

（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

ADHD への総合的治療法の開発に関する研究（3）

分担研究者	田中康雄	北海道大学大学院教育学研究院附属子ども発達臨床研究センター
	久蔵孝幸	北海道大学大学院教育学研究院附属子ども発達臨床研究センター
	川俣智路	北海道大学大学院教育学研究院附属子ども発達臨床研究センター
	金井優実子	北海道大学大学院教育学研究院附属子ども発達臨床研究センター
	内田雅志	北海道大学大学院教育学研究院附属子ども発達臨床研究センター
	福岡麻紀	北海道大学大学院教育学研究院附属子ども発達臨床研究センター
	伊藤真理	北海道大学大学院教育学研究院附属子ども発達臨床研究センター

研究要旨

ADHD への総合的治療法の開発に関する研究の最終年度として、1) ペアレントトレーニングについての検討、2) 過去2年間のまとめとして、ADHD に対する総合的治療の啓発冊子を発行、という2つを実施した。

ペアレントトレーニングについては、参加された母親のストレスが非常に高いことに留意すること、終了後の支援を個々に必要としている場合もあること、きわめて優れた集団療法的要素もっていることなどが、実施状況から推察された。今後、さまざまな手法での比較や、妥当な実施回数など、よりエビデンスベースの検討が求められると思われる。

ADHD の総合的治療は、Smith や Barkley ら（2007）の「症状の優先度に従って実施するのが現実的である」という指摘と、ライフステージや状態にあわせた支援方法の構築が必須であると思われる。

さらに、ADHD のある子どもへの治療手技は決して少なくないが、その効果についての検討が少ないため、治療手順についてエビデンスベースの主張が求められる。Smith や Barkley ら（2007）も、現在実施されている治療法のなかにも、有効でないものがあると指摘する。

Smith や Barkley ら（2007）が推奨する3つの治療的視点は、①親への関わり（育児助言やペアレント・トレーニング）、②教師の関わり（学校・教室での工夫）③薬物療法で、この3つの合わせ技が良い結果を生むと強調している。

その点については、冊子に可能な限りエビデンスベースで記述し、さらに併存障害に応じた治療手法についても紹介をした。

今後、治療手法の比較研究から、より有効な治療法を採択する検討が求められる。

A. 研究目的

注意欠如・多動性障害（以下 ADHD）に対する統合的治療の構築を目的に、1）ペアレントトレーニングについての検討、2）過去2年間のまとめとして、ADHD に対する総合的治療の啓発冊子を発行、という2つを実施した。

B. 研究方法

1) ペアレントトレーニングについての検討

教育関連の支援センターを活用している母親に、研究趣旨を説明し、協力を依頼し、合意された6名の母親を3名ごとにグループに分け、それぞれ3回のペアレントトレーニングを実施した。実施前後にPST（育児ストレスインデックス）を実施しその比較を行った。

2) 過去2年間のまとめとして、ADHD に対する総合的治療の啓発冊子を作成し発行した。

C. 研究結果

1) ペアレントトレーニングについての検討

①期間と対象者

第1期：平成21年6/5.6/26.7/14

母親3名（うち1名は途中で事情により不参加）

第2期：平成21年11/16.11/24.12/21

母親3名

それぞれ1回90分を原則に実施した。

②トレーニング内容

i. ペアレント・トレーニング案内文

私たちは、発達の面でさまざまアンバランスさや特性を持つと思われる子ども達とその保護者の方々と多数出会って参りました。

そのたびに思うのは、養育を一手に引き受けておられる保護者、特に母親の皆さんのご苦労さです。

確かに、子どもの言動に親はいつも振り回されます。子どもの言動に一喜一憂するのが親の仕事のようでもあります。

それでも、大変なことだと、相談室で子どもの様子を見ながら、私は思うことがたびたびありま

す。

なかでも、なかなかエネルギーな子ども、クールで大人びた子ども、親を親とも思わない王様気分の子どもの、ともかく何度言っても右から左の子どもの、親の思い通りにならない子どもの、なんともいいようのない関わりにくい子ども、など、子どもは千差万別です。一方で、親も、多少のことは気にならない方から、ひとつひとつしっかり確認といった几帳面な方まで、あるいは、子どものことが心配で頭から離れない方からともかくそばにいることに疲れ切ってしまった方まで、いろいろです。

今回のペアレント・トレーニングは、こうしたさまざまな子どもに、いろいろな立場に関わり親に対して、親と子どもの「関係性」をすこしでもよい方向に向けるための『考え方のヒント』といったことを学びあうことを目標にしました。

現在日本で実施されているペアレント・トレーニングは、そのほとんどが10回のセッションで成り立っています。今回は、それを3回に短縮しました。大きな理由は、10回参加し続けることって結構大変だから、子どもの関わり方のヒントのようなものをすこし学び、あとは個々にアレンジして、周囲の方と相談していくことで具体的な解決を図る、ということを考えました。

ですので、この3回ですべてが解決、ということを目指しているのではないことを最初に理解しておいてください。

ii. 内容

第1回

自己紹介、PSI 記入、ペアレント・トレーニングの基本になる考え方、子どもの言動を3つに分ける、褒め方のコツなどを紹介し、3つの行動分類を宿題にした。

第2回

前回の PSI の結果のフィードバック、宿題発表し共有、宿題として肯定的な言葉かけの実施をした、

第3回

宿題の報告、友だちとの関わり方について、学校連携について、ストレス発散方法について、PSIを記入(フィードバックは郵送した)

その後、なにかあれば、北大相談室でフォローすることを伝えたところ、6名中3名が相談室での相談を希望された。

iii. PSI についての対応

PSIについては、5名の実施者で、それぞれ個々に評価を返答している。

例

A様

3回の学習会に参加していただき、ありがとうございます。最後に行った結果を含めて総合的なコメントを述べておきます。

1) PSI というストレス状況をみる検査から

①子どもへ評価

初回と最後でやや変化がありました。2回目の評価では、お子様の言動に困り、正直どのように関わるとよいか、という関係性において、困っている感じが強く認められました。

これは初回に比べて、お子様に対して「正直、困っている」という思いが素直に表現されたからではないでしょうか。その一方で、良い面も沢山あると評価しているお子様との関係を、どうしたらよい状態に保てるか、子どもからのよい評価がなかなか得られにくいと感じている親の思いをいかに修正するかが課題のようです。

②親の側面

こちらは、初回と最後で大きな変化はありませんでした。Aさんの課題は、とても気分が落ち込み、時に育児罪悪感罪を感じて自分を責めすぎているという点にあるようです。本当にご苦労な養育をされているのに、あまりにも見返りが少ないようです。

2) 今後の対応

3回のセッションでも感じたことですが、Aさんは、徹底的に自分で悩みを抱え、自分を責めてしまう傾向が強いと思われます。うまくいかないことを整理して、具体的な対策や休息をはさみ、

出来る範囲でひとつひとつ実施していくことが重要かとおもいます。周囲に味方を増やして、無理せずに「養育を楽しむ」ことができればよいですね。

簡単にお伝えいたしました。なにか在りましたら、御連絡ください。

北海道大学大学院教育学研究院附属子ども発達臨床研究センター 田中康雄

といった内容を返答している。

iv. 職員研修

この事業は、センタースタッフに後にVTRで視聴してもらい、やりとりの様子を検討していただいた。そこに認められる疑問については2度のミーティングを行うことで整理した。

2) ADHD の総合的治療法の冊子作成

1. ADHD について として概要を説明し、
2. ADHD 治療の現状 として2年間のアンケート調査について記述した。

そのうえで、

3. ADHD の総合的治療としてライフステージごとの支援と対応と、二次障害/併存障害と治療について述べた。

D. 考察

1) ペアレントトレーニングについての検討

- ①母親がそれぞれ大きなストレスを抱えて養育を行っていることが改めて明確になった。
- ②母親のストレスを軽減するためには、3回では、より鮮明に自己認識されるだけで、最低でも5回以上の継続実施が必要かもしれないと思われる。
- ③集団で十分に意見を聞くには、3名の参加は決して少数ではなく、逆に5名以上では、十分に参加できない可能性があると思われる。
- ④集団参加はあくまでもそこで語られ、検討できる内容に限られ、それ以外の課題のためには、個別相談の保障が必要である。
- ⑤子どもの状態がADHDと診断されていても、一部広汎性発達障害の併存なども予測され、それゆえ

の生活の指導面の困難さなど、子どもの状態に応じた対応が求められるため、子どもの状態把握を丁寧におこなった上でのグループ編成などが必要かもしれない。

⑥母親が置かれている状態で生じるストレスに差があり、さらに、夫婦・家庭・経済状態などから出来る対応に差が生じやすいため、参加される方の背景因子の均一性に留意する必要がある。

以上の検討課題が残ったが、さらに今後は、父親のペアレントトレーニング方法の検討なども求められる。

ペアレントトレーニングの有効性を検討するためには、より研究デザインを精緻にしたうえでの横断的比較検討を臨床研究、さらにアフターケアなどからの縦断的研究が必須であると思われる。

2) ADHDの総合的治療法の冊子作成(資料1)

基本的には、諸外国のエビデンスベースで作成した。今後、わが国での治療結果の報告蓄積が必須となる。

E. 健康危険情報

特記すべきことなし

F. 研究発表

久蔵 孝幸, 川俣 智路, 内田 雅志, 福間 麻紀, 金井 優実子, 田中 康雄 2009
家族の希望する ADHD 治療の状況調査報告 第102回日本小児精神神経学会

川俣 智路, 久蔵 孝幸, 内田 雅志, 福間 麻紀, 金井 優実子, 田中 康雄 2009
医療機関における ADHD 治療の状況調査報告 第102回日本小児精神神経学会

G. 論文発表

別紙

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

なし

ADHD の総合的治療

親と本人と専門家のために

北海道大学大学院教育学研究院

附属子ども発達臨床研究センター

田中康雄

久蔵孝幸・川俣智路

内田雅志・福間麻紀・伊藤真理・金井優実子

目次

1. ADHD について	127
親の方々へ	127
保育/教育関係の方々へ	128
医療関係者の方々へ	128
2. ADHD 治療の現状	129
1) 医療機関における ADHD 治療の状況	129
A. 基本的情報	129
2) ADHD 治療に関する家族の状況と評価	134
A. 基本的情報	134
B. 医療機関の活用と支援状況	134
C. 支援を受けている子どもたちの実情	136
D. 医療機関での支援内容	137
E. 医療への満足度	139
F. 医療者の説明	140
G. 子どもへの医療的支援	140
H. 医療機関に期待する治療・支援	142
3. ADHD の総合的治療	143
1) 治療の基盤	143
2) ライフステージごとの支援と対応	145
A. 就学前の子どもと親への援助	145
B. 学齢期の子どもへの援助	147
C. 思春期の子どもと親への援助	152
D. 青年期以降の援助	153
3) 二次障害/併存障害と治療について	154
A. 行動障害群	154
B. 情緒障害群	154
C. 神経性習癖群	160
D. 発達障害群	161
4) 多職種連携	161
4. まとめ	162
5. おわりに	162
参考図書と引用文献一覧	163
連絡先	166

1. ADHD について

みなさんは、ADHD という言葉を聞いたことはあるでしょうか。これは、Attention Deficit / Hyperactivity Disorder のそれぞれの頭文字をとった略称で、日本語では注意欠如・多動性障害と言います。しかし、この日本語名も 2008 年から使われるようになったもので、それ以前は「注意欠陥多動性障害」とされていました。

注意欠如・多動性障害（これからは ADHD としますが）は、発達障害のひとつのタイプで、この診断の付く方には、表 1 に示すような 3 つの症状が認められます。

表 1 3 つの症状について

①不注意	例えば： よくうっかりした間違いをする、ひとつのことに集中することが苦手で、人の話も最後まで聞けない、あるいは別のことを考えてしまう、整理整頓などが苦手で、不得手なことや面倒なことを後回しにする、あるいはともかく忘れっぽい
②多動性	例えば： 授業中、じっと座ってられないで立ち歩く、列からはみ出してしまう。いつもそわそわと体を動かしている。静かにすることが苦手で、よくおしゃべりしすぎる
③衝動性	例えば： 話の途中で必ず口を挟む、順番まちができない、人がやっているゲームを邪魔したり取り上げたりしてしまう

ADHD は、表 1 に示したような①不注意、②多動性、③衝動性、が一定の基準を満たした場合に判断されます。具体的には精神疾患の診断・統計マニュアル (DSM-IV-TR, 2000) に明記されている診断基準項目によって判断されます。表 1 に示した例示はあくまでも例えばということです。

実際には、不注意の 9 項目中 6 項目以上、かつ/または多動性、衝動性の 9 項目中 6 項目が、7 歳以前から、少なくとも 6 ヶ月以上、2 つ以上の生活場面において存在し、生活面で困難さを呈していること、という診断基準を満たすか否かということで診断が付けられます。

しかし、不注意にせよ、多動性にせよ、あるいは衝動的な言動にせよ、多くの子ども達には、多かれ少なかれ認められるものです。ですから、その傾向があることで、社会的、学業的、または職業的機能に躓きが生じてしまう、すなわち日常生活を送る上で、生きにくくなるという感覚が自・他覚されて、はじめて診断が必要となり、診断がつくと考えても良いでしょう。

親の方々へ

すると、この 3 つの症状で困るのは、はじめは身近なお母さんやお父さん、次に保育士さんや学校の先生、最後に本人という順番になるかもしれません。

ADHDのある子どもは、おそらく生まれてしばらくは、表1のような言動を「それって当たり前」というように思い、出来ないことも「それは仕方がない」と思って生活しているように思います。

本人自身が深刻に『困る』までに、まず身近な大人達が、ADHDを正しく理解する必要があります。そうすることで、本人が知らず知らずに繰り返してしまう失敗をせざるにすむかもしれません。あるいは、いつも叱られてばかりということが減るかもしれません。失敗することを防げないにしても、少なくとも子どもがわざとやっていると、周囲が誤解しなくて済みます。

実際にわが子が表1に示したような言動を毎日続け、親として何度も注意しても、言うことを聞いてくれないかのようなわが子を、身近な親は、どう思うでしょう。そして、周囲の親たちは、この子に無力な親に対して、どういった評価を下すでしょう。

まず、わが子のことで気になるときは、できるだけ早く専門家と一緒に考えるようにしましょう。これは、早く診断を付けてもらうということや人生の結論を急ぐためのものではありません。心配する大人達が、子どもへの対応に孤軍奮闘し、そのうえで挫折感をもってほしくないからです。

実際に本人が困り始めるのは、学校での集団生活や、お友達と楽しく遊ぶといった場面で、本人なりに頑張りはじめても、よい結果が得られない、という経験を度重ねた果てまでの時間が必要になるかもしれません。しかし、そのような時期になるまでに、すでに周囲からの悪い評価が固定してしまい、本人ももうどうでもいいや、と投げやりになってしまっているかもしれません。

それを少しでも防ぐため、親の理解の次に関係者の理解が求められるのです。

保育/教育関係の方々へ

日々生活を共にしていると、子どもがどこで躓き、何に困っているのかということを知ることが出来ます。知っているのに、なにも出来ないのは辛いものです。その『辛さ』こそが、日々親が感じていた思いであると、実感してほしいと思います。そして、その辛さと共にした時間は、皆様とは比べようのないくらい長さであることを想像してほしいと思います。

親がなかなか専門家のところへ足を運べない時期もあります。専門家が少なく、忙しく、なかなかたどり着かない時期かもしれません。

保育/教育関係者は、焦らずに、ここまで育ててきた親をまず労い・讃え、これからしばらくの間、一緒にこの子の育ちに関わってほしいと励まして欲しいと思います。極端に一発で全てが解決してしまうような方法を期待し探すよりも、『今できることを、こつこつと実践する』ことだと思っています。

医療関係者の方々へ

相談に訪れる親と保育/教育関係者から、医療関係者は「具体的な対応策」を求められています。その前に、医療関係者は正しい判断をせねばなりません。つまり適切な対応策を検討するためには、正しい診断が必須となります。

ADHDに関する診断は、診察室での行動観察と、親から得られる生育歴、関係者からの行動特徴

といった情報をもとに、場面を変え時間をかけて、あるいは実際に子どもの日常の現場に足を運び、行動確認しながら慎重に判断します。

最近では、不注意、多動性、衝動性という3つの行動は、ADHDだけでなく、広汎性発達障害や虐待を受けて育った子どもにも認められることがあります。個々の育ちのスピードも異なり、単に実年齢よりも発達がゆっくりで、ある時期まで不注意、多動性、衝動性が目立った子どもが、成長し落ち着きを得たという場合もあります。子どもが置かれた環境や、発達/発育の様子など、可能な限りに情報を集め、当面は暫定的に判断し、経過を伴走しながら、検討し続けていく、ということでも十分かと思えます。

この冊子は、治療についての報告なので、これ以上診断については触れません。診断とは、医師が医療機関において、専門的な知識と経験を背景に、十分な診察と検査を経て、総合的に判断するものです。治療を進めるにあたり、とても大切なスタートラインですが、実はADHDの診断は、それほど容易ではないというのが実感です。

2. ADHD 治療の現状

ここでは、われわれが実施した医療機関と家族へのアンケート調査から、ADHD治療の現状を報告させていただきます。

1) 医療機関における ADHD 治療の状況

2007年11月～12月にかけて、児童青年精神医学会と小児精神神経学会、両学会に所属している会員医師を対象にアンケート調査を行いました。

調査票は冊子の最後に資料として掲載しています(資料1)。

アンケートの内容は、医師の専門、年齢、医師歴、所属機関の種類、現在行っている治療手技、その行っている治療への満足度、治療内容の説明度、今後取り入れたい治療手技、現在使用している薬物などです。

1644名の医師へ調査票を郵送し、434名からの回収を得ることができました。回収率は26.4%と、思ったほどは回答をいただけませんでしたが、忙しい診療の合間を縫って回答していただけたことに、深く感謝します。

a. 基本的情報

回答数は434名ですが、無記入の項目もありました。

- ・専門は精神科医113名、児童精神科医131名、小児科医136名、その他45名(複数科目兼務含む)
- ・平均年齢は48歳で29-83歳までの幅がありました。
- ・性別では男性262名、女性169名で未記入が3名でした。
- ・医師歴の平均年数は21年で、これも2年～55年と幅を認めました。
- ・勤務状況ですが、診療所128名、医院28名、総合病院117名の回答を得、さらにその他大学病院、精神科単科病院、児童福祉施設、司法などに勤務されているのが150名おりました。

b. ADHDのある患者さんへの対応

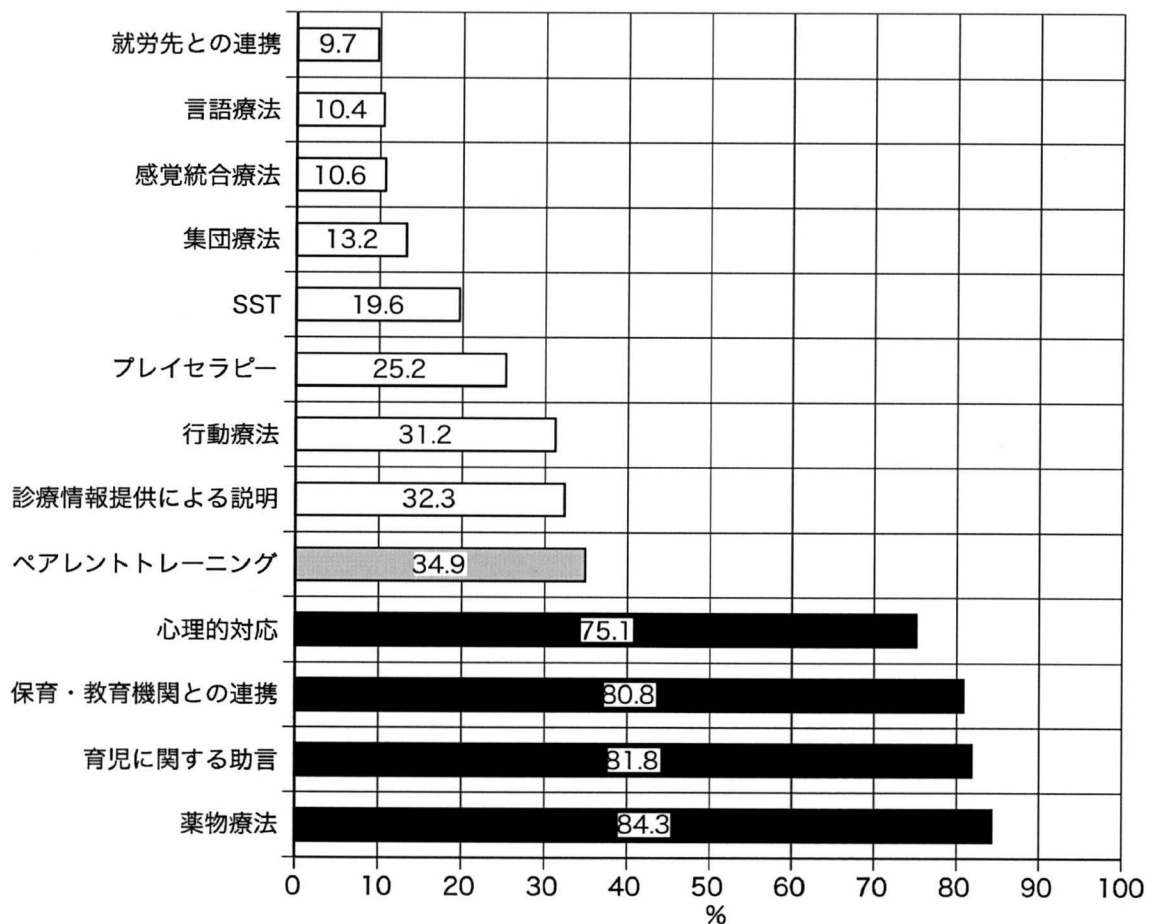
ADHDのある子どもの診察経験は、年間平均で精神科医が3名、児童精神医が20名、小児科医が10名でした。

確定診断に要する時間は、360名の回答を得ましたが、1ヶ月以内から3年以上と幅があり、平均期間は2.1ヶ月で、75%が3ヶ月以内でした。

その診断根拠としての診断基準は、259名(60%)がDSMを根拠とし、ICDを活用しているのは108名(25%)でした。この他に心理検査が180名(41%)、構造面接120名(28%)

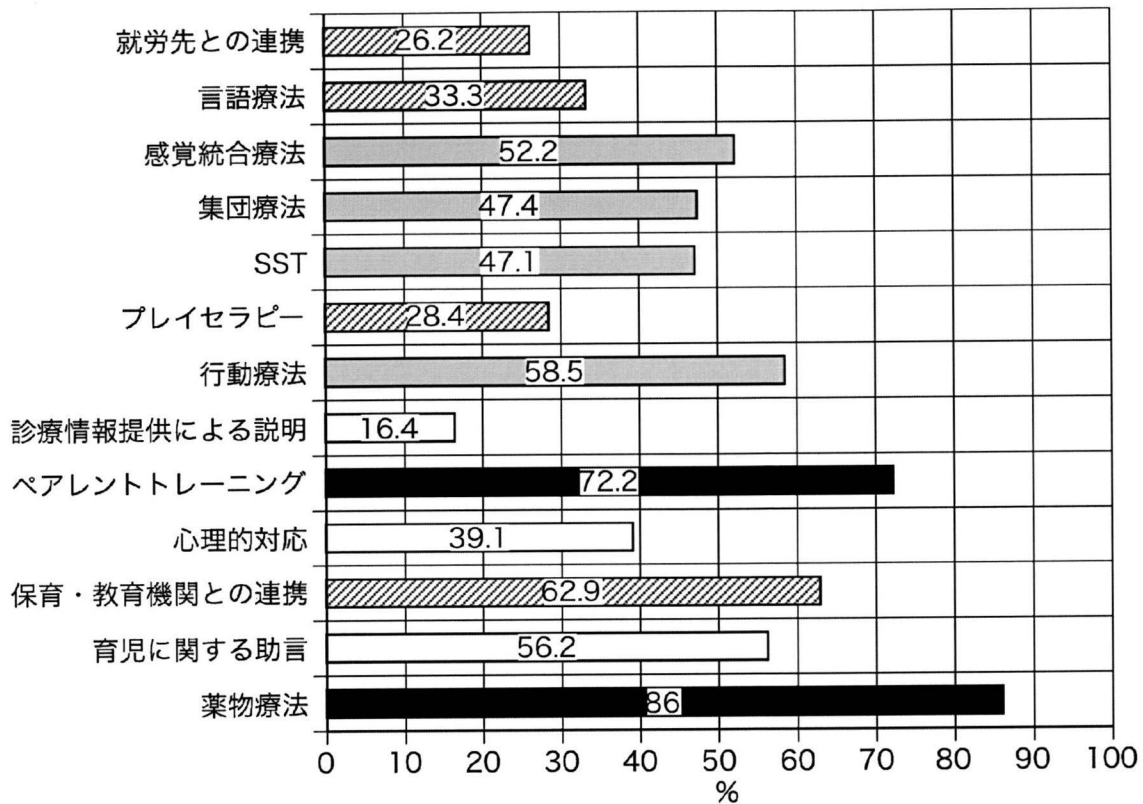
現在採用している治療法については、図1に示したように薬物治療が84.3%、育児に関する助言が81.8%、保育教育連携80.8%、心理的対応75.1%が主に行われているもので、この4つは、他の治療手技と比較して有意に多く選択されていました($p<0.001$)。

図1 採用している治療法



次に採用している治療法で、有効だと感じている治療法は何か、という問いの結果を図2に示します。

図2 採用した治療法の有効感

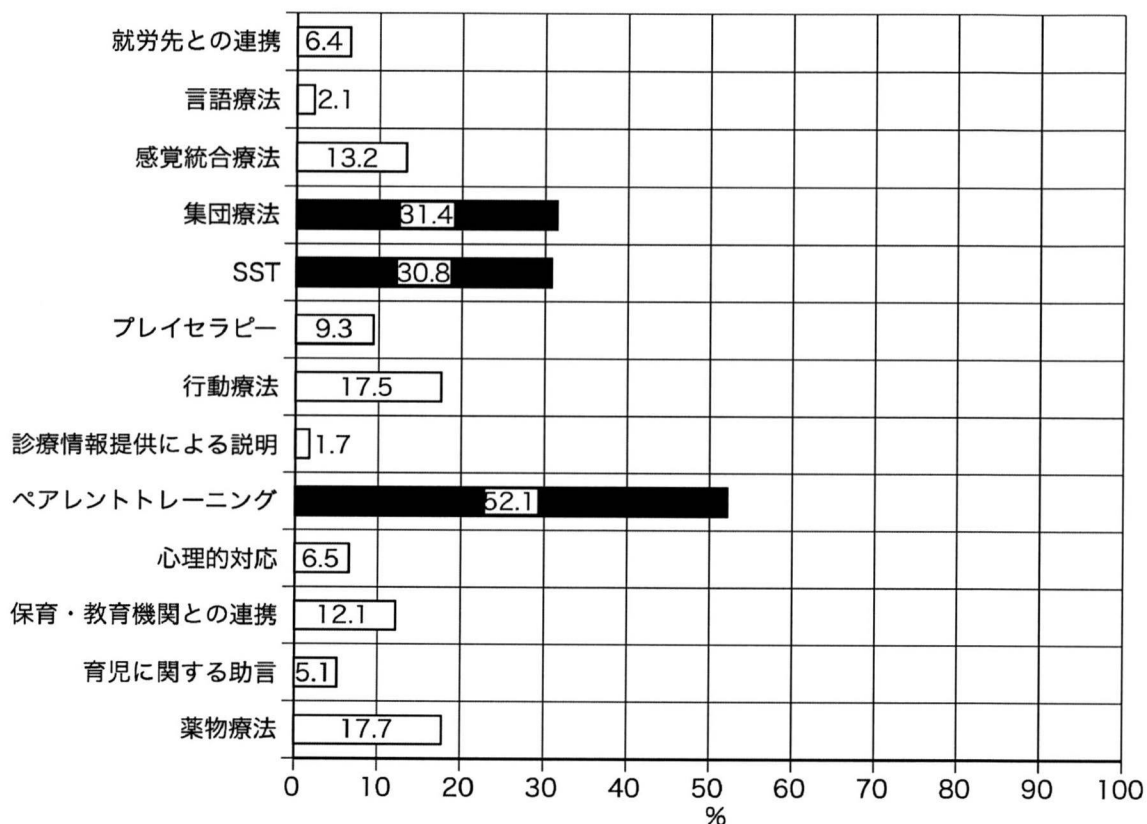


採用している治療手技がどれほど有効だと感じているかという問いには、薬物治療は86.0%を示しました。次に有効感の高いのがペアレント・トレーニングで、この2つは、他の治療手技と比較して有意に有効感が高い($p < 0.01$)ことがわかりました。さらに有効感における治療間比較をしてみると、育児助言、心理対応、診断情報の提供は有効感が低くなり、ペアレント・トレーニング、行動療法、SST、集団療法、感覚統合療法などは有効感が高いという結果をとりました。

では、現在は採用していないが、今後条件が整えば実施したい治療法は何か、という問いの回答を図3に示します。

それによると、現在取り入れてなく今後取り入れたい治療手技は、ペアレント・トレーニングが他のどの治療手技と比べても有意に期待度が高く($p < 0.001$)、次いで集団療法、SSTへの期待度も高く、他の治療手技と比べて有意な差が見られました。この3つは、現在採用して得た有効感が高い治療法でもあります。

図3 今後採用したい治療法



次に尋ねたのが、薬物療法の選択の仕方であるが、結果は、図4に示したように中枢神経刺激薬が82%の医師により選択されています。この当時の中枢神経刺激薬は、塩酸メチルフェニデート（リタリン）がその中心的存在でした。

なお、医師が選択する順位の平均も、この数値順となります。

図4 使用薬物

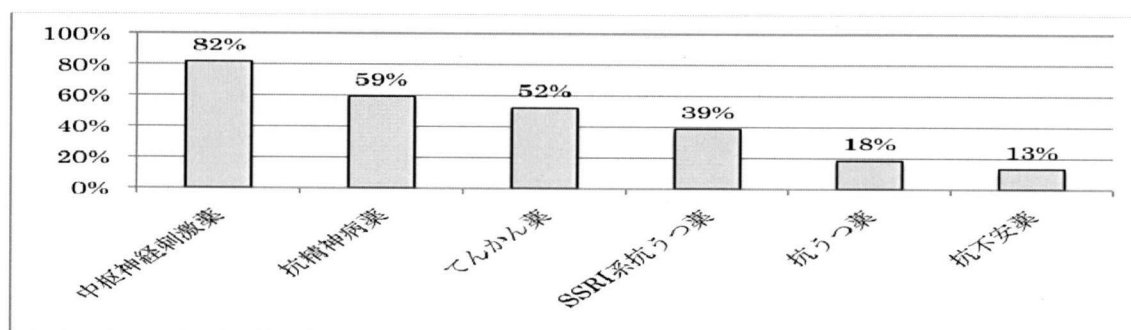
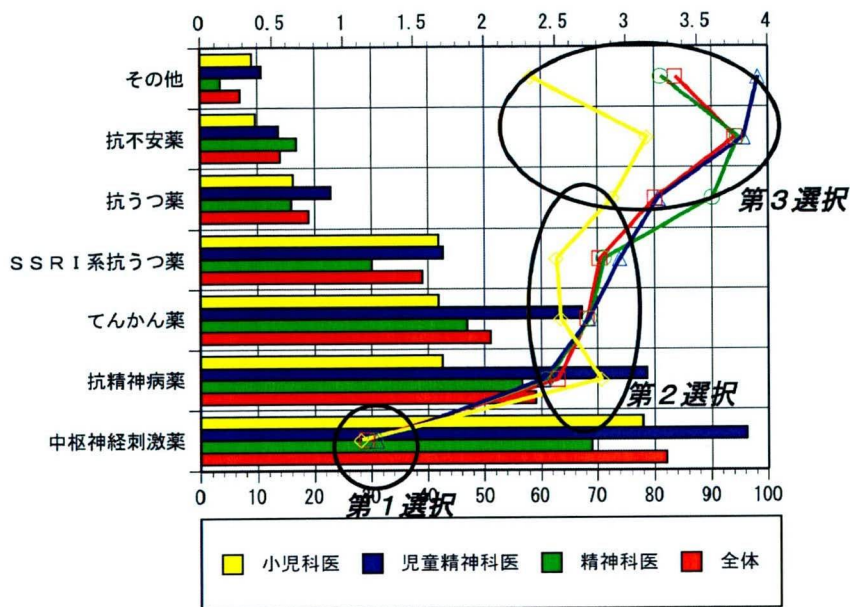


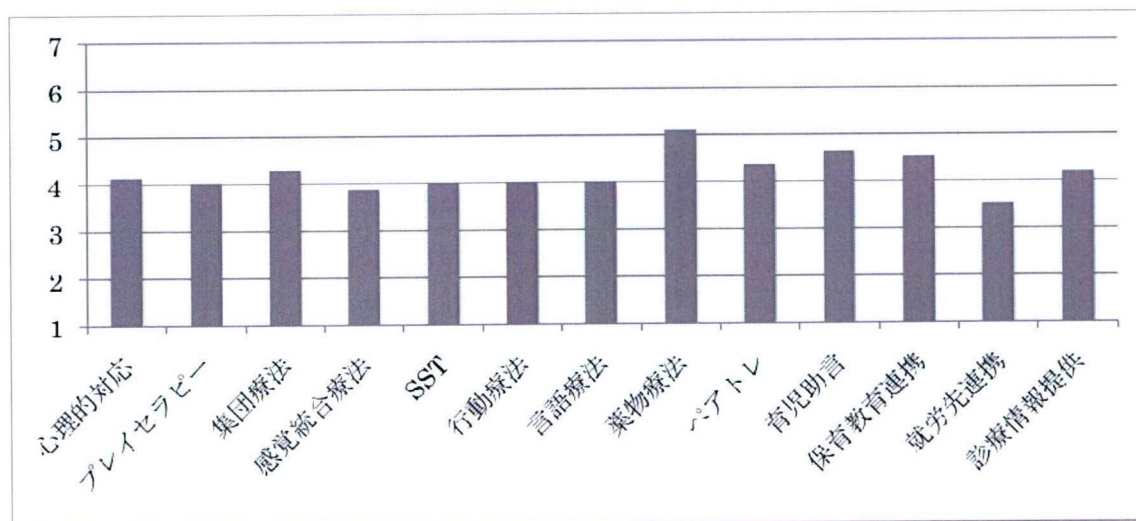
図5には医師の専門科別による選択状況を示しました。それによると、専門科によって若干選択順位に差が認められています。児童精神科医は他の専門の医師と比較して有意に多く中枢神経刺激薬を選択しており ($p < 0.001$)、抗精神病薬は、児童精神科医と精神科医・小児科医の間で強い有意な差が ($p < 0.001$) 認められ、精神科医と小児科医との間でも有意な差が認められました ($p < 0.05$)。

図5 医師の専門科別による薬物の選択状況



医師に尋ねた最後の質問は、実施している治療法を家族や本人へ説明したときの説明の十分さを7段階で評定してもらいました。図6に示したように、「普通」という4点に最も集中していますが、中でも薬物療法における説明はいくぶんの手応えを持っているようです。

図6 説明における十分さの有無（とても不十分が1点，とても十分が7点での7段階での評価）



2) ADHD 治療に関する家族の状況と評価

2007年11月～12月にADHDの支援団体である「NPO法人えじそんくらぶ」にご協力いただきました。

調査表は冊子の最後に資料として掲載しています（資料2）。

アンケートの内容は、お子様の年齢、診断の有無、現在及び過去におけるADHD支援、医療支援への満足度、治療内容の説明度、今後期待する治療、使用している薬物、診療への行動などです。

対象は、「えじそんくらぶ」会員1180名に調査票を送り、238名から回答を得ることができました。回収率は20.2%で医療機関の回収率とほぼ同程度でした。

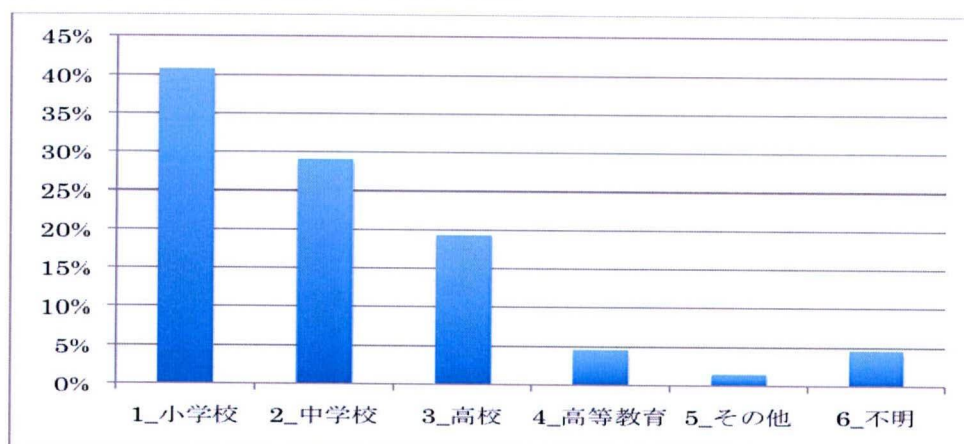
お忙しい日常生活の合間に、沢山の項目に回答していただきましたことを、この場をお借りして感謝申し上げます。

a. 基本的情報

回答は238名でしたが、未記入などもあり今回の集計では196名の回答を元にしました。回答者の92%（192名）が母親で、回答者の平均年齢は43.3歳（30-63歳）でした。対象となる子どもは、平均年齢13.4歳（4-33歳）、男女比7.3：1で、73%が通常学級に在籍しており、特別支援学級を活用している子どもは34%でした。

図7は、子どもたちの所属する学校の分布です。

図7 子どもたちが所属する学校の状況



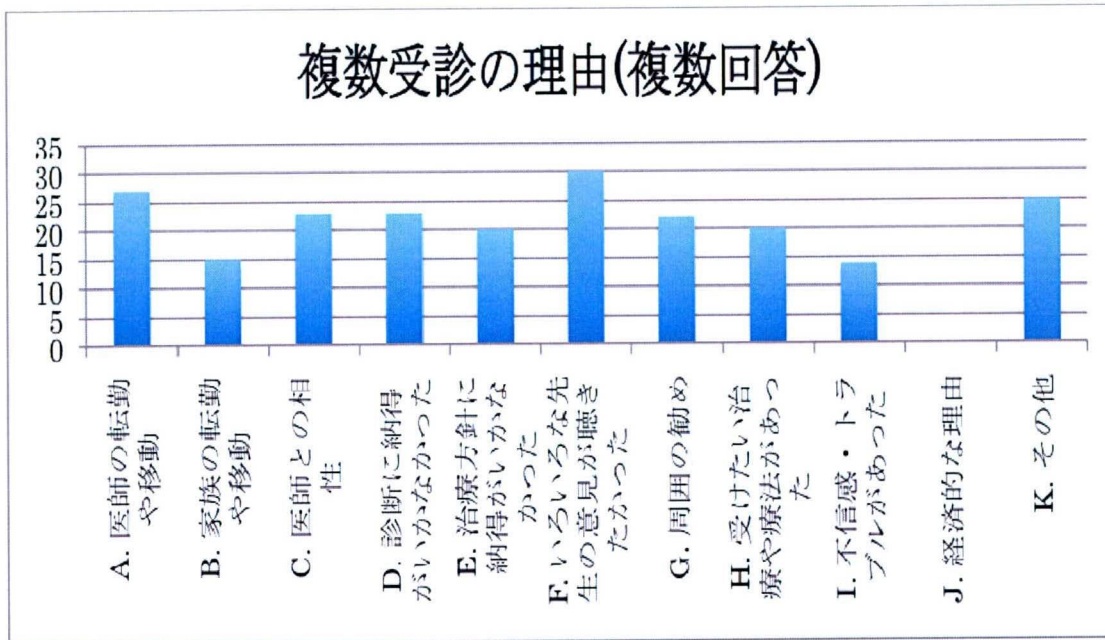
b. 医療機関の活用と支援状況

医療機関を受診するまでの期間は、親が子どもの状態に気づき初めて医療機関に連絡するまで、平均12～24ヶ月（最大216ヶ月）でした。どことなく感じ始めたからといって、すぐに受診に至らないということは、親は、悩み続け、躊躇するという可能性があるといえないでしょうか。

1, 2年も躊躇するのが標準ということからは、早期支援のための早期発見が、もしかすると親の心を圧迫してしまう可能性を示唆しているかもしれません。

また、56%の親が複数の医療機関を受診していました。そのうち51%が3箇所以上の医療機関を受診しています(図8)。こうした複数受診の理由は、助言や、さらによくなるための具体的な何かを求めている行動であったようです。

図8 複数受診の理由

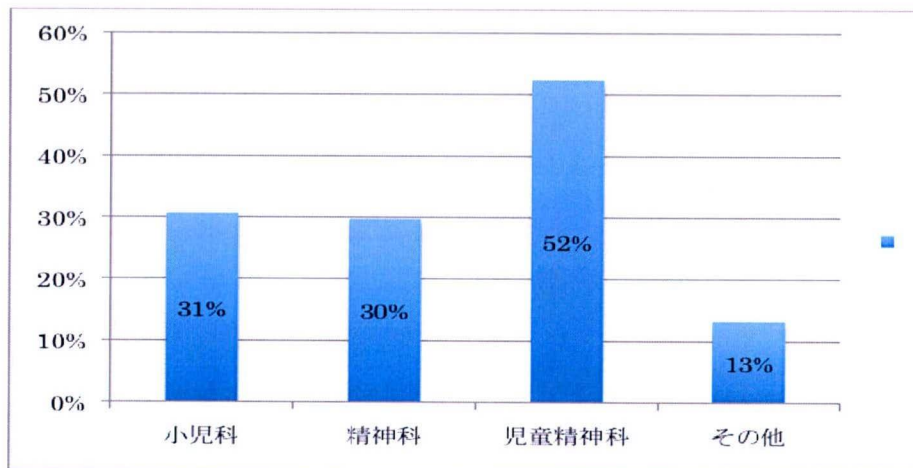


c. 支援を受けている子どもたちの実情

これまでになかしの医療支援を受けてきた子どもは、91%と高値を示し、現時点でも 110 名 (61%) の子どもが支援をうけています。

この現在支援を受けている 110 名の支援箇所は医療機関が圧倒的に多く、次いで心理教育相談、福祉行政機関、療育機関となります。医療機関も図 9 に示したように、児童精神科が最も多く利用されています。

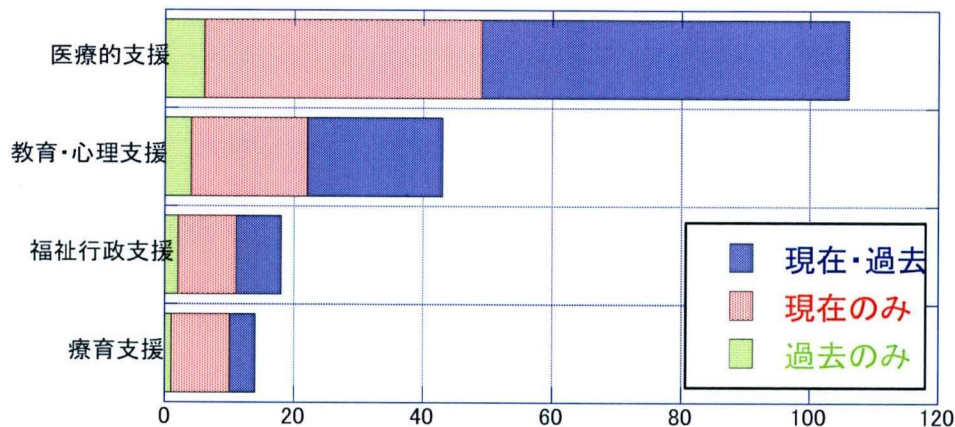
図 9 医療機関の支援状況



また、図 10 に示したように、過去から現在までを俯瞰しても、やはり医療的支援が圧倒的に多いことがわかります。

図 10 過去から現在までの支援機関の実情

保護者の利用する支援機関

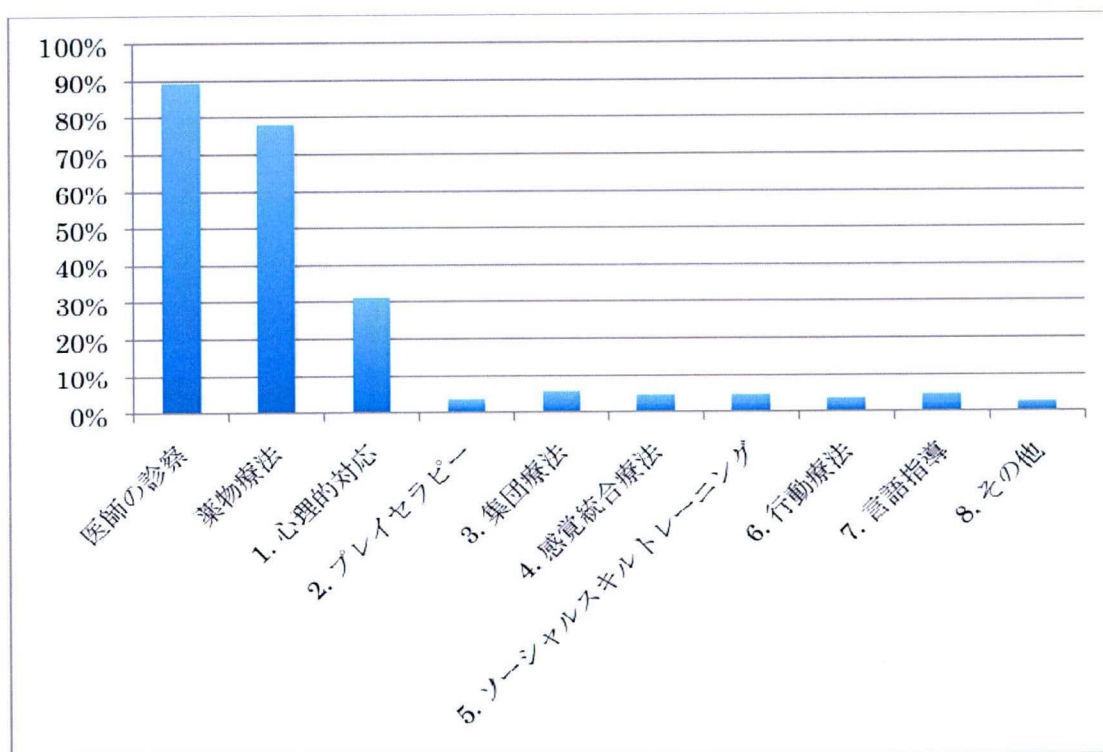


次に、この医療機関における支援内容を見てみたいと思います。

d. 医療機関での支援内容

図 11 は、医療機関で受けた子どもの支援内容です。

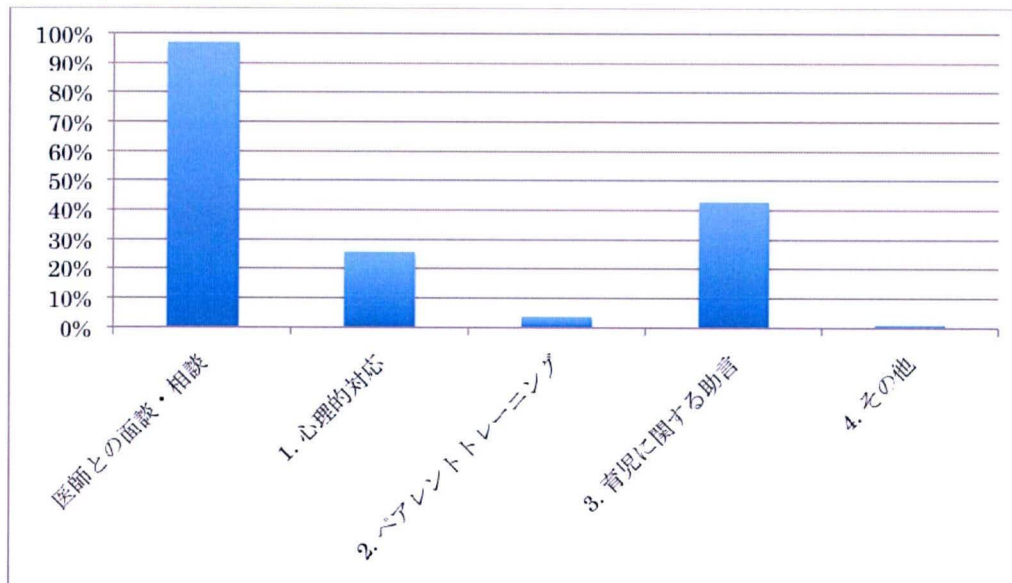
図 11 医療機関から子どもが受けた支援内容



すでに医療機関が提供する治療方法でも明らかなように、診察と薬物療法が支援の中心で、支援メニューの少なさが窺えます。

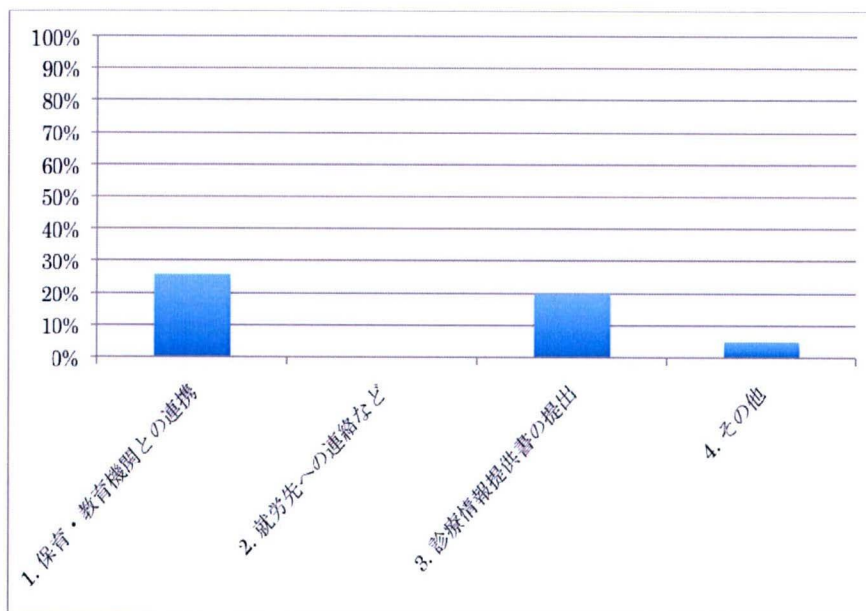
次に、親が医療機関から受けた支援内容を図 12 に示します。これも先の医療側の提供同様に育児に関する助言、心理的対応が一般的な面接や対応に次いで「支援をうけた」という感覚になっている事柄であったことがわかります。

図 12 親が医療機関から受けた支援内容



しかし、医療側が比較的实施していると実感している他機関との連携については、図 13 に示したようにそれほど高く実感されていないことがわかりました。

図 13 親が実感する医療機関からの外部連携状況



e. 医療への満足度

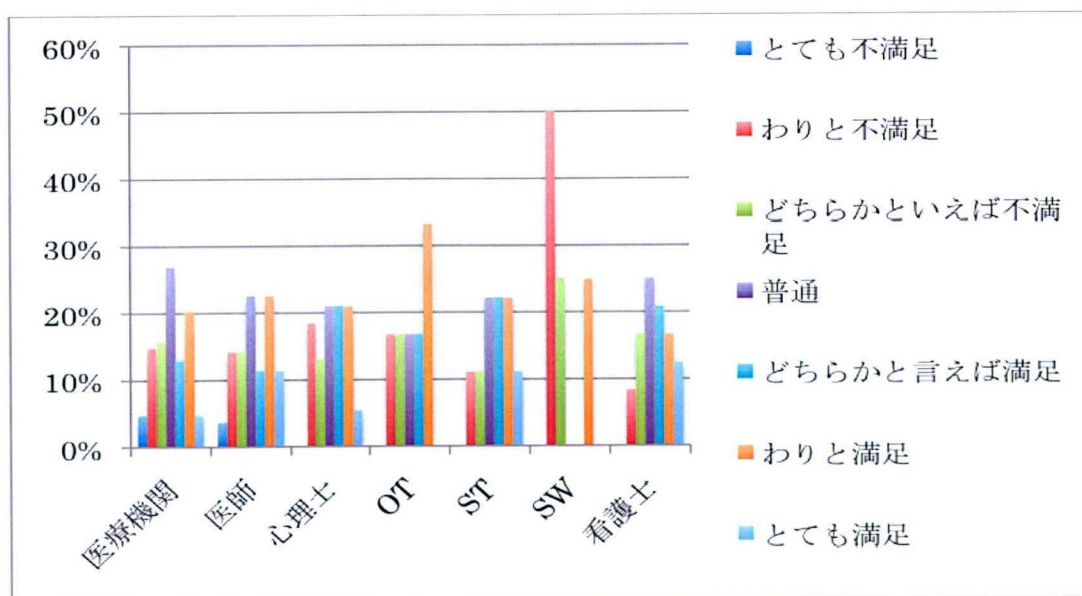
図14は、親が感じた満足度です。医療機関や医師の満足度は2峰性(普通と割と満足)を示していました。中央値・平均値の順番でいうと言語聴覚士(ST)がもっとも満足度が高く、次いで看護師、作業療法士(OT)、医師、心理士という順番でした。

その中身を見て見ると、中央値の序列では感覚統合、言語指導、ペアレント・トレーニング、育児助言などはどちらかと言えば満足と評価されていました。次いで、心理的対応、SST、行動療法、薬物療法、保育教育連携、診療情報提供などの満足度は普通であり、それ以下としてプレイセラピー、集団療法が挙げられていました。

平均値の序列では、言語指導はどちらかと言えば満足で、次いでペアレント・トレーニング、感覚統合療法、就労支援、育児助言などと続き、ここでもプレイセラピー、集団療法は下位でした。

思うに、子どもへの支援は、きちんと目に見えることが大切かもしれません。その意味では、遊戯療法やカウンセリングといった手法を使用する心理士よりも、言語療法や感覚統合療法といった手技を幼少時に示すことができる言語聴覚士や作業療法士への満足が高いといえるのかもしれない。

図14 医療への満足度



f. 医療者の説明

薬物と心理と育児助言、保育教育連携、診療情報提供の五種について説明の満足度を検討すると育児助言>診療情報提供>保育教育連携>薬物>心理の順番でした。親からすると、医療者の説明についてはどちらかといえば満足しているといえます。

g. 子どもへの医療的支援

図 15 に示したように、現時点で行われている子どもへの支援は、診察と薬物が大半で、特定の療法はひじょうに少ないのが実情です。また、加齢に連れて診察が減り、薬物が増える傾向にあります。

図 15 子どもへの医療的支援

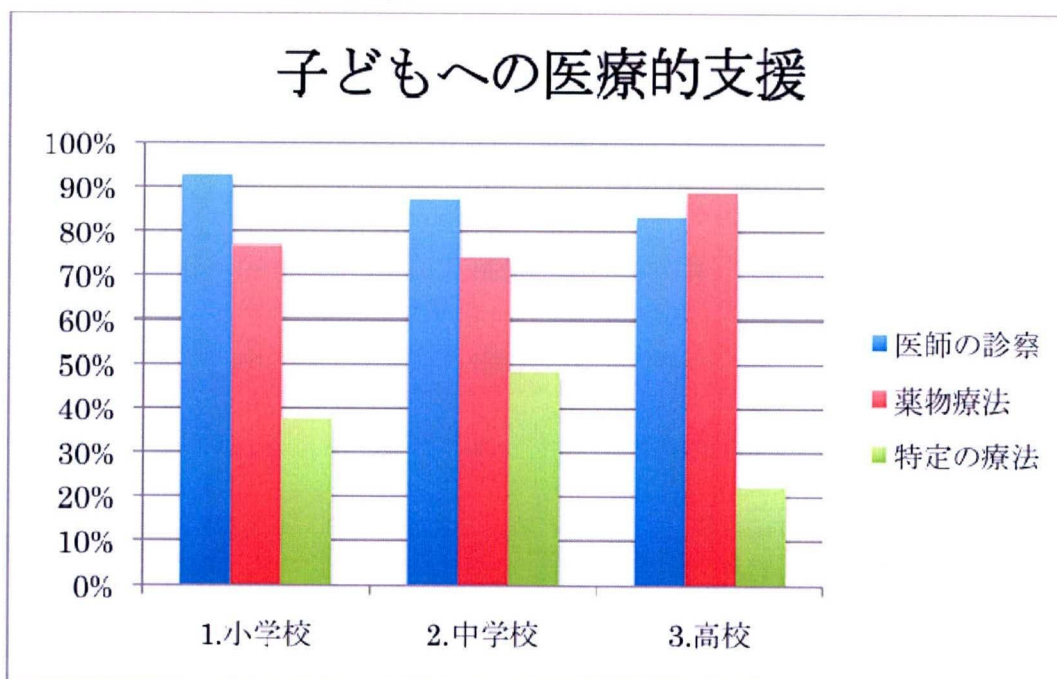


図 15 の『特定の療法』を細かく見たものが図 16 です。

これからも明らかに、全体には心理的対応が中心です。特に高校生では心理対応のみというのが実情です。これは、高校生になってから受診すること自体が難しくなっていることもあるかもしれません。