

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^{1,2)}, 鈴木 浩太³⁾, 森山 花鈴³⁾
加我 牧子⁴⁾, 稲垣 真澄⁴⁾

〔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力が見出された。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¹⁾。

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²⁾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³⁾。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⁴⁾、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」⁵⁾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労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労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、苦労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つて, 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ぐらいのつもりで、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おう。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

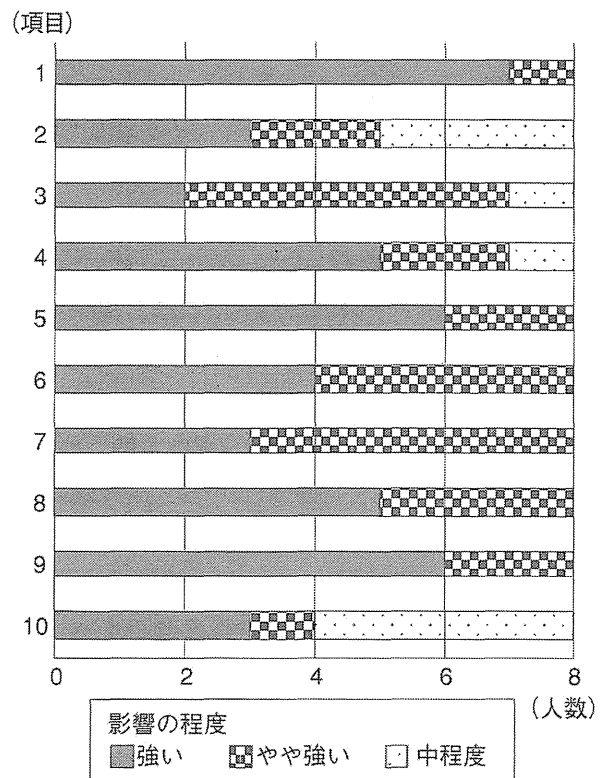


図 保護者への働きかけにより好転するケースの共通点：項目別の影響の程度

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⁶⁾。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⁵⁾。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⁷⁾。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⁸⁾。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⁹⁾。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え、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、子育てのうえで重要であると指摘する研究者もいる¹⁰⁾。

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、子どもに合わせて育て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、子どもに合わせて、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。

粟屋は、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¹¹⁾。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

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) 栗屋 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

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¹⁾。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²⁾。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³⁾。

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⁴⁾。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⁶⁾。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^{7,8)}

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の子どもたち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、

	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)

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分する事ができる
「はい」が3つ アスレチックを1回遊ぶことができる
「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時間みる事ができる

週ごとのごほうび

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
おばあちゃんちへ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⁹⁾。

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

意な改善を毎回認めている^{10,11)}。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¹¹⁾。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

であるということを認識し、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⁹⁾、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。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。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
- 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.

自主企画ワークショップ

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す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ピュンピュンと飛び交う中で声を上げて大喜びする子どもたちがいる、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てみると開始前に懸念していたこととは別のことが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、大人に両面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た。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、運動が苦手な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、『巷、このグループに一度参加したら抜けれない。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れ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、間違える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、うまくいかないと真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の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に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ようとしている。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