

図1 低学年、高学年クラス別総得点平均値の推移

Day1-4は、第1週目の月曜日から木曜日、Day5-8は、第2週目の月曜日から木曜日。金曜日はお楽しみの日なので、ポイントはつかない。高機能自閉症児とタイムアウトの著明なADHD児データを除く。1日目と最終日とでは、低学年、高学年クラスとも有意差を認める。

かったと思う。一週目は、一人一人がばらばらで、スポーツの試合でミスをした友達に文句を言っていた低学年クラスが、二週目にはお互い励ましあい、ミスをかばいあい、負けも受け入れることができるようになったのには驚いた。クラスや活動場所から逃げ出し、タイムアウトが極端に多い児には、特別プログラム（一五分タイムアウトにならなければ、ムシキングシール一枚獲得。シール一枚を彼が好きなコンピュータ学習二分と交換できる）

によって著明な効果を認めた。二週目の金曜日に高学年児は全員お楽しみ遠足に行くことができたが、低学年児は一二名中六名が行けた。行けなかった子ども学校でいつものプログラムを楽しんでいた。最終日の表彰式では、子どもたち一人一人のがんばりを称えて保護者の参加のもとでオーガナイザーの表彰状を手渡した。

初めてのSTPであり、参加する子どもは保護者への事前ペアレントトレーニングができていなかったこと、学校との連絡を十分とる時間がなかったため個人の学力把握に時間がかかったこと、STP後の学校でのフォローアップ体制ができていないことなど問題も

あったが、一人も脱落せずに無事終了できた。わずかに二週間であっても、アメリカのSTPが日本の子どもたちにも効果があるという感触をスタッフや保護者も手ごたえとして感じた。子どもの治療だけでなく、スタッフや学生の臨床研修・教育に役立ち、特に学生の成長には目覚ましいものがあつた。STPを通じて、新しい形の地域での医療、心理、教育の協働・連携が深まり、人材養成に役立つことがわかった。

今後の展望

今後、わが国でも臨床試験を経てADHDに対する治療薬が認可されていくものと思われるが、薬物療法と並ぶ治療の大きな柱である行動療法のいっそうの普及が望まれる。米国の治療は薬物治療中心になり過ぎていてという批判があり、わが国は、その後を追ってはいけない。STPは子どもへの治療（行動療法、薬物療法単独、もしくは両者併用）と保護者へのペアレントトレーニングを組み合わせた有効な包括的治療法である⁽⁵⁾⁽⁶⁾。

二〇〇六年夏には、昨年のSTPで不十分であった点を改善したプログラムで、第二回目のSTPを開催する予定である。二回のS

行きどうなるのか不安になった。しかし、その不安は一日で解消した。子どもたちは、多少理解の早さに個人差はあつたが、ポイントシステムやタイムアウトをよく理解し、獲得するポイントは日に日に増えていった(図1)。

子どもたちの目の輝きが変わり、積極的な態度、友達を助ける行いが増えた。前日にあつた人間関係のトラブルを題材にして、朝の会のロールプレイで子どもたちに考えさせるソーシャルスキルトレーニングの役割も大き



[特別企画]

家族のこころ

滝川一廣/編

I 家族の営みを考える

- 人はなぜ家族を営むのか 小浜逸郎
- 家族の日常を作るための方程式 吉川 悟
- 父親の営みにおける父親の役回り 清水將之
- 母親の視点から 村瀬嘉代子
- 思春期と超越—器としての家族の役割 岩宮恵子
- 心地よくつきまとう家族 松岡素子
- ベットの視点から

II 出会いと別離

- 恋愛・結婚・離婚の心理学 水田一郎
- 出産という出会い 鈴木廣子
- 「親の死」を生きるということ 赤田圭亮
- 家族にとっての「子どもの死」 杉本健郎
- ウィングフィールド家の場合 山登敬之
- 自立の物語として読む『ガラスの動物園』

- 巻頭に—安心感と安全感 岡崎祐士
- マニフェスト再論
- 論説 山内慶太
- 福澤諭吉と精神医療 影山任佐
- ハラズメント—その基本理念と実践的分類
- 追悼 清水將之
- 河合洋君、一寸急ぎ過ぎたかな
- 連載 菅野泰蔵
- カウンセリング原論 林 直樹
- 人格障害という「現象」 野村総一郎
- うつ病の真実 村上伸治
- 初心者のための心理療法入門 黒沢幸子
- タイムマシン心理療法 大山泰宏
- 日常性の心理療法
- ほんとの対話

好評発売中 1143円+税

www.nippyco.jp/



ITPの効果検証について、わが国でのエビデンスを蓄積していく必要性を感じている。イロコ、メキシコ、ブラジルなどからもITP開催に向けてバツフローに問い合わせがあったという。STPに関心をもつ人が増え、日本の主要都市でもSTPが受けられるようになった日に近い将来、来ることを願っている。

【文献】

- (一) 山下裕史朗「ニューヨーク州立大バッツフロー校におけるADHDの子どもの家族に対する包括的治療」『日本小児科学会雑誌』一〇九巻、一三〇一—一三〇七頁、二〇〇五年
- (二) Pelham, W. E., Fabiano, G. A., Gnagy, E. M., Greiner, A. R., Hoza, B.: The role of

summer treatment programs in the context of comprehensive treatment for ADHD. In Hibbs, E. & Jensen, P. S. (eds): *Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Disorders: Empirically Based Strategies for Clinical Practice*. American Psychological Association, Washington D. C., 2005.

(三) Piffner, L., O'Leary, S. G.: Psychological treatments: School-based. In Matson, J. L. (Ed.): *Hyperactivity in children: A handbook*. Pergamon, London, 1993.

(四) Cunningham, C. E., Davis, J. R., Bremner, R., Dunn, K. W., Rzasa, T.: Coping modeling problem solving versus mastery modeling: effects on adherence, in-session process, and skill acquisition in residential parent-training program. *Journal of Consulting and Clinical*

Psychology 61, 871-877, 1993.

(五) Carlson, C. L., Pelham, W. E., Milich, R., Dixon, M. J.: Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom performance of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology* 20, 213-232, 1992.

(六) Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Greiner, A. R., Hoza, B., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Simpson, S., Shapiro, C., Bukstein, O., Baro-Myak, C.: Behavioral vs. behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment program. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28, 507-526, 2000.

(タキオン・フェンタニール/小児神経科)

小児神経科における ADHD の診断

山下 裕史朗*

I. ADHD をめぐる小児神経科医の動向

大学病院に勤務する小児科医（小児神経専門医）の立場から ADHD 診断の現状と今後の課題について述べる。

世界9カ国の ADHD 親の会メンバー930名を対象とした、初診から診断までの期間調査（図1）では、国によってかなり幅があるが、最短の米国で平均1年、最長のイタリアでは3年かかっている。9カ国の平均は2年である。残念ながら日本からのデータはない。

ADHD が与える学校での学業、友達関係、家庭での兄弟関係やストレスなどに与えるインパクトを考えると、2年という期間は非常に長く、適切な治療が始まり軌道に乗るまでにさらにはかなりの期間を要する。この状況は、わが国でも変わらないと考えられる。

同じ調査で、保護者の診断に関する見方（図2）では、半分の保護者が、「診断に時間がかかりすぎた」と感じている。59%の保護者が「プライマリーケア医が ADHD についてあまり知らなかった」と答えている。診断をするのは必ずしもプライマリーケア医ではないが、これは非常に重

要なポイントである。「専門家への紹介を得るのが困難であった」が31%と比較的少ないが、これもタイムリーな診断を得るという意味では非常に大事なポイントである。ADHD の診断は改善の余地があり、日本でも似たような状況であると思われる。

小児神経学会の会員は、現在3,000名と比較的多い。小児神経科医の診る疾患は、てんかん、重症心身障害児などの重度発達障害、ADHD や高機能自閉症などの軽度発達障害、変性代謝疾患など、多岐にわたっている。3,000名の会員のうち、小児神経学会のホームページ (<http://www.yo.rim.or.jp/~JSCN/jscnhome.html>) に掲載されている発達障害診療医（自己申告）の人数は278名で、学会会員の約1割である。現在すでに予約が殺到していて、自己申告していない医師もいると推察される。自治医科大学の桃井教授らが2005年に行った日本小児神経学会評議員へのアンケート調査では、評議員の中でもごく少数の医師が多数の ADHD や自閉症患者を診ているという結果であった。一人の医師に予約が殺到して診察までの時間は長くなる。さらに不採算部門と言われる小児科の中でも、特に軽度発達障害の診療には時間がかかる上に不採算という事実が追い討ちをかけている。桃井教授らは、学会の評議員を対象として、個人の医師が診療する患者数や診療環境—たとえば、心理士やセラピスト、幼稚園・保育園、学校、精神科医との連携—の有無を調査している。

1人が診る ADHD の患者数を図3に示す。0～99名まで分布しており、20名以上診ている評議

2005年7月9、10日、東京、新高輪プリンスホテルにて開催。参加1,600名。

Diagnosis of ADHD by pediatric neurologist.

*久留米大学医学部小児科

〔〒830-0011 福岡県久留米市旭町67番地〕

Yushiro Yamashita: Department of Pediatrics and Child Health, Kurume University School of Medicine. 67, Asahimachi, Kurume, Fukuoka, 830-0011 Japan.

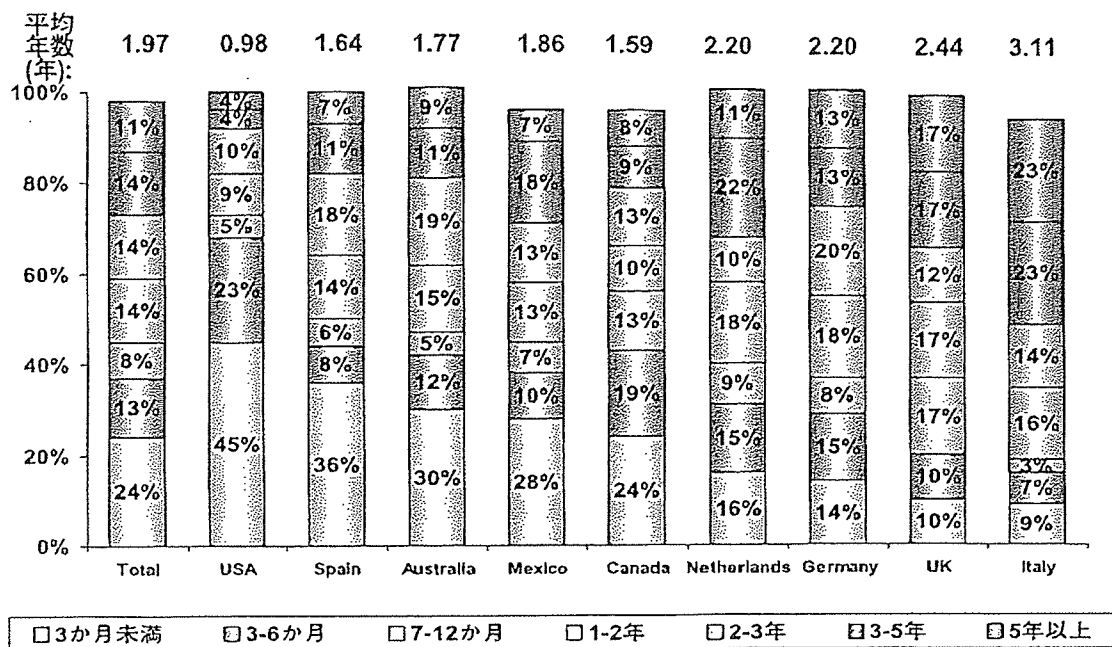
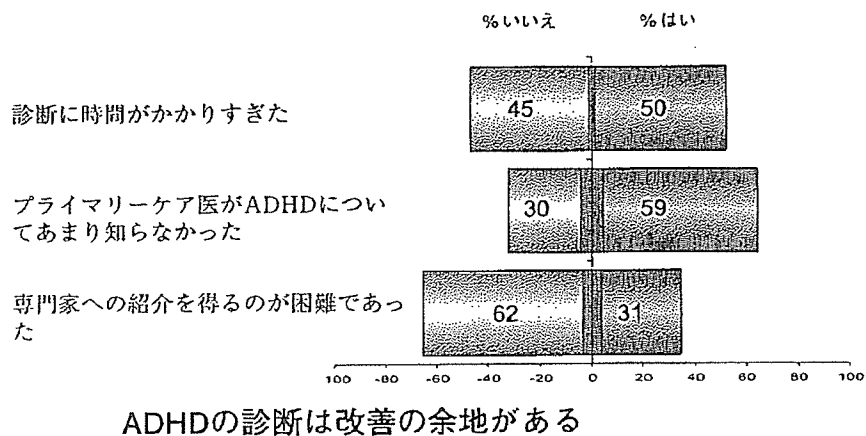


図1 診断までの期間（9か国，国際共同研究，930名）
米国でも約1年，イタリアでは3年かかっている



ADHDの診断は改善の余地がある

図2 保護者の診断に関する見方：国際共同研究結果

員は12名，回答者の13%しかいない。同様に，自閉症を50名以上診ている評議員は10名であった。これは自閉症，トゥレット症候群，すべて同様の傾向であった。つまり，評議員の中でも診る患者数に大きな差があることを示している。

臨床心理士との連携診療体制に関して，4分の3は臨床心理士と連携があると答えているが，4分の1はないと答えている。ただし，評議員の勤務している病院であるので，規模は比較的大きな病院であると推測される。一般の医師が勤務している病院では臨床心理士がいないところも多く，

特に発達障害に適切な対応ができる臨床心理士は少ないと思われる。学校との連携は68%が日常的にあると答え，幼稚園との連携は55%があると答えている。精神科医との連携は31%が日常的に，55%がたまに連携があると答えている。

II. 小児神経科医の ADHD 診断

小児神経科医の ADHD 診断は，基本的には児童精神科医と変わらないと思われる。診断基準は DSM-IV を用いている医師が多い。われわれは

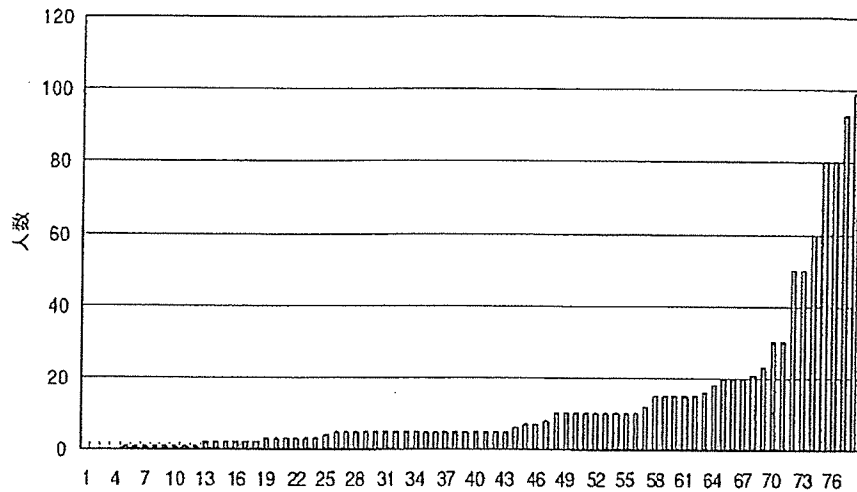


図3 一人が診るADHD患者：0～99名

Continuous Performance Test (持続遂行テスト：CPT)^{脚注)}を診断の参考に使っている。治療前後での客観的評価、検査中の子どもの行動観察にも用いている。わが国では、CPTを使っている医療機関は少ないと思われるが、ソウル大学の児童精神科で開発したCPTは、韓国全土の200カ所の病院で、一斉に用いられている。

久留米大学医学部小児科では、電話予約が入った時点で、いろいろな評価尺度、チェックリストが入ったパッケージを保護者の自宅に郵送し、教師用のものは保護者から教師に依頼して記入してもらっている。パッケージの内容は、予約日時の確認、病歴のアンケート、ADHD、ODD (Oppositional Defiant Disorder)、CD (Conduct Disorder)、アスペルガーのチェックリスト、子どもの行動チェックリスト (CBCL)、SDQ (Strength and Difficulty Questionnaire) という英国圏でよく使われているチェックリストである。家庭と学校のそれぞれで最も困っていることを自由に記入してもらう欄も設けている。この自由記述が子どもの問題点を一番表していることが多い。受診当日に臨床心理士が保護者本人と面接し、評価・確

認する。その後、医師が約1～2時間かけて診察している。

DSM-IVをベースとしたADHDのチェックリストには、DuPaul, SNAP-IV, バンダービルトなど、多数ある。しかし、わが国で標準化されているスケールが乏しいことが問題である。

保護者と教師のスコアは、多くは相関するが、時に乖離することがある。学年の始まりや通常学級担任で忙しく教師に気づきがない場合、不注意タイプの子どもの教師が気づいていない、あるいは他にもっと多動で手がかかる子がいるので問題とされていない場合などは、学校版の方でスコアが低く出ることがある。家庭で母親に包丁で脅されるという虐待を受け、学校では問題行動を爆発させていた例を経験したが、学校版スコアは非常に高く、家庭でのスコアが低くなっていた。母親に精神疾患があって家庭での子どもへの対応がうまくできていない例では、家庭でのスコアが非常に高い傾向がある。学校と家庭のスコアで乖離が見られるときには診断に注意を要する。

ADHDの25～75%でLD (Learning Disabilities) が併存していると言われているため、ADHDが疑われる場合は必ずLDの併存がないかのチェックが必要である。読みがよくても、書字、特に漢字の書字が苦手なADHDが多いように思われる。LDの有無については、通常・通級

脚注) Continuous Performance Test: コンピュータ画像上にターゲットとノンターゲットが一定の頻度で表示され、ターゲットが出たらボタンを押す。見逃し、お手つき、反応時間、反応時間のばらつきなどを見て、子どもの注意力などを客観的に評価する。

学級の担任に確認が必要である。認知の偏りを知るための WISC-III は必須で、継時処理か、同時処理か、得意な認知処理パターンを検査する K-ABC は指導に役立つ。アメリカでは年齢に応じた実行機能に関連した40～50項目の rating scale である Brown ADD Scale が用いられており、わが国でも標準化に向けて翻訳作業が終了し、データ収集が行われている。

Ⅲ. ADHD の今後の課題

ADHD は早期発見、対応が大切である。これは特に小児科医に課せられた課題である。当科を受診した就学前児の5～6歳児、40名を検討してみたところ、チェックリスト単独では、ADHD と高機能自閉症、MR の各疾患の特徴はつかめても、鑑別にあまり役立たないことがわかった。個別診察での会話や、母親とのやり取りの評価、園での行動に関する情報が診断には重要である。学校や保育園で教師・保育士が困っていることは、その子どもの問題行動に関する認識が保護者になく、医療や相談機関を受診させるのに苦勞することである。発達障害の可能性があるという気づき

を保護者に促す、育児不安や問題行動への対応法をともに考える場の必要性を感じる。鳥取大学の小枝らは、子育て相談、発達相談、教育相談の場としての5歳児健診を提唱し、鳥取県の5歳児の7割で5歳児健診をすでに実施している。

小児神経専門医309名への小枝らの調査では、ADHD が疑われて、後に身体疾患や神経疾患と診断された症例の経験を持つ小児神経科医は実に53名、17.2%になる。その中で最も多かったのは、てんかんで、次に甲状腺機能亢進症などの内分泌疾患、脳腫瘍・変性疾患、代謝疾患と続く。多動がひどくなったことを主訴に受診した小学校5年生の自験例を紹介する。小児総合病院の臨床心理士からの紹介で、小児神経科医は診察していない。行動の退行があり、頭部CTやMRIで前頭部の白質に異常信号域を認め、ALDと最終的に診断した。骨髄移植を受けたが、アデノウイルス感染の合併症で死亡した。文部科学省のADHDなどの教育支援体制整備のためのガイドラインでは、「医療機関受診を必要に応じて勧める」と記載しているが、重大な神経疾患を見逃す危険性がある。医療機関受診の必要性をもっと強調すべきである。

わが国と世界のAD/HD診断・治療ガイドラインの現状

山下 裕史朗*

わが国のAD/HDの診断・治療ガイドラインは、上林ら児童精神科医を中心とした厚労省研究班による成果が、平成15年に出版されている。また、文部科学省の小・中学校におけるLD、AD/HDなどの児童生徒への教育的支援整備のためのガイドラインの中でも判断や対応に関する試案が平成16年に出されている。しかしながら、乳幼児健康診査や日常診療を通じてAD/HDの早期発見や対応にかかわる可能性が最も高い一般小児科医のための診断・治療ガイドラインはまだ作成されていない。ようやく「小児科におけるAD/HD診断治療ガイドライン作成に関する研究班」(班長：東京医大・宮島祐先生)が平成15年にスタートした。本研究班設立の背景には、厚生労働科学研究事業「小児薬物療法における医薬品の適正使用の問題点把握および対策に関する研究」(主任研究者：大西鐘壽先生)があり、日本小児科学会分科会として平成10年度から日本小児精神神経学会・日本小児心身医学会、平成13年度から日本小児神経学会も加わり3医学会の合同研究：小児精神神経領域薬剤の調査研究が行われていた。平成11年度・13年度合同研究の結果、1) 小児精神神経領域薬剤のうちAD/HDに対するメチルフェニデート(以下「MPH」と略する)の保健適応拡大の要望が高い

こと、2) 本邦において小児を対象とした二重盲検を用いたMPH臨床研究は皆無であること、3) 診断・治療評価に対する客観性の乏しさに関する問題(ガイドラインの必要性)、4) MPHが適応外使用であることに対する医師の意識の低さなどが明らかになっていった。そこで、平成15年度「効果的医療技術の確立推進臨床研究事業」3医学会合同で厚生労働科学研究事業「小児科におけるAD/HD診断治療ガイドライン作成に関する研究」に応募し採択されたのである。成人領域で問題になっているMPHの濫用や処方された人物以外への使用などは、小児科領域では幸いまだ問題にはなっていないが、その危険性に関して十分に理解し、対策をとる必要もある。MPHのAD/HDへの適応拡大に向けての臨床研究エビデンス蓄積と同時に、エビデンスに基づく小児科医のためのAD/HD診断・治療ガイドライン作成が急務である。

アメリカをベースとする世界最大のAD/HD児・者サポートグループであるCHADD (Children and Adults with ADD, <http://www.chadd.org>)の平成16年11月16日の電子メールニュースレターに記事が掲載された。その内容は、AD/HDの患者さんではなく、処方を受けていない他人がMPHを服用したという統計を紹介したFOXテ

Yushiro YAMASHITA: AD/HD Diagnosis and Treatment Guideline in Japan and in the World

*久留米大学医学部小児科学教室〔〒830-0011 久留米市旭町67〕

レビNEWSに関する記事で、CHADDはこのニュースによって、一般人がAD/HDの問題を軽く考え、適切にAD/HDの患者さんに投与された場合のMPHの安全性と有効性について一般人に混乱をもたらす懸念があると抗議していた。日本でも成人領域では処方を受けていないおとなにリタリンを販売するなどが指摘されているが、このような報道で適切な治療を受けているAD/HDのおとなや子どもが肩身の狭い思いをするのは大問題である。比較的啓発が進んでいるアメリカですら、このような報道がまだなされている。日本でも大量にリタリンを服用した成人の非AD/HD患者(うつ病)が死亡したというニュースがNHKによって以前なされ、多くの患者、家族に心理的影響を与えたことを思い出す。私たちには、薬物療法が本当に必要な子どもに安全に投与できる環境を作る義務があると考え

る。研究班の主な目的は、以下の2点である。

1. 一般小児科の臨床現場で有用な診断・治療ガイドライン作成：適切な薬物療法の認識を高めると同時に、エビデンスのある薬物療法以外の治療法に対する認識も高める(包括的治療)
2. 本邦初の二重盲検法を用いたAD/HDに対する速効性MPH治療効果多施設共同臨床研究(本邦でのエビデンス蓄積)

一般小児科医のためのわが国のガイドライン作成にあたって、世界各国のAD/HDガイドラインの現状調査を行った。調査した国は、アメリカ、ヨーロッパ、アジア・オセアニア諸国である。方法は、論文、各国医師・心理士への個人的聞き取り、アンケート調査(アジア・オセアニア)による。調査をもとに、日本の現状を考慮しつつも、世界スタンダードであり、しかも一般小児科医が使いやすいガイドラインを作成する必要がある。また、日本の児童精神科医、

文部科学省など他のガイドラインとのすり合わせも必要であろう。オランダのガイドラインは、多くの関連学会の代表が集まり、母体となるガイドラインを作成し、各論は各学会で作成したという。

米国小児科学会治療ガイドラインのポイントは以下の5点である。

- ・ Primary care clinicianはAD/HDを慢性疾患と認識し、治療プログラムを確立すべきである。
- ・ 医師は家族、学校と連携し治療目標を立てる。
- ・ 医師は適宜、中枢神経刺激薬 and/or 行動療法を薦める。
- ・ 治療効果がなければ、診断、治療内容、治療遵守、併存症の有無について再評価する
- ・ 定期的な効果と副作用のモニターとフォローアップを行う。

(Pediatrics 108:1033-1044, 2001)

また、昨年改訂された欧州多動性障害臨床ガイドラインの概要は、以下のとおりである。

- ・ 「多動性障害 European Network」での討論、コンセンサス、文献検討による Evidence に基づく。
- ・ 欧州各国からの児童精神科医、心理士の合同作業で1998年のガイドラインを改訂した。
- ・ 治療は Psychoeducational measures (家庭での parent training と行動療法、園や学校での行動療法など)、Psychopharmacological treatment (MPH と dexamphetamine は多くの国で認可されている、適応、abuse potential の真実)、投与年齢の問題(6歳未満か以上か)。

Eur Child Adolesc Psychiatry Vol.13, Suppl. 1 (2004)

米国、欧州ともに治療の柱を薬物療法と心理社会的療法(行動療法とペアレントトレーニング)としている点は共通であり、グローバルスタンダードと言える。

さて、アジアにおけるAD/HD診療の現状はどうであろうか。第1回、第2回 Asia Forum AD/HD(平成15、16年)で、以下の点がアジア諸国に共通の傾向や問題点として認識された。

①AD/HD受診患者の増加、有病率は欧米と大差ない、②児童精神科医の不足(日本はアジア諸国の中では多い方)、③一般小児科のAD/HDに対する認識不足、④自国で標準化された診断スケールが少ない(例外：韓国、オセアニアは充実している)、⑤薬物療法に対する抵抗、無知・偏見がある、⑥非薬物療法(学校への啓発、行動療法、ペアレントトレーニングなど)のサービスが乏しい。

本日ゲストとしておいでいただいているアン教授のお隣韓国の状況をご紹介します。韓国では、Fellowship Training Program in Child and Adolescent Psychiatryが1980年からスタートし、1990年後半から児童精神科医が増加、現在70名以上いるという。毎年確実に児童精神科医が増えている。標準化されたスケールとしては、Conners RS, CBCL, SNAP-IV, AD/HD RS-IV(Du Paul), K-SADS-PLなどがあり、処方可能な薬物としては、リタリン徐放剤(Concerta, MetadateCD), Pemoline, TCAs, Bupropionなどがすでに使用可能である(Atomoxetineは、Phase III進行中)。診療環境としては日本よりも進んでいるように思う。

フィリッピン、韓国、台湾、香港、シンガポール、タイ、オーストラリア、ニュージーランドではリタリン徐放剤(世界では33カ国で)が市販されている一方、日本ではAD/HDの適応取得した薬剤がまだない。現在、わが国では、リタリン徐放剤のConcerta Phase IIIが進行中で、

AtomoxetineのPhase IIIがまもなくスタートする。

何らかの自国のAD/HD診断・治療ガイドラインをすでに持っている国は、アジア・オセアニア11カ国中、オーストラリア、ニュージーランド、タイ、日本のみであり、多くは作成予定であった。ニュージーランドとオーストラリアでは、数年前、厚生省と研究班(小児科医と児童精神科医)が共同作成、Website公表、教師へのガイドラインもある。特に、ニュージーランドでは、中枢神経刺激薬を患者ごとに申請して使用していたが、1998年から内科、小児科医、心理士、精神科専門医がリタリンに加え、dexamphetamineも処方可能になったという。

わが国のガイドラインに盛り込むべき内容としては、①包括的治療：心理社会的治療法(行動療法やペアレントトレーニング)と薬物療法の重要性、②医師、保護者、学校との連携が鍵であること。医師が具体的にどのような連携を学校ととればよいのか、特別支援教育コーディネーター(文部科学省)との連携など、③薬物療法にふみきる基準・投与の実際、評価法、最新のエビデンス(短期・長期)の記載、④小児科医が診療して、うまくいかない場合どうするか：治療法再評価、併存症有無、児童精神科医への紹介基準、⑤診断、特に高機能自閉症との鑑別診断や早期診断、診断尺度などが必須であろう。ガイドラインの内容は、平成17年にはまとめられ、小児科学会関連の3医学会(小児精神神経学会、小児心身医学会、小児神経学会)や研究班のWebsiteに一般にも公表される。

最後に、症例を提示したい。子どもの多動がひどくなったことを主訴に保護者がAD/HDではないかと心配して受診した小学校4年生男児である。就学して、低学年までは行動に問題がなかったこと、行動が1~2年で退行してきていることより、なんらかの代謝変性疾患を疑って、

精査したところ、頭部CT・MRI異常が見つかり、最終的に副腎白質ジストロフィーと診断し、骨髄移植を受けたが、合併症で死亡した。より早期の診断・治療ができたのではないかと悔やまれるケースである。文部科学省のガイドラインでは、医療機関への子どもの受診を必須とはしていないが、保護者や教育サイドの判断・評価だけでは不十分であり、本例のようなケース

が出てくる可能性を指摘したい。医療とのかかわりとの必要性を強調する。

第92回小児精神神経学会には、AD/HDの子どもと家族に包括的治療を実践している国内外の専門家においでいただいた。最新かつ明日からの診療に役立つ実践内容を学んでいただければと切望する。

*

*

*

ニューヨーク州立大バッファロー校における ADHD の子どもと家族に対する包括的治療

久留米大学医学部小児科
山下 裕史朗

要 旨

ニューヨーク州立大学バッファロー校, Center for Families and Children での注意欠陥多動性障害 (ADHD) の子どもと家族への包括的治療について報告した. 夏期治療プログラム (STP) の目的は, 学校や家庭での子どもの機能的障害に焦点をしぼり, 対応のスキルを教えるものである. 子どもの治療のみならず, 研究, 教育の場でもある. STP は, 行動変容療法をベースに夏休み中の月～金曜日の8週間, 日帰りで行われる. 薬物療法以外に主に用いられる方法は, ポイントシステム, タイムアウト, ソーシャルスキルやスポーツスキルトレーニング, デイリーレポートカード, ペアレントトレーニングなどである. 二重盲検法を用いた薬効評価もなされる. STP 終了後の学校フォローアップ研究とは別に, バッファローでは, 公立小学校4校に対して学校介入プログラムをスタートしている. 行動変容療法は ADHD の子どもだけでなく, 健常児にも有効な方法であり, 問題行動の予防にも役立つことが期待されている. わが国でも薬物療法だけでなく, 行動変容療法などの薬物療法以外のエビデンスにもとづく ADHD の治療法が広く認識され, 包括的治療をめざした地域での支援システムづくりが必要である.

キーワード: 注意欠陥多動性障害, 包括的治療, 夏期治療プログラム, 行動変容療法

はじめに

日本小児科学会研究基金によるイーライリリー海外研修フェロースhipを受け, ニューヨーク州立大学バッファロー校, Center for Families and Children で平成15年8月1日から9月13日までの5週間研修を受ける機会をえた. 研修の目的は, 日本でも大きな問題となっている注意欠陥多動性障害 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) の子どもと家族への先進的な包括的治療を学び, 今後のわが国での治療システム構築に役立てることである. MTA (Multimodal Treatment Study) の結果, Behavioral modification (行動変容) 療法よりも薬物療法の重要性がクローズアップされているが, 臨床の場で求められるのは, 学校や家庭での問題行動に対する具体的な対応法である. ADHD の子どもたちが将来成功するかは, ①保護者が効果的なペアレントトレーニングスキルを用いているか, ②ほかの子とうまくやれているか, ③学業成績の3つの主な因子で予測される. 行動変容療法などの心理社会的治療法は, ADHD の症状そのものよりも, この3つの問題点に焦点をしぼり, スキルを教えるものであり, このようなスキルは一生重要である.

薬物療法の効果は70～80%にすぎず, 服用している期間しか効果が期待できないので, 行動変容療法などの非薬物治療をまずスタートし, 必要に応じて薬物療法を併用するのが ADHD の子どもへの長期的治療の流れと考える.

夏期治療プログラム¹⁾²⁾

夏期治療プログラム Summer Treatment Program (STP) は, ADHD をもつ子どもたちのための集中治療プログラムであり, すでに20年以上の歴史がある. 1980～86年まではフロリダ州立大, 続いて87～96年までピッツバーグ大学で, 1997年からは, ニューヨーク州立大学バッファロー校 Center for Children and Families に場所を移し継続している. 現在, 北米の20校ほどの大学で同様の STP がバッファロー校をモデルに行われている. STP には, ①治療, ②研究, ③教育の大きな3つの機能があり, 参加した子どもたちに効果的な治療法を提供するだけでなく, 薬物療法の評価など ADHD の理解に貢献する多くの研究が行われてきた. さらに, STP に参加した学生の多くが, 健康科学や教育の分野で専門家として指導的立場となる. このような実績を受けて, この STP は, 1993年「子どもと家族の精神健康サービス提供のモデルプログラム」と米国心理学会から指定され, 2003年の CHADD (Children and Adults with ADD) 国際会議でも最優秀

プログラムを受賞している。

最近の研究によれば、ADHDの最も有効な治療法は、ペアレントトレーニングや教室介入などに焦点をあてた行動変容療法と適切な薬物療法の併用療法であるとされている。短期間の治療研究では、併用療法は単一の治療法よりも良いという結果があるため、最近では併用療法が治療法として選択されている。一方では、併用療法でADHDの子どもたちの機能障害が正常化するという長期フォローのエビデンスもない。一般的な外来治療だけでは、多くのADHDの子どもたち（行為障害の子どもたちも同様）の治療は不十分であり、より集中的な治療プログラムが必要であるという認識が専門家の間で広まった。特にADHD児の長期的予後に関係するという友達関係の問題は、外来や学校ではアプローチしにくく、STPで取りくむべき問題であるとされている³⁾。STPは、ADHDの治療が子ども自身だけでなく、学校、保護者への効果的な包括的介入を含むものでないといけないという考えにもとづいている。さらに、心理社会的および薬物療法を併用して、集中的かつ長期間にわたる介入であるべきである。

A. STPの概要

STPは毎年8週間(2003年は9週間)、子どもたちは月曜日から金曜日まで日帰りで、大学キャンパス内のCenter for Children and Familiesに通う。STPでは各自の行動や学業上の困難に応じた治療を提供する。M.D.(発達小児科医と児童精神科医)やPh.D.スタッフの指導のもと、カウンセラー(訓練を受けた学生)が治療を行う。5~15歳の子どもたちは同年齢の子ども12名のグループに属し、9時間を同じクラスで過ごす中で、グループとして行動すること、友達づくり、おとなとの適切なかわり方を学ぶ。各グループには健常児ボランティアも5名含まれる。各グループは3時間を学習センターで教師、補助教師と過ごし、行動変容プログラム(Behavior modification program)を教室形式で行う。学習センターでの活動は、①個別学習(算数、国語;子どもによって内容が異なる)、②友達とペアになって教えあうPeer tutoring(読みが上手な子とそうでない子とのペア)、③コンピュータを用いた個別学習(コンピュータ教室)の3つのパートにわかれており、それぞれ後述するポイントシステムで行動や学習が評価される。以上が2時間で、1時間は美術教室で個別あるいは小グループで作品を完成する。そのほかの時間は、スポーツスキルのトレーニングや、スポーツの試合、グループでの問題解決トレーニング、ソーシャルスキルトレーニングなどを行う。各グループ5名のカウンセラーが少人数指導する。STPの1日のスケジュール例を示す(表1)。また、保護者もクラス別に夜間に行われる週に1回のペアレントトレーニングにSTPスタート数カ月前から参加している。

表1 Summer Treatment Programの1日のスケジュール例

時間	活動
7:30 ~ 8:00	到着
8:00 ~ 8:15	朝の会・ソーシャルスキルトレーニング
8:15 ~ 9:15	サッカースキルトレーニン
9:15 ~ 9:25	移動・トイレ
9:25 ~ 11:35	学習センター(個人, Peer Tutoring, コンピュータ室)
11:35 ~ 11:45	移動・トイレ
11:45 ~ 12:00	昼食
12:00 ~ 12:15	休憩(お昼休み)
12:15 ~ 13:15	バスケット試合
13:15 ~ 13:25	移動・トイレ
13:25 ~ 14:25	その他のゲーム(ソフトボール)
14:25 ~ 14:35	移動・トイレ
14:35 ~ 15:35	水泳
15:35 ~ 15:45	移動・トイレ
15:45 ~ 16:45	美術
16:45 ~ 17:00	休憩(自由時間)
17:00 ~ 17:30	下校

B. 治療の目標

STPの一般目標は、下記の6つである。

- ①子どもの問題解決スキルやほかの子とうまくやっていけるという自覚を育てる
- ②子どもの学習スキルや学業成績を改善する
- ③子どもの指示に従う、課題を遂行できる、おとなの要求に応じるなどの能力を育てる
- ④日々の生活(対人的、スポーツや学習場面など)で必要な能力を伸ばすことで、子どものセルフエスティームを高める
- ⑤保護者にポジティブな変化を維持し、強化するための方法を教える
- ⑥薬物が子どもの学習や社会性の機能に及ぼす効果を自然な状況下で評価する

C. ポイントシステム

STPでは、子どもは適切な行動をとると報酬としてポイント(またはトークン)がもらえ、不適切な行動の場合は、ポイントを失う。トークンシステムは精神病理学の行動アプローチの方法として長い歴史があり、子どもの行動改善には多大なしかも即効的効果が示されている。STPで子どもがポイントを獲得できるのは、①ルールに従う、②スポーツ態度が良い、③悪い行動をしなかったことに対するボーナスポイント、④質問に注意を払い正確に答える、⑤要求や命令に従う、⑥仲間を助ける、⑦仲間と一緒にものを使う、⑧グループディスカッションに積極的に参加する、⑨挑発や侮辱を無視するなどである。ポイントを失うのは、①ルールを破る、②スポーツ態度が悪い、③意図的または非意図的にひとを攻撃、④意図的または非意図的

に物を破壊, ⑤おとなの命令に従わない, ⑥盗み, ⑦妨害する, ⑧不平を言う, ぼやく, ⑨スタッフに悪口を言う, ⑩ほかの子の名前を呼ぶ, からかう, ⑪のしる, ⑫うそをつく, ⑬許可なしに活動場所を離れるなどである。子どもが獲得したポイントによって金曜日の遠足などの特権, 「Honor Roll」(後述) という社会的名誉を得ることができる。カウンセラーは, 各自がポイントを獲得もしくは失うと即座に子どもに伝える。5名のカウンセラーのうち1名は, ほかの4名のカウンセラーが与えるもしくは減点するポイントをポイントシートにたえず記録する。正の強化子としては, 上記のポイントだけでなく, デイリーレポートカード(daily report card: DRC, 後述) が良いときに保護者が与えるごほうび, スタッフや保護者が与える褒め言葉, みんなの前での賞賛など社会的な強化子も用いる。

D. 正の強化子と適切な指示

行動療法を実行するにあたって欠かせないのは, 行動変容をもたらすための正の強化子である。STPでは, 正の強化子として, 前述のいろいろな手段を用いる。また指示はADHDの子どもが従いやすいような明確で簡潔なものでなければいけない。

E. タイムアウト

ADHDの子どもに正の強化子だけを用いる方法が望ましいが, O'Learyらは, 慎重な罰(適切な言葉による叱責, 特権の剥奪, タイムアウトなど)は, ADHDの子どもへの効果的介入に必要と報告している⁴⁾。タイムアウトとは, 「その時間は正の強化子が与えられない」(Time out from positive reinforcement) という意味である。子どもの年齢や理解力に応じて10~30分, 決められた場所に一人で座っていなければならない。しかし, 10分のタイムアウトが課せられても, 素直に従っておれば, 5分に短縮される。罰を与えられても, 自分で良い行動に修正できればタイムアウトの時間を短縮されるというのがSTPでのタイムアウトの特徴である。

F. 友達関係改善のための介入

朝の会やスポーツの試合前に各グループで短時間のソーシャルスキルトレーニングが行われる。カウンセラーによるロールプレー(良い例, 悪い例)から, 子どもたちに何が良かったか, 悪かったかを考えさせる。また, 美術の時間でもグループで作品を作る機会が設けられており, 協力しあってひとつの作品を仕上げるということも学ぶ。

G. スポーツスキルのトレーニング

友達関係の改善目的のソーシャルスキルトレーニングだけでなく, 小グループでのスポーツやゲームスキルの集中的なコーチングや監視下のゲーム実践が1日3時間行われる。ADHDの子どもたちはゲームのルールに従えない, 運動が苦手な子が多い。そのため, 学校で友達に拒絶され, セルフエスティームが下がる。

スポーツスキルが悪い子は友達ができにくいという報告がある。毎日, 必ず1つのスポーツ試合が年齢に応じた小集団でのスポーツスキルトレーニングにあてられる。もちろんこの時もポイントシステムが用いられている。例えば, 「今はなゼルール違反?」, 「今, どちらが勝っている?」などの注意質問がカウンセラーから個人に急に向けられる。他児のプレーに注意して回答をすることができれば加点される。スポーツは, 年齢に応じてキックベースボール, サッカー, ソフトボール, バスケットボール, 水泳などから選択する。

H. グループでの問題解決討論

グループとしてうまく機能できない場合, まず何が問題なのか発見し, どのような解決法があるのか話し合い, 問題と解決法, それが破られた場合の対応策まで契約書として文書に書き, 契約の評価と修正を行う。問題解決討論は子ども自身の要請もしくは, カウンセラーの呼びかけで適宜開催される。

I. デイリーレポートカード(Daily Report Card: DRC)

STPでどのような1日であったか家庭との連絡に用いるDRCはADHDの子どもの治療にもっともよく用いられる効果的方法である。STPでは, 目標行動(Target behavior, ADHDの子どもに特徴的かつもっとも困っている問題行動)と, 目標到達基準(通常80%)が最初の1週間で決められ, 順次改訂されていく。目標行動は, 教室とレクリエーション活動の両方から通常3~6個選ばれる。目標行動によくとりあげられるものでポイントシステムにもある行動は, 友達の名前を呼ぶ・からかう, 意図的な攻撃, スポーツルールを守らない, 質問に正確に答えない, 活動ルールを破る, 言葉による悪口, 非服従, 不満・不平を言う, タイムアウトを守らないなどである。ポイントシステムには含まれず, DRCに使われることがあるのは, いばる, うそをつく, わざと幼稚な行動をとるなどである。DRCは保護者にSTPの治療効果のフィードバックを毎日与えるものでコミュニケーションの良い手段でもある。DRCの一例を表2に示す。STPでのその日のDRCの結果によって家庭でのごほうびを与えるシステム(Home Reward System)を, ペアレントトレーニングで保護者は勉強する(表3)。DRCは, 毎朝子どもに手渡され, 子どもが自分で管理し, 各活動のはじめにカウンセラーに渡される。時間の終わりにカウンセラーは各自のDRCに個々の目標が達成されたら「はい」, されなかったら「いいえ」に○をつけ, 子どもに返す。午前中の「はい」の数が75%以上でタイムアウトの延長もなければ, 15分間のお昼休みがもらえる。帰りも同様で, 午後にも上記基準を満たせば帰りの15分間遊べる。保護者が迎えにきて, DRCの結果についてカウンセラーがフィードバックするが「○○君は, きょう『はい』を5つもらったね。ということは好き

表2 Daily Report Card の1例

子どもの名前 ()	年	月	日			
目標行動			午前		午後	
クラスの規則違反 2つ以下	はい	いいえ	該当せず	はい	いいえ	該当せず
3つの課題を終了かつ80%以上の正解率	はい	いいえ	該当せず	はい	いいえ	該当せず
不満を述べる(4回以下)	はい	いいえ	該当せず	はい	いいえ	該当せず
指示に従わない(5回以下)	はい	いいえ	該当せず	はい	いいえ	該当せず
友達を意図的に攻撃(3回以下)	はい	いいえ	該当せず	はい	いいえ	該当せず
「はい」の総数 ()						
「いいえ」の総数 ()						
パーセント () %						
教師のイニシャル ()						
コメント:						

表3 Daily Report Card Parent Reward List

名前:	日付:	年	月	日
目標行動に「はい」1つ	デザートを選べる			
目標行動に「はい」2つ	ママかパパと就寝前読書の本を選べる			
目標行動に「はい」3つ	ママかパパか友達と任天堂で30分遊べる			
目標行動に「はい」4つ	ママかパパか友達とバスケットボール30分、または友達を夕食に招く			
目標行動に「はい」5つ	1時間好きなテレビを見てよい			
1週間のごほうび	レンタルビデオを1本選べる			

なテレビを1時間見れるね」というふうに褒めると同時に、保護者に家庭でのごほうびを思い出させるきっかけにもなる。DRCの結果が悪くても、カウンセラーも保護者もネガティブなコメントを言わない。事実のみを伝え、「明日はがんばろうね」と励ます。ADHDの治療効果評価の手段としてもDRCは簡単で有用な方法であり、日本の学校でも使える簡単な方法である。

J. Honor Roll Program

このプログラムは優等生に特権を与えるもので、基準を2日続けて満たしかつスタッフが認めた場合、Honor Rollとして特権が得られる。しかし、責任も増え、自分の行動を自己評価し、カウンセラーの評価と照らし合わせる事が要求される。STPの期間に子どもたちがHonor Rollをできるだけ獲得できるように考えられている。Honor Rollの子どもは、顔写真がボードに飾られ、みんなにわかるようにバンダナやバッジをつける、個人のロッカーを使える、自分たちだけで移動してよい、ポイント得点が高くなる、友達を助けた子がいたら報告してよい、個別にフィードバックを受けることができる、鉛筆やファイルを配るなど先生の手伝いができる、個人のファイルや本などを持参しても良いなどの特権をもつ。良い行動を続ける子にはやや構造化のレベルが低い環境を与えるのがHonor Roll Programの目的である。

K. 個別プログラム

STPでの標準的な介入方法でうまくいかない場合、

スタッフは、問題行動の機能的分析を行い、個別プログラムを考える。個別プログラムは従来の方法を修正したもの、もしくは、全く新しい方法を用いることもある。例えばある子は15分着席しているだけでもチップをもらえて、後にチップをお菓子や景品と交換することが一人だけ可能であった。

L. ペアレントトレーニング

保護者も行動変容プログラムをいかに家庭で実践するかを週1回午後8時から、12回のペアレントトレーニング(PT)で学ぶ。同じクラスの保護者別のグループごとにPTは行われる。保護者が参加しやすいように、本人および兄弟姉妹への託児ケアが提供される。バッファローでのペアレントトレーニングは、カナダMcMaster大学のCunningham博士のCommunity Parent Education Program(COPE)を用いている。COPE Programは、個別ではなく、大きな保護者グループを対象にして、問題解決法をロールプレーなどの技法を用いて、地域の校区中心に行うものでドロップアウトが少ない安価で最も効果的なペアレントトレーニングと言われている方法である⁹⁾。

M. 薬物療法

薬物効果の正確な評価は外来では困難なことも多いが、STPは教室形式で絶えず行動を評価可能なので、効果や適切な投与量、副作用を評価するには最適であることが先行研究でわかっている。リタリンの異なる投与量やプラセボが、毎日変更されダブルブラインドで評価される。STP終了後、データをオープンして

検討, 行動療法をこえる有意な改善が投薬によって認められ, 副作用もない場合, 薬物の継続が勧められる。治療チームには, リサーチナース, 児童精神科医, 発達小児科医が含まれている。1987年から1993年までSTPに参加したADHD男児309人のうち, 88%がSTP中に薬物評価を受け, そのうちの70%に薬物の継続治療が勧められた。

N. STPの効果解析と治療のモニタリング

ポイントシステム, 学習成績, 教師・カウンセラー・保護者の評価など毎日のデータはすべてコンピュータに入力され最終的な治療効果の検討がなされる。臨床研究で大切なポイントである介入の厳密性と忠実性 (treatment integrity and fidelity) がスタッフによって常にモニターされていた。すなわち, 治療プログラムがプロトコルドおりに進んでいるか, 遵守されているかを詳細なマニュアルを用いてチェックされ, 違反は即座に指摘, 修正される。

O. 学生教育

STPは子どもたちの治療に役立つだけでなく, 大学院生, もしくは学部学生の臨床教育という大きな役割がある。カウンセラーや教室の補助教師は大学院生か学部学生であり, STPを通じて臨床経験を積む。毎週1回, 学生は臨床研究についてのセミナーを受ける。多くの学生たちが医学部や教育学部などに進学し, 精神保健や教育のポジションを得ている。STPは彼らのキャリアの中で最も思い出に残るすばらしい経験であったと述べるという。

P. 研究

治療と教育に加えて, STPは臨床研究を促進するようにデザインされている。1980年から1996年の間に100以上の研究がSTPの中で行われ, 多くの博士論文を生み, 研究費を獲得, ADHDの病態や効果の治療法に関する疑問に答を出してきた⁶⁷⁾。2002年から3年間NIMH (National Institute of Mental Health) の研究費を得て, 研究が進められた。STPの9週間のセッティングで, 3週間おきに違ったレベルの行動変容療法 (全く行動変容療法をしない, 低レベルの行動変容療法, 高レベルの行動変容療法) を行い, 同時に4つの薬物療法 (プラセボ, methylphenidate 0.45, 0.9, 1.8mg/kg/day, それぞれ分3で内服) を毎日アトランダムに変えて, 行動療法のレベルとmethylphenidateのdoseの関係を検討する初めての大規模な研究である。MTA Studyでは個人因子が治療効果にどのような影響があったかは検討されていない点, 効果の評価時期が行動療法の強化されているSTPから9カ月後かつ薬物の投与量が最大の時期であった点などが大きな問題点であった⁶⁾。本研究では個人と家庭因子との関連も検討するデザインになっている。低レベルの行動変容療法は通常学級でも行うことができるだろうし, 高レベルの行動変容療法は, 特別支援学級で行う

ことが可能であろう。2年間のpreliminaryな研究結果では, 行動変容療法, 薬物療法とも単独で治療効果があること, 低レベルの行動変容療法と少量のリタリンを併用したときの効果は, 高レベルの行動変容単独療法, もしくはリタリンの多量単独療法と同等の効果が示されていた。

Q. フォローアップ治療

適切なフォローアップ治療がなければSTPのような集中治療を行っても, 長期的な効果は望めないだろう。適切なフォローアップというのは, 通っている学校への介入, ペアレントトレーニングの継続, 必要あれば薬物治療, 時には土曜日の子どもへの治療プログラム (2週間に1回) が必要なこともある。フォローアップペアレントトレーニングは, 2週間か1カ月に1回, 個人もしくはグループで行われる。学校への介入はフォローアップ治療の一環として行われ, 年間8~12回の直接訪問または電話での連絡による。特定の子どもの場合, 教室で行動療法を行うためのスタッフによる補助を受けることもできる。

地域の学校への介入プログラム

STPのフォローアッププログラムとは別にバッファローの1小学校をモデルにSchool-Wide Academic and Behavioral Competencies (ABC) Programが, ニューヨーク州の援助を受けて2002年からスタートした。STPで用いられる行動変容療法の一部を一般の学校に応用し, 学校全体で問題行動の予防に役立てようというものであり, 2003年からは4校に拡大した。各学校にはプログラム準備委員会が設置され, 9月の新学年スタート前に3日間の教師への研修が行われた。9月からバッファロー校の2名の大学院スタッフが各学校を訪問し, 教師へのコンサルテーション, 対応指導を行っていくものである。主に用いられ, 研修会でもとりあげられる方法は, 社会的強化子・正の強化子, 効果的な指示のしかた, 校内規則, Positive Notes, Honor Roll, 金曜日のお楽しみイベント (Positive NotesがWeekdayの5日中, 4日なければイベントには参加できずタスクといわれる反省会のクラスに参加することになる), タイムアウトなどである。このアプローチでうまく対応できない子どもには, バッファロー校でより集中的な治療, 個別プログラムが行われる。

感想と考察

研修の前半2週間はSTPを見学し, 長年の経験と研究結果をもとに, スタッフと多数の学生 (総勢約50名) で実に整然と構造化された環境で行われるSTPに驚いた。行動変容療法のレベルを3つの段階に分けて効果を評価する, しかもメチルフェニデートの有無と投与量まで変えてブラインドで評価する研究は初め

てであり、MTA study で評価が不十分であった行動変容療法の意義を再評価する研究になるものと思われる。しかも、STP は分厚い 429 ページのマニュアルによって事細かに手順が決まっており、それぞれの手順がきちんと遵守されているかまで評価シートを用いながら行われていた（スタッフはマジックミラーをとおして教室の様子を観察可能）。行動療法や薬物の客観的で厳密な効果判定は、学習場面、スポーツ、昼食、休憩時間、トイレにわたるまで時間を追って評価が可能な STP でのみ行われるものであろう。治療法に関する質の高い Evidence が得られるわけである。

何よりも印象的であったのは、STP（子どもたちは STP を「サマーキャンプ」と呼ぶ）を子どもたちが実に楽しく過ごしている事と、それを可能にしているスタッフの熱意であった。ある子どもはサッカーでカウンセラーに褒められ、「サッカーで褒められたのは初めて」と喜んでいて、どんな小さなことでもその子の良い面を見つけて褒めることが彼らのセルフエスティームを高めるきっかけとなる。スタッフは本当に褒め上手である。特に STP では、薬物療法では得られないスキルを教えることが大きな目的である。子どもへの治療だけでなく、保護者へのペアレントトレーニングも行われる。保護者も STP スタッフにとっても感謝していることが感じ取れた。MTA Study で保護者の満足度が高かったのは、薬物療法単独群よりも、行動療法単独もしくは、薬物+行動療法併用群であったという結果もうなずけた。参加者の 95% 以上が STP によって子ども・保護者ともに恩恵を受けたと答え、99% がほかの保護者にこの STP を勧めると答えている。ドロップアウトが 3% というのも満足度の高さを表しているだろう。スキルを身につけることは、保護者と子ども双方に重要なことであり、この方面の治療はわが国では遅れている。行動変容療法は、教員養成課程や医学教育ではほとんどとりあげられていない分野である。STP が家族の治療のみならず、研究と教育の重要な場であることもよく理解できた。この STP に参加している学生は心理学や教育学専攻であり、全米から集まっている。ここで経験を積んだ学生が全米で、心理や医療関係で行動療法的アプローチを実践していると聞く。実際同様の STP が全米の大学を中心に行われている。わが国でも教育現場では、ADHD の子どもの指導に行動療法的技法を取り入れ始めたところもあり、米国の経験からわれわれが学ぶことは多いと思う。STP に参加している ADHD の子どもたちの行動を観察していて、日本の ADHD の子どもたちとほとんど同じ行動をとるものだと実感した。米国の行動変容療法がすべて日本で使えるかはわからないが、子どもたちの行動の問題にはあまり違いがなさそうなので、基本的には使えるのではないかと思った。バッファローのスタッフや学生も日本の ADHD の子どもたちへの行動

変容療法に対する効果は米国と違うのかとも興味を持っていた。日本と米国の学校システムの違い、ペアレントトレーニングの違いなどを考えながら行動療法をアレンジする必要はあろう。今後の重要な研究課題であると感じた。学生や研究者レベルでの交換留学システムが可能であれば、お互い学ぶことは多いと考える。

後半の 3 週間は、主に公立学校への介入プログラムについて見学する機会をえた。特に 4 つの小学校への介入プログラムは非常に興味深かった。久留米市でも 2003 年からモデル校（市立小学校）への介入を始めた。発達障害児の臨床経験が長く、行動変容療法にも詳しい 1 名のスクールカウンセラー（SC）とリエゾン医師（小児神経科医）、学校との実に小規模なチームであるが、小学校 2 年生の ADHD 男児に対して SC が行動変容療法を担任と保護者に指導しながら行ったところ効果があった。専門家のコンサルテーションを受け、学校全体がチームで取り組むという姿勢が、担任教師や保護者にも伝わり良い結果をもたらした。2004 年 4 月から SC を 6 名に増員し、8 校の小学校に拡大し、リエゾン医師に児童精神科医が加わった。バッファローでの学校介入プログラムはとても参考になる。介入開始前の教師への研修会で、米国で通常教師が用いる正の強化子（ほめることなど）と、負の強化子（叱ることなど）の比率が 1:3 であることが指摘され、ほめることが 3 でしかることが 1 でなければいけないと強調されていた。このことは、一人の子を叱ったら、3 人の良い行動をしている子を褒めることで容易に達成できるとのことである。公立小学校への介入の利点は、ADHD などの行動問題をもつ子だけでなく、軽い行動変容療法を用いることにより、普通の子どもたちにとってもプラスになり、より positive な学校環境を創ることである。多くの子どもたちは、システムをすぐに理解し、Honor Roll も連続して達成できるそうであるが、欠点としては、一部の重症度の高い ADHD の子どもにはもう少しインテンシブな行動変容療法が必要になることという。その場合はやはりレベルの高い行動変容療法が提供できるスタッフと施設を必要とする。

今後、わが国でも臨床試験を経て ADHD の治療薬が正式に認可されていくと思うが、診断や治療についての小児科医のためのガイドラインには、薬物療法だけでなく、行動変容療法などの薬物療法以外の evidence based treatment の重要性についてふれ、具体的な指導法を盛り込む必要がある。行動変容療法やペアレントトレーニングをどこで、だれが、どのように教育していくかが今後の大きな課題になると思う。Pelham 教授に「このような STP は日本では当分できそうにないかもしれない」と話したところ、「夏休みに 1 つの空き教室と行動変容療法に関心のある心理士、教師、医師がいたら、どこでもできるよ。」と答えられたのがとても印象に残っている。今後、わが国での

STP 実現に向けて検討したい。

謝辞 貴重な機会を与えてくださった日本小児科学会研究基金(代表 鴨下重彦先生)に深謝いたします。また快く研修を受け入れてくださったNew York 州立大バッファロー校, Center for Children and Families (<http://wings.buffalo.edu/adhd/>) のスタッフ, 特に William E. Pelham Jr. 教授, Gregory A. Fabiano 氏に感謝します。

本研修はイーライリリーフェローシップの援助により行った。

追記 2005年8月に2週間のSTPを久留米市で開催した。STP前1週間のスタッフトレーニングには, BuffaloからPelham教授が指導にみえ, 他に2名の米国スタッフからSTP期間中もご指導いただいた。

文 献

- 1) Pelham WE, Greiner AR, Gnagy EM. Children's Summer Treatment Program Manual. Buffalo, NY : Comprehensive Treatment for Attention Deficit Disorders, Inc., 1997.
- 2) Pelham, W E., Fabiano, G A., Gnagy, E M. et al. Comprehensive psychosocial treatment for ADHD. In E. Hibbs and P. Jensen (Eds). Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Disorders : Empirically Based Strategies for Clinical Practice. Washington, D C. : American Psychological Association, 2005 : 377—409.
- 3) Pelham WE, Hoza B. Intensive treatment : A summer treatment program for children with ADHD. In E. Hibbs & P. Jensen Eds., Psychosocial treatments for child and adolescent disorders : Empirically based strategies for clinical practice. New York : APA Press, 1996 : 311—340.
- 4) Pfiffner L, O'Leary SG. Psychological treatments : School-based. In J.L. Matson Ed., Hyperactivity in children : A handbook. London : Pergamon, 1993.
- 5) Cunningham CE, Davis JR, Bremner R, et al. Coping modeling problem solving versus mastery modeling : effects on adherence, in-session process, and skill acquisition in residential parent-training program. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1993 ; 61 : 871—877.
- 6) Carlson CL, Pelham WE, Milich R, et al. Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom performance of children with attention-deficit hyperactivity disorder. Journal of Abnormal Child Psychology, 1992 ; 20 : 213—232.
- 7) Pelham WE, Gnagy EM, Greiner AR, et al. Behavioral vs. behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment program. Journal of Abnormal Child Psychology, 2000 ; 28 : 507—526.
- 8) Pelham WE. Implications of the MTA study for behavioral and combined treatments. The ADHD Report 2000 ; 4 : 9—16.

The Comprehensive Treatments of Children and Families with ADHD at State University of New York at Buffalo

Yushiro Yamashita

Department of Pediatrics and Child Health, Kurume University School of Medicine

The comprehensive treatments of children and families with attention deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) in Center for Children and Families, State University of New York at Buffalo were reported. The purpose of Summer Treatment Program (STP) was primarily focused on children's functional impairments (e.g. difficulties in peer relations), rather than ADHD symptoms. Intensive behavioral interventions were employed in classroom settings all day long in 8 weeks. The techniques used in the STP were, the point system, positive reinforcement and appropriate commands, daily report card, honor roll program, time out, social skills and sports skills trainings, and parent training program. The extensive, placebo-controlled evaluation of the effects of methylphenidate was also performed. The STP has three functions ; treatment, research and training. Beside individual school follow-up study of children participated in STP, the School Wide Intervention Program in four public schools has been started in Buffalo. Behavioral intervention is effective not only for children with ADHD but also for normal children at school classes. Its effectiveness to prevent behavioral problems will be addressed in this program. The evidence based behavioral modification therapy should be emphasized in comprehensive treatment of children with ADHD and their families in Japan.

II. 心の発達と行動上の問題

一人遊びを好み友達のなかに入れない子、
かんしゃくを起こしやすい子への対応

山下 裕史朗*

要 旨

小児科医が保護者から相談を受ける子どもに関する心配のなかで比較的多い、①一人遊びを好み友達のなかに入れない、②かんしゃくを起こしやすい、パニックになる子どもについて、病的なものかの判断、鑑別診断、対応について述べた。子どもの気質である場合、ADHDや自閉症などの発達障害がベースにある場合、虐待など保護者の養育態度や家庭環境、保護者の発達障害・精神障害の有無などに注意しながら、対応を考えていく必要がある。たいていは子ども側に要因があることが多く、小児科医は、安易に保護者の養育や保育の問題にすることなしに、子どもと家庭支援のキーパーソンとしての重要な役割がある。

はじめに

保健所の発達相談や、小児科を受診する保護者の子どもに関する心配で、多いのは、①多動や集中力の問題：落ち着きがない、人の話を聞いていない、最後までやりとげられない、②社会性に乏しい：協調性がない、同年代の子どもとの関係がうまくとれない、一人遊びが多い、③感情の起伏が激しい：かんしゃくを起こやすく、パニックになる、すぐにかつとなる、④言葉が遅れている：単語が少ない、会話にならないなどである¹⁾。

本稿では、そのなかで、とくに②、③の特徴をもつ子どもについて、病的なものかの判断、鑑別診断、対応について述べる。

I. 一人遊びを好み友達のなかに入れない子²⁾³⁾

病的なものではない、おとなしいタイプの「気質」をもつ子がいる。もって生まれたものである。病的なものとの違いは、必要なときには他児とのやりとりができ、本人も周囲もとくに日常生活で困ることもないという点である。母親の訴えに対しては、正常発達範囲内である可能性が高いことを説明し、心配であれば、再度相談してよいことも伝えておく。「友達と遊べない」と保育士に指摘され、自分の子育てを責める母親、スイミングなど複数の習い事に無理に通わせて社会性を学ばせようとする母親には、

* Yushiro YAMASHITA 久留米大学医学部小児科

[連絡先] ☎ 830-0011 福岡県久留米市旭町 67 久留米大学医学部小児科

育児支援としてのフォローアップが必要である。

次に発達障害の可能性として広汎性発達障害(自閉症)、精神遅滞、注意欠陥多動性障害(attention deficit hyperactivity disorder: ADHD)などが考えられる。精神遅滞を伴う自閉症の場合、言葉の遅れと行動特徴(いろいろな場面で人とのやりとりがうまくいかない、視線の合いにくさ、こだわり、反響言語、単調な遊びの内容、多動など)が認められる。高機能自閉症(明らかな知的障害を伴わない自閉症児)、とくにアスペルガー症候群の子は言葉の遅れが明らかでなく、一見すると問題がないかのように見える。しかし、幼稚園ではマイペースな子、会話は自分の興味があることを一方的に話していることが多い。運動不器用と場が読めないということも重なり、集団での運動を強制されるとストレスになりやすい。自閉症の子は、通常子どもが興味・関心を示す事柄に無関心で、みんなと一緒に行動するよりも、自分の興味・関心のほうが勝つために結果的に一人になってしまうことが多い。友達との遊びを積極的に求めないし、むしろ一人でいることが平気、一人が楽、一人が好きのように見える。

幼稚園ではおとなしく、内弁慶、友達のなかになかなか入れない子、友達がしていることをみて行動する子のなかには、精神遅滞がある子がいる。こういう子は、外来でほとんどしゃべらなくて(選択的緘黙)、判断に困ることがある。

ADHDの子は、他者への関心があり、友達のなかに入りたいという強い願望がある。入ると自分勝手な行動をとる、ルールを守らない、友達とけんかになる、活動に集中できないなどのため、グループから除外され、結果的に友達のなかに入れられないということもある。自閉症と異なり、1対1での話は聴いて理解できるが、集団のなかで話を聴くことが苦手である。

発達障害をもつ子どもへの対応の仕方として、親とのやりとり遊びを教える、子どもの関

心のある遊びを否定するのではなく、親が関心をもって、その遊びのなかに親も入って、そこから遊びを広げる手助けをする。保育士には、その子とほかの子との遊びの橋渡し役をしてもらう。集団への指示が理解できたかの確認、個別の指示をしてもらう。加配の保育士の配置が望ましい場合、行政への働きかけを、園や親からだけでなく医師が手助けする(診断書や電話連絡)こともときに必要である。見通しを立てにくい子が多いので、何をするのか事前に伝えておく(自閉症児の場合、目でみてわかる絵や写真、カードで示すなど)ことも重要である。最初に、比較的得意な課題、好きな課題をさせて、できたらほめることを日常的に心掛ける。肯定的な態度で接する。問題行動については、人に迷惑がかかる行動には毅然とした態度で注意する。ある行動の目標が達成できたら、シールを貼る、本読みをしてあげる、一緒に遊ぶなどのごほうびを与えることも、好ましい行動を増やす方法である。

保護者の養育態度、家庭環境の問題がないかも十分評価する必要がある。保護者が子どもを過度に叱責したり、虐待していないか、離婚や母子家庭、経済的困難、家族に発達障害や精神障害がないかを検討する。子どもが軽度発達障害をもち、情緒面の問題がそれに重なっていることもある。反応性愛着障害は、虐待を受けている子どもによくみられ、警戒心が強く人を寄せ付けないか、過度になれなれしく、べたべたしてくるか両極端の症状をとる。虐待を受けた入院した子で、育てにくさをもつ軽度発達障害の割合が50%というあいち小児保健医療総合センターの杉山らの報告もある。両親のいずれかが、ADHDやアスペルガー症候群の発達障害、うつ病、統合失調症などの精神障害である場合などは、保護者へのメンタルケアを要する。

II. かんしゃくを起こしやすく、 パニックになる²⁾³⁾

自分の思いどおりにならなくてかんしゃくを起こすのは、幼児ではよくみられることである。かんしゃくが病的であるかという判断は難しいが、発達年齢に不相応であるか（きっかけ、程度、持続時間、自傷や他害・物の破壊の有無、他児とのトラブル）が判断のめやすになるだろう。ある小学校5年生のADHDをもつ子は、体育で試合に負けるとかんしゃくを起こし、同じチームの友達を非難したり、けったりすることが問題であった。チームの負けを受け入れるということが小学校5年生になってもできないというのは、病的であろう。

落ち着きがない、注意集中の問題、衝動性などの症状があって、感情の不安定、感情コントロールが困難な場合、ADHDがもっとも考えられる。しかし、身体的あるいは言葉による暴力を受けている子どももかんしゃくやパニックを起こすことがある。この場合、ADHDと見分けがつきにくい。

自閉症の子どもにパニックが起きやすい。たとえば、道順にこだわりがある自閉症児の場合、いつもと違った道を通ろうとした場合に、不安に襲われてパニックになる子がいる。特定の音や体に触られる、暑さからの嫌悪感からパニックになる場合や、過度に叱責されたり、嫌な課題を強制されたりしたとき、友達からからかわれたときにパニックになることがある。

パニックが起こった場合、他児を離れさせ、周囲から危険物を取り除く。可能であればきっかけとなった刺激を取り除くこと。部屋を出て、

落ち着いた場所に移動することもあるが、教室の隅のついでで区切ったコーナーでも落ち着く場合もある。「タイムアウト」である。予防としては、いつもと異なる授業や火災訓練などサイレンになるような行事の場合、前もって伝えておくことや、音への過敏があるときは耳栓を使わせることも考える。日ごろから、きまりを作って、目につくところに貼っておく、その決まりを守れないときは、タイムアウトであることを伝え、守らせる。たとえば、教室でのきまりを、①人をたたかない、②物を壊さない、③先生の言ったことを繰り返し従わない、と決めておいて、守れない場合は、一定時間のタイムアウトを課す。

環境調整をしても興奮がひどく、日々の生活で収拾のつかないパニックが頻発している場合には、小児神経科医や児童精神科医のもとで、精神安定剤などの薬物療法も考える。

本研究の一部は、厚生労働省子ども家庭総合研究事業、軽度発達障害児の発見と対応システムおよびそのマニュアル開発に関する研究班（班長：鳥取大学地域学部地域教育学科、小枝達也教授）による。

文 献

- 1) 山下裕史朗：久留米保健福祉環境事務所の「気になるお子様の相談」の現状。チャイルドヘルス7(2)：67-70, 2004
- 2) 小枝達也ほか(編著)：ADHD, LD, HFPDD, 軽度MR児。保健指導マニュアル, 診断と治療社, 2002
- 3) 石川道子, 辻井正次, 杉山登志郎(編著)：可能性のある子どもたちの医学と心理学。ブレーン出版, 2002