

果から推測される。

一方、本研究には、少なからず限界も存在する。今回使用した質問項目の評定者は、母親のみであり、母親の暖かい養育と子どもの行動の関係は、母親の回答傾向が反映されている可能性は否めない。例えば、悲観的な母親は、自身の養育の暖かさを低く、子どもの困難さを高く回答する、と考えられるからである。しかし、単相関分析の結果は、乳幼児期における養育の暖かさと子どもの扱いにくさの関連を否定するものであり、評定者による影響が含まれたと一概に言えるものでもない。今後の課題として、学校の担任教師など第三者によって評価された子どもの困難さと養育の暖かさの関係を検討する必要があるが、今回得られた知見もある程度の妥当性があるものと考えている。

また、本研究の解析対象者数は、ベースライン調査の対象者数の10%以下であった。追跡調査に継続して参加している母親は、出産や育児の情報に关心が高いグループであることが考えられる。したがって、適切な環境で育てられた子どもが多い集団であるということも想定され、結果を解釈する際に考慮しなければならない。さらに、本研究の対象者数では詳細な行動特性の分析ができず、子どもの困難さをひとまとめりとして解析をせざるを得なかつた。今後、大規模コホート研究が進めば、母親の要因によって子どもの特定の行動特性や発達障害の有病率などに与える影響が明らかにされるものと期待される。

評定者や対象者数の限界はあるものの、母親の出産体験の豊かさが自身の養育態度を改善させ、学童期における子どもの行動に好ましい影響を与えることを示した本研究の結果は、母親の養育や育児に重要な示唆を与えるものであると思われる。今後、子どもの行動のリスク要因を減少させるものとして、妊娠出産を迎える女性に対する介入など、出産時からの長期的なフォローアップと継続的な介入が期待される。

本研究の一部は、国立精神・神経医療研究センター精神・疾患研究開発費21委一8「精神・神経疾患にかかる大規模コホートスタディの構築に関する研究（主任研究者：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 竹島 正）」の補助により行われた。なお、本稿の要旨は、第53回日本小児神経学会総会（横浜）にて発表した。

文 獻

- 1) 竹原健二、岡本（北村）菜穂子、吉朝加奈、ら。助産所で妊娠に対して実施されているケアに関する質的研究：助産所のケアの“本質”とはどういうものか。母性衛生 2009;50:190-8.
- 2) 野口真貴子、女性に肯定される助産所出産体験と知覚知。日

助産会誌 2002;15:7-14.

- 3) 長谷川 文、村上明美。出産する女性が満足できるお産：助産院の出産体験ノートからの分析。母性衛生 2005;45:489-95.
- 4) 鈴木敬子、大町寛子、水谷幸子、松尾壽子、女性が出産に望むこと：助産所での調査より。母性衛生 2003;44:98-104.
- 5) 三砂ちづる、竹原健二。いいお産とはどのような体验か—豊かな出産経験を定義し、お産について再考する（特集 いいお産・再考）。助産雑誌 2009;63:22-31.
- 6) 竹原健二、野口真貴子、嶋根卓也、三砂ちづる。出産体験尺度作成の試み。民族衛生 2007;73:211-24.
- 7) Tully LA, Arseneault L, Caspi A, Moffitt TE, Morgan J. Does maternal warmth moderate the effects of birth weight on twins' attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and low IQ? *J Consult Clin Psychol* 2004;72:218-26.
- 8) Turkheimer E, Waldron M. Nonshared environment:a theoretical, methodological, and quantitative review. *Psychol Bull* 2002;126:78-108.
- 9) 菅原ますみ、八木下曉子、訥摩紀子、ら。夫婦関係と児童期の子どもの抑うつ傾向との関連：家族機能および両親の養育態度を媒介として。教育心理学研究 2002;50:129-40.
- 10) Thomas A, Chess S. *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel Publisher, 1977.
- 11) Saylor CF, Boyce GC, Price C. Early predictors of school-age behavior problems and social skills in children with intraventricular hemorrhage (IVH) and/or extremely low birthweight (ELBW). *Child Psychiatry Hum Dev* 2003;33:175-92.
- 12) Mesman J, Stoel R, Bakermans-Kranenburg MJ, et al. Predicting growth curves of early childhood externalizing problems:differential susceptibility of children with difficult temperament. *J Abnorm Child Psychol* 2009;37:625-36.
- 13) 菅原ますみ、島 悟、戸田まり、佐藤達哉、北村俊則。乳幼児期にみられる行動特徴：日本語版RITQおよびTTSの検討。教育心理学研究 1994;42:315-23.
- 14) Matsushita T, Nagano M, Araki Y, et al. Scale properties of the Japanese version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ):a study of infant and school children in community samples. *Brain Dev* 2008;30:410-5.
- 15) Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire:a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:581-6.
- 16) Downloadable SDQs and related items, youth in mind. <http://www.sdqinfo.com/py/doc/b0.py>
- 17) 竹原健二、野口真貴子、嶋根卓也、三砂ちづる。助産所と産院における出産体験に関する量的研究：“豊かな出産体験”とはどういうものか？母性衛生 2008;49:275-85.
- 18) Miner J, Clarke-Stewart KA. Trajectories of externalizing behavior from age 2 to age 9:relations with gender, temperament, ethnicity, parenting, and rater. *Dev Psychol* 2008;44:771-86.
- 19) Liber JM, van Widenfelt BM, Goedhart AW, et al. Parenting and parental anxiety and depression as predictors of treatment outcome for childhood anxiety disorders:has the role of fathers been underestimated? *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37:747-58.
- 20) 竹原健二、野口真貴子、嶋根卓也、三砂ちづる。豊かな出産体験がその後の女性の育児に及ぼす心理的な影響。日本公衆衛生雑誌 2009;56:312-21.

Effects of a Rich Emotionally-Satisfying Childbirth Experience of Mothers on Their Later Parental Attitudes and Behavior in School-Age Children

Kota Suzuki, Yosuke Kita, Yuki Inoue, MD,

Makiko Kaga, MD, Chizuru Misago, Kenji Takehara and Masumi Inagaki, MD

Department of Developmental Disorders, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry (NCNP), Kodaira, Tokyo (KS, YK, YI, MK, MI) ; Graduate School of Psychology, Ritsumeikan University, Kyoto (KS) ;

Research Fellow of the Japan Society for the Promotion of Science (JSPS), Tokyo (YK) ; Shimada Center for Rehabilitation and Neurodevelopmental Intervention, Hachioji, Tokyo (YI) ;

Department of International and Cultural Studies, Tsuda College, Kodaira, Tokyo (CM) ;

Department of Health Policy, National Research Institute for Child Health and Development, Tokyo (KT)

This study examined the effects of a rich, emotionally-satisfying childbirth experience (CBE) of mothers on the behavior of school-age children using longitudinal data measured from immediately to 7 years and 6 months after birth. The results of structural equation modeling revealed the following: 1) giving birth in a midwifery center enhances emotional satisfaction with CBE, 2) a rich CBE of mothers was associated with parental warmth, 3) parental warmth during early childhood increased prosocial behavior and reduced behavioral problems in school-age children, and 4) temperamentally difficult in early childhood were linked to later behavioral problems in school-age children. Thus, a rich CBE and parental warmth were suggested to be factors contributing to the good behavior of school-age children.

No To Hattatsu 2012;44:368-73

研究グループ紹介

第60回多摩小児神経懇話会

期日 2012年6月9日

場所 東京都立東大和療育センター研修室（府中）

演題

1. 頻脈・頻呼吸の鑑別に苦慮する蘇生後脳症の1例
長谷川朝彦, 和田恵子, 舟橋満寿子, 牧野道子, 松田光展, 松井秀司, 植木俊秀（東京小児療育病院小児科）
2. 嘔吐後に傾眠を伴い、基底核の石灰化、精神遲滞、痙攣性対麻痺、低身長、構音障害を呈するが、ミトコンドリア病を示唆する検査所見を欠く9歳女児の報告
白井育子, 熊田聰子, 笠井恵美, 下田木の実, 八谷靖夫, 栗原栄二（東京都立神経病院神経小児科）
3. 精神遅滞、四肢痙攣性、小脳萎縮、甲状腺機能低下症のある兄弟例
八谷靖夫, 笠井恵美, 下田木の実, 白井育子, 熊田聰子, 栗原栄二（東京都立神経病院神経小児科）
4. 難治性側頭葉てんかんを伴った海馬傍回に主座を持つ側頭葉内側部神経節細胞腫の1手術例—小児例に有用な低侵襲的手術法であるtranssylvian transcisternal & ventricular approach—

宇田武弘, 森野道晴, 細野 篤（東京都立神経病院脳神経外科）

5. 当科で経験した自己免疫性脳炎が疑われる症例に関する検討

松田悠子, 佐々木征行, 石山昭彦, 斎藤貴志, 斎藤義朗, 小牧宏文, 中川栄二, 須貝研司（国立精神・神経医療研究センター病院小児神経科）, 上野弘恵, 西里ちづる（国立病院機構熊本再春荘病院小児科）, 高橋幸利（国立病院機構静岡てんかん・神経医療センター小児科）

6. 脳梗塞を繰り返した progeria の1例

寺嶋 宙, 柴田明子, 安藤亜希, 太田さやか, 柏井洋文, 久保田雅也（国立成育医療研究センター神経内科）

7. 20番環状染色体の1例

池上真理子（東海大八王子病院小児科）

8. 清瀬市こどもの発達支援・交流センター「とことこ」の3年間、経過ご報告

鈴木文晴（東京都立東大和療育センター小児科）

III. 研究成果の刊行物・別刷

<発達障害への支援>

療育へのとりくみ—ADHDへの支援活動 —NPO 法人くるめ STP—

山下裕史朗^{*1,2} 向笠章子^{*2,3} 多田泰裕^{*2,4}
 児玉尚子^{*2,5} 藤田史恵^{*2,5} 松石豊次郎^{*1}

はじめに

注意欠陥多動性障害 (attention deficit hyperactivity disorder : ADHD)への支援には、子ども自身への支援、家族への支援、子どもに関わる保育士、教師など専門職への支援などがある。ほとんどの医療機関では、限られた診療時間、マンパワーの中で ADHD だけでなく、さまざまな発達障害やその他の疾患を診ていかなければいけない。親への簡単なガイダンスや、必要なケースに薬物治療を行うのが精一杯で、それ以上の包括的治療を行うことは困難である。

私自身も同じ悩みを 1990 年ごろ感じていた。ADHD 診療に閉塞感を感じていたころ出会ったのが、当時アメリカ New York 州立大学 Buffalo 校でモデルプログラムとして数々の受賞に輝く ADHD児への Summer Treatment Program (STP)を中心とした包括的治療を完成させていた Pelham 教授であった。幸い、2003 年夏に Buffalo で研修を受ける機会を得た¹⁾。その後 2005 年か

ら 7 年間、Pelham 教授および Buffalo スタッフはじめ地域の多くの方々の協力を得て、北米以外では初の STP を福岡県久留米市で実践してきた。

STP を地域で実践し、継続するためには、医療、教育、心理などさまざまな専門家が連携して総合的支援体制を構築することが必要となる。より安定した STP の継続と他地区への STP の普及、広範囲に ADHD の理解啓発を推進するために、「NPO 法人くるめ STP」を 2008 年に立ち上げた。くるめ STP の主な支援活動は、STP 実施に向けての人材育成、STP 実施、フォローアップ活動、他地区への STP 普及に向けたセミナー や ADHD 理解・啓発目的の講演会、ADHD の病態解明や治療エビデンス蓄積に役立つ臨床研究実施などである。

本稿では、NPO 法人くるめ STP が行っている STP と主な支援活動について紹介する。

I. くるめ Summer Treatment Program 概要^{2,3)}

STP は、ADHD をもつ子どもと家族のための集中治療プログラムで、米国で 30 年の歴史がある。現在、北米主要都市 20 か所で Buffalo 校をモデルとした 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 (NIMH) 主催の The Multimodal

Yamashita Yushiro Mukasa Akiko Tada Yasuhiro
Kodama Naoko Fujita Fumie Matsuishi Toyojiro

*1 久留米大学医学部小児科

[〒830-0011 久留米市旭町 67]

TEL 0942-31-7565 FAX 0942-38-1792

E-mail : yushiro@med.kurume-u.ac.jp

*2 NPO 法人くるめ STP

*3 聖マリア病院心理療法科

*4 宗像医師会病院

*5 久留米大学医学部看護学科

Treatment Study of Children with ADHD (MTA) 研究など ADHD の理解に貢献する莫大な研究が行わされてきた。

くるめ STP の一般目標は、米国 STP とほぼ同じ下記の 6 つである。

- ① 問題解決スキルやソーシャルスキル、友だちとうまくやっていけるという自覚を育てる。
- ② 学習スキルを改善する。
- ③ 日頃できていない指示に従う、課題を遂行できる、おとなと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育て、維持し、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ける薬や行動療法の効果を自然な状況下で評価する。

くるめ STP は夏休み中の 2 週間（米国 STP では 8 週間）、月～金曜日デイキャンプ形式で、子どもたちは、市内の小学校に通う（米国 STP では、大学内の「子ども家庭センター」に通う）。医師や心理士スタッフ、看護師チームの指導のもと、事前研修を受けた学生のカウンセラーが中心となって子どもたちの指導を行う。子どもたちは同年齢の子ども 12 名のグループの中で、毎日 7 時間（米国 STP では 9 時間）を学習センターやレクレーション活動で過ごし、グループとして行動することや友達づくり、おとなとの適切なかかわり方を学ぶ。子どもたちは 1 時間半（米国 STP では 3 時間）を学習センターで教師と過ごし、行動修正プログラムは終日行われる。

「くるめ STP」に参加する学生・大学院生、教師は、5 月に全体研修を受けた後、それぞれの班ごとに研修を受ける。医療班の学生は、医師、看護師による参加児童の体調管理を中心とした研修を受け、心理班の学生は、くるめ STP でリードカウンセラーを務める臨床心理士によるポイントシート係、スポーツ係、子どもの教室移動などを担当する進行係にそれぞれ分かれて研修を受ける。また、教育班の教師は、学習センターの時間

の中で使用するプリントや指導方法の研修を受ける。市教育委員会から校長宛に依頼して、参加を希望した主として特別支援教育を担当する教師が関わっている。学習センターでの活動は、① 個別学習（算数、国語などのプリント課題）、② 友だちと教えあう peer tutoring（くるめ STP では、4～5 名の班によるグループ学習）、③ コンピュータを用いた個別学習（くるめ STP では、算数ソフト）の 3 つ（各 30 分）に分かれており、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、ソーシャルスキルトレーニング、スポーツスキルトレーニング、スポーツの試合、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、米国 STP では、保護者もクラス別に週 1 回夜に行われるペアレントトレーニング（託児あり）に STP スタート数か月前から参加し、STP 期間中も継続する（10 回）。くるめ STP の場合は、STP 前に保護者会 2 回、STP 期間中、午前に 5 日間連続 90 分 1 コマのペアレントトレーニング、2 週目に保護者会を 1 回夜に開いている。

II. STP で用いられる主な手法

1. ポイントシステム

STP では、子どもが適切な行動をとると報酬としてポイントがもらえ、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 “Honor Roll”（くるめ STP では、「金メダル賞」）という名誉を得ること

ができる。“Honor Roll”を獲得した子は、顔写真が掲示される、列から離れて移動できる、エレベーターが使えるなどの特権が与えられる。各自がポイントを獲得する（もしくは失う）と即座にカウンセラーが子どもに「○○君、仲間を助けるで○点の加点です」といったふうに伝える。カウンセラーのうち1名は、ほかの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）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、みんなの前での賞賛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、くり返し先生の言ったとおりにしない場合は、ポイントの減点とともに、タイムアウトタイムが課せられる。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。ただし、指示どおりにタイムアウトに従えれば、タイムアウトの時間は半分に短縮される。タイムアウト中は、ポイントは与えられない。

3. 友だち関係改善のための介入

毎日のテーマ（「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る。また、良いロールプレイは、子どもにもやってもらう。

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覚えていない・守れない、運動が苦手な子が多い。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。スキルレベルに応じた小グループでのスポーツスキルトレーニングを行い、午後に行われる試合で実践する。

5. デイリーレポートカード（Daily Report Card : DRC）

DRCは、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最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週間で決められ、2週目が始まる前に1週目のデータを基に改訂される。標的行動は、教室とレクレーション活動の両方から通常3個選ばれる。標的行動によくとり上げられる問題行動は、友だちの名前をよぶ・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、家庭と学校との優れたコミュニケーション手段でもある。DRCは、毎朝子どもに手渡され、子どもが自分で管理し、各活動のはじめにカウンセラーに渡される。時間の終わりに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（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（帰りの自由時間）がもらえる。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、日本の学校でも使える簡単な方法である。DRCのスタートパッケージ日本語版は、「NPO法人くるめSTP」のWebsite (<http://www.kurume-stp.org/>) からダウンロード可能である。

6. 個別プログラム

STPの標準的な介入方法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、個別プログラムを必要とするのは、24名中1~2名である⁴⁾。

7. フォローアップ

くるめ STP の場合、教育班による学習センターでの個人課題の各学校への文書によるフィードバック、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 通級指導教室による 2 学期以降のフォローアップ、2 学期に担任へのフォローアップ講習会、3 学期に STP リードカウンセラーによる学校訪問によるフォローアップを行っているが、一部の参加児へのフィードバックに限られているという課題がある。

III. くるめ STP の子どもへの効果と関係者への影響

くるめ STP には、過去 7 回でトータル 184 名が参加し、途中ドロップアウトした児童は 1 人もいなかった。参加者は、福岡県南部を中心に佐賀県、熊本県の 3 県にわたっている。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、PC にデータ入力されており、獲得ポイントは、STP 開始直後と終了直前との比較において有意な改善を認めた^{2,5,6)}。また、保護者による ADHD や反抗挑戦性障害の評価尺度も有意な改善を認めている⁵⁾。

また、STP の効果について PC を用いた認知機能検査 (Cog Health) を評価している。2008, 2009 年新規参加児童の検討で working memory 課題に STP 前後で正答率の有意な改善を認めしており、とくに誤答の内容で見込み反応（キーを早く押しすぎる）が有意に改善していた⁶⁾。2 週間の STP が一部の認知機能に改善をもたらす可能性を示唆する。

くるめ 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・教育にもとて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・連携システムの新しいモデルになっている。毎年参加する心理学科、看護学科、医学科学生はのべ 50 名、教師は 15 名、STP 見学者は、児童が通っている小学校関係者を中心に 100 名をこえる。くるめ STP に参加した学生が、臨床心理士になり、各地で発達障害の支援に関わり始めている。くるめ STP 参加

経験がある心理学科卒業生はのべ 120 名になった。うち 29 名が STP 運営をバックアップする「くるめ STP 学生サポーター制度」に登録している。

くるめ STP は、ADHD の理解啓発促進、他地区への STP の普及を目指して広報部門を設け、パンフレット作成、Website (<http://www.kurume-stp.org/>) 開設、全国で STP 普及セミナーを年間 3~4 か所で行っている。教育部会は、STP で学んだ方法をベースとした支援のための小冊子を作成した。

2010 年から島根県出雲市で島根県立大学短期大学部看護学科、市教育委員会が中心になって、5 日間のサマースクールを始めた。2011 年には、岐阜県各務原市で東海中央病院、市教育委員会が中心になって 5 日間のサマースクールをスタートした。両地域の立ち上げやプログラム改善にくるめ STP スタッフが関わっている。

おわりに

地域での ADHD の包括的治療モデルとしてのくるめ STP のこれまでに活動について概説した。就学前児や中学生以降の子どもたちへの支援充実や STP 実施（米国では Pelham らが実施中）、他地区への普及が今後の課題である。

Key Points

- ① STP は、米国での 30 年の治療エビデンスに基づく包括的治療法である。
- ② くるめ STP は、米国の STP をベースに日本の環境に合うように修正した 2 週間プログラムであり、治療エビデンスが蓄積されつつある。
- ③ NPO 法人くるめ STP は、市教育委員会などと連携しながら STP の実施や他地区への普及活動、ADHD の理解啓発活動を行っている。
- ④ くるめ 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教育、研究、発達障害児の支援に関わる人材育成に役立つ。

謝辞 くるめ STP は、久留米市、ジョンソンエンドジョンソン社会貢献委員会、イーライリリー株式会社からの活動助成金および精神・神経研究開発費(22-6)発達障害の診断および治療法開発に関する臨床研究(主任研究者:稻垣真澄)、および文部科学省科学研究費補助金基盤研究(C)課題番号23591519によって行われた。

文献

- 1) 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. 日小児会誌 109: 1301-1307, 2005
- 2) 山下裕史朗: ADHDをもつ子どもへの夏期治療プログラム. そだちの科学 6: 49-55, 2006
- 3) 山下裕史朗, 向笠章子(編著), くるめSTP実行委員

会書籍出版部: 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, 遠見書房, 東京, 2010

- 4) 穴井千鶴, 向笠章子, 山下裕史朗: AD/HDに対する包括的治療エビデンス—行動療法と薬物療法の統合. 臨床精神薬理 11: 651-660, 2008
- 5) Yamashita Y, Mukasa A, Honda Y, et al: Short-term effect of American summer treatment program for Japanese children with attention deficit hyperactivity disorder. Brain Dev 32: 115-122, 2010
- 6) Yamashita Y, Mukasa A, Anai C, et al: Summer treatment program for children with attention deficit hyperactivity disorder: Japanese experience in 5 years. Brain Dev 33: 260-267, 2011

雑誌『小児内科』44巻3号(2012年3月号) 定価2,730円

特集 クローズアップ 小児救急



- 【小児科(医)にとっての救急医学の今と将来】
小児救急外来における問題
日本の現状
米国の現状
地方の中核的病院小児科の救急外来での問題
北海道地域
福岡県筑豊発小児救急「飯塚方式」
PALSからみた全身評価
心肺蘇生の基礎的エビデンス
Hands Only CPR
小児救急外来における患者トリアージ(トリアージナー)
虐待の発見と対応
重症小児搬送—評価と管理
小児救急電話相談の現状とその課題
【救急外来—症候からの対応】
乳幼児の発熱
喘鳴・呼吸困難
気道異物
消化管異物
嘔吐、吐血
- 下血、下痢
頭痛
胸痛
腹痛・腹部膨満
意識障害
脈の不整
不機嫌
けいれん
【救急外来での処置】
脱水患者での輸液路確保—骨髓針と小型ライト
脱水時の初期輸液
鎮痛と鎮静
気管挿管—Emergency Airway Management
蘇生後低体温療法
【救急外来にこんな患者がきた!】
【トピックス】
院内緊急対応システム: Rapid Response System
小児救急トリアージシステムに関する院外教育活動

好評発売中

東京医学社

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町2-20-13 Y'sコラーレビル TEL 03-3265-3551 FAX 03-3265-2750
E-mail: hanbai@tokyo-igakusha.co.jp URL: http://www.tokyo-igakusha.co.jp/

精神療法

第38巻 第2号 別刷
2012年4月 通巻第189号

不登校にみる最近の子どもたち

渡 部 京 太

Ψ 金剛出版
TOKYO

特集

現代思春期・青年期論 2012

不登校にみる最近の子どもたち

渡 部 京 太*

はじめに

2011年3月11日に東北地方を中心に大きな地震と津波が襲った。この地震と津波は、なんとなく大丈夫かなと思いつながら見ることや考えることを避けていて、安全と思いこもうとしていたことが実は全然安全ではなかったことを私たちに強烈に感じさせたのではないかと思う。

安全感が破壊された衝撃、見ることや考えることを避けてきたり、議論することを先延ばしにしてきた罪悪感はいかばかりのものであろうか？筆者は東日本大震災の支援活動に参加した。その活動を集団精神療法のスーパーバイザーに報告したところ、「津波の被害の跡は、終戦の頃の日本のようだね。あの頃は、知り合いが顔をあわせると、「○さんは生きていた」「□さんは亡くなった」という話しをしていた。被災地では、そういう会話が5年、いやもっと長く続くのかもしれない」という話しをされた。大東亜戦争が終戦した時には、まだ「国破れて山河あり」と言えたかもしれない。今回の震災は、地震や津波による被害だけではなく、放射能によって山や水を穢したという意味で未嘗有といえるのだろう。もはや自然にも頼ることができない状況といえるのかもしれない。このような絶望感にとらわれてしまい思考停止になってしまわずに、なんとか知恵をしほって状況を開拓していくタフさが必要なのだろうと思う。

School Refusal as a Contemporary Issue of Mental Health in Japanese Children and Adolescents

*国際医療研究センター 国立病院児童精神科 Kyoto Watanabe : Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine

しかし東日本大震災だけではなく、経済状況の悪化、就職難などこれからの社会を担う子どもには将来への希望や展望を持ちにくくなっているといえるだろう。そしてこのような状況は、子どもにひきこもりへの親和性を高めていくのかもしれない。

本稿では、統計が示す不登校・ひきこもりについてふれ、児童精神科病棟のコミュニティ・ミーティングを通して入院治療を受けている不登校の子どもの変化をみてみたいと思う。

I 統計が示す不登校・ひきこもり

1. 文部科学省による不登校発生率の年次経過
図1は、不登校発生率の年次経過についての文部科学省による公表統計を示したものである。1991年以来一貫して中学生が小学生の約10倍多い発生率を示しており、最近では中学生の3%弱、小学生0.3%強という水準で推移している。1991年以来増え続けた不登校が2001年頃からひとまず右肩上がりの増加を止め、平坦な平衡状態を続けていることがグラフから見てとれる。

一方、20歳代以降の現象と思われていたひきこもりについては、わが国でも取り組んだ国際精神保健調査(WMH-J)の結果として、ひきこもりの瞬間有病率が全世帯数の0.5%であることが報告された(Koyama et al. 2010)。不登校とひきこもりを同一の現象の年代による呼称の相違ととらえ、それぞれの発生率を並べて比較すると、小学生(児童期)では0.3%強、中学生を中心とする前思春期では3%弱、そして思春期後期から成人期にかけてでは0.5%と

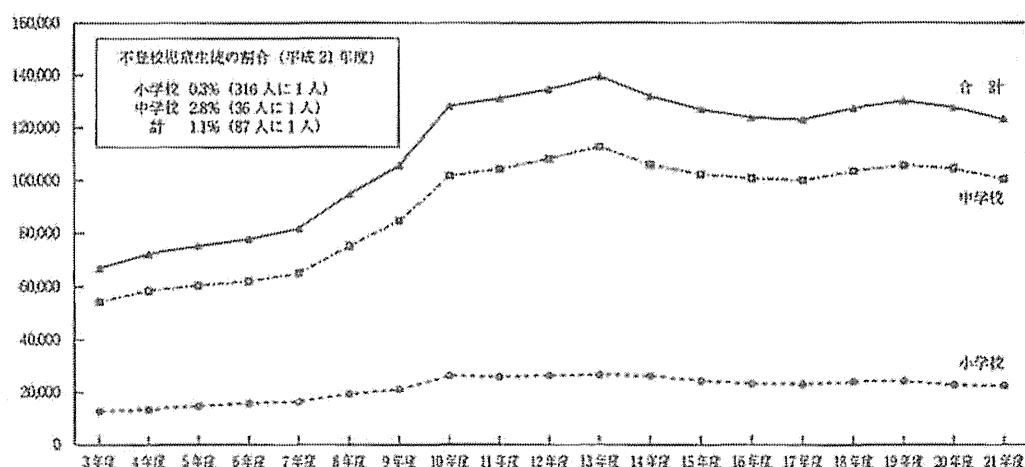


図1 不登校児童生徒数の推移（文部科学省の公表統計）

なった。この結果から、不登校・ひきこもりの年齢による発生率の変化は思春期の前半期を頂点とする単峰性の曲線であることが推測できる。これらのことから、齊藤（2011）は前思春期の発達課題をめぐる葛藤が不登校の子どもにとって中心的で優勢な心性と考えられるとしている。

2010年に発表された「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」では、不登校・ひきこもりの治療・支援の本質はひきこもり状態と社会生活との橋渡し機能の提供であることが基本姿勢となっている。不登校の支援は、不登校の背景にある精神障害の特異的治療とは別に、第二の個体化の挫折そのものへの支援を必要としている（齊藤、2010）。それは、同年代の仲間集団のなかでもまれるような体験を持てるかということにかかっているかもしれない。

近頃不登校の子どもの診療にあたっていて感じることは、学校に行かなければならぬという切迫感や葛藤を強く訴える子どもが少なくなっているような印象——もちろん、不登校の子どもたちのこころの奥底には学校に行かなくてはいけないという切迫感や葛藤はあるのだと思うのだが——がある。また、生地（1996）は「子どもの甘えたい気持ちやすねた気持ちへの感受性がない、あるいは兄弟葛藤について始や自分の母親から学ぶ機会がない母親が増えてきているのではないか」と指摘したが、現在でもこのふ

たつの事態はどんどんと深刻化していると思われる。また、近年では児童青年精神医学の領域では広汎性発達障害（PDD）や注意欠如・多動性障害（ADHD）といった“発達障害”が注目され、そしてしばらくは“トラウマ”が席巻するかもしれない。「空気が読めない」「場面を読めない」という行動、すなわち非言語的なコミュニケーションを用いることが困難なこと、字義通りに他者の言葉を理解してしまうことのために集団のなかで不適応となつたことでPDDの診断を考慮するということには慎重でなければならないだろう。「空気が読めない」ということは大人であっても感情のすりあわせがうまくできなくなってきたことと関係しているのかもしれないし、ましてや「空気が読みにくくなっている」大人に養育された子どもであれば「空気が読めない」というようになることは当然のことといえるかもしれない。また、「空気が読めない」という背景には、見ることや考えることを避けて、深く考えないという心性とも関係があるのかもしれない。このように考えると、「空気が読めない」ということは一種の現代の文明病といえるのかもしれない。

2. 国府台病院児童精神科病棟における不登校に関する統計

まず国府台病院児童精神科の治療構造についてふれるが、①小中学生を対象とした45床の

表1 国府台病院児童精神科病棟の入院統計

	PDD	ADHD	1年間の入院者数	不登校	虐待が関与
2002年	9 (6, 3)	2 (2, 0)	65 (23, 42)	55 (18, 37)	10
2003年	9 (8, 1)	7 (4, 3)	61 (23, 38)	51 (18, 33)	16
2004年	8 (6, 2)	5 (5, 0)	48 (23, 25)	32 (14, 18)	15
2005年	10 (7, 3)	7 (3, 4)	76 (28, 48)	56 (24, 32)	12
2006年	16 (10, 6)	8 (8, 0)	66 (38, 28)	53 (32, 21)	15
2007年	19 (14, 5)	7 (6, 1)	66 (37, 29)	43 (14, 29)	11
2008年	24 (18, 6)	5 (4, 1)	85 (41, 44)	63 (33, 30)	12
2009年	28 (22, 6)	8 (7, 1)	117 (66, 51)	96 (57, 39)	20
2010年	24 (18, 6)	10 (9, 1)	116 (59, 57)	90 (51, 39)	21

かっこ内の数値は(男児数、女児数)を示している。

児童精神科病棟(開放病棟)がある。②13室の個室(保護室ではない)で隔離、身体拘束といった行動制限を行うことがある。③病院内小・中学校が併設されており、病院内学級と連携して年単位の長期の入院を行うこともある。④同世代の仲間集団に参加を目的として集団精神療法的アプローチが活発に行われているといった特徴があげられる。

当科で入院治療を行った子どもの動向をみてみたいと思う(表1)。この3年間の傾向として、1年間の入院者数は増加し100名を超えるようになったこと、PDDやADHDといった高機能発達障害の子どもが1年間の入院患者の約30%を占めるようになってきたこと、不登校を主訴とした子どもは約75%、不適切な養育や虐待が関与していた子どもは15~20%であったことがみえてくる。家庭の養育機能が低かったり、前思春期に発症し不登校が数年に及んでいる子どもが病棟の大多数といえるだろう。当科では神経症圏内の不登校児を対象に比較的長期の入院治療を行うことが可能だった。ところが新規外来患者の受診は増え続け、入院治療が必要な子どもも増え続けており、病床の回転を早くする必要がでてきているため、入院期間が短縮化し、仲間集団が成熟しにくくなっていることにつながっていると思われる。加えて、軽度発達障害の子どもの入院が増えてくると、彼らの衝動性やコミュニケーションの問題のために仲間集団からはじき出され孤立していくこと

も多く、このことも仲間集団の形成が進まないことに関わっているだろう。児童精神科病棟では、週1回のコミュニティ・ミーティング(病棟ミーティングと称している)を行っているが、このミーティングを通して病棟に入院している子どもの変化を述べてみたい。

II 入院治療を受けている子どもの変化 —病棟ミーティングを通して

病棟ミーティングは週1度、1回45分で病棟のデイホールで行っており、45分のうち40分はテーマを特に定めず自由連想的な方式で進め、残り5分は病棟からの連絡事項を伝えるという構造である。入院している参加可能な患者(基本的に自由参加)、治療スタッフとしてコンダクターは筆者、心理士2名、児童精神科医師2~3名、当日出勤している看護スタッフ1~2名である。病棟ミーティング終了後に、参加スタッフで15分のレビューを行っている。レビューの時には、その日のミーティングの雰囲気を短い言葉でまとめ、タイトルをつけるようにしている。表2はレビューで話し合ったミーティングの雰囲気や話題にあがったことをまとめたものであるが、これに沿ってミーティングの1年間を振りかえってみる。

春から夏にかけての「ざわざわ」した雰囲気は、新たに4月から入院してきた(新入院組)が病棟に参入することによって生じる緊張感(「継続入院組」vs「新入院組」)と新入院組に

表2 病棟ミーティングの1年間の経過

	ミーティングの雰囲気と話題にあがったこと
4月	「ざわざわ」
5月	「ざわざわ」「盗み」「いじめ／グループ間抗争」
6月	「ざわざわ」「盗み」「いじめ／グループ間抗争」
7月	「男子はグランドでスポーツ」一問題があると参加。
8月	「夏休み後半はシーンとした雰囲気」
9月	「ざわざわ」
10月	バレーボール大会、サッカー大会の話し。中学3年生がリーダーシップを發揮するようになる。
11月	「コンダクターの白髪抜き」が始まる。
12月	「受験」vs「受験にのりきれないグループ」
1月	「ざわざわ」「緊張感」
2月	「緊張感」
3月	「せわしなく」卒業式を迎える。少し「しんみり」

とては仲間集団における葛藤と再び向きあうことによって高まる緊張感から生じてくるものと考えられる。不登校の子どもにとって同性仲間集団との再会は、男子はギャングへの退行を、女子には「二人組」への執着を生じさせ、かつての葛藤と直面させることになる。このギャングの集団性を通じた不安の軽減と迫力の獲得を経て、チャム的な親友の獲得、ビア的な議論の喜びへと続く仲間集団の質的成長に助けられて子どもの自我は成長していく。しかし、自然発生的な仲間集団はいじめを発生させたり、過剰な大人への反抗、容認しがたい行動化を刺激するという側面をかならず持っている。入院治療における仲間集団は、学校に比べ相対的に多数存在する大人（治療スタッフ）による介入が必要な局面を通過して、互いの成長を支えあえるような機能を持った集団へと成熟していくことで、そのプロセスが治療的なものとなると考え、病棟運営にあたっている。この時期の病棟ミーティングでのコンダクターを含むスタッフの対応は、病棟のルールを確認すること、子どもの間での「病棟で○○する行動はいいけど、□□する行動はまずい」というやりとりを明確化していくことといった病棟生活でのさまざまな制限をめぐるやりとりを広げていく。

夏休み後半の「シーンとした」雰囲気や「ざわざわ」した雰囲気は、夏休み終了後に入院してくれる新入院組が参入することによって生じる緊張感に加えて、二学期が始まること、卒業が近づいてくることによって高まつくる緊張感と考えられる。この時期のスタッフの対応は、上級生（主に中学3年）の活動性を見守り、大人への挑戦や反抗を受けとめ必要に応じて押し戻すこと、ミーティングの雰囲気と病棟で起こっていることを結びつけるような介入を行う。秋になると、地域のバレーボール大会に参加するためのチームを構成する話しで中学3年がリーダーシップを發揮するようになる。この時期には子ども対大人のサッカー大会が企画され、子どものもりあがりは最高潮に達する。サッカー大会が終わった頃のミーティングでは、中学3年がコンダクターの周囲に集まり、「大人は苦労しているんだな」と話しながら“コンダクターの白髪抜き”をするようになり、大人との距離が近づいてくる。

冬の「ざわざわ」した雰囲気や「緊張感」は進路を決定する時期になったこと、卒業、そして病棟を退院し家庭や新しい環境の中での生活を始めることが近づいてくる緊張感によって生じてくるものと考えられる。この時期のスタッフの対応は、中学3年には1年間病棟生活をふり返ってもらったり、子ども同士や子どもとスタッフの関係をふり返ってもらうような話題をとりあげていくこと、さらに次年度を引き継いでいく下級生の活動性を中学3年とともに見守るということである。また、この時期は中学3年の大人に関する発言が増えるが、「俺の主治医はわかっていない」など、どこなく大人に“甘える”ような態度がみられるようになる。受験、発表、そして「せわしなく」卒業式を迎える、ミーティングでは少し「しんみり」した雰囲気が漂う。

病棟ミーティングを行ってきて感じる子どもの変化のひとつは、リーダーシップを發揮し大人（治療スタッフ）に対決を挑むような迫力を持った子どもが減ってきてること、言いかえると素直、従順に見える子どもが増えたと言え

るかもしれない。また、子どもは大人との交渉のやり方をほとんど知らず、大人から何か言われると「どうせ自分のことをわかつてくれない」とすねたりしないで、むしろ「何を言つても無駄」と初めから期待はしないというように大人に頼ってこなくなってきたていると感じるのである。Bradley (1998) は、思春期の子どもとの治療で生じてくる混乱の多くは、誰が権威者であるのか、ということに関する再交渉にかかわることと述べている。そして治療に関わる大人は自分達が権威者に見られることを望んではいないけれども、その影響力、存在ゆえに威嚇する存在とみなされ、そのような不平等な関係の中ではコミュニケーションは困難となる。大人がルールを課せば抑圧的だと感じられてしまうし、ルールを課さなければ子どもには気にかけられない感じられてしまう、という立場に置かれ、境界を設け続けながらも、その境界について評価を下すことを許容するような対話を維持することの重要性が指摘されている。最近では、子どもとこののようなやりとりができるなくなってきたているのは、さみしい気持ちになる。

最近の病棟の様子についてふれる。病棟の消灯は21時であるが、大人は入院している子どもが迷惑をかけなければ、21時以降もホールで話しこそを認めていた。X年の夏に、上級生が下級生をいじめたり、消灯後もホールで大騒ぎし大人が注意しても改善が認められないため、消灯時間を21時とした。子どもは反発することもなかつたし、これまでにはあった大人と消灯時間を見ぐって交渉をすることもなかつた。ミーティングで消灯時間の問題を取りあげても、中学3年は大人との交渉を始めたなかつた。筆者は、これまであった「児童精神科病棟の文化」が継続されていかないのではないかという危機感を感じた。長期に入院していた下級生は、リーダーシップを發揮しない中学3年男児をあきれて、中学3年を軽んじる態度が目立つようになつた。中学3年男児はあまりに自分達のリーダーシップのなさに危機感を感じたのか、X年冬から週に1回中学3年が自主的に集

まってミーティングを始めた。そのミーティングで中学3年がどのように病棟をまとめていくのかという方針を決めたようだつた。そして下級生を交えて中学生ミーティングが行われたが、そこでは「どうして下級生は中学3年を尊敬しないのか？」と下級生を責めることに終始した。止むを得ず、次のミーティングには大人も参加することになった。大人の方も借りながら、ミーティングでは、病棟のルールを守った上で、消灯時間延長を交渉していくことが話し合われ、中学3年の卒業が間近に迫つた3月に「消灯時間延長のお願い」を病棟師長に提出した。ところが、東日本大震災が起つて、「消灯時間延長のお願い」はあっけなく流されてしまつたのである。中学生ミーティングの中心メンバーでもあり、さんざんルール違反をして謹慎外泊の常連だったA君（気分変調症、ネグレクト、不登校）は、退院後順調に高校に通学していた。X+1年12月の2学期最後の面接で、「病棟にいる後輩達がどう過ごしているかわからないけど、ひとつ心残りなのは病棟の消灯時間を延長できなかつたことかな。後輩達が消灯時間の延長を言い出したら、かなえてあげてほしいな」としみじみ語つた。

同時期の病棟ミーティングでは、B君を中心にして次のようなやりとりがあつた。

B君：「冬休みは関西へ行くけど、おみやげは何がいい？」

コンダクター：「関西へ行って芸人になるの？」

B君：「違うよ。家族がみんな関西に集まるから」

コンダクター：「正月の帰省だね」

B君：「俺はここで生まれて、ここで育つんだけどね」

コンダクター：「ほんとにここで生まれたの？」

B君：「母さん、父さん、姉さんは関西で生まれて、その後ここに来て俺が生まれた。俺の場合はここで生まれて、ここで育つた」

B君は、ADHD、反抗挑戦性障害、うつ状態のために入院治療を開始して3年近くがたつていた。母親はB君をかわいがついていたが、姉

が中学受験をめざすようになってからは姉に入れこむようになり、B君は母親に反抗するようになり、母親は激しくB君を叱責するようになった。B君は姉に当たり散らし、母親はB君を叱責するという悪循環が繰り返された。その母親が悪性腫瘍のために衰弱して亡くなり、B君は抑うつ的になり、姉への暴力、不登校、「死にたい」と言い大量服薬といった自暴自棄の行動を繰り返し入院になったのだった。B君は冬休みの過ごし方を語り始めたのであるが、ミーティングでは話題にあがることが少ない親、特に母親について、B君にとっては葛藤の中心である母親のことをあっさりと話したのは驚きだった。B君が「ここで生まれた」と発言したが、参加しているメンバーは特にB君の発言に違和感はなく、おそらくB君がこの病棟で成長したことを見ているのだろうと思った。A君、B君ともに不適切な養育が関与している状態といえるだろう。

A君やB君が病棟で育て直されたというと簡単であるが、入院してきた子どもに治療チームが心がけていることは、①持続的な外傷体験によって形成された病的で自己破壊的なパーソナリティ部分から成長しようと生きていこうとするパーソナリティ部分を守り育てること、すなわち安心できる暖かみのある環境を提供し、子どもの中にすでにある健康な部分ややさしい部分を育てること、②一貫性のある大人が持続的に関わり、養育の不十分さのために学習していないこと、たとえば家族、社会、生き物、世界についての現実的な知識の獲得を援助すること。③子どもの心の動きを無意識も含めてある程度理解できる精神科医が構造化された精神療法を提供したり、必要な限界設定や薬物療法を行うこと。そして精神療法では、自己破壊的なパーソナリティ部分の存在を明らかにし、そのパーソナリティ部分に屈することなく、成長し生き続けることを願っている子どもの健康的なパーソナリティ部分に譲りかけること、ということである（生地・他、1997）。

筆者はA君、B君の発言を聞いて、確かに入院生活を通して成長したと感じた。そしてもう

一度病棟の子ども、いや子どもの集団が持っている力を信じてみようと思い、スタッフと話し合い、X+2年1月から23時まで消灯時間を延長することにした。ミーティングで消灯時間の延長を伝え、「厳しい大人、大目にみてくれる大人、いろいろいるからうまくやりなさい」と付け加えた。中学3年の男児達は「21時消灯を守るためにしっかりやろう」と下級生に伝え、ルール違反は起こっていないようである。

III おわりに

義務教育機関に生じた不登校は、学校、教育相談機関といった相談窓口も多いが、義務教育終了とともに相談窓口が多くなり、一旦は進学先を決めたとしても行き場を失った子どもを多く生み出すかもしれない。10歳代のもっとも変化しやすい時代を社会的な支援を知らずに絶望して過ごさせること、すなわち不登校の問題解決を先延ばしにすることは子どものこころの健康新大きな影響を与えることになるだろう。東日本大震災の後、人ととの“絆”が見直されて、社会全体が次の世代をはぐくむことが少しずつではあるが見直されてきている気がする。子どもを支援する時には、『幼児期には基本的な生活技能、対人的なコミュニケーションや遊びの能力を身につけ、学童期は社会で生きるために必要な最低限の知識や技術を身につけ、青年期は養育する大人や教師から徐々に離れて自分独自の対人関係を広げ、社会の中で自分の役割の方向を見いだし、ともに生きていく異性のパートナーとの出会いを求める時期である』という常識的な発達論に準拠して考えていくと、子どもにどのような支援を提供すればよいかというヒントを与えてくれると思う。子どもの要求をすべて受け入れれば解決するものでもなく、必要なものを提供することがなによりも重要となる。子どもの問題の背後にある甘えたい気持ちやすねる気持ちを理解する感受性を高め、それぞれの子どもの感じ方や考え方のプロセスを丁寧に聞いて理解し、子どもと向き合っていくことが大切なのではないかと思う（渡部、2011）。

文 献

- Bradley J (鈴木龍監訳、李振雨・田中理香訳)
(1998) 対決、懐柔、それともコミュニケーション? 患春期を生きぬく—患春期危機の臨床実践, pp.70-84. 岩崎学術出版社.
- Koyama A, Miyake Y & Kawakami N et al (2010) Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "Hikikomori" in a community population in Japan. Psychiatry res 176 : 69-74.
- 生地新 (1996) 解題2—自己批判能力の向上のためのコメント集. (齊藤万比古・生地新責任編集)
不登校と適応障害. 岩崎学術出版社.
- 生地新・森岡由起子・瀧岡源英 (1997) 子どもの神経症の診断と治療計画について—力動精神医学の立場から. 児童青年精神医学と近接領域 38 : 128-135.
- 齊藤万比古 (研究代表者) (2010) 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「患春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」平成19-21年度総合研究報告書 (http://www.ncgmkohnodai.go.jp/pdf/jidouseishin/22ncgm_hikikomori.pdf)
- 齊藤万比古 (2011) 不登校・ひきこもりから見る現代のアドレッセンス. 精神科治療学 26(6) : 727-733.
- 渡部京太 (2011) 患春期に事例化すること多い病態とその治療. こころの臨床 a·la·carte 30 (2) : 249-254.

■お知らせ

第20回日本精神科救急学会学術総会 開催のお知らせ

テーマ：精神科救急と社会に生きる

大会長：岸本年史（奈良県立医科大学精神医学講座）

会 期：2012年10月27日（土）・28日（日）

会 場：奈良県新公会堂

〒630-8212 奈良県奈良市春日野町101 / TEL: 0742-27-2630

プログラム（予定）：大会長講演、理事長講演、教育研修コース、シンポジウム、急性期入院治療研究部会、一般演題、ランチョンセミナー、市民公開講座

大会事務委員：橋本和典（奈良県立医科大学精神医学講座）／小坂 淳（堺市こころの健康センター）

[演題募集要項]

演題募集期間：2012年4月2日（月）～5月31日（木）

登録方法：第20回日本精神科救急学会学術総会ホームページ (<http://www.c-linkage.co.jp/jaep2012/>)

よりご応募ください。

詳細は大会ホームページをご覧ください。

発表方法：口演

多数の皆様のご参加をお待ち申し上げます。

[問合せ先]

運営事務局：株式会社コンベンションリンクエージ内

〒604-8162 京都府京都市中京区烏丸通六角下ル七胡音町634

TEL: 075-231-6357 / FAX: 075-231-6354

Email: jaep2012@c-linkage.co.jp

HP: <http://www.c-linkage.co.jp/jaep2012/>

国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科における
子どものこころのケア活動

松田 久実 宇佐美政英 岩垂 喜貴
小平 雅基 渡部 京太 青木 桃子

「臨床精神医学」 第41巻第9号 別刷
(2012年9月)

アークメディア

特集・災害と精神医学

国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科における 子どものこころのケア活動

松田 久実¹⁾ 宇佐美政英¹⁾ 岩垂 喜貴¹⁾小平 雅基¹⁾ 渡部 京太¹⁾ 青木 桃子²⁾

抄録：国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科は東日本大震災発生直後より、宮城県石巻市での支援活動を教育委員会と連携して現在まで行っている。震災直後は急性ストレス反応が中心であったが、復興に伴って不登校や非行問題が浮かび上がってきた。これらは震災以外のさまざまな問題も複雑に絡み合って顕在化していることから、教育機関との連携は不可欠であった。また、すべての市立学校を対象に行ったトラウマ関連症状に関する質問紙調査結果とすべての市立学校へ訪問した結果を比較すると、質問紙結果から要注意とされた児童のすべてが学校生活においては大きな問題を抱えているわけではなかった。すなわち、大震災後の子どもこころのケア活動において最も重要なことは、子どもを取り巻く支援体制、子どもの精神医学的な問題の有無、被災地域の復興状況の3つの要因の経時的な変化を現場の教育機関と連動して把握したうえで長期的な活動を行っていくことであると考える。

臨床精神医学 41 : 1129 ~ 1135

Key words : こころのケア、子ども、心的外傷後ストレス障害、東日本大震災

(2012年7月30日受付)

1 はじめに

2011年3月11日に起きた東日本大震災では巨大地震と共に大津波が宮城県石巻市を襲った。沿岸部および北上川周辺では津波による甚大な被害が生じ、多くの子どもたちが被災した¹⁾。震災直後より全国の精神科医療機関から「こころのケア・チーム」が被災地に派遣され、各地で被災者の不眠・不安などへの対処が行われた。「こころのケア・チーム」は現地の専門機関の指揮下でケア活動が行われた。その対象は大人だけでなく、

共同研究者一覧

氏名	所属
勝 見 千 品	北里大学医学部精神科学
牧 野 和 紀	国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科
飯 島 栄乃子	国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科
佐々木 祥 乃	国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科
田 中 宏 美	国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科
田 中 敬 戯	国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科
原 田 真生子	国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科
齊 藤 万比古	国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科

分離不安や退行現象などの子ども特有の問題に対するケアも必要²⁾とされたが、児童精神科を専門

Psychological care for children in Ishinomaki after the earthquake and the tsunami

¹⁾ MATSUDA Kumi, USAMI Masahide, IWADARE Yoshitaka, KODAIRA Masaki and 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]

²⁾ AOKI Momoko 埼玉県立精神医療センター

とする医師を備えた「こころのケア・チーム」はほぼ皆無であった。

これまでに大災害に巻き込まれた子どもに関する報告は、地震^{1,8,9,13,18)}、テロ事件^{3,12)}、津波^{2,4,5,6,11,14,15,17,19,20)}ときさまざまな震災に関する報告を認め、いずれにおいても心的外傷後ストレス障害が最も注意すべき疾患として指摘されている。また、低い社会的サポート、トラウマ様の恐怖、生命の危機の感知、社会的ひきこもり、併存する心理的問題、脆弱な家庭機能、心理的な混乱、思考低下などのさまざまな要因がその危険因子として検討されている^{8,10,16)}。

大災害後のこころのケア活動に関しては、コミュニケーションベースの介入や地元機関を尊重した活動の必要性が指摘されており¹⁰⁾、われわれ国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科は石巻市教育委員会の指揮下に入り、上記危険因子を念頭において石巻市の子どものこころのケアに関する活動を震災直後より現在に至るまで継続的に行ってきた。

本稿では、石巻市で行なってきた活動の内容とその中で明らかとなってきた問題点について述べる。

2 支援活動の内容

2011年3月11日東日本大震災発生後、宮城県の依頼により厚生労働省が「こころのケアチーム」の派遣を決定し、国立国際医療研究センター国府台病院「こころのケアチーム」の石巻市への派遣が決定した¹¹⁾。その中で児童精神科医による活動は、時期と活動内容によって大きく4つの活動に分けられた。

第1の時期は、「被災直後の混乱と児童精神科としての活動を組み立てた時期」(2011年3月19日～2011年3月31日)である。この時期は精神科医1名、児童精神科医1名、精神科看護師1名、精神保健福祉士1名の4名メンバーで、3月19日より隔週で7日間派遣された。震災直後であり、混乱した避難所を精神科医と共に訪問しながらも、子どもに関する活動の基盤を作った時期であった。

第2の時期は「学校再開に向けた活動を行った

時期」(2011年4月1日～2011年5月3日)である。この時期も同様のメンバー構成で、精神科医と共に1週間ずつ派遣された。この時期は避難所訪問活動を行いつつも、4月22日に再開する学校に向けた活動が中心であった。

第3の時期は、「学校再開後の問題に向けた活動を行った時期」(2011年6月1日～2011年8月31日)である。この時期は、2011年6月以降は、児童精神科2名で隔週3日間による活動を3カ月間行った。再開後に新たに現れてきた問題に対応した時期であり、児童精神科医だけのチームで単独活動を開始した時期でもあった。

第4の時期は、「健康調査および全学校訪問を行った時期」(2011年9月1日～現在)であり、2011年9月～2012年1月までは毎月1回3日間、2012年2～3月は毎週、4月は隔週、5月以降は毎月1回と、必要に応じて支援の頻度を調整した。この時期は2012年3月31日に向けて、市内の子どもたちの心理的な状態を教育委員会が把握して、その傾向と対策を検討していくことを主な活動とした時期である(図1)。

3 支援活動の実際

1. 被災直後の混乱と児童精神科としての活動を開始した時期(2011年3月19日～2011年3月31日)

1) 被災地の状況と子どもの様子

こころのケアチームは3月20日より石巻市内に入った。支援活動を行う多くの場所では電気も携帯電話も使用できない状況であった。学校の多くは避難所として使用されていた。みずから被災しつつ教師達は避難所の管理者を担っていたためかなりのストレスを抱え、さらに子どもの今後について強い不安を抱えていた。電話が使えずガソリンもないため、教育委員会は学校との連絡も移動もままならず、安否確認など現状把握すら厳しい状態だった。学校が避難所となっているところでは日頃慣れ親しんでいる場所ということもあるためか、子どもは図書室の本を読んだり、ボール遊びをしたりと表面的には明るく振舞っていたが、“溺れかけながら傍を流れていく死体を沢山見た”、“暗闇で「助けて」と叫ぶ声を聞いた”など、

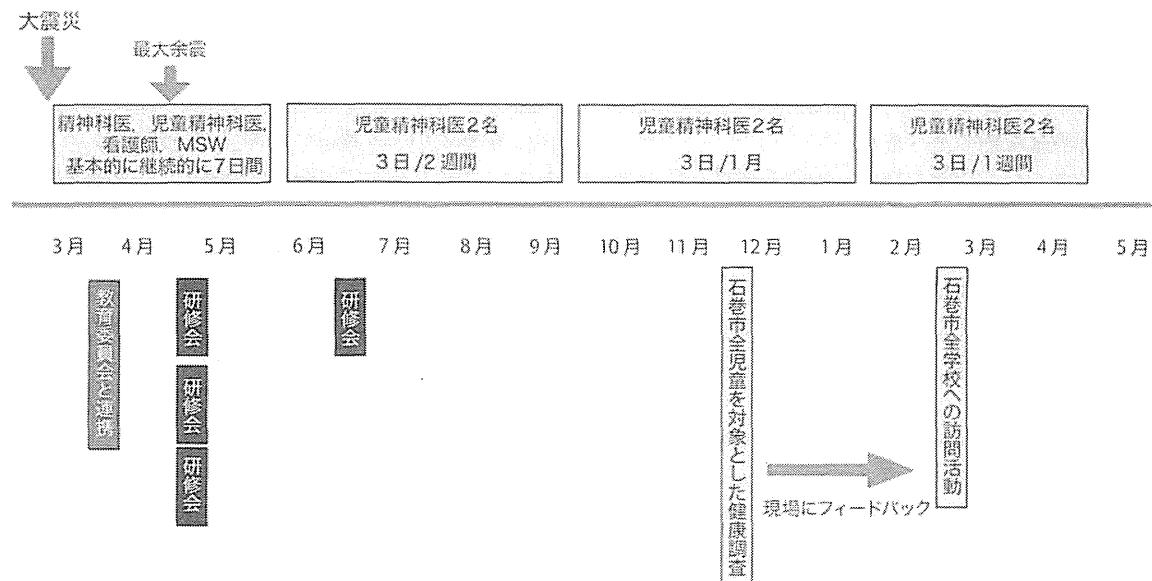


図1 児童精神科の支援の流れ

強烈な外傷体験を語っていた。避難所で四六時中友達と一緒に生活にイライラするようになつた子、震災後に夜尿が出現した子、家に入るのを怖がる子、もいた。“夜が怖い”、“ぼーっとする”などの症状を笑いながら訴える子もいた。日が経つにつれ、市役所・保健師らの間に児童精神科医の活動に対する理解が少しずつ広がり、子どものメンタルケア活動の必要性が高まり始めた。

2) 活動内容

この時期の主だった活動内容は、戸別訪問・避難所巡り、市役所職員の支援、教育委員会との共同活動に向けた体制作りであった。

石巻市役所健康推進課の指示下で、3月21日より支援活動を開始した。避難所を巡回し、精神科医と共に診察を行った。しかし児童の場合、症状を的確に表現することは年齢的に困難なため、学校が避難所の場合は教師が問題にあげた児童への聞き取りを行った。子どもの目頃の様子を知っている教師からの紹介はかなりの助けになった。支援2日目に教育委員会と連絡をとると、学校の現状把握と教師からの相談や子どものメンタルヘルスについての相談の要請があった。チームと共に避難所や全戸訪問を行うだけでなく、児童精神科医は行動を別にして、教育委員会の指示の下で被

災の激しい地区への学校訪問も開始した。

2. 学校再開に向けた活動を行った時期(2011年4月1日～2011年5月3日)

1) 被災地の状況と子どもの様子

4月に入ると、避難所の衛生状態は悪化し、瓦礫は至る所に積み上げられていた。教育委員会では目前に迫る学校再開のため、学校の避難所を閉鎖する問題が浮上していた。教師はほかの避難所への移動を説得するために奔走したり、避難者から学校側が強く非難されたりと、関係職員はかなり強いストレスにさらされていた。また、子どもの通学路が家族や友達を亡くした街を通らざるを得ない問題に教師は途方にくれていた。避難所を引き受ける教師へのメンタルケアが非常に大きな問題となっていた。

5月には市内の店が再開はじめたが、被災の激しい地域は瓦礫の山であり、校舎が大破して使用できない学区は、ほかの学校の校舎を間借りして新学期を再開した。このため、新たな緊張や不安、送迎バスの安全性などさまざまな問題が子ども、保護者、教師の間でも生じはじめていた。学校内では、家を失った子とそうでない子や、間借りしている被災の激しい学校と被害の少ない学校の間で被災格差が顕在化していった。