

MOTHER
AND CHILD
WELLBEING
AROUND THE WORLD

VOL.77|2014-10

世界の児童と母性

[特集] 「発達障害」のある子どもの育ちを支える

特集 「発達障害」のある子どもの 育ちを支える

ひとこと / 編集委員長 横堀 昌子 …… 1

I. 総論

- 発達障害とは何か—診断のあり方と概念をめぐって
……………名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療科 准教授 岡田 俊 …… 2
- 「発達の障害」という「生きづらさ」を抱えた子どもと家族を応援する
……………医療法人社団 倭会 ころとそだちのクリニック むすびめ 院長 田中 康雄 …… 6
- 「社会的養護」における発達障害のある子どもたちの現状
- Ⅰ. A県の児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設の実態調査から
……………立正大学社会福祉学部 教授 大竹 智 ……13
- Ⅱ. 学校教育との連携—特別支援教育の視点から—
……………立正大学社会福祉学部 准教授 中村 尚子 ……18
- 子ども虐待と発達障害—情緒障害児短期治療施設での経験から
……………常葉大学教育学部 心理教育学科 准教授 平岡 篤武 ……21
- 非行と発達障害
……………京都ノートルダム女子大学心理学部 教授 藤川 洋子 ……27

II. 支援の現場と地域を結ぶ

- 乳児院における実践—発達障害をもつ子どもの里親養育を支える取り組み
……………社会福祉法人二葉保育園 二葉乳児院 里親委託等推進員 長田 淳子 ……31
- A君の自立途上ものがたり 児童養護施設の現場から—不登校の事例と他機関連携
……………愛神愛隣舎 施設長 曹 徳善 ……37
- 発達障害と医療連携
……………こどもの心のケアハウス嵐山学園 副園長 兼 診療部長 早川 洋 ……43
- 発達障害のある子どもの暮らしと育ちの支援
- 自立支援・就労支援を考える—情緒障害児短期治療施設での取り組みを通して
……………全国情緒障害児短期治療施設協議会 前副会長
ころとからだの療育センター さざなみ学園 常務理事 辻 亨 ……49
- 保育園の発達支援—困っていること、取り組んでいること、保護者支援など
……………社会福祉法人 十愛療育会 たっちほどがや 副所長 武居 光 ……57

III. 国内外の動向

- 自閉症スペクトラム障害の成り立ち
……………浜松医科大学精神医学講座 准教授 鈴木 勝昭 ……61
- 読み・書きを助けるテクノロジー利用—家庭で楽に楽しく勉強するためのアイデア
……………東京大学 先端科学技術研究センター 人間支援工学分野 特任助教 平林 ルミ ……67

編集後記 / 担当編集委員 西田 篤 ……72



ひとこと



編集委員長 横堀昌子

青空の下、子どもたちが夏らしいプログラムに歓声をあげている頃――。「週刊福祉新聞」(2014.8.11)紙上に、小さな記事を見つけました。アジアの若手起業家が参加する日本発のビジネスコンテスト「アジア・アントレプレナーシップ・アワード2014」(一般社団法人フューチャーデザインセンター主催)で、最優秀賞に、自閉症の人が身につけると気持ちが落ち着く「Tジャケット」なる製品が選ばれたとの記事でした。製品の仕組みはこうです。ジャケットを着て、スマートフォンのアプリを使ってジャケット内蔵のエアバッグを膨らませる。すると、体への適度な締め付けが抱きしめられる感覚になり、自閉症の子どもが不安でパニック状態になっても、落ち着きを取り戻せるといいます。12の国と地域からテクノロジーベンチャー企業18社の参加を得、関係者のネットワークづくりをと開催されたこのコンテスト。受賞作の開発者でシンガポールの会社のCEO、工学博士のジェームス・テ氏はこう語ります。「自閉症の人たちにやすらぎを」と願っての製品開発であった」と。

「自閉症」といっても、連続体としてのスペクトラムの概念から考えれば、共通性もある一方、空に広がる虹のようにさまざまな個別の姿があるものです。記事を目にした筆者には、そうした「ちがひ」や「障害名」をこえて、このジャケットを着てほっと安心する子どものイメージがひとつ、空に浮かぶ夏の雲のように心にふわりと浮かびました。「困らせる子ども」は“困っている子ども”というフレーズも。そして、子どもと日々をともにする大人たちが、その子の「今、必要なニーズ」にかたちを沿わせる存在でありたい、子ども自身の生きにくさを包むかわりや支援を知恵を寄せ合って編み出そうとする存在でありたい、と思ったのです。布地・綿・糸がそれぞれのストレングスを持ち寄りて総体としてのジャケットを形成し、それがその子にフィットしたときホールドが成り立つように。

「発達障害」とともに子ども時代を生きる人たち、かつて子どもだった人たち、子どもの横にいる大人たちが「発達障害」という言葉の前に抱く思いは多様です。「発達障害」とはその子どもの特性の一部であり、その子ども自身の育ちとともに変化しながらも、要素としてもち続けるもの。頭でそう受けとめながらも、「かわりにくさ」や自立支援の現実の前で腰が引けたり、さし出された診断名や概念の幅・あいまいさの前で立ち止まったり。「発達障害者支援法」(2004)から10年を迎えた今、これらは「私たち」の課題です。

今号の特集タイトルは、編集委員の先生方と話し合っ、「発達障害」をカギかっこに入れました。多様な立場や「含み」を読者の方々と共有したいと考えたからです。一方各原稿にあっては、それぞれの執筆者の知見に基づく表現であることを重んじ、『発達障害』という表記も統一しないことにしました。「発達障害」を生きる子どもの育ちを支えるために必要な理解、かわりを発想する際の観点とは何か。当事者の生きづらさへの共感、想像力を抱きながら日常をどう創造するか。しばし空を見上げ、たしかかな光をひとすじと一緒に探していただけたらと願います。

I 総論

発達障害とは何か —診断のあり方と概念をめぐって



名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療科 准教授 **岡田 俊**
お か だ た か し

はじめに—発達障害の位置づけをめぐって

発達障害の医学的定義は明確でない。日本では発達障害者支援法において「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」と定義されている。この法令の定義は、日本において慣例的に発達障害と呼ばれるものを包含しており、そのなかには認知特性や行動特性など、多様な認知行動特性のパターンにより定義される障害群を指すが、その共通項である脳機能の偏倚により認知や行動のパターンに標準範囲を超えた偏りを生じ、そのために日常生活に支障を来す状態ということは明記されていない。

そもそも発達障害は知的障害とほぼ同義で使用されていた。しかし、その後、自閉症などの心理的発達の障害(ICD-10)を含むようになったが、注意欠如・多動性障害やそれに併存することの多い反抗挑戦性障害、素行障害、トゥレット障害などは行動および情緒の障害に分類し、発達障害には含めないのが通例であった。しかし、2013年5月に発表されたDSM-5では、知的能力障害、コミュニケーション症、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症、特異的学習症、トゥレット症を含めた運動症を神経発達症群(neurodevelopmental disorders)と位置づけた。この神経発達症の概念は、日本の発達障害の概

念に近いが、発達期に出現、すなわち、発達早期、多くは学童期以前に出現し、通常の発達と異なることで特徴づけられ、そのために日常生活上の困難を来す状態と定義されており、かつての心理的発達の障害に近い定義となっていることに留意が必要である。

発達障害は障害なのか症なのか

世界保健機構(WHO)が、1980年に発表した国際障害分類では、障害構造を、疾患・変調が原因となって機能・形態障害(impairment)が起これ、そのために能力障害(disability)が生じ、それが社会的不利(handicap)を起こすと捉えた。しかし、この分類は、疾患・変調のもたらすマイナス面の側面のみを強調していることへの批判もあり、2001年には「生活機能・障害・健康の国際分類」が発表された。ここでは機能・形態障害のかわりに「心身機能・構造障害」、能力障害のかわりに「活動制限」、社会的不利のかわりに「参加制約」との用語が用いられている。

発達障害は、developmental disordersであり、上記のいずれの概念とも異なっている。disorderの成り立ちからみれば、そのパターンが異なることを意味しており、発達過程における何らかの偏倚を意味すると考えるのが適切であろう。この含意が、発達「障害」という語感には伴わないのである。

日本において disorder が障害と訳されたのは、アメリカ精神医学会の診断と統計のマニュアル(DSM)が翻訳されて以降のことである。このことは、精神疾患が精神障害としての位置づけを持つことを印象づけ、日本の精神保健福祉の充実に寄与した面もみられた。しかし、発達障害についてみると、障害児・者に対する偏見に巻き込まれるという弊害も否めなかった。一方では、障害を、障碍あるいは障がいと記載するという動きも見られたが、これのみでは根本的な解決とはいえないことは言うまでもない。

そのような状況のもと、DSM-5の翻訳用語としては、さまざまな議論のすえに disorder を「症」とする翻訳案が選択されたのである。コミュニケーション症、学習症などは、それぞれの領域に支障のある症候群を意味していることから現時点では違和感があることは拭えない。しかし、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症などは、遅かれ早かれ浸透すると思われる。無論、これのみで発達障害にまつわるスティグマが解決した訳ではなく、その一つのきっかけに過ぎない。また、これはDSM-5の翻訳案に過ぎず、日本における障害名は、精神分裂病が統合失調症に呼称変更されたときのように、専門家の議論のみならず当事者も含めた議論の上に検討すべきであると思われる。

ただし、ここで発達障害を「症」と呼称することが適切であったのか、ということは一考を要する。発達障害の診断には、それぞれの診断に求められる特性があり、そのために日常生活に支障を来すことであり、特性と困難の両者が必要要件となっている。発達障害の特性自体は、どれひとつ取ったとしても、それ自体が病理的であるものではなく、その程度が著しく、日常生活の多くの場面で困難を来す水準にある場合に、発達障害特性と見なすのである。それが困難を来すかどうかは、社会のあり方によっても変わってくる。「障害」は困難をことさら強調する表

現であるが、「症」は特性を強調するものである。しかし、「症」で示しうる特性は、発達障害診断の一側面であることをふまえ、そのうえで「症」を使用すべきであると思われる。

発達障害の増加をどう捉えるか

近年の発達障害診断の増加は、発達障害概念が浸透し、診断機会が増えたことが大きな要因であることは確かであるが、同時に、かつてよりも軽症例が診断、支援の対象となっていることを考えると、これまでよりも社会の状況が発達障害の人々にとって適応しにくいものとなっている可能性を考えなければならぬ。他の人と違う捉え方や考え方が尊重されない、他の人と違うことが魅力として捉えられず排除される、適性に応じた職場配置ではなく画一的なニーズが求められる、努力をすれば達成できると考えられる、といったことは、発達障害のある人にとって負担になりがちである。しかし、こういった社会は、発達障害のある人だけでなく、多くの人が自らの持ち味(能力)を活かすににくい時代でもあることを理解しなければならないだろう。

発達障害を特徴づける個々の特性は定型発達者にも認めうるし、その程度の違いであるに過ぎない。広汎性発達障害のうち、生得的に諸特性を認める自閉症、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害は、自閉スペクトラム症に一括されたが、スペクトラム(連続体)を形成するのは、上記の3障害ではなく、定型発達から自閉症にあるスペクトラムであって、日常生活の多くの場面で支障を来すレベルを診断閾値と考えるべきであろう。とするならば、支援のモデルも、障害のない人が障害のある人を支えるというモデルではなく、多くの人が持ち合わせる特性について、その程度が強いため不適応を呈しうる人々への支援、と考えるべきであり、その支援はユニバーサルな方向性を目指されなければならない。

発達障害とともに生きるということ

発達障害の診断基準は、客観的に観察される認知と行動の特徴によって成り立っており、その人自身の主観的な体験はまったく考慮されていない。しかし、当事者の視点に立てば、発達障害とともに生きることは、その特性を通して世界を捉え、そのなかで成長していくプロセスである。

自閉症スペクトラムの子どもは、他者の思考内容を言葉、視線、表情、体の動きから表象することが困難である。また、自身の思考や感情をそれらの手段を通して伝えることも難しい。このことは、養育者のかすかなまなざしや言葉から自身に思いを馳せていることを理解できず、また、養育者にも情緒的な働きかけや応答が乏しいことを意味する。そのため、自閉症スペクトラムがある子どもは、安心感を享受しにくかったり、見守られ感を感じ取れない。また、養育者も、子が自分を求めているということを実感がたく、効果的な子育てが行えているという実感が持たなくなってしまう。身体能力の向上に従って、徐々に活動範囲は広がりを見せるが、子は養育者から離れるとふと不安にかられ、養育者のもとへと戻って安全感を受け取って、再び足を伸ばしていくものである。しかし、自閉症スペクトラムの児童は、そのような養育者のまなざしのもとにあることでの安心感というものは感じ取りにくい。むしろ、養育者に接していること、そこから感じ取る安心感の方が大きいのである。したがって、自閉症スペクトラムの子の分離は、きわめて容易か、きわめて困難かの両極端になりがちである。

また、かつては孤立的で、周囲に関心を示さなかった子が、成長の過程で急に友人関係を求め始めることも多い。しかし、周囲の子がどのように感じているかを読み取れないために不安になったり、周囲との微妙な違和感を調整するだけのスキルに欠くために困惑することも少なくない。仲間であること目に見えるサインを求めようと、不良行為のある少

年と「グルになって行動する」ことが問題になったり、実際にはそのなかで使い走りになされていたりすることもある。

自閉症スペクトラムの子の身体像は「バラバラな身体像」にとどまりがちである。二次性徴を迎えると、身体の変化を受け入れるとともに、社会的に求められる性役割の中で困惑し、また異性との体験の中で感じる自身の欲動と、自らの理性的意思との狭間で困惑し、傷つきを深めることも少なくない。

注意欠如・多動性障害についても考えてみたい。実行機能、遅延報酬、時間感覚の障害をもつ注意欠如・多動性障害の子どもは、新奇性追求が強く、少し先に向けての「今」を生き続け、その時点における感覚や感情を優先し、意思決定する。このことは意思決定課題を用いた実験心理学的研究によって明らかにされている。また、課題の正否により報酬獲得あるいは損失を伴う課題を実施し、事象関連電位を調べた研究では、注意欠如・多動性障害の子どもでは報酬獲得には正常な反応、ないしは反応が低下しているが、失敗すること、失うことには反応が亢進していることが示されている。このことは子どもたちの傷つきやすさと関連する。さらに多種多様な刺激のなかから、今、自分が注目したい、あるいは、注目すべき対象に焦点を絞ることができない。

このような主観的な体験は、同時に心理的体験を伴う。少し先に向けての「今」を生きることはすべてが新しく楽しい。興味はつきることがないが、同時に向こう見ずでもある。誇らしさへの鈍感さ、喪失への敏感は、動機づけの乏しさや自尊心の傷つきをもたらす。さまざまな対象から焦点化できないことは、もどかしいだけでなく、状況が読めず、不安・困惑を伴ってくる。

さらに注意欠如・多動性障害の子どもは、力加減や言葉の強さがわからず、衝動的な振る舞いをすることもある。その言動に養育者が怯え、子どもの顔色を見るということも少なくない。ここでは、子ど

もの困惑、そして、心的表象としての養育者像が崩壊し、喪失感とともに罪悪感、そしてその一方で不安と恐怖が混在する心理的状况におかれることを理解しなければならない。

すなわち、自閉症スペクトラムの子どもの育ちを理解するためには、単にその特性をふまえ、特性に基づく対処をすればよいだけでなく、その子の主体的な育ちのありようを理解する必要がある。

発達障害を治療すること

発達障害の医学的診断を受ける人が増えることは、治療を求めるニーズも高まっていることと表裏一体である。また近年、そのニーズは成人期にまで拡大している。しかし、発達障害の医学モデルは、一般的な医学モデル、すなわち、疾患-病態-病因-治療が一对になっているようなものではない。

療育的なアプローチ、すなわち発達支援の一方で、薬物療法も実施されてきた。しかし、これまで多くの薬物療法が、少数例での投与経験から有効性が過剰に期待され、その後の厳密な検証で有効性を否定されるということを繰り返してきた。いま、実証されているのは、自閉症の易刺激性や興奮性に対して、少量から中等量の新規抗精神病薬が有効であるということであるが、これとて鎮静というレベルで有効であるのか、感情調整であるのか、こだわりを軽減するためであるのかは明白でない。こだわりに対して、新規抗うつ薬の有効性を示す報告もあるが、否定的な報告もあって一定しない。

その一方、注意欠如・多動性障害の治療については、有効性が確立している。しかし、そのことは同時に、前述したような主観的、心理的な体験にも影響を及ぼすことに留意しなければならない。実行機能障害の改善は、さらに先のことを考えて慎重になるということであるし、報酬系の改善は、ほめられること、誇らしさの新たな体験を意味する。また、注目したいことに焦点化できる。しかし、このよう

な新たな主観的体験は、分析的思考や面白みのなさをもたらす一方、動機づけの高まりや自尊心の獲得、状況が見える、周囲がわかるという体験であり、このことは臨床症状の改善だけでなく、新たな体験に伴う揺らぎがあることに留意しなければならない。この戸惑いは発達障害の子を養育する親も同様に体験するものである。

今日において、発達障害を治療するということは、発達障害に対する治療・支援ではなく、発達障害とともに歩む人生の支えである。その人が自らの歩みを捉える援助をし、自らの価値観に基づく主体的な選択を援助することが医療の役割である。決して、医療は進むべき方向性を示し、そこへ導くのではなく、また一般的価値観に適合させることを目的とするでもない。その慎ましやかさこそが、いま医療に求められている発達障害の支援観であると思われる。

キーワード：発達障害の支援

発達障害のある児童に対しては、早期から療育的な関与を行うことが大切であると考えられ、乳幼児健診等でのスクリーニング、保育士等によるフォローアップ、母子通所療育などが行われてきた。発達障害の教育における支援は、障害児学級や養護学校を中心に行われてきたが、相当数の発達障害のある児童が通常学級に在籍し、その特性に応じた支援を必要としていることが明らかにされ、特別支援教育の必要性が打ち出された。それに伴い、障害児学級は特別支援学級、養護学校は特別支援学校へと改められた。その後、高等教育における支援の重要性も明らかになり、大学の学生相談室等での対応がなされるようになり、さらに近年では発達障害担当の相談部門を持つ大学も増えつつある。そのようななか就労や単身生活など、生活自立に向けての支援の重要性が認識されつつある。発達障害支援法の制定は、そのニーズに応じたものであり、都道府県および政令指定都市ごとに発達障害者支援センターが設置された。近年の発達障害の支援は、その対象が拡大し、同時に支援ニーズも多様化している。

I 総論

「発達の障害」という 「生きづらさ」を抱えた 子どもと家族を応援する



たなかやすお
田中康雄

医療法人社団 倭会 こころとそだちのクリニック むすびめ 院長

1. はじめに

今日の児童福祉分野には、社会的養護を必要とするまでの環境下から後天的に発達になにかしらの影響を受け、さらに生来的な「発達障害」が生み出す生活の躓きをも加味された子どもとその家族の支援が求められている。

本論では、こうした後天的な発達の歪みと生来的な「発達障害」とが重なり合う「発達の障害」による「生きづらさ」について概説した。その「生きづらさ」を抱えた子どもと家族にいかに寄り添い、どのように理解し、どう応援していけばよいかについては、日々の生活のなかで、生き方を見せる、生活を見せるということに尽きると思われる。

2. 発達と成育

そもそも発達を定義することは至難である。例えば鯨岡(2005)は、「人間の一生涯にわたって身・知・心の面に現れてくる成長・変容の経過」と発達を定義した。また浜田(2006)は、「たったいま生きている自らの生活世界のなかで使える、あらたな力を身につけていくこと」と定義し、鯨岡の成長・変容という言葉をやさしく表現した。さらにMussen(1990)は、こうした「発達」に影響を与える要因を5つに分類し、生得性の要因から後天性の要因までの範囲を示した(表1)。

一方、小林(1998)は、(子が)「育つ」と(周囲が)

〈表1〉発達に影響する要因

- 1) 遺伝的に決定された生物学的要因
- 2) 非遺伝的な生物学的要因
- 3) 子どもの過去における学習
- 4) 直接の社会的・心理的影響
- 5) その中で子どもが育つ総合的な社会的・文化的な環境

「育てる」の両者をカバーする言葉として「成育」という用語を用いた。これは、人間を全体として見つめて、ライフ・サイクルというダイナミックな流れで生き方(状況)と個々のあゆみを見据えることでもある。

つまり発達とは、そもそも生物学的に規定されるだけでなく、時代的、社会的、文化的価値の影響を受けるため、かつてBronfenbrenner(1979)が提唱した人と環境の相互作用性を重要視した生態学的環境モデルと符合する。

3. 生きづらさ

本論で再三登場することになる「生きづらさ」について、簡単に触れる。そもそも「生きづらさ」という言葉は、その形では、手持ちの国語辞典などには採用されていない。これは、「生きる」という言葉に「づらい」というその動作をすることが困難である意を表す言葉が連用形に付いて複合語をなした

ことになる。

そもそも「生きる」とは、明鏡(2003)によれば、1)生物が生命を維持してこの世にある 2)生物が生命を維持して、生活を営む。また人がある精神的態度をもって人生に対処する、暮らす 3)そこを舞台として人生を送る 4)価値あるものとして、そこに精魂を傾けた人生を送る 5)生き生きとして存在する、有効に働いて役に立つ、などと記載されている。ゆえに「生きづらさ」とは、この1)から5)の動作をすることが困難であるという意味となる。すなわち、生命そのものを維持してこの世にあることや、生活を営むこと自体が困難であること、さらに生き生きと存在し、役立つ働きを示すことが困難であるということの意味する。つまり、この言葉は、存在そのものの困難さから、(存在)価値や思いを維持することへと、その困難さが連なり、深刻さも次第に心の問題へと言及されていることがわかる。ここで心の問題として検討すると、生きづらさとは、生きる目的を見失い、気力が低下した状態とも同義となる。つまり生きがいの喪失に他ならない。

生きがいという言葉に対しては、「人間が最も生きがいを感じるのは、自分がしたいと思うことと義務とが一致したとき」だと神谷(1980)は述べ、「生きがい感には幸福感の場合よりも一層はっきりと未来にむかう心の姿勢」があると述べている。つまり将来への期待から、今の大変さを耐えるだけでなく、苦労も喜びになるという生き方である。

そのうえで、生きがい感を持ちながら「生きる」ということを、筆者は、1)そもそも自分の人生をできるだけ意味のある人生にしたいという前向きな欲求があること、将来への夢を抱きながら未来を信じ続ける力があること、2)自分自身が他者と共に生きている、ともに存在しあっているという保証に満ちた実感があること、3)それは、自尊感情をよりよく育むため、周囲から「かけがえのない存在」

と認知されていること、4)しかし、いずれはその評価から脱皮し、信じる自分の判断によりひとりで、未来に向かって歩むこと、であると総括する。すると、「生きづらさ」とは、この4点が成立しにくい事態にあると考える。

4. 「生きづらさ」を創り出す後天的な発達の歪み

従来から社会的養護状況に存在する「生きづらさ」は、ここで生活することになった過去と、ここで生活している現実から1)人生に良き意味を見いだせず、2)他者と共に生きることに安定と安心を抱けず、3)自己存在そのものが希薄で、4)未来への展望が抱けない、という心の問題から成り立つ。それが後天的な発達の歪みを生み、関わる大人の育てにくさを創り出す。

社会的養護状況へ至る過去とは、虐待あるいは不適切な養育環境が中心となる。こうした子どもたちに、いわゆる「被虐待児症候群」とか「愛着障害」という医学用語が用いられることもある。前者は、虐待を受けた子どもという意味で、後者は、そうしたなかで育つ発達の歪みに着目したものである。しかし虐待が発達に与える影響として、成長障害や、運動、言語、認知力の遅れ、不注意、多動性、社交性の欠如、愛着障害、さらに自閉症やADHD類似の言動といった広範な状態態が示唆されてもいる。そしてそれは、子どもたちの発達段階において表出型が異なる。

まず、こうした発達の歪みは、過去の成育のなかで負った心の傷から来ていると考えられる。

虐待を受け続けてきた子どもに生じる心的外傷については、Terr(1991)によるⅡ型トラウマが参考になる。TerrはⅡ型トラウマを極端な外的出来事を長期間あるいは繰り返し経験する結果生じるものと定義し、外傷体験が繰り返される中で、1)否認と精神的麻痺、2)自己催眠と解離、3)活発な怒りと極端な受動性といった両極端への激しい揺れ、に

より、心を防御し自己を守ろうとする働きを生み出しているという。こうした繰り返される虐待が生み出す心理的影響として、他に特定されない極端なストレスによる障害 (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified : DESNOS) という診断基準案がある(表2)。これを提唱した van der Kolk (1996) によると、トラウマを受けた期間が長く、与えられる保護が少ないほど、ダメージが深く浸透し、10歳までのトラウマが最も深刻な影響を与え、人生早期の長期にわたる対人的トラウマは、非特異的な人格変化ではなく、DESNOS 症状群に見られる心理的問題を引き起こしていた、という。また、森田ら(2004)も、養護施設、児童自立支援施設で生活している子どもたちを調査したところ、

DESNOS で示されるカテゴリーのうち、虐待体験のあるものは、感情覚醒の制御における変化、健忘や解離という注意や意識における変化、自己認識における変化、加害者に対する認識の変化、他者との関係の変化の5つで、高い出現率を示したことを報告した。

また臨床的には、虐待を受け続けてきた子どもで、発達段階による表出型の異なりを認めることもある。幼児期はいわゆる情緒障害、落ち着きのない子あるいは ADHD、他者への無関心あるいは広汎性発達障害、あるいは両者をそれぞれ脱抑制型あるいは抑制型の愛着障害と判断され、児童期以降は、反抗挑戦性障害、素行障害へと展開し、思春期以降から気分障害や解離性障害、パーソナリティ障害へとその診断名が変遷していくこともある。

〈表2〉他に特定されない極度のストレス障害 (DESNOS) : 診断基準案

- A. 感情覚醒の制御における変化
 - (1) 慢性的な感情の制御障害
 - (2) 怒りの調節困難
 - (3) 自己破壊行動及び自殺行動
 - (4) 性的な関係の制御困難
 - (5) 衝動的で危険を求める行動
- B. 注意や意識における変化
 - (1) 健忘
 - (2) 解離
- C. 身体化
- D. 慢性的な人格変化
 - (1) 自己認識における変化：慢性的な罪悪感と恥辱感、自責感、自分は役に立たない人間だという感覚、とりかえしのつかないダメージを受けているという感覚
 - (2) 加害者に対する認識の変化：加害者から取り込んだ歪んだ信念、加害者の理想化
 - (3) 他者との関係の変化
 - (a) 他者を信頼して人間関係を維持することが出来ないこと
 - (b) 再び被害者となる傾向
 - (c) 他者に被害を及ぼす傾向
- E 意味体系における変化
 - (1) 絶望感と希望の喪失
 - (2) 以前の自分を支えていた信念の喪失

一方、保健士による初期介入の必要な母子、特に虐待が疑われるあるいはハイリスクな家族のタイプを

- 1) 環境的に不利な子ども (社会経済的危機、独り親、思春期の母、不適切な支援を受けストレスに晒されている親)
- 2) 生物学的に不利な子ども (低体重児、極小未熟児、急性、慢性疾患のために新生児集中治療室を利用する子ども)
- 3) 発達の遅れ、偏り、障害のある子ども
- 4) 環境と生物学的両面に危機をもつ子ども

と Cowen ら (2002) は指摘したが、それによれば、そもそも生来的な発達の遅れ、偏り、障害のある子どもが不適切な養育を受ける可能性があるということである。実際、浅井ら (2002) は、被虐待児および虐待高リスク児を調査し、ADHD や高機能広汎

性発達障害が危険因子になることを明らかにした。

つまりわれわれが対面している子どもたちの言動は、子どもの特性が生来的な発達障害なのか、後天的なトラウマ体験からの発達の歪みなのかを二者択一することは困難でもあるとってよいかもしい。

5. 「生きづらさ」を創り出す生来的な「発達障害」

「生きづらさ」を様々な言動で表現する子どもを前に、これらの診立てとして、後天的なトラウマ体験からの発達の歪みなのか生来的な障害によるものなのかを正確に識別することは、至難のわざといえよう。

しかし、発達の遅れ、偏り、障害のある子どもが、後天的な発達の歪みとしての不適切な養育状況を創り出す可能性がある以上、われわれは、「発達障害」の概略を知っておく必要がある。以下に2013年に改訂されたDSM-5(2013)という新しい診断基準にできるだけ沿って簡単に障害特性を述べる。

1) 知的能力障害群

知的障害、精神遅滞(それ以前は精神衰弱)と呼ばれていた。これまでは知的機能を示す知能指数(IQ)と日常生活上の不適応で判断されていたが、DSM-5では、単に知能指数で重症度分類するのではなく、学力、社会性、生活自立能力といった総合的な生活適応能力が重視されることになった。

これは、その人を総合的に評価するという視点では大きな変更であろうと思われる。

2) コミュニケーション症群

いわゆる言葉の遅れといわれる言語取得と使用の障害、構音障害、吃音という意味での流暢性障害がここに含まれる。

DSM-5では、社会的(語用論的)コミュニケ

ーション症という名称がここに新設された。これは明確なこだわりや感覚異常を認めないが社会的コミュニケーション能力が弱い一群への名称であり、これまで非定型自閉症とか、特定不能のその他の広汎性発達障害と診断されてきたものと重なる可能性がある。

3) 自閉スペクトラム症

これまで、いわゆる自閉症とアスペルガー症候群と大きく二分され、その総称として広汎性発達障害という名称が使用されてきたが、DSM-5では下位診断名をなくして自閉スペクトラム症と総括された。さらに①他人への関心が乏しい、視線が合わないといった社会性の障害、②言葉の遅れ、指差しの発達の遅れ、あるいはオウム返しの期間が長いといったコミュニケーションの質的障害、③ごっこ遊びがでにくい、ものを一列に並べるなどの他に、ぴよんぴよん跳ねたり、くるくる回るような繰り返し行動といったイメージーションの障害という3徴候は、①社会的コミュニケーションおよび相互関係における持続的障害と②限定された反復する様式の行動、興味、活動の2つにまとめられた。そして以前からよく見られていた感覚の過敏さは②に含まれた。

今回の改正では、スペクトラムという名称のように、広汎性発達障害の下位診断での境界線と、この障害特性の有無の境界線が、ともに、ひじょうに連続的であるという見解が採用されたことを意味する。そのうえで、重症度で支援内容を区分するという立場を取った。

4) 注意欠如・多動症

(Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : ADHD)

DSM-5でようやく ADHDは発達障害グルー

ブに加えられた。日常生活を営むうえで支障となるような、多動性、衝動性または不注意の症状といった診断項目に変化はないが、①発症年齢が7歳以前から12歳以前へ引き上げられた、②症状必要項目は不注意9項目中6項目以上、17歳以上の青年成人期では5項目以上、多動性・衝動性も9項目中6項目以上、17歳以上では5項目以上となった、③自閉症スペクトラム障害との並存が認められた、といった3点が大きな変化であろう。

5) 限局性学習症

これまで学習障害とよばれてきたものである。基本的には、知的な遅れがないのに、特定の学習スキルが向上しない状態にあることを意味する。つまり精神発達面に課題がほとんどないのに、学習結果に躓きがあるときに疑うものである。

DSM-5では従来の読み・書き・算数の障害が学習習得と発達段階に応じて詳細に症状評価されるようになった。そのうえで重症度分類がなされているので、具体的な支援内容が設定しやすいと思われる。

6) 運動症群

これまでは発達性共調運動症、いわゆる不器用さを主症状とする障害名のみだったが、DSM-5では、これに加えて、常同運動症、チック症群が含まれるようになった。

6. 発達障害が創り出す「生きづらさ」

こうした「発達障害」は、単に個人の身体機能に生じる妨げや躓きだけではなく、一緒にいて、一緒に生きる生活に様々な影響を及ぼす。発達面からは軽いアンバランスさではあるが、日常生活を送るうえでは、大きな生きづらさを抱えてしまいやすい可

能性がある。そもそも、生きていく過程になにかしらの躓き、不都合が生じたとき、われわれは「障害」の存在を疑う。それは、機能の差違であり、生活様式の差違であり、姿形の差違であり、価値観の差違である。そのなかで関係づけながら生きていくことに「生きづらさ」が生じるために障害となるのもいえよう。つまり個々のありよう、存在が、共生社会での容認範囲にどう位置づけられているかということから、障害の有無が判定されるのだ。

そのため筆者は、発達障害とは過去から未来永劫に至るまでを決定づけた普遍的な構造ではなく、人間が個々にもつさまざまな条件や特性のうち、今の社会生活を送るうえで、「生きづらさ」が強く作られる、たまたまの特性を一括りに分類したものにすぎないと位置づけている(田中、2010)。

もちろん、上記に羅列したように発達障害の各障害には、診断基準が存在し、明確な差違が抽出できるように定められている。しかし問題は、そうした特性を障害と括る必要性があるということにある。そしてわれわれが理解し応援すべき事柄は、その障害特性をなくすことではなく、その特性をもっても生きづらさが浮上しないような社会環境作りにある。

7. 「発達の障害」による「生きづらさ」を抱えた子どもと家族への理解と応援

われわれが対面している子どもたちの特性が、生来的な発達障害か、後天的なトラウマ体験からの発達の歪みかを二者択一することが困難であっても、かれらの生活史に遡り、その時点で行える最善の診立てをもとに、生きづらさを抱えている子どもと家族に対して、可能な範囲での現実適応へ至る生活する手段と一緒に検討して提案あるいは指示する。そのとき、家族が持つ生活力を最大限に尊重し生かそうとする姿勢が重要となる。

①生活のありようを聴き取る、如何に生きてきたかを尋ねる

診断名に当てはめる(近づける)よりも、これまでどのように生きてきたのか、どのような思いで生きてきたのかに耳を傾ける。

面接で行われているのは、症状ではなく生活の中身を尋ね「生き様」を評価しているのである。先入観を持たずに、これまでの人生にあった「生きにくさ」に耳を傾け、本人だけではなく、家族、関係者なども負った傷を予測し、公平・対等に聴き、扱う。

特に、表面的に認められにくい発達障害は、障害がないと判断されやすく、子どもが見せる様々な言動は、親の関わりにもその責任があると判断されやすい。

全ての責任を負わされた家族(その多くは母親であるが)の苦しみと悩みは家族に激しい自責の念、あるいは強い他者・社会不信を創り出している。そして多くの家族は皆疲れ果て、途方に暮れ、かれらもまた「生きづらさ」を抱えている。

②診立てる・評価する

「生きづらさ」が医学的診断として置換されることが診立ての意義であり、同時に言動の意味を理解・翻訳することで、ひとりひとりの思いを正しく理解することができる。

③診立て・診断を受け止める家族と子どもに生じる苦悩に耳を傾ける

1) 親・家族の苦悩

当初安堵を提供した医学的診断は、その後「見通しのつきにくい、はるか彼方の長い道のりに生じる途方に暮れる思い」へと

置換される。

2) 子どもの苦悩

子どもは長い間、できないことが当たり前で、孤立したなかで自己評価を貶めていた。

3) きょうだいの苦悩

障害があるきょうだいと比べ、存在が軽視され、日々の生活で不公平感を抱き、そのうえで、家族に迷惑をかけてはいけないという自己抑制をしていた。

④ 応援

それぞれのニーズに沿った応援を心がける。同時に、その優先順位も検討する。そしてここにマニュアルはない。

いずれにしても日々の生活を応援することが、社会的養護状況には求められている。生き方を見せる、生活を見せるということ抜きに、子どもたちとの関係性は結びにくい。生活を応援するとは、相応の時間をかけ、幾多の躓きと躊躇し続けながらも、あきらめることなくかれらに向き合い続けることでしかない。

8. おわりにかえて～生きがいを創り出す

実際には発達障害も不適切な育ちも、かれらの日常に長く寄り添うことなく判別するには限界がある。筆者は、ある程度の予測のもと、子どもや親の様子を経時的に、予断なく付き合っていく中で、再生の芽の育ちを信じ続けることを基盤においている。

これは、発達障害のある方々でも、不幸にして良き環境に恵まれ得なかった人々でも同じである。すなわち、「過去」に注意と関心を抱きつつも、そこに焦点を当てるより、これからの成長を「護り抜く」

という「明日への思い」を持って対峙することである。Howe (2005) は、虐待をうけた人への対応として「言葉にこころを込める (put words to feelings)」として、情動への接近を強調している。村瀬 (2006) は「小さな点のような再生の芽を見出すこと、それが様々な人やこととの出会いの中で大切にされ、息長く継続的に育まれていくと、人間のこころは自分を受けとめ、他者との繋がりに意味や喜びを見出すように変容していく」と述べた。

生きづらさからの脱却は、テクニックでなく、日々共にする生活のなかで、「生きがい」を創り出すことにあるといえよう。

文献 (引用順)

- 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.
- 浜田寿美男 (2006) : 発達支援の本来はどこにあるのか. 教育と医学, 635 ; 404-411.
- Mussen, PH (1990) : Child Development and Personality, Longman Higher Education, USA.
- 小林 登 (1998) : 成育医療とは, life stage そして life cycle からみた小児医療の未来. 小児科診療 6 : 1057-1062.
- Bronfenbrenner, U. (1979) : The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design. Harvard university press. America.
- 明鏡 国語辞典 (2003) : いきる (p85), つらい (p1097)
- 神谷美恵子 (1980) : 生きがいについて (著作集 1), みすず書房.
- Terr, L. C. : Childhood Traumas : An Outline and Overview. Am. J. Psychiatry, 148; 10-20, 1991. (田中康雄 : 子ども時代に受けた心的外傷について — その輪郭と全体像 — ; 精神科医療学, 13, 259-263, 1998.)
- van der Kolk, B. A. McFarlane, A. C. Weisaeth, L. (1996) : Traumatic Stress : The effects of overwhelming experience on mind, Body, and society. (西澤 哲 訳 : トラウマティック・ストレス PTSD およびトラウマ反応の臨床と研究のすべて, 誠信書房, 東京, 2001) の第7章 トラウマへの適応の複雑さ, 自己制御, 刺激の弁別, および人格発達, p203-242.

- 森田展彰, 有園博子, 肥田明日香, 富田 拓, 西澤 哲 (2004) : 被虐待児童における精神症状・問題行動および内在化された養育者のイメージ— 養護施設・児童自立支援施設の児童と一般小中高校児童の比較 —, 財団法人こども未来財団.
- Cowen PS, Reed DA (2002) : Effects of respite care for children with developmental disabilities : evaluation of an intervention for at risk families. Public Health Nurs. Jul-Aug; 19 (4) : 272-83.
- 浅井朋子, 杉山登志郎, 海野千畝子ほか (2002) : 育児外来を受診した児童79人の臨床的検討. 小児の精神と神経 42 ; 293-299, 2002.
- American Psychiatric Association (2013) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, APA, Washington DC.
- 田中康雄 (2010) : つなげよう 発達障害のある子どもたちとともに私たちができること, 金剛出版.
- Howe, D. (2005) : Child abuse and neglect Attachment, development and intervention. Palgrave, 2005.
- 村瀬嘉代子 (2006) : 小さい点から細い線へ, そして, きずなへと, そだちの科学 7, 132-134.

キーワード : 発達障害の診立ての難しさ

発達障害を正しく診断することは、ひじょうな困難を伴う。個々にある特性がどこまで年齢不相応なのか、個性の範疇から逸脱しているのかの判断は、容易ではない。障害がないと想定される子どもたちとの間に境界線が引きにくいだけでなく、年齢や発達状況、保育・教育的介入により状態像も変化していく。

発達という時間軸で見ているため、横断面ではあたかも遅れがあったり、課題があるように見えても、ゆっくりとあるいは時に急激に発達を遂げるということも少なくない。発達障害という診断は、「日常生活の困難さ」を示す生活の障害の程度によって、できるだけ控えめになされるものではないかと考える。

I 総論

「社会的養護」における 発達障害のある子どもたちの現状

立正大学社会福祉学部
教授

おおたけ さとる
大竹 智



立正大学社会福祉学部
准教授

なかむら たかこ
中村 尚子



I. A県の児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設の実態調査から

1. 研究の背景

厚生労働省の「児童養護施設入所児童等調査」(平成20年)によれば、児童養護施設(以下、「児童養護」)、情緒障害児短期治療施設(以下、「情短」)、児童自立支援施設(以下、「児童自立」)に在籍している児童のうち何らかの障害がある児童の割合は、「児童養護」が23.4%、「情短」が70.7%、「児童自立」が35.4%であり、その割合は各種別ともに増加傾向にある。また、障害種別を見ると、ADHD(2.5%、11.9%、9.0%)、LD(1.1%、3.2%、3.2%)、広汎性発達障害(2.6%、16.8%、7.3%)などの発達障害の増加が顕著である。さらに、知的障害のある児童は、9.4%、10.7%、9.3%であり、各種別ともおよそ10人に1人の割合で在籍している。

また、近年、特に児童養護施設等で発達障害が疑われる児童に着目した調査研究がいくつか行われている。いずれも、文部科学省が平成14(2002)年に実施した「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童に関する全国実態調査」(以下、「文科省調査」)に準拠し、施設入所児童を調査した

ものである。これらの調査では、入所児の30~40%が「特別な教育的支援を必要とする児童」という結果が示されている(神奈川県児童福祉施設協議会調査研究委員会(IQ80以上の小・中学生対象で36.9%)、平成21(2009)年ほか)。ちなみに、「文科省調査」では平成14(2002)年が6.3%、平成24(2012)年が6.5%であるが、A県立総合教育センターが実施した小・中学校を対象とした調査(平成16(2004)年)では10.5%という結果であった。また、A県の児童養護施設入所児童で、通常学級・通常学校に通学している小・中学生を対象とした調査では、38.9%であった。

さらに、「児童養護」はこれまでも障害のある子ども(障害が疑われる子どもを含む。以下同じ)を受け入れてきているが、近年、障害の診断を受けていない、あるいは障害者手帳を持っていないが障害が疑われる子どもの入所も増えてきている。また、平成18(2006)年に始まった障害児入所施設の措置制度から契約制度への転換(措置制度が一部残ったが)によって、養護性が高く保護者自らが契約して

入所させるということが困難な家庭の障害児が、制度移行後「児童養護」に入所してきているのではないかと、ということが施設職員から報告されている。そして、「児童養護」のみならず、「情短」や「児童自立」においても、その施設の目的とは異なる特別なニーズをもつ子どもの入所が増加し、特にこれら子どもには、手厚い支援が必要とされるにもかかわらず、十分な手立てが講じられないままに経過してきている。

このレポートでは、各施設の「発達障害が疑われる子どもたち」の調査結果(現状)、および調査結果を踏まえた上でのA県児童福祉施設協議会調査研究委員会委員(7人の施設長)との対談と発達障害が疑われる児童の割合が高かった施設長への聞き取り調査から、支援のあり方および学校教育との連携のあり方を検討したい。

2. 調査の概要

A県の児童福祉施設協議会調査研究委員会の協力を得て、全児童養護施設(22施設)に在籍する小・中学校(特別支援学校・学級も含む)に通う全ての児童845人(男457人、女388人)、児童自立支援施設(1施設)に在籍(施設内にある分教室、小学部・中学部)する全ての児童59人(男43人、女16人)、情緒障害児短期治療施設(1施設)に在籍(施設内にある特別支援学校小学部・中学部)する全ての児童33人(男18人、女15人)を対象に、「文科省調査」に準拠し、調査を実施した。

調査項目は、「文科省調査」と同様のものを使用し、①学習面(「聞く」「話す」「読む」「書く」「計算する」「推論する」30項目)、②行動面(「不注意」「多動性―衝動性」18項目)、③行動面(「対人関係やこだわり等」27項目)の3部構成になっている。

調査期間は、「児童養護」が平成23年6月～7月、「情短」および「児童自立」が平成23年11月～12月である。

また、記入にあたっては対象児童の担当職員、または複数の職員による合議での記入も可とした。そのため、調査は担当職員による回答に基づくもので、発達障害に関する専門家チームによる判断ではなく、医師による診断によるものでもない。したがって、本調査の結果は、LD・ADHD・高機能自閉症の割合を示すものではない。

3. 調査結果の概要

(1) 児童の基本属性

1) 児童養護施設

入所期間を「1年以下」、「1年1か月～2年以下」、「2年1か月以上」の3つに区分すると、「1年以下」が11.0%、「1年1か月～2年以下」が8.0%、「2年1か月以上」が72.8%であり、他の種別と比し長期である(未回答が8.2%)。虐待経験「あり」が50.4%、「なし」が33.3%、障害の診断「あり」が6.7%、「なし」が82.0%である。知能検査の結果(IQの回答のあった396人)では、IQが「70以下」が未回答を含めた全回答数(845人)の11.5%にあたり、これは理論推定値2.2%のおよそ5倍である。また、「71～80以下」が9.8%、「81～90以下」が11.0%である。

学校の種類では、小学校が62.5%で、その内訳は「通常級」が52.7%、「特別支援学級」が9.2%、「特別支援学校」が0.6%である。中学校は36.2%で、その内訳は「通常級」が29.8%、「特別支援学級」が5.7%、「特別支援学校」が0.7%である。小・中学生全体に占める「特別支援学級・学校」に在籍している児童がA県児童養護施設で全体の16.2%、神奈川県調査では13.5%。ちなみに全国(平成21年)では約1.3%である。

2) 情緒障害児短期治療施設

入所期間「1年以下」が57.5%、「1年1か月～2年以下」が36.4%、「2年1か月以上」が6.1%であ

り、半数が1年以下である。虐待経験「あり」が81.8%、「なし」が3.0%、「未回答」が15.2%であり、虐待経験「あり」の割合は他の施設と比し最も高い。障害の診断「あり」が60.6%で、他の施設と比べて大変高い割合である。知能検査の結果では、IQ「70以下」が未回答を含めた全回答数の12.1%にあたる。また、「71～80以下」が18.2%、「81～90

以下」が39.4%、「91以上～100以下」が12.2%、「101以上」が15.2%である。学校の種類では、全ての児童が特別支援学校に在籍となっている。その中でも「小学部」が全体の63.6%（「3年生以下」21.2%、「4年生～6年生」42.4%）、「中学部」が36.4%である。

3) 児童自立支援施設

入所期間「1年以下」が44.0%、「1年1か月～2年以下」が35.6%、「2年1か月以上」が20.4%であり、およそ半数が1年以下である。虐待経験「あり」が67.8%、「なし」が15.3%。障害の診断「あり」が28.8%、「なし」が52.5%である。知能検査の結果では、IQ「70以下」が未回答を含めた全回答数の23.8%にあたり、入所児童の4人に1人の割合となる。他の施設と比して最も高い割合である。また、「71～80以下」が17.0%、「81～90以下」が18.7%、「91以上～100以下」が17.0%である。学校の種類については、全ての児童が施設内に設置されている分教室の在籍となっている。その中でも「小学校」が全体の15.2%（9人）で、学年は「4年生～6年生」である。また「中学校」が84.8%（50人）で、その内訳は「1年生」が12.0%、「2年生」が30.0%、「3年生」が58.0%であり、中学3年生が最も多い。

〈表1〉学習面か行動面で著しい困難を示すと職員が回答した児童の割合

| | | |
|---------------------|------|-------|
| ①学習面か行動面で著しい困難を示す | 児童養護 | 47.1% |
| | 情短 | 63.6% |
| | 児童自立 | 59.3% |
| ②学習面で著しい困難を示す | 児童養護 | 36.3% |
| | 情短 | 39.4% |
| | 児童自立 | 37.3% |
| ③行動面で著しい困難を示す | 児童養護 | 34.6% |
| | 情短 | 45.5% |
| | 児童自立 | 44.1% |
| ④学習面と行動面ともに著しい困難を示す | 児童養護 | 23.8% |
| | 情短 | 21.2% |
| | 児童自立 | 22.0% |

(2) 施設種別における発達障害が疑われる児童の特徴

1) 学習面および行動面

表1は、「学習面か行動面」で著しい困難を示すと職員が回答した割合である。これを見ると、①学習面か行動面で著しい困難を示す児童は、「情短」と「児童自立」が60%程度、一方「児童養護」でも47.1%であり、およそ2人に1人の割合となっている。②「学習面」で著しい困難を示す児童では、各施設ともに40%近くの児童が学習面に困難を示すという結果となっている。ただ、知能検査ではIQが80以下は、「児童自立」が40.8%、「情短」が30.3%、「児童養護」が21.3%であり、特に「児童養護」では、知能検査と生活の中から見える学習面とは若干異なっている。③「行動面」で著しい困難を示す児童では、「情短」と「児童自立」が45%前後で、およそ半数に近い数値である。「児童養護」は34.6%で、他の施設から比べるとおよそ10ポイント低い。しかし、それでも3人に1人の割合となっている。④「学習面と行動面」で著しい困難を示す児童では、各施設ともに20%を超え、およそ5人に1人の割合であり、その中でも「児童養護」が23.8%で最も高い。

これらの結果から、「情短」と「児童自立」は同じような傾向を示し、どちらかというとな行動面にお

いて困難を示す児童が多い傾向にある。一方、「児童養護」では、2つの種別と比べると発達障害が疑われる児童の割合は低い、その中で学習面と行動面ともに困難を示す児童が多い傾向にある。

〈表2〉 学習面か行動面の各領域で著しい困難を示すと職員が回答した児童の割合

| | | |
|--|------|-------|
| A: 「聞く」「話す」「読む」「書く」「計算する」「推論する」に著しい困難を示す | 児童養護 | 36.3% |
| | 情短 | 39.4% |
| | 児童自立 | 37.3% |
| B: 「不注意」または「多動性—衝動性」の問題を著しく示す | 児童養護 | 26.3% |
| | 情短 | 33.3% |
| | 児童自立 | 35.6% |
| C: 「対人関係やこだわり等」の問題を著しく示す | 児童養護 | 20.5% |
| | 情短 | 21.2% |
| | 児童自立 | 32.2% |

2) 学習面および行動面での各領域の割合

表2は、学習面か行動面の各領域で著しい困難を示すと職員が回答した割合である。

A：学習面（学習障害が疑われる子ども）では、各施設とも35%～40%近くの児童が学習面に困難を示している。B：行動面の不注意や多動性（注意欠陥多動性障害が疑われる子ども）では、「児童自立」と「情短」で35%程度見られ、およそ3人に1人の割合である。「児童養護」は26.3%で他の施設から10ポイント程度少ないが、それでも4人に1人の割合である。C：対人関係やこだわり等（自閉症が疑われる子ども）では、「児童自立」が30%を超え最も高く、これは3人に1人の割合ということになる。また、「情短」と「児童養護」でも20%を超えている。

これらの結果から、発達障害が疑われる児童については、施設種別による大きな違いは見られず、各施設ともに高い割合で入所していることが明らかとなった。その中でも、特に「児童自立」は「対人関係やこだわり等」について高い割合を示し、他のA、Bの項目についても「情短」と同程度の割合となっており、「情短」化していることがわかる。

(3) 委員との対談、および施設長への聞き取り調査の概要

施設職員の勤務では、適応指導教室の送迎、子ど

もの通院、学校で子どもがトラブルを起こしたときへの対応など、断続勤務の場合は休憩時間に対応し、施設に戻ってきた後、夜までの通常のシフトの勤務とならざるを得ない状況にある。さらに、地域小規模児童養護施設では、学校に行けない子どもがいると、昼間も職員が対応しなければならない状況（施設を空けられない）にあり、また一人勤務のときに子どもが暴れると、その対応に追われ、他の子どもへの対応ができなくなってしまう。そのため、職員が常時、複数勤務していることが必要である。

一方で、集団規模が大きいことが課題である。15人の中舎制では限界があり、集団規模によって行動化しやすい環境となっている。子ども集団が大きくなると、その分生活刺激が多くなり、また子ども同士の関係もトラブルになる要因として大きい。そのため、子ども集団のグルーピングを工夫（発達障害が疑われる子どもたちを一つのグループにして、通常よりも手厚く職員配置するなど）して対応している。障害児加算を要望したいとの意見があった。

このような中でも、施設として発達障害のある子どもに、一日の流れについて写真を取り込んだものを壁に張り出し、視覚化するなどして理解できるような工夫をしている。また、壊れたドアや穴のあいた壁などをそのままに放置しておく、心が荒んでいくので、修繕を迅速に行い、生活空間に配慮することも大切であるとのことであった。さらに、職員

会議を通して、間接職員（調理員、事務員など）を含め、子どもの情報を共有しておくことが大切である。また、他のユニットの職員も情報共有しておくことで、何かの時に担当職員が声かけするよりも、他の職員の方が声をかけやすいこともあるとのことであった。中舎制の場合は子ども集団は大きくなるが、一方で複数職員の勤務が可能となり、その点では強みでもある。

「児童養護」は入所児童の実態からすると「情短」に近づいている。そのとき、地域の学校がその入所児童を受け入れてくれるかどうかは今後の課題である。現状において、発達障害に関する学校の理解が十分ではないと感じている。また、「情短」からある程度課題が改善されたということで「児童養護」に措置変更されてくるわけであるが、その受け入れた児童への対応が難しい状況にある。その処遇について、職員のスキルアップと専門機関との連携も必要であると感じているとのことだった。

4. 考察

この調査の留意事項として、担当職員による回答に基づくもので、発達障害に関する専門家チームによる判断ではなく、医師による診断によるものでもないこと。したがって、本調査の結果は、LD・ADHD・高機能自閉症の割合を示すものではないことに注意する必要がある。しかし、本調査をはじめ、「文科省調査」、神奈川県調査の結果は、調査票回答者（教員、施設職員）が日々関わっている児童に対して、特別な教育的支援や日常生活上の支援を必要としていると認識している、または感じているという数値であると解釈できる。一方、児童からすると自分の言動が理解されず、生きづらさを感じている数値をとらえることもできる。

「児童養護」で生活する児童の中で、学習面か行動面で著しい困難を示すと職員が回答した児童がおおよそ2人に1人、また学習面と行動面で著しい困難

を示す児童もおおよそ4人に1人という割合であった。この現状から、児童福祉施設の設備運営基準の職員配置に則して単純な計算をすると、職員が勤務している時間帯にはおおよそ17人中8人もの児童がその対象であるということになる。これらのことが、さらに現場において悪循環を生んでいるように思われる。ちなみに、「社会的養護における施設ケアに関する実態調査（タイムスタディ調査）」では、情緒・行動上の問題の多い児童など専門的ケアを必要とする児童へのケアの時間は、そうではない児童と比較すると30～40%多いことが報告されている。

また、「児童養護」という種別であるにもかかわらず、在籍児童の学校種別では、小・中学生全体に占める「特別支援学校・学級」に在籍している児童は6人に1人という割合である。これらを考え合せると、福祉（施設）と教育（学校）の連携の重要さと、特別支援学級なみの職員配置など、一刻も早い人的・物的な制度および環境の充実が求められる。と同時に障害児入所施設も含め、社会的養護の枠組みおよび施設機能の再検討が必要である。

さらに、A県の児童養護施設（22施設）の施設ごとの発達障害が疑われる児童の在籍結果を見ると、おおよそ20%の施設で「情短」や「児童自立」よりも高い割合を示しており、「児童養護」としての目的に対する施設機能の限界が来ていると思われる。国は平成26年には「情短」を現在の38か所から47か所にすることを目標に掲げ、さらに「児童養護」からの転換を含め、将来57か所（現在の児童自立支援施設なみの設置数）にしている。A県の「児童養護」の現状からすると、20%の施設（全国の児童養護施設にあてはめると120施設程度）は「情短」化しており、機能（種別）の転換が求められ、また設備運営基準の職員配置を「情短」と同じレベルにすることが必要不可欠なものとなってきている。これは、「児童養護」だけではなく、「児童自立」においても、「情短」と同様またはそれ以上の傾向を示

しており、「児童自立」においても、「情短」なみの職員配置(心理職員も含め)が求められている。このように、社会的養護の現状(入所児童の傾向)を見ると、「児童養護」、「情短」、「児童自立」の違いがあまり見られず、今後の社会的養護のあり方を見直す機会が必要である。

※本調査における「発達障害」の定義

本調査では、「発達障害」は、発達障害者支援法(2005年施行)において、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」と定義され、知的障害とは区別されていることに準拠した。

(大竹 智)

Ⅱ. 学校教育との連携—特別支援教育の視点から—

1. 特別支援教育への転換

これまで見てきたように、児童養護施設等には障害のある子ども、その疑いのある子どもが多数在籍し、小・中学校の通常学級に通学している子どもの割合も高い。通常学級だけでなく、小・中学校内の特別支援学級や特別支援学校に通う子どももいる。

2007年度よりはじまった特別支援教育は、一人ひとりのニーズに応じた教育を標榜し、その対象を発達障害にも拡大した上で、特別支援学級や特別支援学校という教育の場に限定せず、通常学級においても必要な教育的支援を受けることができるしくみをつくりあげることができている。

小学校・中学校では、特別支援学級設置の有無にかかわらず、特別支援教育を推進するための校内委員会を設け、特別支援教育コーディネーター(教員の校内分掌)を中心に特別な教育的支援を必要とする子どもについての話し合いや研修を実施することが求められる。また、特別な教育的支援を必要とする子どものいる学級に対して、教員の他に学習支援員を補助的に配置することもできる。現在、全国どこの市町村においても、こうしたシステムが展開されつつある。

筆者らは、こうした特別支援教育の進展が児童養護施設等から通学する障害のある子どもたちの教育に資する可能性をもつと考え、A県実態調査において、児童調査と同時に「発達障害をもつ子どもを支

援するにあたっての意見」と題する職員調査を実施し、「学校への要望・意見」(自由記述)を求めた。また並行して関係する教員からの聴き取りを行った。それらに基づいて、学校との連携の課題について述べる(中村、2013)。

2. 児童養護施設等と特別支援教育

(1) 子どもの理解

児童養護施設からの子どもの担任経験のある特別支援学級教員Sは、子どもの障害を知ることと共に、児童養護施設の現状とそこでの子どもの実際を知ることが重要であるという。職員調査でも、学校は虐待が子どもに及ぼす影響などについての理解が不十分ではないかとする意見があった。S自身は障害児施設入所児の担任経験もあり、他害を含む子どもの問題行動に対して、障害という側面と児童養護施設入所の背後にあるものとの関係において子どもをとらえる必要があることに気づいたという。

特別支援教育開始以降、発達障害に関する研修の機会は多くなった。とはいえ、まだまだ十分ではなく、教科書的な発達障害理解に留まっている面も否めない。そうした研修は、たとえば落ち着きのない子どもの行動を、ADHDだからと障害の側面だけで理解する傾向を生む。児童養護施設等で暮らす子どもの理解は、生育歴や一日一日の生活の理解抜きには成立しない。学校生活で見える子どもの姿や障

害からだけの判断は禁物である。

そうした子どもの行動をさまざまな角度からとらえ直したうえで、施設職員と教員の共通した子ども理解への努力が必要である。教室では離席もなく、あまり問題が目立たない子どもでも、施設に帰ってから「キレル」場合もある。その逆の姿を示す子どももいる。特別支援教育の下で開かれる校内委員会においてケース検討を行う際は、施設職員の参加のもとに、学校、施設それぞれの子どもの方針を十分に話し合うことから始め、共通した子ども理解を形成したい。施設によっては、学校との連絡会を定期的に開催しているという。「問題が起こったときの対応会議」ではなく、日常的な話し合いが必要である。

(2) 教育内容や指導方法

施設と学校の関係といったとき、かならず出てくる問題が宿題である。特に通常学級の場合、「学校で学習していることが理解できないままで宿題として出された場合、施設職員が本当に理解させていくのにかなりの時間を要する毎日だ」(職員の意見)という現実がある。これは、宿題を出す出さないの問題ではない。「一人ひとりのニーズに合わせた支援と指導」「子どもの特性を把握してその子に合った課題」という施設からの要望を学校はしっかりと受けとめ、場合によっては学校での指導を施設に伝えるなどの配慮も必要となる。子どもの実態を共通理解した上で、個別課題を設定するといった配慮について、両者の話し合いがなされる必要があるだろう。

関係して、クラス子どもたちが発達障害のある子どもを理解するために必要な学習の機会を求める意見があったことも見逃せない。

(3) 学校システム

学校システム上、避けられないのが担任の交代で

ある。担任の交代は、対人関係や環境の変化が苦手な発達障害の子どもに緊張を強いることになる。同時に、担任が替わるたびに同じ説明を求められることになるので、学校として対応してほしいといった施設からの意見がある。これはまさに、校内委員会と特別支援教育コーディネーターの課題である。

少し広げて教育行政の問題としていえば、就学先決定のしくみとかかわる課題がある。特別支援学級への就学や措置変更を行う場合、施設で暮らす子どもについても親の承諾等の手続きをふむことが一般的だが、この段階で時間と労力を要する。その点での学校、施設間の相互理解が必要だ。また特別支援学級在籍児の多い施設周辺の学校では、新年度に学級増設を検討しなければならない学校も出てくる。しかし、実際にはこれ以上学級増は難しいとして制限がかけられることもあり、特別支援学級で学ぶことがよいと判断されても通常学級在籍になった子どももいる。子どもにとってふさわしい教育環境を整えることは教育行政の責務である。

(4) 進路

学校教育の節目ごとに児童養護施設等で暮らす障害のある子どもが直面する課題がある。一つは高校進学である。義務教育とは異なり、後期中等教育(高校)は選抜制であるから、子どもに合った進学先を選択しなければならない。小・中学校では通常学級に在籍した発達障害のある子どもの場合、特別支援学校高等部を選択することもあるのだが、そのときに初めて障害の診断を受けたり、障害者手帳を取得するよう勧められたりする子どもも多い。思春期にある中学生が自分の障害と向きあうことをどう支援するのか。学校、施設の共同が試されるときでもある。

二つめは、高校卒業の時期である。職員調査からは、特別支援学校高等部に在学中に職業教育や進路指導に力を入れてほしいと願っており、できれば療

育手帳などを取得して、障害者雇用の枠を利用し、障害者福祉制度で利用できる住まいがあるとよいと考えているという傾向が明らかになった。仕事、住居、生活支援の三者は相互に関係しているため、高校(高等部)の3年間は、それらのネットワークを模索しながら支援をすすめることになる。特別支援学校の中には高等部を単独開設する学校がある。この種の学校は、教育内容上、職業教育に力点を置き、就職と結んだ職場実習を行い、障害者雇用制度を活用して進路を決める。このような進路指導をする高等部単独校への期待は大きく、A県の場合、児童養護施設在籍生徒が多い傾向にある。筆者らが訪問した学校では、たとえば障害者福祉制度の学習を組み入れたり、退所後に家族のもとに帰る子どもの場合、学校からは遠い地域に実習先を求めるなど、特別な配慮を行っていた。

3. まとめ

特別支援教育は、30～40人の子どもに対して一斉教授をすることがあたり前とされてきた日本の教育に、一人ひとりの教育的ニーズ、個別の配慮という視点をもたらした。校内委員会、特別支援教育コーディネーターなど特別支援教育のツールは、障害のある場合に限らず、児童養護施設等児童全体に活用されるべきだと考える。全国の小中学校にこうしたしくみがあるとされる現在、有効に機能させることが課題だ。

しかし、その具体化は容易なことではない。学校現場は「個別の支援」を追求するあまり課題をもつ子どもの抽出指導に傾斜したり、計画作成や会議に時間を割いたりするうちに、最初にふれたような子どもを理解することに力を注ぐことが難しくなっている。学校も施設も多忙であることは否定できない。子どもが成長発達するための条件を整備するのは、大人、ひいては社会の責任であるという共通認識の上に、施設と学校の教職員が同じ土俵で子どもについて語りあう場と時間を生み出す努力をしなければならない。

(中村尚子)

参考文献

- A県総合教育センター特別支援教育担当「通常の学級に在籍する特別な教育的支援の必要な児童に関する調査」、pp.7-12、2004年
- A県児童福祉施設協議会調査研究委員会『A県の児童養護施設で生活する発達障がい疑われる子どもに関する実態調査』2012年
- 伊藤則博ほか「児童養護施設に入所する「学習上・行動上に困難を抱える児童」の実態調査」『北海道ノーマライゼーション研究』vol.17、pp.71-83、2005年
- 文部科学省「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童に関する全国実態調査結果」『児童への教育支援体制の整備のためのガイドライン(試案)』、pp.149-155、2004年
- 中村尚子「発達障害のある子どもを支援するために求められる児童養護施設の条件整備と連携の課題」『立正大学社会福祉研究所年報』第15号、pp.59-71、2013年
- 大竹智「A県内の児童養護施設入所児童の発達障害が疑われる子どもに関する現状と課題」『立正大学社会福祉研究所年報』第15号、pp.17-32、2013年
- 社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会 施設部会児童福祉施設協議会「発達障がい児についての調査研究委員会」『かながわの児童福祉施設で生活する発達障がいを疑われる子どもたちの調査』、2010年

キーワード：施設形態

施設の寮舎の形態(子どもの生活集団の人数)には、「大舎制」(20人以上)、「中舎制」(13～19人)、「小舎制」(12人以下)がある。また、本体施設や地域において小規模なグループによるケアを「小規模グループケア」(6人～8人)、本体施設の支援のもと、地域の民間住宅などを活用し家庭的環境で養育する形態を「地域小規模児童養護施設(グループホーム)」(定員6人)と言う。国は社会的養護が必要な児童を、可能な限り家庭的な環境において安定した人間関係の下で育てることができるよう、施設のケア単位の小規模化を推進している。しかし、職員の育成、一人勤務の時間帯、密室化・孤立化などが課題としてあがっている。

I 総論

子ども虐待と発達障害

— 情緒障害児短期治療施設での経験から



ひらおかあつたけ
常葉大学教育学部 心理教育学科 准教授 **平岡篤武**

1. 子ども虐待と発達障害

(1) 発達障害について

昨年改訂されたDSM-5では神経発達障害と呼ばれ、知的障害、コミュニケーション障害、自閉症スペクトラム、注意欠陥／多動性障害、特異的学習障害、運動障害、その他の神経発達障害のグループで構成されている。大きな変化として、従来広範性発達障害とされていたものが、自閉症スペクトラム(ASD)という重症から軽症へと連続的に連なっている自閉症グループとして概念化され、こだわり行動などが明確でないグループは社会的コミュニケーション障害として分けられた。

発達障害という概念は、これまで微細脳機能障害(MBD)、学習障害、軽度発達障害等様々な名称の変遷があり、全ての原因が明確に特定されているという訳ではないものの、知的障害や身体障害ではないが社会生活の様々な場面での適応に困難を抱えている子どもにも光を当て、支援を押し進めることに役立ってきたと言える。

(2) 自閉症スペクトラム(ASD)グループを

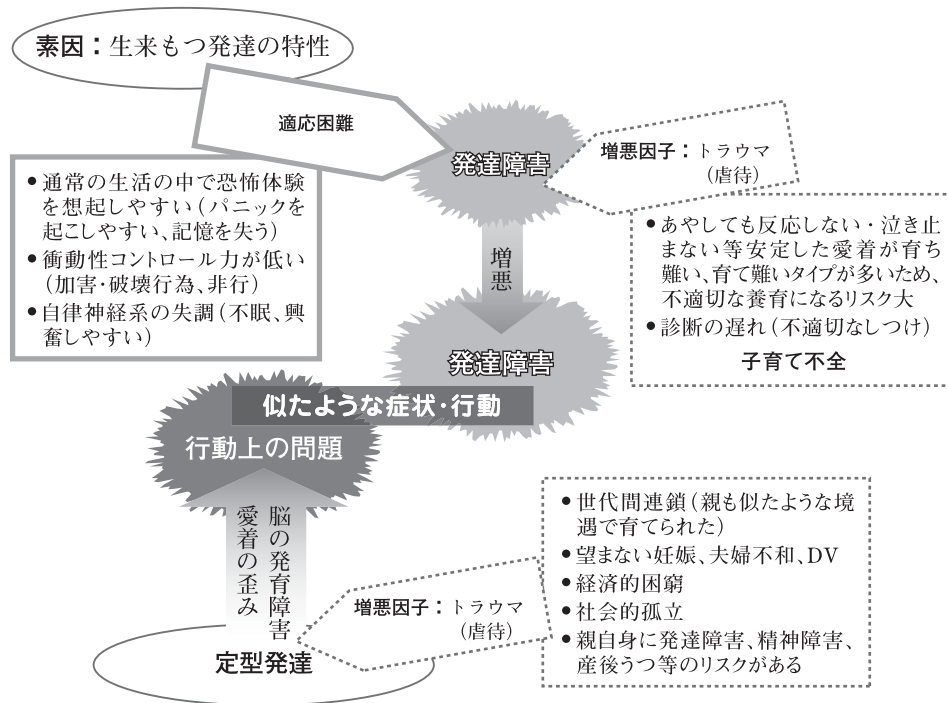
見分けること

情緒障害児短期治療施設にセラピストとして勤務していた時、私は自閉症スペクトラム(ASD)のグループに関して見落としがないよう特に注意を払った。なぜなら、自閉症の特徴が双方向的な社会的コ

ミュニケーション(基盤には相手の視点から理解すること、想像することが想定される)の苦手さにあるので、知的障害とはいえないこのグループの子どもに対して養育者が常識的しつけや力に頼る指導に終始し、それがほとんど効果的に働かないということを見童相談所での乳幼児相談、学齡児の育成相談、時には非行・虐待相談で経験してきたからである。発語が早く、記憶力も良く、大人顔負けの言い回しや理屈を言うので社会性の育ちの未熟さを見落としていたり、こだわりが強く自分流に理解した世界観を築き上げていて親や教師の注意が受け入れられず極度のわがままと理解されていたり、学校や勉強に相当な負担感を感じているのに理解されず、一方でPCやコミックへの耽溺や約束が守れないため体罰中心の対応となり、思春期になって家庭内暴力という暴力の誤学習となって現れていたり、というケースが少なくなかったのである。

このようなケースでは、自閉症スペクトラム由来の一次障害(双方向的な社会的コミュニケーションや想像力が苦手、強迫性やこだわり等)への理解や対応ができなかったために(叱ってばかり、誤った理解(誤学習)により蓄積された不適切な行動が修正されない、放任等)、二次障害(歪んだ愛着形成、自尊心の低下、社会性獲得の遅延、暴力・性逸脱等の誤学習による不適切な行動等)としての症状・行動が顕在化したと理解できた。このため、常識的な

〈図1〉発達障害と虐待の関連



指導では症状・行動の改善が難しいこのグループを見つけることが重要だったのである。

(3) 虐待との関連

しかし、情緒障害児短期治療施設入所児に虐待ケースが増加するに伴い、さらに困難な状況となった。というのは、虐待という強度ストレス下の養育環境で育った(虐待環境

に適応した)子どもは、歪んだ愛着形成、脳の发育障害というリスクにさらされており、ホルモン、脳神経、記憶、行動、学習、人格等広範囲においてダメージを受ける(F.W.Putnam 1997、ヘネシー・澄子2006)からである。つまり、養育者との信頼関係を築きにくい、衝動的な行動をとりやすい、不眠・

〈表1〉子どもの脳の发育が阻害されるグループの分類
(杉山の発達障害の分類2007を参考に作成)

| グループ | 障害名 | 定義 |
|------|----------------------|---|
| I | 精神遅滞 | IQ70未満、適応障害 |
| | 境界知能 | IQ70～85未満 |
| II | 知的障害を伴った自閉症スペクトラムASD | 社会性コミュニケーションおよび相互関係における持続的障害 限定された反復する様式の行動、興味、活動(含感覚過敏) |
| | 高機能自閉症スペクトラムASD | 上記の障害を持ち、IQ70以上 |
| III | 注意欠陥多動性障害AD/HD | 多動・衝動性・不注意の特徴及び適応障害 |
| | 学習障害LD | 知的能力に比し、学力が著しく低く、通常の学習では成果が上がらない。 |
| IV | 子ども虐待 | 子どもに身体的・心理的・性的加害を行う。必要な養育を行わない。 |

過覚醒等自律神経系の不調等が顕著に表れるのである。日常生活では、まとわりつき、反抗・挑戦的態度、痲癩・パニック、暴言・破壊・暴力、学習の遅れ、ボーっとしている、記憶がとぶ、不眠、自傷、性逸脱等の多彩な行動として見る事ができる。

図1で示すように、発達障害では生来的な素因

〈表2〉A県的情緒障害児短期治療施設入所児における被虐待、発達障害児数

| 年度 | 平成21年度 | 平成22年度 | 平成23年度 | 平成24年度 | 平成25年度 |
|-------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 入所児数 | 48人 | 45人 | 48人 | 43人 | 46人 |
| 虐待 | 44人(91.6%) | 40人(88.8%) | 41人(85.4%) | 38人(88.3%) | 39人(84.7%) |
| 発達障害 | 30人(62.5%) | 28人(62.2%) | 29人(60.4%) | 21人(48.8%) | 19人(41.3%) |
| AD/HD | 12人(25.0%) | 12人(26.7%) | 15人(31.3%) | 12人(27.9%) | 12人(26.1%) |
| LD | 6人(12.5%) | 6人(13.3%) | 5人(10.4%) | 3人(7.0%) | 1人(2.2%) |
| ASD | 18人(37.5%) | 18人(40.0%) | 16人(39.0%) | 11人(25.6%) | 10人(21.7%) |

※発達障害内訳には重複あり

〈表3〉A県の児童自立支援施設入所児における被虐待、発達障害児数

| 年度 | 平成21年度 | 平成22年度 | 平成23年度 | 平成24年度 | 平成25年度 |
|-------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 入所児数 | 56人 | 50人 | 51人 | 58人 | 49人 |
| 虐待 | 32人(57.1%) | 33人(66.0%) | 42人(82.4%) | 48人(82.8%) | 43人(87.8%) |
| 発達障害 | 12人(21.4%) | 20人(40.0%) | 25人(49.0%) | 24人(41.4%) | 26人(53.1%) |
| AD/HD | 5人(8.9%) | 7人(14.0%) | 7人(13.7%) | 7人(12.1%) | 9人(18.4%) |
| LD | 0人(0.0%) | 0人(0.0%) | 0人(0.0%) | 0人(0.0%) | 1人(2.0%) |
| ASD | 5人(8.9%) | 13人(26.0%) | 18人(35.3%) | 16人(27.6%) | 19人(38.8%) |

※発達障害内訳には重複あり

(一次障害)が想定され、二次障害として適応に困難をきたす症状・行動が発展した発達障害に虐待体験が加わることで、さらに症状・行動は憎悪することになる。一方、定型発達の子どもの虐待を受けることでも、上述のように発達障害と似たような症状・行動を示すことになる。このことを、杉山(2007)は、「臨床的輪郭が比較的明確な、一つの発達障害症候群としてとらえるべきではないかと考えるようになった」として、虐待を受けた子どもを第四の発達障害と分類している。表1はこれを参考に作成したものである。

2. 虐待と発達障害の重なり

(1) 情緒障害児短期治療施設と

児童自立支援施設の現状

表2、表3は、A県における過去5年間の情緒障害児短期治療施設及び児童自立支援施設入所児(各年度の4月1日在籍にしている子ども)のうち、施設で作成した虐待、発達障害の割合をまとめたものである。これらの施設に入所している子どもは、里

親や児童養護施設に措置されている子どもに比べるとより専門的な心理治療、生活指導、自立支援を期待されて措置されており、実態はほとんどが重度の虐待ケースといえる。表を見ると、虐待は情緒障害児短期治療施設では90%前後で高止まりしており、児童自立支援施設でもここ3年の間で同様な水準に近づいている。また、発達障害は、どちらの施設も入所児の50%前後となっている。発達障害の内訳では、情緒障害児短期治療施設はAD/HDが30%前後と多い。これは、この施設では小学生が約70%(児童自立支援施設では逆の比率)ということを反映していると考えられる。どちらの施設もLDは少なく、ASDが30%前後と多いことが共通している。さらに、両施設とも発達障害ケースはほとんどが虐待ケースでもあり、発達障害のみで入所しているのは情緒障害児短期治療施設で2、3例見られるだけであった。

前節で、杉山(2007)が虐待の発達に及ぼす影響を鑑み、虐待を受けた子どもを第四の発達障害と分類したことを紹介した。彼らは発達障害と似たよう

な症状・行動を呈するため、現在これらの施設では、発達障害様の症状・行動を示す子どもがほとんどを占めるという実態となっている。

(2) 虐待によるダメージ

1) トラウマ環境を生き延びた子どもの行動

虐待を受けた子どもが身体的、精神的にダメージ(複雑性トラウマ)を受け、発達障害と似たような症状・行動を呈するということはどういうことか。虐待を受けている子どもは大変厳しい環境を生き抜くにあたり、まず身の安全確保を探索するが(誰か助けて)、それがうまくできないとストレスホルモンの過剰分泌により本来は自然な防御反応である「闘争か、逃走か、凍りつくか」の行動が頻繁に体験され、ストレスにより興奮した自律神経系が様々な症状・行動を誘発するという悪循環のループから抜け出せなくなってしまう。こうなると虐待環境ではない日常生活のちょっとした刺激でも“今の瞬間”をどう切り抜けるかの状況になってしまい、利用されるのは過去の悪い記憶ばかりで、現在をよく見て、考えて行動するために経験を過去-現在-未来とつなげて利用することが難しくなる。従って、虐待を受けた子どもへの支援は、記憶を過去-現在-未来に再構成できるような、環境を含めた生活全般を視野に入れた包括的なものである必要がある。

2) 虐待を受けた子どもへの心理ケアの視点

このような虐待というトラウマ環境を生き延びた子どもの行動を理解し、心理ケアを考えるために、マーガレット・E・ブラウンスティンとクリスティン・キニバーグは虐待により子どもが受けるダメージを次の3つの要因で説明している(M.E.Blaustein & K.M.Kinniburgh,2010)。このモデルは、子どもが自分を取り巻く、養育が十分施されなかったり、危険だったりする世界に過剰適

応していく過程で(必ずしも意識しているわけではないが)、身に迫る危険をどう理解し、対処するようになっていくか、というものである。

①世界観を形成する：

“自分の置かれている状況は危険”、との思い込みや反応(無意識、非言語レベル)が形成されるようになる。(→感情のコントロールに問題が生じる)

子どもは正常な愛着形成に恵まれない養育環境により、“この世は危ない”という被害的な信念体系を作り上げる。そのような確信を強める“引き金”には、どうにもできないという感覚、予想外の変化、脅された・攻撃されたと感じること、非難された・恥ずかしいと感じること、親密さや肯定的な注目等がある。これらに言葉を介せず体感レベルで反応していることが多い。

②特異な身体的・行動的反応が形成される：

安全探索行動(闘争か、逃走か、凍りつくか、を選択)や欲求充足のために独自の方法を身につける。(→行動のコントロールに問題が生じる)

安全探索行動は目の前の状況をとっさに危険と(事実とは別に)認知した時の身体反応なので、しばしば日常生活の状況にはそぐわない反応になり、欲求充足のための行動は通常問題行動と見なされる(馴れ馴れしく近づく、べたべたする、嘘をつく、盗む等)。

③発達が疎害される：

発達早期の不適切な養育環境に適応しようとすることによって、広範囲に発達が障害を受け。(→発達に遅れ・偏りの問題が生じる)

身体的・情緒的体験の調節能力(自分の感情やその由来に気づき、感情を調整し、表現する)、対人関係能力(アイデンティティ、社会性)、脳の認知等の発達が阻害され、様々な不適応行

動(感情麻痺、引きこもり、無差別的愛着、操作性、薬物濫用、食行動異常、性行動異常、自傷、刺激を求める、攻撃性等)に発展する。

3) 発達障害(特にASD)との区別

情緒障害児短期治療施設や児童自立支援施設で出会う発達障害をもつ子どものほとんどは虐待が重複していることが多いということを上述したが、虐待との重複のない発達障害の子どもは愛着形成に定型発達よりも時間がかかりやすいだけで愛着は形成できる(危険を感じる状況でその子なりの養育者に助けを求めるサイン発信の仕方がある)。一方、虐待を受けた子どもは、愛着形成が適切に形成されていない(危険を感じる状況で養育者に助けを求めるサイン発信の仕方に定まった方針がない)ことが多い。従って、発達障害と虐待との重複がある子どもは、発達障害はないが虐待により症状・行動が一見発達障害のような問題を呈している子どもに比べ、もともと愛着形成に時間がかかる上に不適切な愛着の修正に時間がかかるという二重のハンディがあるために、発達障害のない虐待を受けた子どもよりも愛着形成を修復するのにより多くの時間を要することになる。発達障害のない虐待を受けた子どもは、虐待環境から分離・ケアされることで、早ければ数週間～2・3ヶ月で対応する大人によって反応に違いが出るようになったり、愛着行動に変化が見られたりすることがある。虐待を受けたASDグループでは、不十分な愛着形成、低い自尊心、社会性獲得の遅延、暴力・性逸脱等は、認知の特性からくる誤学習が一役買っているという場合が少なくないため、支援方針を誤らないために発達障害の見立てが重要になる。

ASDの子どもに対しては、すでに述べたように一次障害(双方向的な社会的コミュニケーションや想像力が苦手、強迫性やこだわり等)への理

解や対応が重要になるが、発達障害のない虐待を受けた子どもでも発達障害の子どもと同様な症状・行動が発展するため、日常的な声かけの基本は共通といえる。それは、伝え方はCCQ「怖がらせず(穏やかにCalm、近づいてClose、静かにQuiet)」、伝える内容はCCS「意図を明確に(明瞭にClear、具体的にConcrete、短くShort)」である。

3. 虐待を受けた子どもへの支援のポイント

最後に、先に紹介したマーガレット・E・ブラウンステインとクリスティン・キニバーグがトラウマ・インフォームド(トラウマ被害を念頭に置き、安全・安心の確保、トラウマによりダメージを受けた記憶を安全なものにする、これまでの体験を生活の中で統合する、ことを目指す)という考えの下にまとめている、虐待を受けた子どもへの支援(ARC理論)を紹介したい。ARC理論が目指すものは、トラウマ環境で子どもが発展させてきた3つの症状(感情コントロール・行動コントロール・発達の躓き)の改善である。支援対象はトラウマを経験してきた子ども、青年及び彼らの養育者で、愛着(Attachment)、自己調節(Self-Regulation)、能力(Competency)の3分野に働きかける。

具体的には10の支援課題(図2)が以下の3グループに分けられる。

- (1) 愛着：ここでの目標は、安全が実感できる養育環境で子どもが十分に安全で健康的な生活を送ることと、そのために養育者が子どもの健全な発達を支援するためのスキルを習得したり、安全な生活環境を整備したりすることである。養育者の感情管理、子どもとの波長(ベース)合わせ、一貫した応答、日課と儀式、の課題からなる。
- (2) 自己調節：愛着形成の失敗や外傷性ストレス、又は両方によって自己調節機能はダメージを受

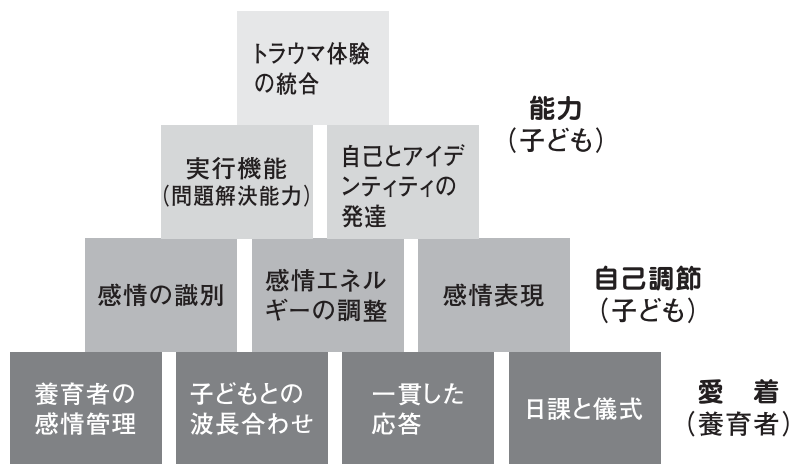
ける。ここでの目標は、子どもが感情や行動を調節したり、体験を他者と安全に共有できたりすることに気づき、そのスキルを体得することである。感情の識別、感情エネルギーの調整、感情表現、の課題からなる。

(3) 能力：トラウマケアの最終的な目標は、子ども及び家族が健全な発達や様々な能力(世間との

つながり、地域参加、学習)を発揮できるような内的外的資源(リソース)を形成することである。実行機能(問題解決能力)、自己とアイデンティティの発達(経験を過去、現在から未来につなげる)、トラウマ体験の統合(外傷記憶や断片化した自己を理解統合し、現在の生活に取り組み)、の課題からなる。

〈図2〉ARC理論を構成する10の支援課題

〈Blaustein, M.E.& Kinniburgh, K.M.(2010)を参考に作成〉



引用・参考文献

- Blaustein, M.E.& Kinniburgh, K.M.(2010). Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents, New York: The Guilford Press.
- ヘネシー・澄子(2006) 気になる子 理解できる ケアできる, 学研教育出版
- 平岡篤武(2005) 「児童虐待通告に見られる高機能広汎性発達障害を疑う相談事例」 子どもの虐待とネグレクト, Vol.7, No.1,6-12
- 森則夫・杉山登志郎・岩田泰秀編(2014) 「臨床家のための DSM-5 虎の巻」, 日本評論社
- Putnam, F.W.(1997). Dissociation in Children and Adolescents, New York: The Guilford Press. (中井久夫訳(2001) 『解離 若年期における病理と治療』 みすず書房)
- Rothchild,B.(2000). The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment, New York: W W Norton & Co Inc. (久保隆司訳(2009) 『PTSDとトラウマの心理療法 心身統合アプローチの理論と実践』 創元社)
- 杉山登志郎(2007) 「子ども虐待という第四の発達障害」, 学習研究社
- 杉山登志郎編(2013) 「講座子ども虐待への新たなケア」, 学習研究社

キーワード：闘争か、逃走か、凍りつくか (3F = Fight, Flight, Freeze)

動物の安全探索行動。人は脳幹と大脳皮質の間にある大脳辺縁系が生存のために防衛行動をとる各種のホルモン(エピネフリン、コルチゾール等)を分泌させて行動や感情を調整している。危機的状況に応じて、戦うか(逃げる時間がないが応戦できそう)、逃げるか(逃げる余裕がある)、身を固めて凍りつくか(逃げる時間も無いし、強くもない、死ぬかもしれない)、の反応を考えてではなく本能的に瞬時に行っている。このことは、被害を受けた人が後になって振り返り、自分が他の行動を選択しなかったとして自責・罪悪感・羞恥心を経験することにもなるため、自動的に起きる自然な行動であることを理解してもらうことが支援の役に立つ。

I 総論

非行と発達障害



京都ノートルダム女子大学心理学部 教授 藤川洋子 ふじかわ ようこ

はじめに

近年、少年事件のみならず成人による重大犯罪においても発達障害が指摘されるようになった。犯罪や非行という道徳的にあるまじき行為と、特定の障害との関係を論じるのには慎重であるべきだが、もっぱら（親を中心に）環境のせいとされがちであった犯罪、非行に対して、生得的な要因を入れて複合的・的確な分析がなされるようになってきたのは、非行少年の処遇や他機関との連携を考える上で有意義である。

家庭裁判所調査官として、勇気を出して（当時は勇気が必要であった）このテーマの論文^{1) 2)}を発表した15年前を思い起こすと隔世の感がするが、追い風となったのは、発達障害者支援法の施行(2005)、特別支援教育の本格実施(2007)であった。

本稿では、体験を織り込みながら、犯罪、非行において、発達障害を鑑別、診断することの意義を明らかにし、有効な関わり方について述べてみたい。

1. 私の発達障害体験

「なぜ特別支援教育か」という、講演を基にした本³⁾を上梓したことがある。ちょうど特別支援教育が全国的に始まった年であり、教育領域の方々にお読みいただけたのは嬉しいことであった。発達障害を実感したエピソードが会場で大笑いになり、本になってからも印象的な箇所だと言ってもらえた。それは初め

て私が胃カメラを飲んだ時のエピソードである。

今は鼻から細い管を入れて、殆ど痛みもなく胃の内部の撮影ができるそうだが、2000年ごろは、喉に結構太い管（その先にカメラがついている）が消化器官をたどって胃まで到達し、胃の中の様子がモニターに映るといいう仕組みになっていた。

まず、私の喉にシュッシュと麻酔剤が吹きかけられる。暫くして、モニターに面したベッドに半身で横たわるよう指示され、目の前に腰かけた医師の手で私の喉に胃カメラの太いチューブが突っ込まれた。

その時まで、担当は若くてきれいな女医さんだな、と観察する余裕があったのだが、チューブを突っ込まれた途端、その余裕は吹き飛び、「こんなもの、私の繊細な喉を通過するはずがない」という感覚に転じた。私の喉は拒絶反応を起こし、喉の近辺の活動が停止した。つまり、息が吸えなくなったのである。

息が止まって涙まで流れだし、切羽詰まっている私に、女医さんは「息、止めちゃダメ」とヒステリックに繰り返した。「ダメ」と言われたからといって、息が止まってしまうものは仕様が無い。「このまま、死ぬんじゃないか」と思ったときに、背後から、「息、吸えますよ」と落ち着いた男性の声が聞こえた。

「ん、息が吸える？息ってどうやって吸う？」と、混乱のなかで考え、「そうだ、鼻だ。口も大きく開けばいいかも」と、呼吸器を全開状態にしてみた。そうすると、空気が入ってきたのである。私は感激

して、力の限り、息を吸い込んだ、何度も何度も。

すると、目の前の女医さんは、「ハァハァ、言わないで」「ダメ」と冷たく繰り返すのである。注視しているモニターの画像が乱れるのだろう。当方にしてみれば、それまで息が止まっていたのだから、ハァハァ言うのは当たり前である。「ダメと言ったって、しょうがないでしょ」と言いたいが、声にはならず、よだれが流れる。

その時、くだんの背中側の男性(指導医なのか)が、「肩の力を抜いて下さい」と低い静かな声で言ったのだ。肩の力を抜けば、自然にハァハァは治まる。

ようやくのことで、涙とよだれと鼻水まみれの胃カメラが終わって放免されたが、その時、私は激しい憤りを感じていた。さすがに新米の彼女に毒づきはしなかったが、つくづく感得したのである。「発達障害の子どもは毎日、こういう目に遭っているんだな」と。

2. 体験してわかったこと

1) 否定の命令文では何も伝わらない。

自分自身の胃カメラ体験から、「わけのわかっていない(混乱しやすい)当事者」に対して、「ダメ」を使っても意味がなく、怒りの感情を起こすだけだ、ということを知った。自閉症スペクトラムの人は、よく「イライラする」という。自分の思う通りにことが運ばない上、空気が読めないだの気が利かないだのと言われ、しょっちゅう不条理を感じているからだろう。どういう場面に怒りを感じるか、と訊ねると、「そんな常識」「なぜ分からないの?」と言われるときだという。

指導や説明の場面ばかりでなく、日常生活においても、私たちは相手に構うことなく、「No!」や「Don't」を平気で使う。少し意識してみると、その多さに驚く。しかし、もう察していただいているとおり、発達障害とりわけ自閉症スペクトラムの人は、想像力に困難があるので、否定の命令文に対し

て、どのようにすればよいか直観的にわからない。「字義通り性」といわれる融通の効かなさ、視点の変換の困難さが邪魔をするのである。喉にチューブを突っ込まれて、「息止めちゃ、ダメ」と言われて目を白黒させるしかなかった私と同じである。

何かを教えたいときに、否定形「～してはダメ」を使えないとしよう。すると、必然的に「このようにできますよ」「こうしてください」という指示になる。この言い換えは簡単なようでけっこう、経験あるいはトレーニングが必要である。相手が何に困っているかを見抜き、目的の実現に向けて適切な指示をしなくてはならないからである。その意味で、胃カメラのスーパーバイザーによる「息、吸えますよ」「肩の力を抜いてください」という指示は、この上なく的確であった。私はさぞかし肩をいからせてハァハァ言っていたのだろうと思う。

2) 予告の重要性

しかしこのスーパーバイザーにも難点はある。そんなに患者の状態がよく分かるなら、なぜ事前に予告しておいてくれないのか、という点である。胃カメラは割合一般的な検査なので、私のように動揺する人は少ないのかも知れないが、しかし、まずこの検査を受けるのが初めてかどうか、を訊ねた上で、「喉がふさがれる感じがしますが、鼻でも口でも呼吸ができますからね」というアドバイスがあってもよいと思う。くどいようだが、予防注射の場合でも、「チクッとしますよ」「痛いのは最初の3秒間ですからね」と声かけがあってから刺されるのと、いきなりブスッと刺されるのとでは痛みが違う(と私は感じる)。

じっさい、察しのできない人に、こまめに分かりやすく予告をしておくと、「ダメ」「違う」と否定する回数が減る。ただし、予告したからと言って、そのとおりにできるかというところ簡単ではない。その際に重要なのは、「だから言ったじゃないの」「さっき言ったばかりでしょ」という意地悪(発達障害

の人にとっては意味不明)な言葉かけをしないことである。いわゆる「自尊感情」が傷ついて、自分は どうせダメだ、という認識を強化してしまい、人間嫌いにさせてしまうからである。

つまり、出たところ勝負が苦手な発達障害の人には、「予告」の必要性が非常に高い。しかも、その内容は、「こうすればうまくいく」という具体性に富んだものでなくてはならない。その際に役立つのは、視覚的な提示などを強調したTEACCH(自閉症とその関連する領域にあるコミュニケーション障害の子どもたちの治療と教育プログラム)のスキルや、ABA(応用行動分析)にいう、「よい行動の強化」という発想であろう。

さらに、「できたね」と、根拠のある評価を与えると、それが新たな動機づけに繋がる。それは、非行少年であってもなくてもまったく変わらないのである。

3. 知っておくべき非行への道(DBD マーチ)

恥ずかしい体験を素材にしたが、発達障害、特にADHD状態には、誰でもなり得ることが分かっていたただけだろう。「泡を食った」「パニックちゃって」という経験がない人はいないはずで、恰好が悪いかからすぐ忘れてしまうだけのことである。

ところが、こういったADHD状態について、周囲が不適切な対応を重ねた場合、あるいは発達障害に配慮した養育・教育環境が得られない場合は、非行化する場合があることが知られている。DBD マーチ(Destructive Behavior Disorder March)といって、ADHD(注意欠如・多動性障害)からODD(反抗挑戦性障害)、CD(行為障害)、やがてはASPD(反社会性パーソナリティ障害)へと、社会的逸脱のレベルが次第に強まって固定化し、人格のなかに組み込まれていく、という構図である。

まさにそういう経過をたどった刑事精神鑑定例を経験したことがある⁴⁾が、その事例では、ADHDに基づく落ち着きのなさや衝動性が、父親からの激

しい体罰を招き、学校にも児童養護施設にも、児童自立支援施設にも少年院にもなじみず、反社会性が定着してしまっていた。ポイントは、幼少期に父親に対して抱いた激しい怒りであると思われた。それはもともと、私が胃カメラで感じた女医さんに対する怒りとそう違わない怒りであったのかもしれないが、連日叱られて、積もり積もった怒りは、対人関係の形成までを難しくさせた。彼に手を差し伸べる人がいても関係を維持することができず、家庭においても学校や施設においても、彼は常にひとりぼっちなのであった。

こうした臨床例の積み重ねがあつて、欧米では、反社会的にならないようにADHDをコントロールしようとする動きが強い。我が国においても、特にメチルフェニデートの徐放剤や、ノルアドレナリン系に作用する薬が認可されてからは、ADHDを診断することの意義が明確化し、診断と薬物療法に拍車がかかったように思われる。

しかし、くすりにには依存性と副作用がつきものであり、当事者の安全を保障するものであるとは断言できない。しかも薬物療法に安易に頼ることは、教育や心理、福祉領域の実践のギブ・アップをも意味しかねない。

「くすりは、そもそも自転車の補助輪のようなもので、ADHDにせよ自閉症スペクトラムにせよ、必要な支援の仕方を実行してもらい、それが軌道に乗ったらくすりは徐々に減らしていき、やめていくべき」とある児童精神科医は述べている⁵⁾。しかし、その際のネックが、親御さんのほうの「良い状態になったのだから、くすりを減らさないでください」という心理的依存だという。

くすりを処方する側に、減薬のスキルと本人や家族に対する説得力を磨いて欲しいと願う一方、薬物療法に頼らないアプローチが発達障害のあるひとりひとりに実現するよう、医師でない側は、アセスメントの知識や適応力の測定などの技術を身につける

必要がある。複数の専門領域をまたいでの連携が欠かせないことは言うまでもない。

4. 今後に向けて

社会的養護を受けている子ども、矯正施設にいる子どものなかにも、発達障害や知的障害が診断されるケースが増えている。2014年5月にアメリカで出版されたDSM-5(精神障害/疾患の診断・統計マニュアル)では、広汎性発達障害やアスペルガー障害という診断名が消えて、「自閉スペクトラム症(Autistic Spectrum Disorder)」の軽度、中等度、重度と診断されることになった。

また、長くMRと略称で呼ばれていた精神遅滞(Mental Retardation)については知的障害(Intellectual Disorder)に変わった。知的障害は、これまで、IQ70未満を軽度、中等度、重度に分けられていたが、数値のみで診断するのではなく、概念の領域、社会性の領域、日常生活の領域という3つの領域のそれぞれについての適応力をも合わせてアセスメントをすることとなった。

こうした改訂は、当事者にとって実効性のある治療あるいは支援を目指す、という点で一貫している。それは例えば、IQの数値が高く出ても適応力の低い、例えば引きこもり事例や累犯事例などに障害認定がなされ得るといことなのだろう。

社会適応力のアセスメントについては、アメリカで広く用いられているヴァインランドⅡが、わが国で既に標準化の作業を終えており、出版が待たれている。これからは、適応力や問題行動のチェックをまずおこない、それに対応する形でのサポート、つまり効果が実証された支援がいつそう重視されることになるであろう。

おわりに

ウェブで公開されている「犯罪白書」(法務総合研究所)や「少年非行情勢」(警察庁)を見ると分か

るように、少年非行は、少子化による人口減を凌ぐ勢いでこの10年間、一直線に減少している。2004(平成16)年の、14歳以上20歳未満という有責少年人口1,000人当たりの発生数は16.8であったが、2013(平成25)年では、7.8である。特に凶悪犯、窃盗犯の減り方が激しい。

ただし、「捕まえてみたら前歴があった」という再犯者率は28.1%から34.3%へと上昇しているのである。再犯する子どもは、懲りるあるいは反省することが難しいという特性を持っており、不登校や家庭内暴力といった複合的な問題を抱えていて処遇が難しいケースが目立つ、という司法現場の実感がある。

非行に限らず、いったん不適応症状が出始めると、なかなか改善が難しいのも発達障害の特徴である。適応ができていくかどうか、について、日ごろから入念にチェックする姿勢が大切であろう。

引用文献

- 1) 藤川洋子(2000):「分かりにくい」性非行とその処遇—精神科医との連携例の考察
臨床心理学大系第20巻 子どもの心理臨床 p187-202
安香宏、村瀬孝雄、東山絃久編 金子書房
- 2) 藤川洋子(2000):非行と広汎性発達障害 こころの科学 94号 p76-84 日本評論社
- 3) 藤川洋子(2007):なぜ特別支援教育か—非行を通して見えるもの 日本標準
- 4) 山田貴志、藤川洋子、金井智恵子他(2012):「窃盗を繰り返し、放火、殺人未遂に至ったdestructive behavior disorder(DBD)マーチの1例」精神科20(3) p350-354
- 5) 門眞一郎、依田雍子、高木俊介(2013):座談—薬物療法の陰で見落とされてきたこと 統合失調症のひろば2号 日本評論社

キーワード：司法領域における発達障害

下着盗を繰り返す17歳男子は、知的な遅れはなく、幼児期は「多動性障害」、小学生時は「学習障害」、中学生になって「自閉症」が診断された。こだわりや社会性の障害が非行に関係しており、障害特性の理解が不可欠であった。処遇においては、罪悪感を持つことが難しいことを前提に、ルールの理解や衝動コントロール力を強化する必要がある。司法機関と医療機関、教育機関さらには自治体(発達障害者支援センター等)との連携が重要である。

II 支援の現場と地域を結ぶ

乳児院における実践 ——発達障害をもつ子どもの 里親養育を支える取り組み



ちょうだじゅんこ
長田淳子

社会福祉法人二葉保育園 二葉乳児院 里親委託等推進員

国は平成14年里親制度改正を機に、児童福祉法改正のタイミングで里親制度の充実を図ってきた。平成23年7月の「社会的養護の課題と将来像」では、今後10数年で里親等委託率^{※1}30%以上を目標にしている。家庭で生活することができなくなった子どもたちに関して、まずは里親委託を検討するという方針が出るなど、里親委託促進の流れは大きくなっている。実際、平成14年に7.4%であった里親等委託率は平成25年3月末には14.8%に上昇している。反面、それに伴い、委託された子どもの発達のバランスが悪かったり、情緒不安定な子どもが増えたりと、その対応の難しさから様々な課題が生じてきている。そのため、単に委託を進めるだけでなく、里親支援の取り組みの充実が求められているのが現状である。

本稿では、その支援の具体的な取り組みの一つとして、東京都の里親支援機関事業を受託している二葉乳児院の取り組みを紹介したい。

1. 乳児院が大切にしていること

乳児院とは、保護者が養育をすることができない乳幼児を一定期間お預かりする入所型の児童福祉施設である。全国で131か所あり、3,000名(平成25年10月1日現在、厚生労働省家庭福祉課調べ)を超える乳幼児が入所している。

社会福祉法人二葉保育園二葉乳児院は、東京都新

宿区内にあり、定員は40名である。

乳児院で生活するすべての子どもたちが、実母や家族との分離体験をしている。それは、生まれて数日の子どもであっても2歳の幼児であっても、同じように大きなストレス体験となる。子どもたちの中には、ある日突然、子ども自身が理解できるような時間も説明もなく、乳児院に連れてこられた場合も少なくない。また、家庭でのネグレクトや虐待による心理的負担によって表出される様々な情緒不安を、乳児院の職員は受け止めていくことになる。夜驚や偏食、抜毛、爪噛み、多動などの症状が出ることもある。逆に一日中ボーっと過ごし、ほとんどの欲求を表現しようとしなくなった子どもにも出会う。

そんな子どもたちと日々生活し、入所した経緯をゆっくりと子どもに分かるように伝え、揺れる子どもたちの気持ちを丁寧に受け止めていく。そしてようやく、ここが「安心で安全な場」なのだと感じ取ること、子どもたちは徐々に落ち着いていく。そういった時間をともに過ごし、分離体験や被虐待経験で途切れそうになった人への信頼関係を作りなおすように取り組んでいる。その信頼関係、愛着関係、



二葉乳児院

〈表1〉 児童の心身の状況

| | 総数 | 障害等あり | 障害等あり内訳(重複回答) | | | |
|-------|---------|-----------------|----------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | 知的障害 | ADHD | LD | 広汎性発達障害 |
| 里親委託児 | 3,611人 | 649人 18.0% | 239人 6.6% | 55人 1.5% | 18人 0.5% | 74人 2.0% |
| 養護施設児 | 31,593人 | 7,384人 23.4% | 2,968人 9.4% | 791人 2.5% | 343人 1.1% | 815人 2.6% |
| 乳児院児 | 3,299人 | 1,067人 32.3% | 183人 5.5% | 7人 0.2% | — — | 30人 0.9% |

(厚生労働省雇用均等・児童家庭局/平成20年調べ、一部抜粋)

「安心で安全な場」を、次にどうつないでいくかは、乳児院の養育の中での重要なテーマとなる。それは、家庭復帰するしないにかかわらず。実親や親族だけでなく、次につなげる施設職員、または子どもに継続的にかかわってくれる人、そして養育里親や養子縁組里親も同じである。こういった子どもたちに対する考え方やかわりは、昔も今も乳児院が大切にしていることではないだろうか。

2. 発達に課題を持つ子どもたちの増加

近年、前述のように昔から乳児院が大切にしている「安心で安全な場」で信頼、愛着関係を育み、次につないでいくということ以外にも、発達障害傾向と思われる症状を呈する子どもに対する理解や対応が求められる機会が増えてきたように思われる。厚生労働省が行った『児童養護施設入所児童等調査』では、平成15年調査と平成20年調査の間で、「児童の心身の状況」において、「障害等あり」が5年で乳児院は2%、児童養護施設は3.2%、里親家庭では5.4%上昇している。平成20年調査において、乳児院入所児童のうちADHD、広汎性発達障害の児童が1.1%となっている。同調査で、児童養護施設に入所している児童では「障害等あり」が23.4%で、ADHD、LD(学習障害)、広汎性発達障害と回答されている児童は入所児童の6.2%、里親家庭で

は4.0%に上っている(表1)。乳児院は、平成16年の児童福祉法改正に伴い、必要がある場合には就学前までの子どもたちが入所可能となった。しかし、多くは2~3歳の段階で次の生活の場を検討し、退所することが多い。そのため、「多動傾向」「自閉傾向」などが実際にあったとしても、『診断』を受けるまでに至らないケースがある。よって、現段階で数字としてあがっていない子どもたちの中でも、その後、発達障害と診断される場合もある。

職員は、日々の生活の中で「ちょっと違う」と気にはなるものの、特に知的な発達では問題ない子どもについて「どうかかわるか」は、職員の感性と培ったスキルに頼っているところが大きい。しかし、最近ではそれだけでは対応しきれない状況もあり、小児科医や児童精神科医、児童心理司や地域の発達支援センターとの連携をとることで、日々の生活の保育計画に役立てている。

3. 子どもの成長をつなげる

乳児院では、日々の生活の中で、支え、育んだ子どもたちの成長発達や信頼関係を、子どもたちの次の生活の場に合わせてどうつなげていくかにも注力している。再び分離の不安にさらされないように、子どもたちの生活が連続したものとして、支える大人が引き継いでいかななくてはならない。

それは、入所しているすべての子どもに言えることだが、発達に課題を持つ子どもにおいては、なおさらとなる。

そういう子どもたちの増加に伴い、乳児院や児童養護施設等の児童福祉施設は対応方法を学び、ノウハウを積み重ねて支援体制を組むようにしている。

乳児院がつなげる先が、そういったノウハウを積み重ねた施設であれば、引継ぎや適宜情報共有をして、施設での様々な支援体制を利用することができる。しかし、もし、その先が里親家庭や実親家庭であったらどうだろうか。実親家庭への家庭復帰となれば、地域の支援体制がすでに生まれ、児童相談所は丁寧に復帰後の様子を把握し、助言を行う。地域とのネットワークの支えを受けながら、実親子関係の中で乗り越えられることもあるかもしれない。では、里親家庭となるとどうだろうか。

4. 乳児院が里親支援に託した想い

里親家庭へ委託される子どものほとんどが、親族里親の場合を除き里親との血縁関係はない。また、それまでに過ごしてきた子どもの生活環境など置かれた状況や年齢によっても表出する様子や課題は様々である。特に、それまで子育て経験のなかった里親家庭は、地域の支援や子育て支援にどんなものがあるのかもほとんど分からない状態で、子どもを預かることになる。その上、発達に課題が見られ、コミュニケーションや発達のバランスが悪いなど、かかわりの難しさにどう対応すればいいのかと混乱するのは当然のことである。

また、それは里親家庭内だけの問題にとどまらず、地域、保育園・幼稚園や学校にもかかわる課題となり、子どもの委託を受けたことによる地域との不調が生じることも多い。「集団に入れない」、「他児への暴力」、「学習の遅れ」、「万引き」、「強いこだわり」、「場面の切り替えが難しい」などである。

子どもの成長をつなぎ、託した里親家庭が、こう

した課題に直面し、中には課題の大きさから委託解除となる場合もある。実際、里親家庭への委託となった後、1年も経たずに解除となり乳児院へ戻ってきた子どもたちもいる。「慣れない」「かわいくない」「理解できない」と言われた子どもたちは、戻ってきてても何故戻ってきてしまったのか、自分のせいだったのかと、自分の身に何が起こったのか理解できないことも多い。「いつ迎えにきてくれるのかな」と帰りたいと願い続ける子どももいた。

委託解除が子どもにとって、そのときの最善の方法であったとしても、新しく暮らすはずだった生活の場や特定の愛着対象となり始めた人が、自分を抱えきれなかったと知るとは、子どもにとって大きな心理負担となり、多大な喪失感を胸に秘めてしまうこともある。

そんな子どもたちの心の揺れに直面するたびに、「子どもの成長を見守るバトンが途切れたり、落ちてしまわないように、乳児院ができることは何か」と考えることとなる。そして、退所した子どもたちのその後を支える支援の充実に取り組むということに行き着く。

5. 里親支援機関事業の取り組み

厚生労働省は、『平成20年児童福祉法改正と里親制度の充実』の一つとして、「里親支援事業」および「里親委託推進事業」を統合した「里親支援機関事業(平成20年4月～)」に対する補助を行っている。それを受けて、東京都は平成20年度末より、モデル事業として東京都児童相談センター(中央児童相談所)にて里親支援機関事業を開始した。その後、平成22年に品川・八王子両児童相談所が加わり、段階を経て平成24年度より都内11か所すべての児童相談所において里親支援機関事業を開始している。二葉乳児院は、モデル事業開始当初より里親支援機関事業を受託し取り組んでおり、現在は児童相談センターを含む都内4か所の児童相談所を里親

委託等推進員として担当している。

事業内容は、相談援助から広報啓発活動、学習ボランティアの募集活動や里親家庭向けの研修、養子縁組里親・養親対象のサロンの企画運営までと幅広い。しかし、多岐にわたる事業内容だからこそ、里親家庭や子どもたち、関係職員とのかかわりも増え、情報共有も可能となり、顔の見える関係がとれるようになっていられると思われる。また、今までかかわりの接点が乏しかった地域の子育て支援や障害福祉に関連する資源や民間団体のネットワークとも連携をとることが可能となってきている。

二葉乳児院では東京都の里親支援機関事業において、特に訪問支援を含む相談業務と、研修やサロンの開催等の相互交流事業を重点項目としてここ数年取り組んでいる。訪問支援等の相談業務で見えてくる課題と、里親さんのニーズを集約し、間を置かずに勉強会などの企画に取り入れるようにしている。また、勉強会などの講師には、テーマに沿って、地域で実際に子どもたちとかかわっている方を選び、具体的な取り組みについて伝えてもらえるように工夫をしている。

6. 里親家庭への訪問支援から見えてくること

■ 新規フォローアップ

里親家庭への新規委託時に半年間月1回以上定期訪問をする

■ 定期巡回訪問

委託中のすべての里親家庭への半年に1回以上の定期訪問

■ 里親サポートプログラム (里親へのカウンセリング)

課題が生じたときに、短期集中的に相談対応をする

現在、上記の3つの訪問支援を養育里親、特別養子縁組里親を含むすべての里親家庭に対して行っている。日々の生活を始める中で、それまで把握され

ていなかった、子どもの発達のバランスの悪さやコミュニケーションのとりにくさが判明することも多い。それは、大きなエピソードから見えてくるものではなく、日々のちょっとしたかかわりにくさであったり、小さな違和感の積み重ねであったりする。「こんなことを相談していいのかわからないのか」「私のかかわりが悪いのか」「これは虐待を受けたせいなのか、施設にいたせいなのか、発達なのか、それとも試し行動なのか」と話される方も多い。しかし、児童相談所の担当者に電話をしてまで相談することへの抵抗がある場合も多い。そんなちょっとした違和感や不安を、定期的に訪問することによって切り出されることがある。訪問では、①お話をゆっくり聴くこと、②いくつかの方法を提案し、それをきっかけにその里親家庭で取り組める方法を一緒に考えること、③里親家庭と子どもの強みを見つけること—などを大切にしている。発達のバランスの悪さや対人関係については、一朝一夕では改善しないことも多いので、里親の不安や戸惑いを支えながら、一緒に方策を考え、共に子どもの成長を見守る。また、地域の資源を調べて適宜情報提供するなどして、地域で里親家庭や子どもを支えるチームづくりをするようにしている。

7. 連続講座の企画と目指したこと

二葉乳児院が取り組んでいる里親支援機関事業では、今まさに里親家庭で課題となっていることをテーマとして取り上げるようにしている。平成25年度には「連続講座」を3テーマ実施した。

■ 講座

『発達につまずきのある子どもと暮らす』

その一つに、3回連続講座『発達につまずきのある子どもと暮らす～ひとりひとりの個性を知り、成長を支える方法を一緒に学びませんか?』を企画した。

参加対象は、すべての里親家庭および特別養子縁

—この講座が目指していること—

- ①発達障害を持つ子どもの気持ちを理解する
- ②発達障害の子どもの特性を知り、具体的な対応方法を知る
- ③同じように困っている里親・養親と語り合い、つながる



連続講座の様子

| 連続講座『発達につまずきのある子どもと暮らす』の主な内容 | |
|---|--|
| 第1回 | グループで学ぼう、話そう！〈発達障害ってどんなもの？〉 ■「カン違いはありませんか？」 …発達障害の基本的な考え方を確認しよう ■「子どもはどんな気持ち？どんな感覚？」 …発達障害を『疑似体験』してみよう |
| 第2回 | 講演会〈発達障害の子どもへの基本的な対応と学習支援〉 ※この回は、連続講座受講者でなくてもご参加いただけます。 |
| 第3回 | グループで学ぼう、話そう！〈これからの生活に向けて〉 ■「学んだことをどう活用する？」 …生活や学習の場面をロールプレイで練習してみよう ■「子どもに合わせた、いろんな対応」 …事例からヒントを得よう |
| ※第1回と3回は、里親委託等推進員が提供する基礎知識や教材をもとに、グループワークも取り入れて学びを深める形式をとります。 | |

組が成立した養親である。発達障害の診断を受けた子どもを養育している方だけでなく、発達のバランスの悪さを有する子どもを養育している方、そして、その家族の支援者も参加可能とした。募集のチラシには、「年齢相応にできることもたくさんあるのに、気になる行動を見せる子どもたちがいます」と表し、「集団行動が苦手」「友達にすぐ手が出る」「聞かれたこととずれた答えをする」「こだわりが強く、行動の切り替えができない」などといった例をいくつか掲載している。これによって、「ずっとかかわりにくいと思っていたけれど、該当する所がすごく多いので、もしかしたら…」と参加する家庭も見られた。連続で開催することで、参加者同士の理解や学びが深まり、「一緒に考え、想いを共有する場」を作ることで、里親さんが子どもへの理解を前向きにとらえることができたと思われる。

■ ワークショップ

『親子のコミュニケーション力を伸ばそう！』

また同年度には、コミュニケーションに難しさを感じている子どもたちと里親向けに、講師を招いて

『親子のコミュニケーション力を伸ばそう！』の研修会とワークショップを企画した。里親家庭で生活する子どもたちの参加型研修は、それまでほとんどなかった。里親子で参加することで、「聞くチカラ」「話すチカラ」を子どもたちがどう身につけるか、そのチカラを伸ばすために里親がどう声掛けすることがいいのかなどを実際にやってみながら学んでいくプログラムである。最初は、うつむいて、身体を揺らしながら「帰りたい」とつぶやいていた子どもが、後半にはのびのびと身体を動かして、不器用ながらも気持ちを伝え、みんなから褒められる体験をする。照れ笑いしながらも、ぐんぐんいい表情に変わっていく。それがこの時間の一時的なものだったとしても、里親子にとってとてもいい体験になり、その後のかかわりにつながっている。

8. 乳児院の取り組みと今後の課題

二葉乳児院は、地域子育て支援センター二葉を併設している。ここでは、ひろば事業だけでなく、様々な親子や妊婦に対する学習会・ワークショップの開催や区のショートステイの受け入れを行っている

る。また、先輩ママが子育て中の家庭へ出向いて寄り添い支援を行う「ホームスタート」事業などにも取り組んでいる。乳児院の入所児童やその家族だけでなく、地域での子育て支援に力を入れている。また、里親支援機関事業の養子縁組・養親サロンの会場として使用するなど、すべての子育て中の家庭をサポートできるよう企画運営している。

乳児院倫理綱領にもあるように、乳児院は入所している子どもを入所期間中に養育することだけでなく、巣立った子どもたちを受け入れることになる地域の子育て支援や里親支援にも関心を持ち、子どもたちと生活を共にしてきたノウハウを還元できるような事業や支援を検討していくことが、近年、特に求められていると思われる。その取り組みの一つが里親支援機関事業であり、また平成24年度より開始された、施設に配置される里親支援専門相談員^{※2}の役割もその一つになると言える。

9. おわりに

二葉乳児院に就職してまもなくのとき、ある里親さんとお話する機会があった。委託となる子どもに、知的な発達はいいものの、やや自閉傾向が見られた。筆者は、広汎性発達障害の説明と今後成長する中で生じる可能性のある課題について伝えた。しかし、まだ幼い子どもについて、そういった説明は、里親さんにとっては半信半疑のご様子で、「大丈夫です。今はそう感じていません」と話された。とても丁寧にかかわってくださるその里親さんとは、その後もつながりを持つことができ、10年が経とうとしている。そんなとき、広汎性発達障害の確定診断を受けた旨の話を聞いた。ちょうど、その頃企画していた前述の連続講座にも参加されることとなる。里親さんは「自分の育て方のせいじゃなかった。診断を受けて、どこかほっとした」と話された。今も、折々に近況報告も含めて、子どもの成長を伝えてくださっている。

特別に何をするというわけではなく、そうやって、子どもの成長を共有させてもらい、うれしいとき、困ったときなど、どんなときでも、ふと思い出してもらえる場所として居続けることが、地域に子どもを託した側の責務であるし、喜びでもあるように感じられる。また、里親さんたちの想いや不安に対して、間を置かず、何らかのアクションを返せるようにすることを心掛けている。そして、子どもと里親家庭にとって、そういったかかわりを続けることで、一人でも多くの子どもたちが生活の場を転々とするこにならないように、「安心で安全な場」で「子どもにとって特別な人」と一緒に暮らせるように今後も取り組んでいきたい。

- ※1 乳児院、児童養護施設、里親、ファミリーホームへの措置児童数の合計に対する里親およびファミリーホーム措置児童数の割合
- ※2 児童養護施設および乳児院に、地域の里親およびファミリーホームを支援する機能を持たせる。
 - (a) 所属施設入所児童の里親委託の推進、
 - (b) 退所児童のアフターケアとしての里親支援、
 - (c) 地域支援としての里親支援を行う。

キーワード：民間団体による里親支援

日本国内において、民間団体による里親支援は数えるほどしかなかった。しかし、平成20年度里親支援機関事業実施において民間団体への業務委託が可能となり、行政が主に担っていた里親支援の一部を、民間団体との協働によって取り組めることとなった。平成24年には児童養護施設・乳児院に里親支援専門相談員の配置が可能となるなど、民間の発想と柔軟な支援の方策に期待が寄せられている。

II 支援の現場と地域を結ぶ

A君の自立途上ものがたり

児童養護施設の現場から —不登校の事例と他機関連携



愛神愛隣舎 施設長 そう とくぜん
曹 徳善

はじめに

愛神愛隣舎は、神戸市にある都市型の小さな児童養護施設である。1942年に設立され、現在児童40名の定員に対し管理職から指導員・保育士・心理士・調理員等にいたるまで19名のスタッフで子どもたちの日常を支え、喜怒哀楽を共にしている。

築40年を超える4階建ての舎屋は、喫緊の課題として建て替えが事業計画に上がっているものの、鉄筋で堅牢に建てられており、大舎の名残で一つの居室面積が広いので、現状は小規模改修などで各居室のユニット化を図り、学習スペース付きのロフトベッドを配置するなどして子どもたちの個としての生活空間や思索空間をкаろうじて保障する手立てとしている。

とりわけ昨今の入所児童の傾向として顕在化してきた特別な配慮の必要な子どもたち(発達障害のある子どもたち)にとっては、ハード・ソフト両面における高機能ケアの必要性が重視され、従来の養育からさらに専門的な療育・治療的ケアが求められている。厚生労働省(2008)の調査によれば、児童養護施設の児童の中で、虐待を受けた子どもは53.4%、何らかの障害(知的障害や発達障害など)を持つ子どもが23.4%を占めており、専門的なケアの必要性が増しているとの報告がある。

発達障害と虐待と不適応

発達障害は、虐待の高い危険因子であることも示唆されている(杉山、2007、2011)。また、発達障害が虐待を引き起こす要因である場合や、虐待によって発達に偏りができる場合などが考えられ、実際の現場においても両者が重複しているケースは多く存在する。さらに、発達障害の二次障害として、不登校やひきこもりを含む、対人関係・社会的行動面で著しい適応困難を引き起こす可能性が指摘され始めており、これらが複合的に絡み合っただけでなく重篤なケースも増えてきているのが現状である。施設内では、このような重篤なケースへの対応には時として限界があり、他機関との連携が今まで以上に必要になってきている。

情緒障害児短期治療施設への通所

こうした背景のなか、平成24年には、以前から検討されていた情緒障害児短期治療施設(以下、情短)での通所機能や外来機能の利用、いわゆる二重措置が可能となり、当施設においても、また神戸市の措置児童においても初めての試みとして、発達障害を持ち不登校に陥った児童の短期治療をめざして利用することとした。

児童養護施設や里親などの社会的養護機関から、情短への通所や外来の試みは始まったばかりであり、情短だけでなく子ども家庭センター(以下、セ

ンター)や学校、保護者との理解や連携も重要になってくる。今後もより有効に利用を進めるために、当施設でのケースを振り返ってみたい。

A君との出会い

A君の家族は、母子家庭で、他県に祖父母、伯母といとこ達が暮らしている。A君は、小学3年生で登校渋りが始まり、音声チックや強迫行動が出るようになった。小学4年生で、発達のアンバランスさと遅れが指摘され、広汎性発達障害と診断を受け、特別支援学級に籍を移すことになった。この頃から、生活リズムや食生活の乱れ、パニック症状が出るようになる。母親は、A君が不登校にならないよう、学校へ送り出そうとするが、つい手が出てしまい、それに逆上したA君が母親を叩いたり蹴ったりすることもあった。その母子を、祖父母や伯母がサポートを続けるが、A君が中学1年生のある日、母親から私生活上のことで注意を受け、A君と母親は衝突、双方に暴力が出て、A君は包丁を母親の首につきつけるという行為に及んだ。そのため、母親が警察に通報し、警察からの身柄付保護となる。母親は家庭引取りか施設入所かで悩んだが、本児と一緒に暮らすことを考えるとうつ症状がひどくなるため、施設入所の方向で話を進め、本児も初めは混乱していたが納得したため、施設入所となる。こうして、A君は当施設にやって来た。A君は、ぶっきらぼうで会話も簡単な単語でのみ受け答えし、話しかけられると、他者とは目を合わせようとせず、自分から積極的に関わろうとはしない男児だった。

入所して、1週間も経たないうちに、A君は同年代の男児とは打ち解け、笑顔で会話したりゲームしたりする姿が見られるようになった。一方で、生活のルールを守るのが難しく、集団生活のストレスからか、ゲームやパソコンへの執着が強くなり、無断外出も見られた。学校では、制服の乱れや遅刻、体調不良などが見られながらも登校を続けていた

が、A君の対人関係の苦手さから態度が悪いと誤解され、同級生とのトラブルに発展し、それがきっかけで不登校となる。大半の時間を施設内で過ごすA君に対して、生活リズムが崩れないように朝の声掛けに始まり、学習の支援、振り返り、心理ケア、学校との連携などに取り組んできた。施設内での生活に落ち着きが見られるようになると、担当職員に過去の出来事なども言語化できるようになってくる。しかし、思い通りに物ごとが進まなくなると、イライラが募り、物に当たったり投げたり破壊行動が繰り返され、万引きや自転車の窃盗などの逸脱行為が見られるようになってきたため、センターとも協議の上、クールダウンと振り返りのため一時保護となる。

見えてきた課題

児童養護施設において、発達障害の児童に加え、不登校の児童を抱えていく上で必要な支援体制としてマンパワーとマンクオリティの確保という大きな課題がある。児童は日中学校に行っていることが前提での職員配置になっているため、学校に行かない児童が増えれば人員が不足するのは当然であろう。また、職員の専門性も課題の一つである。保育、生活指導のスペシャリストであり、発達障害や不登校に関して研修は受けているが日々の対応では分からないことも多くある。また、地域の中学校においても、同様の課題は抱えているであろうし、個別に対応していくには、集団へのしわ寄せが大きくなっていくことは想像できる。A君のケースでも、保健室登校や遅刻・早退の容認などを依頼したが、学校側の体制が整わないとして、本児が希望するような個別対応まで実施されることはなかった。では、こういった特別に配慮が必要な児童には、どのような援助ができるのであろうか。A君の一時保護は、施設でできること、できないことを見極め、できないことはどうすれば補填できるのかを考えるきっかけに

なった。

オリエンテーションテーブルとチームアプローチ

まず、A君の療育の必要性が議論のテーマとなった(心理検査WISC-IV、FSIQ=66)。センター、中学校と協議を重ね、専門性の高い情短への通所を利用することを検討した。そこから、関係機関がA君への対応を話し合うためのオリエンテーションテーブルが始まった。オリエンテーションテーブルには、母親、センター、情短、中学校、施設が集まり、定期的にA君の課題を話し合い、目標を立て実践に移す作業を重ねてきた。特に施設内でのチームアプローチを図るため、心理士・担当指導員(副主任)・個別対応職員・障害児対応職員が主に各々の役割を分担し、他の職員がサポートに回るといった支援体制をとった。オリエンテーションテーブルは事前の打ち合わせなどを含めて、計14回実施し、各関係機関で各課題に向けてできることを個々に考えるのではなく、総合的に見ていくことで有効的に支援を行うことを目指した。

A君の課題として、生活リズムの改善、学習支援、集団での人間関係、障害受容、母子関係の修復などが挙げられ、最終的に

〈図1〉A君のプログラム

| 時間 | 内容 |
|-------------|--------|
| 7:00 | 起床 |
| 9:00～11:00 | 職員の手伝い |
| 11:00～12:00 | 学習 |
| 12:00～13:00 | 昼食 |
| 13:00～15:00 | 学習 |

は中学卒業後の進路、将来に向けての長期的支援策が話し合われた。生活リズムの改善に関しては、A君が登校していない時間帯のプログラム(図1)を作成し、施設全体で取り組んだ。A君は、1対1で向き合うことでモチベーションの維持が可能になるため、職員の時間の確保が大きな課題となった。したがって、このプログラムを実施するためには、生活担当はもちろんのこと、事務職、心理職など総動員

で対応した。集中力を維持させるため、あらかじめ目標とするページ数をA君と決め、それができると休憩(遊び)を取り入れてリフレッシュするなどの工夫を凝らした。また、学習支援は施設内で学習時間を確保することに加え、情短でも個別指導を行い、中学校からも週1日A君のために施設に訪問して支援を行った。このように実施するために、オリエンテーションテーブルで協議を重ね、それぞれの機関での分担を可能にした。集団での人間関係については、情短での授業に参加する過程を段階的に行うことでA君に負担にならないように対応した。まずは、1対1の面接で関係を築き、情短に通うことへの抵抗をなくす。その後、個別で教科担当の先生と学習に取り組み、学習習慣を身につけ、おとなの付き添いでクラスに入るというスモールステップで進め、最終的には一人で授業を受けることができるようになった。これには、A君の送り迎えのための施設職員の時間確保に加え、情短の人員確保や柔軟な対応が必須であり、施設だけでの対応では成し得なかったことである。母子関係の修復に関しては、センターが中心となって母親との外出時のルールを設定したり、施設入所理由をA君が理解、納得するまで丁寧に話したりしていくことで、母子間でのトラブルを軽減するよう試みた。障害受容については、各機関がA君からの問いかけへの応答、トラブルでの指導に際してなど、機会あるごとにA君の課題と一緒に向き合い、対処方法を考えていくことで、A君が障害特性を理解し、受け入れていくことを支援する。進路に関しては、中学校と情短が中心となってA君の高校を卒業したいという希望を実現するためA君にあった進路先を選択し、施設職員が付き添って見学や説明会に参加し、納得した上で通信制の高校への進学を決定した。卒業式や成績表に関しても、オリエンテーションテーブルの中で中学校と情短が意見交換を行い、A君の不利益にならないよう、またA君の達成感が得られるよう

進めることができた。母子関係の修復と障害受容は、長期的な支援策に付随して、今後も引き続き協議していかなければならない課題である。

図2は、これらの協議をA君の生活の様子と併せ

て、心理士(本田)が整理し示したものである。

A君の入所した年をX年とし、I期(4月～6月)、II期(7月～9月)、III期(10月～12月)、IV期(1月～3月)に分けて記載する。

〈図2〉入所後の経緯

| | | 生活の様子 | 会議などの協議 |
|-------|------|---|---|
| X年度 | III期 | | 入所前、中学校・センター・施設でA君が特別支援学級へ在籍するか否かの検討を行い、通常学級への転校となる。 |
| | IV期 | 入所。ぶっきらぼうで会話は簡単な単語のみ。他者とは目を合わせようとせず、自分から積極的に関わろうとはしない。学校では、制服の乱れや遅刻、体調不良などが見られながらも登校を続けるが、A君の対人関係の苦手さから態度が悪いと誤解され、同級生とのトラブルに発展し、それがきっかけで不登校となる。 | 本児自身が、特別支援学級への移動を希望し始め、中学校・センター・保護者・施設での話し合いを行い、特別支援学級への転籍手続きを行う。 |
| X11年度 | I期 | 施設での生活は落ち着きが見られ、担当職員に過去の出来事なども言語化できるようになるが、思い通りに物ごとが進まなくなると、おとなへの不信感が拭いていないのか、どうせ言っても無駄だと考え、無断外出などの問題行動が見られるようになる。学校へは、なかなか足が向かず、週1日程度の登校頻度になる。ただし、不登校になっていることは本児自身も気にしているようで、そのことを指摘した他児に対して、暴力行為に出ることもある。 | 学校では、お昼休みに過ごすことができず、午前のみもしくは午後のみ登校、または保健室登校などの個別対応を中学校に依頼するが、学校内での他児への影響を鑑みて実施には至らず。 |
| | II期 | イライラが募り、物に当たったり投げたり破壊行動が繰り返され、万引きや自転車の盗難などの逸脱行為が見られるようになってきたため、一時保護となる。一時保護解除後、1週間は朝が起きられず、夜も寝付きが悪く、生活リズムがみだれてしまい、落ち着きがなくストレスも感じている様子が見られ、他児とともに万引きを犯す。 | 学校に関しては、不登校の傾向が強くなったこともあって、一時保護解除後に情短への通所を視野にセンター・中学校・情短・保護者・施設で話し合いを進める。情短への通所手続きと並行して、生活リズムを整えるために枠作り(ルールやプログラムの作成など)を行う。 |
| | III期 | イライラ感も徐々に収まり、パソコンなどへの執着は見られるものの生活は落ち着いてくる。情短へは外来からスタートし、職員付き添いで定期的に通う。 | 情短・中学校・センター・施設で集まり、中学でのこれまでの様子や不登校に至った経緯、現状報告などの意見交換を行う。 |
| | IV期 | 喧嘩(タイマン)への興味が強くなり、施設内でボクシングやプロレスなどの遊びから他児とトラブルになることがある。また、外出先で痣を作ってきたり、喧嘩をするために無断外出したりすることがある。情短への外来では制服の着崩しなどルールを守れなかったが、外来から通所として情短内の学校に通うことになり改善が見られ、職員の付き添いなしで自力通学を実施する。ただし、学校の授業に必要な学力を補うため、支援が必要になる。 | オリエンテーションテーブルをスタートさせ、3回開催する。本児の現状報告(生活・通所)を行い、中学校からの学習支援、通所の目標の確認、卒業後の進路についてなど話し合う。 |

| | | | |
|----------------------------------|------------------|--|--|
| X 十 二 年 度 | I 期 | 心療内科への受診を始める。進路のことや、障害のこと、受験のことなど不安が募り、イライラすることが増えて、職員に対する甘えや退行も見られるようになる。情短には自力通学を頑張っていたが、気持ちの揺れから、徐々に足が向かなくなる。そのため、自力通学をやめ、職員の付き添いを再スタートさせる。 | オリエンテーションテーブルは2回開催し、現状報告を行い、進路について話し合う。目標としては、通学は送り迎えを行うが、教室にはおとなが付き添いながら入り、慣れてきたところで付き添いなしで入ることを確認する。また、進路については特別支援学校に加えて、通信やフリースクールなども選択肢として検討を行うこととする。 |
| | II 期 | 生活リズムの乱れは続くが、受験に向けて学習を頑張りたい気持ちは高まってくる。特別支援学校の説明会や通信制高校などの見学会にも参加し、受験に向けて準備を整えていく。一方で、受験前の面談や受験そのものに対する不安も高まり、施設内で暴れたり暴言をはいたり落ち着かない日が続く。情短の通所では、体育祭の練習は真剣に取り組むが、本番は一発勝負でミスが許されないと思うと不安が強くなり、当日は、体調不良を訴え欠席してしまう。 | オリエンテーションテーブルは、1回開催、現状報告を行い、進路について今後の日程確認を行う。通所では、体育祭に向けて競技や集団行動の練習を行っていく。さらに、進路に向けて、通所日数や授業時間の増加を検討する。また、入所理由について本人が理解・納得しておらず、センターにてケースワーカーより本人に分かるよう説明を行うこととする。 |
| | III 期 | 情短へは、週3日の通学に変更。教室に入ることへの抵抗は低くなり、特に体育に関しては、付き添いなしでも参加できるようになる。ただ、受験や将来に対する不安が高まり、幻聴が聞こえる・夜眠れないなどの身体的症状の訴えがみられ、職員に対する独占欲も強くなり、他児とのトラブルも増えてくる。しかし、進路の具体的な方向性が見えてくると学習への意欲が高まり、通信制高校を受験、合格する。 | オリエンテーションテーブルは、1回開催、現状報告を行い、卒業式や進路について今後の日程および書類作成などの確認を行う。通学は、学籍移動後も情短に通う。卒業式については、原籍中学の卒業式に参加可能であり、情短でも卒業を祝う会として式典があり参加可能であると確認する。 |

課題の整理と克服、再生への支援

児童養護施設だけでは、発達障害や不登校、ひきこもりなどが複合的に絡み合った重篤なケースを抱えて支援していくには限界がある。それは、先に述べたように慢性的な人員不足に加えて、専門性の課題がある。重篤なケースは増加傾向にあり、限界を感じたままそれらのケースを抱えていくのは子どもたちのためにもならないし、施設職員のバーンアウトを引き起こしかねない。したがって、それらを補っていかねなければならないし、そのためには関係機関との連携が必須となることはいうまでもないだろう。1つのケースを複数の機関で支援していくためには、ケースに対してそれぞれが同様の理解を示し、一貫した対策を講じる必要がある。そこで、関係機関が同じテーブルを囲み、一斉にケース検討を行う

オリエンテーションテーブルが効果的であると考え

る。
A君のケースでは、学校、保護者、情短、センター、施設の5者が、それぞれの専門性を発揮し不足部分を補い合った結果、中学卒業を果たし、高校進学へとつながった。学校に足が向かず、学校での行事に一度も参加できなかったA君にとっては、卒業式典に出席することは大きな壁であり勇気のいることだっただろう。それを達成したことは、A君にとって大事な一歩であり、自信につながったと感じる。その後、高校の入学式にも参加し、一人で登校も続けている。

おわりに

1999年9月、資生堂児童福祉海外研修においてカ

ナダ、オンタリオ州「子ども家庭サービスアドボカシー事務所」を訪れた時、ホールの壁面に一枚の大きなポスターが展示されていた。多民族の子どもたちがこぶしを空に向けて振り上げ何かを叫んでいる。その右下には“NOT TOMORROW TODAY”と書かれていた。「子どもたちのために明日ではなく今日！行動しよう」…まさに“今”でしょ！というメッセージである。A君のケースは、関係する複数の機関がそれぞれの担うべき支援の“今”を丁寧に積み重ね、児童養護のケアミックスを図った過程を追った一事例である。

この後、A君は高校卒業に向けて、さらには高校卒業後の進路に向けて、さまざまな支援者と共に連携し、人生を模索していこう。

A君の自立途上ものあたりは、これからもつづく。

参考文献

- 1) 厚生労働省(2008)『児童養護施設入所児童等調査結果の概要(平成20年2月1日現在)』
- 2) 杉山登志郎(2007)『子ども虐待という第四の発達障害』
- 3) 杉山登志郎(2011)「そだちの凸凹(発達障害)とそだちの不全(子ども虐待)」、『日本小児看護学会誌』20(3) pp103-107
- 4) 兵庫県立清水が丘学園(2013)『不登校・引きこもりを考える』
- 5) (財)資生堂社会福祉事業財団(1999)『資生堂児童福祉海外研修報告書』(カナダ・トロント・モントリオール)

キーワード：オリエンテーションテーブル

カナダ・ケベック州で採用されているユースのための再審査会議を意味する。児童のケースに適用されるプランが正しく効力を発揮しているかをチェックし、目的の共有化を図るために、当事者・家族・ソーシャルワーカー・さらには子どもの成長に重要だと思われる関係者が参加し、プランの見直しや目標達成度を検討する会議。



II 支援の現場と地域を結ぶ

発達障害と医療連携



こどもの心のケアハウス嵐山学園 副園長 兼 診療部長 **早川** **洋**
はやかわ ひろし

●はじめに

2005年の発達障害者支援法施行から来年で10年となる。この間に発達障害という言葉の認知はかなり広まっており、医療機関への「発達障害」を主訴とする受診は全国的にかなり増えている。しかし、発達障害支援に果たす医療の役割については、まだまだ誤解が多いように感じている。本稿ではそのことについて文献を引用しつつ、普段感じていることを述べてみたい。

●発達障害は元来福祉の概念

発達障害は元来福祉の概念である。

日本における発達障害医療の先駆者の1人である原 仁氏は「発達障害 (developmental disabilities) は医学の概念というより、福祉の概念である。発達障害という用語は、1963年、アメリカの第35代大統領であったJ.F.Kennedyの福祉政策の中で誕生した。知的障害(当時は精神薄弱)児・者への包括的な支援策を立案するために召集された専門家会議の答申に基づいて、アメリカ連邦議会に提出された法律(第88回連邦議会公法164号;PL88-164)の中にみることができる。発達障害とは何かを理解し、かつ定義するためには、このような歴史的経過を無視できない」¹⁾と述べている。すなわち発達障害は、知的障害と同様に福祉的な支援をする必要があることを示すために、生まれてきた概念

なのである。時に医師が「発達障害」と診断すると、「この子は医療対象であり教育や福祉は関係ない」と判断される方がおられるが、そんなことは決してない。むしろ、高齢者の介護保険における主治医意見書と同様に、「医学診断によって状態が明確になり、必要な支援が始まる」と理解すべきであろう。

●発達障害児支援における医療の役割

では、発達障害児支援における医療の役割はどのようなものであろうか。

児童精神科医として発達障害児支援に取り組んでいる吉川徹氏は、医療機関でできる自閉症スペクトラムへの支援と医療機関以外でもできる支援について、図1のように示している²⁾。この中で、「医療でしかできない」とされているものは「除外診断、診断書の発行、生物学的検査、薬物療法」のみであり、「医療が優位であるもの」として「診断の確定・告知、自己認知支援」を挙げている。吉川氏は「医療機関でなければ受けられない支援は意外に少ない」と述べておられるが、この指摘は私も同感である。

また、横浜で20年に渡って発達障害の療育に携わってきた本田秀夫氏は、発達障害支援における医療の役割について、「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、母子保健、障害児

福祉、特別支援教育に対する医学の立場からの間接的支援である。診察では、子どもの診断と評価に関する検索を進めると同時に保護者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」「医師の位置づけを見ると一般の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」「精神科医療は、チームにおいてはリーダーシップが求められるが、具体的な支援においては多くの場面で脇役として他の領域による支援を後方支援する位置づけとなる」「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」と述べている。そして、地域精神保健について図2のような三階層モデルを示し、発達障害児支援もこのようなディメンジョナルな支援が有効、と述べておられる³⁾。このモデルで精神科医療はレベルⅢに当たっており、日常は非医療が支えていることを示している。

この本田氏の図と、先ほどの吉川氏の図を併せて考えると、発達障害児支援における医療の役割は、次のようなものになるのではないだろうか。

(ア) 純粋に医療的な支援として

除外診断、診断書の発行、生物学的検査、薬物療法、診断の確定・告知

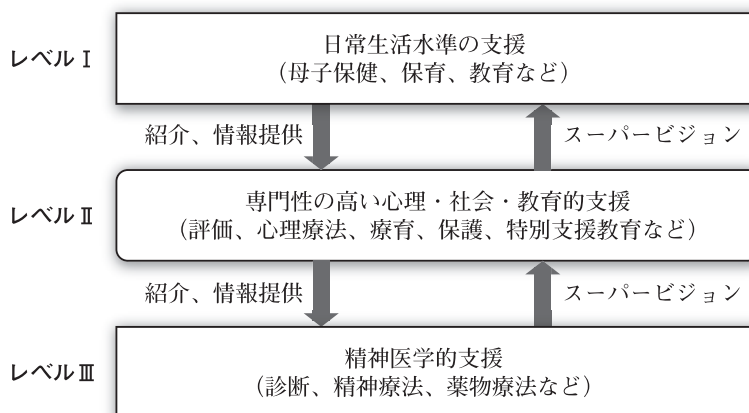
(イ) 支援チームのリーダーとしての役割

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、直接支援を行う保険・福祉・教育関係者などへのスーパービジョン

〈図1〉 医療機関での自閉症スペクトラムへの支援

| | 支援項目 | 医療機関外での支援の可能性 |
|--------|-------------|---------------|
| 診断 | 診断の確定・告知 | △ |
| | 特性や対応の説明 | ○ |
| | 除外診断 | × |
| | 診断書の発行 | × |
| 検査 | 生物学的検査 | × |
| | 発達検査・知能検査 | ○ |
| | 学力検査 | ◎ |
| 本人への支援 | 言語療法 | ○ |
| | 作業療法 | ○ |
| | SST・行動療法 | ○ |
| | 心理療法 | ○ |
| | 自己認知支援 | △ |
| | ピアサポート・デイケア | ○ |
| | 薬物療法 | × |
| 家族への支援 | 心理教育 | ○ |
| | ペアレントトレーニング | ○ |
| | ピアサポート | ○ |
| | 心理療法 | ○ |

〈図2〉 地域精神保健の三階層モデル



などの間接的支援

(ウ) 脇役としての支援

本人の自己認知支援、保護者への啓発・心理的支援

(ア)の「純粋な医療的な支援」は、図2で言えばレベルⅢに当たり、(ア)やレベルⅢは全てのケースに必要なわけではないだろう。実際、児童福祉の現場において、発達障害診断のないまま発達障害の支援を受けてうまく行っているケースは多く見られる。また、発達障害診断を受けたあと、レベルⅠ、Ⅱの支援のみとなるケースもあるだろう。そのような時の医師の役割は、(イ)(ウ)の「チームリーダー、脇役」の役割となる。すなわち、全体を見渡してポイントを押さえながら、支援者たちが活動しやすいようにリーダーシップを発揮したり脇役をしたりすることになる。一方、継続的に薬物療法が必要であるようなケースは、継続的に医師が関わることとなる。

医師は、患者への直接的な診療を行うことが活動の中心となるため、つい自分で全て治療しようとしてしまいがちである。しかし発達障害児への支援はそれではうまくいかない。なぜなら、発達障害児は福祉(生活)・教育領域において困難さを呈するので、福祉・教育の専門家が発達障害児支援に熟練してもらう必要があるからである。医師は決して福祉や教育の専門家ではない。

今後、発達障害児支援において大切と考えられている「生涯にわたる一つらなりの支援」「多様なケースの経験を蓄積して行くこと」を実現するためには、発達障害児支援の経験を蓄積する心理・社会・教育関係者が現れてくることが重要であると考えている。

●発達障害を対象化しすぎてしまうこと

さて、昨今の児童福祉領域での発達障害児支援において、私が危惧していることがある。それは「発

達障害を対象化しすぎること」である。

このことについて、村瀬嘉代子氏と石倉陽子氏は「適切な理解をするためには、これまでの知見の積み重ねを手掛かりにするのと同時に、まっさらな眼で状況を観察し、緻密に考えることが必要である。『この子はアスペルガーである』『〇ちゃんはADHDだから、こうなのだ』という理解の仕方では、目の前にいる相手が体験している世界から離れていくばかりであることを、肝に銘じたい」「適切に理解してくれる環境が周囲にあるか否かが、『障害』の部分を実際立たせてしまうか、それとも『個性』と捉えられる範囲に納まるかに大きな影響を与えることを忘れてはならない⁴⁾」と書かれている。すなわち、「発達障害ということに捉われ過ぎてしまい、その子の本当の姿が見えなくなってしまう」という事態である。

本当は発達障害以外にもっと大切な問題があるにもかかわらず、発達障害の診断があることで家族や関係者がそこに着目しすぎてしまい、本当に必要な支援からどんどん離れてしまうことがある。例えば、最も深刻な問題は「虐待が今も続いていること」である時に、発達障害診断に捉われて発達障害児支援だけをしていると、一向に子どもの状態が改善しないどころかむしろ悪化することになる。

こう書くと発達障害診断が不要のように受け取られてしまいかねないが、事例の全体を見渡した上での過不足のない的確な発達障害診断は、支援の方向を明確に決めることができ、関係者を一つのチームにすることができる。ただ、診断が一人歩きして、関係者をミスリードすることがあるのである。

●児童福祉の現場の困難さは発達障害のせいなのか？

児童福祉の領域でこのようなことが起きる背景として、私は「今の児童福祉の現場職員が非常に困難な状態にあること」を指摘したい。

今の児童福祉の現場は非常に困難に陥っている。

その多大な困難さが発達障害に過剰に目を向けさせてしまっていることはないだろうか。

いまの児童福祉の現場に被虐待児が増えてきていることは論をまたないが、発達障害を持つ児童は虐待を受けるリスクが高く、必然的に児童福祉には発達障害を持つ児童が多くなっている。しかし、児童福祉の現場の困難さが増している理由を「発達障害児が増えてから」としてしまうと、本質が見えなくなってしまう。私は、児童福祉が「発達障害をはじめとした困難な子どもたちを支援する大切な役割を担っている」にもかかわらず、児童福祉の現場が十分な支援を受けられていないことこそが問題だと考えている。すなわち、本当に現場を困難にさせている原因は、その重要な社会的使命に比してマンパワーが不足していたり、若手職員中心で構成しなければならない児童福祉職の待遇の問題なのではないだろうか。にもかかわらず、「児童福祉が困難な状況にあるのは、子どもの発達障害が原因である」となってしまうと、「子どもが悪い」という話になりかねない。

児童精神科医の山登敬之氏は、「(幼稚園や保育園の子どもを持つ母親が)新聞や雑誌の記事を見て、『ひょっとして、うちの子、〇〇では?』と心配になって病院へ、というコースをたどったわけだが、〇〇の中身には時代的変遷があった。時代順に並べると、まず1980年代にLD、ついで90年代にADHD、それから今世紀に入ってアスペルガー障害である」「これらの障害の名称は、すべて米国からの舶来品であり、日本に輸入されメディアで紹介されて広まったのが、こういう順だったからである」⁵⁾と書かれている。すなわち発達障害医療では、「なんらかの困難さを抱えた人たちが、その時々ブームに乗って受診した」という歴史があったようなのである。

今の児童福祉の現場にも似たようなことが起きているのではなかろうか? しかし、現在の児童福祉の困難な状況を目にすると、現場職員が発達

障害を対象化しすぎてしまうことを私は責められなくなる。ただ、児童福祉領域では、環境的な要因や生育体験の影響から発達障害様の行動を取っている児童も見られるため、診断を行う際には環境的な要因も考慮しつつ、慎重に行わなければならないと考えている。

●発達障害児の薬物療法

次に、発達障害児の医療連携の中で重要な役割を占めている薬物療法について述べる。

発達障害児への薬物療法は、①発達障害自体(一次障害)への薬物療法と、②発達障害児の二次障害への薬物療法の2つに分けられる。

まず発達障害自体への薬物療法であるが、発達障害に保険適用されている薬物は、ADHDに対するメチルフェニデート(商品名コンサータ)、アトモキセチン(商品名ストラテラ)と、自閉症に対するピモジド(商品名オーラップ)のみである。他に、海外ではアリピプラゾール(商品名エビリファイ)も自閉症スペクトラムに適応となっている。現在、自閉症スペクトラムのコミュニケーション障害に対してオキシトシン(注 脳下垂体から分泌されるホルモンで、子宮を収縮させる効果があることから陣痛促進剤として使われている)の有効性が日本でも研究されており、今後ともこのような発達障害自体を改善することを目的とした薬物の研究は進むことと思われる。

次に、発達障害児に二次的に生じる症状であるうつ、不安、被害感、怒りといった二次障害に対する薬物療法は、抗うつ薬、抗精神病薬、気分安定薬、抗不安薬などを対症療法的に用いることになる。二次障害は発達障害児があらかじめ身につけていることではないが、不適切な環境で長く過ごすうちに二次的に生じてしまう様々な症状である。

発達障害児の二次障害は、早期からしっかりとした療育が行われれば予防できるが、現在の児童



ある日のこどもの心のケアハウス嵐山学園

福祉の現場では、すでに二次障害が起きている状態で入所が始まることや、マンパワー不足から十分な療育ができず、二次障害を起こしてしまうことも多いと思われる。そして、その困難な子どもたちを少ないマンパワーと乏しい経験で必死に支援しているのが、今の児童福祉の現場である。

現在の児童福祉の現場においては、ある程度薬物療法を併用していくことが現実的であると私は考えている。発達障害の子どもに対して総力戦でできる限りの支援を行っていかなければ子どもの状態を上向けることができないほど、今の児童福祉には難しい子が集まっている。「子どもに薬なんて…」という話はよく耳にする。もちろん、極力服薬によらずに状態が改善できればよいのは言うまでもないが、一番よくないのは子どもが見捨てられたり、改善をあきらめられてしまうことであろう。児童福祉の現場は、もはや理想論や感情論でどうにかなる状態にはないと思う。薬に頼らないやり方を実現するためには、児童福祉に十分なマンパワーとお金を投入し、現場職員が余力を持って支援できるようにする必要

があると考えている。

●「ユニバーサル福祉」という考え方

最後に、「ユニバーサル福祉」という考え方を紹介して終わりたい。

日本の自閉症スペクトラムに関する第一人者、内山登紀夫氏は、著書⁶⁾の中で「その子(注 発達障害児)にわかりやすい方法はほかの子にもわかりやすい」ということを書かれている。「現在行われている一斉指示、一斉授業の方法は、発達障害のある子どもに限らず、聞きもらす子ども、授業の進行についていけない子どもが、どうしても出てきてしまいます。発達障害など『特別な配慮を必要とする子ども』に対して、それぞれの教育ニーズを把握し適切な支援を行う、という特別支援教育の考え方は、本来は全ての子どもの教育に適應されるべき考え方といえます」「障害特性のある子どもたちに、混乱や不安の少ない学校環境を提供して行くことは、クラスの全ての子どもに対して、明確でわかりやすい環境を提供することにつなが

ります」。そして、具体的な実践として、「指示をわかりやすく、授業をわかりやすく、環境をわかりやすく」と書かれている⁶⁾。

そして、このような考え方は「ユニバーサルデザイン(全ての人にやさしいデザイン)の考え方を取り入れた教育=ユニバーサル教育」と呼ばれているようである。

少子化の時代を迎えている日本では、一人一人の子どもを大切に育てなければならない。子どもの多かった高度成長期には、一方的にやり方を提示して、適応できない子どもを排除することができたのかもしれないが、現代ではそれは許されないことである。そして、「どの子の個性も尊重して行く」教育を実現する際には、「一人一人の特性に合わせて方法を考えて行く」発達障害児支援のやり方が、他の子どもにとっても有効であると考えられる。

考えてみれば、いまの子どもたちは、生まれた頃からポータブルゲーム機やインターネットが当たり前にある世代であり、視覚優位な生育環境で育っている。また、刺激も多く変化に富んでいる、落ち着かない環境の中で育っている。一人っ子や核家族が多く、家族内で対人関係の経験を積むことは難しく、近所付き合いも乏しくなっていることから、対人関係のスキルも低下している。「視覚優位」「落ち着かない」「関係性が困難」な育ちを多くの子どもがしているということは、いまの子どもたちは発達障害児と共通する面を持っていると言えるかもしれない(もちろんそれは発達障害ではないが)。

児童福祉の分野でも、全ての子どもにとってやさしい「ユニバーサル福祉」という考え方が大切な時代が来ていると考えている。

引用文献

- 1) 「医学的視点からみた発達障害」原 仁「発達障害とその周辺の問題」中山書店 2008
- 2) 「児童精神科医療の立場から」吉川 徹 ころの科学 174号「自閉症スペクトラム」日本評論社 2014
- 3) 「子どもから大人への発達精神医学」本田秀夫 金剛出版 2013
- 4) 「発達障害という現実を対象化しないことの重要性とインフォームド・コンセント」村瀬嘉代子、石倉陽子 現代のエスプリ—スペクトラムとしての軽度発達障害Ⅱ 2007
- 5) 「『わたしは発達障害?』と来院する人たち」山登敬之そだちの科学 おとなの発達障害 2009
- 6) 「こんなとき、どうする? 発達障害のある子への支援 小学校」内山登紀夫監修 ミネルヴァ書房 2009

キーワード：発達障害診断

「発達障害が増加している」ということはよく言われるが、これが「発達障害実数の増加」(何らかの要因により、発達障害者自体が増加している)のためなのか、「発達障害診断の増加」(社会的認知の高まりによって発達障害診断を受ける者が増えている)のためなのかは、議論の分かれるところである。いずれにせよ、医療機関において発達障害診断が増えていることは間違いないようである。厚生労働省の患者統計によれば、発達障害の一つである自閉症の患者数は今から21年前の1993年は推計600人(総患者数4,000人)だったのが、2002年には推計1,300人(総患者数11,000人)、2008年には推計2,500人(総患者数27,000人)と急増している(他の発達障害については統計がなく不詳)。最近では、精神科の診断基準の改訂もあり、成人の発達障害も積極的に診断するようになってきている。これは、科学の進歩により発達障害についてよりはっきりとわかってきたこと、発達障害者支援法の施行から9年が経ち「発達障害概念」が市民権を得てきたこと、そして発達障害への支援を行うことの有用性が認められるようになってきたことなどが背景にあるものと思われる。

本来、診断は患者に役立つために行うものであり、発達障害診断も当事者にとって有用な診断となることが不可欠であろう。

II 支援の現場と地域を結ぶ

発達障害のある子どもの暮らしと育ちの支援 自立支援・就労支援を考える — 情緒障害児短期治療施設での取り組みを通して



全国情緒障害児短期治療施設協議会 前副会長 つじ とおる
こころとからだの療育センター さざなみ学園 常務理事

はじめに

社会的養護の範疇でのインケア下（施設入所）における子どもたちは増加の一途をたどっており、併せて自閉症スペクトラムや精神疾患を抱える子どもたちも増加しています。

加えて、子ども個々に抱える課題は異なるため、施設におけるインケアは、年々、難しくなっているのが現状です。

こうした子どもたちの施設での生活に寄り添い、日常的な生活支援・心理治療支援から社会自立までの支援を行うための施設に情緒障害児短期治療施設（通称：児童心理治療施設（以下：通称名で記す））があります。

その児童心理治療施設でインケア下の子どもたちの暮らし（生活）と育ち（心理治療等）の支援を通じて、自立や就労支援、関係諸機関との調整をしてきた経験の振り返りから、インケア下であるからこそできる取り組みを中心に、退所後における支援の連続性の必要性和構築に向けて考察したいと思います。

児童心理治療施設の取り組みと現状

現在、児童心理治療施設のことを児童福祉法第43条の5では“軽度の情緒障害を有する児童を、短期間、入所させ、又は保護者のもとから通わせて、その情緒障害を治し、あわせて退所したものについ

て相談、その他の援助を行うことを目的とする施設である。”としています¹⁾。しかし、これは元々“概ね12歳未満の児童”という規定でした。

昭和37年（1962年）、第1号施設として岡山県立津島児童学院が、小学生を対象として設立されました。

平成9年（1997年）には、厚生省（当時）による児童福祉施策の見直しが行われ（当時、措置対象は中学3年生卒業までになっていました）、平成10年（1998年）4月から入所対象児童の年齢が18歳（措置延長の場合には20歳）まで引き上げられました。

こうしたことにより、入所児童の殆どが高学齢児（中学生・高校生）であった虚弱児施設さざなみ学園（以下：学園）がこの法改正を機に施設種別を変更して、全国17番目、定員50名の児童心理治療施設として仲間入りをしました。そして全国の児童心理治療施設でも高校生年齢の子どもたちの入所が始まりました。

平成26年（2014年）6月現在、児童心理治療施設は全国に38カ所が設置されており、インケア下にある子どもたちの大多数が学齢期の子どもたちです。平成25年（2013年）10月1日現在、入所児童数は1,195名、そのうち高校生は190名で全体に占める割合は15.9%、平成26年3月末には高校3年生は男子21名、女子22名の合計43名が社会に出ました。児童心理治療施設における全国調査では、自閉症ス

ベクトラムの確定診断を受けている児童が占める割合は入所児童全体の16%という数値が出ています。

こうした中で、学園が滋賀県下社会的養護に関係する滋賀県児童福祉入所施設協議会の調査研究部会に提出した自閉症スペクトラムに関するアンケート(平成25年4月実施)では、学園入所児童44名に対して自閉症スペクトラムとして確定診断を受けている者が24名(54.5%)、疑いがある者10名(22.7%)、知的障害を有する者8名(18.2%)となっています(障害の重複あり)。

自閉症スペクトラムの診断を受け入所した児童

平成16年(2004年)の発達障害者(児)支援法の制定直後の平成17年(2005年)4月に、学園には2名の自閉症スペクトラムの診断を受けた子どもが入所しました。

えてして児童福祉施設への入所は、社会情勢の影響を受け、児童相談所の相談内容の変化に伴い、大きく変わることがあります。児童相談所の相談内容は、養護や虚弱等が相談の中心を占めていた時代から、不登校の問題に推移をし、そして現在の被虐待と自閉症スペクトラムへと変わっていきました。

こうした入所の対象となる子どもたちの変化と、多岐にわたる課題により、その都度、子どもたちの生活の見直しや、対応の仕方、全体的な療育や治療面の組み立て直しが必要になります。

児童福祉の現場では、個々の子どもに対して適切な療育を行う一方で、子ども集団の力動を常に意識した施設処遇や運営を行う必要があります。

しかし、こうした子どもたちの変化に集団は弱く、バランスを失い安定を欠くことも少なくありません。例えば、平成12年(2000年)の児童虐待防止法の制定に伴い、児童虐待を主訴とする児童の入所が急増した平成15年度(2003年度)、全国の児童心理治療施設の現場は、まだ被虐待児童が示す行動化への対応のノウハウを十分に持ち得ていないために混

乱し、児童心理治療施設の何か所もが崩壊の危機を迎えました。

子どもたちの生活や治療的対応に対して抜本的な見直しが迫られました。各施設の工夫により何とか落ち着きを取り戻した平成17年度(2005年度)には、虐待を受けた児童の他に自閉症スペクトラムを主訴とする児童が入所し、さらにどうした対応が望まれるのか試された年度であったと感じています。

[事例1] A子：中学1年生の4月、中学入学の数日前に入所しました。小学校の頃は地域の学校へは登校はするものの教室での授業には全く入れず、外遊びで過ごす毎日を送っていました。

入所時にはすでに知的障害児手帳を取得し、自閉症スペクトラムの診断を受けていました。

家庭環境として、両親は離婚をし、母親は精神疾患があり、祖母は家出をし、祖父はアルコール依存症で本児や母親に暴力をふるっていました。祖父と母親、A子の三人の生活の中では、ネグレクト状態も観察されていました。被虐待と家庭における養育継続の不能、A子の知的、発達課題等を考え、当園への入所となりました。

学園が行う、体験入所で集団に入れず、不安定な状態を表出する中、集団生活を基本とする施設の治療環境がこの子にとって適切なものなのかどうか、悩む事例でありました。入園後も同様に、集団の生活場面に入れず、屋外での独り遊びで過ごし、生活場面では、たびたびパニックを起こし、大暴れをしていました。

そうした状態を見ている上級生がからかうことで、さらにパニックが起こるといった悪循環が形成されていました。こうした集団における刺激の中での生活はある種、A子にとってはかわいそうに感じることもありました。

私は担当の職員には、どうした環境であれば本児が落ち着くことができるのかA子の状態像をつ

ぶさに観察するように指示していました。A子自身、入所当初は学園の生活の流れがつかめず、他者からの刺激をもちに受けていましたが、ある程度、生活の流れがつかめるようになったことに加え、日々の職員の寄り添いが功を奏して、安心できる場面が増えていきました。また、職員の側も本児のパニックが起り得る要因をつかみ、事前に回避させ、刺激を統制することができるようになりました。

加えて職員は、他の子どもたちにA子の言動に対する理解を促したことで、他の子どもたちが変なからかい方をしなくなったことなども重なり、落ち着いた生活が送れるようになりました。

こうした中で、余暇の時間に得意の粘土での創作が落ち着いてできるようになり、学園のサークル活動では、ものづくりサークルに入り、ごく稀にパニックを起こしながらも他児との交流を積み重ねるようになりました。

学校場面（隣接する病虚弱の特別支援学校）でも、ベテランの先生の個別による寄り添いを受けることで安定をし、全校生での式典や行事には入れませんが教科学習には入れるようになりました。病虚弱の特別支援学校の中学部卒業後は、知的障害の特別支援学校の高等部に入学し、これまでの教科学習から、作業や得意とする創作の授業が増える中で自信を持ち、さらに楽しんで登校できるようになりました。

その他にも職員と通学の練習をする中で、当初のスクールバスでの通学から、自らが電車と自転車で登校できるようにもなりました。

学園と児童相談所の方針は特別支援学校高等部卒業と同時に退所であったため、学校、地域支援、児童相談所に加え、作業所を含め今後の進路に向けた会議を繰り返しました。その結果、退所後はグループホームから就労移行の作業所に通い、生活と就労の双方の寄り添いを受けました。

現在は成人し、充実した日々を送っています。

[事例2] B子：中学2年生の終盤に入所してきました。B子の地元は落ち着いた地域で、中学校も同様に大きな問題がない学校でした。しかし、その中学校でいじめにあってしまいました。そして、母親と共にそのいじめる子どもの学校帰りを待ち伏せ、反撃し、相手に全治2週間の怪我を負わせたのです。警察から身柄つき通告で児童相談所に保護され、学園に入所となりました。

母親はB子がいじめにあっていた間、相手の子どもたちやその家族に対し、嫌がらせをはじめとする執拗な攻撃を繰り返し、さらに事件当日も一緒にであったことで収監されています。B子は自閉症スペクトラムとしての診断を受け入所しました。

入所後は、家族とは面会と通信の制限を行い、一定の距離を持たせました。学園内では子ども同士のトラブルはありましたが、特定の職員とは徐々に疎通が良くなり、職員に頼る場面が増え、週1回のセラピーも殆ど欠かさずに受けていました。そのセラピーでは、コミュニケーションの取り方を中心に学び、生活の中で繰り返し試しながら、上手な対応を身につけていきました。

また、保護者との関係については、児童相談所と学園による保護者面接を繰り返しながら、面会から始め、外出、外泊へと慎重に関係の回復に努めていきました。

病虚弱の特別支援学校中学部卒業後の進路を地域の高校に決め、成績が伸びる中で、学年で1番を取ったことが自信につながり、さらにはアルバイトを通じて社会性を高めました。高校2年生から自宅での生活に戻りました。

高校卒業後は企業に就職をし、現場ではB子の特性にあわせた仕事内容を配慮され、細やかな寄り添いを受けながら、現在も意欲的に就労が継続できています。

体験、体験、体験、

とにかく体験の積み重ねから将来を創造する

私はインケア下にある子どもたちに対して、学園に来てくれたからこそできる様々な体験を積み重ね、物事を考え、できることをいっぱい増やしてほしいと強く思っています。入所のセレモニーの時には、「さざなみ学園に来てくれたからこそできる体験をしてほしい。そのために職員がいるのだよ」と伝えています。

そしてまた、将来を模索していく時期を迎える頃「高校生になったらアルバイトや職場実習をいっぱいしてほしい」とも伝えています。

『就労体験』

実際に、ある年の夏休みには職場実習として7名が農園、保育所、旅館などに述べ89日間の実習を行いました。また、アルバイトに関しては8名がケーキ屋、スーパー、飲食店、ファミリーレストランなど6事業所に述べ86日間通いました。その他、地域イベントの作業アルバイト要員としても参加させていただいています。

こうした職場実習やアルバイトなどは、まずは子どもたちの障害や言動に対して理解してくれる企業や事業所に協力を願い、学園と企業、事業所、学校との連携の中で、常時の連絡を取り合い進めていけることが重要であると思います。子どもたちには様々な人の手助けがもらえるインケアの期間内に、実社会での体験を通じて考え、実社会の中で自分自身の強みと弱い部分に気が付くことが重要であり、特に弱い部分に対してSOSを出す方法を職員や支援者と共に考え、少しずつでも乗り越えて行けるようにしています(図1)。

こうしたSOSが出せるようになるということは、退所後の進学や働いていく上で極めて重要なことであると思います。

このような取り組みを繰り返すことで、その場・その場で、適切な言葉使いや敬語が使える、社会のル

〈図1〉 さざなみ学園における高学齢児の自立支援

【基本的な考え方】

『将来の社会自立に向けて児童一人ひとりが生活していける力を身につけ、社会自立していけるように支援する』



そのために施設利用の間に、自己理解を深め、自分の得意な事や苦手な面を周囲に伝えて、周囲に必要な支援を求められる力を身につけること

ールなどに従った行動が取れるなど、着実な成長が観られます。

『自立棟での生活の体験』

学園のインケアにおける子どもたちの生活を観た場合、食事面は炊事の職員が行い、風呂への給湯も職員が行っています。ある種、日常の生活面は職員主導で行われていると考えることができます。退所後に独り暮らしを行う場合、慣れない環境の中で、職場や大学をはじめとする各種学校での努力に加えて、自身の生活を組み立てていくことが必要になります。そのため、学園では退所を控えた子どもたちに半年から1年の期間、インケアでの通常の生活とは異なる生活環境が提供できる別館の管理棟2階の自立棟(男女別ユニットで、炊事場・風呂・トイレ・4畳半の個室3部屋)での生活に移行し、自立の準備(心の準備も含めて)のための生活体験を行っています(写真1)。

高校生の高学年の子どもたちでさえ、集団の生活から個別ユニットに代わる寂しさのために不安を訴えることが多くあります。

まずは集団生活場面から離れ、個人個人の生活に慣れることから始め、入浴準備や掃除など個々に行います。こうした生活に移行の初期段階では職員が炊事を中心に手伝いますが、2~3カ月かけて、少しずつ距離をとり、金銭管理を含めて、全てを任せ

〈写真1〉自立援助のためのユニット(女子)



台所・共有スペース

浴室・トイレ

男女別ユニット(四畳半×各3部屋)

るようにしています。自分自身で必要な食材等を自転車で買いに行き炊事を行います。

特筆すべきは、土曜日、日曜日にアルバイトや実習に行く場合のお弁当も自分自身で作って持って行くようにしていることです。

このように、職場へ適応するための体験、生活に適応するための体験を年間通じて自立のための支援として行います。

こうした自立のための取り組みは、発達に課題がある子どもたちだけに特化したものではなく、入所児童が退所に向かう場合には必ず体験をして自立する過程を踏んでいきます。しかし、特に発達に課題を抱える子どもたちには、導入の段階から、その都度、丁寧に職員が寄り添い、理解しやすい工夫と繰り返しを行っています。

その他、日々の暮らしの中では、特に自閉症スペクトラムの子どもたちの療育として、日々のサークル活動やグループワークなど、重要な取り組みを行っています。関係上、割愛をします。

※ 資料をご参照ください(図2・3)。

〈図2〉励ましと援助～寄り添う気持ち～

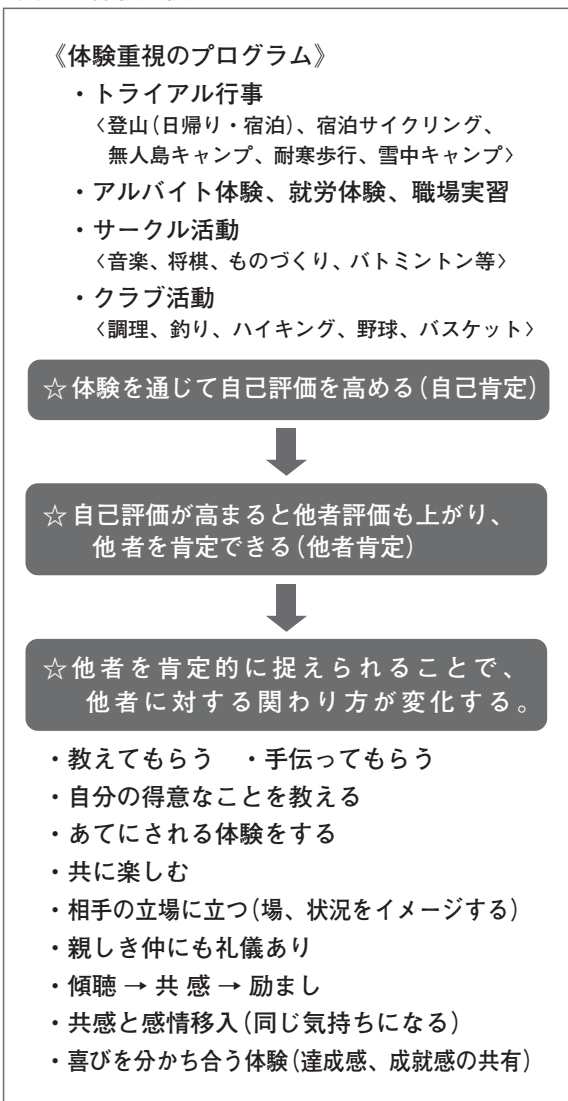
さざなみ学園では……

- ◇ 学園の子どもたちの集団生活場面全てを治療の場(総合環境療法)として位置づけ、その時・その場(Here and Now)での対応を行う。
- ◇ 子どもたちの生活・行事・教育、様々な場面全てに職員(大人)が寄り添う。
- ◇ 子どもたちと共に目標(スモールステップ:到達可能で小さな目標)を設定しながら励まし、共に努力をしていく。
- ◇ そしてできたことを肯定的に評価し、子どもたちにフィードバック(噛み砕いて説明し直す)する。
- ◇ 体験を通じて、子どもの育ちを支援する。

支援者側のパラダイムの変換

生活上の障害や生きにくさを援助の対象とする我々の場合、障害・病理的視点での支援をしがちになります。しかし障害・病理的視点からの支援では、欠陥や弱さばかりに目を向けてしまう傾向が顕著です。こうした視点は、人間が持つ“本来の強さや成

〈図3〉 体験重視のプログラム



長”を覆い隠してしまうことにもつながります²⁾。

こうしたことから、ストレングスの視点への変換が極めて重要であると考えます³⁾。

このストレングスの視点とは、強さ志向として、人の持つ強さに着目するという考え方や視点のことを言います。障害の重さ、環境の厳しさ、年齢などを含め、状態がどんなに苛酷であろうと、その人自身が自分自身の道を切り開いていこうとする力を必ず秘めているという人間観を指しています。

特に社会的養護にかかわる福祉関係者や支援者、

教師などは、子どもや障害児(者)が持っている強さや回復力(レジリエンス)を信じ、その力が十分に発揮できるように寄り添うことが極めて重要です⁴⁾。

それには、子ども個々の持つ力や強さを理解するための視点、いわゆるアセスメントが重要です。子ども個々に対しての多重なアセスメントとして考えた場合、学園や学校での子どもの姿からのアセスメントの他に、こうした実習やアルバイト先での子どもの姿からのアセスメント、いわば実社会の中でのアセスメントや子どもに関わる支援者の様々な立場(医療、福祉、教育、企業、保護者等)からのアセスメントを重ね合わせ、確認することが重要です。

そうすることで、子どもの有する障害がより鮮明になります。

また逆に、学園の職員の評価では到底できないであろうと考えられていたものが、実はできることであったりするなど、子どもの将来の展望に幅を持つようにもなります。

そのためには、子ども個々のアセスメントに加えて、子どもをとりまく環境や子どもとかわる人々の相互の関係性などを含め、社会的なレベルでのアセスメントが必要です⁵⁾。

このように子どもに対する各現場からの見立てと自閉症スペクトラムの特性を考えた上で、これらを重ね合わせながら、少しずつ理解を深めていくことが重要で、こうしたことの積み重ねこそが有効な支援につながるものであると思います。

我々の支援とは

こうしたことを基にして考えた場合、発達に課題を抱える子どもたちに対する我々の支援とは、子どもたちが抱える発達の障害などに対して、環境の調整や状況・関係性を修復すること。子どもに寄り添い、子ども個々の人格をしっかりと認め、これからの育ちを信じること。また、子ども自身が持つ力や

強みを理解し、得意なことを伸ばしていける取り組みを通じて希望を持ってもらうこと。加えて、周囲ができることを結集させるために、支援の側のコーディネートが重要であると考えます。

最後に

自閉症スペクトラムなど、発達に課題を抱えた子どもたちの自立支援・就労支援に結び付けるための課題として、退所した後の居住場所の問題があります。発達に課題を抱える子どもたちの家族には、同じような課題を有している家族も少なくありません。そうした場合、家族の元での生活が可能であるかどうか退所に向けた最初の検討課題になります。

近年、生活ができる寮がある事業所は激減しています。また、寮があったとしても、生活の援助ができるかどうかという課題もあります。

自宅での生活が不可能な場合に学園は、自立援助ホームの利用を促し、知的障害ならびに精神障害者手帳を取得して障害者関係の施設での支援やグループホームの利用に繋げ、継続した生活支援が得られる方向で検討しています。また家庭復帰が可能な場合についても、家庭支援の方向性を関係機関と共に検討します。

その他には、退所後も、社会的養護の範疇でかわりを持つ必要がある子どもについては、就労のための身元保証の問題や独り暮らしをする場合の連帯保証の問題などもあります(身元保証人対策事業の利用で対応)。

加えて、退所後の支援については、退所した後に生活する地域での福祉支援が必要であるため、関係機関や支援機関、ジョブコーチなどとの情報交換や連携を丁寧に行うことが重要です。しかし、そうした退所後の支援の構築は、退所後の居住場所が決定してから、その地域で構築することになるため、居住場所に加えて、就労先や進学先の決定が遅くなると、支援体制の構築が遅くなってしまうことになり

〈図4〉 さざなみ学園の進路指導に関する課題

- ・治療を最優先にし、本人の支援をしていくことが必要。
しかし、退所後には1人で生きて行かなくてはならない現実。在園中にどの程度、様々なスキルを身に付けることができるか—。
- ・社会自立していけるだけの力が備わっていないまま、退所時期を迎えている児童の増加。
→現状とのすり合わせに苦慮

ます。

また就労を考えた場合、精神障害者手帳を取得できると有利になるという助言を得ています。これには、障害の程度によって手帳が必要であるかどうかの見通しを持つ中で、手帳の取得については本人や家族の気持ちに寄り添い、十分に協議を重ね、慎重に進めていく必要があります。

継続した支援は受けたいけれども、手帳を取得することについては本人や家族の理解が得られにくい場合もあります。このように保護者・本人にとって、障害という言葉の響きは辛いものがあると推察できます。関係する医師による確定診断を基にした障害の告知や手帳の取得に向けた相談は、保護者や本人の障害に対する受け入れの様態を観ながら、医師と共に慎重に行うべきことであると思います⁶⁾。

最後に、極めて重要なこととして、医療支援を継続させていくことの必要がある子どもが少なくない中で、医療継続を最優先にした生活支援・就労を基本とする福祉支援も重要です。

以上、多くの課題を含め、学園の取り組みについて考察してきました。しかし、実際のところ、退所が近づいても社会自立していけるだけの力が備わっていないまま、退所時期を迎える子どもが増加しています(図4)。また、退所後の厳しい現実の中で、うまくいかないことがいっぱいあります。制度と制

〈参考〉さざなみ学園における高校3年生の進路状況と退所後の生活場所 ()内は自閉症スペクトラムの子どもの数

| 進路先 | H20年度 | | H21年度 | | H22年度 | | H23年度 | | H24年度 | | H25年度 | |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|-------|-------|-------|-------|
| | 男 | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 |
| 大学・短大 | | 1 | 1 | 1 | 1 (1) | 1 (1) | | | 2 (2) | 1 (1) | 1 (1) | |
| 専門・専修学校 | 1 (1) | 1 | 2 | | | | 1 (1) | | 1 | | | 1 |
| 一般雇用 | 2 (2) | 1 (1) | 5 (3) | | | | 1 (1) | 1 | 3 (3) | | 2 (2) | |
| 障害者雇用 | | 2 (2) | | 1 (1) | 1 (1) | | | | | | | 1 (1) |
| アルバイト | 1 (1) | | | | | | | | | 1 (1) | | |
| 就労支援事業所 | A型 | 2 (2) | 1 (1) | | | | | | | | | |
| | B型 | | | | 1 (1) | | | | | | | 1 (1) |
| 無職 | | | | | | | | | 3 (3) | 1 (1) | | 1 (1) |

※就労支援事業所とは、障害者自立支援法に基づく就労支援のための施設。A型、B型の2タイプあり、A型は障害者と雇用契約を結び、原則として最低賃金を保障する仕組みの“雇成型”、B型は契約を結ばず、利用者が比較的自由に働ける“非雇成型”。

| 生活場所 | H20年度 | H21年度 | H22年度 | H23年度 | H24年度 | H25年度 |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 自宅 | 6 | 5 | 2 | 3 | 9 | 3 |
| 親戚 | 1 | 1 | 1 | | 1 | |
| グループホーム・児童自立援助ホーム | 3 | | 1 | | | 2 |
| アパート・寮 | 2 | 4 | | | 2 | 2 |

度の狭間で、支援の限界や最前線で支援を行う支援者の資質の向上も大きな課題であると考えます。滋賀県では平成25年に民間の施設福祉（高齢者・障害・児童・母子・保育ほか）と県・地域福祉が協力主導する中、医療、教育などの現場を含めた地域支援の創世が大きく動き出しました。家庭内での様々な問題、子どもの自立・就労の課題など総てを包括した現場主導の支援（お誕生から見とりまでの包括支援）の構築が始まったわけです⁷⁾。

こうした新しい創世事業に関わる中で、自閉症スペクトラムの子どもたちの特徴を事業の創世検討メンバーにしっかりと伝え、生活・就労の各現場主導できめ細やかな支援、対人面でのサポートにつながる支援の創設につながるように提言をしていきたいと思っています。

注) 本稿で述べた自立・就労支援に関する取り組みは、高年齢児童が大多数を占める学園独自のものであり、全ての児童心理治療施設で実施されていることではないことをご理解ください。なお、事例はプライバシーを配慮して内容が変更されています。

参考文献・引用文献

- 1) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局、情緒障害児短期治療施設運営指針、P5、厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知、2012年3月24日
- 2) 佐々木正美、抜粋のつづり第71号、絵本を読み聞かせる大切さ、P78～P83、熊平製作所・暮らしの手帖社(母子の手帳)、2013年3・4月号
- 3) 吉田真理、高橋一弘、村田紋子、社会的養護内容〈演習〉P15、(株)萌文書林、2011年8月14日
- 4) 辻 亨、平成24年度、研究報告集、東京都社会福祉事業団基調講演、P4～P65、東京都社会福祉事業団、2013年3月
- 5) 吉川 悟、辻 亨ほか「システム論からみた援助組織の協働」第8章～個人・社会システムをアセスメントする～、P117～P127、金剛出版、2009年9月20日
- 6) 崎濱盛三「発達障害からの挑戦状」正しい理解のために今こそ伝えたいこと、P168～179、WAVA出版、2013年7月2日
- 7) 渡辺光春、桐畑弘嗣「平成37年(2025年)を見据えた福祉滋賀への提言」社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会・滋賀県地域福祉施策検討委員会、2013年10月

キーワード：体験の積み重ねから将来を創造する

就労と自立に向けた様々な体験の提供は、子ども自身が自分の障害に対する気づきと自覚を獲得するための職員の取り組み、及び寄り添いに加え、子どものできることを増やしていくことを目的としています。

実社会での就労体験、施設を少し離れたユニットでの生活を通じた子ども自身の気づき、自覚への導きから、職員や保護者、関係者と共に子どもの将来を創造する過程で、自立と就労の支援、地域との連携が始まります。

II 支援の現場と地域を結ぶ

保育園の発達支援

— 困っていること、取り組んでいること、 保護者支援など



たけい こう
武居 光

社会福祉法人 十愛療育会 たっちほどがや 副所長

統合保育があたりまえに

国は平成17年に施行した発達障害者支援法で「保育の実施に当たっては、発達障害児の健全な発達が他の児童と共に生活することを通じて図られるよう適切な配慮をするものとする」と幼児期の発達支援の主流を保育園、幼稚園にしました。

では実際に保育園には一体どのくらいの発達障害児がいるのでしょうか？また保育士は子どもたちの保育で何に困り、どのような工夫をしているのでしょうか？平成26年6月に神奈川県内のある市の保育士160人に実施したアンケート結果を報告しながら、発達障害児保育の現状と課題を探ります。

キーワードは「気になる子」

子どもに発達障害（養護性起因例も含む）があるかもしれないと最初に気づくのが保育士の場合が多くあります。そして保育士の気づきから保護者の気づき（受診・診断）までのいわゆるグレーゾーン期間は決して短くありません。早くて数ヶ月。長い場合は2、3年になりますが、この期間に保育士が子どもと家族にどのようなかかわりをするかが現場の大きな課題です。もちろんこの間に事態が好転し心配が消失する事例もたくさんありますので早合点や決めつけは慎まなければなりません。

このデリケートな期間、保育現場では「観察と工夫が必要」という意味で「気になる子ども」という

キーワードで保育にそして保護者とのコンタクトにさまざま心を配ることになります。

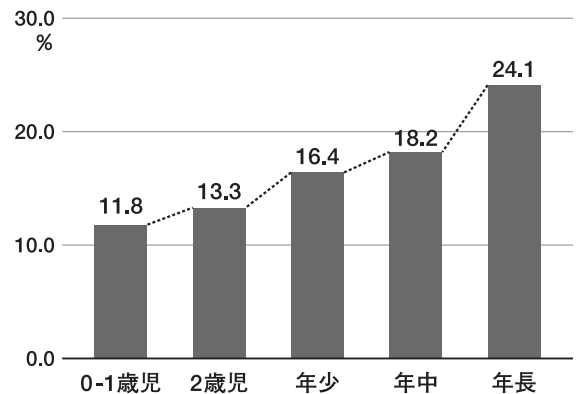
「気になる子」は年長児では24%

担当クラスの数に占める「気になる子」の割合は平均16.7%でした。これを年齢別にみるとグラフ1のように右方上がりで年長児では実に24%になりました。

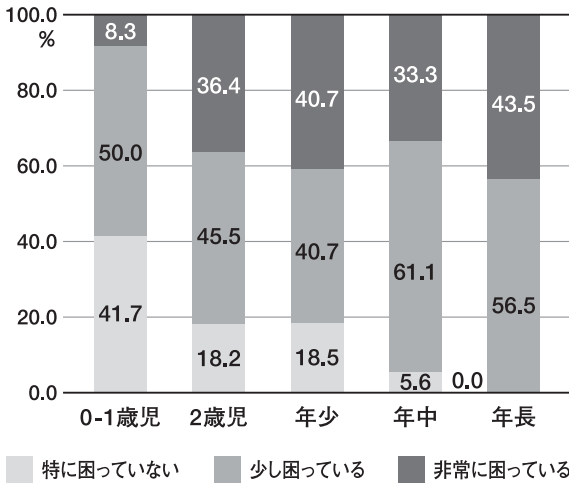
「非常に困っている」は4割

気になる子の保育で保育士がどの程度困っているかを聞きました。0-1歳児クラスでは40%が「特に困っていない」と答え、「非常に困っている」は8%にとどまっています。しかし2歳児以降は「非常に困っている」と答える保育士が4割前後で推移しています（グラフ2）。

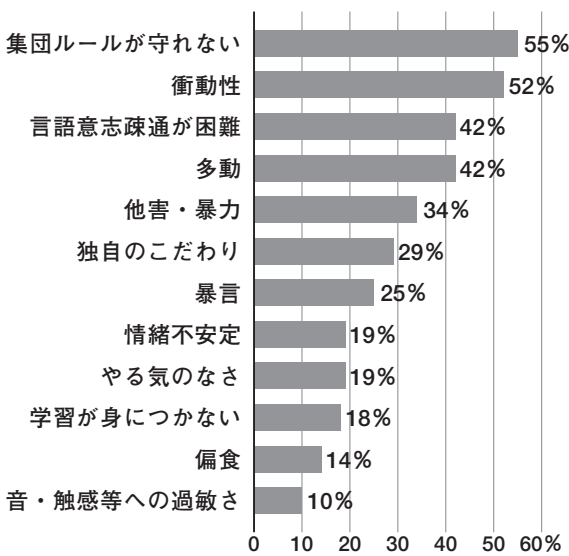
〈グラフ1〉「気になる子」の割合



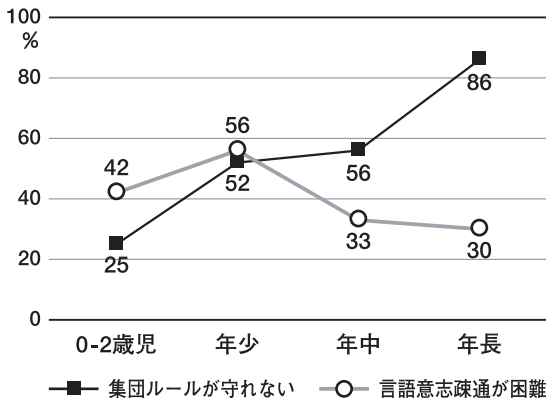
〈グラフ2〉どの程度困っているか



〈グラフ3〉困っていることは？



〈グラフ4〉課題の年齢変化



集団ルールと衝動性

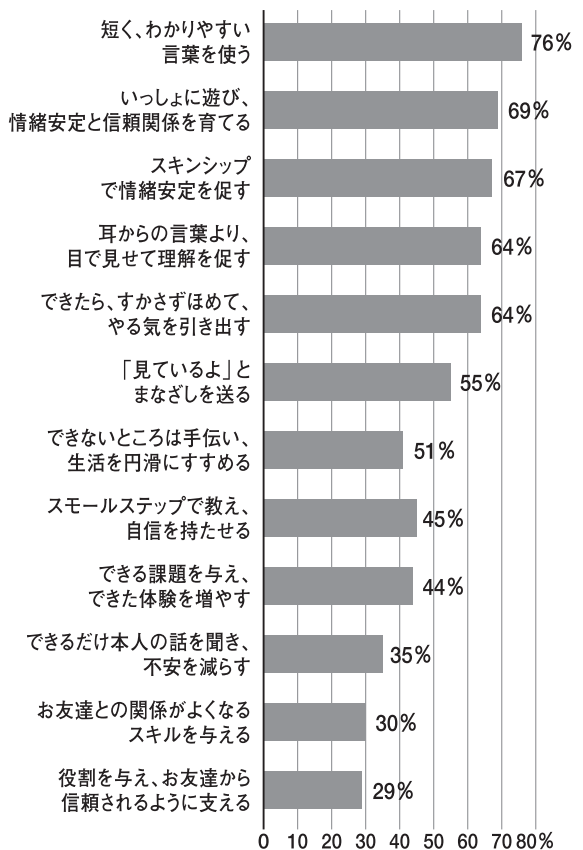
困っていることを多い順にならべると以下のようにになりました。「集団のルールが守れない」、「衝動性」、「言語での意思疎通が困難」、「多動」が上位を占めています(グラフ3)。

この中で年齢とともに変化する課題が二つありました。「意思疎通の困難」は年少児をピークに年長児には30%まで減少。一方、「集団ルールが守れない」は期待される場面と比例して右肩上がりに増えていき、年長児で86%に達しています(グラフ4)。

「気になる子」への有効な対応方法は？

こうした子どもたちに対して、どのような取り組みが有効でしょうか？その結果は以下のとおりになりました(グラフ5)。

〈グラフ5〉有効な対応方法



- 1位「短く、わかりやすい言葉」
- 2位「一緒に遊び情緒安定と信頼関係を育てる」
- 3位「スキンシップで情緒安定を促す」

このトップ3は年齢を問わず有効な対応方法として高い得票となりました。

上位6位までを情緒安定を促すコミュニケーション領域の保育スキルが占めています。下位7位以降は主にSST系の学習支援領域の保育スキルです。この表には「情緒安定なくして発達なし」という発達支援の原則がよくあわられていると同時に、子どものかかわりが長時間におよぶ保育園生活では、情緒安定を促す保育スキルが重視されていることがよく分かります。

下位になったふたつの項目(できた体験支援、お友達遊び支援)を年齢推移でみると年長児に向かって増えていて、発達段階に即して支援が展開されていることがわかります(グラフ6)。

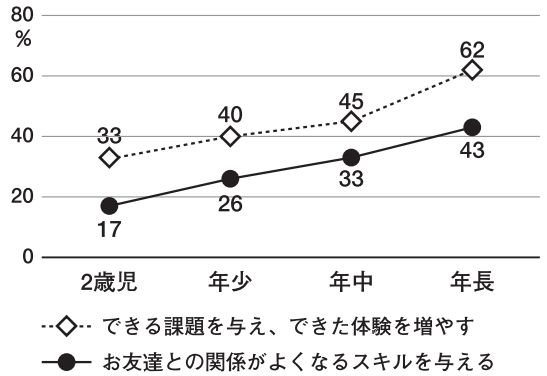
以上のデータからは臨機応変に多様な対応をする保育士たちの生き生きとした姿が浮かんできます。同時に、伝統的な保育スキルが発達障害のある子どもに十分有効であることも痛感します。

保護者へのかかわり

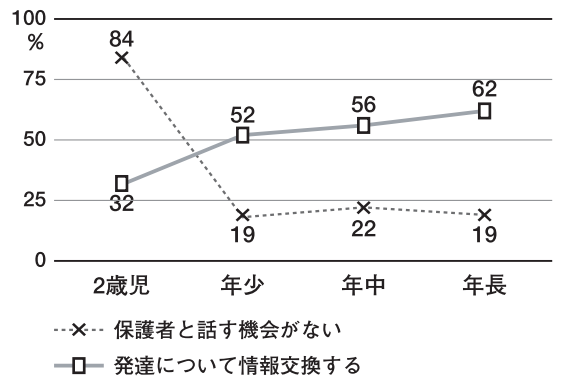
最後に保護者とのかかわりについて聞いてみました。2歳児では「話す機会がない」が8割を占めています。3歳児以降は「発達について情報交換する」関係が6割を占めていました。時間をかけながらお互いの距離が縮まっている様子が伺えます(グラフ7)。

よく話題になる「療育機関を紹介しても行かない」保護者はどの程度いるか聞いてみました。結果は「利用した」が「利用していない」の倍を占めていました。「紹介してから利用にいたるまでの期間」の見方により「行った、行っていない」の回答が違ってきますが、このグラフを見る限り保護者へのサポートは概ねうまく行っていると言ってよいのでは

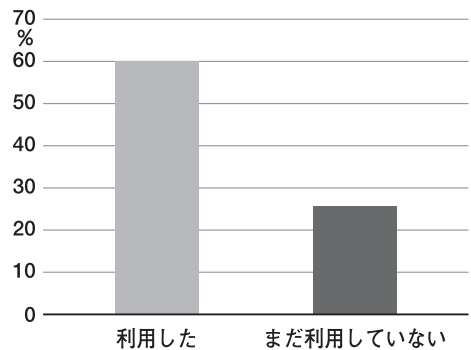
〈グラフ6〉支援の変化



〈グラフ7〉保護者との関係



〈グラフ8〉療育機関紹介後の利用



と思いました(グラフ8)。

しかし一方で、保育園側が保護者とのトラブルを過度に恐れて面談で本当のことを伝え切れなかったり、逆に早急に動いてほしいあまり入園して間もない時に子どもの短所ばかりを伝えて関係がこじれてしまうなどの難しさを抱えているのも事実です。

筆者は保育士との勉強会で米国のCDCが発行し

ているパンフレットをアレンジして、面接のヒント集として配布し、保護者面接の参考にしていただいています。

保育士が両親と話すときのヒント集(一部)

- まず子どもの長所に焦点をあて、子どもが園でどんなふうによくやっているか話しましょう。
- 両親にとってこの会話が「子どもが遅れているという事実」に接する初めての機会かもしれません。
- 子どもが第1子の場合、両親は一般的な発達段階をよく知らなくて当たり前です。発達の専門家として心配を伝えていることを理解してもらいましょう。
- 両親に伝えた後、質問の時間をもちましょう。育児の悩みが出れば、保育士として助言しましょう。
- わたしたちは両親に「親としてのあるべき姿」を押し付けるのではなく、両親の「予測外の出来事に困惑や葛藤するありのままの姿」に共感と敬意を持ちましょう。
- 専門機関を紹介すると、ほとんどの両親がつながっていきます。就学前につながらず学齢期につながってもまったく問題ありません。

おわりに

保育園・幼稚園における発達支援で私が重要と思う4つのポイントを紹介します。

1. 一緒に遊ぶ
2. 長所を感じる
3. あたたかく見守る
4. チームワーク

なんだ、そんなことか!と思われるかもしれませんが、この4つのうちどれかひとつでも不足したり不安定になると問題は大きく、厄介になってくるのです。

カンファレンスでは、このなかからひとつ選んで

着手すると好循環が生まれやすくなります(特に2と4)。

発達障害のある子どもたちと向き合う保育現場の様子をお伝えしました。保育士たちの多くは手を焼きながらも発達障害のある子どもたちの保育にはたまらない魅力があると言います。そこには子どもに美しい世界に案内されたり、子どもとともに失敗に涙したり、ささやかな成功を喜び合うなど、保育の本質的な喜びに出会う世界が広がっているからです。

私たち療育の専門家は現場から助言を求められますが、長年この仕事に取り組んできて「助言する・される」という役割固定した関係は保育現場のエンパワメントにはならないことによりやく気がつきました。よく見ればそこには必ず豊かな保育(発達支援)実践があります。そのことに気がついてからよい連携ができるようになったことを付け加えておきます。

参考資料

1. Elaine Marie Larson : I Am Utterly Unique : Celebrating the Strengths of children with Asperger syndrome and high-functioning autism : AAPC
*「ボクはとってもユニーク：アスペルガーと高機能自閉症のある子どもの長所を祝福する」絵本。長所さがしの練習に。アマゾンで購入可。
2. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所児童・思春期精神保健研究部「1歳半～2歳半の子どもをもつ保護者の方へ・子どもの意欲を育むコツ」ほか「環境づくり」、「声かけ」、「遊びをたのしむ」コツシリーズ(ホームページにて無料配布)
*シンプルな療育技法集。保護者向けだが保育士にも有効。
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/research/research.html#03>
3. 武居光「こども相談ノート～統合保育のみちしるべ」Sプランニング <http://www.s-pla.jp/detail/24.html>
*統合保育に取り組む保育士向けハンドブック

キーワード：発達支援

平成24年の児童福祉法改正で「発達支援」という言葉が使用されるようになりました。「療育」は「発達支援」というわかりやすい言葉に置き換えられるようになり、様々な事業者が参入する時代が始まりました。保護者たちのワラにもずがる思いに向けて業界は拡大中ですが、改めて「発達支援とは何か」を問わなくてはならない時代になったとも言えます。

Ⅲ 国内外の動向

自閉症スペクトラム障害の 成り立ち



鈴木勝昭
すずき かつあき
浜松医科大学精神医学講座 准教授

1. はじめに

自閉症は、対人的相互反応の障害とコミュニケーションの障害（これら2つをあわせて社会性の障害という）、および、想像力の障害とそれにもとづく行動の障害（こだわり行動）により特徴づけられる神経発達障害である。これらの特徴は3歳までに明らかとなり、生涯続く。かつてはまれな疾患と考えられていたが、自閉症の特徴を持ちながら知的障害のないもの（高機能自閉症）、言語に明らかな遅れがないもの（アスペルガー症候群）が、実は多数存在することが明らかになった。近年、これらは自閉症スペクトラム障害（以下、ASD）と呼ばれ、その有病率は1.5～2.5%に及ぶ（Baron-Cohen et al, 2009; Kim et al, 2011）。

ASDの原因はいまだ不明であり、その治療は専ら特別支援教育（療育）による。療育的介入はその開始が早ければ早いほどよい（Bauminger, 2002; White et al, 2007）。したがって、臨床症状による確定診断に先立ってASD発症のリスクを有することが予測できれば、療育の効果をより高め、よりよい社会適応へとつなげられるかもしれない。つまり、ASDの超早期診断法の開発はASDの臨床にとって最重要課題といえ、その手掛かりとなる信頼性の高い客観的な指標の確立が求められている。このような指標をバイオマーカーと呼ぶ（キーワード参照）。

本稿では、まずASDのバイオマーカーに関する

研究を概説し、次いで我々の研究成果を紹介したい。

2. 自閉症スペクトラム障害の生物学的知見

2-1) 遺伝学的研究から

すべての精神疾患がそうであるように、ASDの成因には遺伝と環境の両者が関与する（State, 2010; Grafodatskaya et al, 2010）。自閉症において、二卵性双生児や同胞間での発症一致率（一方がASDであるとき、他方もまたASDである確率）が10%に満たないのに対し、一卵性双生児のそれは90%にも及ぶ。この疫学研究結果は、自閉症の病態に環境よりも遺伝が大きく関与していることを示すものとされ、世界的に遺伝学的研究が進められてきた。これまで100以上のASD感受性遺伝子（ASDの発症に寄与する遺伝子）が同定されている。興味深いことに、これらの遺伝子はいずれも、突然変異や欠損がもたらされると神経発達異常とシナプスの機能不全につながるものが、動物実験によって示されている。しかし、各々の遺伝子の発症への寄与率はせいぜい1%であり、ASDのほとんどは遺伝的に多因子、つまり、複数の遺伝子変異の組み合わせの結果として発症し、その組み合わせは各個人で異なることが示唆される。ASD感受性遺伝子をバイオマーカーとして早期診断に役立てるためには、100以上の遺伝子について異常の有無を網羅的に調べる必要があるかもしれない。

2-2) 病理組織学的研究から

自閉症児・者の死後脳を病理組織学的に調べた研究から、特徴的な所見がいくつか示されている (Bauman & Kemper, 2005)。大脳辺縁系、特に扁桃体と海馬では、神経細胞が小さく、高密度に分布している。小脳では、プルキンエ細胞数が減少している。大脳皮質では、神経細胞の樹状突起が減少し、ミニカラム構造そのものが縮小している。特に側頭葉下面に存在する紡錘状回では、神経細胞体の縮小と分布密度の低下があるという。また、セロトニン系、ドパミン系、コリン系、GABA系などの様々な神経伝達系における異常が指摘されている。これら死後脳研究の結果そのものは早期診断に結び付かないが、各々の異常をもたらす分子メカニズムを明らかにすることで、その過程に関わる分子をバイオマーカーとして早期診断に応用することが可能になると考えられる。

2-3) 脳画像学的研究から

ASDの画像研究は、社会性の障害とこだわり行動に関係した脳機能の局在に基づき、脳部位の体積や形態をみる構造的MRIや機能的MRI (fMRI) を駆使して行われてきた。それらに含まれる脳部位は、他者の意図の読み取り (心の理論) に関わる内側前頭前野・側頭極・上側頭溝、顔認知に関わる紡錘状回、動作模倣に関わる下前頭回～下頭頂小葉、感情認知に関わる扁桃体、実行機能に関わる前頭前野の諸領域、協調に関わる小脳などである。ASDでは、これらの脳部位における構造異常や機能低下が報告されている。さらに、近年では、機能局在という観点から一歩進んで、脳の部位間の構造的・機能的な連絡、すなわち、脳内ネットワークの異常という観点から検討されている。この脳ネットワークの検討を目的とした手法として、fMRIに加え白質線維連絡の評価や白質体積測定がある。これらの知見を総合して、「ASDでは離れた脳部位間を結ぶ (長距離

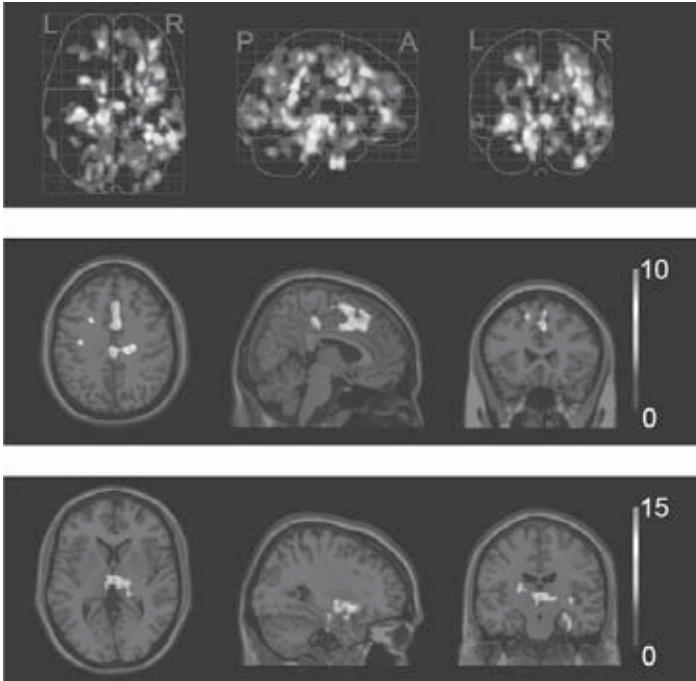
の) 神経連絡に不全があり、ある脳部位内における (短距離の) 神経連絡は密で増強されている」との仮説が提唱されている。ASDの感受性遺伝子のほとんどが、その変異や欠損により異常な神経発達とシナプスの機能不全をもたらすという遺伝学的知見からも支持される仮説である。

2-2) に述べた死後脳の所見のいくつかは、生きた脳の画像所見によっても支持されている。たとえば、自閉症では大脳辺縁系とりわけ扁桃体と小脳が萎縮している (小さい) ことが示されている。構造的MRI研究のメタ解析 (Amaral et al, 2008) から、①自閉症児は、定型発達児に比べ、生後1～2年における頭囲の増加が顕著だが、その後は徐々に差がなくなること、および、②大脳皮質灰白質の年齢に伴う容積減少 (不要なシナプスの刈り込み) が起きないこと、が示唆されている。また、MRI装置を用いて脳内の代謝物を測定する方法である磁気共鳴分光法 (MRS) を用いた研究から、辺縁系と小脳の異常を支持する所見が得られている (Suzuki et al, 2010)。このようなASD者の脳の構造的、神経化学的異常は、fMRI研究が示す機能異常の基盤となっているものと考えられる。

2-4) 免疫学的研究から

ASDの病態に免疫系の異常が関与することを示す多くの証拠がある (Ashwood et al, 2006; Zimmerman, 2006)。まず、ASD児は定型発達児に比べアレルギー疾患や炎症性自己免疫疾患を合併する率が有意に高い (Cohly and Panja, 2007)。血中の免疫分子 (サイトカイン) も増加している (Schwarz et al, 2010; Ashwood et al, 2011; Suzuki et al, 2011b)。末梢血から白血球を分離し炎症惹起物質で刺激するとTNF- α やIL-6などの炎症性サイトカインが放出されるが、ASD者由来の白血球の放出量は増加している (Jyonouchi et al, 2001)。さらに、死後脳研究でも、TNF- α とIL-6の増加が示され (Li

〈図1〉 ASD 脳におけるセロトニン・トランスポーター密度の低下



自閉症脳内では、セロトニン・トランスポーターが広汎な脳部位で低下している。

帯状回におけるセロトニン・トランスポーターの低下は、社会性の障害の重症度と関係している。

視床におけるセロトニン・トランスポーターの低下は、こだわり症状の重症度と関係している。

et al, 2009)、脳内の免疫担当細胞であるミクログリア数が増加している (Vargas et al, 2005)。最近の PET 研究からも、ASD 脳内のミクログリアが広汎に活性化していることが示された (Suzuki et al, 2013)。以上の知見を考え合わせると、血中の免疫関連分子は ASD のバイオマーカー候補として極めて有力と考えられる。

3. 我々の研究成果

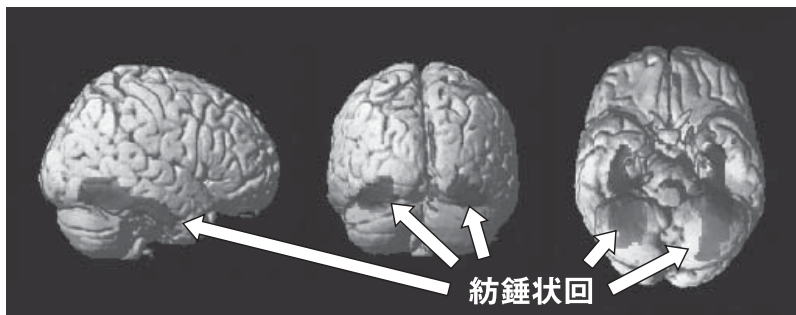
上述したように、遺伝子診断を ASD の超早期診断法として開発し、臨床に導入することは少なくとも現時点では極めて困難である。しかし、ASD 特徴に対応する脳の機能的変化を示唆する生物学的所見が蓄積されている。そこで、我々は、ASD 者の脳の所見、具体的にはポジトロン断層法 (PET) による各種神経系の病態を起点として、新たなバイオマーカーを探するという戦略のもとに研究を進めてきた。ASD の臨床研究において留意すべき重要な点として、薬物療法の影響が挙げられる。ASD 児・

者は、てんかんや知的障害などを合併することが多く、そのほとんどが抗てんかん薬を含む薬物療法を受けており、その影響は無視できない。幸いなことに、我々は発達障害当事者の会である NPO 法人アスペ・エルデの会と共同研究を行っており、薬物療法を受けていない ASD 者にご協力いただいている。なお、我々の研究はすべて、浜松医科大学医の倫理委員会、および、NPO アスペ・エルデの会倫理委員会の両委員会の承諾を得て行っている。以下に、これまで得られた成果を 2 つ紹介する。

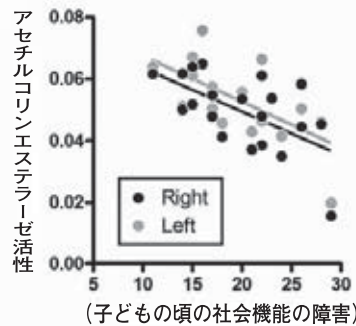
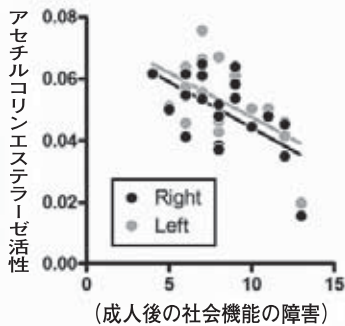
3-1) ASD の脳内セロトニン系

ASD の病態に関わる部位は脳のほぼ全領域にわたっている。これら広範な脳部位の機能にはいかなる神経系の異常が関与しているのだろうか。最も古くから注目され調査されてきたのがセロトニン系である。そこで、成人自閉症者を対象に、脳内セロトニン系の評価を目的にセロトニン・トランスポーター密度を PET で計測した (Nakamura et al,

〈図2〉 ASDの紡錘状回におけるアセチルコリンエステラーゼ活性の低下



アセチルコリンエステラーゼ活性は紡錘状回で低下している。



紡錘状回のアセチルコリンエステラーゼ活性が低い自閉症者ほど、社会機能の障害が重症である。

2010)。その結果、ASD者の脳内の広汎な部位でセロトニン・トランスポーター密度が低下していた(図1)。さらに、帯状回におけるセロトニン・トランスポーター密度の低下は社会性の障害の重症度と、視床における密度の低下はこだわり症状の重症度と、それぞれ関係していたことから、セロトニン・トランスポーター密度の低下がASDを特徴づける臨床症状の形成に関与していることが示唆された。ところが、ASD者の死後脳を入手してセロトニン・トランスポーターの脳内発現を測定したところ、ASD者と対照者とで差はなかった。したがって、ASDではセロトニン・トランスポーターは正常に合成されているが、その機能に異常があると考えられた。しかし、セロトニン・トランスポーターの機能がどのように制御されているかの分子メカニズムそのものに不明な点が多かったため、大阪大学と共同で分子生物学的研究を進めた。その結果、NSFという分子をはじめとする分子群が同定された(Iwata et al, 2014)。現在、これらの分子が新た

なASDのバイオマーカーたり得るかについて、さらに研究を進めている。

3-2) ASDの脳内コリン系

ASD児・者が顔の認知における顕著な障害をもつことはよく知られている。例えば、ASDの母親はわが子が話すときに相手の顔を見ないことに気づくだろう。また、人物の顔を見るとき、ASDのない子どもは主に目の辺りをみるが、ASDをもつ子は目を見ない。このような、他者の顔の認知は社会性の形成に必須の機能であることから、顔認知に関わる脳部位の障害がASDにおける社会性の障害の基盤にあると推測される。側頭葉の下面に位置する紡錘状回は、健常者が人物の顔を見たとき特異的に活性化する部位であるが、ASD児・者ではその活性化が弱いか起こらない。死後脳研究から、自閉症者の紡錘状回では神経細胞の萎縮と数の減少がみられることが報告されていたが、その詳細は不明であった。大脳皮質ニューロンの発達と活動性、特に、

〈図3〉 発達障害診断補助装置「Gaze Finder[®]」((株)JVCケンウッド製)



(イメージ)

紡錘状回を含む視覚野のそれには、コリン系が重要な役割を果たしている。そこで、我々は、成人ASD者を対象にコリン系の指標であるアセチルコリンエステラーゼ活性をPETで測定した(Suzuki et al, 2011)。その結果、ASD者では紡錘状回を含む両側側頭葉の下面においてアセチルコリンエステラーゼ活性の有意な低下が認められ、この部位のコリン系の機能低下が示唆された(図2)。さらに、紡錘状回のアセチルコリンエステラーゼ活性が低下しているASD者ほど社会性の障害が強いという相関関係が認められ、この相関関係は3歳頃の社会性の障害の強さと比較しても、現在の社会性の障害の強さと比較しても、同様に成立していた。したがって、紡錘状回のコリン系機能低下は3歳までに生じ、成人期まで続いており、バイオマーカーとしての条件を備えていると推測された。PET以外では脳内コリン系を測れないため、顔認知障害を注視点分布から検出する方法が望ましいと考えられた。乳幼児でもストレスなく自然な状態で検査でき、顔や物を見たときに注視点がどこに分布しているかを定量できる装置の開発を進めた。この装置は現在、Gaze Finder[®]と名付けられ(図3)、発達障害診断装置と

しての精度検証が1歳6ヶ月健診などの現場で進められているところである。

4. おわりに

ASDのPET研究により明らかになった所見を出発点に、新たな関連分子群の同定や、早期診断支援システムの開発が可能になってきた。このような、「臨床から基礎へ」のアプローチによってこそ、多くのASD当事者のために役立つ成果が得られると、我々は考えている。今後は、ASD脳における活性化ミクログリアの増加という所見を基礎研究へと還元し、ASDの予防法開発に迫れることを期待している。

謝辞

稿を終えるにあたり、PET研究に協力下さったNPO法人アスペ・エルデの会会員の皆様と同法人ディレクターである中京大学 辻井正次教授、および、PET研究を主導された浜松医科大学 森則夫教授と尾内康臣教授、および弘前大学 中村和彦教授に深謝いたします。なお、本研究は武田科学振興財団「特定研究助成」の成果であり、記して謝辞を申し上げます。

文献

- Amaral DG, Schumann CM, Nordahl CW. (2008) Neuroanatomy of autism. *Trends Neurosci.* 31:137-45.
- Ashwood P, Wills S, Van de Water J. (2006) The immune response in autism: a new frontier for autism research. *J Leukoc Biol.* 80:1-15.
- Ashwood P, Krakowiak P, Hertz-Picciotto I, et al. (2011) Elevated plasma cytokines in autism spectrum disorders provide evidence of immune dysfunction and are associated with impaired behavioral outcome. *Brain Behav Immun.* 25:40-45.
- Baron-Cohen S, Scott FJ, Allison C, et al. (2009) Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *Br J Psychiatry.* 194:500-509.
- Bauman ML, Kemper TL. (2005) *The neurobiology of autism.* 2nd edition. The Johns Hopkins University Press. Baltimore, MD, USA.
- Bauminger N. (2002) The facilitation of social emotional understanding and social interaction in high-functioning children with autism: intervention outcomes. *J Autism Dev Disord.* 32:283-298.
- Cohly HH, Panja A. (2005) Immunological findings in autism. *Int Rev Neurobiol.* 71:317-341.
- Grafodatskaya D, Chung B, Szatmari P, et al. (2010) Autism spectrum disorders and epigenetics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 49:794-809.
- Iwata K, Matsuzaki H, Tachibana T, et al. (2014) N-ethylmaleimide-sensitive factor interacts with the serotonin transporter and modulates its trafficking: implications for pathophysiology in autism. *Mol Autism.* 5:33.
- Jyonouchi H, Sun S, Le H. (2001) Proinflammatory and regulatory cytokine production associated with innate and adaptive immune responses in children with autism spectrum disorders and developmental regression. *J Neuroimmunol.* 120:170-179.
- Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, et al. (2011) Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population Sample. *Am J Psychiatry.* 168:904-912.
- Li X, Chauhan A, Sheikh AM, et al. (2009) Elevated immune response in the brain of autistic patients. *J Neuroimmunol.* 207:111-116.
- Nakamura K, Sekine Y, Ouchi Y, et al. (2010) Brain serotonin and dopamine transporter bindings in adults with high-functioning autism. *Arch Gen Psychiatry.* 67:59-68.
- Schwarz E, Guest PC, Rahmoune H, et al. (2010) Sex-specific serum biomarker patterns in adults with Asperger's syndrome. *Mol Psychiatry.* Published online on Sep. 28, 2010.
- State MW. (2010) The genetics of child psychiatric disorders: focus on autism and Tourette syndrome. *Neuron.* 68:254-69.
- Suzuki K, Nishimura K, Sugihara G, et al. (2010) Metabolite alterations in the hippocampus of adult subjects with high-functioning autism. *Int J Neuropsychopharmacol.* 13:529-534.
- Suzuki K, Sugihara G, Ouchi Y, et al. (2011a) Reduced acetylcholinesterase activity in the fusiform gyrus in adults with autism spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 68:306-313.
- Suzuki K, Matsuzaki H, Iwata K, et al. (2011b) Plasma cytokine profiles in subjects with high-functioning autism spectrum disorders. *PLoS One.* 6:e20470.
- Suzuki K, Sugihara G, Ouchi Y, et al. (2013) Microglial activation in young adults with autism spectrum disorder. *JAMA Psychiatry.* 70:49-58.
- Vargas DL, Nascimbene C, Krishnan C, et al. (2005) Neuroglial activation and neuroinflammation in the brain of patients with autism. *Ann Neurol.* 57:67-81.
- White SW, Scahill L, Klin A, et al. (2007) Educational placements and service use patterns of individuals with autism spectrum disorders. *37:1403-1412.*
- Zimmerman AW. (2006) *The Immune System.* In: *The Neurobiology of Autism*, 2nd edition. Ed: Bauman ML and Kemper TL. The Johns Hopkins University Press (Baltimore, MD, USA).

キーワード：バイオマーカー

バイオマーカーとは、「通常の生物学的過程、病理学的過程、もしくは治療的介入に対する薬理学的応答の指標として、客観的に測定され評価される特性」と定義される(文献)。すなわち、体温、血圧、心拍数から、体液(血液、尿)や組織中の物質、さらには医療用機器(心電図、脳波、CT、MRI)による所見まで様々な指標が含まれる。ただし、一般にはある疾患の経過や重篤度を反映して変化するものを、特にバイオマーカーと呼ぶ。すなわち、①疾患特異性、②病態の反映、③治療による応答、④客観性・再現性が、バイオマーカーとしての要件である。糖尿病を例にとると、血糖値とヘモグロビンA1cがこの病のバイオマーカーである。文献. Biomarkers Definitions Working Group. Biomarkers and surrogate endpoints: preferred definitions and conceptual framework. *Clin Pharmacol Ther.* 69(3):89-95, 2001.

Ⅲ 国内外の動向

読み・書きを助ける テクノロジー利用

— 家庭で楽に楽しく勉強するためのアイデア



ひらばやし
平林ルミ

東京大学 先端科学技術研究センター 人間支援工学分野 特任助教

1. はじめに

学校で板書を書き写すことができずノートはいつも真っ白、漢字がおぼえられず漢字を書くと偏(へん)と旁(つくり)が入れ替わってしまう、音読の宿題が苦手と読むとたどり読みになってしまう、学校での授業内容は理解している様子なのにテストの点数が悪い、このような学習の困難さは学習障害の症状と重なる。文部科学省の調査によれば通常クラスに在籍する児童の4.5%に特異的な学習困難がみとめられ、その半数(全体の割合では2.4%)が読み書きの困難を示していることが明らかになっている(文部科学省、2008)。小学校の児童数を約700万人とするとその2.4%は16万8千人と換算され、40人学級のクラスに1人は存在することになる。

文部科学省は学習障害を「全般的な知的発達には遅れがないが、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す。」と定義している。学習障害の中でも読み書きの能力に特異的な困難を示すものは日本語では読み書き障害と呼ばれる。欧米では一般的にディスレクシアと呼ばれ、ディスレクシアのある人の多くが大学に進学している。例えば、英国では大学生の4.3%である約3万人の学習障害学生が大学に通っている。一方日本においては、学習障害のある大学生は統計上で報告されているのはわずか100名あまり(全体の0.01%に

も満たない)である。こうした違いは、どこから生じているのであろうか。

英国では義務教育終了時に受ける高校卒業程度の学力を証明する試験(GCSE, General Certificate of Secondary Education)やその後の大学入学資格を問う試験GCE-Aレベル(General Certificate of Education, Advanced Level)において、個別のニーズに合わせた配慮(Access Arrangements and Reasonable Adjustments)を申請することができる。この個別のニーズに合わせた配慮には、代読や代筆、時間延長などに加えてパソコンの利用といったITの活用が含まれている(Joint Council for Qualifications, 2013)。読み書きが苦手であっても、音声化された文章を耳で聞いて理解し、回答を口述・もしくはタイプすることができれば高等教育進学の道が開かれている点が欧米と日本との大きな違いである。

先端科学技術研究センター(以下、先端研)の人間支援工学分野では2007年から障害のある高校生の大学進学を助けるDO-IT Japan¹⁾(P 70<コラム>参照。以下、DO-IT)を運営している。2011年からはその活動を読み書きの苦手な小学生に、また2012年からは読み書きに困難をかかえる中学生を対象に加えた。学習障害のある児童・生徒がタブレットPCを使うことで読み書きを補い、学習に参加できるようになる事例が増えており、DO-ITに参

加している読み書きが苦手な小・中学生17名の内、半数が学校にiPad等のタブレットPCを持ち込んで学習している(2014年7月現在)。このように学習障害のある児童・生徒がテクノロジーを使って勉強することは以前より一般的になってきている。

もしお子さんがなかなか文字の読み書きができずディスレクシアが疑われる場合はどうしたらよいだろうか。専門機関に相談するのはもちろん重要だが、家庭で今日から取り組める活動をここでは紹介する。

2. タブレットPCを使って 家庭で楽しく勉強する

学習障害のあるお子さんを持つ保護者の方との相談においてアドバイスすることは、家庭を学校にしないこと、保護者の方が先生にならないことである。子どもがなかなか読み書きできるようにならないという事態が発覚したとき、その困難を軽減し遅れを解消しようと、家庭で厳しく指導し反復練習をさせた経験をもつ保護者の方は少なくない。反復練習によって少しずつ文字を読んだり書いたりすることができるようになるが、習得に他の児童の何倍も時間がかかったり、一度書けるようになった漢字もしばらくすると忘れてしまったりする事例に出会うことも少なくない。そして、はじめは本人も努力を続けるが、努力してもその成果がなかなか得られずにやる気を失ってしまう。その結果、無気力になってしまったり、学校に行けなくなってしまったりする。学習障害のある子どもたちは中学生になるとその多くが不登校になっているという調査もある(石井・上野、2008)ことから、学習障害がもたらす二次障害への対応が課題である。

〈図1〉メールの例文



〈表1〉音声読み上げとメールを使った活動のアイデア

- ・晩ご飯のリクエストを聞くメールの中に難しい漢字を混ぜ込む
 (例: 鯛(いわし)、占地(しめじ)、牛蒡(ごぼう)、胡瓜(きゅうり)など)
- ・メールでお遣いを依頼する
- ・おやつが置いてある場所を写真にとって送り指示する
- ・出張しているお父さんにお土産をお願いする

タブレットPCやスマートフォンといった複数の機能を持つ端末がだれにとっても身近なものとなり、文字を音声化したり、文字をタイプすることが簡単に実現できるようになった現在、文字の読み書き困難はテクノロジーでカバーできるようになった。以下に、テクノロジーを使って読み書きを補う代表的な方法である音声読み上げの活用とワープロの活用の2つを紹介する。

アイデア①

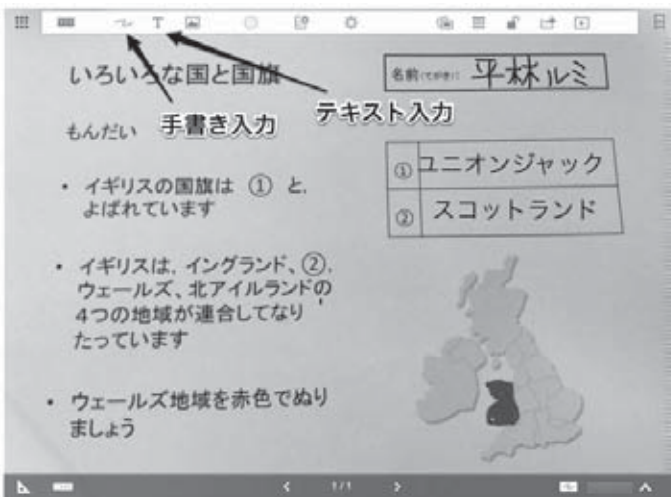
音声読み上げとメール

iPadの選択項目の読み上げ機能は、画面上の文字を選択するとそれを音声で読み上げてくれる機能である。この機能をオンにして、メールなどの文字を長押しし、文字を選択すると現れる「読み上げ」

〈図2〉50音キーボードおよび音声入力ボタンとフリック入力への切り替えボタン



〈図3〉UPADでプリントに書き込んでいる様子



というメニューをタップすると、文字が音声化される。メールやメモ帳、インターネットブラウザなど購入当初から入っているアプリ上でだけでなく、さまざまなアプリ上で表示されている文字を、選択できるものはほぼ音声化することができる²⁾。

この機能を使ってお子さんとメールのやり取りをしてみよう。例えば、図1のようなメールを送る。メールの中に難しい漢字を混ぜこめば、音声読み上げを使う必要性を作り出すことができる。写真を添付しても楽しい。表1に音声読み上げとメールを使った活動のアイデアを示す。

メールを使うことで音声読み上げを使う練習になるのはもちろん、文字を打つ経験を積み重ねることもできる。また、iPadは図2のような50音キーボ

ードを追加することができるためローマ字入力が未習得であっても入力が可能である。50音入力の他にも、声を認識して文字化してくれる音声入力や携帯電話と同じ入力方法(フリック入力)も使える。このようにいろいろな入力手段があれば、字を書くのが大嫌いな子どももメールを書くことができる。

子どもからの返信に誤字が多くみられる場合、ひとつひとつ訂正する必要はない。メールをする楽しさ、便利さがわかってきた段階で、メールを返信する前に一度音声読み上げで読み上げてチェックするように促すとよい。人から指摘されるのを嫌がる子どもでも、機械が教えてくれるとすんなりと訂正できる場合がある。メールのやりとりに慣れて来たらメールの形式(①相手の名前を書く、②あいさつを書く、③本文を書く、④自分の名前を書く、等)を教えたり、件名のルールなどを教えたりしていくとよい。まずは楽しむことを基本に取り組んでみてほしい。

アイデア②

タブレットPCでプリントに書き込む

読み書きの苦手さは日常の学習のどの部分に困難が生じるだろうか。相談を受ける多くの事例では、宿題とテストが大きな課題となっている。字を書くことに時間がかかる場合には一般的な分量の宿題であっても高い負荷がかかる。また、テストにおいて問われていることは理解できるのに漢字が書けないため回答できない、書くのに時間がかかるため時間が足りなくなってしまうというケースもある。こういった宿題の負担軽減やテストの回答を補う方法としてタブレットPCでプリントに文字を書き込む方法が有効である。

「UPAD」は写真やPDFファイルを取り込んで背景に設定し、その上に手書きで書き込んだり、テキストを入力したりすることができるメモアプリである。プリントやワークブック、テストなどの写真を撮って読み込めばキーボードで回答することができるようになる(図3)。

3. 読み書きを助けるテクノロジーに関するリソース

今回は音声読み上げの活用とワープロの活用の2つを紹介した。これはテクノロジーを使った学習支援の一部であるため、より詳しいテクノロジー情報については関連書籍を参照するとよいだろう³⁾。

また、先端研の人間支援工学分野は、障害などさまざまな困難のある人の生活や学習を支援するテクノロジー活用に関連するさまざまな取り組みを行っ

ている。読み書きのアセスメントの実施とその困難さを補うテクノロジー活用を提案する読み書きラボココロ(通称ココロ)⁴⁾や、タブレットPCを使った教育実践を行う魔法のプロジェクト⁵⁾、学習に困難のある児童生徒の学校教育におけるICTを活用した合理的配慮の提供を推進することを目指すDO-IT School⁶⁾などである。

4. 多様な子どもたちが共に学ぶ時代

家庭でタブレットPCを使って勉強していても、高校入試や大学入試ではやはり自分の力で読んだり書いたりすることを求められるのではないかという不安から、タブレットPCを使うことにはためらいを感じる方も多いかもしれない。しかし、文部科学省の調査によれば日本の高校入試においても代読や代

〈コラム〉

DO-IT(Diversity, Opportunities, Internetworking and Technology) Japan

DO-IT Japanプログラムは、全国から選抜された障害のある、あるいは病気を抱えた小中高生、大学生の高等教育への進学とその後の就労への移行を支援することで、将来の社会のリーダーとなる人材を育成することを目的としたプログラムです。中でも小中学生プログラムは読み書きに特異的な困難さのある子どもたちが集まり、タブレットPC等のICT機器を活用して自身の読み書きの困難を補いながら勉強するために活動しています。

高校生プログラムは2007年からスタートし、2011年からは小学生プログラムに対象範囲を広げています。DO-ITは児童生徒とともに高校入試・大学入試における音声読み上げやワープロの使用といったテクノロジー活用に関する実践を積み重ね、毎年8月初旬に行われる一般公開シンポジウムにおいてその実践を話題提供しながら多くの方と共に議論を積み重ねています。

DO-IT Japanの活動やシンポジウムなどの情報を得たい場合は、DO-IT Japanのホームページからニュースレターをご登録ください。また、活動報告書もホームページからダウンロードいただけます。

DO-IT Japan ホームページ:

<http://doit-japan.org/doit/index.php/>



DO-ITで児童・生徒が
タブレットPCを活用している様子

筆といった読み書きを代替する配慮が認められており(文部科学省、2008)、代読措置によって高校入試を受けた事例も報告されている(平林、2013)。また、2013年には障害者差別解消法が成立し、2014年には国連の障害者権利条約を批准したことから、これからの教育は障害のあるなしにかかわらず皆が共に学ぶインクルーシブ教育へと進んで行く流れにある。発達にでこぼこがあり、多様な教育的ニーズをもつ子どもたちが共に学ぶために、苦手な部分をテクノロジーで補うという視点が必要とされることは欧米でのテクノロジー活用の状況を見ても明らかである。最後に、DO-ITに参加している中学生が述べたプログラムの感想を紹介したい。

“これからもたぶん勉強の仕方はどんどん変わっていくと思うし、タブレットで勉強するのが主流になるかもしれない。タブレットで勉強するほうがカッコいいなっていう時代がくるかもしれない。”

それぞれの個人の特性に合わせた勉強の仕方ができる、そんな教育が実現されることを願っている。

注釈

- 1) DO-IT Japan <http://doit-japan.org/doit/>
- 2) 設定方法：設定>一般>アクセシビリティ>選択項目の読み上げ>選択項目の読み上げをオンにする
- 3) 中邑賢龍・近藤武夫。(2012). 発達障害の子を育てる本 ケータイ・パソコン活用編. 講談社. 東京
- 4) 読み書きラボココロ <http://at2ed.jp/clinic/>
- 5) 魔法のプロジェクト 障害を持つ子どものためのモバイル端末活用事例研究 <http://maho-prj.org/>
- 6) DO-IT School <http://doit-japan.org/doit/index.php/news/archives/15>

引用文献

- 平林ルミ。(2013). 読み書き障害のある中学生に対する定期試験における配慮—個別評価に基づき代替措置を求めた事例—。臨床発達心理実践研究, 8, 62-72.
- 石井恵子・上野一彦。(2008). 発達障害のある児童生徒の不登校傾向について—情緒障害通級指導学級の実態調査を通して—。LD研究, 17(1), 90-96.
- Joint Council Qualifications.(2013). Adjustments for candidates with disabilities and learning difficulties— Access Arrangements and Reasonable Adjustments General and Vocational qualifications—With effect from 1 September 2013 to 31 August 2014. <http://www.jcq.org.uk/exams-office/access-arrangements-and-special-consideration.2013.1.8>
- 文部科学省。(2008). 資料2 高等学校の入学試験における発達障害のある生徒への配慮の事例, http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/054_2/shiryo/attach/1283071.htm. 2014年7月30日アクセス.
- 文部科学省。(2012). 通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について. http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1328729.htm. 2014年7月30日アクセス.

キーワード：

読み書き障害

(Dyslexia, Specific Learning Difficulties)

読み書きに特異的な困難を示す障害。全く読めない・書けないわけではなく、読み書きに時間がかかったり、正確に読み書きできなかつたりといった症状を示す。有名人では、俳優のトムクルーズさんや映画監督のスティーブンスピルバーグ監督などがディスレクシアをもつことを明らかにしている。英語圏では出現頻度が高いが(5.3～11.8%)、イタリア語圏では出現頻度が低く(1.3%)、発音と綴りのルールが不規則な言語ほど出現率が高い傾向にある。日本ではひらがな・カタカナ・漢字という文字の種類によって困難を示す児童の割合が異なることがわかっている。

音声読み上げ (TTS ; Text To Speech)

パソコンやタブレットPCなどで画面の文字を読み上げる機能のことを音声読み上げという。音声読み上げを行うためには日本語を解析して音声化するための音声エンジンと呼ばれるシステムが必要となる。iOSやWindows 8は標準で音声エンジンを搭載しているため、新たにシステムをインストールしなくても文字を音声化することが可能である(各端末での音声読み上げの方法についてはインターネット上に多数の情報が掲載されていることから、「iOS 音声読み上げ」や「Windows 8 音声読み上げ」といった検索ワードで検索するとよいだろう)。しかし、音声エンジンによって読み上げの精度や声質が異なることから、用途や好みに応じて音声エンジンを追加することもできる。

編集後記

“愛”とともに必要なこと

今日、社会的養護の現場では、生育史上の問題に加えて、その背景に発達障害を抱える子どもが増えています。

発達障害を抱える子どもは、定型発達とはやや異なる育ちの道筋をたどります。さらに、発達障害としての全般的な共通点もありますが、各々の障害種別でその様態は異なります。

彼らの支援には、障害についての基本的な理解や適切な診立てが重要であり、それらを踏まえて、各々の子どもの発達段階、あるいは各現場の特性や状況に応じた支援のあり方を模索する必要があります。それはいわば「総力戦」であり、現場が孤軍奮闘するのではなく、周囲の資源や力を活かし、さまざまな臨床的な知見も織り込んだ戦略が求められます。

今回、福祉領域以外のさまざまな方にも執筆をお願いしましたが、貴重な知見と示唆を与えていただいたのではないかと思います。

ところで、数年前、ある児童養護施設の女子高生が私の外来を訪れました。DV、被虐待といった家庭環境の中で育った彼女でしたが、その頃、施設の中では、スタッフを叩いたり、ガラスを割るなどの衝動行為が続き、スタッフもお手上げ状態でした。

「分かってるんです、皆を困らせてるなって。でも、夜、先生たちが帰ろうとすると、フラッと出てしまうんです」。彼女なりの「理」を理解しつつも、その淡々とした口調、自らの考え方への囚われ、感情のコントロールの難しさなどが引っかかりました。

私は、彼女の“考え方や行動の癖”についての診立てを伝え、服薬と定期面接を提案しました。

私の職場から車で小一時間の施設で暮らす彼女は、診察という、月一回の職員との「プチお出かけ」を楽しみにしていました。職員も、助言を受けたり、彼女と丁寧に関わる時間と捉えていました。

二年間の通院を経て、大学進学を間近に控えた最後の診察での彼女の言葉。「ここに来た頃は本当にイライラしてて、皆に甘えてたのかな。これからは甘えられないし、私が頑張らないと、後の子たちにも影響すると思うから」と。

私は静かに彼女の背中を見送りました。



担当編集委員 西田 篤

次号のお知らせ 第78号特集「養育周辺の厚み—子どもをみつめる豊かなまなざし」(予定) 2015年4月1日発行

〔編集委員長〕

横堀昌子 青山学院女子短期大学
子ども学科教授

〔編集委員〕

有村大士 日本社会事業大学社会福祉学部
福祉援助学科 准教授

内海新祐 児童養護施設 川和児童ホーム
臨床心理士

大竹智 立正大学社会福祉学部
子ども教育福祉学科 教授

曹徳善 社会福祉法人 愛神愛隣舎
児童養護施設 施設長

西田篤 広島市こども療育センター 心療部長
情緒障害児短期治療施設 愛育園 園長

宮坂明宏 (公財) 資生堂社会福祉事業財団
常務理事

(敬称略・五十音順) 編集事務局：豊福晶子

MOTHER AND CHILD
WELLBEING
AROUND THE WORLD

VOL.77 2014-10 世界の児童と母性

年2回発行

2014年10月1日発行

編集・発行者

公益財団法人 資生堂社会福祉事業財団

〒104-0061 東京都中央区銀座7丁目5番5号

電話 03-3574-7408

ファクシミリ 03-3289-0314

URL <http://www.zaidan.shiseido.co.jp>

印刷所 成旺印刷株式会社

〒105-0014 東京都港区芝2丁目1番28号

再生紙使用

MOTHER
AND CHILD
WELLBEING
AROUND THE WORLD

公益財団法人 資生堂社会福祉事業財団
