

など、他人の気持ちや考えを周囲から変えようとするよりは、自分の感じ方や考え方を変えるよりもはるかに困難なことが多いため、「少しも理解してくれない、まったく変わらない」という無力感につながるものが少なくないからです。

しかし、このような場はまだ少なく、今後の課題でもあります。

(5) 保護者を支援する

子どものこころの健康に不安を感じる時、その背景に保護者自身がこころの健康に不安を抱えている場合やすでに治療を受けている場合などもあります。また、そこまでには至らなくても、不登校、家庭内暴力、過食・嘔吐（摂食障害）などの子どもの行動に保護者が振りまわされ、ゆとりをなくし的確な判断ができない場合などもあります。そのために、結果として保護者の理解や協力が得られないこととなります。このような場合は、まず保護者自身がゆとりを取り戻すことが必要で、保護者との話し合いを重視し、保護者の不安を十分に受け止め、必要に応じて他の家族などの協力を得て、保護者自身の「回復」を支援することが大切です。そのことで、初めて保護者から子どもへの関わりがなされる場合もあります。保護者自身が本来持っている力を取り戻す作業（エンパワーメント）が必要といえるでしょう。

(6) 保護者が相談に行く

子どもが受診や相談を拒否していても、保護者の理解や協力が得られる場合は、まず保護者だけが相談に行くという方法もあります。子どもが行かなければ意味がないということでは決してありません。保護者のかかわり方が変わることによって、子どもが安定する場合があります。また保護者の姿を見て自分も相談に行ってみようと思う場合もあります。この場合も保護者が相談に行くことは、もちろん子どものためではあるが保護者自身のためでもあることを認識しておく方がよいと考えます。たとえば不登校で、事態がなかなか変化しない場合などは、「子どものため、子どものため」とばかり考えることは大きな負担であり、返ってそのことが子どもにとってプレッシャーとなりマイナスに働くこともあります。むしろ、保護者が楽になって、元気になることが、子どもにとってもとても大切なことだと思います。

また、保護者の了解があれば、教職員が同行する方がよい場合もあります。保護者が（学校には全くそんな意図がないにもかかわらず）学校から見捨てられた、よそへまわされたと感じる可能性がある場合は、同行することで、不安が軽減され保護者と学校との一体感が生まれることもあります。そして、その後も保護者に相談の経過を尋ねるなどすることで、教職員と保護者が協力して取り組んでいくことが大切です。

(7) 機が熟すのを待つ

いろいろと取り組んではみたものの、それでも保護者や子どもの理解が得られず長期化するような場合もあります。こんなときは、機が熟すまで待つという気持ちを持つこともひとつの方法です。精神疾患においても、病気である限り早期治療が大切であることは言うまでもないことで

すが、身体疾患と異なり一刻を争う場合はあくまで例外的な場合です。したがって、「急がば回れ」のことわざのように、機が熟すのを待つことでうまく進むことも少なくありません。逆に急ぎすぎたために、かえって後々こじれてしまうこともあります。確かにその場で解決を急ぐことが必要な場合もありますが、子どもの成長の一時期、人生の一時期という視点で考え直してみることも大切です。

(8) 緊急な対応を要するとき

これはあくまで例外的な場合ですが、精神疾患のために緊急な対応が必要なときもあります。それは、まさに自分や他人を傷つけようとしているときのことです。もしこれが幻覚妄想状態などの病的なものであれば、緊急に入院が必要な場合もあります。この時は保護者や関係機関との協力を急がなければなりません、それ以外の場合は、緊急な対応ではなく、注意深い見守りの方が大切です。「自殺するのではないか、暴力などで人を傷つけるのではないか」と感じるようなときは、保護者や関係機関と密接に連絡をとりながら、注意深く見守り、事態の変化に気をつけることが大切といえます。このような場合、もっと早く、入院などの措置を取るべきではないかと思われるかもしれませんが、子ども自身が入院を希望している場合は別として、強制入院ということになる一つ間違えると人権侵害にもなりかねません。

また、周囲からのかかわりを強く求めてそのような行動につながっていることも少なくありません。このような場合は、周囲が強く反応するとかえって同じような行動が繰り返される場合もあります。病気の可能性や、行動の背景について慎重に判断した上で、対処方法を考えていくこととなります。しかし、このような判断は、専門医であっても必ずしも容易なことではなく、子どもの言動に関する多くの情報や診察の結果などから慎重に判断することとなります。

(山下 俊幸)

第6章 相談機関・医療機関への連絡調整と紹介

1 学校内における連携

①はじめに：現在の教育や地域社会の状況を考える

現在の日本の学校教育制度は、明治初期と昭和20年代に大きく形作られました。その後、高度経済成長期に農村から都市へ人口が大移動し、産業構造も変化し、共同体も崩壊し、大家族や家制度は解体して小規模な家族構成へと変化してしまい、地域共同体や血縁の相互扶助的な人のつながりで子育てを共同して担う仕組みも喪失して久しくなりました。家族は自由になったけれど、子育ては孤立したものになりました。

そんな中で、学校や教職員は常に子育ての唯一の相談相手でした。しかし、学校や教職員は家族のそのようなニーズに応える機能を持たされていません。すでに、学校は、福祉、医療、心理などの専門機関や専門家、また、家族会やNPOなど様々な社会資源と連携しなくてはならない時代が来ています。連携やネットワーク化は、教育や学校や教職員の恥でなく、時代を先取したことと言えます。連携を模索して、窮地に陥っている子どもや家族を「何か」「誰か」と一緒に支援していきましょう。

②現場の教職員の気づきをいかす：現場教職員の孤立や抱え込みを防ぐ

親は、多くの子どもの成長を見る機会が以前よりも少ないので、自分の子どもの異変には気づきにくいかもしれません。孤立した社会の中で、子どもの異変に向き合い受け止めていくのは、とても勇気のいることです。親よりも、担任教師の方が、子どもの変調や偏りに気づきやすいかもしれません。これは、初期の発見として非常に重要です。

しかし、的確な現場教職員の気づきが、時に、教職員の力量のなさと同化されてしまうかもしれません。学校内の体制によっては、個々の教職員が萎縮して、子どもやクラス内のことを、すすんで他の教職員や管理職と共有する雰囲気や環境を損なっているかもしれません。これは、学校の（管理よりも広く中立な意味で）『マネジメント』の課題です。つまり、教職員集団の力動やチームとしての課題であり、また、地域レベル、自治体レベル、国レベルなど、枠組みとしてのさまざまなシステムの課題でもあります。当面、各学校の教育現場の教職員集団は、この限界の中でも、現場教職員の気づきが、言語化され、周囲の教職員にも共有されていくように最大限努めるべきでしょう。

③学校内で問題を共有化していく：職員会議よりケース会議

学校の事務連絡等を中心とした職員会議とは別に、子どもの事例検討会議（ケース会議）が持てるとういでしょう。経験や役職などに関わらず、教職員チームが自由に本音で、時にシビアに意見を交換できる場を確保することが重要です。若い教職員など職員会議では発言しにくいスタッフからも十分に意見が出てくるような雰囲気や環境作りが大切です。養護教諭や保健担当者がコーディネーターとして取りまとめて実施するのがよいでしょう。スクールカウンセラーや校医

もできるだけアドバイザーやコンサルタントとして出席してもらい、教職員と違った視点から意見を出してもらうことも重要でしょう。毎回会議で議論した内容は、会議の最後で、どのように扱われるべきか、つまり、どの部分が会議の場と出席者だけで守秘されるべきか、また、ある部分は他の教職員にも伝達されるべきか、などルールをきちんと取り決めてケース会議を終えることも重要でしょう。

また、子どもの問題が深刻になって初めて開かれるのではなく、初期の気付きのうちに開きましょう。「第何週の何曜日、何時から誰々君のケースで」というように早めから予告し、関係や関心のある教職員が出席しやすくしたり、「毎月開く」など定例化したりすることも大切でしょう。出席する教員の授業を、他の教員が代行することも必要かもしれません。

ケース会議が1回ですむケースもあれば、何回も必要なケースもあるでしょう。何カ月かおきに何年も開かなければならないケースや、集中的に（例えば2週間おきに）開くべきケースもあるでしょう。ケース会議を学校や教職員集団全体で重視しましょう。管理的立場の教職員もケース会議を重視しましょう。子どもの問題に気付いた個々の教職員が、すすんで事例を出したくなり、話し合ってもらってよかったと思える場にしたいものです。

④（児童に課題を認め、丁寧に見守り関わっていきたいことを）親に明示し共有する。

子どもの問題を発見し、スタッフ間で報告・共有したら、（次の⑤のアセスメントのうち校内スタッフで行える）迅速な情報収集を行い、ケース会議や職員会議を持ったら、「（児童に）・・・の課題を認め、担任や管理職などスタッフ皆で協力して、（児童の）様子を丁寧に見ていきたい」ことを（担任と管理職、養護教諭など）2・3名のスタッフで親に丁寧に説明する機会を作りましょう。まず、ほとんどの親は動揺します。できれば、（父母両方など）家族には複数名で出席してもらいましょう。学校側の出席者が担任1名だけということは避けましょう。逆にかえって、教職員が大勢すぎると家族に圧迫感を与えるかもしれません。いずれにしても、家族と複数の教職員の間で信頼関係を再確認し強め、安定した支援システムを成立させることが大切です。そのため、面接設定は重視すべきでしょう。

これまで学校や教職員のやり方に家族が不満を感じながらも黙ってきた場合、家族側から不平不満が噴出するかもしれません。そのことを謙虚に真摯に受け止め、今後のクラス運営や学校、教育の課題としながらも、スタッフの側が冷静に対応することが求められます。「今回の児童の課題」に関連したことについて親と共通認識を形成しつつ、今後、協力して取り組んでいきたいことを真摯に提案し、関係性を新たに強化していくことが必要です。

また、動揺した親は過剰に自責的となったり、学校に依存的となることもあります。この場合、適切な距離感を保ちつつ関わり続けることが求められます。親や家族の主体性や自律性を尊重しつつ、対等なパートナーシップを樹立する方向で働きかけていきましょう。初期の動揺を脱すれば、健全で自律的な機能を回復していく家族が多いものです。当然、学校にとって、家族は子どもを支援する上で最良のパートナーです。逆の見方をすれば、家族にとって、学校が最良のパートナーとなれるような手続きをきちんと踏んでいくことが求められているのです。初期の家族の

動揺だけで「家族と話ができない」と学校側から家族と溝を作ってははいけません。家族への説明をなおざりにしたまま、児童の本格的な支援に入ってしまうのは、できる限り避けましょう。

学校は、家族に対しても上からの「指導」になりがちかもしれません。また、家族に頼られると何でも引き受けてしまいがちだったり、逆に何もできませんと防衛的に言うってしまうかもしれませんが、それはどちらもよくありません。誠意を持って現状で分からないことは分からないと言い、共同して見守り、アセスメントを継続していくことを提案しましょう。そして話し合いながら、家族と共同して見立てを完成し、支援策を導き出し、共同支援の基本案を初期のうちに家族と一緒に形成しましょう。従来の学校と家族の関係性から、新たに対等なパートナーシップに契約更新することなのです。

一方、親は不安となって、その先を焦るかもしれませんが、学校と一緒に焦ってはなりません。現状で分かること分からないことや、できることできないことについて冷静に整理したり共有していくことが重要です。できない判断や、できない支援まで、いたずらに親に期待を抱かせぬよう注意しましょう。その場しのぎで、親を「今日中に納得させよう」とか「言い含めよう」というような対応は不誠実であり厳に慎まねばなりませんし、そうは意図しなくても、結果そうならないようにしなければならなりません。その上で、児童や家族を、できる範囲で最大限支援していくつもりであるとの誠実で強い意志を学校や教職員は表明していきましょう。

また、(全体としては少数なのですが) 家族側に何らかの重大な問題を抱えている家族には、この手続きをきちんと踏んでいくことが、ことさら重要です。そうでないと、初期にボタンを掛換え、後々の支援の際に決定的な困難をもたらすこともあります。親への説明と話し合いがないと、支援はほとんど進まないことを再確認すべきでしょう。親への説明と話し合いが良好に進めば、上記のような話し合いから端を発し、教育が中心となる個別の教育計画が順調に進み、児童相談所など福祉が中心となる家族への支援計画も併行して順調に進むかもしれません。

⑤複数の目と足でアセスメント：現在と生育歴／学校と家庭と地域／授業・クラブ・休み時間などの情報の収集

学校は、子どもや家族に「最も近く」、「大量で」、「生の」、「日常的な」情報を持っています。しかし、これらの情報のかなりの部分は、学校現場では、ほとんどの場合混沌として未整理な状態です。教職員の目の前で起こる授業やクラスのフォーマルな活動は、既に重視され、整理され、言語化され、明瞭にされています。一方、学校精神保健の課題が生じた際には、日ごろ見落とされやすく、未整理で、言語化されていないような、周辺部のインフォーマルな情報が非常に重要です。教職員がそれらを、意識化し、言語化し、共有しながら、再発見し、整理していくことが大切です。さらに、試行錯誤しながら、教職員が共同してそれらの作業に当たる、このプロセス自体にも大きな意味があります。

複数の教職員の目で、(教職員の権限で許される範囲で) 様々な側面で、広く情報を収集していくことが求められます。児童の学校内での対人関係の持ち方や、クラブ活動や、休み時間の過ごし方など、教職員・教育として能動的に収集できる情報もあります。一方、他児から偶然話題に

出たことや、他児の保護者から（問わず語りに）偶然出てくる情報もあります（この情報は貴重だが質の吟味が必要）。これは、積極的に収集すると、子供同士や地域や保護者間によからぬ噂を広めてしまうかもしれないので、受動的な収集に止めておいたほうが賢明でしょう。プライバシーに格段配慮し、かつ、子ども同士や保護者間、地域のダイナミズムに慎重であらねばなりません。

時間をさかのぼって情報を収集することも大切です。以前の児童の記録に当たり、以前に担当した教職員から話を聞くことも大切です。記録や引継ぎで言語化された以外にも、前の担当者と話合っていく中で、周辺部も含めた広範で重要な情報が明瞭となってくるのがよくあります。そうしていく中で、現状の情報を、以前の子どもの様子の情報と照らし合わせていくことができます。また、以前に在籍していた幼稚園や小中学校に問い合わせ、担当者から話を聞くのもよいかもしれません。

以上のようなアセスメントの早い段階で、前述の④のように、児童の家族と児童に課題が存在していることについての認識を共有しながら信頼関係を形成できれば、親からも児童の家庭での様子や成長の経過などを詳しく聞くことができます。一方、学校や教職員に児童の様子を細かく伝えると児童や家庭にとって不利であると不信感が残っていれば、親は十分に学校に協力しないことでしょう。学校はそのことで家族を責めてはいけません。再度粘り強く、担任以外の教職員も含め信頼関係の構築をやり直すべきでしょう。学校に対して不信感がまだあるのに、いきなり親の問題として扱われたり、スクールカウンセラーや精神科医をいきなり紹介されたとしたら、親はどんな気持ちになるでしょうか。親はさらに学校への不信感と孤立感を増すこととなります。専門家や専門機関への紹介は、タイミングを誤ると家族と学校の溝を広げることさえあります。この関係構築は、担任単独でなく、主任や教頭などや養護教諭など教職員チームが共同して当たるべきでしょう。

⑥複数の頭と発想で情報を分析し、推測し、仮説を立てる：みんなで持ち寄った情報を話し合い、検証し、まとめていく。

エピソードやデータなど様々な素材をもとに、児童本人の、気持ちや、感じ方や思考・行動を分析し、教職員や子ども同士との関係の持ち方など対人関係を分析し、自己評価や不安など情緒的なものを類推し、また、本人の語った言葉ばかりでなく（児童も気付いていないような）言動の本来の意味合いやメッセージを類推していきましょう。また、本人の自己評価（問題を抱えている児童の場合は往々にして低下している）や不安など情緒的な側面も推測しましょう。また、身体医学的な所見や、身体的な不調の訴え、睡眠や食欲など身体的な情報も加味していきましょう。問題の断片から全体像へ、核心から周辺部も含めて、しっかり本人のイメージを構築していきましょう。本人の得意・不得意、好きなこと嫌いなこと、友人関係や趣味・余暇活動・クラブ活動の変遷、将来の希望や夢も大切かもしれません。本人の健全な部分もあわせて検討できるとよいでしょう。そうしながら、本人の深い気持ち、内的状態も推測していきましょう。

そして、いまだ足りない情報は何かを検討し、必要ならば、どうやって得ていくのかも話し合

いましょう。

問題となる状態や行動がある場合、具体的に、その先行条件を洗い出し整理していきましょう。「いつから」発生し、「いつ」「どこで」「誰と」「どのような頻度で」その問題の状態が起きているのか。それは、どのような性質や傾向を持っているのか。また、別の問題や軽微な兆候とどのように前後し関連しているのか。どのような理由やメッセージでその行動や状態が起きていると推測されるのか。問題・課題の成立について、いくつか複数の仮説をたてて検討しましょう。一つの有力な仮説が現れたとしても、その他の仮説や意見も大切に留保しておきましょう。

一例としては、「発達障害からきているのか」、「友人関係で傷つき疲弊してきているのか」、「うつ状態がおこっているのか」、「いくつかの問題が重なったり関連したっておこっているのか」、など。

⑦担任や養護教諭、管理職、スクールカウンセラーの専門性を活かす

この段階で、スクールカウンセラーや精神科校医、精神保健相談員などメンタルヘル스에専門性のあるスタッフや専門家に加わってもらうことも効果的でしょう。

しかし、そのようなスタッフや専門家に問題を丸投げしてはいけません。教職員・スタッフが関知なくなってしまうたり、一方的に指示を仰ぐだけというような事態は避けたいところです。スクールカウンセラーや養護教諭も、事例検討会議に際し仕切ってしまうのではなく、助言者としての役回りで、多くの教職員の専門性や経験、特性を活かしながら議論を整理したり、賦活したり、要点をまとめることがよいでしょう。管理職や保健部長が、コーディネーターや司会を務めるとよい場合が多く、管理職自身もそれだけの力量や研修を積む必要があります。

⑧どこまでが教育の担う課題で、どこからが専門機関・相談機関・他社会資源の担うべき問題か：親と限界を共通認識をしていく

上記のように、行った事例検討会議で、おのずと学校側が取り組める支援の方策が見えてくることでしょう。それらを、教職員集団で分担しながら、取り組んでいくことが大切です。それだけで著しく改善する場合も多くあるでしょうし、一方、学校と家族だけではどうしても取り組めないケースや課題も出てくることでしょう。それでもなお、まず、学校と家族だけで取り組める支援から少しずつでも着手していきましょう。そうすれば、家族にしてみても、学校も誠実に支援を行ってくれたけれど、それだけでは足りないのだという実感が持てます。そこで、はじめて覚悟を決め、専門家や専門機関に行く決断ができるのです。再度（2回目か3回目の）家族と教職員との話し合いを持ち、それまでの支援を検証しながら、子どものため家族のために（学校と家族が共通認識としてもてる段階になって）専門機関や専門家を薦めることが望ましいのです。そうすれば、ほとんどの家族が、前向きに、当事者として、すすんで専門機関や専門家を訪れることができるでしょう。

⑨専門機関・相談機関など関係機関（公的・民間も含めて）の情報収集・連携のあり方

以上のように、学校以外の専門機関や専門家の評価や支援が必要となった時に、右往左往するのではなく、予め学校はその地域で利用可能な社会資源をリストアップしたり調査しておくことが必要です。できれば、日ごろからそれらの紹介先と連携を積み重ねておきましょう。学校の保健担当者や管理職は、そのような紹介先のリストを把握し、それぞれの紹介先がどのようなケースに適切に対応できるか、また、どのようなケースには不向きなのかも熟知しておくことが必要です。紹介先が分からない場合でも、少なくとも、主要な問い合わせ先（教育委員会、児童相談所、保健所、精神保健福祉センターなど）に連絡を取り、地域の実情に応じた紹介先を教えてください。

2 関係機関との連携

①家族との同意・納得と信頼関係に基づく紹介

一部の例外（児童虐待の支援で児童相談所、触法行為の場合の警察や児童相談所、鑑別所、司法など）を除き、ほとんどの場合、どの専門機関や専門家、社会資源も、家族の同意・納得と希望（ニード）がなければ相談・支援を引き受けられません。不十分な納得で相談を開始してしまうと、その機関と家族とのその後の相談・支援の関係がうまくいかないことが多いようです。紹介元（学校）と親の不信感も増大するかもしれません。

一方、十分な納得や信頼関係が家族と学校の間にあると両者の合意のもとで紹介されて親や子どもが関係機関を訪れた場合、関係機関においても非常に良好で質のよい支援が可能となります。本来、全ケースでこうあるべきなのですが、残念ながら実状では多いとは言えません。

②適切な関係機関を探し掌握する

様々な関係機関が存在し、そしてそれには系統があります。便宜的に分類すれば、i) 行政系とii) 半官半民系、iii) 民間系、iv) 医療機関系となります。i) 行政系の中には、「教育系」「児童福祉系」「精神保健行政」に分けられ、また、都道府県立と市町村立にも分けられます。

「教育系」では（都道府県や大都市の）教育委員会、「児童福祉系」では児童相談所、「精神保健系」では精神保健福祉センターが、広域を管轄し、専門性が高く、複数の専門職種を擁していて、それぞれの分野の情報が集中します。もしそこで子どもや家族が継続的にフォローを受けられなくとも、その分野の適切な関係機関につないでくれるでしょう。さらに、それぞれに、地域指導主事（そのための職種ではないかもしれないが）や児童福祉司、精神保健福祉士などソーシャルワークを担当するスタッフが配置されており、学校と関係機関、家族との調整やネットワーク形成が期待できます。

また、保健所は、地域の医療機関の実態を把握していて、母子保健事業では小児科医療について、精神保健事業では精神科医療についてよく知っています。各医療機関の詳細や診療の実際、医者専門性や人柄までよく知っていることもあります。学校から問い合わせがあれば、適切な医療機関を教えてくださいたり紹介してくれることでしょう。

学校の管理職や教職員自身が、日頃から地域の関係機関を訪問・見学して、連絡・連携してお

くことが大切です。様々な状況に応じて、複数のパターンで利用の仕方を心得ていることも大切です。さらに、その情報収集や連携、情報の蓄積や他の教職員への伝達を校内のシステムとして確立しておくべきでしょう。

センター機能を有する「都道府県の教育委員会」「児童相談所」「精神保健福祉センター」や、また、地域に近い「市町村の教育委員会」「福祉事務所」「保健所」「市町村の福祉・児童・精神保健」担当部門の名称や電話番号、また、担当者名を調べ、さらにはその担当者と何かにつけて話をし、会っておきましょう。公務員なので、担当者は数年で転勤や配置換えがあるので、そのたびに担当者を確認し直す作業も必要です。一方、関係機関の方でも、担当者が代わったときには積極的に管内の保育所・幼稚園・小中高等学校・養護学校など教育機関に、挨拶し、顔と名前を知らしておくべきでしょう。

③教育委員会など教育内部との連携

学校が児童や家族への対応や支援に悩んだ時に、学校が最も助言や援助を求めやすい機関です。管理職や現場の教職員向けにも相談ののつてくれたり、助言指導やスーパーバイズも行ってくれるでしょう。また、家族との話し合いのプロセスが難航した場合、例えば地域指導主事など様々なスタッフが調整やコーディネーターとして協力してくれるでしょう。学校にスクールカウンセラーが配置されていなくとも、教育委員会や教育センターの心理職やまた拠点校のスクールカウンセラーに相談して助言を得ることができます。教育委員会は、親との同意形成にいたる前でも、学校が公式に相談できる唯一の機関です。（一部の精神保健福祉センターでは、親との同意形成にいたる前の時期でも教職員や学校のみでの相談にも応じる場合もあるようです。）

親と同意・納得ができれば、家族や子どもが相談やカウンセリング、診察を直接受けられます。その他、不登校などへの適応指導教室もあるでしょうし、また、発達障害などへの相談もあるでしょう。

しかしながら、最大の難点は、学校と不即不離の関係にあるので、支援にあたって中立性が保ちにくく、そのことで親に疑念を抱かせてしまいがちなことです。いじめ被害や学級崩壊、教職員による不適切な指導が絡んでいる場合、教育委員会はその監督責任を持つ上部機関でもあり、学校と一心同体と見なされてしまいがちです。また、発達障害の相談の場合、親は、親や家族の意向に反して、相談の経過で障害児学級や養護学校への転籍を強いられないかと、恐れを抱いていることが多いものです。

精神科医や児童精神科医は、時に外部専門家として委員などとして関わることはあっても、教育の組織内部の人間としては関わっていません（ごく一部の教育委員会で精神科医の非常勤が実現しているようですが）。そのため、医療的な側面は弱く、最終的な診断も下せません。また、福祉領域やソーシャルワーク機能、家族支援も不得手でしょう。

④関係機関の活用：相互に教えあう関係で、児童・家族に最大の利益をもたらす

親や子どもを関係機関に紹介しっぱなしでは、学校・教育としてはもったいないことです。親

の承諾を得て、積極的に関係機関と連絡を取り、複数の教職員で関係機関に出向き、協議や事例検討会議をもつことを薦めます。その際、校内での状況を手短かにまとめて報告するとよいでしょう。できたら予め文書化し、関係機関に送付しておくともっとよいでしょう。関係機関にとって、質の高い多面的で生の大量の児童の情報が手に入り、今後、さらに良質な支援を児童や家族に提供できるようになることでしょう。学校・教職員にも具体的で役に立つ助言や示唆が得られることでしょう。

学校にとっても、これまでの教育支援を見直す契機となります。「見立ては正しかったか、十分であったか」、また、「教育からの支援は適切であったか、十分であったか」など。フィードバックを受けることで、参加した教職員自身、また学校全体としてもメリットとなり資質を向上させることでしょう。何より、児童や家族にとって、今後、さらに適切な支援が様々な側面で受けられることとなります。その新しい状況から、学校・教職員も、また、専門家や専門機関の側も、さらに、学び取っていきましょう。また、関係機関と併行し連携しての支援に乗り出すと、(これまで効果がないと思ってきた)教育の中のある支援手法が、有効に転じることがしばしばあります。

例えば、児童が不登校となり心理的に疲弊している場合、家族と学校が協力していたとしても、一度に、学業、クラブ活動、対人関係などを同時に改善しようと学校・家族ともども頑張ってしまうと、全然回復の効果のあがらない時があります。そこで、スクールカウンセラーや専門機関から助言を得て、児童の休息と自己評価の向上を優先したり、時機を見てメンタルフレンドや適応指導教室やフリースクールを活用し、専門機関やカウンセラーとの親との面接を設定したり、不登校の家族会などサポートグループを紹介します。教職員との個別の信頼関係の回復をはかり、(その回復を確認した後)本人の自己決定を待って、適切な時期に、欲張らずに、本人が楽しいと感じる学校内の活動や課題を、スモールステップで一つずつ(行きつ戻りつしながら)取り組んでいき、また、学校内で休息できる場を確保していきます。また、従来の教科教育中心の学校教育にこだわらず、個別の関わりや、保健室や別室登校の確保、多様なスタッフの関わり、学校のディケア的な役割など柔軟で多様な取り組みが、学校や教育で実現されれば、きっかけとなった児童本人も回復し学校に適応していくことでしょうし、それに続く他の児童にとってもとてもよいことでしょう。また、教育スタッフにとってもとてもよい経験となることでしょう。このように、学校のすでに持っている支援手法が、整理され活性化されます。また既に存在する教職員や学校の資質のよい部分が引き出され、教職員のメンタルヘルスや自信を改善させるかもしれません。

また、関係機関と同時に仕事を進めていくことで、本来、学校や教職員が専門とせず無理してやっていたような支援を担わなくてすむようになります。教育が本来担うべき分野に十分に尽力できるようになります。

校内や市町村での事例検討会議や協議に、時に、専門機関や専門家を招き入れることも重要です。それはやがて、本格的に個別教育計画(IEP)や個別支援計画の策定と実施につながっていくかもしれません。

⑤総合的な支援チームの形成のために

学校が子どもの課題を通して発見し紹介したことが、各関係機関を巻き込んで、総合的に児童や家族の支援に発展していくことがあります。その場合、学校や教育も相対的に支援チームの一角を占める一員であるということになります。医療が加わっても、学校と家庭と医療だけでは、正しく包括的な支援を実施できないことが、しばしば、あります。福祉や保健行政、また、民間社会資源など必要なその他の多様な社会資源を、利用者のニーズと要請を背景に、積極的に招き入れ本格的な総合的な支援チームを形成して、自らチームの一員となっていく、そのようなソーシャルワーク力と謙虚な姿勢が大切です。

学校から連携先や紹介を求める場合、いきなり精神科医の診察や治療というような段階に一足飛びに飛ぼうとする傾向がありますが、あわてすぎかもしれません。上で述べたように、もっと、教育委員会や児童相談所、保健所、精神保健福祉センターなど、各々の分野で専門性が高く情報が集中し、ソーシャルワーク力があり、『連携の要』となり、アセスメントや評価を正しく行い判定（時に診断も）を行う力量があり、新たな連携の『配電盤』となるような関係機関との連携を早期に実現することが、支援全体の成功のためには非常に重要でしょう。

（幸田 有史）

3 関係機関との連絡調整にあたって

学校で、児童・生徒を学校外の相談機関や医療機関に紹介する場合、どのような事柄に気をつけなければならないのか、検討しておくことが保護者の理解と協力を得るためにはとても大切なことです。紹介先の関係（専門）機関との連携や調整を図り、児童・生徒のみならず保護者家族をも支援していくためにも大変重要となってきます。

一般的に、関係（専門）機関や専門家あるいは施設では、保護者の同意・納得と希望（ニーズ）がなければ相談や支援を引き受けることは出来ません。紹介先の関係（専門）機関や専門家が十分な信頼関係の中で、スムーズに相談や支援を引き受けるためには、学校の担任や養護教諭が児童・生徒について心理的あるいは精神的な問題を認め、そのことについて専門家の助言が必要と考えられた時には、保護者へその情報を伝え、問題点を分りやすく説明した上で、保護者の理解と納得を得ておくことが大切です。

往々にして、担任や養護教諭等は児童・生徒の心理的・精神的な問題や発達障害について何故か保護者に対してありのままに感じているところを説明しないで、保護者家族の理解も納得も得られないままに関係（専門）機関の相談や診察を受けてくるように指示を出していることがあります。また時には、児童・生徒本人やその保護者・家族の同意を得ないままに学校が把握している情報を紹介先の関係（専門）機関へ提供してしまうことさえあります。こうした場合、保護者家族は学校で自分の子供に何が起きているのか、理解や納得ができないままに、不安と幾ばくかの猜疑心を持たされて、「学校から言われたから」ということだけで相談機関や医療機関を訪れることになってしまいます。そのような保護者は自分たちの育て方が悪かったように感じ、自責

とともに不信感を抱えて、相談機関や医療機関で相談を始めることとなります。関係（専門）機関はそれぞれ固有の目的と機能を持っているので、児童・生徒やその保護者家族にかかわっていく立場は当然学校とは違って来る訳ですが、その事さえもよく認識されずに一方的に知りたい情報を求めてしまう紹介となっていると言えます。保護者家族の同意・納得がないままに紹介先の関係（専門）機関に与えられる情報は有益に活用することが出来ないものとなってしまいます。その結果として学校と紹介先機関との活発な連携が持てないばかりか、時にぎくしゃくとした軋みをもたらすことにもなります。信頼関係のもとに児童・生徒とその保護者家族を支援していくチームとして協働していくことが出来ないままに、調整だけが難しくなり、関係（専門）機関が持っている機能や情報、資源等が生かされないで、児童・生徒やその保護者家族に適切な支援が提供できないままに終わってしまうこともあります。

あるいは、保護者家族が自分たちの子供に何らかの問題を感じて、どこからか情報を得て関係（専門）機関や専門家のところへ相談に来る場合もあります。この場合、保護者家族は非常に強いニーズを持って相談や診察に訪れていることとなりますが、その背後には保護者家族の学校に対する強い不信感があることがあり、支援活動を進めていく経過の中で、大切な学校からの情報が得られにくく、包括的な支援を行うことが困難になってしまうこともあります。時には、学校からの指導を無視することで、学校と保護者家族が対立してしまうこともあります。その結果として、児童・生徒の発達課題やこころの健康を支えていく学校、保護者、関係（専門）機関が相互の風通しの良い関係を築くことができないで、混乱だけが生まれ、多くの機関が効果的に関与出来なくなってしまうことに陥ってしまうことにもなります。

学校外の相談機関や医療機関への紹介には、保護者家族の十分な理解と納得のもとに、養護教諭やスクールカウンセラーがその児童・生徒に対して抱く心配についてそのかわりの具体的な場面での様子などの情報を伝え、時に紹介先機関と直接連絡し、調整することが何よりも必要なこととなります。このような作業を通して課題が明確になり、保護者家族への継続的な支援が必要となって、新たに地域に密接した関係（専門）機関との連携が必要となってくることもあります。

いずれにしても保護者家族への十分な説明と保護者家族の納得、その上で両者の間に信頼関係があり、合意の下に紹介されて児童・生徒や保護者家族が関係（専門）機関を訪れた場合、紹介先である関係（専門）機関においても紹介元である学校との協働作業がスムーズに行われ、児童・生徒を取り巻くさまざまな情報を得ることが可能となって、より良い相談や適切な評価が生まれ、包括的な支援が可能となってきます。すべてのケースでこうあるべきですが、先に指摘したようなことがあり、残念ですがまだまだ程遠い現状があります。

地域社会には、精神保健福祉にかかわるさまざまな関係（専門）機関がありますが、紹介元である学校がそれらの関係（専門）機関の専門性や特徴、機能についてよく理解しておくことが大切です。また、これらの関係（専門）機関には多種多様な専門職の人たちがおり、その専門領域や役割、時にはその人柄さえも把握しておくことが大きな財産となります。今日、地域社会には核となり得るセンター機能を有する機関が教育・保健医療・福祉の各分野にはあり、これらの機

関との連携が適切な紹介先の選択のために多くの情報をもたらしてくれます。このためには、日頃から地域の関係（専門）機関との連携が必要であり、その上で、担任や養護教諭などが時に事例検討や勉強会・研究会活動などを通じて、お互いに顔見知りになるような間柄を作る努力をしていくことが望まれます。そして情報の蓄積や連携が一個人のレベルに止まらず学校全体の共有財産となることが大切です。

日頃のこのような活動の中で、児童・生徒やその保護者家族を関係（専門）機関に紹介するだけで学校の役割が終るものではありません。保護者家族の承諾（同意）を得て、積極的に紹介先機関と連絡を取り合い、意見交換をすることで学校のこれまでの支援活動が適切であったか、フィードバックを受けることになり、学校の新たな役割、例えば、デイケア的な役割に気づかされ、従来の教育のあり方にこだわらない、新たな学校教育への期待にも広がっていく機会にもなります。

児童・生徒の心理的あるいは精神的な問題や発達障害についてきめ細かい包括的な支援のあり方を考えるにあたっては、学校保健と地域精神保健・福祉とのネットワークの形成が大切であり、学校における担任や養護教諭、スクールカウンセラーあるいは校医と地域精神保健の中核を担う保健所・保健センター、そして児童相談所や精神保健福祉センター、地域医師会などが連携し、協議や調整する機能を持つておくことが必要となります。そのことによって、多くの専門的なかかわりが期待できるものとなり、児童・生徒やその保護者家族を支えていくことが可能となります。そこには、学校と紹介先の関係（専門）機関との二者間の連携化だけでなく、児童・生徒とその保護者家族を、その当事者のニーズを中心に地域に点在する社会資源を有効につなぐ視点（ソーシャルワークとケースマネジメント）を明確に持って、支援する姿勢が求められています。

4 関係機関（精神保健福祉センター、保健所、診療所・精神病院など）の役割

<精神保健福祉センター>

精神保健福祉法第6条に基づき各都道府県・各政令市に設けられており、精神保健福祉の技術的中核機関として、精神保健福祉に関する技術指導、情報提供、相談、普及啓発などの事業を行っています。また、精神障害者のためのデイケアや通所・入所の社会復帰訓練等を行っているところもあります。

精神疾患についての相談や心理的な相談については、無料の電話相談や面接相談があり精神科医等の専門家と気軽に相談することができ、継続的な治療や相談が期待できます。また、適切な相談機関や医療機関を紹介するとともにどのように利用すればよいか等を分かりやすく教えてもらえます。また、地域によっては、思春期、痴呆老人、アルコール・薬物依存等の特定相談に関して専門のプログラムを用意しています。

<保健所・保健センター>

地域保健法に基づいて、各都道府県、各政令市、各市町村に設けられおり、公衆衛生の第一線機関です。一般的には、身体的な保健衛生の問題を扱うところとして最も身近な行政

機関です。従来は、就学前の母子保健（乳幼児健診等）や成人病等の保健指導が主な活動でしたが、最近では、学齢期の保健活動にも取り組み始めています。

「こころの健康」に関する事柄についても精神保健福祉相談員や精神科医師、保健師等による精神保健福祉相談を行っています。そこでは、精神障害者の社会復帰にかかわる相談や情報提供等を行うとともに、必要な時には保健師による家庭訪問があり、きめ細かい支援が実施されています。

また、管轄する地域内の社会資源である精神科の診療所や病院、あるいは福祉施設、自助グループ等を把握し、これらの社会資源との連携も期待できます。

<診療所・病院>

こころの健康問題について、精神疾患等の治療を行う医療機関として入院設備を有する専門の公立や民間の精神病院あるいは、総合病院があり、また、都市部では、身近な医療機関としてクリニック（診療所）も増えています。これらの医療機関では、専門の精神科医だけではなく、臨床心理士やソーシャルワーカー等のスタッフを擁して熱心に地域精神医療や精神保健活動に取り組んでいるところもあります。

<児童相談所>

児童福祉法に基づき、子供の権利と福祉を守る機関として18歳以下の子供にかかわるあらゆる相談と指導を実施するとともに、子供の福祉にかかわる措置を決定する行政機関です。近年では、いじめや不登校、家庭内暴力や非行等の問題行動、あるいは児童虐待等の養育環境に問題のある場合について介入や保護、そして指導や支援等を行っています。また、子供の発達にかかわる問題についても心理判定をはじめ、医学的診断も行い、総合的に評価するとともに心理的な治療や児童福祉司（ソーシャルワーカー）による指導、児童精神科医の診察治療、一時的な入所指導等幅広く行っています。特に、養護施設や情緒障害短期治療施設等の利用が考えられるような場合は、児童相談所の決定が必要となります。

学校から利用する際に重要な点として、家族の養育上の問題や児童虐待が懸念される場合など児童福祉的な課題が優先する場合には、児童相談所へ紹介する等連携が必要であり、特に児童虐待を疑う場合には通告の義務があります。

<福祉事務所>

福祉事務所は、地域住民のさまざまな福祉的課題に対応するために設置されている行政機関であり、身体・知的・精神の障害者福祉や母子・父子福祉、高齢者福祉、生活保護等について業務を行っています。

<家庭児童相談室（子育て支援センター）>

福祉事務所や市町村の児童課に併設され、心理職や教育職のOB等の相談員が子供や親の

相談にあたっています。2名くらいの非常勤のスタッフが担当していることが多い。

子供の発達や言葉の遅れ、性格・行動、情緒的問題、子育て相談、不登校、児童虐待等多様な相談に応じています。多くの場合、所属する福祉事務所や保健所・保健センター、児童相談所等と連携して支援にあたることが多いところです。

<青少年活動センター>

中学生から30歳までの青少年の健全育成のために設けられた公的な機関ですが、近年では、不登校やひきこりなどの当事者の居場所としての場の提供やグループでの活動をサポートするなど、さまざまな情報の発信基地として地域における青少年活動の拠り所となっています。

その他

- 不登校の親の会、各障害別の家族会
- 不登校の児童の居場所やサークル
- フリースクール・私塾
- ユース協会、YMCA など公益性が高く、児童・生徒の余暇活動に取り組んでいる団体
- 大学の心理クリニック

これらの団体や機関は、主に都市部に集中しているもので、どこでも利用できるとは限らないものです。児童相談所や精神保健福祉センター等が比較的これらの情報を持っていることがあります。

5 地域ネットワークの役割ー学校精神保健と地域精神保健・医療・福祉のネットワークー

児童・生徒の心理的・精神的な問題や発達障害の課題などの解決や支援のためには、学校・教育の枠だけで解決したり、支援できることは少なく、時に医療や保健、福祉の分野における専門機関や専門家の協力なしには困難なことがあります。特に、保護者・家族への支援については地域社会にある社会資源の活用が必要であり、学校や教育の外に支援の輪を広げていくことが大切になります。このためには、教育・保健・福祉にかかわる行政機関はもちろんのこと、それぞれの分野の専門機関・団体がお互いの専門分野や専門性や機能について熟知し、情報を共有できるシステムを構築することが欠かせません。ここに示したネットワーク図はその一例であり、それぞれの地域にある社会資源は恐らくもっと多様であろうし、その地域に適したネットワークを形成することが求められます。しかし、ネットワークの核となる事務局部門については、教育・保健・福祉のどの分野に属する機関・団体であってもよいのですが、マンパワーとソーシャルワークの可能な機関・団体が担当することが望まれます。

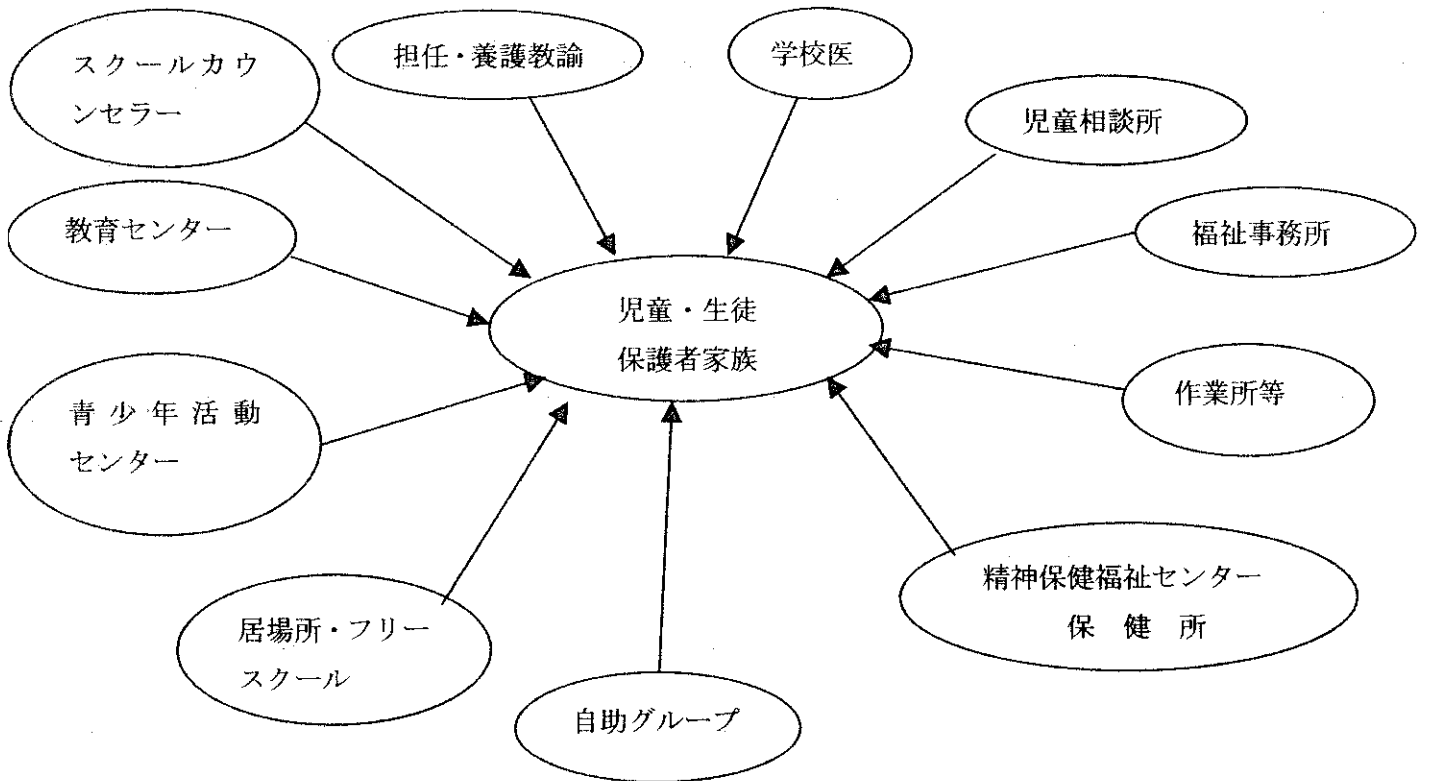
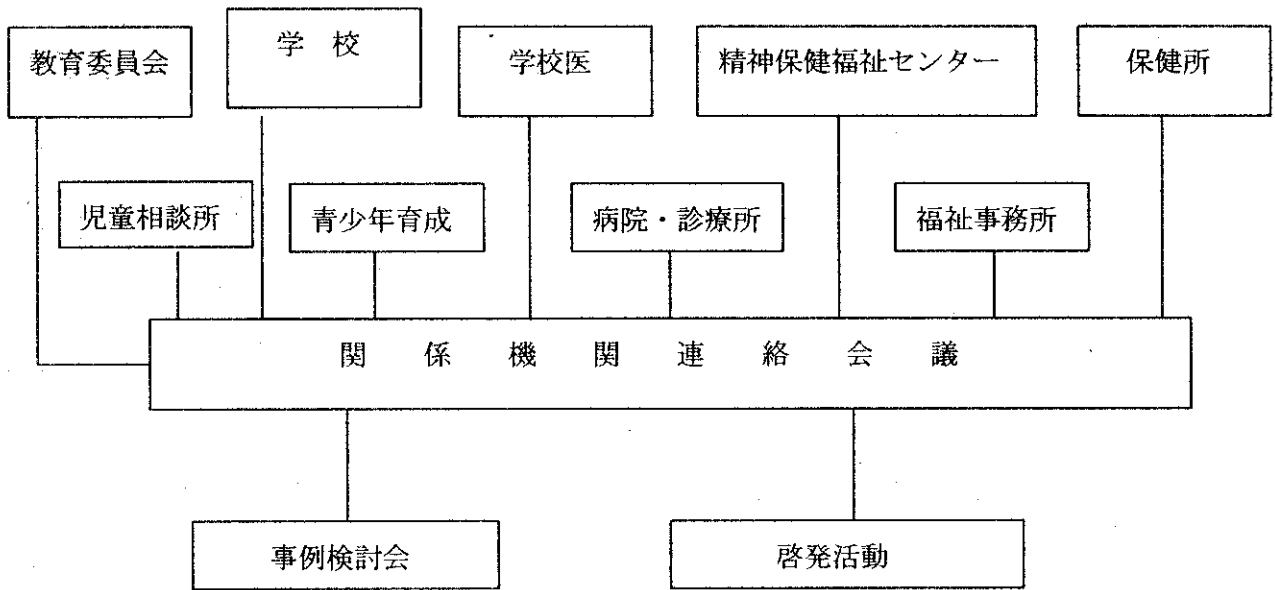
ネットワーク全体の会議などは年に1~2・3回程度の開催でよいでしょうがネットワークに集まる機関・団体や専門家がこのネットワークを活用して地域住民や地域社会への啓発活動などを実施することで、児童・生徒にかかわる精神保健福祉に関する知識の普及を図り、地域社会の精神

保健を豊かにしていくことが望まれます。また、ネットワークに参加する機関・団体や専門家が個別にかかわっている事例などの検討を通して、知識・情報の共有を図るとともに、それぞれの専門性を高め、より一層豊かな支援活動へとすることが期待できます。このような研鑽の場を通してそれぞれの専門家がお互いの専門性を認め合い、言わば顔の見える関係を築くことで、結果としてインフォーマルなネットワークが多く生れ、より迅速に個別事例に即した多彩な支援活動が営まれることが期待できます。

心理的・精神的な問題や発達障害などの課題を抱える児童・生徒やその保護者・家族が利用できる社会資源はエコマップに示したように多種多様ですが、大きくは、教育・保健・医療・福祉の各分野に分けられます。残念ながら、地域によってはここに示したすべての社会資源が揃うとは限りませんし、ところによっては他にも社会資源があるでしょう。しかしながら、中核となるような社会資源、例えば、教育相談センター、や保健所・保健センター、児童相談所などは、その地域社会にあっては比較的身近な機関と言えます。勿論、児童・生徒やその保護者家族が抱えるニーズによって、また相談・支援などの過程によってそれぞれの機関・団体がかかわる比重は異なってくるものです。

(吉村 安隆)

学校精神保健と地域精神保健・医療・福祉のネットワーク



第7章 精神科医療の概要

1 通院医療

精神科医療のほとんどは外来で行われています。精神科というと長期の入院を連想されることが多いが、平成11年の患者調査では、入院患者数約34万人、通院患者数約170万人で通院患者数は、入院患者数の約5倍となっています。最近では、都市部を中心に精神科診療所が増加し、今後ますます通院医療の占める比重が増えていくと推測されます。外来での治療内容は、疾患や病状によって重点の置き方は異なりますが、精神療法と薬物療法との併用が中心です。

精神療法は、医師との対話（問診）により行われ、支持的な対話（問診）が中心で、いわゆる精神分析などを行っている医療機関はきわめて少数です。子どもの場合は、年齢が低いほど言語化が難しいため、家庭や学校での子どもの様子を詳細に把握することが大切で、子どもの行動の様子など診療に時間を要することが多いです。薬物療法では、主に精神安定剤が用いられますが、これは脳神経の伝達を調節するためと考えられています。まだ詳細は明らかにされていませんが、精神疾患の多くは、脳神経系が関与していると考えられているからです。

臨床検査は必ずしも行われるわけではありませんが、必要に応じて、心理テスト、脳波検査、頭部CT・MRI検査などが行われます。脳波検査はてんかんなどの疾患が疑われるとき、頭部CT・MRI検査は、脳の器質的な疾患などが疑われるときに行われます。血液検査は身体疾患の有無の確認や薬物の副作用がないかどうかをチェックする目的などで必要に応じて行われています。

これらの結果を総合して、診断がなされ治療方針がたてられていきます。しかし、一度の診察では診断に至らず、経過観察をしながら診断や治療方針を決めることも少なくありません。

2 入院治療

日本では、児童期青年期のための入院施設は極めて少なく、多くの場合成人と同じ病棟に入院せざるを得ないのが現状です。内科に対して小児科があるように、児童・青年精神科が必要と考えられていますが、いまだに診療科としては認められていません。また、精神科入院患者の多くは、成人といっても中高年～高齢者であり、このため、児童期青年期の入院は極力避けたいというのが一般的な傾向と言えます。もちろん、児童期青年期を専門にする精神科医が少ないこともありますが、仮に専門医がいても病棟環境がふさわしいとはいえないため、できる限り入院という方法をとらずに治療を進めていくことが多いです。そうは言うものの、どうしても入院が必要などきもあり、病棟環境に一定の配慮をしながら、成人と一緒に病室に入院となることもあります。

精神科の場合、入院治療であっても、治療内容そのものは、通院の場合と大きな違いはなく、精神療法と薬物療法が中心となります。しかし、通院治療に比べて、行動観察や時には行動制限が可能で、より正確な診断や治療方針の決定、より病状変化に応じた治療が可能となります。

3 精神保健福祉法における入院

精神科への入院は、小児科などと異なり、精神保健福祉法に基づく入院が行われることが一般的です。精神保健福祉法に基づく入院とは、任意入院、医療保護入院、措置入院、のことです。すなわち本人の同意に基づく任意入院、保護者（親権を行う者など）の同意があるときは、精神障害者でありかつ医療及び保護のため入院の必要があって任意入院が行われる状態にないとき、本人の同意がなくても入院させることができる医療保護入院、精神保健指定医2名の診察の結果、入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めたとときの措置入院です。現在では、約7割が任意入院、約3割が医療保護入院、措置入院は約1%となっています。

したがって、精神科入院においても他科と同様に、本人の同意に基づく入院（任意入院）が基本であり、医療保護入院や措置入院などの強制入院は限定的なものといえます。

4 リハビリテーション

通院治療あるいは入院治療だけではほぼ完全に回復する場合がありますが、精神科においてもリハビリテーションを必要とする場合があります。精神疾患の回復過程の一時期、対人的ストレスを軽減するためにどうしても対人交流を避ける方がよいことが少なくありません。というのは、原因や背景はさまざまであっても、精神疾患の多くは、対人関係などのストレスが過剰になっていることが多く、その結果「人を避ける」「人を巻き込む」「人を攻撃する」など対人関係上の問題として病気が表面化するからです。したがって精神科におけるリハビリテーションの目的のひとつは、対人関係の再構築といってよいでしょう。人は学校でも職場でも何らかの集団に所属することになるので、その準備としてのリハビリテーションが有効です。

精神科リハビリテーションとしては、精神科作業療法、精神科デイケア、集団精神療法社会生活技能訓練などが行われていますが、ほとんどが成人を対象としているため、児童青年期を対象としているリハビリテーション施設は極めて少ないのが現状です。わずかに青年期を対象としたデイケアが行われている程度に過ぎません。したがって、保健室登校などが教室に戻る前段階として、学校においてはリハビリテーション的な役割を果たしている場合もあると言えます。

(山下 俊幸)

第8章 精神保健福祉に関する社会資源の紹介

ここでは、精神に障害のある方のための地域の社会資源について紹介します。特に診断が規定されているわけではありませんが、統合失調症の方で、日常生活や社会生活で一定程度の制限を受ける方の利用が中心となります。

1 社会復帰施設等

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律において、都道府県、市町村、社会福祉法人は、精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、精神障害者社会復帰施設を設置することができます。また、厚生労働省令の定めるところにより、精神障害者居宅生活支援事業を行うことができます。これらの施設や事業については、地域の精神保健福祉センターや保健所・保健センターが詳しい情報を提供してくれます。

<精神障害者生活訓練施設（援護寮）>

居室その他の設備の利用により生活の場を提供するとともに、精神障害者の社会参加に関する専門的知識を持った職員による生活指導を行い、利用者の自立を支援します。

対象者は、入院医療は必要ないが、精神障害のため独立して日常生活を営むことが難しいと思われる方で、共同生活を営める程度であり、精神科デイケア施設、通所授産施設、共同作業所などへ通える程度の方となっています。

<精神障害者授産施設>

相当程度の作業能力を有する精神障害者を対象に、必要な指導及び訓練を行い、自活を支援します。対象者は、雇用されることが難しい精神障害者で、将来、就労を希望される方となっています。入所施設は、住居を確保することが困難であり、多少の介助があれば、日常生活が営める方となっています。

<精神障害者小規模通所授産施設>

相当程度の作業能力がある精神障害者を対象に必要な指導や訓練を行い、自活を支援します。対象者は、雇用されることが困難な精神障害者で将来、就労を希望される方です。

<精神障害者福祉ホーム>

一定程度の自活能力のある精神障害者で、家庭環境、住宅事情などの事由により住宅の確保が困難であるため、現に住居を求めている方に生活の場を提供し、必要な指導を行って社会参加を支援します。対象者は日常生活において介助を必要としない程度に生活習慣が確立している方です。