

障害児（者）を取り巻く社会環境の変化 ——自閉症児に対する TEACCH プログラムをモデルとして——

石 田 直 章

はじめに

1. 特殊教育諸学校の変化

- 1.1. 広汎性発達障害に対する理解
- 1.2. 特別支援教育の基本精神
- 1.3. 基本精神に基づく教育観
- 1.4. 特別支援教室，特別支援学校への転換における課題と問題点
- 1.5. 特別支援教育コーディネーターの制度における課題と問題点

2. 措置制度から支援費制度へ

- 2.1. 支援費制度の内容
- 2.2. 支援費制度の法的仕組みと手続き
- 2.3. 施設訓練等支援の対象となるサービス
- 2.4. 居宅生活支援の対象となるサービス
- 2.5. 支援費制度の具体的な流れ
- 2.6. 支援費制度運用上の課題と問題点

3. 自閉症児（者）に対するバリアフリー

- 3.1. 自閉症研究小史
- 3.2. 自閉症児へのアプローチ
- 3.3. ノースカロライナ州における TEACCH プログラム
- 3.4. 自閉症児の教育・療育における必要な観点とまとめ

おわりに

はじめに

障害者とは，法的に，障害者基本法第 2 条に「障害者とは，身体障害，知的障害又は精神障害があるため，長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受けるもの」と示されている者の総称である。内閣府編「平成 16 年度版障害者白書」によれば，わが国の障害児（者）の総数は約 655.9 万人と推定されている⁽¹⁾。しかしながら，近年この総数が大きく変わろうとしている。これは実際の障害児（者）の数が突然変化するという訳ではなく，要するに障害児（者）と認定される者の数が大きく変わる可能

性があるということである。さらに言うならば，種々の社会的保障を伴う認定や教育的ケアの拡大など，ただ単に「数が増えます」というだけでは済まされない変化が確実に起きているという事である。本論文は，先ずこの大きな数的変化の実態を取り上げ，現時点で評価し，予測し得る幾つかの課題を整理することによって，そこで惹起するであろう諸問題に関して検討を加えるものである。

また，近年の障害児（者）の生活や彼らを取り巻く社会的環境は，一方ではパラリンピックにみられる様な，障害者スポーツの充実・拡大⁽²⁾や，その他の趣味の世界への参画など，所謂「生

きがいの追求」を通した自己実現を行えるようになりつつあることが伺われる。これは評価でき得る動きであろうし、今後もその方向で発展していつてもらいたいものである。しかしながら、他方、障害児（者）の日常の生活を社会がどう支えていくのかという課題に関しては、決して楽観視できない実態があるのも事実である。具体的には、障害児に対する「学校教育」の変化や、障害児（者）を取り巻く「社会的保障」の変化など、文部科学省や厚生労働省の主導による極めて大きな変革が、今始まり、進められようとしているのである。これは、換言すれば、所謂「特殊教育」や「障害者福祉」という領域に大きな変化が起きているということである。この大きな流れの中に障害児（者）は立たされ、本人の意思に関係なくこの流れは彼らを呑み込みつつ進んでいるのである。彼らは、いやが上にもその変化の中で生きていかなければならない。私たちは、今彼らの置かれている社会的環境について敏感に感じ取り、正確に理解する必要があるのではなかろうか。本論文は、前述した障害児（者）数の認定の変化に加え、障害児（者）を取り巻く社会環境の変化を、「特殊教育諸学校に起きている変化」と、「障害者福祉施策における支援費制度への移行」という大きな「変化」の2点に焦点を当て、現実には照らして分析し、そこで発生する可能性がある諸問題について論じるものである。さらに、特に自閉症児に対する社会環境の構築・整備の方法の1つとして、アメリカ合衆国ノースカロライナ州における TEACCH プログラムを例に取りあげ、自閉症児に対するバリアフリー社会の構築について論じるものである。

1. 特殊教育諸学校の変化

わが国の障害児に対する教育は、その歴史を振り返ってみると、1878年(明治11年)に京都

盲啞院が開設され、盲児の教育が行われたことによって始まっている。その後、1947年(昭和22年)の教育基本法による法制化によって、障害児は義務教育の対象となった。これは、障害児を義務教育制度の対象外とした戦前の教育制度からみれば、大きな進歩ではあった。しかしながら、実際にはその後、実に32年の長きにわたり、義務化の完全実施は施行されず、障害児の教育は放置され続けてきた。歴史上障害児の教育が実体のあるものとなったのは、1979年(昭和54年)の「養護学校教育の義務化」の実施以後である。障害児の教育に対する義務化は、この時点で一応の完成を見、現在に至っている。この「養護学校教育の義務化」の結果、6歳から15歳までの総ての児童生徒は教育の対象として位置づけられるようになった。また、「養護学校教育の義務化」の実現のために全国各地に養護学校が設置され、それ以前には施設や病院に入所していて、就学免除という形で学校教育の外に置かれていた子どもたち(特に重度・最重度心身障害児)が教育の対象者として扱われるようになった。このことの持つ意味は非常に大きい。したがって「養護学校教育の義務化」は、わが国の特殊教育の現在の形を作り出した原点と言っても過言ではなかろう。その後、この法律に沿って現在まで約25年間にわたり、特殊教育の充実に向けて試行錯誤が繰り返され、多くの教育実践と研究の蓄積により成果を上げてきた訳である。

さらに2003年(平成15年)3月には、文部科学省に置かれた「特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議」から「今後の特別支援教育の在り方について」と題された最終報告が提出された。この報告書にみられる内容は、「養護学校教育の義務化」に匹敵するか、あるいはそれ以上の大きな転換点として、わが国の特殊教育に変化をもたらすものと思われる。報告では、「特殊教育」から「特別支援教育」へと

障害児に対する教育の概念そのものを変えていくという考え方の提示や、特別支援学校や特別支援教室、個別的教育支援計画と特別支援教育コーディネーターや自閉症学校なども提言されている。この報告に基づいて、わが国の特殊教育諸学校が今大きく変わろうとしている。最終報告に描かれた障害児に対する教育の未来像を、今しっかりと見ておくことが、今後の変化を見据える上においてとても重要な事であると考え。そこで、以下に今後起こり得る特殊教育における変化を幾つか概観していきたい。

1.1. 広汎性発達障害に対する理解

「特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議」は、2002年（平成14年）10月に「中間まとめ」を、続いて2003年（平成15年）3月に最終まとめを報告した⁽³⁾。これらの報告には、会議の検討と並行して実施された「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査」の結果が添付された。この調査は、370の小・中学校において、約4,000学級の通常の学級の担任教師を対象として40,000人以上にわたる児童生徒の実態調査を行ったものである。その結果、LD（アメリカでは、Learning disabilities：学習障害を示し、イギリスではLearning Difficulties：学習困難を示すが日本では前者の理解⁽⁴⁾）様の学習面で著しく困難を示すものが4.5%存在し、ADHD（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder：注意欠陥多動性障害）もしくは、高機能自閉症様の行動面において著しい困難を示す者が2.9%、重複を考慮すると全体では6.3%という数が結果として報告された。

現在わが国で特殊教育を受けている児童生徒の数は、1.4%である。この割合は先進諸国の中では最も低い数字である。これは、障害児の数が少なかったのではなく、特殊教育の対象者を正確に把握していなかったことが原因である

う。言わば無理解の結果である。

今回の調査では、通常の学級に在籍している全般的な知的発達の遅れを持つ児童生徒を調査対象から除外している。この数は約3%程度であると推測されているので、これに今回の調査結果である6.3%と、従来の特殊教育対象者の1.4%を加えれば、特別支援教育ニーズ（special education needs）を持つ児童生徒の数は、驚くべき事に約10%にもなる。報告書の持つ意味は、このことを国が認め明らかにしたという点にあり画期的なものであると言えよう。

1.2. 特別支援教育の基本精神

「特殊教育」という語が「特別支援教育」に変わっていくことは、単に表現が変わるだけでなく、障害児の教育に対する新しい理念の提案であり、それに基づく新しい教育観の提言であると思われる。その中身は次のごとくである。すなわち新しい教育観では、障害に対する考え方を「障害を個人の特性や属性としてよりは、個人と周りの状況との関係でとらえる」としている。換言すれば、障害をinpairment（機能障害）やdisability（能力障害）というレベルでとらえるのではなく、handicap（社会的不利益）を重要視してとらえるという考え方をしようというものである。この観点（障害観）に基づいて障害児の教育も、機能や能力の劣弱に対する直接的対応よりは、社会的不利益を解消する支援的対応を優先するという考えに立つということである。学校生活について言えば、生活上の社会的不利益を解消するために、学校で教師や仲間と共に活動し生活できる状況づくりを、必要な特別支援として大切にすることである。学校生活における充実感、仲間や教師と共に取り組む活動の中で生まれてくる。新しい教育観では、この満足感・成就感を大切にするために、学校におけるQOLの向上を重要視しているのである。

1.3. 基本精神に基づく教育観

「今後の特別支援教育の在り方について」では、障害児（者）一人ひとりの思いに添った教育の必要性をうたっている。つまり、「一人ひとりの思いに添った教育的支援の必要性」を教育的ニーズとしてとらえていこうというものである。この新しい教育観・障害観に立てば、教育的ニーズとは、「学校生活充実発展のための支援条件の必要性」のことを指しており、換言すれば、「豊かな質の高い学校生活展開のための支援条件の必要性」と言うことも出来る。何れにせよ障害観・教育観のいかんが学校生活の有り様を大きく左右するものと思われる。この基本精神に添って一人ひとりの教育的ニーズを把握し、必要な教育的支援を行うためには、従来の障害の種類や程度に応じて教育の場を設けて行う教育から、個の教育的ニーズに対して、よりの確に、より効果的に応えていこうという教育への展開が必要とされる。それが障害種別を超えた盲・聾・養護学校に替わる特別支援学校であり、さらに小・中学校等における特別支援教育の充実のための特別支援教室や特別支援教育コーディネーターの配置へと繋がっていく考え方である。

1.4. 特別支援教室、特別支援学校への転換における課題と問題点

上述したように、障害の種類や程度に応じた教育ではなく、特別支援学校や特別支援教室の設置という発想は、既存の教育システムにいかにより子どもをあわせるかというのではなく、子どもにあった教育サービスをいかに提供するかという、発想の転換でもある。この精神に基づいて、第一に、「通常の学級に在籍するLD、ADHD、高機能自閉症児を含めて、総ての障害のある児童生徒一人ひとりの教育的なニーズに応じた支援教育に変える」ことが提案されている。具体的には、小学校、中学校においては、

従来の特殊学級等の制度の全体的な見直しを図り、障害のある児童生徒が通常の学級に在籍することを基本としながら、特別支援教室の設置によって、学校としての全体的、総合的な対応による「特別支援教育」を構築していく。また第二に、「盲学校、聾学校、養護学校の制度については全体的な見直しを実施し、障害種別にとられない、また地域の特別支援教育のセンター的な機能を有する特別支援学校へと転換をはかる」ことが提案されている。

ここで、これらの制度面の改革によって惹起するであろう問題点や課題について指摘しておきたい。

- ①報告書には、これまでの枠組みで行われてきた特殊教育（盲・聾・養護学校）で培われてきた教育体系との連携の取り方が明確に示されていないので、その移行において発生するであろう種々の課題を解決する方法を見つけないといけない。
- ②一人ひとりの教育的ニーズに対応する支援教育を行うには、現行よりもさらに多額の財政的保証が必要であることは明白であるにもかかわらず、その裏付けが全くない。今、養護学校等では、予算削減が進められつつあり、印刷物の代金すら父兄負担にしようかなどと言われているのが実態である。
- ③従来の「障害児学級」を廃止し、「特別支援教室」を設置する事に伴って、「特別支援教室」への安定的な担任配置が保障されていない。子どもと毎日関わることによって、子どもとの間に、安定的な関係を築き、心を通わせる教員がいるかどうかは障害を持った子どもが健やかに育つ上で大変な問題である。担任の配置を保障しない様な「特別支援教室」の設置、「障害児学級」の廃止計画なら中止すべきである。

- ④現在の障害種別（盲，聾，養護）学校を「特別支援学校」に一本化しようという提案である。この一本化の趣旨は前述した通りであるが，前提条件として，一本化する際にはそれぞれの障害に対応できる教員を配置することが，教育を後退させないために必要である。しかしながら，今のところ確保できる見通しはなく，これでは教育内容の後退は避けられない。人的整備を含めて必要条件を検討すべきであろう。
- ⑤特別支援教育ニーズが約10%であることが明らかにされ，従来の数倍の教育者が必要であることは明らかであるが，その養成については何ら示されてはいない。特別支援教育コーディネーターに教育環境の交通整理をさせるだけでは，とても十分な支援とはいえない。
- ⑥文部科学省の言う「支援地域」は，障害児学校，小中学校，医療・福祉機関などの専門機関が連携協力する支援のためのネットワークのことである。この「支援地域」の考え方は，障害児（者）が，生まれてから亡くなるまで，生涯を通じて地域の中で暮らし，発達する権利を保障する方向に則したものであり，評価できるものである。その実現のためには，下校後や休日に，家庭以外で安心していられる場所の保障が必要である。しかしながら，現在の「地域」では，あまりにも不十分である。経済的な負担が少なく何時でも利用できる地域の施設や，そこに集まる友人等，地域に暮らすために必要な基本的資源の充実が望まれる。

1.5. 特別支援教育コーディネーターの制度における課題と問題点

「今後の特別支援教育の在り方について」の最終報告では，従来の学校教育の範囲を超えて，障害児（者）を生涯にわたって支援するという

観点を強調している。すなわち，具体的には，「教育，福祉，医療，労働等が一体となって乳幼児期から学校卒業まで障害のある子ども及びその保護者等に対する相談および支援を行う体制の整備」を更に進めるというものである。これらの事柄は重要事項でありながらも，これまでは，それぞれの所轄が違うという縦割りの行政のために，懸案事項となってきたことである。文部科学省が，この悪癖を改善しようとしている姿勢は評価すべき事柄である。

そして報告では，その「教育的支援を行う人・機関を連絡調整するキーパーソン」として特別支援教育コーディネーターを位置づけている。その役割は，「学内，または福祉・医療等の関係機関との間の連絡調整役として，あるいは，保護者に対する学校の窓口の役割を担う者として学校に置くことにより，教育的支援を行う人，機関との連携協力の強化が必要」として示されている。

小・中学校の特別支援教育コーディネーターは，LD・ADHDや高機能自閉症児をはじめとする特別な教育的支援が必要な児童生徒への支援のキーパーソンとして活躍することが求められている。一方，盲・聾・養護学校の特別支援教育コーディネーターは，近隣の小・中学校への支援をも視野に入れた広域コーディネーターとも言うべき役割が加わるとしている。2003年4月15日に文部科学省が主催して実施された事業説明会に続き，翌16日17日の2日間にわたってコーディネーター指導者養成研修会が行われた。これは，各県でコーディネーターの養成研修を企画・実施するなどのリーダー的役割をこの「指導者」に求めたものである。この指導者養成研修会は，2004年度からは国立特殊教育総合研究所において実施される予定になっている。この，国の動向を踏まえて，各都道府県では独自の研修計画を作成し実施していくことになる。特に2003年度から始まった新規モデル

事業において、各都道府県で推進地域と指定された地域内の小・中学校では、特別支援教育コーディネーターを指名し、必要な研修が実施されることになっている。さらに各学校に対しては、この特別支援教育コーディネーターを中心として校内委員会の組織をつくり、支援体制の構築など、具体的な支援の開始を積極的に進めていくことが期待されている。

特別支援教育コーディネーターの具体的仕事は、個別の教育支援計画を作成する過程において、企画運営と助言を行い、必要な情報収集(心理検査の実施等)やその手配、指導計画の引き継ぎ、情報の管理などの業務をすることである。この個別の支援計画は、課題を持つ児童生徒そのものへの支援を行うと共に、担任の教育的取り組みを継続して支援することをも視野に入れている。従来例のように、担任個人の指導や対応だけでなく、チームとして取り組み、それぞれの教員が個別に集約した情報を集めて、計画、実施、評価(Plan-Do-See)を提示して情報を共有化していくことが求められる。特別支援教育コーディネーターを中心として校内協力体制を構築し、多くの視点で児童生徒を捉えることによって、個別の教育支援計画や、取り組みが実施し易い体制を組み立てていく。さらに、医療機関や施設など関連機関との連携協力の体制整備の必要性が挙げられている。特別支援教育コーディネーターは、関係諸機関の人的資源や情報など、領域を超えたネットワークづくりをする必要性があり、それぞれを有機的につないでいくことで、効果的な支援体制を作り上げていくことが要求されている。

ここで、特別支援教育コーディネーターの制度が持つ課題や問題点、あるいは実施上の改善点などを検討しておきたい。

- ①特別支援教育コーディネーターを指名するにあたり、山下⁽⁵⁾は問題となりそうな事柄

を次のように整理し指摘している。すなわち

「養護学校、特殊学級、通級指導教室での指導経験を持つ教員をその候補とする方向で養成が急がれているようですが、(1)免許保有率の低さも含めて、各障害に対する十分な知識を備えているのか、(2)それに加えて軽度発達障害についての十分な知識を備えているのか、(3)学校全体をリードするだけの力量と権限を備えているのか、(4)保護者を含め外部との交渉、調整能力を備えているのか、(5)学校間や外部との連携ということを見ると、学校よりも市町村の教育委員会に配置するべきではないのか等の、さまざまな疑問が各方面からあがっています。」というものである。全くもって当然の指摘であろう。

- ②特別支援教育コーディネーターの養成カリキュラムや人数を含めた具体的養成計画が明らかになっていない。教育諸機関の末端の教員まで、正確な情報の周知を図るべきであろう。
- ③100万人近い子どもたちを対象とする施策の提案であるにも拘らず、既存の教員組織の教員数を増員することなく、「既存の人的・物的資源の配分についての見直し」で、特別支援教育コーディネーターを役割として当てるという計画である。つまり、従来規模の障害児教育の予算と人員のままで、これまでの何倍もの子どもたちの教育をしようという計画である。これでは、担当する教員は過負担になり、十分な役割が果たせるかどうか疑問である。それどころか、従来の教育の質を大きく後退させることになりかねない。特別な予算配置をして、増員すべきである。
- ④文部科学省や厚生労働省など、現行の縦割り行政のままで行われる特別支援教育コー

ディネーターの制度では、「学内、または、福祉・医療等の関係機関との間の連絡調整役として」の仕事が円滑に行われるかどうか疑問である。

- ⑤小・中学校における「特別支援教室（仮称）」の運営にあたっては、特別支援教育コーディネーターを中心として、学校全体の協力が不可欠である。そのためには、特別支援教育コーディネーターは、知識も経験も豊富で、人間的にも信頼されているベテランの教員が担当すべきであろう。学校現場で多くみられるように、2，3年ずつ交代で特殊学級を担当したりするような教員配置では成り立たないであろう。また管理職が障害のある児童生徒を学校全体で支援していくという認識を持つことも必要である。まず、管理職の認識の変革が必要であろう。

2. 措置制度から支援費制度へ

障害児は、「1. 特殊教育諸学校の変化」で、概観してきたような学校教育だけでなく、家庭や居住する地域の環境からも影響を受けている。また、学校を卒業すれば、教育機関との接点は希薄になり、主として福祉諸期間との関係がより強固なものとなる。従って、福祉的環境の変化は、障害児を取り巻く社会環境を大きく左右する要因となるであろう。またこれは、障害者（成人）であれば尚更のことでもある。そこで、福祉の対象としての障害児（者）に対する行政的施策の変化を中心とした制度の変革に着目して、彼らを取り巻く環境の変化を検討し、そこで発生するであろう課題や問題点を指摘しておきたい。

わが国の障害者福祉施策の根幹は、戦後半世紀にわたり「措置制度」であった。この制度に基づき、行政の指導で、例えば入所施設等に「措

置」をしており、本人の意思とは関係なく、また本人の選択とも関係なく決定されてきた。この意味において障害児（者）は行政や福祉施設と「同等な関係」にあったとは言い難い。つまり、「措置制度」は、障害のある人に対しては「行政の処分」「行政命令」的意味合いを持つ制度であったことは否めない。そこでこの施策のあり方を根本的に見直し、障害児（者）本人の「主体性」に基づいて、「自らが福祉サービスを選択」し、「事業者と契約して」「対等な関係で支援を受けていく」という仕組みに変えようというのが「支援費制度」の根幹をなす考え方である。

2.1. 支援費制度の内容

支援費制度では、支援（障害者福祉サービスあるいはホームヘルプサービス）を利用しようとする障害児（者）は、身体介護や移動、家事の援助などのサービスの中から適切な支援を選択し、事業者との間で直接契約を行い、サービスを利用することになる。その際には、利用者は、サービスを受けるときに必要な費用を、事業者に対して、本人及び扶養義務者の負担能力に応じた自己負担額を支払う。またそれと共に、必要な費用については、「市町村が、利用するあなたに用意しますから、その支援するお金（支援費）を使って、自分で事業者を選んで、契約して、サービスを利用して下さい」と説明がなされているように、市町村が支援費の一部を負担する事になっている。具体的には、国がその1/2を補助し、都道府県と市町村がそれぞれ1/4ずつを負担することになる。以下にこの支援費制度の実際の仕組みと、具体的なサービス内容や支援を受ける際の具体的な流れをみていきたい。

2.2. 支援費制度の法的仕組みと手続き

支援費制度を用いて、障害児（者）が具体的に支援を受けようとする時には、以下のような

手順に従って、手続きを行わなければならない。

- (1) 支援費支給を希望する障害者は、都道府県知事の指定した、指定事業者・施設に直接に利用申し込みを行うとともに、市町村に支援費支給の申請を行う。
- (2) 市町村は、支給が適切であると認めるときは、支給決定を行う。
- (3) 本人が、支給決定の範囲内で障害者福祉サービスを利用したときは、本人および扶養義務者は指定事業者・施設に対して利用者負担金を払うとともに、市町村はサービスに要する費用の全体額から利用者負担額を控除した額を支援費として支給する仕組みである。

2.3. 施設訓練等支援の対象になるサービス

支援費制度の対象となる施設は、身体障害者や知的障害者に対する次のような施設である。

- (1) 身体障害者・知的障害者授産施設
身体障害者または知的障害者で雇用されることが困難な者、また生活に困窮する者等を入所させて、必要な訓練を行い、かつ職業を与え、自活させる施設である。
- (2) 身体障害者療護施設
身体障害者であって常時の介護を必要とする者を入所させて、治療および養護を行う施設である。
- (3) 身体障害者・知的障害者更正施設
身体障害者または知的障害者を入所させて、その更正に必要な治療または指導を行い、およびその更正に必要な訓練を行う施設である。
- (4) 知的障害者通勤寮
就労している知的障害者を職場に通勤させながら一定期間通所させて対人関係の調整、余暇の活用、健康管理等独立生活に必要な指導を行う施設である。

福祉工場や小規模通所授産施設は支援費制度

の対象にはならない。施設訓練等支援費の額は「障害程度区分」によって異なる。これは、「重度障害者に対する施設支援が適切に行われるよう、支援の必要性等により、障害程度区分が設定される」ものであると、行政当局は説明している。また、障害児の施設サービスは措置制度のままである。

2.4. 居宅生活支援の対象となるサービス

居宅生活者である障害者にたいして行われる支援は、次のように4項目に分類されている。

- (1) 身体障害者・知的障害者・障害児居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）
居宅において入浴、排泄、および食事等の介護、調理、洗濯および掃除等の家事、生活等に関する相談および助言ならびに外出時における移動の介助等を必要とする身体障害者・知的障害者または障害児に対して、便宜を供与する事業。
- (2) 身体障害者・知的障害者・障害児デイサービス事業
入浴、食事の提供、創作活動、機能訓練、介護方法の指導、社会適応訓練、更正相談およびレクリエーション等を必要とする在宅障害者・障害児に対して、便宜を適切に供与することができる施設に通わせ、便宜を供与する事業。
- (3) 身体障害者・知的障害者・障害児短期入所事業（ショートステイ）
居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、短期入所を必要とする者に対し、身体障害者・知的障害者更正施設、身体障害者療護施設、身体障害者・知的障害者授産施設その他短期間の入所による保護を適切に行うことができる施設へ短期入所させ、その者に必要な援助を行う事業。
- (4) 知的障害者地域生活援助事業（グループホーム）

地域で生活する知的障害者に対し、日常生活における介護等を行うことにより、知的障害者の地域における自立生活を支援する事業。

居宅生活支援においてもホームヘルプサービスを除き、「障害程度区分」を設定する。また、居宅生活支援サービスではサービスの「支給量」も決定される。支給量は、障害の種類および程度その他の心身の状況、他のサービスの受給状況等を勘案して決められる。

2.5. 支援費制度の具体的な流れ

前述したように、現時点（2004年1月）における支援の対象となるのは、身体障害者と知的障害者、障害児である。精神障害者は今回この制度の対象にはなっていない。「支援費制度」の具体的なサービスも上記の範囲に限られ、例えば障害児の入所施設などは、今回の支援費制度移行の対象にはなっていない。また、既に更正施設や授産所などに入所していたり、通所していたりする障害者は「みなし規定」となり、経過措置が設けられている。また、単一のサービスだけでなく、いろいろなサービスを組み合わせて申請しなくてはならないケースも考えられる。例えば、日中学校に通っている障害児の場合には、学校に行っている時間以外の曜日や時間帯には、「ショートステイ」や「ホームヘルプサービス」を利用する必要があるであろう。そのような場合には、申請し利用することが可能になっている。重篤な障害を持っている障害者場合には、さらに種々のサービスを組み合わせて申請する必要も出てくることが考えられる。「2.2. 支援費制度の法的仕組みと手続き」で、制度の法的な手続については説明したが、ここで、障害児（者）が実際に支援を受けるために必要な手続きをシュミレーションしてみよう。

障害児（者）は、受ける支援の流れが決まった時点で、各市町村の支援費支給窓口へ出向き、どのサービスを受けたいのかを先ず申請する。市町村はそれを受け付け、サービスの決定のための審査にはいる。行政では、最初に、サービスを利用するにあたり利用者の障害程度区分を決める。そのためにチェックリストを使って、どれだけ支援が必要であるのかという聞き取り調査や、障害者の置かれている家庭の状況を聞くなどして調査する（これは、項目ごとの点数制で行う）。その調査に基づいて審査し、支給が適当と認められた時には、行政は受給者証を発行する。この受給者証を受け取れば、2003年4月からは、その受給者証を提示してサービスを受けることができる。障害者は、ホームヘルプサービスを行っている事業者や、入所や通所の施設等のサービスを実施している事業者・施設に直接行って交渉し、契約することでサービスを受け、定められた利用者負担額を事業者や施設に支払うことになる。これが、大凡の制度利用の流れである。

2.6. 支援費制度運用上の課題と問題点

支援費制度は、実際には2003年4月からスタートしている訳であるが、利用者にとっては、それ以前に多くの申請行為が必要であり、既に障害者の団体や、個別利用者の間から様々な問題が指摘されてきている。ここでは、現時点で解決しなければならない課題や、将来にわたって解決すべき問題点を列举し、可能であればその解決方法も提案したい。

- ①在宅サービス利用時の自己負担額については、親は扶養義務者だからという理由で、親の収入が障害者のサービス利用時の費用徴収の対象になっていた（2003年1月）。障害があるが故に使わなければならないサービスなのに、大人になってからも親に負担

させるのは障害児（者）の自立の観点からもおかしい。「最低でも障害者本人の所得のみを費用負担の対象とすべきである」という障害者団体からの強い要求があり、「20歳以上の障害者については、同一世帯、同一生計のある配偶者と子どものうち最多納税者」となり、とりあえずは「親の収入が費用負担の算定に含まれない」ことになってスタートした。しかしながら、親が障害者である場合には、子どもと同居すると、子どもに費用負担の責任が生じるケースが発生し、矛盾は残っている。費用徴収は原則無料にすべきではなかろうか。

②就学前の障害児が通う、心身障害児通園施設では、利用者負担が前提の支援費制度で有料となれば、通園できない（通園をやめる）家庭も出、障害児の早期療育の保障ができず、これでは発達に重大な影響がでることは明らかである。

③もともと障害児（者）あるいは障害児（者）の家族の多くは、生活の苦しさや介護の厳しさから社会的に孤立した状態に置かれている場合が多く、必要な情報とサービスが得られにくい現状がある。必要な情報提供とサービスを受けられるよう、国は抜本的な強化をすることが必要である。

④障害児（者）は受給者証明を受けたからといっても、身近に利用できるサービスや施設がなければ、支援を受けることが出来ない。したがって「契約」といっても契約できるものが何もないという状況になってしまいう可能性を持っている。実状は、障害児（者）が自由に選択できるほど事業者が全国どこにでも用意されている状況には程遠い。「1カ所しかないデイサービス施設が市外にあるため交通費を全額負担しなければならぬ」などの声も聞かれ、福祉サービス提供事業者の不足は深刻である。

⑤支援費制度スタート直前の2003年1月に政府は突然ホームヘルパーの派遣時間に上限を設けることを公表した。「一人ひとりに対して必要な量を決定する」というこれまでの説明を180度覆す変更により、多くの障害者団体が反応して厚生労働省に抗議した結果、最終的には厚生労働省もこの上限枠を撤回した。しかし、現場ではそれぞれの市町村が上限枠を設定し、これまで以上に厳しい支給制限を行っているのが実態である。実際には、サービス提供量がこれまでよりも大幅に減らされたケースも多数報告されている。

具体的な例として「呼吸器を付けて学校に通っているが、4月からは通信制高校に進学するので24時間を家で過ごすことになる。しかし、行政は、ヘルパーは最大で月119時間しか派遣できないと決めているため、それではとてもやっていけない」とか、「これまで2人体制でヘルプサービスを受けていたが、今回は認められなかった。福祉事務所へ問い合わせると当面1人で頑張ってもらいたいと言われた」、また「これまで月120時間の移動介護を受けていたのに、いくらお願いしても40時間しか申請を受け付けてくれない。」などの声が聞かれ、これらの実態から、支援サービスに上限が設けられていることが垣間見られる。

また、支援費制度の利用実績が措置制度実施時に比して、上がっており、この水準で推移すれば、国の補助金は大幅に不足する見通しである（2003年11月）。不足分については緊急に補正予算を組むべきである。

⑥兵庫県の西宮市や東京都といった比較的先進的な自治体では、脳性麻痺などの全身性障害者に対して、月に240時間まで介護人の派遣を認めており、その他の自治体との地域格差が生じている。公的支援を受けな

がら地域で暮らすというのなら、その保障をするのは当然である。少なくとも地域格差を無くすために、先進自治体の実態にまで支援を拡大すべきである。

⑦これまで認められてきた柔軟な制度利用が、支援費移行を契機に認められなくなった例も報告されている。例えば「これまで通所施設に通っている障害者が施設を休んで入浴サービスを受けることも可能であったが、支援費制度では認められない」「ホームヘルプサービスは、身体介護・家事援助・移動介護等の区分についてそれぞれ時間数が決定されるため、区分をまたいだ柔軟なヘルパー利用が困難な状況となる」等である。今後もこの手の問題が噴出することが予想される。

⑧制度上、事業者が利用者を選択する事ができるため、「利用者は事業者の言いなりにならざるを得ない」という関係も成り立つことが想定される。実際に「施設の処遇内容に納得がいかず苦情を申し立てた人が、施設から、信頼関係がつかれないという理由で一方的に契約を保留され、未契約であることを理由に支援費が支給されず、利用料全額を自己負担するように求められた」というケースも発生している。

⑨支援費準備室を2003年3月に早々と解散してしまった。本来ならば、準備室は制度の不備を含めて、発生する種々の問題を点検し、改善する立場にあるはずであるのに、それを放棄してしまったところに問題がある。

以上、概観してきたように、障害児（者）を取り巻く生活環境や社会的状況は、今、大きく変わろうとしている。そこで発生するであろう問題に対しては、彼らを取り巻く環境の一部である我々が、真摯に対応していかなければなら

ない。制度の矛盾を解決する方法として、障害児（者）当人にしわ寄せがいくような解決策になってはならない。私たちは、制度を点検し、問題があれば改善しなければならないし、運用に問題があれば、それを指摘し、改めなければならない。

既に述べたように、現在の日本の特殊教育は、1959年（昭和34年）の中央教育審議会答申に基づいて障害の種類と程度に応じた特殊教育の基盤整備が始められ、今に至っている。その間、1969年（昭和44年）には、特殊教育総合研究調査協力者会議「特殊教育の基本的な施策のあり方について」で、通級学級や巡回指導が正式に紹介されており、それをうける形で、通級による指導の実現に向けて充実が図られてきた。また1979年（昭和54年）には、養護学校が義務化となり全員就学となった。つまり、わが国の義務教育制度は、6歳から15歳までの総ての児童生徒を対象とするという意味において、20年間かけて一応の完成を見たわけである。さらにその後現在まで、高等部の整備・拡充に24年を費やしている。

一方、障害児（者）の福祉・医療面における「措置制度」は、戦後50年にわたって行われてきた制度であり、その内容も、障害児（者）の生活実態に合わせて、様々な変化を遂げてきたものでもある。今回、これらの仕組みを抜本的に見直し、「障害者支援」という形で整理し、制度化したことについては、一応の評価は与えられるであろう。しかし、実際に支援を受ける者の側に立って見た場合には、予算の削減や利用のし難さなど、問題は山積であることがわかる。長年にわたり行われてきた制度を、数年で完成されたものにするには多くの困難が伴うことも十分理解できる。しかしそれでも尚、今、生きて、生活している障害児（者）は、50年後の完成日まで待つことは出来ず、彼らにとっては、今日をどう生きるかが切実な問題であると

いうことを我々は忘れてはならない。

3. 自閉症児（者）に対するバリアフリー

前項（1. 特殊教育諸学校の変化 2. 措置制度から支援費制度へ）では、障害児（者）を取り巻く社会制度の変革による環境の変化に焦点を当て、想定される問題点や社会が取り組むべき課題を指摘してきた。一方その中には、幾つかの評価出来る内容も見出すことが出来る。

「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」は、「生涯にわたっての支援」を強調し、「教育、福祉、医療、労働等が一体となって乳幼児期から学校卒業後まで障害のある子ども及びその保護者等に対する相談及び支援を行う体制を整備する」と述べている。この提案は、今回の報告の中で最も重要な位置を占める部分の1つであり、またわが国においては縦割り行政のために、なかなか実現が困難であった課題でもある。この提案は全ての障害児（者）を対象としたものであるが、筆者はここに1つの先行例を想起する。アメリカのノースカロライナ州における自閉症に対する TEACCH プログラムがそれである。実際に TEACCH プログラムでは、自閉症児（者）に対する「教育、福祉、医療、労働等が一体となった乳幼児期から学校卒業後まで生涯にわたっての支援」を実現することを目標として活動を行っている。そこで本項では、自閉症児（者）に対する TEACCH プログラムを概観し、これを例として、日本における障害児（者）を取り巻く環境づくりの進むべき方向性を模索したい。

自閉症は何故これ程注目されるのか。自閉症と診断される子どもは、2/1000～3/1000人、広汎性発達障害（自閉症を含む）は1/100人もいと言われており、非常に高い発症率であることが特徴である。しかし、1943年まで、世の中に紹介されていなかった（存在しなかった訳で

はなく、気付かれていなかった）。健常者の側からすれば、理解し難い行動や言語パターンをとること。また、近年に至るまでその病態は理解されておらず、自閉症の明確な病因も解明されていないことなどから、興味を持って注目される対象であった。また、映画「レインマン」で描かれていたように、直観像型記憶や、特異な行動パターンなども、不思議な「能力」として興味の対象となったのであろう。

身体に障害のある人が生きやすいように、社会の構造や物理的条件を整備することについては比較的イメージしやすい。しかしながら、自閉症という理解しがたい病態を持った人々に対するバリアフリーとは、いったいどの様なものなのかを考えると、我々はこれまで答えを持ち得なかった。自閉症児（者）を取り巻く社会環境の変化という意味においても、彼らのバリアフリーに焦点を当て、これを TEACCH プログラムを手がかりとして考えてみたい。

3.1. 自閉症研究小史

自閉症は、1943年にアメリカのレオ・カナー (Kanner, L.)⁽⁷⁾ によって「早期小児自閉症」として初めて世界に紹介された。また、ほぼ同時に、1944年にはオーストリアのアスペルガー (Asperger, H.)⁽⁸⁾ が「自閉性精神病質」として報告している。日本では、1953年に最初の事例が報告されている。カナーは、「自閉症の子どもは名前を呼んでも振り返らない、視線も合わせないで一人遊びが好きなように見える。しかし、機械的なものの操作や記憶する力はある、潜在的能力は持っているように見える。」と報告している。このカナーの報告から20年間は、自閉症は重症の後天性の情緒障害と考えられた。もともと対人関係が希薄な素因をもつ子ども達が、生育の中で心を閉ざしたのではないかと考えた訳である（分裂病の幼児型）。当初は、養育者（主に母親）が拒否的で、攻撃的な冷たい仕打ちの

育児をしたために、二次的な情緒障害を引き起こし、子どもが心を閉ざしてしまったという誤解も広まった。(このために、多くの自閉症児の母親が苦しんだ。)

自閉症児の治療をいち早く手がけたベッテルハイム(Bettelheim, B.)⁽⁹⁾ は、1950年代に、施設において絶対受容的な治療教育(24時間の絶対受容)を行っている。(しかし現在では、どんな自閉症児を受容してもそれで彼らがどうなるものでもないことは明らかであり、この考え方をとる研究者はいない。)

またリムランド(Rimland, B.)⁽¹⁰⁾ は、自閉症の行動障害、認知障害、情緒障害などの特徴を神経生理学的な面から検索しようという試みを始め、1964年に、脳幹網様体の障害が自閉症の基盤であるという考え方を示した。彼の報告に基づき、その後の生物学的研究は、この仮説を実証しようという方向へ向けて進んでいる。そして、ラター(Rutter, M.)⁽¹¹⁾ は、1968年に「自閉症児は言語の中枢性障害を要しており、言語理解と言語使用、さらには思考の概念化における障害があり、この認知および言語障害が自閉症の中心的障害である」という考えを発表した。しかし、オーニッツ(Ornitz, E. M.)⁽¹²⁻¹⁵⁾ は、1968年、1971年、1978年に、自閉症児のREM睡眠中に出現する紡錘波状の脳波の量や急速眼球運動量などの研究から「自閉症児は phasic な興奮を持続させる働きの発達が遅れている」という考えを示し、「自閉症は基本的には感覚―運動統合機能の発達遅滞の特殊型であり、対人・対物関係や言語の障害は二次的なものである」と報告した。これは、ラターの考えとは逆の立場である。さらに、自閉症児と成人の精神分裂病者にみられる症状は感覚入力の調節不全と中枢性前庭機能障害によって生ずると報告している。

ウィング(Wing, L.)⁽¹⁶⁾ は、1977年に、自閉症児の行動とその基礎にある器質的障害を結び

つける考え方をとり、「自閉症は、言語シンボルに関する理解と使用、およびあらゆる種類の感覚的経験についての解釈に影響を及ぼすに認知障害である」とし、ラターの認知障害、言語障害が基本的障害であるとする考え方とは少し異なった立場をとった。そして、中枢性前庭機能障害の考え方も基本的障害の中に入れて、自閉症の特徴を「基本的障害」「特別な能力」「二次的行動の異常」の3つに分類し、包括的な枠組みをつくり提案している。

またロバース(Lovaas, O. I.)⁽¹⁷⁾ らは、1970年代後半に自閉症児に対して行動療法(週に40時間以上の言語訓練)を実施した。これは、自閉症の認知・言語障害仮説(言語障害が自閉症の原因と考えた)を基礎にしたものである。ここでは、自閉症は先天性の認知障害による言語コミュニケーションの障害であり、その結果として対人関係障害が生じると考えられた。彼は、受容的な治療方法ではだめで、学習理論(言語・行動の全てを学習する)に基づく行動治療法を基礎に、負の強化因子による言語治療が効果的であると報告している。さらに、キャンウェル(Cantwell, D. P.)⁽¹⁸⁾ は、1989年に、先天性の言語遅滞を示す発達性言語障害児(言語理解の障害があって言葉が遅れるタイプの児童)と、自閉症児は社会性の障害という側面において全く異なる病態であることを報告した。そして、この研究によって、言語障害からは自閉症の特徴である「社会性の障害」が生じないことを明らかにした。

1980年に、アメリカ精神医学会(The American Psychiatric Association)の診断基準に広汎性発達障害という自閉症グループ上位概念が登場し、1990年にはDSV-IVに、自閉症以外(小児崩壊性障害、レット障害、アスペルガー障害、非定型自閉症)の広汎性発達障害が分類された。

また、高機能自閉症者による自伝や回想が多数公表され、自閉症児(者)の持つ特異な内面

世界が明らかになってきた。ベンボラッド (Bemporad, J. R.)⁽¹⁹⁾ は、1979 年に「耐え難い騒音や異臭に満ちた世界。母親さえ恐ろしく感じられた」と報告している。また 1992 年にはドナ・ウィリアムス (Williams, D.)⁽²⁰⁾ が幼児期の恐るべき敏感さを報告し、自閉症児 (者) が混沌とした恐ろしい世界にいることが彼らの言葉を通して認識された。さらに、自閉症児 (者) の意識のあり方が言語を軸とした通常の意識とは異なり、全ての思考を視覚的なイメージに置き換え、その操作によって思考を実行していることが徐々に明らかとなった。

さらに、ショプラー (Schopler, E.)^(21,22) らによって、自閉症児の認知構造に添って、なるべく無理のない形で自閉症児への教育的な実践を行おうという試みが 1980 年代から始まった。これが、TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren) プログラムとして自閉症児へのあらたなアプローチへとつながっている。

以上概観してきたように、自閉症が世の中に紹介されてから約 60 年間という短い期間ではあるが、様々な取り組みが試みられてきた。その多くは、自閉症の病因を探ろうとする医学的研究に基づく療育的取り組みであった。しかしながら自閉症の病因については、現在もお仮説の域を出ない非常に困難な研究である。それ故に、種々の仮説に基づく療育的・教育的取り組みが、これ程多種多様な様相を呈するのであろう。自閉症の病因に関する研究は今後も継続して行われなければならない、それによって、根本的な治療方法を見つけることも研究者の役割であろう。一方、自閉症研究は、彼らの心理的、行動的特徴をつぶさに観察し、それを明らかにし、その特徴に則した療育や教育方法を検討するという方向へも展開している。その中で、自閉症児 (者) が生きやすい世界を構築する試み

も行われ、幾つかの成功例も報告されている。その典型例が本論文で概略を紹介する TEACCH プログラムである。

3.2. 自閉症児 (者) へのアプローチ

現在、自閉症に関わる教育者や、療育、医学関係者が実践の拠り所としている基礎理論は大凡、次のようなものである。ここで、概略を紹介したい。

3.2.1. 行動療法

自閉症に対する行動療法は、1970 年代後半から行われるようになった。人間の行動は、殆ど全てが学習に基づくものだという理論に準拠したものであり、「行動・言動の全てを学習」する理論である。したがって自閉症児も学習理論に基づいて好ましい活動を学習し、好ましくない行動は消去していけばよいという発想に基づいている。具体的には、適切な行動をしたら「正の強化 (つまりご褒美)」をし、不適切な行動には「負の強化 (つまり罰を与える)」をする。これにより好ましい行動をしたときだけ「快の情動」が起こるようにし、優れた行動のモデルを身に付けるという発想である。行動理論、学習理論はそれが度を超さないものであれば誰にでも意味のあるものであるが、自閉症児に対しては必ずしもうまくいくわけではない。近年の行動療法的治療は、問題のある行動を減らすよりは適切で積極的な行動を形成し、環境から強化される機会 (例えば親子、学校など) を多くしようとする方向へ向かっている。

3.2.2. 感覚統合プログラム

感覚統合プログラムは、自閉症の障害が中枢神経機能の統合障害 (同時統合機能の障害) を原因としているという考えに基づいて作られたものである。自閉症児では、感覚や運動など、中枢神経系の機能を同時に働かせようとしたと

きに、ひどい混乱が生じる。逆に、所謂シングルフォーカスで、何かに集中して、はっきりとしている課題は比較的によく行うことができる。中でも、視覚的でパターンが決まっていることに対しては、混乱を起こすことなくこなすことができる。しかしながら、臨機応変に操作をして対応していく事は苦手である。また、手と足、上肢と下肢などの様に、異なった身体部位の運動を同時に行うことが苦手である。そこで、「感覚統合」（脳の感覚機能と運動機能の統合を目指す方法）プログラムを実践することにより、同時統合機能の障害を克服しようという取り組みが行われた。この感覚統合プログラムによって、学習障害児には一定の効果が示されたという報告がみられるが、自閉症児では大きな成果は報告されていない。現在でも行われている。

3.2.3. 応用行動分析学によるアプローチ

応用行動分析学とは、スキナー（Skinner, B. F.）によって創始され発展してきた行動分析学を構成する一分野であり、実験行動分析学によって明らかにされた行動の理論的枠組みや知識を社会の中に役立て応用していくことを目的とした学問である。TEACCH プログラムの基礎となる考え方でもある。行動の原理を個体の内部に求めず、環境との相互作用から分析して求めるものである。1960年代から1980年代の自閉症児に対する応用行動分析学的アプローチは、既存の社会集団（園、学校）への適応を目指して行われた。教育目標も発達の「普通」「標準」に接近すること、単に適応的な行動や社会に受け入れられる行動であればよいとされた。1990年代に入り、ノーマライゼーションの哲学とか行動分析学的理論を融合した新たなアプローチとして「地域に根ざした教育」が行われるようになった。この教育では、目標を「個人の地域における豊で質の高い生活」の実現に

おいた。具体的には、様々な地域生活技能（図書館や体育館、郵便局に行く、交通機関を利用する、料理を食べに行くなど）を必要に応じて本人が使用できるようにすることで、対象者自身の生活の中で行動レパートリーを拡大し、それを対象者自らが自己決定し行使できる選択の機会を保障することを目標として行われたわけである。自閉症児（者）がバリアフリーで質の高い生活を送るには、単に社会的資源が満たされているだけでは不十分で、それを利用する方法や、利用する機会、自己決定の機会、援助者とのコミュニケーション方法など広い範囲での関係がとれることが大切であり、地域での活動を通じた地域の人々とのコミュニケーションや相互理解の発展・成長が必要である。そのためには、自閉症児（者）が居住する地域において物質的なバリアフリーを保障することに加え、彼ら自身が地域で暮らすための方法を学習するためのプログラムを作ることが必要である。それと同時に、自閉症児（者）を受け入れる地域が、自閉症児（者）の特性に即した環境を整備することが必要であることは、言うまでもない。

3.2.4. TEACCH プログラムによるアプローチ

TEACCH とは、Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren の頭文字をとったもので「自閉症および関連のコミュニケーション障害をもつ子どものための治療教育」と訳されるものである。自閉症児（者）を周囲の人々が正しく理解し、その中で自閉症の良さを引き出すような環境を準備し、さらに自閉症の特性に合わせた教え方を工夫することによって、本人がよりよく学べるように準備していくことが TEACCH プログラムの考え方の中心である。TEACCH プログラムでは、自閉症を治療しようとするのではなく、本人が自閉症であること

を決して否定しない。自閉症というのは我々より劣っている人ではなく、違う文化を持つ人という理解をするわけである。ここで言う違う文化には種々あろうが、特に、事象に対する認知構造の違いが最も大きな差異であろう。その違いを理解していなかったら自閉症児（者）とは共存することが困難であろう。TEACCH では、この異なった文化のことを「自閉症の文化」とか、「自閉症の文化に合わせた教育」と言う呼び方をしている。詳細については後述するが、TEACCH モデルでは、視覚的、具体的な生活環境・世界をつくっていくことから「構造化」をすることが特徴である。

3.3. ノースカロライナ州におけるTEACCHプログラム

近年わが国では、障害児（者）を地域で育て、地域社会の中で暮らすという理念のもとに、施設に在籍する障害児（者）を地域に返すという活動が盛んになってきている。その際には、基本的な考え方の根底に、TEACCH プログラムにおける自閉症児（者）のための生活環境や社会環境づくりと類似した方向性を見ることができると。すなわち、「自閉症の文化」に合わせた町づくりや、生活環境づくりをすることで、自閉症児（者）のバリアフリーを実現すると同様に、「障害児（者）全般に対するバリアフリー環境の整備」という考え方である。本論文では、ノースカロライナ州において行われ多くの成果を上げている TEACCH プログラムを例にとり、具体的なバリアフリー環境づくりがどの様に行われているのかを概観することにする。

TEACCH プログラムは、一つのテクニックや方法として説明できるものではなく、各自のニーズや芽生えつつある能力に応じて、いろいろなテクニックや方法を組み合わせて用いるという、自閉症児に対するサービスプログラムである。TEACCH プログラムはノースカロライ

ナ州における保健施策であり、ノースカロライナ大学のショプラー（Eric Schopler）教授らによって始められ、現在はゲイリー・メジボヴ（Gary Mesibov）教授を中心として実施されている。TEACCH の本部はノースカロライナ州チャペルヒルにあり、研究部門を同市にあるノースカロライナ大学付属病院に置いている。

教育方針は自閉症児の学習能力の綿密な評価に基づいて、一人一人別々にたてられている。その際には、個人の持っている障害よりもむしろ能力獲得の潜在力を見極めることを心がけて評価される。TEACCH プログラムではこの「評価」が重要である。以下に TEACCH プログラムにおける診断と評価の方法を紹介する。

3.3.1. TEACCH における診断と評価

自閉症の診断は、アメリカ精神医学会（American Psychiatric Association）が示した DSM-IV（Diagnostic Statistic manual of Mental Disorders 4th. Edition）や、世界保健機関（World Health Organization；WHO）が作成した分類である、疾病及び関連保険問題の国際統計分類第十版草稿（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th. Edition；ICD-10）を活用して、自閉症に特徴的にみられる症状を手がかりとして行われている。これに加えて、TEACCH プログラムでは、小児自閉症評定尺度（Childhood Autism Rating Scale：CARS）と呼ばれる診断分類法と、それと対になる評価法として作成された心理教育診断検査（Psycho-Educational Profile Revised：PEP-R）と呼ばれる評価法を用いて、教育を前提とした詳細な評価が行われている⁽⁶⁾。以下にその概略を示す。

(1) CARS：The Childfood Autism Rating Scale（小児自閉症評価尺度）

CARS⁽²³⁾ は、診断を診断者の観察的直観に頼

るのではなく、具体的な徴候や症状など、行動特性を実証的なデータと照合して、数量的に評定することを可能にしたものである。観察のポイントを15の領域に分けてそれぞれの領域でどのような行動がみられるのか、本人の行動特徴を記述することから始める。この15の領域とは

- 1) 人との関係 (周囲の人を意識するか アイコンタクトはあるかなど)
- 2) 模倣
- 3) 情緒反応 (にやにやする 無表情など)
- 4) 身体を使い方 (手をひらひらさせる 飛び跳ねるなど)
- 5) 物の扱い方
- 6) 変化への適応 (こだわりがある 変更する事への不適応)
- 7) 視覚による反応 (アイコンタクトを避ける 光る物を凝視する)
- 8) 聴覚による反応 (特定の生活音に対して恐怖する 普通の音に敏感である)
- 9) 味覚・嗅覚・触覚反応とその使い方 (特定の臭いを避けるあるいは興味を持つ)
- 10) 恐れや不安 (パニックをおこす などだめることが難しい)
- 11) 言語性のコミュニケーション
- 12) 非言語性のコミュニケーション (ジェスチャー 自分の手の代わりに大人の手)
- 13) 活動水準 (非活動的 過剰活動)
- 14) 知的機能の水準とバランス (数、機械的な記憶、音楽などに特別な才能)
- 15) 全体的な印象

であり、それぞれの領域にあてはまる行動特徴を記述し、次の基準で点数化する。

正常 (1.0～2.0) 軽度の異常 (2.0～3.0)
 中度の異常 (3.0～4.0) 重度の異常 (3.0～4.0)

各段階を0.5きざみで評価

合計30.0～36.5が軽・中度自閉症 37.0以上が重度自閉症と診断し、このテストにより自閉症の特性を大まかにとらえ、その上で実際の能力評価に移る。

(2) PER-R: Psycho-Educational Profile-Revised (心理教育プロフィール)

PEP-R⁽²⁴⁾では、子どもの能力を模倣、知覚、粗大運動、微細運動、目と手の協応、言語理解、言語表現の7つの領域に分けて発達的に捉え、さらに、病理行動を、対人感情、対人関係、対物関係、感覚様式、言語の5領域について評価する。自閉症という障害特性を考慮してつくられた検査であるため、従来の知能検査では測定できなかった自閉症の能力を客観的に評価でき、子どもの発達に即した教育臨床・施設療育などに生かす手がかりを得るために用いられるものである。

(3) AAPEP: Adolescent and Adult Psycho-Educational Profile (成人・青年期の心理教育プロフィール)

AAPEP⁽²⁵⁾は、ノースカロライナ州の地域特性に合わせて作成されており、自立生活のための機能の獲得を目指して指導するために作られた評価法である。具体的には、直接観察場面、家庭場面、作業所や学校場面という3つの場面で、将来の生活に必要と考えられる職業スキル、自立機能、コミュニケーション、職業行動、余暇スキル、対人関係の6つの領域について、現在どのようなスキルを持っているのかを調べるものである。もう少しで出来そうなこと(芽生え反応)をきちんと捉えることで、プログラムの目標を設定しやすくするものである。

3.3.2. 教育プログラム

TEACCHプログラムでは、PEP-RやAAPEPによる評価の結果を用いて個別教育プ

プログラム (Individualized Education Program ; IEP), または個別ハビリテーションプログラム (Individualized Habilitation Program ; IHP) を作成する。その上で、各個人が自立した生活をしていく上に必要なスキルの獲得を目的として、以下に示すような領域ごとに教育プログラムを作成し実践していく。

(1) 身辺自立スキル領域

言葉掛けがないと出来ないのでは、自立的態度からは程遠い。自閉症児 (者) は、視覚的に情報を処理したり、時にはパターンの処理であること、また、抽象的ではなく具体的なことしか意味になりにくいということを理解する。したがって、特に視覚的な手がかり (指示) を読みとることを教えて、これを、より自立的に取り組める場面として準備していくことが必要である。

(2) コミュニケーション領域

自閉症児 (者) は、人に対して働きかけようとする気持ちが非常に乏しい。困ったことが起きても、なかなか周囲の人にコミュニケーションすることが出来ない。これでは社会的自立にはつながらない。TEACCH プログラムでは、コミュニケーション技術ではなく、この「人に対して働きかけようとする気持ち」を育てたい。そのために「絵カード」「写真」「ジェスチャー」「サイン」「言葉」など使える物は何でも使ってコミュニケーションをしようという考え方である。「問題行動」「かんしゃく」なども本人の表現コミュニケーションとして使われることがあるが、これらはより社会的に受け入れられやすい形にしていく必要がある。言語コミュニケーションに問題を抱えている子どもの場合には、例えば、生活や作業の手順を「絵カード」や「写真」など、本人が理解しやすいコミュニケーション媒体によって働きかけを行っている。

(3) 家事スキル領域

自閉症児 (者) にとって毎日行う日常的な事柄は、比較的理解しやすい。そこで日常生活においては、1日のスケジュールを予告することは、空白の時間をなくす (空白の時間を自由に使うことは困難) 意味でも大切である。周囲の人を見本として「お手伝い」の幅を広げ、生活の自立に向け、「一人でお手伝いに取り組む」ような時間をつくることも必要である。

(4) 余暇スキル領域

生活の中で余暇をどう過ごすのかは、自閉症児 (者) にとっては、克服すべき大切な事柄である。余暇の過ごし方として大切なのは、まず「楽しむ」ことである。そのためには、色々な経験のなかで本人が興味を持って取り組めることを把握しておく必要がある。「水泳」「トランポリン」「自転車乗り」などのスポーツや「絵を描く」「粘土遊び」などの造形作業、あるいは「音楽を聴く」「楽器を演奏する」などの音楽的な取り組みなど、今興味のある物を見つけて取り組むことのできるスキルの獲得を進めていく。

3.3.3. TEACCH の組織

TEACCH プログラムは、1966年にノースカロライナ大学を中心として、医学部のあるチャペルヒル (Chapel Hill) の街とその周辺でスタートした。その後このプログラムは、1972年からノースカロライナ州政府の正式な治療教育法として認められ、州全体にわたる大規模なプログラムへと発展していった。ノースカロライナ州では、州全体を9つの地域に分割し、それぞれの中核となる街にTEACCH センター (Division TEACCH Regional Center) を置いている。それに加え、さらに1施設をチャペルヒルの郊外であるピッツボロー (pittsboro) にCLLC (Carolina Living and Learning Center) として設けている。このそれぞれの地域で、

TEACCH センターを中心として、学校、病院、障害者施設、保健センターがネットワークを組み、自閉症児（者）の教育・療育にあたっている。言うなれば、全州規模の自閉症児（者）のバリアフリー環境づくりである。

アッシュビル（Asheville）を例にして、この地域の TEACCH プログラムを説明する。以下は Asheville TEACCH センターの所長（Clinical Director）である Dr. Steven R. Love に対して筆者が行ったインタビューからの抜粋である。

「この地域には 21 の郡があり、その中で 1 番大きな施設は公立学校である。その中でも現在 TEACCH センターと深く関係しているのは 17 の学校であり、そこへセンターから講師を派遣して自閉症児との対応や教育方法などを教員に教えている。Clinical Health System（保健所のようなもの）は、州によって運営されている施設であるが、そこも TEACCH センターが運営に関わっている。それぞれの学校には Special Education Director（特殊教育担当者）が配置されていて、TEACCH センターと関係している。Blue Ridge Mental Health System（アッシュビルの近くにある知的障害者の施設）という施設と深く関係している。ここは、知的障害者、心的問題を抱えている人、精神障害者などの施設であり、およそ、月に 2 回ほどセンターからスタッフが訪ねていく。ここでは、新しい患者（自閉症児）が入ってきたときには診断・評価を行う。患者の家族も努力が必要であるが、Autism Society North Carolina（ノースカロライナ自閉症協会）とも一緒に頑張っている。Blue Ridge Mental Health System とは、かつてスタッフの交換もしたことがあるような関係である。

アメリカでは近年自閉症に対する認識が高くなり、その数（認定者）も増えている。このセンターは、彼らのトレーニングが専門である。

そのトレーニングでは、自閉症児と関わる人々に対して自閉症児への対応の仕方を教えている。月に 2 回ぐらい研修を行っている。そこには 25～40 人ほどが参加している。全てがノースカロライナ州からということではなく、外からも訪れる。今年（2003 年）などは、3 回のセミナーを開催したが、フィリピンからも参加者があった。」

さらに、「TEACCH センターの運営費用はどうしているのか」という質問に対しては、次のような回答であった。

「運営費用の半分はノースカロライナ州から予算として直接もらっている。その他にはトレーニング・セミナーの収入がある。また、クライアントからも支払ってもらっている。自閉症児の就職プログラムでも収入を得ている。施設が大きくなってきたのでさらに費用がかかるようになってきた。そこで、お金の出所を探している。クライアントにもお願いするが、州に請願を出している。近年、州の予算が悪くなってきている。メンタル・ヘルスサービスに対する予算が削減されているが、この TEACCH センターはまだ削減対象ではない。しかし、その可能性もある。」

また、それ以外にも、本論文で取り上げた高機能自閉症児やアスペルガー、ADHD などの子どもたちに対する政策に対しては、

「高機能自閉症児、アスペルガー、ADHD などの子どもたちは殆ど公立学校に入っているが、特別な教育を受けるためには、余分に費用がかかることが問題である。

4～5 年前に、州の臨時委員会に参加した。それは、自閉症を早期に治療することの必要性を知らせるためであった。そのために対応する地域を拡大したい。この障害がいかに大変で重大なものかを一般市民に知らせたいと考えている。」とも述べており、これは、近い将来、わが国においても同様の問題が発生するであろう事

を予測させる発言でもあった。

加えて、Dr. Steven R. Love は、前述した CLLC に対して、次のように紹介した。

「自閉症における不適応は、悪くすれば強度行動障害を引き起こし、日常的なパニック状態に落ち込み、生活に困難を来す。その際に TEACCH センターでは、CLLC に自閉症児を入所させ、強度行動障害が和らぐまでセンターで生活し、治療を行うシステムを持っている。」

強度行動障害など、生活上の不適応状態を呈する自閉症児（者）に対して TEACCH センターでは、ノースカロライナ大学チャペルヒル校（医学部）から僅かな距離（自動車で約 15 分ほど）に、CLLC を設置している。このセンターは、広大な土地（70 エーカー）を用いて、自閉症児（者）と共に共同農場を運営すると同時に、そこに生活の場も用意してグループホームを形成し、共に生活している。筆者が訪れたときには、気候も良く、爽やかな風が吹く広大な敷地のためか、気分も和らぎ、自閉症児に限ることなくこの環境に居住することの有効性を感じた。日本においても是非この様な施設を設置する事を希望したい。

3.4. 自閉症児（者）の教育・療育における必要な観点とまとめ

ノースカロライナ州における TEACCH プログラムの取り組みが、大きな成果を上げていること背景には、様々な要因が考えられる。州全体を網羅するような TEACCH システムを創り上げるためには、自閉症の子どもを取り巻く周囲の人々が、自閉症という障害を正しく理解することが先ず必要である。つまり、TEACCH の人たちが言う所謂「自閉症の文化」を理解し、その上で彼らに必要な環境を整備することが必要不可欠である。その中で、自閉症の良さを引き出す様な教育プログラムや療育システムを準備し、自閉症の特性に合わせた工夫

をすることにより、より良く学べるようにすることが、TEACCH の基本的な考え方である。TEACCH では、自閉症の特性として次のような観点を大切にしている。

- ①自閉症児（者）は、視覚的に情報を処理していく、時にはパターンの処理であること、具体的なことしか意味になりにくいということを理解する。視覚による記憶と意味・概念を持つことが非常に優れている。視覚的な世界は好きだが見えない世界に意味を持たせることは困難である。したがって TEACCH モデルでは、視覚的、具体的な世界を意図的に作っている（構造化）。
- ②自閉症児（者）はシングルフォーカスであることを理解する。たえず一つのことに焦点が当たっており、相手の立場に立って考えながら自分が何かをするということとはできない。

この①②から、生活においては、守ってほしいことは紙に書いて貼っておくことも大切である。この部屋が何をするところなのかを、目で見えるようにしてあげることが重要である。できれば一つの場所は一つの目的のために使用する（物理的構造化）ようにする。

- ③スケジュールを予告してあげることが重要である。自閉症児（者）は、予期しないことが起こることが苦痛である。また空白の時間、自由時間は苦手である。TEACCH プログラムの中では、自由時間を過ごすための習慣的な技術を身に付けることを大事なポイントにしている。ここでは、音楽を聴くとか、絵を見る、絵を描く、手芸をするなどは重要なファクターである。
- ④自閉症児（者）にとっては、家庭の中で習慣的な日課を持っていることが大切である。やってみなければ分からない事柄（仕事や家事）は苦手である。決まった仕事か

得意であり、精神的にも安定する。臨機応変に対応しなければならない作業（家事）は苦痛である。従って、生活のシナリオを作成することから始める。

- ⑤自閉症児（者）の概念は、視覚的で、具体的に、限定的であることを理解する。そのために、一つの言葉に一つの意味しか持たせにくいということを理解する事が大切である。

以上の事柄は、現在、TEACCH プログラムに真摯に取り組む多くの研究者や教育者の観察に基づいて明らかにされた到達点である。ノースカロライナ州では、自閉症児（者）の青年期・成人期以後に家庭やグループホームなど、地域を基盤として生活をする人が95%以上に及んでいる。自閉症児（者）に対するバリアフリーは、社会的な資源を彼らの特性に合わせて整備し、「自閉症の文化」を共通の文化として社会が認識することから始まるのであろう。その意味において、TEACCH にみられる様々な取り組みは、我々にとっても多くの示唆を与えてくれるものである。自閉症に関する研究は、未だ路の途中ではあるが、その病態の理解については、一定の成果を得ている。この研究成果を踏まえて、彼らのバリアフリーを実際に実現できるかどうか、これからの社会に課せられた大きな課題であろう。地域全体で取り組み、社会が彼らのバリアフリーを理解し、「自閉症の文化」によって物事に処する方法を取り入れた社会を構成できたなら、自閉症児（者）にとって、どれ程安定した日常が得られるかは計り知れない。私たちは、障害児（者）を取り巻く社会環境が大きく変わろうとしているこの期に、1つの先行するプログラムのモデルとして、このTEACCH プログラムを研究し、社会全体で取り組み、障害児（者）の生きやすい環境づくりを模索していくことが必要なのではないかと考える。こうした、「自閉症という文化」のみなら

ず、多種多様な文化をも受け入れる事ができる懐の深い社会を創りたいものである。

おわりに

本論文は、近年目まぐるしく変化する障害児（者）を取り巻く社会環境の変化を「特殊教育制度の変化」と「社会保障制度の変化」という観点から捉え、今現在、障害児（者）が如何なる社会環境の変化を体験しているのかを、明らかにしようとしたものである。その結果、制度を制定しようとする側の理論が明らかにはなったが、他方、その制度を利用する側である障害児（者）にとっては、制度上の問題点や改善すべき課題が数多く存在することも明らかとなった。さらに本稿では、それらの問題点や課題に対処する1つの方法として、アメリカ、ノースカロライナ州において実践されている、自閉症児（者）に対するTEACCH プログラムを概観し、わが国における全ての障害児（者）が、より快適に暮らすためのバリアフリー社会構築への手掛かりとするための一つの提案を行った。

私たちは、障害児（者）を取り巻く社会環境が、良い方向へと発展するために、より良い制度の策定への努力を継続すると共に、それを保障する人的整備や財政的バックアップについても、絶えず意識を傾注する必要がある。障害児（者）にとって暮らしやすい社会を構築することは、すなわち、全ての人々にとっても暮らしやすい社会を構築するということでもある。

〔付記〕本論文は、2003年11月25日に開催された名城大学経済・経営学会2003年度公開講座において講演した内容を論文形式に整理したものである。

参考文献

- (1) 総理府編：平成16年度版障害者白書。
<http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/>

- h16hakusyo/zenbun/html/zuhyo/fig02_01_02.html, 2004
- (2) 石田直章：障害者スポーツの現状と発展への課題，名古屋芸術大学研究紀要 24：1-23, 2003
 - (3) 特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議：今後の特別支援教育の在り方について（最終報告），2003
 - (4) 清水貞夫：『特別支援協力と障害児教育』かもがわ出版，2003
 - (5) 山下光：特別支援教育と軽度発達障害（新しい連携の形を求めて），発達 97（25），2-5, 2004
 - (6) 佐々木正美：『自閉症療育ハンドブッカーTEACHプログラムに学ぶー』pp 83-122, 学研，1993
 - (7) Kanner, L.: Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250, 1943
 - (8) Asperger, H.: Autistisch Psychopathen im Kindersalter. *Arch. Psychiatr.*, 177, 76-137, 1944
 - (9) Bettelheim, B.: *The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self.* New York: Macmillan. 1967
黒丸正四郎ら（訳）：『自閉症・うつろな砦 1・2』みすず書房，1973
 - (10) Rimland, B.: *Infantile Autism; The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior.* 1964
熊代永ら（訳）：『小児自閉症』海鳴社，1980
 - (11) Rutter, M.: Concepts of autism; A review of research. *J. Child Psychol. Psychiatr.*, 9, 1-25, 1968
 - (12) Ornitz, E. M., & Ritvo, E. R.: Perceptual inconstancy in early infantile autism. *Arch. Gen. Psychiatry*, 18, 76-98, 1968
 - (13) Ornitz, E. M.: Childhood autism; A disorder of sensorimotor integration. In M. Rutter (Ed.), *Infantile autism: Concepts, characteristics and treatment.* London: Churchill-Livingstone, pp 50-68, 1971
 - (14) Ornitz, E. M., Guthrie, D., & Farley, A. J.: The early symptoms of childhood autism. In G. Serban (Ed.), *Cognitive Defects in the Development of Mental Illness.* New York: Brunner/Mazel Inc. pp24-42, 1978
 - (15) Ornitz, E. M.: Neurophysiologic studies. In M. Rutter & Schopler (Eds.), *Autism: A Reappraisal of Concepts and Treatment.* New York: Plenum Press. 1978
 - (16) Wing, L., Gould, J., Yeates, S. R., & Brierley, L. M.: Symbolic play in severely mentally retarded and in autistic children. *J. child. Psychol. Psychiatr.*, 18, 351-362, 1977
 - (17) McEachin, J. J., Smith, T., & Lovaas, O. I.: Longterm outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *Am. J. Ment. Retard.*, 97, 359-372, 1993
 - (18) Cantwell, D. P., Baker, L., Rutter, M., & Mahood, L.: Infantile autism and developmental receptive dysphasia: A comparative follow-up into middle childhood. *J. Autism Dev. Disord.*, 19, 19-31, 1989
 - (19) Bemporad, J. R.: Adult recollections of a formerly autistic child. *J. Autism Child Schizophrenia*, 9, 179-197, 1979
 - (20) Williams, D.: *Nobody nowhere.* Corgi Books. 1992
河野万里子（訳）：『自閉症だったわたしへ』新潮社，1993
 - (21) Lutter, M., & Schopler, E.: *Autism: reappraisal of concepts and treatment.*
丸井文男（監訳）：『自閉症：その概念と治療に関する再検討』黎明書房，1982
 - (22) Schpler, E., & Mesibov, G. B.: *Neurobiological issues in autism.*
石川知子他（訳）：『自閉症と脳：神経生物学的研究の展望』岩崎学術出版社，1992
 - (23) Schopler, E.: *CARS Childhood Autism Rating Scale.*
佐々木正美（監訳）：『CARS—小児自閉症評価尺度』岩崎学術出版社，1989
 - (24) Schopler, E.: *PEP-R Psychoeducational Profile-Revised.*
茨木俊夫（訳）：『改訂 PEP-R 教育診断検査』川島書店，1989
 - (25) Schopler, E.; *AAPEP: Adolescent and Adult Psycho-Educational Profile*
古屋照雄：『AAPEP・青年期成人期心理教育プロフィール検査項目』自閉児教育研究 8, 1986