

自閉性のある子どもの適応に関する研究

研究第7部 平井信義
野田幸江

第1部 自閉症をめぐる諸問題

小児期の自閉症については、とくに範疇をめぐる各種の論争があり、また原因に関しても鑑別診断についても不確定の面が多々あり、わが国の学会のみでなく、世界の学界においても、混沌とした状態にある。

1. 範疇論をめぐる

われわれは、1957年以来15年間に亘って自閉症児の研究を行い、漸次、Asperger, H. の主張する「正常児からのかたより」としての精神病質の考え方をとるようになり、従って正常児との連続性の中で、「自閉症」というよりは、「自閉性のある」子どもとすべきことが適当と考えるようになった。すなわち、自閉性には、それが弱い程度の者もあり、強い程度の者もあり、両者の間には一線を画することができないし、程度の弱い者と普通の子どもの間の境界線を引くことができないという事実を経験しているからである。この点に関しては、イギリスの Wing ら及び自閉児の対策に努力しているイギリス自閉症児協会も大体同意見と考えられる。ただし、自閉性の程度の強い者には何らかの質的な変化が起きているか、あるいは Asperger の言う如く将来は別の病因に分解するものかについては、はっきりしていない。また、確実に2～3才までは正常範囲の発達を示した子どもが、急速に自閉的となり、精神の発達遅滞または荒廃する例（われわれは4例を経験している）について、これを果して自閉性のある子どもとして扱ってよいか否かについても不明である。

それに対して

①Kanner, L. の規定した「早期小児自閉症」 Early Infantile Autism のみを自閉症とすべきであり、それ以外を除外すべきであるという Kanner の主張に従っている者がある。しかし、Kanner の言う自閉症を中心症例としてもなお一線を画することができないので、非定型 atypical な自閉症を設定せざるを得ず、この傾向は、イギリスの Wing らのほかに、アメリカの精神分

析学者などに見られ、それが次第に多くなってきている。それに対して Asperger, H. は自己の自閉的精神病質 autistische Psychopathi を中心例としている。

②自閉症を症状群 syndrom として扱うべきであり、すなわち、多様な病因の一つの表現形態にすぎない——という考え方を取っている者がある。ことに、西ドイツの児童精神医学者を中心として、この考え方が強いが、その他の国々においてもこの主張が認められる。

③あるいは、自閉症という言葉を選けて「接触到障害のある子ども」として報告している研究者もあるが、その状態像は自閉児とみてもよい例である。この言葉は、範疇論にこだわらずに、治療や教育に努力している人々によって用いられていることが多い。

2. 診断をめぐる

とくに診断をめぐることは、範疇論との関係において幾つかの考え方があるが、今日いずれも確立したものではない。自閉症を精神病として扱い、いわゆる医療（とくに薬物療法）の対象としている者もあり、あるいは、何らかの脳障害にもとづく疾病ではないかという仮説を立て、追求の手をゆるめない者もあり、あるいは、精神薄弱との関連で考えている者もあり、自閉性のある1人の子どもをめぐるでもそれぞれ異った判断が下されるとが少くない。

④精神病については、古い時代には「子どもには精神病がない」という考え方が強かったが、1920年以後とくにアメリカにおいて、子どもの精神病、とくに小児期の精神分裂病の報告が現れ、Kanner にも小児早期自閉症を発表するまでは自閉症を分裂病と考えていたが、自閉症児の予後が成人の精神分裂病と異なることから、精神分裂病から分離して、別の疾病概念の中で扱うようになった。しかし、児童精神科医がこれを扱うべきことを主張しているのは、精神病という疾病概念を基盤として自閉症を考えていることは疑いない。この点が Asperger

を中心とした考え方と対立している。

②精神病と一線を画して自閉児を考えているのは Asperger であるが、その際、自閉児は精神病質という概念の中で扱い、素因的（多分に遺伝的）と考えている。更に、精神病質を正常者からのかたより Variant と見ているが、精神病と精神病質の概念と両者の境界線をめぐっては、今日の学会でも、多分に未確定な部分が多い。

③精神病という言葉を選けて「情緒障害」という言葉で自閉児を扱う傾向が現れたのは、疾病分類論的 nosological な意味でなく、治療や教育の中で、両親に対して希望を与えようとする意図や、社会的に見て精神病という言葉を選ける意味が多分に含まれている。

われわれは、とくに③の点を考慮して、以前には自閉児を精神病児と言い切る風潮があったのを戒めてきたが、われわれはこれまで扱ってきたすべての子どもたちの中で、精神病または精神分裂病と診断した子どもが一例もないことを付言しておく。すなわち、子どもに精神病が発病するという考え方を、一応否定している。ただし、前述の2～3才頃まで正常に発達し、その後急速に接触困難と知的能力の荒廃を招いた例については、未だに定見を持ってないでいるが、心理療法や教育の対象としていることは言うまでもない。

鑑別診断についてわれわれが行ってきた努力については、従来、簡単な知能検査を行って「精神薄弱」と診断されていた子どもの中から自閉性のある子どもを見つけ出して、その子どもの個性に合った心理療法や教育を考え、さらに社会的適応に方策を立てるようになった。その結果、種々な困難性を藏しながらも現在の教育体制の中で受け入れられる子どもの数が増加してきていることは事実である。10数年前を思い起すと、自閉症児に対して悲観的な言われ方がされていたのであるが（それは、その頃に書かれた自閉症に関する論説を見ればわかる）それと比較してみれば、今日の状態は遙かに進展したといえる。

自閉性のある子ども（自閉児）と精神薄弱児の区別に当って、われわれが「精神薄弱」をどのように考えているかが問題となるが、「精神薄弱」の概念そのものが極めて包括的な状態像であり、従って、将来においては解体すべきものと考えている。すなわち、もう一度一人一人の精神薄弱児についてその精神構造を詳細に検討して特性を見出す努力をすべきであると考えている。自閉児にも多かれ少なかれ知的能力の遅滞している部分があるから、これまでの包括的な精神薄弱の概念の中では「精神薄弱」という診断が行なわれることはやむを得ない面が

あるが、「精神薄弱」という診断名はない筈であり、状態像の包括的な表現であることを考えるならば、一日も早く消去すべき言葉であると考ええる。（同じことは、自閉症についても言える）

以上から、「自閉症ではなく精神薄弱だ」ときめつけることもおかしいし、「自閉的精神薄弱」という言葉も、不確かな二つの言葉を継ぎ合わせたものに過ぎないと考えている。

従って、どのように診断するかということよりも、どのように子どもの状態像をとらえて、精神療法を行うか、教育を行うか、——それを総括して治療教育という言葉を用いたいのであるが——が問題となるのであって、どのような診断書をつけるかは、「自閉症」にせよ「精神薄弱」にせよ、将来研究が進み、新しい疾病概念が確立した時のことであろう。しかし、おそらくその場合には、この二つの言葉が用いられなくなり、個々の子どものさまざまな状態に即して、治療教育との関連において適切な表現がなされるようになって考えているし、それを望みたい。

なお、脳障害との関係について一言触れておく必要がある。自閉性のある子どもに脳波の測定を行い、異常波形を示した例と「正常」と判定された例とがあるが、その点をいかに捕えるかを問題にしなければならない。異常波形が現れると、当然脳障害のあることが考えられるが、その異常波形が子どもの行動といかに関係しているかについては、ほとんど明らかにされていない。すなわち、自閉的行動が脳障害によるものかそうでないかを決定する基準がない。自閉的行動と状態像の類似している子どもについて、脳波の「正常」と「異常」との差を詳細に検討してみても、その行動には顕著な差異が認められない。

このことから、脳波に「異常」の現れた例については、①自閉性とは別に、何らかの脳障害を持っているのではないか、（その点で「正常」な行動を示している学童の脳波測定を行うと1～2割の異常波を認めている研究を参照にしたい）、②自閉的行動は、もともと脳障害に根ざしているが、それが脳波に現れる場合とそうでない場合とがあるのではないか（現在の脳波学の限界）——という考え方もなり立つが、未確定な要素が多い。③脳波の「正常」と「異常」が、同一個人内でも出沒することがある。すなわち、追跡的に脳波を測定してみると、正常であったり異常になったり、不確定の面がある。これが、脳波測定上の条件であるのか、波型の「正常」と「異常」の判別に問題があるのか、あるいは、実体としてとらえるべきかは、今後に残された課題であ

る。

さらに、けいれん発作を伴う者、過去にけいれん発作があった者について、脳波所見との関係を求めてみると、必ずしも一致しないし、自閉的な行動を検討してみてもその差異ははっきりしない。すなわち、脳障害との関係もまた、今日の研究段階では、はっきりとした結論を出すことができない。これは、脳波に異常を認めなかったからといって、直ちに脳障害を否定できないのと同様である。

さらに、感覚障害（とくに聴覚）や運動障害との関連が求められることがある。とくに言語発達遅滞や応答の少いことから、難聴や、ろうを疑う両親が多く、以前は耳鼻科医によって難聴、ろう、失語症などの診断を受けていた例もある。最近では鑑別診断の機能が向上し、都会地においてはそのような例が少くなっているが、自閉児に関する認識の少ない地域では現在もお見られる現象であり、それらの医師や心理学者に対する指導は、今後推進されなければならない。但し、われわれは、自閉性とうろとを合併している例を4例経験しており、その診断には長期間を必要としたことを付言する。

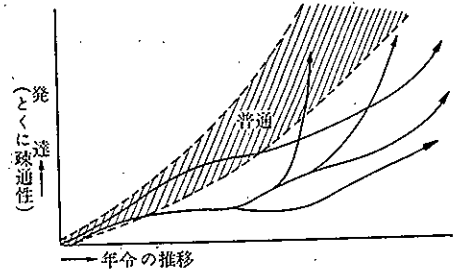
ものに目を近ずけるなどの行動から、強度の視力障害と眼科医によって診断された例もあり、また、一定の硬直したように見える姿勢を取ることによって脳性まひと整形外科医に診断された例もあるが、別の場面で観察を重ねると、それらの診断が誤っていた例がある。

子どもの問題行動の診断、とくに自閉性の診断に当たっては、さまざまな場面で観察を十分に重ねる必要があるし、多くの情報を集める必要がある。すなわち、場面や状況によって行動が異なることが多いからである。例えば、脳性まひと診断された子どもは、家庭から逃亡する際にはまことに行動が敏捷で円滑であり、高所には巧みに登ることができた。また強度の視力障害と診断された子どもは、眼鏡をかけてもかけなくとも、その行動には変化が見られなかったのである。従って、自閉児については、子どもの行動に関する資料を十分に集め、行動を詳細に観察した上で、更に検討を重ねる必要がある。すなわち、一回の短時間で決定は、極めて危険である。また自閉児の特徴としては、行動に不合理な面のあることが言えるし、治療や教育を考える上にも着目すべき点である。

3. 自閉児の発達と精神構造について

このような状況の中で、われわれは自閉性のある子どもを長期に亘って、治療教育の努力を繰り返しながら、観察を重ねてきた。その結果、自閉性のある子どもにも

第1図

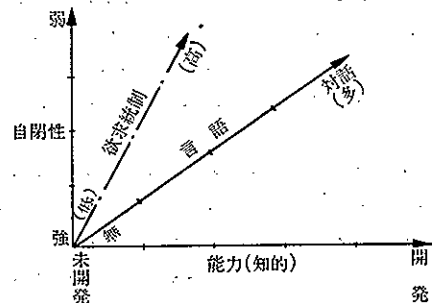


発達のテンポがさまざまであることがわかってきた。予期しないほど早く自閉性が弱くなる子どももあり、予期に反してなかなか自閉性が強い状態で続き、集団への適応が困難な子どももある。それらを更に細かく分類すれば、①微々たる発達ではあるが、それが続く例もあり、②ほとんど発達しないように見えながら、ある部分の発達は認められたという例もあり、③その中から、ある時急速な発達を示すという場合もある。④あるいは、当初においてはかなりよい発達を示していたものが、その後において、発達が停滞し、それがしばらくの間続く例もある。⑤また、自閉性は急速に少なくなっているにもかかわらず、知的能力の開発が行われない例もあり、⑥逆に、知的能力は多分に開発されながら、自閉性の強い子どももある。（第1図参照）

これらを、a 自閉性から疎通性へ、b 言語のない状態からふつうに対話のできる状態へ、c 知的能力の開発されない状態から知的能力の開発された状態へ、更にaと著しく関係するが、d 他人の言動によっても自己の欲求を全く統制することのできない状態から、他人の言動に応じて自己の欲求を統制できるようになる状態まで、輪郭を分けて子どもの状態を判定する試みをしてみると、第2図のように図式化することが出来る。

これらの輪郭にそってそれぞれの子どもの状態像を考

第2図



えてみると、すでに述べたことがはっきりする。1～2例をあげれば、行動的には自閉性が弱い状態にあるにもかかわらずa、言語の発達が遅滞し、とくに対話が少くb（ただし、多くの場合には自閉性が弱くなると、言語発達も促進され、対話が可能になる）、しかし部分的ではあるが（知的）能力の開発されている子どももありc、自己の欲求を統制して他人の指示に従う子どもdもありまた、自閉性が強く、対話の少ないままに言語の能力は発達し、（知的）能力も多面にわたって開発されているが、しかし、欲求の統制は弱い——という例もある。

ここに、知的能力の中の「知的」という言葉を（）でくくったのは、知能の定義がはっきりしていない面があるからである。一部の（例えば記憶力などの）発達がよいのに、関係認識の発達が遅滞し、従って、全体把握ができにくい例をどのように解釈するか——が判然としないからである。また、就学した子どもたちが、現在のカリキュラムに応じて、学習能力を示さない点も、考慮すべきであるが、この点については後述する。

以上の発達の過程が、①その子どもの固有の発達であるのか、②治療教育の方法に関係があるのか、あるいは、③家族関係（とくに親子関係）にかかわりがあるのかも、未だに判然としない状態にある。しかし、いずれにしても、子どもには発達という現象が認められ、その内容を検討すると、遅滞している部分があり、アンバランスではあるが、1つ1つの現象を、普通に発達している子どもと比較してみると、発達途上のいずれかの時期に現れる状態像であることが理解できるようになった。

4. 自閉児の精神構造に関するわれわれの仮説

以上を通じて、少しずつ自閉性のある子どもの精神構造を把握することができるようになった。すなわち、自閉性のある子どもの最も大きな特徴は、他人との疎通性の発達が普通の子どもより遅滞している点にあり、それは、乳児期より連続していると考えられるが顕著になるのは2～3才であり、ことに言語発達の遅滞と対応の稀薄である点に示される。3～5才が最も偏奇の著しい年齢であり、普通児であれば、集団を求めそれに適応しようとする段階に達するが、それが遅滞しているために、集団適応に困難性があり、養育上や保育上の困難が著しく増加する。

そのような疎通性の弱さ、すなわち自閉性の特徴としては、精神的視野や精神的聴野が、その程度の差こそあれ、狭い点を挙げることができる。それは、その他の感覚野についても言える。実は、それが自閉性の本質に通ずるものと考えられる。感覚野の狭さは、その部分の記

憶を鋭敏にし、さらには感受性を高めることにもある。自閉性のある子どもが、意外な面で記憶がよかったり感受性が高いのは、既に知られているところであるが、それは感覚野の狭さと関係している。それは、固執性にも通ずる。

対象の部分を正確に緻密に知覚し、それを認知し、記憶しているが、そのためか全体を漠然と把握することが困難である。それが精神分裂の如く見えるが、分裂ではなく「未統合」という言葉が妥当する。この未統合は、その子どもが表現したものを、他人に理解し難いものとするし、教育上の困難性が増すゆえんでもある。それは言語的表現にせよ、遊びの上での行動的表現にせよ、絵などの作品にせよ、はっきりと示されることが多く、自己の身体の部分の統合が行われず、それが協応性の欠如となって現れる。しかし、年齢の増加とともに統合が進む例が多い。

また、自己と他者との区別がなかなかつきにくい点にも特徴がある。それが端的に現れるのは言語であり、「私は」と「あなたは」や「彼は」との区別がつかないのはそれである。あるいは行動上にもそれが現れ、自己の持ち物と他人の持ち物との区別がつかず、あるいは、相手からの働きかけと自分の行動との区別や、さらには、自己の身体の部分と他者の身体の部分との区別がつかないことがある。これは、本統合と関連するものと考えられるが、未だ充分には明らかになっていない。

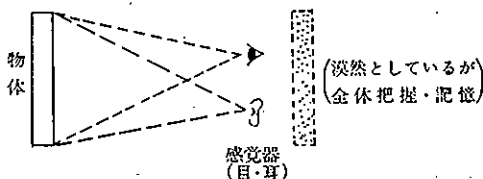
以上15年にわたって、われわれが研究してきた自閉性のある子どもの問題点を明らかにしたが、それぞれの事項について記述することにする。

結 び

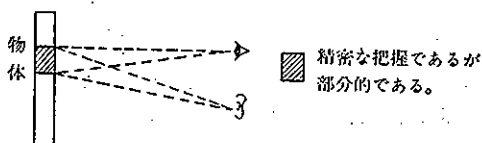
以上を結論的に言えば、現在のわが国においても欧米

第3図

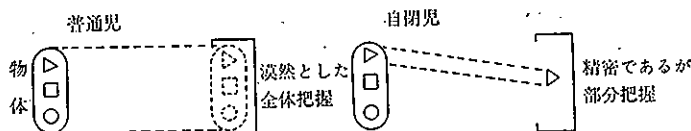
普通児



自閉児



第4図



においても、自閉症に関する研究の中で、範疇論や原因論について議論をしてみても、現時点においては余り意味がないことがわかってきた。(第3図、第4図参照)

むしろ一人一人の子どもの状態像に応じて、いかに精神療法を行うか、あるいは教育を行うかについて検討し、それらの中で現在の時点において「よりよい」と思われる方法を用いるよりほかに方法がない。その際、精神療法にせよ教育の方法にせよ、確立したものがないから試

行錯誤は免れないが、精神療法と教育は不可欠の条件となる。これらには、両親に対する指導やある時には教育者に対する指導をも含めて行なわれることが必要である。それと同時に、現在行なわれている医療体制や教育体制、福祉体制がこのような子どもを充分に受け入れることができるように整備される必要がある。これらの点については第2部において論ずることとする。

第2部 自閉児の適応に関する諸問題

自閉児の適応がいかに考えられてきたか、いかなる対策がたてられたかに関しては過去における状況から始めて、現在の状況を把握する必要がある。その上で、将来への構想がたてられなければならない。

1. 過去における状況

a 概況

わが国において自閉症児について報告されたのは1952年(名大・鷺見たえ子)であるがその後6～7年間は、ぼつぼつと症例報告が行なわれていたに過ぎない。1960年に第1回の児童精神医学会総会において自閉症児の報告があり、その後、次第に発表の数を増し、とくに1965年の総会においては演題の数が20題に及ぶに至った。しかし、その約半数は、自閉症児を精神分裂病児として報告しており、自閉症児即精神分裂病児と考えていた者が多かったのである。その頃は治療や教育について論じたものが少なく、むしろそれらに悲観的であった。その後数年後において臨床心理学会などで自閉症児に関する発表があり、次第に精神療法や教育との関連で論ぜられるようになった。この変化は、自閉症児が精神科の範囲で疾病と考えられていたものが、臨床心理学の対象になることが次第に明確となった推移を物語っている。さらに、自閉児を学校教育に適応させる努力が行なわれるとともに、教育者による発表や意見交換が多くなり、全国情緒障害児研究会が発足するに至った(1966年)その間において、自閉児を守る親の会の設立があり(1967年)結束して文部省及び厚生省への働きかけが行なわれ、行政においてもこの問題を取り上げざるを得なくなったが、一方

マスコミが自閉症児を取り上げて報道したことも、一般の自閉児に対する関心を喚起するとともに、行政をも刺激する役割を果たした。文部省においては、情緒障害児学級を設置することに踏み切り、現在は全国において108学級が設置されているが、厚生省においては、自閉症児のための病院の設置と整備とを実現した。

一方、学会においては、1965年までは Kanner のいう自閉症に一辺倒であったものが、その年の日本児童精神医学会総会における Asperger, H. の特別講演以来、Kanner のいう小児早期自閉症と Asperger のいう自閉的精神病質との範疇論をめぐる論争が始められた。このような論争は、ヨーロッパにおいては既に、わが国の論争が始まる約10年前から起きた状況であり、Kanner の範疇と Asperger の範疇をめぐる異同が論ぜられるとともに、Van Krevelen が小児期の自閉症 Autismus infantum なる概念を持ち出して更に混乱をみた状況があった。(アメリカでは、このような論争はなく、Asperger の論文は余り引合に出されていない) このような範疇論は、将来の学問の発展の基盤を作る上では意義があるが、当面の子どもの対策に結びつかない場合には、かえって自閉児を不幸に陥れる結果になる。ヨーロッパでも、この種の論争に休止符を打ち、その対策に努力が払われるようになったが、その点で行政的に早く対策が推進されたのはイギリスであろう。とくに精神科医である Wing 夫妻は、自身の子どもが自閉児であることもあって、調査に努力し、その頻度を一万人に4～5人(Kanner の中心例は2～3人、非定型的な自閉症児が2～3人)と算定し、各種の組織を作り、自閉症児のた

めの学級を作った。その歩みはわが国に一步先んじているが、それと比較してわが国の行政上の歩みも遅くはない。

b われわれの歩み

われわれは、自閉症児が存在することを知り、その認識を深めたのは1955年であるが、1957年より精神療法と両親への counseling を開始した。しかし当時は、自閉の児のための精神療法についての文献は皆無に等しく、全く手探りの状態であった。第1例は、1才8カ月まで順調に発達し、すでに2語文を話していた男の子であるがその後急速に言葉を失い、対人接触にも無関心となり、いろいろな経過を経たが今日では、重症心身障害児施設にいます。第2例は、小学校4年の男児で、3才前後より特異な行動を示し学級に適応せず、教師の手におえない行動が多かったが、知的には遅れていない面があり、絵による表現からもそのことがうかがえた。私自身が遊戯療法に当たったが、rapport が成立しなかったので、治療を断念せざるを得なかったという無惨な例である。この例も、充分な管理ができないままに、家庭の事情もあり、最後にはコロニーに入った。

その後、次々と自閉児達が現われた。その子ども達その後の人生は様々であるが、在宅のままに無為に過している青年もあれば、比較的よい学習効果をあげて高校に進んでいる子どももある。当時の学会は、Kanner 一辺倒であり、予後に対しては非常に悲観的であった。既に西ドイツに学び、Asperger を知っていた私は、Asperger の考え方を普及しなければならないと考え、1965年の日本児童精神医学会の講演に招聘することができ、「小児期の自閉症に関する諸問題」と題する講演が行われたが、その講演は、一部の聴衆の心を打つとともに、わが国でも自閉症の範疇論争が起きる契機ともなった。即ち、これを機会に、Kanner 型の自閉症とか Asperger 型の自閉症とかいう類別が問題となるようになったが、Asperger の場合には「中心症例(Kernfälle)」という意味で言われたことであり、Kanner の自閉症と一線を画する意味で言われたのではない。現在のわれわれは、型によって類別するようなことは意味のないことと思っているが、Kanner 一辺倒のわが国の自閉症問題に、新風を送ったという意味で、Asperger の講演は特筆すべきであると思う。

Asperger には、われわれの遊戯治療の状況を実際に見てもらい、批判を受けたし、弟子の Wurst, F. には実際の治療にも当ってもらった。当時、われわれは主としてアメリカの Axline, V. の方法を用いていたが、それとても充分に体得していなかったと思われる。それに

対して、もっと積極的に関係を持つ方法をとるべきである——という Asperger の提言を得て、まず、身体接触を多くすることによって、相手との対人意識を促進させることにつとめ、そしてその方法が確かに自閉児が他者との関係を成立するよい契機となることを体験した。さらに、Asperger がその講演の中で、「治療者は自閉的になる必要がある」といっているのは、Axline の「受容」とも一脈通ずるものがあることを知った。

われわれの扱っていた子どもが小学校に入学する年齢になると、就学をいかに実現するかが問題になった。1960年前後の教育界では、自閉症という言葉さえも知っていない教師がなく、その理解を得るために努力しなければならず、毎年2月と3月とは小学校の訪問を繰返すようになった。しばしば無惨にも受け入れを拒否されたが一緒に対策を考えてくれる校長や教師があり、その数が少しずつ増してきた。遂に東京都に、情緒障害児教育研究会が発足し、それにはわれわれも毎月のように参加した。その研究会を母体に全国的な組織が誕生し、今年で5年目となる。われわれの学校廻りは次第に少なくなっており、東京や大阪などの大都會では、学校当局や教育委員会がその問題を解決しようとする努力が見え始めた。

しかし、どの子どもをも難く受け入れられる状況にはなっていない。情緒障害児学級ができたが、その教育体制も未だ充分とはいえないし、特殊学級へと差別される子どもを生ずる恐れもある。また、流動性のある学級であるはずであるのに、それがなかなか有機的に実現できない面がある。今後に残された課題は山積しているといえよう。

2. 現在の適応状況

a 治療教育の方法

自閉性を少なくして疎通性を増すことが、治療教育の第一の目標であるから、1対1の関係から出発して、自閉児との rapport を成立させなければならない。両親（とくに母親）との rapport が成立していない例もあるので、両親に対する counseling を通して親子間の関係を緊密にする面も考慮しなければならない。それにはまず、身体的接触から始めるが、その身体的接触も物理的接触のみでなく、それを機会に子どもの心の動きをとらえ、心理的な関係を発展させる必要がある。次に、子どもが興味を持っている対象を媒体としてそのものでも遊ぶことを通じて、楽しみを分かち合う。この点についても両親に対する指導は極めて重要である。

子どもの自閉性が弱くなると、周囲の状況に対応した

行動が多くなってくる。その行動の中でもとくに、子どもに対する興味が見え始めた時には、適当な集団に参加させる必要がある。それも初めは、短時間より始め次第にその時間を増やすことが望ましい。早く集団に適応させようとする、かえって恐慌状態を呈することもあるから、根気よく集団に参加する気持を誘導しなければならない。その際、とくに教師の指導とその背後にある児童観は、子どもに大きな影響を与え、それを中心として友人からの積極的な働きかけがあると、それが自閉児の対人関係の成立に寄与することが多い。現在、少数の子ども達から成る集団を見つけることが困難なので、幼稚園や保育所に依頼している状況にある。

以上を総括すれば、1対1の関係から出発して、他人との関係を成立させ、それを通じて周囲の状況に応じた行動を促進させること、特に他の子どもに興味を持ち始めた時に、集団に入れることが必要である。その間においては、両親に対する counseling を熱心に行って、家庭における親子関係の発展につとめ、家族関係を調整することが治療教育の出発点となる。その点に関しての細かな技法については省略する。

b 適応の状況

①幼児期の子ども

幼児期に自閉性があると判断された子ども達は、まず個人療法を受けることが常道である。それを行っている施設としては、

- ・児童相談所（公）
- ・教育研究所の相談治療部門（公）
- ・私立の相談治療機関
- ・病院
 - 小児科外来
 - 精神科外来
 - 入院病棟（精神科児童部）
- ・幼稚園の治療教育部
- ・精神薄弱児通園施設
- ・情緒障害児短期治療施設
- ・精神薄弱児施設
- ・その他

以上は、主として個人療法を行っており、多くは週一回一時間の場合が多いが、月に一〜二回の例もある。自閉児のために特設されている治療機関においては、毎日という場合もあるが、多くは週に三日または二日という状況にある。

なお、その他の中には、言語治療を行っている施設において、必然的に自閉児が集ってくるので、その子ども達のための治療を行っている場合がある。

情緒障害児短期治療施設においては、原則として自閉児を収容しないことになっているが、比較的扱い易い自閉児が収容されている場合がある。また、精神薄弱児通園施設や精神薄弱児施設にいる自閉児は、とくに自閉児に関心を持つ職員がいて適切な治療が行なわれている場合もあるが、専門職員の不足などから、治療や教育について無計画のままに、通園や収容が行なわれているに過ぎない例が少なくない。同様なことが精神科に入院している子どもについても言える。即ち、児童部を特設し、あるいは自閉児のための病棟があって、治療体制を整えている場合には、自閉児の将来に明るい希望を見出すことが多いが、治療体制の整っていないままに収容が行なわれている場合には、かえって施設病（ホスピタリズム）を招き、自閉性を強める危険性がある。

集団的に自閉児を治療している施設としては、

- ・普通児の幼稚園を併設した自閉児治療施設
- ・幼稚園や保育所においてとくに自閉児を入園させ集団適応をはかっている園
- ・幼稚園で治療部を特設している園

とくに、幼稚園や保育所において自閉児の治療保育に関心を持って自閉児を通園させている施設では、専門治療機関との連絡を維持しながら治療教育に当たっているほか、昭和46年秋に、治療保育研究会を発足させ、その理念の確立と技術の向上のための努力を始めている。

②学童期の子ども

学童期（満6才）になれば、就学問題がおきる。現在の適応状況は、

- ・普通学級
- ・精神薄弱児のための特殊学級
- ・情緒障害児（とくに自閉児）のための特殊学級
- ・病院内学級
- ・訪問教師による指導
- ・教育研究所の相談部へ通所
- ・就学猶予または就学免除のまま在宅

である。

まず、就学猶予または就学免除のまま在宅している子どもに対する対策が考えられなければならない。その点で、自閉児のための学級設置は緊急である。しかし治療教育の方法が十分に確立されていない今日、またその点で経験ある教師が不足している状況から、すべての子どもを就学させる体制が整うまでには、なお日時を必要とするであろう。

また、自閉児のための学級ができると、従来は普通学級で扱うことのできたような子どもまでが、普通学級から排除される傾向が生ずる危険性があるから、それを防

止しなければならないし、自閉児のための学級で治療教育の効果のあがった子どもは、普通学級へ適応させるための流動的な扱いが必要となる。即ち、普通学級と自閉児のための特殊学級とは、子どもを流動的に扱う方式を明確にする必要があり、そのためには普通学級の教師にも、充分に自閉児の本質の理解を増してもらふ努力を重ねなければならないであろう。

精神薄弱児のための特殊学級では、かなり多くの自閉児が教育を受けている。その際、教師で自閉児に対して積極的な興味を持ち、1対1の関係を維持しながらも集団適応をはかる努力をしている場合には、治療教育の効果があがっているが、やむを得ず収容しているという体制の中では、適応の困難な子どもが増加し、通学が不可能な状況や学級から排除されることが少なくない。

小学校における教育体制が整っていない場合には、そして訪問教師の自閉児に対する理解が深い場合には、訪問教師による指導が教育上の効果をあげることもある。しかし、現在の状況では試行錯誤のまま中途半端に行なわれていることが多く、自閉児には肢体や感覚器管に不自由のない者が大部分であるから、特殊学級への通級が望まれる。

現在、学校教育体制で受入れられていない子ども達の中で、児童福祉施設で治療教育が行なわれている例としては、

- ・病院内学級
- ・精神薄弱児のための通園施設
- ・精神薄弱児施設
- ・重度精神薄弱児施設
- ・重症心身障害児施設
- ・児童相談所

がある。

以上のうち、病院に収容され病院内学級に通学している子どもは別として、その他の施設にいる子どもは、結局は教育機関（小学校）に入学することができず、また、家庭にもおくにしのびないところから、適当な治療教育の機関とは考えられないままに、また、施設の側でもやむを得ず通園または入園させている場合が多い。つまり収容そのものを目的としており、治療教育が充分になされていない場合が多い。それは、子どもに対する専門職員の数が少なく、施設、設備が自閉児に適切でないという理由をあげることができる。

従って、現在の段階では、児童福祉関係において、自閉児のための病院を除いては、適切な対策が講じられてはいない状況にあるといえよう。とくに必要なのは、自閉児のための通園施設であり、それは治療教育が充分に

考慮されているものであり、それと同時に、教育体制と密接な関連を持ち、普通児との交流を可能にする体制が必要である。極く部分的ではあるが、精神薄弱児通園施設と小学校とが相互に関連を持って、通園施設を経て小学校に移す方法や、両者に通う状態を可能にしている事例があり、法的に問題はあっても、福祉と教育との関連で子どもの幸福も考えるならば、一つのあり方であると思われるし、将来への重要な架け橋である。

3. 治療や教育の効果

自閉児には、各種の治療や教育が行なわれており、それぞれに、効果があがっている面があるとはいえ、今日もなお、それらが体系化されてはいない。この点は、わが国のみでなく世界の各国においても共通しており、今後において大いに推進しなければならない面である。

現在の治療の第一段階は、1対1の治療的な関係の中で、対人意識を刺激し、他人に関心を向けるように、さらには情緒的交流を可能にするように指導することにある。それには、熟練した治療者が当たるとともに、治療に必要な条件を満すものでなければならない。とくに、周囲の子どもに関心を持ち始めた時点においては、適当な集団の中に入れる必要があり、とくに普通児の刺激が大きく影響するし、そうした普通児の働きかけは、普通児の人格形成にも意味がある。また、周囲の状況に対する関心を持たせるとともに、それを広げるための教育が必要であり、それが未開拓な分野であるだけに、開拓精神の旺盛した教育者が必要となる。その際、教育に必要な施設設備や新しい教材が考え出されなければならないし、それを速かに用意するための援助体制（とくに行政）が必要である。

このように、不確定の要素が多く、不備な条件の中で、自閉児の治療や教育の効果を判定することは極めて困難であり、従って、早計に効果を肯定したり否定してはならない。とくに、治療や教育の効果を宣伝することは慎むべきであろう。しかしながら、既に効果があがっていると見られる治療や教育の方法を追試し、一方、効果のあがっていない例を充分に検討するなどして、研究を積み重ねることによって、新しい方向と具体的な方法が創造され、それらを体系化する努力を惜しみなく続ければ、必ずや新しい面が開かれると確信している。

その際に、常に問われなければならない事項は、自閉性の本質が人間関係の成立に問題があることからみて、治療者や教育者の人格——の問題である。それは治療の技法や教育の方法の背後には、それに当る人間の児童観と情熱とがかかわりを持つからである。自閉児に限ら

ず、問題行動を示す子どもやその両親に対するアプローチには常にこの問題が重要な意味を持っており、それが治療や教育の効果にも影響していることを考えてみなければならない。

4. 治療や教育における協力体制

すべての子どもの問題を解決するに当たって、教育と医療と福祉とが同時に考えられる必要があることは、既に指摘されているところである。その点で、自閉児の問題が医師によって、主として診断的興味や薬物療法の対象とのみ考えられていた状況から脱して、臨床心理学や教育の対象となり、さらには、その家庭や地域社会の問題をも含めて、広く児童福祉の対象にまで拡大したことは、喜ばしいことである。しかしながら、それらは、今日もなおばらばらな状態におかれており、有機的な関連をもって自閉児の対策が行なわれている状況はほとんど見られない。これらの有機的な関連を支援するのが行政であるが、それが行なわれにくい条件としては、行政区分の間の関連が行なわれにくい点をあげることができる。あるいは、識者の中にも、医療優先という考え方があってそれが協力体制を妨げている面が少なくない。とくに、自閉児の精神構造に関する現在の理解の状況は充分とはいえないし、治療や教育には未開拓な面が多い時点にあることを考えるならば、すべての分野の研究者が相互に援助し合う体制を作り出すか否かが、困難な問題を解く鍵となるであろう、それが自閉児の幸、不幸につながることはいうまでもない。

とくに自閉児は、福祉体制の中からも教育体制の中からも締め出される傾向が強かっただけに、そのような差別を廃して体制の中に位置づける努力を重ねなければならない。また、従来、特殊教育や医療や福祉の対象となっていた子ども達があまねく差別を受けていた面があったのを、新しい体制の中におく必要があることを考えるならば、自閉児対策の中で、従来行なわれていたような差別を生じないように、慎重に予防対策を立てる必要がある。

5. 今後の指針

今後の自閉児に対する対策の指針としては、次の諸条件が考えられる。

①、どのような自閉児も、その状態に応じて、適切な

治療と教育が行なわれる施設、設備と人的資材とを用意すること。それには、従来の如き教育と福祉、福祉と医療との間の境界線がはっきり引かれるような体制の中では、実現が極めて困難である。その意味で、従来の行政の厚い壁が打ち破られるか否かが、この問題に対する大きな課題となる。

②、また、施設間の連絡が有機的となり、自閉児の状態に応じて、流動的な取扱いが可能になるような体制を作り上げること。それが、同一の施設内で行なわれる面もあろうし、地域内での連携によって実現される面もあろうし、あるいは施設間においてもそれが可能となるような状況を作り出すことも必要である。

③、それらを通じて、自閉児の親達が、右往左往したりしている現在の状況を一日も早く解消すべきであり、一つの窓口に行けば、子どもの状態像に応じて最も適切な治療と教育が行なわれている施設に案内のできるような組織網を作る必要がある。

④、とくに、自閉児を持つ家庭への援助は極めて必要であり、それは、家庭における両親の扱い方を指導するのみでなく、取扱いに困難を生じた場合の援助が速やかに行なわれるような援助体制を作ることである。それには、行政の中での位置づけを考える必要もあるし、ボランティア活動をさかんにして、その働きによる面も考えられる。

⑤、治療の方法や教育の方法については、既に述べた如く、今日もなお、確立したものがない状況にあるから、そのための研究を推進しなければならない。その際には、医師のみでなく、臨床心理の専門家や教育者、児童福祉にたずさわる人々との協力体制の中で、研究が進められる必要があり、このことは、自閉児に関する問題のみでなく、すべての児童問題に共通する。さもなければ、研究の成果はあがらない。その点で、将来の研究は一方に偏る状況のあったことを反省しなければならない。

⑥、さらに、教育、福祉のいずれの面でも、社会の関心と理解とが必要となる。この点でも、一つの自閉児の問題に限らず、教育や養護に困難のあるすべての子どもに対して、いわゆる普通の子どもの持った親達が理解と協力の体制を築くことが重要な拠点となるだけに、どのような体制を築くか、その方策を、教育界においても、福祉の社会においても考え出す必要がある。

Study on the Abjustment of Autistic Children

Dept. 7 Nobuyoshi Hirai
Yukie Noda

Part 1.....Discuss our standpoint that category, cause and diagnosis of infantile autism must be checked up in relation to the treatment and education, referring to the trends of academic societies in the world studying these problems.

Part 11.....Introduce the present state of the group adjustment of autistic children in our country. the treatment of children may well be important, but there must be a frame to accept them in cooperation with the society. How such a frame is made up will be a key to orient the future social adjustment of autistic children.