

【研究ノート】

精神疾患のある児童生徒への対応に関する経験的考察

—2008年度から2ヵ年における文部科学省委託特別支援教育研究をもとに—

葛 西 久 志

1. はじめに

本稿は筆者が共同研究する文部科学省委託特別支援教育研究や臨床現場の経験などをもとに検討したものである。

2008年度より2ヵ年に渡り、青森県A養護学校（以下、「A養護学校」と称す。）が文部科学省より委託を受け、精神疾患のある児童生徒の「生きる力」、「自立活動」をはぐくむ指導内容・方法はどうかということテーマに共同研究が始まった。

現在、A養護学校では、精神疾患を抱える児童生徒が全体の約70%を占めている。統合失調症をはじめ、解離性障害、強迫性障害、パーソナリティ障害、反応性うつ病などである。これは、A養護学校に限ったことでなく、全国の特別支援学校（病弱）においても同じような傾向にあることが報告されている。¹⁾ また、精神疾患のある児童生徒は、長期の治療を必要とするため在籍が長期化し卒業に至る傾向にある。国立特殊教育総合研究所発行のガイドブック²⁾では「心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の経験をもつ児童生徒に対して、将来の自立、社会参加に向けた支援の視点が重要であること、そのためには、専門機関や専門家間の連携による支援が重要であり、子ども個人への支援の在り方や家庭、学校、地域への支援のあり方など構造化・階層化された支援が必要である。」としている。

これまでの筆者の臨床現場の経験から、学校、医療機関そして親と三者が互いに情報を共有しながら、役割を確認し合い連携を超えた融合という形で児童生徒にかかわる。これにより、児童生徒が自ら主体的に疾病・障害を理解し、対応することが「生きる力」、「自立活動」そのものと考えた。

そこで、精神疾患のある児童生徒の「生きる力」、「自立活動」をはぐくむ指導内容・方法について共同研究や臨床現場の経験などをもとに考察を試みたい。

2. 「生きる力」、「自立活動」とは、

学習指導要領第1章総則第2節第1の1に「学校の教育活動を進めるに当たっては、各学校において児童又は生徒に生きる力をはぐくむことを目指し、創意工夫を生かし特色ある教育活動を展開する中で、自ら学び自ら考える力の育成を図るとともに、基礎的・基本的な内容の確実な定着を図り、個性を生かす教育の充実に努めなければならない」と示している。³⁾

これは、激しい変化が予想される社会において、社会の変化を見通しつつ、これに柔軟に対応し、主体的、創造的に生きていくことができる資質を養うことを学校教育において重視する必要があるとの観点に立ち、今回の学習指導要領の改訂の基本方針を教育課程編成、実施の理念として示したものである。

1996（平成8）年の中央教育審議会第一次答申では、児童生徒にはぐくむべき「生きる力」としては、①如何に社会が変化しようと、自分で課題を見つけ、自ら学び、自ら考え、主体的に判断し、行動し、よりよく問題を解決する資質や能力、②自らを律しつつ、他人とともに協調し、他人を思いやる心、生命や人権を尊重する心、感動する心など、豊かな人間性、③たくましく生きるための健康や体力等が重要な要素として挙げられている。

一方、「自立活動」とは「児童生徒が自立を目指し、障害に基づく種々の困難を主体的に改善・克服するために必要な知識、技能、態度及び習慣を養い、心身の調和的発達の基礎を培う」といった目標が掲げられている。

自立活動の内容には、現行の5つの区分(①健康の保持、②心理的な安定、③環境の把握、④身体の動き、⑤コミュニケーション)と新たに⑥人間関係の形成が区分として設けられるようである。また、この区分には27項目具体的内容が示されている。これは、社会の変化や子どもの障害の重度・重複化、自閉症、LD(学習障害)、ADHD(注意欠陥多動性障害)等も含む多様な障害に応じた適切な指導を一層充実させるため、他者とのかかわり、他者の意図や感情の理解、自己理解と行動の調整、集団への参加、感覚や認知の特性への対応などに関する内容を盛り込んでいる。

以上のように、学習指導要領に示されている「生きる力」「自立活動」の目標や内容をもとに精神疾患のある児童生徒のについて考えてみると、「児童生徒が、病態を自覚し、よくなろうと努力すること」もしくは、「自分の障害を意識し、克服しようと努力すること」と理解される。

3. 精神疾患をもつ児童生徒への接し方

そこで、児童生徒が病態や障害を自覚したり、意識を持つためには、家族、学校や医療機関等は、どのように取り組んだらよいのだろうか。

まず、精神疾患を持つ大人と児童生徒を比較しながら考えてみると、精神疾患を持つ大人は、疾病や障害を理解する力が備わっている。もちろん、疾病・障害を受容できる人、受容できない人、また否認する人など様々である。むしろ、疾病・障害の受容に至るまでに、何度か失敗を繰り返す人が多い。(「失敗する権利」が保障されている。)そして、その経験を通して、病気に対する理解や、病気との付き合い方などを獲得していくことが見受けられる。いずれにしても大人は判断する力が備わっており、ひとたび疾病・障害を受容すると、自ら薬を服用し積極的に治療に参加し自立(律)に向けた取り組みをしていくのである。

一方、児童生徒は、疾病・障害を理解する力が弱い。むしろ、病気の告知は児童生徒にはされることが少なく、親に告知される場合が多い。つまり、大人のように疾病・障害を受容することも、否認することも判断ができない状態である。また、疾病・障害を客観視できず、どう対処・対応したらよいかわからない状態である。さらに、児童生徒は、病気の苦しさ、辛さをうまく言語化できず、行動化し、その行動を内省できずにいるものと考えられる。つまり、病気による対処方法を知ることや病気とどのように付き合いしていくかなどについて知る機会が少ないのではないかと考えられる。

次に、家族の取り組みとして、特に接し方の問題がある。精神科病院でかかわった家族をみると、大きく3つのタイプに分かれる。一つは、身代わりクライアント型(巻き込まれタイプ)で障害者本人の悩み・苦しみを自分のことのように考え込んでしまう家族や、二つ目のタイプは、放任型(あきらめタイプ)で障害になったことを悲観し、否定的な考え方で何事もあきらめてしまう家族、そして三つ目がやまあらし型(つかず離れずタイプ)で早期に障害を受容して、障害者本人とのパーソナルスペースを一定に保ちながら関わる家族が見られる。

また、イギリスの研究者であるブラウン氏が1960から1970年代初めに、家族の対応と再発率について研究を行っている。

ブラウン氏によると、家族の感情表出(Expressed Emotion)が精神障害者の再発率に大きく関与していると報告している。⁴⁾

例えば、批判的コメント(何もしないで、怠けてばかりいる。)や敵意(あの子は、何をしても駄目なやつだ。)、感情的な巻き込まれ(子どもの調子が悪いときは、私も心配で食欲もなくなるの。)といった言動が多く聞かれる家族は高い感情表出で再発率も高くなる。逆に、批判、敵意、感情的な巻き込まれの少ない言動の家族の場合には、低い感情表出のため再発率も低くなるのである。

過去の調査によると、高EEの家族と同居している場合の再発率は45.7%であり、うち服薬なしの場合には、60%の再発率と高くなる。服薬ありの場合には、40%の再発率であった。次に、低EEの家族と同居している場合には、8.1%の再発率で、うち服薬なしの場合には16.7%の再発率となり、服薬ありは6.7%の再発率であった。

日本では、感情的な巻き込まれの感情表出が多く、特に日本の文化の中では、逆に感情的な巻き込まれが、美德と思われており、このような感情表出を良かれと思ってやっている家族は少なくない。そのため、これが実は適切ではないことを家族に理解してもらうことが重要である。

では、家族の接し方のポイントについて触れると、①批判的な言動・姿勢をなくす。例えば、「寝てばかりいないで散歩でもしたら」という言い方を「一緒に散歩に出かけない」などと声をかけるとか、②感情的巻き込まれを防ぐ。③人格を否定する言動を言わない。④相手を受容する。⑤同情ではなく、共感する。⑥悩みは私たちと同じである。(本人が一番苦しんでいる。)⑦「問題点探し」から「よいところ探し」へとというほめる事により自尊心を高める。⑧家族全体が仲良くして、常に安心感を送る。⑨症状や態度に一喜一憂しない。⑩過度に深刻な捉え方をせずかかわりを楽しむ。といった10項目の接し方が重要と考えられる。

また、専門職の接し方のポイントは、①障害者のペースにあわせること。すなわち、待つことや見守りの姿勢が大切であること。②情報は分かりやすく、具体的に伝える。また、③障害者の理解できる言葉を使うこと。④何回も繰り返し伝える労力をいとわないこと。⑤プライドを傷つけないよう配慮する。⑥現実的でない話をして議論しない。⑦声のない「訴え」を感じとる。ことなどが専門職の接し方のポイントになる。

さらに、医療機関における障害者に対する視点は、「医学モデル」から「生活モデル」へとといったこれまでの「できないところ」といった弱点や否定的な面への着目から「今できていること」、「変化してきたこと」、「変化する可能性のあるところ」を意識的に捉えた視点へと配慮すべきである。また、障害を個性として捉え、依存的な患者から脱却し、主体的な生活者として回復していくプロセスを支える。そして、問題解決志向から目標志向へと視点を変える。つまり、問題探しから良いところ探しへと視点を変えて、退院だけの目標ではなく、退院後の生活を長期的なビジョンをもってチームで考えていく視点が重要となってくる。

4. 国際障害分類 (ICIDH)から国際生活機能分類 (ICF)へ

そもそも、障害者に対する概念は、1981年の国際障害者年を迎えるに当たり、障害者問題の正しい理解を普及するために、1980年に国際障害分類 (ICIDH) が作成された。これは、障害を機能障害、能力障害、社会的不利という3つのレベルに分け、障害構造を総合的に捉えようとした。しかし、国際障害分類 (ICIDH) の考え方が生物学的な変異や異常をもとにリハビリを介して社会参加するという「医学モデル」の立場をとっているため批判された。すなわち、障害を個性として捉え、人権問題として社会の側の改善を図ることが社会参加を可能にするといった「社会モデル」の視点からみると国際障害分類 (ICIDH) は不十分なものであった。

また、スウェーデンやオランダ、カナダなどから、国際障害分類 (ICIDH) の意義や問題点を指摘する集会がなされた。その集会により組織形成がなされ、その中では医学モデルと社会モデルの統合化を図ろうとカナダモデルが展開された。カナダモデルは国際障害分類 (ICIDH) で示された機能障害、能力障害、社会的不利という3つのレベルに環境因子を明示し、社会的不利状況は機能障害、能力障害、環境因子の相互作用により発生するものとした。その後、国際障害分類 (ICIDH) の改訂作業が開始され、1997年と1999年には、障害者の構造について報告された。障害のある人々の生活全体を見据えた支援のありようを求める方向へと転換し、生命活動としての側面、日々の暮らしの側面、人生・生涯といった三点に大別し生活を総体的に捉えることとした。

日本では、高齢化に伴う心身機能の低下を障害とみなす国民的合意はないが、障害とみなす国もあるといったように、障害の範囲は各国の政策や規範などに依拠するものであることから、障害のみに着目するのではなく、生活にかかわることのすべてを対象とすることとなった。つまり、生活上の障害は日々の暮らしを支える環境が大きく影響するという捉え方に变化したのである。

人々の暮らしの中で生じる生活上の課題は、障害の有無にかかわらず、常に環境との連鎖において変化するということであるとした。これにより、WHOは、2001年5月の総会で「国際生活機能分類」(International Classification of Functioning, Disability and Health:ICF)承認・改定された。すなわち、障害者と呼ばれる人々の障害を限定せず、人々の生活にかかわるすべての機能を包括的に扱うこととし、肯定的側面「生活機能 (functioning)」とし、否定的側面を「障害 (disability)」定義した。

また、障害の構造のとらえる過程では、「環境因子」、「個人因子」といった背景因子を加え、相互作用や複合的な関係の中で、生活機能や障害、活動や参加は、促進要因になったりバリアになったりするという双方向概念を取り入れた。また「活動」を個人レベルに、「参加」を社会レベルに置き、活動と参加の各領域において「できること」「実際にやっていること」など肯定的側面を示した。

今後、能力と実際状況を環境条件との関係でみることで、環境改善対策の必要性や、能力向上させるための個人的介入が示されれば、個と環境の相互作用をより効果的に促進できるものと考えられる。

5. 症状でなく能力レベルで評価

次に、国際生活機能分類 (ICF) で見る精神障害者についてBさんの事例を紹介する。

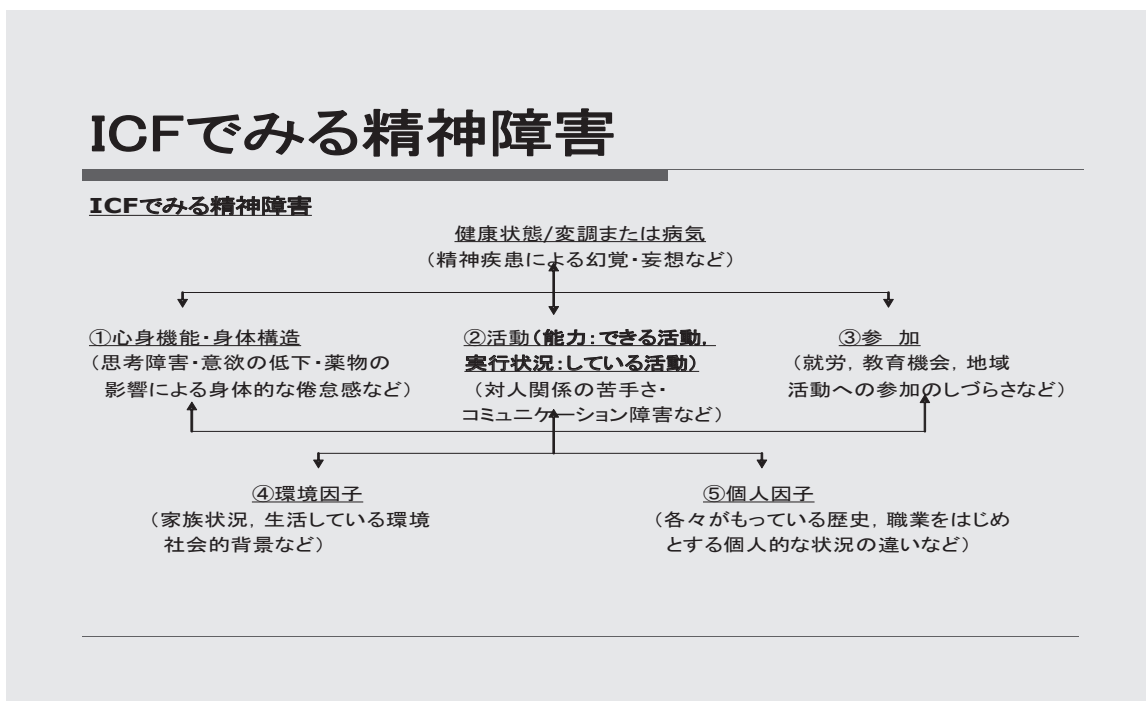


図1 Bさんの事例⁵⁾

Bさんは、①思考障害により、②対人関係の苦手さを有するが、④子供の頃から慣れ親しんだ環境で暮らしているため、安心して生活ができている。

Bさんが⑤パソコンが得意であることから③役場でデータ入力の仕事に非常勤として採用され、少しずつ回復し②活動範囲も広がる。つまり、①から⑤は相互に影響しながら、決して一方通行ではなく、

双方向の流れをもちながら、Bさんの生活にプラスあるいはマイナスに影響を及ぼしている。

そこで、現在②の能力の考え方が注目されており、「能力」には「している活動」（実生活で普段行っている活動）、「できる活動」（指導・訓練で発揮できることが確認された状態のことである。また残存能力だけでなく潜在的な能力も見出す活動）そして、「する活動」（将来の実生活の目標である）の三つ能力が含まれている。

つまり、「する活動」という目標を設定し、「している活動」と「できる活動」に働きかけていくことが能力・活動レベルを向上させ、自立度が高くなるという考え方である。

このような考えから、昨今では、能力レベルに応じて環境を整えてあげるといった考え方変わった。また、特にこれまでは、症状として幻聴や妄想があるとほとんど社会復帰が困難という考え方であったが、いまは症状ではなく、能力と環境設定の整備という考え方変わったのである。

6. Cクリニックのこどもデイケアの実践報告から学ぶ

Cクリニックのこどもデイケアの実践報告から学ぶものとして、こどもデイケアは、精神科外来治療のひとつである。その趣旨は仲間との遊びやグループ活動を通して対人関係の練習（ソーシャルスキル）情緒の健全な発達を目指すものである。また対象者は小学校高学年から20歳位までを対象としている。Cクリニックのこどもデイケアへの通院者の病名は、①不登校、②適応障害、③不安障害である。以前は、登校拒否（学校恐怖症という神経症レベルの児童生徒が多かった。）

Cクリニックのこどもデイケアのプログラム内容は、1対1の個人面接（例えば、カウンセリング、遊戯療法など）から、グループ活動へ（ソーシャルスキルトレーニング、料理、スポーツ、歌など）である。治療の主な目的は、まず「治療」が基本であるが、「育て直し」と「社会性を育てる」ことが大きな治療の目的となっている。こどもの治療で見受けられる問題・課題は、①生活のリズムの乱れ（昼夜逆転の生活、睡眠障害など）②病気の原因探しである。②の病気の原因探しについては、きっかけはあるが根本的原因ではないという。（きっかけの主なものとして、友達との喧嘩、友達からのいじめや、先生からの叱責などである。）

こどもの治療で改善を図るためには、「治療（治療モデル）」、「育て直し（成長モデル）」と「社会性を育む」というねらいから、「してよいことと、していけないこと」をはっきりと伝え、グループワークを通して協調性などを身につけさせている。

一方、親御さんには、「心理教育（病気の理解）」や、「親へのソーシャルスキルトレーニング（対応方法の理解）」などへ参加してもらおう。但し、親御さんに対しては、愛情が足りないとか、こどもへの対応が悪いだとかいわれてきたが、根本的に育てにくさがあるって現在の状況に至っていることを理解してもらおうことが重要であるという。

おわりに

「生きる力」「自立活動」をはぐくむためには、学校は、「社会性を養う」ようなかかわりが必要である。例えば、精神疾患を抱えながら、病気とどううまく付き合っていくのか、また自立した生活（社会参加）するためには、どういう手立て、方法があるのか考えていき、その際には一人ひとり（個別化の原則）やり方で導いていくことが大切だと考える。

次に、医療機関は、「疾病・障害に対する受容の援助、症状の対処・対応の仕方」について指導する。例えば、調子が悪い時のコントロールの仕方や、苦しい時のSOSの求め方、幻聴、妄想などに振り回されない距離の持ち方について、児童生徒のわかる言葉で指導する必要がある。

親御さんについては、家庭の中で「育て直し」をする。例えば、家庭の中で「～してよいこと」「～してはいけない」ことなど、はっきりと伝えることが大切である。特に、ストレスの発散の仕方などが不得手な児童生徒が多いので工夫する。もちろん、受容の原則が大前提となる。

このように、学校、医療機関そして親御さんと三者が互いに情報を共有しながら、役割を確認し合い連携を超えた融合という形で、児童生徒にかかわる。これにより、児童生徒が自ら主体的に疾病・障害を理解し、対応することが「生きる力」、「自立活動」そのものと考えているのである。

【引用・参考文献】

- 1) 齊藤 覚、他 (2008) 『平成20年度文部科学省委託特別支援教育研究協力校事業中間報告書』特別支援教育研究協力校事業
- 2) 独立行政法人国立特殊教育総合研究所病弱教育研究部 (2004) 「病弱養護学校における心身症等の児童生徒の教育－『心身症など行動障害』に括られる児童生徒の実態と教育・心理的対応－」独立行政法人国立特殊教育総合研究所
- 3) 文部科学省特別支援教育課 (2009) 『特別支援学校学習指導要領解説－自立活動編－』海文堂出版
- 4) 高森信子 (2005) 『あなたの力が家族を変える』(財)全国精神障害者家族会連合会
- 5) 障害者福祉研究会編 (2002) 『ICF 国際生活機能分類－国際障害分類改定版－』中央法規出版 (加筆・修正)
- 6) 文部科学省特別支援教育課 (2009) 『特別支援学校学習指導要領解説－総則等編－』(幼稚園・小学部・中学部)教育出版
- 7) 蜂谷英彦・岡上和雄監 『精神障害リハビリテーション学』金剛出版
- 8) 蟻塚亮二 (1996) 「地域で生きていくために必要な生活技術について」津軽保健精神神経科医報, 通巻第37号
- 9) 柏木 昭編 (2006) 『精神保健福祉』社団法人日本精神保健福祉士協会, 第37巻第1号 (通巻65号)
- 10) 介護支援専門員テキスト編集委員会 (2007) 『四訂 介護支援専門員基本テキスト』財団法人長寿社会開発センター
- 11) 大川弥生 (2000) 『目標指向的介護の理論と実際』中央法規出版