

意な改善を毎回認めている<sup>10,11)</sup>。くるめSTP終了3か月後もこの効果は持続していた。このことは、くるめSTPによって子どもの行動改善が認められ、ADHDや反抗挑戦性障害の症状も改善していることを示唆する。また、STP前後で、各自にパソコンを用いた脳認知機能検査を行い、STP後にWorking memory課題のCommission error(お手つき)に改善が認められることも報告した<sup>11)</sup>。この所見は、臨床的に「がまんができる・待つことができるようになった」という保護者や教師から見た行動変化を認知機能検査からも支持する所見と考える。参加者の中には自閉症スペクトラム障害(ASD)を併存しているADHD児もいるが、くるめSTP期間中の獲得ポイントの推移や行動改善に関して両群間には有意差はなかった。ASDを併存したADHD児でも個別プログラムを受けずに参加できた児童に関してはADHD単独児と同じ行動改善効果が期待できることが示された。その他、STP前後での参加児と保護者のストレス尺度である唾液中cortisol awakening responseや実行機能課題中のNIRSによる前頭部脳血流変化の改善等の新知見が得られている。

STPは、ADHDをもつ子どもの治療だけでなく、スタッフや学生の臨床研修・教育にも役立つプログラムである。STPは、発達障害に対する医療・心理・教育の協働、連携システムの新しいモデルになりうると考えている。毎年参加する心理学科、看護学科、医学科学生は延べ50名、教師は15名、STP見学者・研修者は140名を超える。米国で学生カウンセラーとしてSTPに参加し、心理、医療、福祉、教育などさまざまな分野で活躍している人は全米で1,000名を超えるという。10年目を迎え、くるめSTPに学生カウンセラーとして参加した学生が臨床心理士になって、くるめSTPスタッフ、各地の療育機関、学校(STP経験大学生を市内小学校に『学習支援員、特別教育支援員』として派遣、教師になった学生もいる)で活躍し始めている。

2005年からSTP実行委員会を発足し、米国のSTPを日本の現状に合ったものに修正した2週間のSTPを創り上げるまでに数年かかった。より広範囲にADHDに対する理解啓発を推進するとともに、発達障害を理解し支援しようとする多くの人々の参画機会を確保し、団体としての健全な発展と活動の継続を可能にするために、特定非営利活動法人格の取得が必要

であるということ認識し、2008年にNPO法人くるめSTP(理事長 向笠章子)を設立した。私たちが学んできたことをひとりでも多くの方々に知っていただき、日本各地でSTPが始まることを夢見て、STPスタートのガイドブック出版<sup>6)</sup>、ウェブサイトを立ち上げ、全国でセミナー開催も行ってきた。鳥根県出雲市でくるめSTPのシステムを用いた「いずもサマースクール」が2010年からくるめSTPスタッフの指導のもと始まり、現在まで継続している。また、岐阜県各務原市でも同様のサマースクールが実践されている。

課題としては、わが国での就学前児や中学生以降のSTPの開発・実践、STP継続のための資金の問題や中・長期的予後調査などが挙げられる。本年度は8月に第10回のくるめSTPを実施後、現在中・高校生以上になっているくるめSTP参加児への予後調査を行う予定である。

## 謝 辞

NPO法人くるめSTP、くるめSTP実行委員会スタッフ(心理、医療、教育各部会、事務局)、久留米市教育委員会に深謝する。本研究は、厚生労働省科学研究費(精神・疾患研究開発費)「発達障害の診断および治療法開発に関する臨床研究」(22-6)および「発達障害の包括的診断・治療プログラム開発に関する研究」(25-6)、文部科学省科学研究費基盤研究(C)「注意欠陥多動性障害児への夏期治療プログラムの効果に関する脳科学的検討」(19591231)および「自閉症スペクトラム障害を併存するADHDの革新的治療法と病態・治療効果評価法開発」(23591519)研究費によって行われた。また、くるめSTP運営は、久留米市ふるさと・くるめ応援寄付活用事業、ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社社会貢献委員会、日本イーライリリー株式会社から補助金を得て行われている。

## 文 献

- 1) [http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/tokubetu/material/1328729.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1328729.htm)
- 2) Nomura K, Okada K, Noujima Y, Kojima S, Mori Y, Amano M, Ogura M, Hatagaki C, Shibata Y, Fukumoto R. A clinical study of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children-prevalence and differential diagnoses. *Brain Dev.* 2013 Nov 29. pii: S0387-7604 (13) 00307-0. doi: 10.1016/j.

- braindev. 2013. 11. 004. [Epub ahead of print]
- 3) 齊藤万比古, 渡部京太編. 子どもの注意欠如・多動性障害 (ADHD) の診断・治療ガイドライン 第3版 注意欠如・多動性障害—ADHD—の診断・治療ガイドライン. 東京:じほう, 2008:1-27.
  - 4) Pelham WE, Fabiano GA, Gnagy EM, Greiner AR, Hoza B. The role of summer treatment program in the context of comprehensive treatment of ADHD. In: Hibbs E, Jensen PS, eds. Psychosocial treatment for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice. Washington DC, APA Press, 2005:377-410.
  - 5) 山下裕史朗. ニューヨーク州立大バッファロー校における ADHD の子どもと家族に対する包括的治療. 日児誌 2005;109:1301-1307.
  - 6) 山下裕史朗. くるめSTP書籍プロジェクトチーム著. 夏休みで変わる ADHD をもつこどものための支援プログラム～くるめサマートリートメントプログラムの実際～. 山下裕史朗, 向笠章子編. 東京:遠見書房, 2010.
  - 7) 山下裕史朗. ADHD をもつ子どもへの夏期治療プログラム—特集 ADHD—. そだちの科学. 東京:日本評論社, 2006:49-55.
  - 8) 山下裕史朗, 向笠章子, 松石豊次郎, William E. Pelham: ADHD の Summer Treatment Program 日本における3年間の実践. 行動分析学研究 2009;23(1):75-81.
  - 9) 穴井千鶴, 向笠章子, 山下裕史朗. AD/HD に対する包括的治療のエビデンス—行動療法と薬物療法の統合—. 臨床精神薬理 2008;11(4):651-660.
  - 10) Yamashita Y, Mukasa A, Honda Y, Anai C, Kunisaki C, Koutaki J, Motoyama S, Miura N, Sugimoto A, Ohya T, Nakashima M, Nagamitsu S, Gnagy EM, Greiner AR, Pelham WE, Matsuishi T. Short-term effect of American summer treatment program for Japanese children with attention deficit hyperactivity disorder. Brain Dev 2010;32(2):115-122.
  - 11) Yamashita Y, Mukasa A, Anai C, Honda Y, Kunisaki C, Koutaki J, Tada Y, Egami C, Kodama N, Nakashima M, Nagamitsu SI, Matsuishi T. Summer treatment program for children with attention deficit hyperactivity disorder: Japanese experience in 5 years. Brain Dev 2011;33(3):260-267.

# 注意欠如多動性障害(ADHD)の診断と包括的治療法

久留米大学医学部小児科学講座

山下 裕史朗

## 1. 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様々なエビデンスが存在する。DSM-5 では、ADHD はじめ自閉スペクトラム障害、学習障害などを「神経発達障害(症)」(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% よりも高いと考えられている。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>。国によってやや差はあるが世界的に見ても概ね

ADHD の有病率は、3～8% と考えられる<sup>3)</sup>。

ADHD のエビデンスにもとづく治療法は、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、子どもに直接行動療法を行うサマー・トリートメント・プログラム (STP) は実践されていない。

## 2. 早期の診断・治療がなぜ必要か

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。

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(友達や兄弟)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

Y. Yamashita. Diagnosis and comprehensive treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

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にくい現状がある。

筆者は、1990 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えた<sup>4)5)</sup>。その後 2005 年から 9 年間、Pelham 教授はじめ様々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 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。

### 3. サマー・トリートメント・プログラム (STP)<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 か所で Pelham 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もと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達とうまくやっているとこの自覚を育てる。
- 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。

表 1 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

- 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およぼす薬の効果を学校に近い状況下で評価する。

くるめ STP は夏期休暇中の 8 月中旬 2 週間、月～金曜日日帰りで行われ、子どもたちは、久留米市内の小学校に通う。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校 2 年から 6 年生である。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、友達づくり、おとなとの適切なかわり方を学ぶ。くるめ STP の典型的な 1 日を示す (表 1)。

子どもたちは 1 日のうち 1 時間半を学習センターで教師 (久留米市で特別支援教育に関わる教師が担当) と過ごし、行動修正プログラムは終日行わ

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 友達とグループになって班学習する Peer tutoring、③ コンピュータを用いた個別学習の3つにわかかれており、それぞれ後述するポイントシステムで行動や学習が評価される。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。

### STPで用いられる主な手法 ポイントシステム

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場合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 仲間と一緒にものをを使う、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、盗み、妨害する、不平を言う、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。子どもが獲得したポイントによって金曜日のお楽しみ会・遠足への参加権や「金メダル賞」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。各自がポイントを獲得もしくは失うと即座に学生カウンセラーが子どもに伝える。学生カウンセラーのうち1名は、ほか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たえず記録する。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）の目標達成度に応じて保護者が家庭で与えるごほうび、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。

### 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。

### 友達関係改善のための介入

毎日のテーマ（例：「活動に参加する」、「良いコミュニケーション」など）に沿って「朝の会」では、カウンセラーによるロールプレー（良い例、悪い例）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、子どもたちには、良いロールプレーを演じてもらう。

### 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時間おこなわれる。ADHDの子どもたちはゲームのルールを守れない、運動が苦手な子が多い。そのため、学校で友達に拒絶され、セルフエスティームが下がる。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）、水泳を行っている。この時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向上も図る。

### デイリーレポートカード（DRC）

ADHDの子ども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、友達の名前を呼ぶ・からかう、意図的な攻撃、スポーツルールを守ら

ない、質問に正確に答えない、活動ルールを破る、言葉による悪口、非服従、不満・不平を言う、タイムアウトを守らない、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1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、活動のはじめに学生カウンセラーに渡される。時間の終わりに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改善作を考え、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目標達成の鍵になる。治療効果評価の手段としてもDRCは簡単で有用な方法であり、学校でも使える簡単な方法である。Pelham教授のご好意によりDRCのスタートパッケージ日本語版使用許可を得た。くるめSTPのホームページからダウンロード可能なのでぜひ使っていただきたい。「くるめ、STP」で検索もしくは、<http://kurume-stp.org>。

### 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おこない、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適用される<sup>9)</sup>。

Figure 1 is a 'Daily Report Card' (がんばりカード) for a child named 久留米 花子 (Kurume Hanako) on 8/7. It contains a table with the following data:

	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)

Figure 2 is a 'Reward Sheet' (ごほうびシート) for a child named 久留米 花子 (Kurume Hanako) on 8/7. It includes the following sections:

- 毎日のごほうび (Daily Rewards):**
  - がんばりカードの「はい」が1つ → お母さんから絵本を讀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
- 週ごとのごほうび (Weekly Rewards):**
  - 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 おばあちゃんちに遊びに行くことができる

図2 ごほうびシート

## 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で用いた手法や経過を理解していただき、DRCなど手法の一部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級担任には、保護者の許可のもと、さまざまな情報提供をお願いし、くるめSTPの見学も可能な限りお願いしている。久留米市内の全小学校に配置された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。

## 4. 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。米国BuffaloのSTPのドロップアウト率3%と比べてもすばらしい成績である。個人およびグループ別の毎日の獲得ポイント、すべての加点、減点データは、パソコンに毎日データ入力されており、獲得ポイントは、STP開始直後と終了時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STP前後で有意な改善を認めている<sup>10)11)</sup>。くるめSTP終了3か月後もこの効果は持続していた。このことは、くるめSTPによって子どもの行動改善が認められ、ADHDや反抗挑戦性障害の症状も改善していることを示唆する。また、STP前後で、子どもにパソコンを用いた個別の脳認知機能検査を行い、STP後にWorking memory課題のCommission error（お手つき）に改善が認められることも示した<sup>11)</sup>。参加者の中には自閉スペクトラム障害（ASD）を併存しているADHD児もいるが、くるめSTP期間中の獲得ポイントの推移や行動評価に関して、両群間には有意差はなかった。ASDを併存したADHD児で個別プログラムを受けずに参加できた児童に関しては同じ効果が期待できることが示唆された。その他、参加児と保護者の唾液中

cortisol awakening responseの検討や実行機能課題中の前頭部脳血流変化（NIRS使用）をSTP前後でモニターしており、新知見が得られている。

STPは、ADHDをもつ子どもの治療だけでなく、スタッフや学生の臨床研修・教育にも役立つプログラムであり、STPは、地域での医療、心理、教育の協働・連携システムのわが国での新しいモデルになりうると考えている。毎年参加する心理学科、看護学科、医学科学生は延べ50名、教師は15名、STP見学者・研修者は140名を越える。米国で学生カウンセラーとしてSTPに参加し、心理、医療、福祉、教育など様々な分野で活躍している人は1000名をこえるという。10年目を迎え、くるめSTPに学生カウンセラーとして参加した学生が臨床心理士になって、くるめSTPスタッフにすでに3名がなっている。米国同様、STPに参加した学生が、将来全国各地で発達障害の支援に関わることを期待したい。島根県出雲市でくるめSTPのシステムを用いた「いずもサマースクール」が2010年からくるめSTPスタッフの指導のもと始まり、現在まで継続している。

課題としては、就学前児や中高校生向けのSTPの開発・実践、STP継続のための資金の問題、STP後のフォローアップ体制などが挙げられる。本年度は第10回のくるめSTPを実施後、現在中高校生以上になっているくるめSTP参加児への予後調査を行う予定である。

## 謝 辞

NPO法人くるめSTP、くるめSTP実行委員会（心理、医療、教育各部会、事務局）スタッフ、久留米市教育委員会に深謝する。本研究は、厚生労働省科学研究費（精神・疾患研究開発費）「発達障害の診断および治療法開発に関する臨床研究」（22-6）および「発達障害の包括的診断・治療プログラム開発に関する研究」（25-6）、文部科学省科学研究費基盤研究（C）「注意欠陥多動性障害児への夏期治療プログラムの効果に関する脳科学的検討」（19591231）および「自閉症スペクトラム障害を併存するADHDの革新的治療法と病態・治療効果評価法開発」（23591519）研究費によって

行われた。また、くるめ STP 運営は、久留米市ふるさと・くるめ応援寄付活用事業、ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社社会貢献委員会、日本イーライリリー株式会社から補助金を得て行われている。

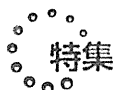
#### 文 献

- 1) [www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/tokubetu/material/1328729.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1328729.htm)
- 2) Nomura K, Okada K, Noujima Y, Kojima S, Mori Y, Amano M, Ogura M, Hatagaki C, Shibata Y, Fukumoto R: A clinical study of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children-prevalence and differential diagnoses. *Brain Dev.*2013 Nov 29. pii: S0387-7604(13)00307-0. doi: 10.1016/j.braindev.2013.11.004. [Epub ahead of print]
- 3) 山下裕史朗：ADHD の有病率. *臨床精神薬理* 8: 871 - 874, 2005
- 4) Pelham WE, Fabiano GA, Gnagy EM, Greiner AR, Hoza B: The role of summer treatment program in the context of comprehensive treatment of ADHD. In: Hibbs E, Jensen PS, eds. *Psychosocial treatment for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. Washington DC, APA Press, p.377 - 410, 2005
- 5) 山下裕史朗：ニューヨーク州立大バッファロー校における ADHD の子どもと家族に対する包括的治療. *日児誌* 109: 1301 - 1307, 2005
- 6) 山下裕史朗：くるめ STP 書籍プロジェクトチーム著 夏休みで変わる ADHD をもつ子どものための支援プログラム～くるめサマートリートメントプログラムの実際～ (山下裕史朗, 向笠章子編), 東京, 遠見書房, 2010
- 7) 山下裕史朗：ADHD をもつ子どもへの夏期治療プログラム—特集 ADHD—。そだちの科学, 東京, 日本評論社, p.49 - 55, 2006
- 8) 山下裕史朗, 向笠章子, 松石豊次郎, William E: Pelham: ADHD の Summer Treatment Program 日本における 3 年間の実践. *行動分析学研究* 23: 75 - 81, 2009
- 9) 穴井千鶴, 向笠章子, 山下裕史朗：AD/HD に対する包括的治療のエビデンス—行動療法と薬物療法の統合—. *臨床精神薬理* 11: 651 - 660, 2008
- 10) Yamashita Y, Mukasa A, Honda Y, Anai C, Kunisaki C, Koutaki J, Motoyama S, Miura N, Sugimoto A, Ohya T, Nakashima M, Nagamitsu S, Gnagy EM, Greiner AR, Pelham WE, Matsuishi T: Short-term effect of American summer treatment program for Japanese children with attention deficit hyperactivity disorder. *Brain Dev* 32: 115 - 122, 2010
- 11) Yamashita Y, Mukasa A, Anai C, Honda Y, Kunisaki C, Koutaki J, Tada Y, Egami C, Kodama N, Nakashima M, Nagamitsu S, Matsuishi T: Summer treatment program for children with attention deficit hyperactivity disorder: Japanese experience in 5 years. *Brain Dev* 33: 260 - 267, 2011

---

連絡先：山下裕史朗  
久留米大学医学部小児科学講座  
Tel: 0942-31-7565  
E-mail: yushiro@med.kurume-u.ac.jp





## ADHDの長期予後

渡部 京太\*

**Key Words** 注意欠如・多動性障害 (attention-deficit/hyperactive disorder : ADHD), 長期予後 (long-term outcome), 反抗挑戦性障害 (oppositional defiant disorder), パーソナリティ障害 (personality disorder), 物質の使用障害 (substance use disorder)

抄録：欧米で行われた注意欠如・多動性障害(ADHD)児の前方視的経過追跡調査から成人期にも症状が持続し、社会適応に影響を与えることが明らかになっている。最近では40歳代まで行われた追跡調査の結果が報告され、併存障害の展開がその後の経過に及ぼす影響、さらに子ども時代から行われてきた中枢神経刺激薬を中心とした薬物療法などの治療効果や成人になった時の健康状態に及ぼす影響に関して検討されるようになってきている。

### はじめに

注意欠如・多動性障害(ADHD)の予後調査研究は、ADHD症状が持続することを示している。浜松市で行われた成人ADHDの疫学調査では有病率の推定値は1.65%と報告がなされた<sup>1)</sup>。また、米国精神医学会のDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : 精神疾患の診断と統計のためのマニュアル)<sup>2)</sup>は、2013年にその第五版であるDSM-5が出版された。そのDSM-5におけるADHDの診断基準の主な変更点は、症状発現年齢が7歳以前から12歳以前に引き上げられたこと、17歳以上の場合では下位項目を5項目満たせばよいと診断基準が緩和されたこと、成人ADHD症例の診断を念頭に置いた記載がなされ、さらに大きな変更点は自閉スペクトラム症(ASD)とADHDとの併存を認められたことである。わが国では、成人の

ADHDをはじめとする発達障害の概念が注目されているものの、混沌としているのが現状だろう。ADHDの子どもがどのような成人になっていくかということは、成人を診療する精神科医にとっても必要になってきている。

本稿では、欧米で行われてきたADHD児の前方視的経過追跡調査をレビューし、ADHD児の長期予後に関して報告する。

### ADHDの長期予後(成人における予後)

ADHD児を成人期まで経過を前方視的に追跡した調査は、Montreal Study (Weissら<sup>15)</sup>)、New York City Study (Mannuzzaら<sup>9)</sup>)、Milwaukee Study (Barkleyら<sup>2)</sup>)、Swedish Study (Rasmussenら<sup>13)</sup>)がある。

①成人期におけるADHDの持続：Montreal Studyでは、平均年齢25歳時点で対象の66%にADHDの症状が持続していると報告されてい

The long-term outcome of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

\* WATANABE Kyota 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科 [〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1]

る。New York Studyでは、ADHD群の4～8%は平均年齢26歳の時点でもDSM-IVの診断基準を満たしていたと報告している。Milwaukee Studyでは、平均20歳の時点でADHD群のセルフレポートにおいては3～5%がDSM-IV-Rの診断基準を満たしているが、DSM-IVの診断基準を用いての親の評価において症状が持続しているのは42%に及ぶと報告されている。Swedish Studyでは、22歳の時点でADHD群の49%はADHD症状が持続していたこと(対象群は9%)を報告している。Faraoneら<sup>7)</sup>は、32のADHD児の前方視的経過追跡調査に関して、ADHD症状の症候的持続、症状的持続を分けて評価するメタ解析を行っているが、ADHDの持続の評価はどのように持続を定義するかにかかっているが、定義にかかわらず年齢とともにADHD症状は減少していくことを示していた。

②気分障害、不安障害：Montreal Study, New York Studyでは、ADHD群は24、25歳において対照群と比較して気分障害や不安障害が多いという結果は得られなかった。

一方Milwaukee Studyでは、ADHD群の26%に大うつ病を認めた(対照群12%)。

③パーソナリティ障害：4つの調査では、ADHDは子どもが反社会性パーソナリティ障害に発展していくリスクがあると報告されている。Montreal Study (ADHD群23% vs 対照群2%)、New York Study (late adolescentではADHD群27% vs 対照群8%、ADHD群12～18% vs 対照群2～3%)、Milwaukee Study (ADHD群21% vs 対照群4%)、Swedish Study (ADHD群18% vs 対照群2.1%)という結果だった。

Milwaukee Studyでは、その他のパーソナリティ障害に関して、演技性パーソナリティ障害(ADHD群14% vs 対照群0%)、受動-攻撃的パーソナリティ障害(ADHD群18% vs 対照群8%)、境界性パーソナリティ障害(ADHD群14% vs 対照群2%)、自己愛パーソナリティ障害(ADHD群5% vs 対照群0%)という結果を報告している。

児童期における素行の問題の重症度は、受動-攻撃型パーソナリティ障害と境界性パーソナリティ障害、反社会性パーソナリティ障害に対するリスクに寄与していた<sup>4)</sup>。しかし、その重症度は10歳代の素行障害の重症度について調整をすると反社会性パーソナリティ障害のリスクにのみ影響していた。そして10歳代の素行障害の重症度はまたそれら3つの障害のリスクに寄与していた。これらの障害における合併について検証することで明らかになったことは、境界性パーソナリティ障害か反社会性パーソナリティ障害のいずれかが存在することにより、大うつ病性障害と他の重要なパーソナリティ障害のリスクが増加するということであった。

④反社会的行動と薬物使用：前述したが、4つの調査ではADHDは子どもが反社会性パーソナリティ障害に発展していくリスクであると報告されている。Montreal Studyでは、ADHD群と対照群の間で有意差は認められなかったが、ADHD群ではヘロインの使用や薬物売買が多い傾向を認めた。New York Studyでは、18歳までではADHD群の16%に物質使用を認め(対照群は3%)、26歳まででは12～16%に認めたと報告している。一致した結果はMilwaukee Studyで得られ、コカイン(ADHD群37% vs 対照群18%)、アンフェタミン(ADHD群29% vs 対照群8%)使用のリスクが増加すると報告されている。Swedish Studyでは、ADHD群ではアルコール使用障害が有意に多かったと報告されている(ADHD群24% vs 対照群4%)。

⑤学歴：4つの調査では、ADHD群は成人期において対照群と比較すると2、3年学歴は短いという結果だった。Swedish Studyでは、ADHD群が有意に読字/書字障害が多く(対照群は15%)、さらにADHD群は、読むスピード、そして読むことの正確性が有意に低いことが報告されている。

⑥職業歴：Montreal Study, New York Study, Milwaukee Studyの3つの調査では、ADHD群

は24, 25歳にかけて有意に職業の成功が少ないという結果だった。Swedish Studyでは、ADHD群はpoor outcomeが有意に多かった(ADHD群58% vs 対照群13%)。

⑦自己評価, ソーシャルスキル, 社会的な関係性: Montreal Studyでは、ADHD群では思春期において自己評価とソーシャルスキルが損なわれており、さらに成人期にはソーシャルスキルはさらに悪化すると報告されている。Milwaukee Studyでは、成人期にADHD群では対照群と比べて社会的機能障害が多く報告され、社会的な交際や親しい友人が少ないと報告されている。

⑧性的行動: Montreal Studyでは、ADHD群の20%に性的行動の問題が認められた(対照群は2.4%)。Milwaukee Studyでは、初交年齢も対照群よりも低く、パートナー数も多く、産児制限をする機会も少なく、性行為感染症の感染率は高い(ADHD群17% vs 対照群4%)といわれている。

⑨運転: 交通事故, 特にスピード違反の召喚, 免許停止といった運転の問題が多いと報告されている。

ADHDの長期予後に関して、Mannuzzaら<sup>10)</sup>は、「思春期前期から中期にかけてADHDの子どもの約2/3～3/4にADHD症状が残存する。20歳代半ばにおいて対照群と比較すると、学校教育や職業の地位は低く、低い自己評価や社会技能の不十分さに苦しみ続け、反社会性パーソナリティ障害や物質使用障害を示すようになる。実際はほとんどが就職し、高い教育を受けたり専門職に就く者もいる。ADHDの2/3は成人期には精神疾患を示さない」とまとめている。

その他にBiedermanら<sup>5)</sup>が、ADHD児の10年にわたる前方視的経過追跡調査を報告している。DSM-III-Rで診断をした6～18歳のADHD男児140名と対照群120名を10年追跡し、再評価時の平均年齢は22歳だった。再評価時には、major psychopathology (気分障害, 双極性障害, 統合失調症), 不安障害, 反社会的障害(CD,

ODD, 反社会性パーソナリティ障害), 発達障害(排泄, 言語, チック障害), 物質依存障害(アルコール, 薬物, ニコチン依存)を認めた。ヤング・アダルトのADHD群は対照群と比較すると障害の生涯有病率は有意に高く、ハザード比とハザード比信頼区間は、major psychopathology 6.1 (3.5～10.7), 不安障害2.2 (1.5～3.2), 反社会的障害5.9 (3.9～8.8), 発達障害2.5 (1.7～3.6), 物質依存障害2.0 (1.3～3.0)だったと報告している。ADHD児の前方視的経過追跡調査から、ADHDの成人が対照群と比較して精神障害を併存するリスクは、反社会性パーソナリティ障害(10倍), 物質乱用(4～8倍), 気分障害(2～6倍), 不安障害(2～4倍)と推定される。

## ● さらなる ADHD 児の前方視的経過追跡調査をめぐって

### 1. さらなる New York Study の結果

Milwaukee Studyでは、CDを併存するADHD児が含まれていた。Kleinら<sup>8)</sup>は、素行障害のない白人ADHD男児135名と対照群男児136名を前方視的に33年間追跡した結果を報告している。ADHD群は平均8歳時に診断され、再評価は平均41歳で行われた。ADHD群は、対照群と比較して教育的、職業的、経済的、社会的な成り行きは悪く、離婚が多かった。持続しているADHD (ADHD群22% vs 対照群5%,  $p<.001$ ), 反社会性パーソナリティ障害(ADHD群16% vs 対照群0%,  $p<.001$ ), 物質使用障害(ADHD群14% vs 対照群5%,  $p<.001$ )が有意に多かったが、うつ病性障害, 不安障害は有意に多くはなかった。持続しているADHDと、持続している物質使用障害, 反社会性パーソナリティ障害+物質使用障害には弱い相関を認めた。そして、ADHD群では反社会性パーソナリティ障害と物質使用障害と有意に多いが、うつ病性障害と不安障害とは関連はなく、さらにADHD群では精神科での入院治療, 投獄が有意に多いという結果だった。21歳,あるいはそれ以上の年齢で発症した精神疾患は、ADHD群では対照群と比

べて多くなかったこと、さらに精神疾患が持続していないADHD群では職業以外の社会的に機能はよくないことを報告している。Kleinらの報告は、気分障害や不安障害のリスクが増加するという報告を支持しなかった。Barkleyら<sup>4)</sup>は、21歳時に大うつ病がADHD群で対照群よりも有意に多いと報告しているが、その6年後のフォローアップでは違いを認めなかったと報告している。Kleinらは、2例が双極性障害、1例は遅発性統合失調症だったと報告している。また、平均18歳の時にADHDの持続、反社会性パーソナリティ障害、物質使用障害の高い併存を認めたが、平均25歳時には反社会性パーソナリティ障害、物質使用障害はADHDの持続とは有意な関連を認めなかった。ADHDが持続しながら反社会性パーソナリティ障害と物質使用障害がともに進展していくが、ADHDが寛解しても反社会性パーソナリティ障害と物質使用障害は持続する。平均年齢41歳時では、ADHD症状の持続と物質使用障害は強くはないが有意に関連していると報告しているが、この関連の解釈は簡単ではなく、というのは薬物乱用の行動はADHD症状と似ている可能性があるためと述べている。

Barkleyら<sup>4)</sup>は、成人ADHDの成書の中で、併存障害に関して次のようにまとめている。①Milwaukee Studyでは、成人期まで持続するADHDにおける大うつ病のリスクが増加するという結果は得られなかったが、気分障害や抑うつパーソナリティ障害のリスクが増加していることを見いだした。このことから完全には大うつ病の診断基準を満たさないとしても、ADHDとうつ症状のレベルにはいくらかのつながりがあることを示唆していると述べている。②ADHD群では双極性障害と強迫性障害のリスクがADHD群で増加することを認めなかった。③有意なODD、CDへのリスクを見いだしたが、調査時点のADHDは特に子どもの頃のODDと関連していた。④Milwaukee Studyでは、多動群でとりわけ18歳前では希死念慮と自殺企図

の高いリスクを認めた。21歳、27歳のフォローアップ時では希死念慮の継続的なリスクを認めしたが、自殺企図に関しては認められなかった。希死念慮、自殺企図に関するより大きなリスクは、主に大うつ病(より少ない程度で気分変調症)を介していたが、CDの併存とは関連していなかった。希死念慮と自殺企図のリスクの増加は、特にADHDによるものではなく併存している気分障害によって主に促されると述べている。Barkleyは、ADHDの展開の1つである外在化障害だけではなく、内在化障害にも十分に注意を払ってフォローアップすることを強調しているといえるだろう。

さらに、Kleinらのグループは、同じADHD群、対照群に関して、①成人でのリスク・テイキング、事故、内科的疾患が増加するかどうか、②CDの進展は成人期でのリスク・テイキングに影響するかどうか、③子どもの頃の中枢神経刺激薬への曝露が循環器疾患を予測するかを検討した<sup>12)</sup>。成人では、ADHD群では危険な運転、性行為感染症、頭部外傷、救急入院が有意に多く、生涯のリスク・テイキングは思わしくない健康の転帰と関連していた。CD、反社会性パーソナリティ障害の進展は、ADHDとリスク・テイキングとの関連を認めたが、CD、反社会性パーソナリティ障害がないADHD群と対照群では危険な行動に関しては違いがなかった。さらに中枢神経刺激薬での治療は循環器疾患を予測しなかったことを報告している。成人になって危険な行動が増加していくADHDは、CD、反社会性パーソナリティ障害へと進展していった人であること、リスク・テイキングに関してCD、反社会性パーソナリティ障害へと進展しなかった人と対照群で違っていないこと、ADHD児への中枢神経刺激薬の長期間の安全性を支持しているとまとめている。

## 2. さまざまな治療がADHDの長期経過に与える影響をめぐって

Shawら<sup>14)</sup>は、治療(薬物療法、非薬物療法、多様な治療)がADHDの長期経過に与える影響

を評価している研究をレビューしている。このレビューでは、長期経過を2年以上と定義している。1980年から2010年までに公表された351の研究では、9つの主要なカテゴリー—学業成績、反社会的行動、非医薬品の使用・依存行動、肥満、職業、サービスの活用、自己評価、社会的機能の転帰—に関して評価していた。おおよその傾向としては、①治療を受けていないADHDは、治療を受けているADHDと比較してあらゆるカテゴリーにおいても長期経過はよくないこと、さらにADHDを標的とした治療は未治療のADHDと比較して長期経過が改善されたが必ずしも健常の水準ではなかった。行われてきた治療は、未治療のADHDの生活の機能に関わる好ましくない影響を減らすことができるが、正常化はしないとまとめている。

### 3. ADHD児の予後に関連する要因

Cherkasovaら<sup>6)</sup>は、予後に関連する要因に関してレビューしている。ADHDのリスク要因は、早期の発達段階では、遺伝的要因に加えて、母親の喫煙、低出生体重、早産、母親のストレス、心理社会的な逆境である。就学前では、ADHD症状の重症度、認知機能がADHDの持続や機能的障害の重要な予測因子になる。一方、親の子育ての実践がADHD児の感情や行動の適応、そしてODDに関連する。就学年齢では、ADHD症状の重症度、併存障害、認知機能、そして家族の要因がADHD持続とその後の生活機能の予測因子になる。この年齢では、併存障害—特にODDやCD—が、思春期、成人期におけるADHDの持続と障害を受けている機能に関して重要な予測因子になる。予後は、子どもの特性(症状の重症度、IQ、併存障害)、家族の特性(親の精神病理、子育ての実践、社会経済地位)、さらに治療の効果が複合した結果とまとめている。

## おわりに

これまでわが国では、ADHDの子どもの前方視的な追跡研究は報告されていない。米国

を中心としたADHDの子どもの長期経過がこのままわが国の子どもにおいても当てはまるのか否かは不明である。今後わが国においても、ADHDの子どもの前方視的経過追跡調査が行われ、ADHDの子どもの長期的な予後、さらに長期的な予後を規定する要因が明らかにすることが必要と考えられる。

## 文献

- 1) American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. APA, Washington DC, 2013 (高橋 三郎, 大野 裕監訳: DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2014)
- 2) Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS et al : The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria : I . An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 : 546-557, 1990
- 3) Barkley RA : Attention-deficit hyperactive disorder. Third edition. The Guilford Press, New York, 2006
- 4) Barkley RA, Murphy KR, Fischer M : ADHD in Adults. The Guilford Press, New York, 2008
- 5) Biederman J, Monuteaux MC, Mick E : Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder : a controlled 10-year follow-up study. *Psychol Med* 36 : 167-179, 2006
- 6) Cherkasova M, Sulla EM, Dalena KL et al : Developmental course of attention deficit hyperactivity disorder and its predictors. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 22 : 47-54, 2013
- 7) Faraone SV, Biederman J, Mick E : The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder : a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 36 : 159-165, 2006
- 8) Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MA et al : Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry* 69 : 1295-1303, 2012
- 9) Mannuzza S, Klein RG, Bessler A et al : Adult outcome of hyperactive boys : Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 50 : 565-576, 1993
- 10) Mannuzza S, Klein RG : Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child And Adolesc Psychiatr Clin N Am* 9 : 711-726, 2000

- 11) 中村和彦, 大西将史, 内山 敏ほか: おとなの ADHD 臨床 I. おとなの ADHD の疫学調査. 精神科治療学 28 : 155-162, 2013
- 12) Ramos Olazagasti MA, Klein RG, Mannuzza S et al : Does childhood attention-deficit/hyperactivity disorder predict risk-taking and medical illnesses in adulthood? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 52 : 153-162, 2013
- 13) Rasmussen P, Gillberg C : Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years : a controlled, longitudinal, community-based study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39 : 1424-1431, 2000
- 14) Shaw M, Hodgkins P, Caci H et al : A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder : effects of treatment and non-treatment. BMC Med. 2012 Sep 4 ; 10 : 99. doi : 10.1186/1741-7015-10-99.
- 15) Weiss G, Hechtman L, Milroy T et al : Psychiatric status of hyperactives as adults : a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. J Am Acad Child Psychiatry 23 : 211-220, 1985

\* \* \*

## 子どものグループの始め方

渡部 京太\* 木沢 由紀子\* 清水 真理\* 中里 容子\*\* 川上 桜子\*\*\*  
青木 桃子\*\*\*\* 大西 豊史\*\*\*\*

### Key words

psychotherapeutic structure, group psychotherapy with children and adolescents, active group therapy (AGT),  
community meetings, conductors

治療構造、子どもの集団精神療法、活動集団精神療法、コミュニティ・ミーティング、コンダクター

### 要約

子どものグループが彼らにとって安心感を得られる居場所として機能し、かつ不安や怒り、内的空想を自由に表出できるいきいきした場にするためには、グループをはじめる際にどのような仕掛けやコツが必要だろうか。このような疑問をきっかけにワークショップを企画した。ワークショップでは、グループの治療構造をどう考えてそのやり方に決めていったのかを事例を通して子どものグループの始め方について検討した。全体討論では、入院治療の設定で新しいグループを始める時やグループのやり方を変更する時に病棟スタッフになかなか受け入れてもらえず、病棟スタッフへのグループの意義の理解を得る作業が大変だと感じているというコメントが印象に残った。また、発達障害や虐待を受けている子どもの入院が増え、治療スタッフと関係を作ることも難しく仲間集団が形成されにくくなってきていることも話題にあがったが、子どもの治療では治療者がなんとかなるというポジティブな態度で、子どもに仲間集団の経験を体験できる居場所を提供し続けることが大切だと考えられた。

### I. はじめに

ワークショップを企画した渡部は、児童精神科医師として多くの子どもと接する中で、子どもの不安や葛藤の質の変化、あるいは他者との関わり方の変化を日々感じている。リーダーになること

を回避する子ども、自己主張できず他者に自分を見いだされることをひっそりと待っている子どもが増えている印象を受ける。治療スタッフ(大人)に見守られている病棟でも、役割や責任を負うことを回避し仲間より目立つことを恐れ、子ども同士の話し合いを年長児が仕切ることすらできずにいる。これには、おそらく児童精神医学を取り巻

On the beginning of group psychotherapy with children and adolescents

- \* 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科 (〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1)  
Kyota Watanabe, Yukiko Kizawa, Mari Shimizu: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine, 1-7-1, Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-8516 Japan
- \*\* 神奈川県立精神医療センター (〒233-0006 神奈川県横浜市港南区芹が谷2-5-1)  
Yoko Nakasato: Kanagawa Psychiatric Center, 2-5-1, Serigaya, Kohnan, Yokohama, Kanagawa, 233-0006 Japan
- \*\*\* 神奈川県立鎌倉養護学校 (〒247-007 神奈川県鎌倉市関谷566)  
Sakurako Kawakami: Kamakura School for the Handicapped, 566, Sekiya, Kamakura, Kanagawa, 247-007 Japan
- \*\*\*\* 埼玉県立精神医療センター児童精神科 (〒362-0806 埼玉県北足立郡伊奈町小室818-2)  
Momoko Aoki, Toyoshi Onishi: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Saitama Prefectural Mental Health Center, 818-2, Komuro, Ina-machi, Kita-adachi-gun, Saitama, 362-0806 Japan

く様々な状況の変化、たとえば入院期間の短縮化や子どもの病態の変化（かつてのエディプス葛藤水準の子どもから二者関係を築くことすらままならない発達障害や虐待を受けて育った子どもの増加）などが影響しているかもしれない。

上記のような子どもが自分を作る作業を行うためには、大人が隠れてひっそりと待っている子どもを見つけだし、大人に見守られながら仲間集団でもまれる『葛藤』を体験し、『グループを信じられる』という感覚を得ることが以前にまして重要になってきていると感じている。子どもの治療グループが彼らにとって安心感を得られる居場所として機能し、かつ不安や怒り、内的空想を自由に表出できるいきいきした場にするためには、グループをはじめの際にどのような仕掛けやコツが必要だろうか。このような疑問をきっかけに今回のワークショップを企画することにした。

## Ⅱ. ワークショップの進め方

ワークショップでは、まず青木が子どものグループを始める時の課題とポイントを概説した。続いて、国府台病院児童精神科における、①選択性緘黙児を対象とした外来グループ・プレイセラピー（川上、中里）、②その外来グループに参加していた緘黙児を募って行った3泊4日の短期夏休み入院（清水）、③神経性無食欲症の入院女児を対象としたグループ（木沢）、④仲間集団から孤立している入院男児を対象としたグループ（渡部）を通して、子どものグループの始め方について検討した。⑤新たに埼玉県立精神医療センター児童精神科病棟でコミュニティ・ミーティング（以下CMと略す）を開始しようと模索している準備のプロセスを大西が発表した。準備段階のグループを事例として取り上げたのは、病棟で新たなことを始めようとする往々にしてスタッフから思わぬ反発や抵抗を受けることもあるからである。そして、子どものグループの始め方について参加者全員で討論を行った。

## Ⅲ. 子どものグループを始める時の課題とポイント（青木）

小学校高学年から中学生年代の前思春期の子どもの発達課題は、①母親離れ、②自分探しがあげられる。母親離れで生じる不安に対し、仲間集団は大いに心の拠り所となる。また、前思春期の子どもでは個人精神療法やプレイセラピーの導入や展開には限界があるため、集団精神療法を大いに活用すべきである。

児童・思春期の集団精神療法には、①活動を媒介とした活動集団療法と、②言語を媒介としたグループ、たとえば病棟のCMや疾患別のグループなどがある。

集団精神療法を行う際の留意点をあげる。まず、メンバーの選択についてであるが、素行障害、薬物乱用の子どもは、非行のない子どもと別にした方がよい。また急性精神病状態や極端な退行状態の子ども、自己愛的な子ども、被害的になりやすい子どもは当初参加を見合わせる。一方注意欠如・多動性障害（ADHD）など衝動統制の未熟な子どもには、集団療法は望ましいが、グループを乱したり孤立しやすいため、グループの受容力を考えたり、子どもの組合せを考えたり、治療者が傍らに付き添うなど検討する必要がある。

スタッフは、医師、看護師、心理士、精神保健福祉士、作業療法士など、多職種の年齢の幅のある大人が参加するのがよい。小、中学生の活動集団療法では、自我同一性の形成の時期のため、メンバーとリーダーは同性であることが望ましい。CMでは両性の複数のスタッフにより疑似家族的集団が形成されるのが望ましい。

集団精神療法の一般原則として、①バウンダリーを守る、②何を言ってもよい保証をする、③集団の圧力を強くしない、④終了後スタッフでレビューを行う、があげられる。特に前思春期の年代では、子どもの依存をめぐるアンビバレンツ（依存と攻撃）を繊細に観察し、率直に応える感覚が必要である。



#### IV. 具体的な事例

##### ① 選択性緘黙児の外来グループ——「国府台シャイネス」(川上、中里)

「国府台シャイネス」は、選択性緘黙児を対象としたグループ・プレイセラピーである。選択性緘黙児の治療では、病院で観察できる行動や言動によるアセスメントが難しく、緊張感の高さから治療的介入にも難しさを感じることもあり、グループでのセラピーが有効ではないかと考え、本グループを立ち上げた。治療構造は、当院児童精神科に外来通院中で選択性緘黙と診断された患児を対象とし、外来プレイルームにて、2週おきの土曜日、午前10時～11時に実施している。内容は、遊びを中心としたグループで、患児のきょうだい(2歳以上の健常児)同伴での参加を受け入れている。

子どもグループのセラピスト(以下Thと略す)である筆者らは、緘黙児のグループという存在を今まで聞いたこともなく、「緘黙児を集めて遊ぶことはできるのか」「きょうだい同伴という構造をどう扱ったらよいのか」などの不安を抱えていたが、実際には初回からボールプールのボールがブンブンと飛び交う中で声を上げて大喜ぶ子どもたちがいる、エネルギッシュな遊びが展開するグループとなった。また、「きょうだいをどう扱ったら良いのか」という点についても、「きょうだいの面倒をみる」という役割が患児たちの行動をスムーズにしており、Thにとっても「きょうだい」である健常児と行動の比較ができることで、患児の状態をアセスメントしやすいという利点があった。

子どものグループにおいて、実際にグループを始めると開始前に懸念していたこととは別のことの問題となることが少なくないように思う。たとえば、本グループでは能動性の発揮に難しさがある子どもをイメージして構造(Thは女性2名が担当し、内容は自由遊びを基本とする構造)

を考えたが、実際にはThを増やし(現在は男性1名、女性3名)、遊びの中に“お片付けタイム”を導入する必要があるほど活動的なグループとなった。子どものグループにおける治療構造は、時間、場所といった必ず守るべき必要があるものとは別に、子どもの実態に合わせて、あるいはグループの展開に合わせて柔軟に変えることも必要と考えている。

##### ② 「国府台シャイネス・夏休み合宿」(清水)

「国府台シャイネス」では、グループ開始から2年後に、新たな試みとして国府台病院児童精神科病棟への入院治療を兼ねた3泊4日の夏休み合宿を行った。7名の緘黙児とスタッフ6名で、水族館と銭湯へ行き、翌日は病棟行事の納涼会に参加し、夜は花火大会と肝試しに参加した。

準備にあたっては、行き先や日程、費用、安全面への配慮などについて、書面で案内を行った。加えて、「国府台シャイネス」の親グループ内で夏休み合宿についての説明会を行い、トイレや食事、排泄面への心配など、個別に質問を受け付け答えるようにした。というのは、児童精神科病棟に入院している子どもは小学校高学年から中学生であったが、緘黙児は小学校低学年が多かったからである。また、受け入れる病棟スタッフは安全面を心配していたが、合宿の意義への理解が得られるよう相談を重ねた。さらに、入院中の子どもにも緘黙児を受け入れてもらえるよう、選択性緘黙に関する絵本を用いてレクチャーを行った。合宿中は、緘黙児にはなるべくスタッフが付き添い、入院児にとけこめるように配慮した。

合宿に参加した緘黙児は、家庭や学校から離れ、グループの仲間やスタッフと協力しながらいつもの違う場面へ冒険に出かけてみるという外来グループだけでは得られない体験を仲間と共有することができたのではないかと考えている。さらに顔なじみではない入院児や病棟スタッフとの交流をする機会は、参加した緘黙児に自信をもたらしたと感じた。その後の「国府台シャイネス」では、参加した子ども同士での交流や、普段より自由に

振る舞う姿が見られ、スタッフも子どもの新たな側面を発見することができた。課題としては、病棟スタッフの協力が得られるよう十分な説明や準備が必要であること、このような企画を行える人員的余裕がないと実施が難しいことがあげられた。

③ 神経性無食欲症女児のグループ——「やせがまんたいかい」（木沢）

神経症無食欲症（以下ANと略す）女児で構成された入院グループをどのように開始させ、どのように展開していったかについて発表した。

「やせがまんたいかい」はAN児の入院が増えていること、彼女たちが病棟内で孤立しがちであるという状況を踏まえて企画された。「やせがまんたいかい」ではスタッフとして、AN児の入院を担当しない病棟医長、看護師長や副師長、心理士が参加した。これは、担当医や担当看護師がいる前では「やせがまんたいかい」に参加した子どもが自由に話せなくなるという配慮からである。週1回45分、病棟外の面接室で実施した。開始前は思春期年代（主に中学生）のAN児を力動的に取り扱うグループという試みに不安も抱いたが、実際にはじめてみると参加を楽しみにするメンバーも現れるなど、よい意味で期待を裏切られた。これは葛藤や情緒を言語的に取り扱う能力が十分に成熟しておらず、大人に両価的な感情を抱きやすいという10代前半の年代特性を踏まえ、病気や治療の話題に特化せず何でも自由におしゃべりできる遊びをもたせた場としたことが大きいと思われる。前思春期年代、特に女児を対象にグループを実践する際には、スタッフは何気ない“おしゃべり”の中から彼女たちの内面を知る手がかりを拾い上げ、同時に様々な投影の引き受け手になることを通して彼女たちのこころの有り様を理解する姿勢を持つことの大切さについて述べた。

最後に、入院患者を対象としたグループを実施する際の注意点として、スタッフも患者も定期的に入れ替わっていく病棟という場で、どのようにグループの存在を認識してもらい、運営に協力してもらおうかについて言及した。また、入院中の患

者のみを対象としていることからグループサイズや顔ぶれは流動的に変化し、それによってグループの雰囲気も影響を受けやすいこと、そのためスタッフは変化を素早くキャッチし、柔軟に対処していく姿勢が重要であることについても述べた。

④ 仲間集団から孤立している男児を対象とした「KAZUグループ」（渡部）

児童精神科病棟に入院している男児は、夜になると病棟のホールのテレビの前に集まってカップ麺を食べながら雑談をしていた。しかし病棟にはギターを弾けない、運動が苦手で、男児の仲間集団に入れずに浮いている、むしろいじめられている子どもが数名いた。カップ麺を食べる男児集団に入れられない子どもを集めて開始したのが、「KAZUグループ」である。このグループは、運動が苦手な子どもが集まって、サッカーの三浦知良選手（KAZU）の発言について感想を述べあうという目的で開始された。病棟外の面接室にて2週間に1回1時間という構造で行った。グループは、①メンバー全員で「KAZUグループ」の漢（おとこ）の掟を読みあげる、②カップ麺を食べる、③KAZUの言葉について感想を述べあう、④再び漢の掟を読みあげるという順で進めていく。漢の掟は、「壺. このグループに一度参加したら抜けられない。弐. 話したことは、外で漏らしてはいけない。参. このグループで学んだことを命がけで実践する。肆. 死して屍（しかばね）拾う者なし。」から構成されている。参加メンバーは、小学6年から中学3年までの男児4名、スタッフは児童精神科医1名、男性看護師1名で開始した。スタッフは、「スポーツや音楽ができないけど秘密を守る子どもを集めてくるように」とメンバーに伝え、徐々に人数が増えていった。メンバーが前思春期から思春期の子どもが集まった時にするような話をいきいきとすることに改めて驚かされた。メンバーは漢（おとこ）の掟を守ってグループの秘密を守り、「どこかにつるさされていて、間違うとマグマに落とされて死ぬ」「大舞台で何かをやることになり、期待されていたのに、突然

だったので失敗して怒られる」という夢について語ったが、この夢は入院している子どもが感じている集団に対する中核的な不安、すなわちグループで前面に立つと周囲はついてこなかったり、うまくいかないとき真っ逆さまに転落するように周囲から孤立してしまうことを表していると考えられた。

#### ⑤ 準備段階のグループ (大西)

埼玉県立精神医療センター児童精神科病棟の既存のCMを「より「集団精神療法」的に変化させる」取り組みについて発表した。

大西が参加し始めた頃は、ホワイトボードとミーティングのルールが記載されたボードが用意され、ホワイトボードに向かって座り、子どもたちから司会者と書記が選ばれるという、学級会のようなものであった。そうした意思決定機関として用いられる場から、自由に話をする場へ、グループは徐々に変化していった。その際に必要なことは、「病院への働きかけ」、「スタッフへの説明」、「グループを信じること」の3点であったと考える。

「病院への働きかけ」としては、医長である青木を中心に、病棟での集団精神療法の意義をスタッフに広め、副院長の協力のもと病院への説明を行った。これにより、大西がCMの実施に集中することが可能となった。

「スタッフへの説明」については、当初は書類を用意して「頭で」理解してもらおうよう試みたが、逆に抵抗や戸惑いが生じたようであった。自身のこれまでの体験グループ参加経験から、「実感」していくことが重要と感じていたため、出席したスタッフにレビューを行った。参加したグループで起こっていたことを直後に話し合うことの方が、よりスタッフ側への理解が進んだようであった。そうした理解(実感)が、「輪」になって座ることや、ホワイトボード撤去につながったと思われる。

「グループを信じること」については、常々、グループを信じることで伝わるものだと実感している。CMを行う際、集団の圧力を強めないこと

に留意し、自由な雰囲気を保つよう心がけているが、そうしていると子どもたちが病棟の雰囲気をCMに伝えに来てくれるようになったと感じている。

## V. 全体討論

【 】には、渡部がワークショップの内容を原稿にまとめている段階で補足しておいた方がいいと感じたことを記載した。

1) テーマを定めず自由に話し合いをするミーティングと病棟のルールを決めたり確認したりするミーティングをどのように両立させていけばいいのかという質問について、大西は何か問題が起こった時に関わっている子どもを集めて臨時的ミーティングをスタッフも入って行うことがあると答えた。さらに、渡部が話し合いの仕方を知らなかったり、経験したことがない子どもが多くなってきているので、話し合いの仕方を教えることも重要になると追加した。【児童精神科病棟には、病棟のルールや行事の役割分担を決めるミーティングと特にテーマを定めず自由に話し合う形式のCMの両方があるのがいいと思う。】

2) CMのメンバーの参加についての質問には、青木は、おちつきのない発達障害児の参加がグループが乱されるという理由で参加を制限されるということには疑問を感じており、おちつきのない発達障害児も参加し対人関係の練習ができるといいので、スタッフが付き添うなどの工夫が必要と答えた。【グループへの参加は本人の意思に任せるようにしている。前思春期の子どもでは「かっこ悪い」ところは絶対に見せたくないという心性が強いので、個室隔離といった行動制限をしている子どもには意思を確認したり、主治医の判断をあおいた上でグループに参加してもらうようにしている。】

3) 渡部が、「KAZUグループ」にてスタッフが準備したカップラーメンが苦手な種類だったためどうしても食べられないメンバーに新しいカッ

プラーメンを用意したという場面を呈示したが、グループの圧力を強くしないということについて、個別の対応をするとグループがくずれていってしまうのではないかと心配になる時と、個別の対応が必要になる時があるが、どのように考えたらいいのかという質問がなされた。渡部が、『KAZUグループ』に参加している子どもはこれまでにさんざん嫌な思いをしてきた子どもが多かったので、学校といったふつうの集団ではなかなか許されない個別の対応を行ったと答えた。さらにグループは知らず知らずのうちにグループの圧力が強くなって硬直化してしまう対応とは異なった、グループに直接的に受け入れられたという新しい体験を子どもに提供できると追加した。

4) 前思春期の子どもが病棟に入院すると、ギャング・グループに退行し、続いてグループが成長していくという話があったが、最近の病棟での入院治療ではギャング・グループになればよくて、スタッフとの関係もなかなかとれない子どもが多くなっていること、これは発達障害、虐待を受けている子どもが多いためではないかというコメントが出た。さらに病棟で新しいグループを始める時やグループのやり方を変更する時に、病棟スタッフになかなか受け入れてもらえず、「スタッフは何をすればいいのか？」という反応が多かった。スタッフへの説明の時間を十分にとったつもりではあったが、病棟スタッフへの説明は大変な作業だと感じているというコメントがなされた。青木が、個別に関わってスタッフとの関係を作ってから、そのスタッフが付き添ってグループに参加できるようにするというプロセスがあると語った。さらに、スタッフに説明して理解してもらっていると感ずても、「余暇を楽しませればいいですよね」という反応があって、なかなか伝わらないと思う時があると語った。渡部は、「スタッフには細かい説明をあまりしないで、こういうグループを始めますと始めていた」と発言し、以前国府台病院に勤務していた看護師に発言を求めると、「急にこうなったと言われても、“なんで？”というのがあった。師長に聞いてもわからない。

実際やってみると、こういうものなのかと思った。看護師は児童精神科に特化して勉強してきているわけではないので、集団活動療法の意義がなかなかわからなかった。ようやく意義がわかって、同僚に説明してもなかなか治療的意義を理解してもらえなかったという体験がある」とコメントした。

5) 渡部が「緘黙児には打つ手がないというのがあってグループを始めることにした。治療者がなんとかなるかもしれないというポジティブな態度でいることは大切だと思う」と発言した。【子どもの治療では、心細くなっている子どもが自由に羽をのばせたり、つまずいた時に羽を休ませるような居場所を治療者が提供し続けることが大切だと感じるようになってきている。】

6) 渡部が埼玉県立精神医療センターのスタッフに意見を求めると、あるスタッフが「大西医師が赴任して、“国府台のグループでは…”という話をして、“くそー、国府台の話ばかりしやがって”と思った。俺たちは誇りを持ってグループをやっているという思いがあった。青木医師は“実際、やってみたらいいのよ。やってみないとわからないから”と言う」と話し、「でも変えていくには葛藤があった。ホワイトボードをはずしてみよう、輪になってやってみよう」と変えてみると、実際やってみるとわかるのよというのがわかった。新しいミーティングに変更をしていくのは大変で、今思うとわかっていない人が半分以上で、わかっていない人もミーティングに引っぱりだされてやっていると感じます」と語り、全体討論は終了した。

## VI. おわりに

ワークショップの発表者には、どうしてそのやり方・構造グループを始めたのかに力点を置いてまとめてもらった。全体討論ではグループを始め際に、スタッフがグループの意義を理解しにくいという話題が印象に残った。原稿をまとめながら、国府台病院児童精神科で始めたグループは改