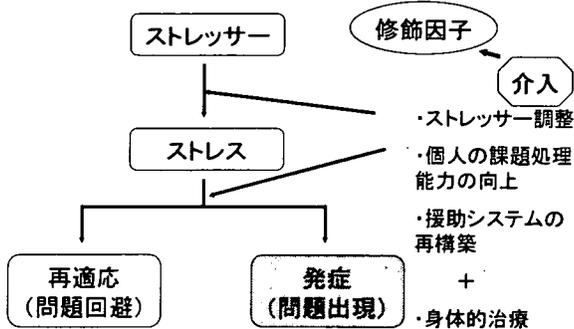


心身医学的対応の原則



小児の心身症診療の概要

1. 身体面への対応
症状の軽減、不安の軽減
2. 心理面への対応
心理の安定化
3. ストレスの調整
4. 援助システムの再構築
既存のシステムの改善(家族・学校)
新規システムの導入(医師・心理など)
5. 児の問題処理能力の向上
6. 家族(両親)への対応

身体面への対応

- ◇ 原則: 身体症状を大事にする
→
- ◇ 身体症状の軽減
 - 薬物の対症的使用
 - 症状に関する生活指導
- ◇ 身体疾患に対する不安の軽減
 - 必要最低限の身体診察と検査
 - 診察・検査結果の十分な説明
 - 深刻な疾患がないことの説明・保証
- ◇ 疾病教育
 - 心身関連の説明
- ◇ 子どもの「立場」の尊重
 - 必要に応じて診断書

心身症における心理面への対応

- ◇ 原則: ところをいじり過ぎない
→
- ◇ 現状維持の姿勢: 悪化を防ぐ
- ◇ 共感的理解
 - 児の気持ちを言語化
 - 児のことばの繰り返し+「ね」「か」
- ◇ 肯定的視点
 - 視点の変換、問題の外在化
- ◇ 改善の保証

ストレスの調整

- ◇ 原則: 「原因」にこだわらない
→
- ◇ ストレスが持続
 - 調整可能 → 実施
 - 調整困難 → ストレスと距離を
- ◇ ストレス不明
 - 持続要因の調整
 - 持続要因不明
 - 有効な結果が得られていない対応の中止

援助システムの再構築

- ◇ 原則: 援助システム間の共通理解を
→
- ◇ 既存の援助システムの改善
 - 保護者の支援能力の向上
 - 不安・罪責感の軽減、自信の回復
 - 夫婦・個人としての悩みへの理解
- ◇ 教育機関の支援能力の向上
 - 児の状態説明と対応に関する助言
- ◇ 新規システムの導入
 - 社会資源・心理療法の導入

患児の課題処理能力の向上

- 原則：発達の問題に配慮
心には心で、行動には行動で
-
- コミュニケーション能力の向上
 - 語彙の増加、助詞の使用
- 発達課題体験の機会提供
 - 健全な心の発達促進
- 発達の問題あり
 - 負担にならない範囲で訓練、教育

両親への対応

- 両親の不安の軽減
 - 疾患の十分な説明
 - 治療方針をよく説明
- 両親の治療意欲の形成・維持
 - 親の罪責感の軽減
 - 親の心労への共感
 - これまでの親の対応・努力への賞賛
- 家族の対応方法の指導
 - 共感的態度をとるよう指導
 - 子どもとの時間共有のすすめ
 - 子どもをがんばらせ過ぎない
 - 子どもの自尊心を高める指導
- 親としての自信回復援助
- 両親の個人としての悩みの聞き役

心身症診療における留意点

- 積極的診断を心がける
- 子どもの心を追求しすぎない
 - 発達する力に期待
 - 健全な心の発達の保障が治療的意味を持つ
- 逆転移感情に注意
 - 患児・家族に対するネガティブな感情
 - 児の状態が改善しないときに生じやすい
 - ・ 治療状況を見直す

小児心身医学会の最近の動向

- 学会発表・論文での報告疾患の変化
 - 教義の心身症
 - ・ 慢性身体疾患(気管支喘息など) ↓
 - ・ 心身症候群(IBSなど) → ↑
 - 広義の心身症 → ↓
 - 神経症性障害的要素を持つ心身症(ANなど) ↑
 - 行動問題(発達障害など) ↑
 - 病的親子問題(子ども虐待など) ↑
- 診療状況の変化が背景
 - 慢性身体疾患の治療・管理方法の進歩
 - 相対的、絶対的な他の問題の増加
- 日本の小児医療の特性
 - 子どもを包括的に診る小児科医の姿勢
 - 乏しい児童精神科資源
 - 一あらゆる問題が小児科へ

「小児心身医学」の対象

- 従来の心身症(狭義・広義)
- 神経症性障害的要素のない行動問題
- 合併症のない発達障害
- 子ども虐待状況
- 精神障害のない保護者の養育状況

包括的な「小児心身医学」のために必要とされるもの

- 身体疾患に関する知識と技能
- 精神障害を疑うことができる知識・技能
- 発達障害に関する知識と診断技能
- 特別支援教育に関する知識
- 子ども虐待初期対応に関する知識
- 向精神薬に関する必要範囲の知識
- 行動変容技法に関する知識と技能

～講師紹介～

宮本 信也

筑波大学大学院人間総合科学研究科教授・医学博士・小児科医

昭和 27 年 9 月 青森県弘前市生まれ
昭和 53 年 3 月 金沢大学医学部卒業
昭和 53 年 5 月 自治医科大学小児科
平成 3 年 4 月 筑波大学心身障害学系 助教授
平成 10 年 8 月 筑波大学心身障害学系 教授
平成 16 年 4 月 筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授
平成 19 年 4 月 筑波大学人間学群・学群長

専門分野 発達行動小児科学
研究テーマ 子ども虐待への対応システムの確立
軽度発達障害への対応方法の確立
小児心身症、特に、子どもの摂食障害の診療体制の確立
役員等 日本小児心身医学会常任理事
日本小児精神神経学会常務理事
日本子ども虐待防止学会理事
日本発達障害学会評議員 など

最近の著書

1. 宮本信也：アスペルガー症候群・ADHD、上島国利監修：精神科臨床ニューアプローチ7「児童期精神障害」、東京、メジカルビュー社、2005
2. 宮本信也：第1部Ⅱ. 軽度発達障害の子どもたち、下司昌一、他編：現場で役立つ特別支援教育ハンドブック、東京、日本文化科学社、2005
3. 宮本信也：第Ⅱ部 第1章 子ども虐待への介入と予防、坂井聖二、奥山真紀子、井上登生編著：子ども虐待の臨床－医学的診断と対応－、東京、南山堂、2005
4. 宮本信也：第1章 児童虐待とは、盛岡俊介、佐藤甫幸、宮本信也、市川信一編著：歯科医師のための児童虐待理解のために、東京、口腔保健協会、2004
5. 宮本信也：I-1. 心身関連のメカニズム、星加明徳、宮本信也編著：よくわかる子どもの心身症－診療のすすめ方、大阪、永井書店、2003
6. 宮本信也：集団からはずれる子ども達－注意欠陥／多動障害を中心に－、発達障害医学の進歩 14、東京、診断と治療社、2002
7. 宮本信也：4.ADHD と学習障害。
中根晃編：ADHD 臨床ハンドブック、東京、金剛出版、2001
8. 宮本信也：第9章 食の病理－心身医療からみた実状と背景－。
講座人間と環境 6 安本教傳編：食の倫理を問う、京都、昭和堂、2000

思春期の性の悩みとその対応

(社) 日本家族計画協会 常務理事

クリニック所長 北村 邦夫

連絡先: kitamura@jfpa.or.jp 電話 03-3235-2694

●子どもたちはどんなことで悩んでいるか

(社) 日本家族計画協会では1982年より思春期の子供たちを対象とした電話相談を、84年からは婦人科を中心とした思春期外来を開設し今日に至っている。06年度に「思春期ホットライン」(03-3235-2638)で受けた相談件数は6,964件。相談内容の傾向には大きな変化はないが、男性は包茎、自慰、射精、性器、女性は緊急避妊、月経、病気、妊娠・妊娠不安と概ね相場が決まっている。相談者の年齢は、誰が電話をかけてきたかではなく、9歳の女子の早発思春期を心配した母親からの相談の場合には、女子、10歳未満に分類されることとなっている。

20歳未満から寄せられる性の悩み(2006年度)

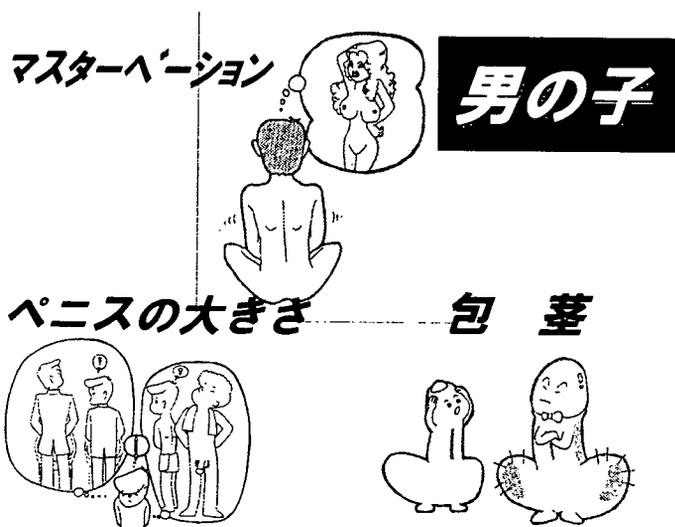
男性	全体				女性	全体			
	N=	10歳未満	10~14歳	15~19歳		N=	10歳未満	10~14歳	15~19歳
包茎	2,798	15	292	1896	緊急避妊	3,021	24	128	665
自慰	22.3	20.0	8.9	26.1	病気	42.8	4.2	4.7	45.7
性器	13.9	13.3	17.5	14.4	妊娠不安	9.3	8.3	9.4	5.1
射精	10.7	13.3	9.9	10.8	月経	6.2	-	1.6	12.2
性欲	10.1	-	24.7	9.3	妊娠	6.0	0.0	32.8	9.2
性交	7.2	13.3	8.6	7.3	避妊	3.8	4.2	2.3	3.6
STD	4.2	6.7	1.0	4.3	精神・心	3.1	-	-	2.4
近親姦	3.5	-	1.7	3.4	STD	2.6	-	7.0	2.3
病気	2.8	-	1.4	3.5	更年期	2.4	-	1.6	3.8
妊娠	2.7	13.3	1.4	2.7	性交	1.5	-	-	-
精神・心	2.2	-	-	1.7	自慰	1.0	-	1.6	0.6
問題行動	2.1	6.7	5.1	1.5	性器	0.9	12.5	4.7	1.2
避妊	2.0	-	3.1	2.1	不妊	0.8	4.2	2.3	0.8
男女交際	2.0	-	-	1.0	中絶	0.7	-	-	0.2
エイズ	0.6	-	0.3	0.6	問題行動	0.5	-	-	0.8
夫婦問題	0.6	-	0.3	0.3	夫婦問題	0.5	4.2	3.9	1.1
中絶	0.4	-	0.3	0.3	男女交際	0.3	-	-	-
不妊	0.3	-	-	-	性欲	0.3	-	1.6	0.6
その他性知識	0.2	-	-	0.1	近親姦	0.2	-	-	0.3
その他	0.1	-	-	0.1	不明	0.1	-	-	0.2
	2.4	6.7	2.7	1.7	その他性知識	0.1	-	-	0.2
	10.3	6.7	13.4	9.1	その他	0.8	12.5	1.6	0.8
						16.1	50.0	25.0	9.3

1999年度から大々的に「緊急避妊ネットワーク」紹介を開始したこともあって「緊急避妊相談」が急増しているものの、子ども達の相談内容には概して大きな変化が認められない。次から次へと月刊誌や週刊誌が創刊されては消えていく情報過多の時代にあっても、子ども達の相談内容に大きな変化がみられないということはいったい何を物語っているのだろうか。子ども達の悩みを解決に導くほどの情報がない。あっても一般論に過ぎず、子ども達の心を満たすことができない。親から、教師から、子ども達の年齢や経験に応じたきめの細かい情報提供がなされていけば、悩なくてもいいものと思うことがしばしばである。そんな大人達の怠慢さが、結局は子ども達を苦しめ、悩ませているのではないだろうか。

以下、20歳未満の性の悩み相談の内容を表にまとめた。

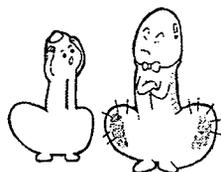
●性の悩みと解決のポイント

1. 男性の性の悩み



皮かぶりは包茎

剥ければオーケー



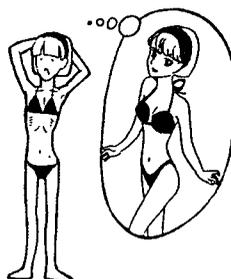
剥いたら洗って、また戻せ

2. 女性の性の悩み



妊娠・妊娠不安・性感染症
緊急避妊法

女の子

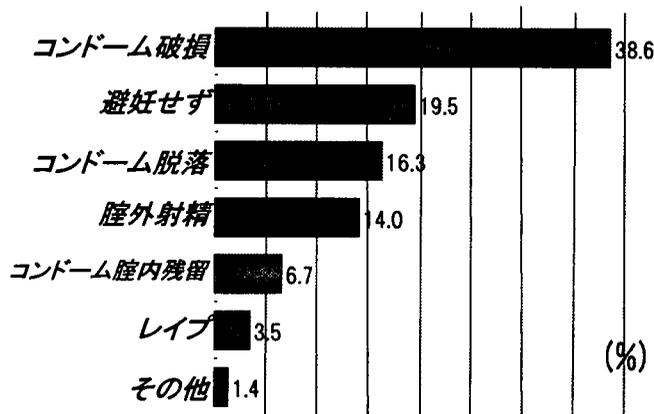


体重増加に恐怖

ダイエット 無月経

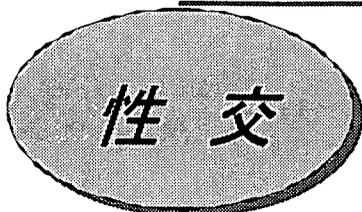
(1) 緊急避妊法

緊急避妊を必要とした理由 (N=656) (1999年1月1日～2006年12月31日)



緊急避妊 ヤツペ法

エチニルエストラジオール (EE) 100 μ g + ノルゲストレル 1.0mg を無防備な性交後72時間以内に服用、その12時間後に同量服用



プラノバル



←72時間以内→ 12時間

(2) 月経とその異常

15歳未満の患者はどんな問題を抱えてクリニックを訪れているか

	84-88年度	89-93年度	94-98年度	99-03年度
実人数(人)	43	169	185	186
しばらく月経がない	20.9%	20.1%	23.2%	19.9%
月経周期や日数の異常	27.9	17.2	17.8	16.1
月経痛	7.0	9.5	14.6	8.6
出血がだらだら続く	23.3	22.5	21.1	7.0
緊急避妊	0.0	0.0	0.0	1.6
性感染症	2.3	0.0	1.6	1.1
月経の人工移動	0.0	0.0	0.0	1.1
月経が一度もない	0.0	1.8	0.0	0.5
性器の奇形	0.0	0.0	0.0	0.5
妊娠	0.0	1.2	1.6	0.0
その他	18.6	27.8	20.0	43.5

(「その他」は「手術をしない明るい包茎外来」で受診した男の子が大半を占めている)

月経指導のポイント4箇条

- (1) 15歳になっても初経がなければ受診しよう
- (2) 3ヶ月以上の無月経を放置しない
- (3) だらだら出血は7日を限度に
- (4) 月経前、中、後の不快症状があったら受診を

3. 男と女の関わりから起こる悩み

(1) 性行動

20～24歳の女性の以下の年齢での性交経験率

(The Alan Guttmacher Institute: Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries, 2001 日本は「男女の生活と意識に関する調査」2002、2004、2006)

	以下の年齢での累積性交経験率	
	15歳	18歳
スウェーデン(1996)	12.2%	65.2%
フランス(1992,94)	7.4%	50.1%
カナダ(1996)	9.1%	53.4%
英国(1990-1991)	4.1%	63.8%
米国(1995)	14.1%	63.1%
日本(2002)	6.0%	26.2%
日本(2004)	4.8%	39.8%
日本(2006)	11.5%	44.8%

(2) 避妊

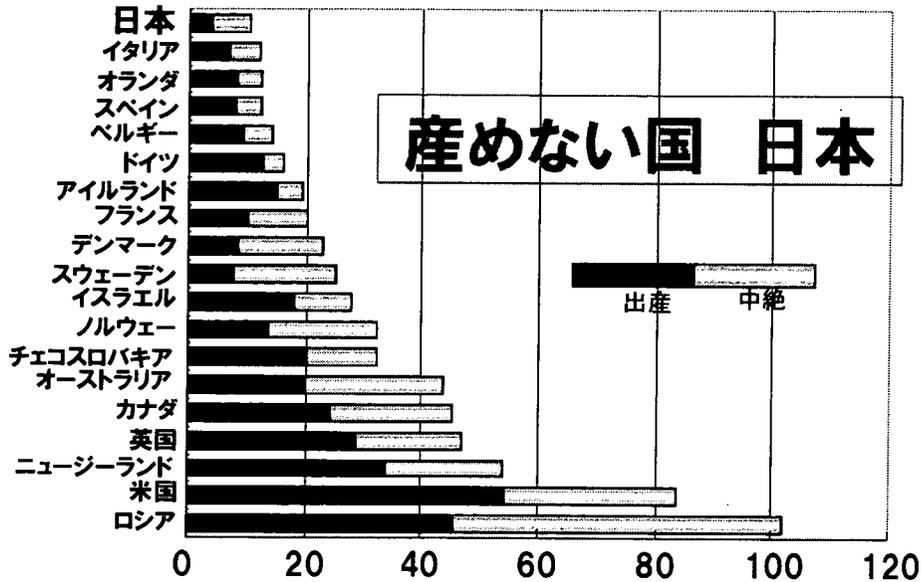
初交時と最近の避妊法選択

初交時の避妊法選択	年齢	注射法/皮下埋没法/IUD	ピル	コンドーム	他の方法	避妊せず	合計
スウェーデン(1991)	16-18	0	13.0	41.0	24.0	22.0	100
フランス(1994)	15-17	0	15.1	66.5	7.1	11.3	100
英国(1990-1991)	16-19	0	12.5	61.4	5.1	21.0	100
米国(1995)	15-19	0.5	8.0	62.8	4.0	24.7	100
日本(2006)	16-19	-	0.0	71.9	3.1	25.0	100
最近の避妊法選択							
スウェーデン(1991)	18-19	2.1	49.9	24.1	17.3	6.5	100
カナダ(1995)	15-19	0	59.2	28.4	0.6	11.9	100
フランス(1994)	15-19	*	63.7	*	23.1*	*	100
英国(1990-1991)	16-19	1.3	67.5	23.3	3.8	4.1	100
米国(1995)	15-19	9.3	32.5	33.0	5.2	20.0	100
日本(2006)	16-19	-	3.1	71.9	3.1	21.9	100

(The Alan Guttmacher Institute, 2001 「第3回男女の生活と意識に関する調査」, 2006)

(3) 妊娠・出産

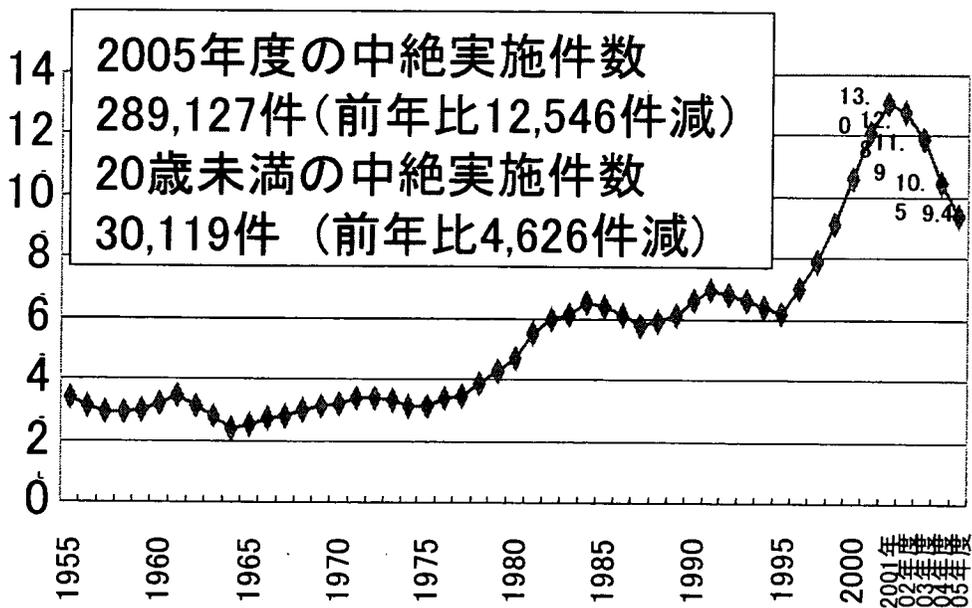
各国の十代妊娠の結末(女子人口千対)



Singh Sand Darroch JE, Adolescent pregnancy and childbearing :Levels and trends in developed countries, Family Planning Perspectives,32(1): 14-23,2000

(4) 人工妊娠中絶

15歳～19歳の女子人口千対の人工妊娠中絶率

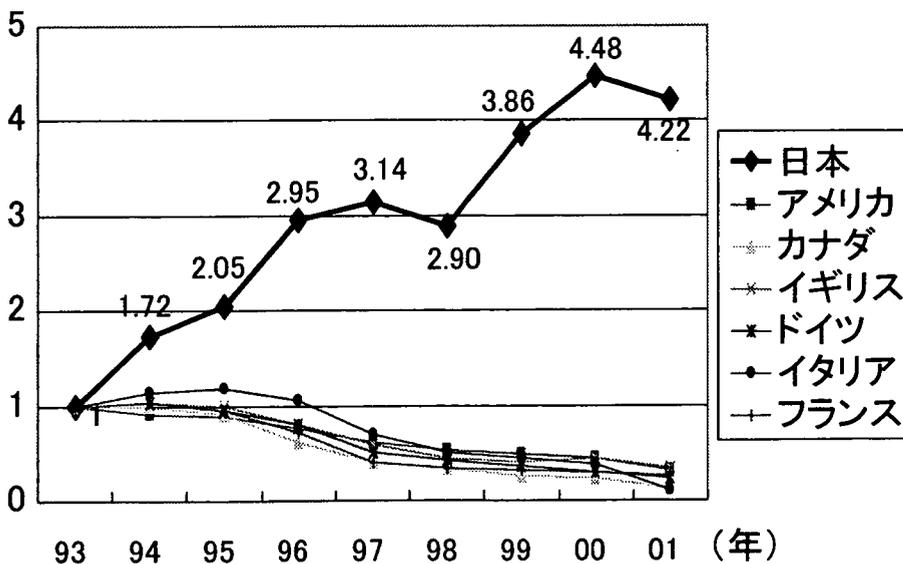


性感染症の特徴

扶桑社「ティーンズボディブック」

- 男女差別をしない
- 顔で選ばない
- お金があるなし関係なし
- 学歴不問
- セックスの経験に無関係
- 職業で選ばない
- 性器からだけうつるのではない

1993年を1とした場合の、AIDS患者の年次推移 (倍)



●最後に

私自身が出演・監修した中学生向けの性教育ビデオ³⁾の中で、以下の項目にひとつでもNoという回答があればセックスを急がないで欲しいと問いかけてきた。これは中学生にというよりも、「いいセックス」の実現を目指す自分自身に向けた問いでもある。ご一読の上、読者のご批判を仰ぎたい。

- 自分や相手のカラダのことをよく理解していますか？
- 相手を尊重して対等な関係でいられますか？
- きちんと話し合うことができますか？
- 避妊と性感染症予防に責任をとれますか？
- 妊娠したらどうするか、覚悟はできていますか？
- 人の心や体を傷つける性行為はしないと誓えますか？
- 本当にありのままの自分でいられますか？

～講師紹介～

北村 邦夫

1951年（昭和26年）、群馬県渋川市生まれ

自治医科大学を一期生として卒業後、群馬県庁に在籍するかたわら、群馬大学医学部産婦人科教室で臨床を学ぶ。

1988年（昭和63年）から（社）日本家族計画協会クリニック所長

現 在 日本家族計画協会常務理事

厚生科学審議会臨時委員

日本思春期学会常務理事

日本母性衛生学会常務理事

著 書 「カラダの本」（講談社）・「ティーンズ・ボディーブック」（扶桑社）

「思春期の君たちのおくる僕の性教育」・「親と教師のための性教育講座」

（日本家族計画協会）

「ピル」集英社新書「パーフェクト♡H」河出書房新社

「いつからオトナ？ ころろ&からだ」（集英社）

「思春期婦人科外来」（文光堂）

「幸せのSEX 男の誤解 女の誤算」（小学館）などがある。

現在、毎日新聞MSNサイトで『Dr北村 ただ今診察中』を連載している。英語コラムもある。
<http://www.mainichi-msn.co.jp/kurashi/women/kitamura/>

発達障害の早期診断と対応

東京医科大学病院小児科
講師 宮島 祐

2007年9月23日
「子どもの心の診療医」研修会

発達障害の早期診断と対応

東京医科大学小児科
宮島 祐

大脳機能障害症候群の概念 Denhoff & Robinault (1960)

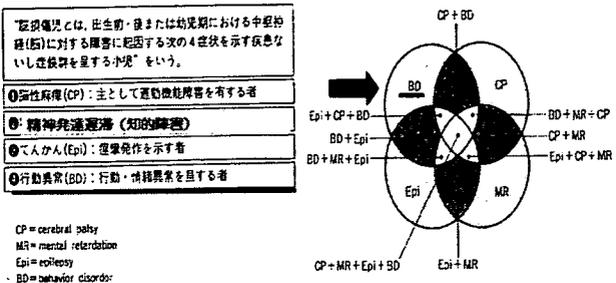


図1 ● syndrome of cerebral dysfunctionの概念

一般小児科外来で問題となるのは??

新生児期：抑制系の未発達＝脊髄反射優位
3(4)ヵ月：頸定の時期
6(7)ヵ月：坐位の時期
9ヵ月：移動運動の時期、獲得反射の判定しやすい時期
1歳：歩行(チェックするにはやや早い)
＝まだ歩けなくても病的ではない
1歳6ヵ月：歩いていないと病的な懸念がもたれる時期
＝疾病を推察する
2歳：(1歳6ヵ月の問題点をより明確に問う時期)
3歳：俗にいう3つ子の魂＝自我の芽生え
＝人間として、記憶、言葉
(5歳健診の意義)

発達の遅れと小児医療の関わり

⇒従来「脳性麻痺の早期発見」.....

- 1) 「発達の遅れ」
⇒「言葉の遅れ」を主訴に来院することが多い。
- 2) 合併(併存)症状を有していることが多い。
⇒てんかん発作、脳性麻痺、聴力障害、視覚障害など(大脳機能障害症候群)
- 3) 「落ち着きがない」
⇒「軽度」発達障害など
*近年小児医療に求められる領域

発達障害⇒「軽度」発達障害として

- 発達障害：病態論としてはどこまでを含むか一定の定義はないのが現状。
- * 1987年DSM-III-R
「発達障害」：精神遅滞(知的障害)、特異的発達障害、広汎性発達障害
- * 1994年DSM-IV「発達障害」の病態名はなくなり
「通常、幼児期、小児期または青年期に初めて診断される障害」
- 軽度発達障害(日本独自)
- * 2000年「特別支援教育のあり方に関する研究協力者会議」
⇒LD, ADHD, HFPPD (+軽度知的障害)

病院を訪れるとき

- 乳児健診.....先天性疾患・脳性麻痺・
運動発達遅滞を伴う知的障害
1歳6ヶ月健診・・重度知的障害・自閉症
- * 「言葉の遅れ」「落ち着きがない」「かんしゃく」など社会的問題の顕在化、心配事.....
- 3歳児健診.....中等度知的障害・自閉症
就学前相談.....ADHD・LD・HF-PDD・
(軽度発達障害)
学童期～思春期・・Asperger症候群・こころの問題

早期介入(自閉症児)に際しての重要点 Howlin(2003)の9項目

1. 介入に先立ち児の特徴的行動パターンを理解する。
2. 障害よりもスキルの発達を強調する。
3. 構造化された行動療法に基づいたアプローチをとる。
4. 行動の機能分析をする。
5. 効果的なコミュニケーションスキルの発達を目指す。
6. 環境設定を理解しやすくする。
7. 指導や強化は自然に生じる機会を利用する。
8. 新しいスキル、問題行動の減少化には予見性、ルーチン、一過性の重要性を認識する。
9. 健全な仲間との統合を助長する。

こんな医者は嫌われる (母親の話)

第18回ハイリスク児フォローアップ研究会：宮田広善先生講演より

- 医学的な話はするけれど、生活や育児の話はわかってくれない、黙って診察するだけ・・・
 - ・・・分からない?分かってもらえない!
 - ・・・気が滅入る
 - ・・・やっと口を開いてくれたと思ったら・・・
 - 「う〜ん・・・気になることがあるので、1ヵ月後に来てください」
 - ・・・何が気になったの?
 - ・・・次の健診まで何をしたらいいの?
- ⇒あの「1ヵ月」が一番辛くて暗かった・・・

軽度発達障害とは? (杉山登志郎)

- 1) 健常児との連続性のなかに存在し、加齢、発達、教育的介入により、臨床像が著しく変化する。
- 2) 視点の異なりから診断が相違する。
- 3) 理解不足による介入の誤りが生じやすい。
- 4) 二次的情緒・行動障害の問題が生まれやすい。

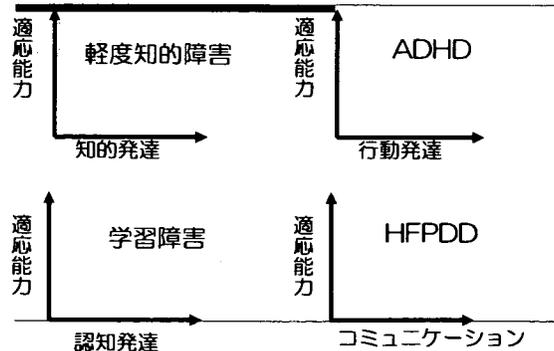
軽度発達障害の経過と問題点

児の状態	医療上の問題
幼児期・・・軽い発達の問題	早期発見の遅れ
学童期前半・・・問題の顕在化	症状説明の不十分
学童期後半・・・学校不適応	医療の関わりが希薄
思春期・・・社会への不適応	病態の複雑化

落ち着きがない子ども

- 1) 気質・・・多動であるが異常でない
- 2) 発達障害・・・ADHD, 自閉症, 知的障害, チック
- 3) 身体疾患・・・アトピー性皮膚炎, 聴覚障害, 甲状腺機能亢進症
- 4) 薬物・・・フェノバルビタール, 喘息薬
- 5) 神経疾患・・・てんかん, 脳症, 脳変性疾患, 脳腫瘍
- 6) 精神疾患・・・不安障害, 気分障害, 強迫性障害
- 7) そのほか・・・反抗挑戦性障害, 行為障害, 虐待

軽度発達障害の2つの軸



友達に乱暴する、いじめる

- 1) ADHD
- 2) 広汎性発達障害
- 3) 知的障害
- 4) 被虐待児
- 5) 反抗挑戦性障害
- 6) 行為障害
- 7) いじめ
- 8) 非行

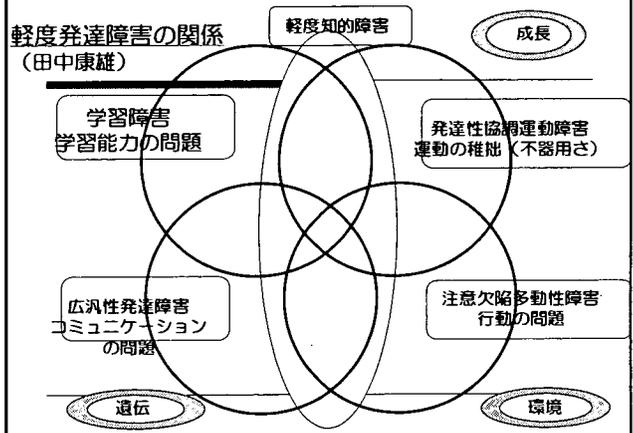
乱暴・いじめにこめられたメッセージ

- 1) 要求の行動：何かをしたい、何かをしてほしい
- 2) 注目行動：先生や親に自分を注目してほしい
- 3) 逃避行動：要求されたことをしたくない
- 4) 防衛反応：自信なく不安、身を守りたい

「発達障害」の分類 (DSM-IV, 1994: 宮本改変を一部修正) 「通常、幼児期、小児期または青年期に初めて診断される障害」

1. 精神遅滞 (知的障害)
317-319
2. 広汎性発達障害
299.00-80
 - 1) 自閉性障害
 - 2) レット症候群
 - 3) 小児期崩壊性障害
 - 4) アスペルガー症候群
 - 5) 特定不能の広汎性発達障害
3. 発達の部分的障害
 - 1) 学習障害 (315.00-2)
 - (1) 読書障害
 - (2) 算数障害
 - (3) 書字表出障害
 - 2) コミュニケーション障害
315.31-39
 - (1) 表出性言語障害
 - (2) 混合性受容-表出性言語障害
 - (3) 音韻障害
 - 3) 運動機能障害 (315.4)
 - (1) 発達性協調運動障害
4. 注意欠陥・多動障害 (行動障害)
314

軽度発達障害の関係 (田中康雄)



1. 精神発達遅滞 (知的障害)

発達指数 (DQ) = 精神 (発達) 年齢 / 暦 (生活) 年齢 × 100
知能指数 (IQ)

	ICD-10	DSM-IV	Wechsler
□ 軽度	50-69	50(55)~70	55-69
□ 中等度	35-49	35(40)~50(55)	40-54
□ 重度	20-34	20(25)~35(40)	25~39
□ 最重度	20未満	20(25)以下	24以下

発達評価は絶対値ではなく、児のプロフィールをつかみ、経時的な発達変化 (相対的変動) をみるために応用する。

2. 広汎性発達障害 (小児自閉性障害)

- 1943年：アメリカのKanner L.
- その特徴は3歳以前から認められ、
 - (1) 赤ちゃんのときから周囲の人々や状況に興味を示さない。一見すると手のかからない、あるいはあやしても泣き止まない、抱きにくいなど手のかかる赤ちゃん
 - (2) 周囲のヒトとコミュニケーションの目的で言葉を用いることができない、あっても独語やオウム返しを繰り返すなど独特のことばの問題。
 - (3) 物事をいつも同じままにしておこうとする不安で、そうでなくてはならないといった欲求。
 - (4) 物に対して強い執着を示し、特に機械的なものに興味
 - (5) 文字や商標などをすぐ覚えたり、一度経験したことを正確に記憶したりする特異的な能力を有している。

Asperger症候群

- 1981年：Lorna Wing M.D. (英国心理学者)
自閉症の診断基準を部分的に満たす子どもで、
言語障害が軽度で知的には正常だが、興味の偏りや、
自分の世界への没頭など社会性の障害が生まれつき
みられ、不器用な者が多い、などの特徴が1944年
ハンス・アスペルガー（オーストリア小児科医）が
「小児期の自閉的精神病質」として報告した4例の
特徴と一致することに気づき「アスペルガー症候
群」として報告。
- 1990年代(ICD-10,DSM-IV)：アスペルガー症
候群(障害)も自閉症と同様に広汎性発達障害に含
まれた。
- 実際には高機能自閉症≡アスペルガー症候群

アスペルガー症候群の特徴-1

「アスペルガー症候群を知っていますか」

<http://www.autism.jp/asp/> 日本自閉症協会東京都支部発行：内山登紀夫

(1) 社会的関係の問題

- おとなしい赤ちゃん、手のかかる赤ちゃん。
- 人の中で浮いてしまう。
 - 一人遊び、年長・年少の子と遊ぶ
 - 同年齢の子と波長が合わない。仕切りたがる。
- 正直すぎる。
 - 相手を傷つける言葉でも言ってしまう。
 - 暗黙のルールがわからない。
- 積極的過ぎる。
 - 誰彼かまわず質問する。

アスペルガー症候群の特徴-2

(2) コミュニケーションをとりにくい

- 回りくどい、細かいことにこだわる。
 - 「きょうはどうやってきましたか？」
 - 「朝8時に家を出て、〇時△分の電車に乗り・・・」
- 大人びた難しい言葉、その場にそぐわない丁寧語。
 - 「ちなみに」「逆に言えば」・・・子どもらしくない使い方
- 一方的で判りにくい話し方。
 - 自分の興味あることを相手に関係なく話す。話が飛びやすい。
- シャベるほどに理解していない、意思表示が苦手。
- 言葉の裏の意味やあいまいさが苦手。
 - からかいは厳禁

アスペルガー症候群の特徴-3

- 思考を口に出す。
 - 小さな声で独り言を言ったり、考えている
ことを声に出す。
- わかりにくい話し方、駄洒落を好む。
 - 会話より音声に興味、語呂合わせの駄洒落
- 独特の視線の合わせ方
 - 相手を見ないで話す、しげしげと見つめる。

アスペルガー症候群の特徴-4

(3) 想像力と創造性の問題

- ごっこ遊びや、ふり遊びが少ない
- いろいろなものを集めたがる
- 機械的な暗記が得意
- 行動パターンが決まっている
- 真面目すぎて融通がきかない
- ものまね遊びが得意（一人が多い、なりきってしまう）
- テレビ番組や読み物への興味
 - ドキュメンタリー、バラエティを好む。
 - ⇨ストーリー性番組が苦手

アスペルガー症候群のそのほかの特徴

- 常同運動
 - ジャンプ、身体を揺らす、手をヒラヒラ
 - =人目のないところであることが多い。
- 不器用
 - 動作がぎこちない、ペダルがこげない、
 - お箸の使い方、ボール遊びが苦手・・・
 - 興味あることには器用なことも・・・

アスペルガー症候群のそのほかの特徴

- 1) 音への敏感さ
- 2) 視覚的敏感さ
- 3) 味覚の敏感さ
- 4) 嗅覚の敏感さ
- 5) 触覚的な敏感さ
- 6) 痛みに対する反応

3. 1) 学習障害

(Learning Disabilities/Disorders ; LD)

- 知的発達 は正常。
- 視力、聴力の異常がない。
- 環境や心理的な問題が原因ではないのに、努力しても読むこと、書くこと、計算することなどの、ある特定の能力を身につけることが困難、あるいは不可能で、中枢神経系に原因があると推定される場合。
- 主症状は「読字困難」（読み書き障害）

微細脳機能障害(MBD)から 注意欠陥/多動性障害への変遷

	【主な特徴】	【推定病因】
1902年	Stoll氏病 道徳・抑制意思の欠如	脳障害、遺伝、環境
1962年	微細脳機能障害 行動異常、学習の障害	胎児期・周産期の脳障害
1968年	DSM-II 多動性反応 多動・過剰な活動	脳障害のない精神疾患
1980年	DSM-III 注意欠陥障害 注意の持続、衝動統制の障害	(病因は特定しない)
1994年	DSM-IV 注意欠陥/多動性障害 不注意優勢型、 多動・衝動性優位型、 混合型の3型に分類	(病因は特定しない)

注意欠陥/多動障害(AD/HD) - 1 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

【不注意】

☆Rating Scaleの応用

1. 学校の勉強で、細かいところまで注意を払わなかったり、不注意な間違いをしたりする。
2. 課題や遊びの活動で注意を集中し続けることが難しい。
3. 面と向かって話しかけられているのに、聞いていないようにみえる。
4. 指示に従わず、まだやるべき仕事を最後までやり遂げない。
5. 課題や活動を順序立て行うことが難しい。
6. 精神的な努力を続けなければならない課題（学業や宿題など）を避ける。
7. 課題や活動に必要なものをなくしてしまう。
8. 気が散りやすい。
9. 日々の活動で忘れっぽい。

注意欠陥/多動性障害(ADHD)

【多動性】

1. 手足をそわそわと動かしたり、着席していてもじもじしたりする。
2. 授業中や、座っているべきときに席を離れてしまう。
3. きちんとしていなければならないときに、過度に走り回ったりよじのぼったりする。
4. 遊びや余暇活動におとなしく参加することが難しい。
5. じっとしていないまたは何かを駆り立てられるように活動する。

【衝動性】

6. 過度にしゃべる。
7. 質問が終わらないうちに出し抜けて答えてしまう。
8. 順番を待つことが難しい。
9. 他の人がしていることをさげすんだり、邪魔したりする。

ADHDの薬物療法

Nelson小児科学第17版（日本語版2006年；飯山道郎、星加明徳訳）

- 中枢刺激薬は60年にわたって用いられており、優れた安全性の実績がある。研究結果によると、中枢刺激薬による薬物療法が不注意、衝動性、多動などの中心的な症状の改善に有効であることを示している。さらに、不服従行動、衝動的攻撃、友人や家族との社会的関係、学習の生産性や正確さなどの改善も認められる。
- 約80%の小児がいずれかの中枢刺激薬に好ましい反応を示し、満足のいくADHDの主要症状の軽減が得られる。

諸外国の状況（1：剤型・規格）

小児薬物療法検討会議MPH報告書H18年度調査

- 米国（数社）
 - 短時間作用型；錠剤（5, 10, 20mg）、
 - 中間作用型；錠剤（20mg）、
 - 長時間作用型；カプセル（18mg, 27mg）
 - 英国；錠剤（10mg）
 - フランス；（数社）
 - 錠剤（5, 10, 20mg）
 - 徐放剤；カプセル（20mg）
 - ドイツ（数社）
 - 錠剤（5, 10, 20mg）
 - 徐放剤；カプセル（20mg）
- *日本（一社）；散剤、錠剤（10mg）

諸外国の状況（2：効能・効果）

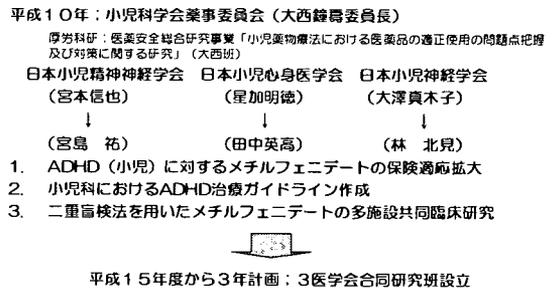
小児薬物療法検討会議MPH報告書H18年度調査

	ADHD	ナルコレプシー	うつ
□ 米国	○	○	×
□ 英国	○	×	重症うつには用いない
□ 仏	○	○	×
□ 独	○	○	×
*日本	×	○	○

本邦におけるMPHの問題点

- 欧米ではMPHは小児のADHDは保険適応となり、一部の国でナルコレプシーも含まれるが、本来ADHD治療において重要と位置づけられている。しかし本邦では成人のナルコレプシー、他剤に効果のない重症のうつ病にのみ適応となっている矛盾。
- 中枢神経刺激薬の依存や乱用の危険性が強調されるがために、適切な治療が行なわれない可能性が高いことが確認されている。
- 6歳以下でも投与されたり、治療効果判定のあいまいなまま過量、長期間投与の事実が報告されている。
- 古典的（薬価が廉価）薬剤であり、企業は小児適応のための治験を行なう意思がない。

小児科における注意欠陥／多動性障害に対する診断治療ガイドライン作成に関する研究班設立にいたる経緯



研究班の目的

1. ADHD治療においてMPHが適正使用されるよう、客観性のある診断基準と治療評価尺度を明確にした一般小児科の臨床現場で有用となるガイドラインの作成。
 - 小児の情緒・精神面の対策・改善。
 - 単に薬物治療（処方）するのではなく、専門医や心理士のカウンセリング・生活指導、さらに教育機関との連携を踏まえた包括的医療。
 - 併存障害（症状）の予防・改善。
2. ADHDに対するMPH治療効果判定を行ううえで、本邦初の小児精神領域での二重盲検法を用いた多施設共同臨床研究。
3. 諸外国の研究者との連携、ネットワーク構築

小児科におけるADHDに対する診断治療ガイドライン作成

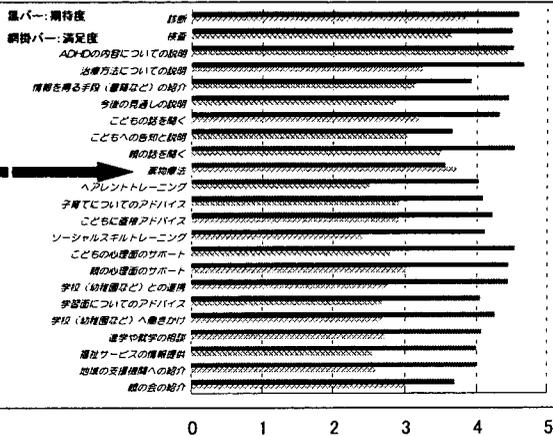
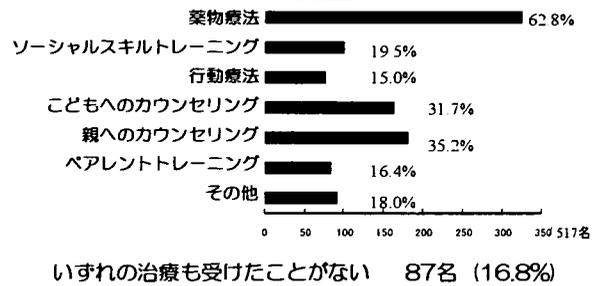
- アウトライン
- #1：概説（ADHDの病態生理）、アルゴリズム
 - #2：診断（含む神経生理検査）
 - #3：鑑別疾患
 - #4：併存障害・症状
 - #5：単純例の薬物療法、予後
 - #6：行動療法（薬物療法以外の治療）
 - #7：教育との連携、自己認識の形成
 - #8：複雑例の薬物療法、トラブルシューティング、児童精神科との連携
 - #9：主要なevidence study解説
 - #10：Q&A
 - (1) 子育てに関連して
 - (2) 本人への障害説明など
 - (3) そのほか一般小児科医にとっての必要な知識、ノウハウ

保護者における医療ニーズ調査

筑波大学大学院人間総合科学研究科 宮本信也

- ADHD児保護者 486名 (母親91%)
- 医療機関への満足度
 - 満足：39.0% 不満：31.1%
- 不満の理由
 - 治療が不十分 42.4%
 - 短い診察時間 36.5%
 - ~~薬を出すだけの診察~~ 32.2%
 - 学校への指導がない 31.4%
 - 説明が不十分 20.0%

これまで受けたことのある治療内容



□ 医療に期待すること

- 治療に関する十分な説明 70.0%
- 明確な診断告知 61.9%
- ADHDに関する十分な説明 60.9%
- 保護者の話への傾聴 58.8%
- 経過に関する十分な説明 58.0%

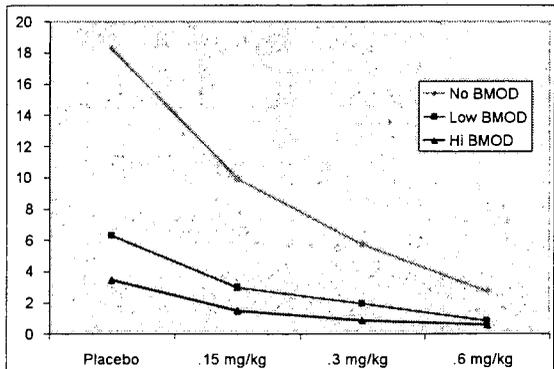
- 薬物療法 23.3%
- 子どもへの告知・説明 25.7%

Pelham教授と本研究班との共同研究

久留米大学小児科 山下裕史朗

- 日本人ADHD児へのSummer Treatment Programの有効性 (包括的治療法のモデル)
- 家庭や学校での有効な治療・介入方法開発
- 薬物療法単独と行動療法+薬物療法の効果
- ADHDが社会に及ぼす経済的影響
- わが国の小児科医のための診断・治療ガイドライン作成に対する提言
- 啓発のための講演 (医師、教師、心理士、親の会、少年院職員) 全国6か所、10講演

行動療法とリタリン単独・併用効果(2003) (Buffalo夏期治療プログラム)



ADHDのエビデンスにもとづく包括的治療法の開発：
わが国初のSummer Treatment Programの実施

- 米国外で初のADHD治療モデルプログラムを久留米市小学校で行った（NY州立大Pelham教授協力）
- スタッフ：医学・心理・教育スタッフと学生計40名
- 目的：病院で治療しにくい人間関係や学力の改善
- 対象：6～12歳、22名のADHD、4名のHFPDD児
- ポイントシステム、タイムアウト、正の強化子などさまざまなエビデンスが確立した行動療法の手法および薬物療法を用いた
- 子どもの行動の著明な改善・自尊心の向上を認め、スタッフの協働促進、学生への多大な教育効果あり
→子どもの治療だけでなく、スタッフ養成にも有効

落ち着きのない子どもに対する
学校での対応

- 1) 児童の席を運動場や廊下側を避け、先生のほうに注意が向きやすい位置にする。
- 2) テレビやパソコンなど使用していない時は視野に入らないよう布で覆うなど視界から遮断する。
- 3) 授業の前に身体を動かす運動を取り入れる。
- 4) 1回の課題に掛ける時間を短くし、達成した時は自身を持たせる言葉掛け、ほめ言葉を惜しまない。
- 5) 前もっての約束を忘れずに！

かんしゃく（パニック）の最中に
保護者が取るべき行動（小枝達也）

- 1) 「よしよし」というなだめる言葉を掛けない。
- 2) 叱ったり、怒鳴ったりしない。
- 3) その場所から別の場所へ移動させる。
（タイムアウト）
- 4) 移動のときは淡々と連れ出す。
- 5) かんしゃくが収まってから穏やかに話しかける。共感の言葉掛け・・・
- 6) 要求が高じてのかんしゃくに対しては毅然とした態度を取る。

かんしゃくを起こしやすい子どもに
対する日頃からの心がけ

- 1) 困る行動の回避・直接禁止法、代替法
- 2) 代替手段にはなるべく多くの用意
こま、ミニカーなど（幼児）
- 3) 禁止の言葉はできるだけ少なくする。
- 4) 「かんしゃくを起こされるとわずらわしいから譲ってしまう」ことは絶対避ける。
- 5) 前もって各々の家の決まりごとを一緒に作り、守らせる+親も守る。

問題行動が出た時

- * やってはいけないことをした時
かかわりを少なく・・・潜められた要求行動
- * やってよいことを提示・・・具体性
望ましい行動の増加・・・強化子の操作
- * 問題行動がないとき
かかわりの量と質を増やす

心理的な対応の基本的考え方

宮本信也

- 情緒の安定化
 - 1) 共感的理解；気持ち、行動の言語化
 - 2) 常識の提示
 - 3) よい言葉かけ
 - 4) 「ありがとう」の言葉かけ
- 自信の回復
 - 1) 適切な課題選択
 - 2) (-) から始めて (+) で終る話し方
 - 3) ほめること

保護者がすべきこと、すべきでないこと

*すべきこと

子どもを育てること

「今日は楽しかった」と思える日を一日でも
増やすことを心がける

*すべきではないこと

訓練者、教師、観察者になってしまうこと
家庭を学校にしてしまうこと

*兄弟への配慮を忘れずに

学習する意欲の向上

「知る」ことの楽しさの教育

できないことを叱らない

真摯に教える

子どもの関心の高い領域を中心とする

必要に応じて（到達度別）個別指導状況確立

中学以上では苦手科目は大目に