
2.

**発達障害の診断、治療・支援、
連携に関する基本的知識**

自閉症スペクトラムの 早期徴候のアセスメント

国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部

原口 英之



スライド 1

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

本講座のねらいと到達目標

ねらい：

- ・ 自閉症スペクトラムの早期発見に関するエビデンスと、早期支援に関する原則を理解する

到達目標：

- ・ 定型発達において、ことばが出る前後（1歳前後）の対人コミュニケーション行動のマイルストーンについて理解している
- ・ 自閉症スペクトラム障害（ASD）の幼児の対人コミュニケーション行動の弱さ（＝ASDの早期徴候）に気づくことができる
- ・ 乳幼児（1～3歳）の対人コミュニケーション行動の発達について、懸念がある場合、適切にそのことを親に説明し、支援の必要性を伝えることができる



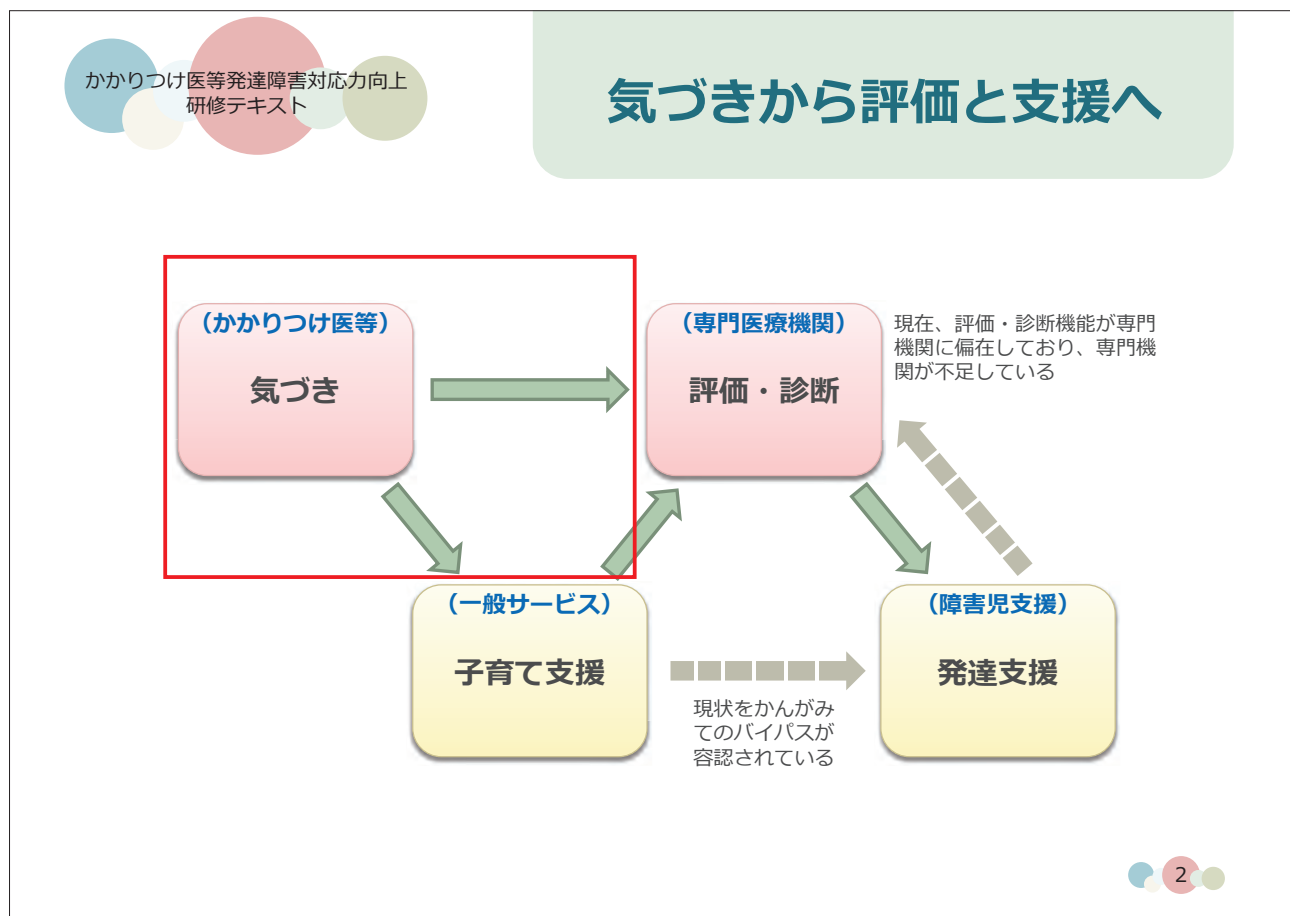
● 本講座のねらいと到達目標

本講座は、乳幼児期早期にその兆候が見られる自閉症スペクトラムの早期発見のエビデンスおよび早期支援の原則について理解することにより、多職種連携の中でのかかりつけ医としての役割を認識することをねらいとする。

かかりつけ医には、乳幼児期の ASD 児の行動の特徴についての理解を深め、また、標準化された ASD のスクリーニング手法を理解することによって、一定の手順に則り、より早期に子育て支援や発達支援、または専門医療機関での評価・診断につなげることが期待されている。

本講座での到達目標は 3 つである。

- ① 定型発達において、ことばが出る前後（1 歳前後）の対人コミュニケーション行動のマイルストーンについて理解する
- ② 自閉症スペクトラム障害（ASD）の幼児の対人コミュニケーション行動の弱さ（＝ ASD の早期徴候）に気づくことができる
- ③ 乳幼児（1 ～ 3 歳）の対人コミュニケーション行動の発達について懸念がある場合、適切にそのことを親に説明し、支援の必要性を伝えることができる



● 気づきから評価と支援へ

この図は地域のネットワーク、フローを示したものである。

従来は、気づき後、評価・診断を経て、発達支援という流れが中心であった。また、より早期の気づきでは、評価・診断の前に子育て支援が開始され、その後、評価・診断、発達支援という流れもある。

しかしながら近年では、評価・診断機能が専門機関に偏在しており、専門機関が不足しているため、待機が多い。家族の状況によっては、支援の早期開始を優先するため、子育て支援から発達支援へのルートが容認され、発達支援後に評価・診断を受けるケースもある。

かかりつけ医の役割は、赤線の枠の部分を中心となる。

家族への具体的な情報提供を行うために、この図のフローに合わせて、各地域で、かかりつけ医、子育て支援機関、評価・診断が行える専門医療機関、発達支援機関をリストアップしておくといよい。

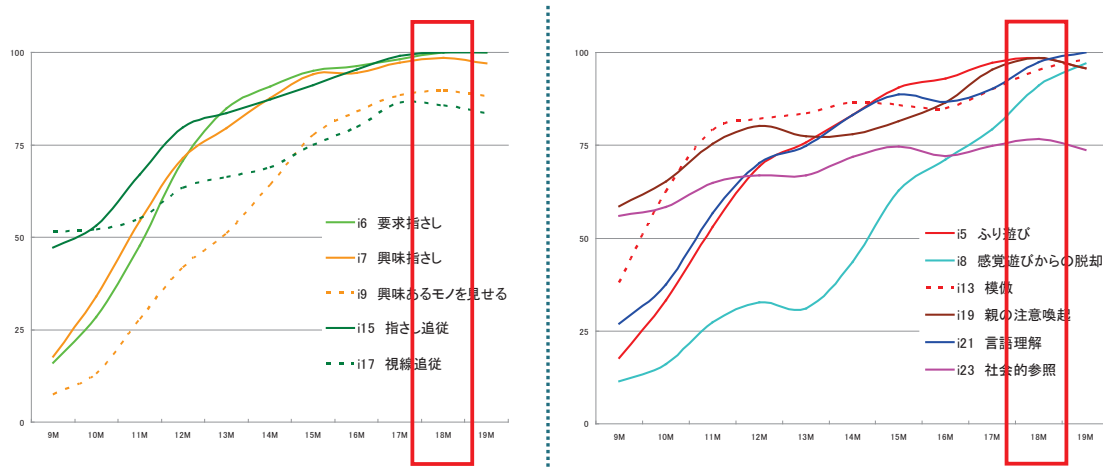
スライド 3

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

1歳前後の 対人コミュニケーション行動の発達

一般乳幼児のM-CHATの11項目のデータに基づく月齢別通過率

(Inada et al., 2010)



通常、1歳6カ月頃には、親はこれらの行動を日常的に経験している

3

● 1歳前後の対人コミュニケーション行動の発達

この図は、乳幼児期に芽生え発達する対人コミュニケーション行動の発達のマイルストーンを示している。乳幼児の対人コミュニケーション行動を評価する標準的なツールの1つである M-CHAT（スライド 22 で後述）を使用した結果である。図の横軸は月齢、縦軸はその行動が見られるようになった子どもの人数（通過率）を表す。

ここでいう対人コミュニケーション行動とは、人とのコミュニケーションに必要な行動であり、「社会的行動」ともいう。乳幼児期に芽生え発達する対人コミュニケーション行動の中で代表的な行動には、例えば、ほしいモノを指さしたり（これを「要求の指さし」という）、興味のあるモノを指さしたり（「興味の指さし」）見せたりすることで、子どもが自身の意図を親に伝えようとする行動がある。また、親が指さした方向やモノに目を向けたり（「指さし追従」）、親が見ている方向やモノに目を向けるようになる（「視線追従」）。この行動は、子どもが親の意図を理解しようとする行動である。

他にも、1歳前後に芽生え発達する代表的な行動には、ふり遊びをするようになったり、感覚遊びから脱却して機能的に遊ぶようになったり、親の真似をする行動（「模倣」）、親の注意を自分に向けるようになる行動（「注意喚起」）、いつもと違うことがある時に親の顔を見て反応を確かめようとする行動（「社会的参照」）がある。そして、この時期には、ことばの理解も発達していく。

対人コミュニケーション行動はそれぞれに発達していく時期があり、またその発達の仕方には個人差もある。しかしながら、1歳6ヵ月頃には、ほとんどの子どもがこれらの行動を見せるようになるため、親は子どもが見せる多様な対人コミュニケーション行動を日常的に経験するようになる。

文献

Inada N, Kamio Y, Koyama T (2010).

Developmental chronology of preverbal social behaviors in infancy using the M-CHAT: baseline for early detection of atypical social development.

Research in Autism Spectrum Disorder, 4, 605-611.

スライド 4

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

1歳前後の 対人コミュニケーション行動の発達

一般乳幼児のM-CHATの16項目のデータに基づく月齢別通過率

(Inada et al., 2010より作成)

	項目	8ヵ月	9ヵ月	10ヵ月	11ヵ月	12ヵ月	13ヵ月	14ヵ月	15ヵ月	16ヵ月	17ヵ月	18ヵ月	19ヵ月	20ヵ月
第1群 8ヵ月以前	1 身体を揺らすと喜ぶ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	2 他児への関心	100	87.0	100	97.3	100	97.0	100	94.4	92.6	100	100	100	100
	4 イナイイナイバー喜ぶ	100	87.0	96.4	94.6	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	10 合視	90.5	95.7	89.3	100	96.6	90.9	87.5	94.4	81.5	100.0	85.7	100	100
	12 微笑み返し	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	14 呼名反応	95.2	91.3	96.4	100	96.6	97.0	100	100	96.3	100	100	100	100
第2群 11~12ヵ月	5 ふり遊び	9.5	13.0	35.7	48.6	79.3	69.7	84.4	94.4	88.9	100	100	94.1	95.0
	6 要求の指さし	9.5	13.0	28.6	43.2	75.9	87.9	87.5	100	92.6	100	100	100	100
	7 興味の指さし	9.5	13.0	35.7	51.4	79.3	75.8	87.5	100	88.9	100	100	94.1	100
	13 模倣	28.6	26.1	71.4	81.1	82.8	81.8	87.5	88.9	77.8	94.7	92.9	100.0	100
	15 指さし追従	38.1	52.2	46.4	67.6	86.2	78.8	90.6	88.9	96.3	100	100	100	100
第3群 15ヵ月以降	19 親の注意喚起	57.1	56.5	64.3	75.7	86.2	72.7	78.1	83.3	81.5	100	100	94.1	95.0
	8 機能的遊び	14.3	8.7	14.3	27.0	41.4	21.2	40.6	72.2	66.7	78.9	92.9	100	95.0
	9 興味あるものを見せに持ってくる	4.8	8.7	7.1	29.7	44.8	48.5	62.5	83.3	81.5	89.5	92.9	82.4	95.0
	17 視線追従	47.6	52.2	53.6	48.6	69.0	66.7	62.5	83.3	70.4	94.7	85.7	76.5	95.0
	23 社会的参照	57.1	56.5	53.6	70.3	65.5	66.7	68.8	83.3	63.0	78.9	78.6	70.6	75.0

4

この表は、M-CHAT のうち 16 項目を使用した、対人コミュニケーション行動の発達のマイルストーンを示している。この表では、各対人コミュニケーション行動について、75% 以上の子どもが示す時期に黄色をつけている。

対人コミュニケーション行動には、それぞれに発達していく時期があり、また発達には個人差もある。例えば、第 1 群の行動は、8 ヶ月以前にほとんどすべての子どもが見せる行動である。第 2 群の行動は、11 ~ 12 ヶ月の子どもの 75% 以上が見せる行動である。第 3 群の行動は、15 ヶ月以降の子どもの 75% 以上が見せる行動である。1 歳 6 ヶ月（18 ヶ月）頃には、ほとんどすべての子どもがこれらのすべての行動を見せるようになるということがわかる。

文献

Inada N, Kamio Y, Koyama T (2010).

Developmental chronology of preverbal social behaviors in infancy using the M-CHAT: baseline for early detection of atypical social development.

Research in Autism Spectrum Disorder, 4, 605-611.

乳幼児期のASDの特徴①

- 通常、1歳6カ月頃に見られる対人コミュニケーション行動の弱さ
 - * 発達に個人差がある
 - * ある1つの行動が弱いとASDというわけではないし、行動があればASDではないということでもない

● 乳幼児期の ASD の特徴

定型発達の乳幼児では、通常、1歳6カ月時には、ほとんどすべての子どもが多様な対人コミュニケーション行動を示すことが明らかになっている。

一方、ASD 児の場合には、これらの対人コミュニケーション行動の頻度が少なかったり、程度が弱かったりすることが明らかになっている。つまり、対人コミュニケーション行動の弱さが、乳幼児期の ASD 児の特徴の1つとされる。

ただし、発達には個人差があるため、ある時期にある1つの行動が弱いからといって ASD であると結論づけることはできない。反対に、ある行動が見られるから ASD ではない、と結論づけることもできない。

文献

Inada N, Kamio Y, Koyama T (2010).

Developmental chronology of preverbal social behaviors in infancy using the M-CHAT:
baseline for early detection of atypical social development.

Research in Autism Spectrum Disorder, 4, 605-611.

スライド 6

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

M-CHATにおける1歳6カ月時で 識別力の高い項目

2516名の一般地域幼児のデータに基づく

(Kamio et al., 2015)

項目	標準化判別係数
(# 6) 要求の指さし	0.511
(#13) 模倣	0.437
(#14) 呼名反応	0.335
(# 5) ふり遊び	0.197
(#15) 指さし追従	0.153
(#21) 言語理解	0.143
(# 9) 興味あるものを見せる	0.132
(# 7) 興味の指さし	-.100
(# 8) 機能的遊び	0.090
(#17) 視線追従	-.087
(#23) 社会的参照	-.014



この表は、1歳6カ月時に、定型発達児とASD児の識別力が高い項目を示している。

青字で示している、要求の指さし、模倣、ふり遊び、指さし追従、言語理解、興味のあるものを見せる、の6項目が、識別力が高い項目である。

なお、左の数字は、M-CHATの項目番号を示している。

文献

Kamio Y, Haraguchi H, Stickley A, Ogino K, Ishitobi M, Takahashi H (2015).

Brief Report: best discriminators for identifying children with autism spectrum disorder at an 18-month health check-up in Japan.

Journal of Autism and Developmental Disorders, 45, 4147-4153

乳幼児期のASDの特徴②

- ASDに特異的な感覚反応や常同行動
 - * この年齢で、ASD児全員に見られるわけではない
 - * M-CHATのうち、この項目のASD識別率が低いことにも注意
 - 聴覚過敏
(#11) ある種の音に、とくに過敏に反応して不機嫌になりますか？（耳をふさぐなど）
 - 常同行動
(#18) 顔の近くで指をひらひら動かすなどの変わった癖がありますか？
 - 感覚への没頭
(#22) 何もない宙をじいーっと見つめたり、目的なくひたすらうろうろすることがありますか？

乳幼児期の ASD 児の特徴の 2 つ目としては、ASD に特異的な聴覚過敏、常同行動、感覚への没頭などの行動が見られることが明らかになっている。

例えば、M-CHAT では、聴覚過敏について、「ある種の音に、とくに過敏に反応して不機嫌になりますか？（耳をふさぐなど）」という質問項目で評価することになっている。

常同行動については、「顔の近くで指をひらひら動かすなどの変わった癖がありますか？」、感覚への没頭については、「何もない宙をじいーっと見つめたり、目的なくひたすらうろうろすることがありますか？」という質問項目で評価する。

これらの聴覚過敏、常同行動、感覚への没頭などの行動は、ASD 児の特徴として一般的によく知られている行動ではあるが、1 歳 6 ヶ月頃の ASD 児の多くに見られるわけではない。1 歳 6 ヶ月頃では、定型発達児と ASD 児の識別において、これらの項目の識別力は低いことが明らかになっている。

文献

Kamio Y, Haraguchi H, Stickley A, Ogino K, Ishitobi M, Takahashi H (2015).

Brief Report: best discriminators for identifying children with autism spectrum disorder at an 18-month health check-up in Japan.

Journal of Autism and Developmental Disorders, 45, 4147-4153

ビデオ映像の視聴

2歳前後（1歳6カ月～2歳が望ましい）の定型発達児とASD児が示す
対人コミュニケーション行動をいくつか見てみましょう

- ・（# 6 ） 要求の指さし
- ・（#13） 模倣
- ・（# 5 ） ふり遊び
- ・（#15） 指さし追従
- ・（# 9 ） 興味あるものを見せる
- ・（# 7 ） 興味の指さし
- ・（#17） 視線追従



定型発達児およびASD児の、
各項目の様子が映ったビデオ
クリップ（1つ20秒程度の短
いもの）を作成し、研修で提
示する。

*** 撮影および研修での使用
について同意を得ること。**

ビデオ映像は、各地域で、項目に合わせたビデオクリップを作成することが望ましい。

ビデオ映像の作成が難しい場合、自治体が実施するかかりつけ医等発達障害対応力向上研修に限定して、国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部作成の映像資料の貸し出しが可能である。

貸し出しを希望する場合には、国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所に申請すること。具体的な手続きについては、国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所の HP を参照。

http://www.ncnp.go.jp/nimh/dd_taoryokukojo.html

ケースの紹介

ビデオクリップに出る、2歳前後（1歳6カ月～2歳が望ましい）の定型発達児1名およびASD児1～2名の、発達水準（新版K式発達検査等の結果）やASD症状等（診断名、M-CHATやPARS-TR等の結果等）を簡潔に提示する（1名につき1～2枚程度のスライド）。

個人情報公表しないように、プライバシーには最大限の配慮をする。

例

A君 定型発達 男児 1歳6カ月

- 定型発達
- 発達水準
 - 新版K式発達検査の発達指数：
全領域○、姿勢・運動○、認知・適応○、言語・社会○
- 自閉症症状に関する評価
 - M-CHAT：合計不通過項目数○／23、重要項目不通過数○／10
 - PARS-TR：幼児期ピーク得点○点、現在得点○点

スライド 11

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

例 B君 ASD 男児 2歳0カ月

- ・ 自閉症スペクトラム障害（専門医療機関で〇歳〇カ月時に診断）
- ・ 発達水準
 - － 新版K式発達検査の発達指数：
全領域〇、姿勢・運動〇、認知・適応〇、言語・社会〇
- ・ 自閉症症状に関する評価
 - － M-CHAT：合計不通過項目数〇／23、重要項目不通過数〇／10
 - － PARS-TR：幼児期ピーク得点〇点、現在得点〇点

11

スライド 12

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

要求の指さし

定型発達児およびASD児の「要求の指さし」のビデオクリップ
を提示する



例：子どもが玩具等を指さして、大人に要求する／しない場面
場面設定の例：大人が2つの玩具を子どもに見せて「どっちほし
い？」と子どもに尋ねる場面

12

スライド 13

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

模倣

定型発達児およびASD児の「模倣」のビデオクリップを提示する



例：子どもが大人と真似っこ遊びをする／しない場面

場面設定の例：大人がミニカーを走らせる様子を見せて
「真似してみて！」と、子どもに大人の動作を
真似するよう促す場面

13

スライド 14

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ふり遊び

定型発達児およびASD児の「ふり遊び」のビデオクリップを
提示する



例：子どもが大人と玩具を使って遊ぶ／遊ばない場面

場面設定の例：人形やおままごとの玩具を使って、大人と
子どもが一緒にごっこ遊びをする場面

14

スライド 15

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

指さし追従

定型発達児およびASD児の「指さし追従」のビデオクリップを
提示する



例：大人が離れたところにある玩具を指さして、子どもが大人の
指さした方向を見る／見ない場面

場面設定の例：大人が1～2m離れた位置にある玩具等を指さし
ながら、「見て！」と子どもに伝える場面

15

スライド 16

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

興味のあるものを見せる

定型発達児およびASD児の「興味のあるものを見せる」の
ビデオクリップを提示する



例：子どもが興味のあるものを大人に見せる／見せない場面

場面設定の例：子どもが喜ぶような玩具を複数用意し、
子どもが自分の好きなように遊んでいる場面
(大人は子どものそばにいる)

16

興味の指さし

定型発達児およびASD児の「興味の指さし」のビデオクリップを提示する



例：子どもが興味のある玩具を指さして、大人に伝えようとする／しない場面

場面設定の例：子どもが喜ぶような玩具を複数用意し、
子どもが自分の好きなように遊んでいる場面
(大人は子どものそばにいる)

視線追従

定型発達児およびASD児の「視線追従」のビデオクリップを提示する



例：大人が離れたところにある玩具を見て、子どもが大人の
見ている方向を見る／見ない場面

場面設定の例：大人が1～2m離れた位置にある玩具等を
見ながら、「見て！」と子どもに伝える場面

スライド 19

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

対人コミュニケーション行動が 見られないときに考えられること

- 社会的発達のなんらかの問題
- 自由遊び場面でたまたま機会がないため行動しないという可能性を否定するためには、対人コミュニケーション行動を引き出すための場面設定（観察場面の構造化）と熟練した評価者が必要
⇒ 専門機関への紹介
- 紹介する際のポイント
 - 子どもの発達の仕方には個人差があること
 - 平均的な発達と違いがあること
 - 専門機関で評価を受けることのメリット

19

● 対人コミュニケーション行動が見られない場合

対人コミュニケーション行動が見られないときに考えられることは、その子の社会的発達になんらかの問題があるということである。

ただし、観察を行った遊び場面で、そのような行動を示す機会がないためたまたま行動しなかったという可能性もある。その可能性を否定するためには、対人コミュニケーション行動を引き出すための場面設定と、熟練した評価者が必要である。それらの評価のためには専門機関へ紹介することが必要である。

かかりつけ医から専門機関（医療機関、療育センター等）を紹介する場合には、子どもの発達には個人差があること、お子さんが平均的な発達と違うことを具体的に説明することがポイントである。例えば、「子どもの発達の仕方はひとりひとりさまざまですが、お子さんのコミュニケーション行動の発達の仕方は、多くの平均的なお子さんさんとは少し違っているように思われます。」というような伝え方ができる。また、専門機関でお子さんの行動観察や発達検査を受けることで、子どもへのかかわり方を工夫できることを伝えることが大切である。例えば、「現在のお子さんの発達状況に合ったかかわり方を工夫するために、お子さんの発達についてより詳しくみてもらえる専門機関に、一度ご相談されてはいかがでしょうか。」というように伝えるとよい。スムーズに紹介できるように、専門機関と連携できる関係を築いておくことが望ましい。

かかりつけ医が乳幼児のASDの 可能性について“気づく”ために①

- 乳幼児健診の場、診察の場面で共同注意（対人コミュニケーション行動の一種）をチェックする

（「標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き」 2015 参照）

【1歳6か月児健康診査の推奨問診項目】

区分	説明	選択肢
1	従来型発達項目	ママ、プーピーなど意味のあることばをいくつか話しますか。
2		まわりの人の身振りや手振りをまねしますか。
3	新規発達項目	何かに興味を持った時に、指さして伝えようとしていますか。
4	社会性項目／親子関係項目	うしろから名前を呼んだとき、振り向きますか。
5		哺乳瓶を吸っていますか。
6		食事や間食（おやつ）の時間はだいたい決まっていますか。
7	生活習慣項目	朝起きる時間と、寝る時間を書いてください。
8		甘い飲み物（ジュースなど）をよく飲みますか。
		ヘルメット乗車時で病院にかかったことがありませんか。
15	育児基礎評価項目	子どものこと、配偶者／パートナーとの関係、父母／養父母との関係、育児仲間のこと、その他

③指さしに関する設問を推奨項目「新規発達項目」の一つに取り入れたが、これはM-CHAT（The Modified Checklist for Autism in Toddlers）から抽出した「共同注視」の指さし項目である。指さしには、「要求」の指さし、「興味」の指さし、そして「可逆」の指さし等があるが、これらについて、乳幼児健診の場で実際に簡単な検査を取り入れて把握することを推奨する。

● かかりつけ医による乳幼児の ASD についての“気づき”

かかりつけ医が、乳幼児の ASD の可能性について気づくためには、対人コミュニケーション行動、特に共同注意行動を、乳幼児健診の場や診察の場面でチェックすることが望まれる。

共同注意行動とは、注意を向けている事象や事物についての経験と情動を他者と共有する能力・行動のことである。例えば、乳幼児が指さしを用いて、自分の意図を他者に伝えようとする行動は、共同注意行動の 1 つである。

1 歳 6 ヶ月健康診査において共同注意行動を評価することは、2015 年に出された、「標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き」により推奨されている。具体的には、1 歳 6 ヶ月児健康診査の推奨問診項目に、指さしに関する設問が、新規発達項目として取り入れられている。

文献

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究班

標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き～「健やか親子 21（第 2 次）」の達成に向けて～

スライド 21

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

指標のポイント・利活用のポイント

この設問の特徴は、現在できているかどうかではなく、これから数か月のうちに子どもの姿が変わるとの「見通し」を与え、保護者が子どもの社会性の発達に注目し、成長を楽しむ視点からその知識を問うものである。1歳6か月児の「共同注意」は、文字だけでは分かりにくい場合もあるため、イラストなどを用いて説明を行うことが重要である(図.(参)1.2)。



図.(参)1.2 1歳6か月児用の質問の説明図

「標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き」 2015 参照

21

また、「標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き」では、指さしに関する設問の際に、文字だけではわかりにくい場合もあるため、イラストなどを用いて説明することが重要であるとされている。なお、M-CHAT では、4つの設問で、その設問に合わせたイラストが挿入されている。

文献

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究班

標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き～「健やか親子 21（第 2 次）」の達成に向けて～

かかりつけ医が乳幼児のASDの 可能性について“気づく”ために②

- 親記入式質問紙や面接により確認する
 - M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers)
(Inada et al., 2011)
 - 対象：1歳4カ月～2歳6カ月
 - 親回答質問紙（23項目）、1-2カ月後にフォロー面接を実施
 - 日本版SRS-2対人応答性尺度 (Social Responsiveness Scale)
(Constantino, J. N. 著、神尾陽子 監訳・編著、印刷中、日本文化科学社)
 - 対象：3才（幼児版）、4才以上（学童版）
 - 親回答質問紙・教師回答質問紙（65項目）
 - PARS-TR (Parent-interview ASD Rating Scale - Text Revision)
(一般社団法人発達障害支援のための評価研究会, 2015)
 - 対象：3才以上
 - 面接尺度（57項目）（幼児期34項目、児童期33項目、思春期・成人期33項目）

※ 平成28年度より診療報酬点数表に収載されている

かかりつけ医が乳幼児の ASD の可能性について気づくための方法として、他には、保護者の方に記入してもらう質問紙を使用したり、保護者との面接により確認したりすることが望まれる。

日本でエビデンスが示されている質問紙としては、M-CHAT、日本版 SRS-2 対人応答性尺度がある。また、保護者との面接により評価する PARS-TR（親面接式自閉スペクトラム症評定尺度テキスト改訂版）がある。なお、PARS については、平成 28 年度より診療報酬点数表に収載されている。それぞれ、評価項目・数、評価方法、対象（子ども）の年齢に合わせて使用することが重要である。

M-CHAT については、国立精神・神経医療研究センター、精神保健研究所、児童・思春期精神保健研究部の HP からダウンロードできる。

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/aboutus.html>

自治体の 1 歳 6 ヶ月健康診査（医療機関での個別健診なども含む）などで実際に利用する場合には、使用目的、対象、使用場所、使用方法等の連絡をお願いしている。

スライド 23

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

気づきの後、保護者への
情報提供や養育上の助言

1歳を迎えるお子さんをもつ保護者の方へ

お子さんを迎える1歳のお誕生日です。おめでとうございます。お子さんの中には、おしゃべりしている方もいらっしゃるでしょう。これからおしゃべりするようになる方もいらっしゃるでしょう。お子さんは、おしゃべりするようになるずっと前から、人と関わる力やコミュニケーションの力を、日々育んでいます。この時期のお子さんは、視線や声、微笑みや身振りなど、ことば以外の表現方法を様々な形で使っています。あなたとコミュニケーションしようとしてくれています。これらの行動の芽生えが、今後の対人関係やコミュニケーションの基礎になっていくのです。

0歳後半
大人とのやりとり遊びを一緒に楽しむことができます。

- 目が合う
- 身体を揺らすと遊ぶ
- アイアイバーを遊ぶ
- 微笑みかけると微笑み返す
- 名前を呼ぶと反応する
- 他の子どもに関心を示す

● ワンポイントアドバイス
アイアイバーや、身体を大きく揺らすなど、身体を使った遊びを、微笑みながら目を合わせて、一緒に楽しませましょう。

- 0歳後半、11～12ヵ月、15～17か月の平均的な発達の目安
- ワンポイントアドバイス

11ヵ月～12ヵ月
お子さん自ら様々なやり方で大人に自分の意思を伝えようとしてくるようになってきます。

- 大人の注意をさかんにひこうとする
- 大人の真似をする
- 大人が指さしたものを指さす
- 欲しいものを指さして伝える
- 興味があるものを指さして伝える

15ヵ月～17ヵ月
コミュニケーションの表現方法がますます複雑になってきます。

- 興味があるものを指さして持つ
- 大人の視線を逃して、大人が見ていないものを見る
- 大人の視線を逃して、大人が見ていないものを見る
- いつものと違うことがあると、疑の顔を確認する

(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部 作成)
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/research/research.html>

● 保護者への情報提供や養育上の助言

ASDの可能性に気づいた後、かかりつけ医には、保護者に対して情報提供や養育上の助言を行うことが望まれる。

このリーフレットは、国立精神・神経医療研究センター、精神保健研究所、児童・思春期精神保健研究部が作成したものである。HPからダウンロードできるため、参考にしてほしい。

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/research/research.html>

「1歳を迎えるお子さんをもつ保護者の方へ」というA4サイズ1枚、裏表に、0歳後半、11～12ヵ月、15～17か月の平均的な発達の目安や、ワンポイントアドバイスが書かれている。このようなリーフレットを保護者に渡してもよい。

スライド 24

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

みてみて☆1歳6か月児 ～子どもの心と体を育てよう～

☆この時期のお子さんの特徴☆

- 興味を広がり、気になるものや楽しいものなど、指をさして教えてくれます。
- 人に関わるのが活発になり、やりとりを楽しむことが増えます。
- 物の名前を理解し、ことばを話すようになります。

○運動

- 物を持って歩いたり、しゃがんだり、障害物を避けて歩きます。

○遊び

- おもちゃのシャベル・コップ・缶など道具を使って遊びます。
- 電話をする「ふり」などをして遊びます。
- 大人とのやりとりを楽しむようになります。

○ことば

- 名前を呼びと振り向きます。
- 「指さしてきて」など大人の言うことを理解し行動します。
- 身の回りの物や、好きなキャラクターなどの名前が分かります。
- 「ワンワン」「プープー」「チャチャ」などのことばを話します。

☆こんな遊びが楽しめます☆

○体を使った遊び

○ごっこ遊び（ふり遊びっこ）、指先を使う遊び

○ことば、関わり

(諏訪保健福祉事務所管内保健業務研究会 作成)

スライド 25

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

☆ワンポイントアドバイス☆

人とのやりとりの中で、コミュニケーションが豊かになり、ことばの理解・発語が広がります。

特にこんな場面では、子どもの興味や気持ちを感じ、優しく共感した関わりが大切です。

○興味のあるものを指さして伝える

○興味のあるものを持つてくる

○興味のあるものを目で伝える

○大人の視線を追う

※視線だけでもコミュニケーションができます。

☆このような時は相談しましょう☆

○運動

- 片手を持っても視線がのびない。
- 腕を振り回らず一人でどんでん行ってしまう。
- コップを持って飲めない。

○遊び

- 1人遊びが多く、手がかららない。
- 食べ物でない物を食べる、おもちゃを機嫌でみるなど、見え方を楽しむことが多い。
- 次々とほかのおもちゃへ興味がある。同じもので遊び続け、遊びが広がらない。
- 何でもいろいろな音を機嫌に聞ける。

○人とのやりとり

- 視線が合わない。
- 名前を呼んでも振り向かない。
- 周りの人の真似をしない。
- パイズリができない。
- 抱きしめをしない。

編集協力 国立精神・神経医療研究センター・精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部
企画・編集 諏訪保健福祉事務所管内保健業務研究会
イラスト 諏訪保健福祉事務所管内保健業務研究会
印刷 諏訪保健福祉事務所管内保健業務研究会 (平成24年7月)

(諏訪保健福祉事務所管内保健業務研究会 作成)

これは、同じようなリーフレットの一例である。諏訪保健福祉事務所管内保健業務研究会が作成したものであり、国立精神・神経医療研究センター、精神保健研究所、児童・思春期精神保健研究部のHPからダウンロードできる。

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/research/research.html>

スライド 26

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

かかりつけ医にお願いしたいこと 気づきから支援と評価へつなぐ

- ASDの早期兆候（＝対人コミュニケーション行動が少ない／弱い）のある子どもはフォローが必要である。
- しかしながら、発達には個人差があるので、ある時期の一度だけの観察・評価で、ASD診断の有無あるいは可能性の有無どちらも結論づけてはいけませんが、「様子をみましょう」とは決してしない。
- 親は日常的に育児に困っていることが多く、親のニーズを知る工夫が求められる。親のニーズにあわせて、子育て支援・発達支援サービス、あるいは専門医療機関のいずれが適切かを判断し紹介する。

26

● かかりつけ医にお願いしたいこと

地域における ASD の早期発見・早期支援において、かかりつけ医には、気づきから支援と評価へつなぐことがその役割として求められる。

そのためには、まずは、ASD の早期兆候（＝対人コミュニケーション行動が少ない／弱い）のある子どもはフォローが必要であることを理解することが大切である。

しかしながら、発達には個人差があるので、ある時期の一度だけの観察・評価で ASD 診断の有無あるいは可能性の有無どちらも結論づけてはいけない。

ただし、「様子をみましょう」とは決してしないことが大切である。子どもの発達と共に支援方法を変える必要があり、その時その時の子どもが必要とする支援を考えるために、定期的な観察・評価が必要である。

対人コミュニケーション行動の弱い子どもを育てている保護者は、日常的に育児に困っていることが多いため、保護者のニーズを知る工夫が求められる。保護者のニーズに合わせて、子育て支援サービスあるいは専門医療機関のいずれが適切か判断し、紹介することが大切である。

発達障害のある児の親支援と早期支援

鳥取大学大学院 医学系研究科

臨床心理学講座

井上 雅彦



スライド 1

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

本講義のねらいと到達目標

1. 発達障害に対する家族支援の重要性を理解すること
2. 幼児期の親の「気づきの困難」、「診断前後の不安」、「具体的な養育支援」、「就学支援」というニーズの理解と対応を理解すること
3. ペアレントメンター、ペアレント・トレーニングの役割と意義について理解すること
4. 早期療育の重要性と療育を受ける親の心理状態について理解すること



1. 家族支援の意義

- 本人支援とともに養育者である家族を支援することが症状の重篤化や二次障害の予防に有効
 - 発達障害者支援法での位置づけ
 - 厚生労働省の支援体制
- 早期からの家族支援の有効性
 - 効果
 - 発達促進や、行動障害や非行などの予防効果に関するエビデンス
 - 親の抑うつやメンタルヘルスの改善

本人支援に行きつくためには、まず親の理解、そのためにも早期の家族支援が必要

● 家族支援の意義

多くの人は人生の初期からかなりの時間、家族という集団社会の中で成長し過ごす。子どもにとって家族は、その成長のための重要な環境の一つである。発達障害に限らず、知的障害、身体障害、その他難病のある子どもについて、その子どもだけでなく、家族も含めて支援することの重要性は言うまでもない。発達障害における家族の支援ニーズは、子どもの障害の種類や程度という個人的要因、親の健康や経済状況や家族関係などの家庭に関する環境要因に加えて、診断時期も含めた子どもの成長過程による時系列的要因によっても変化する。

家族支援は、診断前の早期から開始することが有効であることを示す多くのデータがある。本人支援に行きつくためにも、まずは早期の家族支援が必要である。

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

発達障害者支援法 改正後の 家族支援の重視

- 第十三条
 - － 「都道府県及び市町村は、発達障害者の家族その他の関係者が適切な対応をすることができるようにすること等のため、児童相談所等関係機関と連携を図りつつ、発達障害者の家族その他の関係者に対し、相談、情報の提供及び助言、発達障害者の家族が互いに支え合うための活動の支援その他の支援を適切に行うよう努めなければならない。」
- 「適切な対応」、「情報提供・助言」、「互いに支え合うための活動」という内容が明確に盛り込まれた。

3

● 発達障害者支援法改正後の家族支援の重視（13 条）

2016 年に改正された発達障害者支援法第 13 条には、発達障害者の家族に対する支援の必要性について、「適切な対応」、「情報提供・助言」、「互いに支え合うための活動」という内容がより具体的に明記されている。

発達障害者支援法 改正後の 家族支援の重視

- 第五条の3
 - 「児童に発達障害の疑いがある場合には、適切に支援を行うため、当該児童の保護者に対し、継続的な相談、情報の提供及び助言を行うよう努める」
- 「診断のない児童の保護者」においても相談・情報提供による支援の必要性を明記した

● 発達障害者支援法改正後の家族支援の重視（5 条）

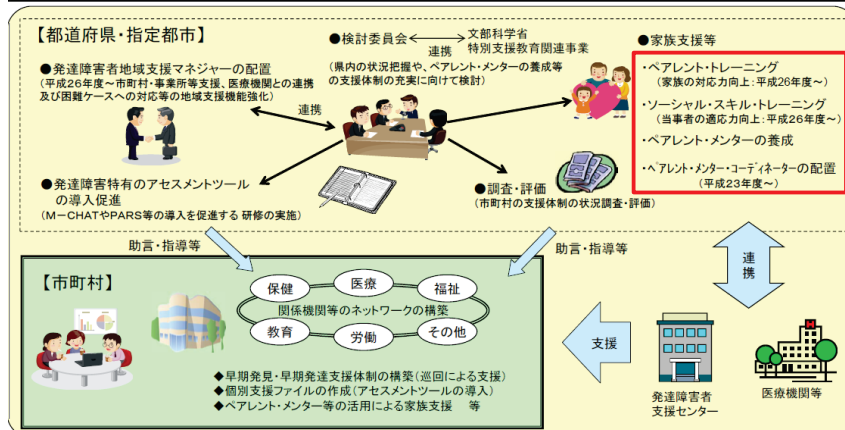
第 5 条の 3 には、診断のない児童の保護者についても、相談・情報提供による支援の必要性が明記されている。発達障害支援では、診断のある児者だけではなく、疑いのある人も含めて支援していくことで、さまざまな困難を予防していくことが求められている。

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

発達障害者支援体制整備 地域生活支援事業の内数

乳幼児期から成人期における各ライフステージに対応する一貫した支援を行うため、関係機関等によるネットワークを構築し、支援体制を整備するとともに、ペアレント・メンターの養成等により、発達障害児(者)及びその家族に対する支援の強化を図る。

さらに、平成26年度から、家族支援及び当事者支援としてペアレント・トレーニングとソーシャル・スキル・トレーニングを新たにメニューに追加するとともに、センター等に「発達障害者地域支援マネジャー」を配置するなど、地域支援機能の強化を図る。



● 発達障害者支援体制整備

上記のように厚生労働省も、家族支援対策としてペアレント・トレーニングやペアレントメンターなどの施策を推進している。

2. 幼児期の親への支援

1. 気づき段階での支援

困難に寄り添い共感することから発達相談へ

2. 診断前後の支援

地域の療育支援情報提供や親同士の支え合い

3. 障害特性の理解に基づいた具体的な支援

ペアレント・トレーニングなど

4. 就学に対する支援

就学相談やペアレントメンターによるピアサポートの充実

● 幼児期の親への支援

幼児期の家族支援は、①気づき段階の支援 ②診断前後の支援 ③障害特性の理解に基づいた具体的な支援 ④就学に対する支援 の4つに大別できる（井上ら 2014）。

気づき段階、診断の前後の時期において、親は多くの葛藤や不安、ストレスに直面する。発達障害のある子どもの親は、特に知的障害を伴わない場合、気づきや診断ともに遅れる傾向がある（山根 2010）。

親の障害への気づきや理解の困難は、その後の支援に大きく影響する。発達障害に対する乳幼児健診のシステムや精度、早期発見から支援への体制は、発達障害者支援法の整備以降、各自治体で改善がなされてきているが、親の理解と協力なしには健診から支援へと繋がらない。早期支援システムの中でも親への支援は大きな課題となっている（本田 2014）。

スライド 7

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

知的障害のないASDの 親の障害への気づき

Howlin, P., & Asgharian, A. (1999). The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41(12), 834–839.

- 英国の自閉症スペクトラム障害児の親
- 614名の自閉症児の親とアスペルガー症候群の156名の診断経験を比較
- 気づきの時期
 - 自閉症群の親 生後18ヶ月
 - アスペルガー群の親 約30ヶ月
- 診断の確定
 - 自閉症群の親 約5.5年
 - アスペルガー群の親 約11年
- 気になっていた点
 - 両群とも社会性の発達
 - AS群はコミュニケーションの問題には気づきにくい傾向
- アスペルガー群の親が自閉症群の親よりも確定診断を得るまでにかなり長い遅延と大きなフラストレーションを経験していることが示された。



● 知的障害のない ASD の親の障害への気づき

Howlin & Asgharian (1999) による英国の調査では、気づきの段階は知的障害を伴う群が平均 11 ヶ月なのに対して、知的障害を伴わない群は平均 30 ヶ月になるとし、知的障害を伴わない群の親は診断を得るまでの長い時間の中で大きなフラストレーションを経験していることを指摘している。気づきや確定診断までの期間が長ければ、その間母親は自身の育て方を責め、適切な情報や具体的な援助が得られずに、不安を長期間体験する可能性もある（柳楽・吉田・内山，2004）。

気づき段階での 親の心理状態

「気づき」のきっかけ

- ・ 集団場面の様子を見て
- ・ さまざまな子ども同士のトラブル
- ・ 教師や他者からの指摘
- ・ きょうだいとの比較など

「遅れへの気づき」と不安

- ・ 遅れに対する否定
- ・ 相談機関や受診を勧める人に対する否定の気持ち
- ・ だれに相談したらよいのか
- ・ 相談することは遅れを認めることになる
- ・ 他の家族からのストレス

保健師・保育士・幼稚園教師など身近にいる人が親の気持ちにより添いながらまずは専門相談へとつなげることが重要

● 気づき段階での親の心理状態

身体障害や知的障害と比較して、発達障害の場合の社会性の発達の遅れや、感覚過敏・鈍麻といった感覚の問題などは、親にとって非常にわかりにくい特徴である。

気づき段階については、例えば、幼稚園や保育所に入れてから集団場面があって初めて気づくことが多い。しかし、最初はなかなか納得できない人も多い。

子ども同士のトラブルが園でしょっちゅう起こる。でも、自分の子どもは家族の中で見ている限りはそんなことはない。保育士の対応がおかしいのではないかな？などの疑念も生じる。

男の子だから発達が遅いのかな？というような「気づきのきっかけ」はあるのだが、スムーズに相談に結びつきにくいものである。

スライド 9

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

園でできる気づきへの支援

- ・ 「診断」からではなく「支援」からアプローチする
- ・ 担任任せにせず管理職をいれたチームで対応する
- ・ 親の否定を強めている要因を話し合う
- ・ 親からの話を傾聴する
- ・ 行事などでの事前の配慮などを親と話し、きっかけ作りをする
- ・ 巡回相談を活用する
- ・ 保健師や支援センターとの連携を行なう
- ・ 相談機関につなぐ
- ・ 保護者に困難性があるケース（虐待リスクなど）については地域の外部機関を交えたネットワークを活用する



● 園でできる気づきへの支援

気づきの段階での支援では、親の気持ちにより添いながら本人支援を開始し、支援者と親とが信頼関係を築きながら専門相談へとつなげていくことが求められる。保健師、保育士、幼稚園教諭などの支援者が子どもの発達の遅れや偏りに気づいていたとしても、親が同レベルの気づきを持っているとは限らない。また、親が子どもの発達の遅れや偏りに気づいていたとしても、園などの集団の場で過剰適応してしまうタイプの子どもにおいては、支援者にそれを否定されてしまうこともある。支援者は親の気持ちに寄り添い、共感しつつも、親との間に気づきのギャップがどの程度あるかを把握しながら共通理解を図っていく必要がある。

診断に際して

- 多くの親にとって診断を言われたときの記憶は生涯忘れられない
- また、すぐには納得できない場合もある
- 医師は、親も納得のいく評価の手順を踏み、あいまいでなく明確にわかりやすく伝えることが大切
- 一方、多くの診療場面では、診断時の情報提供やフォローに十分に時間をかけることができない問題も存在
- ペアレントメンターによる情報提供

● 診断に際して

診断に関する親の受け止めは、医師による診断告知の方法や時期、親の発達障害に対する知識や心理的状況によって大きな影響を受ける。

診断を医師から告げられた瞬間の記憶というのは、鮮明に覚えている方が多い。診断をすぐに納得できる方、腑に落ちたと言う方もいらっしゃるが、多くはやはり認めたくない気持ちが生じ、どうして私だけがこんな目に遭うのだろうか、診断直後はいろんなことを考えましたという報告が多い。限られた時間の中で医師が地域の情報を保護者が納得するように時間を尽くして説明することは難しく、ソーシャルワーカーやペアレントメンターによる相談に繋ぐのも一つの解決策である。

スライド 11

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

診断時の伝わりにくさ

- 「とりあえず脳波には異常はありません」
→「障害はないんですね。。」
- 「自閉症の傾向があるかもしれません」
→「どっちなんだろう。。。」

原則ははっきりと明確に伝えること

11

● 診断時の伝わりにくさ

診断時の医師のことばを誤解したり、よいように解釈して受け取ってしまう親もいる。具体的に言葉を尽くして伝えることが求められる。

診断告知のあり方は、母親の受け止め方や障害理解に大きな影響を及ぼすことはいうまでもない。診断告知は親に対して悲嘆や自責の念、抑うつや怒りなどの否定的な感情だけでなく、肯定的感情を引き起こすことも多くの研究で指摘されている。山根（2011）は高機能広汎性発達障害の診断告知時の母親の感情体験と関連要因について検討し、診断告知において、それを受けるタイミングや育児ストレスを踏まえた対応、当面の指針となる具体的な助言と情報の提供の必要性を指摘している。

個別場面でのわかりにくさ

事例

- 年長男児で保育所では指示にしたがえない、集団になじめない、孤立などの行動があり、園はいやがる母親を説得して専門機関への相談をすすめた。
- 親はかかりつけの小児科医に受診し「家では問題はないのですが」、と切り出した。
- 1歳半健診、3歳児健診でも問題なく、言葉の発達も良好であった。診察時の本人とのやりとりもはきはきと元気よく応える様子から医師は「心配ありません、大丈夫ですよ」といった。
- 母親はうれしそうに帰っていたが、保育所では変わらず行動上の問題が継続した。
- 母親は医師の言葉を盾に保育士の相談機関の勧めには以後まったく耳を貸そうとしなくなってしまった。

● 個別場面でのわかりにくさ

発達障害、特に知的障害のない自閉症の場合、個別の問診では特に問題を感じにくいこともある。

家庭だけではなく、園やその他の集団場面での様子を具体的に聞き取る。「先生はなんとおっしゃっていましたか？」など、支援者からの視点や支援者との関係性についても質問してみる。

また安易に断定することはリスクがあることに注意する。

スライド 13

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

診断による 問題の解消と発生

解消した点

- 「今後の対処の方向性が考えられ、取り組めた」
- 「気持ちの区切りがついた、覚悟ができた」
- 「疾患・子どもの状態を少し理解できた、納得した」

新たに発生した点

- 「具体的な指導がなく、今後の育児に対して不安が生じた」
- 「次へのステップへの情報提供や障害に関する情報提供がなかった」

夏堀（2001）就学前期における自閉症児の母親の障害受容過程 特教研究

13

● 診断による問題の解消と発生

親に子どもの発達の問題を伝える際には、親の納得と理解が得られるような明確さと共に、適切な養育へと繋がっていくような情報提供に留意する必要がある。十分な説明やインフォームド・コンセントのもとで診断の根拠となる発達のなアセスメントを実施することはもちろん、フィードバックの際も子どもが良くできている領域から伝え、苦手な領域については配慮事項やさらなる情報のアクセス先を伝える。具体的アドバイスは親の精神状態や家庭環境に留意して、親が成功体験を得られるよう実行可能なレベルで行うことが望まれる。しかしながら一方では、診察時間の中だけで十分な診断告知とフォローを行うことは限界もあり、診断後のケアやフォローを多職種が連携して行えるシステムを工夫していく必要がある。

診断と その後のフォローのあり方

- 診断告知には十分な説明、そして支援に関する情報提供が必要
- 診断を本格的な支援のスタートとする
- 「子育て困難感」、「孤独感」に寄り添う支援が必要
- ペアレントメンターによる病院での相談支援
- 地域の支援リソースとの出会い
- 具体的な子育ての工夫→ペアレント・トレーニング

● 診断とその後のフォローのあり方

診断告知には十分な説明、そして支援に関する情報提供が必要である。

支援に繋がる診断とするため、メンターからの情報提供、ペアレント・トレーニングなど、子どもや親の状況に応じた地域の情報を紹介していける体制を構築する必要がある。

スライド 15

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ペアレントメンターとは…

メンター（mentor）とは「信頼のおける相談相手」という意味
ペアレントメンターとは、親による親のための相談者

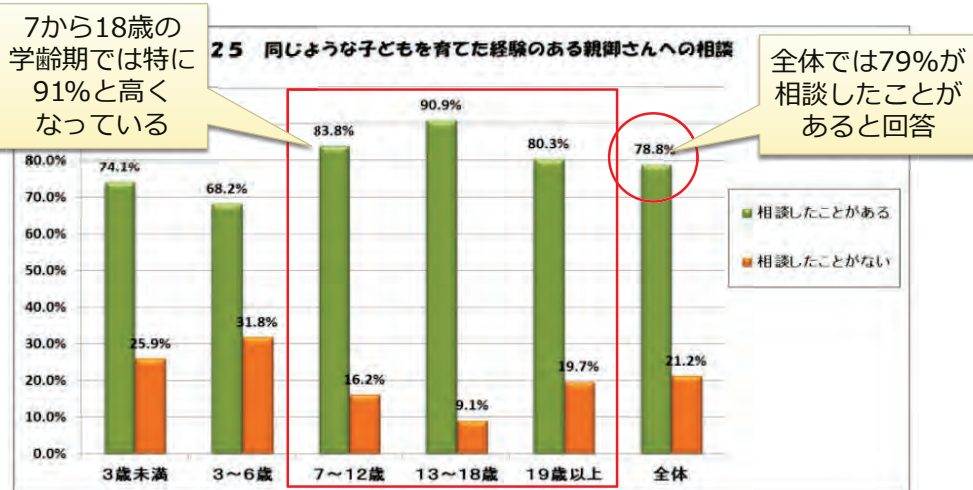


15

● ペアレントメンターとは

ペアレントメンターとは、自らも発達障害のある子育てを経験し、かつ相談支援に関する一定のトレーニングを受けた親を指す。メンターは、同じような発達障害のある子どもを持つ親に対して、共感的なサポートを行い、地域資源についての情報を提供することができる。高い共感性に基づくメンターによる支援は、専門家による支援とは違った効果があることが指摘され、厚生労働省においても有効な家族支援システムとして推奨されている。現在ペアレントメンター活動は、全国の自治体に広がるとともに、発達障害だけでなく他障害にも広がりを見せている。

親が親に相談したい「時」は ライフステージを通して存在する



平成25年度 北海道 発達障がい児・者支援に関する調査 n=1075

● 親が親に相談したい「時」

北海道における約千人の親を対象とした調査では、親が親に相談したい「時」はライフステージを通して存在する。

特に、学齢期において相談ニーズが高い傾向にある。

スライド 17

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ペアレントメンターによる 支援の特徴

共感性の高さ

- ・ 同じ障がい児を育てている親として共感でき、寄り添うことができる

当事者視点での情報提供

- ・ 教科書にない経験から得た知識、HPや広報にない「口コミ情報」を参加者に伝えることができる
- ・ ※メンターはだれもができるわけではない。養成研修を修了した親が各自治体に登録している

メンターに関する問い合わせ先

- ・ 各地域の発達障害者支援センター
- ・ 日本ペアレント・メンター研究会 <https://parentmentor.jp/>

17

● ペアレントメンターによる支援の特徴

メンター相談の特徴は、「共感性の高さ」と「当事者視点での情報提供」にある。

しかし、メンター活動には過剰な共感や巻き込まれ、相談による傷つきなどのリスクも伴う。

日本ペアレント・メンター研究会では養成研修を提唱している。現在、全国のメンターの多くは、養成研修を修了し、各自治体に登録している。

鳥取県でのペアレントメンター による病院での相談事業

- 地域機関のニーズ
 - 診療場面だけでは十分な情報提供のための時間を取ることが困難
 - 診療場面だけで親の思いを受け止めることの限界
 - 地域の情報収集やアクセス方法が提供できない
- 相談体制
 - 医師が親に勧め、相談予約、熟練メンター 2 名によるペア相談
 - 相談後は臨床心理士とミーティングの後、カルテに記載
 - 西部 2 病院、中部 1 病院、東部 1 病院に拡大

● メンターによる病院での相談事業

鳥取県のメンター事業の一つとして、病院でのメンターによる早期相談事業がある。

県からの委託事業として、西部 2 病院、中部 1 病院、東部 1 病院で月に 2 回メンター相談を行っている。主治医から相談希望がある親御さんに申込書を渡していただき、相談予約をしてメンター 2 名で相談を行っていただく。相談後はメンターが心理士と事後ミーティングをし、心理士がカルテに記入する。

スライド 19

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

病院でのメンター相談事業

〇〇〇外来をご利用の保護者さまへ〇〇〇

ペアレントメンターに相談をしてみませんか？

お医者様からお子さんには発達の特徴があることを説明されて、これからどうやって育てていけばいいのか・・・いろいろ不安に思われることはありませんか？
ペアレントメンターが自閉症・発達障がいの子育てで経験を活かして、子どもへの関わり方や地域の情報などにご相談に応じます。

こんな相談に応じます。

- ・就学を控えて不安。どうやって決めたらいいの？
- ・診断を受けたけど、これからどうやって子育てしていけばいいの？
- ・地域で子どもをみてくれるところはあるかなあ。
- ・地域で使えるサービスは何かあるだろう...
- ・ちょっと話を聞いてほしいなあ。

など

〇ペアレントメンターとは・・・よき相談相手。先輩保護者です。

ペアレントメンターも数年前は子どもの将来や子育てが不安でした。悲しい思いや、周りの人に理解してもらえず、孤独を感じたこともあります。ペアレントメンターは相談者として共感しながらお話を聞くことができます。そして、ちょっぴり情報提供もできます。

一人で悩みを抱えないで



☆相談は無料です。(要予約)

☆相談予約は、①下記連絡先にお電話をいただくか、②別紙「ペアレントメンターへの相談票」を記入の上、「外来窓口」にご提出ください。

【ご相談予約受付】

旭川大学医学部附属病院 子どもの心の診療拠点病院推進室

電話：0859-38-6775（午前9時～午後3時）

☆相談は1回1時間程度です。

ペアレント・トレーニング とは

- ・ 「親は自分の子どもの最良の支援者になることが出来る」という考えにもとづいて、親が療育の方法を学ぶプログラム
- ・ 行動理論をベースとして、60年代から米国を中心にはじまる。知的障害児や自閉症児の親を対象に身辺自立や言葉の指導、問題行動への対応がおこなわれてきた。
- ・ 当初は療育プログラムと併用し訓練効果の般化や維持の促進を目的として、共同治療者としての親教育としての位置づけ
- ・ 現在、我が国では発達障害むけにつくられているプログラムの多くはペアトレのみの独立したプログラムが多い
- ・ 「かかわり方」から「家庭での指導プログラム作成」まで様々であり、発達障害支援から、虐待防止まで対象も多様化している

● ペアレント・トレーニングとは

診断後の支援は、親の気持ちへのより添いに加えて、療育機関の情報提供や、障害特性の理解に基づいた子どもに合わせた対応方法など、子育てに関するより具体的な疑問に答えていく支援に移行していくことが求められる。また障害特性に対する理解を深めつつ、食事、着替え、入浴、排泄、睡眠といった日常生活の中で生じる困難、ことばや認知発達の遅れ、こだわりや感覚過敏、集団適応の困難さ、などへの疑問に答え、共感的に聞き取り、日々の子育てやかかわりの中で可能な具体的な工夫を共に考えていく必要がある。

ペアレント・トレーニングはこうしたニーズに対応できる支援プログラムと言える。ペアレント・トレーニングの中で取り扱われるプログラムは、子どものほめ方やしかり方、こだわり行動や問題行動への対応、ストレスマネジメント、身辺自立や生活の中でのスキルの教え方などで、講義、グループによる話し合い活動、ロールプレイ、ホームワークなどの活動を通じて学んでいく。ペアレント・トレーニングの中身をどのようなものにするかは、参加者の年齢や障害種や重さやニーズの違いによって異なる。

スライド 21

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

発達障害における ペアレント・トレーニングの目的

1. 子どもの障害特性や発達の状態を理解すること
2. 子どもとコミュニケーションを楽しめるようになること
3. 子どもを成功に導く視覚支援や環境調整の方法を知ること
4. 発達を促す適切な支援の方法を知ること
5. 支援の仕方を人に伝える方法を知ること
6. 子育て仲間ができること



井上ら（2008）子育てが楽しくなる5つの魔法（改訂版）より

21

● 発達障害におけるペアレント・トレーニングの目的

ペアレント・トレーニング（以下 PT とする）とは、行動変容の技法の学習を通して親の養育行動を変容させることにより、子どもの健全な成長発達の促進や不適切行動の改善を目的とした教育的なアプローチである。

PT には個別的に提供されるプログラムとグループで提供されるものがあり、重篤な問題行動を対象とする場合や PT が個別療育に付随する場合以外は、グループ形式で実施されることが多い。PT の効果としては、子どもの生活スキルやコミュニケーション行動などの適応行動の獲得、問題行動の改善、親の養育スキルの獲得、親子関係の改善、子育てストレスや抑うつ状態の軽減などが示されてきている。

標準的な内容の例

回	講義	演習	ホームワーク
1	自己紹介・オリエンテーション	自己紹介	
2	ほめ上手になろう!	うちの子紹介	ほめて、ほめてほめまろう!
3	整え上手になろう!	ほめようシート	ほめマスターになろう!
4	教え上手になろう!	目標設定	療育目標を考えよう
5	伝え上手になろう!	手続き作成表	療育実施・記録
6	リクエストにお答えします		
7			
8	振り返り・茶話会		

- 行動論に基づいて、5つの内容が含まれている
- 講義とワーク、ホームワークで構成されている。
- 隔週で1回90分から120分で行う。
- 1クール6回～8回程度



●ペアレント・トレーニングの標準的な内容

井上ら（2008）のプログラムは、知的障害、自閉症、その他の発達障害など幅広い障害のある、幼児から学齢児までの子どもを持つ親を対象にしている。特に子どもとのかかわり方の学習だけでなく、家庭での課題を発見し、実際にスタッフと指導プログラムを立てて実践することを特徴としている。

プログラムの人数は10名程度で、8～9回の隔週の連続講座で構成され、1回のセッションは2時間で講義とグループ演習からなる。参加者は、事前にプログラムの目的、内容、費用、回数などについて十分に説明し、同意を得た上で決定される。グループで行うため、重篤な精神疾患などがなく、グループで話し合うことができる状態であることを基準にしている。PTよりも個別面接が適している場合はそちらを紹介する。ワークブックに基づいて、「ほめ上手」（強化方法）、「整え上手」（視覚化と構造化）、「伝え上手」（指示の出し方）、「観察上手」（行動の見方と問題行動への対応）、「教え上手」（課題分析と家庭での指導方法）などの内容の講義とグループワークが実施される。グループワークとしては、日頃の悩みや地域の情報を交換するだけでなく、サポートブックを作成したり、自分の子どもに合わせた家庭で実施できる療育プログラムをスタッフと一緒に作成し、家庭で実施してその結果を持ち寄って話し合いながら工夫を共有していく。

親が家庭で実施するプログラムは、親自身が自分の子どもに合わせて課題を選択する。幼児であれば「着替え」や「入浴」「洗面」「歯磨き」などの身辺自立、児童期では「簡単な家事の手伝い」や「整理整頓」や「学校の宿題」などの日常的な生活の中で出会う課題を選択することが多い。

スライド 23

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

スタッフの例

- ファシリテーター（プログラムリーダー）
専門の研修を受けた人やペアトレにスタッフとして参加経験がある人
- サポートスタッフ
参加者のサポートを行う
スタッフは「移動」を考慮してファシとサポートスタッフは交代で行うなどの工夫をしておく
- ペアレントメンター
親視点からのサポート
自分の経験を話したり、支援グッズの紹介

23

● ペアレント・トレーニングのスタッフ

1 グループに対して指導者 1 名と補助スタッフ数名で運営し、補助スタッフには先輩保護者であるペアレントメンターが入る場合もある。補助スタッフは配慮を要する参加者をフォローしたり、メンターの場合は必要に応じて自分の子どもの支援グッズを紹介したりする。

スライド 24

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

プログラム例 いいところ探し

ワークブック8ページ

いつもはおもちゃの片づけどころか、呼んでもなかなか
遊びをやめられません。



24

スライド 25

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

プログラム例 声掛けを考えよう



今日は、いつもと
少し違うようですよ。
あなたならどんな
言葉でほめますか？



25

スライド 26

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

スモールステップで 開始するには

	設定回数 3回～4回 (初めて実施する 支援者)	設定回数 6回～7回 (子どもの行動を 捉えられる方、 1年以上の経験の ある方)	設定回数 8回～10回 (慣れた方)
ほめ上手	☆	☆	☆
観察上手		△	☆
整え上手	☆	☆	☆
伝え上手		☆	☆
教え上手			☆
サポートブック		☆	☆
困った行動を減らそう			☆

26

● スモールステップで開始するには

厚生労働省はPTを発達障害の家族支援施策の柱として位置づけているが、支援者養成、スタッフ・時間・場所・予算の確保などいくつかの課題が存在する。特に支援者養成については組織化も必要となる。現在我が国の代表的なPTプログラムとその研究者が共同して「基本プラットホーム」(岩坂 2015)を作成している。これにより基本的なスタッフ・トレーニング・プログラムの開発が望まれる。

開始にあたっては支援者の技量に応じて、スモールステップで行う必要がある。

ペアレント・トレーニング の効果

- 2008年～2011年の間に鳥取県西部地域で全 8 回のペアレント・トレーニングに参加した親79名
- 参加者の出席率は85%、ドロップアウトは3名
- 子育てストレス、うつ状態の有意な改善
- 子どもの困難性・行動改善

	PRE	POST
BDI	11.12	6.28**
SDQ	17.62	15.10**
PS-SF（全体得点）	51.83	49.7*
PS-SF（親自身の）	24.6	24.1
PS-SF（子に対して）	27.47	25.33**

● ペアレント・トレーニングの効果

2008 年～ 2011 年の間に鳥取県西部地域で全 8 回のペアレント・トレーニングに参加した親 79 名の結果である。参加者の出席率は 85%、ドロップアウトは 3 名、親に対しては子育てストレス、うつ状態の有意な改善がみられた。

子どもについては SDQ により困難性・行動改善が示された。

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

就学前のグループ相談

- ・ 児童発達支援事業などに通う就学前の子どもの親のグループで相談できる。
- ・ 就学を経験した若手のペアレントメンターによる体験を聞くことができる。
- ・ 就学決定までのプロセスや家族の悩みなどが相談できる。
- ・ ※岡山県などで実施
- ・ メンターに体験を語ってもらう場合、迎え入れる施設のコーディネートや、事前の体験談の作成、事前の情報提供などのフォローやマネジメントも必要

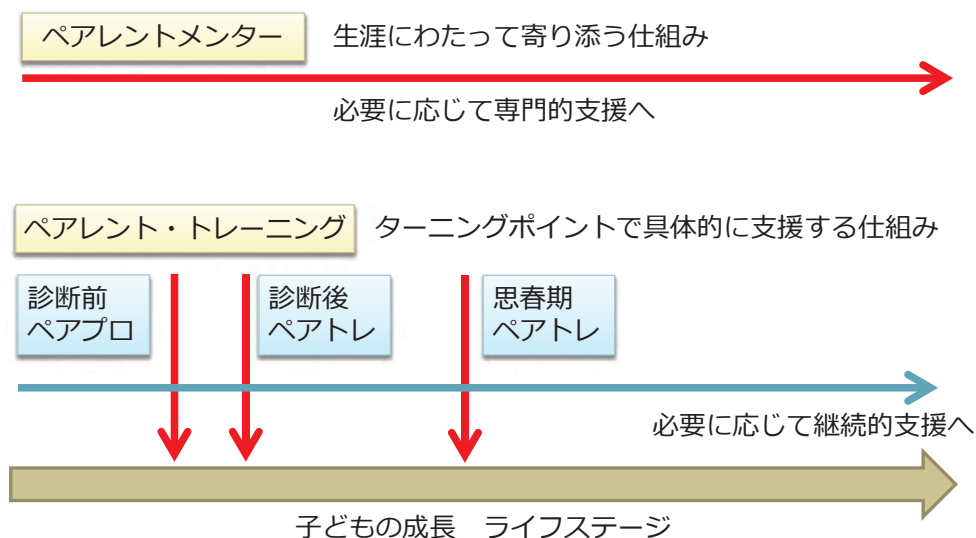
28

● 就学前のグループ相談

幼児期における最後のハードルは就学先の決定である。発達評価を含め園や学校との話し合いの中で、情報収集やそのための見学などをこなし、夫婦や家族間での共通理解を図りつつ、就学先を決定していかなければならない。就学に対する支援では、家族間の意見の一致に至るまでの不安や葛藤に寄り添いながら情報提供を行う。親の進路決定の手がかりとなる一般的な進路先の特徴を伝えるだけでなく、地域の進路先の情報収集の方法などを伝えることが重要である。

最近では教育委員会主催の就学相談会が設置されている地域が増え、就学先の最終決定に対する親の意見が尊重されるようになってきているが、実際に子どもを地域の学校に通わせている先輩の保護者の声を聞きたいというニーズは高い。前述のペアレントメンターなどの先輩保護者によるグループ相談会などを開催している地域もあり、新しい就学時支援の一つの方法といえる。

地域での家族支援として



● 地域での家族支援として

診断後は地域での支援機関・教育機関や制度についての適切な情報提供に加えて、具体的対応方法や養育方法を学ぶ場も必要である。このため、我が国においても従来の親の会活動に加えて、親による親のための相談・支援のしくみとして、ペアレントメンターによる相談活動が推奨されるようになってきた（井上ら 2011）。また親が発達障害の特性に対して具体的な対応方法や工夫を学ぶ場として、ペアレント・トレーニング（井上 2011，岩坂ら 2004）やペアレント・プログラム（辻井 2014）などのパッケージ化された親支援プログラムが各地で広がりつつある。

また、青年期以降の親の精神面のケアに対してもニーズが高まっている。特に ASD では児童期以降の不安障害などの併存が生じた場合、家族内のストレスや関係性、相互交渉を困難にする可能性が指摘されている（Reavan, et al., 2009）。

さらに、親を含めた養育者の高齢化にともなって福祉的支援も必要となる。平成 24 年度から施行となった障害者虐待防止法の施行後の調査（厚労省 2013）によると、養護者による虐待が通告件数の多くを占めることが明らかになっている。このデータは、養育困難が乳幼児期や児童期だけでなく、青年期や成人期、そしてさらに養育者である親自身が高齢を迎える時期など、ライフステージを通じて家族支援が必要であることを示唆している。

スライド 30

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

かかりつけ医に お願いしたいこと

- ・ 親支援を有意義なものにするために
 - － 親の気持ちを受け止める（傾聴と共感）
 - － 医師のアドバイスは重く受け止められがち、その親の状態に応じて、まずできることからともに考えていく
 - － 診断についての明確な説明
 - － 支援情報の紹介

30

● かかりつけ医にお願いしたいこと

親にとって、医師の存在はとても大きい。

限られた診療時間の中ではあるが、親の気持ちを受け止め、必要な支援機関につなげていただけるようお願いしたい。

そのためにはまず、地域の支援機関の職員やメンターとの顔合わせをしていただき、情報交換をする機会を設けていただければと思う。

早期発達支援1 療育の必要性・意義・実態（総論）

早期療育に対しては多くのエビデンスがある

自閉症スペクトラム

Smith & Ladarola, (2015). Evidence Base Update for Autism Spectrum Disorder, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 4(6), 897-922.

- well-established
 - individual, comprehensive ABA (応用行動分析) EIBI (早期集中療育)
 - teacher-implemented focused ABA + DSP (発達の社会的介入)
- probably efficacious
 - individual, focused ABA for augmentative and alternative communication PECS (絵カードを用いたコミュニケーション指導)
 - individual, focused ABA + DSP
 - focused DSP parent training
- possibly efficacious
 - individual, comprehensive ABA + DSP ESDM (早期介入デンバーモデル)
 - comprehensive ABA classrooms (LEAP)
 - focused ABA for spoken communication PRT (基軸行動トレーニング)
 - focused ABA parent training
 - teacher-implemented, focused DSP

※DSP (developmental social-pragmatic)

● 早期発達支援 1：療育の必要性・意義・実態（総論）

発達障害に対する早期療育の必要性はいうまでもない。

例えば自閉症スペクトラムにおいては、行動分析学をベースにした治療教育的アプローチのエビデンスが多く示されており、早期高密度行動介入（EIBI; Lovaas, 1987）や、発達心理学研究の知見を融合した PRT や ESDM を含む自然的発達行動介入（NDBI: Naturalistic Developmental Behavioral Interventions; Schreibman et. al., 2015）などが注目を集めている。

EIBI や NDBI は ASD の発達初期に対して有効なアプローチであるというデータが示されてきているが、現時点ではすべての ASD が EIBI や NDBI によって改善するわけではない。また発達初期に知能や言語発達や社会性について正常範囲にまでキャッチアップが得られたとしても、児童期や青年期に対人関係や社会性に関する困難を持つリスク、精神疾患併存のリスクは否定できず、早期療育終了後も一定の支援を要すると思われる。

いずれにせよ早期養育とともに、ライフステージを通じた途切れのない支援体制を作っていくことが必要となる。

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

早期発達支援 2 療育の具体的取り組み

- 個々の発達やニーズに合わせた個別の支援計画の策定
- 支援計画に沿った個別療育・グループ療育
- 領域は様々
 - コミュニケーション
 - 日常生活スキル
 - 運動機能
 - 認知機能
 - 社会性など
- 療育とペアレント・トレーニングとの組み合わせが効果的
(榎本・村瀬・井上2016)

32

● 早期発達支援 2：療育の具体的取り組み

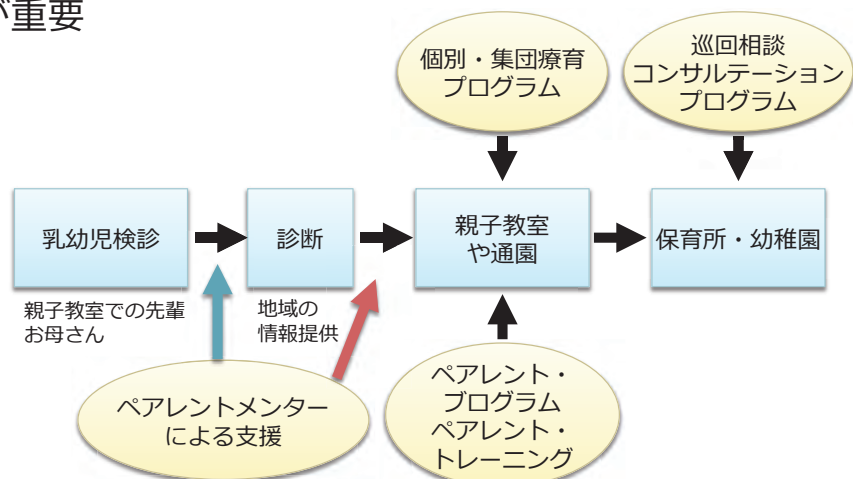
望ましい療育の内容は、一人一人の障害の程度や発達状況によって異なるため、個別の支援計画を策定し、それに基づいた療育メニューに従って進めていく。

必要な領域は支援を提供する事業所によって異なるが、場合によっては複数の事業所から支援を受けることが望ましいこともある。

子どもへの療育だけでなく、ペアレント・トレーニングを併用することでより大きな効果が得られるという研究結果もある。

ライフステージに合わせた 家族支援

個々の既存の支援プログラムのグレードアップのための
研究が重要



地域の早期支援体制の流れとそれをより効果的にするための支援プログラムの例

● 既存の支援プログラムのグレードアップのための研究

ライフステージに合わせて家族支援を実施していく上では、複数の機関の連携が重要であることは言うまでもない。

最後に、こうした機関同士の連携を繋ぐためのインターフェイスとして、個別の支援計画や情報が活用されることが必要である。

スライド 34

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

療育中の子どもと家族を支えるため にかかりつけ医にお願いしたいこと

- ・ 療育に対して様々なとらえ方がある
 - 拒否的な親
 - 支援者との関係を築くのが苦手な親
 - すぐに結果を求めてしまう親
 - 将来の不安を抱え療育効果にすがろうとする親
- ・ どの親も子どものためを思って頑張ろうとしている
- ・ その親の“努力を認める”ことから相談が始まる
- ・ 「不適切な養育」の裏には「不安」が隠されていることが多い
- ・ 不適切な養育行動は抑制されるべきでも、そうせざるを得ない感情・気持ちには理解を示し、寄り添うことで信頼関係が生じる

34

● 療育中の子どもと家族を支えるためにかかりつけ医にお願いしたいこと

療育中の親の中にも、障害を受け入れることが困難な親は多くいる。「受け入れる」ように促しても親自身を追い詰めるだけになってしまう可能性がある。

不適切な養育行動については、専門家として当然抑制しなくてはならないが、その前に「そうせざるを得ない気持ち」に対しては理解を示し、寄り添い共感していく必要がある。

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

自閉スペクトラム症の 併存症の評価と治療

医療法人社団 東京愛成会 高月病院

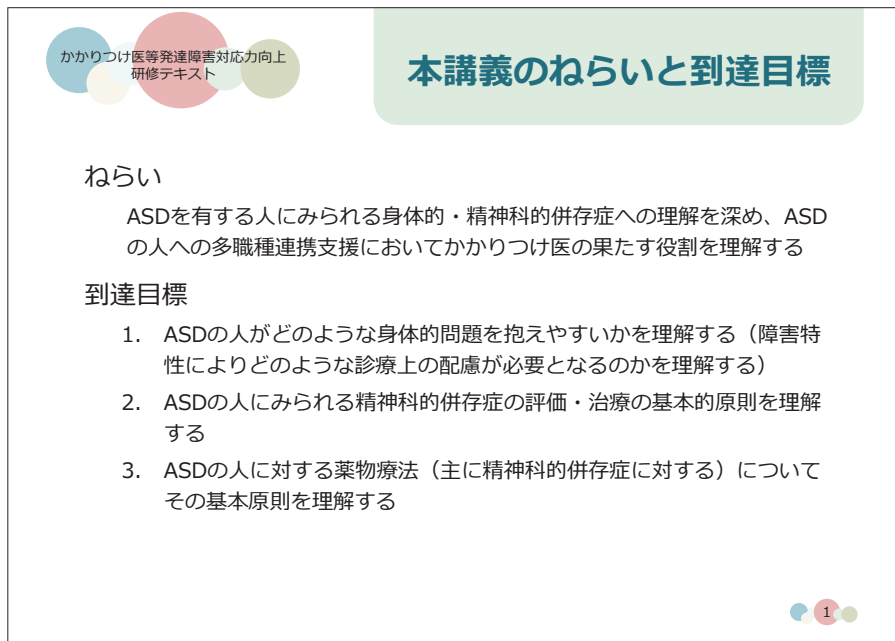
国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部

石飛 信



スライド 1



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

本講義のねらいと到達目標

ねらい

ASDを有する人にみられる身体的・精神科的併存症への理解を深め、ASDの人への多職種連携支援においてかかりつけ医の果たす役割を理解する

到達目標

1. ASDの人がどのような身体的問題を抱えやすいかを理解する（障害特性によりどのような診療上の配慮が必要となるのかを理解する）
2. ASDの人にみられる精神科的併存症の評価・治療の基本的原則を理解する
3. ASDの人に対する薬物療法（主に精神科的併存症に対する）についてその基本原則を理解する

● 本講義のねらいと到達目標

本講義は、ASD を有する人にみられる身体的・精神科的併存症への理解を深め、ASD の人への多職種連携支援においてかかりつけ医の果たす役割を理解することをねらいとし、下記を到達目標とする。

1. ASD の人がどのような身体的問題を抱えやすいかを理解する（障害特性によりどのような診療上の配慮が必要となるのかを理解する）
2. ASD の人にみられる精神科的併存症の評価・治療の基本的原則を理解する。
3. ASD の人に対する薬物療法（主に精神科的併存症に対する）についてその基本原則を理解する。



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの併存症について 理解を深める意義

1. ASDの人には併存症（身体・精神）が多い
2. 併存症が顕在化した時に、多職種連携の必要性が高まる
3. （ASDの）未診断の人が併存症を主訴に医療機関を受診する場合がある
4. “Diagnostic overshadowing（=診断の過剰投影）”を防ぐことに繋がる
5. DSM 5では、併存症を“specifier（=特定用語）”として明示し、支援ニーズを明確することを重視



● ASD の併存症について理解を深める意義

本講義で ASD の併存症について取り上げるのは、医療機関を発達障害の人もしくはその疑いの人が受診する場合、なんらかの医療的ニーズ（併存症）に対する対応を求めている受診である場合が多いからである。

1. ASD の人にはそもそも、後述するように併存症（身体・精神）が高率に認められる。ASD の有病率が高いことを考えると、併存症（身体・精神）を主訴にした発達障害の方を、日常臨床の場で小児科医をはじめとするさまざまな科の医師が診療することになる。その医療ニーズに応えるためには、代表的な併存症に関する基礎知識や評価の原則について一定の知識を持つことが必要となる。診療上、障害特性を考慮した適切な対応が求められるので、ASD の基本特性についての最低限の知識も備えておく必要がある。
2. ASD と関連する併存症が顕在化したときに、多職種連携の必要性が高まる。ASD の方への支援は、“機能特化と相互補完”に基づく多職種連携を基本とする。各ライフステージでの遅れのない有意義な多職種連携に繋げるために、“連携が

必要とされる状況”の一つとして併存症についての理解の共有が重要になる。この理解の共有は、医師だけでなく、支援に携わる職種すべてにとって重要である。

3. （ASD の）未診断の方が併存症を主訴に受診→主訴である併存症への対応を行う中で、発達障害の評価・診断の必要性に気づく場合がある。つまり、併存症への対応を契機に発達障害を念頭においた支援が始まる可能性がある。従って、よく起こりうる併存的問題を把握しておくことが大事になってくる。
4. ASD の人に併存しやすい問題を知ることによって、“Diagnostic overshadowing（診断の過剰投影）”を防ぐことができる。聞きなれない言葉だが、Diagnostic overshadowing とは、“ある発達障害の診断名がいったんつくと、その人にその他さまざまな問題が生じた場合に、その背後にある諸要因を深く探ることなくその診断に基づく問題（障害の一部）と考えてしまい、必要な対応が取られない事態”を指す。発達障害の人に併存しやすい併存症とその捉え方を知ることによって、これをある程度防ぐことができ、誤診断や対応の遅れを防ぐことが可能になる。

5. 知っている方も多いかと思うが、近年、精神障害の診断基準が、DSM IV→DSM 5に変更された。これに伴う大きな変更点の一つとして、併存する問題を“specifier (特定用語)”として明記し、支援ニーズを明確化することが求められるようになった。これは、“ASD なのか？”というカテゴリカルな評価から、“どのような支援ニーズを有する ASD 個人なのか？”というディメンショナルな評価が、臨床現場でますます重視されることを意味している。

以上の理由から、ASD の人への支援においてかかりつけ医にその役割を果たしていただくためには、ASD の主要徴候に加え、ASD に併存しやすい併存症についても、ある程度の基本的知識・対応の原則を知っていただく必要がある。



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

DSM 5における ASDの併存症評価

下記の“**特定用語 (specifier)**”を記述し、「どんな特徴や支援ニーズを有するASDの人であるか」を明記すること

1. 知的障害の有無とその程度
2. 言語障害の有無とその程度
3. 既知の医学的または遺伝的病態、環境的要因の関与
 - ✓ 遺伝的病態（例；Rett障害、脆弱X症候群、ダウン症候群）
 - ✓ 医学的疾患（例；てんかん）
 - ✓ 環境的要因の既往（例；バルプロ酸、胎児性アルコール症候群、超低出生体重児）
- 4. 他の神経発達障害、精神医学的障害あるいは行動障害**

(American Psychiatric Association, 2013)



● DSM 5 における ASD の併存症評価

DSM 5 では、ASD で特定すべき特定用語として以下の4点が記述されている。

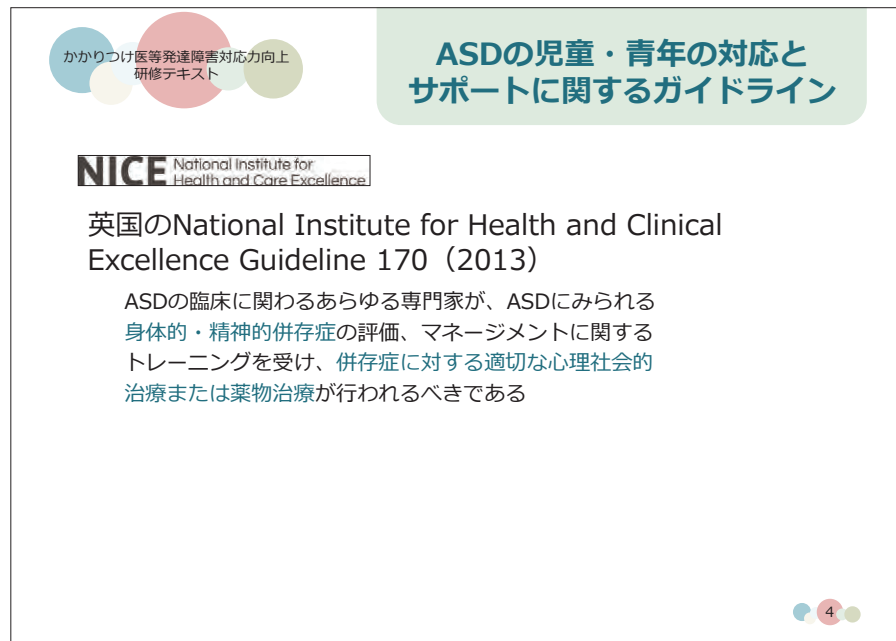
1. 知的障害の有無とその程度
2. 言語障害の有無とその程度
3. 既知の医学的または遺伝的病態、環境的要因の関与
 - ✓ 遺伝的病態（例：Rett 障害、脆弱 X 症候群、ダウン症候群）
 - ✓ 医学的疾患（例：てんかん）
 - ✓ 環境的要因の既往（例：バルプロ酸、胎児性アルコール症候群、超低出生体重児）
4. 他の神経発達障害、精神医学的障害あるいは行動障害

単に「ASD かどうか？」だけでなく、「どういう特徴や支援ニーズを有した ASD か？」を注意深く考えることが求められている。ASD を有する方への介入方針を検討する際に不可欠であり、現実の診療実態にも則した診断基準の改定である。

文献

American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition. Washington, DC, 2013

スライド 4



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

**ASDの児童・青年の対応と
サポートに関するガイドライン**

NICE National Institute for
Health and Care Excellence

英国のNational Institute for Health and Clinical
Excellence Guideline 170 (2013)

ASDの臨床に関わるあらゆる専門家が、ASDにみられる
身体的・精神的併存症の評価、マネージメントに関する
トレーニングを受け、併存症に対する適切な心理社会的
治療または薬物治療が行われるべきである

4

● ASD の児童・青年への対応とサポートに
関するガイドライン

英国の National Institute for Health and Clinical
Excellence Guideline 170 (2013) は、「ASD の
臨床に関わるあらゆる専門家が、ASD にみられる
身体的・精神的併存症の評価、マネージメントに
関するトレーニングを受け、併存症に対する適切
な心理社会的治療または薬物治療が行われるべき
である」としている。



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの身体的併存症について理解する

ASDに伴う身体的併存症

- てんかん (Amiet C et al. 2008)
 - ✓ 知的障害を有するASDでは21.4 %、知的障害のないASDで8%の合併率
 - ✓ ASDに特有の発作型は特定されていない
 - ✓ 好発年齢は、幼少期と青年期に二峰性のピークがある
- 胃腸障害 (Buie T et al. 2010)
 - ✓ 慢性便秘、機能性腹痛、逆流性食道炎、過敏性腸症候群
 - ✓ 9-70%と合併率は報告により様々
 - ✓ 併存する胃腸障害のために問題行動が生じることがある
(⇒胃腸障害の治療が問題行動を軽減しうることも)



● ASD に伴う身体的併存症

ASDの人では、さまざまな身体的併存症の合併が定型発達児より高いことが報告されており、医療支援ニーズの高い一群といえる。これらの身体的併存症の中には、時にいろいろや多動などの一見精神的な症状として顕在化するものもあるので、普段の（好調な）様子との違いに特に注意し、状態像の変化の背景に身体的問題がないかを常に考えることが重要になってくる。ここは、普段の落ち着いているときの様子と比較が可能な、かかりつけ医にしかできない部分でもある。

● てんかん

てんかんは、近年のメタアナリシスによると、知的障害を有する ASD では 21.4%、知的障害のない ASD で 8% の合併率が報告されている。ASD に特有の発作型は特定されておらず、好発年齢は、幼少期と青年期の二峰性のピークがあるとされている。

● 胃腸障害

胃腸障害も頻度が高いとされ、慢性便秘、機能性腹痛、逆流性食道炎、過敏性腸症候群などが合併

しやすいと報告されている。ASD では、偏食などの食習慣の問題も一部影響すると考えられているが、明確な機序は明らかになっていない。併存するこれらの胃腸障害による身体的不調が、いろいろ・自傷行為などの問題行動として表出する場合もあるので注意が必要である。ASD の胃腸障害に対するエキスパートコンセンサスパネルによる提言として、1) 胃腸障害の症状を呈する ASD の人では、ASD がない人の場合と同様な包括的評価をすべきである（ASD 特有の胃腸障害の症状は指摘されていない）、2) 併存するこれらの胃腸障害による身体的不調が、いろいろ・自傷行為などの問題行動として表出する場合があるため十分注意することが述べられている。

文献

Amiet C, et al. [Epilepsy in autism is associated with intellectual disability and gender: evidence from a meta-analysis](#). Biol Psychiatry; 2008; 64: 577-82.

Buie T, et al. [Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report](#). Pediatrics. 2010 Jan; 125 Suppl 1: S1-18

スライド 6



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの身体的併存症について理解する ASDに伴う身体的併存症

- 睡眠障害 (Malow et al. 2012)
 - ✓ ASD児の53-78%で認められる (vs 定型発達児:26-32%)
 - ✓ 入眠困難や睡眠維持の困難が主体だが、過眠症状もあり
 - ✓ 常同行為の増加や社会的スキルの低下など日常生活機能にも多大な影響を及ぼす
 - ✓ 何らかの身体的・精神科的併存症との関連で出現しうる
- 肥満 (Hill et al. 2015)
 - ✓ ASD児 (5053人, 2-17歳)
 - ✓ 33.6%が“overweight” 18%が“obesity”
⇒一般集団に比して高い肥満率 (ほぼ全ての年齢帯)
 - ✓ 危険因子: 高年齢・気分障害・睡眠障害



6

● 睡眠障害

睡眠障害は、他の発達障害に比しても高率に合併(40-80%)することが報告されている。睡眠障害のタイプとしては、入眠困難や睡眠維持の困難が主に報告されているが、過眠傾向が問題になる例もある。要因はさまざまで、うつや不安障害などの精神科的併存症やRLS(レストレスレッグス症候群)、薬物治療に伴う睡眠障害など多岐に渡る。メラトニン系の異常が生物学的要因として想定されている。

睡眠障害の影響が、常同行為の増加や社会的スキルの低下、イライラなどとして表面化することがあり、日常生活機能にも多大な影響を及ぼすことがあるので、睡眠状況の評価は非常に重要である。興奮や衝動性の増強として現れた場合、治療目的で投与された抗精神病薬やADHD治療薬によりさらに睡眠覚醒リズムの悪化をきたし症状がさらに増悪する場合もある。何らかの併存症との関連で出現することも多く、睡眠状況が普段とどう違うのかという視点が、精神科的な問題を客観的に評価する際にも重要になってくる。

● 肥満

ASDでは、肥満の問題についてもよく報告されており、Hillらの大規模研究では、ほぼすべての年齢帯で肥満率が一般母集団より高いとされている。5053人の2-17歳のASD児を対象にした大規模調査では、年齢・性別を考慮した各年齢での85%タイル以上を“overweight”、95%タイル以上を“obesity”とした仮定した場合、それぞれ33.6%、18%が“overweight”“obesity”という結果であった。

また、高年齢であること(年齢が上がるほど)、また睡眠障害や気分の問題がある場合にそのリスクが上がるとされている。ASDの人全員が肥満であるわけではなく、また肥満の要因も服薬の影響や食生活の違いなど人によってさまざまだが、かかりつけ医の先生には、普段の健康管理を行う上で、肥満傾向を示しやすい一群がいること、それに伴う生活習慣病のリスクを考慮いただきたい。

文献

A practice pathway for the identification, evaluation, and management of insomnia in children and adolescents with autism spectrum disorders. (Malow BA, Byars K, Johnson K, Weiss S, Bernal P, Goldman SE, Panzer R, Coury DL, Glaze DG; Sleep Committee of the Autism Treatment Network.

Pediatrics. 2012 Nov; 130 Suppl 2: S106-24. doi: 10.1542/peds.2012-0900I. Review.)

Hill AP, Zuckerman KE, Fombonne E. Obesity and Autism. Pediatrics. 2015 Dec; 136(6): 1051-61. doi: 10.1542/peds.2015-1437. Epub 2015 Nov 2

スライド 7

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの身体的併存症について理解する
健康管理上の問題点

- ・ 感覚過敏/鈍麻
- ・ コミュニケーションの問題
- ・ 非典型的な症状表出
- ・ 医療従事者の発達障害特性を考慮した対応が十分とは言えない現状

- ・ 医療支援ニーズの把握が困難（重症化の可能性）
- ・ 疾病の診断や治療が遅れる（医療受診の困難さ）

(大屋 滋, 2009)

● 健康管理上の問題点

以上に挙げた以外にも、ASD の人は common disease も含めさまざまな身体的併存症を有する 경우가多く、健康を維持するための医療支援ニーズがとても高い一群である。従って、医療機関で必要な検査、治療が適切に施される必要性が高いと考えられる。一方で、ASD の人ではその発達障害特性も影響して、身体的併存症に対する評価・診断・治療が遅れる 경우가多く、ASD の人における大きな健康管理上の問題となっている。

例えば、感覚鈍麻のために、疾患に本人自身が気づかないことがあり重症化することがある。

感覚過敏のために、注射や聴診、MRI 検査などの医療行為を受けることが難しい場合もある。

想像力の障害（予期する能力の低さ）やコミュニケーション能力の問題のために、さまざまな医療行為をスムーズに受けられないことも多い。

知的障害を伴う場合は特に、症状の言葉による表出が難しいため、疾患とは直接関係なさそうな行動上の問題として表出する場合もあり（非典型的な症状表出）、どうしても diagnostic overshadowing が起きやすいことも挙げられる。

医療機関における発達障害特性を考慮した対応が、やはりまだ十分とはいえず、当事者（養育者）と医療者との連携がまだうまくいっていない現状もある。

文献

大屋滋：自閉症や知的障害のある人の医療受診の問題点．医療受診セミナー報告書 自閉症や知的障害のある人のバリアフリー．東京，NPO 法人 PandA - J, 2009, p2-7



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの身体的併存症について理解する
かかりつけ医での対応の留意点

- ・ 診察前の準備

当事者の特性や困りごとについての資料を保護者と共有する
(→診療の障壁を極力取り除いておく)

- ・ 診察時の留意点
 - ✓ 静かな環境を極力準備する
 - ✓ 待ち時間が生じない工夫（予約は最初か最後）
 - ✓ 診療時間は余裕をもって設定しておく
 - ✓ 必要な情報は視覚化して伝える（絵カードの利用）
 - ✓ プレパレーションを試みる など

（大屋 滋, 2009）



8

● かかりつけ医での対応の留意点

以上を踏まえ、かかりつけ医としてどのような点に留意して ASD のある人の身体的な問題に対応すればいいかをまとめてみよう。

● 診察前の準備

診察前の準備としては、「障害特性から予想される診察上の困難を事前に把握し、その対応法の検討を前もって行うために、当事者の特性や困りごとについての情報を保護者と共有する（→すなわち、診療上の障壁を極力取り除いておく）」ことが重要になる。

● 診察時の留意点

- ✓ 診察時の留意点として、（聴覚過敏や普段と違う場所で緊張してしまうのを避けるために）静かな環境を極力準備する。
- ✓ 待ち時間が生じない工夫をすることも有用である。ASD の人は見通しのつかない行為である「待つこと」が苦手なので、タイムスケジュールをできるだけ明確に伝えることが安心に繋がる。
- ✓ （色々と予測不能な事態も起き、コミュニケー

ションに時間もかかるので、伝えたいことがきちんと伝わるように少し余裕をもって診察を行うために）診療時間は余裕をもって設定しておくのが望ましい。

- ✓ 必要な情報は視覚化して伝える（絵カードの利用）ことも有用である。特に知的障害合併例では言葉での理解が困難な方が多いので、一目でわかる資料が有効である。
- ✓ 診療行為とは初めての場合誰でも怖いものである。疑似体験などで不安を軽減できるように工夫することも有用だ。「プレパレーション」という、わかりやすい形で診療行為を視覚化して理解してもらい恐怖感を下げる試みも有用とされている。

時間がない中、すべてを行うことは難しいかもしれないが、何か一つからでも取り組んでいただくと ASD の人の医療受診がスムーズに進むと思われる。

文献

大屋滋：自閉症や知的障害のある人の医療受診の問題点．医療受診セミナー報告書 自閉症や知的障害のある人のバリアフリー．東京，NPO 法人 PandA - J, 2009, p2-7

スライド 9

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの身体的併存症について理解する
実際に使用できるツール



医療用絵カード
京都府自閉症協会



医療機関のみならず
発達障害の人たちを
よろしくお願いします



プレパレーションの実践に向けて
「医療を受ける子どもへの関わり方」
子どもと親へのプレパレーションの
実践普及 研究班

9

● 実際に使用できるツール

ASDの方に限らず発達障害の人の医療受診をスムーズに行うためのツールがこれまで多く作成されている。HPからダウンロード可能な資料も数多く存在し、自治体が提供しているものも多い。今後、かかりつけ医での利用促進が期待されている。

例)

- ・「発達障害の人たちをよろしくお願いします」：
平成20年度 厚生労働省障害保健福祉推進事業
(障害者自立支援調査研究プロジェクト) 分担班
「自閉症・知的障害・発達障害児者の医療機関受診支援に関する研究」
(URL: www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/jiritsu.../report2.pdf)
- ・「医療用絵カード」：京都府自閉症協会
(URL: as-kyoto.com/)
- ・「プレパレーションの実践に向けて 医療を受ける子どもへのかかわり」：子どもと親へのプレパレーションの実践普及 平成14・15年報告書 別冊
(URL: www.okinawa-nurs.ac.jp/oshirase/.../preparationshiryou.pdf)

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの身体的併存症について理解する
自治体での取り組み①
(千葉県市川市)

知的障害やASDの人のスムーズな医療機関への受診に向けて

「説明カード」

- ✓ 親の会を通して障害児者に配布
- ✓ 診療前に必要事項（障害の特徴や特性と、簡単な対応方法）を記入
→ 診察がスムーズに受けられるように作成

「待合室ポスター」

- ✓ 親の会が作成し、医師会を通して市内の病院・診療所の待合室に掲示
→ 待合室の他の患者さんに、待つことが苦手な人がいることを知ってもらうために作成

「医療セミナー」開催

- ✓ 親の会・医師会のリーダーシップのもと、障害のある患者側、そして医師側の苦労・悩みを双方に意見交換

（大屋 滋，2009）

● 自治体での取り組み①

自治体での取り組みを 2 つ紹介する。

千葉県市川市では、「知的障害や ASD の人のスムーズな医療機関への受診に向けた取り組み」として、説明カード・待合室ポスターの普及利用、医療セミナー開催などが行われている。

文献

大屋滋：自閉症や知的障害のある人の医療受診の問題点．
医療受診セミナー報告書 2009

スライド 11

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの身体的併存症について理解する
自治体での取り組み②
(東京都杉並区)

障害者人間ドック事業

2005 年より総合病院健診センターとの協力の下、NPO法人すぎなみ
障害者生活支援コーディネートセンターを中心に実施



- ・ 障害特性に関する学習会
- ・ 障害特性に応じた特別問診票
- ・ 事前調整や事前練習

↓

失敗しない!
失敗させない!

● 自治体での取り組み②

東京都杉並区では、障害者人間ドック事業として、スタンプラリー形式で視覚的にわかりやすいツールを用いての「失敗しない、失敗させない」人間ドックに向けた取り組みがなされている。

先ほど述べたように、健康管理は重要な問題である一方、ASD の障害特性から多くの困難が付きまとう。

→ 一度嫌な思いをするとなかなかその後の受診が難しくなるという声を当事者家族からよく聞く。このような取り組みは今後さらに重要になると思われる。



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの身体的併存症について理解する かかりつけ医へのメッセージ -ASDの人の健康管理にむけて-

- ・ ASDの人には様々な身体的併存症がみられ医療支援ニーズが高い。
- ・ 発達障害特性（コミュニケーションや感覚の問題）のために身体疾患の診断や治療が遅れやすい。
- ・ 個々の障害特性を考慮した対応が医療機関でまだ十分浸透しておらず、当事者・家族が医療機関受診に対する不安を抱えている。
- ・ 発達障害特性を考慮した具体的な対応をできる範囲で取り組むことがかかりつけ医に期待されている。
- ・ かかりつけ医による身体的併存症への対応は、発達障害の人のQOL向上や発達障害と鑑別を要する疾病の除外にも重要となる。



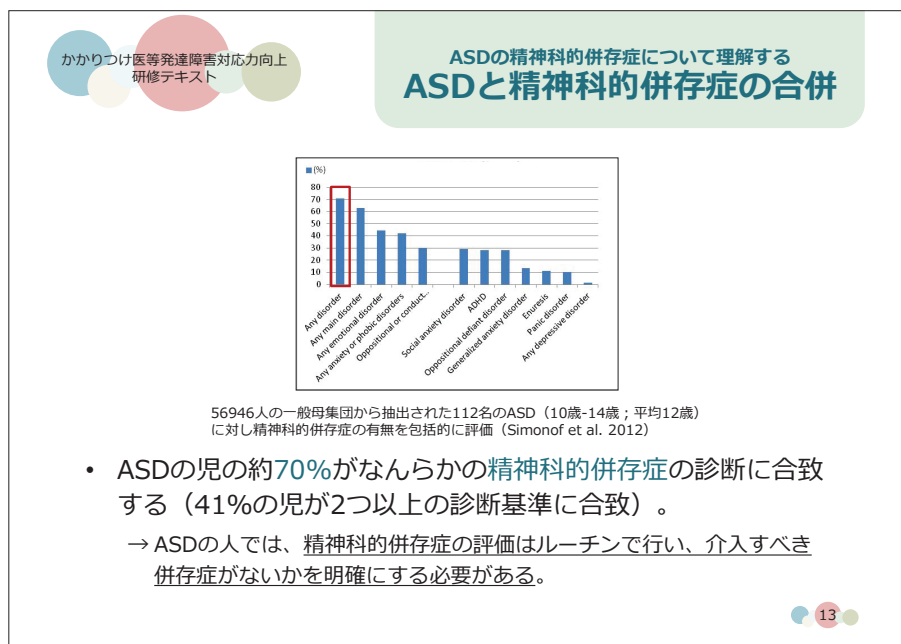
12

● かかりつけ医へのメッセージ

この項のまとめである。

- ・ ASD の人はさまざまな身体的併存症がみられ医療支援ニーズが高い方々である。身体的問題がいらいらや興奮などで表現されることもあるので、一見身体的問題でなさそうな場合も、背景に身体的問題が存在する可能性に十分配慮いただきたい。
- ・ 発達障害特性（コミュニケーションや感覚の問題）のために疾病の診断や治療が遅れやすいことが問題となっている。
- ・ 個々の障害特性を考慮した対応がまだ医療機関でまちまちであり、当事者・家族が医療機関受診に対する不安を抱えている。
- ・ 発達障害特性を考慮した医療機関での対応を、できることから取り組むことが期待されている。
- ・ かかりつけ医（特に小児科医や内科医）による身体的併存症への対応は、発達障害の人のQOL 向上だけでなく、発達障害と鑑別を要する疾病の除外にも重要となる。

スライド 13



● ASD と精神科的併存症の合併

ASD における精神科的併存症の調査研究で最もよく引用される Simonoff らの論文を紹介する。

この研究は、このテーマに関して行われた数少ない population based study で、約 5 万 7000 人の一般集団から抽出された平均年齢 12 歳の ASD 診断を受けた 112 名に半構造化面接を用い、精神科的併存症を包括的に評価したものである。ある特定の精神疾患や発達障害の合併についての study はいくつもあるが、このように包括的に評価を試みた大規模研究は少ない。

結果は「ASD 児の 70% の児で、なんらかの精神疾患の合併を認め、また 41% では複数の診断がついた」。SAD（社交不安障害）や ADHD、反抗挑戦性障害が主たる合併症として挙げられており、その他にも多様な精神科的併存が認められることが報告されている。

結論として、よく起こりうる精神科的併存症に関しては、ASD の診断とともにルーチンで行うべきであると主張されている。

文献

Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample.
Simonoff E, et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008 Aug; 47(8):921-9.



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

**ASDの精神的併存症について理解する
なぜ精神的併存症が重要か？**

- ・ 精神的併存症は、ASDの主要徴候と複合的に関与しながら多彩な臨床像を形成する
- ・ 精神的併存症は、成長発達や本人を取り巻く状況（発達障害特性を考慮した支援体制の有無など）によって変化する
- ・ 閾下の自閉症特性を有する人においても、精神的併存症がみられる
- ・ 併存する精神的問題を主訴に医療機関を初診するケースが増加している（閾下の自閉症特性を有する人や未診断例）
- ・ DSM 5では、AD/HDの並記が可能になるなど、精神的併存症を考慮したディメンジョナルな評価が重要視されるようになった

（石飛, 2015）



14

● ASD と精神的併存症の合併

頻度が高いことは理解いただけたかと思うが、それではなぜ精神的併存症が重要なのだろうか？

以下のような理由が挙げられる。

- ・ 精神的併存症は、ASD の主要徴候と複合的に関与しながら多彩な臨床像を形成する
→つまり、個々人が抱えている困りごとや元々の ASD としての特徴も人それぞれなので、臨床像も十人十色になる。
- ・ 精神的併存症は、成長発達や本人を取り巻く状況（発達障害特性を考慮した支援体制の有無など）によって変化する
→個々人の困りごとが周囲の状況やライフステージにより変化し、その QOL に与える影響も変化する。
- ・ ASD の診断がある人だけでなく、診断閾値下の自閉症特性を有する人においても、精神的併存症がみられる
→ASD の特性は連続的に存在するので、診断の明らかにつく方だけの問題ではない。
- ・ 精神的併存症を主訴に医療機関を初診するケース（特に成人例）が増加している。

- ・ DSM 5 では、AD/HD の並記が可能になるなど、診断の有無というカテゴリカルな評価から、精神的併存症を考慮したディメンジョナルな評価が重要視されるようになっている。

以上より、精神的併存症はその併存率の高さや臨床像に与える影響からも重要と考えられる。

文献

臨床精神医学第 44 巻 1 号（2015 年 1 月号：特集／今日の自閉スペクトラム症、子どもから大人まで）「自閉スペクトラム症と精神的併存症」（石飛ら）

スライド 15



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの精神科的併存症について理解する
**他の神経発達障害、
精神医学的障害あるいは行動障害**

- **関連する他の神経発達症**
 - ✓ 注意欠如多動症
 - ✓ 限局性学習症
 - ✓ 運動症（発達性協調運動障害・常同運動障害、チック障害群）
- **精神疾患**
 - ✓ 強迫性障害・睡眠障害・気分障害・精神病性障害・フラッシュバック・不安障害（限局性恐怖症、全般性不安障害、社会不安障害）・摂食障害など
- **行動障害**（パニック・癇癪・自傷行為）
- **カトニア**

(American Psychiatric Association, 2013)



15

● 他の神経発達障害、精神医学的障害あるいは行動障害

DSM 5でASDの特定子として挙げられる精神科的併存症には上記のようなものがある。

ここには、ADHDや学習障害などの他の神経発達症に加え、多様な精神疾患、行動障害、カトニアなど、検討すべき精神科的問題として多くのものが挙げられている。

ASDの人では、各ライフステージでさまざまな精神科的併存症が起きうる。例えば、対人コミュニケーションがうまくいかずにうつ病に罹患する方もいるし、さまざまな不安障害を合併する方も多い。これらは、明確に診断できるレベルからそうでないレベルまでさまざまであり、また知的障害やコミュニケーションの障害がある場合は特に専門医でも診断や評価に迷うことは多い。従って、かかりつけ医にあらゆる精神科的併存症を知っていただいた上で、なおかつ評価、診断、治療をすべて担っていただくことは正直困難かもしれない。従って、なんらかの精神的不調に関わる相談があった場合に、精神的不調をおおまかに評価するために「どのようなポイントに着目すればよいか」について述べたい。

文献

American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition. Washington, DC, 2013



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの精神的併存症について理解する
精神的併存症の評価のポイント

- ① 頻度の高い精神的併存症について知っておく
- ② 当事者のASDの特徴を把握する
- ③ 具体的にどんな困りごとがあるのか？
- ④ 困りごとに関与しうる要因は？
 - ・ 環境変化（季節、学期の切り替わり）
 - ・ 不適切な対応
 - ・ 体調変化や身体疾患（睡眠障害、胃腸障害、アレルギー）
 - ・ 精神疾患の有無
- ⑤ “不調時”に現れやすい特徴的症状や行動はないか？
- ⑥ 睡眠状況や食欲、活動性など日常生活上の変化がないか？

(NICE guideline 2013)
(Adams D et al. 2011)



16

● 精神的併存症の評価のポイント

- ①（前提として）頻度の比較的高い併存症についてある程度知っておいていただく必要がある。知らないことで、介入可能なまたはすべき併存症が、「ASDではよくあること！？仕方ないこと！？」として放置され続ける危険性が増す。Diagnostic overshadowingを防ぐ意味でも、最低限のことは知識として知っておいていただく必要がある。また、主訴が精神的症状のいずれかである場合に、その併存症から逆に背後にあるASD（または特性）に気づききっかけになることもある。
- ②当事者のASD特性の把握、すなわち“元々どんな特徴を持った人であるか？”ということ把握することが重要になる。具体的には「どのような感覚刺激に過敏か？」「どのようなことに強いこだわりを有しているのか？」などである。これは、困りごとのetiologyを考える際、このASD特性が症状出現にどう関与しているかを考えることが必須だからである。
- ③主訴や病歴から、本人、家族にどんな困りごとがあるのかを具体的に明確にすることが重要で

ある。診断を行うことにこだわる必要はない。

- ④困りごとの出現に影響しうる要因やきっかけが何かないか？を探ることも大事である。多くのメンタル面の不調は、発達障害特性に対する配慮の少なさや環境変化から生じることが多い。ASDの人への介入は、多くはこの“関与しうる要因”への対応になるので、どういう対応がまずfirstになるかの重要な情報源になる。
- ⑤併存症（困りごと）があるということは「不調である」ということだが、個々人での不調の表出のしかたをこれまでの生活歴から探ることも重要である。不調な時はどんな様子になり、どんな行動が増えるか？ 親御さんは実際に経験していることなのでお答えいただけることが多いと思われる。例えば、確認行為が増える、動作緩慢になる、一定の部位をしきりに触るようになる、等。これは特に、言語表出の難しい知的障害合併例において本人の調子を探る上で重要になる。調子が比較的よかった「いつもの様子」との比較が重要である。
→これは“いつもの調子”を知っている、かかりつけ医にしかできないことでもある。
- ⑥メンタル的な不調の際は、睡眠・食欲・活動性

などの日常生活に影響が出ることが多いので、客観的事実としてこれらを把握することもとても重要である。

以上のポイントに注意して問診いただくと、診断に至らないまでも大まかに何が問題になっているかが見えてくるだろう。これらのポイントを把握しておいていただけると、色々な相談を受けたときに「いったいどんな困りごとがあるのか？」という大まかなアセスメントは可能になるし、かかりつけ医で対応可能な精神科的問題にあたりをつける場合も、専門医へのコンサルトをする上でも重要な点かと思われる。

文献

American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition. Washington, DC, 2013

Adams D, Oliver C. The expression and assessment of emotions and internal states in individuals with severe or profound intellectual disabilities. Clin Psychol Rev31: 293-306, 2011



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

**ASDの精神的併存症について理解する
対応を要する行動上の問題
(=Challenging behavior)**

- Challenging behavior
 - ✓ (定義) 本人自身や周囲の人間に悪影響を及ぼし、著しく生活の質を低下させ、社会生活への参画を阻害する行動
 - ✓ 癇癪、攻撃性、パニック、自傷行為、興奮、破壊的行動など
 - ✓ 知的障害を有する者にとっては目的ある行動として表出するものであり、個々の要因と本人を取り巻く諸要因との相互作用のもとでしばしば生じる行動



(当事者の障害特性やニーズ、本人を取り巻く諸要因を
総合的に考えた上で周囲の人による)
“対応を要する行動上の問題”

(NICE guideline 2015)



17

● 対応を要する行動上の問題

頻度の高い精神的併存症について、一つ一つ細かく理解を深めるのは難しいので、ここでは、ASD でよく問題になり、かつ薬物療法とも関わってくることの多い“Challenging behavior (対応を要する行動上の問題)”(癇癪、パニック、自傷行為など)について概要を知っていただきたい。

英国の NICE guideline では、“Challenging behavior” という言い方がされている。本研修ではこれから説明する Challenging behavior の定義や解釈を考慮し、“対応を要する行動上の問題”という用語で統一して説明する。

“対応を要する行動上の問題”は、かかりつけ医の先生方にも相談されることが多い問題かと思われ、この後の別 ASD における薬物療法の主な対象症状であるため、その評価の考え方が重要になる。

まず、“対応を要する行動上の問題”の定義だが、特定の症状や行動、診断名を示すものではなく、「本人自身や周囲の人間に悪影響を及ぼし、著しく生活の質を低下させ、社会生活への参画を阻害する行動」とされている。

具体的には、癇癪、攻撃性、パニック、自傷行為、

興奮、破壊的行動などがこれにあたる。

上記の行動上の特徴に加え、「家族、ケアを提供する者にとっては障壁となる行動である一方で、当事者（知的障害を有する者）にとっては目的ある行動として表出するものであり、個々が持つ要因と本人を取り巻く諸要因との相互作用のもとでしばしば生じる行動である」と述べられており、行動上の問題を呈している当事者のニーズや周囲の状況との関わり的重要性についても言及されている。

上記を考慮すると、challenging behavior とは、“(当事者の障害特性やニーズ、本人を取り巻く諸要因を総合的に考えた上で) 周囲からの対応を要する行動上の問題”といえ、知的レベルによらず ASD のある人に起きる可能性がある行動と考えられる。

文献

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). London: National Institute for Health and Care Excellence (UK). Challenging Behaviour and Learning Disabilities: Prevention and Interventions for People with Learning Disabilities Whose Behaviour Challenges. NICE guideline Published: 29 May 2015

スライド 18



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの精神的併存症について理解する (参考) 強度行動障害

(定義)

- ・ 精神的な診断として定義されるものではなく、直接的他害（噛みつき、頭突き等）や、間接的 he害（睡眠の乱れ、同一性の保持等）、自傷行為等が通常考えられない頻度と形式で出現し、その養育環境では著しく処遇の困難な行動である。
- ・ 家庭にあって通常の育て方をし、かなりの養育努力があっても著しい処遇困難が持続している状態。

(行動障害児(者)研究会(1989):
「強度行動障害児(者)の行動改善および処遇のあり方に関する研究」の報告書)



18

● 強度行動障害

Challenging behavior という用語を聞いて、「強度行動障害」を連想された先生もおられるだろう。「強度行動障害」は行動障害児(者)研究会により1989年に初めて定義された、「行動面の状態像」に付けられた呼称であり、主に、重度・最重度の知的障害を伴う自閉症者に対する支援の在り方を検討する中で生まれた概念である。

定義に記載されている症状を見ると、「強度行動障害」はChallenging behavior と overlap する部分が多く、また対応の考え方も類似する部分も多いので、同じ意味として考えることもできるが、ASDでは知的障害が軽度の方でもこのような行動が出現することがあり、ASDでのChallenging behaviorを考える際に、重度の知的障害を有する方への支援の考え方から生まれた「強度行動障害」という用語をそのまま当てはめると誤解が生じかねないこと、またNICEでのChallenging behaviorの捉え方が「強度行動障害」と全く同一ではないことから、本研修では「対応を要する行動上の問題」として解説したい。

● 強度行動障害の定義

- ・ 精神的な診断として定義されるものではなく、直接的他害（噛みつき、頭突き等）や、間接的 he害（睡眠の乱れ、同一性の保持等）、自傷行為等が通常考えられない頻度と形式で出現し、その養育環境では著しく処遇の困難な行動である。
- ・ 家庭にあって通常の育て方をし、かなりの養育努力があっても著しい処遇困難が持続している状態。

文献

行動障害児(者)研究会(1989):「強度行動障害児(者)の行動改善および処遇のあり方に関する研究」の報告書



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

**ASDの精神的併存症について理解する
対応を要する行動上の
問題の評価と介入**

(NICE guideline 2013)

1. 対応を要する行動上の問題の程度の評価
(重症度、持続時間、日常生活機能への影響、症状の推移など)
→「どのような状況で具体的にどのような行動として出現し、日常生活にどのような悪影響をもたらしているのか」
2. 対応を要する行動上の問題を増悪、助長する可能性のある要因の評価
 - ✓ コミュニケーション障害、感覚の問題
 - ✓ 併存する身体的問題 (疼痛・生理周期 など)
 - ✓ 精神的併存症
 - ✓ 物理的環境 (光や雑音)
 - ✓ 環境変化
 - ✓ 認知機能にそぐわない教育面または行動面での周囲の期待
 - ✓ 予測可能性や構造化のなさ

など



● 対応を要する行動上の問題の程度の評価

「対応を要する行動上の問題 (= Challenging behavior : 以下 CB)」の評価の原則について述べる。

「対応を要する行動上の問題」に関する相談を受けた場合、まず、1. その程度を評価する。

→ 具体的には「どのような状況で具体的にどのような行動として出現し、日常生活にどのような悪影響をもたらしているのか」ということである。特に専門的知識がなくても聴取できる内容である。

これを聴取することで、

- ・ 行動上の問題がどんなパターンで起きているのか
- ・ 行動上の問題を行うことで ASD の人が示そうとしているニーズや要望が何かあるのか (ASD の人が CB を行う理由の推測)
- ・ 行動上の問題を行うことでどのような結果が本人にもたらされているのか? (行動をとることで達成される強化子がないか?)
- ・ 行動上の問題の引き金となっていると思われる要因が何か?

を推測することができる。

● 対応を要する行動上の問題を増悪、助長する可能性のある要因の評価

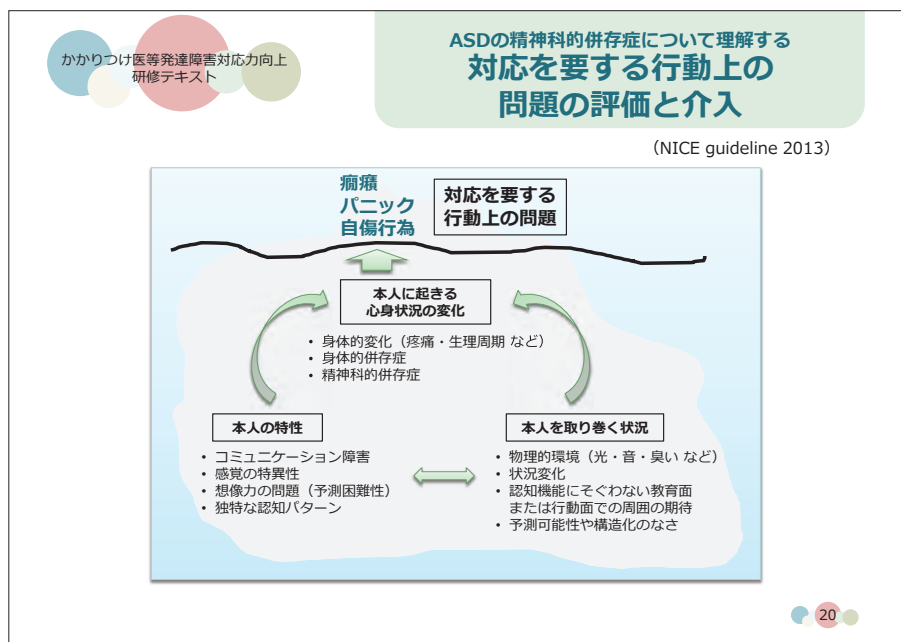
次に、2. 行動上の問題を増悪、助長する可能性のある要因がないかを評価する。これらの要因としては下記のようなものが挙げられている。

- ・ コミュニケーション障害 (状況の理解や自身のニーズや希望を表現することの困難さに結びつく)
- ・ 併存する身体的障害: (急激な興奮、自傷行為の発症がみられた場合には、疼痛や不快の原因が同定される場合があり、例として中耳炎、外耳炎、咽頭炎、副鼻腔炎、歯槽膿漏、便秘、尿路感染、骨折、頭痛、食道炎、胃炎、腸炎、アレルギー性鼻炎などが挙げられる。また、女性の ASD 者において、生理周期に一致して一時的に行動上の問題が出現する場合には、生理周期の影響を検討する (→ 鎮痛薬や経口避妊薬などが効果的である可能性がある)。睡眠時無呼吸症候群は、行動上の問題の悪化をもたらしうるので、睡眠状況に関する問診が必要となる (→ 減量や扁桃切除術、持続陽圧呼吸などが有用である可能性がある))。

-
- ・ 併存する精神科的問題・物理的環境（光や雑音）・社会的環境（自宅、学校、レジャー活動場所）・ルーチンや個々を取り巻く状況の変化・思春期などの発達的变化・虐待の有無・問題行動の強化要因・予測可能性や構造化のなさ・児の認知機能にそぐわない教育面または行動面での周囲の期待

文献

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). London: National Institute for Health and Care Excellence (UK). Challenging Behaviour and Learning Disabilities: Prevention and Interventions for People with Learning Disabilities Whose Behaviour Challenges. NICE guideline Published: 29 May 2015



（対応を要する行動上の問題）は氷山の一角として目に見える形で表出する症状で、「冰山モデル」としてよく論じられる。

つまり、症状として出現している痙攣やパニック、自傷行為は最終的に目に見えるものとして出現しているものであり、背景要因には、本人の持つ障害特性や本人をとりまく状況から受ける影響、心身的異常など多くのものが考えられ、かつ互いに関連しあっている。実際に行動上の問題に関する相談があった場合は、問題行動そのものだけに目を向けるのではなく、これまで述べた評価の原則に則ってその背景要因をできるだけ探るという姿勢が治療戦略を考える上で重要になる。

スライド 21



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの精神的併存症について理解する
**対応を要する行動上の
問題の評価と介入**

(NICE guideline 2013)

3. 対応を要する行動上の問題への介入

→「1・2の評価によりどのような環境調整、心理社会的介入、身体的治療が必要かを検討」

〈介入を行う際の留意点〉

- ✓ 標的行動を具体的に明確にする
- ✓ 標的行動を系統的に評価する
- ✓ QOL向上に結びつく結果に焦点を当てる
- ✓ 効果判定をするのに十分な観察期間の設定
- ✓ あらゆる環境下で一貫した介入が行われること
- ✓ 介入方針についての養育者、専門家の間での同意



21

以上の評価により、どのような環境調整、心理社会的介入、身体的治療が必要かを検討する。まずは、CBの助長・増悪要因への介入を考える。明らかに誘因がわかり明確になる場合もあるが、なかなか原因がわかりにくい場合もある。

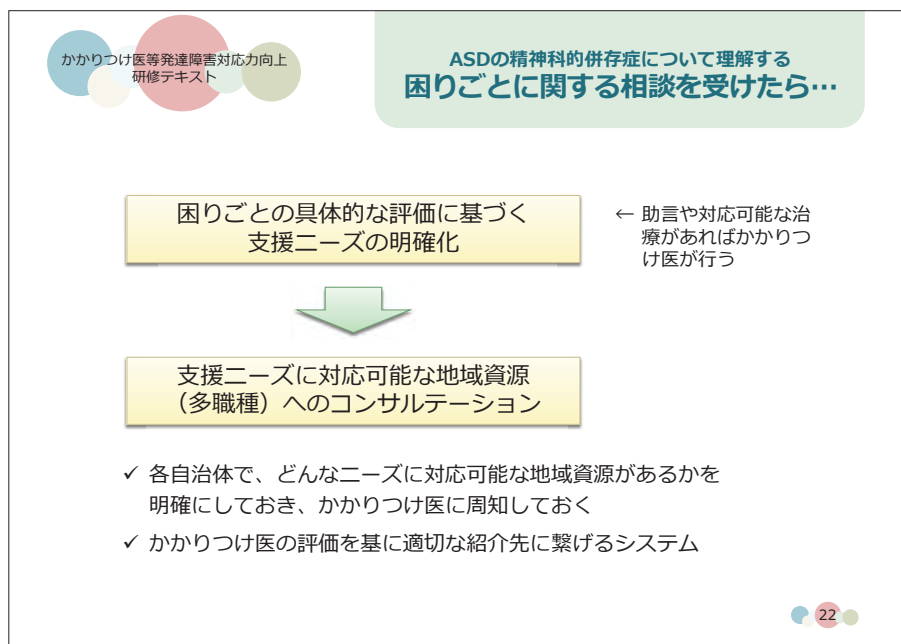
介入を実際に行う際には、以下の点に留意する必要がある。このことは次の薬物療法を行う時も全く同じである。

- ・ 標的行動を具体的に明確にする
→ まずは“何に対して行うか”を明確にすることが何より大事である。これがはっきりしないままだと、多職種間での意思共有に基づく一貫性のある支援に結びつかない。
- ・ 標的行動を系統的に評価する
→ どう評価するかの一定のコンセンサスをつけていないと有効、無効の判断すらできない。
- ・ QOL向上に結びつく結果に焦点を当てる
→ 介入により何かが変わってもそれが本人、家族のQOL向上に寄与していないと意味がない。
- ・ 効果判定をするのに十分な観察期間の設定
→ 介入の種類によっては時間がかかるものもあるので、それに見合う観察期間が必要になる。

- ・ あらゆる環境下で一貫した介入が行われること
→ これは非常に重要で、意思共有ができていないことが現場では目立ち、一貫性のなさからASD児が混乱することが多い（誰かが火に油を注いでいることもある）。
- ・ 介入方針についての養育者、専門家の間での同意
→ 治療者、治療を受ける側の双方が納得していないとうまく進まない。

文献

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). London: National Institute for Health and Care Excellence (UK). Challenging Behaviour and Learning Disabilities: Prevention and Interventions for People with Learning Disabilities Whose Behaviour Challenges. NICE guideline Published: 29 May 2015



● 困りごとに関する相談を受けたら

精神的な困りごとに関する相談を受けた場合、具体的に何が困りごとであり、何がその増悪要因・助長要因となっているかをできる範囲で評価していただければと思う。専門的知識がなくても評価できる部分も実は多いので、親御さんのお話しを通してどんな支援ニーズがあるのかをわかる範囲、できる範囲で明確にすることが重要になる。

もし、かかりつけ医で対応可能な支援があれば行い、対応できない場合には支援ニーズに対応可能な地域資源（多職種）へのコンサルテーションを行うという流れになるかと思う。

せっかくかかりつけ医で支援ニーズをある程度評価していただいても、その後地域内の適切な支援に繋がらなければ意味がない。そのためは、かかりつけ医の仕事というより体制整備を行う側の課題になるが、各自治体で地域資源としてどのようなものがあるのかをあらかじめ明確にしておく必要があり、かかりつけ医から適切な紹介先に繋がられるためのシステムを各自治体で構築する必要がある。

どのような場合にコンサルテーションが必要かの

判断はケースバイケースのことも多く、医療資源も自治体により異なるので、画一的に明記することは困難だが、各自治体でコンサルテーションの仕組みを明確化することが大事である。

スライド 23



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの精神的併存症について理解する
**対応を要する行動上の問題を
呈した一例（6歳男児）**

- ・ 主訴：パニック、他の子に手を上げる、興奮し出すと止まらない
- ・ 家族歴：なし
- ・ 既往歴：3歳時に自閉症の診断
- ・ 現病歴：3歳時健診で言葉の遅れを指摘され、近くの専門医療機関を受診し、自閉症の診断を受けた。その後、言葉もよく出るようになった。幼稚園では一人遊びが多く、集団場面では泣き出したりすることが多かった。小学校進学後まもなく、他の子に手を上げる、興奮し出すと止まらないなどの指摘を担任から受けるようになり、担任から受診をすすめられ、かかりつけの小児科医に相談することとなった。



23

● 対応を要する行動上の問題を呈した一例

一般論的な話が続いてしまったので、かかりつけ医に行動上の問題を主訴に来院した ASD の一例を考えてみたい。

これまでに述べた「精神的併存症の評価のポイント」、「対応を要する行動上の問題の評価の考え方」を基に、かかりつけ医で保護者から相談を受けた時にどう初期対応するかについて考えたい。

- ・ 主訴：パニック、他の子に手を上げる、興奮し出すと止まらないなどで、学校から医療機関の受診を勧められて相談受診。（学校から受診を促されるというのもよくあるパターンの一つである。かかりつけの小児科には、普段風邪や下痢の時に受診しており、自閉症の診断を受けたことも伝えてあるとのこと）
- ・ 家族歴：なし（一人っ子）
- ・ 既往歴：3歳時に自閉症の診断（近くの療育センターにて）→言葉の教室にしばらく通った。
- ・ 現病歴：3歳時健診で言葉の遅れを指摘され、近くの専門医療機関を受診し、自閉症の診断を受けた。その後、言葉の教室に通い言葉もよく出るようになった。幼稚園では一人遊びが多く、

集団場面では泣き出したりすることが多かった。小学校進学後まもなく、他の子に手を上げる、興奮し出すと止まらないなどの指摘を担任から度々受けるようになり、担任から受診をすすめられ、かかりつけ医に相談することとなった。



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの精神科的併存症について理解する
**具体的な困りごとと
特徴的行動の把握**

「具体的にどのような状況でどのような行動として出現し、
日常生活にどのような影響が出ていますか？」

- ・ 授業の予定が急に変更になると大騒ぎして興奮し出します
- ・ ゲームや発表で一番になれないとパニックになって他の子に手をあげるんです
- ・ 学校で大きな声で注意されると耳をふさいで大声で泣き出します
- ・ 最近、朝になると学校に行きたくないと言い出すようになりました
- ・ 目を何度もぱちくりすることが増えてきました。ストレスがかかっているなというときはよく出るんです。



- ✓ 困りごとが起きやすいのはどうも学校場面が中心？
- ✓ 一番になることのこだわりが強いのかも？
- ✓ 大きな声が苦手なのかな？（聴覚過敏？）
- ✓ チックが出てきた？ 登校しぶり？



24

● 具体的な困りごとと特徴的行動の把握

まず大事になるのが、「③具体的にどんな困りごとがあるのか？」という点を明らかにすることである。

どんな心配を抱き、どんな治療を望んでいるかを明らかにするためにも、具体的なエピソードを聞くようにする。

親御さんによっては、色々伝えたいという思いから、パニックや自傷行為、と症状名だけおっしゃる場合もあるが、それでは評価が難しい。「具体的にどのような状況でどのような行動として出現し、日常生活にどのような影響をもたらしていますか？」と聞くことで、行動名（症状名）だけで表現されている主訴がどのような場面で起き、そのことでどんな支障が出ているかを具体的に明らかにすることができる。

こう聞くと、

- ・ 授業の予定が急に変更になると大騒ぎして興奮し出します
- ・ ゲームや発表で一番になれないとパニックになって他の子に手を上げるんです

- ・ 大きな声で注意されると耳をふさいで大声で泣き出します
- ・ 最近、学校に行きたくないと言い出すようになりました
- ・ 目をぱちくりすることが増えてきました（→心配なことがあったり、不安定なときは前からこうなる傾向にあるんです）

など、さまざまな具体的なエピソードを聴取することができる。

ここから、

- ✓ 困りごとが起きやすいのはどうも学校場面が中心？
- ✓ 一番になることのこだわりが強いのかも？
- ✓ 大きな声が苦手なのかな？
- ✓ チックが不調時やストレス負荷時にしやすいのかな？

（不調時に現れやすい特徴的行動（スライド 16 の⑤））

などが推測できる。

スライド 25



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの精神的併存症について理解する ASDの特徴の把握

「お子さんはどんなお子さんですか?得意なことや苦手なことはありますか?」

- ・ こだわりが強く、予定はきちんと伝えていないと怒ります。急に予定が変更になった時はいつも納得させるのが大変ですが、理由をきちんと説明すれば大丈夫な場合が増えてきました。
- ・ 一番になることがとても好きで、ゲームでも勝つまでやり続けます。負けるとカードとか投げ散らかしたり…。
- ・ 甲高い大きな声（赤ちゃんの泣き声など）が昔から苦手で耳をよくふさいでいました。今も苦手です。
- ・ 勉強は好きみたいです。やり始めると一心不乱にやっています。成績はクラスでもトップクラスみたいです。



25

● ASD の特徴の把握

次に、3歳時に自閉症と診断をされているので、その「② ASD の特徴を把握する」ということが現在問題になっている行動を理解する上で大事になる。

例えば、「お子さんはどんなお子さんですか?得意なことや苦手なことはありますか?」と聞くことで、ASDとしてどのような特徴があるのか、相談事項（困りごと）に影響する本人の認知特性などが大まかに把握できる。

- ・ こだわりが強く、予定はきちんと伝えていないと怒ります。急に予定が変更になった時はいつも納得させるのが大変ですが、理由をきちんと説明すれば大丈夫なことが増えてきました。
- ・ 一番になることがとても好きで、ゲームでも勝つまでやり続けます。
- ・ 甲高い大きな声（赤ちゃんの泣き声など）が昔から苦手な耳をよくふさいでいました。今も苦手です。
- ・ 勉強は好きみたいです。やり始めると一心不乱にやっています。成績はクラスでもトップクラスみたいです。

これらのことから、予定の変更が苦手、一番になることへのこだわり、ある感覚刺激（甲高い声）への過敏がベースの特徴としてあり、学校で主に起きている困りごとに大きく関わっていることがわかる。



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの精神的併存症について理解する
**困りごとに関与しうる
要因の把握**

「今回調子が悪くなった原因で思い当たることはありますか？」

- ・ 小学校に入ってからなので、やっぱり学校生活のパターンに慣れていないというのが一番の要因だと思います。こだわりに基づく行動を起こした時に学校でどんな対応をしていただいているのかが気になっています。家では機嫌はいいんですけどね…。
- ・ 担任からは、「とても優秀ですが、わがままなところもあるのか一番になれないと急に泣き出したりで大変です…」と言われてまして、一度子どもの障害について担任にわかりやすくお伝えしたいと思っています。



26

● 困りごとに関与しうる要因の把握

次にやはり大事になるのは、「困りごとの出現に関与しうる要因は何か？（スライド 16 の④）」ということである。

「今回調子が悪くなった原因で思い当たることはありますか？」と聞くことで、親御さんが考えている要因がわかり、親御さんの障害の理解度も推測可能となる。

- ・ 小学校に入ってからなので、やっぱり学校生活のパターンに慣れていないというのが一番の要因だと思います。こだわりに基づく行動を起こした時に学校でどんな対応をしていただいているのかが気になっています。家では機嫌はいいんですけどね…
- ・ 担任からは、「とても優秀ですが、わがままなところもあるのか一番になれないと急に泣き出したりで大変です…」と言われてまして、一度子どもの障害についてもわかりやすくお伝えしたいと思っています。

と母親が述べており、ASD 特性に配慮した学校での対応がまだ不十分であることが要因ではないかと考えていることがわかる。ただ、本人の特性に

対する配慮がどの程度なされているのかまだ把握しきれていない段階であり、障害特性について学校にまだ伝えられていない状況であることもわかる（障害特性を考慮した配慮が行き届かない理由かもしれない）。

また、このケースでは、睡眠や食欲、活動性の変化はなく、自宅では非常に穏やかに過ごせているとのことであった。

短時間の問診だが、大まかにであっても困りごとを具体的に聴取することができ、現状について把握することができたかと思う。

この段階では、母親は投薬や専門医療機関への受診は希望されず、障害特性に対する配慮に繋がるための学校との面談を持つという方針になり、1 か月後にかかりつけ医にその後の状況報告をするということになった。初回のかかりつけ医での相談としては、十分な情報が得られたと思うし、当面の支援ニーズ（障害特性に応じた配慮を学校に検討していただく）を明確化できたケースだと思う。

このように、困りごとの相談を受ける際、診断にこだわらなくてもプライマリーレベルで支援ニーズの大まかな把握は可能と考えられる。専門機関

への紹介を保護者が今後希望された際も、困りごとの概要、保護者の感じている不安や障害への理解度、受診の動機などを明確に専門医に伝えることができる。専門医側の意見として、紹介を受け際に親の受け止め方や紹介の目的が曖昧な場合が多いという声も聴くので、いい連携のためにも重要な点かと思われる。



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの精神的併存症について理解する
かかりつけ医へのメッセージ
-ASDの人の精神面のケアにむけて-

- ASDの人は様々な精神的併存症がみられ医療支援ニーズが高い
- 併存する精神的問題を主訴に医療機関を初診する未診例が増えている
- 具体的にどんなことに困っているかを聞き出し、出来る範囲で“困りごと”に関する評価を行うことが支援の第一歩
- 日常生活の様子の変化は重要なこころのサイン
(睡眠パターン・食欲（食事量や体重）・排泄状況・活動性・動作緩慢化・こだわり行動・身辺自立行動 etc)



27

● かかりつけ医へのメッセージ

この項のまとめです。

- ASDの人にはさまざまな精神的併存症がみられ、身体的問題が背景に隠れている場合もある。
→医療支援ニーズが高いため、ASDの方が呈しやすい代表的な精神的併存症について理解を深めていただきたい。
- 併存する精神的問題を主訴に医療機関を初診する未診例が増えている。
- 精神的問題の厳密な診断は難しいが、具体的にどんなことに困っているかを聞き出し、できる範囲で“困りごと”に関する評価を行っていただくことが重要になる。専門医へ紹介するケースも出てくるだろうが、具体的な困りごとの内容・行動特徴・困りごとに関わる要因などの問題点をかかりつけ医である程度明確にした上で紹介いただくと、親御さんも納得した上で受診されるだろうし、専門医側も非常に助かると思われる。
- 日常生活の様子に変化がないかどうかは精神的な問題の評価に重要なので、併せてお願いしたい。

スライド 28



ASDの人への薬物療法について理解する
ASDの人に対する薬物療法の原則
英国のNational Institute for Health and Clinical
Excellence Guideline 170 (2013)

- ASDの中核症状は薬物療法の標的症状ではない
- 薬物療法の主な標的症状は、“対応を要する行動上の問題”であり、「心理社会的介入やその他の行動介入が効果不十分な場合、もしくは問題行動の重症度が高すぎてこれらの介入が行えない場合」にのみ考慮する
- 標的症状の原因を適正な手続きを経て極力明確にし、適切な環境調整や行動面からのアプローチの有用性を十分検討した上で、包括的支援の中での“補助的な治療手段”と位置付ける



「ASDの人への薬物療法について理解する」の項では、これまで述べた基本的知識をベースに、ASDの人に対する薬物療法がどのような目的でどのような原則のもと行われるかを知っていただきたい。

近年本邦でも従来から保険適応を有していたピモジド：「小児の自閉性障害に伴う不安、焦燥、興奮、多動、常同行為などの症状」に加え、リスペリドンとアリピプラゾールが「小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性」に対する保険適応を有するようになった。

従って、今後かかりつけ医での投薬が求められる場面も増えてくる可能性もあるので、発達障害における薬物療法が多職種連携の中でどう位置づけられ、その中でかかりつけ医がどういう役割を果たしていけばよいか、そしてその際にどのようなことに留意していただきたいかについての理解を深めていただきたい。

● ASDの人に対する薬物療法の原則

まず、「ASDの人に対する薬物療法の原則」を確認したい。ASDの薬物療法に特化したガイドラインというものは存在しないが、包括的なASD診

療ガイドラインであるNICE clinical guideline 170には、ASDの薬物療法の原則について以下のように明記されている。

- ASDの中核症状は薬物療法の標的症状ではない（ASDそのものに対するものではないということ。リスペリドンやアリピプラゾールもASDに対してではなく、ASDに伴う易刺激性に対しての適応があるというだけである）。
→すなわちASDにおける薬物療法は対症療法（補助的治療）と位置づけられる。
- 薬物療法の主な標的症状は、“（対応を要する行動上の問題）Challenging behavior”であり、「心理社会的介入やその他の行動介入が効果不十分な場合、もしくは問題行動の重症度が高すぎてこれらの介入が行えない場合」にのみ考慮すべきである。
- 標的症状の原因を適正な手続きを経て極力明確にし、適切な環境調整や行動面からのアプローチの有用性を十分検討した上で、包括的支援の中での“補助的な治療手段”と位置づける。

また、Challenging behavior（対応を要する行動上の問題）以外にも、薬物療法による対応が妥当

と考えられる併存疾患（睡眠障害、注意欠陥多動性障害、強迫性障害等）で説明される症状がある場合は、病態に応じて薬物療法の標的症状となりうる、とも記載されている（同様のことが、NICE以外にも米国のASD診療ガイドラインにも共通して記載されている）。

従って、前に述べた“対応を要する行動上の問題”をどのような一連の手続きで評価するかが薬物療法を適正に行う上で非常に必要になる。

文献

Kendall T, Megnin-Viggars O, Gould N., et al. Management of autism in children and young people: summary of NICE and SCIE guidance. BMJ 347: f4865, 2013

Myers SM, Johnson CP (2007) Management of children with autism spectrum disorders. Pediatrics 120:1162-1182

Fred Volkmar, Matthew Siegel, Marc Woodbury-Smith, Bryan King, James McCracken, Matthew State, and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and

Adolescents With Autism Spectrum Disorder. JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY VOLUME 53 NUMBER 2 FEBRUARY 2014

スライド 29

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの人への薬物療法について理解する
**ASDの薬物療法を巡る
本邦の現状**

- ・ 併存症に対する介入手段の一つとして、本邦でも様々な向精神薬による薬物治療が従来から行われてきた
- ・ エビデンスに基づいた**ASD診療ガイドライン**がない
- ・ ほとんどの向精神薬が「**適応外使用**」のもと、各医師の判断と自己責任のうえで使用されている
- ・ 本邦での保険適応の状況（2017年1月現在）
 - ピモジド → 「小児の自閉性障害に伴う不安、焦燥、興奮、多動、常同行為などの症状」
 - リスペリドン
アリピプラゾール } → 「小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性」

ASDの人に対する薬物療法が一定の適正な
プロセスを経て行われることが重要

29

● ASD の薬物療法を巡る本邦の現状

「ASD の薬物療法を巡る本邦の現状」を確認してみよう。

さまざまな精神科的併存症に対する介入手段の一つとして、本邦でも従来からさまざまな向精神薬による薬物治療が行われてきた。

ただ、エビデンスに基づいた ASD 診療ガイドラインが本邦にはなく、薬物療法を行う上での手順などが特に示されているわけではない。

従って、ほとんどの向精神薬が「適応外使用」のもと、各医師の判断と自己責任の上で使用されているというのが現状である。もちろん最終的にはケースバイケースで検討すべき問題であるが、日本のどこにいても ASD の人に対して一定の水準で薬物療法が行われるためには、最低限一定の手続きを経るというコンセンサスを共有する必要がある。

本邦での保険適応の状況（2017 年 1 月現在）であるが、ピモジドが以前から「小児の自閉性障害に伴う不安、焦燥、興奮、多動、常同行為などの症状」に対して保険適応を有していたが、忍容性の問題などから新規投与されるケースはほとんど

ない状況である。一方、近年、実臨床の場で使用されることが多いリスペリドンとアリピプラゾールが「小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性」に対する保険適応を取得した。ここで注意してほしいのは、「自閉症」そのものに対してではなく、あくまで「自閉スペクトラム症に伴う易刺激性」に対してであるということだ。

保険適応を有したことで、リスペリドンとアリピプラゾールが使用される症例がこれまでより増えることが予想される。そのため、これまで以上に、薬物療法を検討・実施する際の基本的な考え方や注意点に留意し、できるだけ適正な手続きを経て薬物療法を行う必要がある。



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの人への薬物療法について理解する
**ASDの薬物療法ガイドライン
作成に向けて**

- ・ ガイドラインの目指すもの（重要臨床課題）

包括的支援の枠組の中で、ASDの人への薬物療法が
適正かつ共通した手順を経て行われるための基本的なプロセスの呈示

↓

一定の手順を経た薬物療法のアプローチがなされることで、
薬物療法を受けるASD当事者やその家族のQOLを向上すること

平成26-28年度 日本医療研究開発機構研究費（障害者対策総合研究開発事業）
発達障害を含む児童・思春期 精神疾患の薬物治療ガイドライン作成
（主任研究者：中村和彦）
分担研究課題：自閉症スペクトラム障害（ASD）の薬物療法ガイドライン作成に向けた研究
（神尾陽子、石飛信）



30

● ASD の薬物療法ガイドライン作成に向けて

このような背景から、平成 26-28 年度の 3 か年で、「発達障害を含む児童・思春期 精神疾患の薬物治療ガイドライン作成および普及に関する研究」という厚労科研が発足し、分担研究課題として、「ASD の薬物療法ガイドライン作成に向けた研究」に取り組んだ（神尾、石飛、海老島）。

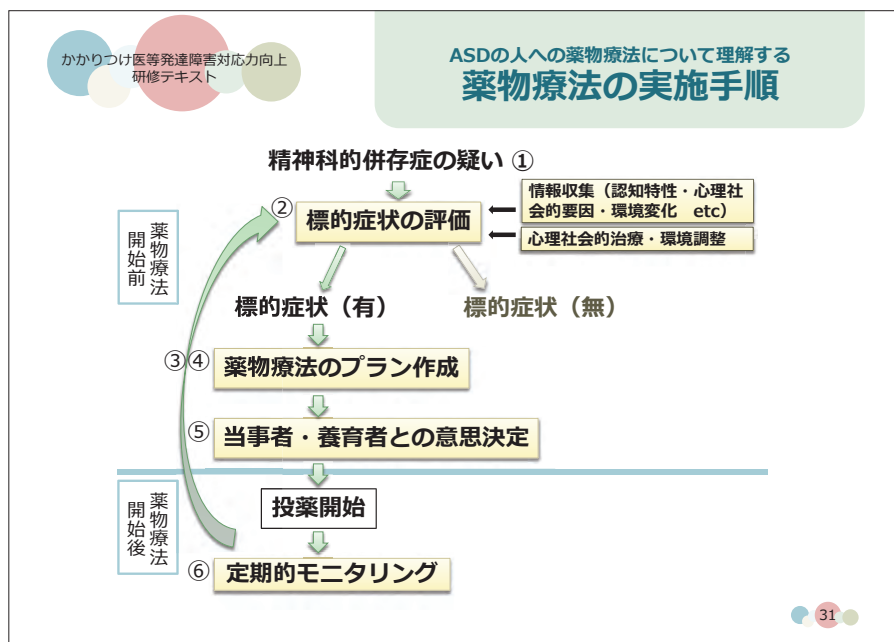
英米の ASD 診療ガイドラインでの薬物療法に関する記載事項や本邦における ASD に対する薬物療法の現状を鑑み、ガイドラインの目指すもの（重要臨床課題）を、「包括的支援の枠組の中で、ASD 児・者への薬物療法が適正かつ共通した手順を経て行われるための基本的なプロセスの呈示」とした。これにより、「一定の標準的手順を経た薬物療法のアプローチがなされることで、薬物療法を受ける ASD 当事者やその家族の QOL を向上すること」をガイドラインが目指す全体的アウトカムと位置づけた。

この重要臨床課題を達するために、いくつかの Clinical Question (CQ) を設定し、各々の CQ に対して文献的考察に基づいた推奨文案を作成するという作業を分担研究班で行った。ここでは、次

に示す“薬物療法の実施手順”に沿って、ASD の人に薬物療法を行う上において何がポイントになるかを知っていただきたい。

あらかじめ誤解のないようにお伝えするが、現状、本邦ではエビデンスの不足もあり、薬物治療に関してのみでなく ASD 者に対する包括的な診療ガイドラインも制定されていない。薬物療法は、ASD への介入手段としてあくまで補助的なものであり、包括的な診療ガイドラインの中で位置づけられるべきものである。従って、英米では、薬物療法に特化したガイドラインは存在しない。将来的に、本邦でも薬物療法を含めた「（包括的）ASD 診療ガイドライン」が作成されていくことを視野に入れ、暫定的に現時点でどのような“薬物療法に関する指針”を呈示すべきかという観点でこの研究課題に取り組んだという背景をご理解いただければと思う。

スライド 31



● 薬物療法の実施手順

薬物療法を検討する段階から終了までを想定した「薬物療法の実施手順」を図示すると以下のようなになる。この実施手順を6段階に分けて簡単に説明する。

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの人への薬物療法について理解する

①ASDの人に関わる人達からの情報収集

- ・ 情報源
 - ✓ ASDの人とその家族に加え、ASDの人に関わる**多職種**（教師、臨床心理士など）と出来るだけ**連携**を行うことが望ましい。
→様々な場面での行動評価が可能。
- ・ 収集する情報
 - ✓ 問題となっている症状（具体的行動）
 - ✓ 行動の背景にある要因（児の認知特性・心理社会的要因・生活環境など）



状態像の理解共有
標的症状の詳細な評価



● ASDの人に関わる人達からの情報収集

ある困りごと（精神科的併存症の疑い）を主訴に ASD の人が来院されたとする。まずは、その困りごとが薬物療法の標的症状となりうるかという判断が必要である。その判断を行うためには本人に関する情報が必要だが、そのための「情報収集はどのように行うのがよいか？」ということが重要になる。

薬物療法を検討する上で、問題となっている行動や困りごとの具体的内容やその背景要因（児の認知特性・心理社会的要因・生活環境など）を多方面から評価し、環境調整や行動アプローチが適切になされているのか、試みられたことがないのか、などを明らかにして治療の優先順位を決める必要がある。

そのためには、医師は診察室内での ASD の人の観察や養育者から得られた情報だけを判断材料とせず、可能な限り、ASD の人にかかわる多職種の人たち（教師、臨床心理士など）から広く ASD の人の様子について情報を収集するように努めることが重要になる。なぜなら、場面によって行動が変わることがしばしばあるためである。

これにより、ASD の人の状態や対応すべき問題について関係者の間で共通理解を図ることができるし、薬物治療の標的となりうる症状をより詳細に特定することや、その対応方法について多方面から検討することができる。

スライド 33



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの人への薬物療法について理解する

**②薬物療法の標的症状を
評価する**

- 標的症状は？
 - ✓ 対応を要する行動上の問題
 - ✓ 併存疾患（睡眠障害、気分障害、注意欠陥多動性障害、強迫性障害等）で説明される症状
- 評価のポイントは？
 - ✓ どのような状況でどのような行動として出現し、日常生活にどのような悪影響をもたらしているのかを具体的に把握する
 - ✓ 標的症状を増悪、助長する可能性のある要因を評価する
 - ✓ 環境調整や心理社会的介入が有効かどうかを確認する
 - ✓ 「普段の行動」との相違点がないか？

<睡眠パターン・食欲（食事量や体重）・排泄状況・活動性・動作緩慢化・こだわり行動・身辺自立行動 etc>



33

● 薬物療法の標的症状を評価する

得られた情報を基に、まず行うべき非薬物療法（心理社会的介入）を当事者を取り囲む関係者で考え実行するわけだが、同時に起きている問題・困りごとが、果たして“薬物療法の標的症状として妥当か？”という判断が次に重要になる。

それには、当たり前だが、「ASDの人において薬物療法の標的症状がいったい何なのか？」、そして「標的症状はどう評価すればよいのか？」という原則を知っておく必要がある。この原則が治療者間で共有されていないと一定の手順を経た治療が困難になる。

薬物療法の標的症状はすでにお伝えした。（ASDの中核症状は原則薬物療法の標的症状とはならない。薬物療法の主な標的症状は、“Challenging behavior（周囲からの対応が不可欠な行動上の問題）”であり、「心理社会的介入やその他の行動介入が効果不十分な場合、もしくは問題行動の重症度が高すぎてこれらの介入が行えない場合」にのみ考慮すべきであるとされている。Challenging behavior以外にも、薬物療法による対応が妥当と考えられる併存疾患（睡眠障害、注意欠陥多動

性障害、強迫性障害等）で説明される症状がある場合は、病態に応じて薬物療法の標的症状となりえる。ASDの人も他の精神疾患を合併するので、ケースバイケースで対応する必要がある。）

標的症状の評価方法に関しては先述の通りだが、どのような状況でどのような行動として出現し、日常生活にどのような悪影響をもたらしているのかを具体的に把握するために、1日を通しての当事者の状況を聴取していただくのが良い。

- 標的症状を増悪、助長する可能性のある要因を評価する。

→例えば、CBが引き起こされる頻度が高い場面や状況について聴取する。これにより、まず行うべき環境調整や心理社会的介入を考えるきっかけにもなる。

- 当事者の特性や置かれている状況に合わせた環境調整や心理社会的介入がすでに行われているのかいないのか？行われていればそれが果たして有効かどうかを確認する。
- ASDの人の中には重度の知的障害のある方や知的に問題がなくても自身の不調を言語化するのが困難な方がいる。従って、「普段の（調子がまずまずだった時の）行動」との相違点がない

か？ということを意識することが、支援ニーズを見逃さないためにも重要である。例えば、睡眠パターン・食欲（食事量や体重）・排泄状況・活動性・動作緩慢化・こだわり行動・身辺自立行動 etc がある。

スライド 34

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの人への薬物療法について理解する
③薬物療法に関するエビデンスを知る
- 保険適応を有する主要薬剤と
その対象症状（2017年1月現在） -

	リスペリドン	アリピプラゾール
米国	保険適応 2006年承認 対象症状 小児の自閉性障害にみられる易刺激性	2009年承認 対象症状 小児の自閉性障害にみられる易刺激性
	添付文書上の 用量に関する 記載 0.25-0.5 mg（初期用量） 0.5-1 mg（目標用量） 0.5-3 mg（有効量）	2 mg（初期用量） 5-10 mg（推奨用量） 15 mg（最大用量）
日本	保険適応 2016年承認 対象症状 小児の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性	2016年承認 対象症状 小児の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性
	添付文書上の 用量に関する 記載 - 体重15kg以上20kg未満の場合： 0.25mg（初期用量）1mg（最大用量） - 体重20kg以上45kg未満の場合： 0.5mg（初期用量）2.5mg（最大用量） 45kg以上の場合： 0.5mg（初期用量）3mg（最大用量）	通常、アリピプラゾールとして1日1mgを 開始用量、1日1～15mgを維持用量とし、 1日1回経口投与する。なお、症状により適 宜増減するが、増量幅は1日量として最大 3mgとし、1日量は15mgを超えないこと。

● 薬物療法に関するエビデンスを知る

薬物療法の標的症状が“有り”と判断した場合、次に薬物療法のプランを考えることになる。どのような薬をどう使用していくかを決める必要があるし、そのためには薬剤選択の根拠となる現時点でのエビデンスを正しく知る必要がある。

まず、（2017年1月現在の）ASDにおける保険適応薬とその対象症状について表にまとめてみる。米国では、FDAからリスペリドン、アリピプラゾールの2剤が、ASDに伴う易刺激性に対して認可されている。

本邦でも、リスペリドンとアリピプラゾールが「小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性」に対する保険適応を認可されている。本邦でのリスペリドンの使用用量は、体重で細かく分けられているが、概ね米国の添付文書上の使用用量と大きく変わりはない。アリピプラゾールは本邦では開始用量が1mgとされており、米国よりも少量となっている。本邦ではほかにもピモジドが「小児の自閉性障害に伴う不安、焦燥、興奮、多動、常同行為などの症状」に対して保険適応を有している。



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの人への薬物療法について理解する
**英米のASD診療ガイドラインにおける
使用薬剤の推奨状況（2017年1月現在）**

英国のNational Institute for Health and Clinical Excellence Guideline 170（2013）

→「Challenging behaviorに対して抗精神病薬による加療を考慮する」とあるが、使用薬剤については具体的に明記されていない

米国小児科学会のASD診療ガイドライン：Management of children with autism spectrum disorders（2007）

→ 具体的な推奨薬剤名について特に明記なし

米国児童青年精神医学会のASD診療ガイドライン：Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder（2014）

→ 特定の標的症状に対する特定の薬剤名は明記されていない



● 英米の ASD 診療ガイドラインにおける使用薬剤の推奨状況

次に、英米の ASD 診療ガイドラインにおける使用薬剤の推奨状況について説明する。

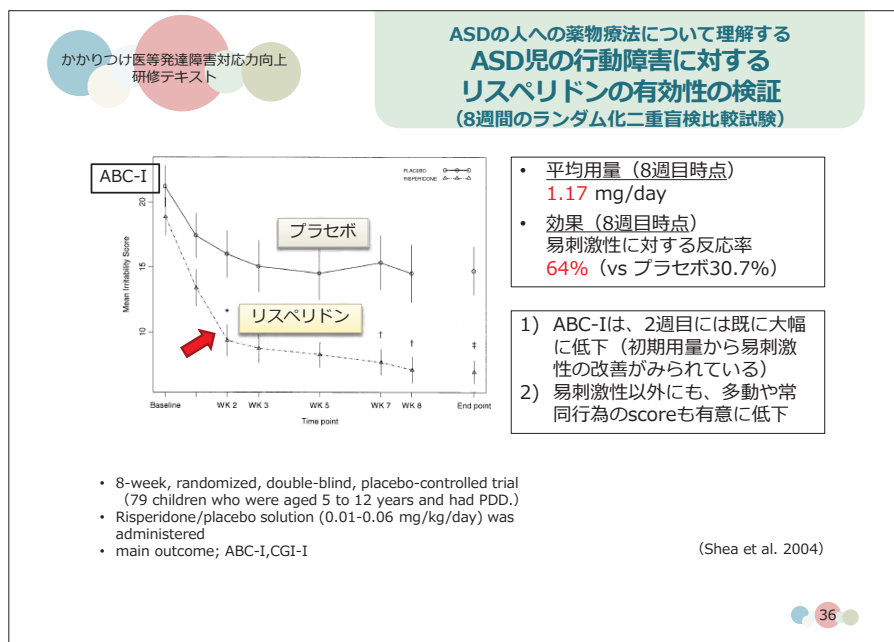
リスペリドン、アリピプラゾールは主に米国で易刺激性に対する保険適応を取得しているとお伝えしたが、これらの薬剤が英米の ASD 診療ガイドラインでどのように位置づけられているかというと、意外に思われるかもしれないが、米英のいずれの ASD 診療ガイドラインでも易刺激性に対する推奨薬とされているわけではないという現状がある。保険適応“有”≠推奨治療薬（ガイドラインでの）ということだ（これは、エビデンスが海外でもまだ不足していること・ASDでの病態の個人差が大きいことなどが要因として挙げられるかと思う）。

- ・「The management and support of children and young people on the autism spectrum : NICE clinical guideline 170」では、「Challenging behavior に対する心理社会的介入やその他の行動介入が効果不十分な場合、も

しくは問題行動の重症度が高すぎてこれらの介入が行えない場合に抗精神病薬による加療を考慮する」としており、薬物療法としては、（Challenging behavior に対する）抗精神病薬以外には特に言及しておらず、抗精神病薬に関しても具体的な薬剤名について特に明記されていない。

- ・「Management of Children With Autism Spectrum Disorders」においても、「薬物療法は、攻撃性・自傷行為・反復行動、睡眠障害、気分変動、イライラ、不安、多動、不注意、破壊的行動、などの maladaptive behavior がある際に検討される。」としているのみで、具体的な薬剤名について特に明記していない。この背景として、「近年、ASD 児においてたいていの向精神薬が用いられてきたが、エビデンスに基づいた薬物療法のコンセンサスを確立するだけの文献情報が十分ではない」と記述がなされており、Practice Parameter と同様、さまざまな標的症状とその候補となる薬物療法に関する臨床試験情報が参考資料として呈示されている。

- ・「Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder（以下、Practice Parameter）」では、「薬物療法は、特定の標的症状や併存症が存在するときに考慮し、重篤な問題行動の対処を通して ASD 児・者の適応改善させうる可能性がある。薬物療法の対象になりやすい標的症状や併存症としては、不安・抑うつ、攻撃性、自傷行為、多動、不注意、強迫様行動、反復常同行為、睡眠障害である」と記述されており、特定の標的症状に対する特定の薬剤名は明記されていない。米国において、小児の自閉性障害でみられるイライラ（irritability）に対してアリピプラゾールとリスペリドンの使用が米国食品医薬品局（FDA）より認可されている事実が記されているが、特に推奨用量や使用上の注意点などについては記載されておらず、これまでに ASD 児・者を対象として行われたプラセボ対照二重盲検比較試験（アリピプラゾール、リスペリドンを含む）の概要が参考資料として示されているのみである。



● リスペリドンの有効性の検証

FDA での認可の前に行われたリスペリドンによる ASD の易刺激性への効果を検証した代表的 RCT の概要を紹介する。

5-12 歳の 79 名の ASD 児を対象にした 8 週間の RCT であり、リスペリドンの 8 週目時点での平均投与量は 1.17mg/ 日である。Primary outcome は、Aberrant Behavior Checklist-Irritability scale(ABC-I) で評価されており、8 週目 (endpoint) 時点での ABC-I の平均スコアの低下量はリスペリドン群で -12.1、プラセボ群で -6.5 であり、リスペリドン群で有意な改善を認めた ($p < 0.001$)。この研究では、「ABC の 5 つの下位項目のうち、少なくとも 2 つの下位項目で 50% 以上の改善を示し、それ以外の項目のいずれにおいても悪化や 10% 以下の改善にとどまるものがないこと」が “responder” の基準とされたが、この基準によると 64% が responder であった (vs プラセボ 30.7%)。リスペリドンが ASD における行動障害に効果があることが示される一方、約半数が non responder であることも事実である。

もう少し細かくみると、

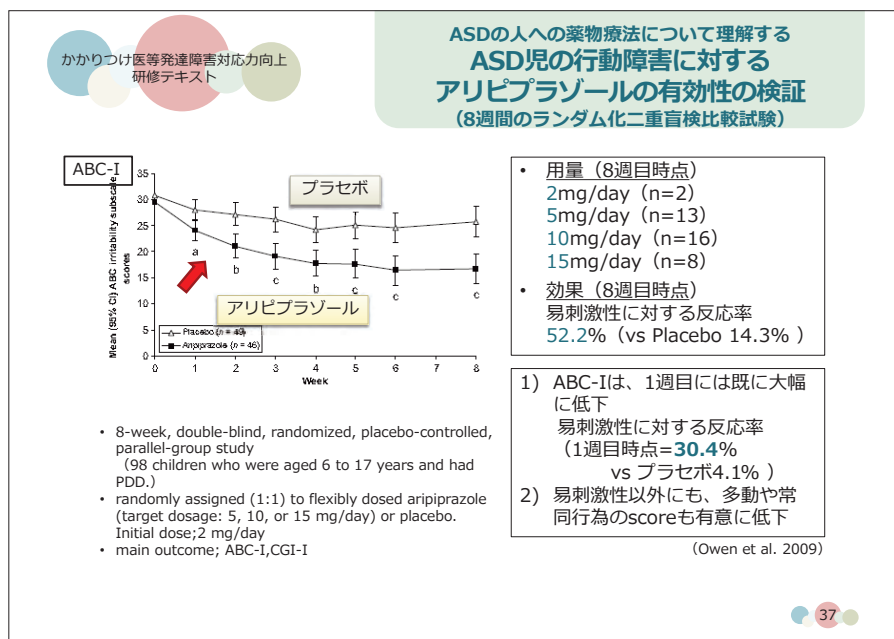
- 1) ABC-I は、2 週目にはすでに大幅に低下しており、低用量である初期用量から症状の改善がみられていることがわかる (個人内での明らかな用量依存性は検証されていない)。
- 2) 易刺激性以外にも、Secondary outcome として評価された多動や常同行為の score も有意に低下するという報告がなされている。

リスペリドンが ASD の易刺激性にどのような機序を介して効果を示すのかは、症例によってさまざまであるかと思うが、問題行動の程度や頻度のみならず、さまざまな角度から効果を見に行くとこの姿勢が必要であることを示している。

文献

Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders.
Shea S, Turgay A, Carroll A, Schulz M, Orlik H, Smith I, Dunbar F.
Pediatrics. 2004 Nov;114(5):e634-41. Epub 2004 Oct 18

スライド 37



● アリピプラゾールの有効性の検証

アリピプラゾールに関しても、リスペリドンと類似した結果となっており、responder の基準は若干異なるが、約半数が non responder となっている。また、初期用量の段階から改善がみられているケースが 1/3 あるという結果である。

文献

Aripiprazole in the treatment of irritability in children and adolescents with autistic disorder.

Owen R, Sikich L, Marcus RN, Corey-Lisle P, Manos G, McQuade RD, Carson WH, Findling RL. Pediatrics. 2009 Dec;124(6):1533-40. doi: 10.1542/peds.2008-3782.



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの人への薬物療法について理解する
リスペリドンとアリピプラゾールの
RCTから示唆されること

- ・ 易刺激性への効果は、初期用量（少量投与）であっても、1-2週間以内の比較的早期から出現する可能性がある
→ 必要最小量を模索する
- ・ 易刺激性以外にも、多動や常同行為のスコアの有意な低下が報告されている
→ 易刺激性以外の併存症への影響を合わせて評価することも必要かもしれない
- ・ 約半数が「non responder」である
→ 定期的な効果判定や服薬継続の判断が重要
- ・ 体重増加・鎮静（眠気）・錐体外路症状・高プロラクチン血症などが代表的な副作用



● リスペリドンとアリピプラゾールの RCT から示唆されること

リスペリドンとアリピプラゾールの RCT から示唆されることをまとめてみた。

- ・ 易刺激性は、リスペリドン / アリピプラゾール双方とも、初期用量（少量投与）であっても、1-2 週間以内の比較的早期から効果が出現する可能性がある。
→ 現在、抗精神病薬による治療を行う上で、明確な初期用量や維持用量がガイドラインでは規定されていないが、NICE guideline では、「少量より開始し、必要最小量を使用する」という原則が述べられており、6 週間後に明確な改善がない場合は中止を検討するとされている。ASD では抗精神病薬の副作用が出現しやすいという報告もなされているので、少量投与で一定の効果があれば、その量で維持するという選択肢に考えてもいいかもしれない（実際に初期用量（添付文書上の）より少量で効果がある例もある）。また、短いスパンでの増量が効果的とも限らないので、NICE guideline にあるように、少量の薬剤で

症状の改善がみられれば、心理社会的介入や行動介入をまず試みてもいいのも重要である（実際これに当てはまることが多い）。

- ・ 易刺激性以外にも、多動や常同行為の score の有意な低下が報告されている。
→ 易刺激性が標的症状の中心であるが、エビデンスレベルは低いものの抗精神病薬によりチックや ADHD、感覚過敏への効果の報告もあることから、それ以外の症状の変化がないかも同時に評価することが必要だと考えられる（易刺激性が軽快する機序の推測にも役立つ）。
- ・ 約半数で、「non responder」である。
→ responder をどう定義するかによりこのパーセンテージは変わってくるのは当然だが、non responder もいることを十分意識した上で、定期的な効果判定や服薬継続の判断が必要と考えられる（漫然と使用しないことが重要になってくる）。
- ・ 体重増加・鎮静（眠気）・錐体外路症状・高プロラクチン血症などが代表的な副作用として報告されている。リスクとベネフィットを考慮した使用が望まれる。

スライド 39



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの人への薬物療法について理解する

④薬物療法実施前に 留意すべきこと

- ・ 薬物療法の実施が妥当かどうかを再確認する
- ・ 薬物療法に対する当事者（家族）の意向を聞く
- ・ 過去の薬物療法の経験について聴取する
 - ✓ 薬物療法が行われた経緯（どんな状態像だった？）
 - ✓ 薬物療法の効果・副作用がいつ頃、どのようにみられたかを具体的にきく
- ・ 使用を検討している薬剤について必要な情報を整理する
 - ✓ 標的症状に対する期待される効果
 - ✓ 想定される副作用
 - ✓ 服薬にかかるコスト
 - ✓ 服薬プラン（必要な検査、効果判定に要する期間、投与量の調整方法 etc）

(NICE guideline 2013)



39

● 薬物療法実施前に留意すべきこと

次に、薬物療法に関するエビデンスを踏まえた上で、実際に投薬を開始する前にどのような点に留意すべきかについてである。

- ・ 薬物療法の実施が妥当な状態像であるか（つまり薬物療法が本当に必要な状態か）を再確認する。
- ・ 薬物療法に対する患者（または家族）の意向、例えば薬物療法に対して患者（または家族）が抱いている期待、希望、不安を事前に把握しておくことが重要である。これまでに薬物療法を受けたことがある場合、副作用が強く出てしまった経験などがあると不安感を抱きやすいし、患者さん側が求めているものと医師側が考えていることが乖離していることもある。意義のある治療に繋げるためにも重要なステップだと考える。
- ・ 過去に薬物療法を受けたことがある場合、薬物療法が行われた経緯、実際に薬物療法が行われた時の患者の状態像（標的症状が何であったか？）、薬物療法の効果や副作用が実際にどのように、いつ頃みとめられたかについて把握す

ることで、患者さん側も安心するし、医師側にとっても治療法を選択する際の重要な情報になる（特に過鎮静がみられたことがあるか？ 急激な体重増加があったか？ などは重要な情報になる）。

- ・ エビデンスの有無を参考にした上で選択した薬剤に関し、標的症状に対して期待される効果とその評価法、想定される副作用、服薬プラン、服薬にかかるコスト、必要と考えられる検査（血液検査や心電図検査など）を実際に投薬を開始する前に整理しておく必要がある。これにより初めて、本人・家族への明確な説明が可能になる。

- 当事者・養育者との意思決定
 - ✓ 薬物療法に対する患者・家族の意向
 - ✓ 過去に受けた薬物療法に関する情報

薬物療法のプランがある程度固まった後は、そのプランについて当事者・養育者との意思決定を行う必要がある。そのためには、どのような点に留意して説明、意思決定を行うかについて整理しておく必要がある。

● 意思決定の原則

- ✓ 期待される効果・想定される副作用
- ✓ 服薬プラン（コスト、必要な医学的検査、服薬

意思決定の原則として、薬物療法に関する説明は、ASD 当事者および家族の理解力やニーズを十分考慮した上でわかりやすく行う。これは、医師と患者（家族）では、当たり前だが、知識量の違いが大きいためである。その上で双方向の話し合いの時間を持ち、家族と可能であれば患者の意思決定をサポートし、得られた同意に基づいて薬物療法を実施することが重要になる。養育者が納得していない場合や不安を感じたまま処方された場合、コンプライアンスも悪くなりがちである。

● 双方向の意志決定に向けて共有したい内容

双方向の意志決定に向けて共有したい内容としては以下のような情報が挙げられる。

- ✓ 薬物療法に対する患者・家族の意向
- ✓ 過去に受けた薬物療法に関する情報
- ✓ 薬物療法の必要性和その根拠（標的症候は何か？）
- ✓ 薬物療法と並行して行う心理社会的介入
- ✓ 薬剤選択の根拠（保険適応の有無、参考にしたエビデンス）
- ✓ 期待される効果・想定される副作用
- ✓ 服薬プラン（コスト、必要な医学的検査、服薬用量の調整法など）

スライド 41

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの人への薬物療法について理解する
⑥ 定期的モニタリング

- 効果判定
 - ✓ 標的症状が具体的にどう変化したかを定期的に確認し、漫然と薬物療法が継続されることのないように注意する
 - ✓ 出来るだけ複数の情報源（養育者、教師など）から標的症状だけでなく、症状と密接に関連する行動変化（感覚過敏、こだわり、睡眠状況など）や本人を取り巻く状況の変化についての情報も可能な限り収集し、評価の参考とする
 - ✓ 標準化された評価スケールの使用を検討する
例）異常行動チェックリスト日本語版
（Aberrant Behavior Checklist-J:ABC-J）

41

● 定期的モニタリング

実際に投薬が開始されたら、効果・副作用のモニタリングが当然必要になる。どのような点に留意してモニタリングを行うべきかについても整理しておく必要がある。

● 効果判定

効果判定に際しては、事前に決定しておいた治療プランに基づき、個別に明確化された標的症状が具体的にどう変化したかを定期的に確認する。主に養育者の方から状態の報告を受ける機会が多いと思うので、「どういうことを伝えればよいか」について医師 - 当事者間であらかじめ協議しておく必要がある。効果を定期的に判定し、漫然と薬物療法が継続されることのないように留意することが望まれる。

この際、できるだけ複数の情報源（養育者、教師など）から標的症状だけでなく、症状と密接に関連する行動変化（感覚過敏、こだわり、睡眠状況など）についての情報も可能な限り収集し、評価の参考とすることも大事である。

また、標準化された評価スケールの使用も有用で

ある。ABC-J が一般的によく使用される。

このように効果のモニタリングを繰り返し、定期的に薬物療法の必要性や将来のプランについて再評価を繰り返していく。



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの人への薬物療法について理解する

⑥ 定期的モニタリング

- ・ 副作用評価
 - ✓ 過去に薬物療法が試みられた時にみられた副作用情報やこれから使用する薬剤で想定される副作用を考慮し、副作用評価に必要と考えられる問診、身体診察および医学的検査を定期的に行う
 - ✓ 薬剤性の睡眠覚醒リズムの乱れ（傾眠や不眠）や錐体外路症状（特にアカシジア）は、一見標的症狀が増悪したようにみえることがあるので、注意が必要である
 - ✓ 抗精神病薬を使用する際に評価すべき主な副作用項目として、体重増加、無月経・希発月経、乳汁分泌、眠気、過鎮静、錐体外路症状などがあげられる



42

● 副作用評価

副作用の評価に際しては、過去に薬物療法が試みられた時にみられた副作用情報やこれから使用する薬剤で想定される副作用を考慮し、副作用評価に必要と考えられる問診、身体診察および医学的検査を定期的に行う。特に抗精神病薬では、少量投与でも体重増加や過鎮静などの副作用が起きることがあるので、投与初期は特に注意が必要になる。

薬剤性の睡眠覚醒リズムの乱れ（傾眠や不眠）や錐体外路症状（特にアカシジア）は、一見標的症狀が増悪したようにみえることがある。効果不十分と判断され、さらに薬剤が増量されることもあり、この場合状態像がさらに悪化する場合もあるので、注意が必要になる。

抗精神病薬を使用する際に評価すべき主な副作用項目として、体重増加、無月経・希発月経、乳汁分泌、眠気、過鎮静、錐体外路症状などが挙げられる。

スライド 43



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの人への薬物療法について理解する
**薬物療法を実施する際の
チェック項目**

薬物療法開始前	
情報収集の方法	☐ どの場面の情報？（例；学校・自宅） ☐ 誰からの情報？（例；両親・教師）
標的症状	☐ 具体的にどのような症状か？（起きやすい状況や日常生活への影響の程度） ☐ 増悪、助長要因 ☐ 非薬物療法の効果（環境調整、心理社会的介入） → ☐ 薬物療法が妥当な状態像か？
使用薬剤に関するエビデンスの収集	☐ 保険適応の有無 ☐ 標的症状に対する期待される効果（過去の報告例） ☐ 想定される副作用 ☐ 服薬にかかるコスト ☐ 薬物療法のプラン作成（必要な検査・効果判定に要する期間・投与量の調整方法 など）
当事者・養育者との双方向の意思決定	☐ 薬物療法に対する患者・家族の意向の確認 ☐ 過去に受けた薬物療法に関する情報共有 ☐ 薬物療法の必要性とその根拠の説明 ☐ 薬物療法のプランの説明 → ☐ 当事者および家族の理解力やニーズを十分考慮したうえで治療方針について納得が得られたか？



43

● 薬物療法を実施する際のチェック項目

ASDの人に対して薬物療法を実施する際のチェック項目を、薬物療法開始前と開始後に分けてまとめてみた。



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの人への薬物療法について理解する
**薬物療法を実施する際の
チェック項目**

薬物療法開始後	
定期的モニタリング (効果)	☐ 標的症状の変化（標的症状の程度に影響しうる生活状況の変化・症状と密接に関連する症状の変化） ↓ ☐ 投薬継続の必要性を繰り返し検証する (漫然と使用を継続しない)
定期的モニタリング (副作用)	☐ 身体診察・血液検査（想定される副作用に応じて） ・睡眠覚醒リズムの乱れ・過鎮静 ・錐体外路症状（アカシジア、振戦など） ・体重増加 ・月経異常 など



44

ご覧いただいたように、大半を投薬開始前の作業が占めることがご理解いただけるかと思う。そしてこの“開始前”の準備作業をきちんと行うことで、初めて当事者側が納得した shared decision making に基づいた薬物療法を行うことができる。保険適応のある薬剤を添付文書通りに開始することは簡単だが、その前に“本当に薬物療法を実施する必要性が高い状態か？”を手順に沿って確認するという作業を怠らないことが一番大事である。この手順のうち、どこまでをかかりつけ医が行い、どこから専門医が行うかはそれぞれの地域の医療資源やかかりつけ医の経験値にもよるかと思う。ある程度共通した最大公約数的な手順を踏むことで当事者・養育者が治療を系統的に理解できることにも繋がるし、当事者・家族に関わる医療者全員のコンセンサス形成やスムーズな連携にも役立つと思う。

スライド 45

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの人への薬物療法について理解する
専門医からかかりつけ医に
薬物療法のフォローを依頼されたら

- 専門医からかかりつけ医に伝えるべき情報
 - 薬物療法が開始された経緯（標的症状はどう評価されたか?）
 - 標的症状と並行して行われた心理社会的介入
 - 薬物療法がもたらした効果と副作用およびその評価方法
 - 将来的な見通し（予想される治療継続期間、投薬を中止する場合の方法 etc）

専門医への定期的なコンサルテーションを
継続することも有用

45

● 専門医からかかりつけ医に伝えるべき情報

専門医へ受診が集中することが、発達障害臨床において一つの問題となっている。専門医である程度薬物療法の方向性が決まった後に、かかりつけ医の先生にフォローをお願いするケースも今後出てくるかと思う。

かかりつけ医の先生にフォローをお願いする上で必要と考える情報を挙げてみた。薬物療法の実施を専門医からかかりつけ医に依頼する際は、原則ある程度安定した状態になってから行うことが重要である。この際、「薬物療法が開始になった経緯とこれまでの行ってきた治療状況」を詳細に伝えることが重要となる。

具体的には、先ほど手順で示した内容である。情報が不足している場合は逆に専門医に再度問い合わせていただくことも必要かと思われるし、フォローの際に疑問点なども出てくると思うので、フォロー依頼を受けた専門医へのコンサルテーションを適宜行うことも有用な方法かと思う。

- ✓ 薬物療法が開始された経緯（薬物療法の標的症状が何であり、どのような手順で薬物療法開始の判断がなされたのかを明確に示すべきである）。

- ✓ 心理社会的介入を並行して行うことが原則なので、薬物療法とともにどのような関わりをしてきたかの情報（→薬物療法よりこちらが効果的であったということもありえるので）。
- ✓ 実際に選択された薬剤が、標的症状に対して実際にどのような治療効果と副作用をもたらしたのか、治療効果と副作用の評価は具体的にどのような方法で行ってきたのかを明記する。
- ✓ 患者の成長発達や周囲の対応方法の改善などにより、薬物療法の必要性が変化することもしばしばあるので（衝動性の抑制能力の向上など）、より少ない用量で治療を行える可能性がないかや薬物療法が必要と想定される期間についての見通しについても伝える。将来的に、どのような場合に投薬の中止を検討するかについての見通しも伝える。



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASDの人への薬物療法について理解する
かかりつけ医へのメッセージ
-ASDの人に対する薬物療法が一定の適正な手順で行われるために-

- ASDの人に対する薬物療法の原則と手順について理解を深めていただくことが重要
- 薬物療法に関する相談を受けた際は、聴取可能な範囲で“困りごと”に関する情報収集を行い、専門医へのコンサルトなど状況に応じた対応が望まれる
- （薬物療法の方向性がある程度決まった後に）専門医から治療継続の依頼があった場合は、できる範囲でフォローアップをお願いしたい



46

● かかりつけ医へのメッセージ

- ASDの人に対する薬物療法の原則と手順について理解をお願いしたい。ASDの人が示す「対応を要する行動上の問題」に対してリスペリドンやアリピプラゾールをはじめとする保険適応を有する薬剤が出てきたので、今後処方求められる機会も増えるかと思う。一定の手順で評価・治療にあたることで患者・家族が納得して医療を受けられることに繋がるし、専門医との連携に向けてこれから益々重要になると思う。
- 薬物療法に関する相談を受けた際は、聴取可能な範囲で“困りごと”に関する情報収集を行っていただけるようお願いしたい。専門的知識がなくても聴取できる内容は沢山あるので、当事者・親・家族の悩み、不安を受け止め、できる範囲での情報収集を行い、専門医へのコンサルトなど状況に応じた対応をお願いしたい。専門医が紹介を受ける際もこれらの項目に関する情報を紹介状に記述いただけるととても連携がスムーズになる。
- （薬物療法の方向性がある程度決まった後に）専門医からフォローアップの依頼があった場合は、

状況に応じできる範囲でフォローアップをお願いしたい。フォローアップに必要な情報が不足している場合は専門医に呈示を依頼することもお検討いただければと思う。