

## 自閉症と精神医学

(1996.3.9.「96 京都科障研自閉性障害研究講座 in 與謝」での講演を加筆修正)

京都市児童福祉センター  
門 眞一郎

今日は「自閉症と精神医学」というテーマを与えられましたので、精神科医が最近、自閉症というものをどうふうにかかっているのか、とらお話をしようと思います。

純粋に精神医学の領域では、自閉症に関して、このところ画期的な研究成果はあがっていないと思います。むしろ、TEACCHに代表されるような教育の領域での成果、それから今日少し触れますけれども発達心理学の領域での成果、つまり「心の理論」に関する研究が、最近急速に進展しています。それに比べると精神医学とらか医学の領域での自閉症研究には、遺伝学的研究以外にはあまり見るべきものはないというのが私の感想です。ですが、今日は、精神医学の領域で自閉症はどのように扱われているのかということも含め、さらに精神医学に限らず、教育とか心理学にも話を広げてお話ししたいと思います。

### 自閉症の位置

#### カナとアスペルガー

最初に大切な話ですが、自閉症というのを精神医学の領域ではどうふうにかかっていたか、とらことについてちょっと触れておきたいです。ご存じのように自閉症という障害についての報告は、およそ50年前、1943年にアメリカでカナ - という精神科医が11例のケース報告をしたことで始まっています。翌1944年にオ - ストリアの精神科医ではなく小児科医のアスペルガー - という人が「自閉性精神病質」という名で、やはりケース報告をしました。当時は第2次世界大戦中ですので、カナ - もアスペルガー - もお互いの仕事については全く知らないまま(1年の差でカナ - の方がプライオリティを持っているのですが)、立て続けに「自閉」という言葉を使って、子どもの障害に関するケース - レポートを行なったという因縁で始まっています。

その後、アスペルガー - の仕事に関しては、英語圏では顧みられることはなかったのです。英米の精神科医にしる、自閉症関係の専門家にしる、ドイツ語やフランス語の文献はあまり読みませんので、アスペルガー - の仕事に関しては、あまり注目されなかったのです。アスペルガー - の仕事が注目されたのは、十数年くらい前のことだと思っておりますが、イギリスの精神科医のロ - ナ・ウィングという人が(この方のお子さんは自閉症で、ウィング自身永らくイギリスの自閉症協会の副会長を務めていた方です)、アスペルガー - の仕事を再認識して、「アスペルガー - 症候群」という名前の論文を1981年に発表しました。それから英語圏で次々にアスペルガー - 症候群に関する研究が進展して、現在に至っています。アスペルガー - 症候群と呼ばれる子どもと、カナ - に始まる「幼児自閉症」あるいは「小児自閉症」といわれる子どもが同じ障害なのかどうかということに関しては、まだ決着がついていません。ついていませんが、ウィングの考えは、自閉症もアスペルガー - 症候群も同じ種類の発達障害という考え方です。

## ウィング

ウィングは自閉症を1つの連続体として考えるのです。ですから極端に言えば、きわめて正常に近い、健全に近い、自閉的な特徴をわずかに持つ子どもから、典型的なカナ - 型の自閉症まで、連続する1つのスペクトラム(連続体)というふうに考えます。Autistic Spectrum という語を使っています。自閉症という1つの連続体、片方の極に典型的なカナ - 型の自閉症がある。もう一方の極にいわば自閉的傾向と言える状態がある。その間連続しているというわけです。ですから、この連続体の中にはいろんな子どもがいる、と。その中には比較的健全に近い自閉症もあれば、典型的な自閉症もある。その中の比較的健全に近い辺りにアスペルガー症候群の子どももいるという考え方です。

アスペルガー - 症候群というのは、自閉症と同じ対人関係の発達障害を持っています。それから自閉症と同じような「こだわり」があります。ただ、カナ - 型の自閉症と違う点は、言語発達に大きな遅れがないということと、知能水準が正常範囲内あるいはそれ以上だということです。自閉症というのは、だいたい4人に3人までが同時に知能水準が精神遅滞のレベルです。ですから、IQ(知能指数)またはDQ(発達指数)で70以下の自閉症の人がだいたい4人中3人までを占めています。ですから、残る4人に1人は知能水準が正常範囲内(優秀知能を含めて)で、その中にアスペルガー - 症候群も含まれていると考えればよいでしょう。

最近自閉症でIQ70以上の子どもを特に区別して、「高機能自閉症」と呼ぶことが増えてきています。高機能自閉症と呼ぶ場合も、人によって多少意味が違うのですが、だいたい最大公約数をとるとIQ70以上、要するに精神遅滞がない自閉症が高機能自閉症ということになります。ですから、ウィングの考え方でいけば、高機能自閉症の中で更に言語発達に遅れのない子どもがアスペルガー - 症候群ということになります。

そういうふうに、自閉症の中を細分類して、高機能自閉症とかアスペルガー - 症候群というふうな名前が最近よく使われるようになりました。ですが私は(ウィングの考え方に賛成なのですが)、自閉症というのは1つの連続体と考えて、例えばアスペルガー - 症候群とかカナ - 型の自閉症とが質的にどこかでくっきりと分かれているというふうに考えなくてもいいのではないかとこのように思っています。ですから、どちらともいえないような境目の子どもも当然出てくるだろうと思います。今日お話しする「自閉症」は、もちろんアスペルガー - 症候群も高機能自閉症もひっくるめて、広い意味での自閉症、従来例えば「自閉的傾向を持っている子ども」というふうな呼ばれ方で自閉症とは区別して呼ばれている子どももすべて含めた「自閉症」というふうに考えてください。

それに関連して、従来から「自閉的傾向」というような言われ方をして、自閉症とは名付けない、あるいは名付けにくい子どもが必ず養護学校にもいると思うのですが、最近の、特にWHO(世界保健機関)が出しているICD - 10という診断分類では、このような場合に「非定型自閉症」という名前が使われています。従来わが国で自閉的傾向といわれてきた子どもがICD - 10に則れば、ほぼ非定型自閉症に相当すると思います。ですから、ここでは、典型的な自閉症も、非定型自閉症もアスペルガー - 症候群もひっくるめて広い意味で「自閉症」というふうに考えたらいいだろうと思います。(正式には、こういう場合、「汎性発達障害」という表現をします。)

## 自閉症の診断基準

まずWHOの国際疾病分類第10版(ICD - 10)による児童期自閉症の診断基準に触れておき

たいと思います。

WHO の ICD-10 の診断基準：児童期自閉症 (Childhood Autism)

1. ごく正常に発達する時期が発症前に存在するという事は普通はないが、ある場合でも、その正常な発達期間は 3歳を越えることはない。
2. 相互的対人交流の質的な異常が常に存在する。これらは、対人的・情動的な手がかりがうまく理解できないという形をとる。すなわち、他者の感情に反応できない。対人的状況に応じて行動調整ができない。対人的信号をうまく使えず、対人的・情動的・意思伝達の行動の統合が下手で、特に対人的・情動的相互性に欠けている。
3. 同様にコミュニケーションの質的異常が必ず認められる。すなわち、もてる言語スキルを対人的に用いることができない。ごっこ遊びや対人的な模倣遊びがうまくできない。会話のやりとりと同調性や相互性を欠いている。言語表現に柔軟性が乏しい。思考過程に創造性や空想性があまりない。他者からの言語的および非言語的な関わりへの情動反応に欠ける。コミュニケーションを調整するために抑揚や強調を変化させることができない。話し言葉によるコミュニケーションに際して、強調し、意味を補ったりするためにジェスチャーを用いないなどである。
4. 行動・興味・活動のパターンが貧困で反復常同的なことも自閉症の特徴である。すなわち日常の活動の様々な面にわたって柔軟性のないルーティン (決まった手順や日課) を押しつける傾向、これを慣れ親しんでいる習慣や遊びのパターンだけでなく、たいていは新しい活動にも押しつける。特に児童期前半には、普通は愛着をもちそうにない物への特別な愛着がみられることがある。よくあるのは柔らかくない物への特別な愛着である。子どもたちは、独特のルーティンを無益な儀式のように実行することに執着することがある。これらは日時道順あるいは時刻表などの関心事への常同的な執着のこともある。しばしば常同的な運動がみられる。物の無用な性質 (その匂いや感触など) への特別な関心はよく認められる。そしてルーティンや個人的な環境の細部の変化 (家の中の置物や家具の移動によるなど) に対する抵抗がみられることもある。

1から4までをそろえば「児童期自閉症」、あるいは「小児自閉症」という診断になります。1番目は発症年齢です。その症状があるいは障害が出てくる年齢ですが、これが3歳までという基準です。これはカナ - のときは、およそ1歳までに発症するとされていましたが、その後いろいろな診断基準で少しずつ年齢が上がっていきました。現在1番新しい診断分類には、WHOのICD-10とアメリカ精神医学会のDSM-IVがあります。どちらも同じような自閉症の診断基準を採用しています。

症状とらわ障害の特徴が2から4までの3つです。ですから特徴としては、この3つがそろえば、児童期自閉症ということになります。2というのは、対人関係の発達障害です。人と人との関係がつきにくい、視線が合わないということからはじまって、相手の気持ちが理解できないとか、そういうことを含めたいわゆる対人関係がつきにくいという問題。

それから(2つ目の)3はコミュニケーションの発達障害です。コミュニケーションの発達障害のなかでも一番障害が重いのは、話しことばをしゃべることと理解することですが、話しことば以外にも

身ぶり、表情なども含めた広い意味でのコミュニケーションに障害が出てくるということです。

4(3つ目)はいわゆる「こだわり」でこれは子どもによって千差万別、いろんなこだわりが出てくるのですが、行動や興味や活動パターンが常同的であるとか強迫的である、というものです。

ですから2から4までの3つが3歳までに出てくれば、ICD-10では「児童期自閉症」という診断になります。この4つの診断基準のすべては満たしていないという場合には、「非定型自閉症」とICD-10では呼ばれています。ですから3つの主な症状はあるけれども、それは3歳以降に出て来たとか、あるいは3歳までに発症したけど、こだわりがそれほどきつくない、という場合には非定型自閉症と呼びます。

このようにICD-10の非定型自閉症の診断基準というのは、この4つのうちどれでも3つそろえばいいということなのですが、対人関係の発達障害だけは絶対欠かせないのではないかと思います。この対人関係の発達障害がなければ、自閉症という印象を全然受けないだろうと思います。非定型自閉症とは、対人関係の障害があるが、他の3つの基準が完全にはそろっていないという場合だと私は考えています。そういうふうに理解したほうがいいと思います。

ICD-10では、この児童期自閉症、非定型自閉症、アスペルガー症候群というのを区別し、それから更にお聞きになったことがあるかもしれませんが、レット症候群というものもあります。(レット症候群というのは、たいてい小児科の方へ行くことが多いので、私はレット症候群という診断はつけたことはありません。)これらをひっくるめて、「広汎性発達障害」というような大分類の言葉が使われます。その中に児童期自閉症やアスペルガー症候群や非定型自閉症があるということなのです、ICD-10では。

ですから、今日ここで自閉症という場合、中味は広汎性発達障害に近い使い方をします。非定型自閉症もアスペルガー症候群も含めて同じように考えたいと思います。それらも含めて、広い意味で自閉症が、これまでどのように考えられてきたかというところ、情緒障害という考え方、それから次に精神病という考え方、それから現在の発達障害という考え方、と位置づけは大きく変遷してきました。

## 自閉症の原因について

### 情緒障害説

カナ-が報告してからしばらくの間というのは、自閉症は情緒障害であると考えられて、つまり、周りの環境に原因があって、たとえば親の育て方が良くないとか、あるいは子どもの環境上のストレスが非常に大きいということがあって、そのために子どもが自閉的な症状を出すのだと言われ、場合によってはそれが一種の防衛反応であるという言い方をされたこともあります(現在でもまだそう考えている人が若干いますけれども...)。自閉症の原因はまわりにあるという考え方です。ですからそういう周りにあるストレスをなく、情緒を解放してやればよくなるという治療方法、治療方針に当然行きつくわけです。ですから自由な遊戯療法ということが一番の治療法になっていた時代です。しかしこれは、いろんな実験結果からも反論されましたし、あるいは家庭調査とか家族調査によっても、それを支持するような所見というものが出てこなかったのです。カナ-が一番最初に報告したときに、自閉症の子ども親というのは、非常にクールな親が多くて、子どもとの共感性に乏しい。育児日記なんかもしかしたら宛明に書いていて、行動観察のような日記であって、親がつけているような日記の気がしないなどということがありました。ところがその後、自閉症が注目されるよう

になって、自閉症のケースが増えてくるに従って、たいていの親にはそんな偏った問題はないということが明らかになったのです。

それからもう一つは、特に非常に大きなストレスにさらされている子どもが自閉症になるかという、そうではないのです。一番典型的な例は、虐待を受けた子どもですが、そういう子どもが自閉症になるかという、そうではないのです（自閉症であるが故に虐待を受けることはあるにしても、例えばドナ・ウィリアムズの自伝「自閉症だったわたしへ」（新潮社）をご覧ください）。つまり非常に育てにくいために、虐待を受ける場合がありますが、虐待をしたために自閉症になるということはないのです。結局、情緒障害説というのは、だんだん衰退していったわけです。

#### 精神病説

それを取って代ったのが精神病説です。分裂病とらと普通 10 歳以降にならないと出てきませんけれども、その分裂病が非常に早い時期に始まると自閉症になるという考え方です。こういう考え方から出てくる治療法というのは、精神分裂病と同じ治療法になるわけで、当時は電気ショック療法。それからちょうど精神科治療の場に薬物が出てきはじめました。抗精神病薬が使われた時代はだいたい 1950 年代から 60 年代にかけてのことです。しかし分裂病の親から自閉症の子どもが出てくることは特に多いわけではないし、自閉症の子どもの家系を調べて分裂病が多いわけでもない。一方、分裂病の人の家系を調べれば分裂病の人がある程度一般の家系より多いのです。

それから自閉症の子どもは大きくなってどうなるか。つまり 1943 年に初めて症例報告があったわけですから、自閉症の子どもが大人になったらどういう状態になるかというのは、その当時からかなり年月が経たないとわからなかったわけです。大人になった自閉症の人についていろいろわかるようになってから、自閉症の人が大人になったときに分裂病とおなじような状態になるかという、そういうことはまずないということが明らかになりました。そういったことから精神病説というものだんだん衰退していったのです。

#### 発達障害説

その後出てきた説が発達障害という説で、これが現在でも続いていますし、私もそう考えています。対人関係やコミュニケーションの発達障害を主な特徴とする、心理発達上の障害という考え方です。ですから、ここから出てくる治療法は当然発達を促していくということと、持っている力をのばしていくということと、その障害から生じる二次的な問題を予防するということになります。その際、自閉症特有の対人関係とかコミュニケーションの障害に関して、それが補償できるような別のやり方とか生き方はないか。それを探そうという考え方が出てきます。その代表例は TEACCH だと思います。あとで TEACCH に関して少しお話をすることにしましょう。

そういうふうに、自閉症というのは情緒障害から精神病、そして発達障害というふうに捉え方が変わってきました。

#### 自閉症研究の最近の動向

次に、心理学や医学の領域ではどんなことが最近のトピックになっているかということをお話したいと思います。

## 心の理論

まず心理学の方ですが、心理学（および児童精神医学）の領域で最近一番トピックになっているのは、「心の理論」です。「心の理論」というのは、theory of mind という言葉を訳したものです。何かわかりにくくて、他に何かいい訳はないかとここに来るまでにいろいろと考えてみたのですが、いい言葉が思い浮かびません。「心の読み方」というふうな意味なのです。だから、theory of mind を言い換えて、mind reading というふうに呼んでいる文献もあります。要するに「相手の心を読む」ということなのです。「相手の気持ちがわかる」、「相手の考えがわかる」ということなのですが、そのためには、相手の人にこう言ったり、こうしたりしたら、その人は「こういう気持ちになるのではないか」とか、あるいは「次はこういうことをしたいのじゃないか」とか、「こういうことがしたいのじゃないか」ということを推測できなければなりません。

そういう「推測の理論」というと大袈裟ですけれども、推測の仕方あるいは相手の気持ちの読み方、そういったものは、生まれた直後には当然ながらほとんどないわけですから、だんだん発達していくわけです。そして自閉症の子どもでは、その「心の理論」というか「心を読む」ということに関しての発達が障害されているというのです。

## 心の理論のテスト

「心の理論」を調べるための問題は、いろいろなものがこの数年の間に考えだされてきましたけれども、一番最初に使われたのは「サリー- とアンの課題」という問題です。サリー- という人形とアンという人形を使います。どっちがどっちか忘れましたが、片方の女の子がビー玉をバスケットの中に入れる。そしてその子は外出するわけです。それを見ていた別の女の子がそのビー玉を取り出して、別の所へ移すわけです。そうすると、出ていった子が戻ってきた時に、その子はビー玉はどこにあると思うか、どこを探すかということを探ねる問題なのです。正解は、最初にその子自身が外出する前に入れたバスケットを探すというものです。しかし今はそこにはないわけです。自閉症の子どもはたいていその問題に正答できない。今、本当にある場所を答えてしまうのです。

このサリー- とアンの課題が一番最初に使われた問題なのですが、健常児でも3歳では答えられない。今実際にある場所を答えてしまう。しかし4歳になると過半数の健常児が答えられる。ところが自閉症の子どもでは、発達年齢が4歳代であっても答えられない。その「心の理論」というのが自閉症の子どもには欠けているということが注目されるようになりました。その後、「心の理論」のいろんな問題が作られ、新しい問題を作ってはテストをし、それが一つの論文になるという形で、ここ数年次々に論文が出て来るのです。去年1年間に「心の理論」に関して出てきた論文をざっと眺めてみると、去年の成果は、言語性の知能との関係が重要であるということのようです。自閉症の子どもで「心の理論」課題にパスするためには、言語性の知能が健常児の知能の2倍以上要る、つまり健常児だと4歳で過半数パスするのですが、8、9歳の言語年齢にならないと自閉症の子どもはパスしないということで、言語性知能との関係が特に注目されるようになりました。それから聴覚障害の子ども、聾の子どものでもこの「心の理論」の発達障害があるという論文が去年出てきました。そういったところが心理学、発達心理学の面での最近のトピックスです。

この「心の理論」の発達に問題があるために、つまり「心の理論」が育っていないために自閉症の症状がいろいろと出てくるというふうなことも最初は言われていましたが（今でもそういう線で話が進んでいるのかもしれませんが）、私はちょっとそれはおかしいのではないかと思います。「心の理論」が自閉症の基礎障害というふうに考えるにはちょっと問題があるのではないかと思います。対人関係の発達障害の1つの現われ方として「心の理論」の問題があるというふうに考えた方がいいのではないかと思いますけれど、私自身これを研究しているわけではないので、これは単なる私

の推測です。健常児であっても4歳まではまだ獲得できていないわけですから。例えば3歳の健常児に「心の理論」がないからといって、その子が自閉的である、というわけではないのですから。自閉症というのはもっと前から始まっていますので、「心の理論」がその原因というふうには考えにくい。結果の1つだろうというふうに私は考えます。

#### 遺伝学的研究と広域表現型

それから精神医学の領域で自閉症に関して、最近精力的に行なわれているのは遺伝学的研究です。確か1970年代の報告だと思うのですが、一卵性双生児の方が二卵性双生児よりも、自閉症の一致率がはるかに高いのです。しかし遺伝的な要因が絡んでいるだろうというようなところで当時はこの話は終わっていたようなのです。ところが1990年代に入ってから再び脚光を浴びてくるようになりました。これは遺伝学的研究の方法、特に他の精神疾患の遺伝学的研究方法が新しく開発されてきたことの影響だろうと思いますけれど、再び遺伝の問題が注目を浴びてきました。

次にあげました、去年(1995)のベイリーらの研究報告は非常に重要な報告だろうと思います。

	自閉症	認知・対人関係の異常
一卵性双生児(一致率)	60%	92%
二卵性双生児(一致率)	0%	10%

自閉症というものを厳密に、さっきのICD-10の児童期自閉症だけに限定しないで、もっと広く非定型自閉症も含めて、あるいは自閉症と共通するような認知障害の特徴を持っているとか、あるいは言語発達の障害を持っているとか、そういう場合も含めてブロード・フェノタイプ(broader phenotype)という言い方が登場してきました。たぶん最近出てきた言葉なのでしょう。ですから、ちゃんと決まった訳語があるのかわかりませんが、仮に「広域表現型」としておきましょう。自閉症的特徴の現れ方をもっと広く取るということです。だから自閉症周辺の障害も含めて、そういうものがどれくらい一致しているかという点で洗い直してみると、一卵性双生児では92%、二卵性双生児で10%の一致率となり、狭く自閉症だけで比較した場合とは随分と数値が変わってくるのです。それで遺伝的な要因というものに関して、最近再評価されてきているのです。

#### 疫学研究と有病率

それともう一つは、自閉症の人の数はどれくらいかという研究があります。自閉症というのは従来は子ども1万人につき3人くらいという有病率がずっと報告されてきていたのですが、1980年代の後半あたりから出てきた報告では1ケタ上がってきたのです。1000人に1人ないし2人という報告が増えてきました。日本でもいくつかそういう報告が出ています。1000人に2人という数は、500人に1人という率になります。ところが兄弟姉妹の中ではどれくらいの有病率かを調べると、50人に1人ということがわかったのです。10倍です。実際にはある1組の両親の子どもに兄弟姉妹が50人もいるということはないので従来気がつかなかったのですが、自閉症の子の兄弟姉妹の中でその割合を調べてみると、50人に1人の有病率になっていることがわかってきました。そういう点でやはり遺伝的な要因が注目されだしました。ただしこのことは自閉症は遺伝病であるということを行っているのではないのですよ。つまり自閉症そのものが遺伝しているということではないのですが、原因の1つに遺伝的な要因も絡んでいるだろうと考えられるようになってきているということなのです。この研究からもう一つ言えることは、問題を自閉症に限定しないで、もう少し周辺も含めて考えていく必要があるということです。

## 脳の生物学的研究

それからもう1つ医学の分野で行なわれている研究は、脳そのものの形とか働き具合を探っているという研究で、去年1年間(1995年)に出ている論文の中でこれに関係するものを見てみると、次の3つがあります。

### MR Iによる脳の形態学的研究

- 脳のサイズが大(脳組織と側脳室が大きいため)(Piven et al., 1995)
- 脳幹と小脳が小(Hashimoto et al., 1995)(資料5a参照)
- 脳梁後部が小(頭頂葉の異常)(Egaas et al., 1995)

MR Iという装置で脳の構造が非常にはっきりと写真に撮れます。こういう機械が開発されて、それで自閉症の子どもを調べた結果、そこにあげた3つの報告、脳のサイズが大きいとか、脳幹と小脳が小さいとか、脳梁という脳幹の一部ですがその後ろの部分が小さいという報告が出ています。MR Iというのは磁力を使って体の内部の構造を調べる装置ですが、それ以前は放射線を使ったCTスキャンという装置が、よく使われていて、自閉症の子どもの脳は大きいとか、左右差があるとか、いろんな報告がされました。

自閉症の原因はわからないので、新しい検査方法が出ると必ず自閉症の子は検査され、その結果論文がひとつ出来上がる。それが特に大学に勤務する精神科医の常套手段です。しかし、そういう研究は、たいてい後から別の研究者が追試すると否定されることが多いのです。こういう結果が出たと誰かが発表しても、他の人が同じことをやると、そうでないということになりがちなのです。CTの場合もそうでした。結局CT研究で自閉症に関して何が残っているかというところ、現在は何も残っていないと言ってもいいくらいなのです。しかも、否定的な結果が出た場合、それが論文になることは稀です。

MR Iの場合も、たぶん似たようなことになるのではないかと思うのです。ただし小脳が小さいというのは、比較的最近注目されていることです。しかし、気をつけなければいけないのは、この3つ目の、脳梁部が小さいというような研究発表も、実は自閉症の人を対象にして検査しているのですが、精神遅滞がある自閉症の人、ない自閉症の人もひっくるめて検査した結果なのです。自閉症の医学的な検査や研究で(心理学的検査でも一緒ですが)、自閉症の特徴はこうこうだと言われるときに、1つ気をつけなければいけないのは、精神遅滞の問題です。精神遅滞と関連しているものを、自閉症と関連しているというふうに誤って解釈する場合があります。このことをちゃんと区別して、精神遅滞のない自閉症の人に関してだけ検査するとか、精神遅滞のある自閉症の人とない人とを両方検査して比較するとか、自閉症ではない精神遅滞だけの人も比較するといったことをしないと、本当に自閉症と関係あるのは何かというのがわからないのですね。

しかし、そういう点に無頓着に、新しい検査方法が出てきたので、自閉症の子どもに使ってみたら、かくかくしかじかの結果が出たから論文にして発表する。そういう無節操なことが後をたたないので、私はすごく腹が立つのです。子どもにとってはいい迷惑ですよ。研究材料にされる子どもがいい迷惑だ。MR Iの場合は放射線を使っていないのでまだましですが、ちょっと前までは放射線を使うCTスキャンでそういうことがどんどん発表されていました。そのために放射線を浴びた子どもの将来をいったいどう考えているのか、と非常に腹が立つのです。そういう研究が医学の領域では行なわれていますが、今のところいわゆる生物学的研究(脳そのものを相手にして、脳の形の異常とか脳の働き具合の異常とかの研究、たとえば放射性同位元素を使って、脳のどの部分のブドウ糖の消費量が減っているのか増えているのかということを計算して調べるような研究)、そういう



研究が一番デ - タが出しやすく論文を書きやすいので、精神科医の中ではその種の研究をする人が増えているというのが最近の傾向です。しかし今のところ、めぼしい成果はないと言っていいと思います。

最近の研究動向で注目されるのは、少なくとも去年(1995年)の成果を見た限りでは、「心の理論」の研究と遺伝学的研究、そのふたつくらいだろうと思います。

#### 自閉症の予後

それから自閉症の子の予後、つまり将来がどうなるかということですが、何しろ自閉症の症例報告が最初に行なわれたのが半世紀前ですので、比較的新しい問題です。ですが、大人になったら自閉症の子どもたちはどういう状態になるかということについては、なかなか報告が出なかったのです。それに、自閉症の子が年をとって老人になったときに、どうい問題が出てくるのかというようなことは、まだ誰も報告してないだろうと思います(私が読んでいないだけかもしれませんが)。

最近の神奈川の佐々木正美さんの報告は(1993)、以下のような結果ですが、公教育を終えた後の進路という点では、少なくとも20年くらい前と比べれば、入所施設に入る人が激減しているということが云えます。

#### 学校教育を卒業した111人について

作業所通所	31(27.9%)	企業就職	21(18.9%)
更生施設通所	22(19.8%)	大学	3(2.7%)
授産施設通所	11(9.9%)	専門学校	3(2.7%)
訓練施設通所	3(2.7%)	在宅のまま	3(2.7%)
居住施設入所	14(12.6%)		

いろんな場所に通所している人が増えている。これは、単にそういう場所が増えたということが一番大きな要因だと思います。つまり少し前までは、通所できる施設がなかったので、やむをえず入所施設を選んだということがあると思います。

#### TEACCHについて

さらに将来のことについては、TEACCHが非常にいい結果を出しています。これは、私がTEACCHに注目している理由の1つです。95%以上が家庭やグループ・ホームで暮らしながら、地域社会で生活できているということです。それともう1つは、TEACCHというのは、もう30年経っているのです。30年間の歴史の検証に耐えている治療法というのは、そうそうないですね。そういう点でもかなり、TEACCHというのは信用してもいいのではないかと思います。何と言っても最大の理由は、自閉症の子の障害の特徴をちゃんと理解して、それに応じた手を打っているという点で、非常に考え方が理にかなっている点です。私はその点が一番気に入っています。では残りの時間で少しTEACCHの話をしてしたいと思います。

TEACCHというのは、30年前にアメリカ・ノースカロライナ州のノースカロライナ大学精神科で、シヨプラ - という人たちが開発した、自閉症も含めたコミュニケーション障害の子どものための療育や教育のプログラム(システム)です。これは単なるテクニックではないのです。〇〇技法、TEACCH技法というようなことではありません。技法としてはいろんな技法を取り込んでいます。その中

の1つに行動療法もあります。TEACCHというのは、そういうものも取り込んだ、1つの教育、療育、それから就労も含めた包括的なシステムです。福祉、教育、医療、労働のシステム、すなわちひとつの行政施策体系なのです。ノースカロライナ州は、州全体でこういうシステムでのケアをしているということなのです。

## TEACCHの理念

1) 自閉症の障害の本質は中枢神経系の器質的な問題である。

TEACCHの基本的な考え方を6つばかりあげますと、1つは「自閉症の本質は中枢神経系の器質的な問題である」ということです。これは要するに情緒障害ではないということです。脳の働き具合、脳の発達に原因があるだろうということで、環境上の、例えば子育ての仕方が悪いといったことではないということです。

2) 療育は親（家族）と専門家が密接に協力し合って行なう。

それから2つ目は、TEACCHの非常に大きな特徴の1つですが、親と一緒に教育や療育をしていく。親との連携、協力が欠かせないことです。つまり、子どもは学校に行っている間は、学校の先生が相手をするわけですし、家に帰れば親が相手をするわけですから、どちらか片方だけでは単純計算でも当然効果が半減するということになります。京都でも、親と学校とが絶えず連絡し合いながら一緒に教育しているかという、なかなかそうは言いきれないだろうと思います。

3) 療育者はスペシャリストを超えたジェネラリストになる。

要するに1つの、自分の専門の中に閉じこもっていると、それ以外のことは私にはわからないから、あそこに行ってくれ、とらぶうな形でたらい回しにされることにもなる。それでもいろいろなどころの結果が集約されて、ディスカッションされて、ちゃんと子どもに還元できるようなことであればまじいいのですが…。いろんなところを回ったけれども、その間の連携が全然なくて、親があっちではああ言われ、こっちではこう言われる、というようなことが起こり、親は混乱してしまう。そういうことがないようにするわけです。ですから、自分の専門は専門としてあるわけですが、その周辺のことに関しても一定程度は自閉症に関する基礎知識を持っておかなければいけない、ということです。

4) 療育プログラムは包括的に調整する（空間的ひろがり）

これは、どこにいても同様なやり方で教育や療育が受けられることです。学校を変っても、あるいは引っ越ししても、その州の中であれば問題はない。

5) 人生全般にわたって支援する（時間的ひろがり）

それからもう1つは「時間的なひろがり」。人生全般に渡って支援していく。極端に言うと、生まれて、診断のついた時点から、大人になってからも支援する。「ゆりかごから墓場まで」とも言える一貫した支援をする。

6) 療育は個別化を考えながら行なう。

これはしかし、誤解を招きやすい言い方かもしれません。これは決して自閉症の子は1対1でしか療育や教育をしないということではありません。社会性というのは誰か他の人との関係の中での活動ですから、集団を否定しているわけではありません。ただ、自閉症の子どもは、1人ひとりによってその障害の特徴が違うわけです。それから、同じ発達年令でも、発達テストをするとそのプロフィールは随分違うわけです。発達にばらつきが著しい、アンバランスなのです。しかし自閉症ではない精神遅滞の子どもの場合は、あまりばらつきはありません。そこが療育や教育の難しいところで

す。ですから一人ひとりの子の特徴に応じたプログラムを考えなければいけないということです。

## TEACCHの目標と基本方針

TEACCHプログラムというのは、将来の社会的な自立ということを目標にしていくわけですが、そのために小さいときから一貫した方針で療育や教育をしていきます。その基本方針をまとめると、子どもの身近な環境を予測可能で理解しやすいものにするので、問題行動を最小限にいとめ、自立のためのスキルを習得しやすくする」ということになります。私なりに考えてみますと、「自分で立つ」という「自立」が目標なのですが、その場合「自分で律する」という自律性と、それから自発性と2つの側面に分けて考えられるのではないかと思うのです。

### 1) 自律性の獲得

自分で律する方の「自律性」というのは、側に誰かがついてくれていちいち指示をしてくれないと行動できないということではなくて、指示されなくても自分でいろんなことができるようになるという意味の自律です。そのためには、コミュニケーション(とくに理解面)の力をつけていくことが必要になります。今、自分の置かれている状況はどういう状況で、ここではどういうことをしたらいいのかということを理解し、側に誰かにいちいち言ってもらわなくても、自分で理解できるようになるということです。その手だてとしては、見通しをもたせるための手がかり(構造化、視覚化、個別化)を工夫し用意することになります。

自閉症の人はその障害のためにいくつか不得手なことがあります。コミュニケーションのとり方が難しかったり、短期的な聴覚的記憶、耳で聴いたことを短時間でも覚えておくことが難しかったりするのです。堅いというか柔軟性に欠けるというか、それから対人的に孤立してしまいやすい、それから固執的な行動や限局的な興味という問題。それから物や話題への固執というような問題が出てきます。

### < 自閉症閉症における短所と代償的長所 >

(Edwards, D.R. & Bristol, M.M. 1991)

短所 DEFICIT	代償的長所 COMPENSATING STRENGTH
短期聴覚記憶	長期記憶、特に空間的記憶
硬さ(柔軟性の欠如)	構造化やルーティン化による上達
対人的孤立	自立的作業スキルを習得できる可能性
固執的行動と限局的な興味	根気強さ、習得した課題に取り組み続ける力
物や話題への固執	特別な物や話題への高い関心。教育的、職業的、専門的スキルを発達させるために使える。

これに対して得手もありますし、不得手なことであってもそれを逆にとるとか、あるいはあることがダメなら別のことでなんとか補ってやってみようという考え方をします。代償的長所という発想の転換です。コミュニケーションの授受、それから短期聴覚記憶、いずれにしても特徴は、耳から入ってくる情報を理解、処理することが非常に難しいのです。その反面、目から入ってくる情報の処理はそれほど困難ではない、ということがあります。それから、一旦覚えた記憶は非常によく維持される。特に空間的な記憶に関してはよく維持されるということで、そういうことを代償的に使う後で出てくる構造化という問題は「目で見てわかる」ということを最大限活かすということです。

ですから、「自律性の獲得」には、「コミュニケーションの理解面の改善」ということが重要だとす

ると、理解しやすいように周りの環境を調整する、工夫する、特に目で見てわかるような工夫をすることが必要になるのです。これは、周りの我々がうまくそういう調整をしていく、自閉症の子どもに我々が歩み寄りをしていく、あるいは自閉症の人は聴覚的な情報の処理が苦手だということに、我々が適応していくということなのです。自閉症の子を適応させるというのではなく、われわれが自閉症の人の特徴に適応していくということなのです。我々が適応して、自閉症の子どもがそれに対してまた適応していく。大事なことはそういう相互適応性ということなのです。TEACCHでは相互適応ということが非常に特徴的だというふうに私は見えています。

ところが一般に障害を持っている子どもとか、あるいは障害を持っていなくても、子どもに対してやっぱり大人のレベルに向かって、大人になるまでに引き上げていく、適応させていくという発想になりがちですが、そうではなくて、こちらからも適応していくのだということなのです。その典型例が構造化というやう方だと思います。あるいは視覚化ということです。目で見てわかるようにこちらが工夫することです。

## 2) 自発性の獲得

それからもう一つは、「自発性の獲得」ですが、これは自分の考えとか、要求とかを誰かにいちいち問われたり、誰かに推測してもらったりしなくても自分で伝えられるようになることです。そのためには、コミュニケーションの伝達面の改善ということになって、これもやはり視覚化というのが非常に有効なテクニックになるのです。診断基準のところでも話しましたが、コミュニケーションの障害の中でも話ことばに関する能力が一番障害されますから、話ことばに頼りすぎないようにする。話ことば以外の手段で、特に視覚に訴える手段で相手に自分の気持ちや要求を伝えられるように、そのための手段を用意する(実物呈示、写真・絵カード、文字カードなど)。これもこちらが用意するのですが、こちら側がそれに適応していく必要があるのです。子どもがそういう手段を使うことによってコミュニケーションができるように、子どもの方もこちらにそういう手段によって適応していく。お互いの歩み寄り、相互適応ということになります。

要するにコミュニケーションの方法を改良して、その力を上げていく。そういうことが目指されている。そのことによって社会的な自立に大いに貢献しよう、そういう考え方のように思います。TEACCHというのは単に自閉症だけのプログラムではなくて、自閉症およびそれに関連するコミュニケーション障害のための療育と教育と治療のプログラムなのです。要するにコミュニケーション障害を非常に重視していると思うのです。コミュニケーションがなんとかとれるようになれば、随分子どもは伸びるといいますか、社会的な自立に向かって伸びていくし、それからいろいろな問題行動もそのコミュニケーションを改善することによって随分減るといことです。これは30年のTEACCHの歴史が、実証しています。

例えば自傷行動とか、こだわりとか、コミュニケーション手段を持たないために出てきているということがあります。コミュニケーションの回路が我々と自閉症の人との間に成立すれば、自傷行動という形で訴える必要はなくなるのです。例えば要求されていることがわからないとか、要求されていることがしたくないということが言葉でいえないし、ジェスチャーでも示せない。だから、自分の手をかんでみたり、相手に頭突きを食らわせたりする場合も少なくないのです。そういう場合にはコミュニケーション回路が、つまり目で見て分かる形で状況を理解したり、自分の気持ちを相手に伝えたりするチャンネルが開けば、そういう問題行動はなくなります。ですから、コミュニケーションの問題というのは自閉症の子の療育や教育をするに当たっては非常に重要なポイントだろうと思います。

## 選択の機会

それからもう1つ社会的自立というを目指すときに必要になってくるのだと思うのですが、TEACCHで私個人が感心したのは、非常に早い時期から「選ぶ」ということを取り入れているのです。子どもに選ばせるということです。活動・作業内容をお仕着せにするのではなく、<子どもが選ぶ>という行為を介在させるのです（これがいずれ自発的行為へと発展して行くことを目指します）。こちらが、例えばスケジュールにしても何にしても全部決めて、用意してしまうのではなく、できるだけ複数のものから、子どもに選ばせる。やることは決まっていますが、例えば順番、どいう順番でやるかっていうのを子どもに選ばせる。そして子どもが選んだ活動・作業内容には、視覚的な情報によって指示・手順を与えるのです（誰かが側についていちいち指示しなくても済むように。今すべき事を自分で理解し手順も習得し、指示なく自分の判断で行動できるようになること、すなわち自律的行為へと発展して行くことを目指します）。こういうことが非常に早い時期（就学前）からいろいろな局面で取り入れられています。

## 療育 / 教育にあたって押さえておくべき自閉症児の特徴

### 1) 環境や状況、場面の意味を理解しにくい。

これは要するに周りの状況とか、あるいはさっきの「心の理論」とも関係しますが、相手の人が何を要求しているのかとか、何を考えているのかということが理解できないので、その場面の意味がよくわからないということです。ですからこちらが「これくらいわかっているだろう」と思うことで随分理解が困難なことがあります。ですから理解しやすいような工夫をすることが必要になるわけです（構造化や視覚化）。

### 2) 注意が集中しにくく、気が散りやすい。

特に低年齢の自閉症の子どもは一定時間注意を集中することができにくく、気が散りやすく、どうやっても、短時間でも、1つのことに取り組むことができにくいということがあります。気が散りやすい、注意を集中しにくい子どもに関しては、少なくともその場の設定を気が散りにくいものにする工夫が要ります。

### 3) 特定の感覚刺激に苦痛を覚える。

これは子どもによって違いますし、こういうことがない子どもも自閉症の中にはいますが、普通どいうことのないような感覚刺激に対して、例えば特定の音に対して極端に恐怖感にかられたり、嫌悪感にかられたりするということがありますので、そういう特徴のある子の場合には、そういうふうな刺激にさらさないような工夫が要ります。

### 4) 般化、応用が苦手である。

ある特定の場面で覚えた、できるようになったことが、別の場面ではできない。学校ではできたことが家ではできないとか、家でできることが学校ではできないというようなことがあります。そのために、ひとたび身につけたひとつの技能やスキルを、いろんな場面で同時並行的に教えていくことが必要です。これは特に、親と先生とが一緒に協力してする必要があります。どちらか一ヶ所だけで出来て、別の所ではできないという問題は関係者が協力して同時にやっていたら、それ程は難しくはないということです。

### 5) 自由時間をうまく過ごせない。

今自分が置かれている場面で、何をしたらいいのかが分かっている場合には問題行動もあまり

出ないのですが、何をしているかわからない時間というのは不安定になりやすいのです。ですから、学校でいうと休憩時間です。あるいは自習時間です。家でいうと休みの日です。一日家にいる日。そういった時に何をしているかわからないと、不安定になって、自傷行動が出たり、奇声を発したりします。ですから自由時間にできること、あるいは将来趣味として使えるようなことを、小さいときから想定して取り組んでいく必要があります。特に自閉症の子は普通、一般の子どもが好むようなこと、興味を持つようなことに関して必ずしも興味を持ってくれないので、どういふことにこの子は関心があるのか、この子は何が趣味になるのかということ、試行錯誤もしながらやるしかありません。ですが、そのことに取り組まないうままでいくと、学校を出てから、特に休日に何もすることがなく非常に不安定になる、ということになります。

自閉症の子どもを変えていこうとか、発達レベルを上げていこうとかいうことだけを考えるのではなくて、こういった特徴をうまく解決するとか、それを問題ではないようにしていくためには、周りの人間はどのように変わっていくべきかということ、考える必要があると思います。ですから、こういった特徴とか、短所と代償的な長所をよく考えて、この子に対してはどういう対応や取組をすべきかというのを一人ひとり個別に検討していく必要があります。

## 診断と評価

TEACCHは診断と評価をはっきり区別します。診断というのは、「自閉症」という名の下に自閉症の人には誰にも当てはまるような共通項でくくります。診断だけしたのでは、その子の療育や教育のプログラムを立てられない。そのためには評価ということをしていかなければいけません。これはその子はどんな特徴を持っているか、どこが問題か、障害か、というようなところ、それからどういふ長所があるのか、どこがそれ程障害を抱えていないので他のことを補うために使えるかというようなことを個別に見ていくことです。ですから、診断と評価とが相まってはじめて、次に治療とか療育とか教育のプログラムを立てていくことにつながっていくのです。

## コミュニケーションの重要性

私自身は、自閉症の問題といいますが、いくつかの症状の中で非常に重要なのは、コミュニケーションの問題だと思っていますし、TEACCHもやっぱりコミュニケーションをかなり重点的に考えているように思いますが、コミュニケーションというのは、しかし対人関係の問題と切っても切れない関係にあります。そもそも人との関係がなくてコミュニケーションというものを云々するわけにいかないわけです。ですから、自閉症の対人関係の問題とコミュニケーションの問題というのは、裏表の関係といいますが、不即不離の関係にあると思います。コミュニケーションというのは、「意思伝達」といふふうに日本語で訳されたりしますが、そういう伝達という一方的なものではなくて、相互的なものですから、要するに「情報を交換し合って、それを共有する」ということでしょうか、情報を与えるという面と情報をもろうという面と、当然二面、双方向性があるわけです。

### 1) コミュニケーションのシステムあるいはレベル

その両方の面の問題にアプローチする方法として、TEACCHがよく用いるのは、「構造化」と「視覚化」です。TEACCHでは、まずその子のコミュニケーションのシステム、レベルを評価する。

その子どもはどのような種類のコミュニケーションができるのか、しているのか。「かんしゃく(俗に言うパニック)」の形でとか、「ジェスチャー」や「具体的なものを示す」ことでコミュニケーションするとか、絵(略画)、写真、文字、サインが理解できるとか、あるいは話ことばが使えるとか、いろんなレベルがあります。その子がどのような場面では、どのようなレベルのコミュニケーション・システムが使えるのかというところを評価しないといけません。

## 2) 主要な状況

どのレベルのコミュニケーション・システムを使うかは状況によっても違うので、作業や勉強の場面とか、遊びの場面とか、あるいはおやつや食事の場面とか、それぞれの場面に応じて、コミュニ

## 3) 機能(要求・注意獲得・拒絶/拒否・説明・情報提供・情報請求・その他)

それから、その子が「かんしゃく」という形でコミュニケーションしているということであれば、どのような状況でそういうコミュニケーション・レベルを使うのか。それからそれがどのような動きをしているのか。コミュニケーションの機能ということです。要求しているのか注意を引こうとしているのか。拒絶しているのか、つまり「いやだ」と言いたいのか。何かを説明しようとしているのか。情報を提供しようとしているのか、情報を請求しようとしているのか。現象面では同じ自傷行為のようでも動き方、目的、意味が違う可能性がありますので、そういうことを観察しないといけません。「この子はこういう自傷行為がよく出て困るのですが、どうしたらいいでしょうか?」というような質問をされても答えようがないのです。どのような場面で、それがどのような機能を果たしているのか、ということをよく観察した上でないと次の手立ては出てこないのです。一見同じような自傷でも、コミュニケーションの手段として使われていない場合もあります。コミュニケーションの手段として使われているのであれば、その自傷行為以外のコミュニケーションの仕方を教えていく、あるいはこちらがそういう手段を用意する必要があります。

## 4) 教育戦略

コミュニケーションの教育に当たってのポイントが以下のようにいくつか指摘されています。

- a) コミュニケーション・システムは簡単で子どもが利用できるものにする。
- b) 一度にひとつだけ教えること。自閉症児にとって新しい状況はしばしば新しい言葉と同じくらい難しい。
- c) 言語の理解と使用は別々に評価し教えること。なぜなら、この2つの領域の子どものスキルは大きく異なることがあるからである。
- d) 自分からコミュニケーションを始めることを習得するのは、自閉症児には極度に困難である。
- e) 一般に、われわれは高機能の自閉症児のコミュニケーション能力と理解力を過大評価し、低機能自閉症児のコミュニケーション能力を過小評価している。
- f) コミュニケーションは意味のある状況で教えるべきであり、われわれは意味のあるコンセプト
- g) 一般に低機能自閉症児には、コミュニケーション・システムを教える必要がある。一般に高機能自閉症児は、たいてい対人的状況の中でいかにコミュニケーションするかを習得する必要がある。
- h) 確立されたルーティンの一部で、しかも子どもが求めていることを制止することによる環境操作やモデリングは一般に効果的な教育戦略である。

## 構造化

TEACCHでは構造化といふことをよく言われるので、ちょっと構造化について触れておきます。本当はTEACCHというの、最初に言いましたように、ノースカロライナの州全体で、小さいときから大人になるまで一貫して取り組んでいる、療育や教育の行政施策システムですから、とてもここでTEACCHの全貌をお話するわけにはいきません。それから、構造化とか視覚化とかいうことがテクニックとして注目されますけれども、それがTEACCHだというふうに誤解されると、私に変な知識を皆さんに与えたということになりますので、それだけは注意していただきたいのです。とても今日TEACCHのすべてを語れるわけではありません。もっと詳しくお知りになりたい方のために「TEACCHの参考図書」を掲げておきました。おそらく全体像が一番わかりやすいのは、『自閉症療育ハンドブック』だと思います。これはTEACCHの理念的なことから、そこで使われているテクニックまで、かなり網羅して説明してありますので、最初に読むものとしてはいいのではないかと思います。

そういうことを一応押さえておいていただいて、構造化ということに注目してみましょう。これはTEACCHの中でも非常にテクニック的な部分です。だから、これがTEACCHだというふうに簡単に誤解されてしまうところがありますが、TEACCHの中のテクニック的な部分の1つにすぎないということです。構造化というのは、一応「時間の構造化」と空間の構造化」と手順の構造化（ワークシステム）」と「材料の構造化（タスクオーガニゼーション）」というように4種類の構造化がありますが、これはTEACCHに関して紹介されている本やビデオの中では、だいたいこんな分け方がしてあります。しかし、これも私の個人的な考えですけれども、すべて基本は「時間の構造化」だと思います。それ以外の3つの構造化も全部、時間の構造化に還元できるだろうと思います。それぐらい時間の構造化というのは重要だと思うのです。

### 1) 時間の構造化

#### 日課表

日課表は、次の活動は何かということ、子どもに視覚的に示すためのものである。日課表によって、それぞれの活動内容（コンセプト）を示し、活動間の違いを示す。子どもはこれから起こる事を予測できるようになる。つまり次に何があるのかが分かるようになる。

#### 日課表の種類

- a) 具体物 / 具体物の並び（順序）
- b) 部分日課 : 絵カード / 写真カード
- c) 全日課 : 絵カード
- d) 全日課 : 絵と文字リスト
- e) 全日課 : 文字カード / 文字リスト

#### 個別化

- a) 視覚的の手がかり（キュー）

具体物か絵か写真か文字か

- b) 日課表の長さ（部分的か全日課か）

- c) 中継区域として、物や日課表をひとつの場所に置く。

具体物 / 絵カード / 写真カード / 文字カードを持って移動することで、子どもは活動の内容と目標を意識することができ、周囲の細かなことに気を散らさないですむ。

ひとりひとりの子どもの理解レベルにあう日課表を個別に作る。

#### ルーティン化

活動は同じ順序で行われるようにする。そうすれば子どもは次にすべきことを予測できるようになる。これは子どもの理解を助ける。したがって安心感と信頼感を与える。



時間の構造化とは何かと言うと、簡単に言えば「見通しを持てるようにする」あるいは「予測性の改善」ということです。これから何をしたらいいのか、これからどのように振る舞ったらよいの、ということを知りやすくする工夫が構造化なのです。これからどうしたらいいのかという先の見通しが立つようにすることが、基本だろうと思います。ですから、当然「時間の構造化」を直接考えれば、スケジュール、日課表ということになるわけです。ですが、日課表をTEACCHでは一人ひとりの子に応じて作るのです（個別化）。皆さんの学校ではどういうふうにやっておられるのか知りませんが、私が最近のぞいたある養護学校では、やはり日課表はクラス単位でした。そのクラスの日課表。その程度の日課表であって、個別の日課表にはなっていませんでした。「〇〇ちゃんの日課」という形にはなっていません。ですが当然一人ひとりの子どもによってコミュニケーションのレベル、あるいは状況理解のレベルというのは、違うわけですから、その子が理解できるような日課表を作らないと意味がないわけです。そうでないと、担任の先生の日課表でしかないのです。そのクラスに4人いれば、4種類の日課表を作ることになるのです。1時間目なり、2時間目なり、やることは一緒かも知れませんが、どういふふうに日課を理解させるかということに関しては、その工夫の仕方は違って来るからです。幸いどの子どもも同じ理解レベルであれば、同じ日課表を4種類、ひとまとめにするということも可能でしょうが、基本的には日課表は1人ずつ作る必要があります。

ですから、TEACCHではいろんなレベルの日課表を作るのです。物を使って、例えば「食事の時間」を示すためにはスプーンを置き、「遊びの時間」を示すためにはボールを置くというように、実物を並べることで時間の流れを示す、そういう日課表もあります。それからある場面の特徴的な写真を並べて日課表とする場合もあります。しかし子どもによっては写真の方がむしろ理解しづらい場合もあるのです。写真の細部にこだわってしまって、その写真の場面が理解できないのです。そういう場合、簡単な絵や略図の方が理解しやすい場合もあります。文字が読める子は、文字で日課表を作ればいいですね。そのようにその子の理解レベル、コミュニケーション・レベルに応じて個別に日課表を作る必要があります。

## 2)空間の構造化（物理的構造化）

空間的視覚的境界を明確にする

境界を明示すると、各区域がどこから始まり、どこで終わるかが理解しやすくなる。また、コンテキスト(状況 / 場面)をはっきりさせるのに役立つ。

よけいな視覚的 / 聴覚的な刺激に気が散ることを防ぐ。

基本的な療育区域を作る

a) グループ・エリア (集団活動の区域)

b) プレイ・エリア (遊びの区域)

自閉症児は、構造化されていない時間や自由時間に、自発的にまとまりのある行動をとることが難しい。どのようにしておもちゃを選び、適切に遊び、終わったらかたづけるかを教える必要がある。

c) トランジション・エリア (中継の区域)

各区域での活動をやり終えたら戻って行く中立的な区域。新しい情報を受け取る場所。つまりスケジュールが置いてある場所。

d) ワーク・エリア (勉強や作業の区域)

i) 個別 :ひとりの子どもにひとりの療育者が新しいスキルを教える。

ii) 自立 :あるスキルをいったん習得したら、そのスキルを一人でできるように練習する必要がある。

空間の構造化」では、ある活動をする場所はここのように活動と場所とを1対1対応させるわけです。1つの場所をいろんな活動に使わない。これは最初の時点のことですから、必ずしもいつまでもそういうやり方をやる必要はありません。状況理解がよくなれば、1つの場所をいくつかの活動に使っても構わないのですが、そこまでいかない場合は、この場所ではこういう活動、例えば自由に遊べる場所、飲食に関する場所、机について課題をする場所、というふうにいくつかの活動場所(エリア)を決めて区切るわけです。

これも本質的には「時間の構造化」だと私が思うのは、要するに毎日同じ場所で同じことをやっていけば、そこへ行けば「今からこういうことをやるのだな」という見通しが立てられるからです。結局、場所からこれからの時間的な見通しが立つようにするので、これも本質的には「時間の構造化」だろうと思うわけです。

区切りを明確にする、本棚を使ったり、衝立を使ったり、ジュ-タンの色を変えたり、床にテ-ブルを貼って境界をはっきりさせたり、いろんな手段がありますけれども、いずれにしても視覚的に、目で見て、その場所と境がはっきりわかるようにする。あるいは、例えば同じテ-ブルを別のことにも使うときには、テ-ブル掛けの色を変えるという工夫もあります。要するにここでは次にこういう活動

それから、気が散りやすい子どもに関しては、周りの余計な刺激や情報を制限するようにします。特に目から入ってくる余計な刺激があまり多いと、肝心の情報、今ここでその子に目で見て理解してほしい情報が攪乱されてしまいますので、余計な刺激や情報が入ってこないようにします。ですから、机について何かやるという場合には、壁に向かって机を置いて、衝立を両側に置いて、隣の子どもがやっていることに気が散らないようにするなどします。

ワークシステムは、子どもに4種類の情報を与える。目的は、子どもが療育者の指示や監督なしで、ひとりで作業に取り組めるようにすること(自律性・自発性)。

作業の量(時間)はどれくらいか?

どのような作業か?

<終わり>についての認識(終わったことをどうやって知るか)

終わったら何をするかということ

ごほうびを用意すれば、原因と結果の関係が理解しやすくなる。子どもの行為(作業)と結果(ほうび)とを関連させる。また、<終わり>についての認識を強調することにもなる。

1) 左から右へ:

材料は左側に(それも左から右へ)、完成品を入れる「終わりの箱」を右側に置く。

2) 色による対応

カードと材料箱を色で対応させる。順序づけになり、色カードの枚数で作業の量が分かる。

3) シンボルによる対応

文字や数字のカードと材料箱とを対応させる。最後のカードは、ごほうびは何か分かるようなカード。

4) 文字システム

どんな作業をどれくらいするかを文字(単語や文)で提示する。

特にこれは机について勉強とか作業とか一定の課題をやらせるときによく使われるシステムなのですが、これからどういうことをどのくらいやるのかとか、作業量とか時間的にここでどれくらい辛抱

するのかというふうなことを、目で見てわかるようにする。一目瞭然でだいたい見通しが立つようにする。どうなったら終わりになるのか、それも目で見てわかるようにするという工夫です。時間の構造化すなわちスケジュールでは、時間の流れは「左から右へ」、「上から下へ」という方向で考えます。この「ワークシステム」の場合も、その課題に必要な材料は左側に置いて、できあがった物は右側に置くというふうに、一定の方向性（空間的位置）によって時間の流れを置き換えて理解しやすくします。それで見通しがつきやすくするのは、ですから、「ワークシステム」というのも「時間の構造化」が本質なのだろうと思います。

#### 4) 材料の構造化（タスクオーガニゼーション）

##### 視覚的なまとめ

材料と空間をまとめ、まとまりを教える。

- a) 箱にまとめる
- b) 区域を限る

##### 視覚的順序

活動や課題への取り組みを子どもに教える方法（日課や活動／作業の手順）

- a) 左から右へ
- b) 上から下へ
- c) 左から右へと上から下へを組み合わせる

##### 視覚的な明瞭さ

重要な情報を視覚的に強調する。重要な関連性を持つコンセプトを視覚的に明確にする。

- a) 色によるコード化
- b) ラベルを付ける
- c) 誇張（無関係なものとの関係のあるものとの区別を助ける）

##### 視覚的な指示

何をするかということと課題達成への流れを子どもに視覚的に伝える。般化を用いる。

- a) はめ込みジグ
- b) 絵ジグ（左から右へ）
- c) 絵ジグ（上から下へ）
- d) 絵辞書
- e) 文字による指示
- f) 見本作品

一定の課題や活動をするときに、そこで使う材料や道具の使い方、その課題や活動をどのようにやるのかという指示や手順といったものを目で見てわかるようにする。つまり、誰かが側についていちいち「これをして」とか、材料や道具を手渡して「次はこれをしなさい」というように指示しないとやり方がわからない、ということではなくて、自分で目で見てわかる工夫をすることです。具体例は、『自閉症療育ハンドブック』をパラパラと見ていただいたら、写真入りで書いてあるので、ここでは省略します。

おわりに

今日、お話ししたかったことは、自閉症の人を我々の立っているところまで引き上げようという発想ではなくて、お互いに歩み寄りという発想です。ある人が「自閉症の人たちの文化と我々の文化と

が、どこで接点を結ぶか」という言い方をしていましたけれども、要するにお互いが歩み寄って共通の土俵にのっかろうということです。そういう考え方が、基本には必要だと思います。その考えに立って、お互いが相互適応していくためにはどういう工夫がいるか。そのためには、目の前にいる自閉症の人にはどういう障害や不得手なことがあるのか、どういうところはむしろ得手であり長所であるのか、ということをきちんと見極めないといけません。そういう一人ひとりについての丁寧な情報に基づいて、どのレベルで、どういうやり方で、お互い歩み寄るかということを考えていく必要があるだろうと思います。

< 自閉症参考図書 >

ボルトン,P.とバロンコーエン,S.『自閉症入門』(中央法規)  
プリス,U.『自閉症の謎を解き明かす』(東京書籍)  
ハウリン,P.とラター,M.『自閉症の治療』(レガール社)

< TEACCH参考図書 >

佐々木正美『自閉症療育ハンドブック - TEACCHプログラムに学ぶ - 』  
(学研)  
佐々木正美監修『自閉症のトータルケア - TEACCHプログラムの最前線 - 』  
(ぶどう社)  
シヨプラー他(編)『自閉症児の発達単元 267 - 個別指導のアイデアと方法 - 』  
(岩崎学術出版社)  
シヨプラー他(編)『自閉症児 発達障害児 親と教師のための個別教育プログラム』(星和書店)

< インターネットのホームページ >

児童精神科医 門 眞一郎の落書き帳  
<http://web.kyoto-inet.or.jp/org/atoz3/kado/>  
日本自閉症協会京都府支部  
<http://web.kyoto-inet.or.jp/org/atoz3/ask/>  
自閉症児のスクラップブック(ここから他の自閉症関連ホームページに行けます)  
<http://web.kyoto-inet.or.jp/org/atoz3/kuni/index.html>  
障害児の本棚  
<http://vdga.nucl.nagoya-u.ac.jp/taco/hand/archive.html>  
英国自閉症協会  
[http://WWW.oneworld.org/autism\\_uk/index.html](http://WWW.oneworld.org/autism_uk/index.html)  
DIVISION TEACCH (ノースカロライナ大学 TEACCH 部)