

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 23 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 齊藤 万比古

平成 24 (2012) 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³⁾ 末廣佑子³⁾ 浦谷光裕⁵⁾ 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¹⁾²⁾ 河野稔明²⁾³⁾ 野中舞子²⁾⁴⁾ 松田なつみ²⁾⁴⁾ 桑原斉¹⁾²⁾ 島田隆史²⁾⁵⁾
原郁子²⁾⁶⁾ 濱田純子²⁾ 小平雅基⁷⁾ 遠藤季哉⁸⁾
1)東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野
2)東京大学医学部附属病院こころの発達診療部
3)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部
4)東京大学大学院教育学研究科 5)東京大学大学院医学系研究科精神医学分野
6)横浜市総合リハビリテーションセンター 7)国立国際医療研究センター国府台病院
8)東京都立小児総合医療センター児童思春期精神科
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29
亀岡智美¹⁾⁶⁾ 飛鳥井望⁵⁾ 岩切昌宏¹⁾ 金吉晴⁴⁾ 齋藤梓⁷⁾ 瀧野揚三¹⁾ 田中究²⁾
野坂祐子¹⁾ 元村直靖³⁾ 兼平高子⁶⁾ 安部紫⁶⁾
1)大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
2)神戸大学大学院医学研究科精神医学分野
3)大阪医科大学看護学部 4)国立精神・神経医療研究センター
5)東京都医学総合研究所 6)大阪府こころの健康総合センター
7)上智大学総合人間科学部心理学科
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35
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45
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

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	61
渡部京太 ¹⁾ 齊藤万比古 ¹⁾ 中里容子 ¹⁾ 小平雅基 ¹⁾ 宇佐美正英 ¹⁾ 岩垂喜貴 ¹⁾ 飯島崇乃子 ¹⁾ 牧野和紀 ¹⁾ 松田久実 ¹⁾ 青木桃子 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	73
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) 関東医療少年院 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	79
岡田俊 ¹⁾ 森川真子 ²⁾ 杉山由佳 ³⁾ 木村記子 ⁴⁾ 1) 名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療科 2) 名古屋大学大学院医学系研究科 精神医学・親とこどもの心療学 3) 名古屋大学医学部附属病院精神科 4) 静岡てんかん・神経医療センター精神科	
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	83
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	97
小平雅基 ¹⁾ 飯島崇乃子 ¹⁾ 高橋美穂 ²⁾ 入倉梓 ²⁾ 本城浩子 ²⁾ 菅谷智一 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	119
山崎透 ¹⁾ 石垣ちぐさ ¹⁾ 大石聡 ¹⁾ 伊藤一之 ¹⁾ 宇佐美政英 ²⁾ 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 2) 国立国際医療研究センター国府台病院	
Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧	129
Ⅳ. 研究成果の別刷	131

I. 平成 23 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分担研究および総括研究に取り組み、多くの成果を得た。また、ガイドラインおよび関連するガイドブックの内容の中立性と質を担保するため、日本精神神経学会および日本児童青年精神医学会での関連委員会での検討を経て公表・公刊を行う準備に取り組んだ。

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
榎屋二郎 関東医療少年院医務課長
岡田 俊 名古屋大学医学部附属病院 親と子ども心療科
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

本研究は全国に均てん化すべき児童青年精神科診療機能を持つ地域中核病院での標準的な臨床活動及び機関間連携システムなどの地域活動の標準的指針（ガイドライン）を明らかにすることで、地域における当該医療の質の向上に寄与するとともに、新規に当該機能を設置しようとする自治体ならびに民間の動きの加速化に寄与することを目的とする。各分担研究者はこの目的に資する各分野の資料を収集するとともに、その根拠を明らかにする研究に取り組む。

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 年計画の研究である。初年度は班全体の研究体制を確立し、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。

二年度である本年度は各障害群の診断・評価と治療に関するエビデンスの検討に加え、わが国の当該医療における一人者によるエキスパート・コ

ンセンサス等を通じた各診断・評価法と治療法の標準化に取り組むほか、大学医学部および児童青年精神科専門医療機関による専門的医師の養成の実態を明らかにするとともに、その結果に基づき現実的にめざすべき養成システムとはなにかを明らかにする研究に取り組み、さらに児童青年精神科医療の一環として子どもの心の健康を支える地域における医療、福祉、保健、教育等の各機関の連携システムのあり方について明らかにする研究に取り組んできた。

最終年度は各研究が実施してきた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」とその関連成果物の作成に班をあげて取り組む。

本研究班は以下のような目標を目指す4研究グループに分かれ、児童精神科医療の各地への均てん化に資する臨床的達成モデルを調査研究等を通じて抽出することに取り組んでいる。

【障害別診療モデル研究グループ】は、児童青年精神科診療の中心的な対象疾患である発達障害（広汎性発達障害やADHD）、チック障害・強迫性障害、心的外傷関連障害（PTSDや虐待関連障害など）、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（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することに取り組んでいる。【専門家養成システムの在り方研究グループ】は第一に専門的医師の養成システムのあり方を中心に、大学医学部と専門医療機関における養成システムの実情と今後のあり方に関する研究に取り組んでいる。【総合化研究グループ】は第一に、専門的医療機関を中心に、児童思春期精神科診療の地域医療ネットワークと、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各種専門機関による連携ネットワークの両者について、今後備えるべきシステムとしての機能と構造に関する研究に取り組んでいる。第二に、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しており、この研究では最終年度は児童青年精神科臨床におけるエビデンスに基づく医療実践の指針を作成する予定である。【総括研究】は初年度および二年度に厚生労働省「心の健康づくり対策事業思春期精神保健研修事業」を受託し、本研究班の知見も組み込んだ研修を企画運営した。最終年度も引き続き研修の受託を目指し研修のあり方を検討するとともに、上記のように各診療指針、連携システム指針、研修ガイド等を客観性の質の高さを担保された形で次々と世に出し、最終的には最も利用しやすい公開法を決定したい。

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広汎性発達障害（PDD）と注意欠如・多動性障害（ADHD）の診断・治療に関するアンケート調査を日本児童青年精神医学会の医師会員1802名を対象に実施した。PDDについてのアンケート回収率は30.0%であり、ADHDでは22.5%であった。その集計結果は以下のとおりである。① PDD, ADHDは知能検査や評価尺度を用いながらDSM-IV-TRとICD-10に従って診断されていると考えられる結果であった。② 心理社会的治療・支援については、PDDでもADHDでもペアレント・トレーニングとソーシャルスキルトレーニングへのニーズが多かった。また、高機能PDDへの早期支援不足が考えられた。③ PDDの薬物治療においては、小児でも成人でも使用する向精神薬は抗精神病薬が最も多かった。また、ADHDの薬物治療においては、向精神薬のうち

ADHD 治療薬 2 剤が多く使用されており、学校での問題が多い場合や外在化障害の併存例などでは徐放性 methylphenidate が多く使われ、内在化障害やチック症状の併存例などでは atomoxetine が多く使われていた。④ 発達障害の薬物治療において、頻度は明らかではないが、多くの医師は抗精神病薬、抗てんかん薬、抗うつ薬を使用していることが明らかとなった。これらの多くの薬剤が発達障害に対しては適応外であることに留意する必要があると考えられた。

チック障害および OCD の診療についての研究は、昨年作成した「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」の活用状況等に関する質問紙調査、および子どもの OCD に対する認知行動療法 (Cognitive behavior therapy: CBT) の検討を行った。予めガイドブックを送付した医師を対象に行い、47 名の回答を得た。その結果は医師の約 6 割が診療にガイドブックを使用し、約 9 割がガイドブックの有用性を支持しており、ガイドブックの実用性は高いと考えられた。さらに、患者・家族に直接読んでもらえる、平易な内容のリーフレット・冊子があると有用との意見を多数得た。OCD への CBT の検討では、22 名を対象とした検討を行った。その結果、曝露反応妨害法 (exposure and response prevention: ERP) の有効性が示唆された。また、ERP を実施した群では非実施群よりも、強迫行為の苦痛、強迫観念の苦痛と制御が低下しており、強迫症状に要する時間よりもその主観的な苦痛の軽減が重要な要素であることが明らかになった。

子どもの PTSD についての研究は、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ことに取り組んでおり、今年度は、① CARES Institute での 2 日間 live 講習受講 ② Center for Traumatic Stress in Children and Adolescents (CTSCA) 視察訪問 ③ トラウマ焦点化認知行動療法のわが国での実践 (pilot study) を行った。

①②ではプログラム開発者から直接提供されたロールプレイを満載した講習や直接的な質疑応答によって、これまで公表されている資料では不明だった点を習得することができた。日本での試験の実践例について、プログラム開発者から直接スーパーバイズを受けることができ、わが国での臨床応用に即時に役立てることができた。また、わが国で成人 PTSD に実践されている PE 療法 (長時間曝露療法) との原理上の相違点も理解することができた。③についてはプログラム開発者のスーパーバイズを受けながら、8 歳から 18 歳までの単回性および慢性反復性トラウマ症例 6 例に対して TF-CBT を試験的に実践し、全例で PTSD 症状の軽減を認めた。

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、今年度は子どものうつ病の診断・治療の evidence の検証、本邦での標準的なうつ病診断・治療についての意見のためのアンケートの作成、うつ病の症例の収集と類型化と継続的観察、エキスパートのネットワークの構築、双極性障害の実態調査のためのアンケート作成などに取り組んだ。本研究は 3 年間を通じた調査研究のため、次年度で最終的な集計の結果を報告する。

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、第一に取り組んだのは不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験 (RCT) デザインの薬物療法の臨床試験、そして薬物療法に精神療法 (主に認知行動療法: CBT) を併用して行われた臨床試験に関する研究のレビューで、① 不安障害の子どもに薬物療法が必要な場合の first choice は SSRI であること、② 子どもの全般性不安障害、分離不安障害には venlafaxine ER が有効であること、③ CBT と薬物療法の併用療法は、CBT 単独、薬物療法単独よりも有効であること、④ RUPP study では、fluvoxamine が有効でない時には次に fluoxetine を選択すること、とまとめることができることを示した。第二に取り組

んだ課題は新たに開始した選択性緘黙児に対するグループ・プレイセラピー『国府台シャイネス』の意義に関する検討である。選択性緘黙は不安障害と近縁の疾患であるが、選択性緘黙の背景には広汎性発達障害（PDD）や精神遅滞といった発達障害、統合失調症との関連も深いといわれている。ただ、言葉を話さないために心理発達の評価をしたり、診察場面でも病態の評価が困難なことがあったりする。『国府台シャイネス』は、Liebowitz、Kernberg、Guptaらによる選択性緘黙児の集団観察セッションの取り組みを参考にして取り組んでおり、グループ・プレイセラピーという設定により、他の子どもとの関係の持ち方やグループへの関わり方の特性を観察できるとともに、その治療としての有効性を実感させる展開を見せた。

統合失調症の診療についての研究は、前年度研究結果から導かれた検討課題の中の「(統合失調症の)ハイリスク群の捉え方や考え方の統一」に関する研究として、日本精神科救急学会会員および日本児童青年精神医学会会員(いずれも精神科医)計2133名を対象に、精神病性障害の診断・治療のガイドライン作成の準備段階として柱となる4つの骨子の適切性に関するアンケート調査を行い(研究①)、さらに前年度抽出された検討課題の中の「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」に関する研究として、神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科の初診患者228名を対象に初診時における問診票から精神病様体験(PLEs)の有無を初めとする項目を調査し、児童精神科の臨床における精神病様体験に関する検討を行った(研究②)。研究①では、4つの骨子について80%以上の医師が“適切”あるいは“やや適切”と回答しており、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指針に沿って作成した骨子の下、本邦における児童青年期の統合失調症を中心とする精神病性障害の診断・治療のガイドライン作成していくことを適切とする結果であった。研究②では、児童精神科外来初診者のうち、1つ以

上のPLEsが陽性の患者は約15%存在していたが、精神科診断は統合失調症に限らず、適応障害、広汎性発達障害あるいは特定不能の情緒障害など多岐にわたっていた。また、被虐待歴と自殺企図歴、家族への秘密を抱えている場合、PLEs陽性例が有意に多いという結果を得た。

子どもの外在化障害についての研究は、その中核障害である素行障害の診断・治療の現状について、児童青年期精神科臨床に携わる医師(日本児童青年精神医学会会員より無作為に抽出した150名)に対するアンケート調査を行い、59%から回答を得た。その結果、素行障害と診断することに医療的意義を見出せないという医師が存在していること、診断に用いられている診断基準も障害概念や下位分類に両者間で乖離の存在するDSMIV-TRとICD-10が混在していることが明らかとなった。平成22年度の1年間で素行障害と診断して治療に当たった各回答医師のケース数は平均4.6例であり、その内平均1.6例が並存する他の精神障害の診断がつかない純粋な素行障害であった。素行障害少年の治療・処遇においては調査に回答した全ての医師が地域の機関との連携を望んでいるものの、連携に不十分さを感じていた。また、調査に回答した全ての医師が治療や処遇についての有用なガイドラインの必要性を感じているという結果であった。

b) 専門家養成システムの在り方研究グループ

今年度は、大学病院における児童青年精神医学教育の充実に向けて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、70.0%にあたる56校から回答を得た(子どもの心の診療部または子どもの心の診療科を設置した大学病院8;子どもの専門外来を持つ大学病院29;一般外来で子どもの心の診療を行っている大学病院19)。また、後期研修において、児童青年精神科医療に関する講義、技術の経験や習得、経験できる症例に関して調査した結果、全体を網羅する体系的な児童青年精神科医療に関する講義を行っている大学病院は少ないことがわかった。

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、昨年度の調査から児童青年精神科医療を研修するにあたって、レジデント研修の到達目標を求める声が多かったため、今年度は『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』の作成に取り組んだ。子どものこころの診療を研修している医師が3年間の研修を通して成長していくステップを初級、中級、上級と三段階で設定することを試み、それが研修者と研修指導者の双方が研修の進捗度を把握することに役立つメルクマールとなることを目指した。またレジデントの研修ガイドブックとは別に、児童青年精神科病棟における看護業務の指針となるものが必要と考え、『児童青年精神科看護ガイドライン』の作成にも取り組んだ。『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』『児童青年精神科看護ガイドライン』いずれも現在作成中であり、3年目での完成を目指している。

c) 総合化研究グループ

今年度は福祉サイドから見た子どもの心の問題に関する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、全国の児童相談所にアンケート調査を実施した。その結果、①「児童精神科医がない」を主な理由として常勤も嘱託医も勤務していない児童相談所が全体の約5割に上ること、②児童精神科医・精神科医が参加している要保護児童対策地域協議会は約1割にすぎないこと、③成人精神科との連携は約6割が困難さを感じており、その理由として「子どもの受診・入院を断られる」が多いこと、④全体の9割の児童相談所が入院可能な児童精神科医療機関を「地域に必ず必要」と答えており、福祉サイドからのニーズが極めて高いこと、⑤ネットワーク活動を展開するには、「行政・現場レベルの連携」「児童精神科医の増員」「中核医療機関の整備」を推進し、その上で「ケース会議」「要保護地域対策協議会を含めた多機関連携会議」をネットワーク活動の中核に据えていくのを重視していることなどが明らかとなった。

EBMに基づく児童青年精神科臨床の在り方を明らかにする研究として今年度は、自閉症スペクトラム障害とその併存障害の関連をもとに、診断の妥当性について検討を加えた。その結果、いずれにおいても精神疾患単独例と症状プロファイルにわずかな違いがあり、治療反応性や臨床経過も異なることから、精神疾患の診断において発達面の評価が不可欠であることがわかった。

(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』作成作業をコーディネートと取りまとめを行うことを中心に行っている。今年度主として取り組んだのは厚生労働省こころの健康づくり対策事業の一環である「思春期精神保健研修」の実施主体として医師を中心とする医療従事者専門研修(1)、同(2)、コメディカル専門研修、ひきこもり対策研修の企画と運営である。これは小平分担研究者が開発中の2種類のガイドブックを作成する基盤となる活動として研究代表者とその研究協力者が取り組んだものである。昨年引き続き市川市での連携システム活動も年間6回のケース・マネージメント会議を中心に取り組んだ。

D. 考察

各分担研究の考察は各報告書にゆずることとし、ここでは班全体の取り組みである「総合的児童思春期精神科医療の地域における設置及び運用のためのガイドライン」作成の取り組みを中心に記載したい。

わが国における児童思春期精神科医療の地域中核病院機能を持つ医療機関は全国児童青年精神科医療施設協議会加盟の正会員機関がほぼすべてであり、平成24年1月時点でもわずかに21病院にとどまっているのが現実である。さらに、こうした病院の設置されている都道府県は17都道府県にすぎず、設置されていない府県の精神障

害を持つ子どもは隣県のそのような病院を越境して受診するか、診療してもらえないまま放置されることになる。そのような状況がけっして望ましくないことはいまでもなく、子どもの精神障害も早期発見・早期対応が前提となることは成人のそれとまったく同じである。子どもの居住地の近くに児童思春期精神科医療の専門性を持った医療機関が存在することは子どもにとっても親にとっても幸いである。まずは各都道府県ならびに各政令指定都市に1機関ずつこの分野の中核病院機能を果たせる医療機関を設置する必要がある。中核病院機能が設置され運用が始まれば、おのずから他医療機関でも中核病院との連携を通じて子どものケースに関わる機会を増やせるだろうし、福祉機関、保健機関、教育期間等との連携による地域ネットワークの設置される可能性も増え、地域に子どもの精神障害（発達障害を含む）をケアし支える機能が芽生え、やがて根を張ることになる。

以上のような展開の中心となる中核病院機能を持つ医療機関を設置する際に、その医療機関が基本的に備えるべき標準的診療機能を障害群毎に示すことをはじめとするガイドラインが必要である。

このガイドラインは、基本障害診療モジュール（発達障害、心的外傷にとまなう障害、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）、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）、専門家養成モジュール（当該領域の医療の質を担保するため医師及びコメディカルスタッフの養成と専門性を高めたための教育及び研修の在り方の標準的指針を示す）からなり、さらに専門家養成モジュールの一環として入院治療における看護師の活動に関する標準的指針を示した「児童精神科入院医療における看護業務ガイドライン」を

作成する。

このような構成のガイドラインのうち、基本障害診療モジュール、地域連携モジュール（その根拠を示す調査資料とともに）、EBMにもとづく児童思春期精神科医療等については分野ごとのガイドラインとして、日本児童青年精神医学会学会誌への論文掲載を目指してきたが、現在特集号としての掲載について交渉中である。これらは掲載できなかった分野も含め、ガイドラインとしてまとめ、1冊のガイドラインとして公刊をめざす。専門家養成モジュールは、内容的には日本精神神経学会の専門医を取得しようとする若手医師の参考図書として当該分野の標準的基礎知識を示すものであるとともに、児童青年精神科診療の専門的技術獲得を目指す後期研修医の研修指針となるようなガイドブックを作成し、日本精神神経学会教育委員会児童精神医学部会の検討を経て同学会出版部からの公刊を目指して取り組んでいる。また、児童青年精神科入院治療に関する看護ガイドラインは作成後速やかに公刊を目指す予定である。

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、分担研究および総括研究は各々活発に取り組んできた。次年度は、分担研究者は各研究活動をそれぞれまとめて成果を発表するとともに、共同でガイドラインの作成に取り組むとともに、成果として複数のガイドブックを公表する予定である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

論文による発表 32 編

書籍による発表 15 編

学会発表 30 編

(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 23 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³⁾ 末廣佑子³⁾ 浦谷光裕⁵⁾ 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) 東大阪市療育センター

研究要旨

広汎性発達障害(PDD)と注意欠如・多動性障害(ADHD)の診断・治療に関するアンケート調査を日本児童青年精神医学会の医師会員1802名を対象に実施した。調査内容は、回答者の属性、使用している診断基準、診断に用いる検査や評価尺度、心理社会的治療・支援や薬物治療の内容などであった。PDDについてのアンケート回収率は30.0%であり、ADHDでは22.5%であった。

PDD, ADHDは知能検査や評価尺度を用いながらDSM-IV-TRとICD-10に従って診断されていると考えられる結果であった。心理社会的治療・支援については、PDDでもADHDでもペアレント・トレーニングとソーシャルスキルトレーニングへのニーズが多かった。また、高機能PDDへの早期支援不足が考えられた。PDDの薬物治療においては、小児でも成人でも使用しうる向精神薬は抗精神病薬が最も多かった。また、ADHDの薬物治療においては、向精神薬のうちADHD治療薬2剤が多く使用されており、学校での問題が多い場合や外在化障害の併存例などでは徐放性methylphenidateが多く使われ、内在化障害やチック症状の併存例などではatomoxetineが多く使われていた。発達障害の薬物治療において、頻度は明らかではないが、多くの医師は抗精神病薬、抗てんかん薬、抗うつ薬を使用しうる事が明らかとなった。これらの多くの薬剤が発達障害に対しては適応外であることに留意する必要があると考えられた。

A. 研究目的

広汎性発達障害(PDD)や注意欠如・多動性障害(ADHD)といった発達障害については診断・治療が求められる一方で、PDDについての標準的なガイドラインは本邦では未だ示されていない。また、ADHDについては2008年に第3版のガイドライン(齊藤ら)が提示され、その後もatomoxetineが使用承認されるなど発達障害の診断・治療に関する状況は刻々と変化している。今回、2011年の現状把握のためにPDDとADHDの診断・治療に関するアンケート調査を実施した。

B. 研究方法

日本児童青年精神医学会の医師会員1802名に対してアンケートを郵送し、回答を求めた。

PDDの診断・治療に関するアンケートは、2011年1月20日から同年2月28日までの期間に実施し、ADHDの診断・治療に関するアンケートは、2011年3月1日から同年3月31日までの期間に実施した。アンケートの内容としては、回答者の属性、使用している診断基準、診断に用いる検査や評価尺度、心理社会的治療・支援や薬物治療の内容などからなる。その結果を集計し、統計学的に解析することとした。

本研究のアンケート調査にあたり、回答者の匿名性には最大限配慮し、個人を特定できないようにし、アンケートの内容も患者の個人情報と同定しうるものを含まないように配慮した。

C. 研究結果

1) PDD

有効回答は540通で回収率は30.0%であった。回答者は、男性326名、女性213名、無回答1名で、平均年齢46.6±10.6歳であった。診療科は精神科234名、児童精神科133名、精神科と児童精神科の両科75名、小児科94名などであった。

1-i) 診断と評価

診断に際して使用する評価尺度・スクリーニングとしては、42.4%が広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(PARS)、33.0%が自閉性スペクトル指数日本版(AQ-J)、30.7%が子どもの行動チェックリスト(親用;CBCL)を使用すると回答した。心理検査としては、85.2%がWechsler Intelligence Scale for Children (WISC)、61.7%がWechsler Adult Intelligence Scale(WAIS)を実施すると回答した。診断面接法は78.1%が使用していなかった。

使用している診断基準は、55.6%がDSM-IV-TR、35.6%がICD-10であった。また、「PDD患者がADHDの診断基準も満たす場合、最終診断はどうしていますか」という設問に対して61.3%が「PDD+ADHDと診断する」と回答し、「PDDと診断する」と回答した32.8%を上回った。

1-ii) 心理社会的治療・支援

回答者の所属機関で行っている心理社会的治療・支援としては、71.3%が医師による精神療法、66.7%が学校など関係機関との連携による環境調整、52.4%が心理療法(カウンセリングやプレイセラピーなど)、50.0%が親ガイダンスと回答した(図1)。また、今後行いたい心理社会的治療・支援としては、32.0%がペアレント・トレーニング、29.8%がsocial skills training (SST)と回答した(図1)。

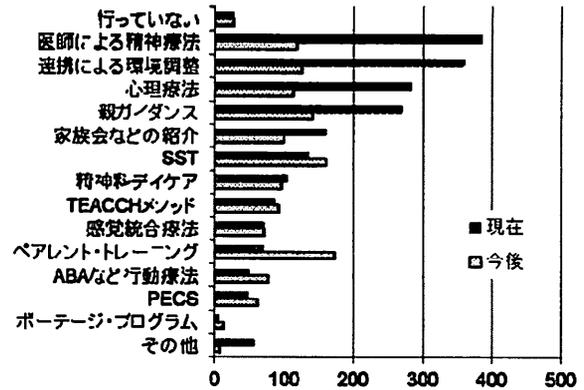


図1. 心理社会的治療・支援

早期支援における問題点として、71.3%が療育機関の不足と回答した(図2)。

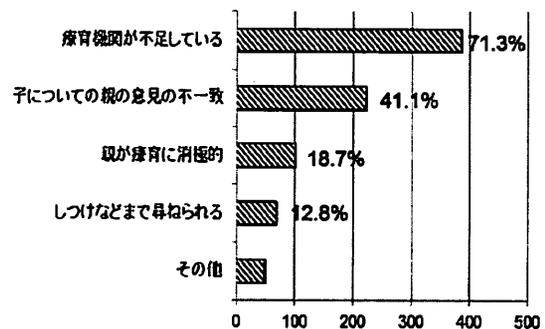


図2. 早期支援における問題点

1-iii) 薬物治療

小児のPDDに対して処方することがある薬剤としては、83.0%が抗精神病薬、54.3%が抗てんかん薬、52.8%が徐放性methylphenidate (MPH)、48.7%が抗うつ薬、46.3%がatomoxetine (ATX)と回答した。

成人のPDDに対して処方することがある薬剤としては、87.6%が抗精神病薬、64.4%が抗てんかん薬、63.5%が抗うつ薬と回答した。

2) ADHD

有効回答は406通で回収率は22.5%であった。回答者は、男性246名、女性159名、無回答1名で、平均年齢46.13±9.77歳であった。診療科は精神科154名、児童精神科118名、精神科と児童精神科の両科58名、小児科71

名などであった。

2-i) 診断と評価

診断に際して使用する評価尺度・スクリーニングとしては、64.0%が ADHD 評価スケール、37.9%が CBCL、23.6%が子どもの行動チェックリスト(教師用)を使用すると回答した。心理検査としては、88.7%が WISC、41.6%が WAIS を実施すると回答した。診断面接法は71.4%が使用していなかった。

使用している診断基準は、小児期においては55.9%が DSM-IV-TR、31.0%が ICD-10 であった。また、成人期においては43.1%が DSM-IV-TR、29.8%が ICD-10 であり、Utah 成人 ADHD 診断基準など成人に特化した診断基準を使用すると回答した医師は少数であった。

2-ii) 心理社会的治療・支援

回答者の所属機関で行っている心理社会的治療・支援としては、70.7%が医師による精神療法、65.3%が学校など関係機関との連携による環境調整、57.4%が親ガイダンス、47.5%が心理療法(カウンセリングやプレイセラピーなど)と回答した。また、今後行いたい心理社会的治療・支援としては、31.8%がペアレント・トレーニング、28.6%が SST と回答した。

2-iii) 薬物治療

小児の ADHD に対して処方することがある薬剤としては、69.0%が徐放性 MPH、65.0%が ATX、63.8%が抗精神病薬、51.5%が抗てんかん薬、21.4%が抗うつ薬と回答した。

徐放性 MPH と ATX の使い分けについて、様々な場合における両薬剤の使用頻度を「徐放性 MPH が多い」、「どちらともいえない」、「ATX が多い」の3段階で回答を求めたところ、図3のようになった。徐放性 MPH は「併存障害のない ADHD の場合」、「重症の場合」、「幼

児・学童である場合」、「多動・衝動性が優勢の場合」、「学校での問題が多い場合」、「(反抗挑戦性障害、素行障害など)外在化障害が併存する場合」に ATX よりも多く使用されていた。また、ATX は「(気分障害、不安障害、適応障害など)内在化障害が併存する場合」、「チック症状がある場合」、「てんかんが併存する場合」に徐放性 MPH よりも多く使用されていた。

成人の ADHD の中核症状に対して処方することがある薬剤としては、70.4%が抗精神病薬、59.1%が抗てんかん薬、30.0%が抗うつ薬と回答した。

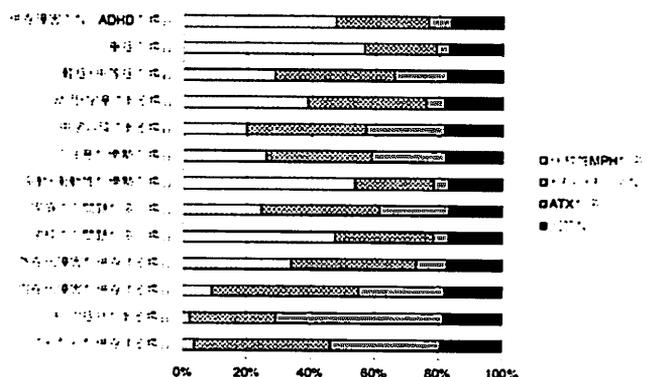


図3. 徐放性methylphenidateとatomoxetineの使い分け

D. 考察

1) PDD

多くの場合は、診断面接法は使用せず、知能検査や評価尺度を用いながら DSM-IV-TR と ICD-10 に従って診断されていると考えられた。過剰診断や併存障害の見逃しなどを防ぐ観点からも、診断面接法のさらなる使用が必要と考えられる。

現在、心理社会的治療・支援としては、精神療法・心理療法、連携による環境調整、親ガイダンスを中心として行われており、今後のニーズとしてはペアレント・トレーニングや SST があげられる。早期支援における問題点として、療育機関不足という回答が多かったが、乳幼児健診システムの整備が進んでいる状況から考える

と、健診では発見されにくい高機能 PDD の早期療育支援が求められている可能性が考えられる。

PDD の薬物治療において、小児、成人を問わず、抗精神病薬、抗てんかん薬、抗うつ薬が使用されている現状が明らかとなった。海外での研究などからこれらの薬剤の有効性は報告されているものの、本邦においては、これらの多くの薬剤が PDD に対しては適応外であることに留意する必要があると考えられた。

2) ADHD

PDD と同様に、多くの場合は診断面接法は使用せず、知能検査や評価尺度を用いながら DSM-IV-TR と ICD-10 に従って診断されていると考えられた。齊藤らのガイドラインには、ADHD の臨床面接フォームや ADHD の併存障害診断・評価用オプション・フォームといった半構造化面接法が掲載されている。過剰診断や併存障害の見逃しなどを防ぐ観点からも、診断面接法のさらなる使用が必要と考えられる。

現在、心理社会的治療・支援としては、精神療法・心理療法、連携による環境調整、親ガイダンスを中心として行われていると考えられた。齊藤らのガイドラインにおいて、「親ガイダンス」、「学校との連携」、「子ども本人との面接」を治療の基本キットとしており、このことが十分に意識されていると考えられた。本邦においても、ペアレント・トレーニングや SST の有効性が謳われて久しい。PDD と同様に、今後のニーズとしてペアレント・トレーニング、SST があげられており、全国的な普及促進のための活動が必要と考えられた。

ADHD 治療薬である徐放性 MPH と ATX の使い分けにおいて、比較的徐放性 MPH がよく使用されている可能性があるが、チックや不安

障害といった併存障害のある場合など海外のガイドラインに類似して ATX も使用されていると考えられる。その他の向精神薬も ADHD の中核症状に使用されることがわかったが、本邦においては徐放性 MPH と ATX 以外は ADHD に対しては適応外であることに留意する必要があると考えられた。

E. 結論

PDD, ADHD の診断・治療に関する現状をアンケート調査で明らかにした。

文献

・齊藤万比古, 渡部京太編 (2008) : 第 3 版 注意欠如・多動性障害 - ADHD - の診断・治療ガイドライン. 東京, じほう.

・Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P. et al. (2006) : Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 476-495.

・Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (2008) : Canadian ADHD Practice Guidelines. CADDRA website: <http://www.caddra.ca/>

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⁾²⁾

1) 東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野

2) 東京大学医学部附属病院こころの発達診療部

研究協力者 河野稔明²⁾³⁾、野中舞子²⁾⁴⁾、松田なつみ²⁾⁴⁾、桑原斉¹⁾²⁾、島田隆史²⁾⁵⁾、原郁子²⁾⁶⁾、濱田純子²⁾、小平雅基⁷⁾、遠藤季哉⁸⁾

3) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部

4) 東京大学大学院教育学研究科

5) 東京大学大学院医学系研究科精神医学分野

6) 横浜市総合リハビリテーションセンター

7) 国立国際医療センター国府台病院

8) 東京都立小児総合医療センター児童思春期精神科

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ことを目指して、トゥレット症候群及び児童思春期 OCD に関する研究班が昨年度までにまとめた成果を活用して検討を進めた。すなわち、「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」の活用状況等に関する質問紙調査、及び子どもの OCD に対する認知行動療法（Cognitive behavior therapy: CBT）の検討を行った。

質問紙調査は、予めガイドブックを送付した医師を対象に行い、47名分を集計した。医師の約6割が診療にガイドブックを使用し、約9割がガイドブックの有用性を支持しており、ガイドブックの実用性は高いと考えられた。役に立った項目としては「治療ガイドライン」が最も多く挙げられたが、医師の専門診療科によって異なる部分もあった。また、患者・家族に直接読んでもらえる、平易な内容のリーフレット・冊子があると有用との意見を多数得た。来年度は、ガイドブックの改訂に向けて、本結果を踏まえた詳細調査を実施する予定である。

また、OCD への CBT の検討では、22名を対象とした検討を行った。その結果、曝露反応妨害法（exposure and response prevention: ERP）の有効性が示唆された。また、ERP を実施した群では非実施群よりも、強迫行為の苦痛、強迫観念の苦痛と制御が低下しており、強迫症状に要する時間よりもその主観的な苦痛の軽減が重要な要素だということが明らかになった。

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、トゥレット症候群及び児童思春期OCDに関する研究班が昨年度までにまとめた成果(金生, 2011)を活用して検討を進めた。TSについては、研究班で作成した「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」を、TSの診療を行う可能性の高い医師に配布し、質問紙調査を行った。ガイドブックの活用状況やそれによる診療行動の変容を評価した結果を報告し、ガイドブックの有用であった点や改善の必要な点についてのフィードバックに基づいて今後の改訂の方向性を検討することを目的とした。児童思春期OCDについては、認知行動療法 (Cognitive behavior therapy: CBT) の有効性の高さが海外で指摘されている (Barrett et al., 2008; Team POTS, 2004) にもかかわらず、我が国ではなかなか普及していない実情を踏まえて、平成20年度から継続実施中のCBTプログラムについて、データの集計と解析を行い、さらに児童精神科領域の一般診療への適用を検討した。児童思春期OCDに対してCBTの有効性を定量的な評価を用いて示し、どのような点が児童精神医学領域の一般診療の枠組みでCBTを実践していくうえで重要であり、今後求められるかを検討することを

目的とした。

B. 研究方法

以下の2つの研究を実施し、その結果を踏まえて、子どものチック障害・OCDの診断・治療ガイドラインの構成を検討する。

1. 「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」活用状況等に関する質問紙調査
昨年度で終了したTSの研究班で作成した「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」を、平成23年6月に112名の医師に送付した。対象は、ガイドブックにTS患者診療可能と掲載されている医師、及び日本トゥレット研究会の医師会員とした。ガイドブックはA4判66ページの冊子であり、TSの概要、治療ガイドラインのほか、医療機関、教育機関、相談機関、及び自助組織について各々の役割や現状が記述されている。さらに、11の症例とTS研究の成果が紹介されている。

対象医師には、同年11月にガイドブックの活用状況等に関する質問紙調査を行った。質問紙はA4判3ページで、ガイドブックの使用状況を中心に問う部分とガイドブック使用開始後4か月間(同年7~10月)のチック障害患者の診療状況について問う部分からなる。また、来年度に実施する予定の詳細調査への協力を依頼する連絡の可否についても尋ねた。

現在までに48名から返送があり、診療活動引退のため協力困難と回答した1名を除く47名分を集計した。数量記入式、選択式の項目の集計は全体及び医師の専門診療科別に行い、一部項目については医師が多く診療した患者のタイプ別にも集計した。自由記述式の項目は、同様の主旨の回答を要約し、回答の多かったものを示した。

2. 子どものOCDに対するCBTの検討

研究対象者は、児童思春期強迫性障害への認知行動療法プログラムへの参加を希望し、受付

面接にて強迫性障害の症状があることが確認された7歳から20歳の子どもであった。研究実施期間は2009年4月から2011年11月であり、介入は臨床心理学を専攻する修士課程および博士課程の学生が担当した。

介入に用いたプログラムは、「児童思春期の強迫性障害に対する認知行動療法プログラム」(下山, 2011)であった。プログラムは全体の構成を18セッションとして、受付面接からアセスメント面接(情報の聴取、ケース・フォーミュレーションの作成、介入の方向性の共有など)までを2~3セッション、次の介入段階を12セッション(定量的な評価、不安階層表の作成、心理教育、エクスポージャーの実施、宿題・課題の設定、見直しと更なる課題の設定、など)、フォローアップを3セッションとした(表8)。アセスメント面接及び介入段階では原則として週に1回の来談とし、各研究参加者に対する介入終了までの期間は4か月から7か月程度であった。

プログラムの効果を測るために、プログラムの参加者全員に、プログラムの前後で子どものOCDの重症度を定量的に示す客観的症状評価尺度であるChildren's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS, Scahill et al., 1997)の日本語版を実施した。評価は原則として介入者と同一の人物が行った。

分析の方法としては、第一にプログラムの前後で対象者全員に実施したCY-BOCS変化量全体および下位得点ごとに、曝露反応妨害法(exposure and response prevention: ERP)の有無で有意な差があるかに関して検討を行った。次に、独立変数をSSRI服用の有無、従属変数をCY-BOCS総合得点の変化量とし、差がみられるかどうかを検討した。また、独立変数を抗精神病薬の有無、併発症の有無として、従属変数をCY-BOCS全体の変化量とし、変化の有無を検討した。

C. 研究結果

1. 「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」活用状況等に関する質問紙調査

(1) 回答者の属性

専門診療科は、児童精神科(19名)が最多で、小児科(9名)が次いだ(図1)。複数回答(7名)を各々に計上すると、児童精神科21名、小児科16名などとなった。なお、以下において専門診療科別の集計は、複数回答を各々に計上して行った。

診療歴は、7~50年の範囲に分布し、20~29年(15名)が最多だった(図2)。

所属する医療機関は総合病院(19名)が最多で、単科の病院、診療所は精神科、小児科ともすべてほぼ同数であった(図3)。複数回答(5名)を各々に計上すると、総合病院22名などとなった。

(2) 全般的な閲覧・活用状況、有用性評価

ガイドブックは、約7割の医師が半分程度以上読んだと回答した。小児神経科及び児童精神科では多くの量を読んだ医師が多く、7割以上が「ほとんど全部」又は「7割程度」読んでいた(図4)。

チック障害の患者の診療では、約6割の医師がガイドブックを使用したと回答し、「機会があれば使用したい」を含めると8割以上が診療への活用に肯定的であった(図5)。

ガイドブックが診療の役に立ったかどうかについては、半数近くが「たいへん役に立った」と回答し、「まあまあ役に立った」を合わせると約9割が有用性を支持した(図6)。

(3) 項目別の活用状況、有用性評価

ガイドブックの中でよく使用した項目(最大3個選択)は、治療ガイドライン(83%)が最多で、TSの概要(49%)、症例(45%)が次いだ(表1)。研究成果を挙げた者も26%いたが、各論(関係機関の役割・現状)を挙げた者はいずれも10%未満であった。小児科及び小児神経科では症例を、精神科及び児童精神科ではTS

の概要を挙げた者が比較的多かった。

ガイドブックの中で役に立った項目（最大 3 個選択）も、よく使用した項目と同様に、治療ガイドライン(79%)が最多で、TS の概要(40%)、症例 (43%) が次いだ (表 2)。専門診療科別の傾向もよく使用した項目と同様であった。

(4) 診療の変容、意見等 (自由記述)

ガイドブックの使用前後で医師の診療に生じた変化としては、「疾患教育の質が向上した。」(同様 3 名)、「予後について、しっかり伝えられるようになった。」「自信をもって投薬できた。」(同様 7 名)、「治療内容は変化ないが、学校との連絡が多くなったと思う。」(同様 2 名)などが挙げられた。

ガイドブックの不足点・要改善点、意見等としては、「患者・家族にわたせる、リーフレット・冊子があると役に立つ。」(同様 4 名)、「認知行動療法、ハビットリバーサルの具体例があると良い。」「代表的・最重要な文献はあげてほしい。」「教員記入の評価尺度があると連携を取りやすい。」などが挙げられた。

(5) 使用開始後のチック障害患者の受診状況

4 か月間のチック障害の新患者数は「2~5 名」(47%) が最多だった (図 7)。児童精神科では 3 名 (14%) が「6 名以上」と多数の新規患者を診療していた。TS に限ると、「0 名」、「1 名」、「2~5 名」がほぼ同数 (30%前後) となった (図 8)。

4 か月間のチック障害の再来数は「1~5 名」(47%) が最多で、「6~10 名」(30%) が次いだ (図 9)。小児科、小児神経科、及び児童精神科では、それぞれ 20%前後の医師が「11 名以上」と多数の再来患者を診療していた。TS に限ると、「1~5 名」(60%) が最多だった (図 10)。

チック障害の患者の年齢について、4 か月間の新患又は再来に該当者が 1 名以上いると回答した医師の割合は、6 歳以下の幼児 47%、7~12 歳の学童 87%、13~19 歳の青年 68%、20 歳以上の成人 19%となり、学童、青年の順に多

かった (図 11)。精神科では青年及び成人がともに 80%で最多となり、幼児は 0%であった。

同様に併発症については、注意欠如・多動性障害 82%、自閉症スペクトラム障害 71%、OCD 60%が上位を占めたが、精神科ではうつ病 (60%)、児童精神科では OCD 以外の不安障害 (40%) も高率であった (表 3)。

4 か月間のチック障害の新患及び再来患者について、そのタイプをチックの重症度 (軽症/重症) と併発症の重症度 (なし・軽症/重症) の組み合わせで 4 分類し、各区分の割合を尋ねたところ、医師ベースで平均すると、チック軽症×併発症なし・軽症 (以下、両方とも軽症) が 45%で最多となった (図 12)。チック軽症×併発症重症 (以下、併発症のみ重症)、チック重症×併発症なし・軽症 (以下、チックのみ重症)、及びチック重症×併発症重症 (以下、両方とも重症) はほぼ同数であった。小児科及び精神科では「両方とも軽症」が過半数となったが、児童精神科ではいずれか又は両方が重症の患者の割合も高く、小児神経科でもこの割合がやや高かった。医師ごとに診療した患者数で重みづけをして患者ベースで平均すると、医師ベースと同様の傾向を示した (図 13)。

(6) 使用開始後のチック障害患者の治療状況

チック障害の治療について、4 か月間の新患及び再来で治療を行った患者の割合を尋ねたところ、医師ベースで平均すると家族ガイダンス (72%) が最多だった (表 4)。薬物療法、本人への心理教育、環境調整も 50%以上であったが、認知行動療法は 7%にとどまった。精神科では薬物療法 (90%)、本人への心理教育 (72%) を、小児科では家族ガイダンス (85%) を行った患者が多かった。

チック障害の患者に処方した薬物について、4 か月間の新患又は再来に該当者が 1 名以上いると回答した医師の割合は、リスペリドン 78%、ハロペリドール 67%、アリピプラゾール 56%の順に多く、クロニジンも 33%の医師が処方して

いた(表 5)。小児神経科ではハロペリドール(100%)を、児童精神科ではリスペリドン(90%)やアリピプラゾール(75%)を処方する医師が多かった。

(7) 多く診療した患者のタイプ別の集計

(全般的な活用状況、項目別の有用性評価)

各医師が診療した患者のタイプ別の割合に基づいて、図 14 の要領で医師を 4 分類し、ガイドブックの活用状況と有用性評価を集計した。

両方とも軽症の患者を多く診療した医師(両方軽症群、以下同様に医師群を命名)は、チック障害の患者の診療でガイドブックを使用した割合がやや低かったが(53%)、それ以外の 3 群では 7 割以上が使用していた(図 15)。

ガイドブックの中でよく使用した項目(最大 3 個選択)については、チック重症群で TS の概要を挙げた者が多かった(75%)。また、チック重症群(50%)、併発症重症群(60%)、両方重症群(71%)では症例を挙げた者が多かった(表 6)。

ガイドブックの中で役に立った項目(最大 3 個選択)も、よく使用した項目と同様の傾向が示された(表 7)。

(8) 詳細調査協力依頼の連絡の可否

来年度に実施する予定の詳細調査については、43 名(91%)が協力依頼の連絡を承諾した。

2. 子どもの OCD に対する CBT の検討

対象者は 22 名であり、平均年齢は 15.1 歳(範囲: 9~20、SD=3.2)、そのうち男性が 14 名(63.4%)であった。CY-BOCS の重症度得点は、平均値が 24.1 点(範囲: 14~30、SD=4.9)であった。併発症を有している者は 6 名であり、チックが 2 名、自閉症スペクトラム障害が 1 名、気分障害が 1 名、統合失調症が 1 名であった。

22 名全体で介入前後の CY-BOCS の重症度得点を比較した結果、介入後の得点が有意に減少していた(介入前得点: M=24.1, SD=4.9、介入後得点: M=15.9, SD=6.9、統計値: $t=5.89$,

$df=21$, $p<.001$)。併発症の有無で CY-BOCS 全体の重症度の変化に差があるか検討したところ、有意差は見られなかった。

22 名のうち ERP を実施したのは 17 名であり、5 名には ERP を行わずその他の介入を選択した。ERP を実施した群に限って介入前後の CY-BOCS の重症度得点を比較した結果、介入後の得点が有意に減少していた(介入前得点: M=23.9, SD=4.7、介入後得点: M=14.2, SD=6.3、統計値: $t=5.95$, $df=16$, $p<.001$)。ERP 実施群における介入前後の CY-BOCS 得点の変化の様子を箱ひげ図に表したのが図 16 である。

また、ERP を実施した群に対しても必要に応じて、ERP 以外の介入も行った。ERP 実施の有無別に、ERP 以外の介入法の有無を表したのが表 9 である。ERP 非実施群では 3 名(60%)が認知療法を行っており、ERP 実施群では 8 名(47%)が家族調整を行っていた。また、認知療法のみを行ったのは 3 名であり、うち 1 名が自閉症スペクトラム障害の診断を有し、もう 1 名が気分障害を併発していた。ERP に加えて認知療法を行った 2 名はいずれも併発症を有していなかった。認知療法のみを行った 3 名の介入前の CY-BOCS の重症度は平均値 22.5 点(範囲: 14.0~29.5)、介入後の CY-BOCS の重症度は平均値 19.3 点(範囲: 10.0~25.5)であり、変化量は 1.5~4 点であった。

次に、ERP 実施の有無によって CY-BOCS の下位得点のどの部分に変化するのか、ERP 実施の有無別に、CY-BOCS の下位得点の変化量を図 17 に示した。CY-BOCS の下位得点ごとに、その変化量が ERP 実施の有無で異なるか、 t 検定で検討したところ、強迫行為の苦痛の減少量が ERP 実施群の方が大きい傾向(ERP 実施群: M=1.4, SD=1.3、ERP 非実施群: M=0.0, SD=0.0、統計値: $t=-4.3$, $df=15$, $p<.001$)、強迫観念の苦痛の減少量が ERP 実施群の方が大きい傾向(ERP 実施群: M=1.1, SD=1.1、ERP 非実施群: M=0.1, SD=0.2、統計値: $t=-3.5$, $df=18.2$, $p=.003$)、強迫観念の制御で

きなさの減少量が ERP 実施群の方が大きい傾向 (ERP 実施群 : $M=1.3$, $SD=1.1$ 、ERP 非実施群 : $M=0.1$, $SD=0.2$ 、統計値 : $t=-3.9$, $df=18.0$, $p=.001$) がみられた。

最後に服薬の効果を検討した。SSRI の有無で CY-BOCS 得点の変化量が異なるか t 検定による検討を行ったところ、SSRI の有無で変化量に有意差は見られなかった (服薬群 : $M=8.2$, $SD=7.2$ 、ERP 非実施群 : $M=8.2$, $SD=6.3$ 、統計値 : $t=0.03$, $df=20$, $p=.99$)。また、抗精神病薬の有無で CY-BOCS 得点の変化量が異なるか t 検定による検討を行ったところ、抗精神病薬の有無で変化量に有意差は見られなかった (服薬群 : $M=8.2$, $SD=6.6$ 、ERP 非実施群 : $M=8.2$, $SD=6.7$ 、統計値 : $t=0.02$, $df=20$, $p=.99$)。

D. 考察

1. 「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」活用状況等に関する質問紙調査
本調査に回答した医師は、多くがガイドブックを読み、患者の診療に使用し、それが有用と評価した。本調査は回収率が高いとはいえないが、この結果からガイドブックが一定の実用性を有すると考えられる。

ガイドブックの中でよく使用した項目、及び役に立った項目は「治療ガイドライン」が最も多く挙げられ、実際の診療に即した情報が最も求められていると考えられた。そのほかの項目については医師の専門診療科によって若干異なっており、「症例」を挙げる者が多かった小児科医及び小児神経科医は、具体的なイメージが得られる内容を求めていることが示唆された。これに対して、「トゥレット症候群の概要」を挙げる者が多かった精神科医及び児童精神科医は、専門的な医学的知識も含めた内容を求めていることが示唆された。

医師の診療の変容については、自身の診療内容をガイドラインに照らして振り返ることで、治療に自信を持たたという報告が多かったが、

このほかにも患者・家族に対する説明や、直接的な治療以外への援助の広がりといった点で、ガイドブックは診療内容に影響があると考えられた。

ガイドブックの不足点・要改善点、意見等については、患者・家族向けの資料の要望が多く挙げられ、医師が患者・家族と予後や治療についての認識を共有することを重視していることが示唆された。患者・家族への説明において、体系的な情報を視覚的に示すことは、理解を促進する確実な方法と思われ、今後検討すべき課題である。このほか、結果に挙げた意見等は、疾患に対する医師自身の理解の深化、治療法の充実、患者の支援者との連携強化につながる内容であり、診療に関連する多様な情報が求められていると考えられた。

チック障害の患者の診療状況、患者の臨床的特性、治療内容などは、医師の専門診療科によって異なっていた。精神科では患者の年齢が高く、頻度の高い併発症もほかの3科とは異なっていた。ガイドブックが青年・成人以降の患者の診療にも十分に対応しているかどうか、再検討が必要かもしれない。また、チック障害に対して専門性の高い児童精神科や小児神経科には、チックや併発症が特に重症な患者も多く受診しており、こうした患者を多く診療している医師はガイドブックをよく活用し、特に「症例」の項目を診療に役立てていた。さらに、児童精神科を含む精神科領域と小児神経科を含む小児科領域では医師が日常的に行っている治療の内容も異なっていることが再確認された。患者の臨床的特性や治療内容のこうした違いにも十分に配慮したガイドブックの改善が必要と思われた。

2. 子どもの OCD に対する CBT の検討

児童思春期 OCD に対する CBT を児童精神科における一般診療に生かすうえで、①ERP を実施できる土台を整える必要性が高いこと、②強迫行為や観念の苦痛の減少が ERP を実施する際に着目すべき点であることが示唆された。

①土台作りの必要性

CY-BOCS 得点の変化から、本研究で実施したプログラム全体としての効果があることが示された。オープン研究としての限界はあるものの、有意義な所見と考える。本プログラムの特徴として、アセスメント段階においてケース・フォーミュレーションを行い、クライアントに合わせて家族調整や認知療法を取り入れながら ERP を行うという側面があげられる。併発症の有無や抗うつ薬、抗精神病薬の服用の有無による効果の差異は見られなかったため、複雑な問題を抱えているケースであっても、適切な介入方法の選択とアレンジによって、一定程度の強迫症状の改善は可能であると考えられる。

ERP を実施した群のほうが、ERP を実施しなかった群よりも強迫症状がより改善していたことから、いかに ERP を実施できる環境を整えるかが重要になると考えられる。ERP を実施した群では、47%に家族調整も行っていった。これは児童思春期の OCD の特徴の一つだと考えられる。家族の巻きこみの程度や巻きこみによるストレスが高いと治療反応が悪くなるという報告 (Storch et al., 2008) や、家族の巻き込みの程度は機能障害と関係しており、家族調整や家族の参加の下で CBT を実施することが有効だと示唆する報告 (Storch et al., 2010) も存在していることから、家族の不安や巻きこみによるストレスの軽減により、ERP を実践しやすい環境を整えていくことで、より介入の効果が得られたのだと考えられる。近年、児童思春期の OCD に対して、家族を積極的に参加させる CBT の効果を報告する研究も諸外国ではみられるようになってきた (Piacentini et al., 2011; Freeman et al., 2008)。外来においては、ERP を早急に実施する前に、家族関係や巻き込みの程度を事前に評価したうえで介入の計画を立てることができると考えられ、こうした ERP 実施のための土台を作ることが重要だと考える。

②強迫症状の下位得点の変化

ERP 実施群と非実施群で強迫症状の変化を比較した結果、行為の苦痛感および観念の苦痛・制御の変化が大きいことが示唆された。ERP は、強迫行為をせずに不安に暴露し、そこから強迫症状の悪循環を軽減していくという行動理論を背景としている (飯倉, 2005) そのため、行為の時間が他の介入方法に比べ軽減することが予想されるが、本研究からは、行為や観念により日々感じる苦痛感が減少することが、特に ERP の効果の中でも重要だと示唆された。このことから、毎週の来院など定期的な ERP 実施が困難な状況であっても、表面的に行為や観念が占める時間にのみ着目するのではなく、本人の感じている行為や観念の苦痛が軽減しているかどうかに着目して、ERP を取り入れていくことが有効だと考えられる。

E. 結論

「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」の活用状況等に関する質問紙調査では、ガイドブックを実際に使用した医師から多面的なフィードバックを得ることができた。本結果を踏まえて来年度に実施予定の詳細調査に対しては、本調査の多くの回答者から協力依頼の連絡の承諾を得ており、本結果と詳細調査の結果に基づき、ガイドブックを改訂する予定である。

児童思春期 OCD に対しての CBT を児童精神科領域において導入していくうえでは、家族の巻き込まれの程度や家族力動、強迫症状への認識の程度や苦痛の程度について、事前にアセスメントを行い、介入方法を選択していくことが望まれるだろう。また、ERP を導入できた際には、症状の時間が短縮されていることも重要な視点だが、なにより本人の苦痛が軽減されているか医師が把握することで、たとえ短い診察時間であっても、自宅での ERP 継続への動機づけにつながり治療成績を向上することにつながると考える。このような CBT に関する知見も

盛り込んで OCD に対するガイドラインの充実を図る予定である。

文献

- Barrett PM, Farrell L, Pina AA, et al.: Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 37: 131-155, 2008
- Freeman JB, Garcia AM, Coyne L, et al.: Early childhood OCD: preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47: 593-602, 2008
- 飯倉康郎: 強迫性障害の行動療法. 金剛出版, 2005
- 金生由紀子: 厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(身体・知的等障害分野)「トゥレット症候群の治療や支援の実態の把握と普及啓発に関する研究」平成 22 年度総括・分担研究報告書, 2011.
- 金生由紀子: 厚生労働省精神・神経疾患研究開発費「児童思春期強迫性障害(OCD)診断・治療ガイドラインの検証及び拡充に関する研究」平成 20~22 年度総括研究報告書, 2011.
- Piacentini J, Bergman RL, Chang S, et al.: Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50: 1149-1161, 2011
- Scahill L, Riddle M, McSwiggin-Hardin et al.: Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and Validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 844-852, 1997.
- 下山晴彦: 児童思春期の強迫性障害の認知行動療法プログラムの研究 1—プログラムの開発と評価—. 東京大学大学院教育学研究

科臨床心理学コース紀要, 34: 29-36.

- Storch EA, Bjorgvinsson T, Riemann B, et al.: Factors associated with poor response in cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Bull Menninger Clin* 74: 167-185, 2010
- Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ, et al.: Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 49: 35-42, 2008
- Team POTS: Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA* 292: 1969-1976, 2004

G. 研究発表(学会発表)

金生由紀子, 河野稔明, 菊池なつみ, 野中舞子, 桑原斉, 島田隆史. トウレット症候群に伴う感覚現象の研究. 第 33 回日本生物学的精神医学会年会, 東京, 2011 年 5 月 21~22 日.

野中舞子, 有澤直人, 金生由紀子. 慢性チック障害を有する児童への学校現場での支援の検討—小学校教員の関わりに着目して— 日本教育心理学会第 53 回総会, 北海道, 2011 年 7 月 24~26 日.

菊池なつみ, 金生由紀子. トウレット症候群の患者自身が行っているチックへの対処と関連する要因の質的研究—チックの前駆衝動と半随意性に着目して— 日本心理学会第 75 回大会, 2011 年 9 月 15~17 日.

Kano Y, Kikuchi N, Kono T, Nonaka M, Kuwabara H, Shimada T. Sensory Phenomena Associated with Tics and

Obsessive Compulsive Symptoms in Patients with Tourette's Disorder. The 57th American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting, Toronto, Canada, Oct 18-23, 2011.

野中舞子, 菊池なつみ, 河野稔明, 金生由紀子.
トゥレット症候群の子どもを持つ家族の心理過程—幼児期から思春期に着目して—. 第 52 回日本児童青年精神医学会総会, 徳島, 2011 年 11 月 10 日~12 日.

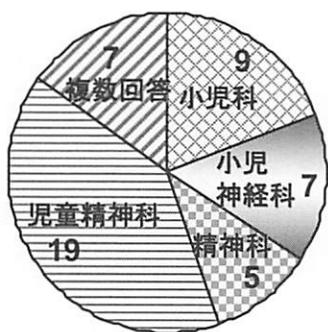


図1 回答者の専門診療科

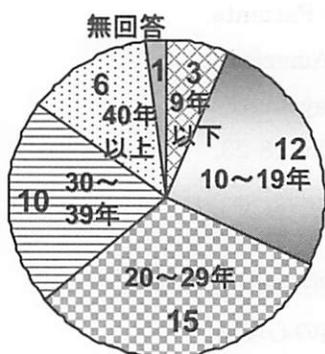


図2 回答者の診療歴

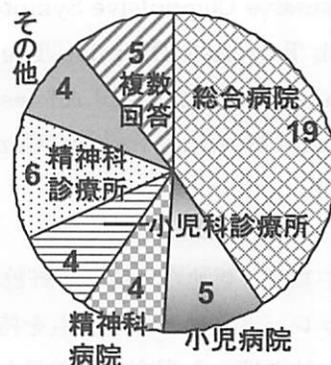


図3 回答者の所属医療機関

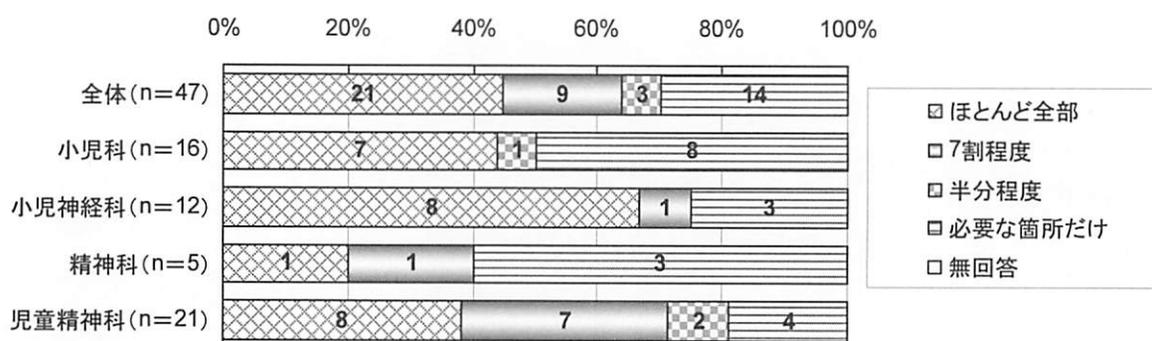


図4 全般的な閲覧状況「ガイドブックはどの程度お読みになりましたか」

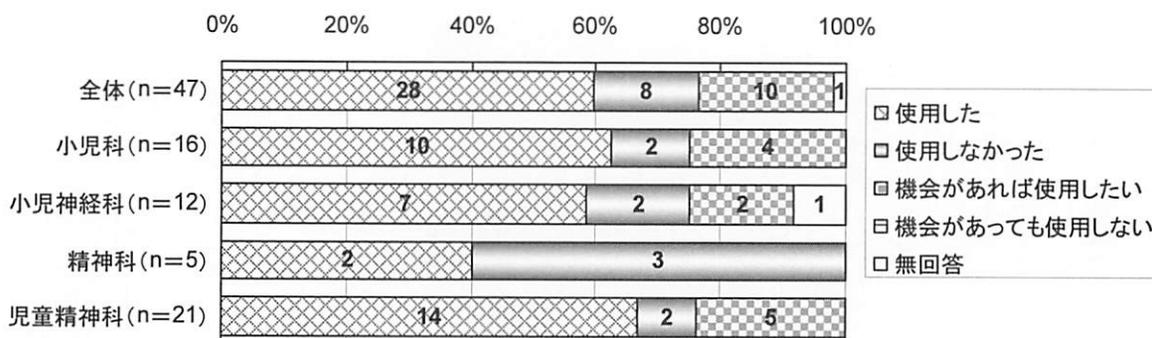


図5 全般的な活用状況「チック障害の患者の診療でガイドブックを使用しましたか」

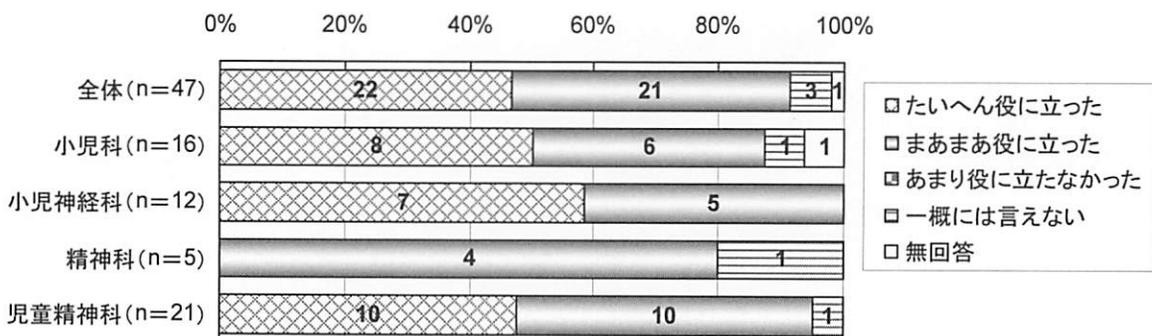


図6 全般的な有用性評価「ガイドブックは診療の役に立ちましたか (立ちそうですか)」

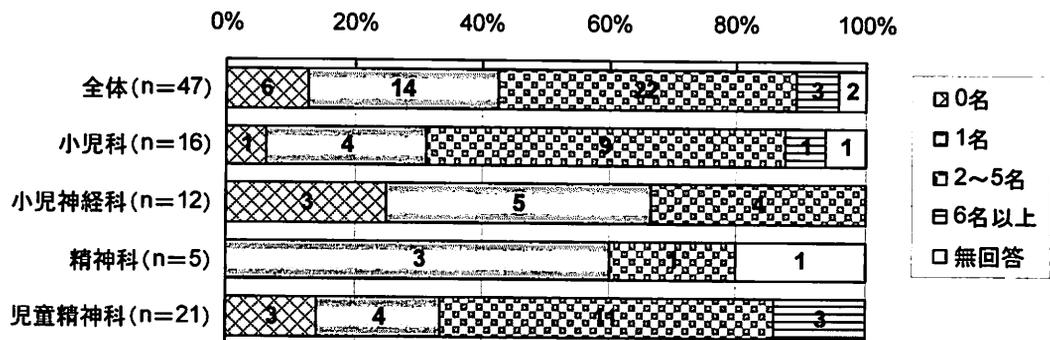


図7 4か月間のチック障害の新患数

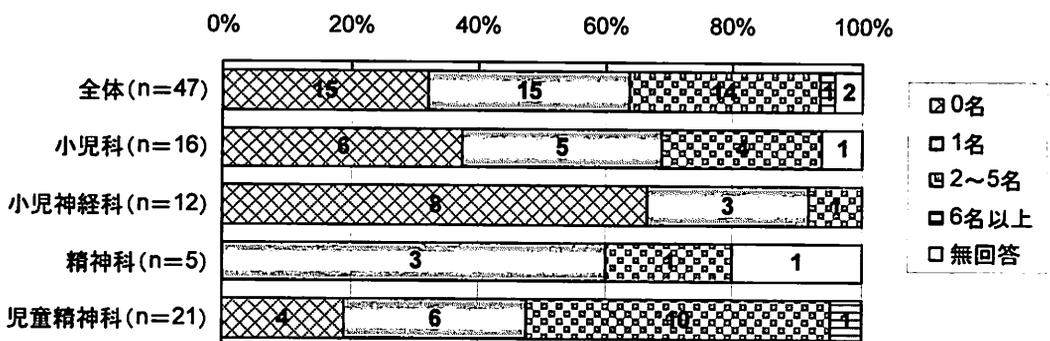


図8 4か月間のトゥレット症候群の新患数

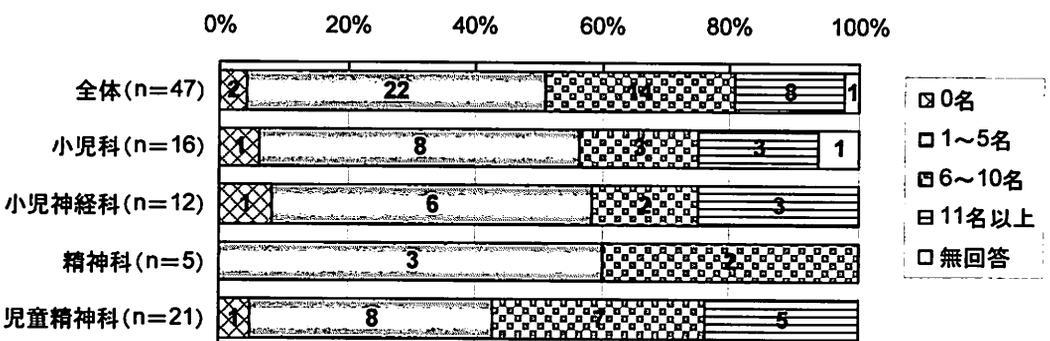


図9 4か月間のチック障害の再来数

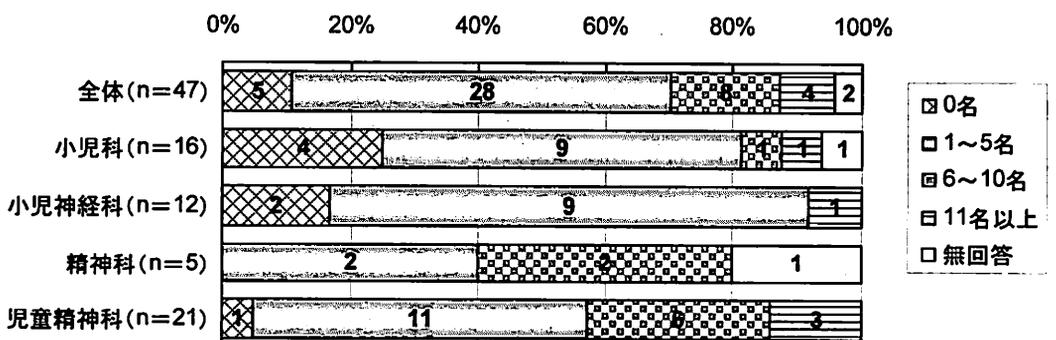


図10 4か月間のトゥレット症候群の再来数

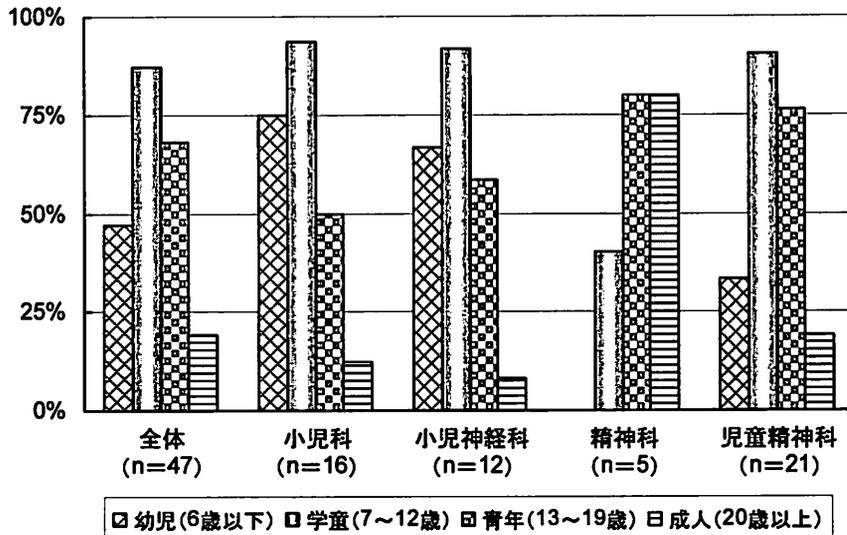


図 11 チック障害の患者の年齢（4か月間に該当患者が1名以上いたと回答した医師の割合）

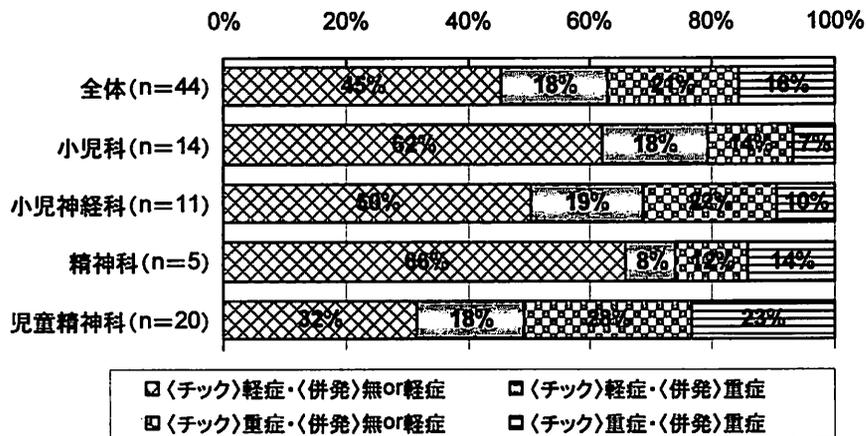


図 12 チック障害の患者のタイプの構成（医師ベースの平均値）

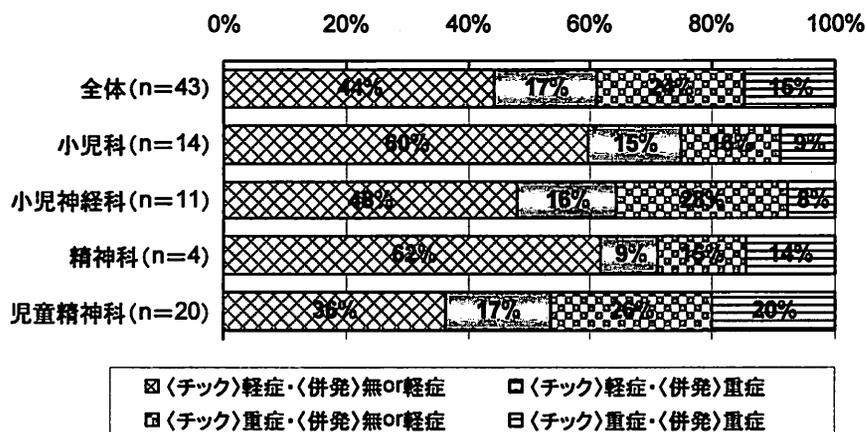


図 13 チック障害の患者のタイプの構成（医師ごとの診療患者数で重み付けした患者ベースの平均値、新患「2~5名」は3名、「6名以上」は8名、再来「1~5名」は3名、「6~10名」は8名、「11名以上」は15名として計算）

まず、チックと併発症状の重症度による各4区分の患者の割合(7~10月の新患+再来)を、正四面体の内部にプロットする。各頂点は各区分の極(100%)となり、向かい合う底面(0%)からの高さがその区分の割合となる。

次に、医師ベースの平均値(◆)を通る6つの平面で4分割した各空間にあるケースを、同じカテゴリーに分類する。

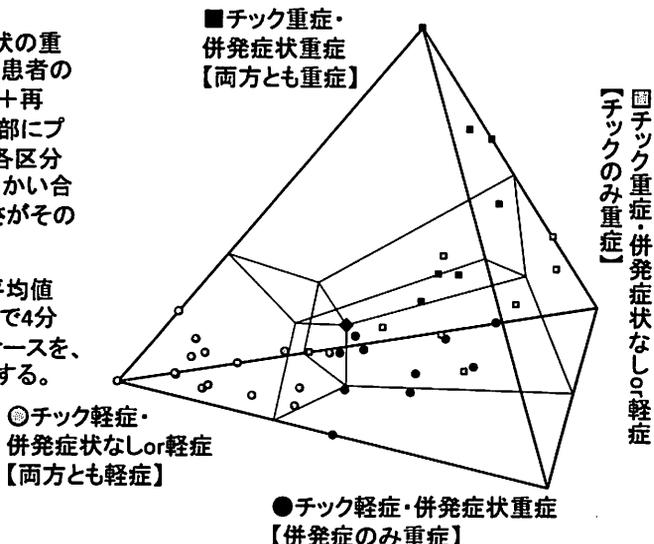


図 14 多く診療した患者のタイプによる医師の分類法

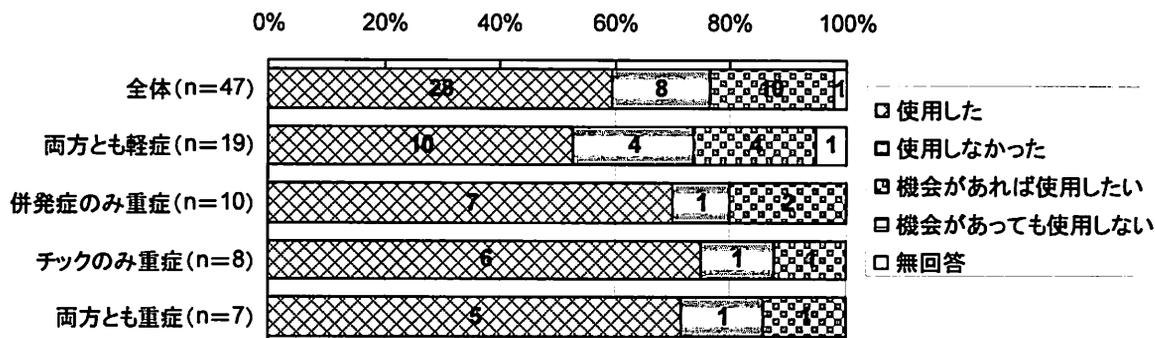


図 15 多く診療した患者のタイプ別の全般的な活用状況「チック障害の患者の診療でガイドブックを使用しましたか」

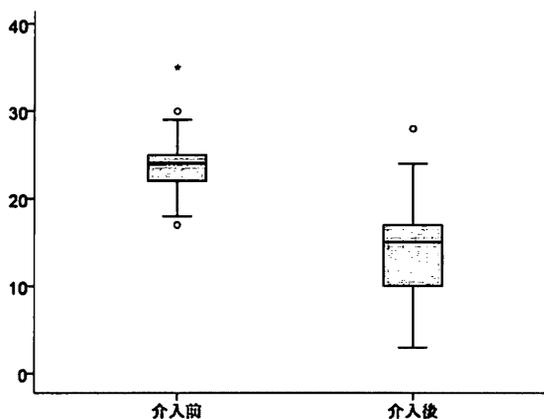


図 16 ERP の効果

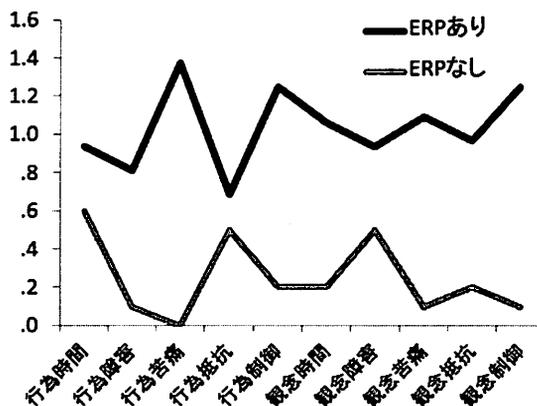


図 17 ERP 有無による CY-BOCS 下位項目の変化量

表1 ガイドブックの中でよく使用した項目

	全 体 (n=47)	小児科 (n=16)	小児神経科 (n=12)	精神科 (n=5)	児童精神科 (n=21)
TS の概要	49%	31%	33%	80%	52%
治療ガイドライン	83%	75%	83%	80%	86%
医療機関	9%	0%	8%	0%	14%
教育機関	9%	6%	25%	0%	5%
相談機関	4%	0%	8%	20%	0%
自助組織	6%	0%	0%	0%	14%
症 例	45%	63%	50%	0%	48%
研究成果	26%	25%	42%	20%	19%

表2 ガイドブックの中で役に立った項目

	全 体 (n=47)	小児科 (n=16)	小児神経科 (n=12)	精神科 (n=5)	児童精神科 (n=21)
TS の概要	40%	19%	33%	60%	48%
治療ガイドライン	79%	75%	83%	80%	76%
医療機関	6%	0%	8%	0%	10%
教育機関	9%	6%	25%	0%	5%
相談機関	4%	0%	8%	20%	0%
自助組織	4%	0%	0%	0%	10%
症 例	43%	56%	50%	0%	48%
研究成果	34%	38%	33%	40%	29%

表3 チック障害の患者の併発症（4 か月間に該当患者が1名以上いたと回答した医師の割合）

	全 体 (n=45)	小児科 (n=15)	小児神経科 (n=11)	精神科 (n=5)	児童精神科 (n=20)
なし	16%	20%	9%	20%	10%
強迫性障害	60%	60%	27%	60%	75%
注意欠如・多動性障害	82%	80%	100%	20%	95%
自閉症スペクトラム障害	71%	73%	82%	0%	85%
うつ病	13%	0%	0%	60%	15%
双極性障害	2%	0%	0%	20%	0%
不安障害（除 OCD）	27%	20%	18%	20%	40%
精神遅滞	22%	20%	27%	20%	20%
反抗挑戦性障害	20%	13%	18%	20%	30%
素行障害	9%	0%	9%	0%	15%
その他	7%	13%	27%	0%	0%

表4 チック障害の患者の治療内容（4か月間の新患及び再来の患者に実施した割合）

	全 体 (n=45)	小児科 (n=15)	小児神経科 (n=11)	精神科 (n=5)	児童精神科 (n=20)
家族ガイダンス	72%	85%	66%	48%	74%
本人への心理教育	52%	41%	33%	72%	59%
薬物療法	54%	35%	44%	90%	61%
環境調整	50%	58%	42%	40%	50%
認知行動療法	7%	6%	13%	0%	6%
その他	2%	3%	1%	0%	3%

表5 チック障害の患者に使用した薬物（4か月間に1名以上の患者に処方した医師の割合）

	全 体 (n=45)	小児科 (n=15)	小児神経科 (n=11)	精神科 (n=5)	児童精神科 (n=20)
ハロペリドール	67%	60%	100%	60%	60%
ピモジド	13%	20%	0%	0%	20%
リスペリドン	78%	60%	82%	60%	90%
フルフェナジン	2%	7%	0%	0%	0%
チアプリド	0%	0%	0%	0%	0%
アリピプラゾール	56%	40%	55%	40%	75%
クロニジン	33%	20%	27%	20%	50%
クロナゼパム	11%	0%	0%	0%	25%
クロナゼパムを除く BZP 系	11%	7%	9%	40%	10%
クロナゼパムを除く抗てんかん薬	2%	7%	0%	0%	5%
抗うつ薬	24%	13%	36%	40%	20%
レボドーパ	4%	0%	9%	0%	5%
漢方薬	16%	33%	9%	0%	15%
その他の薬物	2%	0%	0%	0%	5%

表6 多く診察した患者のタイプ別のガイドブックの中でよく使用した項目

	全 体 (n=47)	両方とも軽症 (n=19)	併発症のみ重症 (n=10)	チックのみ重症 (n=8)	両方とも重症 (n=7)
TS の概要	49%	53%	40%	75%	43%
治療ガイドライン	83%	79%	90%	88%	86%
医療機関	9%	5%	0%	13%	14%
教育機関	9%	16%	10%	0%	0%
相談機関	4%	5%	0%	0%	14%
自助組織	6%	5%	0%	13%	0%
症 例	45%	26%	60%	50%	71%
研究成果	26%	26%	40%	13%	29%

表7 多く診療した患者のタイプ別のガイドブックの中で役に立った項目

	全 体 (n=47)	両方とも軽症 (n=19)	併発症のみ重症 (n=10)	チックのみ重症 (n=8)	両方とも重症 (n=7)
TS の概要	40%	32%	40%	75%	43%
治療ガイドライン	79%	68%	90%	88%	86%
医療機関	6%	5%	0%	0%	14%
教育機関	9%	16%	10%	0%	0%
相談機関	4%	11%	0%	0%	0%
自助組織	4%	5%	0%	0%	0%
症 例	43%	21%	60%	50%	71%
研究成果	34%	37%	40%	25%	43%

表8 子どものOCDに対する認知行動療法プログラムの構成

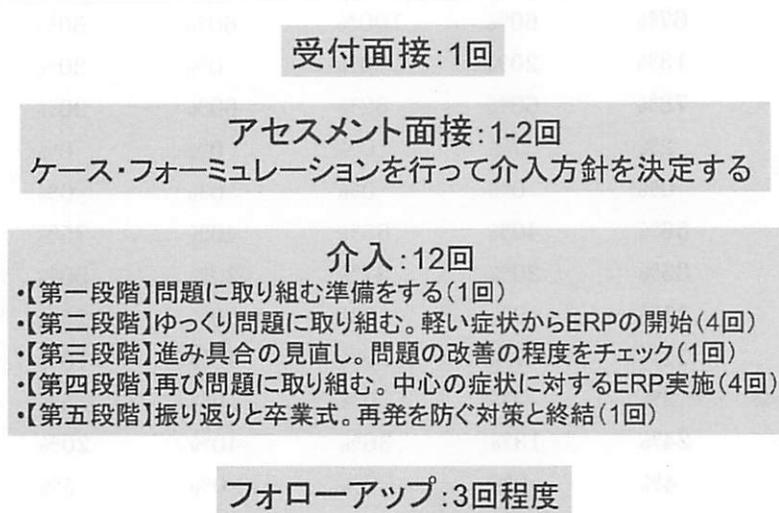


表9 ERP有無別の他の介入方法

	認知療法	家族調整	環境調整	その他の 行動療法
ERP 実施 (N=17)	2 (12%)	8 (47%)	3 (18%)	1 (6%)
ERP 非実施 (N=5)	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	1 (20%)

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⁾⁶⁾

研究協力者 飛鳥井 望⁶⁾ 岩切昌宏¹⁾ 金 吉晴⁴⁾ 齋藤 梓⁷⁾ 瀧野揚三¹⁾ 田中 究²⁾ 野坂祐子¹⁾
元村直靖³⁾ 兼平高子⁶⁾ 安部 紫⁶⁾

(1)大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター

(2)神戸大学大学院医学研究科精神医学分野

(3)大阪医科大学看護学部

(4)国立精神・神経医療研究センター

(5)東京都医学総合研究所

(6)大阪府こころの健康総合センター

(7)上智大学総合人間科学部心理学科

研究要旨

【目的】

児童青年期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、①CARES Institute での2日間live講習受講 ②Center for Traumatic Stress in Children and Adolescents (CTSCA)視察訪問 ③トラウマ焦点化認知行動療法のわが国での実践 (pilot study) を行った。

【結果】

①②プログラム開発者から直接提供されたロールプレイを満載した講習や直接的な質疑応答によって、これまで公表されている資料では不明だった点を習得することができた。日本での試験的実践例について、プログラム開発者から直接スーパーバイズを受けることができ、わが国での臨床応用に即時に役立てることができた。また、わが国で成人 PTSD に実践されている PE 療法 (長時間曝露療法) との原理上の相違点も理解することができた。

③プログラム開発者のスーパーバイズを受けながら、8歳から18歳までの単回性および慢性反復性トラウマ症例6例に対してTF-CBTを試験的に実践し、全例でPTSD症状の軽減を認めた。今後は対象を統制し、より大きなサンプルで総合的に治療効果を検討していくことが必要であると考えられた。

A. 研究目的

現在わが国では、児童青年期の心的外傷関連障害に対して、効果を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。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¹⁾⁸⁾¹⁴⁾「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。

B. 研究方法

今年度は、以下の3項目を実践した。

- (1) CARES Institute での2日間live講習受講
- (2) Center for Traumatic Stress in Children and Adolescents (CTSCA)視察訪問
- (3) トラウマ焦点化認知行動療法のわが国での実践 (pilot study)

C. 研究結果

- (1) CARES Institute (Child Abuse Research Education and Service Institute) での2日間live講習受講

The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) が発行しているTF-CBTのImplementation Manual¹⁵⁾では、TF-CBTの実践にあたっては、無料で受講できるWeb-based training²⁾ (昨年度受講済み)¹³⁾とLive Trainingを受講した上で、プログラム開発者であるCohen, Mannarino, Deblingerによる著書「Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents」⁵⁾に基づいて実践することが推奨されている。

今回私たちは、TF-CBTの開発者の一人であるDeblinger 教授からCARES Instituteにおいて2日間のLive Training (Introductory Training)を受講する機会を得た。講習は2011年3月11日の東日本大震災で被災した子どもたちに還元

されることを願うDeblinger教授のご好意によって無料で提供された(本来は1日 \$ 3000)。

CARES Instituteは米国ニュージャージー州に位置し、University of Medicine & Dentistry of New Jersey School of Osteopathic Medicineの一機関であり、年間約1800人の虐待された子どもとその家族への医療サービス提供やfoster care Screening Programの提供、TF-CBTの提供などを行っている。また、専門家向けの教育訓練も実施されている。以下受講した講習の概要を述べる。

TF-CBTプログラムの開発は、まず成人のPTSDや治療に関する文献の再検討することから始まった。その上で、成人のレイプ被害者に対する治療デザインを性的虐待を受けた子どもに実験的に施行した¹²⁾。また、子どもの発達による差異を考慮し、子どもの治療では保護者を治療に含めるという重要な修正を行った¹¹⁾。1997年にDeblingerとCohenらとの協働研究が開始され、現在まで様々な心的外傷関連症例に応用され効果が実証されている³⁾⁴⁾⁶⁾⁷⁾⁹⁾¹⁰⁾。

TF-CBTは、3歳から18歳までの心的外傷体験に関連した行動・情緒面の問題を持つ子どもに適応されている。PTSDの診断基準に完全に合致しなくとも、精神医学的症状と生活上の困難が認められれば適応となる。子どものPTSD症状のみならず、うつや不安症状、行動上の問題、性化行動、心的外傷に関連した恥、信頼感、社会生活能力において回復が認められている。また、TF-CBTでは、保護者の治療参加を原則とし、保護者の一般的な抑うつ感情やPTSD症状・その他の心理的苦悩の改善、親機能の改善、子どものサポート機能の向上に効果が認められている。

一方、反抗や不服従、攻撃性や違法行為のような破壊的行動が優勢なケース、重篤なうつや自殺にまつわる問題、物質乱用などが前景に立つケースは、まずはこれらの状態を改善した後、TF-CBTの実施が検討される。

治療は、原則として、臨床的枠組みの中で個人療法として実践される。子どもセッション・保護者セッション・合同セッションから構成され、毎週1回、60-90分、8-16週の枠組みで実施される。TF-CBTの治療目標は、心的外傷に関連した症状や問題を有する子どもとその保護者の生物・心理・社会的なニーズに対処できるよう支援することである。子どもと保護者は、心的外傷を適切に処理し、思考-感情-行動をうまく管理し、安全性や保護者機能・家族コミュニケーションを向上させるための知識と技術を提供される¹⁵⁾。

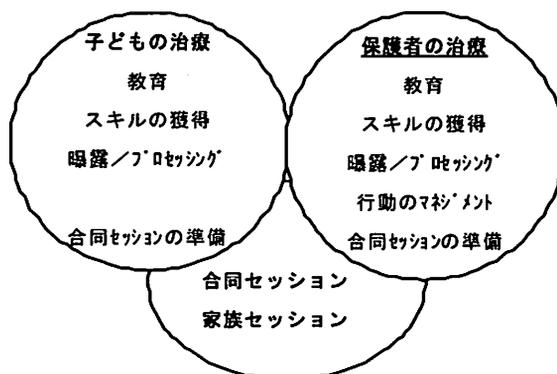
TF-CBTは、さまざまな治療原理を取り入れたComponents-based hybrid treatmentである。また、悲嘆に焦点化した要素を追加することも可能である(TF-CGT Trauma-Focused Cognitive Grief Therapy)。8つの構成要素は、だいたい3分の1ずつの時間配分で実施される(表1)。各構成要素の実施順やセッション数は子どもの状態に合わせて柔軟に対応可能であるが、Trauma Narrativeを実施する前に、必ず「PRAC」(Psychoeducation and parenting skill, Relaxation, Affective expression and regulation, Cognitive coping)の各要素は終了しておくこととされている⁵⁾。

最も中核となる要素は、Trauma Narrative & Processingである。当日は自験例のNarrativeを提示し、Deblinger博士から指導を受けた。子どものTrauma Narrativeは、成人の治療に比べて、心的外傷体験に段階的に曝露するように工夫されている。また、心的外傷についての記憶を繰り返し語ることによる馴化を目的とするのではなく、子どもの非機能的な認知を修正し、その後の健全な育ちを促進することに重点が置かれている。また、8つの構成要素は別々のカテゴリーとして存在するのではなく、全セッションを通じて引用参照されることが必要であるとされている。

TF-CBT実施にあたっては、治療者の準備性が非常に重要視されている⁵⁾。治療に際しては、治療マニュアルに忠実な実践が不可欠である一方で、子ども一人ひとりのニーズと状態に敏感に反応し、子どもの最適なモードに合わせて柔軟かつ創造的に対応していくことも重要であるとされている。また、当然のことながら、治療者と子どもや保護者との安定した治療関係は必須の要素である。治療者には、子どもの心理臨床における基本的な訓練と経験が必要であるし、子どもが心的外傷体験について回避せずに向き合うことができるようにサポートする力量も重要であるとされている。

(表1)TF-CBT各セッションの流れ

1 / 3		1 / 3		1 / 3	
セッション1-4		セッション5-8		セッション9-12	
✓	心理教育/ペアレンティン グスキル	✓	トラウマナラティブの作成 とプロセスング	✓	親子合同セッション
✓	リラクセーション	✓	実生活内での段階的曝露	✓	安全の強化と将来の発達
✓	情動表出と調整				
✓	認知コーピング				



(2) Center for Traumatic Stress in Children and Adolescents (CTSCA) 視察訪問

CTSCAは、米国ペンシルバニア州に位置するアレゲーニー総合病院(675床)精神科の一部門である。年間350例の初診があり、さまざまな心的外傷関連の子どもたちの評価や治療(個人治療、グループセラピー、家族療法など)を実践している。また、地域へのアウトリーチや教育啓発にも力を入れるなど幅広い活動を行っている。CARES Instituteと同様TF-CBTのプログラム開発の中核機関である。ここでは、Cohen教授とMannarino教授とともに、TF-CBTについてのさまざまな議論や質疑応答ができた。また、自験例の中の重症例を提示し、直接

助言を受けた。

(3) ト라우マ焦点化認知行動療法のわが国での実践

これまで、プログラム開発者の助言を受けながら、8歳から18歳までの単回性および慢性反復性トラウマ症例6例に対してTF-CBTを試験的に実践した。実施にあたっては、大阪教育大学倫理委員会の承認を受けた上で、本人および保護者に書面で同意を得た。

その結果、全例でPTSD症状が減少し、社会生活機能が回復した(表1)。結果の詳細については、「児童青年精神医学とその近接領域」誌上で発表予定である。

(表1) TF-CBT 実践例の概要

症例	性別	開始時年齢(歳)	心的外傷の種類	診断	セッション数	服薬の有無	プログラム中の処方変更	評価尺度	実施前	実施後
1	女	18	家庭外の強姦被害	PTSD	12	無	無	CAPS	51	25
2	女	18	男友達からのDV 極端な暴行場面の目撃	PTSD	18	有	無	CAPS	89	44
3	女	15	継母からの 身体的心理的虐待	PTSD 気分障害	10	有	有	CAPS	42	20
4	女	15	実母からの 身体的心理的虐待	PTSD	11	有	無	CAPS	88	15
5	女	8	実母からの 身体的心理的虐待	部分PTSD 吃音	12	無	無	UPID	23(26)	12(6)
6	男	8	交通事故	部分PTSD	10	有	中止	UPID	17(20)	7(5)
									()は保護者	

D. 考察

TF-CBT実施は、治療対象となる子どもと家族の文化的背景を重視するように配慮されたプログラムである。昨年度と今年度研究において、プログラム実践のための文献的考察や実践講習受講、日本語版プロトコル作成などの準備を重ねてきた。

今年度は、プログラム開発者3人と直接交流す

る機会を得て、わが国においても、心的外傷関連障害の子どもを対象にTF-CBTを試験的に実践することができた。今後は、症例数を増やしながら、プロトコルを改訂し、地域におけるネットワークを拡大していくことが重要であると考えられた。

E. 結論

子どもの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、わが国での実践可能性が高まった。

文献

- 1) American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2009): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. www.aacap.org .
- 2) CARES INSTITUTE, National Crime Victims Research and Treatment Center, Center for Traumatic Stress In Children and Adolescents(2005): TF-CBT Web, a web-based learning course for Traumatic-Focused Cognitive Behavior Therapy. <http://tfcbt.musc.edu/index.php> 2005.
- 3) Cohen JA, Mannarino AP(1998): Interventions for Sexually Abused Children: Initial Treatment Outcome Findings. Child Maltreatment, 3(1), 17-26.
- 4) Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP et al. (2004): A Multisite, Randomized Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43(4), 393-402.
- 5) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E(2006a): Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. New York, Guilford Press.
- 6) Cohen JA, Mannarino AP, Staron VR(2006b): A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief(CBT-CTG). Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45(12), 1465-73.
- 7) Cohen JA, Mannarino AP(2008): Disseminating and Implementing Trauma-Focused CBT in community settings. Trauma, Violence, & Abuse, 9(4), 214-26.
- 8) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E et al. (2009a): Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents. In Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, et al(ed.): Effective Treatments for PTSD Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Second Ed. (pp223-244). New York, Guilford Press.
- 9) Cohen JA, Jaycox LH, Walker DW et al. (2009b): Treating Traumatized Children after Hurricane Katrina: Project Fleur-de Lis™. Clinical Child Family Psychology Review, 12, 55-64.
- 10) Cohen JA, Mannarino AP, Iyenqar S(2011): Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 165(1), 16-21.
- 11) Deblinger E, Heflin AH(1996a): Treating Sexually Abused Children and Their Nonoffending Parents: A Cognitive Behavioral Approach. California, SAGE Publications.
- 12) Deblinger E, Lippmann J, Steer R(1996b): Sexually Abused Children Suffering Posttraumatic Stress Symptoms: Initial Treatment Outcome Findings. Child Maltreatment, 1(4), 310-321.
- 13) 亀岡智美, 飛鳥井望, 岩切昌宏他(2011): 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. 平成

22年度厚生労働科学研究費補助金(障害者
対策総合研究事業)報告(pp21-25)。(主
任研究者:齋藤万比古「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」)。

14) National Institute for Clinical
Excellence(2005): The management of
PTSD in adults and children in primary
and secondary care. www.nice.org.uk .

15) National Child Traumatic Stress
Network(2004): How to Implement
Trauma-Focused Cognitive Behavioral
Therapy(TF-CBT). www.NCTSN.org

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

分担研究者 齊藤卓弥¹⁾

研究協力者 成重竜一郎¹⁾

1) 日本医科大学

研究要旨

目的：22年度の海外での診断および薬物治療を中止にした治療の診療上のエビデンスや治療ガイドラインの現状について文献的な研究をおこなったのに続き、23年度は精神療法に関するエビデンスについて研究・考察を行った。同時に、本邦における児童思春期うつ病の類型化を目標に臨床的なデータの収集を行った

方法：調査の対象は、児童期うつ病の患者を対象としたプラセボ対照群あるいは観察群を対照群として用い、有効な精神療法との比較をした臨床試験データである。データ検索は、医学データベースMedileneおよびPsychInfoを用いて行われた。

結果：データベース検索の結果、児童期うつ病に対して対照を用いた臨床試験は、精神療法については10報告、薬物療法については8報告あり、1報告は、複数の治療法について対照群を用いて有効性を比較した。精神療法に関しては、従来成人で有効性が示された認知行動療法、対人関係療法、社会技能療法、家族療法に修正が加えられたものが用いられており、いずれの精神療法も有効であることが示唆されている。児童期には、生物学的、認知的、社会的、情緒的な発達段階にあり、認知発達過程(計画、思考、他人の立場になり考える能力)や社会的要因を精神療法の実施に当っては考慮していくことが必要である。報告された精神療法の多くは、成人で実施されている原型の治療法よりも家族との関係を積極的に治療の中で取り扱ったり、家族への直接的な関与を含めていること、非言語的な要素を取り入れている傾向が認められた。

考察・結語：症例報告やオープン・ラベル試験 (open label study) において、心理社会的介入が児童期大うつ病に有効であることが示されており、精神療法・心理療法は児童期精神科領域の治療の重要な領域を占める。しかし、伝統的・一般的な精神療法は児童期うつ病に対して有効ではないという報告も一方ではなされている。近年有効な精神療法を確立するために成人うつ病に対して有効と報告されているCBTあるいはIPTを中心に予約待ち群や通常治療群を比較対照群とした児童期うつ病への有効性に関する臨床試験が行われた。精神療法は、異なる文化的・精神的な背景を持つ日本で必ずしも英語圏・キリスト教圏で行われている精神療法が有効とは限らないが、現在evidenceとして児童思春期のうつ病に関しては認知行動療法、対人関係療法が第一選択として考えられている。特に、軽症のうつ病に関しては治療の第一選択として考えられるべきである

次年度は、現在集積されているエビデンスに合わせて個々の疾患の診療の標準化を行っていくことが求められている。そのために、今後は、海外の実績をもとに本邦でのアンケート調査およびエキスパートのコンセンサスの下に実践的な標準化を行っていくことが急務である。

A. 研究目的

1980年以降子どもの気分障害の認知が高まってきている。本邦でも、中学生の約5%の子どもにうつ病の診断がされたと報告され重大な問題と考えられるが、未だに診断・治療に混乱が見られる。本研究の目的は、子どもの気分障害の診療の標準化を行い日常臨床で子どもの気分障害を治療するためのガイドライン・指針を作成することにある。現在まで児童・思春期うつ病に関して事実に基づいた治療は限られており、しばしば成人うつ病の治療を検証のないままに児童の患者に適応している。しかし、児童期うつ病に対する関心が高まるなかで、児童期うつ病の病態・治療への反応が成人のうつ病と異なることが明らかになってきた。それに伴い、臨床試験により精神療法児童期における有効性を確認する動きが高まってきている。

この研究では過去15年間の児童期うつ病の精神療法および薬物療法の臨床試験の結果をデータ・ベースを用いて検索した。児童期うつ病の精神療法の問題点について考察を加えた。

B. 研究方法

調査の対象は、児童期うつ病の患者を対象としたプラセボ対照群あるいは観察群を対照群として用い、有効な精神療法との比較をした臨床試験データである。データ検索は、医学データベースMedileneおよびPsychInfoを用いて行われた。過去15年間の医学雑誌に掲載された論文を対象に“depression”および「“Child”あるいは“adolescent”」を第一の検索キーワードとして用い文献検索を行った。選択された文献に対して「“evidenced based treatment”あるいは“psychotherapy”あるいは“

double blind”」を検索キーワードとして掛け合わせ絞り込みを行った。また医学中央雑誌データベースで”抗うつ剤”“精神療法”“児童”“思春期”を検索キーワードとして邦文論文に対しても同様の検索を行った。同時に、J Am Acad Child Adolesc Psychiatry、Archives of General Psychiatry、Journal of Affective Disorders、Biological Psychiatry、Bipolar disorder、American Journal of Psychiatry、British Journal of Psychiatry、Psychol Bull、J Consult Clin Psychol の過去15年間の児童のうつ病の治療について原著論文および総説を手動で検索した。

(倫理面への配慮)

文献研究に関しては、倫理的問題は発生しない。

C. 研究結果

データベース検索の結果、児童期うつ病に対して対照を用いた臨床試験は、精神療法については10報告、薬物療法については8報告あり、1報告は、複数の治療法について対照群を用いて有効性を比較した。

精神療法の有効性に関する10報告のうち認知行動療法(CBT)について5報告、対人関係療法(IPT)に関して3報告、その他の治療についての2報告であった(表1)。精神療法については、学校等での臨床的にうつ病と診断されない児童あるいは高リスクの児童を対象にした精神療法対照試験が行われていたが、治療参加への基準が一定しないなど比較が困難であったため省いた。

複数の治療法の間有効性を比較する報告では、SSRI、CBT、SSRIとCBTの併用とプラセボ群の4群が比較された(表1)。

表1: 精神療法の対照群を用いた有効性の比較

研究行記	対象	対象年齢	対象診断	治療期間	結果
Vostanis (1995)	CBT 29 NFI 29	13-18歳	MDD	6セッション	CBT群>NFI群
Wood (1996)	CBT 29 RT 29	9-17歳	MDD+DYS*	5セッション	CBT群>RT群
Drost (1997)	CBT 27 SBFT 27 NST 27	13-18歳	MDD	12から16週	CBT群>SBFT群>NST群
Clarke (1999)	CBT 43 CBT+PG 43	14-18歳	MDD+DYS	18セッション	CBT群>CBT+PG群
Escher (1999)	ML 28 CBT 28 PT 28 NL 28	13-18歳	MDD+DYS	12週	CBT群>PT群>NL群
TUOH (2004)	FL 29 CBT 29 CBT+FL 29 FL 112	12-17歳	MDD+DYS	12週	CBT群>FL群>CBT+FL群
McGee (1999)	PT 24 CBT 24	12-18歳	MDD	12週	PT群<CBT群
Escher (2004)	PT 24 TAN 24 CBT 24 PT 24 NL 24	12-18歳	MDD	16週	PT群>NL群>TAN群
Escher (1999)	CBT 25 PT 25 NL 25	13-18歳	MDD+DYS	12週	PT群>NL群>CBT群
Escher (1998)	SLT 12 NL 12	14-19歳	MDD+DYS	8週間/週1セッション	SLT群>NL群
Escher (1998)	SLT 16 CBT 16	13-17歳	MDD	12週	SLT群>CBT群

* World Health Organization (WHO) による診断基準を用いた。MDD: DSM-IV による大うつ病性障害

** 10名以上が治療群で判定された改善率。*** 改善率の差が有意。

CBT: 認知行動療法

PG: 認知グループ

PT-A: interpersonal psychotherapy as defined for depressed adolescents

TAN: treatment as usual; NST: non-directive supportive therapy

SBFT: systematic behavioral health therapy

NL: non-focused intervention

ML: waiting list

DYS: 気分変調症; MDD: 大うつ病; SLT: Structured Learning Therapy

AGT: attachment-based family therapy; FL: Fluoxetine

Comp: Fluoxetine; CBT 対照

医学中央雑誌データベースを用いての日本語での検索では、児童期うつ病について薬物・精神療法とも対照群を用いて有効性を検討した調査・研究はなかった。

認知行動療法

CBTは、報告された5試験全てにおいて治療前よりも改善を示し、4試験において通常治療群あるいは予約待ち患者よりも有意の改善を示し、CBTが児童期うつ病に有効な治療であることを示した。CBTは、成人うつ病治療における重要な治療モデルである。うつ病は、認知の障害と考えられ、認知行動療法ではうつ病者の認知の歪みに治療の焦点をあてる (1)。児童期の臨床試験では、12から16週の短期的認知行動療法が用いられた。CBTでは、治療の初期には、どのよう

に思考が気分に影響を与えているかについて関係を発見することに焦点が当てられる。治療の中期には、どのように日常的な行動が気分に影響を与えるかについて、後期には、他者との関わりが気分に影響を与えるかについて焦点が当てられるように修正された。また、認知・言語の発達の過程にあることから、児童へのCBTではしばしば言語を用いたアプローチより視覚的な技法を用いた修正が有効であると報告されている (2)。

Vostanis (3)らは、13-18歳の57名のDSM-R-III-R大うつ病患者をCBT群29名と通常治療群 (non-focussed intervention; NFI) 28名 に無作為に分け、治療効果を比較した。治療期間は3ヵ月半の平均6セッション (2から9セッション) であった。治療効果は、Mood and feeling questionnaire (MFQ) によって判定され、CBT群はMFQ得点が33.4から17.6と有意な減少 ($p < 0.001$)、NFI群も28.6から18.4と有意な減少を示した ($p < 0.01$)。CBT群では87%が、NFI群では75%が治療終結時にはうつ病から寛解しており、両群ともに有意な改善を示した。抑うつ症状、不安症状の改善、自己評価両群ともに有意な改善を示し、二つの治療間で有意な差がなかった。しかし、余暇の問題行動、学校の中断ではCBT群が有意な改善を示した。

Wood (4)らは、9-17歳の53名のDSM-III-R大うつ病、気分変調症およびRDCを用いてうつ状態と診断された患者をCBT群27名とリラクゼーション・トレーニング (relaxation training; RT) 26名に無作為に分け、治療効果を比較した。両群とも24名が3-5セッションからなる治療を完了した。MFQによる効果判定では、CBT群は50%、

RT 群は21%が臨床的に改善を示し、MFG得点でもCBT群で有意な改善を認めた ($p < 0.01$)。臨床全般印象尺度 (Clinical global improvement : CGI) では、CBT群の54%が、RT群の21%が寛解を示した。6ヶ月の追跡調査では、MFQでCBT群が52%、RT群で50%が有意な改善を示し、CGIでは、54%のCBT群、RT群の38%が寛解を示し、両群の差が治療後6ヶ月では狭まった。

Brent らは、13-18歳の107名のDSM-III-R大うつ病患者を、CBT群37名、系統的行動的家族療法 (systemic behavior family therapy ; SBFT) 35名、非指示的支持的療法 (individual nondirective supportive therapy ; NST) 35名に無作為に分け、治療効果を比較した。3群ともに12から16回の治療セッションを受けた。107患者の中の78名 (72.9%) が治療を終結し、14名 (13.0%) は治療開始しなかった。8名 (7.5%) は治療を中断、7名 (6.5%) は臨床的理由から試験から除外された。3群ともに自殺行動と日常生活機能に改善を示した。CBT群は67.4%と有意に高い寛解率 (3セッション続けてベック抑うつ質問票 : Beck Depression Inventoryの得点で9点以下) を、SBFT (37.9%、 $P = 0.03$) また NST (39.4%、 $p = 0.04$) と比較して示した。CBT群は、他の2群より急速な症状の改善を見せた ($p = 0.02$) (5)。Birmaher (6) は、これら107例の大うつ病患者に対して2年間の追跡調査を行った。2年後には3群間に有意な差は認められなかった。全体の80%の患者は改善を示し、30%が経過中再発した。21%が追跡期間中の80%以上の期間で抑うつであった。

Clarke (7) らは、14-18歳の123名のDSM-III-R大うつ病あるいは気分変調症の

患者を、8週間 (1回2時間の16セッション) のCBT単独群 (45名)、CBTおよび親のグループ併用群 (42名) と予約待ちの患者群 (36名) の3群に無作為に分け、治療効果を比較した。96名 (78.0%) が試験を完了した。CBT単独群は治療終了後にさらに4ヶ月ごとあるいは12ヶ月ごとに2年間の追加治療を継続した。この報告では、改善群を2週間以上にわたってDSM-III-Rで大うつ病あるいは気分変調症の診断を満たさないものと定義した。8週のセッション後のCBT単独群は66.7%、CBTおよび親グループ併用群は、68.8%が改善を示し、予約待ちの群の48.1%が改善を示した。CBT (単独群および併用群) 群は、予約待ち群より有意な改善を示した ($p < 0.05$)。自己評価でも同様の改善を示した。追加治療群は、うつ病の再発の予防に有意な効果が無かったが、当初の8週間の治療で改善しなかった症例に改善が認められた。

Rossello (8) は、13-18歳の71名のDSM-III-R大うつ病あるいは気分変調症の患者をCBT群25名、思春期うつ病のための対人関係療法 (Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents ; IPT-A) 群23名と予約待ちの患者群23名の3群に分け、治療効果を比較した。CBT群21名、IPT-A群19名と予約待ちの患者群18名が試験を終了した。Children's Depression Inventory (CDI) では、CBT群 ($p < 0.05$) とIPT-A群 ($p < 0.01$) は、予約待ちの患者と比較し抑うつ症状の有意な減少を認めた。82%のIPT-A群と59%のCBT群に機能的な改善を認めた。

また、児童期を対象としたCBTのメタ・アナリシスにおいて、CBT群109例と対照群108例が比較されCBT群で有意にうつ状態の改

善を示したと報告されている(9)。

対人関係療法

IPTでは、3試験で治療開始前よりも改善し、予約待ち患者や通常の治療患者よりも有意な改善を示した。元来IPTは、Klermanらによって考案された成人のうつ病の治療技法である(1)。IPTは、うつ病は対人関係上の問題によって説明できるという基本概念に基づき対人的葛藤(interpersonal conflicts)を解消し、患者の対人関係の質の向上によって、うつ状態の改善および健康な対人関係を構築することに焦点をあてる。児童期におけるIPT-Aでは、認知発達上の過程を考慮しつつ新しい役割と自己評価を理解し受け入れ、新しい状況や役割上の要求に対応できることを目標とする(10)。特に家族との関係が重視される。児童に対するIPTは、12週から16週間のセッションに修正された短期精神療法である。3つの過程に分けられる。前半のセッションは、うつ病についての情報について提供すること、IPTについて説明すること、対人関係の評価、主たる問題の同定、治療計画の作成におかれる。中期のセッションは、患者が対人関係上の問題と取り組むこと、抑うつ状態の変化をモニターすること、良好な治療関係を作り上げること、家族が子供の治療の妨げにならないような予防を行っていく。後期のセッションは、治療の終結、分離に関する感情の議論、治療の経過と反応について総括、患者の対人関係上の対応能力について焦点をあてる。

Mufsonらは、12-18歳の48名のDSM-III-R大うつ病患者を12週間の毎週のIPT-A群24名と臨床モニタリング(clinical monitoring)群24名に無作為に分け、隔週ごとに症状、社会機能、社会問題解決技能

(social problem-solving skills)への効果を比較した。32名(21名のIPT-A, 11名の観察群)が試験を完了し、IPT-A群は、抑うつ症状と社会的機能改善・社会的問題解決技能に有意な改善を認めた。12週目でIPT-A群24名中18名(75%)は、観察群の11名(46%)よりも有意な高いうつ状態からの寛解(Hamilton rating scale for depression:HAM-D)で6以下を示した(10)。さらに、Mufsonらは、12-18歳のDSM-III-R大うつ病患者に16週のIPT-Aと通常治療(Treatment as usual:TAU)を用いた追試をおこなった。63名がIPT-A群34名とTAU群29名に分けられ、比較された。IPT-A群では、50%が寛解(HAMD6以下)したが、TAU群では10%のみであった。IPT-A群が社会的機能全般で有意な改善を示し、HAM-D($p=0.01$), GCI($p=0.03$)での有意な改善を示した(11)。

認知療法の結果ですでに述べたようにRossello(8)は、IPT-AがCBT同様に予約待ち群よりも抑うつ症状の減少に効果があることを示した。特にIPT-A群では、予約待ち群と比較し、自己価値の改善($p<0.001$)と社会的適応の改善($p<0.001$)に有意な差を認めた。CBT群ではこの二項目についての改善は予約待ち群と間に差が認められなかった。

報告されたIPT-Aについての報告は、IPT-Aが抑うつ症状の改善とともに児童の社会適応・自己価値の改善に有効な治療であることを示唆している。

その他の療法

構造的学習療法(Structured Learning Therapy:SLT)は、社会技能療法(Social skill therapy)の一変法であり、不適応

的な社会的、対人間の行動、社会的行動に伴う認知的な歪みを修正するための治療である。SLTは、1) 文化的に容認される社会的・対人関係上の目標に向かった行動を実行することのできる能力、2) 特定の目標を達成する可能性を最大にできるように行動を評価し、修正し続けていくことができる能力を適切な社会技能と考えている。SLTは、技能インストラクション (skill instruction)、ロール・プレー (role playing)、行動評価 (performance appraisal) を介して、個人が対人関係上において適切な機能を発揮することができるように系統だった教育を行うことである (12)。Reed (44)は、14-19歳の18名のDSM-III-R大うつ病と気分変調症患者をSLT群12名と対象群6名に無作為に分け、治療効果を比較した。両群ともに6回の週2回の60分セッションを受けた。SLT群は、Face Valid Depression Inventory (FDI) で男子においてうつ症状が軽減した ($p < 0.05$)。しかし、女子では両群間に差がなかった。思春期においては男女の認知的・情緒的な発達の違いが知られ、女子は、一般に対人関係、身体的、認知発達が男子より早いといわれている。この違いが治療への反応にも影響を与えることが治療に対する反応の男女差に寄与していたと考察されていた。

家族関係の問題が児童うつ病の発症に関与することが知られ (13)、家族療法は、家族の相互関係を変えることによって児童に表現されるうつ症状を改善することを目的とし、児童期うつ病の有望な治療法と考えられる。特に、愛着行動に重点づけた家族療法 (attachment-based family therapy : ABFT) は、1) 親の批判・敵意、2) 子どもの低動機付けと関与、3) 親のストレス、

不適切な親としての技能 (parenting skill) 4) 家族の関わりの問題 (family disengagement) 5) 否定的な自己認識 (Negative self concept) を治療対象となる家族内の問題点と捉え、修復を行う。特に、児童に家族関係を客観的に見直すこと、良好な愛着行動を作ること、児童と親双方との良好な治療関係を構築することを治療の中心に据えている。Diamondらは、13-17歳の31名のDSM-III-R大うつ病患者を12週間のABFT群16名と予約待ちの対象群15名に分け、治療効果を比較した。ABFTは、家族間の葛藤、自殺念慮、絶望感、母親との愛着に対して対照群と比較し有意な改善を示した。81%のABFT群は大うつ病が寛解し、47%の対象群と比較し有意な改善を示した (14)。

精神療法に関しては、従来成人で有効性が示された認知行動療法、対人関係療法、社会技能療法、家族療法に修正が加えられたものが用いられており、いずれの精神療法も有効であることが示唆されている。児童期には、生物学的、認知的、社会的、情緒的な発達段階にあり、認知発達過程 (計画、思考、他人の立場になり考える能力) や社会的要因を精神療法の実施に当っては考慮していくことが必要である。報告された精神療法の多くは、成人で実施されている原型の治療法よりも家族との関係を積極的に治療の中で取り扱ったり、家族への直接的な関与を含めていること、非言語的な要素を取り入れている傾向が認められた。

D. 考察

症例報告やオープン・ラベル試験 (open label study) において、心理社会的介入が児童期大うつ病に有効であることが示されており (15)、精神療法・心理療法は児童

期精神科領域の治療の重要な領域を占める(1)。しかし、伝統的・一般的な精神療法は児童期うつ病に対して有効ではないという報告も一方ではなされている(16, 17, 18)。近年有効な精神療法を確立するために成人うつ病に対して有効と報告されているCBTあるいはIPTを中心に予約待ち群や通常治療群を比較対照群とした児童期うつ病への有効性に関する臨床試験が行われた。

薬物療法と精神療法の比較

臨床場面では、薬物療法・精神療法が併用されることが多いが、併用療法の有効性、あるいは精神療法と薬物療法を比較しづれが有効であるかについての比較は行われることはなかった。

最近、薬物・精神療法の併用、薬物治療、精神療法、プラセボの4群間の大うつ病に対する治療効果の比較がアメリカ連邦政府の研究補助によって行われた(2)。12歳から17歳の大うつ病439名をプラセボ群112名、fluoxetine 単独群109名、CBT単独群111名、fluoxetine・CBT併用群107名の4群に分けた。それぞれの群は36週の治療を受けたが、最初の12週間の治療効果についての報告がなされた。Fluoxetine・CBT群はCDRS-R、でのプラセボ群($p=0.001$)、CBT単独群($p=0.01$)、fluoxetine 単独群($p=0.02$)より有意な改善を示した。CGIでは、プラセボ群34.8%、CBT群43.2%、fluoxetine 60.6%、fluoxetine・CBT併用群71.0%がうつ病の改善を示し、Fluoxetine・CBT併用群が他群より有意な改善を示した。また、fluoxetine単独群は、CBT単独群、プラセボ群より有意な改善を示し、CBT群はプラセボ群と差が認められなかった。439名中7名(1.6%)が自殺企図をし、7名中6名がfluoxetineを服用していた

(19)。自殺に関連した行動への治療効果を見ると、抑うつ症状にCBTは効果がなかったが、自殺に関連した行動の削減に有効であった。この結果は、併用療法が単独療法より児童期うつ病の治療に効果があったことを示唆している。しかし、この結果がfluoxetineあるいはCBT以外の治療にも一般化できるかは今後の調査が必要である。

児童期うつ病の臨床試験の課題

児童期うつ病の治療に関して、従来成人で有効であったと考えられていた抗うつ薬が無効であったり、成人では見られない副作用が報告されたことから、客観的な評価に基づいた治療法が医学的、倫理的にも求められる。しかしながら児童期うつ病の臨床試験の実施に当ってはさまざまな困難を伴うことが予想される。

まず、症状評価や診断が児童の年齢によっては困難である。正常発達の過程が児童における問題の表現型に大きな影響を与え、同じ問題でも年齢によって診断および予後に対する重要性が大きく異なること考慮する必要がある。児童は、自らの症状を記述することは可能であるが、一般的に評価に用いられる自記式の質問紙への信頼性は低くなることも効果判定を困難にする。

児童期には、環境からの影響(親の精神病理、虐待、ネグレクト、家族内の不和)を受けやすく、児童の精神的問題の悪化に直接的な増悪因子となる。一方で、児童本人のみならず親、家族、友人関係、学校問題等に介入することで症状の改善が認められ、効果因子を特定することが困難である。児童の臨床試験での高いプラセボ効果は、本来の治療的介入のみならず臨床試験に参加することによって一定の注目を受けることによって引き起こされている可能性もあ

る。このような児童期の特性を理解した上で適切な臨床試験モデルを構築していく必要がある。

E. 結語

精神療法は、異なる文化的・精神的な背景を持つ日本で必ずしも英語圏・キリスト教圏で行われている精神療法が有効とは限らないが、現在evidenceとして児童思春期のうつ病に関してはメタ解析でも、認知行動療法や、対人関係療法（20、21）が第一選択として考えられている。特に、軽症のうつ病のに関しては治療の第一選択として考えられるべきでる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 子どもの気分障害：齊藤卓弥：小児科臨床(0021-518X)64巻5号 Page845-852

2) 児童・青年期におけるSSRI/SNRIの使用実態と安全性に関する全国調査：宇佐美政英、齊藤万比古、傳田健三、齊藤卓弥、岡田俊、松本英夫、山田佐登留：児童青年精神医学とその近接領域 52 巻 1 号 Page21-35(2011.02)

2. 学会発表

1) Yoshitaka Kawashima, Takao Ito, Ryuichiro Narishige, Takuya Saito, Yoshiro Okubo. 2011. Gender differences in suicide attempts among adolescents in Japan. XXVI International Association for Suicide Prevention World Congress, September, in Beijing, China.

2) 川島義高 伊藤敬雄 成重竜一郎 大高靖史 齊藤卓弥 大久保善朗 2011 精神科未治療の自殺未遂者の特性—思春期症例を対象として— 第35回日本自殺予防

学会総会, 12月, 沖縄.

3) 齊藤卓弥 シンポジウム3 成長と発達から見た気分障害 第52回日本児童青年期医学会総会 11月、徳島

4) 寒河江亜衣子、大島希、大御均、齊藤卓弥 地域に出ていくこと—予防：早期介入をめざして—第52回日本児童青年期医学会総会 11月、徳島

5) 澤谷篤、成重竜一郎、齊藤卓弥 総合病院における小児精神リエゾンの展開 第52回日本児童青年期医学会総会 11月、徳島

6) 鈴木砂由里、成重竜一郎ほか 児童思春期専門ユニットを用いた治療のあり方の検討 第52回日本児童青年期医学会総会 11月、徳島

7) 大島希、成重竜一郎ほか 児童・思春期における有機的サポートにむけたアプローチの検討 52回日本児童青年期医学会総会 11月、徳島

8) 成重竜一郎 ほか 地域医療としての児童思春期精神科医療を目指す取り組み 2回日本児童青年期医学会総会 11月、徳島

9) 齊藤卓弥、成重竜一郎 日本における『子供のせん妄の診断・治療ガイドライン』 第24回日本総合病院精神医学総会 11月 福岡

10) 齊藤卓弥 日本における『子供のせん妄の診断・治療ガイドライン』の作成について 第107回 日本精神神経学術総会 10月東京

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

文献

1. Curry JF. Specific psychotherapies for childhood and adolescent depression Biological Psychiatry. 49(12):1091-100, 2001
2. The treatment for adolescents with depression study team. Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): Rationale, Design, and Methods J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 42(5), 531-542 2003
3. Vostanis, P., Feehan, C., Grat-tan, E. et al. A randomised controlled outpatient trial of cognitive-behavioral treatment for children and adolescents with depression. J Affect Disord 40, 105-116. 1996
4. Wood, A., Harrington, R. and Moore, A. Controlled trial of a brief cognitive-behavioral intervention in adolescent patients with depressive disorders. J Child Psychol Psychiatry 37, 737-746. 1996
5. Brent DA. Holder D. Kolko D et al. clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. Archives of General Psychiatry. 54(9):877-85, 1997
6. Birmaher B. Brent DA. Kolko D et al. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. Archives of General Psychiatry. 57(1):29-36, 2000
7. Clarke GN. Rohde P., Lewinsohn PM et al. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38, 272-279. 1999
8. Rossello, J. and Bernal, G. The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. J Consult Clin Psychol 67, 734-745 1999
9. Reinecke MA, Ryan NE, DuBois DL. Cognitive-behavioural therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37:26-34. 1998
10. Mufson L. Weissman MM. Moreau D et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Archives of General Psychiatry. 56(6):573-9, 1999
11. Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P et al. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents Arch Gen Psychia-

try. 61(6):577-84. 2004

12. Goldstein AP. Psychological skill training: The structured learning technique. New York: Pergamon Press

13. Harrington R. Family-genetic findings in child and adolescent depressive disorders. *Int Rev Psychiatry* 8:355-68. 1996

14. Diamond GS, Reis BF, Diamond GM et al. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41:1190-6. 2002

15. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1427-1439 1996

16. Weiss B, Catron T, Harris V et al. The effectiveness of traditional child psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 67:82-94. 1999

17. Weiss B, Catron T, Harris V et al. A 2-year follow-up of the effectiveness of traditional child psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 68:1094-1101. 2000

18. Weisz JR, Weiss B, Han SS et al. Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome stud-

ies. *Psychol Bull* 117:450-468. 1995

19. The treatment for adolescents with depression study team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. *JAMA* 292, 807-820, 2004

20. Tolin DF. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review *Clinical Psychology Review* 30 710-720 2010

21. Weisz, JR. et al. A Model of Therapist Competencies for the Empirically Supported Interpersonal Psychotherapy for Adolescent Depression *Psychol Bull.*; 132(1): 132-149 2006

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

分担研究報告書

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、前駆状態を広くハイリスク群として捉え、支援を検討すること、精神病状態の初発後、可能な限り早期に発見し、治療的介入を行うこと、さらには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。こうした背景に基づき、平成22年度の本研究では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検討課題の抽出を行った（平成22年本研究総括・分担研究報告書）。

【研究方法】前年度研究の結果としてあげられた検討課題の中の「ハイリスク群の捉え方や考え方の統一」に関する研究として、日本精神科救急学会会員および日本児童青年精神医学会会員（いずれも精神科医）計2133名を対象に、精神病性障害の診断・治療のガイドライン作成の準備段階として柱となる4つの骨子の適切性に関するアンケート調査を行った（研究①：児童青年精神科領域の精神病性障害に対する診断・支援に関する意識調査）。さらに、前年度抽出された検討課題の中の「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」に関する研究として、神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科の初診患者228名を対象に初診時における問診票から精神病様体験（PLEs）の有無を初めとする項目を調査し、児童精神科の臨床における精神病様体験に関する検討を行った（研究②：児童精神科外来受診患者の精神病様体験に関する調査）。【結果および考察】研究①では、4つの骨子について80以上の医師が“適切”～“やや適切”と回答した。結論として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指針に沿って作成した骨子の下、本邦における児童青年期の統合失調症を中心とする精神病性障害の診断・治療のガイドライン作成していくことは概ね適切であると考えられた。研究②では、結果として、児童精神科外来初診者のうち、1つ以上のPLEsが陽性の患者は約15%存在した。また、診断は統合失調症に限らず、適応障害、広汎性発達障害あるいは特定不能の情緒障害など多岐にわたっていた。また、被虐待歴と自殺企図歴、家族への秘密を抱えている場合、PLEs陽性例が有意に多かった。児童精神科外来初診者において虐待や自殺など積極的介入を要する主題とPLEsとの関連性の存在が示唆された。

<研究①>

児童青年精神科領域の精神病性障害に対する診断・支援に関する意識調査

A. 研究目的

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を参考に、日本の児童青年期の統合失調症を中心とする精神病性障害の診断・治療のガイドライン作成の準備段階として4つの骨子を作成した。10代から20代の青年期に好発する精神病性障害の初期治療もしくは集中治療にあたる機会が多いと思われる精神科医にアンケート調査を実施して適切性を検討することを目的とする。

B. 研究方法

2011年5月に日本児童青年精神医学会員医師1483名、日本精神科救急学会員医師572名、両学会に重複して所属する医師78名、合計2133名にアンケート調査を依頼した。この2つの学会に所属する医師はその特性から10代から20代の青年期に好発する精神病性障害の初期治療もしくは集中治療にあたる機会が多いという共通点がある。一方、2つの学会に所属する医師は精神病発症以前から縦断的に経過を追う機会の多い医師と精神病発症時点から積極的に患者と関わる機会の多い医師という意味で背景が異なっている。このような共通点、および相違点に着目して今回の調査を依頼した。アンケート結果の返信をもって調査の協力同意を得た899名中、有効回答の得られた887名(有効回答率41.6%)を調査対象とした。有効回答の得られた887名は日本児童青年精神医学会所属群(以下、児童学会群)648名、日本精神科救急学会所属群(以下、救急学会群)209名、両学会所属群(以下、両学会群)30名の3群に分類された。

最初に日本児童青年精神医学会認定医3名が検討を重ねて、児童青年期精神医療に関わる医師を対象とする「児童青年期の統合失調症を中心とする精神病性障害の診断・治療を標準化するためのガイドライン」の4つの骨子を作成した。作成にあたっては、国際早期精神病協会が作成した国

際早期精神病臨床実践ガイドライン

(International Early Psychosis Association Writing Group., 2005)を参考にした。その4つの骨子は統合失調症か否かなどの診断を議論する前に、微弱もしくは間歇的な精神病症状が出現している対象者を広くとらえ継続的観察と心理的支援などを行い、精神病症状が顕在化した段階では集中的な治療を行い、当面数年間は継続的な支援を続けるという考え方に基づいている。今回我々はこの骨子の適切性を問う以下の質問項目を作成した。なお、その適切性については「適切・やや適切・どちらでもない・やや不適切・不適切」の5段階で評価を依頼した。

①標準化を目的としたガイドラインを作成する場合、対象を統合失調症に限定せず、「精神病症状を呈する疾患群」と広く捉えることは適切だとお考えになりますか？

②ハイリスク群(将来精神病を発症する可能性が高い一群)の同定とこの群への早期支援を行うことが適切だとお考えになりますか？

③精神病症状が顕在化した時点で早期かつ集中的に精神医学的治療を行うことが適切だとお考えになりますか？

④精神病症状が顕在化した後、数年間は治療中断がないような支援・治療およびリハビリテーションを行うことが適切だとお考えになりますか？

3) データ分析

各群の背景を表1に示す。得られた回答内容につき3群間の検討を行った。有意差の検討にはFisher 正確確率検定を用いた。統計解析にはSPSS 11.0Jを使用した。

4) 倫理的配慮

本調査は一般医師に対する無記名式のアンケート調査であり、患者の個人情報は一切含まれない。より多くの協力同意が得られることを期待して心理的負担が少なくなるよう質問数を最小限とし、往復はがきで返信を依頼した。

C. 研究結果

アンケート結果の詳細を表2に示す。

1) 診断・治療の標準化を目的としたガイドライ

ンを作成する場合、対象を統合失調症に限定せず、「精神病症状を呈する疾患群」と広く捉えることについて

ガイドラインの対象を統合失調症に限定せず、「精神病症状を呈する疾患群」と広く捉えることについて、「適切」～「やや適切」と回答した医師は全有効回答 887 名中 738 名 (83.2%) であった。なお、所属学会別では「適切」～「やや適切」と回答した医師は児童学会群で 648 名中 534 名 (82.4%)、救急学会群で 209 名中 178 名 (85.2%)、両学会群で 30 名中 26 名 (86.6%) であった。3 群間での有意差は認めなかった。

2) 将来精神病を発症する可能性が高い一群 (以下ハイリスク群) の同定とこの群への早期支援を行うことについて

ハイリスク群の同定とこの群への早期支援を行うことについて、「適切」～「やや適切」と回答した医師は全有効回答 887 名中 744 名 (83.9%) であった。「なお、所属学会別では「適切」～「やや適切」と回答した医師は児童学会群で 648 名中 544 名 (83.9%)、救急学会群で 209 名中 177 名 (84.7%)、両学会群で 30 名中 23 名 (76.6%) であった。3 群間での有意差は認めなかった。

3) 精神病症状が顕在化した時点で早期かつ集中的に精神医学的治療を行うことについて

精神病症状が顕在化した時点で早期かつ集中的に精神医学的治療を行うことについて、「適切」～「やや適切」と回答した医師は全有効回答 887 名中 819 名 (92.3%) であった。なお、所属学会別では「適切」～「やや適切」と回答した医師は児童学会群で 648 名中 594 名 (91.7%)、救急学会群で 209 名中 196 名 (93.8%)、両学会群で 30 名中 29 名 (96.7%) であった。3 群間での有意差は認めなかった。

4) 精神病症状顕在化後、数年間は治療中断がないような支援・治療およびリハビリテーションを行うことについて

精神病症状顕在化後、数年間は治療中断がないような支援・治療およびリハビリテーションを行

うことについて、「適切」～「やや適切」と回答した医師は全有効回答 887 名中 854 名 (97.3%) であった。なお、所属学会別では「適切」～「やや適切」と回答した医師は児童学会群で 648 名中 622 名 (96.0%)、救急学会群で 209 名中 203 名 (97.2%)、両学会群で 30 名中 29 名 (96.7%) であった。3 群間での有意差は認めなかった。

D. 考察

本調査では我々が国際早期精神病臨床実践ガイドラインをもとに作成した「児童青年期の統合失調症を中心とする精神病性障害の診断・治療を標準化するためのガイドライン」の骨子の適切性を検討することを目的とした。本調査対象である児童学会と救急学会に所属する医師の大多数は経験年数 10 年以上もしくは日本精神神経学会専門医の資格を有し、18 歳未満の精神病性障害患者を少なくとも年間 1 名以上は初診していた。また日本児童青年精神医学会認定医の資格を有する医師 174 名 (2011 年 4 月 1 日現在) のうち約半数以上が本調査に参加した。この対象者背景からは日常的に児童青年期の精神科臨床に関与する比較的経験豊富な医師の意見が本調査結果に一定以上反映されていると推察される。有効回答は約 40%とやや不十分ではあるものの、いずれの骨子についても 80%以上の医師が「適切」～「やや適切」と回答し、児童学会と救急学会所属医師の間に有意な差は認めなかった。この結果から、主に精神病発症前の児童青年期を診療対象とする医師と精神病発症後の青年期以降の急性期を主に診療対象とする医師との間で精神病性疾患の診療について意見の差はなく、我々が作成したガイドラインの骨子には概ねの賛同が得られたと考えられる。これをより有用な臨床的指針とするために本邦の実情にあわせて補足すべき内容を述べる。

1) 診断・治療の標準化を目的としたガイドラインを作成する場合、対象を統合失調症に限定せず、「精神病症状を呈する疾患群」と広く捉えることについて

この項目は児童学会群で約 80%、救急学会群

において約 85%で“適切”～“やや適切”と概ねの賛同を得た。長い精神医学の歴史の中で、統合失調症発症を予見する臨床徴候は詳細に検討されており、多くの臨床観察に基づいた症候・生物学的知見が蓄積されている（広沢，2008，松本，2009）。しかし知覚・感情・思考が障害され現実検討能力に支障をきたして生じる精神病症状を呈する疾患群は統合失調症だけでない。器質性精神障害、気分障害、一部の神経症性障害と多彩であり特に児童青年期ではその鑑別は難しい（松本，2009）。疾患特異的のマーカ―は未だ発見されておらず、DSM-Vが提案するように従来の操作的診断のあり方が見直されている（前田，2010）。精神病性障害の鑑別診断や発症の予見は未だ精神医学の大きな課題のままである。さらに一過性の激しい精神病症状を呈する例、精神病症状を呈する発達障害の例（飯田，2009）、あるいは虐待など過酷な生育環境により精神病症状を呈する例（Shevlin，2007）など多彩な表現型が存在して正確な鑑別診断や予後予測は児童青年期の臨床場面では一層難しい。またその後の経過によって担当医交替と同時に診断変更されたり、支援が手薄になって病状が再発する例に遭遇することも稀ではない。安易な診断や治療は誤診や不必要な治療介入という問題をはらむため慎重な態度が求められる。一方で神経発達障害仮説（Murray，1985）が多数の生物学的研究成果によって裏付けられ統合失調症は神経変性を伴って脳の形態変化、機能低下が進行する疾患であることが知られるようになった（笠井，2007）。この仮説をもとに未治療期間を短縮し予後の改善を目標とする精神病早期介入の概念が提案されている。最近では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・特定の人格傾向および最近の機能低下といった臨床徴候から成る精神病発症危機状態（At Risk Mental State；以下 ARMS）の概念が提唱されている（McGorry，2003）。これは国内外の研究成果が示すように統合失調症の発症を鋭敏に予測する指標ではない（宮腰，2007）。ARMSの意義はこれに該当する人々をやや広めに把握し

支援・経過観察の対象とすることであり、自殺企図や統合失調症顕在発症といった危機的状況において患者が円滑に支援と治療につながることを期待される。決して安易な治療介入を推奨するものでない。本調査でも「精神病症状を呈する疾患群」全てを支援・経過観察の対象とすることに概ねの合意が得られているが、これは ARMS の考え方とほぼ同等の内容である。さらに児童青年期の臨床においては ARMS に代表されるような精神病症状および機能低下を一定以上の精神的不調として考え、将来精神病性障害を発症する人々だけではなく、実際は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ことも強調されるべきである。

2) 将来精神病を発症する可能性が高い一群（以下ハイリスク群）の同定とこの群への早期支援を行うことについて

この項目は児童学会群、救急学会群とも約 85%で“適切”～“やや適切”と概ねの賛同を得た。ハイリスク群とは前述した ARMS や DSM-V 草案で提示されている「Attenuated psychosis syndrome」に相当する概念である（前田，2010）。現在はこの概念が診断体系に組み込まれてあたかも一つの疾患単位であるかのように独り歩きすることが過剰診断や過剰治療に結びつくことを懸念する専門家もある（斎藤，2011）。今後も十分議論がなされるべきである。本調査でも約 30%が“適切”ではなく、“やや適切”と回答していることに回答者の同様な懸念が窺える。また本調査でも前述の懸念の他、“同定”の方法や“同定”後の支援の同意取得の難しさについて指摘が複数寄せられた。“同定”という言葉には介入のイメージが伴っているためと考えられる。これらの意見を踏まえて偏見の助長や積極的介入を伴わないことを旨とするハイリスク群の“同定”ということにすれば、臨床実践に関しては妥当であるように思われる。国際早期精神病臨床実践ガイドラインでは“ハイリスク群の同定”について「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などの精神的苦痛や

機能低下を伴って児童青年期症例が支援を求めてきた場合、気分障害や神経症性障害の鑑別の他に ARMS に代表されるハイリスク群を念頭において精神病症状に関する評価や遺伝負因を評価すること」と述べている。ハイリスク群の“同定”のためには、我々精神科医が日常臨床において精神病症状の存在や遺伝負因の存在を意識し続けることが強調されるべき点である。さらに国際早期精神病臨床実践ガイドラインでは“ハイリスク群への早期支援”について「ハイリスク群と同定された場合、十分な関わりと評価、継続的観察と支援、抑うつ・不安および物質依存の治療、個人・家族・社会生活上の支援、対処能力向上のための心理教育、家族心理教育を実施する。必要に応じた情報と若年者が親しみやすい環境が用意されるべきであり、支援の同意が得られない場合は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」と述べている。このような形の支援は実臨床でも福祉や教育、司法と連携しながら実践可能もしくは熱心な臨床家はすでに実施している内容であり、本邦のガイドラインに取り入れたとしても十分な妥当性があると思われる。一方で国際早期精神病臨床実践ガイドラインでは発症予防を目的とした認知療法、家族療法、薬物療法などの介入手段は研究段階でエビデンスは限られているとし、薬物治療に関しては特に慎重な立場をとっており、既存の操作的診断基準によって精神病性障害の診断に該当しない場合は抗精神病薬の使用は推奨していない。抗精神病薬の使用がこの時期に許容されるのは希死念慮もしくは周囲への敵意や攻撃性が切迫している場合に限られている。すなわちハイリスク群の同定と早期支援の要点は「早期対応により期待される健全な予後」につき医師を含む患者に関わる全ての関係者が啓発されることにある。決して不安を煽るような情報発信、精神病性障害の診断が確定前の不必要な治療介入を推奨するものであってはならない。地域の中心的役割を担う児童精神科医療機関の今後の課題としては、必要に応じた迅速対応が可能なシステム作り、地域への適切な啓発活動

の実施、ハイリスク群に関する正しい知識の普及、このような普及活動を通じた精神医療への抵抗・偏見の軽減、地域保健・医療・教育の連携体制構築があげられる（新井，2011）。

3) 精神病症状が顕在化した時点で早期かつ集中的に精神医学的治療を行うことについて

この項目は児童学会群で約 90%、救急学会群では約 95%で“適切”～“やや適切”と概ねの賛同を得た。調査では“精神病症状の顕在化”の意味が不明確という指摘が数件寄せられたが、これは統合失調症や双極性障害もしくは大うつ病エピソードの急性期で顕著な精神病症状を呈している時期のことである。いわゆるこの初回エピソード精神病（First Episode Psychosis; 以下 FEP）の時期に薬物療法も含めて積極的治療を行うことに各臨床家の間でも比較的異論はないと思われる。国際早期精神病臨床実践ガイドラインでは迅速かつ集中的な治療介入と治療継続しやすい環境の提供の必要性和精神病に伴う合併症の予防が強調され、「FEP 患者が迅速な診断と安心感のある治療が受けられる地域と医療の連携、治療環境の提供が必要である」さらに「自殺企図や暴力、物質依存、社会的孤立といった合併症を極力減らすための積極的介入が必要である」と述べられている。しかしながら、本邦では現在児童青年期の FEP 患者が優先的に診療を受けられる体制は試行段階もしくは未整備といってよい。例えば課題として児童青年精神科医療機関と精神科救急システムとの緊密な連携、精神病専門外来、24 時間対応の相談窓口、年齢や発達段階およびストレス脆弱性に配慮し最小限の隔離処遇を意識した若年者向けの精神病治療ユニットの設置などがあげられる。なお、薬物療法に関して国際早期精神病臨床実践ガイドラインでは一般の統合失調症治療ガイドラインに準ずる形で低用量の非定型抗精神病薬を推奨しており、治療抵抗例に関してはクロザピンの使用を代替案としてあげている。現在本邦では 18 歳未満の患者に保険適応が認められている抗精神病薬は限られ、実際は保険適応外使用がなされている（三宅，2009）。

さらに治療抵抗例に対するクロザピンには厳しい使用条件があるため治療可能な施設は限られ、児童青年期症例についての報告は我々の知りうる限り現在までに1例のみである(星加, 2011)。本邦でも適応外使用の問題を解決していくとともに、児童青年期患者へのクロザピン使用に関する効果や安全性についての知見を蓄積すべきである。また本邦において抗精神病薬の多剤併用大量処方の問題が指摘されて久しい(Chong, 2004)が、児童青年期の統合失調症においてはむしろ高用量の抗精神病薬投与を推奨する専門家も存在する(広沢, 2008)。長期的治療アドヒアランスの観点からは不必要な投薬は極力避けるべきであり(Robinson, 2002)、児童精神科医療における薬物療法の質の評価と均てん化が期待される。最後に国際早期精神病ガイドラインでは治療抵抗例への認知行動療法、服薬遵守不良例や家庭環境の問題が大きい症例などへの心理社会的支援、家族支援の必要性が述べられているが、児童青年期の FEP 患者に特化した心理治療や心理社会的支援体制は児童青年期精神科医療機関には十分普及していないのが現状で今後の発展が望まれる(藤田, 2011)。

4) 精神病症状顕在化後、数年間は治療中断がないような支援・治療およびリハビリテーションを行うことについて

この項目は児童学会群、救急学会群とも約95%以上で“適切”～“やや適切”と概ねの賛同を得た。治療中断に続く、再発および機能低下にまつわる問題は多くの臨床家が経験し日常臨床でも注意を払っている事柄であり異論はない事項である。国際早期精神病臨床実践ガイドラインでは「治療中断は再発、それに続く全般的な機能低下を引き起こすため、詳細に患者を取り巻く問題点を把握してケースマネジメントが行われること、問題解決志向の支持的精神療法が行われること、就労就学援助が行われること、家族との緊密な連携により関係者が情報共有できていること、副作用の継続的なモニタリングができてい

こと、再発を最小限に抑える努力がなされること」があげられている。継続的支援に最低限必要とされる精神病症状顕在化後数年という単位は研究成果(Harrison, 2001)に基づいた一つの目安であり治療と支援はできる限り手厚く続けるべきであろう。このような課題を児童青年期精神科医療施設が実現させるには、児童青年期の FEP 患者に特化した外来リハビリテーションプログラム(森田, 2008)、児童青年期を対象とする医師および訪問看護師や精神保健福祉士を中心とするアウトリーチ型の心理社会支援(宇佐美, 2009、今村, 2010)、教育機関への精神病性障害に関する啓発(武田, 2010)を積極的に実施すべきである。既存の医療・教育・福祉の枠組みにとらわれずに可能な限りサービスを改変する必要がある。実際には、医療では精神科デイケアや訪問看護、地域であれば精神障害者地域生活支援センター、地域活動支援センターもしくは精神障害者小規模作業所、教育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が連携をしつつ既存のシステムを改変していくことが求められる。なお継続という観点では児童青年期精神科医療機関と一般単科精神科病院もしくは診療所との密な連携構築が必要であるが、成人期以降の診療が継続できない児童精神科医療機関も存在する。症例検討などを通して患者の経過や背景を連携機関同士が共有する方法は相互理解を大いにたすけるため有効である(England, 2009)。既存の枠を超えた実践と地道な交流を通じて連携体制を充実させサービス拡充を図ることが期待される。

E. 結論

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を参考に、日本の児童青年期の統合失調症を中心とする精神病性障害の診断・治療のガイドライン作成の準備段階として4つの骨子を作成した。10代から20代の青年期に好発する精神病性障害の初期治療もしくは集中治療にあたる機会が多いと思われる精神科医にアンケート調査を実施した結果、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指針に沿って作成した骨子の下、本邦における児童青年期の統合失調症を中心とする精神病性障害の診断・治療のガイドライン作成していくことは概ね適切であると考えられた。

参考文献

新井卓 (2011) : 統合失調症を中心とする精神病性障害の診断と治療. *小児科臨床*. 64, 861-869.

Chong, M.Y., Tan, H.C., Fujii, S., et al. (2004) : Antipsychotic drug prescription for schizophrenia in East Asia: rationale for change. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 58, 61-67.

England, E., Lester, H., Birchwood, M. (2009) : Collaborating to provide early intervention services to persons in England with first episode psychosis. *Psychiatric Services*. 60, 1484-1488.

藤田純一, 西田淳志, 高橋雄一ら (2011). 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*. 53, 891-897.

広沢郁子 (2008) : 学童期と思春期の統合失調症. 中根晃, 牛島定信, 村瀬嘉代子 (編), 詳解子どもと思春期の精神医学. 東京, 金剛出版.

星加彩, 森長修一, 島内智子ら (2011). 薬物療法・電気けいれん療法に治療抵抗性を示した若年発症の統合失調症で、クロザピンが有効であった一例 (pp383). 第 52 回日本児童青年精神医学会総会抄録集.

飯田順三 (2008) : 子どもの統合失調症の理解と支援. *日本サイコセラピー学会雑誌*. 9, 17-21.

飯田順三 (2009) : 統合失調症と発達障害. 松本英夫, 飯田順三 (編), *子どもの心の診療シリーズ8 子どもの精神病性障害 - 統合失調症と双極性障害を中心に*. pp41-51, 東京, 中山書店.

今村弥生 (2010) : Wakabaユースサポートセンタ

一松沢 公立精神科病院における早期介入のころみ. *思春期学*. 28, 403-406.

International Early Psychosis Association Writing Group. (2005) : International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 187 (Suppl. 48) , s120-124.

笠井清登 (2007) : 統合失調症脳画像研究と早期診断. *臨床精神医学*. 36, 405-408.

Lieberman, J. A., Jody, D., Geisler, S.H., et al. (1993) : Time course and biological correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 50, 369-376.

Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., et al. (2001) : Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow up study. *British Journal of psychiatry*. 178, 506-517.

Loebel, A. D., Lieberman, J. A., Alvir, J. M. J., et al. (1992) : Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 149, 1183-1188.

前田貴記, 古茶大樹, 鹿島晴雄 (2010). DSM - 5 ドラフトにおける schizophrenia の診断基準改訂の論点. *精神科治療学*, 25, 1005-1010.

松本英夫 (2009) : 概念・症候学・診断基準と病因仮説. 松本英夫, 飯田順三 (編), *子どもの心の診療シリーズ8 子どもの精神病性障害 - 統合失調症と双極性障害を中心に*. pp2-18, 東京, 中山書店.

McGorry, P.D., Yung, A.R., Philips, L.J. (2003) : The "close-in" or ultra high-risk model: A safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophrenia Bulletin*. 29, 771-790.

三宅誕実, 宮本聖也 (2009) : 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.

- 宮腰哲生, 松本和紀, 伊藤文晃ら (2007): 統合失調症の前駆症とアットリスク精神状態. 臨床精神医学. 36, 369-375.
- 森田桂子, 武士清昭, 水野雅文 (2008): 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.
- Murray, R.M., Lewis, S.W., Reveley, A.M. (1985): Towards an aetiological classification of schizophrenia. *Lancet*. 1, 1023-1026.
- Robinson, D.G., Woerner, M.G., Alvier, J.M.J., et al. (2002): Predictor of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizo-affective disorder. *Schizophrenia Research*. 57, 209-219.
- 斎藤環 (2011): 早期介入プランへの控えめな懸念. 山登敬之, 斎藤環, 「入門」子どもの精神疾患 - 悩みと病気の境界線 - (pp.8 - 13). 日本評論社, 東京.
- Shevlin, M., Dorahy, M., Adamson, G. (2007): Childhood traumas and hallucinations: An analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research*. 41, 222-228.
- 武田隆綱 (2010). 青年期統合失調症患者の高等教育支援. 精神療法. 36, 93-104.
- 辻野尚久, 片桐直之, 小林啓之ら (2009). 統合失調症前駆期に対する精神科医の治療観. 精神神経学雑誌. 111, 293-297.
- 宇佐美政英, 前田喜久江, 宮崎央桂ら (2009). 国府台病院児童精神科による不登校・ひきこもり事例に対する地域支援の現状. 思春期青年期精神医学. 19, 144-154.

表 1. 調査対象者背景

	児童学会群	救急学会群	両学会群
	(N=648)	(N=209)	(N=30)
経験年数	人数 (%)		
	5 年未満	13 (2.0)	2 (1.0)
	5 年以上～10 年未満	72 (11.0)	21 (10.0)
	10 年以上	552 (85.2)	182 (87.1)
	不明	11 (1.7)	4 (1.9)
日本精神神経学会専門医	人数 (%)		
	資格あり	512 (79.0)	182 (85.6)
日本児童青年精神医学会認定医	人数 (%)		
	資格あり	97 (15.0)	**** 5 (16.7)
所属機関	人数 (%)		
	診療所	194 (29.9)	30 (14.4)
	単科精神科病院	192 (29.6)	117 (56.0)
	総合病院	157 (24.2)	50 (23.9)
	小児専門病院	35 (5.4)	0 (0.0)
	その他	70 (10.8)	12 (5.7)
精神病症状を呈する 18 歳未満の初診患者数/年	人数 (%)		
	なし	54 (8.3)	25 (12.0)
	1-5 名	246 (38.0)	132 (63.2)
	6 名以上	336 (51.9)	52 (24.9)
	不明	12 (1.9)	0 (0.0)
			1 (3.3)

表2. アンケート結果

	児童学会群	救急学会群	両学会群	各群合計
	N=648	N=209	N=30	N=887
1) 対象をひろくとらえること				
人数(%)				
"適切"	351(54.2)	113(54.1)	16(53.3)	480(54.1)
"やや適切"	183(28.2)	65(25.2)	10(33.3)	258(29.1)
"どちらでもない"	55(8.5)	17(8.1)	2(6.7)	74(8.3)
"やや不適切"	35(5.4)	7(3.3)	1(3.3)	43(4.8)
"不適切"	24(3.7)	7(3.3)	1(3.3)	32(3.6)
2) ハイリスク群の同定と早期支援				
人数(%)				
"適切"	361(55.7)	116(55.5)	19(63.3)	496(55.9)
"やや適切"	183(28.2)	61(29.2)	4(13.3)	248(28.0)
"どちらでもない"	68(10.5)	23(11.0)	7(23.3)	98(11.0)
"やや不適切"	27(4.2)	5(2.4)	0(0.0)	32(3.6)
"不適切"	9(1.4)	4(1.9)	0(0.0)	13(1.5)
3) 精神病症状顕在化時の積極的支援				
人数(%)				
"適切"	463(71.5)	152(72.7)	23(76.7)	638(71.9)
"やや適切"	131(20.2)	44(24.3)	6(20.0)	181(20.4)
"どちらでもない"	41(10.5)	7(3.3)	0(0.0)	48(5.4)
"やや不適切"	8(1.2)	5(2.4)	1(3.3)	14(1.6)
"不適切"	5(0.8)	1(0.5)	0(0.0)	6(0.7)
4) 継続的な支援・治療およびリハビリテーション				
人数(%)				
"適切"	513(79.2)	159(76.1)	25(83.3)	697(78.6)
"やや適切"	109(16.8)	44(21.1)	4(13.3)	157(17.7)
"どちらでもない"	23(3.5)	6(2.9)	1(3.3)	30(3.4)
"やや不適切"	1(0.2)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.1)
"不適切"	2(0.3)	0(0.0)	0(0.0)	2(0.2)

<研究②>

児童精神科外来受診患者の精神病様体験に関する調査

A. 研究目的

近年行われている疫学研究によれば、日本の児童期から青年期にかけての精神病様体験 (Psychotic Like Experiences; 以下 PLEs) は約 15-20%存在しており決して稀とはいえない。さらにこれらの研究結果は PLEs を体験している場合に将来的な精神病性障害発症の危険性や自殺関連行動や抑うつ、暴力など精神保健上の問題を合併する可能性を示唆している。しかし、本邦の児童精神科外来を訪れる患者の PLEs とその周辺症状および患者背景に関する知見は広汎性発達障害を対象にした研究成果 (田中ら., 2010) に限られ十分検討がなされていない。本調査ではこれらをさらに明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日に神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科外来を初診した 10～16 歳の患者は 332 名であった。このうち、患者自身が記載する初診時間診票における本調査対象項目の記入が可能であり、かつ担当医を含む児童精神科医 7 名が国際疾病分類第 10 改訂版 (以下; ICD-10) によって診断を検討したうえで、F7 (精神遅滞) 以外の診断に該当した患者 228 名を対象とした。

初診時間診票の記載より①受診希望,②家族への秘密,③自傷行為④自殺企図,⑤PLEs の有無につき情報を得た。さらにカルテ記載および初診時台帳より⑥被虐待歴,⑦暴力行為,⑧不登校の有無,⑨ICD-10 診断,⑩性別,⑪年齢について情報収集し、直接担当医に内容を再確認した。以下に示す初診時間診票に含めた PLEs に関する質問項目は、三重県津市の中学生を対象とした疫学調査 (Nishida et.al. 2010) と同様に以下の 4 項目で作成し“あった”、“あったかもしれない”、“ない”の 3 件法によって回答を求めた。

【質問最近 (ここ 2 週間), 以下の 4 つにあげる

ような不思議な体験をしたことはありますか?】

1) 自分の心を誰かに読み取られたことがある (以下; 心を読みとられる)

2) テレビやラジオからあなただけに暗号やメッセージが送られてきたことがある (以下; 特殊なメッセージ)

3) 誰かに後をつけられたり、こっそり話を聞かれたりしたことがある (以下; 行動を見張られる)

4) 他の人には聞こえない声を聞いたことがある (以下; 幻聴が聞こえる)

【倫理的配慮】 厚生労働省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」(主任研究者; 斎藤万比古) の支援の下実施した。当院倫理委員会の承認を受け院内掲示を行い、研究内容を患者・家族に周知し実施した。個人情報には匿名化し集計・解析を行った。

C. 研究結果

結果を表 1、2、3 および図 1 に示す。児童精神科外来初診者のうち、1 つ以上の PLEs が陽性の患者は約 15%存在した。PLEs 陽性例の初診時の精神科診断は、統合失調症に限らず、適応障害、広汎性発達障害、あるいは特定不能の情緒障害など多岐にわたった。精神病性障害の診断 (F2) に該当する場合に PLEs 陽性例が有意に多かった。被虐待歴と自殺企図歴、家族への秘密を抱えている場合、PLEs 陽性例が有意に多かった。さらに被虐待歴もしくは家族への秘密を抱えている場合に“心を読み取られる”体験、自傷行為歴がある場合に“言動を見張られる”体験、精神病性障害の診断に該当する場合もしくは自殺企図歴がある場合に“幻聴が聞こえる”体験を各々有する例が有意に多かった。PLEs の頻度と下位項目の内訳は一般人口の疫学調査 (Nishida et.al. 2010) と同様だった。被虐待歴、自殺関連事象と PLEs の関連についても先行研究 (Nishida et.al. 2010, Freeman et.al. 2009) と同様だった。

D. 考察

本結果より児童精神科外来初診者において虐

待や自殺など積極的介入を要する主題と PLEs との関連性の存在が示唆された。特に妄想よりも幻覚体験と自殺企図の関係が強いこと (Evensen et.al. 2011)は知られており要注意である。PLEs 陽性例では家族と問題を共有できぬまま来院する者が比較的多く存在することを踏まえ、自記式問診票を利用し、状況により分離面接を実施し関係作りを行うなど PLEs やその周辺症状の慎重な評価が求められる。

E. 結論

児童精神科外来に受診した 10 歳から 15 歳の

患者の初診時間診票より精神病様体験を中心とした項目の調査を行った。その結果、1 つ以上の精神病様体験を認めた患者は約 15%存在した。その診断は統合失調症に限らず多岐にわたり、自殺関連症状などとの関連の深さは、精神病様体験は様々な疾患で出現していた。PLEs 陽性者あるいは精神病発症危険状態 (ARMS) といわれる子どもの診療において、統合失調症に限らず幅広い精神障害を念頭に入れた診療が求められると思われる。

表1. 対象患者背景および精神病様体験の頻度

性別(男子) N=228	n(%)	117 (51.3)
平均年齢 (SD)	歳	12.4 (1.6)
ICD-10分類 (重複あり) N=228	n(%)	
F2:統合失調症を含む精神病性障害		11(4.8)
F3:気分障害		12(5.3)
F40: 恐怖症性不安障害		7(3.1)
F41:他の不安障害		5(2.1)
F42:強迫性障害		6(2.6)
F43:重度ストレス反応および適応障害		17(7.5)
F44:解離性障害		5(2.2)
F45:身体表現性障害		39(17.1)
F5:身体行動症候群(主は摂食障害)		31(13.6)
F84:広汎性発達障害(PDD)		30(13.2)
F90:多動性障害		14(6.1)
F91:行為障害		14(6.1)
F92:行為および情緒の混合性障害		8(3.5)
F93:情緒障害		18(7.9)
F94:社会的機能の障害(主はひきこもり)		16(7.0)
F95:チック障害		11(4.8)
その他の診断群		13(5.7)
その他の背景因子 N=228	n(%)	
受診時点の不登校		76(33.3)
受診希望		117(51.3)
家族への秘密		73(32.0)
被虐待歴		24(10.5)
暴力行為		42(18.4)
自傷行為		23(10.1)
自殺企図		24(10.5)
PLEs “あった” 1つ以上		35(15.4)
“あった” 2つ以上		3(1.2)
PLEs 1) 心を読み取られる		11(4.8)
PLEs 2) 特殊なメッセージ		2(0.9)
PLEs 3) 言動を見張られる		10(4.4)
PLEs 4) 幻聴が聞こえる		18(7.9)

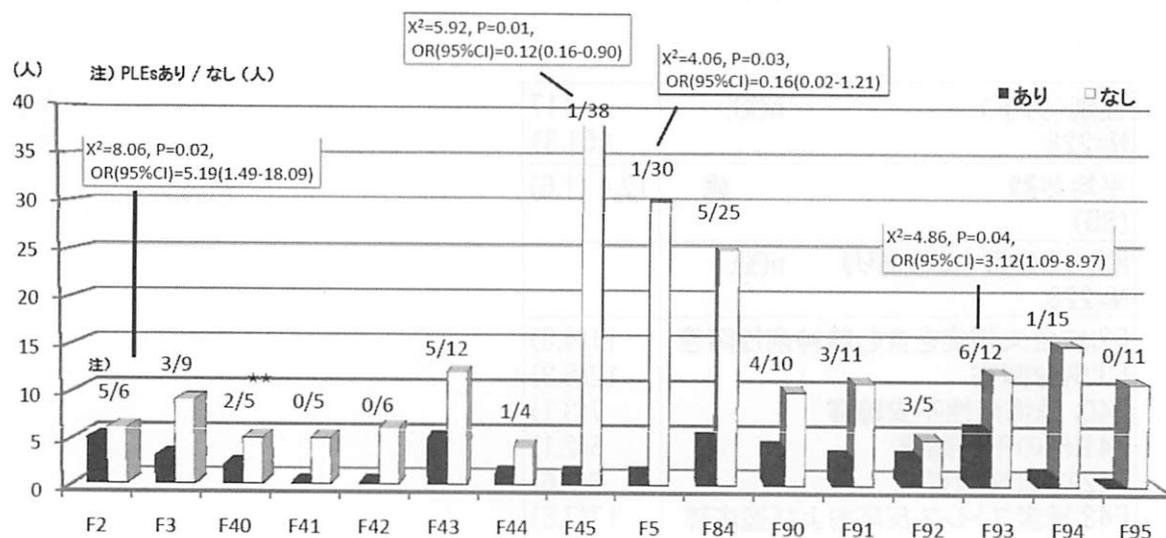


図1. 診断別のPLEs陽性(“あった”1つ以上)数

表2. その他の患者背景とPLEsの関係

n(%), N=228		PLEsあり	PLEsなし	X ² ; OR(95%CI)	P値
不登校	あり	14(18.4)	62(81.6)	0.83; 1.41(0.67-2.95)	0.24
	なし	21(13.8)	131(86.2)		
受診希望	あり	21(17.9)	96(82.1)	1.25; 1.52(0.73-3.15)	0.18
	なし	14(12.6)	97(87.4)		
家族へ秘密	あり	21(28.8)	52(71.2)	14.87; 4.07(1.93-8.59)	0.00
	なし	14(9.0)	141(91.0)		
被虐待歴	あり	8(33.3)	16(66.7)	6.68; 3.28(1.28-8.39)	0.02
	なし	27(13.2)	177(86.8)		
暴力行為	あり	10(23.8)	32(76.2)	2.84; 2.01(0.88-4.96)	0.08
	なし	25(13.4)	161(86.6)		
自傷行為	あり	10(43.5)	13(56.5)	15.57; 5.54(2.20-13.96)	0.00
	なし	25(12.2)	180(87.8)		
自殺企図	あり	11(45.8)	13(54.2)	19.18; 6.35(2.56-15.75)	0.00
	なし	24(11.8)	180(88.2)		

表3. 患者背景と PLEs 下位項目との関係

PLEs 1) ; 心を読み取られる

n(%), N=228	PLEs 1)あり	PLEs 1)なし
被虐待歴 あり **	4(16.7)	20(83.3)
なし	7(3.4)	197(96.6)

$\chi^2=8.19, P=0.02, OR(95\%CI)=5.63(1.52-20.90)$

n(%), N=228	PLEs 1)あり	PLEs 1)なし
家族へ秘密 あり **	7(9.6)	66(90.4)
なし	4(2.6)	151(97.4)

$\chi^2=5.31, P=0.03, OR(95\%CI)=4.00(1.13-14.14)$

PLEs 3) 言動を見張られる

n(%), N=228	PLEs 3)あり	PLEs 3)なし
自傷行為 あり **	4(17.4)	19(82.6)
なし	6(2.9)	199(97.1)

$\chi^2=10.32, P=0.01, OR(95\%CI)=6.98(1.81-26.93)$

PLEs 4) 幻聴が聞こえる

n(%), N=228	PLEs 4)あり	PLEs 4)なし
F2 あり **	3(27.3)	8(72.7)
なし	15(6.9)	202(93.1)

$\chi^2=5.97, P=0.05, OR(95\%CI)=5.05(1.21-21.04)$

n(%), N=228	PLEs 4)あり	PLEs 4)なし
自殺企図 あり **	7(29.2)	17(70.8)
なし	11(5.4)	193(94.6)

$\chi^2=16.69, P=0.00, OR(95\%CI)=7.26(2.48-21.05)$

** $P<0.05$ (ロジスティック回帰分析)

参考文献

- Evensen J., Rossberg J. I., Haahr U., et al. Contrasting monosymptomatic patients with hallucinations and delusions in first-episode psychosis patients: A five-year longitudinal follow-up study. *Psychopathology*. 44; 90-97, 2011.
- Freeman D., Fowler D. Routes to psychotic symptoms: Trauma, anxiety and psychosis-like experiences. *Psychiatry Res*. 169; 107-112, 2009.
- Kinoshita Y., Shimodera S., Nishida A., et al. Psychotic-like experiences are associated with violent behavior in adolescents. *Schizophr Res*. 126; 245-251, 2011
- Nishida A., Sasaki T., Nishimura Y., et al. Psychotic-like experiences are associated with suicidal feelings and deliberate self-harm behaviors in adolescents aged 12-15 years. *Acta Psychiatr Scand*. 121;

301-307, 2010

田中英三郎, 市川宏伸. 思春期外来を受診した広汎性発達障害者が呈する精神病様体験の頻度についての横断調査. 臨床精神医学. 39; 1097-1102, 2010

Yoshizumi T., Murase S., Honjyo S., et al. Hallucinatory experiences in a communication sample of Japanese children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 43; 1030-1036, 2004.

F. 研究発表

<紙上発表>

藤田純一、西田敦志、高橋雄一他：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 53; 891-897, 2011
新井卓：統合失調症を中心とする精神病性障害の診断と治療—前駆状態と初回エピソード精神病を中心に—小児科臨床 64; 864-869, 2011

<学会発表>

藤田純一、新井卓、高橋雄一：児童精神科外来受診患者の精神病様体験に関する調査、第52回日本児童青年精神医学会総会、徳島、2011

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⁾ 中里容子¹⁾ 小平雅基¹⁾ 宇佐美政英¹⁾ 岩垂喜貴¹⁾

飯島崇乃子¹⁾ 牧野和紀¹⁾ 松田久実¹⁾ 青木桃子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

不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験（RCT）デザインの薬物療法の臨床試験、そして薬物療法に精神療法（主に認知行動療法：CBT）を併用して行われた臨床試験をレビューする。臨床試験の結果は、①不安障害の子どもに薬物療法が必要な場合の first choice は SSRI であること、②子どもの全般性不安障害（GAD）、分離不安障害（SAD）には venlafaxine ER が有効であること、③CBT と薬物療法の併用療法は、CBT 単独、薬物療法単独よりも有効であること、④RUPPstudy では、fluvoxamine が有効でない時には次に fluoxetine を選択すること、とまとめることができる。子どもにおける多くの不安障害への SSRI の有効性が示され、忍容性についても徐々に確認されつつあるが、安易に薬物療法に導入することには慎重な判断が必要であろう。

また当科で新たに開始した選択性緘黙児に対するグループ・プレイセラピー『国府台シャイネス』の試みを紹介する。選択性緘黙は不安障害と近縁の疾患であるが、選択性緘黙の背景には広汎性発達障害（PDD）や精神遅滞といった発達障害、統合失調症との関連が深いといわれている。ただ、言葉を話さないために心理発達の評価をしたり、診察場面でも病態の評価が困難なことがあったりする。Liebowitz と Kernberg、そして Gupta らは、外来クリニックにおける通常の評価プログラムにおいて、年齢、性別、診断が混在する子どもを集めてプレイルームで遊ばせ、彼らがどのように遊ぶのか、他の子どもとどのように関わるのかを査定する組織的な2回の観察セッションを行っている。この観察セッションは、DSM-IVのカテゴリーにあわせて修正されている。『国府台シャイネス』は、このような取り組みを下敷きにして、開始された。グループ・プレイセラピーという設定により、他の子どもとの関係の持ち方やグループへの関わり方を観察できたことは、患児の障害特性や、その可能性を検討する上で有効であった。

A. 研究目的

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」を中心にして標準的な評価・治療技法に関してのレビューを行った。さらに、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¹⁾）、②「Cognitive-Behavioral Treatment for Child

and Adolescent Anxiety : The Coping Cat Program」(Beidasら²⁾)を紹介した。そして、現在「The Coping Cat Program」の翻訳を行っている。

2年度は、不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験(RCT)デザインの薬物療法の臨床試験、そして薬物療法に主に認知行動療法(CBT)を併用して行われた臨床試験をレビューする。当科で新たに開始した選択性緘黙児に対するグループ・プレイセラピー『国府台シャイネス』の試みを紹介する。選択性緘黙は不安障害と近縁の疾患であるが、選択性緘黙の背景には広汎性発達障害(PDD)や精神遅滞といった発達障害、統合失調症との関連が深いといわれている。ただ、言葉を話さないために心理発達の評価をしたり、診察場面でも病態の評価が困難なことがあったりする。LiebowitzとKernberg³⁾、そしてGuptaら⁴⁾は、外来クリニックにおける通常の評価プログラムにおいて、年齢、性別、診断が混在する子どもを集めてプレイルームで遊ばせ、彼らがどのように遊ぶのか、他の子どもとどのように関わるのかを査定する組織的な2回の観察セッションを行っている。この観察セッションは、DSM-IVのカテゴリーにあわせて修正されている。『国府台シャイネス』は、このような取り組みを下敷きにして、開始された。

B. 研究方法

不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験(RCT)デザインの薬物療法の臨床試験、そして薬物療法に主に認知行動療法(CBT)を併用して行われた臨床試験について、Blochら⁵⁾、Watson⁶⁾の総説を中心にレビューを行う。

選択性緘黙の子どもに対しては、これまでにさまざまな治療が試みられてきたが、彼ら独特の緊張感の高さからプレイセラピーを含む個人精神療法は困難な場合が多いという印象を

筆者らもってきた。そこで、当科では、H23年4月より、『国府台シャイネス』と称し、選択性緘黙の子どもを対象としたグループ・プレイセラピーを開始した。

①『国府台シャイネス』の治療構造

対象は当院児童精神科に外来通院中の選択性緘黙と診断された子どもである。『国府台シャイネス』は2～3週ごとに1回1時間という設定で行った。子どものグループ・プレイセラピーは、臨床心理士2名が担当し、外来の最も広いプレイルームにて実施している。遊びの内容は参加者が自発的にはじめたものに沿うかたちをとることとした。また、2歳以上の健常児であるきょうだい同伴での参加を積極的に受け入れている。これは、自分のきょうだいと一緒に参加することによって保護者から分離する緊張感を軽減できるのではないかということ、そして同年代の健常児がグループに参加することによって患児の動きと健常児の動きとを比べながら観察できることをねらいとした。

セッションの流れは、保護者と分離して待合室からプレイルームに移動し、プレイルームでは毎回ルールの確認をした後、自由に遊び、最後は片づけをして退室をするというものである。

このグループ・プレイセラピーの構造は、Guptaら⁴⁾の「Diagnostic Groups for School-Age Children : Group Behavior and DSM-IV Diagnosis」を参考にした。Guptaら⁴⁾は、①45分のセッションを2回行う(別の日に行う)、②プレイルームにおもちゃやゲームを用意しておき、自由に遊んでもらう、③終了時に片付けの時間を設定する、④自分や他の子どもを傷つけない、⑤おもちゃやプレイルームを破壊しない、⑥ビデオ撮影や one-way mirror で観察するという構造で診断グループを行っている。観察は、1)場面のアセスメント:①グループの設定、②グループの構成、2)個々のアセスメント(Individual

assessment) : ①精神状態の所見、②親、あるいは親しい成人から分離できるかどうか、遊具やおもちゃとの関係、③ひとつひとつの遊びのテーマ、3) 相互関係のアセスメント (Interactional assessment) : ①他の子どもとの関係、②グループリーダーとの関係、③グループへの子どもの影響、④子どもへのグループの影響 といった観点で行う。

また、子どものグループ・プレイセラピーを実施している間に、別室で児童精神科医による保護者への選択性緘黙という疾患についてのレクチャー、保護者同士の近況報告等を行っている。

C. 研究結果および考察

1) 不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験 (RCT) デザインの薬物療法の臨床試験、そして薬物療法に主に認知行動療法 (CBT) を併用して行われた臨床試験についてのレビュー

不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた RCT の急性期薬物療法の効果については表 1 に示した。そして、不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた RCT の選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) による薬物療法の効果については表 2 に示した。不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた RCT の三環系抗うつ薬 (TCA) による薬物療法の効果については表 3 に示した。それぞれの薬物の effect size、薬物の治療効果発現必要症例数 (numbers needed to treat : NNT (1つの薬物が何人に 1 人有効かを示す数値)) を示した。Gittelman-Klein and Klein は、学校恐怖症の子どもを対象に imipramine を投薬しプラセボよりも有効であることを示した。子どもの不安障害に対する SSRI の RCT デザインの臨床試験が行われたのは 2001 年以降である。RUPP Anxiety Study Group が代表的な試験

であり、社交恐怖、分離不安障害、全般性不安障害の 6 ~ 17 歳の子どもを対象に fluvoxamine の有効性について検討した 8 週間の多施設研究である。その結果は、プラセボ群での改善が 29% だったのに対して fluvoxamine 群では 76% が改善し、fluvoxamine がプラセボに対して有意な改善率を示した。さらに 6 ヶ月の open label phase では、fluvoxamine responder の 94% は改善が持続していたと報告されている。

不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた RCT の薬物療法と精神療法 (主に CBT) による治療の効果については表 4 に示した。Bernstein らは、12 ~ 18 歳の不登校の子どもを CBT + imipramine 群、CBT + プラセボ群に分け、CBT + imipramine 群が有意に有効だったことを報告した。1 年後の follow-up では、対象の 64.1% は不安障害、33.3% はうつ病性障害の診断基準を満たしていたという。Beidel らは、7 ~ 17 歳の社交恐怖の子どもを対象に Social effectiveness therapy for children (SET-c) 群、Fluoxetine 単独群、プラセボ群に分け、SET-c 群、Fluoxetine 群はプラセボ群よりも有意に有効であり、SET-c 群は Fluoxetine 群よりも有意に有効だったと報告している。そして 1 年後も治療効果は持続していたという。Walkup らは、7 ~ 17 歳の分離不安障害、全般性不安障害、社交恐怖の子ども 488 名を対象に、sertraline 群、CBT 群、sertraline + CBT 群、プラセボ群に分け、治療群である 3 群ともにプラセボ群よりも有意に有効だったこと、sertraline + CBT 群は sertraline 群、CBT 群よりも有意に有効だったことを報告した。そして sertraline + CBT 群の治療効果は 36 週後も有効だったという。

2) 『国府台シャイネス』の治療経過

今回報告する第 10 回までのセッションにおける登録メンバーは、患児 11 名、そのきょうだいが 6 名で、毎回健常児を含め 10 名前後が

参加している。メンバーの年齢層は、幼稚園児から中学生と幅広くなっている。以上のような設定で、H23年に実施した10回のセッションを、小学2年男児A君、小学3年女児Bさんを中心に報告する。

A君は、幼稚園入園後、園ではしゃべれないことが指摘され、年長時に初診となった。こだわりが強いなどの成育歴から、主治医はPDDを疑ったが、本人は診察室では寝てしまっていることが多いため、確定診断には至っていない状況であった。

Bさんは、幼稚園時代から友達と遊ぶことは出来たが、話すことは出来ずにいた。小学校1年生の冬休み明けから登校を嫌がるようになり、不登校の状態で当院初診し、個別のプレイセラピーを導入したが、強い分離不安から母親と離れるのが困難なセッションが多く、26回目以降キャンセルが続きプレイセラピーは中断した。

経過

第1回、子どもたちは、なんとか保護者と別れてプレイルームに移動した。しかし部屋に入っても入口付近で固まっており、静まり返った中でTh2人と、2歳の健常児の声だけが聞こえている時間が続いた。治療者（以下、Th）が、事前に用意していた1つ1つ絵柄の違うネームプレートを紹介し、好きな絵柄を選択するよう促しても選べず、やっとのことで年下のきょうだい達を先頭に自分の好きな絵柄を手にとれても、今度はペンで名前を記入する事が出来ず、何かするごとにジリジリとした緊張感が漂う状態であった。Thは、年下のきょうだい達はまだ字が書けない事を理由に、患児に「弟の名前を書いてあげてくれる？」とペンを差し出した。すると、下の子のためになら名札に記入することができ、ついでのように自分の名前も書く事が出来た。このように、動いては止まり、動いては止まりを繰り返した結果、入室してネームプレートを作るだけで、30分もの時間が過ぎていた。

しかし、後半になると、まずはきょうだいで来ている子どもは、そのきょうだいにひっぱられる形でそれぞれのきょうだいごとに遊び始めた。ただし、1人で参加している子は、未だ動き出せずにいる。Thが、ボールプールに入っている子達にボールをかけたり、軽く投げ合ったりしていると、小さい子中心に声をあげてはしゃぎだし、だんだんと賑やかになってきた。すると次第に患児達もボール投げに参加し、いつの間にか、Th2人に向かって子ども達全員が結託してボールを投げつけるという遊びとなり、最終的にはThの背後から剛速球が飛んできたり、巨大なボールが投げつけられたりと、全員入り乱れて激しいボールの投げ合いとなった。ボールプールの中にあつた大量のボールはほとんど外にまき散らされ、ぬいぐるみやおもちゃなど、ボールでない物もお構い無しに飛び交う大騒ぎとなり、終了時刻を迎えた。そこでThは、終了を伝えるべく「今日はお終い！」と叫ぶのだが、その声は大騒ぎにかき消され、子ども達は口々に「帰らない、2時間遊ぶことにして」と退室を渋り、物を片付けるどころか棚に置いてあるものをわざわざ散らかした。子ども達が退室した後のプレイルームは嵐が去った後のような状態であった。

この回、A君はじめ、ほとんどの患児が声を上げてはしゃいだり、やりたい放題に部屋を散らかした。周りの子よりもやや緊張感が高く、あまり声は聞かれなかったBさんも、元気よくボールを投げて、最後は名残惜しそうに何度もふり返って手を振って帰り、緊張感漂う最初の姿とは別人のような印象であった。Thは、元々緘黙の子に抱いていたイメージやセッション前半のなかなか動き出せない姿と、後半の溢れ出して収まりの付かないエネルギーとのギャップに驚き、緘黙の子ども、抑えることと発散することの極端さに圧倒された初回となった。

第2回目以降もボール投げは続き、それが発展して、子どもチームは大きなソファやホワ

イトボードを使ってバリケードのような物を作りだした。それに対抗して大人チームも向かいに基地を作り、暗黙のうちに“子ども”対“Th”の構図となったのだが、A君はその状況を理解できず、暗黙のルールに反してTh側に味方したり、両者の基地を行き来してしまっていた。また、小さい子に向かって大きいボールを強く投げてしまうなど、やや危険になってしまうことが多く見られた。このようなA君の様子から、やはりA君にはPDDの特徴があるのではないかという事がセッション終了後のスタッフによるレビューで検討された。

一方Bさんは、子どもチームの一員として、Thがよそ見をしている隙をねらって背後から攻撃するなど、緊張感と和らいで、非常に活発に遊んでいるように見受けられた。しかし、女の子達がThに言葉を使ってクイズを出題するなど、言語的な遊びを始めると、Bさんもそれが気になって近くに行ってはみるものの、様子を窺うだけでどうしても参加できずにいた。このような、言語的交流場面での強い緊張感や硬さから、多少言語性知能の問題もあるのではないかという事がスタッフ間で話題となった。

第5回目以降、Thは、それまでに見えてきた子どもそれぞれの特徴に沿った関わりを意識するようになった。A君に対しては、遊びの中での危険な行動が見られた際には、Thが<小さい子にはボールはそーっと投げる！>など具体的に注意を促し、逆に適切な行動をとれている時には、<よくできたね><ありがとう>等、その行動を強化する事を目的とした肯定的な声かけを心がけた。Bさんの場合には、ボールを投げる、イタズラする等、積極的でやんちゃな行動に対して、Thは<イタズラって面白いよね！>というメッセージを込めて、笑って驚いて見せたり、時には関心したりしながら、能動性を発揮することへのポジティブな捉え返しを心がけた。

第10回目になると、A君は年下のメンバーが飛び交うボールに当たってしまわないよう

「ここは危険だよ！」と声をかけてあげたり、終了時には率先して「片付けをしよう！」と部屋中に散らばったボールを集める等、お兄さんの振る舞う姿が目立つようになった。学校でも特別支援級に在籍し、毎日元気に登校しているとのことである。Bさんは、真っ先にプレイルームに駆け込み、記録用カメラの前で飛び跳ねてから物陰に隠れ、後から入室したThや他の子に探されるなど、注目を浴びようとする姿が見られるようになった。遊具を積み上げ、みんなで「せーの！」と一斉に登る等、体を動かす遊びに積極的に参加する中で、時々「危ない、危ない！」等と声が聞かれるようになっている。日常生活でも、友達と公園で遊んで、話もするようになり、学校には母親同伴で通っているとのことである。

D. 考察

1) 不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験(RCT) デザインの臨床試験のまとめ

不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験(RCT)の結果を、薬物ごとにまとめものが図5である。この結果から、①不安障害の子どもに薬物療法が必要な場合のfirst choiceはSSRIであること、②子どもの全般性不安障害(GAD)、分離不安障害(SAD)にはvenlafaxine ERが有効であること、③CBTと薬物療法の併用療法は、CBT単独、薬物療法単独よりも有効であること、④RUPPstudyでは、fluvoxamineが有効でない時には次にfluoxetineを選択すること、とまとめることができる。子どもにおける多くの不安障害へのSSRIの有効性が示され、忍容性についても徐々に確認されつつあるが、子どもは状況によって不安状態に陥りやすいこと、不安状態の子どもが環境調整や養育者との情緒的関係を強化することで比較的容易に不安状態が軽減することもあることから、安易に薬物療法に導入することには慎重な判断が必要であろう⁷⁾。

Bernsteinら⁸⁾は、不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもにおけるベンゾジアゼピン系薬物の位置づけについて次のようにまとめている。Simeon et alらは、過剰不安障害 (OAD: 21名)、avoidant disorder (9名)を対象に、alprazolam (0.5-3.5mg/day)を4週間の二重盲検比較試験を行った。Graaeらは、分離不安障害 (SAD: 15名)を対象に、clonazepam (0.5-2.0mg/day)を4週間のdouble-blind crossover studyを行った。このふたつの研究では、ともに有意な有効性を認めなかった。ベンゾジアゼピン系薬物の副作用としては、鎮静、集中力低下、協調運動がうまくいかない (poor coordination)、activation、脱抑制などがあげられる。子どもでは、ベンゾジアゼピン系薬物の忍容性や依存について十分な研究は行われていないのが現状である。しかしながら、依存を生じる可能性は十分にあり、子どもへの臨床試験は短期間で行うべきであり、不安の強い子どもに対しては、①ベンゾジアゼピン系薬物を短期間単独で投薬するか、あるいは②SSRIやTCAと併用し、その治療用量に到達するまで投薬をすることでしている。

2) 『国府台シャイネス』の治療経過についての考察

『国府台シャイネス』では、①きょうだいの参加を可能としたこと、②広いプレイルームを使用したことにより、以下の効果が認められた。まず、きょうだいの参加についてである。これは当初、患児の緊張を下げることを目的としたが、それ以上に、集団内において患児にお兄ちゃん・お姉ちゃんという“役割”を与える結果となった。この、自分に1つ“役割”があるという事で、緊張感の高い緘黙の子達であっても、動き出しやすくなるということが今回の経験から明らかとなった。また本グループでは、図らずも参加者の年齢に幅があったことにより、次第にきょうだい間のみならず、年上の子はグループ全体の中でスタッフに近い役割を

とるようになり、これを通じて集団参加のきっかけを得ることもつながったと考えられる。

次に、大きい遊具のある広いプレイルームを使用するという設定である。本グループにおいて、子どもたちは、ゲームやお絵かき等、静かに出来る細かな遊びよりも、投げる／引っ張る／積み上げる／陣地を取る等、体を使った大きい遊びを選択する傾向にあった。我々が緘黙の子に対して、個別でのプレイセラピーを実施する際、何となく小さなプレイルームで静かに出来る遊びをする、というイメージを持っていたようにも思うが、今回のグループを実施して、彼らは広いスペースを使った大きな遊びの中で、隠れたり、遠くからちょっかいを出したりしながら、Thや他の子どもと関わりをもつことを好んでおり、緘黙の治療では、広い部屋や大きい遊具を使うことも望ましいのではないかと考えられた。ただし、このことが全てのケースに適用かどうかは検討が必要で、病態水準等との関係も慎重に考えていく必要があると思われる。

また、グループ・プレイセラピーという設定により、他の子どもとの関係の持ち方やグループへの関わり方を観察できたことは、患児の障害特性や、その可能性を検討する上で有効であったと思われる。A君の場合にはThや子どもとの関係でのコミュニケーションや状況に合わせた行動の苦手さが浮き彫りになり、PDDという診断が明確になっていった。B君の場合には、前景に立つ不安の高さと集団内でも活発に体を動かして遊ぶ大胆で素朴な姿がみられた。その一方で、言葉を使った遊びにはとても消極的で、関心は高いものの参加ができない姿もみられ、知的能力として言語性知能の問題が存在し、全体的には境界知能水準にあるのではないかと考えられた。

最後に、グループ・プレイセラピーを通じて、言葉やエネルギーを抑えること、そして発散することが非常に極端な現れ方をするというのが緘黙の子どものひとつの特徴であるように

思われた。人前でのパフォーマンスが苦手、いつも小さくなって緊張している子どもが、ひとたび能動性を発揮し出すと、初回のボール投げで Th が圧倒された時のように、周りの人達を驚かせ、時には危険であると思われるほどのものとなるのかもしれない。グループ・プレイセラピーのよさとして、他の子どもと Th が向き合っている隙に、横からひょいっとボールを投げたり声をかけるといった距離感の中で、上手にどさくさに紛れながら、それぞれ自分のタイミングでこっそりと動きだせるということがあったように思われる。そのような、どさくさ紛れに表出される彼らの能動性を、Th がほどよくキャッチし、それをおもしろがったり、驚いたりしながらポジティブなものとして捉え返してあげることは、能動性の発揮が困難であると考えられる緘黙の子どもだからこそ、特に Th が意識していくことが必要であると考えられる。

E. 結論

不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験 (RCT) デザインの薬物療法の臨床試験、そして薬物療法に精神療法 (主に認知行動療法: CBT) を併用して行われた臨床試験をレビューする。臨床試験の結果は、①不安障害の子どもに薬物療法が必要な場合の first choice は SSRI であること、②子どもの全般性不安障害 (GAD)、分離不安障害 (SAD) には venlafaxine ER が有効であること、③CBT と薬物療法の併用療法は、CBT 単独、薬物療法単独よりも有効であること、④RUPPstudy では、fluvoxamine が有効でない時には次に fluoxetine を選択すること、とまとめることができる。子どもにおける多くの不安障害への SSRI の有効性が示され、忍容性についても徐々に確認されつつあるが、安易に薬物療法を導入することには慎重な判断が必要であろう。

また当科で新たに開始した選択性緘黙児に対するグループ・プレイセラピー『国府台シャイネス』の試みを紹介する。選択性緘黙は不安

障害と近縁の疾患であるが、選択性緘黙の背景には広汎性発達障害 (PDD) や精神遅滞といった発達障害、統合失調症との関連が深いといわれている。ただ、言葉を話さないために心理発達の評価をしたり、診察場面でも病態の評価が困難なことがあったりする。Liebowitz と Kernberg、そして Gupta らは、外来クリニックにおける通常の評価プログラムにおいて、年齢、性別、診断が混在する子どもを集めてプレイルームで遊ばせ、彼らがどのように遊ぶのか、他の子どもとどのように関わるのかを査定する組織的な 2 回の観察セッションを行っている。この観察セッションは、DSM-IV のカテゴリーにあわせて修正されている。『国府台シャイネス』は、このような取り組みを下敷きにして、開始された。グループ・プレイセラピーという設定により、他の子どもとの関係の持ち方やグループへの関わり方を観察できたことは、患児の障害特性や、その可能性を検討する上で有効であった。

F. 研究発表

なし

文献

1) 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

2) 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

3) Liebowitz, JH., Kernberg, PF: Diagnostic Play Group for Children: Their Role in Assessment and Treatment Planning. Child

Group Psychotherapy:Future
Tense.International University
Press,Madison,71-79,1986

4) Gupta,MR.,Hariton,JR.,Kernberg,PF:
Diagnostic Groups for School-Age Children :
Group Behavior and DSM- IV
Diagnosis.American Psychiatric
Press,Washington DC,79-96,1996

5) Bloch,MH.,McGuire,JF.:Pharmacological
Treatment for Phobias and Anxiety
Disorders. Handbook of Child and
Adolescent Anxiety Disorders. Springer,New
York,339-354,2011

6) Watson,HJ.:Combined Psychological and
Pharmacological Treatment of Pediatric
Anxiety Disorders. Handbook of Child and
Adolescent Anxiety Disorders.Springer,New
York,379-402,2011

7) 松本英夫：不安障害の薬物療法. 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, 124-129,
2010

8) Bernstein,GA.,Layne,AE.:Separation
AnxietyDisorder and Generalized Anxiety
Disorder. Textbook of Child and Adolescent
Psychiatry. American Psychiatric
Press,Washington DC,557-573,2004.

表1 不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた RCT の急性期における薬物療法の効果

	Study	Design	Results	Follow-up
School refusal OAD SAD	Gittelman-Klein and Klein (1971)	N=35 6-14歳 (6週間)	Imipramine (100-200mg/day) >placebo(P<0.05)	N/A
	Berney et al. (1981)	N=51 9-14歳 (12週間)	Clomipramine (40-75mg/day) =placebo	N/A
	Klein et al. (2001)	N=21 6-15歳 (6週間)	Imipramine (75-275mg/day) =placebo	N/A
	Bernstein et al. (1990)	N=24 7-18歳 (8週間)	Alprazolam (0.75-4mg/day) =Imipramine (50-175mg/day) =placebo	N/A
Social phobia	Wagner et al. (2004)	N=322 8-17歳 (16週間)	Paroxetine (10-50mg/day) >placebo (P<0.01)	N/A
	March et al. (2007)	N=293 8-17歳 (16週間)	Venlafaxine ER (37.5-225mg/day) >placebo (p=0.01)	N/A
GAD	Rynn et al. (2001)	N=22 5-17歳 (9週間)	Sertraline (25-50mg/day) >placebo	N/A
	Rynn et al. (2007)	N=320 6-17歳 (8週間)	Venlafaxine ER (37.5-225mg/day) >placebo	N/A
Multiple Anxiety Diagnoses	Rupp Anxiety Study Group: Walkup et al. (2001)	N=128 6-17歳 (8週間)	Fluvoxamine (50-300mg/day) >placebo (P<0.01)	6ヶ月のopen label phaseでは、FLV responderの94%は改善が持続していた。
	Birmaher et al. (1998)	N=74 7-17歳 (12週間)	Fluoxetine (20mg/day) >placebo (P=0.003)	1年後のfollow-upでは、Fluoxetineの responderでは改善が持続していた。

OAD:過剰不安障害 SAD:分離不安障害 GAD:全般性不安障害

表2 不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた RCT の
選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) による薬物療法の効果

	Medication	Ages/ Diagnoses	Effect Size /Number Needed to treat (NNT)	Notable Side Effects
Rupp Anxiety Study Group: Walkup et al. (2001)	FLV 8週間 128名	6-17歳 GAD SoP SAD	1.1/2	腹部不快感、 活動性亢進
Rynn et al. (2001)	SER 9週間 22名	5-17歳 GAD	1.9/1	特になし
Birmaher et al. (2003)	FLX 12週間 74名	7-17歳 GAD SoP SAD	0.4/4	腹痛、焦燥感
Wagner et al. (2004)	PAR 16週間 322名	8-17歳 SoP	/2	不眠、食欲低下、 嘔吐、 Agitation
Black&Uhde (1994)	FLX 12週間 22名	5-17歳 Elective mutism	0.67/	特になし
Walkup et al. (2003)	SERT 12週間 488名	7-17歳 GAD SoP SAD	COMB 0.86/1.7 SERT 0.45/3.2 CBT 0.31/2.8	不眠、疲労、 落ちつかない
March et al. (2004)	VFX 16週間 293名	8-17歳 SoP	0.46/5	食思不振、 無気力、 嘔気
Rynn et al. pooled study (2007)	VFX 8週間 320名	6-17歳 GAD	0.42/	頭痛、腹痛、 食思不振

GAD:全般性不安障害 SoP:社交恐怖 SAD:分離不安障害

NNT:numbers needed to treat

表3 不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた RCT の三環系抗うつ薬 (TCA) による薬物療法の効果

	Medication	Ages / Diagnoses	Effect Size / Number Needed to treat (NNT)	Notable Side Effects
Gittleman-Klein and Klein (1971)	IMI 6週間 34名	8-17歳 学校 恐怖症	/3	口渇
Klein et al. (1992)	IMI 6週間 20名	6-17歳 分離不安 障害	/100	怒りの爆発 口渇
Bernstein et al. (2000)	IMI 8週間 63名	7-18歳 School refusal	0.3/100	口渇、便秘、霧視、めまい
Berney et al. (1981)	CMI 12週間 51名	9-14歳 School refusal		None noted

IMI:Imipramine CMI:Clomipramine

NNT:numbers needed to treat

表4 不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われたRCTの薬物療法と精神療法による治療の効果

	Study	Design	Results	Follow-up
School refusal	Bernstein et al. (2000)	N=63, 12-18歳 (8週間)	CBT+Imipramine (Mean182.3mg/day) >CBT+Placebo (p<0.001)	1年後、64.1%は不安障害の基準を満たす。33.3%はうつ病性障害の基準を満たす。
Social phobia	Beidel et al. (2004)	N=122 7-17歳 (12週間)	Social effectiveness therapy for children(SET-c) >Fluoxetine (10-40mg/day) >placebo (P<0.001)	1年後も効果は持続している。
Multiple Anxiety Disorders	Child anxiety multimodal study(CAMS): Walkup et al. (2008)	N=488 7-17歳 (12週間)	CBT+Sertraline (25--200mg/day) >CBT=Sertraline >placebo	36週にて combined treatmentの有効性は持続。

CBT:認知行動療法

表5 薬物療法の効果のまとめ

Drug	Disorders	Dosage (mg/day)	Effect size	NNT	Time of significant response (weeks)
Fluvoxamine	SoP,SAD, GAD	50-300 (2.9/kg)	1.11	2.1	3
Sertaline	GAD	25-50	1.93	1.2	4
Fluoxetine	SoP,SAD, GAD	20 (20)	0.41	3.8	9
Paroxetine	SoP	10-50 (33)	0.52	2.6	3
Fluoxetine	SoP	10-40	0.35	3.3	4
Sertraline	SoP,SAD, GAD	37.5-225	0.45	3.2	4
Venlafaxine ER	GAD	37.5-225	0.48	4.8	2
Venlafaxine ER	SoP	37.5-225 (142)	0.46	3.3	Baseline

SoP:社交恐怖 SAD:分離不安障害 GAD:全般性不安障害

NNT:numbers needed to treat

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⁾ 飯森眞喜雄⁵⁾ 丸田敏雅⁵⁾ 松本ちひろ⁵⁾ 宮川香織⁵⁾

- 1) 関東医療少年院 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、子どもの外在化障害の中核障害である素行障害の診断・治療の現状について、児童青年期精神科臨床に携わる医師に対するアンケート調査を行った。

アンケート調査は平成23年4月より同年6月にかけて施行し、調査対象は日本児童青年精神医学会会員より無作為に抽出した150名に郵送にて行った。回収率は59%であった。

調査より、素行障害と診断することに医療的意義を見出せないという医師が存在していることや、診断に用いられている診断基準も障害概念や下位分類が乖離しているDSMIV-TRとICD-10が混在していることが判明した。平成22年度の1年間で素行障害と診断して治療に当たったケースは平均4.6例であり、その内平均1.6例が並存する他の精神障害の診断がつかない純粋な素行障害であった。素行障害少年の治療・処遇においては調査に回答した全ての医師が地域の機関との連携を望んでいるものの、連携に不十分さを感じていた。また、調査に回答した全ての医師が治療や処遇についての有用なガイドラインの必要性を感じていた。

A. 研究目的

障害の診断・治療の標準化を行うためには障害が現状において、どのように診断され、どのように治療されているかを知ることが必要である。前年度の研究で指摘したように、子どもの外在化障害においては、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)という世界的に有力な二つの操作的診断基準で障害概念や下位分類が乖離している。歴史的にも両診断基準における子どもの外在化障害の障害概念は診断基準の改定ごとに変遷してきており、現在公表されている次期DSMの改定草案を検討すると、今後、数年以内に改定される両診断基準においても障害概

念が変わる可能性が非常に高いと考えられる。このことは本邦における外在化障害概念の定着や活用の阻害になっているとともに外在化障害の診断・治療の標準化への阻害にもなっていることが予想される。この予想の実証のため、現状で児童青年期精神科臨床に携わる医師が子どもの外在化障害をどう捉え、どう扱っているのかを知るために、子どもの外在化障害の中核障害である素行障害(conduct disorder：以下、CD)の診断・治療の現状について、医師に対するアンケート調査を行った。

B. 研究方法

日本児童青年精神医学会の会員医師より無作為に抽出した150名に対し、平成23年4月より同年6月にかけて郵送にてアンケート調査を行った。アンケートの調査項目は以下の通りであり、分析にあたっては単純集計による記述的分析を

行った。

☆アンケート調査項目

①-A 平成 22 年度内の日常診療の中で素行障害の診断をして、診療にあたられましたか？(選択式)

①-B 診断をしていない場合、その理由は何でしょうか？(記述式)

②平成 22 年度中の日常診療において素行障害の診断をされて診療にあたられた先生にお尋ねします。診断に際して使用した診断基準は何ですか？(選択式)

③平成 22 年度中の日常診療において素行障害と診断されていたのは何例でしょうか？(選択式)

④前問③の中で並存精神障害の無い素行障害のみの診断例は何例でしょうか？(選択式)

⑤素行障害診断で使用されている心理検査・評価尺度は何でしょうか？(選択式・複数回答可)

⑥素行障害診断で使用されている心理検査・尺度以外の検査は何でしょうか？(選択式・複数回答可)

⑦素行障害の診療を行う際に現時点で連携が取れる地元機関はどちらですか？(選択式・複数回答可)

⑧素行障害の診療を行う際に現時点で地域の連携は十分に機能していますか？(選択式)

⑨素行障害の診療を行う際に地域での連携は必要ですか？(選択式)

⑩素行障害の診療を行う際にガイドラインの必要性を感じていますか？(選択式)

C. 研究結果

150名に行ったアンケート調査の有効回答数は89であり、回収率は59%であった。

☆アンケート調査結果

①-A 平成 22 年度内の日常診療の中で素行障害の診断をして、診療にあたられましたか？(選択式)

→・有る 79名(89%)

・無い 10名(11%)

①-B 診断をしていない場合、その理由は何でしょうか？(記述式)

→・「素行障害と診断することに医療的意義を見出せない」(6名；60%)

・「診断対象に素行障害者が居なかった」

(3名；30%)

・未回答(1名；10%)

②平成22年度中の日常診療において素行障害の診断をされて診療にあたられた先生にお尋ねします。診断に際して使用した診断基準は何ですか？(選択式)

→・DSM : 51名 (65%)

・ICD : 28名 (35%)

・その他： 0名 (0%)

③平成 22 年度中の日常診療において素行障害と診断されていたのは何例でしょうか？(選択式)

→・10例以上 : 2名

・9例 : 2名

・8例 : 2名

・7例 : 6名

・6例 : 5名

・5例 : 22名

・4例 : 19名

・3例 : 12名

・2例 : 6名

・1例 : 3名

→ 平均 約 4.6 例

④前問③の中で並存精神障害の無い素行障害のみの診断例は何例でしょうか？(選択式)

→・10例以上 : 0名

・9例 : 0名

・8例 : 0名

・7例 : 0名

・6例 : 1名

・5例 : 2名

・4例 : 6名

・3例 : 11名

・2例 : 20名

・1例 : 13名

・0例 : 26名

→ 平均 約1.6例

⑤素行障害診断で使用されている心理検査・評価尺度は何でしょうか?(選択式・複数回答可)

- ・ウェクスラー知能検査 : 94%
- ・その他の知能検査 : 83%
- ・ロールシャッハ検査 : 36%
- ・その他の投影法検査 : 33%
- ・子どもの行動チェックリスト(CBCL) : 39%
- ・行為障害チェックリスト(CDCL) : 1%
- ・反抗挑戦性評価尺度(ODBI) : 21%
- ・その他 : 34%

⑥素行障害診断で使用されている心理検査・尺度以外の検査は何でしょうか?(選択式・複数回答可)

- ・脳波検査 : 43%
- ・脳画像検査 : 45%
- ・血液検査 : 31%
- ・その他 : 17%

⑦素行障害の診療を行う際に現時点で連携が取れる地元機関はどちらですか?(選択式・複数回答可)

- ・児童相談所 : 96%
- ・保健所/精神保健福祉センター : 82%
- ・その他の公的福祉機関 : 71%
- ・学校 : 87%
- ・警察 : 64%
- ・矯正機関 : 31%
- ・その他の施設/機関 : 43%

⑧素行障害の診療を行う際に現時点で地域の連携は十分に機能していますか?(選択式)

- ・十分に機能している : 21%
- ・十分に機能していない : 45%
- ・ほとんど機能していないか、連携が無い : 31%

⑨素行障害の診療を行う際に地域での連携は必要ですか?(選択式)

- ・必須である : 100%
- ・有る程度必要である : 0%
- ・必要ではない : 0%

⑩素行障害の診療を行う際にガイドラインの必

要性を感じていますか?(選択式)

- ・有用なガイドラインがあれば活用する : 100%
- ・不要である : 0%

D. 考察

約9割(89%)の医師が素行障害診断を年間の日常臨床で使用していることは、本邦の児童青年期精神科臨床において素行障害診断が一定程度根づいていることを表している。一方、約1割の医師が素行障害診断を使用していないことが分かった。その理由として最も多かった理由が「素行障害と診断することに意義を見出せない」ことであるのは、日常臨床において素行障害の診断を下すことが有効な治療に結びついていない例が少なからず存在することを示唆する。そしてこのようなアンケート調査結果となった背景にはやはり、歴史的に今日まで素行障害を含む外在化障害の障害概念が大きく変遷し続けていることや診断・治療の標準化が十分になされてこず、有効な対応が提示されてこなかったことが一因と考えられた。

素行障害診断を行った医師が使用した操作的診断基準については、DSM(65%)とICD(35%)が混在しており、障害概念や下位分類の微妙に乖離している診断基準が日常臨床の中で併存している現状では混乱が生じていることが予想された。DSMとICDについては数年以内の次期改定が予定されており、改定に際してはより一層のharmonizationの実施が期待される。

素行障害診断の年間平均診断例が約4.6例である内、従前から医療の対象として馴染みにくいと見なされてきた併存障害の無い純粋な素行障害が約1.6例含まれたことが分かった。このことは素行障害を扱う医療機関にとって、司法機関や福祉機関、教育機関との連携がとても重要であることを意味すると考えられた。

素行障害診断に用いられている診断ツールとして平成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」において開発され、妥当性・有効性が認められた行為障害チェックリスト(Conduct Disorder Check List:CDCL)がほとんど使用されていないことが判明した。CDCLに関しては有効性・妥当性が認められており、一層の普及・開発が必要と考えられた。また、素行障害診断において脳波検査や脳画像検査を用いている医師は半数以下にとどまっており、粗暴行為や反社会行動を呈する群の一部に脳の形態学的変化が認められる例や脳波異常が認められる例が存在することは多くの報告がなされていることも考えると診断にあたって身体精査がより推奨されるべきと考えられた。

前述したように素行障害診断・治療を考える際に医療機関にとっては司法機関や福祉機関、教育機関との連携がとても重要である。調査結果からは福祉機関との連携はある程度可能となっているものの、警察(64%)や矯正機関(31%)との連携はまだ不十分であることが示唆された。特に矯正機関の連携可能度は低く、より一層の連携の強化が必要と考えられる。地域連携については全ての医師が必要と考えているにも関わらず、7割を超す医師が「十分に機能していない(45%)、ほとんど機能していない(31%)」と答えており、一層の地域連携の強化が必要と考えられた。

最後に素行障害の診断・治療のガイドラインについては全ての医師が有用なガイドラインが存在すれば活用したいと考えていることが分かった。このことから本研究班が意図する素行障害を含めた子どもの外在化障害の診断・治療についての標準化は社会的要請・意義のあるものと考えられた。

E. 結論

今回、子どもの外在化障害の診断・治療の標準化を行うために、日本児童青年精神医学会の会員医師より無作為抽出した150名に対し、子どもの外在化障害の中核障害である素行障害の診

断・治療の現状についてアンケート調査を行い、それを解析した。その結果、歴史的に今日まで素行障害を含む外在化障害の障害概念が大きく変遷し続けていることや診断・治療の標準化が十分になされてこず、有効な対応が提示されてこなかったことから素行障害と診断することに医療的意義を見出せない医師が居ることが判明した。素行障害の診断にあたっては、障害概念や下位分類の微妙に乖離している操作的診断基準が混在しており、子どもの外在化障害の診断・治療の標準化を行うにあたっては、その状況も踏まえた標準化を行っていくことが求められると考えられた。素行障害診断に際しては検査ツールとしてのCDCLの普及や身体的検査の一層の導入を行っていくべきことが示唆された。児童青年期の日常診療場面で、従前から医療の対象として馴染みにくいと考えられてきた併存障害を持たない純粋な素行障害が来院していることも判明し、多数の医師が現状の地域連携が不十分であると感じていることことから、今後より一層の地域連携を実現していく方法を模索せねばならず、地域連携の実現が診断・治療の標準化においても重要な柱の一つとなるべきと考えられた。これらを踏まえた子どもの外在化障害の診断・治療の標準化を行い、有用なガイドラインを作成すれば、多くの医師はそれを活用をしたいと考えており、標準化とガイドライン作成は十分に社会的要請・意義のあることであることが示唆された。今後、子どもの外在化障害の診断・治療の標準化と有用なガイドラインの作成に努力したい。

F. 研究発表

・著作

1) 榊屋二郎：外在化障害の展開と人格発達。齊藤万比古(総編集)笠原麻里(責任編集)

子どもの心の診療シリーズ6子どもの人格発達の障害、216-240、中山書店、東京、2011

2) 榊屋二郎：少年の性加害修正プログラム。松下正明(総編集)精神医学キーワード事典、

743-744、中山書店、東京、2011

3) 榊屋二郎(分担執筆)：日本ストレス学会(監修)ストレス科学事典, 実務教育出版, 東京, 2011
・論文

1) 榊屋二郎：発達障害を抱えた非行少年への少年院における矯正の実際～性加害矯正などを中心に～. 児童青年精神医学とその近接領域 52 : 522-526, 2011

・学会発表

1) Masuya, Jiro : Support for Offenders with Developmental Disorders ~ Correction, Criminal Justice and the Media. 16th World Congress of the International Society for Criminology, 2011

2) 榊屋二郎：少年院での性非行への治療・対処の現状. 第6回名古屋司法精神医学シンポジウム, 2011

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) 榊屋二郎：外在化障害の展開と人格発達. 齊藤万比古(総編集)笠原麻里(責任編集)

子どもの心の診療シリーズ6子どもの人格発達の障害, 216-240、中山書店, 東京, 2011

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

分担研究者 岡田 俊¹⁾

研究協力者 森川真子²⁾ 杉山由佳³⁾ 木村記子⁴⁾

- 1) 名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療科
- 2) 名古屋大学大学院医学系研究科 精神医学・親と子どもの心療学
- 3) 名古屋大学医学部附属病院 精神科
- 4) 独立行政法人国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター 精神科

研究要旨：

昨年度の検討の結果、エビデンスに基づく医療（EBM）には複数の阻害要因があり、診断の標準化、治療とアウトカム指標の均てん化、実臨床との乖離の分析等の検討課題が明らかになった。本年度は、診断の標準化を取り上げ、自閉症スペクトラム障害とその併存障害の関係について、強迫性障害統合失調症との関係について、文献ならびに自験例の検討を行った。その結果、操作的診断基準においては相同性があるものの、その症状や治療への反応性のプロファイルには相違がみられることが明らかになった。近年の生物学的エビデンスは、発達障害と統合失調症、気分障害などに一定の連続性があることを示唆しているが、これらが中核群同士の連続性であるのか、辺縁群と連続性を持つのかについては、臨床症状と生物学的マーカーとの両面から詳細に検討する必要があると考えられた。

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、成人精神科医療に比べ、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。

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。

昨年度は、探索的に問題点を整理し、EBMの定義、EBMの扱い方、EBM普及の阻害要因について検討した。

その結果、EBMが成立するためには

(1) すべての研究者と臨床医が診断を共有できること

(2) 介入をすべての研究者と臨床医が再現できること

(3) 介入の効果が妥当性のある尺度で示されること

(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

(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

が求められ、その扱いにおいては、エビデンスの強弱を意識することが重要なことを述べた。

しかしながら、そのようなEBMが臨床に十分に波及していない理由としては、以下の点が抽出された。

(1) 診断の妥当性が十分に保証されていない

(2) 実臨床において、エビデンスに基づいて判断できる状況はごくわずかである

(3) エビデンスは薬物療法など、介入とその結果が比較的明確な尺度で示されるものに偏在しており、あらゆる介入のエビデンスが存在しているわけではない

(4) すでに得られているエビデンスにも、さまざまなバイアスがあり、慎重な読み取りが求められる

(5) エビデンスへのアクセスは、研究機関などで容易であるなど、臨床現場との間に乖離がある

(6) 各種の治療ガイドラインが得られているが、EBMとまったく同一視することはできない。

そこで分担研究の目的として、

(1) 診断の標準化は、どうすれば可能なのか？

(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？

(3) エビデンス/ガイドラインは実臨床に役立つか？

(4) 日本の児童青年精神科医療におけるEBMの阻害要因は何か？

が問題と考えられた。

そこで本年度は、診断の標準化を取り上げ、自閉症スペクトラムとその併存障害の関係について検討を加えた。

B. 研究方法

文献的検討の結果と自験例をあわせて検討を加えた。

C. 研究結果

【自閉症スペクトラムと強迫性障害】

自閉症スペクトラム障害には、強迫症状が高率に併存することが知られている(37.2%、Levfer et al., 2006)。しかし、自閉症スペクトラム障害に併存する強迫性障害(OCD)症状は、OCD単独例と症状スペクトラムに相違(ex. Zandt et al., 2006; Russell et al., 2005)がある。たとえば、不安より衝動性が前景に立ち、むしろ、チック関連OCDに類似している(岡田, 2011)。

このことは、自閉症スペクトラム障害に併存するOCD症状が、ドパミン系の病態を反映する可能性を示唆する。実際、自閉症スペクトラム障害に併存するOCD症状には、選択的セロトニン再取り込み阻害薬の有用性は一定せず(たとえば、King et al., 2009)、抗

精神病薬に強固なエビデンスがある（たとえば、McDougle et al., 2005）。

認知行動療法(CBT)も有効であり（Russell et al. 2005）、その効果は薬物療法より強いとされるが（エフェクトサイズ CBT 1.45 vs. 薬物 0.48）、重症度が高い、家族例のある場合には有効性が低い（Ginsburg et al., 2008）。しかし、自閉症スペクトラム障害に併存する OCD には、OCD 単独例とまったく同様に CBT を行ってよいわけではない。我々は、具体的な行動レベルも問題（強迫行為）は扱いやすいものの、認知レベルでは、思考内容の非合理性や可能性の低さは認識できても、それを通じて、自らの認知・思考様式を意識させることは困難であったことを報告し、その留意点を明らかにした（森川ら、2011）。

【自閉症スペクトラム障害と統合失調症】

自閉症スペクトラム障害には、しばしば一過性に精神病状態が併存することが知られている。DSM-IV の統合失調症の診断基準において、自閉症スペクトラム障害を含む広汎性発達障害が見られる場合には、統合失調症の追加診断を「顕著な幻覚や妄想が少なくとも1ヶ月（治療が成功した場合は、より短い）存在する場合にのみ与えられる」と慎重な評価を行う様に述べられているが、1ヶ月という区切りが妥当であるのか、併存と見なされた「統合失調症」が非併存例の統合失調症と同一の病態であるのかは明らかでない。

石坂（1994）は、自閉症スペクトラム障害に併存する幻覚・妄想について、一級症状は存在しない、体系化されず要素的、出現が状況依存的、病的体験の内容が特定の状況や人物や過去の体験と深いつながり、困難な状況になると再発することを挙げた。

確かに、Schneider は、一級症状を統合失調

症に特異的な症状と考えている。しかし、我々は、過去にも反応性に精神病状態を呈した既往があり、このたび一級症状を含めた幻覚妄想状態が1ヶ月以上にわたり持続する症例を経験した。このことは、その病的体験の質とその持続においても両者の鑑別が困難なことを示しており、統合失調症の併存について、より慎重な検討を要するものと思われた。

近年では、統合失調症の発症以前から非特異的な行動変化や認知機能障害が認められることが知られるようになり、統合失調症の早期経過が注目されている。さらに、Young ら（2003）は、

グループ1:弱い(閾値下の)精神病症状群 (Attenuated PS)

- ・以下の症状のうち少なくとも一つ存在(関係念慮、奇異な信念または魔術的思考、知覚障害、妄想様観念、奇異な思考や会話、奇異な行動や外見)
- ・症状の頻度:少なくとも週に数回
- ・精神状態の変化は少なくとも1週間以上で5年を超えない

グループ2:短期間欠型精神病群 (BLIPS)

- ・一過性の精神病症状(関係念慮、魔術的思考、知覚障害、妄想様観念、奇異な思考や会話)
- ・エピソードの持続は1週間以内
- ・症状は自然に軽快
- ・BLIPS は過去1年以内

グループ3:素因と状態の危険因子

- ・第一度親族に精神病性障害または本人が統合失調型パーソナリティ障害
- ・精神状態または機能に有意な低下—少なくとも1ヶ月続き5年を超えない (GAF で病前から 30 点の低下)
- ・機能低下は過去1年に生じている

を ARMS(at risk mental state)と呼んで、早期介入の可能性を示唆した。しかし、ARMS がその後、統合失調症に至る例は少ない。自閉症スペクトラム障害に併存する精神病状態は、BLIPS を満たすことが多い。統合失調症の早期介入を考える上では、発達面の評価が求められる。

D. 考察

ここでは、自閉症スペクトラム障害とその併存障害の関連をもとに、診断の妥当性について検討を加えた。その結果、いずれにおいても精神疾患単独例と症状プロファイルにわずかな違いがあり、治療反応性や臨床経過も異なることから、精神疾患の診断において発達面の評価が不可欠であることが示唆される。

近年の報告によれば、統合失調症には、およそ3分の1に自閉症スペクトラム障害が、さらに3分の1にその他の発達障害が先行することが知られており (Rapoport et al., 2009)、遺伝的基盤も多くの相同性がみられることから、両者の連続性を示唆する報告もある (Lichtenstein et al., 2010)。さらに、遺伝子の変異の立場から、知的障害、自閉症、統合失調症、統合失調感情障害、気分障害を一連のスペクトラムとみる考えも提示されている (Craddock et al., 2010)。しかし、これが中核障害同士の関係をみているのか、辺縁群との関連を示しているのかは明らかでない。このことを明らかにするためには、診断にとどまらず細かな臨床症状の関連を仔細に調べることが重要になると思われる。

E. 結論

診断の問題を扱うには、診断をひとつのエンティティとして扱うだけでなく、症状プロファイル、経過、治療反応性を仔細に検討することが重要である。

F. 研究成果

1. 論文発表

岡田 俊 小児期精神疾患と強迫スペクトラム 精神神経学雑誌 113(10), 992-998, 2011

岡田俊 小児期精神疾患における強迫性・衝動性と薬物療法 広汎性発達障害との関連を中心に 臨床精神薬理 14(4), 599-605, 2011

久島周、岡田俊、尾崎紀夫 発達期精神障害：発達障害を中心に Brain and Nerve 64(2) :

139-147, 2012

2. 学会発表

岡田 俊 小児期精神疾患と強迫スペクトラム 第 107 回 日本精神神経学会学術総会、東京

森川真子 岡田俊 強迫性障害と広汎性発達障害を併存する青年に対する外来での認知行動療法 第 52 回日本児童青年精神医学会総会 徳島

杉山由佳 岡田俊 自閉症スペクトラム障害に併存する精神病状態をどう捉えるか？第 52 回日本児童青年精神医学会総会 徳島

岡田俊 統合失調症の早期診断における発達障害の併存とその関連性、第 7 回統合失調症学会、名古屋

杉山 修 木村記子 井上有史 岡田 俊 十一元三 てんかんを併存する高機能広汎性発達障害の児童の認知特性について—てんかん診断と発病年齢による検討— 第 52 回日本児童青年精神医学会総会 徳島

岡田俊 自閉症スペクトラムの精神医学 第 10 回自閉症スペクトラム学会、名古屋、2011

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

児童青年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・長期的な児童青年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、56校から回答を得た（回収率70.0%）。子どもの心の診療部、ないしは子どもの心の診療科を設置した大学病院は8病院、子どもの専門外来は29病院、一般外来で子どもの心の診療を行っているのは19病院であった。後期研修において、児童青年精神科医療に関する講義、技術の経験や習得、経験できる症例に関して調査した。結果は、全体を網羅する体系的な児童青年精神科医療に関する講義を行っている大学病院は少なかった。技術についても、特に集団精神療法、行動療法・認知行動療法、家族療法、生活技能訓練、遊戯療法などの心理社会的療法の経験や習得は、どのような診療体制をとっている大学病院においても不十分であることが判明した。広汎性発達障害は、約半数の精神科一般外来においても経験できることがわかった。注意欠如多動性障害や不登校をはじめとする児童青年期の諸障害は、おおむね、一般外来においてよりも、専門外来や子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）で子どもの診療を行っている大学病院において多く診療されていた。

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、子どもの心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かわりが求められている。多様な子どもの心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。しかし、卒前教育や初期研修、精神科研修において児童青年精神医学の講義時間が少なく、臨床実習の場が乏しいことが支障となっていることが指摘されている。

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、児童青年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。そこで、大学病院精神科の現状を再認識し、今後の中期・長期的な児童青年精神医学の充実に向けてのプランをたてるために予備調査を行った。

B. 研究方法

平成23年7月から9月にかけて、全国80施設の大学病院精神科を対象にアンケート調査を行った。調査内容は、予約システム（予約制の有無、予約してからの診察待ち期間）、診療体制、後期研修体制、今後の課題や要望についてである。診療体制は、子どもの心の診療を行うのが、一般外来か、児童青年期の専門外来か、子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）かを問うた。後期研修体制については、日本児童青年精神医学会が作成した『児童青年精神科医到達目標』を参照し、A「講義の項目」、B「習得すべき技術」、

C「経験すべき症例」を研修できるかを質問紙形式にしたアンケートを作成し、調査した。

全国の80の大学病院精神科にアンケート用紙を郵送し、回答してもらった。56大学病院から回答があり、アンケート回収率は70.0%であった。

C. 結果

1. 診療体制

子どもの心の診療を一般外来で行っているのが19病院、専門外来で行っているのが29病院、子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）で行っているのが8病院であった。

予約制の有無をみると、子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）では予約制をとっており、予約してから診療までの待ち期間は、10週～12週であった。専門外来では、29病院中25病院（86.2%）が予約制であり、予約から診療までの待ち期間は6～7週間であった。

一般外来においても予約制を設けている大学病院が10病院（52.6%）あり、ここでは予約から診療までの待ち期間は約4週間であった。

2. 後期研修体制

1) 講義

専門的な医師養成のための講義の実施については、日本児童青年精神医学会の『児童青年精神科医達成目標』¹⁾に掲げられている15項目に関して調査した。これらの講義の実施状況に関して、アンケートでは「未実施」、「一部実施」、「実施」のチェックをしてもらった。

講義が「実施」できているという回答した大学病院が60%以上の項目、40%以上～

60%未満の項目、40%未満の項目を分類してみた。

60%以上の項目は、児童青年期にみられる疾患についての講義の4項目であり、その内訳は、4-1「発達障害（広汎性発達障害、注意欠如多動性障害、学習障害、精神遅滞）」（表1）、4-2「内因性精神病性障害（統合失調症、気分障害）」、4-3「神経症性障害（不安障害、強迫性障害、重度ストレス反応及び適応障害、解離性障害、身体表現性障害）」、4-4「摂食障害、非器質性睡眠障害」であった。発達障害に関する講義は、一般外来で子どもの心の診察を行っている病院においても高い頻度で行われていた。ちなみに、各項目の頭についている番号は前述の『児童青年精神科医到達目標』に付されている項目番号である。

40%以上～60%未満の項目は、疾患についての講義のうち4-6「その他（チック障害、習癖性異常、反抗挑戦性障害、行為障害、不登校、児童虐待など）」のみであった。この項目の講義においては、子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）を有する大学病院では、専門外来や一般外来の病院よりも講義を行っていた。

40%未満の項目は数多く、1「乳幼児期から青年期までの精神発達の諸理論」（表2）、2「精神保健福祉法、障害者自立支援法、発達障害者支援法、児童福祉法、虐待防止法、少年法」、3「乳児、児童、青年期、それぞれの段階に応じた問診の仕方、面接の仕方、カルテの書き方」（表3）、4-5「器質性障害（てんかん、脳炎後遺症）」、5「児童青年期症例に対する薬物療法（作用と副作用、相互作用の理解、本人と家族への説明方法、効果の評価方法）」、6「児童青年期症例に対する

個人精神療法」、7「児童青年期症例に対する集団精神療法」、8「児童青年期症例に対するその他の治療法（言語療法、理学療法、作業療法、運動療法）」、9「児童青年期症例に対する療育相談、発達支援方法」、10「児童青年期症例への対応」、11「児童相談所、児童養護施設、児童自立支援施設、情緒障害児短期治療施設など福祉施設の役割と連携」（表4）、12「保育所、幼稚園、学校など保育・教育の役割と連携」（表5）、13「特別支援教育」、14「家庭裁判所、司法の役割と連携」、15「子どもの権利擁護」であった。

特に7、13、14、15に関する講義は極めて少なかった。

2) 子どもの心の診療に関する技術項目の経験と習得

診療技術の経験と習得に関しては、『児童青年精神科医到達目標』の13項目に基づいて調査を行った。これらの技術項目に関して、「学べない」、「まあまあ学べる」、「十分に学べる」、の3段階で回答してもらった。「十分に学べる」という病院が60%以上の項目、40%以上～60%未満の項目、40%未満の項目に分けた。

60%以上という項目は皆無であった。技術の経験、習得の機会が不十分であることが示された。

40%以上～60%未満という項目は、2「児童青年期症例への面接と家族やその他関係者からの情報聴取」、3「頭部CT, MRI, 脳波など放射線検査、生理学的検査を適切に施行し、結果を評価する」、4「児童青年期に必要な心理検査の結果を評価し、本人や家族へ説明し、治療計画の参考とする」、5「薬物療法の実施（本人・親へのインフォームド・コンセント、薬物評価）」であった。診療体制

別にみると、これらの項目は、一般外来の病院よりも専門外来の病院、専門外来の病院よりも子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）の方が、より多く経験し、習得できる項目であった。

20%以上～40%未満というのは、6「個人精神療法」、12「発達障害を有する症例に対し、家族や関係者への療育相談と発達支援を行う」（表6）、13「症例を通した児童相談所・保健センターなど保健福祉機関との連携のための会議へ参加し、専門的な意見を述べ、関係者と適切にコミュニケーションがとれる」、14「症例を通した学校その他教育機関との連携のための会議へ参加し、専門的な意見を述べ、関係者と適切にコミュニケーションがとれる」の項目であった。

20%未満というのは以下の項目であり、1「乳幼児の行動観察と家族などからの情報聴取」7「集団精神療法」、8「行動療法・認知行動療法」、9「家族療法」、10「生活技能訓練」、11「児童青年期症例の発達段階や心理状態に応じた遊戯療法などの非言語的アプローチを行う」（表7）などの心理社会的療法の経験や習得は、どの診療体制をとっている大学病院においても、困難であることが判明した。

自由感想では、子どもの心の診療を専門的に取り組んでいる大学病院においても、「児童精神科医が少ないところから診療に追われ、教育に十分な時間がとれない」と不全感を述べ、「できるだけ多くの（一般）精神科医が児童青年期の患者に接して、児童専門でなくてもある程度の診療ができるような研修システムを検討する必要」を訴えている。

2) 経験できる症例

指導医の指導の下、担当医として経験でき

る症例を調べた。

『児童青年精神科医到達目標』における、経験すべき症例覧では、グループAからFに分かれ、計26の障害や疾患が掲げられているが、本アンケートでは集約し、15の障害や疾患に分けてアンケートを行った（表8）。

治療開始時18歳未満の症例とし、指導とは面接同伴などの直接的指導とスーパーバイズや症例検討会などの間接的指導のいずれでもよい。それぞれの疾患にたいして、「経験できない」、「だいたい経験できる」、「経験できる」、の3段階で評価してもらった。

さて、「経験できる」と回答した病院が60%以上の疾患は、2「広汎性発達障害」（表9）、3「注意欠如多動性障害」（表10）、5「統合失調症」、6「気分障害」、7「（神経症性障害（不安障害など）」、8「摂食障害」、14「不登校」であった。

広汎性発達障害は、約半数の精神科一般外来において経験できていることがわかった。注意欠如多動性障害と不登校は、診療体制別にみると、一般外来よりも専門外来、子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）において多く経験できるという結果であった。

次に、経験できる病院が40%以上～60%未満の疾患は、1「精神遅滞」、4「学習障害」、9「非器質性睡眠障害」、11「チック障害」であった。

経験できる病院が40%未満の疾患は、10「器質性障害（てんかん、脳炎後遺症）」、12「習癖異常」、13「反抗挑戦性障害、行為障害」、15「児童虐待」（表11）であった。これらの疾患は、器質性障害を除けば、一般外来よりも、専門外来や子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）において、多く経験できるという結果であった。

とくに20%未満という疾患は認められなかった。

D. 考察

今回は全国80の医科大学、大学医学部を対象に、児童青年精神医学に関する後期研修の教育環境を調査した。同様の調査としては、山内の「小児の心の問題に関する講義・実習の現状を明らかにし、対策を講じる」ための調査²⁾があるが、この調査は主に一般精神科医の「子どものこころ」の診療能力を高めることを目的とした調査研究であり、卒前教育や初期研修に焦点をおいた調査であった。

今回の調査では、診療体制として、子どもの心の診療を一般外来で行っているか、専門外来で行っているか、子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）で行っているかの3体制にわけて検討した。

予約制の有無、予約してから診療までの待ち期間をみると、子どもの心の診療部（診療科）では予約制をとっており、待ち期間は10～12週間であった。従来は、子どもの心の診療部（ないしは診療科）では予約してから診察までの待ち期間はおおむね4か月以内と報告されていた（吉田ら）³⁾。今回の調査では、待ち期間が短い大学病院では4週間くらいであり、待ち期間が長い大学病院では20～24週間であった。近年は、子どもの心の診療部（ないしは診療科）では、待ち時間の短縮化の努力がなされているのかもしれない。

専門外来で予約制をとっている病院では、待ち期間は6～7週間であった。大学病院では一般外来も予約制をとっているところがあり、その場合、子どもの心の診療は約4週間の待ち期間であった。

講義に関しては、発達障害、気分障害、統合失調症、神経症性障害、摂食障害、非器質

性睡眠障害などの疾患などが高い頻度で実施されていた。しかし、精神発達の諸理論、児童福祉法や虐待防止法などの関連法律、問診や面接、カルテの書き方などの講義はあまり実施されていなかった。とくに注目すべきは、薬物療法や種々の心理社会的療法、療育相談や発達支援方法、福祉や教育や司法との連携などがほとんど講義されていなかったことである。

自由感想においても、後期研修医への系統講義ができていないという現状の報告があった。また、「後期研修医への講義は専門性を活かしたものにしなければならないが、オンデマンド講義となってしまう」という意見もみられた。

これらの結果や意見からは、子どもの心の診療部、子どもの心の診療科を有する大学病院においても、全体を網羅する体系的な講義を行っている大学病院は少ないことがわかった。真に教育を行おうとすれば講座をもつ必要があるという意見も出ていたことを加えておきたい。

次に、子どもの心の診療に関する技術に関しては、児童青年との面接や家族や関係者からの情報聴取、放射線検査や生理学的検査、あるいは心理検査を適切に施行し、結果を評価し、本人や家族へ説明し、治療計画の参考にする経験、薬物療法の適切な実施などの技術の経験や熟練が十分できると回答したのは、約半分の大学病院であった。

心理社会的な治療法の経験や習得に関しては、どのような診療体制をとっている大学病院においても、極めて不十分であることが浮かび上がった。

吉田らの調査では、大学の子どもの心の診療部においては初診を研修教育の重要な機会

としており、初診への陪席と、診療時の時間を用いた診察医（指導医師）によるスーパービジョンが主な研修方法であった。ただし診察後の研修に費やせる時間は、だいたい15分程度であり、大半の児童医師は時間が不十分と考えている、と報告している³⁾。今回の調査の自由感想でも、子どもの心の診療を専門的に取り組んでいる大学病院において、「児童精神科医が少ないところから診療に追われ、教育に十分な時間がとれない」と不全感が述べられている。こうしたことへの対応は重要な課題であることは言うまでもない。

経験できる症例に関しては、広汎性発達障害や注意欠如多動性障害、不登校などの障害は多くの大学病院において診療されていることが判明した。精神科一般外来で子どもの心の診療にあたっている大学病院においても、約半数の大学病院において広汎性発達障害の診療が行われていた。大学病院精神科に子どもの心の診療がますます求められてきていることが実感される結果であった。

こうした結果は、児童青年期の専門医の養成ばかりでなく、できるだけ多くの一般精神科医が児童青年期の患者に接して、児童専門でなくてもある程度の診療ができるような研修システムをも検討することが喫緊の課題であることを示している。

E. 結論

1. 児童青年期精神医学に関して、全体を網羅する系統的な講義を行っている大学病院は

少なかった。

2. 子どもの心の診療に関する技法、技術の経験や習得の機会が不十分である。とくに心理社会的療法の経験や習得は、どのような診療体制をとっている大学病院においても、きわめて不十分である。

3. 広汎性発達障害は約半数の精神科一般外来においても経験できることがわかった。注意欠如多動性障害や不登校をはじめとする児童青年期の諸障害は、おおむね、一般外来においてよりも、専門外来や子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）で子どもの診療を行っている大学病院において多く診療されている。

F. 研究発表

なし

文献

- 1) 日本児童青年精神医学会，教育に関する委員会報告：児童青年精神科医到達目標．児童青年精神医学とその近接領域，49（4），474-476，2008
- 2) 山内俊雄：子どもの心の診療の現状と問題点 — 全国大学医学部・医科大学における教育・診療の実態調査から — ．精神経誌，111（2），175-187，2009
- 3) 吉田敬子，山下洋，神庭重信：大学病院での児童青年精神医学領域の役割．精神経誌，112（3），206-210，2010

子どものこころの診療に関するアンケート調査 2011

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」は貴院ではどのような診療形態で行っていますか。

①こどもの心の診療部ないしはこどもの心の診療科、 ②専門外来、 ③一般外来

質問2 子どもの初診は予約制ですか。

①予約制、 ②予約制ではない

⇒ ①予約制、の場合 およその予約待ち期間はどれくらいですか。

約 か月



質問3 貴院での子どものこころの診療の養成に関してお尋ねします。

A. 以下の項目に関する講義の実施について

	未実施	一部実施	実施
1. 乳幼児期から青年期までの精神発達の諸理論	1	2	3
2. 精神保健福祉法、障害者自立支援法、発達障害者支援法、児童福祉法、虐待防止法、少年法	1	2	3
3. 幼児、児童、青年期、それぞれの段階に応じた問診の仕方、面接の仕方、カルテの書き方	1	2	3
4. 児童青年期にみられる各疾患・傷害の病態、発現機序、診断、治療法、予後			
● 発達障害（広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害、精神遅滞）	1	2	3
● 内因性精神病性障害（統合失調症、気分障害）	1	2	3
● 神経症性障害（不安障害、強迫性障害、重度ストレス反応及び適応障害、解離性障害、身体表現性障害）	1	2	3
● 摂食障害、非器質性睡眠障害	1	2	3
● 器質性障害（てんかん、脳炎後遺症）	1	2	3
● その他（チック障害、習癖性異常、反抗挑戦性障害、行為障害、不登校、児童虐待など）	1	2	3
5. 児童青年期症例に対する薬物療法（作用と副作用、相互作用の理解、本人と家族への説明方法、効果の評価方法）	1	2	3
6. 児童青年期症例に対する個人精神療法	1	2	3
7. 児童青年期症例に対する集団精神療法	1	2	3
8. 児童青年期症例に対するその他の治療法（言語療法、理学療法、作業療法、運動療法）	1	2	3

	未実施	一部実施	実施
9. 児童青年期症例に対する療育相談、発達支援方法	1	2	3
10. 児童青年期症例の家族への対応	1	2	3
11. 児童相談所、児童養護施設、児童自立支援施設、 情緒障害児短期治療施設など福祉施設の役割と連携	1	2	3
12. 保育所、幼稚園、学校など保育・教育の役割と連携	1	2	3
13. 特別支援教育	1	2	3
14. 家庭裁判所、司法の役割と連携	1	2	3
15. 子どもの権利擁護	1	2	3

B. 以下の技術項目の経験と習熟について

	学べない	まあ十分に学べる	
1. 乳幼児に対する行動観察と家族やその他関係者からの情報聴取	1	2	3
2. 児童青年期症例への面接と家族やその他関係者からの情報徴収	1	2	3
3. 頭部 CT、MRI、脳波など放射線検査、生理学的検査を適切に施行し、結果を評価する	1	2	3
4. 児童青年期に必要な心理検査の結果を評価し、本人や家族へ説明し、治療計画の参考とする	1	2	3
5. 薬物療法の実施（本人・親へのインフォームドコンセント、薬物評価）	1	2	3
6. 個人精神療法	1	2	3
7. 集団精神療法	1	2	3
8. 行動療法、認知行動療法	1	2	3
9. 家族療法	1	2	3
10. 生活技能訓練	1	2	3
11. 児童青年期症例の発達段階や心理状態に応じた遊戯療法などの非言語的アプローチを行う	1	2	3
12. 発達障害を有する症例に対し、家族や関係者への療育相談と発達支援を行う	1	2	3
13. 症例を通じた児童相談所・保健センターなど保健福祉機関との連携のための会議へ参加し、専門的な意見を述べ、関係者と適切にコミュニケーションがとれる	1	2	3
14. 症例を通じた学校その他教育機関との連携のための会議へ参加し、専門的な意見を述べ、関係者と適切にコミュニケーションがとれる	1	2	3

C. 担当医として経験できる症例疾患

経験できる症例は、治療開始年齢が18歳未満のものとする。

	経験できない	ときどき経験できる	経験できる
1. 精神遅滞	1	2	3
2. 広汎性発達障害	1	2	3
3. 注意欠陥多動性障害	1	2	3
4. 学習障害	1	2	3
5. 統合失調症	1	2	3
6. 気分障害	1	2	3
7. 神経症性障害症状（不安障害）	1	2	3
8. 摂食障害	1	2	3
9. 非器質性睡眠障害	1	2	3
10. 器質性障害（てんかん、脳炎後遺症）	1	2	3
11. チック障害	1	2	3
12. 習癖異常	1	2	3
13. 反抗挑戦性障害、行為障害	1	2	3
14. 不登校	1	2	3
15. 児童虐待	1	2	3

質問4 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5 こどもの心の診療部、診療科をお持ちの施設の方々へ
設立のいきさつはどのようなことだったのでしょうか。今後、設立予定の大学病院の参考になる
ようなことがあれば、お教えください。

記載年月日 平成 年 月 日

貴施設名 ()

記載医師名 ()

お名前は無記名でも結構ですが、施設名だけでも記載して頂けるとありがたく存じます。

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23年9月10日までにご返送をお願い申し上げます。

4-1 発達障害
(広汎性発達障害、注意欠如多動性障害、学習障害、精神遅滞)

	未実施		一部実施		実施		合計	
一般外来	1	5.3%	6	31.6%	12	63.2%	19	100%
専門外来	2	6.9%	8	27.6%	19	65.5%	29	100%
こどもの心の診療部	0	0.0%	0	0.0%	8	100.0%	8	100%
全体	3	5.4%	14	25.0%	39	69.6%	56	100.0%

表 1

1 乳幼児期から青年期までの精神発達の諸理論

	未実施		一部実施		実施		合計	
一般外来	6	31.6%	9	47.4%	4	21.1%	19	100%
専門外来	8	27.6%	10	34.5%	11	37.9%	29	100%
こどもの心の診療部	2	25.0%	5	62.5%	1	12.5%	8	100%
全体	16	28.6%	24	42.9%	16	28.6%	56	100.0%

表 2

3 幼児、児童、青年期、それぞれの段階に応じた
問診の仕方、面接の仕方、カルテの書き方

	未実施		一部実施		実施		合計	
一般外来	8	42.1%	10	52.6%	1	5.3%	19	100%
専門外来	7	24.1%	13	44.8%	9	31.0%	29	100%
こどもの心の診療部	3	37.5%	2	25.0%	3	37.5%	8	100%
全体	18	32.1%	25	44.6%	13	23.2%	56	100.0%

表 3

11 児童相談所、児童養護施設、児童自立支援施設、
情緒障害児短期治療施設など福祉施設の役割と連携

	未実施		一部実施		実施		合計	
一般外来	7	36.8%	10	52.6%	2	10.5%	19	100%
専門外来	6	20.7%	16	55.2%	7	24.1%	29	100%
こどもの心の診療部	2	25.0%	3	37.5%	3	37.5%	8	100%
全体	15	26.8%	29	51.8%	12	21.4%	56	100.0%

表 4

12 保育所、幼稚園、学校など保育・教育の役割と連携

	未実施		一部実施		実施		合計	
一般外来	10	52.6%	7	36.8%	2	10.5%	19	100%
専門外来	13	44.8%	11	37.9%	5	17.2%	29	100%
こどもの心の診療部	3	37.5%	3	37.5%	2	25.0%	8	100%
全体	26	46.4%	21	37.5%	9	16.1%	56	100.0%

表 5

12 発達障害を有する症例に対し、
家族や関係者への療育相談と発達支援を行う

	学べない		まあまあ		十分に学べる		合計	
一般外来	6	33.3%	10	55.6%	2	11.1%	18	100%
専門外来	2	6.9%	14	48.3%	13	44.8%	29	100%
こどもの心の診療部	1	12.5%	3	37.5%	4	50.0%	8	100%
全体	9	16.4%	27	49.1%	19	34.5%	55	100.0%

表 6

11 児童青年期症例の発達段階や心理状態に応じた
遊戯療法などの非言語的アプローチを行う

	学べない		まあまあ		十分に学べる		合計	
一般外来	13	68.4%	4	21.1%	2	10.5%	19	100%
専門外来	11	37.9%	10	34.5%	8	27.6%	29	100%
こどもの心の診療部	1	12.5%	6	75.0%	1	12.5%	8	100%
全体	25	44.6%	20	35.7%	11	19.6%	56	100.0%

表 7

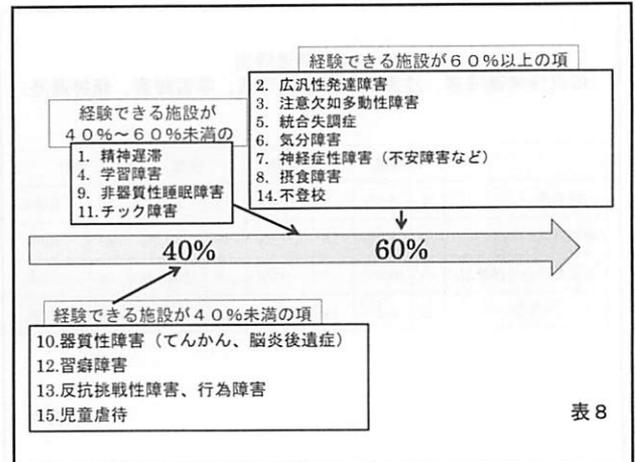


表 8

2 広汎性発達障害

	経験できない		ときどき経験できる		経験できる		合計	
一般外来	0	0.0%	8	44.4%	10	55.6%	18	100%
専門外来	0	0.0%	4	13.8%	25	86.2%	29	100%
こどもの心の診療部	0	0.0%	0	0.0%	8	100.0%	8	100%
全体	0	0.0%	12	21.8%	43	78%	55	100%

表 9

3 注意欠如多動性障害

	経験できない		ときどき経験できる		経験できる		合計	
一般外来	3	16.7%	8	44.4%	7	38.9%	18	100%
専門外来	1	3.4%	4	13.8%	24	82.8%	29	100%
こどもの心の診療部	1	12.5%	0	0.0%	7	87.5%	8	100%
全体	5	9.1%	12	21.8%	38	69%	55	100%

表 10

15 児童虐待

	経験できない		ときどき経験できる		経験できる		合計	
一般外来	5	27.8%	11	61.1%	2	11.1%	18	100%
専門外来	2	6.9%	18	62.1%	9	31.0%	29	100%
こどもの心の診療部	1	12.5%	2	25.0%	5	62.5%	8	100%
全体	8	14.5%	31	56.4%	16	29%	55	100%

表 11

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 小平雅基¹⁾ 飯島崇乃子¹⁾ 高橋美穂²⁾ 入倉梓²⁾ 本城浩子²⁾ 菅谷智一²⁾

- 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

研究要旨： 昨年度の調査から児童青年精神科医療を研修するにあたって、レジデント研修の到達目標を求める声が多かった。そのため今年度は『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』の作成を図った。子どものこころの診療を研修している医師が3年間の研修を通して成長していくステップを初級、中級、上級と三段階で設定することを試み、それが研修者と研修指導者の双方が研修の進捗度を把握することに役立つメルクマールとなることを目指した。またレジデントの研修ガイドブックとは別に、児童青年精神科病棟における看護業務の指針となるものが必要と考え、『児童青年精神科看護ガイドライン』の作成も図った。『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』『児童青年精神科看護ガイドライン』いずれも現在作成中であり、3年目での完成を目指している。

A. 研究目的

昨年度の調査において、子どもの心の診療の研修を行なっていく際に、「研修指針があった方がよい」との回答が9割以上であった。研修先となる各病院それぞれの考えがあり、子どもの心の診療の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我が国においてははっきりしない現状がある。

そのため、子どものこころの診療を研修している医師が3年間の研修を通して成長していくステップを設定することを試み、研修の進捗度を把握することに役立つようなものとなることを目指した『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』の作成を目指した。

またレジデントの研修ガイドブックとは別に、今後子どもの心の診療の拠点病院が拡充されていく上で、その中心は児童青年精神科病棟を有す

る病院群であると思われ、その重要なコンポーネントの1つに看護業務があると考えられる。しかし実際には児童青年精神科病棟における看護業務の臨床的な指針はほとんど存在しないと言ってよい。よって今回の研究で『児童青年精神科看護ガイドライン』の作成も同時に目指した。

B. 研究方法

『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』作成に向けて

第一段階:

「平成23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」にて挙げられている項目を中心に、児童青年精神科領域を網羅的にカバーするような項目を作成し、その項目を専門としている全国の専門家に執筆を依頼する。

第二段階:

その専門家たちによるガイドブックを、本研究に協力を得られた全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設の代表者に吟味してもらい、3年間レジデント研修をした場合にコンテンツが過小もしくは過大でないかを尋ねる。

第三段階:

全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設の代表者から意見のあった点を再度第一段階の専門家に返却し、再度検討してもらうこととする。

以上の手順で、各項目に関する内容の要約、その項目を理解できているか検討するためのチェックリスト、その項目における三段階の熟達度、参考文献・推薦図書を基本コンテンツとした。各障害の項目ではそれに対する基本的な治療技法も示すこととした。

項目における3ステップの熟達度としては、3年間の研修を通して成長していくステップを初級、中級、上級と三段階とし、基本的には専門家が感じるままに記述してもらうこととした。ただし「研修者が必ず3年間で到達すべき水準」を上級とするのではなく、「よく勉強している研修者なら3年間で到達できると思われる水準」を上級とし、そこから顧みて中級を設定することとした。

『児童青年精神科看護ガイドライン』作成に向けて

第一段階:

研究協力者である当院看護部メンバー(項目によっては他機関の研究協力者)によりガイドラインのひな形を作成する。

第二段階:

そのひな形のガイドラインを同意の得られた協力施設(全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設)に配布し、検討行なってもらうこととする。

第三段階:

各協力施設の意見を集約してもらった上で、代表者(児童青年期精神科病棟に勤務する看護

師;ガイドライン作成委員)を交えた検討会で吟味する。

第四段階:

それらの意見を参考として、最終的な修正ガイドラインを作成する。

C. 研究結果

『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』に関しては、現時点で第一段階のステージにあり、文末の資料1のような全47項目を設定した。それぞれを資料1に示す全国の専門家に執筆依頼し、33項目の返却が得られている。

執筆者からの反応としては、「作成が難しかった」との意見も散発したが、「思っていたよりは無理なく作成できた」「出来上がってみるとなかなか面白い」といった肯定的な意見が大半であった。

『児童青年精神科看護ガイドライン』については、第三段階のステージにあり、文末に添付した資料2のような目次立てをし、ひな形ガイドラインへの吟味を行なっている段階にある。

作成メンバーからは「自分の病院が何が得意で、何が苦手かを、改めて確認できた」との声が多く、自らの技術を客観視する機会になったことが伺えた。

関係者は以下のようになっている。

<ガイドライン作成執筆者>

国立国際医療研究センター国府台病院(高橋美穂、入倉梓、本城浩子、菅谷智一、宮地麻美)

<ガイドライン作成委員>

国立国際医療研究センター国府台病院(落合治)、神奈川県立こども医療センター(松尾国柱)、静岡県立こども病院(高橋公子)、岡山県精神科医療センター(竹原明希、小塩圭二、平田晶奈)、肥前精神医療センター(大久保祐子)

『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』『児童青年精神科看護ガイドライン』いずれも未だ作成段階であるものの、

かなりのボリュームであるため、今回の報告ではいずれもその一部を文末に資料3, 4として添付しておくこととする。

D. 考察

現時点で、『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』『児童青年精神科看護ガイドライン』のいずれも完成を見ていないため十分な考察は困難であるが、文頭でも示した通り、研修を受ける医師の側からは研修の指針を求める声が9割以上であるにもかかわらず、我が国全体を見た時に「子どもの心の診療の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はっきりしない。そのような観点から考えるに、児童青年精神科研修における指針として『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』を作成することは急務であると思われる。今回その作成を試みて、執筆者である専門家からも肯定的な意見が得られたことはそれを支持しているものと考えた。

ただし今回計画中のガイドブックが完成したとしても、その内容はあくまで指導者側からの意見の集約に過ぎないので、最終的には完成版ガイドブックに対する研修者側の意見も得ていく必要があると考える。その点は来年度の最終年に検討を試みたいと考えている。

児童思春期精神科病棟に勤務する看護師の業務としても、どのような指針に沿って看護業務を行っていくか、各施設に応じて口伝で教育されてきた部分が大きく、今回作成中の『児童青年精神科看護ガイドライン』が、まずの基本として公表されることは大変意義深いことと考えている。

ただしこちらも上述の『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』と同様、作成に携わった「ベテラン看護師」のなかでのコンセンサスだけでなく、新人看護師の意見も聴取していく必要があると思われ、来年度への課題と考えている。

『児童青年精神科医療機関におけるレジデント

研修ガイドブック』『児童青年精神科看護ガイドライン』いずれも未だ試験的な部分が多いものではあるが、今後それへの意見の収集や吟味を繰り返していき、我が国の児童青年精神科医療の質の向上の一助となることができればと思う次第である。

E. 結論

現時点で『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』『児童青年精神科看護ガイドライン』いずれも完成していないが、『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』に関しては、子どものこころの診療を研修している医師が3年間の研修を通して成長していくステップを初級、中級、上級と三段階で設定することを試み、それが研修者と研修指導者の双方が研修の進捗度を把握することに役立つメルクマールとなることを目指している。

『児童青年精神科看護ガイドライン』としては、児童思春期精神科病棟に勤務する看護師の業務としての指針となるようなものを目指している。

来年度にはそれぞれ使用する側の意見も集約し、検討を行なっていきたいと考えている。

F. 研究発表

特になし

文献

特になし

I. 総論

資料 1

i) 子どもの精神発達

国立国際医療研究センター国府台病院 齊藤万比古

ii) 子どもの神経発達

山梨大学 相原正男

iii) 早期幼児期の精神発達

名古屋大学 本城秀次

iv) 母子関係の精神保健

駒木野病院 笠原麻里

v) 児童青年精神科臨床におけるエビデンスの使い方

名古屋大学 岡田俊

II. 各論

i) 子どもの心の診療にみられる各病態

1) 広汎性発達障害 京都大学 十一元三

2) 注意欠如多動性障害

奈良教育大学 根来秀樹

3) 反抗挑戦性障害・素行障害

信州大学 原田謙

4) うつ病性障害・自殺関連事象

国立国際医療研究センター国府台病院 宇佐美政英

5) 双極性障害 日本医科大学 齊藤卓弥

6) 統合失調症 東海大学 松本英夫

7) 摂食障害

横浜国立大学附属市民総合医療センター 高橋雄一

8) 強迫性障害

国立国際医療研究センター国府台病院 小平雅基

9) チック障害・習癖 東京大学 金生由紀子

10) 睡眠関連障害

国立国際医療研究センター国府台病院 岩垂喜貴

11) パーソナリティ障害

三田精神療法研究所 牛島定信

12) 心身症 大阪医科大学 田中英高

13) PTSD 関連障害

大阪府こころの健康総合センター 亀岡智美

14) 解離性障害・転換性障害

神戸大学 田中究

15) てんかん 東京女子医科大学 小国弘量

ii) 子どもの心の診療特有の問題

1) 児童虐待

国立成育医療研究センター 奥山真紀子

2) 不登校・ひきこもり

山梨県精神保健福祉センター 近藤直司

3) 周産期関連の問題とその後の発達

愛育病院 石井のぞみ

iii) 諸検査

1) 脳波検査 東京女子医科大学 小国弘量

2) 画像検査 川口市立医療センター 原裕子

3) 心理検査・認知機能検査

国立国際医療研究センター国府台病院 入砂文月

iv) ケースフォーミュレーション

九州大学 山下洋

v) 治療介入技法

1) 子どもの治療総論

国立国際医療研究センター国府台病院 齊藤万比古

2) 薬物療法 名古屋大学 岡田俊

3) 個人力動的療法 北里大学 生地新

4) 家族療法 中村心理療法研究室 中村伸一

5) 集団療法

国立国際医療研究センター国府台病院 渡部京太

6) 行動療法

筑後吉井こころホスピタル 飯倉康郎

7) 認知行動療法

国立精神・神経医療研究センター 堀越勝

8) 遊戯療法

国立国際医療研究センター国府台病院 齊藤万比古

9) 入院治療

静岡県立こども病院 山崎透

10) 発達障害への療育

山梨県立こころの発達総合支援センター 本田秀夫

11) ペアレントトレーニング

奈良教育大学 岩坂英巳

12) 他機関との連携

熊本大学 牛島洋景

13) 子どもの精神科救急

岡山県精神科医療センター 大重耕三

14) at risk mental state (ARMS)への支援

神奈川県立子ども医療センター 新井卓

vi) 今後期待される治療介入技法

1) アウトリーチ的介入

国立国際医療研究センター国府台病院 佐竹直子

2) Parent Child Interaction Therapy

もりやクリニック 細金奈奈

vii) 病院以外での子どもの心の診療

1) 児童相談所

東京都児童相談センター 伊東ゆたか

2) 自立支援施設

国立きぬ川学院 富田拓

3) 医療少年院

関東医療少年院 榊屋二郎

4) 情緒障害児童短期治療施設

横浜いずみ学園 高瀬利男

第 1 章 児童青年精神科病棟における時期ごとの看護

- 導入期（入院～入院後 2 ヶ月程度）の援助
- 作業期（入院後 2 ヶ月～5 ヶ月程度）の援助
- 終結期（入院後 5 ヶ月～6 ヶ月程度）の援助

第 2 章 児童青年精神科病棟における子どもへの理解と対応

- 思春期心性を理解すること
- 子どもの力を信じるということ
- 見守るということ
- 距離感：子どもと大人の距離感
- 柔軟な枠組み
- 揺るぎない枠組み：隔離・身体拘束などの行動制限
- 治療チームとして子どもに関わるということ
- 陰性転移への対処
- 陽性転移への対処
- 肯定的注目：増やしたい行動への注目
- 減らしたい行動への対応
- 許しがたい行動への対応：暴言・暴力など
- 絶対に許されないことの線引き
- 巻き込みへの対処
- スタッフ間の分裂への対処
- 子どもに関わるということ：関わり
- がんばり表の使い方
- 子どもからの苦情への対応
- ゲームや携帯電話の取り扱い
- 盗みへの対応
- 過度の手洗いなど自己完結型の強迫症状への対応

- 愛着形成に問題のある子どもへの援助
- 食べられない子どもへの援助
- 身体症状を訴える子どもへの援助
- 反応が乏しい子どもへの援助
- 不眠の子どもへの援助
- 仲間関係再開への援助
- 異性交流への対応
- 登校援助
- レクリエーション（活動集団療法）を通じた援助
- 退院への準備：外出・外泊、通学練習

第 3 章 児童青年精神科病棟における家族への援助

I - i) 子どもの精神発達

子どもの精神発達の要約

子どもの精神発達の過程を知っているということは、子どもの精神発達の標準的な経過を展望でき、同時に子どもの通常発達路線からの逸脱を認知できることである。その結果、子どもの年代特異的な葛藤と精神医学的問題の発現経過の相互関係が理解できるようになり、精神疾患からの回復過程についても、脳科学的、薬理学的理解などとは別に子どもの自我機能や関係性の発達という観点からとらえる能力を得ることができる。さらに、技法の相違を越えて、子どもの精神療法過程で生じている医師 - 患児関係や、子どもの象徴的表現の意味について発達路線の観点からとらえ、治療過程に反映させることができることにつながる。

子どもの精神発達は乳幼児期発達と青年期発達に焦点を当てたとらえ方が一般的である。青年期、とりわけ思春期と呼ばれるその前半期（10歳から17歳くらいまで）は幼児期発達の部分的再現を繰り返す年代とされている。

5歳くらいまでの乳幼児期は、葛藤の中心となる身体器官の違いという観点から口唇期、肛門期、男根期（あるいはエディプス期）と呼んだFreudの理論がよく知られている。Mahlerは幼児期発達を子どもの心が母親との共生状態から離れ、自立した個人として成立していく経過という観点でとらえ、出生直後の自閉段階と共生段階を経て、生後4カ月くらいから5歳くらいまでの期間を分離個体化段階と呼んだ。分離個体化段階（以下のカッコ内の数字はおおよその年代を示した）は分化期（生後4～7カ月）、練習期（8～13カ月）、再接近期（14～2歳半）、個性確立と情緒的対象恒常性の固定化期（2歳半～5歳）の4種類の下位段階から成り立っている。幼児期の精神発達の意義は、母子関係を基本とする早期幼児期に始まり、父親が加わる三人関係に至り、それを通過していく経過で、自尊心と他者への信頼感、衝動の統制力、両価性の認容力、ライバルと共存する能力などの基本的機能を開発していることにある。子どもは、出生後わずか5年ほどでこのような大きな仕事を終えて幼児期の幕を引くが、この幼児期の心は人の内面にいつまでもとどまり続ける。

子どもは学童期に入り幼児期でも青年期でもない数年間（Freudは「潜在期」と呼んだ）を経て、青年期に入っていくとされる。この潜在期もFreudがそう読んだ時に考えられたほど葛藤が背景に退いた静かな年代とはいえない。むしろ、その前半期はつい昨日まで現実であった幼児期の余韻を色濃く残しながら、学校という社会で生きることを求められ、その後半期はすでに青年期の足音が響き始めるという、あわただしい年代であるということが出来る。この数年間で子どもは身体の発達とともに、学習能力や運動能力を拡大し、

さらには社会的体験を蓄積していくとされる。

青年期は adolescence の日本語として用いられる用語である。Blos にしたがえば preadolescence (高学年小学生), early adolescence (中学生), adolescence proper (高校生), late adolescence (大学生), postadolescence (25, 6 歳までの数年間) の 5 期に分類される。子どもの精神発達という観点からすれば, adolescence proper までの 3 種類の時期からなる adolescence の前半期 (10~17 歳: この期間を本稿では思春期と呼ぶ) が重要である。この 7 年間ほどにわたって, 子どもは母親離れと自己の確立 (自分探し・自分作り) という発達課題に取り組んでいく。

この思春期発達において友人関係や学校活動に適応することの意義は大きく, 母親離れをめぐる不安や葛藤を支えてくれるとともに, 自己形成上の目標ともいえる理想を提供してくれる。思春期の年代は幼児期の葛藤と取り組む部分的な退行が生じ, その際の母親への幼児的な依存もまたこの年代の子どもの支えの一つである。さらに, adolescence の 15 年ほど, とりわけ思春期と呼ばれるその前半期は自己愛性の高さが特徴とされる。これは退行的な親への依存と過剰適応的な外界との一体感という外からの思春期心性の支えとともに子どもの心を支える内的支えとして自己愛は機能するからである。思春期発達とは, これら 3 種類の支えのバランスの上に進行するものであるが, 退行的依存は母親からの自立の放棄に, 友人関係等への過剰適応はその挫折に, そして自己愛の肥大はプライドの傷つくことへの過敏性につながっていくリスクもはらんでおり, これらの均衡が崩れる過程で様々な問題行動や精神疾患が発現する。

このようなデリケートな過程を通過して, 子どもは adolescence の後半である 18 歳以降の年代に移っていき, 思春期に確立した諸機能の応用的な練習を行う段階を経て, 25 歳頃 adolescence を終わるとされている。しかしおそらくこの終結はいったん仕舞いとしたという終わり方であり, 人は生涯にわたって, 危機に直面するたびに何らかの形で adolescence 心性と再会することになる。

この他, 子ども心の発達については母子関係の相互性とも関わるアタッチメント理論, 認知機能という観点からの Piaget の発達論も重要な理論体系である。

子どもの精神発達を理解するためのチェックリスト(以下説明可能か?)

- アタッチメントの機能とその機能障害
- 分離個体化段階 (Mahler) の下位段階について名称と各時期の特徴
- Mahler の分離個体化段階のうちの再接近期と関連が深いとされる両価性の意義について
- 基本的信頼とは何か, その意義は何か, そしてその形成不全がもたらす問題とは何か
- Freud の精神的発達論による口唇期, 肛門期, 男根期 (エディプス期) の各時期の特徴
- エディプス的三角関係とは何か
- 幼児期発達における父親の役割は何か。エディプス期におけるそれと, 前エディプス期 (口唇期と肛門期) におけるそれについて
- 潜在期における子どもの精神発達の特徴は何か
- adolescence の精神発達が人間には 10 歳から 15 年間も必要であることについて
- preadolescence におけるギャング集団的な友人関係が持つ意義は何か
- preadolescence における子ども - 母親関係の携帯および機能の性差は何か
- 中学生 (early adolescence) における友人関係の特徴とその意義。教師との関係はどうか
- 高校生 (adolescence proper) の友人関係の特徴。その, それ以前の友人関係との違いは何か
- 思春期(10~17 歳)の子どもの精神発達に果たす父親の役割について(男女差を含む)
- adolescence とりわけ思春期における自己愛の果たす役割
- 思春期のひきこもり (不登校) 状態における自己愛の様態の特徴
- adolescence を通過した時, 人が身につけているべき精神機能 (男女差を含め)
- Piaget の発達論とその意義

子どもの精神発達理解のための自由ノート

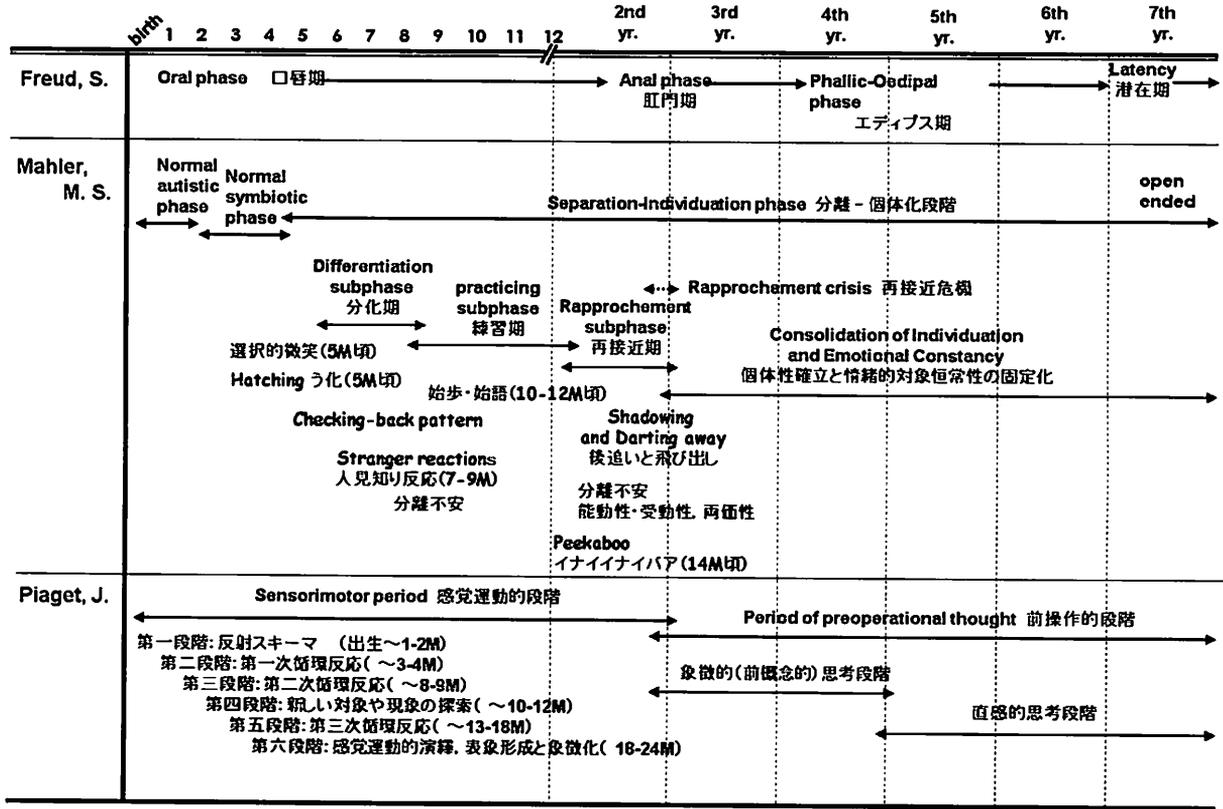


図1 乳幼児期発達の諸段階とマイルストーン

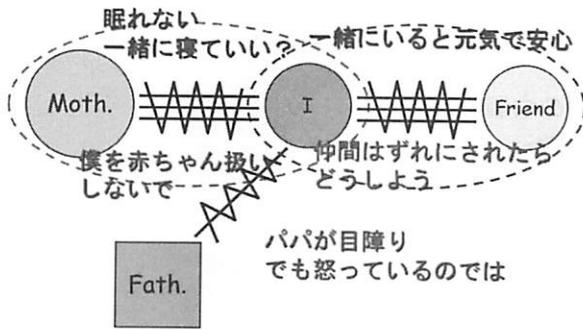


図2 思春期前半期男子の関係性の布置

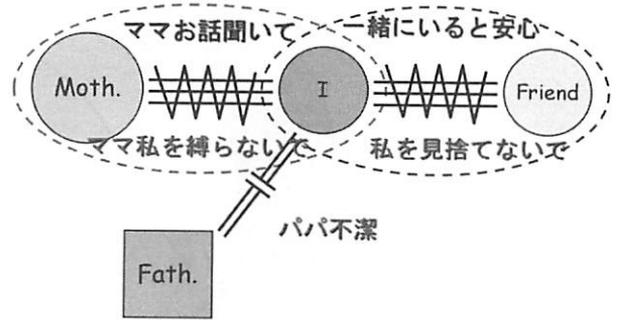
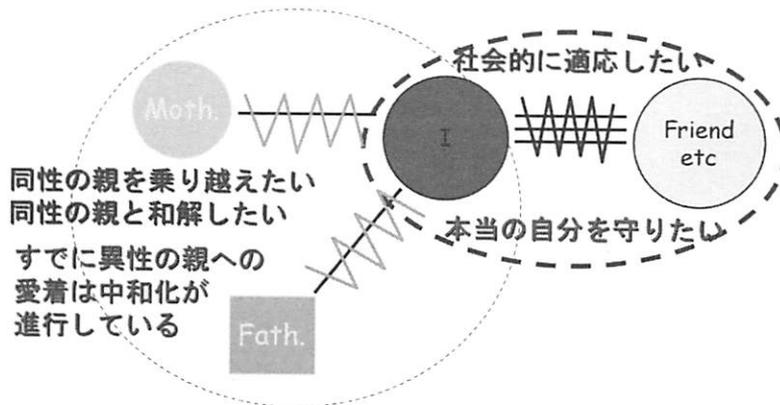


図3 思春期前半期女子の関係性の布置



(注) 図2, 図3, 図4の記号 ⇒ I (子ども自身); Fath. (父親); Moth (母親); Friend (友人・仲間); 直線の本数で両者の関係の強さを、波線は葛藤の存在をあらわし、色の濃さで葛藤の強弱をあらわしている。

図4 思春期後半期の関係性の布置

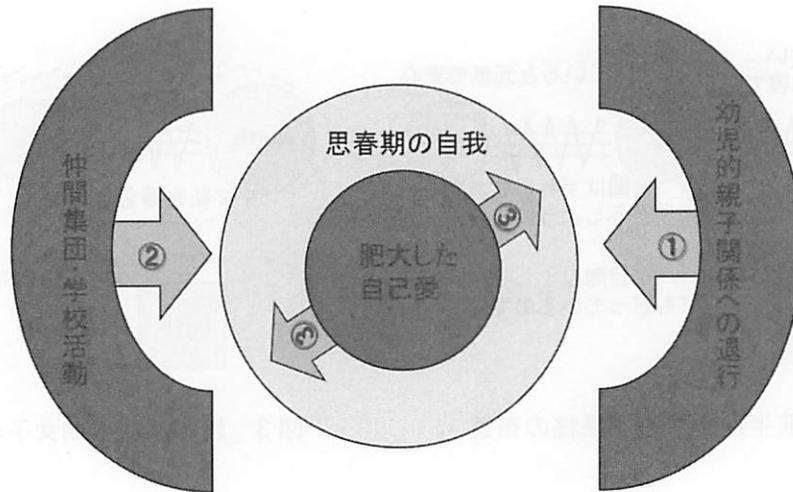


図5 思春期の心を支える3要因

「母親離れ」の始まった思春期の子どもは孤立感、見捨てられ感、依存をめぐる両価性が高まる不安定な葛藤状態にあり、強力な支えが必要です。

研修レベルを評価するために

研修初級：子どもの乳幼児期，学童期，思春期（adolescence の前半期）にわたる年代（0～17 歳くらい）の精神発達に関する代表的な理論を学び，発達段階の名称と期間，およびメルクマールとなる発達課題との組み合わせによる年表形式にまとめた子どもの精神発達のスキーマ（③の図 1 は乳幼児期の例）を作成することに取り組む。この過程を通じて，幼児期の精神発達の意義，思春期の精神発達が幼児期発達の焼き直しという特徴を色濃く持っていることを理解する。

研修中級：ひとまず一貫した子どもの精神発達のスキーマと現実の患児の表す諸現象とを照合しながら，具体的現象の発達論的とらえ方に取り組み，それについて指導医と討論することで自作のスキーマを検討し，その修正を続ける。各精神障害の疾病理解にあたって，発達段階特有な心性との関係からその障害への親和性，症候の特性，障害の経過などについて理解を進めることができる。さらに，治療計画の作成において，発達の保証と促進という側面を取り入れたプログラムを作成しようと努める。障害の治療や生活支援において，年代ないし発達段階の特性を理解した介入をしようと努める。

研修上級：初級・中級者に対して自作のスキーマで発達論を解説し，指導できる。患児の親や他の領域の専門家などに子どもの発達を中心に置いた患児理解と疾病理解を具体的かつ明快に伝えることができる。この水準の終了時には子どもの精神発達のスキーマ何回もの修正を経て自家薬籠中のスキーマを持ち，子どもの通常発達の側面と精神病理的側面のいずれに注目する際にも，常に発達段階を意識した理解ができる。

参考文献

- 1) Blois P : On Adolescence. The Free Press of Glencoe Inc., New York, 1962. (野沢栄司訳：青年期の精神医学。誠信書房，東京，1971.)
- 2) Mahler MS, Pine F, Bergman A (1975) The Psychological Birth of the Human Infant. Basic Books, New York. (高橋雅士，織田正美，浜畑紀訳（1981）乳幼児の心理的誕生—母子矯正と個体化。黎明書房。)
- 3) 齊藤万比古：思春期 —集団と個の桎梏を越えて—。思春期青年期精神医学 15(1)；2-14, 2005.

I - ii) 子どもの神経発達

子どもの神経発達の要約

子どもの精神疾患の原因は、心理・社会的要因（PTSD、虐待等）と中枢神経の器質的、機能的障害（脳炎、てんかん、発達障害等）や身体疾患（遺伝子、代謝、内分泌疾患等）による生物学的要因、さらに双方が関与する“心身症”などが挙げられる。したがって医学的評価には、医学的診断と平行して胎生期、周産期、出生後のさまざまな発達段階における神経発達を評価できることが求められる。とくに、精神症状から身体疾患を診断できる意義は、脳機能の臨界期前に特異的治療法が存在すること、発達をおおよそ予想できるため医学的治療、心理療法、リハビリテーション、特別支援教育を適切な時期に導入でき、遺伝カウンセリングの実施が可能になることなど有利な点が指摘できる。精神障害を引き起こす身体疾患を表1に示す。先天性代謝異常症、奇型症候群、てんかんなど精神遅滞を引き起こす疾患を中心に挙げているが、自閉症状、注意障害、衝動性、学習障害、転換性症状を呈し診断上気をつけなければならない身体疾患に各々ルビを付している。各症例により障害部位、重症度は異なるため、あくまで参考として記述している。これらの疾患の特異的臨床検査に至るためには、一般身体診察、カフェオレ斑や白斑などの皮膚所見、高口蓋、眼裂斜上等の小奇形などを体表面から観察することが診断の手がかりとなる。神経発達を要素的に見るためには、脳の成長、成熟、発達の順序で診察することが重要である。脳の成長とは、脳が大きくなり安定した構造に近づくことであり、脳重量は3歳で成人の90%に至るため、その臨界期は3歳と考えられている。したがって乳幼児期は頭囲を継続的に測定することが肝要である。なお、ヒトの前頭前野の体積は年齢とともに増大し、8～15歳の思春期前後で急激に増大する¹⁾。脳の成熟とは、脳内情報処理過程が安定した機能になることで、神経科学的には情報処理速度が速くなること、すなわち髄鞘形成の進展として捉えられる。脊髄、脳幹、大脳皮質と下から上に、大脳皮質では視床、大脳表面と中心から外側に、感覚野から運動野と後方から前方に髄鞘は形成されていくことがMRIにより生体でも観察可能となった²⁾。したがって、神経発達の順序もこの様式で進展していくことになる。神経発達を診察する際重要な点は、成熟した脳部位は下位の脳機能をコントロール（抑制、促進）する階層構造であることを理解する点にある。たとえば、バビンスキー反射などの脊髄反射は脳幹部の成熟により立ち直り反射が出現してくると抑制され消失していくことで運動発達は促される。神経系の階層性の原則は、大脳においても同様であり一次運動・感覚野から連合野に成熟が進むため感覚、知覚、さらに認知発達や感覚統合が進展され、さらに青年期を通して成人に至るまで髄鞘形成が認められる前頭前野は、長期期間をかけて成熟しながら下位脳部位である辺縁系、感覚・運動野を抑制、促進しな

がら社会脳が形成されていくことになる(図1)。前頭葉機能からみた神経発達は、まず自己抑制が出現し、次にワーキングメモリ、実行機能が順次認められてくる(表2)。実行機能は、将来の目的に向けて判断、計画、行動するためのオペレーティング機能のことで、外の世界を自分の世界(脳)に取り込み目的指向的行動(行為)ができる能力である。この能力により、人は自己中心性文脈を獲得し、自己を形成し、自己実現という動機づけに向かえることができる。

子どもの神経発達理解へのチェックリスト

- 精神症状を引き起こす身体疾患を念頭に入れた問診、診察ができる
- 精神症状を引き起こす身体疾患を念頭に入れた神経生理学的検査が依頼できる
- 子どもの精神障害に関する心理・社会的、生物学的要因が挙げられる
- 子どもの発達(知能)検査結果が理解できる
- 精神症状を引き起こす身体疾患の血液・生化学的検査が実施できる
- 微細運動の神経学的診察ができる
- 各年齢における健診結果が評価できる
- CT、MRI、脳波などの神経生理学的検査の評価ができる
- WISC、K-ABCによる知能指数、群指数、下位検査項目の量的解釈ができる
- 神経発達を遺伝子から高次脳機能まで評価できる
- 乳幼児期のロコモーション、共同注視が評価できる
- 認知機能検査バッテリーが組めるようになる
- 心理賦活時の神経生理学的評価ができる
- 脳血流(SPECT等)、事象関連電位、脳波周波数解析、終夜睡眠ポリグラフの評価ができる

子どもの神経発達理解のための自由ノート

表1 精神症状を引き起こす身体疾患

先天性代謝異常症	アミノ酸代謝異常症 ^{1,2)} 、副腎白質ジストロフィー ^{3,4)} 、ミトコンドリア病 ⁴⁾ など
染色体異常	Williams症候群 ^{1,2,3)} 、脆弱X症候群 ¹⁾ 、Angelman症候群 ²⁾ など
奇形症候群	Sotos症候群、Cornelia de Lange症候群 ^{1,2)} など
脳形成異常	神経細胞遊走障害 ^{1,2,3)} 、脳梁欠損 ^{1,2)} 、クモ膜嚢胞 ^{2,4)} など
胎内環境	ウイルス感染症 ^{1,2)} 、薬物、環境ホルモン、放射線被曝など
脳内循環障害	水頭症 ^{1,2)} 、もやもや病 ^{2,3,4)} 、脳動脈奇形 ⁴⁾ など
頭部外傷	脳挫傷 ^{2,3)} 、硬膜外(内)血腫など
内分泌疾患	甲状腺機能亢進症 ²⁾ 、偽性副甲状腺機能低下症 ²⁾ など
炎症性疾患	ヘルペス脳炎 ^{1,2,3)} 、脳症 ^{1,2,3)} 、SSPE ^{2,4)} など
脱髄疾患	多発性硬化症 ^{2,3,4)} 、ADEM ²⁾ など
脳腫瘍	視床下部腫瘍 ²⁾ 、結節性硬化症 ¹⁾ 、神経線維腫症 ²⁾ など
てんかん	前(側)頭葉てんかん ^{1,2,3,4)} 、GSWS ^{1,2,3)} 、Landau-Kleffner症候群 ^{1,2,3)} など
自己免疫疾患	CNSループス ^{2,4)} 、高リン脂質抗体症候群 ^{2,4)} 、Sydenham舞蹈病 ²⁾ など
血液疾患	鉄欠乏性貧血 ²⁾ 、巨赤芽球性貧血 ¹⁾ 、好酸球増加症候群 ²⁾ など
眼・耳鼻咽喉疾患	視・聴覚障害 ^{1,2,3,4)} 、アデノイド口蓋扁桃肥大 ²⁾ など

1)自閉症状を呈する疾患、2)注意障害、衝動性を呈する疾患、3)学習障害を呈する疾患、4)転換性症状を呈する疾患
 SSPE: subacute sclerosing panencephalitis; ADEM: acute disseminated encephalomyelitis;
 GSWS: epilepsy with continuous spike-waves discharges during slow sleep

図1 精神機能に関わる脳回路

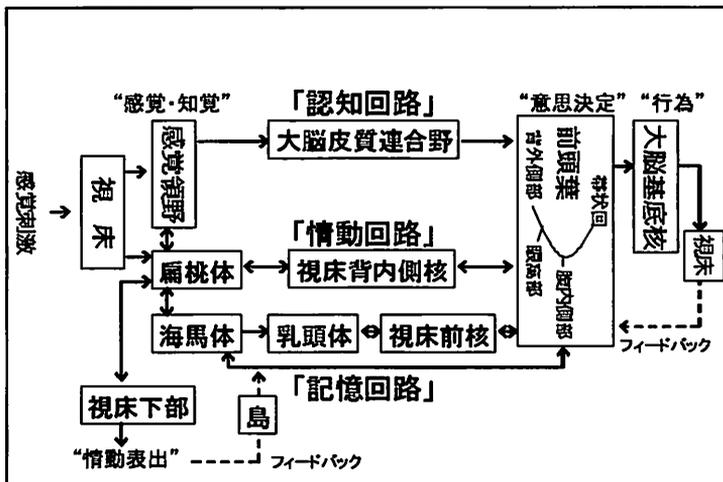


表2 認知行動発達と前頭葉機能発達の関係

年齢 (年)	認知行動発達	神経心理学的発達	前頭葉機能発達
1	反応を抑制	遅延反応	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> 行動抑制 (behavior inhibition) 作業記憶 (working memory) 実行機能 (executive function) </div>
2~4	現実からの解放	情動の抑制: 動機形成	
	時間知覚 (過去を思い出し、未来を認識する: 自己認識の形成)	非言語的表象能力 ソーシャルスキル	
5~6	内言語 (言語で行動をコントロールできる 自由意思の醸成、自己意識の発生)	言語的表象能力 セルフコントロール セルフモニタ	
7~	感覚的事実を分析し統合 (世界を自分の中に取り込む: 自己中心性文脈)	プランニング	

研修レベルを評価するために

研修初級：精神症状を呈する身体疾患（表 1）を念頭において問診、診察が行える。器質性中枢神経疾患では、問診において知的退行、言語表出の減少あるいは消失、集中力や多動・衝動性が増強し、学習障害が途中で認められてくる。神経学的診察では、腱反射の亢進、病的（脊髄）反射の出現、筋緊張の異常、小脳失調、不随運動、視野狭窄や視力低下等の診察ができることが求められる。必要に応じて一次検査として、CT、MRI、脳波が依頼できる。すなわち先天性代謝異常や脳腫瘍を疑えば MRI による脱髄や占拠性病変を、けいれん疾患であれば脳波上の突発波が想定できる。さらに、特殊検査が必要な時小児科、眼科などに依頼できる。精神遅滞、ADHD、自閉性障害などの発達障害の診断では発達歴の正しい評価ができることが肝要である。子どもの発達（知能）検査である「遠城寺式乳幼児分析的発達検査法(0-4 歳 8 か月)」、「新版 K 式発達検査(0-14 歳)」、「デンバー式発達スクリーニング検査(0-6 歳)」によるいずれかの検査結果の理解ができることが望ましい。

研修中級：精神症状を呈する身体疾患の血液・生化学的検査（甲状腺機能、自己抗体、薬剤血中濃度等）の実施と評価ができる。染色体検査も必要であれば実施できる。診察においては、粗大運動だけでなく前腕の回内・回外、片足立ち、閉眼起立などの微細運動を神経学的検査に加えられる。これらの神経学的微細兆候は、発達障害児では半数以上に認められスクリーニング検査ともなっており、合わせ 1.6、3、5 歳児健診の意義も理解できるようにしたい。一次検査である CT、MRI の撮像条件も、疑う病変により依頼時に指定できるようになりたい。発達障害では高率に脳波異常を認め、とくに広汎性発達障害では 10 歳前後でてんかんを合併することが多いため、脳波の判読（てんかん性異常波）は治療に直結するのでこの時期に収得したい。子どもの知能検査である「WISC」、「K-ABC」による知能指数、群指数、下位検査項目プロフィールからの量的解釈から、心理・教育的配慮ができることが望まれる。

研修上級：神経発達を、遺伝子診断から高次脳機能評価までできることが求められる³⁾。精神症状を呈する身体疾患の遺伝子診断が遺伝カウンセリングと平行して実施できる。自閉性障害、ダウン症では姿勢維持、はいはい、歩行などのロコモーションが早期より異常を認めるため、移動運動の発達評価が早期療育への要件となる。模倣、アタッチメント、自己認識、他者認識、心の理論との関連が指摘されている共同注視の発達が評価できることで、子どもが他者の経験世界をいかに学習してきたかが理解でき早期発見・療育が可能となる。高次脳機能評価では、テストバッテリーが組めるようになる。知能、言語、認知機能、性格・人格検査、とくに認知機能検査では図 3 に示す前頭葉機能検査

の実施が、ADHDをはじめとした発達障害の診断とその治療評価に有用である⁴⁻⁶⁾。さらに、心理賦活時の SPECT、f-MRI、事象関連電位、脳波周波数解析、終夜睡眠ポリグラフなどの神経生理学的手法の取得が望まれる⁷⁻⁹⁾。

参考文献

- 1) Kanemura H, Aihara M, Aoki S, Araki T, Nakazawa S. Development of the prefrontal lobe in infants and children: a 3-D magnetic resonance volumetric study. *Brain Dev* 2003; 25: 195-199.
- 2) 相原正男 (2009): 子どもの脳の発達. 齊藤万比古編. 1. 子どもの心の診療入門東京: 中山書店, 東京, pp. 31-37.
- 3) 相原正男. 認知神経科学よりみた心の発達と前頭葉機能—発達障害を通して心を考える—. *小児科* 2006; 47: 335-345.
- 4) Aihara M, Aoyagi, Goldberg E, Nakazawa S. Age shifts frontal cortical control in a cognitive bias task from right to left: part I. neuropsychological study. *Brain Dev* 2003; 25: 555-559.
- 5) 相原正男. 高次脳機能障害としての発達障害. *発達障害医学の進歩* 2004; 16: 1-9.
- 6) 相原正男. 小児の前頭葉機能評価法. *認知神経科学* 2009; 11: 44-47.
- 7) 青柳閣郎、保坂裕美、反頭智子、下山 仁、加賀佳美、神谷裕子、杉田完爾、相原正男. EEG, ERP, SPECT, NIRS による前頭葉機能評価. *臨床脳波* 2009; 51: 491-498.
- 8) Goto Y, Hatakeyama K, Kitama T, Sato Y, Kanemura H, Aoyagi K, Sugita K, Aihara M. Saccade eye movements as a quantitative measure of frontostriatal network in children with ADHD. *Brain Dev* 2010; 32: 347-355.
- 9) Shimoyama H, Aihara M, Fukuyama H, Hashikawa K, Aoyagi K, Goldberg E, Nakazawa S. Context-dependent reasoning in a cognitive bias task: part II. SPECT activation study. *Brain Dev* 2004; 25: 37-42.

推薦図書

1. 鴨下重彦、二瓶健次、宮尾益知、桃井真理子、編 (2003): ベットサイドの小児神経の診かた. 南山堂、東京.
2. 永江誠司 (2006): 脳と発達の心理学. ブレーン出版、東京.
3. 富田和巳、加藤 敬、編 (2006): 多角的に診る発達障害. 診断と治療社、東京、2006.
4. 齊藤万比古、編 (2009): 子どもの心の診療入門. 中山書店、東京.
5. 久保田雅也、編 (2010): 小児科臨床ピクルス 19: ここまでわかった小児の発達. 中山書店、東京.
6. Fuster JM (1997): *The Prefrontal Cortex*, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven.

【前提】

1. 思春期とは、『自我同一性』の確立が重要な課題とされ、それに向けて試行錯誤する時期であり、新しい自己観(自己の定義づけ)をつくりあげるといふ、人生の中で重要な時期である。
2. 子どもが大人になる入り口が思春期である。子どもが大人になることは実に大変なことであるということを理解する。

【看護行為】

I. 子どもの両価性を受け止める

1. 子どもがべたべたと甘えてきたかと思えば無視したり反抗するといった言動に、いちいち反応することなく、おおらかに受け止める。
2. 子どもが甘えてきたときには、突き放すことなく、全てを受け入れるでもなく、ほどほどに関わる。
3. 子どもの行き過ぎた言動には毅然とした態度で接する。
4. 子どもの両価性に振り回されたとしても見捨てない。
5. 子どもが大人を選んで甘えたり、反抗したりする態度をとることの意味を理解し、看護師も自分の性格や傾向を知る。

II. 子どもの自立を促す

1. 子どもが距離をとっているときには、無理に関わろうとしない。
2. 自分の価値観、人生観を押し付けない。
3. 子どもの話をよく聴く。
4. 自己決定できるよう促す。
5. 悩みを取り除くのではなく、引き受けられるようにエンパワーメントする。
6. 子どもが自分の力で出来るようになったことは、大いにほめ、一緒に喜ぶ。

【行為の理由】

1. 思春期は、依存と自立の葛藤を抱える時期である。
2. 些細な失敗が驚くほどの挫折となることもある。

【行為の説明】

I. 子どもをおおらかに受け止め、ほどほどに関わるということ

1. 子どもが特定の看護師、とくに受け持ち看護師に甘えてくることはしばしばある。子どもの気持ちは受け止めつつ、甘えすぎることのないよう意識して関わる。
2. 子どもの甘えに対し寛大になり過ぎることで、甘えがエスカレートし、やがて看護師が抱えきれないときに突き放すことがあってはならない。
3. 日ごろ何かと反抗する子どもが甘えてきたときには、「いつもは態度悪いのに・・・」などと思わず、受け止める。
4. 看護師が忙しい時間帯に限って甘えを表出してくる子どもに対しては、「今、お話しできないけど、〇時ごろだったらお話しできるから、待っててくれる？」「他の子との約束があるからその後ね。」などと伝え、あえてその場で対応しないなど工夫する。

II. 子どもが大人を選ぶということ

1. 子どもの反応は子ども側だけの問題ではなく、対応する看護師との相互作用の中から生じる。子どもの過度な甘えや反抗、拒否、あるいは過剰適応が見られたとき、対応した看護師の方に問題はなかったか振り返ることも必要である。

III. 自分の人生観や価値観を押し付けないということ

1. 看護師が自分の経験から、「〇〇のほうがいい。」とアドバイスするのは危険である。「〇〇だと私は思うけど・・・」「こういう考え方もあるよ。」などと伝えるときには、私見として伝えるにとどめる。
2. 子どもが自分の思いや考えを語っているとき、現実離れしていたり、つたなかつたりしても、話の途中で訂正したり、否定したりせず、まずは子どもの話に耳を傾ける。「そんな考え方もあるんだ。」「そんな風に考えているんだね。」など子どもの意見に耳を傾けていることを言葉にして伝える。

IV. 子どもをエンパワーメントすること

1. 子どもが悩みを打ち明けてきたとき、悩みの程度をアセスメントする。具体的には、ただ話を聞いてもらいたいことなのか、一助あれば自分で解決できることなのか、すぐには解決できないことなのか、など子どもの能力と悩み事の双方からアセスメントする。
2. 一助あれば解決できることであった場合、すぐに解決策を示すのではなく、子どもが自己決定できるよう導く。具体的には、「どうしたらいいと思う？」「考えていることを思いつくまま全部挙げてみたら？」「どの案だったらできそう？」など質問することで、子どもが自分でどうしたらよいかを決める手伝いをする。
3. すぐに解決できないことは、子どもの思いや考えを聴いた上で、解決するには時間を要することを伝え、子どもが焦ったり、やけにならないようサポートする。逸脱行為や悪質ないじめに発展しそうなきは介入する必要があるが、友だちとのトラブルなど、退院しても遭遇しそうな事はできるだけ病棟内で経験した方がよい。
4. 子どもが看護師の助けを借りたとしても、最終的に自分で解決できた場合は、大いにほめ、一緒に喜ぶ。解決できなかったとしても、以前より進歩しているところを見出し、評価する。そのためにも日ごろから子どもをよく観察することが重要である。

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⁾ 宇佐美政英²⁾

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

2) 国立国際医療研究センター 国府台病院

研究要旨

今年度は福祉サイドから見た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、全国の児童相談所にアンケート調査を実施した。その結果、①「児童精神科医がいない」を主な理由として常勤も嘱託医も勤務していない児童相談所が全体の約5割に上る、②児童精神科医・精神科医が参加している要保護児童対策地域協議会は約1割にすぎない、③成人精神科との連携は約6割が困難さを感じており、その理由は「子どもの受診・入院を断られる」が多い、④全体の9割の児童相談所が入院可能な児童精神科医療機関を「地域に必ず必要」と答えており、福祉サイドからのニーズが極めて高い、⑤ネットワーク活動を展開するには、「行政・現場レベルの連携」「児童精神科医の増員」「中核医療機関の整備」を推進し、その上で「ケース会議」「要保護地域対策協議会を含めた多機関連携会議」をネットワーク活動の中核に据えていくことを重視している、などが明らかとなった。

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。

昨年度は、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かった。

今年度は、福祉サイドから見た児童精神科医療へのニーズ、ネットワークの現状と課題を明らかにする目的で、全国の児童相談所を対象に調査を行った。

B. 研究方法

1. 対象

全国の児童相談所 224 施設にアンケート調査を依頼し、有効回答の得られた 131 施設（有効回答率 59%）を調査対象とした。なお、設立母体は都道府県が 117 施設（89%）、政令指定都市が 12 施設（9%）、不明が 2 施設（2%）であった。

2. 方法

以下のような項目についてアンケート調査を行い、結果の集計とその分析を行った。

1) 担当圏域の児童精神科医療の現状および児童相談所における児童精神科医の勤務状況

2) 関係機関による地域連携会議の状況

①市町村要保護児童連絡協議会への児童精神科医・精神科医の出席状況

②その他の多機関連携会議の開催状況

3) 児童精神科・精神科医療機関との連携の現状

①ケース会議などの開催状況、②外来・入院治療が必要な子どもに対する医療機関の受け入れ状況、③地域における児童精神科医療機関の必要性、④成人精神科医療機関および児童精神科医療機関との連携の困難さ

4) 他のネットワーク活動の現状

5) 今後必要と考えるネットワーク活動

6) ネットワーク構築のために整備すべき条件

C. 研究結果

1. 担当圏域の児童精神科医療の現状および児童相談所における児童精神科医の勤務状況

1) 児童精神科医療の現状

地域に外来治療が可能な児童精神科医療機関が「ある」と回答したものは74施設（56%）と半数を超え、「ない」が56施設（43%）、「不明」が1施設（1%）であった（図1）。

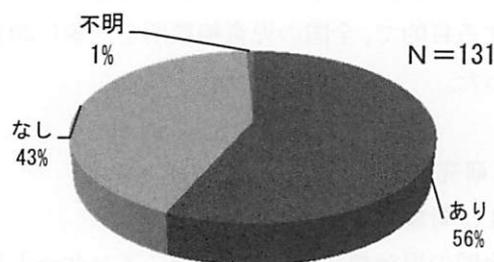


図1 通院可能な児童精神科医療機関

これに対し、地域に入院治療が可能な児童精神科医療機関が「ある」と回答したものは45施設

（34%）と低くなり、「ない」が85施設（65%）、「不明」が1施設（1%）であった（図2）。

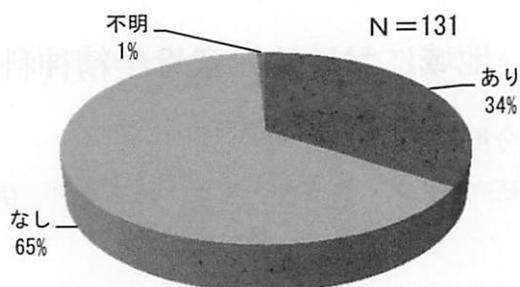


図2 入院可能な児童精神科医療機関

2) 児童相談所における児童精神科医の勤務状況

児童相談所における児童精神科医の勤務状況については、「常勤医が勤務している」が13施設（10%）、「嘱託医のみ勤務」が58施設（44%）、「どちらもいない」が60施設（46%）であった。（図3）。

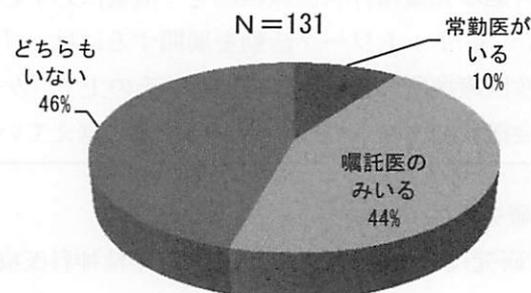


図3 児童精神科医の勤務状況

常勤医もしくは嘱託医が勤務していると答えた71施設に、児童精神科医の業務内容について質問したところ「相談ケースの子どもの診察」、「一時保護中の子どもの診察」、「相談ケースの保護者面談」などが多かった（表1）。また、その71施設に児童精神科医の勤務充足度を質問したところ、「充足している」がわずか1施設（1%）、「まあまあ充足している」も22施設（31%）で、「あまり充足していない」「不足している」を合わせると46施設（65%）となり、児童精神科医が勤務していてもその過半数はマンパワーが足りないと感じていた（図4）。さらに「あまり充足していない」「不足している」と回答した46施設

に、児童精神科医の勤務時間が増えた場合に依頼したい業務を質問したところ、9割以上が「相談ケースの診察」をあげ、以下「相談ケースのスーパーバイズ」「相談ケースの保護者面談」などが多かった（表2）。

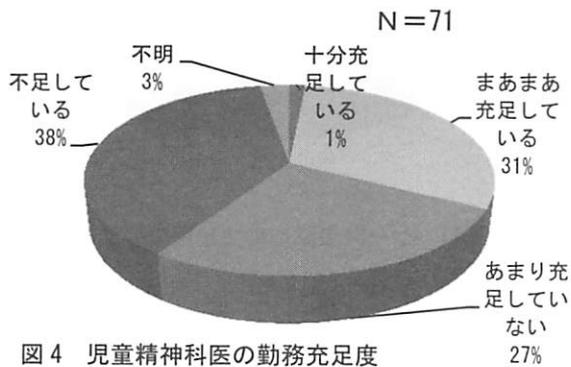


図4 児童精神科医の勤務充足度

児童相談所が勤務していないと回答した60施設に、児童精神科医の勤務の必要性について質問したところ、27施設（33%）が「絶対的に必要」と答え、「ある程度必要」37施設（62%）で、「あまり必要ない」「必要ない」と回答した施設はゼロであった（図5）。また、児童精神科医が勤務しない理由としては、「地域に児童精神科医がない」が42施設（70%）と多くを占めた（図6）。

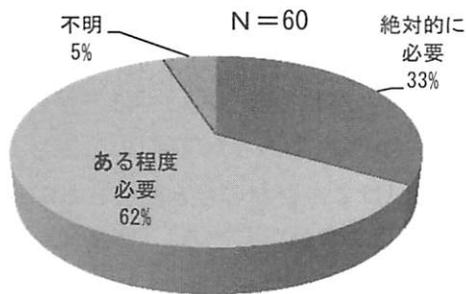


図5 児童精神科医の勤務の必要性

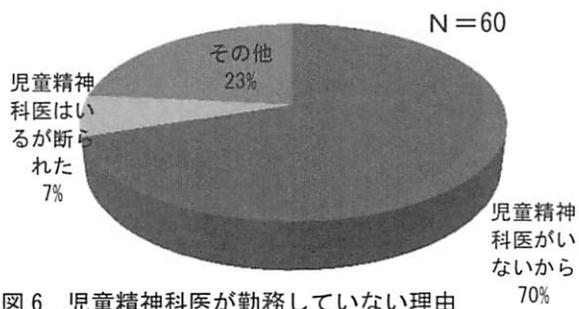


図6 児童精神科医が勤務していない理由

さらに児童精神科医が勤務していれば依頼したい業務としては、全ての児童相談所が「相談ケースの子どもの診察」を挙げていた（表3）。

2. 関係機関による地域連携会議の状況

1) 要保護児童対策地域協議会

「児童精神科医が出席している」「一般精神科医が出席している」はそれぞれわずか11施設（9%）、7施設（5%）に過ぎず、「どちらも出席していない」が109施設（83%）と大半を占めた（図7）。

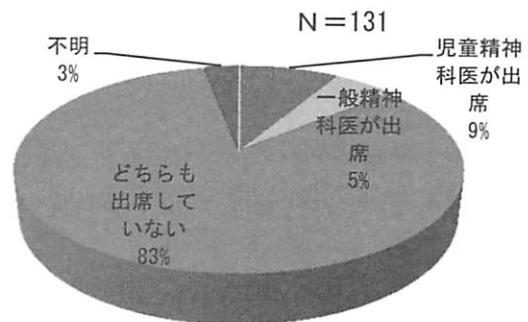


図7 要対協への精神科医の参加状況

また、「どちらも出席していない」と回答した109施設にその理由を質問したところ、「多忙なため要請していない・断られた」が50施設（46%）と最も多く、「その必要を感じていない」は16施設（15%）、児童精神科医がないが11施設（10%）であった（図8）。

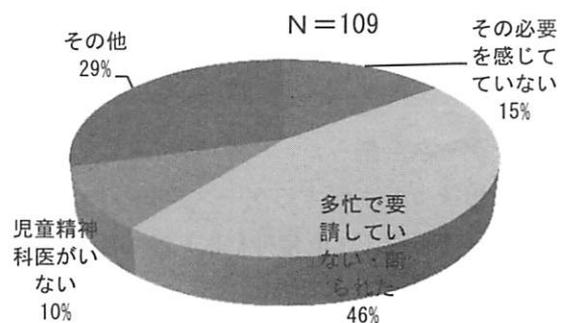


図8 精神科医が参加していない理由

2) その他の多機関連携会議

その他の多機関による連携会議を開催していると答えたのは49施設（38%）であった。また、その連携会議の児童精神科医・精神科医の出席状況は、「児童精神科医が出席している」「一般精神

科医が出席している」共に7施設（14%）で、「どちらも出席していない」が30施設（61%）であった（図9）。

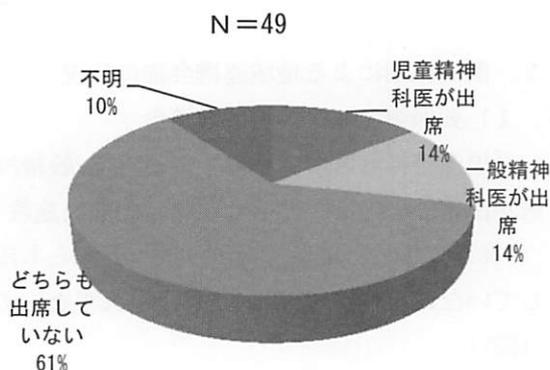


図9 連携会議への精神科医の出席状況

「どちらも出席していない」と回答した30施設にその理由を質問したところ、「必要は感じるが多忙なため要請していない」が13施設（43%）、「必要を感じない」が12施設（40%）とほぼ同数であった（図10）。

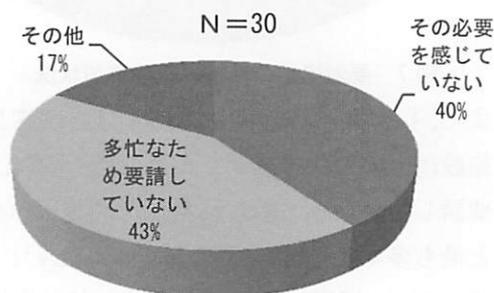


図10 精神科医が出席していない理由

3. 児童精神科・一般精神科医療機関との連携の現状

1) ケース会議

児童相談所が主催するケース会議への、主治医（一般精神科医・児童精神科医）参加要請の頻度は、「月1回以上」が5施設（4%）、「年に数回」57施設（44%）、「年に1回程度」が10施設（8%）、「要請していない」が55施設（42%）であった（図11）。また、「年に1回程度」「要請していない」と回答した65施設にその理由を尋ねたところ、「主治医が多忙なため要請していない」が38施設（58%）と最も多く、「必要を感じていない」は7施設（11%）であった（図12）。

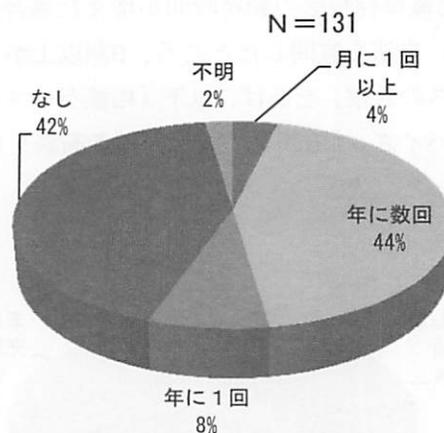


図11 ケース会議への主治医の参加要請

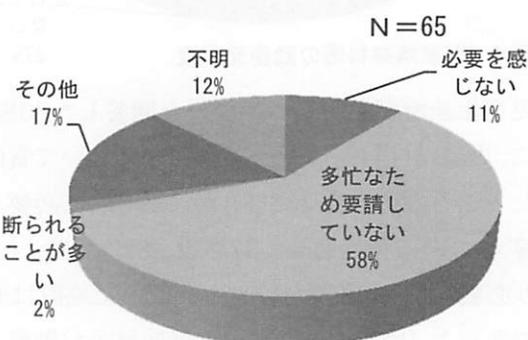


図12 ケース会議に要請しない理由

主治医が主催するケース会議への児童相談所職員の出席状況は、「月に1回以上」は1施設（1%）に過ぎず、「年に数回程度」が64施設（49%）、「年に1回程度」が11施設（8%）「ほとんどない」が52施設（40%）であった（図13）。また、「年に1回程度」「ほとんどない」と回答した63施設に不参加の利用を尋ねたところ、「要請がない」が45施設（79%）と大半を占めた（図14）。

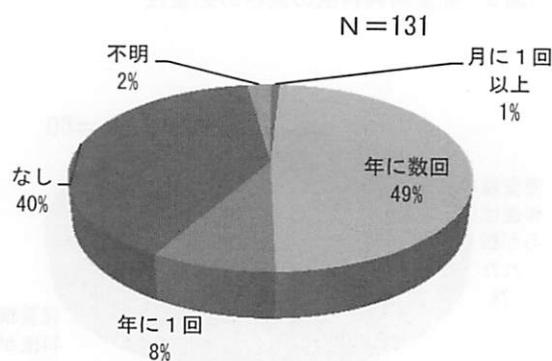


図13 主治医主催のケース会議への参加状況

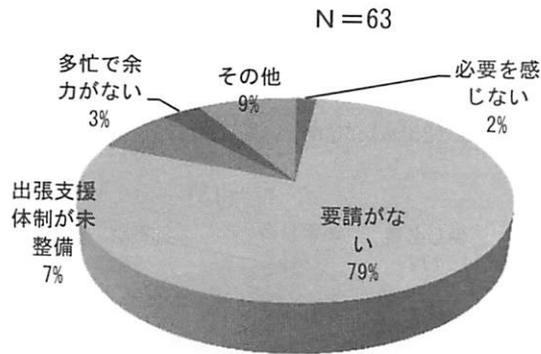


図14 ケース会議に不参加の理由

2) 外来治療・入院治療が必要な子どもに対する医療機関の受け入れ状況

①外来治療

児童精神科医療機関への受診依頼の頻度は、「月1回以上」が31施設（24%）で、「年に数回程度」が86施設（58%）、「なし」が22（17%）であった（図15）。「年1回程度」「なし」と回答した23施設に受診依頼をしない理由を尋ねたところ、「地域に児童精神科医療機関がないから」が15施設（65%）と最も多かった（表4）

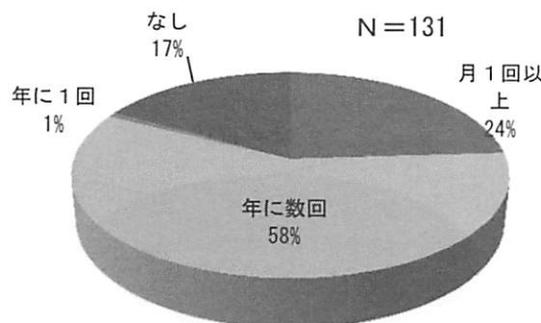


図15 児童精神科医療機関への診察依頼の頻度

入院が必要と考えられたケース数（1年間あたり）は「20人以上」は1施設（1%）「10～20人」は10施設（8%）、「5～10人」は47施設（36%）、「5人以下」が71施設（54%）であった（図16）。また、そのうち実際に入院に至ったケースの比率は、「75%以上」が21施設（16%）、「50～75%」が21施設（18%）、「25～50%」が17施設（13%）、「25%以下」が62施設（47%）であった（図17）。入院に至らなかった理由としては、「地域に児童精神科医療機関がなく、一般精神科医療機関への

入院について本人や保護者の抵抗が強かった」が39施設（33%）と最も多く、その他「地域に児童精神科医療機関はあるが、入院の適応ではないと断られた」、「地域に児童精神科医療機関はあるが、入院について本人や保護者の抵抗が強かった」、「地域に児童精神科医療機関がなく、一般精神科医療機関から子どもは診られないと断られた」などが多かった（表5）。入院に至らなかったケースのその後の処遇としては「在宅のままフォローした」が71%と最も多く、その他は「一時保護」（23%）、「情緒障害児短期治療施設に入所」（12%）、「児童自立支援施設に入所」（10%）などであった（複数回答、表6）。

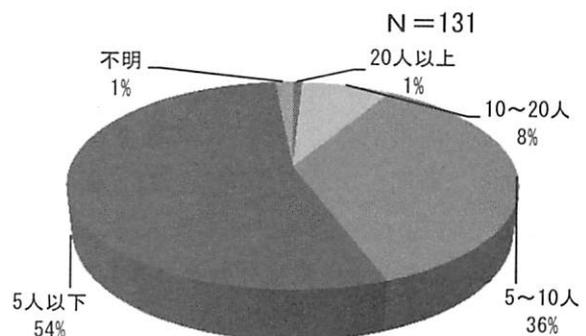


図16 入院が必要と考えられたケース数（年間）

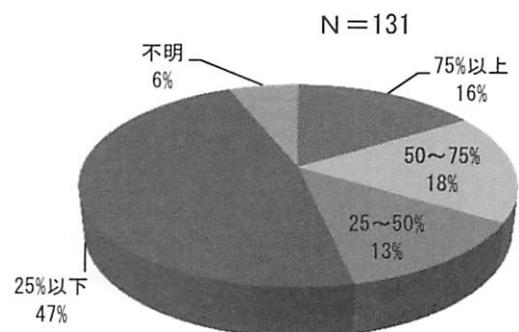


図17 入院に至ったケースの比率

3) 一般精神科医療機関および児童精神科医療機関との連携の困難さ

一般精神科医療機関との連携の困難さについて、82施設（62%）が「困難さを感じている」と回答した（図18）。困難と感じる理由については「子どもの受診を断られることが多い」が45施設（55%）と最も多く、その他「子どもの入院を断

られることが多い」が40施設(49%)、「受診に対して保護者の抵抗感が強い」が30施設(37%)、「成人対象のため子どもの診断・治療に不安がある」が29施設(35%)などであった(複数回答、表7)。

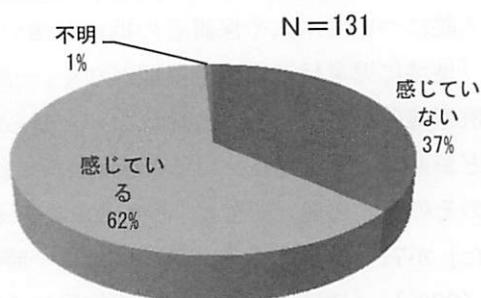


図18 一般精神科医療機関との連携の困難さ

児童精神科医療機関との連携の困難さについては100施設(76%)が「困難さを感じている」と回答した(図19)。困難と感じる理由については、「地域に児童精神科医療機関がない」が54施設(54%)と最も多く、以下「待機患者が多く、受診までに時間がかかる」が47施設(47%)、「病棟がなかなか空かないため、すぐに入院できない」が23施設(23%)、「児童精神科医が多忙で病状等を問い合わせにくい」が12施設(12%)など、児童精神科医療の多忙さを挙げるものが多かった(複数回答、表8)。

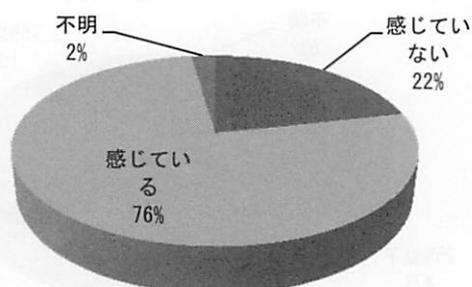


図19 児童精神科医療機関との連携の困難さ

4. 地域における児童精神科医療機関の必要性
クリニックなど外来診療を行う児童精神科医療機関の必要性について、107施設(81%)が「必ず必要」と答えていた(図20)。また、児童精神科専門病棟など、子どもが入院できる病棟のある児童精神科医療機関については、118施設(90%)が「必ず必要」と応えていた(図21)。さらに入

院可能な医療機関が必要な行政単位については、「児童相談所の管轄地域に一つ」90施設(69%)と最も多く、「都道府県及び政令指定都市に一つ」が33施設(25%)であった(図22)。

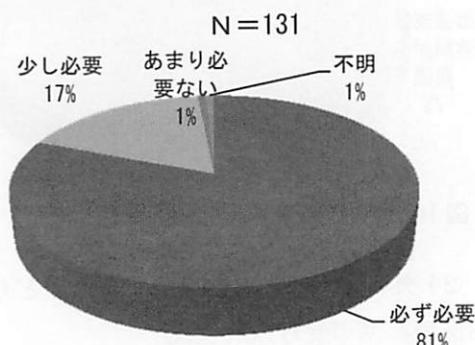


図20 外来診療を行う児童精神科医療機関の必要性

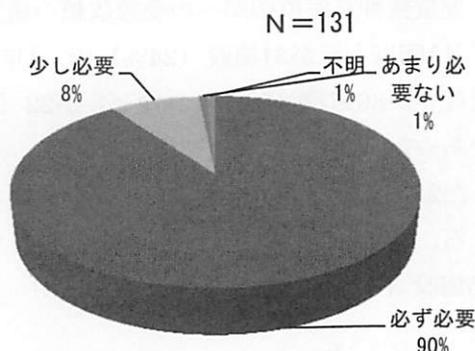


図21 入院可能な児童精神科医療機関の必要性

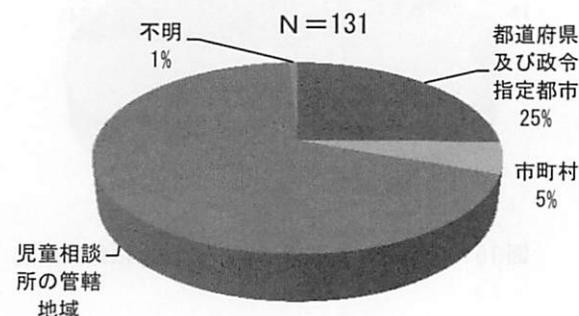


図22 入院可能な医療機関が必要な行政単位

5. 他のネットワーク活動の現状

他機関連携会議の他、地域で児童精神科医も参加して開催されているネットワーク活動では、「講義を中心とした研修会」が30施設(23%)、「症例検討会」が28施設(21%)、「児童精神科医によるスーパーバイズ」が21施設(16%)などであった(表9)。

5. 今後必要と考えるネットワーク活動

地域の関係機関の連携のために、今後必要と考えている活動については、「要保護児童地域対策協議会や多機関連携会議の充実」が93施設(71%)が最も多く、以下「ケース会議の充実」が89施設(68%)、「症例検討会」が50施設(41%)、「研修会・講演会」が41施設(30%)などであった(表10)。

6. 地域のネットワーク構築のために整備すべき条件

地域のネットワークを構築していくために整備されなければならない条件としては、「医療・福祉・教育などを所轄する行政レベルの連携」が97施設(74%)と最も多く、以下、「現場レベルの連携」92施設(69%)、「児童精神科医の増員」89施設(68%)、「児童精神科入院施設の整備」80施設(61%)などであった(表11)。

D. 考察

1. 児童相談所における児童精神科医の業務

常勤の児童精神科医がいる児童相談所は10%、嘱託医がいる児童相談所は44%で、これらのうち約7割の児童相談所が児童精神科医のさらなる充足を求めている。児童精神科医が業務に関与していない児童相談所(46%)の9割以上が児童精神科医の勤務を必要と考えていた。それにもかかわらず、児童精神科医が勤務していない理由として「地域に児童精神科医がいない」が7割を占めていた。以上のことから、子どもの診察や保護者の相談、スーパーバイズなど、児童相談所での業務に関して児童精神科医へのニーズが高く、医療側がこれに応えるだけのマンパワーが提供できていないことが明らかとなった。したがって、今後、児童精神科医の常勤化や嘱託医の勤務時間の増加などの福祉サイドの制度上の対策と同時に、児童精神科医の育成や嘱託医の重要性の周知など医療サイドの対策が必要と考えられる。

2. 多機関による連携会議

要保護児童対策地域協議会に児童精神科医・精神科医が参加しているのは14%、その他の連携会議に集積しているのは29%に過ぎず、その理由としては「必要と感じているが、医師が多忙なため要請していない」が最も多かった。

昨年度の医療サイドのアンケート調査でも、不参加の理由として、「地域から要請がない」(52%)、「多忙で出席できない」(17%)などが多かった。以上のことから、要保護児童対策地域協議会を含む多機関連携会議には、児童精神科医へのニーズがありながらも、その多忙さから、要請していない(地域によっては児童精神科医がいないため要請できない)ことが明らかとなった。ここでも、児童精神科医のマンパワー不足、業務過多の改善策の必要性が浮き彫りになった。

3. ケース会議、児童相談所と精神科医療機関との連携

1) ケース会議

児童相談所が主催するケース会議に主治医が参加していない割合は42%で、その理由として「必要は感じているが、主治医が多忙なので要請していない」が過半数を占めていた。また、主治医が開催するケース会議には40%が「一度も参加していない」と答えており、その理由として「要請がない」が大半を占めていた。

昨年度の結果も考慮すると、福祉サイドでは児童精神科医の多忙さからケース会議を要請していない、医療サイドからは、多忙さから他機関とのケース会議が十分に開催できていない可能性が示唆された。医療サイドも福祉サイドもケース会議の重要性について認識していることは、他の質問への回答からも明らかであり、ケース会議開催のための環境作りの重要性が示唆された。

2) 福祉サイドから見た精神科医療機関との連携のしにくさ

一般精神科との連携は62%が困難さを感じており、その理由としては、「子どもの受診・入院を断られる」という課題を挙げた児童相談所が多

かった。その他、「保護者の抵抗感」や「診断・治療への不安」などを挙げていた。一方児童精神科との連携は76%が困難さを感じたが、その理由は一般精神科医療機関とは大きく異なり、「地域に児童精神科医療機関がない」「待機患者が多い」「空床がない」など、児童精神科医の不在・多忙さを挙げた児童相談所が多かった。

児童精神科医不足が速やかに改善することは困難であり、地域の児童精神科医療やネットワーク活動の担い手として、いわゆる「子どもも診れる一般精神科医・精神科医療機関」を増やしていくことが喫緊の課題と考えられた。

4. 児童精神科医療へのニーズ

児童相談所の8割が、地域に外来診療を行う児童精神科医療機関が「必ず必要」と応えていた。入院可能な児童精神科医療機関に至っては、9割が「地域に必ず必要」と答えていた。さらに約7割が児童相談所管轄区域に一つ入院医療機関があることが望ましいと答えていた。

以上、福祉サイドからの児童精神科医療、特に入院可能な医療機関へのニーズが極めて高いことが明らかとなった。

しかし、我が国では現在、児童精神科専門病棟・専用病床のある都道府県は25程度にとどまっているのが現状である。このことを踏まえると、まず、児童精神科専門病棟・専用病床を持つ医療機関が、各都道府県に最低一つは整備されることが現実的な目標と考えられる。地域に中核医療機関が整備され、児童精神科の育成やアウトリーチ活動を積極的に展開することで、マンパワー不足の解消やネットワーク活動の充実に寄与すると考えられる。

5. ネットワーク活動の課題と展望

関係機関の連携のために必要と考える活動について、「要保護児童地域対策協議会を含めた多機関連携会議の充実」「ケース会議の充実」を多く挙げていた。

ネットワーク整備の条件として、6割以上が、

「行政・現場レベルの連携」「児童精神科医の増員」「入院施設の整備」をあげていた。

医療サイドの調査結果も踏まえると、ネットワーク活動を展開するにはまず、「行政・現場レベルの連携」「児童精神科医の増員」「入院施設の整備」を推進し、その上で「ケース会議」「要保護地域対策協議会を含めた多機関連携会議」をネットワーク活動の中核に据えていくことが重要であると考えられた。

E. 結論

全国の児童相談所を対象とした調査から、担当圏域における児童精神科医療機関の未整備、児童相談所の嘱託医不足、要保護児童地域対策協議会への児童精神科医の出席率の低さ、児童精神科医療機関の待機患者の多さなど、児童精神科医のマンパワー不足・多忙さが明らかとなった。そしてこのことがネットワーク活動を停滞させている大きな要因であることが示唆された。また、一般精神科医療機関との連携は「子どもの受診を断られる」などを理由に連携しにくさを感じていることも明らかとなった。また殆どの児童相談所が、地域に児童精神科専門病棟や専用病床など入院可能な児童精神科医療機関を「必ず必要」と考えていた。以上のことから、ネットワーク構築には、「入院可能な児童精神科医療機関の整備」「児童精神科医の育成」「子どもも診れる一般精神科医の育成」などが医療サイドの前提条件であると福祉サイドが捉えていることが明らかとなった。さらに「行政および現場レベルの連携」を推進し、「ケース会議」「要保護を含めた多機関連携会議」をネットワーク活動の中核に据えていくことが重要であることが示唆された。

今後、昨年度実施した医療サイドの調査結果と詳細に比較しながら、児童青年精神科医療ネットワーク構築のために必要な整備、実施すべき児童青年精神科医療ネットワーク活動のあり方について検討していく必要がある。

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

山崎透、石垣ちぐさ、大石聡他：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．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 年度報告書

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
齊藤万比古、 宮崎央桂	思春期・青年期の特徴・症状	小野次朗, 小枝達也 (編)	ADHDの理解と援助	ミネルヴァ書房	京都	2011年8月	pp57-62
齊藤万比古	ADHD治療教育の今後の展望	小野次朗, 小枝達也 (編)	ADHDの理解と援助	ミネルヴァ書房	京都	2011年8月	pp211-215
齊藤万比古 (編著)			子どもの心の診療シリーズ6 子どもの人格発達障害	中山書店	東京	2011	
齊藤万比古 (編著)			発達障害が引き起こす不登校へのケアとサポート	学研教育出版	東京	2011	
飯田順三	ADHDの薬物療法	松下正明総編集	ADHDの薬物療法. 精神医学キーワード事典	中山書店	東京	2011	pp644-646
飯田順三	発達障害児の人格発達の可能性と限界	齊藤万比古総編集	子どもの心の診療シリーズ6 子どもの人格発達障害	中山書店	東京	2011	pp115-134
太田豊作、 飯田順三	薬物療法	青木省三編集	専門医のための精神科臨床 リュミエール23成人期の広汎性発達障害	中山書店	東京	2011	pp243-251
金生由紀子	チック症候群		精神科研修ノート			2011.6	pp463-465
金生由紀子	トゥレット障害の強迫性	松下正明総編集	精神医学キーワード事典	中山書店	東京	2011.7	pp41-43
金生由紀子	2.子どもの強迫性の展開と人格形成	齊藤万比古総編集	子どもの心の診療シリーズ6 子どもの人格発達障害	中山書店	東京	2011.9	pp152-169
魚岡智美	人格発達の阻害要因としての虐待	齊藤万比古, 笠原麻里編	子どもの人格発達障害	中山書店	東京	2011	p53-66
魚岡智美	子どものPTSDと薬物療法	藤森和美・前田正治編	大災害と子どものストレス	誠信書房	東京	2011	p50-52
魚岡智美	子どものPTSDの治療	飛鳥井望編	新しい診断と治療のABC70(最新医学別冊) 心的外傷後ストレス障害(PTSD)	最新医学社		2011	p200-207
榎屋二郎	外在化障害の展開と人格発達	齊藤万比古, 笠原麻里編	子どもの心の診療シリーズ6 子どもの人格発達障害	中山書店	東京	2011	p216-240
榎屋二郎	少年の性加害修正プログラム	松下正明総編集	精神医学キーワード事典	中山書店	東京	2011	p743-744

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
永田真由, 齋藤万比古	思春期の子どもを持つ家族への助言	小児内科	43(5)	935-938	2011
齋藤万比古	不登校・ひきこもりから見る現代のアドレッセンス	精神科治療学	26(6)	727-733	2011
太田豊作 飯田頌三	子どもの発達障害とその周辺の問題	小児科臨床	64巻5号	881-887	2011
飯田頌三 太田豊作	統合失調症と広汎性発達障害の鑑別および併存について	精神科診断学	4巻1号	91-96	2011
澤田将幸 飯田頌三 根来秀樹 太田豊作 岸本年史	発達障害の事象関連電位とNIRS	児童青年精神医学とその近接領域	52巻4号	417-420	2011
太田豊作 飯田頌三 岸本年史	成人の広汎性発達障害における補助診断ツールの意義	精神神経学雑誌	113巻11号	1137-1144	2011
金生由紀子	子どものチックとこだわり	小児科	52(4)	477-485	2011
金生由紀子	精神疾患の診断と治療Update 3.強迫性障害	小児科臨床	64(5)	21-28	2011
金生由紀子	強迫症状・こだわり (強迫性障害)	精神科臨床サービス	11(2)	243-247	2011
金生由紀子	トゥレット症候群を中心にmotoric強迫スペクトラム障害の捉え方・概念について	Bulletin of D&A	9(1)	6-8	2011.5
金生由紀子	併存症状-チック、トゥレット、発達性協調運動障害	別冊発達31 『ADHDの理解と援助』		69-75	2011.8
金生由紀子	トゥレット障害と強迫性障害との関連	精神科診断学	4(1)	86-90	2011.8
魚岡智美	心的外傷関連障害	小児科臨床	Vol.64.No.5	889-896	2011
魚岡智美, 元村直靖, 瀧野揚三, 岩切昌宏, 野坂祐子, 加藤寛, 平山照美, 兼平高子, 住田佑子, 安部紫	子どものトラウマへの標準的診療に関する研究. (「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: 奥山真紀子)	平成22年度厚生労働科学研究(成育疾患克服等次世代育成基盤研究)報告書		p235-237	2011
魚岡智美	虐待されている? [児童虐待]	こころの科学増刊		p34-39	2011
加藤寛, 岩井圭司, 魚岡智美, 小西聖子, 廣常秀人, 藤森和美	東日本大震災における日本トラウマティック・ストレス学会が果たすべき役割について	Japanese Journal of Traumatic Stress	Vol9. No2	117-119	2011
齋藤卓弥	子どもの気分障害	小児科臨床(0021-518X)	64巻5号	Page845-852	
宇佐美政英, 齋藤万比古, 傳田健三, 齋藤卓弥, 岡田俊, 松本英夫, 山田佐登留	児童・青年期におけるSSRI/SNRIの使用実態と安全性に関する全国調査	児童青年精神医学とその近接領域	52巻1号	Page21-35	2011.02
藤田純一, 西田敦志, 高橋雄一, 新井卓, 伊藤弘人, 岡崎祐士	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	53	891-897	2011
新井卓	統合失調症を中心とする精神病性障害の診断と治療-前駆状態と初回エピソード精神病を中心に-	小児科臨床	64	864-869	2011
藤田純一, 新井卓, 高橋雄一, 河野美帆, 黒江美穂子, 豊原公司, 庄紀子, 南達哉, 齋藤万比古	児童青年精神科領域の精神病性障害に対する診断・支援に関する意識調査~児童青年期の統合失調症を中心とする精神病性障害の診断・治療の標準化にむけて~、(現在投稿中)	児童青年精神医学とその近接領域			
渡部京太	発達障害/発達特性から見えてくる臨床の工夫 併存する精神症状や精神的な状態像に応じた治療・支援 反応性の不安や抑うつ	精神科臨床サービス	11	234-237	2011
渡部京太	精神疾患の診断と治療Update 5. 不安障害-不登校・ひきこもりとの関連を中心に-	小児科診療	64(5)	871-879	2011.5
渡部京太	集団精神療法を通じた若手精神科医への力助的精神療法の教育	青年期精神療法	8(1)	36-42	2011
渡部京太	広汎性発達障害と素行障害	児童青年精神医学とその近接領域	52(2)	114-127	2011
渡部京太, 他	児童・思春期の集団療法を考える-国府台病院児童精神科の取り組み	集団精神療法	27(2)	287-293	2011
榎屋二郎	発達障害を抱えた非行少年への少年院における矯正の実際~性加害矯正などを中心に~	児童青年精神医学とその近接領域	52	522-526	2011
久島周, 岡田俊, 尾崎紀夫	発達期精神障害: 発達障害を中心に	Brain and Nerve	64(2)	139-147	2012
岡田俊	小児期精神疾患における強迫性・衝動性と薬物療法 広汎性発達障害との関連を中心に	臨床精神薬理	14巻4号	599-605	2011
岡田俊	小児期精神疾患と強迫スペクトラム	精神神経学雑誌	113(10)	992-998	2011
小平雅基	児童思春期精神医療において「家族療法的な視点」を持つ意義について	精神療法	37(6)	684-687	2011
黒木俊秀, 瀬口康昌, 宮下聡, 小平雅基ほか	小児・思春期うつ病の治療ガイドライン-英国と北米における現況-	臨床精神医学	40	1203-1212	2011

IV. 研究成果の別刷

統合失調症と広汎性発達障害の鑑別および併存について

飯田 順三¹⁾ 太田 豊作²⁾

要 旨：アスペルガー障害の概念が浸透するに従い発達障害の概念が拡大し、一旦解決されたかにもえた発達障害と統合失調症の鑑別の問題が再び浮上してきた。近年統合失調症の病前徴候として会話/言語の障害、運動機能障害、注意機能障害、社会機能障害、認知障害などが挙げられこれらはまさに広汎性発達障害の症状でもあり事態を複雑にしている。しかし症状を丁寧にみると、広汎性発達障害の妄想は生育歴上のこだわり史であり、状況の変化で急激に症状が軽快することがある。また自我の視点からも統合失調症では健常者と同様に間主観性の形成と関連しながら自我が成立しているが、広汎性発達障害では間主観性が未形成であるために健常者とは異なった異質な自我が形成されると考えられる。また鑑別の補助的手段として自閉性スペクトル指数(AQ-J)や日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度(PARS)やJapanese Adult Reading Test(JART)が有効である。

Key words : schizophrenia, pervasive developmental disorder, differentiation, comorbidity

I 統合失調症と広汎性発達障害の概念の変遷

子どもの統合失調症の概念はこれまで非常な混乱を体験しており、時代によってその意味するものがかなり異なっている。1911年にBleulerが早発性痴呆を統合失調症として概念化しなおした際に、5%は児童期に発症するとしているが、症状論的には成人期発症例と特に差異を見出していない。児童期発症統合失調症概念を最も混乱させたのは、1943年にKanner (1943)によって提唱された早期幼児自閉症概念である。Kannerは早期幼児自閉症を児童期発症統合失調症症状が最も早期に出現したものと考えてもよいかもしれないと述べ、自閉症と統合失調症の異同が議論となり、混乱が続いた。しかし1960年代後半になり、Rutter (1968)は自閉症の言語認知障害説を唱え、自閉症が統合失調症とは異なる病態であることを主張し

た。さらにKolvin (1971) は発症年齢の違いから両者は別の病態であることを示唆した。こうした研究に基づき1980年に発表されたDSM-IIIにて、自閉症は発達障害と定義され統合失調症とは明確に区別されることとなった。

このように一旦問題は解決されたかにもえたが、近年アスペルガー症候群が脚光を浴びるに従ってこの問題は再び浮上することとなった。これまでは自閉症といえばKanner型の自閉症、いわゆる自閉症の中核群しか念頭になかったのであるが、1994年に発表されたDSM-IVで初めてアスペルガー障害が登場した。このアスペルガー障害という概念が飛躍的に発達障害の概念を拡大することとなった。これまでは違和感を覚えながらも統合失調症としていた症例を発達障害の視点で捉えなおすと見事にアスペルガー障害に合致する症例に遭遇する機会が増加してきたのである。

しかしそうすると今度は逆にアスペルガー障害

の過剰診断の可能性が出現してきた。乳幼児期における発達上の問題が認められることが発達障害と診断する大前提であるが、アスペルガー障害のような場合には乳幼児期には行動上の問題が目立たず、思春期以後になって問題化してくることが多い。そのため乳幼児期の詳細な情報が得られず、現在の症状のみで診断することとなる。縦断的な視点を持っていないために、発達障害であれば乳幼児期からの問題であり、統合失調症であればある時点から発病するというきわめて明解な鑑別方法を用いることが困難となっている。そこで広汎性発達障害と統合失調症の関連性や鑑別について精神病理学的、生物学的の両面から検討してみる。

II 広汎性発達障害の症状と児童期発症統合失調症の病前徴候

近年、児童期発症統合失調症の病前徴候としてさまざまな症状が取り上げられている。Remschmidt (2002) は病前兆候として神経学的ソフトサインや会話/言語の障害そして認知障害がみられると報告している。Nicolsonら (2000) は会話/言語の障害に加えて男児では運動機能障害を挙げている。Silverstein, Mavroleftheros, and Turnbull (2003) は病前徴候として注意機能障害を取り上げ、Reichenbergら (2006) は低い知能指数 (IQ) をそしてMonte, Goulding, and Compton (2008) は学業成績の悪化を挙げている。また会話/言語の障害や読字障害、書字障害に加えさらに社会機能障害を取り上げている報告 (Vourdas, Pipe, Corrigall, & Frangou, 2003) もみられる。しかしこれらの多くはまさに広汎性発達障害の症状でもある。つまり児童期発症統合失調症の病前徴候は広汎性発達障害の症状でもあるのである。

そこで児童期発症統合失調症の発症前に存在する広汎性発達障害の症状が特殊な児童期発症統合失調症のリスク要因となるかを明らかにするために、NIMH研究の一環として全米規模でリクルートした症例が調べられた。Spornら (2004) は75名の児童期発症統合失調症のうち19名 (25%) が過去

に広汎性発達障害 (自閉症1名、アスペルガー障害2名、特定不能の広汎性発達障害16名) の診断を受けていたことを見出し、広汎性発達障害併存群と非併存群を比較した。その結果、発症年齢、IQ、薬物の反応性、家族負因、脳容量、候補遺伝子群では有意差はみられなかった。つまり児童期発症統合失調症の病前の広汎性発達障害の症状は児童期発症統合失調症発症のリスク要因として付加的に作用するという仮説は否定され、重篤な早期の神経発達障害を反映する非特異的なマーカーであると結論づけられた。

このように児童期発症統合失調症の乳幼児期の早期徴候に注目すると広汎性発達障害と症状が重なる部分がみられる。DSM-IVでは過去に広汎性発達障害の診断があっても1ヵ月以上著明な幻覚や妄想があれば統合失調症を追加診断できる。しかし一般的に広汎性発達障害に統合失調症が併存するのは2～3%程度であろうとされている。安易に併存症例とせず丁寧に観察して鑑別する必要があるであろう。そのためには今後乳幼児期の神経発達障害について精査し、特に模倣や共同注意などについて差異を検討しなければならない。また脳画像研究や遺伝子研究を進めることも重要である。さらに診断があいまいになり、さまざまなものが混在してきた特定不能の広汎性発達障害群についての研究も必要となるであろう。

III 広汎性発達障害と統合失調症との関連性と鑑別

1) 思春期の広汎性発達障害の特徴

広汎性発達障害児も心の理論を通過すると、他人との違いに気づくようになり他者からみた自分という観点が成立する。そうなるとこれまでのいじめ体験も重なり、被害的に考えることが多くなり、被害関係念慮から妄想にまで発展することもある。また自閉的ファンタジーへの没頭により独語や空笑がみられることもあり、こだわりが強迫症状類似の形を呈するようになる。さらに解離症状を呈したり、過去の記憶が鮮明に想起されバ

ニック症状を呈するタイムスリップ現象が妄想と混同されることもある。平山ら(2006)の報告によると青年期以降の広汎性発達障害の初診時に認められた症状として、抑うつ状態、不安・焦燥感、パニック発作、ひきこもり、睡眠障害などがみられ、幻覚や妄想も18.4%に認められた。つまり思春期以降の広汎性発達障害では統合失調症様症状が多くみられるのである。しかし広汎性発達障害に統合失調症が併存する頻度は概ね2～3%であり、広汎性発達障害の呈する幻覚や妄想はストレスに対する一過性、反応性の精神病状態と考えられる。

2) 広汎性発達障害と統合失調症の鑑別

1. 症状による鑑別

A. 妄想による差異

石井(2004)は広汎性発達障害の妄想が統合失調症の妄想と異なる点として①着想は発病という文脈で捉えるよりもむしろ、生育歴上のこだわり史とも云える遍歴の延長線上にある。②広汎性発達障害の人にしばしばみられる相対的な価値判断の困難さや思考の柔軟さの不足による。③奇妙な着想と思い込みに基づく習慣をさしたる契機もなく唐突に放棄すると述べている。つまり広汎性発達障害における妄想は生育史を通して認められ、状況依存的で体系化せず、一過性であり、状況の変化で急激に症状が軽快することがある。薬物療法への反応は少量で著効する場合と効果が感じられない場合とに分かれる。

B. 間主観性による差異

自我の差異によって鑑別することもできる。広沢ら(2008)によると統合失調症の場合自我の成立不全を核とする自我障害であり、その際の自我とはいわゆる健常者のもつ自我構造を基本に考えられるものである。一方広汎性発達障害は自我そのものが健常者や統合失調症患者の発達とは、そもそも異なった経過を辿っており、健常者とは異質な自我であると考えられる。つまり統合失調症患者では健常者と同じように間主観性の形成と関連しながら自我が成立していくが、広汎性発達障害

患者では間主観性とは別様の自我構造を形成していくと推測される。間主観性とは自分に意図、感情など「心」があり、それを他者の「心」と共有できたり、他者の「心」をたよりに行動できたりすることである。乳児は早期から親が自分に関心を向けているかどうかを敏感に察知する能力を持っており、この相手の感じている世界を察知することが間主観性である。統合失調症ではこの間主観性の形成と関連しながら自我が形成されるが、広汎性発達障害では間主観性が未発達のまま自我が形成される。この異質な自我のために広汎性発達障害では、作為体験、思考伝播、思考吹入、自我漏洩体験などの自我障害はまれである。

関係性という観点から鑑別すると統合失調症は関係性を恐れ、広汎性発達障害は関係性に無頓着であるといえるかもしれない。これは自我の形成と無関係ではない。間主観性の形成と密接に関わりながら自我の形成不全となる統合失調症では他者の侵入を恐れるため関係性を恐れる。しかし間主観性が形成されずに異質な自我構造をもつ広汎性発達障害では他者との関係に無頓着である。広汎性発達障害が他者の関与を拒絶するのは自分の思いどおりにしたいためである。あるいは感覚過敏なために過剰な刺激が頭に入ると混乱するために刺激を避けようとして他者を避けるのである。

2. 評価尺度による鑑別

A. 自閉性スペクトル指数日本版

(Autism-Spectrum Quotient : AQ-J)

英国のBaron-Cohen, Wheelwright, and Skinner(2001)によって開発された50項目からなる正常知能成人を対象とした自記式質問票であり高機能広汎性発達障害のスクリーニング尺度としての機能がある。栗田ら(2003)により日本版の信頼性と妥当性も検討されており、高機能広汎性発達障害のカットオフは32点とされている。本尺度は成人での自閉性を測定する尺度として有用であり、人格と発達障害の関連を解明する尺度としても期待されている。

著者らは18歳以上の外来通院患者82名(広汎性発達障害20名、注意欠如多動性障害3名、非発達

障害59名)を対象としてAQ-Jを施行したところ、広汎性発達障害患者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、その偽陽性は統合失調症6名、パーソナリティ障害4名、適応障害2名、不安障害2名などであった。感度は0.95、特異度は0.71でありAQ-Jが補助診断の有用なツールとなる可能性が示唆された。

B. 日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度 (Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale : PARS)

幼児期から成人期のいずれの年齢段階でも対応可能で、あらゆる認知発達水準のPDD者の行動を捉え得る尺度である。専門医以外の臨床家がスクリーニングとして用いることができる。神尾ら(2006)により思春期から成人期を対象にした場合の信頼性と妥当性が検証されている。57項目から成り、幼児期項目のカットオフは10点で、思春期成人期項目のカットオフは20点とされている。この広汎性発達障害思春期成人期尺度はスクリーニングツールとして、また総合的な支援計画立案の基礎資料として有用である。

著者らは18歳以上の外来通院患者82名(広汎性発達障害20名、注意欠如多動性障害3名、非発達障害59名)を対象としてPARSを施行したところ、広汎性発達障害患者20名中12名が陽性であった。偽陰性は特定不能の広汎性発達障害5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3名、パーソナリティ障害3名などであった。感度は0.60で特異度は0.68であり、開発時より低値であった。この要因として高機能群が多かったことや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。また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の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。開発時とは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。

C. Japanese Adult Reading Test (JART)

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(Nelson, 1982)。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。また認知症だけでなくさまざまな精神疾患患者を対象に病前IQの推定に広く用いられているテストである。

近年、日本語版NART (JART)が松岡ら(2002)により軽度認知症患者を用いて標準化された。これは漢字2~3文字からなる単語100語の読みテストであり、日本人患者においても病前IQが測定可能となった。そこで植月ら(2006)は統合失調症は発病後に知的機能が減弱することが指摘されていることから統合失調症発病前IQを推定する尺度としてJARTを使用した。その結果、健常群では現在の知能を測定するWAIS-R-IQとJART-IQの間に差はなかったのに対し、統合失調症患者においてはJART-IQがWAIS-R-IQよりも有意に高かった。このことからJARTは統合失調症患者の病前IQを推定できることが示唆された。

今回著者らは広汎性発達障害は経年後もIQが低下しないと考えられていることを利用して、JART-IQとWAIS-R-IQを同時に測定することで、統合失調症と広汎性発達障害の鑑別に利用できるのではないかと考えた。つまり統合失調症ではJART-IQ>WAIS-R-IQで、広汎性発達障害ではJART-IQ=WAIS-R-IQであるという仮説を立てた。

性別、年齢、GAF、JART-IQについて統合失調症群16名と広汎性発達障害群16名をマッチさせて比較検討した。その結果、疾患(統合失調症群、広汎性発達障害群)と検査別IQ(JART-IQ、WAIS-R-IQ)の交互作用が有意($p=0.003$)であった。統合失調症群、広汎性発達障害群ともにWAIS-R-IQがJART-IQよりも有意に低下したが、統合失調症群の方がその低下は大きいことが示された。この結果からJART-IQとWAIS-R-IQの測定が統

合失調症と広汎性発達障害を鑑別する一助となる可能性が示唆された。今後さらに対象数を増やして、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について検討していく必要がある。

3. 脳画像研究による差異の検討

脳画像所見による広汎性発達障害と統合失調症の最も異なる点は脳体積の変化である。広汎性発達障害では生後数年の間に前頭葉、頭頂葉、側頭葉の白質が増大し、児童期以後は徐々に健常群と差がなくなる (Hazlett et al, 2005)。統合失調症では全脳体積は病前より減少し、発病後も減少するといわれている。

前頭葉の機能障害については広汎性発達障害も統合失調症もSPECTにて前頭葉の血流低下が報告されている (桑原斉, 2008)。前頭葉は実行機能や社会性あるいは言語機能、模倣などに関わる部位であるといわれている。実行機能を要する課題において広汎性発達障害も統合失調症も前頭葉の賦活が低下するという報告が多数みられている。社会性の障害に関する部位については広汎性発達障害ではmirror neuron systemが存在するとされる右下前頭回で活性が低下しており (Dapretto et al, 2006)、心の理論が関与する部位とされる上側頭溝でも血流の低下が報告されてい

る (Zilbovicius et al, 2006)。また表情認知課題において扁桃体で賦活低下し、顔の認知課題において紡錘状回で賦活低下がみられた (Schultz et al, 2000)。

社会性の障害とその背景にある生物学的基盤については広汎性発達障害と統合失調症とでその異同が長らく議論されてきた。その疑問を明らかにするためにPinkham, Hopfinger, Pelphrey, Piven and Penn (2008) は fMRI研究で表情認知を課題として広汎性発達障害と統合失調症の直接的な比較を行った。この研究では広汎性発達障害群、妄想のある統合失調症群、妄想のない統合失調症群と健常群の4群を対象とし、測定を行っている。その結果、妄想のある統合失調症群では広汎性発達障害群と同様に前頭葉、扁桃体、紡錘状回における賦活の低下が認められ、広汎性発達障害と統合失調症の社会性の障害が一部共通の生物学的基盤をもつことが明らかにされた。

いずれにせよ診断に際して広汎性発達障害を念頭に置いておくことが患者にとって有用でなければならない。発達障害の概念を取り入れることでその患者を理解し、患者自身も自己理解、自己受容につながる事が大事である。また周囲の理解により、折り合いながら共生する道を探ることが支援の目標となる。患者が社会の中で生きやすくなる事が何よりも大切なのである。

引用文献

- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Skinner, R. (2001). The autism-spectrum quotient(AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 31, 5-17.
- Dapretto, M., Davies, M.S., Pfeifer, J.H., Scott, A., Sigman, M., Bookheimer, S.Y. et al. (2006). Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nature Neuroscience* 9, 28-30.
- Hazlett, H.C., Poe, M., Gerig, G., Smith, R.G., Provenzale, J., Ross, A. et al. (2005) Magnetic resonance imaging and head circumference study of brain size in autism: Birth through age 2 years. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1366-1376
- 平山 照美, 亀岡 智美, 木村 美加(2006). 青年・成人期の広汎性発達障害支援における課題—大阪府こころの健康総合センターでの取り組みより—、第47回日本児童青年精神医学会総会抄録集 273.
- 広沢 郁子, 広沢 正孝, 市川 宏伸(2008). 小児統合失調症とアスペルガー症候群. *精神科治療学*, 23, 155-163.
- 石井 卓(2008). アスペルガー症候群: 統合失調症との鑑別. *精神科治療学*, 19, 1069-1075.

- 神尾 陽子, 行廣 隆次, 安達 潤 (2006). 思春期から成人期における広汎性発達障害の行動チェックリスト. *精神医学*, *48*, 495-505.
- Kanner, L.(1943). Autistic disturbance of affective contact. *The Nervous Child*, *2*, 217-250.
- Kolvin, I.(1971) Studies in childhood psychosis : I . Diagnostic criteria and classification. *British Journal of Psychiatry*, *118*, 381-395.
- 栗田 広, 長田 洋和, 小山 智典, 宮本 有紀, 金井 智恵子, 志水 かおる(2003). 自閉性スペクトル指数日本版(AQ-J)の信頼性と妥当性. *臨床精神医学*, *32*, 1235-1240.
- 桑原 齊(2008). 広汎性発達障害と統合失調症の鑑別と治療 生物学的見地から－脳画像を中心として－. *最新精神医*, *13*, 239-247.
- 松岡 恵子, 金 吉晴, 廣 尚典(2002). 日本語版National Adult Reading Test(JART)の作成. *精神医学*, *44*, 503-511.
- Monte, R.C., Goulding, S.M., & Compton, M.T.(2008). Premorbid functioning of patients with first-episode nonaffective psychosis: A comparison of deterioration in academic and social performance, and clinical correlates of Premorbid Adjustment Scale scores. *Schizophr Research*, *99*, 1-7.
- Nelson, H.(1982). The National Adult Reading Test(NART) Test Manual. NFER-Nelson, Windsor.
- Nicolson, R., Lenane, M., Singaracharlu, S., Malaspina, D., Giedd, J.N., Hamburger, S.D., et al.(2000). Premorbid speech and language impairments in childhood-onset schizophrenia: association with risk factors. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 794-800.
- Pinkham, A.E., Hopfinger, J.B., Pelphrey, K.A. Piven, J., & Penn, D.L.(2008). Neural bases for impaired social cognition in schizophrenia and autism spectrum disorder. *Schizophrenia Research*, *99*, 164-175.
- Reichenberg, A., Weiser, M., Caspi, A., Knobler, H.Y., Lubin, G., Harvey, P.D., et al. (2006). Premorbid intellectual functioning and risk of schizophrenia and spectrum disorders. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *28*, 193-207.
- Remschmidt, H.(2002). Early-onset schizophrenia as a progressive-deteriorating developmental disorder: evidence from child psychiatry. *Journal of Neural Transmission*, *109*, 101-117.
- Rutter, M.(1968). Concepts of autism: A review of research. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *9*, 1-25.
- Schultz, R.T., Gauthier, I., Klin, A., Fubright, R.K., Anderson, A.W., Volkmar, F. et al. (2000). Abnormal ventral temporal cortical activity during face discrimination among individuals with autism and Asperger syndrome. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 331-340.
- Silverstein, M.L., Marvroleferos, G., & Turnbull.(2003). Premorbid factors in relation to motor, memory, and executive functions deficits in adult schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *61*, 271-280.
- Sporn, A.L., Addington, A.M., Gogtay, N., Ordnez, A.E., Gornick, M., Clasen, L., et al. (2004). Pervasive Developmental Disorder and Childhood-Onset Schizophrenia: Comorbid Disorder or a Phenotypic Variant of a Very Early Onset Illness? *Biological Psychiatry*, *55*, 989-994.
- 植月 美希, 松岡 恵子, 金 吉晴, 荒木 剛, 管 心, 山末 英典 他(2006). 日本語版National Adult Reading Test(JART)を用いた統合失調症患者の発病前知能推定の検討. *精神医学*, *48*, 15-22.
- Vourdas, A., Pipe, R., Corrigan, R., & Frangou, S.(2003). Increased developmental deviance and premorbid dysfunction in early onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *62*, 13-22.
- Zilbovicius, M., Meresse, I., Chabane, N., Brunelle, F., Samson, Y., & Boddaert, N. (2006). Autism, the superior temporal sulcus and social perception. *Trends in neurosciences*, *29*, 359-366.

1) 奈良県立医科大学看護学科人間発達学
〒634-8522 奈良県橿原市四条町840

2) 奈良県立医科大学精神医学教室
〒634-8522 奈良県橿原市四条町840

連絡担当者 : tel 0744-29-8942
e-mail jiida@narmed-u.ac.jp

Differentiation and Comorbidity of schizophrenia and pervasive developmental disorder

Junzo Iida, Toyosaku Ota
Nara Medical University, Faculty of Nursing, Human Development
840 Shijocho, Kashihara, Nara 634-8522, Japan

心的外傷関連障害

大阪府こころの健康総合センター

亀岡 智美

小児科臨床 別刷

64 : 2011-5

7. 心的外傷関連障害

大阪府こころの健康総合センター かめおかさとみ
亀岡智美



KEY WORDS 心的外傷
 子どものトラウマ
 PTSD
 TF-CBT
 認知行動療法



Satomi Kameoka

I. 心的外傷とは

心的外傷とは、「本来個人が持っている能力では対処できないような外的なできごとを体験した時に被るストレス」を意味する。一般的なストレスとは異なり、非可逆性を伴ったものであるとされている。身体外傷にたとえると、機能の回復が困難な外傷、あるいは、機能が回復しても癥痕など外傷の痕跡がいつまでも残る程度のものに相当すると考えられる。

個人の対処能力に差異があるため、心的外傷の範囲は相対的なものにならざるを得ないが、米国精神医学会の PTSD 診断基準¹⁾ A 項目 (DSM-IV) では、「(1) 危うく死ぬまたは重傷を負うようなできごとを1度以上体験、または目撃した。(2) 強い恐怖や無力

感または戦慄などの反応を示す。子どもの場合は、まとまりのない興奮した行動として表出されることもある。」と規定されている(表1)。さらに、子どもでは、年齢不相応な性的体験は、心的外傷体験にあたりとされている。

心的外傷の原因となるようなできごとの例を表2に示す。もちろん、心的外傷を体験した子どもたちのすべてが病理的になるわけではない。その一方で、臨床的には、DSM-IVのA項目に厳密には合致しなくとも、さまざまな精神医学的症状が認められるために、治療の対象となる症例も少なくない。

表1 心的外傷後ストレス障害 (PTSD : Posttraumatic Stress Disorder) 診断基準¹⁾

- A. 患者は、以下の2つがともに認められる外傷的なできごとに曝露されたことがある。
- (1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うようなできごとを、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、患者が体験し、目撃し、または直面した。
 - (2) 患者の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。
注：子どもの場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある。
- B. 外傷的なできごとが、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験されつづけている。
- (1) できごとの反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心象、思考または知覚を含む。
注：小さい子どもの場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返す頃がある。
 - (2) できごとについての反復的な夢。
注：子どもの場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある。
 - (3) 外傷的なできごとが再び起こっているかのように行動したり、感じたりする。
注：小さい子どもの場合、外傷特異的な再演が行われることがある。
 - (4) 外傷的なできごとの1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに曝露された場合に生じる、強い心理的苦痛。
 - (5) 外傷的なできごとの1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに曝露された場合の生理学的反応性。
- C. 以下の3つ（またはそれ以上）によって示される（外傷以前には存在していなかった）、外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺。
- (1) 外傷と関連した思考、感情または会話を回避しようとする努力。
 - (2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力。
 - (3) 外傷の重要な側面の想起不能。
 - (4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退。
 - (5) 他の人から孤立している、あるいは疎遠になっているという感覚。
 - (6) 感情の範囲の縮小。
 - (7) 未来が短縮した感覚。
- D. (外傷以前には存在していなかった) 持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される。
- (1) 入眠困難または睡眠維持の困難。
 - (2) 易刺激性または怒りの爆発。
 - (3) 集中困難。
 - (4) 過度の警戒心。
 - (5) 過剰な驚愕反応
- E. 障害（基準B、C、およびDの症状）の持続期間が1カ月以上。
- F. 障害は、臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

II. 子どもの心的外傷の疫学

最近の報告では、子ども期に何らかの心的外傷を体験する頻度は、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、おおむね40%~80%となっている²⁾。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1つ以上、米

表2 心的外傷の原因となるようなできごと

- 戦争・人為災害・自然災害およびそれに関連した身体的外傷
- 子どもの虐待
- 暴力や犯罪被害：通り魔・誘拐・監禁・リンチ・暴力の目撃 など
- 交通事故：自動車・鉄道・飛行機事故 など
- レイプなどの性被害・年齢不相応な性的体験への曝露 など
- 重い病気・やけど・骨髄移植 など
- 家族や友人の死の直接的な体験、その他の喪失体験 など

国ノースカロライナ州の地方都市で68%が16歳までに1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1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³⁾。わが国ではこのような疫学調査は多くないが、Mizutaら⁴⁾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⁾。

このように、当然のことながら地域差は大きいのであるが、心的外傷は、身体外傷と同様に、子ども期には決して稀なできごとではないことがわかる。子どもに関わるすべての臨床場面で、心的外傷とそれによって引き起こされるさまざまな病態を、適切に評価しケアすることが必要である。

Ⅲ. 心的外傷によるさまざまな病態

心的外傷は、子どもの感情面・認知面・行動面にさまざまな影響を与える⁵⁾⁶⁾。しかし、心的外傷を体験した子どもは、たいていは自分に何が起こったのかを適切に理解することができずに混乱していることが多いため、自ら苦痛を訴えない場合もある。また、心的外傷によるさまざまな病態は、非特異的なものもあり、発達障害やその他の病態によるもの

と判別しがたいこともある。それだけに、心的外傷によって起こるさまざまな病態をよく知っておくことが重要である。

1. 不安・恐怖症状

心的外傷は、たとえ子ども虐待のように日常生活において繰り返されるものであったとしても、子どもにとっては、突然のできごととして体験される。このため、子どもの安全感は著しく損なわれ、強い不安や恐怖を引き起こす。分離不安や暗闇を怖がったり、心的外傷に関連した状況(人・場所・物など)を怖がることもある。また、心的外傷以前に獲得していた生活習慣の退行(夜尿など)が認められることもある。

2. 再体験・侵入症状(フラッシュバック)

著しい恐怖を伴う心的外傷の記憶は、通常処理がなされず、非常に鮮明で断片的な外傷性の記憶となることがある。外傷性の記憶は、しばしば子どもの意思とは無関係に、現在の生活にフラッシュバックや悪夢として侵入してくる。これらの再体験は、あたかも今またそのできごとを体験しているかのような苦痛や身体の生理的反応(動悸、過呼吸など)を引き起こす。子どもの場合は、心的外傷に関連した遊びへの没入やはっきりした内容のない恐ろしい夢として表出される場合もある。

3. 覚醒亢進症状

著しい恐怖や不安を感じた子どもは、過剰

に警戒的になり、周囲の人の些細なしぐさや行為に敏感に反応するようになる。終始このような状態が続くと、子どもは落ち着きをなくし、多動で注意散漫になり、いつもイライラして癩癩を起こしやすくなる。また、睡眠障害が認められることもある。これらの症状は、注意欠如多動性障害（ADHD）の行動特性と判別しがたいこともある。

4. 解離症状

心的外傷によって引き起こされる感情があまりにも強すぎる場合は、子どもは自己防御の手段として解離のメカニズムを使う。たとえば、心的外傷を体験している間、恐怖や痛みを感じない（感情・身体感覚の解離）、記憶がない（健忘）、自分の魂が身体から抜け出て自分を見ている（離人）などである。これらの解離症状は、心的外傷体験の最中に、苦痛を回避するための防衛手段と考えられているが、その後の生活において、些細なストレスや葛藤状況で再現しやすく、子どもの生活の一貫性を損なう原因となることもある。

5. 回避・麻痺症状

心的外傷と関連した活動・場所・人などを避けようとしている子どもも多い。これらの回避症状は、苦痛な感情や記憶を避ける手段としては有効かもしれないが、同時に生き生きとした感情が失われ（感情の麻痺）、自分の将来が連続しているという感覚を喪失してしまうこともある（未来の短縮）。これらの症状は、子どもの自発的な訴えとして表出されることは少ないため、見過ごされることが多いが、具体的に質問してみると、「大人になった自分がどうなっているか考えられない」などと答える子どもは少なくない。また、心的外傷以前に有していた関心や興味が減退したり、それまでの対人関係から退却し、不登校やひきこもり状態に陥る場合もある。

6. 怒り・抑うつ症状

心的外傷は不当で理不尽な体験でもあるため、子どもは、強い怒りの感情を抱くようになる。また、本来ならばあるべきものを失ってしまったという喪失体験は、さまざまな抑うつ症状につながる。しかし、これらの内的体験は、周囲から気づかれにくく過小評価されることも少なくない。家庭内子ども虐待ケースでは、あからさまに無視されたり否定されたりすることもある。このように、怒りや抑うつ症状などが周囲から共感されずに放置されると、子どもは、感情を適切に制御することができなくなる。結果的に、感情が移り変わりやすく、ほんの些細なストレスや否定的な感情に耐えられず、暴発させてしまうようになる。

7. 自尊感情の低下と自責感

不当で理不尽な心的外傷を体験すると、子どもたちはその理由を探そうとするが、当然のことながら正当な理由は見つからない。このような場合、「自分が悪かったからだ」「自分が恥ずかしい存在だからだ」というような自責感や恥の感情を抱くことが多い。また、自分の能力では対処できない圧倒的なできごとを体験すると、「自分は無力だ」という誤ったとらえ方をしてしまう場合も多く、意欲の低下や自棄的態度につながることも少なくない。

8. 行動上の問題

不当で理不尽なできごとに対する怒りの感情は、不従順な行動や暴力行為として表出されることがある。これらの行動が、悪循環の末に、物質乱用や反社会的逸脱行動に発展することもある。また、怒りが子ども自身に向けられ、自傷行為や自殺企図として表出されることもある。自傷行為や物質乱用は、解離状態や回避・麻痺症状に伴って認められることもある。これらは、心的外傷体験とは全く異なった脈絡で起こることもあるため、子ども自身に起因する問題行動と誤認されること

が少なくない。

9. 対人関係上の問題

安全感や信頼感を損なう心的外傷体験は、その後の対人関係全般に影響を及ぼす。低い自尊感情しか持てない子どもは、健康な友人関係の中に参加することを躊躇するようになり、自ら危険な対人関係に足を踏み入れやすい。未来への連続性が断ち切られた（未来の短縮感）子どもの行動は、利他的であり危険を顧みないものになってしまう。

10. 身体面や社会適応上の問題

心的外傷を体験した子どもたちは、先述のようなさまざまな症状や問題のために、生きていく上で多くの困難を抱えることになる。成人に至るまでに、長期欠席や重篤な経済問題、職業問題に苦しむようになり、社会生活機能が障害されることが報告されている。また、肝硬変・慢性閉塞性肺疾患・冠動脈疾患・自己免疫疾患など、身体疾患のリスクが高まることも報告されている¹³⁾。

IV. 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) の診断

前項で述べたように、心的外傷と関連する病態は広範囲に及ぶ。精神医学的診断はそれぞれの症状によってなされるが、ありうる診断としては、PTSDを始め、気分障害、不安障害、解離（転換）性障害、素行障害、物質乱用・依存など広範囲が網羅され、さらに、これらの病態の併存率も高いと言われている。ここでは、主に、成人と同様の基準で診断が可能であるとされている、おおむね8歳以上の子どものPTSD診断について述べる^{7)~10)}。

1. 心的外傷体験の評価と症状の同定

身体外傷と同様に、心的外傷においても、傷の原因や程度を適切に評価することが治療の第一歩である。いつ、どこで、どのような心的外傷を体験したのか、その後子どもはど

のような症状や行動を示しているのか、ということは重要な情報である。身体外傷であれば、おおむその受傷状況を聴取すれば、診察や検査によって傷の程度を把握することができる。しかし、心的外傷は目で見ることのできない傷である。その上、類似の体験であっても、個々に受傷の仕方が異なるため、体験内容やその後の症状についてできるだけ詳細な情報を得ることが望ましい。家族や関係機関から情報が得られる場合には、子ども本人の診察前にできるだけ収集するようにする。これは、子ども本人の診察時に、不用意な対応によってさらなる苦痛を子どもに与えるのを避けるためでもある。

2. 子どもの診察

通常の小児精神科臨床と同様に、本人からも心的外傷体験とその後の症状について聴取することが必要である。心的外傷体験については、子どもが周囲の大人に体験内容をありのまま話さない傾向があることや、周囲の大人が子どもの体験や反応を過小評価する傾向があることが指摘されているからである。子どもの発達段階に応じて、安心できる場を提供し、支持的・非誘導的に聴取すべきであるということは言うまでもない。不安・恐怖や自責感、回避症状が強い場合には、子どもが語りたがらない場合もある。このような場合は、無理強いせず、後述する心理教育や話すことが治療につながることを様々な手段で伝えつつ、子どものペースを尊重する。

また、最近の欧米のPTSD治療ガイドラインでは、症状を聴取する際には、子どもの自発的な訴えのみを聴取するのではなく、個々のPTSD症状の有無を具体的に聴取していくことが推奨されている^{7)~10)}。いくつかの質問紙などの評価尺度が、わが国でも利用可能である¹¹⁾¹²⁾。このようにして、PTSDの診断項目（A. 心的外傷体験、B. 再体験症状、C. 回避麻痺症状、D. 覚醒亢進症

表3 TF-CBTの構成要素⁵⁾⁶⁾

P : psychoeducation	(心理教育)
parenting treatment	(養育者のスキル)
R : relaxation	(リラクゼーション)
A : affective expression and modulation	(感情表現と調節)
C : cognitive coping and processing	(認知の修正)
T : trauma narrative	(トラウマ物語作り)
I : in vivo mastery of trauma reminders	(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 future safety and development	(将来の安全感と発達の強化)

状)を確認していく(表1)。

さらに、心的外傷体験をめぐる子どもの主観的体験を共有しておくことも、その後の治療のために有用である。子どもはそのできごとの原因をどのように考えているのか、自責的な傾向はどの程度なのかということや、そのできごとについての周囲の反応はどうだったか、子どもの話を信じてくれたか、子どもは支えられたと感じているか、などは、その後の治療の組み立てを考える上でも必要な情報である。

3. 保護者の心理的評価

子どもの心的外傷体験は、保護者にとって大きなストレスとなる。また、保護者も子どもとともに心的外傷を体験している場合もある。通常の状態においても、保護者の反応や態度が子どもの心理面に大きな影響を及ぼすことが知られているが、子どもの心的外傷体験に関する保護者のストレスや苦悩は、子どものPTSD発症の予測因子の1つに挙げられるほど重要な要素である^{7)~10)}。よって、保護者の心的外傷関連症状の評価は必要不可欠なものである。保護者に対しても、子どもの評価の時と同様に、子どもの心的外傷についての主観的体験(子どもの体験が明らかになった時どのように感じたか、どのよう

に反応したかなど)や、保護者自身が周囲のサポートを得られているかどうかなども含めて確認することが有用である。

V. 心的外傷後ストレス障害(PTSD)の治療

心的外傷を体験した子どもとその家族への治療の原則は、安心感の保障と自己コントロール力の回復である。基本姿勢は通常の小児精神科臨床と同様であるが、傷ついている子どもと家族をさらに傷つけないように配慮する必要がある。

ここでは、最近欧米のPTSD治療ガイドラインで、推奨されている治療法を紹介する^{7)~10)}。

1. 薬物療法

欧米のガイドラインでは、PTSD治療の第一選択は、後述する認知行動療法であるとされている。しかし、薬物療法は、心的外傷体験後の子どもの症状が重篤なために、すぐには認知行動療法に導入できない場合、あるいは、認知行動療法にアクセスが困難な場合などには、第一選択となりうるとされている。

症状を同定し薬物を選択し処方する過程は、通常の臨床と同様であるが、開始前に通常よりも丁寧な説明と心的外傷についての心

理教育（後述）を行うことが必要である。服薬をしなければならないことで、子どもや保護者の罪障感を高めてしまう場合もあるからである。当然のことながら、子どものPTSDに適応が認可されている薬剤は皆無であるため、この点についても、子どもと保護者に同意を得る必要がある。

これらの条件を踏まえた上で、欧米のガイドラインで第1に推奨されているのは、SSRIである。SSRIにもっとも反応しやすい症状は、覚醒亢進症状であるといわれているが、不安症状・気分障害・再体験症状など、広範囲な症状を示す子どもたちへの処方も推奨されている。症状が重篤な場合には、非定型抗精神病薬も検討されるが、ベンゾジアゼピン系薬剤は、PTSD症状への効果が実証されていない。

2. 認知行動療法

欧米では、PTSD症状をはじめとする心的外傷関連症状の改善に最も効果が実証されているのは、TF-CBT（トラウマ焦点化認知行動療法）⁵⁾である。TF-CBTは、外傷性の記憶を適切に処理し、本来の機能を取り戻すための治療プログラムであると考えられている。TF-CBTの基本的な共通要素は、表3に示す通り、「PRACTICE」の頭文字で表される。プログラムの中核的な要素は、安全な環境において、段階的にトラウマ記憶に向き合い、それを再構成することによって、非機能的な認知を修正することである。子どもの場合はその前段階として、心理教育やストレス・マネジメント、問題解決や感情表出、ものごとのとらえ方についての学習など、教育的な要素にも力点が置かれている。また、保護者（虐待ケースの場合は非虐待親）の参加が治療効果に良い影響を与えることも報告されている⁸⁾。

TF-CBTの各要素の中で、一般臨床において最も取り入れやすい要素は、心理教育で

ある。心的外傷を体験した子どもの多くは、何が起こったのかわからず混乱しているため、正しい情報を伝えることが必要である。また、心的外傷が決して稀なできごとではないことや、心的外傷後に起こりやすい反応や症状について説明し、これらが心的外傷に反応して当然起こってくる反応であることを伝えることも重要である。また、これらの反応や症状への対処法を教えたり、一緒に考えたりすることは、子どもの自己回復力を高め、自責感や無力感を軽減することにつながる。このような心理教育の要素は、治療の経過のどの段階でも繰り返し実施することが有効であると言われている。この際、あらかじめ作成された冊子などを見ながら、子どもや保護者と対話形式で説明すると効果的である（「こころとからだのケア～こころが傷ついたときのために」⁶⁾参照）とされている。

〰️ おわりに

子ども期の心的外傷体験は、決して稀なできごとではなく、このような体験を乗り越えて、健康に成長する子どもも多く存在する。しかし、その一方で、逆境的な環境で心的外傷体験が累積し、成人するまでには社会生活機能が障害され、心身の健康を損なってしまう子どもたちがいることも看過できない^{13)~15)}。臨床場面で子どもに関わるさまざまな人たちが、「心的外傷」の視点をもって子どもたちに接することが求められている。

この論文は、平成22年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業H20-子ども一般-006主任研究者：奥山真紀子）、ならびに、平成22年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業H22-精神一般-004主任研究者：齊藤万比古）により助成された。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th

- edition, Text Revision, APA, Washington DC, 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 新訂版, 医学書院, 2004)
- 2) 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
 - 3) Fairbank JA and Fairbank DW : Epidemiology of Child Traumatic Stress. Current Psychiatry Reports 11 : 289~295, 2009
 - 4) Mizuta I, Ikuno T et al : The prevalence of traumatic events in young Japanese women. J Trauma Stress 18(1) : 33~37, 2005
 - 5) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E : Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. The Guilford Press, New York, 2006
 - 6) 亀岡智美他 : 子どものトラウマへの標準的診療に関する研究. 平成22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: 奥山真紀子)」報告書, 2011
 - 7) 亀岡智美他 : 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: 奥山真紀子)」報告書, 2010
 - 8) 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
 - 9) National Institute for Health and Clinical Excellence : The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. 2005
<http://www.nice.org.uk>
 - 10) American Academy of Child and Adolescent Psychiatry : Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder, 2009
<http://www.aacap.org>
 - 11) 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
 - 12) 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)
 - 13) 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
 - 14) Massie, H & Szajnbergm NM : 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
 - 15) 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

☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆

誌上発表

児童・思春期の集団精神療法を考える ——国府台病院児童精神科の取り組み——

渡部 京太* 岩垂 喜貴* 青木 桃子* 木沢 由紀子* 中里 容子*
大西 豊史** 黒江 美穂子*** 永田 真由****

Key words

group psychotherapy with children and adolescents, active group therapy (AGT),
conductor, co-conductor, play

集団精神療法、活動集団療法、コンダクター、コ・コンダクター、“遊び”

要約

本稿は第28回大会に向けて企画したワークショップの内容をまとめたものである。児童精神科で行われている集団精神療法の持つ機能は、①「定点観測」としての機能（子どもの変化や成長を定期的に見守る）、②「つなぎ」としての機能（入院と外来の治療、病棟と病院内学級の間をつなぎ子どもに居場所を提供する）、③「伝える」ことを経験する機能（グループで相手に気持ちを伝え、そして伝えることによって起こる反応を経験する。病棟でのグループは上級生から下級生へと病棟の文化（活動やルール）を引き継ぐことにつながる）、④「子どもを見つけ出してあげる」機能（治療者がグループを通して子どもよいところを見つけ出してあげることは言うまでもない。治療者はグループの外にいる子どもにも目配りしたり、目の前のグループだけではなく子どもが形成している裏グループや病棟全体の動きにも思いをめぐらせる必要がある）があると考えている。

I. はじめに

この原稿は、第28回京都大会に向けて企画したワークショップの内容をまとめたものである。ワークショップは東日本大震災のために、渡部、中

里以外の発表者は京都入りできず、結局企画を取り下げることになった。藤大会会長を始めとする大会実行委員の方には大変ご迷惑をおかけした。ところが、第28回大会編集委員会のお勧めをいただき、企画をまとめることにした。ワークショップでは、それぞれが立ち上げたグループの活動を

Some considerations on group psychotherapy with children and adolescents: A report from the Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital

- * 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科（〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1）
Kyota Watanabe, MD, Yoshitaka Iwadare, MD, Momoko Aoki, MD, Yukiko Kizawa, Yoko Nakasato: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine. 1-7-1, Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-8516, Japan
- ** 特別・特定医療法人群馬会群馬病院（〒370-3516 群馬県高崎市稲荷台町136）
Toyoshi Onishi, MD: Gunma Hospital. 136 Tohkadai-machi, Takasaki, Gunma, 370-3516, Japan
- *** 神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科（〒232-8555 神奈川県横浜市南区六ツ川2-138-4）
Mihoko Kuroe, MD: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kanagawa Children's Medical Center. 2-138-4 Mutsugawa, Minami-ku, Yokohama, Kanagawa, 232-8555, Japan
- **** 山口大学大学院医学研究科高次脳機能病態学分野（〒755-8505 山口県宇部市南小串1-1-1）
Mayu Nagata, MD: Division of Neuropsychiatry, Department of Neuroscience, Yamaguchi University Graduate School of Medicine. 1-1-1 Minami-Kogushi, Ube, Yamaguchi, 755-8505, Japan

表1 国府台病院児童精神科で行われているさまざまな集団精神療法

	病棟ミーティング	日本文化研究会	やまとなでしこ	やせがまんたいかい	蛍の会	慢性疲労に悩む若者の会
外来/入院	入院	入院および外来	入院	入院	外来	外来
メンバー	入院児	病院内学級に入級している中学生男児	中学生女児	摂食障害女児	広汎性発達障害男児	16~25歳のひきこもり患者
参加スタッフ	医師、看護師 心理士、PSW	医師（1名）	医師（1名）、 看護師（1名） 心理士（1名）	医師（1名） 看護師（1名） 心理士（1名）	医師（2名）	医師（2名） 心理士（1名） PSW（1名）
頻度・時間	週1回/45分	週1回/60分	週1回/60分	週1回/45分	週1回/60分	週1回/60分
種類	大グループ	活動	活動	小グループ	活動（ゲーム）	小グループ

発表し、病棟のコミュニティ・ミーティング（病棟ミーティング）の1セッションをシナリオにしてロールプレイを行い検討しようと考えていたが、この原稿では渡部がワークショップの目的と児童精神科の治療構造について、それぞれがグループの概略を述べ（表1にグループの構造を示す）、そして中里が「子どもの集団精神療法に参加して感じたこと」を記すこととする。

II. ワークショップの目的と児童精神科の治療構造（渡部）

当科は45床の児童精神科病棟があり、前思春期の子どもを中心に入院治療を行っており、病院内学級（情緒学級）が併設されている。当科では外来、入院の設定でさまざまな活動集団療法や言葉を媒介とした集団精神療法が行われている。筆者は当科に赴任2年後から週1回の病棟ミーティングを開始した。病棟ミーティングには、レジデント（後期臨床研修医）、心理士、看護師、精神保健福祉士が参加している。病棟ミーティングが始まった後に、レジデントが企画したいくつかの活動集団療法が開始されるようになった。活動集団療法はかつてレクリエーションと表現され、単なる“遊び”と軽んじられているところもあると思われるが、このワークショップを通して、当科で行われている集団精神療法の活動を報告し、前思春期の子どもへの集団精神療法のあり方やレジデントの研修に与えた影響などについて考えることが目的だった。当科では神経症圏内の不登校児を対象に比較的長期の入院治療を行うことが可能だった

が、最近では神経性無食欲症（AN）、注意欠如・多動性障害（ADHD）、広汎性発達障害（PDD）といった子どもの受診、入院が増加し、病床の回転を早くする必要がでてきた。そのため、入院治療と外来治療をつなぐ場が必要となってきた。入院治療を行っている子どもの多くは病院内学級を利用して、病院内学級の部活動という形を借りて、いくつかの活動集団療法が開始された（『日本文化研究会（日文研）』と『やまとなでしこ（女子部）』）。AN児は長期間の入院治療を必要とし、病棟ではAN児だけでまとまり、お互いの体重増加やカロリー制限を気にして、女児の仲間集団にとけこみにくいという特徴があった。そこでAN児をまとめて裏グループを作ろうと開始されたのが『やせがまんたいかい』である。外来で不適応状態に陥った中学生のPDDを集めてゲームをするたまり場が『蛍の会』である。当科では初診を中学3年までとしているが、その後も診療を継続している。義務教育を終了すると、地域の教育相談機関や児童相談所は利用できなくなり、当科でも入院治療を行えなくなる。成人の精神科病棟で治療を行うことになるが、短期間の入院治療しかできない現状がある。当科では義務教育を終了した子どもを対象とした集団精神療法には、神経症圏内のひきこもり患者を対象とした週1日の思春期デイケアとPDD、統合失調症、気分障害やパーソナリティ障害の患者を対象とした『慢性疲労に悩む若者の会』がある。入院している子どもが『同人誌』を作る活動を行った永田は、集団精神療法が児童精神科の研修において残したインパクトを報告する。

筆者は、児童精神科で行われている集団精神療法の持つ機能は、①「定点観測」としての機能（グループは同じ時刻に始まり同じ場所で行われる。子どもの変化や成長を定期的に見守ることができる）、②「つなぎ」としての機能（入院と外来の治療、病棟と病院内学級の間をつなぎ子どもに居場所を提供する）、③「伝える」ことを経験する機能（グループで相手に気持ちを伝え、そして伝えることによって起こる反応を経験することができる。病棟ミーティングで入院・退院者を伝えることはバウンダリーを守ることにつながる。さらにグループでの話し合いは上級生から下級生へと病棟の文化（活動やルール）を引き継いでいくことにつながる）、④「子どもを見つけ出してあげる」機能（治療者がグループを通して子どもの持っているよいところを見つけ出してあげることは言うまでもない。病棟ミーティングではグループの輪の中に入らないでコンダクターから見えない輪の外のソファにいる子どもや、輪の外から発言する子どももいる。治療者は輪の外にいる子どもにも目配りしたり、目の前のグループだけではなく子どもが形成している裏グループや病棟全体の動きにも思いをめぐらせる必要がある）ということがあると考えている。

Ⅲ. それぞれの活動の報告

① 「日本文化研究会（日文研）」の活動（大西）

入院している子どもはサッカーなどの運動を活発に行っているが、運動が得意な子どもばかりではなく、子どもからゲームやアニメ、鉄道といった遊びの活動を行う要望が強くなっていた。こうした活動を通して集団で目標に取り組む体験ができる試みが「日文研」としてX-1年から開始され、その後筆者が受け継いだ。

X+1年の活動には、中学3年11人と中学2年4人が参加した。映画作成、アニメ鑑賞会、秋葉原探訪、クリスマス会でのダンスの発表を行った。

アニメ鑑賞会は、夏休み直前の休日にひとつのアニメ・シリーズを1日かけて見ることに決定、決行された。暑い最中、クーラーなしで窓を開けたりしながら「暑い!!」と言いつつアニメを見続け、男児らしい一体感を感じたイベントとなった。クリスマス会の企画では、部長A君と書記B君の交流がみられた。Aは被害的になりやすく、統率力は乏しかった。Bはリーダー的存在だが、積極的にはリーダー役を引き受けなかった。Aが、アニメのダンスをクリスマスのお出し物として提案した。メンバーからは反対意見も出たが、Aは一步も引かず企画が通った。その後、舞台壇上での並び方についてメンバーでもめたが、Bは「Aが一番頑張ってきたから」と、前列中央をAに譲るよう働きかけた。Aは努力する姿が評価されるというこれまでにない経験をした。自分の意見を主張するだけのことが多かったBだが、Bには他者を尊重する心の芽生えを感じた。

筆者は、メンバーが好きなことを行い肯定感を持てるような環境を設定し、集団で活動する喜びや「お互いに支え合っている」という感覚を持つことをめざした活動に関わった。子どもは複数のグループを経験し、『日文研』はその成長や変化を表現できる場であり、目的を達成するために活動する前思春期男児としてのプライドを与えたと考える。

② 「やまとなでしこ」の活動（宵木）

「部活動がしたい!」との声があがり、X年に女子部が発足した。X+1年の主なメンバーは、中学3年4名、中学2年3名、小学5年1名だった。中学3年のPDD児が「女子部も映画を作りたい」と言ひだし、映画を制作することになった。ところが、皆どこか他人事のように本当に映画が作れるのだろうか?と危ぶまれた。そこで、しばらくは手芸やスポーツやイラスト、DVD鑑賞会を行った。活動を通じ、徐々に女子トークができるようになっていった。秋のトリムバレー大会で子どもが試し撮りをしたところ、コメントつきで生き生きした様子が映し出され、クリスマス会で

上映することにした。これが好評を博し、皆の自信につながり、3月の送別会に向けて本格的に映画作りを進めることになった。「当直明けの医師がネームプレートを失くした」という病院物のストーリーで、脚本、絵コンテはPDD児が担当し、ADHD児は男性医師に出演依頼をし、皆で配役を分担し、進めていった。撮影現場は思いのほかまとまりをみせ、白衣を着て女医役を演じる者、演技指導する者、撮影する者、音響を考える者、と楽しげであった。送別会で上映し、好評を博した。個々の変化としては、PDD児は中学3年としてまとめようとする様子が見られるようになった。ADHD児は、自分の要求が通らないと当初自傷がみられたが、徐々に周りにあわせられるようになった。AN児は、映画に出演する前には経鼻チューブも抜け、演技を楽しく行うようになった。当初は映画作りができるか危ぶまれたが、子どももスタッフも一緒に楽しむなかで、映画作りができ、その中で子どもの成長を感じることができた。

③ 『やせがまんたいかい』の活動 (木沢)

当科入院中のAN児を対象としたグループの立ち上げから現在までコ・コンダクターとして関わる機会を持つことができた。そもそもANを対象とした力動的なグループは成立しにくいという先入見があり、実際には始めるまではどのような展開になるか予想がつかなかった。しかし、これまでのところ「思いのほかやれている」という印象を抱いている。おそらく、10代前半のANの柔軟さと種々のグループが根付いている当科の病棟文化に助けられているように思う。

当初筆者はAN児のグループでは、病気に焦点を当てて話を進めた方がよいのか、むしろそれ以外の話をした方がよいのか、と妙に力が入っていたが、今はもっと気楽にのぞんでいる。病棟で浮きがちな彼女たちにとって、グループで病棟の仲間やスタッフのうわさ話など思うままに話すことも、時に退院が決まったメンバーから“主治医攻略法”を聞き出して共有することも、同じように

意味があると思うからである。特に、唯一男性のコンダクターを相手に辛辣なツッコミを入れたり煙たがったりするやりとりは、メンバーが団結して楽しんでいるようにさえ見える。そして、コ・コンダクターとしての筆者は、コンダクターとメンバーを仲介し、それぞれの話を膨らませたりプレーキをかける中間的な役割を引き受けながら、コンダクターが不在時のグループの雰囲気の違いを感じて、密かに楽しむ余裕も出てきている。このようなAN児にふれるにつれ、グループがAN児に保証された居場所として感じられ、いずれ病棟内外の仲間集団へと踏み出すための橋渡しの場として機能できたらよいと考えている。

④ 『蛍の会』の活動 (岩垂)

病院は精神科主体から身体科主体の総合病院へと様変わりしつつある。病院の改築工事のためグラウンドが使用できなくなり、子どもの居場所が少なくなった。このような背景から筆者は子どもの「たまり場」としての役割を期待して中学生男児を対象に携帯ゲームを行うグループ『蛍の会』を開始した。会には5、6名の男児が常に参加し、そのほとんどはPDDと診断されていた。当初はそれぞれの患児が無言でそれぞれのゲームをする様子が目立ったが、しばらくするとスタッフを媒介として多人数参加型のゲームを行うようになり、1年ほど経過すると子どもだけで、カードゲームを行うようになった。会の参加を通して次の社会参加へとステップアップしていく子どもがいる一方で、次の段階に進めない子どももいた。開始から1年を経過してもほぼ全ての参加児童が互いに名前を知らず、知ろうともしなかった。しかしながら、会が終了した後も病院のロビーに残って互いにゲームをしたり、言語による交流がほとんどないながらも新規に参加する子どもに対してゲームに誘ったりするような気遣いをするなどが印象に残った。あまり親密になりすぎない人間関係の距離感がこの会に参加する児童には心地良いよいようにも思えた。今回、PDD児が多く参加し、会に参加できた要因として、i) 時間

・場所が構造化されていること、ii) 具体的にやること(ゲーム)があること、iii) 会話が重要でなく、親密なコミュニケーションが不要であることがその理由であると考えられた。

⑤ コ・コンダクターの立場から「慢性疲労に悩む若者の会」をみると(黒江)

筆者は児童精神科研修中の2年間に、義務教育年代以降の外来患者の集団精神療法にコ・コンダクターとして参加した。コンダクターは当科医長で、多くのメンバーの外来主治医でもある。

参加当初は初対面のメンバーの中でグループの話題や単語の意味すら分からず、筆者は緊張し息をひそめて様子を窺うばかりであった。まるでボールがどんどんパスされていくのを呆然と見ているようだった。その後、秋葉原探訪などのイベントを通しメンバーとの共同作業や体験を共有することで、徐々に仲間に入っていける感覚、その中で少しずつ自由に動ける感覚が芽生えていった。むさくるしい男子メンバーが多い中、女性である筆者は居心地の悪さを感じつつもグループに参加し続け、彼らがバイトや一人暮らしなど社会と向き合っていく話に耳を傾けた。徐々に女子メンバーも増え、グループでの話に自分の過去や現在、将来に対しての肯定感やユーモアが生まれていった。筆者は毎週のグループを楽しみに待ち、グループで自然に言いたいことが湧きあがってきたり、独りでいるメンバーに声をかけるなど輪に誘ってみるようになった。

こうしてグループの一員としての実感が生まれた頃、研修が終了し筆者の異動が決まった。メンバーは別れの寂しさを口々に述べ、筆者も「これから行く先にはグループがあるのかな?」と想いをせつつ、送別会が催された。各々立派な抱負を述べた後、メンバー発案の花束が贈られた。筆者はメンバーの行動の自発性・社会性を感じると共に、グループの各メンバーは自分のペースで歩み続けているのだから自分も新たな所で頑張ろう、グループはこれからも変わらず営み続け自分を見守ってくれるのだろう、とグループを卒業してゆ

くメンバーのような気持ちになった。

振り返ると、ここぞという時に言葉を使ってぐっと手を差し伸べ抱えていくコンダクターの姿勢を傍でじっと見ていただけのようにも思う。その体験はおそらく各メンバーにもあてはまり、彼らの自我促進的な行動変化にもつながっていったと思われる。時にはメンバー、時にはスタッフとして様々なことを感じ捉えていくうちにグループの中で自由に動けるようになる感覚、またコンダクターとメンバーをつなぐ役割として、コ・コンダクターを体験した。

⑥ 子どものグループとの出会い——集団精神療法はレジデントの研修に何かインパクトを残したか——(永田)

病棟に関わり始めた当初、筆者は子どもたちの自然発生的なグループにかかわる上で少なからず困難を感じた。これはこの年代に特有のグループ・コンシャスな心性に伴う仲間から排除されることへの恐れに似たものであると同時に、筆者自身が新しい職場で感じた、受け入れられるだろうかという不安にも似ていたかもしれない。このようななかで出会った、絵を描くことで他児との交流をはかろうとしたPDDの女兒の入院治療を経て、子どもたちが互いに直接的に関わらずとも仲間としての一体感を得られる場として同人誌の作成を試みた。

作成にあたっては入院児童45名のうち有志の5名と筆者からなる委員会が運営し、委員を含む15名が作品を投稿した。委員会は週一回開催し、概ね30分間で予め用意した議題を話し合い、決定事項はポスター形式で掲示した。参加者は期間内に各々が作品を制作し投稿した。委員が表立って活動することは少なく、約2か月の活動期間は子どもたちがそれぞれの距離感を保った状態で経過したが、互いの作品には高い関心を示した。

不登校を経験し、自己表現の機会が乏しかった子どもたちにとって、同人誌という一つの舞台は彼らの自己肯定感を支える一助となったと考えられる。委員会の運営などグループの構造化は十分

とはいえなかったが、このような構造の曖昧さは、集団化しにくい文化的活動を好む子どもたちが、それぞれの距離感を保ったままでグループに参加することを容易にしたかもしれない。また、本来は複数のスタッフの参加による多層的な評価や指導が必要と考えられるが、今回筆者自身も興味のある分野に“遊び”の感覚で参加したことで、より子どもと一体感をもって過ごすことができ、グループという視点だからこそ見えてくる個々の葛藤や抱える課題に、より近くでふれることができた。さらに、時には積極的に介入し子どもたちをリードするといった、コンダクターとしてグループに参加するうえでの責任を経験する機会となった。

⑦ 子どもの集団精神療法に参加して感じたこと (中里)

コンダクターが不在だった病棟ミーティングの時に、所在なさ気に代理を務めるコ・コンダクターを見かねてか、ふだんはグループの輪に入らない中学生男児が場をもりあげようとする。コンダクターが不在だった『慢性疲労に悩む若者の会』では、数人のひきこもりのメンバーがバイトを始めてみると言いだし、コンダクターが知らない間にアルバイトを始め、翌週参加したコンダクターに報告して驚かせる。筆者は、2つの臨床素材から、父親の出張中に少し背伸びをして家の手伝いをしたり、親が予想もしていなかったことをやってみせ、誇らし気な顔をしていたであろう自分の子どもの頃を思い出した。グループでは、家庭や学校などメンバーの背景にある日常が映し出されているような場面が出現する。子どもが現在進行形で日々成長し、発達課題に取り組む姿が、リアルにグループの中で見えてくる。人の成長を、近くで見ることができる贅沢さが、子どものグループにはあると思う。筆者は子どもの成長していく姿を見てみると、子どもの治療では“遊び”、特に集団での“遊び”は大切であると感じている。「放っておいても子どもは遊ぶのではないか？」と思われるかもしれないが、やはり常にグループに

何が起きているのか考え続けている治療者がいることが大きな違いであると思う。一定の構造の中で子ども、そしてグループの成長を見守り、治療者は子どもと一緒に考えたり喜んだり悲しんだりすることで、子どもの対人交流を補強する役割を果たせたらよいと思う。

最後に子どものグループの中で使われる言葉についてふれたい。子どもでは言葉を媒介としたグループであっても、そこには“遊び”の要素が大きな位置を占めている。黒江が述べているように、子どもが使う言葉は、時に大人にわかりにくかったり、その言葉の意味よりも音としての響きや語感のおもしろさが重要になる場面がある。子どもは、言葉をボールのように使い、メンバーに向けてパスし、グループの中ではパスまわしが始まる。パスまわしの“遊び”やスポーツをしているような感覚を経験するのが子どものグループの特徴であるかもしれない。そうかと思うと、子どもは大人が驚くほど真剣に言葉で議論することもある。パスはあらぬ方向へいたり、とんでもない強いパスがまわってくるかもしれない。治療者はパスまわしの“遊び”に加わったり、強いパスをうまく受けるタフさも必要になるだろう。子どものグループをコンダクトする治療者の態度として、“遊び”と“真剣勝負”の間をなんとか行き来すること、そしてとんでもない方向へ行ってしまったボールを探しに行き行って拾ってきてパスまわしに戻すことが必要なのかもしれないと感じている。

IV. おわりに

私たちがワークショップを企画した理由のひとつは、当科での研修を終えるレジデントの“卒業”というしめくりをしたいという気持ちがあった。それぞれが研修のまとめをしようという思いで発表の準備に取りかかっていたと思う。ワークショップは大震災の津波で一気に流されてしまい、もりあがっていた思いは拍子抜けしてしまっているかもしれない。討論もないまま掲載されることに

はたれ流しという感じもあるかもしれない（でも放射能汚染水よりはいいか？）。研修を終えた発表者はもうすでに新天地で始動している。それぞれの活動をまた吟味して、今後も学会の発表につ

なげていけるように考察を深めていきたいと考えている。ワークショップが行われれば、浅田護先生、河合健彦先生にコメントをいただく予定だった。今後、何かの機会にご討論いただけたらと思う。

ABSTRACT

Some considerations on group psychotherapy with children and adolescents: A report from the Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital

Kyota Watanabe, MD* Yoshitaka Iwadare, MD* Momoko Aoki, MD*
Yukiko Kizawa* Yoko Nakasato* Toyoshi Onishi, MD** Mihoko Kuroe, MD***
Mayu Nagata, MD****

Key words: group psychotherapy with children and adolescents, active group therapy (AGT),
conductor, co-conductor, play

This paper summarizes the contents of a workshop that was scheduled to be held at the 28th conference of the JAGP. At the Department of Child and Adolescent Psychiatry, we have come to believe that there are four functions of group psychotherapy: 1) a function as a place for “fixed point observations,” with therapists regularly observing the change and growth of children; 2) a function as a “connecting link” between inpatient and outpatient treatment, as well as the psychiatric ward and hospital school. It offers an *ibasho*, or “place to be,” for children; 3) a function as a place for experiencing communication. In the groups, the children can communicate with each other and experience receiving feedback from others. In addition, in a group for inpatients, the culture of the ward is passed along from older to younger patients; 4) a function as a place to discover. Needless to say, therapists discover children’s strength throughout group psychotherapy. Therapists need to pay special attention not only to the children participating in the groups and to the groups in which the therapists participate, but also to the private groups and dynamics formed in the whole ward.

J. Jpn. Assoc. Group Psychother. 27:287-293, 2011

* Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine

** Gunma Hospital

*** Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kanagawa Children’s Medical Center

**** Division of Neuropsychiatry, Department of Neuroscience, Yamaguchi University Graduate School of Medicine

〈ワークショップ3〉

児童青年期における司法精神医学をめぐる諸問題

司会 奥村 雄介（府中刑務所医療部長）

藤川 洋子（京都ノートルダム女子大学心理学研究科）

シンポジスト

- WS3-1. 心的外傷体験を抱える非行少年たちの回復を支えるために
吉永 千恵子（東京少年鑑別所医務課）
- WS3-2. 非行女子少年における違法薬物使用の実態
—女子少年院での関わりから—
有賀 道生（（独）国立重度知的障害者総合施設のぞみの園診療所）
- WS3-3. 発達障害を抱えた非行少年への少年院における矯正の実際
—性加害矯正を中心に—
梶屋 二郎（神奈川医療少年院医務課）
- WS3-4. 触法行為等を起こした高機能広汎性発達障害児者の地域移行に向けた支援のあり方について
大塚 俊弘（長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター）

—2010. 10. 30. 前橋商工会議所—

われるだけの人間関係構築力を持たないため、単独犯での非行が多いこと」、「障害を抱えている少年が多いため、矯正教育に配慮を要すること」、「障害を抱えている少年が多いため、就労や帰住に難渋する少年が多いこと」などが挙げられる。また非行内容の特徴としては性非行、その中でも強姦を除く強制わいせつ、痴漢、下着盗などが多いことが挙げられる。

世界的にエビデンスが得られている非行化のリスク因子はさまざま有るが、例えば「貧困」、「虐待を含む親の不適切な養育」、「崩壊家庭」、「被いじめ体験」等の因子は、一般の少年院の対象少年にも当てはまる傾向が強い。それらに加えて、筆者の勤務する神奈川医療少年院のような特殊教育課程の対象少年においては「低学力」、「低IQ」、「適切な支援を受けていない発達障害」の各リスク因子も当てはまる傾向が強いと言える。

WS3-3. 発達障害を抱えた非行少年への少年院における矯正の実際 一性加害矯正などを中心に一

樹屋 二郎

神奈川医療少年院医務課

I. 少年院とその対象少年について

少年院は、家庭裁判所から保護処分として送致された少年に対し、社会不適応の原因を除去し、健全な育成を図ることを目的として矯正教育を行う法務省所管の施設であり、全国に52施設が運営されている。その中で筆者の勤務する神奈川医療少年院は、男子の特殊教育課程を担う全国に3庁ある少年院の一つとなっている。特殊教育課程とは、非行少年が家庭裁判所によって少年院送致が決定される際に勧告される処遇課程の一つで、「知的障害、またはそれに準じた指導が必要な少年」と「情緒未成熟等により社会不適応が著しい少年」を対象としている。従って対象少年の中に知的障害あるいは自閉症スペクトラム障害などの発達障害を抱えている者が多い（対象少年の知的水準もさまざまである）。対象少年の特徴としては「不良集団に加

II. 発達障害と非行について

発達障害者の非行について大規模かつ正確な疫学研究は世界的にもまだ無いと言え、本邦においても発達障害と非行に関する大規模な疫学調査は行われていない。いくつかの司法施設での小規模調査の結果からは一部の発達障害と非行との関連が示唆されている。ただし、本邦における小規模調査はスクリーニング検査を用いたものがほとんどで、本来スクリーニング検査は確定診断に用いてはならず、従ってそれらの調査における診断は確定的とは言えないことを考慮しなければならない。それらの調査の知見をまとめると、「犯罪や非行全体群における発達障害が疑われる者の割合は一般人口での発達障害有病率と比して低いとするデータもやや高いとするデータも存在する」、「深刻な事件、不可解な事件、精神障害が疑われる事件などに絞る形で調査を行うと、発達障害が疑われる者の割合は一般人口での発達障害有病率と比して高くなる結果が多い」ことが示唆されている。また、齊藤らは疫学上のデータから、注意欠如多動性障害から反抗挑戦性障害、素行障害、反社

会性人格障害へと進行する一群の存在を破壊的行動障害マーチとして指摘している。こういった検討結果から、発達障害の一次障害そのものが直接的に非行に至りやすいとは結論することは出来ないし、そういった報告も行われてはいない。無論、発達障害者が一次障害として抱える独特の認知・思考パターン・行動パターンが犯罪・非行の惹起やその内容に影響することは疑う余地は無いものの、むしろ発達障害への無理解から生じる周囲の不適切な対応や支援の不足が二次障害を引き起こし、そのことが外在化症状としての犯罪・非行を惹起している面も十分に含まれていると思われる。従って発達障害を抱える非行少年の矯正を検討する際には「一次障害へのケア」、「既存の二次障害へのケア」、そして「今後の新たな二次障害の発生を防ぐ環境調整などのケア」の三点を念頭に置きながら矯正プログラムを整えていく必要がある。

Ⅲ. 触法発達障害者の矯正・処遇について

Wing や Mills らは自閉症スペクトラム障害者の触法において「社会的な孤立が大きな誘発因子になっている」と指摘し、その矯正にあたっては「単に罰するだけという処遇は触法行為を継続させてしまう最も強い永続因子となる」と指摘している。触法発達障害者の矯正・処遇においては社会的に孤立せずに継続的な支援を受けられる体制を構築していく必要がある。刑罰・懲罰として矯正施設に入れただけでは何の再犯・再非行防止にもならないばかりかリスクを高めてしまう。英国自閉症協会は自閉症スペクトラム障害者への支援の基本理念として SPELL (Structure: 構造化, Positive: 肯定, Empathy: 共感, Low arousal: 興奮させない, Links: 連携) を挙げているが、筆者はこの理念は自閉症スペクトラム以外の発達障害者にも十分に適応できると考えるし、当然、触法発達障害者への支援にも適応できるとも考えている。そのような考えに基づき、筆者の勤務する神奈川医療少年院においても、可能な範囲で SPELL を意識した上で矯正教育を行っている。

発達障害者の特性や能力は個人個人でさまざまであり、その特性や能力を心理検査・行動観察・面接などで十分にアセスメントし、一人一人に最も適した構造化やプログラムを検討していく。一定の汎用プログラムの構築も必要ではあるが、個々人の特性を考慮せずに適合しない汎用プログラムを押し付けることは、逆に再犯・再非行リスクを高める結果となりかねないため、注意が必要である。正確かつ詳細なアセスメントを元に、まずは対象少年が最も落ち着いて、生活・思考などを行うことのできる環境やプログラムの構造化を検討する。そして対象少年一人一人で異なっている認知や思考の「ズレ」、障害を抱えてきたことで味わってきた辛さ、等を理解・共感し、対象少年を否定的に捉えるのでなく長所を探しながら肯定的に接していく。そうすることで信頼関係を構築しながら、矯正教育を行っていくことが大切である。そして対象少年にかかわる福祉・教育・医療の各機関やコミュニティと連携を深め、対象少年が少年院を退院した後に社会的孤立をせずに継続的な支援を受けられる体制を構築していかなければならない。この一連の流れのどこが欠けても、再犯・再非行の防止効果は大きく毀損すると考えている。

Ⅳ. 性加害について

性加害は被害者心身への悪影響が甚大であり、しばしば重い心的外傷が後遺するという極めて深刻な加害行為である。再加害リスクが高いことが問題視されることも多い。従って如何に性犯罪の再犯を防ぐかは重大な社会的課題にもなっている。海外の知見でも適切な性加害修正プログラムの実施で再犯率が有意に低下することが明らかになっている。本邦では社会的耳目を集めた性犯罪を契機に性加害修正の必要性が叫ばれ、2005年に法務省は本格的な性加害修正プログラムの研究・整備に着手した。そして翌2006年に「刑事施設及び受刑者の処遇に関する法律」が施行されるのにあわせ、刑務所など複数の刑事施設において成人の性犯罪者に対し全

国で統一的な性加害修正プログラムが開始されている。

一方で少年の場合、基本的に本邦では少年法に基づき、非行少年は刑罰でなく保護の観点から矯正処遇されている。日本で非行少年の施設内処遇の一翼を担っているのは少年院であるが、少年院は再非行防止教育がその設置主旨の一つであったため、従前より集団指導と個人指導を織り交ぜた再非行防止プログラムを行ってきた。従って性加害修正プログラムの取り組み開始も刑事施設より早い。しかし本邦の少年院では伝統的に各少年院がそれぞれ独自のプログラムを実施してきたため、標準化されたプログラムが無いのが実情である。このことは少年院の多様な教育を生み出している長所ともなってきたが、各少年院でプログラム水準のばらつきを生み出すデメリットにもなってきた。筆者が勤務する神奈川医療少年院は前述のように知的障害を抱える少年と情緒的未成熟少年（自閉症スペクトラムを抱えた少年が多い）が収容されており、性加害少年が他の少年院に比して多いのが特徴の一つとなっている。そのため性加害修正プログラムへの取り組みも早期から行われてきた。性加害修正プログラムについては世界的にもまだ標準化されておらず試行錯誤が続いている段階である。従って本稿では少年の性加害修正プログラムの一例として当院で行われているものを紹介したい。

V. 性加害と発達障害

性加害を繰り返す場合、定型発達であった加害者でも、性や性行動だけでなく、異性を含む他者に対する認知までもが歪んでいくケースが多い。一方、発達障害を抱える少年の場合、その生来持つ独特の認知・思考パターン・行動パターンのズレが性加害に結びついてしまったり、累犯につながってしまうことも多い。Hare, Millsらが英国イングランドの高度保安病院を対象に行った調査によると入院患者の内から自閉症スペクトラム障害者の割合は2.37%であり、その内で対象行為が性犯罪で有ったケースは

3.3%であった。日本では熊上、十一、藤川ら各氏が触法自閉症スペクトラム障害少年に性非行が多いことを指摘しているし、筆者の勤務する神奈川医療少年院でも非行内容として性非行が多い。つまり英国での調査結果は予想されたものよりも低く、このことから自閉症スペクトラム者の性犯罪は高度保安病院に入るような強姦等の性犯罪よりも下着盗や痴漢行為、強姦目的でない強制わいせつなどの性犯罪が多いことを示唆している。この示唆は神奈川医療少年院における性非行類型とも矛盾しない。つまり性的な興味の対象が「性行為をしたい」というものでなく、陰部などの身体の一部や下着などに限局していたり、「抱きつきたい、触りたい」と限局していたりするケースが多く見られ、その結果の性非行であるため強姦などの性非行に至らないことも多いのである。アダルトビデオやインターネットの虚偽あるいは誇張された内容を鵜呑みにしてしまい、類似した性行動を行って非行にいたるケースも多い。発達障害を抱える性非行少年の性加害修正を試みる場合、こういった定型発達の性非行少年とは違った特異性に配慮を行わなければならない。発達障害者の独特の認知のズレを修正することは容易でなく、大幅な修正は困難と言わざるをえないが、現在、世界的に有効とされるような性加害修正プログラムはそれなりに強力な認知修正を試みるため、発達障害を抱える少年にも一定程度有効である可能性がある。こういった視点から筆者の勤務する神奈川医療少年院では発達障害を抱えた性非行少年にも性加害修正プログラムを実施している。それを紹介したい。

VI. 性加害修正の世界的潮流

現在、世界的に性加害修正に治療技法として認知行動療法が取り入れられているが、この流れは1980年代のリラプス・プリベンション・モデルの導入にさかのぼる。リラプス・プリベンションは物質依存の治療技法であったが性加害修正に応用され、その有効性から性加害修正に広く採用されるようになった。リラプス・プリ

ベンションでは繰り返される問題行動の中で加害者のリスク要因を徹底的に分析し、そのリスクへのコーピングスキルを学び、再犯防止を図る。幼児わいせつの加害少年が「再度の性非行を決意する前から小学校周辺を徘徊する」といった高リスク状況が無意識に選択するような状況はよく認められる。そんな状況を起さぬよう、起こしても再度の性加害に至らぬよう、コーピングスキルを身につけていく。このリラプス・プリベンション・モデルは大きな成果を挙げ、再犯率の低下に貢献したが、徐々に「実施しても十分に効果の上がない者も居る」との指摘が起こるようになった。これはリラプス・プリベンション・モデルが多様な性加害者に対応しきれていないことや、禁止事項が多いリスクマネジメント偏重で性加害者の更正意欲を保ちにくいといったことが原因とされている。現在は性加害の多様性に対応したセルフ・レギュレーション・モデルや性加害者の自己実現や幸福追求の支援に重きを置いたグッド・ライブス・モデルなど、複数のアプローチが提唱されている。

Ⅶ. 神奈川医療少年院における少年の性加害修正プログラム

当院では1993年より性加害修正にグループワークが導入され、2005年からは奥田眞 法務教官が中心となりエビデンスに基づいた性加害修正プログラムを整備してきた。概要としては短期集中的なグループワークを、退院まで継続される個別指導に有機的につなげて性加害修正を図っている。個別指導については性非行用クリティカルパスを整備し、これをアセスメントした少年の特性などに応じて修正しながら行っている。パスの導入で異なる指導者による指導のばらつきが抑制され、一定水準を維持した一貫的な指導が行なわれるようになってきている。また、性加害少年は同時に被虐待体験を持っていることも多いが、被害へのケアも個別指導で扱われる。このような個別指導と並行して、性加害少年だけを集めたグループワークを2～3カ月間

集中して行っている。グループワークはリラプス・プリベンション・モデルだけでなく、最新のモデルのさまざまなアプローチを取り入れながら行われるが、指導主任である奥田は性加害修正においては「概念（論理）的理解」だけでなく「感覚（感情）的理解」も重要であると提唱している。性加害を繰り返す場合、性や性行動だけでなく他者に対する認知までもが歪んでいる場合も多く、それらの認知の修正は容易ではない。そこに知的な問題も含めて発達の問題が加わると修正は一層難しくなる。知的に高ければ概念（論理）的には指導内容を理解し、言語的には内省について述べたりすることができるようになるものの、肝心の性や他者への認知の修正は不十分なケースも出てくる。一方で知的に低ければ概念（論理）的理解が困難なこともある。従って、実感を通じた「感覚（感情）的理解」で情緒面にもアプローチする必要が生じる。一例としては加害少年が行った性非行を忠実に再現したロールプレイを、加害少年に加害者役・被害者役として参加させて行うといった取組みがなされている。職員や他少年も加わった真剣な自らの非行再現で加害少年は大きな衝撃を受けることも多いが、そしてそのような衝撃が性非行の深刻さや被害者の苦痛の理解につながることも多い。他にも加害少年が大切な思い出や人物を想像してグループワーク中に作成した創作物を、いきなり他者に壊されるという被害経験（自分が大切にしている物や人や思い出を他人から急に壊されるという被害体験）をあえて積ませたり、被害者や被害者支援者を招いてセッションを行うことで被害者理解を感覚（感情）的に深められるよう図っている。注意すべきは、これらのシビアなプログラムは少年院という極めて構造化され保護された空間の中で、信頼できる教官が行うから成立する。不用意に行うと参加少年に心的な外傷を負わせるリスクもある。当然、参加少年がプログラム中に受けた衝撃や心的な外傷は個別に十分にフォローされなければならない、それらは個別担任教官や医師、心理士が行っていく。このような取

り組みの中で自らの非行のサイクルやパターンを直視化させ、さまざまなリスクマネジメントの学習を行っていく。加害行為修正プログラムの成否の鍵の大きな一つは「このプログラムに参加することは自分にとってプラスになる」というモチベーションが保てるかどうかということであるが、神奈川医療少年院ではシビアなプログラムにモチベーションを保って参加させていくために、プログラムの意義の十分な説明を行い、プログラムを修了し社会復帰した先輩少年から参加の有効性や意義などについての対象少年に向けたメッセージをもらったりしている。また、プログラムの終盤では今後社会復帰して成人となり家族を作っていくであろう対象少年達の精神的支えとなるよう、対象少年の家族などに依頼して書いていただいた、対象少年の誕生時などの素直な喜びの心情を綴った手紙を取り上げるなどして、加害少年の対人認知の改善と更生意欲を高める工夫をも同時に行っている。

Ⅷ. 最後に

筆者は刑務所での矯正教育・矯正医療にも関わってきたが、発達障害の有無に関わらず、認知の可塑性については少年の方がやはり高いと感じている。このことから言えることは、問題行動や非行に至る前、あるいは至ってからでも、できうる限り早期に正しくアセスメントを行い、適切な支援を提供していくという早期支援が重要だということである。特に性非行に関しては「初回だから」とか「環境的に仕方ない」という理由で支援を遅らせたり、正しい支援を行わないことは後々の非行の重大化につながる危険性が高いということを認識すべきであろう。海外の知見では加害行為に対して正しい密度と方法の支援を行えば再犯率が減少することが分かっているが、逆に正しくない密度と方法の支援を行うと再犯率がより上昇することも分かっている。このことから対象者を正しくアセスメントし、正しい支援方法を検討することも重要であるといえる。そして実際に非行を行ってしま

った場合、少年院に入った際の施設内処遇も当然のことながら大切であるものの、真の意味で社会復帰や再非行防止にとって重要なことは、適切な施設内処遇から少年院を出た後の適切な社会内処遇（施設外処遇）へ有機的に移行し、支援が継続されなければならないということである。施設内でいくら有効な処遇を行っても社会復帰した後に支援が途切れてしまえば矯正効果は激減すると考えられる。従って「社会内での適切な早期支援」、「適切な施設内支援」、「施設退所後の適切な社会内支援」という3者の充実を同時に図っていく必要がある。社会全体で非行少年を支えていくシステム作りが急務と考えられる。

性加害修正についての推奨文献

- 1) 東京矯正管区管内少年矯正広報誌スキオ「特集・性非行指導」2008：39号
- 2) アディクションと家族「性犯罪の新理解」2007：24巻3号
- 3) 藤岡淳子. 性暴力の理解と治療教育 誠信書房 2006
- 4) 針間克己. 性非行少年の心理療法 有斐閣 2001