

軽度発達障害の心理学的支援のあり方

山下 京子

(2007年10月9日 受理)

How to Support Children with Mild Developmental Disorders such as High-Functioning Pervasive Developmental Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Kyoko YAMASHITA

Abstract

A support program for those affected with the mild developmental disorders such as the High-Functioning Pervasive Developmental Disorder (HFPDD) without intellectual disabilities and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has started. In the present study, I have attempted to systematize how the primary- and middle-level school counseling programs should be instituted by discussing frequently encountered cases of mild developmental disorders as a school counselor in the primary and middle level schools. I have also introduced a case of support for a student with developmental disorder who has been counseled in the programs at the university level, and considered future problems.

1. はじめに

「発達障害者支援法(平成16年法律第167号)」は平成16年12月10日に公布され、平成17年4月1日、法に基づき「発達障害者支援法施行令(平成17年政令第150号)」が、令に基づき「発達障害者支援法施行規則(平成17年厚生労働省令第81号)」が公布され、施行されることとなった。厚生労働省は、発達障害の現状について、「発達障害は、人口に占める割合は高いにもかかわらず、法制度もなく、制度の谷間になっており、従来の施策では十分な対応がなされていないこと、発達障害に関する専門家は少なく、地域における関係者の連携も不十分で支援体制が整っていないこと、家族は、地域での支援がなく大きな不安を抱えていること」を指摘し、発達障害者支援法のねらいとしては、「発達障害の定義と法的な位置づけの確立、乳幼児期か

ら成人期までの地域における一貫した支援の促進、専門家の確保と関係者の緊密な連携の確保、子育てに対する国民の不安の軽減」としている。発達障害者支援法における「発達障害」とは、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をいう。

発達障害者支援法は、これまで認定されてこなかった軽度発達障害を支援の対象としたものであり、小林(2005)も指摘するように、これを契機に軽度発達障害に対する関心が高まることとなった。軽度発達障害とは、小林によると、明確な知的障害を有しない発達障害の一群を指し、具体的には高機能自閉症(HFA)あるいは高機能広汎性発達障害(HFPDD)、アスペルガー障害(AS)、学習障害(LD)、注意欠陥多動性障害(ADHD)などが含まれる。

発達障害を取り巻く状況は、大きく変化してきており、学校教育においては、平成19年4月1日から、特別支援教育が学校教育法に位置づけられ、実施されることになった。「特別支援教育とは、障害のある幼児児童生徒の自立や社会参加に向けた主体的な取組を支援するという視点に立ち、幼児児童生徒一人一人の教育的ニーズを把握し、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するため、適切な指導及び必要な支援を行うもの」(文部科学省)である。

実際、スクールカウンセラー(以下 SC と略)として公立小中学校に派遣されて、ここ数年特に小学校において発達障害の疑いのあるケースに出会うことが多いように感じている。杉山(2007)も指摘するように、SC もいまや発達障害にきちんと対応できるかどうか機能がするかの分かれ目となるとまで言われている。

これまで SC として関わってきた事例を中心に、発達障害に対する心理学的援助はどのようにあるべきかを考察したい。さらに、大学学生相談における発達障害に対する支援のあり方についてもあわせて考察する。

2. 事例の概要

学校において問題となるのは、医療機関を受診することに対して保護者の理解が得にくい場合、医療機関を受診して診断名が確定するほど重症ではないが学校生活上問題が生じている場合、仮に診断名が確定しても、その後の指導において家庭との連携が不可欠であるにもかかわらず、家庭の協力が得られない場合などである。事例①から事例③は、ADHD の診断が出た小学生男児の事例であり、事例④、事例⑥、事例⑦は広汎性発達障害の疑いのある小学生男児、中学生男児、大学生女子、事例⑤は高機能自閉症の小学生男児の事例である。すべての事例は、特定できないように脚色してある。

事例① 小学校低学年男児

主訴：多動で、教室にじっとしていることができない。

生育歴：保育園の頃から、多動で落ち着きがない。母親によれば、巡回相談を受け、育児に対する指導を受けたが、言うことを聞かないので、どうしても叱ってしまうことが多かったという。小学校入学後、多動は一段と激しくなり、授業中に奇声を上げたりする。

支援の経過：SCが、母親と担任に個別に面接を行った。面接で、母親は本児の養育に苦労していること、相談機関で助言も受けたが、現実的に言われた通りにすることは無理であることなどを語った。担任との面接では、本児が教室内にじっとしていることが出来ないこと、急に飛び出すなど衝動的な行動が多いことなど、問題点が語られる一方で、本児が教室内に居ることができるように工夫をしたり、他の教員に援助を求めながら、授業を行っている様子も報告され、SCは、担任の指導方針を支持した。SCから、母親に医療機関への受診を進め、担任が、医療機関を紹介した。母親は、本児を連れて医療機関を受診。ADHDの診断が出て、薬物治療も開始された。その後、SCが、担任や校長と面接をし、学校側は、本児のペースに合わせ、個別に対応できるように環境を調整した。本児は、自分のペースで生活できるようになったためか、学校内では落ち着いて、多動も減少した。学校全体で本児への声かけをするなど、本児の存在を大切にす学校側の姿勢が伝わったことで、母親も担任を信頼するようになっていく。

事例② 小学校中学年男児

主訴：すぐに怒って人や物に当たる。

生育歴：保育園の頃からすぐに手が出る。かっとなった時に手が付けられなくなることが多く、対人間のトラブルが多い。小学校入学後も、集団にあわせることができず、暴力を振るう。

支援の経過：SCが、担任、母親と面接。担任からは、授業に参加することは少なく、同級生に比べると、学習も遅れがちであること、他児への暴力行為もあり、同級生の保護者から苦情も出始めていることなどが語られた。学校での本児の問題行動について聞かされた母親は困惑しており、どうして良いかわからないような状態であった。SCから、医療機関を紹介し、母親が本児を連れて受診した。その結果、ADHDの診断が出て、医師から服薬を勧められるが、両親は副作用が心配で拒否している。また、療育機関への通所を進められるが、これに関しても消極的である。担任は家庭の協力を求めるが、「男の子はこんなものだ」という父親の意見が強く、学校と家庭との連携が困難な状態である。

事例③ 小学校高学年男児

主訴：多動。反抗。

生育歴：幼少期についての情報なし。小学校入学時から、座っていることができず、口答えをすることが多かった。中学年になり、思うようにならないと、友達に暴力を振るったり、物を投げたりするようになった。巡回相談で、ADHDと言われたが、医療機関受診を保護者は拒否している。高学年になって、行動は大分落ち着いてきて、対人関係のトラブルは減った。学習が遅れていることもあり、授業へは参加したりしなかったりの状態。

支援の経過：SCが、担任、母親と面接。小学校入学後、子どもの行動に関する事柄や家庭での養育態度についての注意を受け続け、母親は学校に対する信頼感を全くなくしている状態であったが、担任は母親との関係修復に努めているところであった。母親も学習の遅れは気になっている様子で、家庭学習に対して前向きな姿勢を見せた。担任は、本児の意欲を大切に、クラスの係りなど役割を与えることで、居場所を作ろうと努力している。また、担任は、これまで学校内での本児の起こした問題行動を家庭連絡することが多かったのを改め、良かったことを連絡するようにして、関係作りに励み、母親と担任との信頼関係が形成されつつある。低学年のころから、授業に参加したりしなかったりを繰り返しているので、学習の遅れはかなりあるものの、授業中の個別指導には未だ至っていない。

事例④ 小学校中学年男児

主訴：登校しぶり。友達から叩かれるので学校へ行きたくないと言う。

生育歴：幼少期、特記事項なし。入学後、こだわりがあり、授業のプリントでわからない問題が出てくると、「わからない」と騒ぎ、先に進めなくなる。

支援の経過：母親がSCとの面接を通して、本児のありのままの姿を受け入れられるようになり、情緒的に安定することで、本児の登校しぶりがおさまる。中学年の頃から、こだわりがさらに強くなり、いつもと違う場面になると、情緒不安定になり、友人に対する暴言、暴力が出るようになった。担任は、本児の行動の意味を探りながらも、善悪の区別を明確にした指導を行うとともに、本児に年齢相応の社会スキルを身につけることを目標に対応した。母親は本児の暴言や暴力を心配して小児科医を受診したが、特に何も言われなかったこともあって、本児の発達の問題に対する理解は充分ではない状態である。専門の医療機関の紹介については、しばらく様子を見たいという担任の意見を尊重し、SCからはまだ話題にしていない。

事例⑤ 小学校高学年男児

主訴：クラスが騒がしくて登校できない。

生育歴：幼少期から発達にばらつきがあるということで、療育機関にかかっていた。中学年の頃までは問題なく、高学年になる頃から、こだわりが強くなった。

支援の経過：母親は、SC との面接後、医療機関を受診し、高機能自閉症と診断される。当初から、母親には、障害に対する理解があったので、担任と相談しながら、本人の落ち着いた環境を提供することで、断続的ではあるが登校できるようになった。

事例⑥ 中学生男子

主訴：学級内でいじめやからかいの対象となることが多い。

生育歴：1歳6ヶ月健診、3歳児健診で言葉の遅れを指摘され、就学前まで療育機関に通所。耳からの理解力が弱いと言われた。幼少期より、一人で遊ぶことが多く、『変わっている』と言われて来た。

支援の経過：担任が、母親にSC との面接を勧めたことがきっかけとなり、SC が本人、母親、担任と個別に数回の面接を行った。本人との面接で、本人が困っていることについて取り上げ、担任も交えて対応策を検討した。担任は、学年の他の教員と問題解決に向けて協力体制を作ったが、本人に対するいじめ、からかいは断続的に続いた。このような状況で、母親面接では、主に、学校や担任の対応に対する不満や要望が話題の中心となった。担任が本人と母親に積極的に関わることで、本人の持つ発達の特徴として、独特のこだわりや特異な対人関係の持ち方を理解することができ、そのことが母親との対応にも活かされ、母親の方も担任への信頼感が増した。学校側の本人に関する発達理解が深まり、本人と生徒間のトラブルに対して、統一した指導方針の下で対処できるようになったことで、いじめやからかいは消失した。

事例⑦ 大学生女子

主訴：友達ができない。

生育歴：幼児期は同年齢の子とも遊ぶことはなく、ひとり遊びをしていた。乳幼児健診等で問題を指摘されることはなかった。小学校入学後も友人はできず、ひとりで遊ぶことが多かった。高学年になり、家庭内でのコミュニケーションがうまくいかないことから、保護者が児童相談所に相談したところ、自閉症の疑いと言うことで、2年間療育指導を受けた。この時、服薬を勧められたが、母親の判断で飲ませなかった。中学・高校でも、友人はできず、養護教諭に支えられて登校。頑固なところがあり、母親が自分の意向を本人に伝えようとしても、壁に向かって話をしているような気分させられることが多い。

支援の経過：大学入学後、自発的に学生相談室へ来談。カウンセラー(以下 Co.)の面接を受けながら、学生生活を送る。学内サークルに所属するが、一方的に自分の興味のある事を話し

続けるなど、周囲から浮いてしまうこともあった。同じサークルに所属する、学内でピア・サポート活動をしているサポーター学生が、本学生を支援した。学年が進むにつれて、対人関係では、被害感を抱くことが多く、一時的に登校しづらくなるが、Co. に支えられて、登校した。授業のグループ学習を通して、特定の友人関係を持つことができたが、4年生になると各自が個人的に卒業研究や就職活動に取り組むためか、いつの間にか友人関係は消滅していた。本人は就職活動が思うように行かず、回りの4年生と自分を比較し、不安が高まったが、自分のペースを大切にすることを第1にして卒業した。

3. 医学的にみた発達障害

杉山(2007)によると、広汎性発達障害(PDD)の悉皆調査の結果は2.1%で、性差があり、男児3.3%、女児0.8%である。ADHDに関しては、3~5%台の罹病率を持つことが報告されており、学習障害(LD)の罹病率も3%前後といわれている。学習障害の罹病率に関して、杉山は難しい問題があると指摘している。第1に、定義の曖昧さであり、特に文部科学省による定義は広すぎてPDD, ADHD, LDすべて含まれてしまうこと、第2に学習障害は併存症として生じる場合が最も多く、特に広汎性発達障害を併存しやすいこと、第3にわが国で行われている一斉知能検査では学習障害の児童は知的障害にカウントされる可能性が高いこと、第4に境界知能となるものも多いため、高く見積もられたり低く見積もられたりすることがあることを問題点としてあげている。医学的には、発達障害に、知的障害も含まれ、IQ70未満の知的障害は2%ほど存在する。

広汎性発達障害は、自閉症の上位概念であり、いくつかの下位群に分類されている。その中にアスペルガー症候群も含まれる。杉山(2005)は、自閉症の三兆候である、社会性の障害、コミュニケーションの障害、想像力の障害およびそれに基づく行動の障害のうち、コミュニケーション障害の軽微なグループであるアスペルガー症候群について、自閉症との間の差を検討したが、両者に決定的な差はなかったと述べている。そして、下位群にこだわるよりも、知的な遅れのない広汎性発達障害を高機能広汎性発達障害と呼び、その中に高機能自閉症、アスペルガー症候群、特定不能のその他の広汎性発達障害が含まれると解説している。

高機能広汎性発達障害や、ADHD, LDなどの、いわゆる軽度発達障害の診断は決して容易ではない。斉藤(2007)は、その理由として、高機能と軽症性のために幼児期における障害の表現形が極めて曖昧かつ未分化なものとなりやすいことと、学童期や思春期など年齢が進めば進むほど、二次障害的な情緒や行動の問題が前面に出てくることを挙げている。また、斉藤は、発達障害の見立てが始まるパターンを、①親が子どもの養育過程で発達障害を疑って相談に訪

れる、②1歳半健診、3歳児健診、就学時健診などで専門家が親より先に発達障害の存在に気付く、③思春期になって、強迫性障害、適応障害、分離不安障害、気分障害、反抗挑戦性障害、行為障害といった情緒と行動に関わる症状によって相談を受けるの3つに分けている。斉藤によれば、②のパターンには、幼稚園や小学校で担任教師が発達障害の存在を疑い始め、特別支援教育コーディネーターやSCに相談して、発達障害に間違いはないだろうということになったが、親はそれに気付いていない場合も含まれている。

事例①、事例②、事例③は、斉藤の言う②のパターンに該当し、いずれもADHDの事例である。ADHDの場合、問題となるのは、幼稚園や保育園、小学校など集団生活を始めるようになってからであり、保護者よりも、教師や保育士の方が早く気付くことが多いと予想される。また、集団の場で問題になることが多いために、家庭では特に問題を感じていない保護者もいるであろう。事例②や事例③のように、問題をさほど深刻に捉えていない保護者にとっては、医療機関へ紹介されるということ自体、当惑を引き起こすのかもしれない。事例③は、医療機関への受診を拒否している。受診しても、事例②のように、その後の対応につながりにくい場合もあり、保護者に対する丁寧な説明が必要となると考えられる。また、事例②は、医師から薬物治療を提案されるが、断っている。ADHDの薬物治療については、Garber, Garber and Spizman(2004)も述べているように、保護者や本人が薬物治療に対する正しい理解をすることが前提であり、また薬物治療がADHDの治療の全てではないことを保護者も学校関係者も認識する必要がある。

飯島(2005)は、軽度発達障害の子どもへの早期介入に必要なことはまず正確な診断を受けることであり、専門の医療機関にかかる必要性の的確な判断と親が受け入れられるような説明をするきっかけ作りの役割を担っているのが、小児科医やかかりつけ医、教育関係者であると述べている。さらに、何よりも大事なことは、診断を活かす、つまり診断に基づいて子どもの社会適応につながるような対策(薬物療法、学習支援、ソーシャルスキルトレーニング、行動療法などの心理的アプローチ)が立てられ、それらが学校や家庭での実際の子どもの生活の場で実践されることであると強調している。

しかしながら、事例④に示されるように、親が専門医への受診を受け入れるまでには、時間が必要な場合もあるし、子どもの抱える発達の問題が軽微な場合には、診断を待たずに対応していくことも必要であるように思われる。また、診断や行動特徴から、学校や家庭でどのような対応が必要であるかを検討することも、容易なことではない。小林・大久保(2007)は、今日の精神医学の領域では、国際的診断基準が導入され、発達障害とされる人たちを捉える際にも、指標としての行動特徴を通して理解することを重視しがちであるために、必ずしも望ましい援助につながるわけではないことを指摘し、行動の背後にある心の動きを理解した支援のあり方

を提示している。今後、医学的な立場からと、学校や家庭の側からの支援のあり方に関する検討が必要となると考えられる。

4. 親の障害受容

軽度発達障害の子どもを持つ親にとって、子どもの障害を受容することは、軽度であるだけにかえって難しい場合があるように思われる。ADHD の事例①, ②, ③では、集団生活への適応が困難であるという特徴があるために、学校や同級生の保護者からの苦情を聞かされたり、家庭での養育について助言されることが頻繁にあると、子育てに自信をなくしたり、学校に対する不信感を抱くことになっている。高機能広汎性発達障害の事例⑤, その疑いのある事例④, ⑥, ⑦では、集団生活への不適応感を子ども自身は抱いているものの、授業妨害になるような行動をすることはほとんどないので、教師からの注意を受けることは ADHD の事例に比べると格段に少ないであろう。したがって、軽度発達障害の中でも、障害の種類によって、親の抱える心理的問題は異なるのではないかと予想される。

芳賀・久保(2006)は、6ヶ月以上の薬物治療および心理面接と環境調整を含む心身医学的治療を受けた軽度発達障害児の母親45名(ADHD 群23名と、PDD 群22名)と、てんかん治療児の母親23名を対照群として、治療介入前後の母親の不安とうつを評価し、障害児の持つ障害特性、問題行動の重症度との間にどのような関係があるかを検討した。その結果、ADHD 群の母親が PDD 群、対照群に比べ治療介入前では不安、うつが有意に高いこと、児の問題行動の重症度の改善と親の不安、うつの変化との間に相関はないことがわかった。このことについて、芳賀らは、問題行動が改善しているにもかかわらず、母親のストレスは続いているか、障害の重症度と母親のストレスは必ずしも相関しないことを示唆していると述べている。また、治療介入前後において、ADHD 群に比べて PDD 群の母親の不安、うつが比較的安定していたことについて、母親の障害認知と受容の段階に違いがあることを指摘している。すなわち、PDD の典型的症状が2～3歳頃に明確になるのに対して、ADHD の特徴が目立つのは4～5歳頃から就学期であり、PDD ではより早期に障害を認知することにつながると考えられる。また、PDD 児の1対1の対人関係の中では行動パターンが固定化し、行動予測が可能となるために、母親が問題行動に対して肯定的な養育態度をとることが可能となるのに対して、ADHD 児は集団の場において不注意性、衝動性が顕著に現れるために、母親が問題行動の発生を予測することは困難であり、日々のトラブル対処や保護者の苦情に追われ、体罰や叱責などの否定的な養育態度をとってしまうことも、障害受容の段階に差が出ると述べている。

ただ、障害の受容という点に関しては、学校で問題となることの多い ADHD に対して、高

機能広汎性発達障害では、学校を卒業してその後の就労の問題で初めて障害の問題に直面する事例も多いのではないかとと思われる。なぜならば、就労こそ、社会性の要求される場面であるからである。事例⑦の場合、就職活動で困難さを体験することになったが、親も本人も障害を認知し、受容するという段階には至らなかった。特に知的な問題がない場合、障害の受容について親も子どもも、より困難になるのではないかと予想される。

今回提出した事例の全てにおいて、知的発達に問題は認められなかった。芳賀・久保の研究では、ADHD 群の母親の不安やうつが、PDD 群よりも有意に高いことについて、PDD 群が ADHD 群よりも早期に障害を認知することと関連して考察しているが、知的発達に問題のない PDD では、むしろ ADHD よりも障害認知が遅れる場合があるのではないかと考えられる。事例①は保育園のころから問題を指摘されており、事例②、③は小学校中学年までに ADHD の診断を受けていた。事例④は高機能広汎性発達障害が疑われるが、未だ専門医を受診していない。事例⑤、⑥、⑦はいずれも幼少期の一定期間、療育機関にかかっており、事例⑤のみ専門医による診断を受けた。事例④は、親が子どもの発達の特徴を個性として受け入れることができるようになったばかりであり、事例⑥⑦では、幼少期の発達問題と今日の問題がつながっているという意識は保護者にはおそくないであろう。知的に問題のない高機能広汎性発達障害の場合、親が子どもの発達の特徴に気づくのは、幼少期であっても、障害として認知するのは、対人関係が複雑になる思春期以降ではないかと考えられる。障害の受容はさらにそのあとのことになるだろう。一方、ADHD では、集団生活を送ることになる学齢期に親は問題を知らされ、その後障害を受容するまでの期間が個人によっては長く続くのではないかと想定される。

嶺崎・伊藤(2006)は、広汎性発達障害の子ども(小学校1年生から高校3年生まで)の親を、子どものIQ70未満をMR群、70以上をHF群に分けて、親の感情体験過程を比較検討している。その結果、知的障害の有無を問わず、ポジティブな感情とネガティブな感情を併せ持っていること、MR群は次第にポジティブな感情がより強くなるのに対して、HF群では、常に両価的な感情を体験していることが明らかになった。知的な問題がない場合、どうしても親は子どもの実際の姿とはかけ離れた、定型発達の様相を期待してしまい、そのために、両価的な感情を抱くことになるのであろう。松下・田原・鶴崎(2005)は、知的障害児通園施設に通園している2歳～6歳の子どもの持つ母親17名を対象として、母親自身の情緒的な支援や経済的な支援などの社会的支援と、育児感の関連を検討したところ、直接的には関係していなかったと報告している。松下らは、この点について、知的障害児の母親は、自分の情緒的支援よりも、子育てに関する支援を望んでいるのではないかと考察している。軽度発達障害といわれる子どもを持つ親は、知的に問題がないだけに障害を受容するまで時間がかかると思われ、特別な心理的サポートが必要ではないかと考えられる。

5. 親の心理的サポート

今井・朝野・小林(2006)は、社団法人「日本自閉症協会」の会員で、3～5歳児の自閉症児の母親33名を対象に、支援の状況と家族機能について調査を行い、自閉症児の母親は、子どもの障害の程度に関係なく、養育上の負担感や困難を感じていること、現在の気がかりの中で最も高得点であったのは、就学先決定への不安であったことを明らかにした。栗田(2005)も、幼児期の段階で広汎性発達障害の診断を受けた子どもの親にとって、適切な就学先の決定は重要な関心事であると述べ、親が通常学級を希望し、教育委員会側の助言が特別支援学級であるような両者の見解が食い違うような場合、児童精神科医は、その子どもの発達と行動の状態を把握して、通常学級に入った場合にどのような課題があるかを説明し、最終的な判断は親がすべきであることを話す必要があるとしている。石井(2005)は、保護者が事前に教師に依頼すべき項目として、通常学級に在籍する広汎性発達障害の子どもへの対応の定番として、「念押しの声かけ」と「座席は前列中央」であるとしている。こうした具体的な助言を親に与える機会が必要である。

並木・浅井・杉山・小石・東(2005)は、障害児への直接の療育だけでなく保護者を支えることも支援につながると言う立場から、高機能広汎性発達障害児を持つ保護者に対して、子どもの年齢別(小学生・就園児・未就園児)に、学習会を定期的に開催し、その効果を保護者へのアンケート調査により比較検討した。保護者が「知りたかったこと」は、年齢に関わらず、「医学的な説明・情報」であり、集団での講義形式が有効に機能することがわかったが、個別のニーズには対応ができないことも明らかとなり、そのための支援のあり方が今後の課題となったと述べている。栗田によると、高機能広汎性発達障害とADHDの区別は非常に重要であり、高機能広汎性発達障害は、広汎性発達障害共通の対人関係の困難性を有しており、きめこまかい長期にわたる対人関係技能の訓練が必要となること、就労が困難であること、予後については、ADHDの方がはるかに良好であることから、高機能PDDをADHDと誤解することは子どもへの適切な対応を遅らせて適応をさらに困難にする可能性があり、その逆の場合には子どもに不当に困難な将来があることを誤って伝えることになるという。

桐山(2006)は、言語や知能に遅れがないアスペルガー障害や、幼少期には言語発達の障害があるものの、その後急速に発達する高機能自閉症においては、従来の乳幼児健診では発達の異常を指摘されずに通過し、小学校高学年や中学校になってから集団活動や人間関係の複雑さなどの心理的負荷がかかることによって不適応が起こる例が少なくないことを指摘し、思春期において不登校を呈した7例のアスペルガー障害を紹介している。桐山は、この7例に対して、患児には児童用自閉症スペクトラム指数(Autism-Spectrum Quotient:AQ)とWISC-IIIを、家族

には高機能自閉症スペクトラム・スクリーニング質問紙 (High-Functioning Autism Spectrum Screening Questionnaire: ASSQ-R) を施行し、WISC-IIIでは、全例において、IQ80 以上であり、児童用 AQ が高く、ASSQ-R が低いと言う結果を得ている。桐山は、児童用 AQ と ASSQ-R の乖離について、親は「変わっている」とは思うが「障害」と認知していず、子どもは障害を実質的に認知していると言う認識のずれが生じていることを指摘している。

事例④から事例⑦は、高機能広汎性発達障害もしくはその疑いのケースであるが、事例⑥を除いて、不登校や不登校傾向が見受けられた。事例⑥は、不登校にはならなかったものの、いじめやからかいの対象となってつらい学校生活を送っている。子どもの心理サポートはもちろんのことであるが、学校で子どもがどのような生活を送っているのか、それを本人はどのように受け止めているのかなどについて、親が子どもの置かれている状況に直面化し、それを受け入れることのできるようにサポートする必要があると考えられる。事例⑤のように、もともと親に障害に対する理解がある場合は、子どもへの適切な対応を早く始めることができるが、思春期まで問題なくやってきた事例においては、桐山の報告するように、親と子に認識のずれが生じやすいと思われる。ただし、今回報告した事例には、該当しなかった。

ADHD の予後は高機能広汎性発達障害に比べると良好である(栗田, 2005)と言われているが、親の心理サポートは欠かすことはできない。絹笠・宮本・岩崎(2006)は、ADHD の子どもを育てている保護者のニーズを把握するために、保護者517名を対象にアンケート調査を行った。医療機関に対する期待度、満足度について、満足度が期待度を上回ったのは「薬物療法」のみであり、期待度と満足度の乖離が大きかったのは、「治療方法の説明」「今後の見通しの説明」「ペアレントトレーニング」「ソーシャルスキルトレーニング」「子どもの心理面のサポート」「親の心理面のサポート」「学校(幼稚園など)との連携」「学校(幼稚園など)への働きかけ」「福祉サービスの情報提供」「支援機関の紹介」であった。

田中(2003)は、高機能広汎性発達障害、ADHD、LD、発達性協調運動障害、軽度知的障害などの、いわゆる「軽度発達障害」のある子どもと親における虐待のリスク因子と補償因子を指摘している。田中によると、親のリスク因子としては、発達障害のある子どもの育てにくさ、養育における陽性のフィードバックの少なさ、育児における母性神話あるいは障害のある子の親は「自己犠牲的に耐える者」というステレオタイプの理解があり、これに対する補償因子として、早期から子育てを支援してくれる社会的資源をあげている。軽度発達障害児の母親の不安とうつについて比較検討した芳賀・久保(2006)は、深刻な心理社会的背景の特徴として、ADHD 素因を持ちうつつが持続している母親と、二次性の精神的併存障害を併せ持つ母親には、虐待環境の形成が見られたことを挙げている。特に ADHD 児を持つ母親は、事例①にあるように、子どもを叱ることが日常的なことになってしまったり、事例②や③のように子育てに意欲

を失ってしまいがちである。ADHD の子どもを持つ親をサポートする様々な機関と、それぞれの機関の連携が必要である。

6. 特別支援教育と SC

特別支援教育における SC の位置づけは、現在のところ明確にはなされていない、おそらく地域によって、または SC の派遣されている学校ごとに事情は違っているだろう。担任や保護者から相談を受けた SC は、巡回相談や医療機関を紹介することになるが、保護者の了解を得ることが難しい場合も多い。また、巡回相談も医療機関も非常に多くの事例が集中しており、申し込んでもすぐに対応してもらえないことは極めて少ない。たとえ巡回相談を受けても、事例①や事例③のように、相談したことがその後の支援にうまくつながらない場合もある。

浜谷(2006)は、通常学級の軽度発達障害児等の教育実践を支援する巡回相談のあり方について、実践例をもとに、支援モデルを提示している。浜谷による支援モデルは、発達臨床コンサルテーション(浜谷, 2002)と名づけられた発達と障害についてのアセスメントを重視する巡回相談を、学校に適用したものである。巡回相談の過程としては、保護者の同意を得る、相談依頼、相談事例に関する状況報告書の作成などの準備作業をして、相談実施日に、担任との打ち合わせ後、学級における行動観察と知能検査実施を行い、その後、報告書の作成と関係者のカンファレンスを行うというものである。特に、行動観察を授業・休み時間・給食場面などというように、複数の場면을観察することは、子どもの学校生活の様子を多様な観点から見ることにつながり、発達のアセスメントにおいて非常に重要であると思われる。浜谷(2006)はまた、巡回相談の有効性について、12事例の実践例をもとに検討している。浜谷は、支援の評価と成果が低い例として、高機能広汎性発達障害の高学年で行動問題が深刻である場合や、学級内に不安定さや学習困難を抱えた児童が複数在籍している場合、家庭での養育困難な事例の場合を挙げている。巡回相談のあり方に関しても、今後の検討課題であろう。

巡回相談や医療機関をうまく利用できても、その後の支援のあり方に関しては、特別支援コーディネーターの教員や担任により、大きく異なると予想される。石橋・林(2006)は、特別支援教育の課題・問題点を論じ、通常学級において、特別な支援を必要とする児童・生徒が、その他の児童・生徒と一緒に学習・生活する上での研究や、現場での実践、一人ひとりの個性や能力にあった教材研究がまだ不十分であると指摘している。林・石橋(2006)は、幼稚園と小学校における特別支援教育の実践例を報告しているが、保育所や中学校などの実践報告の積み重ねも必要とされるであろう。

こうした現状で、SC は個々の事例に向き合いながら、学校や医療機関と家庭の橋渡しのな

役割を担い、特別支援コーディネーターの教員や担任などと連携して、親や子を心理的にサポートすることが要求されるのではないかと考えられる。田中(2003)は、軽度発達障害の子どもにとって、障害の存在や、日常的な生活のしにくさなどを補償するものとして、特定の大人との間での信頼関係の成立、集団場面における欠かせない役割意識、特性に配慮された特別な教育支援を挙げている。事例②では、学校と家庭との連携が困難な状態にあるが、担任は子どもとの信頼関係の成立に向けて日々努力しており、苦勞している担任のサポートもまた、SCに期待される役割ではないかと思われる。

7. 高等教育における発達障害の学生に対する支援

事例⑦は、高機能広汎性発達障害の疑いのある大学生女子のケースである。大学の学生相談においても、発達障害の疑いのある学生に出会うことが多くなったように思われる。中には、幼少期から医療機関にかかって適切な支援を受けて来た学生がいらないわけではないが、軽度発達障害に対する関心が高まったのは、最近のことであり、何の支援も受けずに大学生になった事例の方が多いのではないかと想像される。岩田・小林・関・杉田・福田(2004)による学生相談室を対象とした発達障害に関する調査では、広汎性発達障害と診断されたまたはその疑いのある者が多かったこと、発達障害の内容に関わらず対人関係の問題が見られたという結果を得ている。事例⑦は、幼少期に療育指導を受けていたものの、その後は特に療育機関に関わることもなく、養護教諭の支援により、中学・高校生活を何とか送って来たケースであり、大学生生活も Co. に支えられ卒業はできたものの、就職で苦勞することとなった。特に高機能広汎性発達障害の(またはその疑いのある)学生にとって、就労問題は最大の難関である。

佐藤・徳永(2007)は、軽度発達障害における高等教育段階の研究の現状を概観し、今後研究が望まれる課題を支援の流れに沿って提案するとともに、軽度発達障害のある学生に対して必要と思われる支援例を場面に応じて示している。佐藤らによる場面別の支援例を表1に示した。表1には入っていないが、事例⑦で示されたような、ピア・サポートのシステムが学内にあれば、学内生活をよりスムーズに送ることができるのではないかと考えられる。ピア・サポート活動を実践している大学は現在のところ非常に少ないが、今後、新しい学生支援のあり方として、注目されるだろう。

佐藤らによると、発達障害の診断がある場合、相談・支援の窓口となる部署と学内の他の部署との連携をいかに行うか、関係する職員や教員に対する効果的な理解促進プログラムの開発が必要となる。さらに、学内でどのような支援が可能であり、学生にとって必要となる支援内容を検討すること、支援内容の必要性に関する評価方法の開発も必要となる。また、発達障害

表1 佐藤・徳永(2007)による軽度発達障害のある学生に求められる支援例

支援が必要となる場面		支援内容例
入 試		文書伝達, 口頭伝達, 提出期間の延長, 時間延長・別室受験
講 義	通常講義	教材の拡大, 読み上げソフト, コンピュータ筆記, ノートテイ ク, 講義内容の録音, 教材の電子ファイル化
	少人数講義(ゼミ等)	ルールの明確化, スケジュールの明確化, 対応・配慮ポイント
	実習・フィールドワーク	語学特別クラス設置, ルールの明確化, スケジュールの明確化
	実習・フィールドワーク (学外)・インターンシップ	実習先との連携, ジョブ・コーチ
定期試験		文書伝達, 口頭伝達, 時間延長・別室受験, 提出期間の延長, レポートの書き方指導
学内生活		科目履修アドバイス, 心理カウンセリング, 社会的スキル等, 時間管理スキル, 空き時間の居場所提供, 障害理解・自己理解 へのカウンセリング
安全対策		パニックの対応マニュアル
就職支援		職業適性評価, 面接試験対策, 障害者職業センター等との連携
そ の 他		保護者との面談, 理解啓発マニュアル, 一人暮らしのスキル, 金銭管理スキル

の診断がない場合、発達障害の可能性のチェックリストやアセスメントツールが必要であり、可能性がある場合に、医療機関への紹介や、学生や保護者の障害理解が必要となり、効果的な障害理解の方法を明らかにすることが求められる。佐藤らも指摘するように、学生と保護者が障害を理解し、受容するプロセスは、本人達に高等教育機関まで何とかやって来れたという感覚があるだけに、非常に難しいものであると予想される。

福田(2007)は、アスペルガー症候群の大学生に対する支援のあり方について、学生相談室だけでなく、指導教員や学科の窓口、就職課など学生と関わる多くの人との連携、ケースワークがきわめて重要であると述べている。また、卒業後の就職先の条件として、①それほど高い対人スキルを必要とせずに、高い操作能力や視覚的記憶力を生かせるような職業が良い、②仕事の形や量がはっきりと決まった仕事、部品の組み立てや梱包、物品の仕分け、分類のような仕事は得意、③対人関係が複雑な接客、営業、あるいは目的や終わりがはっきりとしない仕事は苦手、④上司にその病理を理解してもらえて、保護と指示をもらえる職場が良い、⑤規模があまり大きくなく同僚や客との関係が複雑でない組織や職場が良い、⑥パソコンのように答えがはっきりと出るものは得意を挙げている。事例⑦においても、就職では苦勞している。高等教育機関において、発達障害のある学生に対して、就労に向けてどのような支援ができるかを具体的に検討する必要がある。

8. 今後の課題

発達障害の中でも軽度発達障害に対する支援は始まったばかりであり、幼稚園や保育所、小学校、中学校、高等教育機関それぞれでの支援のあり方に関する実践研究の積み重ねが必要である。さらに教育機関や、医療機関、療育機関などの関係する諸機関が連携して、ひとりの子どもを生涯にわたって支援していくシステム作りも今後の課題である。SCは、特別なニーズを持つ子どもとその親をサポートしながら、支援に必要な諸機関との橋渡しの役割を担うことが要求されるであろう。また、大学においては、ピア・サポート活動などの新たな学生相談活動の実践や、特別なニーズを持つ学生のためのキャリア・カウンセリングの開発が今後の課題である。

文 献

- 福田真也 2007 大学教職員のための大学生のこころのケア・ガイドブック—精神科と学生相談からの15章 金剛出版
- Garber, S. W., Garber, M. D. and Spizman, R. F. (原 仁・篁 倫子訳) 2004 リタリンをこえて—効用と限界— 文教資料協会
- 芳賀彰子・久保千春 2006 注意欠陥／多動性障害、広汎性発達障害児をもつ母親の不安・うつに関する心身医学的検討 心身医学, 46, 1, 75-86.
- 浜谷直人 2002 保育におけるコンサルテーションとは何か 東京発達相談研究会・浜谷直人(編) 保育を支援する発達臨床コンサルテーション ミネルヴァ書房 11-22.
- 浜谷直人 2006 小学校通常学級における巡回相談による軽度発達障害児等の教育実践への支援モデル 教育心理学研究 54, 395-407.
- 林 幸範・石橋裕子 2006 特別支援教育に関する研究(2)—「特別支援教育コーディネータ」と「特別支援教育」の実践について— 鎌倉女子大学紀要 13, 79-92.
- 飯島 恵 2005 軽度発達障害児の問題点と対応—ADHD(注意欠陥多動性障害)、アスペルガー障害を中心として— 順天堂医学 51, 501-508.
- 今井礼子・浅野みどり・小林加奈 2006 幼児期の自閉症児をもつ家族の家族機能および支援に関する検討 日本看護医学会雑誌 8, 2, 17-25.
- 石橋裕子・林 幸範 2006 特別支援教育に関する研究(1)—特別支援教育の課題・問題点を中心にして— 鎌倉女子大学紀要 13, 65-78.
- 石井 卓 2005 学校現場での広汎性発達障害 こころの科学, 124, 78-81.
- 岩田淳子・小林弥生・関真利子・杉田裕美子・福田真也 2004 発達障害の学生への理解と対応に関する研究 学生相談研究 25, 1, 32-43.
- 絹笠英世・宮本信也・岩崎信明 2006 注意欠陥多動性障害のこどもをもつ保護者へのアンケート調査 脳と発達 38, 総会号, 126.
- 桐山正成 2006 思春期において不登校を呈した7例のアスペルガー障害の臨床的特徴 川崎医学会誌 32, 3, 111-125.
- 小林隆児 2005 発達障害における「発達」について考える そだちの科学, 5, 2-8.

- 小林隆児・大久保久美代 2007 いまなぜ関係性を通じた発達支援なのか そだちの科学, **8**, 23-27.
- 厚生労働省 発達障害者支援法のねらいと概要 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/dl/s1207-8c.pdf>
- 栗田 広 2005 特別支援教育における児童精神科医の役割—広汎性発達障害を中心として— こころの科学, **124**, 82-85.
- 松下美奈子・田原弘幸・鶴崎俊哉 2005 発達障害を持つ子どものいる母親の育児支援について 長崎理学療法 **6**, 11-17.
- 嶺崎景子・伊藤良子 2006 広汎性発達障害の子どもをもつ親の感情体験過程に関する研究 東京学芸大学紀要 総合教育科学系 **57**, 515-524.
- 並木典子・浅井朋子・杉山登志郎・小石誠二・東 誠 2005 高機能広汎性発達障害児を持つ保護者向け学習会—小学生・就園児・未就園児の保護者を対象とした「高機能自閉症・アスペルガー症候群学習会」の実践— 臨床精神医学 **34**, 9, 1229-1236.
- 斉藤万比古 2007 外来受診状況での見立ての実際 子育て支援ワーキンググループ第3回研修会 第3回子育て支援講座講演集 7-18.
- 佐藤克敏・徳永 豊 2007 障害に関する教育心理学的研究の動向と課題—高等教育段階の軽度発達障害のある学生の支援に関する研究課題 教育心理学年報, **46**, 121-129.
- 杉山登志郎 2005 アスペルガー症候群の現在 そだちの科学, **5**, 9-21.
- 杉山登志郎 2007 発達障害のパラダイム転換 そだちの科学, **8**, 2-8.
- 田中康雄 2003 発達障害と児童虐待 (Maltreatment) 臨床精神医学 **32**, 2, 153-159.
- 特別支援教育に関する調査協力者会議 2003 今後の特別支援教育のあり方について (最終報告) 文部科学省