

発達障害支援に関わる専門家のための 研修テキスト・ガイドブック



特定非営利活動法人 Aozora 福井

はじめに

私達、特定非営利活動法人 AOZORA 福井は、知的に遅れのない発達に凸凹のある方が、活き活きと輝きながら社会参加できるよう、その凹を埋めるだけでなく、優れた能力・特性(凸)を伸ばすことを目指し、当事者とその家族、支援者、福井大学の専門家とともに設立され、福井県、坂井市、福井市等自治体からの放課後等ティーサービス・児童発達支援・日中一時支援等の委託事業や助成団体の事業、発達障害の理解促進・啓蒙、県内の親の会・支援施設相互のネットワークの構築、発達障害に関する調査・研究などの活動を行なっています。

このたび、特定非営利活動法人 AOZORA 福井では、厚生労働省 平成 24 年度 障害者総合福祉推進事業「医療や福祉分野の発達障害支援者の人材育成体制の調査について」の助成により、福井県のほか、国立精神・神経医療研究センターや全国 4 県(山梨県、長野県、大分県、山口県)の発達小児科医・児童精神科医の先生方、福井県健康福祉部・障害福祉課のご協力を得て「発達障害児・者のニーズやライフステージに応じたトランジション・リエゾン支援のための医療・福祉分野等の人材育成に関する調査」として、「発達障害」に関する「医療」や「福祉、教育などにおける様々な問題・課題や要望について調査研究を行いました。本調査研究事業の結果が、様々な地域でのトランジション(移行)・リエゾン(連携)支援のモデルや国の発達障害の医療・福祉に関する施策などにつなげていければと思っています。

本事業の一環として、発達障害のある人への、医療・福祉・心理・教育など様々な職種の支援者的人材育成への利用を目的として、実践的な研修テキスト作成のためのガイドブックを作成しました。山梨県の作業部会を中心に精力的にまとめて下さったものです。この「研修テキスト・ガイドブック」は発達障害に関するいわゆる「総論編」に加えて、それぞれのライフステージにより「幼児期編」「学齢期編」「思春期編」「成人期編」の5部から構成され、それぞれの研修のニーズに応じて様々な組み合わせて利用できるようになっています。主な出典として、厚生労働省雇用均等・児童家庭局の許可を得て、平成 20 年に発行された「一般小児科医のための子どもの心の診療テキスト」、「一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト」、「一般精神科医向け、および子どもの心の診療専門医養成用のテキスト」「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kokoro-shinryoui.html>) の内容を有効活用させていただいている。また、厚生労働省や「特定非営利活動法人 AOZORA 福井」のホームページ以外にも各関連機関のホームページから、自由に PDF としてダウンロードし、ご利用していただけるよう予定しています。

限られた事業期間の中で作成いただいたため、一部表現や表記法が不統一、不十分である点は何卒ご容赦いただければ幸いです。今後、2013 年発表予定の DSM-5 の最終版での内容や、皆様からのご指摘・ご意見等を反映させながら、適宜改訂を行なっていければと考えています。

このガイドブックを各地の発達障害の支援に関わる様々な職種の人材育成のための研修テキスト作成の際のたたき台として、広く活用していただければ幸いです。

平成 25 年 3 月

特定非営利活動法人 AOZORA 福井
理事長 瀧澤 治美

発達障害の人たちの支援に関する 専門家のための研修テキスト

総論編

はじめに

このたび、発達障害のある人たちの支援に関わる専門家を養成することを目的として、実践的知識をまとめたテキストを作成しました。これは、平成24年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業の指定課題「医療や福祉分野の発達障害支援者的人材育成体制の調査について」の一環として、山梨県の作業部会が中心となってまとめたものです。発達障害の人たちの支援に関わる専門家の育成は、まだまだ不十分です。国内を見渡すと、人材育成を行うための研修の場とプログラムにアクセスしにくい地域もたくさんあります。このテキストは、そのような地域の人たちが気軽にアクセスできることをねらいの一つとしています。

発達障害の人たちの支援は、多領域・多職種によるチーム・アプローチが不可欠です。また、児童期から成人期までの幅広いライフステージで支援が必要です。支援に関わる専門家は、自らの専門領域をもつスペシャリストであると同時に、他領域に関するある程度の知識ももつジェネラリストでもある必要があります。これらのニーズを両立させるために、このテキストはライフステージによって「幼児期編」、「学齢期編」、「思春期編」、「成人期編」、これに「総論編」を加えた5冊からなる分冊形式とし、読者のニーズに応じていろいろな組み合わせで学習できるようにしました。また、紙の冊子にすると同時にPDFファイルも作成し、各関連機関のホームページからダウンロードできるようにしました。

出典として、厚生労働省雇用均等・児童家庭局から平成20年に出された一般小児科医向け、一般精神科医向け、および子どもの心の診療専門医養成用のテキストを、有効活用しました。他の部分については、山梨県立こころの発達総合支援センターおよび山梨県教育委員会高等教育課のスタッフと甲州市福祉あんしん相談センターの服部森彦氏からなる執筆チームが分担執筆しました。さらに、総論編の一部を山口宇部発達医療センターの林隆センター長が執筆しました。

短い時間の中、急ピッチで執筆が進められたため、表現や表記法が不統一である箇所や、推敲が不十分である箇所が多くみられることを、ご容赦いただければと思います。今後、ご意見をいただきながら定期的に内容を見直し、適宜改訂していきたいと思います。

このテキストが、発達障害の人たちの支援に関わるさまざまな職種の人たちに、有効に活用されることを願ってやみません。

平成25年3月

山梨県立こころの発達総合支援センター
本田秀夫

目 次

神経系の発達.....	6
心理的発達	10
発達障害とは.....	11
精神遅滞.....	14
広汎性発達障害.....	18
注意欠如／多動性障害（ADHD）	23
学習障害（LD）	27
発達性協調運動障害	29
コミュニケーション障害.....	32
発達障害を伴うことの多い身体疾患.....	34
てんかん.....	37
地域ケア・システム	39
医療の役割	42
法制度.....	44
特別支援教育.....	48
障害と支援に関する考え方	53
執筆者一覧	59

神経系の発達

子どもの発達の評価は、多面的に行わなければならない。多面的とは、量的(成長的)評価と質的(発達的)評価を行うことであり、このような量的・質的発達がバランスよく行われている状態を健常発達と理解する。そのためには、運動発達、言語発達、社会性の発達、愛着の発達を分けて評価する能力が求められる。しかし、各発達、とくに後者の3項目の発達は互いに関係して発達していくことも事実である。このことは重要なことであり、発達の評価に多面的解釈が必要となる理由である。

<運動発達>

粗大運動は、筋力、自己感覚(ボディ・イメージ)や周囲に関する理解と関連し、微細運動は不器用あるいは知的発達と関連している。

(1)粗大運動の発達

① 背臥位の発達

1~2か月： 非対称(非対称性緊張性頸反射)の姿勢をとることが多い。頸の向きは自由に変えられる。指を口に持っていく。

3~4か月： 顔は左右対称の位置に保持可能。上下肢とも拳上していることが多く、胸の前で手を合わせ、手に触れた物をつかむ。

5~6か月： 両手で足を持ち、口に持つて行く。寝返りが可能になり腹臥位も可能になる。

② 腹臥位の発達

1~2か月： 顔面は、側方あるいは正面を向き拳上する。股関節は屈曲、臀部は拳上。

3~4か月： 股関節伸展、臀部は低くなる前腕で支持して体を支える。

5~6か月： 両肘を伸展、手掌で体を支える。下肢は、股関節伸展、膝関節を屈曲するなど多様になる。

6~7か月： 両手掌と両膝で体を支える。

8か月： はいはい可能、両手と両足が蛙跳びのように動かす。その後、交互性が出現し、高ばいとなり、歩行可能となる。

③ 座位の発達

4~5か月： 腰を支えると座ることができる。

6か月： 上肢で支えると座ることができる。

7~8か月： 体幹が伸展し、上肢の支えなしに座る。

9か月： 座って、後方の物がとれる。

④ 歩行の発達

歩行は、10~18か月の間に可能となる。最初、上肢は拳上し、足は大きく開き、膝はあまり屈曲しない。その後、上肢は下におりてくる。続いて、前腕を振るようになり、体側の下肢と反

対の動きをするようになる。片足立ちは3歳、片足跳びは4歳、経験していれば5歳でスキップができる。

(2)微細運動の発達

0~4か月： 把握反射

4か月： 手を合わせる

4~6か月： 手掌把握、物の持ち替え

6~7か月： 全手(三指)把握

7~8か月： 権側把握

8か月～： 鉄状把握

<言語発達>

親や養育者や自分を認知できる情意的諸機能、働きかけを通して外界を認知する動作性諸機能、言語音声の表現としての言語的諸機能に分けて考える。

(1)乳幼児期における言語発達

0~1か月： 親子の情動的関わりの始まり。泣く、親子の情動的一体感。

1~4か月： 親子の情動的関わりの発展。楠語として発声・調音・聴覚機能の始まり(発声遊び:独語的な晴語)、親子の情動的関わりの発達、意図的動作を発達させる。

4~8か月： 親の認知の始まり。晴語として発声・調音・聴覚機能の体制化(社会的喃語)、親の認知の始まり、外界への働きかけ(自分と外界)の発達。

8か月～1歳： 親のすることの取り込みと自分の世界の広がり。晴語として発声・調音・聴覚機能を近しい人の関わりのために使い始める。親のすることを取り込み(身振り語:指さし、だっこせがみ、あいさつ)、自分の世界を広げ始める、時間的・空間的(自分と外界)なもの関係の認知の始まり(三項関係:自分と人と物の関係)。指さしの発達は原則的に、驚嘆や自己確認(驚き)の指さし、供応(応答)の指さし、要求の指さしと進む。

1歳～1歳6か月：自分の世界の表現。喃語として発声・調音・聴覚機能を近しい人の関わりのために再体系化自分の世界を表現する、いろいろな試みとして新しい手段を発見する。

1歳6か月～2歳：象徴機能と言語機能の形成。象徴機能の形成、言語機能の形成、音声の体制化・記号化過程。

2歳～3歳：会話の成立。ターンテイキング(自分が反応する件相手が反応する)や共鳴動作などの無意識的な相互交渉。ほほえみや見つめ合いによる意図的な相互交渉。会話が成立する条件:音声が意味を担う意図的に使用される音声の意味は自分と他人が同じ意味として共有しうる。

4歳～6歳：構音・プロソディー(話すことばにおける抑揚、強弱、リズムなどの音の調子のこと)の完成、語葉の獲得は6歳にて3,000になる。文法、会話内容とテーマの発達(眼前の話題、時間的・空間的に隔たった話題、架空の話題)。

＜社会性の発達＞

社会性は、対人関係あるいは対人理解が基礎となる。また、人間は社会的存在であり、さまざまな領域の発達は、他者との関係の中で意味を持つことからきわめて重要な発達基盤である。このような対人関係の構築や集団参加には、他者を理解する能力(こころの理論から感情移入)と社会的技能の獲得が必要である。すなわち、外見的には表情の変化、視線の理解、他者の身体・言語的働きかけの理解などの対人理解として認められる。これらが、他者との間で細かく調節され、交流聞と接触感が得られる。

(1)社会性形成のための他者理解

1歳半児：「大丈夫？」と慰める行為。嫌いな物を置くなどのいたずら。

(2)友達関係の発達

3～7歳：一時的で、物理的な遊び仲間。

6～12歳：都合の良い時だけの共同関係。

(3)社会的スキル

個人と個人の、あるいは個人と集団との相互作用に關係した適切性と効果性のある技能

子どもの社会的スキルであり、こころの理論の発達と主に関連している。4歳頃始まる。

(4)社会性の発達

2か月：あやすと微笑する。視線が合う。

3か月：あやすと声を出して応える。人の顔を見て笑う。

4か月：大きな声で笑う。

5か月：鏡の中の自分に笑いかける。抱かれることを喜ぶ。部屋に誰もいなくなると泣く。

6か月：母親の区別がつく。イナイイナイパアを喜ぶ

7か月：人見知りをする。おもちゃを引っぱると抵抗する。

9か月：自分の名前がわかる。「だめ」という禁止に反応する。テレビの人の顔に笑いかける。

10か月：母親のあとを追う。「パイパイ」の手振りのまねをする。

11か月：おもちゃをくれるしぐさをするが手放さない。

1歳～：おもちゃをさし出し手放す。安心感のより所として母親を使う。鏡の中の自分を相手に遊ぶ(おじぎをする、など)。着衣の時、着せやすいように身体を動かす。大人の動作のまねをする。

2歳～：子ども同士でふざけあう。外の子どもの近くで遊びたがる。性器に興味を示す。ごっこ遊びをする。

3歳～：友だちと役割りの決ったままごとができる。テレビの主人公のまねをして遊ぶ。友達

に好き嫌いができる。

4歳～：かくれんぼでの役割を理解する。

5歳～：友達と競争する。

＜愛着の発達＞

愛着は、人開発達の基礎をなしている。愛着とは、何か危機があった時、潜在的危機に備えて他の特定個体との近接関係を求めたり、維持したり回復したりしようとする生体の傾向であり、すなわち人は安全だという感覚、誰から護ってもらえるという確信が心理的安定に重要である。すなわち、感情的粋の形成と言い換えることもできる。

形成が行われるためには、一次的欲求としての栄養を求める欲求と人との関係を求める欲求から、二次的欲求として成立するという考え方には、生得的に人とくつついていたい、人との関係を持っていたいという欲求が備わっているらしいと考えられるようになった。

しかし、人の愛着形成は本質的に他者依存的(他者に近付いてもらえて初めて成立)するために、周りの大人が重要な役割を持つ。

0-3か月：不安定な社会的反応

3-8か月：特定な社会的

発達課題とその帰結(EH Erikson)

段階	肯定的解決	否定的解決
乳幼児	基本的信頼 他者は信頼でき自分には価値がある	基本的不信 この世界は居心地がよくない
幼児期(早期)	自立性 排泄を中心に行なう、要求増大	疑惑 他者の目を気にする
幼児期(後期)	積極性 親のようになりたい、世界を知りたい 成し遂げることの楽しさを知る	罪悪感 好奇心を持つことはよくない
学童期	生産性 ものを生産することで認められる	劣等感 認められず集団の中では劣等感が発達
青年期	同一性 再統合による自我同一性の獲得	拡散 自分がつかめず、なくなったような状態

(出典)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局：「一般小児科医のための子どもの心の診療テキスト」，P84-87

心理的発達

人間は、生まれたときからさまざまな刺激に触れ、新しいスキルを獲得し、自分の取り巻く環境へよりうまく反応し、行動するようになる。心理的発達とは、生物的な成熟・衰退のみを基礎としたものではない。発達の基礎には、生物的な成熟の過程と、もう一方では、年齢の時期に応じて、社会文化からの要求が異なることによる適応の過程とがあり、それらの間の関係を検討すべきであると考えられている。つまり、大人になってからの変化として、単に生物的な下降的変化をとらえるのではなく、心理的には成長し続ける存在であるということが考えられている。誕生から死まで、人間が生涯かけて発達する存在であることを前提として、子どもから大人、老人に至るまでの発達を包括的に見ていく視点が必要となる。

このような考え方の中で、人間の一生をライフサイクルという視点で統一的に理解しようという試みが行なわれてきた。よく知られているのは、エリクソン(Erikson,E.H.)の考え方である。エリクソンは、フロイト(Freud,S.)の心理的発達の考え方を、対人関係や社会性の方向に拡張することによって、心理・社会的発達を考えた。人間の生涯を 8 つの段階に区切り、それぞれの段階での発達のありようを記述した。それぞれの時期は個人がライフサイクルの中で順調に発達を続けるかそうでないかという、心理・社会的危機として記述されている。それぞれの段階の危機を克服し、肯定的な側面を獲得することによって、次の段階での危機への対処が円滑に行われると考えられている。

(参考文献)

鈴木隆男:ライフサイクルからみた発達心理学。平山諭, 鈴木隆男編者:「発達心理学の基礎と臨床 第1巻 ライフサイクルからみた発達の基礎」, ミネルヴァ書房, pp14-17, 2008。

発達障害とは

発達障害は、神経発達異常を基盤として早期児童期から行動を通して明らかとなる障害を総称する。代表的なものに、精神遅滞、広汎性発達障害、特異的発達障害・学習障害、ADHD がある。WHOによる国際疾病分類ICD-10では、精神遅滞はF70-79に、広汎性発達障害、特異的発達障害・学習障害はF80-89「心理的発達の障害」に、ADHDは「児童期および、青年期に通常発症する行動および情緒の障害」のうちF90に該当する。米国精神医学会によるDSM-IV-TRでは、いずれもF90-98「通常、幼児期、児童期、または青年期に初めて診断される障害」に分類されるが、DSM-IV-TRの多軸評定システムでは、精神遅滞だけ第II軸（通常は発症後の寛解や増悪がなく、大人になっても持続する障害）に残して、その他の発達障害は第II軸から第I軸（原則的には寛解や増悪を伴う治療介入の対象となる障害）へと変更された^{注)}。このことは、広義の発達障害のうち、広汎性発達障害、特異的発達障害・学習障害、ADHDと診断された子どもの症状は固定しておらず変化しうるということを合意しており、「発達障害は治らない」という従来の考え方方が変わったことのあらわれと言える。これはこれまでの治療法の開発や自然経過などに関する臨床データの蓄積の反映と考えられる。

近年、発達障害についての研究はますます活発に行われるようになり、特異的言語障害や一部の精神遅滞では病因遺伝子が特定され、病態発現のメカニズムの理解がすすんできた。一方、広汎性発達障害やADHDでは複数の遺伝子が関与すると考えられ病態発現のメカニズムはあまりに複雑で、解明までまだ時間がかかるだろう。発達障害の行動や脳の発達を調べてきた研究からわかってきたことで、臨床をしていくうえで重要なことが二つある。第一に、発達障害として括られている個々の障害（広汎性発達障害、特異的発達障害・学習障害、ADHD）は普通、教科書にはそれぞれ症状も治療法も異なると書かれているが、実際には厳密な診断評価を行っても鑑別が難しいことは稀ではない。脳の機能や構造も、それぞれ障害に特異的な特徴とともに、障害間で共通する特徴もあることがわかつた。第二に、一つの障害をとってもみても、同じ診断名の人々は行動特徴が似ているが、症状プロフィールや認知特性、知能水準は人により実にさまざまである。つまり、発達障害という強い遺伝的な制約のもとにおいてもなお、子どもたちは環境から影響を受けたり逆に与えたりしながら多様な個性を形成するポテンシャルを秘めていることを意味している。したがって治療の基本とも言える診断行為において、診断名のみを決定してもその子どもに役立つ情報はまったく充分ではなく、発達検査や家庭機能の評価など包括的に調べはじめて、ひとりひとりの子どものニーズを把握し治療計画を立てることができるということを再確認しておきたい。

＜発達障害の子どもを支える医療という柱＞

発達障害の症状の多くは、人生の早くから子どもの様々な生活場面で顕在化し、子ども自身だけでなく、家族や学校や地域で出会う人々との関係にも間接、直接に影響する。さらに児童期という限定された時間枠を越えて生涯にわたって、普通ならたいしたものがないと思うような状況でも

困難を感じて問題に立ち向かっていかなくてはならないであろう。現在のところ、そうした問題をすべてクリアできる医学的治療法はない。子どもの長所短所を含めた特性をよく理解し、子どもが暮らす環境をよく知ったうえで「敵を知り己を知らば百戦危うからず」ではないが、その子どもに最適な対処法を子どもや家族と一緒に探していくことが大切だろう。

これまで精神遅滞は児童福祉法や知的障害者福祉法の対象とされていたが、その他の発達障害(DSM- IV の第 I 軸)については未診断ケースが多かったという事情に加えて、診断を受けても法律上は障害と認定されずに福祉との連携がスムーズに運ばないことが少なくなかった。平成 16 年 12 月に発達障害者支援法が公布され、はじめて広汎性発達障害、学習障害、ADHD などの早期発見・早期支援と、就学前、学校生活、就労などライフステージを通して一貫した発達支援の確保が明確に法的に植われた。これからは、医療を含む保健、福祉、教育、労働などの領域が相互に連携して支援体制を構築しようという段階にようやく来たと言えるだろう。

たとえばクリニックでの健診で発達障害が疑われる子どもをフォローするなかで、次第に感覚過敏や睡眠・偏食の問題など日常生活に影響する問題が明らかになったとする。これらは母親の主訴で、はなかつかもしれないが、時間をかけて母親と信頼関係を築くことで得られた貴重な情報なので、家族の同意を得て地域の保育園・幼稚園やデイサービスとの間で共有することが大切である。就学後は進級時はもちろん進学時にも引き継ぎがスムーズに行われ就労支援へも引き継がれる、そのような他職種との連携を前提にしてはじめて医療が力を発揮するのだと言える。発達障害児の医療は、生涯に及ぶマルチデ、イシプリナリーな発達支援の連携の中で、一本の丈夫な縦糸となる必要がある。医療に求められる支援の第1歩は、発達異常の兆候を見逃さないこと、可能な限り早期に精度の高い診断を行うことである。

早期介入の際の医師の重要な役目に、親への説明がある。多くの親は漠然とですが児の発達や育児に不安を抱いているので、可能な範囲で情報を共有したうえで発達支援の方向づけを行い、具体的な育児の助言を行う。その際、親指導という視点の他に、親もまた支援を必要としていることを心に留め、子どもの障害と向き合おうとしている今ある親の姿をありのままに見つめる謙虚さが医師にも求められる。親が児の障害をありのままに受容するには、「大変な心の作業と時間を必要とする。発達障害はわかりにくい障害だということ、親の性格、家庭背景、ソーシャルサポートなどの要因に加えて、医師の説明の仕方などの医療側の要因も親の心理に大きく影響する。思春期になると、精神障害の併発、特に衝動性の高まりが攻撃的行動や自傷行為としてあらわれることがあるため、抗精神病薬、抗うつ薬、抗てんかん薬などを処方する機会が増える。常に何を治療目標とするかを明確にして薬物治療を始めないと、成人になったときに量や種類が増えてしまうケースが少なくない。

発達障害という非定型発達のライフステージを一段一段進みながら、各段階で様々な問題と出会い、取り組もうとする子どもたちとその家族に対して、医療が果たしうる役割は診断や医学的治療にとどまらず、generalist として、そして包括的な発達支援のチームの一員として医師ならではの助言などが求められており、そうした役割を積極的に果たすことが期待されている。

注) DSM-IV-TR では、「II 軸の疾患に対する治療も I 軸の疾患に対する治療と基本的に異なると意味すると決して考えてはならない」という但し書きがある。

(出典)

神尾陽子:厚生労働省雇用均等・児童家庭局編:「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」,
P46-P48

精神遅滞

<概要>

精神遅滞は英語 mental retardation の訳である。発達期(おおむね 18 歳まで)に発症し、知的機能障害(IQ70 以下)があり、日常生活において年齢から期待される状況に比して何らかの適応に困難がある状態をいう。

<疫学>

①発症率

平均 IQ の標準偏差以下と考えて概算で人口の 1% (~2%) となる。

②性差

軽度精神遅滞では男:女=2:1、重度精神遅滞では男:女=1.5:1

③好発年齢

生来性の場合が多いが、重度精神遅滞では乳児期までに明らかになる。軽度の場合でも 3 歳までには何からの形で明らかになる場合が多い。脳外傷や脳炎髄膜炎など後天性脳障害によるものは年齢を問わず疾患の好発年齢による。

④遺伝性・家族性

家族性の精神遅滞は多因子遺伝の場合が多い。染色体異常症は精神遅滞を起こしやすく、メンデル遺伝による遺伝形式は X 連鎖性、常染色体優性、常染色体劣性いずれも存在する。

<成因>

①出生前に成因があるもの

染色体異常、遺伝子異常、奇形症候群、子宮内発育環境によるもの

②出生後に成因があるもの

周産期脳障害、中枢神経感染症、内分泌代謝疾患、社会的・環境的なものによるもの

③成因が不明のもの

自閉症を含む広汎性発達障害、特発性、家族性

【重症度による成因の違い】

軽度精神遅滞は多因子遺伝が推測される家族性の場合や社会的環境的なものが推測されるが成因の明らかでない場合が半数近くを占め、その他に脳障害、染色体異常、奇形症候群、内分泌代謝疾患などが成因となる。一方重度精神遅滞は染色体異常(ダウン症候群など)遺伝子疾患(脆弱 X 症候群など)、中心神経系奇形、周産期や発達期での脳傷害など成因が明らかなものが多い。

<診断基準(DSM-IV)>

以下の 3 項目を満たすこと

- A. 知的機能障害:知能検査において 70 以下の 1Qo 1 Q の測定が困難な幼児では知的機能が明らかに平均以下である臨床的判断による。
- B. 適応機能の欠落または不全がつぎ、の 2 つ以上の生活面で認、められる。すなわち意思伝達・自己管理・家庭生活・対人技能・地域社会資源の利用・自律性・学習能力・仕事・余暇・健康・安全。
- C. 発症が 18 歳未満。

【重症度の分類】

軽度精神遅滞:IQ55—70

中程度精神遅滞:IQ40—55

重度精神遅滞:IQ 25—40

最重度精神遅滞:IQ<25

＜鑑別診断＞

- 1) 妊娠歴、既往歴、家族歴の聴取:妊娠中の嗜好品(酒など)や薬物(抗てんかん剤など)摂取歴、妊娠中の母親の健康状態・合併症(糖尿病、感染症、発熱など)。家族歴では同胞、両親その他親族の学業成績、職業、可能なら IQ の聴取。親族の流産、不妊、原因不明の乳児死亡の有無などは遺伝的疾患による精神遅滞の可能性を示唆する。
- 2) 理学的所見:頭閣測定とその成長曲線。脳形成異常を示唆する頭部顔面の奇形の有無。大奇形(場合によっては内臓器の超音波検査を行う)、小奇形、皮膚所見(白斑、カフェオレ班、血管腫の有無など)。
- 3) 検査:臨床的に有用と考えられた場合、充分な保護義務者の同意を得た後、以下の検査を施行する。

①染色体検査

一般的な G 染色法などのほかに場合によっては高精度分染法も考慮する。分染法技術の進歩により異常検出率は高くなってきており、過去の染色体検査が正常で、あたり、奇形症候群など染色体異常を示唆する臨床的所見に乏しかったりしても、異常が認められる場合がある。

②染色体モザイク

胎生期に皮膚へ分化するクローンの拡張方向を示す Blaschko 線に沿った皮膚色素異常を呈する精神遅滞の場合などでは、白血球による染色体検査が正常でも、色素異常を示す皮膚の線維芽細胞では異常染色体を示す場合がある。

③FISH(fluorescent in situ hybridization)

いくつかの精神遅滞を示す症候群では FISH によって診断を確定できるものがある。例として、Williams 症候群(7q11.23)、Prader-Willi 症候群(15q11-13)、Angelman 症候群(15q11-13)、22q11.2 欠失症候群(22q11.2)、Smith-Magenis 症候群(17q11.2)、Miller-Dieker 症候群(17q13.3)、Wolf-Hirschhom 症候群(4p16.3)など。また、原因不明の中程度以上の精神遅滞の 7~8% にテ

ロメア領域の異常が FISH 解析などによって示される。

④遺伝子検査

脆弱 X 症候群:典型的な兆候(長い顔・大きな耳・肩平な足、巨大睾丸、手指の過伸展など)がなくても、原因不明の精神遅滞で FMR1 遺伝子の CGC コドンの繰り返し配列の異常増加を認める場合がある。男児に多いが、比較的軽度の女児の精神遅滞にも遺伝子異常を認める場合がある。また家族歴のある女性は保因者である可能性のあることを考慮してカウンセリングを行う。

Rett 症候群:原因不明の中程度以上の精神遅滞女児には Rett 症候群を鑑別するため、MECP2 遺伝子の検索が考慮される。

⑤内分泌代謝検査

内分泌代謝異常を成因とする精神遅滞は 3-7%である。

甲状腺ホルモン検査は新生児期に施行され正常であれば、あらたに施行する必要性に乏しい。

臨床的に代謝疾患を示唆する所見がない場合、原因不明の精神遅滞の検査として代謝スクリーニング検査を施行しても陰性となる場合がほとんどである。代謝スクリーニング検査として血中アミノ酸分析、尿中有機酸分析、ムコ多糖類分析、乳酸、ピルビン酸、尿酸、アンモニア、極長鎖脂肪酸、アシルカルニチン分析などがある。

体重増加不良、失調、小脳症状、網膜色素異常、低緊張、臓器腫大などがみられれば CDG (carbohydrate-deficient glycoprotein)異常症を疑い、antithrombin III 活性、トランスフェリン糖鎖分析を施行する。

鉛中毒は軽度の精神遅滞を来たす。

⑥画像検査

CT よりも MRI を施行することが推奨される。

⑦脳波

てんかんの既往のない精神遅滞には診断的意義はない。

⑧聴力検査

言語遅滞を示す精神遅滞の評価としてまず施行されるべき検査である。

⑨視覚検査

斜視、近視、白内障など眼科的所見のある場合に施行すべき検査である。

<よくみられる合併症・併存症>

- 1) 社会的・対人関係の障害を認める。
- 2) 行動異常:多動、寡動、攻撃的行為、自傷行為、異食症、反すう異常、常同運動。
- 3) 精神異常:抑うつ状態を伴い、睡眠障害、食欲異常となる。
- 4) てんかん:約 20%に認められる。

<経過>

成因によるが、乳児期では健診で運動発達の遅れを指摘されていることが多い。幼児期となると言葉の遅れが明らかとなる。学童期となり、学習上の困難さで判明する場合もある。学校生活での適応障害から不登校となることが少なくない。中程度以上の精神遅滞では半介助ないし全介助が必要である。軽度精神遅滞では訓練により自立生活ができる場合もある。

<治療、介入>

- 1) 成因に対する治療
- 2) 合併症に対する治療
- 3) 教育: 1歳までは主に家庭内での両親からの遊びを通じでの教育が中心となる。2歳以上となれば障害児集団療育のための通園施設に参加し、可能であれば保育所に通所することにより社会的適応性を早期から訓練することが望ましい。就学期では普通学級、特殊学級、そして特別支援学校の選択があるが、本人、両親そして指導する側で充分議論した上で、その程度に合わせた選択をすべきである。

(出典)

山内秀雄:厚生労働省雇用均等・児童家庭局:「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」,
P48-P50

広汎性発達障害

＜概要＞

社会的相互交渉の質的異常、コミュニケーションの質的異常、および興味の限局と反復的行動のパターンを特徴とする発達障害群。DSM-IV(1994)では、最も典型的な「自閉性障害」、言語発達の良好な「アスペルガー障害」、女児にみられる「レット障害」、特徴的な経過の「小児期崩壊性障害」、および「特定不能の広汎性発達障害(非定型自閉症を含む)」の下位分類が設定されている。必ずしも広汎な領域に発達の異常がみられるとは限らないことから、「広汎性」の呼称は適切ではないとの批判がある。また、現行の下位分類設定はその妥当性に十分な根拠がないとの指摘がある。これらの理由により、最近ではこの障害群を総称して「自閉症スペクトラム障害」と呼ぶ研究者が増えている。

＜疫学＞

- 1) 発生率:自閉性障害が0.3~0.5%、広汎性発達障害全体で1%以上。
- 2) 性比:男:女=2~3:1、レット障害は女児のみ
- 3) 好発年齢:発達の異常に気づかれるのは乳幼児期
- 4) 遺伝性:なんらかの遺伝因子の関与が推定される

＜成因＞

レット障害がメチル化 CpG 結合蛋白 2 遺伝子(MeCP2)の変異に起因することが近年報告された。他の下位分類の成因については不明であるが、不適切な養育などによる心因ではなくなんらかの脳機能障害が根底にあると考えられている。

＜診断基準(DSM-IV)＞

1) 自閉性障害

A. (1)、(2)、(3)から合計6つ以上、うち(1)から2つ、(2)と(3)から1つずつ以上を含む

- (1) 社会的相互交渉の質的異常
 - (a) 社会的相互交渉を調節する非言語的行動の異常
 - (b) 発達水準相応の仲間関係を形成できない
 - (c) 楽しみ、興味、達成感を他者と分かち合おうとする行動の欠如
 - (d) 社会的、情緒的相互性の欠如
- (2)コミュニケーションの質的異常
 - (a) 話し言葉の発達が遅れるか欠如し、身振りなど他の手段で補おうともしない
 - (b) 言葉を話せても、会話を開始し維持できない
 - (c) 言葉使いが常同的で反復的、または独特である
 - (d) 発達水準相応の変化に富み自発的なごっこ遊びや社会的な模倣遊びの欠如

- (3) 限定され反復的で常同的な行動、興味、活動のパターン
- (a) 常間的で、限られたパターンの興味に極度に没頭する
 - (b) 特定の機能的でない決まりごとや儀式にかたくなにこだわる
 - (c) 常同的で反復的な銘奇的運動
 - (d) 物の一部分に持続的に没頭する
- B. 3歳前から、社会的相互交渉、コミュニケーション、象徴あそび・想像的あそびのいずれかに発達の異常がある
- C. レット障害または小児期崩壊性障害ではうまく説明されない

2) アスペルガー障害

- A. 社会的相互交渉の質的異常
 - 自閉性障害の A(1)の(a)～(d)と同じ 4 項目中 2 つ以上
- B. 行動、興味および活動の、限定的、反復的、常間的な様式
 - 自閉性障害の A(3)の(a)～(d)と同じ 4 項目中 1 つ以上
- C. 社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の臨床的に著しい障害を引き起こしている
- D. 臨床的に著しい言語の遅れがない(例: 2 歳までに単語を用い、3 歳までにコミュニケーション的な句を用いる)
- E. 認知の発達、年齢に相応した自己管理能力、(社会的相互交渉以外の)適応行動、および小児期における環境への好奇心について臨床的に明らかな遅れがない
- F. 他の特定の広汎性発達障害または統合失調症の基準を満たさない

3) レット障害

- A. 以下のすべて
 - (1) 明らかに正常な胎生期および周産期の発達
 - (2) 明らかに正常な生後 5 カ月間の精神運動発達
 - (3) 出生時の正常な頭囲
- B. 正常な発達の期間の後に、以下のすべてが発症する
 - (1) 生後 5～48 カ月の間の頭部の成長の減速
 - (2) 生後 5～30 カ月の間に、それまでに獲得した合目的的な手の技能を喪失し、その後常同的な手の動きが発現する
 - (3) 経過の早期に社会的関与の消失(社会的相互交渉は後に発達することがしばしばある)
 - (4) 歩行と体幹の動きの協調不良
 - (5) 重症の精神運動制止を伴う重篤な表出性および受容性の言語発達障害

4) 小児期崩壊性障害

- A. 生後少なくとも 2 年間は正常に発達する
- B. 以下の少なくとも 2 つの領域における、以前(10 歳以前)獲得された技能の臨床的に著しい喪失
 - (1) 表出性または受容性言語
 - (2) 対人的技能または適応行動
 - (3) 排便または排尿の機能
 - (4) 遊び
 - (5) 運動能力
- C. 以下の少なくとも 2 つの領域における機能の異常
 - (1) 社会的相互交渉の質的異常
 - (2) コミュニケーションの質的異常
 - (3) 運動性の常同症や街奇症を含む、限定的、反復的、常同的な行動、興味、活動のパターン
- D. 他の特定の広汎性発達障害または統合失調症ではうまく説明されない

5) 特定不能の広汎性発達障害(非定型自閉症を含む)

社会的相互交渉の発達の異常コミュニケーションの異常、常同的な行動、興味、活動のパターンが存在するが、特定の広汎性発達障害、統合失調症、分裂病型人格障害、回避性人格障害の基準を満たさない

<鑑別診断>

1)選択性繊默

選択性繊默では、社会的状況によっては適切なコミュニケーション能力を示すことができる。広汎性発達障害におけるコミュニケーションは社会的状況によらずあらゆる場面で異常である。

2) 注意欠陥/多動性障害

注意欠陥/多動性障害では不注意多動衝動性が持続性にみとめられる。実際の臨床においては広汎性発達障害と注意欠陥/多動性障害の両者の特徴がみとめられる場合が少なくない。

3) 統合失調症

小児期発症の統合失調症では、数年間の正常な発達を遂げた後に幻覚、妄想、解体した思考などの特徴的な状態を発症する。ただし、広汎性発達障害に統合失調症を併記してもよい。

4) 発達性言語障害

表出性言語障害および受容一表出混合性言語障害では、言語の障害はあるものの社会的相互交渉および常同的な行動、興味、活動のパターンがみられない。

＜よくみられる合併症・併存症＞

1) 知的障害

標準化された知能検査では、広汎性発達障害全体の半数弱において遅滞が認められる。

2) てんかん

自閉性障害では、約 3 分の 1 の症例において成人するまでにてんかん発作が認められる。知的障害を伴う症例に多い。

＜経過＞

1) 乳幼児期

3 歳より前の状態については、研究者が直接確かめることのできる情報が限られている。近年のホームビデオを用いた研究では、乳児期より呼名への反応などの社会的相互交渉が出現しにくいとの報告が多いが、それが広汎性発達障害に特異的な所見であるとは証明されていない。1 歳半頃になると、他者と関心ごとを共有しようとする前言語的コミュニケーションである「合同注意」の欠如などによって早期発見が可能であることが示唆されている。2 歳代までは限定され反復的で常規的な行動、興味、活動のパターンが十分には出現しないため、広汎性発達障害に特徴的な行動所見がすべて揃うのは 3 歳前後であることが多い。いったんは順調に獲得した発話などの機能が 1 歳代後半に消失する現象（「折れ線現象」「セットパック」「逆行」などと呼ばれる）が、約 2 割の症例にみられる。

基本症状（社会的相互交渉の質的異常、コミュニケーションの質的異常、限定され反復的で常規的な行動、興味、活動のパターン）が最も顕著となるのは 4 歳～6 歳頃である。

2) 学童期

基本症状は、青年期～成人期に至るまでなんらかの形で持続する。しかし、適切な治療的介入を受ければ学童期にある程度改善することは可能である。一方、知的障害の程度は幼児期後期以降には変動のない場合が多い。知的な遅れのない症例では、微妙なニュアンスを含むコミュニケーションや通常は暗黙裡に獲得する社会的ノレールをうまく獲得できいため、学童期以降にむしろ社会的行動における奇妙さが顕著となる場合がある。

3) 青年期以降

知的障害を伴う例では福祉的支援を生涯にわたって受け続けることが多く、職業をもち自立した生活が可能となる例は少ない。しかし、本人の特性（とくに限定され反復的な行動や興味のパターン）を日課、作業、余暇活動においてうまく活用することにより、福祉的支援を受けながらも安定した生活を送る例が増加している。知的な遅れのない場合、かつては予後良好と考えられていたが近年では青年期以降にいじめの対象となる例や反社会的行動を示す例などが報告さ

れ、必ずしも予後良好とは限らない。

<治療・介入>

1) 教育的アプローチ

原因と脳機能障害のメカニズムが解明されていない現在、最も確実な治療法とされる。わが国では、医療や福祉の領域では「療育(治療教育)」、学校教育の領域では「特別支援教育(特殊教育)」と呼ばれる。

2) 早期介入

早期発見技術が近年向上し、世界各地で早期介入が試みられている。臨床の現場では早期介入により転帰が改善するとの感触が得られており、今後は科学的エビデンスの蓄積が求められる。

3) 薬物療法

広汎性発達障害特有の社会的相互交渉の異常、コミュニケーションの異常、固執などの基本症状が改善する薬は、今のところない。しかし、併発しやすい症状(パニック、興奮、不眠)などに対しては、抗精神病薬や抗不安薬、睡眠導入薬が補助的に用いられる。

(出典)

本田秀夫:厚生労働省雇用均等・児童家庭局:「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」,
P51-P54

注意欠如／多動性障害（ADHD）

＜概要＞

これまで、微細脳機能障害(Minimal Brain Dysfunction; MBD)の一部として知られてきた障害である。MBD の子どもたちの中には、ADHD も含まれていたと考えられるが、他にも、学習障害や高機能広汎性発達障害(知的障害を伴わない自閉症)の子どもたちも含まれていたことが容易に想像される。これからは DSM-IV-TR などの診断基準を基本として、客観的に診断していくことが大切である。

ADHD といえばすぐに多動と結びつけてしまいがちだが、後述する DSM-IV-TR の診断基準によると、不注意が中心のタイプと多動性衝動性が中心のタイプ、さらにこれらを混合するタイプに分けられている。不注意タイプの子どもは見過ごされていることが多いので注意が必要である。

一方、多動に関しては、就学前の児童においては、生理的範囲での多動と見分けがつきにくいことが多く、判断する際に注意が必要であり、典型的な症例を除くと、多くの場合は小学校入学後に診断されることが多い。

＜疫学＞

全体では 3~5% の有病率で、男女比は 4~7 対 1 程度で男性に多く、世界中のさまざまな地域および人種においても、大きな差はないといわれている。一方、上記の型別では、多動性衝動性優勢型で男女比は 10 対 1 と、男性優位であるのに対して、不注意優勢型では男女比は 1 対 1 と考えられるので、不注意優勢型の女性の存在を見逃さないように。

＜成因＞

前頭前野における神経伝達物質としてのドパミンが、年齢にあった働きをしていないためではないかと推定されています。確定はされていませんが、シナプスにおけるドパミントランスポーターの機能亢進のため、ドパミンの作用が低下することが原因と考えられている。

一般に考えられてきたような、親のしつけの悪さや本人のわがままが原因ではないことは強調すべきである。

＜診断基準(表参照)＞

診断基準として、不注意および多動性衝動性に関するそれぞれ 9 項目のうち、6 項目以上で、チェックがつくと ADHD を疑う。しかしながら、外来診療では、4 項目以上チェックがついた場合に ADHD を疑い、保護者から家庭や学校での様子を詳しく聞くようにしている。さらに、C の除外項目にもあるように、保護者だけの結果から診断することはせず、必ず学校の担当教員にもアンケートに記入してもらい、両者の意見が合致した場合に ADHD の診断を進めていくことである。ただし、不注意優勢型の場合、集団では気づきにくく担任が見過ごすことも多いため、この限りではない。

除外項目 E を見ると、広汎性発達障害があれば ADHD の診断はできない。しかしながら、知的

障害を伴わない高機能広汎性発達障害の場合は、実際に合併している子どもたちをよく経験するので、両者の診断を同時に下している専門家も多い。

<鑑別診断>

難聴、知的障害、アトピー性皮膚炎、自閉症(広汎性発達障害)、被虐待児では、ADHD 類似の多動症状を示す。

<よくみられる併存症ならびに二次障害>

併存症として、学習障害、高機能広汎性発達障害、トウレット障害、発達性協調運動障害、軽度知的障害などがある。それぞれの項を参照のこと。

指導が適切に行われなかつた結果としての二次障害がある。それらには、反抗挑戦性障害、行為障害、自尊感情の低下、学業成績低下などがある。二次障害に関しては、適切な指導で軽減する可能性のあるものは、教育・医療・福祉・保健が連携して協力する必要がある。

<経過>

就学後に多動症状に気づかれやすくなる。多動に関しては、学年が上がるにつれて次第に減少していくのが一般的で、成人で目立つほどの多動で困る人はほとんどいない。

不注意に関しては、成人期まで続くことも多く、思春期あたりに、薬物治療の中止を考慮する場合、不注意症状がどれくらい残存しているのかを確認することが求められる。

<治療・介入>

指導の中心は、子どもが自信を持てるように支えることで、そのためにはほめる回数をできるだけ増やすことである。その際、できた結果をほめるよりも、努力した過程をほめることが大切。そして叱るときには、「どうしてこんなことをしてしまうの、ダメな子ね」と、人格を否定するのではなく、「あなたのことは大好きだけど、この行動は嫌いです」と、行動を否定する叱り方を心がけることである。

基本的な治療には、薬物治療と非薬物治療がある。薬物治療はあくまでも補助であり、非薬物治療(言いかえれば、家庭や学校での指導)が中心的な治療になる。

薬物治療として、中枢神経刺激剤であるメチルフェニデート徐放錠(商品名:コンサーta、1錠 18mg、27mg)が使用されている。ADHD の子どもの 7~8割で効果が認められ、非薬物療法だけでは十分な効果が得られない場合には、試す価値がある。ただし、講習を受けて登録された医師のみが処方できる体制となっているので、使用を希望する医師は登録する必要があるし、そうでない場合は登録医師に治療を依頼することになる。効果には個人差がある。学齢期には、朝 1 回 18mg 錠 1錠から開始し、副作用がないことを確かめながら、必要に応じて、27mg 1錠、18mg 2錠と增量する。徐放錠のため、朝 1 回の服用でよいが、錠剤のため服用可能な年齢が制限される。2008 年 1 月より徐放錠ではないメチルフェニデートはナルコレプシーのみ適応となり、許可された

医師のみしか処方が許されないため散剤の使用はできない。副作用は、食欲不振、曜気、腹痛などの消化器症状が約 1 割で認められ、チック症状が誘発されることもある。長期使用による成長障害の報告もある。メチルフェニデート以外には、クロニジン、ベモリンなどが使用されることも稀にある。

非薬物療法には、行動療法と環境調整法がある。行動療法には、トーケンエコノミー法(良い行いができたときに点数をもらい、悪い行いでは点数が取り上げられるというもので、最終的に獲得した点数をご褒美と交換できる)やタイムアウト法(はじめに決めておいた行動が規定回数守られない時に、タイムアウトが宣告され、退屈な場所で一定時間過ごす罰則のこと)がある。またアメリカで開発されたペアレントトレーニング(ADHD の子どもを持つ親に指導方法を訓練すること)もある。これら行動療法の最終目的の一つは、ほめられる回数を増やして、子どもたちの自尊感情(自分に自信もつ、あるいは自分を大切に思う心)を高めることである。環境調整法とは、基本的に気が散りやすい子どもたちですので、学業など集中が必要な状況では、周囲にはできるだけ気が散るものをおかないように心がけることを指す。

【DSM-IV-TR の診断基準】

A. 1)か 2)のどちらか:

- 1) 以下の不注意の症状のうち 6 つ(またはそれ以上)が少なくとも 6 か月以上続いたことがあり、その程度は不適応で、発達の水準に相応しないもの:

不注意

- a) 学業、仕事、またはその活動において、しばしば綿密に注意することが、できない、または不注意な過ちをおくす。
- b) 課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である。
- c) 直接話しかけられたときにしばしば聞いていないように見える。
- d) しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での義務をやり遂げることができない(反抗的な行動または指示を理解できないためではなく)
- e) 課題や活動を順序立てることがしばしば医難である。
- f) (学業や宿題のような)精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う。
- g) (例えば、おもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、道具など)課題や活動に必要なものをしばしばなくす。
- h) しばしば外からの刺激によって容易に注意をそらされる。
- i) しばしば毎日の活動を忘れてしまう。

- 2) 以下の多動性一衝動性の症状のうち 6 つ(またはそれ以上)が少なくとも 6 か月以上持続したことがあり、その程度は不適応で、発達水準に達しない:

多動性

- a) しばしば手足をそわそわと動かし、またはいすの上でもじもじする。

- b) しばしば教室や、そのほかの、座っていることを要求される状況で席を離れる。
- c) しばしば不適切な状況で、よけいに走り回ったり高いところへ上ったりする(青年または成人では落ち着かない感じの自覚のみに限られるかもしれない)
- d) しばしば静かに遊んだり余暇活動につくことができない。
- e) しばしば“じっとしていない”またはまるで“エンジンで動かされるように”行動する。
- f) しばしばしゃべりすぎる。

衝動性

- g) しばしば質問が終わる前にだし抜けに答えてしまう。
 - h) しばしば順番を待つことが困難である。
 - i) しばしば他人を妨害し、邪魔する(例えば、会話やゲームに干渉する)。
- B. 多動性—衝動性または不注意の症状のいくつかが 7 歳未満に存在し、障害を引き起こしている。
- C. これらの症状による障害が 2 つ以上の状況において(例えば、学校【または仕事】と家庭)が存在する。
- D. 社会的、学業的または職業的機能において、臨床的に著しい障害が存在するという明確な証拠が存在しなければならない。
- E. その症状は広汎性発達障害、精神分裂病、またはその他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではなく、他の精神疾患(たとえば、気分障害、不安障害、解離性障害、または人格障害)ではうまく説明されない。

(出典)

小野次郎：厚生労働省雇用均等・児童家庭局：「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」，P57-P60

学習障害（LD）

＜概要＞

学習障害としては、医学的に明確な定義がない。疾患単位として読字障害(発達性読み書き障害)、算数障害があげられる。教育学的に学習障害は、全般的な知的発達に遅れがないものの、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を指し(文部科学省の定義)、中枢神経系の何らかの機能障害が推定され、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的な要因が直接の原因となるものではない。また、学習意欲が充分あることが前提であるが、不成功体験が多くなると二次的に意欲低下を来すこともある。

＜疫学＞

文部科学省の全国小中学校調査により、通常学級で読字、書字、計算の困難のため支援を要する児童・生徒は 4.開存在するとされる。医学的な学習障害の有病率は分かっていないが、サブタイプでは読字障害(発達性読み書き障害)がもっとも多い。

＜成因＞

明らかな原因は分かっていない。海外では読字障害の家系例が報告されており、遺伝的要因が疑われる。

＜診断基準(DSM-IV-TR, 2000 年)＞

【読字障害】

- A. 読みの正確さと理解力についての個別施行による標準化検査で測定された読みの到達度が、その人の生活年齢、測定された知能、年齢相応の教育の程度に応じて期待されるものより十分に低い。
- B. 基準 A の障害が読字能力を必要とする学業成績や日常の活動を著明に妨害している。
- C. 感覚器の欠陥が存在する場合、読みの困難は通常それに伴うものより過剰である。

【算数障害】

- A. 個別施行による標準化検査で測定された算数の能力が、その人の生活年齢、測定された知能、年齢に相応の教育の程度に応じて期待されるものよりも十分に低い。
- B. 基準 A の障害が算数能力を必要とする学業成績や日常の活動を著明に妨害している。
- C. 感覚器の欠陥が存在する場合、算数能力の困難は通常それに伴うものより過剰である。

読み書き能力や計算力について 2 学年以上の遅滞であること、全般的な知能検査で IQ70 以上(正常範囲)であることを確認する。標準学力検査を行い、読み書きについては、文字別(ひらがな、カタカナ、漢字)の 1 文字や単語の音読、書取りの検査を行い、それぞれ到達度や誤りを評価する。

医学的検査では、末梢視・聴覚機能、脳波検査、画像検査(頭部 MRI)を行う。心理検査では、ウェクスラー系知能検査、K-ABC、ITPA、Rey の複雑図形、Rey の AVLT、Frostig 視知覚発達検査、標準失語症検査や音韻操作課題等が有用。

<鑑別診断>

知的障害(精神遅滞)に伴う学習困難や学習不振。緩徐進行性の大脳変性疾患や代謝異常症(副腎白質ジストロフィ、Niemann-Pick 病など)。

<合併症・併存症>

注意欠如/多動性障害を伴うことがある。また、特異的言語障害、発達性協調運動障害の児童に学習障害を生じることもある。

<経過>

自然に軽快することではなく、何らかの介入が必要。読み書き障害(発達性読み書き障害)の機能的障害部位は個人差が大きい。本人にもっとも適した指導法を開発していく必要がある。

<治療・介入>

学校での具体的支援と言語学的なアプローチが重要。その際、各個人の認知機能すなわち、視覚認知機能、聴覚認知機能や音韻操作機能等の特徴を把握する必要がある。読み書き障害や計算障害に対する医学的介入法はまだ確立していない。併存する注意欠陥/多動性障害、とくに不注意優勢型に対して中枢刺激薬(メチルフェニデート)を使用すると、読み字・書字(とくに後者)の改善が得られる場合がある。学習障害児は、心身症や不登校などの適応障害をきたす場合がある。学校(担任教諭、校長、特別支援教育コーディネーター等)と連携をとりながら、予防・対処していくことも必要。

(出典)

稻垣真澄:厚生労働省雇用均等・児童家庭局:「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」, P56-P57

発達性協調運動障害

発達性協調運動障害(Developmental Coordination Disorder; DCD; DSM-IV-TR)とは、運動機能が他の発達領域に比べて特異的に障害されており、それが脳性麻痺など明らかな神経学的異常や全般的な発達の遅れによる二次的なものとはいえないものを指す。

日常生活の中でわれわれは、意識的／無意識的を問わず常に身体のどこかを動かし、あるいは動きを止めている。体幹、頭部、四肢、手指それぞれの筋群が協調して、目的のある運動を生起させる。知能などと同様、こうした協調運動も子どもの成長とともににより精緻なものへと発達していく。ところが DCD の子どもたちは、個々の筋の動きに麻痺などの神経学的異常がないにもかかわらず、協調運動がうまくいかない。協調運動には、歩く、走る、姿勢を変えるなどの粗大運動と、スプーンでくつって食べる、ボタンをはめる、鉛筆で字を書くなどの微細運動がある。DCD では、これらが全体的にうまく発達しない場合もあれば、一部のみ障害され、他は問題ない場合もある。いずれにせよ、協調運動がうまく行えないために日常生活や学業に著しく支障をきたす場合に DCD と診断される。

1 診断

粗大あるいは微細な運動の協調が、その人の知能から期待される水準よりも遅れているか稚拙である場合に診断される。DCD と診断するためには、一般身体疾患、特に脳性麻痺や筋ジストロフィーなどの神経疾患や筋疾患を除外する必要がある。逆に DCD と併存しやすいものとして、学習障害、ADHD、表出性言語障害、構音障害、吃音、チックなどがある。

2 臨床的意義

協調運動がうまくできないという主訴だけで精神科の外来を訪れる子どもは、ほとんどいない。通常は、運動以外の主訴で精神科外来を受診したケースで、運動の評価を要すると判断されたときに、はじめて DCD が検討されることになる。たとえば、書字が苦手という主訴で受診した子どもでは、精神遅滞や学習障害(書字表出障害)の他に、DCD のために字がうまく書けないという可能性も検討する必要がある。また、学習障害や ADHD の子どもでは、DCD を併存する例が少なくない。さらに、診断基準には含められていないものの、アスペルガー症候群の人たちの中には協調運動が苦手である人が多いことも知られている。

DCD の子どもたちは、日常生活のあらゆる活動場面において他児に遅れをとり、あるいは上手に活動を遂行することができず、達成感を得にくく自信を失いやすい。したがって、DCD の子どもたちへの対応ではきわめて精神医学的な配慮が求められる。学習障害やアスペルガー症候群など他の発達障害と DCD が併存する場合はさらに一層の配慮が必要である。

3 評価

発達に凸凹のある発達障害全般にいえることであるが、個々のケースについて得意なスキル、

平均的なスキル、苦手なスキルを特定することが、治療／支援の第一歩である。とはいえる、DCDに照準を合わせた標準化された評価尺度は今のところ開発されていない。そこで、言語、構音、知覚機能、認知機能、神経学的評価などとの対比による協調運動の評価と、さまざまな協調運動間の乖離の有無に関する評価を行う。単に診察室や検査室で標準化された検査を行うだけではなく、その人の現在の生活、および将来の生活をイメージしながら、協調運動の異常が学業や日常生活にどの程度の支障を及ぼすのか、総合的に評価を進めていく必要がある。

DCD を含む発達障害の評価で比較的よく用いられる心理検査としては、田中ビネーやウェクスラー式(WISC-IV、WAIS-III)などの知能検査、ITPA、K-ABC、DN-CAS、ベンダー・ゲシュタルト検査、人物画検査などがある。これらの検査では、副次的なながら手指操作の評価も可能である。運動機能そのものは、実際に粗大運動(歩行、自転車乗り、ボール投げなど)や微細運動(ボタンはめ、紐結び、書字など)を子どもに行わせて評価する。DCD の子どもでは、神経学的微徴候をしばしば認める。これは、片足立ちがうまくできない、顔を固定した状態で動く物の追視ができないなど、神経系の機能分化の発達の未熟さを示唆するものと考えられる。

4 治療／支援

1) スキル獲得の促進

評価によって苦手な領域が特定されたら、そのスキル獲得についてどのような方針をとるのかを検討する。苦手な協調運動の練習を行う場合、できる限りスマート・ステップで、本人と親が焦らずに取り組めるよう配慮する。少しの努力で達成できる短期目標をこまめに設定し、目標達成時に達成感が得られることと次のステップへ進む意欲が保持できるよう配慮する。

DCD の多くのケースでは、苦手な協調運動の困難さが成人期までを通じて一貫して持続する。したがって、集中的な訓練を過度に行なうことは、かえって本人の苦手意識を増大させ、生活全般に関する意欲と自信の低下の要因となってしまう可能性が高まる。苦手な領域に対しては、むしろ本人の得意なスキルやそれほど苦手としないスキルを活用して苦手さを補完するやり方を身につける、という支援方略の方が実用的である。幼児期のうちは、本人が苦手さをあまり感じることなく自発的に生活動作を繰り返すことができるよう、他児とスピードを競わせる場面を極力少なくし、用いる道具を工夫する。たとえば食事の場面では、スプーンのグリップが太くてすべりにくいものを用いる、平皿ではなく縁のついた皿を用いて掬いやすくする、などの工夫が可能である。教科学習の場面では、筆圧が弱く細かい字が書けない子どもの場合には太くて濃い鉛筆と罫線の間隔の広いノートを用いるなどの工夫ができる。重要なことは、成人期までの支援のプロセスにおいて、いずれは自分でこのような工夫を行えるようにしていくことである。

2) 本人への心理・社会的支援

協調運動が苦手な子どもの多くは、生活の中で他児より動作が遅い、不器用などの理由で他児と対等な関係で遊べないなどの支障が生じる。そのような状況を放置していると、遊びを通して得る同世代の子ども同士の体験の共有の輪に入れず、徐々に孤立感、疎外感を増幅させて

しまう。したがって、ことは運動だけに済まされない。さまざまな社会場面で自信が持てず、全般的な社会参加への意欲の低下を招いてしまう。このような状況に陥ることを回避するためには、本人のできていることを認め、讃めるという接し方を日頃から心がけておく。

3) 親への心理教育

子どもの人格形成に最も大きな影響を及ぼすのは親である。その親が自分の子どものことをどのように感じているのかは、子どもの自尊感情の形成を大きく左右する。DCD のように発達に部分的に苦手などころがある子どもに対して、親は、集中的な訓練によって苦手などころを克服させて、バランスの良く育てたいと考えるものである。しかし、そのような考えが過剰となり、焦りを生むことによって親の視野が狭くなり、子どもの苦手克服を生活の中で最優先してしまうと、子どもは自信を持てない。親が過剰な期待をかけたり負担の強すぎる課題を設定したりすることを防ぐためには、親が子どもの特徴についてだけでなく、将来の見通しや目標の立て方についても知っておく必要がある。同時に、これらの知識を身に着けるプロセスで必ず生じる親の心理的葛藤に対するカウンセリングを行うことがきわめて重要である。

4) 多領域チーム・アプローチ

DCD の子どもたちに対しては、感覚統合の知識と技術をもつ作業療法士(OT)が関わることが多い。さまざまな日常生活動作の中で、得意あるいは平均的な運動能力の部分を最大限に活用し、苦手な運動は道具の工夫等で補っていく。その中で、少しずつ苦手な運動の上達を図っていく。精神科を訪れる DCD のケースの大半は他の発達障害も有しているため、OT 以外にも臨床心理士、言語聴覚士、ソーシャルワーカーなどの職種が関わることになる。精神科医は、診断と評価の結果をもとに総合的な治療／支援プランを立て、関わる職種と役割分担についての大まかな方針を立てる必要がある。

(参考文献)

本田秀夫：運動機能の特異的発達障害、発達性強調運動障害。山崎晃資、牛島定信、栗田広、青木省三：「現代児童青年精神医学改訂第 2 版」、永井書店、pp.113-117、2012。

コミュニケーション障害

＜概要＞

小児における特異的言語障害は、特異的言語発達遅滞と言い換えることもでき、表出性言語遅滞と受容性言語遅滞に大別する。

＜疫学＞

言語遅滞は以前より、学童の 3~5%にみられるとされてきたが、特異的言語障害の有病率は分かっていない。男児に比較的多い。第 2 子に多いことも指摘される。

＜成因＞

あきらかな原因は不明。表出性言語遅滞は男児に多い点から、言語発達の性差や遺伝的な要因が示唆される。

＜診断基準(DSM-IV-TR, 2000 年)＞

【表出性言語障害】

- A. 表出性言語発達についての個別施行による標準化された検査で得られた得点が、非言語的知的能力および受容性言語の発達の得点に比して十分に低い。この障害は、著しく限定された語彙、時制の誤りをおかすこと、または単語を思い出すことや発達的に適切な長さと複雑さを持つ文章を作ることの困難などの症状により臨床的に明らかになるかもしれない。
- B. 表出性言語の障害が、学業的または職業的成績、または対人的コミュニケーションを妨害している。
- C. 受容ー表出混合性言語障害または広汎性発達障害の基準を満たさない。
- D. 精神遅滞、言語ー運動または感覚器の欠陥、または環境的不備が存在する場合、言語の困難は通常それに伴うものより過剰である。

【受容ー表出混合性言語障害】

- A. 受容性および表出性言語発達についての、個別施行による標準化された検査で得られた得点が、非言語性知的能力の標準化法で得られたものに比して十分に低い。症状は、表出性言語障害の症状および単語、文章、特定の型の単語、例えば、空間に関する用語の理解の困難を含む。
- B. 受容性および表出性言語の障害が、学業的または職業的成績、または対人的コミュニケーションを著しく妨害している。
- C. 広汎性発達障害の基準を満たさない。
- D. 精神遅滞や言語ー運動または感覚器の欠陥、または環境的不備が存在する場合、言語の困難がこれらの問題に通常伴うより過剰である。

基本症状：非言語的な知的発達は正常であるが言葉の表出の遅れ、すなわち 2 歳過ぎでも有音語のないもの、3 歳時点で 2 語文のないものは言語遅滞と考える。表出性言語遅滞では言葉の理解は良好である。2 歳までに簡単な指示に従えないときに受容性言語遅滞と考える。3 歳以上の児童における言葉の理解力は、絵画語い発達検査法(PVT)や ITPA 言語学習能力診断検査の聴覚言語項目(ことばの理解、類推、表現)で測ることができる。なお、DSM-IV-TR で受容性言語遅滞は受容－表出混合性言語障害と表されており、言語の意味理解の悪いもの、言語音や環境音の認知の悪いものに分けられる。

<鑑別診断>

難聴、知的障害や広汎性発達障害(自閉症)による言語遅滞。環境要因による言語遅滞。

<合併症・併存症>

幼児期には言語発達遅滞のみであっても、年長になり学習障害、注意欠陥/多動性障害を伴う場合がある。

<経過>

表出性言語遅滞は比較的予後良好であるが、受容性言語遅滞は言語理解の発達について就学後まで経過を追う必要がある。知能検査が必要となる場合もある。学習面での適応状態や友だち関係が保てるか、遊びのルールや状況の理解に困難さがないか尋ねる。学童期以降、学習障害、高機能広汎性発達障害、注意欠陥/多動性障害の要素がみられないか、注目する。

<治療・介入>

個別的な言語訓練を行い、言語理解と表出の発達を確認していく。定期的な診察を行い、社会性や対人関係の問題がないか、集団での適応障害をきたしていないかどうかを評価する。

(出典)

稻垣真澄：厚生労働省雇用均等・児童家庭局：「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」，P54-P56

発達障害を伴うことの多い身体疾患

精神疾患は、中枢神経の器質的、機能的障害によって生じ、原因疾患としては、胎生期、周産期、出生後のさまざまな身体疾患が原因となる。この項目では、精神障害を引き起こす身体疾患を挙げ、鑑別のための検査を記述する。精神症状から身体疾患を診断することは、特異的治療法が存在すること、遺伝カウンセリングの実施が可能になることなどの利点がある。

＜精神症状を引き起こす代表的な身体疾患＞

先天性代謝異常症、染色体異常、奇型症候群、脳形成異常、胎内環境の影響、脳内循環障害、頭部外傷、内分泌疾患、炎症性疾患、脱髓疾患、脳腫瘍、てんかん、自己免疫疾患、血液疾患、眼・耳鼻咽喉疾患、社会的要因などが挙げられる(表)。精神遅滞を引き起こす疾患を中心に挙げているが、自閉症様の症状、注意障害、衝動性、学習障害、転換性症状を呈し診断上気をつけなければならない身体疾患に各タルビを付している。各症例により障害部位、重症度は異なるため、あくまで参考として記述している。

＜診断のための臨床検査＞

先天代謝異常症であるアミノ酸代謝異常症は血(尿)中アミノ酸分析、ミトコンドリア病は血(髄液)中乳酸・ピルビン酸の測定、有機酸代謝異常症はガスクロマトグラフ質量分析計を用いた尿有機酸分析をまず行う。性格変化、学業低下、視・聴覚障害で発症する副腎白質ジストロフィーは血中極長鎖脂肪酸分析で診断され、女性保因者の約 80%が同定される。MRI で中枢神経系の脱髓が左右対称性に後頭・頭頂葉に認められることが多いが、前頭葉から始まる場合は ADHD と間違われることがある。脳神経型 Wilson 病では錐体外路症状のほかに易刺激性、情緒不安定などの精神症状を認めるが、血清セルロプラスミン、血清(尿)銅の測定を行う。学童期発症の Niemann-Pick 病 C 型では学業成績の低下、問題行動を認めるが、骨髄穿刺により泡沫細胞の検索をまず行う。

染色体異常のうち Williams 症候群は、注意障害、多動、特異な視空間認知障害を認め、FISH で 96%に 7q11.23 領域の欠失を証明できる。自閉症様の症状を呈する脆弱 X 症候群は G-band による脆弱 X 染色体の検出を試みる。精神遅滞、難治てんかん、多動を呈する Angelman 症候群は FISH で約 70%に 15q11-13 領域に欠失が存在する。

奇型症候群では、さまざまな原因遺伝子のクローニング、や連鎖解析がなされているが作用は不明のことが多く、診断は症候論的に進める。他の染色体異常を除外するために通常の染色体分析を行う。

脳形成異常は、非侵襲的脳画像の進歩で診断が飛躍的に向上したが、とくに MRI が検出に優れており難治てんかんや片麻痺の責任病巣の同定に臨床応用されている。しかし、学習障害とくに dyslexia で認められている左大脳半球のきわめて限局した皮質形成異常は MRI でも描出は困難である。心の理論や動機に関わりのある帯状回は、脳梁欠損症で構造異常が存在することが

多いため MRI で確認する。

胎内感染による脳障害として、TORCH(toxoplasma, others, rubella, cytomegalovirus, herpes simplex virus)が知られている。遅発性の症状として精神・行動障害が後年明らかになる場合がある。神経画像では脳形成障害、頭蓋内石灰化、脳室拡大、透光体・眼底検査、血清学的抗体検査を行う。

緩徐に頭蓋内圧が進行した学童期の水頭症では、行動異常、学力低下をきたすこともある。虚血発症によるけいれん、急性片麻痺、高次脳機能障害を認めるもやもや病や脳動静脈奇形は、MRI、MR angiography が適応となる。もやもや病のスクリーニングとして行われた過呼吸負荷を用いた脳波検査は、虚血発作のリスクを伴う。

頭部外傷における脳挫傷や硬膜外(内)血腫は、良好な回復となつても認知、行動障害のため社会的適応障害が認められることがある。脳損傷部は MRI、機能低下部位の病巣検索には脳血流シンチが有効である。

落ち着きがない、学業成績の低下を認める甲状腺機能亢進症は、血中遊離 T4、遊離 T3 の高値、測定感度以下の血中 TSH で診断される。ADHD と誤診される偽性副甲状腺機能低下症は、低 Ca 血症、高 P 血症、血清 Mg と腎機能正常で低 Ca 血症時に血清副甲状腺ホルモンが高値であれば本症を疑う。

脳炎、脳症では、経過、病変分布により急性期を脱した後の神経学的後遺症が異なるため、神経画像、視覚・聴覚・体性感覚誘発電位を行う必要がある。亜急性硬化性全脳炎(SSPE)は、2 歳以下で麻疹感染後 2-10 年の潜伏期を経て亜急性に性格変化、無関心、学業低下で発症するため、ADHD、心因反応と誤って診断される。脳波上典型的な周期性放電が認められ、血清(髄液)麻疹ウイルス抗体価や PCR 法による髄液中の麻疹ウイルス DNA の証明で診断される。

多発性硬化症は、視力障害、運動障害、感覚障害が多発するが、時に短発する場合は転換性障害と診断されるため、MRI、髄液オリゴクローナルバンド、各種誘発電位が診断に有用である。脳腫瘍では、うつ症状や心身症との鑑別が必要になることが多いが、視床下部腫瘍らすれば、「精神疾患」へ変更において異常に活発な行動や多幸を認め ADHD と誤って診断されることがあるため、MRI で本症を否定しておく必要がある。

てんかんは陽性症状としてけいれんを認めるが、陰性症状として高次脳機能障害があり、注意障害、記憶障害、聴覚認知障害、失語等が認められる。このような症状を認めたときは、覚醒時と睡眠時脳波を記録する。なお、てんかん発作を認めない例もあるため、脳波所見は得ておきたい。さらに、てんかん患者の約 30% に転換性症状として pseudoseizure を認めるので、脳波所見との事離を確認する必要がある。

全身性エリテマトーデス(SLE)の初発症状が、けいれん、精神症状、意識障害、頭痛などの CNS ループスとして発症することがある。SLE の診断には、髄液所見、各種自己抗体、補体測定があるが、CNS ループスの診断に髄液抗ニューロナル抗体や血清抗リボゾーム抗体が有用である。高リン脂質抗体症候群は抗カルジオリピン抗体やループスアンチコアグラントなどの抗リン脂質抗体を有し、脳動静脈血栓を繰り返し起こして頭痛、精神障害、舞蹈病等を合併する。

鉄欠乏は脳内のカテコールアミンの合成、分解異常を起こすといわれ、集中力障害、情緒障害と関係することが推定されている。さらに、異食症(pica)や異臭症は鉄欠乏性貧血特有の症状である。小球性低色素性貧血、血清フェリチンと血清鉄低下を確認する。長期のビタミンB12欠乏は深部感覚障害、手足のしびれ感、痺痛などの知覚障害、筋力低下、精神症状が出現する。大球性貧血、血清ビタミンB12の低下が認められ、MRIで脱髓性変化を認める例もある。

軽度から中度の視・聴覚障害児は、発達障害が疑われることが多い、眼・耳鼻科的診断が必要である。アデノイド口蓋扁桃肥大で睡眠時無呼吸を合併する児は集中力低下、学業不振、多動を伴い易い。耳鼻咽喉科的診断と終夜睡眠ポリグラフィが必要である。

先天性代謝異常症	アミノ酸代謝異常症 1,2)、副腎白質ジストロフィー 2,4)、ミトコンドリア病 4)など
染色体異常	Williams 症候群 1,2,3)、脆弱 X 症候群 1)、Angelmann 症候群 2)など
奇形症候群	Sotos 症候群、Cornelia de Lange 症候群 1,2)など
脳形成異常	神経細胞遊走障害 1,2,3)、脳梁欠損 1,2)、クモ膜囊胞 2,4)など
胎内環境	ウイルス感染症 1,2)、薬物、環境ホルモン、放射線被曝など
脳内循環障害	水頭症 1,2)、もやもや病 2,3,4)、脳動静脈奇形など
頭部外傷	脳挫傷 2,3)、硬膜外(内)血腫など
内分泌疾患	甲状腺機能亢進症 2)、偽性副甲状腺機能低下症 2)など
炎症性疾患	ヘルペス脳炎 1,2,3)、脳症 1,2,3)、SSPE 2,4)など
脱髓疾患	多発性硬化症 2,3,4)、ADEM 2)など
脳腫瘍	視床下部腫瘍 2)、結節性硬化症 1)、神経線維腫症 3)など
てんかん	前(側)頭葉てんかん 1,2,3,4)、CSWS 1,2,3)、Landau-Kleffner 症候群 1,2,3)など
自己免疫疾患	CNS ループス 2,4)、抗リン脂質抗体症候群 2,4)、Sydenham 舞踏病 2)など
血液疾患	鉄欠乏性貧血 2)、巨赤芽球性貧血 4)、好酸球増加症候群 2)など
眼・耳鼻咽喉疾患	視・聴覚障害 1,2,3,4)、アデノイド口蓋扁桃肥大 2)など

1)自閉症状を呈する疾患、2)注意障害、衝動性を呈する疾患、3)学習障害を呈する疾患、4)転換性症状を呈する疾患

SSPE: subacute sclerosing panencephalitis; ADEM: acute disseminated encephalomyelitis;

CSWS: epilepsy with continuous spike-waves discharges during slow sleep

(出典)

相原正男：厚生労働省雇用均等・児童家庭局：「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」，P23-P26

てんかん

てんかんとは、大脳の神経細胞群の突然で過剰な興奮による反復性発作(てんかん発作)を主徴とする慢性脳疾患を指す。その原因はさまざまであるが、頻度は100～200人に1人と考えられ、その7～8割は小児期に発症する。

てんかんの診断と治療にあたり、まず詳細な発作症状の問診により「てんかん発作型」を特定する必要がある。てんかん発作型の国際分類では、脳全体から始まる「全般発作」と、脳の一部分から始まる「部分発作」の二つに大別される。全般発作では、発作活動が左右の大脳半球から一斉に始まり、発作開始時より意識を失い、けいれんする場合には始めから左右対称性となる。全般発作には、「欠神発作」、「ミオクロニー発作」、「間代発作」、「強直発作」、「強直間代発作」、「脱力発作」、「スパズム」(乳児)という発作型がある。部分発作では、発作活動が左右どちらかの大脳半球内の限局した部位から始まり、発作の開始を自覚することができるが、発作の進展によっては意識障害に至る。発作中に意識の曇りがない場合を「単純部分発作」、意識の曇りがある場合を「複雑部分発作」、全身のけいれんに至る場合を「二次性全般化発作」と呼ぶ。単純部分発作は、運動発作、感覚発作、自律神経発作、精神発作の4つに大きく分類され、さらに細かい分類がなされるが、その特定は発作の始まる脳部位の推定に役立つ。

てんかん発作型を確定した後、年齢・画像所見・脳波所見等を考慮して、てんかん診断を行なう。てんかんおよびてんかん症候群の国際分類では、部分発作を持つ「部分てんかん」と全般発作を持つ「全般てんかん」に分け、両者はさらに推定病因の有無から「特発性」(基礎疾患が見当たらないもの)と「症候性」(何らかの中枢神経の病態が先行すると考えられるもの)の計4群(特発性部分てんかん、症候性部分てんかん、特発性全般てんかん、症候性全般てんかん)に分けられる。

てんかんを診断するために行われる検査のうち、脳波検査は最も重要で不可欠である。発作時の脳波記録において、部分発作では部分性(焦点性)の棘波や鋭波、全般発作では両側広汎性の棘・徐波が観察される。発作の起こっていない時(発作間欠期)の脳波にも、発作症状と符合する脳波所見を見い出せるかどうかが診断のポイントとなる。そのため、過呼吸、光刺激、睡眠賦活を行い、時間をかけて脳波を記録することが重要である。近年では、脳波とともに脳磁図の測定が行われることもある。脳内の発作活動により生じた頭蓋付近の微小な磁場変化を検出し、数学的に発作活動の部位を推定できることがある。てんかん発作およびてんかんの診断をもとに適切な治療薬を選択し、おおよその予後や経過を予測したうえ、必要とされるケアや支援を検討する。特発性てんかんでは、多くの場合、ある年齢から抗てんかん薬が減量・中止でき、障害が残らない。一方、症候性てんかんでは、発作が持続する場合が稀ではなく、運動麻痺や知的障害などを合併することもある。小児てんかんのうち、てんかん性脳症とされているウエスト症候群やレンノックス症候群、発作重延状態を繰り返す乳児重症ミオクロニーてんかんなどでは精神遅滞を合併しやすい。一方、成人難治てんかんでは、統合失調症様状態、気分障害、性格変化をはじめとする精神症状が現れる場合がある。

薬物療法の原則として、部分発作にはカルパマゼピン、フェニトイン、ゾニサミドなどを用いる。一方、全般発作のうち、欠神発作にはパルプロ酸、エトサクシミドなど、ミオクロニー発作にはパルプロ酸、クロナゼパムなど、全身性強直間代痙攣にはパルプロ酸、フェノパルビタールなど、スペズムにはビタミンB6、バルプロ酸、ACTHなどを用いる。薬物療法抵抗性(難治性)の部分てんかんの場合、外科治療が適応となることがあり、手術例の60-80%において発作が消失するといわれている。治療に際して、発作のコントロールとともに、社会的能力の維持への配慮が求められる。

(出典)

十一元三:厚生労働省雇用均等・児童家庭局:「一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト」, P60-61

地域ケア・システム

子どもの心の診療にあたっては、本人を取り巻く環境への働きかけが不可欠であり、医療機関のみで解決できることはその一部でしかなく、他機関との連携は必須となる。特に医療システムは家庭への介入や経済的な問題に対しての対応力が弱いことを認識しておく必要があり、そのような問題については積極的に他機関との連携を図るべきである。医療機関以外との連携にあたっては、それぞれの立場の違いやお互いの役割について理解・尊重することが必要となる。立場や役割の違う領域の者が並行して子どもに関わることで、よりよい支援を行うことができ、それぞれの負担を減らすことになるということをまず理解しなくてはならない。批判や押し付け合いからは何も良いことは生じてこない。

連携先となる地域の社会資源について知っておくことはとても大切である。普段からの関係(ネットワーク)が重要であることは言うまでもなく、他機関との交流がもてる機会があれば積極的に出かけて行ったり、あるいは地域での情報交換ができるような組織(研究会、勉強会など)を自ら立ち上げたりし、ネットワークを作る努力が必要になる。連携する機関について知らないことが多く、面識のある人も全くいない場合などには、その機関とつながりのある医師に連絡をとり、導入部分を手伝ってもらっても良いであろうし、ソーシャルワーカーのいる医療機関であれば橋渡し役を担ってもらえる。

病院の診察室内での子どもの社会的な側面の観察には限界がある。特に発達や行動の問題をもつ場合は、同年代とのやりとりの情報を教育機関などから得ることができなければ、正確な診断はできないと言っても過言ではない。また、集団のなかでの子どもへの対応が治療的な意味合いをもつことが少なくなく、教育機関との連携が不可欠となる場合も多い。教育機関は基本的には集団教育の場であり、一般の医療機関での1対1の関係とは根本的に異なるのであるが、それぞれの子どもの状態に合わせて、個別に目標が設定されるという部分では同じであり、それぞれの機関での目標についてお互いに認識しておくことが大切である。

児童福祉法の改正に伴い、虐待通告の窓口は市町村になり、虐待対応はまずは市町村レベルではじまることになってはいるが、医療現場において急を要すると判断される場合などについては、児童相談所へ連絡をとり、担当者と直接話すことが必要であろう。

医療機関以外との連携にあたっては、個人情報の保護に留意し、虐待の場合を除いては守秘義務が優先されるという認識を常にもち、保護者の承諾をとつてから連絡をとるのが基本である。保護者と連携先との関係がすでにうまくいっていない場合など、連携の承諾を得るにあたって保護者の抵抗や躊躇が考えられる時には、まず、関係機関あての文書を作成し、その内容について保護者に目を通してもらい、渡すかどうかは保護者にゆだねるのが良いであろう。その際、文書のなかに、「ご不明の点などがあればご連絡下さい。」などと連携についての一文(「連携」という言葉はあえて用いない。)を添えておくと、保護者がその文書を関係機関側に渡した時には、その時点で連携の承諾が得られたと考えて差し支えない。

以下に連携先の種類と主な特徴について記載しておくが、連携先となる社会資源は地域によつ

て大きく事情が異なり、名称についても異なることも多く、おおまかな記載にとどめておく。

<保健機関>

主に乳幼児をもつ家庭への訪問や電話相談、健診・育児支援などを担当している。慢性疾患や発達の問題をもつ場合などにおいては地域の保健師との連携は重要である。医療機関とは近い存在で、病院と地域との橋渡し役として大きな役割を担ってくれる。

<療育機関>

主に就学までの時期における発達の問題をもつ場合などの連携先として重要である。一般の医療機関ではできない総合的な支援・指導が可能な場合も多く、集団指導の場合は保護者同士の横のつながりへと発展する。

<福祉機関>

地域の福祉事務所は生活保護や医療扶助などの経済的な補助関係や保育所などの施設利用に関する相談などを担当しており、背景に経済的な問題がある場合など生活基盤に関することで連携することになる。また、家庭児童相談室(員)なども入っており、家庭にドメスティック・バイオレンスの要素がある時にも連携先として重要である。

<保育所・幼稚園・学校>

子どもが通常その大半の時間を過ごす場所であり、また、子どもの症状の原因が生じる場所としても重要で、前述の様に連携先として不可欠である。担任や養護教諭、スクールカウンセラーなどが窓口となるが、それぞれの力量・理解度や施設内での力関係もあり、どの程度まで連携できるかについては個々に検討しなくてはならない。連携にあたっては医療と教育での用語や定義の違い(知的障害、学習障害なのにも注意する必要がある。

<学校関連機関>

地域の教育委員会が設置している教育相談所(センター)などは、教員経験者が多く、学校との連携が良い場合もある。また、心理学や教育学を専攻する学生のいる大学が開設している心理相談室などについては、ほとんどが有料ではあるが、発達相談・心理療法などを大学院生や学生が教員の指導のもとに行ってくれる。

<児童相談所(こども家庭センター)>

医学・心理学・社会学に基づき 18 歳までの子どもとその家庭を総合的に支援することができる専門機関である。虐待の通告についての窓口は市町村におりたものの、一時保護や施設への入所措置の権限をもつ機関として唯一無二であり、特に被虐待の場合に連携する機会が多く、医療機関は一時保護を委託されることもある。通常、児童福祉司(ソーシャルワーカー)と心理判定員

ペアを組み子どもや家庭の評価にあたるため、子ども 1 人に対し、担当者が 2 人いることが多い。医師は専門的な立場からの子どもの処遇についての助言を求められたり、診断書の作成を依頼されたりする。

<警察・司法>

非行や犯罪だけではなく、子どもの安全確保が必要なあらゆる場合に警察と連携することになる。また、担当していた子どもが非行や犯罪などで補導や逮捕に至った場合などには、医師は医学的な意見を求められ、特に発達の問題が背景にある場合などの医師の意見は重要である。

<市町村の育児相談事業>

このところ、地域サービスとしての育児相談事業は充実してきており、これには医師も協力していく必要がある。

<NPO や民間の心理相談・発達支援など>

地域により事情は様々ではあるが、現状においては公的なシステムのみでは子どもの心のケアや発達障害児の支援には限界があり、NPO や民間機関との連携も必要になる。ほとんどの場合、それに伴う料金も発生するため、医療機関が積極的に推奨するのには抵抗があるが、保護者からの依頼があれば連携はとりやすい。

(出典)

北山真次：厚生労働省雇用均等・児童家庭局：「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」，P197-P199

医療の役割

発達障害の人たちへの支援の中での医療の役割は、直接の医学的支援と、保健、福祉、教育、労働に対する医学の立場からの間接的支援である。診察では、本人の診断と評価に関する検索を進めると同時に家族への啓発および心理的支援を行う。さらに、ライフステージの節目ごとの方針立案およびモニタリングを行う。一般的な医療においてもチーム・アプローチは重要であるが、チームの編成における医師の位置づけをみると一般的な医療と発達障害のケアとの間には共通点と相違点がある。医師がチーム・リーダーとして方針立案およびスタッフへのスーパービジョンとフィードバックを担う点は共通である。しかし、一般的な医療に比して発達障害のケアにおける医師の役割は、とくに治療のプロセスにかんして専ら脇役となるという点が大きく異なる。この「医師がリーダーでありながら脇役を担う」という逆説的なチーム編成が、学際的チーム・アプローチを可能とするためのおそらく唯一の戦略であり、ここに発達障害に関するチームの特異性がある。

＜診断＞

診断は、医師がチーム・リーダーと主役の両方を担う数少ない機能のひとつである。とはいっても、ここでもチーム・アプローチは必要である。発達障害の多くは行動の特徴を指標として診断する必要があり、高機能自閉症やアスペルガー症候群などの場合、特徴的な行動は個別の診察場面では検出が難しいことが少なくない。そのようなときに、日頃通っている場所などにおける集団活動への参加の様子などの情報が診断確定にきわめて重要な役割を担う。また、臨床心理士や言語聴覚士による詳細な評価も診断を進めるために不可欠である。

＜支援＞

診断確定後の本格的な支援のプログラムでは、ケースごとの個別の支援ニーズに対応したチーム編成が求められる。キーパーソンをどの職種に定めるのかも個別のニーズに応じて細やかに行う必要がある。身近な支援者だけでは評価が不十分と思われる場合には、医療機関へコンサルテーションを依頼し、医師は診察を行うとともに必要に応じて臨床心理士、言語聴覚士、作業療法士などによる詳細な評価を依頼する。個別の支援ニーズの比重が家族へのカウンセリングに置かれる場合は臨床心理士がキーパーソンに、言語訓練に置かれる場合は言語聴覚士がキーパーソンになる。他の関係機関との密な連携に最大の比重が置かれるケースでは、ソーシャルワーカーをキーパーソンとする。

学齢期以降の支援において、医療はほとんどの場合において他の領域を下支えする脇役である。学齢期であれば教育が主役であり、就労後は労働が主役である。わが国では、これらの領域に対して医療が脇役として関わることが難しい。一方、現場の学校教師は、自分たちが担当する子どもたちに関する情報やスーパービジョンを医療に求めているとの報告がある。今後、学校教育と医療とがより密な連携をとれるようなシステムづくりを行っていくことが、重要な課題である。

(参考文献)

本田秀夫：ASD の子どもの支援におけるチーム・アプローチ。「Monthly Book Medical Rehabilitation」No.125: 43–47, 2010。

法制度

＜福祉の役割＞

発達障害者支援法第2条に定義される発達障害者とは、発達障害を有するために日常生活または社会生活に制限を受ける者のことである。福祉は、日常生活または社会生活の制限をできるだけ軽減するための支援をおこなうことが役割であり、具体的に本人が困っていることに対し、訪問、通所などの具体的な手段を用い、解決を図ることが最も重要である。

福祉による支援は、公的な支援と公的ではない支援の組み合わせでおこなわれている。公的な支援は制度化されており、「どのような支援を、どの程度おこなうか」という法令等(法律、政省令、条例、要綱等)に定められた基準に従い実施される。しかし、公的な支援は最大多数に最も効率的に成果があがることを目標として制度設計されるため、少数の限られたニーズに対しては限界があるのが実情である。従って、公的な支援を代替する、もしくは補完する形で、当事者自らや、民間の個人・団体による公的ではない支援がおこなわれている。これをインフォマール・サービスと呼ぶ。福祉による支援を供給する主体は、おむね、行政、当事者、民間の3つに分けることが出来るが、これを「公助・自助・共助」(こうじょ・じじょ・きょうじょ)と整理して呼ぶこともある。

福祉による支援を行う場合には、発達障害を次のようにとらえる必要がある。

「発達障害は、完全に治療することが不可能であり、本人の努力では解決できない特性であって、そのことにより本人が生きづらさを感じたり、生きていくための手段や情報が部分的に阻害されることで生じるものであると共に、本人の特性が生活していく環境に適応しないことで生じるものである。」

こうした特性から、本人に合った環境では障害がないように見えることもあるが、本人が苦手な環境では障害がより重くなるように、場面や環境によって「出来ること」と「出来ないこと」が変化することがある。このため、本人が「怠けている」「生意気」「甘えている」などと思われ、誤解が生まれたり、発達障害は難しい、理解できない等の受容的ではない姿勢を喚起しがちである。このため、福祉による支援は、①本人が生きにくさを感じていること、②生きていくための手段や情報が部分的に阻害されていること、③生活していく環境に適応できることで生じること、の3点を的確に評価する(アセスメントと呼ぶ)ことから始まる。この評価に基づき、必要な支援を見極め、様々な支援の手段、方法、技法を、公助・自助・共助といった多様な供給主体によりおこなうようにする。この評価の中で、福祉による支援でできないことがある場合や、他の領域でおこなうことがより適切である場合には、他の領域、すなわち、医療、保健、教育、労働などの他領域の支援を検討しなければならない。安易に福祉による支援のみを行うことは、避けなければならない。

また、発達障害は、身体障害、知的障害、精神障害と重複する場合や、障害として認定できなくとも、発達障害の傾向が併存している場合がある。「身体障害であり、発達障害である」、「知的障害であり、発達障害の傾向もある」といったことも現場では、よく経験できることである。単に1つの障害の認定があるからといって、特定の障害に対する支援だけを検討するのではなく、本人としつかり向き合い、全体像を検討し評価しなければならない。

したがって、福祉による支援には、適切に評価をし、多様な手段を検討するための相談機関の利用が不可欠である。相談機関は、医療、保健、教育、労働、福祉などの各領域に存在しており、それぞれの領域に所属する相談機関もまた、福祉による支援と無関係ではない。

＜福祉制度の利用について＞

制度は、法令に基づき運用されており、支援の対象者、支援の内容、給付の範囲及び量などについて基準に基づき運用されている。制度の利用には「制度を使うという意思を示す」申請行為が必要となる。

また、制度は、それぞれの法令に基づき、発達障害の認定をしているため、発達障害者としてその制度を利用できるかどうかの判断は制度毎に異なっている。

① 申請行為

制度を利用する際には、18歳未満はその保護者、18歳以上は本人の申請が必要になる。申請をしなければ、制度を利用する意思があるとはみなされない（申請主義）。制度の利用は、申請を受け付けた後、法令に照らし制度の対象者になるかどうかの審査、判定、判断などが必要であるため、通常、申請後直ちに制度を利用することはできない。また法令自体は要件等の定義のため、複雑な構成となっており、制度に関する周知は分かりやすく省略された形で行われる。このため、発達障害の特性に対し、制度の利用のために配慮が必要となってくる。具体的には（1）本人の認知、認識に基づく制度の説明、（2）申請から結果が判明するまでの手順と期間の明示、（3）制度の適用が可能かどうかの事前協議、などである。申請は、本人の利用する意思を示す行為であるから、「周囲が必要であると思う」「本人には理解できない」などの理由で、簡単に代理や代行を行うべきではない。

② 障害の認定

制度の利用には、発達障害であることの認定が必要である。発達障害は、発達障害者支援法により定義をされているが、それぞれの制度は独自の認定を行っており、発達障害の評価が一律ではないことに注意が必要である。発達障害の認定のためには多くの場合、医師の診断書が必要とされる。

障害を証する制度である障害者手帳では、医師の診断書により認定がなされるし、特別児童扶養手当や各年金制度に基づく障害年金の審査のほとんどは、医師の診断書で行われる。また、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスや、生活保護制度、労働関係の制度についても医師の診断書が必要になることが多い。医師の診断書の様式は制度ごとに異なり、審査の基準も異なっている。例えば障害者手帳を取得しても、障害年金が確実に受給できるとはいえない。

発達障害の認定は、まず第1に精神保健福祉法に基づく障害者手帳の取得がなされることが適当である。障害者手帳の取得は、何らかの福祉的な支援が必要であることを前提としているため、発達障害により日常生活または社会生活に支障があることが証明される。単なる診断書では、発達障害であることは証明できるが、何らかの福祉的な支援が必要かどうかを制度上の

基準により証明することはできないからである。

現在は身体障害、知的障害や、統合失調症等の他の精神障害であれば、積極的に発達障害であることの認定は要求されない。制度が利用出来れば、他の障害があることを証明しなければならない必然性は少ないからである。しかし、障害年金や特別児童扶養手当などの現金を給付する制度ではなく、福祉的支援をおこなう障害福祉サービスでは、本人の障害に合わせた支援を行う制度であるから、他の障害と同様に、支援を検討する上で、発達障害であるかどうかは重要な情報である。障害をどのように、どこまで認定するかは、利用する制度ごとに本人の意思に基づき判断すべきことであるので、支援者側は障害の認定がないから発達障害がないと判断するのではなく、発達障害の傾向が認められる場合には、発達障害と同様の配慮や支援を検討する必要がある。

<福祉の支援と相談の進め方>

福祉による支援には、適切に評価をし、多様な手段を検討するための相談機関の利用が不可欠である。相談機関は、医療、保健、教育、労働、福祉など、それぞれの領域に即した専門性に基づき設置されている。こうした相談機関の機能は、おおまかに主訴に基づく評価と、支援方針の立案の2つにわけることができる。

① 評価の構成

相談機関で行う評価は、制度の利用に必要な評価と、主訴の正確な把握に必要な評価に分けられる。前者は、法令に定められた基準に従い、決められた項目を決められた手順により行う評価であり、基準に基づき判断できるよう、画一化・様式化したものである。例えば、障害福祉サービス利用のための認定調査がこれにあたる。後者は、本人の主訴を明確化し、本人要望や意向、課題や状況などを正確に把握することを目的とする。本人の認知に即し、本人との協働作業により論点を共有し、当面取り組むべき課題を明らかにするためには、評価に必要な手順や項目は、本人に即したものを使用する。本人が納得できる形に主訴を分析、評価し共有しなければならない。言い換えれば、前者は基準と比較する直線的な「対比」が手段であるが、後者は円環的な「コミュニケーション」が手段となる。前者は、制度上の基準について、正確な理解が必要とされるが、後者は、本人の認知機能や発達の特性に合わせた創意工夫が必要とされる。

② 支援方針の立案

支援方針は、当面取り組むことができる現実的なものでなければならない。支援方針は、制度を利用するためには、前提となるものではあるが、必ず制度の利用を図らなければ主訴が解決できることもない。現状の理解が進むことで、本人の力で主訴が解決できる場合などは、相談そのものが必要な支援となる。発達障害においては、経験に頼らず、論理の規則から結論を導く演繹法よりも、個々の具体的な事実を提示し、それらの事実に共通する一般的な法則を引き出す帰納法式の手法を用いる方が有効である。また、特定の理論に基づき、方法に本人を合わせるよりも、複数の理論を組み合わせる、もしくは選択することで、方法を本人に合わせるべきである。定説は確立していないが、問題解決理論、エンパワメント理論、システムズ・アプローチ、ナ

ラティブ理論などが経験上、有効であるとされている。

③ 障壁の軽減

相談機関は、本人が困った時にすぐに対応が可能でなければならない。発達障害の特性により、面接の予約をしても時間どおりにはいかないし、困った時に、すぐ飛び込んでくる場合もある。また、本人のための支援会議を開催しても、緊張のあまり何を話したか理解していない場合や、出席が困難になる場合もある。その一方で、相談機関の役割を理解しない相談や、適切でない相談が寄せられる場合もある。これは、多くの場合、相談機関自体が、機能や役割等の枠組みを本人の発達障害の特性に応じ、適切に説明できていないことから生じている。本人にとっては、目の前の相談員の役割は理解できても、相談機関という組織は抽象的な存在であるためわかりにくい。つまり、相談機関は枠組みをはっきりと示しながら、柔軟な対応をしなければならない。一言で言えば、「気軽に何でもします」ではなく、「しっかりと出来ることをします」という姿勢である。物理的な障壁を低くするために、来所する面接以外の訪問、電話、文書等の手段を検討することは発達障害に限らず必要なことであるが、同時に発達障害の特性に応じ、心理的な障壁を低くする工夫も必要である。

特別支援教育

＜特別支援教育とは＞

平成 18 年 6 月に学校教育法の一部改正がなされ、平成 19 年 4 月、それまでの「特殊教育 (special education)」から「特別支援教育 (special needs education または special support education)」が実施されることになった。

特別支援教育とは、「障害のある児童生徒の自立や社会参加に向けた主体的な取組を支援するという視点に立ち、児童生徒一人一人の教育的ニーズを把握し、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するため、適切な指導及び必要な支援を行う教育(平成 19 年 4 月 1 日付、文部科学省 125 号通知)」であり、特別支援学校や特別支援学級に在籍している子どもたちに加えて、通常の学級に在籍する発達障害等のある子どもたちへの支援も行うというものである。

文部科学省では、平成 14 年に「特別な教育的支援の必要な児童・生徒について」の調査を行い、その割合は、6. 3%、1 学級に2~3人の割合で、発達障害の可能性のある子どもたちが在籍していることを明らかにした。また、10 年後の平成 24 年にも同様な調査を行い、6. 5%の割合で在籍しているなどの調査結果をまとめ公表している。調査分析を行った協力者会議では、その考察として「学習面又は行動面で著しい困難を示すとされた児童生徒(推定値6. 5%)以外にも、何らかの困難を示していると教員が捉えている児童生徒がいることが伺える。学習面又は行動面で著しい困難を示すとされた児童生徒以外にも、困難があり、教育的支援を必要とする児童生徒がいる可能性がある」としている。つまり、今回の調査結果の「著しい困難」には該当していないが、それに近い困難を示す児童生徒が通常の学級に在籍していることを示唆している。

「特別支援教育」が、大きな教育改革であると言われている所以は、これまでの「特殊教育」の対象とした障害に加えて、このような発達障害 (LD、ADHD、高機能自閉症等) のある児童生徒に対する適切な支援を求めていることがある。つまり、これまで教育的な支援が十分とは言えなかつた通常の学級に在籍している発達障害のある児童生徒に対しても、適切な支援を行おうとする新しい方向性を示したのである。また、ここで留意すべきは、支援の対象となるのは、発達障害の判断・診断がある子どもに限定するのではなく、その周辺の子どもも含めて、特別な教育的ニーズのある子ども (children with special needs) 全てを対象にしている点にある。

＜発達障害のある子どもたちへの支援＞

発達障害を含む特別な教育的ニーズのある子どもたちへの支援は、その障害の状態や困難さから一概には言えないが、対象の子どもが在籍している幼稚園、小・中学校、高等学校(通常の学級)内での支援、特別支援学校のセンター的機能による支援、特別支援学級の教員による支援、通級指導教室の活用、外部専門家や専門機関及び特別支援教育支援員の活用等が考えられる。

① 校内(通常の学級)での支援

まず幼稚園、小・中学校、高等学校内での支援は、校内委員会と特別支援教育コーディネーターの有効活用が考えられる。全国的に見てもほぼ全ての小・中学校、高等学校には、特別支援教育に係る校内委員会が設置されており、特別支援教育コーディネーターも指名されている。校内委員会とは、発達障害を含む障害のある児童生徒の実態把握や支援方策の検討等を行うために設置される校内の委員会組織である。また特別支援教育コーディネーターの役割は、学校によっても異なるが、特別な教育的ニーズのある子どもたちに關係して、学校内の関係者や外部の関係機関との連絡調整役、保護者に対する相談窓口、担任への支援、校内委員会の運営や推進役を担っている場合が多い。この校内委員会と特別支援教育コーディネーターが有機的に機能すれば、課題解決のための糸口が見いだされることも想定されるが、実際には機能していないケースや学校間で格差が生じている現状がある。先の調査分析でも発達障害の可能性がある6.5%の児童生徒のうち、何ら支援を受けていない子どもが、38%を上回ることも指摘されている。つまり通常の学級に在籍して、特別な支援が必要な子どもたちも、まず、自校内で適切な実態の把握が成され、支援対象として意識化されなければ、何ら具体的な方策や支援も講じられない可能性が高い。したがって、発達障害のある子どもたちへの支援とダイレクトに關係する校内支援体制の強化は、今後も継続して取り組まなければならない重要な課題となっている。

② 特別支援学校のセンター的機能の活用

平成17年12月8日中央教育審議会から示された「特別支援教育を推進するための制度の在り方について(答申)」では、特別支援学校に、①小・中学校等の教員への支援機能、②特別支援教育等に関する相談・情報提供機能、③障害のある幼児児童生徒への指導・支援機能、④福祉、医療、労働などの関係機関等との連絡・調整機能、⑤小・中学校等の教員に対する研修協力機能、⑥障害のある幼児児童生徒への施設設備等の提供機能など、所謂、地域における特別支援教育のセンター的機能を發揮することが求められている。また、改正された学校教育法には、「特別支援学校においては、地域の幼稚園、小・中学校、高等学校等の要請に応じて、障害のある幼児児童生徒の教育に関して助言又は援助を行うよう努めるものとすること」が規定されている(学校教育法第74条)。つまり、特別支援学校では、各校(園)の要請に応じて、発達障害等のある子どもたちの支援を行う必要がある。そのために、多くの特別支援学校では、センター的機能を發揮するため、校務分掌上に「地域支援部、特別支援教育部(学校により名称は様々である。)」などを位置付け、特別支援教育コーディネーターを育成し、その業務遂行に努めている。文部科学省では、「これまで蓄積してきた専門的な知識や技能を生かし、地域における特別支援教育のセンターとしての機能の充実を図ること(文部科学省125号通知)」としている。確かに、障害がある子どもたちへのアセスメント、指導内容・方法の研究及び実践、「個別の指導計画」及び「個別の教育支援計画」の作成などのノウハウを生かすことは可能であるが、知的障害を伴わない発達障害のある児童生徒の多くは、特別支援学校には在籍していないため、発達障害に特化して支援を行うためには、新たな研究・研修が必要であったことも事実である。し

かし、多くの特別支援学校では、専門機関とも連携しながら、先に示した教員への支援機能、相談・情報提供機能、指導・支援機能等の発揮のため自助努力している。自治体によっては、特別支援学校の通学区を支援地域として、幼稚園、小・中学校、高等学校及び関係諸機関との連携体制をとりながら支援体制を強化し(地区特別支援連携協議会等の設置)、その中核に特別支援学校のセンター的機能を位置付けているところも多く見られる。

③ 特別支援学級との連携

学校教育法の改正により従来の「特殊学級」は、「特別支援学級」と改称された。特別支援学級とは、比較的軽度な障害がある児童生徒(障害の程度については平成14年5月27日付、文部科学省291号通知で規定)のための学級であり、障害種別は、「知的障害者」「肢体不自由者」「身体虚弱者」「弱視者」「難聴者」「その他障害のある者で、特別支援学級において教育を行うことが適当なもの」と学校教育法第81条に規定されている。平成23年度の小・中学校における学級設置状況は、全国23,110校に45,807学級設置されており、49,248人の教員が配当されている。所謂、LD、ADHD等はその在籍対象にはなっていない。しかし、支援の対象であり、先に述べた特別支援学校のセンター的機能と同様に、特別支援学級の持つ専門性を十分に活用し、同一学校内にあるという利点を最大限生かしながら、できる限り弾力的な運用を試みることが重要であろう。

④ 通級指導教室における指導

「通級による指導」とは、小・中学校等の通常の学級に在籍する軽度の障害のある児童生徒に対して、その障害の状態に応じて、通級指導教室において行われる特別な指導をいう。学校教育法施行規則第140条では、LDやADHDの児童生徒もその指導の対象に位置付けている。LD及びADHDの児童生徒については、月1単位時間程度の指導でも効果が期待できる場合があることから、指導時間の標準を年間10単位時間(月当たり1単位時間程度)の指導を下限とし、上限は年間280単位時間(週当たり8単位時間程度)の指導ができるようになっている。平成23年度の全国状況は、3,001校の小・中学校に設置され、5,240人の教員が配当されている。因みに、通級による指導を受けている児童生徒のうち、LD対象者が12%、ADHD対象者が10.7%となっている。設置数が、特別支援学級と比較し極端に少ない理由は、その設置形態が、市町村内で或いは、近隣の市町村との共同設置という形態で運営されている場合が多いためである。そのことに付随する課題として、広域的な設置形態であるため、通級指導を受けるまでに時間を要すること、そのために通常の学級での指導に影響するなどが挙げられる。課題解決策の一つとして、例えば言語発達の遅れの要因には発達障害等が含まれている可能性もあるため、「言語障害」と「発達障害・情緒障害」など複数の障害に対応できる機能を有した通級指導教室の設置を進めている自治体もある。

⑤ 外部専門機関の活用

幼稚園、小・中学校、高等学校の実際の指導現場では、「あの子は、もしかしたら発達障害かも知れない」「特別な教育的な支援が必要な子どもかも知れない」と悩む場面がよく見られる。しかし、アセスメントの方法が分からず、またアセスメントの結果から指導方策が導けない等の

悩みは多いはずである。その様な時、より適切な支援方策を構築し具現化するために、外部専門家や専門機関を活用することが望ましい。勿論、特別支援学校も連携機関の一つであるが、各自治体に設置されている教育センター、専門家チームや巡回相談、医療機関や福祉機関等の外部専門家や専門機関と連携することも重要である。各自治体により、発達障害のある子どもたちへの支援のために用意されたリソースは様々であり、格差が生じていることも事実である。しかし、外部専門機関の活用方法や連携の在り方については、これまで多くの自治体において、教育や医療、福祉・保健の各分野の専門機関を介したモデル事業等が実施されているため、参考にすることが可能である。

⑥ 特別支援教育支援員の活用

文部科学省では、公立幼稚園、小・中学校及び高等学校において、発達障害を含む様々な障害のある児童生徒に対する学校生活上の介助や学習活動上の支援などを行う「特別支援教育支援員」の配置が可能になるよう地方財政措置を講じている。参考までに平成24年度の予算措置は、およそ476億円程度であり、「特別支援教育支援員」の予算措置の内訳は、公立小・中学校(市町村費)36,500人相当、公立幼稚園(市町村費)4,500人相当、公立高等学校(都道府県費)500人相当となっている。特別支援教育支援員の活用は、個別的な支援が可能になるため、発達障害のある子どもたちへの支援として有効であるが、交付金として盛り込まれているため、各自治体が、その必要性に鑑み積極的に配置する必要がある。

<連携ツールとしての「個別の教育支援計画」>

これまで、発達障害のある子どもたちへの支援のために活用可能な制度等について説明してきた。どの制度を使うにしても、キーワードは、「連携」であろう。その連携のためのツールとして期待されるものが「個別の教育支援計画」である。「個別の教育支援計画」とは、障害のある幼児児童生徒の一人一人のニーズを正確に把握し、教育の視点から適切に対応していくという考え方の下、長期的な視点、且つ一貫した的確な支援を行うことを目的として策定される計画であり、教育のみならず、医療、保健・福祉、労働等の関係諸機関による連携協力体制で、支援していくための重要なツールとなるものである。「個別の教育支援計画」作成については、特別支援学校学習指導要領にも示され、その作成が義務づけられている。そして、このツールは、通常の学級に在籍している特別な教育的ニーズのある子どもたちにも活用可能である。この計画の様式や作成までの手続き等は、各都道府県及び市町村に設置されている教育委員会等に任されているため、様々である。しかし、共通していることは、校内は勿論、関係諸機関との「連携のためのツール」としての機能を重要視している点にある。つまり、「個別の教育支援計画」は、計画の作成が最終目的ではなく、作成した計画を児童生徒の実態に応じた支援のために、教育、医療、福祉・保健等の各関係機関の連携ツールとして活用すること、そのことが最も重要なのである。

<発達障害に係る教員の資質の向上>

特別支援教育は、通常の学級に在籍する特別な支援を必要とする児童生徒も対象となることか

ら、全ての教職員の共通理解の中で、学校全体で推進する必要がある。そのため、教員一人一人の専門性の向上を図ることが重要である。とりわけ、校長を初めとする管理職や発達障害のある児童生徒を直接担当する教員の専門性は言うまでもなく、その担当教員(担任)を支援することが可能な環境にある教員、更には、特別支援教育コーディネーターの専門性の向上を図ることは、最も重要な課題ともいえる。そのため、各都道府県教育委員会では、専門機関とも連携しながら、様々な研修会や講習会を設定している。また教員免許という観点から言えば、文部科学省は、平成19年に学校教育法の一部改正し、従来の盲学校・聾学校・養護学校教員免許から特別支援学校の教員免許に一本化した。この特別支援学校教員免許取得のためには、「特別支援教育に係る基礎理論」や「発達障害関係」等も履修が義務づけられている。従って、特別支援教育に係る教員の資質及び専門性向上のためには、研修等の自校の努力だけでなく免許取得率の向上にも努めなければならない。特別支援学校教員免許を取得していない現職教員の救済措置として、免許認定講習や通信教育による取得の道が開かれている。因みに平成23年度現在の特別支援学校教諭等の免許状の保有率は、特別支援学校において約70%、特別支援学級約31%である。

特別支援教育の本格実施から6年が経過し、冒頭で述べた特別支援教育の理念も特別支援学校のみならず、ほぼ全ての学校に周知されていると言って良いだろう。「発達障害」の意味を知らない教員も皆無になりつつある。また特別支援学校におけるセンター的機能が担うべき役割も明確になり、その機能の定着及び拡大が図られつつある。地域格差はあるものの発達障害等に係る専門機関の設置も進んでいる。そして、関係諸機関を有機的に結ぶ連携支援システムも構築され、有効に機能されつつある。

しかし、全ての教育関係者は、今後も特別支援教育の推進をより一層図りながらも、校内での支援を最小単位とした各地区・地域で展開されている支援システムが、その結果として、発達障害等を含めた教育的ニーズのある子どもたち一人一人の支援に有効に機能しなければ、形骸化した支援システムと言わざるを得ないことに、留意すべきである。

障害と支援に関する考え方

国際生活機能分類(ICF)

障害に関する国際的な分類としては、これまで、世界保健機関(以下「WHO」)が 1980 年に「国際疾病分類(ICD)」の補助として発表した「WHO国際障害分類(ICIDH)」が用いられてきたが、WHOでは、2001 年5月の第54回総会において、その改訂版として「ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)」を採択した。

ICFは、人間の生活機能と障害に関して、アルファベットと数字を組み合わせた方式で分類するものであり、人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの次元及び「環境因子」等の影響を及ぼす因子で構成されており、約1,500項目に分類されている(ホームページ上では、第2レベルまでの分類を掲載)。

これまでの「ICIDH」が身体機能の障害による生活機能の障害(社会的不利を分類するという考え方)が中心であったのに対し、ICFはこれらの環境因子という観点を加え、例えば、バリアフリー等の環境を評価できるように構成されている。このような考え方は、今後、障害者はもとより、全国民の保健・医療・福祉サービス、社会システムや技術のあり方の方向性を示唆しているものと考えられる。

ICF は医学モデルと社会モデルという2つの対立モデルの統合に基づいている。生活機能のさまざまな観点の統合をはかる上で、「生物・心理・社会的」アプローチを用いる。

(参考文献)

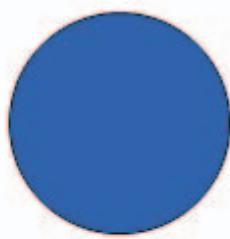
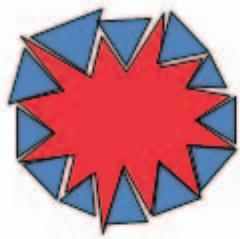
厚生労働省 HP http://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-000010005_00001.html

「ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版」、中央法規出版、2002。

障害の医学モデル

障害という現象を個人の問題としてとらえ、病気・外傷やその他の健康状態から直接的に生じるものであり、専門職による個別的な治療というかたちでの医療を必要とするものとみる。主な課題は医療であり、政治的なレベルでは、保健ケア政策の修正や改革が主要な対応となる。

医学モデルとしての障害への対応



医学はトゲの細かな特徴を緻密に分析し、一つ一つの凸凹を埋める各論的な解決を目指す

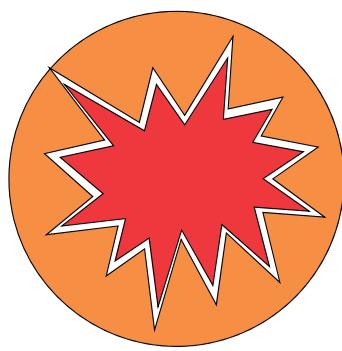
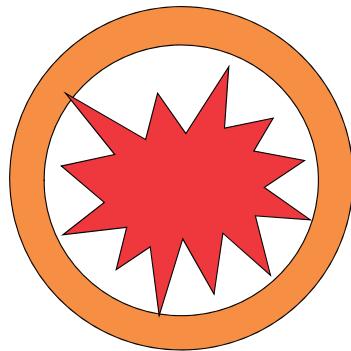
(参考文献)

「ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版」、中央法規出版、2002。

障害の社会モデル

障害を主として社会によって作られた問題とみなし、基本的に障害のある人の社会への完全な統合の問題としてみる。障害は個人に帰属するものではなく、諸状態の集合体であり、その多くが社会環境によって作り出されたものであるとされる。したがって、この問題に取り組むには社会的行動が求められ、障害のある人の社会生活の全分野への完全参加に必要な環境の変更を社会全体の共同責任とする。したがって、問題なのは社会変化を求める態度上または思想上の課題であり、政治的なレベルにおいては人権問題とされる。このモデルでは障害は政治的問題となる。

社会モデルとしての障害への対応



周囲の環境(人)がトゲの特徴を包括的な理解(解釈と納得)による環境の変容

(参考文献)

「ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版」, 中央法規出版, 2002。

支援

一般的には力を貸して助けることを指し、元気づけて精神的に助ける「応援」と異なり、労力や金銭など具体的は方略を使って助けることである。『支援学』によると、「支援」の定義では、「支援とは、何らかの意図を持った他者の行為に対する働きかけであり、その意図を理解しつつ、行為の質を維持・改善する一連のアクションのことをいい、最終的に他者のエンパワーメントをはかる(ことがらをなす力をつける)ことである」とされている。支援とは他者への働きかけが前提となっており、支援者と被支援者というセットで意味をなす行為である。そして支援される人(被支援者)の意図を理解すること、行為の質の維持・改善、及びことがらをなす力をつけること(エンパワーメントすること)がポイントである。支援行為がどう受け止められているかを常にフィードバックして、被支援者の意図に沿うように自分の行為を変える必要がある。支援される人がどういう状況に置かれており、支援行為がどのように受け止められているかをフィードバック(自省)して、支援される人の意図に沿うように自分の行為を変える必要がある。支援したい、助けたいということを自己目的化してはならず、相手のニーズをきちんと汲み取る必要がある

(参考文献)

支援基礎論研究会「支援学—管理社会をこえて」, 2000。

脇田 愉司: 支援とは何かーその背後にあるものから。「社会臨床雑誌」11, 2003。

療育

「療育とは現代の科学を総動員して不自由な肢体をできるだけ克服し、それによって幸いにも回復したる回復能力と残存せる能力と代償能力の三者の総和(これを復活能力と呼称したい)であるところの復活能力をできるだけ有効に活用させ、以て自活の途の立つように育成することである」
(昭和 17 年 高木憲次)

一方、すでに 19 世紀、ヨーロッパには「治療教育」という言葉が存在していた。児童臨床心理学事典(岩崎学術出版社)には、ドイツのゲオルゲンスが 1861 年に「治療教育学(Heilpaedagogik)」という本を著したこと、それ以後「治療教育とは心身に発達障害のある児童に対する教育であり、医学的な治療によって治すことができず、また教育しても限界のある児童に対して、医学と教育との連携によって、その児童の教育の目的を達しようとするもの」と定義されてきたと書かれている。

教育界の方々は、ヨーロッパに始まったこの治療教育という概念を「療育」という言葉から感じられると思う。即ち「治療教育—短縮して療育」とする考え方である。

(参考文献)

高松鶴吉:療育と教育の接点を考える。「リハビリテーション研究」, 55: 18-22, 1987。

自立

辞書的には、他の助けや支配なしに自分一人の力だけで物事を行うこと。ひとりだち。独立とされる。自立とは、依存・受け身から脱し、主体的に自分の足で立つことで、経済的・健康的(生活面)・精神的自立の三本柱があるとされる。これは概念的な定義である。一般的に「自立」の反対語は「依存」だと勘違いされているが、現実的には人間は物であったり人であったり、さまざまなものに依存しないと生きていけないのが真実である。

自立という視点で障害を考えると、“障害者”というのは、「依存先が限られてしまっている人たち」のこと。健常者は何にも頼らずに自立していて、障害者はいろいろなものに頼らないと生きていけない人だと勘違いされている。けれども真実は逆で、健常者はさまざまなものに依存できていて、障害者は限られたものにしか依存できていない。実は膨大なものに依存しているのに、「私は何にも依存していない」と感じられる状態こそが、“自立”といわれる状態なのだろうと思います。だから、依存できる資源が少ない障害のある当事者はにとって、目指すべき自立とは、むしろ依存先を増やすことなのである。

(参考文献)

「大辞林」

熊谷晋一郎「TOKYO 人権」第 56 号(平成 24 年 11 月 27 日発行)

執筆者一覧

神経系の発達	(出典1)
心理的発達	久保律子
発達障害とは	神尾陽子(出典2)
精神遅滞	山内秀雄(出典2)
自閉症スペクトラム	本田秀夫(出典2)
ADHD	小野次郎(出典2)
学習障害(LD)	稻垣真澄(出典2)
協調運動障害	本田秀夫
コミュニケーション障害	稻垣真澄(出典2)
発達障害を伴うことの多い身体疾患	相原正男(出典2)
てんかん	十一元三(出典3)
地域ケア・システム	北山真次(出典2)
医療の役割	本田秀夫
法制度	服部森彦
特別支援教育	山梨県教育庁新しい学校づくり推進室特別支援教育担当
障害と支援に関する考え方	林 隆

(出典)

- 1.「一般小児科医のための子どもの心の診療テキスト」
- 2.「子どものこころの診療医の専門研修テキスト」
- 3.「一般精神科医のための子ども心の診療テキスト」

発達障害の人たちの支援に関する 専門家のための研修テキスト

幼児期編

はじめに

このたび、発達障害のある人たちの支援に関わる専門家を養成することを目的として、実践的知識をまとめたテキストを作成しました。これは、平成24年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業の指定課題「医療や福祉分野の発達障害支援者的人材育成体制の調査について」の一環として、山梨県の作業部会が中心となってまとめたものです。発達障害の人たちの支援に関わる専門家の育成は、まだまだ不十分です。国内を見渡すと、人材育成を行うための研修の場とプログラムにアクセスしにくい地域もたくさんあります。このテキストは、そのような地域の人たちが気軽にアクセスできることをねらいの一つとしています。

発達障害の人たちの支援は、多領域・多職種によるチーム・アプローチが不可欠です。また、幼児期から成人期までの幅広いライフステージで支援が必要です。支援に関わる専門家は、自らの専門領域をもつスペシャリストであると同時に、他領域に関するある程度の知識ももつジェネラリストでもある必要があります。これらのニーズを両立させるために、このテキストはライフステージによって「幼児期編」、「学齢期編」、「思春期編」、「成人期編」、これに「総論編」を加えた5冊からなる分冊形式とし、読者のニーズに応じていろいろな組み合わせで学習できるようにしました。また、紙の冊子にすると同時にPDFファイルも作成し、各関連機関のホームページからダウンロードできるようにしました。

出典として、厚生労働省雇用均等・児童家庭局から平成20年に出された一般小児科医向け、一般精神科医向け、および子どもの心の診療専門医養成用のテキストを、有効活用しました。他の部分については、山梨県立こころの発達総合支援センターおよび山梨県教育委員会高等教育課のスタッフと甲州市福祉あんしん相談センターの服部森彦氏からなる執筆チームが分担執筆しました。さらに、総論編の一部を山口宇部発達医療センターの林隆センター長が執筆しました。

短い時間の中、急ピッチで執筆が進められたため、表現や表記法が不統一である箇所や、推敲が不十分である箇所が多くみられることを、ご容赦いただければと思います。今後、ご意見をいただきながら定期的に内容を見直し、適宜改訂していきたいと思います。

このテキストが、発達障害の人たちの支援に関わるさまざまな職種の人たちに、有効に活用されることを願ってやみません。

平成25年3月

山梨県立こころの発達総合支援センター
本田秀夫

目 次

幼児期に発見可能な発達障害	64
観察のポイント	65
乳幼児健診における発達障害の早期発見	66
幼稚園、保育園における発達障害の早期発見	67
就学時検診における発達障害の発見	68
診察の手順	77
心理検査	80
評価尺度	81
幼児期の支援の基本的な考え方	82
幼児期の療育技法	84
幼稚園、保育園におけるインクルージョン	85
家族支援	86
幼児期に利用できる制度と社会資源	88
執筆者一覧	90

幼児期に発見可能な発達障害

<幼児期までに発見可能な発達障害>

障害が発見可能となる時期は、それぞれの障害の特性によって異なる。発達障害を含め幼児期までに早期発見が可能な主な障害を表に示す。代表的な発達障害である①広汎性発達障害(PDD; Pervasive Developmental Disorders)、②学習障害(LD; Learning Disability)、③注意欠陥多動性障害(ADHD; Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder)のうち、LDとADHDは幼児期に片鱗を認めるものの学齢期に入ってから確定診断となることが多い。

しかし、PDDに関しては幼児期に診断可能なことが多い。自閉症は1歳から診断可能であるが、特徴的な所見を持たず、知的な遅れのないPDDの場合は幼児期の診断が難しい場合もある。

<PDDについて>

PDDは、①意思伝達の質的な障害(コミュニケーションの発達障害)、②対人相互反応における質的な障害(社会性の発達障害)、③行動、興味、活動の原曲と反復的、常同様式(創造性や柔軟性の乏しさ、こだわり)を中心の症状となる。

具体的には、言葉を話し始めた時期の遅れ、オウム返し、指差しをするか、人のまねをするか、ごっこ遊びをするか、人見知り、後追いをするかなどがポイントとなる。また、集団参加の場面では、大人の一斉指示に従つたり、暗黙の了解に気づいたりということができないことが多い。言語やコミュニケーションの明らかな問題ではなく、知的な能力にも遅れないにもかかわらず、集団適応や友達関係でのトラブルが絶えないといった主訴で受診し、4歳以降にPDDと診断されるケースも少なくない。

これらの症状を見逃さず早期発見をし、適切な早期介入することで、後述する“二次的な問題や併存障害”を予防することへ繋がっていく。

表. 主な障害と早期発見の時期

早期発見	発見のマーカー	障害名
0歳	生物学的マーカー	精神遅滞
0~1歳	運動	精神遅滞(脳性麻痺)
1~2歳	対人行動遊び	自閉症
	コミュニケーション	精神遅滞
3~4歳	集団適応	高機能自閉症
	社会的行動	アスペルガー症候群
	言語	学習障害

清水康夫、本田秀夫編集:「幼児期の理解と支援2-早期発見と早期からの支援のために-」(金子書房、2012)より転載

観察のポイント

発達障害の子どもは、すごく得意な分野がある一方で、極端に苦手な分野がある。毎日の生活場面で「どうして何度もわかつてくれないのだろう」と思う時、「気になる子どもの行動には何か理由があるのかもしれない」と考え、その子を取り巻く環境をよく観察することが大切である。

個別場面と集団場面で、それぞれ子どもの様子を観察し、比較する事は重要な視点である。個別と集団の持つ特徴が、子どもの実像をよりクリアに見せてくれるものとして、観察時の環境設定をすることがよいだろう。また、虐待などの家庭環境の問題や身体疾患などの病気も、気になる行動の原因になることが考えられるので注意が必要となる。

<個別場面での観察について>

個別での関わりは、徹底して子どもに合わせる事が出来るので、個々の発達の特性やつまづきを理解しやすい。子どもの情緒の安定が図れるので、気になる行動が見えにくくなる面もあるが、個々の発達の状況を明確に捉える事が可能である。個別場面での子どもの特徴をしっかりと捉えておくことで、集団に入った時の、気になる行動の原因を考えることにつなげられる。

<集団場面での観察について>

集団は、子どもにとって関係性が複雑で刺激が強いものである。集団への参加の仕方や他児との関わり方、コミュニケーションの取り方、等のその子なりの特徴が見えやすくなる。また、集団での課題活動場面の観察と、集団での自由遊び場面での観察をすることでも、子どもの特徴を一層明確に捉える事が出来るだろう。

<子どもの観察ポイント>

- ◆ コミュニケーション面: 視覚優位 話し言葉が苦手 複数の情報の処理が困難
- ◆ 人との関わり方: 一方的 おとなしすぎる ひとり遊びが多い 子ども同士で遊べない
- ◆ 興味・関心のかたより(こだわり)
- ◆ 記憶がいい(写真的な記憶)
- ◆ 感覚の過敏・過鈍性
- ◆ 動きのぎこちなさ
- ◆ 多動・落ち着きのなさ
- ◆ イマジネーション・想像性: 暗黙のルールがわからない 相手の気持ちを想像できない

(参考文献)

宇佐川浩:「障害児の発達臨床Ⅱ 感覚と運動の高次化による臨床発達の実際」, 学苑社, 2007。

杉山登志郎, 辻井正次監修:「発達障害のある子どもができる事を伸ばすー幼児編ー」pp.7-28, 日東書院, 2011。

発達障害・情報支援センターHP:「発達障害に気づく」(<http://www.rehab.go.jp/ddis/> 発達障害に気づく/)

乳幼児健診における発達障害の早期発見

＜母子保健における枠組の明確化＞

保護者側の条件に依存することなく、障害の早期発見を行政的に保障する場として、健診はきわめて有用である。そこでは育児支援という大枠の中で医師や保健師によるマス・スクリーニングが可能となる。とくに、ASD の場合は、1歳半健診が重要であり、健診の場ではどんなツールを用いて、どんな手順で行うのかが問題となる。

発達障害の早期発見は 1歳半健診を端緒に位置づけ、そこでの把握もれに対するフェール・セーフとして 3歳児健診を位置づける。1回限りの健診の場だけで精度高くスクリーニングすることは困難であるため、最初の段階では発達障害を含め、なんらかの支援ニーズがありそうなケースをすべて抽出し、家庭訪問や所内相談、親子で参加する遊び、二次相談事業などの様々な育児支援活動をとおして絞り込んでいくプロセスをとることが重要である。この「育児支援」という枠組みを明確にもつことにより、親の精神保健への配慮が可能となり、高い倫理性と精度をもって発達障害の早期発見を行うことができる。

＜健診の手順＞

健診では支援が少しでも必要そうなケースを広く抽出する。健診の質問紙は、運動発達、言語発達、対人行動、日常生活スキル、興味(遊び)の領域を網羅しつつも、項目数は最大でも 20 項目以内にして焦点が絞れるようにする。問診では、聞くべき項目をある程度構造化し、特に発達面については親が「できる」と記入していても、必ず確認する。また、「通過」とするか「把握」とするかの判断基準をつくっておくことが必要である。さらに、問診の前後には、短時間でよいので子どもを直接観察する。呼びかけたときの保健師への反応と親への反応、いくつかの玩具などを呈示したときの興味の示しかたと集中のしかたなどをみるとことによって、発達の遅れや偏りの有無をおまかに把握する。この直接の行動観察こそが発達障害の早期発見の主要行程である。

(参考文献)

- 本田秀夫:発達障害の早期発見ー保健師に求められることー。「保健師ジャーナル」68: 962-967, 2012。
清水康夫, 本田秀夫編著:「幼児期の理解と支援ー早期発見と早期からの支援のためにー」, 金子書房, 2012。

幼稚園、保育園における発達障害の早期発見

幼稚園や保育園への入園は、生まれてはじめて子どもが親のそばを離れ、同世代の子どもたちと共同生活を開始する重要なライフイベントである。一方、発達障害の子どもたちでは、親との限られた対人関係だけでは明らかになりにくかった社会生活上の問題点が検出されやすくなるため、幼稚園や保育園の生活を通して発達障害に気づかれることも珍しくない。特に、知的障害が全くないタイプの場合、言葉の遅れなどの指標では異常がみられないため、複数の同世代の友だちとの集団活動に参加してみると問題が見えてこない場合もある。

幼稚園、保育園の生活の中で検出されやすい発達障害の特性の例を以下に挙げる。

- じっとしていない
- 指示に従わず、勝手なことをする
- 会話ができない
- 思うようにならないとかんしゃくを起こす
- 他の子どもにちよつかいを出したりケンカをする
- 突然泣き叫ぶ
- 給食を食べない
- 手先が不器用である
- 集団活動中、別のことをしていたり考えている
- 教室に入れない、登園したがらない

幼稚園教諭や保育士がこれらの特徴に気づいた場合、地域のなかで利用可能なリソースの中から最も適切なものを選択し、対応を考えていく必要がある。

(参考文献)

五十嵐隆総編集、平岩幹男専門編集：小児科臨床ピクシス2「発達障害の理解と対応」、中山書店、2008

就学時検診における発達障害の発見

＜就学時健診とは＞

就学時健康診断(以下「就学時健診」という。)は、学校保健安全法第11条に「市(特別区を含む。以下同じ。)町村の教育委員会は、学校教育法第17条第1項の規定により翌学年の初めから同項に規定する学校に就学させるべき者で、当該市町村の区域内に住所を有するものの就学に当たって、その健康診断を行わなければならない。」と定められており、小学校に就学する直前の11月30日までに行なわれる健康診断である。健康診断の検査項目は学校保健安全法施行規則の第3条に定められており、以下のとおりである。

【学校保健安全法施行規則第3条で示されている検査項目】

1. 栄養状態は、皮膚の色沢、皮下脂肪の充実、筋骨の発達、貧血の有無等について検査し、栄養不良又は肥満傾向で特に注意を要する者の発見につとめる。
2. 脊柱の疾病及び異常の有無は、形態等について検査し、側わん症等に注意する。
3. 胸郭の異常の有無は、形態及び発育について検査する。
4. 視力は、国際標準に準拠した視力表を用いて左右各別に裸眼視力を検査し、眼鏡を使用している者については、当該眼鏡を使用している場合の矯正視力についても検査する。
5. 聴力は、オージオメータを用いて検査し、左右各別に聴力障害の有無を明らかにする。
6. 眼の疾病及び異常の有無は、伝染性眼疾患その他の外眼部疾患及び眼位の異常等に注意する。
7. 耳鼻咽頭疾患の有無は、耳疾患、鼻・副鼻腔疾患、口腔咽喉頭疾患及び音声言語異常等に注意する。
8. 皮膚疾患の有無は、伝染性皮膚疾患、アレルギー疾患等による皮膚の状態に注意する。
9. 歯及び口腔の疾病及び異常の有無は、齶歯、歯周疾患、不正咬合その他の疾病及び異常について検査する。
10. その他の疾病及び異常の有無は、知能及び呼吸器、循環器、消化器、神経系等について検査するものとし、知能については適切な検査によって知的障害の発見につとめ、呼吸器、循環器、消化器、神経系等については臨床医学的検査その他の検査によって結核疾患、心臓疾患、腎臓疾患、ヘルニア、言語障害、精神神経症その他の精神障害、骨、関節の異常及び四肢運動障害等の発見につとめる。

＜就学時健康診断の課題＞

就学時健診では、身体の疾患や知的発達の状況を把握するための検査が実施されている。これらの検査は、児童が学校生活を送るうえで必要な心身の状態を把握するために実施されるものであるが、障害があり、特別な教育的支援が必要な児童については、市町村教育委員会が保護者と就学相談を行うこととなる。その際に保護者は「うちの子どもに障害があるはずがない。」「家では問題を感じていない。」「他の子どもと一緒に教育を受けることができない。」などの気持ちから戸惑いや不安を感じることがある。特に、保護者が戸惑うのは、障害の状態を把握しにくい発達障害のケースに多くみられる。

① 就学時健診の課題

就学時健診の課題としては、まず時期の問題があげられる。仮に保護者が就学時健診において

て特別な教育的支援の必要性を指摘されたとすると、せいぜい2、3ヶ月に間に就学先の決定に関し、意志決定をしなければならない。

次は、時期の問題と併せ就学先の決定に関する情報の提供が不十分なことである。就学先の決定については、市町村教育委員会がその責を負っているが、就学の制度、相談のシステム、学校で受けることができる教育内容等についての説明が十分になされているケースは少なく、保護者が十分な情報を得た上でわが子の就学先について同意をしているとは言い難いのが現状である。

② 発達障害の発見に関する課題

LD、ADHD、高機能自閉症などの発達障害は、知的発達の遅れを示さないことがあり、多くの就学時健診で実施されている簡易的な知能検査のみでは発見することが困難なケースがあることから、適切に実態を把握することは難しい。そのため、知的障害や身体の障害が伴わない発達障害を、就学時健診の場でどのように把握するかが課題となる。

従来の就学時健診では、視覚、聴覚、身体機能、疾病の有無、知的障害を発見することに主眼が置かれており、知的障害を伴わない発達障害は発見が困難であり、就学後の学校生活において、学習上、行動上の困難さに気づかれることが多い。

そこで、近年では市町村の保健、福祉、教育の担当者が連携し、就学前から幼稚園・保育所を訪問することで、幼児の様子を把握したり、乳幼児の健康診査に教育委員会の担当者が立ちあつたりするなど、就学前から幼児の状態を把握し、就学後の指導や支援に生かす取組を行っている自治体も増えてきている。しかし、現状は自治体間での温度差があり、就学時健診の場では見逃されたり、たとえ発見ができたとしても、支援に関する情報提供が少なかつたりし、保護者の戸惑いや不安を解消できていない現状もみられる。

③ 乳幼児健康診査との連携

母子保健法第12条に「満1歳6か月を超える満2歳に達しない幼児」、「満3歳を超える満4歳に達しない幼児」に対し市町村は健康診査を行わなければならないことが定められており、就学時健診とは別に乳幼児健康診査（以下「乳幼児健診」という。）が実施されている。母子保健法施行規則第2条第2項の診査項目と就学時健診の検査項目を比較

【母子保健法施行規則第2条第2項で示されている診査項目】

- 1 身体発育状況
- 2 栄養状態
- 3 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無
- 4 皮膚の疾病の有無
- 5 眼の疾病及び異常の有無
- 6 耳、鼻及び咽頭の疾病及び異常の有無
- 7 齒及び口腔の疾病及び異常の有無
- 8 四肢運動障害の有無
- 9 精神発達の状況
- 10 言語障害の有無
- 11 予防接種の実施状況
- 12 育児上問題となる事項
- 13 その他の疾病及び異常の有無

すると、ほとんどの項目が関連していることが分かる。

これまで保健分野で実施されている乳幼児健診と教育分野で実施されている就学時健診の連携が必要といわれてきた。

また、乳幼児健診は、母子保健法で定められている1歳6か月健診、3歳健診の他にも、法制化はされていないが、5歳児に健診を行う市町村が増えてきている。その背景としては、平成17年に施行された発達障害者支援法の中に、地方公共団体の責務として、発達障害の早期発見、早期支援が求められたことが考えられる。また、3歳までの健診では、集団行動における問題は明確になりにくいが、5歳児であれば、そのほとんどは幼稚園、保育所等での集団生活を経験しているため、発達上の問題を明らかにしやすいということ、3歳で行う乳幼児健診と就学までは時間的な開きが大きく、十分なスクリーニングや支援につなげることが困難であることなどが、5歳児の健診を行う目的となっている場合が多い。

これらの乳幼児健診においても、聴力、視力、運動機能、言語機能、精神発達の状況が把握され、発達の遅れなどが指摘された場合は療育に関する相談を紹介されることが多い。つまり、就学時健診よりも前に、保護者は子どもの発達の状況について把握する機会があり、早期から必要な相談・支援の場が提供される機会が増えてきている。

そこで、就学時健診のみでは、障害の程度や状況の把握をすることに主眼が置かれてしまい、保護者への十分な情報提供や子どものニーズの把握ができない場合があることから、乳幼児検診と就学時健診を実施する保健分野と教育分野が連携することにより、発達の過程、発達の状態、子育ての状況、保護者や子どもの教育的ニーズの把握、就学についての情報提供を早い時期から行い、就学相談に生かすことが考えられる。

＜発達障害の早期発見・早期支援のための取組＞

① 発達障害早期総合支援モデル事業の取組

文部科学省は平成19・20年度の2年間、教育委員会及び教育関係機関が、医療、保健、福祉等の関係機関と連携し、発達障害の早期発見並びに発達障害のある幼児や保護者に対する早期支援をとおして、総合的な支援の在り方について実践的な研究を行うことを目的とし「発達障害早期総合支援モデル事業」を全国27地域において実施した。表1は、文部科学省から出されているモデル事業の実施要項を基に、取組とその内容について整理したものである。

このモデル事業では、図1のイメージ図からも分かるように教育委員会と医療、保健、福祉等の関係部局との連携体制の構築、発達障害に関する理解・啓発、保健関係機関が実施する健康診査との連携、幼稚園や小学校への円滑な移行、他のモデル事業との連携などの事業が展開された。その中で最も特徴的なのは、保健関係機関が実施する健康診査との連携、就学時健診等における障害を発見する方法の工夫など、発達障害の早期発見についての実践的な研究が盛り込まれたことである。

-幼児期編-

表1 発達障害早期総合支援モデル事業の内容（発達障害早期総合支援モデル事業実施要項：平成20年文部科学省）

発達障害早期総合支援モデル事業の取組	取組の内容
(1) 早期総合支援モデル地域協議会の設置	事業の実施を委嘱された教育委員会（以下「モデル地域」という。）は、発達障害のある（発達障害の可能性を含む。以下同じ。）幼児及びその保護者に対する早期からの総合的な支援体制を整備するため、教育、医療、保健、福祉等の関係部局や関係者からなる「早期総合支援モデル地域協議会」を設置する。
(2) 相談・指導教室の設置	モデル地域は、域内の教育センターや学校等に発達障害に関する専門的知識を有する者を配置し、発達障害のある幼児及びその保護者に対する教育相談や指導・助言を行う「相談・指導教室」を設置する。
(3) 教育相談会・講演会の開催	モデル地域は、教育、医療、保健、福祉等の関係機関による教育相談会や、発達障害に関する専門家による講演会を行い、発達障害のある幼児やその保護者に対する支援・助言を行い、理解・啓発を推進する。
(4) 早期発見・早期支援に関する研究	①早期発見について モデル地域内の幼稚園や保育所における健康診断や、保健機関が実施する健康診査（いわゆる5歳児健診を含む）との連携、就学時健診等における障害を発見する方法の工夫など、発達障害の早期発見についての実践的な研究を実施する。 ②早期支援について モデル地域内の幼稚園、保育所における支援方法の工夫や小学校、特別支援学校の通級による指導の活用など、発達障害の早期支援についての実践的な研究を実施する。
(5) 学校等への円滑な移行方法の工夫	発達障害のある幼児が、幼稚園や小学校に円滑に移行できるよう、個別の教育支援計画の作成やその活用・引継ぎの方法の工夫など、実践的な研究を実施する。
(6) 関連事業等との連携	①本事業の実施に当たっては、文部科学省の実施する「発達障害等支援・特別支援教育総合推進事業」（平成19年度までは「特別支援教育体制推進事業」）と連携協働して行うこと。 ②文部科学省の実施する「幼児教育の改善・充実調査研究」の指定を受けている都道府県教育委員会等において、主要な研究内容として、「特別な配慮を必要とする幼児に対応するための支援の在り方」を選択した場合は、本事業との連携・協力について検討すること。 ③厚生労働省が実施する「発達障害者支援体制整備事業」を実施している地域においては、当事業との連携や、地域の発達障害者支援センターとの連携・協力について検討すること。 ④特別支援学校との連携・協力について検討すること。

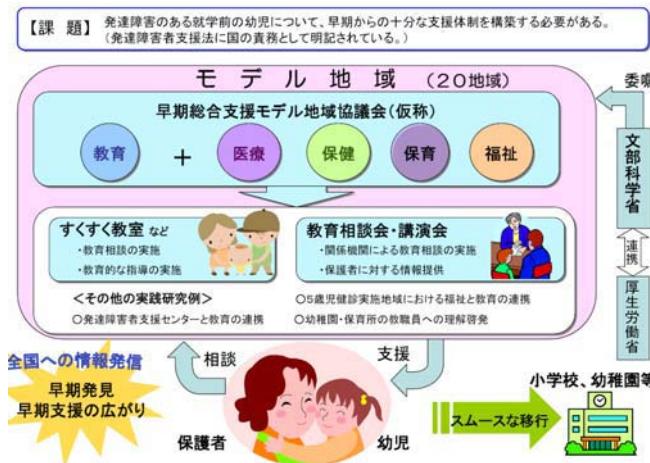


図1 発達障害早期総合支援モデル事業のイメージ（文部科学省）

その取組の例として、乳幼児健診の診査方法や内容の見直し、就学時健診で行われる知能検査に加え行動観察を行い、より的確に発達障害を発見する研究などが挙げられる。また、発達障害が疑われる場合は、早期からの療育相談・支援体制とともに就学相談を併せた支援体制の構築が図られた。小学校就学に向けては、これらの相談・支援体制で得られた情報を基に、就学後の指導や支援に結びつけるためのツールの開発等が行われた。

② 山梨県における発達障害早期総合支援モデル事業の取組

◆ 事業の概要

山梨県教育委員会では、文部科学省の委嘱を受け平成19・20年の2年間、発達障害早期総合支援モデル地域として、山梨市、甲州市、笛吹市を指定した。各市教育委員会が福祉・保健担当課と連携しモデル事業を実施し、県としては県保健福祉部による「発達障害支援体制整備事業」や県教育委員会が別途実施する「発達障害等・特別支援教育総合推進事業」を関連させながらモデル事業を進めることで、乳幼児期から就労に至るまでの一貫した支援体制の整備を図ることを目的とした。

◆ 事業の内容

表2は、表1で示した内容と山梨県で実施された発達障害早期総合支援モデル事業の取組の関係を整理したものである。

表2 発達障害早期総合支援モデル事業の山梨県における取組

発達障害早期総合支援モデル事業の内容	山梨県の取組	具体的な取組内容
(1) 早期総合支援モデル地域協議会の設置	・峡東地域早期総合支援連絡協議会	・指定地市域である3市の教育、福祉、保健担当課による協議会
(2) 相談・指導教室の設置	・地域における幼児のための相談・支援（療育）窓口の設置	・地域の言語障害通級指導教室（ことばの教室）に発達相談員（臨床心理士）を配置し、保護者、保育士、教員等の相談に対応。
	・健康診断時における相談窓口の開設	・教育委員会担当者、保健・福祉担当保健師、家庭相談員等による相談窓口対応
(3) 教育相談会・講演会の開催	・保育士、幼稚園教諭に対する学習会の開催（H19） ・保健師等の専門職と保護者の合同研修会の開催（H19） ・保健師、保育士、幼稚園教諭に対する学習会の開催（H20） ・保護者向け学習会の開催（H20）	・保護者への支援方法についての学習 ・発達障害の理解と支援方法についての学習 ・保護者のためのストレスマネジメントについての学習 ・ペアレントトレーニング（保護者対象）
(4) 早期発見・早期支援に関する研究	・発達障害の早期発見に関する健診方法研究委員会（第1部会）	・早期発見・早期支援のための健診時のチェックシートの開発
(5) 学校等への円滑な移行方法の工夫	・発達障害の早期発見に関する健診方法研究委員会（第2部会）（第3部会）	・保育所・幼稚園で使用する支援シートの開発 ・連携のためのサポートノートの開発
(6) 関連事業等との連携	・発達障害者支援体制整備事業	・県保健福祉部所管事業 ・県全体の福祉、保健関係の支援体制の構築
	・発達障害等・特別支援教育総合推進事業	・県教育委員会所管事業（文部科学省委嘱事業） ・幼稚園、小・中学校、高等学校の支援体制の整備 等 ・特別支援学校のセンター的機能を活用した地域の相談支援体制の構築 等

山梨県で実施されたモデル事業では、発達障害の早期発見・早期支援のための保健師、保育士、幼稚園教諭、保護者等への理解・啓発を目的とした学習会の実施や、保護者や支援者を対象とした相談窓口の開設を行ってきている。その中でも、就学時健診における発達障害の発見については、表2の(4)と(5)に位置づけられている、「発達障害の早期発見に関する健診方法研究委員会」において取り組まれた。

◆ 「発達障害の早期発見に関する健診方法研究委員会」の取組

「発達障害の早期発見に関する健診方法研究委員会」は、「健診チェックシート部会（第1部会）」、「保育所・幼稚園支援シート部会（第2部会）」、「連携サポートノート部会（第3部会）」の3つの部会で構成された。

ここでは、就学時健診における発達障害の発見を中心にしており、3つの部会のうちの「健診チェックシート部会（第1部会）」で検討された3歳児健診、5歳児健診、就学時健診

等の際に使用することを目的に開発された「行動に関するチェックシート」(以下「チェックシート」という。)を中心に説明を行うこととする。

モデル地域の就学時健診において、従来の健診項目や知能検査の他に、内科健診時や知能検査時に使用するチェックシートを活用し、知的障害を伴わない発達障害のスクリーニングの参考資料とした。図2は本部会で検討された就学時健診の流れを示したものである。内科健診、歯科検診等や知能検査の場面でチェックシートを活用した行動観察を行い、その結果を知能検査や保護者面接の結果と併せ、就学前について検討される流れになっている。

この中で使用されるチェックシートは、内科検診時用と知能検査時用の2種類が作成され、実際の就学時健診の場で試行された。(次ページの図3、図4を参照)

チェックシートについては、モデル事業1年目に関係者へのアンケートを基に修正がなされた。例えば、知能検査時用のチェックシートについては、就学時健診に協力した教員から、「項目数が多くチェックシートを付けることが負担。」との課題が出されたため、項目数を減らすなどの改善がなされた。

知能検査時用の行動に関するチェックシートを試行した教員に実施したアンケートによると、約80パーセントの教員が有効であると回答している。その理由として、「行動観察を行う際に視点が明確になる。」「共通理解が図りやすい。」「早期に実態を把握することで、就学後の支援に生かせる。」等があげられている。本チェックシートについては、モデル事業終了後も山梨県内の複数の自治体において使用されている。

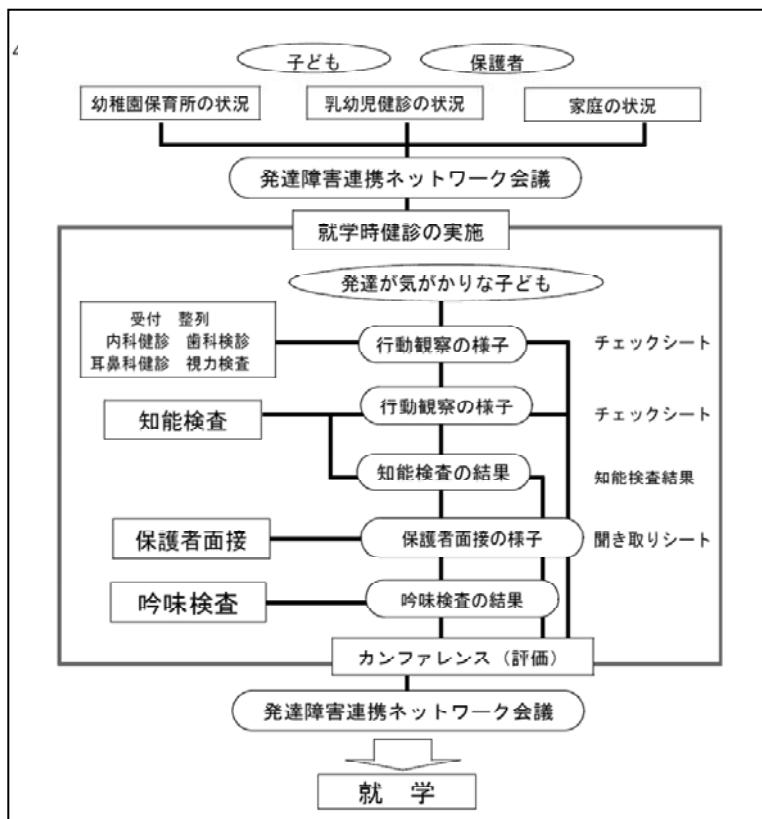


図2 山梨県のモデル事業で示された就学時健診の流れ

-幼児期編-

就学時健診 健康診断時の子どもの行動チェックシート I			1…ややその傾向がある 2…とてもその傾向がある		記入者()		
No	児童の番号(名前)						
	1白衣や医師を怖がり、検診ができない・不安や緊張が強い	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
場面適応	2保護者と離れられない	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
	3名前が言えない・コミュニケーションがうまくとれない	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
対人関係のとり方	4視線が合わない、じっと見すぎるなど視線の合わせ方が気になる	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
	5拒否的、挑発的な態度がある	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
情緒	6すぐ泣く、怒るなど気持ちのコントロールができない	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
行動	7落ち着きがない(だまつていられない、順番が待てない)	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
	8ぼんやりしている	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
感覚	9上履きや靴下をはくことを嫌がる	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
	10耳をふさぐなど、音を嫌がる	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
理解	11視力検査において指さしができない、指示が分からない	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
	12聴力検査において指示がわからない	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
	その他気づいたことを書いておいてください。						

図3 内科健診等の健康診断時用の行動に関するチェックシート

就学時健診 知能検査時の行動チェックシート II			1…ややその傾向がある 2…とてもその傾向がある		記入者()		
No	児童の番号(名前)						
	1落ち着きがない(座つていられない、いすをゆする、きょろきょろみる)	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
行動	2並べない(列からはみ出す)	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
	3勝手に発言する(だまつていられない、関係のない話をする)	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
	4早とちりをする(説明が終わらないうちに作業に取りかかる)	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
	5ぼんやりしている(聞いていないように見える)	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
	6固まっている(緊張して作業に移れない)	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
情緒	7すぐに泣く、すぐに怒る	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
	8質問や聞き返しが多い	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
感覚	9上履きを履くのを嫌がる	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
	10書き方がぎこちない、鉛筆の握り方が気になる	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
協調運動	11筆圧が弱い、模写ができない(検査後、検査用紙で確認)	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	1 · 2	
	その他気づいたことを書いておいてください。						

図4 知能検査時用の行動に関するチェックシート

◆ 山梨県における成果と課題

山梨県において実施された発達障害早期総合支援モデル事業では、成果として「発達障害

のある子どもや保護者に対する総合的な支援のための各市の連携の基盤がつくられた。」、「市の部局をこえた横断的な取組が推進された。」等があげられている。一方、課題として、「部局をこえた連携の際の個人情報の取扱いについて確認が必要である。」「就学後のフォローアップ体制の構築をどのように図っていくのか。」などがあげられた。

モデル事業に指定された3市のうちの2市では、モデル事業終了後も発達相談員を継続配置するなどし、さらには発達相談員の勤務時間を増やし就学後のフォローアップ体制の構築を図っている市もある。

これまで就学時健診等で見過ごされてきた発達障害への対応の必要性が各自治体の保健、福祉、教育の部局において確認されたという意味において、このモデル事業の果たした役割は大きいといえるだろう。

＜就学時健診における発達障害の発見＞

就学時健診における発達障害の発見については、学校保健安全法施行規則第3条で示されている検査項目を実施するだけでは不十分であり、時期的にも就学時健診だけでは早期からの就学相談へ繋げることが困難であることは、これまでも述べてきたとおりである。就学時健診は、知的発達の遅れについてはスクリーニングすることができても、知的障害を伴わない発達障害についてのスクリーニング機能は低い。これらの課題に対しては、身体の検査時や知能検査時の行動観察、幼稚園・保育所への巡回相談時における集団生活時の行動観察等の情報、保護者、保育者からの聞き取りによる生育歴等と併せて検討を行うことが必要となる。そのため、教育、保健、福祉関係者による部局横断方の連携体制を構築し、幼稚園・保育所への巡回相談や保健関係者の療育相談を連携しながら進めなければならない。それらの情報を基に就学時健診においては、発達や成長の度合いが確認され、子どもの教育的ニーズに合わせた教育環境の在り方を検討することが重要視されるべきであろう。

就学時健診で初めて発達障害の疑いがあることを発見し、保護者との共通理解を図るというケースでは、前述したとおり時間的に保護者の心情に十分に配慮した相談・支援を進めていくことは難しい。早期に発見し支援に繋げて行くためには、乳幼児健診と就学時健診の連携が欠かせないのである。

＜発見から支援へ＞

知的障害を伴わないLD、ADHD、高機能自閉症等の発達障害は、知的障害や身体の障害に比べ、発見することが困難であることや保護者との共通理解を図ることが困難である場合が多い。そのため、発見することに主眼が置かれてしまい、支援にまで繋がらないのでは、単なる障害のレッテルを貼ることに過ぎない。健診の方法やチェックシートの精度を上げることだけに重点を置くのではなく、必要な支援を適切な時期に行い、保護者や子どもを支えていくシステムを構築する必要がある。そのためには、保健師、保育士、教育関係者等は、発達障害の状況を把握するスキルと子どもや保護者の不安感などを察知し寄り添いながら支援をするスキルの両方を兼ね備える必

-幼児期編-

要がある。

発達障害の早期発見・早期支援は、保護者や子どもが恩恵を受けるべきものである。そのためには、今後は、発見するシステムだけでなく、保護者が安心し、子どもが必要な支援を受けることができるシステムの構築がより一層進められることが期待される。

(参考文献)

山梨県教育委員会「平成19・20年度発達障害早期総合支援モデル事業研究報告書」(平成21年3月)

下泉秀夫 「5歳児健診における発達障害への気づきと連携」母子保健情報第63号,2011

子吉知恵美 「文献から見る発達障害児の早期発見と支援継続のための5歳児健康診査と課題」

石川看護雑誌 Ishikawa Journal of Nursing Vol.9,2012

診察の手順

診察では、個体、家族力動、社会生活という3つの視点を常に持つておくことが重要である。

<着目すべき事項>

記録用紙にあらかじめ項目を列挙しておいて、観察しながら記入していくとよい。専門用語は最小限に抑え、観察した行動を一般用語で記述するようにする。

1) 身体の健康状態

まず全身をざっと眺めて、顔色、体格、清潔さを把握する。顔色が不良である場合、顔や四肢などに外傷などがある場合、異常に痩せている場合には、診察開始からしばらく経ってから衣類に隠れている体表部に外傷がないかどうかを確認する。

2) 遊び

1人遊び、同年代の子どもと2人での遊び、より大人数での遊び、大人との遊びなどを観察すれば、運動能力、物の操作、対人関係やコミュニケーション、認知発達などの評価もある程度できてしまう。それら以外に観察しておきたいのは、興味の対象である。どのような玩具に興味があるか、好きな玩具で遊び始めたときにどの程度その遊びに没頭するか、遊びから他の活動に誘われたときの切り替えはどの程度スムーズか、そして、玩具で遊ぶことと対人交流をもつこととの注意の配分はどうか、などを観察する。

3) 対人関係

初対面では視線は合いにくく、慣れてくるに従って徐々に合いやすくなるのが通常である。また、視線がどの程度合い続けるのかも重要な情報である。視線を適度に合ったり逸らしたりしながら会話をするのが通常である。合ったときの感情の動きにも注目しておく。

母親など普段最も身近にいる大人に対する反応も観察し、見知らぬ大人に対する反応との対比を把握しておく。慣れない場面で不安を感じた時に親の様子を確認する「社会的参照」や、親との愛着関係を評価する。親が傍らに付き添っている場合、医師が子どもに難しい質問をした際に子どもが親の方に視線を向けるかどうか、医師の話しかけに対する反応と、母親からの話しかけへの反応とでどのような態度の違いがあるか、などを観察する。

対人関係の観察では、継時的变化や場面による变化も重要である。同じ相手との反応が時間とともにどのように変化するのかを、1回の診察の中でもみておく必要があるし、回数を重ねる中でも見ておく必要がある。また、同じ相手でも場所が異なると態度が変ることがある。1対1の場面と集団場面とで対人行動が大きく異なる場合もある。これらは、直接観察のみでなく間接情報を併用する必要がある。

4) コミュニケーション

言語的コミュニケーションについては、年齢相応の語彙があるかどうか、どの程度の難易度の言葉かけに対してであれば的確な応答ができるのかを確認する。発音が正確であるかどうか、抑揚などのプロソディは自然であるかどうかなども確認する。また、会話がかみ合うかどうか、年齢に

比して難しい熟語などを使っているかどうかなど、発言の内容についても気づくことがあれば記録しておく。

非言語的コミュニケーションの観察も重要である。乳幼児期では、言語の出現よりも前から身振り、表情、視線などを用いた活発な非言語的コミュニケーションがみられる。自分の方から誰かに発信する際にどのようなコミュニケーション行動をとるのか、他の人の発するサインに気づき、注目するか、発信と受信がバランスよく配分されているか、などを観察する。

コミュニケーションには、人に何かを要求する、何かを示して共感を求める、質問する、要求に対して受諾する、あるいは拒否する、共感する、質問に答える、などの機能がある。これらの機能のうちのどれかにコミュニケーション行動が偏りすぎていないか、あるいはいずれかのコミュニケーション行動をとらないということはないか、などを確認する。

5)認知発達

子どもの認知機能が年齢に応じて発達しているかどうかを確認することは、子どもの行動観察においてきわめて重要である。「遠城寺式・乳幼児分析的発達検査法」などの親への質問紙法による発達検査は手軽で便利だが、親の主觀による偏りの影響を受ける。一般の小児科医や精神科医が子どもの診察をする場合には、臨床心理士に依頼するなどして知能検査を施行するのが無難であろう。児童精神科の専門医を目指す人は、発達心理学の勉強をして、このようなツールなしでも子どもの認知発達レベルを大体判断できるようになっておきたい。

6)注意、衝動のコントロール

人と会話するときに身体をじっとさせていられるか、すぐに気が散らないか、何かを始めた時、ある程度の時間は続けられるか、などが注目点である。ただし、幼稚園・保育園など同世代の子どもが沢山いる集団場面では不注意や多動が目立つのに、個別の診察場面では比較的落ちているという子どももいるので、診察場面で直接観察した情報だけでは十分とはいえない。

8)感情

発達水準と状況に応じた自然な感情表出があるかどうか、他者の感情表出にどの程度注目し、共感するかを観察する。

<行動観察の手順>

1)待合室

行動観察は、待合室で名前を呼ばれるのを待っている様子を観察するところから始めなければならない。これは、何も子どもに限ったことではない。医師が自ら待合室に出向いて観察するのはもちろんよいことだが、医師の出現によって子どもの態度に変化が起きる可能性もあるため、待合室を把握している受付などのスタッフにそれとなく様子を観察しておいてもらってよい。診療対象の本人だけでなく、一緒にいる家族の様子、そして家族と本人との関係についても観察しておく。また、どのような玩具や本に興味を示すのかなども観察する。

2)診察室

名前を呼ばれて子どもと家族がどのような様子で入室してくるのかを観察する。そのわずか数

秒から数十秒の時間の中で、多くの興味深い所見を得ることができる。たとえば、家族の誰が先で誰が後から入室してくるかは家族力動の推測に役立つし、入室の直前直後の本人や家族の表情や態度の変化から診察に対する感情の動きを推し量ることができる。入室直後、子どもが自発的に挨拶をするかしないか、する場合にはどのような態度や言葉遣いか、挨拶しない場合に親は子どもに挨拶を促すかどうか。これも数秒のことであるが、子どもの認知発達、対人行動やコミュニケーション能力の特徴、親のパーソナリティや子どもの状況に対する認識、そして親子の力動が反映される貴重な情報である。

幼児の診察では、標準的には、まず来所した本人と家族の全員に入室してもらった状態で本人の行動観察または面接を行い、次いで本人とスタッフが遊んでいる傍で家族と面接する。多くの場合、入室直後よりもかなり時間の経った後半の方が緊張が取れるので、本人を先に面接して、後半になるべくリラックスして過ごしている様子が観察できるよう配慮する。

3) 帰り際

診察が終わった瞬間や、退室した後の本人と家族の様子もスタッフに観察してもらうとよい。緊張がどの程度解けるのか、親が窓口で手続きなどをしている間、子どもは何をしているのか、その様子は診察に入る前と何か違うところはあるか、などを気に留めておく。

(参考文献)

本田秀夫編集：特集：子どものこころの病を診る。「こころのりんしょう à la carte」 Vol.30, No.2, 2011。

心理検査

幼児期の子どもに用いられる心理検査として、子どもに対して行なう個別の検査と、保護者に対して子どもの様子を質問して発達水準をチェックする質問紙が挙げられる。

子どもに対して行なう検査として、田中ビネー知能検査 V や WPPSI 知能診断検査などが用いられ、これらの検査では、子どもの知的能力の水準について把握することができる。また、新版 K式発達検査は、「姿勢・運動」「認知・適応」「言語・社会」の 3 領域にわかれ、全領域とそれぞれの領域別に発達年齢と発達指数を求めることができる。そのほかの発達検査として、遠城寺・乳幼児分析的発達検査、改訂日本版デンバー式発達スクリーニング検査などがあり、言語面や運動面などいくつかの領域に分けて子どもの発達の状態をとらえることができるようになっており、スクリーニング検査として用いられる。さらに、認知面の評価として、K-ABC 心理・教育アセスメントバッテリーや ITPA 言語学習能力診断検査、フロステイッグ視知覚発達検査なども幼児期から適用可能である。幼児に対して検査を行なう者は、それぞれの検査の特徴と検査方法を熟知していることはもちろんのこと、子どもの発達についてきちんと理解しておく必要がある。検査実施時に提示される積木やおもちゃなどに対して、課題としてはまだ通過できない項目でもどのように興味を示すか、検査時の言語指示の理解の仕方や手指の巧緻性などについて行動観察し記録を積み重ねていくことが子どもの発達を追跡的に評価するために重要な手がかりとなる。

保護者に対して行なう検査としては、津守式乳幼児精神発達検査や新版 S-M 社会能力発達検査、KIDS 乳幼児発達スケールなどがある。検査方法は保護者との面接(聴取)、もしくは保護者による記入のみで、子どもの普段の行動を保護者の観察に基づいた報告によって判定が行われる。質問紙以外には特別の用具は必要なく、検査時の子どもの状態にも左右されないという利点がある一方、子どもに対する過大評価や過小評価など、保護者の主觀に大きく影響されるため、子どもの状態像とあまりにかけ離れた結果が出た場合には、その解釈に注意が必要である。

(参考文献)

- 齊藤万比古編者:「子どもの心の診療シリーズ 1 子どもの心の診療入門」、中山書店、2009。
氏原寛、岡堂哲雄、亀口憲治、西村洲衛男、馬場禮子、松島恭子編者:「心理査定実践ハンドブック」、創元社、2008。

評価尺度

幼児期の発達障害に関する評価尺度としては、PARS や M-CHAT などが有名である。以下に代表的な評価尺度について紹介していく。

<PARS(広汎性発達障害評定尺度)>

高機能自閉症やアスペルガーも含む、自閉症スペクトラム(ASD)全体に対して利用可能な評定尺度として作成されている。知的障害の有無に限らず、幼児期から成人期にわたってすべてのライフサイクルで、広汎性発達障害の程度が評価できるものである。対人、コミュニケーション、こだわり、過敏性などの全8つの領域から尺度は成り立っており、一定のカットオフスコアを超えた場合に広汎性発達障害の可能性が高いと判断される。ただし、この尺度は診断やスクリーニングをするためのツールではなく、あくまでも適応困難性の有無や、程度を評価するためのツールである。

<M-CHAT(The Modified Checklist for Autism in Toddlers)>

主に 18 ヶ月から 36 ヶ月までの幼児を対象に用いる評価尺度である。指さしや社会的参照などの社会的行動についての質問項目が多く含まれており、早期からの子どもの社会性発達についての気づきを促すものである。ASD の早期発見、早期に ASD を発見し、適切な療育へつなぐためのツールとして、健診などの現場でも保健師により用いられるようになってきている。

<CARS(小児自閉症評定尺度)>

E. ショプラーの提唱した TEACCH プログラムで用いられている自閉症診断方法である。人との関係や、模倣、感情などといった各項目について、観察者が評価を得点化していく、総合点がカットオフポイントを越えた場合に自閉症と判断される。ただし、この尺度は古典的な自閉症(カナータイプ)を想定したものであり、高機能 ASD はスクリーニングできない。

(参考文献)

辻井正次、行廣隆次、安達潤、市川宏伸、井上雅彦、内山登紀夫、神尾陽子、栗田広、杉山登志郎：日本自閉症協会広汎性発達障害評定尺度(PARS)幼児期尺度の信頼性・妥当性の検討。「臨床精神医学」35: 1119-1126, 2006。

稻田尚子、神尾陽子：自閉症スペクトラム障害の早期診断への M-CHAT の活用。「小児科臨床」61: 2435-2439, 2008。

E.ショプラー、R.J.ライクナー、B.R.ラナー著、佐々木正美監訳：「新装版 CARS—小児自閉症評定尺度—評定シート付」、岩崎学術出版社、2008。

幼児期の支援の基本的な考え方

幼児期の支援では、母子保健、幼児教育、保育、医療、福祉、そして教育という多岐にわたる領域が、本人および保護者を含めた実効力のある支援のネットワークをいかに有機的に構築するかが、その子どもの一生を大きく左右する。

支援の基本的な枠組みを考えるにあたり、対象と内容に関してそれぞれ 2 つの軸を想定するとよい。対象については、子ども本人と保護者という 2 つの軸であり、支援の内容においては、精神保健的アプローチと教育的アプローチという 2 つの軸である。

<子ども本人への支援>

近年、発達障害の成人がさまざまな社会不適応を呈することに高い関心が寄せられている。一方、先進的な地域では 1990 年前後より知的障害を伴わない発達障害の幼児に対する早期支援が進められ、その対象となった人々はすでに成人期に達してきている。これらの人たちから得られた知見や教訓をもとに、発達障害の幼児に対する支援の考え方の整理が可能となりつつある。

これらの成人例から学ぶべきことのなかでも重要なことが 2 つある。ひとつは発達障害の症状の消失を目指すことには必ず限界があることであり、もうひとつは幼児期に発達障害の症状がどれだけ軽度であっても放置すると後に他の精神障害が併存するハイリスクとなることである。したがって、早期支援においては、症状の軽減を当面の目標とすることはあってもよいが、その延長上に将来の症状消失を想定することは厳に慎まなければならない。とくに、幼児期に症状が軽度の子どもでは、ちょっと頑張らせれば症状が軽くなるように見えるため、支援者が安易に症状消失を目指とする可能性があり、それが後年の併存障害出現の危険因子となり得る。そこで、子ども本人への支援でまず強調しておく必要があるのは、精神保健的アプローチの重要性である。いわゆる定型発達の里程碑に囚われることなく、個々の子どもが安心して生活できる環境をまず保障してから、その安心を保ちつつ無理なくできる範囲で教育的アプローチを導入するのが基本である。どのような環境が子どもにとって安心できるかということ自体にも、障害の特性が色濃く反映される。だからこそ、具体的支援は入念な個別の評価と表裏一体をして進める必要がある。

<保護者への支援>

幼児期の支援では、保護者への支援に大きな比重を置くのがよい。なぜなら、子どもの障害特性に配慮した支援を的確に開始し、軌道に乗せるためには、保護者が安定した精神状態で子どもの障害を理解し、前向きにわが子の育児に臨むことが必須だからである。

この時期の保護者は、子どもの発達に何らかの違和感を覚え、子どもの発達に気になる点があることを保健師や保育士などから指摘され、混乱したり不安を感じたりする段階から始まり、専門機関に受診、相談し、発達障害の診断を告知され、ショックを受け、そこから立ち直って現実を受け止め、子どものためにできることを模索し始める段階まで、急激な心理的葛藤を経験する。あまりのストレスの強さゆえに、うつなどの精神変調をきたす場合もある。しかし、保護者は同時に、

-幼児期編-

日々の育児においては障害特性に応じた接し方を身につけ、その時々でできる最適な支援を実践する最も身近な存在として、育児力の強化が求められる存在もある。そこで、この時期の保護者支援においては、わが子の障害への気づきから受容の過程における精神保健的アプローチと、最も身近な支援者として成長するための教育的アプローチとを同時平行で行っていく必要がある。

幼児期の療育技法

<個別療育について>

発達に偏りのあるこどもは、運動、言語、認知、感覚面などにおいて、顕著に苦手な領域があることが多い。そこで、生活上のストレスを低減させるために、機能回復や、現在もっている機能をよりうまく使えることを目的とした作業療法や理学療法、言語療法などのリハビリテーションがある。また、行動療法のように、不適切な行動を消去して適切な行動を強化するといった考え方のアプローチも考えられる。

TEACCHやPECSなどは発達障害のあるこどもにとってわかりやすい生活環境や手段を提供し、自立的に行動するために用いられるものである。

音楽療法は、音楽を用いて情動や表現したり発散するために用いるものである。言語表出の苦手なタイプのこどもに対して、言語に頼らずに行うことができる利点がある。

発達障害療育においては誤学習を招きやすいため、古典的な遊戯療法はあまり用いられないが、場合によっては導入する必要性があるケースも存在する。

以上のように、発達障害の幼児期における療育は目的とするところにより、様々な技法が考えられる。大前提として、療育を行うことによって、発達障害の特性が無くなるというわけではない。療育は発達に偏りがあるこどもたちが、より生活しやすくなるために行うものである。療育の選択にあたっては、専門家によるアセスメントのうえで、どのような介入がこどもにとって適切なのかを見極めて導入していくことが重要である。

<集団療育について>

自閉症スペクトラム障害(ASD)は、社会性とコミュニケーションが中核的な問題である。社会性とコミュニケーションは集団参加を通じてこそ学習できるものであると考えられるため、ASDのこどもにとって集団化は非常に重要である。しかし、集団化は、ただひとまとめにすればよいというものではない。ASDのこどもは、興味の偏りや能力のアンバランスさがあるため、定型発達のこどもに向けた集団活動では、興味が持続できない。そのため、事前の個別的アセスメントでこどもらの興味の傾向や理解の特徴などを精査しておく必要がある。こども達がみな興味を持てる活動や、理解しやすい提示法を工夫することで、こども達は楽しく能動的に集団活動に参加することができる。一定のルールのなかで集団に所属するという体験は、他者への意識を高めたり、他者の行動から学習しようという意欲にもつながる。また、集団療育は親に対して発達の気づきの視点を与え、日々のかかわりかたについての示唆と、親同士のつながりを作っていくことができる点も重要な点である。

(参考文献)

清水康夫、本田秀夫編集:「幼児期の理解と支援2-早期発見と早期からの支援のために-」、金子書房、2012。

幼稚園、保育園におけるインクルージョン

1994 年のサラマンカ宣言以降、障害のない子どもと、障害のある子どもがともに同じ空間で生活できるよう、教育的配慮を行っていく「インクルージョン」の視点が注目されるようになってきた。また、2012 年の文部科学省の調査において、全国の小中学校の通常学級に在籍する児童生徒のうち発達障害の可能性がある生徒は 6.5% に上るといわれており、発達障害(疑い)の子どもは決して少なくないことが示唆されている。幼児期において、特に知的な遅れがないタイプの子どもは、大抵、定型発達の集団に属して生活することとなるため、社会参加の入り口として、幼稚園教育、保育現場でのインクルージョンが非常に重要となってくる。

一般社会は基本的に「多数派」のためにできているシステムであり、園の活動もそういった「多数派」原理がはたらいているといえる。発達特性のある子どもは社会性の苦手さや過敏性、こだわりなどの「少数派」の特性により、園の集団活動に対してのりにくい。集団の流れに沿えなかったり、問題行動を起こした結果、幼稚園教諭、保育士からは叱責の対象となりやすく、自己評価も低下しやすい。こういった体験が積み重なると、集団の苦手感がさらに助長されるといったことにもつながりかねない。発達特性のある子どもが安心、安全に集団生活をおくるためにには、保育にあたる大人達が「少数派」の特性を理解していくことが重要となってくる。そのためには、まず、どういった場面で問題行動が起きているのかを慎重に観察し、検討することが重要である。問題行動が、子ども自身の理解の特徴からくるものなのか、こだわるもののが目に入るところにあったり、刺激的な物が周囲に多いなどの環境要因からくるものなのか、など、仮説を検証していくことで、子どもに対する対応については自ずと見えてくる。あとは、ひとりひとりに合わせて対応や環境を工夫していくべきよい。

発達特性のある子どもには、必ずしも定型発達の子どもと同じように集団参加をさせる必要はない。興味、関心にかたよりのある子どもにとって、すべての集団活動に無理矢理参加させることは、集団に対する拒否感を強めさせてしまう可能性もある。そのため、得意な活動、好きな活動だけに部分的に参加することを保障してあげることや、見ているだけでもよいとしてあげたり、時には同じ空間で違うことをする、ということも認めてあげるような指導者側の発想の転換も必要である。他の子どもと同じ空間で「楽しかった」と思えた体験が幼児期には重要であり、そういった集団での快体験の積み重ねが、就学後の集団参加の意欲へつながっていく。

発達特性のある子どもに対して「特別扱いすること」は決して後ろめたいことではない。発達特性のある子どもが生活しやすい環境は、わかりやすく、刺激の統制された環境であり、それは定型発達の子どもにとっても過ごしやすい環境である。多数派も少数派も心地よい環境を保育現場の大 人達が作り出していくことがインクルージョンとして目指すべき目標である。

(参考文献)

清水康夫、本田秀夫編集:「幼児期の理解と支援2-早期発見と早期からの支援のために-」、金子書房、2012。

家族支援

＜親の気づき＞

親はわが子に当たり前の期待を子どもに託しているものであるため、たとえある時期に第三者から見れば「異常」な逸脱行動が見られたとしても、自身の子どもしか知らない親にとっては、“いつもこと”であり、「成長」の過程で見られる一時的な逸脱、あるいは“子どもらしさ”と区別するのむずかしい。特に高機能の自閉症スペクトラム障害の場合、部分的には年齢相当以上の能力やスキルを獲得することもあるため、発達上の問題としてよりは「経験不足」「一時的なもの」と解釈されやすく、親ですら「わがまま」「怠慢」と誤解してしまうこともある。何かのきっかけで、親の心に小さな不安がよぎったとしても、その不安を打消し、悪い事実を否定する根拠を必死にさがしもとめながら、試行錯誤し、時には、子育ての自信を失くし、心理的に追い詰められてしまうこともある。親が、そうした葛藤を経て、専門機関への相談を決意するまでには、ある程度の「時間」と「勇気」を要するものである。

＜親の問題の捉え方と支援の考え方＞

親が何か子どもに問題があると察知するのは、子どもの発達に関する親の規定と現実とが異なっていると感じるときである。したがって問題の捉え方は親の主観的判断によって大きく左右される。親は通常、自らの育て方の問題が改善すれば、子どもの問題は改善されるはずと無条件に想定しがちである。つまり、子どもの問題と親の問題を同一視している。支援者が行うべき最初の課題は、このような親の問題を整理し、別人格である子どもの問題と親の問題を分離するとともに、子どもの問題については親が代理人として相談するという姿勢を形成していくことである。親が自分側の視点しか持たずに子どもの視点に気付かずにはいると、親自身の焦りから過剰な叱責や強引な抑圧を喚起しかねない。支援者としては、親の心情に配慮し寄り添いつつも、客観的な立場から子どものニーズを代弁することも必要である。

＜支援の実際～支援しながら評価、評価しながら告知～＞

子どもの発達の問題を親に伝える際には、子どもの発達に領域な分野と苦手な領域があることを具体的に示すこと、およびその特性が生涯続く可能性が高いことを確実に伝えることが重要である。その上で、苦手な領域の訓練に比重をかけすぎることが二次的な問題のリスクを高めること、得意な領域を伸ばすことによって本人の自己肯定感を高めることがもっとも必要な支援であることを伝えなければならない。その際には、親のパーソナリティや家族内力動について評価を行い、支援—評価—告知という循環を繰り返していくことが重要である。まずは、親に簡単に伝えてみて、親がすでにその問題に気づいているかどうかを確認する。次にその問題へのプランを提案し、親の同意のもとで実践してみる。ある程度実践したところで、その結果について評価し、それを親に伝えるとともに、親の反応を評価する。その上で、さらに次の支援プラン立てる。仮に親が問題を指摘され非難されたように受け取ったとしても、その問題への対策を立て、実行し結果を検証とい

-幼児期編-

うプロセスを共有しようとする姿勢を見せる支援者に対しては信頼を寄せる可能性が高まる。

信頼関係が成立すれば専門機関への受診への動機づけも可能となる。重要なことは、「自分が子どもを適切に支援するための専門的な評価を受け、それを今後に生かしたい」との姿勢が親に伝わるかどうかである。

(参考文献)

本田秀夫：発達障害の乳幼児期における親支援—気づきから診断の告知までー。「家族療法研究」29: 109-114, 2012。

本田秀夫：発達障害の早期発見－保健師に求められることー。「保健師ジャーナル」68: 962-967, 2012。

清水康夫, 本田秀夫編著：「幼児期の理解と支援－早期発見と早期からの支援のためにー」, 金子書房, 2012。

幼児期に利用できる制度と社会資源

幼児期は、児童福祉法に基づく支援が中心となる。幼児としては、保育園等(学校教育法に基づく幼稚園や無認可保育園を含む)の利用、発達障害としては、児童福祉法に基づく児童発達支援や、障害者総合支援法に基づく居宅介護、行動援護、地域生活支援事業における日中一時支援や移動支援などの利用が検討される。この時期は、発達障害という診断がなされても、本人の成長により日常生活や社会生活にどの程度の制限が生じるかは刻々と変化する。また、発達障害の診断はないが、「気になる子ども」も存在する。したがってこの時期は、子どもの発達を支援するという枠組みの一部として、発達障害に対する支援を行う。

＜幼児期の主訴＞

幼児期は、乳幼児健診や幼稚園、保育園における気づきにより、保護者に発達障害の可能性が伝えられる。あるいは「育てにくい子ども」として保護者自身による気づきもある。この気づきから、専門機関を受診し、診断の告知に至るまでの保護者の心理的葛藤や精神的な混乱は時間もかかり、容易に解決できるものではない。しかし、幼児本人に対する発達障害の特性に応じた支援は早期から開始した方がより効果的であることも分かっている。本来障害者手帳もしくは診断書が制度の利用の前提ではあるが、制度の利用が適切である旨、保健師等の専門職の意見があれば、地域の実情に応じ利用を認めてよいこととされているので、この時期には診断を待たずして、支援を開始することも検討する必要がある。

＜幼児期の支援＞

幼児期における福祉の支援は、保育園等と児童発達支援の平行通園や保育園等における統合保育から始めることも効果的である。これは、保護者が、従来の保育園と本人の発達障害の特性に合った支援を同時に経験することによって、福祉の支援の効果を実感することが出来、「本人の成長のために必要な支援」を知る機会につながる。この時点で保護者が安心して支援を受けることが出来れば、今後の支援体制を構築する際の礎となる。本人に対しては、安心できる環境を保障することで、苦手なことや嫌なことを受け止めようとする意欲の醸成にもつながる。発達障害者がしばしば、「自己中心的で他人のせいにする」という誤解を受けるのは、本人が安心できる環境がなく「失敗した場合に責められる、怒られる、何か恐ろしいことをされる」という不安が高じ、自分がこうした責任感や罪悪感に耐えられないと感じていることもひとつの要因である。幼児期の安心感は、「自分にも受け入れてくれるところがある」という自己肯定感につながってくる。したがって、福祉の支援は、保護者と本人が、遊びや日常生活体験を通じて安心感を育み、これから経験すべき課題へ取り組む意欲を持てるることを目標とする。

＜学童期へのつなぎ＞

幼児期の終わりには、学齢期の準備をはじめなければならない。学齢期は、生活や活動の範囲

-幼児期編-

が広がり、これまでより、様々な場面で他人と比較されるような機会や状況が増える。学齢期のはじめには、こうした環境の変化に対応するために、どのような支援や配慮を行った方が良いのかを、保護者や本人の同意に基づき、次の支援機関に情報提供をする。この場合、支援が途切れる懸念がないように、同時期に重なる支援を行いながら情報を共有することが望ましい。また保護者の不安や混乱を受け止め、保護者と共に整理できるような関係性を築いておくことで、学齢期への移行の際に安心できる環境を整えることができる。学齢期への移行期には、本人も保護者も、大なり小なり葛藤が生じることは避けられないため、幼児期から福祉の支援を行うことは、こうした危機を乗り切るためにも重要なことである。

執筆者一覧

- 幼児期に発見可能な発達障害 江間彩子
観察のポイント 河西朱音
乳幼児健診における発達障害の早期発見 齊藤由美子
幼稚園、保育園における発達障害の早期発見 本田秀夫
就学児検診における発達障害の発見 山梨県教育庁新しい学校づくり推進室特別支援教育担当
診察の手順 本田秀夫
心理検査 久保律子
評価尺度 赤松拓
幼児期の支援の基本的な考え方 本田秀夫
幼児期の療育技法 赤松拓
幼稚園、保育園におけるインクルージョン 赤松拓
家族支援 齊藤由美子
幼児期に利用できる制度と社会資源 服部森彦

発達障害の人たちの支援に関する 専門家のための研修テキスト

学齢期編

はじめに

このたび、発達障害のある人たちの支援に関わる専門家を養成することを目的として、実践的知識をまとめたテキストを作成しました。これは、平成24年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業の指定課題「医療や福祉分野の発達障害支援者的人材育成体制の調査について」の一環として、山梨県の作業部会が中心となってまとめたものです。発達障害の人たちの支援に関わる専門家の育成は、まだまだ不十分です。国内を見渡すと、人材育成を行うための研修の場とプログラムにアクセスしにくい地域もたくさんあります。このテキストは、そのような地域の人たちが気軽にアクセスできることをねらいの一つとしています。

発達障害の人たちの支援は、多領域・多職種によるチーム・アプローチが不可欠です。また、児童期から成人期までの幅広いライフステージで支援が必要です。支援に関わる専門家は、自らの専門領域をもつスペシャリストであると同時に、他領域に関するある程度の知識ももつジェネラリストでもある必要があります。これらのニーズを両立させるために、このテキストはライフステージによって「幼児期編」、「学齢期編」、「思春期編」、「成人期編」、これに「総論編」を加えた5冊からなる分冊形式とし、読者のニーズに応じていろいろな組み合わせで学習できるようにしました。また、紙の冊子にすると同時にPDFファイルも作成し、各関連機関のホームページからダウンロードできるようにしました。

出典として、厚生労働省雇用均等・児童家庭局から平成20年に出された一般小児科医向け、一般精神科医向け、および子どもの心の診療専門医養成用のテキストを、有効活用しました。他の部分については、山梨県立こころの発達総合支援センターおよび山梨県教育委員会高等教育課のスタッフと甲州市福祉あんしん相談センターの服部森彦氏からなる執筆チームが分担執筆しました。さらに、総論編の一部を山口宇部発達医療センターの林隆センター長が執筆しました。

短い時間の中、急ピッチで執筆が進められたため、表現や表記法が不統一である箇所や、推敲が不十分である箇所が多くみられることを、ご容赦いただければと思います。今後、ご意見をいただきながら定期的に内容を見直し、適宜改訂していきたいと思います。

このテキストが、発達障害の人たちの支援に関わるさまざまな職種の人たちに、有効に活用されることを願ってやみません。

平成25年3月

山梨県立こころの発達総合支援センター
本田秀夫

目 次

学齢期における発達障害の特徴.....	94
二次的な問題と併存障害.....	95
観察のポイント [個別場面]	96
観察のポイント [集団場面]	98
教室における発達障害の発見	100
診察の手順	101
心理検査	102
評価尺度	103
学齢期支援の基本的な考え方	105
学齢期の教育的支援の基本的な考え方	106
インクルージョン教育と特別支援教育	114
医療と教育の連携	120
心理療法	121
薬物療法	123
二次的問題及び併存障害への対応	124
学齢期の家族支援	125
学齢期に利用できる制度と社会資源	127
執筆者一覧	129

学齢期における発達障害の特徴

学齢期は対人関係から社会性の発達に必要な道徳性などを学ぶ重要な時期であり、「勉強が始まる」「生活での規則が厳しくなる」「ルールを守る」など、生活上の変化が起こる。子どもを取り巻く環境は社会性の発達に強く影響すると考えられ、それまで発達障害と気付かれなかった子どもにも問題が目立ち始める。学齢期の子どもに見られやすい学習障害、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害における症状は以下の様に発現しやすい。

- 注意維持の困難さ: 注意が逸れやすい、持続しないなど
- 他動・衝動性: 落ち着きがない、順番を待てないなど
- 学習の困難さ: 読み書きが出来ない、計算が出来ないなど
- 知的障害: 知能発達の遅れ
- 巧緻性の問題: 不器用さ、道具を上手に使えない、作業が遅いなど
- 協応運動障害: 自転車に乗れない、縄跳びが出来ないなど
- 感覚過敏、鈍麻: 周囲の刺激に対して過敏であったり鈍感であったりする、偏食など
- 新奇なイベントに対する適応困難: 見知らぬ人や場所などに対する恐怖感など
- その他: チック、吃音、どもり、遺尿、遺糞、睡眠障害など

発達障害における問題は、社会環境や対人関係などの変化により生ずるが、これらの症状の中には、発達障害でなくても認められるものがあるので注意が必要である。発達障害を有していても関わる者が認識していなければ、「勉強や運動が出来ない」、「落ち着きがない」、「言う事を聞かない」といった問題のみに囚われてしまい、子どもの置かれた状況に気付く事が出来ない。どうしてその様な問題が生じるのかという事を考える事により、それが学齢期の発達障害に気付く手がかりとなる。

発達障害のある子どもは、多動・衝動性が強く、速やかに指示された行動を実行出来ない。また言語(聴覚)での理解に困難さを認め、適切な返答が出来ない、状況の理解が困難、関わる相手の気持ちを読み取りづらいなどの困難さを有する。また、こだわりや失敗が多く叱責される機会が多いため、自尊感情が持ち辛い場合が多い。言葉のみでの叱責が多いと、その理解の困難さにより叱責の理由が理解出来ず、叱られたという感情だけが残る。その結果、反抗的、無気力となり更に叱責されるという悪循環が生じる。また、出来ない事を他の子どもと比較されると劣等感や疎外感を生じ、他児の目前で辱める様な対応をするといじめや登校渋り、不登校などの二次的な問題を生じる場合がある。

どの様な事が苦手なのか、何が不安なのか、どうして欲しいのかという事に思いを巡らせ、理解し、子どもが達成感や自尊心を持てるように支援する事が重要である。

二次的な問題と併存障害

子どもは、大人と比べるとストレスによる内的葛藤を言葉で表現するより身体症状や行動を通じて表現する傾向がある。発達障害児も例外ではなく、内的葛藤が深刻で苦痛な場合には二次的な問題や併存障害が発生することがある。また、学齢期は家庭外や仲間集団での問題が深刻化していく時期である。

<本人の訴えと併存障害名>

最も多い訴えが腹痛、頭痛、めまいといった不定愁訴である。この場合、身体表現性障害や心身症、起立性調節障害などの診断名がつくことが多い。また、以前からある喘息などの慢性疾患が悪化することもある。

不安や恐怖もよく認められる症状である。手洗いなどの不潔恐怖が多く、周囲に確認をさせて巻き込むタイプもいる。強迫性障害と診断される。

対人恐怖のために不登校やひきこもりになる場合もある。仲間集団の中で恥をかくのではないか、失敗するのではないか、孤立するのではないかといつも恐れている場合、その恐れや葛藤が忍耐の限界を超えると親離れをあきらめてひきこもうとするようになる。そのため不登校のきっかけは、ちょっとした失敗や友人関係のもつれなど大人からみるとほんのささいなことが多い。

無気力になる、希望を失う、死にたくなるなどの抑うつ気分を認めることがある。こども場合は、抑うつ状態の典型的な症状ではなく、いらいら感や不機嫌、落ち着きのなさなどが出現することもある。もうろう状態や記憶喪失などがおこると解離性障害などの診断がつく。

いらだちから反抗、非行などの反社会的行動を起こすこともある。反挑戦性障害や素行障害と診断される。また、摂食障害へ陥る例もある。

<見立てについて>

学齢期の場合、二次的な問題や併存障害をきたして初めて発達障害の診断をされる例もある。そのためさまざまな訴えの背景に発達特性がないかを見極めることが大切となる。発達歴の聴取、家庭や学校などの環境についての情報収集、知能検査などの心理評価などから情報を集め、総合的に評価をする。また、各々の行動パターンを抽出し、社会性・コミュニケーション・イマジネーション・不注意・多動・衝動性・知能水準などの発達の側面から分析する必要がある。

二次的な問題や併存障害を認めるとき、身体症状を訴えることが多いので、医療機関を受診する機会が増える。学齢期の場合はまず小児科を受診することが多い。上述のような症状を訴える児の見立てを行う場合は、身体疾患の鑑別を行うとともに、発達特性がないかを念頭において診察することが大切である。

観察のポイント [個別場面]

<待合室>

まずは本人、親の全身をながめ、身体の状態(顔色、体格、表情、外傷など)、衛生状態(服装、匂い)を確認する。

待合室で待っている間の本人の様子や親の様子、そして、本人と親の関係についても観察しておく。また、他人が入室してきたときの様子なども観察できるとよい。待っている間、何をしていたか、読んでいる本があればどんな本を読んでいたかで、興味の対象は何か知っておくことができる。

<面接室>

待合室から面接室まで移動する間も観察のポイントとなることが多い。初回面接の場合は本人や親の緊張の度合い、知らない場所に向かうのに、突っ走っていってしまったり、向かう途中にあるものに反応したりすることはないかなどの本人の様子と、親との距離感など観察しておく。また、歩き方、階段の昇り降りの仕方で体のバランスを見ることもできる。そして、入室の様子も観察のポイントとなる。何の抵抗もなく入室できるか、一歩立ち止まり、部屋を一目みてから入室するか、入室して着席するまでも、何かの物に反応するのか、じっと固まっているかなどの行動を観察しておく。

<親子同席面接>

学齢児の個別面接の場合は、親子同席面接の時間と親子が分離して行う面接の時間が設定されることが多い。親子同席面接では、本人が答える様子(話し方や視線など)や、そのときの親の様子、子の親に対する態度、親の子に対する接し方で親子の力動が観察できる。

初回面接場面では、親子同席面接で自己紹介を行う。自己紹介の観察ポイントは、自己紹介を促した時の本人の様子、自己紹介を口頭で行ったとき、こちらから3~4つの提示した内容の記憶を保持していられるか、抽象的な質問に対する反応などがあげられる。また、学校の科目の好き嫌いを聞くことで、興味の対象や学力不振がないか知ることができたり、休み時間の過ごし方の様子で友人関係を推測することができる。そして、来所した理由や困っていることを本人に聞くことで、本人の困り感があるのか、それとも親に連れてこられただけで本人は困っていないのか、状況を捉える事ができる。

面接をしている間の身体の様子も見ておく必要がある。本人が話しているときと、話していない時の身体の様子の違いや、着席、離席の状況、音や窓の外のものへの反応、チックなど観察しておく。

<分離面接>

分離面接を促した時の本人の反応や、親と離れて口数や緊張感が変化したりと親と分離したと

きの反応も観察する。

分離面接では、個別での指示の理解や他者への反応、言語コミュニケーションについて、言語表出がどの程度できるか、発音が正確であるか、語彙が正確に使われているか、年齢相応の発言内容か、また、コミュニケーションについて相互のやりとりが可能か、共感するなどの情緒的な反応はあるかなど確認する。

口語での質問は返答がかえってこなかったり、無視したりと反応が悪いのに、構造化した質問紙になるとスムーズに答えられる場合があるなど、口語による質問と、質問紙による質問への応答性の違いを観察する。また、鉛筆の持ち方、書字のスピードや書き順など質問紙を書いている様子も観察する。

遊びをとりいれた面接の場合は、選ぶ玩具の対象や、遊びに誘った時の反応、ゲームのルールの理解、勝負ごとの反応、手先の物の操作など観察する。そして、終了を伝えた時の、切り替えの様子を観察する。面接前と後の本人の様子と、親と再会したときの様子、退室するときの様子も観察しておく。

(参考文献)

- 本田秀夫:子どもの行動観察のポイント。「こころのりんしよう à la carte」30: 203–207, 2011。
吉田敬子, 金澤治, 松田文雄:子どもの診察の仕方、ラポール。「一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト」: 22–27, 2008。

観察のポイント [集団場面]

グループ活動は、開催頻度や期間、オープンかクローズドか、メンバーの属性、目的等によって力動はさまざまに変容する。ここでは、初回の出会いの場面と連續性のあるグループの2回目以降の場面について述べる。

＜初回 出会いの場面＞

参加するメンバーも互いに初対面であり、グループリーダーもメンバー構成によって集団力動がどのように働くかを見極める機会となる。集団体験とすると、小学校低学年は就園時との枠組みの違いに戸惑い、他児とのトラブル等で混乱をしていたりして、目立つ行動が増えやすい時期である。中学年は自他の違いに気付き始める時期であり、排除やいじめなどによって傷ついている子どもたちも少なくない。

活動する部屋に入室するまでの保護者との距離感は、不安を感じたときの子どもの反応の示し方や保護者の対応の仕方を観察することで、普段の親子のやりとりを推察する助けになる。入室の様子を観察してみると、警戒するように部屋を見渡したり、部屋にいる人それぞれに目をやったりして入り口で立ち止まる場合や、スタッフの方を見たり、指さしをしたりして非言語コミュニケーションで戸惑いを表出する場合、躊躇なく入室しやや唐突な印象をうける場合とさまざまである。

活動の導入部分でのタイムスケジュールの確認や作業活動の工程の説明等では、それぞれの子どもたちの話の聞き方を観察する。態度としては、ずっとつむきながら固まったように座る様子、物をいじったり手いたずらする様子、椅子に斜めに腰掛けリーダーに背を向けるように座る様子、背もたれに寄りかかり座面で胡坐をかくような姿勢をとる様子、リーダーに体や顔を向けている様子等が見受けられる。ここで着目したいのは、聞く態度や姿勢が話の内容の受け取りとどの程度一致するかという点である。たとえば、子どもたちの注目をひくような教示の仕方を工夫して、たとえ一瞬でもそこに目を向けることがあるのか、目を向けることもないのか、その後、教示した内容がどの程度その子どもの活動に反映されているかを観察することで、子どもたちの示す態度の理解を深めていくことができる。子どもたちなりに聞いて取り組んでいる部分があるとすれば、安易に聞いていないと決めつけたり、外見上正しく聞く態度に矯正するといった対応はかえって子どもたちの活動への意欲を下げてしまうことになる。活動の様子を見ていきながら、わからなかつたりつまずいていたり、軌道修正した方が良いということがあれば、すかさず具体的な方法で教示し、子ども自身が話や説明を聞いておくとより良くできるといった行動パターンを獲得していくよう、常に気を配りながらやりとりしていく必要がある。

言語性・動作性活動、個別・共有活動といった活動の種類によって子どもの注意・集中がどのように変化するかも観察する。どんな刺激にひかれやすいか、子ども同士の言葉とスタッフの言葉との反応の示し方は違いがあるなどをみていくと、環境調整や指示の出し方の示唆となる。子どもの反応として、中にはある子どもと共通的好きなことが出た場合に、相手を中傷したり、馬鹿にしたような言い方をしてトラブルを招いてしまう場合がある。これは興味関心の示し方が不適切なためと言え、学校などで起こるトラブルの背景を理解する助けになるし、そうした不適切なパターン

に別のある方法を取り入れるチャンスとなる。

新しい活動への取り組み方も観察ポイントとなる。中には意欲とは別として、衝動的に不十分な理解のままにとりあえず活動に取り掛かる様子が見受けられる。彼らは、途中でわからなくなったり、不注意や興味の度合い等、多くは発達特性に起因する理由によってなのだが、活動に取り組む手が止まるのを怠っていると誤解されてしまうことがある。そうした時の子どもたちの対処の仕方はどうであろうか。行動の手掛けりとするにも、そのグループの中で言動が目立つ子に引っ張られるか、隣の子どもがやるのを真似るのか、大人を手掛けりにするのか。見様見真似でなんとか努力してついていっている子どもがいるということ、そして多くは困っていることを見逃されやすい側面をもつということを強調したい。

見通しの立たない状況下での不安感を持ちやすいという点では、ある項目について答える順番が決まっているのか流動的なのか、あらかじめ答える内容が準備されているものかそうでないのか等の場面で観察できる。何をするのか、何のためにするのかがわかり、自分の準備が整っているという状況で見せる安堵の表情は、そうでない状況との違いが大きい。不安や安堵、嬉しいとき等さまざまな状況や、発達水準に応じた自然な感情表出があるかどうかを観察する。

<2回目以降（クローズドグループ）>

遅刻や欠席メンバーへの反応や、毎回共通した導入プログラムの取り組み方で、連続性がどの程度保たれているか、グループへの帰属感、初回の反応との差を観察する。休憩時間の過ごし方も、席を離れたり、他のメンバーを遊びに誘うなど、場に少しずつ慣れ、自由度が広がる様子が観察される。メンバー同士のコミュニケーション及び相互作用があることによって、徐々にグループの規範が生まれ、規範に沿った行動は受け入れられ、一方、逸脱した行為は受け入れられなくなってくる。目的から外れるような規範や役割の硬直化が生じていないか、を丁寧に見ていく。

<支援者の姿勢>

グループの目的は何であるかをグループに関わるスタッフ全員で共有しておくことが必須である。本来の目的が楽しい集団体験をすることであった場合、もあるスタッフが他者との交流を求めるような関わりをすると、参加している子どもは、その集団に強制を感じ、本来の目的の楽しむことを妨げてしまうことになるからである。

子ども・保護者に集団活動のオリエンテーションがどのようになされ、どのように受け止められたかを事前に把握しておくことも、参加への動機づけや満足感に関わるため、重要な点である。

(参考文献)

神尾陽子編：「ライフステージに応じた自閉症スペクトラム者に対する支援のための手引き」、国立精神・神経センター精神保健研究所、2010。

本田秀夫：子どもの行動観察のポイント。「こころのりんしょう à la carte」30: 203-207, 2011。

内閣府：「ユースアドバイザー養成プログラム（改訂版）」、2008。

（http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/h19-2/html/ua_mkj_pdf.html）

教室における発達障害の発見

理論上は、幼児期までの早期発見が活発であれば、学齢期以降に発達障害がはじめて発見されるのは例外的となる。とはいえ、実際には幼児期までに発達障害に気づかれず、就学後にはじめて発見される生徒が数多く存在する地域がまだまだ多い。

学校では、授業、宿題、提出物、整理整頓、学校のルールなど、教師の指示にしたがっていろいろな種類の課題をこなすことを求められる。そこで、以下のような特徴がみられる場合、発達障害の可能性を疑う。

- じっとしていない
- 指示に従わず、勝手なことをする
- 会話ができない
- 思うようにならないとかんしゃくを起こす
- 他の子どもにちょっかいを出したりケンカをする
- 突然泣き叫ぶ
- 給食を食べない
- 勉強についていけない
- 授業中、別のことをしていたり考えている
- 教室に入れない、学校に行かれない

小・中学校でそういった行動がみられる気になる子どもがいる場合は、前述の観察のポイントなどを参考にしながら、本人の集団生活能力、学習能力、身辺自立度などをアセスメントし、その時点で利用可能なリソースの中から最も適切なものを選択し、その上でさらに本人の特性を考慮した対応を考えていくことが大切である。

(参考文献)

五十嵐隆総編集、平岩幹男専門編集：小児科臨床ピクシス2「発達障害の理解と対応」、中山書店、2008

診察の手順

子どもの認知特徴(発達特性)の評価に加え、情緒的な問題の有無や対人関係の持ち方および自分を取り巻く環境をどのように意識しているかなどの心理的な側面、保護者との関係(愛着を含む保護者との関係)、保護者の認知・性格特徴、養育姿勢について評価し、子どもの状態を全体的にとらえる必要がある。また、初診時の保護者の混乱と不安を支えるためにも、当日得られた所見について保護者に説明をし、可能な限り今後の見通しや具体的な支援の方法についてガイダンスする必要がある。以上のことを初診の時間内で行うためには、診察前にあらかじめ詳細な発達歴、現在の状態についての情報収集がなされていることが前提となろう。

保護者と子どもが入室するところから診察が始まる。保護者と本人とどちらが先に入ってくるか、入室時の緊張の有無、初対面の医師に向ける視線、そもそも入室してまずこちらに注目する前に置いてある玩具やカレンダーに注目し集中してしまうようなことはないか、など注意深く観察する。促して座ってもらひながら、医師に対する反応、保護者とのやり取りを観察し、またその後も全体を通して保護者との関係を観察する。先にこちらが自己紹介してから、名前、学校名や学年などの簡単に答えられる質問をして、やり取りが親和的か否か、拒否があるか、聞かれたことに対して適切な答えが返せるか、年齢に応じた振る舞いや言葉遣いをするか、などを観察する。

それから構造化された簡単な問診票をその場で記入してもらう。問診票の内容は口頭でのやり取りと同じレベルの簡単な質問からある程度回答に幅があるような内容で、ごく簡単なもので良い。その場で問診票を書いてもらうことで、保護者や学校からの申告がなければ気がつかれにくい書字の問題に気付くことができる。また話し言葉への反応と文字情報への反応の違いを見ることができる。答え方が分からない時、保護者に尋ねるのか、こちらに聞いてくるのか、ということやその時の保護者とのやり取りをみることも出来る。問診票の記載後は、それをもとに話を聞いていく。ここでも話し言葉の理解や相互のやり取りが可能かどうか、興味のある話題とそうでない話題における振る舞いの差などを観察することができ、基本的な対人姿勢、保護者との関係を観察することができる。問診票で主訴について尋ね、主訴がある場合にはもちろんそのことについて話を聞き相談にのる。学齢期に診察に訪れる子どもたちの多くは、子ども自身は明確な主訴を持たずに保護者に連れてこられていることが多いが、仮になにか主訴があったとしてもそれが周囲から聞かれる問題とは異なっていることが多いが、児が困っていることを訴えた時には、すぐに解決することができなくても丁寧に対応すべきである。

子どもとの直接のやり取りの後に、多くの場合は保護者だけを診察室に残して、生育歴を確認しながら子どもの認知特徴について話をする。あわせて成長の過程で保護者がどのようなことを考えて子育てをしてきたのか、ということを聞いておく。これらは、発達障害の有無にかかわらず、子どもの現在の状態に大きな影響を与えているからである。

初診の最後にこちらの見たての概要とその根拠を説明し、発達障害であれば支援についての基本的な考え方および予後の見通しを話し診察を終了する。可能であれば診察後に支援スタッフと情報を共有しておくことが望ましい。

心理検査

一人の子どもを対象に行うことのできる心理検査の数は子どもへの負担を考えても多くて数種類であり、それぞれとらえようとする領域の異なる心理検査を最小限どのように選択するかが検査者により決定されることになる。それぞれの心理検査の基準となる施行方法を熟知したうえで、臨床的にはその施行方法を原則に則って行なうことが常に容易ではないということを心して、その子どもの特徴とその後のかかわりに具体的な提言ができるためにはどのような組み合わせが最も望ましいものであるか検討して選択する。実際には子どもが示しているさまざまな問題によってその種類・組み合わせがいくつおりにも変化するというよりは、基本的に用いられる心理検査の種類は共通であっても、どの心理検査を中心に据えてその子どもの問題を把握することが最もその子どもの理解に役立つか、ということを考えることが心理検査を単独のものとしてではなくテストバッテリーとして組み合わせて行うことの意義であるといえよう。表として主な心理検査とその対象年齢を示す。テストバッテリーとしてどの心理検査を用いるかは、生活年齢、そして必要に応じて発達水準やその特徴などに合わせて選択する。

小学生から中学生年代の子どもについては、WISC-III、WISC-IVや田中ビネー式知能検査Vによる知能水準の把握、K-ABC 心理・教育アセスメントバッテリー、DN-CAS などによる認知処理スタイルなどの把握を緒とする。また、学習障害などを持つことが推測される子どもたちに対しては、「小学生の読み書きスクリーニング検査」などを含め神経心理学的な精査が必要となる。

表

主な目的	心理検査名	対象年齢(歳)					
		5	10	15	18		
知能 言語 認知機能	WISC-III、IV						
	WPPSI						
	田中ビネーV						
	K-ABC						
	DN-CAS						
	ITPA						
	フロステイティング						
	ベンダーゲシュタルト						
性格・人格	PVT						
	ロールシャッハ						
	TAT						
	CAT						
	YG		小学生用	中学生用	一般用		
	C-MAS			児童用	16歳以上		
	STAI						
	PF		児童用		成人用		
その他	SCT		小学生用	中学生用	成人用		
	遠城寺式						
	CBCL	2~3歳	CBCL4~18歳	YSR11~18歳			

(参考文献)

佐藤至子：IV.子どもの診断・評価の進め方、2. 心理的検査等の適用と結果の理解 A.心理検査の組み立てとその意義。齊藤万比古編集：「子どもの心の診療シリーズ1 子どもの心の診療入門」pp.126-132, 2009。

評価尺度

＜行動評価の目的＞

客観的な行動評価は、子どもの発達の様子を把握するうえでも役立つ。定期的な行動評価は、行動特徴を質的に記述するのみならず量的な症状重症度の推移を把握することによって、治療による効果や、子どもが獲得した発達的変化を知ることができる。さらに、発達しつつある子どもの成長の道筋を確認し、伝えることは、その後の課題に取り組むうえで本人や家族の自信や意欲につながり、意義は大きい。

＜広汎性発達障害の行動評価＞

● 小児自閉症評定尺度(Childhood Autism Rating Scale:CARS)

Schopler らによって開発され、国内外で広く使用されている。人との関係、模倣、情緒反応、身体の使い方、物の扱い方、変化への適応、視覚による反応、味覚・嗅覚・触覚反応とその使い方、恐れや不安、言語性のコミュニケーション、非言語性のコミュニケーション、活動水準、知的機能の水準とバランス、そして全体的印象の 15 項目から成る。専門家が子どもを直接観察して、各項目について「1:年齢相応」「2:軽度の異常」「3:中度の異常」「4:重度の異常」の 0.5 刻みに 7 件法で評価し、合計得点(0~60 点)が 30 点以上の場合、自閉症と判断する。

● 対人応答性尺度(Social Responsiveness Scale:SRS)

SRS は、Constantino らによって 4~18 歳の自閉症スペクトラム児用に開発された、親または教師記入式の 4 件法の 65 項目から成る質問紙である(0~195 点)。知能水準や PDD 下位診断、そして精神医学的併発症の存在とは独立して、自閉症的行動特性の程度を連続的に数量化するため、診断閾下にあるがさまざまな情緒や行動の問題を呈する子どもたちの、PDD 倾向を把握するのに有用である。対人的気づき、対人認知、対人コミュニケーション、対人的動機づけ、自閉的常同症の 5 下位領域に分かれ、治療経過中のプロフィールの変化を把握することが可能である。

● 日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度(PDD-Autism Society Japan Rating Scales: PARS、パーズ)

わが国の児童精神科医と発達臨床心理学者によって開発された PDD の行動評価尺度である。対人、コミュニケーション、こだわり、常同行動、困難性、過敏性の 6 領域 57 項目から成り、専門家が養育者に面接して各項目を 3 段階(0、1、2)で評価する。発達歴が得られる場合は、幼児期のピーク時の行動をもとにカットオフポイントを 9 点として PDD の有無の評定を行う。支援ニーズの把握は現症から評定した結果に基づいて行う(幼児期 34 項目、児童期 33 項目、思春期・成人期 33 項目)。

＜ADHD の行動評価(ADHD Rating Scale-IV)＞

ADHD Rating Scale-IV は、Lehigh 大学の学校心理学教授である G.J.DuPaul らによって、注意欠如・多動(性)障害(ADHD)のスクリーニング、診断、治療を目的に、行動観察の際に使用可能な尺度として開発されたものである。

尺度を構成する18項目は、DSM-IVのADHDの診断基準をもとに、不注意の領域と多動性一衝動性の二つの領域の項目で交互に編成されており、それぞれを「ない、もしくはほとんどない」「ときどきある」「しばしばある」「非常にしばしばある」の4件法で評価することになっている。最近6ヶ月の家庭での様子を評価する家庭版と、同時期の学校での様子を評価する学校版の2種類があり、それについて5歳から18歳までを、5~7歳、8~10歳、11~13歳、14~18歳に分けて、さらに男女別のカットオフ値が算出されている。

＜学習障害の行動評価＞

上野らによって日本で標準化されたLD(学習障害)を判断するための調査票であるLearning Disabilities Inventory(LDI)が2008年9月に中学生用の領域である英語と数学の中学生尺度を加え、Learning Disabilities Inventory-Revised(LDI-R)として登場した。LDの定義に沿って、聞く、話す、読む、書く、計算する、推論する、という6尺度と、英語、数学の2尺度、および行動、社会性の2尺度から構成されており、小学生は、英語、数学を除く8領域、中学生は全10領域を評定する。中学生用の数学だけ8項目で、残りの9領域は12項目からなり、「ない」「まれにある」「ときどきある」「よくある」の4件法で評価する。領域ごとの粗点をプロフィール表にプロットすることで、「つまずきなし」「つまずきの疑い」「つまずきあり」の三つの区分のいずれかの判断が導かれるよう作成されている。LDI-Rは、学習の躊躇を最も直接的に把握するものである。基礎的学力の評価を含め、他の心理アセスメントと併用し、認知特性、学業能力、行動や社会性の評価などを行い、それらの結果を総合的に判断することが求められている。

＜問題行動の評価(Child Behavior Checklist:CBCL)＞

Child Behavior Checklist(CBCL)は、Vermont大学の心理学教授のT.M.Achenbachにより開発された、子どもの情緒や行動を包括的に評価する質問紙である。

現在日本で用いられているのは、1991年版をもとに、上林らによって標準化が図られたものである。CBCLには親が回答するCBCLのほか、ほぼ同じ内容で教師が回答するTeacher's Report Form(TRF)、そして子ども自身が回答するYouth Self Report(YSR)の三つのバージョンがある。親記入式のものには、4歳から18歳までの年長児用のCBCL/4-18と、2歳から3歳までの幼児用のCBCL/2-3の2種類がある。TRFは、5歳から18歳までの子どもを対象とする。YSRは、11歳以上の子どもが対象である。以上三つのバージョンが、現在、日本で使用可能となっている。以下にCBCL、TRF、YSRのすべてに共通な下位尺度の構成について述べる。

これらのチェックリストは、社会的尺度と問題行動尺度から構成される。社会的尺度は、子どもが好きなスポーツや趣味、家事や手伝い、親しい友人やきょうだいなどを調べるもので、問題行動尺度は、情緒や行動について、「当てはまらない」「やや、またはしばしばそうである」「まったくまたはよくあてはまる」という3件法で回答する。

(参考文献)

神尾陽子、田中康夫:IV.評価、3. 行動評価。齊藤万比古編集:「子どもの心の診療シリーズ2 発達障害とその周辺の問題」pp.187-196, 2008。

学齢期支援の基本的な考え方

学齢期は多くの子どもたちにとって、規律のある集団生活を初めて経験し集団のルールに自分を合わせることを学ぶ時期である。また、年齢に応じた対等な仲間関係の中で対人関係を発展させ、その中で相手を尊重しながら適切に自己主張していくことを身につける時期でもある。この時期の発達障害の子どもたちは、他児に比べて十分な対人的な意識が育っていないことや状況をよむことが苦手なために、場面に応じて臨機応変に振る舞いをかえることが難しい。また一方的なコミュニケーションや独特の認知に基づく対人関係上の誤解から仲間関係が築けず、孤立しがちである。さらに不幸な場合にはからかわれたり仲間外れにされたりするなどのいじめを受けることもある。また環境の変化に弱いことから、学校空間で安定して過ごすことが難しいこともある。学業成績はさまざまであり、学習障害でなくとも発達特性のために知能に見合った成果が上げられない子どもがいる一方、能力から推定される以上の良い成果を収める子どももいるが、いずれも支援の上で注意が必要である。

支援では、幼児期同様に精神保健的アプローチと教育的アプローチに分けて考える。保護者と学校、支援者が協力して役割分担しながら、一貫して子どもにかかわっていくことが大切である。

＜精神保健的アプローチ（現在への支援）＞

幼児期に引き続き子どもが安心して過ごせる工夫をしていくことが第一である。すなわち、子どもたちにとって分かりにくい話し言葉だけの指示や対人関係、場面に応じた適切な振る舞いなどについて分かりやすく丁寧に解説していくこと、パニックの時に落ち着けるように支援すること、感覚過敏のある子どもにとって安心できる環境の調整、「断る」「相談する」「適切に自己主張する」といった対人スキルのサポートおよび独特の興味関心に基づいた本人なりの楽しみを日常生活の中できちんと保障していくことなどである。また、一人ひとりの認知特性に合わせた学習上の支援が学校適応を助け子どもの意欲を引き出すために有効であるが、ここで注意しなければならないのは支援する教育者や保護者が学習の成果のみを重視せず、本人の意欲や自己効力感を大切にする視点を持つという点である。環境を整えてもなお衝動性の高さや不注意が目立つ子どもに対しては、本人の不利益を減らすために薬物療法を検討することもある。

＜教育的アプローチ（未来への支援）＞

未来への支援を行うためには、現在を安心して過ごせる支援がなされていることが前提である。一つは、これまで受けてきた自らが生活しやすくなるための支援を子ども自身がマネジメントしていくことを目指す支援であり、もう一つは自分なりの役割を見つけて社会に参加できるようになるための支援である。環境をマネジメントするためのスキルとしては、分かりにくい環境を自ら構造化できるスキルや感覚過敏など嫌な感覚をやり過ごせる方法を身につけること、不安に対する自分なりの対処法を身につけることなどがあり、また余暇活動を充実させることも大切である。社会参加を見据えた支援としては、基本的な対人スキルの獲得を支援するとともに、素直で裏表のない性格や興味のあることには集中して能力を発揮できることなどの良い側面を積極的に支持することで子どもの自己評価を高め、意欲を育てるに役立つと考えられる。

学齢期の教育的支援の基本的な考え方

学齢期の教育的支援では、学校間の連携による指導の継続性、管理職や特別支援教育コーディネーターを中心とした校内支援体制の構築と適切な実態把握に基づく具体的な支援、学校と保護者との連携を行うことなどが必要である。

また、学齢期は小・中学校合わせて9年の長期間に渡るため、発達段階に合わせて、それぞれの時期に適切な支援を行う必要がある。

1. 小学校入学～低学年

この時期の子どもたちは、まだ自己中心的で経験も不足していることから、多くのことで助けが必要となるが、自立への願望も芽生えるため、子どもの実態をとらえながら、子どもに任せる場面も必要である。チャイムの合図で時間が区切られ時間割によって行動すること、親の送り迎えでなく子どもだけで登下校すること、宿題が出たり次の日の準備をしたりすることなど、小学校に入学して初めて経験することも多く、精神的にも不安定さをもち、周りの子どもたちとの対人関係をうまく構築できず集団生活になじめないため、いわゆる「小1プロブレム」という形で問題が顕在化することがある。

発達障害がある子どもたちは、幼稚園や保育所においても、ことば、対人関係、生活自立についての困難さはある程度把握されるが、教科学習や生活の枠組みがより明確になってくることや環境の変化により、就学後に学習上や行動上の困難さが顕在化していくことが多い。この時期の支援の在り方が、その後の障害の改善・克服を大きく左右するといつても過言ではない。

(1) 生活面での困難さと支援

○環境の変化や初めて経験することに対する不安への支援

幼稚園や保育所との連携を図ることにより、入学前から保護者との教育相談や登校の練習を行うことで不安の軽減が図られる。

初めての経験や課題に取り組む時には、イラストや写真などを使って、目的や手順を明確にしながら、ていねいに説明した上で取り組むと見通しがもてるようになる。また、時計模型を使って授業の終了時刻を明示する、朝のうちに一日の予定を確認し黒板などに記しておく、分かりやすい教室掲示などクラス全体への支援や配慮をすることが、そのまま発達障害のある子どもたちへの支援になることが多い。

○身の回りの物の自己管理に向けた支援

持ち物の整理整頓ができず、忘れ物や物をなくすことが多い子どもの場合、教科書やノート、筆入れ、道具箱などのしまい方を図で示し、クラス全体の決まりにすると整理整頓がしやすくなる。忘れ物が多い場合は、チェックカードを用意し、保護者にも協力を得て前日中に持ち物の用意ができるようにするなどの工夫が考えられる。なくし物を防ぐためには、移動の際の持ち物チェックや周囲の確認をさせることなどの支援が有効である。

○生活上のルールの定着に向けた支援

落ち着きがなく、ものを壊したりけがをしたりすることが多い子どもの場合、教室内の子どもの手の届くところに不安定な物や子どもの興味を引くような物をおかないようにする。窓ガラスや机など教室内にある危険を伝え、室内で走ったりふざけあったりすることのないよう、クラスの決まりとして守らせることが大切である。

順番や決まりが守れない子どもの場合、チェックカードを用意し、順番や決まりを守ることができたら、子どもが興味を持っている物が描かれたシールを貼るなど、子ども自身が「守れた。」「できた。」という達成感を味わえるような工夫が有効である。

○コミュニケーション上のトラブルへの支援

低学年のうちは、語彙の獲得が不十分なことが多く、指示の理解ができないことや同時に複数の指示を聞いて行動に移せないことが、対人関係上の困難さにつながることがある。

コミュニケーションの困難さによるトラブルは、対人関係のスキルを身に付けるチャンスである。叱責したり謝らせたりすることよりも、トラブルに至った経過をていねいに振り返り、どうすればトラブルにならなかつたのかを伝え、身に付けさせることが大切である。

(2)学習面での困難さと支援

○学習規律の定着に向けての支援

チャイムの合図で席に着くことや授業の準備をすること、発言の際には挙手をして指名されてから答えることなど、基本的な学習規律に困難さが見られる子どもがいる。基本的な学習規律についてはクラス全体のルールとして明示し、守るようにしていくとよい。準備や後かたづけに時間がかかり、手際が悪い子どもの場合は、「準備をしてください。」ではなく、「教科書を出してください。」「鉛筆を持ってください。」など、明確で具体的な指示を出すことが大切である。

○授業に集中するための支援

授業に集中できない子どもの場合、まず、休み時間と授業時間の気持ちの切り替えをするために授業の前後のあいさつをきちんとすることや、教室の前面に子どもの興味をひくような掲示物を貼らないようにしたり、窓の外の様子が見えない席にしたりするなど、外的な刺激をコントロールすることも有効である。授業の進め方では、短時間で終わる課題を設定し、少しづつ集中できる時間を増やすなどの工夫が有効である。さらに、授業の中に操作活動や立って活動してもよい場面を取り入れたり、ノートやプリントの提出などで授業中に意図的に離席できる場面を作ったりすることも多動性に対応した支援になる。

○学習内容の理解への支援

子どもの発達特性を理解し、その特性に合わせた支援をすることで、その後の学習に必要な基本的な学力を身に付けることが大切である。

読んだり聞いたりすることでは理解が難しい子どもには、授業の中で具体物やイラスト、写真などの視覚的な情報を利用することが有効である。逆に書くことや目で見て理解することが難しい子どもには、言葉で説明するなど、聴覚的な情報を利用することが有効である。これらの支援は、学習面だけでなく、生活面においても有効な支援となる。

(3) 支援にあたって

低学年の時期は、発達障害のある子どもとない子どもの差も小さく、クラス全体への支援や配慮が、そのまま発達障害のある子どもたちへの支援になることが多い。とくに生活面や学習面の基本的な部分については、クラス全体の決まりとして、低学年のうちに習慣化させることが大切である。物事が習慣化されると、見通しがもてるようになり、それ以後も比較的容易に取り組んでいけることが多い。

教員の指示通りに行動できない場合、指示の意味理解ができないことや、不注意や多動性によることなどが要因として考えられるが、スマールステップで指示を出すことで改善される場合がある。たとえば、「帽子をかぶって外に出ましょう。」ではなく、「帽子をかぶりましょう。」の指示で全員が帽子をかぶり終えたら「外に出ましょう。」という指示を出すようにすることで行動しやすくなる。

不注意や多動性によって失敗したり、指示通り行動できなかったり、友だちとトラブルになったりすることもあるが、それらによって繰り返し責められたり叱責を受けたりすることが、自尊感情の低下につながってしまう。その子どもの困難さをよく理解し、「みんなと同じようにやりたいのにできない。」「一生懸命がんばっているのにできない。」という子どもの気持ちに寄り添った支援を進めることが大切である。また、結果としてきちんとできた時に褒めることはもちろん、結果が伴わなくとも、過程においてがんばったことを褒めるようにして、自尊感情や意欲を高めていくことも大切である。

2. 小学校高学年

この時期は、活動範囲も広がり、自主的な判断や行動をしようとする様子が見られるようになる。物事をある程度対象化して認識することができるようになり、知的な活動においてもより抽象的な思考ができるようになる。自分のことも客観的にとらえられるようになるが、一方で発達の差が顕著になり、行動面や学力面で徐々に個人差が出始め、他者と自分との違いについて意識し始めるようになる。自己に対する肯定的な意識を持てず、劣等感を持つ子どもも出てくる時期である。また、第二次性徴期を迎える、身体的・心理的発達が目覚しい時期であり、精神的に不安定になる場合がある。

対人関係の面では、集団意識が育ち、集団活動に役割意識を持って主体的に関わられるようになる一方で、閉鎖的な仲間集団も形成される。

発達障害のある子どもたちは、対人関係に関するスキルの獲得が不十分なことにより、孤立する場合が見られたり、コミュニケーション上の困難さからトラブルが増加したりすることがある。自己を意識し始め、他者との違いに気づき始める中で、自尊感情の低下がより顕著になることもある。

(1) 生活面での困難さと支援

○集団活動への支援

高学年になると、自立的な態度や主体的な行動が求められるようになり、学級会活動や児童会活動等、子どもの主体性に任せられる部分が多くなる。発達障害のある子どもは、自分で状況を

把握し、主体的な判断による行動が難しい場合が多いため、役割分担や仕事の内容を分かりやすく提示したり、活動全体の見通しをもたせたりして取り組ませることが大切である。

○宿泊行事における支援

高学年では、林間学校や修学旅行等の宿泊行事を初めて体験することになる。発達障害のある子どもたちの中には、初めて親元を離れる子どもも多く、友人との活動を楽しみにする一方で、不安になることが多い行事である。

学校では、事前に保護者と連携を図りながら、持ち物やスケジュールを自己管理する力を育てる指導の機会として、準備や取組を進める必要がある。その際は、保護者や子どもの視点に立って、事前に説明したり疑似体験をさせたりすることで、見通しがもてるようになることが大切である。学校としてもその子の困難さによって起こる事態について予測し、支援計画を準備しておくことが大切である。

○中学校進学を控えての支援

発達障害のある子どもたちは中学校進学が間近になると、学校生活の変化に対して、具体的なイメージをすることが難しい場合があり、漠然とした不安を抱くことがある。

個人での通学、教科担任制、授業の進め方、部活動、テストの形式など、小学校と中学校の違いについてクラス全体に説明し、中学校生活全般を見通せるようにすることに加え、発達障害のある子どもについては、他の子どもが感じないような場面で不安を抱くこと多いため、個々の不安の要因について理解し、丁寧に対応していくことが必要となる。

(2) 学習面での困難さと支援

○主体的な学習を進めるための支援

学習内容では、徐々に抽象的な概念や思考を必要とするようになり、授業では調べ学習やグループ学習のように子どもの主体性やコミュニケーション能力を必要とする活動が多くなってくる。また、行動上や興味・関心の偏りなどから、学習に対して不適応を起し、学力が定着しにくくなることもある。

抽象的な概念や思考力が必要となる学習に対しては、既習内容を活用しながら、スマートルステップで進めていくことを基本とし、説明のために具体物の提示や視覚的支援(図やイラストなどの活用)などの支援が有効であると考えられる。調べ学習やグループ学習については、基本的な手順の例を示すなどしながら、やるべきことを明確にすることで取り組みやすくなる。また、授業の進め方やノートの取り方についても教科ごとにパターン化していくことで、安心して学習に取り組むことができる。

○学習意欲を向上するための支援

学習意欲の低下は、子どもの教室内での居場所がなくなり、登校しぶりや集団への不適応を引き起こす要因となり得ることを念頭において支援に取り組む必要がある。

学習意欲の低下を防ぐためには、子どもの認知特性に応じて指導の工夫をすることが必要である。学習への取組の中で意欲的な様子が見られた時には褒めたり励ましたりしながら、「自分の力で最後までできた。」という達成感を得られるようにすることも大切である。

問題数や難易度の違うプリントを用意して自分で選択できるようにするなどの工夫や、宿題について、必ずやる課題と自由課題に分け、必ずやる課題については困難さのある子どもに合わせて内容や量の調節をして取り組ませることなども考えられる。

とくに、書字、読字の困難さは、国語ばかりでなく、全ての教科の学習に影響を与え、学習意欲の低下につながることから、留意して支援する必要がある。

(3) 支援にあたって

高学年になると、年齢相応の行動を要求され、周りから強く責められたり叱責を受けたりする経験の蓄積から、自尊感情の低下がより顕著になりやすい。発達障害のある子どもたちは、いじめの対象になるようなこともあり、不登校、自傷行為、暴言・暴力等の二次的な障害が顕在化することもある。

失敗やトラブルが起きた時は、「～することはできなかったけど、一生懸命やったことは素晴らしいことだよ。」「～したくなるほど～だったんだね。その気持ちは分かるよ。」などと、子どもの気持ちに寄り添って指導を進めることができ、周囲にその子どもに対する理解をうながすことにもつながる。

また、この頃から子ども自身が自分の特性に気づき始めるように促していくことも大切である。その際、自分自身の苦手なことばかりを気づかせるのではなく、得意なことにも気づけるように配慮をしていくことが大切である。そのためには、その子どもが自分自身の困難さにどのように対応したらよいか、一緒に考えることが必要となる。その中で「～が苦手だけど、～があればできる。」「～が苦手だけど得意な～でカバーできる。」というようなことに気づき始めることで、今後の生活への見通しや意欲につながっていくからである。

高学年になり、教科によって担任以外の教員が授業を受け持つことや児童会や委員会活動などで担任以外の教員が関わることが多くなり、子どもとの関わりに慣れていない教員との関係性による困難さが見られることがある。

担任は、日頃から子どもと関わる教員と、子どもの実態や支援の方法について具体的に伝えておくことと同時に、直前にもその日の子どもの状況について伝えるようにして、適切な支援が行われるようにしたい。

3. 中学校

思春期に入り、親や友だちとは異なる自分独自の内面の世界があることに気づき始めるとともに、自意識と客観的事実の違いに悩み、様々な葛藤の中で、自らの生き方を模索し始める時期である。また、友人関係を重視する傾向があることや、反抗期を迎えることで、大人とのコミュニケーションが不足しがちになる。友だちからの評価を強く意識するあまり、他者との交流に消極的になる傾向が見られる。

発達障害のある子どもは、中学校入学による環境の変化や友人関係の複雑化などから、困難さがより一層顕著になることがある。また卒業後の進路など、自分の将来の生活がイメージでき

ずに不安になり、自身の将来について考えることを拒否するような行動も見られる。それらに対し適切な支援が行われないことで、不登校や引きこもり、自傷行為などの二次的な障害が深刻化することもある。

(1)生活面での困難さと支援

○環境の変化による困難さへの支援

自主通学、部活動、先輩・後輩の関係など、小学校と中学校の環境の変化にとまどい、不安を感じことがある。

基本的には、入学前から小学校と中学校の違いについて説明し、見通しがもてるようにすることが大切である。教科担任制や部活動が始まることにより、多くの教員との関わりが生じることで、困った時に誰に伝えればよいのか、誰が助けてくれるのかということに悩むことがある。このような場合は、教員が連携を図ることはもちろんだが、誰が子どもにとってのキーパーソンになるのかを教員間や子どもに対して明確にすることが大切である。

○自己の困難さに気づき始めることへの支援

自分自身を理解しようとする中で、他者との違いに気づくため、不安定になる時期である。この時期は、子どもが自らを理解し受け入れていくための支援が必要となる。その際は、困難さだけに目を向けさせるのではなく、どのような支援があればできるのかについても理解させることが大切である。

○失敗やトラブルをその後に活かすための支援

幼少からの失敗体験やトラブルの積み重ねによる自尊感情の低下に加え、判断力の弱さもあり、反社会的な行動につながることもある。

思春期を迎え、自我も芽生えることから、失敗やトラブルの原因を振り返ってどうしたらよかったですかを考えることなど、子どもの気持ちに寄り添いながら支援していくことが、社会性を育てることにつながっていく。

○対人関係に対する支援

自分の気持ちをどのように表現してよいか分からない、相手の心情理解が難しいなどのことから、友人関係や異性との関わりにおいて、トラブルにつながることがある。

相手の心情について「こんなことをしたらどう思うだろうか。」と具体的な場面を想定しながら考え、友人関係や異性との関わり方について理解させることが必要である。

○進路決定に対する支援

中学卒業後の進路選択については、子ども、保護者、担任で進路の大まかな目的や希望を考えることが大切である。子どもや保護者の希望や意向を汲み取り、担任は本人の特性や希望する進路先についての情報を加味しながら進めていくことになる。その過程で大切なのは、子ども自身が自己理解をした上で希望をもつことと、最終的に「自分で決めた。」という意識をもてるようにすることである。

卒業時には進路先との連携を図り、継続した支援につなげていくことも大切である。

(2) 学習面での困難さと支援

○学習環境の変化に対する支援

教科担任制に変わること、一単位時間が45分から50分になること、テストの形式が単元ごとから定期テストになるなどの学習環境の変化に不安を感じる場合が多い。

まず大切なことは教科を担任する教員同士の連携である。例えば、「その日の授業の最初に、めあてや内容を黒板に書いて視覚的に分かるようにする。」「イラストや写真などの視覚的な支援を取り入れる。」など、全ての教員が共通理解するだけでも子どもの安心感につながる。また、連絡ノートなどを作成し、子どもの様子を教員同士で共有し、その後の指導に生かすことも考えられる。

○学習上の支援

学習内容がより高度化することによる集中力や意欲の低下を防ぐために、中学校においても子どもの認知の特性に合わせた支援を行いながら、学習を進めることが大切である。プリントやテストを作成する際に文字の大きさや行間を工夫して、一枚の中に情報量が多くなり過ぎないようにすること、板書にカラーチョークを使うなどしてノートをとる際の参考となるようなものにすることなども支援となる。

漢字が読めないために文章題ができないなどの困難さを示す場合は、ルビをふる、問題文を読み上げるなどの工夫をすることで、内容の理解ができているかを確認しながら学習を進めることが大切である。

(3) 支援にあたって

中学生の頃は、自分自身の得意なこと苦手なことは何だろうか、人は自分のことをどう見ているだろうかなど、自分自身を振り返ったり自己理解や他者理解を深めたりする支援を行うことが大切である。自己理解を深めることで、他者に対しても許容的になることができ、対人関係も円滑に進むようになる。

自己と他者の比較から劣等感を感じたり自尊感情を低下させたりすることで二次的な障害が悪化し、摂食障害、自傷行為、反社会的な行動、不登校や引きこもりなど、深刻な状況に陥る場合もあることがある。また、様々な要因が複雑に絡み合っていることにより、障害の状態が深刻化していることもあり、支援が難しい場合もあるため、必要により専門家も交えた多面的な実態把握と支援に努めることが必要である。

4. 保護者との連携

学齢期は子どもの障害に対する保護者の受け止め方が様々であり、その心情に配慮しながら対応を進めることが大切である。

学校での様子を伝える際には、子どもががんばっている様子を伝えながら「一緒に考えていく。」というスタンスで連携することが信頼関係の構築につながる。

また、学校と家庭で対応の仕方が違うと、子どもが混乱するため、共通理解を図りながら、双方

で支援を進めることも大切である。

保護者や家庭が課題を抱えているような場合は、学校だけでなく、保健・福祉等の関係機関などと連携を図りながら支援を進めていく必要がある。

5. 支援体制

学齢期は、幼稚園や保育所の活動の中では落ち着いて生活していた子どもが、環境の変化や教科学習が始まることで困難さを顕在化し始めることがある。子どもの困難さに最初に気づくのは学級担任が多いが、特別支援教育コーディネーターや管理職と連携を図り、複数の教員による実態把握を行い、具体的な支援や配慮の内容について検討し、支援につなげていくことが大切である。

幼稚園や保育所との連携を行い、子どもの困難さやそれまでの支援や配慮などについて引継や情報があれば、幼稚園や保育所からの指導の継続性も保たれ、安心して学校生活を送ることにつながる。また、その後も組織的、計画的な支援を行うために「個別の指導計画」「個別の教育支援計画」を作成することも大切である。

学齢期の入り口となる小学校において、支援の基盤を整えることは、中学校、高等学校への継続した支援を行う上で重要なことである。

発達障害のある子どもに合った指導や支援の内容を学校間で共有し、継続した指導や支援を行う場合は、困難さや課題点だけを引継ぐのではなく、支援の具体的な方法やその成果にポイントを置いて情報を共有することが大切である。引継の際は、特別支援教育コーディネーターが中心になって引継や情報交換の場を設けるなど、組織的に行なうことが大切である。また学齢期では、スクールカウンセラー、巡回相談員や専門家チーム、特別支援学校のセンター的機能など外部の専門機関を有効に活用することにより、子どもの実態に合った指導方法の工夫についてアドバイスを受けることが、学校全体の専門性の向上にもつながる。

インクルージョン教育と特別支援教育

1 我が国におけるインクルーシブ教育についての動向

平成 18 年 12 月、第 61 回国連総会において「障害者の権利に関する条約」が採択され、平成 20 年に発行された。(我が国は平成 19 年 9 月に同条約に署名。平成 24 年 7 月現在: 118か国が批准、日本は批准に至っていない)

教育条項である第 24 条によれば、インクルーシブ教育システム (inclusive education system、署名時仮訳: 包容する教育制度) とは、人間の多様性の尊重等の強化、障害者が精神的及び身体的な能力等を可能な最大限度まで発達させ、自由な社会に効果的に参加することを可能とする目的の下、障害のある者が「general education system」(署名時仮訳: 教育制度一般) から排除されることなく、自己の生活する地域社会において、包容され、質が高く、かつ、無償の初等教育の機会及び中等教育の機会を与えられること、個人に必要とされる「合理的配慮」が提供されることとされている。

「教育制度一般」の内容については、各国の教育行政により提供される公教育であること、また、特別支援学校等での教育も含まれるとの認識が条約の交渉過程において共有されている。

「合理的配慮」については第 2 条で、以下のように説明されている。「『合理的配慮』とは、障害者が他の者と平等にすべての人権及び基本的自由を享有し、又は行使することを確保するための必要かつ適当な変更及び調整であって、特定の場合において必要とされるものであり、かつ、均衡を失した又は過度の負担を課さないものをいう。」

我が国においては、障害者の権利に関する条約の批准に向け、権利条約第 24 条の理念にそつて、教育制度をどのように改革していくのか検討が進められている。文部科学省は、その検討をするにあたり、平成 22 年 7 月、中央教育審議会初等中等教育分科会に「特別支援教育の在り方に関する特別委員会」を設置し①インクルーシブ教育システムの構築という権利条約の理念を踏まえた就学相談・就学先決定の在り方及び必要な制度改革、②制度改革の実施に伴う体制・環境の整備、③障害のある児童生徒の特性・ニーズに応じた教育・支援のための教職員の確保及び専門性の向上のための方策等の検討が行われた。特別委員会は、同年 12 月には「論点整理」として、審議の中間まとめを公表した。

そして平成 24 年 7 月、同委員会は、最終報告として「共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進(報告)」を公表した。報告は、「共生社会の形成に向けて」、「就学相談・就学先決定の在り方について」、「障害のある子どもが十分に教育を受けられるための合理的配慮及びその基礎となる環境整備」、「多様な学びの場の整備と学校間連携の促進」、「特別支援教育を充実するための教職員の専門性向上」の 5 つの柱で構成されている。以下に 5 つの柱に沿って報告の概要を示す。

(1) 共生社会の形成に向けて

報告では、共生社会について次のように定義している。『「共生社会」とは、これまで必ずしも十分に社会参加できるような環境になかった障害者等が、積極的に参加・貢献していくことができる社会である。それは、誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合い、人々の多様な在り方を相互に認め合える全員参加型の社会である。このような社会を目指すことは、我が国において最も積極的に取り組むべき重要な課題である。』

この共生社会の形成に向けては、障害者の権利に関する条約に基づくインクルーシブ教育システムの理念が重要であり、その構築のため、以下の①から③までの考え方に基づき、特別支援教育を発展させていくことが必要であるとしている。

①障害のある子どもが、その能力や可能性を最大限に伸ばし、自立し社会参加することができるよう、医療、保健、福祉、労働等との連携を強化し、社会全体の様々な機能を活用して、十分な教育が受けられるよう、障害のある子どもの教育の充実を図ることが重要である。

②障害のある子どもが、地域社会の中で積極的に活動し、その一員として豊かに生きることができるよう、地域の同世代の子どもや人々の交流等を通して、地域での生活基盤を形成することが求められている。このため、可能な限り共に学ぶことができるよう配慮することが重要である。

③特別支援教育に関連して、障害者理解を推進することにより、周囲の人々が、障害のある人や子どもと共に学び合い生きる中で、公平性を確保しつつ社会の構成員としての基礎を作っていくことが重要である。次代を担う子どもに対し、学校において、これを率先して進めていくことは、インクルーシブな社会の構築につながる。

また、共に学ぶことについて、基本的な方向性としては、障害のある子どもと障害のない子どもが、できるだけ同じ場で共に学ぶことを目指すべきである。その場合には、それぞれの子どもが、授業内容が分かり学習活動に参加している実感・達成感を持ちながら、充実した時間を過ごしつつ、生きる力を身に付けていけるかどうか、これが最も本質的な視点であり、そのための環境整備が必要であるとしている。

(2) 就学相談・就学先決定の在り方について

現在の就学先決定の手続きは、図1のように盲学校、ろう学校、特別支援学校に就学すべき就学基準(学校教育法施行令第22条の3)が定められている。例外として、就学基準に該当する児童生徒であっても、市町村教育委員会が、小・中学校において適切な教育を受けることができる特別の事情があると認めた場合には、「認定就学者」として小・中学校に就学させることができる事が規定されている。(同令第5条第1項第2号)

また、同令第18条の2で就学先を決定する際には、専門家や保護者の意見を聴取することが義務づけられている。

報告ではインクルーシブ教育システム構築のための制度改革として、就学相談・就学先決定の在り方について「就学基準に該当する障害のある子どもは特別支援学校に原則就学するという従来の就学先決定の仕組みを改め、障害の状態、本人の教育的ニーズ、本人・保護者の意見、教育学、医学、心理学等専門的見地からの意見、学校や地域の状況等を踏まえた総合的な観点から就学先を決定する仕組みとすることが適当である。その際、市町村教育委員会が、本人・保護者に対し十分情報提供をしつつ、本人・保護者の意見を最大限尊重し、本人・保護者と市町村教育委員会、学校等が教育的ニーズと必要な支援について合意形成を行うことを原則とし、最終的には市町村教育委員会が決定することが適當である」とし、図2のような改正イメージを示している。また、就学後も児童生徒の障害の状態等が変化した場合、在籍変更することも可能であることを、すべての関係者の共通理解とすることが重要であるとし、このような観点から、現在多くの市町村で設置されている「就学指導委員会」を「教育支援委員会」(仮称)といった名称とすることが適當であるとしている。さらに、早期からの専門的な教育相談・支援が受けられる体制を医療、福祉、保健等との連携の下に早急に確立することが必要であり、一貫した指導・支援のために、子どもの成長記録や指導内容等に関する情報を個人情報の扱いに留意しつつ、必要に応じて関係機関が共有し活用することが必要であると述べている。

現在、就学基準及び就学先決定の制度に関して、法令改正に向けた検討が行われている最中であり、その動向が注目される。

(3) 障害のある子どもが十分に教育を受けられるための合理的配慮

及びその基礎となる環境整備

障害者権利条約24条では「合理的配慮」という新しい概念が掲げられた。報告では「合理的配

図1 障害のある児童生徒の就学先決定について(手続きの流れ)

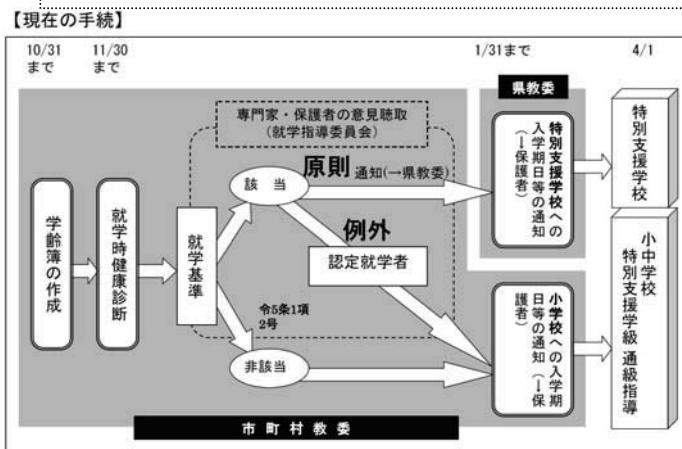
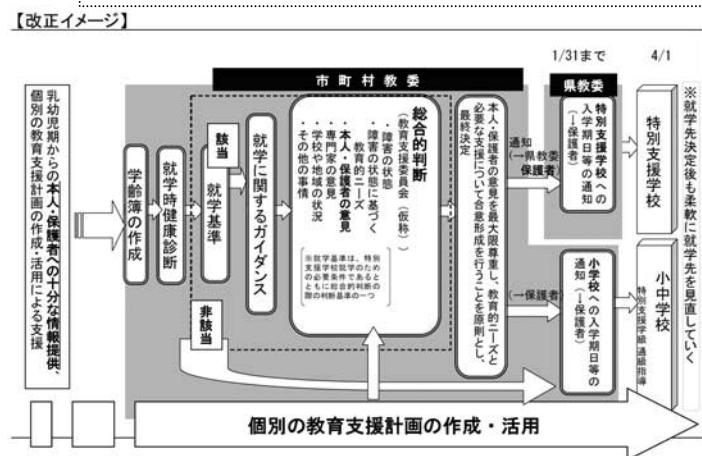


図2 障害のある児童生徒の就学先決定について(手続きの流れ)

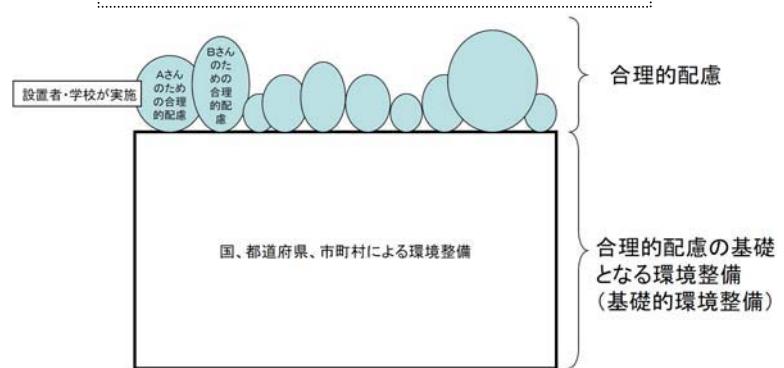


「合理的配慮」とは、「障害のある子どもが、他の子どもと平等に「教育を受ける権利」を享有・行使することを確保するために、学校の設置者及び学校が必要かつ適切な変更・調整を行うことであり、障害のある子どもに対し、その状況に応じて、学校教育を受ける場合に個別に必要とされるもの」であり、「学校の設置者及び学校に対して、体制面、財政面において、均衡を失した又は過度の負担を課さないもの」と定義している。

「合理的配慮」については、障害の状態に応じた学習内容の変更・調整、情報保障やコミュニケーションの方法への配慮、専門性のある指導体制の確保等のソフト面、校内環境のバリアフリー化、学習保障のための教育機器の導入等のハード面について、設置者・学校と本人・保護者が可能な限り合意形成を図った上で決定し、提供されることが求められる。

さらに、図3に示すように、国や都道府県、市町村は、法令に基づき又は財政措置により、「合理的配慮」の基礎となる環境整備(基礎的環境整備)の充実を図り、これらを基に、設置者及び学校が、各学校で障害のある子どもに対し、その状況に応じて、「合理的配慮」を提供することとしている。なお、障害者の権利に関する条約において、「合理的配慮」の否定は、障害を理由とする差別に含まれるとされていることに留意する必要がある。

図3 合理的配慮と基礎的環境整備の関係



(4) 多様な学びの場の整備と学校間連携等の推進

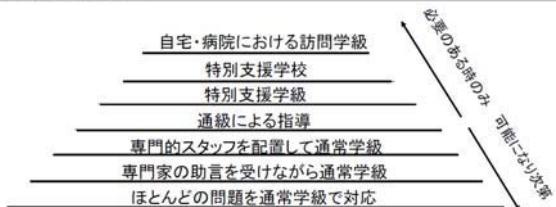
就学形態では、個々の子どもの障害の状態や教育的ニーズに応じて、連続性のある多様な学びの場として、通常の学級、通級による指導、特別支援学級、特別支援学校それぞれの環境整備の充実を図るとしている。

インクルーシブ教育システム構築のためには、特に小・中学校における教育内容・方法を改善していく必要があり、教育内容では、学校間連携の推進、交流及び共同学習の充実を図ること等があげられ、教育方法では、障害の有無にかかわらず、また、障害があることが周囲から認識されていないものの学習上又は生

活上の困難のある児童生徒にも、効果的な指導の在り方を検討する必要があること等が述べられている。図4からもわかるように「多様な学びの場」は、現在の特別支援教育の就学形態とほぼかわらないように見える。通常の学校に在籍する特別な支援を必要とする児童生徒のニーズに的

図4 日本の義務教育段階の多様な学びの場の連続性

同じ場で共に学ぶことを追求するとともに、個別の教育的ニーズのある児童生徒に対して、自立・社会参加を見据えて、その時点での教育的ニーズに最も適応できる指導を提供できる、多様で柔軟な仕組みを整備することが重要である。小・中学校における通常の学級、通級による指導、特別支援学級、特別支援学校といった、連続性のある「多様な学びの場」を用意しておくことが必要。



確に応えていくためには、現在も実施されている「特別支援教育支援員」「巡回相談チーム」「校内委員会」の充実をはじめ、相応の人的・物的な条件整備が必要といえる。

※用語解説

- 訪問学級：心身の障害の状態が重度であるか、または重複しており、盲学校、聾学校、特別支援学校に通学して教育を受けることが困難な児童生徒に対し、特別支援学校等の教員が家庭、児童施設・医療機関等を訪問して教育を行うための学級
- 特別支援学級：比較的軽度の障害のある児童生徒の教育のため、小学校、中学校に置かれる（学校教育法第81条）。対象となる障害としては、学校教育法では、知的障害者、肢体不自由者、身体虚弱者、弱視者、難聴者が明記され、その他として言語障害、情緒障害の学級が設置されている。
- 通級による指導：小学校、中学校の通常の学級に在籍する軽度の知的障害のある児童生徒に対して、各教科等の指導は主として通常の学級で行いつつ、障害に応じた指導を特別の場で行うもの。言語障害者、情緒障害者、弱視者、難聴者、肢体不自由者、病弱・身体虚弱者、自閉症者、LD、ADHDが対象となる障害である。

(5) 特別支援教育を充実させるための教職員の専門性向上等

教職員の専門性の確保、管理職を含め各教育現場における教職員の養成・研修についての重要性を次のように示し、特に発達障害に関する一定の知識・技能を、全ての教員が身に付ける必要性を謳っている

○インクルーシブ教育システム構築のため、すべての教員は、特別支援教育に関する一定の知識・技能を有していることが求められる。特に発達障害に関する一定の知識・技能は、発達障害の可能性のある児童生徒の多くが通常の学級に在籍していることから必須である。これについては、教員養成段階で身に付けることが適当であるが、現職教員については、研修の受講等により基礎的な知識・技能の向上を図る必要がある。

○すべての教員が多岐にわたる専門性を身に付けることは困難なことから、必要に応じて、外部人材の活用も行い、学校全体としての専門性を確保していくことが必要である。

○学校全体としての専門性を確保していく上で、校長等の管理職のリーダーシップは欠かせない。また、各学校を支援する、教育委員会の指導主事等の役割も大きい。このことから、校長等の管理職や教育委員会の指導主事等を対象とした研修を実施していく必要がある。

○特別支援学校教員の特別支援学校教諭免許状（当該障害種又は自立教科の免許状）取得率は約7割となっており、特別支援学校における教育の質の向上の観点から、取得率の向上による担当教員としての専門性を早急に担保することが必要である。このため、養成、採用においては、その取得について留意すべきである。特に現職教員については、免許法認定講習の受講促進等の取組を進めるとともに、その後も研修を通じた専門性の向上を図ることが必要である。

○特別支援学級や通級による指導の担当教員は、特別支援教育の重要な担い手であり、その専門性が校内の他の教員に与える影響も極めて大きい。このため、専門的な研修の受講等により、担当教員としての専門性を早急に担保するとともに、その後も研修を通じた専門性の向上を図ることが必要である。

○「共生社会」とは、これまで必ずしも十分に社会参加できるような環境になかった障害のある者等が、積極的に参加・貢献していくことができる社会であり、学校においても、障害のある者が教職員という職業を選択することができるよう環境整備を進めていくことが必要である

以上が報告書の概要であるが、今後、就学基準についての制度改正が進められることに伴い、発達障害のある子どもも含め多様な就学形態が予想されることになる。市町村の就学指導の在り方について重要性が増すもちろんのこと、本人保護者へ十分な情報提供や新しい概念としての「合理的配慮」についての十分な理解、内容の検討等、各関係機関、担当者の専門性がいっそう求められることになる。その際には、報告に述べられている連続性のある多様な学びの場、特に通常の学校、学級におけるインクルーシブ教育システム構築に向けた関係者全ての意識改革が求められる。

医療と教育の連携

学齢期の発達障害における諸問題には子どものおかれる環境の影響が大きく、特に教育を受ける現場である学校は、学齢期の子どもの生活に大きな影響を及ぼす場所である。子どもは学校での生活を通して、小学校低学年時には基礎的な学習能力、集団生活のルールや社会的習慣、友人関係などの基本的なスキルを習得し、小学校高学年から中学時にはそれらを洗練し社会的な適応能力を向上させる。発達障害の子どもは適切な対人関係やコミュニケーションを取る事の困難さ、感覚や認知・思考特性の偏りを有しているため、学校生活でのこれらの課題を遂行する事に困難さを認める。医療と教育の連携が必要となるのは、この事による問題が生じた場合、若しくは今後問題を生じる可能性が高い場合と考えられるが、教育の現場で問題を生じた子どもに対し医療のみで対応可能な領域はごく僅かである。問題の解決にあたっては医療と教育で積極的な連携を取る事が望まれる。

＜問題点の把握、相互の信頼関係＞

学齢期に生じる問題には落ち着きの無さなどによる適応の困難さや学習面での問題、いじめや不登校など様々なものがある。まずは問題点を把握する事が重要であるが、家庭と医療、教育の各々での認識の相違から対応が困難になる事はしばしば認められる。まずは各々の立場でどの様に問題を認識しているかを確認し、各々の組織や役割の違いを充分理解し、互いの立場を尊重する中で意見を言い合える関係性を確立する事が重要である。一方の立場で頭ごなしに批判するような事はあってはならない。

＜教育の資源への理解＞

連携を取るにあたっては、教育現場の組織にどのような社会資源があるのかについて把握しなければならない。教育との連携においては人的には主としてクラス担任や養護教諭がその対象となるが、学校によってはスクールカウンセラーが配置されている場合もある。具体的な支援を要する場合には加配などのサポートに入る教師がいるか、支援クラス（情緒級、支援級）が存在するかに關しても確認する必要がある。学校の規模や対応者のスキルにより問題への適応力が変わってくるため、連携がどのレベルで取れるかについては個別に検討する必要がある。

＜関連教育機関との連携＞

子どもに対する個別の支援を行う場合には、その必要性を関連教育機関に申告する必要がある。申告する関連教育機関を事前に把握し、子どもとその親が適切な時期に適切な方法で関連教育機関にアクセス出来る様に、神経心理学的評価や医学的診断を行う事が重要である。また不登校などで早期の復帰が困難である場合に代替出来るシステムが存在するか、またそのシステムを利用するに際してどの様な手続きをとる必要があるかを知っておく事は対応策を検討する上で非常に重要である。

心理療法

学齢期は発達障害の臨床症状として特徴的な症状がでそろう時期でもある。生来的な素因と家庭や学校など環境的な相互作用などが影響して、心理面では多彩な症状が形成されていく段階でもある。学齢期の子どもが当センターに訪れる時は、親が子どもの育ちに何かしら心配し不安をもった時であり、もうひとつは周囲から勧められた時である。「誰が困っているのか、状況の改善を希望しているのか」ということが心理療法の導入には大切であるが、この時期は相談の主体は親であることが圧倒的に多い。しかし、親が自分側の視点しか持たず子どもの視点に気づかずになると、親自身の焦りから過剰な叱責や強引な抑圧を喚起しやすい。親子が慢性的なストレス状況に陥ること、二次的な問題を予防するための介入も大切である。このようなことから考えると、親が自らの問題と子ども本人の問題とを分離し、自らの悩みを相談しながら子どもの視点に立った育児方法と支援の受け方を学ぶことについては、開始時期が早いほど効果的であるといえる。援助者が抱える二律背反もあるが、親へは子どもの育ちに関する不安や怒りを扱う精神療法的援助と並行して、面接やアセスメントを通じて知り得た見立てや方針、子どもの内的世界を共有するために、子どもの特性や症状、問題行動の意味と成り立ちについて詳しく説明し、家庭や学校における対応について具体的な説明を行う親ガイダンスが必要である。

本人へのアプローチとしては、まずは本人の特性を考慮して家族や関係機関と連携して生活している環境を整えること、悪循環に陥っている場合には親子関係など対人関係の調整を最優先させる。村瀬は子どもの精神療法における特殊性として①精神的なものであるという自覚症状が少なく、病識を欠きやすいこと②身体症状や習癖が現れやすく大人に比べて症状が不安定③交流の手段として言語のみならず行動をも含まなければならないこと④心身ともに発展途上にあって環境の影響を受けやすいうこと a 大人の精神療法に比べて治療者の柔軟性・能動性が求められる b 子どもの発達程度を的確に理解し症状によって子どもが何を伝えようとしているのか、その発生状況や生育・環境的背景を考慮して症状のもつメッセージを受け取る c 子どもを治療者の得意な技法に乗せるのではなく、その子の今の状態に応じた技法を考える d 子どもばかりではなく家族や教育機関などの連携や調整活動が必要であると述べている。本人との面接場面ではTEACCHによる構造化や、プレイセラピーを含む精神療法的アプローチ、認知行動療法などさまざまなアプローチを扱うが、本人自身へのアプローチから得たことを、家族に本人のことを理解してもらい、生活する環境で工夫するための情報や材料とすることを援助者が意識することが大切である。援助者は「温かい雰囲気でポジティブな治療関係を優先すること」、「面接室での安心・安全な環境を保障すること」「子どもに(機能する適応的な)適切なコミュニケーションを用いること」、「前向きなメッセージを送ること」、「秘密の保持と親や学校など関係機関とのやりとりについて」について意識し、より具体的に子どもや家族と共有することが大切である。

本人自身が言語化できる場合、好きなことは何か、落ち着ける場所はどこか、家族、友達や学校の先生との関係、困った状況やストレス場面での問題解決方法など日常的な生活場面を本人と振り返り、「好きなこと・得意な分野」「苦手な分野」から発達の特性や心の状況を整理し、一緒

に考えてみるような心理教育的な支援が有効である。家族にも同席してもらい具体的な話をする事によって、上手くいっていることや困った場面状況がより明確になり、問題解決のヒントになつたり、家族との関係調整・修復の場となることが多い。親子の関係を観察しながら、子どもや保護者の良いところや上手くいっていることを積極的にフィードバックし、親子間での情動的コミュニケーションが豊かに展開するための心理的援助をすることが重要である。

母親から離れる場面の不安や緊張が強い場合、母親の後ろに隠れてしまったり、部屋になかなか入れなかつたりすることもある。分離不安が伴う場合には家族同席で相談や活動をすることもあり、本人の年齢や発達特性によって理解しやすい話し方、話しやすい話題、取り組みやすいコミュニケーションの方法を探りだし、積極的に活用することが必要である。緘黙状態など言語表現が著しく乏しい場合にはことばをなるべく使わなくても済む設定を工夫し、分かりやすい場面や段取り、本人が表現しやすい環境を設定し来談・面接しやすい配慮を行い、安心できる状況や信頼関係をつくることが大切である。

衝動性、多動性、注意の分野など行動面での特徴が目立つ場合には環境の構造化や調整を行った上で、ゲームやアクティビティなどを活用し、順番を待つ・役割交代のある遊びなどルールのある遊びを取り入れながら行動をコントロールすること、短い設定でひとつひとつ行うことによって達成できる成功体験を重ねることを意識して導入していく。

行動上の問題を扱う場合、生活や声かけなど環境調整の工夫や応用行動分析的なアプローチを利用したり、不安を背景とする場合は認知行動療法的なアプローチを扱うなどの工夫を必要である。

対人関係のトラブルで来談するケースについては、心の理論の理解の促進をねらったやりとりが中心となるだろう。概ね心の理論の第1・2水準についての実践的理解をめざすことになる。話を聞きながら、常識的理解や周囲の人の反応の代弁を行っていくと良いよう思う。場面を読みにくい発達特性がある場合、予定や出来事の文脈を分かりやすく説明すること、あるいは援助者自身の考え方や気持ちなどは分かりやすくはっきりと伝えることも重要である。共感的・受容的な環境のもとで、他者の心を意識できるような働きかけをしながら、本人が場面状況をどうとらえて行動しているのかを理解することが今後の支援につながる。その際には話し合った内容をホワイトボードに書きだし視覚的な情報を利用するなど、認知特性に合わせた面接の工夫が大切となる。本人が興味・関心を抱きやすい分野からストレス場面における問題解決の方法や実現可能な選択をひとつひとつ本人と考え、置かれている環境や状況の中で本人自身が問題と能動的に折り合いをつけていくように支援することが大切である。安心できる環境の中で本人自身の自尊感情や主体性を大切にしながら「傾聴する・共感する・伝える」心理療法的な支援と、「教える・考える・学ぶ」心理教育的な支援は、支援経過やその時々の局面によってバランスを調整することが必要である。こうしたコミュニケーションがうまくいき出すと、援助者や家族に対して愛着が再形成され、治療同盟・安全基地として外界での関わりを広げていくことができるようになる。また、一对一の場面が安定してくれれば、安全な対人場面や所属感を体験し、他のメンバーと交流することを目的に学齢期のグループに誘うことも選択のひとつとなる。

薬物療法

発達障害の薬物療法は単独で行うのではなく、総合的な支援の一部であるということを忘れてはいけない。

薬物療法には表に示すような原則がある。医師は、薬物の処方を行う際、これらの原則を十分理解しておく必要がある。

薬物療法の7つの原則

1. そのこどもは薬物療法に対して反応することがわかっている標的症状があるか
2. その症状はどれだけ重度であるのか、またその子の治療目標は何なのか
3. どの症状が薬物によって改善されそうなのか、またどの症状が改善されそうにないのか
4. 治療への反応の見込みはどうか
5. 薬物療法の利益と危険性(副作用)のバランスはどうか。短期使用と長期使用でどうか
6. 治療への反応と治療成績はどのように評価されているのか
7. 薬物の危険性(副作用)のモニター(血液検査など)は必要か

子どものこころの診療シリーズ 2「発達障害とその周辺の問題」より転載

発達障害のうち、主症状に対する薬物療法が厚生労働省から認可されているのは、ADHD のみである。中枢神経刺激薬であるメチルフェニデート(商品名「コンサークタ」)と選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(非中枢神経刺激薬)であるアトモキセチン(商品名「ストラテラ」)の2種類がある。

精神遅滞、広汎性発達障害、学習障害の主症状に対して認可された薬物療法はない。これらに対しては、一部の症状や二次的問題、併存障害に対して抗うつ薬、抗精神病薬、気分安定薬、抗不安薬、睡眠導入剤などの薬物が用いられることがある。

抗うつ薬は、抑うつ症状や過剰な不安の軽減を目的に用いられる。しかし、小児では抗うつ薬の服用によって自殺念慮のリスクが高くなるとの報告があるため、注意が必要である。フルボキサミン(商品名「ルボックス」)、デュロキセチン(商品名「サインバルタ」)など。

抗精神病薬は、興奮や衝動のコントロールを目的に用いられる。リスペリドン(商品名「リスピダール」)、アリピプラゾール(商品名「エビリファイ」)など。

気分安定薬は、感情および行動の著しい変動の軽減を目的に用いられる。炭酸リチウム(商品名「リーマス」)、バルプロ酸ナトリウム(商品名「デパケン」)、カルバマゼピン(商品名「テグレート」)など。

発達障害の小児期に睡眠の異常はしばしばみられるが、ベンゾジアゼピン系睡眠導入剤の使用は慎重でなければならない。メラトニン受容体作動薬(ラメルテオン;商品名「ロゼレム」)やレボメプロマジン(商品名「ヒルナミン」)が有効な場合がある。

二次的問題及び併存障害への対応

発達障害を持った子どもはコミュニケーションにおいて失敗体験を繰り返してしまうことが多く、ストレスなどの内的葛藤が許容範囲を超てしまうことがある。学齢期の場合内的葛藤が症状や行動で表現されることが多く、前述したような併存障害として現れる。また、周囲の人からいらだちや不快感を買ってしまうことがあるため、いじめや嫌がらせなどの二次的問題を引き起こしてしまう。

<二次的問題への対応>

いじめや嫌がらせなどに遭った場合、まずは状況を的確に把握することが大切である。本人、親、学校などから情報収集をし、協議を重ねながら改善点を明らかにしていく。それを踏まえた上で本人のこころの支援と環境調整を行っていく。環境調整をする場合、もっとも大切なことは親・学校・専門機関の三者の協力関係を築くことである。しかし、なかなか協力関係が築けない場合がある。親においては、患者の成育歴から家族自体が患者の保護因子としてうまく機能してこなかったと考えられる場合、精神医学的診断に基づいた適切な治療と並行して保護因子としての機能を取り戻すために家族にアプローチをすることが必要である。学校関係者とは、まずは各々のケースをしっかりと評価し、共有することが大切である。評価が不十分だとお互いの見解の違いが起りやすくなる。可能であれば転校など、回避できる負荷はできるだけ回避するように努める。また、回避できない場合には、発達障害に対する周囲の理解を深めなければならない。

<併存障害への対応>

前述したように併存障害として強迫症状や抑うつ、心身症、素行障害などがおこる場合がある。不登校などの不適応状態となってしまうケースもある。

こういったケースの場合、発達特性に加えて何らかの負荷がかかっていることが多い。まずは、彼らにとってのストレスの原因は何か、どういったことがきっかけで自尊心が低下しているのかを探る必要がある。また、併存障害が発生した時期にきっかけとなるような出来事がなかったか探ることが解決へ繋がることもある。きっかけとなる出来事はささいなこと事な場合があるので、その出来事を回避すれば併存障害が改善する場合もある。対応としては、まずは家族や本人の話を支持的な態度で聞き、感覚を共有することである。得られた情報から失敗した出来事や悩みについて発達特性を踏まえて分析し、今後どう対応していったらよいか、家族や本人と一緒に打開策や妥協策を探ったり、回避できるように環境調整をサポートしていく。発達障害の子どもの場合、モデルとなるような大人が身近で具体的、現実的な方向を示す必要がある。そして、周りのサポートの中で再体験をし、成功体験として積み重ねられるようにしていく。場合によっては、前述したような薬物療法の助けが必要となることもある。

発達障害の子どもへの支援の目標は子ども達が自分に自信を持って、自分を肯定していくようになることである。そのためには、どうやったら自尊心の回復につながるのか個々のケースに適したオーダーメイドの対応が必要になる。

学齢期の家族支援

学齢期は、自立に向けての準備段階にあり、成長が著しい時期であるが、子どもの問題解決のために家族の協力が欠かせない時期であることは明白であり、幼児期に引き続き、家族支援にも力を注ぐ必要がある。

幼児期から発達の問題に気づいて対応してきた保護者は、子育てのうまくいかなさに幾度となく直面し、試行錯誤の末辿り着いた子どもへの対応が、過保護との誤解を受けるなどの経験をする中で、自分の育児に自信が持てなくなっていることが多い。

また、学齢期になって初めて問題が表面化した場合には、子どもの反応に戸惑い、現状を認められない保護者や逆にもっと早く気づいていればと自責の念にかられる保護者など反応は様々である。

さらに小学校高学年～中学生では、本人の人間関係も先輩後輩や異性との関係など複雑になり、自分と周囲の子どもとのちがいに気づいたり、悩んだりする時期であり、失敗経験の多さから自己肯定感が低下し自虐的になったり、逆に失敗を他者のせいにして攻撃的な傾向を強めたりしてしまうこともあり、周りが翻弄されてしまうこともよくある。

いずれの場合にも、支援初期の段階で、どのような思いで保護者が支援を求めているのかを確認しておくことは、今後の支援を大きく左右する。

また、こころとからだの成長も急速な変化を遂げるこの時期は、子どもの成長や変化に合わせ、保護者自身が問題を予測する能力を身につけながら、対応をシフトチェンジしていくように支援していくことも重要である。

これらの支援を行うためには、まず、保護者のパーソナリティや認識について十分なアセスメントを行うなかで、母親が一人で問題を抱えすぎていないか、両親が理解し協力し合っているか、家族の中で決定権をもつ人は誰かなど、家族機能をアセスメントし、保護者のニーズや理解度に合わせて情報量を加減することも重要である。

また、親は単に子どもの療育だけに専念しているわけではなく、日常生活を営み続けているという生活者の視点も必要である。仕事との兼ね合い、経済的問題、介護問題など他の問題を抱えていないかを確認したうえで療育に関する提案をすることで、保護者の実行力を高めることにつながると思われる。

学齢期における主たる支援の場は学校であり、問題の経過が長い場合にはすでにいくつかの支援機関が介入していることも予測される。中にはよりよい支援を模索した結果、支援機関が多岐にわたり、さまざまな立場からの助言に混乱している保護者も見受けられる。このような事態を避けるため、これまでの支援機関について整理し、中心となる支援機関はどこかを明確にしたうえで、保護者と学校を中心とした支援目標、支援の視点を持つことが大切である。また、連携を図る際には、身近な支援者から専門機関へとつなぐ「縦時的連携」だけでなく、ケースを共有しながら併行して支援する「横時的連携」も必要である。

最後に家族支援として、親だけでなく兄弟姉妹関係、いわゆる同胞葛藤への注目も重要である。

同胞葛藤とは兄弟姉妹間で「親の愛情・承認・関心・評価」を巡って争いあう葛藤のことであり、年齢が近い兄弟姉妹ほど同胞葛藤は起こりやすい。保護者が問題をもつ子どもの療育に力を注ぐあまり、他の兄弟姉妹に心理的な影響を及ぼすことは少なからずある。保護者ができるだけ早い段階で兄弟姉妹への注目も回復できるよう気づきを与えることにより、問題が大きくなる前の対応が可能となると思われる。

学齢期は、対人関係の広がりに伴い、様々な問題が表面化する時期であるが、支援により保護者自身が子育てに対する自信を維持・回復し、子どもに代わって、その子に必要な教育ニーズや適切な環境を適切に選択(自己決定)していくよう支援することが学齢期の家族支援の目標である。

(参考文献)

- 今井美保:親支援に中心化した早期介入。清水康夫, 本田秀夫編著:「幼児期の理解と支援ー早期発見と早期からの支援のためにー」, 金子書房, pp123-129, 2012。
- 柏木理江:家庭での支援。安達潤編著:「学齢期の理解と支援ー特別ではない特別支援教育をめざしてー」, 金子書房, pp171-200, 2009。
- 三上克央:児童期・思春期の臨床に必要な家族アプローチと家族機能の評価。「こころのりんしょう à la carte」30: :221-226, 2011。

学齢期に利用できる制度と社会資源

学齢期は、「他の人と自分が違う」という違和感や疎外感を本人が持ち始める時期である。こうしたきっかけは、本人が納得できない体験が重なることや、受容できない周囲の環境の存在が大きい。学齢期における福祉の支援は、本人の安心感の形成と居場所づくりを主軸にした放課後の支援が中心となる。

＜学齢期の主訴＞

学齢期では、本人を取り巻く環境は、家庭、学校、放課後に集約される。家庭では困っていないのに、学校での集団生活に困難さが生じたり、学校では問題がなくても、放課後の学童保育で問題を生じるなど、全ての場面で困難が生じるよりは、ある特定の環境において問題が指摘されることが多い。この場合の問題とは、「他の児童に迷惑をかける」「大人の言うことを聞かない」等であり、本人が人間関係の理解などで困っており、将来の人間関係の形成のために本来は支援が必要であったとしても、成績が特段悪くなれば「まじめで大人しい」子どもとして見過ごされてしまう。「本人が困った」と言って、支援を求ることはほとんどなく、保護者をはじめとする家族や周囲の大人が相談してくることが多い。

しかし、学齢期であっても、本人は本人なりの課題や訴えを持っており、周囲の主訴を踏まえた上で、本人の認知に基づく内面の世界や理解を優先しなければ、適切な評価は行えない。

＜学齢期の支援＞

学齢期に必要とされる福祉の支援は、一般的な子育て支援策である。所得保障として一般的な児童手当、母子か父子家庭の場合には、児童扶養手当、特に障害が重い場合には特別児童扶養手当がある。保護者が就労等で本人の放課後の過ごし方が課題となる場合には、学童保育（通常小学校1年から3年まで）が利用できる。発達障害の場合には、学童保育が設置されている地域であっても、場所や人数の制約や、本人が他の児童に迷惑をかけるという理由で利用が困難であったり、小学校4年以上になれば、本人1人で放課後を過ごすことに不安があったとしても、制度上対象者とはならない。本人にとっては、学年が上がるに連れて、学習面の課題に加え、友人関係の悩みなどを抱えやすく自己評価が低くなりがちである。したがって、「放課後をいかに上手に過ごすか」ということが切実な問題になる。

制度上は、児童福祉法に基づく放課後等デイサービス、障害者総合支援法に基づく居宅介護、行動援護や地域生活支援事業の中の日中一時支援、移動支援が選択できるが、事業所の数や利用要件などから実際に利用できる者は限られている。こうした学齢期の福祉の支援でまず必要であり、最も重要なことは、「本人が楽しむことができる」「自己肯定感を高める」「ひとりにならない」ための支援である。この上に、学力を高めるための学習支援や、日常生活に必要なルールや社会的技能を身につける支援を重ねていく。

具体的には、発達障害の特性に配慮するために(1)非言語的なコミュニケーションを大切にす

る、(2)活動場面では「どう動いたらよいか」を具体的に示す、(3)新しい活動は事前に予告する、などの配慮をしながら、本人が(1)得意なことをみつける、(2)楽しめることをみつける、(3)理解者がいると本人が実感できる、ことを目標に支援を組み立てる。これらは信頼関係を構築しながら進めていくことになるが、そのために(1)ルールや基準を明確にする、(2)本人との約束を守る、(3)きちんと「謝る」モデルとなる、といった基本的な姿勢が求められる。

学齢期の終わりには、次の思春期に向けた準備を始める。とかく日々の課題や問題にのみ目が向けられがちになるが、将来どんな職業につき、どのような生活を送るのか、に関する体験や経験を積むことや、料理や洗濯をするなどの日常生活に必要な技能に取り組むことも重要である。

執筆者一覧

- 学齢期における発達障害の特徴 下山仁
二次的な問題と併存障害 江間彩子
観察のポイント[個別場面] 津金美樹子
観察のポイント[集団場面] 富士宮秀紫
就学時検診における発達障害の発見 山梨県教育庁新しい学校づくり推進室特別支援教育担当
教室における発達障害の発見 佐藤かおる
診察の手順 金重紅美子
心理検査 竹井清香
学齢期の評価尺度 竹井清香
学齢期の支援の基本的な考え方 金重紅美子
学齢期の教育的支援の基本的な考え方 .. 山梨県教育庁新しい学校づくり推進室特別支援教育担当
インクルージョン教育と特別支援教育 山梨県教育庁新しい学校づくり推進室特別支援教育担当
医療と教育の連携 下山仁
心理療法 小宮山さとみ
薬物療法 江間彩子
二次的問題及び併存障害への対応 江間彩子
学齢期の家族支援 三神恭子
学齢期に利用できる制度と社会資源 服部森彦

発達障害の人たちの支援に関する 専門家のための研修テキスト

思春期編

はじめに

このたび、発達障害のある人たちの支援に関わる専門家を養成することを目的として、実践的知識をまとめたテキストを作成しました。これは、平成24年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業の指定課題「医療や福祉分野の発達障害支援者的人材育成体制の調査について」の一環として、山梨県の作業部会が中心となってまとめたものです。発達障害の人たちの支援に関わる専門家の育成は、まだまだ不十分です。国内を見渡すと、人材育成を行うための研修の場とプログラムにアクセスしにくい地域もたくさんあります。このテキストは、そのような地域の人たちが気軽にアクセスできることをねらいの一つとしています。

発達障害の人たちの支援は、多領域・多職種によるチーム・アプローチが不可欠です。また、児童期から成人期までの幅広いライフステージで支援が必要です。支援に関わる専門家は、自らの専門領域をもつスペシャリストであると同時に、他領域に関するある程度の知識ももつジェネラリストでもある必要があります。これらのニーズを両立させるために、このテキストはライフステージによって「幼児期編」、「学齢期編」、「思春期編」、「成人期編」、これに「総論編」を加えた5冊からなる分冊形式とし、読者のニーズに応じていろいろな組み合わせで学習できるようにしました。また、紙の冊子にすると同時にPDFファイルも作成し、各関連機関のホームページからダウンロードできるようにしました。

出典として、厚生労働省雇用均等・児童家庭局から平成20年に出された一般小児科医向け、一般精神科医向け、および子どもの心の診療専門医養成用のテキストを、有効活用しました。他の部分については、山梨県立こころの発達総合支援センターおよび山梨県教育委員会高等教育課のスタッフと甲州市福祉あんしん相談センターの服部森彦氏からなる執筆チームが分担執筆しました。さらに、総論編の一部を山口宇部発達医療センターの林隆センター長が執筆しました。

短い時間の中、急ピッチで執筆が進められたため、表現や表記法が不統一である箇所や、推敲が不十分である箇所が多くみられることを、ご容赦いただければと思います。今後、ご意見をいただきながら定期的に内容を見直し、適宜改訂していきたいと思います。

このテキストが、発達障害の人たちの支援に関わるさまざまな職種の人たちに、有効に活用されることを願ってやみません。

平成25年3月

山梨県立こころの発達総合支援センター
本田秀夫

目 次

思春期における発達障害の特徴.....	134
二次的な問題と併存障害.....	135
観察のポイント [個別場面]	137
観察のポイント [集団場面]	139
診察の手順	141
心理検査.....	142
評価尺度.....	144
思春期の支援の基本的な考え方.....	146
後期中等教育（高等学校教育）期の支援について.....	147
キャリア教育.....	154
医療と教育の連携	156
心理療法.....	157
薬物療法.....	159
二次的問題および併存障害への対応.....	160
家族支援.....	162
思春期に利用できる制度と社会資源.....	164
執筆者一覧	166

思春期における発達障害の特徴

思春期は二次性徴が発現し、性的感情の発達や自我の目覚めの時期で、具体的には親からの心理的自立、仲間関係、異性関係の確立、自我同一性の確立を求める時期である。しかし発達が未完成であるために健常者でさえも精神心理的に不安定であり、発達障害においては健常者以上に深刻な問題を生じやすい。思春期前の発達障害においてはその特性から来る症状そのものが問題となる場合が多いが、思春期には適応の困難さから来る二次障害が多くを占める。適応が困難となる要因を以下に示す。

- ◆ 生物学的な脆弱さ：性格や気質の独特さから来る適応の困難さ
- ◆ 社会的環境の問題：親、仲間、異性などとの関係を適切に保持出来ない
- ◆ 危機に対する対処の困難さ：苦手な状況に対応出来ないか、独特の対処をする
- ◆ 思春期以前の養育環境の影響：周囲環境に由来する認知発達の歪み

これらが相互に作用し、生じたストレスに適切な対処をする事が困難となり、結果悪循環に陥り二次障害を生じる。思春期の発達においては、年齢により「両親からの自立」、「仲間関係の確立」、「自我同一性の確立」などの発達過程をクリアしていく必要があるが、各々の発達過程にさしかかる所で二次障害が生じる可能性が高まる。例えば「両親からの自立」でつまずくと心理的な自立が困難となる事により家族内での確執が生じ、「仲間関係の確立」でつまずくと恥をかいたりする事や傷つく事に対する恐怖感から不登校を生じたり、「自我同一性の確立」でつまずくと自己愛性の異様な高まりや自己肯定感の低下を認め、他者への攻撃性が増したり引きこもりなどの問題が生じるなどである。発達特性の歪みにより、思春期前の社会関係で重要な家庭環境や仲間関係に問題が生じているとその傾向が強まる上に解決が困難となる可能性が高い。早期からの療育支援が望まれる所以である。

発達障害の諸問題は、どの様な年齢においても社会環境や対人関係などの変化が誘因となるが、思春期の場合には問題となる症状は認識されやすい一方で、原因となるつまずいた切っ掛けが他者から認知されにくく、子どももその事を容易に表出し辛いという難しさがある。そして思春期前には問題に気付かれなかった場合でも判断や適応の困難さから自尊感情が既に低下している可能性が高く、対応には相応の時間や対応する側のスキルを必要とする場合が多い。どの時期の発達障害でも当てはまる事ではあるが、どの様な事が苦手なのか、何が不安なのか、どうして欲しいのかという事に思いを巡らせ、理解する事が重要なのは前述の通りである。その上で子どもに対し、苦手な所を受け入れつつ得意な所で自信を深め、適応可能な社会的な活動の場や役割を受容出来るよう促す様な支援を行う事を期待したい。

二次的な問題と併存障害

発達障害の子どもたちは幼少期からコミュニケーションがとりにくく、時には多動・衝動性が著しく、いわゆる育てにくい子どもたちである。このため本来は愛情深く子どもを支持し、養育してくれるのはずの養育者から陰性の感情を引き出しやすく、養育者との愛着が育ちにくい。その後もなんの支援もなければ、就学後には周囲の子どもたちからも否定的な対応を受け、否定的な社会体験を重ねるようになる。発達障害の子どもにとっての思春期は一般的な子ども以上に身体の変化に戸惑い不安定になりやすく、たとえ十分な支援を受けている場合であっても、本人が他者を意識し始めることで、それまで気付かなかった集団の中での自分を知り「うまくやれない自分」を認識する時期である。また、想像することの苦手さから自分の将来像をうまくイメージできずに悲観的になりやすい時期もある。以上のことを背景に思春期にはさまざまな精神科的な問題が起ころうと考えられる。以下にその代表的なものを挙げる。

<気分障害>

発達障害と気分障害は併存しやすい病態であり広汎性発達障害の家族研究では自閉症の子供を持つ家族における気分障害の報告が多いなど、生物学的な関連性も示唆されている。また継続した支援を受けていない発達障害では、思春期になるとこれまでの否定的な社会体験から孤立を深め、うつ病発症の契機となりやすい。

<強迫性障害>

広汎性発達障害ではもともと強迫的な反復行動や儀式的な行為が見られやすいが、不安や抑うつのために悪化し強迫性障害と言える状態となることがある。

<社会不安障害>

思春期に他者の視線を意識するようになったことで自らがうまく社会的な振る舞いができないことに改めて気付き、社会不安症状を呈するようになることがある、

<統合失調症様症状>

特に継続的な支援を受けておらず否定的な社会体験を重ねてしまった発達障害の人の中には被害感や怒り、孤立感を募らせていく、時に統合失調症様の幻覚妄想をきたすことがある。経過の中で一過性に収まることもあるが、統合失調症の発症との鑑別に注意が必要となる。

<ひきこもり>

近年のひきこもり研究によればひきこもりのケースの中に発達障害を背景とするものがあることが分かってきている。おもな適応上の問題は、友達がつくりにくい、周囲に対する被害感や特定の教科における学業不振、進路が決定できないといったことなどであり、小中学校の不登校からそ

のまま成人のひきこもりに移行してしまうケースも少なくない。ひきこもり状態にある発達障害ケースでは以前に診断を受けていた人は少なく、療育や特別支援教育を受けたことのない人がほとんどであることがわかっている。

<非行>

幼児期の愛着形成が不十分なまま学齢期を迎え、周囲の仲間からも攻撃や無視などの否定的な対応を繰り返された場合、子どもは著しく自己評価を下げ、無力感や不安などとともに周囲への激しい怒りと不信感を持つようになる。このために反抗、暴力、家出、万引きなどの反社会的行動に至るケースがある。また、それまで全く非行歴のない発達障害者がパニックに際して偶発的に他者を傷つけてしまったり、独特の興味関心に基づく行動が結果的に社会規範を逸脱してしまったりするタイプの非行も認められる。

(参考文献)

- 傳田健三、佐藤祐基、井上貴雄ら：広汎性発達障害と気分障害。「児童青年精神医学とその近接領域」52: 143-150, 2011。
- 岩田泰秀：思春期以降の精神医学的問題と薬物療法。辻井政次、氏田照子編著：「思春期以降の理解と支援－充実した大人の生活への取り組みと課題－」、金子書房、2010。
- 小宮山さとみ、近藤直司：不登校：ひきこもりをきたす発達障害のケース。齊藤万比古編著：「発達障害が引き起こす二次障害のケアとサポート」、学研、2009。
- 齊藤万比古、青木桃子：ADHD の二次障害。「精神科治療学」25: 787-792, 2010。

観察のポイント [個別場面]

<面接までの経緯について>

本人自らの困り感を訴えて相談に至る場合と、親が困って相談に至る場合、もしくは本人、親以外の学校や相談機関からの勧めによって来所する場合がある。期待や不安、恐怖、怒り、無関心などのどの心境で来所しているかということを想定しながら観察をする。

<待合室から面接において>

待合室で待っている間の本人の様子や親の様子、そして、本人と親の関係についても観察しておく。思春期は、親との距離感が一つのポイントとなるため、待合室での座席の位置や移動の際の本人と親の様子と距離感を観察しておく。また、身体の状態と衛生状態、そして服装や髪形など身だしなみにどのくらい自分で気をつけているのか、気づいているのかを確認する。

<親子同席面接>

本人が話していて困ったときに親に助けを求められるかどうか、親が本人にどのぐらい主体性を持たせているか観察し、家族の力動と家族機能の評価をする。また、親の前での本人の話す様子に恥じらいがあるかないか、本人が親の言動を制止しようとするか観察したり、親の前での本人の様子と個別の場面での様子を比較することも重要である。

思春期の子どもの場合は、たいてい着席していられることが多くなるが、面接中手や足など体の一部が異常に動いていないか観察する。また、面接の中で、これまで学校生活で忘れ物が多くなかったか、整理整頓はできていたが、ケガは多くなかったかなど日常生活での不注意面、その困り感について本人、親から確認をする。

<分離面接>

個別での指示の理解や他者への反応、言語コミュニケーションについて、言語表出がどの程度できるか、発音が正確であるか、語彙が正確に使われているか、年齢相応の発言内容か、また、コミュニケーションについて相互のやりとりが可能か、共感するなどの情緒的な反応はあるかなど確認する。そして、他者への反応や大人に対する態度も観察しておく。思春期ぐらいの子どもだと、一見ぶっきらぼうそうに見えるが、質問には真面目に素直に答えてくれるということも少なくない。話す態度と返答の内容を観察しておく。

興味の対象を本人から聞きだすと、それまではポツリポツリと話していたのに、急に饒舌になったり、一方的に話し続けるということもあるため、話題の内容によっての態度の違いも見ておく。自分の周囲がみえはじめてくる時期でもあるため、周囲に対し、どんな感情を抱いているのか確認する。これまでの体験や、家族に対しての感情、友人に対しての感情、学校への感情など聞きだしながら、被害感や不安感が強くなっていないかどうか、本人の物事の捉え方など観察しておく。また、自分をどのように捉えているか、自分はどうしたいと思っているのか、自尊心を持つ

-思春期編-

ているかどうか、自分というものにどれだけ気づいているのか、確認する。

そして、親は承知していなかったり、認めていなかったりすることがあるため、本人から腹痛や頭痛などがないか身体の状態を確認することと、思春期は他の精神疾患を発症しやすい時期であるため、幻覚、幻聴などがないか、夜眠れているかなど精神状態を把握することも必要である。

(参考文献)

本田秀夫:子どもの行動観察のポイント。「子どものりんしよう a·la·carte」30: 203–207, 2011。

吉田敬子, 金澤治, 松田文雄:子どもの診察の仕方、ラポール。「一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト」:22–27, 2008。

観察のポイント [集団場面]

一般的に、思春期の仲間関係においては、グループ内でのみ共通する価値観が重要であり、グループへの帰属感・一体感が高まり、親密な同性との交流を通して、自己の同一性を確立していく。この時期に、クラスの中で浮き上がったり、孤立を経験するといった仲間集団下の適応困難から被害感や不適応感、無気力を抱きやすく、万能的な対象への同一化やファンタジーへの没頭が過剰になることもある。ここでは、学齢期の集団場面の観察のポイントに加えて、思春期特有の部分について述べる。

出会いともいえる初回には、より良い集団への期待感と不安感とが入り混じって、学齢期の集団場面よりも強い緊張感が漂う。自分の好きなことを事前アンケートで記入してきてもらい、それに披露してもらうといった場面では、メンバーの意見を聞きながら自分の順番が来るまでに加筆修正している姿があり、自分の意見が受け入れられるかどうかを推し量っていたりした。こうした緊張感の漂う雰囲気が、誰のどんな言葉や行動で笑顔が生まれたり、緊張感が碎けたのかということも、雰囲気を感じながら観察することが重要である。

また、この時期になると、相手の意見に相槌を打ったり、自分の意見を譲歩したり、メンバーの意見を解説を入れてつなぐような言動がみられることがある。こだわりをもった好きな物事が他者に注目を向けられたり、共通項が見られた時の反応も観察ポイントである。こうしたメンバー間の相互作用を観察しながら、スタッフは時に介入を控えるなど調整を図る必要がある。中には、協調をとろうと「どっちでも良い」と中立的な意見を述べるメンバーもあり、そうした配慮に感謝を伝えつつも、そのメンバーの意見が活動に反映されるような体験にもつなげていきたいものである。

心理的な内的世界は、作業活動に取り組む様子にも大いに観察される。完成の出来栄えだけでなく作業工程にこだわりが見られ、作業没頭もしやすいため、失敗への過剰な抵抗が見られたり、力が抜けずに過集中となり作業にゆとりがみられない場合がある。スタッフの介入のタイミングを図るためにもそうした様子を観察したり、適度に力を使うような活動を取り入れたりする工夫も必要である。一方、言語的な理解と遂行機能とのギャップが大きい、いわゆる不器用が目立つタイプには疎外感を与えないような配慮を要する。また、ふわふわ、つるつるといった快刺激につながりやすい肌触りの素材を使うと、それだけで感覚的に安心感を得ている場合もあるため、不安感の軽減には、あらゆる刺激の工夫が可能である。完成作品は自身を投影した移行対象ともなるため、作品の取り扱い方や他者からの作品に対するコメントへの反応なども観察ポイントである。

言語交流という点では、細部にこだわりすぎる、同じ質問をしつこく繰り返す、好きな話が止まらなくなる、ひとつひとつの言動へのリアクションが大きすぎるなど、一般には暗黙に敬遠されてしまいがちな言動が見られることがある。このとき、グループ内での受け止められ方はどうであろうか。ここで具体的に反応が返ってくる・粹づけが入るという対応がなされることによって、行動を自分で調整できたという体験や受け入れられるグループ体験ができ、集団への抵抗感への緩和につなげていくことが重要である。

また、過剰適応の懸念やこだわりが一時的に強化される可能性等も考えられるため、保護者に

-思春期編-

はグループに参加してからの家庭の様子をうかがい、把握しておくことも重要である。

(参考文献)

神尾陽子編:「ライフステージに応じた自閉症スペクトラム者に対する支援のための手引き」, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 2010。

本田秀夫:子どもの行動観察のポイント。「こころのりんしよう a·la·carte」30: 203–207, 2011。

内閣府:「ユースアドバイザー養成プログラム(改訂版)」, 2008。

(http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/h19-2/html/ua_mkj_pdf.html)

診察の手順

発達障害に関わる外来を受診する際、多くは「以前から認める発達の問題により受診するケース」と「発達障害の症状では無く二次障害を主訴として受診するケース」のいずれかであるが、思春期においては後者が多い。例えば不登校や行為障害などが具体的な主訴となった場合など、その症状により発達障害と他の精神疾患との鑑別が難しくなる事は度々経験される。更に思春期の発達障害では子どもの持つ特性や心理状態、周囲環境の為に、児や家族などから診断やアセスメント、治療などに必要な情報の取得が困難となる。思春期における発達障害の診察は、それらの点を考慮し慎重に進めなければならない。

<診察の実際>

診察に訪れる思春期の子どもの多くは他者に対してある種の不信感を持っている。特に二次障害を主訴として受診するケースの場合は、その症状の背景に他者からの無理解や中傷などが存在している可能性が高い事に加え、子ども自身の意思では無く半ば親に無理矢理連れてこられる場合が多いものと考えられる。即ち、自身の苦悩を診察者も含めた第三者にアピールする事に強い抵抗感を示したり、アピールする必要性を持たなかったり、場合によっては反抗的な態度を示す場合もある。診察にあたっては、まず治療者が信頼出来る人物であるという安心感を子どもが得られるか、そして診察に来る事の有用性を体感出来るかという事が非常に重要となる。初回の受診のみで安心感や信頼感を与えられない場合には何度か機会を設ける必要も出てくる。

治療者に対する安心感や信頼感が得られた場合でも、子どもの持つ自己イメージの曖昧さや感情コントロールの難しさなどにより、子どもが自身の問題を適切な言語に置き換えて治療者に伝える事は容易ではない。治療者はその時にいたずらに子どもを煽るような言動は慎むべきで、子どもの仕草や表情を伺いつつ、時には質問を答えやすく置き換え、時には待ち、時に気持ちを解きほぐすような話題を織り交ぜるなどして上手く気持ちを引き出す必要がある。

診察にあたり医師が為すべき事は診断とアセスメント、そして治療であるが、診断名が同一でも子どもの抱える問題は人により様々であり、画一的な治療方針での対応は不可能である。治療にあたっては、診断の際に子どもの心理状態のアセスメントを如何に適切に行うかが要点である。「つまずく切っ掛けとなった出来事は一体何なのか?」、「つまずいた時にどう感じてどう考え、そしてどう行動したか?」、「そして今何を必要としているのか?」など、相手の心情にどれだけ迫れるかが発達障害における心理臨床の一番重要なポイントと考えられる。その上で時には子どもに第三者的に対峙したり、必要により共感し心を重ねるなど上手い距離感を保ちながら、社会で守るべき事と子どもが対応出来る環境の接点を探っていく。

その際に必要な相手の心情に迫るためのスキルを得るのに必要なのは発達心理学的な知識だけではない。多くの症例に真摯に向き合い試行錯誤しつつ、スーパービジョンを受けるなど、自身のスキルアップに努める事が必要である。

心理検査

一人の子どもを対象に行うことのできる心理検査の数は子どもへの負担を考えても多くて数種類であり、それぞれとらえようとする領域の異なる心理検査を最小限どのように選択するかが検査者により決定されることになる。それぞれの心理検査の基準となる施行方法を熟知したうえで、臨床的にはその施行方法を原則に則って行なうことが常に容易ではないということを心して、その子どもの特徴とその後のかかわりに具体的な提言ができるためにはどのような組み合わせが最も望ましいものであるか検討して選択する。実際には子どもが示しているさまざまな問題によってその種類・組み合わせがいくつおりにも変化するというよりは、基本的に用いられる心理検査の種類は共通であっても、どの心理検査を中心に据えてその子どもの問題を把握することが最もその子どもの理解に役立つか、ということを考えることが心理検査を単独のものとしてではなくテストバッテリーとして組み合わせて行うことの意義であるといえよう。表として主な心理検査とその対象年齢を示す。テストバッテリーとしてどの心理検査を用いるかは、生活年齢、そして必要に応じて発達水準やその特徴などに合わせて選択する。

小学生から中学生年代の子どもについては、WISC-III、WISC-IVや田中ビネー式知能検査Vによる知能水準の把握、K-ABC 心理・教育アセスメントバッテリー、DN-CAS などによる認知処理スタイルなどの把握を緒とする。また、学習障害などを持つことが推測される子どもたちに対しては、「小学生の読み書きスクリーニング検査」などを含め神経心理学的な精査が必要となる。

表

主な目的	心理検査名	対象年齢(歳)					
		5	10	15	18		
知能 言語 認知機能	WISC-III、IV						
	WPPSI						
	田中ビネーV						
	K-ABC						
	DN-CAS						
	ITPA						
	フロステイティング						
	ベンダーゲシュタルト						
性格・人格	PVT						
	ロールシャッハ						
	TAT						
	CAT						
	YG		小学生用	中学生用	一般用		
	C-MAS			児童用	16歳以上		
	STAI						
	PF		児童用		成人用		
その他	SCT		小学生用	中学生用	成人用		
	遠城寺式						
	CBCL	2~3歳	CBCL4~18歳	YSR11~18歳			

思春期には、特有の対人関係の問題やコミュニケーションの苦手さ、さらには学校への不適応などから不安感や抑うつ感、あるいは強迫症状といった情緒や行動上の問題が生じることがある。この際、まずはその問題がどこにあるのはおおよその見立てを立てるために、生育歴に加えてCBCL(Child Behavior Checklist:後述)などの行動に関する質問紙により家族あるいは教師などから得られるその子どもについての情報を最初に把握することも役立つ。その上で、このような思春期段階にある子どもたちの併存障害・二次障害として時には症状化した情緒・パーソナリティの

特徴、自己評価をめぐるあり方などについては、描画テスト、SCT、ロールシャッハテストなどの投影法テストが、これらの子どもたちの全体像を理解するためにテストバッテリーとして知能検査に付け加えられる。知能検査は全般的な知能レベルやその子どもの認知処理スタイルだけでなく、その子が持つコーピングスキルを直接的に観察することのできる構造化された面接場面とも言える。それに付け加えて行われる投影法テストは、日常生活の中では、推測されてもまだあまり確実に捉えることの難しい対人関係の過敏さや認知のゆがみが反映されることもあり、発達障害に伴う併存障害や二次障害が重篤である場合は評価する必要がある。

(参考文献)

佐藤至子：IV.子どもの診断・評価の進め方、2. 心理的検査等の適用と結果の理解 A.心理検査の組み立てとその意義。齊藤万比古編集：「子どもの心の診療シリーズ1 子どもの心の診療入門」pp.126-132, 2009。

評価尺度

＜行動評価の目的＞

客観的な行動評価は、子どもの発達の様子を把握するうえでも役立つ。定期的な行動評価は、行動特徴を質的に記述するのみならず量的な症状重症度の推移を把握することによって、治療による効果や、子どもが獲得した発達的変化を知ることができる。さらに、発達しつつある子どもの成長の道筋を確認し、伝えることは、その後の課題に取り組むうえで本人や家族の自信や意欲につながり、意義は大きい。

＜広汎性発達障害の行動評価＞

● 小児自閉症評定尺度(Childhood Autism Rating Scale:CARS)

Schopler らによって開発され、国内外で広く使用されている。人との関係、模倣、情緒反応、身体の使い方、物の扱い方、変化への適応、視覚による反応、味覚・嗅覚・触覚反応とその使い方、恐れや不安、言語性のコミュニケーション、非言語性のコミュニケーション、活動水準、知的機能の水準とバランス、そして全体的印象の 15 項目から成る。専門家が子どもを直接観察して、各項目について「1:年齢相応」「2:軽度の異常」「3:中度の異常」「4:重度の異常」の 0.5 刻みに 7 件法で評価し、合計得点(0~60 点)が 30 点以上の場合、自閉症と判断する。

● 対人応答性尺度(Social Responsiveness Scale:SRS)

SRS は、Constantino らによって 4~18 歳の自閉症スペクトラム児用に開発された、親または教師記入式の 4 件法の 65 項目から成る質問紙である(0~195 点)。知能水準や PDD 下位診断、そして精神医学的併発症の存在とは独立して、自閉症的行動特性の程度を連続的に数量化するため、診断閾下にあるがさまざまな情緒や行動の問題を呈する子どもたちの、PDD 倾向を把握するのに有用である。対人的気づき、対人認知、対人コミュニケーション、対人的動機づけ、自閉的常同症の 5 下位領域に分かれ、治療経過中のプロフィールの変化を把握することが可能である。

● 日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度(PDD-Autism Society Japan Rating Scales: PARS、パーズ)

わが国の児童精神科医と発達臨床心理学者によって開発された PDD の行動評価尺度である。対人、コミュニケーション、こだわり、常同行動、困難性、過敏性の 6 領域 57 項目から成り、専門家が養育者に面接して各項目を 3 段階(0、1、2)で評価する。発達歴が得られる場合は、幼児期のピーク時の行動をもとにカットオフポイントを 9 点として PDD の有無の評定を行う。支援ニーズの把握は現症から評定した結果に基づいて行う(幼児期 34 項目、児童期 33 項目、思春期・成人期 33 項目)。

＜ADHD の行動評価(ADHD Rating Scale-IV)＞

ADHD Rating Scale-IV は、Lehigh 大学の学校心理学教授である G.J.DuPaul らによって、注意欠如・多動(性)障害(ADHD)のスクリーニング、診断、治療を目的に、行動観察の際に使用可能な尺度として開発されたものである。

尺度を構成する18項目は、DSM-IVのADHDの診断基準をもとに、不注意の領域と多動性一衝動性の二つの領域の項目で交互に編成されており、それぞれを「ない、もしくはほとんどない」「ときどきある」「しばしばある」「非常にしばしばある」の4件法で評価することになっている。最近6ヶ月の家庭での様子を評価する家庭版と、同時期の学校での様子を評価する学校版の2種類があり、それについて5歳から18歳までを、5~7歳、8~10歳、11~13歳、14~18歳に分けて、さらに男女別のカットオフ値が算出されている。

＜学習障害の行動評価＞

上野らによって日本で標準化されたLD(学習障害)を判断するための調査票であるLearning Disabilities Inventory(LDI)が2008年9月に中学生用の領域である英語と数学の中学生尺度を加え、Learning Disabilities Inventory-Revised(LDI-R)として登場した。LDの定義に沿って、聞く、話す、読む、書く、計算する、推論する、という6尺度と、英語、数学の2尺度、および行動、社会性の2尺度から構成されており、小学生は、英語、数学を除く8領域、中学生は全10領域を評定する。中学生用の数学だけ8項目で、残りの9領域は12項目からなり、「ない」「まれにある」「ときどきある」「よくある」の4件法で評価する。領域ごとの粗点をプロフィール表にプロットすることで、「つまずきなし」「つまずきの疑い」「つまずきあり」の三つの区分のいずれかの判断が導かれるよう作成されている。LDI-Rは、学習の躊躇を最も直接的に把握するものである。基礎的学力の評価を含め、他の心理アセスメントと併用し、認知特性、学業能力、行動や社会性の評価などを行い、それらの結果を総合的に判断することが求められている。

＜問題行動の評価(Child Behavior Checklist:CBCL)＞

Child Behavior Checklist(CBCL)は、Vermont大学の心理学教授のT.M.Achenbachにより開発された、子どもの情緒や行動を包括的に評価する質問紙である。

現在日本で用いられているのは、1991年版をもとに、上林らによって標準化が図られたものである。CBCLには親が回答するCBCLのほか、ほぼ同じ内容で教師が回答するTeacher's Report Form(TRF)、そして子ども自身が回答するYouth Self Report(YSR)の三つのバージョンがある。親記入式のものには、4歳から18歳までの年長児用のCBCL/4-18と、2歳から3歳までの幼児用のCBCL/2-3の2種類がある。TRFは、5歳から18歳までの子どもを対象とする。YSRは、11歳以上の子どもが対象である。以上三つのバージョンが、現在、日本で使用可能となっている。以下にCBCL、TRF、YSRのすべてに共通な下位尺度の構成について述べる。

これらのチェックリストは、社会的尺度と問題行動尺度から構成される。社会的尺度は、子どもが好きなスポーツや趣味、家事や手伝い、親しい友人やきょうだいなどを調べるもので、問題行動尺度は、情緒や行動について、「当てはまらない」「やや、またはしばしばそうである」「まったくまたはよくあてはまる」という3件法で回答する。

(参考文献)

神尾陽子、田中康夫:IV.評価、3. 行動評価。齊藤万比古編集:「子どもの心の診療シリーズ2 発達障害とその周辺の問題」pp.187-196, 2008。

思春期の支援の基本的な考え方

思春期は身体の変化は言うまでもなく、自己意識、対人関係の面でも大人に向けて大きく変化していく時期である。特にこの時期の仲間との対人関係は子ども時代とも成人してからとも異なるこの時期特有のありようを示す。すなわち仲間内だけで通ずる目配せや隠語のような言葉にならないコミュニケーションが増加し、「空気を読むこと」を大人以上に求められる時期である。またそれが「自分」に対して強い関心を持ち、周囲の評価に敏感に反応しながら相対的な自己を知り、アイデンティティーを確立していく作業をすることに精一杯であり、それまで比較的他者に寛容であった子どもたちも他児のことを許容する余裕がなくなる時期もある。

発達障害の子どもたちも思春期になれば身体の変化に対して戸惑い、自己意識の高まりがみられる中で不十分ながら他者を意識し始める。対人希求が強まりこれまで以上に他者と関わろうとする者もいるが、先述したようなこれまでとは違う対人関係にうまく対応できず、不器用なコミュニケーションのあり方や独特の対人認知などからかえって孤立しやすくなる。また対人希求が高まる者がいる一方で、これまでの対人関係におけるさまざまな陰性の体験から他者に対して被害的な認知を持ち、自ら孤立傾向を強めていく者もいる。さらにこの時期はこれまで発達障害の子どもたちに寛容であった一般の子どもたちも自分の思春期を超えていくのに精一杯であり、周囲の仲間からのサポートが得られにくい時期もある。このように発達障害の子どもたちの思春期は、集団の中でうまくやれない自分を感じて自己評価をさげ、精神科的な問題をきたすリスクの高い時期である。また一般的にもこの時期はさまざまな精神疾患の好発年齢であり、その点についても注意が必要である。

思春期の支援としては、学齢期から行われてきた毎日を安心して送るための工夫に加え、上記のような本人のニーズに合わせた対人スキルを身につけていくことや趣味の合う者同士の仲間作りをサポートすること、日常生活で気軽に對人関係の相談が出来る場所を確保することなど対人関係の支援が大切である。精神科的な問題をきたしたケースでは積極的に医療的な支援につなげていくことが有効である。また本人が不安定になることで支援する保護者の負担が増えることが考えられるので、幼児期同様に保護者の精神保健に留意して支えながら、成人後の支援とつながるような保護者以外による日常生活上の支援を積極的に導入していくこともよいであろう。思春期には本人も保護者もその時期を過ごすことに集中しており、将来に向けて具体的な職業や生活のイメージを持てずにいることが少なくないと考えられるが、可能な限りこの時期から将来の生活のあり方について考える機会を提供し、利用可能な社会資源について情報提供していくことも、将来を見据えた支援として大切なことである。

後期中等教育（高等学校教育）期の支援について

特別支援教育制度がスタートしてから6年が経過しようとしているが、高等学校では、小・中学校等と同様に校内委員会の設置、実態把握の実施、特別支援教育コーディネーターの指名、特別支援教育支援員の配置、個別の指導計画や個別の教育支援計画の作成・活用、さらに教職員研修による教員の専門性向上の取組など、特別支援教育の体制整備が進められている。

高等学校では、これまでも、主として生徒指導・教育相談等の観点から発達障害のある生徒への指導・支援が行われてきている。しかし、特別支援教育の理念の実現という観点から見ると、高等学校における特別支援教育の取組は緒についたばかりであり、発達障害のある生徒への指導・支援を中心として、まだまだ取り組むべき多くの課題が残されていると言える。

＜基本的な考え方＞

高等学校に入学してくる発達障害のある生徒のタイプは、次の2つに分けられる。

【タイプ1】中学校まで必要に応じた支援を受けてきた生徒

高等学校は、中学校までに行われてきている支援（内容及び方法）を引き継ぐとともに、思春期特性にも十分配慮し、支援者による支援から当事者の工夫へ少しづつ移行していく必要がある。そのためにも自分の特性（得意な面、苦手な面）を理解できるように支援しながら、将来の社会的・職業的自立に向けた知識・技能を身に付けさせていく必要がある。

【タイプ2】中学校まで必要な支援を受けてこなかった生徒

高等学校には、特別支援学校のセンター的機能を含む外部専門機関と連携しながら、当該生徒に必要な支援内容、高校でできる支援方法を検討し、実施していくことが望まれる。生徒本人に対しては、「障害」ではなく「特性」という視点で受容できるようにしていくことが必要である。

また、発達障害のある生徒の思春期特性としては、次のようなものがある。

- ◆ 不注意（集中困難）や衝動性、感覚過敏が強まる。
- ◆ 学業不振による意欲の低下、無気力。
- ◆ 一方的なやりとり、相手の気持ちや場が読めないことから、友だちができず孤立する。
- ◆ 自分が周りの友だちは違うことを自覚し、疎外感を感じる。
- ◆ 失敗体験、注意・非難・叱責体験だけが蓄積し、自尊心の低下や被害感情が増幅する。

このような思春期特性があることを十分念頭に置いた上で生徒に対応していくことが大切であり、特に高等学校の中には、対人関係上支援を必要としている生徒が少なからず在籍していることも意識した対応が求められる。

＜中学校との連携＞

中学校が把握している情報共有を含めた中学校との連携は非常に重要となる。

個人情報は慎重に取り扱うべきではあるが、発達障害のある生徒が充実した高校生活を送るという観点での情報共有は適切に行う必要がある。

進学先に子どもの指導・支援に関する情報を引継ぐためには、日頃からの保護者との共通理解が大切であり、高等学校が情報提供を受ける場合、中学校卒業までの段階で、教育内容や子どもの様子について保護者にわかりやすく伝えるとともに、保護者からの情報を的確に把握し共通理解を図る必要がある。

中学校と高等学校が情報共有する時期については、できるだけ早い時期が望ましく、本来であれば入学許可予定者発表(合格発表)前までの実施が理想的ではある。しかし、本人・保護者・中学校側からすると「発達障害であることを理由に不合格になるのではないか」という不安感につながりかねないため、少なくとも入学許可予定者発表後、入学式前までに行う必要がある。

中学校で「個別の教育支援計画」や「個別の指導計画」を作成していた場合は、それを引き継ぎ、継続した指導・支援を行っていくことが大切である。一方、それらを作成していない場合は、「認知特性及びその対応方法」等を中心に情報共有することが望ましい。

<高等学校在学中に獲得しておきたい力>

高等学校卒業後、発達障害のある生徒は、職業生活や大学生活を送っていく上で様々な困難に直面することが考えられる。具体的には、次に示したような困難が想定される。

表1 職業生活を送る上での課題(厚生労働省「発達障害のある人の雇用管理マニュアル」より)

作業場面における困難

- ◆ 一度教えたことが定着しない
- ◆ 適度な力の入れ方がわからず、物や道具を壊してしまう
- ◆ 道具を使う際の協応動作が苦手だ
- ◆ 自分勝手な手順で作業したり、必要な手順を省略してしまう
- ◆ 一度に複数のことを指示されると混乱する
- ◆ 1つの仕事をしながら、同時に別のことをこなすことが難しい
- ◆ 完成品から組立の手順を推測することが苦手だ
- ◆ 自分のやり方に固執し、修正を受け入れられない
- ◆ 些細なことにこだわりが強い(汚れや字の丁寧さ等)
- ◆ 仕事の手順、段取りを自分で考えることが苦手だ
- ◆ 極端に早いか、遅いかで、適切なスピードで作業することが苦手
- ◆ スピードは速いが、作業が雑で、作業の質を意識することが難しい
- ◆ 割り当てられた自分の役割以外は、例え周囲が忙しそうにしていても自分から手伝おうとしない
- ◆ わからないとき、困っているときなどに自ら助けを求められず、動作が止まってしまう

対人関係・コミュニケーションの困難

- ◆ 指示が理解できなくても『ハイ』『ハイ』と返事をする
- ◆ 場面や立場を考慮した発言ができない
- ◆ ストレートに自己主張しそぎて、同僚や上司と衝突する
- ◆ 急な変更等があるとパニックになってしまう
- ◆ 言葉だけの指示では理解できなかつたり、覚えられない
- ◆ NOと言えずにストレスをため込んでしまう
- ◆ 人の声の大きさや表情に過敏で、極端に怖がってしまう
- ◆ 暗黙のルールなど、明文化されていないことが理解できない
- ◆ 同僚、上司等、立場の違いに応じた敬語の使い分けができない
- ◆ 『適当に』『うまくやっておいて』などの抽象的な指示が理解できない
- ◆ 注意されると被害的に受け取り、その人が自分を嫌いだと思い込む
- ◆ 注意されたとき、謝罪しない、言い訳をする等、適切な対応がない

表2 大学生活を送る上での課題(H17 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所調査より)

課題	LD	ADHD	高機能自閉症	発達障害の疑い
学業上の困難	24. 7%	22. 9%	17. 6%	24. 4%
対人関係や大学生活上の困 難	45. 5%	39. 8%	44. 5%	51. 1%
情緒・行動面の問題	14. 3%	23. 7%	20. 3%	6. 5%
就労の困難	9. 0%	6. 8%	12. 1%	11. 5%
その他	6. 5%	6. 8%	5. 5%	6. 5%
学業上の困難(具体例)	「講義についていけない」「ノートが取れない」「テストが出来ない」「課題、単位取得が予定通り進まないことからくる自己否定感」「提出期限が守れない」「科目履修の管理が困難」「本人は一生懸命学業に取り組んでいる様子であるが、成果が上がらない」「授業中、突然に的はずれな質問をするため、授業が中断され困ることがある」			
対人関係や大学生活上の困 難 (具体例)	「友人とうまくつきあえない」「約束を守ることができない」「借りたものをなくしてしまう」「サークルや級友とトラブルを起こすことが多い」「孤立している」「余暇時間が適切に使えず、学内各部署に決まり切った質問をして回っている」「集団が苦手なため単独で休息できる空間を見つけると常に使用する」			
情緒・行動面の問題 (具体例)	「物事がうまくいかないことで感情のコントロールが困難になり、パニックになる」「自己主張が強く、自省に欠く」「気持ちが落ち込みやすい」「自尊心が低く、自分はダメな人間であると訴える」「感情的に起伏が多い」「不適応場面でカッとなつて、手が出たりする」			
就労の困難(具体例)	「進路を決められず就職活動がうまくいかない」「対人関係の形成に困難があるにもかかわらず、そういった能力を高く要求される職種を選ぼうとして失敗を繰り返す」「面接で全て断られる」「対人関係が主体の仕事や臨機応変が必要な仕事は困難」「やりたい職業が見つからない」「将来に対して漠然とした不安がある」			

表1・2に示したように「こんなことは、小・中学校で既に学習しているだろう」「こんなことはわかっていて当たり前だろう」と思われているスキルが、実は獲得されていないといったケース、スキルは持っているものの使い方が間違っているケースが多く見られる。特に対人関係のスキルは社会生活を送っていくためには必要不可欠なものであり、丁寧且つ継続した指導が大切である。

こういったことから、最後の学校教育の場にもなり得る高等学校在学中に、将来の生活に必要な力を獲得しておくことが重要である。

以下に、高等学校在学中に獲得しておきたい力を示す。

高等学校在学中に獲得しておきたい力

- ◆ ショーシャルスキル(対人関係構築力)の獲得
 - 相手を不快にさせないコミュニケーション
 - 他人との距離間及び話をするときの視線の置き所
 - 集団の中で上手に行動する方法
- ◆ 自分の特性を知る
 - 自分の得意な面・苦手な面
 - 自分はこんな支援を受けると、学習がはかどる。
 - こんな指示の出し方が理解しやすい。
- ◆ 就労体験実習によるスキルの獲得
 - 将来どんな職業に就きたいのか。
 - 自分の職業適性

上記で示している「対人関係構築力」は、一人一人の生徒が将来の社会生活・職業生活を送る上で必要不可欠なソーシャルスキルである。コミュニケーション能力など円滑な対人関係を築く力を高めるため、良好な人間関係を作ったり、その関係を維持するための知識や具体的な技術を身につけたりする体験学習を設定する必要がある。

また、自分の特性や適性を知ることは、自立した生活の第一歩につながると考える。これまで周囲の人たちにサポートしてもらっていた内容・方法などを理解した上で、少しずつ本人で工夫することができるよう移行していく必要がある。

自分の特性や適性を知ることは、将来就くであろう職業の適切な選択に直結する。特性・適性と選択した職業のミスマッチを防ぐためにも、就労体験実習などを具体的に体験することで、自分の職業適性に気付くようにしていく必要がある。

高等学校卒業後の職業生活や大学生活では、一人暮らし、公共交通機関の利用など、学校では学ぶことのできないスキルも必要となってくる。このようなスキルについても福祉などの協力も得ながら獲得させていくことが重要である。

<学校生活や授業の中でのサポート>

上記で示した力を獲得させるため、高等学校の中では、次のようなサポートが必要である。

学校生活や授業の中でのサポート

- ◆ 生活のサポート
 - 体調管理・感覚過敏に対する自覚と対処法
 - 身辺処理スキル・スケジュール管理
 - ストレスマネジメント
- ◆ 学習のサポート
 - 苦手な教科分野への対処法

- 得意な教科(分野)の伸長
- 自分に合った学習方法の獲得

発達障害のある人には、体調管理を含めた健康管理を苦手とすることが多く見られる。体調不良に早めに気付く、通院するなど適切な処置をとる、欠席の連絡をするなどのスキルは、将来の社会生活においても必要不可欠である。また、感覚過敏を持ち合わせている者も多くいる。まずは、その過敏さを自覚すること、そして具体的な対処方法を見つけ、実践することが必要となる。感覚過敏の症状を出し易くする要因は、特に疲労とストレスを溜め込むことにあるため、前述した体調管理が必要となるのは言うまでもない。

過度なストレスは、身体的にも精神的にも大きな負担となるが、全くストレスのない状態はかえって大きなストレスになると言われている。ストレスマネジメントとは、ストレスと上手に付き合っていくということである。ストレスコーピングのような考え方をもとに、ストレスをどのように受け止め、どのように行動するかというストレスへの対処方法を学び、いわゆる不快なストレスを減らしていくことも重要となる。

学習のサポートという視点では、教員には「わかりやすい授業づくり」「ユニバーサルデザインのように特別な支援を必要とする生徒に対する支援・配慮は、他の生徒にとっても優しい支援・配慮であるという視点を大切にした授業実践」が重要となる。一方、本人も、苦手な教科への対処法や自分の特性・適性に合った学習方法等を知ることは、将来の大学生活、職業生活を送っていく上でも非常に重要となる。また、得意な教科を更に伸していく視点も大学及び職業選択につながると考えられる。

このような全ての必要なサポートは、家族や教員など周囲の支援者が行いながら、フェードアウトし、セルフマネジメントにつなげていく必要がある。

<キャリア教育(進路指導・就労支援)の在り方>

中央教育審議会は、発達障害を含む障害のある生徒について「今後の学校におけるキャリア教育・職業教育の在り方について」(答申)の中で次のように提言している。「自己の抱える学習や社会生活上の困難について総合的に適切な理解を深め、困難さを乗り越えるための能力や対処方法を身に付けるとともに、職業適性を幅広く切り開くことができるよう、個々の特性・ニーズにきめ細かく対応し、職場体験活動の機会の拡大や体系的なソーシャルスキルトレーニング(SST)の導入等、適切な指導や支援を行うことが必要である。」

従って、高等学校で発達障害のある生徒に対してキャリア教育・職業教育を行うに当たっては、自己の抱える学習や社会生活上の困難について総合的に適切な理解を深め、職業適性や困難さを乗り越えるための対処方法を身につけることができるよう、適切な指導や支援を行うことが大切である。

また、就労だけでなく進学も含めた進路指導に特別支援教育の視点も取り入れていく必要がある。

① 進学に係る支援

高等学校では、発達障害のある生徒の大学等への進学について、生徒一人一人の特性等を踏まえつつ、将来の自立と社会参加に向けた観点からの指導・助言を行うことが必要である。大学入試センター試験における、障害種別に特別措置を申請できる大学入試システムや、大学入学後の指導プログラム及び相談体制の充実などの新たな取組が始まっている。高等学校の進路指導担当者は大学等と連携しつつ、必要とする生徒に対して大学等で受けができる支援等の情報を適切に提供することが求められている。

進学先を決定するに当たっては、次の点に配慮する必要がある。

- ◆ 本人の興味・関心・特性に合った大学選択
- ◆ 大学情報(入試・入学後支援等)の収集
- ◆ 受験時の配慮に関する合意

② 就労に係る支援

発達障害のある生徒については、一般枠での就労のほか、精神障害者保健福祉手帳等の取得による「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づく「障害者雇用枠」を利用した就労も選択肢として視野に入れた柔軟な対応を考える必要がある。そのため、高等学校においては、こうした法制度面の対応についての理解を深めるとともに、それぞれの生徒に応じた適切な指導及び必要な支援を行うことが大切である。

これらの生徒は、潜在的な就労能力や就労意欲はあるものの、実際の就労に結び付いていない場合も多く見受けられることから、高等学校においては様々な取組を通じて、技術・技能の修得とともに、職業観・勤労観の醸成を図り、将来的な社会的・職業的自立を目指すことが重要である。具体的には、次のような取組が考えられる。

- ◆ 進路指導に結びつけたSST
 - ✧ 役割を遂行する成就感の体験
 - ✧ 「ほう・れん・そう(報告・連絡・相談)」を履行する
- ◆ 就労体験実習
 - 職業適性の発見や自己理解の促進、一人一人の障害の状況に応じた支援や援助の在り方、指導法の確立
- ◆ 自分の特性理解
 - ✧ 自分の特性を客観的に知る
 - ✧ 良いところや優れたところを確認でき、自信を持つ
 - ✧ 不得手なところを知り、生活の中で注意することが確認できる
- ◆ 特別支援学校との連携
 - 特別支援学校高等部での「産業現場等における実習」などを通じて獲得・蓄積されたノウハウや就労支援、職場開拓に関する取組等の情報を、高等学校に在籍する発達障害のある生徒のために活用する。

◆ 外部専門機関との連携

生徒の社会生活や企業就労に向けた適応力を高める観点から、特別支援学校のセンター的機能の活用や外部専門機関・専門家との連携等により、生徒の課題に対応した適切な指導や必要な支援を行う。

文部科学省「高等学校における発達障害支援モデル事業」の指定を受けたある高校が、その報告書の中で次のように述べている。「『特別支援教育』は、障害や診断の有無にかかわらず、一人一人の生徒の認知特性に対応した教育を行うことであり、これは、認知領域の特性に留まらず、学力や家庭環境など多様な背景をもつ個々の生徒に対して、『分かる』、『できる』経験を積ませる『一般的（普通の、普遍的な）教育』と本質的に共通であると私たちはこのモデル事業の推進を通じて理解した。（中略）特別支援教育とは、生徒の認知の特性に応じた指導・支援ということである。」

つまり、高等学校における特別支援教育とは、まさに生徒一人一人の認知特性に応じた「分かる授業」「分かる指導」を行うことであり、当該生徒の持つ可能性を最大限に伸ばすことを目的としている。またこの時期の支援については、本人のプライドや背景にあるこれまでの生育歴などにも十分配慮しながら、将来の生活に必要なスキルを身に付けるという視点が重要である。

高等学校における課題は山積していると思われるが、今後様々な取組を実施していくことで、発達障害のある生徒の持つ可能性を最大限に生かす支援体制が実現し、ひいては、いじめや不登校及び中途退学などの解消、社会的・職業的自立と社会貢献の実現につながるものと思われる。

キャリア教育

近年、学校教育において社会の変化への対応の観点から「キャリア教育」の推進が求められている。平成20年に改訂された小、中学校の学習指導要領では、小学校段階からのキャリア教育についても言及されている。キャリア教育とは、「児童生徒一人一人のキャリア発達を支援し、それぞれにふさわしいキャリアを形成していくために必要な意欲・態度や能力を育てる教育」「端的に言えば、児童生徒一人一人の勤労観、職業観を育てる教育」(文部科学省,2006)と定義されている。特別支援教育においても、これらのキャリア教育概念を共有しその実践の質を高めていくことが求められ、そのためには、各障害の特性を踏まえた具体的な推進方策を検討する必要がある(木村,2007)。特別支援学校では、作業実習などを通してキャリア教育を小、中、高等部の全体を通じた一貫したキャリア教育として取り組む学校も増えてきている。しかし、発達障害のある人の中には、特別支援学校に在籍している人だけでなく、むしろ一般の学校の通常学級や特別支援学級に在籍している場合も多いが、そうした生徒には特別支援学校のような手厚い系統的なキャリア教育はない。そのため発達障害のある人が抱える課題や状況に対処する学習の機会がないままに進学、就職した場合、適応できない可能性が高い(Wing プログラム委員会)。

実際、筆者が出会う青年期以降の発達障害の人たちの中には、これまでの教育環境と大きく異なる大学や専門学校生活の中で支援が必要となる場面も多い。また、学校を卒業しても就職できないケースや転職を繰り返し、ひきこもりなど社会不適応を呈している人も少なくない。宮沢(2011)は、このような人たちの中には、対人関係に被害感を抱いていたり、困難な状況になったときに他者に相談して支援を求めるスキルがない。想像性の困難があり、適切に支援を求めることができず状況を深刻化させている人たちがいると述べている。一方、早期から継続的な発達支援を受け、将来展望を現実的にもっていた場合、二次的な障害が重篤でなければ高機能自閉症スペクトラムの人たちの就労は十分可能であることがデータにおいても示されてきており(辻井,2003)、より早期の段階からの就労を見据えた進路支援や自律・社会性のスキルの獲得は重要と言える。

＜進路支援や自律・社会性のスキル＞

発達障害のある人は、将来展望のコースが比較的見えている知的障害の人と比べると、進路の選択肢は広い。発達障害のある子どもの親は、進級や進学の時期になるたびに本人に適切だらうと思う進路を悩み、本人と選択していかなければならない。そして、親は本人が将来就職できるようになることを強く願っているが、見通しが持てずに不安になる場合も少なくない。本人と親の双方が、いつ、何を学習しておけば良いのか、将来の進路にはどのような選択肢や道筋、支援者がいるのか、といったキャリア教育を学齢期から一貫して受けることが、将来像のイメージを持ちやすくなる。明翫(2010)は、発達障害の人の支援にとりくむ支援者は就労するための条件やプラン、ソーシャルスキルを念頭に置き、早期から職業ガイダンスをすることが必要になってくると述べている。教育だけではなく福祉や労働などのネットワークをつくることは重要である。専門家は、

-思春期編-

発達障害のある人への自律、社会性のスキル獲得や体験を交えながらの職業教育など、具体的アプローチも含め、将来の道筋を提供することが必要である。また、子どもの自立を支える親への心理的教育、将来の見通しを伝えていくことも非常に重要であると言える。

(参考文献)

- 大羽美華：思春期の家族支援－概論として。辻井正次、氏田照子編著：「思春期以降の理解と支援」、金子書房、pp.12-15、2010。
- 森一晃：思春期の進路支援(1)個人特性にあわせた進路指導の実際。辻井正次、氏田照子編著：「思春期以降の理解と支援」、金子書房、pp.128-139、2011。
- Wing プログラム委員会：「親の企画運営するキャリア教育－Wing(親の会けやき)の挑戦－」
- 日戸由刈：発達障害の中学生・高校生への支援。「精神科臨床サービス」11: 212-215, 2011。
- 宮沢久江：大学生・大学院生。「精神科臨床サービス」11: 216-219, 2011。
- 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所編著：「特別支援教育充実のためのキャリア教育ガイドブック」、ジアース教育新社、2013。
- 文部科学省国立教育政策研究所生徒指導研究センター：「キャリア発達にかかる諸能力の育成に関する調査研究報告書」、2011。
- 文部科学省：キャリア教育 (http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/career/index.htm)

医療と教育の連携

発達障害の支援の柱は心理社会的支援であり、支援は本人と家族の生活の場を中心として組み立てられるべきである。学齢期では、その場は学校となる。この時期の支援では、教育的手法を用いて本人の自律スキルとソーシャルスキルの獲得を支援することが最も重要なテーマとなるため、支援の主役は学校教育である。医療は専ら脇役を務めることになる。しかし、思春期前後になると、発達障害の特性以外の問題が生じてくることがある。いわゆる併存障害である。これらに対しては、専門的な精神医学的対応が必要となる。場合によっては、学校教育をいったん棚上げして精神科医療を最優先させることもある。

＜継続的な支援を受けているケース＞

学齢期以前から発達障害の特性に気づかれ、支援を受けている子どもの場合、それまでの支援体制を引き継いでいく。小学校～中学校～高等学校へと教育の担当機関が変わるために、できれば医療機関は一貫していることが望ましい。日頃から医療機関が関わっておくことによって、主役が交代しても一貫性のある支援を保障しやすくなる。

支援が順調に行われているケースの思春期は、本人が最も医療機関から足の遠のく時期である。それまで受動的に親に連れてこられていた医療機関だが、この時期になると医療機関を受診する意義がピンとこなくなることが多いからである。その場合、無理に本人の診察をする必要はない。むしろ、学校生活と家庭生活が問題なく送れるよう、学校や家族と定期的に情報交換し、必要に応じて医療的なスーパービジョンを行うことを重視する。

＜併存障害への対応＞

発達障害の人たちにとって思春期は、いじめ被害、学業不振、不登校などの問題が顕在化しやすく、精神医学的にはうつ、不安障害、パニック発作、身体症状など多彩な精神症状を呈しやすい時期である。これらの問題が生じると、精神科医療がむしろ主役となる場合もある。いじめ被害、学業不振、不登校などは、本来は学校教育システムの中で対応しなければ解決できない。しかし、発達障害の知識が不十分だと、教育システムの中だけでは問題がこじれてしまう場合もある。かといって、学校で何も対応せずに医療機関に問題を丸投げしても、解決は不可能である。

併存障害が生じている場合、教育的手法による様々なスキルの獲得は、ときに精神症状を悪化させるストレスとなり得る。したがって、どの程度教育の場に参加させ、どの程度は無理をせず休養すべきかの判断が医療側には求められる。一方、教育側は、医療側の助言に耳を傾け、精神保健と教育的負荷とのバランス配分を十分に留意する必要がある。そのためにも、両者が定期的に情報と意見を交わす場を設定することが必須となる。

心理療法

この時期になると一般的には行動量が減少し、行動のまとまりが見られるようになる。生来的な素因と環境との相互関係の中で、対人関係の混乱・葛藤が深刻な神経症的な反応を引き起こしている場合や不安、抑うつ、関係念慮がみられる場合もある。このような症状が顕著な場合には医療との連携が望まれる。この時期の面接は、安心できる環境、信頼関係を築くことを基本に置き、自己意識の高まりや自立と分離をめぐる葛藤などの思春期心性を加味しながらすすめる心理教育的な支援が有効である。また、ある程度発達特性について環境調整できる段階に至ると、知的発達や言語コミュニケーションが高い場合、本人への精神療法的な関わりがかなり有効な場合が多いと感じる。この年代は、広汎性発達障害の子ども達にとって、他者の気持ちに気づき始める段階となり、それまでは意識していなかった他者と自分との違いを感じていることが多い。日常の生活場面で体験する対人関係のつまずきの理由を具体的に説明してもらい、その対処の仕方について丁寧に扱えるようになっていく。対人関係のトラブルで悩んでいるケースについては、心の理論の理解をねらったやりとりをすることも多い。概ね心の理論の第2水準についての実践的理解をめざすことになる。学齢期よりも本人自身が主体性を持って相談に来所しているため、より具体的に「上手くいくためのコツ」や困ったことの視覚化・ロールプレイをしてみて「他者視点を知ることなど共感的・受容的な環境のもとで、他者の心を意識できるような働きかけを積み重ねることによって、社会性の問題がかなり改善する場合がある。また、いろいろな考えがあるという視点を本人と共有することを援助者が意識することも重要で、日々生活していく上での処世術を本人と一緒に試行錯誤しながら考えていくことも大切である。不安が強い場合は認知行動療法的なアプローチも有効である。

注意の問題を持つタイプの子ども達は不注意から、忘れ物やなくしものなど学習面で困ったことを実感していることが多い。困った状況やストレス場面での問題解決方法、落ち着ける場所はどこかなど日常的な生活場面を本人と振り返り、一緒に考えてみるプロセスがより導入しやすい。ストレス場面における問題解決の方法や実現可能な選択をひとつひとつ本人と考え、置かれている環境や状況の中で本人自身が問題と能動的に折り合いをつけていけるように支援することが大切である。本人の年齢や発達特性によって理解しやすい話し方や話しやすい話題、取り組みやすいコミュニケーションの方法を探りだし、積極的に活用することが必要であることは学齢期の時期と変わらないが、本人の思春期心性を支える同盟として「傾聴する・共感する・伝える」心理療法的な支援と、「教える・考える・学ぶ」心理教育的な支援は、支援経過やその時々の局面によってかなりバランスを調整することが必要である。

話す内容は本人と相談し同意を得ながら、家族にも同席してもらい具体的な話をするによつて、困った場面状況がより明確になり、問題解決のヒントになったり、家族との関係調整・修復の場となることもまだまだ多い。思春期になんしても行動がまだ幼く、男児が母親と一緒に入浴したり、就寝していることもみられることもあり、親子間の心理的距離の調整のため、思春期の心理教育的なガイダンスが必要な場合もある。親子の関係を観察しながら、子どもや保護者の良いと

ころや上手くいっていることを積極的にフィードバックし、親子間での情動的コミュニケーションが豊かに展開するための心理的援助をすることも重要である。

この時期の子どもが直面する課題は「苦手なことがある自分」をどのようにしたら自己同一性にポジティブに組み込むことができるかということである。場面の読めなさや不注意という形で表現される苦手な分野に周囲との違和感を感じていることが多く、実際、同年代の仲間から外れていることもよくある。援助者は本人と同盟を築きながら、本人の自尊感情や主体性を大切にし「いいところ探し」など長所も同時に自覚していくように支えることも重要である。援助者は「温かい雰囲気でポジティブな治療関係を優先すること」、「面接室での安心・安全な環境を保障すること」「子どもに(機能する適応的な)適切なコミュニケーションを用いること」、「前向きなメッセージを送ること」、「秘密の保持と親や学校など関係機関とのやりとりについて」について意識し、より具体的に子どもや家族と共有することが大切である。本人との面接場面ではTEACCHによる構造化や、精神療法的アプローチ、認知行動療法などさまざまなアプローチを扱うが、本人自身へのアプローチから得たことを、家族、とりわけ学校の担任など本人が生活する環境におけるキーパーソンに本人のことを理解してもらい、生活する環境で工夫するための情報や材料とすることを援助者が意識することが大切である。

一対一の場面が安定してくれれば、日常生活で集団に馴染めないことで孤立しがちな児には、安全な対人場面や所属感を体験し、同年代の他のメンバーと交流することを目的に中学生のグループに誘うことも意義が大きい。

薬物療法

二次障害が強くみられるとき、または薬物療法が必要な精神疾患が合併するケースでは、薬物治療が必要となることがある。

<ADHD の場合>

思い通りにいかないと、考慮することなく怒ってしまうことがありえる。意識せずに迷惑行動をとり、注意されたことを被害的に受け止め、怒ることもある。このような場合は、徐放性のメチルフェニデートやアトモキセチンの使用により、情動を制御しやすくなることが期待される。メチルフェニデートの一般的な副作用には食欲不振、頭痛、いろいろなどが認められる。成長障害も報告があり、定期的な身体測定が必要だ。禁忌は甲状腺機能亢進症や Tourette 症候群である。てんかんやうつ病合併例では、それらの病状を悪化させるため、投薬には注意が必要となる。アトモキセチンの代表的な副作用としては、食思不振や腹痛など消化器症状であり、定期的な身体測定が必要である。過敏や興奮しやすさ、心理的緊張が目立つときに少量の抗精神病薬を使うこともある。

<PDD の場合>

急な予定の変更などで見通しがつかない不安や、苦手な刺激への過敏性がみられる場合には、抗精神病薬を用いることがある。以前に経験した辛い経験を思い出す「フラッシュバック」がみられる場合には、SSRI(セルトラリンやフルボキサミン等)が有効なことが多い。ただし、興奮が強いときはやはり抗精神病薬が必要になる場合がある。発達障害に抗精神病薬を使用する場合、許可となっている薬剤はピモジドのみだが、保険適応外ながらリスペリドンが第一選択薬となる場合も多く、情動調節作用が期待されるクエチアピンも耐糖能異常がなければ選択肢になりえる。

<てんかんを合併し、それに伴う情動異常の場合>

抗てんかん薬を使用し、十分にてんかんの治療を行う。抗てんかん薬のなかでも、カルバマゼピンとバルプロ酸については情動調節作用が報告されている。従って、てんかん合併のない発達障害に対して、情動制御の目的で選択することが可能である。バルプロ酸には恶心、嘔吐、下痢、眠気等の副作用が認められることがある。カルバマゼピンの副作用は眠気、ふらつき以外にも白血球の減少や音程が違つて聞こえる場合がある。その他重篤な副作用としては薬疹が挙げられる。

<不安障害やうつ病を合併する場合>

不安や恐怖を抑える目的で、ベンゾジアゼピン系抗不安薬を使用する場合がある。近年、児童思春期でもうつ状態やうつ病を発症することが良く知られている。治療としては、基本的には大人の治療法に準じて行う。抗うつ薬として、SSRI や SNRI を第一選択薬として用いることがある。但し、全ての抗うつ薬では 24 歳以下の患者への抗うつ薬の投与により、希死念慮や自殺企図のリスクが増加する可能性がある旨の注意書きがある。

二次的問題および併存障害への対応

発達障害の子どもにとって思春期は第二次性徴をはじめとする身体的な変化に加え、心理的にも大人に向けて大きく変化していく時期であり、さまざまな精神科的な問題をきたしやすい時期であることはすでに述べた。問題の性質はさまざまであるが、どの様な場合にも、社会的な状況を分かりやすくするための支援や情緒的な混乱を落ちつけやすくするための環境の提供、対人関係のサポートなどの発達障害に対しての基本的な支援を継続した上で、個別の問題に対する対処を行っていくことが原則である。代表的な問題への対応について簡単に述べる。

<気分障害>

うつ病の薬物治療には選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)などの抗うつ薬、双極性障害では炭酸リチウムなどの気分安定薬が用いられる。発達障害では向精神薬に対して通常と異なる感受性を持つ可能性があるので、薬物治療に際しては通常よりも少ない処方量から開始した方がよい。うつ病では薬物療法と認知行動療法を組み合わせて行われることもある。

<強迫性障害>

特に広汎性発達障害ではもともと強迫的な行動が見られることが多いが、それが高じて家族を巻き込み日常生活を障害する場合や本人の苦痛が大きい場合などにはSSRIを中心とした薬物療法の対象となる。しかし薬物療法のみで改善することは難しく、発達障害の併存しない強迫性障害の場合と同様に、生活全体の中での困難を検証し不安を減らしていくような支援が大切である。

<社会不安障害>

広汎性発達障害でみられる社会不安障害は相手の意図がうまく読めないこと、自分が相手からどう思われるかということについての想像力が弱いことから起こってくると考えられるものも多い。治療に際しては一般的に行われている認知行動療法、SSRIなどの薬物療法と併せて発達障害の特性に沿った対人関係のサポートや疾病教育が有効であることもある。

<統合失調症様症状>

幻覚妄想などの症状に対しては、その出現の時期や持続、出現後の拡がり方などについて慎重に観察する。抗精神病薬による薬物療法の効果が期待できるが、その際には少量の薬物から開始して症状の経過を観察する。薬物中止後も同様の症状の再発や全体の機能を経過観察し、統合失調症の発症との鑑別を行う。

<ひきこもり>

ひきこもりに至ったケースでは対人関係における違和感や被害感および不安などを抱えている

ことが多いため、本人が少しでも安心して過ごせるような環境の調整や支援関係を作ることが重要である。また、併存する強迫症状、対人恐怖、気分障害、睡眠障害、衝動行為などに対して、必要に応じて薬物療法などの医療的支援を行う。個別の面接では具体的な生活場面を振り返りながら一緒に考えてみるような心理教育的な支援も有効である。また、ひきこもりの当事者を抱える家族は強いストレスを抱えていることが多く子どもの安全基地の役割を果たせていないことが多いので、本人と併せて家族の精神的ケアを行っていく必要がある。

<非行>

触法行為にいたってしまう多くの発達障害者は継続的な支援を受けていないものがほとんどであるので、まずは個別の発達特性の把握と評価をもとにした状況把握が必要であるが、触法行為については司法の判断を仰がなければならないことが多い。現状では触法事例に対する治療や支援が十分とは言えないのが実情であろう。

(参考文献)

- 傳田健三、佐藤祐基、井上貴雄ら：広汎性発達障害と気分障害。「児童青年精神医学とその近接領域」52: 143-150, 2011。
- 岩田泰秀：思春期以降の精神医学的問題と薬物療法。辻井政次、氏田照子編著：「思春期以降の理解と支援－充実した大人の生活への取り組みと課題－」，金子書房，2010。
- 小宮山さとみ、近藤直司：不登校：ひきこもりをきたす発達障害のケース。齊藤万比古編著：「発達障害が引き起こす二次障害のケアとサポート」，学研，2009。
- 齊藤万比古、青木桃子：ADHD の二次障害。「精神科治療学」25: 787-792, 2010。

家族支援

思春期以降においても、家族、中でも親への支援が重要であることに変わりはない。この段階で親に理解を促す必要があるのは、「発達障害があっても、思春期はその人なりにやってくるし、皆大人になっていく」ということである。現実的にできていること・できていないとの把握に基づき、自立の方向性を順番にたどっていくのだという理解を親が持つことは重要である。

思春期以降、発達障害とわかった場合には、親は今までの子育てと、発達障害向けの対応との違いを理解する必要があり、専門的な手法など本人の支援のスタンスをまずは学んでもらうことが大切である。本人の個性や障害特性についての理解がないと、せっかくの本人の動きを台無しにしてしまっていることも多く、親の気持ちが空回りして問題をややこしくする場合もある。本人に対して何をするかという前に、頭の中の整理は必要であり、まずは親自身が周囲の支援を受けながら理解をすすめることが大切である。

思春期になると、定型発達の子どもに比べると精神面での発達がゆっくりで、同年代よりも幼く素直な子が多い自閉症スペクトラム障害(以下ASD)の子どもたちにも、様々な変化が起こる。身体的な変化は同年代の仲間たちと変わることなく起こり、外見的な変化から自分への興味を持ったり、違和感を覚えたりする子もいる。精神的な変化には個人差が大きいが、自分の中で自分なりの考えを持つようになり、学校のことや心配なことを家族に何でも話してくれていたのが話さなくなったり、友だちと秘密を持つようになったり、自分がどう見られているのかについて敏感になったりするような変化をする子もいれば、親からの干渉を嫌がったり、反抗期を迎える子もいる。

家族は、幼少期から多かれ少なかれそのときその子どもの問題に対応しながら思春期まで過ごしていく。ところが、思春期には、それまで起こった様々な出来事とはまた質の違う問題が現れ出すように感じられる。質が違うというのは、たとえば、思春期前までは混乱して(パニックになり)わけがわからず暴れてしまっていた子が暴れることはなくなる一方で、内面では困り感や劣等感をかかえるようになっていたり、マイペースに過ごしていた子が、周りからの評価や自分と他者との比較ができるようになって落ち込んだりイライラしたりするようになるなどである。つまり、表面的な適応はよくなり、学校などから心配されたり指導されることは減るが、問題がなくなっているわけではない。子ども個々人がパニックや不安をある程度コントロールできるようになるのである。そのため、「落ち着いたね」「よかったね、もう大丈夫」と周りの人は感じるだろう。しかし、家という安心できる場では不安や悩みを出しやすいので、家では暗い表情でテレビを見ていたり、できない自分を責めるような否定的なことばかり口にするので、家族はこれまでとは違った心配や対応を求められるようになる。

思春期になると子どもは精神的にも身体的にも子どもの姿から変化をとげる。定型発達であろうとなかろうと、いくつになっても親たちは子どものことが心配なものである。ただ、ASDの子どもは対人関係が不器用で融通がきかない、ことばの意味や意図の取り違えが多い、感情表現が得意でないなどの特徴がある。それまでいろいろと親子でともにがんばり、身辺処理や友だちとの関係など教えてきたのに、思春期になって子どもから急に、親から離れ一人で大丈夫だといわれても

心配なのは当然だろう。子どもの個性をよく知っている親たちであればなおさらである。実際、親たちからは思春期になって「何を考えているのかわかりにくくなった」、「学校では問題ないといわれるが、本当に大丈夫なのか」といった声をよく聞く。

そこで、まずは家族の感じている不安を軽減するように、何が子どもの中で起こっているのかを解説し、わかりにくくなった原因は子どもの成長であることを理解してもらう。家族の安定のために、親の不安も減らした方がいい。子どもの変化にどういう意味があるのか、あわてて行動しなくてもいいのか。今は周囲に協力を求めるときか、見守るときなのかを知ることは、安定した家族関係を築くのに大切なことだと思う。それは、継続してかかっている主治医や支援の専門家にお願いするといいだろう。子どものことを相談できるお母さん仲間があれば、なお心強い。子どもの変化が、他の子にも起こることを知ることは、他にはない安心感を得られるだろう。

思春期までに家族以外の支援者を得ている家族は、子どもの成長を受け止めつつ、家族にしかできないことをすればいいと思う。それは、安心で安全な家庭づくりであり、帰ってきてほっとする居場所づくりである。子どもが家に帰ってきても落ち着かないようでは、ますますストレスがたまってしまい、外でがんばることがむずかしくなってしまう。

思春期・青年期の家族支援では、将来、大人になった場合に、どこでどのような生活をしていくかということを、具体的に家族が想定できることが重要である。発達障害がある人たちは、定型発達の子どもたちとはいさか異なる発達の仕方をしていくため、自然に進学していく自分で就職先を探すということにはなりにくい。思春期以降は具体的に進路を検討していくことが重要である。そのため、現実的な能力についてのアセスメントを重ねながら、どういう職種、業種を考えるのか、そして就労のための準備訓練をどこでどう形で重ねていくのかを考えなければならない。

また、一般就労の枠組みで就職が継続できるのか、もしくは、障害者雇用枠を活用していくのかということも、非常に大きな選択となる。障害者雇用枠を活用するには、知的障害の手帳(療育手帳)を取得するか、精神障害の手帳(精神障害者保健福祉手帳)を取得するかの選択が必要であり、後者の場合には、主治医とよく相談して、書類を書いてもらう必要がある。

就労できたとしても、消費者被害など、大人の生活をしていく上で気をつけなければならないことは多くあり、「親亡き後」の暮らしをどうしていくのか、本人と話し合いながら決めていかなければならない。家族支援という枠組みで、家族で地域の中でどう暮らしていくのかを現実的に考えてもらうことが必要である。

かつて、家族支援のステップに「障害受容」などという用語を使う専門家もいたが、実際、大人の生活に向けて生きていく上で、「受容」すれば何とかなるということではなく、必要な情報を提供しながら、現実的な支援の受け皿へ適切に移行できるようなガイドの役目が、支援者には必要ではないだろうか。

(出典)

辻井正次、氏田照子編著:「思春期以降の理解と支援－充実した大人の生活への取り組みと課題－」、金子書房、2012。

思春期に利用できる制度と社会資源

思春期には、本人にとって、大人との関係の比重が下がり、同年代との関係性が段々と重要なってくる時期である。また、学力の課題や進路の問題、不登校や暴力などの現象も顕在化することが多い。本人も能力や適性により、選択できる進路が限られるなどの現実的な問題に直面してくる。

＜思春期の主訴＞

思春期において、福祉の支援が求められる場面は、特別支援教育を受けており進路に何らかの支援が必要であると判断される場合や、不登校や暴力などの問題が生じた場合が多い。学齢期から思春期にかけては、児童虐待やDV、離婚などの家庭問題の中で、本人の発達障害が明らかになってくる場合もある。こうした困難さを本人が初めから話すことはほとんどなく、支援が進んできてからようやく本人の思いが語られることが多い。支援者は、周囲の家族や関係者から状況を確認し、推測しながら支援を進めていかなくてはならない。

＜教育との連携＞

不登校や児童虐待などの問題の場合には、教育機関が既に支援を行なうか、状況を把握していることが多い。不登校の問題を解決するためには、学校関係者と本人との関係の再構築が必要であるため、福祉の支援者が本人との関係を築いても登校につながることは少ない。福祉の支援は、登校に向けた支援というよりも、不登校や児童虐待などの背景にある家庭問題、すなわち経済的な問題、家族間の人間関係、家族の姿勢などにアプローチし、家族の負担の軽減を図り、将来に向けた生活の基盤を安定させるためにおこなう。これらの支援の中で、家族や本人の同意を得ながら教育機関に必要な情報提供をし、本人が学校関係者との関係を再構築できるよう支援をしていく。

＜思春期の支援＞

思春期の支援は、学童期と比較し、通所による直接的な支援よりも、家族に対する支援を行い、間接的に本人を支援していく相談支援が中心となる。通所による支援は、特別支援教育を受けているなどの枠組みが既に構築している場合には、選択肢の1つになり得るが、部活動や学習塾などの放課後の活動を優先させる必要があるため、学童期よりも選択することは少ない。

思春期に生じる様々な問題は、発達障害の特性にのみ、生じるのではなく、家庭問題が反映されていることが多い。家庭問題は、「問題なのは家族だ」という認識ではなく、離婚や別離、離職や経済状況の悪化、家族間の不和という「問題が問題だ」という認識で取り組まなければ、家族を指導するだけで終わってしまう。家族が自らの問題を家族自身が解決できるよう、相談支援を進め、本人と面接する際にも、本人も家族の一員としてアプローチする。このため、福祉の支援は経済問題を解決するための就学援助や生活保護の検討、家庭関係の諸問題は家庭相談、家族の

就労の問題は、母子自立支援や労働関係の諸制度を検討していく。相談機関としても、生活保護担当や児童家庭担当、家庭内に高齢者の問題があれば地域包括支援センターなどの相談機関と連携して対応していくことになる。

この時期までに、本人が金銭感覚を身につけておくことは大変重要である。「生活するためにどのくらいのお金が必要か」「お金の使い方のバランス」「将来への備えをどのようにおこなうか」といった経験を積むことが、就労する動機や成人した後の自立した生活につながるからである。具体的な第一歩は、必要になったらその都度お金を渡すのではなく、「おこづかい」を中心にすることである。本人の金銭感覚を養うことは家庭でしか出来ないため、おのずと家庭に対する支援が中心となる。

執筆者一覧

- 思春期における発達障害の特徴 下山仁
二次的な問題と併存障害 金重紅美子
観察のポイント[個別場面] 津金美樹子
観察のポイント[集団場面] 富士宮秀紫
診察の手順 下山仁
心理検査 竹井清香
思春期の支援の基本的な考え方 金重紅美子
後期中等教育(高等学校教育)期の支援について ... 山梨県教育庁新しい学校づくり推進室特別支援教育担当
キャリア教育 渡辺美奈子
医療と教育の連携 本田秀夫
心理療法 小宮山さとみ
薬物療法 藤井友和
二次的問題および併存障害への対応 金重紅美子
家族支援 佐藤かおる
思春期に利用できる制度と社会資源 服部森彦

発達障害の人たちの支援に関する 専門家のための研修テキスト

成人期編

はじめに

このたび、発達障害のある人たちの支援に関わる専門家を養成することを目的として、実践的知識をまとめたテキストを作成しました。これは、平成24年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業の指定課題「医療や福祉分野の発達障害支援者的人材育成体制の調査について」の一環として、山梨県の作業部会が中心となってまとめたものです。発達障害の人たちの支援に関わる専門家の育成は、まだまだ不十分です。国内を見渡すと、人材育成を行うための研修の場とプログラムにアクセスしにくい地域もたくさんあります。このテキストは、そのような地域の人たちが気軽にアクセスできることをねらいの一つとしています。

発達障害の人たちの支援は、多領域・多職種によるチーム・アプローチが不可欠です。また、児童期から成人期までの幅広いライフステージで支援が必要です。支援に関わる専門家は、自らの専門領域をもつスペシャリストであると同時に、他領域に関するある程度の知識ももつジェネラリストでもある必要があります。これらのニーズを両立させるために、このテキストはライフステージによって「幼児期編」、「学齢期編」、「思春期編」、「成人期編」、これに「総論編」を加えた5冊からなる分冊形式とし、読者のニーズに応じていろいろな組み合わせで学習できるようにしました。また、紙の冊子にすると同時にPDFファイルも作成し、各関連機関のホームページからダウンロードできるようにしました。

出典として、厚生労働省雇用均等・児童家庭局から平成20年に出された一般小児科医向け、一般精神科医向け、および子どもの心の診療専門医養成用のテキストを、有効活用しました。他の部分については、山梨県立こころの発達総合支援センターおよび山梨県教育委員会高等教育課のスタッフと甲州市福祉あんしん相談センターの服部森彦氏からなる執筆チームが分担執筆しました。さらに、総論編の一部を山口宇部発達医療センターの林隆センター長が執筆しました。

短い時間の中、急ピッチで執筆が進められたため、表現や表記法が不統一である箇所や、推敲が不十分である箇所が多くみられることを、ご容赦いただければと思います。今後、ご意見をいただきながら定期的に内容を見直し、適宜改訂していきたいと思います。

このテキストが、発達障害の人たちの支援に関わるさまざまな職種の人たちに、有効に活用されることを願ってやみません。

平成25年3月

山梨県立こころの発達総合支援センター
本田秀夫

目 次

成人期における発達障害の特徴.....	170
二次的な問題と併存障害.....	171
観察のポイント.....	172
診察の手順	174
心理検査.....	175
評価バッテリー.....	176
成人期の支援の基本的な考え方.....	177
就労支援.....	178
職業生活を維持するための支援.....	179
結婚および家庭生活への支援	181
医療の関わり方.....	182
心理療法.....	183
薬物療法.....	184
二次的な問題および併存障害への対応	185
家族支援.....	186
成人期における福祉の支援.....	188
執筆者一覧	191

成人期における発達障害の特徴

発達障害は生來的なものであるが、特に知能の遅れがない場合、「変わった人」と認識されながらも見過ごされたまま成人期に達することが多くみられる。学生時代には、何らかの方法で自身の発達障害に対する自衛手段を取っていたケースや、学業においてはむしろ優秀な成績を収めるケースも少なくない。しかし、就職など社会にてた途端に対人関係を筆頭に問題が表面化してしまい、周囲や本人が自覚して受診につながり、成人期以降に初めて発達障害と診断されるような経過をたどる場合がある。表面化しがちな問題としては、「仕事を長く続けられない」「忘れっぽく、ものを紛失しやすい」「(製造業の場合)不良品が多い」「上司や部下とコミュニケーションがとれず、指示を理解出来ない」「先走り失敗する」「時間の管理が苦手」などがある。それらが原因で、社会に急激に馴染めなくなり、職場を追われるなど行き場を失ってしまうケースも少くない。

二次的な問題や併存障害を併発しており、それらへの対応をしているうちに発達障害が分かる、という場合も多い。しかし、本人が自身の障害に気づかないまま社会に出た場合、二次的な問題や併存障害により医療機関などに受診に至った場合でも、上記のようなトラブルに戸惑い、自身がそのような障害を持っているということを頑なに否認する可能性もありえる。また、発達障害の診断基準に幼少期の状況が必要場合も多く、当時の資料や記憶が乏しいことが想定される。幼少時の情報は両親から聴取するが、両親も本人と同様の特性がある場合、明確な情報が得られない場合もある。従って、子供の発達障害に比べ診断が困難になる傾向がある。

二次的な問題と併存障害

発達障害の人たちは、その障害に合った適切な環境を得られなかつた結果、もともとの障害とは別に、新たに二次的な情緒や行動の問題や障害を引き起こしてしまうことがある。また、二次的な問題では必ずしもないが、発達障害と併せてみられることが多い精神障害(併存障害)もある。逆に医療機関では、成人ケースがうつなどを主訴として病院を受診したところ、発達障害でもあることがそこで初めて判明するようなケースもある。

成人期になって、コミュニケーション能力の質の問題を抱え経験も無い状態で、特性を生かした仕事に就けない状況では、良き理解者にも巡り合うことが難しくなる。もともとの特性の為に人間関係で失敗し、仕事でも失敗を繰り返してしまうことが懸念される。成功体験を積み重ねることができず、社会からは否定的は関わりを受けることも多くなり、一向に自己肯定感は高まらずにストレスが蓄積されることが予想される。周囲の理解や適切な対応を欠く環境に置かれた結果、社会不適応や引きこもりといった問題だけでなく、上記の問題をベースとして、うつ病や適応障害、パーソナリティ障害といった精神障害が発症することがある。発達障害が原因で一つの仕事を持続することができず、失業や頻繁な転職等の不安定な就労状況に陥る場合もある。発達障害そのものと犯罪傾向は無関係であるが、二次的な問題の一部には反社会行為がみられる場合も稀ながらある。

観察のポイント

観察の目的は、発達特性の評価と今後の支援計画を策定するための社会生活能力の評価である。

成人期支援では、本人が自ら発達特性に起因すると思われる生活上の困難について語ることが多いので、幼少期からの生育歴と併せてこれまでの生活史を丁寧に聞き取る。面接を通して、本人が語る困難さについて、それが生じる要因や、本人がそれをどのように受け止めて対処しているのかを聞き取っていく。ここでは、発達特性を推測する所見について、自閉症スペクトラム障害とADHD、一部LDについて述べる。

＜個別面接場面＞

(1) 対人関係の困難さ

- A) 視線が合わない、凝視する、転々と視線が移るなど視線の向け方がぎこちない。
顔の表情の変化が乏しい、身体の緊張の度合いがぎこちない。面接態度が堅苦しすぎる場合、反対になれなれしすぎる場合など極端である。
- B) 面接者の顔を覚えるのが苦手で、廊下ですれ違っても気づかないことがある。
- C) 会話が一方的で、相手の状況などに配慮しない。他者の心を意識しにくい。

(2) コミュニケーションの困難さ

- A) 抑揚の平板さや声量が大きすぎたり小さすぎたりする。
丁寧過ぎる言葉遣いや独特な言い回しをする。
- B) 会話を続けることには関心を払わずに、断定的な発言や言葉通りの返答をするなどのために、極端に会話が弾まないことがある。情緒的な語りが少ないために、面接が深まらないように感じることがある。
- C) 聴覚情報処理が苦手で聞き返しや勘違いがある。メモをする。

(3) 行動、興味および活動の限定

- A) 興味や関心の偏りがある。話題が特定のテーマへの固執がみられる。
- B) 規則正しくパターン化した生活を送っている。いつも類似した服装である。
- C) 面接の予定変更に対応しにくい。

(4) 感情のコントロールがしにくく、癇癪を起こしたり、固まることがある。

- (5) 手先の不器用さのため、字を上手に書けない。手先を用いた作業がしにくい。
- (6) 多動・衝動性のため、おしゃべりが止まらない。
- (7) 不注意で、面接予定日時を間違えたり、遅刻する。忘れ物が多い。
- (8) 学習面で苦手な科目があり、現在でも漢字が書けなかったり、計算が苦手。
- (9) 身体感覚や運動バランスが悪いために、シャツの裾が出ていたり、極端に短いズボンを履いているなどが見られる。
- (10) 知覚過敏のため、面接室の環境に配慮が必要な場合がある。

＜集団場面＞

個別場面の観察ポイントと併せて、集団場面では、集団への参加の仕方や対人交流の持ち方などを観察する。活動内容によっては、作業遂行能力や社会的場面での対処能力を把握することができる。対象者が語る様子と面接者が観察した様子とを比較することで、対象者の自己認知の状況が把握できる。

診察の手順

DSM-IV-TR や ICD-10 に掲載された発達障害の診断基準は、そのまま成人期の症例に適用するのは困難である場合が多い。さらに、初めての精神科受診の場が児童を専門としない精神科医となるのは発達障害であるとしても症状の薄い場合がほとんどとなる。したがって、発達障害の可能性がある成人期症例を診察する際には、DSM や ICD を通り一遍になぞるのではなく、直接の面接と行動観察からケースの軽微な行動特徴を抽出し、さらに保護者や学校の教師などから日常生活における行動の特徴を細かく聴取することによって、発達障害に特有の認知・感情・興味の特性がみられるかどうかを確認していく必要がある。これらの特性がいつ頃からみられたのかを詳細に聴取することも重要である。

成人例の診察では、自分が発達障害ではないかと疑って本人から診断を求めて受診する場合が増加する。また、うつや不安などを主訴として受診し、本人も医師も他の精神障害を念頭に置いて診察を進めていく中で、背景に発達障害の存在が浮かび上がってくる場合もある。本人が自らの発意で受診する場合は、面接にも協力的に応じるし、むしろ自らの体験を積極的に語ろうとすることが多い。そこで診察では、なるべく本人の訴えを先に傾聴し、後から、もしくは別途に家族から情報を聴取するようにする。ただし、あまりに無構造な面接を行うと、診断に必要な情報を聴取できずに本人が話したいことだけを冗長に話すだけになってしまふ。そこで、事前に問診票などを用意して予め記入してもらい、それに沿って必要な情報を聴取しながら、主訴などについては本人が語りたいように語ってもらうようにするとよい。

心理検査

＜心理検査の種類＞

心理検査は数多くあり、それらを検査方法で分けると、質問紙法、投映法、作業検査法となる。一般的によくイメージされるのは、「あなたは〇〇ですか」といった問い合わせに対して『よく当てはまる』『あまり当てはまらない』といった選択肢から答える質問形式のものだろう。こういったかたちで自己評価を求めるものが質問紙法である。精神科でよく使われるのは Y-G(矢田部—ギルフォード)性格検査やミネソタ多面的人格目録(MMPI)、PARS、AQ 等がある。これらは他の検査と比べて実施が簡単で、統計処理がしやすいのが大きなメリットであるが、検査を受ける側が故意に回答を変えてしまえる恐れがある検査である。これに対して投映法とは、例えば雲や染みのような曖昧な形を見せたときの反応を分析・検討して、ものの捉え方や考え方といった性格をとらえようとする検査である。ロールシャッハ・テストや P-F スタディ(絵画欲求不満検査)、絵画統画テスト(TAT、子ども用だと CAT)、SCT 等がよく使われる。質問紙法とは逆に、検査を受ける側(以下、被検査者)が故意に答えを変えることが難しいことがメリットではあるが、その分、解釈には長年の経験を要する検査である。最後に作業検査法では、一定の作業課題を与えて、その作業経過や結果に基づいて個人の人格や知能・認知機能を理解しようとするものであり、ウェクスラー式知能検査(WAIS-III[成人用])がよく使われるものとして挙げられる。

＜検査の実施における留意点＞

心理検査は、その結果を被検査者のためになるように使わなければならない。そのために留意すべき点が 3 つある。まず、検査者は実施する検査に関しての十分な専門的知識を持ち、実施方法を熟知していること。2 つめに、結果の解釈は慎重に行い、その結果が全てであると決めつけないこと。3 つめに、検査を行うことによる被検査者の心身の負担を考慮すること、である。長時間に及ぶ検査や、被検査者の心への負担が大きいと考えられる場合、無理に実施する必要はない。心理検査はあくまでも条件観察法であるため、実施する場所や時間、被検査者の心身の状態によって結果が異なることもあることも留意しておかなければならぬことである。心理検査は、質問紙法のように誰でも実施可能なものもあるし、練習をすればある程度の検査は専門家でなくとも実施できるようになる。しかしその結果を被検査者のために使えるかどうかは全く別であり、そこが一番重要であることを忘れてはならない。

(参考文献)

- 小林真理子:子どもの精神科でよく用いられる心理検査にはどのようなものがありますか。「こころのりんしよう à la carte」30: 155、2011。
小林真理子:心理検査ってなんですか。「こころのりんしよう à la carte」30: 168、2011。

評価バッテリー

ひとつの心理検査でわかれることには限界がある。また、発達障害を心理検査のみで明らかにすることは難しく、対象者が成人であればなお複雑になっていく。そのため、多方面からの検討が必要となり、心理検査も複数組み合わせて用いることが必須となる。これをバッテリーという。

<バッテリーの重要性>

成人期になって発達障害の疑いが表出した方々の場合、受診の主訴は発達ではなく、二次障害の治療のために来院することが多い。高校生や大学生であれば、学習についていくことの難しさや対人関係の難しさから自信を失い、不登校や引きこもりになってしまうことがある。そういった情緒的な問題や症状が、相談や受診のきっかけとなることも少なくない。成人であれば、学校という決められた枠組みから、自分自身で判断し行動することが求められる社会へと出た後に、職場でのコミュニケーションの難しさや独特な思考方法から周囲との間にズレが生じ、それによってうつ状態やときには精神病水準と診断されるまでに混乱してしまう場合もある。更に、自閉症スペクトラムの方々の中には、統合失調症と誤診断されてしまうケースも少くない。このように、複雑に絡み合った症状から本人を理解するために、複数の心理検査を組み合わせたバッテリーを作り、異なる側面から把握していくことが求められるのである。

<バッテリーの組み方>

数多くの検査の中から適した検査を選択する際、その基準となるのは対象者の主訴である。上記した通り、成人期で相談・受診をするきっかけとなるのは、発達障害ではないこともしばしばある。よって、まずはパーソナリティの特徴を理解し、病態水準を理解する手掛かりにするために、投映法を実施する必要がある。それに加え、対象者の思考パターンのあり方や社会的なルール、年齢に見合ったコモンセンスが獲得されているか、などについて理解するために知能検査が必要となる。このふたつは、今後の介入の方向性を見立てるための本人理解において、必須であるといえるだろう。また、二次障害によって睡眠障害や情緒障害、うつ病を併発していることもあるため、本人のメンタルヘルスの状態も把握しておく必要がある。メンタルヘルスに関する検査は、現在では質問紙法において様々な種類が開発されているため、そのどれかをバッテリーに加えればよい。投映法と知能検査のふたつだけで実施時間が何時間もとられてしまい、被検査者の負担が大きくなってしまうため、短時間で簡単に実施できるという意味でも使いやすいといえよう。

これで大枠の組み方が決まったが、検査の実施から解釈、見立てまではある程度時間が取られてしまう。そのため、不登校や引きこもりといった問題の場合、見立てを間違えてしまうと問題を長引かせてしまう危険性があり、解釈には十分な慎重さが必要である。

(参考文献)

佐藤至子：広汎性発達障害と心理テスト。市川宏伸編集：「専門医のための精神科臨床リュミエール 19 広汎性発達障害」、中山書店、pp60-67、2010。

成人期の支援の基本的な考え方

成人期の発達障害の人たちに必要な支援には、2つの軸がある。1つは、発達障害特有の特性への配慮であり、もう1つは併存する精神医学的問題への対応である。また、家庭以外の生活の主たる場が学校から職場へと変化するため、配慮の求め方に変化が生じてくる。

学校と会社とは、全く性質の異なる環境である。学生は学校にとって顧客だが、職員は会社にとって顧客ではない。特別な配慮の必要な人に対して、その配慮をすること自体が仕事である学校と、配慮をしたからといって収入に結びつく保障がない会社とでは、その人に対する支援の考え方方が異なるのは当然である。その人を雇用することによって会社にどのような経済的メリットがあるのか、ということも考えておかねばならない。

運良く職場の上司や同僚の中に相談相手や助言者が得られる場合、手帳取得や福祉サービスの利用は不要である。しかし、就労や日常生活に関する相談相手を身近に得られにくい場合は、手帳を取得し、福祉の相談支援者を求める必要がある。自身の発達特性とどのように付き合っていくかの相談や、二次的な問題に関するカウンセリング、場合によっては薬物療法が必要になる場合は、精神科を受診することが望ましい

近年、就労、結婚、出産、子育てなど、ある程度の社会生活を経たところではじめて相談の場に訪れる人たちが、珍しくなくなってきた。このような人たちは、周囲の人たちにちょっと理解があれば、充実した職業生活や家庭生活を送れる可能性がある。その際、社会人として生活していくために必要なことは、「自律スキル」と「ソーシャルスキル」である。自律スキル、すなわち自分のことをある程度わかっていることは重要である。しかし、自分の苦手などころも含めてすべての面で客観的に自分をわかっている人はいない。そこで、他者から指摘や助言を受けたときに、その言葉に耳を傾ける姿勢があるかどうかで、その後の経過が大きく異なってくる。成人期の発達障害の人たちへの支援では、まずは他者に相談しながら自分のできることを見出していくことから開始する。

就労支援

知的障害では、乳幼児期から障害に気づかれ、特別支援教育でのキャリア教育により、教育課程のなかで体験・実習を受け、福祉または一般就労につながる道筋がある。療育手帳によって労働行政における雇用率制度や助成金制度での援助も受けることができ、就労後も支援機関とつながり、企業側との環境調整が可能となっている。一方で、高等教育の段階や就労後の職業生活の中で、社会不適応が生じて気づかれる場合は、精神疾患や失業、生活の困窮など社会生活上の問題は多様で複雑化しており、そのため支援形態の画一化は難しい現状がある。就労支援を考えるにあたり、生活状況の段階的支援とその段階に合わせた支援機関及び制度の利用を並行して考えることが望ましく、個別の支援形態を柔軟に考えていくことが重要である。

成人期の就労支援における生活状況の段階は在宅→集団参加→職業訓練→就業の4段階で考えることができる。成人期で初めて発達障害と診断された多くは在宅から就業をワンステップで登りつめようとして挫折している場合が多い。安定した就労を目指すためには、慎重に一步ずつ登っていくことを試みなければならない。この場合は継続的に客観的な視点で助言ができる支援者が必要となり、精神状態等の把握やステップアップ／ダウンの判断助言をしていくことが大切である。そのためには、発達障害者支援センター等の相談支援機関を利用し、加えて就労支援機関の選択や時期の検討さらには連携しての支援が望まれる。近年は、就業現場での支援専門家（ジョブコーチ）による就業場所内での訓練も可能となり、訓練から就業へのステップアップの後押しにもなっているところである。

就労支援機関の利用は、障害者手帳を持たなくても可能である。利用できる機関は、ハローワークでは、職業相談・職業紹介から就労準備・職場定着までの支援、障害者職業センターでは、職業能力評価、職業準備、適応定着支援など、障害者就業・生活支援センターでは、福祉や教育との連携を通して就労だけでなく生活面での支援を受けられる。また、ジョブコーチによる職場とのコーディネートや職場環境の整備支援を受けることができる。トライアル雇用（障害者試用雇用事業）は、就労体験になるばかりでなく、企業側の受け入れ準備期間となっており奨励金の支給もある。さらに雇用の際には発達障害者雇用開発助成金もあるなど企業側の利点もある。しかし、障害者雇用促進法上雇用率に算定される障害者枠での雇用は障害者手帳所持者対象となるため、障害者枠での就業を目指す場合は、手帳取得のための準備もすすめておく必要がある。

（参考文献）

- 田中尚樹：成人期の支援。辻井正次、氏田照子編著：「思春期以降の理解と支援－充実した大人生活へのとりくみと課題－」、金子書房、pp174－175、2010。
- 志賀利一：就労を希望する発達障害者の最近の傾向について。梅永雄二編著：「発達障害の人々の就労支援ハンドブック－自閉症スペクトラムを中心に－」、金剛出版、pp.181－184、2010。
- 明翫光宜：自立に向けての本人活動。辻井正次、氏田照子編著：「思春期以降の理解と支援－充実した大人生活へのとりくみと課題－」、金子書房、pp123－127、2010

職業生活を維持するための支援

発達障害の青年期・成人期の支援を考えた場合、大きな課題のひとつが就労であり、雇用をもって求職活動は終了し、新たな環境へ適応するべく種々の切り替えを行なっていくこととなる。しかし、発達障害者の就労支援において、より大切なことは職業に定着することであり、そのためには求められる水準で作業を遂行できることに加えて、企業文化に適応することが必要である。また、職業生活を維持するにあたっては、就労面だけでなく生活面や余暇についても充実を図り、それぞれのバランスを取ることが大切となる。それらを支えるための支援は、ジョブコーチ等に代表されるアウトリーチ型の直接的な支援と、専門の相談機関によるカウンセリング等に代表される間接的支援の2つに分類される。

＜直接的支援・技術支援＞

「ジョブコーチ」という呼称や支援方法はもともと米国で開発されたもので、我が国の制度としては平成14年に法律に規定され、地域障害者職業センターの事業として開始された。正式には「職場適応援助者」といい、障害者が円滑に職場に適応することができるよう、企業に出向いて障害者と企業の双方に支援を行なう支援者を指す。現在、我が国では地域障害者職業センターによる配置型ジョブコーチ、社会福祉法人等に所属する第1号ジョブコーチ、企業における同僚や上司が行なう第2号ジョブコーチが存在し、支援終了者の大半が雇用に移行、または定着しており成果を上げている。障害者に対しては、仕事に適応するための支援、人間関係や職場でのコミュニケーションを改善するための支援などを行い、事業主に対しては、障害を適切に理解し配慮するための助言や仕事の内容および指導方法を改善するための具体的な方法等、雇用管理ノウハウを提供する。ジョブコーチによる専門的支援と企業におけるナチュラルサポート、それに本人による可能な範囲での自助努力を組み合わせることが、安定した雇用継続のためには望ましい。

＜間接的支援・生活支援＞

就労は生活の一部であり、自己実現のためのひとつの手段である。だからこそ、生活の安定なくして職業生活の安定は考えにくい。発達障害者においては、その特性から職場での人間関係にストレスを感じる場合が多く、仕事以外の時間を充実させることができ、情緒の安定や生活の質の向上につながる。安定したリズムで生活をおくることの他に、余暇の充実も極めて重要で、休養をしっかりとり、好きなことを通じて気分をリフレッシュさせることは、仕事への励みとなる。個々人によって必要とされる支援の内容や量は異なるが、必要に応じて発達障害者支援センター等専門機関によるカウンセリングを利用し、情緒の安定を図ったり、生活における問題点や不安を解消したりすることが望ましい。支援を求めて自ら来談が可能な自立度の高い方もいれば、ある程度支援者側からの働きかけが必要な方もおり、支援者は対象者を十分にアセスメントし、必要とされるタイミングで支援を提供できるよう関係機関と連携しネットワークを駆使して、就労・生活・余暇への複合的支援を行なうことが求められる。

(参考文献)

厚生労働省、発達障害者雇用促進マニュアル作成委員会編著:「発達障害のある人の雇用管理マニュアル」、pp.56-60、2006。

望月葉子、知名青子、向後礼子、独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター編著:「発達障害者の企業における就労・定着支援の現状と課題に関する基礎的研究」、こくぼ、2011。

梅永雄二編著:「発達障害の人の就労支援ハンドブックー自閉症スペクトラムを中心にー」、金剛出版、2010。

志賀利一:就労支援におけるネットワーク支援。近藤直司編著:「青年期・成人期の発達障害者へのネットワーク支援に関するガイドライン」、pp.34-39、2011。

結婚および家庭生活への支援

青年期・成人期の来談者の中には既婚者もいる。近年はパートナーからの相談ニーズも高く、結婚および家庭生活への支援は支援者にとってひとつの課題となっている。

＜家庭における役割＞

夫婦で来談される方の中には、希に、特性への理解の薄さや配慮の不十分さ、また、当事者からパートナーへの気遣いのなさなどから、夫婦の関係性において極めて深刻な状況に陥っているケースも見受けられる。家庭生活を営んでいく以上、発達障害の有無に関わらずそれが夫であり妻であり、また、父であり、母である。それぞれが必要な役割を担い、相互に協力して生活をおくっていくことが求められ、仕事や家事、子育てなど状況や互いの思考に応じて役割を協議し、生活を継続していくのに妥当なラインを探り、状況によっては専門機関を始めとした他者の助けを借りることも必要となる。サービスの提供や利潤の追求といった目的が明確である仕事に比べ、家庭生活は戸籍上の関係以上に血のつながりや愛情といった目に見えない絆が頼りで、簡単に断ち切れるものではない。自分にとっては不本意でも家庭を維持するためにやらなくてはいけないことも多く、必要に応じて互いの意志を確認し、すり合わせをしていく作業が不可欠となる。互いに決めた生活の枠の中で、相手への配慮と感謝の気持ちを表しながら生活することは、円満な家庭生活を維持していくためにも重要なことであり、支援者が大切にすべき視点である。

＜特性への気づきと受容について＞

パートナーの特性について、結婚生活を送るようになって初めて気づくというケースは意外に多い。また、子どもの発達についての相談過程で、パートナーにも似た特性を感じるというケースもある。早期に診断を受け、早くから互いに特性を理解するよう努力し、結婚に至ったケースも含め、気づきのタイミングは様々である。しかし、結婚生活を継続するためには、互いが納得できる形で受容の過程を辿っていくことが必要となる。それは我が子の障害に対する受容の過程とは明らかに異なるものであり、支援者としては、その過程で生じ得る双方の感情の起伏や葛藤に対して適切に助言していくことが求められる。我が子の誕生に際し、親は当たり前の期待を子どもに託すものであり、自身の子どもについては最も身近な一番の理解者でありたいと思うものである。しかし、親子関係とは違い、夫婦関係は対等であるのが一般的で、家庭生活は互いの協力により成り立っていくものである。これらのこと踏まえ、支援者は夫婦間の問題に積極的に介入していくのではなく、あくまで夫婦による解決能力を育み、互いに思いやり安心できる家庭生活をおくることが可能となるよう、側面的にサポートしていくことが求められる。

(参考文献)

- 村上由美：成人期の支援－結婚生活－。辻井正次、氏田照子編著：「発達障害の臨床的理解と支援－思春期以降の理解と支援－」、金子書房、pp.192-197、2010。
服巻智子編著：「自閉症スペクトラム青年期・成人期のサクセスガイド」、かもがわ出版、2006。

医療の関わり方

発達障害の人たちとその家族の支援を行うチームの中での医療、なかでも医師の役割は、本人および家族に対する直接の医学的支援と、関連領域に対する医学の立場からの間接的支援である。診察では、本人の診断と評価に関する検索を進めると同時に、本人および保護者への啓発および心理的支援を行う。さらに、日常生活や職業などに関する大枠の方針立案を行う。

幼児期、学齢期から支援が開始され、継続されているケースでは、成人期における医療の役割はごく部分的に過ぎなくなることが多い。一方、発達障害であることに気づかれずにいた期間が長かったケースなどでは、本人の特性と生活環境とのミスマッチが蓄積し、いわゆる二次障害を呈することが多くみられる。そのようなケースに対しては、一般の精神科医療で密な対応を要する必要が出てくる。

<診断と治療>

未診断例や二次障害に関する診断は、成人期の発達障害に対して医師がチーム・リーダーと主役の両方を担う数少ない機能のひとつである。とはいえ、ここでもチーム・アプローチは必要である。なかでも二次障害を呈しているケースでは、初診の段階で個別の診察場面で発達障害の存在を検出することは難しい。そのようなときに、日頃の生活場面や職場における行動の様子などの情報があれば、診断確定にきわめて重要な役割を担う。また、臨床心理士による詳細な評価も診断を進めるために不可欠である。

治療では、心理療法を中心に据えながら、必要に応じて薬物療法を組み合わせて行う。心理療法と薬物療法については別項を参照されたい。

<機関連携>

成人期の支援において、医療はほとんどの場合において他の領域を下支えする脇役である。わが国の診療報酬体系では、福祉や労働の領域に対してチーム・アプローチを十分に保障できるような構造にはなっていないため、医療が脇役として関わるために医師のボランティア精神に依存せざるを得ない。

連携のあり方には、3つのレベルがある。最も浅いレベルは、関係職種のスタッフに対して障害の一般的な理解を促すことを目的とした医療側からの支援である。医学的知識の講習会で医師が講師を務めるなどの場合がこれにあたる。2つめのレベルは、多領域で支援する個々の事例について、担当職種が理解を深めるための情報共有や、そのケースに即した医学的知識や判断に関するスーパービジョンやフィードバックである。最も深いレベルの連携は、医療と他の領域が複数の事例を常に共有して、必要に応じて即座に密なコミュニケーションをとることが可能な場合に、定期的なカンファレンスを行うなどの関係づくりである。この3つめのレベルまでの連携を実現するためには、個人的な職員のボランティア精神のみでは不十分であり、地域システムの観点から体制を整備していく必要がある。

心理療法

成人期ケースでは、過去の辛い体験や現在の困難さについて本人自身が語られることが多い。これまでの人生を振り返りながら、どうしてもうまくやれなかつたことが、発達特性として理解することで受け入れられたりする。こうした過程をサポートしながら、自信を回復し、自己実現に向かえるようになることを支えることになる。

成人期ケースの場合は、気分障害など精神科疾患を患うことで事例化することも多く、精神科医療との連携が必要になることが多い。また、生活する存在であることを念頭に置きながら、生活面や経済、家族関係など総合的な視点に立った支援の展開を意識することも重要である。

成人期の心理療法としては、各種の理論や技法が有効との報告があるが、二次障害の症状の状況やご本人の障害受容や社会生活能力などの状況を適切にアセスメントして、その時に応じたアプローチを選択していくことが必要である。

＜本人の話を丁寧に聞く＞

これまでの生活での苦労や困難、また努力してきたことについて、まず本人の話を十分に聞くことから面接は始まることが多い。本人がこれまで工夫してきたことなどは、今後の支援を考えるうえで、貴重な手がかりになるので、敬意を払ってうかがう姿勢が求められる。

＜コミュニケーションを促進しやすい面接の工夫＞

言語表現が苦手などのために言語による面接だけでは、面接が進みにくい場合などは、作業的な活動や視覚的な手がかりを用いた面接の工夫が必要になる。

本人の得意な面を活かした面接を行うことで、面接意欲が高まると同時に本人ができるることを体験し、エンパワーメント効果も期待できる。

＜社会性の困難さへのアプローチ＞

相手の気持ちや思考がわかりづらいことで悩む人も多いので、面接では、具体的で簡潔な言葉遣いなど、本人が理解しやすい話し方を心がけること。また、面接者が感じたことや考えたことなどを積極的に伝えながら、他者の心を意識しやすくなるようにはたらきかけることで、対人交流が活性化しやすくなる。

＜対処能力の向上を図る＞

本人が困難に直面したときに適切な対処方法をとれるようになることで、生活が安定することも多い。面接では、具体的な対処方法を検討したり、実際に体験してみるなどの機会を設定したい。

〈参考文献〉

近藤直司、小林真理子、宮沢久江：広汎性発達障害をもつ青年期ひきこもりケースの心理療法について。思春期青年期精神医学 18;130-137, 2008.

近藤直司、小林真理子、富士宮秀紫、萩原和子：青年期における広汎性発達障害のひきこもりについて。精神科治療学 24(10);1219-1224, 2009

薬物療法

広汎性発達障害(PDD)では、特有の症状である対人交流の異常、コミュニケーションの異常、および興味の異常そのものを軽減させることのできる薬物療法は、現在のところ報告されていない。我が国で未認可ながら、PDDの人たちの一部にみられる易興奮性の改善を目的として、ごく少量の非定型抗精神病薬(リスペリドンやアリピプラゾールなど)が用いられる。思春期または成人期のケースでは、幼児期に比して易興奮性は改善することが多いため、幼児期～学童期に薬物療法を受けていた人の中には減量や中止が可能となる場合がある。また、注意欠如／多動性障害(ADHD)では、18歳未満から ADHD 治療薬(メチルフェニデートやアトモキセチン)が用いられていた場合はこれらの薬物療法を継続できる。アトモキセチンについては、2012年より18歳以降でも薬物療法を開始することが認められている。

思春期以降では、二次的問題としてさまざまな精神症状が重畳することが多い。この場合は、原則としてそれぞれの症状に応じた薬物療法を行う。

留意点としては、背景に発達障害があり、二次的に精神症状を呈する症例では、抗精神病薬にせよ抗うつ薬にせよ、通常の成人に対する用量よりもかなり少ない用量でも奏効することが多い。むしろ、通常の用量では眠気やふらつきなどの副作用が出現する割合が高くなる。したがって、背景に発達障害の存在が疑われるケースに薬物療法を開始する場合は、通常よりも少量から始めてみるとよい(ADHD 治療薬を除く)。

二次的な問題および併存障害への対応

発達障害の成人期の二次的な問題や併存障害を防ぐには、前述の通り、社会に出る前の幼少期、思春期の頃に医療や福祉が彼らの特性を見逃さず、出来るだけ早期に本人に合った教育と社会適応の仕方を提供することだと考えられる。早期発見・早期支援の機会なく成人した発達障害であっても、うつ病のような二次的な問題と併存障害の発症により、医療機関への受診をきっかけにして上記のような介入が可能になる場合がある。

発達障害者は、生真面目で言われたことを真に受ける素直さを認めることがある。一方で、周囲からは変わり者と認識されていて、場の雰囲気も読めず、人を疑わず、柔軟な考え方を持てずに頑固さも目立つ場合、困った時にも周囲の助けを呼ぶことが出来なくなってしまう。年齢を重ねるごとに固執し、さらに融通が利かなくなり介入しようとしても本人が拒否をしてしまうケースもある。

精神疾患の合併例では、専門医の受診により、適切な診断や薬物療法を行うことが必要になる。就労支援・生活支援・心理的ケアも同時にを行うことより、二次的な問題や併存障害が軽減し、その本来の真面目さや熱心さや、その高い知的能力の社会的還元等につながる可能性がある。社会適応の仕方を見出す方向での援助も可能であり、場合によっては障害者手帳を取得し、職業訓練所の利用や障害者枠での就労も可能となる。

家族支援

1. 思春期・青年期の家族支援

発達障害のある子どもにも程度によって差はあるが、基本的には全ての子どもに思春期は訪れ、さまざまな変化が起きる。第二次性徴による身体の変化。そして、精神的な変化としては、自己や他者への意識が高まるようになり、自分がどうみられているのかについて過敏になったりする子もいる。プライドも高くなり親への反発も強く持つようになる一方、不安から甘えの気持ちも残り、その狭間で心が揺れ動く。この時期の保護者の中には、子どもにどうかかわったらしいのかを悩むものが多く、発達障害のある子どもを持つ親にとってはなおさらである。本田(2012)は、発達障害のある人の「物心がつく」のは思春期であり、家族は、試行錯誤する本人を支える姿勢、親の「子離れ」と「黒子への転身」が必要になってくると述べている。保護者は幼少期から子どもの問題に対応しながら過ごしてくるが、思春期に入るとこれまでとは違った対応が求められてくる。

そこで、この時期の家族支援においては、保護者が感じてくる不安や葛藤を軽減するように、何が子どもの中で起こっているのか、子どもの変化にはどのような意味があるのかを解説し、安定した家族関係を築けるよう支援する。また、将来の就労・自律にむけて何をどう準備していくべきなのか。どんな道筋やどんな支援者がいるのかと言った見通しを具体的に家族が持てるようになることが重要である。必要な情報を提供しながら、現実的な支援の受け皿へ移行できるような役目が、支援者には必要と言える。(大羽、2011)

2. 成人期の家族支援

近年、成人の発達障害のある人の相談が増えている。相談の中には、社会人になり転職をくり返し不適応を起こしているケースや、これまでの対人関係の悩みが積み重なり、本人がその背景に発達障害を疑い自ら来談する場合がある。支援者はご本人の精神医学的背景を推測するために家族からの情報を得ることが必要になるが、家族から協力を得られる場合と、得られない場合があり、このことは家族関係や保護者機能のアセスメントにもなる。一方、保護者の気持ちとしては、子どもが成人になり専門機関に相談、受診し、発達障害の診断を告知された場合には心理的な葛藤を経験することになる。こういった場合の家族支援においては、障害の受容の過程における精神保健的アプローチを行っていくことも必要である。また、ひきこもりが長期化し、本人が相談につながらず家族が来談するケースも多い。近藤ら(2010)は、本人の来談が困難であった要因として、本人側の要因以外に家族の問題解決能力の低さや本人に対する不適切な関わりなど、家族要因が指摘されたケースがある。また、本人の精神病理がそれほど重いとは考えられないが、家族が適切に相談・受診を促せないために問題が長期化している場合や、具体的な支援方法、家族相談の方法論などを適切に説明できなかった支援者側の要因もあることを報告している。本人が相談につながらないケースの家族支援としては、①家族相談を、援助者が本人に会えるまでのプロセスと捉え、その手段や手順を話し合うアプローチ(受診援助)、②家族システムや家族内のコミュニケーションパターンの変化を通じて、本人の問題や行動にも変化を及ぼそうとするシ

ステム論的なアプローチ、③家族が本人の心理や精神医学的問題、本人への適切な関わり方などについて理解を深めることによって、本人の問題や行動に変化を生じさせるような心理教育的なアプローチの方法がある(近藤ら、2010)。

(参考文献)

- 辻井正次:発達障害の位置づけと思春期・成人期の家族支援および本人支援の枠組み。辻井正次、氏田照子編著:「思春期以降の理解と支援」、金子書房、pp1-11、2010。
- 近藤直司、蘿原和子、太田咲子:ひきこもりケースの家族支援。「精神科臨床サービス」10、364-368、2010。
- 宮地泰士:発達障害における思春期。辻井正次・氏田照子編著:「思春期以降の理解と支援」、金子書房、pp47-52、2010。
- 本田秀夫:「ライフステージに応じた発達障害の人たちへの支援のあり方」、2012。
- 日本家族心理学会編集:「発達障害と家族支援」、金子書房、2011。
- 中田洋二郎著:「発達障害と家族支援—家族にとっての障害とはなにか」、学研、2009。
- 近藤直司著:青年期のひきこもりについて。「精神神経学雑誌」103、556-565、2001。
- 原田謙:家族支援。「精神科臨床サービス」11、207-210、2011。

成人期における福祉の支援

成人期は、青年期、壮年期、中年期、高年期と幅広い年代に及ぶ。成人期における発達障害の支援は、(1)診断を受けている者、(2)診断を受けていない者に大別される。(2)の者は厳密に言えば発達障害者ではない。しかし、制度上は他の障害者であっても、発達障害者に対する支援が最も本人の支援に有効な場合がある。発達障害者への支援が進むにつれて、今後(2)の者は、減少していくと思われるが、本人の福祉に資すると思われる場合には、発達障害者とみなして支援を行うことが有効である。

<成人期の主訴>

- ◆ 成人期より以前に診断を受けている者は、何らかの支援が必要であることを前提に発達障害の診断を受けている。このことから、福祉の制度を利用する事が主訴となる場合が多い。
- ◆ 成人期までに診断を受けていない者は、失業、離職、解雇などの雇用問題、ひきこもり、離婚、虐待、DV、介護などの家庭問題、抑うつ、依存などの2次障害、などの問題を引き起こす要因の1つとして発達障害が疑われることから、福祉の支援を必要とする。しかし、幼少期の検診結果や学校の成績の記録、幼少時のエピソードをとることが出来ず、発達障害の診断が困難な場合もある。また、「はじめておとなしい」と評価され、本来は福祉の支援が必要な者が、特に問題を起こさなかったため、診断を受けず、就職活動で初めて困難に直面し、相談機関を訪れる場合もある。

<成人期の支援>

成人期の福祉の支援は、本人の「気づき」から始まる。「気づき」は、単なる障害の受容ではなく、本人が自分の発達特性の傾向に気づいていくことである。「気づき」は重層的な段階があり、複雑な過程を経るものであって、直線的に理解が進むものではない。通常、何年もかけて「気づき」が進み、その道程で課題や問題が解決していくことが多い。1年単位ではその変化は見えづらいが、5年から10年という単位の中では明らかに改善がみられる。成人期であっても障害の軽減は可能である。

この「気づき」を促すためには、まず本人が全面的に受容できる環境が必要である。具体的には、失敗を許容することが出来て、見通しが良く、整然と整理されている等の発達の特性に配慮された環境である。この環境の中で、落ち着いて物事に取り組むことができる経験をすることから、本人に安定感が生まれる。制度的には、就労移行支援、就労継続支援、生活訓練などの日中活動系の障害福祉サービスが該当する。また家族関係に無視できない課題がある場合には、共同住居の利用も検討する。

当面、危機がない日常生活や社会生活が営める「気づき」までの期間は、個人差はあるが一定の期間が必要であるから、経済的な問題も検討しておく必要がある。生活費の確保や理解を得るために家族調整や、当面の収入を確保するための障害年金や生活保護の受給、生活の安定を

図るための成年後見制度や日常生活自立支援事業などの利用など、公的な福祉制度を念頭においた支援を行う。

これらの支援の結果、本人に安定感が生まれたところから、本人が社会生活に必要な考え方や習慣の獲得を図るために支援を始める。つまり、「本人に合わせる」から、「本人が合わせる」支援への転換である。通常は、同じ日中活動系の障害福祉サービスの支援で可能である。

落ち着いて物事に取り組むことが出来た経験や環境が存在することは、本人の拠り所となり、失敗しても、やり直しができるという自信にもつながる。本人の希望や時間的制約がある中で、難しい点もあるが、本人に合わせた環境をはじめに用意することは、支援の原点であり、省略することが出来ない、福祉の支援の大切な第一歩である。

<「スモール・ステップ」の支援>

成人期に抱える課題は、様々に入り組んでおり、1つの課題を解決して福祉の支援が終了することは少ない。同じ課題に繰り返し何度も取り組む中で、少しずつ改善がみられる場合もあるし、何から手をつけて良いかわからない程課題を抱える中、本人と話し合い、共有しながらそれぞれの課題を少しずつ解決していく支援をおこなうこともある。これらの支援に共通しているのは、大きな課題を解決可能な小さな課題に砕き、分解し整理していく、いわゆる「スモール・ステップ」の支援である。

<やる気や動機>

発達障害の特性の中に、何かを始める際のきっかけをつかむことが難しいことがある。このことから、福祉の支援、特に障害福祉サービスの利用を検討する際に、「やる気や動機というものが目に見えない」ので、申請の意思がないと誤解されることがある。このような場合には、実際に体験し、動き出すことで、支援の内容を理解し明確な動機を持つことがあるので、正式に支援をはじめる前には、見学や体験が有効である。また、障害福祉サービスがどのようなものなのか、本人の理解に不安がある場合もある。この場合には、支援者側が「何をする人間か」「どのような役割を持つか」を発達障害の特性に合わせて、分かりやすくはっきりと示すようにする。

<言語的コミュニケーション>

成人期の支援では、非言語的コミュニケーションより、言語的コミュニケーションの比重が高くなる。本人が言語表現をどの程度豊かに行えるか、は重要なことである。同じ言葉を使用しても、場面や文脈によって、本人の認識が周囲と異なることがあり、こうした違いに配慮すると共に、表現の幅を広げができるよう繰り返し、意識してコミュニケーションをおこなう。例えば、1つの言葉が指す状況が1つであるようにする。「頑張る」という1つの言葉が指し示すのは、「毎日決められた時間にくる」「1時間同じ作業をする」など、複数の状況を指す(1対多)が、「壁に貼ったこの時間割の時間を守る」は、1つの状況を指す。最終的には、1つ1つの課題をこなすことの集合が「頑張る」であることを認識できるようにまとめる。成人であるから、当然言語によるコミュニケーション

ヨンが成立すると考えるのではなく、丁寧に評価し、客観的に工夫したコミュニケーションを図る。

<スモール・ステップの最小単位>

課題を分割する場合の単位は、次の3つの要件を満たすようにする。1つ目は、支援の目的、支援方針といった基本的な考え方や価値観と合致するようにすること、である。分割することで、支援方針が阻害されないよう、分割した単位が支援の基本的な考え方や価値観に合致するようになる。2つ目は、1つの課題として完結できる単位とすることである。つまり、1つの課題を達成することで、1つの成果があがるようにする。課題をこなすことはできたが、成果は次のステップに進まないと得られないのでは、やりがいがもてない。3つ目は、本人が創意工夫できる余地があり、やりがいを持って取り組むことができる単位とすること、である。課題に取り組むのは本人自身であるという意識を持つことが必要である。

例えば、障害福祉サービスの体験利用については、まず、障害福祉サービスの利用の流れ・手順の中で、体験利用がどこに該当するのかを明確にし、支援方針との整合性を図る。次に、「何を体験するのか」を、チェックシートなどを活用し、明確に意識し完成することを成果とする。最後に、体験利用の結果を吟味し、支援者と本人が対等に話し合える場をつくる。このような工夫をすることで、福祉の支援という課題がスモール・ステップに分解され、「体験利用」という課題に分解できることになる。

執筆者一覧

成人期における発達障害の特徴	藤井友和
二次的な問題と併存障害	藤井友和
観察のポイント	宮沢久江
診察の手順	本田秀夫
心理検査	深澤静
評価バッテリー	深澤静
成人期の支援の基本的な考え方	本田秀夫
就労支援	荻野厚子
職業生活を維持するための支援	石川大輔
結婚および家庭生活への支援	石川大輔
医療の関わり方	本田秀夫
心理療法	宮沢久江
薬物療法	本田秀夫
二次的問題および併存障害への対応	藤井友和
家族支援	渡辺美奈子
成人期における福祉の支援	服部森彦

厚生労働省

平成24年度 障害者総合福祉推進事業

「医療や福祉分野の発達障害支援者の人材育成体制の調査」

**「発達障害児・者のニーズやライフステージに応じたトランジション・
リエゾン支援のための医療・福祉分野等の人材育成に関する調査」**

発達障害支援に関わる専門家のための研修テキスト・ガイドブック

発行日：平成25(2013)年3月

発行者：特定非営利活動法人 AOZORA 福井

理事長 澤瀬 治美

発行所：〒919-0490 福井県坂井市春江町中筋三ツ屋 810

TEL/FAX 0776-51-6547