
事例報告

発達障害が疑われた生徒に対する養護教諭の支援

落 合 賀津子

竹 崎 登喜江

北里大学看護学部

I. はじめに

保健室には様々な理由で児童生徒が来室する。日本学校保健会が行った「保健室利用状況に関する調査報告書、平成23年度調査結果」によると、保健室利用者のうち記録を必要とする児童生徒にみられる健康問題の主な理由については心に関する問題が4割以上を占めており、身体に関する問題を上回っている¹。この結果から、学校保健の中でメンタルヘルスの問題が大きな位置を占めていることが明らかである。メンタルヘルスの内容についてみると、小学校では発達障害の問題が群を抜いて多い（千人あたり19.4人）が、高等学校でも友人関係、家族関係について発達障害（疑いを含む）の問題は少なくない（千人あたり5.8人）。発達障害のうち、注意欠陥／多動性障害（以下、ADHDとする）が軽い場合は、脳の成熟に伴って思春期頃には三要素（多動性、集中困難、衝動性）は落ち着いてくるといわれるが、実際には問題は遷延化し、その原因として考えられるのは二次障害の存在といわれている²。つまり、幼少期から適切な関わりが持たれなかったことによって子どもが心に傷を負い、思春期になっていじめ、不登校、怠学、非行などの問題行動が生じるものと考えられる。このような問題を抱えた生徒への特別支援について采女らは「従来の学校教育にない方法論を導入することが目的のではなく、これまで行われていた学校保健と生徒指導の充実の上に、発達障害の特性とその生徒の個性に配慮した教科指導をすることである。それを支える基盤である学校保健の重要性はいうまでもなく、養護教諭はその中で中心的な役割を果たしている。」³といている。

本報告では、発達障害が疑われ、暴力行為により特別指導となった生徒への支援を振り返ることで、養護教諭の役割や学内組織および保護者との連携のあり方について考察していきたい。

II. 倫理的配慮

事例の内容に関しては、プライバシー保護の観点から論旨に影響しない程度に変更した。

III. 事例紹介

1. 学年・性別：高校3年 男性 A
2. 家族関係：母（会社員）、本人、妹（小学3年生）。Aが小学5年生時に離婚、母子家庭。
3. 生育歴：既往歴なし。母親の情報によると、幼少期からじっとしていることがなく迷子になることも多く、育てにくかった。小・中学校時代は、授業中の立ち歩き、教員の指導に従わない、暴力行為等の問題行動が多く、学校に呼び出しをされることも多かった。中学からは夜遊びも多くなった。高校に入学してからは母親自身の仕事が忙しくなり、朝早く出て夜が遅いのでAの行動を把握できていなかった。

4. 経過

20XX年、Aが高校3年の時に筆者が着任した。3年生になるまでに喫煙、器物破損行為、生徒同士の暴力行為等の問題行動が多く、特別指導を何度も受けていた。授業中に教室を抜け出す行動も多く、さぼる目的で保健室に行くこともあるので注意するように担任からの助言があった。

着任して早々の4月のある日、授業開始直後に「お腹が痛い。」と乱暴にドアを開けて入ってきた。表情は険しく、イライラした様子で人を寄せ付けない感じがあった。担任からさぼる危険性については聞いていたが、まずはありのままの本人の訴えを受けとめ、ベッドに横になってもらいながら、問診、腹部の聴診および触診を実施した。聴診にて腸蠕動音亢進、触診にて腹部冷感がみられ、問診により腹痛と下痢が多いことがわかった。また、食事内容の偏りや夜遊びによる生活リズムの乱れが背景にあり保健指導を実施した。腹痛には精神的なものも関係することを伝え、心当たりがないかどうか確認した。ちょっとしたことでイライラし授業に集中できないこと、怒りで自分を押さえられなかったりすること、自分だけがいつも先生に怒られていると受け止めていること等から精神的につらい状況であることを話してくれた。その辛い気持ちを受け止めながら、日常生活や食事内容を改善すること、腹痛や下痢の症状が続く場合は受診すること等の保健指導を実施した。また、怒りで自分を押さえられなくなった時はその場を離れて保健室でクールダウンすること等を伝えると「お腹の痛みよくなった。ありがとう。」と穏やかな表情になって教室に戻った。

担任や生徒指導部教員に「Aが感情をコントロールできないことで悩んでいること、落ち着かない時は保健室や隣接する相談室でクールダウンする等の対応をすること」を報告し、方針について共有した。その後、授業中に注意されたことから教員とトラブルにな

り、怒りが抑えられず保健室を利用することが何度かあった。気持ちが落ち着いたところで、本田⁴のアンガーマネージメントのワークシートを利用して、感情や行動の振り返りを行った。アンガーマネージメントの正しい表現方法ができるようにワークシートを用いて個別指導を行った。トラブルはAの不適切な行動が原因であることが多かったため、行動の注意をしながらも本人自身が否定されたと感じるような関わりに注意した。教員や保護者からの情報、本人との関わりの中での様々な行動（財布や鍵などの貴重品の度重なる紛失等）から注意欠陥、多動性、衝動性が明らかになり、発達障害の可能性も考えられたため、Aにスクールカウンセラー（以下、SCとする）の面談を勧めたが拒否された。そのため、SCには教員のコンサルテーションという形でサポートをしてもらうこととした。

夏季休業後のある日、Aはクラスメートに対する暴力行為で特別指導となった。筆者は特別指導の方針および指導内容を検討する生徒指導部の会議の中で、発達障害の可能性が考えられること、感情や行動のコントロールができずに困っていること、通常の実行を中心とした特別指導だけでは効果が充分とはいえず、心理的サポートや発達支援が必要であることを提言した。また、特別指導中にSCがAおよび母親と面談をすること、筆者が特別指導中にアンガーマネージメントを継続して行うことを提案した。担任や生徒指導部教員からは「今までもそういう生徒はいたから特別な対応をする必要はない。」という意見があった。Aのこれまでの行動や反抗的な態度から「困らせる生徒」ではあるが「困っている生徒」という認識にはなれない教員も多かった。また、発達障害がどのような障害なのかほとんど理解されていなかった。そこで、筆者はSCの協力のもと発達障害やADHD等に関する資料を配布し説明を行い、担任や生徒指導部教員の同意を得ることができた。

特別指導は自宅ではなく学内で実施した。特別指導中に筆者がSCとの面談を勧めるとそれまで面談には拒否的だったAが「今回も怒りで頭が真っ白になってやったことを覚えてない。怖い。今までも何回もあって相手を入院させたこともある。普段もテンションがあがると自分を抑えられない。B先生（筆者）も心配してくれているし、自分でも何とかしたいと思うからSCと面談する。」と承諾した。

母親は仕事の忙しさ等からAの行動を把握できていなかったことや、Aの問題行動が自分の子育てが悪かったせいではないかという罪悪感を持っていた。また、自分に反抗的なAにどう関わっていいか悩んでおり、SCとの面談の勧めを積極的に受け入れた。SCは教員、A本人や母親の情報からADHDの疑いがあると判断し、専門病院への受診を勧めた。受診についてはAおよび保護者ともに受け入れ、その結果軽度のADHDと診断され、薬物療法が開始となった。

その後もSCによる母親の面談は本人の希望もあり継続された。母親からは仕事の合間を縫って、Aとの関わり方、主治医に対する確認事項や薬の副作用等に関することで筆者に度々電話相談があった。少しずつではあるが、家庭内でのAの変化を母親自身も実感でき、安心した様子が伺えた。

Aは昼休みにほぼ毎日保健室に顔を出し、健康相談は継続された。生徒指導部や担任を中心とした教員の対応は、徐々にではあるがAの特性を考えたものに変化していった。Aが授業中に立ち歩いたり、抜け出したりすることはほとんどなくなり、学内での行動が以前に比べ落ち着いてきた。また、教員とのトラブルで感情的になった時にその場でコントロールすることができたことを嬉しそうに報告してくれることもあった。以上のような生徒指導部と保健室を中心としたチーム支援のもと、Aは無事卒業していった。

IV. 考察

平成18年の学校教育法の一部改正に伴い、これまでの障害の種類や程度に応じ特別な場で指導を行う「特殊教育」から障害のある児童生徒一人ひとりの教育的ニーズを把握し、その持てる力を高め、適切な指導および必要な支援を行う「特別支援教育」への転換が示された⁵。文部科学省が平成24年に実施した「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査」の結果では約6.5%程度の割合で通常の学級に在籍している。これまでも、高等学校における発達障害のある生徒の在籍数が増加傾向にあり、そのような支援ニーズの高い生徒の保健室来室が多いことも指摘されている⁶。また、いわゆる困難校と言われる高等学校の保健室にはそのような生徒が特に多く来室しているという報告もある⁷。以下に、困難校において関わった、暴力行為から特別指導になった発達障害のAとの関わりから養護教諭の支援のあり方について考察する。

1. 生徒をありのままに受け入れ、保健室の機能を最大限に活用する

保健室には「いつでも誰でもどんな理由でも利用できる」という機能があり、教室で不安定になったり、個別の対応が必要な場合の受け入れ場所となる⁷。しかし、利用する生徒が保健室のルールを守ることを前提としなければ、保健室が全校生徒にとって安全で安心な場所とはならない。筆者が着任したばかりの頃、担任から問題行動の多いAについて保健室でさぼらせないようにという注意を受けた。それまで幾度となく問題行動によって特別指導を受けてきたAに保健室をさぼる場所にさせないため、また、他の生徒に迷惑をかけないようにするための助言であった。筆者はその意味を十分理解できたが、Aの問題行動の背景にあるものを理解したい、適切な発達支援を考えたいと思っていた矢先、Aが「腹痛がある」といって来室した。まずは、「腹痛がある」という言葉をそのまま受けとめフィジカルアセスメントから入り、本人が否定されたと思わないように注意して心理的な側面に関する情報を引き出した。本当はさぼろうと思って来室したのかもしれないが、まずはAの言葉や行動をありのまま受け止めることで信頼関係の一步を踏み出すことができた。そのことによって、Aが感情コントロールのためにクールダウンできる場所、安心で

きる場所として保健室を利用することにつながった。

この過程から、養護教諭はどんな生徒であってもありのままを受け止めることの大切さを改めて感じた。そこから信頼関係が生まれ、健康相談を通して生徒の抱える心身の健康問題にたどり着くことができるのである。ただし、すべての生徒が安心して保健室を使うことができるような工夫やルールは必要である。Aの感情的で乱暴な行動によって、他の生徒が安心して来室できないようになることは論外である。そのため、興奮したAの対応には隣接する相談室を使用することも多かった。また、Aだけが特別な対応をされていると他の生徒達を感じることはないように、来室者全員が特別な対応、個々の特性に応じた対応がされていると感じるように関わった。「いつでも誰でもどんな理由でも利用できる」保健室として機能するためには、すべての生徒が安心して過ごすことができる物理的な環境づくりやすべての生徒に特別な対応ができるような関わりが必要である。

2. 救急処置活動から健康相談につなげる

養護教諭の職務に救急処置活動がある。他の教諭とは異なり医学や看護学の知識を有し、その特質を生かし、傷病の悪化を防ぎ障害が残らないようにすることを最優先として活動する。救急処置をしながら身体・心理・社会的な情報を収集・アセスメントし、緊急性があるものかどうか、医療に繋げる必要があるものかどうかを適切に判断する。同時に児童生徒の学習を保障し、不利益が生じないような教育的な判断が必要とされる。また、常に心理・社会的要因や背景を念頭に置いて、心身の観察や分析をしなければならない。身体症状の訴えには、心身症の可能性や伝えたい悩みや苦しみが表現されている場合もある。虐待、発達障害や精神疾患、家庭の生活環境や人間関係等のストレスに由来する問題が潜んでいることも少なくない。

最終的に発達障害と診断されたAの最初の来室理由は「腹痛」であった。来室時の表情や行動から怒りも感じた。ここで注意すべきことは、事前情報やその場の言動だけからの情報で心理的な問題と決めつけないことである。身体的なアセスメントを疎かにすることで疾病に関連する異常の発見が遅れることもある。Aの場合も、実際に触診や聴診から腹部冷感や腸蠕動音の亢進が見られた。我慢できないほどではなかったかもしれないが、実際に腹痛もあったと思われる。緊急性やすぐに医療に繋げる必要はなかったが、生活習慣の改善にむけての保健指導につなげる必要があった。また、脈拍測定や触診等を通して、怒りを抱えていたAの身体に触れることができたことが効果的であったと考えられる。この養護教諭ならではのタッチングとAの訴えをそのまま受け止めたことがAの怒りを鎮め、安心感を与えることになったのではないかと思う。救急処置をきっかけとして保健指導・健康相談につながり、Aの背景にある問題にたどり着くことができた。以上のことから、保健室は、発達障害が背景にある生徒にとっての健康管理、情報収集および実態把握の場であり、何よりも安心して過ごせる場であるということを再確認できた。

心身の状態のアセスメントを入口として、Aに必要なのは感情をコントロールする力を身に付け、自己肯定感を持てるようにすることではないかと考え、保健室での支援を行った。関わりの中で発達障害が考えられ、特に行動面における衝動性が明らかになってきた。そんな中、再度暴力行為で特別指導となってしまった理由としては、A自身にとって保健室がクールダウンの場所、避難場所としてしかとらえられていなかったため、行動の振り返りや怒りのコントロールのスキルを身に付けるには至らなかったのだと思われる。

特別指導をきっかけに支援体制が整えられ、医療に繋がり、その結果軽度のADHDと診断された。発達障害に関する知識の習得や診断名がついたことによって教員の見方や認識が変わり、積極的なSCの活用や情報共有につながった。次第に教員のAの特性に関する理解が進み、適切な対応が広がっていった。今回の事例では、「困らせる」Aから「発達障害の二次障害で困っている」Aという認識が変わることが支援につながった。また、診断がついたことで母親のAの子育てについての自責感が軽減した。もちろん、薬物療法がAの衝動性のコントロールに効果があったことも大きい。このように発達障害であることの診断がつくことのメリットは多々ある。実際、多くの教育現場で、気になる生徒に対して「発達障害の診断を受けているのかどうか」が焦点となることがある。しかし、診断名がつくことが最も重要なことではないと考える。発達障害による学習面、行動面、対人関係面における困難な状態は多様で診断を受けてない場合も多い。また、同じ診断名であっても生徒の個性や発達状態などによって現れ方は様々で、医師によって見立てが違う場合もある。このようなことから、診断の有無にこだわるのではなく、あくまでも生徒一人ひとりの状況をしっかり把握し、そのニーズに応じた適切な指導や支援を考えることが何よりも重要である。教員は、診断の有無に関わらず、すべての生徒に特別な支援が必要であるという認識に立つべきである。

3. 養護教諭の専門知識をいかした連携のあり方

保健室は、いつでも養護教諭が必ずいてくれる、安全で安心できる場所である。しかし、保健室はあくまでも生徒にとって一時的な場所であり、教室に戻るために活用する場所である。そのためには、養護教諭が得た情報は担任を始め学内の関係教員と共有し連携することが生徒の発達保障や学習保障につながる。本事例ではAが感情をコントロールできず悩んでいることを担任および生徒指導部教員と共有し、クールダウンの場として保健室を活用することについての理解を求めた。その結果、Aはクールダウンの場所として保健室を活用するようになり、衝動性から生じる対人関係のトラブルが大きな問題となることはなかった、という点では評価できる。しかし、発達障害が疑われた段階で担任、教科担任、生徒指導部教員に対しAの理解と適切な対応について提案し、教員全体で支援していれば、特別指導になるような暴力行為は起こらなかったかもしれない。

発達障害のある生徒の支援のためには、校内委員会のような支援体制を構築することが

必要である⁹。この事案が挙げられた時点では校内委員会は組織されていなかった。しかし、Aの暴力行為による特別指導の方針を検討する会議の中で、医学・心理学の知識のある養護教諭である筆者から発達障害が疑われるAには特別な支援が必要であり、教員が連携して対応しなければならないことを提言した。また、発達障害を理解してもらうための資料提供や助言、さらにAに対する専門的なカウンセリングや医療連携のためにSCを活用した。特別指導が終了した後も、管理職のリーダーシップの元、生徒指導部が中心となり、担任や養護教諭が適宜集まりケース会議を行った。ただし、多忙な中で会議が増えることへの抵抗感が全体としてあったため、できる人ができる時に気軽に集まれるような会議の運営とした。また、関係教員がAの件で保健室に立ち寄ることが多くなり、情報が自然に保健室に集まってきたことから、収集された情報を保健室から発信し共有する体制がとれた。このように、専門的な知識を持った養護教諭が要となって教員や専門職、保護者とを繋げ、全体をコーディネートすることで効果的なチーム支援ができたのではないかと思う。何よりも校内組織がない中でチーム支援ができたのは、教員一人ひとりの教師としての資質が高く、生徒に対する教育的情熱や使命感の強さがあったからと思う。

特筆すべきこととして養護教諭と生活指導部の連携の重要性が挙げられる。問題行動のある、いわゆる不良少年が保健室を訪れる意義が理解されにくく、その様子が学校内で非難的となる事例も報告されている¹⁰。Aの事例でも、保健室でさぼるかもしれないという意見や衝動性に関しても「今までにもあった」というような認識で、初めは特性に合わせた特別な対応の必要性については理解が得られなかった。しかし、知識や情報提供により理解してくれるようになり、特別指導が終了した後も支援を継続し、Aだけに限らず保健室に来室する生徒の様子を気にかけてくれるようになった。暴力行為等の問題行動における加害生徒の背景には様々な要因があることが考えられ、養護教諭はその職務から把握しやすい立場にある。その生徒が抱える問題・課題を解決するためには、養護教諭は生徒指導部と連携し、生徒理解を共有しながら「すべての児童生徒のそれぞれの人格のよりよき発達を目指すとともに、学校生活が全ての子どもにとって有意義で興味深く、充実したものになることを目指す¹¹」生徒支援を行う必要性を改めて感じた。

発達障害の保護者の多くは幼少期から育児に悩み、子どもが高校生になると将来の進路や経済的自立についての不安も抱えるようになる。このような保護者の思いを受け止めながらコミュニケーションをとり、共に連携して問題に取り組まなければ、児童生徒の支援は不十分なものとなる。Aの母親の場合、初回の面談で被害生徒への申し訳ない気持ち、Aへの怒りや今後犯罪者になるのではないかという不安が受け止められた。また、子育ての悪さや母子家庭がAの問題行動の原因なのではないかという気持ちを涙ながらに語ってくれた。発達障害の生徒への支援を行う場合、その生徒の家族背景や生育歴等の情報を把握して進めることが必要である。Aの家族背景や幼少期からのエピソード等を知ることによって、教員全体でAの困り感や障害に関する理解を深めることができた。また、自責の念に

駆られている母親の辛い気持ちに共感し、共に協力し合いながら問題を解決しようとした教員側の姿勢が母との信頼関係につながったと思われる。さらに養護教諭に対しては、副作用等の医療に関する疑問を電話で度々相談してきていた。古川らは、発達障害のある子どもを持つ保護者のインタビューから養護教諭に期待することとして「医学的な専門知識を持っており発達障害の特性を理解してくれること、子どもの生涯を通じての健康を目指した保健指導や丁寧な対応をしてくれること¹²」を明らかにしている。このような保護者の期待に答えられるように、養護教諭は医学、看護学、心理学の最新の知識はもちろん、発達障害全般の知識を広く深く習得する必要がある。その知識を活用しながら、発達障害の児童生徒や保護者の代弁者となり、チーム支援の中のコーディネーターとしての役割を果たさなければならない。

V. 文献

1. 公益財団法人日本学校保健会（2014）：学校保健の動向平成26年度，日本学校保健会：76-82.
2. 江口昇勇（2006）：学校現場における高機能広汎性発達障害を巡る諸問題，愛知学院大学心身科学部紀要第2号増刊号：41-50.
3. 采女智津江編著（2013）：新養護概説第7版，少年新聞社：103.
4. 本田恵子（2015）：キレやすい子へのアンガーマネジメント段階を追った個別指導のためのワークとタイプ別事例集，ほんの森出版：54-58.
5. 小田浩伸，亀岡智美（2012）：高校で学ぶ発達障がいのある生徒のための明日からの支援に向けて，ジヤーズ教育新社：1.
6. 高橋智，他（2006）：首都圏の高校等に在籍する軽度知的障害を含む軽度発達障害児の教育実態－高校等1334校への質問紙調査から－，発達障害研究，28：145-166.
7. 田口禎子，他（2009）：東日本地域の高等学校保健室におけるメンタルヘルスや発達障害等の相談支援に関する調査研究，東京学芸大学紀要総合研究科学系，60：457－463.
8. 三木とみ子編（2012）：四訂養護概説，ぎょうせい：88-89.
9. 再掲5 14.
10. 子どもの危機と養護教諭の仕事を考える会（2009）：危機の思春期 再生の思春期－寄り添う保健室の記録，草土文化：154.
11. 文部科学省（2010）：生徒指導提要：1.
12. 古川（笠井）恵美，他（2010）：LD，ADHD，高機能自閉症等の発達障害のある子どもをもつ保護者の思いと養護教諭の役割の検討－保護者へのインタビュー調査を通して－，日本養護教諭教育学会誌，13（1）：97-111.