

■■■今号のおもな記事■■■

- ・シンポジウム要約 ・教養講座要旨
- ・エッセイ ・アメリカだより
- ・閉会のお知らせ ・原稿の募集

公開シンポジウム要約

発達障害の 医療・教育・療育の最前線 —連携と今後の方向性に向けて—

司会・コーディネーター:

坂爪一幸氏

早稲田大学 教育・総合科学学術院 教授

シンポジスト:

林寧哲氏

ランディック日本橋クリニック／精神科領

丹野哲也氏

東京都教育庁指導部／教育領域

湯汲英史氏

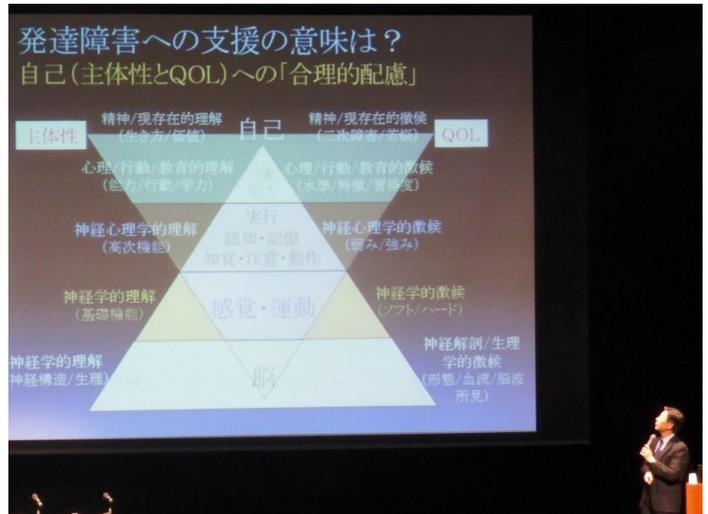
公益社団法人 発達協会／療育領域

坂爪一幸氏(司会)

実は発達障害と一言で言いますが、様々な兆候といいますかサインがあります。この図はどういうことかと言いますと、一番下に脳と書いてあります。発達障害は神経生理学的に言いますと、脳の神経成熟の問題、言葉は良くないんですけど神経回路の偏りの問題が基本にあります。今ある技術ですべてが捉えられるわけではありませんが、神経生理学的な所見がある方もいます。

もう一つ、脳の働きから調べようという方向があります。感覚、運動。これは脳の基礎機能といえます。ハードサインは感覚の障害、運動の麻痺、ソフトサインは不器用さ。微細脳損傷とか微細脳機能障害とか言われた時期もありましたが、とにかく神経学的なサインを見ていこうという立場もあります。

さらにその上に脳の高次脳機能、言語とか認知とか記憶とかですね。あるいは実行機能、脳の感覚運動を基盤としてさらに処理の高い機能、脳の高次機能があります。これは一般的には、脳の神経心理学的なサインと言うことになります。いろんな働きの、強みが何で、弱みが何で、という言い方をすることもできます。これは神経心理学的な理解ということになります。



さらに、こういったいろいろな機能が組み合わせられて、統合されて日常生活の中での能力とか行動になってきます。その時に能力ということになれば、知的障害の場合、知的能力の水準が不十分だと言うことですよね。水準の問題。あるいはふるまいの問題。落ち着きがないとか。これは行動の特徴ですね。

今度は学校に上がった段階だと、いろんな学科の習熟度の問題が出てきます。習得度の不十分さ、これも一つのサインです。これは心理学的、行動心理学的、あるいは教育的に理解しているということになります。

さらにその上に、おのれ自身という世界があります。ここでは自己というように表現していますが。周りの世界との関係性を持つために、苦しみが生まれてきます。よく言われるのは、二次障害の問題、あるいは本人の苦悩ですよね。こういうところは精神的な理解、あるいは哲学的な言い方になりますけれども現存在としての理解というのにも必要になります。

ですから一人の発達障害の方を理解するのに、上に述べたようなことを全部やらなくてはいけないわけですよね。今回、医療、療育、教育ということ言えば、年齢段階にもよりますが、ある程度、幼い時に限定すれば、最初、医療にかかられて、特に小児神経はこういうことを扱います。さらに療育、就学前の療育と言うことになります。メインは高次機能を扱うことになると思います。さらに就学して、義務教育段階、さらに高等教育ということになれば、こういう(行動、能力)ことが問題になりますよね。



では現在の発達障害の人に対する医療、療育、教育がこの表のようにきちんと、自分で作っておいてきちんと言うのもおかしいですが、しっかりと対象にしているかという点必ずしもそうではないんですね。



と言うのは、発達障害の診断名が、一言で言うと、目立つ行動によって付けられているからなんです。あるいは心理系の場合、知能検査をよく使ったりします。知能検査で知的能力の水準を測って判定したりしています。療育の場合も、全部とは言いませんが、日常生活の行動の問題とか知的能力に着眼して、それをなんとかしようとしているところが多いと思います。

それから難しさということにも関係してきますが、それぞれの個人の多様性ということについては、己の世界ということ言えば、一人一人の数だけあるわけで、その数は極限に達してしまうわけですね。この多様性に対応していくということは、大変に難しいことだと思います。この多様性を理解するためには基盤のことを理解することも必要になりますし、最大公約数を理解することも必要になるし、独自性を理解することも必要になる。さらにこの表の一番上の自分という主体者、主体性の問題が出てきます。「自分で決めるという事」、ひいては生活の質、QOLの問題と深く関連してきます。ここをどんな風にうまく対応していくのか？

そして今回のテーマの副タイトルの「連携と今後の方向性」ということで行くと、医療、療育、教育において発達障害についての認識が共有されていなければいけませんし、支援をするには支援の原則がきちんとしていないと、支援がぶれますよね。そうすると一貫性を欠きますし、小さい時から大きくなるまでの継続性がなく、揺れが出てきます。

ですから今後の方向性ということから言いますと、違った領域の人たちが、さっき最大公約数と言いましたが、そこをどう共有していくのか？そしてさらに個別性のところに対応して行くための柔軟性、原則がなければ柔軟性も持ち得ないと思います。発達障害の方達にどう対応しているのか？ どういう原則を持って理解しているのか？ そのところが特に大事だと思いますので、今日ご参加されている皆さんたちに考えていただいて、後ほどのディスカッションの時にご意見を述べていただきたいと思います。

ランディック日本橋クリニックの林と申します。東京の日本橋で成人の神経発達症を診ています。今年で15年になります。私はクリニックを始めた頃は、成人の発達障害を診てくださる先生が都内にはあまりいらっしゃらないということで大変だったんですが、今はたくさんの患者の方がみえています。

今回、私がいただきました御題は、成人の神経発達症の薬物療法についてということなのでお話をさせていただきます。アカデミックな話ではなくて、臨床に準じた話をさせていただきたいと思えます。特にエビデンスというような事は出てきませんので気楽に聞いてください。

神経発達症の介入目標ということで、「現在の環境に精神症状を呈することなく適応出来るようになること」というのを治療目標にしています。そのためには、中心は非薬物療法ということで、そのあとに薬物療法ということなのですが、先程、裏で佐々木先生とお話した時に、小児の早い時期に薬物療法も導入して、合わせて非薬物療法も行っていた方がステップアップも早いのではないかと、なんて話もあつたりしました。ですから薬物療法と非薬物療法をうまく組み合わせの方が良いのではないかと考えたりもしています。

「現在の環境に精神症状を呈することなく適応出来るようになること」というのを治療目標にしていますが、「精神症状を呈することもない環境を見出すこと」も治療の目標にしたりしています。これを具体的に言うと、今働いている場所で、だいたい職場に何人か苦手な人がいて、苦手な人と関わることで精神症状を呈してしまうということもあります。特に上司との関係性などということがよく聞かれたりすることがあります。「転職をしたらすごく天国だった」とおっしゃる方もいます。あとは一般雇用で辛くてしょうがなかったのが、障害者雇用にしてみるということもあります。また仕事とは関係がないんですが、家族との関係で色々軋轢があつて、家族と一緒に暮らしてはにっちもさっちもいかないなんていうことがあつて、家族と分離するとうまくいくという事もあります。

薬物療法の立ち位置としましては、主役は非薬物療法で、例えば認知行動療法的な改善とか環境調整、生活指導など色々あります。薬物療法はあくまでも補助的な道具として考えているんですが、うまく使えば非薬物療法が乗っかりやすくなるよねという話もあったりするので、補助的とは言え、積極的に考えていきたいと思っています。

必ずしも薬物療法を導入すると決めているわけでは無いのですが、発達成育歴とか家族の調書を見たり、脳波とかMRI、ウチの診療所ではルーチンとして検査をしています。その過程の中で、薬物療法をどう使うかと考えながら診察をしています。自閉的な特性をお持ちの方が、気に入らないことがあると暴れてしまうとか、あるいは統合失調症的な素因が発達歴の中で見られるときには、向精神病薬も使う必要があるのかなと考えたりします。あるいは幼少期にひきつけを起こしたことがある場合、抗てんかん薬を処方したりします。脳波異常が見られる時は、情緒不安定な生活史を持っていらっしゃる方がいたりするので、こういうことを考えたりします。後は運動機能発達。最近、DCD(発達性協調運動障害)を専門にやっている先生の中からメチルフェニテート、まあ ADHDに使うコンサータというお薬ですね。それが眼と手の協調とか機能改善の作用があるという報告が最近あったりします。

後は気分の波、双極的素因がある場合には、リチウムですとかでバルプロサンみたいな気分安定剤なども念頭に置きつつ話を聞くこともあります。後は適応障害に随伴する諸精神症状の既往がある場合には、発達の問題がおありになると、へこまされる場合が多いので不安感が強くなる、抑うつ感が強くなると、適応障害の一つである抑うつ反応が生じたりしますが、それが遷移したりすると、すごく鬱状態がひどかったりするので、抗不安薬だとか睡眠薬なども使う必要があるのかなということも考えます。もしADHDの諸症状の既往があれば、アトモキセチンやストラテラ、後はコンサータ、発達成育歴をお伺いしながら、これらを念頭に置きます。後は家族歴ですね。ま素因があるかですね。NDD(成人神経発達症)の素因があれば、コンサータやストラテラなどの向精神病薬の可能性を考えますし、自閉スペクトラム症、後は統合失調症の素因があれば精神病薬の可能性も考えます。後は双極性感情障害なども60%ぐらい遺伝すると言われてますので、そういうことも考えますとリーマスとかバルプロサンのような気分安定剤の可能性も考えながら話を聞きます。後は家族の中にてんかんの既往がある場合には、てんかんが遺伝するというわけでありませんが、一応、抗てんかん薬が必要かなということも考えます。

ウチではウェイス(WAIS成人知能検査)を行っています。ウェイスにはいろいろ特徴があったりすることもあるんで、重宝しているんですが、聴覚的処理における作動記憶の変異なんて言うのが見つかるときにはストラテラとかコンサータとかの適用があるかなと考えたりします。聴覚的処理における作動記憶の変異というのが、算数、数唱、語音整列を見た場合に、下位検査法の評価点の7点以下の落ち込みがあった場合、二項目間の3点以上の変異があったりなんかすると、ADHD的な傾向があるかなと考えたりします。その他、視覚的処理における作動記憶の変異なんかもADHDの特徴なのかなと考えたりしていますので、こういう薬の適用になるのかなと考えながら、検査結果を見ています。

後は視覚認知機能発達の変異、これはDCD(発達性協調運動障害)なんかの方は、言語性はバラつきがないんだけど、動作性にバラつきが結構あったりします。処理速度が遅かったりする場合などには、メチルフェニテート、コンサータを使う可能性あるかなと思いつつやっています。

後は自閉的パターンですね。単語知識、理解、積木模様、絵画配列における解決項目にバラつきがあった場合、特に知識が高かったり、積木模様が低いことに比べて、単語理解、絵画配列の低さが目立つような時、なおかつ情動的過剰反応を伴っているときは、抗精神病薬、今使えるのはリスパールとエビリファイ、そういったものを使うということも考えたりします。

次は脳波なんですけれども、脳波異常があれば抗てんかん薬を使います。全般性と焦点性ということで分けまして、全般性であれば主にバルプロ酸、焦点性であればいろいろあって、若い女性だったりすると体重増加を回避するためにこんな薬を使ったりするというのも脳波を見ながら考えたりしています。

神経発達症に特徴的な所見というのが、上前頭回における皮質底形成というのが抑制機能不全と関与しているのではないかなという所とか、あるいは抑うつ性が大脳基底核の活動性の調節に寄与しているなんていうこともありますから、頭部MRIで上前頭回の皮質形成不全が認められるとき、頭部スペクトにおいて大脳辺縁系や大脳基底核の急性亢進が見られることが多いなんていうことも見ながら、上前頭回の形成不全だとか、スペクトで大脳基底核や大脳辺縁系の活動性が亢進している場合には、抑制性の機能不全を改善するためにデパケンやバルプロ酸みたいな抗てんかん薬を使ったり、あるいは大脳の基質の機能を改善するために抗精神病薬が役に立ったりすることもあります。こういう画像検査を見ながら診療に当たっています。



東京都教育庁指導部特別支援教育指導課長の丹野哲也です。私もともと東京都の特別支援学校の教員として、平成25年度に東京都から文部科学省に5年間という期間で派遣されて行ってきました。教育指導要領という国の教育の大綱、基準がありまして、その改定が平成20年度に行われ、平成25年度は周知徹底の時期だったんです。私は平成24年度までは東京都にいましたので、文部科学省に着任したときには、学習指導要領をしっかりと定着させることが自分のミッションかなと思っていたんですが、「いやいや違うんだ。次の指導要領の基準を考えていかなきゃいけないんだ」ということが最大の使命でした。今回の学習指導要領の改訂の要点をお話ししながら、本シンポジウムのテーマである連携という視点が今回の指導要領にどう位置づいているのかということと、直近の文部科学省と厚生労働省の動向を紹介しながら、最後に東京都が目指す特別支援教育についてお話をしたいと思います。

それまでの特殊教育から特別支援教育に変わったのが平成19年度からです。それまでの特殊教育から、知的発達遅滞のない発達障害のお子さんも含めて、LD(学習障害)、ADHD(高機能自閉症)等々と言われる子供達も含めて、すべての学校において実施されるものであるという制度にかわりました。平成19年度に入学した子供たちは高等学校の3年生になりますし、平成19年度に大学の教員養成課程に入っていた先生たちは30代半ばを迎えているということで、多くの方々に特別支援教育にご理解をいただいているというように実感しています。ですが、この通知にあるように「幼児児童生徒一人一人の教育的ニーズを把握しながら、その子を持つ力を十分に高めていけている」のかということについては、まだまだ研究していく余地があるのでは無いかと思っていますし、さらに通知には「すべての学校において」と示していますが、大事なものはすべての学校、学級において行われるということです。「うちの学校には対象になる子はいません」。本当にそうでしょうか？ その先生のフィルター、眼鏡をかけ変えたら対象になる子がたくさんいるのかもしれない。そういうことが12年経った今年度の課題なのではないかと思っています。

新しい学習指導要領の改訂の要点をご紹介します。「前文」が新設されたということです。「育成を目指す資質・能力の明確化」。学校でどのような子供たちを育成していくのか、その点を明確にしていこうということで検討が行われました。その資質・能力を「主体的・対話的で深い学び」の中で子供たちが身につけられるようにしていきましょう、このような学びの中でしっかりと伸ばさせていきましょうということです。そのためには教育内容の編成を中心としたカリキュラム・マネジメントが重要であると、このようなことが要点の一つになっています。まずは教育基本法の教育の目的、目標を目指しながら、さらに現代的な役割、このような事を具体化していくのが教育課程であるということが明記されています。その教育課程の理念、社会に開かれた教育課程であるということです。学習指導要領がこのシンポジウムのテーマである医療、ドクターの方々、また福祉の方々、あるいは労働の方々とも共有されながら、同じ方向性で子供たちを育てていくという理念です。そして学習指導要領は教育課程の基準を大綱的に定めたものであり、幼・小・中・高、生涯にわたる学習のつながりを見通しながら学習指導要領が定められているということです。

これが昨年公示された指導要領です。総則の部分が今回大幅に見直されました。カリキュラム・マネジメントの面から総則が見直されています。まず最初に何ができるようになるのか？ このような教育内容を学ぶことによってわが国の子供たちがどのような資質能力が身につくのか？ ということが整理されています。次に何を学んでいくのか？ 教科、あるいは学校行事もそうです。そういったことが整理されています。そして、どのように学ぶのか？ 学び方。さらに何が身に付いたのか？ 学習評価のことです。また子供たちの一人一人の発達をどう支援していくのか。今回の改訂では「発達」という視点がしっかりと書き込まれています。幼児期の学びを小学校につなげていくときに、生活年齢に応じた、また発達に応じた支援のあり方があると、それを前提にしながら指導を行っていくということです。この発達という視点。これが現行にも少しはあるのですが、さらに充実させているのが新しい指導要領の要点です。

次にその発達を支える視点について、どのように新しく書き込まれているのかという点についてお話しします。「特別な配慮を必要とする子供たち」ということで、今回、障害のある子どもたち、また海外から帰国した子供たち、また日本語の習得に困難のある子供たち、さらには不登校の子供たちなどが、特別な配慮を必要とする子供たちの中に書き込まれています。あと教育課程の実施にあたり家庭や地域と連携・協働して行く事が書き込まれています。

さて連携に話を戻します。先月、文部科学省、厚生労働省のトライアングルプロジェクトの報告が文部科学省から出されまして、東京都教育委員会でも都内の教育委員会に周知したところでした。家庭・福祉・教育の連携についてです。厚生労働省所管の部分では、放課後等デイサービスのガイドラインの改訂があります。文部科学省側では連携するための体制整備と連携した計画の作成についての省議改正が示されています。簡単に言いますと、個別の教育支援計画の活用促進が促されています。それを省令に規定していく方向で検討されています。

さらに教育分野では、特別支援教育体制整備状況調査というのを毎年行っておりまして、個別の特別支援計画の作成率などを経年で調査しております。年々それぞれ伸びているということなのですが、東京都に關したこのような作成率になっておりまして、支援計画に関しては72.8%、また支援計画を作成する必要がある子供たちに絞って作成率を計算すると85.4%になります。全国と比べると少し低い数字になっているのは気になることです。そういう東京ですが、2020オリンピック・パラリンピックを契機とした心のバリアフリーを実現すべく、様々な事業を展開しているところです。

その一つを紹介させていただきます。障害者スポーツの推進はもちろんですが、子供たちの力を発揮できる場、特に芸術分野で子供達の実力を発揮できる場を作っていくということで、年に一回アートプロジェクト展を行っています。東京都特別支援学校アートプロジェクト展ということで、東京青山にある伊藤忠商事のギャラリーを10日間ほどお借りして実施しています。東京都立だけではなく、都内のすべての特別支援学校ということで、私立また国立大学法人も含めたアート展覧会を開催しています。全国からの問合せをいただいております。非常に評判の高い展覧会になっております。その質を高めてくれているのが、この作品展の監修を務めてくださっている東京芸術大学の教授陣の先生方なんです。作品を展示するときに、子どもたちが描いた作品として展示しているわけではなくて、芸術作品として展示しているということです。そしてこれを鑑賞された方々が皆さん驚くのは、「この作品すごいですね」、「色鮮やかで今までにないほど感動しました」という風に感想をおっしゃってくださっています。作品が多く方のご理解いただいているということですが、作品自体は特別支援学校の生徒たちの手を離れて、多くの方に共感を与えているということで、これこそ心のバリアフリーを実現していく時に重要なことにはなるとは思っています。障害の有無に関わらない、子供たちの資質・能力を伸ばさせていくことや、障害や障害のある方への理解促進をますます図っていくこと、そのことを全国に発信していくということです。その時に「東京だからできるんじゃないか」と指摘されることも多々ありますが、東京の取り組みを全国に発信していくことによって、ほかでも新たなモデルが立ち上がっていくのではないかと考えています。



1982年に公益法人を設立しまして、お父さん、お母さん、専門家、そして協力者と一緒に発達協会というのを設立しました。そして色々やって「何か足りないな」ということで発達障害専門のクリニックを1992年から運営しています。林先生のところとは違い、うちは15歳以上は初診は見ないんです。0歳から15歳までしか初診は受付ていなくて、でも初診で来ていれば15歳以上になってもずっといますので、40歳ちょっと上ぐらいまでの人はいますね。クリニックに来ています。それから最初にやり始めた発達障害のある子を対象とした療育事業はずっとやっていて定期的に600名ぐらいの人が通って来ています。40年ぐらい前だと自閉症、ダウン症の診断は東京では1歳2歳でおられていたんですが、幼稚園や保育園に入れなくて、「どうやって子供を育てていくのかなあ?」というのが現実でした。区によっては保健所で自主保育をやっていたりしたんですが、そういう行くところない子供たちのための通所訓練というのが東京都では始まっていて、それをやっていました。現在は公益法人として啓発事業とか研修事業とか調査事業とかいうのをやっています。北区に11カ所、拠点があって活動しています。療育指導をやっているのが4カ所あります。1997年から知的障害を伴わない子供が来るようになり、2000年ぐらいから発達障害バブルが始まり、「よく分からないけれども、わけの分からない子供は発達障害」みたいな感じで、「これは普通の子でしょ」というような子がガンガン来て、「いったいどうしたら良いんだろう?」というようなことがありました。いま啓発事業としてはYouTubeなどで、「どう指導したら良いのだろうか」というような内容を放映しています。二つの法人があり、お医者さんが8名、看護師が2名、臨床検査技師が2名、言語聴覚士が26名、作業療法士が3名、社会福祉士が24名などが居ます。この多職種の間が働くところで、どうやって連携を取っていったらいいのかというのはクリニックを開設した瞬間というか、その時から続いていて、どうやって連携、連絡していったらいいのかというのは、つねに僕たちの組織の課題でした。

ここで40年ぐらいやってきたんですが、1970年代の後半から80年代にかけてはひどかったなと思います。障害児は、被験児と言って実験の対象であったわけですね。今なら倫理規定で通らなかったような実験もあったのではないかと思います。有名なアメリカの行動主義の大家が「問題行動に対しては電気ショックを与えるべきだ」というような話が教科書に載っていて、いまあんな本が出ていたら袋叩きにあうだろうなと思います。1990年前後ですね、「自閉性だったわたしへ」のドナ・ウィリアムズとかテンプル・グランディン本人の手記が出始めました。僕たちは1980年代の後半から自閉症の人たちには感覚の過敏性と鈍感があるとわかっていたんですが、それをドナ・ウィリアムズとかテンプル・グランディン、日本だと森口奈緒美さんが書いて、医学は差異をもとにして診断するわけですが、僕たちのように臨床をやっていると差異よりも共感が大事になってきて、共通の心理と共感が1990年代の大きな節目になっていったのではないかと思います。画期的だったなと思うのが1995年ごろに表記がa disabled childからa child with disorderになってきました。初めは「なんだ、これは？」と思いましたが、結局「障害児」から「障害のある子供」に変わりました。この時から、障害は特性の一つにしか過ぎない、料理が好きだとか踊りが好きだとか歌が好きだとか絵が好きだとか、そういう特性の一つである、いろいろな特性の一つとして障害を持っているのだという見方に変わってきました。それから20年経ってみると、金澤翔子というダウン症の人が国連でスピーチをしたりするようになってきたわけですね。自閉症の人たちの絵が大企業の株主通信の表紙になったり、大学の学園祭でダウン症の人たちのダンス・グループが踊ったりして、世の中変われば変わるもんだなあという感じです。40年前、僕たちのところに来たダウン症の人たちといえば、どこにも出ません、公園デビューもしません、5歳になっても歩けません、運動は何もしていませんという人達が来ていたわけですね。今、ダウン症の子は生まれて一ヶ月経つと、ご家族が言えば保健所から保健師さんがやってきて生活指導をする。最初から一人で育てるわけじゃないんです。そういう風に仕組みが変わってきている。

あと2000年になって意思尊重と自己決定が世界の潮流になってきました。2006年に国連で「障害のある人の権利条約」が採択され、2016年に「障害者差別解消法」が施行され、合理的配慮の義務化となりました。それまで対象だったのが本人の人権を尊重して、本人に配慮して社会の中に組み込んでいく、容れていくというのが、この流れだと思います。おそらくこれからは専門家が主導して行くものから、今医療の現場で行われているインフォームド・コンセント、説明と同意が求められるようになるだろうなと思います。それから本人に必要なことを支援する、専門家が専門家として「これやろうね」というのではなくて、本人に選択させながら、もう一つは本人に有利なものを提供していく、教えていくようになっていくと思います。

もう一つ連携ということですが、この事業を始めてからずっと連携をどうやって取るのかというのは難しい問題だったんですが、言語聴覚士と精神保健福祉士と社会福祉士と臨床心理士と保育士と医者が一緒になって評価表を作っています。これがフェイスシートですね。評価表を作って、これでチェックするんですよ。チェックをしていくと、11領域あるんですが、「何々しても良い」というのを教えるときに、ずらっと項目があって、その中からチョイスしてもらうというのが仕組みです。連携していくのに当たって、それぞれの職務というのは、なぜできたのかという理由があります。ちゃんと目的があるわけですが、連携をするときにはその垣根を取り払わなくてはならないのです。その時にチャイルドファーストということコッコイですが、何より本人主体でやっていこうよという合意形成をするために評価表を作っている面もあって、その中で各専門職の合意が形成されてきているのかなあと思っています。

坂爪一幸氏

多職種連携について様々の話が出たのですが、実はリハビリテーションということでいくと、孤立するのは心理出身者なんですね。なぜかと言うとリハビリテーションの場合、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師、みんな身体に関すること、解剖学、生理学を一応学ぶわけですね。心理学にはそれが無いんですね。ないならそこで勉強すればいいわけですが、一部の人たちは自分たちは「心の専門家」というプライドでしようか、繋がろうとしない人がいる。リハビリの場合ですが。療育センターになると、逆にPT、OT、STの人たちが、発達的な見方、捉え方に弱みがある。そういう教育観で子供たちを見てこなかったということがある。だからといって心理学が今の教育の中で中心になる力を持っているかという疑問がある。社会連携ということで行くと、最終的に子供たちを社会に繋げていかななくてはいけないのだけれど、少し偏った言い方をすれば、要は健常基準に近づけようと鞭を当てるわけですよ。多数原理が支配して、健常者の状態に近づかなければいけない、同じように仕事ができなくてはいけない、となるわけですよね。そして、絶えず足りないものを埋め込むような教育を与えがちになってしまう。これは遅れのある子どもたちにとっては、すごく苦しい事なんですよ。もがいた挙句、医療の世話になる。そういう人たちが多いので、子供たちを正確に理解して、誰のための療育、教育、医療なのかということ、最前線の人たちが絶えず吟味してほしいなと思います。

2018年6月23日(土) 早大小野記念講堂

思春期以降の 自閉スペクトラム症者 に対する理解と支援

大島 郁葉(ふみよ)

千葉大学

子どものこころの発達教育研究センター
特任講師



1. 思春期以降の高機能自閉スペクトラム症者の課題

自閉スペクトラム症 (Autism Spectrum Disorder: ASD) は、「対人コミュニケーションの障害」と「限定された反復的な行動様式(こだわり)」を主徴とする神経発達症群の1つです (American Psychological Association: APA, 2013)。ASDは人口の1~1.5%存在する精神疾患で、めずらしくありません。ASDの臨床像は多様で、年代や環境によって大きく異なることから、臨床家は各ライフステージにおけるASD症状において包括的なアセスメントを行い、個人の特性を丁寧に把握することが支援の第一歩となります。

- ・スクリーニングによるASDの発見
 - ・ペアトレ、親に対する関わり方の相談(医療・心理・福祉)
 - ・加配などの直接的援助(教育・福祉)
- 乳幼児期
- ・合併精神症状(二次障害)の予防(医療・心理)
 - ・本人への告知・特性理解の心理教育(医療・心理・福祉・教育)
 - ・特別支援教育・合理的配慮(教育)
- 学童期
- ・合併精神症状(二次障害)の治療(医療・心理)
 - ・大学・会社関係者からの合理的配慮(医療・心理・福祉)
 - ・就労支援(福祉)
- 成人期

図1. 年代によるASD者への支援の例

ASD者は幼児期診断がなされたほうが予後がよいことが指摘されています。いっぽうで、知的な遅れを伴わない「高機能ASD者」は成人期まで診断が見過ごされ、ASDに見合ったケアやサポートを受けてきていないことがあります。また、診断の機会があったとしても、高機能のお子さんは一見すると「普通の子」なので、親御さんの受け入れがいいとは言えません。実際に、「ASDがあっても克服してもらいたい」「自閉症なのはいいけど、こだわりを失くしてほしい」「『普通』の人の真似をして、ASDを引っ込めてほしい」などをおっしゃる親御さんも多くおられます。

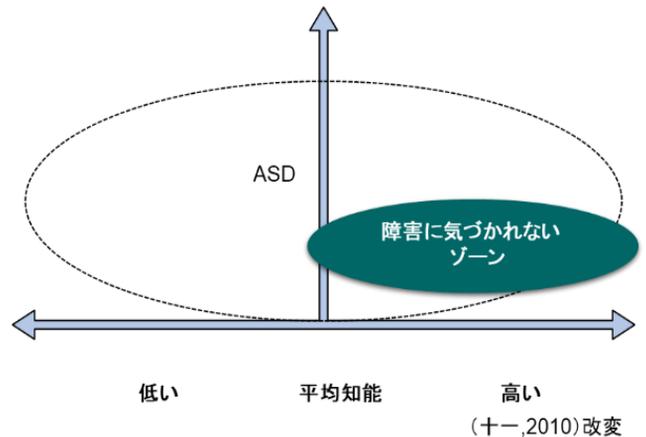


図2. ASDと気づかれない一群の特徴

そういった未診断の高機能ASD者は、無理やり「普通の子」として日々生活していることが多いのですが、対人的関りの分からなさやこだわりといった自閉特性はありますので、集団生活の中で、いじめや虐待などの迫害体験を受けるリスクが高く、65%~80%の多くの成人のASD者が抑うつや不安などの精神障害を抱えています。これまで、自身のAS特性に対する知識や気づきがない場合、慢性的な不適応体験から、他者(定型発達)との差異に関して「自分は劣った存在である」という個人の本質的な劣った特性(スティグマ)の概念と結びつきやすく、抑うつや不安感が顕在化しやすいと言われています。

気になること2題—個人と社会の現状と今後

吉川政夫
(当会理事・1973年・教育学部卒)

1. 悩み・苦しみの身体化と行動化

私たちは豊かで自由な社会に生きています。しかしながら一方で、不安や怖れ、欲求不満や葛藤、憎悪、他者不信や自己不信、孤独感・孤立感など、日々、少なからず苦しみを体験しています。

釈迦は人生の現実を直視して、自らの思うままにならぬものやことの満ちあふれているさまをつきとめ、それを苦とよんだ。仏教では人が体験する苦を煩惱と言います。

煩惱を表す代表的なことばに四苦八苦があります。四苦八苦は、最大の苦である生老病死の四苦に、愛別離苦(あいべつりく)、怨憎会苦(おんぞうえく)、求不得苦(ぐふとくく)、五陰盛苦(ごおんじょうく)の四苦を加えた八つの苦しみです。「生」は生きていることに伴う肉体的精神的苦痛を、「老」は老いて体力や気力が衰弱する苦しみを、「病」は病に苦しめられることを、「死」は死への恐怖を表しています。さらに、「愛別離苦」は愛するものと別れ離れる苦しみ、「怨憎会苦」は怨みや憎しみを体験する苦しみ、「求不得苦」は欲しいものが手に入らない苦しみ、「五陰盛苦」は心身の生理・心理的活動により苦しみが盛んになることです。

それらの苦は避けようとしても避けられず、苦のありのまま向き合い体験を深めることによって苦から超越する、すなわち解脱を釈迦および仏教は説いています。

私たちは、体験する悩みや苦しみをひとまとめにしてストレスとよんでいます。現代人に共通する特徴は、ストレスを「身体化」、「行動化」しやすい点です。「身体化」とは、便秘や下痢、発熱、アレルギー症状、潰瘍、高血圧など、心の問題を身体症状としてあらわすことです。「行動化」とは、いじめ、暴力行為といった他者攻撃、出社拒否、安易な離婚、過食・拒食、自殺などの行為、行動によって心の問題を解消しようとする点です。「身体化」も「行動化」も悩みや苦しみに逃げ、ごまかすストレスマネジメントです。

幼い子どもは悩みや苦しみを「身体化」や「行動化」しやすい。子どもは、心が発達途上であり、ストレス対処能力も身につけていないためです。悩みを悩みとして悩めるためには、心がそれなりのキャパシティを持っていないければなりません。

2. 「自閉特性に気づいてケアするプログラム」ACATの紹介

ここからは、「ASDに気づいてケアするプログラム(Aware and care for my AS traits: ACAT)」の紹介をします。ASDは自閉特性(AS特性)に障害(Disorder)がある状態といえます。つまり、AS特性を正しく「理解」自分のAS特性に「気づき」、機能的コーピングをするための心理教育が不適応への軽減につながるのではないかと考え、診断後、早期にAS特性の心理教育を丁寧に行うというプログラムを開発しました。現在、千葉大学のほうでランダム化比較の臨床試験を行っています。

具体的には、児童思春期の高機能自閉スペクトラム症者および家族に対する認知行動療法を用いた心理教育プログラムで、1回100分、全6回あります。対象者は、10歳～17歳までの児童思春期のASD者およびその保護者1名が参加します。目的は、正しいASDの知識の獲得およびAS特性への気づきの増強、対処方略の獲得を目指すことです。

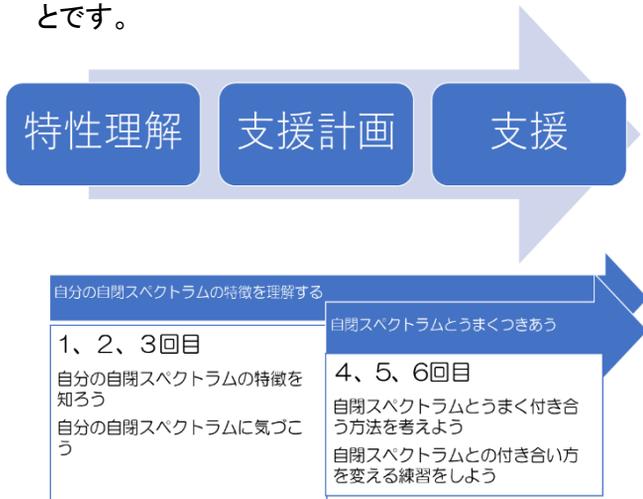


図3. ACATの流れ

ACATでは、親と子のそれぞれの狙いがあります。まず、親へのアプローチとしては、我が子のASDの正しい知識を得て、個別に沿った支援機関や方法を知ってもらうことを目的としています。お子さんへのアプローチとしては、ASDを「AS特性」として理解することで自尊心を高めてもらいます。さらにAS特性への外在化を促すことで、特性の「強み」を自覚し、「弱み」をカバーするという対処方を育てていきます。

まとめとしては、ASD支援のためには診断のみならず、診断から支援につながるための正しい心理教育が本人および養育者に必要ということが言えます。ASD者および養育者のASD支援を橋渡しする手段としてACATプログラムを開発し、その内容を紹介しました。

悩みを心で悩めるためには、悩みを悩みとして自覚でき、それを保持し、解決に向けて考え続け、悩みに伴う感情をコントロールできる心のはたらきが必要です。「身体化」や「行動化」しないで、悩みを悩みとして悩むことができる人は、人格がそれだけ成熟しているといえます。未熟な人格では心で悩み続けることができません。

以上、現代人は心で悩み・苦しむことが苦手で、悩み・苦しみを「身体化」や「行動化」しやすい点を指摘しました。生きている限り悩みや苦しみは尽きません。解脱した釈迦や僧侶のようにはいきませんが、悩み・苦しみに上手に付き合いたいものです。

2. 現代人の自己愛化 — 自己愛社会と自己愛パーソナリティ

フロイト.Sは、愛の発達(リビドー:性衝動の発達)は自己愛(自体愛)から他者愛へと至るとしています。リビドーが口唇期、肛門期、男根期のいずれかの自体愛段階にとどまると心理・行動的な不適応問題が生じ、リビドーが他者愛段階である性器期に達することにより人は成熟した人格となると考えています。

フロイト後の精神分析学派の自己愛研究では多くの考え方や理論が出されています。その中であって小此木啓吾は、自己愛人間が1980年代から日本に出現・浸透し始め、現代人の中に多かれ少なかれ自己愛人間の特徴が認められる、すなわち自己愛人間が社会的に人格化したと指摘しています。

自己愛人間は、社会的なつながりや役割を軽視しパーソナルな自己愛を満たすことで暮らす人間であり、以下に述べる自己愛パーソナリティの特徴を持っています。

- 1 自己を重視する、あるいはたぐいまれな存在と見る「自己誇大感」を持っている。
- 2 限りなき成功感、権力、才能、美、理想の愛といった「幻想への没入」がある
- 3 自己顕示をし、絶えざる注目と賞賛を必要とする
- 4 他者からの批判や無関心に冷たい無関心をもって反応する、あるいは強い怒り、劣等感、恥辱感、空虚感をもって反応する
- 5 「共感の欠如」がある
- 6 当然のごとく「特別待遇」を求める
- 7 「対人関係における搾取」を平然と行う
- 8 過度な理想化と過小評価の両極端を揺れ動く

自分にも身近な人にも思い当たる項目があるとありますが、私たち現代人は上記の自己愛パーソナリティの特徴を少なからず持っています。

ところで、自己愛には「健康な自己愛」と「不健康な自己愛」があります。人が幸せに生きるためには「健康な自己愛」すなわち「自分の良い面や悪い面を含めてありのままの自分を愛すること」が不可欠です。「不健康な自己愛」は、自己愛パーソナリティの「自己誇大感」や「幻想への没入」を特徴とし、ありのままの自分ではなく幻想の自己を愛し、事実に基づいてではなく勝手な思い込みやこだわりにとらわれて生きます。「不健康な自己愛」をもって行動すれば、不適応が生じます。周囲に迷惑をかけることもあります。

最近多発しているパワハラやセクハラなどのハラスメント、家庭内の虐待、学校や職場におけるいじめ、車のあおり運転などの危険運転、客による店員や店に対するしつこい言いがかり、客によるタクシー運転手への暴行傷害等々。人の命や尊厳が軽視あるいは否定されています。

それらの行為、行動は「ゆとりを求めてゆとりを失っている社会」、「激しい変化がもたらすストレス社会」によるところが大きい。しかし、個人要因である不健康な自己愛も色濃く関与しているのではないのでしょうか。それらの行為、行動は、肥大化した不健康な自己愛エネルギーが噴出した結果とも考えられます。

社会は自己愛商品であふれています。化粧品、車、テレビ、電子ゲーム、PC、スマートフォンと「ながらスマホ」、インターネットとネット通販サイト、自国第一主義などは、自己愛を満たす代表的な自己愛商品や自己愛行為です。それらには自己満足や利便性、豊かさを実現する光の面がありますが、同時に不健康や迷惑をもたらす影の面もあります。

自己愛社会の中で不健康な自己愛化が進んでいます。私たちは、個人と社会と自己の不健康な自己愛化に対峙し、家庭、学校、職場、地域、国家、世界などのあらゆる場で健康な自己愛と他者愛をもって生きていきたいものです。



©吉川氏の元ゼミ生作

アメリカだより (6)

黒坂和彦

(当会理事・1986年・文学部卒)



早いもので、アメリカに赴任してほぼ3年が経過しました。アメリカだよりも今回で6回目を迎え、半年ごとにこちらでの生活の様子をお届けしてきた計算になります。アメリカに3ヶ月以上滞在する場合、ビザの取得が必要ですが、私はH1-Bというビザを取得して、アメリカに赴任しました。このビザの有効期間は3年間で、1回の更新が認められています。原則、合計6年間の米国での就労が可能ですが(この期間を越える場合は、グリーンカード取得が必要になります)。

米国の就労ビザは、トランプ政権になってから、特に審査が厳格化していて、取得・更新が難しくなっていると言われていています。私も更新の時期を迎え、ビザ専門の法律事務所に書類を整備してもらい、7月に更新の申請をしました。日本の米国領事館で簡単な面接を受けることが必須です。8月に家内と一時帰国し、面接を受け、8月下旬に何とかビザの更新が認可され、安心しました。こちらでの仕事、生活も折返し地点を過ぎました。自分の意思でこちらに赴任しましたので、悔いが残らぬよう、しっかりと仕事で成果を上げ、生活も十分にエンジョイしたいと考えています。

10月末となり、冬はもう目の前です。このところ10度以下の気温が続いています。先週、バーモント州のストウという街に、紅葉を見に行ってきました。私のいるニュージャージー州から、北に位置し、車で約6時間の距離です。映画「サウンド・オブ・ミュージック」の舞台となったところですが、降雪があって、残念ながら、紅葉のピークは過ぎていました。おかげ様でこの3年間、週末や休暇を利用して、アメリカ内を中心に多くの旅行をすることができました。今回のアメリカだよりでは、9月にカナダを旅行した時の様子をお伝えしたいと思います。

大学4年生の次女が、就職が決まって、9月に遊びにきてくれました。私の発案ですが、次女、家内にも意見を聞いて、カナダのケベック州に4泊5日で行ってきました。初日は車で国境を越えて、モンリオール市に到着しました。国境では、簡単なパスポートチェックのみで、簡単に入国できました。モンリオールは、1976年夏季オリンピックが開催された都市です。ここまで、休憩を挟んで、車で約6時間かかりました。1泊して、モンリオール市内を短時間で観光して、いよいよケベック市に入りましたが、予想以上に時間を要し、車で3時間程の移動でした。



ケベック市内中心街の風景です。ヨーロッパの風景そのものでした。街はきれいで、時間が止まったような感じでした。

家族旅行で、ケベック市を選んだのは、実は理由がいくつかあります。40年程前に、両親と一度訪れているのですが、そのヨーロッパ風の街並みが忘れられず、いつかまた来たいと思っておりました。カナダはアメリカと比較してゆったりしています。車の運転マナーもカナダの方が格段に良い、スピードも抑え気味です。ケベック市の歴史は、フランス人の入植の歴史でもあります。英語とフランス語のバイリンガルの方が多く、主要言語はフランス語です。レストランに入ると、アメリカと比較して、料理は少なめですが、フランス料理同様に味付けは良く、ワインも良質で、安かったです。アメリカは肥満大国と言われていますが、ケベック市では肥満体形の人は、非常に少なく、驚きました。

9月17日にポール・マッカートニーのツアー初日のコンサートが、ケベック市でありました。ポールの40年来のファンである私は、日本とアメリカで、10回を超えるコンサートに行っていますが、このケベックでのコンサートは外せないと思い、家内と次女にも付き合ってもらいました。ステージ右横、2階席の比較的良い席が取れ、チケットの価格はアメリカより、リーズナブルでした。3時間近く、39曲、休み無しの演奏で、76歳とは思えない体力です。当日、声もよく出ていました。フランス語で観客に語りかけていました。コンサートは非常に盛り上がりましたが、アメリカの観客と比較して、落ち着いた感じでした。車の運転は非常に疲れましたが、ケベック州に行っても良かったです。次女も、コンサートはやや退屈していましたが、旅行を楽しんでくれました。



ケベック市街から、13キロほどの地点にある「モンモランシーの滝」です。冬は滝が凍るそうです。ケベック市観光の際、一見の価値があります。

2018年10月31日



ポール・マッカートニーのコンサートが開催された、ビデオトロン・センターです。構内にあるタクシースタンドには、帰り際に多くのタクシーが配置され、安心して、ホテルに戻れました。

アメリカもカナダも広大な国で、様々な人種で形成されていますから、一概に比較はできませんが、カナダ人はアメリカ人よりも人見知りで、繊細な面があると感じました。別の言い方をすると、アメリカの方がオープンで付き合いやすく、仕事をするならアメリカ、生活するならカナダといったところでしょうか。カナダの各種ビザの取得は、アメリカ程、厳格化されていない様子ですので、アメリカでの就労ビザが切れた後、カナダに移住する方法を模索している、今日この頃です。



新しい戸山キャンパスの正門

当学会の閉会のお知らせ

長年のご支援に感謝いたします。
下記に総会の議事録を載せましたので
ご覧ください。

第4号議案 当会の解散について

会長より資料に基づいて、2019年度は会費の徴収や助成金の拠出等は実施せずに、団体を解散するための活動を行うことが説明された。出席者から残余財産の用途、ホームページの継続について質問があり、詳細については今後検討を行う方針であることが説明された。これを受けて、2019年4月以降に解散事業が完了し次第、団体を解散することが承認され、解散事業の内容については今後検討を進めることが、満場一致で承認された。

一 解散の提案主旨

- 長年新規入会者がいないため長期的に存続できないことが明らかになうえ、心理学教室では学会運営を引き継ぐ環境がなく、石井会長が2017年3月に大学を定年退職したことから、早稲田大学心理学会として組織することが難しい状況である。
- 会の活動を行える体制があるうちに、解散に向けた計画を立案・実行することが望ましいと判断した。

二 解散の手続き

- 2018年の総会において解散の決議を行う。
- 総会の成立要件について明確な規定がないことから、理事会の規定に準じて、4分の1以上の出席または委任をもって成立とする。
- 会議の議事は、規定に則り出席者または委任者の過半数の同意をもって決するとする。

三 解散に向けた活動

- 当会の目的に「この会は、早稲田大学を母体とする心理学の発展ならびに会員相互の親睦を図ることを目的とする。」に沿って、残余財産を処分する。
- 解散式を兼ねて会員の懇親会を開催する。
- 上記の詳細については理事会にて検討を行い、2018年の総会にて提議する。

【本総会における審議事項】

一 解散の決定

- 2019年4月以降、諸手続きが完了し次第、解散する。

二 解散に向けた活動

- 通常事業（公開講演会と教養講座）は2018年度で終了する。
- 2019年度は解散事業を行う。
- 解散事業の企画運営は理事会が担う。

三 解散事業

- 記念誌発行
- 過去の発行物のデジタルアーカイブ
- 解散記念式典の開催

原稿・資料の募集

早稲田大学心理学会が閉会を迎えるにあたり、記念誌の発行を企画しています。早稲田大学心理学会、心理学、教えていただいた先生方等に関する思い出をお寄せください。

- 1500字程度。
- 2019年6月ごろまでを目途に。
- 下記の連絡先にご連絡いただければ幸いです。



2018年12月中旬に竣工した
早稲田アリーナ
2019年3月オープンします

発行元：早稲田大学心理学会
〒162-8644 新宿区戸山1-24-1
早稲田大学文学部心理学教室内
電話 03-5286-3743 FAX 5286-3759
担当：石井康智
メール：waseda_shinri@yahoo.co.jp
担当：朝岡美好

書類発送元：
一般社団法人学会支援機構
〒112-0012 文京区大塚5-3-13
小石川アーバン4F
電話 03-5981-6011 FAX 5981-6012

早稲田大学心理学会ホームページ：
<http://www.waseda.jp/assoc-wpa/>