

# 発達障害に近接する問題 や対応のあり方について

2024/03/29 令和5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  
福岡大学医学部精神医学教室 廣田匠吾

## 今回の内容

「第4回 発達障害者支援研修：指導者養成研修パートⅢ」

- 5. 堀内 史枝：発達障害支援における地域連携
- 6. 中土井芳弘：発達障害と摂食障害
- 7. 関 正樹：発達障害とゲームやインターネットの世界
- 8. 岡田あゆみ：小児科医からみた移行期の課題と対応
  
- のまとめ

# 発達障害支援に おける地域連携

## 神経発達症とは

- 神経発達性は、ASD（自閉スペクトラム症）、ADHD（注意欠如・多動症）、知的障害、コミュニケーション障害、学習障害、運動障害など。
- それらは併存することもある。
- 例として、ADHDについて。

# ASD DSM-5 抜粋

- A. 複数の状況で社会的コミュニケーションおよび対人相互反応における持続的な欠陥。
- ①相互の対人的-情緒的関係の欠落（異常な近づき方、通常の会話のやりとりができない、興味・情動・感情を共有しにくい、社会的相互反応の稚拙さ）
  - ②非言語的コミュニケーション行動を用いることの欠陥
  - ③対人関係を発展させ、維持し、それを理解することの欠陥
- B. 行動、興味、または活動の限定された反復的な様式（2つ以上）
- ①常同的または反復的な身体の運動、物の使用、会話
  - ②同一性への固執、習慣への頑ななこだわり、儀式的行動様式
  - ③きわめて限定され執着する興味
  - ④感覚刺激に対する過敏さまたは鈍感さ、並外れた興味
- C. 症状は発達早期に存在（ただし社会的要求が能力の限界や学習でのカバーを超えるまでは明らかでない）
- D. 社会的、職業的、他の重要な領域を障害している。
- E. 他の障害で説明されない。

# ADHD DSM-5 抜粋

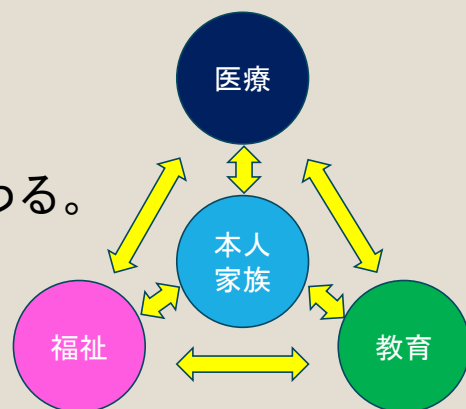
- (1) / (2) のような不注意/多動性衝動性により機能・発達の妨げとなるもの。
  - 6ヶ月以上持続。いずれかが12歳前に存在し、2つ以上の状況で起こる。他の疾患のせいではない。
- (1) 不注意：6つ以上（17歳以上は5つ以上）
- ①細部を見過ごす、作業が不正確 ②注意持続困難 ③直接話しかけられても心が他所にあるように見える ④課題をやり遂げられない ⑤順序立て、ものの整理、時間や〆切の管理が苦手 ⑥ 精神的努力の持続を要する課題を避ける ⑦ものをなくす ⑧外的刺激で容易に気が散る ⑨忘れっぽい
- (2) 多動性衝動性：6つ以上（17歳以上は5つ以上）
- ①落ち着きがない ②席にとどまれない ③不適切な状況で走り回る、高い所へ登る ④静かに遊べない ⑤じっとしていない ⑥しゃべりすぎる ⑦会話で自分の番を待てない ⑧順番を待てない ⑨他人を妨害し、邪魔する

# 神経発達症の治療 例：ADHD

- 治療目標は、主症状の完全消失ではない。
  - 学校や家庭における悪循環的な不適応状態が好転し、症状を自己のパーソナリティ特性（「自分らしさ」）として折り合えるようになる。
1. 環境調整と心理社会的治療
  2. 1の継続と、薬物療法
  3. 1と2を評価し、治療・支援システムを修正
- ※薬物療法：メチルフェニデート塩酸塩、グアンファシン、アトモキセチン、リスデキサメフェタミン
  - ※心理社会的治療：環境調整、本人・親へのアプローチ、学校や他の専門機関との連携、をバランスよく行う。

## ライフステージに合わせた 医療・福祉・教育の相互連携

- 各所でできることは限られている。
- 関係者間の共通理解、情報共有が肝要。
- 途切れない支援の調整。
- 子どもの年齢によって、各支援の濃淡が変わる。



## 各所から各所へのイメージ

- 子どもや保護者、学校の先生から医療はどう思われている？
- 病院関係者は学校をどうイメージしている？
- 案外、お互いのことを知らない。
- 連携のためにまずお互いを知ることが大切。

## 学校は実は.....

- 教員1年目でも30~40人の子どもを単独で担任し、教員不足も深刻。
- 個への支援は手薄になる。
- 本人（子ども）の生育歴や家族の現状について、情報が得にくい。
- 特別支援教育の体制や学校精神保健について、学校間/教員でばらつきあり。
- 病院が本人に対して何をしているか見えにくい。
- 病院に「薬漬けにされるのではないか」などネガティブな印象もある。
- 登校して欲しい思いが強い。
- 通常学級に在籍しているが、特別な支援が必要なのではないかと思っ  
ている生徒がいる(2022年で8.8%、実際の生徒数も10年で2倍ほど)。

## ときには法務相談体制も必要

- スクールロイヤー (School Lawyer)  
： 学校で起こるいじめや保護者とのトラブル等を法的に解決する弁護士。
- 教育委員会

## 学校と福祉の連携

- 日頃からの連携： 相談支援事業所、放課後デイサービスなど
- セーフティーネットとしての連携： 基幹相談支援センター、相談支援事業所、子育て支援センター、教育センター、医療機関、校内の体制（スクールカウンセラーなど）
- 緊急時の連携： 要保護児童対策地域協議会、児童相談所

# 合理的配慮

- 別室受験
- 試験時間の延長
- 問題用紙や文字の拡大コピー
- 会場の下見
- 問題文の読み上げ
- 面接形態の変更

※医師の診断書や、個別の教育支援計画、学校で行ってきた支援の実績（状況報告書）などが必要。

※受験上の配慮案内として正式に配布案内がある。

# 進路の選び方 過ごしやすい環境は？

## 学校

- 公立/市立
- 学年制/単位制
- 全日制/定時制/通信制/サポート校
- 通常学級/通級/交流級/支援学級/特別支援学級
- フリースクール/オルタナティブスクール

※一般に、フリースクールは不登校・引きこもり。オルタナティブスクールは、これまでにはなかった運営、進級、教科指導。

## 卒業後

- 進学（大学/専門学校など）
- 就労（一般就労/福祉就労（就労継続A型B型）/生活訓練/就労移行支援/職業能力開発校など）
- 地域若者サポートステーション、発達障害者支援センターなどの利用。

## 連携、支援の実際

- 階層的な連携（電話や書面での対応、個別関係者会議、他機関連携会議）
- 要保護児童対策地域協議会：医療機関、学校、教育委員会、保育所、幼稚園、児童相談所、保健機関、市町村、民生委員、児童委員、弁護士会、警察、民間団体などが連携。情報の共有や支援内容や役割分担を話し合う。
- ※要保護児童等：保護者のないまたは保護者に監護させることが不相当であると認められる児童。虐待や、非行、不登校なども含まれる。
- ※その他、要支援児童（保護者の養育を支援することが特に必要）、特定妊婦（出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要）など。
- どの機関中心（調整機関）となるべき事例なのか考える。
- 虐待の発生予防、早期発見対応、保護・自立支援といった総合的な支援が必要。
- ※虐待：身体的虐待、ネグレクト、心理的虐待、性的虐待。

## 不登校

- 小中学校では、10年連続で増加、2020年～2022年で10万人増加。
- 不登校生徒のうち、出席日数が10日以内の者は9.7%。
- 不登校の経過：準備段階→不登校開始段階→ひきこもり段階→社会との再会段階



# 不登校の立ち直り

- ①家のなかで子どもの気持ちが安定
- ②家族の気持ちも安定
- ③学校も子どもに関心をもちつつ見守る
- ④子どもの生活にリズムが出てくる
- ⑤子どもと家族の生活リズムの波長が合い始める
- ⑥子どもが家のなかで能動感や楽しみをもってできることを見つける
- ⑦家の用事や手伝いをする
- ⑧興味関心が家の外にのびはじめる
- ⑨これからどうしたいか子どもが自分なりに考え話し合える
- ⑩子どもや家族が先の見通しが開けつつあると実感を持ち始める
- ⑪先の見通しに向けて具体的な現実模索が始まる。

# 不登校への支援

- 「自立した青年になるプロセスに伴走する」
- 時間をかけ、子どものペースに合わせた目標設定をし、子どもの自主性を育てる。ステージを行き来できることも保証する。
- 腹を据えた親や、支援者に守られる。
- 外界からの情報が適度な量と伝えられ方で途切れず得られる。
- ASD児は周囲に合わせる・自身のことを言葉にすることが困難→予防的対応が重要。
- 医療者は、子どもに寄り添う一方、親の苦悩や葛藤（自責感や失望感など）に共感する姿勢も必要。
- 子どもや親の感情を冷静に分析し、ゆとりを持って受け止め、子どもに返す。真摯に聞く。具体的示唆を提示する。言行一致。安心させる。ときに一緒に行動する。待つことができる。
- 度が過ぎたときには直面化など。
- 遊び心も大切。子どもたちの、「完璧すぎないモデル」として存在する。

## 参考文献①

- 齊藤万比古、飯田順三. 注意欠如・多動症-ADHD-の診断・治療ガイドライン 第5版, じほう2022
- 文部科学省「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査」
- 文部科学省 初等中等教育局 特別支援教育課 令和年3月
- 発達障害と進路 | 学校選び・高卒後進路まで解説: 子どもの発達障害 - ティーンズ (teensmoon.com)
- 令和4年度 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果の概要令和5年10月4日
- 齊藤万比古著増補 不登校の児童・思春期精神医学2016
- 不登校支援の手引き 山崎透
- 子どものための精神医学 滝川一廣
- <https://yumeschool-amagasaki.website/2022/04/04/>
- 村瀬嘉代子著: 「心理療法のかんどころ」

# 発達障害と摂食障害

# 摂食障害

ICD-10	ICD-11
	食行動症または摂食症群
F50.0 <u>神経性無食欲症</u>	6B80 <u>神経性やせ症</u>
F50.2 <u>神経性過食〔大食〕症</u>	6B81 <u>神経性過食症</u>
F50.8 他の摂食障害	6B82 むちゃ食い症
F50.8 他の摂食障害	6B83 <u>回避・制限性食物摂取症</u>
F98.3 乳幼児期および小児期の異食症 F50.8 他の摂食障害	6B84 異食症
F98.2 乳幼児期および小児期の哺育障害 F50.8 他の摂食障害	6B85 反芻・吐き戻し症
F50.1 <u>非定型神経性無食欲症</u> F50.3 <u>非定型神経性過食〔大食〕症</u> F50.4 <u>他の心理的障害と関連した過食</u> F50.5 <u>他の心理的障害と関連した嘔吐</u> F50.8 他の摂食障害	6B8Y 食行動症または摂食症，他の特定される

## 摂食障害 DSM-5 抜粋

神経性やせ症(Anorexia Nervosa: AN)

- 必要量よりカロリー摂取を制限し、正常の下限を下回る体重となる。
- 有意に低い体重であるが、体重増加や肥満への強い恐怖、または体重増加を妨げる持続した行動がある。
- ボディイメージの歪み、低体重の深刻さに対する認識の持続的欠如。

神経性大食症(Bulimia Nervosa: BN)

- 持続的な摂食の没頭。
- 体重増加への抵抗（自己誘発嘔吐、緩下薬乱用、絶食、食欲抑制薬や利尿薬などの使用）
- 肥満への病的な恐れ。不健康的な体重制限。

※非定型は、ボディイメージの歪みはない。

## 児童思春期の摂食障害

- 2019年から2020年で約1.6倍（2020年と2021年はほぼ変わらず）。
- COVID-19感染症拡大の影響で、食事の仕方が変わったことが関係しているかもしれない。
- 児童青年期の摂食障害には、発達障害の併存を10-20%に認める。（Wentz, 2005, 日本小児心身医学会摂食障害WG, 2008など）
- 非定型な摂食行動はASD群の70.4%に認めたという研究もある。

## ASDと摂食障害の関連

- 同一性への執着
- 社会的引きこもり
- 興味の対象が狭い
- 認知的・行動的柔軟性（セットシフティング）の問題（Westwoodら, 2017 他）
- セントラルコヒーレンス（細部にこだわりすぎない力）の問題(Oldershaw 2011他)
- 実行機能の弱さ(Ghiotto, 2022 他)
- 感情認知の弱さ(Kerr-Gaffney, 2020 他)
- 心の理論の困難さ(Leppanenら, 2018 他)
- ANでもASDでも共通して弱い部分がある。

## ADHDと摂食障害の関連

- 小児期のADHDの存在は、後の暴飲暴食のリスクを高める。(Levin and Rawana, 2016他)
- 成人の神経性過食症(BN)では、児童青年期にADHDの診断歴があることが多い。(Ptacekら、2016)
- セットシフティング、ワーキングメモリー、抑制制御の問題。(Juarascioら、2015)
- ADHDは過食性障害、BN、ANと関連することが示唆される(Hilbertら、2018他, Achermannら、2022他)。

## 摂食障害と発達障害、性別

- 摂食障害は、男：女=1：10。女兒に多い。
- ASDは、男：女=2~4：1。ADHDは、男：女=3~5：1。男児に多い。
- 知的能力障害や言語の遅れを伴わない女兒は、男児よりも社会的およびコミュニケーションの困難が軽微だったり、特性を覆い隠そうとしたりして、認知されにくい可能性あり。
- 発達障害特性による困難を、過剰適応やカモフラージュ、代償しても、つまずきや感覚過敏性による苦痛を経験し、自己肯定感の低さ、不安、抑うつ、強迫症状を密かに有している。これらの精神病理は、完璧主義や負けず嫌いと描写されるAN病前性格を形成するかもしれない。(宮脇ら、2023)

# 摂食障害的性格か、発達障害特性か

- 発達障害では、発達歴の情報が乏しい、他の精神症状が目立っている、本人が“普通”と思ってあえて言わない、などの理由で、横断的な評価になりがち。
- 摂食障害には、アレキシシミア（自分の感情を特定し言語化することの困難さ、内受容感覚＝「お腹が空いた」「心臓がドキドキする」など身体の中の感覚へのこだわり）といった特徴あり。
- TAS-20（トロント・アレキシシミア・スケール）を用いた研究で、自分自身の感情状態を把握する力がASD特性と摂食障害の病理特性を部分的に媒介するという結果に。
- 摂食障害的性格、発達障害特性は似ている。

# ASD類似特性は飢餓の影響か？

- ミネソタの半飢餓研究(1950)
- 目的：飢餓期と回復期における人間の状態を理解する。
- 結果：飢餓期とリハビリ期の両方で、食べ物への没頭あり。やせ願望なし。精神的合併症（気分の不安定、抑うつ、不安、怒り、不眠、強迫性、精神病的症状、集中力、理解力、判断能力の減少）あり。実験終了後、全員が自分で抑制できない過食。
- 考察：神経性やせ症のやせ願望以外の心理・行動異常は飢餓によるものであり、適切な栄養管理が重要。
- 神経性やせ症の長期化により、食事の種類・量やカロリー、体重へのこだわりが高まる。やせ願望や肥満恐怖に没頭し、他者への関心が減る。言葉数が少なくなり、感情表出が乏しくなる。慢性化することで、神経心理学的特性も強まる。ANの認知の柔軟性は罹病期間が長い（4年以上）と問題が大きくなる。ANのセントラルコヒーレンス、感情認識の困難さは罹病期間が長い（7年以上）と有意に認める。(Saure, 2020)
- 神経心理学的な特性は摂食障害回復後でも残存する（Lopezら, 2008/ Tchanturiaら, 2004）という報告と、完全にではないが改善する（Oldershaw, 2010）という報告がある。

## 摂食障害の鑑別

- 視床下部腫瘍などの脳腫瘍
- その他悪性腫瘍
- 消化器系疾患（上腸間膜動脈症候群、潰瘍、炎症など）
- 膠原病
- 糖尿病
- 甲状腺機能亢進症 など

## 摂食障害の治療 病理、基本的姿勢

- 拒食や過食は「意志」ではなく「病気」。
  - 本人と病気を切り離し、身体の危険を自覚できないことや、親子関係がおかした状態になっていることは、摂食障害のせいだと説明する。＝問題の外在化
- ※問題の外在化：Ex) 「もっとやせないと愛されない」と頭の中でささやくのは病魔アノレッキー。アノレッキーと一緒に戦おう！
- 本人は変化が恐ろしい。「やせをやめたらどうになってしまうのか」「やせることが唯一の価値」
  - 自閉症を併存する若者では、より集中的な治療が必要

## 摂食障害の治療 基本的姿勢

- 身体面、心理面の両方にアプローチが必要。
- ANの病理において、食事摂取や体重を増やすことは本人の意に反するため、治療目標を共有することが重要。
- 短期中期的な目標：本人がどのような体験をしているか、回復のために本人が取り組めることはないかと考え、それを治療者が援助するという関係性になる。
- 長期的な目標：「ふつうに」食べられる。病的思考や、食べ物や体重へのとらわれがない。自分のありのままを受け入れられる。学校・家族との交流が普通に送れる。

## 摂食障害の治療 本人と家族の関係

- 保護者と本人は、陰悪になっていることもあれば、迎合している場合もある。
- 家族教育、支援が重要。
- 児童思春期では、焦点化家族療法、CBT-EDなどが行われる。
- 子どもの様子に合わせて、先導する、並走する、ついていく、と変化させる。
- 思いやり、包容的で、落ち着いている、を目指していく。



# 摂食障害の治療の一例

- ASDの場合、感覚特性やこだわりに対して、より配慮した食事療法を考慮する。  
(<https://www.peacepathway.org/> Biatek-Dratwaら、2022)
- Food Chaining (Fraker, 2007) : 子どもが安全と感じる食物と、導入したい食事の間の類似した特性を強調する。
- The Feeling and Body Investigators (FBI) (Zuckerら, 2019) : 身体感覚に対し適応的に関わるためのプログラム。身体の声聞く、そのときどうしたか思い出す、身体感覚の意味を推測する、この感覚のときはこう行動すると決める、実行する、といった手順。
- Family based treatment (FBT) : 家族（特に両親）が本人の回復のため、体重回復の責任を担う。短期集中型。こころの問題は体重が回復してから。摂食障害を維持する要因に焦点を当てる。
- CBT, CBT-AR : 10歳以上の医学的に安定している児に推奨。栄養不足と健康への影響に関する心理教育とともに、1週間に0.5~1.0kgの体重増加。1日の摂取量を500キロカロリーずつ増やす。不快でないものから順に、食物へ暴露。食べ物に興味がないときは、満腹感などの身体感覚に慣れさせるために、インターセプティブエクスポージャー（あえて不快な身体的感覚に暴露する）を使用。
- Cognitive Remediation Therapy(CRT) : 認知機能改善療法。思考の過程や思考スタイルに働きかける神経心理学的治療法。1回30~40分のセッションを合計10回程度。セットシフティングとセントラルコヒーレンスの改善を通じて、日常生活機能の向上、疾患からの回復を目指す。

## 参考文献②

- DSM-5
- 吉内一浩.食行動症または摂食症群. 精神神経学雑誌 123: 684-687, 2021
- 国立成育医療研究センター. 2021年度コロナ禍の子どもの心の実態調査 摂食障害の「神経性やせ症」がコロナ禍で増加したまま高止まり. <https://www.ncchd.go.jp/press/2022/1117.html> 2024/03/05 access
- Atypical eating behaviors in children and adolescents with autism, ADHD, other disorders, and typical development. Mayes and Zickgraf, 2019
- Alexithymia may explain the relationship between autistic traits and eating disorder psychopathology (Vuillier, 2020)
- 小児心身医学会ガイドライン集 標準的医療説明: インフォームド・コンセントの最前線 摂食障害（精神科を窓口を受診する場合） 佐々木剛、中土井芳弘
- 摂食障害というこころ 松木邦彦
- 安藤哲也(2020)「摂食障害の認知行動療法改良版(CBT-E)」
- Case series of family - based treatment for restrictive - type eating disorders and comorbid autism: What can we learn? A brief report (Bentz, 2022)

# 発達障害と ゲームやインターネット の世界

## 発達障害とネットやゲームの親和性

- オンラインゲーム利用者はASD/ADHDとも、小学校低学年で50%弱、高学年で80%前後。
- ネット依存の有病率は、1.0%~36.7%。ゲーム依存は、中学生で2.5%~15%程度。
- ネットやゲームは、即時報酬的で、待たされず、飽きさせない工夫がなされている。
- オンラインは、気が散りにくい安全な距離からの交流ができ、言語的・非言語コミュニケーションによる相互交流の情報量が少ない。
- ASDは趣味を楽しむ新たなつながりとして、非ASDは既存の人間関係を維持強化するツールとしてSNSを利用。
- ASDでは、マルチプレイの苦手さ、オンライン特有の空気を読む力の必要性など、SNSを使用しない要素もある。
- ADHDは、やるべきことに気づきにくく後回しにするが、やりたいことを見つけやすい。
- ネット依存とADHDの関連性が高いことは多くの報告で一貫している。
- ASD/ADHD単独より、ASD/ADHD併存例で、より問題となりやすい。

## 発達障害とネットやゲームによる問題

- ASDは、情動調節・社会性の維持・明文化されないルール・興味の広がり・感覚・考え方の柔軟さ・嫌な記憶の処理に問題がある。
- 学校でのうまくいかなさや、ネットやゲームへの傾倒とつながる。
- しかし、ネットやゲームの暗黙にも適応できないことがある。
- ADHDでは、多動や衝動性がわがままと見えやすく、忘れ物などの多さ、同調できなさ、学習への集中できなさなどの問題も抱えている。
- 嗜癖的になりやすく、特性の強さとゲームの過剰な使用にも関連あり。
- 課金するために親のクレジットカードを利用することも。

## 不登校

- 不登校の57%に発達障害が併存しているとも言われる。
- 不登校になると、ネットやゲームに割く時間も増える。
- 不登校は「こじれる」ことで脱却しづらくなり、新たな問題を生み出すこともある。
- 家族の関わりが大切になるが、家族だけでは限界もある。

## ネットやゲームの問題例 ゲーム障害

- ICD-11で追加された。以下抜粋。
- ゲーム障害は、持続的または反復的なゲーム行動のパターンによって特徴付けられる。
- 1. コントロールできない
- 2. ゲームに与えられる優先度の増加
- 3. 否定的な結果の発生にもかかわらず継続/エスカレート
- 個人、家族、社会、教育、職業など重要な領域の機能に著しい苦痛や重大な障害をもたらす。
- 少なくとも12ヶ月の期間にわたって明らか。

## ゲーム障害の危険因子

- 自己評価や孤独感
- 幸福度の低さ
- 家族間の対立
- うつ病やADHDなど

## ネットやゲームの問題例 犯罪

- 被害者は中学生が増加。
- X(旧Twitter)＞Instagram＞LINEなどを通じて巻き込まれる。
- しかし、子どもにずっとSNSを使わせないのは不可能。
- 子どもは、危険性を知らないわけではない。
- 大人が、子どもを取り巻くSNS事情を知っておく必要がある。

## 発達障害での治療の難しさをどうするか

- ASDは、社会的動機づけのしやすさ、社会的志向、社会的報酬への反応、などに問題がある。
- 感情的より、指示のわかりやすさ、合理性、常同性、といったことを重要視して治療する。
- ADHDでは、実行機能回路、報酬系回路の問題がある。
- 段取りの悪さや、手近な報酬に飛びついてしまい長期的な利益を優先できない特性がある。

## ネットやゲームの利点 場所としての機能

- 共同作業をする仲間関係
- 深く長い仲間関係
- 表現活動としての場
- 気軽に待ち合わせをして同じ遊びができる
- 気が散りにくい安全な距離からのコミュニケーションができる
- 非言語的コミュニケーションのハンデが少ない場所

## ネットやゲームの利点 居場所としての機能

- SNSで「死にたい」という子どもたち。
- 現実世界は「わかってくれない」「否定されるだけ」。
- SNSはやや一方的に自分の気持ちを発信できる。
- SNSも「居場所」で「リアル」な関係。
- そこにしか「居場所」がない子どももいる。

## ネットやゲームについて 子どもは触れないでいられる？

- 子どもがSNSに出会いやすいのは小学校高学年から。
- 高校生ではほとんどの子どもがSNSを利用する。
- ネットで知り合った人と実際に会ったことがある高校生は約半数。

## ネットやゲームの問題に対処するために 大人の姿勢

- 比較的早期から安全な使い方を教える必要がある。
- 頭ごなしに否定/禁止しない。
- 伝え方も工夫する。
  
- ゲームやネットについての話し合いに、大人が、常に、どんなことにも開けていることを子どもたちにわかってもらう。

# 相談していい人、相談してはいけない人

## ◦ いい人 :

- ①話の腰を折らない ②苦しさを否定しない ③相談者を認めている
- ④よくある安易なアドバイスをしない ⑤無理して褒めない
- ⑥わかったふりをしない

## ◦ いけない人 :

- ①話の途中で自分語り始める
- ②「それよりも苦しい人がいる」「そんなに自分を傷つけると周りが悲しむ」など苦しさを軽く扱う
- ③「〇〇できるといいね」など安易なアドバイスをする
- ④大して知らないのに無理に褒める ⑤わかったふりをする
- ⑥以前に話したことを覚えていない

# ネットやゲームの問題に対処するために 実際に考えること、すること

- 本人にとってそのSNSはどのような「居場所」なのか考える。
- 本当の問題は「SNS/ゲームの時間が長いこと」なのか考える。
- 「ダメ」「危ない」だけでなく、安全な使い方を一緒に考えて、実際一緒に使う。
- 大人がどうして「こうあってほしい」のか「こうしてほしくない」のかを伝える。
- 不登校では、「学校に行く/行かないよりも、あなたが元気でいてくれることの方が大事だと思っている」「あなたの好きなものは私達も大切に思っている」「あなたが元気になるためのチャレンジは応援している」というメッセージを送り続ける。
- 大人も子どもも、家庭外の信頼できる専門家などつながりをもつ。
- 親だけがつながる時も本人に隠さない。
- 最終的に家庭や治療の場が、子どもが挑戦できる居場所になること。



# ネットやゲームをめぐる約束事

- 子どもが主体的に考えて作ることが望ましい。
- 大人は「子ども自身の守る力」「自分の守らせる力」を念頭に、実行可能かどうか一緒に考えるアドバイザー。
- 子どもの能力や特性はそれぞれ違うので、各家庭で約束事は違うのは当たり前。
- ※勉強や学習成績は基準にしないほうが賢明。ゲームと勉強はそもそも別の次元。
- ※「ゲームを減らす」より、「ゲーム以外のことも（子どもにとって）楽しい」と思ってもらおう。
- 子どもも大人も約束は意外と守れない。守らせられない約束の放置は最も良くない。
- その約束事は「子どもが実行可能」で「大人がそれを監督できる状況にある」か？
- 守れたらすぐに褒める。課題があるなら、取り掛かり始めたところで褒めるくらい。
- ※ゲームに負けて怒る子どもには、まず「どうやったら勝てるか」を話す。「冷静さ」は「勝率アップにつながる」。アンガーマネジメントについて話し合う。

# 親子の距離感はどのあたり？

- 毎日のあいさつできる/できない
- 食べたいものを答えてくれる/答えてくれない
- 一緒に食事ができる/できない
- 好きなもののことが話せる/話せない
- 雑談できる/できない
- 家族との好きなことに関する外出できる/できない
- 家族の用事についてくる/ついてこない
  
- 段階によって、話せること、話の入り方は違う。

# 親子が対立してしまったら？

- 肯定的な表現に変える。
- 「私」を主語にする。
- 本人が我慢しようとしている/頑張っていることを一緒に探す。
- 親が心配していること（ゲームやSNS）の良いところを子どもに教えてもらう。

## 参考文献③

- 令和2年度情報通信メディアの利用時間と情報行動に関する調査（総務省）
- LINE 青少年のネット利用実態把握を目的とした調査（H30）
- Kristen Gillespie-Lynch et al. (2014) Intersections
- Between the Autism Spectrum and the Internet: Perceived Benefits and Preferred Functions of Computer-Mediated Communication. *Intellect Dev Disabil.* 52 (6): 456-469.
- Finkenaer, C., Pollmann, M., Begeer, S. & Kerkhof, P. (2012). Brief report: Examining the link between autistic traits and compulsive internet use in a non-clinical sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 2252-2256.
- Van Schalkwyk, G. I., Marin, C. E., Ortiz, M., Rolison, M., Qayyum, Z., McPartland, J., & Silverman, W. K. (2017). Social media use, friendship quality, and the moderating role of anxiety in adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 2805-2813.
- 朝日新聞デジタル <https://www.asahi.com/articles/ASN3D5251N3BUT>
- IL02I.html
- 発達障害とインターネット依存の現状と対策 館農 勝 児童青年精神医学とその近接領域Vol. 60, No. 1
- Liu S, Yu C, Conner BT, Wang S, Lai W, Zhang W. 2017. Autistic traits and internet gaming addiction in Chinese children: The mediating effect of emotion regulation and school connectedness. *Research in Developmental Disabilities*, 68: 122-130.
- Masi L, Abadie P, Herba C, Emond M, Gingras MP, Amor LB. Video Games in ADHD and Non-ADHD Children: Modalities of Use and Association With ADHD Symptoms. *Front Pediatr*. 2021 Mar 12;9:632272. doi: 10.3389/fped.2021.632272
- Yen, J et al. (2017)
- Marmet S et al. (2018)
- (関ら, 2021)
- ICD-11
- 鷺見ら(2018)Okaら(2021)Higuchiら(2021)
- 1)Caplan, S. E. (2002) 2) van der Aa N et al.(2009) 3) Yen, C. F et al.(2009) 4) Hyun, Gie al..(2015)

# 小児科医からみた 移行期の課題と対応

## 移行とは

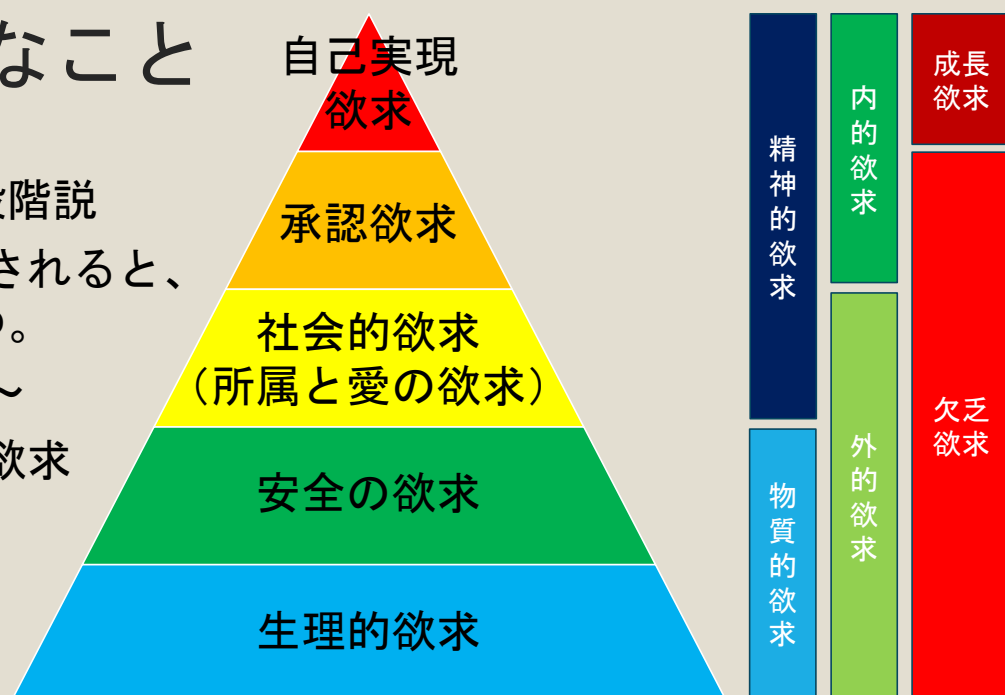
- 十代後半から二十代。
- 社会的、身体的な自立。さらには自律を目指す。
- 患者－保護者－医療者関係が変容。
- 小児科から成人診療科へ。医療から福祉へ。保護者から他機関へ。
- 知的障害のある者：支援の充実や居住場所の確保。
- 知的障害のない者：本人の自立支援が中心（就労支援など）。
- 本人の特性や身体疾患の特殊性、不安感などで移行できない症例もいる。
- 青年期前半での両価性（アンビバレント）。実年齢×0.7とも考える。  
※18歳でも精神的には12～13歳。
- 一進一退するものだと考える。

# 自立とは

- 自律とソーシャルスキルが必要。
- 自律：自己理解（できることできないこと、好きなこと嫌いなこと）し能力を発揮する。
- 診断や特性を伝え、福祉サービスの利用、手帳の取得、配慮申請などを行う。
- メタ認知の利用。
- 手帳：身体障害者手帳（身体障害）、療育手帳（知的障害）、精神障害者保健福祉手帳（その他精神障害）。
- ソーシャルスキル：援助希求（自分の気持ちを言葉にできる、相手に伝えられる）と、最低限守るべきルールを守る力。
- ルールを守るため、適切な選択・決定を行うために、日常及び社会的知識が必要になる。
- 「保護者が一週間旅行に行っても過ごせる」「一人で移動することができる」
- しかし、無理な自立の要求はせず、まず親機能を学校や病院、公的機関に分散させる。

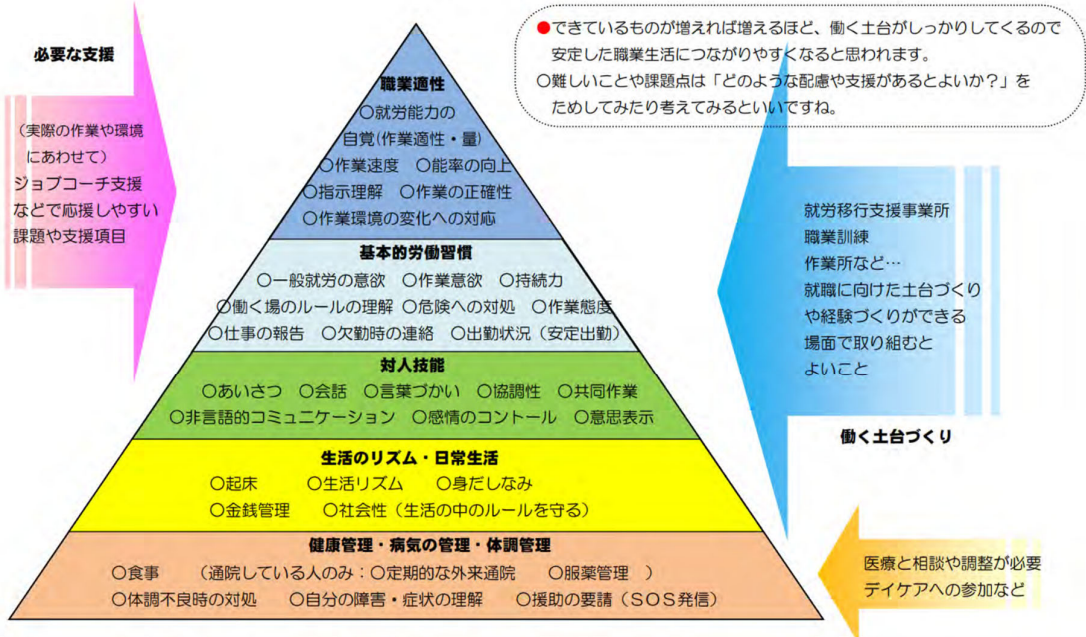
## 自立に必要なこと

- マズローの欲求5段階説
- 低次の欲求が満たされると、1つ上の欲求をもつ。
- 就労：社会的欲求～
- 被虐待：～安全の欲求



## 職業準備性ピラミッド

「安定した職業生活のための職業準備性」にはさまざまな側面（段階）があります。「就労移行支援のためのチェックリスト」を活用して、あなたの「職業準備性」のどの側面（段階）がどのような状態かをまず、把握してみましょう。できているもの（チェックリストの1か2に○がついたもの）は○に色を塗りましょう。



## 自立に必要な支援

- 児童期の支援の中心は、本人への支援と、家族が安心できる子育ての支援が必要。
- 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QOLの高い暮らしの実現が目標。
- 治療者や保護者は、ガイドやナビゲーター役となる。
- 本人の経験を増やす。  
※経験が増える対応は配慮、経験が減る対応は過保護。
- その子自身の中に親機能が育っていく。

## 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
- 以下のいずれかに該当し慢性の支援が必要：①定期処方薬が必要、②特別な医療サービス、精神的ケア、教育的サービスが必要、③能力面で問題がある、④リハビリサービスが必要、⑤治療やカウンセリングが必要な感情、発達、行動上の問題がある
- 東京都内での調査で、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。

## 医療的ケア児

- NICUなどに長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろうなどを使用し、痰の吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童。
- 全国在宅で、推計2万人。増加傾向。

## 特別支援教育

- 義務教育段階の全児童数は減少傾向だが、特別支援学校、特別支援学級、通級はどれも増加傾向。

### 発達障害児との出会い

- 健診から
- 身体疾患の合併例から
- 心身症を契機として

## 発達障害での困難さと対応

- 一次障害：想像力の乏しさ、感覚過敏、社会性の欠如、こだわり、学習の遅れ。
- 二次障害：精神疾患、社会不適應、就労の問題、自尊心の低下。
- 学習性無力感：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ってしまうようになり、不快な状態を脱する努力を行わなくなる。
- 困り感の自覚と表明を行うことが困難、選択をすることが困難。

# 発達障害での支援

## 配慮の必要性

- 成功体験を積み、その中で困っていることを言葉で伝え、自ら環境調整できるようにする。

## 疾患教育

- 児童期：  
わかりやすく病気を説明する、内服や注射の習慣付けを行う、治療を通して自信を持たせる。
- 移行期前：  
治療に関する情報を共有する、本人の理解度を確認する、自尊心を尊重し治療への自立も促す、本人の頑張りを評価する。

# 支援のあり方

- 移行期とは、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時期。
- 身体的治療と並行して発達の評価や支援を行う。
- 発達障害の一次障害、二次障害どちらにも対応。
- 特に移行期には心身両面の支援が必要。
- 成人科が診るのか、小児科が診るのか、両方が診るのか。



# 支援が必要だが.....

- 支援は、申し込まないと、対象にならないと、知っておかないと、受けられない。
- 周囲が、家族の成長に合わせてつなぐ必要がある。
- 周産期：保健師
- 学童期：学校、児童相談所、教員、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー
- 青年期以降：地域の公的機関、病院
- 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 [こころの情報サイト https://kokoro.ncnp.go.jp/](https://kokoro.ncnp.go.jp/)

## 障害者手帳

	身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳
根拠	身体障害者福祉法 (昭和24年法律第283号)	療育手帳制度について (昭和48年厚生事務次官通知) ※ 通知に基づき、各自治体において要綱を定めて運用。	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (昭和25年法律第123号)
交付主体	・都道府県知事 ・指定都市の市長 ・中核市の市長	・都道府県知事 ・指定都市の市長 ・児童相談所を設置する中核市の市長	・都道府県知事 ・指定都市の市長
障害分類	・視覚障害 ・聴覚・平衡機能障害 ・音声・言語・そしゃく障害 ・肢体不自由(上肢不自由、下肢不自由、体幹機能障害、脳原性運動機能障害) ・心臓機能障害 ・じん臓機能障害 ・呼吸器機能障害 ・ぼうこう・直腸機能障害 ・小腸機能障害 ・H I V免疫機能障害 ・肝臓機能障害	知的障害  ○ 更新：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	・統合失調症 ・気分(感情)障害 ・非定型精神病 ・てんかん ・中毒精神病 ・器質性精神障害(高次脳機能障害を含む) ・発達障害 ・その他の精神疾患  ○ 更新：あり(2年ごと)
所持者数	4,842,344人 (令和4年度福祉行政報告例)	1,249,939人 (令和4年度福祉行政報告例)	1,345,468人 (令和4年度衛生行政報告例)

# 子どもの手当

障害の有無を問わない	児童手当 15歳まで 1~1.5万円/月	児童扶養手当 ひとり親家庭 18歳まで 4.29万円~/月
障害がある場合	障害児福祉手当 精神または身体に 重度の疾患あり 20歳未満 1.46万/月	特別児童扶養手当 20歳未満 精神または身体の 障害 1級 5.22万円/月 2級 3.47万/月

# 障害年金

## 障害年金の目的

### 障害年金の目的

- 障害年金は、被保険者期間中の傷病によって日常生活能力や労働能力などが制限されるような障害の状態になった場合に、その生活の安定を図るための給付である。
- 通常は加齢に伴って起こる稼働能力の喪失が、現役期に障害状態となることで早期に到来することに対応するものとして、その保険事故の発生に対し、一定の所得保障を行うことを目的としている。

### 参考①

- 障害年金は、国民が廃疾となって日常生活の用を弁ずることができなくなったり、あるいは日常生活に著しい制限が加えられたりした場合、すなわち、所得活動が制限された場合に、その生活の安定がそこなわれることのないよう防止することを目的とする給付である。  
(出典) 小山進次郎『国民年金法の解説』

### 参考②

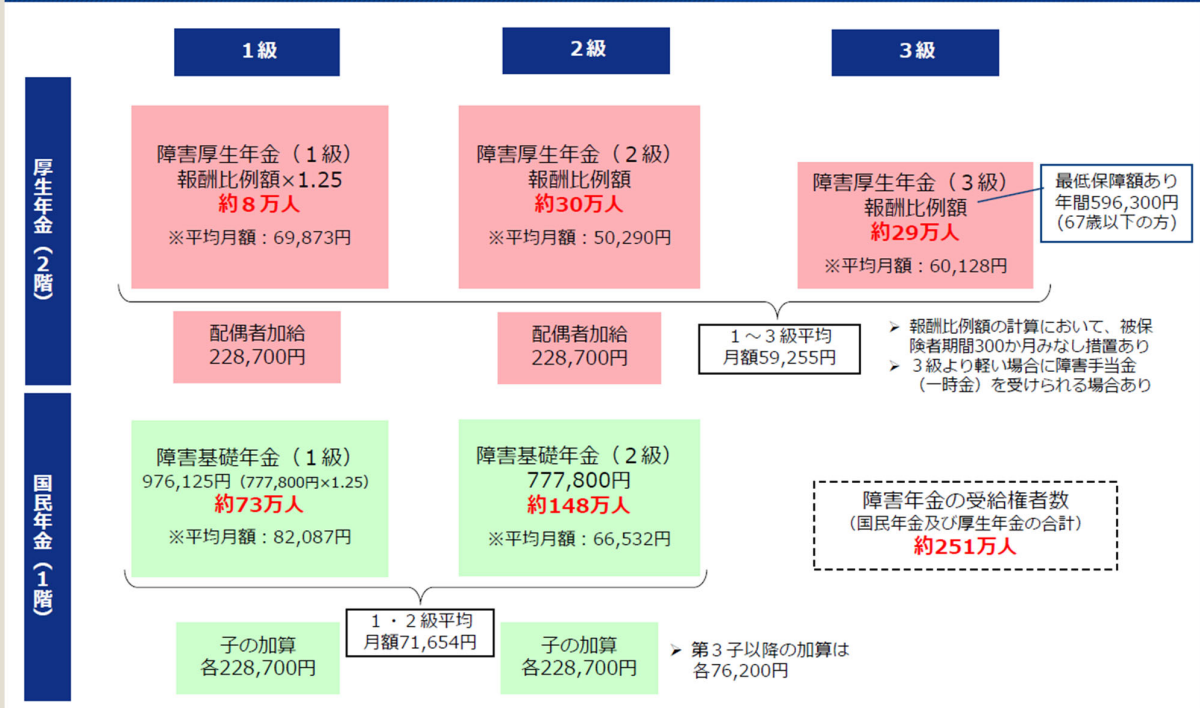
- 障害年金は、労働者が障害となって労働することができなくなったり、労働が制限されたりした場合に、その生活の安定を図るための給付である。  
(出典) 有泉亨・中野徹夫『厚生年金保険法〔全訂社会保障関係法1〕』

### 参考③

- 年金が高齢者、障害者及び遺族に支給されるのは、これらの者は所得が減少したり又は喪失したりすることが多いからである。しかも、長期にわたって所得が減少・喪失するため、長期給付である年金の支給対象とするのに適している。このように年金は所得が減少・喪失した者に支払われるため、年金は稼働能力の低下・喪失に対するものだと説明されることが多い。
- 一般に、一定程度以上の障害を有する者は、就労することが困難になり、所得が減少又は喪失することが多い。障害年金は、このような障害者の所得を補填するために支給される年金である。  
(出典) 堀勝洋『年金保険法(第5版)』

# 障害年金

## 障害年金の給付額と受給権者数



(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

**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。**

保護者: 掛金納入 月9,300円~※  
※保護者の年齢等によって異なります

障害のある方: 年金支給 月2万円(1口)~

年金支給の開始: 一生涯

**「障害者扶養共済制度 (しょうがい共済)」の4つのメリット**

<b>毎月2万円の終身年金</b> 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2万円が生運にわたって支給されます。(2口加入の場合は4万円)	<b>掛金が割安</b> 制度の運営に関する事務経費などの「付加保険料」が必要ないため、掛金が安くなっています。	<b>税制優遇</b> 保護者が支払う掛金は所得控除の対象になるので、所得税・住民税の軽減につながります。	<b>公的制度だから安心</b> 都道府県・指定都市が実施している任意加入の制度です。
---	---	--	--

★ 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「心身障害者扶養保険事業」をご覧ください。

心身障害者扶養保険事業 [検索](#)

# 就労関係

	就労継続 支援A型	就労継続 支援B型	就労移行 支援	就労定着 支援
内容	雇用契約に基づく就労が可能な方が福祉的就労の中で働く	雇用契約に基づく就労が困難な方が福祉的就労の中で働く	一般企業などへの就職に向けて準備をする	一般企業などに就職された方(※1)が働き続けるためのサポートを受ける
雇用契約の有無	あり	なし	なし	なし
給料(工賃)	給料が発生	工賃が発生	なし	なし
対象年齢	65歳未満(※2)	定めなし	65歳未満(※2)	—
利用期限の制限	定めなし	定めなし	原則2年以内	3年以内

(※1) 就労移行支援、就労継続支援、生活介護、自立訓練の利用を経て、一般企業などに就職され、6ヶ月経過した方が対象になります。

(※2) 一定の条件を満たした場合、65歳以上の方も利用可能になる場合があります。

# 住居関係

- ホームヘルパー、行動援護、生活介護
- グループホーム
- ショートステイ
- 地域移行支援
- 居住サポート事業
- 地域定着支援
- 精神障害者地域移行・地域定着支援事業

## 参考文献④

- 岡明：子どもの心の課題小児科と精神科の連携に向けて．児童青年精神医学とその近接領域60（3）323—327（2019）
- Children with special health care needs and mothers' anxiety/depression: findings from the Tokyo Teen Cohort study DOI番号：10.1111/pcn.13301
- 厚生労働省ホームページ
- 「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」（2014）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
- セリグマン,M.E.P.1967年
- 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）
- 高齢・障害・求職者雇用支援機構「職業準備性ピラミッド」
- LITALICOワークスホームページ