

第一章 自閉症とは

第一節 医学的理解と障害理解の見地から

1. 自閉症の医学的理解

自閉症とは、DSM-IVでは、①顔の表情などで相手の気持ちが分かるなど、非言語性行動における、対人的相互作用の質的な障害がある、②話し言葉の獲得の遅れや偏り、言葉遣いの奇妙さなど、意思伝達の質的問題がある、③強いこだわりや固執行動・常同行動がある、という三つの行動の特徴（以下三つ組の症状）を併せもつ症候群と定義しています。Wing（1979）は、③の症状を想像力の障害と呼んで、遊びや行動の広がりやのなさやこだわりは、想像力の欠如からくると考えています。その他にも、多動や感覚過敏、睡眠異常、知的障害を伴うなどの症状が加わることがあります。しかし、これだけでは自閉症と診断することはできません。これらの症状が、乳幼児期（通常3歳以前）から続いており、環境や親の養育態度が原因ではなく、何らかの中枢神経の機能異常がその基盤にあることを判断する必要があります。また、これらの症状は重い能力障害を引き起し、必然的に社会活動や参加の制限が伴うことに注意する必要があります。つまり、自閉症は発達期に何らかの中枢神経の機能障害（Disorder）が起り、その結果として能力障害や社会的不利（Disability, Handicap）を来しているという意味で「発達障害」なのです。

（1）自閉症の多様性 —症状、発症の仕組み—

自閉症の症状は、年齢により変化し、人によりその現れかたが違うこと（発達の歪みや遅れ）を考慮しなければいけません。単に三つ組の症状がそろろうといっても、典型的な自閉症（カナータイプ）から、話をしてみても自閉症とかわらうじて分かるタイプ（高機能自閉症）まで様々です。自閉症（類似疾患を含む）は、一部性格の偏りとの連続性を持つほど幅広く、ひとまとめに自閉症スペクトラムと呼ぶこともあります。逆に、症状はそろっていても、経過から他の病気を鑑別しなければいけない場合があります。稀ですが、結果的に脳腫瘍と診断された事例がありました。

他にも自閉症の三つ組の症状がそろう疾患群があります。例えば、ダウン症候群、脆弱性X染色体症候群などの遺伝子疾患、結節性硬化症、神経線維種症など常染色体優性遺伝疾患、フェニルケトン尿症などの代謝性疾患、先天性風疹症候群などの感染症です。自閉症の発症の仕組みはまだ解明されていませんが、その多様性を想起させます。

また、自閉症の症状の出方として、乳児期には、親に対する愛着行動（しがみつきのなど）が見られない場合が多く、全ての症状が出そろわず、幼児期になって言葉の遅れやその他の自閉症の症状が出そろうようになります。また、他の症状の合併の仕方も様々です。そのように症状の出現時期、合併する症状の有無に応じて、神経回路系の神経細胞内で機能する遺伝子のいくつかは、自閉症の発症に関与しているのかもしれませんが、自閉症の責任遺伝子として確定したものは未だありません。

第一節 医学的理解と障害理解の見地から

(2) 自閉症をより理解するための試み —症状のカオスの捉え方—

脳神経系は、神経細胞どうしがシナプスを介して複雑な神経回路を形成し、しかもシナプスは日々の経験や学習により絶えず作り変えられています。脳科学では、この複雑な神経回路系（複雑系）で、カオスの現象が起こることが知られています。例えば、精神活動の現れである脳波は、ランダムに揺らいで変化しながらある安定性を持っています。そこに、ノイズを付加すると、元のカオスには存在しない全く異なる別の秩序状態が出現し、それが異常脳波として現れると考えます。このように、神経系に与えられた情報（初期値）のわずかの差で、その結果が大きく変わる現象がカオスの現象です。

自閉症では、例えば知覚—認知の情報処理過程の何らかの障害でノイズが生じ、特定の課題を実行するときカオスの揺らぎが一方向に集約され、臨床症状が現れると考えます。発達障害の子どもは、日常生活を支障なく送れますが、特定の状況になると、情報処理過程にノイズが生じ、発達障害に特有の症状が現れてくるわけです。

普通の子どもが年齢とともに様々な状況で自由度の高い情報処理過程を獲得していくとすれば、自閉症教育の本質は、その症状を出す情報処理過程の発する揺らぎを安定させ、行動の自由度を高めることと言い換えることができるかもしれません。

2. 新しい発達障害モデルは、なぜ必要でしょうか？

少し視点を変えて、世界的な人権意識の高揚を背景にした障害者観の変遷から発達障害を捉え直してみましょう。子どもの精神と行動の障害に関する分類は成人に比べると長い間混沌としていました。小児の自閉症の病態も、20世紀初頭より、子どものある種の特徴的行動が臨床家の注目をひき、その時々々の精神医学の概念や体系により早発性痴呆、児童精神分裂病、早期幼児自閉症などと命名されてきました。1980年代になりイギリス学派が自閉症は分裂病とは異なる疾患であると結論づけて、自閉症は発達障害として捉えられるようになりました。

(1) ICDとDSMとは？

このように世界的に精神発達についての関心が高まる中、1978年に発効したWHOによる国際疾病分類基準第9版（ICD-9）の診断基準が、小児期のほとんどの精神と行動の障害をカバーした初めての分類体系でした。しかし、それを補完すべき、1980年の国際障害分類（ICIDH）には、児童・思春期精神医学関連で、青少年期の発達障害に最も重要な学習と行動の問題には触れられませんでした。同年アメリカ精神医学会によるDSM-IIIでは、「通常、幼児期、小児期または青年期に明確になる障害」の大項目が設けられ、発達期に固有の精神医学的障害のあることを明確化しました。これは、DSM-III-Rを経てDSM-IV、DSM-IV-TRに至り、子どもの精神医学の領域の体系的整理と診断基準の明確化と多軸診断の採用で、日本にも大きな影響を及ぼしました。



第一節 医学的理解と障害理解の見地から

1992年のWHOによる国際疾病分類基準第10版（ICD-10）では、発達障害を、（1）常に乳児期か児童期の発症、（2）中枢神経系の生物学的成熟に強く関係する機能の発達の障害あるいは遅れ、（3）多くの精神障害を特徴づける傾向のある軽快や再発のない安定した経過、の三つの特徴で定義される障害グループとしています。DSM-IVやICD-10では、発達障害についての診断基準は、現象学的・記述的に書かれており、多くの場合、特徴的な症状の組み合わせによる障害とその障害による不適応とで構成されています。両者には若干の相異がありますが、日本における医学的診断の基礎になっています。

（2）新たな障害の捉え方（ICFの基本概念）

2001年にWHOにより採択された国際生活機能分類（ICF）は、ICIDHを改訂したものです。この中では、例えば学校における学習や行動上の不適応は、個人に起こった障害だけにその原因を求めるのではなく、家庭や学校における活動や参加の相互関係の中で、いろいろな要因が関与すると考えます。また、その背景因子として、自然環境、便利な生活、支えてくれる人の輪、諸制度の充実などの環境因子と性格や、やる気などの個人因子の影響も考慮すべきとしています。この生物・心理・社会モデル（図1）による発達障害の捉え方は、「リハビリテーションの理念」から「ノーマライゼーションの理念」への転換なのです。

未だ、発達障害のある子どもの不適応は、すべてその発達障害から帰結であるとの考えが強く、とりわけ、子どもが多くの時間を過ごす学校の教師は、不適応は本人の障害の結果であるか、家庭での子育ての問題であるかと考える人が多いように思います。このモデルは、教師をはじめ、子どもに関わる人間関係や環境を調整することで、不適応を改善・克服できる可能性があることを気付かせてくれます。そして、特別支援教育の中で示されている、個別的教育支援計画、特別支援教育コーディネーター、広域特別支援連絡協議会などの様々なツールを、発達障害の子ども達のための総合的でより有効な支援ツールにするための基礎的考え方を示していると思います。

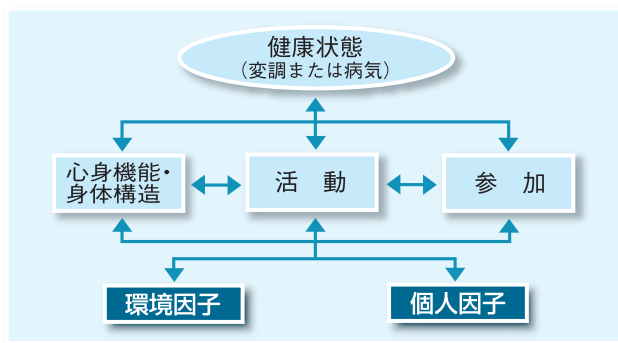


図1 ICFの相互作用モデル

3. 自閉症の医療、自閉症の教育 —教育と医療の協働—

最近、自閉症は増えていると言われています。現在の有病率は、およそ1000人対数人のオーダーでしょう。特殊教育を受けている児童生徒は、全体の約1.5%（平成14年5月現在）ですから、結構な数です。医療の中で自閉症の関心が高まり、診断される時期が低年齢化し、早い時期から自閉症として療育を受ける子ども達が増えました。学校の先生方からも、知的障害養護学校や特殊学級で、自閉症と診断されている子ども達が増えているという話をよく聞きます。

昭和40年代から、自閉症に対する教育的対応の必要性が認識され、情緒障害学級が次々に作ら

第一節 医学的理解と障害理解の見地から

れました。知能指数の高い子どもの社会適応は良好という自閉症の予後調査の結果から、社会的要請は知的に重度の遅れのある子どもへの対応が主になりました。そのため、現在でも知的障害養護学校を中心に自閉症教育が行われ、自閉症の重症度ではなく、知的障害の程度を基準に福祉制度も適応されます。

このような現状の中で、自閉症を支える、医療、福祉、教育などの社会資源を有効に機能させるために、教育は一体どのような視点をもつべきでしょうか。

一つは、今までの教育の成果を科学的に検証することです。そのためには、長期予後の実態把握が不可欠です。成功事例の数で評価するのではなく、自閉症教育を受けた人全体がどうなっているのかを検討すべきです。そうすれば、教育の専門性をより高めることが出来るでしょう。

二つには、自閉症の自然歴を理解することです。適切なしつけや教育を受けて、症状が改善しても、自閉症の中核症状は、そのベースの残るものです。つまり、自閉症そのものは治癒しませんが、障害特性に合わせたしつけや教育をすることで主体的な社会生活が送れるようになるという認識が重要です。また、自閉症の症状は、その人の人格の一部であって、全生活を彩るわけではありません。その子どものもつ個性や成長過程は一般の子どもと変わりません。それ故に、子どもが教育により将来どうなるのかを絶えず考え、子どもに接するときには人間的尊厳を忘れてはいけません。

三つには、弁証法的視点をもつことです。診断は医師の役割で、教師は診断をしてはいけないという話を聞きます。この言葉の本当の意味は、障害のある子どもを支援する職種の優劣をつけるためではなく、その機能の違いや立場をはっきりさせ、協働して子どもの支援を行うことだと思います。教師の役割は、子どもの能力障害の程度を判断し(教育的判断)、教育として子どもに何をしてあげられるかを評価することなのです。決して教育的判断で、子どもに診断名というレッテルを貼るものではありません。医学的診断と教育的判断があって、初めて適切に子どもへの支援が出来るのです。

そのためには、まず、障害の重症度の判定や個別の教育支援計画策定委員会へ、どれだけ医療サイドの協力を得られるかがポイントです。そして、必ず病気やその症状に対する専門的なアドバイスや治療を受けるようにしましょう。また、一般的な心身の健康管理と健康増進も忘れてはいけません。自閉症に関する基礎知識や最新の情報の紹介をお願いできる医師を見つけましょう。

子どものために信頼できる他職種を見つける技術が「コーディネート」で、子どものために多職種が一緒になって支援することが、「協働(コラボレート)」なのです。

文献

E.シヨプラー, G.B.メジボフ(編)(1992) 自閉症と脳. 中根晃, 佐藤泰三(監訳), 岩崎学術出版社.

全国知的障害養護学校長会(編)(2003) 自閉症児の教育と支援. 東洋館出版.

中根晃(1999) 発達障害の臨床. 金剛出版.

宮下保司, 下條信輔(編)(2000) 脳から心へ. 岩波書店.

国立特殊教育総合研究所文献

東條吉邦(2002) 高機能自閉症・アスペルガー症候群への特別支援教育に関する試論. 国立特殊教育総合研究所研究紀要, 第29巻, 167-176.