

生きづらい子どもたちを支える
・・・教育と医療の連携は可能か？

医療法人大高クリニック
大高一則

エピソード 1

床屋のオヤジさんとの会話

1972年当時の文化 随分緩かったし自由(?) だった

- 黒電話五台
- シートベルトなし
- 皆タバコを吸っていた
- 石原裕次郎はブランデーを飲んだ後、車を運転していた。



エピソード2

特別支援学校（小学部）での入学時検診での児童の様子

特別支援学校小学部入学時検診での様子

- 6歳の比較的重度の障害をもつほとんどの子どもがちゃんと椅子の座っているか、座れなくても陪席の教師と一緒に遊ぶなど **大人しい子どもたちが増えている**ことに気づき愕然とする！
- 検診対象の13人の中でひとりだけ、ずっと私のところにやってきて私のために置いてあったお茶をすすってしまった子どもがいた。その後もいろいろやらかして大騒ぎして帰っていった。
- 陪席している教師から、「先生の好きな子がきましたね！」と変な共感をされた。

世の中ずいぶん生きづらくなった！！

今日のお話

- 私がなぜ児童精神科医をめざしたのか？
- 特殊教育から特別支援教育へ
- 発達障害の診断の問題点
- 発達障害を教育から考える
- 共に生きる場の発達臨床

自分の体験から考える

なぜ児童精神科医になったのか？

私の個人的体験から

- ・ **自閉症親の会やサマーキャンプのボランティア**

(かわいそうな) 自閉症の親や子どもを助きたい！

児ばかりではなく親も、ほんとはとんでもない生きづらさを抱えていることを知る

- ・ **自宅に閉じこもっている脳性麻痺の人たちを社会に出す活動**

- ・ **児童精神科クリニックを開業する**

小さい時から一緒に育たない
とこうした差別意識は取れない
い

しかしその頃の児童精神科医は、
「障害」のある・なしで、子ども
たちを振り分ける役割だった！？

これまでの医療・療育モデル

- **診断・評価**

（正常に比べて何ができないか？という評価）

- **療育**

（できることを増やす）

- **能力の向上**

（子どもに何かさせる）

- **障害の低減**

（能力発達の段階を上にあげることがこの子の成長なのだ！）

（正常からの落差を埋めることが子どものためなのだ！）

背景にある発達観（能力主義）

- ①能力の向上こそが「発達」だと信じる
- ②能力の向上による障害の低減と発達の促進こそが子どもの幸せにつながる
- ③医師などの専門家がそうした療育方針を支持し、現場もそれに応じて「させる」対応に傾斜したこと
- ④現場の児や親、保育士・教師の**生の関係**を見失い、援助や助言をおこなってきたこと

．．．．医師も、親も、子も、教師もそうした価値観の虜に！！

児童精神科クリニックを開業する。

症例 あけみ（小4女兒）

- ある日私の学区の家庭児童相談員に付き添われて不登校を主訴に小4の女兒が当院を受診した。
- 彼女は不登校の子どもの割には人なつこく、いろいろ家庭状況を話してくれた。
- 彼女の母親は精神病でずっと地元の病院に入院している。
- 父親は朝早くから夜遅くまで働いているので彼女はひとりでうちにいる。朝食は夜父親が買ってきた菓子パンなどを食べる。夜は父親がお金を置いていけばコンビニで弁当を買って食べているという。給食が彼女の生命源になっていた。
- その後地域で個別の支援会議が開かれて彼女は児童養護施設に保護された。

本当に困っている子ども
もはクリニックに来ない

本当に困った子どもはクリニックに来ない！！

- 私が愕然としたのは、そうした子どもが私の生活する地域のすぐそばに居たということである。
 - 私のクリニックのすぐ隣に本当に困っている子どもがいた！！
 - クリニックに来られるような子どもは恵まれている。
 - 本当に困っている子どもはクリニックに受診できない。
-
- その後私は、地域の学校などに頻繁に訪問するようになった。

今の私たちの問題意識（地域を耕す）

◎**より狭く、より深く！地域へ！**

◎**チームワークと連携の中で！**

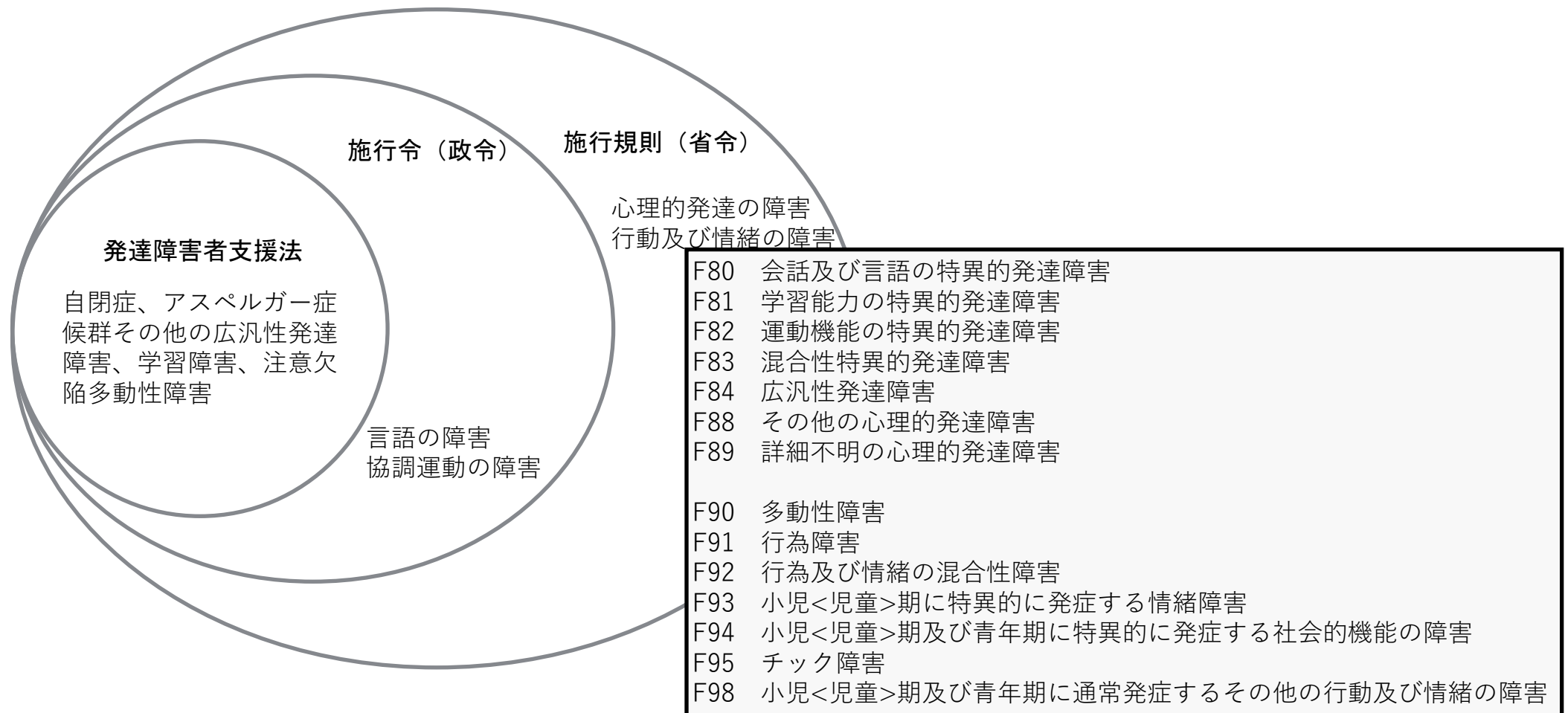
特殊教育から特別支援教育へ

大きな価値観の変更

特別支援教育関連の流れ

- 2001年1月15日
 - 特殊教育のあり方について（最終報告）
- 2003年3月28日
 - 今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）
- 2004年12月10日
 - 発達障害者支援法（議員立法）

発達障害者支援法（2004）の定義



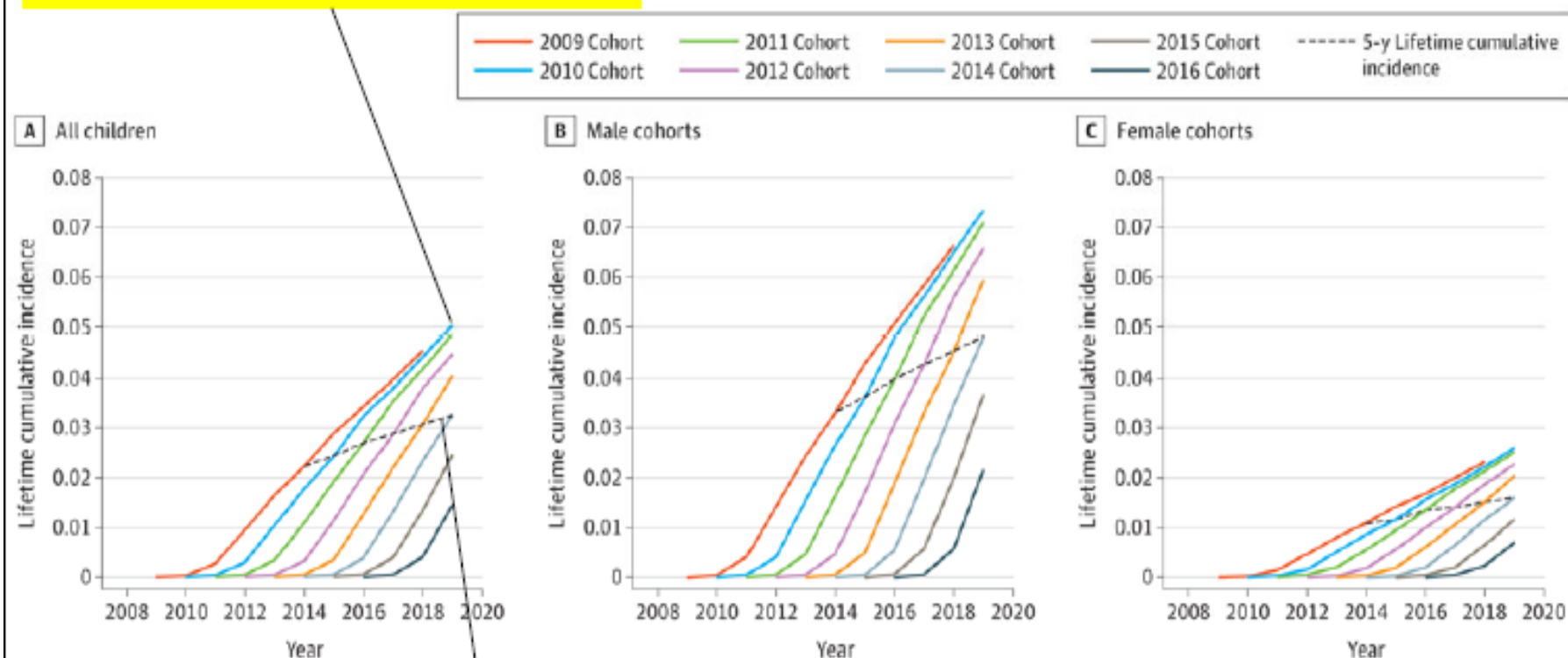
DSM-5-TR (APA 2022)

Neurodevelopmental Disorders

- 知的発達症群
- コミュニケーション症群
- 自閉スペクトラム症
- 注意欠如多動症
- 限局性学習症
- 運動症群
- 他の神経発達症群

自閉スペクトラム症と診断された子どもの累積発生率の年次推移 (2009年度～2016年度生まれ)

9歳までの累積発生率が5%に達した

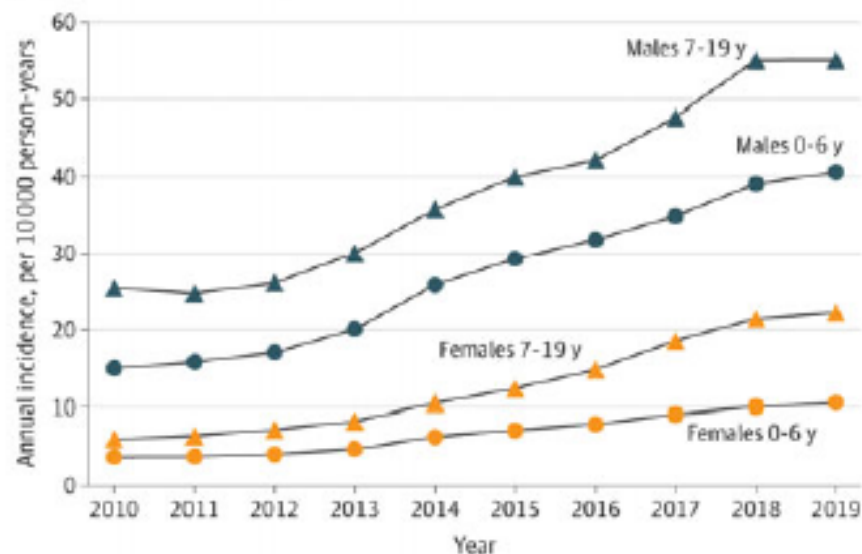


5歳までの累積発生率は約3%

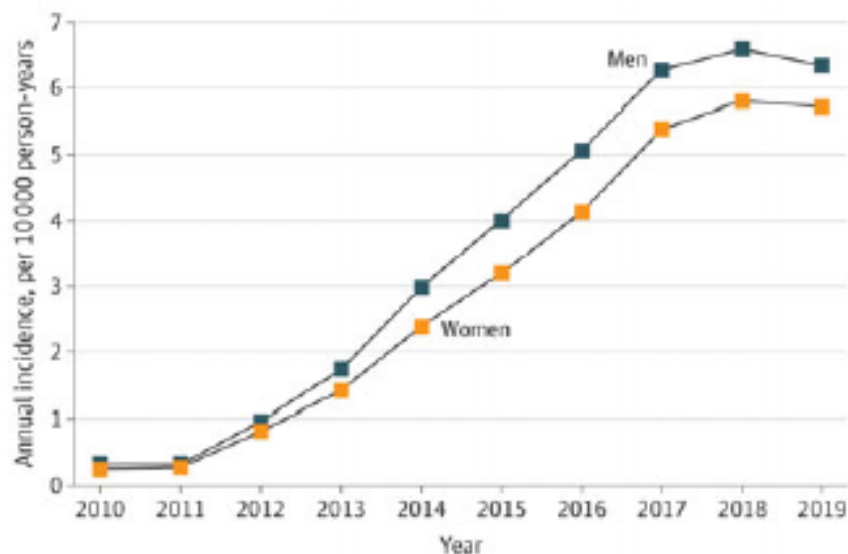
(レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) を用いた調査)

わが国におけるADHD診断の発生率の年次推移 (2010年度～2019年度)

A ADHD incidence among children and adolescents



B ADHD incidence among adults



新たにADHDと診断された割合の、2010年度から2019年度にかけての増加率：

0歳～6歳：2.7倍（女2.9倍，男2.7倍）

7歳～19歳：2.5倍（女3.7倍，男2.2倍）

20歳以上：21.1倍（女22.3倍，男20.0倍）

（レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を用いた調査）

発達障害の診断基準から考える

診断の問題…行動特性中心の診断

発達障害 = 「そだち」 「失調」

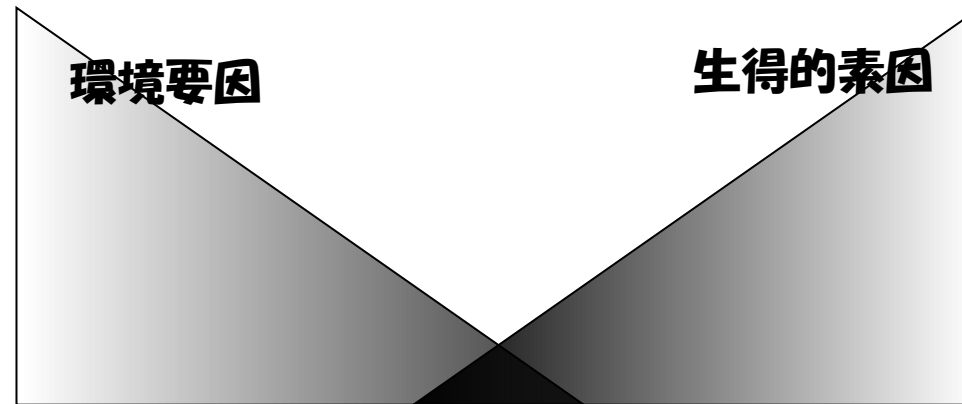
- 発達障害とは . . .
- **生来生物学的にもつ脆弱性（特性）と、**
- **周囲との環境との相互関係の中で**
- **生まれる「関係性」の障害である。**

発達障害（= そだち失調）の顕在化

関係性の概念



親の養育力の低下
学校の教育力の低下
社会の許容力の低下



生来の持つ特性

発達障害について

- 「生来もつ特性」から
「関係性」の概念へ

発達障害の「症状」は 自然経過では悪化しない。

環境の変化が誘因になることが多い！

- 幼稚園や小学校への入学
- クラス替え
- 担任や上司の交代
- 友人の態度の変化
- **10歳の壁**も大きな環境の変化！

ADHD（注意欠陥多動症）を例に考える。

- ADHDの3要件は、「不注意」（気が散りやすい）・「**多動**」（落ち着きがない）・「**衝動性**」（すぐに手が出る）というが、それらはそもそも本来子どもがもつ**行動特徴**なのではないか？
- **小学校入学**によって、30人にひとりの教師が受け持つようになって、椅子にじっと座れず、先生の話をお聴かず、教室を飛び出していってしまう、落ち着きのない子は、「ADHD」ではないかといわれ、クリニックを受診する。
- ADHDは小学校時代（学童期）には、男子が圧倒的に多いが、成人では男女差が無くなってくる。「片付けられない女たち」という本がある。成人では「不注意」が、もっと詳細に言えば、実行機能などの認知機能が重要視される前青年期以後女子の不適合は徐々に増えていくことになる。（DSM5での男女差：小児2:1、成人：1.6:1）

発達障害を行動ベースから診断することの問題点

- 自閉スペクトラム症：
 - 対人関係・コミュニケーション・こだわり・活動のパターン化・感覚の異常
- ADHD：
 - 多動・衝動性・不注意
- 学習障害：
 - 読字・書字・計算
- 粗大運動・微細協調運動障害
- 赤字はすべて行動特性である。

発達障害診断の問題点

- 精神医学全般にいえるが、発達障害の診断も本態的診断（より本態に近いと考えられている神経心理学的）ではない！
- 主に**行動特徴で診断**しているだけ！
- 多数の病態が重なっている可能性
- 診断がついても10人十色

発達障害を「教育」からみる

私が考える
教育の課題

能力主義

関係性の概念

能力主義を見直す

能力への注目が 発達障害概念を産んだ

- 知的能力
- 社会的コミュニケーション力
- 興味、関心を拡大する力
- 注意力、衝動制御力
- 読字力、書字力、算数力

「能力」への介入？

- 能力を伸ばす？

 - 低い能力をスキルでカバーする？

 - 低い能力を環境調整でカバーする？

何を指すのか

- 歯磨きができる or 歯磨きがしたい
- 絵が描ける or 絵が描きたい
- 就労できる or 就労したい
- 自立できる or 自立したい

カモフラージュ症例(過剰適応＝偽適応)

- 自閉スペクトラム症のある人は、自分の特徴を隠して、多数派であるようにふるまっていることが多い。
- 彼らは「社会に適応しなければならない」という強いこだわりをもつ
- カモフラージュ症例は抑うつ・全般性不安・社交不安などの尺度が高い。
- 幼少期IQ＝100以上の発達障害特性ともつと診断された人ほど、成人期に抑うつ・ひきこもりなどの不適応が多い。

過剰適応する発達障害をもつ人たち

- 好きなこと・やりたいことより、やらねばならないことにこだわる
- ストレスがたまりやすいが、他者にわかってもらいにくい
- 「意欲的に振舞う」という過剰適応後、極度の疲労感を覚える

「普通」に生きることにとても大変なパワーを使っている

発達障害特性（凸凹）

できるところもあるができないところもあると、
他者の目がみえてくると、今の学校教育では
「普通」でないために、自分はダメだと思い
「普通」を演じようとする

普通にするだけでも**頑張っている！**

できる ⇔ **できるけど疲れる** ⇔ できない（吉川）

過剰適応への対策

- 自ら機能していないのに新しいチャレンジを促してはいけない
- 本人が無理なくできて、意欲の持てるものだけを提示する
- ステップアップを急がない
 - ○○できたらではなく、次のステップアップではなく、本人のやりたいのを待つ。

やりたくないことや、苦手なことを避ける

本当にやりたいことは何かを意識する

避けることによって失うものが、自分にとってどの程度大切かを考える

- ．．．．多くの場合、そんなに大切なものはない
(学歴、もうけ話、友だちの数、地位、名誉など)

発達障害特性をもつ人をカモフラージュさせないために。

本人・家族・支援者の「**障害受容**」

- **生来もつ生物学的特性**の理解
- **少数派**（社会的マイノリティ）としての自覚
- 人種問題や性自認などと共通性がある
- どんな人（少数派）でも生活しやすい社会を作る

多数派の持っている価値観を
見直す

成人期の「生活の質（QOL）」

自閉スペクトラム症成人の高いQOLを予測する因子（WHOQOL-BREF）

	プラスの影響	マイナスの影響
身体的領域	雇用されている	女性 精神疾患の診断 症状の強さ（SRS）
心理的領域		女性 精神疾患の診断 症状の強さ（SRS）
社会的関係	パートナーがいる 支援を受けている 高い教育歴	年齢 精神疾患の診断 症状の強さ（SRS）
環境	支援を受けている	女性 精神疾患の診断 症状の強さ（SRS）

誰にとってのQOLか

□ 本人と家族の報告するQOLにはずれがある

□ J Autism Dev Disord (2015) <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2678-0>

□ では、話せない人のQOLは誰に聞くのがよいのか

そもそも

□ 自閉スペクトラム症の人のQOLは、多数派の人と同じ尺度では、測定できないかもしれない。

□ Autism in Adulthood (2021) <https://doi.org/10.1089/aut.2020.0053>

□ 専用の尺度を開発してみよう

□ Qual Life Res (2006) 10.1007/s11136-005-8325-z

□ Autism in Adulthood (2021). <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0008>

新しい尺度からみると共通する目標は何か

- 自発的な行動の選択肢を増やすこと
- 人生の中で「やりたいからやっている」時間を増やすこと

行動的QOL

- 第1のレベル: ある状況で選択はできないが、正の強化で維持される行動が個人に準備されている。
- 第2のレベル: 個人にいくつかの選択肢が準備され、それぞれの選択ができる。
- 第3のレベル: 個人が既存の選択肢を拒否して新しい選択肢を要求できる。

欲望形成支援（國分功一郎）

意志ではなく、欲望
決定ではなく、形成

欲望形成のために 何を見なければならないのか

- その人にとって価値があるものはなんなのか？
- 「好きなこと」はどのくらい、その人を幸せにしてくれるのか。
。
- その人に、能力主義がどのくらい内面化されているのか？

欲望形成のためには、 価値観の見直しが必要である

- 「できない」のは悪いこと
- 「できる」ように努力しなければならない
- 人を頼ってはいけない
 - 「自分でできることは自分で」

欲望形成のために 何を読まなければならないのか

□その人にとって大事な他者は、どのような価値体系を持っているのか

□その他者は「能力」にどのような価値を与えているのか

□そのことは、その人と周囲の人との関係にどのような影響を与えているのか

欲望形成を阻害する因子

スティグマとセルフスティグマ

- 障害への否定的な意味づけ
- 能力が低いことへの否定的な意味づけ
- 支援を受けることへの否定的な意味づけ

多数派の持つ価値を疑う

行動的QOL

- 第1のレベル: ある状況で選択はできないが、正の強化で維持される行動が個人に準備されている。
- 第2のレベル: 個人にいくつかの選択肢が準備され、それぞれの選択ができる。
- 第3のレベル: 個人が既存の選択肢を拒否して新しい選択肢を要求できる。

我々は働かなければならないのか

- 第1のレベル: 働かなければならないが、給料をもらえる職場がある。
- 第2のレベル: いくつかの就職先の選択肢が準備され、それぞれの選択ができる。
- 第3のレベル: 働くことを拒否して新しい選択肢を要求できる。

何をを目指すのか

- 歯磨きができる or 歯磨きがしたい
- 絵が描ける or 絵が描きたい
- 就労できる or 就労したい
- 自立できる or 自立したい

能力と欲望と理念（すべきこと）から見立てる

- 「やりたい」からやっている
- 「やりたい」のにできない
 - 「挑戦したい」⇒**スキルの獲得**
 - 「挑戦したくない」
- 「やらなければいけない」からやっている
 - ⇒**過剰適応（偽適応）**
- 「やらなければいけない」のにできない
 - 「挑戦したくない」のにさせられる⇒**休ませる**

自立とは

- 自分の得意と苦手を知る
- ひとりで頑張るのではなく、人にうまく甘えること
⇒ 相談力

通常学級に未来はあるか？

発達障害からみた義務教育の問題点

- 平均周辺7割（普通）向けのカリキュラム
 - 30%にとっては、簡単すぎたり、わからないカリキュラムで、平均的でない子どもにはなじみにくい
- 子ども自身による選択肢はほとんどない
- マイノリティの権利保障が不十分

中学の「内申書」文化

- いい成績をとる
- 遅刻をしない
- 授業態度がよい
- 提出物をちゃんと出す

⇒ 「大人にとって、都合のよい子ども = ちいさなおとな」

製造機

特別支援教育に唯一の期待をかける

ひとりひとりに違った学習や生き方があることが前提である
教育のベースとしての特別支援教育

関係性の課題

共に生きることとは？

共に生きる場とは何か？

鯨岡峻（「ともに生きる場」の発達臨床より）

共に生きる場とは？

1. そこは日々の生活の場である
2. そこに生きる人は皆独自の思いをもつ「一個の主体」である
3. とともに生きる中で各自は自らの自己性をかたちづくる

**「人はそれぞれ「ともに生きる場」の中で独自の独自性をもった
一個の個体として生きている」・・・現場（ここでは学校）**

4. そこでは主体と主体が関わり合い、ぶつかり合っている。

- 折り合いをつける

5. その主体として受け止められることによって主体となる場である

- **子どもと大人は非対称・非対等である**

- 子どもの思いをまず受け止め、認め、負の状態にある時でも子どもを抱える姿勢が必要

6. 主体として受け止められることで、相手を主体として受け止めていくことができる。

- **おとなによって自分の思いが受けとめられた子どもは、次第にそのおとなに信頼を寄せ、好きになり、その大人を取り込もうとする**
- まわりから主体として受け止めてもらうことによって主体として生きられるようになった子どもが、今度は自らが主体として生きている人たち（親や家族やまわりの子ども）を主体として受け止めていけるようになる。

発達臨床とは

- 発達とは基本的には関係発達である
 - 「育てる－育てられる」という関係は、ともに生きる場において「信頼する－信頼される」「認める－認められる」「愛していると思う－愛されているとおもう」という**思いと思いが溶けあい、重なり、ぶつかり合うことによって生まれる心的関係性**が「育てる－育てられる」という関係の営みの中心となる。
- 障害は、「ともに生きることの障害＝難しさ」を随伴する
 - **基本的な能力障害**による生きにくさばかりではなく、それらの障害によって**ともに生きることを難しくする生きにくさ**との二重の生きにくさである。

発達臨床は「関係発達臨床」である。

ともに生きることの難しさのさなかにあるにも関わらず、そこに生きる人たちが少しでも「生きやすくなった」と思えるようになれば、そして障害のある子どもをひとりの主体として自然に受け止めていけるようになり、さらにその関わり手自身も肩ひじ張ることなく自然に一個の主体として生きられるようになれば、**たとえ子ども自身の能力障害が目に見えて改善されなくても**、皆が「共に生きる」ことに前向きになる可能性がある。

従来の「窓口」発達臨床に内在する問題点

- 能力の向上こそが「発達」だと信じる従来の発達観
- 能力の向上による障害の低減と発達の促進こそが子どもの幸せにつながるという臨床感
- 専門家が「共に生きる場」を自らの療育方針の「受け皿」にし、現場もまたそれに応じて「させる」対応に傾斜したこと
- 専門家たちが「共に生きる場」を尊重することを忘れ、「共に生きる場」が円滑に動くような助言や援助を捉えそこなっていること
- **目の前の子どもやその家族一人ひとりを主体としての生きざまを臨床家自らが1人の主体として、真正面から受け止める視点や態度にかけていること**

子どもを一個の主体として受け止める

- 「共に生きる場」における広義の臨床的営為
 - 人と人の出会う場においては、「ひとつの主体である人が、相手をひとつの主体として受け止める」という対人関係の持ち方を基本原理にしていかなければならない
 - 「共に生きる場」において**日々の生活**の営みが繰り広げられていく時、そこで「どのように共に生きるのか？」「どうすれば少しでも前向きに生きていけるようになるのか？」を考え、**その問いと格闘する**することが、広い意味での臨床的な営みである

共に生きる場での評価はいかになされるのか？

- **日常的な生活の場**でその子とその子らしくあることを示す**諸能力**（見る、聞く、コミュニケーションする、話す、動く、等々）や、その子の**自己性のあり様**（何に興味があるのか、何が好きで嫌いか、誰を信頼しているか、誰が苦手か、自分に自信があるのか、等々）を、まさに周囲とともに生きる**生活の中で**、そして長い時間スパンのなかで、しかも担当者がその子に「**関与しながら**」ともに喜び、楽しみ、お互いの気持ちを受け止めながら、**把握する**というのが、共に生きる場での評価であるべきである。ここでは「**まず評価ありき**」ではなく、まずは「**共に生きることありき**」であって、そこで感じ取られた「評価」が「共に生きる場」へ再びフィードバックされる

アベロンの野生児

子どものための精神医学（滝川一廣） 医学書院より

学校は今「ともに生きる」であり
えるのか？
私たち児童精神科医はその場を支
援できているのか？

医療の限界と教育の限界

生きづらい世の中で生き残る

生きづらい世の中で、生き残る

社会の支える力が解体していく中で、対人関係や社会性の面で成長が十分できず、「発達障害」という形で本来皆が持つ**子どもぽさ**を顕在化する若者が増えてきた。

発達障害（そだち失調）は、本来の定義の意味から外れて、**関係性**という視点が強くなってきている。

発達障害児の生きざまを考えると、大人が作ったルールを乱す問題児ではなく、彼らなりに精一杯生き残ろうとする素直な姿なのだということに気づく。

私たち大人もただ与えられた運命に従い、**大人しく（おとならしく）**生きるのではなく、彼らの実直な生き様（**子どもらしさ・やりたいことをやるために生きる**）に学ぶ姿勢が大切であると再認識させられた。

ご清聴ありがとうございました

2021年春 笠寺観音にて

