

平成27年度文部科学省 成長分野等における中核的専門人材養成等の戦略的推進事業
地域ネットワークシステムによる「相談援助力向上のためのRetレーニングプログラム」の開発

中核的人材養成に必要な相談援助力とは

～ リスクマネジメントを中心とした事例（理解編）～



平成27年度文部科学省 成長分野等における中核的専門人材養成等の戦略的推進事業
地域ネットワークシステムによる
「相談援助力向上のためのRetレーニングプログラム」の開発

学校法人濱名学院 関西国際大学・関西保育福祉専門学校

発行日 2016年2月29日 編集・発行 関西国際大学
〒661-0976 兵庫県尼崎市潮江1丁目3番23号 TEL.06-6496-4103 FAX.06-6496-4321

 関西国際大学

関西保育福祉専門学校



CONTENTS

はじめに

I 「相談援助力」とは ……………	03
II 相談援助力に求められるリスクマネジメント ……	03
III 不登校を事例から ……………	04
(1) 不登校とは	
(2) 早期発見・早期対応という考え方	
(3) リスクマネジメントとしての「未然防止」と「初期対応」の二つ	
(4) 未然防止の取組	
(5) 発想の転換	
(6) 対人関係の改善とリスクマネジメント	
(7) 「小1プロブレム」とリスクマネジメント	
(8) 初期対応としての不登校の指導	
IV リスクマネジメントまとめ ……………	09
V 発達障害の理解と指導上の留意点 ……………	10
(1) 発達障害の診断基準 (DSM-V)	
(2) 自閉症スペクトラムとは	
(3) LD (学習障害) (Learning Disabilities: LD)	
(4) AD/HD (注意欠陥多動性障害) (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)	
(5) リスクマネジメント (未然防止と初期対応) を考えた指導	
(6) 学校で見られる躰きと具体的な指導	
VI 大学や職場でみられる精神的な問題の理解 ……	24
(1) 精神障害の理解	
(2) 大学等でみられる症状と背景にある問題	
(3) 大学等でみられる精神障害が原因となる問題行動の理解	
(4) 大学生活のしづらさと困難	
(5) 幻覚・妄想を示す疾患	
(6) うつ状態への接し方	
(7) パーソナリティ障害との接し方	
(8) 自殺企図について	
(9) こんなときはどう考える	



はじめに

子育てや介護、生活困難など生活課題を抱える人々が増加しているなかで、福祉フィールドにおいては、より専門性を発揮できる人材が必要となっている。しかし、社会福祉主事資格を有しないケースワーカーが24%であり、社会福祉士や精神保健福祉士などの専門性のある有資格者の配置率は、5%以下という実態にある。また、保育士・介護福祉士などの有資格者であっても、直接処遇のケアワークであることから、個別的な支援ニーズに対して、家族などの社会的背景などを踏まえたソーシャルワーク的な支援ができていない等の現状を踏まえ、専門職として必要な「相談援助力」が求められるようになってきた。

子どもの貧困など福祉保健フィールドでは、困難な生活課題や問題を抱える家庭が増えているなかで、生活困難層を支援するために必要な資質と援助技術や専門知識・能力等を備えた人材養成を図る必要が喫緊の課題となっている。多くはスペシャリストの職員ではあるが、必要な社会福祉主事資格や社会福祉士及び精神保健福祉士、スクールソーシャルワーカー (SSW) などの専門性のある有資格者の配置となっていない。

一方、保育士・教師や介護福祉士やの有資格者であっても、限定的なケアワークであることから、家族の抱える生活課題への対応といったソーシャルワークやコンサルテーションといった視点がないことも支援が限定的なものに留まっているといえる。



I 「相談援助力」とは

「相談援助力」とは、単なる相談(=カウンセリング)技術ではなく、支援の必要な人のアクチュアルな現実から生ずる困難へに対応できるジェネラルなソーシャルワークである。介護の世界だけでなく、子どもたちの育ちを支え、ともに育つ保護者へかかわろうとする保育や教育の現場でも、社会化されるとともに個別化される(自己化する)という両義性を生きる人間を支えることとしての対人的専門性である。

「これからどう生きたいか。どんな支援が必要か。」等の「ニーズの把握」を行い、客観的な「アセスメント」(生活課題の分析・実態把握)を行うことも必要である。そのための各連携機関との連絡調整能力も含まれる。

相談援助において特に大切なことは、『信頼関係』だと言われている。信頼の置けない人に自分の悩みを相談したり、指導や治療を仰いだりしようとは誰も思わない。これは、保育者や教師も含む、対人援助職全般に通じる重要事項である。

II 相談援助力に求められる リスクマネジメント

「リスクマネジメント」が日本語として受け入れられたのは、2001年に経済産業省が発表したJIS規格「リスクマネジメントシステム構築のための指針」である。それまで、通産省の下で「危機管理システム構築のための指針」という名前で進められていた。これによって「リスクマネジメント」と「危機管理」が違うということが明確になった。従来の危機管理では対応できないことや手遅れになることがあることがはっきりしたからである。

「リスクマネジメント」と「危機管理」の違いは何か。それを理解するには、「Risk(リスク)」と「Crisis(危機)」の違いを知っておく必要がある。危機というのは、既に発生した事態を指している。これに対して、リスクははまだ発生していない危険を指す。つまり「危機管理」というのは、既に起きた事故や事件、事象に対して、そこから受けるダメージをなるべく減らそうという発想である。大災害や大事故の直後に設置されるのは、「危機管理室」や「危機管理体制」などと呼ばれている。「リスクマネジメント」は、これから起きるかもしれない危険に対して、事前に対応しておこうという行動である。

相談援助では、どんな支援が必要か等のニーズの把握を行い、客観的な「アセスメント」(生活課題の分析・実態把握)を行うことが重要である。そのためにはことが起きてからの対応では、二次的な問題を生むケースが多くなってしまふ。

III 不登校を事例から

☑ (1) 不登校とは

文部科学省は、不登校の児童生徒を『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、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もの』と定義している。

不登校とは「ただ単に学校へ通学していない状態を指す言葉である」と考えがちであるが、文部科学省が定義する不登校とは、それとは違っている。病気のために学校を欠席している場合や経済的理由によって学校を欠席している場合には、不登校と考えていない。また、年間30日未満の欠席については、「教育上、看過できないほどの欠席日数」と考えないため、これらの者は除外されている。ただ、文部科学省発表の不登校の定義およびデータだけをそのまま鵜呑みにして、不登校を考えると矛盾が生じてくる。それは、保健室登校、特別教室および一部のフリースクールへの通学を、出席扱いとする場合があるため、保健室登校などを行っている児童生徒は除外されている可能性がある。実際に教室に入って授業を受けられない児童生徒の数は、本来の数字よりも、より大きなものである可能性があることに注意しなければならない。これは小中学校に限定したものではなく、幼稚園、高等学校、大学、職場でも喫緊の課題になっている。

☑ (2) 早期発見・早期対応という考え方

不登校や長期欠席というのは、年間で30日以上欠席が見られた場合を問題にしている。欠席し始めたらいきなり不登校として扱われるわけではないのが実際である。休み始めてから少なくとも1か月半以上は、対応できる時間があるにもかかわらず、対応されていないのが現状である。その間に、不登校になりそうかどうかを判断することはできるはずであり、まず準備する必要があるのは、前年度までの出欠状況の記録である。例えば、前年度に30日以上欠席があった児童生徒の場合には、今年度も休む可能性は高いと考えられる。休み始めたら、即、対応を開始した方がよいと判断するのが妥当である。

少し前まで、ほとんどの学校や教育委員会に、前年度までの欠席日数を活用するという発想はなかった。なぜかという、「不登校は心の問題だから、心の専門家の言うとおりにするのがよい」といった雰囲気根強かった。とくに「未然防止はできない」、「登校刺激を与えるべきでない」等に多くの学校関係者が信じ込んでいた事情がある。この考え方は今でも根強く残っている。その結果、欠席が30日を超えるまで何もせず、超えてから専門家に相談するというようなことが常態化していった。

「早期発見・早期対応」という言葉はいかにも対応しているように見えるが、これは危機管理対応にしか過ぎない。本来はリスクマネジメントとしての不登校を生まない取組が必要である。



✓ (3) リスクマネジメントとしての「未然防止」と「初期対応」の二つ

前年度までの不登校情報の活用は「初期対応」の話で、不登校が起こってからの話である。この不登校を起こさないためには「未然防止」という考え方が大切である。「早期発見・早期対応」は起きてからの対応のことで、ある意味二次的な問題行動としての、学校へ行けないという状況を作り出してしまっているのは明白である。

不登校や長期欠席の場合には、先にも述べたとおり、確定するまでに少なくとも1か月半かかる。休み始めた後に開始した対応でも、欠席日数が30日を超えるまでは「未然」と言える。ここで対応していたら不登校を未然に防止できたかもしれない。5年生のときには30日以上欠席していたけれども6年生のときには30日未満だった、というような児童の情報が抜け落ちがちである。これは小学校の体質にある学年間の連絡、連携不足が根底にある。「不登校」だけでなく、長期欠席のほかの分類、「病気」「経済的理由」「その他」を理由とする欠席や、保健室登校等の別室登校についても、次年度以降の不登校や長期欠席には影響してくる。

✓ (4) 未然防止の取り組み

【 基礎的情報の収集と分類 】

- ① 対象の全入学児童・生徒・学生について、幼稚園・保育園、小学校・中学校・高等学校時の過去3年間の欠席状況の情報を入手をする。
- ② 登校しぶり「経験あり」群、「経験なし」群等に分類して、登校傾向の分析をする。

【 対人関係への配慮 】

- ① 共感できる学級編成を工夫する。
- ② 学級開きでゲーム等も交えた自己紹介やSST(ソーシャルスキルトレーニング)等の導入をする。

【 チームによる対応 】

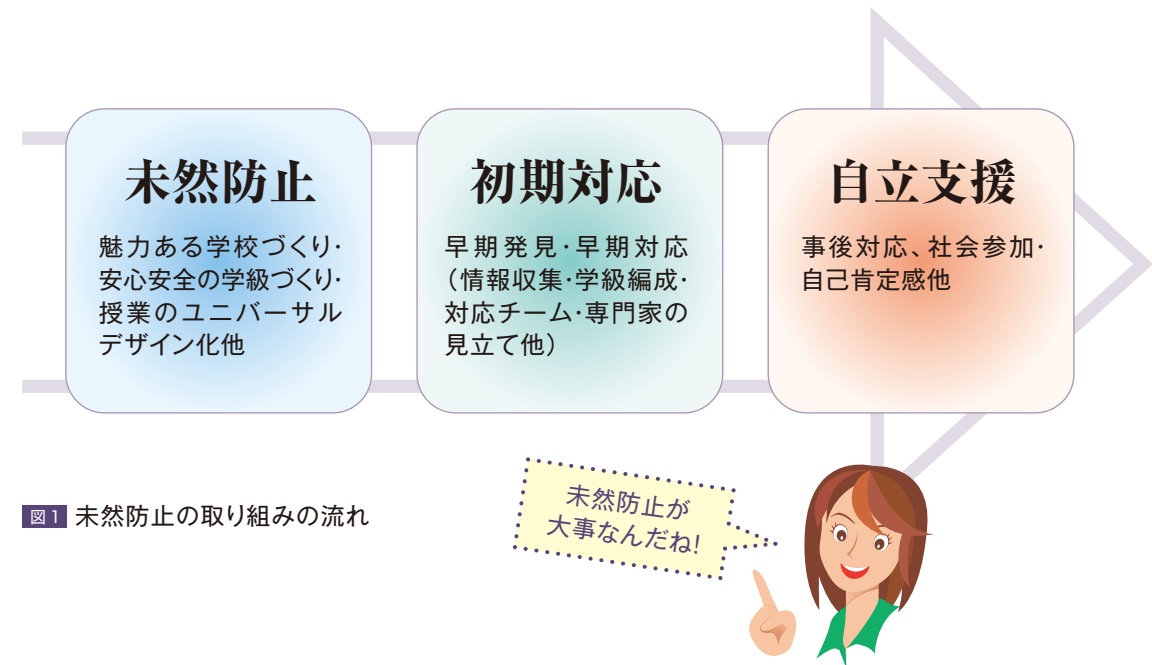
- ① 登校しぶり「経験あり」群の場合、早期に(例えば、累積欠席日数が2日になった時点で)対応チーム(生徒指導担当、養護教諭、学級担任、スクールカウンセラー等)を発足させ、実態把握を進める。
- ② 本人や保護者との対応、その反応等を記した個人記録票を作成する。
- ③ 専門家による見立て(発達障害・心理的問題等)と、中心にかかわる責任者の決定をする。
- ④ 週に1回程度のケースカンファレンスを行う。
- ⑤ 関わる教職員全員で共通理解をする。

【 対人関係の改善 】

- ① 実態把握や個人面接により苦手意識の発見と自己認識の上で、克服のためのプログラムを一緒に作る。
- ② 自己有用感・自己存在感の獲得のために、授業や友人関係で「できた感」「認められ感」の体験をする。

【 学習面の改善 】

- ① 実態把握の上に、子どもたちの得手・不得手の理解、躓きのポイント等を整理し、授業のユニバーサルデザイン化を図り、「分かる」授業を実施する。
- ② 実態把握を行ったうえで、習熟度別・少人数の授業の実施を実施する。



✓ (5) 発想の転換

「不登校は心の問題」という発想を捨て、現実の子どもの姿を見ることが大切である。中学校1年生で不登校になった生徒の学力が低いという調査結果がある。欠席が多かったために学力が低い場合も考えられるが、学力が低いことで不登校になるという場合も考えられる。例えば、「非行・遊び型」と呼ばれる不登校は学力不足が背景にある可能性が高い。

学力の問題を考え、「わからない⇒おもしろくない⇒学校へ行かない」という連鎖を断ち切ることが未然防止の一番大切な考え方になる。それには学校全体の意識を変え、新たな学校づくりの発想が必要になる。

「学校づくりを進めるということの中には、当然のことながら「学級づくり」も含まれる。「学級担任が各自で頑張ればよい」、「うまくいかないとなれば学級担任の責任」という発想に陥ってほしくない。これは大学においても同様である。ゼミや学級や学校をどの児童生徒、学生にも落ち着ける場所にしていくこと(→「居場所づくり」を進める)が必要である。さらに、日々の授業や行事等において、全ての児童生徒、学生が活躍できる場面を実現すること、つまり「きずなづくり」を進めることが求められている。



✓ (6) 対人関係の改善とリスクマネジメント

対人関係の改善では、人と関わることの苦手意識を克服させたり、他人との関係の中での自己の存在を感じとらせたりすること、が求められる。例えば、他人と協力して作業をするような機会を与える、場を設定する、などが考えられる。ただし、対人関係についての苦手意識が強い生徒や学生には、同級生との関わりの方が負担になることも少なくない。それゆえ、学級・ゼミという単位にこだわることなく、異学年交流の機会や、幼児、小学生との交流、職場体験活動、等をうまく利用することを考えていくべきである。

協力者会議の報告(注:不登校問題に関する調査研究協力者会議『今後の不登校への対応の在り方について(報告)』平成15年4月)にもあるとおり、「心の居場所」の確保にとどまることなく、主体的な学びを進め、共同の活動を通して社会性を身に付ける「絆づくりの場」としての魅力ある学校づくりを目指す、という視点を明確にして、学校行事や体験活動の機会を積極的に活かして対人関係の改善を図り、自己有用感・自己存在感を生徒自身に感じとらせるような教育活動を準備していくことが望まれる。

不登校に関しては、学習の問題よりも「心の問題」という側面がクローズ・アップされがちであったが、きめ細かい教科指導の実施や学ぶ意欲を育む指導の充実は、未然防止には欠かせない取組と言ってよい。「授業のユニバーサルデザイン化」を実施したり、補充指導の充実を図ったりする等、基礎・基本の確実な習得のためのきめ細かな指導を推進していくことが重要である。また、学力の補充に関しては、習熟度別の授業や、少人数の授業等の工夫を行うことも考えられる。大切なことは、「分かる」という充実感や達成感を与え、学習指導要領に示す基礎・基本を確実に身に付けさせることである。

最近の不登校をめぐる問題は、目先の問題に対して即効性がありそうな手法、「対症療法」的な手法を追い求めてきた結果である。一部の児童生徒・学生にだけ問題があるなら、個別対応で解消するのは合理的であるが、そうした児童生徒・学生が少しずつ増えてきたために個別対応の割合を増やし、更に増えたので、更に個別対応を増やす方向に進んできたために、次々と新たな手法に飛び付き、継続・系統的・体系的な指導がなされてこなかった。「対症療法」的な手法に時間や手間を割くことに気をとられ、なされるべき「授業づくり」や「集団づくり」がおろそかになりがちで、事態を一層悪化させていった可能性が高い。

✓ (7) 「小1プロブレム」とリスクマネジメント

生活スタイルの変化によって「基礎体力の低下」した児童生徒が増えてきた。この問題を認識するのは、「運動ができない児童の増加」という現象に直面したときどのようにマネジメントするかを考えることで、「小1プロブレムの未然防止」につながっていくと考えられる。しかし、その原因を「運動能力の欠如」と考えてしまい、「技能の特訓」という対策を講じたとして、問題は解決すると思わない。いわゆる「不器用さ」は幼稚園や保育所では気づいている可能性が高い。しかし、「衝動性が高い」「指示に従えない」「友だちとトラブルが多い」等々のほうの関心が多く、「この子は不器用では」は主題になりにくいのが現状である。さらに各健診では身体運動面のチェックは少ない。また、「不器用」「運動」に関しての幼児期の考え方の間違いが多く、一部の専門家の独善的知見(〇〇できなければ…、0歳児の運動のすべて…とか他)で「運動の量」が求められていることが多い。「体力」の解釈間違いが原因にある。幼児期に必要なものは「日常生活動作の達成」

「コミュニケーションの基盤の育成」「自己肯定感」「運動の質」「遊びの充実」等である。

「多様な動きの経験」とは「動きの多様化」(年齢とともに獲得する動きの増大)と「動きの洗練化」(年齢とともに基本的な動きの運動の仕方の向上)である。単一部分を鍛えるのではなく、楽しく体を動かして遊んでいるうちに、多様な動きを経験し、動きが洗練化していく指導のあり方の工夫が大切である。発達障害のある子どもたちの保護者が運動に対する問題意識が低かったり、教育・保育場面で問題を運動の問題として認識していなかったり、「不器用さ」の問題を経験不足や個人の気質と捉え、発達や中枢神経系の問題として取り上げない傾向が多いことも影響している。子どもの課題がわかれば、動作、運動能力、有能感等を獲得するのに意欲的に取り組めるプログラムが開発できるとどのステージでも有効になり、少なくとも、「基礎体力の低下」、「運動ができない児童の増加」といった「小1プロブレム」の基になる覚醒レベルや体力の問題の未然防止に繋がっていくと考えられる。

✓ (8) 初期対応としての不登校の指導

適切なアセスメントが行われ、どういう理由で不登校になったかが明らかになると、支援の方法が選択される。多くの不登校に共通してみられるのは、対人関係での崩れ、不安である。それらの中に杉山登志郎(2011)によると不登校を主訴として受診した児童・生徒のうち半数が自閉症スペクトラムであったと報告している。こうしてみると学校に行けないから不登校ではなく、発達障害や認知の問題の見極めが重要である。学校以外の場所でのグループ療法に参加したり、対人関係のスキルの学習を経験したりすることは欠かせないものである。



初期対応で的確に見極めるコト!





IV リスクマネジメントまとめ

リスクマネジメントの特徴は、前向きで能動的である。リスクは未来に存在し、リスクの要因であるハザードは過去に存在する。それを管理にできなければ「危機」につながっていくわけである。「Risk」の語源は、「絶壁の間を船で行く」という意味だといわれている。たとえ兩岸が絶壁であっても、あえてそこを越えないことにはチャンスに巡り合う可能性もない。リスクは「自ら覚悟して冒す危険」である。リスクを冒すからこそ、チャンスが訪れる。例えば、英語をしゃべることができない学生を海外へ留学させるには大きなリスクを伴うが、留学することによって本人に大きなプラスを得るチャンスも含んでいる。

一方、「危機(Crisis)」の語源は、「将来を左右する分岐点」という。危機管理は、既に起きた事態を扱うものであり、受動的になる。マイナスをいかに減らすかが目的であり、受動的な発想のために大きな損失につながりやすい。ダメージからうまく回復して、前述の不登校対策も学校や組織をプラスの方向に向かわせるという点で、危機管理もリスクマネジメントの一手法であるといえる。 **図2**

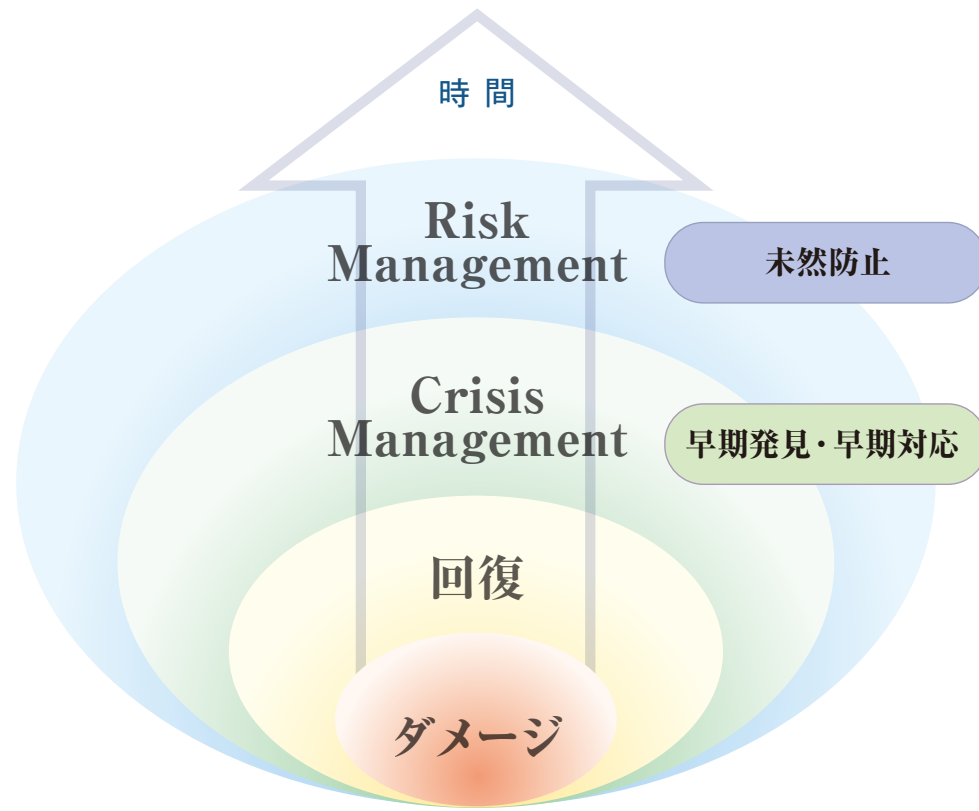


図2 リスクマネジメントと危機管理

V 発達障害の理解と指導上の留意点

障害のある子どもたちへの支援に当たっては、障害種別の判断も重要だが、子どもたちが示す困難、特性に、より重点を置いた対応を心がけなければならない。また、医師等による障害の診断がなされている場合でも、教師はその障害の特徴や対応を固定的にとらえることのないよう注意するとともに、その幼児児童生徒のニーズに合わせた指導や支援を検討する必要がある。

「発達障害」は、2005年に発達障害者支援法が施行されてから、よく使われるようになった。これによると「発達障害」とは、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」と定められている。多くの発達障害児は診断を受けるのも遅く、学齢時は通常学級で生活しているが、学習面や行動面や対人面に困難をきたし、特別支援教育の対象となることが多くある。また、乳幼児期から成人期までライフステージに合わせた理解と支援が必要になる。また、医学的判断での「発達障害」は、発達期のさまざまな原因によって中枢神経系(脳)が障害され、その結果、知能や運動の発達が遅れたり機能が制限されたりし、そのために、日常の活動や社会参加に困難を生じるものを指す。障害名としては、知的障害、学習障害、自閉症などの広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、脳性麻痺、視覚障害、聴覚障害、重症心身障害など多くの障害が含まれる。

それではLDやADHD、高機能自閉症はどのような特徴や違いがあるのだろうか。違いは、LDは学習面で、ADHDは行動面で、高機能自閉症は社会生活面で困難が見られる。

学習面で困難が見られる「LD(学習障害)」の特徴は、全般的に知的な遅れはないのが、特有の「学びにくさ」をもっている。読む、聞く、話す、書く、計算する、推論する能力のうち、どれか特定のものを習得するのに著しい困難をしめす。

行動面で困難が見られる「ADHD(注意欠陥／多動性障害)」は、年齢あるいは発達に不釣り合いな注意力・多動性・衝動性を特徴としている。集団行動がうまくとれないことや、授業の参加が難しい、友だちとトラブルになるなどの症状がある12歳以前に発症と診断基準が変わった。

社会生活面で困難が見られる「自閉症スペクトラム」は、他人との社会的関係づくりの困難さ、ことばの発達の遅れ、興味や関心が狭く特定のものにこだわるのが特徴である。3歳くらいまでに現れる。これらは、子どもの脳の特性が原因で起こる発達のかたよりで、子育ての失敗などによって引き起こされるものではない。

発達障害の2次障害として、学校不適応・学力遅滞・不登校など、様々な状態が予想される。実際は多動性や衝動性そのものよりも、2次障害が大きな問題になることもある。例えば、「いじめ」や「学級崩壊」などで、発達障害のある子が被害者となっているケースは少なくない。問題が深刻化する前に、あらゆる有効な手だてを探ってみる必要がある。これがリスクマネジメントであり、未然防止につながっていく。問題行動や不適応状態になりかけたときに、そのサインを見逃さずに手を打つことが重要である。すべてのケースにも有効な技法や支援法は存在しない。そのケース毎に、適切な支援を考えていく必要がある。



✓ (1) 発達障害の診断基準 (DSM-V)

2013年、精神医学における標準的な診断基準であるDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) の第5版、すなわち、DSM-5が米国精神医学会より発表された。DSM-5では、ASD (Autistic Spectrum Disorders; 自閉症スペクトラム) を含む児童精神科領域について1980年のDSM-III以来の大幅な改定があった。発達障害は、神経発達障害と総称されるようになり、AD/HDが発達障害に位置づけられ、発症年齢が「7歳以前」から「12歳以前」に引き上げられた。広汎性発達障害の呼称は廃止され、ASDに統一された。ASDが重症から軽症の者までスペクトラム(連続体)として捉えられるようになり、AD/HDとASDの併存が認められた。

また、ASDの問題は、幼児期を過ぎて初めて見出される可能性に対して言及された。これにより、従来の幼児期の症状を中核とした診断基準から、幼児期のみならず、幅広い年齢に適応できる診断となった。DSM-IVでは、PDDは自閉症障害、レット症候群、小児期崩壊性障害、アスペルガー障害、PDDNOSの5つの下位診断カテゴリーで構成されていた。しかし、レット症候群は原因因子であるMethyl-CpG-bindingprotein2が特定されたことを受けて、DSM-5では独立した診断カテゴリーはなくなった。そして、レット症候群を除いた残り4つの下位診断カテゴリーのすべてがASDに包括された。図3

DSM-III以来、自閉症およびPDDはウイングの三兆候、①社会性の障害、②コミュニケーションの障害、③想像力の障害とそれに基づく行動の障害(こだわり行動)の各領域の機能の遅れや異常の有無によって粗診断されてきた。しかし、DSM-5では、ASDの診断項目は、①社会的コミュニケーションおよび相互関係における持続的障害、および、②限定された反復する様式の行動、興味、活動、の2つに組み直された。そして、②の下位項目に、臨床上の特徴として観察されることが多い知覚過敏性・鈍感性といった知覚異常が追加された。

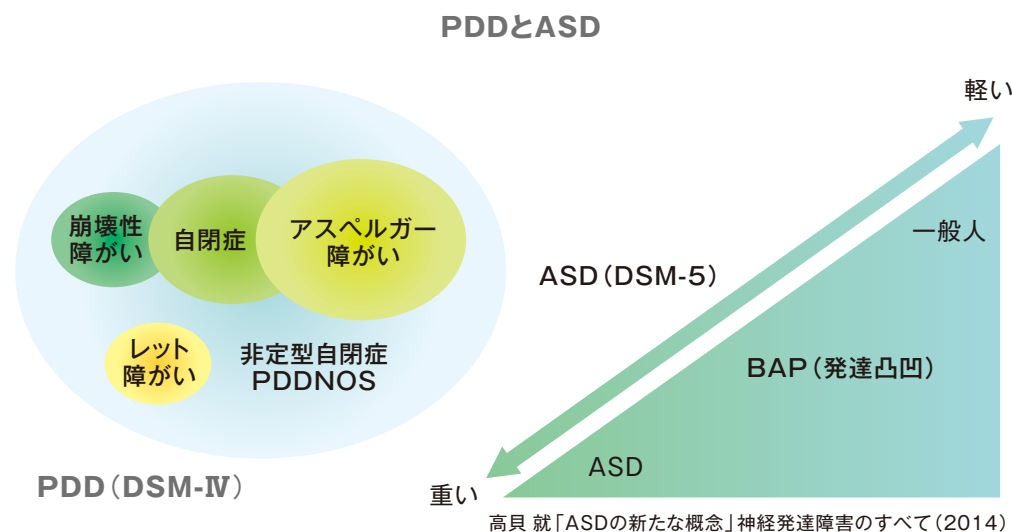


図3 PDDとASDの違い

✓ (2) 自閉症スペクトラムとは

① ASDの診断基準

DSM-VによるASDの診断基準^(注)は以下のとおりである。

A. 複数の状況で、社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な欠陥があり、現時点または病歴によって、以下により明らかになる(以下の例は一例であり、網羅したものではない)。

- 1) 相互の対人的-情緒的関係の欠落で、例えば、対人的に異常な近づき方や通常の会話のやりとりのできないことといったものから、興味、情動、または感情を共有することの少なさ、社会的相互反応を開始したり応じたりすることができないことに及ぶ。
- 2) 対人的相互反応で非言語的コミュニケーション行動を用いることの欠陥、例えば、まとものわるい言語的、非言語的コミュニケーションから、アイコンタクトと身振りの異常、または身振りの理解やその使用の欠陥、顔の表情や非言語的コミュニケーションの完全な欠陥に及ぶ。
- 3) 人間関係を発展させ、維持し、それを理解することの欠陥で、例えば、さまざまな社会的状況に合った行動に調整することの困難さから、想像上の遊びを他者と一緒に行ったり、友人を作ったりすることの困難さ、または仲間に対する興味の欠如に及ぶ。

B. 行動、興味、または活動の限定された反復的な様式で、現在または病歴によって、以下の少なくとも2つにより明らかになる(以下の例は一例であり、網羅したものではない)。

- 1) 常同的または反復的な身体の運動、物の使用、または会話(例:おもちゃを一行に並べたり物を叩いたりするなどの単調な常同運動、反響言語、独特な言い回し)。
- 2) 同一性への固執、習慣への頑ななこだわり、または言語的、非言語的な儀式的行動様式(例:小さな変化に対する極度の苦痛、移行することの困難さ、柔軟性に欠ける思考様式、儀式のようなあいさつの習慣、毎日同じ道順をたどったり、同じ食物を食べたりすることへの要求)。
- 3) 強度または対象において異常なほど、きわめて限定され執着する興味(例:一般的ではない対象への強い愛着または没頭、過度に限局したまたは固執した興味)。
- 4) 感覚刺激に対する過敏さまたは鈍感さ、または環境の感覚的側面に対する並外れた興味(例:痛みや体温に無関心のように見える、特定の音または触感に逆の反応をする、対象を過度に嗅いだり触れたりする、光または動きを見ることに熱中する)。

C. 症状は発達早期に存在していなければならない(しかし社会的要求が能力の限界を超えるまでは症状は完全に明らかにならないかもしれないし、その後の生活で学んだ対応の仕方によって隠されている場合もある)。

D. その症状は、社会的、職業的、または他の重要な領域における現在の機能に臨床的に意味のある障害を引き起こしている。

E. これらの障害は、知的能力障害(知的発達症)または全般的発達延滞ではうまく説明されない。知的能力障害と自閉症スペクトラム症はしばしば同時に起こり、自閉症スペクトラム症と知的能力障害の併存の診断を下すためには、社会的コミュニケーションが全般的な発達の水準から期待されるものより下回っていないなければならない。

注: DSM-IVで自閉性障害、アスペルガー障害、または特定不能の広汎性発達障害の診断が十分確定しているものには、自閉スペクトラム症の診断が下される。



② 成人のASD

現在、成人のASDの診断基準としては、世界保健機構によるICD-10の広汎性発達障害 (Pervasive developmental disorders; PDD)とアメリカ精神医学会によるDSM-5が定める自閉症スペクトラム症 (ASD)がある。

成人のASDは、その臨床像の多様性や二次的に羅漢する合併精神障がいがあることから、その特徴は広範囲におよび、患者がその障がいの自覚に乏しい場合には、診断は非常に見過ごされやすい。なかでも一定以上の知能をもつ高機能のASDは、知的に表面的な社会的スキルを身につけてしまうことも多いことから、障がいが家族や周囲に気付かれにくい。したがって、学童期以降に不適応状態が慢性的に続いても、障害に見合ったケアやサポートを受けてきていないことが多い。とくに思春期以降のASDにおいては、自主的な行動や対人関係が活発になることから、周囲との差異に気づき始め、自己効力感や自尊心の低下、抗うつ感や不安感が見られる。また、成人ASDの場合は、中核的な障がい特性自体に加えて、それによって生じた、これまでの社会的軋轢から対人的な傷つきや自己否定感をもっていることも指摘されている。もしこのような二次的な問題がなければ(つまりASDであっても社会適応した状態であるならば)、ASDではあるが障がいではない、ASD without disorders、つまり「(社会適応しているけれど)ちょっと変わった大人たち」ということになる。成人のASDの特徴は、①幼少期における気づかれにくさがあること、②精神疾患が二次的にあること、③ASDという障がいの特性は広範囲で多彩であること、④それゆえ未診断・未治療であることが多い、ということが挙げられる。このような特徴によって成人のASD患者たちは、その障がいの重症度やIQの高さに関わらず、社会適応を大きく妨げられている可能性が考えられる。

③ ASDの原因

自閉症の原因はまだ特定されていないが、最近では①多くの遺伝的な要因が複雑に関与、②ミラーニューロンの問題、③扁桃腺等の問題他、生まれつきの脳の機能障害が原因と考えられている。胎内環境や周産期のトラブルなども、関係している可能性がある。親の育て方が原因ではない。

④ ASDの症状・合併症

自閉症の人々の状態像は、年齢や知的障害の有無、症状の程度などによって、非常に多様である。幼児期では「目が合わない」、「他の子に関心がない」、「言葉が遅い」などで気づかれることが多く、「一人遊びが多い」、「指さしをしない」、「人のまねをしない」、「名前を呼んでも振り向かない」、「表情が乏しい」、「落ち着きがない」、「かんしゃくが強い」などもよく見られる。児童期・青年期には注意欠陥／多動性障害 (AD/HD)、学習障害 (LD)、てんかん等を併発しやすいことが知られている。

⑤ ASDの治療

現代の医学では、自閉症の根本的な原因を治療する事はまだ不可能である。かんしゃくや多動、こだわりなど、個別の症状は薬によって軽減する場合もあるが、専門家のアドバイスをもとに、状態を正しく理解し、個々のニーズに合った適切な支援につなげていく必要がある。乳幼児期から始まる家庭療育、学校教育、そして就労支援へと、ライフステージを通じたサポートが必要になってくる。

☑ (3) LD (学習障害) (Learning Disabilities : LD)

① 学習障害の定義と特徴

学習障害という概念は1960年代にカーク (Kirk.S.A)らによって教育用語 (Learning Disabilities)として、広められた。わが国では1997年「学習障害等に対する指導について(最終報告)」文部省(現文部科学省)において、以下のように定義されている。

「学習障害とは、基本的には、全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す状態を指すものである。学習障害は、その原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や環境的な要因が直接の原因となるものではない。」

学習障害 (LD)には教育的な立場でのLD (Learning Disabilities)と医学的な立場でのLD (Learning Disorders)の2つの考え方がある。最近では、異なった学習アプローチをとるという点から、Learning Differences (学びかたの違い)と呼ぶ人も出てきている。教育の立場では聞いたり話したりする力など学習面での広い能力の障害を含み、読み書きの特異的な障害、計算能力など算数の特異的な発達上・学習上の困難さを指すことが多い。

学習障害の得意な困難は、主として学齢期に顕在化しますが、学齢期を過ぎるまでに明らかにならないこともある。学習障害は、視・聴覚障害、知的障害、情緒障害などの状態や、家庭、学校、地域社会などの環境的な要因が直接の原因となるものではないとされているが、そうした状態や要因とともに生じる可能性はある。また、行動の自己調整、対人関係などにおける問題が学習障害に伴う形であらわれることもある。また、学習障害児は、授業や集団行動、生活面で以下のようなつまずきが見られることがある。

- ・黒板の文字をうまく写せない。
- ・文字の形が整えられず枠の中に書けなかったり、鏡文字になったりする。
- ・絵や地図を書くのが苦手。
- ・ひらがなや漢字がなかなか覚えられない。
- ・聞き間違いや聞き逃しが多く、指示どおりの行動が取れない。
- ・計算はできるのに図形や文章題ができない。
- ・ルールのある遊びや運動が苦手。
- ・整理整頓が苦手。
- ・忘れ物が多い。
- ・話を聞けずにボーとしていることがよくある。
- ・手先が不器用。
- ・冗談がわからず会話についていけない。

等、こういった困難性がさまざまな学習に影響を与えている。学習障害の場合には、これらのいくつかが学年が進んでも見られる。しかし、それは本人が努力していなかったり、環境が整っていなかったりしたためではない。このような子どもたちは学習上のつまずきと併せて、次のような注意の集中の困難や多動などが見られる場合がある。

- ・一つのことに短い時間しか集中できない。
- ・周囲のちょっとしたことに気を取られやすい。
- ・突発的な行動が多く見られる。
- ・新しい場面や刺激の多い環境になると、どうしてよいか分からなくなる。
- ・運動する時にぎこちない動きになってしまう。



② 書字障害 (dysgraphia) ディスグラフィア

知的発達水準の低さは見られないが、それに相応しない書きの能力を示している。授業場面では「不正確な綴り」「読みにくい字」「文法的な誤り」「長文が書けない」「パターン化された文字」「形態的に類似した文字「め、ぬ」等の書字誤りを示す」「助詞「は」を「わ」と書くなどの同じ音の書字誤り」等が挙げられる。言語表現能力は支障がないため、作文等の時に大きな問題が生じてくる。特徴として、以下のようなものが挙げられる。

- ・正確な視写はできるが、想起した文字が書けない。
- ・低緊張や微細運動機能等の不器用さからくる書字速度が遅い。
- ・空間認知能力の弱さからくる形の取りにくさ。

③ 読字障害 (dyslexia) ディスレクシア

学習の中核である読みに困難を示す状態で、LDの中核的なつまずきといえる。知的発達水準の低さは見られないが、それに相応しない読みの能力、読みの速度を示している。授業場面では「逐次読みになる」「読み間違いが多い」「文字間や単語間が広い場合は読めるが、狭いと読み誤りが増え、行を取り違える」「音読不能な文字を読み飛ばす」「文末などを適当に変えて読んでしまう適当読み」「音読みしかできない、あるいは訓読みしかできない」「拗音「ょ」、促音「っ」など特殊音節の書き間違えや抜けし」等が挙げられる。特徴として、以下のようなものが挙げられる。

- ・「音韻認識」の弱さから生じる音から文字を想起することができない。
- ・「流暢性」の弱さからくる文章を素早く読んだり、正確に読んだりできない。
- ・語の正確な読みや聞いて理解する力の低さからくる「読解力」の弱さ。

④ その他

小児期に生じる特異的な読み書き障害は発達性ディスレクシアとして知られ、知的な遅れや視聴覚障害がなく、十分に教育されたり、本人が努力したりしているにもかかわらず、期待される読字能力や書字能力が獲得できていない状態である。発達性ディスレクシアの発生頻度はアルファベット語圏で3～12%と報告されている。日本語は、ひらがな、カタカナ、漢字の3つの文字表記があり、文字別も含めた発生率の詳細なデータはまだ出ていない。

学習障害が疑われるときには、中枢神経系の機能的な障害なのか、器質的な障害なのかを明らかにするために、医学的な評価も重要となる。また、心理学的検査によって視覚認知や空間認知、音韻認識機能を知ることも重要である。さらに、注意欠陥／多動性障害 (AD/HD)、自閉症スペクトラムがある場合は、学業不振症状がそれらに伴うものかどうか、見極めが必要となる。家庭と学校そして医療関係者の連携がとりわけ必要になる。

対象者の認識と
関係者の連携が
大切なのね!



☑ (4) AD/HD (注意欠陥多動性障害) 〈Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder〉

① AD/HDとは

AD/HDとは、DSM-Vに記述されており、①不注意(活動に集中できない、気が散りやすい、物をなくしやすい、順序だてて活動に取り組めないなど。)と多動-衝動性(じっとしていられない、静かに遊べない、待つことが苦手で、他人のじゃまをしてしまうなど)が同程度の年齢の発達水準に比べてより頻繁に、強く認められること、②症状のいくつかが7歳以前より認められること、③2つ以上の状況において(家庭、学校など)障害となっていること、④発達に応じた対人関係や学業的・職業的な機能が障害されていること、⑤統合失調症など他の発達障害・精神障害による不注意・多動-衝動性ではないこと、などがすべて満たされたときに診断される。

前頭葉や線条体と呼ばれる部位のドーパミンという神経伝達物質の機能障害が想定され、遺伝的要因も関連していると考えられている。診断については、医師の診察で観察された行動上の特徴に基づいて行われ、それ単独で診断ができるような確立した医学的検査はない。しかし、一部の神経疾患・身体疾患・虐待・不安定な子育て環境などが子どもにADHD様の症状を引き起こす場合があり、小児科・小児神経科・児童精神科等の医師による医学的評価は非常に重要である。AD/HDのある子どもは意識的に症状を予防しようと試みても、どうしてもじっとしていられず、学校に必要な持ち物を忘れてたり、なくしたりしてしまう。このような失敗行動は通常両親や教師たちに厳しく叱責されるため、「どんなにがんばってもうまくいかない自分」という否定的な自己イメージを持ちやすく、家庭や学校においてつらい思いをしていることが多い。さらに、AD/HDのある子どもは学業不振や対人関係で悩むだけでなく、気分が落ち込んだり、不安感をコントロールできなくなったりなど、心の症状を合併することもある。その背後にAD/HDの特性があると診断される場合には医学的治療が必要である。

② 治療と指導

AD/HDのある子どもへの対処法は、「心理社会的アプローチ」と「薬による治療」の組み合わせが一般的で、その2つのバランスが重要といわれている。そのため、保護者、学校関係者をはじめとする周囲の人々全員が協力して取り組むことが大切である。

薬による治療

脳内のドーパミン濃度を上げることで、自らの行動をコントロールしやすくする治療である。症状緩和されることで、社会に適応する力や心理社会的アプローチの効果が高まる。

メチルフェニデートという薬がAD/HDの不注意・多動-衝動性を軽減する可能性があるが、これは登録された専門医療機関でのみ処方が可能である。最近では新たにアトモキセチンという薬も処方可能になった。



心理社会的アプローチ

子どもたちが授業などに集中しやすい環境をととのえたり(環境調整)、AD/HDへの対応を理解して適切な行動を教えたりすることで、対人関係能力や社会性を身につけていく方法(行動療法)です。意識して学習を重ねていく。

子どもを取り巻く環境を暮らしやすいものにするための介入としては、教室での机の位置や掲示物などを工夫して本人が少しでも集中しやすくなる方法を考える物質的な介入や、勉強や作業を10分-15分など集中できそうな最小単位の時間に区切って行わせる時間的介入などが有効である。行動への介入では、子どもの行動のうち、好ましい行動に報酬を与え、減らしたい行動に対しては過剰な叱責をやめ、報酬を与えないことで好ましい行動を増やそうという試みを行う。問題行動を抑制できたことやその頻度が減ることなどにも注目してしっかりと褒めてあげることが重要である。

- 席は先生の近くに
- 授業にカードや道具を取り入れる
- 黒板に対象ページや時間の流れを簡単に示す
- 宿題は本人ができるレベルの内容と量を考慮する
- 理解度や内容によっては、個別の授業で対応する
- 注意力をうばうものを取りのぞく
- 教える内容を小さなステップにわける
- 教科や日常生活の約束や目標を決めて、シールやスタンプで評価する

多動症状をただ押さえ込むようなスタンスの治療は良い結果を生まない。親の立場から見える子どもの問題と、子ども本人が感じている困難さは同じでないことが多い。家族と専門家・教師の連携は言うまでもなく重要である。

③ 学校生活でみられる特徴

学校生活でよく見られるAD/HDの行動

○「多動性」による行動例

- ・意味もなく手足を動かす。
- ・席にじっと座っていることができず、常にそわそわしている。
- ・おしゃべりがやめられない。
- ・授業中、勝手に席を離れて立ち歩く。
- ・静かにしていなければならない時に静かにできずに、しゃべったり、走り回ったりする。
- ・集団行動ができない。 他

○「衝動性」による行動例

- ・担任の指示が待てずに、勝手に発言する。
- ・他の児童への質問に答えてしまったりする。
- ・順番を待つことができず、列に割り込んでしまう。
- ・ささいなことで大声を出したり暴れたりする。
- ・他の児童の邪魔をしたり、ちょっかいを出したりしてけんかになる。
- ・他の児童の持ち物に勝手にさわったり、トラブルになる。 他

○「不注意」による行動例

- ・鉛筆などの学習用具を机から落としやすい。
- ・宿題や持ち物などの忘れものが多い。
- ・他の児童より頻繁にけがをする。
- ・字が乱雑で、読みにくい。
- ・机の中や周囲の整理整頓が苦手である。
- ・授業に集中することが難しい。
- ・文章を飛ばして読んだり、思い込みで読んだりする。
- ・指示を聞いていないため、行動が遅れる。
- ・好きな教科と嫌いな教科で意欲の差が激しい。
- ・課題や活動を順序立てて行うことが困難である。
- ・話しかけられているのに、うわの空に見える。
- ・友人との約束を忘れたり、約束が重複してしまったりする。

○AD/HDの子どもによく見られるその他の特徴

- ・着席中、姿勢が崩れやすい。
- ・日中、眠そうに見える。
- ・手先が不器用で、物を壊しやすい。
- ・好きなことには集中できる。
- ・複雑な運動が苦手で、特に鉄棒や縄跳びが苦手になる。





✓ (5) リスクマネジメント(未然防止と初期対応)を考えた指導

一般的な指導上の留意点

発達障害の子どもたちを指導する上で配慮する一般的事項として、以下の点があげられる

- ・長所を探し、認めることを基本にする。
- ・習得に時間がかかることを確認し、待つことと量の調整を心がける。
- ・適切な援助の仕方とその援助に対して適応的な反応をしているかを確認しながら進める。
- ・子どもの保護者への共感と他の子どもの保護者への理解啓発を進める。
- ・基本的な発達障害特性の理解をする。
- ・子どもの自己理解が進むような関わり方と自己評価を高める指導の在り方を考える。

環境調整のヒント

☆注意力を高めるための戦略例

- ・邪魔なものは、注意が散漫にならないように机や教室から排除する。
- ・単純明快で簡潔な指示を心がける。
- ・気が散らないように、前列または教師の近くに座らせる。(緊張・不安の度合いで最前列か2、3列目かに決めることも必要。)
- ・机と机の距離をとり、容易に四方の生徒に手が伸びないように配慮する。

☆衝動性を抑えるための戦略例

- ・些細なことではできるだけ無視し、なにかよい場面があれば、すぐに褒めることを心がける。
- ・正しい行動、行為を明記しものを眼のつくところに示す。
- ・「廊下は、静かに、右側を歩こう!」のように正しい行動を言語化または表記し、なるべく禁止文で表現しないように心がける。
- ・どうしてもよくない行動(興奮、乱暴)に対しては、説教や批判をせず、その場から離し、一人で考える場所と時間を与え、クールダウンさせる。落ち着いたら、先の行動を責めるのではなく「どうしたかったのか?」を尋ね、そのために必要なよりよい行動を伝えるため、実際にロールプレイなどで示し、その子から意見を聞くようにする。
- ・あらかじめ行動のルール、約束を取り決めておき、カード化したり、教室に表示したりする。(約束が守れたときは賞賛することを忘れないようにする。)

☆多動性への戦略例

- ・大切なことは、多動性を押さえようとせず、「動ける保証」をする。(例えば、その場で足踏み、運動場を走る他)
- ・授業中に小休止を設定したり、ストレッチ体操などを取り入れたりする。
- ・子どもに完璧な態度を求めず、多少の態度のだらしなさは容認することも場合によっては必要である。
- ・移動教室使用時は、単独行動でなくグループで移動させるか、何らかの役割を持たせる。(道具を運ばせる、歩く時に指示を出させる他)

☆自尊心の向上や不安定な情緒面への戦略例

- ・子ども同士の励まし合いを中心とした学級経営を心がける。
- ・間違った行動は、叱責・指摘せず、正しい行動を教える。
- ・集団の中で「恥ずかしい」経験をしないよう配慮する。
- ・常に確認し、励まし、褒めて、笑顔を忘れず、優しく接することを心がける。
- ・どのような場合でも、子どもに脅かしや、怒りをぶつけてはいけない。
- ・担任と一対一で話ができる保障をする。
- ・校内にほっとできる安全地帯を設置する。

☆社会性への戦略例

- ・学級経営や授業の中で、子どもたち全員の集団意識を競争から協力へと転回することが大切である。
- ・自分から上手にSOSが出せるように配慮する。
- ・クラス内に弱者意識を持たせないことが大切である。
- ・何事も協力しあい、助け合い、認め合えるようなクラスづくりを目指す。
- ・重要なのは、ルールを守ることと自分の思いを相手に伝えること。
- ・ゲーム等を通して、社会性を養うと有効。
- ・感情で話すより、論理的な話し合いの仕方、時間を指導・設定するように心がける。

☆やる気を持たせるために

I) 外発的動機づけとして

- ・他者に誉められることで、頑張ろう、さらに認めてもらおうと思う。
- ・シールやハンコ等、簡単な報酬をもらうことで励みになることもある。

II) 内発的動機づけとして

- ・自己決定感(自分は自立している)、有能感(自分は有能である)、交流感(自分は愛されている)を充足させることで高まる。
- ・「学習すること」それ自体が目標となる。
- ・指導者側が熱心すぎると、期待感や強制感に追いつめられ、内発的動機づけが低くなることもある。ほどほどの期待と十分な賞賛が必要である。



✓ (6) 学校で見られる躓きと具体的な指導

目に見える行動



- ・4年生のA君は、学級で担任の先生から聞いた場所に時刻を過ぎてても現れない。
- ・A君以外の子どもたちは、指示どおり、全員集合することができた。
- ・事情を聞かれたA君は、「観察池のおたまじゃくしをすくって遊んでいたんだけど、僕は、朝、集まる場所も時間も聞いてなかったよ。」と言い張る。

考えられる背景

- ・中学年の子どもは遊び盛り。それでも、遊びと勉強の時間を意識的に切り替えるなど学校生活への順応力が高まってくる時期でもある。教師の指示を一度聞くことにより、その内容を理解し適切な行動が取れるようになってくる。
- ・学習障害児等の場合、話を聞いているが、状況によっては、話の内容が聞き取れず指示が理解できていないことがある。
- ・A君のように、一見すると遊びに夢中になって時間を忘れていたかのように感じとれるが、実は、大切なことがらを聞き取れなかったため、学習活動に参加しそこなったという場合もある。
- ・集団場面で、A君のように「指示」の理解の不十分さが目立つ子どもがいる。教室での教師の言葉は聞こえてはいても、友だちの声や周囲の物音も同時に脳に伝えられ、必要な情報（この場合は集合場所・時間）を聞き分ける処理、つまり、聴覚情報を処理する過程につまずきのある子どもがいることが指摘されている。
- ・教師の言葉かけの意味や要点を聞き分けることが苦手な子どもは、要点を聞き落とししたり、一部を聞いてそれだけで行動に移してしまったり、自分に都合よく聞いたり、学習のさまざまな場面で聞き取りのまずさによる失敗を繰り返していると考えられる。

対応

知的発達水準の低さは見られないが、それに相応しない書きの能力を示している。授業場面では「不正確な綴り」「読みにくい字」「文法的な誤り」「長文が書けない」「パターン化された文字」「形態的に類似した文字「め、ぬ」等の書字誤りを示す」「助詞「は」を「わ」と書くなどの同じ音の書字誤り」等が挙げられる。言語表現能力は支障がないため、作文等の時に大きな問題が生じてくる。特徴として、以下のようなものが挙げられる。

- ・一斉に指示した後に、個別に要点だけをもう一度確認する。（要点の提示）
- ・周りの音をできるだけ少なくし、静かな場面をつくって話をする。
- ・本人のそばで本人の注意を引き付けながら、全体に話をする。（「聞く」から「聴く」へ）
- ・似通った音のことばは、聞き間違いがおこりやすい。身体表現で特徴づけたりしてわかりやすくする。（視覚情報による補足）
- ・聞いたことばを復唱させ、何音節まで聞き覚えることができるかを確認する。（聴覚的短期記憶の確認）
- ・「聞く」ことには、その深まりにレベルがある。
 - ①「聞く」：周囲にある音が単純に耳に届いている。
 - ②「聞く」：意識して音を聞く。
 - ③「聴く」：気持ちを集中して、意味を考えながら聴く。
 - ④「訊く」：相手の考えを推測しながら言外のことばまで訊く。
- ・子どもの聞き方を確認しながら話すことが大切である。

目に見える行動



- ・Gさん（小3）は、普段から落ち着きがなく、一つのものごとに集中し続けることが難しい子。課題に取り組める時間が短く、フラッと席を離れてしまう。

考えられる背景

- ・ADHDが疑われる。
- ・ワーキングメモリーの未発達と考えられる。
- ・理解力が低い。
- ・覚醒レベルが低い。 他

対応

○ 不必要な情報（刺激）を排除する

- ・集中を持続させるためには、現在行っている活動に「注意」というアンテナをしっかり立て続ける力が必要。
- ・不必要な情報を「雑音」としてカットする、ラジオのチューニング合わせのような力も必要。
- ・不必要な刺激に注意を奪われないよう、教室内を整理したり、クラス全体を落ち着いた雰囲気にしたりする学級経営から。

○ 得意な分野を見極め、集中の持続を促す

- ・次から次へと興味の対象が移りやすく、結果的にどれも中途半端に終わってしまう、ということが多いGさん。こつこつ努力することが苦手。ただし、すべての活動で努力が長続きしないというわけではなく、好きな活動、もともと関心が高い内容であれば、普段見せない集中力を発揮することもある。集中にムラがあることを理解し、得意な部分から集中の持続を促します。

○ 成し遂げられることを事前に示し、ハッピーエンドで終える

- ・個別に指示を伝えるときには、「どのような内容をどれくらいの時間で成し遂げるのか」「終わるとどうなるのか」といった活動の見通しを事前に伝えるようにする。例えば、授業中に水を飲みに行きたいと訴えてきた場合も、「水飲みなら1分以内ね。それ以外はだめだよ」と伝え、タイマーをセットし、1分以内でもどってこられたら「達成」できたことを一緒に喜ぶ。ハッピーエンドで終わることが行動修正のポイントである。



目に見える行動

- ・Hくん（小5）の机の周囲はいつも散らかっている。前の時間の教科書や教材がそのままの状態なので、ノートをとるときも安定した置き方にならない。準備や作業への取り組みもスタートが遅れがちである。

考えられる背景

- ・見通しが持てない
- ・ワーキングメモリーの未発達
- ・視空間認知の未発達
- ・低緊張
- ・不器用 他

対応

① 「できて当たり前」という思い込みを捨てる

- ・Hくんの学年（小5）で身の回りの整理ができないと、ついつい対象児の努力不足（「やろうとしないからできない」という気持ちを抱いてしまいがちである。しかし、そうではなく、自分なりの整理術がまだ未形成だ（「そもそも身につけていない」と理解し、一緒に、初歩的な段階から整理術が身に着くように教える必要がある。

② 指示を具体的に出す

- ・「ちゃんとしなさい」「しっかり片付けなさい」といった抽象的な指示では何も身につかない。何をどこに置くのか、具体的に指示する。置くべき場所が定められていないと、「どこでもよい」の状態に陥り、結果的にものが散乱する。置き場所の理解が明確になるよう、ファイルやケースを用意し、必要であれば整理された状態の写真も貼っておく。

③ 「なんでもボックス」を活用する

- ・机上の整理を確実に実現したい場合には、「なんでもボックス」を机の側に用意し、授業が終わったらそこに一旦全てを入れ、帰り際に分類する時間を設ける。定着したところでボックスを2つにし、その場で分類しながら入れ分ける。

④ 収納しやすく、取り出しやすい道具・方法の準備

- ・収納や取り出しに時間がかからない収納方法にする。

VI 大学や職場でみられる精神的な問題の理解

精神障害は日本では「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の第一章第五条に「この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒またはその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。」と比較的重い病態を念頭に定義されている。世界保健機構（WHO）による国際疾患分類（ICD-10）やアメリカ精神医学会の定めた精神障害の診断の手引き（DSM-v）ではもう少し広くとらえ、精神と行動の障害としてほとんどの精神疾患をあげている。

学生でよくみられ、精神科医療の対象となる「心の病気」を精神障害として広く取り上げる。発達障害と精神障害との関係は、発達障害は生得的で、精神障害はいずれかの時点で新たに発症した病気⇒遺伝的な因子もあるが、外からはわかりにくいこと、対人関係など行動に問題が多く出るなど共通点も多い。特に学生や成人では専門家でも両者の鑑別が難しく、また発達障害の二次障害として精神障害を併発することがある。

身体の病気は、例えば肝臓が悪くなれば顔が黄色くなる黄疸として一見してわかるが、自分でも痛みや腫れが出て病気になったことを自覚しやすい。しかし、精神障害は周囲の人も自分自身も自覚しにくく、健康診断等で精神障害の学生を見いだすことも、質問紙や時間の限られた問診では難しい。人間関係、授業への出席、成績、食事などごく普通の大学生活の中で一見障害からとは思えないトラブルとして現れることもよくある。健全な人でもこれらの問題が生じることはあるので、健全と病気の境、つまりどこからが障害によるものであるかという区別をつけるのが難しい。

✓ (1) 精神障害の理解

「精神保健および精神障害者福祉に関する法律」による定義第5条この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有するものをいう。法律上は、精神疾患を持っている人すべてを精神障害者と定義している。しかし実際に福祉サービスを利用する方は、その中でも精神疾患のために日常生活を送るうえで「生活のしづらさ」を感じている方となる。「生活のしづらさ」が精神障害者が感じる大きな障害といえる。





① 統合失調症

おもに青年期に発病し、多彩な精神症状を示す。いつのまにかはじまり緩やかに進行するものや、急性に発病して再発を繰り返すものなど経過もさまざまである。

● 症状

陽性症状

- ・考えがまとまらない(連合弛緩)
- ・あるはずのない声などがきこえる(幻聴)
- ・悪さをされていると思い込み、不安や敵意を感じる(被害妄想)
- ・自分はすぐれていると思い込む(誇大妄想)
- ・誰かに操られているように感じる(させられ体験)

陰性症状

- ・感情の起伏がなくなる
- ・意欲がなくなる
- ・集中力が低下する
- ・自分の殻にとじこもり、ひきこもる
- ・無関心になる
- ・うつ状態になる

認知障害

- ・認知機能…記憶力・判断力・計画力
- ・注意が散漫になる
- ・融通が利かない
- ・作業スピードの低下
- ・記憶力の低下
- ・新しい手順が覚えにくい

② 気分障害

気分障害には、躁病、双極性感情障がい(躁うつ病)、うつ病等がある。

● 症状

躁病の症状

- ・エネルギーに満ち溢れて、気分が高揚する
- ・アイデアがどんどん湧くが集中できない
- ・ブレーキが利かず、突っ走る。お金を使いすぎたり、人と衝突したりする
- ・夜眠らず活動し睡眠不足になるが、疲れを感じない
- ・病気の自覚がなく、自分の思考や行動は正当と思いつつ

うつ病の症状

- ・抑うつ気分
- ・興味、喜びの消失
- ・疲れやすい、活動性の減少
- ・集中力、注意力の低下
- ・罪責感と無価値感
- ・将来に対する悲観的な見方
- ・自傷あるいは自殺の観念や行為
- ・不眠
- ・食欲不振

双極性障害

- ・〈I型〉躁とうつが同程度に現れる
- ・〈II型〉躁が軽いのでうつ病と間違えやすい
- ・〈気分循環型〉軽いうつと軽い躁を繰り返す

抑うつの子どもの認知特性

- ・ポジティブな出来事が起きた場合には、その原因を外的な要因に帰属させる
- ・自分自身や自分の行動の結果をネガティブにとらえている
- ・ネガティブな出来事に目が行きがちでポジティブな出来事は見逃したり、無視したりする
- ・一つの失敗を他の事象にも当てはめてしまう
- ・ソーシャルスキル、問題解決スキル、自己強化の不安

③ 強迫性障害

- ・不合理とわかっているのにとらわれてしまう
- ・強迫観念obsession 不合理な内容の考えが意に反して頭の中に浮かんでくる
- ・強迫行為compulsion ある行動に駆り立てられてそれを行わないと気が済まない

強迫性障害の認知特性

- ・危険が起きるのではないかと誇張して考える
- ・悪いことが起きるという予感が強い
- ・その危険が深刻だという予感が強い
- ・考えと行動が混同する
- ・自分が危険を食い止めないといけないという責任を感じる

④ パニック障害

- ・予期しないパニック発作が繰り返しおこる(動悸・心拍数の増加・発汗・からだの震え・息苦しさ・窒息しそうな感覚等)
- ・また発作が起こるのではという強い不安⇒予期不安
- ・発作が起きた状況の心配の増大(コントロールを失うかも・人前でいきなり倒れてしまうかも・気がおかしくなるかも)
- ・発作が起きそうな場所や、起きたときにすぐに助けを求められない状況に不安を感じる⇒外出できない・電車に乗れない・1人で家にいられない等

⑤ 社会不安障害

- ・人前で何かする、初対面の人に会うといった状況で、極度に緊張する
- ・人の視線が怖い、自分の視線が人に不快感を与えそうで怖い、コミュニケーションのとり方がわからないと悩む
- ・緊張すると、赤面・動悸・吐き気・めまい・息苦しさ・発汗などの身体症状が現れる
- ・周りの人におかしと思われたくないという気持ちから、苦手な状況を避けようとして、社会とのかかわりが薄くなっていく(人が集まる場所にはいけない・ひきこもりなど)

不安な子どもの認知特性

- ・あいまいな出来事を怖いと誤って認知する
- ・何か悪いことが起こるのではないかと思いやすい
- ・脅威を暗示する手がかりと歪んでとらえる
- ・自分のパフォーマンスを否定的に評価する
- ・問題が起きて自分ではどうすることもできないと考えている

⑥ トラウマ

子ども期の逆行的体験(虐待等)が、その後の心身の健康に大きく影響する。反復する虐待や暴力などを一定期間繰り返し体験することによるトラウマを複雑性PTSDという。

トラウマの行動特性

- ・感情や怒りをうまく調整できず、衝動的な行動を取る
- ・健忘や解離など、注意や意識の調節がうまくできない
- ・頭痛・吐き気・婦人科系の不調など、身体症状が出る
- ・自尊感情が低く、自責感が強い
- ・他者を信頼しての人間関係を維持しにくい
- ・絶望感が強く希望が持てない

複雑性PTSDの認知特性

- ・自分の感情に関心を向けられた体験が少ない⇒自身の感情に気づく力が弱い
- ・感情を共有された体験が少ない⇒感情のラベル付けが正しくできない
- ・様々な感情を受け入れられた体験が少ない⇒自身の感情を受け入れられない、コントロールできない
- ・自分の行動をコントロールすることを学んでいない⇒感情に振り回されて衝動的に行動する



⑦ 支援例

● 感情や行動に対して

- ・ そのときの感情の種類を特定し、関心を示す。
- ・ そのときの感情や行動をひとまず妥当なものとして受け止める。
- ・ 他の対処法がなかったかを一緒に考える。

● 今ある機能不全に対して

- ・ 現在の生活の困りごと、その背景にある本人のストレスを探る。
- ・ 適切なストレス対処の方法を一緒に考える。
- ・ 実践できるように工夫し、成功するまで一緒に修正を考えていく。

⑧ 一般的な精神障害者の特性

- ・ 疾患の違い、発病までの経験年数、環境条件などによって、現れ方が違う。
- ・ 発症の時期は青年期が多く、ひきこもり状態が長く続き、社会経験の乏しさや社会との接触の希薄さがある。
- ・ 能力があっても生活場面で上手く生かせない。
- ・ 他者との柔軟な付き合いや、あいまいなことが苦手な人が多い。
- ・ 社会の偏見や周囲の無理解が大きい。
- ・ 病気と付き合いながら、生活する不便さがある。(病気と障害を併せ持つ)
- ・ 病気は長期化・慢性化しやすい。
- ・ 環境や対人関係の影響等で再発しやすい。
- ・ 再発防止に通院と服薬は重要。
- ・ 薬の副作用で悩まされることがある。

⑨ 治療における投薬

- ・ 抗精神病薬…不安・焦燥・興奮を鎮める、幻覚・妄想を軽減する、意欲を高める
- ・ 抗不安薬…不安を抑え、緊張を和らげる
- ・ 抗うつ薬…うつ状態を改善する
- ・ 気分調整薬…気分の波を抑える
- ・ 抗てんかん薬…てんかんの発作を抑える
- ・ 睡眠薬…睡眠を引き起こす

副作用

- | | |
|-------------------|------------------|
| ・ 口渇 | ・ 便秘・排尿障害 |
| ・ 眠気 | ・ 性ホルモン異常 |
| ・ 血糖値上昇 | ・ 循環器症状 |
| ・ 体重増加 | ・ 振戦 |
| ・ アカシジャ→じっとしてられない | ・ アキネジア→動きが少なくなる |
- ・ 急性ジストニア→筋肉が硬直する(口、舌、顔面、頸部、胴体部、手足などが「つっぱる」「ねじれる」・眼球が上に回転してしまうなど)
- ・ 遅発性ジスキネジア→口をもごもごさせる・口を突き出す・舌を左右に動かす・勝手に手足が動くなど 等々

☑ (2) 大学等でみられる症状と背景にある問題

- ・ 学生の大勢いる教室に入れない。⇒不安障害、パニック障害他
- ・ 周りの音が気になって、先生の話に集中できない。⇒発達障害他
- ・ 講義中にノートをとることができない。⇒発達障害他
- ・ 講義内容が理解できない。⇒発達障害他
- ・ 授業中に当てられると、突然動悸がしてパニックになる。⇒パニック障害、不安障害他
- ・ 発表前になるとお腹や頭が痛くなる。⇒不安障害、心身症他
- ・ 気分が沈んで休んでしまい、単位が取れない。⇒不安障害、気分障害他
- ・ 友だちができない。⇒発達障害、精神障害他
- ・ 先生とうまく話せない。⇒発達障害、不安障害他
- ・ 相手の言っていることが理解できない。⇒発達障害
- ・ 誰も自分のことをわかってくれない。⇒発達障害、気分障害他
- ・ みんなが私に悪口を言ったり、いじめてきたりする。⇒不安障害、統合失調他
- ・ ちょっとのことで腹が立って、当たり散らす。⇒パニック障害、発達障害他
- ・ 恋人に暴力をふるう。恋人から暴力を受けた。⇒愛着障害他
- ・ 親から虐待を受けていた。⇒愛着障害他
- ・ 親が自殺してしまい、どうしてよいかわからない。⇒PTSD
- ・ ストレスがたまってしまう。⇒不安障害、気分障害他
- ・ 理由もないのに不安でしかたない。⇒不安障害他
- ・ 何をやればいいのかわからない。⇒発達障害
- ・ 自分の顔(外見)が醜くて、皆が変に思っている。⇒統合失調他
- ・ 私はダメな人間で、自信がない。⇒不安障害、発達障害他
- ・ 孤独で死にたい。⇒気分障害
- ・ 生まれた性と反対に生きたい。⇒性同一性障害他
- ・ 気分が落ち込んで勉強もサークル活動もやる気がでない。⇒気分障害
- ・ 混んだ電車に乗れずに登校できない。⇒不安障害
- ・ 食事のコントロールができずに、食べ過ぎてしまうのが止められない。⇒拒食
- ・ 昔の嫌な記憶が突然蘇って辛くなる。⇒トラウマ
- ・ 手洗いやドアの鍵の確認がやめられない。⇒強迫性障害
- ・ 自傷行為がやめられない。⇒不安障害、統合失調、愛着障害他
- ・ 自分には生きる価値がなくもう死んだ方がまし。⇒気分障害、不安障害他

以上のほかにも以下のような行動が見られる。

- ・ 研究室の行事やグループの活動に消極的で、いつも避け休んでしまう。
- ・ 実験で同じミスを繰り返す。
- ・ 手続きなどのルールが守れない。
- ・ プレゼンテーションの時に極度に緊張する。
- ・ 涙ぐんだりした後ですぐに笑うなど、感情の表出が極端で不安定。
- ・ 無表情だったり、思いつめていたりするような感じが長期間続いている。
- ・ 授業終了後、いつも話しかけてきたり、頻りに研究室を訪れてきたりするなど過度に依存的。
- ・ 長期の欠席や急激な成績の低下がみられるが、話し合っても原因がはっきりしない。
- ・ イライラしていたり、ちょっとしたことで怒りだしたりするなど攻撃的な言動が多い。
- ・ 独り言やニヤニヤ笑いなどが頻繁で、奇妙で特異な行動をとる。
- ・ 会話や文章で自殺を示唆する。
- ・ 見た目で見えるほど体重の増減が激しい。
- ・ 手首に傷がある。



✓ (3) 大学等でみられる精神障害が原因となる問題行動の理解

- ・成人にも見られる精神病で退学・休学の原因となることが多い。〈**統合失調症**〉
- ・感情や気分の問題で自殺に注意をしなければいけない。〈**うつ病、うつ状態や躁うつ病**〉
- ・過度なダイエットから体重が激減して命にもかかわる。〈**拒食症**〉と食べ過ぎて止まらなくなって、その後すべて吐いてしまうことを繰り返す。〈**過食症**〉
- ・不安や恐怖のため電車に乗れなかったり、授業に出られなくなったりする。
〈**パニック障害、全般性不安障害とアゴラフォビア(広場恐怖)**〉
- ・人前で話したり、一緒に食事をしたりすることに恐怖を感じる。〈**対人恐怖・社会不安障害あるいは社交恐怖**〉
- ・こだわりがひどくて日常生活が大変になる。〈**強迫性障害や不潔恐怖**〉
- ・大地震など大きな事件に巻き込まれて受けたトラウマによる。〈**PTSD(心的外傷後症候群)**〉
- ・薬や何かの行動に耽溺して自分をコントロールできなくなる。〈**依存の問題(嗜癖(しへき)行動障害)**〉
- ・特に身体が悪くないのに頭痛や腹痛やめまいなどに悩ませられる。〈**心身症と身体表現性障害**〉
- ・友達や先生との関係を混乱させる。〈**ボーダーライン/境界例**〉
- ・心と体の性の不一致に悩む。〈**性同一性障害**〉
- ・学生で問題となる行動上の障害として「自らを傷つけてしまう。〈**リストカットや自傷行為**〉」、
「相談に来ること自体が難しい〈**引きこもり**〉」、
「交通事故などの頭部外傷後に生じ様々な問題を呈する。〈**高次脳機能障害**〉」

✓ (4) 大学生生活のしづらさと困難

以下の困難さは個人差が大きいことを前提に考えていく必要がある。こうした症状は固定したものではなく、変容しうる可能性がある。これらは個人の課題であると同時に、大学だけの課題だけでなく、精神科医療や福祉の課題でもある。生活しやすい環境を、暖かい人間関係も含めて整えていくことが大切になる。また、授業内容や生活材料の使い方やこなし方を一つ一つ学んでいくことで自信を深めていくことができる。これらの指導や支援も大学教員や支援者の大きな役割となる。

● 症状

- ・人との対応や多くの人の中では極端に緊張する。
- ・話や行動が唐突な感じがする。
- ・注意や関心の幅が狭い。→他者に配慮することができず自己中心的に見えてしまったり、礼を失ってしまったりしてしまう。
- ・気配りや目配りが苦手。
- ・適当に断ったりすることが苦手。→硬く生真面目な印象。
- ・疲れやすく、集中力・持続力が弱い。
- ・てきぱきとこなすことが苦手。
- ・一度に多くの課題に直面すると、混乱しやすい。
- ・不安や取り越し苦労が多い。
- ・環境や状況の変化に弱い。
- ・臨機応変に対応しにくい。
- ・物事を決断することが苦手。
- ・あいまいな事柄や状況が苦手。
- ・慣れるのに時間がかかる。など

● 行動対応

- ・一度に多くの情報に接したときに混乱しやすいので、複数の事柄の指示を一度にしない。
具体的に伝えたり、箇条書きにしたりするなどの工夫も必要である。
- ・不安が強く、慣れるのに時間がかかる場合は、誰にでも不安があることを伝える。また、失敗してもよいことを伝えて安心感を与え、具体的に結果がわかるように見通しを伝える。

- ・臨機応変な対応やあいまいな状況が苦手な場合は、伝える時にできるだけ落ち着いて具体的な表現で伝える。また、手順書などを作っておくのもよい。
- ・緊張しやすく疲れやすい場合は、意識的に休憩を入れたり、上手く手を抜くことを知ってもらったりする。

● 体質の特徴

- ・疲れやすい人が多い。しかし疲れを自覚しにくい人が多い。
- ・感覚が鈍磨して気づきにくい
- ・いつもしんどい状況のため気づきにくい
- ・ちょっとしたからだの不調に気づきにくい
- ・ある日突然体調を崩す

● こころの特徴

- ・日常生活がストレスに満ちているのに加えて本人自身がストレスに弱い場合が多い。
- ・眠れない ・食欲が落ちる ・元気がない ・イライラ・怒りっぽい ・頭痛・腹痛等を訴える
- ・確認行為が増える ・些細なことでパニック

● 対応

- ・無理をさせない。普段から疲れすぎない暮らしに心がける。
- ・精神的な体力を保つために、ゆとりを休む。
- ・お薬は有効。(調子が悪いときは主治医にうまく伝えることが大切)

● 周囲ができること

- ・休息を促す(本人は自分の疲れに気づきにくいので、周囲が休むよう勧める。スケジュールにあらかじめ休憩時間を設けておく。)
- ・リラックス方法を尊重する。提案する(本人なりのリラックス方法を尊重する。方法がわからない場合は、提案する、一緒に考える。)

● 指示の工夫

様々な指示はできるだけ具体的に簡潔に行うことが重要である。「だいたいこれくらい」とか「ころあいをみて」といったあいまいな表現で指示したり「これが終わったら、あれ、それからこれとこれ」など、同時に複数の指示をしたりすると混乱してしまう人が多い。作業内容を単純化し、一つの工程を終えるごとに報告させ、次の作業の指示をするなどの工夫が必要である。(構造化)

無断欠席など学校や職場のルールを破ることがあればはっきり注意をする必要がある。また仕事や学習のミスに注意する場合も「しょうがないな」とか「もっと気合いを入れる」というのではなく「何故失敗したか」「どこが悪かったか」を一緒に考え「こうやればうまくできるよ」と実際に手本を見せ、本人が納得するよう指導することが重要である。励ましの言葉をかけることは決して悪いことではない。しかし、作業がうまく遂行できない原因には、身体の不調や服薬の影響や社会経験が不足している場合も考えられる。失敗して自信を失っているようなときは、「勉強はうまくいっているか」「困っていることはないか」など本人の状態を観察しながら自信を持てるように言葉をかけることが大切である。「がんばれ」という励ましの言葉は、ときとして「こんなに頑張っているのにまだこれ以上どう頑張れというのか」と受け取られ、落ち込んでしまう場合もある。

行動がうまくできたときに、そのことを「認めてほめる」ことも自信の回復につながり、より良い行動ができるきっかけになる。時には「がんばれ」より、「ありがとう」。



✓ (5) 幻覚・妄想を示す疾患

- ・精神疾患⇒統合失調症、気分障害、統合失調、感情障害
- ・脳器質的变化によるもの⇒脳腫瘍、慢性硬膜下血腫
- ・身体疾患によるもの⇒内分泌疾患、甲状腺
- ・薬物によるもの⇒覚醒剤中毒、薬物副作用、ステロイド、抗パーキンソン病薬
- ・外科手術後⇒せん妄
- ・その他⇒アルコール離脱症候群、脳炎

● 対応

- ・幻覚・妄想を頭ごなしに否定しないように努める⇒本人にしてみれば幻覚妄想が「真実」であるので、否定されるとスタッフ・事例間の信頼関係を損ないかねない。
- ・幻覚妄想に伴う「不安感」「恐怖感」「イライラ感」「不眠」を聞き出し、この感情を和らげるために薬物療法をした方が良くと薬物治療に誘導する。
- ・つらさには十分に共感することは大切である。しかし、幻覚妄想の内容について協議することはやめたほうがよい。時に訂正が難しく、望ましくない。服薬を促すことは「つらさをやわらげる」「気持ちにゆとりをもつことができる」支援につながる。日常生活の改善を手伝うことは「元気な面を伸ばす」ことによって徐々に得られる。しかし、「病気だから」とはっきり言うことは、本人のプライドを傷つけ、「病気扱いされた」と関係を壊すことがある。ただし、素直に受け入れられれば有効ではある。

✓ (6) うつ状態への接し方

- ・相手のペース（主観的体験）を大切に、励ましすぎてはいけない、見守るメッセージが大切である。
- ・自分のせいではない、遺伝病ではないという誤解を解く必要がある。
- ・いつも通りに接し、必要以上に気を遣いすぎない。
- ・問題点を明確にし、何を解決したいのかの方向で話し合う必要がある。
- ・薬を上手に利用するよう助言し、必要なら専門機関の受診をすすめる。
- ・話を聞いてもらえるだけでも安心できるので、本人の話聞く時間を積極的に作る。

✓ (7) パーソナリティ障がいの接し方

- ・自分の要求を飲ませようとして、相手を「振り回す」ことがあるので、すべての要求が受け入れてはいけない。適度に距離を置き、線引きが必要と考えられる。場合によっては、関わりを持つ人達で情報の共有することが必要なこともある。
- ・基本の姿勢としては、中立性を保つこと。「自立した個人である」として、支持的に接することが大切である。不安が限局化できないので、対応するには構造化を行い、具体的な目標を設定し、行動（特に問題行動）に責任を持たせて、コントロールさせる。

例えば、「教師に〇〇と言われて腹が立った」

● 対応

「その時どうしました?」と聞く。

「殴るといけないので、学校に行かなかった」と本人が答えたら、「それは適切な行動ですね」と本人の行動が、適切な対処行動だったという文脈を作って、具体的、積極的に支持する姿勢を示す。

他に「頻繁に外来にやって来て、何度も相談・対応を要求する」場合は、あらかじめ「〇日の〇時に来て、1時間お話をしましょう」と伝える。それが守られない場合は、その理由を共有し、当事者研究として発展させていく。

「自傷行為を行った」場合は、頭ごなしに否定するのではなく、「痛かったね」「辛かったね」の共感的態度と「どうして?」といきさつを明らかにする。「次からはどうしたらいいのだろう?」と問題意識を持ってもらう。不適応な行動化の場合は、入院することも促す。

✓ (8) 自殺企図について

危険度	兆候と自殺念慮	自殺の計画	対応
軽度	<ul style="list-style-type: none"> ◎精神状態／行動の不安定 ◎自殺念慮はあっても一時的 	◎ない	<ul style="list-style-type: none"> ◎傾聴 ◎危険因子の確認 ◎問題の確認と整理、助言 ◎継続
中等度	<ul style="list-style-type: none"> ◎持続的な自殺念慮がある ◎自殺念慮の有無にかかわらず複数の危険因子が存在する（支援を受け容れる姿勢はある） 	◎具体的な計画はない	<ul style="list-style-type: none"> ◎傾聴 ◎問題の確認 ◎危険因子の確認 ◎問題の確認と整理、助言 ◎支援体制を整える ◎継続
高度	<ul style="list-style-type: none"> ◎持続的な自殺念慮がある ◎自殺念慮の有無にかかわらず複数の危険因子が存在する ◎支援を拒絶する 	◎具体的な計画がある	<ul style="list-style-type: none"> ◎傾聴 ◎問題の確認 ◎危険因子の確認 ◎問題の確認と整理、助言 ◎支援体制を整える ◎継続 ◎危険時の対応を想定し、準備をしておく
重度	<ul style="list-style-type: none"> ◎自殺の危険度が差し迫っている 	◎自殺が切迫している	<ul style="list-style-type: none"> ◎安全の確保 ◎自殺手段の除去 ◎通報あるいは入院

以下「自殺に傾いた人を支えるために」厚生労働省・自殺予防対策のホームページより抜粋



● 心構え

- ・相手の状況をいったん受け止め、相手の気持ちや立場に立って共に問題解決を考える。(受容と共感)
- ・相手の心情に応じて穏やかな対応を心がける。
- ・まず、相手の話すことにじっくりと耳を傾ける。よし悪しの判断をせずに虚心に話を聴く(傾聴)。
- ・たとえ相手が投げやりになっていても、また自らを傷つけるような行動をとっていたとしてもいたずらに責めたり、批判的な態度をとったりしない。むしろ相談に訪れたこと、死にたい気持ちや、自傷・自殺未遂について打ち明けてくれたことをねぎらう。
- ・いかなる状況や相談でも、真剣にとらえる。
- ・安易な励ましや安請け合いはしない。
- ・説明や提案は明確に行う。行動を促す場合や何らかの紹介を行う場合は、具体的・实际的で相手にとって役に立つものでなければならない。

● してはいけない対応

- ・単に「死んではいけない」といった教えを説くような対応や、自傷・自殺企図行為をとがめる
- ・問題となっていることが大した問題ではないとしたり、無視したりする
- ・「死ぬ気があれば何でもできる」、「弱音を吐くな」といった実態を無視した、あるいは的外れな励ましをする
- ・感情的になったり大げさに振舞ったりする。
- ・たらいまわしの危険をはらむような対応や情報提供を行う
- ・相談者の生命の危険性を度外視して、ただ秘密は守ると約束すること。
などが挙げられる。

☑ (9) こんなときはどう考える

① 理解力が乏しい

理解力が乏しいと判断するのは、本人の問題もあるが、教職員の問題もある。つまり、相手の身になって判断しているのではなく、「上から目線」の判断が多い。学生目線に立つと「相手が自分に理解できるように話してくれない。」ということになる。

● 間違った対応

「もっと人の話を集中して聞きなさい。」「質問をする前に自分で調べなさい。」「何度も説明しました。」どれも相手を非難して、理解していない。

● 対応

なぜ聞けないのかの実態把握。視覚支援教材を作成、使用する。ゆっくり話す。時間が取れないときは別日程を提示し、改めて約束する。

② 孤立している

「いじめ」や「十分にコミュニケーションが取れない」「発達障害」等の原因が考えられる。「いじめ」とは「当該児童生徒が、一定の人間関係のある者から、心理的、物理的な攻撃を受けたことにより、精神的な苦痛を感じているもの。」とされている。なお、起こった場所は学校の内外を問わない。「いじめられた学生の立場に立って」とは、いじめられたとする学生の気持ちを重視することである。「一定の人間関係のある者」とは、学校の内外を問わず、例えば、同じ学校・ゼミや部活動の者、当該学生が関わっている仲間や集団(グループ)など、当該学生と何らかの人間関係のある者を指す。「攻撃」とは、「仲間はずれ」や「集団による無視」など直接的にかかわるものではないが、心理的な圧迫などで相手に苦痛を与えるものも含む。「物理的な攻撃」とは、身体的な攻撃のほか、金品をたかられたり、隠されたりすることなどを意味する。けんか等を除く。

「いじめ」に関しては被害者本人の十分な話を聞くとともに、本人の心理特性、環境特性等を十分把握し、さまざまな情報を収集して対処する必要がある。

③ キャリア支援に向けて、適した仕事はなに

精神障害者の特徴として、○臨機応変に判断することが苦手、○動作が遅く、ぎこちない、○新しい環境に慣れるのに時間がかかる、などがあげられる。一般的には、単純作業が向いていて、スピードが求められる作業や対人業務の仕事は苦手と考えられる。しかし様々な支援を得て、いろいろな仕事で個々の力を発揮する人も多いので、今後は更に仕事の可能性は広がると思われる。面接時に個人の仕事への希望や特徴を確認し、配置後に就業状況を見ながら職場内で「適材適所」を検討する体制を作ることが大切である。

【配慮】

本人の適性を見るために、当初は比較的簡単な仕事から入り、様子を見ながら、本人の希望も尊重しつつ、仕事を決めていくことが望まれる。高学歴の人の場合には、単純労働につくことに抵抗を感じることもあるので、その仕事の重要性を伝えるなど動機づけを高める配慮が大切である。また、変化への対応を苦手とする人が多いので、仕事を変える際には注意が必要である。特に、より難易度の高い仕事へ変える場合には、本人のストレス状況を見ながら実施する必要がある。また、過大な評価や肩書きのあるポストへの配置は慎重にして、本人の負担にならないようにする配慮が必要である。いずれの場合も、時間をかけ、自信を回復するようステップを踏むことが重要になる。

■ 参考・引用文献

- 中尾繁樹 編著 通常学級で使える「特別支援教育」バンドブック 明治図書2013
- American Psychiatric Association (2013) DSM-V 精神疾患の分類と診断の手引き
- 高貝 就 著 「ASDの新たな概念」 神経発達障害のすべて 日本評論社2014
- 厚生労働省 自殺予防対策HP 2016
- 大阪府心の健康総合センター 研修会資料2015
- 浦嶋繁樹 著 初歩からのリスクマネジメント 日経ビジネス Safety Japan2005
- 独立行政法人日本学生支援機構HP 学生支援ガイド2015