

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

児童青年精神科領域における診断・治療の
標準化に関する研究

平成 22 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 齊藤 万比古

平成 23 (2011) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

- 児童青年精神科領域における診断・治療の標準化に関する研究1
主任研究者 齊藤万比古 国立国際医療研究センター国府台病院

II. 分担研究報告

1. 発達障害の診断・治療の標準化に関する研究9
飯田順三¹⁾ 岩坂英巳²⁾ 澤田将幸³⁾ 太田豊作³⁾ 長内清行⁴⁾ 村本葉子⁴⁾
山室和彦⁴⁾ 末廣佑子⁵⁾ 浦谷光裕⁶⁾ 田中尚平³⁾ 岸本直子³⁾
1)奈良県立医科大学看護学科 2)奈良教育大学特別支援教育研究センター
3)奈良県立医科大学精神医学教室 4)天理よろづ相談所病院精神科
5)東大阪市立総合病院精神科 6)東大阪市療育センター
2. 子どものチック障害・強迫性障害の診断・治療の標準化に関する研究13
金生由紀子
東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野
3. 児童青年期の心的外傷関連障害（PTSD など）の診断・治療の標準化に関する研究21
亀岡智美¹⁾²⁾ 飛鳥井望³⁾ 岩切昌宏¹⁾ 金吉晴⁴⁾ 田中究⁵⁾ 元村直靖⁶⁾
兼平高子²⁾ 安部紫²⁾
1)大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
2)大阪府こころの健康総合センター
3)東京都精神医学総合研究所 4)国立精神・神経医療研究センター
5)神戸大学大学院医学研究科精神医学分野 6)大阪医科大学看護学部
4. 子どものうつ病・双極性障害の診断・治療の標準化に関する研究
齊藤卓弥¹⁾ 成重竜一郎¹⁾
1)日本医科大学精神医学教室
5. 子どもの統合失調症の診断と治療の標準化に関する研究27
新井卓¹⁾ 高橋雄一²⁾ 藤田純一¹⁾
1)神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科
2)横浜国立大学附属市民総合医療センター精神医療センター児童精神科
6. 不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの診断・治療の標準化に関する研究35
渡部京太¹⁾ 齊藤万比古¹⁾ 小平雅基¹⁾ 宇佐美政英¹⁾ 岩垂喜貴¹⁾ 飯島崇乃子¹⁾
田邊尚¹⁾ 牧野和紀¹⁾ 松田久実¹⁾ 大西豊史¹⁾ 黒江美穂子¹⁾ 宮崎央桂¹⁾ 青木桃子¹⁾
永田真由¹⁾ 勝見千晶¹⁾
1) 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科
7. 素行障害をはじめとする外在化障害の診断・治療の標準化に関する研究45
榎屋二郎¹⁾ 奥村雄介²⁾ 吉永千恵子³⁾ 富田拓⁴⁾ 飯森眞喜雄⁵⁾ 丸田敏雅⁵⁾
松本ちひろ⁵⁾ 宮川香織⁵⁾
1)神奈川県立医療少年院 2)府中刑務所 3)東京少年鑑別所 4)国立きぬ川学院
5)東京医科大学

8. 児童青年精神科医療におけるエビデンスに基づく医療（EBM）のあり方に関する研究	51
岡田俊 ¹⁾ 小野美樹 ²⁾ 宮城崇史 ²⁾ 義村さや香 ¹⁾ 木村記子 ¹⁾ 川岸久也 ¹⁾ 中東功一 ¹⁾ 上床輝久 ³⁾ ガヴィニオ重利子 ⁴⁾	
1)京都大学大学院医学研究科精神医学分野 2)京都大学医学部附属病院精神科神経科 3)京都大学保健管理センター 4)京都文教大学臨床心理学部	
9. 大学医学部における専門的医師等の養成システムに関する研究	57
西村良二 ¹⁾ 青木省三 ²⁾ 上別府圭子 ³⁾ 清田晃生 ⁴⁾ 傳田健三 ⁵⁾ 原田謙 ⁶⁾ 本城秀次 ⁷⁾ 松本英夫 ⁸⁾ 森岡由起子 ⁹⁾ 吉田敬子 ¹⁰⁾	
1)福岡大学医学部精神医学教室 2)川崎医科大学精神科学教室 3)東京大学大学院医学研究科健康科学看護学専攻予防看護学講座家族看護学 4)大分大学医学部小児科こどもメンタルクリニック 5)北海道大学大学院保健学科研究院 6)信州大学医学部精神科 7)名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター児童精神医学分野 8)東海大学医学部精神科学教室 9)大正大学人間学部臨床心理学科 10)九州大学病院子どものこころの診療部	
10. 児童青年精神科医療機関における専門的医師等の養成システムに関する研究	63
小平雅基 ¹⁾ 高橋美穂 ²⁾ 入倉梓 ²⁾	
1)国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科 2)国立国際医療研究センター国府台病院看護部	
11. 地域における児童青年精神科医療ネットワークのあり方に関する研究	73
山崎透 ¹⁾ 石垣ちぐさ ¹⁾ 大石聡 ¹⁾ 伊藤一之 ¹⁾ 内田直子 ¹⁾ 末田慶太郎 ¹⁾ 窪田洋子 ¹⁾ 1) 地方独立行政法人 静岡県立病院機構 静岡県立こども病院	
Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧	95

I. 平成 22 年度 総括研究報告

児童青年精神科領域における診断・治療の 標準化に関する研究

研究代表者 齊藤万比古 国立国際医療研究センター国府台病院精神科部門診療部長

研究要旨

本研究は、発達障害、チック障害・強迫性障害、心的外傷関連障害、うつ病・双極性障害、不登校・ひきこもり、統合失調症、外在化障害の診療の標準化について検討する「障害別診療モデル研究グループ」、大学および専門病院における医師および看護師の養成システムについて検討する「専門家養成システムの在り方研究グループ」、地域が備えるべき医療システムの構造とその機能のモデルを提供する研究と児童青年精神科医療におけるEBMのあり方を検討する「総合化研究グループ」、そして補完的な研究にあたるワーキンググループによる「総括研究」からなり、今年度は、全国に設置されるべき児童思春期精神科の包括的医療システムとその機能の基準を示すガイドラインの作成に資する研究の基盤作りに取り組んだ。次年度は、各研究活動を推進することはもとより、共同でガイドライン・ドラフト版の作成に取り組むとともに、総括研究の一環として児童思春期精神科医療普及の必要性を実証するための全国調査にも取り組んでいきたい。

研究分担者氏名・所属機関名 および所属機関における職名

飯田順三	奈良県立医科大学看護学科教授
金生由紀子	東京大学医学部特任准教授
亀岡智美	大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター客員教授
齊藤卓弥	日本医科大学精神医学教室准教授
新井 卓	神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科部長
渡部京太	国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科医長
榊屋二郎	神奈川医療少年院法務技官
岡田 俊	京都大学医学研究科講師
西村良二	福岡大学医学部精神医学教室教授
小平雅基	国立国際医療研究センター児童精神科医師
山崎 透	静岡県立こども病院こどもと家族のこころの診療センター長

A. 研究目的

本研究は、わが国においていまだ全国に普及し体系づけられたとは言い難い児童青年精神科医療（ここでは児童思春期とほぼ同義で用いている）の確立を目指し、均てん化すべき医療モデル（地域連携システムを含む）および専門家の養成システムなどを提示することを目的として取り組まれたものである。その具体的な目的の一つは、全国にまだまだわずかしかない体系づけられたエビデンスに基づく児童思春期精神科診療を実施できる機能、地域の重症事例に対応できる外来・入院医療にわたる総合的診療機能、地域における拠点医療機関としての子どもに関わる諸専門機関との連携の中心となれるネットワーク機能、そしてこの領域に関わる専門家の養成と再教育のための研修機能などを持った医療機関を新たに設置する際の基準となるべきガイドラインの作成にある。

B. 研究方法

本研究は、研究代表者と研究分担者による 12

名の研究班体制で取り組む 3 年計画の研究であり、初年度は研究目的の確認と各研究間での方法の調整を行い、可能な限り研究法の統一をはかるとともに、研究課題に関する文献研究およびパイロット・スタディに取り組んだ。

本研究は、3 年間の研究の成果をまとめる形で、「総合的児童青年精神科医療の地域における設置および運用のためのガイドライン」を作成する予定であり、研究代表者がその作成のとりまとめにあたることになる。分担研究はこの目的に沿って取り組む必要のある諸課題のエビデンスを求めて行うもので次のような研究グループに分かれて実施されている。

第一は『障害別診療モデル研究グループ』であり、児童青年精神科診療の中心的な対象疾患である、①発達障害（広汎性発達障害や ADHD）、②チック障害・強迫性障害（OCD）、③心的外傷関連障害（PTSD や虐待関連障害など）、④うつ病・双極性障害、⑤不登校・ひきこもり（不安障害を中心に）、⑥統合失調症、⑦外在化障害（素行障害など）の 7 種の障害群の診断・評価ならびに治療・支援のエビデンスとエキスパート・コンセンサスに基づいて標準化された診療指針を作成し、さらにそのような標準化された診療を行ううえでの医療機関の機能について提言するための根拠を明らかにする研究に取り組む。この研究グループには上記の障害の記載順に飯田順三、金生由紀子、亀岡智美、齊藤卓也、渡部京太、新井卓、榊屋二郎の 7 名の分担者研究者が配置されている。

第二は『専門家養成システムの在り方研究グループ』であり、大学および専門病院における医師および看護師の養成システムについて検討し、モデル的な研修システム案を作成することを目指している。西村良二研究分担者は大学医学部における専門的医師の養成システムの実情と今後のあり方をめぐる研究に取り組み、小平雅基研究分担者が全国児童青年精神科医療施設協議会の正会員病院を中心とする専門医療機関における養成システムをめぐる研究に取り組む。また、両研

究分担者は大学および専門医療機関における看護師の養成についても検討する。

第三は『総合化研究グループ』であり、以上の 2 グループの研究成果に総合的な広がりを付加するための二つの研究からなる。その第一の研究は専門的医療機関を中心に、児童青年精神科診療を提供するための地域の医療ネットワーク（病 - 病連携、病 - 診連携）と、広く子どもの情緒や行動の問題の支援を協議し協力し合う医療、保健、福祉、教育、警察等の専門機関間の連携ネットワークの両者について、地域が備えるべきシステムの構造とその機能のモデルを提供するための研究であり、第二の研究は児童青年精神科医療における根拠に基づく医療（EBM）のあり方を検討するとともに、海外における児童青年精神科医療の実情について研究するもので、前者は山崎透研究分担者、そして後者は岡田俊研究分担者が担当する。

主任研究者とその研究協力者は以上の三グループの研究を調整し、かつまとめる形で、わが国に確立すべき当該医療の諸機能と構造について研究分担者とともに明らかにすることに取り組み、その結果として「総合的児童青年精神科医療の地域における設置および運用のためのガイドライン」作成に取り組む。さらに、当該医療の質の担保のために行われるべき専門研修会のあり方について検討し、可能ならばモデル的研修会の開催とその結果に関するモニターを行い、推奨する研修会プログラムを小平研究分担者とともに作成することを目指す。

C. 研究結果

(1) 研究分担者の研究結果

a) 障害別診療モデル研究グループ

発達障害、チック障害・強迫性障害、心的外傷関連障害、うつ病・双極性障害、不登校・ひきこもり（不安障害を中心に）、統合失調症、外在化障害の標準的診療機能を明確にすることに取り組む研究グループである。

発達障害診療についての研究は成人発達障害

の評価という点に焦点を定め、成人期発達障害の診断について、自閉症スペクトル日本版 (AQ-J) と日本自閉症協会広汎性発達障害評定尺度 (PARS) の有用性について検討した。18 歳以上の患者 82 名 (PDD20 名、ADHD3 名、非発達障害群 59 名) に AQ-J と PARS を使用した結果、広汎性発達障害 (PDD) に関して AQ-J は感度 0.95 特異度 0.71、PARS は感度 0.60 特異度 0.68 という結果を得た。また、成人期発達障害の診断について統合失調症との鑑別における Japanese Adult Reading Test (JART) の有用性を検討した。JART は病前の IQ を推定することができる検査で、統合失調症では病後に IQ が低下するが、PDD では経年後も IQ が低下しないと考えられているため、JART と WAIS-R を同時に測定することにより鑑別が可能となるという仮説を立てて検討し、統合失調症群と PDD 群の両群ともに WAIS-R-IQ が JART-IQ よりも低下していたが、交互作用が有意であり、統合失調症群の方がその低下は大きいことが示された。

チック障害および OCD の診療についての研究は、診断・治療の標準化を行う根拠として、最近の国際的に標準的な情報を文献検索で収集し検討した。

心的外傷関連障害の診療についての研究は、TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy、トラウマ焦点化認知行動療法) の技術の習得、現在わが国で利用可能な「CAPS-CA できごとチェックリスト」などの PTSD 評価ツールの有用性についての考察、TF-CBT を実践する際のプロトコル作成の三点の課題に取り組んだ。PTSD 関連障害の治療に関して今年度は、Web 上で公開されている『TF-CBT web-based learning course』を受講し、昭和大学精神医学教室特任助教の白川美也子医師より、Allegheny General Hospital で実施された『TF-CBT ワークショップ』の伝達講習を受けた。これらを集約し、わが国での実践にあたってのプロトコルを作成した。

気分障害、すなわちうつ病および双極性障害

の診療に関する研究では、先行研究より子どものうつ病の診断・評価に関して本邦で使用可能なものを抽出し、子どもの発達に応じた (小学校まで、あるいは小学校以降) うつ病の症状の評価を可能とするテンプレートの作成を行った。双極性障害についても同様の試みを行った。また治療については、過去のエビデンスと日本でのコンセンサスをもとに治療アルゴリズムを作成することを目指し、コンセンサスを作るために、小児・思春期のうつ病、双極性障害の模擬症例を作成しそれに基づいてアンケート調査を計画し、模擬症例の作成にあたった。

不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの診療についての研究は子どもの不安障害 (主に、全般性不安障害、分離不安障害、社交不安障害) の文献レビューを行い、標準的な診断・評価、治療技法に関する情報を収集するとともに、2008 年に Lecroy が編集した「Handbook of Evidence-Based Treatment Manuals for Children and Adolescents」のなかから、「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」(Kearney ら) と「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety : The Coping Cat Program」(Beidas ら) を紹介し、不安障害のために不登校・ひきこもりに陥った子どものための治療プログラムを導入可能なものとするため、翻訳および実験的实施への取り組みに着手した。

統合失調症の診療についての研究は、現在、国際的に基準とされるガイドライン (早期精神病国際ガイドライン) を 3 名の児童精神科医で検討し、国内の児童思春期事例に対応したガイドラインを作成する上で補完あるいはより配慮を必要とする点の抽出を行った。その結果、今後の検討課題として①関連職種への疾患教育の推進、②ハイリスク群の捉え方や考え方の統一、③ハイリスク群と判断される子どもの臨床現場での診断や経過の検討、④急性発症時の迅速な対応のための救急受診システムの確保、⑤低年齢症例への薬物

療法の指針の作成、⑥リハビリテーション機能としての教育機関の役割の検討、⑦児童精神科医療と成人精神科医療の連携の充実、が抽出された。

外在化障害の診療についての研究は、子どもの外在化障害の診断・治療の標準化を行うために外在化障害の障害概念および診断基準の改定が迫っている世界的動向とわが国における支援の標準化の試みに関する文献等の調査を今年度は行った。

b) 専門家養成システムの在り方研究グループ

今後の大学病院における中・長期的な児童精神医学の充実に向けての予備的なアンケート調査を行った。全国の医学部・医科大学 80 校の精神科に質問票を郵送し、48 校から回答を得た（回収率 60%）。子どものこころの診療部、ないしは子どものこころの診療科を設置した大学病院は 10 病院（21%）、子どもの専門外来は 19 病院（40%）、一般外来で子どものこころの診療を行っているのは 19 病院（40%）であった。子どものこころの診療部、診療科では、主に医師と心理士が診療に携わり、他のコメディカル・スタッフは少なかった。

児童思春期精神科専門医療機関における専門医の養成について、今年度は「平成 22 年度厚生労働省こころの健康づくり対策事業；思春期精神保健対策医療従事者専門研修（1）」に参加した 84 名の医師にアンケートを実施し、結果を解析した。その結果、医師の属性に関する全体的な特徴として、ほとんどが子どもの心の診療に特化されていない精神科もしくは小児科の医師であること、全国からさほど偏りなく集まっていること、子ども心の診療に携わる時間は決して長くなく、診療対象の年代のピークは中学生であることなどが挙げられた。

c) 総合化研究グループ

初年度は地域における児童・青年精神科医療ネットワークの現状と課題を明らかにすることを目的として、日本児童青年精神医学会認定医と全国児童青年精神科医療施設協議会（以下、全児協）加盟施設を対象に連携活動の実施状況等を調

査した。その結果、認定医の 79%、全児協加盟施設の 93%が関係機関での支援・連携活動を実施しており、その内容は児童相談所・児童福祉施設、教育委員会・教育相談、学校、医療機関等での嘱託医等、関連諸機関による連携会議、担当患者に関する関連機関とのケース会議、研修・啓発活動などであり、連携の充実には児童青年精神科医の増員、現場・行政レベルでの縦割り意識の解消が重要という意見が多くでており、児童精神科医の増員には児童青年精神科医療の診療報酬の改善、国や自治体による児童青年精神科医の育成システムの整備、大学における児童青年精神医学の教育体制の整備、などが必要との意見が多く認められることを明らかにした。

わが国の児童思春期精神科医療の臨床が具有すべき EBM の適切かつ現実的な確立について検討する研究では、EBM そのものの定義とその実態、児童青年精神科医療に固有の問題について、その実情を記述的に検討し、次年度の研究の方向性を示した。

(2) 総括研究

研究代表者と研究協力者による総括研究は、分担研究者の研究成果を取りまとめ、『総合的児童思春期精神科医療の地域における設置および運用のためのガイドライン』作成のための作業工程を組み立て、かつ分担研究者の研究内容からはずれている必要事項に関する資料を集める補完的研究活動を担い、分担研究者とともにガイドライン作成に取り組む。このガイドラインは、全国各地に良質な児童思春期精神科医療システムを設置し機能的に運用するために役立つ、この年代の主な障害群に対する標準的治療・支援、地域関係機関の連携ネットワークの設置・運用、地域が持つべき専門家養成機能などの各モジュールからなる実践的臨床モデルと、その実現の為の工程表を提示する指針を作成し、その普及をはかることを目指している。補完的研究活動として、第一に今年度は市川市の子どもに関わる専門機関（市子育て支援課、市教育センター、県児童相談所、県

保健所、警察、国府台病院児童精神科など）による子どもの心の問題に対するケース・マネジメント会議の開催を中心とする連携システムを事務局として運用・管理した。第二に、子どもの心の問題、特にひきこもりの特性を強く示している不登校の子どもに対する医療チームによるアウトリーチ型支援の有用性を検討する活動も行っている。

D. 考察

(1) 障害別診療モデル研究

発達障害診療については、子どもの発達障害の評価システムはある程度確立しており、全国に普及しているが、成人期発達障害についてはその評価也未確立な点が多く、発達障害診療の総合的な体系化のためには成人発達障害の評価システムを確立する必要があることがわかった。

チックおよび OCD の診療における診断面については、両疾患共に併発症の重要性が再確認された。同時に、チックの前駆衝動との関連からの併発症の検討、OCD における双極性障害の併発との関連での検討など、さらなる課題が示唆された。強迫症状について、病識、家族の巻き込み、ディメンジョン別の観点からの検討が重要なことが確認された。治療面では、両疾患共に認知行動療法 (cognitive behavior therapy: CBT) の重要性が確認された。特に、チック障害については、わが国での検証や導入の必要性が示唆された。OCD については、CBT の改良が進んでおり、わが国での実施にあたってはそれらも参考にすべきと思われた。

心的外傷体験は、子どもにとって非常に理不尽で圧倒的な体験であるために、子ども自身が自分に何が起きているのかを理解できない状況にある。欧米のガイドラインで推奨されているように、心的外傷を体験した子どもを丁寧に評価していくと、それまで誰にも気づかれなかった心的外傷関連症状が明らかになることが少なくない。これらのケースを適切に評価し、診療できる体制を整えることが不可欠であると考えられる。

わが国で実際に臨床に使える子どものうつ病・双極性障害の診断・治療の標準化、および子どものうつ病・双極性障害の類型化をめざして、デルファイ法 (delfi method) を目指したコンセンサス作りが意義深いことが分かり、計画に取り組んだ。

米国児童青年精神医学会の「児童思春期不安障害の評価・治療に対する臨床指針」では、不安障害の治療はさまざまなアプローチ—保護者・子どもへの心理教育、教育関係者・家庭医との連携、認知行動療法 (CBT)、力動的精神療法、家族療法、薬物療法—を組み合わせる行うことが推奨されている。なかでも、認知行動療法 (CBT) に多くのページがさかれていた。不登校にはわが国特有な様々な支援法や支援思想がこれまで存在したが、それとは一線を画し、かつ海外では標準とされる、不安障害の特性に注目した CBT の提供も大きな意義があると考えられ、その導入の意義は大きいものと思われる。

国内の現状に合わせた子どもの統合失調症を中心とした精神障害の診断・治療の標準化あるいはガイドラインの作成には既存の国際的なガイドラインに補完すべき課題や整備が必要なシステムがあり、今後実際の臨床現場での調査や運用可能なモデルシステムの検討が必要である。こうした検討を基盤として、本年度に作成した診療ガイドライン案をガイドラインとして完成させる作業に次年度取り組みたい。

子どもの外在化障害に関しては、WHO の ICD-10、およびアメリカ精神医学会の DSM-IV が共に近年中の改定が予定され、標準化にあたって影響を与えるような障害概念や診断基準の変更も考えられる状況である。わが国では平成 16 年度から 18 年度にかけて行われた厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」(研究代表者齊藤万比古) は素行障害の診断・治療に関するガイドライン案を呈示し、地域連携システ

ムの構築を提言した。当該研究が行われた当時と現在の、素行障害をはじめとする外在化障害を取り巻く状況・環境は大きく変化してはいないと考えられ、本研究はその発展・活用を検討する必要がある。

(2) 専門家養成システムの在り方研究

大学医学部において専門家養成の任を担うためには、大学医学部付属病院に児童思春期精神科診療機能が存在しなければならないことはいうまでもない。今回の医学部付属病院精神科の調査からは、一般外来でこどもを診察するよりも専門外来を、専門外来よりも子どものこころの診療部・診療科を目指したいという志向性があることがうかがわれる。子どものこころの診療部・診療科の設立には、小児科との連携、病院全体の理解と協力など、多くの課題が残っていることから、今後の研究は子どものこころの診療部・診療科を設置している医学部・医科大学病院を対象としてアンケートおよび聞き取り調査を通じて、大学病院内に専門グループを作っていくノウハウや、独立した専門グループを形成する工程を明らかにしていく必要がある。そのような資料を基盤として、専門医師や専門の看護師やコメディカル・スタッフの養成システムの今後のあり方を明らかにしていかなければならないと考える。

次に、専門医療機関が主催した児童思春期精神医学の系統講義を特徴とする研修会に参加した医師の中心は、今後子どもの心の診療の専門的教育を受けていく前段階の医師が中心であると考えられた。そのような医師において、子どもの心の診療に満足できているか尋ねた結果は「満足している」群は2割程度にとどまり、時間的に取り組めない要因として研修・指導体制の問題が強調される結果であった。また、今回実施した研修会はそのような医師に極めて好評という結果が得られた。今後も子どもの心の診療を目指す医師の研修初期に系統講義形式の集中研修プログラムの提供が継続的になされることの意義が示されたものと理解できる。

(3) 総合化研究

現在、医療側が実践しているネットワーク活動としては、①関係機関の嘱託医、②要保護児童地域対策協議会をはじめとした多機関による連携会議への出席、③担当患者に対する関係機関とのケース会議、症例検討会、講義中心の研修会、スーパーバイズなどの研修・啓発活動、などが実践されていたが、マンパワー不足等により十分に実践されているとは言い難いことがわかった。また、要保護児童地域対策協議会の認知度の低さ、多機関による連携会議への参加率の低さが目立っていた。今後、要保護児童地域対策協議会の周知や、参加しやすい環境作り、さらには市川市などが実践しているモデル的な取り組みを周知していくことが重要である。児童青年精神科医療ネットワークは、専門病棟を有する中核機関の有無や、児童精神科医の充足度など、地域によって違いがあることが明らかとなったため、今後は中核病院の整備や児童精神科医の増員といった施策と同時に、地域の状況に応じたネットワークの在り方を構築していく必要がある。また、児童青年精神科医療ネットワークを構築する際には、関係機関の児童青年精神科医療に対するニーズを明らかにする必要がある、次年度以降の研究課題の一つであると思われた。

医療現場に EBM を成立させるためには、すべての研究者と臨床医が診断を共有できること、介入をすべての研究者と臨床医が再現できること、介入の効果が妥当性のある尺度で示されること、統制された対照群が設定され、介入群との間に効果の統計学的に有意な差を認めること、実臨床においてエビデンスの妥当性を検証できることを前提となる。EBM のあり方を巡って検討を要すると考えられる課題を列挙すると、診断の標準化は、どうすれば可能なのか、治療ガイドラインはエビデンスにどこまで裏付けられているか、エビデンス/ガイドラインは実臨床に役立つのか、日本の児童青年精神科医療における EBM の阻害要因はなにか、すなわちエビデンスが少ないのか、エビデンスが提供されていない、あるいはアクセスする習慣がないからなのかなどになるだろう。

次年度以降、その点を明確にする研究に取り組む予定である。

(4) 総括研究

表 1 のような基本構造を持つことになるであろう『総合的児童思春期精神科医療の地域における設置および運用のためのガイドライン』は、できるだけ骨子を明確にしたコンパクトなものとし、わが国で実施可能な現実的なものとする予定である。わが国児童思春期精神科医療の現状は、高度なエビデンスに支えられた児童思春期精神科医療の診断・治療に関する標準化が今すぐ必要な段階とはいえ、一般精神科とは一線を画した幼児期から思春期までの、すなわち 0 歳からおおよそ 18 歳くらいまでの子どもの精神科医療機能を各地に設置し、これを運用することに役立つ実践的な指針こそ求められていると考える。また、このガイドラインにはオプションとして、①主な障害毎に、エビデンスに基づく標準的な障害概念と実際の治療・支援を著した心理教育用の臨床家(医療、教育、保健分野の)用、親用、子ども用の小冊子を作成する。②地域連携システムの設置に関する指針、専門家養成に関する指針をまとめ、利用しやすいよう小冊子化する。③これらは公的ホームページに掲載し、ダウンロードして手軽に利用できるようなシステムの構築を目指す。④本指針に基づく専門的医療従事者養成研修会を開催し、今後の研修の方向性を示すことを付加することをめざす。また総括研究が担っている地域連携システムとしてのケース・マネジメント会議およびアウトリーチ活動の実施をめぐる指針もガイドラインに適切に位置づける予定である。

なお本研究の成果物であるガイドラインはこうした機能を各地域に設置されることを期したものであるが、そこにはこうした機能を持つ医療システムの必要性を証明する資料が存在しなけ

れば、現実の普及・均てん化につながらないことはいうまでもない。そこで次年度以降、総括研究として、分担研究者と共同で児童思春期精神科医療への真のニーズを数値化した資料のための調査にも取り組みたい。

E. 結論

本研究が目指す全国に設置されるべき児童思春期精神科の包括的医療システムとその機能の基準を示す『総合的児童思春期精神科医療の地域における設置および運用のためのガイドライン』の作成のために、障害別診療モデル研究グループ、専門家養成システムの在り方研究グループ、総合化研究グループ、そして総括研究の 4 グループで研究活動に取り組んだ。次年度は、各研究活動を推進するとともに、共同でガイドライン・ドラフト版の作成に取り組むとともに、総括研究の一環として児童思春期精神科医療普及の必要性を証明する資料を得るための全国調査にも取り組んでいきたい。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

論文による発表 17 編

書籍による発表 16 編

学会発表多数

(論文および書籍の詳細は本研究報告書の巻末にまとめて掲載する。)

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得; 特になし

2. 実用新案登録; 特になし

3. その他; 特になし

表1 『総合的児童思春期精神科医療の地域における
設置および運用のためのガイドライン』の基本構造

1. 基本障害診療モジュール； 発達障害、心的外傷にともなう（虐待にともなうものを含む）障害、不登校・ひきこもりを主徴とする回避性の諸障害、行為・素行に関する障害、精神病性障害など主たる障害群の診療機能の標準を示す。
2. 地域連携モジュール； 地域における総合的・包括的な支援のための地域医療システムおよび専門機関間の地域連携システムの機能と設置・運用法の標準を示す。
3. 専門家養成モジュール； 専門家を各地で育てていくこと、特にコメディカルの専門性を高めるような研修のあり方など、各地での当該医療の質の担保を図り、かつ新たな専門家を養成するシステムもキットの主たる部品となる。

Ⅱ. 平成 22 年度 分担研究報告

発達障害の診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 飯田順三¹⁾

研究協力者 岩坂英巳²⁾ 澤田将幸³⁾ 太田豊作³⁾ 長内清行⁴⁾ 村本葉子⁴⁾

山室和彦⁴⁾ 末廣佑子⁵⁾ 浦谷光裕⁶⁾ 田中尚平³⁾ 岸本直子³⁾

1) 奈良県立医科大学看護学科 2) 奈良教育大学特別支援教育研究センター

3) 奈良県立医科大学精神医学教室 4) 天理よろづ相談所病院精神科

5) 東大阪市立総合病院精神科 6) 東大阪市療育センター

研究要旨

成人期の発達障害の診断について、自閉症スペクトル日本版（AQ-J）と日本自閉症協会広汎性発達障害評価尺度（PARS）の有用性を検討した。18歳以上の患者82名（PDD20名、ADHD3名、非発達障害群59名）にAQ-JとPARSを使用した結果、PDDに関してAQ-Jでは感度0.95 特異度0.71でありPARSでは感度0.60 特異度0.68であった。どちらも有用であると考えられた。

また成人期の発達障害の診断について統合失調症との鑑別におけるJARTの有用性を検討した。JARTは英国で開発されたNARTの日本語版であり、病前のIQを推定することができる。統合失調症では病後にIQが低下するが、PDDでは経年後もIQが低下しないと考えられているため、JARTとWAIS-Rを同時に測定することにより鑑別が可能となるという仮説のもとに検討した。統合失調症群とPDD群の両群ともにWAIS-R-IQがJART-IQよりも低下していたが、交互作用が有意であり、統合失調症群の方がその低下は大きいことが示された。JARTとWAIS-Rを同時に測定することが両群を鑑別する補助的手段となる可能性が示唆された。

A. 研究目的

近年、成人の精神科患者の中にも発達障害が比較的多く存在することがわかってきた。しかし成人では発達歴の聴取が不十分となり、様々な精神疾患を併存して受診することが多く、特に事例化するものはその他の精神症状を主訴とすることが多いためにその診断や評価が困難な場合が多い。

今回、我々は成人の発達障害に関する自閉症スペクトル指数日本版（AQ-J）と日本自閉症協会広汎性発達障害評価尺度（PARS）の2つの評価尺度に関して他の精神疾患との鑑別や併存障害による影響の観点から、その有用

性を検討した。

また、統合失調症との鑑別が重要であるために、その鑑別にJapanese Adult Reading Test(JART)が有用であるかについて検討した。JARTは英国で開発されたNational Adult Reading Test(NART)を日本語に応用したものである。NARTは綴りに対して不規則な音読をもつ50英単語の音読課題である。健常者ではそれらの音読能力がWAISのIQとよく相関し、認知症患者においては保持されることから認知症患者の病前IQを発症後に推定することができる。JARTは松岡らによって作成され漢字100熟語音読課題である。

統合失調症では病後に IQ が低下するが、PDD では経年後も IQ が低下しないと考えられているため、JART と WAIS-R を同時に測定することにより鑑別が可能となるという仮説のもとに検討した。

B. 研究方法

1) AQ-J と PARS の有用性の検討

対象は平成 20 年 9 月から平成 22 年 8 月に奈良県立医科大学附属病院精神科、天理よろづ病院精神神経科、東大阪市立総合病院精神神経科を受診し、研究の同意の得られた 18 歳以上の患者 82 名(平均年齢 30.7 ± 8.17 歳、男 46 : 女 36) である。その対象患者全員に AQ-J と PARS を施行した。AQ-J は正常知能の成人を対象とした広汎性発達障害 (PDD) のスクリーニング尺度で自己記入式である。本研究では 30 点以上を陽性とした。PARS は PDD のスクリーニングと支援のニーズの把握を目的とした尺度であり、評定者が情報提供者から尋ねて評価するものであり、幼児期、児童期、思春期成人期に分かれている。思春期成人期項目は 33 項目あり、今回 20 点以上を陽性とした。

なお、診断は主治医が DSM-IV-TR により診断した。

2) JART の有用性の検討

対象は奈良県立医科大学附属病院精神科、天理よろづ病院精神神経科、東大阪市立総合病院精神神経科を受診し、研究の同意の得られた 18 歳以上の患者で PDD 16 名と統合失調症 16 名である。診断は主治医が DSM-IV-TR により診断した。

対象者に JART と WAIS-R を同時に施行し、それぞれの IQ を測定し比較した。統合失調症では JART による IQ は WAIS-R による IQ より高く、PDD では両者は同じであるという

仮説を立てて検討した。なお対象者の性別、年齢、GAF は統合失調症群と PDD 群はマッチさせている。

C. 研究結果

1) AQ-J と PARS の有用性の検討

対象患者の診断は PDD 群 20 名 ADHD 群 3 名で非発達障害群 59 名であった。非発達障害群の診断名は統合失調症 21 名、不安障害 10 名、気分障害 8 名、適応障害 8 名、パーソナリティ障害 7 名、強迫性障害 3 名、身体表現性障害 2 名であった。なお PDD 群 20 名の内 11 名に併存障害があり、その診断は気分障害 6 名、適応障害、統合失調症、強迫性障害、解離性障害、一過性精神病性障害が各 1 名であった。

表 1 AQ-J

	PDD 群	非発達障害群
陽性	19 名(11 名)	17 名
陰性	1 名 (0 名)	42 名

() 内は併存障害のある患者

対象患者に AQ-J を施行したところ表 1 に示されるように、PDD 患者 20 名中 19 名が陽性であった。しかし非発達障害群でも 59 名中 17 名が陽性であり、その疑陽性は統合失調症 6 名、パーソナリティ障害 4 名、適応障害と不安障害が各 2 名で気分障害、強迫性障害、身体表現性障害が各 1 名であった。感度は 0.95、特異度は 0.71 であり AQ-J は有用であることが窺えた。

表 2 PARS

	PDD 群	非発達障害群
陽性	12 名(7 名)	19 名
陰性	8 名 (4 名)	40 名

() 内は併存障害のある患者

対象患者に PARS を施行したところ表 2 に示されるように PDD 患者 20 名中 12 名が陽

性であった。偽陰性は PDDDNOS5 名、アスペルガー障害 3 名であった。また非発達障害群 59 名中 19 名が陽性であり、偽陽性は統合失調症 5 名、不安障害 4 名、気分障害とパーソナリティ障害各 3 名、身体表現性障害 2 名適応障害と強迫性障害各 1 名であった。感度は 0.60 で特異度は 0.68 であり、PARS はある程度有用であることが窺えた。

2) JART の有用性の検討

表 3

対象のプロフィールと結果			
	PDD群(n=16)	SCH群(n=16)	
性別			
male	12	11	n.s.
female	4	5	
年齢			
mean	26.9	28.1	n.s.
SD	6.47	6.48	
GAF			
mean	61.3	63.1	n.s.
SD	9.04	9.98	
平均服薬量 (CP換算) mg			
mean	100	945.4	P<0.05
SD	155.99	717.09	
JART-IQ			
mean	103.4	99.1	n.s.
SD	9.76	9.90	
WAIS-R-IQ			
mean	93.2	74.9	P<0.05
SD	16.18	14.22	
PDD: 広汎性発達障害 SCH: 統合失調症			

PDD:広汎性発達障害 SCH:統合失調症

表 3 に PDD 群 16 名と統合失調症群 (SCH 群) 16 名に JART を施行した結果を示す。JART-IQ は両群では有意差はないが WAIS-R-IQ では SCH 群で有意に低下していた。PDD 群と SCH 群の両群ともに JART-IQ より WAIS-R-IQ は低下していたが、SCH 群の方がより多く低下していた (有意な交互作用 $P=0.003$)。

D. 考察

1) AQ-J と PARS の有用性の検討

AQ-J は感度 0.95、特異度 0.71 と PDD に

対する評価尺度として十分有用であり、PDD に併存障害があってもその有用性はほぼ同等であった。AQ-J のカットオフに関して、アスペルガー障害に対しては 30 点、PDD 全体に対しては 26 点など報告されているが、今回は 30 点を使用することにより、良好な感度、特異度を示した。

PARS は感度 0.60、特異度 0.68 で開発時の 0.81、0.86 と比べ低値となった。この結果は PDD に併存障害があってもほぼ同等であった。感度が低くなった要因としては、高機能群が多く PDDNOS 群が多かったことが挙げられる。また養育者に問題意識が乏しく、情報提供が不十分となった可能性がある。特異度が低くなった要因としては PARS に被害念慮や気分変動など併存症の項目があり、非発達障害群でも加点されたことが考えられる。また開発時と対象患者が異なるために成人精神科外来患者を対象とする場合はカットオフ値を変更する必要があるかもしれない。今後検討すべき課題である。

2) JART の有用性の検討

性別、年齢、GAF、病前 IQ と想定できる JART-IQ について PDD 群と SCH 群をマッチさせて比較したところ、PDD 群、SCH 群ともに WAIS-R-IQ が JART-IQ よりも有意に低下したが SCH 群の方がその低下はより大きいことが示唆された。つまり統合失調症群は病前に比べると発病後は IQ がかなり低下しており仮説を支持する結果となった。ただ PDD 群においても精神症状が発現している時点での IQ (WAIS-R-IQ) はそれ以前の IQ (JART-IQ) より低下していた。しかしその低下の程度は統合失調症群より少なかった。このことは JART-IQ と WAIS-R-IQ の測定が統合失調症と PDD を鑑別する一助となる可

能性が示唆された。今後対象数を増やして、JART-IQ と WAIS-R-IQ の差がどの程度であれば診断に有用となりえるかなどについて検討していく必要がある。

E. 結論

成人期の発達障害の診断について、自閉症スペクトル日本版 (AQ-J) と日本自閉症協会広汎性発達障害評定尺度 (PARS) の有用性を検討した。PDD に関して AQ-J では感度 0.95 特異度 0.71 であり十分に有用であることが示された。PARS では感度 0.60 特異度 0.68 であり、開発時より感度、特異度ともに低下していたが、対象患者が成人精神科の患者であることを考えるとカットオフ値の変更が必要になる可能性が示唆された。

また PDD と統合失調症の鑑別に JART が有用なる可能性が示唆された。

文献

栗田広：臨床精神医学 33 209-214 2004

神尾陽子：精神医学 48 495-505 2006

植月美希：精神医学 48 15-22 2006

子どものチック障害・強迫性障害の診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 金生由紀子¹⁾

1) 東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野

研究要旨

我が国の実態を踏まえて子どものチック障害及び強迫性障害（obsessive-compulsive disorder: OCD）の診断・治療の標準化を行う際に拠り所になるように、最近の国際的に標準的な情報を文献検索で収集して検討した。

診断面では、両疾患共に併発症の重要性が再確認された。同時に、チックの前駆衝動との関連からの併発症の検討、OCDにおける双極性障害の併発との関連での検討など、さらなる課題が示唆された。強迫症状について、病識、家族の巻き込み、ディメンジョン別の観点からの検討が重要なことが確認された。治療面では、両疾患共に認知行動療法（cognitive behavior therapy: CBT）の重要性が確認された。特に、チック障害については、我が国での検証や導入の必要性が示唆された。OCDについては、CBTの改良が進んでおり、我が国での実施にあたってはそれらも参考にすべきと思われた。

A. 研究目的

子どもの強迫性障害（obsessive-compulsive disorder: OCD）の60%が何らかのチック障害を伴っており、トゥレット症候群（Tourette syndrome: TS）に限っても15%との報告もある。発症年齢にかかわらずチックを伴うOCDは、チック関連OCD（tic-related OCD）とまとめられ、独自の臨床特徴を有するとされる。一方、TSの30%がOCDを併発しており、OCDの診断基準に達しない強迫症状を含めるとその頻度は50%を越えるという。このように相互に密接にかかわりあう子どものチック障害とOCDについて、診断・治療に関する情報の収集と検討を進め、可能な範囲で実証的な検討を加えて、我が国の実態に対応する診断・治療の標準化を目指す。今年度は、子どものチック障害及びOCDの診断・治療に関する国際的に標準的な情報の収集と検討を行って、我が国における標準化に向けた拠り所の把握を試みた。

B. 研究方法

PubMedを用いて、まず過去10年間の子どものチック障害またはOCDのガイドラインやメタ解析研究に関する文献検索を行った。また、最新の動向を知るために、過去2年間の診断・治療に関する文献検索を行った。これらの文献を診断と治療とに大別した上で、主な課題別に整理して検討を加えた。

C. 研究結果

1. 診断

1) チック障害における併発症

チックを有する小児・青年40名で、チックの前駆衝動尺度（Premonitory Urge for Tics Scale: PUTS）を用いて前駆衝動を評価したところ、10歳以上では10歳以下と異なり、前駆衝動は強迫観念、強迫行為、抑うつと関連していたが、不安、注意欠如・多動性障害（attention-deficit/hyperactivity disorder:

ADHD)とは関連していなかったという

(Steinberg et al, 2010)。また、TSの生活の質 (Quality of Life: QoL) への影響を調べるため、イギリスのTS若年患者57名で調査をしたところ、QoLはイギリスの標準的サンプルよりも有意に悪く、不良なQoLはチック症状の重症度に加えて、ADHDの診断、強迫行動と関連していたとされる (Cutler et al, 2009)。TS患者71名 (平均 11歳2ヶ月) を、TSのみ (n=20)、TS+ADHD (n=22)、TS+ADHD+OCD (n=18) 及びTS+OCD (n=11) の4群に分けて比較した研究がある (Pringsheim et al, 2009a)。Child Health Questionnaireのほとんどすべての心理社会的領域得点が、TS+ADHD及びTS+ADHD+OCDで国民標準より有意に低く、重回帰分析によると、心理社会的総得点を最も有意に予測する因子はADHD症状の重症度であった。

2) OCDにおける併発症

子どものOCDとチック障害とは密接に関連し、また、チック障害にはADHDが高率に併発することから、OCDとADHDの関連を検討する上ではチック障害の影響を考慮する必要がある。そこで、チック障害を併発しない小児期発症OCDにおけるADHDの頻度と保存の症状を明らかにするため、遺伝研究に参加してOCD罹患とされた155名 (4-82歳) を調査したところ、ADHDの確診は11.8%、疑いまで含めると20.4%であったという (Sheppard et al, 2010)。保存の症状はADHDの併発で41.9%、併発無しで29.2%であり、ADHDと関連する唯一の独立変数であった。この関連は、保存の症状を有する患者では実行機能の障害があると示唆する最近の報告とも合致すると思われた。

小児における双極性障害 (bipolar disorder: BPD) とOCDの相互の併発を調べるため、2つの小児サンプル (6-17歳) で調査したところ、BPD患者の21% (17/82)、OCD患者の15% (19/125) が双方のDSM-III-Rの診断基準を満たしていたとの報告もある (Joshi et al, 2010)。OCD+BPDでは、保存の症状の頻度の増加、併発

症の増加、不良な全般的機能、高率な入院が認められた。

チック障害及びその近縁の障害に関する検討も行われており、TSとOCDの併発の臨床特徴への影響をみるため、TS、OCD、またはTS+OCDの小児306名を評価したところ、OCD群ではTS群と比較して不安障害、ADHD、反抗挑戦性障害の併発が多かったという (Lewin et al, 2010a)。成人での先行研究から、併発群で症状の重症化、併発の増加、適応的機能の低下が予測されたが、それらは認められなかった。また、OCDの発症年齢の相違によって亜型に分けられて異なる併発症のパターンを有するかを検証するためにドイツのOCD患者252名について面接調査を行ったところ、年齢のcut-offを10, 15, 18歳とすると、早発 (発症が10歳以下) では遅発と比べて、強迫スペクトラム障害、特にチック/TSを有意に伴いやすかったという (Janowitz et al, 2009)。

チック近縁である身づくろい状態 (皮膚のかきむしり、抜毛癖など) に注目した検討も行われており、OCDの小児202名を (1) OCDのみ (n=154) と (2) OCD + 併発する身づくろい状態 (OCD+身づくろい; n=48) の2群に分けて比較したところ、両群間で症状プロフィールに相違があり、OCD+身づくろい群の親は触覚/感覚過敏性をより報告しがちな傾向があったという

(Flessner et al, 2009)。また、OCDの小児・青年70名 (平均13.8歳) を対象として、衝動統制障害 (impulse-control disorders: ICDs) の頻度及び臨床的関連を調査したところ、12名 (17.1%) がICDsの診断基準を満たしており、その中で病的な皮膚のかきむしりと強迫的な爪かみが各々12.8%と10.0%であり、最も一般的であったという (Grant et al, 2010)。当然かもしれないが、現在ICDsを伴うOCD患者はチック障害を有意に多く併発していた。

3) OCDにおける病識、家族の巻き込み

子どものOCDでは不合理性の認識が乏しいことがあるとされており、病識の検討は成人以上に重要と思われる。OCDの小児・青年78名 (6-20

歳)で病識と臨床特徴との関連を調べたところ、45% (35名) が病識に乏しかったという (Storch et al, 2010a)。病識に乏しい患者の親はOCD関連の機能障害及び家族の巻き込みを高率に訴えていた。また、OCDの若者71名 (平均11.7歳) を対象にして、病識と人口統計学的、認知的、臨床的な因子との関連を調べた研究がある (Lewin et al, 2010b)。病識に乏しい若者では知的機能が低く、環境を統制しているという認識が低く、さらに、より年齢が低く、抑うつ症状がより高度であり適応的機能がより低いと報告されがちであった。このように病識を検討すると、やはり子どものOCDの特徴となる家族の巻き込みとの関連が指摘された。OCDの若者99名でOCDにおける機能障害と関連する因子を検討したところ、強迫症状の重症度、抑うつ症状、家族の巻き込みが機能障害と直接関連しており、病識が負の相関を示したとの報告がある (Storch et al., 2010b)。病識、家族の巻き込み、抑うつ症状が、強迫症状の重症度以上に機能障害を予測していた。

4) 強迫症状のディメンジョン別アプローチ

OCDには異質性があるためより均質な群の抽出を目指す中で、ディメンジョン別アプローチが、併発症のパターン、遺伝研究所見、脳画像所見、治療反応性などとの関連で有意義であることが示されてきた。Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale(Y-BOCS)の症状チェックリストを用いた因子分析から4因子構造または5因子構造が得られており、Bloch et al (2008) は21研究の5124名のデータをメタ解析して、汚染、禁じられた思考、対称性、保存の4因子を同定した。Y-BOCSの強迫観念及び強迫行為のほとんどは子どもでも成人でも同じように4因子に分かれたが、一部に相違が認められた。すなわち、確認に関する強迫行為は成人では禁じられた思考に分類されたが、子どもでは対称性であり、身体に関する観念は成人では禁じられた思考に分類されたが、子どもでは汚染であった。

このディメンジョン分けと同様にOCDの小児257名 (平均13.6歳) の臨床特徴を4つの表現型

の観点から検討した報告がある (Masi et al, 2010)。性別では、整理整頓/対称性は男児で多く、汚染/洗浄は女児で多かった。併発症からみると、整理整頓/対称性はチックの併発が最も多く、汚染/洗浄及び性的・宗教的は不安及びうつとの併発が多く、保存は社会恐怖と双極性障害の併発が多かった。また、OCDの若者99名で機能障害と強迫症状との関連をみると、汚染/洗浄及び攻撃/確認のディメンジョンのみが機能障害と有意に関連していた (Storch et al, 2010b)。

2. 治療

1) チック障害に対する認知行動療法 (cognitive behavior therapy: CBT) 及び薬物療法

TSまたは慢性チック障害の小児患者126名 (9-17歳) に無作為統制試験 (RCT) を行い、10週間で8セッションの包括的な行動療法 (n = 61) または支持的治療と教育からなる対照の治療 (n = 65) を行ったところ、ベースラインから最終時点までに行動療法では対照群と比べて有意に改善を示し、しかも行動療法に反応すると治療の6ヶ月後でも効果が持続していたという

(Piacentini et al, 2010)。また、TSを含めた慢性運動チックの小児患者10名でチックの抑制に関する強化子の有無の影響を検討したところ、抑制の強化子があると有意にチックが少なく、様々な文脈での強化子の履歴がチックの表出の多様性を説明する可能性が示唆された (Woods et al, 2009)。破壊的行動を伴うTS 小児患者26名 (平均12.7歳) を10セッションの怒りのコントロールトレーニング(ACT)または通常の治療に無作為に割り振ったところ、ACT群では通常の治療群よりも臨床全般印象 (Clinical Global Impressions: CGI) による著明改善または中等度改善の割合が有意に高率であり、ACT群では3ヶ月後のフォローアップ時にも効果が継続していた (Sukhodolsky et al, 2009)。

薬物療法については、デンマークのTSの小児314名で調査したところ、約60%が薬物療法を受けており、治療はチックまたはADHDのために

開始する場合はほとんどで、ADHDまたはOCDを有すると薬物療法を受けやすかつ異なる種類の薬物を試みられていた (Debes et al, 2009)。最近では新規抗精神病薬の検討が行われており、薬物療法抵抗性のTS小児・青年患者 (9-19歳)を対象にアリピプラゾールを10週間使用したオープン研究ではCGIで著明改善または中等度改善が91%であり (Lyon et al, 2009)、TS小児・青年患者 (7-14歳)を対象にオランザピンを6週間使用したオープン研究ではCGIで著明改善または中等度改善が約2/3であった (McCracken et al, 2008)。一方、定型抗精神病薬であるピモジドの6つの臨床試験を再検討すると、プラセボと比較した3つの研究で有意差を認めるなどチェックに有効なことが再確認されたという (Pringsheim et al, 2009b)。非抗精神病薬の中で、トピラマートについて、後方視的なカルテ調査からTS小児・青年患者367名中41名で服用しており薬物反応性を4段階で評価すると著明改善または中等度改善が75.6%であったとの報告 (Kuo et al, 2010)、TS患者29名 (平均16.5歳) でRCTをしたところ20名で10週間で完了してプラセボよりもトピラマート (平均118mg/日服用) でチックや前駆衝動が有意に改善したとの報告 (Jankovic et al, 2010) がある。

2) OCDに対するCBT及び薬物療法

ガイドラインとしては、OCDと身体醜形障害に対するNICE(National Institute for Clinical Excellence)ガイドラインによる段階的ケアモデル (Lovell & Bee, 2008) がある。6段階に分けられており、第1段階は気づきと認識、第2段階は認識と評価、第3段階は軽度の機能障害の成人及び小児に対する簡易なCBT、第4段階は中等度の機能障害の成人及び小児に対する強力なCBT (と成人ではselective serotonin reuptake inhibitor: SSRI)、第5段階は重度の機能障害の成人及び小児に対する強力なCBTとSSRI (小児では心理介入が無効な場合のみSSRI)、第6段階は治療抵抗性の成人及び小児に対する入院治療であった。

子どものOCDの治療のRCTをメタ解析したところ、薬物療法の有効性が確認されたが、CBTのエフェクトサイズが薬物療法よりも大きかったという (Watson et al, 2008)。このようなエビデンスから、軽症〜中等症の子どものOCDであれば、CBTが第一選択という方針がアメリカなどでは確立している。オーストラリアの民間のクリニックでも、OCDの小児・青年33名に対して、個別または小集団で家族も関与してマニュアルに沿ったCBTを行ったところ、63%で改善が認められ、地域での臨床実践への活用が支持されたという (Farrell LJ et al, 2010)。

マニュアルに沿いながらもCBTの工夫と検討は重ねられている。2つ以上の薬物試験への反応が乏しいOCDの小児・青年30名 (7-19歳) に家族ベースのCBT14セッションを実施したオープン研究の結果、80%が治療終了時及び3ヶ月後に改善しており、過半数が3ヶ月後に寛解していたという (Storch et al, 2010c)。OCDに関連する社会的障害、抑うつ症状、行動上の問題、家族の巻き込みが改善していた。また、認知に焦点を当てて典型的な外来診療において若者を対象とするCBTのRCTを行った報告がある (Williams et al, 2010)。9-18歳のOCD患者21名について、マニュアルに沿った12週間で10セッションのCBT群と待機群に分けて比較したところ、CBT群で有意な改善を認めた。さらに、CBTに動機づけ面接 (motivational interviewing: MI) を追加した場合の有効性を評価するために、OCDに対する強力な家族ベースのCBTに参加している16名 (6-17歳) を対象とした予備的なRCTも行われた (Merlo et al, 2010)。CBT+MI群ではCBT+心理教育群と比較してChildren Y-BOCS(CY-BOCS)による強迫症状が有意に軽く、改善度が有意に大きかったという。この効果は時間が経つにつれて減少したが、MI群は平均3セッション早く治療を終了しており、MIは早期の改善を促進して家族の負担を軽減すると示唆された。

薬物療法については、先述したメタ解析研究 (Watson et al, 2008) によると、クロミプラミンのエフェクトサイズが0.85で薬物療法の中で最高であったが、CBTには及ばず、SSRIのエフェクトサイズは0.31~0.51で大差なかった。

3) OCDの治療反応予測及び転帰

(1) 治療反応予測因子

子どものOCDの治療反応性の予測因子に関する最近の総説では、ベースラインが重症であると反応不良であること、家族機能障害があるとCBTへの反応不良であること、チック障害の併発でセロトニン再取り込み阻害薬 (serotonin reuptake inhibitor: SRI) のみへの反応不良であること、外向性の障害の併発で反応不良であることが強調されていた (Ginsburg et al, 2008)。子どものOCDのCBTに焦点を当てて反応性を検討した総説もあり、反応不良に関する要因としては、病識の乏しさ、家族の巻き込み、併発症、症状の表れ、認知の障害が認められたという (Storch et al, 2010d)。

家族の巻き込みが治療転帰に関連するかを調べるために、OCDに対する家族ベースのCBT14セッションに参加した49名 (6-18歳)を対象にして、治療前後について評価をしたところ、家族の巻き込みはOCD小児患者にしばしば認められ、治療前の症状重症度と関連すると共に、治療中の家族の巻き込みの軽減は治療転帰を予測していたという (Merlo et al, 2009)。また、神経心理機能が子どものOCDの治療転帰に及ぼす影響を明らかにするために、63名を対象としてRey-Osterrieth複雑図形 (ROCF) 及びWISC-IIIの特定の下位尺度を実施した研究もある (Flessner et al, 2010)。治療前に実施したROCFの5分後想起の正確性及び想起パーセントが、治療反応性の予測因子である可能性があり、不良な反応性に実行機能の障害が関与すると示唆された。

SRIで治療されたOCDの小児・青年における薬物療法への反応を記載するために、イタリアのOCD患者257名 (平均13.6歳) のうちで精神療法

で改善した37名を除外した220名について検討したところ、89名がSRI単剤で、131名がSRIと他剤との組み合わせで治療されていた (Masi et al, 2009)。SRI単剤治療を受けた者は、初診時により年齢が低く、ベースラインで症状がより軽症であり、不安障害及びうつ病性障害をより多く併発しており、一方、多剤治療を受けた者は双極性障害、チック障害及び破壊的行動障害の頻度が高かった。135名が反応者とされ、ベースラインでより軽症であり、初診時年齢がより低く、汚染/洗浄表現型がより多く、保存表現型がより少なかった。治療抵抗性は素行障害及び双極性障害がより高率であること、全般性不安障害及びパニック障害がより低率であることと関連していた。

(2) 長期転帰

子どものOCDの長期転帰に関する文献に基づく22の研究の16研究サンプル (合計521名; 1-15.6年間フォロー) に関するメタ解析がある (Stewart et al, 2004)。平均持続率はOCDについて41%、OCD及び閾値以下のOCDについて60%であった。早期のOCDの発症、OCDの罹患期間の長さ及び入院患者であることが、より持続しやすいことを予測しており、併発する精神障害及び不良な初期治療への反応は不良な予後因子であった。

OCDの小児62名のうちの45名について平均9年後の成人期に再評価したところ、44%がフォローアップ時に閾値以下の強迫症状を有していたという (Bloch et al, 2009)。チック障害の併発のないこと及び顕著な保存の症状の存在が強迫症状の持続と関連していた。女性、小児期における早期の評価、OCD発症の遅さ、小児期における強迫症状がより重症であること、反抗挑戦性障害の併発も強迫症状の持続と関連していた。また、OCDの小児・青年患者の転帰を明らかにするためにモーズレー病院の専門外来を受診した患者を9年後に調査したところ、連絡がついた222名中142名 (61%) から回答が得られ、41%でOCDが持続しており、40%がフォローアップ時にOCD以外の精神障害の診断を受けていたという

(Micali et al, 2009)。OCDの持続の主な予測因子は評価時の罹患期間であり、ベースラインの精神病理はフォローアップ時における他の精神障害を高率に予測していた。約50%が治療を受け続けており、約50%が将来的な治療の必要性を感じていた。

個別または集団の家族ベースのCBTのRCTを受けた小児OCD患者38名(13-24歳)を治療7年後に評価したところ、個別治療を受けた79%及び集団治療を受けた95%がOCDとは診断されず、同じサンプルの12及び18ヶ月フォローアップ時とほぼ同じ結果であった(O'Leary et al, 2009)。また、抑うつ症状は個別治療群及び年長者(19-24歳)で有意に顕著であった。

D. 考察

診断面については、子どものチック障害でもOCDでも併発症は高率であることは従来から知られており、チック障害の併発症としてADHD、OCDまたは強迫症状が重要なことが再確認されたが、チックに伴う前駆衝動との関連からも併発症の検討が必要と思われた。

子どものOCDで併発症が臨床特徴に影響を与えることは多く、チック障害、衝動統制障害、ADHDに加えて双極性障害の検討も必要と思われた。病識及び家族の巻き込みが機能障害と密接にかかわり、しかも両者が絡み合ってより機能を損ねていることが確認された。チックとの関連も含めて強迫症状のディメンジョン別アプローチの重要性も確認された。

治療面については、TSを中心とする子どものチック障害に対するCBTの明確なエビデンスが得られており、我が国での検証や導入が必要と思われた。

子どものOCDに対するCBT及びSRIを中心とする薬物療法のエビデンスが蓄積されていた。CBTについては、マニュアルに沿いながらも、家族ベースの取り組み、動機づけ面接の追加などさらなる改良が進んでおり、我が国での実施にあたってはそれらも参考にすべきと思われた。

OCDの治療反応予測及び転帰には併発症、家族機能などが関連することが示唆された。

E. 結論

我が国の実態を踏まえて子どものチック障害及びOCDの診断・治療の標準化を行う際に拠り所になるように、最近の国際的に標準的な情報の収集と検討を行った。

診断面では、両疾患共に併発症の重要性が再確認されると同時に、併発症に関してさらなる検討をすべき点が示唆された。強迫症状について、病識、家族の巻き込み、ディメンジョン別の観点からの検討が重要なことが確認された。

治療面では、両疾患共にCBTの重要性が確認された。特に、チック障害については、我が国での検証や導入の必要性が示唆された。OCDについては、CBTの改良が進んでおり、我が国での実施にあたってはそれらも参考にすべきと思われた。

文 献

- Bloch MH et al., Am J Psychiatry, 165(12), 2008
Bloch MH, et al., Pediatrics, 124(4), 2009
Cutler D, et al., Child Care Health Dev, 35(4), 2009
Debes NM, et al., J Child Neurol, 24(12), 2009
Farrell LJ, et al., Behav Res Ther, 48(5), 2010
Flessner CA, et al., J Anxiety Disord, 23(6), 2009
Flessner CA, et al., Depress Anxiety, 27(4), 2010
Ginsburg GS et al., J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 47(8), 2008
Grant JE, et al., Psychiatry Res, 175(1-2), 2010
Jankovic J, et al., J Neurol Neurosurg Psychiatry, 81(1), 2010
Janowitz D, et al., Depress Anxiety, 26(11), 2009

- Joshi G, et al., *Bipolar Disord*, 12(2), 2010
- Kuo SH, et al., *Clin Neuropharmacol*, 33(1), 2010
- Lewin AB, et al., *Psychiatry Res*, 178(2), 2010a
- Lewin AB, et al., *J Child Psychol Psychiatry*, 51(5), 2010b
- Lovell K & Bee P, *Psychol Psychother*, 81(Pt4), 2008
- Lyon GJ, et al., *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 19(6), 2009
- Masi G, et al., *CNS Drugs*, 23(3), 2009
- Masi G, et al., *Psychopathology*, 43(2), 2010
- McCracken JT, et al., *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 18(5), 2008
- Merlo LJ, et al., *J Consult Clin Psychol*, 77(2), 2009
- Merlo LJ, et al., *Cogn Behav Ther*, 39(1), 2010
- Micali N, et al., *Br J Psychiatry*, 197, 2009
- O'Leary EM, et al., *J Anxiety Disord*, 23(7), 2009
- Piacentini J et al., *JAMA*, 303(19), 2010
- Pringsheim T, et al., *Dev Med Child Neurol*, 51(6), 2009a
- Pringsheim T, et al., *Cochrane Database Syst Rev*, 2009b
- Sheppard B, et al., *Depress Anxiety*, 27(7), 2010
- Steinberg T, et al., *J Neural Transm*, 117(2), 2010
- Stewart SE, et al., *Acta Psychiatr Scand*, 110(1), 2004
- Storch EA, et al., *Psychiatry Res*, 160(2), 2010a
- Storch EA, et al., *J Anxiety Disord*, 24(2), 2010b
- Storch EA, et al., *J Clin Child Adolesc Psychol*, 39(2), 2010c
- Storch EA, et al., *Bull Menninger Clin*, 74(2), 2010d
- Sukhodolsky DG, et al., *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(4), 2009
- Watson HJ et al., *J Child Psychol Psychiatry*, 49(5), 2008
- Williams TI, et al., *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19(5), 2010
- Woods DW, et al., *Behav Res Ther*, 47(1), 2009

児童青年期の心的外傷関連障害（PTSD など）の 診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 亀岡智美 ¹⁾²⁾

研究協力者 飛鳥井望 ³⁾ 岩切昌宏 ¹⁾ 金吉晴 ⁴⁾ 田中究 ⁵⁾ 元村直靖 ⁶⁾ 兼平高子 ²⁾ 安部 紫 ²⁾

1) 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター

2) 大阪府こころの健康総合センター

3) 東京都精神医学総合研究所

4) 国立精神・神経医療研究センター

5) 神戸大学大学院医学研究科精神医学分野

6) 大阪医科大学看護学部

研究要旨

【目的】

児童青年期に何らかの心的外傷を体験する人は、従来考えられていた以上に多いことが判明している。さらに、虐待を含む何らかの心的外傷を体験した子どもたちは、成人期の精神疾患や身体疾患のリスクが高まり、社会生活機能が低下することが報告されている。このため、早期の適切な評価と介入が急務とされているにもかかわらず、わが国で効果が実証されている児童青年期の心的外傷関連障害の診療は、ほとんど実践されていないのが現状である。そこで本研究では、欧米の主要なガイドラインにおいて有効性が実証されている「TF-CBT（Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy、トラウマ焦点化認知行動療法）」のわが国での実践可能性と有効性を検討する。

【方法】

今年度は、①TF-CBT技術の習得 ②現在わが国で利用可能なPTSD評価ツールの有用性についての考察 ③TF-CBTを実践する際のプロトコール作成 を行った。

【結果】

診断評価について、ISTSS（国際トラウマティック・ストレス学会）が推奨している PTSD 評価尺度のうち、わが国でも利用可能な尺度を使用して、児童青年期精神科臨床場面での有用性について考察した。

PTSD 関連障害の治療に関して、Web 上で公開されている『TF-CBT web-based learning course』を受講し、昭和大学精神医学教室特任助教の白川美也子医師より、Allegheny General Hospital で実施された『TF-CBT ワークショップ』の伝達講習を受けた。これらを集約し、わが国での実践にあたってのプロトコールを作成した。

A. 研究目的

児童青年期に何らかの心的外傷を体験する人は、従来考えられていた以上に多いことが判明している。欧米のいくつかの疫学調査では、一般人口における子どもの心的外傷の体験率は、概ね40%~80%となっている。たとえば、米国48州の18歳以上のnative speakerを対象とした調査において40%が13歳以前に一つ以上、米国ノースカロライナ州の地方都市で68%が16歳までに一つ以上、ナイロビ・ケニア・ケープタウン・南アフリカの10年生の80%以上が一つ以上の心的外傷を体験しているとされている。DSM-IVのA項目に合致する心的外傷体験に限定しても、14~24歳の男性26%、女性17.7%が該当したという報告もある⁷⁾¹¹⁾。わが国ではこのような疫学調査は多くないが、水田らによると、阪神地区の女子大学卒業生(18~29歳)を対象とした調査で、自然災害を除いた上でも、小学校時代に40.8%、中学高校時代に50.6%が何らかの心的外傷を体験していたと報告されている¹³⁾。

さらに、虐待を含む何らかのトラウマを体験した子どもたちは、成人期の精神疾患や身体疾患のリスクが高まり、社会生活機能が低下することは、いくつかの縦断研究で明らかになっている⁸⁾¹²⁾¹⁶⁾。このように、子ども期に何らかの心的外傷を体験することは、決して稀なことではなく、その後の長期的な悪影響を鑑みると、早期の適切な介入が急務で考えられる。

しかし、わが国では、児童青年期の心的外傷関連障害に対して、効果が実証されている診療は、ほとんど実践されていないのが実状である⁹⁾¹⁰⁾。そこで本研究では、欧米の主要なガイドラインにおいて有効性が実証されている「TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy、トラウマ焦点化認知行動療法)³⁾」のわが国での実践可能性と有効性を検討する。

B. 研究方法

今年度は、以下の3項目の検討を行った。

(1) TF-CBT技術の習得

(2) 現在わが国で利用可能なPTSD評価ツールの有用性についての考察

(3) TF-CBT導入のためのプロトコール作成

C. 研究結果

(1) TF-CBT技術の習得

技術習得にあたり、Web上で公開されている『TF-CBT web-based learning course』を受講した。<http://tfcbt.musc.edu/index.php> また、昭和大学精神医学教室特任助教の白川美也子医師より、Allegheny General Hospital で実施された『TF-CBTワークショップ』の伝達講習を受けた。

TF-CBT は、さまざまな心的外傷を体験した子どもとその保護者を対象としたトラウマ焦点化認知行動療法である。心的外傷により引き起こされた子どもの PTSD・うつ・不安・恥の感情や問題行動を改善し、保護者のストレスやうつを改善 することがいくつかの RCT で実証されている⁵⁾⁶⁾。また、喪失体験などに伴う悲嘆に焦点化した要素を追加することも可能である。TF-CBT には様々な治療原理が取り入れられており、いくつかの要素から構成されている。構成要素は下記の通り「PRACTICE」の頭文字で表されている⁴⁾。

P; Parental treatment (保護者の治療)

Psychoeducation (心理教育)

R; Relaxation and stress management skills
(リラクゼーションとストレスマネジメント)

A; Affective expression and modulation s
(感情表現と調整)

C; Cognitive coping skills (認知の修正)

T; Trauma narrative and cognitive processing
(トラウマ物語作り)

I; In vivo desensitization
(実生活内のリマインダーの統制)

C; Conjoint child -parent sessions
(親子合同セッション)

E; Enhancing Safety and future development
(将来の安全感と発達の強化)

プログラムは、少なくとも8セッション以上が必要とされているが、子どもの状態に合わせて柔軟に対応するべきであるとされている。子どもたちはまず、体験した心的外傷についての心理教育を受け、自分に何が起こったのかを適切に理解し、自責感や罪障感を軽減するように支援される。そして、自らの身体とこころをコントロールすることが可能であることを、さまざまなリラクゼーション技法を通して学ぶ。また、自分の感情を同定し表出する練習や、思考・感情・行動の関係に気づき、非機能的な思考を修正することを習得する。これらのセッションにより、子どもの自尊感情や自己コントロール感がある程度回復した段階で、心的外傷の記憶そのものに向き合う段階に入る。恐怖や自責のために回避していた様々な感情や身体感覚・思考などを、安全な治療環境の中で再度体験しなおし、非論理的な認知を修正していくのである。TF-CBTでは、成人の認知行動療法に比べて、より漸進的に心的外傷の記憶にアプローチできるように配慮されている。

一方TF-CBTでは、保護者が治療に参加することで治療効果が上がることが実証されている³⁾。保護者に対しても心理教育がなされ、子どもの状態を適切に理解し対応することができるよう支援される。保護者の心的外傷への曝露度や対応能力などを見極めながら、保護者の治療への関与の程度を柔軟に調節していくことが推奨されている。

(2) 現在わが国で利用可能なPTSD評価ツール

欧米のガイドラインでは、子どもの自発的な訴えを聴取するという方法では、PTSD症状の大部分が明らかにならないため、子ども自身に心的外傷体験やPTSD症状の有無や程度を直接聴取するように推奨されている。評価尺度の開発も進んでおり、それぞれに信頼性・妥当性の評価がなされている。欧米のガイドラインで推奨されている評価尺度のうち、現在日本語で利用できるものは、次のようなものである³⁾¹⁰⁾。

実際の臨床場面では、もちろん成人同様に顕著

なPTSD症状を表出しているケースにも出会うが、問題行動や身体化症状の方がむしろ目立つケースや、回避・麻痺症状のために一見健康そうに見えるケースすらある。これらのケースに、心的外傷体験の有無やPTSD症状の有無を一つ一つ確認していくと、重篤な症状が明らかになることも稀ではない。また、チェックリストはすべて自記式であるが、子どもと治療者がやり取りをしながら、具体的エピソードを確認していくことが重要であるとされている。

① CAPS-CA できごとチェックリスト

PTSD臨床診断面接尺度(Clinician Administered PTSD scale for Children and Adolescents, CAPS-CA。児童思春期用、DSM-IV版)で使用される。過去の心的外傷体験の有無についての質問は15項目。Naderら著¹⁴⁾。日本語版は、大澤智子・田中究訳。

② UCLA PTSD Index for DSM-IV (UPID)

対象は7～18歳。面接もしくは自記式47項目。子どもの心的外傷体験を同定し、PTSD関連症状を評価する。Pynoosら著¹⁵⁾。日本語版は、明石加代・藤井千太・加藤寛訳。

③ 子ども用トラウマ症状チェックリスト (Trauma Symptom Checklist for Children, TSCC-A)

対象は8～16歳。自記式54項目。標準化済み。心的外傷体験後のPTSD関連症状を評価する。Briere著。西澤哲訳。金剛出版²⁾。

④ 改訂出来事インパクト尺度 (Impact of Events Scale Revised, IES-R)

対象は7歳以上。自記式22項目。成人での標準化済み。心的外傷体験後のPTSD関連症状を評価する。Weiss&Marmar著。飛鳥井望訳¹⁾。

(3) TF-CBT導入のためのプロトコール作成

来年度からの実施に向けて、Web上で公開されている『TF-CBT web-based learning course』や、推奨図書である「Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents⁴⁾」で提供されている資料を翻訳した。また、より診

療で使用しやすいシートなども作成した。

TF-CBT は、子どもや保護者の状態に合わせて、柔軟に実施してもよいとされているが、いくつかの施設で実施する場合の最低基本ラインを確認するために、診療のプロトコルを作成した。

D. 考察

心的外傷体験は、子どもにとって非常に理不尽で圧倒的な体験であるために、子ども自身が自分に何が起きているのかを理解できない状況にある。欧米のガイドラインで推奨されているように、心的外傷を体験した子どもを丁寧に評価していくと、それまで誰にも気づかれなかった心的外傷関連症状が明らかになることが少なくない。

これらのケースを適切に評価し、診療できる体制を整えることが不可欠であると考えられる。

E. 結論

現段階で、心的外傷関連障害の治療法として最も有効性が高いと実証されている、TF-CBT のわが国への導入が急務である。

文 献

- 1)Asukai N, Kato H, Kawamura N, et al.: Reliability and Validity of Japanese-Language Version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): For studies on different traumatic events. The Journal of Nervous and Mental Disease, 190:175-182, 2002.
- 2)Briere J.: Trauma Symptom Inventory Professional Manual. Odessa FL.: Psychological Assessment Resources. 1995. (西澤哲訳:子ども用トラウマ症状チェックリスト (TSCC) 専門家のためのマニュアル. 金剛出版, 2009)
- 3)Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E, Berliner L: Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents. In Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA ed.: Effective Treatments for PTSD Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Second Ed. The Guilford Press, New York, 2009.
- 4)Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E: Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. The Guilford Press, New York, 2006.
- 5)Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K: Treating sexually abused children: One year follow-up of a randomized controlled trial. Child Abuse & Neglect, 29: 135-145. 2005.
- 6)Deblinger E, Stauffer L B, Steer RA: Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. Child Maltreatment, 6: 332-343. 2001.
- 7)Fairbank JA& Fairbank DW: Epidemiology of Child Traumatic Stress. Current Psychiatry Reports, 11:289-295, 2009.
- 8)Felitti, VJ, Anda RF, et al : The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. Am J of Preventive Medicine, 14:245-258, 1998.
- 9)亀岡智美ら:子どものトラウマへの標準的診療に関する研究. 平成 21 年度厚生労働科学研究 (子ども家庭総合研究事業)「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究(主任研究者:奥山眞紀子)」報告書, 2010.
- 10)亀岡智美ら:子どものトラウマへの標準的診療に関する研究. 平成 20 年度厚生労働科学研究 (子ども家庭総合研究事業)「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究(主任研究者:奥山眞紀子)」報告書, 2009.
- 11)Koenen KC, Roberts AL, et al : The epidemiology of early childhood trauma. In Lanius RA, Vermetten E, Pain C : The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease.

- Cambridge University Press, New York, 2010.
- 12) Massie, H & Szajnberg, M : *Lives across time/growing up: Paths to emotional health and emotional illness from birth to age 30 in 76 people*. 2nd edn. London: Karnac, 2008.
- 13) Mizuta I, Ikuno T, et al : The prevalence of traumatic events in young Japanese women. *J Trauma Stress*, 18(1):33-7, 2005.
- 14) Newman E, Weathers FW, Nader K, et al : Clinician-Administered PTSD scale for Children and Adolescents (CAPS-CA). Los Angeles: Western Psychological Services. 2004.
- 15) Pynoos R, Rodriguez N, et al : UCLA PTSD Index for DSM- IV — Child Version. Los Angeles: UCLA Trauma Psychiatry Service. 1998.
- 16) Sroufe LA, Egeland B, Carlson E, et al : *The development of the person: The Minnesota Study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Guilford Press, New York, 2005.

子どもの統合失調症の診断と治療の標準化に関する研究

分担研究者 新井 卓¹⁾

研究協力者 高橋雄一²⁾ 藤田純一¹⁾

1) 地方独立行政法人 神奈川県立病院機構 神奈川県立こども医療センター 児童思春期精神科

2) 公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター 精神医療センター 児童精神科

研究要旨

【背景】近年統合失調症を中心とする精神病性障害に関して、精神病状態の初発後、可能な限り早期に発見し、包括的初期治療を集中的に行うことができれば、かなり良好な予後が得られるのではないかと期待のもと前駆状態を広くハイリスク群として捉え、支援を検討する、あるいは初期段階の診断が確定する以前の精神病状態を呈した時点（初回エピソード精神病）から集中的な治療的介入を行い、その後に続く慢性期、再発といった臨床病期に合わせた治療や支援を行うという考え方が一般的になっている。子どもの統合失調症の診断と治療の標準化を行う上でもこれらの考え方を取り入れていく必要があると思われる。【研究方法】現在、国際的に基準とされるガイドライン（早期精神病国際ガイドライン）を3名の児童精神科医で検討し、国内の児童思春期事例に対応したガイドラインを作成する上で補完あるいはより配慮を要する点の抽出を行う。【結果および考察】今後の検討課題として①関連職種への疾患教育の推進、②ハイリスク群の捉え方や考え方の統一、③ハイリスク群と判断される子どもの臨床現場での診断や経過の検討、④急性発症時の迅速な対応のための救急受診システムの確保、⑤低年齢症例への薬物療法の指針の作成、⑥リハビリテーション機能としての教育機関の役割の検討、⑦児童精神科医療と成人精神科医療の連携の充実、が抽出された。今後、これらの項目に関する調査および検討が必要であると思われる。

A. 研究目的

近年統合失調症を中心とする精神病性障害に関して、精神病状態の初発後、可能な限り早期に発見し、包括的初期治療を集中的に行うことができれば、かなり良好な予後が得られるのではないかと期待のもと精神病早期支援サービスが世界各地で展開されるようになった。その背景として、精神病未治療期間の予後への影響¹⁾²⁾³⁾⁴⁾と臨界期仮説⁵⁾があげられる。これらの理由から前駆状態を広くハイリスク群捉え、支援を検討する、あるいは初期治療の統合失調症の診断が確定する以前の精神病状態を呈した時点（初回エピソード

精神病）から集中的な治療的介入を行いその後に続く慢性期、再発といった臨床病期に合わせた治療や支援を行うという考え方が一般的になっている。子どもの統合失調症の診断と治療の標準化を行う上でもこれらの考え方を取り入れていく必要がある。本研究の目的は現在国際的に基準とされる早期精神病ガイドライン⁶⁾を検討し、国内の児童思春期の精神科臨床に対応するために必要な検討課題を抽出することである。

B. 研究方法

国際早期精神病協会 International early psychosis association group が作成した早期精神病ガイドライン⁶⁾を、3名の児童精神科医（日

本児童青年精神医学会認定医)で児童思春期の統合失調症を中心とする精神病性障害の診断・治療を進めていく上で追加・検討を必要とする点を抽出し考察を加える。さらに、今後診断・治療の標準化を進める上で調査および研究を必要とする課題を提案する。

C. 研究結果および考察

【国際早期精神病協会が作成した早期精神病ガイドラインの概要】

〈背景および総括〉初回エピソード精神病の治療は時に遅延しやすく不適切なものになりやすく、自殺をはじめとする合併症を減らすための早期発見・早期治療が必要である。精神病の早期発見と適切な早期治療により長期予後、有病率を改善させる可能性がある。さらに、地域への疾患教育により有効な支援と治療を受けることができる。薬物療法は最小限で最大の効果が得られるよう注意深く行う必要がある。また、心理社会的支援はケア継続、合併症予防、リカバリーの達成の上で重要である。さらに、治療技法の開発には実際精神病発症の過程を経験した患者家族も参加すべきである。

〈前駆期〉

引きこもり、学校などでの能力低下、了解不能な精神的苦痛や焦燥感を呈している若年者は精神病性疾患の可能性を考慮する必要がある。“精神病危機状態 (ARMS: At Risk Mental State)” は後の精神病発症のリスクが高い一群であり、精神的苦痛や機能低下を伴って支援を求めた場合には以下の対応が求められる。十分な関わりと評価、継続的観察と支援、抑うつ・不安・物質依存に対する治療、個人・家族・社会生活上の支援、対処能力を向上させるために心理教育、家族心理教育、必要に応じた情報提供、若者が親しみやすい環境下でケアが行われること、などである。また、既存の診断基準により精神病性障害と診断されない場合は抗精神病薬の使用は以下の例外を除き推奨されない。

- ・急激な機能低下のエピソードがある場合
- ・抑うつへの治療が効果不十分で希死念慮が切迫

している場合

- ・周囲への敵意攻撃性が強まっていて他害の危険がある場合

精神病薬を使用する場合、低用量の非定型抗精神病薬から十分な同意と説明の上開始する。十分リカバリーが達成された場合、患者の同意の上に減量を試みる。また、当事者が“精神病危機状態 (ARMS: At Risk Mental State)” にあるにも関わらず支援の希望が無い場合、家族や周囲の友人といった関係者と接点を保つ必要がある。さらに、発症予防を目的とした治療介入 (認知療法、家族療法、薬物療法) のエビデンスは限られており未だ研究段階にある。

〈初回エピソード精神病〉

受診以前に有効な援助を受けるための知識提供、偏見解消を目的とした地域への啓発活動が必要であり、地域保健分野のスタッフは精神病性疾患についての詳細を知っておく必要がある。また、医学教育に精神病のテーマを取り入れること、プライマリケア機関と専門医療機関との連携を構築することが必要であり、抵抗なく診断治療を受けられるような配慮が必要である。

自傷、暴力、物質依存といったことが起こり社会的孤立を招く前に治療がなされるべきであり、入院治療や鎮静といった手段を極力減らすためにも早期介入が必要である。また、家族は必ず評価と治療の過程に加わるべきである。

患者と家族の負担を軽減するために治療は極力外来もしくは家庭で行うべきであるが以下の状態では入院治療が考慮される。

- ・自傷他害の恐れがある場合
- ・地域で十分な支援が受けられない場合
- ・家族が病状を許容できない場合

以上のような危機的状況でも心理社会的な支援が必要である。入院治療環境としては年齢、発達段階に配慮し、小規模かつ隔離処遇が最小限になるよう適正な人員配置が望ましい。攻撃性のある患者や躁状態の患者を他患者に影響や被害を及ぼすことなく治療できるような保護室エリア、あるいは早期精神病治療ユニットの設置が難しい

場合は一般急性期治療病棟の中に若年者用の区画を設けるべきである。入院治療の代替としてデイサービス、ショートケアのようなサービスがあってもよい。なお、治療の多くはできるだけ任意で行われるべきである。

初期治療では治療開始前に精神病を呈する可能性のある身体疾患を鑑別し、治療アドヒアランスに影響を与える錐体外路症状の発現は避け、低用量の非定型抗精神病薬が第一選択となる。症状の評価は頻回に行われるべきであるが、増量の間隔は2～3週ごとが望ましい。治療効果が不十分でやむなく定型抗精神病薬を使う場合もある。不眠、不穏といった症状には十分量のベンゾジアゼピンの使用が必要になる。2種類の非定型抗精神病薬による治療を合計12週ほど継続しても反応が無い場合には治療アドヒアランスの問題、家庭環境の問題、物質依存の問題など治療に影響する要因を再検討する必要がある。症状が遷延する場合、クロザピンの使用と認知行動療法が代替案となる。治療の受容とリカバリーの達成のためには支持的な治療プランの作成が必要である。

治療アドヒアランス不良、家庭環境の問題、自殺リスクが高い場合、物質依存の問題がある場合はこれらの問題に特化した心理社会的支援が必要になる。また、初期治療の段階では家族は共感的な支援と実践的なアドバイスが求められており、患者を取り巻く人々（友人や教師、雇用者）が精神病性疾患の特徴、治療経過について知っておく必要がある。回復の遅延、頻回の再発がある場合は家族への心理教育と支持的な介入を延長し、二次的に家族関係の問題を生じている場合には穏やかで前向きな助言が有効である。場合により、患者のニーズに応じた集団プログラム利用や家族への精神科的治療も必要である。

〈回復期（治療開始後6～18カ月）と臨界期（治療開始後5年まで）〉

精神病発症により生じた個人、家族、社会生活上の問題の程度を評価し、ケースマネジメントを実施し、問題解決志向の支持的療法、就労就学援助に加え、患者と家族、治療者が連携を保ち、

継続的な支援と情報提供が行われる必要がある。重症例では家族との関係がこじれやすく、治療意欲が損なわれぬよう支援する必要がある。心理社会的治療は精神病に起因する症状に耐える力を身につけさせ、リカバリーに導くことである。リカバリーとは患者が精神病体験の意味を見出し、症状に精通してコントロールできる状態である。そのために家族会が開催される必要があり、抑うつ、自殺リスク、物質依存、対人不安といった要素は積極的に治療されるべきである。また、体重増加、性機能低下、過鎮静といった副作用はいずれも回復を阻害するので継続的に評価され、寛解に至った場合、抗精神病薬の減量を試みみるべきである。回復に向けた活動性の向上と再発のサインの見極めのバランスが重要である。また、統合失調症の診断の場合、特に発症後の抗精神病薬の継続は再発のリスク軽減に重要である。再発により治療抵抗性が生じる、患者を取り巻く偏見が強くなるなどの問題も生じる。抗精神病薬をどのくらいの期間継続すべきなのかは現時点ではわかっていない。投薬を中止する場合、再発の危険性と再発時の症状についてよく教育を行い頻回の観察を行い、再発した場合スムーズに治療再開ができる必要がある。重症であればあるほど薬剤減量は慎重かつゆっくりと行われるべきであり、症状の回復が不十分である場合は最低2～5年治療継続を行うべきである。再発の早期兆候を患者、家族と共有すべきであり、治療に拒否的もしくは頻回の再発をしていて、自傷他害の恐れがあるようなリスクが高い患者の場合、終結ができるかどうか度々検討しながら、デポ剤使用も含めた非自発的治療も必要である。患者は回復後しばらくは専門機関との接触を維持しておく必要がある。人格面での問題や持続的な精神病症状があるような一部の患者では長期の心理療法が必要である。一方で専門機関に患者が集中しないように一般精神科医との連携が必要である。

【児童精神科医3名による検討項目】

上記に概要を示した早期精神病国際ガイドラインを基盤に3名の児童精神科医で子どもの統

合失調症を中心とする精神病性障害の診断・治療を検討する上で必要と思われる視点について、臨床のおよび文献的に検討した。

〈前駆期〉

精神病危機状態 (ARMS: At Risk Mental State) については、McGorry らが①軽度の精神病症状②短期・間欠型精神病症状③遺伝負因・特定的人格傾向および最近の機能低下、という基準を提唱しており国際的にも最も一般的となっている⁷⁾。しかし、診断の基準はいまだ研究段階であり、臨床的な支援サービスも特に国内では数少ない機関での限られたものである。現時点でのこの ARMS の概念は精神病発症の可能性が高い人々をハイリスク群として広く捉え、支援をしようとする考え方であり、ハイリスク群のすべての人が精神病を発症する訳ではなく、実際に精神病を発症しない人々も含めた患者全体に利益がもたらされなければならないという点が重要である。特に児童期では、これらのハイリスク群に広汎性発達障害、あるいは解離性障害を始めとする様々な精神病性障害以外の疾患が含まれる可能性がある⁸⁾⁹⁾。また、ハイリスク群の子どもに対しては、最も整理しなければならない課題としては、現実可能な急性発症時の受診経路の確保である。国内の児童思春期精神科の医療機関は初診までの待機時間も長い現状も勘案するとハイリスク群と判断される事例が緊急の介入を要する際の迅速な対応のためにも前もって児童精神科の受診を行えることが望ましい。そのためにも地域保健・医療・教育のネットワーク構築を含めた保健・教育関係者あるいは司法関連機関の関係者に対する疾患教育、親を含めた子どもを取り巻く社会への啓発などによる受診抵抗・偏見への対応がより重要課題となる。適切な対応システムが構築される以前にいたずらに不安を煽るような不完全な情報の発信は避けるべきである。重要なのは「早期の対応により、より健全な予後が期待できる」という啓発である。また、国内では前駆期への支援や対応についていまだ統一した理解がされているとは言えず、特に児童精神科領域の専門研修

などでの普及啓発が必要であろう。

〈初回エピソード精神病〉

近年学校精神保健の重要性が盛んに指摘されている¹⁰⁾¹¹⁾が、子どもの精神保健の観点からは、子どもたちを取り巻く支援者（家族、教師、養護教諭、保健師、施設職員、一般小児科医、民生委員、警察官など）への知識普及は未だ不十分である。さらに一般精神科医の臨床観も一律ではない¹²⁾¹³⁾。治療ニーズの高い初回エピソード精神病患者を迅速に治療するためにも子どもの心に関わる可能性のある職種への啓発活動と地域連携をさらにすすめるべきである。

初回エピソード精神病患者は自殺の危険性が高い¹⁴⁾ため迅速な評価と対応が必要である。現在国内での児童思春期精神科の予約待ち期間は約2カ月¹⁵⁾であるが、患者が精神病状態を呈する場合は例外的に優先的診察ができる体制をめざしたい。例えば精神科救急システムとの連携、専門外来の設置、24時間対応の相談窓口の設置などである。なおガイドラインでは子どもの精神病に特化した入院治療環境を推奨しているが、国内の現状では子どもの精神疾患を治療対象とする入院治療施設は小児専門総合病院、単科精神科病院など様々な形態が混在している。各治療施設がどのような形で最適な治療環境を提供できるか模索する必要がある。また同時に若年の精神病患者に特化したデイケアなどの外来診療¹⁶⁾のあり方も同時に検討されるべきである。

児童思春期の患者に対して保険適応が認可されている抗精神病薬は限られており、実際は保険適応外使用がなされていることが多い¹⁷⁾。ガイドラインに記載されている難治例に対するクロザピンは厳しい制限があり、使用することができない。薬物療法の選択肢は限られている。なお日本は以前より抗精神病薬の多剤併用大量処方の傾向が指摘されている¹⁸⁾が、初回エピソード精神病患者の治療アドヒアランスの観点に立った場合、副作用へ配慮した薬物療法が必要である¹⁹⁾。近年刊行された小児の統合失調症を扱った児童精神科医向けのテキスト

トには薬物療法に関する明確な指針は示されておらず、症例によってはむしろ高用量の抗精神病薬投与を推奨している²⁰⁾。児童思春期精神科領域における抗精神病薬による薬物療法は各臨床家によって相当のばらつきがあると考えられる。児童思春期精神科領域の薬物療法の質の評価と指針の作成が期待される。

なお、初回エピソード精神病患者へのケースマネジメント、認知行動療法の実施が可能な児童精神科治療施設は成人の精神科急性期治療に携わる治療施設に比較して少ない²¹⁾。心理社会的支援が充実している英国などに比べて心理士や精神保健福祉士が具体的な手法について学ぶ機会もほとんどないのが現状である。先駆的な取り組みを見せている英国では児童思春期精神科領域で提供される精神病性疾患の患者へのサービスと青年期から成人期以降のサービスの格差が指摘されており、早期介入サービス（EIS）と児童思春期精神保健サービス（CAMHS）が相互で知識の共有と交流を深めて連携がなされている²²⁾。日本でも成人領域の臨床家と児童思春期領域の臨床家が交流を深めながら知識を共有し、サービス拡充をめざすことが期待される。

〈回復期（治療開始後 6～18 カ月）と臨界期（治療開始後 5 年まで）〉

家族支援、家族介入の必要性の根拠として、家族介入の再発予防効果、家族自身の精神保健上の問題を持つことが高率であること、家族抜きにして患者の生活は語れないこと等が挙げられる²³⁾。したがって、患者自身と家族双方に対して治療継続の動機の向上を図るべく、医療ケアの提供だけでなく、福祉制度の利用や教育支援など他職種連携のシステムが必要であるが、国内の現状では若年の精神病の治療継続に対するこうしたシステムは確立されていない。

治療経過中に精神症状や行動障害が増悪した場合に、患者や家族が迅速に適切な対応を受けることが重要であるが、国内における精神科救急医療体制は、地域にもよるが現状では十分に整って

いない点は初回エピソード精神病における課題と同様である。また子どもに対する訪問看護や ACT チームの導入も現状では少ない。今後、子どもに対する精神科救急医療や訪問看護、ACT に関する現状調査（システムのみならず、コストの問題を含めて）を行い、ニーズを把握することが必要である。

精神病の患者は集団参加に困難があり、デイケアなどでの同年代との交流のためにも高等教育、就労に向けての支援が重要な課題であるが、現状ではその体制は十分ではない。既存の精神科デイケアや作業所といった精神科リハビリテーションの資源は、年齢層や病状の違い、活動内容への興味の違いから、若年の患者が参加しにくい現状があるため、若年の患者がアクセスしやすいデイケアが考慮される。医療機関のみならず、地域の青少年支援機関での精神病患者への対応の調査が必要である。

教育支援については、現状では義務教育年齢では適応指導教室やフリースクールなどの不登校児に対する教育資源や特別支援教育で対応することが中心であるが、教育機関での精神病の理解は発達障害に比べて限定的である。さらに高等教育における教育支援は国内においては乏しく、医療機関における高等教育支援の取り組みの報告も少ない²⁴⁾ ²⁵⁾。今後早期介入を通じて回復期に高等教育を受け、就労する患者が増加することも予想される。したがって義務教育から高等教育にかけての教育関係者への啓発活動や学習支援のためのシステムの構築が必要である。

精神病患者の治療は成人期以降も継続する必要があるが、児童精神科診療に特化して、成人期以降の診療が継続できない医療機関も少なくない。切れ目のない精神科医療の提供には児童精神科医療機関と一般精神科医療機関との密な連携構築が必要であるが、地域による差異もあり、課題は多い。

〈全体を通して〉

児童精神科医は 15 歳以下で顕在発症する事例の少なさから成人精神科医と早期精神病に対す

る認識の違いがあると思われる。また、子どもの診断・治療を検討する場合、13歳未満のいわゆる very early onset 事例への対応の基準も検討課題の一つである。

子どもの統合失調症を中心とする精神病性障害の診断と治療のためのガイドラインを作成する上で、現在国際的に汎用されている早期精神病ガイドラインを基盤に検討項目の抽出を行った。その結果、今後の検討課題として①関連職種への疾患教育の推進、②ハイリスク群の捉え方や考え方の統一、③ARMS と判断される子どもの臨床現場での診断や経過の検討、④急性発症時の迅速な対応のための救急受診システムの確保、⑤低年齢症例への薬物療法の指針の作成、⑥リハビリテーション機能としての教育機関の役割の検討、⑦児童精神科医療と成人精神科医療の連携の充実、が抽出された。今後、上記の項目に関してモデルシステムの試みあるいは調査を進める必要があると思われる。

E. 結論

国内の現状に合わせた子どもの統合失調症を中心とした精神病性障害の診断・治療の標準化あるいはガイドラインの作成には既存の国際的なガイドラインに補完すべき課題や整備が必要なシステムがあり、今後実際の臨床現場での調査や運用可能なモデルシステムの検討が必要である。

F. 研究発表

なし

文献

- 1) Anzai N, et, al. Early neuroleptic medication within one year after onset can reduce risk of later relapses in schizophrenic patients. Annual Report Pharmacopsychiatric Research Foundation 19; 258-265, 1988.
- 2) Loebel AD et, al. Duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. Am J Psychiatry. 149; 1183-1188, 1992.
- 3) Yamazawa R, et, al. Duration of untreated psychosis and pathways to psychiatric services in first-episode schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci. 58: 76-81, 2004.
- 4) 堀口寿広ら：統合失調症の未治療期間 (DUP) の発見とその後の研究, 臨床精神医学. 36; 359-368, 2007.
- 5) Birchwood M, et. al. Early intervention in psychosis, The critical hypothesis, Br J Psychiatry. 172(suppl33); 53-59, 1998.
- 6) International early psychosis association group: International clinical practice guidelines for early psychosis, Br J Psychiatry, 187(suppl. 48), s120-124, 2005
- 7) McGorry PD, et. al. The “close-in” or ultra high-risk model: A safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. Schizophr Bull. 29; 771-790, 2003.
- 8) Sprong M, et. al. Pathways to psychosis: a comparison of the pervasive developmental disorder subtype Multiple Complex Developmental Disorder and the “At Risk Mental State”. Schizophr Res. 99; 38-47, 2008.
- 9) Del Real A, Braban A, Tiffin PA. Pervasive developmental disorder and early intervention in psychosis services: a survey of care coordinators’ experiences. Early Interv Psychiatry. 4; 93-96, 2010
- 10) Olin S, John RS, Mednick SA: Assessing the predictive value of teacher reports in a high risk sample for schizophrenia : A ROC analysis. Schizophr Res. 16: 53-66, 1995.
- 11) 西田淳志、石倉習子、谷井久志ら：早期の相談・支援につなげるための啓発活動 - 諸外国の現状と戦略 - . 精神経誌. 111: 278-281, 2009.
- 12) 辻野尚久、片桐直之、小林啓之ら：統合失調

- 症の前駆期に対する精神科医の治療観. 精神経誌. 111: 293-297, 2009.
- 13) Huffmann JC, Freudenreich O, Romeo S, et.al. Assessing clinicians' management of first episode schizophrenia using clinical case vignettes. Early Interv Psy. 4: 31-38, 2010.
 - 14) Robinson J, Harris MG, Harrigan SM, et.al. Suicide attempt in first episode psychosis: A 7.4 year follow up study. Schizophr Res. 116: 1-8, 2010.
 - 15) 奥山真紀子. 平成 22 年度子どもの心の診療拠点病院事業有識者会議資料. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/07/dl/s0730-4a.pdf>
 - 16) 森田桂子, 武士清昭, 水野雅文. 早期精神病に対する専門外来～ユースクリニック～ 精神科治療学. 23:1059-1064, 2008.
 - 17) 三宅誕実, 宮本聖也. 向精神薬の適応外使用(適応拡大)の現状と問題点. 臨床精神薬理. 12: 623-632, 2009.
 - 18) Chong MY, Tan HC, Fujii S, et.al. Antipsychotic drug prescription for schizophrenia in East Asia: rationale for change. Psychiatry Clin Neurosci. 58: 61-67, 2004.
 - 19) 広沢郁子, 牛島定信, 村瀬嘉代子, 中根晃(編). 学童期と思春期の統合失調症. 詳解子どもと思春期の精神医学. pp452-458 2008.
 - 20) Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM, et.al. Predictor of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizo-affective disorder. Schizophr Res. 57: 209-219, 2002.
 - 21) 藤田純一, 西田淳志, 高橋雄一ら. 児童思春期精神科治療施設の初回エピソード精神病に対するサービス調査. 精神医学(投稿中).
 - 22) England E, Lester H, Birchwood M. Collaborating to provide early intervention services to persons in England with first episode psychosis. Psychiatric Services. 60: 1484-1488, 2009
 - 23) 伊勢田堯, 長谷川憲一, 近藤智恵子: 統合失調症治療における家族支援. こころのりんしょう à la carte. 29: 257-262, 2010.
 - 24) 武田隆綱. 精神障害者の援助つき教育. 最新精神医学. 13: 383-389, 2008.
 - 25) 武田隆綱. 青年期統合失調症患者の高等教育支援. 精神療法. 36: 93-104, 2010.

不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの 診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 渡部 京太¹⁾

研究協力者 齊藤万比古¹⁾ 小平雅基¹⁾ 宇佐美政英¹⁾ 岩垂喜貴¹⁾ 飯島崇乃子¹⁾ 田邊尚¹⁾
牧野和紀¹⁾ 松田久実¹⁾ 大西豊史¹⁾ 黒江美穂子¹⁾ 宮崎央桂¹⁾ 青木桃子¹⁾
永田真由¹⁾ 勝見千晶¹⁾

1) 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科

研究要旨

2010年5月に公開された『ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン』では、これまで青年期以降の問題とされていたひきこもりの心性は不登校に共通するものであり、不登校から直接ひきこもりにつながっていく事例も少なくないことから、不登校とひきこもりを一貫した問題としてとらえることが推奨され、不登校・ひきこもりの支援の本質はひきこもり状態と社会生活との橋渡し機能の提供であることがこのガイドラインの基本姿勢となっている。不登校・ひきこもりの大半は不安障害などのさまざまな精神障害を背景に出現してくるものと考えられ、ガイドラインでは不登校・ひきこもり者に第1軸：背景精神障害の診断、第2軸：発達障害の診断、第3軸：パーソナリティ傾向やその評価（子どもでは不登校のタイプ分類）、第4軸：ひきこもりの段階の評価、第5軸：環境の評価、第6軸：診断と支援方針に基づいたひきこもり分類という多軸評価を行うことを推奨している。初年度は、子どもの不安障害（主に、全般性不安障害、分離不安障害、社交不安障害）の文献レビューを行い、標準的な診断・評価、治療技法に関する情報を収集した。米国児童青年精神医学会の「児童思春期不安障害の評価・治療に対する臨床指針」では、治療はさまざまなアプローチ保護者・子どもへの心理教育、教育関係者・家庭医との連携、認知行動療法（CBT）、力動的療法、家族療法、薬物療法を組み合わせることが推奨されている。なかでも、認知行動療法（CBT）に多くのページがさかれていた。そこで、2008年にLecroyが編集した「Handbook of Evidence-Based Treatment Manuals for Children and Adolescents」のなかから、①「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」（Kearney ら）、②「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety: The Coping Cat Program」（Beidas ら）を紹介し、不安障害のために不登校・ひきこもりに陥った子どもへの治療プログラムを検討した。

A. 研究目的

2010 年 5 月に公開された『ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン』¹⁾では、ひきこもりを『様々な要因の結果として社会的参加(義務教育を含む就学, 非常勤職を含む就労, 家庭外での交遊など)を回避し, 原則的には 6 ヶ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態(他者と交わらない形での外出をしていてもよい)を指す現象概念である。なお, ひきこもりは原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病性の現象とするが, 実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低くないことに留意すべきである』と定義している。ひきこもりと不登校の関連については, 義務教育年限の不登校から一定の比率、たとえば中学生年代での入院事例の 10%ほどに青年期以降のひきこもりが出現していることが明らかとなっていることを踏まえ、ガイドラインでは、不登校のうちにはガイドラインで定義したひきこもりと関連性が強い一群が確実にあると考えている。ガイドラインでは、これまで青年期以降の問題とされていたひきこもりの心性は不登校に共通するものであり、不登校から直接ひきこもりにつながっていく事例も少なくないことから、不登校とひきこもりを一貫した問題としてとらえることが推奨され、不登校・ひきこもりの支援の本質はひきこもり状態と社会生活との橋渡し機能の提供であることがこのガイドラインの基本姿勢となっている。不登校・ひきこもりの大半は、不安障害といったさまざまな精神障害を背景に出現してくるものと考えられる。初年度は、子どもの不安障害(主に、全般性不安障害、分離不安障害、社交不安障害)の文献レビューを行い、標準的な診断・評価、治療技法に関しての情報を収集することにした。

B. 研究方法

米国児童青年精神医学会の「児童思春期不安

障害の評価・治療に対する臨床指針」を中心に、文献レビューを行った²⁾。「児童思春期不安障害の評価・治療に対する臨床指針」では、治療はさまざまなアプローチ(保護者・子どもへの心理教育、教育関係者・家庭医との連携、認知行動療法(CBT)、力動的療法、家族療法、薬物療法)を組み合わせることが推奨されている。なかでも、認知行動療法(CBT)に多くのページがさかれていた。そこで、2008 年に Lecroy が編集した「Handbook of Evidence-Based Treatment Manuals for Children and Adolescents」(OXFORD UNIVERSITY PRESS)のなかから、

「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」(Kearney ら)³⁾、「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety: The Coping Cat Program」(Beidas ら)⁴⁾を紹介し、不安障害のために不登校・ひきこもりに陥った子どもへの治療プログラムを検討した。

C. 研究結果および考察

1) 「児童・思春期の不安障害の評価・治療に対する臨床指針」を中心にしたレビュー

米国児童青年精神医学会の「児童・思春期の不安障害の評価・治療に対する臨床指針」は、1996-2004 年の 8 年間における Medline、OVIDMedline、PubMed、PsycINFO におけるレビューであり、対象としている疾患は DSM に基づいた分離不安障害、全般性不安障害、社交不安障害、特定の恐怖症、パニック障害、広場恐怖、外傷後ストレス障害(PTSD)、強迫性障害、選択性緘黙が含まれている²⁾。不安障害は児童・思春期の一般的な精神障害であるが、しばしば見逃され、治療されていない。不安障害の早期の気づきと効果的な治療は、学業などの社会機能を改善させ、青年期への遷延を防ぐことにつながる。

①疫学

児童期の不安障害の有病率は 6-20%といわれており、女兒の方が男児よりも多く、特に

特定の恐怖症、パニック障害、広場恐怖、分離不安障害で顕著といわれている。発症時期はさまざまであり、重症であるほど社会機能は悪く、新たな不安障害、大うつ病、薬物乱用に発展する。児童・思春期の不安障害は、二次的な問題として社会、学業、家庭での機能障害に陥り、低い問題解決能力、低い自己評価にも結びついていく。

②診断・評価および治療

診断・評価および治療の推奨度 (recommendation) は、以下の4段階に分けられる。

i) Minimal standards (MS) : ランダム化比較試験 (RCT) などで実証されているまたは臨床では圧倒的なコンセンサスが得られている、ほぼすべての例で用いられるべき(95%以上)。

ii) Clinical Guidelines (CG) : 経験的なエビデンスまたは臨床で強いコンセンサスが得られている、多くの例で用いられるべき(75%)。

iii) Options (OP) : 受け入れられうるが、経験的なエビデンスは不十分で臨床的にもコンセンサスが得られていない。

iv) Not Endorsed (NE) : 効果はないか禁忌である。

③不安障害の診断・評価について

児童・思春期の精神医学的評価は、不安症状についてのスクリーニングの質問を含める必要があること、スクリーニングにおいて不安症状を示している場合にはどの不安障害が現在あるのか、そして不安症状と機能障害の重症度を決める評価を行うこと、さらに併存障害は、併存している他の不安障害、うつ病、ADHD、薬物使用障害、ODD、学習障害、言語障害などを適切に評価・診断し、治療されるべきであるとしている (MS)。

『ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン』では、不登校・ひきこもり者に以下のような多軸評価を行うことを推奨している¹⁾。

第1軸：背景精神障害の診断：発達障害とパー

ソナリティ障害を除く精神障害の診断を行う。

第2軸：発達障害の診断：発達障害があればそれを診断する。

第3軸：パーソナリティ傾向の評価（子どもでは不登校のタイプ分類）：パーソナリティ障害を含むパーソナリティ傾向の評価を行う。子どもの不登校では過剰適応型、受動型、衝動型といった不登校の発現経過の特性による分類を行う。

第4軸：ひきこもりの段階の評価。

第5軸：環境の評価：ひきこもりを生じることに関与した環境要因とそこからの立ち直りを支援できる地域資源などの評価を行う。

第6軸：診断と支援方針に基づいたひきこもり分類：第1軸から5軸までの評価結果やそれに基づく支援計画の見通しなどを総合して、三群にわたるひきこもり分類(第一群：統合失調症、気分障害、不安障害を主診断とするひきこもり、第二群：広汎性発達障害や知的障害を主診断とするひきこもり、第三群：パーソナリティ障害や身体表現性障害、同一性の問題などを主診断とするひきこもり)のどれにあたるかを評価する。

表1には、児童・思春期の不安障害のスクリーニングや診断に用いられる評価尺度と半構造化面接を示した。半構造化面接であるK-SADSとM.I.N.I. KIDで診断可能な不安障害も表1には示したが、半構造化面接を行うことによって併存障害を評価することができるため、その子どもの全体像をより正確に把握できるという利点がある⁵⁾。

④治療

治療は不安障害の重症度と併存障害や機能障害を考慮して、さまざまなアプローチ(両親や子どもへの心理教育、教育スタッフや家庭医との連携、認知行動療法的アプローチ、力動的療法、家族療法、薬物療法)を考慮する必要があるとしている(CG)²⁾。不安障害に対

しては、後述するように薬物療法も有用であるが、精神療法は欠かすことができない重要な治療要素である。薬物療法なしの治療法はありうるが、心理療法のない治療はありえないといえよう。児童・思春期の不安障害に対する精神療法の位置づけとしては、認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy : CBT）と親ガイダンスは最低限必要であるが、時には遊戯療法、力動的・精神療法、集団療法、家族療法も併用される⁶⁾。重症度があがるにつれて、ひとつの治療では反応が悪くなるため、薬物療法の併用が考慮されるが、薬物療法については、青年期の不安障害に対して選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）は考慮されるべきとされている（CG）²⁾。

子どもの不安障害への治療アプローチのなかでも、CBT、遊戯療法・力動的・精神療法、親ガイダンスについてふれる。

i) 認知行動療法（CBT）

児童・思春期の不安障害に対する CBT の有効性については、ランダム化比較試験を含めて多くのデータが集積している。CBT の主な治療要素として、①アセスメント、②心理教育、③リラクセーション、④認知再構成法、⑤エクスポージャー、⑥モデリング、⑦随伴性マネジメント、⑧問題解決スキルといったものがあげられる⁷⁾。

アセスメントでは疾患の診断だけではなく、多面的なアセスメントを行うことが重要であり、アセスメントの基本は子ども自身と家族への十分な問診（診断面接）である。多くの場合、不安を強める状況や刺激があり、その不安を避けるためのさまざまな行動をするというパターンがある。「不安がどのような刺激の後に、あるいはどのような場面で生じやすいのか」、「不安を静めるためにどのような行動をとるのか」といったことを丁寧に聞き取る必要がある。また、CBT とは少しはずれるかもしれないが、症状が出現し始める直前の時期に、外傷的な体験をしていたかを確認しておくことや、

発達障害の有無、養育環境の影響などを評価するため、発達歴や生育歴についても注意深く聞くこと、さらには分離不安障害の場合には親子関係の問題が関連している可能性があるのも、親自身の親との関係も聞いておくともよいかもしれない。

子どもへの心理教育では、自分の抱えている不安症状の理解、不安や恐怖といった気分の特徴、その程度に関する評定を学び、さらに治療の短期的、長期的な目標について話し合うことを通して、不安をなくすのではなく、適切な大きさに調整することが大切であることを強調する。特に身体的な不安症状を示す子どもに対しては、リラクセーションが有効であり、漸進的筋弛緩法や呼吸法が用いられる。

認知再構成法は、否定的で不合理な考えに対する気づきを増し、より適格的で合理的な考えに変容することを目的としている。不安障害の子どもは、物事を悲観的にとらえる傾向や細かなことも心配する傾向があるので、そうした認知のパターンを修正する。

対人関係の場で強い不安を感じる子どもの場合には、ソーシャルスキルを身につける機会も乏しいので、ソーシャルスキルトレーニング（SST）が適応できる場合も多い。エクスポージャー（暴露）は、不快な情動や望ましくない衝動を引き起こす刺激・状況に、意図的に自らをさらすという手続きのことである。親から離れることに不安を感じて登校しにくくなっていく分離不安障害の子どもには徐々に親から離れて行動できるように段階的に不安の強い状況にチャレンジしていくような暴露（系統的脱感作）を用いると同時に、ある段階の暴露が成功した場合にはご褒美や報酬などの正の強化を与えていくプログラムがよい。モデリングは、自らの直接体験だけではなく、他者（モデル）の行動を観察する（代理経験）するだけで、観察者の行動が変わることである。モデリングを用いて適応的な行動を示すことも不安の低減に有効である。さらに不安への対処法を

身につけるという意味で問題解決スキルを学ぶことは子どもにとって重要である。2008年に Lecroy が編集した「Handbook of Evidence-Based Treatment Manuals for Children and Adolescents」では、①「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」(Kearney ら)³⁾、②「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety: The Coping Cat Program」(Beidas ら)⁴⁾が紹介されている。

ii) 「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」(Kearney ら)³⁾の紹介

この治療プログラムは、8回のセッションからなる。

#1 <治療の開始>

①不安についての心理教育:

身体感覚の役割を強調し、不快感から回避行動をとって不安を増大させていく悪循環や行動・思考・身体感覚・気分の循環図を使って不安についての心理教育を行う。

②不安・回避階層表:

子どもや家族から情報を集めて、特定の状況や行動について不安度、回避度を点数化してもらい、階層表を作成する。まず、低い点数から10項目を挙げて治療に用いていく。各治療段階ごとに、点数を再評価してもらう。

③リラクゼーショントレーニングと腹式深呼吸法

リラクゼーショントレーニングでは筋の緊張と弛緩運動の連続を通して、子供に身体的な緊張と落ち着きの感覚を認識させる。腹式深呼吸でリラックス状態を持続させる。子供に実演して見せながら指導し、そのセッションを録音して自宅での復習に使用してもらう。

子どもと両親に1週間に起きた不安が強まった状況や体験を記録してもらったり、子どもには登校日と同じ過ごし方—登校できない場合でも朝早く起きること、着替える、学校の準備

をする、宿題を仕上げる—を試みることを宿題とする

#2 <治療の強化>想像上で脱感作を行う

①想像上の不安に対する準備

例えば、自転車にのることや運動などのできたことで、できる自分の状態と不安だった自分の状態を思い起こさせる。リラックスさせながら、3週間ぶりに学校へ行くといった不安な状況を思い起こさせ、その状態自体は怖いものではないと気づかせる。脱感作の間の不安をふりかえらせる。不安の強さを振り返らせ、どうやって不安を処理したのかをわかりやすくする。

②想像上の脱感作

不安を感じたら手を上げさせ、不安の強さを聞く。呼吸や身体に集中させ、リラックスさせる。できるようになったら、ある程度まで不安を我慢させる。我慢させることで不安への耐久力をあげていく。

#3-4 <治療の熟成>実際に脱感作を行う

① 想像上の脱感作での問題点を振り返る

自宅での状況や1週間で遭遇した問題の状況について聞く。不安を避けてしまう子には状況を細かく設定しなおす。シナリオを聞くのが困難な子どもにはヒーローを用いてみたりする(例えば、帰宅時、母がまだ迎えに来ていない。ヒーローならどうする?)。

② 実際に脱感作させていく

実際に練習する必要性があることを説明し、できることからはじめ、予測できる事態から予測できないことへ徐々にステップアップさせる。ステップアップのペースやアシストを決める。モデルを示し、子どもが不安をコントロールするのにセラピストや両親がチームとして取り組む。不安を言語化させて自己強化させる。

#5-6 <治療の促進>

1週間の進み具合を評価し、実生活の暴露下で脱感作が困難だった場合を検討する。不安回避階層表を用いて、暴露条件を次第に学校出席の方向へ導いていく。治療を促進するため

には、週2、3回の暴露訓練が望ましい。

①実生活での脱感作

課題例：学校に行き先生に会い、ひとりで過ごすなど。困難な状況でも回避行動を取らず、落ち着きを保つためにリラクゼーションと深呼吸法を用いる。

②Safety Signalsを取り除く

特定の状況で気分を改善し不安を軽減させる目的で、子どもが頼るものや人物 Safety Signals という。Safety Signals の例には、薬物、携帯電話、ペットボトル、友達や兄弟などがあげられるだろう。Safety Signals は短期的には不安を軽減するが、長期的には safety signal を用いると不安が維持されて、自分でやり遂げる機会を逸してしまうことがある。

③実際の練習

実際の脱感作を増やし、safety signals を減らしていく。子どもは困難な状況をやり遂げる経験を多く必要とする。想像上の脱感作から始めて、実生活の脱感作の準備をする。想像上の脱感作では、安全行動を取らない状況を思い描くが必要になる。

7-8 <治療の仕上げと終結への準備>

最終目標は、毎日登校することである。治療者のサポートとして、出席をさらに促すために、①学校へ送っていくこと、②授業時間外に学校の建物の中で治療者との予約診察をするといったことを行うこともある。子どもがいったん学校へ戻った場合、①学校のある時間帯には診察を入れずに放課後の時間帯に行うといった配慮や、②子ども自身治療に対する責任を持たせて、治療で学んだことを実生活で活用させることを引き続き行うが必要になる。

iii) 「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety : The Coping Cat Program」(Beidas ら)の紹介⁴⁾

子どもを対象とした CBT (つまり、Coping Cat Program とその変形版) が、米国におけるいくつかのランダム化臨床試験において効

果的があると報告されている。CBT の有効性のさらなるエビデンスは、オーストラリア、カナダ、ニュージーランドでも報告されている。CBT を受けた約 50~72 の不安障害 (全般性不安障害、社交不安障害、分離不安障害) の子どもが、治療後には不安障害の診断に合致するような不安症状を示していないことが報告されている。さらに治療後 7 年は維持されることも示された。子どもの不安障害の 2 つのフォローアップ研究 (治療後 3.35 年と 7.4 年) では、治療が成功した子どもの 80~90% が、フォローアップ時に不安障害を示していなかったと報告されている。以上の報告から、子どもの不安障害に対する CBT は効果的であると、結論づけられている。

「The Coping Cat Program」は、8~13 歳の 全般性不安障害、分離不安障害、社交不安障害の子どもを対象とした 16 のセッションから構成されている。

「Coping Cat Program」に簡単にふれると、これは「こわがり Cat (猫)」が、「対処できる (こわがりにコーピングできる) Cat」に変身するゴールをめざせるように、いろいろな技法を含んだ治療プログラムである。このプログラムでは、系統的脱感作法に加えて、不安に関する自己開示 (自己陳述) や不安に対処するスキル、他の子どもに自分の不安対処のスキル (情報コマーシャル) などの多技法を用いている。重要なコンセプトは、「FEAR」、すなわち、① F=Feeling Frightened (子どもは、身体が不安にどのように反応するかを認めることを学ぶ)、② E=Expecting bad things to happen? (子どもは、不安な考えと予想を認めることに気づく)、③ A=Attitudes and Actions that can help (子どもは、問題を解決したり考えに対処するような戦略によって不安な考えと予想と戦う方法を学ぶ)、④ R=Result and Rewards (不安を引き起こす状況に直面する時、子どもは部分的あるいは完全な成功に値するような報酬をもたらし) とまと

められている。このプログラムの対象は、7～13歳の全般性不安障害、特定の恐怖症、社交不安障害で、併存障害によって効果は左右されないこと、そしてIQは80以上の知的能力があることが望ましいとされている。

「The Coping Cat Program」のセッションは、二つに大きく分けられる。最初は心理教育に焦点をあて、次に不安を引き起こす状況への暴露（エクスポーチャー）を重視する。はじめの8つのセッションは、不安のマネージメント、あるいは改善のみならず、どういう場合に不安を感じるのかを子どもが学ぶ手助けをすることに焦点をあてている。後半の8セッションは、前半の8セッションで学んだスキルを用いて、不安を誘発する状況に暴露することに焦点をあてている。治療者は“コーチ”であり、子どもに必要なスキルを教えて、スキルの練習を指導する。

CBTをはじめとする不安障害の子どもへの治療では、子ども、親、治療者、教師、スクールカウンセラーといった関係者で治療チームを作ることを求められる。

iv) 遊戯療法・力動的精神療法⁶⁾

学童期までの不安障害の子どもが、養育環境や学校環境において大きいトラウマを経験している場合、あるいは大人への不信感や愛着の混乱がみられる場合には、遊戯療法や描画療法が用いられることがある。言語化能力が十分に育っていない子どもにも適応できる利点がある。

思春期以降で、言葉のやりとりを中心とした対話を用いた精神療法が可能と考えられる子どもの場合には、その子どもの抱えている対人関係や発達課題に関する葛藤を扱う目的で、力動的精神療法が行われることもある。不安症状の症状を標的とするよりも、その背後にある情緒発達上の問題を扱うことになる。

v) 親ガイダンス⁶⁾

児童・思春期の不安障害の治療では、親の協力は不可欠である。不安障害の特徴や治療方法、

治療の目的をよく理解してもらう必要があるし、子どもの発達の筋道も理解してもらう必要がある。親と子どもの関係改善、家族の問題解決能力の強化によって親機能を高め、それにより子供の対処適応能力、自主性が強化されることにつながっていく。このために定期的に親との面接を設定する必要がある、これを親ガイダンスという。両親に対してガイダンスを行うことが一般的である。

D. 考察

米国児童青年精神医学会の「児童・思春期の不安障害の評価・治療に対する臨床指針」では、診断・評価ではどの不安障害が現在あるのか、不安症状と機能障害の重症度を決める評価を行うこと、さらに併存障害を適切に診断することが必要であること、治療は不安障害の重症度と併存障害や機能障害を考慮して、さまざまなアプローチ両親や子どもへの心理教育、教育スタッフや家庭医との連携、認知行動療法的アプローチ、力動的精神療法、家族療法、薬物療法—を考慮する必要があること、薬物療法については青年期の不安障害に対して選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）は考慮されることとまとめることができるだろう。さらに不安障害の子どもへの治療では、子ども、親、治療者、教師、スクールカウンセラーといった関係者で治療チームを作ることも重要である。

『ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン』では、不登校・ひきこもりの治療・支援の本質はひきこもり状態と社会生活との橋渡し機能の提供であることが基本姿勢となっている。不登校・ひきこもりの治療・支援は子どもとその周囲の状況の全体的な評価に基づいて組み立てられなければならない。ガイドラインでは、以下の3つの次元からそのひきこもりの治療・支援をとらえることを推奨している¹⁾。

第一の次元：背景にある精神障害（発達障害とパーソナリティ障害も含む）に特異的な支援。

第二の次元：家族を含むストレスの強い環境の修正や支援機関の掘り起こしなど環境的条

件の改善。

第三の次元：不登校・ひきこもりが意味する思春期の自立過程（これを幼児期の“分離－個体化過程”の再現という意味で“第二の個体化”と呼ばれる）の挫折に対する支援。

不登校・ひきこもりの背景に不安障害、さらに PDD といった発達障害がある場合には、まず不安障害への治療や発達障害への体系だった支援と環境の修正は欠かせないものである。その後思春期の自立過程の挫折という不登校・ひきこもり体験がもたらす深い傷つきの克服のための作業が必要になり、家族への支援、そして不登校の子ども自身の登場とともに徐々に子どもとのセッションが中心となる個人精神療法段階へ移行し、その次の段階として、子どもは保健室登校、別室登校、教育相談機関の適応指導教室など中間的な居場所を求める動きが活発になっていく。同世代の仲間集団との出会いとそれへの加入は大きな前進につながる反面、不登校の子どもは過去の挫折体験と再び向き合うことになるため挫折の危険も高い試みであり、治療としては大人が見守る集団である必要がある⁸⁾。

不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの治療では、①親、子どもへの不安障害についての心理教育、②子どもへの認知行動療法的アプローチを中心とした支援、③子どもだけでなく子どもをめぐる学校や教育相談機関などといった関係諸機関との連携、④同年代集団との再会の機会を提供することが必要であり、

「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」、

「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety : The Coping Cat Program」といった CBT の技法を導入することは有用と考えられる。

E. 結論

初年度は、米国児童青年精神医学会の「児童・思春期の不安障害の評価・治療に対する臨床指針」を中心として、子どもの不安障害（主に、

全般性不安障害、分離不安障害、社交不安障害）の文献レビューを行い、標準的な診断・評価、治療技法に関しての情報を収集した。米国児童青年精神医学会の「児童思春期不安障害の評価・治療に対する臨床指針」では、治療はさまざまなアプローチ－保護者・子どもへの心理教育、教育関係者・家庭医との連携、認知行動療法（CBT）、力動的精神療法、家族療法、薬物療法－を組み合わせる行うことが推奨されている。なかでも、認知行動療法（CBT）に多くのページがさかれていた。不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの治療では、①親、子どもへの不安障害についての心理教育、②子どもへの認知行動療法的アプローチを中心とした支援、③子どもだけでなく子どもをめぐる学校や教育相談機関などといった関係諸機関との連携、④同年代集団との再会の機会を提供することが必要であり、「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」、「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety : The Coping Cat Program」といった CBT の技法を導入することは有用と考えられる。

2 年度からは、「The Coping Cat Program」を翻訳し、国府台病院児童精神科を初診し不安障害と診断された不登校・ひきこもりの子どもに対して治療介入を行う。さらに国府台病院児童精神科を初診し不安障害と診断された不登校・ひきこもりの子どもの前向き予後追跡調査を開始する。

F. 研究発表

なし

文献

1) 齊藤万比古（研究代表者）：厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に

関する研究（H19-こころ-一般-010）」平成
19-21 年度総合研究報告書.2010.

http://www.ncgmkohndai.go.jp/pdf/jidouseishin/22ncgm_hikikomori.pdf

2) Connolly SD, Bernstein GA; Work Group
on Quality Issues. : Practice parameter for
the assessment and treatment of children
and adolescents with anxiety disorders. J
Am Acad Child Adolesc Psychiatry 46 :
267-283, 2007

3) Kearney CA, et al : Manualized
Treatment for Anxiety-Based School Refusal
Behavior in Youth . Handbook of
Evidence-Based Treatment Manuals for
Children and Adolescents (Lecroy CW).
Oxford University Press, New York, 286-313,
2008

4) Beidas RS, et al : Cognitive-Behavioral
Treatment for Child and Adolescent
Anxiety : The Coping Cat Program .
Handbook of Evidence-Based Treatment
Manuals for Children and Adolescents .
(Lecroy CW). Oxford University Press,
New York, 405-430, 2008

5) 渡部京太：子どもの状態像を把握する評価
尺度. 脳とこころのプライマリケア 4 子どもの
発達と行動（編集 飯田順三）シナジー，東
京，70-80，2010

6) 生地新：不安障害・抑うつと心理療法. 子
どもの心の診療シリーズ4 子どもの不安障
害と抑うつ（総編集 齊藤万比古、責任編集
松本英夫、傳田健三）. 中山書店，東京，268-279，
2010

7) 石川信一：子どもの不安・こわがりへの適
応と留意点. 児童心理 924 : 22-27, 2010

8) 齊藤万比古：不登校. 子どもの心の診療シ
リーズ4 子どもの不安障害と抑うつ（総編集
齊藤万比古、責任編集 松本英夫、傳田健三）.
中山書店，東京，246-257，2010

表1 児童・思春期の不安障害のスクリーニングや診断に用いられる評価尺度と半構造化面接

1) 評価尺度（質問紙調査）

①子どもの行動チェックリスト（Child Behavior Checklist：CBCL）

 Youth Self Report（YSR）：子ども本人が回答する自己評価式質問表

 Teacher's Report Form（TRF）：教師が回答する質問表

②不安の評価尺度

 SCAS（Spence Children's Anxiety Scale：スペンス児童用不安尺度）

③抑うつ状態の評価尺度

 DSRS-C（Depression Self Rating Scale for Children）

④ADHD、ODD、PDD の評価尺度

 ADHD-RS（ADHD Rating Scale-IV）

 反抗挑戦性評価尺度（Oppositional Defiant Behavior Inventory：ODBI）

 TABS（Tokyo Autistic Behavior Scale）

2) 半構造化面接

①K-SADS（Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia）

 回避障害、全般性不安障害、過剰不安障害、分離不安障害、強迫性障害、
 単一恐怖、社会恐怖、広場恐怖、パニック障害、心的外傷後ストレス障害

②M.I.N.I. KID

 パニック障害、広場恐怖、分離不安障害、社会恐怖（社交不安障害）、
 特定の恐怖症、強迫性障害、心的外傷後ストレス障害

素行障害をはじめとする外在化障害の診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 榊屋二郎¹⁾

研究協力者 奥村雄介²⁾ 吉永千恵子³⁾ 富田拓⁴⁾ 飯森真喜雄⁵⁾ 丸田敏雅⁵⁾ 松本ちひろ⁵⁾ 宮川香織⁵⁾

1) 神奈川医療少年院 2) 府中刑務所 3) 東京少年鑑別所

4) 国立きぬ川学院 5) 東京医科大学

研究要旨：子どもの外在化障害の診断・治療の標準化を行うために外在化障害の障害概念・診断基準改定の世界的動向とわが国における支援の標準化の試みについて文献等にて調査した。WHOのICD、アメリカ精神医学会のDSM、共に近年中の改定が予定され、標準化にあたって影響を与えるような障害概念や診断基準の変更も考えられる状況であった。今後、診断・治療などの支援の標準化を検討する際に、引き続き障害概念や診断基準の世界的動向を注視する必要があると示唆された。

平成16～18年度にかけて行われた厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」ではCDの診断・治療に関するガイドライン案が呈示され、地域連携システムの構築を提言している。当該研究が行われた当時と現在の、CD等の外在化障害を取り巻く状況・環境は大きく変化していないと考えられ、当該研究の発展・活用を検討する必要があると考えられた。

A. 研究目的

子どもの反抗挑戦性障害（Oppositional defiant disorder：以下、ODD）や素行障害（conduct disorder：以下、CD）に対する医療的支援に関する諸外国での現状とわが国の状況との比較検討から開始し、標準的支援の基本的な構造をまとめ、その内容を提言する。

疾病および障害の支援の標準化を行うためには、まずはその疾病および障害の診断が標準化されていなければならない。現在、世界保健機関（World Health Organization：以下、WHO）が作成したICD（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems）と米国精神医学会の作成したDSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）が精神障害の診断基準として世界的に使用されている。ICDはICD-10、DSMはDSM-IV-TRまで数年～十数年の間隔で

順次改定されてきているが、CDやODD等の外在化障害は診断基準改定の度に診断基準および障害概念の修正が行われ、特にCDに関しては修正の幅が大きい。修正の幅が大きい場合、以前のエビデンスや統計データを直接的に参考することが難しくなるため注意を要するが、WHOおよびアメリカ精神医学会は共にここ数年の内にICD、DSMを改定することを明言している。このため本研究を将来の外在化障害支援に資するものとするためには、ICD、DSMの改定の動向を探り、その方向性に合致した障害概念の下で標準化を行っていく必要がある。このため、本年度の研究ではWHOおよびアメリカ精神医学会からの情報とこれまでの外在化障害概念の文献の精査を行い、今後の外在化障害の方向性を検討した。

B. 研究方法

WHOおよびアメリカ精神医学会が発表しているプレスリリース、草稿、文献のレビューならびに外在化障害の障害概念・支援についての文献のレビューを行った。

C. 研究結果および考察

アメリカ精神医学会は2012年～2013年に現在のDSM-IVTRをDSM-5に改定することを目指している。WHOはそれに引き続き、2014年に現在のICD-10をICD-11に改定することを目指している。アメリカ精神医学会は2010年2月9日からDSM-5の草案をウェブ上にて発表開始した。その後、2010年4月までパブリックコメントを募集し、2011年3月現在は草稿をベースとしたフィールドトライアルを施行していく予定となっている。

1) DSM改定の動向

DSM-5草案によれば、DSM-IVTRからDSM-5への変更点は、①診断基準全体に関わる変更点、②各精神障害に関わる変更点に大別できる。以下にて外在化障害に関わると思われる変更点を挙げる。

①診断基準全体に関わる変更点

今回のDSM改訂草案では従来採用されていた多軸診断が廃止され、ディメンショナル評価が採用された。多軸診断が廃止された背景にはICDとの調和を図る目的と従来の多軸診断においてパーソナリティ障害を他の精神障害と別軸で取り扱ったことへの批判への対応とされている。ディメンショナル評価においては・抑うつ傾向・不安・自殺リスク・睡眠の質・物質使用などの項目が患者の診断名に関わらず、これらの項目の有無や重症度を判定される。これらを判定することで診断名だけでなく臨床像や重症度、リスクも明らかにすることができ、より支援に役立つことが予想される。このディメンショナル評価は児童および青年期の患者にも適用されるため、CDやODD等の外在化障害の診断・支援にも影響を及ぼすことが予想される。

②各精神障害に関わる変更点

●パーソナリティ障害

人は誰でもそれぞれのパーソナリティ特徴を持っており、パーソナリティ障害とはそれらの特徴が病的な水準となり機能不全・適応不全を起こすことであるとDSMでは定義されているが、今回のDSM-5草案ではその考えに沿った診断基準改定がなされているようである。診断基準においては、パーソナリティ障害の有無に関わらず、まずパーソナリティ機能の不全度を自己と対人関係の両面から判定し、パーソナリティ障害の有無を調べる。その上でパーソナリティ特徴を6つの領域(否定的感情、内向性、敵意、脱抑制、強迫性、統合失調性)に分類し、その各領域に設定された下位項目(計34項目)について、どの下位項目が当てはまるか判定した上で、その当てはまる下位項目の特徴からパーソナリティ障害の種類を分類していく。パーソナリティ障害の分類については、従前存在した妄想性、統合失調質、演技性、自己愛性、依存性の各パーソナリティ障害は廃止され、反社会性、境界性、強迫性、回避性、統合失調型の5つのパーソナリティ障害が残存する形となっている。この内、外在化障害として関連性の深い反社会性パーソナリティ障害にはパーソナリティ特徴の下位項目として、冷酷さ・攻撃性・操作性・敵対心・不正直・自己愛性・無責任・無謀・衝動性の9項目が挙げられている。この項目から類推するに本改定では反社会性パーソナリティ障害については大きな障害概念の変更は無く、従前通りサイコパスをも内包する障害が想定される。

●素行障害

下位分類、重症度分類などの変更点はない。しかし、callous(冷淡さ)やunemotional(非感情的)という項目を診断基準に入れる提案が行われた。これは素行障害がより反社会性パーソナリティ障害やそれに内包されるサイコパスに近い障害概念に変更されることを意味しており、この提案が採用されると素行障害診断への影響はかなり大きくなるものと予想さ

れる。当然、障害および障害を持つ者へのステイグマは増大すると考えられ、現状以上に本診断を下すことへの回避が増大する可能性が有る。そのことも含めて、これらの項目を加えることの臨床上の有用性には疑問が多いとの指摘もある。

●反抗挑戦性障害

今回のDSM-5草案では現在の障害概念・診断基準から大きな変更は無いようである。

●注意欠如多動性障害

診断の上で従前は求められていた広汎性発達障害の除外規定が今回のDSM-5草案では廃止されている。このため、注意欠如多動性障害と広汎性発達障害の並存診断が可能となった。このことは注意欠如多動性障害と広汎性発達障害の類縁性・近似性を否定していく動きとも捉えられ、今後の発達障害概念への影響も考えられる。

●「Temper dysregulation disorder with dysphonia」の新設

DSM-IVTRまでには存在していなかった疾患であり本田は「不快気分を伴う機嫌調節不全障害」と訳している。本疾患は、従前、児童思春期臨床にて双極性障害やODD等にて誤診が多いとの指摘を受けて新設を提案された疾患で、特有のいらいら感や爆発的なかんしゃくを示す一群をそれまでの双極性障害やODDから分離抽出した疾患概念である。本疾患が採用されるとODD診断への影響が出てくる可能性があり、また本疾患を外在化障害の一種と捉えるかどうかという議論も必要になると思われる。

2) ICD改定の動向

ICDについてはDSMのように草案を発表するまでに至っていない。現在、WHOと米国精神医学会が互いの診断基準改定案のharmonizationを行っており、両案が並立しても大きな混乱が起きることの無いように調整が図られている。ICD改定において外在化障害に絞って注目点を挙げるとすると以下の点が挙げられる。

①現在、「心理的発達の障害」でなく「小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」に分類されている多動性障害が、改定においてどこに分類されるのかという点・・・多動性障害の扱いがより発達障害としてグループ化されるか、外在化障害としての面を強調されるかという方向性の違いに影響してくる。

②CDの下位分類が変更されるかという点・・・現在採用されているDSM-IVTRとICD-10において、CDの全体的な障害概念は大きな差異は無いと考えられるものの、下位分類は全く異なっており、このことは診断・支援の標準化には障害となってきた。円滑な標準化を成し遂げるために、この点でのharmonizationが強く望まれる。

③現在、CDの下位分類に位置づけられているODDがどのように分類されるかという点・・・DSM-IVTRおよびDSM-5草案においてはCDとODDは別の障害として分類されているが、現在のICD-10においてはODDはCDの下位分類に位置づけられている。この点について齊藤は「際立った両価的親子関係を背景にした親への激しい抵抗や、家族外ではあるが情緒的要因が強く混じる担任教師などへの甘えと怒りの混合した両価性の際立つ反抗をとらえて概念化されたODDを、より反社会性の印象が強いCDに含めることの是非については、まだまだ議論すべき点が残っているように感じられる」と指摘している。このODDの取り扱いの違いも、②と同じく診断・支援の標準化には障害となってきた。円滑な標準化を成し遂げるために、この点でもharmonizationが強く望まれる。

3) わが国におけるCD支援の標準化の試み

わが国では平成16年度から平成18年度にかけて齊藤万比古を主任研究者として厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」が行われている。その中ではCDの障害概念としてDSM-IVTRを採用し、CDの診断・治療に

関するガイドライン案が呈示されている(図1～図3)。そして医療機関や矯正施設を含めた地域連携システムの構築を提言している。

この研究が行われた平成16～18年当時と現在の、CDをはじめとする外在化障害を取り巻く状況・環境を考えると残念ながら大きな変化は起こっていないと考えられる。公的なガイドラインの採択は無く、地域によって連携システムの構築を開始している所もあるものの法的・予算的な措置が全国的に行われたわけでないため、恒久的な地域連携システムの構築には至っていない。

D. 結論

子どもの外在化障害の診断・治療の標準化を行うために外在化障害の障害概念・診断基準改定の世界的動向を文献等にて調査した。WHOのICD、アメリカ精神医学会のDSM、共にここ数年の内に改定が予定され、標準化にあたって影響を与えるような障害概念や診断基準の変更も考えられる状況であった。特に草案の呈示されているDSMにおいてはCDの診断基準への新項目追加や新たな疾患の導入が示されており、外在化障害臨床や標準化への影響が予想された。そのため本研究で診断・治療などの支援の標準化を今後検討する際には、引き続き障害概念や診断基準の世界的動向を注視しながら行っていく必要があると考えられた。

わが国で平成16～18年度にかけて行われた齊藤万比古を主任研究者とする厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」ではCDの障害概念としてDSM-IVTRを採用し、CDの診断・治療に関するガイドライン案が呈示されており、医療機関や矯正施設を含めた地域連携システムの構築を提言している。しかし、当該研究が行われた当時と現在の、CDをはじめとする外在化障害を取り巻く状況・環境は大きく変化していないと考えられ、今後、当該研究を発展・活用させる方策を検討していく必要がある。

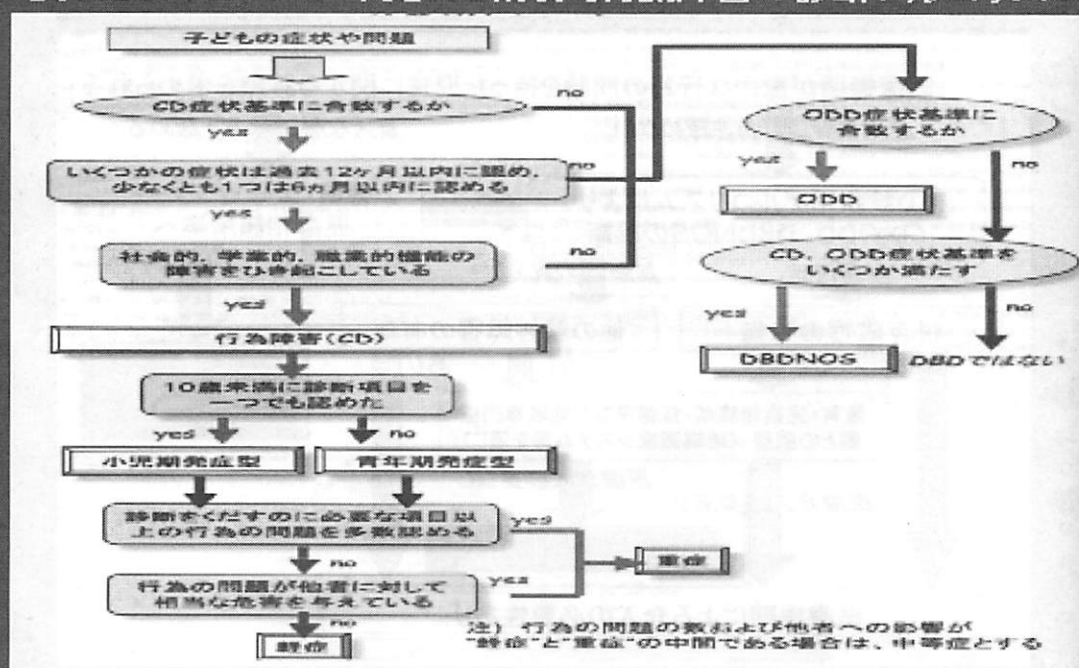
今後はわが国の医療機関や矯正施設において

子どもの外在化障害がどのように支援されているかをアンケート等にて調査していく予定である。

参考文献

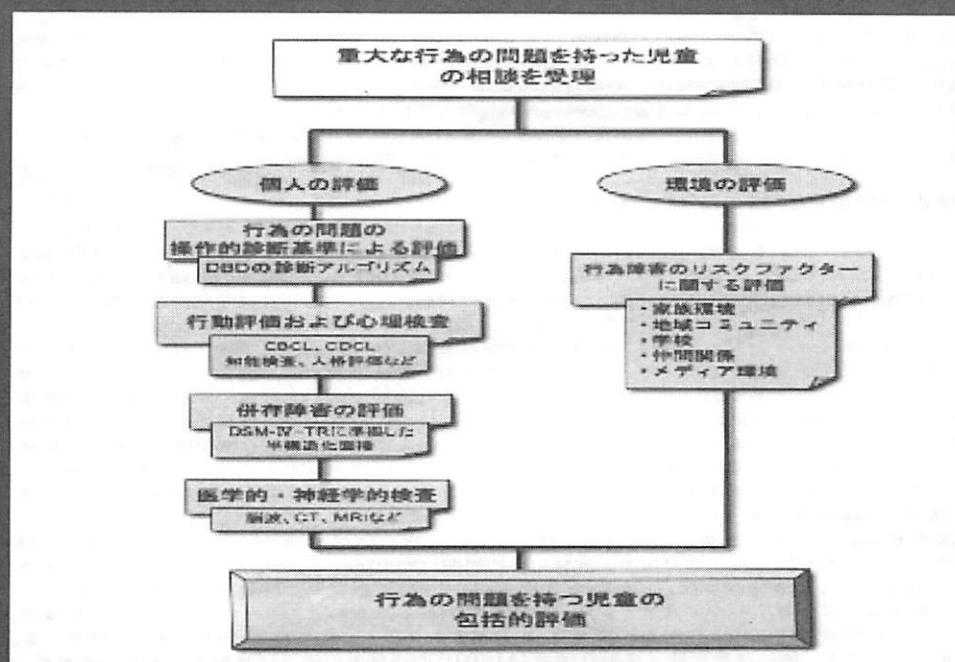
- 1) DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis [http://www.dsm5.org (cited on March 16, 2010)]
- 2) American Psychiatric and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text revision.: American Psychiatric Association; 2000
- 3) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and behavioural Disorders.: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, 1992
- 4) 齊藤万比古(研究代表者): 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」平成16-18年度総合研究報告書. 2007.
- 5) 齊藤万比古: 行為障害概念の歴史的展望と精神療法. 精神療法 34: 265-274, 2008
- 6) 本田秀夫: DSM-5ドラフトにおける乳幼児期・小児期・青年期の精神障害. 精神科治療学 25: 1051-1058, 2010
- 7) 松本ちひろ, 丸田敏雅, 飯森眞喜雄: DSM-5の動向. 精神医学 52: 634-645, 2010
- 8) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄: ICD-11「精神および行動の障害」作成の動向. 精神科診断学 2: 3-27, 2009

表1:DSM-IV-TRに準拠した破壊的行動障害の診断アルゴリズム



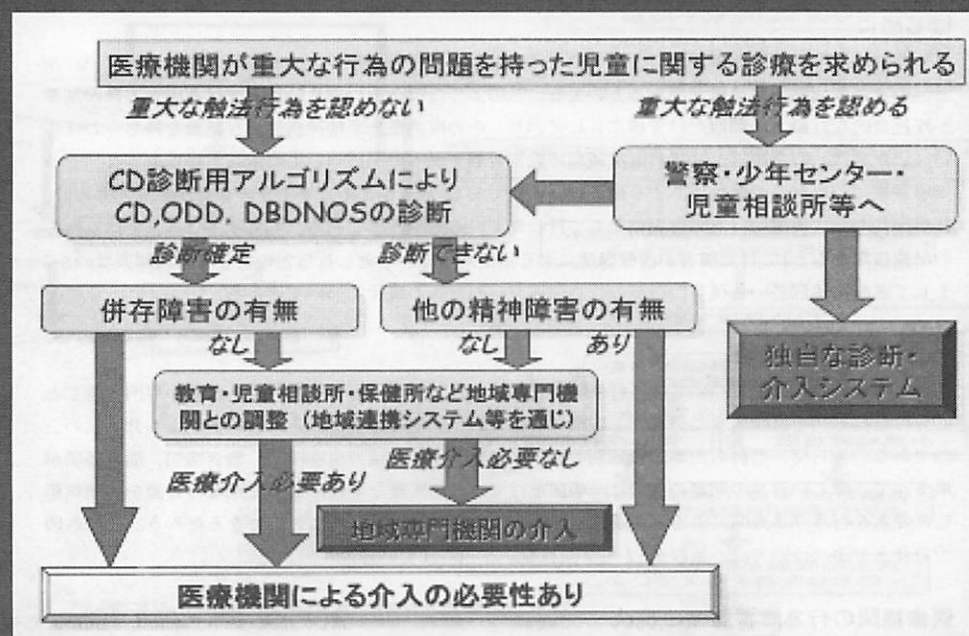
平成16～18年度厚生労働科学研究 児童思春期精神医療・保健・福祉の
介入対象としての行為障害の診断及び治療 援助に関する研究

表2:行為障害の包括的評価



平成16～18年度厚生労働科学研究 児童思春期精神医療・保健・福祉の
介入対象としての行為障害の診断及び治療 援助に関する研究

表3: CDの医療介入の必要性を判別するためのフローチャート



平成16～18年度厚生労働科学研究 児童思春期精神医療・保健・福祉の
介入対象としての行為障害の診断及び治療 援助に関する研究

研究課題

児童青年精神科医療におけるエビデンスに基づく医療（EBM）のあり方に関する研究

研究分担者 岡田 俊 京都大学大学院医学研究科精神医学分野 講師

研究要旨：

身体領域、精神領域において、エビデンスに基づく医療（EBM）は急速に普及しているが、こと児童青年精神科医療においてはその普及が遅れているものと思われる。その背景には、本領域におけるエビデンスの不足や児童青年期患者の特性など、複数の要因が関与していることが示唆される。本年度は、EBM の意義とその阻害要因について検討を加え、児童青年精神科医療の EBM の阻害要因として検討を要する事項を明らかにした。その結果、診断の標準化、ならびに、児童青年精神科医療における阻害要因の実態調査の必要性が示唆された。

研究協力者：

小野美樹、宮城崇史（以上、京都大学医学部附属病院精神科神経科 医員）、義村さや香、木村記子、川岸久也、（以上、京都大学大学院医学研究科精神医学分野 大学院生）、中東功一（以上、京都大学大学院医学研究科精神医学分野 研修員）、上床輝久（京都大学保健管理センター助教）、ガヴィニオ重利子（京都文教大学臨床心理学部、非常勤講師）

わけ日本では児童青年医療のエビデンスが極端に不足していること、その背景には発達過程にある児童・青年が多様性に富みエビデンスを適用しにくく、エビデンスが蓄積されにくいことに加え、薬剤の臨床試験などに際しては児童青年期に対して臨床試験を行うインセンティブがなかったこと、そもそも児童精神科医の人数が少なく研究者人口が少ないことなど、診療に際しての医師の慣習など、多様な要因が関与していると思われる。

A. 研究目的

身体医療を中心に、医療者の経験的な判断を排し、エビデンスに基づく治療(EBM)を実践することが推奨されるようになった、この動きは精神科医療にも波及し、EBM の登場は日本の精神科医療を大きく変えつつある。しかしながら、こと児童青年精神科医療に関しては、EBM の普及が遅れている感が否めない。この背景には、成人精神医療に比べ、児童青年精神科医療に関しての方が総じてエビデンスが少ないこと、とり

本分担研究の目的は、児童青年科精神医療において EBM の普及状況と阻害要因を明らかにするとともに、それを促進するためには、どのような取り組みが必要であるか、児童青年期精神医学に特有の EBM のあり方があるとすればそれはどのようなものか、EBM に基づく教育の可能性も含めて実証的に検討を加えることである。初年度である本年は、探索的に問題点を整理し、今後、検討を要する事柄を明確にすることを目的とする。

B. 研究方法

EBM そのものの定義とその実態、児童青年精神科医療に固有の問題について、その実情を記述的に検討し、次年度の研究の方向性を示した。

C. 研究結果

1) エビデンスに基づく医療（EBM）の定義

従来の医療は、医学的知識と経験をもとに医師が患者の評価を行い、その見立てにもとづいて医療的判断と実践を行うものと考えられてきた。しかしながら、個々の医師の経験に基づく医療的判断の危うさが指摘されたこと、そのために治療とその効果に対する科学的証拠が求められ、診断と治療法に関する標準化と治療効果に関する実証的根拠が求められるようになったこと、さらには、医師が経験と良心に従って患者の治療法を決定するのではなく、客観的な情報を提示し患者が意思決定を行うという、医療的判断への患者自身の自己決定が求められたことが関連している。

EBM を成立させるためには、以下のことが前提となる。

（1）すべての研究者と臨床医が診断を共有できること

WHO の ICD-10 や米国精神医学会の DSM-IV といった操作的診断基準は、精神疾患の診断に仮説を排し、観察可能な客観的症状から診断を行うことを可能にしている。これらの基準は、必ずしもすべての臨床医、研究者に受け入れられているわけではなく、常に変化していくものである。ひとつの疾患が消滅することあれば、ひとつの疾患が複数に分割されたり、あるいは融合したり、その領域が拡大または縮小す

ることがあり得る。ただし、これらを導入することで、少なくとも同一の診断基準を用いる限り、同じ疾患に関するエビデンスを扱っていることが以前より保証されやすくなった。

（2）介入をすべての研究者と臨床医が再現できること

その臨床医しか行えない治療は、エビデンスになじまない。一定の手順に従えば、熟練の程度はあるにせよ、同等の治療効果が期待できるものでなければならない。

（3）介入の効果が妥当性のある尺度で示されること

アウトカムの評価を何で見るかによって治療効果の判断は異なってくる。加えて、アウトカムの指標が十分に妥当性のある尺度で評価されなければならない。

（4）統制された対照群が設定され、介入群との間に効果の統計学的に有意な差を認めること

介入以外の諸条件を一致させた対象群と介入群の間に統計学的な有意差を認めなければならない

（5）実臨床においてエビデンスの妥当性を検証できること

エビデンスがあったとしても、臨床応用の可能な介入でなければ、そのエビデンスに基づく治療は成立しない。また、臨床からのフィードバックがあって、初めて EBM は補完される。

2) EBM におけるエビデンスの扱い

エビデンスは、あるかないかではなく、その強弱で示される。例えば、日々の臨床経験や同僚の意見もエビデンスであるが、それは弱いエビデンスである。症例報告や非盲検試験も強いエビデンスとはいえず、

対象群を設定した二重盲検試験でエビデンスは強まり、複数の二重盲検を併合解析したメタ解析によって、最も強固なエビデンスが提供される。

これらのエビデンスは、PubMed や医学中央雑誌などのデータベースで検索される。PubMed は、アメリカ国立医学図書館の国立生物工学情報センター(NCBI)が運営する医学・生物学分野の学術文献検索サービスであり、無料で抄録を検索することが出来る。しかし、論文の本文にアクセスするためには、フリーアクセスの雑誌を除いては有料である。米国の情報データベースであるため、英文を中心にした雑誌の登録がほとんどである。医学中央雑誌は、医学中央雑誌刊行会が運営する有料の検索サイトである。日本国内の論文しか扱っていない。

臨床上の判断で迷い、エビデンスにアクセスする場合には、PubMed にキーワードを入力することになるだろう。そうすることで、自分と同様の疑問を持つ人がどの程度いて、そのことについてどの程度のエビデンスが提供されているのかをすることが出来る。同様のテーマについて扱った総説論文（展望）を見つけることが出来るかもしれない。これは

英国の National Health Service の事業として始まったコクラン共同計画によるもので、世界中のランダム化比較試験を中心に、臨床試験を集めてデータベース化し、更に系統的なレビューを作成している。

3) EBM の阻害要因

（1）診断の妥当性が十分に保証されていない

操作的診断基準は、従来に比べて客観的な診断を提供するものの、いくつかの不確

定要素がある。例えば、注意欠如・多動性障害では、7歳以前からの症状を診断の必須要件としているが、成人期の症例では幼少期のエピソードを確認できないこともある。また、発達水準に不相応な不注意、多動性・衝動性を診断の要件としているが、不相応かどうかは診断する者により相違が生じうる。また、広汎性発達障害との併存を認めず、両者の症状がある場合には広汎性発達障害の診断を優先することとなっているが、この点は批判が多い。注意欠如・多動性障害については、DSM-Vにおいて、広汎性発達障害の併存を認める、下位分類の見直す、ことが議論されている。もし、このように診断基準が変われば、過去のエビデンスから導かれたのとは異なる結論が導かれることも考えられる。

（2）エビデンスに基づいて判断できる状況はごくわずか

エビデンスは、統制された状況で、尺度で評価可能な側面のみ取り上げられることが多い。実臨床における判断はもっと複雑であり、エビデンスを参照しながらも個別的な要因について検討しなければならない。このことが臨床医のエビデンスの軽視につながっている。

（3）エビデンスの偏在

PubMed で検索すると、児童青年精神医学領域では、発達障害や気分障害に関するエビデンスが最も多く提供されている。このことは、介入のアウトカムに対して、比較対象試験を行いやすい薬物療法や認知行動療法などに対するエビデンスが多く報告されていることを意味する。しかし、このことは精神療法などのエビデンスに乗りにくい治療法が無効であることを意味しない。

アウトカムについて十分に検討されていないということにすぎない。

（４）バイアスの存在

大規模研究は、多額の資金、人員、医学的知識を要するため、国家や企業がスポンサーとなって実施されることが多い。しかし、民間企業がスポンサーとなった場合、用量の設定などにおいて、自社製品に有利な結果が出ることを期待して条件設定するために、複数の研究結果が相異なる事態が生じうる。これをスポンサー・バイアスと呼ぶ。また、有意差が出た結果は報告されるものの、有意差の得られなかったネガティブデータは報告されないことが多い。これをパブリケーション・バイアスという。

（５）エビデンスへのアクセスの偏在

先述したように、PubMed は無料で提供されているものの、オンラインジャーナルは有料、かつ、高額である。オンラインジャーナルは、医科系大学では大学単位で購読申し込みをしており、大学に所属する医師は自由にアクセスできる。民間の病院では、医中誌は申し込んでいても海外誌は数誌を購読するのが精いっぱいである。EBM は、臨床に直結したものであるはずであるが、大学病院での臨床に親和性が高く、また、治療エビデンスに関する展望論文の多くも大学に勤務する医師により発信されるという状況が生じている。

（６）治療ガイドラインは EBM と同一ではない

今日では、臨床に役立つように様々な治療ガイドラインが提供されている。治療ガイドラインは、エビデンスをもとにしていて、エビデンスによらない部分はエキスパートによる協議によって埋め合わされて

いる。したがって、エキスパートの経験・信念・政治力動の影響を受けやすい。

４）EBM のあり方を巡って検討を要する課題

（１）診断の標準化は、どうすれば可能なのか？

先述したように、操作的な診断基準を用いただけでは、診断の妥当性は担保されない。臨床現場で行われているカンファレンスにおいて協議することは、診断の標準化においてどのような意味をもつか、新人教育においてどのような教育可能性をもつか、検討を要する。

（２）治療ガイドラインはエビデンスにどこまで裏付けられているか？

ひとつの疾患について、様々な国や学術団体からガイドラインが提出されているが、その結果は必ずしも一致していない。既に提出された治療ガイドラインについて、エビデンスによってどこまで裏付けられているか、検討を要する。

（３）エビデンス/ガイドラインは実臨床に役立つか？

エビデンス/ガイドラインに基づいたガイドライン群と、通常通りに臨床を行いガイドラインに基づかない非ガイドライン群の治療効果を比較し、EBM が臨床に寄与するか否かを検討する必要がある。

（４）日本の児童青年精神科医療における EBM の阻害要因

エビデンスが日本の児童青年精神科医療の実践に十分に役立てられていないのであれば、それはなぜか、児童青年精神科医療では多面的な理解が求められ、EBM になじまないのか、エビデンスが少ないからなのか、エビデンスが提供されていない、ある

いは、アクセスする習慣がないからなのか、検討を要する。

D. 考察

以上をもとに、来年度の研究課題の標的化を行った。

上記の検討結果を踏まえ、来年度に向けて2つの課題を設定した。ひとつは、診断の標準化はどうすれば可能か、に関するものであり、以下に研究プランを詳述する。もう一つは、日本の児童青年精神科医療における EBM の阻害要因に関するものであり、アンケート用紙を作成し、日本児童青年精神医学会の医師会員を対象にアンケート調査を予定している。

研究プラン：発達障害の診断の妥当性と協議の効果を検証する

〔背景〕

近年では、発達障害の有病率が上昇していることが指摘されている。その背景には、発達障害概念が普及したこと、社会構造が複雑化し不適応事例が増加したことがあげられる。このようななか、発達障害に対する社会的関心は高まっているが、一方では診断に対する疑問が呈されることもしばしばである。

発達障害は、下位診断の境界が明確でなく、スペクトラム（連続体）を形成することが指摘されている。また、近年では dimensional な理解が進み、発達障害か、発達障害でないかの境界も不確かになりつつある。

このような発達障害を診療する専門医は数少なく、他の専門医と臨床経験を共有する機会が不足しており、医師間で、どう診断閾値が異なるのか、あるいは同じなのか？ 協議を経験することで、診断閾値に歩

み寄りが見られるのか定かではない。

〔方法〕

本研究の目的と方法を説明し、参加に同意の得られた親子（6～8 歳）に対し、インタビュー面接を行い録画する。知的障害がなく、広汎性発達障害または注意欠如・多動性障害と診断された場合、そのビデオを以下で使用（3 症例ビデオを準備）。

医師は、専門医としての経験年数により各群に振り分けられる。同一施設の医師は、同一グループとならないようにする。各グループは3名＋レジデント医師2名。

各グループは、患者ビデオの評価を3回実施する。面接評価後、検査結果提示後に診断を行い、その後診断を協議することを繰り返す。

なお、実施に際しては施設における倫理委員会の承認を得る。

〔解析〕

同一の面接内容に基づく診断の揺らぎにより、診断基準閾値の専門医間の相違を調べる。3 症例の難易度がおおむね一致しているとみなされた場合には、各グループにおいて1回目、2回目、3回目の一致率を比較し、協議のもたらす効果を見る。さらに、レジデントの一致率を1回目、2回目、3回目で比較し、教育効果を調べる。

〔限界点〕

ビデオでは、表情やすべての活動を記録するのは困難であると思われること、面接する医師の面接内容をどうするか、被験者へのフィードバック方法、各症例の難易度の統制、協議の質をどのように評価するか、が問題点としてあげられ、今後の検討を要する。

E. 結論

日本の児童青年期精神科医療における EBM の普及を目指すため、その実態と阻害要因を検討した。その結果、我が国で早急に解決すべき問題として診断の標準化、阻害要因の実態調査の必要性が明らかになり、次年度にこの点を明らかにすることとなった。

F. 研究成果

1. 論文発表

Sato, W., Uono, S., Okada, T., Toichi, M. Impairment of unconscious, but not conscious, gaze-triggered attention orienting in Asperger's disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4; 782-786, 2010

木村記子, 岡田俊 ADHD とてんかんの併存例における診断と治療 児童青年精神医学とその近接領域 児童青年精神医学とその近接領域 51(2); 148-163, 2010

岡田俊 自閉症スペクトラムにおける対人関係障害とその生物学的基盤 精神科治療学, 25(12): 1591-1595, 2010

岡田俊 広汎性発達障害とパーソナリティ障害—その病理と治療— 精神科 17(5), 480-484, 2010

岡田俊 若年周期精神病の臨床像と神経生物学的病態 日本生物学的精神医学会誌 21(3), 199-204, 2010.

岡田俊 身体治療場面における広汎性発達障害のある患者への対応 心身医学 50(9), 863-868, 2010

岡田俊 ADHD の神経生物学：最新の知見 精神科治療学 25(6): 735-740, 2010

岡田俊 成人期 AD/HD の診断と治療. 児童青年精神医学とその近接領域. 51(2): 77-85, 2010

木村記子, 岡田俊 児童期における摂食障害 精神医学, 52(5): 467-476, 2010

岡田俊 ADHD 治療ガイドラインにおける atomoxetine の位置づけ 脳 21, 13(2); 80-88, 2010

岡田俊 広汎性発達障害に対する薬物療法 発達障害医学の進歩 22:21-28, 2010

岡田俊 児童青年期双極性障害に併存する注意欠陥/多動性障害に対する中枢神経刺激薬の使用. 臨床精神薬理 13: 927-932, 2010

岡田俊 ADHD におけるドパミン神経活動の異常と神経精神薬理学 現代のエスプリ 513: 117-123, 2010

2. 学会発表

Okada T, Toichi M. A long-term open trial of aripiprazole in children and adolescents with Tourette's disorder 19th International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2010 (June), Beijing, China

Yohimura S, Okada T. The treatment of Tourette's disorder in Japan: a large-scale survey of physicians. 19th International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2010 (June), Beijing, China

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

大学医学部における専門的医師等の養成システムに関する研究

分担研究者 西村良二¹⁾

研究協力者 青木省三²⁾ 上別府圭子³⁾ 清田晃生⁴⁾ 傳田健三⁵⁾ 原田 謙⁶⁾ 本城秀次⁷⁾

松本英夫⁸⁾ 森岡由起子⁹⁾ 吉田敬子¹⁰⁾

1) 福岡大学医学部精神医学教室 2) 川崎医科大学精神科学教室 3) 東京大学大学院医学研究科健康科学看護学専攻予防看護学講座家族看護学 4) 大分大学医学部小児科こどもメンタルクリニック 5) 北海道大学大学院保健学科研究院 6) 信州大学医学部精神科 7) 名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター児童精神医学分野 8) 東海大学医学部精神科学教室 9) 大正大学人間学部臨床心理学科 10) 九州大学病院子どものこころの診療部

研究要旨

児童精神科医療の充実のためには卒前、卒後の教育、臨床、研究、地域貢献が求められる大学病院精神科の役割は大きい。今回、今後の大学病院における中・長期的な児童精神医学の充実に向けての予備的なアンケート調査を行った。全国の医学部・医科大学80校の精神科に質問票を郵送し、48校から回答を得た（回収率60.0%）。子どものこころの診療部、ないしは子どものこころの診療科を設置した大学病院は10病院（20.8%）、子どもの専門外来は19病院（39.6%）、一般外来で子どものこころの診療を行っているのは19病院（39.6%）であった。子どものこころの診療部、診療科では、主に医師と心理士が診療に携わり、他のコメディカル・スタッフは少なかった。近い将来、子どものこころの診療部、診療科の設置の計画が6病院にあり、子どもの診療を広く受け入れようとする志向性がうかがわれた。子どものこころの診療部、診療科の設置を阻む要因について検討し、設置の実現への工程を明確にすることが急務と思われた。

A. 研究目的

医療の内外から子どもを診療できる精神科医を求める声は高まっており、子どものこころの診療に携わる医師は、子どもの心身の発達への支援、情緒と行動の問題や精神障害への治療的なかわりが求められている。多様な子どものこころの問題に適切に対処できる医師等の養成は重要であることは言うまでもないが、卒前教育や初期研修、精神科研修において児童精神医学の講義時間は少なく、臨床実習の場が乏しいことが支障となっている。

どの地域にも精神科医療を必要としている子

どもたちが多数いる。こうしたなか、児童精神科医療の充実のためには卒前卒後の教育、臨床、研究、地域貢献が求められている大学病院精神科の役割は大きい。そこで、大学病院における精神科の現状を再認識し、今後の中・長期的な児童精神医学の充実に向けての予備的調査を実施した。

B. 研究方法

全国の医学部・医科大学80校の精神科に質問用紙を郵送し、アンケート方式と自由記載による方法で回答を求め、実態とともに、子どものこころの診療部、ないしは子どものこころの診療科の設立の将来計画の有無などを調査した。アンケー

ト調査の回答は48校から得られた(回収率60.0%)

C. 研究結果

1) 子どものこころの診療部、ないしは子どものこころの診療科(以下、子どものこころの診療部、診療科と略する)を設置した大学病院は10病院(20.8%)、週1日ないし2日の専門外来を行っている大学病院は19病院(39.6%)、一般外来で子どものこころの診療を行っているのは19病院(39.6%)であった。

2) 子どものこころの入院治療を行っているのは38病院(79.2%)で、行っていないのが10病院(20.8%)であった。入院は精神科病棟を適宜使用する大学病院が34病院で、子どものこころの診療部、診療科を有する2大学病院のみ精神科に専用ベッドを確保していた。また、小児科病棟を適宜使用する大学病院が2病院であった。

3) 平成21年度の20歳未満の診療体制別新患者数は、子どものこころの診療部、子どものこころの診療科では平均255名であった。専門外来では平均182名、一般外来では平均75名であった。

4) 子どものこころの診療部、診療科に携わるスタッフ構成については、10病院中、9病院から回答を得た。表1に示している。精神科医は1~10名で構成され、1病院あたり平均3.7名であった。うち専属の精神科医を配置しているのは6病院であり、平均1.8名が置かれていた。小児科医は6病院において、1~2名が配置されていた。専属の小児科医は3病院において配置され、各々1名ずつであった。

看護師は専属としては3病院において、各々1名ずつ配置されていた。心理士は8病院において平均4.8名が配置されていた。うち専属としては4病院において平均2.0名が置かれていた。保育士は1病院で1名のみが専属で配置されていた。作業療法士は配置されていなかった。ソーシャルワーカーは3病院で配置されていたが、うち専属は1病院のみで、1名の配置であった。専

属の事務職員として、1病院において1名が配置されていた。

一方、専門外来のスタッフ配置は、表2に示すように10病院から回答を得たが、精神科医は1~4名(平均2.6名)であった。小児科医は3病院において配置されていて、各々2名、2名、4名であった。心理士が8病院において配置され、1~6名(平均3.8名)であった。ソーシャルワーカーは1病院のみで1名の配置であった。看護師、作業療法士、保育士は配置されていなかった。

表1 子どものこころの診療部(ないしは子どもの心の診療科)のスタッフ構成

回答のあった9病院において				
スタッフ構成	人数		うち専属数	
精神科医	1~10名	平均3.7名	6病院で1~7名	平均1.8名
小児科医	6病院で1~2名	平均1.5名	3病院で各々1名ずつ	
看護師	4病院で1~4名	平均2.3名	3病院で1名ずつ	
心理士	8病院で2~17名	平均4.8名	4病院で1~3名	平均2.0名
作業療法士	0名		0名	
保育士	1病院で1名のみ		1病院で1名のみ	
ソーシャルワーカー	3病院で各々1名、3名、6名		1病院で1名のみ	
事務	1病院で1名のみ		1病院で1名のみ	

表2 専門外来のスタッフ構成

回答のあった10病院において		
スタッフ構成	人数	
精神科医	1~4名	平均2.6名
小児科医	3病院で各々2名、2名、4名	平均2.7名
看護師	0名	
心理士	8病院で1~6名	平均3.8名
保育士	0名	
作業療法士	0名	
ソーシャルワーカー	1病院で1名のみ	

5) 児童青年期精神科医を志す(ないしは児童青年期精神科医療に携わっている) 卒後10年までの医師数は、子どものこころの診療部、診療科をもつ病院では平均4.2名、専門外来をもつ病院では2.6名、一般外来のみの病院では2.3名であった。

6) 近い将来、子どものこころの診療部、診療科の設置を計画している大学病院は6病院(1~2年以内が3病院、5~6年後が2病院、不明1病院)、専門外来の設置を準備中の大学病院が1病院であった。

7) 子どものこころの診療科、診療部の立ち上げに際し、まず問題となることは、回答があった38病院のうち、病院全体の理解と協力が30病院(78.9%)、小児科との連携が24病院(63.2%)、精神科内での理解と協力が22病院(57.9%)、看護師などコメディカルの理解と協力が11病院(28.9%)、その他が10病院(26.3%)であった。その他としては、専門医がいらないなどの人材不足が6病院、診療報酬などの収益性を挙げたのが4病院であった。

D. 考察

子どものこころの診療部、診療科を設置している大学病院は約20%であり、専門外来で診療している大学病院は約40%、一般外来で子どもを診療している大学病院も約40%であった。

子どものこころの入院を行っているのは約80%の大学病院であった。専用のベッドを精神科病棟に確保しているのは2病院であり、ほとんどが精神科病棟を適宜使用するものであった。小児科病棟を適宜利用する大学病院は2病院であったが、中学生以下で精神不穏などがある場合、小児科病棟での入院には困難があるとのコメントが付いていた。

平成21年度の20歳未満の診療体制別新患者数は、一般外来で子どもを診ている病院と比較して、子どものこころの診療部、診療科をもつ病院では、約3.4倍の患者を診察していた。また、子どもの専門外来をもつ病院では約2.4倍の子どもの患者を診察していた。専門外来や子ど

ものこころの診療部、診療科という診療体制をとると、より多くの子どもを受け入れることができることを示している。

スタッフ構成をみると、子どものこころの診療部、診療科を有する病院では、専属の精神科医も小児科医もいるのは1病院のみで、専属は精神科医のみは5病院、専属は小児科医のみが2病院であった。コメディカル・スタッフでは心理士が8病院(平均4.8名)に配置され、うち専属としても4病院において平均2.0名が配置されており、子どものこころの診療を大きく支えていることが判明した。

その他の職種、保育士や作業療法士などの配置は少なかった。ソーシャルワーカーの配置は3施設で配置されていたが、専属としては1病院のみの1名の配置であった。十分な人材が整わないまま診療に取り組んでいる姿が明らかとなった。

専門外来においても、心理士は8病院に平均2.6名が配置されていたが、作業療法士、保育士はいなく、ソーシャルワーカーも1病院1名のみが配置されているだけであり、医師と心理士で診療のほとんどが行われていることがわかった。

さて、卒後10年までの若手の精神科医で、児童青年期精神科医を志す(ないしは児童青年期精神科医療に携わっている) 医師数は、一般外来で子どもの診療を行っている病院においては平均2.3名であり、専門外来を有している病院の平均2.6名とそれほど変わりなかった。子どものこころの診療部、診療科をもつ病院では、平均4.2名と多かったが、こどもの診療に取り組む先輩の姿を見て、自然と児童青年期精神科医療に関心を抱く若手の医師もいることだろうし、児童精神科医になることを希望して入局する医師もいるだろう。

近い将来に子どもの心の診療部、診療科の設置を計画している大学病院は6病院(15.8%)であった。少なくない数であった。詳しく見ると、1~2年以内を計画しているというのが3病院、5~6年以内というのが2病院、不明が1病院であった。また、専門外来の設置を準備中の施設が

1 病院であった。

これらのことから、一般外来で子どもを診察するよりも専門外来を、専門外来よりも子どものこころの診療部、診療科を目指したいという志向性があることがうかがわれよう。

アンケートの自由意見からは、診療現場では子どもの心の診療をどのように行うことができるか、ということがさしあたっての関心事であることが伺われたが、子どものこころの診療部、診療科の立ち上げに際し、問題となることは病院全体の理解と協力が最も多かった。自由意見の欄に寄せられていたが、精神科医療の診療報酬の低さやポストが増やせないなどの問題が支障となり、子どものこころの診療部、診療科の設置に大学病院が踏み切れないのである。次に多かったのが小児科との連携であった。3 番目には精神科内での理解と協力が問題と回答されていた。

また、児童精神科医療を特殊な一部門として少数の人に背負わせるのではなく、診療科全体で取り組んでいくことが肝要であると思われる。子どもの心の診療部、診療科を有していても、実際には、成人の一般精神科診療にまじって子どもを診ていくという形も体制として併存して持つことが必要で、成人の診療も子どもの診療もうまく共存していけるように現場で協力し合うことが強く求められていると考えられる。

以上のことから、今後、大学病院において児童精神科研修の場を広げていくためには、最初に、臨床現場に子どもを受け入れていくことである。一般外来で子どもを診ている大学病院では週 1、2 日の専門外来を設置し、すでに専門外来を行っている大学病院では、子どものこころの診療部、診療科の設置を目指すことで、より多くの子どもたちを受け入れることができよう。そのためには、まず、精神科内での協力体制の準備が必要となる。すなわち、子どもの診療は一部の人（専門外来や子どものこころの診療部など）にまかせるという形をとるのではなく、一般精神科診療のなかでも子どもを診る体制をとり、また、子どもの診療に直接はあたらない医師の間接的な協力も必要で

あることは言うまでもないだろう。

E. 結論

子どものこころの診療部、診療科の設立には、小児科との連携、病院全体の理解と協力など、多くの課題が残っているが、今後の研究計画として、子どものこころの診療部、診療科を設置している医学部・医科大学病院を対象としてアンケートおよび聞き取り調査を行い、大学病院内に専門グループを作っていくノウハウや、独立した専門グループを形成する工程を明らかにしたい。それをもとにして、専門医師や専門の看護師やコメディカル・スタッフの養成システムの今後のあり方を考察していきたい。

-子どものこころの診療に関するアンケート調査

各質問についてあてはまる番号・数字を○で囲むもしくは空欄にご記載ください。

(注)ここで「子どものこころ」と表現しているのは、子どもが抱える様々な心の問題、発達や教育上の問題などを包括的に表現する言葉として用いています。

質問1 「子どものこころの診療部」ないしは「子どものこころの診療科」を持っていますか。

- ①はい、 ②いいえ

⇒ いいえ、の場合

週1日ないし2日程度の子どものこころの専門外来を行っていますか。

- ①はい、 ②いいえ

質問2 子どものこころの入院治療を行っていますか。

- ①はい、 ②いいえ

⇒ はい、の場合 以下のいずれですか。

- ① 精神科の病棟に専用のベッドを 床、持っている。
- ② 小児科の病棟に専用のベッドを 床、持っている。
- ③ 子どものこころの診療部(科)として専用のベッドを 床、持っている。
- ④ 精神科の一般病棟を適宜使っている。

質問3 子どものこころの診療部、子どものこころの診療科を行っている場合、お答えください。

子どものこころの診療(専門外来)に携わるスタッフについてお答えください。

	従事する人数	うち専任の人数
医師 精神科医	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
小児科医	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
看護師	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
心理士	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
作業療法士	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
保育士	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
言語聴覚士	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
ソーシャルワーカー	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
その他	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名

今後、「子どものこころの診療部」ないしは「子どものこころの診療科」の立ち上げの予定はありますか。

- はい、の場合、立ち上げの時期は以下のいずれですか。

- ① 1年以内
② 3年以内
③ 5年以内
④ 6年以上

- ① 病院全体の理解と協力
- ② 小児科との連携
- ③ 精神科内での理解と協力
- ④ 看護師などコメディカルの理解と協力
- ⑤ その他()

質問8 子どものこころの診療に関して、ご意見がございましたら、お書きください。

質問は以上です。お忙しい中、ご協力いただきありがとうございました。
同封の封筒で平成22年12月6日までにご返送をお願い申し上げます。

児童青年精神科医療機関における専門的医師等の 養成システムに関する研究

分担研究者 氏名 小平雅基¹⁾

1) 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科

研究要旨

「平成 22 年度厚生労働省こころの健康づくり対策事業；思春期精神保健対策医療従事者専門研修（1）」に参加した医師にアンケートを実施し、84 名の結果を解析した。全体的な特徴としては、ほとんどが子どもの心の診療に特化されていない精神科もしくは小児科の医師であること、全国からさほど偏りなく集まっていること、子ども心の診療に携わる時間は決して長くなく、対象の年代のピークは中学生であること、などが挙げられた。アンケートの結果からは今回の系統講義中心の研修会は好評であり、子どもの心の診療を目指す医師の研修初期に系統講義形式のプログラムの提供がなされることは重要と思われた。また今後の課題としては、児童精神科病棟を有する医療機関におけるレジデント研修の指針を明らかにし研修中の医師に示すこと、が挙げられた。

A. 研究目的

我が国において児童精神科病棟を有する病院は 20 施設程度に留まる。しかもそのすべての病院でレジデント研修を受け入れているわけではないため、児童精神科病棟での臨床経験を得る医師は極めて少ないと言わざるを得ない。

また平成 20 年度から「子どもの心の診療の拠点病院機構推進事業」が始まり、今後全国的に子どもの心の診療の拠点病院が機能していくことが望まれるようになって来ている。その場合に児童精神科病棟を有する病院がその一端を担っていく可能性は高い。

そのような背景のなか、児童精神科病棟を有する医療機関におけるレジデント研修の標準化を求めることは、自然でもあり、急務でもあると考える。

3 年間の研究での最終目標を以上のように据えた上で、今年度としてはどのようなものが研修を受ける側から求められているかを検討すべく、

「平成 22 年度厚生労働省こころの健康づくり対策事業；思春期精神保健対策医療従事者専門研修」への参加者を対象にアンケート調査を行った。その結果をまとめ、来年度への足がかりとしたいと考えている。

B. 研究方法

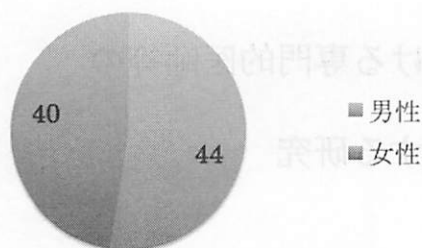
「平成 22 年度厚生労働省こころの健康づくり対策事業；思春期精神保健対策医療従事者専門研修（1）」に参加した医師 88 名に研修会の際、アンケート（アンケート文末に添付）を実施し、84 名から回答を得た。その結果を解析することとした。

C. 研究結果

1) 回答者背景

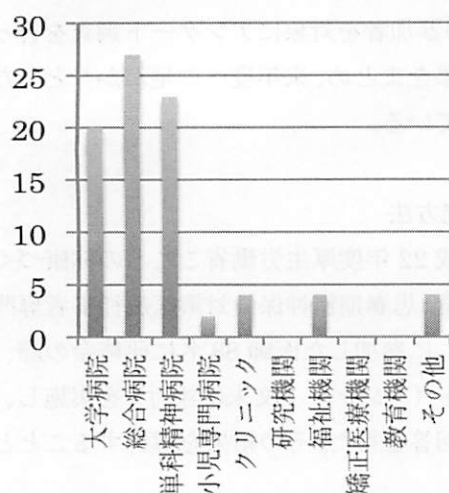
性別、年齢に関しては、男性が 44 名、女性が 40 名であり、男性の平均年齢が 40.8 ± 9.5 歳、女性の平均年齢が 36.3 ± 8.3 歳との結果であり、

男性の方が有意に年齢の高い結果となっている
($p < .05$)。

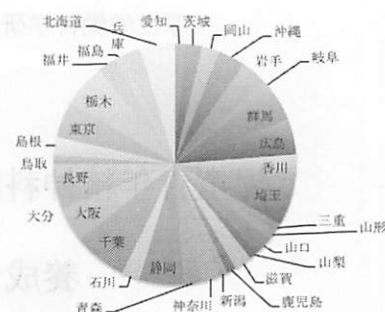


医師年数は平均 12.3 ± 9.1 年となっており、初期研修経験医師が45名（平均 1.9 ± 0.3 年）、小児科経験医師が27名（平均 16.0 ± 11.6 年）、精神科経験医師が57名（平均 7.4 ± 5.8 年）、精神科小児科以外の科の経験医師が12名という結果になっている。子どもの心の診療医の経験年数に関しては、「何を持って子どもの心の診療医とするか不明」との意見や空欄回答が多かったため、解析が出来ないが、全体での印象としては10年に満たない医師がほとんどのようである。

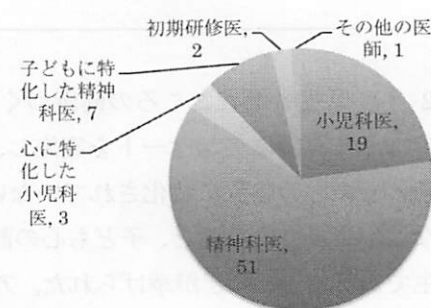
所属機関としては、以下のように大学病院（20名）、総合病院（27名）、単科精神病院（23名）で全体の83%となっている。



所属機関のある都道府県は千葉県が6名、次いで埼玉県、静岡県、栃木県が各5名となっているが、総じて全国に分散していることが伺える。



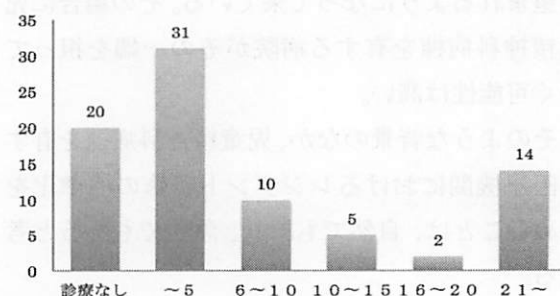
現時点での診療科としては、精神科医と回答したものが最も多く51名で、次いで小児科医19名となっている。



以上の結果から、今回の研修会参加者（本アンケート回答者）は全国的なサンプルであり、「子どもに特化した精神科医」や「心に特化した小児科医」の割合は少ないことも挙げられる。ただし精神科医の割合が多いことは考慮に入れるべきと考える。

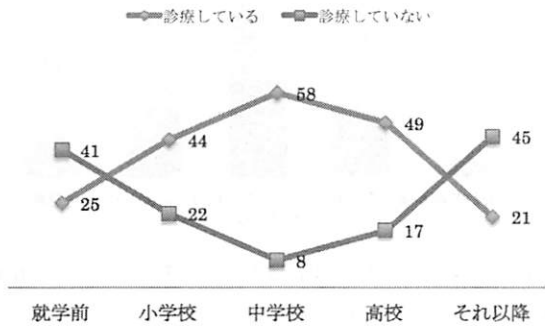
2) 回答者診療状況

1週間で子どもの心の診療に携わる時間は、「診療なし」との回答が20名、5時間までが31名となっており、21時間を超えるものも14名となっている。

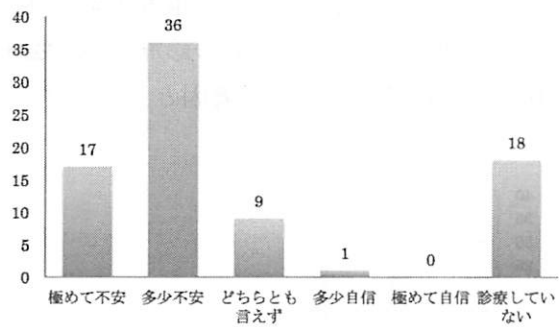


対象としている年代に関しては、子どもの心の診療をしていないとする18名を除いた66名では、

以下のようになっている。中学年代が最も「診療対象となっている」割合が高いことが伺われる。

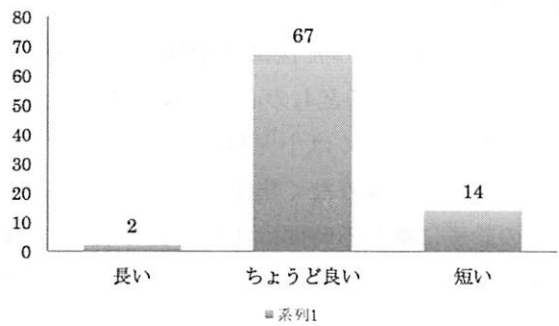


研修会前の子どもの心の診療をする際の不安に関しては以下ようになっており、「極めて不安」と「多少不安」とで63%となっている。



3) 研修会評価

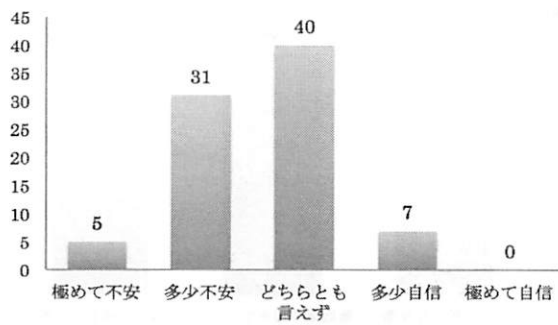
研修会の2日間という日程に関しては、67名が「ちょうど良い」との回答であった。



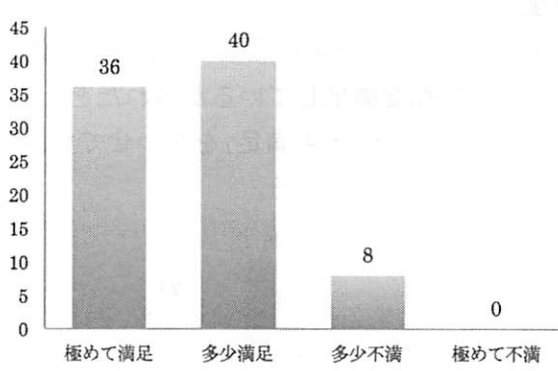
講義コマ数を減らしても質疑応答の時間を必要とするか、もしくは講義コマ数が減るなら質疑応答は不要とするか尋ねたところ、69名(84%)が質疑応答を不要と回答した。



研修会を聞き終えて、子どもの心の診療をする際の不安は以下のようになっている。「極めて不安」と「多少不安」とを合わせた割合は43%となっている。

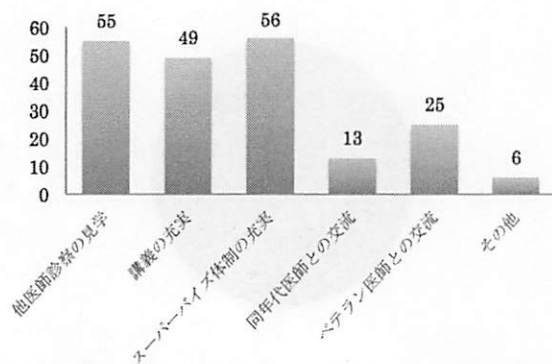


研修会への満足度としては以下のように90%が満足と回答している。

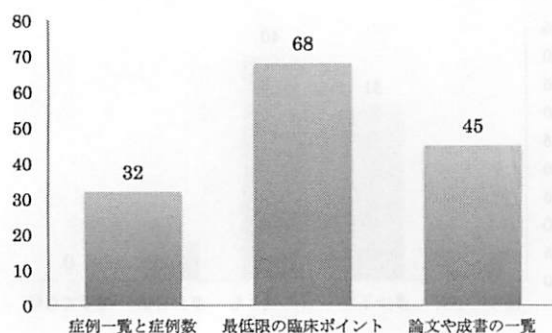


4) 今後の研修・指導体制への希望

今後子どもの心の診療領域においてどのような研修・指導体制の発展を望むか尋ねたところ、以下のように、他の医師の診察場面の見学と講義の充実、スーパーバイズ体制の充実の3つが特に多い回答となっている。

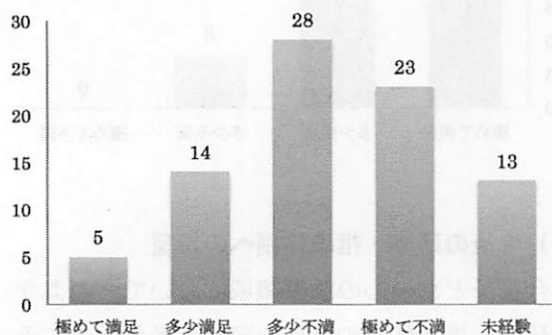


また研修指針については78名(93%)から「あった方がいい」と回答されており、その内訳は以下のようになっている。

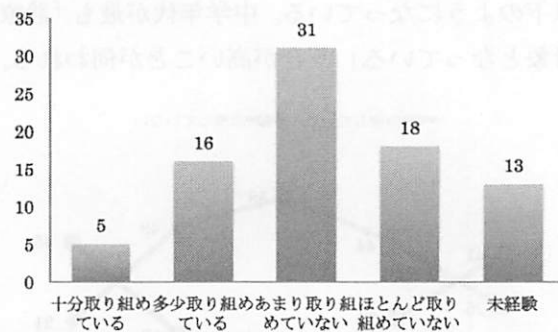


5) 子どもの心の診療への満足度および取り組み度

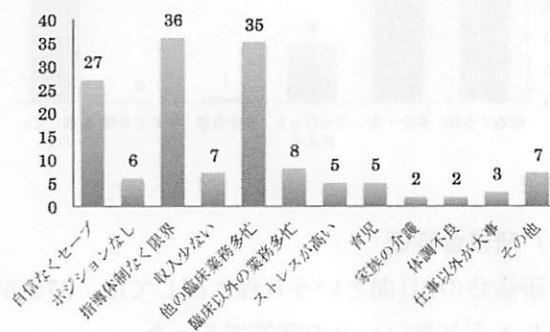
現職場での“子どものこころの診療”全体に対してどの程度満足しているか尋ねたところ、「極めて満足」と「多少満足」をあわせても23%程度であることがわかる。



時間的な取り組み度に関しても、「あまり取り組めていない」と「ほとんど取り組めていない」の方が多く、満足度と同様の傾向にあることが伺える。



時間的取り組み度において「あまり取り組めていない」と「ほとんど取り組めていない」と回答した49名にのみ、その理由について以下から選択してもらった。そうしたところポジションや収入、家庭の問題は決して多くないことがよくわかる。大きく分けると、指導体制と自信のなさの問題と、子どもの心の診療以外の臨床業務に追われていることが要因として挙げられるようである。



D. 考察

今回の対象となった医師の全体的な特徴としては、ほとんどが子どもの心の診療に特化されていない精神科もしくは小児科の医師であること、全国からさほど偏りなく集まっていること、子ども心の診療に携わる時間は決して長くなく、対象の年代のピークは中学生であること、などが挙げられる。すなわち今後子どもの心の専門的教育を受けていく前の段階の医師が中心であると考えられる。

そのような対象において、子どもの心の診療に満足できているか尋ねたところ、満足している群は2割程度であることが明らかとなった。時間的に取り組めない要因として、当初は「ポジション

がない」「収入が少ない」といったものもそれなりに挙げられるかと考えていたが、結果からはそういった要因はほとんど挙げられず、むしろ研修・指導体制の問題が強調される結果となった。

そのような状況下での系統講義中心の研修会となった訳だが、結果からすると極めて好評だったと考えてよいと思われる。よって今後も子どもの心の診療を目指す医師の研修初期に系統講義形式のプログラムの提供がなされることは重要と思われる。

その上で、研修を受ける側からのニーズとしては、他医師の診察場面を見学する体制やスーパービジョン体制の充実が望まれている。このあたりは各施設、各学会が計画していく問題と思われるが、いかに効率良く業界全体が連携していけるかを考えていく必要があるとは考える。

また今回のアンケート調査において、「子どもの心の診療の研修指針があった方がよいか」との問いに9割以上が「あった方がいい」と回答していることも興味深い。確かに各病院それぞれの考えがあり、児童精神科病棟を有する医療機関におけるレジデント研修を終えたと言うことが、どのような臨床スキルを習得したことを意味するのかはっきりしない現状があることは否めない。そのように考えると、児童精神科病棟を有する医療機関におけるレジデント研修を終えるまでに経験すべき症例の一覧と症例数、最低限押さえるべき臨床的ポイントの一覧、読んでおくべき論文や成書の一覧、といったものを明らかにし、研修中の医師に示すことは重要と思われる。

E. 結論

今回「平成22年度厚生労働省こころの健康づくり対策事業；思春期精神保健対策医療従事者専門研修(1)」に参加した医師にアンケートを実施し、84名の結果を解析した。全体的な特徴としては、ほとんどが子どもの心の診療に特化されていない精神科もしくは小児科の医師であること、全国からさほど偏りなく集まっていること、子ども心の診療に携わる時間は決して長くなく、対象

の年代のピークは中学生であること、などが挙げられた。アンケートの結果からは今回の系統講義中心の研修会は好評であり、子どもの心の診療を目指す医師の研修初期に系統講義形式のプログラムの提供がなされることは重要と思われた。また今後の課題としては、児童精神科病棟を有する医療機関におけるレジデント研修の指針を明らかにし研修中の医師に示すこと、が挙げられた。

F. 研究発表

特になし

文献

特になし

「思春期精神保健対策医療従事者専門研修(1)」医師用アンケート

記入者氏名 _____

所属機関名 _____

● 参加される方ご自身についておうかがいします。

1. あなたの性別は？ (男性 / 女性)

2. あなたの年齢は？ ()歳

3. 医師の経験年数(その内訳)、子どもの心診療医の経験年数、はそれぞれ何年ですか？

○医師 計()年

⇒ 初期研修医()年 小児科医()年 精神科医()年 他()年

○子どもの心診療医()年

⇒ 経験された医療機関名をお答えください。

医療機関名()

4. あなたが現在所属されている機関は下記のうちどれですか？1つ○をつけて下さい。

大学病院 総合病院 単科精神病院 小児専門病院 クリニック

研究機関 児童相談所など福祉機関 矯正医療機関 教育機関

その他()

5. 上記 4. の機関のある都道府県はどこでしょうか？ ()

6. あなたが現在主として所属(標榜)されている診療科を1つ選んでください。

小児科 精神科 心に特化した小児科 子どもに特化した精神科

初期研修ローテート中 その他()

7. あなたが所属されている国内の学会に全て丸をしてください。

日本精神神経学会 日本小児科学会 日本児童青年期精神医学会

日本小児神経学会 日本小児心身医学会 日本思春期青年期精神医学会

日本小児精神神経学会 日本乳幼児医学心理学会

その他()

8. あなたが取得されている専門医・認定医などの資格に全て丸をつけてください。

精神保健指定医 精神科専門医 小児科専門医 小児神経科専門医

日本児童青年期精神医学会認定医 小児心身医学会認定医

その他()

● 現在の診療状況についておうかがいします。

1. 現在、子どもの心の診療にたずさわる時間は、おおむね週何時間ですか？
約() 時間／週
2. 現在、子どもの心の診療の外来部門における受診者数はおおむね週何人ですか？
約() 人／週
3. 現在、子どもの心の診療における対象年代に全て丸をつけてください。子どもの心の診療をしていない方は「診療をしていない」を選んで下さい。
就学前 小学生 中学生 高校生 それ以降 診療をしていない
4. 現在、子どもの心の診療時間における入院と外来の比率はどの程度ですか？合計 100%でお答えください。子どもの心の診療をしていない方は「診療をしていない」を選んで下さい。
外来()% : 入院()% 診療をしていない
5. 講義前は、子どもの心の診療をする上でどのように不安を感じていましたか？
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------|---------|-----------|---------|----------|
| 極めて不安である | 多少不安である | どちらとも言えない | 多少自信がある | 極めて自信がある |

● 本研修会についてお聞きします。

1. この研修会をどこでお知りになりましたか？ 1つ○をつけてください。
- ①知人からの聞いた
 - ②学会からの案内を見た(学会名:)
 - ③メーリングリストで知った(メーリングリスト名:)
 - ④厚生労働省のホームページで見た
 - ⑤県からの案内を見た
 - ⑥病院に掲示されていた
 - ⑦その他()
2. 今回の研修会は2日間で行ないましたが、いかがでしたか？1つ○をつけて下さい。
- ①長かった ⇒何日が適切でしたか？()日
 - ②ちょうど良かった
 - ③短かった ⇒何日が適切でしたか？()日
3. 今回の研修会では、時間の関係から質疑応答をもうけませんでした。いかがでしたでしょうか。当てはまる方に○をつけてください。
- ① 講義が短くなるか、講義のコマ数が減っても質疑応答の時間が必要
⇒必要ならば何分必要ですか？()分
 - ② 講義が短くなるならば質疑応答の時間は不要

4. 研修会の講義の中で特に必要なかったと思われる講義はありましたか？

①なかった

②あった

⇒どの講義ですか？(

)

5. 本研修会が続いた場合に、他に何か加えてほしい講義はありますか？

①ない

②ある

⇒どのような内容ですか？(

)

6. 研修会を聞き終えて、子どもの心の診療をする上での不安をどのようにお感じですか？

1

2

3

4

5

極めて不安である

多少不安である

どちらとも言えない

多少自信がある

極めて自信がある

7. 本研修会に対する満足度はいかがですか？1つ○をつけて下さい。

1

2

3

4

極めて満足である

多少満足である

多少不満である

極めて不満である

8. 本研修会が続いた場合にまた参加したいですか？1つ○をつけて下さい。

①是非参加したい

②できるだけ参加したい

③特に参加したいとは思わない

● 今後の参考にさせていただきたいと思いますので、教えてください。

1. “子どもの心の診療”をしていく上で、業界全体でどのような研修・指導体制の発展が望まれますか？複数回答可として○を付けて下さい。

①他医師の診察場면을観察できる機会の増加

②講義の充実

③スーパーバイズ体制の充実

④同年代医師と交流できる機会の増加

⑤ベテラン医師と交流できる機会の増加

⑥その他()

2. 研修を行っていく上で、研修指針は必要だと思いますか？1つ○をつけて下さい。

①特に必要だとは思わない

②あった方がいいと思う

⇒どのようなものがいいと思いますか？複数回答可としてお選び下さい。

() 経験すべき症例の一覧とその症例数

() 最低限押さえるべき臨床的ポイントの一覧

() 読んでおくべき論文や成書の一覧

3. 様々な要因を鑑みて、現職場での“子どものこころの診療”全体に対してどの程度満足されていますか？○を付けてお答え下さい。

1	2	3	4	5
極めて満足である	多少満足である	多少不満がある	極めて不満がある	まだ経験していない

4. ご自身の感覚として、“子どもの心の診療”に時間的に十分取り組んでいると思いますか？1つ○を付けて下さい。

1	2	3	4	5
十分取り組んでいる	多少取り組んでいる	あまり取り組めていない	ほとんど取り組めていない	まだ経験していない

い

5. 4. で3～4と答えた方にのみにお伺いします。

あなたが“子どもの心の診療”に十分取り組めていない要因はどのようなものですか？あてはまるものに○、最もあてはまるものに◎を付けて下さい(複数回答可)。

- ①全体的に自信が持てないためセーブしている()
- ②取り組みたいが取り組めるポジションがない()
- ③研修や指導などの体制がないため個人では現状が精一杯である()
- ④収入が少なく“子どもの心の診療”の分量を増やせられない()
- ⑤“子どもの心の診療”以外の臨床業務が多忙である()
- ⑥診療以外の業務(研究活動など)が多忙である()
- ⑦“子どもの心の診療”の業務のストレスが高く、これ以上増やしたくない()
- ⑧育児が忙しく時間が作れない()
- ⑨家族の介護が忙しく時間が作れない()
- ⑩自身が体調不良にありセーブしている()
- ⑪仕事以外の時間を大事にしたい()
- ⑫その他() _____

- その他、“子どもの心の診療”に関する研修や就労、現状からの改善策など何かご意見がございましたらご自由にお書き下さい。

以上になります。ご協力ありがとうございました。

地域における児童青年精神科医療ネットワークのあり方に関する研究

分担研究者 山崎透¹⁾

研究協力者 石垣ちぐさ¹⁾ 大石聡¹⁾ 伊藤一之¹⁾ 内田直子¹⁾ 末田慶太郎¹⁾ 窪田洋子¹⁾

1) 地方独立行政法人 静岡県立病院機構 静岡県立こども病院

研究要旨

初年度は地域における児童・青年精神科医療ネットワークの現状と課題を明らかにすることを目的として、日本児童青年精神医学会認定医と全国児童青年精神科医療施設協議会（以下、全児協）加盟施設を対象に連携活動の実施状況等を調査した。その結果、①認定医の79%、全児協加盟施設の93%が関係機関での支援・連携活動を実施しており、②実施内容は、児童相談所・児童福祉施設、教育委員会・教育相談、学校、医療機関等での嘱託医等、関連諸機関による連携会議、担当患者に関する関連機関とのケース会議、研修・啓発活動などであった。③連携の充実には、児童青年精神科医の増員、現場・行政レベルでの縦割り意識の解消が重要という意見が多く、④児童精神科医の増員には、児童青年精神科医療の診療報酬の改善、国や自治体による児童青年精神科医の育成システムの整備、大学における児童青年精神医学の教育体制の整備、などが必要という意見が多く認められた。

A. 研究目的

本研究は、地域における児童・青年精神科医療ネットワークのモデルを提示することを目的としている。

本年度は、専門性を有する児童精神科医、児童精神科医療の中核的役割を担っている医療機関における、関係機関との連携の現状と課題を明らかにすることを目的として調査を行った。

B. 研究方法

1. 調査対象

調査対象は、日本児童青年精神医学会認定医（以下認定医）169名、および全国児童青年精神科医療施設協議会（以下全児協）に加盟している医療機関32施設とした。

2. 調査方法

児童・青年精神科医療ネットワークの現状と課題に関する調査票を作成し、認定医および全児協施設を対象にアンケート調査を実施し、結果の集

計とその分析を行った。

調査の主な項目は、①嘱託医など関係機関での業務、②他職種連携会議の参加状況、③担当患者に関する関係機関との連携の状況、④連携に困難を感じている関係機関、⑤研修・啓発活動の現状、⑥今後必要と考えている連携および整備すべきこと、⑦児童精神科医の充足状況および充足のための条件、などであった。

有効な回答数は認定医では98名（回答率58%）であった。認定医のうち、大学病院を含む医療機関に勤務している者は82名であり、今回はこの82名の集計・分析をおこなった。さらに「児童・青年期専用病棟を有している、もしくは複数の児童精神科医が勤務している」医療機関を中核病院と定義し、この82名を中核病院群22名、非中核病院群57名に分類し、一部の調査項目について比較・検討を行った。

全児協で有効な回答を得たのは、27施設（回答率84%）であった。この27施設を正会員施設

(全ての施設が児童・青年専用病棟・専用病床を有している) 18 施設と、オブザーバー施設(専用病棟を有しているのは 1 施設のみでほとんどが有していない) 9 施設に分類し、一部の調査項目について比較・検討を行った。

C. 研究結果

1. 関係機関での業務

1) 認定医

認定医では、児童相談所・児童福祉施設と教育委員会・教育相談がそれぞれ37%と最も多く、次いで、学校(23%)、医療機関(21%)などであった。また、関係機関の業務を行っていない者は21%であった。なお、中核病院群と非中核病院群の間に統計学的な有意差は認められなかった(表1)。

2) 全児協施設

全児協では、児童相談所・児童福祉施設が70%と最も多く、次いで教育委員会・教育相談(52%)、保健所・保健センター(30%)、医療機関(19%)などが多いという結果であった。また、関係機関の業務を行っていない施設はオブザーバーの2施設にすぎなかった。なお、正会員施設群とオブザーバー施設群の間に統計学的な有意差は認められなかった(表2)。

2. 多機関による連携会議

1) 認定医

まず、要保護児童対策地域協議会については「出席している」はわずか4%であり、「他の児童精神科医・精神科医が出席している」が合わせて22%、「精神科医は出席していない」が11%であった。また、63%が「協議会について知らない、状況が分からない」という結果であった(表3)。要保護児童対策地域協議会を把握している比率について2群間で比較したところ、中核病院群の方が有意に把握している人数が多いという結果であった(表4)。さらに、その他の会議も含めた多機関による連携会議への参加率を2群間で比較したところ、中核病院群の方が参加率が有意に高

いという結果であった(表5)。多機関による連携会議に不参加の理由について回答した52名の内訳は、「地域から要請がない」が52%、「どのような会議があるか知らない」が19%、「要請はあるが業務が多忙で出席できない」が17%、「必要を感じない」が4%、その他が8%であった。

2) 全児協施設

要保護児童対策地域協議会については「施設の児童精神科医が出席している」は22%であり、「他の児童精神科医・精神科医が出席している」が合わせて8%、「精神科医は出席していない」が26%であった。また、「協議会について知らない、状況が分からない」は44%という結果であった(表6)。要保護児童対策地域協議会を把握している比率について2群間で比較したところ、正会員群が67%、オブザーバー群が25%であったが、統計学的な有意差は認めなかった。(表7)。さらに、その他の会議も含めた多機関による連携会議への参加率を2群間で比較したところ、正会員群の方が参加率が有意に高いという結果であった(表8)。多機関による連携会議に不参加の理由について回答した12施設の内訳は、「地域から要請がない」が58%、「要請はあるが業務が多忙で出席できない」が25%、その他が17%であった。

3. 担当患者における関係機関との連携

1) ケース会議の主催

①認定医

担当患者について、医療機関内における関係機関とのケース会議の主催頻度については、「月1回以上」が19%、「年に数回程度」が45%、「年に1回程度」が6%、「ほとんどない」が30%であった(有効回答80名)。また、年1回以下しか主催していない理由としては、「業務が多忙で余力がない」が42%で最も多く、「必要を感じていない」が15%、「ノウハウがない」が12%、「その他」が31%であった(有効回答26名)。

②全児協

全児協施設では、「月1回以上」が59%、「年に数回程度」が26%で、「ほとんどない」は15%にすぎなかった（有効回答27施設）。

2) 地域で開催されるケース会議への参加

①認定医

地域で開催されるケース会議への参加状況は、「月1回以上」が13%、「年に数回程度」が47%、「年に1回程度」が11%、「ほとんどない」が29%であった（有効回答79名）。また、年1回以下しか主催していない理由としては、「他機関からの要請がない」が70%と圧倒的に多く、「業務が多忙で余力がない」が14%、「所属機関に支援する姿勢がない」が3%、「その他」が13%であった（有効回答30名）。

②全児協

全児協施設では、「月1回以上」が41%、「年に数回程度」が55%で、「年に1回程度」が4%で「ほとんどない」と答えた施設はなかった（有効回答27施設）。

3) 学校などへの往診依頼

①認定医

学校や児童福祉施設などへの往診については、「月1回以上」は2%に過ぎず、「年に数回程度」が18%、「年に1回程度」が9%、「ほとんどない」が71%と大勢を占めた（有効回答80名）。また、年1回以下しか主催していない理由としては、「往診システムが整備されていない」が45%、「地域から要請がない」が25%、「業務が多忙で余力がない」が15%、「必要を感じない」が4%、「その他」が11%であった（有効回答50名）。

②全児協

全児協施設では、「月1回以上」が7%、「年に数回程度」が15%、「年に1回程度」が11%で、「ほとんどない」が67%と、認定医と同様に大勢を占めた（有効回答27施設）。また、年1回以下しか主催していない理由としては、「地域から要請がない」が40%、「往診システムが整備されていない」が30%、「業務が多忙で余力がない」が25%、「その他」が5%であった（有効回答20施設）。

4. 連携に困難を感じている関係機関

1) 認定医

臨床の中で連携に困難を感じている関係機関としては、児童相談所・児童福祉施設が30%と最も多く、次いで学校が26%、警察などの司法関連機関が22%、教育委員会・教育相談が16%、医療機関が13%などであった（表9）。

2) 全児協

全児協施設では、学校が40%と最も多く、次いで児童相談所・児童福祉施設が30%、医療機関が22%、警察などの司法関連機関が19%、教育委員会・教育相談が16%などであった（表10）。

5. 研修・啓発活動

1) 認定医

関係機関の職員に対する研修・啓発活動としては、「症例検討会」、「スーパーバイズ」がそれぞれ40%と最も多く、「講義中心の研修会」が30%であった（表11）。なお、82人中61人（74%）が何らかの研修・啓発活動をおこなっていた。

2) 全児協

全児協施設では、「症例検討会」が74%と最も多く、「講義中心の研修会」が56%、「スーパーバイズ」が37%であった（表12）。なお、27施設中22施設（81%）が何らかの研修・啓発活動をおこなっていた。

6. 今後必要と考えている関係機関との連携

1) 認定医

今後必要と考えている関係機関との連携に関しては、「ケース会議」が52%と最も多く、以下「研修会・講演会」が45%、「症例検討会」が30%、「要保護児童地域協議会などの多職種連携会議」は20%であった（表13）。

2) 全児協

全児協施設では、「ケース会議」が81%と最も多く、以下「症例検討会」が63%、「研修会・講演会」が52%、「要保護児童地域協議会などの多職種連携会議」は26%であった（表13）。

7. 連携のために整備が必要なこと

1) 認定医

関係機関との連携を構築していくために整備が必要なこととして、「児童精神科医の増員・業務の軽減」を挙げた者が59%と最も多かった。次いで、「現場レベルの連携」が50%、「医療・福祉・教育など所轄官庁の連携」49%、「児童精神科医の役割などの関係機関への周知」が29%、「連携に関する病院管理者の理解」が26%であった（表14）。

2) 全児協

全児協施設では、「現場レベルの連携」を挙げた者が78%と最も多かった。次いで、「児童精神科医の増員・業務の軽減」が67%、「医療・福祉・教育など所轄官庁の連携」63%、「児童精神科医の役割などの関係機関への周知」が44%、「連携に関する病院管理者の理解」が37%であった（表15）。

8. ネットワーク構築のための児童精神科医の充足度

1) 認定医

地域における児童青年精神医療ネットワーク構築のための、児童精神科医の充足度については、「充足している」と回答した者はおらず、「まずまず充足している」が12%、「あまり充足していない」が36%、「絶対的に不足している」が47%であった（表16）。

2) 全児協

全児協施設では、「充足している」と回答した者は同様に一施設もなく、「まずまず充足している」が4%、「あまり充足していない」が38%、「絶対的に不足している」が58%と、児童精神科医が複数勤務している中核機関でも、ネットワークのためのマンパワーが不足していることが明らかとなった（表17）。

9. 児童精神科医を増やすために必要なこと

1) 認定医

児童精神科医が、「あまり充足していない」、「絶対的に不足している」と回答した58名に、「児童精神科を増やすために何が必要か」と質問したところ、「児童精神科医療の診療報酬を改善する」が66%と最も多く、「専門講座の開設など、全ての大学で児童精神医学の教育に取り組む」が62%、「児童精神科医の育成システムを国や自治体を中心となって整備する」が57%、「自治体が児童精神科医療の中核機関を整備する」が34%であった（表18）。

2) 全児協

全児協施設では、「児童精神科を増やすために何が必要か」と質問したところ、「児童精神科医療の診療報酬を改善する」が96%とオブザーバーの一施設を除いて全ての施設が必要性を訴えていた。また、「児童精神科医の育成システムを国や自治体を中心となって整備する」が72%、「専門講座の開設など、全ての大学で児童精神医学の教育に取り組む」が52%、「自治体が児童精神科医療の中核機関を整備する」が40%であった（表19）。

D. 考察

1. 関係機関での業務

児童精神科医が、関係機関において、嘱託医などの業務をおこなう意義は、二つに大別されると考えられる。

一つは、単に精神障害の有無を診断するだけではなく、その子どもの発達特性や養育環境の影響、現在の家族内力動、保護者の養育能力および特徴、学校などの環境との相互作用、現在の子どもの心理状態や性格特徴、などを総合的に評価して子どもの見立てを行い、子どもへの関わり方、家族への介入の方法、子どもの生活する環境（学校など）の調整などについて助言・指導を行うことである。教師などの学校関係者、児童相談所などの福祉機関、情緒障害児施設や児童養護施設などの児童福祉施設など、子どもに関係する機関には、児童精神医学観点はもとより、上述したような多面的観点から子どもや家族を見立てることが充分でき

ているとは言い難い状況のため、児童精神科医が関与する意義は極めて大きい。

また、例えば不登校など教育相談機関が関わっている子どもや、児童養護施設に入所している子どもの中に、早期に児童精神医学的治療を開始すべきケースがいることも少なくない。したがって、子どもの精神障害の早期発見と適切な介入のためにも、関係機関に児童精神科医が関わる必要がある。

本研究の結果からは、認定医の 79%、全児協施設の 93%が関係機関での業務に取り組んでおり、認定医や中核医療機関が、上述したような関係機関に児童精神科医が関わることの意義を理解し、可能な範囲で取り組んでいる姿勢が明らかとなった。しかし、業務の多忙さなどから、児童精神科医療全体として、関係機関のニーズに十分にこたえられていない可能性は高く、この点に関しては、関係機関を対象としたニーズ調査などにより検証する必要があると思われる。

2. 多機関による連携会議

要保護児童対策地域協議会とは、虐待を受けている子どもや非行児童を始めとする要保護児童の早期発見と適切な保護を図るために、関係機関がその子ども等に関する情報や考え方を共有し、適切な連携の下で対応していくことを目的として、児童福祉法に定められた会議である。具体的には、児童相談所、家庭児童相談室、教育委員会、保健センター、保健所、警察（少年サポートセンター）など、福祉・教育・司法など、子どもに関わる関係機関が定期的に集まり、各機関から挙がってきた子どもの事例を検討し、支援の方向や役割分担、主に担当する機関を確認することを主な目的としている。

こうした、多機関による会議において、児童精神科医は、「関係機関での業務」の項で述べた役割を期待されており、児童精神科医の果たす役割は極めて重要である。

しかし、今回の調査では、要保護児童対策地域協議会など他機関による連携会議には、認定医が

23%、全児協施設は 40%が出席しているにとどまった。また、不参加の理由として認定医、中核機関とも 5 割以上が「地域から要請がない」を挙げていた。これは、協議会が児童精神科医を必要としていないというよりも、児童精神科医が多忙なことは十分認識されており、ニーズはありながらも要請を控えている可能性が高い。実際、筆者は、不定期ながら診療圏の要保護児童対策地域協議会に参加しているが、児童精神科医へのニーズは極めて高いことを実感している。これについても、今後のニーズ調査で明らかにしていく必要がある。

また、今回の調査で、認定医の 63%、全児協施設の 44%が「要保護児童連絡協議会の存在や開催状況を知らない」と答えるなど、多機関による連携会議への認識不足が明らかとなった。こうしたことから、要保護児童対策地域協議会など、診療圏で開催されている多機関による連携会議の存在や児童精神科医が参加することの意義を、児童精神科医療機関へ周知していくことが重要であることが示唆された。

3. 担当患者における関係機関との連携

ケース会議の主催は、認定医の 64%、全児協の 85%が年に数回以上、地域開催のケース会議には、認定医の 60%、全児協施設の 96%が年に数回以上出席していた。しかし、臨床的に関係機関とのケース会議を開催する必要がある症例は、この数をはるかに上回っていることが容易に推察できる。それは、「今後必要と考えている連携は何か」という設問で、認定医・全児協施設とも「ケース会議」であることから明らかである。ケース会議が十分に開催できない主な要因として「業務が多忙で余力がない」ことが明らかとなった。

学校などへの往診は、認定医の 71%、全児協施設の 67%が行っておらず、その理由としては「地域から要請がない」、「業務が多忙で余力がない」といったこれまでの設問と同様の要因の他に「往診システムが確立していない」という医療機

関のシステムが関与していた。実際、医療機関に勤務していて、外来患者の学校訪問は、時間的にかなりゆとりがないと、費用対効果の面でも実現困難な活動であると実感している。

4. 連携に困難を感じている関係機関

連携に困難を感じている機関については、その理由の記載を紹介しながら考察する。但し、いずれの期間についても、あくまでも医療機関の視点からの意見であり、連携の困難さを明確にする場合には、本来は関係機関からの意見も聴取して考察すべき内容である。

1) 児童相談所・児童福祉施設

実際には、児童相談所に対する意見がほとんどであった。これは、裏を返せば、児童虐待を中心として、児童相談所と連携することが多いことを表しているともいえる。

特に多かったのは、「腰が重くすぐ動いてくれない」「時間の流れの感覚が違う」といった意見であり、切迫した状況で連携を取った際に期待したスピードで対応してくれないことへの不満が反映されていると思われた。また、職員の交代が頻繁で繋がりが切れやすい、スタッフ間の力量にばらつきが大きすぎる、専門性に疑問がある、といった意見も多かった。また、児童相談所が心理検査所見などの個人情報や医療機関に開示しない、という意見も多く、治療的に連携を取る際に、個人情報の取り扱いがネックになっていると考えられる。

また、精神保健福祉法や精神科医療に関する理解のなさを指摘する意見もあり、これはむしろ、情報提供など医療側の課題であると考えられた。

筆者は、児童相談所の嘱託医を長年続けており、上記のような意見はうなずけるものばかりであるが、近年の児童虐待の急増などを背景に、マンパワーの確保や専門スタッフの育成という行政側の対応が追い付いておらず、職員が疲弊している現状がある。こうした状況を改善するためには、医療側からも児童福祉行政への提言などの働きかけが必要と思われる。

2) 学校・教育委員会

対象となる症例のほとんどが学校に所属していることから、連携を取る機会が多いため、連携の困難さを訴える意見も多数寄せられた。目立っていたのは「閉鎖的」「排他的」「医療に丸投げ」といった意見であった。たしかに、臨床の中で同様の困難さを感じる場面も少なくない。その一方で教育側から感じる医療側の閉鎖性の問題も無視できない。筆者は10年来、教育相談のスーパーバイズや教師のための講座を主催しており、教育側の本音を聞く場も比較的多いが、そこでは「病院によっては敷居が高い」「連絡を取ろうとしても迷惑がられる」といった声を聞くことも多い。こうした現状を踏まえるとお互いの機能・現状を理解し、それぞれが「風通し」を良くする努力が求められているということであろう。

また、特別支援教育について「学校や教師による格差が大きすぎる」「教育委員会によって取り組みの姿勢が違い過ぎる」といった声も多く、姿勢や取り組みが一貫しないことへの戸惑いが大きく、これは、日々の臨床の中での実感と一致するものであった。

3) 司法関係機関

連携の機会は多くないものの、それだけに馴染みがないためか、「敷居が高い」「仕事が見えない」「個人情報の提供へのバリアが高い」といった意見が多かった。非行・触法ケースについて「事件として取り扱うべきだと思うケースを、精神科医療に押し付ける傾向がある」との意見が複数あり、成人の精神科医療にも共通する課題であった。

4) 医療機関との連携

「一次医療機関がなく、逆紹介が困難」「紹介はするのに逆紹介は受けてくれない」「成人の精神科医が思春期の子どもを診ない」といった医療機関の少なさを指摘する意見が多かった。また、入院が困難という意見も多く、これは、児童青年期精神科の入院治療をおこなっている医療機関が少ないことを反映していると考えられる。

また、児童相談所や福祉機関に関与する医師からは、医療が必要になった際に「門前払いされる」

「児童福祉に関する理解がなく拒否的」など、児童青年精神科側の連携上の課題を指摘する意見もあった。

5) 保健所・保健センター/精神保健福祉センター

これらの機関との連携が困難という意見は極めて少なかった。その理由としては、臨床的な実感から推測すると、連携がスムーズというよりも、日々の臨床で連携すること自体が少ないというのが主な要因と思われる。

5. 研修・啓発活動

認定医の76%、全児協施設の81%が、何らかの研修・啓発活動を行っていた。こうした活動は、平日の夜や休日におこなうことが可能なため、ネットワーク活動を重視している医師や医療機関が実践しやすいことを表していると思われる。裏を返せば、日常の業務が多忙なため、医療機関に勤務している医師は、プライベートの時間を削って研修・啓発活動を実践していることになり、こうした活動を拡大・発展させていくためには、マンパワーの充足や業務の軽減などの対策が必要であることを示唆している。

活動内容としては症例検討会が最も多く、実際の症例を通した研修が効果的と考えていることがうかがえた。

6. 今後必要と考えている関係機関との連携

認定医・全児協施設ともに「ケース会議」が最も必要と考えていた。これは、前述したように、担当患者について関係機関とのケース会議の必要を感じながらも、多忙さや連携不足により十分に実施できていないことをうかがわせる結果であった。

要保護児童地域対策協議会などの多機関による連携会議の必要性は、認定医が34%、全児協施設が26%と最も低かった。その理由としては、認知度の低さに加えて、開催頻度が多いために「そこまで手が回らない」ことなどが考えられる。しかし、前述したように、筆者は、実際に参加して

みて、ニーズの高さや精神医学的観点からのコメントの重要性を実感している。今後、要保護児童地域対策協議会の周知や、参加しやすい環境作り、さらには市川市などが実践しているモデル的な取り組みを周知していくことが重要と思われる。

7. 連携のために必要な整備

認定医の59%、全児協施設の67%が「児童精神科医の増員・業務の軽減」と答えていた。このことから、医療側は、様々なレベルでの関係機関との連携の必要性を感じていながらも、マンパワー不足や多忙さのために、関係機関との連携に時間が割けないという状況が浮き彫りになった。また、「現場レベルの連携」、「所轄官庁の連携」が必要と考えている認定医・全児協施設が約5割から8割であったことから、現場・行政という二つの次元での「縦割り」の弊害を、連携困難な理由と考えていることが明らかとなった。

8. ネットワーク構築のための児童精神科医の充足度

ネットワーク構築のための児童精神科医の充足度については、認定医が47%、全児協施設の58%が「絶対的に不足している」と答えていた。特に、地域の中核機関であり、勤務している児童精神科医の多い全児協施設の約6割が、絶対的に不足していると答えていることは、「児童精神科医の確保」という、ネットワークを構築する前提条件そのものが整っていないことを強く示唆している。今年度は認定医および中核機関の主観的認識について把握したが、充足度を客観的に評価するためには、連携ネットワーク構築に必要な人的資源の投入量や、連携による効果の評価等について客観的指標を用いて検討していく必要があると思われる。

9. 児童精神科医を増やすために必要な施策

認定医、全児協施設共に、「児童精神科医療の診療報酬を改善すること」が最も多く、特に全児協施設はほぼ全ての施設が改善すべきと答えて

いた。このことから、ネットワークが構築されていくためには、ネットワーク活動そのものを診療報酬に反映することは困難であっても、ネットワークの中核となる医療機関の運営が成り立ち、マンパワーが充足して、児童精神科医がネットワーク活動に従事できるような、入院および外来の診療報酬の改善が喫緊の課題であることが示唆される。

その他、「大学で児童精神医学の教育に取り組む」「児童精神科医の育成システムを国や自治体を中心となって構築する」が6～7割にのぼり、「医学生に児童精神医学という領域を認知してもらうこと」「児童精神科医を志した医師を育てる場を作ること」の重要性が示唆された。

E. 結論

1. 現在、医療側が実践しているネットワーク活動としては、①関係機関の嘱託医、②要保護児童地域対策協議会をはじめとした多機関による連携会議への出席、③担当患者に対する関係機関とのケース会議、症例検討会、講義中心の研修会、スーパーバイズなどの研修・啓発活動、などが実践されていたが、マンパワー不足等により十分に実践されているとは言い難かった。また、要保護児童地域対策協議会の認知度の低さ、多機関による連携会議への参加率の低さが目立っていた。今後、要保護児童地域対策協議会の周知や、参加しやすい環境作り、さらには市川市などが実践しているモデル的な取り組みを周知していくことが重要である。

2. 認定医・全児協施設の多くが、関係機関との連携のためには、児童青年精神科医の増員及び業務の軽減、現場・行政レベルでの縦割り意識の解消が重要であると考えていることが明らかとなった。

3. 認定医および全児協施設の多くが、児童青年精神科医療ネットワークの前提となる児童精神科医の不足が深刻な課題であると認識していた。

4. 認定医および全児協施設の多くが、児童精神科医不足の改善には、①児童青年精神科医療の診療報酬の改善、②国や自治体による児童青年精神科医の育成システムの整備、③大学における児童青年精神医学の教育体制の整備、などが必要であると考えていることが明らかとなった。

5. 児童青年精神科医療ネットワークは、専門病棟を有する中核機関の有無や、児童精神科医の充足度など、地域によって違いがあることが明らかとなったため、今後は中核病院の整備や児童精神科医の増員といった施策と同時に、地域の状況に応じたネットワークの在り方を構築していく必要がある。また、児童青年精神科医療ネットワークを構築する際には、関係機関の児童青年精神科医療に対するニーズを明らかにする必要があり、次年度以降の研究課題の一つであると思われる。

6. 今後は、今年度の調査結果をふまえつつ、地域における児童・青年精神科医療ネットワーク構築の前提条件の整備に関する基本的な考え方および今後の方向性と、ネットワーク活動のあり方（モデル案）について検討していく必要があると考えている。現段階でのたたき台（案）を示す。
（別添）

文献

宇佐美政英：地域連携システムの可能性と問題点 市川市及び大分・別府地区における対応・連携システムについて、児童青年精神医学とその近接領域，48（3）；124－130，2007

厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉のシステムに関する研究」研究班（主任研究者 齊藤万比古）：精神疾患を背景に持つ児童思春期の問題行動に対する対応・連携システムの設置および運営に関するガイドライン、児童思春期精神医療・保健福祉のシステムに関する研究，平成13－15年度報告書

齊藤万比古、笠原麻里、佐藤至子他：児童思春期精神医療・保健・福祉のシステムに関する研究－Ⅰ「現状調査アンケート」の結果と考察－。児童思春期精神医療・保健福祉のシステムに関する研究，平成 13 年度報告書

齊藤万比古、宇佐美政英、清田晃生他：行為の問題を抱えた児童思春期の子どもに関する地域連携システムの設置・運用に関する検討：厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」平成 16－18 年度報告書

表 1. 関係機関での業務（認定医） N=82

	児 相 ・ 児 童 福 祉 施 設	教 育 委 員 会 ・ 教 育 相 談	学 校	医 療 機 関	保 健 所 ・ 保 健 セ ン タ ー	司 法 関 連 機 関	精 神 保 健 セ ン タ ー	そ の 他	な し
中核 病院群	7 人 (32%)	8 人 (36%)	4 人 (18%)	5 人 (23%)	2 人 (10%)	3 人 (14%)	0 人 (0%)	3 人 (14%)	5 人 (23%)
非中核 病院群	23 人 (38%)	22 人 (37%)	15 人 (25%)	12 人 (20%)	6 人 (10%)	4 人 (6%)	3 人 (5%)	12 人 (20%)	12 人 (20%)
計	30 人 (37%)	30 人 (37%)	19 人 (23%)	17 人 (21%)	8 人 (10%)	7 人 (9%)	3 人 (4%)	15 人 (18%)	17 人 (21%)

(複数回答)

表 2. 関係機関での業務（全児協） N=27

	児 相 ・ 児 童 福 祉 施 設	教 育 委 員 会 ・ 教 育 相 談	学 校	医 療 機 関	保 健 所 ・ 保 健 セ ン タ ー	司 法 関 連 機 関	精 神 保 健 セ ン タ ー	そ の 他	な し
正会 員	14 人 (78%)	11 人 (61%)	2 人 (11%)	4 人 (22%)	6 人 (33%)	1 人 (0.6%)	2 人 (1%)	0 人 (0%)	0 人 (0%)
オブ ザー バー	5 人 (56%)	3 人 (33%)	0 人 (0%)	1 人 (11%)	2 人 (22%)	0 人 (0%)	1 人 (11%)	2 人 (22%)	2 人 (22%)
計	19 人 (70%)	14 人 (52%)	2 人 (7%)	5 人 (19%)	8 人 (30%)	1 人 (4%)	3 人 (11%)	2 人 (7%)	2 人 (7%)

(複数回答)

表 3. 要保護児童地域協議会（認定医） N=79

	自分が出席している	他の児童精神科医が出席している	精神科医が出席している	精神科医は出席していない	その会議について知らない、状況が分からない
中核病院群	2 人 (10%)	6 人 (27%)	1 人 (5%)	3 人 (14%)	10 人 (46%)
非中核病院群	1 人 (2%)	9 人 (16%)	1 人 (2%)	6 人 (11%)	40 人 (70%)
計	3 人 (4%)	15 人 (19%)	2 人 (3%)	9 人 (11%)	50 人 (63%)

表 4. 要保護児童地域協議会の把握（認定医） N=79

	把握している	把握していない	計
中核病院群	12 人(55%)	10 人(45%)	22 人
非中核病院群	17 人(28%)	40 人(72%)	57 人
計	29 人(37%)	50 人(63%)	79 人

χ^2 二乗検定：*P<0.05

表 5. その他も含めた多機関による連携会議への参加（認定医） N=79

	参加している	参加していない	計
中核病院群	9 人(41%)	13 人(59%)	22 人
非中核病院群	9 人(15%)	48 人(85%)	57 人
計	18 人(23%)	61 人(77%)	79 人

χ^2 二乗検定：*P<0.05

表 6. 要保護児童地域協議会（全児協） N=27

	当該施設の児童精神科医が出席している	他の児童精神科医が出席している	精神科医が出席してる	精神科医は出席していない	その会議について知らない、状況が分からない
正会員	5 人 (28%)	1 人 (6%)	1 人 (6%)	5 人 (28%)	6 人 (33%)
オブザーバー	1 人 (11%)	0 人 (0%)	0 人 (0%)	2 人 (22%)	6 人 (67%)
全体	6 人 (22%)	1 人 (4%)	1 人 (4%)	7 人 (26%)	12 人 (44%)

表 7. 要保護児童地域協議会の把握（全児協） N=27

	把握している	把握していない	計
正会員	12 人(67%)	6 人(33%)	18 人
オブザーバー	3 人(25%)	6 人(75%)	9 人
計	15 人(56%)	12 人(44%)	27 人

χ^2 二乗検定 : N. S.

表 8. その他も含めた多機関による連携会議への参加（全児協） N=27

	参加している	参加していない	計
正会員	11 人(61%)	7 人(39%)	18 人
オブザーバー	1 人(11%)	8 人(89%)	9 人
計	12 人(44%)	15 人(56%)	27 人

χ^2 二乗検定 : *P<0.05

表 9. 連携に困難を感じている機関（認定医） N=82

	計
児童相談所・児童福祉施設	25 人(30%)
学校	21 人(26%)
司法関連機関(警察など)	18 人(22%)
教育委員会・教育相談	13 人(16%)
医療機関	11 人(13%)
保健所・保健センター	3 人(4%)
精神保健福祉センター	0 人(0%)

(複数回答)

表 10. 連携に困難を感じている機関（全児協） N=27

	計
学校	11 人(40%)
児童相談所・児童福祉施設	8 人(30%)
医療機関	6 人(22%)
司法関連機関(警察など)	5 人(19%)
教育委員会・教育相談	3 人(11%)
保健所・保健センター	0 人(0%)
精神保健福祉センター	0 人(0%)

(複数回答)

表 11. 研修・啓発活動（医療機関の認定医） N=82

症例検討会	スーパーバイズ	研修会(講義)	その他
33 人(40%)	33 人(40%)	25 人(30%)	3 人(4%)

(複数回答)

表 12. 研修・啓発活動（全児協施設） N=27

症例検討会	スーパーバイズ	研修会(講義)
20 人(74%)	10 人(37%)	15 人(56%)

(複数回答)

表 12. 今後必要と考えている連携（認定医） N=82

ケース会議	研修会・講演会	症例検討会	要保護児童
43 人(52%)	37 人(45%)	25 人(30%)	16 人(20%)

(複数回答)

表 13. 今後必要と考えている連携（全児協） N=27

ケース会議	研修会・講演会	症例検討会	要保護児童
22 人(81%)	14 人(52%)	17 人(63%)	7 人(26%)

(複数回答)

表 14. 連携のために整備が必要なこと（認定医） N=82

児童精神科医の 増員・ 業務の軽減	現場レベルの連携	医療・福祉・教育 など所轄官庁の 連携	児童精神科医の 役割などの関係 機関への周知	連携に対する病 院管理者の理解
48 人 (59%)	41 人 (50%)	40 人 (49%)	29 人 (29%)	21 人 (26%)

(複数回答)

表 15. 連携のために整備が必要なこと（全児協） N=27

現場レベルの連携	児童精神科医の 増員・ 業務の軽減	医療・福祉・教育 など所轄官庁の 連携	児童精神科医の 役割などの関係 機関への周知	連携に対する病 院管理者の理解
21 人 (78%)	18 人 (67%)	17 人 (63%)	12 人 (44%)	21 人 (37%)

(複数回答)

表 16. ネットワーク構築のための児童精神科医の充足度（認定医） N=70

充足している	まずまず 充足している	あまり 充足していない	絶対的に 不足している
0 人(0%)	12 人(17%)	25 人(36%)	33 人(47%)

表 17. ネットワーク構築のための児童精神科医の充足度（全児協） N＝26

充足している	まずまず 充足している	あまり 充足していない	絶対的に 不足している
0 人(0%)	1 人(4%)	10 人(38%)	15 人(58%)

表 18. 児童精神科医を増やすために必要なこと（認定医） N＝58

	児童精神科医療 の診療報酬を改 善する	専門講座の開設な ど、全ての大学で 児童精神医学の教 育に取り組む	児童精神科医の 育成システムを国 や自治体を中心 となって整備する	自治体が児童精 神科医療の中核 機関を整備する
中核病院群 (17 人)	7 人 (41%)	10 人 (59%)	9 人 (53%)	7 人 (33%)
非中核病院群 (41 人)	31 人 (76%)	26 人 (63%)	24 人 (59%)	19 人 (46%)
計 (58 人)	38 人 (66%)	36 人 (62%)	33 人 (57%)	26 人 (34%)

(複数回答)

表 19. 児童精神科医を増やすために必要なこと（全児協） N＝25

	児童精神科医 療の診療報酬 を改善する	児童精神科医の育 成システムを国や 自治体を中心とな って整備する	専門講座の開設な ど、全ての大学で児 童精神医学の教育 に取り組む	自治体が児童精 神科医療の中核 機関を整備する
正会員 (17 人)	17 人 (100%)	14 人 (82%)	10 人 (59%)	6 人 (35%)
オブザーバー (8 人)	7 人 (88%)	4 人 (50%)	3 人 (38%)	4 人 (50%)
計 (25 人)	24 人 (96%)	18 人 (72%)	13 人 (52%)	10 人 (40%)

(複数回答)

地域における児童・思春期精神科医療ネットワークの推進に向けて

(たたき台)

(案)

はじめに

児童虐待やいじめなど、子どもをめぐる様々なストレスを背景として、不登校、ひきこもり、発達障害児の二次障害、自傷・自殺、性的逸脱行動、反社会的行動など、子どもの心の問題は深刻化・多様化している。心の問題を抱えた子どもやその保護者が、適切な治療・支援を受け、回復し、地域社会で健やかに生活していくためには、医療のみならず、福祉・教育・保健・司法等を含む関係領域が連携し、包括的な支援を行うことが重要であり、そのための地域における連携ネットワークの構築を図ることが必要である。また、長期的視点に立てば、児童・思春期精神科医療ネットワークの充実、子どもの心の問題の遷延化を防ぎ、ひきこもりやうつ病、自殺など、成人期の心の問題の予防対策にも大きく寄与することになる。

このようなネットワークが全国的に展開していくためには、ネットワークの中核となる地域拠点病院（※）の整備、児童・思春期精神科医療の専門医療従事者の育成等の諸条件が前提となる。以下、前提条件の整備に関する基本的な考え方および今後の方向性と、ネットワーク活動のあり方（モデル案）について提示する。

※地域拠点病院を、『子どもの心の診療医』の養成に関する検討会」報告書（平成19年3月）の提言に基づいて以下のように定義する。

①「子どもの心の診療に専門的に携わる医師」が勤務し、都道府県と連携しながら、地域における子どもの心の診療の中核的な役割を担っている医療機関である。具体的には、全国児童青年精神科医療施設協議会加盟施設、日本小児総合医療施設協議会加盟施設等の医療機関等である

②重篤な心の問題を抱えた子どもを適切に治療することが可能な、子どもの心の診療を行う専門病棟又は専用病床を有している医療機関である。

③「子どもの心の診療に専門的に携わる医師」を養成する機能を有している医療機関である。

I 児童・思春期精神科医療ネットワーク構築の前提条件の整備（図参照）

1. 基本的な考え方

以下の点を重視すべきである。

- (1) 人材育成（多職種チーム医療を重視し、医師のみならずコメディカルも含む）
- (2) 児童・思春期精神科医療に関する治療技法等の向上と標準化
- (3) 地域におけるネットワークの中核となる地域拠点病院の整備

- (4) 児童福祉部門における子どもの心の診療機能の向上
- (5) 地域における児童・思春期精神科医療ネットワーク・モデルの提示

2. 具体的な方向性

(1) 診療報酬を見直す。

専門性の高い医療従事者を育成する場として、また、ネットワークの中核として、入院機能を有する地域拠点病院は重要な役割を担っているが、現状の児童・思春期精神科医療の入院診療報酬は、療養上必要な環境や人員配置を整備し、専門的な入院治療を実施した場合に大幅な不採算部門となる低い水準となっている。このため、児童・思春期精神科専門病棟・専用病床の必要性を十分理解しているにもかかわらず、病棟の廃止や縮小を余儀なくされる医療機関もある。既存の地域拠点病院の存続および、地域拠点病院のない都道府県における地域拠点病院の整備を推進するためには、大幅な不採算の現状を改善する必要がある（静岡県立こども病院児童精神科部門の場合、（年間の総収益）－（人件費）＝▲約7,500万円 平成21年度）。

また、外来診療においても、地域拠点病院以外で子どもの心の診療を実践する医療機関の受け皿を確保、拡大する必要があるが、成人と比べ、詳細な生育歴や家庭状況などの問診、精神療法および心理療法、保護者面接など投薬以外の治療が多く、さらには教師や関係機関等への指導や連携が頻回であるなど、診療に要する時間と労力は大きく、医療機関が子どもの心の診療を積極的に実践する経済的なインセンティブは低い。外来の診療報酬の改善も必要である。

(2) 治療技法等の開発および標準化の拠点施設を整備する。

入院治療が可能な児童・思春期精神科専門病棟を有する児童・思春期精神科部門であって、重篤な児童・思春期精神障害の治療技法の開発や標準化のための臨床研究、高度な専門性を有する人材の育成等を行うための拠点施設を整備する。（全国に1カ所程度）

治療開発や標準化のための臨床研究等を集中的に実施する観点から、入院・通院中の患者に限定した周辺の関係機関との連携活動については地域拠点病院と同様に必須であるが、その他の地域ネットワーク活動などは基本的には行わないことが想定される。

(3) 大学における児童精神医学・小児心身医学等の講義を必須化する。児童精神医学講座などを開設している大学では、子どもの心の診療の専門医を育成する。

子どもの心の診療の専門医（以下、専門医）を育成していくためには、まず、医学部の

学生に、児童・思春期精神医学や小児心身医学等、子どもの心の診療領域の存在を周知することが出発点となる。したがって、大学教育の中に児童・思春期精神医学・小児心身医学等の講義を必須化し、この領域を志す学生を増やすことが必要である。

また、児童精神医学講座などを開設している大学に対しては、子どもの心の診療の専門医の育成を支援していく必要がある。

（４）地域拠点病院の中から人材育成型拠点病院を指定し、支援する。子どもの心の診療の専門医を育成する。

医療・福祉・教育などの各機関と連携したネットワークの中核的役割として機能している地域拠点病院の中から、育成機能も有している医療機関を「人材育成型拠点病院」と位置付ける。具体的には以下のような地域拠点病院を人材育成型拠点病院とする。

- ① 「子どもの心の診療に専門的に携わる医師」が勤務し、都道府県と連携しながら、地域における子どもの心の診療ネットワークの中核的な役割を担っている。
- ② 重篤な心の問題を抱えた子どもを適切に治療することが可能な、子どもの心の診療を行う専門病棟又は専用病床を有している。
- ③ 「子どもの心の診療に専門的に携わる医師」を養成する機能を有している。

こうした条件を満たす地域の拠点病院を支援し、専門医やコメディカルスタッフの育成を図ることで、人材不足のために拠点病院が未整備の都道府県へ専門医やコメディカルスタッフを供給することが可能となる。さらに、拠点病院が未整備の都道府県のモデルになる、という効果も期待できる。

（５）各都道府県にネットワークの中核となる、地域拠点病院を整備する

地域拠点病院が整備されていない都道府県の担当部局に対して、以下のような施策を実行する。

- ① 児童・思春期精神科医療ネットワークの現状をヒアリングする。
- ② 人材育成型拠点病院の例などを提示しながら、児童・思春期精神科医療ネットワークの中核的役割を果たす、地域拠点病院の整備の必要性を周知する。
- ③ 地域拠点病院の整備に積極的な都道府県に対しては、人材育成の支援（人材育成型病院への研修の仲介など）や、児童・思春期精神科専門病棟・病床整備の補助金の交付など、必要な支援を行う。

（６）（専門医の育成が一定程度進んだ段階で）児童相談所・情緒障害児短期治療施設における専門医の配置を推進する。

現在多くの都道府県が行っている嘱託医制では、見立てや処遇方針に対する医師の見解の位置づけが曖昧である。また、専門医の関与の度合いに関して、都道府県によるばらつきが著しい。したがって、都道府県、政令指定都市に最低 1 名の常勤医を配置する、等の施策を行う必要がある。これは、地域の拠点病院等、嘱託医を派遣している医療機関が、診療の充実や、他のネットワーク活動に従事可能となる、というメリットもある。

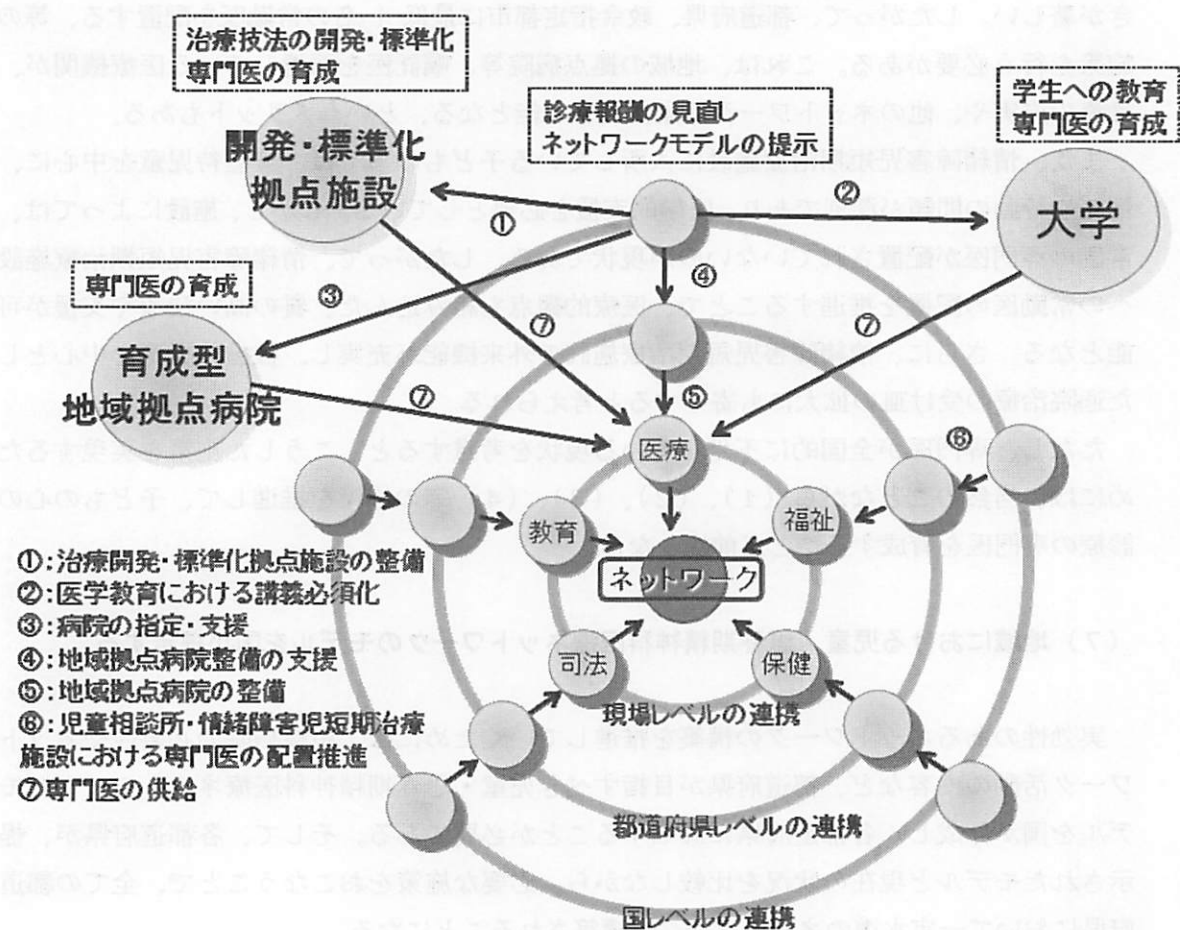
また、情緒障害児短期治療施設に入所している子どもの多くは、非虐待児童を中心に、情緒や行動の問題が深刻であり、医学的支援を必要としている。しかし、施設によっては、常勤の専門医が配置されていないのが現状である。したがって、情緒障害児短期治療施設への常勤医の配置を推進することで、医療的観点も組み込んだ、質の高い治療や支援が可能となる。さらに、情緒障害児短期治療施設の外来機能が充実し、被虐待児童を中心とした通院治療の受け皿の拡大にも寄与すると考えられる。

ただし、専門医が全国的に不足している現状を考慮すると、こうした施策を実現するためには、当然のことながら（１）、（２）、（３）、（４）等の施策を推進して、子どもの心の診療の専門医を育成することが前提となる。

（７）地域における児童・思春期精神科医療ネットワークのモデルを国が提示する

実効性のあるネットワークの構築を推進していくためには、中核病院の必要性やネットワーク活動の内容など、都道府県が目指すべき児童・思春期精神科医療ネットワークのモデルを国が作成し、各都道府県に周知することが必要である。そして、各都道府県が、提示されたモデルと現在の状況を比較しながら、必要な施策をおこなうことで、全ての都道府県において一定水準のネットワークが構築されることになる。

図 児童・思春期精神科医療ネットワーク構築の前提条件の整備



Ⅱ ネットワーク活動のあり方

1. 専門医が関係機関との連携することの意義

専門医は、単に子どもの精神障害を診断・治療するだけではない。その子どもが生まれながらに持っている体質や能力（発達障害の有無を含む）や養育環境の影響、保護者の特徴、現在の家族内力動（葛藤）、学校などの環境との相互作用、現在の子どもの心理状態や性格特徴、などを総合的に評価して子どもの見立てを行い、子どもへの関わり方、家族への介入の方法、子どもの生活する環境（学校など）の調整などについて指導を行う立場にある。

教師などの学校関係者、児童相談所などの福祉機関、情緒障害児施設や児童養護施設などの児童福祉施設、少年サポートセンターなどの司法機関など、子どもに関連する機関には、精神医学的観点は言うまでもなく、上述した多面的観点から子どもや家族を見立てることが充分できているとは言い難い状況のため、専門医が関与する意義は極めて大きい。

また、例えば不登校など教育相談機関が関わっている子どもや、児童養護施設に入所している子どもの中に、早期に精神医学的治療を開始すべき症例がいることも少なくない。したがって、子どもの精神障害の早期発見と適切な介入のためにも、関係機関に専門医が関わる必要がある。

2. 地域拠点病院を中核とするネットワーク活動の具体的内容（モデル案の提示）

*今回は医療側が提供できるネットワーク活動に限定している

*保護者等を対象とした講演会や、子どもの心の問題についての小冊子・リーフレットの作成等、一般向けの普及啓発については、重要な活動ではあるが、地域拠点病院が主体となって行うネットワーク活動としての最優先事項ではないと考え、ここでは除外した。

（1）地域拠点病院を中心とした、病病・病診連携など、医療ネットワークの構築

地域の医療機関から相談を受けた様々な子どもの心の問題、児童虐待や発達障害の症例に対する診療支援が主な内容である。緊急時（急性期症状、入院適応等）における電話等による紹介への対応や、紹介患者の受け入れなど、地域の医療機関への医学的支援を実施する必要がある。

（2）医療機関に通院・入院している子どもに関する多機関合同のケース会議

医療機関に通院・入院中の子どもについて、関係する児童相談所等の福祉機関職員や、教育機関職員（学校担任、養護教諭、特別支援コーディネーター、管理職等）と合同でケース会議を行う。子どもの特性や精神障害について理解を深め、精神医学的観点から適切な関わりや支援方法などを共有することによって、児童虐待の症例や施設入所などの処遇が適切な症例などについて、児童相談所が適切な処遇を行えるよう支援する、あるいは、子どもに適切な教育環境を提供することを支援する。

（３）福祉・教育・司法など関係機関の嘱託医（学校医も含む）

児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設等に対して、専門医が精神医学的観点から見立て、適切な対応などについて助言をすることは、対象となる子どもや保護者の利益だけにとどまらず、関係機関の職員のスキルアップにもつながる。

（４）児童相談所、家庭児童相談室、教育委員会、保健センター、保健所、警察（少年サポートセンター）など、福祉・教育・司法などの関係機関が定期的開催しているケース会議（要保護児童地域対策協議会を含む）などへの、専門医の参加

上記のような福祉・教育・司法などの関係機関が定期的集まり、各機関から困難事例等を提示し、支援の方向や役割分担などを合同で協議する会議である。専門医が参加し、医学的観点から見立て、適切な対応などについて助言をすることは、対象となる子どもや保護者の利益だけにとどまらず、関係機関の職員のスキルアップにも寄与する。なお、関係機関に働きかけて、新たな多機関合同ケース会議を設置するのが困難な場合は、児童福祉法に定めた要保護児童対策地域協議会に参加することで、類似の効果が得られると考えられる。

（５）関係機関と合同の症例検討会、関係機関の各職種を対象とした研修会・講演会

関係機関と合同の症例検討会、関係機関の各職種を対象とした研修会・講演会等を開催することで、関係機関の職員のスキルアップや相互交流の促進が期待できる。

（６）利用者にとって有益な情報を掲載したパンフレットの作成と周知

子どもの心の問題（発達障害や児童虐待を含む）について、子ども本人、保護者、保育士や教師など、利用者にとって有益な情報を掲載したパンフレットを関係機関が合同で作成し、周知する。これによって、利用者は、どういう問題の場合にどこに相談すればよいのかといった、必要な情報を得ることが可能となり、いわゆる相談機関の「たらい回し」を防ぐ効果も期待できる。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧

書籍

- 齊藤万比古：外来受診状況での見立ての実際. 臨床心理士子育て支援合同委員会（編）：臨床心理士のための子育て支援基礎講座, pp107-120, 創元社, 大阪, 2010.
- 齊藤万比古：Ⅰ ライフステージから見た注意すべき症状とこころの病気 2 小学校・中学校期. 樋口輝彦, 野村総一郎（編）：こころの科学 こころの医学事典, pp46-74, 2010.
- 齊藤万比古：不登校. 飯田順三（編）：脳とこころのプライマリケア 4. 子どもの発達と行動, pp420-427, シナジー, 東京, 2010.
- 飯田順三：広汎性発達障害と統合失調症. 専門医のための精神科臨床リュミエール 19 広汎性発達障害—自閉症へのアプローチ;pp76-81 市川宏伸編 中山書店 2010
- 飯田順三：ADHD と不安障害. 子どもの心の診療シリーズ4 子どもの不安障害と抑うつ; pp108-115 松本英夫、傳田健三編 中山書店 2010
- 飯田順三：母子関係からみた心の発達. 脳とこころのプライマリケア 4 巻子どもの発達と行動;pp15-23 飯田順三編 シナジー 2010
- 飯田順三：統合失調症. 脳とこころのプライマリケア 4 巻 子どもの発達と行動;pp523-531 飯田順三編 シナジー 2010
- 金生由紀子：チック・Tourette 症候群. 飯田順三（編）：脳とこころのプライマリケア 4 子どもの発達と行動, シナジー, pp323-334, 2010
- 金生由紀子：Gilles de la Tourette 症候群をめぐる最近の話題. 鈴木則宏/祖父江元/荒木信夫/宇川義一/川原信隆(編): Annual Review 神経 2011, 中外医学社, 268-277, 2011
- 亀岡智美：摂食障害. (飯田順三編: 脳とこころのプライマリケア 4 子どもの発達と行動. シナジー. p487-496)
- 渡部京太：注意欠如・多動性障害 (ADHD) と抑うつ,子どもの心の診療シリーズ4 子どもの不安障害と抑うつ総編集 齋藤万比古 編集 松本英夫 傳田健三,中山書店 2010
- 渡部京太：子どもの状態を把握する評価尺度,脳とこころのプライマリケア 4 子どもの発達と行動編集 飯田順三,シナジー 2010
- 渡部京太：虐待,青年期精神医学—内科医、小児科医、若手精神科医のための監修 清水將之、編集 高宮静男 渡邊直樹;診断と治療社 2010 年
- 渡部京太：ADHD の疫学と長期予後. 精神科治療学 25 (6) 727-734 2010 ADHD 臨床の新展開 I ;星和書店 2010
- 梶屋二郎：抑うつ, リストカット, 選択的セロトニン再取り込み阻害薬, 電気けいれん療法. ストレス科学辞典. [下光輝一, 大島正光, 内山明彦 編集], パブリックヘルスリサーチセンター, 東京
- 梶屋二郎：少年の性加害修正プログラム. キーワード 279 で読み解く精神医学. [松下正明 総編集], パブリックヘルスリサーチセンター, 東京,
- 岡田俊：青春期精神医学 (=宮静男、渡邊直樹 編集 診断と治療社、2010)
- 岡田俊：子どもの発達と行動〔脳とこころのプライマリケア 4〕(共著, シナジー, 2010)

岡田俊：子どもの不安障害と抑うつ（共著、中山書店、2010）
 岡田俊：注意欠如・多動性障害、自閉症 各疾患領域の治療の現状とメディカルニーズ DATA BOOK（共著、技術情報協会、2010）
 岡田俊：脳科学エッセンシャルー精神疾患の生物学的理解のために〔専門医のための精神科臨床リュミエール16〕（共著、中山書店、2010）
 岡田俊：広汎性発達障害ー自閉症へのアプローチ〔専門医のための精神科臨床リュミエール19〕（共著、中山書店、2010）
 山崎透：児童精神科の入院治療．金剛出版
 山崎透：入院治療．飯田順三（編）：脳とこころのプライマリケア4〔子どもの発達と行動〕．シナジー，pp172－182

雑誌

齊藤万比古：特集 ADHD をめぐって 現状と課題．児童青年精神医学とその近接領域 51(2)：67-76，2010.
 牛島洋景，齊藤万比古：注意欠如多動性障害における衝動性と薬物療法．臨床精神薬理 13(6)：1133-1141，2010.
 齊藤万比古，青木桃子：ADHD の二次障害．精神科治療学 25(6)：787-792，2010.
 齊藤万比古，永田真由：ADHD 治療のアルゴリズム．精神科治療学 25(7)：867-873，2010.
 齊藤万比古：ADHD と二次障害をどう理解するか．臨床心理学増刊第2号：43-48，2010.
 (2010年9月)
 齊藤万比古：不登校からひきこもりへー支援のネットワークの意義を求めてー．日本福祉大学心理臨床研究センター紀要 5：3-9，2010.
 Hideki Negoro Masayuki Sawada Junzo Iida Toyosaku Ota Shohei Tanaka
 Toshifumi Kishimoto : Prefrontal Dysfunction in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder as Measured by Near-Infrared Spectroscopy. Child Psychiatry Human Development 41:193-203, 2010
 澤田将幸 木村豪 太田豊作 岸本直子 池下克美 法山良信 定松美幸 飯田順三
 岸本年史：措置入院を契機に診断および告知に至った強迫性障害を伴うアスペルガー症候群の成人例．臨床精神医学 39 (9) 1179-1185 2010
 Masayuki Sawada Junzo Iida Toyosaku Ota Hideki Negoro Shohei Tanaka
 Miyuki Sadamatsu Toshifumi Kishimoto : Effects of osmotic-release methylphenidate in attention-deficit/hyperactivity disorder as measured by event-related potentials Psychiatry and Clinical Neurosciences 64:491-498, 2010
 太田豊作、飯田順三：併存障害を伴う ADHD へのストラテラの使用経験．現代のエスプリ 513 (4) 182-191, 2010
 飯田順三：精神科後期研修で何を学ぶか？児童思春期精神医学精神科 16 (4) 311-314

2010

- 澤田将幸 飯田順三 : Methylphenidate 乱用; Schizophrenia Frontier 11(2) 34-38 2010
- 相原加苗 城島哲子 飯田順三 岸本年史 : 虐待の実態と評価; 精神科 17 (1) 24-29 2010
- 根来秀樹 飯田順三 澤田将幸 太田豊作 : 岸本年史発達障害の精神生理から何がどこまでわかるか? . 日本生物学的精神医学会誌 21(2) 77-81 2010
- 金生由紀子 : トウレット障害. 日本小児科学会雑誌 第 114 巻第 11 号, 1673-1680
- 亀岡智美 : 解離・転換性障害. 精神医学 52 (5) 461-466 2010
- 亀岡智美 : 子どものうそにどう対応するか. こころの科学 No156, 80-84 2010
- 亀岡智美 : 母性剥奪 (Maternal Deprivation) , Japanese Journal of Traumatic Stress. Vol.8. No1 February, 2010 p80
- 渡部京太 : 注意欠如・多動性障害 (ADHD) の長期予後と二次障害の予防. 脳 21 Vol.13 No.2 金芳堂 2010
- 渡部京太 : コンサータ中断例へのストラテラの使用経験. 現代のエスプリ ADHD 薬物療法の新時代 コンサータとストラテラ 編集 石川元; ぎょうせい 2010
- 渡部京太 : 治療に疑問を感じたときー子どもの治療ー. こころの科学 152 号 特集 治療に疑問を感じたら; 日本評論社 2010
- 渡部京太 : ADHD の DBD (破壊的行動障害) マーチとは何ですか? . 教育と医学 58 巻 9 号 特集 発達障害の疑問に答える 2; 慶應義塾大学出版会 2010
- 渡部京太 : 境界性パーソナリティ障害をマネジメントする 学校の中でのマネジメント. こころの科学 154 号 特集 境界性パーソナリティ障害; 日本評論社 2010
- Sato, W., Uono, S., Okada, T., Toichi, M. Impairment of unconscious, but not conscious, gaze-triggered attention orienting in Asperger's disorder. Research in Autism Spectrum Disorders, 4; 782-786, 2010
- 岡田俊 : ADHD の病態生理学 PharmaMedica 28(11), 17-19, 2010
- 岡田俊 : 身体治療場面における広汎性発達障害のある患者への対応 心身医学 50(9), 863-868, 2010
- 岡田俊 : ADHD の神経生物学 : 最新の知見 精神科治療学 25(6) : 735-740, 2010
- 岡田俊 : 成人期 AD/HD の診断と治療. 児童青年精神医学とその近接領域. 51(2) : 77-85, 2010
- 岡田俊 : 子どもの精神疾患の臨床像をどうとらえ得るか?ー児童精神医学と成人精神医学の双方向の視点 精神医学, 52(5) : 431-432, 2010
- 木村記子, 岡田俊 : 児童期における摂食障害 精神医学, 52(5) : 467-476, 2010
- 岡田俊 : ADHD 治療ガイドラインにおける atomoxetine の位置づけ 脳 21, 13(2) : 80-88, 2010
- 岡田俊 : 広汎性発達障害に対する薬物療法 発達障害医学の進歩 22:21-28, 2010
- 岡田俊 : 児童青年期双極性障害に併存する注意欠陥/多動性障害に対する中枢神経刺激薬の

使用．臨床精神薬理 13：927-932, 2010

岡田俊：ADHDにおけるドーパミン神経活動の異常と神経精神薬理学 現代のエスプリ 513：117-123, 2010

その他

【ガイドライン】

「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」（平成 22 年 5 月厚生労働省公表）

平成 19～21 年度 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業

「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助の構築に関する研究」 主任研究者 齊藤万比古