

おしえて！エコチル先生、今回は、最近研究が進んでいる子どもの自閉症スペクトラム（Autism Spectrum Disorder=ASD）について、国立成育医療研究センター「こころの診療部」発達心理科医長の宮尾益知先生にお話を伺います。

ー 最近よく「自閉症スペクトラム（ASD）」という言葉が聞かれますが、「自閉症」とどう違うのですか。

以前は、『自閉症』はめったに見られない、珍しい病気と思われていました。しかし、近年、古典的な自閉症（カナー型）とまでは行かなくても、社会性やコミュニケーションに困難のあるさまざまな症状のある人たちがたくさんいることがわかってきました。たとえば特定不能の広汎性発達障害（とくていふのうのこうはんせい はったつしょうがい）やアスペルガー症候群などがあることがわかってきました。そこで、自閉症を頂点として、社会性やコミュニケーションに困難のあるさまざまな発達障害を総称して『自閉症スペクトラム』と新しい診断基準（DSM-5）では呼ぶようになってきています。スペクトラムとはプリズムのことです。プリズムには境界がはっきりしない虹色の色がありますね。そのように、幅広いさまざまな程度の症状がある、という意味です。

ー 原因はなんですか。

1950年代くらいまでは、母親の子どもへの接し方が原因（冷蔵庫マザー）と言われていましたが、60年代から70年代にかけて、日本の1歳半検診の結果などから、生まれつきコミュニケーションがうまくとれない子どもが数多くいることがわかってきました。その後80年代くらいからは医学的に対応が可能な疾患と認識され、さまざまな取り組みが行われています。しかし、原因についてはまだよくわかっていません。

一時期、予防接種の防腐剤として添加されていた水銀が原因ではないか、と報告されたこともあります。現在ではこの説は否定されています。最近の研究では、ASDの子どもは脳の働きが健常児と異なることが分かってきました。左脳の、言語をつかさどる部分などが適切に働いていないのです。つまり、生まれつき脳機能障害を持っている、ということです。ASDの発症には性差があり、男児の方が多いのですが、これはもともと女性の方が男性よりもコミュニケーション能力が高いからです。

— 以前はあまり聞くことがありませんでしたが、最近増えているのでしょうか。

海外の調査では、180人に一人といった数から最近では100人に一人ぐらいいるのではないかとされています。我が国では、自閉症スペクトラム障害、注意欠陥多動性障害、学習障害を「発達障害」として、2005年の発達障害支援法が施行されてから、社会と学校において支援への動きが活発化されています。昨年の文部科学省の調査では、全国の小中学生の6.5%ほどが発達障害とされています。『文章の要点を読み取れない』『簡単な計算ができない』などの学習障害(LD)は4.5%、『授業中に歩き回る』などの注意欠陥・多動性症候群(ADHD)は3.1%、知的発達の遅れを伴わない自閉症スペクトラム障害(高機能自閉症)は1.1%でした。しかし、成長と共に症状が改善される人も多く、最も頻度が高かったのは小学校1年生で9.8%でしたが、年齢と共に下がって中学3年生では3.2%でした。

— 学校現場ではどのような対応がなされているのでしょうか。

学校側の理解があれば、支援学級なども含めて対人関係でストレスを軽減できるような工夫がなされることもあります。さきほどの文科省の調査では、ASDを持つ児童・生徒の38.6%は個別指導などの支援を受けておらず、『支援が必要』とされているのに支援を受けていない児童・生徒が6%もいます。

— 支援が受けられないとどうなりますか。

適切な支援を受けずに放置されていると、その後うつ病、不安障害、

過食症、チック、強迫障害、自傷などの2次障害が現れ社会生活上大きな障害になります。

ー 本人にとっても家族にとっても大変な問題ですね。

しかし、早期に発見して適切な支援をすれば、適応して生活できるようになる場合が多いのです。幼児期から専門的な関わりが行われることが予後をよくするためには大事なことです。3歳以前の目あわせ、相手を意識した指さし、同時に同じ物を見る共同注意、相手の動作を自主的にまねする模倣などができることが重要だと言われています。赤ちゃんはミルクを飲みながらお母さんをじっと見て、同じリズムで刺激し合っていて、お互いが安定した関係（愛着関係）を築いていきます。10か月頃になるとお母さんの視線を追うように（共同注意）なり、人見知りをするようになり、指さしでの要求と共感から、言葉を通してのコミュニケーションが育っていきます。しかし、ASDの子どもは、このようなコミュニケーションができていきません。

ー 赤ちゃんの頃から「ちょっと違う」ということが分かる場合もあるのですね。

1歳前の時については先ほどお話ししました。その後の重要なことは、相手の立場や気持ちがわからない（こころの理論）ということです。健常であればこのことは3-5歳といわれています。その後の発達には、大変な時間がかかります。ここで、その後の子どもの発達に関してどのようなことに気をつければ良いのか、エコチルの期間である小学校高学年までたどってみましょう。3歳くらいになると自分の足でどこにでも出かけるようになり、言葉で自分の意思を伝えられるようになります。4歳くらいになると、自我を抑えて、集団の中でどのようにふるまえばいいかある程度わかるようになります。このころの社会性の形成には、父親の存在がとても大事だと言われています。小学校に入る頃には、就学に向けて座る、聞く、覚える、書くなどの学習するための準備（学習レディネス）が形成されていなければなりません。小学校3、4年生の頃は学校生活に慣れ親も初期の緊張から抜け出します。しかし、この時期は思春期から成人に至る時期に起こってくるさまざまな症状の潜伏期あるいは前兆期でもあります。この時期は、暗示にかかりやすい時期でもあり、チックや抜け毛などの症状がさまざまなストレスに関連して起

こってきます。

- 「暗示にかかりやすい」ということは、子どもに否定的なことを言わず、いわゆる「ほめて育てる」ということでしょうか。

それも大事ですね。褒めるタイミングと褒め方でしょうか。できたことを褒めるのであって、すごくできたときだけ褒めるのでは子どものチャレンジする気持ちは育ちません。発達のプロセスから見ると10歳頃の子どもは自分の将来像（自画像）を作り上げる時期でもあります。自分のより良い将来像を作るには、できるだけ多くの成功体験をし、周囲の大人（特に教師）からみんなの前でほめられ、失敗体験をできるだけ少なくすることが必要です。その頃の子どもの将来のモデルとして身近な大人である親がとても重要になりますし、教師の存在もとても重要です。たとえば女の子が、自分の将来モデルである母親から拒否されたり、父親が母親のことを悪く言ったりすれば自分の将来の姿が傷ついたものになります。男の子にとっても同様です。この頃には、頭の中だけで思考ができるようになり、抽象的な考え方ができるようになりますから学校教育での学習のレベルも上がります。発達の面でも学習の面でも大人の入口と言え、この時期を『9歳の壁』と言ったりします。

- なるほど。確かに、小学校3年生くらいから漢字も算数も複雑になってきますね。

しかし、最大のキーエイジ、激動の時期は『思春期』です。思春期は、身体も心も急速に大人に向けて変化していきます。そうして、周囲の目を過剰に意識し、劣等感や自己嫌悪感をもちやすくなります。この時期には自分への関心とともに社会にも関心を持ち始め、自分なりの価値観や倫理観を形作っていきます。一方、家族への反発などから学校の友人などと仲間を作って外出しがちになり生活も不規則になり、家で家族と過ごす時間が減っていきます。このような思春期こそが「健常な大人となっていくために必要である」事がもっと理解されなくてはいいけません。この時期に4歳の時に続いての父親の出番です。細かいことを言わない、成長を見守る。アドバイザーとしての立場をキープするなどが重要です。母親から独立して行って母親と疎遠になる子どもに、父親が遠くから見守ってあげなくては、ひとりぼっちになってしまうではありませんか。ASDの子どもの場合、家族から離れたところで同年代の

子どもと仲間を作り様々な経験を通して成長していくことが難しく、親とともに気宛て胃の中で引きこもりがちになります。親から独立していく気持ちもできてきますから、家庭の中で様々な問題が起こって行きがちです。自分から離れていけない子供達です。親から子どもとの距離を取っていくことがこの時期の課題です。そうしなければ、時に暴力的な行動や反社会的な行動、引きこもりなどの症状が現れることがあります。

ー 普通の反抗期とはまた違う症状ということですね。

ある高機能自閉症の患者さんの例をお話しします。この患者さんは、乳児期から目が合いにくく、言葉を発したのも2歳半と遅く、3歳で自閉症と診断され『治療法はないので療育センターに通うように』と勧められましたが『どうせ治らないから』と特別な療育をせずにいきました。小学校では勉強は普通にできたそうです。しかし、周囲とのコミュニケーションがうまくできず、ひどいいじめにあうようになり、中学生からは引きこもり状態になりました。その後上記のようなこころの変化が起こり、両親に暴力をふるうようになり、両親が当センターに相談に見えました。しかし、向精神薬を服用させようにも服用させることができず、家族で対応することは不可能となり、強制入院となりました。

ー もっと早い時期に対応していれば、そこまでひどくならなかったかもしれませんね。

思春期に突然そうなる、ということは少なく、ごく幼いうちから対人関係、社会性、こだわり、感覚過敏などのサインは発せられている場合が多いのです。だからこそ、各キーエイジにおける子どものこころの変化に沿ったアドバイスができる専門家、このような立場で子どもと接していると思春期には子どもから相談するようになってきます。乳幼児期からの適切な通院、主治医を持つことが非常に重要になります。

ー 家族だけで対応するには限界がありますね。社会としてできることはありますか。

子どもに占めるASDの率は同じくらいですがアメリカは我が国の二倍の人口があります。ところが専門家の数が圧倒的に違います。日本の子どものこころの問題に対応する医師の数は精神科で400人、小児科

で3000人ぐらいしかいません。アメリカでは10倍以上（数万人）いますし、医師以外の専門家も10倍ぐらいいるといわれています。子どもの精神神経発達の診断や治療、支援を行える専門病院も専門医も、日本では非常に少ないのです。そのような医療態勢を早急に拡充させる必要があります。さらに、ASDの子どもたちが大人になって自立するための受け皿作りもこれからの緊急の課題です。昔は、人とのコミュニケーションが上手ではなくても、複雑な文字や文章が書けなくても立派に自立できるたくさんの方がいました。今そのような仕事がどんどん少なくなっています。そのような仕事を復活させる努力を社会全体でできないものでしょうか。

- たしかに、農家や職人さんの技術や知恵は貴重なものですね。そのような技術や知識の継承は、社会全体にとってもメリットがあるはずですね。

そうしてこうした子供達もつ独特の才能をポジティブに考えていく立場（ギフト）が重要だと思っています。つまり障害（ネガティブ）として捉えるのではなく、「神様からの贈り物（ギフト）」を持つ人と考えていこうという立場です。このような子供たちの独特の才能を活かしながら、就労支援をするための組織を作っていくことができると考えて今準備を続けています。社会がASDの子どもたちを助けるのではなく、ASDの子どもたちが社会のために役立つような社会づくりが私の夢です。

- 人それぞれ何か才能がありますから、その才能が生かされ、本人も周囲も満足して生きて行ける社会が実現してほしいですね。本日はありがとうございました。

(2013年3月28日)

■今月のエコチル先生

宮尾益知 先生

独立行政法人国立成育医療研究センター
こころの診療部 発達心理科医長