

令和6年度
第2回かかりつけ医等発達障がい者
地域包括支援研修

福岡県医師会

第2回かかりつけ医等発達障がい者地域包括支援研修（ハイブリッド開催）

プログラム

開催日時：令和7年3月24日（月）19：00～21：00

開催形式：①会場：福岡県医師会館5階大ホール（福岡市博多区博多駅南2-9-30）

②ZOOMウェビナーによるWEB配信

時間	研修内容	講師	単位
19：00～20：00	発達障害と被虐待	福岡県医師会 理事 原 速	CC12：1
20：00～21：00	発達障害児の「トランジション」の 現状と課題	のぞえ総合心療病院 矢野 庄一郎	CC4：1

* 日本医師会生涯教育講座単位 2単位（CC：4、12）

* 日医かかりつけ医機能研修制度応用研修 1単位

発達障害と被虐待

福岡県医師会
原 速

発達障害と被虐待

第5回発達障害者支援研修:指導者養成研修パートⅢ
2024年11月13日(水)9:00~10:30

医療法人慶仁会 天神病院
佐世保市子ども発達センター
佐世保こども・女性・障害者支援センター

山下 浩

の伝達講習

福岡県医師会 原 速

I はじめに

1. 発達障害という用語

「発達の障害」と言うには…

- ・ある一定の条件下で同じように育っていく集団の中で,
- ・他と異なる発達の状態であることが分かり,あるいは他と異なる発達の状態が生じ,
- ・それが生活に支障を来す,と本人や周囲が感じるということがある場合に使う.

しかし,

- ・発達障害の定義は曖昧であり,使用のされ方が使う人によって異なる(後述)
- ・国際的に正式な用語ではない
- などの観点から,ここでは,「**発達障害**」とします.

※そもそも…「発達障害」の用いられ方のいろいろ

狭義

DSM-5, でいうと…

※混乱している？

- ・自閉スペクトラム症(ASD)のみ
- ・自閉スペクトラム症(ASD), 注意欠如多動症(ADHD)
- ・SLD(限局性学習症), ADHD, ASD
- ・ICD-11「Neurodevelopmental disorders」(知的発達症, 発達性協調運動症など含む)
- ・DSM-5「神経発達症群」(チック症, 社会的コミュニケーション症なども含む)
- ・「心理的発達障害」と「行動および情緒の障害」(ICD-10) (発達障害者支援法)
- ・生育環境によるものも含め, ほとんどすべての発達上の問題

広義

2. 虐待という用語

単独で使用する場合は、ネグレクトを含むのかどうかという定義の問題もあるため、ここでは、ネグレクトも含むものとし、「マルトリートメント（不適切な養育）」とほぼ同義で使用します。

<虐待の種類>

①身体的虐待

子どもに対する身体的暴力。（代理ミュンヒハウゼン症候群を含む

②心理的虐待

⇒ R2年、1歳女児に抗不安薬で死亡？）

子どもへの非難、脅迫、強要、差別、拒絶、無視、DVの目撃、など

③性的虐待

※DV: domestic violence

子どもへの性的行為や性的目的に子どもを使うこと。

④ネグレクト（養育の拒否・保護の怠慢）

食事を与えない、同じ服しか着せない、入浴をさせない、
医療（歯科も）にかからせない、学校へ行かせない、など。

II 児童虐待の現状

1. 最近も大きな児童虐待事案がしばしば・・・

1. 最近の大きな児童虐待事案

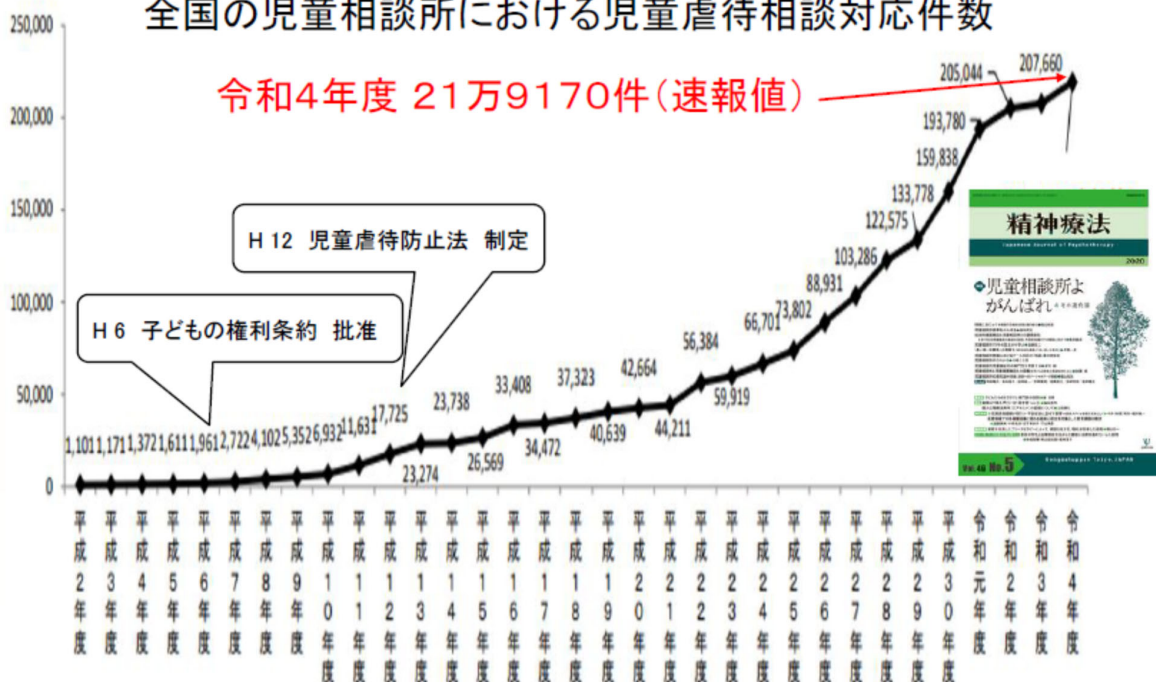
※ここ数年間では、年間70~80人前後の子どもが死亡している

- 2018年3月、東京都目黒区でゆあちゃん(5)
父親から殴られた後に死亡した事件:反省文を書かされ⇒
⇒母親:懲役8年
父親:懲役13年
(求刑・懲役18年)
- 2019年1月、千葉県野田市の小学4年みあさん(10)
父親から暴行を受け死亡した事件:学校アンケート「先生、どうにかできませんか」
- 2019年6月、札幌市のことりちゃん(2)
衰弱死した事件:警察との連携「48時間ルール」
- 2019年8月、鹿児島県出水市のりあらちゃん(4)
1人で徘徊など、警察が見相に通告するも、水死した事件.
- 2020年6月、東京都大田区でのあちゃん(3)
8日間置き去りにされ死亡。母は鹿児島へ。母自身もネグレクトされていた。
- 2021年3月、福岡県篠栗町のしょうじろうちゃん(5)
「ママ友」の嘘で離婚させられ、食事制限:10日間水だけ等で餓死。
- 2021年9月、大阪府摂津市のおりとちゃん(3)
母の交際相手から熱湯をかけられて死亡。痣があるなど以前から通告
- 2022年6月、大阪府富田市のゆうはちゃん(2)
置き去り(計57時間手足を縛りベビーサークルに監禁)で熱中症で死亡。リスク「最重度」だったが・・・
- 2023年1月、横浜市鶴見区の4年前の長女(当時3歳)大やけど放置事件で、母親再逮捕 熱湯かけたか
- 2023年1月、大分県中津市の7歳女児いち花さん殺人 逮捕の母(40)「接し方わからない」育児相談も



1. 児童虐待は増えているのか

全国の児童相談所における児童虐待相談対応件数



厚生省資料より

(注)平成22年度の件数は、東日本大震災の影響により、福島県を除いて集計した数値。

3. 「DVへの曝露」という虐待

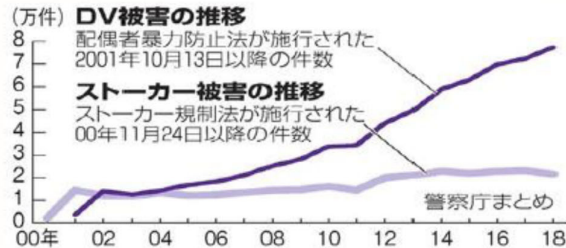
※診療の中で、DV被害が語られた場合には、警察や配偶者暴力センターへ
(通報意思を確認して)

DV被害, 最多7万7千件 30代が3割, 男性被害も増

2019/3/28(木) 10:21配信 朝日新聞デジタル

警察: 昨年(2018年)1年間に把握した配偶者などパートナーに対する暴力(DV)の被害は、前年より5027件(6.9%)多い7万7482件
15年連続の増加

DV防止法が施行された2001年から統計をとり始めて以降最多だ。



DV被害者は79.4%が女性。男性も年々増え、1万5964件と5年間で2.6倍に。年代別では30代28.2%、40代24.1%、20代23.4%の順に多い。加害者は配偶者や元配偶者が76.1%を占めた。

●DVの目撃による子どもへの影響

・被害親(主に母親)への複雑な感情 ⇒ 加害親を正当化
被害親との関係悪化

・「暴力での解決」や「支配-被支配の関係」を学習



・別居や離婚後に、被害親が子どもから暴力を受ける

・子どもが学校などでも暴力的になる など

●加茂(2014)

・世代間連鎖 — 「児童虐待」も、「DV」も

幼少時期に、身体的暴力を受けたか、DVを目撃した人のうち、

女性は、配偶者間暴力に遭うリスクが4~6倍、高くなる。

男性は、半分くらいが加害者になってしまう可能性がある。

4. 虐待の子どもに対する影響(まとめ)

虐待

+ DV目撃

= ①身体的・心理的発達への影響 ↑↑

+

②トラウマによる反応(PTSDなど) ↑↑

+

③アタッチメント形成への影響 ↑↑

+

④暴力や支配に対する誤学習

5. なぜ虐待が起こるのか (山下)

(1)養育者本人の問題

①子どもと接する体験・子どもを知る体験の不足

— どう関わればいいのか分からない

②その時にストレスを抱えていた

③身体疾患・障害を持っている

④精神疾患を持っている

⑤被虐待体験・トラウマ体験があり、未処理・未治療

⑥自尊感情が低い


⑦思いがけない妊娠(望まない結婚なども含む)

— パートナーに対する敵意・怒りを我が子に



(2)その他の問題

- ①親子が新生児期から乳幼児期にかけて離れて暮らした経験がある。
- ②病気や未熟児、障害を持つなどがありして、育てるのが難しく、手のかかる子どもであるが、手助けしてくれる人が周りにいない。
- ③他に手のかかる子どもがいて手が回らない。
- ⑥両親とも未熟でお互いを支えられない。
- ⑦夫婦間がうまくいっていない。
- ⑧相談できる人や頼れる人を持たない、孤立した、もしくは閉ざされた家族。



(3)社会的な問題

①本来子どもは、“地域で育てるもの”から、“親が育てるもの”という子育て意識の変化

②子どもが大事にされなくなった時代背景 — 「子どもの人権」

③子どもの貧困、片親家庭(特にDV後の)などへの対策のなさ

④「核家族の増加」や「社会とのつながりの希薄化」などの社会構造の問題 — 孤立した子育て

⑤性的な刺激の過多 — 新型コロナで子どもたちにも

⑥DVの増加

⑦社会や政治の世界での、“力がものを言う”という価値観など

(3)社会的な問題

①本来子どもは、“地域で育てるもの”から、“親が育てるもの”という子育て意識の変化

②子どもが大事にされなくなった時代背景 — 「子どもの人権」

③子どもの貧困, 片親家庭(特にDV後の)などへの対策のなさ

④「核家族の増加」や「社会とのつながりの希薄化」などの社会構造の問題 — 孤立した子育て

⑤性的な刺激の過多 — 新型コロナで子どもたちにも

⑥DVの増加

⑦社会や政治の世界での、“力がものを言う”という価値観など

※知っておいていただきたい事例

●入院中の娘に「食うなよ、寝とけ」8歳娘を低血糖症にさせ共済金詐取か 母親を逮捕 成人用下剤を無理やり飲ませる「5年で入退院は40回以上」大阪府警

2023/7/18(火) 16:29配信

MBSニュース

娘に食事を与えず低血糖症にして入院させ、共済金をだまし取ったとして母親が逮捕されました。娘は5年の間に40回以上入退院を繰り返していました。

【写真を見る】娘を低血糖症にさせ入院…縄田容疑者「泣くなんてうっとうしい」

逮捕されたのは、大阪府大東市のパート従業員・縄田佳純容疑者(34)です。

警察によりますと、縄田容疑者は今年1月、娘(当時8)に食事を食べないように指示してケトン性低血糖状態で入院させ、入院にかかる共済金6万円をだまし取った疑いが持たれています。

縄田容疑者の娘の体調は回復しているということです。

母親「故意に低血糖にはさせていない」

警察の取り調べに対して、縄田容疑者は「故意に娘を低血糖にさせていないし、金をだまそうと思ってしたことではありません」と容疑を否認しているということです。

縄田容疑者はこれまでに今年3月以降、成人用の下剤を飲ませて下痢症にさせたり、医師から十分な食事を与えるよう言われていたにもかかわらず、食事を与えず低栄養状態やケトン性低血糖症にさせた強要や傷害などの疑いで逮捕・起訴されていました。

5年間で43回入退院を繰り返す

8歳の娘は2018年以降、43回にわたって、娘が入退院を繰り返していたということです。不正に受給した共済金や保険金は合わせて約570万円に及ぶ可能性があるということで警察は関連を調べています。

入院中の娘に母親「食うなよ、寝とけ」

今年2月、入院中の娘に母親から「あんたが今せなあかんことはなに。泣くなよ。泣くなんてうっとうしいから警察に言うで。食うなよ、寝とけ」「泣いている理由はユーチューブばかり見てたから怒られたと(病院に)いいや」「夜も食べんとしんどいって言うておき」などと電話で言われていることに病院側が気づいたということです。

また、別の日には母親から娘にメールで「しんどいなら食べたらあかんで」などとメールが送られていたということです。

※代理ミュンヒハウゼン症候群

(Munchausen Syndrome by Proxy: MSBP)

MSBP: 子どもを身代りにして病気に仕立てる

例)子どもが下痢で入院。なかなか良くならない — 下剤の使用

- ・加害者は、医学的に詳しい場合が多い。
- ・病院の管理下では起こらず、加害者と被害児が二人きりの状況が作り出されたときのみ発生する。
- ・回を重ねるごとに次第に重篤化する傾向があり、やがては死に至ることも珍しくない。

参考「虐待を受けた子どもの身体所見—法医学的視点から—」河野朗久・西克治 2011 こころの科学No.159 より(一部改変)

★原因が分らず改善しない下痢 ⇒ 「原因不明の難治性下痢症」?
鑑別としてMSBPを知っていなければ、診断が違ってくるし、治るものも治らないことにはなる。

「発達障害」も同じ！

Ⅲ 児童虐待を理解するための知見

1. ACEs (Adverse Childhood Experiences) 小児期逆境体験 — フェリッティの功績

1980年代半ば、医師フェリッティが行っていた肥満解消プログラムの参加者の多くが1年間で大幅な改善をみたにもかかわらず、脱落者が相次いだ。

原因を突き止めようとして、286名の患者と一人ずつ面接を行ったところ、驚くことに、多くの患者が子ども時代に性的虐待を受けていた！（性的初体験が18kg(4歳)の時と答える人もいた。）

食べることは長年の不安や恐怖・絶望を和らげていた。そして、肥満は性的な注目を浴びないための隠れ蓑となるため、痩せることを望んでいなかった。

・「小児期の逆境的体験と保護的体験 子どもの脳・行動・発達に及ぼす影響とレジリエンス」 ジェニファー・ヘイズ＝グールド他著 菅原ますみ他監訳 明石書店 2022 ほかより

2. ACE study(逆境的小児期体験研究)

ACEsと成人期の健康との関連性を検証した疫学研究

Felitti VJ, Anda RF et al. 1998

1995～1997年の3年間に、米国のCenters for Disease Control and Prevention (CDC:疾病管理予防センター)と、Kaiser Permanente(三大健康保険システムのひとつである、Health Maintenance Organization:健康維持機構)との協働による一次・二次調査を含め、計17,000名を超える登録者の大規模な調査・研究.

まず一次調査の結果を1998年に発表.

オリジナルなACE studyの論文 (Felitti, Andaら 1998)

「[小児期虐待および家庭機能不全と、成人の主な死因の多](#)
[くとの関係](#). [逆境的小児期体験\(ACE\)研究](#)」

Am J Prev Med. 1998 May;14(4):245-258.

・大手のHMO(Health maintenance organization:健康維持機構)で標準化された医療評価を完了した13,494人の成人に、[ACEsに関するアンケート\(質問用紙\)](#)を郵送した。9,508人(70.5%)が回答した。質問への回答が不十分なものは除外し、8,056人(59.7%)を分析。

・平均年齢:56.1歳(19～92), 52.1%が女声, 79.4%が白人, 43%が大学卒

● 経験的に選択されたACEの7つのカテゴリー

人生の最初の18年間の成長期に,	有病率
<虐待>	
・親・家族の大人による心理的虐待	11.1%
・親・家族の大人による身体的虐待	10.8%
・大人または5歳以上年上の人による性的虐待	22.0%
<家庭機能不全>	
・家族のアルコール依存症・薬物使用	25.6%
・家族のうつ病あるは精神疾患, 自殺未遂	18.8%
・母親が暴力(DV)を受けている	12.5%
・家族の服役	3.4%

Am J Prev Med. 1998 May;14(4):245-258.

結果:

- ・少なくとも1つが, 半数以上(52%)
- ・2つ以上が, 4分の1
- ・4つ以上は, 6.2% の小児期曝露のカテゴリーを報告した.
- ・小児期曝露のカテゴリー数と, 成人の健康リスク行動および疾患のそれ
ぞれの間に段階的な関係がある(P <.001).
- ・4つ以上の人は, 経験のない人と比較して, アルコール依存症, 薬物乱
用, うつ病, 自殺企図, の健康リスクが4~12倍高かった.
- ・喫煙率, 自己評価による健康状態の悪さ, 50以上の性交パートナー, 性
行為感染症が, 2~4倍高かった
- ・身体的な不活発および重度の肥満について1.4倍から1.6倍の増加

Am J Prev Med. 1998 May;14(4):245-258.

・有害な小児期曝露のカテゴリーの数は、虚血性心疾患、癌、慢性肺疾患、骨折および肝疾患を含む成人疾患の存在と段階的な関係があることを示した。

・ACEの7つのカテゴリーは強く相関しており、複数のカテゴリーの小児期曝露を有する人々は、後の人生に複数の健康リスク因子を有する可能性が高い。

結論：

児童虐待あるいは小児期を通しての家庭機能不全への暴露の幅と、成人の主な死亡原因のいくつかについての複数の危険因子との間に、強い段階的な関係がある。

Am J Prev Med. 1998 May;14(4):245-258.

● ACEsと関連が報告されている項目例

※ACE score が高いほど、下記との関連が深い

精神健康：

抑うつ、自殺企図、不安、睡眠障害

健康にリスクのある行動：

喫煙、アルコール依存、違法薬物使用、

多数との性交渉、性交渉年齢の低年齢化、肥満

身体疾病・外傷：

心疾患、がん、脳卒中、慢性気管支炎／肺気腫、

糖尿病、骨折、肝炎／黄疸、性感染症

Well-being：

低収入／失業、暴力被害、意図しない妊娠、学業成績の不良



Anda et al. 1999, Dube et al. 2001, 2006, Hills et al. 2004, Zielinski 2009, Kelly-Irving et al. 2013, Chapman et al. 2013, Yeoman et al. 2013, Gilbert et al. 2015, Ports et al. 2016 (工藤によるまとめより)

●ACE study から、発達性トラウマ障害へ

1998年に報告された米国 FelittiらのACE studyやその後の研究において、幼少期からの虐待を含む逆境体験が成人になって身体・精神の健康面に大きな影響を与えることが明らかにされた。WHOでも世界的な比較が行われたが、地域差は無し。

この ACE study が、後の 発達性トラウマ障害・complex PTSD (ICD-11) や トラウマインフォームドケアなどの概念の発展につながっている。



3. ACEsに対する解毒剤

- ACEsが、将来の成人の主な死因の多くと関係することを示した。
- しかし、単に悲観的になる必要はない。
- ACEsが認知されるようになったその後に、「ACEsに対する解毒剤」とも言える「ポジティブな小児期体験」が重要であるという研究がなされている。

●小児期の慈悲深い体験 (benevolent childhood experiences: BCEs) のスケール

© ナラヤン, リベラ, ゴーシュ・イッペン, リーバーマン, 2015

人生の最初の 18 年間にあなたが成長していたときに…

1. 一緒にいて安心できる介護者が少なくとも 1 人いましたか? はい・いいえ
2. 仲の良い友達が少なくとも 1 人いましたか? はい・いいえ
3. あなたには慰めとなる信念がありましたか? はい・いいえ
4. 学校は好きでしたか? はい・いいえ
5. あなたを気にかけてくれた先生が少なくとも 1 人いましたか? はい・いいえ
6. 良い隣人は居ましたか? はい・いいえ
7. あなたにサポートやアドバイスを提供できる大人 (親/介護者や #1 の人ではありません) はいませんでしたか? はい・いいえ
8. 楽しい時間を過ごす機会がありましたか? はい・いいえ
9. あなたは自分自身が好きでしたか, それとも自分自身に快適さを感じましたか? はい・いいえ
10. 規則正しい食事や規則正しい就寝時間など, 予測可能な家庭習慣がありましたか?
はい・いいえ

●7つのポジティブな小児期体験 (PCEs)

(7 Positive Childhood Experiences) (ジョンズ・ホプキンス大学 2019年)

Ability to talk with family about feelings
Felt experience that family is supportive in difficult times
Enjoyment in participation in community traditions
Feeling of belonging in high school
Feeling of being supported by friends
Having at least two non-parent adults who genuinely care
Feeling safe and protected by an adult at home.

1. 家族と自分の気持ちについて話すことができる
2. 困難な時に家族が支えてくれたと感じた経験
3. コミュニティの伝統に参加する楽しみ
4. 高校への帰属意識
5. 友達に支えられているという実感
6. 十分に世話をしてくれる親以外の大人が少なくとも2人いる
7. 家では安全で大人に守られていると感じている

●保護的・補償的体験(PACEs)

(Protective and Compensatory Experiences)

・ACEsは社会的および精神的健康上の困難と情動制御不全のリスクを高める一方で、

・PACEsが、レジリエンスや情動制御を強めると主張する。(Morris, Treat, et al., 2018)

・関係性(relationships)と資源(resources)の両方が、成功に必要な養育と安定性を提供することを示す証拠があり、PACEsの枠組みの基礎を提供する。

・PACEs = 「ACEsに対する解毒剤」

= 「逆境体験が発達や健康に及ぼす影響の緩衝材となるもの」

ジェニファー・ヘイズ＝グールド、アマンダ・シェフィールド・モリス著、菅原ますみ他監訳、松本聡子他訳
「小児期の逆境的体験と保護的体験—子どもの脳・行動・発達に及ぼす影響とレジリエンス」明石書店 2022 より

保護的・補償的体験(PACEs)の質問紙

18歳までに、以下のようなことがあったか

1. 無条件に愛してくれる人の存在
2. 親友が少なくとも1人いる
3. コミュニティでのボランティアなどの社会貢献活動
4. スポーツグループ(サッカー、チアリーディングなど)などに定期的に参加
5. ボーイorガールスカウト、地域の子供会など、社会活動グループに参加の経験
6. 熱中できる趣味がある
7. 援助が必要なときに信頼できる親以外の大人の存在
8. 家が清潔で安全で、十分な食べ物がある
9. 学校に通学できていた
10. 家に明確なルールがあり守られていた

小児期の逆境体験と保護的体験—子どもの脳/行動・発達に及ぼす影響とレジリエンス—
ジェニファー・ヘイズ＝グールド、アマンダ・シェフィールド・モリス著、菅原ますみ他訳 より 編集

保護的・補償的体験(PACEs)の質問紙

18歳までに、以下のようなことがあったか

1. 無条件に愛してくれる人の存在
2. 親友が少なくとも1人いる
3. コミュニティでのボランティアなどの社会貢献活動
4. スポーツグループ(サッカー, チアリーディングなど)などに定期的に参加
5. ボーイorガールスカウト, 地域の子供会など, 社会活動グループに参加の経験
6. 熱中できる趣味がある
7. 援助が必要なときに信頼できる親以外の大人が存在
8. 家が清潔で安全で, 十分な食べ物がある
9. 学校に通学できていた
10. 家に明確なルールがあり守られていた

小児期の逆境体験と保護的体験—子どもの脳/行動・発達に及ぼす影響とレジリエンス—
ジェニファー・ヘイズ＝グールド, アマンダ・シェフィールド・モリス著, 菅原ますみ他訳 より 編集

2. 発達性トラウマ症

「複雑な精神的外傷史をもつ子どもたちのための
合理的な診断を目指して」

[Bessel A. van der Kolk](#) PSYCHIATRIC ANNALS 35:5 | MAY 2005 より

・**ACE研究**は、これまで気づかれていたり認知されていたりするよりも、
もっと逆境的小児期体験が非常に一般的であること、また、それらが半
世紀後に成人の健康と密接な関係があることを示した。

・心的外傷後ストレス障害 (PTSD) は、慢性的なトラウマの履歴を持つ子
どもに最も多く見られる精神疾患ではない(Cook ら)。

・**「木を見て森を見ず」**

● 発達性トラウマ症 (van der Kolk 他 2009 紀平省悟和訳)



A 曝露 小児期もしくは思春期早期に始まり一年以上続く

複数回または持続的な有害体験

1. 対人暴力をくり返し経験, 目撃
2. 保護的養育の破綻(反復的な養育者の交代, 分離, 情緒的虐待)

B 情動制御困難, 生理的制御の困難

発達相応の覚醒制御能力がなく, 以下の2つ以上に該当

1. 極度な情動(恐怖, 怒り, 恥など)の調整や, 堪えることの困難
2. 身体機能の制御困難(睡眠, 接触, 排泄面における問題; [接触や音への過敏, 鈍感](#); 日常における切り替え困難)
3. 感覚, 感情, 体調への気づきの低下, [解離](#)
4. 感情や体調についての表現力低下

C 注意および行動制御の困難

発達相応の[注意持続, 学習, ストレス対処の能力](#)がなく, 以下の3つ以上該当

1. 脅威へのとらわれ, 認識能力低下([安全や危険のサインを誤認する](#)など)
2. 自己防衛能力低下([自暴自棄, スリル探求](#))
3. 自己慰撫を目的とした不適応な企画([身体を揺する等の律動的動き, 強迫的自慰](#))
4. [習慣性](#)(故意または無意識)あるいは[反射的自傷](#)
5. 目的をもって行動を開始, 持続することの困難

D 自己および関係性の制御困難

発達相応の自意識や対人的関わりの能力がなく、以下の3つ以上該当

1. 養育者その他の大切な人の安全について拘泥(早熟な世話焼きなど)したり、それらとの人物と分離した後の再会が我慢できない
2. 自責感, 無力感, 無価値感, 無能感, 欠陥があるという感覚など, 否定的自己感が継続
3. 大人や仲間との親しい関係のなかで, 極端な不信感や反抗が続く, あるいは相互交流を欠く
4. 仲間, 養育者, その他の大人への反応的な身体的暴力, 言葉の暴力
5. 親密な接触(性的あるいは肉体的親密さに限定しない)を持つとする不適切は(過剰, あるいは見境のない)意図, または安全や保証を求めて仲間や大人に頼りすぎ
6. 共感の気遣いを制御する能力のないことが以下で証拠づけられる. 他者の苦痛の表現に対して共感しなかったり, 耐えられなかったり, 過剰反応

たけこーお

E トラウマ後症状スペクトラム

PTSDの3症状群(B, C, D)のうち少なくとも2つ以上の各群において、一つ以上の項目に該当する症状を呈する

F 障害の期間

上記基準のB~Eが6ヶ月以上持続

G 機能的障害

上記は、臨床的に有意な苦痛、あるいは以下の領域(学習、家族関係、仲間関係、法的領域、身体的健康面、就労面)の2つ以上にわたる機能的な支障の原因となっている



(van der Kolk 他 2009 紀平省悟和訳)

(友田明美「新版 いやされない傷 —児童虐待と傷ついていく脳—」より)

発達性トラウマ症の要約 (山下)

A. ACEsなどがあって…

B. 感情や生理的機能の調節困難

恐怖, 怒り, 感覚の過敏・鈍感, 解離など

C. 注意や行動の調節困難

注意の持続ができない, 危険な行動, 繰り返す自傷など

D. 自己や関係性の調節困難

自己否定的, 不信感や反抗, 暴力, 共感のなさなど

…など. (※いわゆる「発達障害」をもつ児にもみられる症状)

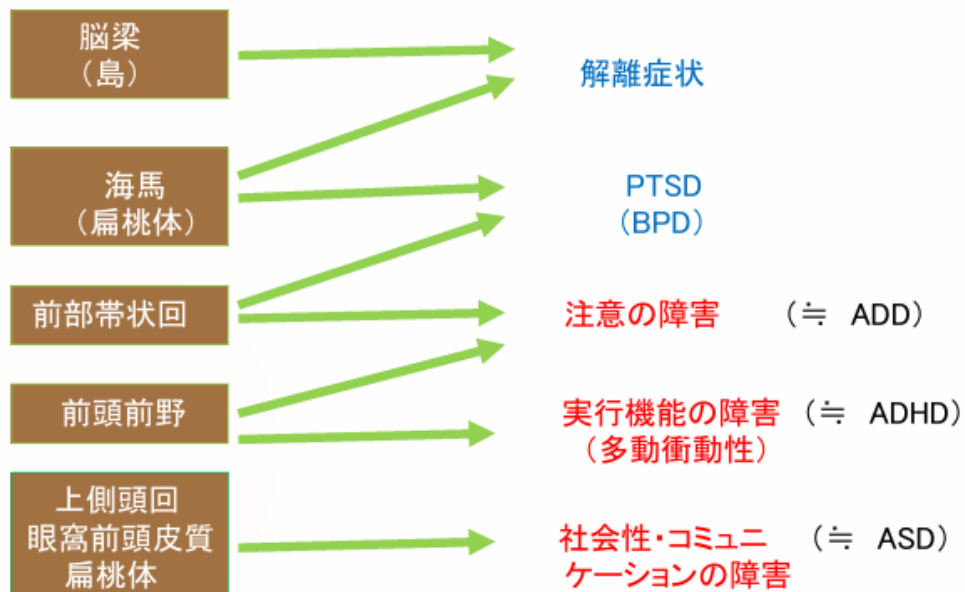


※ つまり, いろいろなことにおいて

“自分でコントロールすることが難しい”ということ

3. 脳科学

●被虐待児(者)で異常が指摘されている脳領域と臨床症状



(田村ら2006) (※山下が追加)

友田明美 (福井大学子どものこころの発達研究センター)

• 暴言虐待の脳への影響
(NeuroImage 2011)
聴覚野が変形

• 性的虐待の脳への影響
(Biol Psychiatry 2009)
視覚野が縮小

• DV目撃の脳への影響
(PLoS One 2012)
視覚野が縮小

• 厳格体罰の脳への影響
(NeuroImage 2009)
前頭葉が縮小

(友田明美, いやされない傷 2012)



図：森のくじら作

●虐待のタイプの違いによる臨床症状の違い

(福井大学 子どものこころの発達研究センター 友田明美)(山下編)

・身体的虐待:前頭前野の萎縮など

うつ病, PTSD, 不安症, 薬物依存・濫用など

・性的虐待:視覚野の縮小など

絶望感, 自尊心の低下, 自殺願望・計画・行為, 家出が多い, 売春などの性犯罪,

うつ病, 解離性同一症, PTSD, BPDなど

・DVへの暴露+暴言虐待:視覚野の縮小, 聴覚野の変形などと,

他の虐待より, 大脳辺縁系症状が重症

かつ, 解離症状も重症

4. 遺伝と環境

※遺伝

精神疾患になりやすい遺伝的要因をもつ

※統合失調症の生涯発症危険率

- ・一卵性双生児:48%, 二卵性:17%
- ・両親ともに統合失調症の子:46%
- ・片親が統合失調症の子:13%
- ・本人の両親:6%, きょうだい:9%, 孫5%, おじおば・いとこ2%

(「標準精神医学第5版」野村ら編集 医学書院 より)

が, しかし…

環境要因が加わることで, 発症する

※ **エピジェネティクス** (epigenetics)

遺伝 + 環境 ⇒ 遺伝 × 環境 (杉山)

(1) エピジェネティクス epigenetics

DNA塩基配列の変化を伴わない(突然変異に依らない)遺伝子発現の変化

環境が遺伝の発現(スイッチのON, OFF)を制御する

DNAにおけるメチル化, ヒストン修飾, ノンコーディングRNA, ...

第116回日本精神神経学会学術総会 WEB開催(福島)
シンポジウム「児童虐待とエピジェネティクス」(2020. 9月)

環境: 生育環境も含む

例: 母親から引き離された仔ラットは不安定な親ラットになる

仔ラットのストレス耐性遺伝子のスイッチがOFFになり...

例: 妊娠母体が低栄養だった(例:「オランダの飢餓の冬」)

⇒ 児が大人になると肥満に

胎児のエネルギー節約遺伝子のスイッチがONになり...

生涯続く。 しかも孫の世代まで... 世代間連鎖!

エピジェネティクス epigenetics とは？

- Epi- (Greek: ε πι- over, above) -genetics. 後生的遺伝学?
- エピジェネティクスとは, DNA塩基配列の変化は伴わず, 遺伝子の発現を制御する後生的修飾のことである
- DNAのメチル化
ヒストンの化学修飾
ノンコーディングRNA などが中心である.
- 人間に様々な組織があるのも, エピジェネティクスのおかげ. 異常が起こるとがんをはじめとした様々な疾患の原因となると言われている.

第116回日本精神神経学会(2020) シンポジウム「児童虐待とエピジェネティクス」

長崎大学病院 地域連携児童思春期精神医学診療部 ・[今村 明](#)

母親のケアとエピジェネティクス

- ・カナダのマギル大学のMeaneyらの研究グループ(Weaver et al. 2004)
- ・十分な養育行動がみられる親ラットに育てられた仔ラットと比べて、養育行動のみられない親ラットに育てられた(人間で言えばネグレクトの状態)仔ラットは、海馬のグルココルチコイド受容体(GR)遺伝子のプロモーター領域が高度にメチル化されており、GR遺伝子の発現が減少。
- ・視床下部—下垂体—副腎皮質系(HPA系)のフィードバックシステムの機能不全に至り、ストレス耐性が減少する。

長崎大学病院 地域連携児童思春期精神医学診療部 ・今村 明

●母親のACEsによるコルチゾール上昇は、胎児の脳の発達に影響

Prenatal maternal mood is associated with altered diurnal cortisol in adolescence

(J. O' Donnellら, 2013)

- ・**ヒトでも**、**出生前ストレスは、子孫の視床下部-下垂体-副腎(HPA)軸に持続的な影響を及ぼすか？**



- ・妊娠中から母親とその子どもを追跡

⇒ 子どもが15歳になった時点での日中コルチゾールを測定。



- ・「母親が出生前の不安レベルが高い」という子どもは、CAR(コルチゾール覚醒反応)が減少し、日周リズムが平坦化した

- ・**子宮内を含む早期のストレス曝露が、子孫の行動と生物学に永続的な影響を及ぼす可能性がある。**

(2) 早期の虐待・その連鎖とオキシトシン

オキシトシン と エピジェネティクス

<オキシトシン>

- ・「ホルモン」として、陣痛促進(子宮収縮)や母乳の分泌をうながす
- ・「神経伝達物質」として、愛情を深めたり、信頼を基礎とする
あらゆる対人関係に影響する。 ⇒「愛着ホルモン」「絆ホルモン」
(※ オキシトシン↑ ⇒ セロトニン↑)

・Christine Heimら: 2008:

虐待(特に心理的)に曝された成人女性 ⇒ OT濃度の低下

・西谷正太 (福井大学子どものこころの発達研究センター)

被虐待児はオキシトシン受容体(OXTR)のDNAメチル化率が有意に高く、被虐待児の愛着スタイルの不安定性(歪み)に影響を及ぼしているのかも知れない。しかし、DNAメチル化は可逆性 ⇒ 新しい治療法も

第116回日本精神神経学会2020 シンポジウム1「児童虐待とエピジェネティクス」より

● 児童虐待の既往がある女性のオキシトシン濃度の低下 (Christine Heimら: 2008)

- ・人生早期の虐待・ネグレクトなどの親子関係の混乱は、成人期の精神疾患のリスクを劇的に増加させる。
- ・オキシトシン(OT)は、ストレスや不安から守るとともに、社会的帰属、アタッチメント、社会的支援、母親の行動や信頼を仲介する重要な役割を果たしている。
- ・そこで、18~45歳の医学的に健康な女性22人からCSFのOT濃度を測定し、幼少期に虐待を受けなかったか軽度のグループと、中等度から重度のグループに分けて、比較した。
- ・結果、虐待(特に心理的)への曝露は、OT濃度の低下を示した。暴露された虐待の数、重症度、期間、および現在の不安が高いほど、OT濃度は低下していた。

被虐待児のOXTR(オキシトシン受容体)遺伝子

DNAメチル化の脳画像エピゲノム解析

第116回日本精神神経学会2020 シンポジウム1「児童虐待とエピジェネティクス(西谷正太)」より

<まとめ>

- ・ **被虐待児**はオキシトシン受容体(OXTR)の CpG5,6のDNAメチル化率が有意に高く, そのメチル化率は左眼窩前頭皮質の体積低下と関連していた. またその体積に群間差を認めた. (定型発達児 > 被虐待児)
- ・ OXTRのDNAメチル化によるオキシトシンの働き方の変異が, 左眼窩前頭皮質の非定型な脳発達を招き, それにより被虐待児の愛着スタイルの不安定性(歪み)に影響を及ぼしているのかも知れない. ・ 被虐待児におけるOXTRのDNAメチル化と脳体積の変異の関連性を初めて明らかにした.

被虐待児のOXTR(オキシトシン受容体)遺伝子

DNAメチル化の脳画像エピゲノム解析

第116回日本精神神経学会2020 シンポジウム1「児童虐待とエピジェネティクス(西谷正太)」より

<今後の展開>

- ・ 被虐待児への心理治療や環境調整, 薬剤投与などに対する効果判定としての活用
- ・ DNAメチル化には柔軟で可逆的な性質があるため, 同領域のメチル化抑制や脱メチル化を促進する手段や介入法が開発され, それが脳機能や愛着特性をも戻す効果を持つことが実証されれば, 被虐待児の脳の非定型発達や予後精神疾患罹患リスクを予防するなど, QOLの向上のための全く新しい治療法が望めるかもしれない.

※すでにかん治療の分野では, エピジェネティクスを応用した治療薬が存在する.

IV 「発達障害」と「児童虐待」の関係

●「神経発達症 DSM-5からDSM-5-TRへの変更点」より

(小川しおり・岡田俊) 精神療法第65巻10号 2023年10月より

・12歳以前の症状がない場合はADHDと診断することができない。ADHDと思われる症状が13歳以降に初めて現れた場合、他の精神疾患によるものか、もしくは物質使用の認知面への影響を示している可能性が高くなるという注釈が加えられた。

●鑑別診断の項目にも新たにPTSDが入っており、PTSDに伴う集中力の低下は、ADHDと誤診されることがあるとして注意喚起している。

●6歳未満の子どもは、落ち着きのなさ、イライラ、不注意、集中力の低下といった非特異的な症状でPTSDを示すことが多く、ADHDと紛らわしいことがある。

●また、親は子どものトラウマに関連した症状を軽視することがあり、教師や他の養育者は子どもがトラウマ的な出来事にさらされていることに気づかないことが多い。

・過去のトラウマ的出来事への曝露を総合的に評価することで、PTSDを除外することができる、としている。

(・反応性アタッチメント症:いまだ明白にADHDとの関連性は確立していない)

※「虐待」が先か、「発達障害」が先か

- 「近年、児童の知能が元々低かったために虐待を誘発したという可能性よりも、虐待によって児童の知能が低下したという可能性が高いことを示す知見が報告されている」

(緒方康介「被虐待児の知能アセスメント—科学的根拠に基づく心理診断を目指して—」2012より)

- 杉山登志郎：(2022. 11. 11(金)日本児童青年精神医学会松本)

①発達障害の子は虐待されない。

(※そもそも「発達障害」があれば、誰でもその親は児に虐待を行うのか
逆に、「発達障害」がない児だけが虐待されるケースもある。)(山下)

虐待をさせるのは、**親の被虐** ⇒ 子どもと親と平行治療が必要

②家族歴、生育歴をしっかり取る必要性

「発達障害」と児童虐待の関係の概要

1. 「発達障害」をもつ児が、虐待される場合

- ①「発達障害」の存在自体が把握・診断されていない場合
- ②「発達障害」の把握はされているが、対応が難しい場合

2. 虐待されて、「発達障害」様になる場合

1. 「発達障害」をもつ児が虐待される例と対応

①「発達障害」の存在自体が把握・診断されていない場合

例: ADHDは診断されていても, 併存するASDが診断されていない場合.

⇒ 薬物療法(ADHD治療薬)だけでは改善せず, ASDの特性に応じた対応がなされないと, ADHD症状よりもそのことで問題となることが多い. そのために, 養育者は, 対処しきれないで, 叱ることが多くなり, 場合によっては暴言や暴力で分らせようとすることになる.

<対応> きちんとASDを診断すること. そして特に「心の理論」の障害の程度を把握し(※), 十分に説明すると, 対応を変えてもらうことができる.ペアレンティングの導入の検討など.

②「発達障害」の把握はされているが, 対応が難しい場合

例: ASDの場合, 幼少期から適切な療育が行われていない, 養育者や第三者とのアタッチメント形成やコミュニケーションスキルの獲得ができていないことがある.

⇒ 不安の解消が養育者からなされないことや社会の常識や仕組みに対する誤学習などにより, 不安や怒りなどのコントロールの術が分らないままに育ってしまう. 親も手を上げてしまうことに.

<対応> 親や学校へ障害理解のための再説明と, 叱ることを止め, 社会の常識や他者の考え方などをひとつ一つ教えていくこと.

※「対処法より, まず理解」(2003, 本田)

2. 虐待を受けて、「発達障害」様になる場合

- ・「発達障害様」を呈することは、脳科学, ACE study, 発達性トラウマ症, エピジェネティクスなど様々な角度から証明されてきている。
- ・「発達障害」と診断する前に、元々虐待(マルトリートメント)があっ
てそう見えるのではないか, を考慮する必要がある。

●「発達障害」と診断する時に注意すべきこと: 1

1. ADHDに関して

簡単に診断されて, ADHD治療薬を処方される?

<不注意ということ>

「注意が集中してない, 忘れてることが多い, なのでADHDですね」

— うつ状態であったり, 強迫症, 解離症, PTSDなどがあるのかもしれない, また, 家庭内で心配なことが常にある時などでも「不注意」に, あるいは「注意集中ができなく」なる。 ※ADHD≡注意の転導性

<多動ということ>

「落ち着きがないからADHDですね」

— PTSDや不安症に関連した状況でも, 落ち着きがなくなる。

<衝動的ということ>

- ・「盗みをするのは衝動的だろうから、ADHDです」 — 計画的であつても？(盗みは通常は計画的)
- ・「過食も衝動的だから」 — そうしないとられない過食症でも
- ・「家族や学校で暴力を振るうのも衝動的だから」 — 溜まった不満が爆発しただけ。 何らかのトラウマ？(身体的・心理的虐待)

(参考:次スライド)

※「普通ならしないことを衝動的にしていますね。 ADHDでしょう」

⇒ ASDかも



- ①衝動的にすぐに動いてしまうのがADHD。(注意の転導性)
- ②衝動(性)が抑えられなくなって、何か(過食, リストカット, 盗み, 暴力などなど)をしてしまうのは, ADHDの「衝動的」ではない。

※コンプレックスの理解

「大切なことは目に見えない」

●「無意識」とはなにか

C. ユング(分析的心理学)

コンプレックス:

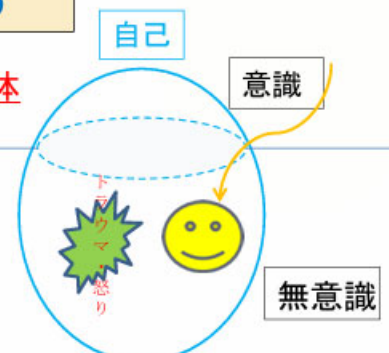
無意識の領域にある, 観念と感情の複合体

— これが刺激されると特異な反応をする

人の心の理解!

TICの説明
でもある

(参考:河合隼雄ほか)



子どもや親は、なぜそのようなことを言うんだろう(暴言), するんだろう(暴力)?

— その奥には、無意識のコンプレックスが関係している

(虐待やいじめなど)トラウマによって植え付けられた負の記憶や感情

●「発達障害」と診断する時に注意すべきこと:2

2. ASDに関して

<相手の気持ちが読めない?ということ>

- ・「暴力や盗みに関して、人の心の痛みが分らないので、ASDです」
- ・「自分が一番でないと怒ってばかりいる。場の空気が読めないので、ASD」
⇒ 相手の気持ちは分っているけど、そうにしかできないことがある。
虐待された時の怒りを植え付けられていて、何か(トリガー、リマインダー)がきっかけになって、そういう行動に出てしまう(フラッシュバック)。

<こだわりがあるということ>

- ・「鉄道にめちゃ詳しい」だけでASDと診断したりはないでしょうけれど・・・
- ・「ゲームばかりで、そのキャラクターの話しかしないのは、ASDだからです」
⇒ 不安定な家庭で、ある物にこだわることで恐怖を感じないようにして安心を得ようとする児や、自己肯定感が持てずにゲームやネットの中で達成感を得たり承認欲求を満たそうとしている児は、たくさん居る。

<視線を合わせず、こちらの働きかけに反応しない?>

- ・事例:学校などで、視線を合わせずに、ほとんど会話をしない。動きもぎこちなく教室の移動も背中を押されてようやく歩き出して移動する。運動もうまくできない。こだわりも強く、食事の好き嫌いも激しい。とても頑固にやりたくないことはやらない。「明らかにASDの症状です。」と診断され、特別支援学級へ。

⇒ 場面緘黙(場合によっては、身体的・心理的虐待などがあつたかも?)によって、対人緊張が強く、視線も合わせたくないし表情も硬くなる。場面緘黙は強迫症を伴うことも多く、頑固なこだわりが見られることが多い。
※注:しゃべったり動いたりするのが苦手なため、検査でIQは低く出てしまう!

※ASDの児が場面緘黙を呈することもあり、鑑別は困難なこともあるが、比較的早く話すようになることも多く、話せるようになると、そのコミュニケーションのあり方から、ASDと確定できるようになることも。

「マルトリートメントと神経発達症との関係

—エビデンスの再整理」(神尾陽子)より (山下が編集)

精神科治療学 Vol.36 No.1 Jan.2021

(「不適切な養育の結果, ASDを発症する」あるいは「養育の仕方を改善するとASDは治る」という考えは,「間違いである,と述べた後で)

・しかしながら, 症状の数に注目すると, 話は変わる. **マルトリートメントを受けたMZ(一卵性双生児)**の片方は受けていない片方よりも**ADHDまたはASDの症状が多かった.**

・有名な**ERA研究**から, 深刻なネグレクトが長期間にわたって子どもの心身の健康や発達に及ぼす影響について膨大な知見が得られている.

施設養育が6ヶ月以内の子どもたちの児童期そして若年成人期では, ASD, ADHDそして知的障害の割合はコントロールと比較して有意差はなかった.が, 6ヶ月以上の子どもたちは, ASD, ADHDの割合は高かった. (知的障害は有意差は消失)

・家庭環境においては, 人生最早期の6ヶ月を超えて過酷なネグレクトを経験した子どもはその後環境が改善しても, ASDおよびADHDの発症のリスクは高くなる,と言える.

「愛着障害と発達障害の関係—福島親子支援の現場から」

こころの科学No.208/11-2019 (内山登紀夫)より(山下が編集)

・最近, 保育士, 心理職, 発達障害支援者, 小児科医などから「この子は愛着障害の問題も考慮しないといけない」「実際には自閉症ではなく愛着障害なのではないか」「必要なのは子どもの療育より母親指導ではないか」などの発言がよく聞かれるようになった.

・明らかなネグレクトはなさそうだが, 保健師から聞く養育状況には不安がある. 確かに, アタッチメントの問題も発達の問題も親子関係の問題もありそうである.

・DSM-5の「**反応性アタッチメント障害**」と「**脱抑制型対人交流障害**」のA項目やB項目の症状は**ASDの症状とも類似**している.

・モラン(2010):ASDとアタッチメント障害に共通する8つの症状:

①非定型の遊び, ②社会的交流の乏しさ, ③心の理論の障害, ④コミュニケーション障害, ⑤感情調節の障害, ⑥実行機能障害, ⑦感覚統合の問題をあげている.

・(ERA研究から)一般人口におけるASDの発生率は1~2%であり, 劣悪な環境で育った子どもは自閉症と類似した症状を呈しやすいことが注目される.

・ASDの子の養育者は, 抑うつ, 不安症などの頻度は高く, 精神科に入院しやすい.

・ASDを持つ親は, 自分が子どもの頃にトラウマや虐待を受けやすい.

・支援のプランを立てる前に, 正確に診断することは重要.

・助言: 可能な範囲でよいので家庭の環境を構造化する, 穏やかに接する, 特性からみて無理なことを要求しないなど. 子どもが安心できる場所を提供することが大切.

V 具体的な事例と対応

事例は,
個人情報に配慮し,
またいくつかの事例を基に
再構成した架空事例です

※実際の診療

1. 子どもを診る場合（母と児で来院した場合）

①まず、親子関係の様子を観察する。

- ・親が子どもと離れて座ろうとする。
- ・親が児の否定的な話をすると、児が反論できない。
- ・診察室内で子どもに怒鳴りつける。 など

②本人と1対1で話を聴く(保護者に席を外してもらって)

・虐待している母親に無理矢理薬を飲ませようとしている児。Dr「本人が飲みたくないと言えば処方しない」と伝えるが、しかしこういう親の前で「飲みたくない」という発言はできない。できたとしても、帰宅してからひどい目に遭わされるおそれがあり、本当の気持ちを言えないことが多い。

- ・非言語的な表現(遊び, 絵:バウムテスト, 風景構成法など)をしてもらうことも。

③親と話す — 虐待などしていないかをどういう風に聞くか。

- <児がそんなだとお母さんもイライラしますよね?大変ですよね>
- <お子さんと同じ年の頃, お母さんはどんなでしたか?>と質問してみる。

※多動だったとかを聞くのではなく、つらいこと(被虐待やいじめなどのトラウマ)がなかったかと聞く。

※実際の診療

2 大人を診る場合

①**子どもが居るか** — 居る場合は、**子どもとの関係や子育てに困っていないか**, 等を聞く。場合によっては、**通告(要対協か児相へ)**を。

②**生育歴を聴く** — **無理には聴かない**。信頼関係ができれば、少しずつ自から話される。かなり深刻な虐待体験を淡々と語る方も居る。

・Dr「まさかそんなことはないだろう。気を引くために(操作的に)少しオーバーに言っているようだ」はダメ — ファンタジーではないことは多い。

(「事実が小説よりも奇なり」が児童相談所では日常!)

- ・今や、**CPTSD(complex PTSD)**も常に頭に置いておく必要性。

③**DVがないかも聴いておく** — あれば、婦人相談所か警察へ(了解を得て)通報。子どもが居れば、児童相談所にも心理的虐待として通告。

●大人の精神疾患から被虐待を疑う（山下）

精神科でつけられる診断はいろいろだが…

- ・「パニック症」： パニック発作とは、
おそらく、フラッシュバック(partial PTSD)であろう。
- ・「気分変調症」：長期の虐待やネグレクトによる慢性のうつ？
- ・「片づけられない女性＝ADHD」
…過去の虐待による気分変調症や適応障害では？
- ・「統合失調症」は本当に？

例)被DVあり、「統合失調症様」で薬を出され… かつ、療育手帳C…？

→ 統合失調症の症状も知的障害もなく…

- ・「境界性パーソナリティ障害」：被虐待がないか考慮されているか
不安定＝PDではない。 CPTSDとの異同の問題は今後に。

- ・「素行症, 非行, 反社会的行動」:

「虐待 ⇒ (ADHD様 ⇒) 反抗挑発症 ⇒ 素行症

⇒ 反社会性パーソナリティ障害」というマーチでは？

少年院Dr 「現代の非行少年は被虐待児である！」(井上)

- ・「解離症・身体症状症(変換症も)」:

元々は、昔の「ヒステリー」=心的外傷(性的虐待)

などなど

VIII これから知っておくべき重要なこと

1. トラウマインフォームド・ケア
2. 要保護児童対策地域協議会(要対協)
「子どもを守る地域ネットワーク」

1. トラウマインフォームド・ケア(TIC)

National Center for Trauma-Informed Care, 2005設立

●その子どものトラウマ歴とトラウマ症状の関連を知り、トラウマがその子どもの人生にどのような役割を演じているかを明らかにしたうえで、ケアを提供するアプローチ。

- ・トラウマやトラウマ反応の理解を高めることによって、ケア・システム全体を置き換えることを目指す。
- ・サービスのすべての局面で、本人の安全・選択・コントロールを最優先におく。
- ・非暴力・学習・共同を治療の土壌に構築する

※この考え方は、トラウマを受けた大人の人にも同じように適応できると考える(山下)

トラウマインフォームドケア(TIC)とは

(上野千穂:研修資料より)

- ・全ての人にトラウマ体験の影響があるかもしれないことを
念頭に置いてケアを行おうとする考えです
- ・組織全体でトラウマの知識をもち、その理解に基づく対応をします
- ・子どもと養育者と支援者全ての安全を守り、
再トラウマを予防することが目的です

虐待を受けた子どもを保護するとき、支援される人は？

関わった人全員です

TIC 取り組むための4つのRとは

(上野千穂:研修資料より)

Realize (理解) ト라우マの知識を持ち

Recognize(認識) どのような影響をうけているか認識し

Respond (対応) 心の怪我として適切な対応をすることで

Resist re-traumatization 再トラウマを予防する

トラウマ体験を理解するための3つのEとは

上野千穂Dr: 研修資料より

Event いったい何が起こった？どんな出来事があった？

Experience それをどんな風に体験し、どう感じたか？

Effect それによりどんな影響が起きているのか？

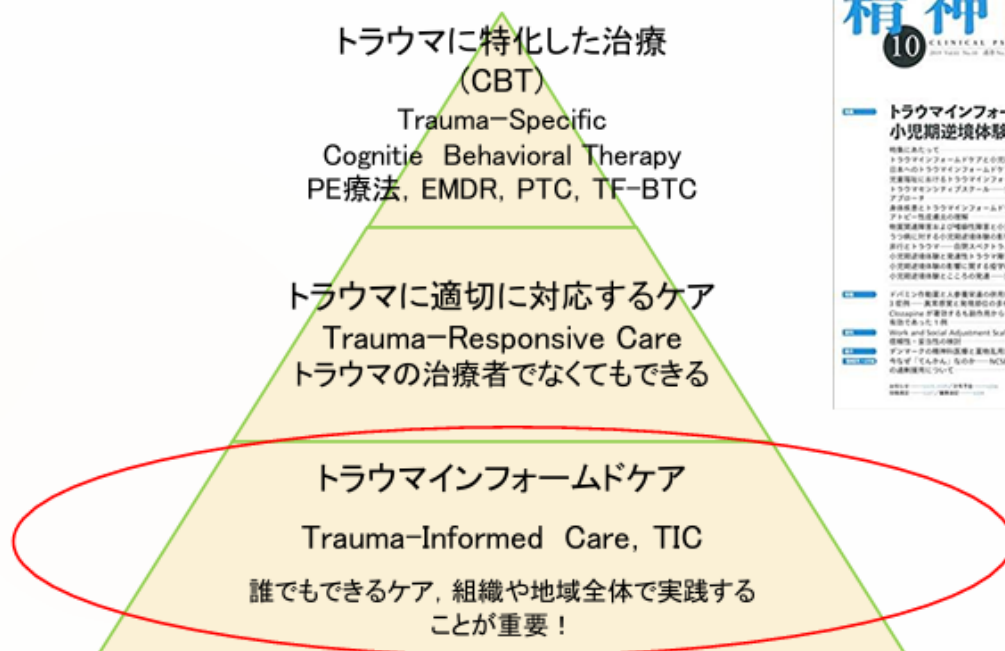
どう感じたかという「**主観的な体験**」が行動に影響される

「何が起こったか」でなく、自分が「**どう感じたか**」

「何が問題なのか」でなく、「**何があったのか**」を見つめる

TICは狭義の治療ではない！ (亀岡 2019.3)

参考: Bloom,大阪大学「知の供創プログラム」研究DVD, <http://csh-lab.com/tic/>



- トラウマ関連症状(侵入・回避・過覚醒など)は、
自分でコントロールできない。
- 本人や周囲がメカニズムを理解していないと、
問題が拡大再生産される。(亀岡)

※リマインダー



※ある“トリガー”によって、フラッシュバックなど(侵入症状)が生じ、急に怒り出す、暴力を振るうことになる。

その子にとって、何がリマインダーでトリガーになるのかを検討する。

これらの症状だけで「ADHD」と診断されないように。

※過覚醒状態は、落ち着きのない状態となる。「ADHD」としないように。(山下)

トラウマインフォームドケアの10原則 (Elliott,D.E.ら)

野坂祐子「トラウマインフォームドケア」(2019)より

1. 暴力や被害体験が、発達と対処方略に及ぼす影響を認識している
2. 最も重要な目的は、トラウマからの回復である
3. エンパワメントモデルに基づいている
4. 回復に向けた本人の選択とコントロールを最大限尊重する
5. 協働的な関係に基づいて行われる
6. 安全、尊重、受容についてのサバイバー(被害者)のニーズを大切に作る雰囲気をつくる
7. 症状ではなく適応とみなし、病理よりもレジリエンスに着目することでストレンスを強調する
8. 再トラウマ体験を最小限にすることを目指す
9. 文化に配慮し、それぞれの人生経験や文化的背景をふまえて本人を理解する
10. TICを実施する機関は、サービスのデザインやその補床に利用者を招き入れ、関与してもらう



※TICとは、行動の背景にある“見えていないこと”を、トラウマの「メガネ」で“見える化”するもの(野坂)

IX おわりに

子どもを「発達障害」と診断することと児童虐待 (山下)

- 「発達障害」の診断をして、障害の理解が進み、支援がうまくいくことは多い。
一方で…

- 「発達に障害がある」というのは、あくまでおよそ健全な養育環境にある中で、他児とどう違うかを検討すべき用語

- 生育環境の問題が大きいと考えられるのに、「(発達)障害だから治らない、できなくても仕方がない」と諦められている子どももいる。

例) 不適切な環境で育ち、幼児期からADHD+問題行動で、特別支援学級へ

⇒ 高学年になって落ち着き、問題行動もなくなったが、
学習がまったくできていない!

- 「誤診の問題」: 環境が良くなれば… (2010 杉本)

幼児期にIQ54で「中等度に近い精神遅滞」と診断

⇒ 社会的養護 ⇒ 中学生でIQ82の↑

●「発達障害」の概念はいろいろ変遷している。これからも、すぐに変わっていく可能性がある。

●「発達障害」を考えるにあたり、虐待などの“マルトリートメント”や ACEs(児童期逆境体験)のことを検討することの重要性。

●また、鑑別も難しい時もある。要は、虐待があるかどうかを検討することが大事。(「発達障害」の原因であっても結果であっても。)

●虐待などのマルトリートメントは、ACEsの一つとしてエピジェネティックな変化をもたらし、それが「発達障害」に限らず多くの精神疾患(身体疾患も)の原因や要因に関与している可能性があり、今後の精神医療での診断や、エピジェネティックな変化が可逆的であることから治療可能性についてなど、見逃せない話題である。

子育て困難な養育者と精神疾患について

「精神疾患を持つ親」には、その障害ゆえに子どもに適切な養育ができない(虐待やネグレクトなど)ケースが多くある。

一方で、過去(幼少時など)の被虐待体験が、精神疾患の発症や虐待の原因に関連していることが少なからずある。

「精神疾患を持つ＝虐待やネグレクトになる」のではなく、虐待を受けて育ったがために

⇒ 精神疾患も持つことになってしまったし、

⇒ 虐待をしてしまう(子育て困難を抱える)親になってしまった(世代間連鎖) と考えるべきではないか

精神疾患を抱えながら、
虐待もしてしまう状態に陥っているケースも多くある…

本当は、そうなりたいと思っているわけではない…

こうした子育て困難な親は、幼少時から虐待を受けながらも、
必死に生きてきた、“survivor”でもある
この“survivor”に敬意を払い、そして、

その、“子どもだった時期”と、“親にとなった現在”の心のありように、
関心を持って、“思いを馳せ”ながら、接すること…

「あなたには、この状況を克服する力がある」
としっかり伝え、一緒に歩いていくこと。 そのことが、

しなやかな回復力(レジリエンス)を高め、
虐待の連鎖を防ぎ、精神疾患を癒すことにつながる

と考えている。

「発達障害」と児童虐待の問題は、深い関係がある。

- ・「発達障害」が理解されていないために、虐待に合う子どもたち
- ・虐待を受けて「発達障害」様に見える子どもたちや養育者

どちらも、「発達障害」だけに目を向けていける時代ではなくなっている。
虐待が、あるいはその影響が存在する場合には、放っておくことはできない。

★ただ、「発達性トラウマ症」という診断名をつけるということではい！！！！
こういう概念を知っておくこと！


ぜひ、虐待(マルトリートメント、子育て困難)に関しても関心を持って診療に当たっていただきたいと思います。

【かかりつけ医が知っておくべきこと】

- ・「発達障害」と児童虐待の問題は、深い関係がある。
- ・「発達障害」が理解されていないために、虐待に合う子どもたちもいる
- ・虐待を受けて「発達障害」様に見える子どもたちや養育者もいる
- ・どちらも、「発達障害」だけに目を向けていける時代ではなくなっている。
- ・虐待があつたり、あるいはその影響が存在する「発達障害」を持つ子どもや、また、虐待により「発達障害」に似た状態になる子たちを、放っておくことはできません。
- ・ぜひ、虐待(マルトリートメント、子育て困難)に関しても関心を持って診療に当たっていただきたいと思います。

【かかりつけ医に対する研修指導医が知っておくべきこと】


- ・かかりつけ医の先生方は、まだまだ、「発達障害」に関する知識や経験が少ない方が多いと思います。
- ・そこに、児童虐待やネグレクト(マルトリートメント)の知識までとなると、なかなか大変であると思います。
- ・分らなくてもいい。もしかしたらという印象を持つことが重要ですので、少しでも疑問を持ったり、あるいは自信がなかったら、「発達障害」と断定せずに保留にして、児童虐待にも精通している専門家(近くに居なくても「子どもの虹情報研修センター」や「西日本こども研修センターあかし」)に相談することを伝えていただければと思います。
- ・また、児童相談所自体も医師を求めています。関心がある方は、児相の見学だけでも一度行ってもらえると理解が深まるのではないかと思いますので、勧めていただけたらと思います。



マザー・テレサ

“愛”の反対語は,
“憎しみ”ではなく,

“ 無関心 ”



関心を持ち, そして, 行動すること…!

澤田 修 (精神科医)

「虐待を知ったからには,
関わらないわけにはいかない」

参考図書 1

- ・「身体はトラウマを記録する—脳・心・体のつながりと回復のための手法—」
ベッセル・ヴァン・デア・コーク著, 柴田裕之訳 紀伊國屋書店 2016
- ・「発達科学ハンドブック第8巻 脳の発達科学」新曜社2015より:
「遺伝学的方法:発達科学との架橋に向けて」野村理朗 2015
- ・「エピジェネティクス—新しい生命像を描く」仲野徹 岩波新書 2014
- ・「皮膚は『心』を持っていた! 『第二の脳』ともいわれる皮膚がストレスを消す」
山口創 青春新書 2017
- ・こころの科学198 「特別企画 現場から考える愛着障害」2018
- ・「特集 マルトリートメントを受けた子どもたちと精神科医療」精神科治療学
Vol.36 No.1 Jan.2021
- ・そだちの科学39 「特集 逆境体験とそだち」日本評論社 2022
- ・そだちの科学42 「特集 発達障害が多すぎる — 精神科の診断を再考する」
2024

参考図書 2

- ・「特集 トraumainフォームドケアと小児期逆境体験」
精神医学 Vol.61 No.10, 2019
- ・「実践 トraumainフォームドケア さまざまな領域での展開」
亀岡智美編 日本評論社 2022
- ・「Traumainフォームドケア」野坂祐子 日本評論社 2019
- ・「そだちの科学39 特集 逆境体験とそだち」日本評論社 2022
- ・「小児期トラウマがもたらす病 — ACEの実態と対策」
ドナ・ジャクソン・ナカガワ著 清水由貴子訳 パンローリング(株) 2018
- ・「小児期トラウマと闘うツール — 進化・浸透するACE対策」
ナディン・バーグ・ハリス著 片桐恵理子訳 パンローリング(株) 2019
- ・「小児期の逆境的体験と保護的体験 子どもの脳・行動・発達に及ぼす影響とレジリエンス」
ジェニファー・ヘイズ＝グールド他著 菅原ますみ他監訳 明石書店 2022
- ・「子どもの「逆境」を救え—ACE(小児期逆境体験)を乗り越える科学とケア」
若林巴子 日本評論社 2024

第5回 発達障害者支援研修:指導者養成研修パートⅢ

2024年11月13日(水)9:00~10:30



1. 発達障害と被虐待

以上です

ご清聴ありがとうございました

お疲れ様でした

医療法人慶仁会 天神病院

佐世保市子ども発達センター

佐世保こども・女性・障害者支援センター

山下 浩

発達障害児の「トランジション」の 現状と課題

のぞえ総合心療病院
矢野 庄一郎

発達障害児の 「トランジション」の現状と課題

のぞえ総合心療病院 精神科 矢野庄一郎

トランジション (transition)

意味：移り変わり、移行、変遷

本講義での意味は・・・

第5回発達障害者支援研修

指導者養成研修パートⅢ

令和6年11月14日（水）～令和6年11月15日（木）

6. 小児科医からみた移行期の課題と対応



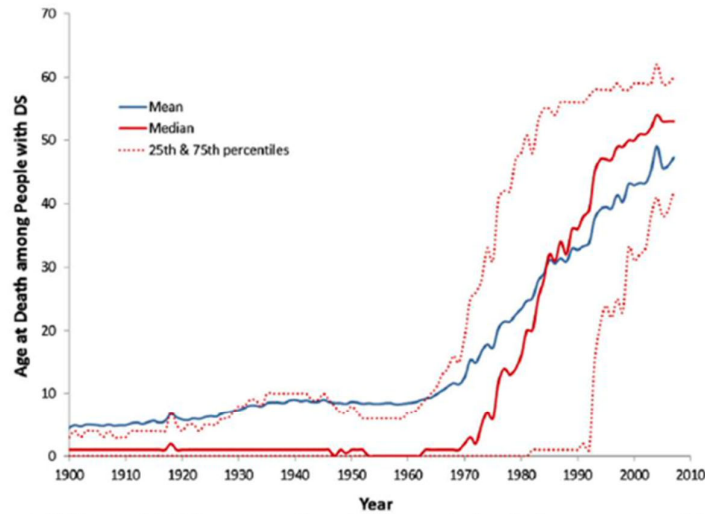
国立大学法人岡山大学学術研究院医歯薬学域
岡山大学病院小児医療センター小児心身医療科
岡田あゆみ

移行支援を
要する子どもが
増えています

医学が進歩して、生命予後が改善した

例えば・・・

ダウン症の平均寿命

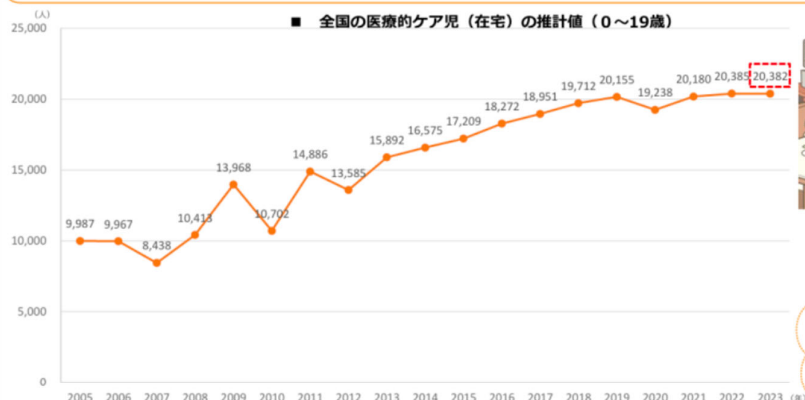


Mean, median, and 25th and 75th percentiles for age at death in persons with Down syndrome, 1900–2007. The mean and median age at death for persons with Down syndrome have increased significantly over the past 40 years. In 2007, the mean and median ages at death were 47.3 and 53 years, respectively, reflecting a 3.75-fold increase in average life expectancy since 1970.

Presson AP, et al. J Pediatr. 2013;163(4):1163-8

医療的ケア児について

- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU（新生児特定集中治療室）等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養等の医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は、約2万人（推計）である。



その他の医療行為とは、
気管切開の管理、
鼻咽頭エアウェイの管理、
ネブライザーの管理、
酸素療法、経管栄養、
中心静脈カテーテルの管理、
皮下注射、血糖測定、
継続的な透析、導尿 等

出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村明）」及び当該研究事業関係者の協力のもと、社会医療診療行為別統計（各年6月番宣分）によりこども家庭庁支援局障害児支援課で作成



医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年6月18日公布・同年9月18日施行）

- 第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。
- 2 この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。

特別支援学校等の児童生徒の増加の状況(H25→R5)



- 直近10年間で義務教育段階の児童生徒数は1割減少する一方で、特別支援教育を受ける児童生徒数は倍増。
- 特に、特別支援学級の在籍者数(2.1倍)、通級による指導の利用者数(2.3倍)の増加が顕著。

義務教育段階の全児童生徒数

(平成25年度) 1,030万人
(令和5年度) 894.1万人
0.9倍

特別支援教育を受ける児童生徒数

32.0万人 3.1%
64.0万人 6.8%
2.0倍

特別支援学校

視覚障害 聴覚障害 知的障害
肢体不自由 病弱・身体虚弱

6.7万人 0.7%
8.5万人 0.9%
1.3倍

小学校・中学校

特別支援学級

知的障害 肢体不自由
身体虚弱 弱視 難聴
言語障害 自閉症・情緒障害

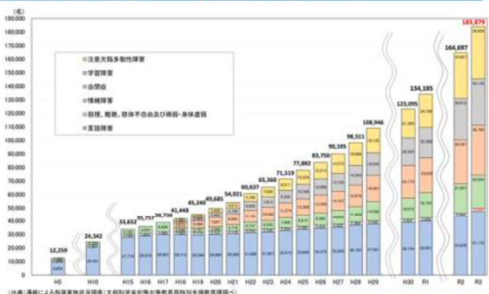
17.5万人 2.0%
37.3万人 4.0%
2.1倍

通常の学級 (通級による指導)

言語障害 自閉症 情緒障害
弱視 難聴 学習障害
注意欠陥多動性障害
肢体不自由 病弱・身体虚弱

7.8万人 1.0%
18.2万人 1.9% (注)
2.3倍

通級による指導を受けている児童生徒数の推移



Children with special health care needs (CSHCN) 一般的な子どもが必要とする水準以上の保健・医療サービスを必要とする子ども

- 東京都内の約 4,000 名の 10 歳児とその親を対象としたコホート調査
- **約12.5%が該当**
- CSHCNの子どもをもつ親は不安・抑うつを抱えやすい
- ソーシャルサポートによって軽減される可能性がある

Children with special health care needs and mothers' anxiety/depression: findings from the Tokyo Teen Cohort study
DOI番号 : 10.1111/pcn.13301

8. 添付資料 :

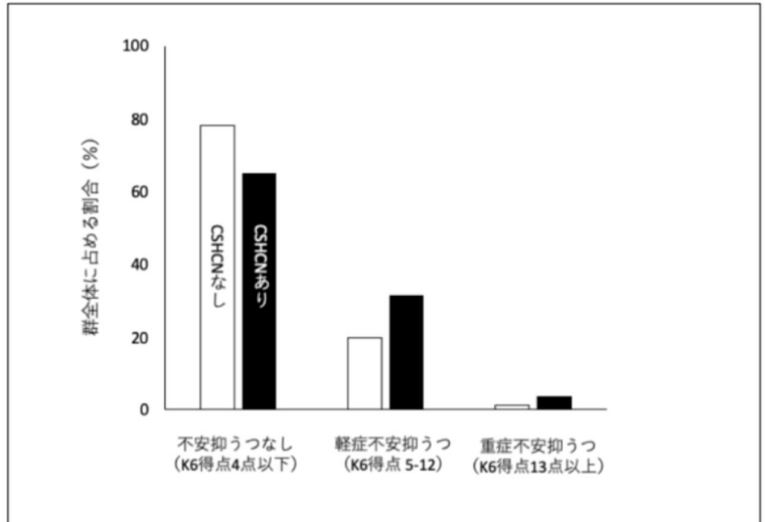


図1 : CSHCNの有無と養育者の不安・抑うつ症状との関連

移行とは

移行とは

- 移行 (transition) : 慢性疾患をもつ思春期・若年成人患者が、小児中心型医療から成人中心型医療に目的をもって計画的に移ること

- 移行支援プログラム (transition program) : 思春期の患者が小児科から成人科に移るときに必要な医学的・社会心理的・教育的・職業的必要性について配慮した多面的な行動計画

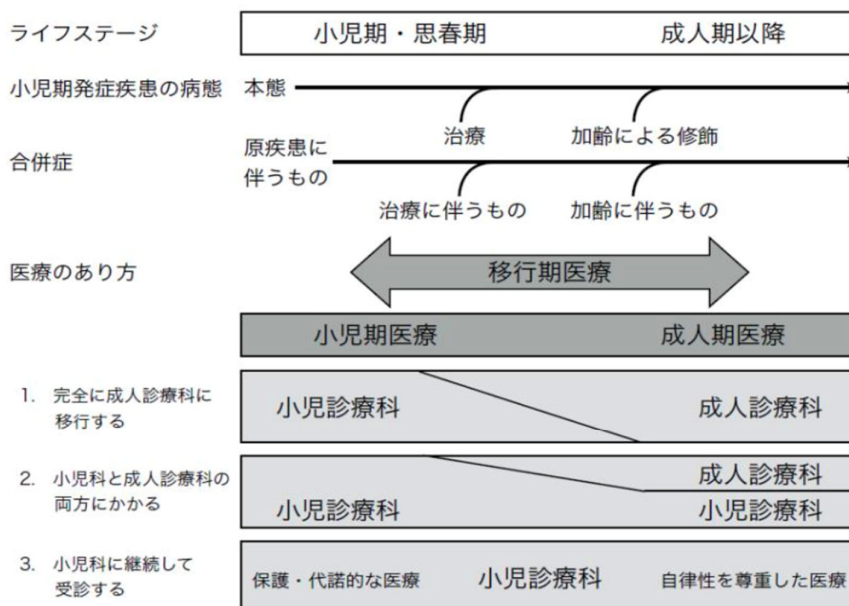
Blum RW, Garell D, Hodgmen CH, et al : Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions : A position paper of the Society for Adolescent Medicine. J Adolesc Health 14 : 570-576, 1993

- 転科 (transfer) : 成人科の新しい医療システムに移ることを意味し、転科は移行の一つの構成要素である

Callahan ST, Wintzer RF, Keenan P : Transition from pediatric to adult-oriented health care : a challenge for patients with chronic disease. Curr Opin Pediatr 13 : 310-316, 2001

移行期医療の概念図

(2014 小児科学会 移行期の患者に関するワーキンググループ)



日本小児科学会 移行期の患者に関するワーキンググループ「小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言」日児誌 118(1): 98-106, 2014より引用

小児期発症慢性疾患を有する患者の成人期移行に関する調査 －各領域の代表的な疾患における現状と今後の方向－

日本小児科学会の小児慢性疾患患者の移行支援ワーキンググループ（移行支援 WG）は、小児期発症の慢性疾患を有する患者の成人期移行の現状を把握し今後の方向を定める目的で、分科会および関連学会を対象にアンケート調査を実施した。平成 27 年度、移行支援 WG に代表を出している分科会・関連学会に対して以下の 2 つのアンケートを送り、回答を依頼した。本調査においては 16 の分科会・関連学会から回答が得られた。

アンケート 1：各学会の移行に取り組むしくみについて

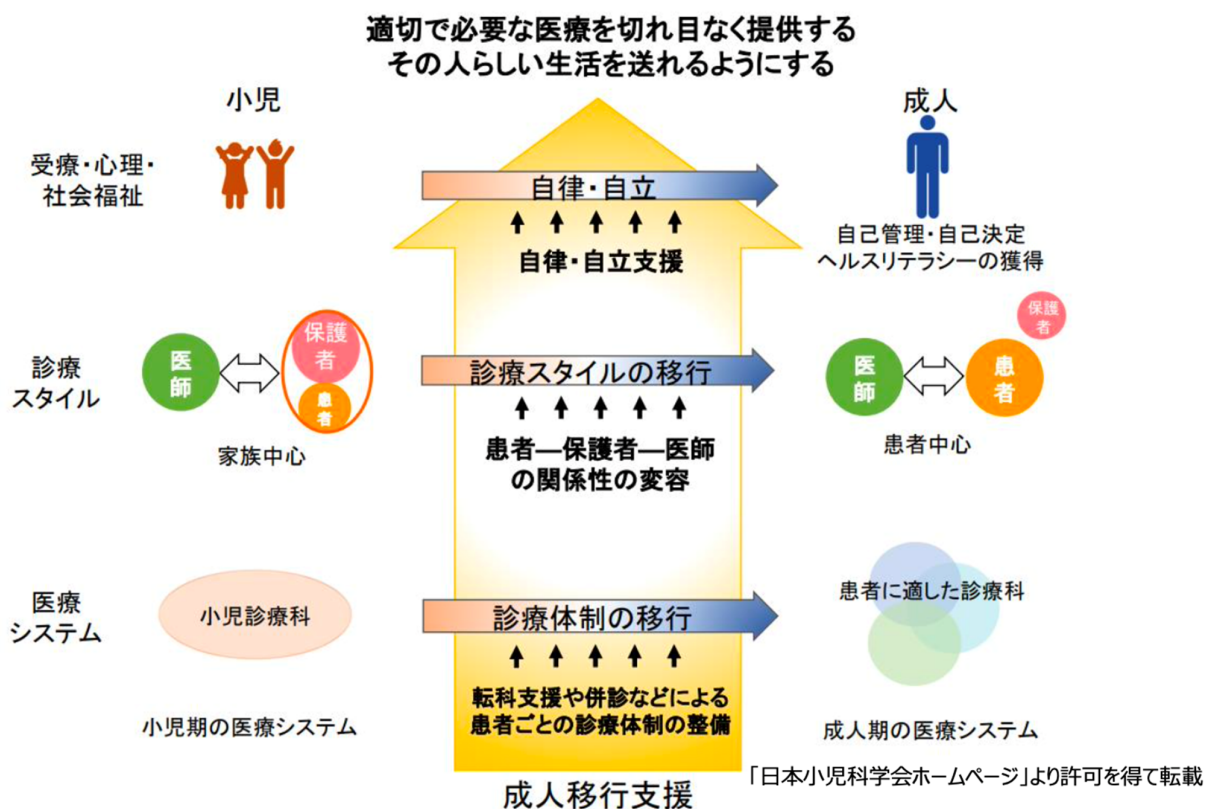
アンケート 2：各領域の代表的な疾患（1～数疾患）における移行（現実と理想、解決に向けた努力）について

精神・心身医学領域においては、**自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症、起立性調節障害、過敏性腸症候群、摂食障害**がその対象となり、小児心身医学会、小児精神神経学会の考え方が提示された。また、小児神経学会から、**重症心身障害と発達障害、てんかん**についての考え方が提示された。

考察として、さまざまな慢性疾患における移行期医療の現実と理想は、疾患の種類により多彩であること、問題解決のためにすべき努力として、成人診療科に対して（セミナー、シンポジウム、ガイドラインなど）、患者・家族に対して（自立に向けた働きかけ）、小児診療科に対して（思春期・成人期医療への積極的な関わり）、医療制度に対してなど多方面にわたり、しばしば複数を同時に進める必要があることが挙げられた。

日本小児科学会，小児慢性疾患患者の移行支援ワーキンググループ（2016）：小児期発症慢性疾患を有する患者の成人期移行に関する調査－各領域の代表的な疾患における現状と今後の方向（2015年7月）。

http://www.jpeds.or.jp/modules/guidelines/index.php?content_id=91，（参照2024年10月20日）。



小児科から考える移行

• 何を目指すのか、自立と自律

- 自立 (independence) : 社会的 (経済的、職業的)、身体的に一人でやっていくこと
- 自律 (autonomy) : 子どもが自分の意志で自分を規定しながら、他者とのかかわりへの信頼とともに自分を信頼し、自分の対処能力を信頼することも含まれる

• 診療科との関係による3つの類型化

- 完全に成人診療科に移行する
- 小児科と成人科の両方にかかる
- 小児科に継続して受診する

小児期発症慢性疾患を持つ移行期患者が疾患の個別性を超えて成人診療へ移行するための診療体制の整備に向けた調査研究 (研究代表者: 窪田 満) : 成人移行支援コアガイド (ver1.1) , 2020

実際の診療を振り返ると、移行できることは多い

• 小児科での診療が必要ではなくなる

→必要な支援が教育や福祉の分野に移行する・・・例：療育手帳を取得し、就労している。

併存症はないが、定期的な相談や支援が必要となる

• 診断のつく疾患があつてそれぞれの専門科へ移行する

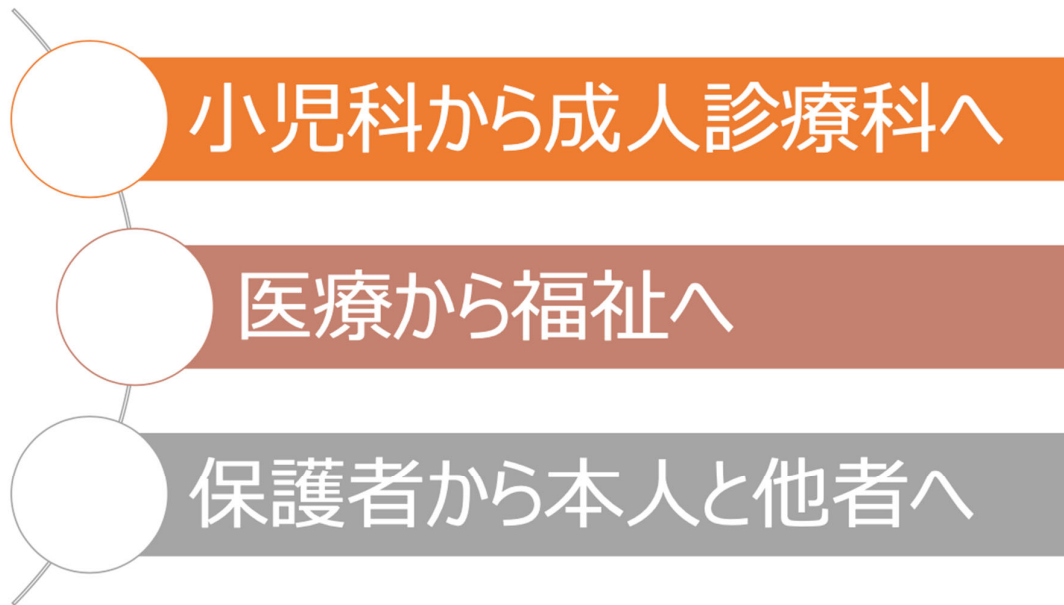
→内科的疾患がある・・・例：大学に通っており一定の適応はできているが、月経に伴う諸症状がある

→精神科的疾患がある・・・例：就労を試みたが上手く行かず自宅に引きこもっている。抑うつ症状がある

しかし、移行できない・したくない患者さんや家族が発生する

- 発達障害 + αの身体疾患の特殊性のため移行が難しい
- 発達障害としての困り感が明確ではない、精神科の治療対象にならない
- 新しい医療体制に不安・不満がある、本人が成人科の扱いに応じられない など

何を移行するのか、どんな準備が必要なのか



小児科から見た移行の課題

移行が必要な医療、支援は多様である

- 発達障害の診療や対応なのか
- 発達障害の二次障害への対応なのか
- 身体疾患を持った発達障害への対応なのか

精神科診療へ

複数の診療科
が必要

子どもの病気の理解について

- 乳児期 (0～1 歳)
- 幼児期 (2～6歳)
- 学童期 (7～12歳)
- 思春期 (13～18歳)
(青年期前半)



慢性の病気をもつお子さんがよりよい思春期を迎えるためのハンドブック 進もう、一緒に。岡山大学病院小児医療センターより 一部改変

乳児期 (0～1 歳)

自分が病気だと分かっていませんが、痛みなどの症状によって不機嫌、食欲低下などが発生して、周囲の人に気づかれます。

生理的な安定が情緒や発達に影響するため、痛みなどは不快な体験として記憶されます。



慢性の病気をもつお子さんがよりよい思春期を迎えるためのハンドブック 進もう、一緒に。岡山大学病院小児医療センターより 一部改変

幼児期（2～6歳）

自己中心性（何でも自分と関連づけて理解する）のために、自分の病気は何かの罰だと考え、「自分が悪い子だったから病気になった」と考えるなど、自分の責任ではないことも自分のせいだと思ってしまうことがあるので注意します。

処置や治療も、理解ができないために過剰な恐怖を持つことがあります。脅したり怖がらせたりせず、安心できるように声かけします。「見通し」が大事なので、お人形や絵を使って分かりやすく説明することもできます。お薬が飲めたことなど、頑張ったことをほめてあげることも大切です。



慢性の病気をもつお子さんがよりよい思春期を迎えるためのハンドブック 進もう、一緒に。岡山大学病院小児医療センターより 一部改変

学童期（7～12歳）

病気が起きる仕組みを理解するようになります。例えば、風邪を引いたのは自分が悪い子だからではなく、ウイルスが原因だということが分かるのです。

しかし、複雑な病気の仕組みについての理解はまだ難しいので、具体的な例を示しながら説明する必要があります。

また、病気の理解が進むと、自分でも体調に気を付け、治療に協力しようという気持ちが生れます。少しずつ自分でできることは任せて、自己コントロールする力を付けることが大切です。



慢性の病気をもつお子さんがよりよい思春期を迎えるためのハンドブック 進もう、一緒に。岡山大学病院小児医療センターより 一部改変

思春期（13歳～18歳）

複雑な病気の仕組みを理解することが可能で、治療の必要性も分かる時期です。理解力は大人とほぼ同等ですが、情緒的には不安定なので、説明したとおりに受けとってもらえないことがあります。また、自分の容姿が気になって、治療拒否する場合があります。友だちに気を遣って、病気を隠したり、よくないと分かっているにもかかわらず行動することがあります。

よってこの時期までに、自分の病気を受け入れ、上手に付き合えるようになっておくことが大切です。叱ったり、押しつけたりでは解決できません。失敗から学ぶこともあります。子どもの力を信じて、具体的にしてほしいことを伝え、待つ必要もあります。

病気になった子どもは、さまざまな反応を起こします。保護者や治療者は、子どもが自分の病気を受け入れるのには時間がかかること、そのために一時的に怒りや不安、気分の落ち込みなどが発生する場合があります。子どもが治療を拒否すると、周囲の大人も不安になりますが、子どもの辛い気持ちに共感しながら、治療の必要性や内容、見通しを根気よく説明します。

慢性の病気をもつお子さんがよりよい思春期を迎えるためのハンドブック 進もう、一緒に。岡山大学病院小児医療センターより 一部改変



病気の受け止めや反応にも個性があります

以下のような気持ちが発生することがあります。

自分への 想い

- ・自分がダメだから病気になった、罪悪感
- ・色々なことができなくなる、将来への悲観
- ・死ぬかもしれない、治らないかもしれない
- ・自分は劣っている、普通じゃない

周囲の人に 対する想い

- ・家族に迷惑をかけている
- ・家族から見捨てられるかもしれない
- ・学校に戻れないかもしれない、友だちにどう思われるだろう
- ・混乱すると下記のような状態になることもあります
怒りや攻撃：イライラしたり、些細なことで怒る
抑うつ：やる気が起きない、楽しみがない



慢性の病気をもつお子さんがよりよい思春期を迎えるためのハンドブック 進もう、一緒に。岡山大学病院小児医療センターより 一部改変

病気の受け止めや反応にも個性があります

混乱のために、聞き分けが悪くなったり、赤ちゃん返りをしたり（退行）、周囲を拒否したり、気にしていないようにふるまったり（防衛）、過度に周囲に合わせて我慢したり（抑圧）することがあります。これも、子どもなりの反応と考えると、「安心・安全・安定」に配慮し、「食べる・寝る・遊ぶ（活動）」を大切にしながらいつでもどおりに対応すると徐々に落ち着きます。長い目で見守ってください。



慢性の病気をもつお子さんがよりよい思春期を迎えるためのハンドブック 進もう、一緒に。岡山大学病院小児医療センターより 一部改変

発達に特性のある子ども、不安が高い子ども

想像（イメージ）ができない

初めての場所や初めての処置について、言葉で説明されても何が起きるか想像することが難しいため、不安になります。



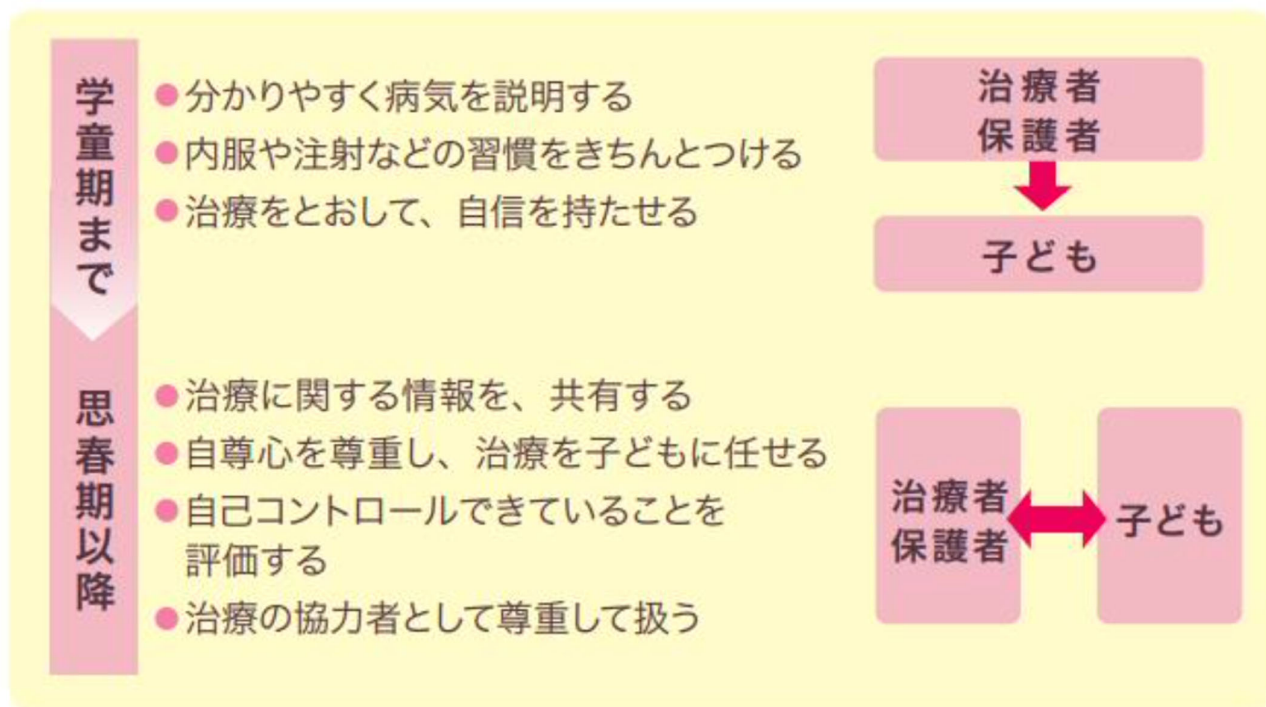
感覚過敏

匂いや音、触覚などが敏感で、他の人にとって苦痛ではない刺激、例えば消毒の匂いや赤ちゃんの泣き声、採血の時に身体を抑えられることなどが極端に苦手です。

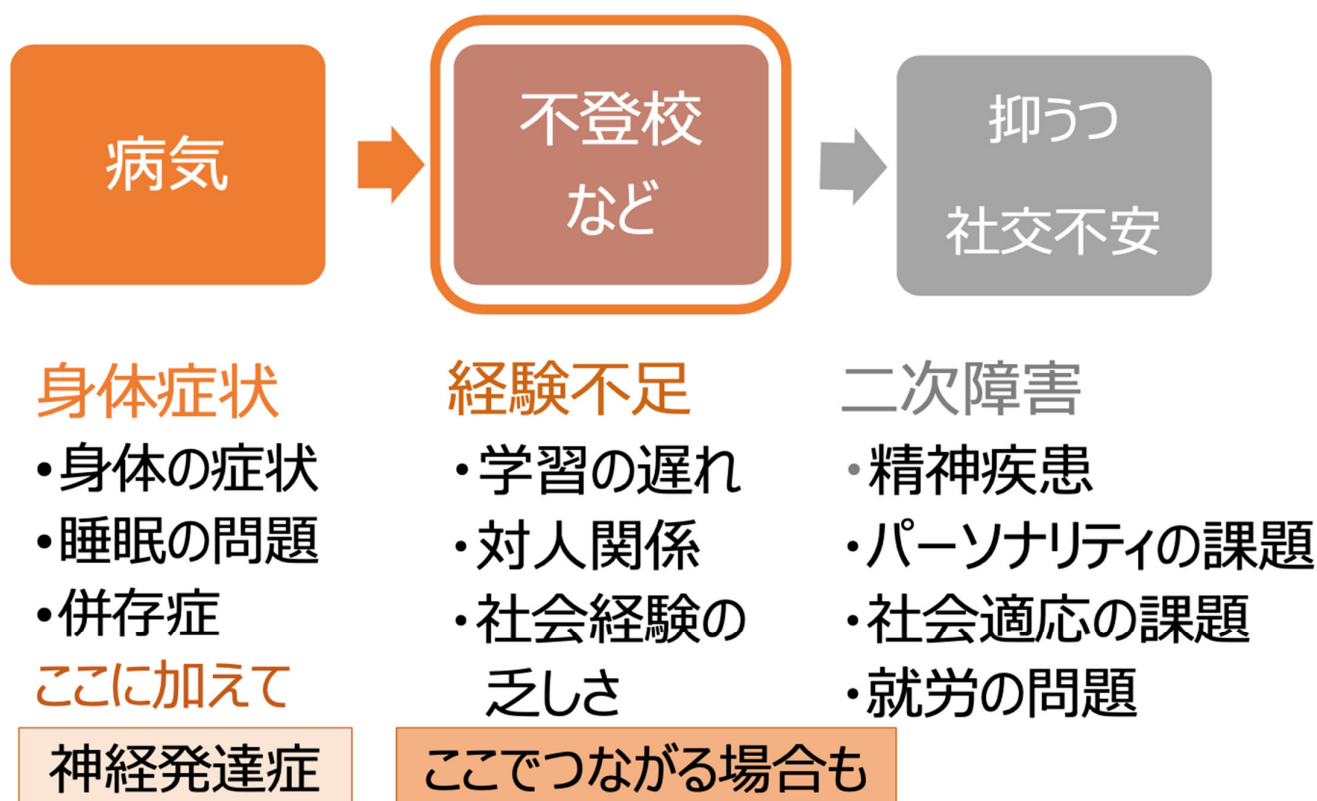


慢性の病気をもつお子さんがよりよい思春期を迎えるためのハンドブック 進もう、一緒に。岡山大学病院小児医療センターより 一部改変

思春期までに準備しておきたいこと



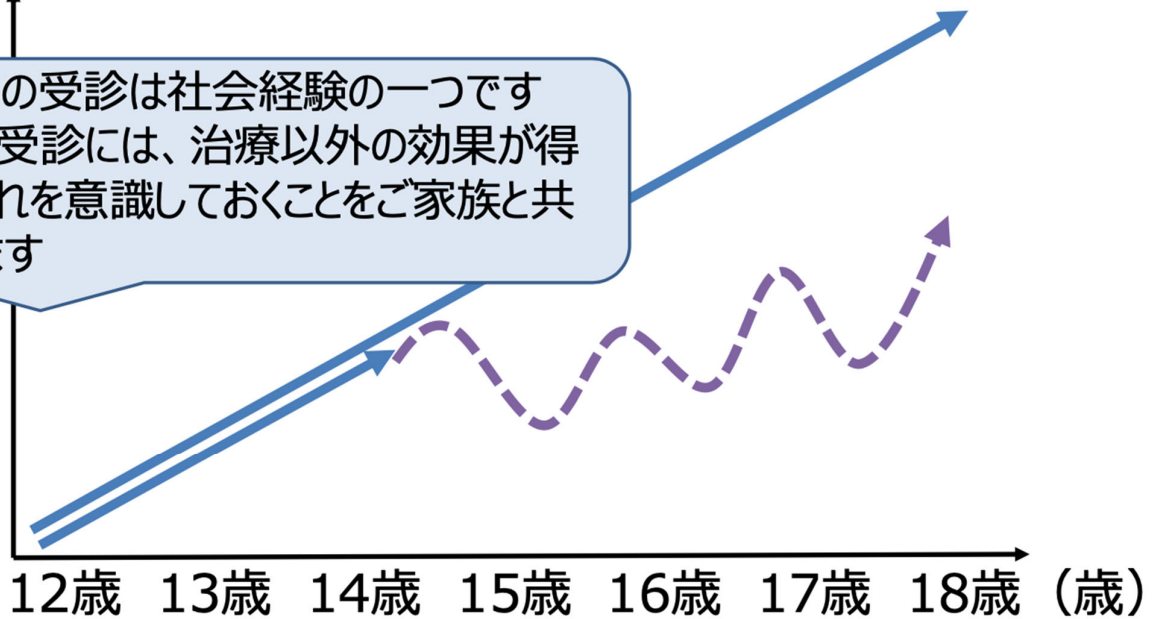
慢性の病気をもつお子さんがよりよい思春期を迎えるためのハンドブック 進もう、一緒に。岡山大学病院小児医療センターより 一部改変



社会経験・スキルに差が発生

成長・経験

医療機関の受診は社会経験の一つです
定期的な受診には、治療以外の効果が得られる、それを意識しておくことをご家族と共有しています



病気そのものが
問題ではない

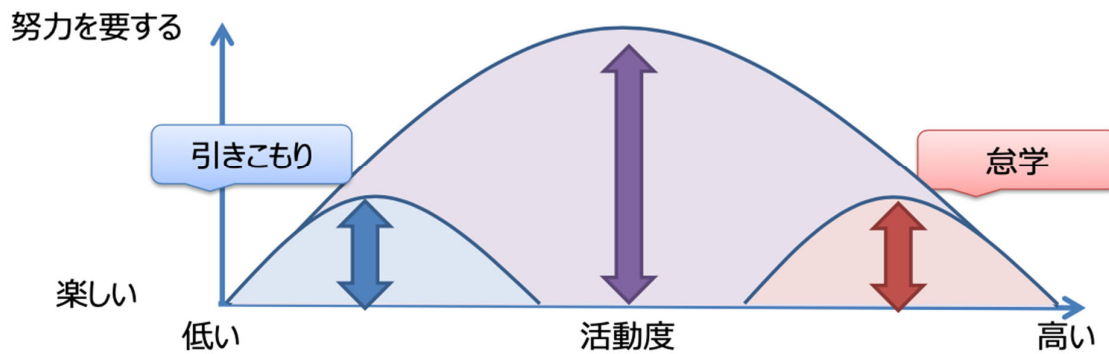
経験が減る

選択肢が減る

学習性無力感
が発生する

学習性無力感（セリグマン, M.E.P. 1967年）

努力を重ねても望む結果が得られない経験・状況が続いた結果、何をしても無意味だと思ふようになり、不快な状態を脱する努力を行わなくなる



だからこそ、移行期は大切

- ・ 移行を話し合う中で、色々なことがみえてくる

本人



家族



治療者



自己理解（困りごと）

本人の自己理解と差はないか

成人としての対応をしているか

診断を知っているか

本人ができることを任せているか

何が必要なのかアセスメントできているか

対処法を知っているか

本人の自己決定を尊重できるか

どこにつなげるかイメージできているか

神経発達症児は心身症を発症しやすい

心理社会的ストレスが大きい

「皆の当たり前」がとても苦痛

- ・「適当に」が分からない、見通しがないと混乱する
- ・ルールに縛られる、自分のルールに固執する
- ・感覚過敏、自律神経系の不調などで消耗しやすい

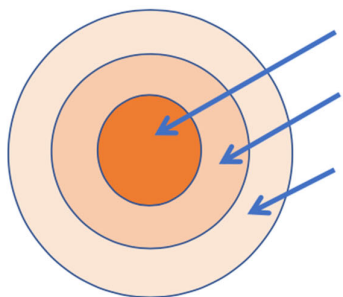
⇒結果として自分を追い詰めて疲弊する

心理社会的ストレスを処理しづらい

- ・援助を求めることが苦手
- ・自分のことを伝えるのが苦手

⇒結果として良い解決が見つからず二次障害が発生する

神経発達症との関連



- ・ もともとの身体過敏性
- ・ 不適応からくる身体化症状
- ・ こだわりによる身体症状への固着

発達障害患者における身体化の三重構造

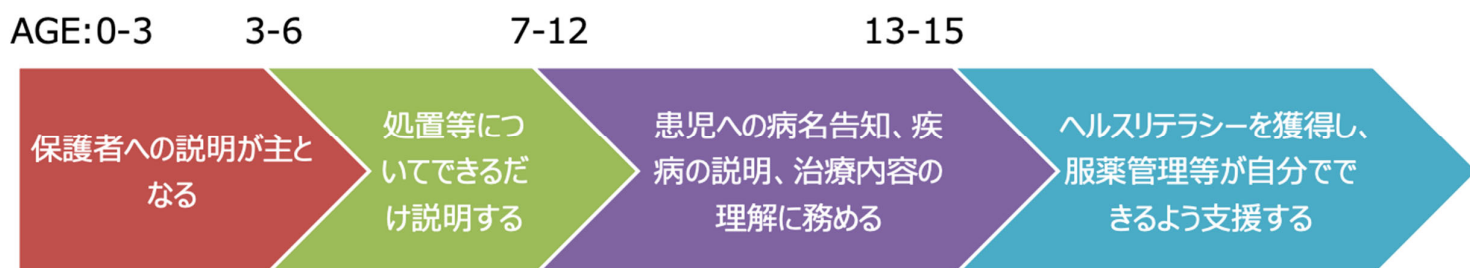
中村晃十、沖野慎治、中山和彦他 54 (12) 2014

●神経発達症を併存する症例では

- 1) 素因としての自律神経系や睡眠覚醒リズムの調節障害
- 2) 学校生活を含めた心理社会的ストレスの影響
- 3) 感覚過敏や興味の限局による身体症状への固着
- 4) 寡動、不注意で服薬が継続できないなど治療の困難さ

円滑な移行のための準備

- ・ 移行を話し合う中で、色々なことがみえてくる



小児期発症慢性疾患を持つ移行期患者が疾患の個別性を超えて成人診療へ移行するための診療体制の整備に向けた調査研究（研究代表者：窪田 満）：成人移行支援コアガイド（ver1.1），2020

移行とは

現在の状態から新たな状態へ移りゆくこと



- ・ 治療関係の移行
- ・ 診療科の移行
- ・ 支援体制の移行
- ・ 支援制度の移行

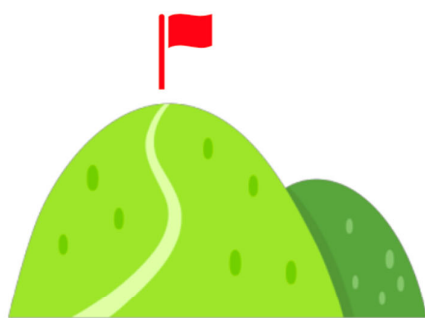
変化しなければならないのは子どもだけではない

- 発達障害を含め障害のある人の児童期の支援の中心は、本人の健やかな育ちの支援と家族の安心できる子育ての支援である。これに対して、成人期の支援は、障害のある人が、地域社会の中で、その人らしく、安心と誇りを持って暮らすための支援、自己実現を前提に Quality of Life (QOL) の高い暮らしの実現が目標である。

高橋脩：社会福祉制度を踏まえた発達障害のある人の成人期への移行支援。児童青年精神医学とその近接領域 59 (5) ; 588—596 (2018) より引用

患者－保護者－医療者関係を、発達に合わせて変化させているか、変化させる準備ができているか

協働しながら、経験をつんでいく



- 治療者や保護者が運転すると、早く到着するけれど、一人では行動できない



- 治療者や保護者は、ガイド・ナビゲーター役となる
- 子どもは、治療者や保護者とチームを形成し、いろいろな体験しながら、協働して取り組む
- 子ども自身が自分で対処できるようになることを目指す。ただし、「一人で対処できること」を目指すわけではない

その子自身の中に親機能が育つ

(感覚過敏があって) 教室の音がうるさいから疲れる。大学の授業の間に休憩できる場所がないか、学生相談室の人に相談しよう



子どもの内的な「親」の部分が働き、対処できるようになる



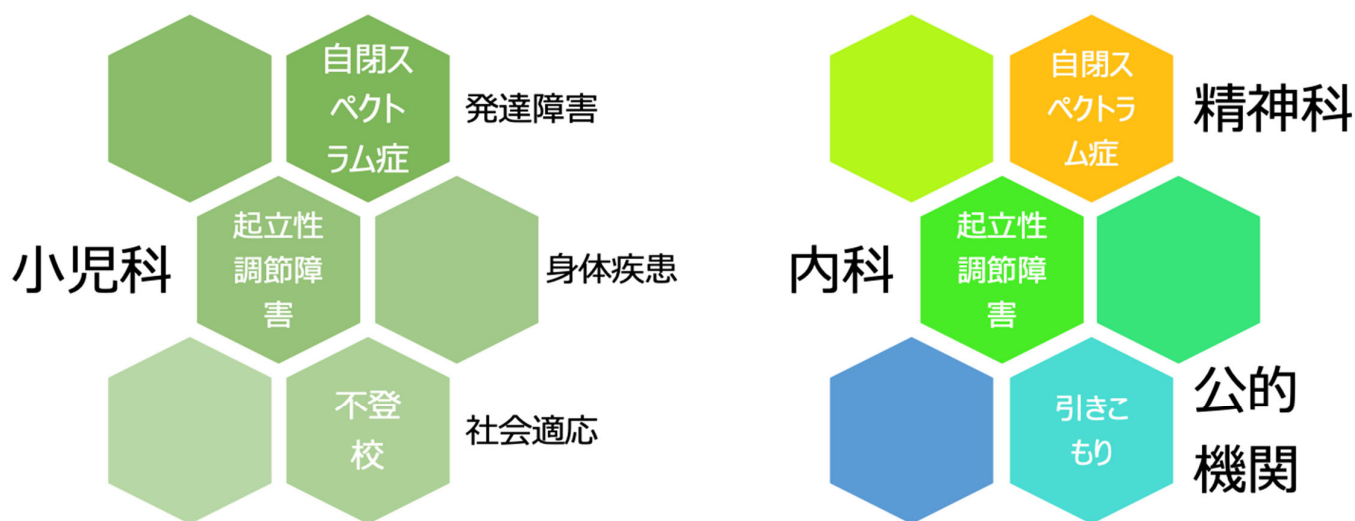
移行とは

現在の状態から新たな状態へ移りゆくこと



- ・治療関係の移行
- ・診療科の移行
- ・支援体制の移行
- ・支援制度の移行

小児科から移行するときに困ること・戸惑うこと



成人科の特徴・各機関の特徴を説明する



- 大人同士の契約なので、本人の意思や自己決定が尊重される
- 課題に対して支援があるので、困り感の自覚と表明がないと対応は得られない
- 自分で何処を利用するか、しないか、選択ができる。組み合わせることができる
- 保護者は本人に任せることができる。本人に同意を得て相談もできる

移行とは

現在の状態から新たな状態へ移りゆくこと



- ・治療関係の移行
- ・診療科の移行
- ・支援体制の移行
- ・支援制度の移行

経験値を増やす支援を

対応が、「配慮」か「過保護」か迷う時は……

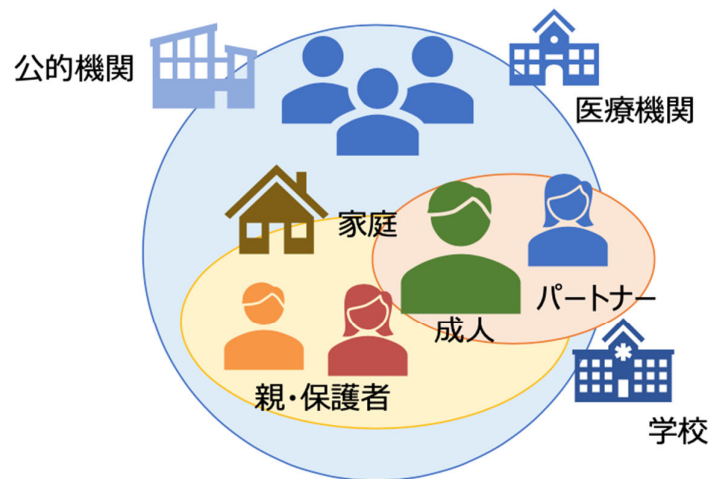
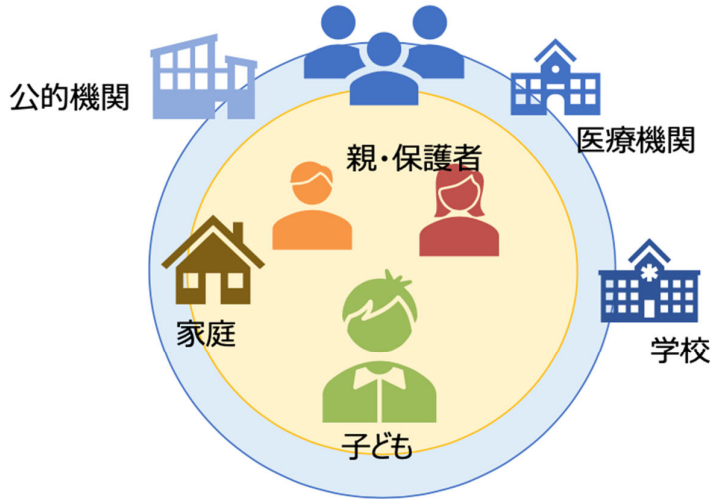
- ・ 経験が増える対応は配慮
- ・ 経験が減る対応は過保護

と伝えています



本人に無理な自立を要求せず親機能を分散する

- ・家族と周囲（学校・病院など）
- ・公的機関を利用できるように



申し込まないと
受けられない



対象にならないと
受けられない



知っている人に聞か
ないと分からない

必要な支援は

本人や家族の成長に合わせて「つなぐ」



周産期～就学前

⇒保健センター・子育て支援センター・療育機関など
保健師、療育スタッフ、園の先生など

学童期

⇒学校・児童相談所・教育センターなど
先生、SC、SSW、発達相談支援員など

青年期以降

⇒市町村の窓口・発達障害者支援センター・社会福祉協議会・ハローワークなど
保健師、社会福祉士、事業所のスタッフなど

移行とは

現在の状態から新たな状態へ移りゆくこと



- ・治療関係の移行
- ・診療科の移行
- ・支援体制の移行
- ・支援制度の移行

障害者手帳

・精神障害者保健福祉手帳

対象：精神疾患や知的障害以外の発達障害（自閉症など）
更新：あり（2年ごと）

・療育手帳

対象：知的障害
更新：あり（2～4年ごと）、18歳以上は10年など自治体による判定：児童相談所、18歳以上は知的障害者更生相談所通知により実施、自治体裁量有り

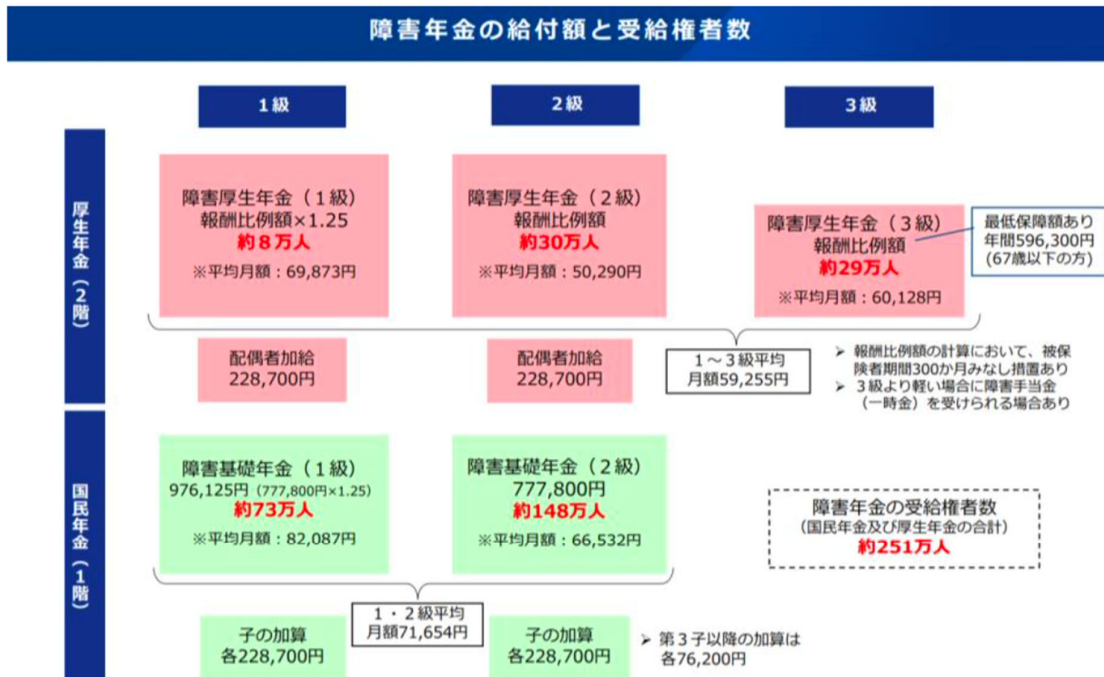
【サービスの内容】

公共料金等の割引：NHK受信料の減免
税金の控除・減免：所得税、住民税の控除、相続税の控除
自動車税・自動車取得税の軽減（手帳1級の方）
その他：生活福祉資金の貸付、手帳所持者を事業者が雇用した際の、障害者雇用率へのカウント、障害者職場適応訓練の実施

愛の手帳（東京都、横浜市）
愛護手帳（青森県、名古屋市）

障害年金制度

厚生労働省資料より引用（2024年10月6日参照）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001112704.pdf>



(注) 人数・平均月額については、厚生年金保険・国民年金事業年報（令和3年度）による年度末の数値であり、旧法年金・共済年金を含む。

障害者扶養共済制度

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000195619.html> (2024年10月6日参照)

障害のある方を育てている保護者が毎月掛金を納めることで、保護者が亡くなった時などに、障害のある方に対し、一定額の年金を一生涯支給するというものです。

親あるうちにできること。お子さんに、生涯の安心を…。

障害者扶養共済制度 (しょうがい共済)

障害のある方を扶養している保護者の皆さまへ

毎月一定の掛金を納めていただくことで、ご自身に万が一(死亡・重度障害)のことがあったとき、**障害のある方へ、終身年金を支給します。**

「障害者扶養共済制度(しょうがい共済)」の4つのメリット

- 毎月2万円の終身年金**: 保護者が死亡、または重度障害になったときに、障害のある方に毎月2万円が生涯にわたって支給されます。(20歳以上の場合は4万円)
- 掛金が割安**: 制度の運用に関する取組費などの「経費負担」が必要ないため、掛金が安く済みます。
- 税制優遇**: 保護者が支払う掛金は「障害者控除」の対象となるため、所得税・住民税の軽減につながります。
- 公的制度だから安心**: 都道府県・指定都市が実施している国民年金の制度です。

★ 加入資格、掛金(保険料)、年金額等の詳細については、保護者の方がお住まいの地方公共団体(都道府県・指定都市)の「障害者扶養共済制度担当」へお問い合わせください。

★ 制度の概要については、「(独)福祉医療機構ホームページ」の「心身障害者扶養共済事業」をご覧ください。

厚生労働省 | WJAM 独立行政法人福祉医療機構

保護者の方などから よくあるご質問

保護者の加入要件は?

- 年齢が65歳未満で健康であることや、一定程度の障害のある方を扶養していることなどの要件があります。

掛金はいくら?

- 加入時点の保護者の年齢によって決まります。保護者の年齢が若いうちにご加入いただくことで、月額掛金は安くなります。
【例】30歳：9,300円 40歳～44歳：14,300円 60歳～64歳：23,300円など
※ 制度の見直しにより掛金が改訂される場合があります。
- 民間保険と比べて安いのが特徴です。

税制優遇って?

- 掛金の全額が所得控除の対象となることから、所得税・住民税の軽減につながります。年金を受け取る際も、所得税・住民税、相続税、贈与税がかかりません。

障害基礎年金や生活保護を受給していても、年金を受け取れますか?

- はい、受け取れます。障害者扶養共済制度(しょうがい共済)により支給される年金は、生活保護の収入認定から除かれます。

保護者が亡くなり、障害のある方が自分で年金を受け取ることが難しいときは、どうするのですか?

- 親族の方などを「年金管理者」としてご指定いただけます。年金管理者が障害のある方に代わって年金の請求や受領、管理をすることができます。

誰が運営しているの?

- 各都道府県および指定都市が、条例に基づき実施しています。
- 独立行政法人福祉医療機構が年金給付に必要な資金を大切に運用します。

障害福祉サービスに係る自立支援給付等の体系

※表中の○は「障害者」、◎は「障害児」であり、それぞれが利用できるサービスです。

1 介護給付	
① 居宅介護(ホームヘルプ) ○◎	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
② 重度訪問介護 ○	重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により、行動上難しい困難を有する人で常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援、入院時の支援などを総合的にを行います。
③ 同行支援 ○◎	視覚障害により、移動に著しい困難を有する人に、移動に必要な情報の提供(代筆・代読を含む)、移動の援護等の外出支援を行います。
④ 行動支援 ○◎	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援や外出支援を行います。
⑤ 重度障害者等包括支援 ○◎	介護の必要性がとて高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的にを行います。
⑥ 短期入所(ショートステイ) ○◎	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
⑦ 療養介護 ○	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の支援を行います。
⑧ 生活介護 ○	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します。
⑨ 施設入所支援(障害者支援施設での夜間ケア等) ○	施設に入所する人に、夜間や休日に入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
2 訓練等給付	
① 自立訓練 ○	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行います。機能訓練と生活訓練があります。
② 就労移行支援 ○	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。
③ 就労継続支援(A型=雇用型、B型=非雇用型) ○	一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。雇用契約を結ぶA型と、雇用契約を結ばないB型があります。
④ 就労定着支援 ○	一般就労に移行した人に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行います。
⑤ 自立生活援助 ○	一人暮らしに必要な理解力・生活力等を補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な支援を行います。
⑥ 共同生活援助(グループホーム) ○	共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行います。また、入浴、排せつ、食事の介護等の必要性が認定されている方には介護サービスも提供します。さらに、グループホームを退居し、一般住宅等への移行を目指す人のためにサテライト型住居があります。

3 相談支援	
① 計画相談支援 ○◎	サービスの内容についての詳細は、8ページをご参照ください。
② 地域移行支援 ○	
③ 地域定着支援 ○	
4 地域生活支援事業	
① 移動支援	円滑に外出できるよう、移動を支援します。
② 地域活動支援センター	創作的活動又は生産活動の機会を提供、社会との交流の促進を行う施設です。
③ 福祉ホーム	住居を必要としている人に、低額な料金で、居室等を提供するとともに、日常生活に必要な支援を行います。

■ 日中活動と住まいの場の組み合わせ

入所施設のサービスを、昼のサービス(日中活動事業)と夜のサービス(居住支援事業)に分けることにより、サービスの組み合わせを選択できます。

利用者一人ひとりの個別支援計画を作成して、利用目的に合ったサービスが提供されます。

日中活動の場

以下から、1ないし複数の事業を選択

- 療養介護*
- 生活介護
- 自立訓練(機能訓練・生活訓練)
- 就労移行支援
- 就労継続支援(A型=雇用型、B型=非雇用型)
- 地域活動支援センター(地域生活支援事業)

+

住まいの場

- 障害者支援施設の施設入所支援
- 又は
- 居住支援(グループホーム、福祉ホームの機能)

※療養介護については、医療機関への入院とあわせて実施

障害者福祉サービスについて https://www.shakyo.or.jp/download/shougai_pamph/date.pdf (2024年10月6日参照)

保護者への配慮

子どもだけでなく

保護者の想いに配慮する



子どもが自立することの
うれしさ、さびしさ、不安、期待
新しい医療・支援体制への
期待、不安、落胆など
移行期には
色々な想いが生じます

実際には「らせん階段」

病気の受容の過程はらせん型で、状況に応じて肯定の気持ちと否定の気持ちを行き来する、らせん階段を上るように少しずつ適応に進むと言われています¹⁾。

子どもが病気であることや病気のお子さん自身を受入れ難く感じる、将来への不安を感じることは、誰にでも起こることです。

さらに、「移行」は保護者自身にとっても大きな変化です。保護者自身が相談しやすい体制つくるように努めます。

1) 中田洋二郎：親の障害の認識と受容に関する考察—受容の段階説と慢性的悲哀。早稲田心理学年報 27：83-92.より引用



移行は大切ですが、変化を喜ばれるとは限りません

- 今まで親子二人三脚で頑張ってきたのに、「自分の存在意義」が失われた気がする
- 私がサポートしているから生活できているのに、先生から「過保護・過干渉」と注意された
- あの子には繋がりがいっぱいできているけれど、私には何が残っているんだろう
- 「もう大人だから」と言われて、子どもとしか話をされません

保護者自身も発達特性があり、「理解が難しい」「変化が苦手」「衝動的に判断する」ため、移行が進まないこともあります…

保護者自身が「不安」になって頑なになっている

治療者の不安が保護者に投影されている

などの可能性を考えながら対応します

さいごに

「移行」を考える時、基本に戻る



最初に述べた疑問・・・

- 関係性の変化への意識が必要だが、患者、家族、医師それぞれに準備ができているのか？
- どこにつなげばよいのでしょうか？

がんばりズム（頑張りズム）に注意

- 「がんばり」に英語の接尾語イズム（-ism）を付けた語何かなんでも頑張ること。努力主義。（大辞林 第三版）
- 子どもは「眠い」「空腹」「体調不良」「不安」なときには不機嫌
- 「努力」と「根性」は体調が良い時にこそ生きる言葉

頑張って

（頑張っているのに・・・）ダメだと言われた

もうちょっと頑張って（やって）みよう
（励ましたつもりだったのに・・・）

頑張ると、もっと頑張れと言われる

配慮がなぜ必要か

“goodness of fit” (consonance between the individual and the environment)

どのような特質もそれ自体は問題ではなく、環境との相互作用によってその特質の「受容性」が決まる

配慮されて「成功体験」ができる



「自分は・・・の特徴があるが、・・・すれば大丈夫」という自己理解につながる



困ることを言葉で伝えて
自分で環境調整できる

まとめ

- ✓ かかわりを始めた時から、いつか来る「終結」や「移行」をイメージする。「自己理解」と「他者への信頼」が鍵となる
- ✓ 何ができて何はできないのかを振り返り、「何を移行する」のか整理して、適切な人・機関を紹介する
- ✓ 「移行」もらせん状である。行ったり来たりしながら、変化を受け入れる「親子の過程」に付きあう

かかりつけ医の方に
知っていただきたいこと

