

調査3 情緒障害児短期治療施設及び施設の子どもが通う学校への訪問調査

情緒障害短期治療施設にも、発達障害の二次障害による不適応状態で措置されている子どもも多いことから、その現状と課題を把握する。

IV 研究内容

1. 本研究における「二次障害」「情緒障害」の概念の整理

(1) 発達障害の「二次障害」について

「二次障害」は、脳性麻痺のある人たちに、脳の障害によって直接引き起こされる四肢の運動障害に加えて後から起きてくる手足の関節の拘縮、褥瘡や関節の痛み、筋力低下、循環障害、手足のしびれ、排尿障害等への支援に際して、ほぼ同義語として用いられている「合併症」と共にしばしば用いられてきた（佐久間和子，2003；佐藤一望，2001）。発達障害が特別支援教育の対象として位置づけられると、発達障害のある子どもの支援に際して「二次障害」への気づきと対応が非常に重要であることから、特別支援教育及び児童精神医学分野においてしばしば用いられる用語となった。

① 発達障害支援の支援に際して重視される二次障害

近年の特別支援教育では、発達障害のある子どもの教育的支援に際して、二次障害の改善を図り、さらにその発生や悪化を予防することが重視されており、全国の都道府県等の教育委員会や教育センターの解説書をはじめ（長崎県教育委員会，2005；大東喜久子，2008）、多くの発達障害支援に関する解説書においてその重要性が述べられている。これらにおける「二次障害」の用語は、一次的な障害である発達障害の特性に対して適切な支援がなされないか、不適切な対応がなされるために生じる情緒や行動面の問題を指して用いられている。二次障害の状態像としては、すぐ怒ったり興奮する情動面の不安定さ、同級生等とのトラブルの頻発、大人への反抗的言動、反社会的な言動等のように外界に向かって表れるものと、心身症、意欲低下、抑うつ的な気分、不登校傾向もしくは不登校等のように自己の内界に向かって現れるものがある（齊藤万比古，2009）。前者のように子どもの外界に向かうものは外在化障害（外向性障害といわれることもある）、子どもの内面に向かうものは内在化障害（内向性障害といわれることもある）といわれる。これらの二次障害は、学業・生活そして社会参加に際して発達障害の特性自体よりも大きな影響を及ぼすことが少なくない。このため、支援に際しての非常に重要なポイントである。

上記のように、発達障害のある子どもの支援に際して非常に重要な「二次障害」であるが、その意味はこの用語を用いる人によって様々であり、教育の現場等で困惑をもたらすこともある。そこで、②医学的な用語としての「二次障害」、③「二次障害」における医学的診断の必要性、④本研究における「二次障害」の概念、の観点から二次障害の概念を以下に整理する。さらに、二次障害の実態を知る参考として、概ね医学的に二次障害に該当

する併存症についての医学的に研究されている所見を、⑤併存症の医学的知見について、にまとめた。

② 医学的な用語としての「二次障害」

A. 医学一般での「二次障害」

医学的に用いられる「二次障害」という用語は、これまでも脳性麻痺やAIDS、心臓病等において用いられてきたが、近年発達障害が注目されるようになってから、児童精神医学の分野を中心により広範に使用される用語となった。

従来から用いられている、脳性麻痺における「二次障害」とされる症状をみると、関節の拘縮、褥瘡や関節の痛み、筋力低下、循環障害、手足のしびれ、排尿障害等である。これらの症状は元の障害（一次障害）である脳の障害によって直接的に起きる麻痺の症状に関連して起きるもので、かつ一次障害が二次障害の発現の原因の1つであるもの、として考えられている。このように二次障害が一次障害と関係があり、それは因果関係であるという2つの点で、脳性麻痺における二次障害の概念は、特別支援教育で用いられる概念に近い。

一方で心臓病等について生命予後との関係で用いられる場合には（この場合は併存症、合併症といわれることの方が多い）、一次障害と二次障害に関係が有る場合と無い場合があり、その関係の有無は問題にされない。当然ながら因果関係の有無も問題にされないことが普通である。このように二次障害は単に一次障害と同一の人に同時に起きている（もしくは一次障害の後で起きた）障害という意味で用いられることも多い。医学的な用語である併存症（comorbidity）はこの意味で用いられることが多い。これは、一次障害と二次障害の因果関係が推測はされても、相互関係の多様性や因果関係に十分な証拠が得られていないこと等が理由である。

B. 一次障害と二次障害の関係

現在の医学において、英語が事実上の世界的な標準的言語となっているが、英語における「二次障害」はどのように表記されているのかを、二次障害の概念整理の参考として以下にまとめる。

「二次障害」を直訳すれば、secondary disabilities であるが、この用語が使用されることはきわめて稀である。同様または類似した意味の英語として比較的よく用いられるものとして、secondary problems, secondary conditions, secondary complication, complication, comorbidity がある。これらの用語では、「secondary」が付いた場合には、一次障害との因果関係があることを意味しているか、もしくは時間的に二次障害の方が後から起きたものという意味で用いられることが多い。「secondary」が付いていない場合には、一次障害と二次障害の関連性は問題にされないことが多い。「secondary」が付いた用語では、一次障害との因果関係があることを意味していることが多くなるとはいえ、その関係は時間的に二次障害が後から起きたという意味のことも多い。

児童精神医学の分野で、特に発達障害に関して主に用いられる「二次障害」に該当する英語は「comorbidity（併存症）」である。その意味についての整理が試みられているが（Rutter, 1997）、現状では一定した定義には至っていない。comorbidity の意味については、複数の障害が同時に起きていることを意味し両者の関係性は問題にされないことが一般的であるものの（The American Heritage® Medical Dictionary, 2007）、一次障害が二

次障害の原因として関与していることを意味して使用されることもある (Jonas, 2005)。一般的には一次障害と二次障害に因果関係があることは意味されていない。因果関係があることを明確にするためには、「be caused」「secondary emerged」等と表記される必要がある。

発達障害の併存症 (医学論文に限らず英語圏では「二次障害」が用いられることはまれ) については、発達障害における臨床単位もしくは診断カテゴリー (DSM-IV における「広汎性発達障害」やその下位分類の「自閉性障害」) が十分に確立していないことも様々な議論があることに影響している。併存症というためには、その複数の障害の各々が相互に明確に独立した臨床単位もしくは診断カテゴリーであることが必要と一般的に考えられている (Rutter, 1997)。例えば、DSM-IV の診断基準では、自閉性障害のある子どもに顕著な不注意がみられても、自閉症によるものと説明ができれば ADHD の診断はされないことになっている。すなわち、自閉症のある子どもに不注意がみられてもにおける自閉性障害と ADHD が併存するとは診断されない。しかし、この診断規準には議論があり、DSM-V への改訂に際して変更される可能性があり、改訂によっては併存症と診断されるようになるかもしれない。

以上のように、「二次障害」については現在様々な議論がなされており、明確な定義は存在せず、英語圏で用いられる「comorbidity ; 併存症」においては通常一次障害との因果関係が意味されていない。ただし、わが国の児童精神医学の分野における「二次障害」は、二次障害の発現に一次障害が関与していることを含めた意味で用いられることが多い。

③ 「二次障害」における医学的診断

児童精神医学の分野においてよく用いられる二次障害に該当する英語「comorbidity (併存症)」についてみると、医学的に一次障害とは別個の障害として診断されるものを意味する場合と、必ずしも医学的診断がなされない状態像を意味する場合がある。医学論文を一般的にみると、診断カテゴリーとして診断された障害を併存症としていることが多い。状態像を意味する場合でも、「状態像診断」として医学的に診断される場合もあるが、医学的な診断の有無を問わない「状態像」として併存症の用語が用いられる場合もある。

「併存症」は、児童精神医学において近年急速に注目されるようになってきている。このため発表される論文は急増しており、2004 年以降は 2 年間での発表論文数が 100 を越えている (図 2)。

わが国の児童精神医学では、医学的に診断される併存症としての二次障害と、必ずしも医学的に診断されていないいわゆる「二次障害」の両方の場合で用いられており、必ずしも医学的診断を必要とすると考えられているわけではない。

教育的な視点からみると、学校における実践的な対処の必要性から考えられており、必ずしも医学的診断を必要としていない。(1) の①で述べたように発達障害のある子どもにおける二次障害への対処は特別支援教育の中で重視されているが、多くの都道府県の教育委員会等から出されている指導のガイドラインや市販の書籍等において、二次障害は医学的診断の有無を問わずに対処することが求められている。すなわち、学校ではできるだけ早く的確に気づき、二次障害のできるだけ早期から対処することが重要と考えられている。実際に二次障害はできるだけ早く対処することで、明確な反社会的な行動や引きこもりを防ぐことができるので、学校であるから可能となる早期の気づきと対応は非常に重要

である。

例えば、ADHDの子どもの併存症（医学的に診断されるものとして）には、反抗挑戦性障害や行為障害が多いことが知られているが、反抗挑戦性障害と診断されるためには、DSM-IVにある診断基準を満たした状態であって、かつ医療機関を受診して医師による診断を受けなければならない。しかし、医療機関の受診に到る迄には時間がかかることも多い。また、診断基準を満たすまでの状態になる以前に、反抗的な言動等がある程度出現していることが多い。この段階で適切に対処されていれば、明確に診断が可能な反抗挑戦性障害の状態に到ることを予防できる可能性が高い。

このようにできるだけ早く二次障害に気づいて対応し、顕著な二次障害の特徴が発現する前に予防するためには、医学的に診断されるような併存症が起きてから対応したのでは間に合わない。また、発達障害のある子どもやその保護者が、医療機関の受診に対して大きな抵抗感を持っていることが少なくない。この状況で無理に医療機関の受診を勧めることは、望ましい保護者との連携や本人への支援にとってマイナスになる可能性が高い。医療機関を受診した場合においても、もし医学的に明らかな診断がつかなければ何ら対応をしなくてよいのであろうか。長期的な予後考えた場合、医学的診断の有無にかかわらず、できるだけ早く適切な支援を開始することが必要と考えられる。

以上をまとめると、医学的診断等の医療機関との連携は重要であるが、「二次障害」は主として教育的な概念であり、教育現場における実際的な判断が一番重要である。すなわち医学的診断は必須とはいえない。

④併存症の医学的知見について

発達障害の「併存症」は、児童精神医学において近年急速に注目されるようになっており、発表される論文は急増している。図1は、世界の医学論文データベース Medline で検索される発達障害の併存症に関して2年間ごとに発表された論文数を示したものである。1986年以前に発表された論文はなく、1987年から急速に増加し、2004年以降は2年間で発表論文数が100を越えている。

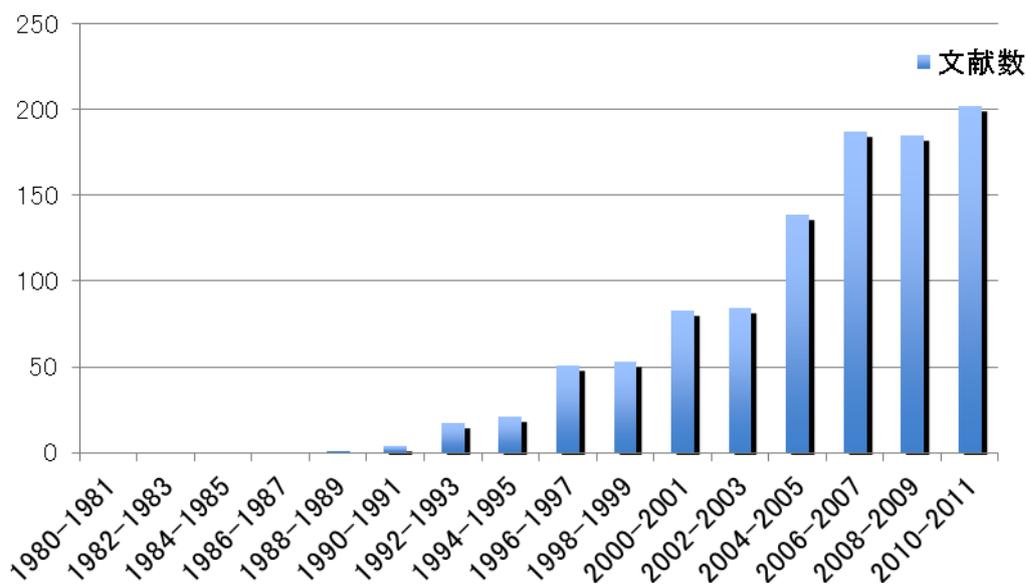


図1 発達障害の併存症 (comorbidity) に関する発表論文数の推移

※ 医学論文データベースである Medline で2年間ごとに検索された論文数を示してある。検索語は、comorbidity と自閉症、注意欠陥／多動性障害、学習障害を合わせた集合との and 検索である。

発表論文が増加して多くの研究が行われるようになってきた発達障害の併存症について、どの発達障害にどのような併存症が多いのかを中心に医学的な所見を以下にまとめた。後述するように、学校現場で気づく必要のある二次障害は、併存症として医学的診断がなされる前の段階から気づいて支援がなされることが望まれ、医学的な併存症と必ずしも一致するものではない。しかし、どのような併存症が多いのかを知ることは、学校での気づきに役立つことが多いと考えられる。

A. LDの併存症

1) LDとADHDの併存について

LDにADHDの併存が多いことは、両者の臨床的概念の形成とも関連して古くから論じられてきた。第一次世界大戦中に欧州を通信に大流行した嗜眠性脳炎において両者の症状のみられたことが知られており、その後の微細脳機能障害 (MBD; Minimal Brain Dysfunction) の概念でも両者の症状を特徴としていた。

LDとADHDはしばしば併存するとされ (Dykman, 1991)、LDの中で最も頻度の高い読字障害はADHDのある人の25%~40%にみられるとされ (Dykman, 1991; Semrud-Clikeman, 1992)、一方で読字障害の診断基準を満たす人がADHDに15%もしくは26%にみられると報告されており (Gilger, 1992; Shaywitz, 1995)、Susanらの8~16歳の医療受診者を対象とした研究ではLDが86人のADHD児の69.8%に、ADHDが73人のLD児の82.2%にみられたと報告している (Mayes, 2000)。

LDとADHDの診断基準は両者の中核的症状が明確に区別されるようになっているとはいえ、いくつかの特徴は両者に共通する。すなわち類似した特徴として、不注意と多動、

低い挫折への耐性、低い自己評価、低い意欲、社会性技能の欠陥、学業達成の障害、退学の増加、就業達成の低下、がある (McGillivray, 2009)。

Pisecco (2001) ら及び McGee と Share (1988) は読み障害が ADHD の行動へ導くと示唆している一方、Dupaul と Stoner (1994) は ADHD が読み障害へ導かれることを提唱していると紹介し、Pennington (1993) らはこれらの相互の関係についての仮説を出していることを紹介している。Pennington らによると、「A 障害が B 障害の前症状ではないが B 障害の症状を呈するようになる」との仮説を立て、この仮説を検証するため、RD (Reading Disorder) only, ADHD only, ADHD & RD, 対象群の 4 つの群での比較をした。RD only 群が音声処理指標で ADHD only 群より悪く、ADHD only 群は実行機能指標で RD only 群より悪かった。RD/ADHD 群は音声処理と実行機能で RD only 群と同様であった。これから Pennington らは、読み障害は ADHD の症状出現の原因になる可能性があるものの全症状の発達には至らない、と考察している。

LD の有病率は明確な男女差はないが、ADHD は男性の有病率が女性の 3-4 倍であるとされている。このことが、他の障害が LD に併存する割合に影響を与えることが想定されており、男女で別々に割合を調べた報告がなされている。

2) LD に併存する障害の種類とその割合

読み障害のある子どもについては、疫学研究の早期から反社会的行動が多いことが報告され Rutter (1970) らは、一般人口の約 5 倍と報告し、この関係は女兒よりも男児で強いとされている。

Willcutt と Pennington (2000) は、コロラド州 LD 研究センター双生児研究の一環として、LD 中の読字障害 (RD, Reading Disorder) のある子ども 209 人 (平均: 10.7 歳, SD: 2.2 歳) と RD のない対照群 (平均: 10.7 歳, SD: 2.3 歳) を対象として、LD の併存症を調べている。この結果について表 1 に示した。また、LD に ADHD が併発することによる他の併存症の有病率に対する影響についても調べており、この結果を表 2 に示した。

表 1 読字障害 (RD) のある子どもの併存症とその割合

	女性		男性	
	RD 有り	RD 無し	RD 有り	RD 無し
ADHD	13.0%	4.0%	44.0%	8.0%
ODD (反抗挑戦性障害)	11.0%	6.0%	29.0%	9.0%
CD (行為障害)	6.0%	3.0%	21.0%	6.0%
うつ病	22.0%	6.0%	11.0%	4.0%
全般性不安障害	19.0%	14.0%	18.0%	15.0%

表 2 ADHD の併発の有無による RD の併存症の違い

	女性			男性		
	対照群	RD のみ	RD+ADHD	対照群	RD のみ	RD+ADHD
ODD	6.0%	10.0%	19.0%	8.0%	13.0%	48.0%

CD	2.0%	5.0%	13.0%	6.0%	13.0%	28.0%
うつ病	6.0%	25.0%	13.0%	3.0%	11.0%	14.0%
全般的な不安障害	14.0%	22.0%	27.0%	16.0%	19.0%	30.0%

Carrol (2005) らは、英国の国立統計局で行った精神衛生調査を基に同様な併存症の検討を行っている。対象は英国の一般人口を代表するように無作為に選ばれた5～15歳の子ども（全体：5,752人、特異的な読み困難（Specific literacy difficulties；ほぼLDの読字障害に相当）：289人；女性：68人、男性；221人）で、不安障害についてより詳細に分析している。その結果をまとめたものを表3に示す。特異的な読み困難がある人たちの有病率が読み困難の無い人たちの有病率よりも統計学的に有意に高ければ、その障害は読み困難と関係した併存症と考えられる。この研究の併存症の有病率はWillcuttとPenningtonの研究よりも少ない。これは、この研究の対象が一般人口から無作為抽出した人たちであるため、クリニックを受診している人たちを対象としたWillcuttとPenningtonの研究よりも少なくなっているものと考えられる。

Carrol らは、特異的な読み困難の有無と他の精神障害との関連性について、診断がつく併存症としての有病率から検討するだけでなく、抑うつ的な気分についてSMFQという子どもが自己評価する指標を用いて定量的な検討も行っている。これによると、うつ病の有病率とは異なり、11～15歳児では特異的な読み困難の有無による統計学的な有意差がみられた。すなわち、特異的な読み困難のある11～15歳の子どもは、併存症としてのうつ病の診断はつかなくても、抑うつ的な気分がより強く存在していることを示しており、併存症が発症する前からの支援が必要であることを示唆していると考えられる。

表3 特異的な読み困難の有無と他の障害の有病率

	特異的な読み困難		統計学的有意性
	有り	無し	
ADHD	9.0%	2.0%	有り
行為の障害 (ODD+CD)	13.8%	4.8%	有り
うつ病	2.3%	1.4%	無し
不安障害	9.9%	3.9%	有り
全般的な不安障害	2.9%	0.8%	有り
分離不安障害	3.5%	0.9%	有り
特定の恐怖症	1.5%	0.9%	無し
社会恐怖	1.4%	0.3%	無し
パニック障害	0.3%	0.3%	無し
広場恐怖	0.3%	0.1%	無し
PTSD (外傷後ストレス障害)	0.1%	0.2%	無し
強迫性障害	0.4%	0.4%	無し
特定不能の不安障害	2.2%	1.0%	無し

B. 自閉症の併存症

自閉症スペクトラム (ASD; Autism) のある子どもが精神科を受診する理由は、自閉症の診断のための他に、強い攻撃性 (RUPP Autism Network, 2002) や多動性 (RUPP Autism Network, 2005 ; Gadow, 2005)、不安 (Gadow, 2004)、抑うつ状態 (Vickerstaff, 2007 ; Sterling, 2008) のような併存症による情動的・行動的な症状によることが多い。ASDの併存症の有病率は、調査の対象や方法によって異なるが、概ね3/4に診断ができる併存症がみられるとされている。

表4は、Joshi (2010) らは、1991-2008年に米国の児童精神薬物治療プログラムで継続的に受診しているASDの子ども217人 (DSM-III-Rによる自閉性障害と特定不能の広汎性発達障害) とASD以外の子ども217人を対照として併存症を調べている。医療機関を受診している子ども達を対象としているので、ASD及び対照群の両方で併存症の割合が高くなる傾向があり、本研究では98%に何らかの併存症があったとしている。一方で、医療機関を受診するような場合の子どもの実態が分かる調査である。この研究の結果を表5に示した。表の右端にはASD群とASD以外の対照群との統計学的有意を示してあるが、対照群も医療機関を受診している子どもであり、高い割合で診断がついており、有意差が一般人口の子どもとの比較における有意性ではないことに留意が必要である。

この研究から医療機関を受診中の子どもについてみると、様々な併存症が高率で存在し、不安や抑うつ的な気分が強いことが示されている。一方で、薬物依存等が含まれる物質関連性障害は対照群と比べて有意に少ないことは、自閉症者の良い意味での特徴を示していると思われる。

表5は、特別支援学校の子どもの併存症についてGjevik (2011) らが研究した結果を示したものである。対象はノルウェーのオスロにあるASD児のための特別支援学校に通う71人のASDのある子どもで、男女比は男性58人、女性13人であり、年齢は6.2~17.9歳で平均年齢は11.8歳であった。また自閉症の内訳は、自閉性障害47人、アスペルガー障害12人、特定不能の広汎性発達障害12人であった。

Joshiらの医療機関受診中の子どもに比べて併存症のある子どもの割合は少なく72%であった。各併存症の割合も受診中の子どもより少なかったが、ADHDや不安障害が多い他、気分障害も1割にみられており、治療や支援に際して併存症の存在を十分な注意を払う必要のあると思われる。

表4 医療機関受診のASDとASD以外の子どもにおける併存症の有病率

障害 (診断カテゴリー)	ASD % (N=217)	ASD 以外 % (N=217)	P-値
破壊的行動障害			
ADHD	83%	80%	—
反抗挑戦性障害	73%	68%	—
行為障害	22%	22%	—
チック障害			—
チック障害	23%	20%	—
トゥレット障害	18%	16%	—
気分障害			—

大うつ病性障害	56%	47%	—
双極性障害	31%	30%	—
不安障害			—
複数の不安障害	61%	42%	<0.001
全般性不安障害	35%	30%	—
分離不安障害	37%	35%	—
特定の恐怖症	37%	20%	<0.001
広場恐怖	35%	19%	<0.001
強迫障害	25%	17%	—
パニック障害	6%	8%	—
PTSD (外傷後ストレス障害)	2%	4%	—
物質関連性障害			—
物質関連性障害	1%	13%	<0.001
喫煙	5%	15%	—
排泄障害			—
遺尿症	37%	30%	—
遺糞症	22%	8%	—
言語障害	48%	27%	<0.001

表5 ASDのための特別支援学校に通う子どもにおける併存症の割合

障害 (診断カテゴリー)	併存症の割合
何らかの精神障害のあるもの	72%
ADHD	31%
不注意優勢型	21%
混合型	4%
多動性・衝動性優勢型	6%
反抗挑戦性障害	4%
行為障害	3%
気分障害	10%
大うつ病性障害	1%
特定不能のうつ病性障害	7%
不安障害	42%
特定の恐怖症	31%
社会恐怖	7%
強迫性障害	10%
チック障害	11%

C. ADHDの併存症

ADHDは併存症を伴うことが多いとされており、純粹にADHDだけを示すのはむしろ

る例外的とさえいわれている。その割合は報告によって幅があるものの、気分障害や不安障害等の内在化障害が併存する割合は13～51%、反抗挑戦性障害や行為障害等の外在化障害が併存する割合は43～93%とされている (Ollendick, 2008)。一般に、内在化障害は女性により高く併存し、外在化障害は男性により高く併存するとされている。発達段階で見ると、行為障害は思春期で最も併存する割合が高く、小児期に反抗挑戦性障害は有意に思春期の行為障害と関係しているとの報告がある (Whitinger, 2007)。

また、併存症とはいえないが、ADHDのある子どもは学業上の達成度が低いとされており、それは併発することの多いLDによることもあるが、ADHD自体によって起きるとする報告がなされている (Daley と Birchwood, 2010)。

ADHDのある就学前の幼児と学齢期の児童における併存症については、Wilens (2002) らが医療機関でケアを受けている4～6歳の子ども165人と7～9歳の子ども381人を対象に調べている。その結果について表6に示す。

ADHDのある成人については、Kessler (2006) らが米国の併存症調査の一環として、18～44歳の成人9,282人を対象に研究し、ADHDに関する情報のえられた3,199人について報告している。このうち小児期からADHDの明らかな症状がなかった人が85.8%、小児期に診断の閾値以下のADHDの症状のあった人が7.5%、小児期にはADHDと診断できる症状があったものの現在は無症状な人が4.0%、小児期から成人である現在までADHDと診断できる症状のある人が2.6%であった。成人でADHDである人に、本調査の前12ヶ月間にみられたと報告されている併存症の割合を表7に示した。

表6 ADHDのある就学前小児と学齢児にみられた併存症の数を割合 (%)

	就学前幼児 (4-6歳)		学齢児 (7-9歳)	
	(n=165)		(n=381)	
	No.	%	No.	%
併存症無し	42	25	78	20
破壊的障害	105	64	227	60
行為障害	38	23	57	15
反抗挑戦性障害	103	62	224	59
気分障害	77	47	190	50
気分変調性障害	8	5	17	5
大うつ病	69	42	177	47
双極性障害	42	26	69	18
複数(>=2)の不安	47	28	127	33
PTSD	7	5	13	4
双極性&行為障害	17	10	28	6

表7 ADHDのある成人にみられた併存症の割合 (%)

診断カテゴリー	併存症の割合	診断カテゴリー	併存症の割合

気分障害（いずれかの）	38.3%	不安障害（いずれかの）	47.1%
大うつ病性障害	18.6%	全般性不安障害	8.0%
気分変調性障害	12.8%	外傷後ストレス障害	11.9%
双極性障害	19.4%	パニック障害	8.9%
物質関連性障害（いずれかの）	15.2%	広場恐怖	4.0%
アルコール乱用	5.9%	特定の恐怖症	22.7%
アルコール依存	5.8%	社会恐怖	29.3%
薬物乱用	2.4%	強迫性障害	2.7%
薬物依存	4.4%	間歇性爆発性障害	19.6%

⑤ 本研究における「二次障害」の概念

図2に、ADHDを発達障害に1例として教育的意味における二次障害と医学的意味の併存症が起きる過程の模式図を示した。

特別支援教育において重視されるべき「二次障害」は、一次障害である発達障害及びそれへの適切な対応や支援がなされない等の環境要因の両者が関係して発現する。この過程は本報告書の「IV 研究協力者から」の「二次障害」を考える ～困難さと対応～の中の「2 困難に至る過程」に詳しく示されている。ここに示されているように、発達障害による様々な困難さの上に、不適切な対応や不十分な支援という環境要因が加わって自信喪失や意欲低下が起き、さらに困難な状況・状態への悪循環が起きていく過程は、発達障害のある子どもの多くにみられるものである。

このように二次障害が発現する過程に必要な教育的対応としては、二次障害にできるだけ早く的確に気づき、ただちに適切な支援を行うと共に、二次障害が発現しやすい環境要因を改善するという予防策が必要で、これによって二次障害を軽減又は消失されることができ、医学的に診断できる併存症への悪化することも防ぐことができる。このように、図の点線で囲った教育的支援を可能な限り早く適切な支援を行っていくことが、発達障害のある子どもの支援には欠かせないものと考えられる。

医学的な二次障害には「併存症」が含まれ、それは図の右側に示したように、一次障害（この場合はADHD）との因果関係はなく、生物学的に近縁は病因が想定される障害が同時に起きる場合も含まれている。これには医学的な診断等の情報を得て対応することが望まれる。

発達障害のある子どもの支援という観点から「二次障害」についてまとめると、以下のようになる。

- 1) 特別支援教育における「二次障害」は、発達障害と不適切な対応や不十分な支援という環境要因が関わって発現するものである。
- 2) 医療との連携は重要であるが、予防を含めた支援に医学的診断は必須ではない。
- 3) 子どもに発達障害がある可能性が気づかれたら、できるだけ早くできるだけ適切な支援を開始して二次障害を予防し、発現した二次障害についての改善を図る必要がある。

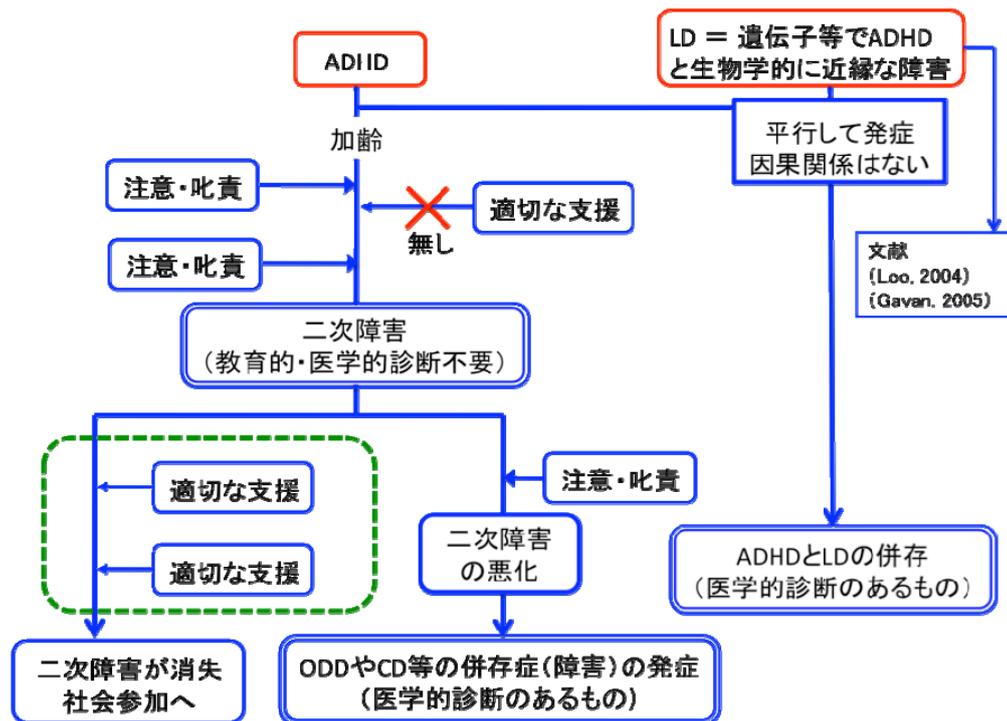


図2 発達障害（ADHD の例）における教育的な意味の二次障害と医学的な併存症の発現過程

（2）「情緒障害」について

「情緒障害」は教育をはじめ心理学、医学、行政等の多くの分野で使用される用語である。しかし、その厳密で普遍性のある定義はなく、その意味するところは発達障害等の障害概念の変化に伴って変わってきている。現在では、情動が著しい不安定や激しい現れ方が持続的に示される状態を指して用いられることが多い。また、情緒障害は心理・環境要因によって起きるものと考えられ、脳の障害が原因と考えられている発達障害とは区別されるようになってきている。

「情緒障害」に厳密な定義はなく、医学的や心理の分野よりも、行政的に用いられることが少なくない。これは状態像としての情緒障害が、行政的に対応する必要性の高いものであることによると考えられる。すなわち、情動が著しく不安定であり激しい現れ方する状態は、周囲の人たちにとって脅威となりやすく、その一部は犯罪とも関係する可能性があることが理由と考えられる。

また、「情緒障害」の意味や内容は社会の変遷に伴って変遷し、その時々々の社会の問題を反映している。厚生労働省の情緒障害児短期治療施設では、強度行動障害を示す自閉症の子どもが多く収容されていた時期があり、それへの対応が喫緊の課題であった。現在では、ネグレクトを含む様々な虐待や不適切な養育によって、情動の著しい不安定や激しい現れ方を示す子どもへの対応が大きな課題となりつつある。

① 医学的な「情緒障害」の意味の変遷

医学的に用いられることは必ずしも多くない「情緒障害」の用語であるが、現在の意味で用いられるようにまるまでには、その意味に歴史的な変遷があった。元来、医学的な「情緒障害」は疾患単位と関係する病名ではなく、症状もしくは状態の呼称であった。1960年代以前の米国では、自閉症等の現在では発達障害とされている障害を含めほとんどの精神障害が、親の養育の仕方に原因があるとされていた。この頃は、多くの精神障害に伴ってみられる情緒障害という状態像についても心理的な反応とされていた。その後、発達障害や内因性精神病の原因は脳機能の障害にあると考えられるようになると、症状名もしくは状態像名である「情緒障害」は、原因が心理的な反応によるものか脳機能の障害によるものかは問わずに、情動が著しく不安定で激しい現れ方をする状態に対して用いられるようになった。さらに発達障害の概念が広まるにつれて、それと区別されるようになり、主に心理的な反応として起きる状態に対して用いられるようになっていく。しかし、世界保健機構（WHO）の作成した診断体系である ICD-10 の診断カテゴリーには「F9 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence）」として情緒の障害がある。このカテゴリーには脳機能の障害が原因と考えられている多動性障害（米国精神医学会の診断体系による ADHD に該当する）が含まれる一方、脳機能の障害と心理的な要因の両者が原因として関与していると考えられている行為障害が含まれ、さらに主に心理的な要因が原因と考えられている分離不安障害や同胞抗争障害が属している「小児<児童>期に特異的に発症する情緒障害」という診断カテゴリーも含まれている。ここでは、情緒の障害（情緒障害とほぼ同義；英語の emotional disorder は情緒障害）が病名に相当する診断カテゴリーとして用いられ、またその原因が脳機能の障害によるか心理的な要因によるかは問われていない。

以上をまとめた、医学的な用語としての「情緒障害」を以下に示す。

- 1) 厳密で普遍性のある定義はない。
- 2) 病名ではなく症状もしくは状態像を指して用いられることが一般的。
- 3) 現在では、心理的要因が原因と想定されるものに主に用いられるが、限定はされない。

② 教育行政用語としての「情緒障害」

「情緒障害」は、教育行政分野において、選択性かん黙等の心理的、環境的要因を主な原因とする不適応状態を指して用いられている。文部科学省の就学指導資料（2002）では、「情緒障害とは、情緒の現れ方が偏っていたり、その現れ方が激しかったりする状態を、自分の意志ではコントロールできないことが継続し、学校生活や社会生活に支障となる状態である。」としている。情緒が激しく現れることは、一般の子どもや大人にも起こることであるが、多くは一過性であり、すぐに消滅するのでほとんど問題にされることがない。しかし、それが何度も繰り返され、極端な現れ方をすると、社会的な不適応状態をきたす場合がある。そのような状態にある子どもについては、特別な教育的対応が必要である。

情緒障害教育の対象は、その障害により、社会的適応が困難となり、学校などで集団活動や学習活動に支障のある行動上の問題を有する子どもである。このような子どもは、近年、その原因が脳機能障害によると想定されている発達障害と、心理的要因によると想定

されている情緒障害に分けて考えられることが多くなっている。特殊教育から特別支援教育への移行に伴い、この両者において指導・支援の考え方や方法等が異なることが多いことに対応し、両者が分けられるようになった。すなわち、通級による指導の対象は、自閉症者、学習障害者、注意欠陥多動性障害者が従来の情緒障害者から明確に分けられ、情緒障害者は心理的な要因によるものに限定された。また就学指導資料（2006）では、情緒障害教育の対象者を、その原因や特性、特別な教育的な配慮や指導の内容の違いから二つのタイプに分けている。第1のタイプは、発達障害に包括される障害である自閉症及びそれに類するものにより、言語発達の遅れや対人関係の形成が困難であるため、社会的適応が困難な状態にある幼児児童生徒である。第2のタイプは、主として心理的な要因の関与が大きいとされている社会的適応が困難である様々な状態を総称するもので、不登校、選択性かん黙、その他の状態（多動、常同行動、チックなど）にある幼児児童生徒である。さらに、平成21年には情緒障害特別支援学級の名称が変更され自閉症・情緒障害特別支援学級となった。

以上をまとめ、教育行政用語としての「情緒障害」の要点を以下に示す。

- 1) 情緒障害とは、情緒の現れ方が偏っていたり、その現れ方が激しかったりする状態を、自分の意志ではコントロールできないことが継続し、学校生活や社会生活に支障となる状態を指す。
- 2) 上記の状態が心理的要因の関与が大きいもの。

2. 発達障害の二次障害、情緒障害に関する先行研究・文献・調査資料等から

(1) 個人の問題と環境との相互作用について

国立情報学研究所のウェブサイトでは、論文検索サービス「CiNii」を用いて、国内の学協会刊行物・大学研究紀要・国立国会図書館の雑誌記事索引データベースなどの学術論文情報を検索できる。この「CiNii」を用いて「二次障害」および「二次的障害」というキーワードで検索した結果、132件の論文が抽出されたが、その多くは発達障害とは関連のない研究で、発達障害に関連した「二次障害」のキーワードをもつ論文は、132件中の19件であった。また同様に、「二次障害」と「発達障害」の2語をキーワードにして検索すると、15件の論文が抽出された。念のため、「二次的障害」で検索をすると、抽出された論文は64件だったが、その中で発達障害に関連した論文は15件であった。同様に「二次的障害」と「発達障害」の2語で検索すると、10件の論文が抽出された。比較のために、教育の現場で主要な問題の一つとなっている「不登校」をキーワードに検索すると、4,176件の論文が抽出された。この2つを比較してみると、圧倒的に「二次障害」あるいは「二次的障害」に関する先行研究は少なく、二次障害を理解し支援していくための知見の集積は未だ発展途上にあるものと考えられる。

しかし、多くの教育現場においては、発達障害にある児童生徒の学習面や行動面で示す問題への対応や支援に苦慮している現実があり、こうした学習面や行動面での問題行動に対応し、支援を進めるためのノウハウが求められている。発達障害のある児童生徒が教育現場で示す問題行動の多くは、学習面での遅れや集団生活にうまく適応できないことから顕在化する。特に、他者との関係の中で摩擦が生じることで表面化することも少なくない。

この他者との摩擦に対する脆弱性、言い換えれば、他者との関係性を形成し維持することに関わる脆弱性は、発達障害が本来的に備えている脆弱性でもある。

例えば、R. Wing (1998) は三つ組みの障害として、①社会性の障害、②コミュニケーションの障害、③想像力の障害、の3つを自閉症スペクトラムの特徴を挙げている。現在では、これらは脳器質の障害として知られており、その原因として想定されている代表的な仮説としては、Leslie や Baron-Cohen らの指摘する「心の理論」や「メタ認知」の欠損から生じる「認知機能の障害である」という見方であり、あるいはまた、Hobson や Trevarthen らが主張する「他者と間主観的な協応関係をもつ能力」「情動によって他者との相互作用をコントロールしたり、自己調整したりする能力」の障害から生じる「他者に向かう動機付けの障害である」という見方である。認知機能の障害という理解については、WISC 等の検査によって客観的な把握が可能なこともあって、現在、多くの教育現場で取り入れられ、視覚的な構造化や PECS の使用、TEACCH や応用行動分析の手法等といった指導や支援の工夫へと活かされている。

一方で、二次障害の代表的なものとして挙げられる、愛着障害、反抗挑戦性障害、行為障害などを理解する際には、その背景に、他者への共感性や自己調整する能力の障害を想定することも有用であり、そうした情緒的な発達の困難に注目した対応や支援の在り方も重要であろう。これは、教育相談や生徒指導におけるカウンセリング的な対応の工夫へと活かされる可能性がある。

愛着のような情緒的な問題は、発達障害だけでなく被虐待の問題でも重要視されつつあ

る。杉山（2007）のように、虐待を第四の発達障害と捉える見方もあり、環境との相互作用で生じる摩擦は、児童生徒の情緒的な発達に大きな影響を与えている。発達障害があると必ず二次障害を生じるわけでもなく、また発達障害の程度が重いと二次障害の程度も重いかというと、必ずしもそうとは言えないのは、こうした環境＝他者との摩擦の程度の方が、二次障害には、より大きな影響を与えているためだと考えられる。

そもそも、発達障害に限らず、人はみな違った個性を持っており、発達の早期に与えられた環境の中で、その個性を伸ばしていくことになる。それがいわゆる躰であり、教育にもなるわけである。こうした過程を視覚的に表現すれば、環境という器（container）の中で、器の形に合わせた中身（contained）と外殻＝自己（self）ができあがるようなイメージである。発達障害のある児童生徒の発達過程をこのイメージに当てはめて考えると、自己や個性といった中身は柔軟性に欠ける、あるいは他者と大きく異なる形をしていることが想定され、発達に伴うライフステージの変化＝器の形の変化に対応して、自己の有り様を変えることが難しく、そのために器の形状との摩擦がより強くなっていくものと仮定できる。これが、ここで考える二次障害を示している状態であると考えられる。こうしたイメージからは、器質的な特性として柔軟性に欠ける、あるいは異なる形をしている発達障害のある子どもを無理矢理に器にはめ込むことだけでなく、器の側に柔軟性を持たせることが、摩擦を少なくすることに繋がる可能性が示唆される。つまり、指導や支援で関わる環境側の教員が児童生徒の実態に合わせて柔軟な姿勢を持つことが求められるということである。

具体的には、発達障害のある子どもに集団のルールを守ることや不満や不安に耐えることを、ただ強要するのではなく、少しずつ時間を掛けてルールや苦痛に慣れていく過程に教員も柔軟に寄り添う必要があるということである。例えば、一昨日は1分も我慢できずに立ち歩いていた児童が、昨日は5分座っていた、今日は10分座っていただけでも、それは大きな進歩と思えるような柔軟な心構えや姿勢が教員には求められるわけである。

（2）発達障害と不登校、ひきこもり

① 不登校

不登校の定義について、文部科学省では、「何らかの心理的、情緒的、身体的、あるいは社会的要因・背景により、児童・生徒が登校しない、あるいはしたくともできない状況にあるために、年間30日以上欠席した者のうち病気や経済的な理由による者を除いた者」として統計を取っている。文部科学省では、不登校は特定の子どものみに特有の問題があることによって起こることではなく、どの子どもにも起こりうることとして捉えており、不登校の要因や背景は複合化、多様化の傾向にある。本人が登校しなくてはいけないと意識しているにもかかわらず、何らかの心理的、情緒的あるいは社会的な要因・背景により現れるさまざまな情緒障害の状態の一つとして、不登校という現象が見られる場合には特別な教育的支援が必要であると考えられる。

文部科学省が毎年調査している「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」によれば、平成22年度の小学校、中学校における不登校児童生徒数は約115,000人で、それは全体の1.14%にあたる。平成20年度よりやや減少傾向にあるものの、小学生の300

人に1人、中学生に至っては40人に1人の割合である。公立中学校の87%に不登校生徒がいる。小・中学校で不登校になったきっかけと考えられる状況は、不安など情緒的混乱(23.7%)、無気力(21.7%)、いじめを除く友人関係をめぐる問題(15.2%)が多く、いじめは2.3%である。

近年、不登校児童生徒の中かなりの割合で発達障害のある児童生徒は含まれているといわれている。これまでの不登校の支援では、適応指導教室やフリースクールなどの居場所をつくり、登下校の時間も自由にし、集団参加を強制せず、参加は本人の意思に委ねるというような受容的な対応が多い。発達障害のある児童生徒の場合は、こうした本人の意向に任され、枠組みが明確でない環境は、活動内容や参加の仕方がわかりにくく、状態の改善に至らないケースも多いことが予想される。

加茂・東條(2010)は、医療機関、教育機関における不登校に関する調査について整理している。それによると、医療機関の調査では、発達障害における不登校の割合は5%前後から多いもので40%以上に達するものもある。医療機関に外来受診するケースは重篤な場合が多いと想定され、何らかの診断がつくケースが多いと考えられる。医療機関の調査では、アスペルガー症候群や高機能広汎性発達障害の割合が多いと報告されている。一方、教育機関ではこうした実態調査は医療機関に比べて少ない。例えば教育センター等の教育相談は、不登校と発達障害は担当が異なる場合が多いことから、データ収集の難しさが想定される。小・中学校、教育センター、通級指導教室等を対象とした調査があるが、5%~30%の割合となっている。

医療機関の調査における発達障害のある児童生徒の不登校のきっかけは、担任との関係の悪さ、対人関係のトラブル、いじめ、学習の困難さ、知覚過敏等が挙げられている。一般の不登校にも想定されるきっかけであるが、発達障害の特性との関連性を検討する必要がある。

不登校に対する学校において効果のあった措置について、先の文部科学省調査では、登校を促すため、電話をかけたたり迎えに行くなどした(10.6%)、家庭訪問を行い、学業や生活面での相談に乗るなど様々な指導・援助を行った(10.4%)、保護者の協力を求めて、家族関係や家庭生活の改善を図った(8.5%)スクールカウンセラー等が専門的に指導にあたった(8.5%)など、本人だけでなく積極的に家庭に働きかけをしている。一般的な不登校と発達障害の場合の支援の違いについての検討が必要であるが、杉山ら(2005)は、高機能広汎性発達障害は不登校に対する悩みが少ないことから、待つという対応ではなく、いじめやからかいからの保護、登校への促し、積極的な強化子の導入などを挙げている。また、橋本・是永(2008)は、発達障害が疑われる不登校事例への対応においては、要因の追求と認知特性の把握のためのアセスメントが重要であるとしている。

② ひきこもり

厚生労働省は、平成22年に「ひきこもりの評価と支援のガイドライン」を作成している。ひきこもりは病名ではなく、あくまで対人関係を含む社会との関係性の中で生じる現象の一つである。多彩な精神障害等が関与しており、その中に発達障害の割合も多いといわれている。近藤ら(2010)の精神保健センターでのひきこもり相談来談者の調査では、全体の30%弱に発達障害の診断がついたと報告している。ガイドラインでは、ひきこもりと関係の深い精神障害とその特徴の中で、①適応障害、②不安障害、③気分障害、④強迫性障

害、⑤パーソナリティ障害、⑥統合失調症、⑦対人恐怖的な妄想性障害に加えて、⑧広汎性発達障害（PDD）、⑨注意欠如多動性障害（ADHD）、⑩知的障害・学習障害（LD）などが挙げられている。広汎性発達障害、特に高機能群（アスペルガー障害など）は、思春期に入る小学校高学年から中学生にかけて、同年代の仲間集団から孤立したり、からかひやいじめの対象になったりすることが多く、そのことがひきこもりの契機になる。そして、いじめられた経験のフラッシュ・バック、社会への関心の乏しき、ゲーム等への没頭が、ひきこもりの推進力になると述べられている。ADHDの場合は、その主症状である不注意、多動性、衝動性により、思春期年代の仲間集団からの孤立、学校生活からの疎外という状況に陥りやすくなる。こうした状況が長期化すると二次的に気分障害を併存したり、極端に反抗的になったりして、引きこもりに至る可能性が高まる。また、知的障害やLD等の場合には、保護的で支持的な環境や能力に応じた活動の機会が与えられなければ、社会的活動の場を回避してしまう可能性がある。社会的な評価や介入に非常に敏感で傷つきやすい面があり、不安な状況が続くと社会的活動を回避しやすいという指摘は重要である。同ガイドラインでは、ひきこもりの支援の多次元モデルを提案している。ひきこもりの支援は当事者とその周囲の状況の全体的な評価に基づいてなされるべきであり、支援しつつ評価する姿勢が大切であるとしている。支援の3つの次元とは、第一の次元は、背景にある精神障害（発達障害とパーソナリティ障害も含む）に応じた支援、第二の次元は、家族を含むストレスの強い環境の修正や支援機関の掘り起こしなど環境的条件の改善、そして第三の次元は、ひきこもりが意味する思春期の自立過程の挫折に対する支援である。背景となる精神障害の改善、環境の修正に加えて、思春期の自立過程への支援は落としてはいけない視点であると思われる。

（3）行動問題と生徒指導の視点から

① 発達障害と行動問題

文部科学省では、児童生徒の問題行動等は近年複雑化、多様化するとともに、低年齢化が進んでいると指摘している。一方で、生徒指導上の課題は、発達障害とも関連しているという見方もある。齋藤(2009)は、反抗や暴力等の反社会的行動や対人恐怖、ひきこもり等の非社会的行動の背景には、発達障害の二次障害に因るものがかかり含まれていると指摘している。例えば、LDは、学習面の不全感から学級における活動への意欲の低下が見られたり、自閉症には対人関係の希薄さや疎通性の悪さ、固執性による切り替えの悪さが見られたりする。また、ADHDは不注意や多動・衝動性から周囲との協調性を欠く行動につながることもある。こうした集団生活を営む上で他の児童生徒との協力・協調性を欠く行動は、しばしば周囲から否定的な反応を引き出してしまう。教師や友達からの度重なる注意や叱責は、発達障害のある児童生徒に不安感の高まりや自尊心の低下を導き、情緒的に不安定な状態は様々な精神症状を引き起こしてしまうことになる。二次障害は、発達障害の特性と周囲のかかわりとの相互作用により現れてくる。

発達障害のある児童生徒の行動問題は様々な誤解を生みやすい。課題にうまく対応できないとき、友達からいじめやからかひにあったとき、何をすればよいかわからないとき、自分の取組が否定されたとき等、発達障害でなくても不安になり、気持ちのバランスを取り戻す必要がある。行動や感情のセルフ・コントロールが十分に身につけていない段階で

は、誰でも周囲にとって困るような行動につながってしまう可能性はある。発達障害の本来の症状と二次障害による症状とを見分ける必要があるが、実は、二次障害の症状は、本来の症状の連続線上にあるものも多い。こだわりのある子どものこだわりが強くなる、落ち着きがない子どもがさらに落ち着かなくなるということが考えられる。起きている行動だけに注目すると二次障害という視点を見失いがちになる。

発達障害の特性そのものは、本質的には激しい病的な興奮や暴力を引き起こすことはないことを考えれば、反抗的態度に興奮や暴力等を伴う場合は、必ず何らかの環境的な要因が背景としてそこにあるということになる。多動性、衝動性等の行動面に課題を抱えるADHDの場合は、学童期に見られる行動問題が思春期になりその症状が緩和するとともに、セルフ・コントロールによりかなり落ち着いてくることが多い。しかし、一方で不適切な環境要因により、反応性愛着障害や分離不安障害、反抗挑戦性障害、行為障害のような二次障害が見られる場合もある。ADHDが反抗挑戦性障害、行為障害、反社会的人格障害へと反社会性の進行が進む状況を、齊藤（2009）は「破壊性行動障害（DBD）マーチ」と呼び、先への進行を止める支援の重要性を提案している。

② 予防的、問題解決的、治療的な生徒指導

行動問題については、学校では生徒指導上の課題として挙げられることが多い。暴力行為、いじめ、不登校、家出、少年非行、喫煙、飲酒、薬物乱用、最近ではインターネットや携帯電話に関する問題もある。一人一人の児童生徒の抱える問題の背景や要因は様々であり、一律のルールや規範意識の無理強いや押しつけの指導ではうまくいかない。特に発達障害のある児童生徒の場合は、特性の理解が不可欠となる。中学校学習指導要領解説総則には生徒指導の充実の必要性が以下のように示されている。「生徒指導は、学校の教育目標を達成するために重要な機能の一つであり、一人一人の生徒の人格を尊重し、個性の伸長を図りながら、社会的資質や行動力を高めるように指導、援助するものである。すなわち、生徒指導は、すべての生徒のそれぞれの人格のよりよき発達を目指すとともに、学校生活がすべての生徒にとって有意義で興味深く、充実したものになるようにすることを目指すものであり、単なる生徒の問題行動への対応という消極的な面だけにとどまるものではない。」これまでの生徒指導は、問題行動の対応と予防に特化されてきたイメージがある。これからの生徒指導は、問題行動等に対する具体的な対応という消極的な生徒指導だけにとどまらず、すべての児童生徒一人一人の健全育成をめざした積極的な生徒指導、予防的な問題解決的なそして必要に応じて治療的な生徒指導が求められている。

文部科学省は、平成22年3月、生徒指導の基本的な概説書である「生徒指導提要」を作成した。今回の生徒指導提要の大きな特徴は、小学校段階からの生徒指導の充実の重要性について示していること、発達障害も含め多様化、複雑化している子どもの個別の課題を具体的に取り上げていること、予防を前提とした学校の組織的対応と家庭・地域・関係機関との連携で進めていくことなどが挙げられる。

言動が乱暴である、学習に意欲がない、ルールや約束を守らない等の目立った行動特徴を示す場合には、周囲も気づきやすい。しかし、他人に関心がない、活動への参加が消極的である、友達とあまり話さない等、目立たない行動特徴には、日頃から児童生徒の様子をよく観察していなければ気づきにくい面がある。発達障害のある児童生徒の場合にも、他人への配慮に欠けたり、極端に友達が少なかったり、集団になじめない状況になっている

ながらも、問題が大きくなるまで気づかれずに放置されることが多い。生徒指導提要には、①服装、②言葉遣い、③友達関係や人間関係、④学校での生活態度、⑤持ち物、⑥家庭での様子等、問題行動の早期発見のサインを見逃さないことが重要であるとしている。

（４）特別支援学校（病弱）および情緒障害児短期治療施設における発達障害

全国病弱虚弱教育研究連盟（以下、全病連とする）の中で組織された、心身症等研究推進委員会は、平成 21 年度に全国の特別支援学校（病弱）110 校を対象に、心身症等のある児童生徒の実態調査を実施した。その結果、調査対象となった児童生徒総数 3,906 名の内、小学部、中学部、高等部を併せて 1,171 名（30.0%）の児童生徒が心身症等を有していることが明らかとなった。学部別の内訳は、小学部 179 名（14.1%）、中学部 463 名（38.8%）、高等部 534 名（37.1%）だった。

この 1,171 名の心身症等を有する児童生徒の内、発達障害であると判断された児童生徒は 565 名に上り、これは児童生徒総数 3,906 名に対しては 14.5%、心身症等の児童生徒数 565 名に対しては 48.2%の割合を示していた。さらに、発達障害であると判断された 565 名の内訳は、高機能自閉症・アスペルガー障害等 402 名（児童生徒総数に対して 10.3%）、注意欠如多動性障害 60 名（ 〃 1.5%）、学習障害 25 名（ 〃 0.6%）、その他 78 名（ 〃 2.0%）となっていた。（心身症等 1,171 名の内訳は、精神疾患 331 名、発達障害 565 名、無記入 275 名であった。）

この結果との直接の比較は出来ないかも知れないが、平成 20 年度には同じく全病連心身症等研究推進委員会のメンバー校である 23 校（1,144 名）のみを対象とした調査を行い、高機能自閉症・アスペルガー障害等 82 名（7.2%）、注意欠如多動性障害 28 名（2.4%）、学習障害 7 名（0.7%）という結果を得ている。これらの 2 つの調査結果から見ると、特別支援学校（病弱）では、広汎性発達障害群の児童生徒の在籍数が増加傾向にあることが示唆されている可能性はある。

こうした示唆を踏まえると、発達障害であるという事が特別支援学校に在籍する直接の理由になるとは考えにくく、小中学校等の通常教育の枠組みの中では適応が困難だった児童生徒が、医療的な対応を必要とするような二次的な症状を生じた結果、特別支援学校に在籍するようになったものと推測される。また、実際に上記調査では、心身症等を呈している児童生徒の半数近くが発達障害を有する児童生徒であったことを考えると、小中学校等で予防的な対応も含めた指導や支援の充実が期待される。

また一方で、全国の児童思春期病棟を有する施設で組織されている、全国児童青年精神科医療施設協議会（全児協）が行った集計では、新規入院患者総数 1,010 名に対して、広汎性発達障害および多動性障害等の入院患者は 311 名（30.8%）という結果であった。発達障害そのもので入院を必要とすることは考えにくいことから、この数値は発達障害から派生した二次的な障害による入院を意味していると考えられる。発達障害に限らないが、入院加療中の全ての児童生徒が通学や訪問の形態で教育を受けられる状態にあるとは言えないことを考えると、かなりの数の児童生徒が特別支援学校にも未だ通えておらず、教育に繋がっていない可能性も示唆している。

さらに、全国的に小中学校にある特別支援学級（病弱）の設置も増える傾向にある。全国病弱虚弱教育連盟、全国特別支援学校病弱教育校長会による全国病弱虚弱教育施設一覧

を基にすると、病弱・身体虚弱特別支援学級設置数は、平成 19 年に小学校 629 学級、中学校 256 学級、平成 20 年に小学校 710 学級、中学校 302 学級、平成 21 年には小学校 829 学級、中学校 344 学級と増加している。病気の内訳については不明のため、必ずしも発達障害の児童生徒を対象とした学級設置であるとは言えないが、先の全病連心身症等研究推進委員会の調査結果や全児協の集計を踏まえて考えると、相当数、小中学校等でも発達障害の二次的な問題に対する支援が求められていると推測される。

これらの他にも、高田（2010）らが神奈川県下の児童養護施設 26 施設および児童自立支援施設全 3 施設、情緒障害児短期治療施設 1 施設を対象に行った調査によれば、特別支援学級の在籍率が 13.5%（小中学生 1,001 人中 135 人）で、全国の在籍率 1.3%と比較して明らかに高かった。また「知的に遅れはないものの学習面で著しい困難を示すと職員が回答した児童生徒の割合」を問うた項目では、児童養護施設入所中の小中学生で通常学級に通う 864 名中で「学習面か行動面で著しい困難を示す」が 36.9%、「学習面で著しい困難を示す」が 26.4%、「行動面で著しい困難を示す」が 25.5%、「学習面と行動面ともに著しい困難を示す」が 14.9%となっており、相当数が通常教育の枠組みの中で困難な状況にあることが示唆されている。これらの中には、発達障害の診断を受けた児童生徒が、男 4.7%、女 2.7%、疑いのある児童生徒が男 3.1%、女 1.0%も含まれていた。

この調査結果は、児童養護施設に入所中の児童生徒の相当数が、（発達障害とは限らないが）二次的な問題を有しており、それらの児童生徒は特別支援学級を含めた小中学校等の通常教育の中での対応や支援が必要であることを示唆している。

こうした全体的な動向を見渡すと、発達障害の二次的な問題を抱えた児童生徒の教育や支援を充実していくという課題は、特別支援学校に限られた課題ではなく、むしろ小中学校等の通常教育の中でこそ求められていると考えられる。入院は必要としないが、通院加療を継続しながら小中学校に在籍している児童生徒は相当数に上ると推測される。また、児童養護施設から学校に通っている児童生徒の中にも二次的な問題を有している場合が多い。そういった意味でも、小中学校等で発達障害の二次的な問題に対して、予防的な対応も含めた支援を充実させていくことは、今後ますます重要な課題となるだろう。

3. 調査研究

調査 1 自閉症・情緒障害特別支援学級における実態調査

1. 目的

本研究は、発達障害のある子どもが二次障害を呈する前に、教育的配慮の中で実施可能な予防的関わりを検討することが大きな目的となっている。情緒障害児短期治療施設においては、入所する子どもの半数近くが発達障害の状態を示しているところもあることから、発達障害そのものの難しさのみならず、社会適応への難しさも合わせ、悩む発達障害のある子どもの実態が別章で示されているところである。本調査は、こうした実態から、発達障害のある子どもたちが、著しい不適応を示す前に可能なかぎりの対応をすることで、二次障害を防ぐことが可能になるのではないかと、あるいは、適切な対応の仕方があるのではないかと考え実施に至った。

そこで、まずは、発達障害のある子どもが多く在籍する自閉症・情緒障害特別支援学級に二次障害の症状を呈している子どもがどの程度在籍しているのかを実態把握をすること、さらに教員の対応と課題について把握することを調査の目的とした。

2. 方法

調査期間：平成 23 年 8 月～9 月

調査対象：平成 22 年 12 月～平成 23 年 1 月に小・中学校各 1000 校の自閉症・情緒障害特別支援学級を対象に予備調査を実施した。そのうち、回答のあった小学校 582 校、中学校 586 校の学級担任を調査対象とした。

対象児童生徒：①自閉症・情緒障害特別支援学級に在籍している。

②知的発達が標準もしくは境界線域で、発達障害の診断または傾向がある。

③質問紙 Q 1 にあげた状態がみられる。

以上、3つの条件に該当する児童生徒対象とした。

調査内容：調査項目は、次の 5 つの内容について作成した。

①情緒面・行動面で気になる状態

②気になる状態への対応と課題

③保護者との協力体制

④医療機関の受診と診断

⑤二次的な障害への気づき

なお、①については 4 領域 26 項目の項目を作成した。

3. 結果

1) 回収率および有効回答数

小学校：352 校より返信があり回収率 60.5%、うち 231 校に該当児童が在籍。対象児童は、

総データ数 571 名のうち有効データが 440 名分であった。

中学校：367 校より返信があり回収率 62.6%、うち 272 校に該当生徒が在籍。対象生徒は、総データ数 539 名のうち有効データが 438 名分であった。

2) 回答者の実態

調査回答者に自閉症・情緒障害学級経験年数についてたずねたところ、416 名の該当教員より回答が得られた。回答者の経験年数を 3 年以下と 4 年以上で分けたところ、3 年以下は 354 名、4 年以上は 62 名と大きな差があり、85%が経験年数 3 年以下であった。

3) 対象となった子どもの実態

調査対象となった子どもの内訳は、小学生 440 名、中学生 438 名で内訳は表 1 に示した通りである。

表 1 調査対象児童生徒の内訳

	1 年	2 年	3 年	4 年	5 年	6 年
小学生 (人)	46	71	76	90	75	82
中学生 (人)	128	155	155			

全体の結果

調査結果は 7 つの調査項目のうち、医療機関の受診に関する項目を除く項目について全体と学校種別ごとに結果を示した。なお、調査用紙と順番が異なるが、Q 1 の情緒面や行動面で気になる状態についての結果を示す前に、対象となった子どもの実態について示し、その後、気になる状態と教員の対応および対応の課題について記すこととした。

まずは、調査対象となった子ども全体の結果について示す。小学校と中学校の全データについて整理をしたところ次のような結果がえられた。性別については、男子が 79%と女子に比べ非常に高い割合であった (図 1)。

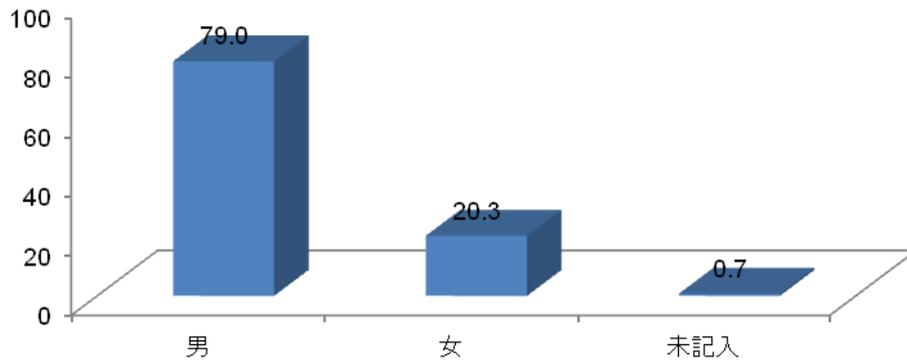


図1 性別（全体）

診断の有無については、学級に在籍する74.7%の子どもが自閉症、ADHD、LDのうち何らかの診断を受けていた。次に多かったのは、診断はないが発達障害の傾向がある子どもで18.2%。診断も発達障害の傾向もなく、情緒障害として在籍している子どもは3.6%と非常に少なく、在籍する殆どが発達障害のある子どもであった（図2）。

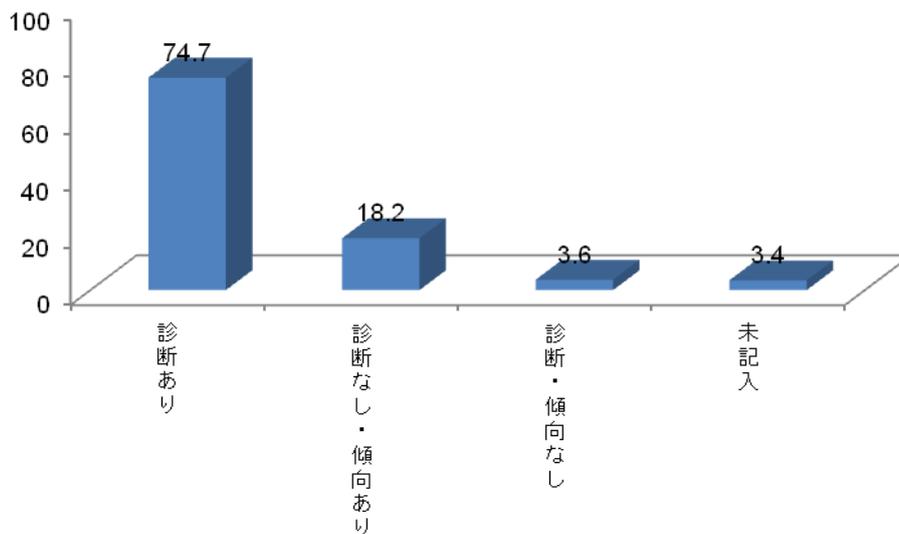


図2 診断および傾向の有無（全体）

また、発達障害の診断および傾向の有無についてたずねたところ、自閉症のある子どもの数が668名、ADHDのある子どもが178名、LDのある子どもは89名という結果であった（図3）。自閉症のある子どもの数が非常に多かった理由として、自閉症・情緒障害児学級を調査対象としたことが考えられる。なお、複数診断がある子どもがいることが想定されたため、本調査では、該当する障害名を複数回答で求めている。

以上が調査の対象となった子どもたちの概要である。

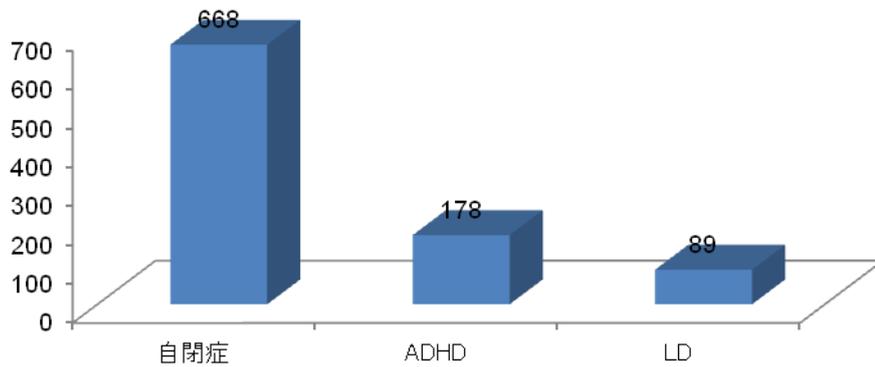


図3 診断の種類（全体）

家庭（保護者）との協力については、指導にあたっている教員は、「協力的」と感じている家庭が48.2%と最も多かった。次に「とても協力的」が27.2%と多く、「とても協力的」と「協力的」を合わせると約75%を占めていた（図4）。ここから、特別支援学級に在籍している子どもの家庭と学校は協力関係のもとに指導や支援が行われていることが分かる。

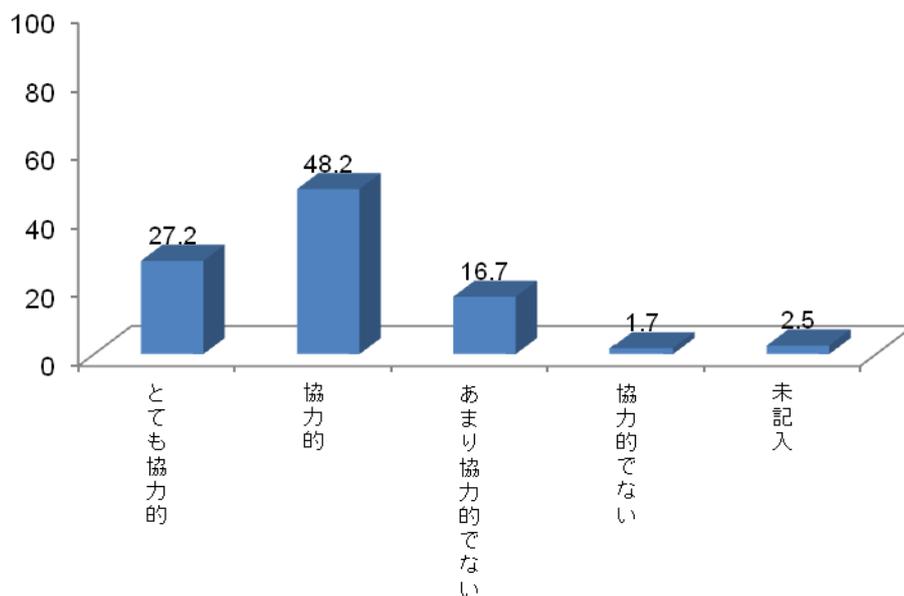


図4 家庭（保護者）の協力（全体）

次に小学校と中学校の学校種別に、各学年の差異について記す。まずは小学校の結果である。

小学校の結果

性別については、1～6年のいずれの学年についても殆ど差が無く、80%以上が男子であった（図5）。

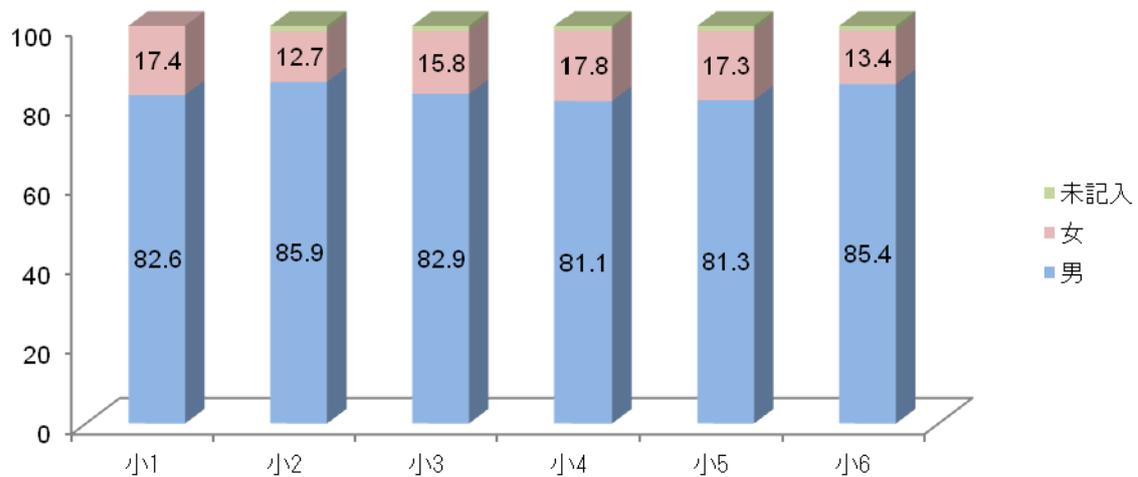


図5 性別（小学校）

診断および傾向の有無については、いずれの学年でも7割以上の子どもが診断を受けているということであった。また、診断はないが傾向があるという子どもは最も少ない6年生で14.6%、最も多い2年生で19.7%と15~20%の子どもが診断はなくとも、発達障害の何らかの傾向が見られるということであった。この2つを合わせると、学年に関係なく、在籍する90%以上の子どもに発達障害の診断あるいは傾向があるといえる（図6）。

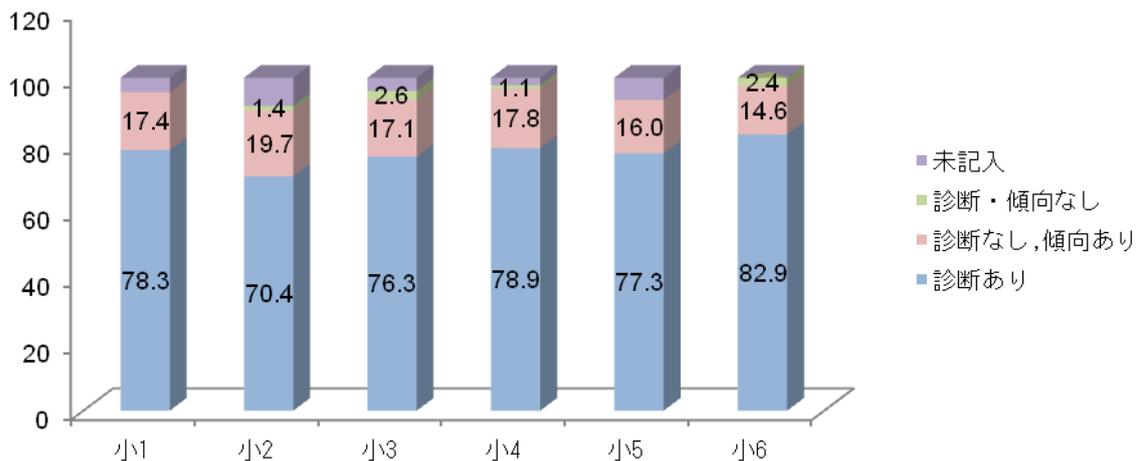


図6 診断および傾向の有無（小学校）

また、診断についてたずねたところ、小4の子どもに関する回答が多く、小1の子どもに関する回答が少ないという若干の差がみられた。診断がある子どもについては自閉症が最も多く、小1を除く全ての学年で60名近い子どもが自閉症の診断を受けていた。ADHDについては、小4の回答が多かったことから、小4のみ23名と数が多くなったが、他の学年では13~17名とほぼ同数であった（図7）。

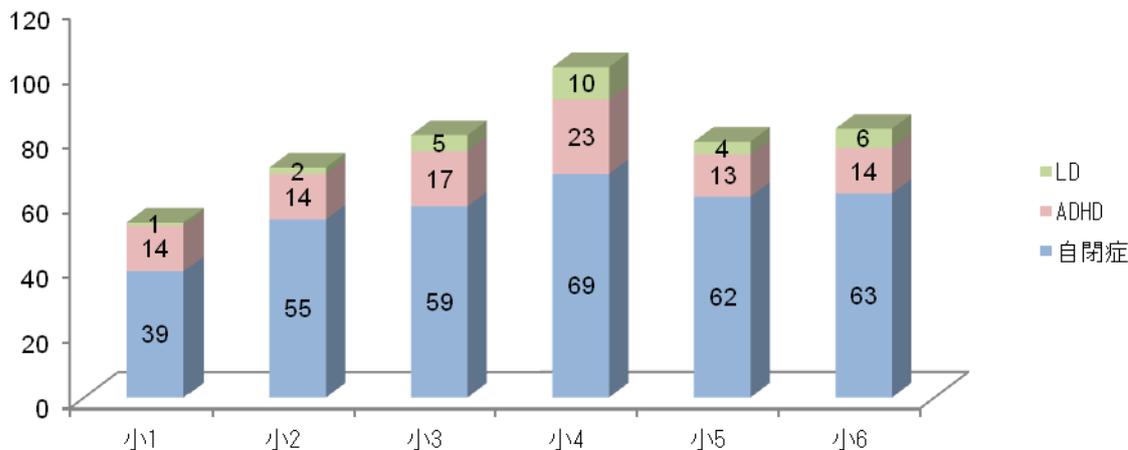


図7 診断の種類（小学校）

保護者の協力については、「協力的」という回答がどの学年も50%に近く高い割合であった。また、「とても協力的」という回答も20～30%台であり、「とても協力的」「協力的」を合わせると70%程度となり、学年間に大きな差は見られなかった。中でも小1は84.8%と80%を越え、家庭の協力が最も積極的といえる。一方、「あまり協力的でない」「協力的でない」という回答は小1が最も少なく13.1%で、最も多かったのは小5の24%であった（図8）。

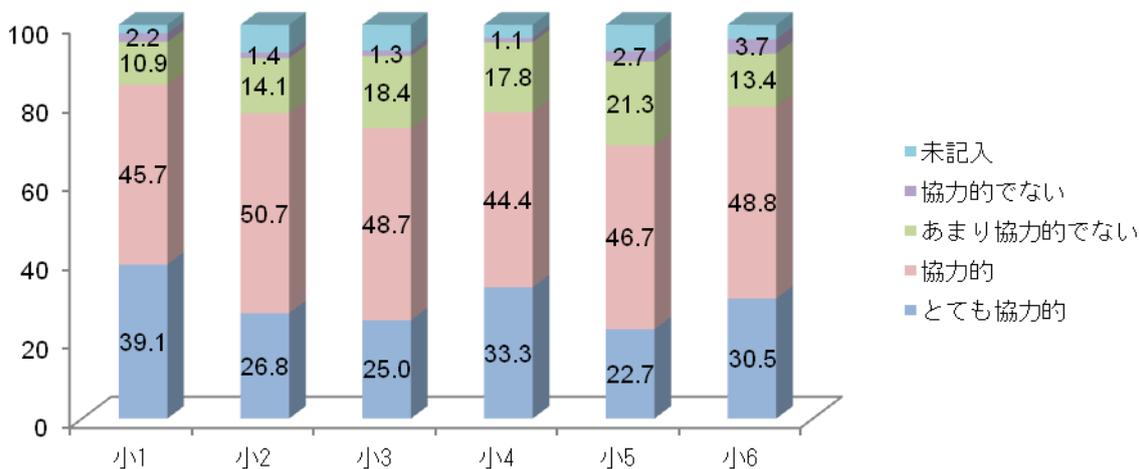


図8 家庭（保護者）の協力（小学校）

中学校の結果

次に中学校の結果である。中学校も小学校と同様に男子の割合が高く、学年間に差は見

られなかった。しかし、小学校に比べると10%ほど女子の割合が高いという点で違いが見られた（図9）。

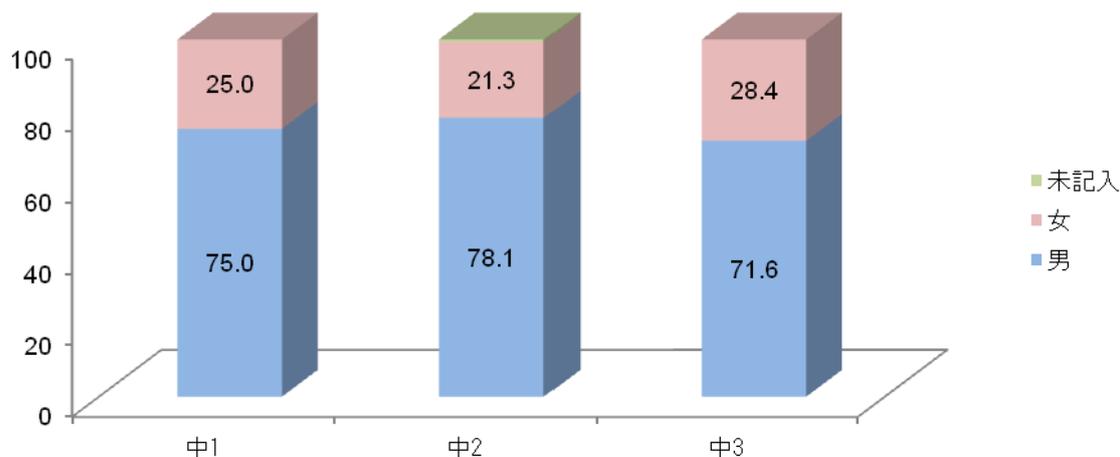


図9 性別（中学校）

診断については、他の学年に比べ、中1に診断がある子どもが少なく、診断はないが傾向はあるという子どもの割合が高かった。また僅差ではあるが、中1に比べ、他学年に発達障害の診断も傾向もないという子どもが多かった（図10）。

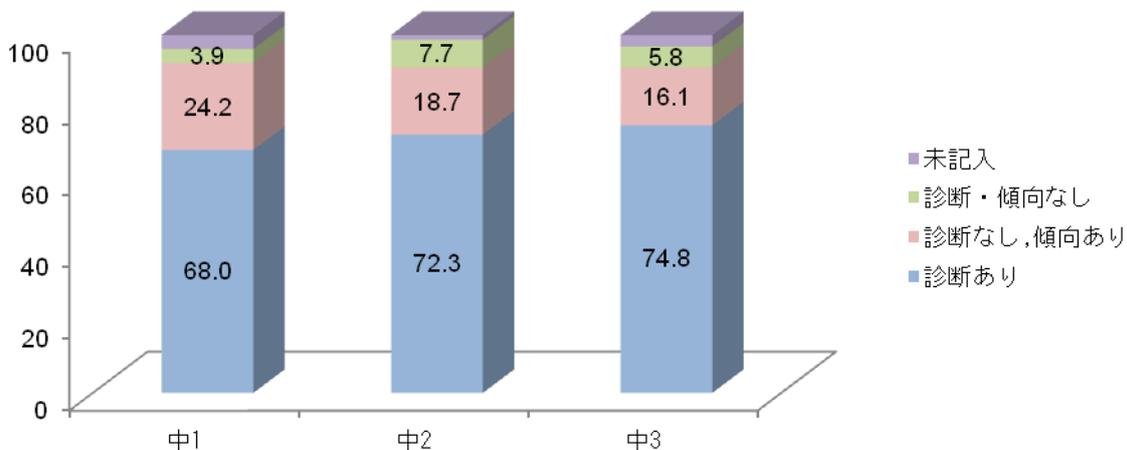


図10 診断および傾向の有無（中学校）

診断名については、小学校同様に複数回答を求めたところ、自閉症が最も多く100名近かった。学年ごとにはADHDとLDの数に差があまりなく。小学生はLDに比べてADHDの診断のある子どもが多かったことから、学年間よりも学校種により傾向に違いが見られた（図11）。

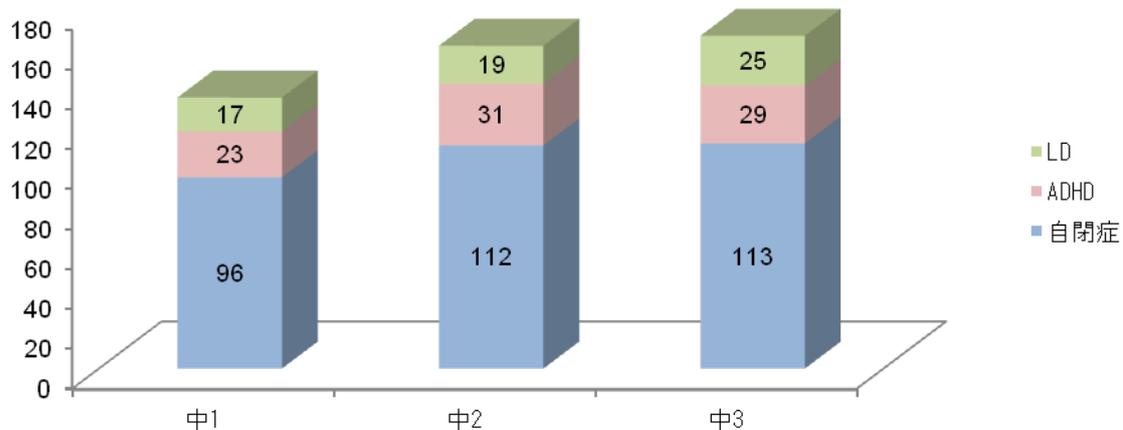


図 11 診断の種類（中学校）

保護者の協力については「とても協力的」という回答が最も多かったのは中2であったが、「とても協力的」「協力的」を合わせると最も少ない中1で71.9%、最も多い中3で75.5%とそれほど差がなく、どの学年でも協力的な保護者が多いという結果であった。（図12）

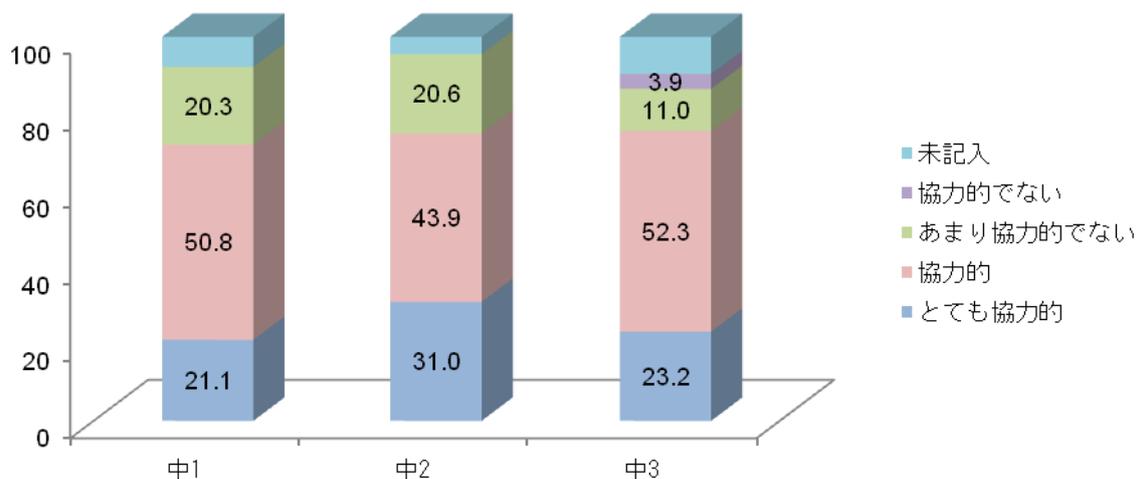


図 12 家庭（保護者）の協力（中学校）

情緒面や行動面の気になる状態

本調査で立てた項目は、コナーズの行動評価表（教師用）、子どもの行動チェックリストTRF（教師用）および、教員からの聞き取り等から獲た内容を基に作成した。項目は「本人が示している状態」「他者に対して見られる行動」「不安・過敏さ」「学習場面で気になる

様子」の4領域26項目（各6～7項目）とした。内容は以下の通りである。

本人が示している状態（7項目）

1. 学校ではほとんど、または全くしゃべらない
2. チック症状が頻繁にある
3. 指しゃぶりや爪かみを頻繁にしている
4. 腹痛や頭痛を頻繁に訴える
5. 不登校、もしくは不登校傾向保健室登校等の状態が続いている
6. 気分や感情の浮き沈みが激しい
7. 異常なほど手洗いを続けたり、汚れを極端に嫌う行動が続いている

他者に対して見られる行動（6項目）

8. 反抗的な態度を取ることが多い
9. 先生や友達に対して、極端な暴言や暴力をふるうことが多い
10. 感情が激化すると、物を壊したりすることが多い
11. 他人のものを盗ったり、隠したりすることが多い
12. うそを頻繁につく
13. 極端に甘えたり、嫌ったりと態度が変わる

不安・過敏さ（7項目）

14. 特定の先生や友人から離れられない
15. 親子分離ができない
16. ひとに対して警戒心が非常に強い
17. ある場面や状況に対して極端に怖がることある
18. 実際には言われていない声が聞こえたり、いない人の姿が見えたりする
19. 音や触覚などに対してひどく過敏である
20. 人混みの中に入ると呼吸ができなくなったり、急に足がすくんだりする

学習場面で気になる様子（6項目）

21. 学習に対して拒否的な態度をとることが多い
22. 発表や発言の時に不安な様子が顕著に見られる
23. 今までできていたことができなくなった
24. ちょっと注意をされただけのことをひどく怒られたように被害的に捉えることが多い
25. 「どうせできない」など自己否定的な言動が多い
26. 無気力な言動が多く、学習に対しても意欲がない

小・中を合わせた結果を図13に示す。全体的な傾向としては、該当児童生徒がもっとも多いQ6「気分や感情の浮き沈みが激しい」が41.9%であったが、他の項目については、25%を越えるものはQ21「学習に対して拒否的な態度をとることが多い」の1項目のみであった。

また、対象児童生徒の15%以上が該当する項目は、他者に対して見られる行動の領域で、Q8「反抗的な態度を取ることが多い(19.0%)」、Q9「先生や友達に対して、極端な暴言や暴力をふるうことが多い(21.8%)」、Q10「感情が激化すると、物を壊したりすることが多い(19.1%)」と6項目中3項目。不安・過敏さについては、Q16「ひとに対して警戒心が非常に強い(17.0%)」、Q17「ある場面や状況に対して極端に怖がることがある(24.9%)」、Q19「音や触覚などに対してひどく過敏である(22.9%)」の3項目。また、学習場面で気になる状態については、Q21「学習に対して拒否的な態度をとることが多い(21.1%)」、Q24「ちょっと注意をされただけのことをひどく怒られたように被害的に捉えることが多い(22.1%)」、Q25「どうせできない」など自己否定的な言動が多い(24.5%)の3項目であった。

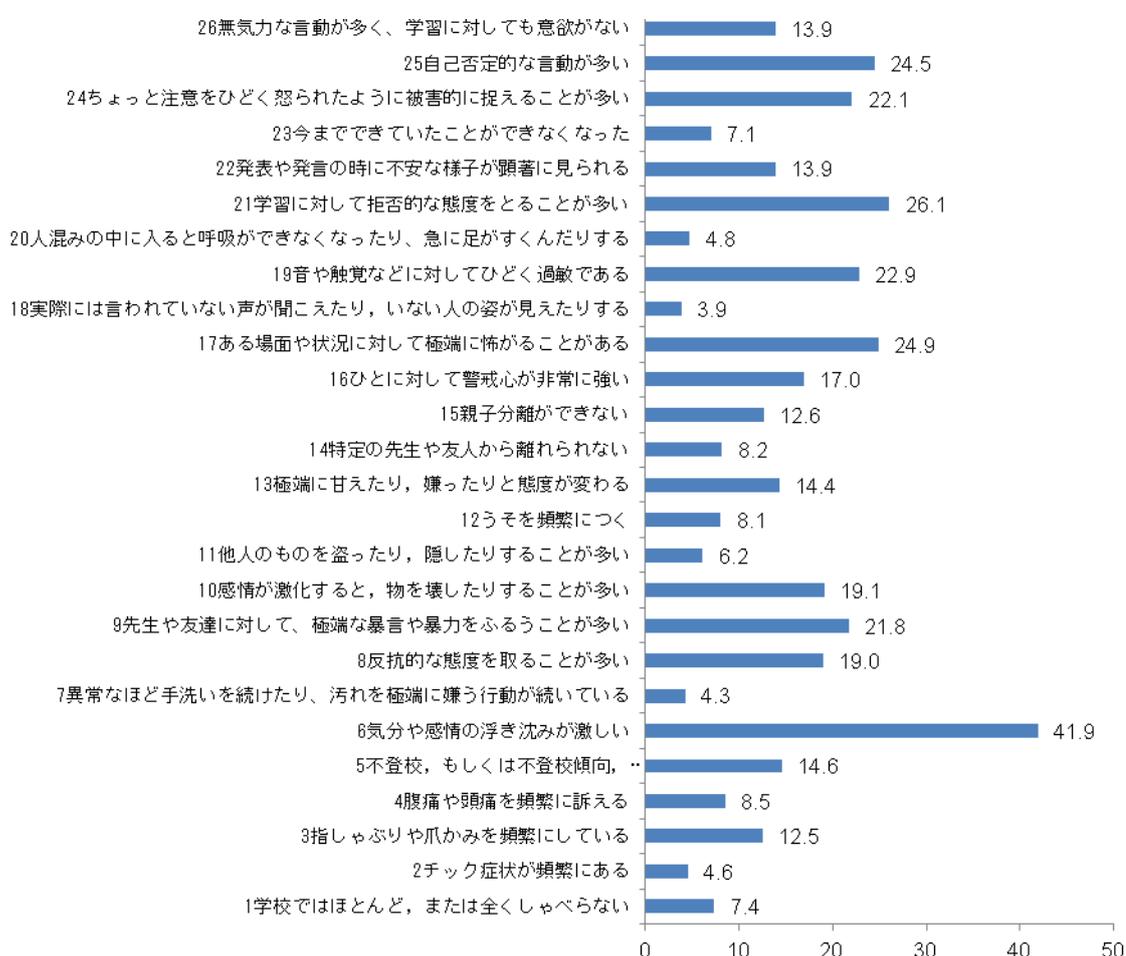


図 13 情緒面や行動面の気になる状態（小・中合計）

小学校

次に学年ごとに結果をみていく。本人が示している気になる状態については、どの学年でもQ 6「気分や感情の浮き沈みが激しい」に該当する子どもが他の項目に比べ倍以上多かった。Q 1、Q 5、Q 7については、学年があがるほど該当する子どもが増えているが、それ以外の項目については中学年にやや多い傾向が見られた（図 14）。

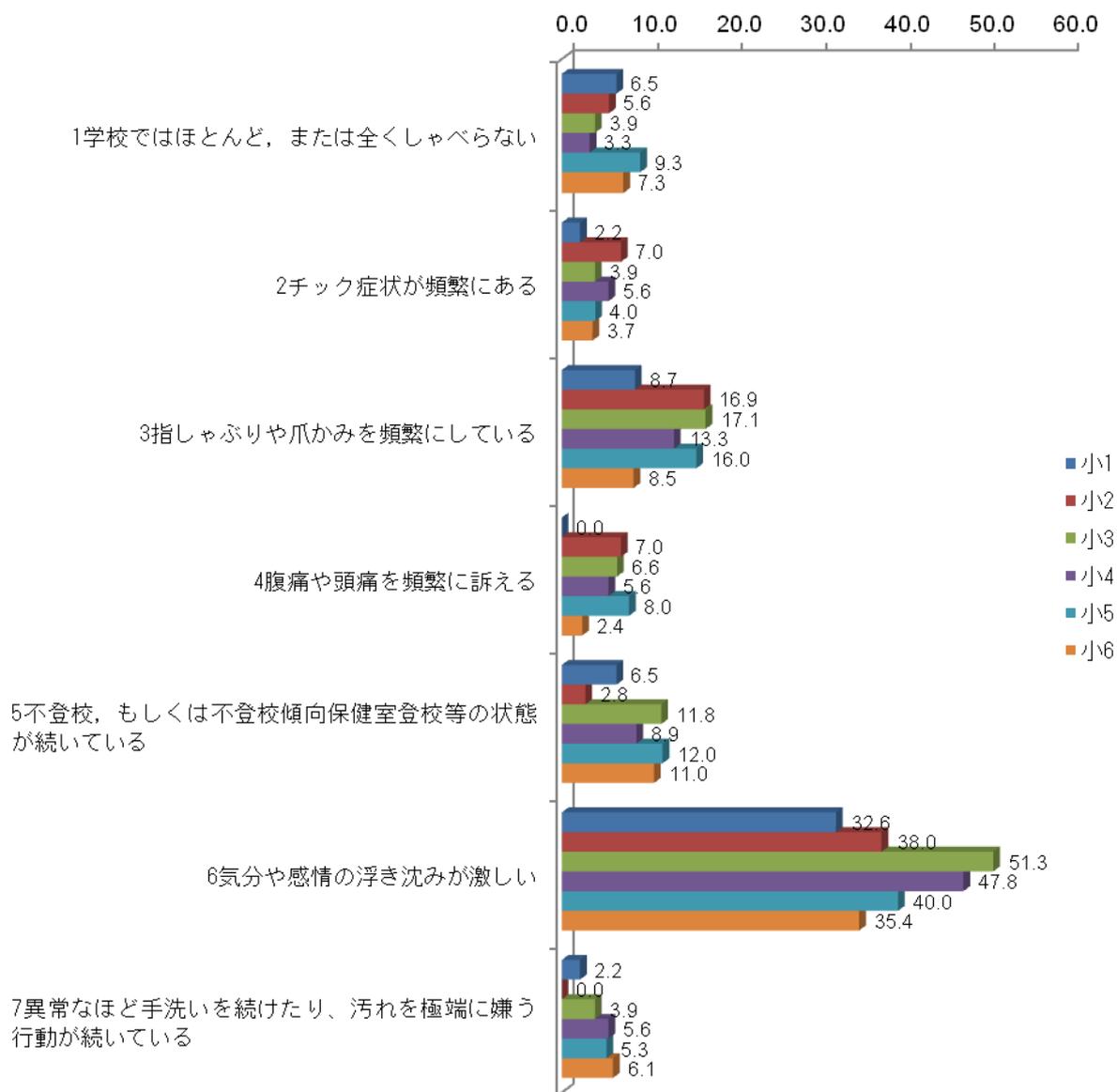


図 14 本人が示している状態（小学校）

他者に対して見られる気になる行動については、Q 8「反抗的な態度を取ることが多い」、Q 9「先生や友達に対して、極端な暴言や暴力をふるうことが多い」で、いずれの学年も

20%を越える子どもが該当していた。Q10「感情が激化すると、物を壊したりすることが多い」については、小1では13%であったものが、学年が上がるにつれ増えている。Q11「他人のものを盗ったり、隠したりすることが多い」、Q12「うそを頻繁につく」については、いずれの学年も少なく、特に1年と6年が少なかった（図15）。

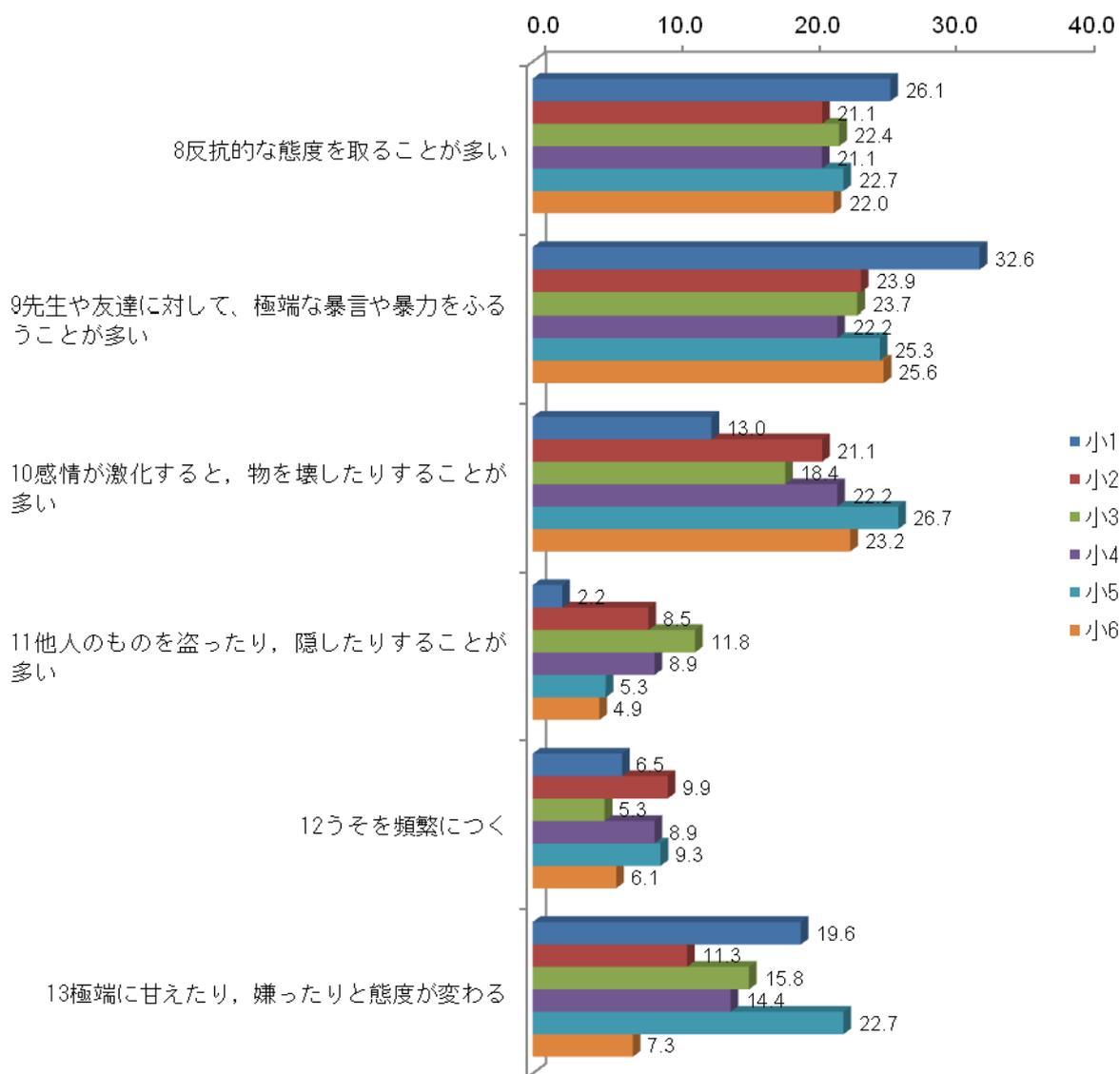


図15 他者に対して見られる行動（小学校）

不安・過敏さについては、Q17「ある場面や状況に対して極端に怖がることがある」、Q19「音や触覚などに対してひどく過敏である」が多く、特に2～4年に多い傾向が見られた。またQ18「実際には言われていない声が聞こえたり、いない人の姿が見えたりする」、Q20「人混みの中に入ると呼吸ができなくなったり、急に足がすくんだりする」についてはどの学年も10%以下と少なかった（図16）。

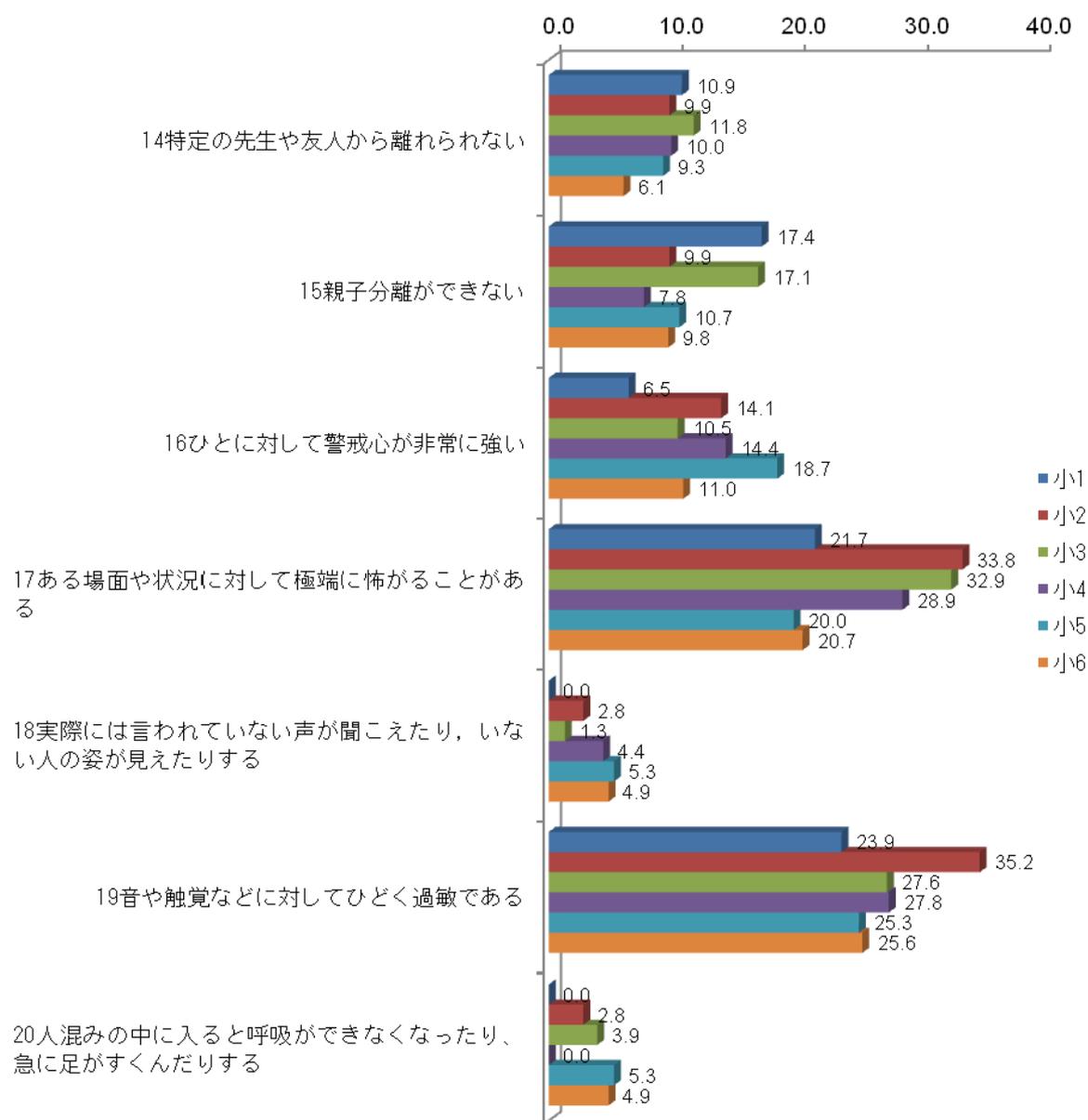


図 16 不安・過敏さ（小学校）

学習場面においては、殆どの項目について、小1ではあまり該当する子どもが多くないものの、学年が上がるにつれ増えていく傾向が見られた。特にQ21「学習に対して拒否的な態度をとることが多い」、Q24「ちょっと注意をされただけのことをひどく怒られたように被害的に捉えることが多い」、Q25「どうせできないなど自己否定的な言動が多い」、Q26「無気力な言動が多く、学習に対しても意欲がない」は20%を越える学年が多く、その傾向が顕著に見られた（図 17）。

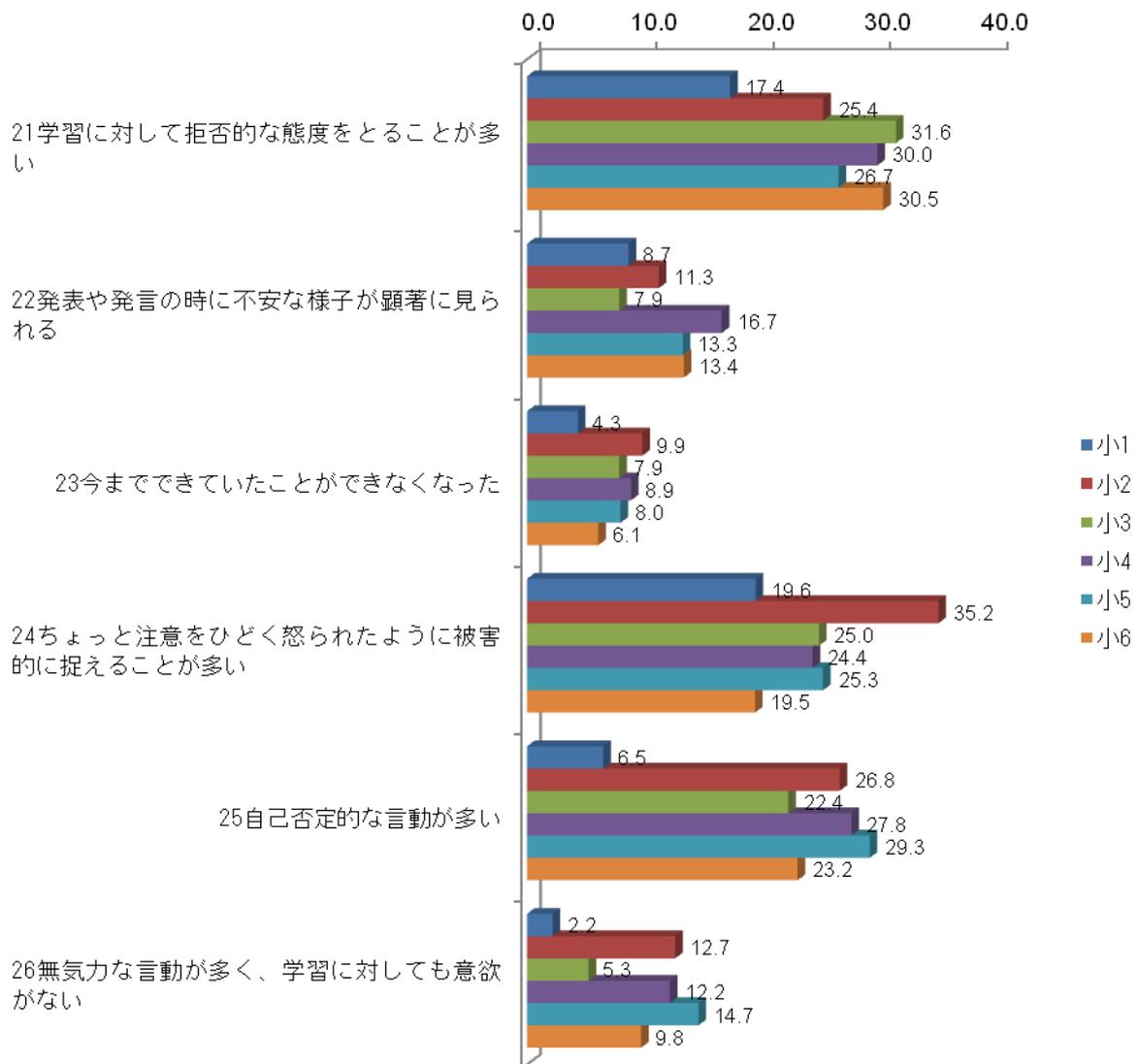


図 17 学習場面で気になる様子（小学校）

中学校

次に中学校の結果である。本人が示している状態については、Q 1「学校ではほとんど、または全くしゃべらない」、Q 4「腹痛や頭痛を頻繁に訴える」、Q 5「不登校、もしくは不登校傾向保健室登校等の状態が続いている」の3項目が、学年が上がるにつれ増加していた。Q 2「チック症状が頻繁にある」、Q 7「以上なほど手洗いを続けたり、汚れを極端に嫌う行動が続いている」については、いずれの学年でも 10%以下と少なかった(図 18)。

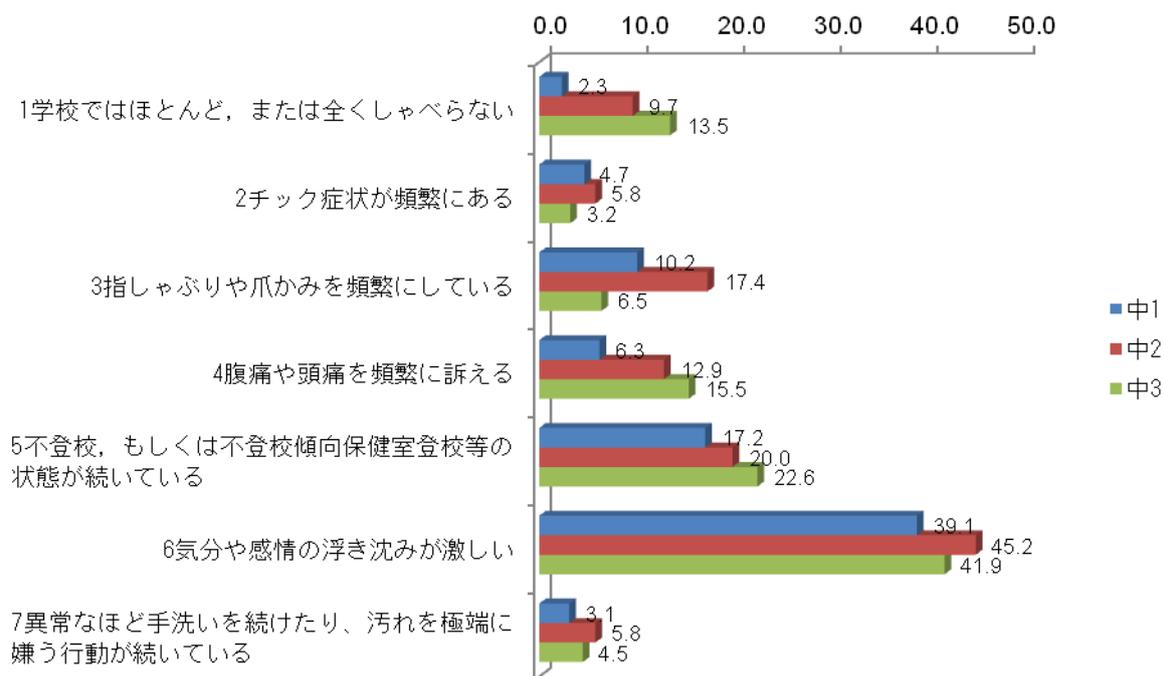


図 18 本人が示している状態（中学校）

他者に対しては、2年に気になる様子を見せる子どもが多いという結果であった。特に Q 8「反抗的な態度を取ることが多い」、Q12「うそを頻繁につく」、Q13「極端に甘えたり、嫌ったりと態度が変わる」については多く見られた（図 19）。

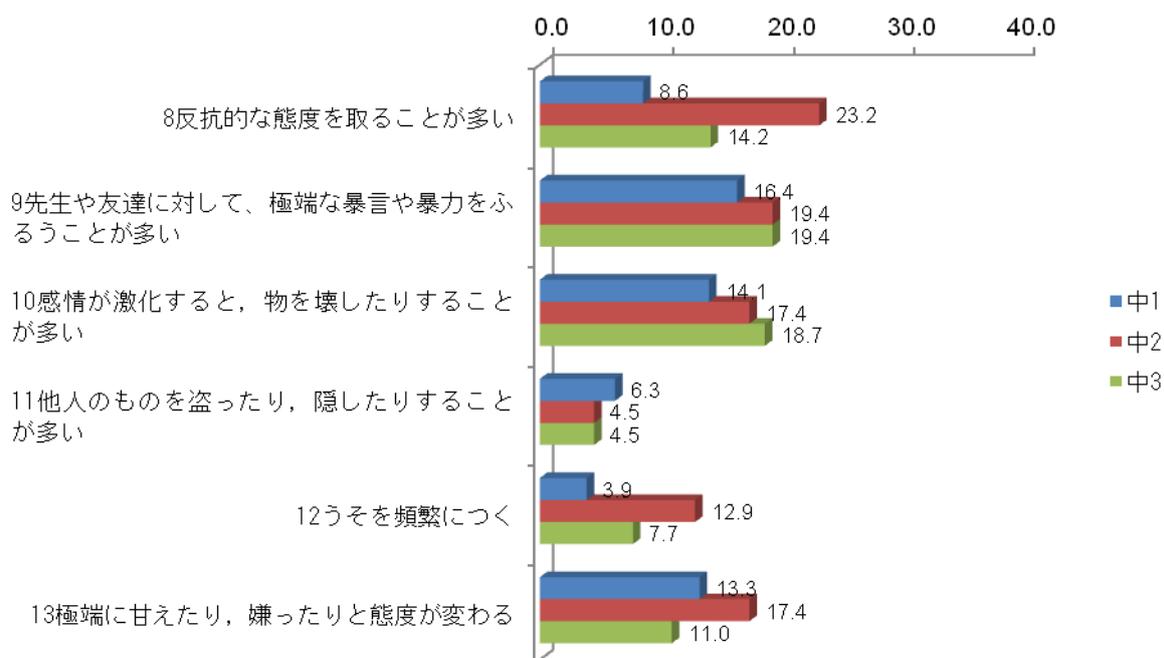


図 19 他者に対して見られる行動（中学校）

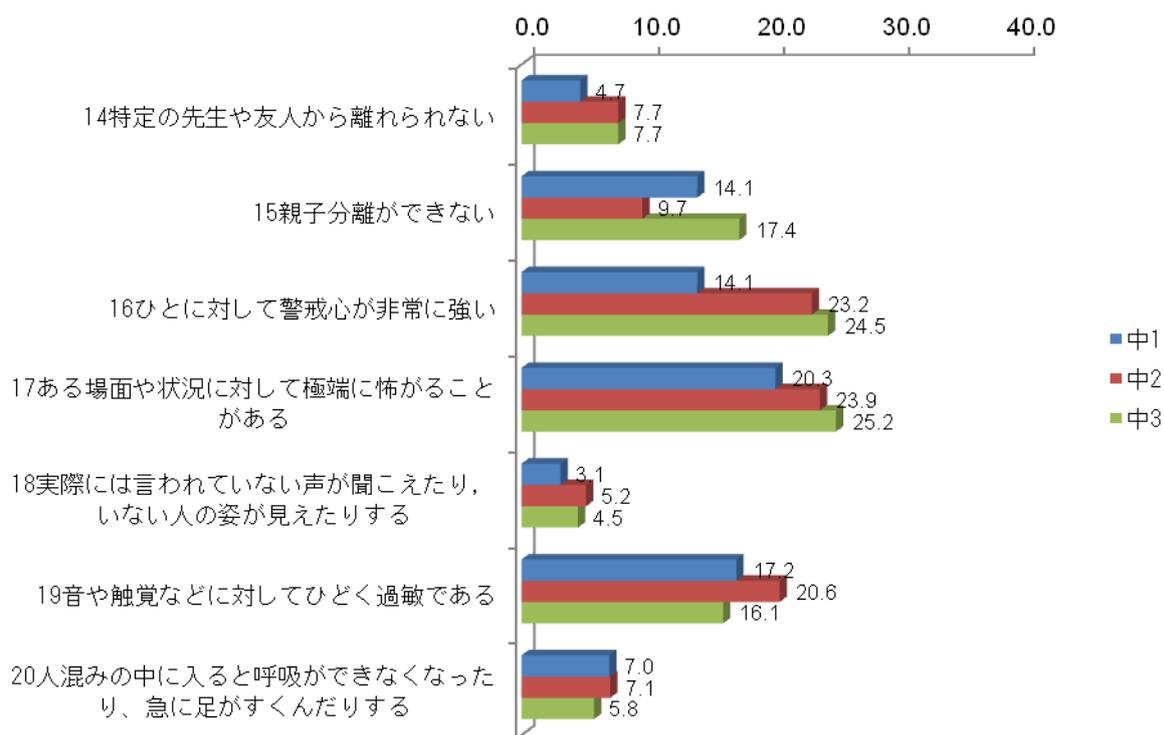


図 20 不安・過敏さ（中学校）

不安や過敏さについては、Q16「ひとに対して警戒心が非常に強い」、Q17「ある場面や状況に対して極端に怖がることがある」といった2項目で中3に向けて増加の傾向が見られた。また、15「親子分離ができない」については、中2で一旦減少し、中3になると増加するという結果が見られた（図20）。

学習場面においては、Q21「学習に対して拒否的な態度をとることが多い」、Q25「自己否定的な言動が多い」の2項目についてはいずれの学年でも20%を越える子どもが該当しているという結果であった。その他の項目については、2年以降該当生徒が増加する傾向が見られた。（図21）

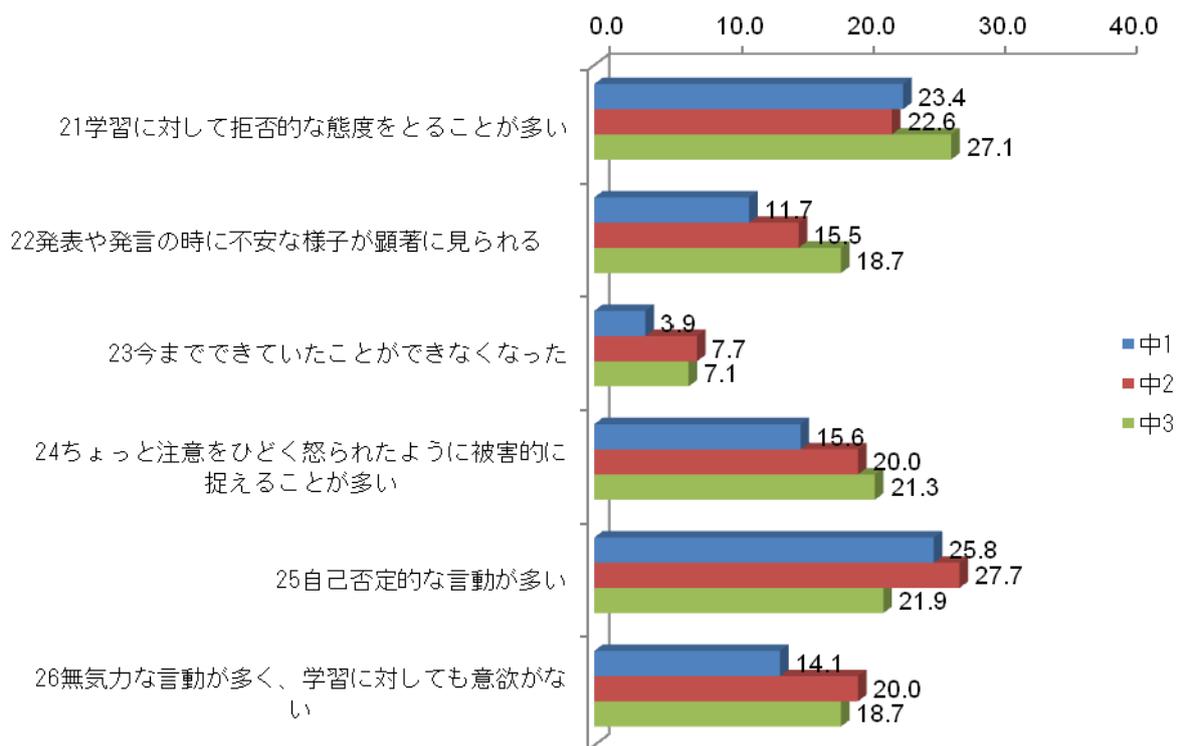


図 21 学習場面で気になる様子（中学校）

こうした子どもの示す気になる様子について教員が二次障害と捉えているのかどうかをたずねた（図 22）。その結果、小1では二次障害は見られないと回答した教員が17.4%だったが、中3では38.7%の教員が、二次障害がみられていると回答していた。

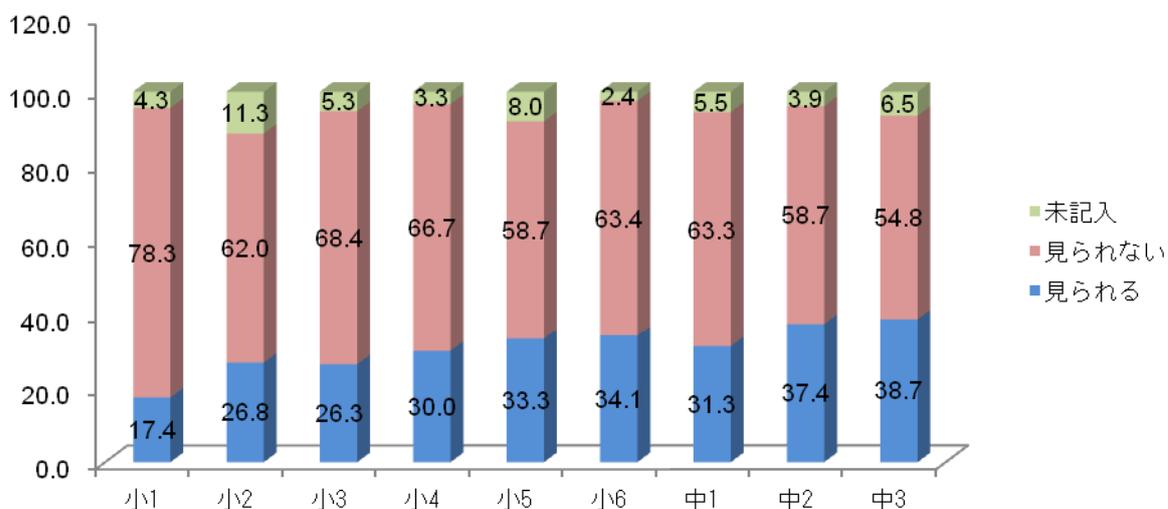


図 22 二次障害の有無について

以上の結果から、小中学校の結果を合わせると次のような傾向が見られた。

- ・小学校、中学校とも気分や感情の浮き沈みを示す子どもが最も多かった。
- ・不登校や不登校傾向、緘黙、腹痛や頭痛といった心身症の訴えは小学校よりも中学校に多く、さらに学年が上がるにつれ増加する傾向が見られた。
- ・小中学校とも、暴言や暴力に関する項目は多く、虚言や盗みといった項目は少なかった。
- ・小学校ではいずれの学年でも反抗的な態度を示す子どもが多かったが、中学校では1年と3年で減少の傾向が見られた。
- ・特定の先生や友人からの分離の難しさ、特定場面に対する恐怖、感覚の過敏さといった不安は中学校に比べ小学校に多かった。一方、他者に対する警戒心は中学校で多い傾向が見られた。
- ・幻聴や過呼吸の状態は小・中学校とも少なかった。
- ・学習に関する項目については、学年が上がるにつれ気になる様子を示す子どもが増える傾向が見られた。また、その傾向は小学校に顕著に見られた。
- ・子どもの学年が上がるにつれ、気になる状態を二次障害と捉える教員が増えていた。しかし、提示した項目は全て二次障害の症状であることから、教員の二次障害としての意識それほど高くないと言える。

次に、情緒面や行動面の気になる状態の4領域（「本人が示している状態（7項目）」「他者に対して見られる行動（6項目）」「不安・過敏さ（7項目）」「学習場面で気になる様子（6項目）」）に対しての対応方法について示す。なお、対応への課題については、子どもの状態や家庭、学校の様子、さらに教員の期待といった個別的要素が大きかった。

自由記述については、記述の内容を2名の研究分担者が整理し、「受容的な対応」「声掛け」「環境調整」「望ましい行動の指導」「家庭との連携」「関係機関との連携」「その他」の7種に分類した。

表2 情緒面や行動面の気になる状態への対応（小学校）

	A 本人	B 他者	C 不安	D 学習	E その他
①受容的な対応（話を聞く、見守る等）	71	44	28	62	3
②声掛け（教師からの励まし等）	55	6	25	32	5
③環境調整 （待機場所やクールダウンできる場所の確保等）	14	13	78	42	6
④望ましい行動の指導 （具体的な行動の教示、SST指導、振り返り等）	41	86	34	64	3
⑤家庭との連携	10	4	15	3	0
⑥関係機関との連携（医療機関、NPO等）	11	4	2	1	2
⑦その他	4	2	3	5	2

①受容的な対応について

本人が示している状態に対しては、受容的な対応をしているという回答が71件と最も多かった。対応の具体的な内容については、「落ち着くまで待つ」「話を聞く」「見守る」「好きなことをさせる」「リラックスできる場所を確保する」「家庭訪問をする（不登校）」「理由を聞く」「個別にかかわる」「休養させる」等であった。

他者に対してみられる行動に対しては「気持ちを受け止める」「できるだけ甘えは受け止める」「話や理由を聞く」「落ち着かせる」「別室で休ませる」「トランポリン等別の行動をさせて切り替えさせる」等44件の回答があった。

不安・過敏さに対しては「気持ちを聞く」「初めての場所や活動では様子を見ながら参加させる」「本人のペースで参加させる」「そばに寄りそう」「話を否定せず聞く」「安心するまで待つ」「不安材料を取り除く」等28件の回答があったが、不安や過敏さに対する受容的な対応は4つの領域の中では最も少なかった。

学習場面では「できる課題から取り組ませる」「側について取り組ませる」「興味関心のある課題に取り組ませる」「できていることを認める」「否定しない」「スモールステップで取り組ませる」「がんばったことを認める」「復習させ自信を付けさせる」「本人と相談してできることから取り組ませる」といった回答があった。

②声掛け

本人が示している状態に対しては教員が声掛けをすることが多いという結果であった。具体的な内容は「落ち着くような声掛けをする」「気持ちを切り替えられるような声掛けをする」「カードを使った会話をする」「紙に書いて話す」「話しかける」「共感的な声掛けをする」「クールダウンさせるような声掛けをする」等があった。

他者に対してみられる行動に対しての声掛けは6件と少なく「行動を抑制したり切り替えたりするような声掛けをする」や「落ち着くような声掛け、安心させるための声掛け等の工夫をする」という回答であった。

不安・過敏さについては「安心させるような声掛け、励まし、見通しをもたせるための声掛け、認めるような声掛け、気分を切り替えるような声掛けをする」等25件の回答があった。

学習場面では「励まし、できていることを認めるような声掛けをする」や「肯定的な表現の指示や注意をする」「できたことを誉める」「学習内容の説明や言葉の意味の説明する」「ゆっくり分かりやすく明確に話す」等32件の回答があった。

その他では「次の行動のきっかけになるような声掛けをする」等5件の回答があった。

③環境調整

本人が示している状態に対しては「クールダウンできる場所を準備する」「ストレスの少ない環境を準備する」「保健室へ行くなど場所を変える」「不安定になったらその場面を離れる」「原因となることを取り除く」「教師が側につく」等の回答があった。

他者に対してみられる行動には「気持ちを落ち着かせる場所を作る」「クールダウンの場所を確保する」「感情が激化するような場所に置かない」「その場所から移動させる」等の対応が回答されていた。

不安・過敏さについては最も環境調整の回答が多かった。具体的には「刺激の少ない環境を作る」「落ち着くように環境を整える」「苦手な音を遮るためにイヤーマフ等を使用したり、苦手な音を出さない工夫（ピストル、笛の音の変更）をしたりする」「パーテーションを使用する」「別室へ移動させる」「室温等を調整する」等であった。

学習場面での気になる様子に対しては「活動の内容の工夫や量を調整する」「時間設定を短くする」といった回答が多かった。その他にも「安心して学習できる雰囲気を作る」「支援機器や教材を工夫する」「発表時の配慮（注目しすぎないなど）をする」「興味関心を重視する」「個別対応をする」「できたことを家族にも認めてもらうように連絡する」「教材提示の仕方を工夫する」等の回答があった。その他には「支援員を利用する」「タイマーを活用する」等があがっていた。

④望ましい行動の指導

本人が示している状態に対しては「対応の仕方など丁寧に教える」「学習内容を予め伝える」「行動の振り返りをさせる」「SSTを実施する」「言葉で伝えられるように指導する」「カード等を利用し本人が意思を伝えられるようにする」「学習内容等を伝え、見通しをもたせる」「困難なことへの対応方法を教える」「行動に迅速に対応し気持ちの切り替えを促す」「望ましい行動について一緒に考える」等の対応が回答されていた。

他者に対してみられる行動は86件と最も回答が多く、「正しい言動について指導する」「相手の気持ちを考えどうすればよかったかを一緒に振り返る」「話し合いの中で善悪を判断させる」「SSTを実施する」「場所や時間を変えての個別指導（クールダウンしてから）をする」「落ち着いてから望ましい行動を教える」「ロールプレイの中で指導する」「動きを止めてから指導する」等の記述があった。

不安・過敏さに対しては「前もって内容を知らせ、見通しをもたせる」「予め活動に参加する人や人数を知らせ、不安を軽減する」「事前に体験させる」「予め本人と相談し参加の仕方を決める」といった対応が多く記述されていた。また「少しずつ慣れるようにさせる」「働きかけるときは「～するよ」と知らせる」等の回答もあった。

学習場面で気になる様子については「できたことは誉め自信をもたせる」「課題や指示を分かりやすく提示し自信をもって取り組めるようにする」「課題を選択させる」「補助具を使って学習することを教える」「スモールステップで取り組めるよう課題の量や時間を工夫する」「予め学習内容を伝えて見通しをもたせる」といった対応が多く回答されていた。その他としては「写真等を活用した指導」等があった。

⑤家庭との連携

全ての領域において、家庭と学校が子どもの情報を共有するという回答が多かった。その他として、他者に対してみられる行動に対しては「保護者から家庭での状況を聞いておく」、不安・過敏さに対しては「教員の対応について伝える」「本人と母の関係について把握しておく」「送迎について把握する」等の回答があった。学習においては、「不登校の場合に家庭学習への情報提供をする」といった内容が回答されていた。

⑥関係機関との連携

医療機関の利用をすすめるという回答はあったが、数は多くなかった。校内では、スク

ールカウンセラーや養護教諭と連携しサポートをするという回答があったが、これも数件であった。

⑦その他

上記の6つに分類できなかったものとして、本人が示している状態には「生活スケジュールを工夫する」「指導時間や指導形態を工夫する」、他者に対してみられる行動には「教師が過敏に反応しないようにする」、不安・過敏さには「周りの児童から声掛けをしてもらう」「行事等に多く参加させ自信を付けさせる」、学習面では「苦手なことについて練習させる」「分かっていることと分からないことをはっきり見きわめて指導する」等の回答があった。

表3 情緒面や行動面の気になる状態への対応（中学校）

	A 本人	B 他者	C 不安	D 学習	E その他
①受容的な対応（話を聞く、見守る等）	53	35	53	8	1
②声掛け（教師からの励まし等）	48	12	17	14	1
③環境調整（待機場所やクールダウンできる場所の確保等）	29	17	37	74	5
④望ましい行動の指導（具体的な行動の教示、SST指導、振り返り等）	47	63	37	105	10
⑤家庭との連携	32	5	12	0	1
⑥関係機関との連携（医療機関、NPO等）	19	3	4	2	2
⑦その他	20	5	0	2	0

①受容的な対応

本人が示している状態と不安・過敏さに対しては、53件と受容的な対応が多くされていた。具体的な内容としては「本人の話を時間をかけて聞いてあげる」「なるべく不安定なことを聞いてあげる」「自分の気持ちや考えを伝えることが苦手な子どもにはできるだけ丁寧に話を聞くようする」「気持ちが落ち着くような環境作りを心掛け2択や3択等、意志表示をしやすいようにする」等の回答があった。

他者に対してみられる行動には「子どもの言動に対して教員が過剰に反応しない」「話を聞き本人の言葉に同意しながら支援する」「気持ちが高ぶっている時は黙って見守り落ち着いてから話を聞く」等の対応があがっていた。

不安・過敏さには「本人の言動に振り回されないようにする」「時々出す本音の部分を大切にする」「不安の内容に対してどうすれば不安が軽減されるかを一緒に考える」等の回答があった。

学習面では「できたことを認め励ます」「筆談やうなずき等コミュニケーションの方法を

工夫し意思を確認する」「本人の訴えをよく聞く」「状況をわかりやすく説明してあげる」等の対応があがっていた。

②声掛け

本人が示している状態に対しては48件と声掛けの対応が多い結果であった。具体的な内容は他者に対してみられる行動の場合と同じで「気分が安定するまで個別の対応をする」「落ち着いた時に原因をたずねて次の対応を考える」というものであった。

不安・過敏さについては「慣れない教室に行くことができない子どもに対し毎回初めてのように声を掛ける」「拒否した課題には無理強いせず他の課題を渡す」「関わる時間を多く設ける」「少しずつ慣れるように支援する」等の対応が回答されていた。

学習場面では「焦らせず少しでも頑張るように声掛けをする」「新しいことに挑戦する時には失敗してもよいと言いつけさせる」等の対応が回答されていた。その他として「その都度声をかけて状況に合っていないことを諭す」という対応もあった。

③環境調整

本人が示している状態に対して「気分が波があり本人からの訴えがある場合は、休養スペースで休ませるようにする」「気分や感情の収まりがつかない時は静かに過ごすことができる部屋に移動させる」等の対応があがっていた。

他者に対しては「暴力を振るう場合には別室で指導をする」「周囲に世話ができる友人を置く」「感情が激しているときは一人でクールダウンできるような場所を用意する」等の対応が回答されていた。

不安・過敏さについては「騒がしい場が苦手な子どもには、本人の状態に合わせて過ごす場所を変える」「人の輪の中に入っていきることが苦手な子どもには班分けなどの工夫をする」という回答がされていた。

また、学習面に対しては79件と最も多く「交流の場面で支援員をつける等できるだけ不安なく授業が受けられるようにする」「本人が自信を持って取り組める課題を設定する」「スモールステップで目標を設定する」、その他として「守れそう約束や提出できそうな課題を設定する」等の回答があった。

④望ましい行動の指導

望ましい行動の指導は学習面の対応に最も多く105件であった。また、他者に対してみられる行動に対しては63件、本人が示している状態に対しても47件と全体的に指導的な対応が多かった。

本人が示す状態に対しては「できる限り自分の意志を表すように、筆談やうなずきでコミュニケーションをとる」「個別に一日の予定をくみ、スモールステップで活動に取り組む」「ソーシャルストーリー的に話して諭す」「代替行動を教える」「さりげなく正しい行動をさせる」といった回答があった。

他者に対する行動には「相手にしないことや、他の人の受ける思いを言葉で伝える」「感情が高ぶりそうになった時の対処方法を一緒に考え成功体験が増えるようにする」「その都度“～は良くない”“～が良い”と短い言葉で伝える」等の回答があった。

不安・過敏さには「事前に説明をよくしておく」「不安になった時には落ち着くまで待つから指示をする」「行事の情報を予め伝える」「本人が動きやすい方法を一緒に考える」、

学習場面では「課題の量を決め出来るような内容にする」「可能な限り事前にリハーサルを行う」「絵や図を用いて興味を喚起する」「1つの活動を10分程度として授業を組み立てる」等の回答がされていた。

その他としては「生徒の考えを聞いた上で、別の意見があることを丁寧に説明する」「やるべきこと、課題をはっきり提示する」等があった。

⑤家庭との連携

本人が示している状態に対しては、領域に関係なく、主に不登校への対応として家庭への協力を求める内容が多かった。具体的には「電話で様子の確認を行い、週一度、家庭訪問を実施する」「母親に対して電話や連絡帳を通じて細めに連絡をとる」「母親に登校の付き添いをお願いする」「母親に授業の様子をみてもらう」などの回答があった。

⑥関係機関との連携

全ての領域において関係機関、特に医療機関を利用すること、話し合いの機会を持つという内容が回答されていた。なお、不安・過敏さについては、「人に対して警戒心が強いことを教職員に周知徹底し対応する」といった回答もあった。

⑦その他

その他には、他者に対してみられる行動に対して「自分に都合のよい様に事実を捉える傾向がある子どもには常に行動を観察する様に心掛けている」、学習場面で気になる様子には「フリースクールなど様々な機会に参加を促す」等の対応が回答されていた。

小学校と中学校による対応の違い

小学校と中学校の課題を比較したところ図 23 に示すような結果がみられた。

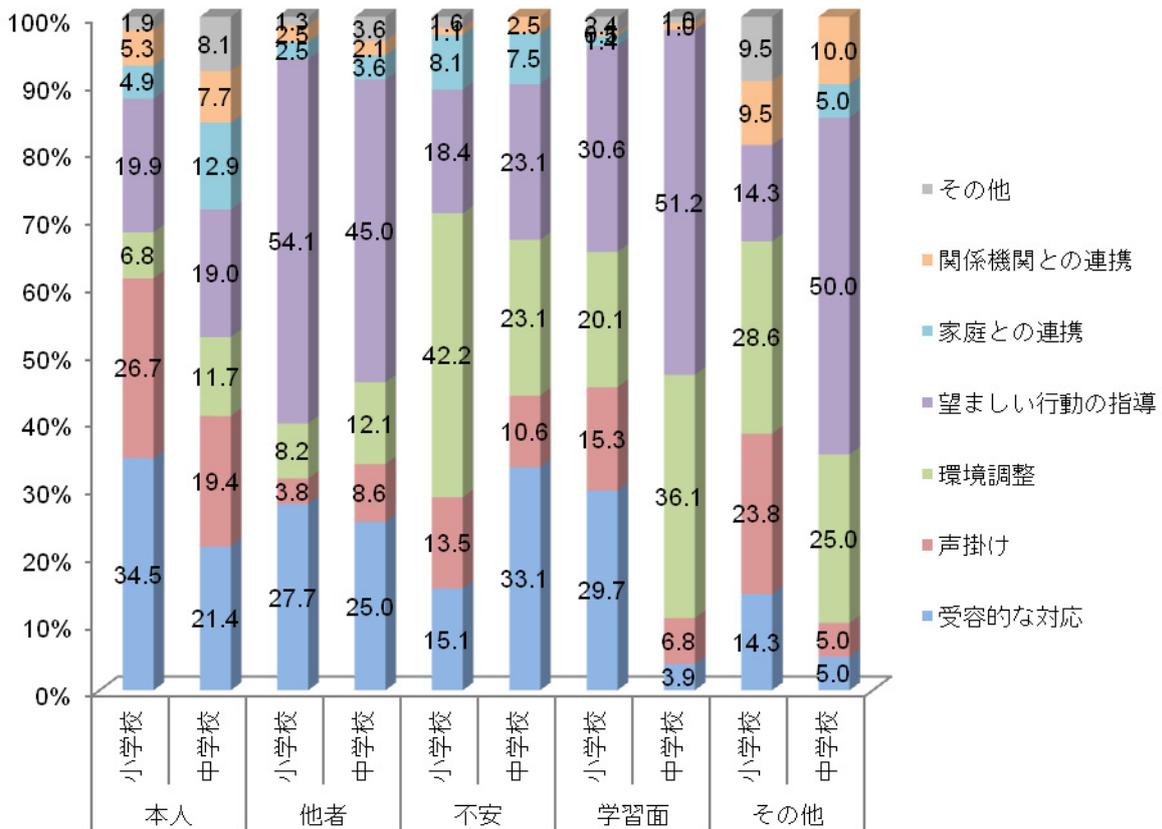


図 23 気になる様子への対応

本人が示している状態については、小学校では受容的な対応 34.5%、声掛けが 26.7%と教員の直接的な対応が多いが、中学校では様々な対応がされているようで、その割合はほぼ同じである。また、小学校に比べ環境調整や家庭・関係機関との連携が増えており、特に家庭との連携については小学校の 3 倍近い値となっている。これは中学になると不登校の数が増えることとの関係が深い。

他者に対して見られる行動には小学校 54.1%、中学校 45%と共に望ましい行動の指導が多く、特に小学校にその傾向が高い。若干の差が見られたのは、受容的な対応と環境調整による対応であり、小学校では受容的な対応が中学校より 2.7%多く、環境調整は中学校より 3.9%少なかった。

不安・過敏さについては、小学校では環境調整が 42.2%と非常に多かったのに対し、中学校では受容的な対応が 33.1%と最も多く、対応の傾向に違いがみられた。

学習場面で気になる様子については、小学校では受容的な対応や声掛けが多く、両方で 45%であるのに対し、中学校では望ましい行動の指導が 51.2%、環境調整が 36.1%と対応の方法がほぼ逆転しているという結果であった。

全ての領域を通し、小学校では受容的な対応や声掛けが多いのに対し、中学校では環境調整や望ましい行動の指導が多い傾向がみられた。

4. 考察

今回の調査結果から、気分や感情の浮き沈みをはじめ、子どもに気になる状態があると感じている教員は少なくないことが分かった。しかし、気になる状態ではあるものの、小学校低学年では二次障害として受け取られにくく、徐々に二次障害の可能性を意識する教員が増えている。小学校では、比較的孩子から話を聞いたり、声を掛けたりといった対応が多いのに対し、中学校では、指導的な対応が増えているように対応の違いもみられた。特に、他者に対する反抗的な態度や暴言・暴力に対しては特に指導的な関わりが多く、目に見える子どもの状態を止めようとするのが優先されていた。

中学校になると学習内容も難しくなり、子どもの学習への拒否的な態度や自信のなさがさらに気になるようになる。そうした状態に対し、小学校で学習に対し興味を持たせたり、自信をつけさせたりしようとする関わりが多かったが、中学校になると SST の利用などで指導的に意識や行動を変えていこうとする関わりが多くなっていった。こうした指導の背景には、中学生の時期は大人に対して反抗的になりがちだという年齢的な課題があること、教員の専門性は教育的な指導であるという意識があること等が考えられるが、行動の背後にある「こころ」の部分にはまだ十分に目が向けられていないように思われる。

そのように考える理由の1つとして、今回の調査で示した子どもの気になる状態は全て二次障害の状態であったが、調査の結果では、二次障害として受け止めているという回答は、最も多かった中学3年生でも 38.7% しかなかったことにある。つまり、二次障害としてよりは、発達障害の症状の1つとして対応に取り組んでいるという傾向が明らかになったからである。発達障害のある子どもが苦手とすることに対し指導的な対応を行うのは教員に求められることであり、間違いではない。しかし、発達障害の症状として捉えていることが、実は二次障害の症状を呈している可能性があるという、視点を変えた対応をすることも必要である。特に、指導の成果が見えにくい子どもには、子どもが抱えている目に見えない困難さがどこにあるのかに気付くことが、支援や指導のすすめ方を再確認するきっかけとなるはずである。

調査 2 発達障害のある子どもの保護者アンケート調査

1. 目的

小学生から成人までの発達障害児・者の保護者へ発達障害の二次障害、情緒障害に関するアンケート調査を実施し、その結果から、二次障害として保護者が意識しやすい症状、年齢段階による症状の違い、保護者から見た二次障害のきっかけと対応の難しさ等について分析することにより、発達障害の二次障害についての予防的対応について検討することを目的とする。

2. 方法

調査方法：アンケート用紙の郵送による質問紙調査

調査時期：2011年11月～12月

調査の対象者：

A市の通級指導教室を現在利用している又はかつて利用したことのある発達障害児・者の保護者会の会員のうち、協力の申し出のあった66名の保護者

(※通級指導教室は、LD、ADHD、自閉症、情緒障害を対象とする通級指導教室)

回答の対象となる発達障害児・者：

小学生11名、中学生26名、高校生14名、大学生等10名、社会人5名

調査内容：

①情緒面・行動面で気になる状態

調査1 自閉症・情緒障害特別支援学級の実態調査で使用した4領域26項目

②症状が見られた時期

③きっかけと対応

④医療機関の受診と診断

⑤二次的な障害に対する考え 等

3. 結果

結果については、全体集計と年齢段階別集計に分けて分析した。

年齢段階の分類については、暦年齢及び在学・職業等を考慮して、小学生(11名)、中学生(26名)、高校生(14名)、大学生等・社会人(15名)の4群とした。

同一の対象児・者についての経年的変化を見たものではないので、年齢段階別集計の結果の分析には慎重を期す必要があるが、本調査の対象児・者の約88%が、自閉症スペクトラム障害に類する診断を受けていることから、対人関係やコミュニケーションなどの社会的な能力に困難を抱える自閉症スペクトラム障害における二次障害に関する知見が得られたと考えている。

(1) 対象となる発達障害児・者の年齢別内訳

年齢は8歳～26歳。在学・職業等の内訳は、小学生11名、中学生26名、高校生14名、大学生4名、専門学校生3名、職能訓練校生3名、社会人3名、無職2名の計66名。性別は、男性60名、女性6名であった。

表1 対象となる発達障害児・者の内訳

年齢	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳	17歳	18歳	19歳	20歳	21歳	22歳	23歳	26歳	計
人数	2名	1名	4名	4名	2名	8名	11名	7名	2名	7名	4名	3名	1名	3名	2名	3名	2名	66名

(2) 診断名

自閉症スペクトラム障害（自閉症、高機能自閉症、アスペルガー症候群、広汎性発達障害を含む）58名、ADHD（注意欠陥多動性障害）14名、LD（学習障害）8名、未記入3名であった。そのうち12名には複数の診断があった。

(3) 現在、医療機関を受診しているかどうか

未記入の3名以外の62名は、発達障害に関する診断を受けていることから、医療機関の受診経験があることになる。対象者が小学生の場合は、すべての児童が現在も医療機関を受診しているが、中学生以上になると1/3以上にあたる19名（34.5%）は、現在は医療機関を受診していないと回答している。また、年齢の高い大学生等・社会人になるとさらに少なくなり対象者15名のうち現在も医療機関を受診しているのは、約半数の7名（46.7%）であった。

(4) 情緒面や行動面の気になる状態

「本人が示している状態」「他者に対して見られる行動」「不安・過敏」「学習場面で気になる様子」の4領域26項目について、全体（66名）と小学生（11名）、中学生（26名）、高校生（14名）、大学生等・社会人（15名）に分けて分析した。

①情緒面や行動面の気になる状態（全体）

情緒面や行動面の気になる状態の全体の集計を図1に示す。最も該当する項目数が多かった対象児・者の該当項目数は26項目中16項目、少なかった対象児・者は該当項目数0であった。全66名において、最も該当数の多かった項目は、25「「どうせできない」など自己否定的な言動が多い。」（56.1%）であった。以下、19「音や触覚などに対してひどく過敏である。」（45.5%）、8「反抗的な言動が多い。」（40.9%）、6「気分や感情の浮き沈みが激しい。」（39.4%）、24「ちょっと注意されたことをひどく怒られたように被害的に捉える。」（37.9%）と続いている。また、該当数が少なかったのは、11「他人のものをとったり、隠したりすることが多い。」（7.6%）、18「実際には言われていない声が聞こえたり、いない人の姿が見えたりする。」（7.6%）、7「異常なほど手洗いを続けたり、汚れを極端に嫌う行動が続いている。」（9.1%）等である。20「人混みの中に入ると呼吸ができなくなったり、急に足がすくんだりする。」の該当者は0であった。

自己否定的な言動や反抗的な言動、被害的な訴えなど、困難な状況に対する本人から発せられる適応的ではない言動と、過敏性、気分や感情の変動など、情緒面のコントロールの難しさが気になっている様子がうかがえる。

また、4領域の比較では、「学習場面で気になる様子」(32.6%)に関する回答が最も多く、以下、「本人が示している状態」(26.8%)、「他者に対して見られる行動」(21.0%)、「不安・過敏」(18.6%)であった。対象児・者の多くが学校に通学している年齢段階であることから、学習に関する項目に多く回答が寄せられたと考えられる。

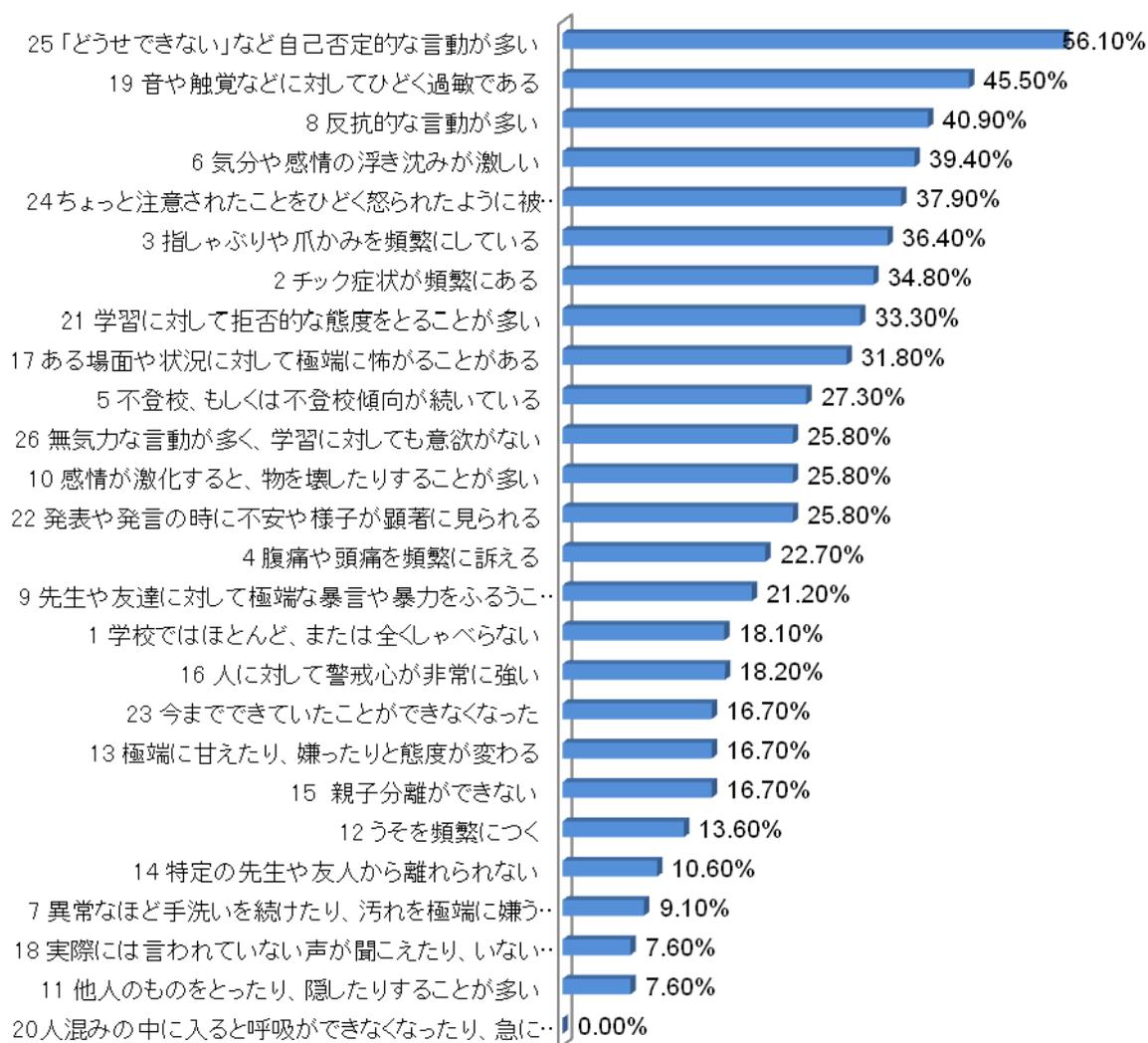


図1 情緒面や行動面の気になる状態

②情緒面や行動面の気になる状態（年齢段階別）

a 本人が示している状態

小学生では、3「指しゃぶりや爪かみを頻繁にしている。」(54.5%)、1「学校ではほとんど、しゃべらない。」(27.3%)、6「気分の浮き沈みが激しい。」(27.3%)が多い。中学生では、2「チック症状が頻繁にある。」(46.2%)、6「気分の浮き沈みが激しい。」(42.3%)、3「指しゃぶりや爪かみを頻繁にしている。」(38.5%)の順が多い。高校生では、2「チック症状が頻繁にある。」、5「不登校、もしくは不登校傾向が続いている。」(35.7%)が多い。

また、大学生等・社会人で多くみられるのは、6「気分や感情の浮き沈みが激しい。」(53.3%)である。3「指しゃぶりや爪かみを頻繁にしている。」は、年齢と共に減少するものの、大学生等・社会人でも4名に見られる。年齢と共に顕著になるのは、6「気分や感情の浮き沈みが激しい。」である。「腹痛や頭痛を頻繁に訴える。」、「不登校もしくはその傾向が続いている。」については、小学生は少ないものの中学生以降3～4人に1人位の割合で起きている。

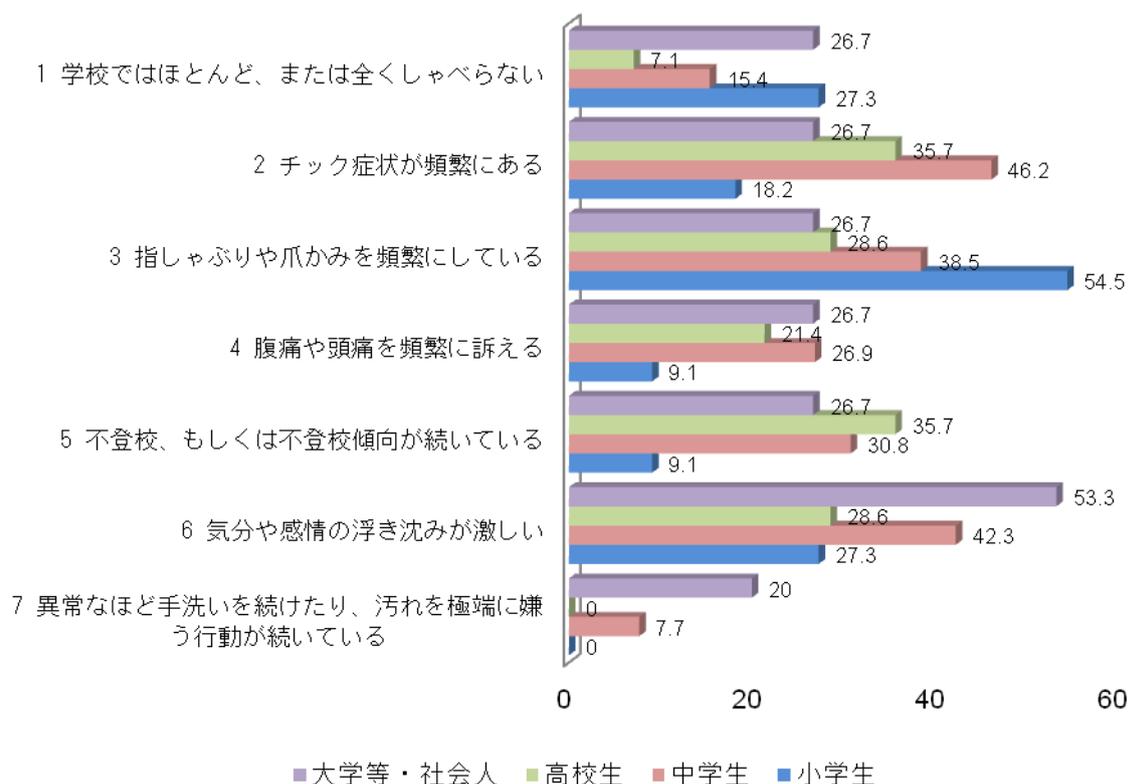


図2 本人が示している状態

b 他者に対して見られる行動

小学生では、8「反抗的な言動が多い。」(36.4%)、10「感情が激化すると、物を壊したりすることがある。」、13「極端に甘えたり、嫌ったりと態度が変わる。」(27.3%)が多い。中学生では、8「反抗的な言動が多い。」(50%)、9「先生や友達に対して極端な暴言や暴力をふるう。」(30.8%)が多い。高校生では、10「感情が激化すると、物を壊したりすることがある。」(28.6%)が最も多い。大学生等・社会人では、8「反抗的な言動が多い。」(53.3%)、10「感情が激化すると、物を壊したりすることがある。」(26.7%)が多くなっている。

高校生では少ないものの、「反抗的な言動が多い。」は、小学生で3人に1人、中学生と大学生等・成人では、2人に1人の割合である。また、小学生や中学生の年齢が小さい段階ほど、「極端に甘えたり、嫌ったりと態度が変わる。」傾向がある。

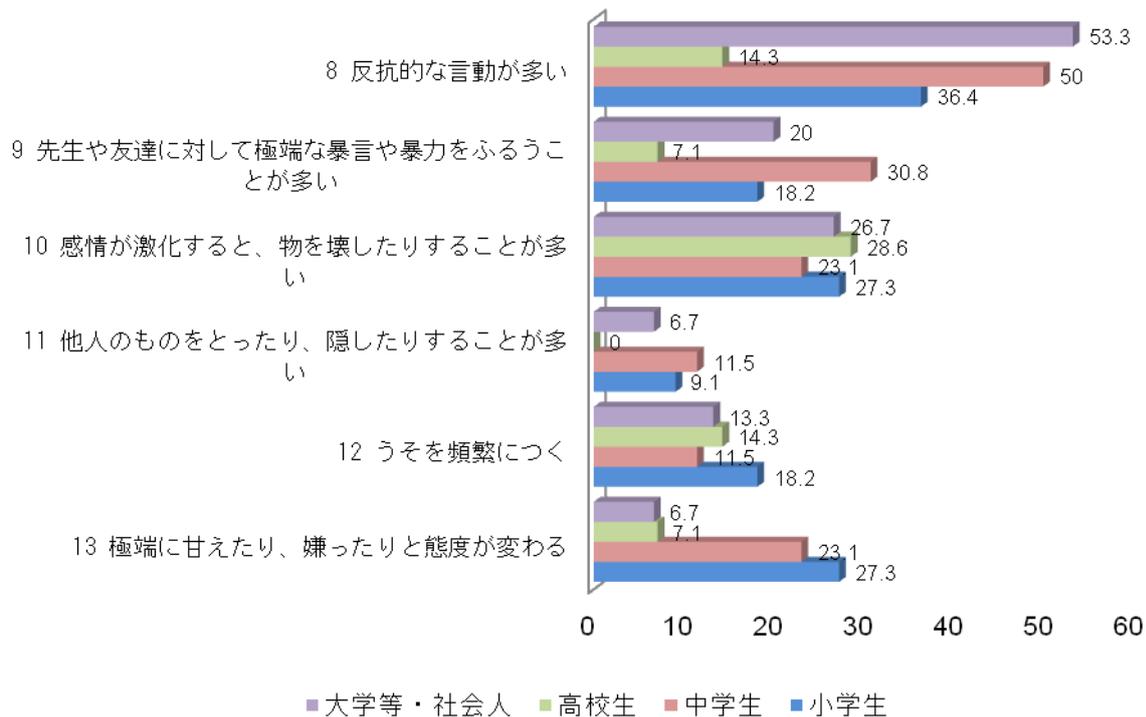


図3 他者に対して見られる行動

c 不安・過敏

どの年齢段階においても、19「音や触覚などに対してひどく過敏である。」(小学生 45.5%、中学生 46.2%、高校生 50%、大学等・社会人 40%)が多い。過敏性は、本来の症状として自閉症スペクトラム障害のある人には比較的多くみられるものであるが、多くの対象児・者で状態の悪化がコメントとして記されている。本来の症状が悪化するタイプの二次障害である。17「ある場面や状況に対して極端に怖がることある。」もどの年齢段階で多くみられている。見通しが持てない場面に対する不安な状態の悪化と捉えると同様のことが考えられる。14「特定の先生や友人から離れられない。」、15「親子分離ができない。」、16「人に対して警戒心が非常に強い。」がいずれも大学等・社会人で多くなっていることは、対人関係の難しさを示している。

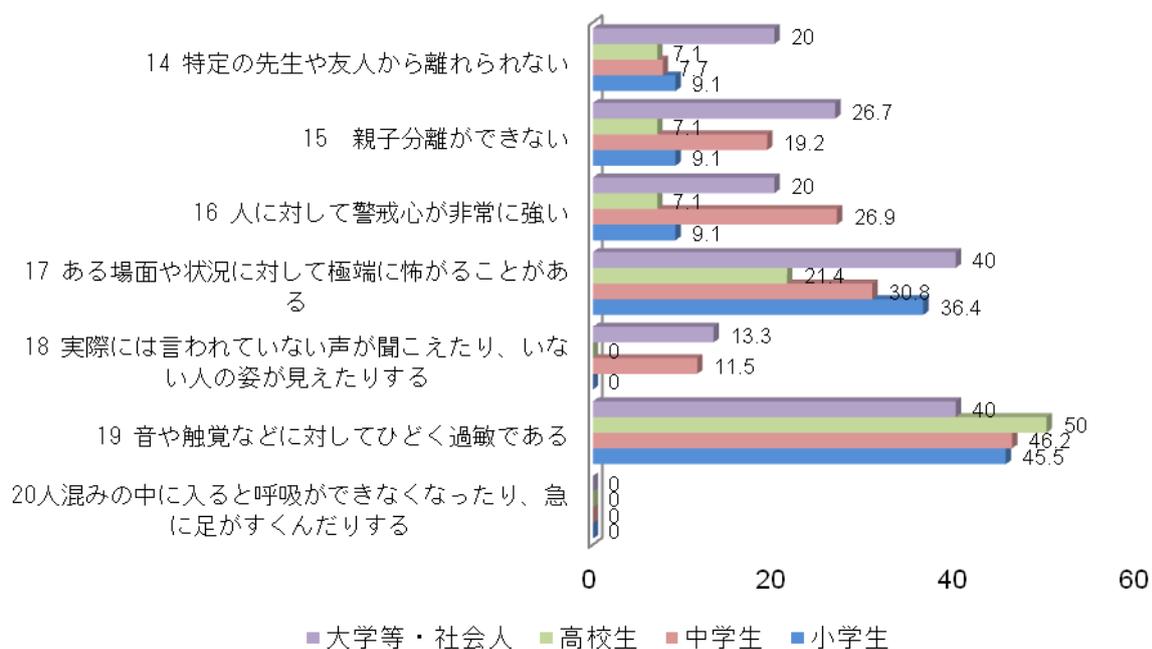


図4 不安・過敏

d 学習場面で気になる様子

小学生段階で目立つ、21「学習に対して拒否的な態度をとることが多い。」(54.5%)は、中学生以降、25「「どうせできない」など自己否定的な言動が多い。」(中学生57.7%、高校生64.3%、大学等・社会人60%)に変わっていく。また、高校生で、22「発表や発言の時に不安な様子が見地に見られる。」(35.7%)、24「ちょっと注意されたことをひどく怒られたように被害的に捉える。」(35.7%)が多くなっている。小学校、中学校と度重なる学習面に関するつまずきが、意欲や自己評価の低下を招いている様子がうかがえる。

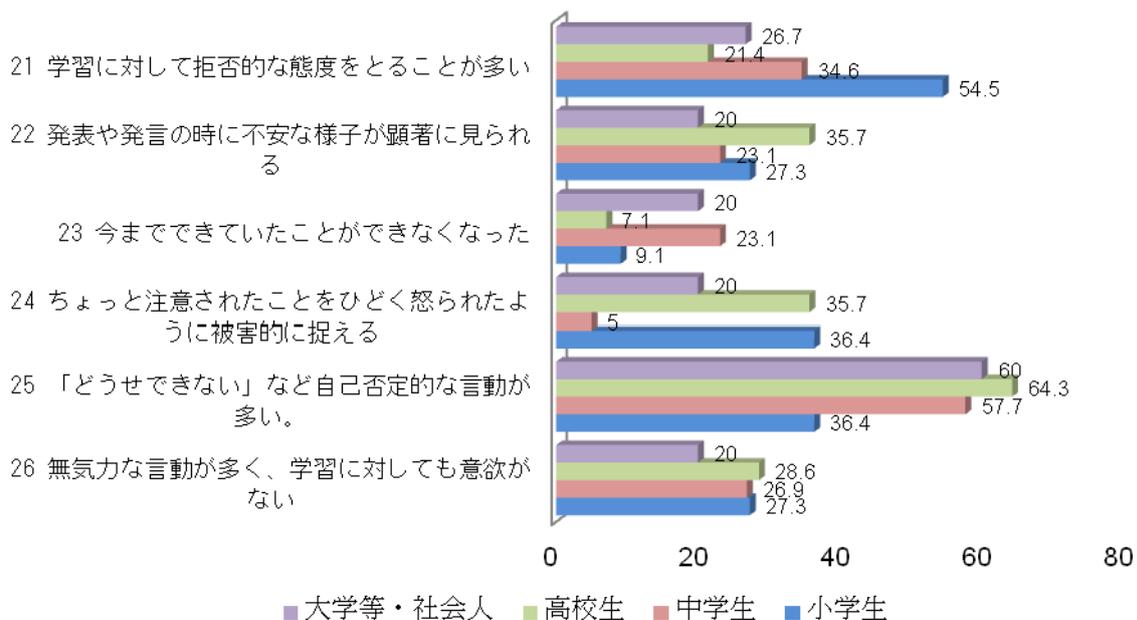


図5 学習面で気になる様子

(5) その他に気になる状態として挙げられたもの（自由記述）

4領域 26項目以外の情緒面や行動面で気になる状態についても自由記述を求めた。

生活のリズムの乱れ（昼夜逆転）、自殺念慮、敵愾心・復讐心、空想癖や独り言、強迫症状、睡眠障害など、精神疾患に類する症状が見られ、家庭では対応しきれず服薬も含めて現在も精神科の治療を受けている対象児・者も見られた。主なものを下記に挙げる。

- ・パソコンや深夜のゲームやネットが止められない。
- ・時間の観念がなくなる。
- ・飛び降りるなど死ぬそぶりを見せる。
- ・友人の悪口を作文やノートに書く。仕返しをしようとする。
- ・家でほとんどしゃべらない。
- ・家族の存在を無視する。
- ・家出をする。
- ・吃音。
- ・空想癖。
- ・独り言。
- ・些細なことに対しても落ち込み、すぐに涙ぐみ気力を失う。
- ・うまくいかないことを隠す。
- ・不安や事や嫌なことがあると石けん等を大量に使う。
- ・心配なことがあると眠れない。等

(6) 気になる状態のきっかけとなったこと

気になる状態が見られるようになったきっかけについて自由記述を求めた。表現の仕方は様々であるが、大きく分けると、教師との関係や友人関係などの学校での生活環境、家族の対応や兄弟関係などの家庭環境、そして本人の特性による問題である。主なものを下記に挙げる。

- ・友達からのいじめ、からかい、嫌がらせ
- ・教師の心ないことば、強制的な対応
- ・学校での居場所がない
- ・教師や友人の障害特性の無理解
- ・家族の否定的な対応
- ・家庭内の問題（夫婦関係、兄弟関係、祖父母との関係など）
- ・学習面のつまずき（成績不振、宿題や提出物の遅れなど）
- ・本人の思い違い、被害者意識の強さ
- ・自分の中での理想と現実の違いに対する混乱 等

(7) 気になる状態に対する対応

気になる状態に対してどのように対応したか、自由記述を求めた。基本的に家庭では、まず情緒面の安定を図ることを優先している。あまり積極的にかかわらずに無視する、静観するという方法もとられている。学校での不適応状態に関しては、居場所の確保と無理強いをしない対応を保護者から働きかけをしている。本調査の対象児・者は、通級指導教室の利用者であり、また医療機関を受診している者も多いことから、通級の担当者や医療機関関係者に対する対応の方法を相談しているという回答も多くみられた。主なものを下記に挙げる。

「家庭での対応」

- ・ 気になることをなるべく指摘しない。
- ・ 無理強いしない。
- ・ できていることに注目し、ほめる。
- ・ 本人の気が済むまでさせる。
- ・ 落ち着くまでかかわらずに静観する。
- ・ 本人の話を否定しない。
- ・ 本人が納得するまで話し合う。
- ・ 反抗に対しては、相手にしないで聞き流すようにする。
- ・ 生活に見通しを持たせる。

「学校での対応」

- ・ 保健室や相談室等の避難場所を確保する。
- ・ 個別指導で自信を持たせる。
- ・ クールダウンする際のルールを決める。
- ・ 苦手な教科や場面には無理強いしない。

「専門家からの支援」

- ・ 医療機関を利用（服薬等）する。
- ・ 通級指導教室担当教諭や特別支援学級担任、スクールカウンセラーに相談する。等

(8) 発達障害児・者の二次障害について考えること

アンケート調査の結果と二次障害についての自由記述から、保護者の立場から考えることを整理してみる。二次障害についての自由記述の内容を、「二次障害の捉え」、「理解と対応」、「学校の課題」、「家庭の課題」、「本人の課題」、「地域の課題」に分け、主なものを例に挙げてみる。

「二次障害の捉え」

- ・ 理解と対応次第でどの子どもも二次障害になる可能性がある。
- ・ 本人の気持ちを尊重しないで何かさせようとするとうつ病が起きる。
- ・ 良いところを伸ばさず、悪いところばかりを指摘され自分を否定するようになる。
- ・ 思春期の反抗が重なると対応はさらに難しくなる。

- ・二次的な障害は本人の特性に気付かない、気付いても理解することができない場合に起こる。
- ・周囲の理解がないと二次的な障害は絶対に良くならない。
- ・障害かどうかはわかりにくい分、対応が難しい。

「理解と対応」

- ・一人一人違う特性を持っていることへの理解が必要。
- ・同じ診断名でも対応の仕方が異なることへの理解が重要。
- ・しつけや怠惰ではないことへの理解を拡げる。
- ・物事を悪くとらえがちなので、良い面を受け止められるようにする。
- ・興味のあることに気づき、伸ばすことで自信を持たせること。
- ・ポジティブなことばかりを心がけること。
- ・二次障害になる前に小さな症状に気付くことが鍵である。
- ・経験を積んで克服していくしかない。
- ・予防のためには自分を受け容れてくれる環境を確保することが大切。
- ・医療機関、専門機関との連携は重要
- ・早くから療育や通級を利用することで二次障害は少なくすんでいる。

「学校の課題」

- ・家で親が気を配っても、学校でからかいや嫌がらせを受け、ストレスでぐったりして帰宅する。
- ・障害に対する差別感がある。周りの子どもたちの障害に対する理解が必要である。
- ・親が相談しても学校が受け止めてくれない。おとなしいタイプは気付かれにくい。
- ・学校で適応困難になったときの居場所がない。
- ・学校の先生の知識が不足している。
- ・中途半端に知識のある教師の弊害。
- ・親はベテラン教師にはお願いしづらい。
- ・中学校からは小学校の時ほど学校の様子がわからなくなる。

「家庭の課題」

- ・親自体も気付かずに放置することも多い。
- ・親も育てにくさを感じながらも本人の特性を理解していないと二次的な障害になる。
- ・反抗的な態度には必要以上に責めてしまう。
- ・少しでもほめたり認めたりする当たり前のことが発達障害のある子どもを持つ家庭では難しい。
- ・家の中では対応に慣れてきても、社会では許されないことを教えるのが難しい。
- ・親の心の安定が左右する。
- ・夫婦関係や兄弟関係の影響も大きい。
- ・本人だけでなく、保護者のケアが大切である。
- ・がんばり続けるには自助努力だけでは持たない。
- ・努力しても子どもにうまく寄り添うことができないこともある。
- ・親が我が子を受け止め、他人に対しても正面から対応できることが理想だが、まわりからバッシングを受けることは母親には厳しい。
- ・家族が周りの関係者との板挟みになり、本人と共倒れになるパターンもある。

- ・母親が不安や緊張の受け皿になると、母子分離が難しくなる。
- ・目立った問題行動がなくても、今の対応で良いのか常に不安である。
- ・我が子の特性を早期から障害として認識することが大切である。
- ・地域で生きていくためには保護者会等で専門家と障害理解を深める必要がある。
- ・勉強会などに参加し対応の仕方を学ぶ、親同士のネットワークも大きい。

「本人の課題」

- ・まわりの配慮があれば防ぐことができるが、自分の特徴を話すことが難しい。
- ・本人が何に対してストレスを感じているのか表現できないと対処できない。
- ・自分の気分や感情を言語化できないと本人の状況をまわりが理解することができない。
- ・思春期になり苦手なことに気付いているが、障害特性として捉えていないため自信や意欲を失っている。
- ・10代後半になり障害について理解することはとても難しい。
- ・自分の客観的評価ができず「困っていない」という。
- ・家族以外の人に頼ろうとしない。
- ・服薬や手帳取得には本人の受入がないと難しい。

「地域の課題」

- ・思春期以降のサポート機関がない。
- ・義務教育以降のメンタルケアができる人材、場所の確保、理解拡大が必要である。
- ・公的な機関は中学生まで、大人まで関われる場所が必要。
- ・地域で幼い頃から同じ人のサポートが必要。
- ・幼少時から生涯にわたりサポートしてくれる機関が欲しい。
- ・社会に出たときに学校のように近くで支援してくれるところがない。
- ・学校から社会に出たときにぶつかるであろう壁を親は予測できない。
- ・二次障害が起きてしまったときのSOS施設などの場が必要。

4. 考察

本調査の対象は、未記入の3名以外は発達障害の診断を受けており、医療機関の受診経験がある。現在、小学生である対象者の場合は、すべて医療機関の受診を継続しているが、年齢が上がるにつれて医療機関の受診は少なくなる。しかし、中学生でも2/3、大学生等・社会人になっても約半数が医療機関を受診しており、発達障害児・者の予後は決して楽観視できないこと、医療機関との連携の重要性が示されている。

情緒面や行動面の気になる状態について多くの対象者に該当した項目は、自己否定的な言動や反抗的な言動、被害的な訴えなど困難な状況に対する本人から発せられる適応的ではない言動と、過敏性、気分や感情の変動などの情緒面のコントロールの難しさであった。積極的に他者に援助を求めるなどの自己解決能力の弱さが、困難な状況を避ける方向に向かわせ、自分を追い込み、情緒不安定な状態を招いている。年齢段階による違いも見られる。小学生で見られる、指しゃぶりや爪かみ、学習に対する拒否的態度等は年齢が上がるとともに減少していくが、中学校以降は、反抗的な言動や「どうせできない」等の自己否定的な言動に変わっていく。一方で、親子分離ができない、特定の人から離れられない、

特定の状況を怖がる等の対人関係や場面状況に対する不安が高まっていく。直接的な反応として表に出ていたものが、自己評価の低下や自己否定など気持ちや情緒面に内面化していくことは、対応を難しくする。

発達障害は気付かれにくい障害であることから、本人の特性を理解できていないと二次障害は防ぐことが難しい。理解と適切な対応のない環境不全により、誰でも二次障害を起こしてしまうリスクがある。二次障害に関する課題としては、教師の対応や友達関係の歪みなど学校での生活環境の問題の他に家庭環境の問題、本人の特性の問題も挙げられた。教師や友人、家族も含めた周囲でかかわりのある人たちの特性に対する理解と配慮が基本となる。学校に対しては、特別支援教育の拡がりとともに中途半端な理解の弊害も出ているということに耳を傾ける必要がある。診断名だけで子どもを見ないということでもある。親も早期からの理解と受容が必要であり、そのためには親自身の気づきを促す支援、兄弟や家族に対する支援も重要である。そして、生涯にわたるサポート機関、特に義務教育終了後は公的な相談機関がない。幼少期から継続してサポートする人や機関があることで、理解と支援は広がっていく。

調査3 情緒障害児短期治療施設及び施設の子どもが通う学校への訪問調査

1. 目的

家庭、地域での人間関係の歪みなどにより、心理的、環境的に不適応状態にある情緒障害の状態にある子どもを援助の対象としている児童福祉施設に情緒障害短期治療施設がある。情緒障害児短期治療施設は、軽度の情緒障害を有する児童を短期間入所させたり、保護者の下から通わせたりして、その情緒障害を治療すると共に、退所した者についての相談などの援助を行うことを目的とする施設である。近年、被虐待児の割合が急増しており、また、本来の対象には含まれていない発達障害の傾向のある児童の二次障害による不適応状態で措置されている児童数も増加傾向にあり、その対応が課題として挙げられている。

そこで、情緒障害児短期治療施設及び施設の子どもが通う学校を訪問し、情緒障害のある子どもの実態と対応、さらに、発達障害を合わせ有する子どもの実態とその対応についての現状と課題を把握し、学校における予防的対応の参考となる情報を収集することを目的とする。

情緒障害児短期治療施設とは

情緒障害児短期治療施設は、児童福祉法第7条に列記されている児童福祉施設の一つであり、国、都道府県、市町村が設置できるほか、社会福祉法人等が設置することができる。児童福祉法第7条によれば、児童福祉施設とは、助産施設、乳児院、母子生活支援施設、保育所、児童厚生施設、児童養護施設、知的障害児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設及び児童家庭支援センターとなっている。同第43条の5に情緒障害児短期治療施設の施設概要が以下のように示されている。

「情緒障害児短期治療施設は、軽度の情緒障害を有する児童を、短期間、入所させ、又は保護者の下から通わせて、その情緒障害を治し、あわせて退所した者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とする。」

児童厚生施設や児童家庭支援センターを除く施設は、児童相談所、福祉事務所、市町村が入所を決定する。ただし、保育所への入所は保護者からの希望による形となり、児童自立支援施設への入所は家庭裁判所の決定に基づくこともある。

情緒障害児短期治療施設の対象年齢は、小学生・中学生を中心に20歳未満となっており、施設への入所・通所は児童相談所が適当と認めた場合に措置として決定される。費用については、国および地方自治体はその一部を支出し、児童の保護者から収入に応じて負担金として徴収される。

情緒障害児短期治療施設には、医師（精神科もしくは小児科）、心理職（心理療法を担当できる者）、児童指導員、保育士、看護師、栄養士、調理員（調理業務を外部委託する場合は除く）、事務職員を置くことになっている。心理療法を担当する職員数は概ね児童10人につき1人以上、児童指導員及び保育士の総数は、概ね児童5人につき1人以上となっている。

2. 方法

情緒障害児短期治療施設における情緒障害児の生活と治療の現状と課題及び、施設の子どもが通う学校における教育的支援について、情緒障害児短期治療施設に関する調査資料及び訪問調査から情報収集を行った。

訪問調査については、情緒障害児短期治療施設の子どもが通う学校は、地域の小・中学校、併設の特別支援学級、併設の特別支援学校など様々な形態をとっていることから、全国に設置されている情緒障害児短期治療施設 37 か所（平成 23 年度現在）の中から、施設の子どもが通う学校の形態が異なる 5 か所を訪問し、施設職員と学校関係者の双方から現状と課題について情報を収集した。

（1）調査内容

主な調査内容は、施設入所の経緯、施設の子どもの状態、学校教育の現状、施設と学校との連携、生活上や学習上の配慮・工夫と課題などである。

（2）調査時期 平成 22 年 9 月～10 月

（3）訪問した施設・学校

施設名	学校名 学校・学級種別
社会福祉法人 北海道バウムハウス	(併設)伊達市立星の丘小中学校 ・特別支援学級のみの学校
社会福祉法人 宮城県小松島子どもの家	(通学)仙台市立小松島小学校、台原中学校、五城中学校 ・地域の学校に通学
社会福祉法人 横浜いずみ学園	(併設)横浜市立汲沢小学校・中学校 ・特別支援学級分級
社会福祉法人 兵庫県立清水が丘学園	(併設)明石市立清水小学校、魚住中学校 ・特別支援学級分教室
山口県みほり学園	(併設)山口県立山口総合支援学校みほり分校 ・特別支援学校分校

3. 結果

（1）情緒障害児短期治療施設の生活指導と治療

情緒障害児短期治療施設は、集団生活により子どもの状況の改善を図ることを目的としている。また、カウンセリングなどによる心理治療を行い、子どもの成長・発達と自立を援助していく。施設全体が治療の場であり、施設内で行っている全ての活動が治療であるという総合環境療法の立場を基本的にとっている。総合環境療法とは、1950 年代に考案された集団の人間関係や組織運営を修正すれば、個人の行動変容が生じるという環境療法

(milieu therapy) を、情緒障害児短期治療施設が発展させた治療概念・治療方法である。総合環境療法の2大原則は、①治療の考え方が医療モデルではないこと（子どもの中に病因を発見しそれを薬や手術などで取り除くと健康になるという医療モデルではなく、問題の原因を子どもと環境のやり取りの中に探し出し「環境を修正する」ことで子どもの行動を修正するか、子どもの成長を促進しようとする考え方）と、②個人療法（個別セラピー）に固執しないこと（問題の内容を子どもの内部に探すよりも環境のどこに問題があるかとみていくため、個人療法よりも、集団の行動つまり日常生活のありかたに重みをおくという考え方）である。

具体的には、①医学・心理治療、②生活指導、③学校教育、④家族との治療協力、⑤地域の関係機関との連携を治療の柱とし、医師、セラピスト（心理療法士）、児童指導員や保育士、教員など子どもに関わる職員全員が協力して一人ひとりの子どもの治療目標を達成できるよう、本人と家族を援助していくものである。

心理治療は、児童精神科医やセラピストが週1回程度、約1時間の治療場を共有して行う。絵を描くことやゲームなど、いろいろなものを使って心の中の不安や葛藤を表現させ、それが軽減していくため援助を行う。年長児には個別面接（カウンセリング）を実施する。問題を直接解決するというより、子どもの精神的な成長や子どもを取り巻く状況の改善に向け、集団療法、家族療法的アプローチ、その他セラピストが工夫し、様々な心理的治療法にて、子どもの気持ちに寄り添い支援していくのが基本である。子どもによっては心理治療だけでなく、症状を軽くするため薬による治療も行う。

生活指導は、保育士と児童指導員が担当する。職員と子どもたちの相互性、共同生活かの中から基本的な生活習慣を再確立する。施設にいる子どもたちのほとんどが仲間作りや集団の中でうまく適応していくことが苦手で、自信を失っている状況が多く見られる。このような子どもたちも、施設内の生活日課や行事等を通じて、他の児童や職員とのふれあい、遊び・スポーツ・作業などを一緒に行うことにより、活動する楽しさを通して自信を取り戻す援助を行う。

学校教育は、施設によって地域の学校、施設内の特別支援学校や特別支援学級の分教室・分校など様々な形態があり、教育委員会と連携を図りながら、施設内の子どもたちの教育を保障している。基本的に一つの学級の人数が一般の学校に比べると小規模なので、集団が苦手な子どもでも教室に入っていくやすい。安心できる教育環境の中で、大人との関係の再構築を行うことが可能となる。施設内の学校でも教材は地域の小・中学校と同じものを使う。不登校などで学習の遅れがみられる場合は教材や教え方に工夫を凝らし、子どものレベルに合わせた習熟度別学習も進めている。

（2）情緒障害児短期治療施設における生活上、指導上の課題

全国情緒障害児短期治療施設協議会が平成21年に実施した実態調査では、施設入所している子どもの中で、被虐待児の全国平均の割合が72.5%に達している。また、広汎性発達障害の子どもが19.5%、愛着障害を含む社会的障害の子どもが26.8%、軽度、中度の知的障害のある子どもが12.6%であったと報告されている。虐待を主訴として措置されている子どもの中に、本来の対象ではない発達障害や知的障害のある子どもがかなりの割合で含まれている。今回訪問した5つの施設においても、被虐待児の割合がどこも約70～80%であ

り、何らかの障害のある子どもの割合は約30～50%、そのうち発達障害の傾向のある児童は約20～40%で、特に広汎性発達障害の割合が多いということであった。情緒障害児短期治療施設で対象としている児童は、これまで心身症等からの不登校、虞犯や少年非行、被虐待、発達障害というように中心となる対象が変容してきており、時代の流れで新たに注目される対応の難しい問題を抱える児童が支援の対象となっている。発達障害等のある子どもが増えるに伴い施設における子どもの生活状況は複雑化し、新たな課題を抱えることになる。睡眠障害や極端な偏食等、基本的な生活習慣が身につけていない、共感性や協調性が育っていないために自分勝手な行動や生活の基本的ルールが守れない、子ども同士の対人関係やコミュニケーションがうまくとれない等である。また、衝動や行動のコントロールがきかず、激しい興奮と怒りによる破壊的、暴力的行動等も増えてきている。短期治療施設であることから、入所期間は2～3年程度で家庭等に戻すことを求められており、対象が変わるたびに、支援のスタンダードについて職員間の共通理解を図っていかなければならないことが課題となっている。神奈川県社会福祉協議会施設部会が情緒障害児短期治療施設を含む県下全ての児童養護施設に行ったアンケート調査(2010)からは、施設における発達障害のある子どもへの支援に関する課題が見えてくる。

「子どもの状態として」

- ・集中力が持続しない。
- ・物をなくしたり壊したりすることが多い。
- ・言葉だけでは伝わりにくい。
- ・気分の浮き沈みが激しい。
- ・周りが見えていないことがある。
- ・パニックを起こす。
- ・気持ちのコントロールができない。等

「集団生活、他の子どもとの関係」

- ・言葉遣いの悪さ、態度の悪さなどにより対人関係のトラブルが多い。
- ・粗暴傾向から他の児童を守ることが課題になる。
- ・小規模施設では児童間の距離も非常に近くなり影響も大きい。
- ・空気が読めないため、からかいやいじめの対象になる。
- ・他児からの嫉妬や攻撃の対象になりやすい。等

「障害特性の理解と対応」

- ・子どもの理解には小児精神科医や心理士のアドバイスが必要であり、幼稚園や学校との連携も必要だが機会が非常に少ない。
- ・医療機関によって診断が異なり、対応の仕方に困惑する。
- ・「疑い」という括りの児童への支援の難しさから、能力以上のことを求められてしまう。
- ・発達障害といっても個々に能力や反応が違い、個別のプログラムが作成できない。

子どもの状態として、発達障害の障害特性である情緒面や行動面についての特徴が挙げられている。できないことが多くなり自信をなくしていることから、子どもに合わせて理解しやすくかみ砕いて伝える必要があったり、日常生活全般で特異な行動が多かったりするため、個別に対応する時間をどうしても多く必要とする。

集団生活上、子ども同士のトラブルが避けられない。からかいやいじめの対象になることもある。個別的対応が多くなることで、他の子どもへの目が行き届かない。他の子どもたちが遠慮したり我慢したり、嫉妬や攻撃の対象になったりもする。他の子どもたちの不満に対してきちんと説明ができないということもある。本人と周囲の双方のフォローが必要である。

障害特性を理解し、専門的な知識や指導を行うことが必要であることから、専門家や専門機関との連携の重要性が述べられている。一方で発達障害の概念のあいまいさ、診断の難しさも出ている。傾向や疑いを含めるとその状態像の多様性から、具体的な対応や支援について苦慮している様子も窺える。

(3) 情緒障害児短期治療施設の子どもの学校教育における生活上、学習上の課題

児童福祉法第48条において、「児童養護施設、知的障害児施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設、情緒障害児短期治療施設及び児童自立支援施設の長、その住居において養育を行う第六条の二第八項に規定する厚生労働省令で定める者並びに里親は、学校教育法に規定する保護者に準じて、その施設に入所中又は受託中の児童を就学させなければならない。」と示されている。情緒障害児短期治療施設には児童相談所により措置された子どもたちの入所施設であることから、施設が家庭生活の場となり、施設から学校に通学することになる。

学校教育を受けるシステムは、地域の学校に通学する、施設内に特別支援学校や特別支援学級の分校・分教室が併設されておりそこに通学するなど様々な形態があり、施設により異なっている。表1に全国の情緒障害児短期治療施設及び学校教育形態一覧を示した。学校種別により教員配置も施設により異なることから、制度上、学校教育をどう位置づけるかは、教育委員会の判断にもよる。

訪問調査の際に、学校関係者から得られた学校教育における課題について挙げてみる。

「子どもの状態として」

- ・ 基本的な生活習慣が身についていない。
- ・ 基礎的な学力が身についていない。
- ・ 学習のつまずき、失敗経験により自信を喪失している。
- ・ 情緒の安定が崩れやすい。
- ・ 自分の考えたことを相手にうまく伝えられない。
- ・ 教室に入れない。
- ・ 暴力や暴言、大人への不信感が強い。等

「教師の対応として」

- ・ 被虐待児に対する指導プログラムがない。
- ・ 人間関係の構築にとっても時間がかかる。
- ・ 暴力や暴言、大人への不信感による言動に対する適切な支援の方法がわからない。
- ・ 些細なことでトラブルになりやすく、集団指導が難しい。
- ・ 学習経験の不足により、基礎的な学習の定着が難しい。
- ・ 在学期間が2年～3年程度と短く、継続した系統的な学習指導ができない。

- ・頻繁な転出入で学年や学級が安定しない。
- ・全国的にも数が少なく、専門的な研修の機会がない。

まず子どもとの人間関係の構築ができなければ学習には取り組めない。被虐待児への対応や大人への不信感を抱いている子どもの人とのかかわりかたの特性の理解が重要になる。同じ学年でも学習の定着度には差があることから、授業形態も個別指導やグループ指導を多く取り入れる必要がある。情緒の安定が崩れやすい、失敗経験により自信を失っている子どもに対して、様子を見ながらどこまで学習に取り組ませるかの判断も難しい。

特別支援学校の教員については、特別支援学校教員免許を取得している者が多いものの、特別支援学級も含め、経験年数や免許所得者を配置の条件にするなどの措置はとられていない。指導の難しさによる教員の疲弊等から、異動も早めに行っているところも見られる。現状では、担当教員の経験や力量に委ねている部分が多い。特別支援教育だけでなく、心理学やカウンセリング等の専門性を有する教員の配置、専門性を担保する研修の保障等についても重要な課題である。

情緒障害のある子どもの心理的、環境的な不適応状態は様々であり、また、虐待の背景に発達障害のある子どもの場合は、それに障害特性が関係してくることから、一人一人に応じた支援の方法が求められる。支援のスタンダードは子どもとの関わりから生み出していく他はなく、対象となる子どもの変容に伴う支援の手立ての検討は、情緒障害児短期治療施設が常に直面する大きな課題でもある。

情緒障害児短期治療施設に求められることについて、2007年10月から2008年9月末までの1年間に入所してきた全児童を対象に、措置した児童相談所に行ったアンケート調査がある。それによれば、情緒障害児短期治療施設に措置した理由として、回答の多い順に、「心理診断により、心理学的な援助が必要と考えられたため」(72.9%)、「将来問題が大きくなったり、社会的不適応に発展しそうなので、早期のうちに治療的な支援をして問題を悪化させないため」(53.9%)、「個別の支援から集団生活の支援まで幅広い支援ができるため」(48.9%)、「ケアワーカーの専門性が高く、生活の中での支援が期待されるため」(46.6%)、「発達障害の子どもなどの対人的、社会的スキルを育てることが期待できるため」(46/6%)、「児童養護施設に比べて、職員の目が行き届いているため」(41.6%)、「家族との関係を築いていくことが難しい事例で、家族の支援など専門的な関わりが必要と考えられるため」(41.1%)となっている。

4. 考察

総合環境療法をベースとした専門的な心理的支援を行っている情緒障害児短期治療施設の基本的な子どもとのかかわりの姿勢は、学校教育においても、情緒障害や発達障害の二次障害のある子どもと教師との関係において、重要な示唆を与えてくれるものである。以下は、訪問調査の際に施設職員及び学校関係者が述べていた子どもとのかかわりの姿勢から、重要な観点を整理したものである。子どもの問題はとりまく環境との相互作用から生まれる。子どもが安定していたこれまでの状態とは異なる何らかのアクションを起こしたということは、子どもが安心できない生活環境であることを訴えており、見直すきっかけを与えてくれているとも捉えることができる。

「人間関係の構築」

- ・ありのままの姿を受け容れる。
- ・無理強いはしないで、徐々に誘うようにする。
- ・よい行い、小さな努力を認める。
- ・子どもの話をたくさん聞く。
- ・暴力は思考の停止の状態、コミュニケーションを重視する。

「安心できる環境づくり」

- ・見通しが持てる、安心できる環境を整備する。
- ・誰かに見守られている心地よさがある。
- ・安定した時間をできるだけ長く、不安定な時間をできるだけ短く。
- ・複数の大人がかかわる。
- ・対応に一貫性を保つ。

「主体性、自立性」

- ・意欲を育てる。
- ・自尊感情を培う。
- ・生活の枠組みはきちんと決める。
- ・自分で行動する楽しさを引き出す。

子どもの現状を踏まえると、情緒障害児短期治療施設のような専門的な心理的支援を行う施設の必要性は高い。しかし、施設入所する子どもが増えることは本来のあるべき姿ではない。子どもの問題は、深刻にそして重篤になる前に、早期支援を行うことが、そのケアも円滑にする。医療、保健、福祉及び教育が積極的に子どもの情報を共有化し、協働できる地域のネットワークを以下に構築するかが重要である。

表 1 全国情緒障害児短期治療施設及び学校教育形態一覧

道府 県名	施設名	特別支援学校 (分教室)			小・中学校 (内訳)							
		知的	病 弱	肢 体	本 校	分 校	通 学	通 常 の 分 教 室	自 情 学 級	知 的 学 級	病 弱 学 級	
北海道	(社福) タラブ バウム ハウス				○					○	○	
青森	(社福) やまぶき福祉会 青森おおぞら学園									○		
岩手	(社福) 岩手愛児会 ことりさわ学園		○									
宮城	(社福) 仙台基督教育児院 小松島子どもの家						○					
茨城	(社福) 内原同仁会 内原深敬寮									○		
栃木	(社福) 邦友会 那須こどもの家					○				○		
群馬	(社福) 希望の家青い鳥ぐんま									○		
埼玉	(社福) 慈徳院 こどもの心のケアハウス嵐山学園		○									

神奈川	(社福) 横浜博萌会 横浜いずみ学園								○		
長野	長野県諏訪湖健康学園			○	○		○	○			
静岡	静岡県立吉原林間学園								○		
愛知	(社福) 愛知県厚生事業団 愛知県立ならわ学園								○		
	名古屋市児童福祉センター 名古屋市くすのき学園								○		
	(社福) 中日新聞社会事業団 中日青葉学園わかば館								○		
岐阜	(社福) 桜友会 桜学園								○		
三重	社会福祉法人 アパティア福祉会 児童心理療育施設 悠 (はるか)					○			○		
滋賀	(社福) さざなみ学園 さざなみ学園		○								
京都	京都市児童福祉センター 青葉寮								○		
	(社福) るんびに苑 るんびに学園								○		
大阪	(社福) 大阪府衛生会 希望の社										○
	(社福) 阪南福祉事業会 あゆみの丘								○		
	(社福) 大阪水上隣保館 ひびき								○		
	大阪市立児童院								○		
	(社福) みおつくし福祉会 大阪市立弘済みらい・のぞみ園				○				○	○	
兵庫	(社福) 兵庫県社会福祉事業団						○		○		
	兵庫県立清水が丘学園										
和歌山	(社福) 虎伏学園 みらい							○			
鳥取	(社福) 鳥取こども学園 鳥取こども学園希望館								○		
島根	(社福) さざなみ学園		○								
岡山	(社福) 旭川荘 岡山県立津島児童学院						○		○	○	
広島	(社福) 広島市社会福祉事業団 広島市こども療育 センター 愛育園								○		
山口	山口県みほり学園		○								
香川	(社福) 四恩の里 若竹学園								○		
高知	(社福) 同朋会 珠光寮								○		
福岡	福岡県立筑後いずみ園					○	○		○		
長崎	(社福) カメリア 大村椿の森学園								○		
熊本	(社福) キリスト教児童福祉会 こどもL. E. C. センター						○		○	○	
鹿児島	(社福) くろしお会 鹿児島自然学園								○		