

発達障害の人たちの支援に関わる 専門家のための研修テキスト

思春期編

はじめに

このたび、発達障害のある人たちの支援に関わる専門家を養成することを目的として、実践的知識をまとめたテキストを作成しました。これは、平成24年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業の指定課題「医療や福祉分野の発達障害支援者の人材育成体制の調査について」の一環として、山梨県の作業部会が中心となってまとめたものです。発達障害の人たちの支援に関わる専門家の育成は、まだまだ不十分です。国内を見渡すと、人材育成を行うための研修の場とプログラムにアクセスしにくい地域もたくさんあります。このテキストは、そのような地域の人たちが気軽にアクセスできることをねらいの一つとしています。

発達障害の人たちの支援は、多領域・多職種によるチーム・アプローチが不可欠です。また、幼児期から成人期までの幅広いライフステージで支援が必要です。支援に関わる専門家は、自らの専門領域をもつスペシャリストであると同時に、他領域に関するある程度の知識をもつジェネラリストでもある必要があります。これらのニーズを両立させるために、このテキストはライフステージによって「幼児期編」、「学齢期編」、「思春期編」、「成人期編」、これに「総論編」を加えた5冊からなる分冊形式とし、読者のニーズに応じていろいろな組み合わせで学習できるようにしました。また、紙の冊子にすると同時にPDFファイルも作成し、各関連機関のホームページからダウンロードできるようにしました。

出典として、厚生労働省雇用均等・児童家庭局から平成20年に出版された一般小児科医向け、一般精神科医向け、および子どもの心の診療専門医養成用のテキストを、有効活用しました。他の部分については、山梨県立こころの発達総合支援センターおよび山梨県教育委員会高等教育課のスタッフと甲州市福祉あんしん相談センターの服部森彦氏からなる執筆チームが分担執筆しました。さらに、総論編の一部を山口宇部発達医療センターの林隆センター長が執筆しました。

短い時間の中、急ピッチで執筆が進められたため、表現や表記法が不統一である箇所や、推敲が不十分である箇所が多くみられることを、ご容赦いただければと思います。今後、ご意見をいただきながら定期的に内容を見直し、適宜改訂していきたいと思っています。

このテキストが、発達障害の人たちの支援に関わるさまざまな職種の人たちに、有効に活用されることを願ってやみません。

平成25年3月

山梨県立こころの発達総合支援センター
本田秀夫

目次

思春期における発達障害の特徴.....	1
二次的な問題と併存障害.....	2
観察のポイント〔個別場面〕.....	4
観察のポイント〔集団場面〕.....	6
診察の手順.....	8
心理検査.....	9
評価尺度.....	11
思春期の支援の基本的な考え方.....	13
後期中等教育（高等学校教育）期の支援について.....	14
キャリア教育.....	21
医療と教育の連携.....	23
心理療法.....	24
薬物療法.....	26
二次的問題および併存障害への対応.....	27
家族支援.....	29
思春期に利用できる制度と社会資源.....	31
執筆者一覧.....	33

思春期における発達障害の特徴

思春期は二次性徴が発現し、性的感情の発達や自我の目覚めの時期で、具体的には親からの心理的自立、仲間関係、異性関係の確立、自我同一性の確立を求める時期である。しかし発達が未完成であるために健常者でさえも精神心理的に不安定であり、発達障害においては健常者以上に深刻な問題を生じやすい。思春期前の発達障害においてはその特性から来る症状そのものが問題となる場合が多いが、思春期には適応の困難さから来る二次障害が多くを占める。適応が困難となる要因を以下に示す。

- ◆ 生物学的な脆弱さ: 性格や気質の独特さから来る適応の困難さ
- ◆ 社会的環境の問題: 親、仲間、異性などとの関係を適切に保持出来ない
- ◆ 危機に対する対処の困難さ: 苦手な状況に対応出来ないか、独特の対処をする
- ◆ 思春期以前の養育環境の影響: 周囲環境に由来する認知発達の歪み

これらが相互に作用し、生じたストレスに適切な対処をする事が困難となり、結果悪循環に陥り二次障害を生じる。思春期の発達においては、年齢により「両親からの自立」、「仲間関係の確立」、「自我同一性の確立」などの発達過程をクリアしていく必要があるが、各々の発達過程にさしかかる所で二次障害が生じる可能性が高まる。例えば「両親からの自立」でつまずくと心理的な自立が困難となる事により家族内での確執が生じ、「仲間関係の確立」でつまずくと恥をかいたりする事や傷つく事に対する恐怖感から不登校を生じたり、「自我同一性の確立」でつまずくと自己愛性の異様な高まりや自己肯定感の低下を認め、他者への攻撃性が増したり引きこもりなどの問題が生じるなどである。発達特性の歪みにより、思春期前の社会関係で重要となる家庭環境や仲間関係に問題が生じているとその傾向が強まる上に解決が困難となる可能性が高い。早期からの療育支援が望まれる所以である。

発達障害の諸問題は、どの様な年齢においても社会環境や対人関係などの変化が誘因となるが、思春期の場合には問題となる症状は認識されやすい一方で、原因となるつまずいた切っ掛けが他者から認知されにくく、子どももその事を容易に表出し辛いという難しさがある。そして思春期前には問題に気付かれなかった場合でも判断や適応の困難さから自尊感情が既に低下している可能性が高く、対応には相応の時間や対応する側のスキルを必要とする場合が多い。どの時期の発達障害でも当てはまる事ではあるが、どの様な事が苦手なのか、何が不安なのか、どうして欲しいのかという事に思いを巡らせ、理解する事が重要なのは前述の通りである。その上で子どもに対し、苦手な所を受け入れつつ得意な所で自信を深め、適応可能な社会的な活動の場や役割を受容出来るよう促す様な支援を行う事を期待したい。

二次的な問題と併存障害

発達障害の子どもたちは幼少期からコミュニケーションがとりにくく、時には多動・衝動性が著しく、いわゆる育てにくい子どもたちである。このため本来は愛情深く子どもを支持し、養育してくれるはずの養育者から陰性の感情を引き出しやすく、養育者との愛着が育ちにくい。その後もなんの支援もなければ、就学後には周囲の子どもたちからも否定的な対応を受け、否定的な社会体験を重ねるようになる。発達障害の子どもにとっての思春期は一般的な子ども以上に身体の変化に戸惑い不安定になりやすく、たとえ十分な支援を受けている場合であっても、本人が他者を意識し始めることで、それまで気付かなかった集団の中での自分を知り「うまくやれない自分」を認識する時期である。また、想像することの苦手さから自分の将来像をうまくイメージできずに悲観的になりやすい時期でもある。以上のことを背景に思春期にはさまざまな精神的な問題が起こってくると考えられる。以下にその代表的なものを挙げる。

<気分障害>

発達障害と気分障害は併存しやすい病態であり広汎性発達障害の家族研究では自閉症の子供を持つ家族における気分障害の報告が多いなど、生物学的な関連性も示唆されている。また継続した支援を受けていない発達障害では、思春期になるとこれまでの否定的な社会体験から孤立を深め、うつ病発症の契機となりやすい。

<強迫性障害>

広汎性発達障害ではもともと強迫的な反復行動や儀式的な行為が見られやすいが、不安や抑うつのために悪化し強迫性障害と言える状態となることがある。

<社会不安障害>

思春期に他者の視線を意識するようになったことで自らがうまく社会的な振る舞いができないことに改めて気づき、社会不安症状を呈するようになることがある。

<統合失調症様症状>

特に継続的な支援を受けておらず否定的な社会体験を重ねてしまった発達障害の人の中には被害感や怒り、孤立感を募らせていき、時に統合失調症様の幻覚妄想をきたすことがある。経過の中で一過性に収まることもあるが、統合失調症の発症との鑑別に注意が必要となる。

<ひきこもり>

近年のひきこもり研究によればひきこもりのケースの中に発達障害を背景とするものがあることが分かってきている。おもな適応上の問題は、友達がつくりにくい、周囲に対する被害感や特定の教科における学業不振、進路が決定できないといったことなどであり、小中学校の不登校からそ

のまま成人のひきこもりに移行してしまうケースも少なくない。ひきこもり状態にある発達障害ケースでは以前に診断を受けていた人は少なく、療育や特別支援教育を受けたことのない人がほとんどであることがわかっている。

<非行>

幼児期の愛着形成が不十分なまま学齢期を迎え、周囲の仲間からも攻撃や無視などの否定的な対応を繰り返された場合、子どもは著しく自己評価を下げ、無力感や不安などとともに周囲への激しい怒りと不信感を持つようになる。このために反抗、暴力、家出、万引きなどの反社会的行動に至るケースがある。また、それまで全く非行歴のない発達障害者がパニックに際して偶発的に他者を傷つけてしまったり、独特の興味関心に基づく行動が結果的に社会規範を逸脱してしまったりするタイプの非行も認められる。

(参考文献)

傳田健三, 佐藤祐基, 井上貴雄ら: 広汎性発達障害と気分障害。「児童青年精神医学とその近接領域」52: 143-150, 2011。

岩田泰秀: 思春期以降の精神医学的問題と薬物療法。辻井政次, 氏田照子編著: 「思春期以降の理解と支援—充実した大人の生活への取り組みと課題—」, 金子書房, 2010。

小宮山さとみ, 近藤直司: 不登校: ひきこもりをきたす発達障害のケース。齊藤万比古編著: 「発達障害が引き起こす二次障害のケアとサポート」, 学研, 2009。

齊藤万比古, 青木桃子: ADHDの二次障害。「精神科治療学」25: 787-792, 2010。

観察のポイント〔個別場面〕

<面接までの経緯について>

本人自らの困り感を訴えて相談に至る場合と、親が困って相談に至る場合、もしくは本人、親以外の学校や相談機関からの勧めによって来所する場合がある。期待や不安、恐怖、怒り、無関心などのどの心境で来所しているかということを想定しながら観察をする。

<待合室から面接において>

待合室で待っている間の本人の様子や親の様子、そして、本人と親の関係についても観察しておく。思春期は、親との距離感が一つのポイントとなるため、待合室での座席の位置や移動の際の本人と親の様子と距離感を観察しておく。また、身体の状態と衛生状態、そして服装や髪形など身だしなみにどのくらい自分で気をつけているのか、気づいているのかを確認する。

<親子同席面接>

本人が話していて困ったときに親に助けを求められるかどうか、親が本人にどのくらい主体性を持たせているか観察し、家族の力動と家族機能の評価をする。また、親の前での本人の話す様子に恥じらいがあるかないか、本人が親の言動を制止しようとするか観察したり、親の前での本人の様子と個別の場面での様子を比較することも重要である。

思春期の子どもの場合、たいてい着席していられることが多くなるが、面接中手や足など体の一部が異常に動いていないか観察する。また、面接の中で、これまで学校生活で忘れ物が多くなかったか、整理整頓はできていたが、ケガは多くなかったかなど日常生活での不注意面、その困り感について本人、親から確認をする。

<分離面接>

個別での指示の理解や他者への反応、言語コミュニケーションについて、言語表出がどの程度できるか、発音が正確であるか、語彙が正確に使われているか、年齢相応の発言内容か、また、コミュニケーションについて相互のやりとりが可能か、共感するなどの情緒的な反応はあるかなど確認する。そして、他者への反応や大人に対する態度も観察しておく。思春期ぐらいの子どもだと、一見ぶっきらぼうそうに見えるが、質問には真面目に素直に答えてくれるということも少なくない。話す態度と返答の内容を観察しておく。

興味の対象を本人から聞きだすと、それまではポツリポツリと話していたのに、急に饒舌になったり、一方的に話し続けるということもあるため、話題の内容によっての態度の違いも見えておく。自分の周囲がみえはじめてくる時期でもあるため、周囲に対し、どんな感情を抱いているのか確認する。これまでの体験や、家族に対しての感情、友人に対しての感情、学校への感情など聞きだしながら、被害感や不安感が強くなっていないかどうか、本人の物事の捉え方など観察しておく。また、自分をどのように捉えているか、自分はどうしたいと思っているのか、自尊心を持って

ているかどうか、自分というものにどれだけ気づいているのか、確認する。

そして、親は承知していなかったり、認めていなかったりすることがあるため、本人から腹痛や頭痛などがないか身体の状態を確認すること、思春期は他の精神疾患を発症しやすい時期であるため、幻覚、幻聴などがないか、夜眠れているかなど精神状態を把握することも必要である。

(参考文献)

本田秀夫:子どもの行動観察のポイント。「こどものりんしょう a・la・carte」30: 203-207, 2011。

吉田敬子, 金澤治, 松田文雄:子どもの診察の仕方、ラポール。「一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト」:22-27, 2008。

観察のポイント [集団場面]

一般的に、思春期の仲間関係においては、グループ内でのみ共通する価値観が重要であり、グループへの帰属感・一体感が高まり、親密な同性との交流を通して、自己の同一性を確立していく。この時期に、クラスの中で浮き上がったり、孤立を経験するといった仲間集団下の適応困難から被害感や不適応感、無気力を抱きやすく、万能的な対象への同一化やファンタジーへの没頭が過剰になることもある。ここでは、学齢期の集団場面の観察のポイントに加えて、思春期特有の部分について述べる。

出会いともいえる初回には、より良い集団への期待感と不安感とが入り混じって、学齢期の集団場面よりも強い緊張感が漂う。自分の好きなことを事前アンケートで記入してきてもらい、それぞれに披露してもらうといった場面では、メンバーの意見を聞きながら自分の順番が来るまでに加筆修正している姿があり、自分の意見が受け入れられるかどうかを推し量っていたりした。こうした緊張感の漂う雰囲気、誰のどんな言葉や行動で笑顔が生まれたり、緊張感が砕けたのかということも、雰囲気を感じながら観察することが重要である。

また、この時期になると、相手の意見に相槌を打ったり、自分の意見を譲歩したり、メンバーらの意見を解説を入れてつなぐような言動がみられることがある。こだわりをもった好きな物事が他者に注目を向けられたり、共通項が見られた時の反応も観察ポイントである。こうしたメンバー間の相互作用を観察しながら、スタッフは時に介入を控えるなど調整を図る必要がある。中には、協調をとろうと「どっちでも良い」と中立的な意見を述べるメンバーもあり、そうした配慮に感謝を伝えつつも、そのメンバーの意見が活動に反映されるような体験にもつなげていきたいものである。

心理的な内的世界は、作業活動に取り組む様子にも大いに観察される。完成の出来栄だけでなく作業工程にこだわりが見られ、作業没頭もしやすいため、失敗への過剰な抵抗が見られたり、力が抜けずに過集中となり作業にゆとりがみられない場合がある。スタッフの介入のタイミングを図るためにもそうした様子を観察したり、適度に力を使うような活動を取り入れたりする工夫も必要である。一方、言語的な理解と遂行機能とのギャップが大きい、いわゆる不器用が目立つタイプには疎外感を与えないような配慮を要する。また、ふわふわ、つるつるといった快刺激につながりやすい肌触りの素材を使うと、それだけで感覚的に安心感を得ている場合もあるため、不安感の軽減には、あらゆる刺激の工夫が可能である。完成作品は自身を投影した移行対象ともなるため、作品の取り扱い方や他者からの作品に対するコメントへの反応なども観察ポイントである。

言語交流という点では、細部にこだわりすぎる、同じ質問をしつこく繰り返す、好きな話が止まらなくなる、ひとつひとつの言動へのリアクションが大きすぎるなど、一般には暗黙に敬遠されてしまいがちな言動が見られることがある。このとき、グループ内での受け止められ方はどうであろうか。ここで具体的に反応が返ってくる・梓づけが入るといった対応がなされることによって、行動を自分で調整できたという体験や受け入れられるグループ体験ができ、集団への抵抗感への緩和につなげていくことが重要である。

また、過剰適応の懸念やこだわりが一時的に強化される可能性等も考えられるため、保護者に

はグループに参加してからの家庭の様子をうかがい、把握しておくことも重要である。

(参考文献)

神尾陽子編:「ライフステージに応じた自閉症スペクトラム者に対する支援のための手引き」, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 2010。

本田秀夫:子どもの行動観察のポイント。「こころのりんしょう a・la・carte」30: :203-207, 2011。

内閣府:「ユースアドバイザー養成プログラム(改訂版)」, 2008。

(http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/h19-2/html/ua_mkj_pdf.html)

診察の手順

発達障害に関わる外来を受診する際、多くは「以前から認める発達の問題により受診するケース」と「発達障害の症状では無く二次障害を主訴として受診するケース」のいずれかであるが、思春期においては後者が多い。例えば不登校や行為障害などが具体的な主訴となった場合など、その症状により発達障害と他の精神疾患との鑑別が難しくなる事は度々経験される。更に思春期の発達障害では子どもの持つ特性や心理状態、周囲環境の為に、児や家族などから診断やアセスメント、治療などに必要な情報の取得が困難となる。思春期における発達障害の診察は、それらの点を考慮し慎重に進めなければならない。

<診察の実際>

診察に訪れる思春期の子どもは多くは他者に対してある種の不信感を持っている。特に二次障害を主訴として受診するケースの場合は、その症状の背景に他者からの無理解や中傷などが存在している可能性が高い事に加え、子ども自身の意思では無く半ば親に無理矢理連れてこられる場合が多いものと考えられる。即ち、自身の苦悩を診察者も含めた第三者にアピールする事に強い抵抗感を示したり、アピールする必要性を持たなかったり、場合によっては反抗的な態度を示す場合もある。診察にあたっては、まず治療者が信頼出来る人物であるという安心感を子どもが得られるか、そして診察に来る事の有用性を体感出来るかという事が非常に重要となる。初回の受診のみで安心感や信頼感を与えられない場合には何度か機会を設ける必要も出てくる。

治療者に対する安心感や信頼感が得られた場合でも、子どもの持つ自己イメージの曖昧さや感情コントロールの難しさなどにより、子どもが自身の問題を適切な言語に置き換えて治療者に伝える事は容易ではない。治療者はその時にいざらに子どもを煽るような言動は慎むべきで、子どもの仕草や表情を伺いつつ、時には質問を応えやすく置き換え、時には待ち、時に気持ちを解きほぐすような話題を織り交ぜるなどして上手く気持ちを引き出す必要がある。

診察にあたり医師が為すべき事は診断とアセスメント、そして治療であるが、診断名が同一でも子どもの抱える問題は人により様々であり、画一的な治療方針での対応は不可能である。治療にあたっては、診断の際に子どもの心理状態のアセスメントを如何に適切に行うかが要点である。「つまずく切っ掛けとなった出来事は一体何なのか?」、「つまずいた時にどう感じてどう考え、そしてどう行動したか?」、「そして今何を必要としているのか?」など、相手の心情にどれだけ迫れるかが発達障害における心理臨床の一番重要なポイントと考えられる。その上で時には子どもに第三者的に対峙したり、必要により共感し心を重ねるなど上手い距離感を保ちながら、社会で守るべき事と子どもが対応出来る環境の接点を探っていく。

その際に必要な相手の心情に迫るためのスキルを得るのに必要なのは発達心理学的な知識だけではない。多くの症例に真摯に向き合い試行錯誤しつつ、スーパービジョンを受けるなど、自身のスキルアップに努める事が必要である。

心理検査

一人の子どもを対象に行うことのできる心理検査の数は子どもへの負担を考えても多くて数種類であり、それぞれとらえようとする領域の異なる心理検査を最小限どのように選択するかが検査者により決定されることになる。それぞれの心理検査の基準となる施行方法を熟知したうえで、臨床的にはその施行方法を原則に則って行うことが常に容易ではないということを心して、その子どもの特徴とその後のかかわりに具体的な提言ができるためにはどのような組み合わせが最も望ましいものであるか検討して選択する。実際には子どもが示しているさまざまな問題によってその種類・組み合わせがいくとおりにも変化するというよりは、基本的に用いられる心理検査の種類は共通であっても、どの心理検査を中心に据えてその子どもの問題を把握することが最もその子どもの理解に役立つか、ということを考えることが心理検査を単独のものとしてではなくテストバッテリーとして組み合わせで行うことの意義であるといえよう。表として主な心理検査とその対象年齢を示す。テストバッテリーとしてどの心理検査を用いるかは、生活年齢、そして必要に応じて発達水準やその特徴などに合わせて選択する。

小学生から中学生年代の子どもについては、WISC-Ⅲ、WISC-Ⅳや田中ビネー式知能検査Ⅴによる知能水準の把握、K-ABC 心理・教育アセスメントバッテリー、DN-CAS などによる認知処理スタイルなどの把握を緒とする。また、学習障害などを持つことが推測される子どもたちに対しては、「小学生の読み書きスクリーニング検査」などを含め神経心理学的な精査が必要となる。

表

主な目的	心理検査名	対象年齢(歳)			
		5	10	15	18
知能 言語 認知機能	WISC-Ⅲ、Ⅳ				
	WPPSI				
	田中ビネーⅤ				
	K-ABC				
	DN-CAS				
	ITPA				
	フロスティッグ				
	ベンダーゲシュタルト				
性格・人格	PVT				
	ロールシャッハ				
	TAT				
	CAT				
	YG		小学生用	中学生用	一般用
	C-MAS			児童用	16歳以上
	STAI				
	PF		児童用		成人用
その他	SCT		小学生用	中学生用	成人用
	遠城寺式 CBCL	2~3歳	CBCL4~18歳	YSR11~18歳	

思春期には、特有の対人関係の問題やコミュニケーションの苦手さ、さらには学校への不適応などから不安感や抑うつ感、あるいは強迫症状といった情緒や行動上の問題が生じることがある。この際、まずはその問題がどこにあるのはおおよその見立てを立てるために、生育歴に加えてCBCL(Child Behavior Checklist:後述)などの行動に関する質問紙により家族あるいは教師などから得られるその子どもについての情報を最初に把握することも役立つ。その上で、このような思春期段階にある子どもたちの併存障害・二次障害として時には症状化した情緒・パーソナリティの

特徴、自己評価をめぐるあり方などについては、描画テスト、SCT、ロールシャッハテストなどの投影法テストが、これらの子どもたちの全体像を理解するためにテストバッテリーとして知能検査に付け加えられる。知能検査は全般的な知能レベルやその子どもの認知処理スタイルだけでなく、その子が持つコーピングスキルを直接的に観察することのできる構造化された面接場面とも言える。それに付け加えて行われる投影法テストは、日常生活の中では、推測されてもまだあまり確実に捉えることの難しい対人関係の過敏さや認知のゆがみが反映されることもあり、発達障害に伴う併存障害や二次障害が重篤である場合は評価する必要がある。

(参考文献)

佐藤至子：IV.子どもの診断・評価の進め方, 2. 心理的検査等の適用と結果の理解 A.心理検査の組み立てとその意義。齊藤万比古編集：「子どもの心の診療シリーズ1 子ども心の診療入門」pp.126-132, 2009。

評価尺度

<行動評価の目的>

客観的な行動評価は、子どもの発達の様子を把握するうえでも役立つ。定期的な行動評価は、行動特徴を質的に記述するのみならず量的な症状重症度の推移を把握することによって、治療による効果や、子どもが獲得した発達的变化を知ることができる。さらに、発達しつつある子どもの成長の道筋を確認し、伝えることは、その後の課題に取り組むうえで本人や家族の自信や意欲につながり、意義は大きい。

<広汎性発達障害の行動評価>

● 小児自閉症評定尺度 (Childhood Autism Rating Scale: CARS)

Schopler らによって開発され、国内外で広く使用されている。人との関係、模倣、情緒反応、身体の使い方、物の扱い方、変化への適応、視覚による反応、味覚・嗅覚・触覚反応とその使い方、恐れや不安、言語性のコミュニケーション、非言語性のコミュニケーション、活動水準、知的機能の水準とバランス、そして全体的印象の 15 項目から成る。専門家が子どもを直接観察して、各項目について「1: 年齢相応」「2: 軽度の異常」「3: 中度の異常」「4: 重度の異常」の 0.5 刻みに 7 件法で評価し、合計得点 (0~60 点) が 30 点以上の場合、自閉症と判断する。

● 対人応答性尺度 (Social Responsibeness Scale: SRS)

SRS は、Constantino らによって 4~18 歳の自閉症スペクトラム児用に開発された、親または教師記入式の 4 件法の 65 項目から成る質問紙である (0~195 点)。知能水準や PDD 下位診断、そして精神医学的併発症の存在とは独立して、自閉症的行動特性の程度を連続的に数量化するため、診断閾下にあるがさまざまな情緒や行動の問題を呈する子どもたちの、PDD 傾向を把握するのに有用である。対人的気づき、対人認知、対人コミュニケーション、対人的動機づけ、自閉的常同症の 5 下位領域に分かれ、治療経過中のプロフィールの変化を把握することが可能である。

● 日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度 (PDD-Autism Society Japan Rating Scales: PARS、パーズ)

わが国の児童精神科医と発達臨床心理学者によって開発された PDD の行動評価尺度である。対人、コミュニケーション、こだわり、常同行動、困難性、過敏性の 6 領域 57 項目から成り、専門家が養育者に面接して各項目を 3 段階 (0、1、2) で評価する。発達歴が得られる場合は、幼児期のピーク時の行動をもとにカットオフポイントを 9 点として PDD の有無の評定を行う。支援ニーズの把握は現症から評定した結果に基づいて行う (幼児期 34 項目、児童期 33 項目、思春期・成人期 33 項目)。

<ADHD の行動評価 (ADHD Rating Scale-IV) >

ADHD Rating Scale-IV は、Lehigh 大学の学校心理学教授である G.J.DuPaul らによって、注意欠如・多動 (性) 障害 (ADHD) のスクリーニング、診断、治療を目的に、行動観察の際に使用可能な尺度として開発されたものである。

尺度を構成する18項目は、DSM-IVのADHDの診断基準をもとに、不注意の領域と多動性-衝動性の二つの領域の項目で交互に編成されており、それぞれを「ない、もしくはほとんどない」「ときどきある」「しばしばある」「非常にしばしばある」の4件法で評価することになっている。最近6ヶ月の家庭での様子を評価する家庭版と、同時期の学校での様子を評価する学校版の2種類があり、それぞれについて5歳から18歳までを、5~7歳、8~10歳、11~13歳、14~18歳に分けて、さらに男女別のカットオフ値が算出されている。

<学習障害の行動評価>

上野らによって日本で標準化されたLD(学習障害)を判断するための調査票である Learning Disabilities Inventory(LDI)が2008年9月に中学生用の領域である英語と数学の中学生尺度を加え、Learning Disabilities Inventory-Revised(LDI-R)として登場した。LDの定義に沿って、聞く、話す、読む、書く、計算する、推論する、という6尺度と、英語、数学の2尺度、および行動、社会性の2尺度から構成されており、小学生は、英語、数学を除く8領域、中学生は全10領域を評定する。中学生用の数学だけ8項目で、残りの9領域は12項目からなり、「ない」「まれにある」「ときどきある」「よくある」の4件法で評価する。領域ごとの粗点をプロフィール表にプロットすることで、「つまずきなし」「つまずきの疑い」「つまずきあり」の三つの区分のいずれかの判断が導かれるように作成されている。LDI-Rは、学習の躓きを最も直接的に把握するものである。基礎的学力の評価を含め、他の心理アセスメントと併用し、認知特性、学業能力、行動や社会性の評価などを行い、それらの結果を総合的に判断することが求められている。

<問題行動の評価(Child Behavior Checklist:CBCL)>

Child Behavior Checklist(CBCL)は、Vermont大学の心理学教授のT.M.Achenbachにより開発された、子どもの情緒や行動を包括的に評価する質問紙である。

現在日本で用いられているのは、1991年版をもとに、上林らによって標準化が図られたものである。CBCLには親が回答するCBCLのほか、ほぼ同じ内容で教師が回答するTeacher's Report Form(TRF)、そして子ども自身が回答するYouth Self Report(YSR)の三つのバージョンがある。親記入式のものには、4歳から18歳までの年長児用のCBCL/4-18と、2歳から3歳までの幼児用のCBCL/2-3の2種類がある。TRFは、5歳から18歳までの子どもを対象とする。YSRは、11歳以上の子どもを対象である。以上三つのバージョンが、現在、日本で使用可能となっている。以下にCBCL、TRF、YSRのすべてに共通な下位尺度の構成について述べる。

これらのチェックリストは、社会的尺度と問題行動尺度から構成される。社会的尺度は、子どもが好きなスポーツや趣味、家事や手伝い、親しい友人やきょうだいなどを調べるもので、問題行動尺度は、情緒や行動について、「当てはまらない」「やや、またはしばしばそうである」「まったくまたはよくあてはまる」という3件法で回答する。

(参考文献)

神尾陽子, 田中康夫:IV.評価, 3. 行動評価. 齊藤万比古編集:「子どもの心の診療シリーズ2 発達障害とその周辺の問題」pp.187-196, 2008.

思春期の支援の基本的な考え方

思春期は身体の変化は言うまでもなく、自己意識、対人関係の面でも大人に向けて大きく変化していく時期である。特にこの時期の仲間との対人関係は子ども時代とも成人してからとも異なるこの時期特有のありようを示す。すなわち仲間内だけで通ずる目配せや隠語のような言葉にならないコミュニケーションが増加し、「空気を読むこと」を大人以上に求められる時期である。またそれぞれが「自分」に対して強い関心を持ち、周囲の評価に敏感に反応しながら相対的な自己を知り、アイデンティティーを確立していく作業をすることに精一杯であり、それまで比較的他者に寛容であった子どもたちも他児のことを許容する余裕がなくなる時期でもある。

発達障害の子どもたちも思春期になれば身体の変化に対して戸惑い、自己意識の高まりがみられる中で不十分ながら他者を意識し始める。対人希求が強まりこれまで以上に他者と関わろうとする者もいるが、先述したようなこれまでとは違う対人関係にうまく対応できず、不器用なコミュニケーションのあり方や独特の対人認知などからかえって孤立しやすくなる。また対人希求が高まる者がいる一方で、これまでの対人関係におけるさまざまな陰性の体験から他者に対して被害的な認知を持ち、自ら孤立傾向を強めていく者もいる。さらにこの時期はそれまで発達障害の子どもたちに寛容であった一般の子どもたちも自分の思春期を超えていくのに精一杯であり、周囲の仲間からのサポートが得られにくい時期でもある。このように発達障害の子どもたちの思春期は、集団の中でうまくやれない自分を感じて自己評価を下げ、精神的な問題をきたすリスクの高い時期である。また一般的にもこの時期はさまざまな精神疾患の好発年齢であり、その点についても注意が必要である。

思春期の支援としては、学齢期から行われてきた毎日を安心して送るための工夫に加え、上記のような本人のニーズに合わせた対人スキルを身につけていくことや趣味の合う者同士の仲間作りをサポートすること、日常生活で気軽に対人関係の相談が出来る場所を確保することなど対人関係の支援が大切である。精神的な問題をきたしたケースでは積極的に医療的な支援につなげていくことが有効である。また本人が不安定になることで支援する保護者の負担が増えることが考えられるので、幼児期同様に保護者の精神保健に留意して支えながら、成人後の支援とつながるような保護者以外による日常生活上の支援を積極的に導入していくこともよいであろう。思春期には本人も保護者もその時期を過ごすことに集中しており、将来に向けて具体的な職業や生活のイメージを持てずにいることが少なくないと考えられるが、可能な限りこの時期から将来の生活のあり方について考える機会を提供し、利用可能な社会資源について情報提供していくことも、将来を見据えた支援として大切なことである。

後期中等教育（高等学校教育）期の支援について

特別支援教育制度がスタートしてから6年が経過しようとしているが、高等学校では、小・中学校等と同様に校内委員会の設置、実態把握の実施、特別支援教育コーディネーターの指名、特別支援教育支援員の配置、個別の指導計画や個別の教育支援計画の作成・活用、さらに教職員研修による教員の専門性向上の取組など、特別支援教育の体制整備が進められている。

高等学校では、これまでも、主として生徒指導・教育相談等の観点から発達障害のある生徒への指導・支援が行われてきている。しかし、特別支援教育の理念の実現という観点から見ると、高等学校における特別支援教育の取組は緒についたばかりであり、発達障害のある生徒への指導・支援を中心として、まだまだ取り組むべき多くの課題が残されていると言える。

<基本的な考え方>

高等学校に入学してくる発達障害のある生徒のタイプは、次の2つに分けられる。

タイプ1 中学校まで必要に応じた支援を受けてきた生徒

高等学校は、中学校までに行われてきている支援（内容及び方法）を引き継ぐとともに、思春期特性にも十分配慮し、支援者による支援から当事者の工夫へ少しずつ移行していく必要がある。そのためにも自分の特性（得意な面、苦手な面）を理解できるように支援しながら、将来の社会的・職業的自立に向けた知識・技能を身に付けさせていく必要がある。

タイプ2 中学校まで必要な支援を受けてこなかった生徒

高等学校には、特別支援学校のセンター的機能を含む外部専門機関と連携しながら、当該生徒に必要な支援内容、高校でできる支援方法を検討し、実施していくことが望まれる。生徒本人に対しては、「障害」ではなく「特性」という視点で受容できるようにしていくことが必要である。

また、発達障害のある生徒の思春期特性としては、次のようなものがある。

- ◆ 不注意（集中困難）や衝動性、感覚過敏が強まる。
- ◆ 学業不振による意欲の低下、無気力。
- ◆ 一方的なやりとり、相手の気持ちや場が読めないことから、友だちができず孤立する。
- ◆ 自分が周りの友だちとは違うことを自覚し、疎外感を感じる。
- ◆ 失敗体験、注意・非難・叱責体験だけが蓄積し、自尊心の低下や被害感情が増幅する。

このような思春期特性があることを十分念頭に置いた上で生徒に対応していくことが大切であり、特に高等学校の中には、対人関係上支援を必要としている生徒が少なからず在籍していることも意識した対応が求められる。

<中学校との連携>

中学校が把握している情報共有を含めた中学校との連携は非常に重要となる。

個人情報情報は慎重に取り扱うべきではあるが、発達障害のある生徒が充実した高校生活を送るという視点での情報共有は適切に行う必要がある。

進学先に子どもの指導・支援に関する情報を引継ぐためには、日頃からの保護者との共通理解が大切であり、高等学校が情報提供を受ける場合、中学校卒業までの段階で、教育内容や子どもの様子について保護者にわかりやすく伝えるとともに、保護者からの情報を的確に把握し共通理解を図る必要がある。

中学校と高等学校が情報共有する時期については、できるだけ早い時期が望ましく、本来であれば入学許可予定者発表(合格発表)前までの実施が理想的ではある。しかし、本人・保護者・中学校側からすると「発達障害であることを理由に不合格になるのではないか」という不安感につながりかねないため、少なくとも入学許可予定者発表後、入学式前までに行う必要がある。

中学校で「個別の教育支援計画」や「個別の指導計画」を作成していた場合は、それを引き継ぎ、継続した指導・支援を行っていくことが大切である。一方、それらを作成していない場合は、「認知特性及びその対応方法」等を中心に情報共有することが望ましい。

<高等学校在学中に獲得しておきたい力>

高等学校卒業後、発達障害のある生徒は、職業生活や大学生活を送っていく上で様々な困難に直面することが考えられる。具体的には、次に示したような困難が想定される。

表1 職業生活を送る上での課題(厚生労働省「発達障害のある人の雇用管理マニュアル」より)

作業場面における困難

- ◆ 一度教えたことが定着しない
- ◆ 適度な力の入れ方がわからず、物や道具を壊してしまう
- ◆ 道具を使う際の協応動作が苦手だ
- ◆ 自分勝手な手順で作業したり、必要な手順を省略してしまう
- ◆ 一度に複数のことを指示されると混乱する
- ◆ 1つの仕事をしながら、同時に別のことをこなすことが難しい
- ◆ 完成品から組立の手順を推測することが苦手だ
- ◆ 自分のやり方に固執し、修正を受け入れられない
- ◆ 些細なことにこだわりが強い(汚れや字の丁寧さ等)
- ◆ 仕事の手順、段取りを自分で考えることが苦手だ
- ◆ 極端に早いか、遅いかで、適切なスピードで作業することが苦手
- ◆ スピードは速いが、作業が雑で、作業の質を意識することが難しい
- ◆ 割り当てられた自分の役割以外は、例え周囲が忙しそうにしているでも自分から手伝おうとしない
- ◆ わからないとき、困っているときなどに自ら助けを求められず、動作が止まってしまう

対人関係・コミュニケーションの困難

- ◆ 指示が理解できなくても『ハイ』『ハイ』と返事をする
- ◆ 場面や立場を考慮した発言ができない
- ◆ ストレートに自己主張しすぎて、同僚や上司と衝突する
- ◆ 急な変更等があるとパニックになってしまう
- ◆ 言葉だけの指示では理解できなかったり、覚えられない
- ◆ NO と言えずにストレスをため込んでしまう
- ◆ 人の声の大きさや表情に過敏で、極端に怖がってしまう
- ◆ 暗黙のルールなど、明文化されていないことが理解できない
- ◆ 同僚、上司等、立場の違いに応じた敬語の使い分けができない
- ◆ 『適当に』『うまくやっておいて』などの抽象的な指示が理解できない
- ◆ 注意されると被害的に受け取り、その人が自分を嫌いだと思い込む
- ◆ 注意されたとき、謝罪しない、言い訳をする等、適切な対応ができない

表2 大学生を送る上での課題(H17 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所調査より)

課題	LD	ADHD	高機能自閉症	発達障害の疑い
学業上の困難	24.7%	22.9%	17.6%	24.4%
対人関係や大学生活上の困	45.5%	39.8%	44.5%	51.1%
情緒・行動面の問題	14.3%	23.7%	20.3%	6.5%
就労の困難	9.0%	6.8%	12.1%	11.5%
その他	6.5%	6.8%	5.5%	6.5%
学業上の困難(具体例)	「講義についていけない」「ノートが取れない」「テストが出来ない」「課題、単位取得が予定通り進まないことからくる自己否定感」「提出期限が守れない」「科目履修の管理が困難」「本人は一生懸命学業に取り組んでいる様子であるが、成果が上がらない」「授業中、突然に的はずれな質問をするため、授業が中断され困ることがある」			
対人関係や大学生活上の困難 (具体例)	「友人とうまくつきあえない」「約束を守ることができない」「借りたものをなくしてしまう」「サークルや級友とトラブルを起こすことが多い」「孤立している」「余暇時間が適切に使えず、学内各部署に決まり切った質問をして回っている」「集団が苦手なため単独で休息できる空間を見つけると常に使用する」			
情緒・行動面の問題 (具体例)	「物事がうまくいかないことで感情のコントロールが困難になり、パニックになる」「自己主張が強く、自省に欠く」「気持ちが落ち込みやすい」「自尊心が低く、自分はダメな人間であると訴える」「感情的に起伏が多い」「不適応場面でカッとなって、手が出たりする」			
就労の困難(具体例)	「進路を決められず就職活動がうまくいかない」「対人関係の形成に困難があるにもかかわらず、そういった能力を高く要求される職種を選ぼうとして失敗を繰り返す」「面接で全て断られる」「対人関係が主体の仕事や臨機応変が必要な仕事は困難」「やりたい職業が見つからない」「将来に対して漠然とした不安がある」			

表1・2に示したように「こんなことは、小・中学校で既に学習しているだろう」「こんなことはわかっていて当たり前だろう」と思われているスキルが、実は獲得されていないといったケース、スキルは持っているものの使い方が間違っているケースが多く見られる。特に対人関係のスキルは社会生活を送っていくためには必要不可欠なものであり、丁寧且つ継続した指導が大切である。

こういったことから、最後の学校教育の場にもなり得る高等学校在学中に、将来の生活に必要な力を獲得しておくことが重要である。

以下に、高等学校在学中に獲得しておきたい力を示す。

高等学校在学中に獲得しておきたい力

- ◆ ショーシャルスキル(対人関係構築力)の獲得
 - 相手を不快にさせないコミュニケーション
 - 他人との距離間及び話をするときの視線の置き所
 - 集団の中で上手に行動する方法
- ◆ 自分の特性を知る
 - 自分の得意な面・苦手な面
 - 自分はこんな支援を受けると、学習がはかどる。
 - こんな指示の出し方が理解しやすい。
- ◆ 就労体験実習によるスキルの獲得
 - 将来どんな職業に就きたいのか。
 - 自分の職業適性

上記で示している「対人関係構築力」は、一人一人の生徒が将来の社会生活・職業生活を送る上で必要不可欠なソーシャルスキルである。コミュニケーション能力など円滑な対人関係を築く力を高めるため、良好な人間関係を作ったり、その関係を維持するための知識や具体的な技術を身につけたりする体験学習を設定する必要がある。

また、自分の特性や適性を知ることが、自立した生活の第一歩につながると考える。これまで周囲の人たちにサポートしてもらっていた内容・方法などを理解した上で、少しずつ本人で工夫することができるように移行していく必要がある。

自分の特性や適性を知ることが、将来就くであろう職業の適切な選択に直結する。特性・適性と選択した職業のミスマッチを防ぐためにも、就労体験実習などを具体的に体験することで、自分の職業適性に気付くようにしていく必要がある。

高等学校卒業後の職業生活や大学生活では、一人暮らし、公共交通機関の利用など、学校では学ぶことのできないスキルも必要となってくる。このようなスキルについても福祉などの協力も得ながら獲得させていくことが重要である。

<学校生活や授業の中でのサポート>

上記で示した力を獲得させるため、高等学校の中では、次のようなサポートが必要である。

学校生活や授業の中でのサポート

- ◆ 生活のサポート
 - 体調管理・感覚過敏に対する自覚と対処法
 - 身辺処理スキル・スケジュール管理
 - ストレスマネジメント
- ◆ 学習のサポート
 - 苦手な教科分野への対処法

- 得意な教科(分野)の伸長
- 自分に合った学習方法の獲得

発達障害のある人には、体調管理を含めた健康管理を苦手とすることが多く見られる。体調不良に早めに気付く、通院するなど適切な処置をとる、欠席の連絡をするなどのスキルは、将来の社会生活においても必要不可欠である。また、感覚過敏を持ち合わせている者も多くいる。まずは、その過敏さを自覚すること、そして具体的な対処方法を見つけ、実践することが必要となる。感覚過敏の症状を出し易くする要因は、特に疲労とストレスを溜め込むことにあるため、前述した体調管理が必要となるのは言うまでもない。

過度なストレスは、身体的にも精神的にも大きな負担となるが、全くストレスのない状態はかえって大きなストレスになると言われている。ストレスマネジメントとは、ストレスと上手に付き合っていくということである。ストレスコーピングのような考え方をもとに、ストレスをどのように受け止め、どのように行動するかというストレスへの対処方法を学び、いわゆる不快なストレスを減らしていくことも重要となる。

学習のサポートという視点では、教員には「わかりやすい授業づくり」「ユニバーサルデザインのように特別な支援を必要とする生徒に対する支援・配慮は、その他の生徒にとっても優しい支援・配慮であるという視点を大切にしたい授業実践」が重要となる。一方、本人も、苦手な教科への対処法や自分の特性・適性に合った学習方法等を知ることは、将来の大学生活、職業生活を送っていく上でも非常に重要となる。また、得意な教科を更に伸ばしていく視点も大学及び職業選択につながると考えられる。

このような全ての必要なサポートは、家族や教員など周囲の支援者が行いながら、フェードアウトし、セルフマネジメントにつなげていく必要がある。

<キャリア教育(進路指導・就労支援)の在り方>

中央教育審議会は、発達障害を含め障害のある生徒について「今後の学校におけるキャリア教育・職業教育の在り方について」(答申)の中で次のように提言している。「自己の抱える学習や社会生活上の困難について総合的に適切な理解を深め、困難さを乗り越えるための能力や対処方法を身に付けるとともに、職業適性を幅広く切り開くことができるよう、個々の特性・ニーズにきめ細かく対応し、職場体験活動の機会の拡大や体系的なソーシャルスキルトレーニング(SST)の導入等、適切な指導や支援を行うことが必要である。」

従って、高等学校で発達障害のある生徒に対してキャリア教育・職業教育を行うに当たっては、自己の抱える学習や社会生活上の困難について総合的に適切な理解を深め、職業適性や困難さを乗り越えるための対処方法を身につけることができるよう、適切な指導や支援を行うことが大切である。

また、就労だけでなく進学も含めた進路指導に特別支援教育の視点も取り入れていく必要がある。

① 進学に係る支援

高等学校では、発達障害のある生徒の大学等への進学について、生徒一人一人の特性等を踏まえつつ、将来の自立と社会参加に向けた観点からの指導・助言を行うことが必要である。大学入試センター試験における、障害種別に特別措置を申請できる大学入試システムや、大学入学後の指導プログラム及び相談体制の充実などの新たな取組が始まっている。高等学校の進路指導担当者は大学等と連携しつつ、必要とする生徒に対して大学等で受けることができる支援等の情報を適切に提供することが求められている。

進学先を決定するに当たっては、次の点に配慮する必要がある。

- ◆ 本人の興味・関心・特性に合った大学選択
- ◆ 大学情報(入試・入学後支援等)の収集
- ◆ 受験時の配慮に関する合意

② 就労に係る支援

発達障害のある生徒については、一般枠での就労のほか、精神障害者保健福祉手帳等の取得による「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づく「障害者雇用枠」を利用した就労も選択肢として視野に入れた柔軟な対応を考える必要がある。そのため、高等学校においては、こうした法制度面の対応についての理解を深めるとともに、それぞれの生徒に応じた適切な指導及び必要な支援を行うことが大切である。

これらの生徒は、潜在的な就労能力や就労意欲はあるものの、実際の就労に結び付いていない場合も多く見受けられることから、高等学校においては様々な取組を通じて、技術・技能の修得とともに、職業観・勤労観の醸成を図り、将来的な社会的・職業的自立を目指すことが重要である。具体的には、次のような取組が考えられる。

- ◆ 進路指導に結びつけたSST
 - ◇ 役割を遂行する成就感の体験
 - ◇ 「ほう・れん・そう(報告・連絡・相談)」を履行する
- ◆ 就労体験実習
 - 職業適性の発見や自己理解の促進、一人一人の障害の状況に応じた支援や援助の在り方、指導法の確立
- ◆ 自分の特性理解
 - ◇ 自分の特性を客観的に知る
 - ◇ 良いところや優れたところを確認でき、自信を持つ
 - ◇ 不得手なところを知り、生活の中で注意することが確認できる
- ◆ 特別支援学校との連携
 - 特別支援学校高等部での「産業現場等における実習」などを通じて獲得・蓄積されたノウハウや就労支援、職場開拓に関する取組等の情報を、高等学校に在籍する発達障害のある生徒のために活用する。

◆ 外部専門機関との連携

生徒の社会生活や企業就労に向けた適応力を高める観点から、特別支援学校のセンター的機能の活用や外部専門機関・専門家との連携等により、生徒の課題に対応した適切な指導や必要な支援を行う。

文部科学省「高等学校における発達障害支援モデル事業」の指定を受けたある高校が、その報告書の中で次のように述べている。「『特別支援教育』は、障害や診断の有無にかかわらず、一人一人の生徒の認知特性に対応した教育を行うことであり、これは、認知領域の特性に留まらず、学力や家庭環境など多様な背景をもつ個々の生徒に対して、『分かる』、『できる』経験を積ませる『一般の(普通の、普遍的な)教育』と本質的に共通であると私たちはこのモデル事業の推進を通じて理解した。(中略) 特別支援教育とは、生徒の認知の特性に応じた指導・支援ということである。」

つまり、高等学校における特別支援教育とは、まさに生徒一人一人の認知特性に応じた「分かる授業」「分かる指導」を行うことであり、当該生徒の持つ可能性を最大限に伸ばすことを目的としている。またこの時期の支援については、本人のプライドや背景にあるこれまでの生育歴などにも十分配慮しながら、将来の生活に必要なスキルを身に付けるという視点が重要である。

高等学校における課題は山積していると思われるが、今後様々な取組を実施していくことで、発達障害のある生徒の持つ可能性を最大限に生かす支援体制が実現し、ひいては、いじめや不登校及び中途退学などの解消、社会的・職業的自立と社会貢献の実現につながるものと思われる。

キャリア教育

近年、学校教育において社会の変化への対応の観点から「キャリア教育」の推進が求められている。平成20年に改訂された小、中学校の学習指導要領では、小学校段階からのキャリア教育についても言及されている。キャリア教育とは、「児童生徒一人一人のキャリア発達を支援し、それぞれにふさわしいキャリアを形成していくために必要な意欲・態度や能力を育てる教育」「端的に言えば、児童生徒一人一人の勤労観、職業観を育てる教育」(文部科学省,2006)と定義されている。特別支援教育においても、これらのキャリア教育概念を共有しその実践の質を高めていくことが求められ、そのためには、各障害の特性を踏まえた具体的な推進方策を検討する必要がある(木村,2007)。特別支援学校では、作業実習などを通してキャリア教育を小、中、高等部の全体を通した一貫したキャリア教育として取り組む学校も増えてきている。しかし、発達障害のある人の中には、特別支援学校に在籍している人だけでなく、むしろ一般の学校の通常学級や特別支援学級に在籍している場合も多いが、そうした生徒には特別支援学校のような手厚い系統的なキャリア教育はない。そのため発達障害のある人が抱える課題や状況に対処する学習の機会がないままに進学、就職した場合、適応できない可能性が高い(Wing プログラム委員会)。

実際、筆者が出会う青年期以降の発達障害の人たちの中には、これまでの教育環境と大きく異なる大学や専門学校生活の中で支援が必要となる場面も多い。また、学校を卒業しても就職できないケースや転職を繰り返し、ひきこもりなど社会不適応を呈している人も少なくない。宮沢(2011)は、このような人たちの中には、対人関係に被害感を抱いていたり、困難な状況になったときに他者に相談して支援を求めるスキルがない。想像性の困難があり、適切に支援を求めることができず状況を深刻化させている人たちがいると述べている。一方、早期から継続的な発達支援を受け、将来展望を現実的にもっていた場合、二次的な障害が重篤でなければ高機能自閉症スペクトラムの人たちの就労は十分可能であることがデータにおいても示されてきており(辻井,2003)、より早期の段階からの就労を見据えた進路支援や自律・社会性のスキルの獲得は重要と言える。

<進路支援や自律・社会性のスキル>

発達障害のある人は、将来展望のコースが比較的に見えている知的障害の人と比べると、進路の選択肢は広い。発達障害のある子どもの親は、進級や進学の時期になるたびに本人に適切だろうと思う進路を悩み、本人と選択していかなければならない。そして、親は本人が将来就職できるようになることを強く願っているが、見通しが持てずに不安になる場合も少なくない。本人と親の双方が、いつ、何を学習しておけば良いのか、将来の進路にはどのような選択肢や道筋、支援者がいるのか、といったキャリア教育を学齢期から一貫して受けることが、将来像のイメージを持ちやすくなる。明翫(2010)は、発達障害の人の支援にとりくむ支援者は就労するための条件やプラン、ソーシャルスキルを念頭に置き、早期から職業ガイダンスをすることが必要になってくると述べている。教育だけではなく福祉や労働などとのネットワークをつくることは重要である。専門家は、

発達障害のある人への自律、社会性のスキル獲得や体験を交えながらの職業教育など、具体的アプローチも含め、将来の道筋を提供することが必要である。また、子どもの自立を支える親への心理的教育、将来の見通しを伝えていくことも非常に重要であると言える。

(参考文献)

大羽美華: 思春期の家族支援—概論として。辻井正次, 氏田照子編著:「思春期以降の理解と支援」, 金子書房, pp.12-15, 2010。

森一晃: 思春期の進路支援(1)個人特性にあわせた進路指導の実際。辻井正次, 氏田照子編著:「思春期以降の理解と支援」, 金子書房, pp.128-139, 2011。

Wing プログラム委員会:「親の企画運営するキャリア教育—Wing(親の会けやき)の挑戦—」

日戸由刈: 発達障害の中学生・高校生への支援。「精神科臨床サービス」11: 212-215, 2011。

宮沢久江: 大学生・大学院生。「精神科臨床サービス」11: 216-219, 2011。

独立行政法人国立特別支援教育総合研究所編著:「特別支援教育充実のためのキャリア教育ガイドブック」, ジアース教育新社, 2013。

文部科学省国立教育政策研究所生徒指導研究センター:「キャリア発達にかかわる諸能力の育成に関する調査研究報告書」, 2011。

文部科学省: キャリア教育 (http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/career/index.htm)

医療と教育の連携

発達障害の支援の柱は心理社会的支援であり、支援は本人と家族の生活の場を中心として組み立てられるべきである。学齢期では、その場は学校となる。この時期の支援では、教育的手法を用いて本人の自律スキルとソーシャルスキルの獲得を支援することが最も重要なテーマとなるため、支援の主役は学校教育である。医療は専ら脇役を務めることになる。しかし、思春期前後になると、発達障害の特性以外の問題が生じてくることがある。いわゆる併存障害である。これらに対しては、専門的な精神医学的対応が必要となる。場合によっては、学校教育をいったん棚上げして精神科医療を最優先させることもある。

<継続的な支援を受けているケース>

学齢期以前から発達障害の特性に気づかれ、支援を受けている子どもの場合、それまでの支援体制を引き継いでいく。小学校～中学校～高等学校へと教育の担当機関が変わるため、できれば医療機関は一貫していることが望ましい。日頃から医療機関が関わっておくことによって、主役が交代しても一貫性のある支援を保障しやすくなる。

支援が順調に行われているケースの思春期は、本人が最も医療機関から足の遠のく時期である。それまで受動的に親に連れてこられていた医療機関だが、この時期になると医療機関を受診する意義がピンとなくなること多いからである。その場合、無理に本人の診察をする必要はない。むしろ、学校生活と家庭生活が問題なく送れるよう、学校や家族と定期的に情報交換し、必要に応じて医療的なスーパービジョンを行うことを重視する。

<併存障害への対応>

発達障害の人たちにとって思春期は、いじめ被害、学業不振、不登校などの問題が顕在化しやすく、精神医学的にはうつ、不安障害、パニック発作、身体症状など多彩な精神症状を呈しやすい時期である。これらの問題が生じると、精神科医療がむしろ主役となる場合もある。いじめ被害、学業不振、不登校などは、本来は学校教育システムの中で対応しなければ解決できない。しかし、発達障害の知識が不十分だと、教育システムの中だけでは問題がこじれてしまう場合もある。かといって、学校で何も対応せずに医療機関に問題を丸投げしても、解決は不可能である。

併存障害が生じている場合、教育的手法による様々なスキルの獲得は、ときに精神症状を悪化させるストレスとなり得る。したがって、どの程度教育の場に参加させ、どの程度は無理をせず休養すべきかの判断が医療側には求められる。一方、教育側は、医療側の助言に耳を傾け、精神保健と教育的負荷とのバランス配分を十分に留意する必要がある。そのためにも、両者が定期的に情報と意見を交わす場を設定することが必須となる。

心理療法

この時期になると一般的には行動量が減少し、行動のまとまりが見られるようになる。生来的な素因と環境との相互関係の中で、対人関係の混乱・葛藤が深刻な神経症的な反応を引き起こしている場合や不安、抑うつ、関係念慮がみられる場合もある。このような症状が顕著な場合には医療との連携が望まれる。この時期の面接は、安心できる環境、信頼関係を築くことを基本に置き、自己意識の高まりや自立と分離をめぐる葛藤などの思春期心性を加味しながらすすめる心理教育的な支援が有効である。また、ある程度発達特性について環境調整できる段階に至ると、知的発達や言語コミュニケーションが高い場合、本人への精神療法的な関わりがかなり有効な場合が多いと感じる。この年代は、広汎性発達障害の子ども達にとって、他者の気持ちに気づき始める段階となり、それまでは意識していなかった他者と自分との違いを感じていることも多い。日常の生活場面で体験する対人関係のつまずきの理由を具体的に説明してもらい、その対処の仕方について丁寧に扱えるようになっていく。対人関係のトラブルで悩んでいるケースについては、心の理論の理解をねらったやりとりをすることも多い。概ね心の理論の第2水準についての実践的理解をめざすことになる。学齢期よりも本人自身が主体性を持って相談に来所しているため、より具体的に「上手くいくためのコツ」や困ったことの視覚化・ロールプレイをしてみて「他者視点を知る」ことなど共感的・受容的な環境のもとで、他者の心を意識できるような働きかけを積み重ねることによって、社会性の問題がかなり改善する場合がある。また、いろいろな考えがあるという視点を本人と共有することを援助者が意識することも重要で、日々生活していく上での処世術を本人と一緒に試行錯誤しながら考えていくことも大切である。不安が強い場合は認知行動療法的なアプローチも有効である。

注意の問題を持つタイプの子ども達は不注意から、忘れ物やなくしものなど学習面で困ったことを実感していることも多い。困った状況やストレス場面での問題解決方法、落ち着ける場所はどこかなど日常的な生活場面を本人と振り返り、一緒に考えてみるプロセスがより導入しやすい。ストレス場面における問題解決の方法や実現可能な選択をひとつひとつ本人と考え、置かれている環境や状況の中で本人自身が問題と能動的に折り合いをつけていけるように支援することが大切である。本人の年齢や発達特性によって理解しやすい話し方や話しやすい話題、取り組みやすいコミュニケーションの方法を探りだし、積極的に活用することが必要であることは学齢期の時期と変わらないが、本人の思春期心性を支える同盟として「傾聴する・共感する・伝える」心理療法的な支援と、「教える・考える・学ぶ」心理教育的な支援は、支援経過やその時々局面によってかなりバランスを調整することが必要である。

話す内容は本人と相談し同意を得ながら、家族にも同席してもらい具体的な話をするによって、困った場面状況がより明確になり、問題解決のヒントになったり、家族との関係調整・修復の場となることもまだまだ多い。思春期になっても行動がまだ幼く、男児が母親と一緒に入浴していたり、就寝していることもみられることもあり、親子間の心理的距離の調整のため、思春期の心理教育的なガイダンスが必要な場合もある。親子の関係を観察しながら、子どもや保護者の良いと

ころや上手くいっていることを積極的にフィードバックし、親子間での情動的コミュニケーションが豊かに展開するための心理的援助をすることも重要である。

この時期の子どもが直面する課題は「苦手なことがある自分」をどのようにしたら自己同一性にポジティブに組み込むことができるかということである。場面の読めなさや不注意という形で表現される苦手な分野に周囲との違和感を感じていることも多く、実際、同年代の仲間から外れていることもよくある。援助者は本人と同盟を築きながら、本人の自尊感情や主体性を大切に「いいところ探し」など長所も同時に自覚していけるように支えることも重要である。援助者は「温かい雰囲気」でポジティブな治療関係を優先すること、「面接室での安心・安全な環境を保障すること」「子どもに(機能する適応的な)適切なコミュニケーションを用いること」、「前向きなメッセージを送ること」、「秘密の保持と親や学校など関係機関とのやりとりについて」について意識し、より具体的に子どもや家族と共有することが大切である。本人との面接場面ではTEACCHによる構造化や、精神療法的アプローチ、認知行動療法などさまざまなアプローチを扱うが、本人自身へのアプローチから得たことを、家族、とりわけ学校の担任など本人が生活する環境におけるキーパーソンに本人のことを理解してもらい、生活する環境で工夫するための情報や材料とすることを援助者が意識することが大切である。

一対一の場面が安定してくれば、日常生活で集団に馴染めないことで孤立しがちな児には、安全な対人場面や所属感を体験し、同年代の他のメンバーと交流することを目的に中学生のグループに誘うことも意義が大きい。

薬物療法

二次障害が強くみられるとき、または薬物療法が必要な精神疾患が合併するケースでは、薬物治療が必要となることがある。

<ADHD の場合>

思い通りにいかないと、考慮することなく怒ってしまうことがありえる。意識せずに迷惑行動をとり、注意されたことを被害的に受け止め、怒ることもある。このような場合は、徐放性のメチルフェニデートやアトモキセチンの使用により、情動を制御しやすくなることが期待される。メチルフェニデートの一般的な副作用には食欲不振、頭痛、いらいらなどが認められる。成長障害も報告があり、定期的な身体測定が必要だ。禁忌は甲状腺機能亢進症や Tourette 症候群である。てんかんやうつ病合併例では、それらの病状を悪化させるため、投薬には注意が必要となる。アトモキセチンの代表的な副作用としては、食思不振や腹痛など消化器症状であり、定期的な身体測定が必要である。過敏や興奮しやすさ、心理的緊張が目立つときに少量の抗精神病薬を使うこともある。

<PDD の場合>

急な予定の変更などで見通しがつかない不安や、苦手な刺激への過敏性がみられる場合などには、抗精神病薬を用いることがある。以前に経験した辛い経験を思い出す「フラッシュバック」がみられる場合には、SSRI(セルトラリンやフルボキサミン等)が有効なことが多い。ただし、興奮が強いときはやはり抗精神病薬が必要になる場合がある。発達障害に抗精神病薬を使用する場合、許可となっている薬剤はピモジドのみだが、保険適応外ながらリスペリドンが第一選択薬となる場合も多く、情動調節作用が期待されるクエチアピンも耐糖能異常がなければ選択肢になりえる。

<てんかんを合併し、それに伴う情動異常の場合>

抗てんかん薬を使用し、十分にてんかんの治療を行う。抗てんかん薬のなかでも、カルバマゼピンとバルプロ酸については情動調節作用が報告されている。従って、てんかん合併のない発達障害に対して、情動制御の目的で選択することがありえる。バルプロ酸には悪心、嘔吐、下痢、眠気等の副作用が認められることがある。カルバマゼピンの副作用は眠気、ふらつき以外にも白血球の減少や音程が違って聞こえる場合がある。その他重篤な副作用としては薬疹が挙げられる。

<不安障害やうつ病を合併する場合>

不安や恐怖を抑える目的で、ベンゾジアゼピン系抗不安薬を使用する場合がある。近年、児童思春期でもうつ状態やうつ病を発症することが良く知られている。治療としては、基本的には大人の治療法に準じて行う。抗うつ薬として、SSRI や SNRI を第一選択薬として用いることがある。但し、全ての抗うつ薬では 24 歳以下の患者への抗うつ薬の投与により、希死念慮や自殺企図のリスクが増加する可能性がある旨の注意書きがある。

二次的問題および併存障害への対応

発達障害の子どもにとって思春期は第二次性徴をはじめとする身体的な変化に加え、心理的にも大人に向けて大きく変化していく時期であり、さまざまな精神科的な問題をきたしやすい時期であることはすでに述べた。問題の性質はさまざまであるが、どの様な場合にも、社会的な状況を分かりやすくするための支援や情緒的な混乱を落ちつけやすくするための環境の提供、対人関係のサポートなどの発達障害に対しての基本的な支援を継続した上で、個別の問題に対する対応を行っていくことが原則である。代表的な問題への対応について簡単に述べる。

<気分障害>

うつ病の薬物治療には選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)などの抗うつ薬、双極性障害では炭酸リチウムなどの気分安定薬が用いられる。発達障害では向精神薬に対して通常と異なる感受性を持つ可能性があるため、薬物治療に際しては通常よりも少ない処方量から開始した方がよい。うつ病では薬物療法と認知行動療法を組み合わせで行われることもある。

<強迫性障害>

特に広汎性発達障害ではもともと強迫的な行動が見られることが多いが、それが高じて家族を巻き込み日常生活を障害する場合や本人の苦痛が大きい場合などには SSRI を中心とした薬物療法の対象となる。しかし薬物療法のみで改善することは難しく、発達障害の併存しない強迫性障害の場合と同様に、生活全体の中での困難を検証し不安を減らしていくような支援が大切である。

<社会不安障害>

広汎性発達障害でみられる社会不安障害は相手の意図がうまく読めないこと、自分が相手からどう思われるかということについての想像力が弱いことから起こってくると考えられるものも多い。治療に際しては一般的に行われている認知行動療法、SSRI などの薬物療法と併せて発達障害の特性に沿った対人関係のサポートや疾病教育が有効であることもある。

<統合失調症様症状>

幻覚妄想などの症状に対しては、その出現の時期や持続、出現後の拡がり方などについて慎重に観察する。抗精神病薬による薬物療法の効果が期待できるが、その際には少量の薬物から開始して症状の経過を観察する。薬物中止後も同様の症状の再発や全体の機能を経過観察し、統合失調症の発症との鑑別を行う。

<ひきこもり>

ひきこもりに至ったケースでは対人関係における違和感や被害感および不安などを抱えている

ことが多いため、本人が少しでも安心して過ごせるような環境の調整や支援関係を作ることが重要である。また、併存する強迫症状、対人恐怖、気分障害、睡眠障害、衝動行為などに対して、必要に応じて薬物療法などの医療的支援を行う。個別の面接では具体的な生活場面を振り返りながら一緒に考えてみるような心理教育的な支援も有効である。また、ひきこもりの当事者を抱える家族は強いストレスを抱えていることが多く子どもの安全基地の役割を果たせていないことも多いので、本人と併せて家族の精神的ケアを行っていく必要がある。

<非行>

触法行為にいたってしまう多くの発達障害者は継続的な支援を受けていないものがほとんどであるので、まずは個別の発達特性の把握と評価をもとにした状況把握が必要であるが、触法行為については司法の判断を仰がなければならないことも多い。現状では触法事例に対する治療や支援が十分とは言えないのが実情であろう。

(参考文献)

傳田健三, 佐藤祐基, 井上貴雄ら: 広汎性発達障害と気分障害。「児童青年精神医学とその近接領域」52: 143-150, 2011。

岩田泰秀: 思春期以降の精神医学的問題と薬物療法。辻井政次, 氏田照子編著: 「思春期以降の理解と支援—充実した大人の生活への取り組みと課題—」, 金子書房, 2010。

小宮山さとみ, 近藤直司: 不登校: ひきこもりをきたす発達障害のケース。齊藤万比古編著: 「発達障害が引き起こす二次障害のケアとサポート」, 学研, 2009。

齊藤万比古, 青木桃子: ADHDの二次障害。「精神科治療学」25: 787-792, 2010。

家族支援

思春期以降においても、家族、中でも親への支援が重要であることに変わりはない。この段階で親に理解を促す必要があるのは、「発達障害があっても、思春期はその人なりにやってくるし、皆大人になっていく」ということである。現実的にできていること・できていないことの把握に基づき、自立の方向性を順番にたどっていくのだという理解を親が持つことは重要である。

思春期以降、発達障害とわかった場合には、親は今までの子育てと、発達障害向けの対応との違いを理解する必要があり、専門的な手法など本人の支援のスタンスをまずは学んでもらうことが大切である。本人の個性や障害特性についての理解がないと、せつかくの本人の動きを台無しにしてしまっていることも多く、親の気持ちが空回りして問題をややこしくする場合もある。本人に対して何をするかという前に、頭の中の整理は必要であり、まずは親自身が周囲の支援を受けながら理解をすすめることが大切である。

思春期になると、定型発達の子どもに比べると精神面での発達がゆっくりで、同年代よりも幼く素直な子が多い自閉症スペクトラム障害(以下ASD)の子どもたちにも、様々な変化が起こる。身体的な変化は同年代の仲間たちと変わることなく起こり、外見的な変化から自分への興味を持ったり、違和感を覚えたりする子もいる。精神的な変化には個人差が大きいですが、自分の中で自分なりの考えを持つようになり、学校のことや心配なことを家族に何でも話してくれていたのが話さなくなったり、友だちと秘密を持つようになり、自分がどう見られているのかについて敏感になったりするような変化をする子もいれば、親からの干渉を嫌がったり、反抗期を迎える子もいる。

家族は、幼少期から多かれ少なかれそのときそのときの子どもの問題に対応しながら思春期まで過ごしてくる。ところが、思春期には、それまで起こった様々な出来事とはまた質の違う問題が現れ出すように感じられる。質が違うというのは、たとえば、思春期前までは混乱して(パニックになり)わけがわからずに暴れてしまっていた子が暴れることはなくなる一方で、内面では困り感や劣等感をかかえるようになっていたり、マイペースに過ごしていた子が、周りからの評価や自分と他者との比較ができるようになって落ち込んだりイライラしたりするようになるなどである。つまり、表面的な適応はよくなり、学校などから心配されたり指導されることは減るが、問題がなくなっているわけではない。子ども個々人がパニックや不安をある程度コントロールできるようになるのである。そのため、「落ち着いたね」「よかったね、もう大丈夫」と周りの人は感じるだろう。しかし、家という安心できる場では不安や悩みを出しやすいので、家では暗い表情でテレビを見ていたり、できない自分を責めるような否定的なことばかり口にするので、家族はそれまでとは違った心配や対応を求められるようになる。

思春期になると子どもは精神的にも身体的にも子どもの姿から変化をとげる。定型発達であろうとなかろうと、いくつになっても親たちは子どものことが心配なものである。ただ、ASDの子どもは対人関係が不器用で融通がきかない、ことばの意味や意図の取り違えが多い、感情表現が得意でないなどの特徴がある。それまでいろいろと親子でともにがんばり、身辺処理や友だちとの関係など教えてきたのに、思春期になって子どもから急に、親から離れ一人で大丈夫だといわれても

心配なのは当然だろう。子どもの個性をよく知っている親たちであればなおさらである。実際、親たちからは思春期になって「何を考えているのかわかりにくくなった」、「学校では問題ないといわれるが、本当に大丈夫なのか」といった声をよく聞く。

そこで、まずは家族の感じている不安を軽減するように、何が子どもの中で起こっているのかを解説し、わかりにくくなった原因は子どもの成長であることを理解してもらう。家族の安定のためには、親の不安も減らした方がいい。子どもの変化にどういう意味があるのか、あわてて行動しなくてもいいのか。今は周囲に協力を求めるときか、見守るときなのかを知ることは、安定した家族関係を築くのに大切なことだと思う。それは、継続してかかっている主治医や支援の専門家をお願いするといいたいだろう。子どものことを相談できるお母さん仲間がいれば、なお心強い。子どもの変化が、他の子にも起こることを知ることは、他にはない安心感を得られるだろう。

思春期までに家族以外の支援者を得ている家族は、子どもの成長を受け止めつつ、家族にしかできないことをすればいいと思う。それは、安心で安全な家庭づくりであり、帰ってきてほっとする居場所づくりである。子どもが家に帰ってきても落ち着かないようでは、ますますストレスがたまってしまい、外でがんばることがむずかしくなってしまう。

思春期・青年期の家族支援では、将来、大人になった場合に、どこでどのような生活をしていくかということ、具体的に家族が想定できることが重要である。発達障害がある人たちは、定型発達の子どもたちとはいささか異なる発達の仕方をしていくため、自然に進学していけば自分で就職先を探すということにはなりにくい。思春期以降は具体的に進路を検討していくことが重要である。そのため、現実的な能力についてのアセスメントを重ねながら、どういう職種、業種を考えるのか、そして就労のための準備訓練をどこでどういう形で重ねていくのかを考えなければならない。

また、一般就労の枠組みで就職が継続できるのか、もしくは、障害者雇用枠を活用していくのかということも、非常に大きな選択となる。障害者雇用枠を活用するには、知的障害の手帳(療育手帳)を取得するか、精神障害の手帳(精神障害者保健福祉手帳)を取得するかを選択が必要であり、後者の場合には、主治医とよく相談して、書類を書いてもらう必要がある。

就労できたとしても、消費者被害など、大人の生活をしていく上で気をつけなければならないことは多くあり、「親亡き後」の暮らしをどうしていくのか、本人と話し合いながら決めていかなければならない。家族支援という枠組みで、家族で地域の中でどう暮らしていくのかを現実的に考えてもらうことが必要である。

かつて、家族支援のステップに「障害受容」などという用語を使う専門家もいたが、実際、大人の生活に向けて生きていく上で、「受容」すれば何とかできるということではなく、必要な情報を提供しながら、現実的な支援の受け皿へ適切に移行できるようなガイドの役目が、支援者には必要ではないだろうか。

(出典)

辻井正次、氏田照子編著:「思春期以降の理解と支援－充実した大人の生活への取り組みと課題－」, 金子書房, 2012。

思春期に利用できる制度と社会資源

思春期には、本人にとって、大人との関係の比重が下がり、同年代との関係性が段々と重要になってくる時期である。また、学力の課題や進路の問題、不登校や暴力などの現象も顕在化してくることが多い。本人も能力や適性により、選択できる進路に限られるなどの現実的な問題に直面してくる。

<思春期の主訴>

思春期において、福祉の支援が求められる場面は、特別支援教育を受けており進路に何らかの支援が必要であると判断される場合や、不登校や暴力などの問題が生じた場合が多い。学齢期から思春期にかけては、児童虐待やDV、離婚などの家庭問題の中で、本人の発達障害が明らかになってくる場合もある。こうした困難さを本人が初めから話すことはほとんどなく、支援が進んでからようやく本人の思いが語られることが多い。支援者は、周囲の家族や関係者から状況を確認し、推測しながら支援を進めていかなくてはならない。

<教育との連携>

不登校や児童虐待などの問題の場合には、教育機関が既に支援を行なうか、状況を把握していることが多い。不登校の問題を解決するためには、学校関係者と本人との関係の再構築が必要であるため、福祉の支援者が本人との関係を築いても登校につながることは少ない。福祉の支援は、登校に向けた支援というよりも、不登校や児童虐待などの背景にある家庭問題、すなわち経済的な問題、家族間の人間関係、家族の姿勢などにアプローチし、家族の負担の軽減を図り、将来に向けた生活の基盤を安定させるためにおこなう。これらの支援の中で、家族や本人の同意を得ながら教育機関に必要な情報提供をし、本人が学校関係者との関係を再構築できるよう支援をしていく。

<思春期の支援>

思春期の支援は、学童期と比較し、通所による直接的な支援よりも、家族に対する支援を行い、間接的に本人を支援していく相談支援が中心となる。通所による支援は、特別支援教育を受けているなどの枠組みが既に構築している場合には、選択肢の1つになり得るが、部活動や学習塾などの放課後の活動を優先させる必要があるため、学童期よりも選択することは少ない。

思春期に生じる様々な問題は、発達障害の特性にのみ、生じるのではなく、家庭問題が反映されていることが多い。家庭問題は、「問題なのは家族だ」という認識ではなく、離婚や別離、離職や経済状況の悪化、家族間の不和という「問題が問題だ」という認識で取り組まなければ、家族を指導するだけで終わってしまう。家族が自らの問題を家族自身が解決できるよう、相談支援を進め、本人と面接する際にも、本人も家族の一員としてアプローチする。このため、福祉の支援は経済問題を解決するための就学援助や生活保護の検討、家庭関係の諸問題は家庭相談、家族の

就労の問題は、母子自立支援や労働関係の諸制度を検討していく。相談機関としても、生活保護担当や児童家庭担当、家庭内に高齢者の問題があれば地域包括支援センターなどの相談機関と連携して対応していくことになる。

この時期までに、本人が金銭感覚を身につけておくことは大変重要である。「生活するためにどのくらいのお金が必要か」「お金の使い方のバランス」「将来への備えをどのようにおこなうか」といった経験を積むことが、就労する動機や成人した後の自立した生活につながるからである。具体的な第一歩は、必要になったらその都度お金を渡すのではなく、「おこづかい」を中心にする事である。本人の金銭感覚を養うことは家庭でしか出来ないため、おのずと家庭に対する支援が中心となる。

執筆者一覧

思春期における発達障害の特徴.....	下山仁
二次的な問題と併存障害	金重紅美子
観察のポイント[個別場面].....	津金美樹子
観察のポイント[集団場面].....	富士宮秀紫
診察の手順.....	下山仁
心理検査.....	竹井清香
評価尺度.....	竹井清香
思春期の支援の基本的な考え方	金重紅美子
後期中等教育(高等学校教育)期の支援について	山梨県教育庁新しい学校づくり推進室特別支援教育担当
キャリア教育.....	渡辺みな子
医療と教育の連携	本田秀夫
心理療法.....	小宮山さとみ
薬物療法.....	藤井友和
二次的問題および併存障害への対応	金重紅美子
家族支援.....	佐藤かおる
思春期に利用できる制度と社会資源.....	服部森彦