

自閉症の教育

—— (その2) 自閉症やLDの子どもの情緒障害学級諸問題 ——

宮脇 修

Education for Autism :

(Part 2) Problems of Emotional Disturbance in Class for Autistic and LD Children

Osamu MIYAWAKI

1. 自閉症の子どもの学校教育と情緒障害学級について

(1) 情緒障害学級の設立

情緒障害学級が、昭和44年(1969)東京都杉並区堀之内小学校に設置されたことについては(その1)で触れた。

これは、東京都のみならず、わが国における最初の情緒障害学級であった。

その後、情緒障害学級は逐次増設されていったが、その殆どがある時期まで、自閉症の子どもを対象としていた。この情緒障害学級を新設するにあたって、リーダーシップをとった村田保太郎¹⁾は、自閉症の子どもの教育の十分条件を充たすため、学校教育の中での治療的指導の必要性を関係機関に要請した。

自閉症の子どもの学校教育は、当初その殆どを通常学級で行っていた。それは当時、わが国におけるこの道の権威で、Aspergerに師事した平井信義の考え方によるが多かったと思われる。その考え方に従った担任教師(自閉症の子どもの)たちは、その指導にたいへん苦勞した。子どもの育成の必要条件として、健常児の集団の中に入れて学級経営をこころみたが、当然なことながら、自閉症の子どもの特徴からして、それだけでは十分条件を充たすことにはならなかった。

そこで、自閉症の子どもを通常学級で担任した教師たちは、「自閉症といわれた子の担任の会」を結成して、指導に関して相互交流し、その困難をのりこえていこうとしたが、それでも大きな限界を感じた。このような経過を経て、自閉症の子どもの通常学級への適応を援助するため、また指導上の補完体制をとるために“治療教室”構想の通級システム制の情緒障害学級が誕生した。

本来ならばこれは先述した目的から「自閉症学級」とでもいうべきであったが、その時点で、「情緒障害学級」と呼んだのは、それなりの理由があった。

村田²⁾によれば、その一つに「自閉症という用語が暗いイメージを世に与えていたので、正常な子どもとの人間的な枠組みを通してみたい」という願いがあったこと。さらに、当時の文部省が行った「児童生徒の心身障害に関する調査」で、情緒障害という枠組みの中に自閉症が含まれていたことなどが、その要因となった。

(2) いわゆる「情緒障害」の意味

昭和42年6月に実施された文部省の調査では、情緒障害の枠組みを概念の外延的規定の方

法で、①登校拒否の疑い ②緘黙の疑い ③神経症の疑い ④精神障害の疑い ⑤脳の機能障害の疑い(MBD) ⑥自閉症の疑い ⑦その他などの七つを挙げた。この分類が後々「情緒障害教育」に関して概念上の混乱を引き起こすことになる。ここには、いわゆる心因性のそれと内因性のそれとが、一つの概念の中に混在している点で問題を抱えていた。

後にそれは、次のように整理された。

- (a) 心身障害に関連して生じる行動異常
- (b) 対人関係を中心とした環境要因によって誘発される行動異常
- (c) 広汎性発達障害としての自閉症
- (d) その背景に精神病理学的過程の存在が考えられる場合(例:小児精神分裂病)

この(a)から(d)までは、行動の結果として何らかの情緒的軋轢を見せるという広義の解釈では「情緒障害」の概念を意味する。狭義では、(b)がいわゆる「情緒障害」ということになる。

東京都の情緒障害学級は、はじめこそ自閉症の子どもを対象にしていたが、やがて中学校を軸にして、漸次(b)の領域と考えられる登校拒否・緘黙など、心理的な要因によってひきおこされる、いわゆる本来的な情緒障害児が対象となっていった。

「情緒障害」という用語を、わが国では昭和36年の児童福祉法一部改正にともなって使用してきた。これは、厚生省所管による「情緒障害短期治療施設」が設立されたとき、アメリカの`Emotional Disturbance`という用語をそのまま導入したことによる。

この情緒障害施設は、Disturbされている状態を元の状態に戻すという意味で、その福祉施設には、「児童の健全な育成を促進する」という短期間の治療システムが基礎になっていた。

そこでは、入所または通所による指導によって、心因性児童への処遇を確立することを目的としていた。先述の(c)領域で示されている自閉症の場合は、情緒障害を元へ戻すという意味あい(disturbの状態を治す)でとるならば、教育・医療・福祉の各領域の上でも、指導上説明しきれない問題を抱えこんでしまうことになる。

文部省調査での情緒障害の枠組みに関していえば、①・②・③・④までぐらいならば、Disturbanceの意味を感じることもできそうであるが、⑤・⑥などの場合は、厳密にいうと問題を抱えることになる。

(3) 情緒障害学級の対象児

昭和36年に厚生省所管の情緒障害短期治療施設が設置されて以来、その数は全国で13か所に留まっているが、文部省所管の情緒障害学級はうなぎのぼりに似て、昭和63年の段階ですでに3197学級に増加した。

今日(平成11年,1999)、その数は国立特殊教育研究所のデータによれば、情緒障害通級教室をもつ学校は、小学校で181、中学校では57となっている。また、情緒障害特殊学級は、小学校で3871学級、中学校1625学級と増加している。

昭和60年代の文部省所管による情緒障害学級は、野村³⁾によれば次の三種類にわけられるという。

- A 対象児の大部分が自閉症の子どもによって占められている学級
- B 対象児が、自閉症の子どもではなく、本来の意味での情緒障害児(筆者のいう(b)領域)であり、いわば「相談学級」とでもいうべき学級
- C 対象児は、知的発達障害児で、情緒障害学級と名づけられている「精神遅滞補助学級」

といってもおかしくない学級

昭和40年代～昭和50年代の小学校においては、通級制か固定制のいずれかで、自閉症の子どもを対象に情緒障害学級を設置するAタイプが殆どであった。同じ頃、中学校においては東京や横浜などでみられるように、その大部分がBタイプに属し、自閉症以外の子どもの特別指導を行っていた。昭和54年に文部省が、各自治体における「養護学校の設置義務」を課して以来、自閉症の子どもは、小学校の段階で、高機能広汎性発達障害を除き、その多くが養護学校へ入学したり編入したりした。ある意味で、このような障害児教育制度の推移が中学校の情緒障害学級をBタイプへ変容させていったとも言えよう。そして時代のおとし子的存在の登校拒否状態の子どもの増加が、このことに一層拍車をかけたとも考えられる。Cタイプは、その殆どが固定制であった。大都市のように交通機関が整備されていればともかく、地方の市町村では、かりに通級制をとろうとしても、アクセスの問題だけでなく実際にはそれを阻むいろいろな困難条件があった。Cタイプの固定制は、教員の加配制度をも抱き込んで、主として精神遅滞児教育の補助・充実をねらって設置されたが、野村⁴⁾も指摘しているように、一種の流用であったにもかかわらず、広い意味で、障害児教育全体の発展に寄与したと考えられる。平成に入ると、学習障害の子どもの問題が急速に学校教育の中で話題となり、情緒障害学級は、改めて通級制度等をめぐって検討を迫られることになる。

(4) 情緒障害学級の横浜市と徳島県の場合

情緒障害学級は、自閉症の子どものいわば治療的指導というかたちで出発したものの、地域の実情や校内態勢のあり様によって、いろいろなかたちの学級を生み出してきたことは先述したとおりである。

ここに、大都市でのあり様を示す横浜市の場合と、地方でのあり様を示す徳島県の場合を、国立特殊教育総合研究所のデーターを基に、自閉症の子どもがどのような教育的配慮の中で対処されていったのか、地域差の問題について述べてみたい。

横浜市の障害児教育を語るとき、昭和40年代の初期すでに、財団法人神奈川県児童医療福祉財団の小児療育相談センターと神奈川県立子ども医療センターの二つが開設されていることを見逃すことができない。横浜市の場合、富士見中学校に登校拒否の子どもを対象とした情緒障害学級を昭和45年に開設した。自閉症の子どもを対象とした情緒障害学級は、2年遅れの昭和47年、平沼小学校に新設するという独特の設置状況がみられる。

ここでは、自閉症の子どもの治療的指導という側面から、平沼小学校のケースについて考察を加えてみよう。平沼小でも自閉症の子どもの適正就学と学校適応援助という教育行政上の要請に応じて設置されているが、先述した二つの福祉と医療の専門機関との連携を望ましいかたちで実施している。このことは極めて意義の深いものであって、横浜のように福祉と医療が教育に深く関わって進んできた道は、その後の自閉症教育のあり様に示唆的であった。こうした態勢は、自閉症に関する教育にとどまらず、心身障害児教育のあらゆる面において、教育行政に投げかけた意義は大きい。

その実践例の一つに、地域の拠点として、情緒障害学級と言語障害学級（ことばの教室）と難聴学級（きこえの教室）とを、ある学校の校地の一棟に集め、治療的教育機器・設備等を完備して、それを障害児教育推進センター校と呼び、地域の交流教育に意を注いだ点を挙げたい。

徳島県の場合は、児童相談所が自閉症の教育にイニシアティブをとった。教育研究所は情緒障害学級の設置に一応関心を示していたが、児童相談所の寒川伊佐男によって、自閉症の早期

治療教育の必要性をうながされた。まずは徳島市の内町小学校に、自閉症の子どものための固定制の情緒障害学級が誕生した。なぜ固定制で発足したか。それは教育行政上もっとも常識的な理由からであった。つまり、学級編成と教員定数の「標準法」の趣旨にしたがって、在籍児と担当教諭がセットされるという、固定制学級の本来のあり方が、そこに示されていた。

これは俗に徳島方式⁵⁾と呼ばれるもので、四国や九州地方ではこの方式が圧倒的に多かった。

自閉症の子どもが、固定的な情緒障害学級に在籍していても、子どもの状態像の変容をみて、もし通常学級に移動させたほうがよいと、適正就学指導委員会で判断した場合、籍を移していくという体制がしかれていた。この方式では、固定制の学級で一貫した密度の濃い指導を加えていったほうが、より効果を挙げていくという考え方が大勢を占めていた。

(5) 情緒障害学級の形態について

ここでは、昭和60年代までの情緒障害学級の固定制と通級制に関して述べてみたい。

前述したように、情緒障害学級は通級制を基本として、個別指導を強化するために、子どもの一人ひとりの状態像にあわせ、専門的知見と指導法を習得した教師が、その担当者として配置される学級であった。

ところが、全国的には教育行政上や地域差等の問題等から、固定制が増えていった。

通級制の概念は、文部省の考え方に従うと「当面は各教科の指導は主として通常の学級で受けながら、心身の障害の状態等に応じた特別な指導(特殊学級)を受けること」として検討されていた。そこで、該当児は通常学級または障害児学級に籍をおき、必要に応じ情緒障害学級と称する特定の場でいわゆる個人教育プログラムに則った個別指導を受けることになる。

この場合、学校教育現場では籍を置く通常学級もしくは障害児学級のことを「親学級」と呼んだ。学級定員と教員配置等の諸条件から、該当児の学籍がどこにあるのかという、いわば親学級の問題は、情緒障害学級を設置する上でクリアしなければならない現実的要件となっていた。平成の時代に入ると、LD問題が大きく取り上げられるようになり、自閉症とLDとの診断問題や言語治療教室、難聴教室などの経営とからみ、情緒障害学級のかたちも変わっていく。自閉症を対象とした情緒障害学級の昭和60年ごろまでの形態について触れてみよう。

表1 情緒障害学級・昭和60年代の形態について

	通常学級に在籍	障害児学級に在籍
主として通常学級で指導を受け、必要に応じて障害児学級で指導する	α方式 実質的にも形式的にも、通級制度システムで指導を受ける	β方式 実質的には通級しているが、形式的には固定制による方式をとっている
主として障害児学級で指導する	γ方式 実質的に固定制でありながら形式的には通級制のかたちになっている	δ方式 実質的にも形式的にも固定制となつて、子どもは指導を同じ場で受ける

この場合、野村等の考え方に倣って、学籍と実際の指導の場とをクロスさせ表1に表現してみた。この表1での α 方式こそ、自閉症の教育においてもともと願った情緒障害学級の典型的な姿であり、 δ 方式については、障害児教育展開の上で問題をはらむものとする。

さて通級学級の整備について、文部省は昭和44年(1969)に「特殊教育の基本的な施策の在り方について」という報告の中で、その早期実現を望んでいる。⁶⁾また、昭和53年(1978)には「軽度心身障害児に対する学校教育の在り方」という報告を、さらに昭和62年(1987)に臨教審の第3次答申において、通級学級の指導体制充実に向けて関心を払っている。しかし、実際にはその制度実現にはほど遠い道程があった。

山口⁷⁾は臨教審第3次答申に基づいて、昭和63年(1988)根本的な対策として通級制の学級にも教員配当の道が開かれる可能性を示唆し、その時点では国庫負担をあてにせず地方自治体がこのことに積極的なとりくみをみせるよう提言している。この時、山口は最も重要な条件として、担当教師の資質の向上をとりあげ、それなくしては通級制の発展など望むべくもないと言っている。

2. 通級制に関わり、自閉症と学習障害の問題を考える

(1) 学習障害(LD)と通級学級の問題

平成に入り、情緒障害学級の通級制問題を「具体的な施策として提示せよ」と国会や文部省に迫っていったのは、LD(学習障害)児をもつ親の会の請願運動であった。

全国学習障害児・者の親の会が平成2年(1990)2月に結成されるや、その4月には衆議院文教委員会においてLD対策を要望した。その結果文部省は新規事業として「通級学級問題に関する調査研究」を取り上げた。そして、同3年7月に「通級学級に関する協力者会議」を発足させ、通級制度を正式に制度化へ方向づけた。そして、同5年(1993)文部省の関係省令改正によって制度が確立された。障害児教育において通級制学級の必要性が提案されてから24年の歳月が流れている。

LD(Learning Disabilities)の定義については、これまでいろいろ検討されてきたが、わが国では、アメリカの全米LD合同委員会(The National Joint Committee on Learning Disabilities: NJCLD)での修正定義を参考にして、次のような公式見解をととのえている。「学習障害とは、基本的には、全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する、推論するなどの特定の能力の習得と使用に著しい困難を示す、さまざまな障害を指すものである。学習障害は、その背景として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、その障害に起因する学習上の特異な困難は、主として学齢期に顕在化するが、学齢期を過ぎるまで明らかにならないこともある。

学習障害は、視覚障害、聴覚障害、精神遅滞、情緒障害などの状態や、家庭、学校、地域社会などの環境的な要因が直接の原因となるものではないが、そうした状態や要因とともに生じる可能性はある。また、行動の自己調整・対人関係などにおける問題が学習障害を伴う形で現れることもある」(平成7年・1995)

この定義に基づいて、平成9年(1997)には、指導書が発行され、地域ごとに巡回指導が始まった。そして、「学習障害及びこれに類似する学習困難を有する児童生徒の指導方法に関する調査研究協力者会議」が、次に挙げる五つの課題を担うことになった。⁸⁾

①LDの定義の見直しと開設 ②LDの判断及び実態把握のための基準及び体制 ③障害の状態や児童生徒の発達段階に応じた指導内容・方法の体系化 ④通級学級における指導の支援

体制 ⑤「通級による指導」に類似した指導の在り方

(2) 学習障害(LD)と微細脳機能障害(MBD)

このような定義に基づくLD(Learning Disabilities)も、中根⁹⁾によれば、学習障害前史としてとらえるとき、「情緒障害児としてあつかわれていたふしがある」という。そして、「Bradley, C.等が中枢神経刺激剤である Benzedrine を投与し、著効を得た30例の問題行動をもった情緒障害児は後に微細脳機能障害(Minimal Brain Dysfunction : MBD)と命名され、さらにLDと呼ばれるようになった子どもたちであると考えている」と論述している。このことを、昭和41年に文部省が調査した「情緒障害」の枠組みと重ねあわせてみると、①～⑦に外延的規定をしたものの内、⑤の「脳の機能障害(微細脳機能不全:MBD)の疑い」で括られたものとLDは一致する。さらに、中根は「LD概念の成立」¹⁰⁾という論文の中でも、脳障害児の研究者伊藤の所説を紹介して「病態としては、Clements, S. D. が微細脳機能障害のタイトルで症状を記載したときに挙げた、読字、綴り、計算、抽象、部分と全体との関係、視覚と運動の協応などの困難に対し用いられている」と述べている。

平成2年(1990)森永¹¹⁾も、LDは多動とともに学習上不適応をもつMBDに対して、治療教育を前提に提唱された用語であるとしている。

このような論述に接していくと、わが国におけるLDの概念は、かつて精神医学の世界で「くずかご的用語」とされていた微細脳機能障害(MBD)の概念に似てくるようである。

(3) DSM-III・RとDSM-IVそしてICD-10における自閉症とLD

最近、LD学会や児童青年精神医学会において、国際的な疾患分類や診断基準が重要視され、客観的な指標にしたがって、診断の交流が行われる趨勢がある。

ここでは、精神医学会の国際的診断として一般化されている世界保健機構(WHO)の国際診断分類第10版(ICD-10)¹²⁾とアメリカの精神医学会(APA)が編集する精神疾患の診断と統計のための手引第4版(DSM-IV)¹³⁾を呈示して、近縁疾患としての自閉症とLDの関係を考察してみよう。

ICD-10は、各国々の診断に対する考え方を尊重するかたちでまとめられているが、アメリカの精神医学会のDSM-IVは、新しい観点に立って疾患の分類を試みている。それだけに、DSM-III・R¹⁴⁾の場合と比較したとき、かなり改訂されたものになっている。少なくとも自閉症に関する診断枠組みにおいてそのことを痛感した。

しかし、筆者はDSM-IVよりDSM-III・Rの方が理解しやすい表現を採っていると思う。ここでは、表2・表3・表4を眺めながら広汎性発達障害(自閉症)とLD(学習障害)との関連を考えてみたい。できれば診断上のアスペルガー症候群と学習障害の問題に触れてみたい。

表2のDSM-III・Rまでの分類をみると、広汎性発達障害の場合、自閉性障害と特定できない自閉性障害の二つに分けられていた。

ところが、DSM-IVなると、広汎性発達障害は表4でみるように、自閉性障害、レット症候群、小児崩壊性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害の五つが挙げられている。

ICD-10での分類においてもDSM-IVと同じように五つを挙げ、表現こそ少し違え、小児自閉症、レット症候群、その他小児崩壊性障害、アスペルガー症候群、非定型自閉症としている。かつて、自閉症をKannerタイプとかAspergerタイプとかに分けて、その治療方法を論じていたものを、より精査な診断形式・診断基準を確立し、治療方法に資するという意図がある

表2 DSM-III-Rにおける発達障害分類での自閉症について

◎精神遅滞	◎広汎性発達障害	◎特異的発達障害	◎運動能力障害
軽度精神遅滞	自閉症	発達性計算障害	◎その他の発達障害
中度精神遅滞	特定できない	発達性表出書字障害	
重度精神遅滞	広汎性発達障害	発達性読み方障害	

註:PDDの日本語では、かつて全般性発達障害と訳されていたものから、広汎性発達障害という訳語に変わってきている(栗田による)

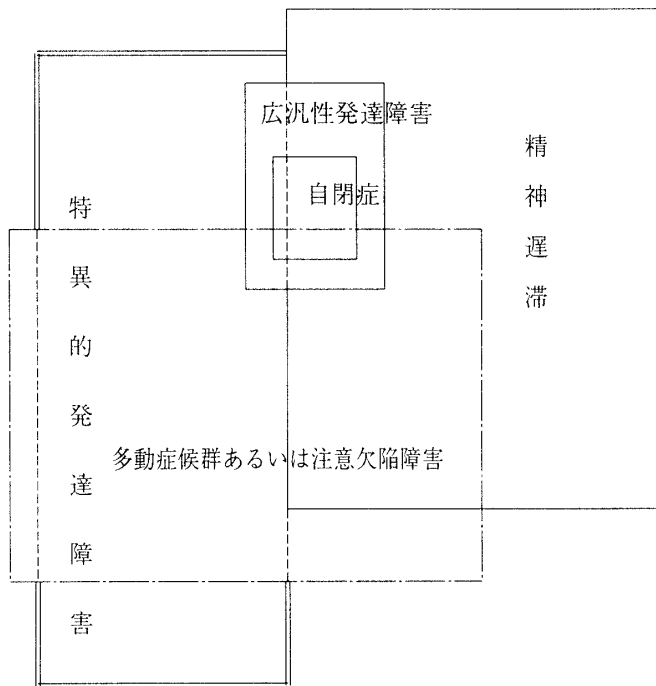
表3 発達障害についてICD-10とDSM-IVとの比較¹⁵⁾

世界保健機構 (ICD-10)	アメリカ精神医学会 (DSM-IV)
精神遅滞	精神遅滞
心理的発達障害	
<ul style="list-style-type: none"> 学習能力の特異的発達障害 特異的読字障害 特異的計算能力障害 特異的書字障害 混合性学習能力障害 その他の学習能力障害 特定されない学習能力障害 	学 習 障 害 <ul style="list-style-type: none"> 学習障害 読字障害 算数障害 書字障害 特定不能の学習障害
<ul style="list-style-type: none"> 運動能力の特異的発達障害 言葉と言語の特異的発達障害 混合性特異的発達障害 広汎性発達障害 その他の心理的発達障害 特定不能の心理的発達障害 	運動能力障害 コミュニケーション障害 広汎性発達障害

註:表3は、「ICD-10とDSM-IVの学習障害の位置」 「発達障害研究」VOL.17,NO.3 p118から引用した

表4 広汎性発達障害についてICD-10とDSM-IVとの比較

ICD-10	DSM-IV
小児自閉症	自閉性障害
レット症候群	レット症候群
その他小児崩壊性障害	小児崩壊性障害
アスペルガー症候群	アスペルガー障害
非定型自閉症	特定不能の広汎性発達障害



注：図の各障害の面積は、各障害のおよその頻度を反映する。

図1 広汎性発達障害と近縁の状態¹⁷⁾

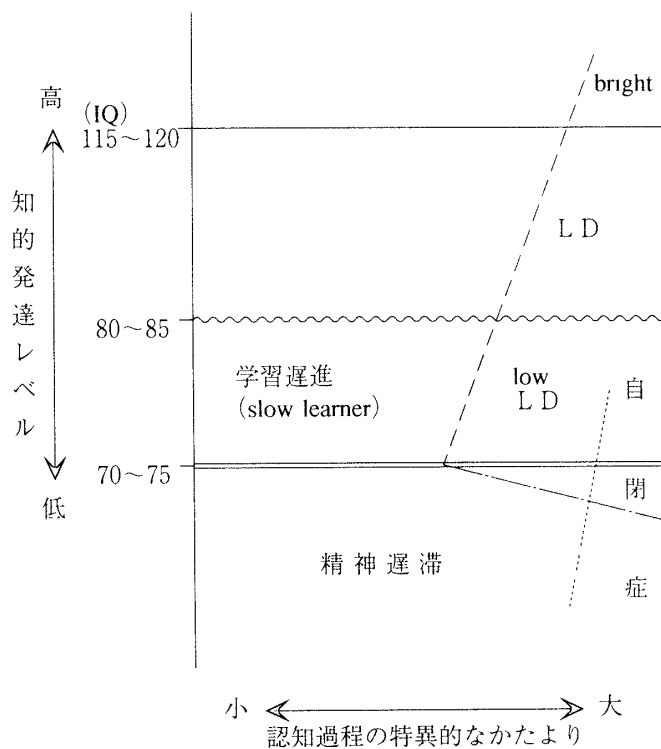


図2 LDと近接概念との関係¹⁸⁾

のであろうか。

表3からは、これまで分類表に現れてこなかった学習障害(LD)が、それまでの特異的発達障害に入れ代わって、DSM-IVでは明確に表現されていることに注目したい。

アメリカにおいて学習障害という概念が、教育領域ではともかく、精神医学領域でも重視されているようである。

さて、ここで留意すべきは、広汎性発達障害の範囲の中で、高機能自閉症とアスペルガー症候群との診断上の問題、さらに学習障害とアスペルガー症候群との問題である。加えて学習障害の中でも、森永のいう非言語性学習障害¹⁶⁾とアスペルガー症候群との診断上の問題等である。

その問題性は、「自閉症という状態と学習障害という状態は、その本態において同じなのか違いがあるのか」と、問いかけられた時、納得できる何らかの説明がほしいという、親や教師の要望へ結びついていく。

教師にとっては、「それが自閉症であろうと学習障害であろうと、今ここにいる子どもの状態像こそ重要なのだ」という教育実践上の命題があろう。しかし、診断に基づいた治療的指導の方法が創出されれば、より望ましいことであろう。

いずれにしても、これらの障害はその概念上においてともかく、その実態や状態像においては、図1¹⁷⁾とか図2¹⁸⁾とかに見られるよう、オーバーラップしているのが一般的だと考える。

図1は、自閉症を中心に図式化されたものであり、図2は、学習障害の診断枠組みを構想して図示されたものと解釈できる。

山崎は、「もし医学的分類としてこれを捉えていくなれば、むしろ特異的発達障害という考え方が合理的で、あえて学習障害という表現をつかう場合には、教育的性質をより強調する視点が必要だ」と述べている。

この問題については、平成3年(1991)になって第7回障害児保育サマー・セミナー東海大会のシンポジウムで論争されることになる。その時点で山崎¹⁹⁾は、「学習障害という概念が提案された動機には、子どもたちの学習上の問題を、生物学的・医学的性質よりも教育的性質を強調することによって考えようとしたことにあった」というシェパードの考え方を引用し総括している。このまとめは学習障害や自閉症問題を考えるとき示唆的である。

山崎によれば、日本での学習障害の研究には大きく三つのタイプがあるという。²⁰⁾

その一つは、学習障害の概念を最も広くとる立場で、発達障害そのものを学習障害と考える場合。二つめに、特異的発達障害には言葉と言語の発達障害、運動能力障害、そして読み・書き・算数の障害が含まれている・・・この特異的発達障害を学習障害と考える場合。三つめに、最も厳密に概念を規定する立場で、読み・書き・算数の学習障害を学習障害だと決めていく場合。これをどのレベルで判断するのかは、各自の考え方によるものであるが、山崎としては、もし広くとるとしても、特異的発達障害までが限度ではないかと言っている。

筆者も、障害を担った子どもの保護者から「かつて著名な児童精神科医によって、この子の幼児期に自閉症と診断されたが、児童期になって、ある大学の心理教育相談室で学習障害と診断された。一体どちらが正しいのか」と問い合わせを受け、その回答に窮する体験があった。

したがって、情緒障害学級の対象児の状態像を的確に把握するためには、医療・教育または福祉などの専門的知見を総合した、いわゆる発達モデルによる診断機構を各地に設置することが望まれる。森永は、テクニカル・チームとしての観点から「認知障害という点では、自閉症と学習障害の間には、共通な機能障害がみられるも、ただ学習障害の場合そのサブタイプがいろいろあって、それに合わせた治療教育を行わないと無理が生ずる。診断というのは治療につなぐために必要であって、医学的用語としての学習障害という用い方を離れて、概念の混乱を防ぐ意味で教育的な用語として‘LD’という表現をあえて使うようになった」と言っている。

かねてからLD問題に批判的であった精神科医・杉山登志郎²¹⁾は、発達障害学会機関誌において次のような報告を行っている。

「二つの群には、神経心理学的項目などで群間に有意差がみられないものもあり、一定の関連性を示す可能性はあるものの、それ以上に相違点が顕著であった。LDでは脳波や画像診断での異常所見が見られ、学校への適応や対人関係の問題は少なく、学習の状況に限定して問題が示された。対照的にアスペルガー症候群では出生時の問題とともにスピーチの遅れや会話の障害がみられた。また知能でも理解や類似などで劣っているなど、広汎性発達障害特有の問題は少なかった。両者はかなり異なった臨床像をもっていることがわかった」このような意味から「広汎性発達障害と学習障害の両者の診断基準を満たした場合、臨床的処遇の観点からは、広汎性発達障害という診断を第一にしていくべきで、両者をたとえばLDなどの名前のもとで曖昧に扱うことは、問題を有するものと思われる」

こうしたいろいろな意見に遭遇すると、自閉症と学習障害とは、概念の上では明確に差異があるけれども、ことその本態については、未だ不明な点があいくつもあるということが分かり、その本態論について今後の研究成果を期待するものである。

山崎²²⁾も、「神経心理学的、認知論的に両者をながめると、共通している部分はかなりあり、もし、このような視点で分類や診断を試みるならば、現在用いられている診断・分類とは異なった診断マニュアルを提供する必要があるだろう。その時には、自閉症とか学習障害とかの診断名はなくなるかもしれない」と言っている。

3. 自閉症の子どもと医療機関における教育的処遇について

(1) 初期段階での自閉症の子どもへの対応

自閉症の子どもの施設は、第1種と第2種とに区分される。第1種は医療法に基づく病院であり、施設機能を合わせもつ医療型施設である。²³⁾

入院対象児童も医学的ケアの必要な児童であり、その入院に関する基準は次のように定められていた。

- (a) パニック状態が頻発して常時医学的ケアが必要なもの
- (b) 症状が不安定で、その時々症状に応じて薬剤の処方内容の変更が必要なもの
- (c) 常時医学的処置が必要とする「てんかん」等の合併症を有するもの
- (d) 医療的診断が未確定であるが、自閉症として療育方針を決定する必要があるもの
- (e) その他、(a)・(b)・(c)に準ずるもの

この基準に該当しない自閉症の子どもは、第2種の福祉型施設の対象とされた。

わが国において、医療法に基づき自閉症の子どものための最初の病棟を設置したのは、三重県津市高茶屋の県立高茶屋病院であった。病院長井上正吾等の理解と、新進気鋭の若い医師たちの協力によって、精神科医・十亀史郎を中心に、昭和39年(1964)高茶屋病院児童病棟として、開設への努力が稔っていった。後に「あすなる学園」と呼ばれるこの児童病棟には、自閉症のほかに、いわゆる情緒障害児とみなされた登校拒否や神経症の子どもたちが入院(入園)していた。入院(入園)した児童・生徒たちは、その状態像に応じて医学的療法を受けつつ、学園から地域の学校である津市立高茶屋小学校あるいは南郷中学校に通学した。昭和42年(1968)には、情緒障害学級として学園内分教室の増室をみた。そして、文部省の情緒障害児教育研究指定校として研究活動をはじめ、医療サイドにおける情緒障害教育の先鞭をつけることになった。

その後、新潟県長岡市の悠久荘に「のぎく学園」(1968)、宮崎県にルピナス学園(1969)等が誕生した。続いて東京都の梅ヶ丘病院に自閉症専門病棟が開設された。いずれも、自閉症の医療サイドの教育的指導に関してわが国の先駆的活動になった。

図3に、医療的アプローチのモデルとして、開設当時の「のぎく学園運営機構」²⁴⁾を呈示してみよう。

(2) 創設期の「あすなる学園」について

昭和35年(1960)、京都大学医学部を卒業した十亀史郎が、三重県立高茶屋病院へ赴任した。十亀は生来病弱であったが、京大時代に「京大基督教青年地塩療」の委員長を体験する敬虔なクリスチャンでもあった。学生時代結核による絶対安静を強いられる闘病生活をおくった十亀は、“癒し”について徹底した人生観を抱くとともに、本格的な‘精神分析’の訓練を受けた精神科医として活動していった。

高茶屋病院では、児童精神科外来の道を積極的に選んだ。こうした十亀の人格とその医療的実践の道程に「あすなる学園」が在ったということが出来る。

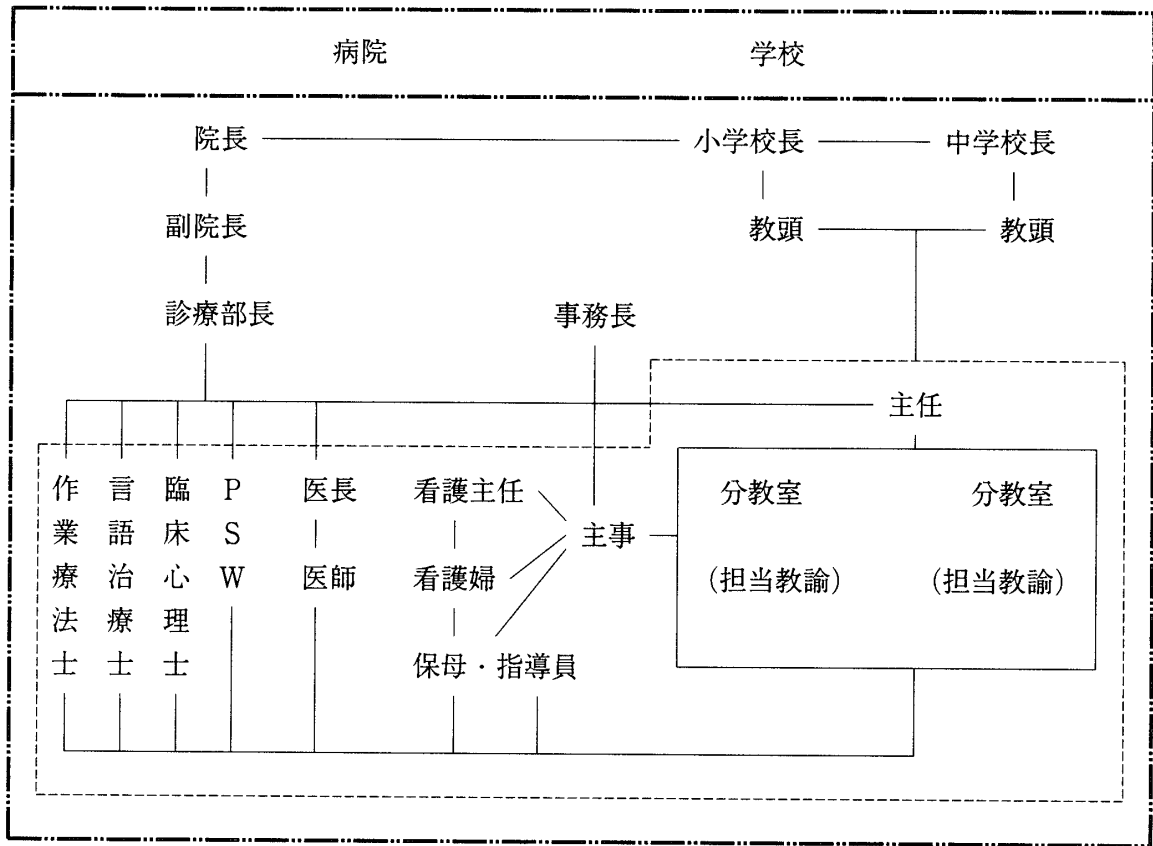


図3 のぎく学園運営機構 (『自閉症児の治療教育』 p.245 から)

*点線の中は、のぎく学園の治療的指導に直接関連のある職種を示す。実線で結ばれている職種は、学園の運営に関係する部門や機関職種を意味する。

わが国の自閉症の医療・教育を説明するとき、十亀の活動をぬきにして語ることはできない。十亀の場合、内外の治療法を調べて医療や教育の方法を展開したものではなく、独自性の強い実践を支えに、いわば十亀流の方式を確立していった。十亀には、障害をになった子どもの指導に関して「医療と教育は車の両輪」という信念があった。これが俗に「あすなる方式」²⁵⁾と呼ばれる実践の基礎となった。

その一つにあすなる方式の混合教育というものがある。あすなる学園は、自閉症の子どもだけでなく、いわゆる神経症とか登校拒否の子どもたちの治療教育を行っていた。こうした子どもの治療にあたって病棟を症状別に分ける方法をとらず、同じ部屋に起居させた。神経症の子どもと自閉症の子どもを、大体5：1の割合で一緒に住ませた。これは、全国的にもこれまで例をみない方法であった。通常では、症状別とか年齢別とかに分けて、俗にいう分類治療という方法がとられていた。そこには「自閉症の子どももそうでない子どもも互いに育み合う」という教育理念があって、十亀流の平等主義と人生観や教育観が実践活動の底流に潜んでいた。

それは、神経症の子どもと一緒に暮らすことによって、自閉症の子どもが、模倣により身辺の自立を促されるという考え方がベースになっていた。常に大人の指導員(保母・看護婦)が直接手をかけなくとも、年上で生活能力のある子どもが、年下の弱い子を自然に世話をしていく。そこに世話をしてもらおう関係が生ずる。この働きかけと受け身という関係から醸し出され

る「はぐくみ・そだてる」人間同士の関わり合い形成をも期待したものであった。

学校教育の場でも、できれば自閉症の子どもも通常学級の中で「はぐくむ、育てる、教える、鍛える」方法が望ましいという考え方をもっていた。また、「地域の中で」という教育観を重視して、自閉症の子どもにも地域の店へすすんで買い物にでかけさせるという方法をとった。当然のことながら、地域社会から苦情がでる。そのような時こそ、自閉症の子どもを地域の人々に理解してもらおう願ってもない機会だと考えた。同時にあすなろ学園の存在意義を理解してもらおうチャンスを招くのだという信念で、指導員たちとともに地域社会の啓発に取り組んだ。当時、学園の子どもたちの夕食は午後4時であった。指導員にもそれを体験させ「午後の4時ではおなかがすいていなくて食欲が出ない」ことを実感させ、夕食を6時に変更することを実現させた。このように、身をもって児童理解することに努め、すべてを、子どもの生活を中心に変革していったとも言える。当時30歳代の医師であったが、十亀には職員をそう向かわせていく、ある種のカリスマ性が潜んでいたと思われる。

入浴の場合でも指導員が長靴を履き浴衣を着用して、子どもの世話をするという方法が行われていたのを、裸になって子どもと一緒に入浴し、洗いの指導もそういうかたちで行うようにした。入浴が一週間に2回となっていたのを、毎日入浴させるよう改善した。これらの変革には、従業員の勤務条件もからんでいるので、その実現には十亀自身もたいへん慎重に対応した。

十亀は自分の考え方を職員に理解してもらうため、職員に対する働きかけと職員へのサービスにも心がけた。この点に関して特に注目されるのは、指導員によるケース・カンファレンスの継続的な実践であった。週に一回行われる話し合いの場で、指導員の相互理解を図り、兼ねて現職教育の時とし、子どものことを話し合っていくことの大切さを認識させていった。

十亀には、これまでの病院経営で、大人の患者に対する医療方法で改善しなければならないことを、まず子どもの治療において次々実現していく勇気があった。たとえば、指導員は子どもたちから「〇〇先生」ではなく「〇〇さん」と呼ばれることを提案し、それを実現させた。

また、医師はもちろんのこと看護婦も白衣着用を中止し、私服を着て子どものメンタルヘルスに意を用いた。これらは言うはやすく、実践化への道には並々ならぬものがあつたと思う。

こうした実践には、すべて子どもがなじみやすい雰囲気や状況を、学園内に創り出していこうとする十亀の意思が内在していた。子どもの誕生日には、学園から地域の学校へ通学している子どもの場合、「お友達を呼んでいらっしやい。園内で誕生会をしよう」とか、子どもを多くの集団的な場に立たせ、社会性を培っていくよう細やかな配慮をした。このような教育的処遇を可能にしていくためには、学園が地域の学校から排除されることのないよう、学園の指導員や園児の親たちの生活姿勢にも、かなり張り詰めたものがあつたと思われる。十亀は、保護者の教育観の重要性を早くから認識し、昭和39年には「保護者と職員の会」を発足させ、子どもに対するしつけの一貫性や統一性について指導している。特に、施設へ入院した子どもについて、親があずけっぱなしの気持ちを抱くことのないよういろいろな行事を催して、わが子との接触の望ましい在り方を検討していた。こんなとき、十亀がその教育的姿勢の中で批判的であったのは、当時関東地方の幼児対象の自閉症教育で「生活療法」²⁶⁾と呼ばれていたトレーニング法であった。そこには、形式的に子どもの自発性を謳っているが、その指導内容に技術主義の傾向があつた。十亀には、子どもの生活を無視する単なる技術主義は、如何に効率がよくとも、その発達モデルからして、将来的に不安を感じていた。子どもたちが後々社会的不利の状態に陥ることのないよう、教育・医療・福祉の三者を見据えた構想があつた。

ここでは、あすなろ学園創設者十亀の、学園の揺籃期におけるエピソードをまぜ、その教育

的な態度の側面を紹介したが、医師としての医学的な業績については、本題の関与しないところであるので割愛する。あすなろ学園は、その後いくつもの課題を背負いながら、自閉症成人施設あさけ学園・グループホームなどの設置をはじめ、社会的・教育的・福祉的資源などを含めた活動を抱き込んでいった。そして、昭和60年（1985）には、高茶屋病院から独立した三重県立小児心療センター・あすなろ学園へと発展する。このセンターの設立の年、十亀は病に倒れ逝去した。

* 自閉症の子どもの教育を巡って、その初期段階における医療機関での指導、通常学級での指導、養護学校での指導等については次回で報告したい。

引用文献・参考文献

- 1) 村田保太郎 情緒障害教育成立の過程 —担任の会の発足から309号通達まで— 『新版・情緒障害児の教育』 上巻 66-79 日本文化科学社 1983
- 2) 村田保太郎 前掲書 1) 76
- 3) 野村東助 『情緒障害学級の発足と展開』 5-17 国立特殊教育総合研究所 1985
- 4) 野村東助 前掲書 3) 2-3
- 5) 寒川伊佐男 前掲書 3) 18-19
- 6) 全日本特殊教育研究連盟編集委員会 「発達の遅れと教育」 NO. 365 特集= 通級制を考える 4-5 日本文化科学社 1988
- 7) 山口 薫 前掲書6) 47
- 8) 柘植雅義 日本における学校教育とLD 「日本LD学会機関誌」 VOL. 8, NO. 1 3 日本LD学会 1999
- 9) 中根 晃 LDの医学 「日本LD学会機関誌」 VOL. 1, NO. 1 2 日本LD学会 1993
- 10) 中根 晃 前掲書9) 4
- 11) 森永良子 多動児の心理学的特性と対策 「発達の心理学と医学」 1; 205-206
- 12) World Health Organization : International classification of diseases: 10th revision. Geneva. WHO 1990
- 13) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington. D. C., American Psychiatric Association 1994
- 14) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd ed. Washington D. C., American Psychiatric Association 1987
- 15) 栗田 広 学習障害概念とその課題 「発達障害研究」 VOL. 17, NO. 3 児童精神科の立場から 188-189 日本文化科学社 1995
- 16) 上野一彦 前掲書 15) 15
- 17) 森永良子 LDの認識過程の障害とその臨床症状 「LD学会機関誌」 VOL. 1, NO. 1 22-30 1993
- 18) 栗田 広 広汎性発達障害の概念 「発達障害研究」 VOL. 11, NO. 1 6-7 日本文化科学社 1989
- 19) 山崎晃資 医学的研究の最新動向 『自閉症・学習障害に迫る』 110-111 コレール社 1993
- 20) 山崎晃資 前掲書 18) 113
- 21) 杉山登志郎 学習障害と高機能広汎性発達障害（アスペルガー症候群）との臨床的比較 「発達障害研究」 VOL. 21-NO. 2 152 日本発達障害学会 1999
- 22) 山崎晃資 前掲書 18) 139-141
- 23) 山中康裕他編 『心理臨床大事典』 1149 培風館 1992
- 24) 大田徹郎 入園施設のぎく学園 『自閉症児の治療教育』 244-263 日本小児医事出版社 1970
- 25) 土肥 豊他 あすなろ学園の初期 『生きること愛すること』 35-41 十亀史郎・追悼集 十亀記念

事業委員会 1986

- 26) 武蔵野東教育研究所編 『自閉症児のための生活療法』 たいまつ社 1976
- 27) 宮脇 修 情緒障害学級と通級制・現状と課題 「発達遅れと教育」 NO 365 日本文化科学社 1988
- 28) 大田正己 『自閉症児教育方法史』 文理閣 1988
- 29) 上居健郎他編 『精神医学における診断の意味』 東京大学出版会 1983
- 30) Hans Asperger：平井信義訳 『治療教育学』 黎明書房 1973
- 31) 竹中哲夫 『情緒障害児と施設治療』 ルガール社 1974
- 32) 日本発達障害学会 「発達障害研究」 VOL 17, NO 2 1995
- 33) 障害者の教育権を実現する会 「人権と教育 ―父母と教師と障害児をむすぶ―」 社会評論社 1987
- 34) 宮脇 修 自閉児の概念と教育 『新版・情緒障害児の教育』 上巻 94-116 日本文化科学社 1983
- 35) 宮脇 修 『ある自閉症児の指導記録』 くろしお出版 1972
- 36) 宮脇 修 『自閉児への教育的接近』 教育出版 1977
- 37) 宮脇 修 『生活単元による学級づくり』 教育出版 1982