

## 保健センターの親子教室参加者を対象とした 発達が気になる子どものペアレント・トレーニング

高階 美和\*・内田 敦子\*\*・犬飼 陽子\*\*\*・井上 雅彦\*

本研究では、地域の保健センターで実施している親子教室の参加者を対象として、応用行動分析の理論に基づいたペアレント・トレーニングのプログラム（犬飼・井上、2005）を実施した。また、グループ演習のスタッフとして、保健師や家庭児童相談員といった地域の支援者が参加した。その結果、プログラムに対する対象者の満足度について高い評価を得た。また、スタッフに対して行った事前研修についても、肯定的な評価が得られた。これらアンケート等の結果から、地域の公的な機関において、既存の支援者が参加してペアレント・トレーニングを実施することの利点及び今後の課題について検討を行った。

キーワード：発達障害、ペアレント・トレーニング、親子教室

### I. はじめに

親訓練（Parent Training）とは、親は自分の子どもに対する最良の治療者になれるという考えに基づき、親に子どもの養育技術を獲得させるトレーニングのことをいう（大隈・免田・伊藤、2001）。親訓練（以下、ペアレント・トレーニングと記す）は、1960年代にアメリカを中心に始まり、日本でも数多くの研究が報告されている。その中でも特に、あらかじめ決められたパッケージ・プログラムを一定期間実施した研究として、国立肥前療養所が開発したペアレント・トレーニング・プログラム（免田・伊藤・大隈・中野・神内・温泉・福田・山上、1995）、注意欠陥／多動性障害（AD/HD）児の親訓練プログラム（岩坂・清水・飯田・川端・近池・大西・岸本、2002）、新潟大学方式親のスキル訓練プログラム（通称NIP-SKIP）（長澤・谷崎、2005）等が挙げられる。

また、井上（2004）は、免田ら（1995）のプログラムを参考に独自のパッケージ・プログラムを開発した。井上（2004）のプログラムは、応用行動分析の技術的・技法的な点のみならず、より日常生活に即したテーマを取り上げたものであり、

大学及び病院（小児自閉症外来）等において集団でのペアレント・トレーニングを実施している（松下・岡嶋・井上・岸下、2003；岡嶋・井上・岸下・松下、2003；井上・木戸・藤阪・松下、2004；木戸・井上・藤阪・松下、2004）。

井上（2004）は、ペアレント・トレーニングの実践における今後の課題の1つとして、「多様化する個々の保護者のニーズに対応した、地域資源と連動したシステムの開発」を挙げている。このように、今後は、専門家らによって開発されたプログラムを地域の身近な機関で実践し、それぞれの地域性に即した内容、実施方法へと改良していくことが課題であると考えられる。しかし、我が国において、地域の公的な機関でペアレント・トレーニングを実践した研究は未だ数少ないといえる。

その中でも、菅野・小林（1996）は、児童相談所の「親子教室」に参加する発達障害児の母親23名を対象に、行動分析的知識と指導技法の獲得のための親指導パッケージプログラム（勉強会）を実施した。その結果、プログラムに対する参加した母親の満足度は高く、全ての母親のKBPAACの得点が上昇した。また、子どもの行動変化に関する母親の評価によるチェックリストにおいて、ほとんどの子どもの得点が上昇していた。

しかし、菅野ら（1996）の研究では、会の運営

\*兵庫教育大学 発達心理臨床研究センター

\*\*西脇健康福祉事務所

\*\*\*ひょうご発達障害者支援センター

や個々のケースの家庭での実習の管理全てを特定のスタッフ1名が行い、他のスタッフはその指示の元で活動するというシステムを取り入れている。これは、行動分析による発達障害児の指導に精通したスタッフが一人いればプログラムの実施が可能になる反面、一人の人物が一度に20ケースもの課題を展開しなければならないという負担があったことを示唆する(菅野ら, 1996)。

そこで、本研究では、保健師や家庭児童相談員といった地域の支援者をスタッフとして、集団でのペアレント・トレーニングを実施した。そして、地域の公的な機関において、既存の支援者が参加してペアレント・トレーニングを実施することの利点及び今後の課題について検討することとした。また、平成18年度と19年度に実施した結果を比較することで、19年度に行ったスタッフ研修に関する効果の検討を行った。

ただし、今回の実践は、市町の保健センターが主催する親子教室の参加者を対象としており、家庭での課題の実施や記録採取が対象者にとって負担とならないよう個々人の判断に任せていた。そのため、対象者及び子どもの行動の変化について客観的なデータの収集は不十分であり、本研究では対象者及びスタッフに対するアンケートの結果等から上述の点について考察を行った。

## II. 方法

### 1. 実施時期

平成18年9月～12月(以下、18年度と記す)と、平成19年6月～10月(以下、19年度と記す)の2回実施した。

### 2. 対象者

A県内のB市、C町の保健センターが実施する親子教室に参加している、もしくは、教室には参加していないが同センターにおいて定期的に発達相談を受けている子どもの親(全て母親)を対象とした。

なお、この親子教室は、医師もしくは臨床心理士の発達相談において要観察となった幼児とその

保護者を対象としている。教室は、月1回各市町の保健センターにて実施され、第一著者もスタッフとして参加していた。

対象者の人数は、18年度が15名、19年度が11名であった。また、対象者の子どもの年齢は、18年度が5～6歳、19年度が4～6歳であった。子どもの診断名(対象者自身の記入による)の内訳を下のTable 1に示す。

Table 1 子どもの診断名(数字は人数)

診断名	18年度	19年度
知的障害	0	1
自閉症	7	5
高機能自閉症	2	0
アスペルガー障害	2	0
広汎性発達障害	2	1
自閉症スペクトラム	0	1
未診断	1	1
不明(無記入など)	1	2
計	15	11

### 3. 講師及びスタッフ

講師は、18年度は第一著者と発達障害者支援センター・ランチの相談支援員(共に臨床心理士)の計2名、19年度はC町内にある障害児施設の相談支援専門員1名を加え、計3名が担当した。また、グループ演習のスタッフとして、親子教室にも参加しているA県及びB市、C町所属の保健師延べ7名と、家庭児童相談員4名が担当した。

### 4. 指導プログラムの概要

『家庭療育支援講座—ちょっとの工夫で育ちを応援—』の表題で、ペアレント・トレーニング・プログラムを実施した。

プログラムは1回2時間で、18年度は全6回、19年度は全7回実施された。前半の1時間は全体に向けての講義、後半の1時間はグループ演習を

行った。なお、講義およびグループ演習の内容は、犬飼・井上（2005）のプログラムを参考にした。

### 1) 講義内容

各回の講義テーマ及び内容をTable 3に示した。講義内容は、応用行動分析の理論に基づいたものであるが、専門用語は多用せず、日常生活での具体的な例を取り上げながら講義を行った。また、講義後半はグループ演習で行う作業のポイントについて説明した。

### 2) グループ演習

18年度、19年度共に対象者を2つのグループに分け、グループ演習を行った。各回のグループ演習の内容について、Table 3に示した。

## 5. スタッフ研修

講座実施前に、スタッフを対象とした事前研修を行った。18年度は、プログラム実施の目的と概要についての説明が中心であった。19年度は、対象者に対しより具体的な助言ができることを目標に、グループ演習における支援のポイントに関する講義を行い、また、課題分析の方法について演習を実施した。

## 6. 事後アンケート

講座の最終回に、対象者、スタッフそれぞれに対し、プログラムについてのアンケート記入を求めた。

### 1) 対象者へのアンケート

対象者へのアンケートは、講義の内容やグループ演習等について、「大変そう思う」から「全くそう思わない」までの5件法と自由記述で尋ねた。プログラムに対する満足度についての質問12項目を、Table 2に示す。

Table 2 プログラムに対する満足度（質問項目）

項目1	講義は分かりやすかった
項目2	講義で聞いたことは子どもに関わるときに参考になった
項目3	サポートブックを作成して役に立った
項目4	グループでの活動は子どもに関わるときに参考になった
項目5	子どもの行動が改善したと思う
項目6	目標とした課題を通じて子どもに適切に関われるようになった
項目7	課題は取り組みやすかった
項目8	記録をつけるのは、励みになった
項目9	これから先、子どもの問題に取り組んでいけるように思う
項目10	この講座に参加して良かった
項目11	ご家族はこの講座への参加に協力的であった
項目12	自分自身の子育てに変化や気づきがあった

### 2) スタッフへのアンケート

スタッフへのアンケートは、講義内容や演習についての感想及びスタッフ自身の研修という観点からの質問を、3件法及び5件法、自由記述で尋ねた。

## III. 結果

### 1. 講座への参加状況

対象者の出席率の平均は、18年度が55.6%、19年度が75.3%であり、19年度の方が出席率は高かった。また、対象者の参加回数のグラフをFigure 1に示す。18年度と比べ、19年度は参加回数が3回未満の対象者がいなかった。

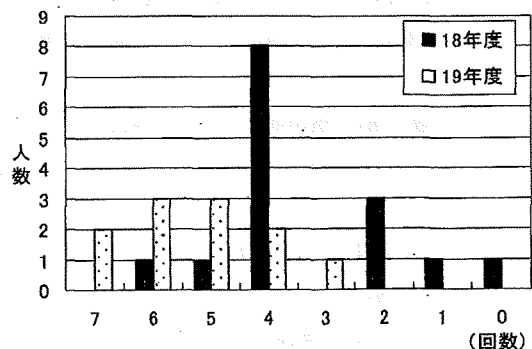


Figure 1 対象者の参加回数

Table 3 プログラムの内容

	講義テーマと内容	グループ演習
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・オリエンテーション</li> <li>自己紹介。プログラムの目的と概要についての説明。</li> <li>・『サポートブックをつくろう』</li> <li>サポートブックを作成する際のポイントについて。</li> </ul>	<p>事前に各自記入した上で持参したサポートブックをグループ内で閲覧し、作ってみた感想の発表や意見交換をする。スタッフから助言を受けながら加筆・修正の作業を行う。</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・『子どもの行動の理解のしかた』</li> <li>行動の機能分析について。行動の事前及び事後の対応の工夫について。</li> <li>・『目標設定のポイント』</li> <li>行動の具体的な記述の仕方、取り組む優先順位（課題の実現可能性）の考え方について。</li> </ul>	<p>「目標設定シート」を使用する。家庭で取り組んでみたい目標行動を複数挙げ、具体的に記述する。家庭での取り組みやすさや課題の難易度等を基準に得点をつけ、取り組む優先順位を決める。</p> <p>ホームワーク：「いっぱいほめようシート」に、他者を褒めた場面、どのように褒めたのか、褒められた人の反応について具体的に記録する。</p>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「いっぱいほめようシート」について発表</li> <li>・『かかわり方の工夫を考える』</li> <li>環境調整、手がかり刺激の例、分かりやすい指示の仕方、援助の段階、結果操作等について。</li> </ul>	<p>家庭で指導する際の具体的な手続きや援助の仕方、強化の方法等を整理する「手続き作成表」と、結果を記録する「記録用紙」を作成する。</p> <p>ホームワーク：「手続き作成表」に従って家庭で課題を実施し、「記録用紙」に結果を記入する。</p>
4	<p>(※19年度のみ。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・『なにをして遊ぶ?』</li> <li>遊びの広げ方や、余暇活動のレポートリーについて。</li> <li>・『記録から見直しをしてみよう』</li> <li>記録の読みとり方について。</li> </ul>	<p>家庭課題の結果と感想を話し合い、対象者同士で意見交換を行う。記録を見ながらスタッフ・講師から助言を行い、手続きや援助の仕方等について修正する。課題が達成された場合は、新しい課題の「手続き作成表」を記入する。</p> <p>ホームワーク：3と同じ。</p>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・『効果的なほめ方・しかり方』</li> <li>正の強化・負の強化、効果的な強化子の選択等について。消去及び罰について。</li> </ul>	4と同じ。
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「気になる・困っている行動の理解と対応」</li> <li>問題行動の機能について。機能的アセスメント及び機能分析について。</li> </ul>	<p>前半は、「かかわりプランニングシート」を使用し、問題行動の仮想事例について「事前の対応の工夫」及び「起きてしまったときの対応」を考え、意見を出しあう。</p> <p>後半は、4と同じ。</p>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・18年度は「かかわりプランニングシート」の続き。</li> <li>・19年度は講義は無し。</li> <li>・プログラムに参加しての感想の発表。</li> </ul>	<p>完成したサポートブックを持ち寄ってグループ内外で互いに回覧する。感想を述べたり意見を出し合う。</p>

## 2. 家庭課題の例

対象者が家庭で実施した課題の例を、幾つか挙げる。身辺自立については、「児童館から帰って来た時に、かばんの中身を出す」、「お風呂の時に脱いだ服をかごに入れる」、「大便後、自分でお尻を拭く」といった課題が実施された。また、お手伝いについては、「朝刊を取りに行く」、「家族の人数分お茶を入れる」といった課題であった。

## 3. 対象者へのアンケート

アンケートが回収できたのは、18年度、19年度共に11名、計22名であった。

プログラムに対する満足度を12項目の質問で尋ねたところ、各項目の得点は18年度が3.7~4.8 (平均4.2) 点、19年度が3.5~4.4 (平均4.1) 点であり、全体的に肯定的な評価が上回っていた (Figure 2)。

その中でも特に、項目10「この講座に参加して良かった」に対しては、22名全ての対象者が「そう思う」もしくは「大変そう思う」と回答していた。一方で、項目5~8の、子どもの行動の改善や家庭課題の実施について尋ねた項目の得点が、他と比較して低いという傾向が両年度でみられた。

自由記述では、サポートブックについて、「自分一人ではどう書けばいいのか分からなかったが、色々な人のものを見て参考に出来て良かった」、「自分で書いてみて子どもの状態がよく分かり、対処しやすくなり良かった」等の感想があった。また、家庭課題については、「2回続けて同じ課題に挑戦したが、1回目の反省を踏まえてグループの意見を聞けたりと、2回目は支援の方法も具体的になってきた」とあった。講座全体については、「今まで一人でどうしていいか分からずに悩んでいたが、講座に参加する事で勉強になる話やお母さん達の参考になる話が聞けたり、相談にのってもらえたりして良かった」、「感情的に叱る事にひと呼吸おけるようになった」等の記載があった。

## 4. スタッフへのアンケート

アンケートが回収できたのは、18年度9名、19

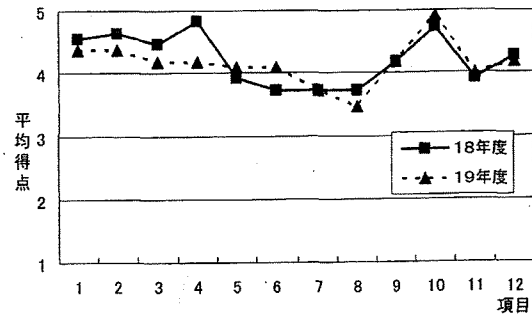


Figure 2 プログラムに対する満足度

年度7名であった。

「スタッフ自身の研修」という面で、今回のプログラムをどのように感じたかについて1~5点 (得点が高い程肯定的) で得点化を求めた。「講座 (プログラム) の内容について、理解度は?」の質問に対する得点の平均は、18年度が3.8、19年度が3.6であった (Figure 3)。また、「あなたの業務において、講座の内容を活用できそうですか?」の問いに対する平均点は、18年度が4.1、19年度が4.0という結果であった (Figure 4)。

また、地域におけるペアレント・トレーニング・プログラムの必要性を尋ねたところ、18年度、19年度共に70%以上が「必要である (5点)」と回答した (Figure 5)。

プログラムについて、自由記述では「親子教室で母親から困った行動等の話が出た時、講義で学んだことをイメージしながらアドバイスをすることができてきた」といった感想がきかれた。

また、19年度のスタッフ研修についても1~5点で得点化を求めたところ、「研修の内容は講座の際に役立ちましたか?」の質問には、7名中4名が「役に立った (5点)」と回答した。また、「来年度も (講座を実施する場合) 事前研修はあった方がいいと思いますか?」の問いには、7名中6名が「あった方がよい (5点)」と答えた。加えて、スタッフ研修についての自由記述では「1年目は戸惑いが大きかったが、今回は研修があったので前回よりも前向きに関われた。スタッフの意識づけ、意思統一の意味からも必要」、「研修でこんな時はこうしたらいい等の意見を事前におくとスタッフも関わりやすいと思った」とい

た意見、感想がきかれた。

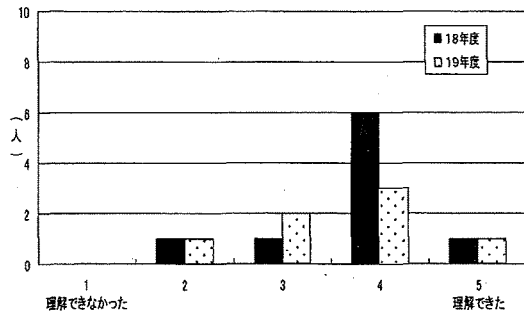


Figure 3 内容の理解度

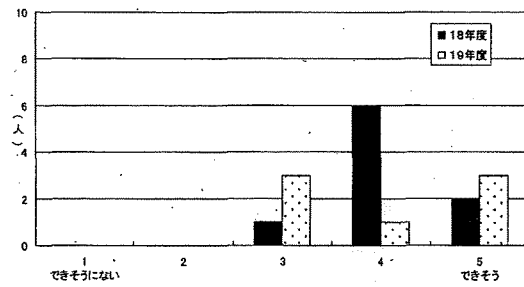


Figure 4 業務への活用

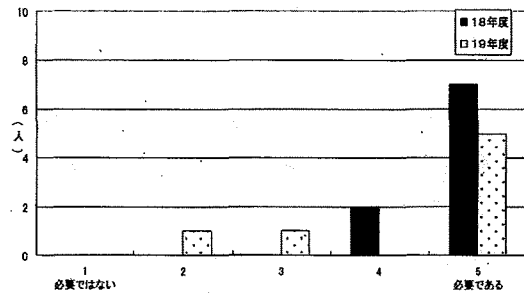


Figure 5 プログラムの必要性

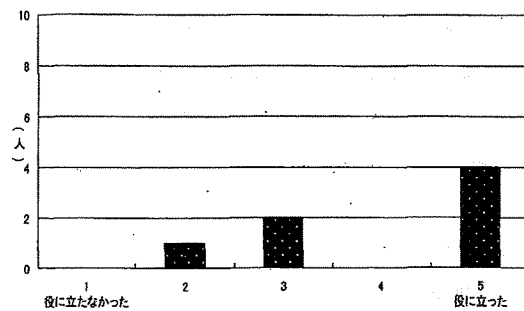


Figure 6 スタッフ研修の効果

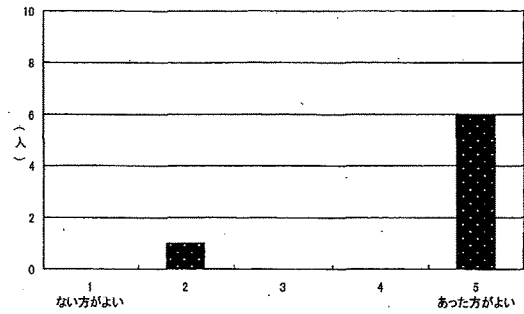


Figure 7 スタッフ研修の必要性

IV. 考察

今回実施したペアレント・トレーニングのプログラムに対する対象者の満足度は全体的に高く、18年度、19年度共に全ての項目について肯定的な評価が上回っていた。加えて、18年度の参加者がプログラム終了後、自発的にOB会を立ち上げ、月に1度集まるようになる等、地域において発達障害の子をもつ親同士が交流する契機にもなったといえる。

また、18年度のプログラム実施の際、事後のアンケートや検討会においてスタッフより、「(グループ演習で)どこまで入り込めばいいのか戸惑いや反省があった」等の感想が聞かれたため、19年度の研修では、演習も含めたより実践的な内容に変更した。これについても、参加したスタッフからは全体的に肯定的な評価が得られた。18年度に比べて19年度の方が対象者の出席率が全体的に高く、途中でドロップアウトする親がいなかったことから、18年度の内容の検討及びスタッフ研修を実施したことで、より個別なフォロー体制が可能となったことがうかがわれる。加えて、スタッフアンケートの結果から、今回のプログラムの内容が他の支援業務においても活用できるとの評価が得られ、スタッフとしての参加が地域の支援者自身にとってもスキルアップにつながることを示唆された。

本研究のように、保健センターが実施する親子教室等地域の既存の体制及び支援者を活用してペアレント・トレーニングを行う利点として、親・子ども両方の特徴や経過を理解した上でプログラ

ムが実施できるということが挙げられる。すなわち、大学の公開講座（松下ら、2003；岡嶋ら、2003）等の形で対象を広く募集した場合と異なり、参加者を募る段階で対象をある程度選定し、個別に勧奨することが可能となる。具体的には、ストレスが過度に高い状態にある親等、グループでの演習や家庭課題の実施が不向きな親については、集団より個別的な支援を勧めるといった対応が考えられる。また、親子教室を通して子どもの状態を事前に共通認識できているため、家庭で実施する課題の標的行動や事前の環境調整、プロンプト及び強化の仕方等についても、子どもの発達レベルや特性等を考慮した上で的確な助言を提供しやすい。さらに、プログラム終了後も親子教室において継続してフォローを行うことができるといった利点が挙げられる。

一方で、今回のプログラムに対する対象者の満足度に関し、子どもの行動の改善や家庭課題の実施について尋ねた項目の得点が他と比較して低いという傾向が両年度でみられた。これは、親の会に対して同様のプログラムを実施した犬飼ら（2005）の結果と共通している。また、対象者の中には、家庭で課題を実施したものの記録はつけない親、つけていた記録を途中で止めてしまう親もあり、取り組みは個人で差がみられた。その要因として、親自身の能力や家庭環境等の問題も考えられるが、家庭で課題を実施し記録をつける負担に比して、子どもの行動の変化やスキルの獲得、スタッフからの賞賛等が記録継続の強化子として十分機能していなかったことが推測できる。したがって、スタッフ研修に関する今後の課題として、プログラムの早い段階で親が確実に成功体験を得られるよう、達成しやすい課題の選び方や環境設定の仕方、親への強化の重要性といった点について、より重点的に事前研修で取り上げていくことが望ましいといえよう。

加えて考察すると、今回プログラムを実施した地域は、元々就学前の発達障害の子をもつ親同士が交流する機会自体が少なかった。そのため、今回のプログラム実施は、保護者の養育スキルの向

上を目指すトレーニングの場と、ピア・グループの交流の場という2つの側面をもっていったといえる。すなわち、本来ならば家庭課題の振り返りにあてるべきグループ演習の時間も、就学に向けての情報交換など雑談が主になってしまう傾向にあった。しかし、同じ立場にある親同士の交流も、発達障害児の早期支援における重要な支援といえる。今後の実施に向けての改善点として、例えば、ピア・グループの交流を主目的とした初回グループと、個々の養育スキルの向上を目的としたアドバンス・グループといったように、2段階にグループ設定をしてプログラムを実施するという方法も考えられるだろう。

#### 文献

- 井上雅彦. (2004). 発達障害のある子どものペアレント・トレーニング—個々の保護者のニーズに応じた支援を行っていくために—, 行動療法学会第30回大会発表論文集, 322-323.
- 犬飼陽子・井上雅彦. (2005). 発達障害のある子どものペアレント・トレーニングに関する研究(5)—自閉症・発達障害支援センターにおける間接支援としての効果の検討—, 特殊教育学会第43回大会発表論文集, 310.
- 岩坂英巳・清水千弘・飯田順三・川端洋子・近池操・大西貴子・岸本年史. (2002). 注意欠陥／多動性障害 (AD/HD) 児の親訓練プログラムとその効果について, 児童青年精神医学とその近接領域, 43(5), 483-497.
- 岡嶋尚子・井上雅彦・岸下・松下美加子. (2003). 発達障害のある子どものペアレント・トレーニングに関する研究(2), 特殊教育学会第41回大会発表論文集, 541.
- 大隈紘子・免田賢・伊藤啓介. (2001). 発達障害の親訓練—ADHDを中心に, こころの科学, 99, 9, 41-47.
- 菅野千晶・小林重雄. (1996). 発達障害幼児の親指導プログラムに関する検討—児童相談所におけるプログラムの実施—, 行動分析学研究, 10, 2, 137-151.

松下美加子・岡嶋尚子・井上雅彦・岸下. (2003).

発達障害のある子どものペアレント・トレーニングに関する研究(1). 特殊教育学会第41回大会発表論文集, 540.

免田賢・伊藤啓介・大隈紘子・中野俊明・陣内咲

子・温泉美雪・福田恭介・山上敏子. (1995).  
精神発達遅滞児の親訓練プログラムの開発とその効果に関する研究. 行動療法研究, 21, 25-38.

長澤正樹・谷崎美菜. (2005). 新潟大学方式障害

のある子どもを持つ親のスキル訓練プログラム  
(Niigata University Parenting Skills Training  
Program for Parents of Children with Disabilities  
: 通称NIP-SKIP) の有効性—主に広汎性発達  
障害の子どもを持つ親を対象としたプログラ  
ムの実施—. 発達障害支援システム学研究, 5, 2.

徳武知子・山本淳一. (1998). 発達障害児に対す

る親指導の効果の検討. 明星大学心理学年報,  
16, 105-125.



## Parent-training that cooperates with public health center

Miwa TAKASHINA\*, Atsuko UCHIDA\*\*, Yoko INUKAI\*\*\* & Masahiko INOUE\*

\* Center for Research on Human Development and Clinical Psychology  
Hyogo University of Teacher Education (Kato-Shi, Hyogo-Ken 673-1494)

\*\* Nishiwaki Health-Welfare Office (Nishiwaki-Shi, Hyogo-Ken 677-8511)

\*\*\* Hyogo Support Center for Developmental Disorders  
(Takasago-Shi, Hyogo-Ken 671-0122)

In this study, a parent-training program based on Applied Behavior Analysis (Inukai and Inoue, 2005) was established in conjunction with a public health center's extant parent-child play program. The program involved public health nurses and family and child counselors with participants in group sessions. Participants reported high satisfaction with the program. A positive evaluation from public health staff of the program's preliminary training was also reported. Replies to a questionnaire regarding the advantages and problems of existing local support in the parent-training program are examined.

Key Words : Developmental Disorder, Parent-Training, Parent-Child Play Program

# 親のメンタルヘルス——うつを中心に——

名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター

野 邑 健 二

## はじめに

この原稿の依頼が私のところに来たのは、近年アスペ・エルデの会の親御さんにメンタルヘルスに関するアンケートや面接調査にご協力をお願いしているからだと思われます。常日頃は、調査にご協力を頂きまして誠にありがとうございます。

私が広汎性発達障害児・者を持つ親御さんのメンタルヘルスの問題に関心を持つようになったのは2つの契機があります。

ひとつには、児童精神科医として日常臨床をする中で、広汎性発達障害児のお母様でうつ病になる方を少なからずお見かけすることです。児童精神科医ですので、広汎性発達障害だけでなく様々な障害・疾患を持った子どもとその親御さんにお会いいたします。他の障害・疾患を持つ子どもを養育することももちろん大変な点が多く、うつ病になる方もいらっしゃるのですが、広汎性発達障害児のお母様には特に多いとの印象がありました。たとえば、ADHD（注意欠陥多動性障害）児には、多動・衝動性を背景に様々な行動障害が見られます。養育する上で困難を感じやすい点では広

汎性発達障害と類似したところがあります。しかし、ADHD児のお母様でうつ状態になる方はそれほどお見かけしないように思います。

そうした印象を持っていたところ、自閉症児の家族研究についてのいくつかの論文の中に、自閉症児の家族に気分障害（うつ病）が多いとの報告があるのを目にしました。気分障害の方が多いということは多くの論文で共通していましたが、その要因についてははっきりしていないように思われました。育児によるストレスを強調するものから、広汎性発達障害児を出生する以前からのうつ病の罹患も多いとの報告まで様々でした。しかし、日本の現状についての研究はあまりされていませんし、高機能ケースについてもまだ少ないように思われます。

高機能広汎性発達障害児・者への援助を考えるうえで、その最も主要な援助者のひとりである母親の精神的健康について評価し、その対応を考えることは大変重要なことであると考えられます。そこで、特にお母様のうつ病（またはうつ状態）を中心とした精神的健康状態の調査をさせていただいたらと考えると、平成15年度からご協力いた

いております。

この小論では、うつ病についての概要と主たる症候についてまとめ、発達障害児の養育とうつ病との関連について述べ、その後、アスペ・エルデの会での調査の中で現在までにわかってきたことを報告させていただきたいと考えております。

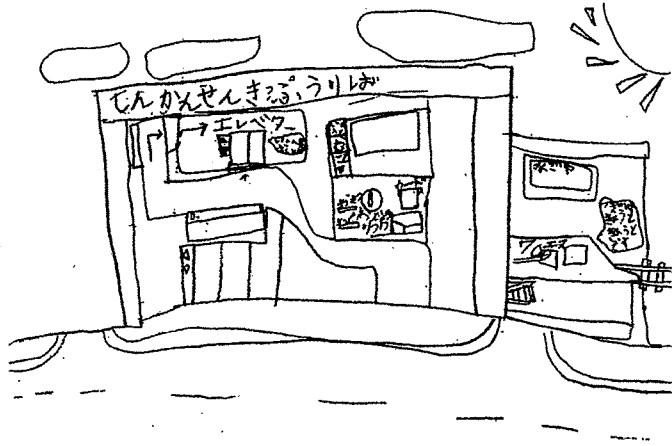


表1 大うつ病エピソードの診断基準 (DSM-IV-TR)

- A. 以下の症状のうち5つ (またはそれ以上) が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも1つは、(1) 抑うつ気分、あるいは(2) 興味または喜びの喪失である。
- 注: 明らかに一般身体疾患、または気分不一致な妄想または幻覚による症状は含まない。
- (1) その人自身の言明 (例: 悲しみまたは空虚感を感じる) か、他者の観察 (例: 涙を流しているように見える) によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分  
注: 小児や青年ではいらだたしい気分もありうる。
  - (2) ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退 (その人の言明、または他者の観察によって示される)
  - (3) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加 (例: 1ヶ月で体重の5%以上の変化)、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加  
注: 小児の場合、期待される体重増加が見られないことも考慮せよ。
  - (4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多
  - (5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止 (他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの)
  - (6) ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退
  - (7) ほとんど毎日の無価値感、または過剰であるか不適切な罪責感 (妄想的であることもある。単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪の意識ではない)
  - (8) 思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる (その人自身の言明による、または他者によって観察される)
  - (9) 死についての反復思考 (死の恐怖だけではない)、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画
- B. 症状は混合性エピソードの基準を満たさない。
- C. 症状は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- D. 症状は、物質 (例: 乱用薬物、投薬) の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患 (例: 甲状腺機能低下症) によるものではない。
- E. 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が2ヶ月を超えて続くか、または、著名な機能不全、無価値感への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動制止があることで特徴づけられる。

## ① うつ病について

### (1) うつ病とは

うつ病とは、抑うつ気分、興味や喜びの気持ちの喪失を主たる兆候とする精神的なエネルギーの極端に低下した病態と言えは良いでしょうか。診断のための基準は表1に示します。早期発見のため重要な兆候について簡単に述べたいと思います。

#### ① 睡眠、食欲の問題

不眠がよく気付かれます。寝つきが悪くなる入眠困難もありますが、うつ病の方には中途覚醒 (途中で目が覚める)、早朝覚醒 (朝早く目が覚める) がよく見られます。起きたときに熟睡した感じがなく、昼間も眠気が残ることもあります。逆に過眠となることもあります。

食欲は多くの場合に低下します。実際に食べる

量が減り、短期間に数kg体重減少が起こることもしばしばあります。食べてもおいしくなく、味がわからないという方もいます。

#### ② 気分の問題

うつうつとした抑うつ気分が見られます。何事にも意欲が出ず、それまで楽しんでいたものを楽しいと感じなくなります。気分の波は日内変動があり、典型的には朝に抑うつ気分が強く、夕方に

なるとやや改善して楽になるパターンが多く見られます。

イライラや焦燥感が見られ、怒りっぽくなる方もいます。

### ③体調の問題

身体がだるい、重い、疲れやすいといった漠然とした身体の不調を自覚します。頭痛、吐き気、めまいといった身体症状が出ることもあります。

### ④考え方の問題

物事について、悲観的、否定的に考えることが多くなります。自分に責任があると考えがちとなり、自分はいなくなつた方が良いのではないかと考えるようにもなります。

## (2)うつ病への対処

うつ病の治療の基本は、薬物療法と休養です。うつ病は、なまけとか気の持ちようで見られてしまふことも多いようですが、れつきとした病気で、本人の努力や心がけで良くなるものではありません。かえつてまじめに努力していて手を抜けない方がなりやすいと言えます。ストレスと無理がたたつて、精神的なエネルギーが枯渇した状態ですので、まずはエネルギーを蓄えるために休養を取ることが必要です。加えて、抗うつ薬と言われる治療薬を内服することが大切です。

うつ病にならないための予防法ですが、ストレスを溜めない様にするということだと思われまふ。無理な量の仕事を引き受けない、嫌なことは断つ

たり回避したりする、相談する(愚痴を言う)相手を確保するといったことですが、うつになつた方のお話を伺っていると、分っているけど相手のことを考えると自分が我慢してしまつて、ストレスを溜めてしまつてと言われます。せめて愚痴を言える相手を確保してもらえればと思います。身近な人だとその方の負担を考へるのであれば、カウンセリングや相談室などの第三者に話をするという手もあります。

## ④ 広汎性発達障害児の養育と親のうつ病

広汎性発達障害児の養育と親のうつ病との関係については、2つの側面があると考えられます。

養育がうつ病を呈する原因のひとつとして考えられる点と、うつ病によつて養育への影響が出る点です。

広汎性発達障害児は、集団不応、対人関係障害、こだわりなどに起因する様々な行動上の問題を呈します。学校生活上のトラブル、日常生活での関わりの難しさがあることが多く、その養育には、一般児童の子育てとは違つた困難が見られます。児に対する直接的な養育負担だけでなく、障害の受容、将来への不安などに起因する心理的な負担も考えられます。

一方、うつ病になることにより、養育を行なつていく上で大きな影響を与えます。意欲の減退、

無気力、活動性の低下などにより、それまでと同様の援助を行なうことが困難となります。日常的な世話は行なえても、子どもの気持ちをわかつてあげて、行動に根気よく付き合つていくだけの精神的な余裕が持てなくなります。また、うつ状態に伴う認知の変化により悲観的、否定的な見方をするようになり、子どもへの応対が否定的となつたり、焦燥感からいらいらして適切でない言動・行動を行なつてしまつたりということが現れてくることもあります。

養育に伴う負担とうつ病は互いに影響しあつているので、育児支援はうつ病の予防に寄与するでしょうし、うつ病への対処が育児支援のうえでも大きな意義があると考えられます。

## 4 高機能広汎性発達障害児の母親における精神的健康状態について —抑うつを中心に—

はじめに書いたとおり、平成15年度より厚生労働省科学研究費の分担研究でアスベ・エルデの会所属の母様に調査へのご協力をお願いしています。まだ研究途上ではありますが、現在までに分つたことに関して、その結果をご報告したいと思います。

### (1) 広汎性発達障害児の母親には、うつ状態の方は多いのか?

アスベ・エルデの会所属の母様100名(アスベ

図1 抑うつの比較

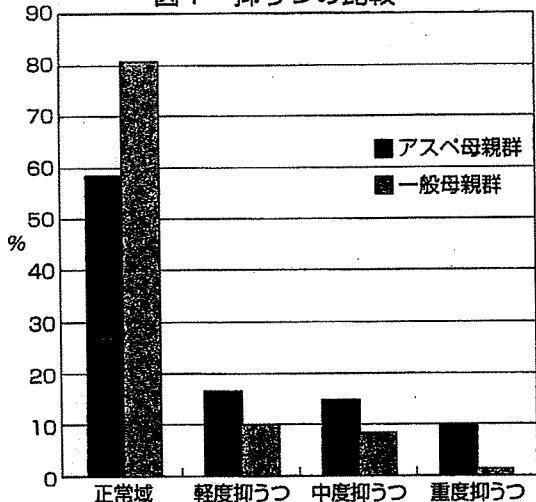


表2 抑うつと他の因子との関連

抑うつ傾向と相関があるもの
① 気質 (障害回避と自己志向)
② 母親自身の養育状況 (過干渉と低いケア)
③ 家族機能の低下
④ 精神的サポート
⑤ 子どもの行動障害 (すべての下位項目と)
抑うつ傾向と相関がなかったもの
① 子どもの抑うつ
② 児・母親の年齢、兄弟の有無

抑うつ傾向と相関がなかったもの  
① 子どもの抑うつ  
② 児・母親の年齢、兄弟の有無

抑うつ傾向と相関があるもの  
① 気質 (障害回避と自己志向)  
② 母親自身の養育状況 (過干渉と低いケア)  
③ 家族機能の低下  
④ 精神的サポート  
⑤ 子どもの行動障害 (すべての下位項目と)

結果は表2の通りです。①から④は一般のうつ病の方の特徴と大きく変わりはありませんでしたが、もともとこのうつ状態になりやすい気質・性格や養育環境が関連しているかもしれないこと、家族や周囲からのサポートがうつ状態と関係しているであろうことは示唆していると考えられます。子どもの行動障害を評価するCBCLと関連したのですが、すべての下位項目と相関がありました。本来、育児負担に関連する子ども

母親群)と一般のお母様196名(一般母親群)を対象にしてアンケート調査を行いました。BDIという、うつ状態についての質問紙にご自身で記入していただき、その結果を集計しました。図1の通り、一般母親群では20%が抑うつ域であるのに対して、アスペ母親群では約40%が抑うつ域に入りました。特に重度抑うつ域に入ったのは一般母親群では約1%であったのに比して、アスペ母親群では約10%がこれに相当しました。

この結果からは、高機能広汎性発達障害児・者の母親には抑うつ状態の方が多く、しかも重度の方も多いということが示唆されました。の中には母親自身への援助・治療が必要となるケースが多く含まれていることが推測されました。

## (2) 抑うつに関連する要因について

アスペ・エルデの会のお母様へのアンケート調査の中で、抑うつ状態を評価する前項の質問紙と同時に、いくつかの質問紙への記入をお願いし、関連する要因について評価を行いました。使用した質問紙はPBI(お母様御自身が親から受けた養育態度)、FAD(家族機能)、TCI(気質・性格)、SSQ-6(精神的なサポート)、CBCL4/18(子どもの行動障害)です。同時に子どもさんにもDSRS-C(抑うつ)という質問紙に回答してもらいました。

の行動障害があるとすると非行的行動や攻撃的行動との間に特に相関が見られるといった特徴が認められることが予想されますが、すべての下位項目で相関が見られるのは、子どもの行動障害の程度が問題ではなく、抑うつが強いお母様の場合には子どもの行動を悲観的に捉えたり、問題であると過度に捉えることが多く、育児への負担を強く感じていることが作用しているとも考えられます。いずれにしても、抑うつ状態と育児負担感

## (3) 面接調査から

前項までの調査では自己記入式の質問紙を用いていましたが、質問紙は回答者の主観が大きく影響して実情と乖離している可能性があること、抑うつ傾向は反映されるがうつ病なのかどうかの診断は明らかにならないこと、介入の必要性が判断できないこと、などから限界があると考えられました。このため、抑うつの質問紙(BDI)で中等度以上の抑うつ傾向とされた17名(100名中)を

対象として約1年後に面接調査をお願いいたしました。臨床面接と構造化面接(MINI)を行なうて、臨床診断および構造化面接での診断を行いました。あわせて、精神的問題(特に抑うつ)について治療や対処が必要と考えられる方にはアドバイスをさせていただきました。

実際に面接調査にご協力いただいたのは13名でした。結果および詳細を表3-1から3-3に示し

ます。13名のうち、質問紙調査時点でうつ病であると考えられたのは10名で、そのうち面接調査時点でもうつ病と診断されたのは6名でした。その方々を含めて面接時に9名は何らかの治療が必要であると考えられましたが、実際に治療を受けていたのは4名のみでした。うつ病と考えられた10名のうちの半数は広汎性発達障害児の出産以前に「うつ状態」の既往があったと述べられました。父親の支援のなさを述べたケースが多く、父親のうつ病が発症のきっかけとなったケースもありました。

発症のきっかけは、広汎性発達障害児の問題と他の家族の問題がそれぞれ約半数の方に見られました。広汎性発達障害児の問題が誘因となるのは予想されたことですが、6名で見られました。うち3名は結局、特別支援学級への転籍になりその後、児が落ち着いたことで母親自身も改善したそうです。他の家族の問題がきっかけとなるのは意外に多いように感じました。ただ、もともと養育も含めていろいろな負担があるところに新たな負担（祖父母や父の健康上の問題など）がかかり、大変になるのではないかと考えられます。

#### (4) まとめ

現在のところまでに行なった調査の結果は以上のとおりです。

まとめると、以下ようになります。

広汎性発達障害児の母親（アスベ・エルアの会

のお母様)の少なくとも1割はうつ病の診断がつく状態でした。多くは治療が必要と考えられましたが実際に治療を受けておられる方は限られていました。家族とうつ病との関係は、発症要因としてもサポートの意味でも重要であると考えられました。

支援を考える立場では、発達臨床に関わるものは広汎性発達障害児の家族に抑うつ状態が起こりやすいことを認識して関わる必要があること、他の家族の理解・援助を得ることや心理社会的なサポートを行なうことが

表3-1 面接調査の結果

面接を行った13名のうち、10名で「質問紙調査時点でうつ病である」と診断された。MINIと臨床診断はすべて一致した。

うつ病の診断

	1年前(+)	1年前(-)
現在(+)	6名	0名
現在(-)	4名	3名

表3-2 「うつ病」の10名の詳細

	うつ(昨年)	治療中	うつ(現在)	治療の必要性	うつの既往	きっかけ	子どもの学年	父のうつ病	父の協力
1	○	○	×	心理	○	体調、家族	21歳	×	×
2	○	○	×	精神科	○	子ども、人間関係	中1	×	×
3	○	×	×	心理	×	子ども	小5	×	×
4	○	×	×	×	○	子ども(転籍)	小2	×	×
5	○	○	○	(精神科)	○	家族	小4	○	×
6	○	×	×	精神科	×	家族	高2	×	×
7	○	×	○	(精神科)	×	子どもの診断	小2	×	×
8	○	○	○	(精神科)	×	家族、子ども(転籍)	小2	○	×
9	○	○	○	(精神科)	×	人間関係、子ども(転籍)	中3	×	○
10	○	○	×	精神科	○	仕事、家族	中3	○	×

表3-3 「きっかけ」の詳細

子どもの問題 (6名)	問題行動(こだわり、パニック、過敏、自傷) いじめ、不登校、診断によるショック →3名が、特別支援学級への転籍にて改善
家族の問題 (5名)	祖父母の入院・死去(2名) 姑との関係(2名) 夫のうつ(3名)
人間関係 (2名)	近所との関係

有効であると考えられること、うつ病になった場合には、そのための専門的な治療が必要であることなどを頭に入れて支援を行なうべきであると思われました。

## 9. アスペルガー症候群の支援の実際

みやちたいし 宮地泰士<sup>※1</sup>, つじいまさつぐ 辻井正次<sup>※1,2</sup>

## KEY WORDS

アスペルガー症候群, 自閉症, 広汎性発達障害, 支援

### はじめに

アスペルガー症候群（以下 AS と略す）の支援については、そのライフステージに沿ってまとめられたものも多いが<sup>1)2)</sup>、本稿では小児科臨床における支援を、①診断を基盤として親や保育士・教師など周囲の者達の子どもへの理解を深め、連携しながら子育てや保育教育を支援することで子どもの成長発達を促す間接的支援、②子ども本人へのカウンセリングや療育活動、トレーニングプログラム、心理社会的支援などを通して子どもの自己理解や社会的スキルの獲得、心身の成長や自立を促す直接的支援、③生活に支障を来す症状に対する薬物療法や、精神疾患や不登校などの社会不適応といった二次障害の予防や対応を行う医学的支援、④その他の支援に分け、それぞれの支援の実際について概観していく。

### I. 診断および間接的支援の実際

AS 児への教育や育児支援の報告は今まで

にも数多くされているが<sup>3)4)</sup>、筆者が実際の臨床で AS 児への支援のポイントと考えている項目を表にまとめてみた。

#### 1. 発達特性による適応の困難を補う工夫

例えば AS 児はたとえ知的な遅れがなく、ある程度のコミュニケーション能力を有していても抽象的な教示や複数の内容が含まれる教示の理解が困難であることはよくある。したがって子どもの教示理解の程度に応じてできるだけ具体的に一つひとつ教示をすることを心がけ、絵などで教示内容を図式化したり言葉を箇条書きにするなどの視覚的教示を行うことも必要である。

また AS 児の場合、教示そのものの理解はできても見通しがたたないことが問題行動につながる例も多い。ある児童の例では、外に遊びに行きたいのに「今はお絵かきの時間だからだめ。」と言われ激しく怒り出してしまったが、「外に遊びに行きたい気持ちは分かったよ。」と児の気持ちに理解を示し、「だからお絵かきをしてその後外に遊びに行こう。」と見通しをつけさせたところ、一生懸命お絵

※1：浜松医科大学子どものこころの発達研究センター（〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山1-20-1）

※2：中京大学現代社会学部

表 AS 児への支援のポイント

- 
- 1 発達特性による適応の困難を補う工夫
    - ・分かりやすい指示の工夫
    - ・やりやすい条件づくりの工夫（環境調整）
    - ・精神的安定をもたらす配慮や工夫
  - 2 成長発達プログラムを定め応援する
    - ・小目標を設定しスモールステップアップでの達成を図る
    - ・前向きな動機付けと具体的な行動目標を定める
    - ・“問題行動”のポイントを分析し、適切な代替行動を指導する
  - 3 意欲を促す工夫
    - ・達成感、充実感を促す工夫
    - ・児の気持ち（言い分）をよく聞き言語化の援助を行う
    - ・周囲の者（大人同士）の意思統一や児と他児との関係の調整
- 

かきに取り組み始めた。見通しについてはスケジュール表などを作って視覚的に示すことが必要となる場合もある。

その他 AS 児が落ち着いて課題や指導者に向き合えるために余計な刺激を排除するなどの環境調整をすることも大変重要である。

時には AS 児の持つ感覚過敏が不適応の原因となることもある。感覚過敏については、ただ単に我慢を強いたり無理やり慣れさせようとするのは逆効果であると思われる。例えば聴覚過敏を持った児が集団のざわめきに耐えられない場合は静かに活動できる別の場所に誘導したり耳栓などを利用して、その苦痛な刺激から適切な方法で自分を守る術を教えることが大切であると思われる。

## 2. 成長発達プログラムを定め応援する

AS 児は生活上の困難さが周囲の者に理解されづらいため、本人にとって高すぎる水準の要求を受けていることもしばしばである。AS 児の現状を正しく認識し、適切な目標設定とスモールステップで達成に向かう指導を忘れないようにしたい。

また「君は××ができないから」という動機付けは本人の拒否感を強めるので注意したい。「君が〇〇になるために」と成長した自分を目標として描けるよう前向きに動機付け

を行い、そのために何をすればいいのか具体的な行動を指導するように心がけておきたい。

その他 AS 児の問題行動には彼らの持つ様々な困難さが背景にあることを忘れてはならない。よく学校生活などで問題となる多動や他害行動も AS 児にとっては様々な原因があり、それらに対して適切な対応をとることで劇的に解決していく例も少なくない<sup>5)6)</sup>。感覚過敏や不器用さなどによる課題への拒否感が背景にある場合は、それらに対する補助や丁寧な指導が必要である。また社会的な通念やその場の状況に合わせ自己の気持ちや行動の調整をすることの困難さが背景にある場合は、AS 児の言い分を受け止めながらも適切な行動を説明して促し、スモールステップで成長できるよう粘り強く指導することが必要である。また時には「考え事をする時に周囲の子が見えると落ち着かないので席を立てて考えていた。」と離席の理由を説明したり、「自分がどれだけ達成したのか実感しづらい授業は嫌だ。」と授業拒否の理由を教えてくれた児もいる。AS 児の言動を単なる怠惰や反抗的なものと片付けるのではなく、彼らの言い分をしっかりと聴くことで「ついたてを利用してはどうか。」「自分の達成度が視



覚的に分かるようにプリント課題にしてもらってはどうか（授業内容をプリント課題にすることで学習の量に見通しが持て、それをやり終えることがその日の課題を達成したことになる。）などその子に適した対応の工夫を提案していくことが問題解決につながり、子どもとの信頼関係を築いていくことになると思われる。

### 3. 意欲を促す工夫

最後に AS 児が自分の目標達成に意欲的になることを促す工夫も必要である。シールや丸をつけるなど、視覚的な目印で達成度を実感しやすくする工夫もある。

また大人や周囲の者達からの励ましや協力体制づくりは必要不可欠である。そのためにも医療者が、AS 児の言動の背景にある困難さや気持ちを AS という発達特性と個々の特徴、子どもの置かれている状況との相互作用を踏まえながら“翻訳”し、親や保育士・教師に伝え対応のアドバイスをしていくことが、発達支援の輪を広げるうえで大変重要になると思われる。

### 4. その他の間接的支援

また子どもの成長発達には児の素因や個人的な要素と児を取り巻く環境的な要素が相互作用によって成り立つものなので、AS 児の家族や保育士・教師への心理的支援も重要である。そのなかでも親の障害受容については葛藤の時期を乗り越えて達観に至るという段階モデルではなく、子どもの成長とともに悲嘆と回復を慢性的に繰り返すとする説もあり、早期からの継続的な心理的支援が必要である<sup>7)</sup>。

## II. 子どもへの直接的支援の実際

発達障害児者がその人らしくより良い人生を歩むためには、周囲や社会の理解と対応の工夫だけでなく、発達障害児者自身が社会適応能力を向上させていくことも必要である。

特に AS 児においては発達特性によるつまづきを早期から詳細に分析し、丁寧かつ実践的に適応行動を指導していくことで社会適応が可能になることが十分考えられる。

近年、AS や高機能広汎性発達障害児の社会性スキルトレーニングプログラムや、自己感情理解とそのコントロールを促すプログラムの開発<sup>8)9)</sup>、性別に応じた社会的マナーの習得を目的とした指導の実践などが数多く報告されるようになってきた<sup>10)11)</sup>。

AS 児は言葉使いが巧みであるにもかかわらず、自己の気持ちを的確に表現したり相手に説明するのが苦手であることが多い。AS 児と対応する際には彼らの言動の上辺に囚われず、児の気持ちを共有しそれを言語化する援助も大切である<sup>1)</sup>。また AS 児の持つこだわりがコミュニケーションや問題解決の糸口になることもある<sup>12)</sup>。いずれにしても AS 児への直接的な支援においては、援助者が児の特性に合わせた関わり方の工夫をし、児の気持ちを共有しながらその子らしい適応行動とともに探ろうとする姿勢が大切であると思われる。

また年齢が上がるにつれ多くの AS 児が自己と他者との違いを意識し、同じ感覚を共有できる仲間を欲するようになる。AS としての正しい自己理解と同じ特性を持つ仲間との交流は、当事者としての主体性を確立し、積極的な社会参加を促し二次障害の予防や社会適応を向上させていくことが示されている<sup>13)14)</sup>。自己理解の支援の中でも本人への診断告知は避けて通れない重要課題のひとつであるが、長期的継続的な支援のうえに成り立つものであり、子ども・親・環境など諸条件を考慮に入れながら丁寧に行う必要がある<sup>15)16)</sup>。

最近の興味深い支援の報告では、座位姿勢保持の困難さを認める広汎性発達障害児に姿勢保持力を補助するオーダーメイドのクッション

ョンを用いたところ、授業への意欲や注意集中の向上につながったという報告がある<sup>17)</sup>。広汎性発達障害でも特に AS が姿勢、歩き方、器用さに関わる協調運動の障害を伴いやすいということは古くからよく知られており、今後このような運動機能障害と広汎性発達障害の関連についての認識が深まれば、新たな臨床的アプローチが展開される可能性があることを指摘する専門家もいる<sup>18)</sup>。

### III. 医学的支援の実際

AS 児者は対人関係や学業などで失敗体験をしやすく、周囲からの慢性的で不適切な対応や虐待、いじめなどを受けやすいといったこともあり、抑うつ状態や強迫性障害、解離性障害などの精神的疾患や不登校、反社会的行為など様々な二次障害を来す危険性がある<sup>19)</sup>。その場合は AS の発達特性に留意した工夫をしながら、それぞれの症状に対する治療が展開されることになる<sup>20)</sup>。薬物療法については他項に詳しいのでここでは省略する。

その他にも AS 児には睡眠障害や遺尿・遺糞症や夜尿症を認め小児科受診する者も少なくない<sup>21)</sup>。睡眠障害については乳幼児期から見られることもあり、治療することで昼間の多動傾向やイラつきなどが改善する例もある。

### IV. その他の支援

AS 児は1歳6カ月健診や3歳児健診で問題を指摘されず通過してしまうことが多いことが指摘されている。しかし早期発見から始まる発達障害児とその家族への早期支援の有効性と重要性は周知の事実であり、AS 児においても例外ではない。AS を含む高機能広汎性発達障害児の早期発見については国内外で研究が進んできており、今後我々小児科医の果たす役割は大変重要なものになるだろう<sup>22)23)</sup>。

また2005年に発達障害者支援法が施行され行政的な障害児者支援に様々な変革が起きている<sup>24)</sup>。今後 AS 児者を支援していく者としては、当事者や家族にとって有益な情報を提供できるよう、社会資源や行政支援の情報にも注意する必要があると思われる。

### 文 献

- 1) 小林隆児他：アスペルガー症候群の治療—心理社会的アプローチを中心に—。精神科治療学 14(1)：115～119, 1999
- 2) 杉山登志郎：アスペルガー症候群および高機能広汎性発達障害をもつ子どもへの援助。発達 22(85)：46～67, 2001
- 3) 杉山登志郎他：高機能広汎性発達障害。ブレン出版、東京、2000
- 4) 内山登紀夫他：高機能自閉症アスペルガー症候群入門。中央法規、東京、2002
- 5) 宮地泰士他：広汎性発達障害児の他害行動に対する障害理解促進と対応の工夫について。小児の精神と神経 45(3)：243～251, 2005
- 6) 宮地泰士他：多動を主訴に受診した広汎性発達障害児に対する障害理解促進と対応の工夫の支援について。小児の精神と神経 45(3)：253～260, 2005
- 7) 飯田順三：高機能自閉症とアスペルガー症候群における診断と告知。発達障害研究 26(3)：164～173, 2004
- 8) 大月 友他：アスペルガー障害をもつ不登校中学生に対する社会性スキル訓練社会的相互作用の改善を目指した介入の実践。行動療法研究 32(2)：131～142, 2006
- 9) 神谷美里他：感情理解および感情コントロールプログラムの開発。脳 21 10(3)：232～236, 2007
- 10) 古荘純一他：思春期 Asperger 障害児の羞恥心と性に対するわきまの障害—小児科医と精神科医の連携に向けて—。臨床精神医学 34(9)：1301～1305, 2005
- 11) 神谷美里他：高機能広汎性発達障害女児のグループ活動の試み。小児の精神と神経 47(2)：115～122, 2007
- 12) 木村記子他：限局した関心を介したかわりを通じて情動安定化がもたらされたアスペルガー障害がある男児の治療過程。臨床精神医学 34(9)：1343～1350, 2005
- 13) 辻井正次他：発達障害児のピア・サポート同じ「想い」を分かち合うことの意義。教育と医学 52(12)：1140～1147, 2004
- 14) 櫻井秀雄他：高機能自閉症・アスペルガー症候群例のアイデンティティ形成に対する臨床心理学的支援について。臨床精神医学 34(9)：1315～1329, 2005

- 15) 別府 哲：高機能自閉症児の自他理解の発達と支援。発達 27(106)：47～51, 2006
- 16) 吉田友子：高機能自閉症スペクトラムを持つ子どもへの医学心理学教育—診断名告知の位置づけとその実際—。発達障害研究 26(3)：174～184, 2004
- 17) 舟橋吉美他：広汎性発達障害児の授業中における行動と態度へのシーティング援助。小児の精神と神経 47(1)：59～64, 2007
- 18) アミー・クライン他編著, 山崎晃資監訳：アスペルガー症候群の運動機能。総説アスペルガー症候群, 明石書店, 東京, p.142～180, 2008
- 19) 吉川 徹：二次障害。日本臨牀 65(3)：464～469, 2007
- 20) 浅井朋子他：アスペルガー症候群の診断と治療。臨床精神医学 31(9)：1047～1055, 2002
- 21) 山崎知克他：遺尿症・遺糞症。小児科臨床 57(増)：1485～1492, 2004
- 22) 神尾陽子：早期発見・診断法。日本臨牀, 65(3)：477～479, 2007
- 23) 宮地泰士：自閉症スペクトラムの早期診断。脳 21 10(3)：228～231, 2007
- 24) 山岡 修：行政による支援。日本臨牀, 65(3)：545～550, 2007

☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆

# 特集 発達障害の未来を変える—小児科医に必要なスキル

## Ⅲ. 学童期以降の発達障害児が抱える問題と医療の役割

# 学童期の広汎性発達障害・自閉症

菅 地 泰 士 浜松医科大学子どものこころの発達研究センター

### Key Words

広汎性発達障害  
学童期  
支援  
小児科  
ライフステージ

### 要 旨

広汎性発達障害児の支援における小児科医の役割は大変重要である。その役割は医療者や支援チームの一員としての働きだけでなく、支援全体の統括や、本人、親、教師ら関係者それぞれが、お互いを正しく理解し連携をとっていくための調整など多彩である。また学童期の支援においては、各年代におけるさまざまな成長課題や支援ポイントを把握し、見通しをもって進路選択やライフステージの移行を支援することが大切である。

### はじめに

学童期の広汎性発達障害 (pervasive developmental disorder, 以下PDDと略す) 児が成長課題を順調にこなしていくためには、家庭や学校、医療が協力・連携し支援を展開していくことが大変重要である。そして、普段から多くの子どもと接し、小児の発達や子育て支援に造詣が深い小児科医がその支援の輪に加わる意義は大きいと思われる。

本稿では、小児科医として学童期のPDD児支援にかかわる際における、①PDD児支援における医師の役割、②各年代におけるPDD児の成長課題と支援のポイント、について述べていきたい。

### 広汎性発達障害児支援における医師の役割

#### 1. 支援チームの一員としての役割と統括

表1に、筆者が実際の臨床でPDD児への対応のポイントと考えている項目をあげる。

PDD児の発達特性による適応の困難さを補い児の意欲を促すさまざまな工夫については、今までも多くの報告がなされている<sup>1)2)</sup>。しかし実際には、個々のケースに応じて対応の工夫や支援方法は異なり、毎回オーダーメイドで支援プログラムを検討する必要がある。また支援を展開していくためには、対象となるPDD児の能力や現状についての正しい見立て、それを基にした適切な目標設定とどのようなプロセスで達成に向かうべきかといった指針は必要不可欠である。そのようなことから、われわれ医師に求められる役割としては、親や教師とともに支