

たが、わからないから様子をみましょう、という原因探しの旅のような感じが続き、アドバイスはなかった (T)。正しい診断がほしい。そして薬が必要なら処方してほしい (W)。」

#### 《4：社会システムや発達障がいに対する社会の理解》

「乳幼児期の健診項目を充実させなければならない(D)。箱だけではなくて、その中身が重要。みかけの就職100%も大事であるが、まずその障がいをもった方は何ができるのか、何が足りなくて、何が必要か、ということを見てくれる機関が必要。課題は一人ひとり違うので、それに合わせて、心を寄せあえる経験が必要だと感じている (E)。小さければ小さいほど相談に乗ってもらえる場所が多いので、相談に行って、自分なりのネットワークを作っておいた方がいい。年齢が上がると相談機関がなくなってくる。先輩お母さんで、うまくやっているモデルがほしい、話を聞きたい(H)。小児科受診では困らなかったが、成人になってから外科疾患で入院した時に困った。婦長さんが「いい歳をして何この子」という態度のため不愉快だった。病院の先生も専門にかかわらず患者さんに発達障がい者は絶対いるので、もう少し知ってほしいと思った (M)。発達障がい、障がい者手帳が取れるようになりましたのでほっとしていますが、親が亡くなったあとの面倒を見てくれる制度が不足しています。今までは残された家族が担っていた部分が大さいと思いますが、本人が一人っ子、親同士も一人っ子の場合もありうるし、発達障がい者は犯罪の被害者になりやすいから制度が必要 (N)。学校の先生の当時の対応は本人にとって辛かったが、成人になってからの辛さというのはそれが消えてしまうぐらい辛い。コミュニケーションが取れないから、すぐクビになる (Q)。相談機関が少ないので気楽に行ける所があるといい。やはり、早いうちにわかっていたら対処の仕方が違ったと思う (V)。特別支援教育が始まってから、小・中学校の先生は本当に頑張っているが、就労支援の場はひどい (W)。」

#### IV. 考 察

本研究の対象は、医療機関に通院中もしくは通院した経験がある高機能 ASD の子どもをもつ母親であるため、得られた結果の一般化には注意を要する。しかしながら医療機関に所属する立場の医療従事者に求められる保護者支援のあり方を考えるうえでは示唆に富む内容である。

レジリエンスとは「精神的回復力」、「抵抗力」、「復

元力」、「耐久力」などと訳される心理学用語であり、困難な状況にもかかわらず、うまく適応 (対処・回復) できる力と解釈される<sup>4)</sup>。病児自身のレジリエンスという観点もあるが、発達障がい児の保護者におけるレジリエンスに関する研究も報告されている<sup>5)</sup>。一般に発達障がい児の保護者は、乳幼児期から育てにくさを感じており、子育てがとても辛いと思ったり、子どものさまざまな行動への対処方法がわからないと感じたりしており、このような体験をした保護者は過半数を超えると報告されている<sup>6)</sup>。そして育児ストレスの結果、保護者自身の精神的健康度が低下する可能性も指摘されているが<sup>7)</sup>、筆者らはレジリエンスによって保護者自身も成長しながら困難な状況に適応し、精神健康度の低下が阻止されている可能性があることに関して報告している<sup>8)</sup>。

今回面接対象となった母親の年齢は42～62歳の間に分布しており、子どもが診断を受けてから経過している年数も面接時点で6～24年と差が大きい。従って母親が語る内容は、面接時期の子どもの状態や診断後の年数により影響を受けた可能性がある。また、対象の母親は、自分の経験を振り返り、積極的に子育てについて語る事ができると主治医が判断した、という対象者のバイアスがあるため、結果の解釈に注意を要する。以上より本研究結果は、レジリエンスが現時点で比較的高い状態の母親が共通して語った内容であると言える。実際、今回面接した母親らは、以前に、われわれが医師向け面接調査で見出した知見、すなわち①積極的な思考を持ち、未来に肯定的な期待を持つ母親であり、②子どもの長所を育て、子どもに合わせた対応をする母親であり、③専門家や家族とコミュニケーションがとれる母親である点と類似していることが確認できている。

今回の研究結果から、高機能 ASD の子どもを育てるポイントとして母親が重視してきたことは、①子どもとコミュニケーションをとること、②子どもの良いところを発見し伸ばす養育態度を持ち続けること、③目先のことより、もっと先を見据えた子育てをすること、であることが明らかになっている。また、④母親は子どもが困っている時には子どもを助け、子どもに自分自身の苦手な点を認識させ、助けを求めることや代替手段を教えることも重要視している。そして、⑤子どもをまるごと受け入れ、⑥子どもに善悪を教えて、社会のルールを教育している。これら子育てのポイント

トは、子どもが社会人として就労中もしくは学齢期で登校できている社会適応良好群において、明瞭に抽出される。これらの点は、就職を進めるため、あるいは不登校状態を回避するためにはいずれも欠かせないと考えられる。

医療従事者が保護者に対して子どもの発達の状態を説明し、育てにくさなどへの対処方法を助言したうえで今後の見通しを話すことが保護者に自信や安心感を与えることは、子育てのうえで重要であると指摘する研究者もいる<sup>9)</sup>。今回の結果からも、医療従事者が行う保護者支援として、子どもをまるごと受け入れ、良い点を伸ばしつつも、子どもが困っている時には子どもを助け、子ども自身に苦手な点を認識させ、助けを求めることを教えられような養育態度を促すために専門家として発言することに加え、目先のことより、もっと先を見据えた子育てができるように母親に今後の見通しを話すことは重要と考えられる。

母親の自分に対する心がけとして、周りとのコミュニケーションをとりながら、可能な限り努力し、子どものために行動している一方で、母親としての役割や育児から解放される自分自身のための時間が持てるよう工夫していることがうかがえる。従って医療従事者は、母親が教師・心理士等の専門家、友だち、家族ともコミュニケーションをとり、子どもの行動への対処法を会得し、精神的に安定した子育てを続けることができるよう助言し、子どもに対して過保護、過干渉になり過ぎて良くない場合には、行き詰まりを感じていてもいきいきと子育てができるように、時には母親が自分のために時間を使うなど休息や充電の機会を確保するように促すことも必要であると考えられる。

面接結果から得られた母親から見た支援ニーズをまとめると図のようになる。具体的には、①医療機関や相談機関に対しては、「母親の気持ちに配慮する専門家の姿勢」、つまりこれまで頑張ってきたことを認める発言に加え、「正しい早期診断と適切な支援」を求めている。②学校教育の現場に対しては、「発達障がい理解があり指導力のある教員の増員」および子どもそれぞれの状況を踏まえた「個別性の高い配慮」を、そして③社会に対しては、「発達障がいについての理解の普及」と「生涯を通じた、発達障がい者に対するサポート」を求めている。

平成17年4月に施行された発達障害者支援法は、発達障がいを早期に発見し、発達支援を行うことに関す

る国および地方公共団体の責務を明らかにするとともに、学校教育における発達障がい者への支援、発達障がい者の就労の支援、発達障害者支援センターの指定等について定めることで、発達障がい者の自立および社会参加に資するようその生活全般にわたる支援を図り、もってその福祉の増進に寄与することを目的としている<sup>10)</sup>。本法律の施行以降、発達障がいに対する社会の認知や支援の充実は徐々に図られ、発達障がい児を育ててきた母親らは、助けられて感謝していることは多いが、これまでに、それぞれのライフステージにおいて支援の不足も経験しており、現在の状況についても改善を求めている点が多いと考えられる。生涯を通じた、発達障がい者に対するサポートは、今後の重要な課題の一つであろう。

最後に、医療機関に従事する者の使命として、発達障がい児・者の正しい早期診断とそれに対応する適切な治療など必要な支援を提供し、率先して発達障がい児・者にとって利用しやすい支援機関の一つとなるよう努力し続けなければならないと考える。

## V. 結 論

今回の面接対象の母親らは、子どもとコミュニケーションをとり、子どもの良いところを発見し伸ばす養育態度を持ち、子ども自身にも苦手な点を認識させ、目先のことより先を見据えた子育てを心がけていた。また、医療機関や相談機関に対しては、母親の気持ちに配慮する専門家の姿勢と正しい早期診断と適切な支援を、社会に対しては、発達障がいについての理解の普及と生涯を通じた発達障がい者に対するサポートを求めていることが指摘できた。

以上から、子どもの良い点を伸ばしつつ子ども自身に苦手な点を認識させることの重要性を母親に助言す

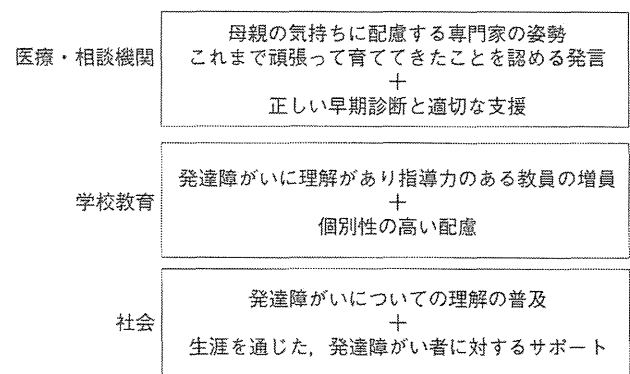


図 専門家や社会に求めること

ることや、今後の見通しを話すことは、医療従事者が日常診療の中で行える有効な保護者支援である。本研究の結果は、発達障がい診療を志す医師・コメディカルにとっても示唆に富む内容であると考えた。

## 謝 辞

本研究の一部は、平成24年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業 H24-身体・知的—一般—007）「発達障害児を持つ家族の支援ニーズに基づいたレジリエンス向上に関する研究」の援助を受けた。

なお、貴重な子育て経験を語ってくださったお母さま方とお子さまの主治医の先生方に、心から感謝申し上げます。

利益相反に関する開示事項はありません。

## 文 献

- 1) 宮尾益知. 幼児・学童期中心に. 宮尾益知編. ADHD・LD・高機能PDDのみかたと対応. 東京: 医学書院, 2007: 55-86.
- 2) Estes A, Olson E, Sullivan K, et al. Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain Dev* 2013; 35: 133-138.
- 3) 小林朋佳, 鈴木浩太, 森山花鈴, 他. 発達障害診療における保護者支援のあり方—医師8名への面接結果から—小児保健研究. 投稿中.
- 4) Goldstein S, Brooks RB. Handbook of resilience in children. Goldstein S, Brooks RB, eds. Why study resilience. New York: Springer, 2005: 1-15.
- 5) Bayat M. Evidence of resilience in families of children with autism. *J Intellect Disabil Res* 2007; 51: 702-714.
- 6) 安田すみ江, 後藤麻美, 加村 梓. 発達障害を持つ児の保護者の育児上の困難さに関する調査. *小児保健研究* 2012; 71: 495-500.
- 7) Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, et al. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 561-592.
- 8) 鈴木浩太, 北 洋輔, 加我牧子, 他. 子どもの行動特性と母親の抑うつ傾向の関連性: 母性意識の効果について. *小児保健研究* 2013; 72: 363-368.
- 9) 森 優子. 発達障害の就学前対応(療育の観点から). 宮尾益知編. ADHD・LD・高機能PDDのみかたと対応. 東京: 医学書院, 2007: 51-55.
- 10) 厚生労働省. 発達障害者支援施策について(発達障害者支援法: 平成十六年法律第百六十七号). <http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/04/tp0412-1e.html>

## 〔Summary〕

【Objective】 Children with developmental disabilities often show impairments in adaptive function skills and communication. They may have difficulties maintaining focus and lack persistence. They often easily become frustrated and irritable. Therefore, parenting stress is elevated in many cases. Many treatment programs for such children already exist. On the other hand, supporting parents is also considered to be an effective method to help the child indirectly.

【Methods】 We collected data on conducting semi-structured interviews with 23 mothers raising children with developmental disabilities. We asked about how they had raised their child from birth until the present. Important points when raising children successfully and the needs of mothers and children were extracted from the interviews.

【Results】 Mothers who have successfully raised their children considered the following as important: good communication with children, accepting the children for who they are, identifying and reinforcing their strengths and abilities, teaching them their weaknesses, and helping them set realistic goals. Physicians and health care providers should empathize with the mothers and play an active role in advising parents on successful ways to respond to challenging situations. They were requested to correctly diagnose developmental disabilities at an early point and provide effective and appropriate support for both children and parents.

【Conclusion】 It is important for physicians and health care providers to promote parents' resilience by providing individual support so all parents can raise their children successfully. Life-long support is needed by both children with developmental disabilities and their parents.

## 〔Key words〕

developmental disabilities, autistic spectrum disorder, resilience, parent support, raising children

## 報 告

## 発達障害診療における保護者支援のあり方

—医師8名への面接結果から—

小林 朋佳<sup>1,2)</sup>, 鈴木 浩太<sup>3)</sup>, 森山 花鈴<sup>3)</sup>  
加我 牧子<sup>4)</sup>, 稲垣 真澄<sup>4)</sup>

## 〔論文要旨〕

発達障害診療における保護者支援のあり方を明らかにするため、保護者への働きかけで好転するケースとそうでないケースについて8名の医師に尋ねた。好転ケースに共通する母親因子として、母親の積極的な思考と未来への肯定的な期待、子どもの長所を認めて育てかつ子どもに合わせた対応、専門家や家族との良好なコミュニケーションが見出された。医師は、①保護者、特に母親の役割を肯定的に受け取り、②児の立場を尊重する雰囲気作りや、③保護者に合わせた個別性の高い配慮を心がけ、好転ケースをモデルに、保護者の「困難な状況下でも対処できる力」、すなわち「レジリエンス」を高める支援を実践していた。

Key words : 発達障害, レジリエンス, 医師, 保護者支援, 診療態度

## I. はじめに

発達障害児は、その認知・行動特性から、落ちつきがない、指示が入りにくい、動きがぎこちない、集団行動が苦手、興味の偏りがあるなど、さまざまな困難を抱えている。また、保護者から見るとしつけが難しく、育てにくさがある子どもとも言えよう<sup>1)</sup>。

発達障害診療では、障害児本人への医療的アプローチは欠かせないが、本人を取り巻く環境因子の調整<sup>2)</sup>の重要性も日々の臨床からよく経験される。とくに、発達障害児をもつ保護者は、健常児の場合と比べて多くの育児ストレスを経験することが先行研究で明らかにされている<sup>3)</sup>。そのため、児の特性に応じた早期からの育児支援、育児ストレス対策が母親のメンタルヘルス維持向上の点から重要とされ<sup>4)</sup>、養育の中心的役

割を果たす保護者の困難に打ち勝つ力、すなわち「レジリエンス」<sup>5)</sup>を高める支援について、医師も日頃の診療を通じて関わっているものと予想される。

発達障害診療における保護者支援のあり方を明らかにするために、今回、発達障害診療を専門とする医師に対する面接調査を実施し、保護者の特性や医師に共通する診療態度を抽出した。そして、保護者のレジリエンスを高める支援に関する重要因子について、診療従事者がどのように捉えているのかについて考察した。

## II. 対象と方法

発達障害診療を専門とする8名の医師に対して半構造化面接を行った。面接は2012年5月8日～11月6日の間に、個別に実施した。面接場面では、医師経験年

Support for Parents of Children with Developmental Disabilities : Through Interviews of 8 Physicians

(2549)

Tomoka KOBAYASHI, Kota SUZUKI, Karin MORIYAMA, Makiko KAGA, Masumi INAGAKI

受付 13. 8. 19

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的障害研究部 (医師/小児科)

採用 14. 6. 29

2) 地域医療機能推進機構東京山手メディカルセンター小児科 (医師/小児科)

3) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的障害研究部 (研究職)

4) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的障害研究部 (研究職/医師/小児神経科)

別刷請求先: 小林朋佳 地域医療機能推進機構東京山手メディカルセンター小児科

〒169-0073 東京都新宿区百人町3-22-1

Tel : 03-3364-0251 Fax : 03-3364-5663

数、発達障害を専門とした経緯、現在の診療状況（外来診療日数・担当患者の年齢層と疾患分布）を尋ねたうえで、子どもに対する直接的な治療ではなく、保護者に対して働きかけをすることにより子どもの状態が好転したケースの経験や問題が山積して苦勞したケースの経験について語っていただいた。その後、収集したインタビュー資料を整理し、好転したケースおよび苦勞したケースの母親に共通する因子を抽出した。また、診療場面で心がけている点、すなわち発達障害児・者に対する診療の要点および保護者や障害児・者に働きかけている内容について個別に尋ねた。面接音声はICレコーダに録音され、医師を含む面接者（インタビューアー1名、補助者1名）とのやりとりをすべて文字起しした後に解析した。得られた逐語録と録音内容が一致していることは複数の面接者が少なくとも4回以上確認して、正確性を担保した。8名の対象医師から収集した資料については、保護者のレジリエンスを高める支援に関する論点を明らかにすることを目的に、好転ケースの共通点、苦慮するケースの共通点、診療態度の3点に着目して分析した。

また、解析結果をもとに、保護者への働きかけにより子どもが好転するケースの共通点として10項目が抽出された。この10項目がそれぞれにどの程度影響をしているのかについて調べる無記名の質問紙調査を、面接調査と同じ対象者全員に対して実施した。回答は、「弱い」、「やや弱い」、「中程度」、「やや強い」、「強い」の5件法で尋ねた。また、実施期間は、面接調査後7～11か月後であった。なお、苦勞したケースの共通点については、項目を抽出したが、質問紙調査は実施し

なかった。

本研究の目的・内容については、筆者らの所属施設の研究倫理委員会で審査を受けて、承認された（倫理委員会承認番号A2012-006）。面接当日、面接者は研究目的を面接対象医師に説明し、同意を得たのちに実施した。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 対象の属性および分析資料

面接対象医師8名（A～H）の専門科は、小児神経科が6名、児童精神科が2名であり、いずれも専門医資格を有していた。面接時年齢は43～66歳で、発達障害診療の経験年数（平均±標準偏差、以下同じ）は26.5±6.3年（19～36年）であった。大学に属する医師が2名、総合病院勤務医師が4名、診療所勤務医師が2名であった。それぞれ1週について2.4±1.7日の外来診療を行っていた。

面接場面では発達障害のうち、社会的スキルの獲得が特に困難である広汎性発達障害（以下、PDD）の診療状況について主に尋ねた。診療実績全体のうち、PDD圏の患者割合は、全体の1～5割であり、診療実数は100～10,000名と幅が広がった。年齢層は1～40歳代であり、それぞれの医師は、幼児期から成人期までの年齢層を診療しており、経験の偏りはなかった。受診経路は、医療機関からの紹介、学校からの紹介、保健センターからの紹介、口コミ（紹介状なし）など、さまざまであった。

面接所要時間は、医師1名当たり平均1時間22分12秒（47分3秒～2時間22分17秒）であり、逐語録の文

表1 保護者に働きかけたことにより、子どもの状況が好転するケースの共通点

母親要因	(Ⅰ) 母親の性格・気質・人柄・生き方	1：母親が、前向きで積極的な思考を持ち、楽観的であるなど、未来に肯定的な期待を持っている 2：母親が、時間とエネルギーを子どものために作ることができる 3：子どもの悪い面や失敗談を、ユーモアをまじえて話せる母親である
	(Ⅱ) 子どもの捉え方・養育態度	4：母親が、子どもを客観的に・冷静に見ることができ、良いところも悪いところも認識している 5：母親が、子どもの長所や能力を積極的に育てようとする。子どもを変えようとするのではなく、子どもに合わせた対応をする
	(Ⅲ) 周囲とのコミュニケーション力	6：母親が、学校や園、療育センターなど家庭以外の子どもの生活の場のスタッフに相談し、コミュニケーションがとれる 7：母親が、友人や、父親を含む他の家族に相談でき、コミュニケーションがとれる
母親以外の要因	(Ⅳ) その他	8：医師から見ると子どもの状態が安定して良い。障害の程度が軽い。薬物療法の反応が良い。働きかけに反応して、好転しやすい子どもである。自分で機嫌を治す方法などを容易に体得する子どもである 9：家庭に教育力があり、家族環境が恵まれている 10：経済的な問題を抱えていない家庭である

字数は33,077±15,866字であった。

## 2. 抽出された共通点および診療態度

### 1) 保護者への働きかけにより好転するケースの共通点

共通点として以下の10項目が抽出された(表1)。《 》は項目内容, 医師A～Hの語りの要約は「 」で提示した。

《1: 母親が, 前向きで積極的な思考を持ち, 未来に肯定的な期待を持っている》(8名中8名)「育児を楽しんでいる。息抜きしながら子どもに対応している(A)。母親はバイタリティがあって, 前向き(C)。積極的, 前向き, 楽観的な母親(E)。のびのびとやっている(H)。」

《2: 母親が, 時間とエネルギーを子どものために作ることができる》(8名中6名)「時間とエネルギーを子どものために使う(A)。子ども時代に病院に通わせ続ける力が母親にある(G)。」

《3: 子どもの悪い面や失敗談を, ユーモアをまじえて話せる母親である》(8名中6名)「実は, こんなことありました, と冗談っぽく言える。楽しんで子どもを捉え, 冗談話を外来でしてくれる(E)。」

《4: 母親が, 子どもを客観的に・冷静に見ることができ, 良いところも悪いところも認識している》(8名中7名)「子どものいいところも悪いところも冷静に見られる。子どもの限界を承知して, それを踏まえた生き方をして欲しいと思う(G)。子どもはこういう特性をもった子どもであると納得できて, 子どもの問題を受け入れられる(H)。」

《5: 母親が, 子どもの長所や能力を積極的に育てようとする。子どもを変えようとするのではなく, 子どもに合わせた対応をする》(8名中8名)「子どもを丸ごと受け入れる。子どもの長所や能力を認めて, それを積極的に育てる(A)。子どもを変えるのではなく, 子どもに合わせようとする(B)。」

《6: 母親が, 学校や園, 療育センターなど家庭以外の子どもの生活の場のスタッフに相談し, コミュニケーションがとれる》(8名中7名)「医師・心理・STなど医療のネットワークの中で相談できる(C)。学校に対する交渉力がある(D)。」

《7: 母親が, 友人や, 父親を含む他の家族に相談でき, コミュニケーションがとれる》(8名中6名)「話し合える夫婦・家族の場合, 最も子どもが変容する。夫婦間のコミュニケーション, つまり二人の間で納得して, ものごとを決めて行動することが重要(B)。母親の友だ

ちなど理解者が周りにいる(E)。」

《8: 医師から見ると子どもの状態が安定している。障害の程度が軽い。働きかけに反応して, 好転しやすい子どもである》(8名中6名)「薬物療法の反応が良い。子どもと学校の先生の相性が良い(D)。自分で機嫌を治す方法などを容易に体得する子どもである(H)。」

《9: 家族環境が恵まれている。家庭に教育力がある》(8名中7名)「お父さんがいて, お母さんがいて, 子どもを見てくれるという関係がある(D)。家族に大切に育てられ, 信用されてきた子どもたちは, 大きくなると, 社会の枠組みを信用してくれるようになり, うまくいく(F)。」

《10: 経済的な問題を抱えていない家庭である》(8名中5名)「経済的な問題を抱えていないことは家族の余力の点で重要(C)。」

以上の10項目は, 母親に関わる事柄が多く, (I)人柄, 気質, 性格や生き方など母親自身のことや, (II)母親の子どもの捉え方および養育態度, そして(III)母親の周囲とのコミュニケーションのとり方, の3つに分類可能であった。なお, 母親に直結しない, その他の要因として, (IV)子どもの状態や家庭環境があげられた。

一方, 父親について, 診療場面に付き添われるケースが少なく, 共通項目として抽出されなかった。子どもと一緒に両親が来院される場合は, 好転しやすいケースが多いと表現する医師は3名いた。

### 2) 診療に苦慮する難しいケースの共通点

診療に苦慮する難しいケースの共通点として, 抽出された項目は以下のものであった(表2)。《 》は項目内容, 医師A～Hの語りの要約は「 」で提示した。

《1: 母親が悲観的で, 思い込みが激しく融通がきかず, PDDの要素を持つ。精神的な問題や理解力の問題を抱えている母親である》(8名中8名)「非常に悲観的な母親(A)。思い込みが激しい。変わらない母親, 融通がきかない母親。繰り返し伝えても, 母親が結果的に子どものことをわかっていない(D)。ADHDやうつがある母親(E)。母親の発達特性。母親自身が親から好かれて肯定されていないと, 子どもを肯定的に見る子育てはできない(F)。母親がパーソナリティ障害(G)。母親にPDDの要素があると一緒にパニックになる(H)。」

《2: 子どもの長所を認める子育てができず, 母親の要求水準が高い》(8名中7名)「子どもの長所を認める育て方ができない(A)。子どもを治したいという思

表2 診療に苦慮するケースの共通点

母親要因	(I) 母親の性格・気質・人柄・特性	1: 母親が悲観的で、思い込みが激しく融通がきかず、PDDの要素を持っている。母親が精神的な問題や理解力の問題を抱えている
	(II) 子どもの捉え方・養育態度	2: 母親が、子どもを客観的に捉えることができない。母親が子どもの長所を認める子育てができず、母親の要求水準が高い
	(III) 周囲とのコミュニケーション力	3: 母親が、学校など家庭以外の子どもの生活の場での、子どもの理解者が得られず、コミュニケーションがとれない
母親以外の要因	(IV) その他	4: 子どもが、自閉性が強く、過敏で、暴れてパニックが頻発している 5: 家庭の背景が脆弱であり、父親の協力が得られないなど、家族環境が恵まれていない 6: 経済的な問題を抱えている家庭である

表3 外来で心がけている点：医師の診療態度の共通点

母親に対して	1: 母親が前向き・積極的になれるように母親の育児を肯定的に評価する 2: 子どもの状態を客観的に捉え、素直に、子どもをまるごと受け入れる養育態度を促すために、話を丁寧に聞き、課題を整理し、専門家として発言する 3: 教師・心理士等の専門家、友だち、家族とコミュニケーションをとることを促す 4: 子どもに配慮し、子どもの立場を尊重する態度を促す
子どもに対して	1: 薬物治療は適応のあるケースに限定する 2: 子どもとの関係性も医師にとって重要である

いが強く、母親の要求水準が高い (C)。子どもはこうあるべし、という理想像が高い (D)。子どものことをわかっているような発言をする一方、子どもの見方が本質的には変わらず、適切な対応ができない母親 (F)。」

《3: 家庭以外の子どもの生活の場で子どもを理解してもらえない》(8名中6名)「学校での理解者が得られない。本人の特性を理解して対応してもらえない (E)。」

《4: 子どもの状態が悪い》(8名中5名)「自閉性が強く、過敏性が強い子ども。暴れてパニック頻発の子ども (C)。」

《5: 家族の協力がなく、家族環境が恵まれない》(8名中6名)「家庭の背景が脆弱、例えば産んだ母親が子育てを放棄したため母方祖母が育てている (B)。父親の協力がなく (C)。虐待圏 (F)。」

《6: 経済的に恵まれない家庭》(8名中6名)「仕事を休むと収入が減るため、通級教室への送迎ができない (E)。」

これら6つの共通点も好転する場合と同様、親に関わる事柄が多く、以下の4つに分けられた。(I) 母親が発達障害や精神障害を抱えている点や母親の恵ま

れない成育歴、悲観的で、思い込みが激しく、融通がきかない母親自身の人柄や性格。また、(II) 養育態度として、子どもを客観的に捉えることができず、要求水準が高く、子どもに合わせ、子どもの長所を認める子育てができない点。そして、(III) 学校など家庭以外の子どもの生活の場で、子どものことを理解し、協力してくれる人が得られず、母親がコミュニケーションをとれず孤立している場合であった。子ども自身の要因として、(IV) 子ども自身が過敏で、暴れてパニックが頻発の場合は、介入に対し反応が悪く、医師が診療で苦慮している実情が述べられた。

### 3) 外来で心がけている点：医師の診療態度

診療態度の共通点として、母親への4項目、子どもへの2項目があげられた(表3)。《 》は項目内容、医師A～Hの語りの要約は「 」で提示した。

#### ①母親に対する診療態度

《1: 母親が前向き・積極的になれるように母親の育児を肯定的に評価》(8名中7名)「子どもの状態が悪いのは、母親のせいではないと、最初は信じてもらえなくても言い続ける (A)。育て方が悪いわけではなく、最善の努力を尽くしたと毎回励ます (D)。親の対応の正当性を専門家として担保する。親が落ち着くのが大事であるので、肯定的な評価を返すことは有効 (F)。最初の1年くらいは、ほとんど何も言わないくらいのつもりで、発達障害と言われた腹立ちを聞いてあげる (G)。」

《2: 子どもの状態を客観的に捉え、素直に、子どもをまるごと受け入れる養育態度を促すために、話を丁寧に聞き、課題を整理し、専門家として発言》(8名中8名)「子どものいいところを、母親に伝える (A)。親御さんのタイプによって、提供する情報と話し方と説得の仕方を変える。今の受け入れの具合によって、投げる球を変えていく、これが医者技術。母親を中心とした家族が、その子どもへの関わり方を変えていく、高め



られるようにする (B)。母親の目標と、本人や支援者側の目標を共有できるものにする (C)。親が子どもをどう見ているのかが大切で、それを聞きとる。子どもが困っている時に助ける親になることを促す。子どもを責めずに誉めると、子どもは落ち着く (F)。親から見ると、わからない行動や困難な反応を、どう冷静に見ていくかについて、こちらから、多少の知恵を積極的に提供する (G)。」

《3:教師・心理士等の専門家, 友だち, 家族とコミュニケーションをとることを促す》(8名中7名)「構築した医療ネットワークの中での医師の役目は、診断することが中心となるので、心理士・言語療法士等の専門家と母親が話せる場を提供する (C)。医師は時間的な制約もあり、十分に対応できない部分は、自分自身が信頼している他の職種の人に紹介して、別の立場から話してもらう。日頃から関係機関の方々と顔を合わせて、時間をかけて、ネットワークを作る (E)。」

《4:子どもに配慮し, 子どもの立場を尊重する態度を促す》(8名中8名)「母親が子どもの悪口を言っても、絶対一緒に言わない (A)。外来で、困っていること

を話したがる親に対しては、子どもを尊重するように助言。子どもの頑張ったところ、こんな風にして良かったことを報告しなさい、という雰囲気にする (B)。」

②子どもへの診療態度

《1:薬物治療は適応のあるケースに限定》(8名中7名)「投薬が効果的であると、信頼を得るきっかけの一つになる (D)。薬物を使って良かった部分はあるかもしれないが、薬物療法によって、子どもの持っている本来の力を変化させている可能性があるかもしれないという見方も重要 (F)。薬物療法にのみ頼るのは慎むべき (H)。」

《2:子どもとの関係性も医師にとって重要》(8名中8名)「発達障害に関する情報に振り回される場合があるので、親の話だけで診療を進めるのではなく、子ども自身を診察し、子どもとの関係を大事にする (B)。」

3. 医師への質問紙調査 (図)

保護者への働きかけにより子どもが好転する場合において抽出された10項目の共通点が、それぞれどの程度影響しているのかを評価する質問紙調査を医師8名

項目
1: 母親が、前向きで積極的な思考を持ち、楽観的であるなど、未来に肯定的な期待を持っている
2: 母親が、時間とエネルギーを子どものために作ることができる
3: 子どもの悪い面や失敗談を、ユーモアをまじえて話せる母親である
4: 母親が、子どもを客観的に・冷静に見ることができ、良いところも悪いところも認識している
5: 母親が、子どもの長所や能力を積極的に育てようとする。子どもを変えようとするのではなく、子どもに合わせた対応をする
6: 母親が、学校や園、療育センターなど家庭以外の子どもの生活の場のスタッフに相談し、コミュニケーションがとれる
7: 母親が、友人や、父親を含む他の家族に相談でき、コミュニケーションがとれる
8: 医師から見ると子どもの状態が安定して良い。障害の程度が軽い。薬物療法の反応が良い。働きかけに反応して、好転しやすい子どもである。自分で機嫌を治す方法などを容易に体得する子どもである
9: 家庭に教育力があり、家族環境が恵まれている
10: 経済的な問題を抱えていない家庭である

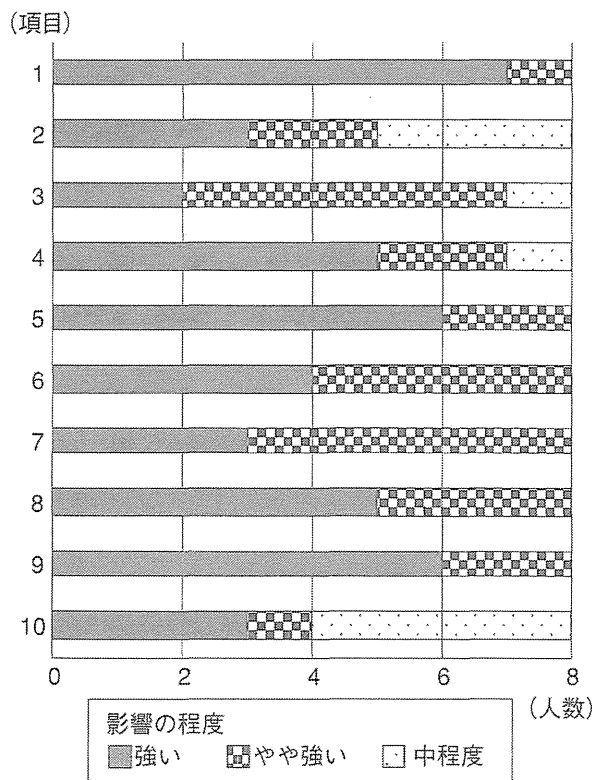


図 保護者への働きかけにより好転するケースの共通点：項目別の影響の程度

影響が強い項目として、1: 母親が前向きで積極的な思考を持ち未来に肯定的な期待を持っていること、5: 母親が子どもの長所や能力を積極的に育て、子どもに合わせた対応をする養育態度を示すこと、9: 家族環境が恵まれていること、8: 医師から見ると子どもの状態が安定していて障害の程度が軽いこと、母親が、6: 教師・心理士等の専門家、7: 友だち、家族と、コミュニケーションがとれることが指摘された。



に行ったところ、影響の程度が「弱い」および「やや弱い」の回答はなく、いずれも、中程度以上の評価であった。「影響が強い」は、項目1《母親が、前向きで積極的な思考を持ち、未来に肯定的な期待を持っている》が8名中7名と最も多く、次いで、項目5《母親が、子どもの長所や能力を積極的に育てようとする。子どもを変えようとするのではなく、子どもに合わせた対応をする》と、項目9《家族環境が恵まれている》が8名中6名と多かった。また、項目8《医師から見ると子どもの状態が安定していて、障害の程度が軽い》や項目6と7《母親が教師・心理士等の専門家、友だち、家族とコミュニケーションがとれる》の項目が重要であると、8名の医師は回答した。

#### IV. 考 察

レジリエンスとは「精神的回復力」、「抵抗力」、「復元力」、「耐久力」などと訳される心理学用語であり、困難な状況にもかかわらず、うまく適応（対処・回復）できる力と解釈される<sup>6)</sup>。病児自身のレジリエンスという観点もあるが、発達障害児の保護者におけるレジリエンスも報告されている<sup>5)</sup>。一般に発達障害児の保護者は、子どもが乳幼児期から育てにくさを感じており、子育てがとても辛いと思ったり、子どものさまざまな行動への対応の仕方がわからないと感じたりする経験者は、過半数を超えると報告されている<sup>7)</sup>。そして育児ストレスの結果、保護者自身の精神的健康度が低下する可能性も指摘されている<sup>8)</sup>。一方、レジリエンスの要素により、保護者自身も成長しながら困難な状況に適応し、精神健康度の低下が阻止されている可能性があるとも言われている<sup>9)</sup>。また、医療従事者が保護者に対して子どもの発達の状態を説明し、育てにくさなどへの対処方法を助言したうへ、今後の見通しを話すことで保護者に自信や安心感を与えることは、子育てのうへで重要であると指摘する研究者もいる<sup>10)</sup>。

今回の調査においても、診療従事者の役割として、これまでの指摘と同様な結果が抽出された。すなわち、いずれの医師も、発達障害児・者の診療場面では、保護者支援の観点から助言し、保護者のレジリエンス（困難に打ち勝つ力）が高まるよう、外来診療の場面において工夫して診療を行っていることが推測された。つまり、母親が積極的、前向きになれるように育児を肯定的に評価し、子どもをまるごと受け入れる養育態度を促すために話を丁寧に聞き、課題を整理し、専門家

として発言することを心がけていた。これらの点は事後質問紙調査でも確認された。なお、診療場面では時間的な制約もあるため、十分に対応できない部分は、医師個人の支援ネットワーク構築のもと、医師以外の支援者とつなぐなど、必要なリソースを適切な段階で提供することが重要と考えられる。

ところで、保護者に働きかけたことにより、子どもの状況が好転するケースの共通点と苦慮するケースの共通点の分析結果は対照的であった。前者では、(I) 母親の性格や人柄について、総じて積極的で前向きであり、他人の意見を受け入れ、素直で冷静、(II) 子どもの状態を客観的に捉え、子どもをまるごと受け入れる養育態度を備えており、子どもを変えようとするのではなく、子どもに合わせようとする姿勢がみられた。さらに、(III) 母親の周囲とのコミュニケーション力、つまり、子どもを低年齢のうちに病院受診させ、診断に納得し、教師・心理士等の専門家、友だち、家族ともコミュニケーションをとり、子どもの行動への対処法を会得し、精神的に安定した子育てを続けることができる親であると医師は感じていた。コミュニケーション力のある母親は、結果的に、リソースをうまく使い、上手にサポートを受ける、という点も面接対象医師に共通した見解であった。

苦慮するケースでは、母親の養育態度として、子どもを客観的に捉えることができず、要求水準が高く、子どもに合わせ、子どもの長所を認める子育てができない点があげられた。そして、母親がコミュニケーションをとれず孤立している場合や子どものことを理解し、協力してくれる人が得られない状況が多く見受けられた。

栗屋は、小児科医として子どもと親に接してきた経験から、子育てのポイントとして、「すべての子どもに自信や達成感、満足感が得られる場所をつくる」、「子どもと向き合い、個人差・個性があることを知り、発達段階に合った子育てをする」、「マニュアルを頼りにするのではなく、子どもを見て対応する」ことなどを述べている。また、親は子どもの何十年か先も見据えた子育てをすることを目標としたい点や、親がいきいきと子育てができるように、ときには親業を休んで、自分のために時間を使う、という、親自身の休息や充電の機会を確保することの重要性も指摘している<sup>11)</sup>。発達障害児をもつ保護者が精神的な問題や理解力の問題を抱えている場合など、いわゆる苦慮するケースに

に対する診療従事者の支援のあり方は、今後の重要課題の一つであろう。

最後に、発達障害診療において、保護者支援の一環として、子どもの立場を尊重する態度を促す点も忘れてはならないであろう。医師が子どもを診察し、子どもの頑張っているところを外来で話題にするなど、子どもを肯定的に評価し、子どもに配慮した発言をする意義は大きく、養育の中心的役割を果たす保護者、特に母親のレジリエンスを高める支援につながると考えられた。今後、困難な状況下でも対処できる力を増やす視点の保護者支援策がとても重要と考えられる。

## V. 結 論

今回の面接対象となった小児神経科・児童精神科専門医師はそれぞれ医学教育を受けた時期や場所、現在診療している施設規模や勤務条件が異なっていた。しかし、8名のいずれも、発達障害診療において、保護者支援の観点から助言し、発達障害児の子育てにおいて直面する困難な状況にうまく対処し打ち勝つ力、すなわち保護者のレジリエンスを高められるよう診療していた。とくに、発達障害診療に従事する医師の診療態度として、①保護者、特に母親の役割を肯定的に受け取る医師の態度、②児の立場を尊重する雰囲気作り、③保護者に合わせた個別性の高い配慮の3点が重要であることが指摘できた。本研究の結果は、今後発達障害診療を志す医師・コメディカルにとって示唆に富む内容であると考えられる。

## 謝 辞

本研究の一部は、平成24年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業 H24-身体・知的-一般-007)「発達障害児を持つ家族の支援ニーズに基づいたレジリエンス向上に関する研究」(主任研究者:稲垣真澄)の援助を受けた。

本論文の一部は、第55回日本小児神経学会学術集会(2013年5月,大分)で発表した。面接を通じて、貴重な診療経験について語っていただいた8名の医師に心から感謝申し上げます。

利益相反に関する開示事項はありません。

## 文 献

- 1) 小枝達也. 事後相談体制. 小枝達也編. 5歳児健診. 東京:診断と治療社, 2010:60-61.
- 2) 宮尾益知. 幼児・学童期中心に. 宮尾益知編. ADHD・LD・高機能PDDのみかたと対応. 東京:医学書院, 2007:55-86.
- 3) Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, et al. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* 1992; 20:503-520.
- 4) Estes A, Olson E, Sullivan K, et al. Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain Dev* 2013; 35:133-138.
- 5) Bayat M. Evidence of resilience in families of children with autism. *J Intellect Disabil Res* 2007; 51:702-714.
- 6) Goldstein S, Brooks RB. Handbook of resilience in children. Goldstein S, Brooks RB, eds. Why study resilience. New York:Springer, 2005:1-15.
- 7) 安田すみ江, 後藤麻美, 加村 梓. 発達障害を持つ児の保護者の育児上の困難さに関する調査. *小児保健研究* 2012; 71:495-500.
- 8) Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, et al. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2000; 20:561-592.
- 9) 鈴木浩太, 北 洋輔, 加我牧子, 他. 子どもの行動特性と母親の抑うつ傾向の関連性:母性意識の効果について. *小児保健研究* 2013; 72:363-368.
- 10) 森 優子. 発達障害の就学前対応(療育の観点から). 宮尾益知編. ADHD・LD・高機能PDDのみかたと対応. 東京:医学書院, 2007:51-55.
- 11) 粟屋 豊. 「障害児医療」40年. 初版. 東京:悠飛社, 2010:153-166.

## [Summary]

Children with developmental disabilities often show impairments in adaptive function skills and communication. They may have difficulties maintaining focus and lack persistence. They often easily become frustrated and irritable. Therefore, parenting stress is elevated in many cases. Many treatment programs for such children already exist. On the other hand, supporting parents is also considered to be an effective method to help the child indirectly. It is likely that physicians be-

come involved with not only the child but also parents as part of their outpatient services. In order to clarify the support for parents of children with developmental disabilities, we collected data on semi-structured interviews of eight physicians. Six pediatricians and two child psychiatrists participated. We asked about the common points in successful cases. Physicians' attitudes towards treatment were also extracted from the interviews. In successfully treated cases, factors relating to the mother were important, since mothers play a central role in caring for their children. In such cases, mothers had positive attitudes. They were active and tended to be optimistic, accepted the children for who they were and help them set individual goals, identified and reinforced the strengths and abilities of the children, and communicated effectively and actively listened to expert opinions.

Physicians play an active role advising parents in successful ways to respond to challenging situations. They help mothers acquire skills and knowledge so they can teach children effective and appropriate problem-solving skills. Physicians promoted parents' resilience, the ability to withstand hardship and rebound from adversity, by accepting the results of their parenting in affirmative manners. They were empathic with all parents, and considered the needs of each parent and provided individual support. Physicians took the initiative in listening and talking to the children, so that the children could feel special and appreciated.

---

[Key words]

developmental disabilities, resilience, physicians, parent support, attitude towards treatment

## ADHD

稲垣 真澄 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的障害研究部

**要旨**：ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder) は古くから知られ、児童の5%程度に見られる発達障害である。最近では注意欠如・多動性障害と表記される。2013年5月、DSM-5 (精神障害の診断・統計マニュアル第5版) が発表され、ADHD が発達障害として明確に位置づけられた。DSM-5でADHDは不注意かつ/または多動・衝動性が見られる神経発達障害と定義される。不注意は年齢あるいは発達段階に不相应な程度で見られ、作業に取り組み続けられない、なくし物が多いなどの症状で、多動・衝動性は、過剰な行動、落ち着きのなさ、他人の行動に干渉する、待てないなどの行動特徴を指す。外在化障害とされる反抗挑戦性障害、素行障害を小児期に重複することがある。ADHDは社会的な問題、学業不振、職業的な機能障害を呈しながら成年期に至ることもある。DSM-5では上記症状が12歳までに発症すると修正された。病態にカテコールアミン系神経伝達物質の前頭葉・帯状回での関与が疑われる。前頭前皮質は実行機能に関連し、そのうち「抑制機能」を評価するストループ課題、逆ストループ課題を作成しADHD児に適用したところ、後者で①干渉エラー数増加と②近赤外線分光法による右前頭前部脳血流低下が見いだされた。脳血流低下は不注意症状と相関し、ADHD病態に抑制機能障害が強いかかわると想定された。治療には心理・社会的支援と薬物療法の有用性が知られる。母親などへのペアレント・トレーニングも重要である。自己評価が低くなりやすいADHD児の自尊心を高める心理的配慮は、支援者には欠かせない。新規治療法としてニューロフィードバック法が注目される。自身の脳活動をリアルタイムでモニタリングし、脳活動のセルフコントロールを促進させる行動トレーニングの一つであり、薬物に頼らない介入になる可能性を秘めている。

**Key words**：ADHD, 実行機能, 前頭前皮質

### I. 定義

ADHDとは、多動性、不注意、衝動性などの行動面における症状を特徴とする発達障害の一つであり、明らかな身体異常がなく、行動の特徴から同定される。症状に個人間の差違があり、子ども一人ひとりで症状の程度が異なる特徴をもつ。最近(2013年5月)開

催された米国精神医学会 (APA) において発表されたDSM-5 (精神障害の診断・統計マニュアル第5版) では、神経発達障害 (Neurodevelopmental disorders) の一つであると明確に述べられた<sup>1)</sup>。

ADHDは古くから知られ、1844年発行の絵本 (Hoffmann 医師) にその存在が指摘されている<sup>2)</sup>。医学的には1902年の報告<sup>3)</sup>が嚆矢とされる。その後、脳炎後の行動異常例の

報告、先行する脳損傷のない子どもたちの多動衝動性・不注意症状が注目された。1968年のDSM-IIで初めて「多動」の表現が用いられた（小児期多動性反応）。その後、注意欠陥障害、注意欠陥／多動性障害（DSM-III-R）の和訳があてられたが、日本精神神経学会の用語改訂により「注意欠如・多動性障害」が比較的多く使用されるようになっていく。もっとも、平成17年4月に施行された発達障害者支援法では、ADHDは「注意欠陥多動性障害」と表現されているため、用語の統一は今後の課題と思われる。

ADHDの不注意症状は、年齢あるいは発達段階に不相応な程度で見られ、作業に取り組み続けられないこと、聞こえていないように見えること、なくし物が多いことなどが示される。一方、多動・衝動性は、過剰な行動、落ち着きのなさ、じっと座ってられないこ

と、他人の行動に干渉すること、待てないことが、上記と同様に年齢（発達段階）不相応に見られるとDSM-5で述べられている。ADHDは外在化障害とされる「反抗挑戦性障害」、「素行障害」を小児期にしばしば重複する。そして結果的に社会的、学問上、職業的機能障害を呈し、成年期にしばしば移行する。

## II. 診断

ADHDの診断は表1や2に示したように、不注意症状が9項目中6項目以上該当することや、多動・衝動性症状が同じく6項目以上該当し、少なくとも6カ月以上持続し、さまざまな場面に不適応な状態に至った段階で初めて下される。DSM-5では上記症状が12歳

表1 ADHDの診断基準(1) 不注意

<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 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。</li> <li>b. 課題や遊びの活動で注意を集中し続けることが難しい。</li> <li>c. 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見える。</li> <li>d. 指示に従えず、また仕事を最後までやり遂げない。</li> <li>e. 課題や活動を順序立てて行うことが難しい。</li> <li>f. 精神的な努力を続けなければならない課題（学校での勉強や宿題など）を避ける。</li> <li>g. 課題や活動に必要なものをなくしてしまう。</li> <li>h. 気が散りやすい。</li> <li>i. 日々の活動で忘れっぽい。</li> </ul>
---

9症状のうち6つ（またはそれ以上）が少なくとも6カ月以上続いたことがあり、その程度は不適応的で、発達の水準に相応しないもの。

表2 ADHDの診断基準(2) 多動性・衝動性

<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 手足をそわそわ動かしたり、着席していてももじもじしたりする。</li> <li>b. 授業中や座っているべき時に席を離れてしまう。</li> <li>c. きちんとしていなければならない時に、過度に走り回ったり、よじ登ったりする。</li> <li>d. 遊びや余暇活動におとなしく参加することが難しい。</li> <li>e. じっとしていない、または何かに駆り立てられるように活動する。</li> <li>f. 過度にしゃべる。</li> <li>g. 質問が終わらないうちに出し抜けて答えてしまう。</li> <li>h. 順番を待つのが難しい。</li> <li>i. 他の人がやっていることをさげざたり、邪魔したりする。</li> </ul>
--

9症状のうち6つ（またはそれ以上）が少なくとも6カ月以上続いたことがあり、その程度は不適応的で、発達の水準に相応しないもの。

までに発症する、と修正されている。ADHDの頻度は学齢期の子どもの有病率が3~7%と推定されているが、青年期、成人期の有病率のデータは多くない。世界保健機関(WHO)の行った北米、南米、欧州などの疫学調査結果では、18~44歳の成人ADHD有病率は1.2~7.3%(平均3.4%)と報告されている<sup>3)</sup>。DSM-5では小児のおよそ5%、成人のおよそ2.5%の有病率であると示されている。

◆  
Ⅲ. 病因・病態

ADHDの発生と関係する因子に遺伝的因子と環境因子の二つが指摘されている。多くは遺伝的要因がかかわるものと推測されているが、両者の組合せ、その他の要因との複合的な多因子性の病因が現在、最も疑われている。とくにモノアミン系受容体遺伝子多型、ドパミン受容体遺伝子変異、ドパミン輸送体遺伝子変異が病因とかかわるとする意見がある一方で、出生前因子(染色体異常、母体の

ウイルス感染症、アルコール摂取、喫煙、薬物乱用、甲状腺機能低下、ヨード欠乏)、周産期因子(低出生体重、低酸素虚血性脳症、髄膜炎、脳炎)、出生後因子(髄膜炎、脳炎、頭部外傷、鉄欠乏)が関係していることを強調する研究者もいる<sup>5)</sup>。

ADHD発症にかかわる病態仮説として、二重経路モデルが有名である(図1)。これは2003年にSonuga-Barkeが発表した論文<sup>6)</sup>で示されたもので、①実行機能システムの破綻と②報酬系システムの障害の二つがあるため、不注意、多動衝動性をきたすとする考え方である。このモデルでは、ADHDの中核症状が明確に説明できるものとなっている。最近、Sonuga-Barkeは、このモデルに加えてADHDの「時間処理障害」の関与も指摘している。ADHDでは時間をうまく使えない、準備に時間がかかるなどの「時間処理」に困難さが疑われる子どもが多いことをよく経験するため、今後検討していく必要があると思われる<sup>7)</sup>。

著者らは、これまでADHDの実行機能障害に焦点をあてた研究を行ってきた。実行機

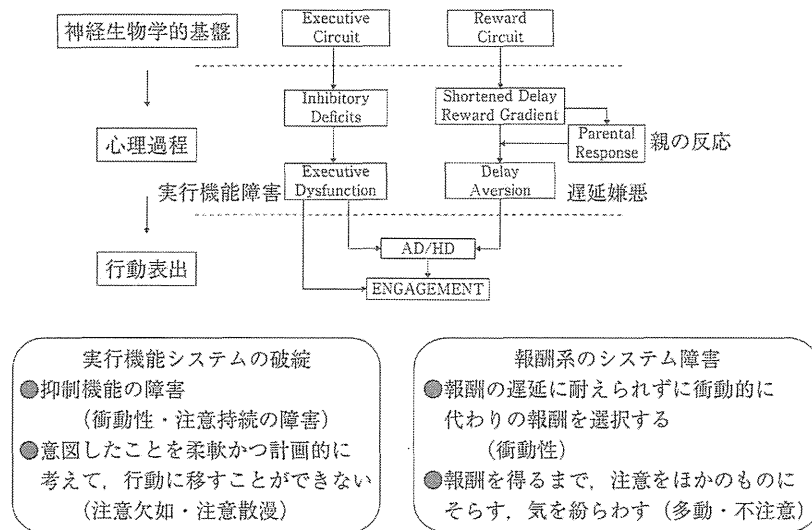


図1 ADHDの二重経路モデル

ADHD病態を実行機能障害と報酬システム障害から説明したモデル(文献6)を著者が一部改変)。

表3 ADHD承認薬の副作用

Methylphenidate・MPH（ドパミンの再取り込み阻害剤） 食欲不振、食欲減退、不眠症、体重減少、頭痛、腹痛、悪心、チック、発熱など
Atomoxetine（ノルアドレナリン再取り込み阻害剤） 食欲不振や吐き気、腹痛などの胃腸症状、頭痛や眠気、動悸や頻脈、血圧上昇など、循環器系の症状

能とは高次の認知的制御能力であり、目標に到達するために不適切な行動を抑制し、適切な行動の選択を可能にする能力である。しかし課題間における結果の相違があり、障害を裏づけるような脳機能の研究は、小児では特に不足していた。そこでストループ課題、逆ストループ課題（以下、ST、RSTと略す）を作成し、意味干渉時や色干渉時の抑制機能の行動学的ならびに前頭部脳機能を検討した。

その結果、RSTにおいてADHD児の干渉率および誤答数は定型発達児より高いという異常を示した（干渉率： $p < 0.01$ ；誤答数： $p < 0.05$ ）。ADHD児の正答率は低く（ $p < 0.05$ ）、近赤外線分光法による右外側前頭前野脳血流が定型発達児と比べて有意に低かった（ $p < 0.05$ ）。その脳血流低下は不注意症状と相関し、ADHD病態に抑制機能障害が強くなることが想定された<sup>9)</sup>。

#### ◆ IV. 治療

ADHDの治療目標は周囲の大人や子どもとの人間関係の改善を図ること、そして学校・遊び・スポーツなどの場面で機能障害を減らし、適応能力を最大限に上げることに尽きる。その二本柱は心理・社会的治療法と薬物療法である。前者は、周囲からの適切な援助により子ども自身が適切な行動をとれるように助言することで、母親に対するペアレント・トレーニングが有効なこともある。衝動性、注意力のコントロールを狙ってメチル

フェニデート徐放剤やノルアドレナリン再取り込み阻害剤が投与されることもある。薬物は適用例を十分考慮して行うことが望ましい。これらの薬物は有効例ももちろん存在するが、副作用にも配慮したい（表3）。

最近注目されている介入法に、ニューロフィードバック法がある。注意持続、注意集中の際に特異的に現れる脳活動を脳波で記録しながら、自身の脳活動をリアルタイムでモニタリングし、脳活動のセルフコントロールを促進させる行動トレーニングの一つである。薬物に頼らない介入になる可能性を秘めているため、今後の研究に興味もたれる<sup>2)</sup>。

利益相反に関する開示事項はない。

#### 謝辞

本論文の内容の一部は、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的障害研究部の共同研究者（安村 明、高橋純一）と進めてきた成果に基づくものである。記して感謝する。

#### 文 献

- 1) American Psychiatric Association (2013) : Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition (DSM-5), American psychiatric publishing.
- 2) deBeus, R. J. & Kaiser, D. A. (2011) : Neurofeedback with children with attention deficit and hyperactivity disorder : A randomized double-blind placebo-controlled study. In Neurofeedback and Neuromodulation Techniques and Applications Coben, R. & Evans, J. R. (eds) : Academic Press, London, pp.127-152.
- 3) Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., et al. (2007) : Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. British Jour-



- nal of Psychiatry, 190, 402-409.
- 4) Hoffmann, H. (2006) : ぼうぼうあたま (Der Struwelpeter), いたようじ訳. 銀の鈴社.
  - 5) Millichap, J.G. (2008) : Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 121, e358-e365.
  - 6) Sonuga-Barke, E. (2003) : The dual pathway model of AD/HD : an elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 27, 593-604.
  - 7) Sonuga-Barke, E., Bitsakou, P., & Thompson, M. (2010) : Beyond the dual pathway model : Evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 345-355.
  - 8) Still, G.C. (1902) : The Goulstonian Lectures on some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 159, 1008-1013, 1077-1082, 1163-1168.
  - 9) Yasumura, A., Kokubo, N., Yamamoto, H., et al. (2013) : Neurobehavioral and hemodynamic evaluation of Stroop and reverse Stroop interference in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Brain Dev.*, in press.

## 総 説

# 注意欠如多動性障害の包括的治療法： サマー・トリートメント・プログラム9年間の実践

山下 裕史朗

### I. はじめに

注意欠如多動性障害 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) は、注意力の欠如、多動性・衝動性を主症状とする発達障害である。ADHD の病態は十分には解明されていないが、その病態基盤には生物学的異常が存在するというさまざまなエビデンスが存在する。DSM-5 では、ADHD はじめ自閉症スペクトラム障害、学習障害などを「神経発達症群/神経発達障害群」(Neurodevelopmental disorder) として一つのカテゴリーとしてまとめている。

平成24年に文部科学省が行った「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査」では、知的発達に遅れはないものの学習面で著しい困難を示す児童生徒の割合が4.5%、不注意、または多動・衝動性の問題を著しく示す児童生徒の割合が3.1%、対人関係やこだわり等の問題を著しく示す児童生徒の割合が1.1%と報告した<sup>1)</sup>。この調査は教師に対する質問紙に基づく調査であり、この数字がそのまま学習障害、ADHD、自閉症スペクトラム障害という診断名というわけではないが、近年増加している通級指導教室や特別支援学級に在籍して支援を受けている児童生徒は本調査には含まれておらず、実際の ADHD の特性をもつ児童生徒は、3.1%よりも高い可能性がある。愛知県で実施された研究では、5歳児健診で ADHD が疑われた

小児のフォローアップを行い、5.8%に ADHD の診断がなされている<sup>2)</sup>。行動の問題を主訴に医療機関を受診する、あるいは、教育・福祉の場で相談に訪れる子どもにおいて最も多く遭遇する神経発達障害(症)が ADHD である。

### II. ADHD の治療目標とエビデンスに基づく治療法

ADHD をもつ子どもの治療目標は、おとな(教師や養育者)や子ども(友だちや兄弟)との人間関係、学校や遊び・スポーツでの行動機能障害をできるだけ少なくして、セルフ・エスティームを高める、適応能力を最大にすることである。早期に ADHD の特性に気づき、対応・治療することによって行動機能障害、人間関係を円滑にすることが、二次性依存障害を防ぎ、予後の改善につながる。しかしながら、病院や学校単独では、人間関係やスキル改善をめざした治療ができていく現状がある。

幼児期からの ADHD 特性により、叱責を受け、褒めてもらえない、人をいらだたせる自分という否定的な自己像を持ちがちで、家庭環境の悪さや学校でのいじめなど辛い体験を繰り返す子どももいる。このような生育環境との相互交流によって形成される自己評価やセルフ・エスティーム、さまざまな辛い体験の影響を受けて形作られる症状は、二次性症状と呼ばれ、その症状の組み合わせがある精神疾患の診断基準に合致すれば「二次性併存障害」と呼ばれる。「二次性併存

Summer Treatment Program as a Comprehensive Treatment for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Practice for 9 Years

Yushiro YAMASHITA

久留米大学小児科発達障害担当教授

別刷請求先: 山下裕史朗 久留米大学小児科 〒830-0011 福岡県久留米市旭町67

Tel: 0942-35-3311 Fax: 0942-38-1792

障害」には、「反抗挑戦性障害」、「素行障害」などの行動の問題や、「強迫性障害」、「分離不安障害」、「うつ病性障害」などの不安や抑うつを示す疾患が含まれる<sup>3)</sup>。

ADHDのエビデンスに基づく治療法は、行動療法と薬物療法および両者の併用療法である。薬物療法に関しては、わが国でもやっとメチルフェニデート徐放薬とアトモキセチンが6歳以上成人までのADHDに適応を取得して使えるようになった。行動療法に関しては、各地で保護者を対象にしたペアレント・トレーニングが行われているが、わが国では、夏休みを利用して集中的に子どもに直接行動療法を行う Summer Treatment Program (STP) は実践されていなかった。

筆者は、2000年頃から久留米大学病院でADHDの診断・治療に関する臨床研究を行ってきた。しかしながら、薬物療法のみでは、ADHDの包括的治療が困難であることに気づき、治療エビデンスに基づくモデルプログラムとして米国で数々の受賞に輝くサマー・トリートメント・プログラム (Summer Treatment Program ; STP) について New York 州立大学 Buffalo 校心理学科 (Pelham 教授) で2003年に5週間研修を受ける機会を得た<sup>4,5)</sup>。その後2005年から9年間、Pelham 教授はじめさまざまな方々からご支援ご協力を受け、北米以外では初のSTPを久留米市で実践してきた。米国の5～8週間STPよりも短期間の2週間STPである「くるめSTP」を完成した<sup>6)</sup>。本稿では、くるめSTPについて簡単に解説し、9年間のくるめSTPの成果と課題について述べる。

### Ⅲ. サマー・トリートメント・プログラム (STP) 概要<sup>7,8)</sup>

STPは、ADHDをもつ子どもたちのための行動療法をベースとした夏季集中治療プログラムで、米国ですでに30年以上の歴史がある。現在、北米20ヶ所でPelham教授らのSTPが行われている。STPには、①治療、②研究、③教育の3つの機能がある。参加した子どもたちにエビデンスに基づく効果的な治療法を提供するだけでなく、行動療法、薬物療法、両者の併用療法の効果検証など米国国立精神衛生研究所 (The National Institute of Mental Health : NIMH) の臨床研究を含むADHDの理解に貢献する莫大な研究がSTPの中で行われてきた。STPの一般目標は、下記の6つである。

① 問題解決スキルや友だちとうまくやっていると

いう自覚を育てる。

- ② 学習スキルや学業成績を改善する。
- ③ 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によってセルフ・エスティームを高める。
- ⑤ 子どものポジティブな変化を維持・強化するための方法を保護者に教える。
- ⑥ 学習や社会的機能に及ぼす薬の効果を学校に近い状況下で評価する。

くるめSTPは夏季休暇中の8月中旬2週間、月～金曜日に日帰りで行われ、子どもたちは、久留米市立久留米特別支援学校に通う。対象となる子どもたちは、医療機関でADHDの診断を受けた知的障害のない小学2～6年生24名である。内服している児童に関しては、内服を継続したまま参加してもらっている。医師・看護師、心理士、教育スタッフのスーパーバイズのもと、カウンセラー (研修を受けた大学生、大学院生) が中心となって子どもたちの指導をする。子どもたちは同年齢の子ども12名のグループに属し、毎日約7時間を学習センターやレクリエーション活動で過ごし、グループとして行動すること、友だちづくり、おとなとの適切な関わり方を学ぶ。くるめSTPの典型的な1日を示す (表)。

子どもたちは1時間半を学習センターで教師と過ごし、行動修正プログラムは学習センター含め終日実施

表 STPの1日

時間	活動
8:55～9:25	登校
9:25～9:40	朝の会
9:40～9:50	移動とトイレ
9:50～10:50	スポーツスキルトレーニング (サッカー)
10:50～11:00	移動とトイレ
11:00～12:30	学習センター
12:30～12:40	移動とトイレ
12:40～13:00	昼食
13:00～13:15	昼休み
13:15～14:15	スポーツ試合 (サッカー)
14:15～14:25	移動とトイレ
14:25～15:25	水泳
15:25～15:35	移動とトイレ
15:35～15:50	自由時間
15:50～16:20	下校

される。学習センターでの活動は、①個別学習：読み、書き、計算の個別プリント課題、②友だちとグループで教え合い学習：Peer tutoring、③コンピューターを用いた個別学習の3セッションを各30分行う。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。そのほかの時間は、スポーツの練習や試合、水泳などを行う。スタッフの指導のもと、各グループ7名の学生カウンセラーが12名の子どものを担当する。また、保護者に対してはSTP前に保護者説明会を2回、STP期間中に1回の保護者会を行うとともに、STP期間中にも5日間のペアレント・トレーニング「お母さんの学習室」を行っている。

#### IV. STP で用いられる主な手法

##### 1. ポイントシステム

STPの中で後述するデイリーレポートカードと共に核になるシステムである。STPでは、子どもが適切な行動をとると即座にポイントがもらえ、不適切な行動をとるとポイントを失う。ポイントを獲得できるのは、①ルールを守る、②スポーツ中の態度が良い、③不適切な行動をしなかった時のボーナスポイント、④質問に注意を払い正確に答える、⑤指示や命令に従う、⑥仲間を助ける、⑦仲間と一緒に物や道具を使う、⑧グループ討論で積極的に発言する、⑨挑発や侮辱を無視するなどである。逆に、ポイントを失うのは、①～⑧項目の違反や他人を攻撃する、物を破壊する・盗む、妨害する、不平を言う、他人をからかう・ののしる、うそをつく、許可なしに活動場所を離れるなどである。各自が獲得したポイントによって毎日の「金メダル賞」や金曜日のお楽しみ会・遠足への参加権という名誉を得ることができる。「金メダル賞」を獲得した子どもは、顔写真を掲示する、個別に移動できエレベーターが使える、先生の手伝いができるなどの特権が与えられる。子どもがポイントを獲得もしくは失う行動をしたら、即座に学生カウンセラーが獲得（減点）理由と獲得（減点）ポイント数を子どもに伝える。学生カウンセラーのうち1名は、他の学生カウンセラーが加点、もしくは減点する項目とポイントをポイントシートに絶えず記録する。すべての活動には、「活動の決まり」があり、活動の初めに確認し、活動の終わりの「ポイントチェック」の時間に各自の獲得したポイントをアナウンスする。正の強化子としては、上記のポイントだけでなく、毎日の連絡カード(デイリーレポートカード

：Daily Report Card：DRC)の各自の目標達成度に応じて保護者が家庭で毎日与えるごほうび、スタッフや保護者の褒め言葉、みんなの前での表彰など社会的強化子も用いる。

##### 2. タイムアウト

他人への攻撃、物を壊す、繰り返し先生の言ったとおりにしない場合は、ポイントの減点と共に、タイムアウトが課せられる。タイムアウトは、最低10分間、決められた場所に一人で座っていなければならない。タイムアウト中は、ポイントは与えられない。タイムアウトに素直に従えば、時間短縮がある。

##### 3. 友だち関係改善のための介入

「活動に参加する」、「良いコミュニケーション」など毎日のテーマに沿って「朝の会」では、学生カウンセラーによる悪い例、良い例のロールプレイから、何が良かったか、悪かったかを子どもたちに考えさせ、希望する子どもたちには、良いロールプレイを演じてもらう。

##### 4. スポーツスキルのトレーニング

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を守れない、運動が苦手な子どもが多い。そのため、学校で友だちに拒絶され、セルフ・エスティームが下がる。毎日、年齢や技術に応じた小グループでのスポーツスキル・トレーニングと試合が各1時間行われる。くるめSTPでは、サッカーまたはキックベースボール(隔日で実施)、水泳(毎日)を行っている。この間もポイントシステムが適応される。単なる技術の向上だけでなく、スポーツを通じたコミュニケーションの向上も図る。

##### 5. デイリーレポートカード(DRC)

ADHDの子どもへの治療に最もよく用いられる効果的方法である。STPでは、標的行動(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週間で設定され、順次改訂されていく。標的行動は、教室とレクリエーション活動の両方から通常3～5個選ばれる。標的行動によくとりあげられる問題行動は、

がんばりカード

お名前 久留米 花子 日付(月・日) 8/7

	午前	午後
① 学習センターの『決まりをやぶる』は3回まで	はい いいえ	
② 『文句を言う/泣く』は4回(かい)まで	はい いいえ	はい いいえ
③ 『先生の言ったとおりにしない』は3回まで	はい いいえ	はい いいえ

図1 Daily Report Card (がんばりカード)

子どもへのごほうびシート

お子様の名前 [ 久留米 花子 ] 日付 [ 8/7 ]

毎日のごほうび

がんばりカードの

- 「はい」が1つ お母さんから絵本を読んでもらうことができる
- 「はい」が2つ DSを30分することができる
- 「はい」が3つ アイスクリームを1本食べることができる
- 「はい」が4つ お母さんと一緒にゲームをすることができる
- 「はい」が5つ DSを1時間するか、テレビを1時間みることができる

選ごとのごほうび

がんばりカードの「はい」が 4 つ以上の日が1週間に 2 回あったら  
おばあちゃんに遊びに行くことができる

図2 ごほうびシート

友だちの名前を呼ぶ・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、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の治療効果について毎日フィードバックするもので、家庭とSTPスタッフ(学校)との優れたコミュニケーション手段でもある。STPでのDRCの一例、ごほうびシートの一例を示す(図1, 2)。

DRCは、毎朝子どもに手渡され、子どもが自分で管理し、必要時に学生カウンセラーに渡される。学生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(または午後)の「はい」の数が75%以上かつタイムアウトの延長もなければ、15分間のお昼休み(または帰りの自由時間)がもらえる。

保護者にはお迎えの際にDRCの結果について学生カウンセラーがフィードバックするが、DRCの結果が悪くても、学生カウンセラーも保護者もネガティブなことを言わない。事実のみを伝え、「明日はがんばろうね」と励ます。学生カウンセラーは、どのようにしたらDRCに「はい」がつくか、子どもと一緒に具体的対応法を考え、翌日実行する。学生カウンセラーと子どもとのコミュニケーションと信頼関係がDRC目標達成に重要である。治療効果評価の手段としてもDRCのスタートパッケージは、くるめSTPのホームページ(<http://www.kurume-stp.org>)から日本語版をダウンロード可能である。また、「AD/HDナビ」からもPDFをダウンロード可能である(<http://www.adhd-navi.net/adhd/ikiru/tools3.html>)。

6. 個別プログラム

上述したSTPの標準的プログラム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。毎年1~2名に個別プログラムが実施される<sup>9)</sup>。

7. 学校との連携

くるめSTP参加後も効果が持続するように、保護者や学校関係者にSTPでの行動変化や用いた手法を理解していただき、DRCなどは家庭と学校間で実践していただくことが重要である。くるめSTP参加前から参加児の学校長、担任教師には、保護者の許可のもと、さまざまな情報提供、くるめSTPの見学をお願いしている。久留米市スクールカウンセラーやLD/ADHD通級指導教室、特別支援学校教師(主要スタッフがくるめSTP心理部会や教育部会メンバーとして関わっている)との連携を強化することで2学期以降の効果継続を図っている。

V. くるめSTPの成果と課題

くるめSTPへの第1回(2005年)から第9回(2013年)までの参加児童は、232名であった。9回のSTP期間中ドロップアウトした児童は皆無である。個人およびグループ別の毎日の総ポイント、すべての加点、減点データは、毎日パソコンにデータ入力されており、総ポイントは、STP開始直後と終了直前との比較において毎回有意な改善を認めている。また、保護者評価のADHDや反抗挑戦性障害の評価尺度も有