

Ⅵ. 改めて、不登校の援助を考える

子どもや青年自身へのカウンセリングや精神療法は重要ではあるが、彼らが自分から望むことはそれほど多くはないし、原則は彼ら自身からの問いかけを待つことであろう。それを補うかのように、親からの相談希望は多く、まずは親の相談を受けることが大切になる。親もしばしば孤立無援の状況に陥りやすく、心理的援助が必要となる。親を支えることが、間接的に子どもと青年を支えることになることは少なくない。

前述したように、居場所づくりの大切さは今も変わらず重要であると思う。それも、いくらか形の異なった多様な居場所が必要である。何もなくてもよい場、いるだけでよいという場から、プログラムやスケジュールが決められている場、そして何らかの活動や作業などを行う場などが必要になってくると思う。将来、何らかの仕事に結びつくものも大切である。具体的で明確な作業や仕事は、しばしば彼らの迷いを減らし、思いきって一歩足を踏み出す契機になることがある。

誤解のないように付言しておく、何よりも大切にしたいのは、勉強をしているかどうか、働いているかどうかということよりも、その子どもが少しでもゆとりとゆるいおのの毎日を過ごし、つらく苦しいこともあるけれど、楽しいことやうれしいことも少なくない、と人生を肯定的に捉え、生きられるようになることである。その子どもの1日が、そしてその生活の質が少しでもよいものとなることが大切であり、それについて少しでも援助できればと思う。

しかし、学校に行き、そして仕事を持ち働くということは、いずれは必要となることであり、少し先を見通しておくことは先人の責務でさえある。ましてそれが、その子どもや青年の願いや思いである場合、それを否定することはあってはな

らない不自然なことであり、それに沿った現実的で、具体的な援助が必要になるであろう。

さらに教師などの家庭訪問はもっと大切にされる必要がある。それはかけがえのない仕事なのである。子どもは、直接には教師に会わないことが多いが、母親や父親との会話を漏れ聞いていたり、親に手渡されたプリントにさりげなく目を通してることが多々ある。子どもは、家庭訪問によって外の、そして学校の雰囲気を感じる。そして、いくらか遠くからではあるが自分を心配し気遣ってくれている人があることを知る。そのような意味で、子どもの世界に土足で入るような侵襲的な訪問ではなく、心配をしているという気持ちをそっと伝える訪問は援助的であると思う。

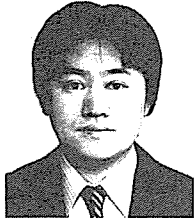
今や不登校の子どもたちやひきこもりの青年たちは、学校や社会からくっきりと浮き上がった存在ではなく、不登校の子どもたちやひきこもりの青年たちに、学校や社会が近づいているという印象を筆者は抱いている。不登校の子どもたちやひきこもりの青年たちを考えるということは、現代の学校とは何か、社会とは何かと考えることであり、不登校の子どもたちやひきこもりの青年たちの援助は、ふつうの子どもや青年たちの自立への援助を考えることでもある。不登校の子どもたちへの援助はとりもなおさず、住みやすい社会づくりでさえあると思うのだが、いかがであろうか。

文 献

- 1) 青木省三: 思春期の心の臨床. 金剛出版, 東京, 2002.
- 2) 傳田健三: 子どものうつ—心の叫び. 講談社, 東京, 2004.
- 3) 杉山登志郎: アスペルガー症候群の現在. こころの科学, 5; 9-21, 2005.
- 4) 高橋脩: アスペルガー症候群・高機能自閉症: 思春期以降における問題行動と対応. 精神科治療学, 19; 1077-1083, 2004.
- 5) 滝川一廣: 家庭のなかの子ども—学校のなかの子ども. 岩波書店, 東京, 1994.

青年精神医学における現在の問題

Recent problems in adolescent psychiatry



野村陽平(写真) 青木省三

Yohei NOMURA and Shozo AOKI

川崎医科大学精神科学教室

◎近年、思春期が早まり青年期がますます延長している。その背景には、情報化の急速な発展、複雑な対人関係が求められる第三次産業の増加、地域共同体の消失と核家族化・少子化傾向などによる、人と人とのコミュニケーション形態の変化がある。そのなかで変容していく青年をみる思春期・青年期精神医学は、いまあらたな理解と対応を求められている。本稿ではとくに広汎性発達障害、児童虐待、気分障害について論じた。広汎性発達障害や児童虐待に関しては、さまざまな状態や疾患の背景に潜んでいるかもしれないという視点、対応におけるコミュニケーション形態の見直し、多領域との連携協力の模索などの必要性がある。また、思春期の“うつ”に関してはその数の多さと表現型の多様さに留意する。対人関係の希薄化や、直接の対人関係の経験が積みにくい社会は、不登校やひきこもりという現象にとどまらず、多大な影響を青年らに与えるものと考えられる。



Key word : 青年精神医学, 思春期・青年期, 広汎性発達障害, 児童虐待, うつ病

思春期とは、第二性徴の発現(成長速度の加速現象の出現)をもってはじまり、長骨骨端線の閉鎖(17~18歳)をもって終わる身体的成長を意味する。それに対して青年期とは、学童期と成人期の中間にあたり、主として精神発達上の時期を意味する。

近年、初潮の出現が早まり、また青年期の終わりが曖昧となり、ますます青年期が延長してきている印象がある。さらに、現在の青年期の特徴といえば、個々人によって大きく異なることであろう。結婚年齢だけを見ても、10代後半で結婚する場合もあれば、30代後半で結婚をする場合もあるが、どちらも特殊ではないのが現代である。短期間のうちに青年期を通過する場合もあれば、長期間青年期にとどまる場合もある。青年期は多様化し、標準的な青年期というものを描きにくい。おそらくこれは青年期だけでなく、現代を生きる人の特徴なのかもしれない。善し悪しの問題ではなく、人の生き方が多様になったのだと思う。

現代の障害と病気、そして悩みと問題

思春期・青年期においては、どこまでを悩みや問題とよび、どこからを障害や病気とよぶかという境界は曖昧である。人生の悩みや問題と、障害や病気は連続線上にあり、精神科医がどのようなものに、どのような形でかかわればよいのかの判断が難しい。

人生の悩みをうつ病にしてしまい、抗うつ薬を処方したのでは精神科医は障害や病気をつくってしまうことになるし、逆にうつ病から生じる悩みを人生の悩みととらえ、精神療法や相談だけで対応していたのでは精神科医として問題があるのはいうまでもない。理論的には簡単なことなのだが、実際の臨床場面で両者を鑑別することは容易ではない。ただ青年を前にして、この青年に必要なのは、精神医学的な治療なのか、それ以外の援助や相談なのかといつも考えることが大切なことだと思う。

思春期・青年期の精神障害

日本の思春期・青年期の精神科臨床は1970年

ごろにはじまり、思春期危機、対人恐怖症、自己臭妄想症、境界例、境界性人格障害、摂食障害など、その時代に特徴的に浮かびあがったものにスポットライトが当てられてきた。この30数年間に蓄積された臨床経験と研究は、いまも多くの示唆を与えてくれている。

思春期にみられる精神障害を経過により分けると、①幼児期・学童期にはじまり思春期に問題となりやすいもの(例：高機能広汎性発達障害、注意欠陥・多動性障害(ADHD)など)、②思春期にはじまり青年期後半になるころにはおさまるもの(例：一部の対人恐怖症、摂食障害、心身症、適応障害など)、③思春期にはじまり青年期を過ぎて持続するもの(例：統合失調症、気分障害など)、と大きく3つに分けられる。歴史的には③がまず研究され、ついで②に移り、現在は①が注目されてきている。思春期・青年期の障害をみると、広汎性発達障害をかならず念頭においておかなければならないのが現代の思春期・青年期臨床であろう。

本稿では紙数にも限りがあり、とくに広汎性発達障害、児童虐待、気分障害(とくにうつ病)の3つを取り上げて論じたい。

1. 広汎性発達障害

広汎性発達障害でも問題となるのは、本来の発達時期である乳幼児期を1歳半健診でも3歳時健診でも“とくに問題なし”として通過したアスペルガー(Asperger)障害や高機能広汎性発達障害(アスペルガー障害と高機能広汎性発達障害の異同については一時期論議もあったが、現時点ではほぼ同じものであろうという見解が大勢となっている)、境界知能などの軽度発達障害(これは医学用語ではなく教育系の用語であるが)の子どもであろう。

アスペルガー障害や高機能広汎性発達障害は、近年わが国の精神医学における診断学体系の見直しが必至なほど重要な疾患概念であり、さまざまな状態や疾患に関連を認め、治療や対応においての報告が急増している。統合失調症、外傷後ストレス障害(PTSD)、解離性障害、パーソナリティ障害などの診断を受けたものの背景に、アスペルガー障害や高機能広汎性発達障害が認められる場合がある。また、アスペルガー障害や高機能広汎

性発達障害の並存障害として気分障害、強迫性障害、解離性障害、性同一性障害など^{1,2)}(もちろん、統合失調症の並存や移行もある)があげられ、また陥りやすい状態として不登校やひきこもりがある。杉山はアスペルガー障害や高機能広汎性発達障害の継続的なフォローアップで、9.1%に不登校が認められたことを報告している¹⁾。

それでは、思春期・青年期に現れる障害や状態の背景にアスペルガー障害や高機能広汎性発達障害を認めたとき、あるいはその可能性を感じたとき、われわれはどのようなことに留意しなければならないのであろうか。

ひとつは、彼らとの話し言葉でのコミュニケーションがしばしば不確かなものとなりやすいことである。治療者の意図したものを彼らが誤って理解していたり、ときにはまったく誤解していることがある。また、逆に彼らが話した言葉の意味と治療者がとらえた言葉の意味が違う場合もある。そして聴覚よりも視覚を通しての理解のほうが得意なことが一般的なので、治療者の考えや意図を簡潔な文字に記すことが誤解を減らすのに役立つことがある。すくなくとも抽象的な言葉、多義的な言葉はコミュニケーションには用いず、明確かつ簡潔で、一義的な言葉を用いるように心がける。患者がどの程度治療者の話を理解できているかを尋ねることも大切である。普通に問診が進んだと思っていた患者に、最後に「どの程度私の言っていたことがわかりましたか」と尋ねると、「半分くらい」と答えたりすることはまれではない。治療者は患者が自分の言葉をどのように、どの程度理解しているかをいつも確かめながら診察を進めていく必要がある。

もうひとつは、しばしばアスペルガー障害や高機能広汎性発達障害の青年は独特の考え方や行動様式をもっている場合が多いことである。治療者と青年が同じ常識という土俵に立っていると考えないで、彼らなりの独特の土俵に立っていると思いい、彼らの土俵のルールを理解しようとするのが大切になる。実際に、学校の規則や社会の法律を守ることに過剰に厳密であるのは、しばしばアスペルガー障害や高機能広汎性発達障害の青年である。“いい加減”とか、“ほどほど”とか、“適当

に”というようなことがきわめて苦手であり、そのような助言は混乱のみをもたらすことにも留意が必要であろう。また、物事を行う手順にも彼らなりの順番や規則があることが多いことや、型にはまったことをするのは得意であるが、不意をつくハプニングはしばしばパニックをもたらすこと、そしてできるだけ先を予測可能にすることが心の安定に必要であることなどにも留意が必要である。

いくらか長くアスペルガー障害や高機能広汎性発達障害の青年への対応について(まだ一部ではあるが)記した。それは、これまでの思春期・青年期の患者への対応といくらか異なった部分があるからである。たとえば、自身を洞察していくような発見的なアプローチや open question は混乱を招きやすく、明確で簡潔な助言を中心とするアプローチや closed question のほうが考えを伝えやすい。われわれは目の前の青年に応じて、open question か closed question か、多義的な言葉か一義的な言葉か、ヒントを出すか答えを出すかなど、コミュニケーションの形を決めなければならない。そういう意味で青年のコミュニケーション能力をできるだけ正確に吟味することが、臨床において求められているものと考える。

付言しておく、虐待やいじめとの関連も大きな問題である。アスペルガー障害や高機能広汎性発達障害は知的に高く、ハンディキャップの存在に気づかれにくいこと、愛着の形成が遅れ、患児の示す非社会的行動に対して“嫉の悪い子”という誤解を招きやすいなどの理由で、アスペルガー障害や高機能広汎性発達障害が虐待の高リスク群となる可能性がある¹⁾。また、知的には高いが、親・同胞も含めてまわりからは理解されにくく、独特の言動やこだわりや被害念慮などの過敏症状から虐待やいじめを受ける対象になりやすい。その体験が強化されると、フラッシュバックによるパニックを起こしたり対人関係を被害的・迫害的にとらえやすくなり、ますます対人関係を悪化させるという悪循環に陥りやすい。

また、青少年事件のなかで、アスペルガー障害や高機能広汎性発達障害、ADHD を有する青少年の割合が少なくないとの指摘³⁾もあり、問題行動を

含めて彼らの特性を中立的に把握する努力を怠らず、精神科医をはじめ、教育・行政・司法の領域が協力して、より適切な教育や支援、そして治療を模索していく必要がある。

2. 児童虐待

ここで述べたいのは、虐待経験の詳細な病歴をとるということではなく、われわれを受診した青年の背景に隠された(現在あるいは過去に)虐待があるのではないかという視点をもつことの大切さである。もちろん過去に虐待の体験があるからといって、かならずしもそれを面接の話題にしたほうがよいとは限らない。忘れられるものであれば忘れてしまったほうがよい場合も少なくない。逆に虐待の話題をきちんと正面から取り上げて話をする必要がある場合があるのも確かである。その意味で、治療者が虐待の話題を取り上げるかどうかは、虐待経験がしだいに勢いをなくしやがては風化していくものであるか、いつまでもありありと心に残るものとしてあるかという判断が重要となる。

児童虐待の多くは子どもの人生のごく早い時期からはじまっていて、子どもの生物学的な成長や人格の形成に影響を及ぼす。それゆえ、さまざまな症状が身体面、行動面、精神・神経面でみられる⁴⁾。そのいくつかの症状が重なって自発的・非自発的にわれわれを受診する。虐待による影響としては、身体的および知的発達への影響、PTSD、対人関係上の問題、感情や感覚の調整障害、自己および他者イメージの問題、さまざまな逸脱行動、および人格の歪みなどがいわれている⁵⁾。しかし、われわれが思春期の子どもをはじめて診ていくときは、いま述べたことを逆にさかのぼる。すなわち、症状から虐待の存在を読み取っていかなければならない。

これまでの研究報告として杉山が、あいち小児保健医療総合センター心療科の外來で診察を行った児童虐待の報告がある⁶⁾。児童虐待症例 231 名に認められた問題として、全体の 53% に何らかの発達障害が認められ、広汎性発達障害が 23%、ADHD が 21% であった。このなかで知的障害を伴うものは少なく、軽度発達障害の存在が虐待の高リスク要因となることを指摘している。また、解

離性障害を併発するものは53%であり、年齢が高くなるほど有意に多くなり、また虐待の重症度にも比例し、とくに性的虐待に関しては90%が解離を併発していたとある。ほかに反応性愛着障害51%、PTSDが34%、非行32%であった。

そして思春期ごろになると、反社会的問題行動(暴力、放火、盗みなど)や浪費、薬物依存などの逸脱行動がめだつようになり、加虐側の養育者たちが反対に被害者となって子どもを受診させることもある。加虐者自身がもともと、あるいは現在も同時に被害者である場合や、加虐者自身が精神遅滞や発達障害⁶⁾、統合失調症、うつ病、不安性障害などで精神科を受診している場合もある。性的虐待を受けた子どもに出現してくる症状として、ほかにうつや不安、自傷行為、自殺企図、摂食障害などがあげられる⁷⁾が、思春期の子どもの約50%は自殺念慮を抱き、50%は自殺企図を行っていたという報告⁸⁾もあり、改めてこの問題の重大さと深刻さを露呈している。

2000年5月に児童虐待防止法が約70年ぶりに制定され、社会的関心も高まっている。行政も含めて現場では奮闘しているが、現実には玉突き式の問題が山積みである。すこしあげると、児童相談所件数の飛躍的な増加に伴う人手不足、担当者の燃え尽き症候群、児童養護施設・情緒障害児短期治療施設・児童自立支援施設のパンク、里親制度の危機⁶⁾、わが国での司法面接の確立の不備、養育者と子ども双方のケアの方法に対する治療者側の認識不足や人手不足などである。

もう一度、臨床現場に戻ろう。過去に虐待を受けたことのある子どもの治療は非常に困難なことが少なくない。治療において一番大切なことは、安全で安心できる対人関係と環境を提供することである。それ抜きに子どもが過去の虐待の傷を癒すことはできない。しかし、この安全で安心できる対人関係と環境を一貫して提供し続けるということが、言うのは簡単であるが、実に難しいものなのである。虐待を受けた子どもは親身になって世話をしようとしてくれる人たちを、これでもかこれでもかと確かめ、しばしばその人たちを疲労困憊させてしまう。

だからこそ、青年の治療と援助は、虐待によつ

て起こってくるさまざまな影響をよく把握し、一対一の関係に埋没することなく、幅広い視点から治療を組み立て、多職種と連携をとりながら粘り強く行う必要がある。そして青年にかかわる大人を支える体制が重要なことはいまでもないのであろう。

3. 気分障害

③のなかでは統合失調症の早期診断・早期治療の話題が取り上げられているが、他の論文に譲る。そして統合失調症の鑑別として、軽度発達障害の存在を視野に入れておくことを再度述べておく。ここでは思春期における“うつ”に留意が必要であることを述べたい。

傳田は質問紙を用いて調査し、13%の小中学生に高い抑うつ傾向を認めたと報告している⁹⁾。これにはいわゆる内因性のうつ病や反応性のうつ状態が混在しているであろうが、放置していると不登校、ひきこもり、自傷行為などに至り、悪循環になることがあるため、注意が必要である。そして、うつ気分を表すとき、“おちこむ”“つらい”というより“むかつく”“いらつく”などイライラ感・焦燥感や不安が前面に出たり、微熱、頭痛、腹痛、嘔気、全身倦怠感などの身体症状が前面に出ることが多い。子どもの気分や行動がある時期から(といっても徐々にではあるが)明らかに変化した場合には、子どものうつ状態を念頭におく必要がある。

また“うつ”の背景には心理・社会的影響、合併障害が考えられる。心理・社会的影響としては、急性のライフイベント、慢性のストレス状況、個人の脆弱性の要因の3つのリスクファクターを考慮する必要がある⁸⁾。外傷的な出来事の影響としては、親との死別、親の離婚や災害などの体験のほかに、虐待の関連も指摘されている。DSM-IVでは青年期のうつ病性障害には破壊的行動障害、不安障害、ADHD、物質関連障害、摂食障害が合併しやすいとしており、ほかに高機能広汎性発達障害との関連も指摘されている。

治療では思春期の“うつ”に対して薬物療法、精神療法のいずれにおいても、その有効性に関する決定的な所見が得られていないのが現状である。それゆえ多面的なアプローチが必要であり、顕著なうつ状態であれば抗うつ薬を中心とした薬

物療法を併用するが、そうでない場合、まずは家族・環境調整と精神療法的アプローチによる“自然回復”を優先し、ときに薬物療法を検討する。

メディアをはじめとする急速な社会変容

現在、日本のみならず世界でインターネット、“ケータイ”、テレビゲームなどのメディアが急速な発展を遂げている。これは人と人とのコミュニケーションの形に大きな変化を与えつつある。“ケータイ”は24時間肌身離さず携帯するメディアであり、直接通話だけではなく、メールを利用して話さずしてコミュニケーションがとれるようになってきている。用件があるときや話したいときに相手と会話するが、話したくないときには出なくてよいし、着信を拒否することさえできる。インターネットと同じく、メールはいつでも送れ、相手はみたいときにみることができる。インターネット上で仮想現実の世界をつくり、その社会のなかで好きな時間にコミュニケーションがとれる。テレビゲームでも仮想の世界を楽しむにはある程度下積みがいり、どんどん高度になっている。24時間リアルタイムで知らないだれかとゲームを楽しんだり、そのゲームに付きあってくれる人がいなくなればコンピュータが相手をしてくれるものもある。望めば、家にいながらにして多くの情報を手に入れることができ、知らないだれかが気持ちを慰めてくれたり賛同してくれたりする世界である。そこにはとうてい今までに知りえなかった世界の広がりがあり、多くの時間とエネルギーを費やすのに値する魅力的なものかもしれない。このインターネット社会は瞬時に情報を手に入れ、瞬時に人とコミュニケーションできるといってきわめて便利で効率的なものではあるが、その結果、人との直接の接触や近い距離の関係が減り、人と人との関係は距離をおいた、対人関係が希薄な社会となる。そのようななかで育っていく子ども、思春期をすごす子どもは、どのような大人になっていくのであろうか。

いままで対面したコミュニケーションの際には不可欠であった、会うまでの時間、道のり、人と会う緊張感や疲労感、そして小さな諍いなどは体験しなくなるが、結果として待つ力や荒々しい言

動に対する打たれ強さなどが育まれる機会が少なくなり、直接に人と交わるという対人技術が身につかなくなる可能性がある。また、道のりのなかで会おう思いもかけない出来事(辞書を引くときに思いもかけず寄り道をして知らない言葉に出会うこともあるが、パソコンだとその言葉に関連したものしか引けず、広がりが少ない)や、言葉や文字だけではわかりえなかった相手のよい面や合わない面がみえてくるという機会が少なくなる。さらに、わが国において進行している地域共同体の消失と核家族化・少子化は、対面する対人関係がいまよりもっと少ない社会へと移行させていく。対人関係が希薄なぶん、人の些細な言動が苦痛な刺激となり、人と会う場面が怖く、生きにくいものとなる。それらが不登校やひきこもりの増加に大きな影響を与えているのは確かであろう。

おわりに

一方で、前述したようなインターネットの世界、疑似体験の世界が急速に肥大し、直接の対人関係が希薄になり、他方で第一次産業、第二次産業が減り、サービス業などのもっとも対人技術を必要とする第三次産業が急速に肥大するなかで、現代の青年は複雑な対人関係のなかに入るか、そこから撤退しひきこもるか二者択一を迫られているように思えてならない。

そういう意味では社会全体がひきこもりを支援するものになりつつあり、とくに複雑な対人関係が苦手な軽度発達障害の青年にとってはひきこもりなどの反応を起こしやすくさせるのではないかと危惧している。教育、福祉、そして精神科臨床においても対人関係を体験できる場を提供することがいっそう重要になってくるが、大きな社会の変動に対応するには、いったいどのような方法があるのであろうか、と考えざるをえない。おそらく、思春期・青年期の精神医学だけでなく、精神医学が、そして人類がはじめて体験する大きな社会の変容のなかに、いま、われわれは生きているのだと思う。

文献

- 1) 杉山登志郎：アスペルガー症候群の現在。そだち

- の科学, 5: 9-21, 2005.
- 2) 吉川 徹, 本城秀次: アスペルガー症候群: 思春期以降における症候と診断. 精神科治療学, 19: 1055-1062, 2004.
 - 3) 藤川洋子: 青年期の高機能自閉症・アスペルガー障害の司法的問題—家庭裁判所における実態調査を中心に. 精神科, 7: 507-511, 2005.
 - 4) 岩田泰子: 児童虐待. 精神医学, 43: 818-830, 2001.
 - 5) 西澤 哲: 子ども虐待がそだちにもたらすもの. そだちの科学, 2: 10-16, 2004.
 - 6) 杉山登志郎: こども虐待は, いま. そだちの科学, 2: 2-9, 2004.
 - 7) 奥山真紀子: 性的虐待へのケアと治療. そだちの科学, 2: 55-61, 2004.
 - 8) 傳田健三: 子どもの「うつ状態」—その心理と生物学. 臨床精神医学, 34: 641-645, 2005.
 - 9) 傳田健三・他: 小・中学生の抑うつ状態に関する調査—Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度(DSRS-C)を用いて. 児童青年精神医学とその近接領域, 45: 424-436, 2004.

* * *

軽度発達障害に対する教育と医療の連携

田中康雄*

抄録 軽度発達障害のある子どもが、生き生きとした学校生活を送るために求められる教育と医療の連携のありかたについて、精神科臨床サービスの視点から検討した。前提として軽度発達障害の特性と、教育現場における特別支援教育を概説した。また、連携の基本的見解を述べ、精神科臨床サービスは、そのコーディネーター役であることを示した。最後に、精神科臨床が教育の現場と連携を取るためには、医療者が教育の現場を知ることであると主張した。

精神科臨床サービス 7:92-96,2007

キーワード：軽度発達障害, 特別支援教育, 連携, 精神科臨床

I. はじめに

現在、学校を舞台にした子どもたちを巡る問題状況は、非行、暴力、いじめ、不登校、中途退学、学校（学級）崩壊、キレる子どもたち、学力低下など、枚挙に遑がない。学校は、1人ひとりの子どもたちの多様な問題状況に苦戦しており、翻ればそれは子どもたちが学校生活を送るうえで苦戦を強いられているということでもある。

本稿では、そのなかでも軽度発達障害のある子どもを対象に、彼らが生き生きと学校生活を送るために求められる精神科臨床サービス、即ち教育と医療の連携のありかたについて、検討する。

II. 学校のなかの軽度発達障害のある子どもたち

1. 軽度発達障害とは

発達障害を誤解なく矛盾なく定義することは、ひじょうに難しい。中枢神経系の機能の偏りを示す、さまざまな名称のある「障害」を包括する概念だからである。鯨岡³⁾は、発達障害を「ひとりの人間の時間軸に沿った成長・変容の過程において、身・知・こころの面に通常とは異なる何らかの負の様相が現れ、しかもそれが一過性に消退せずに、その後の成長・変容になんらかの影響を持続的に及ぼすこと」と定義している。原⁴⁾も発達障害を、発達期に発生する状態像より、支援という観点からみていくことを推奨している。すなわち負の様相への接近を主とする。

杉山⁴⁾は、高機能広汎性発達障害、注意欠陥／多動性障害、学習障害、発達性協調運動障害、軽度の精神遅滞（知的障害）などを、機能的な障害そのものが軽度であるという観点から「軽度発達障害」と包括し、①障害の有無に明確な境界線が

たなか やすお

*北海道大学大学院教育学研究科

[〒060-0811 北海道札幌市北区北11条西7丁目]

表1 軽度発達障害の特徴と子どもと親の思い

主な障害	特徴	子どもの思いの特徴	親の苦悩と特徴
軽度精神遅滞	・IQが50～55から69～70を示し、精神遅滞の85%を占める ・18歳以前に、コミュニケーションや生活全般、余暇の過ごし方など、日常生活を送る上での制限を認める	・「わかる」ということがよくわからない	・漠然とした希望と不安 ・焦りと対応の強制
境界線知能	・IQが70～80(84)を示し、全体の14%を占める ・生活環境に影響を受けやすく、学習の躓きを示しやすい	・「わかる」ということがよくわからない	・明らかな障害のグループに属さないことで、焦りと対応の強制が強い
広汎性発達障害(自閉症・アスペルガー症候群など)	・3歳までに以下の項目が著しく認められることと、感覚(五感)のひじょうな過敏さ 1) 対人交流の質的障害(関わられることを嫌がる。触られることを嫌がる。人との関わりが一方的) 2) コミュニケーションの障害(話し言葉の遅れ、長い期間のオウム返し、絞切り型のセリフ口調、視線の合いにくさ、表情が読めない、ジェスチャーの不足など) 3) 想像力の障害とそれに基づく行動の障害(見立て遊びが苦手、ごっこ遊びが出来ない、文字や標識などへの興味の偏り、車や積み木を一列にならべたがる。予定の変更に弱い、くるくる回る、ぴよんぴよん跳ぶ、手をひらひらさせるなど)	・「わからない!」という恐怖に近い強い不安 ・不安の行動化としてのパニック、あるいは他者を寄せ付けない孤立的態度	・早期の信頼関係樹立が困難 ・理解してもらえないことの憤り ・キビキビしたものの言い方をする方の場合、指示が通りやすいが、硬い印象を与えるため、周囲から「冷たい親、冷静すぎる親」と誤解されやすい
注意欠陥/多動性障害	・7歳までに同年齢の子どもたちと比べて著しい①多動、②注意散漫、③衝動性があらゆる生活場面で認められる	・「わかっている」のに、自己制御不能で、うまく出来ないことのもどかしさ	・常にイライラした関係性 ・周囲から非難を受けやすい ・自責と子への攻撃性
学習障害	・知的な能力そのものに大きな躓きがないにもかかわらず、特定の学習スキルに躓きをもつ①読字障害、②書字障害、③算数障害	・「わからない・出来ない」ことがわかることでのジレンマ	・わからない相手への関わり方にジレンマ
発達性協調運動障害、非言語性学習障害	・運動面の不器用さ、協調運動の拙さを示す ・学校場面では、体育、音楽、算数、国語、休み時間の遊びの場面など、あらゆる場面での過ごしにくさを示す	・「出来ない」ことでの恥ずかしさ	・頑張らせたいが出来ない相手への関わり方にジレンマ
コミュニケーション障害	・表出性、受容性の言語発達の躓き、構音の障害、吃音など	・思いを伝え合えないことでのジレンマと、聞き返しからのイライラ、恥ずかしさ	・思いを受け止めたいが、受け止めきれないことでのジレンマ

引けない連続性をもち、診断が異なりやすい、②障害として認識しにくく、適切な対応を欠きやすく、③そのため二次的に、反応性の情緒的な問題や、精神的な問題を併発しやすい、という課題を述べている。すなわち、機能障害が軽度であることは、負の様相といった生きる上での困難さも軽度であるとは言い難い。

それぞれの障害特性については、成書を参照し

ていただきたいが、ここでは簡単に、それぞれの特性と子ども自身の思い、および親の思いについて表1に示しておく。

2. 軽度発達障害のある子が送る学校生活

学校生活の成否は、学校が求める秩序への順応力による。伊藤²⁾によれば、教師が話をしているときは黙って聞くこと、指示に従うこと、発問に

は挙手をして指名後に答えることなど、学校活動は教師が定めたものを守り、受け入れることを前提にしているという。さらに諸活動は、集団で一斉におこなわれるもので、個人の事情に合わせることは難しい。

表1に示したように、読み書きに困難を示す子どもや、じっとしていること自体がむずかしい子ども、人との関わりが苦手であったり、言葉でのやりとりの出来にくい子どもは、それだけで学校生活を送りにくい。同時に、集団での生活は他者の評価を生む。出来ないことや、失敗したことに、悔しさを恥ずかしさ、努力しても乗り越えられないときの無力感などが生まれやすい。

ライフサイクル的に見ても、一緒に楽しく遊ぶ経験が大切な就学前後、仲間意識が強まる小学3年生前後、周囲からの孤立と自己への内省が強まる中学2年生前後、高校生前後に認められる異性への憧れや己の身の丈への認識、大学に進み自主的に生活することと就労を意識した戸惑いや不安全感など、発達に応じて求められる環境との折り合いや、その時々感情の推移へも、軽度発達障害の存在は、負の様相としての影響を及ぼしやすい。

Ⅲ. 軽度発達障害のある子どもたちに対する学校教育

1. 特別支援教育

戦後の教育制度は、1947年の教育基本法の制定を嚆矢とする。同時に制定された学校教育法で特殊教育条項が規定され、盲・聾・養護学校の義務教育制度が位置づけられた。1948年に盲・聾学校教育の義務制が実施され、1979年になってようやく養護学校教育の義務制が完全実施された。

2001年に再編された文部科学省は、これまでの特殊教育を見直すべく、特別支援教育課を設置した。これが2007年から開始されようとしている「特別支援教育」を生んだ。文部科学省の特殊教育改革のグランド・デザインである特別支援教育は、これまでの特殊教育対象の子どもたちだけでなく、学習障害、注意欠陥/多動性障害、高機

能自閉症などの発達に特性のある子どもたちにまで対象を広げ、その1人ひとりの教育的ニーズを把握して、持てる力を高め、生活上の困り感を払拭するための教育的支援を目指している。

2. 学校現場での受け止めと戸惑い

文部科学省は、障害の種類と程度にのみ注目せず、障害のある生徒1人ひとりの教育的ニーズに対応することを求め、児童生徒の視点に立つことを重視した。対象とする軽度発達障害のある子どもたちが、いわゆる通常学級に在籍している現状に鑑みて、その対応を「緊急かつ重要な課題」と認識していることによる。そのため学校教育の現場に軽度発達障害の(教育的)定義や判断基準が示され、校内での実態把握、専門家チームによる判断が求められるようになった。

すなわち、校内での子どもたちへの気づきと指導の実際に向けては、障害に関する学習や指導内容の研修といった技法的変革だけでなく、学校内の全教師での問題の共有と相互支援、複数の教師による指導体制、外部機関との連絡・連携、個性尊重と学習の個別化という組織的変革、および障害の子どもへの思いや親の思いに沿った心理教育的サービスという、対人関係面での考え方の変革が求められることになる。これは、現場で長く障害児教育に携わってきた教師であっても戸惑いを隠せないという。通常学級の教師の不安や戸惑いは、それ以上であろう。

これは従来の「学校の秩序」を揺るがす転回となる。伊藤²⁾は新しい学校の秩序作りとして、個性尊重と学習の個別化を目指すだけでも、教師、教材の数、教室をはじめとするスペースの確保、カリキュラム開発や授業準備の労力など、大きなコストアップを必要とすると述べている。

しかし、文部科学省の提案は、理念と実施時期の提示であり、具体的には「地方分権下における主体的独創的推進」に依る。コスト面も具体的施策面も、地方が責務を負い、成長に待ったなしの子どもたちに、即時的展開が求められているのが実情であろう。

Ⅳ. 精神科臨床サービスとしての 連携

支援を考えるとときに大切なことは、誰のための支援かを明確にしておくことである。子どもが小さいときは、当然親への支援が第一であり、次第に当事者である子どもへの支援が中心となる。支援を求める人々のニーズに沿った動きに時々刻々と柔軟に対応していくことが望まれる。

軽度発達障害は、子どもたちに対して、周囲の無理解からの叱責や卑下のほか、生きにくさや乏しい充実感、自己評価への傷つきといった事柄を生む。

精神科医療は、子どもたちの心に近づき、辛さを翻訳し、周囲への正しい理解に尽力し、「今の自分を肯定的に捉える」よう関与する。「正しい診断」をすることで、これまでの誤解や批判を解く必要がある。次の「正しい対応」とは、その子にある障害の消失を求めることでも障害の軽減でもなく、障害のあるその子が、自分の力を使って生きることが認められ、励まされ、誉められるよう、環境を整備することである。薬物を使用するときも、薬物で障害が解決するのではなく、使用中により方向へ環境整備を進める対処的効果を期待しているにすぎない。

現実問題、子どもたちは全員が精神科医療の門をくぐるとは限らない。受診することに抵抗感のある子どもたちも少なくない。学校を休んで受診することを拒否する子どももいる。従来の「受診しなければ、対応できない」ではなく、教師や親へ関与し間接的に子どもの今をよい方向に向ける対応も、精神科臨床は担う必要がある。

軽度発達障害のある子どもへの支援として、親の気持ちと、関係者とくに教育現場の関係者の気持ちを斟酌する必要もある。表1に示したように、子どもに寄り添う親は、子どもの現状に戸惑い、将来への不安を抱きつつ関わっている。教師も、特別支援教育という制度とは別に、子どもの成長を願い関わっている。しかし、子どもと彼らの間

にある「軽度発達障害」という存在は関わりの難しさを生み、時にそれは、相互の信頼感を壊すことにもなりかねない。

育児と教育ほど、対応・関与の成果の是非が目に見えにくく、計りかねるものはない。概してうまくいかないときに、われわれは、関与した人を責める。子どものよき成長を願う親と教師が、つまりいた子どもを真ん中にして、責任を追及しあう、非難しあうという場面を、筆者は直接・間接的に見てきた。このとき精神科臨床は、第三者的に冷静に子どもの様子を両者に伝えることを役割とする。子どもの行動を、障害特性と、その子の性分から仮定し、翻訳して両者に伝えることが求められる。その際、関与者は、皆がよかれと思って関わっているということを尊重し、関わる者に対して責めないことが肝心である。

現場に軽度発達障害の(教育的)定義や判断基準が示され、校内での実態把握、専門家チームによる判断が求められることは、具体的かつ正鵠を射た支援になる可能性を示している一方で、教育現場の医療化という危惧を抱く。昨今は親へ「診断があれば、特別な支援が出来るので、診断してもらってきてほしい」と現場が要請することがあると聞く。親(あるいは子ども)が期待しているのは、早期からの継続した支援である。診断は、ひとつの関与の方向性を示唆するヒントであり、絶対的なものではない。また同じ診断名であっても、個別の支援内容は異なる。求めているのは、単純に診断名を付けることでなく、その障害とともに生きる上での苦勞の共有と労い、知恵と工夫の提案である。

また精神科臨床は、障害のある子どもの親の心情を教師に伝える必要もある。

一般に親は、発達になにかしら不安のあるわが子を前に、知らず知らずに自分を責め、夫婦の意見が食い違い、葛藤が生じやすいなかで生活をしている。診断がついたことで、この課題が消滅することはない。周囲に子どもの障害を隠したいと思うこともある。障害を説明したところで、必ずしも理解が得られない状況が予測されると、説明

することも避けるようになることもあるだろう。発達障害は、いつか消滅するものではなく、あるいは終結する刻はない。親は慢性的な悲哀感を、繰り返し抱き続ける。精神科臨床が向き合うのは障害ではなく、障害のある子どもたちと、その子の育ちを願う親である。

軽度発達障害のある子どもへの対応の成果が見えにくいために「連携」は重要な役割を持つ。

連携は、成果が見えずにひとりで立ち往生したときには、「関わりの困難性」を打破するために、「関わりの哲学の相違」が生じたときには、他者とはよい折り合いをつけるために、求められる。田中⁵⁾は「連携」とは、「複数の者（機関）が、対等な立場での対応を求めて、同じ目的を持ち、連絡をとりながら、協力し合い、それぞれの者（機関の専門性）の役割を遂行する。そして実は対等に近い関係が成立した時点で、多くの課題は透明化し、専門性の役割に包含される」と定義した。特に1人で関与、支援するうえでの孤立感や無力感、あるいは非力感に追いつめられたときに、支援者もまた支援を必要とするものである。このときの切迫した希求が「連携を求める思い」となる。他分野機関との連携とは、切磋琢磨や役割の明確な分担作業だけでなく、支援者のメンタルヘルスの定期点検にも一役買っている。この視点で連携をコーディネートするのが、精神科臨床である。

V. おわりに一さらなる課題

精神科臨床が、教育の現場と連携を取るためには、医療者が教育の現場を知ること尽きる。啓蒙や研修、あるいは事例検討をする以前の課題は、われわれ臨床に携わる者が、白衣を脱いで街に出ることが出来るかどうかである。

文 献

- 1) 原仁：医学からみた発達障害者支援法。原仁編：発達障害医学の進歩 18。診断と治療社，東京，p.79-86，2006。

- 2) 伊藤茂樹：学校の秩序のゆらぎ。荻谷剛彦，志水宏吉編：学校臨床社会学—「教育問題」をどう考えるか—。放送大学教育振興会，東京，p.92-105，2003。
- 3) 鯨岡峻：発達障害の概念とその支援のあり方を考える。教育と医学，630；1128-1136，2005。
- 4) 杉山登志郎：軽度発達障害。発達障害研究，21；241-251，2000。
- 5) 田中康雄：地域支援連携の立場から。発達障害研究，27；108-110，2005。

参考文献

- 田中康雄：軽度発達障害のある子のライフサイクルに合わせた理解と対応。学研，東京，2006。

臨床セミ

発達障害児への心理的援助

編集 鶴 光代 (秋田大学)

第2回

発達障害の医学的概論(1)

——軽くとも生き難い子ら

田中康雄 (北海道大学大学院)

I 生き難い子どもたち

幼稚園に通うA君。定時に自宅付近にやってくるお迎えバスに、なにかの都合で乗り遅れると、両親のいずれかが送っていかねばならなくなる。するとA君は、バスでの登園では見る事のない混乱を示し、下駄箱からスマイレ学級に入るまで、何度も足踏みをして、泣きそうになる。一日、まったく調子がつかめないと担当保育士さんはいう。

A君は、普段から保育士さんから適切でわかりやすい絵や写真を使った提示による指示や、すでに3カ月も体験し続けているお決まりの行動(自分の帽子と上着を壁に掛け、席に着いて鞆からなかよし手帳を取り出して、保育士さんからもらったシールを今日の日付に貼る作業)については、全く混乱することなくきばきできる。A君が困るとしたら、隣のB君が先にシールを取ってしまったときか、席に着く前に、保育士さんが朝のご挨拶をしてしまったときだけである。それも最近、皆が慣れてくれ、A君は混乱することが少なくなった。

保育士さんたちは、3週間後に控えている運動会について、入念に作戦を立てている。この作戦次第で、A君の参加する運動会は天国か地獄にな

ることを、保育士さんたちは、皆知っている。できればバスに乗り遅れることのないことを、いつも祈っている。

幼稚園に行こうとすると、朝自宅で吐いてしまうC君。入園当時から、雰囲気馴染みにくく、帰ってくるとぐったりしていた。園ではいつも泣いていた。そのたびに、保育士さんとお友だちに囲まれ、「どうしたの!」、「どうして泣いているの?」、「静かにしてね」とあちこちから声が飛び、C君の泣き声もどんとエスカレートしていく。皆、諦めて離れていく。急に皆がやってきて、急に去っていく。C君は、まだ泣いている。お昼寝の時間も、なかなか横になれないでいると、隣のお友だちに体を押しさえられてしまった。保育士さんは、仲良く寝ようね、と話しかけるだけで助けてくれない。C君は、ここでもまた泣いてしまった。朝、自宅で吐くと、お休みになる。C君は家で少しずつ元気を取り戻してきた。でも、幼稚園の鞆を見ると、顔がこわばり、朝になると、やはり吐いてしまう。

小学校1年生のD君。教室で自分勝手に独り言を言っただけは授業を妨害する、注意すると教室から出て行ってしまう。入学時からこうした心配な言

動は幼稚園から申し送りされており、学校長は母親同伴の登下校、授業中はそばについていることをお願いし、その条件のもとでの入学となった。D君は、鉛筆を両手にもって、飛行機に見立てて、衝突させたり、攻撃し合ったりして遊んでいた。授業中である。D君の「ドキューン」、「ダダダダッ」という声が教室にこだましている。担任は聞こえないような素振りで授業を進めている。2、3度D君が担任に指名された。D君は鉛筆を両手に持って空中で動かしながら、正解を答えた。漢字を書くときになると、突然D君は素早くノートを開き、驚くような早さで書き写した。そして一番に挙手をした。しばらくその挙手は認められることなく、漢字のひとつひとつの説明が担任からなされていった。しばらくして、D君は手を下ろして、また鉛筆2本で遊び始め、そして教室を出て行った。時計の針は終了の時刻を示していた。見学していた私は、そこで、この学校がノーチャイム制の学校であることを知った。担任は時間を過ぎて漢字の説明を2つほどして、「おしまいです」と告げた。5分以上が過ぎていた。

小学校5年生のクラスに訪問したとき、担任が板書した文字をすべてひらがなにして、ノートを乱雑に書いていたE君がいた。表情が豊かで、目が輝いている少年だった。ノートに文字を書くときに、すこし口をへの字に曲げながら、頑張っ書き続けていた。私は、彼の氏名を確認し、廊下に貼ってある作文から彼の作文を探した。何度も消した跡のある作文用紙に、一文字だけ漢字が書かれていた。「佑とう」とE君は書いていた。あとはすべてひらがなで書かれていた作文である。E君の本当の名字は、「佐藤」という。

休み時間に担任に、佐藤君は漢字で書くのが苦手なのですかね、と尋ねた。担任は「とてもしっかりした生徒で、質問も返答もりっぱなのに、どうしてもひらがなで書いてしまうのです。面倒なのでしょうね」と、残念そうに答えた。

小学6年生の女の子のクラスに見学に行った。母親から中学選択の参考にしたいので、ぜひ様子を見てほしいという依頼があったからだ。F子ちゃんは、正面の一番後ろの席にいた。隣には、ボランティアの女性が補助としてそばについていた。私はF子ちゃんとは、外来で何度かあったことがある。私を見かけてすぐにF子ちゃんは「こんにちは」ときちんと挨拶してくれた。

算数の授業、F子ちゃんは担任の話をよく聞き、黒板の数字をノートに書き込んでいた。簡単な計算はよくできる。ある生徒が前に出て、黒板の問題に取り組んだとき、F子ちゃんは「あせらないこと」と声をかけた。やや緊張した場面が柔らかくなった。所定の時間が過ぎ、F子ちゃんはいち早くノートを片づけ、姿勢を直し小声で「おしまいです」と何度か唱えた。ようやく先生は「はい、きょうはここまで、おしまいです」と言ったとき、F子ちゃんは笑顔で「おしまいです」と声を上げ、弾むように教室を出て行った。

授業中、どちらかという、やや騒々しいクラスという印象ではあった。教室を飛び出してしまう男子生徒が数名いた。F子ちゃんはずっと前を向いて、きちんと授業を受けていた。

II 発達障害

発達障害それぞれの特性については、専門書や診断基準を参考にさせていただきたい。鯨岡(2005)は「一人の人間の時間軸に沿った成長・変容の過程において、身・知・こころの面に通常とは異なる何らかの負の様相が現れ、しかもそれが一過性に消退せずに、その後の成長・変容になんらかの影響を持続的に及ぼすこと」と定義している。表1は、発達障害全体の見取り図として、発生頻度とその障害に関連した課題を示したものである。

冒頭に登場してもらった子どもたちにある障害として、本論で扱う「軽度発達障害」とは、発達障害のなかでもその発達の躓きが軽微で、周囲から認められにくいと言われている(表2)。実際に集団場面に短時間しか参加しないと、確認でき

表1 発達障害の内容と出現率 (Kurtz LA, Dowrick PW, Levy SE et al (1996) 引用一部改変)

障害名	出現率	関連する障害
脳性麻痺	0.5%	精神遅滞, 聴覚・視覚障害
聴覚障害	1% (重度例は0.2%)	精神遅滞, 視覚障害, 過活動, 言語発達障害
視覚障害	斜視 2%, 視力障害 0.06%	精神遅滞 (48~75%)
精神遅滞	2.5%	脳性麻痺, 聴覚・視覚障害, 広汎性発達障害, 注意欠陥/多動性障害, てんかん, 言語発達障害
コミュニケーション障害 (表出・受容言語発達障害)	3~10%	
広汎性発達障害	0.6~1.2%	精神遅滞 (40~66%), 行動障害
注意欠陥/多動性障害	3~10%	学習障害 (50~60%)
学習障害	2~10%	言語発達障害 (70~80%), 運動能力障害, 行動障害
運動能力障害	2~6%	言語発達障害, 音韻障害
行動障害	2~15%	学習不振, 自尊心の低下, 事故に遭いやすい, 薬物・アルコール・性行為依存など

表2 軽度発達障害の特徴と生じやすい誤解

軽度発達障害	特徴	誤解
広汎性発達障害 (自閉症, アスペルガー症候群などの総称) ・自閉症スペクトラムとも呼ばれる ・IQが70以上を高機能という	1) 関わり合いの拒否 (社会性の障害) 2) 言葉・雰囲気の様子と取りがうまくいかない (コミュニケーションの障害) 3) 本来の遊びかたができない, こだわり (想像力の障害), 同じ行動の繰り返し (行動の障害)	保護者への批判 人との関わりが取れないのは, 愛情をもって育てられていないから 言葉かけや関わりが希薄, 大切にされていない 子どもへの批判 わがまま, 自分勝手
注意欠陥多動性障害 (ADHD)	1) 多動 2) 注意散漫・不注意 3) 衝動性	保護者への批判 社会的ルールなどきちんと躰けていない 子どもへの批判 わがまま, 自分勝手
学習障害 (LD)	読み, 書字, 算数 (計算) などの学習能力が, 年齢, 知能レベル, 受けている教育により, 期待できる程度よりも低い状態	保護者への批判 日頃の学習指導をしていない 子どもへの批判 やる気がない
発達性協調運動障害	協調運動の発達が, 年齢, 知能レベルに比べ劣る, 粗大運動の遅れ, 不器用	保護者への批判 手をかけていない 子どもへの批判 やる気がない

ないこともある。そもそも、正常範囲とそこからの逸脱を判定する基準は、常に不明確さをもっている。われわれはおおよそ以下の4つの物差しで測定しようとする。

- 1) 平均基準：血圧や血糖値のような常識的、平均的な範囲を正常と呼ぶ。しかし、実際には、境界線は曖昧で、絶対的、客観的とは言い難い。
- 2) 発達基準：時間的変化を組み入れた平均基準である。何歳なら身長はどの程度を基準とするか、という視点である。これも例外や幅があり、時間の停滞と急激な変化という個体差の進度までは測

れない。

- 3) 価値基準：例えば美的基準など、周囲の評価という曖昧な視点からの評価である。イメージの善し悪しともなりやすく、個人的な価値観や時代的影響も関与しやすい。
- 4) 社会基準：いわゆる社会的思想や哲学、主義主張といった相対的視点によるので、不均衡で共有しにくい評価になりやすい。

軽度発達障害は、平均基準からみても、常に境界線上に位置しやすく、発達の時間軸のなかで、ひじょうな変化を見せる部分もある。そのため、

周囲の関わりによって生じた言動と判断されやすいという弊害もある。また、個々の価値観から曖昧になりやすい基準線を持ちやすく、時に時代的、社会的価値観によって、大きく評価が割れることにもなりやすい。冒頭に登場した子どもたちのように、それぞれの特性は環境に左右されやすいという点も否定できない。

しかし、その一方で「佑とう」と書く「佐藤」君のように、人知れず生き難さを抱え込んでいることも、事実である。周囲と折り合いをつけ、周囲に合わせて生きること（これを適応と称する場合もある）を求められる。求められるように変容していくなら、その個は生き難さを感じることはない。実際そうした生き難さに無縁で生きることのできた少女のエピソード（黒柳, 1981）もある（同時にそこに、生きることを支える人の絶対的存在の意義が強調されるべきである）。

障害のある子どもたちは、二重の意味での生き難さを抱えているといえよう。ひとつは、その障害からの脱却あるいは克服、あるいは障害のない側への接近という課題を、障害のある子どもたちは突きつけられてきた。個が抱えて解決していくものとする視点である。もうひとつは、障害ということで、「同じではない」という観点に陥りやすく、不便という技術的な問題よりも、不幸という情緒的な課題に晒されやすいということである。前者は、自己責任論への傾斜を、後者は差異感の浮上を意味するように思われる（図1）。

発達障害とは日常生活場面での「生き難さ」についての評価を棚上げしたうえで、医学的に「機能」や「能力」に対して下された評価からなる。さらに軽度発達障害という表現は、あたかも発達の躰が軽い（だから、良い）と評価されがちである。ここで評価された点は、躰の機能であり、能力であり、それが軽い躰である、という理解である。あくまでも障害のある世界のなかでの話になるのであるが。

しかし、実際は生活全てのなかでの生き難さが問題となっており、そこに生じる心の問題や社会

・軽度発達障害は、見えにくく認めにくい障害は「差異」として評価されやすい
 ・障害に非ず（非障害）と誤解されやすく
 ・「平等」で薄めようとしても消えない差異は、私事あるいは自己の課題（家族単位の課題）とされてきた



・自己責任論へ向かう（批判、非難、根性論、しつけ論、愛情論へ）
 ・追いつめられ「自尊心」は傷つき、「自己評価」は低下する
 ・この時点で対等性はない

・診断がつくと、差異が障害になる
 ・障害は距離を置いて支援すると位置づけられる
 ・障害と見なされた時点で、対等性を失う
 ・この時点で対等性はない

図1 対等性の困難さに潜む差異と障害、差異観と障害観

のなかで育つことの躰が問われる、ということに疑いはないであろう。そして、これは、多くの家族が述べているように、きょうだいの問題、家族の問題、地域の問題という拡がりをもつもので、その意味からも（軽度）発達障害とは、医学の守備範囲を遙かに超えた、学際的な課題といえる。

花崎（1993）は、すでに「差異を認めあい、多様性を社会の資源とする思想と文化」を必要条件としていると看破し、そのための「共生のモラル」、
 「共生の哲学」の必要性を強く説いていた。

Ⅲ 支援を阻むもの

特別支援教育は、医学的見地を活用した教育現場の対応を求めるという、これまでにない展開を示そうとしている。その大きな後押しをしたのが、軽度発達障害という世界である。

特別支援教育が示そうとしている点と抱えている課題については、すでに山崎（2005）により精緻に考察されている。そして、ここでも課題にあるのは、医学的課題よりも、障害観であり、障害のある人たちの権利の行方であり、差別や人権、あるいは人間の尊厳性と倫理観といった部分に言及されていた。おそらく、今後、障害に対する援助を論じるときは、常に包括的、学際的視点が要

求されるだろう。

ここで、われわれが、2001年から2004年にかけて行った「軽度発達障害における親と関係者間の連携」についての結果を簡単に報告しておきたい(田中, 2004)。

軽度発達障害(主に注意欠陥/多動性障害)のある子どもたちの自助あるいは支援グループの現状と課題について、アンケート調査を行い、総数485名からの返答を統計的に検討した。

ここでは、支援グループの参加状況と、相互に「連携」が取れていると思えているか否かという点に絞って報告する。

支援グループの参加状況であるが、積極的な参加者の過半数は親であり、消極的な参加者の約半数は保育・教育関係者であった。一方、支援グループに対する満足度では、親が満足と不満に二極化を示し、消極的な参加が過半数を超える保育・教育関係者の満足度は高く、親の満足度との違いに有意な差を認めた。

図2は、連携の認識について示した。それによると、親は、関係機関と良好な連携が取れているとは評価していないことがわかる。一方、関係機関は、親と比較的良好な連携が取れていると評価しがちで、一方関係機関どうしは、それほど良好な連携が取れているとは評価していなかったという結果を得た。連携の実際の難しさが読みとれよう。

実際の支援は、機能・能力面へのアプローチと、情緒面の育ちにある。しかし、いずれの働きかけも、子どもを真ん中においた状況で、相互補完的、補償的に行われたいけない。単純にハウツウ的、あるいはマニュアル的対応が奏功することではない。

田中(2005a)は、障害が顕在化される過程は、その個のもつ脆弱性と社会環境的要因という二つの因子の絡み合いからなると考えている。そのうえで、支援を検討するならば、子どもと親、親と教師あるいは保育士、子どもと教師あるいは保育士といった二者関係および、両親の関係、きょう

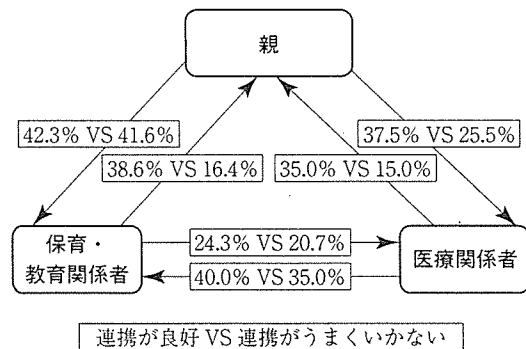


図2 連携の認識

だいの関係、教師や保育士の現場における関係など、多層な関係性に注目する必要があると考える。

表3は、子どもに対する支援の必要性を誰が最初に気づいたか、さらにそれはどのような拡がりをもつのかを示したものである。これは、私の狭い現場主義から得た経験的感覚である。私は、いつまでもそこにいる人の偶然性から、良くも悪くもなるという展開を阻止したいと思っている。

IV 心理的援助者について

そこで、求められるのが、仲介者、翻訳者としての心理的援助者である。この役割は、自らを黒衣として相手に光をあてる、あるいは相手を主体的に舞台に登場させるという点にある。

図3は、教師・保育士と親との橋渡しを担う心理的援助者の役割を示したものである。ここでの援助者の構えは、親を日常の子育てに力を注いだ護り人としての専門家であると規定すること、教師や保育士は、関わりの難しい子どもに対して、個と集団のバランスを取ることに腐心した専門家であるとし、彼らの存在を尊重する、という態度である。

軽度発達障害は、まずもって理解することが難しく、障害として気づきにくい面を持っている。そのため、子ども本人や周囲の関係者が互いに批判しがちになる。連携の難しさと重なる点である。私の個人的な経験による多職種連携のコツを記しておく(田中, 2005b)。

表3 連携のタイプによる課題

誰が気づくか?	養育者の気づき	現場担当者	担当者以外	医療・相談機関が動く
現場の動き	持ちかけられた機関の対応力が問われる	現場, 相談機関への照会・相談・連絡が遅れる 基本的に抱え込みやすく, ギリギリまで頑張ろうとする	担当者への相談・連絡が遅れやすい	現場への連絡が迅速
課題	養育者の心理状況が常に安定しているとは言いがたい うまくいくと成果は大きい が、躓くと養育者に及ぼす心理的な傷は深く、長く後遺症(失望や後悔)を残す	活動自体が、時間的制約を受けやすい 時に善意だけの誤解(努力あるところに問題が解決する、愛情はすべてを凌駕するなど)から展開してしまうという危険性もある	担当者に働きかけることにも困難性がある 時に担当者とはさまざまな衝突を生むこともある	養育者の思いと常に一致した思いではない 時に医療的情報が周囲を傷つけ、理想的対応の追求が周囲を追い詰めるという危険性もある
結果	一期一会的になりやすく汎化しにくい	うまくいくと現場組織に一定のシステムが形成されるが、躓くと気づいた人に与える挫折感が大きい		うまくいくと現場組織に一定のシステムが形成されるが、躓くと相互不信感という長い間を生みやすい
心理的援助者の配慮	養育者の気づきに焦点をあてる、役割を別にもってもらい、適宜支援して中心に置かない	担当者の力量を評価、学校になくはない存在にする。学校長か教頭をうまく巻き込む、だめなら無視して進める、周囲の同意者を離さない		医療側の意識改革、出て歩くことの意義を学ぶ、子どもたちの生活の場所を重視する、学校長か教頭を味方にする、周囲の同意者を離さない

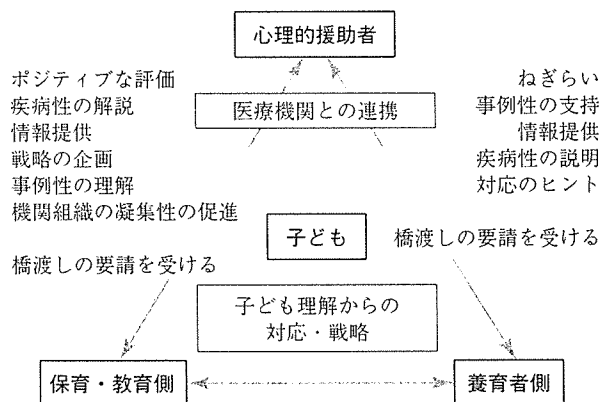


図3 心理的援助者の役割

- ⑤関係者の助け合い・支え合いは、保護者と子どもを支える基になると考えておく
- ⑥それぞれの専門性を尊重し、尊敬する
- ⑦最も大切にしたいのは、子どもの「今の心」であり、「未来へ向かう育ち」である

関わる人々も、成長する必要がある、実際に成長している。ただし、成長は、それを認める人がいないと確認されないで終わる。心理的援助者は、その成長を確認し、相手に返す役割をもつことである。鯨岡(2005)は、広義の養育関係(これを育てる一育てられる関係と称しているが)の中で、子どもも周囲の大人も多大に人として成長・変容していくと述べている。宮崎(2004)も支援や教育を唱える専門家が、障害や発達に関与しながら、その子の内面や思いや願いをくみ取ろうとしていない点を追求している。田中(2005a)は、支援という行為に潜む「支援する側」と「支援される側」という不平等性からなるパターンリズムの可能性を示唆した。実は鯨岡(2005)の指摘する「育てる一育てられる関係」とは、常に役割の相互入れ替えのある関係性からなっており、常に立場の対等性を

- ①互いの職場に足を運ぶ。そこここの仕事の内容・職場の雰囲気・大変さに身と心を寄せ、できるだけ理解しておく
- ②ここで自分が、この仕事に就いた場合を想定してみる
- ③話をするときには、それぞれの職場での専門用語を使用しないように注意し、できるだけ日常のことばでのやり取りを心がける
- ④出会ったときには「ご苦労様。お互い、大変ですね」と声をかけ、相手をねぎらうことを忘れない。くれぐれも、苦言・提言からは会話を始めない

欠きながらも、だからこそ関係性が重視されるべきなのである。

発達障害のある子の親がわが子に寄り添い生きていく時、子どもと親との関係性が、あるいは親が子どもであったときの親との関係性がさまざまな変遷の中で浮上してくるわけである。

そのような意味で、心理的援助者は、常に相手に対して一期一会としての出会いと、支援の授受をし続けることになる。互いの価値観、子ども観、障害観などを斟酌しつつ、己のそれらとの対話を重ね、関係性に関与することになる。本論のテーマである「生き難い」という言葉こそ、関係性の中に生まれる思いとはいえないだろうか。

V おわりに

軽度発達障害における特別な策は、あるといえはあり、ないといえはない。ふざけているつもりはない。発達と関係性を吟味することは、発達障害の専売特許ではないという強い思いが、消えないからである。

心理的援助という言葉に潜む「魅力」に惑わされずに、冷静に黒衣としての役割を遂行することが、いかに難しいかは言わずもがなであろう。自らの動きを吟味しながら、そこに生じる関係性に関与するためには、第三者の目でその状況を観察するという鍛錬が求められる。これも、なにを今

さらということになろうが、「関与しながらの観察」(Sullivan HS, 1954)という援助者の基本的視点を強調したに過ぎない。

文 献

- 花崎皋平 (1993) アイデンティティと共生の哲学. 筑摩書房.
- 鯨岡峻 (2005) 発達障害の概念とその支援のあり方を考える. 教育と医学, 630; 1128-1136.
- 黒柳徹子 (1981) 窓ぎわのトットちゃん. 講談社.
- Kurtz LA, Dowrick PW, Levy SE, Batshaw ML (Eds.) (1996) Handbook of Developmental Disabilities: Resources for interdisciplinary care. Aspen Publisher, pp.4-10.
- 宮崎隆太郎 (2004) 増やされる障害児—「LD・ADHDと特別支援教育」の本質. 明石書店.
- Sullivan HS (1954) The Psychiatric Interview. Norton, New York. (中井久夫, 松川周悟, 秋山剛ほか訳 (1986) 精神医学的面接. みすず書房.)
- 田中康雄 (2004) 注意欠陥/多動性障害の地域治療. 支援システム—それぞれの立場における対応策について. (主任研究者; 齋藤万比古. 注意欠陥/多動性障害の総合的研究評価と臨床的実証研究 [厚生労働省精神/神経疾患研究委託費].)
- 田中康雄 (2005a) 発達障害の支援の向こう側—発達障害支援論序説. 教育と医学, 630; 1137-1145.
- 田中康雄 (2005b) ライフサイクルに沿った理解と対応—軽度発達障害のある子どもたちを「仮に」理解して, 「実際に」支援するために (仮題). 学研.
- 山崎晃資 (2005) なぜいま特別支援教育なのか. 児童心理, 825; 2-12.

10歳のころ——世界がひらかれるとき 特集

発達障害を抱えながら越える 10 歳の節目

田中康雄*

I はじめに

10歳の節目、あるいは9歳の壁とは、一般に、学習面や言語面の発達の目処が立つ時期、あるいは「しつけ」といった生活習慣を身につけさせる最後のチャンスと理解されている。

経験的にも10歳前後は、子どもの心身変化の転回点といった印象が強い。

もっとも人間性に富んだ児童心理学者のひとり、Gesell A (1946)によると、10歳は隠れている未来を暗示する時期であるという。

すなわち、行動、品行、家族に対する態度などはいっそうよく調節され、社会の情報やだんだんと多くなる概念や偏見や善悪に対して、特に感受性が強い時期でもあるという。また、自分の家族よりも自らの集団やクラブを尊重し、他人のなかで個性をはっきりと認識する時期でもあるという。さらに、個人差がより明確になる時期でもあり、さまざまな才能の萌芽を示すときでもある。加えて自分と他人に対して、批判的になりつつ、忠誠を示すときでもあるという。異性への関心は

まだ乏しい反面、同性の親密さが目立つ時期でもある。

10歳という年齢をステレオタイプに切り分けるつもりはない。しかし、臨床場面では、確かにこの時期、早くは小学校の3年生後半から5年生前半において、子どもの様子に変化を感じるものが少なくない。本論では、発達障害、特に軽度発達障害について論じ、次に発達障害のある子どもたちの心身変化として、10歳前後の様子を素描してみたい。

II 発達障害とは

最初に、ここで触れる子どもたちにある一つの形態である「発達障害」について、私論的に説明しておきたい。「発達障害」という言葉は一見自明のようでありながら、あまり明確に定義されたものになっていない。一般には、発達障害を「発達過程が初期の段階で何らかの原因によって阻害され、認知、言語、社会性、運動などの機能の獲得が障害された状態」と説明していると思われる。

Child with Developmental Disorders and a Turning Point of 10 Years Old

* 北海道大学大学院教育学研究科附属子ども発達臨床研究センター, Yasuo Tanaka : Research & Clinical Center for Child Development, Graduate School of Education, Hokkaido University