

〈シンポジウム〉

「自閉症とライフサイクル

——病態の理解と医療・教育の現状——」

司会 山崎晃資 (東海大学医学部精神科)  
末光 茂 (旭川荘療育センター児童院, 川崎医療福祉大学)

シンポジスト

1. 自閉症の超早期診断と療育

白瀧貞昭 (神戸大学医学部精神神経科学教室)

2. 自閉症児への学校教育の取り組み—北海道における実態調査から—

伊藤則博 (北海道教育大学)

古川宇一 (北海道教育大学)

菅原康之 (北海道東川養護学校)

牧野誠一 (当別町立当別小学校)

3. 青年期の社会生活と施設療育—発達停滞群を中心に—

中島洋子 (旭川荘療育センター児童院)

4. 自閉症と就労

杉山登志郎 (静岡大学教育学部)

高橋 脩 (愛知県心身障害者コロニー中央病院)

5. 自閉症の発達精神病理と治療—生涯発達の視点から—

小林隆児 (東海大学健康科学部社会福祉学科)

指定討論: 原 仁 (国立特殊教育総合研究所)

河島淳子 (トモニ療育センター, わかば共同福祉作業所)

1995. 11. 2 岡山衛生会館

## 文 献

- Baron-Cohen, S. (1991): The development of a theory of mind in autism: Deviance or delay. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 33-51.
- Brickey, M. P., Cambell, K. M. & Browning, L. J. (1982): A five-year follow-up of sheltered workshop employees placed in competitive jobs. *Mental Retardation*, 23, 67-73.
- Frith, U. (1989): *Autism: Explaining the enigma*. Basil Blackwell Ltd. (富田真紀, 清水康夫訳 (1991): 自閉症の謎を解き明かす. 東京書籍.)
- 平沼貞義 (1995): 自閉症者の就労と自立. *小児の精神と神経*, 35, 33-36.
- 労働省労政局編 (1993): 勤労青少年の現状.
- 中根晃 (1995): 児童精神病理学のアプローチ. *児童青年精神医学とその近接領域*, 36, 121-129.
- Ozonoff, S., Pennington, B. F., & Rogers, S. J. (1991): Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: Relationship to theory of mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1081-1105.
- 杉山登志郎, 高橋脩 (1994): 就労に挫折した自閉症青年の臨床的検討. *発達障害研究*, 16, 198-207.
- Wanous, J. P., Stumpf, S. A., & Bedrosian, H. (1979): Job survival of new employees. *Personnel Psychology*, 32, 651-662.
- Wing, L. & Attwood, A. (1987): Syndromes of autism and atypical development. In Cohen, D. J. & Donnellan, A. M.(ed.): *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp.3-19). New York, John Wiley & Sons.

5. 自閉症の発達精神病理と治療  
——生涯発達の視点から——

小林 隆 児

東海大学健康科学部社会福祉学科

## I. はじめに

今日自閉症の一次的障害は脳障害を基盤にした言語認知面の障害であって社会性の障害, すなわち自閉性はその結果であるとされている。そこでは必然的に心理社会的要因は二次的な問題として扱われてきた。あくまで治療の中心は治療教育的訓練や行動療法が重視され, 心理的アプローチは軽視されている。このような考え方の基盤は自閉症の成因を個体側の能力そのものの障害にその主たる原因を求めようとするところにある。

しかし, 最近の長期追跡調査研究によると言語認知面の改善が認められても, 社会性の障害が強く残存することが明らかになるにつれ, 両者の関連は従来考えられていたようには単純化できないことがわかってきた。さらに知的能力の水準と予後は必ずしも相関しないこと, 時には両者の関連は逆相関するという結果さえ見出されるまでになった(杉山, 1994b)。

このような流れの中で, 自閉症研究は言語認知面の障害と社会情緒面の障害の関連性に焦点が当てられるようになり, Kannerの主張を再認識しようとする動きさえ生まれつつある(Dawson, 1989)。筆者は主にこの数年間に特に取り組んできた自らの発達精神病理学的研究によって得られた知見をもとに, 生涯発達の視点から自閉症治療について私見を述べてみたい。

## II. 自閉症にみられる特異的な知覚様態と精神病理現象

最近になって自閉症の精神病理に多少なりとも関心が向けられるようになってきたが, そのひとつの契機になったのが成人期に達した自閉

症者自らが語った彼ら自身の心の世界の回想録である (Williams, 1992)。これまで彼らの内的世界の多くは謎に満ちていたが、外から観察した印象とのギャップのあまりの大きさは衝撃的であった。ドナ・ウィリアムズの著書では自閉症の人々の独特な自己意識の存在を推測させる「一過性憑依現象」とみなせる現象が生々しく記述されている。わが国ではこの数年間に杉山と筆者の報告がある (杉山, 1994a; 小林, 1993b)。

杉山 (1994a) は自閉症に認められる特徴的な症候の一つとして time slip 現象なる概念を提唱した。これは自閉症にみられる特異的な記憶想起現象で、自閉症の症候学に新たな視点を提起した。自閉症児の言語機能獲得の障害がこのような独特な記憶想起現象をもたらし、自閉症の特異な自己意識を形成する大きな要因とみなされている。

筆者はその前年に「知覚変容現象」なる概念を提起したが (小林, 1993b)、この概念は自閉症にみられる独特な知覚現象のもつ意味を検討する中で着想したものである。

今日の行動科学的研究手法では目に見えるもの、たとえば行動は客観的、すなわち科学的であるとみなされ、目に見えないもの、たとえば内的世界などは主観的でそれは恣意的なものとして排除される傾向にある。しかし、現実の人と人との間における知覚過程は、間主観的事象であることを筆者はこの数年間の自閉症の知覚様態に関する報告で示してきた。次に述べる自閉症に特有な知覚様態としての相貌的知覚 physiognomic perception (小林, 1993a; Kobayashi, in print) と生き生きした情動 vitality affect (小林, 1994) の存在である。

相貌的知覚とは、乳幼児に最も活発に作動する知覚様態であるとされ、主体と対象が運動-情動的反応によって媒介され、強く一体化されている場合に対象が力動的に把握されて、彼らに知覚されたものがあたかも生きているかのように見える現象を指している (Werner, 1948)。

生き生きした情動は、形態・強度・動き・数・

リズムなどといった人や物体の特徴が包括的で無様相な知覚でもって直接体験されるもので (Stern, 1985)、「力動感」とでも表現されるものである。この知覚様態は他者の行動のみならず、乳児自身の内部からも体験され、活性水準の高低と快-不快のトーンで構成されている。先の相貌的知覚とともに乳児の体験様式の特性のひとつとされている。

このように乳児に活発に作動している独特な知覚様態は原初的知覚様態とみなせるが、その知覚様式はわれわれの通常の視覚、聴覚などの単一な様相に分化していない無様相的なものである。

自閉症の人々においては、たとえ青年期、成人期に達してもいまだこうした知覚様態が優位に作動しやすい状態にあるという事実は、自閉症の人々が「自己・他者・環境すべてが渾然一体となった融合的世界」に身を挺していることを示唆していると思われるのである。ここで強調したいことは自閉症に認められるこのような独特な原初的知覚様態が、乳児と他者との間における情動的コミュニケーションが成立していく過程で極めて重要な役割を担っているという事実である。

ただ乳児では自己の感覚が豊かで膨らんでいることにより、環境世界は彼らにとっては万能感を育む快的な世界と写りやすいのに比して、自閉症の人々ではそうした自己の感覚が著しく萎縮しているがために、環境世界は圧倒的な力でもって彼らに侵入してくるという相違点があることを考えなければならない。そのため自閉症児においてはこうした原初的知覚様態が容易に「知覚変容現象」という表現型をとって彼らに脅威的な力でもって迫り来るのである。自己の感覚をいかに豊かに、膨らませていくか、自分が中心になって世界が動いていくという能動感をいかに育てていくか、そこに自閉症治療上極めて重要なポイントがあると思う。

### III. コミュニケーションの構造

通常われわれがコミュニケーションの問題を

取り上げる場合、言語的・非言語的コミュニケーションのどちらにしろ、観念の授受を主たる機能として想定しやすいけれども、忘れてならないのは、その基盤にお互いの気持ちが通じ合うという情動の共有が発達的には先行して存在しているという事実である（鯨岡，1990）。情動の共有という現象は、丁度周波数の同じ二つの音叉を並べて一方の音叉を叩けば、他方の音叉も共振するという現象との類似性から「音叉の共振モデル」ともいわれている（鯨岡，1993）。乳児に備わっている原初的知覚様態がこの情動的コミュニケーションにおいて重要な役割を担っているということは、人間が本来的に社会的な存在であることを示唆している。

鯨岡（1994）はコミュニケーションの発達過程を図1のように示している。縦軸では、下方向の情動共有がいかに深まっていくか、上方向の観念の授受の機能がいかに充実していくか、これらのふたつの方向性を想定しながら、コミュニケーションの機能の発達を考えていくのである。ここではコミュニケーションの発達段階を大きく三つの段階に分け、左から原初的情動共有段階（A<sub>1</sub>）、シンボル機能獲得段階（A<sub>2</sub>）、シンボル機能充実段階（A<sub>3</sub>）へと進むにつれて共有する他者が広がっていくわけである。あくまでも情動の共有を基盤にしながら発達していくことが示されている。

このようなコミュニケーションの二重構造が重層的に展開せず、両者が乖離した状態にあるとしたらどのような病態がもたらされるのだろうか。

#### IV. 情動的コミュニケーションと知覚変容現象 —妄想形成のメカニズム—

筆者は「自閉症にみられる妄想形成とそのメカニズムについて」と題する小論を最近本誌に発表した（小林，1995）。妄想状態を呈したある成人期の自閉症者への治療を通して、自閉症に妄想が形成されるプロセスを論じたものであるが、その中で自閉症特有な知覚様態としての相親的知覚と知覚変容現象の存在を指摘するとともに、「知覚変容現象」とその回復のメカニズムを図2のように提示した。そこでは情動的コミュニケーションの破綻を「知覚変容現象」の発現の主たる要因として捉え、治療としては情動的コミュニケーションが成立するための危機的介入を図ることの必要性を強調している。

もし情動的コミュニケーションが破綻した状態にあれば、彼らによって相親的に知覚された世界をどう意味付けしてよいか、その手がかりを主たる養育者である母親から得ることが困難となり、病者特有の意味付けへと発展せざるをえないわけで、そのプロセスこそ妄想発展のメカニズムと考えてはどうかということである。

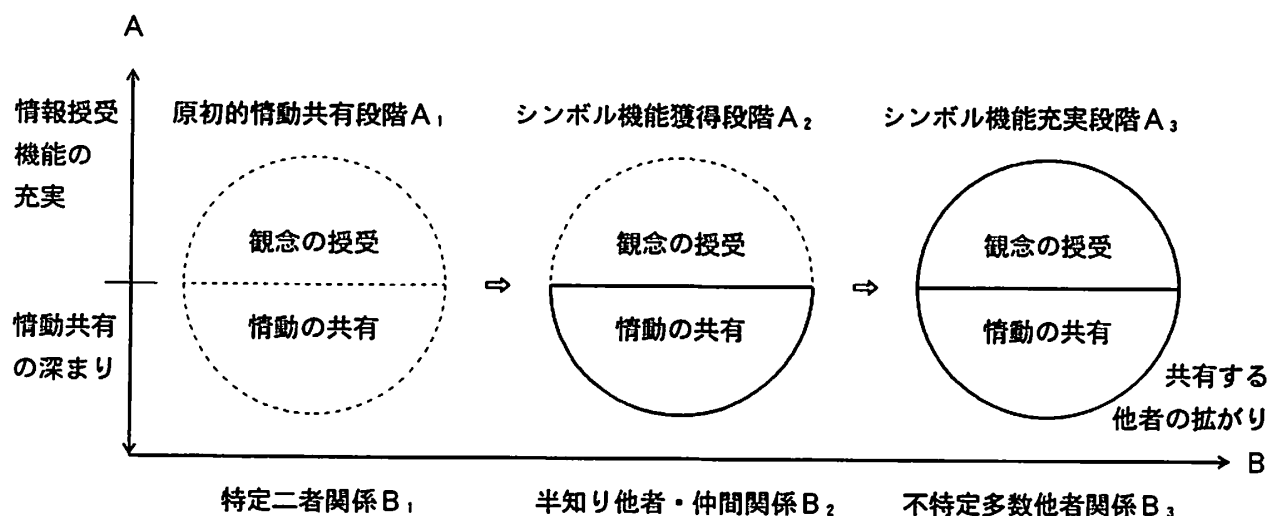


図1 コミュニケーションの発達の2方向性（鯨岡，1994）

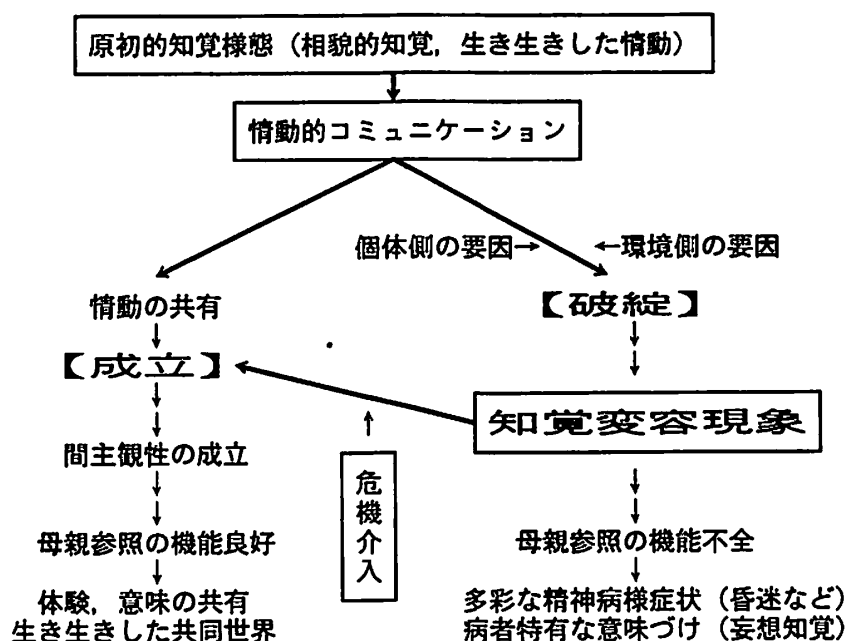


図2 自閉症児にみられる「知覚変容現象」とその回復のメカニズム (小林, 1995)

本例では母親への精神療法的援助によって母子間での情動的コミュニケーションが進展していく兆しを認め、それを契機に妄想世界からの脱皮の可能性が示唆されているが、それは具体的には母親自身の内的世界への精神療法的接近が不可欠であったことを忘れるわけにはいかない。それまで母親自身が自らの母親との関係の中で性同一性の獲得を巡る強い葛藤を持ち、それゆえ患者である娘の思春期到来にともなう不安を癒すべき存在として十分に機能しえなかったのである。つまり母親自身の性同一性を巡る葛藤が娘の思春期発達において再現しているのである。一般に養育者が子どもとの関係性を持つ際に、自らの同時期の母子関係が賦活化されやすいことは昨今の乳幼児精神医学がよく教えてくれているところではあるが、本症例の母子関係においてもそのような内実を読み取る必要がある。ここにこそ異なった世代間での文化のリサイクルとしての世代間伝達の実相が端的に示されている。

#### V. 生涯発達—世代間伝達を中心に—

人間はその誕生以後自らの親子関係を中心に

して成長し、通常結婚したのちには自らも親となり、自分の子どもとの間で親子関係を展開する。その際先の症例の母子にみられたように、常に自らの誕生以後の親子関係を引きずりながら自分の子どもとの親子関係が繰り広げられているという事実を筆者はここで生涯発達そのものの視点として強調したいと思う。

筆者のいう生涯発達とは個体機能の成長と衰退という枠組みの下での生涯発達ではなく、一つの世代の出発点から終焉までの特定の社会と文化を生きる個体の生涯発達を指し、それは必然的にある個体の生涯発達過程が異世代のある個体(親)の生涯発達過程と重なるのである。つまり、われわれにとっての育児そのものはわれわれ自身がこれまでの生活の中で身につけてきた当該文化を次の世代へと伝えていくという文化受容のリサイクル・プロセスを意味しているのである(鯨岡, 1995)。

#### VI. 関係性の生涯の視点のもつ意義

このような視点からわれわれは自閉症への治療を関係性の障害 relationship disturbance (Sameroff & Emde, 1989) として捉えて母

子の交流が活発に展開していくための援助を行うことが重要であると考えに至った。

従来の個体能力障害の立場からは、自閉症にその主たる原因を帰していくことになるが、関係性の障害の視点に立つ意義は、個体側か環境側かのどちらかに自閉症の病因を帰するということではなく、両者の側の種々の要因が複雑に関連して現実の関係性が展開されているとみなし、その関係性を改善していくための種々の方策をとるところにある。恐らく関係性の障害そのものは個体側のみならず環境側の要因も少なからずからんでいるのが現実であって、それが自閉症の病因としてではなくとも、彼らの関係性そのものを著しく歪めているという現実に対して有効な介入をしていくことが実効的な対処法である。

#### VII. 情動コミュニケーションの構造

今日活発に展開されている母子相互作用の研究においては現実場面の客観的な行動評価をもとにその特徴が検討されている。しかし、これまでに述べてきたように、現実の対人交流は双方の内的世界の有り様が強くその関係性を規定しているとみなさなければならない。先の症例での母子関係にも示されていたように、例えば母親自身の夫婦関係での葛藤、祖父母との間での世代間葛藤、強いてはわれわれ自身もそうであるようにそこで生きている当該文化の価値観や共同主観といったものが隠然とした形で母子の関係性を規定し歪めているといえよう。そのような関係性の中に浸りながら子どもは対人交流を展開しているわけである。つまり、情動コミュニケーションそのものの展開には、母子双方の内的世界が濃厚に反映しているといっていだらう。とするならば、コミュニケーションの原初的形態である情動コミュニケーションが豊かに展開するためには、養育者がこのようなとらわれからいかに自由になるかが重要な鍵となる。ことばをかえていえば、Winnicottのいう母親の原初的没頭 primary maternal preoccupationが可能になるような条件づくり

を治療の基本としなくてはならない。

日々の臨床場面で遭遇する青年期・成人期に達した自閉症の人々の多くに認められる種々の精神病理現象を目の当たりにすると、彼らへの治療的援助においては情動コミュニケーションをいかに養育者との間で蘇らせるかが基本に考えられる必要がある。さらに今後の自閉症治療の可能性を考えていくと、情動コミュニケーションを豊かに育むことがまずもって最優先課題とされ、とりわけ乳幼児早期においてそれを積極的に試みる必要があると思われる（小林、印刷中）。

#### VIII. 自閉症の早期治療の可能性 —母子治療の実践から—

以上述べてきた自閉症治療の基本的枠組みに立って、筆者は特に乳幼児期早期の自閉症ないしそのリスクを持つ子どもたちとその母親を対象とした早期治療を、今春（1995年4月）当学部に設置したmother-infant unit（母子治療室）において実践している（白石ら、1995）。なおmother-infant unitは治療室と観察室からなり、スタッフは、治療者、共同治療者、ならびに観察者で構成されている。

今までの実践経験からわれわれの行っている治療の構造は図3に示すようになるとと思われる。治療の場で眼の前に繰り広げられているのは両者の行動で表現される相互交流であるが、各々の背後には両者の内的表象世界が各々の行動を規定している。そこで治療者は適宜、母親の内的世界への治療的介入を試みたり、子どもの接し方について具体的にガイダンスを行うなどの直接的介入を試みている。一方共同治療者は母子相互の交流が具体的に円滑に進むような調整役を果たしている。ここで調整役と表現したのは、あくまでもわれわれの目指す治療は母子交流の活性化であって、けっして治療者と子どもとの治療的交流が中心ではないからである。単にわき役でしかない。しかし、母親のみではなかなか子どもとの間で情動調律がうまくいかない状況において、母親自身の自己調整的な役割

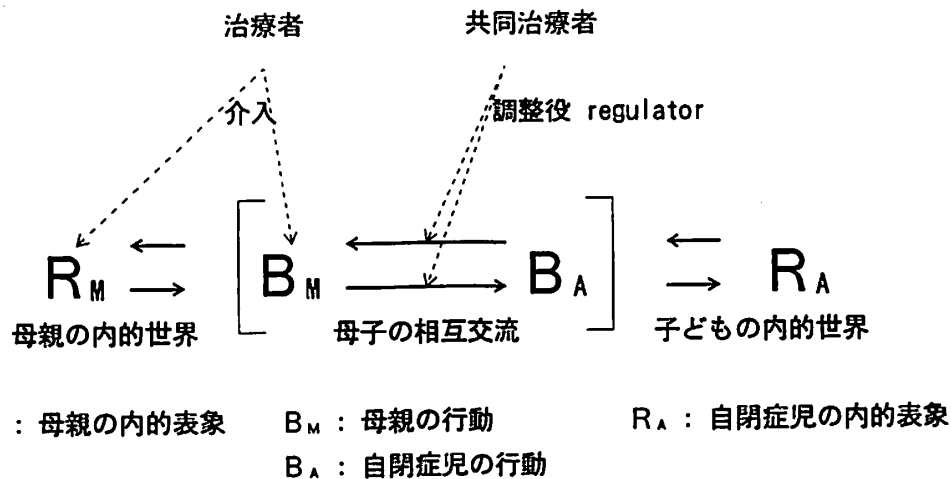


図3 mother-infant unitにおける治療構造 (Stern-Bruschweiler & Stern, 1989を一部改変)

を共同治療者がいつの間にか取ることによって、母子交流が実際円滑に展開する事実をすでに経験してきたことが、ここに示したような治療構造として表現されているのである。

未だこの試みは開始されたばかりではあるが、現時点で筆者は情動コミュニケーションを豊かに育むための母子治療の基本原則を以下のように考えている。

1. まず第一に心掛けねばならないのは、子どもの接近—回避コンプレックスを緩和すること。そのためにはこちらからの接近が侵襲的にならないように心掛けながら、抱っこやおんぶを通して愛着行動を強化し、母子の一体感を育てていくことが大切になる。

2. ついで子どもの能動感を育むことを最大限重視することである。そのためには子どもの動きや情動に沿った寄り添う感じに関係をもつように努めることが大切である。

3. 子どもの能動的で意欲的な活動を強化するためにいろいろな工夫を行う必要があるが、そのためにはスタッフは母子間での良好な情動調律が保てるように調整的な役割をもつように心掛けなければならない。具体的にはmirroring, synchronization, vocal markerなどが活発に展開されるように母子関係を調整し、援助していくのである。

4. このような情動コミュニケーションが

豊かに展開していくためには主たる養育者が養育に没頭できるための条件づくりを目指さなければならない。ここに治療者の重要な役割がある。場合によっては内的世界に対する治療操作を含んだ精神療法が、さらには母親を取り囲む家族、社会への環境調整的働きかけが、また具体的な子どもとのかかわり方についての育児ガイドランスなどが適宜必要になってくる。

## IX. おわりに

筆者が現在試みている自閉症への早期介入は、自閉症の人々とわれわれとの間のコミュニケーションの壁を打開するための試みであるが、そのことは恐らく彼らに認められる多彩な臨床症状の発生子防ないし消退を可能にするとともに、彼らがわれわれとともに生きていくことの喜びと充実感を実際に体験できるようになるための一つの試みであると考えている。

## 文 献

- Dawson, G.(Ed.) (1989) : Autism: Nature, diagnosis, and treatment. New York, Guilford. (野村東助, 清水康夫監訳 (1994) : 自閉症—その本態, 診断および治療. 東京, 日本文化科学社.)
- 小林隆児 (1993a) : 自閉症にみられる相貌的知覚とその発達精神病理. 精神科治療学, 8, 305-313.
- 小林隆児 (1993b) : 自閉症における「知覚変容現象」

- の現象学的研究. 精神医学, 35, 804-811.
- 小林隆児 (1994): 自閉症に見られる相貌的知覚と妄想知覚—情動的コミュニケーションの成り立ちとその意義—. 精神医学, 36, 829-836.
- 小林隆児 (1995): 自閉症にみられる妄想形成とそのメカニズムについて. 児童青年精神医学とその近接領域, 36, 205-222.
- Kobayashi, R. (in print): Physiognomic perception in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- 小林隆児 (印刷中): 自閉症の情動的コミュニケーションに対する治療的介入—関係性の障害の視点から—. 児童青年精神医学とその近接領域.
- 鯨岡 峻 (1990): コミュニケーションの成り立ち. 教育と医学, 38, 507-514.
- 鯨岡 峻 (1993): 原初的母子間コミュニケーションとコミュニケーション障害への援助. 講演 (別府市), 1993.12.20.
- 鯨岡 峻 (1994): 特殊教育におけるコミュニケーション重視の意味. 平成5年度特殊教育シンポジウム「コミュニケーション障害への援助」報告書, (pp.1-5), 国立特殊教育総合研究所.
- 鯨岡 峻 (1994): 関係発達論序説. 未刊行.
- Sameroff, A. J. and Emde, R. N. (Eds.) (1989): Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach. New York, Basic Books.
- 白石雅一, 小林隆児, 石垣ちぐさ, 他 (1995): 東海大学健康科学部のMother-Infant Unitにおける母親—乳幼児治療の試み. 第5回乳幼児医学・心理学研究会発表, 名古屋市.
- Stern, D. (1985): The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology. New York, Basic Books. (小此木啓吾, 丸田俊彦監訳 (1989). 乳児の対人世界 理論編, 臨床編. 東京, 岩崎学術出版社.)
- Stern-Bruschweiler, N. and Stern, D. N. (1989): A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies. *Infant Mental Health Journal*, 10, 142-156.
- 杉山登志郎 (1994a): 自閉症にみられる特異な記憶想起現象—自閉症の time slip 現象. 精神神経学雑誌, 96, 281-297.
- 杉山登志郎 (1994b): 就労に挫折した自閉症青年の臨床的検討. 発達障害研究, 16, 198-207.

- Werner, H. (1948): Comparative psychology of mental development. New York, International University Press. (鯨岡 峻, 浜田寿美男訳 (1976): 発達心理学入門, 京都, ミネルヴァ書房.)
- Williams, D. (1992): Nobody nowhere. New York, Times Books. (河野万里子訳 (1993): 自閉症だったわたしへ. 東京, 新潮社.)

---

## 指定討論

---

原 仁

国立特殊教育総合研究所

小児神経科医の立場から, シンポジストの先生方の発表に質問と若干の意見を述べさせていただきます。

単なる観察だけではなくて, 行動評価に能動的働きかけを導入しようとする白瀧先生の視点に共感いたします。1歳半健診に直接かかわる小児科医として興味深くうかがうことができました。しかし, 実際の臨床応用を考えるなら, ご発表の手続きよりも簡便な方法を開発していただかないと難しいでしょう。次に質問ですが, 1歳半健診で発見される自閉症高危険児とは重度自閉症と思えてしまいます。言い換えると, 軽症例は見逃すのではないかと, あるいは, 自閉症というより不特定の発達障害として高危険児がスクリーニングされるのではないかと想像しますがいかがでしょうか。1歳半では重度精神遅滞と思われた児童が学齢期になって, 自閉症としての診断が可能になった例を診たことがあります。そのような事例を先生のご研究のなかで経験されていますか。

医療側がかかわる場合, 個別の事例としての自閉症児にかかわるのみですが, 伊藤先生のご発表は, 教育現場の変化を中心に自閉症に対する教育の歴史を展望して下さったものと理解します。最近, オーストラリアとニュージーランドの特殊教育施設を視察する機会がありまし



たが、両国の専門家からはインテグレーションからインクルージョンへ、という説明がたびたびありました。わが国の自閉症児への教育の方向はいかがとお考えでしょうか。また、両国と比べると、わが国の医療側の特殊教育への関心はむしろ高いのではないかとの印象を得ました。医療と教育のあるべき連携の姿とはいかようなものか、先生のお考えをお聞かせください。

通常、外来診療にのみ携わり、入院施設、特に発達障害児・者を受け入れていただける精神科医療施設の設置を、親御さんと共に切望している演者にとって、中島先生のご発表は心強いかぎりです。ただ、精神科への入院は長期となり、親御さんの誤解かもしれませんが、場合によっては一生入院となるのではと心配されます。入院期間が短かければその方が親御さんを安心させられますし、説得もしやすいのです。頻回でも結構ですから、入院期間の設定を短かくできないもののでしょうか。次に、観点を変えて、強度行動障害となる事例の幼児期の要因に言及いただくと、現在乳幼児期の自閉症児にかかわる専門職にとって有意義な示唆となると思われれます。

杉山先生の就労状況に関する研究では、特にウイングの三型と就労の関係に興味があります。企業へ就労した自閉症者に孤立型がないのはなぜでしょうか。一般に孤立型の知的レベルは低いと考えられていますから、やはり一定の知能段階以上でなければ就労は無理なのでしょう。第2の疑問は単純なものです。どうして鍍金塗装業に就労する自閉症者が多いのでしょうか。愛知県の特徴ですか。杉山先生のお仕事が無意味というつもりはありませんが、就労状況の調査をなぜ医療側の専門職が担当しなければならないのか疑問です。研究として担当できる専門家が先生の周囲にいらっしゃらないのでしょうか。

母子ユニットでの治療例をお示しいただいた小林先生のご発表に関しては、情動的コミュニケーションの改善が治療論として有用であることはよくわかりましたが、先生の治療理論と自

閉症の発生・原因との関係を明らかにしていただけたらとずっと理解しやすかったです。さらに、治療である以上、その枠組も明示していただければ幸いです。例えば、対象となる母子の選択基準、自閉症の年齢や重症度などです。小林先生の今後の実践に期待したいと思います。

最後に、演者の考えを2つ述べさせていただきます。本学会では医学研究が本来の姿でありましょうから、自閉症発生のメカニズムに迫ることが宿命づけられていると思います。原因の解明こそ医学が担うべき課題でしょう。ご発表の中にもう少しこの視点があるべきだったのでは。さらに、医療の次元では、合併症の治療、例えばてんかん合併に対する対策がもっと必要であろうと思われれます。親でもない、教師でもない、施設職員でもない医療の専門家が自閉症児・者とその関係者にいつでも必要な医療的サポートが提供できるようになることが理想と考えるからです。

#### 河 島 淳 子

トモニ療育センター、わかば共同福祉作業所

私は昭和41年に岡山大学医学部を卒業しまして、その後、小児科医となりましたが、昭和46年に息子が誕生しました。実は、その息子が自閉症であったのです。利口そうな顔をしていましたので、普通になったら仕事の現場にもどろろと思っておりましたが、育てていくほどに大変な子どもであることがわかり、とうとう仕事を放棄しまして、療育に専念するようになりました。その息子は今24歳ですが、懸命な努力の結果、自閉症の特徴は残しながらもかなり好ましく育ちまして、自宅で洋裁の修業中です。家族の洋服は一応縫えるまでになっておりますし、彼が家事を手伝ってくれたり老母の世話を手伝ってくれるお陰で、私は幼い自閉症児たちの療育を続けることができます。

息子の障害については、既に乳幼児早期から「何かがある」と気づいていましたが、その当時まだわけがわかりませんでした。おとなしす

ざる、私の方に甘えてこない、喃語が出ない、ことばがでない、それから特定の物に拘ったり、異常に恐怖心が強い状態がありました。私はまだ自閉症については何も知らない時期でした。

「明確な障害を思わせる症状が無い。しかし何かがある。何かしなければならぬが何をどうすべきかわからない」小児科医でありながら、そんな息子を一体どんな風に育てていったらいいのか途方にくれていました。小児麻痺ではないし、その利口そうな様子からはいわゆる精神遅滞児とは思えない。切実に、育てる方針がほしいと思いました。言語の遅れがあることから、とりえず精神遅滞児と自分で診断し、そういう子どもたちの育ちを乳児期・児童期・青年期にわたって勉強し、彼らの経過と予後を知りました。また、彼らの障害について「1次的障害として脳に何らかの障害・損傷があるならば、それによって2次的障害として知能の遅れが出てきたり、運動機能の遅れのようなものが出てくる。そして育ちにくさ育てにくさのために3次的障害として①身の自立ができない、遊べない ②わがまま、癩癩、甘え ③偏食、虚弱、虫歯、便秘、肥満のようなものが起きてくる。そして2次的・3次的障害はもし適切な療育をすれば、かなり変えることができる」ということを学びました。

「障害児の持っている多くの問題は、本当にどうにもならないものなのか。好ましい環境を与えて育てた場合の、彼らの本来の姿はどういうものなのだろう。わが子が既に障害を負って生まれてきているのであるならば、母である私がしてやれるのは、残っている健康な脳の機能をフルに生かして、2次的・3次的障害をつけない子育てをすることではないだろうか。では、後悔しないように私なりに精一杯の子育てをしよう」ということで、これを基本方針として、本格的に療育を始めました。3歳でした。

実際の取り組み方としては「できるだけ自立をめざす」という具体的目標をかかげ、「社会に受け入れられる行動ができる」ことを第一に、「生活習慣の確立を図る、言語力をつける、

基礎学習と職業技術の獲得」そして「余暇活動ができるようになること」これらのごく当たり前のことをやってきました。

それとともに内面的目標として「精神の豊さをつける」ということで、第一に「愛することができるようになる」ということをあげました。これは具体的には感謝すること、思いやりをもつこと、自己中心的でなく学校の奉仕作業なども心をこめてすることができるようになることなどです。第二に「働くことに喜びを感じるようになるようにすること」という目標を掲げました。

このような目標のもとに、私自身が早期から取り組んだのは、「親子関係・信頼関係を強いものにする」ということでした。つながりが希薄だったものですから、私の方から強力にかかわってなつかせました。またなかなか遊べない子どもでしたが、豊かに生きていけるように「遊びへの工夫と努力」をしたり、毎晩眠くなっておとなしくなった時に添い寝して絵本の読み聞かせをしました。絵にも取り組んで、描いたものを通して彼の心を見守りながら育ててきました。こだわりも「趣味」として大切に見守り、好ましい方向へ発展させるよう努力しました。それから、身体が弱かったものですから、療育の土台として「体力づくり」を頑張り、山歩き、マラソンなどもやりました。そして「基本的な生活習慣の確立を図る」努力をし、社会性をつけるために「日常生活の場を丁寧に濃厚に経験させてやる」ことをしました。そして、地域で当たり前生きていけるようにしたいと思い「一般の子ども集団に入れる」ことをしましたが、普通学級に入って勉強が出来る子どもではありませんでした。特殊教育に相当することは、ほとんど私自身が中学校を卒業するまで致しました。しゃべらない子にどんな風に教えていったのか、マッチングをはじめとして、現在いろいろな方がやっていらっしゃるようなことを20年前から手がけてやって参りました。また「パニックを積極的に克服させること」をし、彼が自由な心持ちで生きていけるように努力しまし

た。それから、彼は大変不器用だったものだから、全身運動にも力を入れました。そして一番力を入れて取り組んだのは「手の機能」です。自立に向けて微細な手の機能を磨くことを続ける中で、洋裁という仕事に辿りついたのです。

子どもが総合的に発達し、生活がふくらんでくると、ことばというものは自然に出ると言われたのですが、生活習慣の確立や運動機能の向上などに比べて、言語能力の発達を促すことは非常に困難でした。書きことば・文字を早期に取り入れ、言語の指導もまるで英語を教えるように教えていきました。そして「基礎概念、教科学習」も大変な努力をしてわかるようにしていきました。数の概念のわからない子になんとか分からせようと、工夫に工夫を重ねて何とか突破し、学習指導にものせていまして、現在洋裁の製図もするようになったわけなのです。

その子育てを通して感じたことは、とても育てにくくって歪みやすいのですけれど、非常に可能性のある、教育のしがいのある子どもであるということでした。ですけれど、真剣に取り組まなければ、とても伸びにくい子どもであるということでもあります。適切さと一貫性と継続性の全てが揃っている場合のみ、よりよい育ちがあり、徹底した療育を必要としている子どもであると実感致しました。

今日は、先生方のいろいろなお話を聞かせて頂きまして、私は専門家ではございませんので、母親として小児科医として「育てる」という立場から、非常に基本的な質問をさせていただくことになると思いますが、よろしく願い致します。

白瀧先生。早期から自閉症高危険児に母子愛着関係の確立を目指して、さまざまな努力をなさっていらっしゃいますが、私、最近NHK出版の「わが子よ、声を聞かせて」という本を読んで、「年少児の脳の神経機構は可塑性に富んで迅速に学習する。かなり徹底的な取り組みをやっていけば、相当いい状態にもっていくことができる」ということを知りました。私自身はその時期、どうしていいのかわからない不安の

中で母子愛着関係を強めるということ位しかできなかつたのですけれども、現在は、もっと濃厚に科学的に治療教育を始めていけば、もっとも子どもは伸びていく可能性があるのではないかと考えております。また、家庭が一番重要な療育の場であると考えております。子どもにとって一番影響力のある親が優れた療育者にならなければ、子どものよりよい育ちは望めません。私自身は幸いにして医学部を出まして、かなりの部分を自分で勉強することができたのですが、多くの母親たちは、そのような知識においては本当に皆無でありまして、「どのように育てていいのかわからない」という大変不安な状態にあります。早期から適切な一貫性のある療育を進めていくためには、自閉症高危険児の発見と同時に、一番影響力のある母親のための教育の場というものをどうしても考えていかなければならないと思いますが、いかがでしょうか。

伊藤先生は教育のことに関してお話し下さいましたが、私は、止むを得ず、医学の場からはずれてしまいまして、単なる障害児の母親という立場になりました時に、学校教育の中で、実は非常に先生方にいじめられて大変な思いをして過ごして参りました。そして、その中で感じましたことは、学校の先生方の人格がいかに大切なものであるかということでもあります。それから、私自身は自分が子ども集団になりかわることができなかつたものですから、当たり前の子ども集団を求めて普通クラスに入れて参りましたが、そのかわりに、私は家庭でほとんどつきっきりで特殊教育・個別指導を致しました。先生のお話では、現在の固定学級では個別指導ができていないようですが、私は、重度であればあるほど個別指導が絶対に必要だと思っております。その教育がきちんとなされない限りは子どもたちのよりよい成長というものはありません。私は感じております。ですから、その個別指導の確保、それから学校の先生の質の向上を切に望んでおります。先生方は療育についてとても悩んでおられる。そういう熱心な

先生方は学ぶ機会があればどんどん積極的に求めて、実力をつけていかれるのですが、そうでない先生方に受け持たれた場合には、子どもばかりではなく母親や家族は、本当に、地獄のような1年間、あるいは数年間を過ごすことになりますので、やはり教師の指導技術の向上・人間的な質の向上を願っております。そして、教員養成に精神科医の先生方もかかわっていらっしゃるのではありませんでしたら、教育の現場まで届くような、行き届いた教育界を展開していただきたいと思っております。

中島先生は強度行動障害に関してお話し下さいましたが、私は自分の子どもを2次的・3次的障害をつけないという方針で育てて参りましたが、かなりいい状態に育てることができたのですが、私の周囲には、全面受容がいいということで嫌がることは一切させず子どもの要求のままに、過保護に可愛がるだけの育ちの中で、2次的・3次的障害をいっぱいつけて育ってしまった子どもたちがおりまして、その子どもたちは未熟で未発達で問題行動がいっぱいありながら生活しております。それで、そうした子どもたちは青年期に達しても行き場がないものですから、親たちとともに、認可施設ではないのですが「わかば共同福祉作業所」を設立いたしましたので、今そこで7~8年来こつこつと療育を続けております。今までつけてきた2次的障害や3次的障害を取り除く、問題行動を取り除くことをやっております。今からでも遅くないということで、個別の記録を取りながら、基本的生活習慣の確立と同時進行で家庭科技術・職業技術の獲得をめざし、一つ一つ手の使い方など教えながら、生きていく力をつけていこうと指導している訳でございます。今、通所生たちは非常にいい顔をして豊かな生活をしております。そういう経験からみますと、3年位の短い期間に強度行動障害をもつ子どもたちがよくなるわけがないという思いがありまして、むしろ7~8年をかけまして、また、それは家から通う形態でも構わないと思うのですが、療育していただきたい、見捨てていただいでは困ると思うので

す。こういう子どもたちは全面受容などを奨励した精神医学がまだすすんでいなかった時代の、やはり犠牲者ではないかと思っておりますので、大変ですが、療育を諦めないで取り組んでいただきたいと思っております。

杉山先生のお話は就労に関してでございましたが、私も就職させるということではとても苦勞致しました。可能性を求めて丁寧に教育してきたものですから、単純な仕事につけるのは余りにも惨めで、適職を見つけるのは大変でございました。やはり創造的で奥行の深い、人の役に立つことが直接わかる仕事、趣味となるような彼の得意な分野であること、療育の延長として手の機能を磨きつづけることができるような職業をと思ったものですから。洋裁のベテランの先生に週1度家に来ていただいて指導を受けておりますが、リードしてくださる人がいなければ自立して生きることは困難でしょう。

確かに、高機能の人たちより、重度の人たちの方が指示にはよく従えて、仕事は長続きするようでございます。けれども、親たちは自分の子どもが賢いほど嬉しいのです。そして希望があるように感じます。私は、やはり早期からの適切な療育が重要であると思ひ、幼い自閉症児の療育指導を始めまして、高機能の子どもも診ております。まだ3歳台なのですけれども、この子どもたちがこれからよりよい就職ができ、人と一緒に楽しく暮らしていけるためには、今どのような力をつけていったらいいのか具体的にお伺いしたいと思います。また、問題の一つとして、愛着の形成などの発達課題の未遂行が生じる可能性があり、うまく育ってないから、というふうに伺ったのですが、その辺りのことをもう少し詳しく具体的に教えて頂ければと思っております。

小林先生のお話は、私が国語を苦手としておりますものですから、随分とわかりにくく思ったのですが、要するに「母子関係というのでしょうか、信頼関係でしっかり結ばれておれば、本当に豊かにつながっていれば、子どもは伸びていくだろう」ということではないかなというふ

うに思ったのですが、それでよろしゅうございますか。

私は、療育の最初の段階で、息子を私になつかせる努力を致しました。当時、NHK教育テレビに出てこられた田口先生が「とにかく可愛がれ、可愛がれ。子どもが好きになしろ。そうすればよくなるだろう」と言われていました。その後で、それはだめだと否定された時期があるのですが、私はやはりかわいがることは大切であると思い、本当にかわいがり直しを致しました。すると息子は私が見えなかったら泣き叫び、そしてつきまとい、私は一人では何処にも行けないという程私になついてきました。ところが、ことばを教えようと思ってもなかなか入らない。それから数の概念。「2個よ、2個よ」と言ってもどうしてもわからない。そして疑問詞を悟ってくれない。疑問詞を全く使おうとしない。「誰？」と私にきいてくれたのは18歳なのですね。運動機能の方もブランコひとつなかなか身体の動かし方が覚えられない。麻痺しているのではないのだけれど、なかなか自分の身体が使えない。認知の機能障害というのでしょうか。本当にあらゆる分野で育てにくかったのです。私が育てることを諦めたらこの子は生きていけない、そういう風にこの障害を感じました。ですから、「もし情動的コミュニケーションが豊かに展開するような治療関係が作られるならば、自閉症に認められる多彩な臨床症状のかなりの部分は消退し、着実な発展を遂げていくでしょう」というふうに先生は言われますが、なかなかそういう訳にはいかなかったものですから、ひょっとして、私の情動的コミュニケーション関係にどこか欠陥がありまして、子育てがうまくいかなかったのかなと反省しているような次第でございます。その点についてお話をお聞かせいただければ有り難いと思います。

以上でございます。

## シンポジウムに対する討論

白瀧貞昭（シンポジスト：原先生へ） 愛着関係の確立具合についての評価法として ①エイズワースのSSPがあるがこれを簡略化して母が部屋から出る、その後の児の反応をみるというやり方だけでも、かなりの情報が得られる。②1歳6カ月で発達良好なものがもれ落ちるといふ危惧は確かにある。しかし自閉症ハイリスク児としてfollow-upするのであるから、後でもはっきりした時点で詳しくみていけばよい。③単なる発達遅滞児の行動とは明らかに区別できる。

（河島先生へ） 親教育が必要だという意見には同感だから保健所での療育の場では、常に母親への具体的目標・指示が必要と考え、それを実施している。

石田文太（小田原小児科懇話会） 1歳6カ月児健診で、言語発達の遅れがあるが、大人のことばをよく理解する場合にも、将来自閉症が発症することがあるか。

日本小児保健学会で2歳児健診でことばの異常が指摘されたが、1歳6カ月児健診では異常なしであった、だから2歳児健診が必要だという発表があったが、2歳児健診を行った方がよいか。

長尾圭造（堺市立こどもリハビリテーションセンター） 1歳6カ月では遅いのではないか。

伊藤則博（シンポジスト：原先生へ） 1) SEN（英国）やインクルージョン（米国・オーストラリア）への方向を日本もたどるだろうと思うし、それに向うべきだと考えるが、養護学校義務化を最近制度化し、その整備定着をめざしている日本国行政の現状では、その道は相当遠くになると考える。

2) 近接領域からの学校教育への関心と連携の意志は強く、日本でもトータルサービス体制の確立の条件ができてきていると思うが、学校の閉鎖性がそれを受け入れる段階になっていない。そのため関係者の連携が日本ではまだ十分

でない。医療関係からの呼びかけを今後も続けてほしい。

(河島先生へ) 1) 教師の人格、資質の向上や認識のアップの必要性を痛感している。私は日本の教師は世界各国からみて質的に劣ると思わない。彼らが自分の力を全部出して活動できない条件が別にあると思うが、教師の認識でおかしなところもある。それを3点あげる。

・子どもたちを個としてみず、マスとしてとらえてしまう習癖がある。学習指導要領の柱が個性尊重、新学力観が関心・意欲・態度重視となったが、この実質化(教師の行動原理になる)までには、かなりの時間を要すだろう。

・教育目標や教育課程が先にある。しかも毎年同じもの場合が多い。子が先にいて、彼の理解から目標や方法が出てくるはずだが、これが逆転している。この背景には子はみんな同質という思想がある。そして、その同質な群から外れた子がはじき出される。

・教師には間違った万能感(有能感)がある。子をどうにでもつくりかえることができるという意識である。それがうまくいかないと子や親が責められる。

2) 障害の重い子ほど個別指導が必要だという指摘には賛成である。しかし、われわれの調査ではそれが実現されていない。

3) 教員養成上の課題は十分受けとめた。

中島洋子(シンポジスト:原先生へ) 強度行動障害特別処遇事業でも最長3年なので、もっと短期に問題が解決するものでも利用可能であるが、現在は実施している施設が限られている。その他では、現行の施設療育メニューのうち、短期入所事業は対象者の範囲が重度障害だけでなく中軽度障害にも拡大されているので、生活習慣の自立とか望ましい適応行動の形成など目的をさだめて利用したり、期間についても柔軟な期間設定ができるように運用していくことが望まれる。ただし、治療教育の質ということになると、専門職の配置などを充実させる必要がある。

(河島先生へ) ご指摘のとおり、強度行動

障害特別処遇事業でも、問題が改善しきれないケースも存在している。しかし、3年という限度期間を設定することで、この事業が対象とする行動問題の範囲が明確になることがまず重要と思われる。そのうえで、こぼれた問題について、より強力な治療システムの構築を考えていくのがよいのではないかと。

杉山登志郎(シンポジスト:原先生へ) 1) active but odd type に入れた中に3名ほど aloof type に近いcaseがあった。対人的かかわりを拒否する者はおらず、1人を除いて1人で通勤しており、それなりに良い子であると思われる。

2) メッキ塗装業が多いのは偶然の因子もあり、自閉症を多く雇用した会社があらわれ、その成功にはげまされ、比較的多くの自閉症青年がメッキ業に就労することになった。

3) 自閉症の就労の研究は当初、挫折例の研究から始まった。その後、継続例を調べるようにという要請をある自閉症青年の親からうけて、調べることにした。

(河島先生へ) 1) 愛着をつくるチャンスがないこともあるものと思われる。集団教育前に母子通園を中心として障害児療育を行った方が良いようである。また、小学校高学年に1つの節目がある。

2) 高危険児に対しては、教育の中で個別対応をつくり、社会的体験を拡げる工夫をすることが有用である。現在自助グループをつくり、具体的な方法を研究検討している状況である。

小林隆児(シンポジスト:原先生へ) mother-infant unit の対象は、特に乳幼児にしばっている。重症度はどのようなものでも可能と思う。しかし、情動的コミュニケーションの重要性はすべての自閉症にあてはまると思う。

(河島先生へ) われわれの意図するところは、親も子どもともに、関係をもつ喜びを体験できることを目指すことである。それを基盤にして、社会的スキルを体得していけるように、根気強く働きかけていくことは当然考えねばならない。最も基本にこのようなことを重視してい

かないと、将来的にさまざまな精神病理現象が出現することになっていくと思う。

諸岡啓一（東邦大学第一小児科：小林先生へ）

1) 言語機能の獲得に大きな障害をもつために、乳児と近似した原初の知覚様態をもつのか。

2) 情動コミュニケーションのレベルの障害の2つについて論じられたが、これらは、個体例の能力障害を主に考えることが大切であり、精神遅滞でも同様に論じられると思われるがいかがか。

小林 1) 厳密に言えば、自他の弁別能力が育ちにくいところが問題だと思う。

2) 自閉症と精神遅滞の相違点の基本的な問題として、情動コミュニケーションの成立のむずかしさがあると考えている。

石田（小林先生へ） 最近父親の育児参加が強調されているが、もし必要な育児行動を両親で適当に2分して育児にあたったとすると、主たる養育者が2人居る、もしくは主たる養育者が居ないということになる。その場合、子どもの精神発達に問題はないのか。

小林 質問の意図がよくわからない。

富田真紀（台東区松が谷福祉会館：コメント）

このシンポジウム全体を通じて驚くべきことは、自閉症の機序に多少とも触れたシンポジスト5人中3人（白瀧、杉山、小林）が3人とも、とうの昔に徹底して否定されたはずの「母子関係不全＝愛着の欠陥」主因論を堂々と唱えていることだ。

指定討論者の河島は、自らのお子さんの成人期までの養育経験や周囲との比較を踏まえて、こうした観念から導かれる指導（＝「ただ、かわいければよい」）ではすまない、現在のひどい状態になった周囲の人たちはかつての「遊戯療法の犠牲者」だ、「愛着が育たないから自閉症になる」とは一体どういうことかと、これらのシンポジストに対する厳しい問題提起（というよりむしろ告発）をされた。

これは、学会外の指定討論者から、現在の自閉症をめぐる問題（とくに成人期のいわゆる「強度行動障害」）に関して、本学会自体の責

任が問われている事態と受けとるべきではないのか。

「愛着の欠陥」説によれば自閉症が改善しない限り、小林が例示した治療風景のスライド（子どもが治療者におんぶされ、ほほえんでいる）段階に止まるが必要とされるが、それはむしろ自閉症の病理を現わしている状態にほかならず、自閉症を悪化させるだけであることを指摘したい。

小林は河島に発言が理解不能だと婉曲に評せられると、それは「河島が本学会員ではないから」と弁明したが、それは本学会員である質問者にとっても同様であった。

白瀧 母子愛着関係障害が自閉症の原因であるとは私は思っていない。

原因については現段階でまだ不明で、誰もまだ確かなことは言えない。

---

## 司会のことば

---

末 光 茂

旭川療育センター児童院，川崎医療福祉大学

1981年、長崎大会で自閉症をテーマとしたシンポジウムがもたれて以来、15年ぶりに「自閉症とライフサイクル——病態の理解と医療・教育の現状——」のテーマのもと、シンポジウムがもたれたことの意義は大きい。そのことは、シンポジウムへの参加者が700人を超え、会場をうめ尽くし、さらには一般演題93題（ポスターを入れると105題）中、自閉症関係が24題、26%を占めたことからもうかがうことができる。

全ライフサイクルの病態と、それへの対応、それも医療、教育、さらには福祉にわたる全体像を把握することができた。指定討論者も実践に根ざした発言と代表質問にふさわしい提示を頂いた。しかし司会者の1人として、参加者の熱い期待に十分応え得たかということ、いくつかの反省の思いを強くしている。まず、シンポジ

ウムの時間に比し、シンポジストの人数が多く、盛り沢山の内容を消化しきれなかったと言えよう。

2番目には、シンポジストそれぞれに、テーマにそった発題を頂くよう十分に準備して頂いていたかどうかもある。フロアからの厳しい指摘にもあったごとく、自閉症と無関係ではないが、やや限局した内容を縷々論じ、貴重な時間を生かしきれなかったとの批判は真摯に受けとめばならない。テーマの大きさと時間的制約を考えると、止むを得ない部分もあるが、今後生かしてほしいものである。

次に、筆者ら司会者が、15年を総括し、現在何がわかり、何ができ、何がやれていないのか、そして過去の不十分さへの反省と、新たな方向性を見いだす主旨での司会進行ができたとは言えなかったことは、申し訳ないといわねばならない。

そして、4番目には学会全体として、せっかくの15年ぶりのシンポジウムを十分意義あるものとするため、学会誌を通じて段階的な意見の集約をしておくなど、事前準備と体制づくりについて、今一步の課題が残っているように思われる。

シンポジウムのそれぞれの発表内容については、別紙に詳しく報告されているので、その評価は読者自身に委ねたい。とはいえ、全体として現場、および親の立場での生々しい報告に比

し、いわゆる研究者、大学人の発題に不満の声が強かったことは残念と言えよう。研究者のそれは、よく言えば冷静、客観的で緻密な発題と言えるが、スウェーデンから特別講演に来日されたChristopher Gillberg氏のような斬新な提言こそが期待される。現場実践が、大学の研究室よりずっと先を行っている事態は、化学、工学の領域では少なくない。医学でのその一例が、自閉症療育だと考えねばならないのかもしれない。とはいえ、大学人の奮起を念じざるをえない。

以上、地元関係者ということから、むしろ厳しい反省に根ざした問題点と課題を中心に述べた。しかし、今回のシンポジウムが自閉症療育の現状を把握し、新たな出発点となる結節点を印した意義は大きい。学会の前後に自閉症関連のいくつかの集会在岡山の地でもたれ、成果をあげたことも喜ぶたい。

さて自閉症をテーマにした3度目のシンポジウムを、15年先に開くということではなく、山崎座長のまとめにもあったように、数年のうちにとの期待を多くの参加者はもたれたことと思う。その際には、今回の不十分さを補って余りある準備により、学会自体が自閉症に取り組んできた真の成果を共有するものであってほしい。自閉症者とその家族の幸せに十全の役割を果たすための医療、保健、福祉の具体策が明示され、全国の隅々で展開されるための方向性が確認できる場となることを願うものである。