

発達障害児のアセスメント

吉 岡 恒 生 (愛知教育大学障害児教育講座)

Assessment for the Children with Developmental Disabilities

Tsuneo YOSHIOKA (Department of Special Education, Aichi University of Education)

要約 発達相談を担当する際、まずはアセスメントが求められる。アセスメントについて考える前に、「発達障害とは何か」について考えねばならないが、「発達障害」については、行政上の定義と学術上の定義が異なり、後者がより多くの障害を包括した概念となっている。我々臨床心理士は、職場に応じて「発達障害」という用語を使い分けている。「発達障害」という用語をはじめ、グレーゾーンと見なされる子どもの診断名は時代によって変遷する。それゆえ、この時代の「発達障害」近縁の概念を把握・整理し、その概念を相対化し「 」にくくった上で、目の前の子どもに対する支援の手立てを探っていくことが大切である。また、就園前母子療育施設において発達障害児のアセスメントをする際には、母親の心理状況を把握した上で支援方針を立て、定期的に母子に接する保育士のフォローへとつなげていくことが求められる。

Keywords : 発達障害, アセスメント, 障害児の母親支援

1. はじめに

筆者は大学赴任以来20年間、数年前までは障害児治療教育センターと呼ばれ、現在は教育臨床総合センターの発達支援相談室と名称変更となった組織で発達相談を担当する臨床心理士である。大学の外でも、療育相談、就学相談など、広い意味での発達相談を担当することが多い。発達相談を担当するにあたり、まずは対象児の状態を把握すること（アセスメント）が求められる。

アセスメントとは、『発達障害基本用語事典』（菅野、2008）によれば、「支援を行うにあたって、対象者の課題やニーズを客観的に把握し、その原因の究明や支援計画を立てるために情報を集めることを目的とした手続きとその過程全体をいう」とある。発達障害児のアセスメントとなると真っ先に思い浮かぶのは発達検査・知能検査であるが、高価な検査道具がない、あるいは担当者が検査に習熟していない場合に、検査に頼らないアセスメントもありうるのではないかと考えている。筆者自身、長年発達臨床に携わりながらも、検査技能に習熟していないゆえに、同僚の助けを借りる場合以外は、検査によらないでアセスメントを行ってきた。本稿では、そうした臨床経験をもとに、発達障害児のアセスメント全般について話を進めていく。

2. 発達障害とは（行政政策上）

「発達障害児のアセスメント」について考える前に、「発達障害とは何か」について考えなければなら

ない。しかし、「発達障害とは何か」については、行政政策上と学術上では定義が異なり、また学術上でも見解が一致しているとは言えず、立場の異なる二人の識者が発達障害について語ると、気づかないまま異なる実体について意見を交わしている、といったこともありうる。筆者自身、4年前に高校関係者に発達障害について講演した際に、「発達障害」をいかに定義づけるかの課題を前にして戸惑い、その概念のあいまいさについて以下のように話をしたことがある。

正直に言うと、「発達障害」という概念は私たち専門家にとってもわかりにくい概念である。平成17年4月に施行された発達障害者支援法において、「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」とされている。「その症状が通常低年齢において発現するもの」であるだけに、高校生年代になると、「発達障害」としての特徴が薄れ、性格の偏りに近い様相を示すこともある。それゆえ、「この生徒の問題行動は、発達障害のせいですか、性格の問題ですか?」と問われても、成育歴等を詳細に聞き取らなければ、専門家としてもにわかに判別しがたいという事態が起こってくる。

また、「発達障害」と言えば、アスペルガー症候群、学習障害（LD）、注意欠陥多動性障害

(ADHD)など、知的に顕著な遅れが見られない人のことを指すものだと考えている人もいるが、知的障害を伴う自閉症者も発達障害者である。知的障害を伴う自閉症者は、高校生年代には特別支援学校に通うことが多く、「ああ、あの子は発達に障害があるのね」と逆に一般には「発達障害者」として理解されやすい。一方、知的障害を伴わない発達障害者は、一部では「発達障害者」の代表と見なされながら、一般的な意味での発達上の問題は顕著ではなく、外見上は「発達障害者らしくない」という矛盾を抱えることになる。

また、いわゆる高機能の発達障害群であるアスペルガー症候群、学習障害、注意欠陥多動性障害も、同一人物がこれらの障害を併せ持つ場合があるものの、別々の概念である。「脳機能の障害」を前提に（もちろんこれも厳密な生物学的検査を経たものではなく、想定である）、「発達障害」としてまとめたに過ぎない面もある。このように知的障害があつたりなかったりする上に、障害の性質の異なる障害群が「発達障害」としてまとめられ、発達障害者支援法の対象となっているのである。そのため、高校生年代の「発達障害者」を指すとき、私たちは様々な種類の生徒たちを思い浮かべなければならなくなり、「発達障害」一般について話すのが困難となるのである。

なぜ、このような事態が生じたのであろうか。私は少なくとも「発達障害者支援法」で言う「発達障害」の概念は、医学的な意味よりも、政策的な意味で考えるとわかりやすいと考えている。知的障害を伴う自閉症は、従来、療育手帳等で福祉サービスの対象になってきたが、知的障害を伴わない（IQ75以上の）「発達障害者群」はその生き様の困難さにもかわらず公的な福祉サービスの対象になっていなかった。そうした状況を改善させるための「全国LD親の会」「アスペ・エルデの会」等の訴えが、「特別支援教育」における発達障害を有する通常の学級の児童・生徒への支援、あるいは発達障害者支援法へと結実していった。しかし、顕著な知的障害を伴わない「発達障害児」がクローズアップされてきた結果、従来から支援されてきたはずの知的障害を伴う自閉症への関心が低くなった感はぬぐえなかった。自閉症スペクトラム障害全般への支援という観点からは、高機能のみへの焦点化はバランスを欠くものである。ゆえに、「発達障害」の枠組に従来の知的障害を伴う「自閉症」も加えられ、「発達障害者支援法」においても支援の対象とされ、各都道府県の「発達障害者支援センター」等において総合的支援がなされているところである。ある事象に光が当たると、必ず影になる部分がある。ダウン症などの他の知的障害は発達障害ではないのか、など

様々な恨みの声が聞こえそうだが、現在の政策上は「発達障害」ではない。今の時代は、「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」に光を当てているのである。(吉岡, 2008)

また、実際に、平成19年(2007年)3月15日に文部科学省初等中等教育局特別支援教育課は『「発達障害」の用語の使用について』という題目のもと、以下の文書を通知している。

今般、当課においては、これまでの「LD、ADHD、高機能自閉症等」との表記について、国民のわかりやすさや、他省庁との連携のしやすさ等の理由から、下記のとおり整理した上で、発達障害者支援法の定義による「発達障害」との表記に換えることとしましたのでお知らせします。

記

1. 今後、当課の文書で使用使用する用語については、原則として「発達障害」と表記する。また、その用語の示す障害の範囲は、発達障害者支援法の定義による。
2. 上記1の「発達障害」の範囲は、以前から「LD、ADHD、高機能自閉症等」と表現していた障害の範囲と比較すると、高機能のみならず自閉症全般を含むなどより広いものとなる(下線筆者)が、高機能以外の自閉症者については、以前から、また今後とも特別支援教育の対象であることに変化はない。
3. 上記により「発達障害」のある幼児児童生徒は、通常の学級以外にも在籍することとなるが、当該幼児児童生徒が、どの学校種、学級に就学すべきかについては、法令に基づき適切に判断されるべきものである。
4. 「軽度発達障害」の表記は、その意味する範囲が必ずしも明確ではないこと等の理由から、今後当課においては原則として使用しない。
5. 学術的な発達障害と行政政策上の発達障害とは一致しない。(下線筆者) また、調査の対象など正確さが求められる場合には、必要に応じて障害種を列記することなどを妨げるものではない。

ここでも、「学術的な発達障害と行政政策上の発達障害は一致しない」と明記されている。また、「高機能のみならず自閉症全般を含むより広いものとなる」と記されているが、発達に遅れのある(知的障害のある)ダウン症などの障害については触れられていない。

3. 発達障害とは（学術上）

それでは、「発達障害とは何か」について、学術的（医学的）にはどう定義づけられるのであろうか。ここでは、現在の日本における発達障害研究における代表的な児童精神科医である、杉山（2010）と滝川（2007）の見解を紹介したい。杉山（2010）は、『特別支援教育大事典』において「発達障害」を以下のよう

に定義する。
 発達障害とは、子どもの発達の途上において、何らかの理由により、発達の特定の領域に、社会的な適応上の問題を引き起こす可能性がある凸凹を生じたものである。

そして、以下のように、「発達の領域」、「その障害の診断名」、「知的障害の有無」を記した「発達障害の一覧」表を示した。

発達障害の一覧（杉山（2010）より転載）

発達の領域	発達障害の医学的診断名	知的障害の併発
認知の能力	精神遅滞	+
学習能力の発達	学習障害	基本的には -
言語能力の発達	発達性言語障害	-
社会性の発達	広汎性発達障害（自閉症スペクトラム障害）	±
運動の発達	筋肉病、脳性麻痺など	±
手先の細かな動きの発達	発達性協調運動障害	-
注意力・行動コントロールの発達	注意欠陥多動性障害	基本的には -
愛着形成と情動コントロールの発達	反応性愛着障害（子ども虐待）	±

この表には、発達障害者支援法に見られる行政政策上の定義には見られない、精神遅滞（知的障害）、発

達性言語障害、筋肉病、脳性麻痺、発達性協調運動障害、反応性愛着障害（子ども虐待）が含まれ、「発達障害」がより多くの障害を包括した概念になっている。『子ども虐待という第4の発達障害』という著書があるように、杉山（2007）の見解では、子ども虐待においても、未治療の場合は1つの発達障害症候群を呈することを指摘したことが特徴的である。

一方、滝川（2007）は、「発達障害」という概念はまだ真新しく、これをどう理解するか研究者や臨床家の間でも十分に共有された理解ができることには至っていない」ことを認めつつ、「大づかみに言えば、①精神遅滞（知的障害）、②広汎性発達障害（自閉症スペクトラム）、③特異性発達障害（学習障害）の3つに、④ADHDを加えて、これらを総称する概念として用いられている」と述べている。ここでも、行政政策上の定義には見られない「精神遅滞（知的障害）」が含まれている。

滝川はこのように大づかみに発達障害をとらえた上で、それではこれら4つのカテゴリーにおいて「何が本質的な共通性か」を問いかけ、それが「精神発達の歩みの「遅れ」」であると言う。

私見では、「発達障害」とは、精神発達の歩みの「遅れ」を本質的な共通性としてとらえることができる。知的（認知的）な発達全般の遅れが前景にできれば「精神遅滞」、社会的（関係的）な遅れが前景にできれば「広汎性発達障害」、ある特定の精神機能の発達だけがピンポイントで遅れば「特異性発達障害」、注意集中困難・多動・衝動性という乳幼児期なら一般的な行動様式をその発達段階を過ぎてても脱しないという意味での発達の遅れがみられれば「ADHD」というように。このようにとらえれば、発達障害を定型発達をも同一視野におさめた精神発達一般のなかで、その特殊なあり方として全体を統合的に理解することが可能となる。

滝川は、「発達障害」の本質的な共通性を、「精神発達の歩みの「遅れ」」とする。精神発達にも様々な領域があり、その「遅れ」が前景に出る領域に注目して、「精神遅滞」「広汎性発達障害」「特異性発達障害」「ADHD」などと各々呼ばれることになるのである。またこれらの「遅れ」は絶対的なものではなく、「定型発達をも同一視野におさめた精神発達一般のなかで」とらえられる相対的な「遅れ」である。それゆえ、DSM-IV（精神疾患の分類と診断の手引き：アメリカ精神医学会）やICD-10（国際疾病分類：WHO）などの診断基準はあるものの、同じ子どもを見る複数の医者が、診断をしたりしなかったり、異なる診断を下したりすることが頻繁に起こるのである。

4. 発達障害とは（臨床心理士にとって）

ここまで、行政政策上の「発達障害」と学術上の（医学的な）「発達障害」の意味合いが微妙に異なることについて述べてきたが、筆者たち臨床心理士は「発達障害」をどのように理解し、臨床実践にあたっているのだろうか。臨床心理士は「発達障害」に関わる様々な職場に進出している。児童相談所、保健センター（健診の心理相談など）、学校（スクールカウンセラーなど）、医療機関（児童精神科・小児科発達外来）、教育センターなど教え上げればきりが無い。大学の学生相談室、成人対象の心療内科、養護施設など、以前は「発達障害」とは縁が薄かったはずの職場でも、現在は「発達障害」が注目を浴びている。そのようななか、自らの職場で「発達障害」という言葉が、どのような意味合いで用いられているかについて把握しておくことは大切である。

たとえば、児童相談所は、児童福祉法に基づき各都道府県に設けられた児童福祉の専門機関であり、公的な機関であるため、その仕事は行政・政策とは切り離せない。児童相談所では、知的障害児に対しては指導・相談等が行われ、各種の援助措置を受けやすくするために療育手帳の判定がなされてきた。ここで言う「知的障害児」は学術的には「発達障害児」であるが、知的障害を伴う自閉症児でない限り、行政政策的には「発達障害児」ではなく、児童相談所としては「発達障害児」として扱わないだろう。児童相談所における「発達障害」の概念は、あくまで発達障害者支援法の定義にのっとったものとなる。行政政策に関わる公的機関に勤務する限り、そうした政策動向を見極め、法律の条文もにらみながら、自らの職分を果たしていくことになるだろう。

一方、臨床心理士が医療機関に勤務する場合、ICD-10やDSM-IVなどを踏まえ、医学的（学術的）概念としての「発達障害」を押さえておくと仕事がやりやすいであろう。臨床心理士は医療機関では基本的に医師の指示のもとに業務を行うため、医師の診断が何を意味するかを把握した上で仕事をする必要があるだろう。もっとも、「発達障害」という大雑把な診断がなされることはなく、「広汎性発達障害」「ADHD」などを、自分の上司（同僚）である医師がどのように捉えているかを知っておく必要がある。しかし、医療機関においても、臨床心理士がPSW（精神保健福祉士）との連携の上、福祉的な援助の手立てを考えていく場合もあると考えられるので、行政政策上の「発達障害」についても基本は押さえておくべきである。

2010年12月3日、参議院本会議で、改正障害者自立支援法が可決、成立した。同法には、障害者自立支援法のサービスをより受けやすくする観点から、発達障害者が障害者の範囲に含まれることを明示することが新たに盛り込まれている。発達障害者支援法は罰則規

定のない理念的な色彩の強い法律であるが、障害者自立支援法の対象となることで、発達障害者へのサービスはより具体化するであろう。また、障害者自立支援法は廃止が予定されており、同法に代わる新法「障害者総合福祉法」（仮称）の2013年8月までの施行を目指すことが閣議決定されている。日本が法治国家であり、障害者へのサービスが法律によって規定される以上、発達障害児をアセスメントする際にも、政策動向を踏まえておくことは必須の前提となる。

5. 支援につながるアセスメント

ここまで行政政策上の視点、学術上の視点、臨床心理士としての視点から「発達障害とは何か」について述べてきたが、一般の発達臨床の現場では、それほど厳密に「発達障害」を定義づけて使用していないのが現状ではないだろうか。筆者の職場である発達支援相談室にも発達支援の必要な多くの子どもが訪れているが、「発達障害」かそうでないかを区別して対応しているわけではない。もちろん、「自閉症」「広汎性発達障害」「ADHD」「アスペルガー症候群」などの医師の診断は参考にするが、一人の子どもに対して複数の医師によって別個の診断が下されている場合もまれではないし、診断を絶対視することはない。

また、グレーゾーンとみなされる子どもたちの診断名は、時代によって変遷するものである。筆者が学生の頃（25年前）は微細脳損傷あるいは微細脳機能障害という診断名がはやったように、また筆者が大学に就職した頃（15年～20年前）はLDという診断名がはやったように、今は「発達障害」という言葉を基軸とした「広汎性発達障害」「アスペルガー症候群」などの診断名がはやっているように思われるが、10年後、20年後はまたグレーゾーンの子どもの新たな概念が医学界を席卷するかもしれない。実際、一頃「軽度発達障害」という用語がこうした子どもたちについて言及する場合に頻繁に用いられたが、2007年に前述の『「発達障害」の用語の使用について』という文書が提出されて以来、この言葉の使用は顕著に減少していった。

上記のことを考慮に入れると、発達に何らかの問題を抱える子どもをアセスメントする際には、今現在、この時代の「発達障害」近縁の概念を把握・整理した上で、その概念を相対化し「」にくくった上で、目の前の子どもに対する支援の手立てを探っていくことが大切である。つまり、医師が下した診断は、あくまでこの時代、その医師に規定された相対的なものであるという限定を踏まえた上で、その子どもを理解し、支援する視点として用いるのである。たとえば、ある医師によってADHD、別の医師によってアスペルガー症候群と診断された子どもがいるとする。多動で、衝動が抑えがたいところをみるとADHD的であると感じるし、人を傷つける場にそぐわない発言をして平気

な様子を見るとアスペルガー症候群的であると感じる。グレーゾーンの子どもは様々な症状・問題行動を示すことが多いが、それらすべてを羅列するだけでは、その子の全体像を捉えることはできない。そこで、その特徴の一部を焦点化して「ADHD」「アスペルガー症候群」などと名付けられると、かつて会った同じ診断を受けた子どもたちと結びつけることができ、理解や支援のイメージが浮かびやすくなる。その上これまでの事例研究などの学術的な成果も利用しやすくなる。その結果、「ADHD」を想定した支援、「アスペルガー症候群」を想定した支援が試みられることになり、そうした試行錯誤が功を奏することもある。一方で、診断名に縛られ過ぎると、診断名が示唆する特徴とは相容れないその子の本質的な特徴が見過ぎされて、実態にそぐわない操作的な支援に堕してしまう危険性もある。

次節に、筆者が実際に行っている発達臨床におけるアセスメントを紹介する。発達検査も、心理テストも、アセスメントシートも用いないことが多いため、一般に広まるアセスメントのイメージからずれるかと思うが、逆に何も無い場合に手軽に応用できるアセスメントの視点として提示したい。

6. 就園前母子療育施設におけるアセスメント (コンサルテーション)

(1) アセスメントの流れ

筆者は、ある市の就園前母子通園施設で月に1回療育相談を行っている。その施設には発達障害等が疑われる未就園の幼児とその母親が週1～2回通っている。通園施設に通う母子のなかから、保護者が専門家の相談を望むケース、担当保育士が専門家の相談が必要と考えるケースが選ばれ、筆者の療育相談が設定される。相談は月に2～3ケースと限られているため、1回限りの(一期一会の)相談となるケースも多い。実際に日々の療育を担当するのは施設の保育士であり、心理士としての筆者の主な役割はケースアセスメントを行い、保育士との間でコンサルテーションを行うことである。療育相談は、次の4段階で行われる。

① 保育士との事前打ち合わせ

当日の朝、療育が始まる前に、担当保育士と事前打ち合わせをする。保育士はすでに事前にインタビュー(初回面接)を行い、成育歴等の情報を母親から聴取しているので、その情報をメモしながら、他に押さえておくべき情報を尋ねていく。母子療育に紹介された経緯、首のすわり、寝返り、初歩の時期などの身体的発達状況、(言葉が出ている場合は)初語の時期、(言葉がない場合は)指さしの有無・性質、目が合うかどうかなどの心理的発達状況、子どものプレイルームでの様子、母親が子どもに関わる様子、家族状況などの情報を得ておく。

② プレイルームでの観察

保育士数名が見守るなか母子がプレイルームで過ごす様子を20分程度観察する。4～8組くらいの母子が集まり、保育士も交えて一緒に遊んだり、保育士に近況を伝えたり、母親同士話をしたり、子ども同士おもちゃを囲んだり、様々な光景が見られる。筆者も、対象児に働きかけたり、場合によっては母親に話しかけたりする。こちらが子どもに遊び心をもって働きかけるとき、目を合わせて一緒に楽しめるか、恥ずかしがって母親の膝にもぐりこもうとするか、まるで筆者の働きかけがなかったかのように黙々と遊び続けるかなどを関与的に観察しながら、その子の対人関与能力を見定めていく。子どもが玩具などの物と関わる様子、物を通して人と関わる様子から、その子のおおよその認知・対人発達レベルが見えてくる。子どもが母親をはじめとする人、玩具をはじめとする物に関わる様子だけでなく、母親がわが子のみならず他の子ども、母親、保育士と関わる様子などにも注目していく。その日対象となった2～3組の母子を中心に観察するが、プレイルーム全体の雰囲気にも気を配り、場に溶け込んでいけるよう、さりげなく他の母子にも声をかけたりする。

③ カウンセリングルームでの母親相談

予定の時間が来ると、プレイルームで母親に声をかけ、少し離れた別室に移動しカウンセリングを始める。その際基本的には、母親から子どもに一言声をかけるよう促してから別室に向かい、カウンセリングの間は保育士が子どもの相手をする。母親と離れる際の子どもの様子、子どもと離れるときの母親の様子を観察することもアセスメントの一部である。一般にこの年齢(2～3歳)では、母親から離れる不安を明確に示すほうが予後は良好である。自閉性の強い子だと、母親がプレイルームから離れても全く反応せず、変わりなく遊び続けている。カウンセリングルームで母親と話していると、プレイルームから子どもの泣き声が聞こえてくることもあるが、私は母親に「これはおかあさんとの関係が成立しているという良いサインですよ」と伝える。

面接室に入るとまず(プレイルームですでに顔合わせをしているが)自己紹介し、「40分ほどありますので、何なりと相談したいことを相談してください」と伝える。母親の多くは言葉の遅れについての心配を口にする。言葉が順調に伸びていきさえすれば問題は解決すると信じている母親もいれば、言葉の遅れの背景にわが子の発達障害を疑う母親もいる。

自閉症などの発達障害を疑う母親には、筆者の見解をやわらかく伝えた上で、病院受診を勧めてみることもある。「今は、広汎性発達障害やアスペルガー障害などと診断される範囲が以前に比べて広がっているから、～君も診断がつくかもしれませんが、それはそ

れとして受けとめて、そのときは多少落ち込むかと思うけれど、その診断を子育てに生かしていきましょう。うーん、ほくは診断がつくつかないか、微妙なところだと思うけど…。診断が出ないとしても、やはりちょっと心配なところはあるから、お医者さんとながっておくほうがいいのかと思います」などと伝える。

子どもが自分になつかないことを心配する母親もいれば、衝動性・攻撃性の強さゆえの育てにくさを訴える母親もいる。筆者は、さきほどのプレイルームでの観察を踏まえ子どもの実態を把握し、母親の心配事を手がかりにして支援の手立てを探っていく。具体的な問題行動に悩む母親には、とりあえず実行できそうなアドバイスを提示しながら、解決策をともに考えていく。子どもへの関わりが過少な母親には、身体を使った遊びや絵本の読み聞かせなど子どもへの関わり方の具体例を示して、そのような一見ありきたりな関わりが子どもの発達を促していくことを母親に示唆する。逆に子どもへの関わりが過剰で子どもの問題行動を助長していると思われるケースでは、母親の頑張り認めながらも、問題行動を起こすときは反応せずに冷静になって見過ごすことを勧めることもある。「私をもっとドンと構えなきゃいけないんですね」と母親が洞察すれば、「なかなかドンと構えることのできるものでもないんですけどね…忍耐力ありますよね」と返し、「できなさ」を共感した上で母親を励ましていく。大人側が働きかけても子どもからの反応がほとんどないことに悩む母親には、子どもが示す関わり方の芽生えのようなものを見つけて出し、母親が焦らずそれらを育てていけるよう励ましていく。

そうして約束の40分が近づいた頃に、「そろそろ時間ですが、何かこれだけは聞いておきたいということはあるですか?」と切り出し、母親の返答を待つ。少し考え込んだあと「だいたい聞きましたから…」と話を終える母親もいれば、数分ではとても対応できない重大な問題を最後に持ち出す母親もいる。後者の場合には、筆者なりの簡潔なアドバイスを伝えた上で、その話題をのちほどのコンサルテーションの際に担当保育士に伝え、フォローをお願いする。

子どもが母親と離れるときと同様、カウンセリングを終え母親が子どもと再会する場面もアセスメントの助けとなる。母親から離れた不安ゆえにしばらく泣き続けていた子どもの動揺がようやくおさまる保育士と遊んでいた頃合に、母親の姿を見つけてぱっと近づき、たまったものが堰を切って流れ出したかのように母親の胸で泣き出す子どもを見ると、予後が良好であると期待できる。逆に、プレイルームにもどった母親が子どもに名前を呼びかけても表情一つ変わらないケースは心配である。一方、再会の際に、その喜びを子どもに示そうとしない母親の様子についても、母親の関与の薄さが発達の遅れの背景にある可能性も示唆

されるため、心に留めておくことになる。

④ コンサルテーション (カンファレンス)

母子療育が終わったあと、担当保育士数名とカンファレンスを行う。担当保育士はこれからも、子どもが幼稚園か保育園あるいは知的障害児通園施設に入園するまで定期的に母子に会い続ける。療育を適切に機能させていくためには、母子に今後どのように接していったらよいかなど日々多くのことに思い悩んでいる。わが子の発達の遅れを心配する母親に医療機関への受診を促すべきか、幼稚園入園を希望しているが園側の受け入れに困難が予想される場合知的障害児通園施設を勧めるべきかどうか、わが子の発達に関する母親の現状認識が実態とかけ離れている場合どうしたらよいか、など様々な悩みを保育士は抱えている。母親の意に沿わない現実を告げることによって関係を損なってしまうのではないかという危惧を保育士が感じている場合、筆者がやむなく憎まれ役になって、医療機関を勧めたり、知的障害児通園施設という選択肢を提示したりすることもある。日常的に交流する母子と保育士の関係が良好に維持され、かつ母親の現実認識が進んでいくよう、心理士としての筆者が緩衝役として働くのである。

カンファレンスの場では、母親カウンセリングの主な内容を保育士に伝え、そこで出た話題に関して普段接している保育士から意見・感想を聞き、今後の支援方針について話し合っていく。特に、その日のカウンセリングのなかで、発達障害の可能性を示唆したり、医療機関を勧めたり、知的障害児通園施設という選択肢を提示したりなど、母親の内心が揺さぶられるであろうテーマが話し合われた場合は、そのことを保育士に伝え、母親への心理的ケアをお願いする。気になるケースに関しては、1ヶ月後にその後の状況を聞き、再度カンファレンスの場で話し合い、経過をフォローしていくこともある。

次に具体的な事例を通して、母子療育施設でのアセスメントのプロセスについて説明する。

(2) 2歳児の事例 (プライバシーの保護のためいくつかの事例を複合して作成した)

A男が母子療育施設に紹介されたのは3歳になる直前のX年1月であった。母親はフルタイムで働いており、月曜日から金曜日まで日中は母方の祖母にA男を預けていたので、A男の発達の遅れに気づくのが遅く、12月の入園面接で希望する幼稚園への入園を断られ、児童相談所から母子療育施設を紹介されたときには、就園時まで3ヶ月を切ったままA男の行き先が決まらない状況だった。日中の養育を担っていた祖母はA男の発達障害を否定し、母親自身も知的障害児通園施設への拒否感が強いなか、今後どのように母子に接していけばいいのか戸惑っている担当保育士から2月の母子療育相談を依頼された。

普段筆者がプレイルームに入ると、母子のペアが多数いるとしても、子どもは母親を安全基地にして移動するため、どの子がどの母親の子であるかすぐに判別がつくものである。しかし、A男の場合は、母親の位置と関係なく、つま先立ちでふらふらと定まりなく歩いていたので、保育士に問うまで誰がA男の母親か判別がつかなかった。筆者が歩き回るA男の背後から少し距離をあけて歩きながら、A男に名前を呼びかけても何の反応もない。言葉はなく、指さしも見られなかった。トランポリンを飛ぶA男の前に回っても目は合わない。A男は時折天井を見上げてはくるくる回っていた。そうしたA男の様子を、母親は暗い表情で眺めていた。

カウンセリングに向かうときの母子分離はあっさりしたものであった。カウンセリングルームに入り着席するなり、母親はうつむいて、むせび泣きながら、絞り出すように話し始めた。「もはや個人差の範囲内でないことはわかっています。ですが、先生が今日A男の様子を見られて、自閉症ってわかるのでしょうか？」筆者は、「自分は医師ではないので診断する立場にはないが、自閉症あるいは広汎性発達障害と診断される可能性は高いと思う」と答えた。母親はここに至った経緯を話し始めた。

1歳半健診では「ちょっと気になるけど様子を見ましょう」と言われ、その後間もなく現在住んでいる市に引っ越したので、健診事後フォローにつながることはなかった。なかなかしゃべらないなあと思っていたが、祖母は何の心配もないと言うし、おとなしい子なので家では困ることはなく、何もしないまま時間が過ぎていった。父親は半年前から明らかに遅れていると彼なりに感じていたらしいが、母親や祖母の様子を見て何とも言えなかったらしい。入園面接に行ったら入園が許可されず、自閉症の可能性を指摘され、児童相談所を紹介された。そこでは療育手帳の話が出たが、知的障害の判定などとても受け入れることができなかった。かろうじて母子通園施設への通園の勧めには従った。その後知的障害児通園施設も見学したが、「この子たちと私の息子が同じ扱いをされるなんて耐えられない。ここに入園することで、一生この子に傷がつく」と感じた。この子は人に何も迷惑をかけていないので、自閉症だなんて実感がわからない。病院受診の予約もしたが、診断が出るかと思うと、私自身がつぶれそうで、眠れなくなる。この子の将来について考えないでいれば何とか生きていける。先日、耳鼻科で大きな耳垢が取れた。しゃべれなかったのは、障害のためじゃなくて、聞こえなかったからに過ぎないのではないのだろうか。ここに来ているおかあさんたちは、表面的にはここにこしているけれど、心の中ではみんな泣いていると思う。自分の不幸を嘆いていると思う。

母親はこうした話を筆者に語った。筆者はこの母親に子育てへの希望を抱いてほしいと願い、自分の経験に基づいて次のようなことを話した。「あなたは発達障害児を育てる母親が普通は1年以上かけてゆっくりやり遂げていく心の仕事を2～3ヶ月の短い時間でやらねばならなくなっている。だから今が本当にしんどい状況なのだと思う。私は多くの障害児の母親に会ってきて、十年以上付き合っている人も多いが、障害児の母親の人生が不幸だとは思わない。ただ、普通以上に揺れ幅の大きい人生だと思う。特に診断前後はどの母親もとてつもなく不安な時期を過ごしているように感じる。十年後のあなたが今のしんどい時期をこんな時期もあったなと穏やかに思い返すことを私は願っている。」

話題は4月からの進路に移った。先日、両家の祖父母を交えて家族会議を開き、母親が仕事を続けるかどうかについて話し合い、「やめなかったら後悔する」と母親自身が思い、3月でやめることにした、ということであった。そこで、母親が3月で仕事をやめるという前提で、我々は二つの選択肢について話し合った。

①知的障害児通園施設（単独通園）に週5日通う。

②3歳児の年齢であるが母子通園施設に通いながら在宅で母親が主として養育をする。

筆者は、①と②それぞれのメリット・デメリットについて説明した。①のメリットは、この市の知的障害のある3歳児にとってはオーソドックスな選択であり、発達の遅れがあり生活の自立がままならず手のかかる発達障害のある子と1日中向き合う必要はなく、母親にゆとりが生じ、接する時間は短くともかえって母子関係が深まる場合もあることである。また、家庭と園の連携によって、トイレなどの基本的な生活習慣を身につけやすい。①のデメリットは、まだ主養育者である母親との関係が十分でない子どもの場合、第三者としての保育士との関係に容易に進展しない場合があることである。②のメリットとしては、これまで物理的に母子間の交流が十分に生じえなかった場合、発達の基盤である密接な母子の愛着関係が遅ればせながら成立しやすい環境になることが挙げられる。②のデメリットとして、仕事をやめることを決断して在宅養育を決めたものの、1日中発達の遅れのあるわが子と向き合うことの困難さに母親がめげてしまい、それが子どもにも母親自身にも悪影響を与えることもありうることを伝えた。2つの選択肢について筆者は説明したが、結論は急がず、これから時間をかけてじっくりと考えるよう母親を促した。在宅養育を選んだ場合、母親が一瞬見えなくなっても混乱するほどA男が母親に依存する時期がくるかもしれない、それは手がかかる状況で母親としては大変かもしれないけれど実は良いサインであるということも付け加えた。

この日、カウンセリングを終えてA男と帰宅するときの母親の様子をあとで保育士に聞くと、泣きはらした赤い目をしていて、すっきりした表情だったという。それから数週間して、母親は4月から母子通園施設に引き続き通いながら在宅で育てることを決めた。

半年後、2度目のカウンセリングの機会がもてた。プレイルームでのA男は、相変わらずふらふら歩き回っており、筆者が呼びかけても反応はほとんどなかったが、アンパンマン人形を渡すと受け取ってくれた。母親とのカウンセリングでは、4月から日中母親が家にいるようになると、母親がいないと探すようになったという報告がなされた。要求の指さしが出るようになり、プレイルームのままごとで「いちごケーキちょうだい」と母親が言うのと取ってくるなど、理解言語も増えてきたようだった。絵本に泣いている子が描かれているのを見つけると母親に見せに来て、母親が「泣いてるねー」と言うと泣き真似をするなど、関わり遊びも進展してきていた。カウンセリング後のカンファレンスで、担当保育士から「おかあさん自身が変わってきた」との感想が伝えられたのが印象的だった。

このように、診断前後、就園前後、就学前後など、母親の心が揺れやすい時期には、子どもの発達状況のアセスメントのみならず、母親の心理状況のアセスメントも必要である。今後療育や治療を進めていくにしても、養育を主として担うのは大概が母親であり、母親がよりよく養育者として機能できるよう支援方針を考えていくことが、乳幼児期の発達障害児に対するアセスメントの要であると考えている。

(参考・引用文献)

- 菅野敦 (2008): スクリーニングとアセスメント 日本発達障害学会監修 発達障害基本用語事典 金子書房
- 杉山登志郎 (2010): 発達障害 茂木俊彦他編 特別支援教育大事典 旬報社
- 杉山登志郎 (2007): 子ども虐待という第四の発達障害 学研ヒューマンケアブックス
- 滝川一廣 (2007): 発達障害理解の変遷 一端緒としての「アヴェロンの野生児」, 臨床心理学第7巻第3号 金剛出版 361-367
- 吉岡恒生 (2009): 発達障害者の思春期 ー母親から見た発達障害者ー 愛知教育大学教育実践総合センター紀要第12号 61-68