼう」という呼びかけを言葉どおりに受け取り、気分転換のはずの休み時間に疲れ过度

ケジュールや活動の見通しがつかない学校生活を送つて興味を持つことが難しく、討論を理解するのに過度に集中する必要があるために、わずかなことに衝動的に反応してしまったのかもしれない。そうであれば、口頭の注意を繰り返したり、長時間言い聞かせるだけでは、事態を改善させることは困難である。

具体的な支援として、「活動のスケジュールを明確に示し、見通しを持ちやすくする」「話し合いのテーマやポイントをまとめて提示する」「授業理解についてその場の手助けだけでは不十分な場合は、個別の学習機会を検討する」「リラックスの機会をもあける」などが考えられる。授業中であつてもクールダウンのために保健室に行つてよい、と保障する」とで、予想以上に効果があることは少なくない。

ASDの子どもが、ルールを守らなかつたり、相手を不快にさせる言動をとつていると、その行動をなくすことはかりに目がいつてしまいがちである。まず、子どもが理解しやすい環境を整え、安心して適切な行動がとれるための支援を検討すべきである。子どものスキルの向上を目標とする場合には、子どもが達成可能なスキルで

てしまう子ともおもいるのだ。

Dちゃんの担任は、「休み時間は、次の勉強のために休んだり、好きなことをする時間だよ」「大縄に参加しないで、教室で絵をかいたり本を読んでいるのも、良い休み時間の過ごし方なんだよ」とクラス全体に話した。その結果、Dちゃんを含む何人かの子どもたちは、休み時間を教室で過ごすようになった。Dちゃんは、お母さんに「ホントは縄跳びが苦手で困つてた」「先生に家の練習法を教えてもらいたい」と話してくれるようになり、遅刻はなくなつた。

おとなが介入できない休み時間まで、やみくもに「みんながやることだから」「参加すれば自信になるから」と集団参加を奨励する」とは、トラブルを頻発させる結果となるだけでなく、子どもたちにとって「みんな同じが大切」「みんなと同じにできないのは、恥ずかしい」というメッセージとなつてしまつ危険がある。多数派の子どもたちは興味やものの感じ方が異なるASDの子どもたちは、「みんなと同じ」とをしようとして疲れきつてしまい、集団参加への不安感を高めたり自己評価を下げてしまつたりすることが少なくない。

「意味のある活動」である場合に促されるべきである。

「いや、『意味のある活動』とは、子ども自身が安心し達成感をもって対処できる活動」という意味である。同じ集団活動でも、子どもによってはより多くの手助け

（明確なルールや枠組みなど）がなければ「意味のある活動」にならないことがあることを意識する必要がある。状況によっては不参加を子どもが選択できる（集団参加の内容や分量を調整する）ように支援する」とが、結果的には安定した社会的行動を促す」ととなりことは実際にしばしば経験されることがある。

集団への不参加を認めることが、集団から学ぶ機会を奪い、ASDの子どもの甘えを許すことになるという心配を聞くことがある。しかし、子どもたちは安心する」とで、はじめて周囲を観察し社会的な学習をすることが可能となる。集団とかかわる分量を増やすことだけを目標とせず、失敗やストレスを減らし、分量は少なくとも安定した達成感のある集団参加の経験を積ませることを目標とすべきである。ASDの子どもたちは元来真面目で、自分の安全が保障され、安心して学校に通うことができれば、自分にとって意味のある活動にはむしろ積極的に取り組む。もし、おとなが提案する活動に担当者が何か起きた場合に行うべきことは、トラブルの具体的な状況の把握と、子どもに合った支援である。トラブルを減らし、子どもたちみんなが困らないことである。困った状況は「障害理解」の教育では、なくならないのだ。

少數派に思いを寄せる

私たちの多くは、ASDの子どもたちのものを見方や考え方を、直感的に察することができない。私たちが彼らに教えるのは「正しいやり方」ではなく、「多数派のやり方」なのだ。少数派である君たちの感じ方ややり方もひとつの真実だが、みんなの暮らしやすきのために多数派のやり方に合わせる術も伝えたい、というスタ

（引用文献）

聞くことがある。たしかに、子どもたちが、「先生の前

で、ASDの子どもについて文句を言う」とはなくなるであろう。しかし、ASDの子どもへの支援が不十分な

ためにASDの子どもが周囲を不快にする行動を続けてしまえば、周りの子どもたちは、苦情も言えず安心して生活もできないことになる。ASDの同級生のせいで穏やかな学校生活が送れない、と子どもたちが感じるようになれば、おとながいろいろで仕返しをする」ともあるかも知れない。ASDの子どもをめぐらでトラブルが起きている場合に行うべきことは、トラブルの具体的な状況の把握と、子どもに合った支援である。トラブルを減らし、子どもたちみんなが困らないことである。困った状況は「障害理解」の教育では、なくならないのだ。

ンスを、我々は忘れてはならない。⁽²⁾

ASDの子どもたちを教え育てる」とは、すなわち彼らの「川の組」の良さを味わい、楽しむ」とである。それは、同時に、「多数派」の中で苦労している「少数派」に思いを寄せ、専門家としての自分の知識と経験によって支援する機会でもある。そして、ASDの子どもたちも、ASDではない子どもたちも、いっしょに生活しているおとなたちも、より自分らしく生きる方法となるのである。

〔引用文献〕

(1) 吉田友子「自閉症スペクトラム（自閉症連続体）——自閉症・アスペルガー症候群・どちらにも当てはまらないが『川の組』をもつ人たち」バック研究所 (<http://www-ipec.jp/jiheisp.html>)

(2) 日本版WISC-III刊行委員会「日本版WISC-III知能検査法」日本文化科学社、一九九八
(3) 吉田友子「子どもへの告知——支援としての診断名告知」バック研究所 (<http://www-ipec.jp/bulletin.html>)

りする場合には、提供しようとしている活動プログラムが、その子の社会性や興味、能力に合っているかどうかを再検討するべきである。

トラブルへの対応

クラスの中でもトラブルが生じた時には、その前後の状況をくみた情報を集め、原因を考え、具体的な対策を立てる必要がある。けれども、ASDの子どもは、状況を把握することが苦手で、巧妙ないじめに気がつかなかつたり、自分がしてかした失敗がトラブルの引き金になっていたことを知らないこともあり、困っていても誰に何と報告すればよいかわからなかつたり、相談するスキルが乏しい」とも少なくない。そのため、周囲の子どもたちからの情報は大切である。また、クラスの保護者は「気を遣うて」担任への報告を控えがちだが、むしろエピソードの具体的な状況を担任に伝える」とが、クラスへの具体的な支援につながる、という視点を共有する」とは重要である。

クラス内のトラブルに際して、「〇〇さんは、できないうから（わからないから）、がまんしてあげてね」として、周囲の子どもたちに「理解を求める」という話を

特別支援教育の現在と スクールカウンセラーの役割

安達 潤
北海道教育大学旭川校

特別支援教育の本来的な意味

特別支援教育が始まったのは、平成一九（二〇〇七）年四月である。しかしそれ以前に、特別支援教育につながるいくつかの動きがあった。その直近のものは、平成一三（二〇〇一）年一月に文部科学省により提示された「二一世紀の特殊教育の在り方について——一人一人のニーズに応じた特別な支援の在り方について（最終報告）」である。この報告の中で、「学習障害児、注意欠陥／多動性障害（A D H D）児、高機能自閉症児等通常の学級に在籍する特

のような状態像を示す児童生徒に対する支援は、これまで生徒指導や教育相談、養護教諭やスクールカウンセリングの枠組みで行われてきたものである。すなわち、特別支援教育はその開始時点から、私たちが「障害」として一般的にイメージする知的障害や視聴覚障害、肢体不自由といったタイプの児童生徒をはるかに超え、学校で不適応を示す児童生徒すべてを対象とするべく方向づけられていたのである。

特別支援教育——その五年の経過と現在

以上のように、特別支援教育は本来、不適応状態にある子どもたちを広く受け止める方向性で始まつた。しかし、特別支援教育が旧来の障害概念から解き放たれるには、五年を経た現在においてもまだ十分ではないという感がある。実際、この五年間の初期に多く現れたのは、「医師による発達障害の診断がなければ、特別支援の対象にはできない」という対応である。

一九七八年にイギリスで出された報告書「特別な教育的ニーズ」（通称ウォーノックレポート）は現在の特別支援教育の源流であるが、その中には「医学的観点に基づく障害カテゴリ」は教育的に見てあまり意味がない」という理念が明記されている。また、前述した発達障害の定義の広がりから考えても、「診断がないと支援対象にならない」という考え方には違和感

別な教育的配慮を必要とする児童生徒」という文言が明記された。これにより、「障害の程度等に応じ特別の場で指導」するという特殊教育体制から、「障害のある児童生徒の教育的ニーズを的確に把握し、柔軟に教育的支援を実施」するという特別支援教育体制への転換が始まつたのである。

特別支援教育が始まった当時、先の最終報告に記された障害名は学校現場にとってまだ耳新しく、通常学級に携わる教員の中には、旧来の「場に応じた教育」の感覚から脱することが難しい状況も広く認められた。それと同時に、当時の学校現場では、「特別支援教育の対象はし

さて、ここで確認しておくべきは、発達障害者支援法による「発達障害」の定義である。支援法の「発達障害」は法律・制令・省令の三つで規定され、下位の規定によって、該当する障害カテゴリーが補完・拡張される定義構造となっている。

特に省令レベルの規定には、反抗挑戦性障害や行為障害、分離不安障害や社交不安障害などの情緒障害、選択性緘默や愛着障害などの社会的機能の障害、チックや吃音など環境要因や心理要因の関与が無視できない障害などの障害カテゴリーが含まれている。

ここで少し考えてみていただきたいが、この

がある。不登校は社交不安障害の一つの状態像とも考えられるが、不登校支援に先だって診断を求めることなど、学校現場の常識として考えられないからである。

また、発達障害者支援法の施行に先立つ二〇〇一年に、WHOが旧来の国際障害分類（I C I D H）に換えて提示した国際生活機能分類（I C F）は、障害特性や疾病などその人の健康状況と、その人が生活する環境因子、そして健康状況以外のその人の特徴である個人因子の相互作用の結果として、その人の生活適応状態が現れてくることを示しており、健康状況で記述される診断ラベルが同じでも、環境因子や個人因子のあり方によって生活適応が異なつてくる現実をモデル化している。

実際、ある高機能広汎性発達障害児者の会の本人活動に参加する、比較的健康度の高い当事者の生育歴の調査では、良好な適応を支えた要因として、家族関係の安定性、得意科目があること、ほめられ体験が考えられるという結果が示されている。その一方で、激しい二次障害に陥つて生活不適応をきわめている当事者が少ないことは周知の事実である。つまり、発達障害の状態像はかなり広いパリエーションで現れてくるのである。

そして、この事実は発達障害だけに妥当することではない。たとえば歩行障害のある人が生き活きと日常生活を送ることができるか否かに

D、A D H D、高機能自閉症等である」という理解が一般的であった。

検討されるという状況に、少しづつ近づいていっているのではないだろうか。

転換期における課題——事例を通じて

前述したように、特別支援教育はその本来求められる姿に近づきつつあるようと思われる。しかしまた同時に、ユニバーサル支援の必要性が叫ばれる背景には、通常学級に在籍している「特別支援教育の対象と思われる児童生徒」に、本当に必要な特別支援を届けづらいという現状もあるようと思われる。その典型例は、保護者が「特別支援」に対する強い拒否感をもつてになり、学校の対応に強い不信感をもつていている場合である。

こういったケースでは、保護者が就学以前から子育て困難感や子育て不安を抱いており、子どもの支援ニーズを見据えることに強い不安をもっていることが少なくない。また、これまでの子育ての中で、信頼し安心できる支援を受けた経験に乏しく、周囲とのトラブルの中で疲弊してしまっている、といった状況も認められる。

このような場合、学校からの特別支援の提示によって保護者と学校の関係が崩れてしまい、学校と家庭の狭間で子どもが孤立してしまうこともある。筆者の学校コンサルテーションの経

験においても、このようなケースは稀ではない。以下、このタイプの事例を紹介する。ただし、本事例は複数のケースを統合し、細部を変更した架空事例であることを申し添えておく。

〔事例〕小学四年生男児

授業中に立ち歩く、教室から出ていく、担任教員に反抗的な態度を示す、といった問題のために相談となつた。学校側は、何度も注意して教室にいる意味を伝えても行動が改善しないことで発達障害を疑い、医療機関による投薬治療を期待していた。一方、当該児童は学校では反抗的な発言に終始していたが、帰宅すると「〇〇なことがあって、学校が嫌だ」「先生が僕を差別する」といった発言をしていた。

保護者と担任、特別支援教育コーディネーターとで何度も会議がもたれていたが、議論はかみ合わず、具体的な支援方略を描くには至らなかつた。母親は担任不信を子どもの前で父親に語ることもあり、担任教員は保護者が子どもの実際を偏つて解釈すると管理職に訴えていた。

相談開始後、筆者はスクールカウンセラートとして母親の面談と教員の面談を別々に実施し、双方の思いを受け止める作業を開始した。経過の中で、母親はこれまでの子育ての苦労を、教員は学級經營力への自信喪失を語った。同時に筆者は、双方がとらえる児童の姿から、日常的

ものであろうか。ここまで議論すでに明らかであろうが、それは、転換期における特別支援教育の中で発生していく心理的傷つきを受け止め、関係者の連携体制構築の契機となり、具体的な支援方略の手がかりをカウンセリングの中で収集し、連携体制をベースにそれを実現していく役割であろう。

こういった役割は、スクールカウンセラーがその初期にそうであつたような、病院における心理相談室での臨床などをモデルとしたあり方では実現されないように思われる。特別支援教育におけるカウンセリングには、子どもや保護者、教員が直面する現実的な課題を取り組む視点が必要だからである。スクールカウンセラーが受け止めるべき心理的な傷つきには、こういつた現実的な課題がもたらす側面、関係者間の人間関係がもたらす側面、子どもの学校不適応自体がもたらす側面があり、それらが複雑に絡み合つてゐる。よつて、関係者個々の心理ダイナミクスだけをとらえていたのでは、スクールカウンセリングは成立しない。むしろ、先の諸侧面がどのように絡み合つてゐるかを整理していく作業が求められる。そして絡み合つた糸を解きほぐし、子どもの支援に向かうために現状を眺め直す新たな視点を提示することが必要なのである。

この作業は、それぞれが現実を主観的に体験して記述される困難さをもつ子どもに対する教育的支援技法だけで成立するわけではない。「障害」という言葉からステigma性が払拭されないかぎりは、「支援を試みること」が「心理的傷つき」につながりかねないのである。このことは、現在の特別支援教育が抱える大きな課題であると、筆者は思う。

現在の特別支援教育におけるスクールカウンセラーの役割

さて、現在の特別支援教育において、スクールカウンセラーが果たすべき役割はどのような

に実行可能な支援の手がかりを探り、支援の方針を双方に伝えつつ、保護者と担任教員、管理職と筆者による支援会議の開催を提案した。支援会議では児童の状態像の解釈ではなく、これからの具体策に焦点を絞つた。たとえば、学校で児童が楽しいと感じられる場面を少なくとも一つは設定して、それを担任教員と児童で共有し、児童の帰宅後に母親に学校で楽しかったことを児童から伝えてもらい、その話題を話し合う、といったことである。もちろん、学校での学習課題の達成基準を下げる、離席の許容回数を決めるといったことで、児童を評価するようになった。結果、児童は両者の狭間にいる機会を増やす手立ても講じた。

このような取り組みを通じて、保護者と学校が日常における支援の工夫で連携体制をとれるようになつた。児童は両者の狭間にいる状況を旧来の特殊教育の枠組みでとらえると、「障害児が急増した」という理解(誤解)になつてしまふ。そうではなく、発達障害概念や特

〔文献〕

- (1) 安達潤、萩原拓「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」「精神科医学」二四巻、一二一—一二一七頁、二〇〇九年。

〔あだち・じゅん／特別支援教育学・臨床心理学〕

- Depression in persons with autism: implications for research and clinical care. *J Autism Dev Disord.*, 32(4):299-306.
- Grandin T, Scariano M (1986): Emergence; labelled autistic. Arena Press, Novato (アリバタク ム久ナ語『裁、血脳障害のための』新翻案社) | 丸六川印)
- Heller T.(1908): Über Dementia Infantilis. *Ztschr. f. Erforsch. u. Behandl. des Jungendl. Schwachsinns*, 2:17-28.
- 日本訳「アスペルガーが教後の論文 (1908年)」
ド・ブロードの「アスペルガーの精神疾患」
ナーリングの「アスペルガー」| 丸六川印
(精神障害のアスペルガーハーナリーラー著新たな精神疾患) 丸六川印
- James I(2006): Asperger's Syndrome And High Achievement: Some Very Remarkable People , Jessica Kingsley Pub, London. (神経学の話 トム・ペニヤーの偉人だら) アスペルガーハーナリーラーの偉人だら) | 丸六川印 | 1000円
- Kanner L. (1943): Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 2 : 217-250.
- 日本訳「アスペルガーハーナリーラーの先駆一血脳障害精神疾患」
ナーリングの「アスペルガーハーナリーラーの精神疾患」
『精神のハンドブック』| 丸六川印 (精神障害のアスペルガーハーナリーラー著) 丸六川印 | 1000円
- Kolvin I. et al. (1971):Studies in the childhood psychoses. I-IV. *Brit J Psychiatry* 118 : 381-417
- Kraepelin E.(1899): Kompendium der Psychiatrie. A. Abel: Leipzig, 6 Aufl.
- Losh M, Piven J.(2007):Social-cognition and the broad autism phenotype: identifying genetically meaningful phenotypes. *Journal of Child Psychol-*

- ogy and Psychiatry
- Marcus, G(2004): The birth of the mind. Basic Books, Cambridge. (大陸典子訳『心を生みだす』翻訳本) | 1000円
- Micali N, Chakrabarti S, Fombonne E(2004): The broad autism phenotype: findings from an epidemiological survey. *Autism*, 8(1):21-37.
- 日本訳「広汎型精神疾患『心を生みだす』翻訳本) | 丸六川印
- Potter HW.(1933): Schizophrenia in children. *Am J Psychiat.*, 12: 121-134.
- Ritvo ER, Spence MA, Freeman BJ, Mason-Brothers A, Mo A, Marazita ML. (1985): Evidence for autosomal recessive inheritance in 46 families with multiple incidences of autism. *Am J Psychiatry* 142(2):187-92.
- Rutter M, Rockyer, L.(1967): A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis. I, description of sample. *Brit J Psychiatry*. 113: 1169-1182.
- Schutten NS (2006): Epigenetics of autism spectrum disorders. *Human Molecular Genetics*, 15, R138-150.
- 日本訳「アスペルガーハーナリーラーの精神疾患」
ナーリングの「アスペルガーハーナリーラーの精神疾患」
『精神のハンドブック』| 丸六川印 (精神障害のアスペルガーハーナリーラー著) 丸六川印 | 1000円
- Wing L. (1981): Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine* 11 : 115-129.
- 日本訳「近藤達也著『アスペルガーハーナリーラーの精神疾患』」『児童青年精神医療』の近接領域』| 丸六川印 | 1000円
- Virkud Y, Todd RD, Abbacchi AM, et al. (2008): Familial aggregation of quantitative autistic traits in multiplex versus simplex autism. *Am J Medical Genetics part B* 150B:328-334.
- Williams D (1992): Nobody nowhere. Transworld Publishers Ltd, London. (戻歸の翻訳『血脳障害の癡能』) | 丸六川印
- Wing L. (1981): Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine* 11 : 115-129.
- 日本訳「近藤達也著『アスペルガーハーナリーラーの精神疾患』」『児童青年精神医療』の近接領域』| 丸六川印 | 1000円
- Tanguay PE, Russell AT(1991): Mental retardation. In Lewis M ed. *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. pp508-516, Williams & Wilkins, Baltimore.
- 日本訳「近藤達也著『アスペルガーハーナリーラーの精神疾患』」翻訳本) | 丸六川印

Multivariate Polygenic Models with Ascertainment Adjustment . American Journal of Human Genetics, 76(1), 89-81.

Tanguay PE, Russell AT(1991): Mental retardation. In Lewis M ed. *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. pp508-516, Williams & Wilkins, Baltimore.

日本訳「近藤達也著『アスペルガーハーナリーラーの精神疾患』」翻訳本) | 丸六川印

日本訳「近藤達也著『アスペルガーハーナリーラーの精神疾患』」翻訳本) | 丸六川印

日本訳「近藤達也著『アスペルガーハーナリーラーの精神疾患』」翻訳本) | 丸六川印

クトラムにおいて共通の多因子遺伝素因があると考へられる。問題は双極性障害である。筆者は、自閉症スペクトラムにおいて双極性障害に展開する例に、重度の知的障害と子じゅ虐待の既往などが多く見られる。とかい、双極性障害への発展にはトライアとして括れる環境的因子が働いている可能性を指摘した(杉田 110-1)。そもそも複雑性トライアの症例が統合失調症や双極性障害に誤診されるのはしばしばあり、これの疾病の異同を巡る検討は、今後の発達精神病理学の視点からの研究を待つ状態である。

アスペルガー症候群は消えるのではなし近年に行われた懸念調査では、一貫して現在の診断基準を用いた結果、約10%の確率が高いのは ADDO のとなる。つまり非定型群が最も頻度が高くなっている。これは診断基準がおかしい」と他なり、「この M-IV のように ICD-11 における伝染性発達障害からの自閉症スペクトラム障害に移行する理由は、自閉症スペクトラム障害による連続体として、この一群の発達障害を規定する必要になつたからである。自閉症スペクトラム障害において、その診断基準からはずれる場合の三つ組のうち、口語リカーハラジ

害が社会性の障害に吸収される形で消える。つまり自閉症スペクトラム障害は従来のアスペルガー症候群の「回」の診断基準である。自閉症概念そのものが、アスペルガー症候群に乗つ取られたところの「」の「」を指している。

ハンス・アスペルガーが戦争のなか、回

僚のユダヤ人医師が次々と亡命し、今は殺

われ、障害児や精神疾患の患者が殺されてしま

く状況においてまとめた地道な臨床から昭和

上げた一群の性格的偏りを有する児童の報告

は、半世紀以上を経て、その背景となる生物

学的因素が徐々に明確になり、その臨床的慧

眼の正しさがむしろ証明されるに至った。子

どもの「だれに何からかわかれねが、ハン

ス・アスペルガーの名が叫ばれると決して

なことであらう。

Bartak L, Rutter M, Cox A. (1977): A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorders. III. Discriminant function analysis. J Autism Child Schizophr. 7(4):333-96.

Bauman M, Kemper TL. (1985): Histoanatomic observations of the brain in early infantile autism. Neurology. 1985 Jun;35(6):866-74.

Bemporad JR (1979). Adult recollections of a formerly autistic child. J Autism Child Schizophrenia. 9 : 179-197.

Bleuler E. (1911): Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenen. In: Handbuch der Psychiatrie.(Hrsg.G. Aschaaffenburg). Spezieller Teil 4 Abteilung 1 Hafte. Franz Deuticke: Leipzig and Wien. (坂井謙「精神疾患」改承譲 訳『精神疾患または精神分裂疾患』医学書院 1974年)

Cox A, Rutter M, Newman S, Bartak L. (1975): A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder. II. Parental characteristics. Br J Psychiatry. 126: 146-59.

De Sanctis S.(1906): On some variation of dementia praecox.(In, Szarek,S.A., Berlne, I.N. (1973);Clinical Studies in Childhood Psychoses. Brunner and Mazel, New York)

Fitzgerald M(2005): The Genesis Of Artistic Creativity: Asperger's Syndrome And The Arts. Jessica Kingsley Pub. London. (坂井謙「アスペルガーリー症候群の大やだらー症候群と創造性」翻訳 1100年.)

- [文庫]
- Asperger H. (1944): Autistisch Psychopathen im Kindesalter. Arch Psychiatrie. 177: 76-137.
- Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U.(1985) : Does the autistic child have a "theory of mind"? Cognition. 21(1):37-46.
- Bartak L, Rutter M, Cox A. (1975) : A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder. I. The children. Br J Psychiatry. 126:127-45.
- Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Greden J.(2002):