

高知ギルバーク発達神経 精神医学センター

Kochi Gillberg Neuropsychiatry Centre

平成 24 年度～平成 28 年度事業報告 (概要版)

Research and Administration Reports

(Summarized Version)

from 2012 to 2016

平成 30 年 1 月

January, 2018

目次

1. はじめに.....	2
2. センターの概要.....	5
2-1 設立の目的.....	6
2-2 業務概要.....	6
2-3 組織図.....	7
2-4 研究員、特別研究員数の推移.....	8
3. 事業報告.....	9
3-1 クリストファー・ギルバーグ博士による研修会.....	10
3-2 ギルバーグゼミナール.....	10
平成24年度.....	11
平成25年度.....	33
平成26年度.....	44
平成27年度.....	48
平成28年度.....	59
4. 研究報告.....	65
4-1 ESSENCE-Q 日本語版の作成.....	66
4-2 高知県における自閉症スペクトラムとその他の ESSENCE についての研究	67
4-3 学術雑誌掲載論文要旨.....	69
平成25年度 掲載論文2編.....	69
平成26年度 掲載論文3編.....	71
平成27年度 掲載論文3編.....	74
平成28年度 掲載論文1編.....	77

1. はじめに

1. はじめに

高知ギルバーグ発達神経精神医学センター（以下、ギルバーグセンター）が高知県立療育福祉センターのなかに開設をされて5年が過ぎました。昨年11月に新たに5年間の協定を結び、今後もクリストファー・ギルバーグ博士の指導・助言を継続して受けられるようになるりましたが、この報告書は、いわば第1期の我々の活動について記述しているものです。

ギルバーグセンターを立ち上げる背景には、発達障害の社会的認知の高まりや発達障害者支援法の施行に伴い、専門的な診察を希望するニーズが増大する一方で、専門医が高知県に決定的に不足している、ということがありました。県内外の専門医を志す人材に、高知で発達障害の専門医として働く魅力を感じてもらうにはどうすればいいか、を模索する中で、高知大学教育学部の是永かな子准教授を通して交流のあった、世界的な児童精神医学・発達障害の権威の一人である、スウェーデン・ヨーテボリ大学のクリストファー・ギルバーグ博士の指導を受けることができる臨床研究機関を高知に立ち上げることを構想しました。ギルバーグ博士には、国際的はおろか日本でも全く無名な我々の願いを快く受けていただき、2011年11月に、高知県庁において、尾崎知事とギルバーグ博士が協定書にサインをし、2012年4月1日にギルバーグセンターがスタートしました。

この5年間の活動の詳細は報告書にある通りですが、その中で明らかになったのは、発達障害の裾野は広く、単に専門医の増加だけを目指しても、必要な支援が不足している現状を打開することはできない、ということでした。それを踏まえて、今後の5年間の活動の中では、医師以外の専門家の支援スキルの向上や一般の小児科医、臨床心理士、保健師・看護師の方達を対象とした研修会をより充実させていく予定です。

研究に関しては、研究員のほとんど全員が臨床の現場で働いていることから、厳しい時間的制約の中で、計画を立て、データを集め、解析し、英語で論文化するということが大変苦勞しましたが、ギルバーグ博士の助言と指導のもと、論文が国際誌に掲載される成果が出始めたところです。また、この報告書には間に合いませんでしたが、高知県における乳幼児健診をフィールドとした疫学研究からの初めての論文も、つい先日国際誌に受理されました。国際誌に載った論文の研究テーマは、現場の実践とギルバーグ博士の提唱した **ESSENCE** の考え方をつなぐものであり、エビデンスに基づいた政策提言につながる可能性のあるものです。今後もそのような実践家研究者モデル的研究にこだわりながら、県内、国内、そして海外の大学や研究機関との交流も深めていければと考えています。

この報告書が皆さんのお手元に届いている頃には、私はすでにギルバーグセンターの所長を退いているはずですが、最後に少しでも個人的な想いを書かせてください。

ギルバーグセンターの設立と運営は、高知大学や研究員の所属する医療機関、第一線

で診療をされている小児科医や精神科医の先生方のご理解とご支援がなければ不可能でした。改めてそのことを深く感謝いたします。そして、ギルバーグセンターの今後に向けて、旧倍のお力添えをお願いいたします。また、高知県の関係者の方々には、前例のないこのようなセンターを県の組織内に置く、という決断をしていただき、心から感謝をしています。スウェーデンのギルバーグセンターのギルバーグ博士の部屋には、尾崎知事との協定書が大事に飾られており、他国の研究者にも、画期的なことだ、と評価をされています。県民からのニーズの充足にすぐに結びつくわけではないギルバーグセンターを継続することには、県庁の組織の内外からいろいろな声があることは承知をしています。しかし、臨床家が同時に研究に従事することが、ヘルスケアの向上につながる、というエビデンスが示されつつある中¹、将来にわたってギルバーグセンターを維持し、発展をさせていくことは必ず高知県にとっての貴重な財産になるはずです。どうかこれからもよろしくお願いいたします。

1. Boaz A, Hanney S, Jones T, Soper B. Does the engagement of clinicians and organisations in research improve healthcare performance: a three-stage review. *BMJ open*. 2015;5(12):e009415.

高知ギルバーグ発達神経精神医学センター所長
畠中雄平

2. センターの 概要

2. センターの概要

2-1 設立の目的

高知県では、近年発達障害児者の受診者数が増えており、県内の発達障害に関する専門医師を養成することへの要望が高まっていました。そこで、専門医師を養成することおよびその他専門職による支援の技術力向上を目的として、児童精神医学の世界的権威として名高いスウェーデン ヨーテボリ大学 教授 クリストファー・ギルバーグ博士の指導を継続的に受けられるように、平成24年4月、高知ギルバーグ発達神経精神医学センターが開設されました。

ギルバーグセンターでは、県内の医師や専門職を対象とした研修会・学習会を定期的に行っています。また、教育との連携を図ることや研究成果を施策に活かすことにより、高知県の発達障害児者への支援体制の構築に寄与することを目的として活動しています。

2-2 業務概要

ア 研究活動

ギルバーグ博士に指導を受けながら、ESSENCE (Early Symptomatic Syndrome Eliciting Neuropsychiatric/Neurodevelopmental Clinical Examinations；神経精神医学的／神経発達の診察が必要になる早期徴候症候群)に関する研究を実施しています。

イ 教育活動

セミナーの開催等を通じて専門的な人材を育成しています。

(ア) 高知県内の小児科医・精神科医対象の研修会・学習会開催

県内の神経発達障害の臨床に携わる医師等がギルバーグ博士に直接指導を受けることができる研修会・学習会を開催しています。その他、症例についての見識を深める症例検討会を開催しています。また、小児科医等のかかりつけ医を対象とした研修会も開催しています。

(イ) 専門職対象の研修会開催

医師以外の神経発達障害の臨床を行っている専門職（心理職、パラメディカル等）を対象として、評価や支援等に関する研修会を開催しています。

(ウ) 発達障害専門医師留学

ヨーテボリ大学へ医師を派遣し、発達障害に対する専門的な技術を身につける機会を設定しています。

ウ 政策企画

研究の成果を高知県の障害者施策に活用しています。

2-3 組織図

ギルバーグセンターの組織は、図1のとおり構成されています。研究員は、発達障害に関する専門医師の確保や発達障害児者への支援体制の構築に寄与するために、ギルバーグセンターにおいて研究を行う県内の医師又は、県内の教育関係者としています。特別研究員は、発達障害児者への支援のために、ギルバーグセンターにおける研究活動の推進、連携及び協力を行う県内外の医師、医療従事者または教育関係者としています。現在では、県内外の発達障害の専門家が、研究員・特別研究員として、研究の成果を社会に還元できるよう日々励んでいます。

運営委員会は、ギルバーグセンターの研究員・特別研究員の選考や、ギルバーグセンターの活動について助言を行なう委員会です。運営委員は、平成29年3月31日現在、高知大学医学部神経精神科学講座 森信 繁教授、小児思春期医学講座 藤枝 幹也教授、高知大学教育学部 寺田 信一教授等をお願いしています。

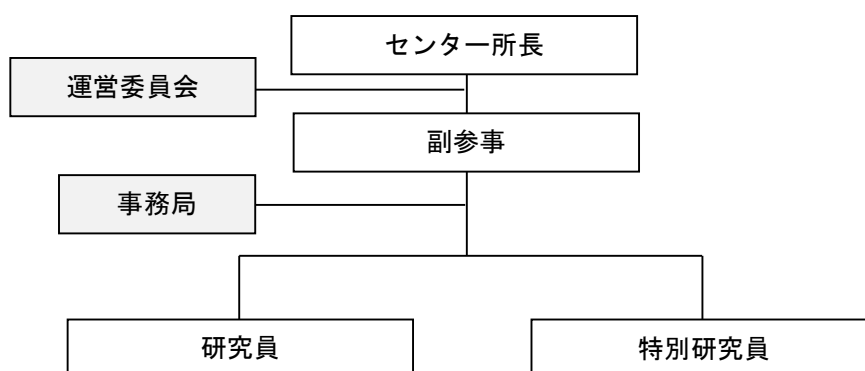


図1 組織図

2-4 研究員、特別研究員数の推移

		H24	H25	H26	H27	H28
研究員	精神分野	4	4	5	5	4
	小児分野	5	6	7	8	7
	教育関係者	3	2	2	2	2
	環境医学・公衆衛生	1	1	1	1	2
	計	13	13	15	16	15
特別研究員	医療関係者	0	1	2	3	4
	教育関係者	0	2	2	3	3
	その他	0	0	0	2	2
	計	0	3	4	8	9

3. 事業報告

3. 事業報告

3-1 クリストファー・ギルバーグ博士による研修会

ギルバーグ博士には、年1～2回程度高知県へ来ていただき、研修会の講師や研究指導をしていただいています。研修会の実績は表1のとおりです。

表1 クリストファー・ギルバーグ博士による研修会開催実績

研修名	日時	参加人数
ギルバーグゼミナール	平成24年11月10日	17名
	平成25年3月13日	16名
	平成25年10月14日	17名
	平成26年9月23日	18名
	平成27年11月3日	23名
	平成28年11月3日	22名
高知ギルバーグ発達神経精神医学センター開設記念講演	平成24年11月10日	508名
ESSENCE-Q 研修会	平成25年3月14日	61名
	平成25年10月15日	32名

3-2 ギルバーグゼミナール

ギルバーグセンターでは、平成24年度から年1回程度、研究員をはじめとする県内の医師等が直接ギルバーグ博士に臨床的な指導を受けることができる機会として、ギルバーグゼミナールを開催しています。県内で神経発達障害の臨床をしている医師が、ギルバーグ博士に質問をすることで、日常の診療で疑問に感じていることを解消し、よりよい支援をするための臨床的な技術指導を得ることを目的としています。

ギルバーグゼミナールの質疑応答内容は、参加者以外にも非常に有益な内容と考えられますので、内容を公開することとしました。ただし、ギルバーグ博士の応答で挙げられた薬の中には、日本では承認されていない薬も含まれます。また、スウェーデンとの文化の違いもあり、そのまま取り入れることができる内容ばかりではありません。それでも、非常に参考になるところが多く、少しでも皆様の臨床業務の一助となることを願い、個人情報に関わる部分は一部省略して公開いたします。

平成 24 年度（平成 24 年 11 月 10 日）

Q.1

質問は、知的障害の診断についてです。幼児期、ASD（Autism Spectrum Disorder；自閉症スペクトラム）のケースに知能検査をして、とくに軽度の知的障害のレベルの数値だった場合に、何年間か追っていくと知的レベルが上がって、知的障害の判定からは外れてしまう場合があります。その親や学校から知的障害があるのかどうかというような診断を求められることが多いので、合併症がある場合に知的障害と診断する妥当な時期について教えてください。

A.1

非常に大事な質問をしていただき、ありがとうございます。常に知的障害、これを鑑別診断していくことは大事なことだと思います。早期発症型の発達障害の場合、7歳前で、知的障害も併存しているのか、それとも知的障害だけなのかというあたりも区別をしないといけないのですが、年齢が下がれば下がるほど、知的障害の区別をするのは非常に困難になってきます。

ただ、もう既に標準化されている知能検査で、2歳までで知能指数が50未満の場合には、この子どもの年齢が上がって改善するということはまずないだろう、すなわち知的能力が正常となることはないであろうというふうに思われます。

一方で、7歳未満でDQやIQが50から70の場合には、これはどの方向にも行く可能性があります。7歳未満でDQやIQが50から70といった場合には、その後成長に伴って知能指数が落ちていくこともあります。そのままそのレベルが維持されることもありますし、逆に良くなることもあります。

ただ、今申し上げたことは実は、検査をする心理士、精神科医、小児科医のスキルにかなり大きく左右されるということも事実です。検査をする側のスキルが十分ではなかった場合、心理士であれ、小児科医であれ、医師であれ、ちゃんと正しく検査ができていない場合には今の話は当てはまらないということになります。きちんと検査ができたという条件の中で今のようなことが当てはまるのであって、臨床でも経験が十分でないとか、今自分が何の検査をしているか把握しないまま検査をしているとか、マニュアルを読みながらやっているとか、どこまでやっていいか分からないとか、非常に厳格に融通を利かさずに検査をしてしまったとかということで結果は変わってくると思います。

ただ、もう1つ言えることは、きちんと検査できたが、DQやIQが50から70の場合、その情報を親に伝えるかどうかというところも非常に判断が困難だと思います。DQやIQが50から70の場合にはどの方向にも行く可能性があります。良くなるケースもあれば、そのまま維持されるケースもあれば、落ちていくケースもあります。一番よく見られる軌跡としては、下がるほうが多いと思います。年齢とともにDQやIQが

下がっていくケースが多いけれども、では、どの子どもが下がるのかということを含め予測することはできません。とくに2歳児から4歳児で検査をして、DQやIQが50から70の場合には、親に「知的に遅れがあります。」とは言えないと思います。この後どうなるか分からないからです。ただし、「今の時点では発達に遅れがあります。」ということと言えます。その後、その子どものDQやIQが上がって行くかどうかは分からないし、「知的障害があります。」とも言えないということです。

もう1つ言えることは、どの検査法で検査をしたかによっても違うということです。3歳以上であれば、WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) を使えば検査結果はかなり信頼性があります。他の検査法を使うよりも信頼性が高いと思います。IQが50から70の範囲であれば、WPPSIは非常に信頼性が高いです。ただ、IQが50未満の場合、最重度、重度、中等度の鑑別はWPPSIではできません。ただし、DQやIQが50から70の範囲については将来への予測性も高いですので、日本でも、高知県でも3歳から5歳くらいの子どもにはWPPSIを使うのがいいのではないかと思います。

それから、WPPSIはWISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) に置き換えることができ、WISCからWAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) に置き換えることができます。生涯にわたって、全く同じ項目ではありませんが、同じ概念に基づいた検査ができるので、そういった意味で予測性が高いのです。例えば、4歳のときにWPPSIで検査をして出た結果と、8歳のときにWISCをした結果は非常に相関します。ウェクスラー式知能検査を使うことによって、WPPSI、WISC、WAISという形で生涯を通して同じ概念で検査ができますから、これはいいと思っています。スケールとしては3歳から6歳がWPPSI、6歳半から16歳半がWISC、そして16歳半以上がWAISということで、これを使うのは非常にいいと思います。ぜひ皆さんのところでも、そういう形で一貫性を持った検査を実施していただきたいと思います。

基本的に3歳以上でESSENCEの問題がある子どもに対しては、WPPSIを使うのが非常にいいかと思っています。そうすれば、結果についても心理士と一緒に解釈をしていくこともできます。それから、その結果として、特に処理速度が遅いとか、ワーキングメモリーが弱いとか、そういったところがはっきり出てきます。先ほどの講演会はいろいろな方が聞いてらっしゃったので話しませんでした。診断名以上に私たちにとって重要な情報が、ワーキングメモリーと処理速度です。処理速度というのは生涯を通して影響します。もし低年齢で、例えば6歳未満で処理速度が遅いとなったら、おそらくその子どもは生涯にわたって処理速度が問題になります。年齢が上がっても、処理速度に問題があると思われる。年齢が上がって学校に行く、もしくは就労すると、処理速度に対する対応をしていかなければいけないということでもあります。ウェクスラーのシステムを使うと、それが早くから予測できるということです。同じことはワーキングメモリーについても言えますので、この2つを見ていく上でもウェクスラーのシステムを使

っていただくのがいいかと思います。

それから、子どもが協力的でないために先ほどの WPPSI の検査ができないとか、心理士に能力が足りないとか、そういうこともあるかと思います。心理士の能力の問題でそれができない場合には、他の全体的な機能を評価するシステムを使っているのがよいでしょう。例えば、Vineland インタビューで保護者に面接をするというのも一つだと思います。Vineland インタビューが使えると、これは非常にいいツールになります。DISCO (The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders) の早期発達の部分とも対応できます。これで保護者に面接をすることで、子どもの知的障害について、ある程度の目安をつけることができます。もちろん DISCO や Vineland で「お子さんに知的障害があります。」という断定的なことは言えませんが、Vineland 指数で 50 から 60 であれば、ほぼ知的障害があると言えるところまで来ていると思います。Vineland と IQ、DQ は非常に相関が高いです。小さな子どもの場合、Vineland 指数で、60 未満であると知的障害であるということが強く疑われます。もし、WPPSI でできない場合には Vineland インタビューを使うといいと思います。

もう 1 つ大事なことがあります。もしまだ皆さんがされていないのであれば、ぜひ変えていただきたいと思うことがあります。それは、ESSENCE の障害があると疑われる子どもに関しては、全ての子どもに対して、知能検査をしていただきたいということです。知能が正常範囲内にあると思われる場合や、明らかに IQ が低いと思われる場合でも、それが間違っている可能性があります。たとえどんなに長年仕事をしていて優れた臨床家であっても、子どもの知的レベルについてはやはり間違ってしまう可能性があります。検査をしてみると、時に印象とは全く結果が違ったということがあります。私自身も自分の印象が完全に間違っていたということが未だにあります。常にというわけではないですが、未だに全く違っていたというケースがあるので、検査は必ずやっていただきたいと思います。もし子どもに対して過大評価をし、実際以上に知的能力を高く評価してしまうと子どもに高いレベルの要求をしてしまうことになります。そうするとそのことによって、子どもに他の二次的な精神的問題が発生することがあります。逆もしかりで、子どもの知的能力を過小評価してしまうと、子どもが本当はもっと知的な刺激が必要なのに、それがなくなることによって多動になってしまうということもあります。したがって、ESSENCE の疑われる子どもに対しては、必ず知能検査をしていただきたいと思います。

加えて言いたいことは、知能検査をするときには、フルテストでやっていただきたいということです。“積木模様”は全体の知的レベルを最も良く予測するというふうに考えられています。“積木模様”で非常にいい点数を取った子どもというのは IQ が非常に高い可能性があります。ただし、重要な点は、“積木模様”は自閉症の予測因子でもあるということです。自閉症の子どもの中には、“積木模様”で非常に高い得点を取る子どもがいます。もし“積木模様”だけをやったら知的に高いと見えてしましますが、

他の検査をしたら、他のものは全くできないという可能性があります。“積木模様”のところだけ突出している可能性もあります。“積木模様”に次いでIQの予測性が高いのが“単語”です。“単語”の下位検査で、あるいは“単語”の項目で高い点数を取った子どもは、知的能力が高いことが考えられます。一部、ノンバーバルなLDの場合、非常に高い“単語”の点数が出る子どもがいます。このように、1つの下位検査だけやってしまうと、早まった印象につながりますので、必ずフルテストでやっていただきたいのです。

それから、今日の講演会の中でも言いましたが、自閉症であることそのものは、決して将来の転帰の予測因子ではありません。自閉症に合併する他のESSENCEの問題があるとき、特に知的障害を伴っている場合に、その子どもが将来成人して自立した生活を送れないことの非常に強い予測因子になりえるということです。一方で知的障害がない、自閉症だけといった場合には、その本人が成人して適応した生活を送れる可能性というのは60%からもしかしたら80%ぐらいになると言われています。したがって、必ずIQ、発達レベル、認知レベルというのを見ておくことが大事だと思います。最近では、発達レベル、認知レベルは二の次になってしまって、まず自閉症というところで旗を立ててしまいがちです。また、ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder ; 注意欠如多動性障害) というところで旗を立ててしまっている傾向が強いと思います。しかし、実際にはESSENCEの障害においては、知的障害の有無ということが非常に大きな意味を持っています。こちらの方が重要だと思います。自閉症であっても、ADHDであっても、言語障害であっても、知的障害の有無が非常に重要なのですが、それが軽視されていて、保護者にもあまりそのことの意味合いを伝えていないことが多いのではないかと思います。

最後に確認ですが、2歳でIQ50未満の場合は確実に知的障害だと言えます。ただ、2歳でIQ50から70はどの方向にも行きうるので気をつけてください。3歳以上で、WPPSIをやって、IQ50から70であればかなり確実に言えます。67、68、69と明確に数字が出てくるわけですが、確実に知的障害のリスクを伝えたいところです。この子どもたちは、正常の範囲には行かないということが確実に言えると思います。だからといって、臨床判断が要らないということではありません。例えば2歳の子どもの検査をしたら、48と出ました。でも、この48という数字が全く間違っている可能性もあり得るわけです。例えば、検査をした心理士がこれまでこの検査を1回もやったことがなかったとか、子どもの方に急性疾患があっけいづものような機能レベルではなかったという可能性があり得ます。稀だとは思いますが、いづものようなパフォーマンスではなかったという場合もありますので、臨床判断としてもう一度6か月後に検査をしてからそのことを伝えるということはあるかだと思います。ただ、検査をした心理士も信頼できるし、子どもの様子を見ていてもいづもの通りのパフォーマンスで出た結果であれば、これはもう信頼できると思います。

Q.2

ADHD の 40%に肥満があるとお聞きしました。では、逆に肥満の子どもの何%が、ADHD と関係しているのでしょうか。そのようなデータがあれば教えてください。

A.2

だいたい同じ比率です。これについては新しい研究論文が発表されています。それによると肥満の子ども、例えば BMI (Body Mass Index) が 35 以上とか 30 以上とか、研究によって基準が違いますが、ADHD の検査をすると肥満の子どものだいたい 30% から 48%が ADHD と出ます。

ADHD の特性を考えると、複数の衝動性の行動があるということです。その衝動的な行動の中に、炭酸飲料を飲みたくなるという衝動性があります。炭酸飲料の中にはカフェインが含まれるものがありますので、刺激を求めて炭酸飲料を飲むということがあります。あとは、炭酸のプチプチとした感じに衝動的に惹かれてしまうとか、着色料が使われていることも理由として考えられます。日本はあまりないですが、外国にはピンクや黄色に着色された炭酸飲料があります。講演の中でも言いましたが、着色料が子どもの行動に好ましくない影響を与えているということがあります。それがまた行動にもつながっていくし、同時に炭酸飲料をたくさん摂取することで、カロリーオーバーになってしまうということです。ADHD の子どもは、そうでない子どもよりも、炭酸飲料が飲みたくなる傾向が非常に強いです。最初の数年間は炭酸飲料によって体重が増えることはあまりありません。子どもは多動なので、衝動性があっても、そこでカロリーを消費してそんなに体重は増えませんが、それでもどんどん摂取をしていくと、体重が増えてきます。体重が増えてくると年齢が上がってくると、多動が少し減り、過体重になります。その後は悪循環で、10 歳ぐらいになると完全な過体重で、11 歳ぐらいには完全に肥満になっているという状況なので、どっちの側でもそれぞれ 40%ぐらいと考えられます。

今継続中の研究があって、一部発表されていますが、ADHD で過体重の子どもに対して中枢神経刺激薬を使って治療した研究です。中枢神経刺激薬によって、ADHD だけでなく、過体重も改善したという報告があります。過体重ではない ADHD の子どもたちに中枢神経刺激薬を使っても体重はあまり減りませんが、過体重の子どもの場合には大幅に体重が減るという結果が出てきています。今、国際的に、過体重の子どもに対しては全員 ADHD の検査をするべきだという認識が高まってきています。ADHD があって過体重の場合には、一般的な過体重や肥満の治療ではなく、ADHD の治療をすることで、これまでになかったぐらいの減量効果が得られる可能性があります。私たち自身も 5 年か 7 年ぐらい前にこの研究はしましたが、ADHD と過体重の問題について注

目されるようになったのはここ数年のことです。ADHD の子どもに過体重が多く、過体重の子どもに ADHD が多い。しかもその過体重の原因がかなりの部分 ADHD にあるということが分かってきました。そうすると、その子どもたちに対しては、過体重や肥満の治療は手術等ではなく、実は中枢神経薬を使った治療が最も効果があるということが分かってきています。ただし、ADHD の検査をしなければいけないというのは、ADHD ではない子どもの場合は中枢神経刺激薬を使っても全く効果がないからです。中枢神経刺激薬を使っても、ADHD ではない子どもの場合には数kgしか減りません。コンサータは必ずしもベストな薬とは言えないので、他にもいい薬があるのにそれが日本で使えないというのは残念ですね。もちろんコンサータが効く子どももいるのでコンサータが悪いというわけではありませんが、コンサータ以上に効果の高い薬が他にあるのにそれが使えないというのは残念だと思います。

Q.3

発達障害で見られる身体的特徴はありますか。

A.3

身体的な特徴として、一部 ESSENCE の可能性を警告するものはあります。しかし、ESSENCE は基本的に行動や認知に関わるものなので、強く言えるものではありませんが、明らかに奇異な外見というのは ESSENCE の可能性を示唆しています。例えば、40 年以上も前に開発されたものですが、Minor Physical Anomalies Scale というものがあります。これを使ってみるのは1つかと思います。その領域で何か問題があった場合には、ESSENCE が疑われる、あるいは ESSENCE の警告になり得るということです。つまり、何か遺伝的な問題があるかもしれない、もしくはアルコールに関連した問題があるかもしれないということです。例えば、目と目が非常に離れているとか、耳が顔のかなり下方についているとか、それから口が非常に小さいとか、上唇が非常に小さいとか、頭が大きい等です。頭が大きいというのは、自閉的な傾向を示唆するか、IQ が高いかどうかです。頭が小さい、小脳症も ESSENCE との関わりが考えられます。ただ、それ以外には、例えば、脈拍や血圧で何か特徴が出るということはないと思います。

その他に、発達の特徴として、ESSENCE もしくは ESSENCE とは全く違うものを示唆するものはあります。例えば、歩き始めるのが早い子どもの場合には、ADHD の可能性があるか、もしくは IQ が高いことを示唆しているかもしれません。一方で歩くのが遅い子ども、15 か月以降で歩き始める子どもの場合も、ESSENCE が疑われることもあれば、IQ が高いという可能性もあります。例えば、非常に早く歩き始めた子ども、多動で9か月から歩き始めたという子どもがいたとします。多動で9か月から歩き

始めたということから、ひょっとしたら ADHD かもしれないということは疑われます。しかし、IQ が高いことを表しているかもしれません。一方、自閉症の特性があって、しかも生後 15 か月になってもまだ歩き始めていないとするならば、これは自閉症、もしくは自閉的な傾向が疑われるかもしれません。しかしながら、ひょっとしたら IQ が高いことを表しているかもしれませんので、確定的なことは言えないのです。非常に多動で歩き始めるのが早い場合には、精神運動も含めて非常に活動的で、だから IQ が高くなります。それが運動面に出てきて、歩き始めも早かったというケースがあります。一方で活動性が低くあまり動かない、歩き始めも遅く、でも IQ が高い子どもというのはとても内省的で、歩き始めようかとも思うけれども、今自分が歩けるのだろうかとか立ち止まって考えるタイプなので、歩くのが遅かったというケースもあります。したがって、このようなケースの場合には大きな問題につながっているかもしれないけれども、ひょっとしたら IQ の高さを反映しているかもしれないということなのです。歩き始めが遅い、早いというすべての子どもが ESSENCE かということそうではないということなのです。

それから言えることは、これは講演の中でも言いましたが、警告信号についてです。言語の発達に遅れがある場合、言語障害、ADHD、自閉症の可能性があると申しましたが、これらは全て警告信号であるということです。言語の発達に遅れがあったら確実に ESSENCE だと言えるかということ、そうではないのです。言語の発達の遅れという問題があった場合には他に問題がないかどうかを見ていくことが大事で、それを探していくといろいろな問題が見えてくることがあります。言語の発達の遅れのみというのは非常に稀だと思いますが、言語の発達の遅れのみであれば、生涯に渡ってそれほど大きな心配をする必要はないと思われます。ADHD の場合も同じで、ADHD だけというのは非常に稀ですが、ないわけではありません。その場合には、生涯に渡って、それほど大きな問題や困難は持たないでしょう。ところが ADHD に加えて、他の問題が複数見つかり、その子の人生は非常に困難なものになっていくということが考えられます。したがって、何か 1 つ問題が見つかった場合には、他に問題がないかどうかを見るということが大事です。例えば、極めて多動の子どもがいたら、言語の問題がないか、知能に問題がないか、自閉的な傾向はないかということを見ていく必要があります。もしその他に問題がなく多動だけであれば、その子どもはほとんど問題ないと思われます。ところが、様々な問題が重なってくるとその子の人生は難しくなります。これはもう何度も言いましたが、自閉症の子どもで、自閉症だけという場合には、もちろん他の人とは違っているかもしれませんが、ちゃんとした人生、生活を送っていくことができると思います。ただ、それ以外に複数の問題が重なっている場合には、生活を送るのに非常に困難になります。

それから、例えば、共感性であっても、社会性であっても、多動であっても、言語であっても、どの機能も全て正規分布します。したがって一般人口を見ても、必ず正規分

布をするわけですね。それで 70 未満であれば、問題になるレベルであると考えます。50 未満であれば、その問題が大きくなります。非常に強い問題があり、大きな障害があるというふうに私たちは考えていきます。IQ であっても言語であっても、50 未満であれば、その 50 未満の人の中でまた最重度、重度、中等度で、問題がある、障害があるというふうに判断をしていきます。活動に関しては、これはひっくり返さないといけません。多動性になりますので、150 以上であれば、極端な ADHD で、極端な多動性の障害があるということです。自閉症についても同様に、70 未満であればアスペルガーであろう、そして 50 未満であれば自閉症だろうという形で見えています。ただ、多動を別にして、例えば 50 未満というところで見ると、中には染色体異常がある場合や代謝異常症候群、環境因子で脳障害を起こしているケースもありますから、それは正規分布を超えた病的なものがそこに入っているということになります。私たちが診断をするといった場合は、正規分布をしながら、さらにプラス、そこに何か病的なものがあるかを見て診断をしているということです。

こういった形で私たちは理由づけをしていくのですが、この理論で考えると障害を持っている人の割合というのは、正規分布でいったら 2.5%ということになります。重い障害を持っている人は 0.3%から 0.5%ということになりますね。これが一般的な障害のヒントということになりますが、ADHD の場合は非常に高い数字が出ています。これはおそらく正規分布を越えたところで社会が求めるものが変わってきたことによって、ADHD と診断されているケースが増えているのだらうと思います。社会が今求めている人はどういう人かという、1つのことに焦点を当てて、しっかり注意をそこに向けて集中して、しかもその注意が持続し、席にじっと座って、もしくは職場でじっとして仕事を長い時間続けるということです。そういった人を社会が求めているために、ADHD と診断されるケースが増えているのだらうと思います。かつてはこういう人も問題なかったわけですね。皆、外で仕事をしていました。肉体労働をしていた人が非常に多かったので、コンピュータの前にじっと座っているということはなく、2時間同じことにずっと集中しているという仕事はないので問題ではなかったと思います。だから、本当の意味での ADHD というのはおそらく正規分布の比率でしかないでしょう。しかしながら、社会が求めるものが変わってきたために、ADHD と診断される人が増えているのだらうということです。

ただ、このグループに関しては環境だけではないということも言えるかと思います。生物学的な要因も絡まっているのだらうということです。例えば早産児で、40年前であれば 28 週以前に生まれた子どもは生きていけなかったもので、その子どもたちが成長することはありませんでした。でも今、28 週で生まれても子どもは生きることができます。そうすると、その子どもたちの多く、60%から 70%に ESSENCE があるというデータが出てきています。ADHD であつたり、ASD であつたり、何らかの ESSENCE の問題がある子どもが非常に多いということです。それから、バロー諸島の話をしまし

たが、バロー諸島は非常に ADHD や知的障害、ASD のある子どもが多いですね。これはおそらく重金属によるものだろうと言われていています。バロー諸島では鯨を食べる習慣がありますが、鯨に蓄積された水銀を摂取し、そのことによって ADHD、知的障害、ASD が増えているということも言われています。最近、発症頻度が上がっているというのも、一部社会が求めるものが変わってきたというような環境要因だけで説明できないものもあって、そういった生物学的な要因によって起きているところもあるようです。

Q.4

スクリーニングについてお尋ねさせていただきます。日本では 1991 年から 3 歳児健診に聴覚検査が入っています。それはどのようなものかという、問診に加え、主なものはウィスパーテストです。ウィスパーテストというのは、紙に動物や日用品、例えば猫とか犬とか、傘等が書かれています。それを子どもに見せて、例えば「猫はどれですか」と聞き、子どもに指さししてもらいます。そういった練習をした後で、「○○はどれですか」と聞いて子どもに指さしを求めます。この課題が十分にできなければ、両耳の、良い方の耳が 30 デシベル以上の聴力というふうに判断しています。

私は高知に来る前に A 県にいましたが、A 県でこれをかなりやっています。トレーニングされた保健師が検査をすると、ウィスパーでできない子どもは 2% ぐらいいます。その大部分には身体障害があります。一部に感覚障害が考えられます。また、最初の練習問題の「猫はどれですか。」で答えられない子どもが 3% ぐらいいます。そのうちの半分ぐらいは今何を聞かれているのかが理解できない子どもです。あとの半分ぐらいはテスト自体に応じない子どもです。こういった聴覚スクリーニングをやって、通過できなかった子どもたちを別のところで発達検査をすると当然引っかかってきます。

日本で聴覚スクリーニングは行われていますが、残念なことに、会場で検査をしているところはいくつかの県しかありません。高知も同じで、高知はどうしているかという、この紙を家に送って家で保護者がやって来ますので、正確なテストはできていません。高知でどれぐらいの市町村がやってくれるか分かりませんが、できればこのテストを会場でやりたいと考えています。これでやれば聴覚の問題もきちんと見つかると思いますが、ESSENCE の観点で何らかの助けにならないかと考えています。これについてご意見をお願いします。

A.4

まずその検査を、親に紙を送るのではなく会場でやるということで、今 3 歳児健診とおっしゃいましたよね。これ、10 歳半には変えられないですか。

質問者) 法律で定められていて、3 歳から 4 歳の間でやることになっています。

平成 24 年度（平成 25 年 3 月 13 日）

Q.5

小児科で、普段は新生児を担当しております、赤ちゃんの発達等を健診で見えています。そこで、普段、未熟児や小さな赤ちゃんを見ているなかで疑問に思うこと、気になることがあります。小さな赤ちゃんを見ていると、6 か月頃から足の緊張が少し強いとか、頸反射が亢進しているとか、足をつっぱねるようにしたりと、少し気になる赤ちゃんがいます。そういう子も発達を見ていると1歳くらいであまり目立たなくなつて、運動面で追いついて安心していると、ADHD や自閉症が気になる子どもが多いような気がしています。粗大運動の遅れではないですが、運動面に何か気になる徴候が現れた時に、発達障害のリスクとして見ていったほうがいいのでしょうか。

A.5

ギルバーク博士) ありがとうございます。今のご質問というのは、私たち子どもの発達に関わる人々には意味ある大事な質問だと思います。

まず、未熟児で生まれた子どもは、未熟児でなく生まれた子どもに比べて、神経発達のリスクが大きくなるというのは事実です。それから、未熟児の中でも、あらゆるレベルで未熟であればあるほど、そのリスクは大きくなると思います。早産で、生まれが早ければ早いほど、また低出生体重で、小さければ小さいほど、そのリスクは大きくなります。後に ADHD、言語障害、知的障害、それからボーダーラインの知的障害のリスクが高くなってくると思います。

20 年ほど前は、妊娠 32 週から 36 週で生まれた子どもは、発達障害のリスクが3倍から4倍と言われていました。しかし、今は妊娠 32 週から 36 週で生まれた子どものリスクはさほど高くなく、正期産の子どもの2倍くらいと言われていています。ところが、32 週以前に生まれた子どもの場合には、3倍から4倍リスクが高くなると言われています。また、10 年前から始まった研究では、28 週未満で生まれた子どもと出生時体重 800 g 未満の子どもの場合には、70%の子どもたちが、ADHD や ASD などの ESSENCE、神経発達障害のリスクがあるとされています。したがって、30 週から 32 週以前に生まれた子どもについては、長年にわたるフォローアップが必要であり、長年にわたるフォローアップの中でできるだけ早期に障害を発見すること、診断することが大事だと言われています。大半の子どもは、てんかんもない、知的障害もない、脳性まひもない、しかしそれでも7歳から10歳くらいでかなりの確率で ESSENCE の問題が出てくると言われています。具体的には、ADHD、ASD、言語の発達の遅れが出てきます。生まれが早ければ早いほど、また小さければ小さいほど、重症のリスクが大きくなるのは事実です。

それから、今問題になっているのは、新生児期のときに神経学的所見に異常のあ

ったケースです。その場合には、この子どもたちを2つのサブグループに分けて見ていく必要があります。1つは、未熟児を除く正期産で生まれた子どもたちで、超音波検査や画像検査をして脳の構造に何らかの異常が認められたケース、もしくは脳出血を起こしているケース、それに加えてアプガースコアが5未満のケースです。このようなケースは、未熟児と同じくらい学童期に **ESSENCE** の問題を呈する可能性があります。したがって、このグループは未熟児と同じくらいフォローアップをしていかなければなりません。それからもう1つのグループとして、新生児期にてんかん発作があるグループです。このグループは、脳出血や他の基礎的脳疾患があるグループと同じように見ていく必要があります。未熟児と同じように、脳の発達のリスクがあると考えられます。よって、この2つのグループについてはフォローアップが必要です。

質問内容でおっしゃったように、先ほど挙げたようなことがなくて、ただ緊張亢進があるとか、視線が他の子と違うとか、そういう子どもでアプガースコアがそんなに悪くないケースについては、例えば **CT** や **MRI** などの検査で異常がなく、てんかん発作を起こしていない限りは、リスクはかなり少ないと考えられます。新生児期の神経学的検査で異常が見つかったとしても、先生がおっしゃったように大きくなると消えていくので、そういう子たちはそんなに大きな問題ではないと思います。ただし、その問題が出てこないグループの子どもたちがどのくらいいるのかがまだはっきり分かっていません。それがどのくらい大きなサブグループかが分かっていないということです。てんかん、脳出血、アプガースコアが5未満の場合には、あらゆる神経発達の問題が出てくる可能性があるので、フォローアップが必要です。しかし、これまでのシステム上の問題として、産科、それから新生児の専門家も、小児神経の先生も、フォローアップをだいたい18か月から24か月くらいまでしか継続してこなかったことです。先生方がフォローしている間、てんかん発作がないか、脳性まひではないか、知的障害が出ないかということを見ていらっしゃると思います。しかし、実はそこで終わってはリスクが完全に消し切れず、7歳から10歳くらいで、学童期に入っているいろいろな問題が出ているケースがありますので、長い期間にわたるフォローアップが必要だと思います。

質問者) もう少しよろしいでしょうか。まず、国内では1500g未満の赤ちゃんはだいたい70%くらいデータベースに予後を載せています。そこでは、1000g未満の赤ちゃんの **ADHD** や **ASD** のリスクは、今はだいたい半分くらいと言われています。そういった低出生体重の赤ちゃんや、先ほどおっしゃったように未熟児でアプガースコアが低い赤ちゃん、画像に異常がある赤ちゃんは、明らかに異常があるので長くフォローアップしています。今回の質問の中ではそういった方は特に気にしてなくて、新生児期に明らかな異常が見つからずアプガースコアもそう低くない、でもやっぱり緊張が高い子どもに後から何か出てくる、というのが経験上多いと感じ

ています。そういったところで見分けがつく徴候があれば教えていただきたいと思っています。

ギルバーク博士) 現在いろいろな研究で示唆されているのは、特に生後6か月から18か月で神経発達に異常が認められ、その6か月後にフォローアップをしたときに問題が見つからなかったケースについては、ESSENCEのリスクが少しは高まっている可能性はあります。しかし、そのリスクが一体どのくらいあるのかというのは、残念ながら今の時点では分かっていません。そういった子どもたちにどう対応するのがいいのかということについてですが、今の時点で臨床的にどの子どもがフォローアップの必要があるか見分ける方法がまだ確立していません。

例えば、母子手帳やカルテに6か月から18か月のときに運動発達に異常が見られたことを少し記載しておいて、その後、その子どもが次の健診に来た時に精査をすることが必要だろうと思います。ただし、あまり保護者の方を心配させるのも良くないので、「これは気をつけてください。」と言うのではなく、「何か異常が見られたら早めに受診してください。」と言うことです。それから、どの年齢であっても言語の発達に遅れがある場合、神経発達の問題がその後4年から5年後に出てくる可能性が考えられます。特に2歳から2歳半で言語発達に遅れがある場合、後で神経発達に問題が出る可能性がありますので、この子どもたちについては少しフォローアップをしていかなければいけないと思っています。

6か月から12か月、6か月から18か月の間に運動発達に異常が認められた場合、次の健診でそれが認められない場合もあります。その場合どうするかですが、他に何も問題がなければ言語が発達してくるのを待ちます。2歳、2歳半で言葉の発達が見られるときに、そこで正常な発達があれば、神経学的な問題が起きるリスクはかなり少ないだろうと考えられます。ところが、その子どもたちが一旦は運動発達の問題が解消したように見えたけれども、言葉の発達が見られないといった場合には、先ほどお話しした子どもたちと同じように神経発達をフォローアップしていく必要があると思います。したがって、12か月から18か月の間に運動発達に異常があった場合には、その子どもたちすべてをその後も定期的にフォローアップしていく必要があるかと思われませんが、それを必要とするだけのエビデンスが今はないということです。私から言えることとしては、もし運動発達の問題が消えていたら、まずは言葉の発達まで待つということだと思います。その後、6か月经った後も運動発達の懸念が繰り返されるようであれば、先ほどの未熟児や言語発達の見られない子どもと同じようにチームで精査をすることが必要だろうと思います。

質問者) ありがとうございます。そこが一番の疑問だったので、聞きたいことに全部答えていただいて、非常に感謝しています。個人的には、7か月でお座りするとき、あとはつかまり立ちするときには神経学的に気になる子どもは、2歳、3歳で言葉の遅れまでチェックするようにしています。確かに、何もいない子どもは6か月でフォ

ローを終了していますが、それではやっぱりダメだったと言われるケースがありますので、それを見逃さないようにしないとけないと思います。

ギルバーグ博士) 大事なポイントとして、確実に言えることは、大きな警告のサインが出ていないかどうかを確認することです。大きな警告のサイン、例えば“未熟児ではないか”、“新生児の頃に脳に何か異常が認められなかったか”、“2歳半で言葉の発達が遅れている”、“てんかん発作を起こした”、“アプガースコアが異常な値であった”といった場合には、数年間にわたって体系的に評価をしていく必要があるだろうと思われます。今、大きな警告サインが出ている子どもたちを、今は問題がないからと脇に避けておくことはできないですね。それ以外の警告サインの場合、例えば7か月の時点で運動面に何か発達の遅れがあるかなという場合には、その後短期的にフォローアップをしてその時点で問題がなければ、その時点ではさらなる検査は必要ないと思います。ただし、親には「何か問題があったら必ず戻ってきてください」ということだけは伝えておくことが大事だと思っています。

覚えておく目安としては、“問題が1つであればおそらくそれは問題じゃないだろう”、“問題が2つあったらそれは本当に問題だろう”“3つ問題があれば大きな問題だろう”ということです。それから、問題が1つの領域だけである場合にはあまり大きな問題じゃないだろうと考えられます。例えば、運動、行動、コミュニケーション、社会性すべての面で1つ以上問題が見られるといった場合には、これは精査を要するという事なので、慎重なフォローアップが必要になるだろうと思います。

最後にもう一言だけ言わせていただきたいと思いますが、現在、超未熟児で生まれた子どもが今後どうなるか、その子どもの転帰は今後10年くらい待ってみないと何も確実なことは言えないのです。ただ、超未熟児の親に対しては、「お子さんのこれからの人生の転帰がどうなるか判断できるまでに数年かかりますので、数年間はきちんとフォローアップを受けてください。」ということ伝えていくことです。それから、超未熟児で生まれた子どもたちの親に、「ちゃんと発達しますよ。」という約束は絶対にしてはいけません。その子どもたちが成長するにあたって、問題なく成長する可能性というのは非常に低いと思います。「この子はちゃんと生まれてきたし、脳性まひも、てんかんも、知的障害もないので、大丈夫ですよ。お子さんはちゃんと発達しますから。」と親にあまり希望を植え付けてはいけません。超未熟児で生まれたということは、その後の問題や障害は軽度か、中等度か、重度か分からないけれども、何らかの問題が出てくる可能性はかなり大きいです。それが、学習面なのか、行動面なのか、ADHDなのか、それ以外のESSENCEなのか分からないけれども、問題が出る可能性は非常に高いです。やはり、この子どもたちが何の支援もなく大きくなるということはなかなか難しいと思いますので、親に誤った希望を持たせてはいけません。成長、発達の過程で何らかの支援が必要にな

ることが多いと思いますので、そういったことは親に伝えておかなくてはならないだろうと思います。そのうえで、もし何の支援も必要なく、本当にいい発達をしてくれたら「それは良かったね。」でいいのです。これは決して子どもたちの可能性を否定するものではありませんし、その子どもたちが発達しないということを言っているわけではありません。その子どもたちの持っている力を最大限にするためには、そういった支援が必要になることがあります。「もう大丈夫ですよ。」と言ってそのまま放っておくことはしてはいけません。スウェーデンでも、超未熟児で生まれた子どもについては、数年間は医療職がフォローアップするけれども、何年か経った時点で、「脳性まひもないし、てんかんもないし、知的障害もないので、もう大丈夫ですね。」と言ってしまっていたことがありました。けれども、実際には行動面や学習面での問題が出てくることが多いのです。ですから、きちんとフォローアップしていく必要があると思います。

質問者) ありがとうございます。最後に感想を言わせてください。問題が1つ、2つ、3つを見分けるのがクリアになって、今心配している子どもが何人かカテゴリーに分類された気持ちになり、次の臨床に非常に役立つだろうと思います。ありがとうございます。未熟児に関して、出生時の体重が750gから1000gぐらいの赤ちゃんの親に、私が今言っているのは、「まず助かるのは9割、その中で知的障害や脳性まひが起こるのが2割です。元気な7割のうちの半分以下の人がADHDやASDになる可能性があります。そうすると、全く元気で普通の赤ちゃんは3割ぐらいです。」ということです。そういう話をするとかなり愕然とされます。

ギルバーグ博士) 確かに、今おっしゃったことは正しいと思います。実際に、10年前であれば、そのぐらいの超未熟児で生まれた子どもは、100%何らかの問題があったと思います。しかし、今は乳児期に様々な支援をしているので、超未熟児で生まれた子どもでも30%ぐらいの子どもは問題なく育つであろうというのは、それは正しいと思います。正しいと思いますが、100%保障できるかと言えばそうではないですね。まだ憶測の部分があります。そのことは気をつけておかないといけないでしょう。

20年前、32週から36週で生まれた子どもたちは、今32週から36週で生まれた子どもたちよりもずっとリスクが高いと言われていました。その子どもたちのリスクが下がったのは、やはり新生児期、乳幼児期の対応がしっかりと行なわれるようになったからだだと思います。750gから1200gぐらいで生まれた子どもも、10年前に比べるとかなり予後は良くなっていると思います。したがって、30%の子どもたちがほぼ問題なく成長するであろうというのは正しいと思います。ただ、過度の楽観視をしてはいけません。一生その子どもの人生の中で問題がないとは言い切れないからです。だから、親を過度に心配させてはいけないけれども、「全く何の問題もないかと言うとそうは言い切れないので注意しておいてくださいね。」とい

う形で伝えることが大事だと思います。

Q.6

小学生で、例えば教室でなかなか座ってられない、友達とのトラブルも多いというケースがあります。そういう子に多いのが、家は片付けができていない、朝ごはんをちゃんと食べられていない、養育環境が伴っていないケースがたくさんあります。診ていくと、その子どもたちは **ESSENCE** だと思うのですが、治療としてメチルフェニデートを始めるタイミングで悩むことが多いです。保健師や学校の先生にも一緒に外来に来てもらって、子どもに対する指示の出し方を含めて話をしています。**ADHD** でもあると思いますが、どのタイミングで薬を始めていったほうがいいのでしょうか。

A.6

これはとても大きな質問で、今の質問を聞くと、「1分で **ADHD** の治療計画を全部話してください。」みたいな感じですね。非常にいい質問だと思います。非常に大きな問題で、1つでは答えられないかもしれないけれども、妥当な答えをしていきたいと思います。

まず、子どもがじっと座ってられない、同級生との問題を起こす、教科書を忘れる、家庭環境が整備されていない、そういうことを説明するのが **ESSENCE** の問題だろうと思います。もしくは、**ESSENCE** の問題が、その子どもが持っている問題の一部だと言えると思います。したがって、**ESSENCE** の問題をリストの下の方に置くのではなく、最初に考えなくてはいけないのが **ESSENCE** の問題だと思います。じっと座ってられない、忘れ物をする、家庭環境が整備されていない、同級生との問題があるというのは、学童期にとって最も大きな問題になっていると思います。その原因としては、**ADHD** に併存して何かある、というのが一番多いと思います。家庭環境が整っていないからこの子はこうなっているのではないか、また社会的な問題があるのではないか、先生の指導の仕方に問題があるのではないか、ちゃんとお膳立てをすればこの子には問題がないのではないか、と考えるではありません。座れない、忘れ物をする、家がぐちゃぐちゃだ、同級生とトラブルを起こすというのであれば、その組み合わせで、その子にとって確実に大きな問題です。だから、他の職種の人と話し合うというのではなく、誰かが手を打たないといけない問題だと思います。

あと、小学生で今先生がおっしゃったようなケースの場合には、問いかけなければいけない質問が2つあると思います。1つは、その問題は場面が変わっても起きているのかどうか、特定の場面だけじゃなく、2つ以上の場面で起きているのかどうかです。それからもう1つは、どのくらいの期間続いているのか、例えば数週間から1か月である場合には、**ADHD** である可能性は低いと思います。数週間から1か月の場合には、例

えば抑うつとか、もしくは家族内に何かトラブルが起きていてその結果そういう状況になっているとか、いじめの問題が学校であるとか、そういうことが考えられます。しかし、4か月、5か月、6か月にわたってそういう状態が続く場合には、ADHD が考えられると思います。2つ以上の場面でそういう状態が見られるとしたら、その子の問題の中に確実に ADHD が入っていると思います。

例えば、家庭が非常にカオスだから子どもが ADHD になるということはありません。これは ADHD の子どもの 50%は、少なくとも親のどちらかが ADHD であると言われています。つまり、家の中がカオスで整理整頓が行き届いていないから ADHD になるのではなく、その家族の中に遺伝子で引き継がれたものがあるということです。ADHD は遺伝子が絡んでいることは、双生児研究でも明らかになっています。もし遺伝子が関わっていない要素があるとすれば、全く両者が共有していない環境、どちらかの子どもが脳に何か問題があるとか、双生児2人のうちどちらかが良くない友達と付き合い合っていたとか、もしくはどちらか1人だけがいじめを受けていたとかということはありませんが、全く家族が関係していないということはありません。ADHD と家族をつなげるものが何かと言うと、“遺伝子”です。だから、確実に ADHD の問題があったら、親も巻き込んで治療をしていかないと変わらないと思います。例えば、子どもがちゃんとできるように宿題の仕方を親にトレーニングするという場合には、親の ADHD にも対応しないときちんと学べないということがあります。ただ、小児科医が親に対してアプローチしても、「小児科医が出す薬なんて、私たちは飲めないわ。」となってしまうので、他の臨床家の先生にも入ってもらわないといけません。かつては、ADHD は家庭環境が乱雑で十分に整っていないから、子どもに問題が出ると言われていました。しかし、それは古い考えです。必ず家庭と子どもの間には共通する問題があって、それが1つの場合もあれば複数の場合もありますが、遺伝子が関わっていることは事実です。ADHD は、特に学童期の子どもの行動の問題としてはとても大きなことだと考えています。そして、子どもにとって子どもの生活を大きく損なう問題でもあります。ADHD は、子どもの不安、抑うつに比べてはるかに大きな問題です。もちろん、そこには不器用さや、ディスレクシア等が重なっているケースがあります。だいたい5%くらいの子どもにとって、一番大きな問題が ADHD であるということが多いと思います。したがって、ADHD は決してないがしろにはしてはいけません。この子どもはひょっとしたらこれかなと思うリストを挙げるときに、ADHD を最後にするのはなくて、必ず一番上にしていただきたいと思います。

それから、子どもの学校の先生には、ADHD-RS (ADHD Rating Scale ; ADHD 評価スケール) の記入をお願いするということです。家族が記入できるのであれば家族にもお願いしますが、家族も同様の問題があり、きちんと記入できないケースがあると思います。その場合には、臨床家の先生方が、家族と面接をして記入していくというのでもできると思います。もしくは、クリニックで子どもを観察して、集中できていないとか、

もぞもぞしているとか、そういうところを見ていくということですね。

その結果、不注意がある、衝動性が見られる、多動であるという場合には、ADHD という診断をつけていいと思います。特に場面が変わってもそういう問題が続いている、そして、ADHD の症状の基準を満たしてそれが本人の生活に影響を与えているのであれば、ADHD という診断を下したうえで、さらに他に ESSENCE の問題がないかを調べます。例えば、ディスレクシアがないか、不器用さがないか、ASD でないか、チックはないか、といったこともスクリーニングをしていただきたいと思います。もちろん、すべての子どもたちに併存疾患があるというわけではないので、アルゴリズムを使いながらこういう場合はどうする、ということを考えていかなければならないと思います。併存疾患はないか、学校の先生と親に同じ質問票を使って、情報を集めることも大事だと思います。どの質問票を使っても 5 項目から 15 項目くらいなので、A-TAC (Autism-Tics, ADHD and other Comorbidities) でも CBCL (Child Behavior Checklist ; 子どもの行動チェックリスト) でもいいと思っています。これから数か月以内にどの質問票を使っていけばよいか、私はこういうものを使っていますよ、という推薦ができると思います。治療を考えた場合には、他に併存疾患はないかということも見ていかなければなりません。

ADHD の診断は、小児科医であれば、専門の小児科医でなくてもつけられると思います。言い換えると、小児科医は、誰でも ADHD の診断と治療ができなければいけないということです。スーパースペシャリストに頼らなければ ADHD の診断ができない状況は好ましくないと思っています。子どもが ADHD だと診断されたら、そのことを本人、親、その子にとって一番大事な先生に伝えていただきたいと思います。“ADHD とは何か”、“ADHD がその子にどういう意味を持つのか” という情報を提供します。

その先どうするかということについてですが、ADHD の情報を子ども、先生、親に伝えると、今度はさらにその人たちからいろいろな情報が返ってきます。その後、教室での取り組み、それから家庭での取り組みを考えるのですが、家庭での取り組みは、親のどちらか 1 人でも ADHD がある場合には、親に対する取り組みもしていかなければならないだろうと思います。例えば、「これからはこういうふうにお子さんの生活を支援してくださいね。」と言うと、親は「はい、分かりました。先生のおっしゃるとおりにします。」と言ってくれます。しかし、ADHD の親の場合にはすぐに忘れてしまって、それを実行していないケースがあるので、親に対する取り組みもしていかないといいません。

それから、教室の環境を整えるときには、例えば集中力に問題がある子だと思ったら、席を教室の前方、教卓に近いところに持ってくるということができると思います。先生も普通にやれば他の子どもと同じように反応してくれるはずだと思うのではなくて、ADHD だということを踏まえたうえで、いろいろな指導、アプローチをとっていかなければならないと思います。それから大事なことは、日本でも同じことが言えると思う

のですが、どの ADHD の子どもにとっても、できるだけ屋外での活動を増やすこと、それから身体活動を増やすことが大事です。特に天気の良い日は、外で活動して日光を浴びるということがビタミン D を摂取するうえで非常に重要になってきます。発達に関しては特に、ビタミン D は非常に重要です。ESSENCE の問題のある子どもは、ASD であっても、ADHD であっても、実際にビタミン D のレベルが低いということが分かっていますので、ビタミン D を増やす必要があります。ビタミン D を増やすには、外に出て太陽の光を浴びるのが一番いいのです。ADHD の場合も、ディスレクシアの場合も、オメガ 3 脂肪酸の補充をするのも 1 つの方法です。特に ADHD に併存して何かがあるグループであれば、オメガ 3 脂肪酸によって、処理速度が改善しますし、かなりのグループで集中力も改善すると言われています。もちろん普通の大人の場合でも、オメガ 3 脂肪酸をとることで読みの力がつくと言われています。オメガ 3 脂肪酸というのは、それをとったら驚くようなすごい効果が出るようなものではありません。しかし、3 か月、6 か月、9 か月、12 か月、オメガ 3 脂肪酸を摂っていると影響が出てくると言われていますので、オメガ 3 脂肪酸もいいのではないかと思います。日本人は魚を摂取するので、オメガ 3 脂肪酸を摂る必要はないのではないかと思いますので、あまり心配しなくてもいいのかもしれませんが、ただ、子どもたちや若い人たちは昔の伝統的ないい食事をとらずに、ジャンクフードをたくさん食べたり、炭酸飲料をたくさん飲むことがありますので、やはりオメガ 3 脂肪酸の効果はあると思います。それから、治療として炭酸飲料は飲まないように勧めます。特に、着色料の入っている炭酸飲料は、ADHD の子どもにとって、非常に破壊的な、もしくは他の子どもを邪魔するような行動をしたり、注意集中に影響を及ぼすことがあります。できれば炭酸飲料をその子どもの食事からなくすことが望ましいですが、それがどうしても無理であれば着色料を使っていない炭酸飲料にしてくださいということを勧めていただきたいと思います。

それから、いろいろなことをやってみてもあまり反応が良くないといった場合には、メチルフェニデートを使ってみるということですね。これは、コンサータでもリタリンでもいいと思うのですが、長時間作用型のものでなくて、即効性のある、即時作用型のものを使ってください。なぜなら、その薬がその子どもに効いているかどうか判断しようと思ったときに、長時間作用型のものだと効いているか効いていないかが分からないからです。即効性のあるものを使うと、この子どもはこの薬に反応するなということがすぐに分かりますので、まず試してみるのには即時作用型のメチルフェニデートをお勧めします。ただ、日本ではコンサータしか使えないということなので、それは皆さんで政府に働きかけてぜひ変えていただきたいと思います。特に子どもが薬に反応しているか見ようとすると、リタリンの即時作用型のものであれば、非常にいい薬ですし、非常にいい効果があります。それに反応するというのであれば、その後持続型のものであるといいと思いますが、それを最初から使ってしまうと効果があるかどうか分からなくなってしまいます。コンサータは 18mg か 27mg があるということなので、

小学生であれば 18mg のコンサータでまずは様子を見るというのがいいと思います。その場合、必ずしもクリニックで効果が見られないかもしれません。効果が出るまでに、だいたい1時間から2時間くらい時間がかかりますので、クリニックに長くいていただくか、何らかの方法で情報を集めないといけないと思います。それから、数週間かけて用量設定をしていきます。そうやって正しい用量で投与をすれば、診断して治療を始めてからだいたい1か月くらい経過後、ADHD でメチルフェニデートが必要な子どもたちの70%にいい反応が出てくると思います。また、1か月以内にADHDの症状も軽減してくると思われま。本当に正しい用量設定で処方すれば、全体の80%くらいに良い反応が出ます。ただ、よく見られるのは、長時間作用型の薬を使って、効果があまり分からないので、あきらめてしまって早くから使わなくなるケースがあります。やはり即時作用型の薬だとすぐに効果が出てきます。早い子どもでは、子どもがクリニックにいる間に実際に変化が出てくることがありますので、実際に先生方の目でも反応を見ることができます。1年以上その薬を続ければ、かなりの子どもたちが改善してくるということで、メチルフェニデートをADHDの子どもに使った場合には、だいたい1年から3年くらいの投与で十分だと思います。ただ、25%くらいの子もたちは、3年以上必要なこともあります。それから、生涯メチルフェニデートを必要とする子どもたちは全体のだいたい10%から20%くらいですが、多くの子どもたちは1年から3年で症状が軽減してくると思います。あと、実際コンサータについては、1日1回投与と1日2回投与ができると思うのですが、1日2回投与の方がいいと思っています。朝の7時から8時くらいにコンサータを服用して、午後4時、5時くらいになるとコンサータの血中濃度が非常に低くなって体から抜けています。そうすると就寝時に眠れなくなるということがあります。ADHDと睡眠障害がある子どもの場合には、1日2回コンサータを投与することが両方に効果をもたらすということです。メチルフェニデートというのは、子どもに使っても、正しく処方して正しく服用させれば非常に安全な薬です。用量を調節して、しっかりと適切な用量で服用すれば非常にいい薬です。もちろん、教育上の様々な手立ても取りますけれども、それ以外に用量を調節したメチルフェニデートも効果があるということです。親とも話をしておかなければいけないのが、子どもに出したメチルフェニデートを親が飲んでるケースもあります。そのこともきちんと親と話をしておいて、親にもメチルフェニデートが必要であれば、それは手立てを考えてやっていかなければいけないと思います。正しい用量で投与すれば、メチルフェニデートは大きなリスクもありません。むしろ他の薬の方がリスクはずっと大きいです。メチルフェニデートを治療に使ったら、それで中枢神経刺激薬の乱用が起きるのではないかと懸念する人もいますが、そんなことは全くありません。実際に、数年にわたってスウェーデンで双生児研究がなされましたが、メチルフェニデートで治療をしている人たちの方がずっと薬物乱用や犯罪を犯す件数が少なかったという結果が出ています。刑務所に収容されている人たちにも同じようなことが言えます。暴力的な触法行為をしたとして刑務所に

収容されている人たちにメチルフェニデートを使うと、そういう暴力的な行動はなくなり、それから、刑務所を出た後の犯罪が少ないということが分かっています。MRI で見ても、メチルフェニデートを使うことで、メチルフェニデートを使わない場合に比べて、非常に脳の発達も良くなっているというデータも出ています。非常に重要な役割を果たしているということで、ぜひお使いいただきたいと思います。それから、実際に非常にポジティブな効果があるということで、症状もメチルフェニデートを使うことで劇的に改善する場合がありますし、中等度の改善を見ることもあります。最もよく改善する症状は、やはり“不注意”です。これがメチルフェニデートを使うことによって一番改善する項目です。注意集中に関しては、90%の子どもたちがメチルフェニデートによって改善し、それはリタリンでもコンサータでも改善すると言われていています。衝動性が減少する、多動性が減少する、逆に巧緻性が高まる、それからキレるようなコントロールの問題が改善します。また、かんしゃくを起こすといったようなことも減ります。IQ 検査の値も、1年以上服薬している子どもの場合は改善します。IQ 検査の下位項目として、処理速度やワーキングメモリーが必要な検査項目で改善が見られているので、薬を使うことは非常にいい効果につながっているということです。それ以外にも、これは一部の子どもだけですが、数 kg くらいの体重減少が見られます。アノレクシア（Anorexia；神経性無食欲症）も改善します。中にはアノレクシアがあったほうが体重が増えなくていいという子もいますが、これも改善しています。しかし、不安や抑うつへの改善は見られません。ただ、長期に服用していると、不快気分が改善することがあります。短期的には、抑うつが悪化することがあります。これは、薬そのもののせいというよりも、薬を使うことで、自分の状態、自分の置かれた状況を正確に理解して、今どんな困難な状況にあるかが理解できて、短期的に抑うつになるケースがあると思われる。睡眠の問題についても、用量調節がきちんと行なわれていて、1日2回の服用にすれば改善していきます。あと、軽度から中等度の副作用としては、頭痛、中には幻視が出ることもあります。それから、収縮血圧が少し上がるというケースがありますが、長期的な投与を臨床的に見て、血圧や心拍数の上昇にはつながらないと思います。実際に副作用が出たとしても、中枢神経刺激薬の場合には服用を中止して1日経てばその副作用は消えますので、非常に安全に使える薬だと思います。あとは、自殺が起きやすいと言われていたのですが、実際に自殺と中枢神経刺激薬との間に関連がある科学的根拠はありません。むしろ、中枢神経刺激薬を使っていない子どもの方が自殺率は高いと言われています。子どもでも、青少年でも、成人でも、中枢神経刺激薬を使っていると自殺が増えるという報告もありましたが、実際にはメチルフェニデートを使っていない子どもの方が自殺率は高いです。ただ、何か子どもが警告サインを発している場合、例えば自殺を口にするようになったり、自殺のことを話題にするようになったら、それは危険なサインですので、その場合には少し様子を見る必要があると思います。自殺をするケースというのは、精神保健上アンバランスな状態にある人だと思います。何か突然本人

に大きなプレッシャーがかかったとか、それからうつ病がある、もしくは他の精神疾患があって、自殺になっているケースが多いです。ADHD の子どもたちに中枢神経刺激薬を使ったことで自殺が増えたというデータはありません。

それから、ADHD が生涯にわたる疾患であること、これを忘れてはいけません。もちろん、中枢神経刺激薬を必要としないくらいまで、症状が改善することもあります。つまり、臨床上の困難が改善するということはありますが、そうであっても ADHD が消えてなくなるということはありません。したがって、ADHD が生涯にわたる疾患であることを覚えておかななくてはなりません。薬を使っている、処方で非常に改善した場合、1年未満、少し薬を止めてみるというのも一案ですね。それでどう変わるかというのを見るのも非常に大事だと思います。時には中枢神経刺激薬を止めて、その後数か月向精神薬に切り替えることがあるかと思います。よく見られるのが、コロコロ薬を変えてしまって、結局何がどう作用したのか分からなくなってしまうケースがあります。1つの薬でうまくいかなかった場合、薬を変えようかとなることが多いと思いますが、大半の ADHD の子どもには、中枢神経刺激薬の効果があります。あとはストラテラ、これを使うことも ADHD の一部の人には効果があると思います。ADHD がありながら生きていくことを学ぶことも必要ですが、今回このことは置いておきます。

それから、子どもにも ADHD に関する情報をしっかりと提供するということが大事です。私たちが何度も繰り返してきた間違いというのは、親や教師には ADHD について伝えているのに、子どもには理解できないだろうと思って ADHD のことを伝えないことです。しかしながら、“ADHD とは何か”、“ADHD は一体自分にとってどういう意味があるのか”ということを経験して子どもに伝えることが大事だと思います。ADHD という言葉が理解できないのではないかと考えたりしますが、いずれは子どもたちもその言葉を耳にしますので、理解できなくても早いうちから説明しておいた方がいいと思います。遅かれ早かれ、同級生からのいじめの中で「お前 ADHD なんだ。頭が変なんだ。」と言われることがありますから、ADHD はそういうものじゃないということをしっかり知っておくことが大事だと思います。子どもに「ADHD に誇りを持ちなさい。」と教えます。“ADHD に誇りを持つ”というのは、ADHD そのものに誇りを持つのではなくて、ADHD があってもこれだけしっかりと生きていける自分に誇りを持ちましょうということです。時には ADHD という言葉を使わずに「やんちゃな子」とか「どうしようもない子」という言葉が使われることがあります。そうではなく、きちんとした言葉で伝えることが大事です。そして、「あなたが悪いのではなく、あなたの行動は ADHD によるものだ。」と伝えることが大事です。そう伝えて、他の子がやってはいけないことを ADHD の子はやってもいいかと言うと、そういうことではありません。ADHD がそういう行動につながっていることを理解したうえで、そこに至らないようにするために支援をしていくことが大事です。薬を使うことで児童期の数年間、大きな差が生まれてきます。薬を使って治療することが大事です。

Q.7

ESSENCE の子どもたちに見られる身体的症状、自律神経症状のようなものはないでしょうか。外来で見ている、繰り返す腹痛や、表情が硬くずっと笑っているような、表情の変化がない子がいます。ESSENCE の子どもを捉えやすい特徴があれば教えてくださいたいと思います。

A.7

身体的問題に関して、ESSENCE の子どもたちに独立して見られるような特徴があるか、私には分かりません。ただ、ADHD の子どもに見られる症状はあると思います。おっしゃったように自律神経の問題で、その結果 ADHD の子どもは心拍数が高くなりやすかったり、顔が火照る子が多かったり、腹痛を訴える、発赤が出る、下痢がある、ということがあります。IBS (Irritable Bowel Syndrome ; 過敏性腸症候群)、それから慢性疼痛症候群があったりします。これらはすべて、中枢神経系だけでなく自律神経系のアンバランスがあることを指し示しています。

あと、ESSENCE の中で自閉症の子どもたちには、表情のこわばりがある、表情筋の麻痺があるといったこともあります。社会性が乏しく、表情変化が乏しいので、表情筋を使っていないから動かないのだろうと言う人がいます。しかし、そうではなくて表情筋に対する神経支配が低下しているのだろうと思われれます。先天的な顔面麻痺になっている子どももいます。パーキンソン様の、仮面のような顔貌になることもあります。マイナーな異常が見られるケースがあり、例えば目と目の間が離れているとか、小指が特異な状態になっているとか、親指と第2趾の間が開いているとかがあります。こういったものは、コピー数のバリエーションによるものだろうと思われれます。

LD でも ADHD でも自閉症でも知的障害でもそうなのですが、ESSENCE の子どもたちは、一般の子どもたちに比べて遺伝子の微小欠失がある、もしくはゲノム上で倍化が起きているケースがあります。実際、10%から 20%の子どもたちは、見た目はちょっと風変わりだけれども、親から見ると「親に似てるわ。」と言います。親も遺伝子は同じようなものを持っているので、これは親に似たと親が理解しているケースがあります。ADHD は自律神経の調節に問題があるケースがありますので、IBS、慢性疼痛症候群、偏頭痛といったものが出てくる場合があります。したがって、ADHD の診断がついた場合、神経調節が不安定であるということも同時に覚えておいていただきたいと思います。

平成 25 年度（平成 25 年 10 月 14 日）

Q.8

私たちは今、B 県の療育センターで、自閉症スペクトラムの療育をしています。療育のシステムは 2 歳半ぐらいからあるのですが、最近 1 歳代の子どもたちが増えてきています。1 歳代の子どもたちに対しての児童精神科医療の役割について教えてください。

A.8

非常に難しい質問を頂いたかと思います。というのも、児童精神科医がその年齢の子どもに対して果たす役割については、地域差が非常に大きいからです。地域だけでなく、国による差も非常に大きいものがあります。例えば、英国の場合には、児童精神科医は 5 歳以上の子どもを対象にすることが一般的です。ところが、スウェーデン ヨーテボリの私たちのセンターでは、精神科医はどの年齢の子どもでも対応しています。したがって、1 歳から 2 歳といわず、生後 5 か月、これは非常に稀なケースですが中には生後間もない赤ちゃんを連れてこられるケースがあります。その場合にも精神科医が対応しています。ただしスウェーデンといっても、どこでもそうなっているわけではなく、ストックホルムでは、児童精神科医が診るのはだいたい 2 歳以上となっています。それから隣のデンマーク コペンハーゲンの場合には 4 歳以上ということになっています。国によるばらつき、地域によるばらつきがありますので、B 県で児童精神科の先生はこうしなければいけないとか、1 歳から 2 歳の子どもを児童精神科で診なければいけないというふうには言えないと思います。

実際、1 歳から 2 歳、もしくは 12 か月から 18 か月については、実証されたプログラムがあるわけではありません。ただ、18 か月以上の子どもを対象とすれば、もう既に論文として発表されたプログラムもあります。例えばサリー・ロジャーズ等がやっている、デンバーのプログラムは 18 か月以上を対象にしたプログラムです。

それからもう 1 つ大事なことがあります。もし非常に低年齢で病院を受診され、自閉症と診断がついた場合、実際には自閉症だけではない可能性がかなり大きいと思います。例えば軽度から中等度の認知の遅れがある子もいるでしょうし、中には非常に重い言語の遅れのある子、言葉の遅れのある子が ADHD や他の身体障害がある場合も考えられます。したがって、介入については、もし子どもが自閉症でなければ、他の障害だったらどうだろうかという可能性も考えながら計画していかなければなりません。自閉症だけに特化した、集中的なプログラムをするのはもしかしたらあまり有益ではないかもしれません。特に低年齢の子どもの場合は、あまり自閉症のことを過度に強調しすぎないことが大事だと思われれます。

それから、特に 1 歳から 2 歳という低年齢で自閉症という診断があり、病院に来られる子どもの場合に広く見られる問題があります。それは、極端に多動であるとか、変化

に対する抵抗があるとか、同一性に対するこだわりが非常に強い、というようなことです。これらはよく見られる問題ですが、感覚刺激に対して非常に強い反応を示すとか、そういった場合、それらが問題かということをもまず聞いてみてください。だいたいの場合、「それが問題です。」という答えが親からも返ってくると思います。

自閉症である場合には周りの環境を整えることによって、例えば、構造をしっかりと行ってあげて、予測性を高めてあげることによって、自閉症そのものによる問題ということは少し減ってくると考えられます。構造を入れて予測性を高めることで、子どもがあまりにも極端に同一性にこだわることから脱却するお手伝いをしてあげる必要があります。理由として、例えば食べ物に関して、子どもが特定のものしか食べない、全く食べない、食べることを嫌がるという場合、親が折れてしまうことが多く、そこで折れてしまうと、後に食事だけではなくいろいろな問題につながってくる可能性があるからです。もちろん無理強いして食べさせるのは良くないですが、子どもに優しい方法で少しずつでも食べるものを広げていくようにしてあげることが大事だと思います。パターン、同一性へのこだわりをどこかで打ち切るということをしなければならないので、それをやっていただくことが大事かなというふうに思っています。また、感覚刺激に対して非常に強い反応を示す子どもの場合、例えば掃除機の音等に強い反応を示す場合にも、最初その音を聞くとパニックを起こすかもしれません。しかし、その場合でも徐々にその感覚刺激に曝露する必要があります。徐々に音を大きくしていくとか、徐々に時間を長くすることで、その感覚刺激への曝露を大きくしていくことがとても大事かと思っています。それから、多動に関して、自閉症の子どもの多動性であれば、環境が予測性の高いものになるとかなり多動性の部分が治まってくると思います。治まらない場合には、自閉症と ADHD が併存している可能性が考えられます。

したがって、以上のことを踏まえて対応していただければと思いますが、先生のところでは1歳から2歳の低年齢の子どもでも受けていらっしゃるということで、それは素晴らしいことだと思います。やはり児童精神科医は、私たちはこの年齢にならないと診ないということではなく、どんな子どもでも来られたらそれに対して対応することは大事だと思います。

さらに申し上げたいことがあります。自閉症の子どもへの介入として、3つの大事なポイントについてです。1つ目は親への教育です。これが最も重要だと私たちは考えています。子どもに対して、どのように日常生活の中で訓練をすればいいかを親が知っているということが大事です。これは様々な研究で実証されていることで、世界中にはいろいろなプログラムがありますが、成功しているプログラムの共通項として、必ず親に対する教育が取り入れられています。したがって、どんなに多くの専門家がいても、保親のトレーニングができていないと効果は上がりません。親へのトレーニングが第一に大事ということですね。2つ目は、親にサポートグループが存在するということを知らせてあげることです。必ずどの国にも今は自閉症協会と言われる組織が存在します。最

新の知識もしっかりと持っている自閉症協会が多いです。もちろん親のサポートグループといった場合、リスクはゼロではありません。ときにはそのサポートグループが極端な、ありえないような治療法に走ってしまっていることもあります。「こうすれば治ります。」「自閉症は治ります。」と偏っている場合がありますので、その辺りは警告をしておいてあげないといけません。例えば、高圧酸素療法であれば自閉症が治るとか、変な治療の方法を信じているグループがあることには注意しなければいけません。特に自閉症協会を中心としたサポートグループは親にとって非常に優良な資源になります。しかも新しい情報が入ってきたら常にそれが更新されているところが多いので、こういう組織がありますよということを親に伝えてあげることも大事です。そして3つ目は、子どもの年齢を問わず大事なことです。自閉症で臨床的に問題があるとされる場合には、ほとんどの子どもが併存疾患を持っていることを忘れてはならないということです。自閉症だけということではありません。自閉症以外の他の併存疾患も、自閉症と同じだけ発達にはマイナスの影響を与えますので、そのことをお忘れにならないようにしていただきたいと思います。最近出てきている新しい研究論文を読むと、自閉症だけで他の併存疾患が全くない場合、例えば自閉的パーソナリティ、自閉的人格というようなケースではあまり大きな問題とはなっていないケースが多かったように思います。臨床的に問題があるとされるほとんどのケースでは、他の障害、もしくは疾患を持っているということです。

付け加えて申し上げたいことは、保育所、幼稚園、もしくは通所プログラムに参加している子どももいると思いますが、保育所、幼稚園、通所施設の職員にも自閉症についての知識を持ってもらうことが大事だということです。私もそう思っていますし、また他の人たちもそのように述べています。やはり家庭以外の子どもが通っているところの職員の態度も、子どもの発達に重要な影響を与えるということを述べています。したがって、皆さんが提供される汎用プログラムの中で、最初にやるべきは親に対する教育ですが、その次の段階として就学前であれば、子どもが通っている幼稚園、保育所、通所施設のプログラムに対する教育を行います。それから就学後は、学校に対する情報提供、教育、訓練をすることが非常に大事になってきます。特に指導的な立場である教頭先生や教育主任、幼稚園の主任の先生だとか、そういう先生にしっかりと子どもの自閉症について知っていただくことが大事です。自閉症とは何かを知らない場合もありますし、対象のケースにおいて自閉症がどういう問題を引き起こしているか、そして、この子どもにはどういったことが必要なのかをしっかりと情報提供していくことが必要かと思えます。もちろん皆さんもご存知のように、1つのプログラムで全ての自閉症の子どものケアができるというわけではありません。一人一人違ってきますので、その子どもにとって何が必要かを伝えてあげることも大事です。もちろん、自閉症に特化した早期教育プログラムがあれば、それは特に低年齢の子どもの場合にはベストだと思います。ただし、そこにずっと入れているのではなく、徐々に可能な限りよりオープンな、より統合

された場へと進めていくことが大事だと思います。これが保育所、幼稚園、学校に関してです。

それから薬に関してですが、1歳、2歳といった低年齢の場合には、一般的には薬のことは考えません。ただ、非常に多動のケースであれば、自閉症による多動であれば構造化によってかなり多動が治まってくると思いますが、それで治まらない場合にはADHDを併存している、“自閉症+ADHD”である可能性があります。“自閉症+ADHD”である場合には、やはり中枢神経刺激薬を使うということも考えるといいのではないかと思います。以前は中枢神経刺激薬を子どもに使うのは良くないのではないかといいことで使いませんでした。自閉症だけでなくADHDがあると思った場合には、中枢神経刺激薬がいいかと思えます。これは研究でもADHDに効果があることが示されています。ただし、中枢神経刺激薬の用量調節は非常に難しいので、先生方のコントロールの下で使っていただくよう、しっかりとやっていただきたいと思えます。

それから数年後には、自閉症に利尿剤が使われるかもしれないと言われています。利尿剤が、自閉症だけでなく、一般に発達障害にも効果があるのではないかといいことで、新しい研究の発表もなされてきています。例えばブメタニドのような薬を使うと、発達の問題について、5歳以上の場合に効果があるという報告が出ています。数年以内にはその利尿剤も使えるようになるだろうと思えます。大規模試験で5歳以上についてはある程度実証されていますが、2歳まで年齢を下げて利尿剤の効果があるかどうかについて、大規模試験が行われています。利尿剤が神経細胞のレベルをコントロールするため、それが神経細胞の成熟に非常にいいということで、そういったエビデンスが出てきています。

最後に、やはり併存疾患が非常に大きな問題になってきます。精神科の範囲の併存疾患だけではなく、その他の内科的な問題が存在する場合もたくさんあります。したがって、例えばてんかんのある子どもや、シヤンク欠損のある子どもに対してはやはり医学的にきちんとした対応をしていかなければなりません。精神科医なので内科的な問題は私の領域ではないと言い切ってしまうのは話が進まないのです、必ず小児科医と精神科医とは連携をしながら内科疾患にもしっかりと対応をしていただくようお願いしたいと思えます。

それから先ほど申しましたブメタニド利尿剤ですが、この利尿剤を使うことによって、自閉症の症状や他の発達の問題が大きく軽減するだけでなく、fMRI (functional Magnetic Resonance Imaging ; 磁気共鳴機能画像法) で検討すると、特に顔の表情認識を司っている部位が非常によく改善しています。活動性が上がり、治療中は非常に低かった、あるいはほとんど活性が無かったところが非常に高い活動性を持っているということも分かっています。自閉症に関わる脳の領域で、利尿剤の治療とfMRIでの脳の活動のスキャンとの間に非常によい相関を見えています。

Q.9

お聞きしたいのは、児童虐待と親の ADHD についてです。身体的虐待もあり、暴言による虐待もある家庭ですが、特に母親の特性を見ていると、たぶん ADHD であると考えられます。暴言があり、片付けられず、時間を守れない、話し出したら止まらない、そういった特性があります。中枢神経刺激薬も含めた親への治療で、虐待、攻撃が減っていきました。子どもにも ADHD があります。親の特性を感じられるようなケースでは、コントロールというか、それを教えていただきたいです。

A.9

ギルバーグ博士) 最初に、児童虐待と親の ADHD の関連については、私たちはその間に関係があることを知っていますが、その結論に至る研究はほとんどありません。なかなか研究ができないという問題があります。研究するとなると、多くの場合子どもが ADHD であるというケースが多く、非常にストレスの多い生活を送っている親に参加してもらう必要があります。研究に参加することで、さらに親を非難することにつながってしまいかねないので、実際に研究ができていません。

子どもが ADHD でストレスが高まり、親も ADHD で虐待をしてしまって、悪循環が続くというケースが多いです。私自身も自分の経験から、そういうケースが多いことも知っていますが、研究としてはなされていません。先ほどお話した ASD と反社会的な行動が犯罪につながるというところは、たくさんの体系的レビューも行われていますし、いろいろな論文も出ています。しかし、児童虐待と ADHD の関係、親の ADHD との関係についてはほとんど研究がなされていないことが現状です。

解決方法としてはやはり、非常に有能で、治療してあげようという意欲のある成人の精神科医、一般精神科の先生と共同で作業することだと思います。なぜなら、親に対する治療が必要だと思われるからです。母親、親を診る精神科の先生と子どもを診る児童精神科の先生で上手く連携がとれれば、その家庭内の問題をコントロールできたというケースもあります。その場合にはかなり早く効果が出てきます。特にそこに父親の虐待がなければ、母親の治療をすることで、かなり早く効果は出てくると思います。

それから、母親と話して、アドバイスをしてあげることが大事です。やはり母親の虐待はどんどんエスカレートしていきます。したがって、母親と話して「我慢ならないと思ったときには、子どもをどこかにやるか、自分がそこから離れるか、とにかく状況から一歩離れましょう。」ということアドバイスをあげます。母親が意識してできるように、どうしようもなくなってエスカレートしそうになったら、自分は違う部屋で何かをすることをした方がいいと思います。もちろん薬も

効果があると思いますが。

もう1つ大事な点がありまして、子どもが青あざをつくっているということで、他から紹介されてくる、もしくは先生たちが見つかる、ひょっとしたら虐待なんじゃないかと疑われるケースがあると思います。一部のケースですが、子どもがADHDの場合、実は虐待じゃなく自分で打って青あざをつくっているケースがあります。必ずしも親がやっているとは限らず、ADHDの子どもの場合には事故に遭いやすく、自分でもコントロールできないので、実は事故に遭っていた、実は子どもが窓から転落していたというケースもあります。そういった可能性も含めて検討しなければならないということです。そのような場合に言えることは、親と話をすることが大事だということです。ただ、決して親を非難するということはしてはいけませんので、さっきのケースと同じですが、フランクに親と話をすることが大事ではないかと思います。見ないふりをするのはよくないと思います。

それから、非常に危険な状況として覚えておいていただきたいのは、子どもの年齢が低い場合です。家で何が起きているか分からず、子どもも伝えようがないということがあります。乳幼児で虐待が疑われる場合には、やはり社会福祉、児童福祉の機関に入ってもらって、一時的に子どもを養護施設に入所させる、もしくは里親家庭に預けるという措置が必要になるケースもあるかと思います。スウェーデンの場合にはそういうケースがあります。日本の状況を知らないのでも何とも言えませんが、やはり「様子を見ましょう」ということは非常に危険で、様子を見ている間に子どもが叩かれて死んでしまったということもあります。

ただ、ADHDに関しては、もう絶望的だと思われるような状況でも、精神科の介入を行えばかなりいい方向に転換することが多いです。ADHDが背景にあるような児童虐待のケースも多いので、その場合には親に対する精神科治療、介入が必要だと思います。それから、そういった事例は、様々な専門家がしっかり入ったチーム、ESSENCE チームにしておいて、そのチーム内で話し合うといい事例だと思います。小児科の先生、児童精神科の先生、心理士だけではなく、大人を診ている精神科の先生にも入ってもらって、様々な専門職が総合的に話をしてどのように対応していくか、いいきっかけになる例でもあるかと思います。

付け加えて、児童虐待が親のADHDだけで起きるものではないということをお伝えしておきたいと思います。親のADHDに、薬、アルコールの影響が非常に強く出て、例えば他の治療で使っている薬の影響が出てしまい、それによって問題が起きているケースもあります。もちろん全く関係のないケースもあります。ADHDの場合、中枢神経刺激薬は非常に効果があり、ADHDの特徴は軽減します。しかし、ADHDの人が、他の疾患で処方された薬、ベンゾジアゼピン、SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors ; 選択的セロトニン再取り込み阻害薬) 等を服用している場合、その結果が非常にマイナスの方向に出ることがあります。それから、

ADHD の親では、アルコールによるマイナスの影響というものも検討しなければなりません。SSRI の中で、一部に攻撃性のトリガーになる薬があります。特に ADHD の人の場合には、SSRI を使うことで攻撃的になることもあります。実際に医師が、本人の ADHD に気づかないまま、不安や抑うつを本人が訴えたことで SSRI を処方するケースがあり、その場合には非常に悪い影響が出てしまいます。常に、基礎疾患として ADHD がないかということ、薬を出す前にチェックをすることが必要だということです。

ADHD は精神保健分野で一番多い疾患です。これはいつ、オーダー検査しても、大人でも、子どもでも一番多いのが ADHD です。したがって、非常に慎重な薬の処方が必要と思われます。実際に生涯有病率ということ言えば、ADHD よりもうつ病が多いのですが、ただ、うつ病の場合では抑うつの症状が出ているときと軽減して寛解しているときがあるので、常にというわけではありません。ところが、ADHD の人は一旦 ADHD になると、ずっと ADHD が続いています。だから横断研究という話をしたわけです。一般に横断研究で見ると人口の 2% がうつ病、それに対して ADHD は最近の研究では成人の場合、3% から 4% という数字が出ています。この数字は 80 代でも 60 代でも、40 代でも同じように出てきます。もちろん ADHD による死亡率の上昇というのがありますので、80 代まで生きる人も少ないですが、80 代になってみてもやはり若い頃 ADHD だった人が ADHD でなくなっているということはありません。

ところで、50 代、60 代の人で、軽度認知障害の人は日本で多いですか。ADHD の人の場合には、誤った診断名として軽度認知障害とついているケースが多いのです。もちろん ADHD でない軽度認知障害の人はいますが、軽度認知障害が実は ADHD だったというケースが非常に多く、それが MCI (Mild Cognitive Impairment ; 軽度認知障害) とついでしてしまっています。女性の場合、どうしても閉経に伴ってエストロゲンのレベルが下がってきます。そうすると ADHD の症状が強くなってきて、記憶の障害や物忘れということが表面化してきます。特にエストロゲンがあると、ドーパミン系、記憶のところがある程度補われているので、妊娠可能年齢の間はそれほど表面化しないのですが、50 代、60 代になってエストロゲンが低下したときに ADHD の症状が出てきます。それが記憶の障害や物忘れという形で現れているので、実際は ADHD によって忘れていたのですが、年齢的に見てちょうど認知障害が出てくる頃でもあるので、MCI という診断名がついてしまっている可能性があります。特に 50 代以上の女性の場合、その辺りに気をつけなければいけないのですが、それは男性でも同じことが起きます。女性ほど劇的には変化しませんが、テストステロンのレベルが徐々に低下してきます。それによって、今まであまり見えなかった ADHD の特徴が表面化してくることがあります。よって、そういう症状が出てきて MCI が疑われる場合、その人にそれまでの生育歴を

聞いてみてください。最初の10年、10歳までの頃に不注意の問題があったとか、学校での問題があったという場合には、実はADHDであるケースが非常に多いと思われる。MCIという名前がついているだけというケースがありますので、少し気をつけないといけません。

そして、成人精神科に通っている患者の25%から60%はADHDを有しています。しかし、ADHDの診断名がついている人はいません。成人精神科の領域では、90%のADHD患者のADHDの部分は置き忘れられています。ADHDがある場合とない場合で、場合によっては治療が全く逆になりますので、ここは非常に気をつけなければいけないと思っています。その辺りをしっかりと成人精神科の方で見直すと、この5年ぐらいの間にこれは成人精神科の診断に革命が起きるのではないかと思います。現在、不安障害、慢性うつ、人格障害、それから軽度認知障害等と診断されている成人の中に、かなりのパーセンテージでADHDの人が入っています。

ADHDは生涯続くものですが、30代から50代の妊娠可能年齢では、エストロゲンやテストロゲンのレベルの影響でADHDの症状が少し落ち着きます。それまでの児童期は、ADHDの人は非常に大きな問題を抱えて生活をしていますが、大人になると良くなったように見えます。それは背景に潜んでいるからで、今度エストロゲン、テストステロンのレベルが下がってくる50代、60代になるとまた表面化してきます。ところが、50代、60代になると、加齢に伴う他の障害と間違っで見られることもあり、ADHDと診断されていないケースがたくさんあると思います。

ADHDは、身体疾患とも深く関連しています。肥満、難治性の糖尿病、事故、その他身体的な健康に関わるあらゆるリスクとADHDは結びついています。ところが、ADHDを考えもしない専門家がたくさんいて、例えば開業医や小児科の先生でも、児童精神科でも、成人の精神科でも、どの患者がどんな訴えをしてきても、まず考えないといけないのは実はADHDです。児童精神科の場合はまずADHDを考えます。児童精神科の先生はADHDを考えますが、それ以外の専門領域の先生はADHDを最後の最後にしか考えず、それ以外にいろいろなことを考えてしまいます。しかし、実は様々な状況を考えると、成人であってもまず全ての患者にADHDをチェックすることが一番大事だというふうに私は思っています。しかも中枢神経刺激薬だけでなく、ADHDというのは精神科の領域では最も治療が可能な疾患でもありますので、それを疑うことは大事です。

司会者) 先ほどの話の続きをよろしいですか。先ほど、母親がADHDで虐待をしている問題の話の中で、母親のADHD、女の子のADHDが見過ごされて、不安障害やうつ病と間違っ診断をされ、SSRI、ベンゾジアゼピンを処方されるということが結構あるのではないかと思います。

ギルバーグ博士) 全くおっしゃるとおりで、とても大事なことは、ADHDが今まで見

落とされてきているということです。特に女性の場合、見落とされています。しかも、特に成人の精神科の先生はADHDという考えすら思い浮かばないケースが多いです。そのままずっと大人になって、結婚して、子どもを持ちます。ADHDの女性は、ADHDでない女性よりも子どもの数が多いと言われます。自分でコントロールできないのに子どもがたくさんいて、子どもがガチャガチャやるとそこでコントロールできなくなって、また非常に衝動的な行動に走ってしまい、余計に悪循環になってしまうことがあります。ただし、これは断ち切ることができます。成人の患者を対応する場合、その背景にADHDがないかを見るだけで大きく変わってきます。

今、新しい研究がヨーロッパ、アメリカ、カナダで行われています。ADHDの場合には、たとえ長い間見落とされ、長い間放置されていても、ADHDだと気づいて適切な治療をすれば、その人の人生は非常にいい方向に変わるということが研究でも証明されています。先ほども言ったように、ADHDの治療と言えば中枢神経刺激薬を考えますが、実はADHDの症状を悪くしているのは中枢神経刺激薬ではなく、その他の診断名で処方されている薬であり、その薬を止めるだけでADHDの症状が改善するケースもあります。また、それ以外に認知行動療法を行うことによって、「なぜか分からないけれど、私はこういう行動をしてしまうのです。」ということ自分で意識してそれを断ち切ることもできます。ADHDには良い対応の仕方がありますので、そういったことを踏まえて、やはりADHDをきちんと診断して対応することが必要かと思われます。

それから、ADHDの人は、実行機能障害が非常に大きな問題になっているケースもあります。自分は実行機能障害があると知るだけでも、ADHDの人の生活は変わります。実行機能障害があるから、それに対する手立てを取らなければならないと知るだけでも、非常に生活は変わってきます。例えば、時間の知覚が苦手な人がADHDの人に多いので、そういう人には、まずESSENCEを疑います。大半の人はADHDです。例えば、そういう人の場合には、「いつも腕時計をしておきましょう。」「部屋には時計を掛けておきましょう。」とアドバイスすれば、それだけでもずいぶん知覚が変わります。また、時間の知覚が弱いために、電話を掛けると話が終わらない人には、電話機の上にリマインダーを置いてあまり長い間話さないように何分にしようかと決めておけば、それだけでもかなり変わってきます。それから、武道、例えば柔道でも、剣道でも、実行機能の訓練に非常にいいと言われています。ヨガも非常に効果があるという報告があります。薬だけではなく、そういった様々な管理の方法もあります。したがって、ADHDの場合には、ちょっと視点を変えるだけで大きくその人の生活が変わってくる場合があります。これまで不安障害や肥満でその薬が出ていた人が、実はその背景にADHDがあり、それが不安障害や肥満につながっていることに医師が気づくだけで薬も変わり、そうするとADHD

の部分もかなり改善します。背景にある ADHD に気づくことが非常に重要なことだと思います。

また、オメガ3脂肪酸やビタミンDも効果があります。ビタミンDについては、ADHD だけではありません。ADHD の人でビタミンD欠損の人の場合には、ビタミンDの補充は100%効果があります。ESSENCE の患者のビタミンDを測ると、ほぼ全員ビタミンDの欠損があります。だから、「ビタミンDを摂りましょう。」「日光の当たるところに出ましょう。」ということは必須のことなのです。それから、これは私が言っているのではなくスウェーデンの保健当局の方が、「日光に当たりなさい。」「ビタミンDを十分に取ちなさい。」ということを推奨しています。その理由は、ほとんど全ての人にビタミンD欠損があるということが分かったからです。スウェーデン政府や一部の国においては、日焼けをするとメラノーマになると言われてきました。特に白人の場合はメラノーマになるということで、国で夏の暑い日にはあまり外に出ないようにという指導がなされたことがありましたが、それを覆し、できるだけ日光に当たることが推奨されてきています。精神疾患患者においては、かなりビタミンDのレベルの低い人が多いのです。それから、神経発達の問題のある子どももビタミンDのレベルの低い人が多いです。しかも発達障害のある子どもの場合には、他の子どもほど外に出て日に当たらないことが多いと思います。外で遊ぶことが少ないので、余計ビタミンDのレベルが減っているということがあります。現在は、日光に当たらないようにするという政府の奨励は覆されて、スウェーデンではできるだけ日光に当たるようになっています。例えば、うつ病の人でもビタミンDのレベルが上がることで、かなり改善することがあります。ビタミンDは非常に重要だということですね。前回来たときも話をしたかと思いますが、ビタミンDというのは神経発達に関連する遺伝子の300を調節していると言われていています。十分すぎるぐらいある人は別ですが、そうでないときはビタミンDを補充した方がいいということで、これは発達の早期においてもそうですし、また年を取ってからもそうだと思います。したがって、患者に対してビタミンDを取るよう推奨しましょう。ビタミンDのレベルを測るのは、1回の検査当たり1500円くらいでできるので、それをやってビタミンDの補充をすることがいいだろうと思います。先ほど ADHD が見落とされていると話をしましたが、ビタミンD不足というのも、実はいろいろな病気の原因として見落とされているものです。それを踏まえると、全体像が見えてくることがあります。

それからオメガ3脂肪酸の場合には、日本人は魚を食べるのであまり問題はないかと思いますが、魚の油を摂取しない国においては、オメガ3脂肪酸の補充が劇的な効果があるわけではないですが、非常にプラスに作用します。

かつて言われた、日光とメラノーマの関係は実はエビデンスがないということが分かりました。中等度から軽度の日焼け程度であれば、これは問題がありません。

日焼けをしてその後に火傷に至ってしまうとメラノーマになる可能性があるので、火傷をすることは避けないといけません。しかし、日焼け程度、日に焼けて色が黒くなるという程度では皮膚がんとは関係ありません。それから日焼けで火傷をしたとしても、実はメラノーマではなく他の皮膚がんになることが多いため、メラノーマの間にはあまり関連性が認められないということが分かってきました。やはり一番大きな問題は、神経発達を含めていろいろな疾患の背景にビタミンDの不足があるので、これを注意していかなければなりません。もちろん火傷をしてはいませんが、1日30分ぐらい日なたに出ても火傷をするものではありません。1日30分日光に当たるだけでビタミンDのレベルは増えます。皆が健康になることなので、これは推奨しなければいけないと思っています。よく日本で日傘をさしている人がいますが、ビタミンDに当たったら健康になるのになぜビタミンDを避けるための日傘をさして歩くのかと私はいつも不思議に思っています。それから日焼けにならないように、日焼け止めを女性の場合よく塗りますよね。日焼け止めをつけたから日焼けしないエビデンスはなく、逆に日焼け止めを使うことでアレルギーが増えたというエビデンスしかありません。実際、事実を事実として見ると分かります。太陽の光に当たってはいけませんという勧奨がいろいろな関係で出されて、人が日光に当たらなくなったのに、悪性メラノーマは増えています。それから、悪性メラノーマができる場所というのは、日に当たっている場所ではなく、足の指、手の指先、その間、それから服で隠れているところです。日光とは全く関係ないということがそこからも分かります。別に日光に当たったら気持ちがいいからというだけで私は言っているわけではなくて、これはシステムチックレビューで文献にもされています。悪性のメラノーマになるのではないかと恐れて日に当たらない人が多いのですが、その関連については良いエビデンスは挙がっていません。もちろん、特に小さい子どもが火傷になるほどに肌を焼いてしまうと、これはがんになるリスクが高まることは分かっています。ただ、その場合も、メラノーマではありません。一方で、ビタミンDの欠損というのは全てのリスクを高めます。これは全てのがんのリスクが高まりますし、心不全を含む循環器の疾患のリスクも高まりますし、それに加えて神経発達の障害も起きるということです。今たぶん太陽に当たるといけないと言っているのは、日焼け止めをつくっている会社の業界の力が働いて、日に当たらないようにということが一般的に言われ、普及しているのではないかと思います。タバコ産業と同じですね。そんなことをしたら、タバコで人々が命を失ったように、日焼け止めで命を失うでしょう。

平成 26 年度（平成 26 年 9 月 23 日）

Q.10

患者本人への ASD の告知について教えていただきたいと思います。私自身、発達障害の外来を始めて数年目で、月に 5 人から 10 人の新規患者を診るようになりました。今まで告知をしたのは高校生以上で、それより低年齢の子どもにはしたことがありません。精神的に未熟なので、告知のメリットとデメリットを考えたらデメリットの方が大きいかなと思ったためです。今までは告知はせず、特性や関わり方について教えていました。しかし、やはり中学生くらいになると告知が必要な子どももいます。いろいろな書籍を読んで勉強してきましたが、ギルバーク先生がどうされてきたのかを教えていただきたいです。

A.10

まず一般原則としては診断時に告知をするのが良いと思います。子どもが幼くて理解できなくとも診断時に伝えるのが一般原則です。一般的には、早く伝えた方が問題は少なく、告知を待たば待つほど結果が悪くなります。“養子”であることを伝えることと同じです。昔は 25 歳くらいまで言わなかったのですが、今はどんなに年齢が低くても養子になった時点で言うのが一般的です。2 歳でも 3 歳でも、養子の意味が分からなくても良いから伝えます。成長していつの時点で子どもが理解するのかは分かりません。例えば、7 歳の子どもに親からは養子であることを伝えておらず、誰かほかの人から「あなたは養子だね」と言われたら子どものショックは大きいですね。自閉症の子どもの場合も同じです。

ただし、それは一般論であって例外もあります。個別のケースによっては別の対応が必要になってきます。1 つの例としては、自閉症であろうけれども確定はできない、特に高機能自閉症の場合です。数年その子に対して適切な教育をして、親に対してもきちんと伝えていけば大きな障害にはならないと思われるケースについては、告知しない方が良いかもしれません。

年齢的には、5 歳が 1 つの目安になると思います。例えば、5 歳で自閉症の基準を満たしている場合、10 年後に見た時に自閉症の基準を満たしていないというケースはほとんどありません。2 歳で自閉症の基準を満たしていて数年経て見ると自閉症ではなく ADHD や言語障害の基準に当てはまる場合もあります。よって、5 歳以上なら本人に伝えるようにしています。本人にネガティブな印象はないと思います。中立的な印象で、「あ、自閉症っていうものがあるんだ。」「あの子は赤毛で僕は目が大きい。」というのと同じように聞いています。自閉症という言葉、自分が自閉症であるということを知っておく必要があります。それが将来のいじめを防ぐことにもつながります。ある時突然「お前は自閉症！」と言われても過剰な反応をせずに済みます。

きょうだいに対しても、診断時に伝えることが大事です。自分のきょうだいが他の子と違った行動をしていてコミュニケーションにも問題があるが、それをどう説明しているのか分からない、一体それが何なのか分からない、というのは困ります。きょうだいの特性についての名前を知っておく必要があります。そうしないと、他の子どもたちが「お前のきょうだいは変だ。」と言ってじろじろ見たりしたときに、きょうだい児自身が説明できなくなります。だから伝える必要があるのです。もちろん個別化は必要です。また、伝え方は、本人のIQレベルや言語レベルによって調整は必要です。伝える時は、家族に伝えるのであれば本人も含めて家族全員に伝えるのが大事です。これはかつてのがん告知と同じです。家族だけ知っていて本人が知らずに後から知ることは、いろいろな問題を引き起こします。

先日私の話を聞かれた方はグラフを見たと思いますが、85%の人が誰でも1つは自閉症の特性を持っています。自閉症の特性もそれぞれを取り上げると、誰でも人間として持っている特性です。共感性に欠けていたり、酔っぱらった時には不注意になったり多動になることもあります。それが障害となるのはひどく出てきた時です。ADHDの場合は薬が必要で、親に伝える時は本人にも必ず伝える必要があります。その際に、決しておかしいことではなく、他の人にもある特性が強く出ているのが自閉症だと伝えることで、自閉症であることが特別ではなくなります。名前がない方が特別な感じがしますが、自閉症という名前があることで中立的になります。欧米社会で考えると、かつて、自閉症はスティグマを伴う診断名でしたが、今は一番スティグマが少なくなっています。今では自閉症というと、「あ、いいね。興味あるね。」となっています。ADHDはそこまで受け入れられていません。

最後に、個々の事例によって違うため、今言ったことをすべてのケースで実行できるわけではありません。中には、何があっても子どもには言わないでほしいという家庭もあります。その場合には、いったんその場では伝えないようにしています。ただ、数年の時間をかけてでも、診断を本人に伝えた方がよいことを家族に説明します。家族が納得した時点で子どもに伝えます。まだ、自閉症が恐ろしいもの、嫌なものと思っている親もいます。その場合、子ども本人もそう思っているケースが多いです。しかし、診断を伝えないことがどれだけ子どもにとって良くないかを知らない場合が多いので、時間をかけてでも説明していく必要があります。

ただ、子どもの問題をすべて自閉症で説明できるわけではありません。自閉症以外の問題もあるかもしれません。そうであれば、それについても説明が必要です。自閉症ということで共通点もありますが、一人一人違ってきます。子どものことを説明する時に、自閉症という言葉だけで説明してはいけないということです。また、「この人は自閉的な人」とは言うてはいけません。“autistic”という言葉ではなく、“with autism”と言うべきです。つまり、「自閉症のお子さん」ではなく、「自閉症のあるお子さん」と言うべきだということです。形容詞で使ってはいけません。自閉症であるということは

その人の状態を表すものではありませんが、その人を表す形容詞ではありません。「あなたは糖尿病ですね。」とは言っても「あなたは糖尿病さんですね。」とは言わないですね。それと同じです。

司会者) 日本では、つい「自閉症児」とか「自閉症者」という言葉を使うことがあります。でも「糖尿病児」とか「高血圧児」という言葉は使わないので、今の話は納得できます。

ギルバーク博士) これは我々精神科医の日常の臨床の中で考えておかなければならないことです。統合失調症に関しても双極性障害に関しても自閉症に関しても同じことが言えます。自閉症の特性があっても、それ以外にもその人にしかない特性があります。

Q.11

先ほどの質問に付け加えたいのですが、自閉症と言う時に「自閉的な傾向」と言うのか「スペクトラム」と言うのか、どちらが好ましいのでしょうか。

A.11

私は「自閉的な傾向」と言って内容を説明します。確かに DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; 精神障害の診断と統計マニュアル) では「自閉症スペクトラム」という言葉が使われていますが、英語で「スペクトラム」は1つのものを差す意味になります。“spectrum”ではなくて“spectra”にならないといけません。例えば、基礎疾患に脆弱 X 症候群がある人もいれば、胎児性アルコール症候群がある子どももいます。「自閉症の特性がある。」等の表現でも良いと思います。「この人はたくさん自閉症の特性がある。」や「この人は少しだけ自閉症の特性がある。」だと、非常に中立的です。確かに中核的な問題はあるとしても、一人一人が違っているので、英語では「スペクトラム障害」という言葉も良くありません。

スウェーデンでは、この DSM-5 の問題を解決するために、スペクトラムを排除して全て「自閉症」と訳しています。アスペルガー症候群も自閉症、自閉的傾向も自閉症、古典的な自閉症も自閉症、小児自閉症も自閉症としています。その上で「この人の自閉症はこういった特性を持っています。」と説明するようにしています。

もし日本の DSM-5 の翻訳が「自閉スペクトラム症」という風に決まったとしたらそれを使わなければいけません、そこで終わってははいけません。自閉症の場合、単一の特性ではなく複数の特性の組み合わせであるということを伝える必要があります。

また、自閉症のある成人から「私は自閉症の基準を満たしているのでしょうか。」と聞かれたら、もし満たしていたら「確かに満たしています。」と答えます。その上で「ただ、その基準も任意のものであって、5つ症状のある人が6つ症状のある人より程度が

軽いかというとそうではありません。そういう意味で『スペクトラム』なんですよ。」と言います。正確なカットオフ値があるわけでもありません。自閉症とそうでない人のカットオフ値もありません。自閉症と、重度の自閉症のカットオフ値もありません。でもそれは高血圧でも同じことです。どの値から高血圧とするかは年齢や住んでいる国によっても違います。薬を使う基準も国によって違います。

それから、DSM-5の診断基準は非常に慎重に決められているので良いと思います。経験のある臨床家が診れば、これは自閉症だと判断できる診断基準になっていると思います。ただ、ここからが自閉症でここからが自閉症ではないと言うことはできません。しかし、DSM-5の診断基準は良いと思います。診断をするときに、ADI (Autism Diagnostic Interview ; 自閉症診断面接)、ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule ; 自閉症スペクトラム評価のための半構造化観察検査)、DISCO 等だけを信じて診断すると、20%ぐらいは誤った診断になると考えられています。疑わしい時にプラスアルファの情報を得るためには有用ですが、これらを診断のアルゴリズムには使わないでほしいと思います。やはりそこには臨床的な判断が重要だということを忘れないでいただきたいです。

平成 27 年度（平成 27 年 11 月 3 日）

Q.12

ギルバーク先生はなぜ高知に来られるようになったのですか。

A.12

何年も前に、是永先生から日本で開かれる会議に来てほしいという依頼を受けました。それまで3回日本に来ていましたが、日本ではなかなかうまくコミュニケーションが取れなかったので、もう日本に行くのはやめようと思っていました。しかし、是永先生が熱心に何度もコンタクトをとってくれて日本に来ることになりました。そこで是永先生にも実際にお会いし、畠中先生にも会いました。二人とも英語でコミュニケーションが取れますし、是永先生はスウェーデンでも学位をとっているのでスウェーデン語も話せます。この二人をきっかけとして高知に来るようになりました。

こちらに来てみると、みんないい研究をしているし、こういった会でも興味ある質問をしてくれるということが分かり、また真摯な態度で取り組みをしているのも見てとれました。スウェーデンに戻ってすぐに畠中先生が来て「高知にもスウェーデンにあるのと同じようなセンターを作りたい。」という話があり、それから交流が始まりました。短い期間で関係が深くなっていったと思います。県も積極的に取り組みをしてくれて、その結果何度も高知に来るようになりました。高知の研究者の中にも、ヨーテボリ大学で博士号の課程に通う人も出てきました。ダブルディグリーで、スウェーデンと高知の両方で学位を取得できるように取り組みが進んでいます。

日本に何度か来ているうちにいろんなところから声がかかるようになり、今は環境庁のコホート研究にもアドバイザーとして関わっています。当初、神経発達については取り込まれていませんでしたが、助言後、神経発達も取り入れられるようになりました。10万家族というとても大規模なコホート研究で、おそらく世界最大の規模だと思います。

それ以来、日本とも共同で、スウェーデンの日本大使とも関係が出来てきました。日本の人とコミュニケーションが取れるようになってくると、日本は魅力的な場所だと思うようになりました。日本とスウェーデンは表面的には違うけれども、深層を見ると日本とスウェーデンは似ていると思えるところも見えてきました。子どもの神経発達も同じで、日本でも自閉症、ADHD、知的障害、てんかん等、発症頻度をみてもスウェーデンと大きくは違いません。神経発達、神経精神的なものは発症頻度も同じで、日本は他のアジアの国よりは西洋に近いと言われているけれども表面的にはまだまだ違います。しかし、深層にあるところは変わらないと思いました。

この中にてんかんの研究をしている先生がいます。てんかんの問題は十分に認識されてこなかった問題で、他の国と同じであるけれども、日本でも検討されていないままで

した。てんかんにおける ADHD 等、こういうところにも光をあてて研究に取り組んでいる人が出てきたのも、ギルバークセンターができたからこそだと思います。

Q.13

神経外来や発達外来等で母親から困りごとの話があるとか、乳幼児健診等で指摘されたといった理由で受診したわけではなく、通常の一般外来の中で行動面や発達面に遅れや問題のある子どもを見つけた場合に、どのようにアプローチしたらよいかについてお聞きしたいです。母親に認識や困りがあれば話をすることもできますが、認識がない場合、多くは医師と母親の関係が悪くなると思われます。そうすると外来に来なくなります。気持ちとしては伝えたいと思うのですが、母親に「困っていないか。」等と質問を投げかけてみても、母親から「困っていない。」と返ってくることもあります。このことについて、何か助言をいただけたらと思います。

A.13

一般論としてとても大切な質問だと思います。日本だけでなく、世界中で共通している大切な質問だと思います。スウェーデンでも同じような問題に悩まされていますし、スコットランドでもノルウェーでも同じ問題を抱えています。1つの方法として、小児科で気になる子どもに対してだけではなく、すべての子どもに対して、神経発達の問題をスクリーニングする質問をすることをルーティンとすれば抵抗が少ないのではないかと考えられます。体系的に全ての母親や家族に対して「何か心配なことはありませんか。」と聞くことをルーティン化するということです。

私たちは ESSENCE-Q を開発したので、それを使っています。ESSENCE-Q は診断をするためのものではなく、「何か気になることはありませんか。」ということを探るものです。例えば、「お子さんのコミュニケーションについて心配なことはありませんか。」、「言葉の発達について心配なことはありませんか。」等、その他にも全般の発達、運動、行動、食事、睡眠等の 12 の項目について、何か懸念がないか聞くようにしています。それでも「いや、全然心配ありません。」と言う場合もあるし、「少し心配です。」と言う人もいますし、「とても心配です。」と言う人もいます。

とにかく、特定の気になる子どもだけではなく全ての子どもに対して質問するようにすると、「あの小児科に行ったら聞かれる。」となって、質問されることに対する抵抗は少なくなり、母親の受け入れも良くなると思います。「みんなに聞いているのだから、うちの子だけ特別なのではない。」となると受け入れやすいと思います。

質問全部を聞くのにそれほどの時間もかかりません。数分あればできます。我々も最初やった時には同じような状態でした。母親の中には、とても困っているのに「困っている。」と言わない人もいたし、「とても困っている。」と言う人もいました。だんだん

とみんなにやっていくうちに、母親の態度も変わってきます。「うちの子はこういう問題があります。」と話をしてくれるようになります。必ずしも医師がやる必要はなく、クリニックの誰がやってもできるので、看護師でもいいでしょう。標準的な臨床の場で、ルーティンとしてそれをやっていくことが1つの方法だと思います。

また、乳幼児健診で使うこともできるかと思います。スウェーデンでは30か月の健診の時に自閉症や言語についての検査をするのがルーティン化されており、高知でもそれを進めています。乳幼児健診のなかに **ESSENCE-Q** を取り入れてもらっています。**ESSENCE-Q** を全ての人にやってみてどうかという十分なエビデンスはまだありませんが、これが1つの検討材料となるでしょう。

小児科医としては、風邪等のいろいろな理由で子どもが受診すると思いますが、5～6歳の子どもの場合、だいたい10%くらいが **ESSENCE** の問題があると思います。さらに質問していくと、**ADHD**、自閉症、その他いろいろな神経発達の問題がある子どもが出てくると思います。**ESSENCE** の疑いがある場合には、早くに助言をして手を打つことで状況が良くなります。早ければ早いほどいいです。実際、**ESSENCE** の問題に対して指摘をし、アドバイスをしてあげることで、子どもにとっても家族にとっても **QOL** (**Quality Of Life** ; 生活の質) を改善することができます。子どもが辿るそれからの人生でマイナスの影響が少なくなると思います。例えば、放置しておいて問題が後から顕在化すると、学校でグループに入れなかったことや、学習障害の問題、学業成績不振、問題行動等、様々な問題が出てくるでしょう。確かに母親に声をかけるのは難しいかもしれませんが、全員に聞くことをルーティン化していくことが1つの方法ではないでしょうか。

これを言うのを忘れていました。アメリカ、ノルウェー、スウェーデン、フィンランドでは、一般の乳幼児健診の場で自閉症のスクリーニングプログラムが盛り込まれています。いくつかの国は自閉症のスクリーニングに抵抗を示していますが、その中の1つが英国です。自閉症のスクリーニングだけで十分なのか、ということです。自閉症だけが発達障害ではないし、自閉症だけが重要ではないですね。自閉症だけをスクリーニングするのではなく、広く発達の問題をスクリーニングする必要があります。

例えば、言葉の遅れに関して、その裏に様々な問題が隠れているケースがあります。言葉に遅れがある場合には、どの子であっても、発達に関するいろいろな問題が隠れているかもしれないと思って見ていく必要があります。**ADHD**、**DCD** (**Developmental Coordination Disorder** ; 発達性協調運動障害)、知的障害があるかもしれません。これらに併せて言葉の遅れがあるという場合が多いです。スクリーニングをするときには、自閉症の問題だけではなく、広く発達の問題をみていくことが重要だと思います。

最近の研究では、他に何も問題がなく、自閉症だけが唯一の診断名という人の場合には、社会的に大きな問題とはならないことが示されています。3歳、4歳くらいでクリニックを受診する場合には、自閉症に併存する何らかの問題がある場合が多いです。そ

の併存する問題によって、社会的に大きな不利につながっているケースが多いと思われる。したがって、スクリーニングでは広く発達全般を見ていくようにしなければなりません。自閉症だけに焦点を当てると、古典的な自閉症しかスクリーニングできないことが多いです。ADHD、言葉の遅れ等、広くスクリーニングすることが大切です。言葉の遅れと ADHD がある子どもについては、効果的な介入の仕方があります。言葉の遅れと ASD がある子どもにも介入できることはありますが、介入効果は ADHD の方が期待できます。

Q.14

薬物療法についての質問です。日本では ADHD 以外に子どもに認可されている精神科の薬物はありません。例えば、ASD のイリタビリティに対する薬は日本では適用外になります。しかし、FDA (Food and Drug Administration ; アメリカ食品医薬品局) に則ってリスペリドン、アリピプラゾールを使うことがいいと私は思っています。それに関して、ヨーロッパでは、ASD の薬物療法についてはどういった状況でしょうか。ASD のイリタビリティ以外にも他のいろいろな疾患をベースとしたイリタビリティに、抗精神病薬を対症療法的に使うことがあります。そのような使い方についてはどう思われますか。

※イリタビリティ irritability (易怒性) ...些細なことに強く反応し、穏やかな心的状態から一転して爆発的に不快感情または怒りを亢進させる精神症状。

A.14

中枢神経刺激薬について、これもとても重要な質問です。中枢神経刺激薬は、ADHD に限らず、子どもにおいても他の薬に比べてかなり研究がなされている薬です。薬の使用ということで考えると、中枢神経刺激薬以外の薬についてはまだまだ数が少ないですが、中枢神経刺激薬についてはかなり研究がされており、しっかりと記録も残されています。中枢神経刺激薬はよく効き、安全に使えるということが書かれています。一般に人々が思っている以上に、中枢神経刺激薬というのは安全に使えるということです。

中枢神経刺激薬は、ADHD だけでなく、ADHD 様の症状がある子どもにも非常に効果的です。例えば、てんかんのある子どもです。てんかんがある子どもの中に、ADHD または ADHD 様の症状がある場合も多いですが、その子どもたちに対して十分に薬が使われていない問題があります。てんかんのある子どものうち、40%は ADHD を伴っています。また、てんかんのある子どもの 60~70%は ADHD 様の症状が出ていると言われています。このような子どもにも中枢神経刺激薬を使うことで、ADHD の症状を改善する効果があります。てんかんへの悪い影響はなく、てんかんが悪化することもあ

りません。逆に、てんかん発作も減少します。大事なことは、こういった薬のプラスの効果を過小評価しすぎないことです。中枢神経刺激薬については、アメリカでは70年もの間幅広く使用され、ヨーロッパでも20年の使用歴があります。報告されている副作用の発生頻度は低く、非常に稀なものです。正しい医師が、正しく処方して正しく慎重に使えばとても安全な薬です。気をつけなければいけないのは、親や他の家族がそれを乱用しないことです。

中枢神経刺激薬については、用量調整が問題となります。これは難しいですが、時には低用量で効果が出る子どももいます。逆に、一般的に考えられているよりも20倍くらい上げないと効果が出ない子どももいます。例えば、メチルフェニデートで、1日10mg、5mgで効果が出る子どもがいる一方、150mg必要な子どももいます。その子どもたちに見た目に違いがあるわけでもなく、表面的に見ると同じです。しかし、ある子どもは低用量で効果が出るし、そうでない子どももいるということです。推奨用量がすべてではありません。最初に使用するときには推奨用量で開始しますが、その後は処方する先生はオープンに構えて、効果が出ない場合には時には上げる、時には下げることも大切なことです。特に、メチルフェニデートを処方していて自閉的な特徴が出てきたとか、抑うつのように見えてきた場合には、中枢神経刺激薬の過剰投与の可能性もあります。その場合には薬を減量することで症状が消えることがあります。中枢神経刺激薬を使うときには、本に書いてあることが全てではないので、症状に合わせて調整することが大切です。

この分野の問題は、薬の使用を承認されている適用疾患が、カテゴリーによる診断であることです。ヨーロッパ各国を見てみると、中枢神経刺激薬はADHDに対しては適用されていますが、他の診断や障害のある子どもであっても、ADHDと同じような症状、症候群のある子どもの場合には、中枢神経刺激薬に反応することが十分に考えられます。例えば、集中力が短い、集中が困難、衝動性が高い、DCDがある、といったように、主診断としてはADHDではなくても、ADHD様の問題を呈している場合には、中枢神経刺激薬がとても良く効きます。しかし、中枢神経刺激薬は、集中困難に適用とはなっておらず、ADHDの適用となっています。したがって、自閉症、てんかん、言葉の遅れのある子どもで極端に集中力がないというようなADHD様の症状が出ている場合には、他の薬の選択をする前にこの薬を使うことを考えてみるべきだと思います。ここまでの、中枢神経刺激薬についての話です。

次に、オメガ3脂肪酸についてです。これは薬ではなくサプリメントですが、30年以上にわたって効果があるのではないかと論じられています。補助療法としてオメガ3脂肪酸のサプリメントは良いのではないかとされています。特に、神経発達障害のある子ども、その中でもADHDの子どもには特にオメガ3脂肪酸の補充が良いのではないかとということで、最近研究もされています。程度としては小さいけれども、統計的に有意な効果があるという結果も出ています。神経発達障害のある子ども、ADHDのあ

る子どもの親の中には、その話を聞いてオメガ3脂肪酸を使ったらどうかと医師に尋ねてくる親もいます。実際に私たちもトライアル治験をしました。これからトライアル治験を試してみる価値があると思います。3か月あれば効果が見られるでしょう。補充を始める前に、親にスクリーニングの質問紙に答えてもらいます。その子どもの問題によって、SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire ; 子どもの強さと困難さアンケート) や ADHD の質問紙を使います。そして、オメガ3脂肪酸を一般用量の1日3g補充します。3か月補充し、3か月後に再度同じ質問紙に答えてもらうことで、結果が出るでしょう。

一般人口を対象にした大規模な試験で、オメガ3脂肪酸と読みの力の関連について検討されています。神経発達障害のある子どもだけではなく、普通学級に通っている一般の子ども150人を対象としています。子どもたちは、オメガ3脂肪酸投与群とプラセボ投与群に分けられました。オメガ3脂肪酸投与群は、1日3gのオメガ3脂肪酸が投与されました。その後、オメガ3脂肪酸投与群は読みの力が伸びましたが、プラセボ投与群については伸びませんでした。しかし、試験期間終了後、プラセボ投与群に対してもオメガ3脂肪酸を投与すると、その後に読みの力が有意に伸びました。この結果から、オメガ3脂肪酸は一般人口に対して効果があることが示唆されています。副作用も少ないです。経口摂取のため、味が良くありません。子どもによってはこの味が嫌だと言うこともあります。それ以外については問題がありません。今後の検討課題として発達障害の子どもに試してみる価値があるのではないのでしょうか。

次に、非定型の抗精神病薬についてです。アリピプラゾール、リスペリドンについては、特に神経発達障害のある子どもに過剰に使用しないよう、気をつけなければなりません。実際確かにASDの子どものイリタビリティに効くということはあるのですが、残念ながら、それがASDの中核症状に効くわけではありません。問題行動、コミュニケーション、社会性の困難、これらに効く薬はありません。神経発達障害の中核症状に効果があるということが証明されているのは、ハロペリドールのみです。ハロペリドールはその効果について大規模治験が行われて、1980年代、90年代使われていましたが、古い抗精神病薬で、副作用のこともあり今はあまり使われなくなっています。しかし、抗精神病薬で唯一効果がある、中核症状に対して小さいけれども効果があると証明されているのはハロペリドールだけです。アリピプラゾールを使うのであれば、低用量から使います。0.5mgから2mgが学齢期の子どもであれば適切な量だと思われます。リスペリドンについても同じ量が勧められます。決してADHD、ASDの子どもに高用量で使わないようにしてください。抗精神病薬は一旦使い始めると、何か月、それが年単位となって、止めることが難しいものです。使う場合には、絶対に短い期間に限るということで使います。副作用は、リスペリドンだと肥満や過体重の問題があるとされています。アリピプラゾールについては、承認されてからの期間が短いため、長期的な副作用はまだ不明です。肥満が出るかもまだ分かりません。使う場合には短期間とし、必ず

期間を決めてできるだけ早く切る、と確認してから使用します。特に、非常に暴力的である、自己破壊行動がある、イライラが強いといったような神経発達障害の子どもの行動に対しては、診断名に関わらず、役に立つ薬ではありません。したがって、どの発達障害であっても使うことができるが、とにかく短期間だけ使う、必ずできるだけ早く切る、3か月以上は使わないことを念頭に入れておかなければいけません。使用期間が年単位となると、国際的にも問題につながっていきます。実際に、ある研究では、中核症状にはあまり作用がないという結果しか出ていません。ただし、ASDの子どもの多動やイライラには効果があるので、人によってはそれが必要な子どももいるかもしれません。しかし、一般的にASDに使っていいという薬ではないので、大きなイライラ、自己破壊行動、暴力がない場合には使わないようにしていただきたいと思います。例外はティーンエイジャーで、サイコーシス（Psychosis；精神病状態）が出ている場合です。その場合は、サイコーシスの精神症状に適した用量に合わせて使用します。

さらに、睡眠の問題についてです。私は睡眠障害に対して薬で治療する場合には、必ずメラトニンから始めるようにしています。いろいろな研究があり、神経発達障害の子どもの睡眠の問題がある場合には、メラトニンが優良な薬であることが分かってきているからです。入眠までの時間を短くできることと、夜間覚醒を減少させることが報告されています。研究はあまり多くありませんが、最初の睡眠サイクルで寝ている時間が増えるという一部の研究結果もあります。どの発達障害がある子どもでも、睡眠の問題がある場合には使えます。睡眠の問題が大きい場合には、まずメラトニンを試します。私自身の使用経験では、メラトニンを使って数か経つとその効果が消失します。その場合には、1か月ほど休薬してから使うと、また数か月間効果が出ます。サーモスタッド（体温調節）のリセット機能が働く形で効いていると思われます。メラトニン以外で、睡眠障害がある場合に何をを使うかと言うと、日本で使えるか分かりませんが薬の名前が違うかもしれませんが、次に考えるのは、プロマジン、プロメタジンという薬です。他の薬を使う前にまずこれらの使用を考えます。他には、マイルドなフェイチアゼンという薬があります。メラトニンの次にはこれを考えます。

最後に、自閉症に対する薬の現状についてお話します。現在、3種類の薬が自閉症の薬として試験が実施されています。ブメタニド、オキシトシン、ビタミンDです。

ブメタニドは、今のところはフランスのグループだけが効果があったという結果を出しています。スウェーデンでも、同様の試験を開始するための準備をしています。実際の試験結果に関する論文はパイプラインというところに報告されていますが、大半の自閉症、他のESSENCEの問題のある子どもに対して、ブメタニドがどれだけの効果があるのかを見ようとする研究です。ブメタニドは利尿剤であり、神経細胞で塩化物を取り除きます。そのことによって細胞内のグルタメイトとGABA（Gamma-Amino Butyric Acid）のバランスを整えられ、自閉症の状態に効果があると言われていています。MRI（Magnetic Resonance Imaging；核磁気共鳴画像法）やfMRIの画像上

でも改善したということが言われているので、かなり有望視されています。

オキシトシンも有望な薬の1つですが、最初の試験が15年前に行われ、それ以来自閉症のソーシャルスキルに効果があると言われてきました。ただし、現在あるオキシトシンは、即時作用型の効果持続時間の短い剤型しかなく、そのあたりが自閉症の子どもに投与する上では問題となっています。

ビタミンDについてもいくつか研究がなされています。自閉症の人のビタミンDのレベルを、子ども、思春期、成人の年齢別に調べると、ビタミンDのレベルが一般人口に比べて低いと言われています。ビタミンDのレベルを上げることで一般的な機能の改善が図れるのではないかと試験が行われています。また、自閉症だけではなく他の神経発達障害、つまりADHD等の人たちもビタミンDのレベルが低いと言われています。したがって、神経発達障害の診断カテゴリーを超えて効果があるのではないかと、ある特定の障害に対して特異的な作用があるのではないかとされています。ビタミンDは体内にあるホルモンで、日光が当たることによって、7-デヒドロコレステロールが皮膚でビタミンDに変わります。自閉症に関わる遺伝子としては、320の遺伝子があるとされています。ビタミンDは脳の遺伝子の発現にも作用があるだろうとされています。

神経発達障害以外にも、精神疾患、神経疾患、うつ病、動脈硬化、ASD、ADHD等一般に効果があると言われています。アメリカでは、推奨のガイドラインを「小さな子どもはできるだけ外に出しましょう」というように変えようという動きがあります。一時期は皮膚がんへの懸念から、子どもを屋外に出してはいけないという考えがありましたが、できるだけ子どもは日光にあたる、場合によってはビタミンDのサプリメントを補充することが推奨されています。スウェーデンでも、ビタミンDの補充について学会で新しい推奨ガイドラインを出そうということで、屋内で過ごすよりも外で過ごす時間を増やそうという動きになってきています。一方で、皮膚科の方からはそれに対して皮膚がんが増えるということも言われています。しかし、日光に当たったから悪性のメラノーマが増えるというエビデンスはありません。逆に屋内にいる人の方がメラノーマの発症率が高いという報告もあります。オーストラリアから1本だけ日光と皮膚がんの関連についての論文が出ましたが、対象が非定型のグループでした。今のところ、日光に当たることと悪性のメラノーマの関係は証明されていません。メラノーマは、皮膚の中でも普段は日光に当たらないところでたくさん作られます。皮膚にやけどをした場合等には皮膚がんになると言われていますが、それは普通に日光に当たって日焼けをしたということではありません。ビタミンDが低いこと、日光を避けることが良くありません。いろいろな疾患に対して、例えば心臓病であっても、神経発達障害であっても、日光に当たってビタミンDを増やすことは良いことであると思われま

Q.15

ティーンエイジャー、10代のうつ病の治療について教えてください。

A.15

ギルバーグ博士) SSRI と CBT (Cognitive Behavioral Therapy ; 認知行動療法) を組み合わせて使用することは効果があると思います。しかし、SSRI がティーンエイジャーにはあまり使われていないという問題があります。エビデンスがないと言われていますが、効くというエビデンスはあっても、効かないというエビデンスはありません。実際に、一般的に SSRI が登場してから、ティーンエイジャーを除いて、スウェーデンでは自殺企図、自殺完遂が減りました。しかし、ティーンエイジャーだけが減らずに増えました。しかし、10代のうつ病に対して SSRI を一般的に使うようになって、10代の自殺は減少しました。

試験研究をするなら、RCT (Randomized Controlled Trial ; ランダム化比較試験) は行われていませんが、様々な試験を参考にして、10代に使うということを考えていただきたいと思います。ただし、15歳未満の子どもについては、SSRI がうつ病に効くというエビデンスがありません。“エビデンスがない” というのは本当に効果がないのかは分かりません。小児試験がされていないのか、実施された試験で結論がばらついていてために使えないのか分かりません。SSRI については、スウェーデンで子どもに使用が承認されているのは OCD (Obsessive Compulsive Disorder ; 強迫性障害) に対してのみです。SSRI のうち、承認されている薬はフルオキセチンのみです。実際には、OCD 以外の他の目的、10代のうつ病にも使っています。思春期の OCD については、私の臨床経験からすると、クロミプラミンの方が良く効くという実感があります。効果があると思いますが、使い勝手が悪く用量調節が難しいです。まずは低用量からはじめて増量していく必要があります。16歳で 200mg 必要な子どももいれば、20mg で効く子どももいるので、慎重な用量調節をしていくことが大切です。他の刺激薬と同様ですが、SSRI は OCD には効果的です。選択性緘黙にも効果があります。また、SSRI が PMS (Premenstrual Syndrome ; 月経前症候群) に対しても効果があるという研究結果が発表されています。フェミニストからは、月経前にそういった症状があってもいいじゃないか、治療することではないとの反対がありますが、実際に PMS の女性はとても苦労しています。その時期少しの期間に非常に効果があるのであれば使いたいという人もいます。

参加者 C) SSRI は PMS に対して即効性がありますか。

ギルバーグ博士) 大規模な、プラセボランダム化比較試験が行われており、参加した女性の大半は月に3日間使えば大丈夫と言っていました。月経開始3日前に使うと効果的で、中には5日必要、もっと長く必要と言う人もいましたが、大半の女性は3

日前が効果的だと言っていました。

Q.16

高知には少ないですが、バイリンガル環境にいる子どもの言葉の発達について教えてください。自分が調べた中では、知的な発達の遅れや自閉症のある子どもでも、バイリンガルとモノリンガルで、言葉の発達には差がないと書かれていました。その理解でいいのでしょうか。それとも何かしらの影響があるのでしょうか。

A.16

非常に臨床的に大切な質問です。これについては良い研究も出てきており、世界の一部では今も継続して研究されています。英国でも継続的に研究がなされています。

一般的に知的な遅れがない、ASD もない子どもの場合、定型発達の子どものマルチリンガルの環境に置かれることはいろいろな面でプラスの影響があります。言語スキルも発達します。自国語の力も伸び、外国語の力も伸びます。3歳前に複数の言語に曝されることでIQも伸びるという研究もあります。同じスタートポイントで、一方のグループはモノリンガル、もう一方はマルチリンガルの環境にある子どもたちを調べると、マルチリンガルの方がよく伸びたという結果になりました。

ただし、これは自閉症、知的障害のある子どもについても言えるわけではありません。無作為の比較試験がありません。したがって、私の経験から、親が聞いてきたら「小さいうちにいくつかの言語で育つことは注意した方がいい。」と言っています。自閉症の子どもで、小さい時から2つ、3つの言語に曝されることは、言葉の発達にはあまり好ましいことではありません。言葉の遅れが目立ってきます。家、保育所、近所で使う言葉が違っていると、どの言葉もあまり伸びないというのが私の経験則です。言葉の発達に大きな問題のある子どもやコミュニケーションの発達に問題のある子どもの場合、複数の言語に低年齢の頃から曝されることは、あまり良くないでしょう。

一方で、高機能自閉症の子どもが6歳以上でマルチリンガル環境に置かれることは、モノリンガルの環境よりも言葉の発達に良いという報告もあります。マルチリンガルの環境にすることで、言葉の発達がさらに加速すると考えられます。ただし、言葉の発達に遅れがある場合にはそうではありません。例えば、ASD や知的障害で言葉の発達に遅れがある場合には、話し言葉や話し言葉の処理が成熟するのにかなり時間がかかります。そこが発達する前の低年齢時に複数の言語に曝されるとうまくいかないと考えられます。

もう一つは、脳の中の別の言語が入る部分が、ある一定の年齢で閉じると言われています。思春期になるとそこが閉じると言われており、思春期を過ぎると他の言語を学ぶのが難しくなります。1年増すごとにさらに入りにくくなると言われています。そのエ

ビデンスが出ているのは日本人だけでしょうか。イギリスも他の言語の獲得が難しいと言われています。

大半の人においては、モノリンガル、マルチリンガルで違いがないという研究報告があることも知っています。しかし、知的障害、ASDのある子どもについては、低年齢で複数の言語に曝されることは言葉の伸びにとってはあまり良くないと考えています。

Q.17

15歳未満のうつ病の患者は抗うつ薬（SSRI）の効果に関するエビデンスがないということでしたが、13歳、14歳になってくると希死念慮のある場合も増えてきます。その場合、どのような治療があるのでしょうか。

A.17

とてもトリッキーな質問ですね。逸話的なエビデンスとして、SSRIを使うことによって、それまでサブクリニカルな症状だった希死念慮や自殺念慮が強くなって自殺の行為に移ってしまう人がいます。精神状態的にも言われており、それまで無気力だった人がSSRIを使うことによって自殺に移ることが報告されています。臨床家の経験からすると、SSRIの中でも特にフルオキセチンを使うと活動レベルが上がります。そのことによって、これまではサブクリニカルな症状で重症とまではいっていなかった希死念慮や抑うつがある人が、突然予想外に自殺行為に移ってしまうのです。または、自殺企図、自殺完遂をしてしまいます。

これも逸話的な報告ですが、年齢の高い人よりも年齢の低い人の方が、SSRIを使うと、最初の数日、良くなる前に非常に攻撃性が強くなったり、全くコミュニケーションができなくなったり、自分で何でもすると言って他者の言うことを聞かずに行動的になったりする人がいます。したがって、外来ではまず使いません。しかし、入院の患者には時に効くことがあるので、さっき言った攻撃性や希死念慮の活性化等に注意して使うことがあります。全くそういった反応が出ない人もいます。

その辺について、はっきりした研究がされているわけではなく、エビデンスも逸話的なものです。しかし、臨床経験からすると、一部の低年齢の子どもについても効くケースがあります。今言ったような13歳、14歳の希死念慮のあるうつ病の女の子で病棟に入院しているのであれば、フルオキセチンは危険なので、それよりも気分を落とす作用があるフルボキサミンを使うことを推奨します。フルボキサミンは少し情動的にも沈んで眠くなり、抑うつの症状も軽くなります。フルオキセチンのように改善する前に攻撃性が上がることもありません。数日間慎重に観察しながら使い、治療をしていきます。

平成 28 年度（平成 28 年 11 月 3 日）

Q.18

アタッチメントの問題についての質問です。発達障害とアタッチメントの問題が重なった場合、対人関係の困難さに貧困などの問題も加わって、男の子なら素行障害、女の子なら境界性人格障害の要素を示す場合も多く、世代間連鎖もあると思います。ある日本のトラウマ治療の権威の先生は、こういった事象が続くのはトラウマの治療をしていないからであり、精神科医がトラウマを脱感作・再処理する技術を持つべきだとおっしゃっています。例えば、EMDR（Eye Movement Desensitization and Reprocessing；眼球運動による脱感作と再処理法）だとか、私自身は身につけていないのですが、このような考えについて、ギルバーグ先生はどう思われますか。

Q.19

ケースの話で、かんしゃくの強い子どもの対応についてです。欲求不満耐性が弱く、激しいかんしゃくを起こす子どもたちによく会いますが、背景には ASD、ADHD の特性もあり、虐待を受けていたり、愛着に問題のあるケースもあります。高知は母親のひとり親家庭が多いのですが、あるケースでは、幼児期に両親が不仲で、父親が母親に DV（Domestic Violence；家庭内暴力）をしていて、その後父親が家を出て、母親のひとり親家庭となりました。子どもが大きくなると、今度はその子どもが家庭で暴君のように振舞っています。かんしゃくの強いケースに出会うことが最近多いのですが、その背景や治療についてギルバーグ先生のお考えを教えてください。

A.18、19

2つの質問には関連がありますので、一緒に回答したいと思います。愛着障害については今まであまり研究が行われてきませんでした。ここ5年くらいの間に研究が進み、いわゆる愛着障害といわゆる神経発達障害には重複があることが分かってきました。実際、愛着に関する研究はたくさんあるのですが、愛着障害に関する研究は少ないのです。皆さんご存知のように、DSM-5では愛着障害の診断が2つに分けられました。RAD（Reactive Attachment Disorder；反応性アタッチメント障害）と、DSED（Disinhibited Social Engagement Disorder；脱抑制型対人交流障害）の2つです。かつてはひとまとめにされていましたが、愛着障害でどちらが多いかと言うと、DSEDのほうです。今の診断基準で言えば、診断上の混乱も存在しているということもあります。DSM-5の診断基準では、フローズンウォッチフルネス（固まって、警戒して、じっと人を見るような様子）、つまり、知らない人が来ると相手は怖い人かもしれないとおびえて動けずにいるのがRADの人たちです。一方のDSEDは、人との関わりを抑制できないタイプで、一般人口で1%くらいの人たちがいます。RADのほうは、全人口で0.1%程度と

言われています。過度になれなれしい、過度に親しげに接してくる、ほおを触ったり、知らない人の膝に座ったり、表面的には非常によくコミュニケーションをとって、相手にいろいろな質問をしてきます。高機能自閉症の子どもでもこういうタイプの子どもはいますが、はるかになれなれしく、親しそうに近づいてくるのが DSED の子どもたちです。この子どもたちは大人にとっても関心があります。「お仕事は何をしていますか。」「休みの日にはどうやって過ごしますか。」などと質問します。この2つの愛着障害は、DSM-5では異なる障害とされていますが、しっかりと診断しようと思えば、不適切な養育が行われていたエビデンスが必要です。身体的虐待、性的虐待、ネグレクトの証拠がなければいけないのです。

グラスゴーで行われたある研究では、貧困地域であっても虐待や愛着障害の発生率が高いわけではありませんでした。貧困だからといって子どもへの虐待が起こるわけではないのです。グラスゴーの最も貧困な地域では、人々が長年そこに住んでいて家族を超えた社会ネットワークがしっかりとできているので、虐待の発生率が低かったと考えられます。社会的に成功している地域の人であっても虐待の発生率が高いところもあるので、貧困が直接的に虐待につながるわけではないのです。貧困をなくすことが虐待や愛着障害をなくすことの解決にはならないのです。とは言っても、貧困を撲滅するためにあらゆることをしなければならぬわけですが、貧困に加えて他の要因があるときに起きる問題だということです。少し話は逸れますが、メディアではテロの原因が貧困であるとよく言いますが、それは嘘です。最貧国にはテロリストはいません。少しお金が流れてきて、それが一部の人の手に渡ると、テロが発生しています。お金とテロには関係はありますが、貧困とテロの関係は意味のない嘘です。

話を戻しますが、RAD について私達が行った研究では、学童期の子どもたちを対象に、当時は DSM-IV でしたから、DSM-IV で診断を行ないました。その結果、60%の子どもたちに言語の障害があり、20%の子どもたちに ASD の診断が付き、40%の子どもたちに ADHD がありました。RAD の子どもたちのうち、発達障害の問題がない子どもはいませんでした。また、すべての子どもたちに不適切な養育が認められました。一方、RAD の行動基準を満たしている子どもたちを調べると、3分の1は虐待やネグレクト等の養育上の問題が全くなかった子どもたちがいました。そういう表現型の場合がありますので、診断をするためにはしっかりとエビデンスをとっていかないといけないということです。

また、7歳以上の双子で、虐待を受けた子どもたちがどういう転帰につながるかを調べた研究がスウェーデンで行われました。身体的虐待、長期間にわたるネグレクト、性的虐待等をマルトリートメント（不適切な養育）と呼んでいます。この子どもたちに、学童期に神経発達の問題がどのように出ているかを見ました。虐待を受けていなかった双子に比べて、虐待を受けていた双子では、より重い神経発達障害の問題がありました。何がその結果に影響したかを調べると、環境因子ではなく遺伝的要素が最も影響を与え

た因子だと分かりました。親にも子どもと同じ特性が見られていて、親子関係において、親が衝動的で攻撃的だと子どもにも同じ表現型が認められ、お互いに挑発しその結果虐待が起こっていると考えられました。こういった虐待は、さらには不安、子どもの抑うつにもつながっていきます。この研究の結論は、RADの子どもが来たら必ず、同時に神経発達障害の問題についても調べることが必要であるということです。虐待を受けてきた子どもたち、RADの子どもたちはトラウマの治療も必要ですが、神経発達障害の治療もする必要があります。虐待は放っておいていい問題ではありません。虐待があった場合には、不安や抑うつ、死につながるケースもありますので、虐待を止めなくてはなりません。しかし、虐待によって神経発達障害が起きているわけではないので、虐待への介入とは別に神経発達障害への介入をしていかなければなりません。具体的には、神経発達障害の理解と治療が必要です。親の神経発達障害についてもアセスメントをし、治療をすることが必要です。それが、世代間連鎖を止める方法だと思います。

トラウマ治療については、良い研究がまだ行われていません。長期的にどのような効果があるかが分かっています。トラウマセラピーについていろいろな人が主張をしていますが、どれに効果があるか合意形成ができていないと思います。トラウマ経験をした後にそれを語ることや遊びの中でトラウマ状況を再現することがトラウマを軽減するとも言われていますが、効果があるかどうか分かりません。RADの子どもたちにトラウマセラピーで何をすればよいか、まだ分かっていると思います。イギリスで500人の子どもとその家族を対象に研究は続けています。養護施設で子どもたちをケアした方がいいのか、親の元で育てたほうがいいのか、何がいいのかを検討するためです。虐待やトラウマのある子どもたち本人や家族に対するアセスメントをして、今のところ効果があると考えられているニューオーリンズのチャーリー・ジーナが開発した介入をして効果を見えています。介入をした後フォローアップをして、効果を見ようというものです。予備的な結果が出るまであと2年、最終結果が出るのはもっと先のことです。どのようなアプローチに効果があるかがまだ分かっている現状です。

個々のケースが様々なので、アセスメントを個別にする必要があると思います。トラウマについては何が一番の治療法かまだ分からないですが、神経発達障害にはどう介入すればよいか分かっています。虐待を受けた子どもは神経発達障害をもつ場合も多いので、評価をして神経発達障害がある場合には、神経発達障害に焦点を当てて対応をすることが必要です。

A.19

2つ目の質問への回答として付け加えます。2歳から7歳くらいのかんしゃくの強い子どもも、往々にして自閉症、ADHD、トゥレット症候群、てんかんなど、神経発達障害の背景をもっている場合が多いです。国際的に最近増えているものに、病的要求回避症候群、日本で言うひきこもりに近いものがあります。周りの大人は自分の言うことを

聞くものだと思っているし、最終的には家から出ないで学校も行かず、仕事にも就かなくなりそうです。国際的に大きな問題になっています。原因ははっきりしていませんが、親が子育てから引いてしまっているケースが多いのは事実だと思います。親がやってもいいことをはっきりと言わない人が増えています。欧米では、子どもは何をしてもいい、何でもする権利があると思っている人もいます。

ひとり親家庭の場合、先ほど質問にあったようなケース、父親が暴力をふるって、そのうちに父親が家を出て母親だけで子どもの世話をしている、その後子どもが暴力をふるうようになるというのは欧米でも増えています。これまでの研究では、たとえ関わりや関係性が薄くても、親が2人いるほうが、ひとり親よりもうまくいくことが明らかになっています。2人の親の性別は男女に限りませんが、1人よりは2人のほうがうまくいくことが分かっています。親が自分の親の手を借りられない場合、また状況が難しくなります。貧困も関わっているかもしれませんが、それだけではありません。先ほども言いましたが、神経発達障害の問題があるのであれば、その部分に適切な対応をしていく必要があると思います。

スウェーデンでは、難民の流入に伴って、若い男性を中心として増えている問題があります。18歳から25歳の難民のうち、57%が男性、43%が女性です。これが何を意味するかというと、暴力、攻撃性、かつてスウェーデンではあまりなかった問題、レイプ、集団レイプの問題が増えてきているという状況が出てきています。ここには貧困の問題もあるでしょうし、こういう問題があるからといって、難民お断りということが言いたいわけでもありません。終わりのない紛争で自分の国を逃げ出さなければならないことも悲劇的ではありますが、こういう違った問題が起きていることも悲劇的なことです。なぜこんな話をしたかと言うと、私たちの手の及ばないところに問題があることもあります。精神科や小児科だけでこの世界の貧困の問題を解決できるわけではありません。かんしゃくの問題についても、この答えをすれば解決するという回答ができるわけではありません。神経発達障害の部分には私たちができることはありますが、それだけではないこともあるわけです。目の前に患者さんや家族がいればできることをしなければいけないですが、その問題のすべてを私たちが解決できるわけではないと思います。

Q.20

先ほどの質問の続きになりますが、子どもに介入していても変えられない部分がある場合には、社会ネットワークの部分で支えていくことになろうかと思うのですが、親が自分の問題が見えていないことが多いと思います。そういった場合には自分たちがどう介入するのがベターなのか、先生のお考えを聞かせていただければと思います。

A.20

“人間の人生とは”に関わる大きな質問ですね。将来的に私たちが勧められるサービス、スウェーデンや英国、スカンジナビアでは一部出来つつありますが、ESSENCEチームというのがあります。それは、子どもや家族にとって必要な職種が関わるチームです。GP（General Practitioner；総合診療医）は、地域にある総合医療を提供するところで、1つの建物に医師、看護師、心理士、ST、OTなどの多職種がいます。最初に診るGPに多職種がいて、その人の問題に応じて適切な職種が関わるようにしています。内科、精神科、児童精神科の先生がいて、本人や家族の問題についてやりとりをしながら問題を解決していきます。子どもに神経発達障害がある場合、親にも同じような問題がある場合があります。親自身も神経発達障害がある場合、治療の必要性に気づいていない場合があります。そこに行くと、グループで適切に早く対応してくれて、状況を理解してくれる人がいると思うと子どものサポートを受けやすくなり、自分も治療してくれるので行こうと思うのではないのでしょうか。今は必要があれば別のところに紹介されて待ち時間があるが、GPに行けば最初の医療が受けられるという包括的な医療ネットワークをつくる必要があります。それから家族のネットワーク、社会ネットワークも大事になってくると思います。

もう1つ大事なことは、神経発達障害は生涯に渡る問題でもあり、世代間の問題でもあります。アプローチをしていくうえで、社会ネットワーク、例えば親の会、障害別の自助団体等が大事になります。他の家族と知り合うことで、自分たちだけではないと知ることができ、そこで良いサポートを受けられることがあります。社会ネットワークとしてはそのような場所が大事になります。世代を超えた問題ですので、祖父母にも同じような問題があると、祖父母が治療の必要性を感じないことがあります。

それから、セラピーをしてもあまり変化が出ないという話もありました。効果が出ていない場合「同じことをする時間を増やす」「量を増やす」という手段をとることが多いですが、その考えは一度やめていただきたいと思います。自分たちの手の及ばない要因があるかもしれませんが、なぜ今やっている治療に効果がないのかを考えることが必要です。効果がないのであれば、一度それをやめて、他にできることがないか考えることが必要ということです。ややもすると薬の量を増やすことで対応しようとする傾向がありますので、注意が必要です。

Q.21

質問ではなくコメントです。先ほど貧困の話が出てきましたが、子どもの貧困は日本でも政策的に重大な問題になっています。先ほどのお話で貧困と虐待は直接関係しないと言われていましたが、それは力強い意見だと感じました。虐待等は貧困以外の問題を調整することでいい結果が得られるということですね。社会的ネットワークに関しては、

私の仕事の分野である保健の世界では、ソーシャルファクターが重視されています。発達障害についても、当事者家族のサポートだけでなく、周囲も含めて広く底上げすると予後も良くなると思います。日本で発達障害の支援をしている人も増えてきていますが、現状ではこういう人たちを拾い出して濃密にサポートする方向でいますが、その周囲にもサポートできるといいなと思いました。

A.21

おっしゃる通りだと思います。地域レベルの取り組み、地域全体で貧困の問題に取り組んで土台から底上げすることが重要であることは全くその通りです。ただし、一部の人に見られる神経発達障害の問題をアセスメントして、手立てをすることも必要です。貧困だから神経発達障害になることはないですが、神経発達障害が貧困につながることはあります。悪循環は続いていきます。神経発達障害は世代間連鎖するものであり、そうすると学力不振、仕事に就けない、仕事に就いても労働条件が悪く貧困に陥ってしまう等、連鎖していく可能性があります。

4. 研究報告

4. 研究報告

4-1 ESSENCE-Q 日本語版の作成

ESSENCE-Q は、臨床家や研究者が ESSENCE の範疇に含まれる可能性のある障害を有している子ども（どんな年齢でも対象にできるが、特に小さい子ども）をスクリーニングするために、臨床実践や研究で使用されています。医師または心理士/看護師が簡単な聞きとりをすることや、母親（父親ではまだ確認されていません）が記入するアンケートとして有効であると提案できます。ESSENCE-Q は、診断の道具または診断の代用として使用され得るものではありません。現在は、1つ以上の“YES（はい）”または3つ以上の“MAYBE/A LITTLE（たぶん/すこし）”がついたすべての子どもたちは、発達専門家によってアセスメントされるか、保健師/看護師によって更なる問題のスクリーニングを行われなければならないと考えられます。（ここまでの内容は、スウェーデン ヨーテボリ大学 ギルバーグ神経精神医学センターのホームページから引用しました。）

ギルバーグセンターでは、ESSENCE-Q の日本語版を作成しました。日本語に翻訳した後、ネイティブの研究者に英語に翻訳してもらったバックトランスレーションをして、ギルバーグ博士に確認して承認を得ました。

ESSENCE-Q 日本語版の様式は、スウェーデン ヨーテボリ大学 ギルバーグ神経精神医学センターのホームページ (www.gnc.gu.se) からダウンロードすることができます。

4-2 高知県における自閉症スペクトラムとその他の ESSENCE に関する研究

目的

本研究には2つの目的があります。自閉症スペクトラムおよびその他の ESSENCE のある子どもたちは、一般人口の10%前後を占めると想定されていますが、高知県においては厳密な疫学的調査研究は実施されていません。ESSENCE は、クリストファー・ギルバーグ博士によって提唱された概念であり、3（～5）歳未満で、全般的な発達、コミュニケーションと言語、社会的相互関係、運動調節、注意、活動、行動、気分、睡眠、食事等の領域で何らかの障害を有する子どもたちを含みます。これらの背景には何らかの神経発達障害が想定され、自閉症スペクトラムのほかに、注意欠如多動症、学習障害、発達性協調運動障害など、多くの場合障害が併存していると考えられています。近年、それらの状態への早期療育の効果についての知見が、エビデンスを伴って得られるようになってきています。彼らに対する支援システムの構築は専門家のみならず、一般小児科医療、保健、福祉、教育にまたがる非常に重要な公衆衛生上の課題として真剣に検討されるべきものであるという認識が広がってきています。診断、早期介入、療育・保育・教育などのよりよいシステム作りのために、まず対象となる地域における有病率を知ることが本研究の目的の1つです。本研究の成果から、自閉症スペクトラムやその他の発達障害を有する子どもたちの支援の充実につながることを期待されます。

また、日本では母子保健法により、市町村が1歳6か月児健診、3歳児健診を実施することが定められています。発達障害者支援法では、乳幼児健診で発達障害のある子どもの早期発見に留意するよう求めており、県内各市町村でも力を入れて取り組んでいるところです。1歳6か月児健診、3歳児健診では、併存している発達上の早期徴候を見落とさないため、ESSENCE の視点でスクリーニングを実施することが有効ではないかと仮説を立てました。そして、健診におけるスクリーニングツールとして、ESSENCE-Q が効果的に使用できるかを検証することが2つ目の目的です。ESSENCE-Q の有効性が確認できれば、県内各市町村で実施する乳幼児健診でのスクリーニングツールとして活用することが期待されています。

方法

調査実施期間

平成26年4月から平成30年3月まで

調査対象児

平成26年4月から平成29年8月までの1歳6か月児健診受診児

平成26年4月から平成30年3月までの3歳児健診受診児

対象地域

D市とE市

調査実施に際して

調査実施においては、共同研究者や研究協力機関と協議を重ねながら進行しています。

共同研究者との研究協議は、調査準備期間の平成25年度に15回開催し、調査実施期間中の平成26年度10回、平成27年度8回、平成28年度7回、計25回開催しました。

また、研究協力機関との研究協議は、調査準備期間の平成25年度に4回開催し、調査実施期間中の平成26年度から平成28年度は年間2回、計6回開催しました。

結果の公表について

現在も調査継続中の研究です。結果は、学術雑誌等で発表される予定です。また、研究成果を県の施策に反映させる計画です。

4-3 学術雑誌掲載論文要旨

平成 25 年度 掲載論文 2 編

畠中雄平 (2013) 「和訳 児童精神医学の“The ESSENCE”」(治療, Vol.95, No.7, 1380-1392)

概要

クリストファー・ギルバーグ博士の発表した論文「The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations. *Research in Developmental Disabilities*,31(6):1543-1551,2010」を翻訳しました。

ESSENCE はクリストファー・ギルバーグ博士によって提唱されている、神経発達障害の早期徴候を示す状態像を包括的に表すための概念です。この“The ESSENCE in child psychiatry”では、児童精神医学や発達医学が対象とする障害では障害間の症状の共有や個人における障害名の併存があることが通常であり、包括的な視点からの評価に基づいて複数の専門家による関与がなされることが重要である、と展開されています。それと同時に、ESSENCE の早期徴候を「見逃す」「見過ごす」ことは、それが将来の重大な問題につながることを考えれば、われわれが決してとるべき態度ではないということを厳しく指摘しています。

前田賢人・高塚智行・畠中雄平（2014）「発達障害について」（高知県医師会医学雑誌，第18巻，第1号，43-50）

概要

近年、発達障害と診断される症例が増加しており、それとともに発達障害がテレビや新聞などのマスメディアで紹介され、世間から注目されるようになってきました。小学校1年生では約10%もの児童がなんらかの支援を必要とするとの報道もあり、われわれが発達障害についての知識と対応方法について理解を深めることも重要であると考えられます。

今回は発達障害のなかで、自閉症スペクトラム障害（ASD：Autism Spectrum Disorders）、注意欠陥多動性障害（AD/HD：Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder）、学習障害（LD：Learning Disorder）、知的発達障害（IDD：Intellectual Developmental Disorder）について簡単に示してみます。

平成 26 年度 掲載論文 3 編

Yuhei Hatakenaka, Shingo Hirano (2015) 「Training health professionals engaging in 18-month check-up for early detection and early intervention of Autism Spectrum Disorder(18 か月健診に従事する専門家を対象にした自閉症スペクトラム早期発見・早期介入に関する研修プログラム)」 (Journal of Social Policy and Social Work, No.19 [45-57])

概要

日本では、18 か月健診（1 歳 6 か月児健診）が各地方自治体で実施され、自閉症スペクトラム障害（ASD）やその他の神経発達障害を診査する機会となっています。乳幼児健診従事者向けの研修プログラムを開発し、研修の教材はブックレット、DVD、ビデオクリップで、1 歳から 2 歳までの社会的コミュニケーションの定型発達を理解できるように作成されています。アンケートは、研修の事前と事後に行なわれました。全対象者のアンケートによる評価は、事前・事後を比較すると事後が高くなりました。地方自治体の保健師は健診の前線を担っているにも関わらず、研修前は社会的コミュニケーションの定型発達を理解しているという自信が低かったのです。定型発達や ASD の早期徴候を学習する機会があることで、早期発見・早期介入に効果が期待できます。

Yuhei Hatakenaka, Takashi Fujioka (2015) 「Monitoring Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction of Mental Health Professionals in an Prefectural Mental Health Care Team for Eastan Japan Earthquake Disaster: Prospective Longitudinal Cohort Questionnaire Assessment (東日本大震災における県のこころのケアチームに参加したメンタルヘルス専門家の共感疲労と共感満足度調査: 前方視的長期コホート質問紙アセスメント)」 (Journal of Social Policy and Social Work, No.19 □2015,29-43)

概要

本研究の目的は、被災地へ出発する前、被災地での活動中、被災地での活動後に、共感疲労と共感満足度をアセスメントすることでした。本研究では、援助者向けの自記式共感疲労と共感満足度テストを使用しました。2011年4月から8月までの期間、東日本大震災の津波による甚大な被害を受けた地域に、県のこころのケアチームとして派遣されたメンタルヘルスの専門家を対象としました。23人の対象者は、共感疲労が減少したタイプと共感疲労が上昇したタイプの2つのタイプに分類されました。2つのタイプの特徴について論じました。

北添紀子・平野晋吾・寺田信一・泉本雄司・是永かな子・上田規人・玉里恵美子 (2015)
「自閉スペクトラム症のある大学生への就労支援—学内インターンシップの効果の検討—」(LD 研究, 第 24 巻, 第 1 号, 111-119)

概要

【目的】

自閉スペクトラム症 (ASD) のある大学生への就労支援として、大学生協でインターンシップを行い、その効果を検討しました。

【対象と方法】

インターンシップは ASD の特性に配慮して支援を行いました。参加者は ASD のある学生には限定していませんでしたが、ASD の疑われる学生 13 名の分析を行いました。

質問紙は、the Autism-Spectrum Quotient (AQ)、ローゼンバーグ自尊感情尺度、職業レディネス・テストなどを用い、インターンシップに関する半構造化面接を実施しました。

【結果】

13 名中 11 名の学生が体験を肯定的にとらえていました。インターンシップ後に 1 名が就職、4 名がアルバイトを開始、4 名が地域障害者職業センターを利用しました。インターンシップ体験後は就職に対する不安は 8 名が減少しました。ローゼンバーグ自尊感情尺度は、インターンシップ後はインターンシップ前に比べ有意に上昇しました。

【考察】

インターンシップは成功体験となり、自信が持てたと考えられます。また、自己理解を深めるきっかけとなったと考えられました。

平成 27 年度 掲載論文 3 編

畠中雄平 (2015) 「発達障害への治療的介入法としての動作法の効果—エビデンスに基づく実践の視点から」 (臨床動作学研究, 第 21 巻)

概要

動作法の自閉症スペクトラム (ASD) や注意欠如多動症 (ADHD) への適用は、1980 年代から行なわれており、理論的な展開とともにその臨床的な有用性についてそれを支持する多くの研究がなされてきています。しかしながら、動作法による介入が、発達障害の支援の現場に広く浸透している、とは言い難い現状があります。本研究では、動作法研究の中心的な役割を果たしている学会誌に近年掲載された発達障害に関する論文を展望し、エビデンスに基づく援助効果研究の視点から検討しました。論文は全 13 編で、すべて「リハビリテーション心理学研究」に掲載されたものでした。今回対象とした研究においては、動作法が発達障害に対して一定の効果がある、ということが前提になっており、「そもそも動作法が発達障害に対して有効であるのか」という介入の効果自体をリサーチ・クエッションとしてあげていたものではありませんでした。事例研究においても援助効果を標準化された量的な指標で調べる必要がありますし、ケース・コントロールにおける対照群とコントロール群の選択にも明確な基準を示さなければいけません。今後は動作法の研究や実践においてもエビデンスの蓄積を意識していく必要があるでしょう。

Noriko Kitazoe, Simpei Inoue, Yuji Izumoto, Naoko Kumagai, Yasumasa Iwasaki
(2015)「The Autism-Spectrum Quotient in university students: Pattern of changes
in its scores and associated factors (大学生における自閉症スペクトラム指数：その得
点の変化のパターンと関連する要因)」(Asia-Pacific Psychiatry, 7, 105-112)

概要

はじめに

自閉スペクトラム症 (ASD) のある大学生を支援することは、重要性が高まっています。大学生の ASD をスクリーニングするには自閉症スペクトラム指数 (AQ) が有効であるか確認するために、大学生の大規模なサンプルに AQ を縦断的に測定しました。AQ の変化と関連する要因について調査しました。

方法

大学にある 4 学部の入学時に、大学生に対して、AQ、UPI 学生精神的健康調査 (UPI) と面接を受ける意思があるかが確認されました。AQ を 2 年目にも再度確認し、AQ における変化と関連する要因を統計的に解析しました。

結果

最初の調査での有効回答数は、3427 人 (87.2%) でした。UPI の得点が高い群は、AQ が有意に高くなりました ($F=156.08$, $p<0.001$)。そのうち、486 人の学生が入学時に面接を受け、22 人が ASD の疑いがありました。ASD に対する AQ の感度/特異度は、81.8%/92.0% でした。319 人 (11.0%) の大学生が 2 年目の調査に回答し、入学時に AQ が高かった群では AQ の得点が有意に下がっていることが明らかになりました。

結論

入学時に測定された AQ は、性別や学部に関わらず、UPI と相関がありました。2 年目の調査では、入学時に AQ が高かった群は有意に得点が下がり、不安定な精神状態によって一時的に AQ 得点が上昇していた可能性が考えられます。

Yuhei Hatakenaka, Haruko Kotani, Kahoko Yasumitsu-Lovell, Erizabeth Fernell, Christopher Gillberg (2016) 「Infant Motor Delay and Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations in Japan (日本における乳幼児の運動発達の遅れと ESSENCE)」 (Pediatric Neurology, 54, 55-63)

概要

背景

粗大運動発達の異常は、自閉スペクトラム症、注意欠如多動症、知的発達障害、発達性協調運動障害やその他の ESSENCE にも見られるとされています。しかし、2歳までに粗大運動の遅れで受診した子どもたちのコホートを臨床的にフォローアップした研究はほとんどありません。粗大運動の遅れが ESSENCE の指標となり得るか、臨床的・前方視的コホート調査を実施しました。

方法

粗大運動発達の遅れを主訴に、2歳の誕生日までに日本の神経発達センターに来所した子どもたちを1年後に追跡調査しました。対象児は、ESSENCE の視点でフォローアップされました。

結果

30人の対象児のうち、28人(男児18人、女児10人)(93%)はESSENCEの範疇に含まれる診断がつけました。粗大運動発達の遅れの病因が特定されたか、あるいはそれが強く疑われる15人の対象児のうち、13人(男児8人、女児5人)(87%)がESSENCEの障害や徴候を有していました。粗大運動発達の遅れの病因が分からない15人の対象児は、全員がESSENCEの障害や徴候を有していました。

結論

2歳までに粗大運動の遅れや異常があった子どもたちの大多数が、フォローアップされた後、ESSENCE グループに含まれる障害の診断基準を満たしたことが示唆されました。粗大運動の問題を呈する子どもたちに対しては、粗大運動機能に関してだけでなく、広く臨床的なアセスメントとシステムティックなフォローアップが必ず必要であると結論付けられます。

平成 28 年度 掲載論文 1 編

Yuhei Hatakenaka, Elisabeth Fernell, Masahiko Sakaguchi, Hitoshi Ninomiya, Ichiro Fukunaga, Christopher Gillberg (2016) 「ESSENCE-Q - a first clinical validation study of a new screening questionnaire for young children with suspected neurodevelopmental problems in south Japan. (ESSENCE-Q—日本の南方で行なわれた、神経発達の問題が疑われる小さい子どもたちへの新しいスクリーニング質問紙に関する最初の臨床的妥当性の研究)」 (Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12, 1739-1746)

概要

背景

自閉スペクトラム症、知的発達障害、注意欠如多動症、その他の神経発達障害/問題を早期に鑑別することは重要なことです。しかし、誤った「様子を見ましょう。」というパラダイムにより、しばしば診断が遅れてしまっています。神経発達の診察が必要になる早期徴候症候群の質問紙 (ESSENCE-Q) は、簡潔な (12 項目) のスクリーニング質問紙です。ESSENCE-Q は、特に多種多様な神経発達上の問題を鑑別するプロセスをスピードアップすることを目的として開発されました。研究の目的は、1) ESSENCE-Q の信頼性を推定すること、2) ESSENCE-Q の開発者によって提案された臨床的なカットオフ値を評価すること、3) ROC 解析に基づく最適なカットオフ値を提案することでした。

方法

日本の高知県において、発達の問題で紹介されてきた 6 歳以下の子どもたちのアセスメントとして、ESSENCE-Q が 1 年間使用されました。子どもたちは、発達障害の診断基準を満たすかどうかに関しても臨床的評価を受けました (診断あり、診断なしの群)。130 ケースにおける ESSENCE-Q の結果と臨床的診断評価の結果を対比させました。

結果

クロンバックの α 係数は 0.82 でした。感度は 0.94 (95%信頼区間 CI: [0.88, 0.98])、特異度 0.53 (95%信頼区間 CI: [0.28, 0.77]) でした。これは、スクリーニングツールの最初のステップとして合理的な心理測定結果です。ROC 解析に基づき、ESSENCE-Q の最適なカットオフ値として、『「はい」が 2 つ以上』もしくは『「たぶん/少し」が 3 つ以上』を推奨することにしました。(感度 0.87 (95%信頼区間 CI: [0.79, 0.92])、特異度 0.77 (95%信頼区間 CI: [0.50, 0.93]))

結論

ESSENCE-Q は、臨床場面で神経発達障害を早期に鑑別するプロセスを助けるスクリーニングツールとして、良い道具となるでしょう。より広汎な ESSENCE-Q の妥当

性と信頼性を評価するためには、ケース・コントロール研究や一般人口を年齢別の群に分けて検討することが必要になります。

高知ギルバーグ発達神経精神医学センター
平成 24 年度～平成 28 年度事業報告（概要版）

発行日 平成 30 年 1 月
発行 高知県立療育福祉センター
高知ギルバーグ発達神経精神医学センター
〒780-8081 高知市若草町 10 - 5
TEL : 088-844-2021
FAX : 088-802-6101
Email : 060302@ken.pref.kochi.lg.jp

※ 当事業報告を無断で転載、販売することを禁止します。