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 24 年度　総括･分担研究報告書

研究代表者　　齊 藤 万 比 古

平成 25（2013）年 3 月

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 24 年度　総括･分担研究報告書

研究代表者　　齊 藤 万 比 古

平成 25（2013）年 3 月

Ⅰ．　平成 24 年度 総括研究報告

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

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

Ⅱ．主任研究ワーキング・グループ研究報告

児童青年精神科専門病棟の運用実態に関する調査 ……5

齊藤万比古[1)]　宇佐美政英[1)]　佐藤政子[1)]　田邉尚[1)]　岩垂善貴[1)]　小平雅基[1)]

渡部京太[1)]

1)国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科

Ⅲ．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 ……13

飯田順三[1)] 太田豊作[2)] 岩坂英巳[3)] 澤田将幸[2)] 長内清行[4)] 村本葉子[4)]

山室和彦[2)] 末廣佑子[2)] 浦谷光裕[5)] 田中尚平[2)] 岸本直子[2)]

1)奈良県立医科大学看護学科　2)奈良県立医科大学精神医学教室

3)奈良教育大学特別支援教育研究センター　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 ……19

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)] 藤尾未由希[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 ……45

亀岡智美[1)2)] 飛鳥井望[3)] 岩切昌宏[2)] 加藤寛[1)] 金吉晴[4)] 齋藤梓[7)] 高田紗英子[1)]

瀧野揚三[2)] 田中究[5)] 野坂祐子[2)] 元村直靖[6)]

1)兵庫県こころのケアセンター　2)大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター

3)東京都医学総合研究所　4)国立精神・神経医療研究センター

5)神戸大学大学院医学研究科精神医学分野　6)大阪医科大学看護学部

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 ……73

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 ……87

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 ……99
渡部京太[1] 齊藤万比古[1] 小平雅基[1] 宇佐美政英[1] 岩垂喜貴[1] 飯島崇乃子[1]
牧野和紀[1] 松田久実[1] 佐々木祥乃[1] 田中徹哉[1] 田中宏美[1] 原田真生子[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 ……107
桝屋二郎[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 ……113
岡田俊[1] 大沢佑輝[2]
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 障害児(者)医療学寄附講座

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 ……119
西村良二[1] 清田晃生[2] 上別府圭子[3] 森岡由起子[4] 吉田敬子[5] 青木省三[6]
傳田健三[7] 原田謙[8] 本城秀次[9] 松本英夫[10]
1)福岡大学医学部精神医学教室 2) 大分大学医学部小児科・児童精神科
3)東京大学大学院医学研究科家族看護学分野 4)大正大学人間学部臨床心理学科
5)九州大学病院子どものこころの診療部 6)川崎医科大学精神科学教室
7)北海道大学大学院保健学科研究院生活機能学分野
8)信州大学医学部附属病院子どものこころの診療部
9)名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター 10) 東海大学医学部精神科学教室

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 ……127
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 ……133
山崎透[1] 石垣ちぐさ[1] 大石聡[1] 伊藤一之[1]
1)地方独立行政法人 静岡県立病院機構 静岡県立こども病院

Ⅳ. 研究成果の刊行に関する一覧 ……149

Ⅴ. 研究成果の別刷 ……153

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
平成24年度総括研究報告書

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，最終年度である今年度は，主要な障害群（広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、チック障害、気分障害、統合失調症、摂食障害、睡眠障害）の診療指針を日本児童青年精神医学会誌特集「現在の児童精神科臨床における標準的診療指針を目指して」に公表するとともに，児童精神科医養成に関する研修指針の提案を研修ガイドブックとして日本精神神経学会教育に関する委員会小児精神医療作業部会の検討を経て現在公刊に向けた最終段階に入っている。その他いくつかの成果のまとめと公表に取り組んでいる。

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	兵庫県こころのケアセンター副センター長兼研究部長
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
桝屋二郎	関東医療少年院法務技官
岡田　俊	名古屋大学医学部附属病院親とこどもの心療科講師
西村良二	福岡大学医学部精神医学教室教授
小平雅基	国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科医師
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。最終年度にあたる本年度は各障害群（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）の診断･評価と治療に関するエビデンスとわが国における当該医療の現状調査の検討を基盤とする，各障害群の診断･評価法と治療法の標準化をめざす指針案の作成，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，さらに専門的医師の養成のための研修に指針を提供する医師用研修ガイド「児童青年精神科臨床研修ガイドブック」および児童青年精神科看護ガイドラインの作成，また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などに総括研究グループを含む 4 グループに研究者を分けて各々競い合いつつ研究に取り組んできた。

C．研究結果

第一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各障害群の診療の標準化を目指した指針の作成に取り組み、そのいくつかは日本児童青年精神医学会誌の特集「現在の児童精神科臨床における標準的診療指針を目指して」に掲載されることとなっている（現在印刷中)。

第二グループは専門的医療機関を中心に、児童青年精神科医療ネットワークに関する医療サイドへの調査、全国の児童相談所へのアンケート調査を続けてきており、児童青年精神科医療システムとその地域関連諸機関との連携活動の普及には何よりも児童精神科医の数と質の担保が必須であることが明らかとなった。最終年度は地域における児童青年精神科医療ネットワークのあり方に関する指針として児童青年精神科医療ネットワークの意義・必要性、ネットワーク構築の前提条件の整備、医療連携ネットワークのあり方、他機関も含めたネットワークのあり方等についての指針の作成に取り組んだ。

第三グループは、第一に全国の医学部・医科大学 80 校の精神科に 3 回のアンケート調査を行った。児童青年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く、子どもの心の診療の技術の経験や習得の機会も不十分であり、とくに心理社会的療法の経験や修得の機会は乏しいことが判明した。また、子どもの心の診療は一部の人（専門外来や子どもの心の診療部など）にまかせる形をとるのではなく、一般精神科診療のなかでも子どもを診る体制も併存することが効果的であることが示唆された。第二に厚生労働省の思春期精神保健研修事業を企画･運営に関わった中で得られた成果として、専門医療機関における研修の資材となる「児童青年精神科臨床研修ガイドブック」および「児童青年精神科看護ガイドライン」を作成した。第三に児童青年期精神科臨床において必ずしも普及していないとされるエビデンスに基づく医療（EBM）であるが、近年本領域のエビデンスが急速に増加しており、適切にそれを入手し、その限界を十分に踏まえつつ適用すれば EBM に基づく医療は可能となりつつある。その際の留意点を明らかにするとともに、これまでのエビデンスを複数の疾患や障害についてまとめ、それを書籍に公表することで本研究の成果を社会に還元した。

総括研究は以上の様な分担研究の成果をまとめ、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「児童青年精神科医療の標準化と普及を目指して」という表題で障害群、地域連携システム、専門家研修をひろく含んだガイドブックを公刊することを目指した。

D．考察

本研究班の活動は新たな知見を発見するという目標とは異なり、わが国に普及させるべき児童青年精神科医療機関の機能をめぐる現状の把握と、今後当該医療機能を持つ機関の普及を図る際に、その機関が持つべき標準的な診療の水準を、エキスパート・コンセンサス等の方法で明らかにし、診療の標準化を目指す一歩とすることを目指した研究である。しかし、こうした研究過程で得られた研究成果のうち代表的なものを以下にあげる。

a. 広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、チック障害、気分障害、統合失調症、摂食障害、睡眠障害の診療の標準的指針を目指す文献研究とエキスパート・コンセンサスに基づく論文を日本児童青年精神医学会誌の特集号に投稿し掲載される運びとなった。

b. 子どもの虐待や災害経験を通じたPTSDに対する認知行動療法として米国で開発されたTF-CBT（Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy）のわが国への導入を目指した研究が進行し、保護者への説明リーフレットや実施プロトコールを作成した。

c. チック障害の心理教育に使用するブックレットを作成した。

d. 子どものAt risk mental state（ARMS）、発達障害、チック障害、不安障害、素行障害、気分障害に関する研究を前進させた。

e. 厚生労働省思春期精神保健研修事業の研修会で講師を務めた専門家を中心とする執筆者による「児童青年精神科臨床研修ガイドブック」を作成し、日本精神神経学会教育に関する委員会小児精神医療作業部会により検討し、同学会より刊行されることになった。

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「児童青年精神科医療の標準化と普及を目指して」と称するガイドライン案の作成のために，分担研究および総括研究は各々活発に取り組んできた。今年度は，分担研究者は各研究活動をそれぞれまとめ，成果を発表するとともに，共同でガイドラインおよび複数のガイドブックを公表した。

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

巻末に研究班の成果に関する表を掲載したのでそれを参照されたい。

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

Ⅱ．　平成 24 年度　主任研究ワーキング・グループ
研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
主任研究ワーキング・グループ研究報告書

児童青年精神科専門病棟の運用実態に関する調査

主任研究者　齊藤万比古[1)]
研究協力者　宇佐美政英[1)]　佐藤政子[1)]　田邊尚[1)]　岩垂喜貴[1)]　小平雅基[1)]　渡部京太[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

主任班ワーキング・グループは児童・思春期精神科医療機関の治療構造、人員配置、および治療内容に関する現状を明示することを目的として、全国児童青年精神科医療機関協議会の正会員病院 21 施設を対象としたアンケート調査を行った。対象は全国児童青年精神科医療機関協議会の正会員病院 21 施設である。方法は、平成 24 年 11 月 13 日にインターネットを用いて、電子媒体で作成した質問紙を全国児童青年精神科医療機関協議会の正会員病院 21 施設に送付し、平成 25 年 1 月 31 日までに返答があった施設の回答を集計した。全国児童青年精神科医療機関協議会の正会員病院 21 施設のうち 12 施設より回答を得た。回収率・有効回答率は 57%であった。 本調査結果から児童・思春期精神科専門病棟の標準的な構造および人員については、開放病棟か閉鎖病棟かは問わず、ベッド数は 40 床未満が標準的であり、その運用状況としては概ね 60-80%のベッド使用率であり、平均在院日数が 100～200 日程度であった。 いずれの病院でも数名の隔離患者を認め、拘束患者はまれであり、緊急入院はほぼ皆無であった。入院の必要があれば、1～2 週程度で入院することができる病院が多く、身体的治療が必要な摂食障害に関しても積極的に治療を行っていった。 また、専門病棟の人員については、常勤医師は４名、非常勤医師が１－２名の体制であり、心理士、作業療法士、精神保健福祉士、の常勤が各１名配置された人員が標準的であった。また、様々な心理療法が積極的に行われている現状もわかった。ただし、成人の精神科治療への移行や身体合併症への治療への対応に苦慮していることも明らかとなった。 本研究によって、わが国の児童・思春期専門病棟の運用の現状が明らかとなった。今後、児童・思春期精神科専門病棟が各地に増えることが期待され、どのような構造を持った病棟であっても児童・思春期の年代にあったダイナミックな治療を行なっていくことが重要である。

A. 研究目的

平成 23 年 4 月より児童・思春期専門の精神科病棟に対する保険点数が改正され、「児童・思春期精神科入院医療管理料」が施行された[1]。この管理料が適応される児童・思春期専門の精神科病棟の開設にあたっては、常勤医師数、常勤心理数、常勤ソーシャルワーカー数、看護スタッフ数、20 未満の児童数、などの多くの細則がある。このような保険点数の改正という施策によって、児童・思春期専門病棟を医療経済的な観点からも開設が容易になったといえる。しかしながら、これら設置条件を満すことが、質の良い医療に直結するわけではない。このような専門病棟の中で、いかに子どもたちに質のよい治療を提供することができるのかが、病棟の開設および運用において最も重要な点である。

これらを背景として、我々は児童・思春期精神科医療機関の治療構造、人員配置、および治療内容に関する現状を明示することを目的として、全国児童青年精神科医療機関協議会の正会員病院 21 施設を対象としたアンケート調査を行った。

B. 研究方法

調査方法

対象は全国児童青年精神科医療機関協議会の正会員病院 21 施設である。方法は、平成 24 年 11 月 13 日にインターネットを用いて、電子媒体で作成した質問紙を全国児童青年精神科医療機関協議会の正会員病院 21 施設に送付し、平成 25 年 1 月 31 日までに返答があった施設の回答を集計した。

質問紙

質問紙の内容は、①病棟の構造、 ②専門病棟に勤務するスタッフ数（精神科医師数、小児科医師数、心理士数、作業療法士数、精神保健福祉士数、看護師数）、③病棟の運用状況、④救急体制、⑤診療状況、⑥ 身体的治療（摂食障害の治療）、⑦評価法および治療技法、⑧病院の利点と欠点、の⑧項目であった。

①病棟の構造については、「開放病棟」、「閉鎖病棟」、「開放病棟＋閉鎖病棟」、「小児科病棟」の四つの中から一つ選ぶ形式で質問した。

②専門病棟に勤務するスタッフ数（精神科医師数、小児科医師数、心理士数、作業療法士数、精神保健福祉士数、看護師数）については、それぞれの数について常勤および非常勤別に回答を得る形式で質問した。

③病棟の運用状況については、平成 24 年 11 月 1 日時点の児童・思春期専門病棟の入院児童数、平均在院日数、隔離患者数、拘束患者数、入院待機児童数、次の入院患者の予定日までの日数、専門病棟以外の入院児童数、一般精神科病棟の入院児童数についてそれぞれの回答を数字で入力する形式で質問した。

④救急体制については、児童精神科医の当直について「必ず毎日している」、「時折している」、「全くしていない」の選択肢の中から一つ選ぶ形式で質問した。また、夜間・休日の緊急入院について平成 24 年 10 月の一月間、過去 6 ヶ月、過去 12 ヶ月の 3 つの期間について、緊急入院児童数について、それぞれの回答を数字で入力する形式で質問した。

⑤診療状況については、平成 24 年 10 月の一月間の心理検査数、遊戯療法数について、それぞれの回答を数字で入力する形式で質問した。また、児童・思春期専門病棟における作業療法について、「行われていない」、「一週間に一度」、「二週間に一度」、「一月に一度」、「上記以外」の中から一つ選ぶ形式で質問した。

⑥ 身体的治療（摂食障害の治療）については、 平成 24 年 11 月 1 日時点の児童・思春期専門病棟に入院している摂食障害児童数、専門病棟以外に入院している摂食障害児童数について、それぞれの回答を数字で入力する形式で質問した。また、 摂食障害児の著しい身体的危機状況（徐脈、低血糖など）への対応について、「すべての症例は児童精神科だけで対応可能である」、「すべての症例は院内の小児科と共同で対応可能」、「重篤な場合には他院小児科医と連携する」、「摂食障害は診療しない」、の中から一つ選ぶ形式で質問した。

⑦評価法および治療技法については、精神分析的精神療法、認知行動療法、ペアレント・トレーニング、 Autism Diagnostic Observation Schedule（ADOS）の臨床的使用、Autism Diagnostic Interview, Revised (ADI-R)の臨床的使用、を行うことができる医師数および心理士数について、 それぞれの回答を数字で入力する形式で質問した。

⑧病院の利点と欠点については、各病院の利点と欠点を別々に自由記述で回答する形式とした。

集計方法

質問紙の集計に関しては 20 床未満の小規模な病棟から、200 床の大規模病院まで病棟の構造が多様であり、各種結果については最小値、最大値、中央値、第 1 および第 3 四分位値について集計した。

C. 研究結果

1. 回収率

全国児童青年精神科医療機関協議会の正会員病院 21 施設のうち 12 施設より回答を得ることができ、回収率・有効回答率は 57%であった。

2. 専門病棟の構造

病棟の構造については、閉鎖病棟が 7 施設、開放病棟が 3 施設、閉鎖病棟および開放病棟が 2 施設であった。ベッド数は中央値 33 床、最小 13 床、最大 200 床、第 1－第 3 四分位値は 27-49 床であった。そのうち保護室は中央値 14 床、最小 3 床、最大 74 床、第 1－第 3 四分位値は 10-19 床であった。

3. 専門病棟に勤務するスタッフ

専門病棟に勤務するスタッフ数（精神科医師数、小児科医師数、心理士数、作業療法士数、精神保健福祉士数、看護師数）について

は、それぞれの数について常勤および非常勤別に表１に示す。

4.　病棟の運用状況

平成 24 年 11 月 1 日時点の児童・思春期専門病棟の入院児童数、平均在院日数、隔離患者数、拘束患者数、入院待機児童数、次の入院患者の予定日までの日数、専門病棟以外の入院児童数、一般精神科病棟の入院児童数について表２に示す。

5.　救急体制

専門病棟をもつ病院の救急体制については、児童精神科医の当直について「必ず毎日している」と回答した施設が５施設（42%）、同様に「時折している」と回答した施設が７施設（58%）、「全くしていない」と回答した施設が０施設（０%）であった。また、夜間・休日の緊急入院ついて平成 24 年 10 月の一月間、過去６ヶ月、過去 12 ヶ月の３つの期間について、緊急入院児童数を表３に示す。

6.　心理検査・作業療法

診療状況については、平成 24 年 10 月の一月間の心理検査数、遊戯療法数について、 それぞれの回答を表４に示す

また、児童・思春期専門病棟における作業療法の実施回数については、「行われていない」と回答した施設が２施設であり、同様に「一週間に一度」と回答した施設が４施設、「二週間に一度」と回答した施設が１施設、「一月に一度」と回答した施設が０施設、「上記以外」と回答した施設が４施設、無効回答が１施設であった。

7.　身体的治療（摂食障害の治療）

平成 24 年 11 月 1 日時点の児童・思春期専門病棟に入院している摂食障害児童数、専門病棟以外に入院している摂食障害児童数について、表５に示す。

また、 摂食障害児の著しい身体的危機状況（徐脈、低血糖など）への対応について、「すべての症例は児童精神科だけで対応可能である」と回答した施設が１施設、「すべての症例は院内の小児科と共同で対応可能」と回答した施設が５施設、「重篤な場合には他院小児科医と連携する」と回答した施設が５施設、「摂食障害は診療しない」と回答した施設が０施設、無効回答が１施設であった。

8.　評価法および治療技法

評価法および治療技法については、精神分析的精神療法、認知行動療法、ペアレント・トレーニング、 Autism Diagnostic Observation Schedule（ADOS）の臨床的使用、 Autism Diagnostic Interview, Revised (ADI-R) の臨床的使用、を行うことができる医師数および心理士数について表６に示す。

9.　病院の利点と欠点

病院の利点と欠点については、以下に利点および欠点別に分けて、精神科専門病院および小児科専門病院別に記載する。ただし、精神科専門病院には成人を対象とした精神科病棟をもつ総合病院も含む。

利点に関する回答を以下に示す。
精神科専門病院の利点：

- 精神科単科病院のため、成人までのすべてのライフステージでの支援を組み立てやすい。
- 保護室が満床の場合でも、他病棟に一時的に緊急入院の対応をお願いする事ができる。
- 成人への移行調整がとれる。
- 青年期にわたって加療することが出来る
- 他専門領域の医師（依存症、成人など）との連携が取りやすい
- 成人の閉鎖病棟を用いた急性期治療を行なうことができる。
- 総合病院と離れたことで医療だけではなく福祉や学校（教育）との連携がしやすくなる。 精神科単科病院であるが内科・外科系出身の常勤医師が居り、身体疾患にもほぼ対応できている。

小児科専門病院の利点：

- 小児専門総合病院であることによって、身体疾患のある児でも安心して精神科病棟で受け入れることができる。一般市民からすると精神科単科病院に受診や入院するよりも敷居が低くなる。
- 身体管理が病院全体として可能・入院の

抵抗が他の形態の病院より少ない
- 小児科・身体科や、虐待事例での関係各科との連携がとりやすい
- あらゆる身体的合併症に対応可能である。
- 身体疾患の合併する患者についても連携診療が可能。入院期間を短期化し、より早い家庭復帰を目指しており、必要時再入院を受け入れている。
- 小児に特化した治療を行うことができる。

欠点に関する回答を以下に示す。

精神科専門病院の欠点：
- 重症の身体合併症を持つ患者の対応が困難
- 身体合併症の治療が十分にできない。
- 摂食障害など身体的治療が必要なときに精神科の中で十分なレベルの治療を提供できない。
- 身体的問題を抱えその病状が重篤な場合入院治療が困難である。

小児科専門病院の欠点：
- 発達障がいとして診ていても児童専門施設となると過年時には転院してもらうことになる。
- 看護スタッフは女性がほとんどであることと、身体科病棟から異動してきて精神科看護に不慣れなスタッフもいるため、統合失調症などの激しい精神運動興奮状態や強度行動障害の児を受け入れることが難しい。
- 単科精神科病院でやっていたときはそれらの児は成人病棟でお願いしていた。また、受診可能な年齢が、初診が中３まで、再診は高３までになるため、それ以上の年齢になってもフォローが必要な児を診療していくことができず、かと言って逆紹介できる医療機関は非常に限定的であり、困っている。
- 精神保健福祉法に基づいた入院のため、虐待による両親の同意が困難な事例の入院調整が難しい。
- 年齢が高くなった患者の移行が難しい。
- 病院全体の動きが早いため、子どもの成長発達をゆっくり待つという視点を持った関わりが難しい
- 保護室がないため、興奮の強い患児の治療が難しい。

D. 考察

(1) 児童・思春期精神科専門病棟の機能

本調査結果から児童・思春期精神科専門病棟の標準的な構造および人員については、開放病棟か閉鎖病棟かは問わず、ベッド数は 40 床未満が標準的であり、その運用状況としては概ね 60-80％のベッド使用率であり、平均在院日数が 100～200 日程度であった。いずれの病院でも数名の隔離患者を認め、拘束患者はまれであり、緊急入院はほぼ皆無であった。入院の必要があれば、1～2 週程度で入院することができる病院が多く、身体的治療が必要な摂食障害に関しても積極的に治療を行っていった。 また、専門病棟の人員については、常勤医師は４名、非常勤医師が１－２名の体制であり、心理士、作業療法士、精神保健福祉士、の常勤が各１名づつ配置された人員が標準的であった。また、精神分析的精神療法、認知行動療法、ペアレント・トレーニングなどの心理療法についても積極的に行うことができる診療体制であることもわかった。

このような病棟運用になっている背景としては、病棟の対象としている子どもたちが前思春期から思春期の子どもたちであることが最も大きな要因であろう。この年代を対象としていることから、統合失調症を発症した児童は少なく、神経症性障害や気分障害、さらには発達障害が主な対象となる [2,3]。そのため、成人の精神科救急病棟のように精神病症状の急性期だけを取り扱う短期的な治療を目指した病院は少なく、子どもの入院治療は精神疾患の治療の場であると同時に、子どもが家や親から分離し成長していく場であり、不登校やひきこもりであった子どもが仲間集団と出会い、お互いにかかわりを持っていくという体験をする場である [2-5]。すなわち、前思春期から思春期の子どもが児童期を経て第二の分離一固体化という課題に同年代集団の仲間関係の中で直面しながら思春期の自我発達を果たしていくダイナミックな治療を行うことが、児童・思春期精神科専門病棟が果たすべき機能の一つであると考える。

(2) 児童・思春期専門病棟の設置する際の課題

本調査結果から、病棟の利点と欠点については、専門病棟が設置された病院が小児科専門病院、精神科専門病院、総合病院のいずれ

かによって、「成人への移行問題」と「身体合併症の治療体制」の問題が利点となる場合と欠点となる場合に入れ替わることがわかった。成人への移行問題はあるが、身体合併症に強い児童・思春期専門病棟である「小児科専門病院タイプ」の病棟にするのか、成人への移行問題には強いが、身体合併症には弱い児童・思春期専門病棟である「精神科専門病院タイプ」の病棟にするかは、各地域の診療体制の現状と今後の展望に沿って決定していくべきである。その際に地元医療機関だけでなく、教育機関や福祉機関とも検討することが、児童・思春期専門病棟の設置には欠かすことができないといえる。

E. 結論

本研究によって、わが国の児童・思春期専門病棟の運用の現状が明らかとなった。今後児童・思春期専門病棟を新たに設置していく場合には、小児科専門病院タイプを目指すのか、精神科専門病院タイプを目指すのか、いずれにおいても成人精神科治療への移行や身体合併症治療が適切に行えるように地元医療・教育・福祉機関と具体的に検討しておく必要がある。児童・思春期専門病棟を新たに設置したのちには、その病棟構造の強みを生かした児童・思春期の年代にあったダイナミックな治療を積極的に行っていく必要がある。

F. 研究発表

なし

文献

1. 児童・思春期精神科入院医療の評価. at <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/h24_01-03-10.pdf>（最終閲覧日 2013 年 2 月 22 日）
2. 齊藤万比古. 入院への導入と入院生活、児童精神科臨床 [入院治療 1]. 31-68, 星和書店(1982).
3. 宇佐美政英 & 齊藤万比古 児童・思春期における精神科入院治療の留意点. 臨床精神医学 36, 515-519 (2007).
4. 山崎透. 児童精神科の入院治療. 金剛出版 (2010).
5. 齊藤万比古. 子どもの心の臨床, 過去, 現在. 小児の精神と神経 52, 293-303 (2012).

表１：児童・思春期専門病棟に勤務するスタッフ

	中央値	最小値	最大値	第 1–第 3 四分位値
児童精神科専属の常勤精神科医は何名いますか？	4	0	25	3 — 5
児童精神科専属の非・常勤精神科医は何名いますか？	1	0	7	1 — 2
児童精神科専属の常勤小児科医は何名いますか？	0	0	1	0 — 1
児童精神科専属の非・常勤小児科医は何名いますか？	0	0	2	0 — 1
児童精神科専属の常勤心理士は何名いますか？	2	0	17	1 — 5
児童精神科専属の非・常勤心理士は何名いますか？	0	0	4	0 — 0
児童精神科専属の常勤作業療法士は何名いますか？	1	0	2	0 — 2
児童精神科専属の非・常勤作業療法士は何名いますか？	0	0	1	0 — 0
児童精神科専属の常勤精神保健福祉士は何名いますか？	1	0	7	1 — 1
児童精神科専属の非・常勤神保健福祉士は何名いますか？	0	0	1	0 — 0
児童精神科病棟の看護師は何名いますか？	18	14	150	18 — 25
児童精神科病棟の看護助手は何名いますか？	2	0	6	1 — 2

表２：児童・思春期専門病棟の入院児童数

（平成 24 年 11 月 1 日現在）	中央値	最小値	最大値	第 1–第 3 四分位値
児童精神科専門病棟には何人の児童が入院されていますか？	26	6	167	12 — 37
ベッド使用率	83.3%	26.7%	97.8%	58.4% — 83.9%
児童精神科専門病棟の平均在院日数をお教えください	142	72	1107	103 — 208
児童精神科専門病棟の隔離患者数をお教えください	3	0	30	1 — 4
児童精神科専門病棟の拘束患者数をお教えください	0	0	2	0 — 1
何人の児童が入院待ちをされていますか？	1	0	21	0 — 8
次の入院予定患児は何日後に入院予定ですか？	5.5	1	16	5 — 7
児童精神科専門病棟以外の病棟には何人の児童が入院されていますか？	1	0	9	0 — 2
何名の児童が一般精神科病棟に入院されていますか？	0	0	2	0 — 1

表３：専門病棟をもつ病院の緊急入院児童数

	中央値	最小値	最大値	第 1–第 3 四分位値
過去一ヶ月間に夜間・休日の緊急入院はありましたか？	0	0	5	0 — 0
過去 6 ヶ月間に夜間・休日の緊急入院はありましたか？	0	0	23	0 — 1
過去１２ヶ月間に夜間・休日の緊急入院はありましたか？	1	0	55	0 — 1

表４：専門病棟をもつ病院の心理検査数

	中央値	最小値	最大値	第 1–第 3 四分位値
平成 24 年 10 月の一月間で、心理検査はのべ何人の児童精神科患者行われましたか？	16.5	4	233	9 — 58
平成 24 年 10 月の一月間で、遊戯療法はのべ何人の児童精神科患者に行われましたか？	17	0	57	4 — 51

表５：児童・思春期専門病棟に入院している摂食障害児童数

平成 24 年 11 月 1 日時点	中央値	最小値	最大値	第 1–第 3 四分位値
児童精神科専門病棟には何人の摂食障害児童が入院されていますか？	2	0	11	1 — 5
児童精神科専門病棟以外には何人の摂食障害児童が入院されていますか？	0	0	6	0 — 0

表６：児童・思春期専門病棟における評価法および治療技法

（平成 24 年 11 月 1 日現在）	中央値	最小値	最大値	第 1–第 3 四分位値
精神分析的精神療法を行なうことができる心理士は、何名おられますか？	0	0	4	0 — 2
精神分析的精神療法を行なうことができる医師は、何名おられますか？	1	0	13	0 — 2
認知行動療法を行なうことができる心理士は何名おられますか？	1	0	6	0 — 2
認知行動療法を行なうことができる医師は何名おられますか？	2	0	5	0 — 3
ペアレント・トレーニングを行なうことができる心理士は、何名おられますか？	2	0	8	0 — 3
ペアレント・トレーニングを行なうことができる医師は、何名おられますか？	2	0	6	0 — 5
ADOS を、臨床目的で使用できる心理士は何名おられますか？	0	0	0	0 — 0
ADOS を、臨床目的で使用できる医師は何名おられますか？	0	0	2	0 — 0
ADI-R を,臨床目的で使用できる心理士は何名おられますか？	0	0	2	0 — 0
ADI-R を,臨床目的で使用できる医師は何名おられますか？	0	0	5	0 — 2

Ⅲ.　平成 24 年度 分担研究報告

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

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　太田豊作[2)]　岩坂英巳[3)]　澤田将幸[2)]　長内清行[4)]　村本葉子[4)]
山室和彦[2)]　末廣佑子[2)]　浦谷光裕[5)]　田中尚平[2)]　岸本直子[2)]
1）奈良県立医科大学看護学科　2）奈良県立医科大学精神医学教室
3）奈良教育大学特別支援教育研究センター　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)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，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。その中で，小児期の PDD に使用される薬剤(種類及び薬剤名)，成人期の PDD に使用される薬剤(種類及び薬剤名)についての結果を集計し，統計学的に詳細に解析した。

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。小児期の PDD に使用される薬剤としては，83.0%が抗精神病薬，54.3%が抗てんかん薬，52.8%が徐放性 methylphenidate，48.7%が抗うつ薬と回答し，7.4%の医師が小児期の PDD に対して薬物治療を行っていないと回答した。そして，抗精神病薬の内訳は70.5%が risperidone，11.3%が aripiprazole と回答し，抗てんかん薬の内訳は64.8%が valproate，23.3%が carbamazepine と回答し，抗うつ薬の内訳は56.9%が fluvoxamine，16.1%が sertraline と回答した。成人期の PDD に使用される薬剤としては，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，6.3%の医師が成人期の PDD に対して薬物治療を行っていないと回答した。

PDD に対して薬物治療を行わないとする医師は 7.4%(小児期)，6.3%(成人期)であり，多くの医師は併存する精神症状や行動上の問題などに対して薬物治療を行っていると考えられた。しかし，小児期における pimozide 以外の薬剤は適応外使用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)の診断・治療が求められる一方で本疾患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。薬物治療においては，有効性を報告する海外の研究や海外では適応を取得している薬剤があるが，わが国では pimozide 以外の薬剤は保険適応を取得していない。今回，PDD の診断・治療に関するアンケート調査を実施し，特に薬物治療について検討を行った。

B. 研究方法

2011 年 1 月に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。アンケートの内容は，回答者の属性，PDD に用いる評価尺度，心理社会的治療・支援や薬物治療についてなどである。その中で，小児期の PDD に使用される薬剤(種類

及び薬剤名)，成人期の PDD に使用される薬剤(種類及び薬剤名)についての結果を集計し，統計学的に詳細に解析した。

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を同定しうるものを含まないように配慮した。

C. 研究結果

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(図1)。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。また，所属機関は精神科病院25.4%，診療所・クリニック23.1%，総合病院18.5%，大学病院16.1%などであった。

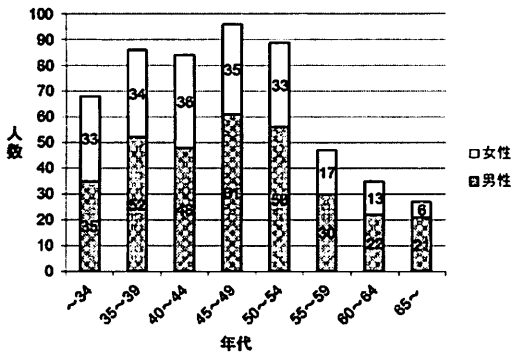


図 1. 回答者の年代別の人数と性別

1)小児期

小児の PDD に処方されている薬剤としては，抗精神病薬(83.0%)，抗てんかん薬(54.3%)，徐放性 methylphenidate(52.8%)，抗うつ薬(48.7%)，atomoxetine(46.3%)の順に多かった(図 2)。また，7.4%の医師は小児の PDD に対して薬物治療を行っていないと回答した(図2)。

そして，抗精神病薬の内訳は，70.5%が risperidone，11.3%が aripiprazole と回答し，これらを含めた非定型抗精神病薬を処方すると回答したものは 87.4%，定型抗精神病薬は5.6%であった。薬剤名(抗精神病薬)の回答が得られなかったものは 7.0%であった。抗てんかん薬の内訳は，64.8%が valproate，23.3%が carbamazepine と回答し，7.8%は薬剤名(抗てんかん薬)の回答が得られなかった。抗うつ薬の内訳は，56.9%が fluvoxamine，16.1%が sertraline と回答し，これらを含めた選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)を処方すると回答したものは 81.6%，SSRI 以外は 9.7%であった。薬剤名(抗うつ薬)の回答が得られなかったものは8.6%であった。

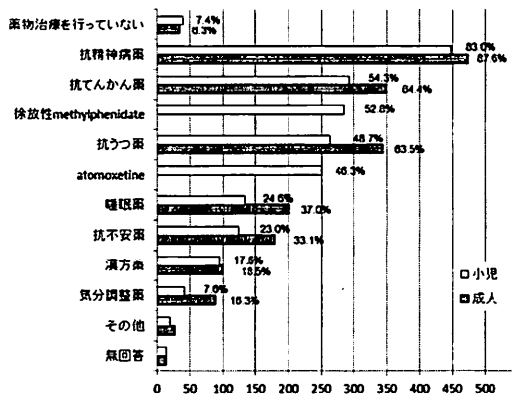


図 2. 広汎性発達障害に対して処方されている薬剤

2)成人期

成人の PDD に処方されている薬剤としては，抗精神病薬(87.6%)，抗てんかん薬(64.4%)，抗うつ薬(63.5%)の順に多かった(図 2)。また，6.3%の医師は成人の PDD に対して薬物治療を行っていないと回答した(図2)。

そして，抗精神病薬の内訳は，66.3%が risperidone，12.5%が aripiprazole と回答し，これらを含めた非定型抗精神病薬を処方すると回答したものは 87.3%，定型抗精神病薬は5.8%であった。薬剤名(抗精神病薬)の回答が得られなかったものは6.9%であった。抗てんか

ん薬の内訳は，66.5%が valproate，22.3%が carbamazepine と回答し，8.4%は薬剤名（抗てんかん薬）の回答が得られなかった。抗うつ薬の内訳は，49.0%が fluvoxamine，16.7%が sertraline と回答し，これらを含めた SSRI を処方すると回答したものは 73.8%，SSRI 以外は 10.3%であった。薬剤名（抗うつ薬）の回答が得られなかったものは 15.9%であった。

D. 考察

わが国では，PDD に対して使用承認されているのは pimozide のみで，それも「小児の自閉性障害」に対してと年代や診断が限定されている。これ以外の向精神薬を PDD に使用することは適応外使用となる。このことを踏まえた上でアンケートにも明記して今回の調査を行った。

今回の調査において，小児の PDD に対して薬物治療を行っていないと回答した医師は 7.4%であり，成人では 6.3%であった（図 2）。このことからも薬物治療の必要性はわかる。しかし一方で，薬物治療によって PDD の中心症状はほとんど改善されず，関連症状や併存症状の一部が改善されるにとどまるとされる。例えば，アメリカで小児の自閉性障害に使用承認されている risperidone や aripiprazole であっても，他者への攻撃性，自傷行為，癇癪，気分の易変性といった興奮性に対しての適応である。また，わが国での pimozide も小児の自閉性障害に伴う「動き，情動，意欲，対人関係等にみられる異常行動」，「睡眠，食事，排泄，言語等にみられる病的症状」，「常同症等がみられる精神症状」への適応である。PDD に対する薬物治療は，関連症状や併存障害に対する対症療法であるとの認識が必要である。また，薬物治療が患者に与えると予想されるリスクとベネフィットを慎重に検討し，患者の利益につながると判断した場合にのみ薬物治療を行い，開始に際しては心理社会的治療・支援の継続および強化が必要であり，また薬物治療の標的症状を明確にして治療の効果判定を適宜行うことも重要である。

今回の薬物治療の調査においては，小児と成人と分けて回答を求めた。小児の徐放性 methylphenidate（52.8%）と atomoxetine（46.3%）を除くと使用されている薬剤は小児と成人で類似しており，どちらも抗精神病薬，抗てんかん薬，抗うつ薬，睡眠薬，抗不安薬，漢方薬，気分調整薬の順であった（図 2）。

methylphenidate は，ADHD への治療反応性には劣るものの PDD に併存する不注意，多動性，衝動性を改善することが報告されている[1),2)]。atomoxetine は，小規模な二重盲検試験やオープン試験で PDD に併存する不注意，多動性，衝動性への有効性が示唆されている[3),4)]。しかし，DSM-IV-TR，ICD-10 といった診断基準では PDD と ADHD の重複診断が認められていないこともあり，わが国では徐放性 methylphenidate や atomoxetine を PDD に使用することは適応外使用であることに十分注意しなければならない。

抗精神病薬では，これまで haloperidol が PDD の常同行動，易怒性，破壊的行動，多動などを改善することがいわれ，使用されてきたが，副作用の出現頻度などから近年は非定型抗精神病薬の使用頻度が多くなっている。このことは，今回の調査で小児の PDD への定型抗精神病薬の使用が 5.6%（成人では 5.8%）であったのに対して，非定型抗精神病薬の使用が 87.4%（成人では 87.3%）であったことからもわかる。非定型抗精神病薬の中では，risperidone が小児で 70.5%，成人で 66.3%と

多くの医師が使用していた。risperidone は，小児のPDDを対象とした報告では，PDDの中心症状は改善しないが，攻撃性，癇癪，気分不安定，自傷，多動・衝動性，常同行動，強迫症状などに効果がみられるとされる[5),6),7)]。成人のPDD に対しても，反復行動，攻撃性，不安，抑うつなどで改善が認められ，社会性や言語では変化がなかったという報告[8)]がある。また，中川[9)]の医師を対象とした小児の自閉性障害の薬物療法に関するアンケート調査においても，未就学児，就学児ともに risperidone が最も多く使用されており，risperidone は興奮性，自傷他害，衝動性，睡眠障害に対して使用されていた。今回の調査で aripiprazole は小児で 11.3%，成人で 12.5%であったが，これまでの報告では aripiprazole にて興奮性，常同行動，多動，強迫症状などが改善したとされる[10)]。

抗てんかん薬では，valproate に関する小規模な二重盲検試験[11)]やオープン試験[12)]の報告があり，PDDの反復行動，気分不安定，衝動性，攻撃性に効果がみられた。今回の調査でも比較的多く使用されていたが，これらの症状に対して医師は使用している可能性がある。この他，valproate や carbamazepine といった抗てんかん薬は，てんかんが併存する PDD に使用され，双極性障害が併存する PDD にも使用される可能性があり，今回の調査結果に反映された可能性が考えられる。

抗うつ薬では，これまで clomipramine が PDD の攻撃性，自傷行為，強迫症状，対人的疎通性を改善することがいわれ，使用されてきたが，心血管系の副作用の出現頻度などから近年は SSRI の使用頻度が多くなっている。このことは，今回の調査で小児の PDD への SSRI 以外の使用が 9.7%（成人では 10.3%）であったのに対して，SSRI の使用が 81.6%（成人では 73.8%）であったことからもわかる。また，SSRIの中ではfluvoxamineが比較的多く使用されていた。これまでの報告で，fluvoxamine が PDD の反復行動，攻撃性，不適応行動，社会関係性を改善したとされる[13),14)]。このような症状に対して使用されている可能性があるが，この他にうつ病，強迫性障害，社交不安障害が併存するPDDにもSSRIが使用される可能性があり，今回の調査結果に反映された可能性が考えられる。

PDDの70～80%程度に他の精神疾患が併存するといわれ，てんかんが PDD に併存する割合は 5～44%と報告 34)されている。また気分障害では，高機能 PDD を中心として，年齢が上がるほど併存率が高いとされ，PDDと気分障害の併存は 10～30%[15),16)]といわれる。成人の PDD において気分障害が 53%，不安障害が 50%，強迫性障害が 24%，物質使用障害が 16%，精神病性障害が 12%に併存したとする報告もある[17)]。これらの併存障害に対しては，抗精神病薬，抗てんかん薬，抗うつ薬などの使用が考慮される。PDD に対しては，抗精神病薬，抗てんかん薬，抗うつ薬などの向精神薬は適応外使用であるものの，併存障害を考慮し，症状に応じて，患者の個別性にも配慮し，有効性や忍容性を確認しながら薬物治療を慎重に行う必要がある。

今回の調査の限界点としては，薬物治療の標的症状が明確となっていない点，30.0%という回収率から未回答者バイアスを十分に考慮しなければならない点があげられる。

E. 結論

PDD の薬物治療に関する現状をアンケート調査で明らかにした。

F. 研究成果

学会発表

松浦広樹，太田豊作，飯田順三，岩坂英巳，盛本翼，中野哲志，山室和彦，上田昇太郎，岸本直子，岸本年史：広汎性発達障害の診断・治療に関するアンケート調査．第108回日本精神神経学会学術総会（札幌），2012.5

Yamamuro K, Ota T, Iida J, Shimizu S, Nakanishi Y, Onishi T, Iwasaka H, Hirao F, Sakiyama S, Kishimoto T: Comparison of pervasive developmental disorder and schizophrenia by the Japanese version of the National Adult Reading Test. The 20th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (Paris), 2012.7

清水里美，飯田順三，岩坂英巳，太田豊作，松浦広樹，後藤晴栄，山室和彦，末廣佑子，中西葉子，浦谷光裕，岸本直子，岸本年史：広汎性発達障害の薬物治療に関するアンケート調査．第53回日本児童青年精神医学会総会（東京），2012.11

松浦広樹，飯田順三，太田豊作，澤田将幸，田中尚平，末廣佑子，岸本直子，岸本年史：Atomoxetine治療前後の注意欠如・多動性障害の事象関連電位（ERP）．第53回日本児童青年精神医学会総会（東京），2012.11

末廣佑子，飯田順三，太田豊作，田中尚平，松浦広樹，岸本直子，岸本年史：Atomoxetine治療前後の注意欠如・多動性障害の近赤外線スペクトロスコピィ（NIRS）．第53回日本児童青年精神医学会総会（東京），2012.11

太田豊作，飯田順三，根來秀樹，末廣佑子，松浦広樹，岸本直子，岸本年史：徐放性methylphenidate治療前後の注意欠如・多動性障害の近赤外線スペクトロスコピィ（NIRS）．第53回日本児童青年精神医学会総会（東京），2012.11

文献

1) Handen BL, Johnson CR, Lubetsky M: Efficacy of methylphenidate among children with autism and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. J Autism Dev Disord 30: 245-255, 2000

2) Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network: Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. Arch Gen Psychiatry 62: 1266-1274, 2005

3) Arnold LE, Aman MG, Cook AM et al: Atomoxetine for hyperactivity in autism spectrum disorders: placebo-controlled crossover pilot trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 45: 1196-1205, 2006

4) Posey DJ, Wiegand RE, Wilkerson J et al: Open-label atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms associated with high-functioning pervasive developmental disorders. J Child Adolesc Psychopharmacol 16: 599-610, 2006

5) McCracken JT, McGough J, Shah B et al: Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. N Engl J Med 347: 314-321, 2002

6) McDougle CJ, Scahill L, Aman MG, et al. Risperidone for the core symptom domains of autism: results from the study by the Autism Network of the Research Units on Pediatric Psychopharmacology. Am J Psychiatry 162: 1142-1148, 2005

7) Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network: Risperidone treatment of autistic disorder: longer-term benefits and blinded discontinuation after 6 months. Am J Psychiatry 162: 1361-1369, 2005

8) McDougle CJ, Holmes JP, Carlson DC et al: A double-blind, placebo-controlled study of risperidone in adults with autistic disorder and other pervasive developmental disorders. Arch Gen Psychiatry 55: 633-641, 1998

9) 中川栄二 ：発達障害に対する薬物治療の実態と問題点—小児自閉症症状の薬物療法調査から. 教育と医学 60 : 838-846, 2012

10) Marcus RN, Owen R, Kamen L et al: A placebo-controlled, fixed-dose study of aripiprazole in children and adolescents with irritability associated with autistic disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 48: 1110-1119, 2009

11) Hollander E, Soorya L, Wasserman S et al: Divalproex sodium vs. placebo in the treatment of repetitive behaviours in autism spectrum disorder. Int J Neuropsychopharmacol 9: 209-213, 2006

12) Hollander E, Dolgoff-Kaspar R, Cartwright C et al: An open trial of divalproex sodium in autism spectrum disorders. J Clin Psychiatry 62: 530-534, 2001

13) McDougle CJ, Naylor ST, Cohen DJ et al: A double-blind, placebo-controlled study of fluvoxamine in adults with autistic disorder. Arch Gen Psychiatry 53: 1001-1008, 1996

14) Sugie Y, Sugie H, Fukuda T et al: Clinical efficacy of fluvoxamine and functional polymorphism in a serotonin transporter gene on childhood autism. J Autism Dev Disord 35: 377-385, 2005

15) Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Greden J: Depression in persons with autism: Implication for research and clinical care. J Autism Dev Disord 32: 299-306, 2002

16) 並木典子, 杉山登志郎, 明翫光宣 : 高機能広汎性発達障害にみられる気分障害に関する臨床的研究. 小児の精神と神経 46 : 257-263, 2006

17) Hofvander B, Delorme R, Chaste P et al: Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. BMC Psychiatry 9: 35, 2009

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)]、藤尾未由希[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た。昨年度実施した「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」活用状況等に関する質問紙調査を踏まえて詳細調査を行って、「ガイドブック」が使用可能となってからの半年間に医師が診察したチック障害患者について、その治療や転帰を後方視的に検討した。また、昨年度の調査で、患者や家族が直接読んでチック障害について理解できるようなブックレットの作成を希望する声が多く聞かれたため、患者や家族の意見を参考にしながら小学校高学年程度の患者自身も理解できるようなブックレットを作成した。
質問紙調査では、24名の医師が質問紙調査に回答し（回収率：56%）、57名分の患者データが得られた。その結果、「ガイドブック」の中の「治療ガイドライン」で示した、チックと併発症の重症度を組み合わせた治療方針におおむね準じた治療・支援が行われていること、半年後に「悪化」の転帰をたどった患者の多くは初診時にすでに重症であり、かつ併発症を有していること、OCDを併発する患者でも「軽快」の転帰をたどったものは少なくなかったが、そうした患者は（児童）精神科で治療を受けていることが分かった。また、小学校高学年でもわかるような表現で、チックが起こる原因、予後、治療法、チックとの付き合い方がわかるような内容で全12ページからなるブックレットを完成させた。（国府台病院ホームページ児童精神科で公開予定）

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、昨年度に実施した「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」活用状況等に関する質問紙調査（金生ら、2012）を踏まえて詳細調査を行った。「ガイドブック」が活用可能となってからの半年間に医師が診療したチック障害患者の状態、治療、転帰に関するデータを後方視的に集積して検討を加え、チック障害及びチック関連 OCD の診断・治療の標準化の充実を図った。また、昨年度の調査では、患者・家族に直接読んでもらえるリーフレットやブックレットを望む意見が多数認められたので、患者・家族の意見も参考にしながらチック障害に関するブックレットを作成した。

B. 研究方法

1．チック障害及びチック関連 OCD に関する詳細調査

「ガイドブック」活用状況等に関する質問紙調査に回答して詳細調査に協力すると回答した医師 43 名に対して、平成 24 年 8 月に調査への協力を依頼した。

「ガイドブック」を送付した後の平成 23 年 7 月～12 月に初診したチック障害を有する各患者について、初診時と半年後（平成 24 年 1 月～6 月）の状態、治療法を中心にカルテ記載に基づいた回答を求めた。施設及び回答者の属性についても尋ねた。

各患者に関する主な調査項目は以下の通りであった。

●基本情報：年齢、性別、チック発症年齢、チック障害診断、併発症、医療機関情報

●初診時情報：チックの種類、チック重症度、併発症重症度、不適応重症度、チックに対する治療、併発症に対する治療、薬物の内容

●6 ヶ月後の転帰（初診のみ、中断、治療終了、転院、通院中）

●6 ヶ月後の情報：チックの種類、チック重症度の変化、併発症重症度の変化、不適応重症度の変化、初診以後に開始したチックに対する治療、初診以後に開始した併発症に対する治療、薬物の内容、6 ヶ月間の薬物の変化

容易に回答できるようにできるだけ選択式とし、しかも重症度関連以外はほとんど有りか無しの 2 者択一とした。重症度は、1（なし）から 7（非常に重度）までの 7 段階評価とした。重症度の変化は、1（著明改善）から 7（著明悪化）までの 7 段階評価とした。

調査の実施に先立って、43 名の勤務する医療機関を含めて平成 24 年 6 月末までの診療で得られた臨床情報を後方視的に収集し連結不能匿名化して解析することについて東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得た。

2．チック障害に関する患者・家族向けのブックレットの作成

小学校高学年の子どもが読んでも内容が理解できるように、チック障害にかかわる児童精神科医と心理士が協働してブックレットを作成した。その際には、子どもの読者が、チックと併発症の特徴を理解して、上手に付き合っていけばよいというイメージを持てるように意識した。試作品を小学6年生のトゥレット症候群の男児に読んでもらって感想を聞き、それに基づいてチックが起こる原因、予後、治療法についての内容を充実させた。こうして改良した試作品を、小学校高学年のトゥレット症候群の子どもを持つ親3名に渡し、意見を求めたところ、内容、構成共に高い評価を得た。そこで、表現をより分かりやすくする工夫を加えた。

C. 研究結果

1．チック障害及びチック関連 OCD に関する詳細調査

24名の医師が質問紙調査に回答した（回収率 56%）。診療科別では小児科（小児神経科等も含む）15名、児童精神科7名、精神科8名であった（重複含む）。そのうち、該当期間に初診患者がいた医師は 20 名であった。57名の患者（男性43名、女性14名；平均年齢11.8歳）の情報が得られ、そのうち43名がトゥレット症候群を含む慢性チック障害であった。また、37名が何らかの精神疾患を併発しており、そのうちOCDは11名であった(表1)。半年後の転帰は、通院継続29名、初診のみ15名、通院中断9名の順であった。

初診時における治療については、チックへの心理教育が54名（95%）、併発症への心理教育が30名（53%）と高率であった。一方、チックへの認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy:CBT）は1名（2%）、併発症への CBT は2名（4%）と低率であった。また、チックおよび併発症の重症度得点について3点以下を「軽症」、4点以上を「重症」として集計した結果、チック軽症／併発症軽症20名、チック軽症／併発症重症5名、チック重症／併発症軽症14名、チック重症／併発症重症18名であった（表2）。これらの4群別で初診時の治療を検討した結果、チックの重症度に関わらず、チックに対する心理教育が行われていることが分かった（80-100%）（表3）。また、チック重症／併発症軽症の場合において、学校への介入が多くなされていた（43%）。抗精神病薬を用いた薬物療法は、チック重症／併発症軽症およびチック重症／併発症重症の患者に多く行われていた（71%、89%）。チックの重症度にかかわらず併発症が重症な場合には、併発症に対する心理教育は80%以上に行われていたが、CBT の導入はほとんどなかった（表4）。

半年後のチックの重症度変化が3点以下を「軽快」、4点を「変化なし」、5点以上を「悪化」として集計した（表 5）。その結果、「軽快」に至った患者は18名であり、併発症についてみると、OCD5名(28%)、ASD2名(11%)、気分障害3名（17%）、不安障害2名（11%）であった（表 6）。一方で、「悪化」の転帰をたどった患者は7名であり、併発症についてみると OCD3名（43%）、ASD2名（29%）、気分障害3名（43%）、不安障害2名（29%）であった。また、初診時の重症度得点について、半年後に「軽快」に至った患者では 4.4（*SD*=1.2）であったのに対して、「悪化」の転帰をたどった患者では 5.1（*SD*=1.6）であり、有意差はないが、「悪化」の方が初診時に

重症であった。「軽快」に至った患者について、初診以降初めて導入した治療の割合は、心理教育 6%、薬物療法 50%、学校への介入 17%、CBT6%であった（表 7）。一方で、「悪化」に至った患者については、心理教育 0%、薬物療法 57%、学校への介入 29%、CBT14%という結果であった。有意差は見られないものの、「悪化」の方がわずかに学校への介入、CBT の導入が多かった。

OCD の併発の有無で検討したところ、OCD を併発していない場合（*N*=46）には、チックに対する薬物療法は 18 名（39%）に、併発症に対する薬物療法は 5 名（11%）に対して行われていた（表 8）。それに対して、OCD を併発している場合（*N*=11）には、チックに対する薬物療法は 9 名（82%）に、併発症に対する薬物療法は 7 名（64%）に対して行われていた。また、OCD を併発している 11 名のうち、6 カ月後も通院中であった患者は 9 名であり、チックの重症度変化は、平均 3.7（*SD*=1.4）、併発症の重症度変化は平均 3.3（*SD*=1.2）であり、やや改善傾向が見られた。半年後も通院中の患者 9 名のうち 7 名は精神科または児童精神科、2 名は小児科に通院していた。そのうち転帰が「軽快」であったのは、(児童)精神科 5 名、小児科 0 名であった。

2．チック障害に関する患者・家族向けのブックレットの作成

ブックレットは、『「チック」や「くせ」をよく知ってうまくつきあっていけるように』と題して A5 版で作成され、目次を含めて 12 頁になった。

1 頁が 1 項目に対応しており、以下のような項目立てとなっている：「0．はじめに」、「1．「チック」って？」（チックの種類の紹介）、「2．こんなことはありますか？」（チックの特徴や前駆衝動）、「3．パターンを知ろう」（チックの変動しやすさ）、「4．チックと一緒に出てくるいろいろなこと」（併発症状）、「5．チックのある子の特徴の 2 つの面」（いい点に注目する大切さ）、「6．いろいろな子どもがチックで相談に来ます」（主訴の多様さ）、「7．チックはなぜ起こるの？」（チックの原因）、「8．チックはいつよくなるの？」（予後）、「9．チックで困ったときの治療法」（治療法の簡単な紹介）、「10．さいごに」、「もっとチックやくせについて知りたいひとに」（参考となる文献の紹介）。詳しくは末尾に付録として掲載した。

D．考察

チック障害及びチック関連 OCD に関する詳細調査の結果、チックに対する心理教育は重症度に関わらず行われていること、チックが重症な患者に対しては学校への介入が多くなされていることが明らかになった。また、チックが重症な患者に対しては、抗精神病薬による治療が定着していた。このように、チック障害で受診した患者の治療は、「ガイドブック」の中の「治療ガイドライン」で示した、チックと併発症の重症度による 4 群別での治療方針におおむね基づいて行われていた。しかし、CBT については、いずれの患者もほとんど受けておらず、治療の定着には至っていないことが明らかになった。岡田（2011）は、チックに対する行動療法について、専門治療の提供が不足していることを指摘しており、本調査の結果も先行研究の結果を支持するものであった。

また、半年後も継続通院していた患者の半数以上が軽快に至っていたことから、ガイドブックに基づく治療は、一定程度有効である

と示唆された。一方で、半年後も継続通院していた患者のうち、「悪化」の転帰をたどった患者は、初診時にすでに重症であり、ASD、気分障害、不安障害の併発が多い傾向にあった。本調査では、これらの患者については、学校への介入、CBTを導入しても軽快しにくいことが示唆された。併発症が予後に与える影響を指摘する先行研究もあるため(Hassan & Cavanna, 2012)、今後は、ガイドブックに基づく治療方針で軽快に至らない、これらの患者への治療方針の検討を進めることが課題であるだろう。

さらに、OCDを併発していた患者は、OCDに対する治療に加えて、チックに対しても薬物療法を受ける割合が高かった。このように、OCD併発のチック患者は、チックについても重症であることが示唆されたが、一定の割合で「軽快」の転帰をたどっていることが明らかになった。そうした患者は、精神科および児童精神科で治療を受けていたことから、ある程度重症な患者であっても薬物療法をしっかり受ければ、一定の割合で軽快することが予想される。そのため、薬物療法をはじめとするチック関連 OCD の治療指針を今後さらに整備していく必要がある。

また、チックについての患者や家族向けのブックレットが作成された。チックに対しての心理教育は重症度に関わらず多くの患者に対して行われていることが、本調査の結果からは示唆されており、本研究で作成したブックレットの有用性は高いと考えられる。

E. 結論

チックおよび併発症の重症度に従った群分けによる治療を行って、半年間の経過を終えた過半数で、軽快に向かっており、「ガイドブック」の中の「治療ガイドライン」の有用性が示唆された。しかし、チック関連 OCD は、治療が困難な場合が少なからずあると思われ、今後治療法の整備が重要であると考えられる。また、多くの患者や家族が、チックに関する分かりやすい心理教育を求めており、それに応えるブックレットの作成ができた。

F. 研究発表

学会発表

Kano Y, Nonaka M, Matsuda N, Kono T, Kawakubo Y, Todokoro A, Ishii A. Impulsivity and related features of Tourette's disorder: comparison with attention-deficit/hyperactivity disorder and typical development. The 59th American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting, 2012/10/23-28, San Francisco.

金生由紀子, 野中舞子, 松田なつみ, 河野稔明, 川久保友紀, 戸所綾子, 石井礼花. トゥレット症候群の衝動性及び関連症状に関する ADHD 及び定型発達との比較研究. 第53回日本児童青年精神医学会総会. 2012/10/31-11/2, 東京.

松田なつみ, 河野稔明, 野中舞子, 桑原斉, 島田隆史, 金生由紀子. トゥレット症候群患者の前駆衝動とチックへの対処の関連発達的変化に着目した横断調査の報告. 第 53 回日本児童青年精神医学会総会, 2012/10/31-11/2, 東京.

野中舞子, 金生由紀子, 松田なつみ, 河野稔明, 下山晴彦. トゥレット症候群への認知行動療法の効果の予備的検討—2 事例の比較を通して—. 日本行動療法学会第52回大会, 2012/9/21-23, 京都.

その他

金生由紀子：チック障害．小児科．53(5):559-565, 2012

金生由紀子：前編 未成年者における向精神薬の使用状況．心の健康ニュース.385: 2-3, 2012

金生由紀子：後編 大人が正しい知識を持つことの必要性．心の健康ニュース.386: 2-3, 2012

金生由紀子：トゥレット症候群に対する治療について．発達が気になる子の子育て支援情報誌. 4:6-10. 2012

金生由紀子：発達障害．耳鼻咽喉科・頭頸部外科. 84(12):939-943, 2012

松田なつみ, 金生由紀子: トゥレット症候群の支援と治療．最新精神医学 18(1):39-47, 2013.

齊藤万比古, 金生由紀子（編）．子どもの強迫性診断・治療ガイドライン．星和書店, 2012.

文 献

Hassan, N. and Cavanna, A. E. (2012). The Prognosis of Tourette Syndrome: Implications for Clinical Practice. Department on Neuropsychiatry, 27(1):23-27.

金生由紀子(2011). 厚生労働科学研究費補助金　障害者対策総合研究事業「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 20-22 年度総合報告書.

岡田俊(2011). トゥレット症候群に対するプライマリケア拡充に向けての課題—医師調査の結果をもとに—. 金生由紀子(2011). 厚生労働科学研究費補助金　障害者対策総合研究事業「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・分担報告書. 25-47.

表１　患者基本情報

	全体 (N = 57)	通院中(N = 29)	初診のみ(N = 15)
初診時年齢	平均11.8歳 (SD = 7.6)	平均13.0歳 (SD = 8.3)	平均9.4歳 (SD = 6.0)
チック発症年齢	平均7.3歳 (SD = 3.6)	平均7.8歳 (SD = 3.8)	平均6.1歳 (SD = 3.4)
性別	男性:43名(75%) 女性:14名(25%)	男性:21名(72%) 女性: 8名(28%)	男性:11名(73%) 女性: 4名(27%)
慢性チック障害	43名(75%)	27名(93%)	9名(60%)
併発症	37名(65%)	23名(79%)	3名(20%)
OCD	11名(19%)	9名(31%)	0名(0%)

表２　チック・併発症の重症度による４群分け

	併発症軽症	併発症重症
チック軽症	20名 8.8 (5.2)歳 5.6 (3.1)歳 男15/女5	5名 10.2 (3.1)歳 5.2 (4.9)歳 男4/女1
チック重症	14名 13.4 (8.7)歳 7.8 (4.5)歳 男9/女5	18名 14.3 (8.9)歳 8.2 (4.0)歳 男12/女6

人　数
初診時年齢：平均 (SD)
チック発症年齢：平均 (SD)
性別（男/女）

表３　４群ごとの主な治療法（チック）

	心理教育	薬物療法	学校への介入	認知行動療法
チック軽症 併発症軽症	19 (95%)	1 (5%)	3 (15%)	0 (0%)
チック軽症 併発症重症	4 (80%)	1 (20%)	1 (20%)	0 (0%)
チック重症 併発症軽症	14 (100%)	10 (71%)	6 (43%)	0 (0%)
チック重症 併発症重症	17 (94%)	15 (83%)	4 (22%)	1 (6%)

表４　４群ごとの主な治療法（併発症）

	心理教育	薬物療法	学校への介入	認知行動療法
チック軽症 併発症軽症	4 (20%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)
チック軽症 併発症重症	4 (80%)	1 (20%)	1 (20%)	0 (0%)
チック重症 併発症軽症	6 (43%)	1 (7%)	1 (7%)	0 (0%)
チック重症 併発症重症	16 (89%)	10 (56%)	4 (22%)	2 (11%)

表５　半年後の転帰（群分け）

		軽快	変化なし	悪化
人数		18	4	7
初診時年齢	平均 (SD)	11.7 (6.1)	8.3 (3.2)	14.4 (8.7)
	中央値 [範囲]	11.0 [4-28]	8.5 [5-11]	13.0 [5-30]
チック発症年齢	平均 (SD)	7.4 (3.2)	6.3 (2.6)	7.7 (2.9)
	中央値 [範囲]	7.0 [3-16]	5.5 [4-10]	8.5 [3-10]
性別（男/女）		12/6	2/2	5/2

表６　半年後の転帰（初診時）

		軽快	変化なし	悪化
併発症	あり	12 (75%)	4 (100%)	7 (100%)
	OCD	5 (28%)	1 (25%)	3 (43%)
	ADHD	5 (28%)	2 (50%)	3 (43%)
	ASD	2 (11%)	0 (0%)	2 (29%)
	気分障害	3 (17%)	0 (0%)	3 (43%)
	不安障害	2 (11%)	1 (25%)	2 (29%)
	その他の精神疾患	4 (22%)	2 (50%)	1 (14%)
初診時の状態 チックの種類	単純運動チック	14 (78%)	3 (75%)	5 (71%)
	複雑運動チック	7 (39%)	2 (50%)	4 (57%)
	単純音声チック	10 (56%)	3 (75%)	5 (71%)
	複雑音声チック	5 (28%)	0 (0%)	3 (43%)
	コプロラリア	2 (11%)	0 (0%)	2 (29%)
重症度	チック	4.4 (1.2)	3.8 (0.5)	5.1 (1.6)
	併発症	3.5 (1.8)	3.5 (0.6)	4.4 (2.1)
	不適応	4.4 (1.8)	3.3 (0.5)	4.8 (1.8)

表 7　半年後の転帰別チックへの主な治療法

		軽快	変化なし	悪化
初診時	心理教育	17 (94%)	4 (100%)	6 (86%)
	薬物療法	11 (61%)	2 (50%)	4 (57%)
	学校への介入	7 (39%)	1 (25%)	2 (29%)
	認知行動療法	0 (0%)	0 (0%)	1 (14%)
半年後	心理教育	1 (6%)	0 (0%)	0 (0%)
	薬物療法	9 (50%)	2 (50%)	4 (57%)
	学校への介入	3 (17%)	0 (0%)	2 (29%)
	認知行動療法	1 (6%)	0 (0%)	1 (14%)

表 8　OCD 併発の有無による主な治療法（初診時）

[OCD併発あり群]（N = 11）

チックへの治療

心理教育	11名	(100%)
薬物療法	9名	(82%)
学校への介入	1名	(9%)
認知行動療法	0名	(0%)

併発症への治療

心理教育	10名	(91%)
薬物療法	7名	(64%)
学校への介入	1名	(9%)
認知行動療法	1名	(9%)

[OCD併発なし群]（N = 46）

チックへの治療

心理教育	43名	(93%)
薬物療法	18名	(39%)
学校への介入	13名	(28%)
認知行動療法	1名	(2%)

併発症への治療

心理教育	20名	(43%)
薬物療法	5名	(11%)
学校への介入	6名	(13%)
認知行動療法	1名	(2%)

「チック」や「くせ」を
よく知ってうまくつきあっていけるように

もくじ

0．はじめに……1

1．「チック」って？……2

2．こんなことはありますか？……3

3．パターンを知ろう……4

4．チックと一緒に出てくるいろいろなこと……5

5．チックのある子の特徴の2つの面……6

6．いろいろな子どもがチックで相談に来ます……7

7．チックはなぜ起こるの？……8

8．チックはいつよくなるの？……9

9．チックで困ったときの治療法……10

10．さいごに……11

もっとチックやくせについて知りたいひとに……12

0．はじめに

わざとやろうとしているのではないのに、
動きや声をくり返してしまう子どもはよくいます。

10人に1人の子どもが、動きや声をくり返してしまうことがあるといわれています。

1年以上そういった動きや声が続く子どもも、100人に1人いるといわれています。

そのため、このような子どもは
けっして珍しくはありません。

1.「チック」って？

わざとではないのに動きや声をくり返してしまうことを「チック」といいます。

たとえば、
- 目をパチパチさせる
- 鼻をヒクヒクさせる
- 口を開けたり曲げたりする
- 首をふる
- うでをピクンとする
- 足をバタンとする
- おなかをヒクヒクさせる

などです。

このように、動きをくり返してしまうことを、特に「運動チック」とよびます

たとえば、
- カゼでもないのにコンコンとせきをしたり、エヘンエヘンとせきばらいをする
- 鼻をクンクン鳴らす
- 「ア」とか「オ」とか言う
- 「バカ」など、言ってはいけないような言葉を言う

などです。

このように、声をくり返してしまうことを、特に「音声チック」とよびます

2. こんなことはありますか？

○動いたり声を出したりしないといられないという感じがすることがありますか？
○動いたり声を出したりすると、すっきりすることがありますか？
○体のある部分やのどが、ムズムズしたりチクチクしたりすることがありますか？

このような感じはチックといっしょによく起こります。
このような感じそのものがチックの特徴です。

ムズムズ
そわそわ
チクチク

チック
くせ

すっきり
おちつく

だからといって、チックはわざとやっているわけでもなければ、子どもが悪いわけでもありません。

3

3．パターンを知ろう

● 突然、チックが変わることがあります。

体のどこが動くか、どのような動きをするか、動きの回数が多いか少ないかなどが、変わることがよくあります。

● 気持ちや体調、生活の様子が影響することもあります。

チックが学校ではあまり出ないのに、家でたくさん出る子がいます。家に帰ってきてほっとすると、チックが出るのかもしれません。

チックが家ではあまり出ないのに、学校でたくさん出る子もいます。学校で緊張してチックが出るのかもしれません。

自分のパターンが分かると、
チックとつきあいやすくなります。

4. チックと一緒に出てくるいろいろなこと

こだわり：かぎを閉めたか何回も確認したり、服がぴったりと感じるまでぬいだり着たりをくり返します

不注意：うっかりミス、忘れ物、なくし物などをよくします

落ち着きのなさ：じっとしているのが苦手だったり、よく考えないで動き始めたりします

くせ：つい爪をかんだり、かさぶたをはがしたり、かみの毛をぬいてしまうことを止められなくなります

友だちとうまくいかない：友だちと仲良くしたいのに、相手の気持ちがよく分からずにしつこくしたりして嫌がられます

こわがり・心配しょう：夜中にひとりでトイレに行けなかったり、お母さんを家に残して出かけるとお母さんに何か起こるのではと気になったりします

これらが一つもない子もいれば、いくつもある子もいます。

5. チックのある子の特徴の2つの面

困った点		良い点
細かいことを気にして何回も確認をくり返し、先に進めない	こだわり	約束を守ったり、作業をきちんとしたりして信頼される
気がちりやすく、じっくり一つのことに取り組むことが苦手で、最後までやりとげられないことがある	落ち着きのなさ	他の人が考えないようなアイデアを思いついたり、やる気になったらどんどんと進んでいく

困った点だけでなく、良い点にも注目して活かしていきましょう

6．いろいろな子どもがチックで相談に来ます

チックがしょっちゅう出たり、大きな動きや
声だったりして、チックに困っている子もいます

チックだけでなく、こだわりや落ち着きのなさなど
他のことにも困っている子もいます

はじめは他のことで相談に来たのに、
チックのことも相談するようになった子もいます

自分ではチックも他のことも困っていないけれど、
お家の人が心配しているという子もいます

病院では、ひとりひとりの子どもにあわせて治療をしていきます。自分の一番困ることを、お医者さんに話してみましょう。

7. チックはなぜ起こるの？

チックがどうして起こるのか、まだ完全には分かっていません。でも、チックになるのは、お父さんのせいでもお母さんのせいでもないし、子どものせいでもありません。

頭の真ん中の部分が、チックの前に出てくるムズムズする感じと関係していて、それを頭のおでこの近くの部分が抑えようとしていると考えられています。

大人になっていくと、この抑える部分が成長して、チックが良くなると考えられています。

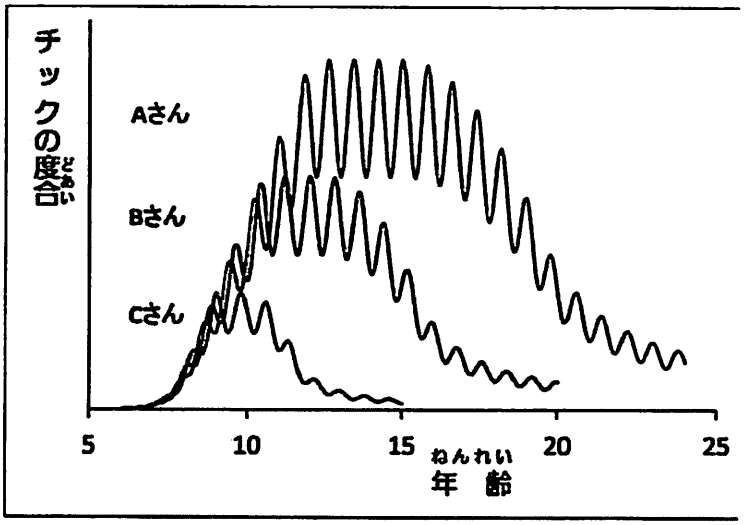
お薬でチックが減るのは、チックを出したくなる感じを抑えるお手伝いをするからです。

8．チックはいつよくなるの？

チックは、大人になると軽くなることが分かっています。たくさんの子どもが 1年以内に良くなります。

でも、チックが長く続く子もいるし、良くなったり悪くなったりをくり返す子もいます。

チックになりやすい体質は続いても、大人になるとチックで困ることはなくなったり、軽くなったりする人がほとんどです。



チックがいつ良くなるかを完璧に予測するのは難しいです。けれど、ほとんどの人がいずれ良くなるので、チックがあっても自信を持って、良いところを見つけていくことが大切です。

9．チックで困ったときの治療法

チックがひどくて困っている場合には、お薬による治療も考えられます。

たとえば、体が勝手に動いてやりたいことができなくなったり、学校で大きな声がいっぱい出てしまって困っているときに、お薬を使うことがあります。

チックが落ち着くお薬
心配な気持ちを減らすお薬
よく眠れるようになるお薬

お薬を飲まなくても、チックが目立たないようにするコツを見つけていく子もいます。

チックが自分のせいじゃないと分かって安心したり、チックについてより良く分かることで、チックが良くなる子もいます。

ひとりひとりにあった方法を相談して考えることで、たくさんの子が元気にすごせるようになります。

10. さいごに

チックや、いっしょに出てくる他の困ることだけを気にしないで、自分の良いところを見つけるようにしましょう。

たとえば、チックのある子どもは、やさしいとか思いやりがあるとか、良いところがたくさんあります。

病院での治療は、どんなことから取りかかったらよいかを相談しながら決めていきます。

困ったところを減らそうとあせるよりも、良いところを増やして自信をつけたほうが、チックが良くなることもあります。

チックの特徴をよく分かって、上手につきあっていきましょう。

もっとチックやくせについて知りたいひとに

・チックとトゥレット症候群がよくわかる本
星加明徳（監修），講談社

・チックをする子にはわけがある—トゥレット症候群の正しい理解と対応のために
日本トゥレット協会(編集)，大月書店

・こころのりんしょう a・la・carte
第27巻1号〈特集〉子どものチックとこだわり
金生由紀子・宍倉久里江(編集)，星和書店

・トゥレット症候群の子どもの理解とケア
アンバー・キャロル，メアリー・ロバートソン(著)，
日本トゥレット協会(監修)，明石書店

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
関係する研究(H22-精神-一般-004)
主任研究者:齋藤万比古, 分担研究者: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）
分担研究報告書

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

分担研究者　亀岡智美[1)2)]
研究協力者　飛鳥井望[(3)] 岩切昌宏[(2)] 加藤　寛[(1)] 金　吉晴[(4)] 齋藤　梓[(7)] 髙田紗英子[(1)]
瀧野揚三[(2)] 田中　究[(5)] 野坂祐子[(2)] 元村直靖[(6)]

(1) 兵庫県こころのケアセンター
(2) 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
(3) 東京都医学総合研究所
(4) 国立精神・神経医療研究センター
(5) 神戸大学大学院医学研究科精神医学分野
(6) 大阪医科大学看護学部
(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、トラウマフォーカスト認知行動療法）」のわが国での実施可能性と有効性を検討する。

【方法】

今年度は、①TF-CBT日本語版プロトコールの完成　②TF-CBT説明用リーフレットの作成　③TF-CBTの実践　を行った。

【結果】

①日本語で利用できるプロトコールを研究班内で共有することによって、協力研究機関においてもTF-CBTを実施することができた。今後は研究班内の実践技術向上と技術の均てん化が課題である。　②作成したリーフレットを実際の臨床場面で使用し、有用性が確認できた。リーフレットは、兵庫県こころのケアセンターのホームページ上で公開した。　③昨年度に引き続き、プログラム開発者のスーパーバイズを受けながら、さらに4例に対してTF-CBTを実施し、2例でその効果が確認できた(2例は進行中)。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、効果が実証されている診療は、ほとんど実践されていないのが実状である。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)4)7)]「TF-CBT（Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy、トラウマフォーカスト認知行動療法）」[3)]のわが国での実践可能性と有効性を検討する。

B. 研究方法

今年度は、以下の3項目を実践した。

（1） TF-CBT日本語版プロトコールの完成
（2） TF-CBT説明用リーフレットの作成
（3） TF-CBTの実施

C. 研究結果

（1）TF-CBT日本語版プロトコールの完成

昨年度、CARES Institute（Child Abuse Research Education and Service Institute）[2)]で、プログラム開発者のDeblinger 博士から受講した、2日間のIntroductory trainingの概要をまとめた[6)]。

今年度は、その内容をback translationし、Deblinger博士の校閲を経て完成版とした。また、同じくプログラム開発者であるCohen & Mannarino博士の承認も得た。

プロトコールの内容は、巻末に示すとおりである。研究班内でプロトコールを共有することによって、協力研究機関においてもTF-CBTを実施することができた。今後は研究班内の実践技術向上と技術の均てん化が課題である。

（2）TF-CBT説明用リーフレットの作成

TF-CBTは、本人・保護者と協同で進めるプログラムである[3)]。それだけに、保護者に対しては、実施前にプログラムの基本原理を十分に説明し、同意を得ておくことが不可欠である。

一方、子ども本人に対しても説明と同意が必要なことは言うまでもないが、説明の仕方は、それぞれの子どもの状態と発達年齢に合わせて柔軟になされる必要がある。さらに、トラウマ体験の記憶に向き合うということをあまりに強調してしまうと、たいていの子どもは恐怖のためにプログラムへの参加を躊躇してしまう。

これらのことを勘案し、TF-CBTの重要な要素である「楽しく肯定的な」イメージを盛り込み、リーフレット「子どものこころのケアプログラムのご案内」を作成した。リーフレットは、表側が保護者向け、内側が子ども向けとした。

次に試作したリーフレットを、実際の臨床場面で、TF-CBT導入前の子どもと保護者への説明の際に使用した。その結果、子どもや保護者が無用な不安を抱くことなくTF-CBTの基本原理と治療の枠組みを理解することができた。

完成したリーフレットは、兵庫県こころのケアセンターのホームページ上で公開した[5)]。

（3）TF-CBTの実施

昨年度報告以降も、引き続きプログラム開発者のスーパーバイズを受けながら、さらに4例に対してTF-CBTを実施した。実施にあたっては、兵庫県こころのケアセンター倫理委員会の承認を得た。

症例は、8歳男子（身体的心理的虐待、特定不能の重度ストレス反応）、15歳男子（傷害事件被害者、PTSD）、15歳女子（ネグレクト・身体的虐待・性的虐待、PTSD）、12歳女子（身体的虐待・両親間のDV目撃、PTSD）である。男子2人はプログラムを終了し、PTSD症状の改善が確認された。女子2人は、報告書作成時点でプログラム進行中であるが、順調に経過している。

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。

D. 考察

今年度日本語版のプロトコールが完成し、子ども保護者向けリーフレットを作成したことで、わが国において TF-CBT を実施していくための基盤作りができたと思われる。

今後は、プログラム開発者３人とも情報交換しながら、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

欧米の治療ガイドラインにおいて、子どもの心的外傷関連障害の第一選択の治療法とされている TF-CBT が、わが国の心的外傷関連障害の子ども症例に対しても十分実施可能であることが明らかになった。

F. 研究成果

学会発表

亀岡智美, 齋藤 梓, 野坂祐子, 岩切昌宏, 瀧野揚三, 田中 究, 元村直靖, 飛鳥井 望：子どもの Trauma- Focused CBT のパイロット研究報告. 第 11 回日本トラウマティック・ストレス学会, 2012.6.10(福岡)

亀岡智美：子どものトラウマへの治療. 第 53 回日本児童青年精神医学会総会, 2012.11.1(東京)

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, Deblinger E(2006a)：Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. New York, Guilford Press.
4) 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.
5) 兵庫県こころのケアセンター：子どものこころのケアプログラムのご案内. http://www.j-hits.org/child/index.html
6) 亀岡智美, 飛鳥井望, 岩切昌宏他(2012)：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23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(pp29-34）.（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」）.
7) National Institute for Clinical Excellence(2005)： The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. www.nice.org.uk .

TF-CBT 実施プロトコル①　TF-CBT 研修講義録

～TF-CBT 実施前にお読みください～

本冊子は、TF-CBT Introductory training at CARES institute　by Esther D. Deblinger (2011.7) に準拠し、日本における実施のために作成されたものです。
TF-CBT の実施に際しては、事前に英文テキストを読み、TF-CBT web を受講してください。

本冊子は、TF-CBT プログラム開発者(Judith A. Cohen, Anthony P. Mannarino, Esther Deblinger) の許可を得て、平成 24 年度厚生労働省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（研究代表者　齊藤万比古）「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）によって作成されたものです。
作成者の断りなく改変したり、複製頒布することはできません。

Ⅰ．イントロダクション

1．虐待（性虐待）が子どもに及ぼす影響

25 年前は虐待が子どもに与える影響が十分に把握されていなかったが、次第にその深刻さが明らかになってきた。例えば、性虐待を受けた子どもの自殺率は、虐待を受けていない子どもに比べると 4〜8 倍の高さが示されている。

虐待や DV(Domestic Violence)が子どもに及ぼす影響についての研究も進んできた。アセスメント研究では、性的虐待を受けた子どもの診断で PTSD が最も一般的であることや (McLeer, Deblinger, et al., 1988;1991)、症状としての年齢不相応な性的行動が、身体的虐待を受けた人から性的に虐待された子どもと虐待を受けていない子どもとを区別する (Deblinger, et al., 1989) ことが判明した。このように、PTSD や不適切な性的行動は、治療の重要なターゲットであることがわかった。

虐待を受けていない 2 歳から 12 歳の子どもに認められる性行動の頻度は、次の通りである (Friedrich et al., 1991)。

よく見られる行動	あると回答した割合 (%)
男性に対して人見知りをする	64.5
男児向け・女児向けの玩具で遊ぶ	53.9
下着のままで歩きまわる	52.9
股をこする	52.2
家で性器を触る	45.8
裸で歩きまわる	41.9
他人の前で服を脱ぐ	41.2
性器に口をあてる	0.1
性行動をしようと誘う	0.4
物を使ってマスターベーションをする	0.8
膣や肛門に物を挿入する	0.9
セックスの真似をする	1.1
性的な声を出す	1.4

(Friedrich et al., 1991)

若者の性行動に関するセンター (National center on sexual behavior in youth, NCSBY) は、発達上不適切で攻撃的な性行動を示す 12 歳未満の子どもの性問題行動として、次の特徴を挙げている。

・過剰な頻度
・社会的、認知的発達を阻害している
・強制、強要、無理やり
・情緒的な苦悩
・発達に有意な差のある子ども同士である
・保護者に注意されても密かに行動を繰り返す

さらに、虐待をしていない母親についても注目されている。虐待をしていない母親自身がしばしばDVの被害者であり、多くのサポートを必要としている。特に、近親姦を犯す母親は、DV被害を受けていることが多い。

2．TF-CBT開発の背景と発展

TF-CBTの開発にあたっての重要ポイントは、子どもが楽しみながら治療を受けられるということだった。子どもの心理治療は大人向けの心理治療とは異なる。さらに、子どもの心理治療は、子ども自身の協力を促すように構造化されている必要があるし、子どもが治療の困難な作業に取り組めるように、創造的で面白いものであることも重要である。また、保護者セッションも同時に行う必要性がある。

性的虐待を受けた子どもへの効果が実証された治療の発展は次のようなものである。
①成人のPTSDや治療に関する文献の再検討
②成人のレイプ被害者に対する治療デザインを子どもに実験的に施行
(Foa, EB,(1991) JCCP,59, 715-723)
③発達による差異を考慮し、保護者を治療に含めるという重要な修正
④トラウマ体験の発達と独立した研究
⑤Cohen & Mannarinoとの協働研究
⑥様々なトラウマへの応用
⑦国内外への普及

TF-CBTは、就学前児童と学童期の子どもがPTSD・うつ症状・性行動と行動全般の問題を克服する際に、経過観察・非指示的治療・コミュニティ治療と比べてより大きな改善が認められた。

保護者の参加は、行動の練習や宿題と同様に、子どもの安全スキルの獲得を改善した(Deblinger et al., 2001)。また、保護者の苦悩のレベルやサポートは、子どもの治療効果に影響を及ぼす(Cohen & Mannarino, 1996;1997)。保護者の参加は、子どものうつ症状や問題行動の改善に、非常に大きな役割を果たす(Deblinger et al., 1996)。

また、症状の改善は、1～2年間の追跡調査においても持続しており（Deblinger et al., 1999; Cohen & Mannarino, 1996;1997)、成果は人種や民族性、地理学的差異に関わらず同様に示されており、一般化できるものであった（King et al., 2000)。

Cohen、JA, Deblinger,E, Mannarino, AP & R Steer（2004）による研究結果（JAACAP, 43,393-402)

- 多機関研究　N=210
- TF-CBTと子ども中心療法（Child Centered Therapy、CCT）に無作為に割り付け
- 子ども期の性的虐待（CSA）や他のトラウマを体験した8-14歳の子ども
- トラウマ体験のタイプに関わらず、すべての子どもが有意に改善
- CCT群に比べてTF-CBT群では、子どものPTSD・うつ・問題行動・恥・虐待関連の症状、保護者のうつ・虐待に特有の苦悩・子どもサポート・ペアレンティングに有意な改善
- ほとんどの子どもは12セッションでPTSDが改善（TF-CBTでは72%の子どもがPTSDの診断基準を満たさなくなっていた。CCTでは54%であった。）

TF-CBTはCCTよりも、保護者のうつと虐待特有の苦悩や、子どもの恥の感情と機能不全の改善に対してより大きな効果がある（Cohen et al.,2004)。追跡調査では、TF-CBTはCCTよりも、子どものPTSDや恥の軽減、より強いうつや複合的なトラウマを有する子どもの治療において勝っていた（Deblinger et al., 2006)。また、TF-CBTは、外傷性悲嘆を含むトラウマを体験した子ども(Cohen et al.,2006)や、DVに曝された子ども(Cohen et al.,2011)にも有効であるとされている。

構造化をしなくてもトラウマについて話せる保護者や子どももいるが、たいていの場合はトラウマについて自主的に話すことは少なく、話すための構造化が必要である。トラウマについて話すことを励ますことが重要である。そのためにも、TF-CBTの実施に先立って、セラピストの準備性が重要となる。

3．TF-CBTの重要ポイント

1）TF-CBTの適応

3歳以上の子どもに適応できる。TF-CBTは、トラウマの恐怖や不安などの内在化症状の軽減に有効である。怒りや問題行動などの外在化症状は、ペアレント・トレーニングでコントロールしていく。

TF-CBTは、さまざまな年齢や性別、初期のさまざまな臨床像に柔軟に適応できる。最も重要なのは治療関係であり、クライエントとの協力関係を確立することである。TF-CBTを実施していく際のセラピストの判断・技術・ユーモア・創造性も、非常に重要である。

2）子どもと保護者のセッション

全体で 8-16 セッション実施される。子どもと保護者が別々に、個人療法としてそれぞれ 30-45 分間ずつ実施される。

3）子どもの男女差

一般的に、女の子と比べると男の子はセッションであまりしゃべらないことが多い。男の子が話しやすくする工夫として、ゲーム方式を取り入れるのも有効である。例えば、バスケットゴールを決めるたびに質問に答えるなど。

4）治療関係

セラピストがクライエントと、良好で協力的な関係を確立することは非常に重要である。セラピストの判断・技術・ユーモアのセンス・創造性は、TF-CBT の実施に際して大きな役割を果たす。

ユーモアは、とりわけ重症のケースの場合とても大切である。ユーモアはレジリエンスを高め、トラウマに対処するさいにも重要だからである。米国では葬式の時でも、故人との別れをポジティブな記憶に変換するためにユーモアの時間が含まれているが、日常の慣習のなかにもユーモアの役割が認められている。

5）恥

恥の感情は、回復においては非常にネガティブな影響をもたら。トラウマについて話すことができない子どもは、予後は悪いことが予想される。そのため、TF-CBT においては、恥の感情を克服するための支援が重要であることが強調されている

6）親子の合同セッション

保護者と子どもが同席する親子の合同セッションは、治療の後半に実施される。なぜなら、保護者が混乱する姿は、子どもを不安にさせるし、子どもにとって悪いモデルになる可能性があるからである。子どもが正直に、保護者の反応を気にせずに話せるようにするためにも、最初は保護者と別にセッションを行うようにする。保護者セッションの間は、スタッフやボランティアが待合室で子どもをみている。

保護者セッションで大切なことは、セラピストが、「保護者の信頼を得ること」と「楽観的かつ現実的な視点を持つこと」である。セラピストはまず、保護者の信頼を得ることが大切である。そのためにも、保護者が子どもを愛し関心を寄せていることに対して十分に賞賛し、保護者の気持ちをよく聴くようにする。

Ⅱ．治療の導入

１．導入

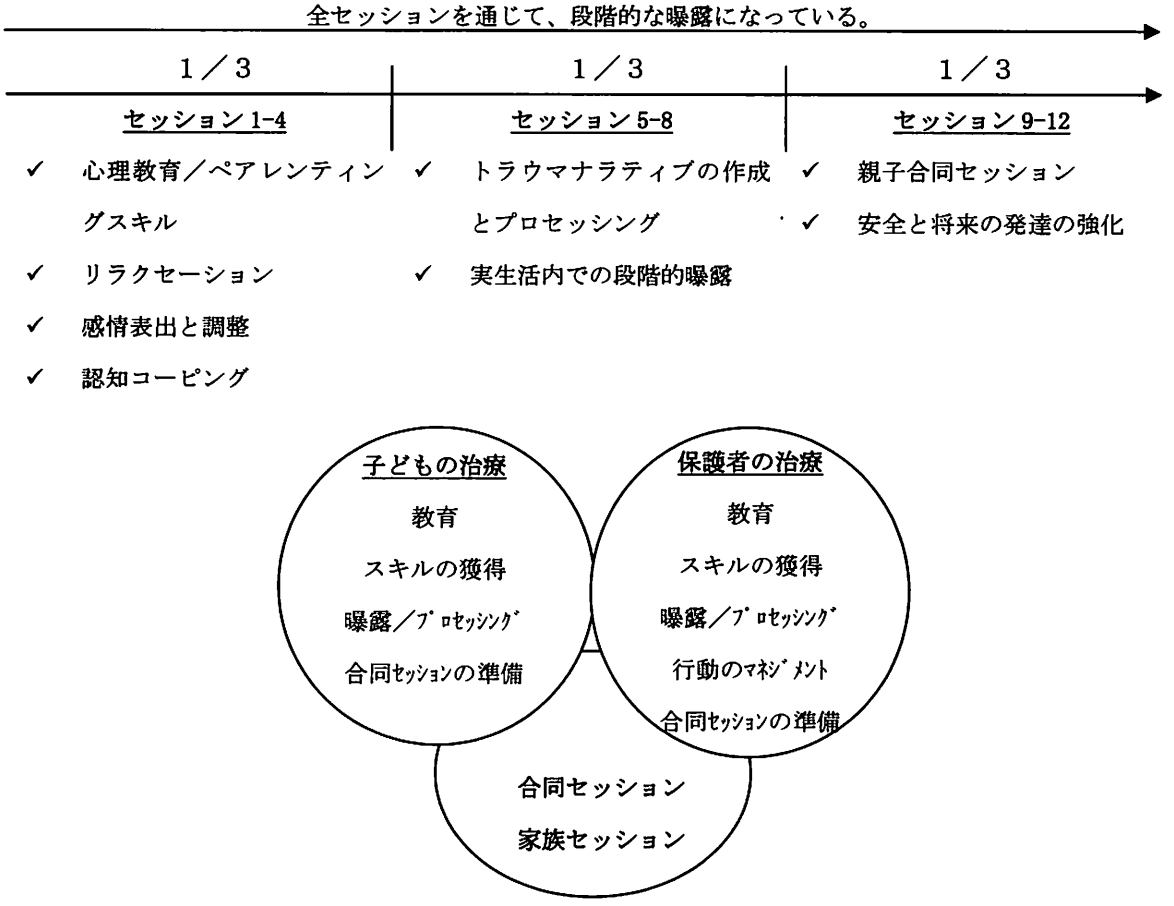
保護者にさまざまなトラウマ反応を説明し、状況を把握する。

最初に、住まいや食事、医療的ケアなどの基本的なニーズを確認し、法的な手続きやその他の保護者へのサービスを承認する。精神症状や薬物使用の状況・行動化・問題行動を明確にするための面接をする必要がある。

虐待が確認されたら、ケースについては、児童相談所への通報や、法的な強制措置を講じる。

２．TF-CBT セッションの流れ

セッションの流れは以下のとおりである。



３．アセスメント

治療の初期および進行中に、子どもと家族のニーズを確認する。そして、クライアントが治療目標を特定できるように支援する。クライアントが「私はひとりぼっちではない」と思えるようにサポートしながら、彼らの症状が正常ではないということに焦点をあてる。症状に焦点をあてる。クライアントにデータを示しながら説明をし、クライアント自身が成長していけるようにサポートする。クライアントが進歩していることを示す。

初回面接では、メンタルヘルス・ケアのニーズについて話し合い、保護者のモチベーションを誉めて強化する。治療に来る前の様子について聞き取り、治療の障壁になることについて説明をする。一緒に取り組んでいくための協働的な関係性を確立する（McKay, et al., 2001）。

４．保護者に対する初期治療

治療ニーズについて話し合い、アセスメントの結果を説明する。以前の精神保健治療経験を聞きとる。

TF-CBT モデルについて以下の説明をする。

守秘義務の範囲、治療モデルの構造と原理、時間枠について、よい結果を強調する。

保護者の役割の重要性を伝え、障壁になっていることがないかを尋ねる。

≪ロールプレイ≫

設定：7 歳の女児リサの保護者に、TF-CBT について説明しセラピーに導入する。

【ポイント】

① 来談した保護者をほめる。

「来てくださってありがとうございます。治療を受けられるリサはとてもラッキーだと思います。よく来てくださいました。」

② アセスメントの結果を伝える。

「アセスメントの結果、お子さんは PTSD であると思われます。しかし、それは特別なことではありません。これは、怖いできごとに対する反応なのです。」

③ PTSD の治療に効果的なプログラムがあることを説明する。

「よいお知らせがあります。PTSD に効果が高い治療プログラムがあります。これからご説明する TF-CBT と呼ばれるプログラムです。」

④ TF-CBT の構造を説明する。

「TF-CBT では、最初に、ご両親に PTSD についての心理教育を行います。その後、お子さんにも心理教育をして、体験したことについて話し合っていきます。怖い映画を

最初に観るときは、とても怖いですよね。トラウマも同じように、最初はとても怖くて、一人で抱えていると混乱します。でも、怖い映画を誰かと一緒に、何回も観ているうちに、次に何が起こるかがわかるので怖くなくなっていきますね。同じことが、怖い記憶に向き合って、セラピストのように支援してくれる誰かにそのことを話す時にも起こります。一緒に何度も話すうちに怖くなくなっていくのです。」

⑤ 子どもが回復するためには、保護者の協力が非常に重要であることを説明する。

「リサには、他のお子さんにはない強みがありますね。なぜだかわかりますか？ それはご両親に愛されているということです。だからこそご両親は、リサを治療の場に連れてきてくださいました。両親に愛されていることは、リサが回復するための大きな力です。」

⑥ 保護者自身も同様にケアを受ける必要があることを説明する。

「リサが体験した虐待やトラウマは、ご両親にとっても辛いことに違いありません。ご両親も自分の心理状態を理解し、ご自身をケアすることが大切です。」

⑦ 保護者からの質問に答える。

（保護者が「うちの娘はとても恥ずかしがりやですが、面接室で話すことができるでしょうか？」と尋ねると）「私は恥ずかしがりやのお子さんが大好きです。これまでも、たくさんの恥ずかしがりやのお子さんたちに会ってきましたが、みんなとても上手に話すことができました。リサも大丈夫ですよ。」

（注）両親の意見が異なる場合は、さらに説明をする必要がある。

５．他の治療法

TF-CBT は、Cohen, Mannarino, Perel & Staron(2007)の研究によると、子どもや青年に対する薬物療法と同様に効果がある。虐待関連のうつ・PTSD やその他の心的外傷症状の治療においては、薬物療法の前に、TF-CBT が実施されることが、基本的には推奨される。

TF-CBT 実施プロトコル②　TF-CBT の実際

～TF-CBT 実施要領～

本冊子は、TF-CBT Introductory training at CARES institute　by Esther D. Deblinger（2011.7）に準拠し、日本における実施のために作成されたものです。
TF-CBT の実施に際しては、事前に英文テキストを読み、TF-CBT web を受講してください。

本冊子は、TF-CBT プログラム開発者（Judith A. Cohen, Anthony P. Mannarino, Esther Deblinger）の許可を得て、平成 24 年度厚生労働省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（研究代表者　齊藤万比古）「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）によって作成されたものです。
作成者の断りなく改変したり、複製頒布することはできません。

【構成要素１】心理教育とペアレンティングスキル

心理教育は、TF-CBT の最初のセッションから実施し、全セッションを通して継続的に行う。

内容は、トラウマについての一般的な反応に関する情報と、早期に治療を行うことの利点についての説明である。心理教育を行うことが、低レベルの段階的曝露としての効果をもたらす。教育とスキル、曝露、プロセッシングを含む各構成要素についての、理論的治療原理について説明をする。

子どもに対しては、ゲームや子ども向けの教材などを用いながら心理教育を行う。

ペアレンティングスキルでは、保護者が子どもにとって健康的なコーピングのモデルとなる重要性に焦点をあてて説明をする。例えば、保護者が自分自身をケアする大切さを示すなどである。また、保護者の関心が、子どもの行動パターンをよくしていくうえでとても大きな影響をもたらすことを説明する。子どものストレングスに保護者が注目し、子どもをよく誉めることを繰り返し伝える。

また、保護者に対して、よい養育行動を促進するための具体的な方法を伝える。子どものよくない行動にだけ注目すると、かえってその行動が増えてしまうため、できるだけよい行動に注目し、たくさんほめることが大切である。とくに、条件付ではないポジティブな表現や子どもを丸ごとほめることで、子どもは愛されていると感じ安全感を高める。例えば、「あなたが大好きよ。」「大切だよ。」「あなたがいてよかった。」「あなたの親であることを誇りに思うよ。」などのことばをできるだけ伝え、ハグをしたり頭をなでたりするなどスキンシップをとることで、子どもの安全感はより高まる。一方、特定の行動を誉めると、子どもは、肯定的な行動が期待されていると思うようになる。たとえば、効果的な特定のほめ方の例としては、「晩ご飯の後お皿を洗ってくれてうれしいわ」「妹の宿題を手伝ってくれてありがとう。とてもやさしいね。」「宿題を全部やってすごいね」などがある。

保護者が、子どもをほめて子どもの長所を強化することができるように支援する。

積極的傾聴スキルも保護者に教え、これらのスキルを実践してもらい、子どもに肯定的な関心を向けてもらう。親子のコミュニケーションを深め、子どもが言ったことをすぐに繰り返したり、聴いていることが子どもに伝わるような態度がとれるようにする。保護者が判断したり、意見したり、指示を与えたり、親が代わって問題解決をしようとしたり、教えたりしようとするのではなく、子どもがどう感じているのかをよく聴くことが大切であると説明する。Reflective listening は特に重要である。この技法を使うことで、十代の子どもは聴いてもらっている、とか、正当であると認められていると感じることができる。また、相談役として傾聴することで、子どもが自分の力で問題を解決することを支援することもできる。

こうした肯定的なペアレンティングスキルが身につくことで、保護者はタイムアウトを効果的に使用することができる。なぜなら、子どもは、褒められることや積極的に傾聴さ

れることを通して肯定的な時間を体験し、タイムアウトを避けたいという動機が高まるからである。また、ほめること・選択的な注目・積極的傾聴・タイムアウトなどを組み合わせて使用することで、子どもを度々怒鳴りつけるような効果のないペアレンティングに信頼を置いている保護者を減らすことができる。

問題行動を有する子どもの保護者には、毎週、行動を管理する宿題を出す。セラピストが、保護者の努力を頻繁に褒めることが、保護者にとっての重要なモデルとなることを意識しておく。

【構成要素１】心理教育とペアレンティング　≪資料≫

巻末資料を参照してください。

P-1（身体的虐待について・おうちの中で起こるできごとについて）
P-2（性的虐待について：本人用）
P-3（性的虐待について：保護者用）
P-4（DV について：本人用）
P-5（DV について：保護者用）

【構成要素２】リラクセーション

リラクゼーションスキル・トレーニングは、子どもの年齢や発達に合わせて、子どもがイメージしやすいワークを行う。

例えば、呼吸法として「風船をふくらますワーク」や、漸進的筋弛緩法として「ロボットから人間になるワーク」などをするのもよい。「茹であがった麺と、ブリキの兵隊」、「フニャフニャのお人形」「シャボン玉を膨らます」などのイメージを使うのもよい。

また、ヨガや瞑想、マインドフルネスなども有効である。

パニック発作を起こす子どもには、すぐにスキルを活用できるように「呼吸法！」など一言で思い出せるようなキーワードを伝えておき、練習をさせる。

【構成要素２】リラクセーション　≪資料≫

巻末資料を参照してください。

R-1（漸進的筋弛緩法・弛緩法）

R-2（リラックス訓練練習表）

【構成要素３】感情表現と調整

感情を表現するスキルを高めるトレーニングを行う。さまざまな感情を受け入れ、感情の名前をつけ、自分や他者の感情について同定できるようにする(表情を見る、聴く、質問する)。また、感情について表現したり話したりする。トラウマに関連する幅広い一連のさまざまな感情に対処できるようになることを目指す。

会話の中で、男子は、さまざまな異なる感情を「mad（ムカツク)」と表現することが多い。怒りは重要な感情であり、怒りを上手に調整することが大切であると伝える。子どもは、怒りを感じたときに、すぐに緩和する対処スキルを身につける必要がある。

保護者にも、子どもの感情を評価するワークをしてもらうとよい。感情について理解し、子どもの気持ちがわかるようになることで、保護者は子ども自身を理解し支援することができる。子どもが適切な対処法を用いて、感情の調整ができたときには、すぐに保護者がほめるようにする。逆に、子どもが不適切な対処法（大声で叫ぶ、怒る、言い張る、閉じこもるなど）を用いているときには、保護者はこれらの行動を止めて、肯定的な行動(例；運動、適切な感情の共有、肯定的な活動をするなど)を強化し、それをほめる必要がある。

【構成要素３】感情表現と調整　≪資料≫

巻末資料を参照してください。

A-1（感情調節プリント：すぐに気分が良くなる方法）

A-2（気持ちイロイロ）

A-3（気持ちぬりえ）

【構成要素４】認知のコーピング

子どもは認知（思考）を理解することが難しいので、理解を促すために生活場面を取り上げながら具体的な問いかけをする。例えば、「今朝起きて、すぐに自分の頭の中で何て言った？」など問いかけて、子どもの思考を共有するように働きかける。幼い子どもは、認知と感情を切り分けることが難しい。このワークの目的は、子どもが、自分の頭のなかに浮かぶ考えを特定し、思考・感情・行動の結びつきを理解するよう支援することである。

この要素は、トラウマではない体験を取り上げて、感情と行動と認知の関係を説明する。トラウマに関する認知は、のちのナラティブのセッションで扱う。

保護者は、子どものよいモデルになるために、自分自身の適応や能力を高めるような対処スキルを学び、実践する。養育者が子どもにどのように話し、どのようにふるまうかということは、子どもの自己や他者・世の中についての信念に大きな影響を及ぼす可能性がある。それだけに、保護者が子どもの行動について考えを巡らせているときに、彼らの思考を引き出すことが重要である。次に例を示す。

例）「私って、ダメな母親なんです」

＜本当にそうでしょうか？

では、お子さんに起きたできごとを見て見ぬふりをする母親のほうが、よい母親ってことですか？あなたはお子さんの症状に気づいて、ここへ連れてきてくれました。それは、とってもよいお母さんってことではないでしょうか？＞

＜あなたは、母親としてできることをたくさんしています。そのことをいつも胸にしまって、いつでも自分自身に言い聞かせてください。あなたがお子さんを治療に連れてきたことは、とてもすばらしいことでした。そのおかげで、お子さんの状態はよくなっていますよ！＞

<u>非機能的な思考に対する介入</u>

役に立たない、あるいは現実的ではない非機能的な思考は、恒久的で、拡大的で、個人に起因させる特徴がある。

例）恒久的：「うちの子は、もう二度と幸せになれない」

拡大的：「うちの子は、もう誰のことも信用できない」「世の中は安全ではない」

個人的：「私がダメな親だから、こんなことが起きたのだ」

「あの男が性犯罪者だと、私が気づくべきだったのに」

こうした非機能的な思考に対しては、ソクラテス式問答によってその思考が適切なものかどうかを考えさせる。ソクラテス式問答で用いられる問いかけは次のようなものがある。

例）＜誰がそんなふうに思っている（言っている）のですか？＞

＜本当にそうでしょうか？＞

あるいは、次のように考えさせてもよい。

「もし私の友人の子どもが同じような目にあったなら、今、私が思っていることを友人に言うだろうか？」

認知コーピングと認知プロセッシングの違い

認知コーピングとは、治療の初期に教えられるスキルであり、①セルフエスティーム　②悪夢　③不安　について、緩やかに扱うものである。

認知プロセッシングは、治療の初期には保護者に対してなされるもので、子どもに対してはトラウマナラティブと同時あるいは事後に開始する。トラウマナラティブについて新たな結末を考えるものである。

【構成要素４】認知のコーピング　≪資料≫

巻末資料を参照してください。

C-1（ものごとのとらえかた１週間練習）

＊“問題解決ワークシート”も参考資料としてお使いください

【構成要素５】トラウマナラティブ

トラウマナラティブは、TF-CBTの重要な要素である。全体のセッションのうち、約3分の一を占める。例えば、全9セッションであれば、トラウマナラティブは約3セッション、全15セッションであれば、そのうち5セッションが相当する程度である。

子どものトラウマナラティブは、段階的なエクスポージャー（gradual exposure：GE）である。TF-CBTにおけるナラティブは、記憶を思い出して語ること(馴化)を目的としていない。心理教育をし、特定されたトラウマ性の認知を「プロセッシングすること」が主眼である。子どもが、トラウマ性の記憶によりよく向き合えるように支援する。

トラウマナラティブに先立ち、ラポールを確立させておく。子どものコミュニケーションスキルやトラウマ刺激に対する不安反応のアセスメントを行う。段階的な不安階層表を作成し、まず、練習として最近あったよいできごとについて詳細なナラティブを作成させるとよい。

どんなふうにナラティブを作るかは、子どもの希望に合わせてさまざまな形態から選ぶ。年少児の場合、リポーターとしてできごとを報告してもらったり、俳優としてやりとりを再現してもらったりするのでもよい。できごとについて絵を描き、メッセージをつけてポスター風のものを作成してもよいし、キャッチコピーを書いてもらうのでもよい。

子どもは「覚えていない」と言うことがあるが、多くの場合、自責感のために話すことができないだけである。少しずつ取り組んでいくと、話せるようになる。また、子どもが話すには、セラピストとの信頼関係があることが前提になる。

複数のトラウマを体験している子どもの場合、どのエピソードについて話すかを子どもに尋ねる。子ども自身がエピソードを選んで取り組むことが大切である。通常、もっとも恐ろしいエピソードについて最初から話すことはできないので、より話しやすいものから始めて、語ることで自信をつけていく。

状況の説明、その時の気持ちや考え、身体感覚などについて話してもらいながら、セラピストは子どもの発達や能力についても確認し、徐々に不安階層を挙げていく。感情がうまく表出できない子どもには、セッション中の感情や虐待を受けていた時の感情を、感情のリストから選び、○をつけてもらうこともある。

セラピストの問いかけは、最初はオープンな質問から、次第に細かい点について質問するようにする。子どもが沈黙しているときは、トラウマ記憶を思い出しているときなので、邪魔をせずに子どもとその時間を共有する。

例）オープンな質問：＜何を考えていたの？＞
＜心の中で、何と言っていた？＞
＜どんなふうに感じていたの？＞
＜それから、何が起きたの？＞
具体化する質問：＜それについて、もう少し話してくれる？＞
＜私はそこにいなかったから、説明をしてほしいの＞
＜それについて、すべて知りたいの＞

＜その場面について、もう一度話してくれる？＞
＜そう、あなたの伯父があなたの膣を触り始めたのね･･･＞

また、トラウマティックな死別を経験している子どもに対しては、子どもが死についてどの程度の知識があるのかを確認し、さらに追加のセッションが必要となる。例えば、カトリーナ・ハリケーンの時は、家族のアルコール依存症、薬物依存症、DV、身体症状、家族の離散などの問題が多く起きた。事件や災害後のTV視聴率が長い子どもは、よりPTSDのリスクが高いため、視聴を制限するよう保護者や教師への支援をすることが求められる。

保護者に対しては、子どものトラウマナラティブの課題について次のような説明をする。

例）＜ケガを放置すると、傷口のばい菌が増えてしまいますね。ケガを治すには、傷口を洗って、消毒をする必要があります。放っておくと、かえって悪化してしまいます。最初はちょっと痛いかもしれませんが、傷をやさしく洗って必要であれば薬をつけることが大切です。トラウマも同じなのです。＞

段階的な曝露の階層の例

① 子どものトラウマについての一般的な情報
② 加害者との非虐待的な関係
③ 開示と調査
④ 最初の、または、最も近いトラウマ体験のエピソード
⑤ トラウマの他の特別なエピソード
⑥ 最もひどいトラウマ体験

セラピストは、＜何が起きたの？＞＜そのとき、どう感じた？＞＜体の感覚はどんなふうだった？＞などと質問をし、そのあと＜今、どんな気分？＞と現在の気持ちを尋ねる。

楽しい活動についてのナラティブを練習し、思考・感情・身体感覚について話す準備をする方が良い場合がある。短いエピソードについて話すことは、子どもの達成感を強化する。「あなたが今お話してくれたということはすごいことね！」と子どもを誉める。それから、セラピストはそのできごとに関連した質問をする。

例）＜最近あったいいことについて話してくれる？＞
「テストでいい点がとれたよ」
＜そう、そのときどう感じた？＞
「うれしかった！ ヤッターって思った」
＜そういうときは、からだがどんなふうになるの？＞
「あぁ、よかったって、ほっとする」
＜ほっとしたのね。それから？＞
「うれしくて、心臓がドキドキした。家に帰ってお母さんに話したいと思った。」
＜心臓がドキドキしたのね。それからどうなったの？＞
「放課後家に帰って、お母さんのところに飛んで行って、テストでいい点取ったよって言った」

＜次に何が起こったの？＞

「お母さんがハグしてくれた。すごくうれしかった」

＜あなたのお母さんがハグしてくれて、あなたはとてもうれしかったのね。そのことをお話してくれてありがとう。私もそこにいたみたいに感じたわ。あなたがどんなにうれしかったかわかるわ＞

＜じゃあ、最後に性的虐待を受けた時のことをお話してくれる？それとも、最初に、被害のことをお母さんに話したときについて話してくれる？＞

（※セラピストは、子どもの協力を強化し、2つの選択肢を与えることで子どもにコントロール感を持たせる）

「お母さんに話した時のこと」（※たいていの子どもは不安の少ない、母に話した場面を選ぶ）

＜じゃあ、虐待についてお母さんに最初に話した時どんなふうだったか正確に話してね＞

「言いたくなかったけど、言わなくちゃ、と思って言ったの」

＜どんな気分だった？＞

「ドキドキしたし、お母さんにどう思われるかわからなくて心配だった」

＜どんなふうに？＞

「怒られるかもしれないとか、お母さんがショックを受けたらどうしようって」

＜何が起きましたか？＞

「お母さんはちょっとびっくりした顔をしていたけれど、話を聞いてくれた」

＜そのとき、どう感じた？＞

「安心した」

＜どんなことを考えたの？＞

「ほっとして、言ってよかったと思った」

＜そう、話したら･･･？＞

「よかった」

＜今、話してみて、どんな気分？＞

「よかったと思う」

＜そう、よかったのね＞

段階的な曝露

子どもが再び、トラウマの場面を再現できるように援助する。＜覚えている？＞という質問は用いない。ナラティブを読み返しては、進んだり戻ったりする。子どもが止まったり中断した間も、待つようにする。最後は、ポジティブな内容や楽しい儀式で終えるようにする。

段階的なエクスポージャーのやり方として、①遊びを用いた再演　②考えや感情、身体感覚の描写　③実生活内曝露　④絵画や詩、本などで、虐待を表現したり記述したりする　⑤音楽や映画、TV番組などのポップ文化　などがある。

（段階的な曝露の例）

「伯父さんが、おやすみのキスをするために、私の部屋に入ってきました。伯父さんは布団をはいで、

私に触りました。私はとても怖かったです。終わると、彼は出て行きました。翌朝、私が起きると、彼が『おはよう、気分はどうだい？』と言ったので、私は『いいわよ』と言って、学校へ行きました。」

「伯父さんが、おやすみのキスをするために、私の部屋に入ってきました。私はいい気分でした。伯父さんは布団をはいで、私に触り、私の膣を触りました。私はとても怖くて、いやな気持ちがしました。そして、どうして彼がこんなことをするんだろうと考えていました。私は伯父が好きでした。私は寝たふりをしていました。彼は私の膣を触ると、部屋を出て行きました。翌朝、私が起きると、彼が『おはよう、気分はどうだい？』と言ったので、私は『いいわよ』と言いました。内心では、私は怖くて、何といっていいかわかりませんでした。私は学校へ行きました。」

（ナラティブをまとめる）

トラウマナラティブにタイトルをつけ、それぞれの章を時系列に並べるように支援する。もう一度読んで、適切な思考と非機能的な思考を特定する。結末は肯定的なものにする（例；このプログラムで学んだこと、個人の強さ、将来への期待など）。

（最終章の例）

「私は伯父から性虐待を受けて、ここにきました。私は怖かったし、いやな気持ちがしていました。今は、私は自分のからだは何の問題もなくて、打ち明けることができた勇敢な子だと思っています。なぜ、彼はあんなことをしたのかわからないけれど、それは彼の問題であって、私の落ち度ではありません。

私は性虐待について、何といっていいか分からなかったし、どうすべきかもわかりませんでした。自分では何もできないと思っていました。でも、そうではありませんでした。私はすごく勇気があったと思います。私はお母さんに打ち明けて、できごとについて、この本にまとめることができました。それはとても誇らしいことだと思います。

もし、あなたに同じことが起きたら、『いや』と言いましょう。そして、逃げて、誰かに言うのです。『いや』と口にするのはすごく難しいことだけど、とにかく言うのです。それは何よりも大切なことなのです！　信用できる人に話して。おしまい。」

ナラティブが終了したあとに、プロセッシングを行う。途中で非機能的な思考がみられても、指摘せずに最後までナラティブを作成させることが重要である。途中で子どもを中断してはいけない。

回避を減らすために、子どもの努力をよく誉め、繰り返し治療原理を説明することが求められる。ゆっくり進めたり、しばらく待ったりすることが必要である。子どもが対処スキルを学ぶように支援していることを伝え、励ます。セラピストはとても創造的で忍耐強いことが求められる。このことは、治療を通じて非常に重要であるが、特にこの要素では重要である。

<u>プロセッシング</u>

トラウマナラティブをよりよいものにし、効果的なプロセッシングを行うためには、ソクラテス式問答によって、バランスのよい認知（思考）ができるようにすることが重要で

ある。過度に楽観的でもなく、悲観的でもない、現実的で役に立つ思考にしていく。

例）「私がセクシーな格好をしていたから、レイプされたんだわ」

＜セクシーな服装の女の子は、みんなレイプされるの？＞

＜以前、同じ服装をしていたときも、レイプされたの？＞

＜あなたのほかにも、セクシーな格好をしていた女の子は、レイプされるの？＞

例）「僕が 110 番通報をしたから、家族がバラバラになっちゃったんだ」

＜本当にそうなのかなぁ？あなたはなぜ警察を呼んだんだっけ？＞

＜お父さんがお母さんに暴力を振るったから、あなたが警察通報をしてお母さんを助けたのよね＞

＜あなたの行動とお父さんの行動と、どちらが家族をばらばらにしたのかな？＞

＜あなたのしたことは勇気のあることだと思うわ＞

例）「地震はこれからもおさまらない」

＜世界中で他に地震がずっと続いているところはあるかな？＞

＜他の地震はおさまりましたか？＞

＜この避難所は余震が起こったとき安全ですか？＞

＜この建物が安全かどうかを確かめるためにどうすればいいですか？＞

＜確かに、まだ余震は続いているけれど、今はこうして避難しているから大丈夫＞

ナラティブづくりに役立つ書籍

- Maybe Days: A Book for Children in Foster Care.
- Please Tell!:A Child’s Story about Sexual Abuse.
- A Safe Place to Live: A Story for Children Who Have Experienced Domestic Violence.
- Helping Families Heal. ※身体的虐待

【構成要素５】トラウマナラティブ　≪資料≫

巻末資料を参照してください。

T-1（あなたのことを話してくれますか？）

【構成要素６】実生活内での段階的曝露

ナラティブを作成することで、ほとんどの子どもは、トラウマ記憶やその他のリマインダーの回避を克服すると予想される。しかし、ナラティブの技法だけでは不十分な場合、実生活内曝露は、子どもが、日常生活機能を障害するような環境の中のトラウマ・リマインダーの回避から回復するのを支援する可能性がある。

実生活内曝露は、治療前には、ほとんどの子どもも保護者も取り組んでこなかったことである。恐怖に向き合えずにきたことで、回避症状が長期化してしまう。トラウマナラティブと同様に、段階的曝露でも、子どもが恐怖やリマインダーに徐々に慣れていき、圧倒されることが無くなるように支援することが重要である。

まず、実際には危険ではないのに子どもが恐怖を感じるような状況を確認する。それから、保護者と子どもと協力して、恐怖を引き起こす状況に向き合えるよう、段階的な計画を作成する。最終的に、その計画への保護者の信頼と同意、積極的な関与が不可欠である。保護者の賛同が得られるもののうち、子どもや協力してくれる機関（学校など）と話し合いながら課題を決定していく。

例）自宅の母親が気がかりで学校に行けなくなってしまった子どもの計画

第一週目　月曜日・火曜日･･･家に電話を入れずに２時間だけ登校する
　　水曜日・木曜日･･･同じ条件で、３時間登校
　　金曜日　　･･･同じ条件で、４時間登校

※気分が悪くなったら、５分間だけ保健室に行って呼吸法とリラクセーションをしてもよい。決めた時間よりも長く学校にいれたら、家に一度だけ電話をしてもよい。目標を達成したら★のマークを一つ、目標以上に取り組めたら★★をもらえる。★が 10 個たまったら、週末に２本の DVD を借りて母親と観ることができる。

第二週目　月曜日　　･･･４時間登校
　　火曜日・水曜日･･･５時間登校
　　木曜日・金曜日･･･６時間登校

※条件は第一週と同じ。

第三週目・第四週目　一日中、学校にいる。

子どもが帰宅して★をもらっていたら、母親はすぐに子どもをよくほめて、安心感を与えるようにする。学校にいる間も、子どもの計画を教職員やスクールカウンセラーが理解していて、サポートしたりリラクセーションの練習を強化してあげるのが望ましい。

実生活内での段階的曝露によって、確実に大部分の回避症状は軽減される。大切なことは、子どもが自分の能力や克服する自信を持つことである。それによって、子どもは自己効力感を高めることができる。

【構成要素６】実生活内での段階的曝露　≪資料≫

巻末資料を参照してください。

I-1（生活の中での練習：不安階層表）

I-2（生活の中での練習：不安階層表チェック表）

＊“イライラ日記”も参考資料としてお使いください

【構成要素７】親子合同セッション

初期の親子合同セッションは、保護者が、ほめる・選択的注目・reflective listening などの効果的なペアレンティング技術を練習できるように実施されることがある。親子は、クイズやゲームに一緒に参加し、これまでに学んだ対処法を練習し、トラウマの衝撃や特性についてこれまで学んだことを復習する。これらのゲーム形式のワークの目的は、ゲームを楽しみながら感情を表現したり、トラウマの心理教育で学んだ知識を復習することである。子どもが質問に回答し保護者が子どもをほめると得点が追加されるなどのルールにすると、ペアレンティングの練習にもなる。

子どもが保護者の前でナラティブを読み上げる前に、保護者セッションで、保護者に先に読んでもらい、または、セラピストが読むのを聞いてもらい、説明をしておく。どちらにするか、保護者に選んでもらう。保護者にとっては苦痛を伴う課題になるので、子どもとの合同セッションの前に練習をしておく必要がある。そして、合同セッションで保護者がどのように反応したいのか、あらかじめ打ち合わせておくことが大切である。ポイントは、①しっかり聴く ②褒める の２点である。保護者は、子どもの話を注意深く聞いて、子どもの感情が当然のものであることや、子どもが成し遂げたワークを誉めていることを子どもに伝える必要がある。

また、子どもが合同セッションの前に、親の前でナラティブを発表したくないと言った場合、その理由を子どもに尋ねる。子どもは、ナラティブを読むと保護者が混乱するのではないかということを恐れていることが多い。セラピストは、保護者がそのできごとについてだいたいのことをすでにセラピストから聴いて準備ができているし、その体験を共有することをとても誇りに思っていることを伝え、子どもを安心させる。セラピストは、保護者がナラティブを聴きたがっていて、わが子がナラティブを書いたことを誇りに思っていると子どもに伝えてもよい。回避を軽減させるために、心理教育を行うことも必要である。例えば、性的虐待のケースで、ナラティブを読むのを嫌がっている子どもには、「性的虐待は、個人の性的体験ではなくて犯罪である」ことを説明する。また子どもが、「お母さんには見せてもいいけど、お父さんはダメ」などと言うときは、たいてい子どもの恥の気持ちが関連しているので、その感情や思考に注意を払うことが重要である。

保護者の前でのナラティブの発表が終わったら、保護者と子どもに「どんな気持ちがしますか？」「お母さんはどう思っていると思う？」など、自分やお互いの気持ちについて質問する。保護者には、事前に説明しておいたように、子どもに共感して話を聴いてもらい、子どものことを誇りに思うということを言葉で伝えてもらう。

性虐待のケースで母親が被害者である娘を責めている場合や、保護者も PTSD になっているような場合は、親子合同セッションの実施が難しい。このようなケースでは、ナラティブの共有は禁忌である。また、セッションで作成したナラティブは、司法における資料や証拠として用いるべきではない。ナラティブはあくまでも子どもとセラピストが作成した物語であり、回復やより健康な信念と結論を反映するようにデザインされたものである。

【構成要素 10】将来の安全感と発達の強化

標準的な安全のルールを再確認し、OK タッチと not OK タッチについて学ぶ。ストレスに対して、どんな問題解決スキルを身につければよいかを考えたり、気づきの力を高めたりする。自信のあるふるまいをすることで、恥の感覚を軽減させることができる。

個人的な安全スキルとして、アサーション（「あなたが～な時、私は･･･」「私は～と感じた」「私は～と思う」「私は～したい」など自己主張ができること）や、重要なからだの安全スキルとして覚えておくべき「NO, GO, TELL（声を上げて、逃げて、誰かに相談する)」のスキルを身につけさせる。これらは、子どもの安全を守るための非常に有用な方法である。子どもたちは、1 セッション以上をかけて少しずつ学んでいく。さらに、治療が終わった後、子どもが異なる発達段階に到達した時にも、保護者は個人的な安全についての会話を続けるように支援される必要がある（例；子どもが青年期になったとき、デート・レイプについて話すなど)。

DV 家庭のケースにおいて、セッション時にまだ現実的な危険性がある際には、安全スキルを教える必要がある。一方、性的虐待のケースでは、安全スキルについて早くに取り上げると、子どもの自責感（「私がやるべき対処をしなかったから、被害を受けたのだ」）を高めてしま恐れがある。だから、身体の安全スキルは、トラウマナラティブとプロセッシングが終わり、子どもが認知のプロセッシングの知識を獲得した後に、取り組む。

ボディイメージに関するワークは、「自信があるように見えるためにはどうしたらいいか？」などのゲームをしながら、顔や視線を上げたり、背筋を伸ばしてしっかり歩いたり、笑顔の表情をつくるなど、自信のある肯定的な態度やアサーティブなコミュニケーションスキルを学ぶことを支援する。子どもが、アサーティブ・受動的・攻撃的な行動の違いを学ぶように支援する。ロールプレイを通して、子どもは、相手の目を見て話すことや、自然な表情、自信に満ちた態度、しっかりした口調、してほしいことを言葉で伝えることなど、アサーション技術を使用することを学ぶ。

性的虐待を受けた子どもにとっては、思春期について・セックスと性的虐待の違いについて・対人関係上の問題などのテーマを含む、適切な性教育は非常に役に立つものである。性についての絵本や教材を用いてもよいが、子どもの年齢に合わせて、内容を選択する。就学前の子どもにはよりわかりやすいものを用いる。

修了式

最終セッションでは、これまでに学んだスキルや学習内容の振り返りをし、今後、生活のなかで何かにつまずいたときにどうするかを話し合い、子どもが何かあったときにも対処できるという自信を持たせ、保護者は今後も引き続き治療上大きな役割を果たすことを再確認する。その後、治療の修了についてのお祝いをする。

TF-CBT の終了時には、クリニックやその他の場所において、修了パーティをする。子どもの年齢や趣味に合わせて、例えば、サルサ・ダンスパーティ、ミュージック、クッキング・食事、親がクッキーを持参してのお茶会など、いろいろなやり方がある。子どもと保護者が、成果を共有したいと思う祖父母や他のゲストをを招いてもよい。

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：24年度は子どもの双極性障害の診断・治療の標準化に必要なデータおよび情報についてエビデンスの収集を行った。また、本邦においての双極性障害の診断および治療についてのアンケート調査をおこない子どもの双極性障害の標準化に必要なデータの収集を行った

方法：調査対象は、子どもの双極性障害を対象として、プラセボ対照群あるいは観察群を対照群として用い、薬物療法および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を用いて行われた。データ収集をより包括的なものするため、児童思春期の専門誌、子どもの双極性障害のガイドラインの引用文献にてデータを補完した。また、本邦での気分障害の診断・治療の実態について調査するために、６症例ビニエット（英米の診断比較に用いられたビニエットの翻訳）を用いて児童精神科医の診断・治療の実践について調査を行った。

結果：気分障害ビニエットを用いたアンケート調査の結果、本邦での双極性障害の診断は、イギリスの児童精神科医の診断パターンと類似し、アメリカの児童精神科医の診断パターンとは異なる傾向にあることが示された。本邦の児童精神科医は双極性障害の診断の際に気分の高揚、多幸感の存在を重視し狭義の双極性障害を双極性障害と捉え、いわゆる広義の双極性障害を双極性障害と診断する児童精神科医の比率は低かった。また、本邦では、うつ病を含めた気分障害を低捉える傾向が示された。データベース検索の結果、子どもの双極性障害に対してプラセボ対照を用いた臨床試験は、薬物療法については6報告、精神療法については１報告であった。精神療法は、従来成人で有効性が示された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。双極性障害躁病相に関しては、複数の非定型抗精神病薬がプラセボ対照試験いて有効性を示しているが、古典的な気分安定薬に関してのエビデンスが少なく、成人で有効性が認められている薬物に関してもプラセボ対照試験にて有意差が認められないものがあった。子どもの双極性うつ病に関しては有効性を示すプラセボ対照試験は存在しなかった。アンケート調査の結果では、双極性障害の診断症例では、抗精神病薬を治療の第一選択とする医師が多く、気分安定薬がそれに続き、疾病教育の重要性を認め、症状の寛解期に精神療法を行う児童精神科医の意見が多数を占めた。

考察・結語：本邦では、気分の高揚、多幸感を示す狭義の双極性障害を双極性障害と捉える傾向が明らかになった。症例報告やオープン・ラベル試験において、心理社会的介入が子どもの双極性障害では重要であることが示唆されているがエビデンスに乏しく、今後子どもの双極性障害への心理社会的介入に関してのさらなる研究が必要である。薬物療法に関しては成人と比較し、子どもの双極性障害の躁病相では非定型抗精神病薬の有用性が高く、古典的な気分安定薬の有効性が低いことが示唆されている。現時点では子どもの双極性うつ病に関しての有効なエビデンスを示す薬物はなく成人の双極性うつ病に準じて慎重に行う必要ある。

A．研究目的

子どもにおける双極性障害の頻度は0.6-1.0%と推定されている。過去10年間でアメリカでの子どもの双極性障害の診断が入院で7倍、外来では40倍と急増していることから、子どもの双極性障害の適正な診断についての議論が盛んになってきている。従来、子どもの双極性障害は成人の治療に準じて行われていたが、子どもの双極性障害への認識が高まるにつれて、双極性障害の治療についてのevidenceも蓄積されてきている。今回、双極性障害の実態について、本邦で診断についてのアンケート調査を行うとともに双極性障害の治療のエビデンスについて系統的な文献検索を行った。

B．研究方法

1）双極性障害の診断・治療に関してのアンケート調査：6症例ビニエットを用いて行われた。英米の診断比較に用いられたビニエット（Dubicka, 2008）（（資料参照）を翻訳し、6症例の診断、症状の評価、治療について、多肢選択式の質問と記述式の質問を用いて尋ねた。対象は、全国の児童思春期の診察を行っている22施設の児童思春期外来あるいは入院治療を行っている施設に送付した。

2）双極性障害の治療に関してのエビデンスに関しての調査：調査の対象は、児童期うつ病の患者を対象としてプラセボ対照群あるいは観察群を対照群として用いて精神療法の有効性を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Mediline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“bipolar”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 、双極性障害治療ガイドラインからの過去15年間の児童の双極性障害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）

文献検索び児童精神科医へのアンケート調査に関しては，倫理的問題は発生しない。

C．研究結果

ビニエットを用いたアンケート調査に対して送付した22施設のうち9施設（40.1%）から46の回答を得た。アメリカ、イギリスと比較して（Dubicka, 2008）,本邦での双極性障害の診断は、典型的な双極性障害である症例5では、アメリカ96%、イギリス92%、日本75%と双極性障害の一致率は高かったが、症例1のような広義の双極性障害では、アメリカ75%、イギリス35%、日本17%と同一のビニエットを読んでも診断にばらつきが認められた。本邦の児童精神科医は双極性障害の診断の際に気分の高揚、多幸感の存在を重視し狭義の双極性障害を双極性障害と捉えていた。一方、いわゆる広義の双極性障害を双極性障害と診断する児童精神

科医の比率は低かった。また、すべてのビニエットで気分障害の存在を日本人の児童精神科医はイギリス、アメリカの児童精神科医よりも低く捉えていた。また、双極性障害の治療においては、日米欧ともに気分安定薬あるいは非定型抗精神病薬を治療の第一選択薬と考えていた。

データベース検索の結果から、精神療法に関しては待機群などを用いて対照試験を行い待機群との比較を行っている。165名の6－12歳のうつ病あるいは双極性障害患者を家族心理教育的精神療法と通常の治療を組み合わせた群（78名）と精神療法待機中で通常の治療を受けていた群（87名）に無作為に振り分けて、ベースラインと6, 12, 18か月後の比較を行った。6か月後の比較では、気分障害の症状の有意な改善が家族心理教育的精神療法と通常の治療を組み合わせた群においては通常の治療のみ群より認められた(Fristad,2009)。

薬物療法に関してのエビデンスは気分安定薬と抗精神病薬に分けてまとめる。

気分安定薬

Lithium ：50名の13歳から17歳の躁エピソードに対しての6週間のopen trialでは、Clinical Global Impression (CGI) での評価で68%の対象に有効性が示された。しかし、思春期前の発症群では、有効率が40%と思春期発症群の80%よりも有意に低く（p<0.02）、若年発症群ではlithiumの有効性が低い可能性を示唆している（Strober, 1998）。100名の12歳から18歳の躁エピソードに対しての4週間のopen trialでは、Young Mania Rating Scale (YMRS) およびCGIでの評価において、63%の対象に有効性が示された（Kafantaris, 2003）。Lithiumの有効性をプラセボ対照二重盲検臨床試験で評価した研究は現在まで２つしかない。Gellerらは、プラセボ対照二重盲検デザインで、25名の薬物乱用を合併する双極性障害I型、II型思春期患者をthe Children's Global Assessment Scale (CGAS)を用いて評価した。6週間の比較ではLithium群(60%)はプラセボ群（8.3%）より有意な有効性を示した（p=0.024）。しかし、気分に関係する症状の比較では両群の間では有意な差が認められなかった（Geller, 1998）。双極性障害の思春期患者108名を対象にlithiumを4週間処方（平均血中濃度：0.99 mEq/L）し、症状の改善を示した症例に対してlithiumの継続とプラセボの2群に分けて症状の再燃を比較した。2週間後の比較では、プラセボ群の61.9%、lithium群の57.5%に症状の再燃が認められた。プラセボ群と比較しLithium群の再燃率は低かったが、統計的な有意差は認められなかった（Kafntris, 2004）。12-18歳の双極性うつ病27名に対するopen studyでは、lithium血中濃度を1.0-1.2 mEq/Lに設定し治療を行い、effect sizeは1.7と高い治療効果を示した（Patel、2006）。Lithiumの再燃予防の効果があることは、18ヶ月の調査で、lithiumを中止した群は、92%が再燃を起こし、継続した群は38%が再燃を起こしたことで子どもでも示されている（Strober, 1990）。2006年より急性期・長期のlithiumの有効性と安全性を明らかにするために、アメリカNIMH主導でで7歳から17歳の双極性障害の多施設研究が始められている（Findling,2008）。

Valproate:複数のopen studyでvalproateが子どもの躁病エピソードに効果があることが示されている。17名の躁病エピソード患者（平均年齢17.3歳）に7週間DVPX を投与した。試験終了時の一日平均投与量は、

1,423.08 mgであり、平均血中濃度は642.85±183.08 mmol/Lであった。 the Modified Mania RatingScale (MMRS) で75%以上の症状改善を著効群、50-74%の症状改善を中等度改善群とした場合に、62%が著効、31%が中等度改善を示した（Papatheodorou, 1995）。 Lithium, valproate と CBZ の躁病エピソードへの効果を比較したopen studyでは、valproate のeffect sizeは1.63、CBZの1.0、Lithiumの1.06であり、valproate はlithiumと同等の効果がある可能性が示唆された。一方で、最新のプラセボ対照二重盲検臨床試験では、150名の双極性障害の児童思春期患者（躁病エピソードあるいは混合エピソード）が、プラセボとvalproateの徐放剤の2群に無作為に振り分けられた。４週間後のYMRSを用いた比較では2群に有意差はなかった。

Carbamazepine（CBZ： CBZの効果については症例報告が多数をしめ、open studyでは前述したKowatchらの報告が双極性障害への効果を示唆しているのみである。一方、行為障害あるいはADHDが合併する双極性障害の症例にCBZを投与した際に20症例中6症例で症状が悪化したと報告がある（Pleak, 1988）。

Lamotrigine: Lamotrigineは、成人の双極性うつ病の治療に有効であることが示されている(Calabrese, 1999, Bowden, 2003)。一方、子どもを対象とした臨床試験はopen studyが一つのみである。１２-１７歳の双極性障害（うつ病エピソードあるいは混合エピソード）２０名を対象にLamotrigineを単独あるいは他の薬剤に追加し８週間投与した。最終の平均の一日処方量は、131.6mgであり、84%がCGIで改善したと評価された（Chang, 2006）

その他の気分安定薬では、Gabapentinは，成人での臨床試験で双極性障害への効果がないことが示されている（Pande, 2000）。子どもにおいても症例報告で効果を示した症例が報告されているが(Soutullo, 1998)、一方で低年齢では脱抑制を引き起こすことも報告されている。Topiramateは、躁病エピソードに対してプラセボ対照二重盲検臨床試験が行われたが、効果が認められず、臨床試験の途中で試験は中止された（DelBello, 2005）。Oxcarbazepineは、成人では双極性障害に効果が示されているが、子どもに関してはプラセボ対照二重盲検臨床試験においてプラセボとの間で有意差が認められなかった（Wagner, 2006）。

非定型抗精神病薬

Aripiprazole：10-17歳の双極性障害I型296例を対象に4週間の無作為プラセボ二重盲検試験が行なわれた。プラセボ群と、Aripiprazole10mg、30mgがYoung Mania Rating scale (YMRS) によって効果が判定された。Aripiprazoleは2mgより開始され、3日目より5mg、5日目より10mgに増量され、30mg群は7目に15mg、9目に20mg、13日目に30mgまで増量された。4週間後のYMRSの改善は、プラセボ群では8.2%, 10mg群では14.2.%($p<0.001$)、30mg群では16.8%($p<0.001$)と統計的に有意な差があった。また、寛解もそれぞれ、15.2%, 39.6%（$p=0.05$）、56.6%($p<0.001$)と有意な差が認められた（Wagner, 2007）。

Risperidone：10-17歳の双極性障害I型169例を対象に3週間の無作為プラセボ二重盲検試験が行なわれた。プラセボ群とrisperidone0.5-2.5mg群、3-6mg群の3群に分けられYMRSによって効果が判定された。81%が臨床試験を終了し、3週間後のYMRSの

改善は、プラセボ群では9.1%, 0.5-2.5mg群では18.5.%(p<0.001)、3-6mg群では16.5(p<0.001)と統計的に有意な差があった。また、YMRSのスコアーが50%改善した反応群もrisperidone群が有意に多かった。有害事象の出現は、0.5-2.5mg群より3-6mg群で多かった（Pandina2007）。

Quetiapine: Quetiapineは2つの対照を用いた臨床試験で有効性が示されている。Delbelloらは(2002)、思春期の12-18歳の双極性障害（躁病エピソードあるいは混合エピソード）30名に対してdiavalproexを20mg/kgで開始し、quetiapine群とプラセボ群に無作為に振り分けた。Quetiapine群は1日450mgまで増量された。Diavalproexとquetiapine群は、diavalproexとプラセボ群よりもYMRSスコアーで有意な症状の改善が認められた（p=0.03）。YMRSでの反応率に関しては、diavalproexとquetiapine群は87%と、diavalproexとプラセボ群の53%とよりも有意に高かった（p=0.05）。さらに、12-18歳の50名の双極性障害（躁病エピソードあるいは混合エピソード）に対してdiavalproex（血中濃度80-120mg/dl）とquetiapine（一日量400-600mg）を無作為に振り分けて4週間治療を行なった。寛解率は、Diavalproex群で28%、quetiapine群で60%とquetiapineは有意に寛解率が高く、寛解に至る時間も短かった。277名の躁病エピソードの患者を3週間quetiapine　1日400mg、1日600mgとプラセボの3群に無作為に振り分けた。quetiapineは、400mg群、600mg群のいずれの量でもプラセボと比べて統計的に有意な改善を示した。

olanzapine:olanzapineは、10-17歳の159名の双極性障害の患者が、3週間プラセボとolanzapineに1：2の比率で割り振られた。Olanzapineの1日平均量は9.7±4.5mgであった。プラセボー群に比べてolanzapine群は有意な躁症状の改善を示した、一方で42%の患者が7%以上の体重増加を示した（Tohen, 2007）。

D:考察

子どもの双極性障害の治療は、複数の要因が関わり込み入った判断が必要である。そのため、しばしば多くのガイドラインは、薬物の選択の際に包括的な患者の評価を行い、1)　診断の確定、2) 疾患の病相、3)　並存する症状(すなわち 急速交代性、精神病症状)，　4)　合併疾患、5) 副作用と安全性、6)　患者の過去の薬物への反応、7）　患者や家族の薬物への好みを考慮しながら、8) 有効性のエビデンスを加味して薬物を選択することを推奨している。

1）子どもの双極性障害の診断

診断は、国ごとにばらつきがあるが、気分の高揚や多幸感が認められる狭義の双極性障害については日欧米間で一致した傾向が認められた。一方、広義の双極性障害を双極性障害として捉えるかどうかについては国ごとに違いが認められる。狭義の双極性障害をもって双極性障害と捉えるのが現時点では最も一致した見解と考えられる。

1)　躁病エピソードへの治療

成人の臨床体験から多くの薬物が躁病エピソードへの治療薬として使われ、現在まで気分安定薬や非定型抗精神病薬の単剤の使用が多くの治療アルゴリズムやガイドラインで推奨されている。最近は非定型抗精神病薬を第一選択にするアルゴリズムが推奨されている（Kowach　2009）。もし、非抗精神病薬の単剤で効果がない、あるいは副作用のため薬物服用が困難である場合は、気分安定薬と非定型抗精神病薬の併用

を試みる。さらに、十分な反応が認められないときには修正型通電療法（ECT）が考慮されている。lithium、CBZ、divalproexを服用している双極性障害の子どもの40%にしか有効性を認めないと報告している。気分安定薬の単独療法はeffect sizetが小さく、気分安定薬の２剤の併用がしばしば必要であるとしている（Kowach 2009）。

２）双極性うつ病の治療

双極性障害が、しばしばうつ病相で始まり、単極性のうつ病との鑑別は困難である。双極性うつ病の子どもは抗うつ薬により躁転する危険性があり、特に10-14歳の子どもは躁転する危険性が最も高い。さらに双極性うつ病が疑われる症例では気分安定薬を併用すべきである。また、子どものうつ病には三環系抗うつ薬は効果がないと報告されており、また三環系抗うつ薬は躁転の危険性が高く、子どものうつ病が双極性の始まりか単極性うつ病なのか鑑別が困難なことから子どもに三環系抗うつ薬は避けるべきである。子どもの双極性うつ病の治療に関してのエビデンスは乏しく、Lithium（Patel, 2006）とlamotrigine （Chang, 2006）でopen studyが報告されているのみである。急性期の双極性うつ病にはSSRIが効果があるとの報告もあるが、一方で躁転や気分の不安定化を招く可能性もある（Biederman, 2000）。

E:結語

子どもの双極性障害への注目が高まるにつれて薬物療法へ期待も高まってきている。双極性障害の診断は各国間のばらつきも多い。治療に関してはまだ明らかではないあるいは議論の十分なされていない部分も多く、双極性障害の治療におい手は今後多くの変化が予想される。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

１．論文発表

１） 齊藤卓弥 気分障害に対する薬の知識 教育と医学 60（10）78-885 2012

２）成重竜一郎，川島義高，齊藤卓弥，大久保善朗：児童・青年期の自殺未遂者の原因・動機に関する検討．児童青年精神医学とその近接領域，53(1)，46-53，2012

３）成重竜一郎，川島義高，大高靖史，齊藤卓弥，大久保善朗：東日本大震災後における自殺未遂者の特徴．臨床精神医学，41(9)，1255-1261，2012

４）Kawashima Y, Ito T, Narishige R, Saito T, Okubo Y: The Characteristics of Serious Suicide Attempters in Japanese Adolescents - Comparison Study between Adolescents and Adults-. BMC Psychiatry, 2012, 12: 191(doi:10.1186/1471-244X-12-191)

5) 斉藤卓弥他 米国多発テロ事件に外傷後ストレス障害を発症した児童症例 児童青年精神医学とその近接領域 53(2)118-127 2012

２．学会発表

1) 齊藤卓弥 児童青年期の統合失調症と気分障害に見られる関連性 第9回日本統合失調症学会 2012年3月 名古屋

2)齊藤卓弥 成人の精神障害における発達障害傾向の評価と対応 日常臨床での成人期気分障害における発達障害の評価と治療 第108回日本精神神経学会学術総会 2012年5月 札幌

3) Saito T and Narishige R: ADHD and QoL in Japanese children. The International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions （IACAAPAP） 20th World Congress, 2012,

July, Paris, France.

4) Narishige R and Saito T: The Characteristics of Suicide Attempts in Japanese Youth after the Great East Japan Earthquake. IACAAPAP 20th World Congress, 2012, July, Paris, France.

5) 大高靖史，成重竜一郎ら：救急医療機関退院後の自殺未遂者に対する地域フォローアップ体制の構築―保健師と救急医療機関との連携による取組事例の報告―．第36回日本自殺予防学会総会，9月，東京

6) 齊藤卓弥　小児・思春期における双極性障害の早期発見　第9回日本うつ病学会　東京　9月

7) 成重竜一郎：単科精神科病院における地域医療としての児童精神科医療の試み．第52回日本児童青年精神医学会総会，11月，東京

8) 鈴木砂由里、成重竜一郎ら：児童思春期精神医療における学校訪問を利用した地域コミニュティへのアプローチ．第52回日本児童青年精神医学会総会，11月，東京

9) 齊藤卓弥　精神疾患の診断と統計マニュアル第5版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition：DSM-5）における児童思春期精神疾患の診断基準の展望　第52回日本児童青年精神医学会総会，11月，東京

10)　柴崎哲，成重竜一郎ら：児童思春期精神科入院治療における作業療法の評価手法に関する予備的検討．第52回日本児童青年精神医学会総会，11月，東京

11)Sawaya A and Saito T. Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and mood disorder in Japan. The 1st Asian Congress on ADHD 2012, December Seoul Korea

12) Recent Findings of Positron Emission Tomography and ADHD The 1st Asian Congress on ADHD 2012, December Seoul Korea

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

なし

文献

1. Abbott Laboratories: Protocol No. M01-342:A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial to Evaluate the Safety and Efficacy of Depakote ER for the Treatment of Mania Associated with Bipolar Disorder in Children and Adolescents 2006. Available at: www.clinicalstudyresults.org
2. Biederman J et al. Therapeutic dilemmas in the pharmacotherapy of bipolar depression in the young. J Child Adolesc Psychopharmacol. 10(3):185-92. 2000
3. Bowden CL et a. A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigene and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry 60(4):392–400 2003
4. Calabrese JR et al. A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression. Lamictal 602 Study Group. J Clin Psychiatry 60(2):79–88 1999

5. Chang et al. An open-label study of lamotrigine adjunct or monotherapy for the treatment of adolescents with bipolar depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 45(3):298-304. 2006
6. DelBello et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled study of quetiapine as adjunctive treatment for adolescent mania. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 41(10):1216-23. 2002
7. DelBello MP et al. A pilot controlled trial of topiramate for mania in children and adolescents with bipolar disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 44 (6):539–547 2005
8. Delbello et al. Efficacy of quetiapine in children and adolescents with bipolar mania: a 3-week, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The 54th annual meeting of the AACAP. Boston, MA. October 2007
9. Dubicka B et al Prepubertal mania: diagnostic differences between US and UK clinicians. Eur Child Adolesc Psychiatry. 17(3):153-61. 2008
10. Findling RL et al. The Collaborative Lithium Trials (CoLT): specific aims, methods, and implementation Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2(1)21-34 2008
11. Fristad MA et al. Impact of multifamily psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders. Arch Gen Psychiatry. 1013-21 2009
12. Geller Bet al. Double-blind and placebo-controlled study of lithium for adolescent bipolar disorders with secondary substance dependency. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37(2):171–178 1998
13. Kafantaris V et al. Lithium treatment of acute mania in adolescents: a large open trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 42(9):1038-1045 2003
14. Kafantaris V et al. Lithium treatment of acute mania in adolescents: a placebo-controlled discontinuation study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 43(8):984-993 2004
15. Kowatch RA et al. Effect size of lithium, divalproex sodium, and carbamazepine in children and adolescents with bipolar disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39(6):713-720 2000
16. Kowach RA et al. Pharmacotherapy 3: medication strategies and tactics 173-200, (ed)Kowach RA et al. In ; Clinical Manual for Management of Bipolar disorder in children and Adolescents American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, DC 2009
17. Pande AC et al. Gabapentin in bipolar disorder: a placebo-controlled trial of adjunctive therapy. Gabapentin Bipolar Disorder Study Group. Bipolar Disord. 2:249-55 2000
18. Pandina et al. Rispridone for the treatment of acute mania in bipolar youth. The 54th annual meeting of the AACAP. Boston, MA. October 2007

19. Papatheodorou G et al. The efficacy and safety of divalproex sodium in the treatment of acute mania in adolescents and young adults: an open clinical trial. J Clin Psychopharmacol 15(2):110–116 1995
20. Patel NC et al. Open-label lithium for the treatment of adolescents with bipolar depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 45:289-297, 2006
21. Pleak RR et al. Mania and neuropsychiatric excitation following carbamazepine. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 27(4):500-3. 1988
22. Soutullo CA et al. Gabapentin in the treatment of adolescent mania: a case report. J Child Adolesc Psychopharmacol 8(1):81–85 1998
23. Strober M et al. A family study of bipolar I disorder in adolescence. Early onset of symptoms linked to increased familial loading and lithium resistance. J Affect Disord 15(3):255–268 1988
24. Strober et al. Relapse following discontinuation of lithium maintenance therapy in adolescents with bipolar I illness: a naturalistic study. Am J Psychiatry 147;457-461, 1990.
25. Tohen et al. Olanzapine versus placebo in the treatment of adolescents with bipolar mania. Am J Psychiatry. 164(10):1547-56. 2007
26. Wagner KD et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of oxcarbazepine in the treatment of bipolar disorder in children and adolescents. Am J Psychiatry163(7):1179-86. 2006
27. Wagner et al. Acute efficacy of aripiprazole for the treatment of bipolar I disorder, mixed or manic, in pediatric patients. American College of Neuropharmacology. Boca Raton, FL, December 2007.
28. Weisler RH et al. ulticenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of extended-release carbamazepine capsules as monotherapy for bipolar disorder patients with manic or mixed episodes. J Clin Psychiatry 65(4):478–484 2004
29. Weisler RH et al. Extended-release carbamazepine capsules as monotherapy for acute mania in bipolar disorder: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Clin Psychiatry 66(3):323–330 2005

資料（アンケートのビニエット）

症例1：急性の躁病エピソード

背景及び受診時の情報

11歳女児。通常級所属。年齢は思春期にさしかかっているが初潮はまだきていなかった。両親からの情報では家庭外で認められる躁病の明らかな既往はなかったが、多動・衝動性は認められていた。両親によると、幼児期から過活動であり、限度を知らず、脱抑制的な行動があった。小児科医は幼いうちにADHDと診断した。彼女は8歳から中枢刺激薬を服用し始めた。彼女は学業面で遅れがあったが、IQは正常域であった。ソーシャル・スキルが低く、容易にかんしゃくをおこした（ただしPDDの症状はない）。学校では反抗的で怠惰であったが、授業の妨害はしなかった。

8歳時に施行した心理検査では、頻繁な衝動性、仕上げようとしている作業とは無関係な事柄について話す傾向、怒りや不安の間欠的な表出、身体活動の著明な上昇、じっと座っていることの

困難さ、どんなものにも触れてしまうことが記載されていた。

昨年を通じて、彼女はとても易怒的でいらだっており、破壊的で移り気だった。彼女は挑発的で、ペットや小さい子どもに対して残酷なふるまいをした。彼女は友人や家族との間で性的にも不適切な言動があり、インターネット上の猥褻なコンテンツや性的内容の雑誌、友人を抱きしめたりキスしたりへの関心を述べていた。彼女は誇大的に見え、家族に対して将来医学部へ行くと言ったり、音楽プロデューサーかプロレスラーか曲芸師になりたいと言ったりしていた。今学期を通じて家族内のストレスや騒ぎの結果として両親の間で実際に夫婦間の問題が生じていたが、彼女の同胞はそのことでほとんど影響を受けていなかった。

教師達は彼女が宿題をやらず、無秩序で注意散漫であると報告していた。しかし、それは前年度同様のADHD症状であり、それ以外には何も報告していなかった。

家族歴

近親者にうつ病、軽躁病、ADHDの家族歴がある。

精神状態

両親が言うには、彼女は甘やかされて過活動で脱抑制的な4歳児のようにふるまっていた。彼女はソファの上に身を投げ出し、魅惑的に見せようとしているようだった。情緒的に彼女は挑発的かと思えば過度に親しげにしたり、適切にふるまったり、ばかげたことをしたり、いらだったり、不機嫌になったりした。彼女は極端に反抗的で論争好きでどんなことでも交渉しようとした。彼女は自分が望むことであれば集中したが、答えたくないことがあるときには無関係な質問に集中し、会話の流れを都合よく変えようとした。しかし自制できないような観念奔逸や思考障害は認められなかった。彼女は注意を払うこと、指示に従うこと、物事を覚えておくこと、じっと座っていること、途中でやめることが難しいことを自分から認めた。彼女はかんしゃくと反抗的行動、友人から受け入れられることや学業への不安や心配、悲哀や不幸せさを感じること、怒っている時に時々生じる自暴自棄さ、同時に現れる無反応さと活発さ、落ち着くことの難しさ、理由もなくかっとなること、理由もなく幸せになったり悲しくなったりすることについても述べた。多幸感については否定した。彼女は注意があることから他のことへ飛んでしまうこと、あまりに早く話すので他の人は彼女の話についていけないことを話した。彼女は不眠（1時まで眠れない等）について述べていた一方で、そうした日の午後は3時まで寝ているとのことだった。

彼女は彼女に何をすべきか言ってくる声（最近亡くなった母方祖母の声等）がどのように聞こえるかについても述べた。声は彼女が年上の友人と煙草を吸い、ビールを飲むことや、インターネットで性的な好奇心に身をゆだねるように仕向けるとのことだった。彼女は声が彼女の良心だとは思っていなかった。将来については、進級できたら法科大学院に進みたいと考えていた。

症例2：幼児の急性躁病

背景及び受診時の情報

5歳6か月の男児。急性躁病として紹介されてきた。彼は18か月までしゃべらず、3歳6か月まで単語しか話せなかった。発音がうまくいかず、話す際に過度に繰り返しが認められ、反響言語が認められた。睡眠や摂食の問題は認められず、さしこみを起こしたこともなかったが、幼少期から多動で衝動的であり、事故やけがが多かった。痛みに鈍感で、しばしば出血や切り傷に無関心なように見えた。

彼は恐れを知らない行動が目立ち、監視が必要であった。彼は以前に見ず知らずの人に自分の父親になってほしいと頼んだことがあり、招かれてもいないのに他人の家に上り込むことがあった。学校ではかつて脱走して誰かがキーをさしたままにしておいたトラクターを乗り回したことがあった。彼は『車より速い』と言ったから車の正面を走れると最近祖父母に言っていた。彼は恐れることなく木から飛び降り、海に飛び込もうとしてほとんど溺れかけた。

彼にはドリーと言う名のイマジナリーフレンドがおり、何か悪いことをすると、大抵ドリーがやったかドリーが彼にやらせたと言った。

彼はしばしば死について話し、祖母には『僕が守ってあげるから大丈夫』と言っている。彼は激しい雷雨と家が火事になることを恐れていた。

彼は股間をつかんで握り続けていることが少なからず見受けられた。この行動は彼が不安な時や退屈な時、あるいは特に理由がないときに現れた。

学校において、彼は多動さと不注意さに関する重篤な問題を抱えており、担任は彼が論争好きで挑戦的であり、奇妙な信念や不適切な感情を持っており、仲間に興味を持たず、コミュニケーション能力が低く、興味が固定的で、ステレオタイプで、予定の変化にうまく対処できないと述べた。

家族歴

うつ病、摂食障害、薬物・アルコール関連障害、ADHD の家族歴あり。

認知機能検査

WPPSI-R にて VIP97、PIQ94 でほとんどばらつきはなかった。言語受容：SS85（16 パーセンタイル）、言語表出：SS66（1 パーセンタイル）、語用論：50 か月時点で 18-24 か月相当。彼は付随的な質問に答えること、一つの話題を続けること、役割を演じること、婉曲的な表現を使うことができなかった。社会機能・情緒的機能：SS82（11 パーセンタイル）、適応能力 94（34 パーセンタイル）。母親が情報提供者。

精神状態

視線が合いにくく、ほとんど終始飛び跳ねじっとしていなかったが、遊びでは落ち着いていた。想像的な遊びや相互的な遊びもできた。彼の思考は時についていくのが難しかった。彼は彼の友人のドリー彼自身の想像が生み出したものと分かっているようであり、『彼女はいないんだ。僕の想像上の友達なんだ』と語った。

いかに車よりも速く走れるかを話していた時の彼は誇大的に見えた。車がとても遅く走っている場合のことなのか尋ねられると、彼は『違う』と答え、本当にできるのか想像の話なのかを尋ねられると『本当にできる』と答えた。海を泳いで渡れると言った時にも、『僕は泳ぎの名人だから』と答えた。

周りに誰もいない時に声が聞こえることがあるかと尋ねられた時、彼は時々『頭の中の声』が人を叩く等の悪いことを彼にするように言うのだと話したが、彼は『もういい』と言うことで自分の『脳』を止めることができるとのことだった。彼は『頭の中の声』が『自分自身の考えが自分に話しかけている』ということを認めていた。

廊下でボールを投げたり蹴ったりしたことについて尋ねられた際は、彼は朗らかで、易刺激的で、思慮がなく、騒々しく、脱抑制的でさえあった。自分のおもちゃが違う場所におかれていたり、サンタクロースがプレゼントを持ってこなかったりしたら、彼は気が狂ったように感じるとのことだった。彼には恐れるものは何もなく、ずっと以前は火が怖かったが、今は『おじいちゃんが火を消すことができるから大丈夫。大きくなったら僕にだってできる』と言った。時々彼は『燃えて溶ける』悪夢を見た。彼は雷が怖いことは認めた。他の心配や不安は認められなかった。

症例 3：重度の自殺企図

背景及び受診時の情報

12 歳男児。入水を試みた後に評価目的で紹介となった。問題は両親が別居し、父親が 18 か月前にオーストラリアに転勤したことから始まった。それ以降父親とは全く連絡がとれていなかった。母親はかつて彼を『かわいらしい子』と表現したが、最近ではいつでも非常に活動的で、おしゃべりで、面倒を起こす子であると表現した。彼は壁や木から飛び降りる等でしょっちゅう小さな怪我をしていた。彼の父親は厳格な人であり、子ども達のよくない行動に対しては父親が対処することが多く、母親がうつ病を繰り返すようになってからは特にそうなっていた。母親によると小学校では目立った行動上の問題は認められなかったとのことだったが、教師は非常に落ち着きがなく一人で課題を最後までこなせないことが多かったことを指摘していた。そして今や家でも学校でもコントロールができない状態となっていた。母親は彼の気分の波に対処できなくなっていた。彼は何かやりたくなければ、怒り出して物を打ち壊し、時には兄弟や母親を叩くこともあり、かつて棒を使ったこともあった【いらだたしさ？】。彼は簡単にのせられて他児と問題を起こし、例えば過去にはお菓子を盗むよう仕向けられたり、火をつけるよう仕向けられたりした。最近では、彼はインターネットから爆弾の作り方の情報を得て、台所で爆発を起こした。彼は嫌いな人への仕返し（一見してこの行動の隠された意味はわからないだろうが）のために、何時間もコンピューターに向かってウィルスを作って彼らに送ったことも認めた。

車にレンガを投げたことで叱られた後、衝動的に入水を試みたことがあった。彼は逃げ出し、かっとなって近くの川に身を投げた。幸運にも通りすがりの人が若干の困難はあったもののなんとか彼を引き上げた。

怒りがある時期の合間は、引きこもって涙ぐみ、部屋で過ごす時間が多くなった。そういう時の彼はけんかの後の仕返しを恐れて外出したがらなかった。そうした時期を除いて、彼は非常に多弁で彼の母親がもはや対処できず、彼の前で泣き崩れるほど落ち着かない状態になった。彼は家中母親について回り、しょっちゅう彼女を悩ませ、ずっと話し続けてゆっくりテレビも見られない状態になった。彼の行動は幼く、しばしば過度に母親にまとわりつき、兄弟に対しては易怒的であった。基本的に 1:1 の方がうまく振る舞える傾向があった。

睡眠に関しては、いつも夜遅くに寝ていたが、最近になって母親がいないと寝るのを拒むようになり、夜に何度か目が覚めるのを彼は非常に怖がっていて、母親の部屋で寝たいのだと言っていた。時には朝起きられないこともあった。

学校では、口答えやけんかで何度も停学になっていた（小学校時にそのような問題はなかった）。彼はこのところ学校から追い出される寸前となっており、学校は彼の行動を抑えることができなくなっていた。彼は行動上の問題のある子ども達のための小グループに入ったが、破壊的なところ（片時もじっと座っていられず、教室を歩き回り、絶え間なく話し、毒づく）は変わっておらず、学業を拒絶していた。学校での成績は平均以下であった。

家族歴

母親がうつ状態で投薬を受けている。兄にも行動上の問題がある。

精神状態

最初の面接の間、彼はそっけない返答で、視線は合わせず、涙ぐんでいた。面接の間ずっとそわそわしていた。彼は父親が恋しいことや母親が泣くのを心配していることを認めた。

続く数回の面接の後、彼はずっと明るくなり、全体に非常に落ち着きがなくなり、続けざまに落書きをしたりおもちゃで遊んだりし、頻繁に立ち上がって数分以上話を聴くことができず、しばしば部屋から出ていった。絶えず話を遮り、話題を変え、特に気分について尋ねた時にそれが顕著だった。言語受容の問題があり、年齢よりも幼く見えた（幼児のようにおもちゃで遊び、頻繁にくすくす笑い、ボールや紙飛行機を部屋のあちこちで投げ、しばしばおかしな顔をしたり鼻におもちゃをぶら下げたりといったばかげたことをした）。時々いくらか脱抑制的となり、例えば面接者のノートを読もうとしつこく試みたり、何度も個人的な質問をしてきたりした。母親に対して繰り返し怒りを向けた。

しかし、面接を繰り返す中では、再び非常におとなしく、そっけない返答となることが何度かあり、大抵は叱られた後か、父親がいなくなった日の周辺だった。面接中に眠ってしまったことも一度あった。

他に希死念慮や精神病症状は認められなかった。

症例4：反復行動のある少年

背景及び受診時の情報

10歳男児。家での気難しく融通のきかない行動と中学校に進級した後うまくやっていけないのではないかという心配を主訴に彼の両親に伴われて児童精神科の診療所に来院した。

過去6か月間にわたって、彼はどんどん反抗的になり、特に就寝時に強いかんしゃくを起こすようになった。彼はドアを勢いよく閉め、物を投げ、母親を叩き、その間激しく怒った。彼はいつも気が短いが、そうした気の短さにどんどん対処しにくくなっていると両親は感じていた。彼は深夜に寝る両親より先に寝るのを拒んだ。彼は寝付くのに時間がかかり、両親の部屋に頻繁にやってきた。ほぼ一晩中起きていることも時々あった。

彼の習慣を巡っても口論が起きていた。その習慣のために彼は学校や約束に遅れることが多かった。彼には幼児期から普通でない興味や手順が認められていたが（例えばトイレの色や女性のストッキング）、それらがさらに強く認められるようになった。最近彼は過剰に長い時間トイレですごすようになり（身体的精査では全く異常はない）、1時間ごとに20分かけて繰り返し手を洗おうとした。また、彼は毎晩何時間もかけて寝室の模様替えをし、邪魔されると怒りをあらわにした。

彼はいつも非常におしゃべりだったが、両親から見るとそれがどんどん不快な程度にひどくなってきていると感じており、特に両親がテレビを見ているときに邪魔することをやめられなくなっていた。

学校においては読み書きに関して数年遅れが認められていた。彼はいつも簡単に注意がそれ、落ち着きがなく、繰り返し離席していた。最近彼はトイレに行くために30分ごとに退室を願い出ていた。大声を出したり、警察のサイレン等の音を立てたりしていつも授業を混乱させた。

彼には親しい友達がいたことがなく、一人で遊ぶことを好み、ここ2、3か月は彼の行動が原因でいじめられていた。彼は他児を遮り、過度に出しゃばって、人のものに触ろうとした。休み時間に彼は一人で過ごすことが多く、破壊やロケットのふりをして全速力で競争し、他児を捕まえようとした。彼は大きな音を立て、異常に興奮してくすくす笑った。教師によると、彼は注目の中心にいることを好み、教室への正面玄関を作ってみんなが入れないようにすると言い張っていた。学校で短気さについては大きな問題となっていないが、彼の机に物が置かれるといらだつことがあった。

心理検査

WISC-Ⅲにて、言語性IQ86、動作性IQ85。

家族歴

母親がうつ病。父親が強迫的で友人が少ない。いとこがADHDで学習上の問題がある。

精神状態

変わった外見の少年。はじめのうちは座ってひきつった笑顔でこちらをじっと見ていた。視線の合いにくさは当惑を感じさせるもので、彼は面接者の向こう側に視線を向けていた。不安げに見え、質問に応じない一方で、母親が彼のかんしゃくについて述べていた時には何度もくすくす笑っていたその後椅子の上で落ち着かなくなり、様々なおもちゃの車や飛行機を手に取り、繰り返し大きな音を立てた。彼は年齢に比べて幼く見えた。

母親が部屋から出た際に、彼は非常におしゃべりになったが、一方でしばしば質問を理解していないように見え、ただぼんやりと視線を向け、適切に答えることができなかった。例えば学校での様子を尋ねられ、水漏れのするトイレについて詳細に語り、それを止めることができなかった。話題は唐突に変わり（ノートパソコン、陸軍、お金、車の座席等）、彼の思考の流れについていくのが難しかった。時に差し出がましく、どこに住んでいるか、どんな種類の車を持っているか等、個人的なことを尋ねてきた。いくらか脱抑制的で、社会的規範を気にしない様子であり、例えば面接者に急ぐよう言ったり、車の座席を見せてくれるよう頼んだりした。

明らかな精神病症状の所見は認められなかったが、文章の途中で話すのをやめてしまい、しばらく何かに夢中になっているように見えることが何度もあった。

症例5：制御できない行動のある少女

背景及び受診時の情報

12歳女児。最近の行動の変化を理由に緊急の評価目的で紹介となった。両親はこの2、3週間で彼女の性格がすっかり変わってしまったと述べた。以前の彼女はいつも内気で進んで手伝いをし、トラブルとは無縁の子どもであり、違法な薬物を使用した兆候は認められなかった。彼女は学校でいつもうまくやっており、成績は上位で、他の生徒や教師から非常に好かれていた。発達についても正常であった。しかしながら、10歳の頃、祖母の死後に大うつ病エピソードを呈し、精神療法による治療を受けた。

彼女は中学校への進級をストレスに感じており、特に彼女は常に成績が優秀であったため、成績が落ちることを心配して予習に何時間も費やしていた。さらに、彼女の両親は不仲で、別居について話し合っていた。

両親は今や彼女と一緒に住むのは不可能であり、彼女の安全が心配だと語った。彼女は明るい色の非常に露出の多い服を着ており、短期間ですぐに買い換えていた（以前の彼女はファッションに全く興味がなかった）。彼女は全く知らない人に対しても長々と話し、インターネットのチャットルームを介して大勢の男子とデートの約束を取り付けていた。そのチャットルームで彼女はあけすけな言葉を使い、何時間もそこで時間を費やしていた。

彼女の気分は一日の中でも急速に変化した。ある瞬間は興奮気味に笑っていたかと思うと、次の瞬間には非常にいらだち、悪態をつき、物をたたいていたこともあった。また別の時には、簡単に悩みこみ、感情を抑えきれずに泣きじゃくっていた。

睡眠のパターンも変化し、夜遅くまで起きて朝方までチャットルームでチャットをしていた。彼女は2、3時間しか寝ていなかったが、朝早くに起きて家を掃除し始め、朝の6時に掃除機をかけて近所の人たちを起こしていた。

家族歴

両親ともにうつ病で治療を受けていた。

精神状態

面接に先立ち、彼女は待合室から彼女が大声で笑っているのが聞こえた。彼女は外見について失礼なことを言い、他児を悩ませていた。彼女が入室した時、面接者の机に腰掛け、携帯電話で話し、大声で笑った。彼女は早口で話し、彼女の思考の流れについていくのが難しく、まるで関係のないようなものに話題がころころと変わった。彼女はテレビシリーズに出ているある俳優に特に夢中になっており、かつて彼と連絡を取ろうとしたこともあったのだが、彼女は彼と付き合うのも時間の問題だと言っていた。彼女は話している最中に、鮮やかな色の様々な渦巻きを矢継ぎ早に描いていた。しばらくして、彼女の気分は劇的に変化し、非常に疑い深く敵意を示すようになった。それは特に彼女が断固として否定した薬物の乱用について尋ねられた時に認められた。彼女は面接者が両親とだけ会うことを許さず、同様に彼女一人だけで面接を受けることも望まなかった。彼女は食べ物に添加物が入っていて、それが彼女にとって有毒で、彼女の脳の働きを妨げることに対する恐れを述べた。

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　髙橋雄一[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、＜研究①＞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について、後方視的に精神病発症危険状態（at-risk mental state: ARMS）の患者を抽出し、初診時診断名、受診理由、被虐待歴、および広汎性発達障害の有無などの背景因子を調査し検討した。さらに、このARMS症例の初診後1年の状況を調査した（研究①：児童精神科受診者におけるAt risk mental state　症例の後方視的検討）。＜研究②＞平成23年度に報告した研究の調査期間を延長し、対象患者を228名から470名広げた調査研究である。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470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、対象310名（平均12.3歳）のうちARMSと診断されたのは20例だった。ARMSと診断された20例の主訴は不登校8例、情緒不安定、暴力・粗暴行為、希死念慮・自殺企図がそれぞれ4例、および不安症状が3例だった。また、20例中10例が養育過程での非虐待体験を有していた。初診後1年の状態が調査可能だった13例は、いずれも精神病性障害の診断には至らなかった。また、初診後1年の時点での治療方針は、＜統合失調症に準じた治療＞＜気分障害への治療＞＜発達障害特性を考慮した治療＞＜愛着障害や人格特性への治療＞への分類が可能だった。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20%存在した。小学生24.7%、中学生17.1%で低年齢で多かった。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、小学生で暴力および自殺企図歴、中学生で自傷行為歴と自殺企図歴に有意な関連があった。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自殺関連事象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＞

児童精神科受診者における At risk mental state 症例の後方視的検討

A．研究目的

近年、世界的に統合失調症を中心とする精神病性障害の早期段階を早期精神病という枠組みで捉え直し、未治療期間の短縮を目指し早期介入を行う取り組みが新しい潮流となってきている。さらに、明らかな精神病症状が出現し、精神病性障害の診断が可能となる以前に多くの患者が前駆症状といわれる前触れの諸症状を呈することは古くから知られている。早期精神病の早期介入という流れの中で、初回精神病エピソード前の前駆状態を精神病発症危険状態（At risk mental state for psychosis:ARMS）として概念化し、顕在発症前に早期介入を行う試みが最近盛んに行われるようになった。その中で、メルボルンの McGorry らが中心となり、これまでの前駆期研究や統合失調症のハイリスク児研究などを参考に精神病を発症するリスクが極めて高い群を効果的に同定するために①微弱な精神病症状 ②短期・間欠型精神病症状③遺伝負因、素因および社会的機能に関する状態、といった複数のリスク因子を組み合わせた診断基準を作成した（Yung, 1998）。その後、これらの３項目を柱として、ARMS の診断を行うための診断ツールが開発され、ARMS 群の診断後 1-3 年の間に 10-40%が精神病性障害を発症するといった調査報告もされている。一方、これらの ARMS 概念は、その対象を精神病発症の好発年齢である青年期以上の患者とすることが、前提とされていることからも青年期年齢以下の児童精神科領域の患者に関する検討はされていないのという現状がある。今回、我々は、15 歳以下の児童精神科受診者の中で、この ARMS 基準に該当する患者を後方視的に抽出し、その臨床像および経過の検討を行った。

B．研究方法

平成 22 年 4 月から平成 23 年 3 月までに神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科を初診した患者のうち、初診時年齢が 10 歳～15 歳の患者のうち中等度以上の知的障害を有する患者を除く 310 名を調査対象とした。これらの対象について、後方視的に初診時の診療録、患者自記式の問診票および主治医からの情報をもとに精神病症状、精神病の遺伝負因を調査した上で、初診時の社会的機能の状態を判定し ARMS 症例を抽出した。加えて、精神病性障害の発症に関連するといわれる発達早期の環境要因として被虐待歴、および ARMS との関連が指摘されている広汎性発達障害（の有無を診療録より調査した。ARMS の診断には、ARMS の包括的評価尺度である CAARMS（Comprehensive Assessment of ARMS）日本語版(Miyakoshi, 2009)を参考に ARMS①群（第一親等の精神病性障害の遺伝負因および社会的機能の低下）ARMS②群（閾値下の精神病状態および社会的機能の低下） ARMS③群（短期精神病状態および社会的機能の低下）を診断した。

3. CAARMS（ARMS の包括的評価尺度）による ARMS の診断

CAARMS（ARMS の包括的評価尺度）とは、精神病のリスクを包括的に評価する半構造化面接による評価尺度であり、＜陽性症状＞、＜認知機能の変化＞、＜情動面の障害＞、＜陰性症状＞、＜行動の変化＞、＜運動／身体の変化＞、および＜全般的精神病理＞の 7 項目について 2～7 個の下位項目について 7 段階の評価を行う。 ARMS の診断は以下の A, B, C, D の４つの陽性症状の下位項目のスコアと第一親の精神病性障害の遺伝負因および最近 1 年間の社会的機能の推移および現在の水準から操作的に行う。 A. 普通でない思考内容（妄想気分、させられ体験、考想伝播など） B. 軽微であれば奇異ではない観念（疑念・被害念慮、罪責念慮、嫉妬念慮など） C. 知覚の障害（視覚、聴覚、嗅覚、味覚、触覚などの変化） D. 解体した会話（まとまりのない会話、的外れの会話など）

上記の操作的診断基準により以下の３グループからなる ARMS が診断できる。

①脆弱群（精神病遺伝負因あるいは失調型パーソナリティ＋機能低下）②閾値下精神病群（強度か頻度が閾値下の精神病症状＋機能低下）、③短期

間欠性精神病症状群（中等度以上だが1週間以内に自然消退＋機能低下）。①または②または③でARMSと診断される。本研究は後方視的調査であるため、初診時にCAARMSの半構造化面接を行ったわけではなく、CAARMSの評価方法や基準を参考に診療録および主治医の意見からARMSの診断を行った。

C．研究結果

a. ARMS症例の特徴

対象310名（平均12.3歳）のうちARMSと診断された（以下ARMS群）のは20例（男子8例、女子12例、平均年齢は12.7歳）、精神病性障害と診断された（以下Psychosis群）のは13例（男子6例、女子7例、平均年齢12.8歳）だった（表1）。ARMSのグループの内訳は①脆弱群9例および②閾値下精神病群13例で③短期間血性精神病症状群はみられなかった。ARMSと診断された20例の受診理由は不登校8例、情緒不安定、暴力・粗暴行為、希死念慮・自殺企図がそれぞれ4例で、不安症状が3例だった（表2）。ARMS群20例の初診時ICD-10診断は表3に示す通りで、20例中12例がF9コードに該当し、その内訳はF91（行為障害1例）F92（行為と情緒の障害）4例、F93（小児期の情緒障害）3例およびF94（小児期の社会的機能の障害）4例だった。また、背景因子として調査した被虐待体験および広汎性発達障害の合併はARMS群20例中4例で広汎性発達障害、10例で養育過程で明らかな被虐待体験を有していた。精神病群（Psychosis群）、ARMS、Psychosisいずれでもない群（non-A non-P群）との比較を表4に示す。

b. 初診後1年時点でのARMS症例の治療状況

ARMS群20例中1年後まで外来通院により経過観察されていたのは、13例中統合失調症に診断確定あるいは変更された症例は無かった。13例の初診後1年時点での治療状況は＜診断確定されないものの統合失調症の発症を最も念頭においた治療が行われていた群＞＜発達障害特性に主眼を置いた治療・指導が行われていた群＞＜人格形成上の問題・解離症状への治療が行われていた群＞＜気分障害への治療が行われていた群＞に分かれた。各群の例数、被虐待体験、広汎性発達障害合併の有無、および初診後1年の時点でのARMS診断を表5にしめす。＜発達障害特性に主眼を置いた治療・指導が行われていた群＞において4例中2例、＜人格形成上の問題・解離症状への治療が行われていた群＞4例中2例でARMS診断ではなくなっていた。

初診後1年の時点でのARMS群13例中7例で抗精神病薬が投与されていたが、リスパダール換算で1日量3mg以上使用していた3例はいずれも興奮や暴力などの非精神病症状の沈静目的の使用だった。

D．考察

児童・青年期前期の統合失調症を中心とする精神病性障害の発症率は15歳未満で全統合失調症約4%ともいわれておりその発症率の低さからもARMSの精神病移行率は低いと思われる（Hollis 2008）。近年のARMS研究のメタ解析でも対象年齢が低いほど精神病への意向率は低くなっている（Fusar-Poli2012）。今回の調査でもARMS症例はARMS診断後1年の時点で観察可能だった13例いずれも精神病の顕在発症はしておらず、児童青年期前期の症例はARMS診断後の長期の観察期間が必要であると思われた。また、今回の結果からARMSの診断がなされる症例には、広汎性発達障害患者における思考障害症状や解離性障害患者におけるや幻覚症状が、多く含まれる可能性が示唆され、特に児童・青年期前期のARMS症例に関しては標的疾患を精神病性障害に限定しない捉え方が求められる。 今回の調査研究の限界として、紹介制の児童精神科外来への受診患者が対象であるため、緊急の受診者が対象や閾値下の精神病症状のみで他の精神症状を持たない事例が対象から漏れている可能性があり、今後の課題であると思われた。

＜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

A．研究目的

近年行われている疫学研究（Nishida, 2010, Kinoshita, 2011, Yoshizumi, 2004)によれば、における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可能性（Poulton, 2000）や自殺関連行動や暴力行為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(Nishida, 2010、Kinoshita, 2011)。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, 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

【対象】平成22年12月～平成24年11月の2年間、神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科を受診した623名の10～15歳の患者のうち、初診時明らかな精神遅滞を有する者 59 名、本人が受診しなかった者 10 名、精神医学的診断がつかなかった者5名、さらに精神科初診時問診票に必要事項を記載できなかった 79 名を除いた470名を対象とした。

【方法】当院では外来初診患者が 10 歳以上である場合、患者の主観的苦痛や受診希望の有無などを把握するために患者自身に直近2週間前後の状態について初診時問診票を記載するよう求めている。この初診時問診票の記載より①受診希望, ②家族への秘密, ③自傷行為④自殺の試み, ⑤抑うつ気分および意欲低下⑥飲酒・喫煙・違法薬物使用, ⑦PLEs およびその 4 つの下位項目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⑧被虐待歴, ⑨暴力行為, ⑩不登校の有無, ⑪ICD-10 診断, ⑫性別, ⑬年齢, ⑭学年について情報収集し、直接担当医に内容を再確認した。以下に示す初診時問診票に含めた 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, 2010）と同様に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。これも上記調査と同様に“あった”と回答したものを PLEs ありと判断した。

PLEs に関する質問項目は以下の通りである。

Q: 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？

PLE s 1) 自分の心を誰かに読み取られたことがある

PLE s 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

PLE s 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

PLE s 4) 他の人には聞こえない声を聞いたことがある

各患者背景と PLEs に関する解析には二項ロジスティック回帰分析を用いた。統計解析についてはSPSS11.0J を使用した。

本研究を実施するにあたっては神奈川県立こども医療センターの倫理審査委員会の承認を得た。

C．研究結果

a. 対象患者背景

全対象患者 470 名中男子は 241 名（51.3%)、女子は229名（48.7%）であった。また小学生は190名（40.4%)、中学生は280名（59.6%）であった。平均年齢は12.4歳、初診時CGAS中央値は42.5であった。

初診時主診断は ICD-10 分類で F2 が 16 名（3.4%)、F3が42名（8.9%)、F40（恐怖症性不安障害）が 12 名（2.6%)、F41 （パニック障害もしくは全般性不安障害を含む他の不安障害）が13名(2.8%)、F42（強迫性障害)が12名(2.6%)、

F43（重度ストレス反応および適応障害）が24名（5.1%）、F44（解離性障害）が12名（2.6%）、F45（身体表現性障害）が77名（16.4%）、F5が52名（11.1%）、F63（抜毛癖）が11名（2.3%）、F8が21名（4.5%）、F90（多動性障害）が34名（7.2%）、F91（行為障害）21名（4.5%）、F92（情緒と行為の障害）が9名（1.9%）、F93（情緒障害）が43名（9.1%）、F94（社会機能の障害）が38(8.1%)、F95(チック障害)が12名(2.6%)、その他の診断に該当したものが20名（4.2%）であった。なおF8の発達障害群は受診理由が主に発達に関する相談に限られたものとした。

その他の背景として、受診希望のある者は254名（54.0%）、家族に打ち明けられないことがある者は160名（34.0%）、何らかの暴力行為がある者は76名（16.2%）、何らかの被虐待歴を有する者は57名（12.1%）、何らかの睡眠障害を有する者は303名（64.5%）、抑うつ気分および意欲低下を併存する明らかな抑うつ症状を呈する者は104名（22.1%）、自傷行為を行っている者が75名（16.0%）、自殺を試みたことがある者が53名(11.3%)、不登校状態の者が188名(40.0%)、アルコール、違法薬物、喫煙を行ったことがある者が22名（4.7%）、ADHDを併存する者が45名（9.6%）、PDDを併存する者が79名（16.8%）であった。

PLEsに関しては何らかのPLEsについて“あった”と回答している者が95名（20.2%）存在し、“あった”が1つの者は75名（16.0%）、“あった”が2つ以上の者は20名（4.2%）であった。小学生190名中47名（24.7%）が何らかのPLEsについて“あった”と回答した。さらに中学生280名中48名(17.1%)が何らかのPLEsについて“あった”と回答した。

下位項目についてはPLEs 1）に“あった”と回答した者が31名（6.6%）存在し、PLEs 2)に“あった”と回答した者が3名（0.6%）存在し、PLEs 3)に“あった”と回答した者が31名（6.6%）存在し、PLEs 4）に“あった”と回答した者が57名（12.1%）存在した。

b．診断別PLEs分布

b-1.　≪小学生のPLEs分布≫

診断別では頻度の高い順にF3の6名中5名（83.3%）が何らかのPLEsについて“あった”と回答した。さらにF2で4名中2名（50.0%）、F40で4名中2名（50.0%）、F44で4名中2名（50.0%）、F92で5名中2名(40.0%)と続いた。その他の詳細は図1に示す。

b-2.　≪中学生のPLEs分布≫

診断別では頻度の高い順にF2の12名中8名（66.7%）が何らかのPLEsについて“あった”と回答した。さらにF93で27名中11名(40.7%)、F40で6名中2名（33.3%）、F92で4名中1名（25.0%）、F8で9名中2名（22.2%）と続いた。その他の詳細は図2に示す。

c．患者背景とPLEsとの関係

c-1.≪小学生の患者背景とPLEsとの関係≫

小学生190名のうち広汎性発達障害を併存しない者が151名（79.5%）であり、うち何らかのPLEsが“あった”と回答したものは30名（19.9%）であった。一方で広汎性発達障害を併存する者が39名（20.5%）であり、うち何らかのPLEsが“あった”と回答したものは17名（43.6%）であった。OR2.8(95%信頼区間 1.2 - 6.2,　$p<0.05$)と有意な関連を認めた。

小学生190名のうち受診時点の暴力行為を併存しない者が150名（78.9%）であり、うち何らかのPLEsが“あった”と回答したものは29名（19.3%）であった。一方で暴力行為を併存する者が40名（21.1%）であり、うち何らかのPLEsが“あった”と回答したものは18名（45.0%）であった。OR3.2(95%信頼区間 1.4 - 6.6,　$p<0.01$）と有意な関連を認めた。

小学生190名のうち受診時点で自殺を試みたことはないと回答した者が169名（88.9%）であり、うち何らかのPLEsが“あった”と回答したものは35名（20.7%）であった。一方で自殺を試みたことがあると回答した者が21名（11.1%）であり、うち何らかのPLEsが“あった”と回答したものは12名（57.1%）であっ

た。OR3.7(95%信頼区間 1.3 - 10.1, $p<0.05$) と有意な関連を認めた。

c-2.≪中学生の患者背景と PLEs との関係≫

中学生 280 名のうち CGAS40 以上の者が 170 名 (60.7%) であり、うち何らかの PLEs が“あった”と回答したものは 19 名 (11.2%) であった。一方で CGAS40 未満の者が 110 名(39.3%) であり、うち何らかの PLEs が“あった”と回答したものは 29 名(26.4%)であった。OR2.3(95%信頼区間 1.1 - 4.5, $p<0.05$) と有意な関連を認めた。

中学生 280 名のうち家族にうちあけられないことはないと回答した者が 174 名 (62.1%) であり、うち何らかの PLEs が“あった”と回答したものは 16 名 (9.2%) であった。一方で家族にうちあけられないことがあると回答した者が 106 名(37.9%)であり、うち何らかの PLEs が“あった”と回答したものは 32 名 (30.2%) であった。OR2.5(95%信頼区間 1.2 - 5.2, $p<0.05$) と有意な関連を認めた。

中学生 280 名のうち受診時点で自傷行為を行ったことはないと回答した者が 225 名(80.4%) であり、うち何らかの PLEs が“あった”と回答したものは 27 名 (12.0%) であった。一方で自傷行為を行ったことがあると回答した者が 55 名 (19.6%) であり、うち何らかの PLEs が“あった”と回答したものは 21 名 (38.2%) であった。OR2.7(95%信頼区間 1.2 - 5.8, $p<0.05$) と有意な関連を認めた。

以上のまとめを図 3 に示す。

d. 幻聴体験と PLEs との関係

PLEs の中でも体験の割合が最も高かった PLEs 4) 他の人には聞こえない声を聞いたことがある (以下幻聴体験) について解析を行った。幻聴体験は小学生で 190 名中 26 名 (13.1%)、中学生で 280 名中 31 名 (11.1%) が体験していた。

d-1. ≪小学生の患者背景と幻聴体験との関係≫

小学生において幻聴体験と暴力行為は OR4.0(95%信頼区間 1.5 - 10.6, $p<0.01$) 、さらに幻聴体験と自殺の試みは OR6.6(95%信頼区間 1.9 - 23.1, $p<0.01$)、つづいて幻聴体験と広汎性発達障害の併存で OR3.2(95%信頼区間 1.2 - 8.8, $p<0.05$)と有意な関連を認めた。

d-2. ≪中学生の患者背景と幻聴体験との関係≫

中学生において PLEs4 (幻聴体験) と抑うつ気分および意欲低下は OR3.6(95%信頼区間 1.6 - 8.3, $p<0.01$) 、さらに PLEs4 (幻聴) と自傷行為は OR4.8(95%信頼区間 2.1 - 11.0, $p<0.01$)と有意な関連を認めた。

以上のまとめを図 4 に示す。

D. 考察

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 20%存在し、幻聴体験が約 12%存在した。小学生では約 25%、中学生では約 17%であった。

各診断において精神病性障害、気分障害、恐怖症性不安障害、解離性障害、小児期の情緒障害もしくは情緒と行為の障害に PLEs が多く分布し、摂食障害および身体表現性障害といった心身症には PLEs は比較的少なかった。また分布のあり方は小学生、中学生で若干異なった。PLEs が多く分布する疾患群は従来、統合失調症前駆期の非特異的症状とこれらの疾患群が呈する症状との鑑別が長年議論されてきている。これらの疾患群で PLEs および全体的な機能低下が持続する場合は後々の精神病性障害への展開も念頭に置きながら診療を継続する必要がある。一方で、心身症関連疾患群では自らの症状を率直に訴えることが少ない疾患特性が背景として存在する可能性もあるが、PLEs が他疾患群と比べて低率であったことは興味深い。

次に各患者背景と PLEs の関係を述べる。小学生においては、広汎性発達障害の併存する場合、暴力行為がある場合、自殺の試みを経験している場合に有意に PLEs が存在した。中学生においては、CGAS が 40 未満で全体的機能が低下している場合、家族にうちあけられないことがある場合、自傷行為を行ったことがある場合に有意に PLEs

が存在した。

さらに各患者背景と PLEs の下位項目のひとつである幻聴体験の関係を述べる。小学生において暴力行為がある場合、自殺の試みを経験している場合に有意に幻聴体験が存在した。中学生においては抑うつ気分および意欲低下を認める場合、自傷行為を経験している場合に有意に幻聴体験が存在した。

本結果からは小学生が中学生よりも PLEs を多く体験している可能性が示唆されるが、一般的にも低年齢層でより多く PLEs が存在し多くは成長とともに PLEs が消失して一部は精神病性障害へ発展する現象が知られている（van OS, 2008）。本結果において中学生の PLEs 頻度と下位項目の内訳および暴力行為や自殺関連事象と PLEs の関連についても近年実施された疫学研究（Nishida, 2010, Kinoshita, 2012）と同様の結果だった。

さらに年代別の患者背景と幻聴体験を中心とする PLEs の関係より臨床的意義について考察するならば、小学生ではこのような体験が暴力行為や自殺の試みといったストレスを外在化させる破壊的行動に関連する可能性があり、中学生では機能低下を来たし、周囲へ援助を求めずにストレスを内在化させて抑うつや自傷行為を生じる状態に関連する可能性が示唆された。また従来の広汎性発達障害と精神病性障害の異同についての議論（飯田, 2009）はより低年齢に着目して行う必要も示唆された。

PLEs は通常の問診の中で患者からその体験を語ることは稀であるが、PLEs を積極的に把握し臨床症状との関連について理解を深めることでよりよい治療を実施できる可能性がある。例えば幻聴を対象とした認知行動療法などが援用できるかもしれない（Byrne, 2006）。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。

本研究の限界は第一に当院が有床の小児総合病院精神科であり、一般児童精神科外来に初診する患者層を代表していない可能性があること、第二に本調査が自記式問診票に基づいており診察時に過剰/過少報告の可能性があること、第三に拒否感が強く問診票記載が困難な例、病棟併診例や予約外受診など急を要した例の多くが対象外となったこと、第四には暴力行為や被虐待歴の評価は担当医の主観的判断によっており過剰/過少評価の可能性があることなどである。今後は複数施設で研究を実施して対象数を増やし検討を重ねるとともに、これらの症例の縦断的評価も予定している。

F. 研究成果

学会発表

「精神疾患早期介入を意識した児童精神科医療における精神科作業療法の試み」
（第 53 回日本児童青年精神医学会）

「児童精神科受診者における At risk mental state　症例の後方視的検」
（第 53 回日本児童青年精神医学会）

参考文献

Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, et al. (2012): Predicting Psychosis Meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry*, 69, 220-229.

Hollis C. (2008) : Schizophrenia and allied disorders, Rutter M, Taylor E ed., Child and adolescent psychiatry fifth edition, Oxford, Blackwell Publishing Ltd. pp737-758.

Nishida A, Sasaki T, Nishimura Y, et al. (2010): Psychotic experiences are associated with suicidal feelings and deliberate self harm behaviors in adolescents aged 12-15 years. *Acta Psychiatr Scand*, 121, 301-307.

Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, et al. (2000): Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform

disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 57, 1053-1058.
Kinoshita Y, Shimodera S, Nishida A, et al. (2010) : Psychotic-like experiences are associated with violent behavior in adolescents. *Schizophr Res*, 126, 245-251.
Yoshizumi T, Murase S, Honjo S, et al. (2004): Hallucinatory Experiences in a Community Sample of Japanese Children. J Am Acad Child and Aolesc Psy, 43, 1030-1036.
田中英三郎, 市川宏伸. (2010) :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.
Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, et al. (2008):A systematic review and meta-analysis ofthe psychosis continuum: evidence fora psychosisproneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med*, 39, 179-195.
Kinoshita Y, Shimodera S, Nishida A, et al. (2010) : Psychotic-like experiences are associated with violent behavior in adolescents. *Schizophr Res*, 126, 245-251.
飯田順三. (2009): 統合失調症と発達障害. 齋藤万比古 編, 子どもの心の診療シリーズ 8 子どもの精神病性障害(pp. 41-51), 東京, 中山書店.
Byrne S, Birchwood M, Trower PE, et al. 菊地安希子監訳. 命令幻聴の認知行動療法. 東京, 星和書店.

表 1.　各群の男女比および年齢（研究①）

	男：女比	平均年齢
ARMS 群　20 例	8：12	12.7±1.4
Psychosis 群　13 例	6：　7	12.8　±1.7
non-A non- P 群　277 例	142：135	12.3±1.6

表 2．ARMS 群 20 例の初診時受診理由（研究①）

受診理由	例数（重複あり）
不登校	8
情緒不安定	4
暴力・粗暴行為	4
希死念慮・自殺企図	4
不安症状	3

表 3．ARMS 群 20 例の初診時主診断（研究①）

F21：統合失調型障害	1
F28：非器質性精神病性障害の疑い	2
F3：気分障害	1
F4：神経症性障害	3
F8：発達障害ほか	1
F9：小児期青年期の行動と情緒の障害	12

表４．各群の背景因子（研究①）

	被虐待体験	広汎性発達障害
ARMS 群 20 例	10（50.0%）	5（25.0%）
Psycho 群 13 例	1（7.7%）	3（23.1%）
non-A non- P 群 277 例	28（10.1%）	44（15.9%）

表５．初診後１年の時点での ARMS 症例の治療状況（研究①）

治療状況	例数	被虐待体験＋	広汎性発達障害	１年後も ARMS
統合失調症に準じた治療	4	2	－	4
発達障害特性に主眼を置いた治療・指導	4	1	4	2
人格形成上の問題・解離症状への治療	4	3	－	2
気分障害への治療	1	－	－	1

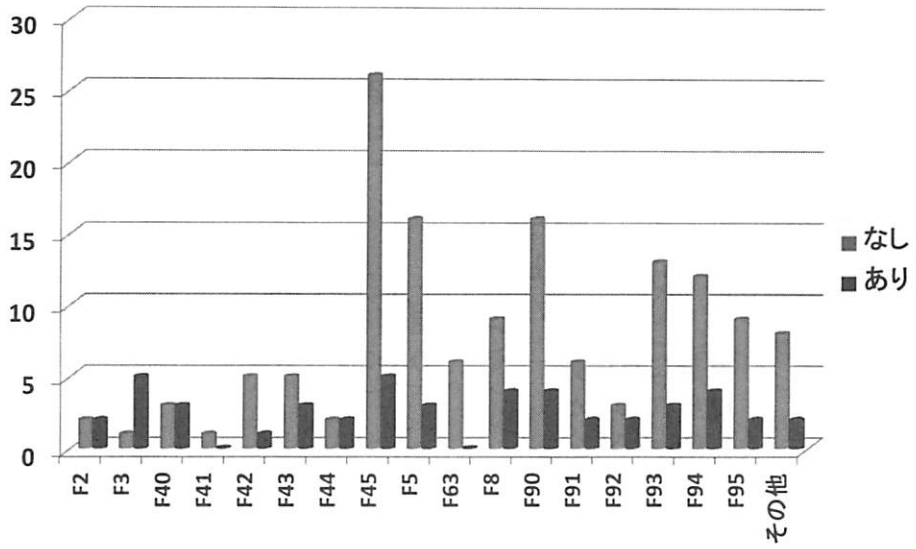


図1. 小学生の診断別PLEs分布

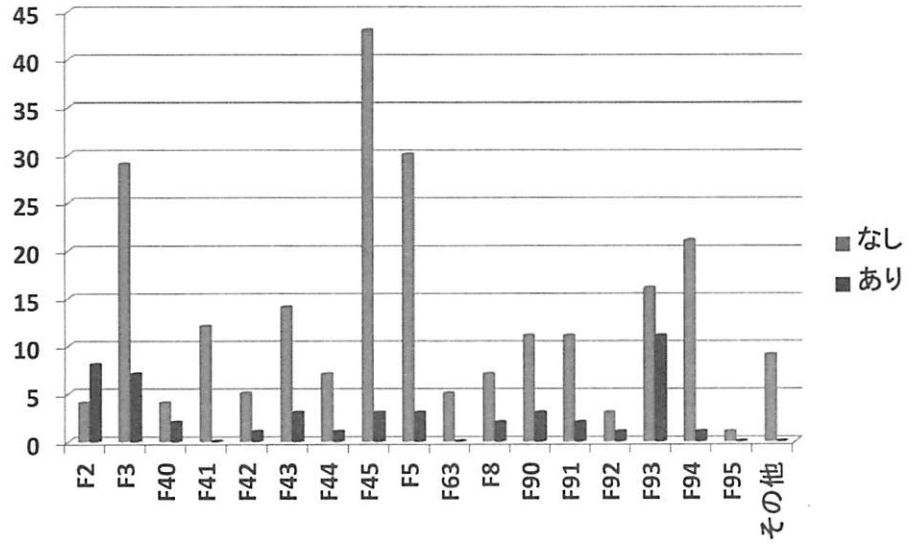
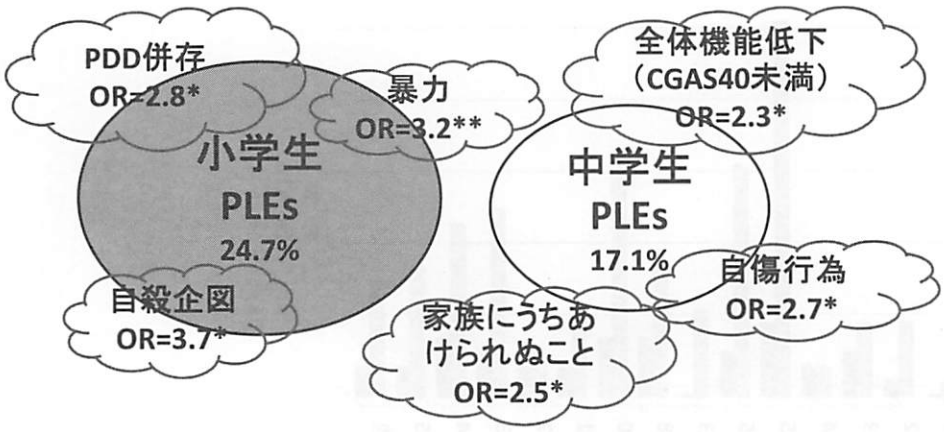
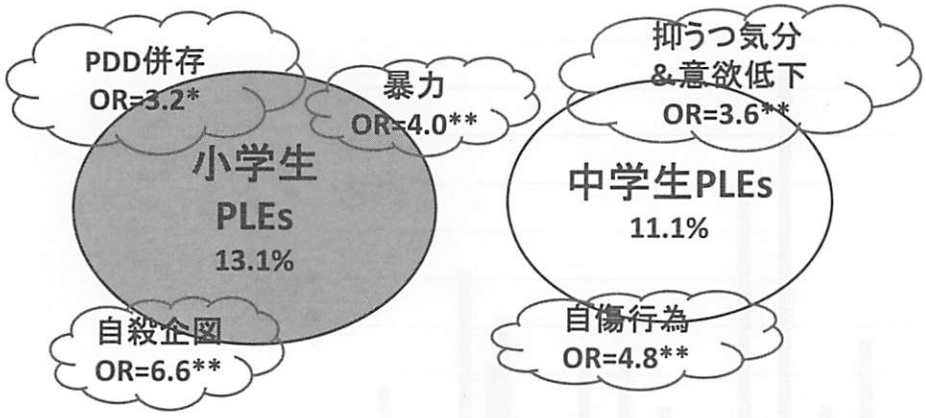


図2. 中学生の診断別PLEs分布



＊ P <0.05, ＊＊ P <0.01

図3．PLEsと関連した精神保健上の問題



＊ P <0.05, ＊＊ P <0.01

図4.幻聴体験と関連した精神保健上の問題

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

不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者　渡部京太[1)]
研究協力者　齊藤万比古[1)]　小平雅基[1)]　宇佐美政英[1)]　岩垂喜貴[1)]　飯島崇乃子[1)]
牧野和紀[1)]　松田久実[1)]　佐々木祥乃[1)]　田中徹哉[1)]　田中宏美[1)]　原田真生子[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

不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもの診断、治療の実態を調査するために、日本児童青年精神医学会の認定医および評議員、児童精神科専門診療部がある大学附属病院、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院を対象に質問紙調査を行った。本調査では、18歳未満に発症した不登校を示している不安障害を想定して回答を依頼した。不安障害は、分離不安障害、全般性不安障害、社交恐怖、特定の恐怖症と定義し、強迫性障害は除くこととした。88名から回答が得られた。調査結果から、①評価尺度としてCBCL、TRF)、YSR、DSRS-C、SCASが用いられていること、②構造化面接はあまり行われていないこと、③ICD-10やDSM-Ⅳ-TRといった診断基準に沿って診断がなされていること、④医学的検査として脳波検査、頭部画像検査（CTやMRI）が多く行われていること、⑤心理検査として知能検査、描画テスト、PFスタディ、文章完成テスト（SCT）が多く行われていることが示された。実際に行われている治療は、本人への対応（通常の診療)、学校との連携、家族への心理教育、構造化された個人精神療法、CBT、訪問支援、自助グループへの紹介、集団療法、SSTの順で多かった。子どもの不安障害の治療技法としてCBTが注目を集めているが、今回の調査では29.5%がCBTを行っているという回答だった。薬物療法を行わないと回答した対象は4.5%で、不登校を示している不安障害の子どもへの薬物療法は広く行われており、SSRIがfirst-lineの薬物と考えられており、ベンゾジアゼピン系薬物は慎重に投薬されていることが明らかになった。これからできたらいいと思う治療技法は、デイケア、集団療法、集団CBT、CBT、SST、家族への心理教育、訪問支援、自助グループへの紹介の順で多かった。最近では子どものCBTが数多く紹介されるようになり、新たな薬物も使用可能になってきている。子どもへのCBTが広く普及し、臨床家が十分に使いこなせるようになることが現時点での課題と思われる。

A. 研究目的

初年度は、子どもの不安障害（主に、全般性不安障害、分離不安障害、社交不安障害）の文献レビューを行い、標準的な診断・評価、治療技法に関しての情報を収集した。米国児童青年精神医学会の「児童思春期不安障害の評価・治療に対する臨床指針」では、治療はさまざまなアプローチー保護者・子どもへの心理教育、教育関係者・家庭医との連携、認知行動療法（CBT)、力動的精神療法、家族療法、薬物療法ーを組み合わせて行うことが推奨されている。なかでも、認知行動療法（CBT）に多くのページがさかれていた。そこで、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、不安障害のために不登校・ひきこもりに陥った子どもへの治療プログラムを検討した。2年目は、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のレビューを行った。不安障害、不登校と関連が深い選択性緘黙児を対象にしたグループ・プレイセラピー『国府台シャイネス』を開始し、その経過について報告した。

不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもの診断、治療の実態を調査するために、日本児童青年精神医学会の認定医および評議員、児童精神科専門診療部がある大学附属病院、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院を対象に質問紙調査を行った結果を報告する。

B. 研究方法

不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもの診断、治療の実態を調査するために、日本児童青年精神医学会の認定医および評議員、児童精神科専門診療部がある大学附属病院、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院を対象に質問紙調査を行った。本調査では、18 歳未満に発症した不登校を示している不安障害を想定して回答を依頼した。不安障害は、分離不安障害、全般性不安障害、社交恐怖、特定の恐怖症と定義し、強迫性障害は除くこととした。質問紙調査は、診療の実態、診断のために使用しているアセスメントツール、診断基準、実際に行われている治療についての質問項目から構成されている。

C. 研究結果および考察

1) 質問紙調査の結果

88 名から回答が得られた。

調査対象の専門領域は、児童精神科 43 名、児童精神科・精神科 13 名、児童精神科・精神科・内科 1 名、児童精神科・小児科 3 名、精神科 27 名、記入なし 1 名であった。

調査対象の主な診療機関 (回答に重複あり) は、総合病院 15 名、大学附属病院 26 名、単科精神病院 19 名、診療所・クリニック 3 名、保健所・精神保健福祉センター 5 名、療育センター 3 名だった。

調査対象の臨床経験については、88 名のうち 4 名は未記入であった。84 名の臨床経験年数は 5 年から 50 年に分布し、平均臨床経験年数 (±標準偏差) 24.2 (±10.0) 年だった。

①不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもの診断をめぐって

i) 評価尺度・スクリーニング :

評価尺度・スクリーニングについては、使用しないという対象は 43 名 (48.8%) だった。子どもの行動チェックリスト (Child Behavior Checklist : CBCL) 、Teacher's Report Form (TRF) 、Youth Self Report (YSR) 、Depression Self Rating Scale for Children (DSRS-C) 、Spence Children's Anxiety Scale (スペンス児童用不安尺度 : SCAS) が用いられているという結果だった。DSRS-C は、子どもの抑うつ状態のアセスメントで、国際的によく用いられている自記式評価尺度である。SCAS は、DSM-Ⅳの不安障害の診断基準をもとに、児童期の不安障害を分類・整理し、児童期の不安障害の症状を正確に査定する質問紙である。

ii) 診断面接フォーム

診断面接フォームについては、使用しないと回答した対象は 77 名 (87.5%) だった。M.I.N.I.KID (精神疾患簡易構造化面接法 (小児・青年用)) を行うという対象は 5 名、K-SAD-PL を行うという対象は 2 名だった。

iii) 診断基準

診断基準については、DSM-Ⅳ-TR、ICD-10 を用いると回答した対象は 52 名 (59.1%) だった。

iv) 心理検査

知能検査、描画テスト、PF スタディ、文章完成テスト (SCT) が多く行われていたという結果だった。

v）医学的検査

脳波検査、頭部画像検査（CT や MRI）、血圧や脈拍の測定、血液検査、心電図検査、微細神経学検査などが行われているという結果だった。

②不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもの治療をめぐって

i）心理社会的治療

実際に行われている心理社会的治療について、表１、２に示した。

本人への対応（通常の診療）、学校との連携、家族への心理教育、構造化された個人精神療法、認知行動療法（CBT）、訪問支援、自助グループへの紹介、集団療法、デイケア、ソーシャルスキル・トレーニング（SST）の順で多かった。

これからできたらいいと思う治療技法は、デイケア、集団療法、集団 CBT、CBT、SST、家族への心理教育、訪問支援、自助グループへの紹介の順で多かった。

a）本人への対応（通常の診療）について

本人への対応（通常の診療）は、２週間に１回 30 分という頻度で行っているという回答が 23 名でいちばん多く、４週に１回 30 分という回答が９名だった。本人への対応（通常の診療）は、おおよそ２週間から４週間に１回 30 分という枠組みで行われていた。

b）個人精神療法について

年齢によって選択される個人精神療法は、小学生低学年ではプレイセラピーが選択され、年齢が高くなると言葉を媒介とした個人精神療法が選択されるようになっていた。

小学生低学年では、２週間に１回 30 分という頻度が 11 名、1・2 週間に１回 30-60 分が７名、2・4 週に１回 60 分が６名、２週間に１回 30-60 分が５名だった。小学校高学年では、２週間に１回 30 分という頻度が 10 名、２週間に１回 30-60 分が８名、1・2 週間に１回 30-60 分が６名、1・4 週に１回 30 分が５名、2・4 週間に１回 30-60 分が５名だった。中学生では、1・2 週間に１回 30-60 分という頻度が９名、２週間に１回30分が７名、２週間に１回30-60分が６名、2・4 週に１回 30 分が６名、1・4 週間に１回30分が５名だった。15-18歳では、2・4 週に１回 30 分という頻度が７名、２週間に１回 30 分が６名、1・2 週間に１回 30-60 分という頻度が６名、1・2 週間に１回 30 分が５名、２週間に１回 30-60 分が５名だった。プレイセラピーの適応については、言葉によるコミュニケーションが難しい年齢が低い（幼稚園～小学校低学年）症例、神経症水準の症例、心理的な問題（トラウマや母子関係の問題）が背景にある症例といった回答があった。プレイセラピーを行う際のアセスメントとして、診療における見立て（病態水準や親子関係の評価、発達障害の評価）をしっかり行うこと、そして心理検査や描画テストが活用されていた。

精神分析的精神療法の適応については、神経症水準の症例、中学生以降の症例、平均以上の知的機能を持っている症例、治療意欲がある症例、内省力がある症例、言語化能力がある症例といった回答があった。

精神分析的精神療法を行う際のアセスメントとして、丁寧なインテイクを行ったり数回のアセスメント面接を行い病態水準の評価や見立てを行うこと、知能検査、ロールシャッハ・テストといった投影法検査、描画テストが活用されていた。

c）認知行動療法（CBT）

88 名のうち 26 名（29.5%）が CBT を行っているという回答だった。トラウマ・フォーカスト認知行動療法（TF-CBT）を行っているという回答は１名、暴露妨害法を行っているという回答は１名、出版されている CBT のテキストに沿って行っているという回答が３名だった。

d）集団療法

集団療法としては、レクリエーション、スポーツなどのプログラムを取り入れた活動集団療法、SST や心理教育のプログラムを集団で行っているという回答があった。

e）他機関に紹介して行っている治療

学習困難への支援、開業心理士へ紹介し心理療法を提供する、教育相談機関を紹介する、発達障害者支援センターや発達障害の親の会への紹介、言語療法や療育施設に紹介する、メンタルフレンドの派遣を依頼する、フリースクールについての情報を提供するといった回答があった。

ii）薬物療法

薬物療法を行わないと回答した対象は88名のうち4名（4.5%）だった。表3に実際に投薬されている薬物を示した。抗うつ薬（選択的セロトニン再取り込み阻害薬：SSRI）、抗不安薬、睡眠導入薬、抗精神病薬の順で多かった。それぞれの薬物については、抗精神病薬ではリスペリドン（26名）、アリピプラゾール（14名）、オランザピン（8名）の順で多かった。SSRIは、フルボキサミン（39名）、サルトラリン（19名）、パロキセチン（7名）の順で多かった。セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）は、デュロキセチン（12名）、ミルナシプラン（7名）の順で多かった。その他の抗うつ薬は、クロミプラミン（5名）、ミルタザピン（5名）、トラゾドン（3名）の順で多かった。抗不安薬は、アルプラゾラム（15）、ロラゼパム（10）、エチゾラム（10）の順で多かった。感情調整薬は、バルプロ酸（14名）、カルバマゼピン（4名）、炭酸リチウム（4名）の順で多かった。睡眠導入薬は、ラメルテオン（16名）、ブロチゾラム（13名）、ゾルピデム（10名）の順で多かった。漢方薬は、抑肝散（15名）が多かった。

抗不安薬の投薬については、抗不安薬を投薬しないという回答は88名のうち17名（19.3%）だった。不安発作時の頓服として投薬するという回答が16名、対人緊張が強い場合や身体化が強い場合に投薬するという回答が6名、不安症状が強い場合に投薬するという回答が5名、恐怖症状が強い場合に投薬するという回答が3名、心理社会的治療を十分に行った上で不安症状が強い場合に投薬するという回答が2名、SSRIの効果が出現するまでの間投薬するという回答が1名だった。

④学校との連携

学校との連携については、積極的に行っていると回答したのは24名、必要な症例には行うと回答したのは47名だった。学校との連携を実際にどのようなやり方で行うのかという質問項目の回答の結果は表4に示した（複数回答可）。

2）考察

①不安障害を中心とする不登校・ひきこもりへの診断・評価をめぐって

調査結果からは、60%がICD-10やDSM-IV-TRといった診断基準を用いて診断しているが、診断面接フォームを用いて診断するというのは12.5%だった。使用しないと回答した対象は77名（87.5%）だった。子どもの精神症状を広く評価するための半構造化面接にはK-SADSとM.I.N.I. KIDがあるが、このような半構造化面接によって併存障害を評価することができ、治療計画を立てる際には有用であると考えられる。半構造化面接は時間もかかることから、診療場面ではあまり使用されていないのが現状のようである。

②不安障害を中心とする不登校・ひきこもりへの治療をめぐって

調査結果では、本人への対応（通常の診療）、学校との連携、家族への心理教育、構造化された個人精神療法、認知行動療法（CBT）、訪問支援、自助グループへの紹介、集団療法、デイケア、ソーシャルスキル・トレーニング（SST）の順で多かった。米国児童青年精神医学会の臨床指針では、親への心理教育を十分に行うこと、軽症では薬物療法よりもCBTを推奨している[3]。子どもの不安障害に対するCBTの有効性については、ランダム化比較試験を含めて多くのデータが集積している[4]。CBTの治療が成功した子どもの80〜90%が追跡時に不安障害を示していなかったという報告がなされてい

る。Flannery-Schroeder と Kendall[5] は、個人 CBT と集団 CBT を受けた子どもを比較検討しているが、個人 CBT 群の 73%と集団 CBT 群の 50%は主要な不安障害の臨床的診断基準を満たしていなかったのに対して、待機中の対照群は 8 %のみだった。個人 CBT 群と集団 CBT 群の間での治療効果には有意差はなく、治療効果は 3 ヶ月後も継続していたと報告されている。今回の調査では、88 名のうち 26 名（29.5%）が CBT を行っているという回答だった。最近では子どもの CBT が数多く紹介されるようになってきている。子どもへの CBT が広く普及し、臨床家が十分に使いこなせるようになることが現時点での課題と思われる。

一方、薬物療法については、薬物療法を行わないと回答した対象は 88 名のうち 4 名（4.5%）で、不登校を示している不安障害の子どもへの薬物療法は広く行われていた。SSRI を中心に SNRI、抗精神病薬、抗不安薬、感情調整薬といったさまざまな薬物が投薬されていた。ベンゾジアゼピン系薬物を長期にわたって使用すると、耐性の変化、精神依存、身体依存が形成される特に力価が高く、作用時間が短い（半減期が短い）薬物の乱用や依存形成の危険性が高いと考えられている。Bernstein ら[6] は、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り不安の強い子どもに対しては、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 SSRI や三環系抗うつ薬と併用しその治療用量に到達するまで投薬をするとしている。抗不安薬の投薬については、抗不安薬を投薬しないという回答は 88 名のうち 17 名（19.3%）だった。不眠に対する睡眠導入薬においてもいちばん多く投薬されていたのはベンゾジアゼピン系薬物ではなく、メラトニン受容体作動薬であるラメルテオンだった。不登校を示している不安障害の子どもへの薬物療法では SSRI が first-line の薬物と考えられており、ベンゾジアゼピン系薬物は慎重に投薬されていることが明らかになった。

E. 結論

不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの診断、治療の実態を調査するために、日本児童青年精神医学会の認定医および評議員、児童精神科専門診療部がある大学附属病院、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院を対象に質問紙調査を行った。本調査では、18 歳未満に発症した不登校を示している不安障害を想定して回答を依頼した。不安障害は、分離不安障害、全般性不安障害、社交恐怖、特定の恐怖症と定義し、強迫性障害は除くこととした。88 名から回答が得られた。調査結果から、①評価尺度として CBCL、TRF)、YSR、DSRS-C、SCAS が用いられていること、②構造化面接はあまり行われていないこと、③ICD-10 や DSM-Ⅳ- TR といった診断基準に沿って診断がなされていること、④医学的検査として脳波検査、頭部画像検査（CT や MRI）が多く行われていること、⑤心理検査として知能検査、描画テスト、PF スタディ、文章完成テスト（SCT）が多く行われていることが示された。実際に行われている治療は、本人への対応（通常の診療）、学校との連携、家族への心理教育、構造化された個人精神療法、CBT、訪問支援、自助グループへの紹介、集団療法、SST の順で多かった。子どもの不安障害の治療技法として CBT が注目を集めているが、今回の調査では 29.5%が CBT を行っているという回答だった。薬物療法を行わないと回答した対象は 4.5%で、不登校を示している不安障害の子どもへの薬物療法は広く行われており、SSRI が first-line の薬物と考えられており、ベンゾジアゼピン系薬物は慎重に投薬されていることが明らかになった。これからできたらいいと思う治療技法は、デイケア、集団療法、集団 CBT、CBT、SST、家族への心理教育、訪問支援、自助グループへの紹介の順で多かった。最近では子どもの CBT が数多く紹介されるようになり、新たな薬物も使用可能になって

きている。子どもへのCBTが広く普及し、臨床家が十分に使いこなせるようになることが現時点での課題と思われる。

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）Connolly,SD., Bernstein,GA.; Work Group on Quality Issues.(2007) : Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorder.,46,267-283.

4)Reynolds,S., Wilson,C., Austin, J.,et al.(2012):Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review.ClinPsychol Rev. ,32,251-62.

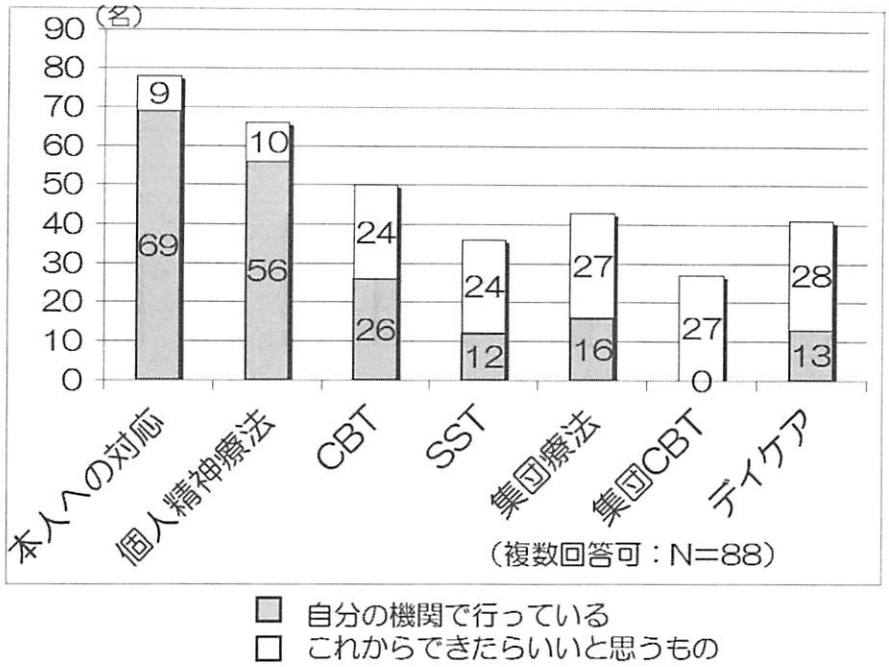
5）Flannery-Schroeder,E.,Kendall,PC.

(2000):Group and individual cognitive-behavioral treatment for youth with anxiety disorders:A randomized clinical trial.Cognitive Therapy and Reseach,24,251-278.

6）Bernstein,GA.,Layne,AE.

(2004) :Separation Anxiety Disorder and Generalized Anxiety Disorder. Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. American Psychiatric Press,Washington DC,557-573.

表１　不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもに行われている心理社会的治療（１）



CBT：認知行動療法　SST：ソーシャルスキル・トレーニング

表２　不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもに行われている心理社会的治療（２）

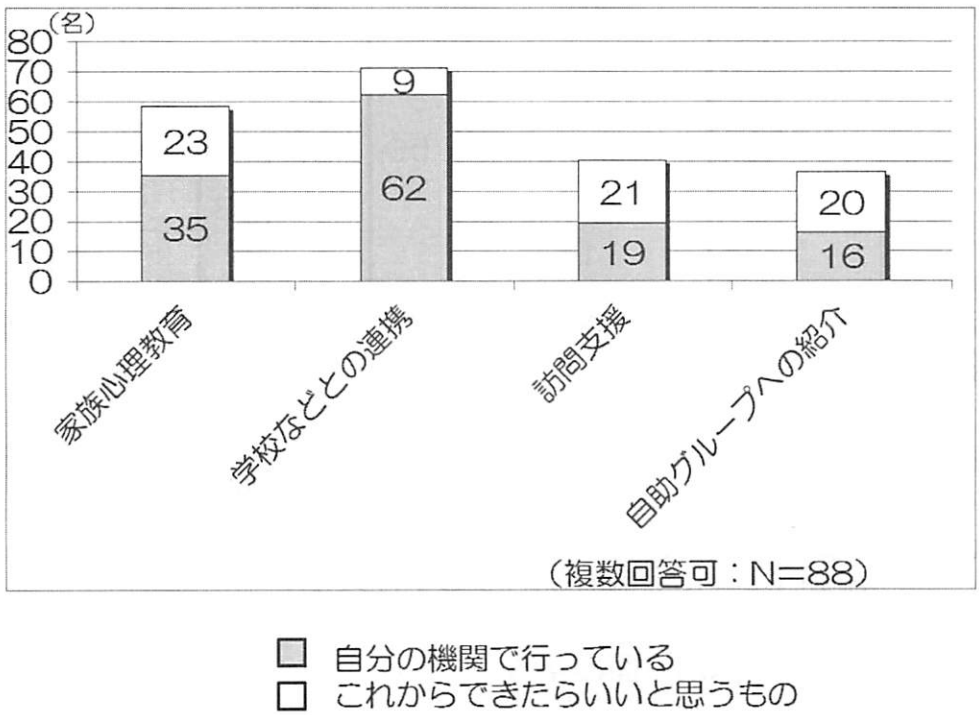


表３　不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもに行われている薬物療法

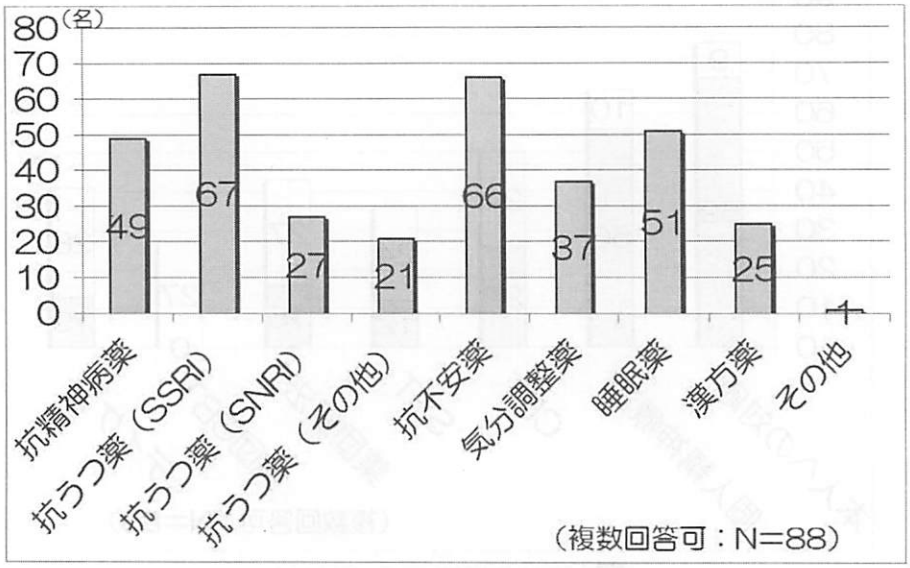
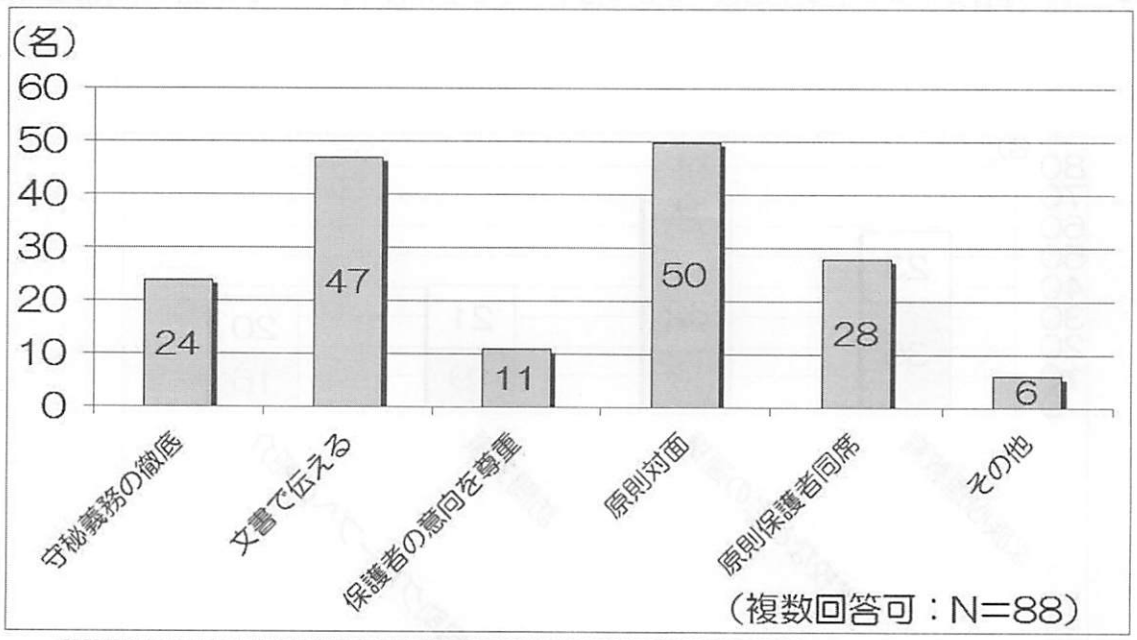


表４　不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもに行われている学校との連携のやり方



その他：保護者を媒介として交渉。
電話やメールで済むものは済ませる。
本人の意思も尊重。
保護者とは別に面接する。

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

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　桝屋二郎[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、操作的診断基準改訂の動向を調査すると共に、その結果と昨年度実施した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結果を勘案して標準的ガイドライン案の作成を試みた。その標準的ガイドライン案には現在、教育分野で問題行動修正に用いられるようになってきている Collaboration Model with Teachers and Parents for Support to Children with Disabilities(COMPAS)や世界的に加害矯正の潮流の一つとなりつつある Good Lives Model(GLM)の考え方を盛り込んだ。

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。そのため、本研究では引き続き操作的診断基準改訂の動向を調査した。また我々は、昨年度に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の現状をどう捉え、どう扱っているのかをアンケートに手調査した。本年度は操作的診断基準改定の動向とアンケート調査から示唆された現状を踏まえ、現状の本邦で有効に使用できるような素行障害の標準的ガイドライン案の作成を試みることを目的とした。

B．研究方法

①ＷＨＯおよびアメリカ精神医学会が発表しているプレスリリース、草稿、文献のレビュ

ーにより、操作的診断基準改定の動向を引き続き調査した。

②外在化障害や素行障害の治療技法や犯罪矯正における最近の動向を文献よりレビューし、調査を行った。

③昨年度に調査した素行障害についてのアンケート結果と上記①,②の結果を検討して、現状の本邦で有効に使用できるような素行障害の標準的ガイドライン案の作成を試みた。

C．研究結果

1）アメリカ精神医学会は２０１３年５月に現在のＤＳＭ‐ⅣＴＲをＤＳＭ‐５に改定する予定である。WHOはそれに引き続き、２０１５年に現在のＩＣＤ‐１０をＩＣＤ‐１１に改定することを目指している。アメリカ精神医学会は２０１０年２月９日からＤＳＭ‐５の草案をウェブ上にて発表開始した。その後、２０１０年４月までパブリックコメントを募集し、２０１３年３月現在はフィールドトライアル結果を基にした最終調整段階となっている。対して ICD の改訂については草案の発表もいまだない状態である。現時点で確定または検討されている事項は以下の通り。

・2013 年 5 月の DSM 改訂は決定。ICD の改訂時期については数年内の改定は予定されているものの時期の詳細は未定。

・反抗挑戦性障害については現行と変わらず、DSM では独立診断、ICD では素行障害の下位分類とされる予定。

・反抗挑戦性障害について DSM では「怒りと苛立ち」、「挑戦的で頑固」、「執念深さ」の 3 つの観点から症状や行動が整理された。

・素行障害の下位分類については DSM が現行通り、発症年齢での分類を予定。ICD の下位分類法の詳細は現時点では不明。

・DSM に素行障害の冷淡情緒欠如スペシファイアと呼ばれる半独立診断が登場。このことで、素行障害に一律的にサイコパスの要素が含まれることは避けられた。

・DSM では「破壊的、行動制御および行為の障害」から ADHD は除外。ICD でも同様の検討をしているが未定。

・ DSM で は DMDD （ Disruptive Mood Dysregulation Disorder:破壊的気分調節不全障害）が気分障害の一つとして採用。この診断は小児や思春期の双極性障害診断の増加が背景に有り、その中には反抗挑戦性障害との併存や誤診も多かったことから整理の必要性が叫ばれていたものである。不機嫌や爆発的かんしゃくを特徴とする障害であるが、反抗挑戦性障害との鑑別が問題となる状況に変わりは無いとの指摘もある。

2）昨年度行ったアンケート調査の結果、示唆されたことは以下のようなことであった。

・日常診療において、素行障害に接する機会は多いものの、素行障害と診断することが医療的にプラスになっていないと見なされている可能性がある。

・ICD と DSM のように診断概念や分類概念が違う診断基準が併用されていることで混乱を生じている可能性が有る。

・日常診療の中で、素行障害と診断している症例の過半数は併存障害を持っている可能性があり、対応に当たり併存障害を意識すべきである。

・素行障害に適した評価尺度の普及を目指す必要がある。

・器質的な検査の重要性も強調すべきである。

・警察や矯正施設などの司法機関との連携も深めていく必要がある。

・地域連携は素行障害の対応にあたっては必須であるが、不十分な現況である。

・地域医療機関にとって有用なガイドラインのニーズは有り、策定の意義は十分に有る。

臨床現場において有用なガイドラインが有れば活用するとの過半数の回答も得られており、これらの示唆を尊重しながらガイド来院案の策定を行った。

☆地域医療機関における素行障害の診断・治療のガイドライン案の概要(雑誌矯正医学に投稿中)

Ⅰ. 素行障害の概念

①非行概念と本邦における非行の現状

②本邦で外在化症状に現時点で利用できる枠組み(医療・福祉・矯正)

③疾患概念としての素行障害とその歴史的変遷

Ⅱ. 素行障害の診断・評価

①医学的診断基準

→どの操作的診断基準を用いるかについては、現時点でメジャーな操作的診断基準(DSM と ICD)が両方とも数年内の改訂を予定している現状では、改訂された診断基準を用いるべきと考えるが、ICD に関してはいまだ草案すら発表されておらず、改訂内容がより明らかとなっている DSM を用いることが現時点では賢明と考えられる。そのため本ガイドライン案では判明している限りの DSM-5 の診断基準を使用することとした。

②鑑別すべき疾患について

→いわゆる破壊的行動障害とよばれる反抗挑戦性障害、素行障害、反社会性パーソナリティ障害について論じた他、上述した DMDD (Disruptive Mood Dysregulation Disorder:破壊的気分調節不全障害)などにも言及した。

③検討すべき環境要因

→非行や犯罪、外在化の要因としてエビデンスが得られているリスクファクターには環境要因が多く含まれている。このことから、環境要因には特段の意識を持つべきであり、その重要性や意義について言及した。

④アセスメント(評価尺度と検査)

→上記Ⅱ-③の環境要因を探るために参考として、法務省等で使用されている犯罪や非行に用いるリスクアセスメントツールを紹介した。また、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)も紹介した。

Ⅲ. 医療機関における外在化障害の治療・介入

①基本的な考え方

→素行障害等の外在化障害に関しては地域の医療機関のみが抱えていても根本的な解決や治療的な援助に至らないことが多いため、基本的には如何に関係機関や関係者で連携をしていくべきかについて言及した。

②薬物療法

③心理/社会的療法

→現在、世界的に外在化症状の一種とも考えられる非行や犯罪などの修正には治療技法として認知行動療法が世界的にも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、その有効性から加害修正全般にも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。例えば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を無意識に選択するような状況はよく認められる。そんな状況を起こさぬよう、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。このアプローチ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らない者も居る」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ー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・モデルや対象者の自己実現や幸福追求の支援の重要性を説いたグッド・ライブス・モデルなど、複数のアプローチが提唱され、注目されている。また、教育分野では行動障害のある子供と関わる先生や親への支援を目的とした協働モデル Collaboration Model with Teachers and Parents for Support to Children with Disabilities : COMPAS が注目されており、その理念は以下のようなものである。

・子どもに関わる可能な限り全ての人で、指導チームを作る。
・教師と保護者と共に教育や心理等の専門家もチームに入れる。
・チームメンバーは互いを尊重する。
・子どもの問題行動が改善することにより、子どものよりよい生活を保障し、メンバー全員の生活の質の向上を目指す。
・指導に関する教育のビジョンを共有する。
・メンバーの専門性や特性を尊重する。
・指導とその指導による結果について責任を共有する。
・子どもの生活の場で指導する。
・個人およびチームの説明責任を全員で果たす。
・適切な指導が行われるよう、研修などで指導技術を向上させていく。

これらの新しい概念は本来は外在化障害のために作成されたものではないが、外在化症状に対処していく上でも非常に重要と考えられる。そのため、本ガイドライン案では紹介・言及することとした。

④外来治療と入院治療

⑤利用可能な社会的資源と関係機関との連携

→警察の青少年センターや少年鑑別所、地域生活定着支援センター、保健所、精神保健福祉センター、発達障害者支援センターなど、利用できる公的機関を網羅して紹介・言及した。また地域連携がしやすくなることも改正の主眼の一つである少年院法や少年鑑別所法の改正についても言及した。

D．考察と結論

外在化障害のように診断基準が改定される度に基準や範囲や対象者にずれが生じる、障害概念すら固まっていない障害の標準化は難しい。確かに難しいのであるが、標準化の難しさ以上に臨床現場での困難さが昨年度のアンケート調査では浮き彫りとなった。そのことから、地域医療機関が少しでも有効に使用できるガイドラインは大いに有意義なものとなることは明白である。そして外在化障害を治療・対応していくためには医療機関の力だけでは難しいことが過半であるため、利用できる地域機関と如何に連携体制を築いていくことが有用と考えられた。また医療分野以外で外在化治療に応用できる治療概念や治療技法が提案されてきており、それらをガイドラインに盛り込むことはガイドラインの有用化に非常に死すると考えられた。本年5月(平成25年5月)にはいよいよDSM-5の正式リリースが行われる。その障害概念や新しい正式な診断基準を盛り込んで本ガイドライン案を洗練させ、使用フィールドトライアルを実施していきたいと考える。

F．研究発表

・論文

1）桝屋二郎：最近の反社会的な青少年たち．精神療法，38(2):187-194，2012〇桝屋二郎：少年院での性非行への治療・対処の現状．性教育研究会第 2 回学術大会，2012/3/4

・学会発表

1）Jiro Masuya, Tokio Uchiyama, Mayumi Horie, Kazuhiro Nozawa, Goichiro Oishi, Kumiko Ando, Masako Suzuki, Haruna Takahashi : Current Situation of Forensic Mental Health Concerning Offenders with Autism Spectrum Disorder in Japan(About Relation with a stigma). 6th International Meeting of WPA Anti-stigma Section, 2013

2）桝屋二郎：発達障害を抱えた非行少年への医療少年院における矯正の現状，第 13 回日本司法福祉学会総会，2012/8/5

3）桝屋二郎：少年非行と発達障害．日本心理学会第 76 回大会，2012/9/13

4）桝屋二郎：発達障害と矯正医療．第 53 回日本児童青年精神医学会，2012/11/2

5）桝屋二郎：時代性と子どもの非行．児童分析臨床研究会第 9 回研究会，2012/11/17

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）Marlatt, G. A.：Relapse prevention:Theoretical rationaleand overview of model. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds)：Relapse preventoin:maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. 3－70, Guilford, New York, 1985

5）Ward, T., & Hudson, S. M.：The construction and development of theory in sexual offending area:A Metatheoretical framework.Sexual Abuse:A Journal of Research and Treatment, 10；47－63, 1988

6）Ward, T., & Stewart. C.：The treatment of sex offenders:Riskmanagement and good lives.Professional Psychology:Research and practice, 34；353－360, 2003

7）長澤正樹、松岡勝彦：大学教員の行動コンサルテーションによる地域の障害児教育支援モデル：COMPAS-障害のある子どもを持つ保護者・担任教師・周辺市町村の教師を対象に-．新潟大学教育人間科学部紀要，1：11-22，2003

８）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.
９）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
１０）桝屋二郎：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

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

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　大沢佑輝[2)]
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　障害児（者）医療学寄附講座

研究要旨：
初年度と次年度の成果からエビデンスに基づく医療（EBM）の成立要件とその課題が明らかになった。本年度はさらに EBM を実践するに当たって留意すべきポイントについてまとめた。さらに昨年度に引き続き、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、統合失調症や強迫性障害に加え、不安障害、パーソナリティ障害の関係について明らかにした。その結果、操作的診断基準例では併存例と見なされる例であっても、併存障害との関係に症状形成あるいは表現上の密接なつながりがあり、併存障害も含めたみたてが治療介入には重要であることが示唆された。

A. 研究目的

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り、精神科医療にも普及しつつある。しかし、児童青年精神科医療に関しては、EBM の普及が必ずしも十分ではない。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・青年期の病理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、検討を加えることである。

初年度と次年度を通して、これまでの EBM のありかたについて問題点を整理し、EBM の定義、EBM の扱い、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、EBMが以下のような問題点も抽出された。

（1）操作的診断基準は変わりうるものであるし、臨床医間の一致率も確認されておらず、診断の妥当性が十分に保証されていない

（2）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、比較検証が容易な領域に偏在し、治療に利用されているすべての技法について十分な検証がなされていない

（4）エビデンスの内容は必ずしも一致しておらず、そこにはスポンサーバイアスやパブリケーションバイアスなどの種々の要因が関与する

（5）エビデンスへのアクセスは、抄録についてはPubMed(無料)も利用できるものの、論文自身はフリーアクセスのジャーナルをのぞいて有料であり、研究機関に所属する医師でないとアクセスしにくい

（6）治療ガイドラインはEBMと同一ではなく、エキスパートによる協議により埋め合わされている。そのため、エキスパートの経験・信念・力動の影響を受ける。

そこで本年度は、これらの検討をもとにEBMを実践するにあたり、どのようなあり方が求められるのか、特に薬物療法を念頭に置いてを考察した。加えて、昨年度に引き続き、自閉症スペクトラムと併存障害の関係を中心にエビデンスをまとめた。

B. 研究方法

文献的検討をもとに考察を加えた。

C. 研究結果

エビデンスに基づく薬物療法を実施する胃に当たっては以下の諸点が重要である。

（1） 客観性の担保された診断と評価

児童青年期においては、素因、生育歴、家族・仲間関係などを含めて、個別的かつ多面的な見立てを必要とするが、同時に操作的診断基準における診断、標準化された尺度における症状評価を実施する。また、診断と評価の妥当性を担保するため、カンファレンスでの協議や一致度の確認を必要に応じて行う。

（2）エビデンスを調べる

エビデンスを根拠とするに当たっては、エビデンスの信頼度を理解するとともに、エビデンスの結果が一致しない場合にあっては、その諸条件を比較し、その理由を推測する。ガイドラインの使用も差し支えないが、種々のガイドラインもその内容が必ずしも一致しないこと、すべてがエビデンスに裏付けられているわけではなく、経験的要素を含むことをふまえる。

（3）エビデンスの提示と治療方針の決定

EBMが推奨された背景には、根拠に基づく患者との意志決定があることに留意し、エビデンスを患者にわかりやすく提示するとともに、個別的な見立てを提示し、それらをすりあわせて患者とともに意志決定を行う。海外においてエビデンスがあっても、日本においてはエビデンスが検証されておらず、適応外処方になることも考えられる。その場合には、その旨を含めた説明と同意が求められる。

（4）介入の効果を評価する

介入の効果は、重症度評価に用いた評価尺度を用いて客観的に把握する。同時に、その他の精神面、身体面に対するモニタリングも適切に実施する。介入後に出現したすべての有害事象が、介入の副作用であるとは限らない。介入との時間的な関係だけでなく、想定しうる機序、過去の報告などを検証する。予期せぬ副作用については情報発信を積極的に行い、他者からの検証を得る。臨床試験で検証された介入の効果は、比較的短期間のものに限られる。実臨床にあたっては、介入の心理的な影響も含めた長期的な効果と副作用について意識しておく必要がある。

（5）エビデンスをまとめる

エビデンスを参照し、それに基づくshared decision makingを行うことがエビデンスに基づく臨床実践であるとするならば、その介入の効果と副作用をフィードバックすることがEBMの実践には不可欠であり、それが新たなエビデンスとなる。

小児に使用されうる薬剤の多くに「小児に対する有効性と安全性は確立されていない」と添付文書に書かれ、それを適応外処方するのが慣例として許容される時代は終わりつつある。小児に対するプラセボ対照二重盲検比較試験を含む臨床試験が積極的に実施され、それに基づく薬剤の承認や適応拡大が目指されている。また、学会からの開発要望を積極的に取り入れる「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」も作成され、インセンティブも整いつつある。そのようななか臨床もEBMへとシフトすることが求められているし、その背景には、医師の経験主義やパターナリズムを廃し、患者とともに意志決定を行うという治療感の変革があることに留意しなければならない。小児に対する薬物療法にあたっては、期待がある一方、不安も少なくない。そのなかには誤解に基づくものや十分な根拠のない懸念もあるが、十分な安心を得るだけの根拠と説明が医療側になかったことも反省する必要がある。そのような意味からも、EBMを適切な手順に元に実施することが肝要である。

自閉症スペクトラムにおける精神病状態の関連については昨年度の報告書に言及したが、その成果を日本児童青年精神医学会、日本精神保健・予防学会において講演にて発表した。

また、不安障害との関連については、日本不安障害学会において教育講演「自閉症スペクトラム障害に併存する不安障害の病態と治療」ならびにシンポジウム「児童青年期における強迫性障害の多様性とサブタイプ」において発表した。

不安は40%を超える児童の情緒的問題であり（Masky et al., 2012）、不安障害の併存率は50%、強迫性障害の併存率は24%に及ぶ（Hofvander et al., 2009）。メタ解析の結果では、39.6%が不安障害を併存し、その内訳は、単一恐怖29.8%、強迫性障害17.4%、社交不安障害16.6%、広場恐怖16.6%、全般性不安障害15.4%、分離不安障害9.0%、パニック障害1.8%とされる（Van Steesel et al., 2011）。

自閉症スペクトラム障害に併存する不安には、その特性に付随する不安と、その特性を有しながら育つことで生じやすい不安、自閉症スペクトラム障害と病態上の関連をなす不安に大別される。例えば、社会的情報の読めなさは対人緊張/恐怖、被害念慮に

つながりやすく、想像力・臨機応変さの欠如は、恐慌状態を招きやすい、記憶の卓越は、整理されないまま情緒的反応として記憶されやすく、フラッシュバックなどのトラウマティックな体験と結びつきやすい。また、身体像が統一性をもってとらえがたいことは、思春期の身体的発達と二次性徴のなかで危機反応（混乱）をもたらしやすい。自閉症スペクトラム障害に併存する不安障害への介入については、まだエビデンスが乏しく、少数例の検討において、抗うつ薬、認知行動療法の有効性が示唆されている。

また、パーソナリティ障害との関連についても考察を行った。パーソナリティ障害の中には失調質パーソナリティ障害のように共通性が示唆されている障害もあれば、境界パーソナリティ障害のように自閉症スペクトラム障害との鑑別が求められる障害もある。そもそも対象関係との構築が困難な自閉症スペクトラム障害にあっては、古典的な精神分析が想定する対象関係の病理が生じるわけではなく、境界パーソナリティ構造を有しがたい。しかし、操作的診断基準に照らせば、両者の併存例は少なくなく、その背景には軽度の気分障害の存在が発達障害に伴う衝動性の発露の原動力となり、行動化に至らしめている可能性について言及した。この治療においては、気分障害の薬物療法とともに、発達障害特性に応じた支援が有効である。

さらに、小児期精神障害の診断と治療に関するエビデンス、ならびに、医療的対応については、それぞれの成書にまとめた。

E. 結論

EBMは、ただエビデンスどおりの治療を行うわけではなく、客観的な診断と評価と患者と協働での治療の意志決定をつなぐものであり、その効果は客観的に評価され、臨床からのフィードバックを受けなければならない。実臨床は、エビデンスの構築された状況よりはるかに複雑であり、併存障害の評価にあたってはその病理の関連を踏まえた見立てが求められる。

F. 研究成果

１．論文発表

岡田俊：児童・思春期のうつ病と行動上の問題、分子精神医学 12(3): 233-235, 2012

岡田俊：ADHDの神経心理学とテーラーメイド治療、臨床精神医学 15(6): 911-915, 2012

岡田俊：発達障害に対する薬物療法の意義と留意点 PharmaMedica30(4): 41-43, 2012

２．学会発表

Takashi Okada : Clinical Characteristics and Neuropsychology of Autism Spectrum Disorders (Symposium). Neuroscience, Nagoya, 2012

岡田俊：児童青年期における精神病状態：発達障害や気分障害との関連性も含めて、第53回日本児童青年精神医学会総会（セミナー）、東京、2012

岡田俊：児童精神科医から見たＡＲＭＳ研究の現状と課題、第16回日本精神保健・予防学会学術集会（シンポジウム）、東京, 2012

岡田俊：自閉症スペクトラム障害に併存する不安障害の病像と治療 （教育講演）、旭川、2013

岡田俊：児童青年期における強迫性障害の位置づけと治療選択（シンポジウム）、日本不安障害学会、旭川、2013

２．書籍

岡田俊：薬物療法、現代児童青年精神医学（改

訂第２版)、南山堂、東京、2012
岡田俊、十一元三；小児の精神障害、Text 精神医学改訂第４版、東京、2012
岡田俊：児童精神医学の臨床一発達障害を中心に、精神医学へのいざない、創元社、大阪、2012
岡田俊：パーソナリティ障害と広汎性発達障害、今日の精神疾患治療指針、医学書院、東京、2012
岡田俊：高機能広汎性発達障害・アスペルガー障害、今日の小児治療指針第15版、医学書院、東京、2012
岡田俊（訳）自閉性障害、児童青年精神医学大事典、西村書店、東京、2012

G．知的財産権の出願・登録状況

なし

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

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

― 専門的看護研修内容と研修形態 ―

分担研究者　西村良二[1)]
研究協力者　清田晃生[2)]　上別府圭子[3)]　森岡由起子[4)]　吉田敬子[5)]　青木省三[6)]
傳田健三[7)]　原田　謙[8)]　本城秀次[9)]　松本英夫[10)]

1）福岡大学医学部精神医学教室　2）大分大学医学部小児科・児童精神科　3）東京大学大学院医学系研究科家族看護学分野　4）大正大学人間学部臨床心理学科　5）九州大学病院子どものこころの診療部　6）川崎医科大学精神科学教室　7）北海道大学大学院保健科学研究院生活機能学分野　8）信州大学医学部付属病院子どものこころの診療部　9）名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター　10）東海大学医学部精神科学教室

研究要旨

児童青年精神科医療の充実のためには精神科看護の役割は大きいが、専門的な看護スタッフの養成は難しい状況にある。こうしたなか、医学教育、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、児童青年精神医学の領域において、実際に精神科看護に携わっている看護スタッフを対象にして、受けたい児童青年精神科看護の研修内容と、どのような形態の研修を求めているかを調べるために、全国の大学病院８０病院の看護部に質問紙を送り、アンケート調査を行った。３６の大学病院の看護部から回答を得た（回収率４５．０％）。受けたい研修内容としては、子どもの心の症状に関する研修、子どもの自傷・他害に関する研修、看護スタッフの子どもへのかかわり方の研修、家族介入に関する研修の希望が多かった。また、研修の形態としては、体系的な講義、病棟カンファレンスでの研修、個別の対応のロールプレイの希望が多かった。

以上のことから、子どもの心の入院看護には、体系的な講義を受け、知識・技術を持って、症例の検討や病棟カンファレンスの実施、方針、かかわり方、対応のシステムづくりが求められていることがうかがわれた。

A．研究の目的

心のケアを要する子どもは増加の状態が続いており、入院治療を必要とする子どもも少なくない。しかし、多くの大学病院では、児童青年精神科の専門病棟をもたず、成人の精神科病棟を借りたり、小児科の病棟を借りたりして子どもの心の入院治療を行っているのが現状である。看護系大学などの教育機関においても、児童青年精神科看護学は必修科目ではなく、精神看護ないしは小児看護学のなかで一部として取り上げられるにとどまっている。児童青年精神科医療の充実の為には、精神科看護の役割は非常に大きいが、児童青年精神科看護の専門的スタッフの養成は難しい状況にある。こうしたなか、医学教育、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く、子どもの心の入院診療にあたる専門的な精神科看護師の養成プランニングは重要と思われる。今回、大学病院で子どもの心の入院ケアを実践する看護スタッフはどのような研修内容、どのような研修形態を求めているかの予備的調査を行った。

B．研究方法

全国の大学病院８０施設の看護部に質問用紙を配送し、アンケート方式と自由記載による方法で回答を求め、子どもの心の入院看護に携わる看護スタッフが受けたいと思う研修内容と、希望する研修の形態を問うた。研修を受けたい項目に関しては、独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院編「児童青年精神科看護ガイドライン」を参照にしてアンケート用紙を作成した。[1)]

１．症状に関する 12 項目；その内訳は、記憶喪失、心因性感覚麻痺・運動まひ、過度の手洗い、その他の過度の繰り返し行動、過度に食べる、極端に食べない、不眠、幻覚・妄想、精神的興奮、身体的な不定愁訴、退行的な赤ちゃん返り、多動、である。

２．病棟内での子どもの対人関係に関する５項目；内訳は病棟での子ども間の盗み、病棟での子どもの孤立、病棟での子どものいじめ、異性の子どもとの交流、病棟でのその他の仲間関係の問題、である。

３．自傷・他害に関する７項目；内訳は暴言・暴力、自殺念慮、リストカットなどの自傷行為、自殺企図、離院、退院要求、隔離・身体拘束などの行動制限、である。

４．スタッフのかかわりかたに関する５項目；内訳は子どもからの苦情；子どもが他の子どもからの苦情の対象となるとき、受け持ちナースとして子どもとのかかわり方、受け持ちでない子どもへのかかわりかた、子どもの巻き込み、である。

５．病棟ルールに関する２項目；内訳は、病棟ルールを守らない、ゲーム・携帯の取り扱い。

６．家族への介入は、家族に関する１項目から成っている。

以上、全 32 項目である。

これらの項目の１つひとつに関して、体系的な講義、時間をかけた症例検討会、看護師間での勉強会、対応のロールプレイ、文献抄読会、病棟カンファレンス、外部の講習会のうち、どのような研修形態を望むかを複数回答可で、回答してもらった。

アンケート用紙は、全国８０の大学病院看護部へ配送し、３６大学病院看護部から回答を得、回収率は４５.0%であった。

C．結果

回答を得られた３６病院における子どもの心の入院診療システムをみると、一般の精神科病棟で子どもの心の入院治療を行っているのが１１病院であり、一般の小児科病棟で子どもの心の入院治療を行っているのが１０病院、一般の小児科・精神科病棟で行っているのは６病院であった。専門病棟もしくは専用のユニットをもっている施設からの回答は無かった。とくに子どもの心の入院治療は行っていないという回答も９施設からあった。

受けたい研修内容と研修形態に関する調査結果を整理したものが表１である。
この表は、子どもの心の入院診療体制別ではなく、全体として集計したものを示している。
表の見方は、たとえば、症状に関する項目において体系的な講義を受けたいというのは３６校中１７．４校ということになる。

D．考察

表１を概観すると、受けたい研修内容としては、症状に関すること、特に自傷・他害に関すること、看護スタッフの子どもへのかかわりかた、家族介入に関すること、などに高い研修希望が集まった。受けたい研修の形態については、体系的な講義、病棟カンファレンス、個別の対応のロールプレイが求められていた。これらについては、詳細は省くが、子どもの心の入院診療体制別にみても、あまり変わりはなかった。

次に、診療体制別に自由感想を整理してみた。精神科病棟を借りて子どもの心の入院診療を行っている大学病院では、“子どもの専門病棟はなく、一般の精神科病棟を使って子どもの心の診療を行っている。入院の大半が成人を占めるので、時に学童期の子どもが入院してきた時、どのように入院環境を整えていったらよいか悩む”（A大学精神科病棟）や、“子どもの入院自体も多くはないため、子ども同士で遊ぶ機会がないこと、家族や学校から離れて入院することが、子どもの成長や発達に強く影響しないか、入院治療のメリットをデメリットが上回っていないか、観察やカンファレンスを通して話し合っている”（B大学病院精神科病棟）などが、主な意見であった。

次に、小児科病棟を借りて子どもの心の入院診療を行っている大学病院では、“小児病棟に入院すると、急性期の子どもなど、いろいろな身体疾患の子どもがいるなかで、ゆっくりと余裕をもってかかわることができなく、専門的な知識がなく、十分な対応ができない。看護師の知識、技術、看護の力をアップする必要がある”（C大学病院小児病棟）や、“精神疾患をもつ子どもが小児科に入院した場合、非常にスタッフに苦手意識がある”と述べ、“講習などシリーズがあれば有り難い”と締めくくっている（D大学病院小児病棟）。

さらに、“発達障害、前頭葉挫傷により感情コントロールに困難が生じている子ども、血液疾患などで長期入院や無菌室入室を余儀なくされる子どもなど、心のケアが必要な子どもがいない時はない。専門性が高い対応を求められているのに手さぐりでケアを考え、実践していることが現状で、疾患の知識や対応など足りていないこともとても多い。当院の精神科医も勉強会やカンファレンスなどで協力してくれているが、看護学校時も含めて児童精神を勉強する機会

がもっとあったらいい”という感想を記載した大学病院もあった（E 大学病院小児科病棟)。

まずは、小児科病棟を借りて入院診療を行うが、状態に応じては精神科病棟を借りて子どもの心の入院診療を行っているというＦ大学病院では、“自殺念慮や子ども同士の問題も多く、一般に小児病棟で他の疾患の患児とともに看護していくことに困難を感じることも多い現状である。また、対応している看護師自身の専門性の問題もある。したがって、専門的知識の獲得はもちろん、個別的なかかわり方、また、一定レベルのロールモデルでのかかわり方などが学べる機会があれば嬉しい”と述べている。

こうして概観すると、子どもの心の看護には、体系的な講義を受け、知識・技術をもって、症例の検討や病棟カンファレンスの実施、方針、かかわり方、対応のシステムづくりが求められていることがうかがわれる。大学病院における児童青年精神科医療の現状は、精神科看護なしには成立しない領域であることは言うまでもないが、看護の勤務体制の問題が大きく立ちふさがっている。個人が専門的看護を行いたいと希望しても、次の病棟への配属、次の診療科への配属変更が避けられず、自己実現がしにくい。専門的看護が成立しにくい現状がある。こうしたなか、専門的精神科看護をどうやって充実していくのか、看護のスキルアップを図っていくか、専門性をどのように確保できるかは、避けては通れない大きな課題である。

E．まとめ

１．受けたい研修内容としては、子どもの症状に関する研修、子どもの自傷・他害に関する研修、看護スタッフの子どもへのかかわり方の研修、家族介入に関する研修の希望が高い。

２．研修の形態としては、体系的な講義、病棟カンファレンス、対応のロールプレイの希望が高い。

以上のことから、すぐに実践できることもあるが、専門的に支援、指導できる看護師の育成も必要と考えられる。

F．研究発表

なし

文献

１）　独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院編：児童青年精神科看護ガイドライン．平成２３年度厚生労働科学研究費補助金Ｈ２１－精神――一般―００４：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　齊藤万比古）研究報告書，２０１１

アンケート用紙

表１　平成２４年１２月の班研究報告会において使用した表

子どもの心の看護研修に関するアンケート調査 2012

あてはまる項目に○をご記入ください。
(注)ここで「子どもの心」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。また、子どもとは18歳未満とします。

質問1 子どもの心の入院看護において受けたい研修はどのようなものですか？

記入例

理解と対応の必要な子どもの症状や問題	経験したことがない	受けたい研修のスタイル(複数回答可)									
		特に受けるまではない	体系的な講義	時間をかけた症例検討会	看護師間の勉強会	対応のロールプレイ	症例の個人指導	文献抄読会	病棟カンファレンス	外部の講習会	その他 ( )
例:クレイマー	○		○			○				○	

理解と対応の必要な子どもの症状や問題	経験したことがない	受けたい研修のスタイル(複数回答可)									
		特に受けるまではない	体系的な講義	時間をかけた症例検討会	看護師間の勉強会	対応のロールプレイ	症例の個人指導	文献抄読会	病棟カンファレンス	外部の講習会	その他 ( )
記憶喪失											
心因性感覚まひ・運動まひ											
過度の手洗い											
その他の過度の繰り返し行動											
過度に食べる											
極端に食べない											
不眠											
幻覚・妄想											
精神的興奮											
身体的な不定愁訴											
退行状態(赤ちゃん返り)											
多動											
病棟での子ども間の諍み											
病棟での子どもの孤立											
病棟での子どものいじめ											
異性の子どもとの交流											
病棟でのその他の仲間関係の問題											
暴言・暴力											
自殺念慮											
リストカットなどの自傷行為											
自殺企図											
離院											
退院要求											
隔離・身体拘束などの行動制限											
病棟ルールを守らない											
ゲーム・携帯の取り扱い											
子どもからの苦情											
子どもが、他の子どもからの苦情の対象となるとき											
受け持ちナースとして子どもとのかかわりかた											
受け持ちでない子どもへのかかわりかた											
巻き込み★											
家族への介入											

巻き込み★多くは食・物・行為への強いこだわりや執着から要求が生じ、それに対し他者が従わないと激怒したり、泣いて駄駄したり、時にそれが長時間に及んだり、人を選んで行われる行為。

質問２　貴院の「子どもの心の診療」では入院診療を行っていますか？

①はい、　②いいえ

はい、の場合　以下のいずれですか？

① 一般の精神科病棟を使って、

② 一般の小児科病棟を使って、

③ 専門病棟において、

質問３　貴院では「子どもの心の診療」はどのような外来診療体制で行っていますか。

① 子どもの心の診療部ないしは子どもの心の診療科、

② 週１～２回程度の精神科の子どもの専門外来、

③ 精神科の一般外来、

質問4　自由に感想やご意見をお書きください。

記載年月日	平成	年	月	日
貴施設名	（		）	
記載看護師名	（		）	

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24年9月10日までにご返送をお願い申し上げます。

受けたい研修内容と研修の形態	体系的講義	症例検討会	看護師間検討会	ロールプレイ	個人指導	文献抄読会	病棟カンファレンス	外部講習会	合計
症状	17.4	7.0	3.8	7.9	5.2	3.5	9.7	6.8	56.5
対人関係	9.4	6.0	3.6	8.8	8.4	2.0	18.0	4.2	60.4
自傷・他害	13.8	12.3	5.5	11.2	5.8	3.3	15.8	6.0	73.8
スタッフのかかわり方	10.0	5.7	7.0	11.0	6.0	1.8	15.2	3.3	60.0
病棟ルール	6.0	4.0	3.5	13.5	8.5	1.0	11.5	2.5	22.2
家族への介入	19.0	12.0	11.0	14.0	4.0	3.0	15.0	7.0	85.0
合計	13.4	7.5	4.9	9.8	6.1	2.8	13.8	5.3	63.6

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

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：　一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。

A. 研究目的

一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ったため、昨年度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設定することを試み、研修の進捗度を把握することを目指した『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』の作成を開始した。

またレジデントの研修ガイドブックとは別に、子どもの心の診療の拠点病院の児童青年精神科病棟における看護業務の臨床的な指針となる『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てきた。

今年度は昨年度から作成している両者の完成を目指すこととした。

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」にて挙がっ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、全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設のなかで、①後期臨床研修医（レジデント）制をとっている、②2011 年に後期臨床研修医（レジデント）が存在している、③複数の常勤指導医が存在し

ている、④児童精神科専門病棟がある、ことを条件として、いずれの項目も満たすと回答し、研究協力を得られた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：

第三段階を経て、作成された『児童青年精神科看護ガイドライン』案を、平成24年度厚生労働省「こころの健康づくり対策事業」による「コメデイカル専門研修」受講者(大半は看護師)に配布し、それへの意見を募る。さらにシンポジウムでの検討も行い、それらに寄せられた意見を踏まえ、最終的な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、最終的に、文末の資料1のような総論5項目、各論7項目(下位項目43項目)から成っている。

全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設のなかで対象となった施設は11施設であった。(自治医科大学とちぎ子ども医療センター、埼玉県立精神医療センター、東京都立小児総合医療センター、国立国際医療研究センター国府台病院、神奈川県立こども医療センター、山梨県立北病院、静岡県立こども病院、三重県立小児心療センターあすなろ学園、岡山県精神科医療センター、島根県立こころの医療センター、国立病院機構肥前精神医療センター)

その11施設に『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』を送り、回答を得た。回答に挙げられた内容を以下に列記する。

・研修レベルについて①

各章を個別に読むと、各々が納得可能な研修レベルを設定している。しかし全体を通じて読むと、各執筆者により基準が一定していないように思う。大別して、下記の 2パターンがあると感じた。

Aパターン: 児童青年精神医学を生涯専門テーマとしてとらえた設定

初級: 研修 2〜3年程度で経験・習得。各項目の基本を文献的、教科書的に理解し、実際に主治医としてケースにも対応した経験がある。

中級: 研修 5〜10年程度で経験・習得。一般的な臨床場面における対応は十分可能なレベル。各項目に該当するようなケースについて、主治医として、困難な事例にも対応した経験がある。文献的、教科書的対応に加え、個別のケースについて、適宜応用や工夫を行うことができる。

上級: 研修年数に関係なく、児童精神医学における細分化された専門性を高め研鑽する。中にはより専門的な機関でのみ経験・習得が可能なものも含まれる。また、各専門項目について、初級・中級研修レベルに該当する医師に適切に指導できる。

Bパターン: 児童青年精神医学の基礎を 3〜5年程度で研修するものとしてとらえた設定

初級: 研修初期に、文献的、教科書的な知識を学び、上級医による実際の診療場面に同席し指導を受ける。

中級: 各項目、典型的なケースについては実際に主治医として診断、治療に従事したことがある。しかし、上級医からの定期的スーパーバイズを必要とする。

上級: 上級医のスーパーバイズがなくとも、典型的なケースについては診断、治療が可能である。しかし、典型的と考えていたケースにも、診療を進める中で、様々な課題が複雑に影響しあっていることを感じている。また、困難事例についても対応した経験があるが、その際には上級医のスーパーバイズが必要である。

・「研修レベルを評価するために」について②

書き方が箇条書きになっているものがあり、他の書き方との形式上の違いがあったので気になった。各段階で「・・・ができる」のみの項と、「・・・はできるが、まだ・・・はできない」といった書き方になっているものがあり、読みとおした際に、違和感を感じた。

・知的障害の扱いについて

ガイドブック全体を通じ、知的障害、特に発語のない重度〜最重度の知的障害児、及びいわゆる強度行動障害を呈する児の臨床的対応について想定された記載が、非常に少ないと感じた。また、知的障害が『各病態』項目でも扱われていない。日々の臨床場面では、これらの児について診断・治療のみでなく、家族・地域における対応や助言を求められることは少なくない。また、発語のない(言語的疎通の困難な)児に対する治療的関わりが、多くの示唆を研修者に与え、知的発達に遅れのない児の治療にも応用できることがある。

児童青年精神科における重度知的障害の扱いについて、各地域・医療機関によってばらつきがあることを、ある程度理解はできる。しかし、児童青年精神医学の成り立ちや社会的役割を考えた際、『研修ガイドブック』としては外すことはできない大きな項目と考える。追加や修正が必要であると強く考える。

・「母子関係の精神保健」について

現在、診療現場で出会うケースには、父子家庭の児、祖父母が養育している児や施設入所児、里親家庭の児など様々な生活背景を有する児も少なくない。それら主たる養育者との関係構築に際しても『母子関係の精神保健』を理解していることは非常に重要であると考える。その点についても、言及された方が良いのではと考える。

・「自傷行為」について

医療機関によっては、「表層型/中等度自傷」よりもむしろ精神遅滞や発達障害を有する児による「常同型自傷」やその他の自傷が多い場合もある。そのため、本文の「一般に自傷行為といった場合には、この表層型/中等度・衝動性自傷を指す」といった表現には、やや違和感を持つ。「本章では、自傷行為といった場合には... 」などの表現の方がより適切と考える。

・「入院治療」について

近年入院治療を実施する児の中には、知的能力は正常範囲内であるにも関わらず、著しく身辺自立が乏しい児が散見される。それら児の背景には、著しい発達のアンバランスや、苛烈で長期的な被虐待体験などが存在すると感じている。これらの子どもたちの治療に際しては、単に精神症状や逸脱行動の改善のみでなく、年齢相応の身辺自立を獲得できるよう支援することが求められると考えている。その際は、他職種と協働した上で基本的な生活指導を行うことも必要である。また、言語的疎通の困難な児（発語のあるなしに関わらず）が入院してくることも多く、その際に、配慮する点なども加えることが必要と思う。

児童青年精神科における入院治療が良好に展開するには、子どもたちの健康な部分の「育ち」がより適切に促進されるよう治療的に介入した上で、治療者には子どもたちの成長を見守り、寄り添う姿勢が求められる。その点は、研修を行う際には常に念頭に置くべきと考える。もう少し、強調しても良いのではないかと思った。

・「医療少年院」について

「特殊教育課程」を担当する2施設は、「神奈川医療少年院、京都医療少年院」ではなく、「神奈川医療少年院、宮川医療少年院」の誤りではないか？

『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3段階には至れていない。今後本研究結果が全国へ周知されるよう働きかけていく予定である。

『児童青年精神科看護ガイドライン』については、第四段階を終え、資料2に示す形となった。

D. 考察

『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』は全国の利用者の周知するところには至っていないため、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』を作成することは重要な課題であると同時に急を要するものと考えている。

現時点では日本精神神経学会小児精神医療作業部会と協働する形で、本ガイドブックを、児童精神科を目指す若手医師に示していくことを計画している。可能であれば、読者からの意見を集約して、定期的に改訂していくことが今後も望まれると考えている。

『児童青年精神科看護ガイドライン』に関しては、児童思春期精神科病棟に勤務する看護師の業務がどのような指針に沿って行なわれるべきか、施設ごとに口伝で教育されてきた部分が大きく、まずの基本として作成されたことは大変意義深いと考えている。

本ガイドラインに関しては、若手看護師も交えた「こころの健康づくり対策事業」による「コメデイカル専門研修」において検討が出来たことは意義深かったと考えている。本ガイドラインも何らかの形で世に示し、読者からの意見もふまえて、改訂されていくことが重要と考えている。

『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大きいものではあるが、引き続き意見の収集や吟味を繰り返し、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

『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』の完成をみた。『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』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た。

『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ものを目指した。

F. 研究発表

特になし

文献

特になし

資料１　『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』

資料２『児童青年精神科看護ガイドライン』

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

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)]　花房昌美[1)]

1) 地方独立行政法人　静岡県立病院機構　静岡県立こども病院

研究要旨

まず、平成22年度（医療）、平成23年度（児童相談所）に行った調査を比較検討し、ネットワークの課題や今後の在り方を中心に考察した。その結果、①児童精神科医が明らかに不足している、②児童精神科専門病棟・専用病床を有する地域中核病院は、専門医が複数勤務しているなどの理由から、嘱託医や要対協への参加などのネットワーク活動を行いやすい。③関係機関によるケース会議は児童精神科医の多忙さを主な理由として十分に開催されているとは言い難い、④多機関連携会議である要対協に児童精神科医が参加する意義を医療サイドに周知する必要がある、⑤ネットワークの充実には、児童精神科医の増員、現場・行政レベルの連携、ネットワーク活動の中核を担う医療機関の整備が必要である、などが明らかとなった。次に、地域の中核病院としている3病院のネットワーク活動の実態調査を行い、「ネットワークのあり方に関する指針」の参考資料を作成した。

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。

平成 22 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）加盟施設を対象にネットワーク活動の現状と課題、今後の展望などに関するアンケート調査を行った。

平成 23 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。

今年度は、①「医療サイドと福祉サイドの比較研究」：医療サイドと福祉サイドの調査結果を比較検討し、児童青年精神科医療ネットワークの課題をさらに明確にすること、②「地域中核病院のネットワーク活動調査」：地域の中核病院の児童青年精神科医療ネットワーク活動を詳細に調査し、児童青年精神科医療ネットワークのあり方の参考資料とすること、③これらを踏まえて「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指針」を作成すること、を目的とした。以下本稿では、①「医療サイドと福祉サイドの比較研究」について報告し、②「地域中核病院のネットワーク活動調査」については別添資料として添付する。また、③については総合報告書に掲載する。

B. 研究方法

1．対象

平成 22 年度に調査を行い有効な回答が得られた日本児童青年精神医学会認定医（82 名）と全児協加盟施設（27 施設）、および平成 23 年度に調査を行い、有効な回答が得られた全国の児童相

談所（131 施設）の調査結果を対象とした。

2．方法

医療・福祉両サイドに共通している設問の回答を比較検討し、その結果から児青年精神科医療ネットワークの課題や今後の展望について考察を行った。

C. 研究結果

1．児童相談所における児童精神科医の勤務

1）医療サイド

認定医の 37%、全児協施設の 70%が児童相談所・児童福祉施設の嘱託などの業務を行っていた。

2）福祉サイド

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1）。

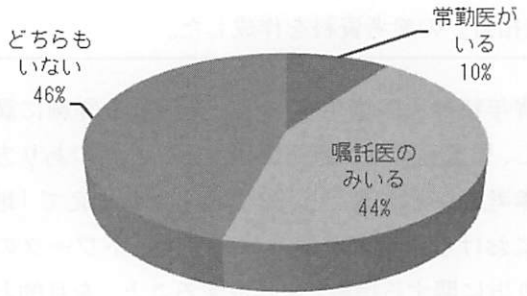


図1　児童精神科医の勤務状況（児相）

常勤医もしくは嘱託医が勤務している71施設における児童精神科医の勤務充足度は、「充足している」が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%）であった（図2）。

児童精神科医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3）。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いない」が42施設（70%）と多くを占めた。

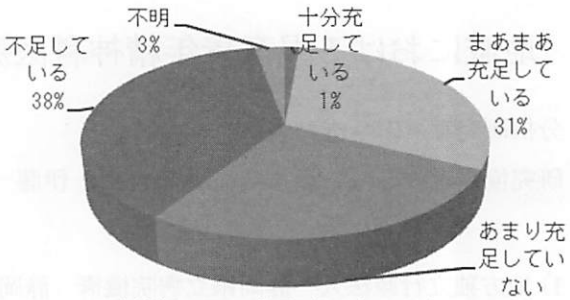


図2　児童精神科医の勤務充足度（児相）

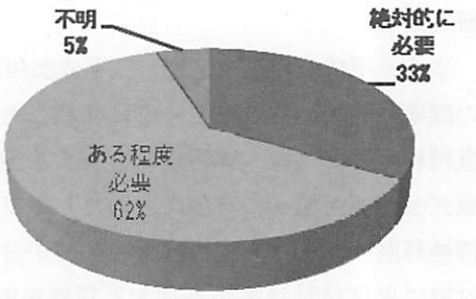


図3　児童精神科医の勤務の必要性（児相）

2. 要保護児童対策地域協議会（以下要対協）および多機関による連携会議

1）医療サイド

①認定医

要対協については、「出席している」が4%、「他の児童精神科医・精神科医が出席している」が22%、「精神科医は出席していない」が11%、「協議会について知らない、状況が分からない」が63%であった（図4）。また、その他の会議も含めた多機関による連携会議に不参加の理由について回答した52名の内訳は、「地域から要請がない」が52%、「どのような会議があるか知らない」が19%、「要請はあるが業務が多忙で出席できない」が17%、「必要を感じない」が4%、その他が8%であった（図5）。

②全児協施設

要対協については、「施設の児童精神科医が出席している」は22%であり、「他の児童精神科医・精神科医が出席している」が8%、「精神科医

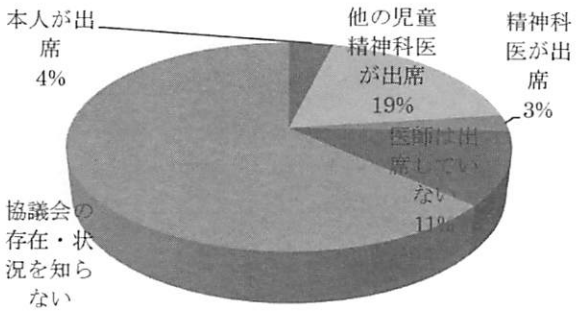


図4　要対協への参加状況（認定医）

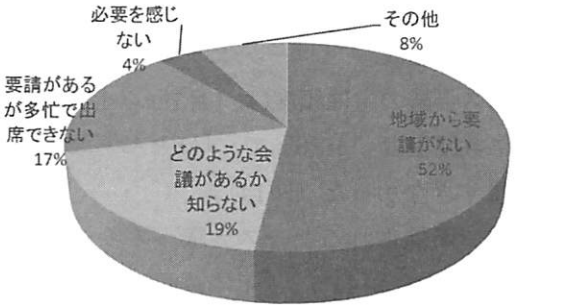


図5　参加しない理由（認定医）

は出席していない」が26%、「協議会について知らない、状況が分からない」は44%であった（図6）。また、その他の会議も含めた多機関による連携会議に不参加の理由について回答した12施設の内訳は、「地域から要請がない」が58%、「要請はあるが業務が多忙で出席できない」が25%、その他が17%であった（図7）。

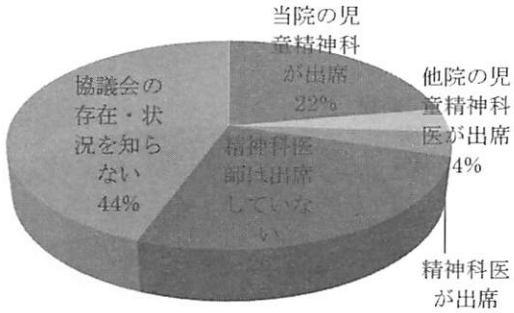


図6　要対協への参加状況（全児協施設）

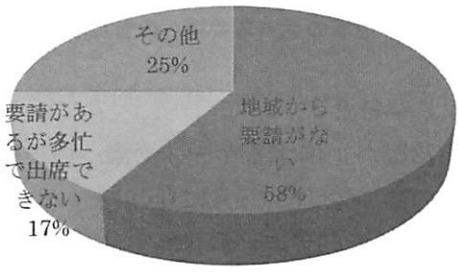


図7　参加しない理由（全児協施設）

2）福祉サイド

要対協に「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」と回答した児童相談所はそれぞれ9%、5%に過ぎず、「どちらも出席していない」が83%と大半を占めた（図8）。

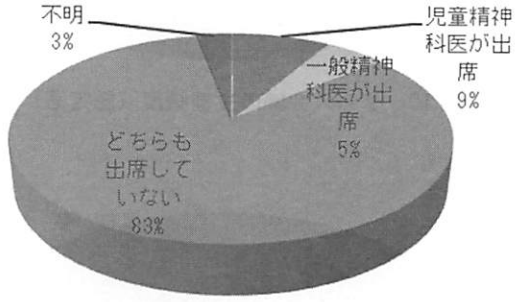


図8　要対協への精神科医の参加状況（児相）

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46%、「その必要を感じていない」が15%、児童精神科医がいないが10%であった（図9）。

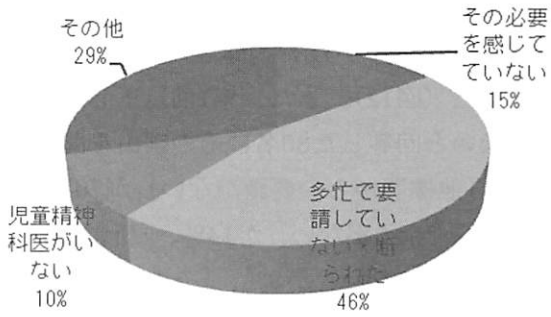


図9　精神科医が参加していない理由（児相）

3．通院・入院している症例のケース会議

1）医療サイド

①認定医

担当患者について、関係機関とのケース会議の主催頻度は、「月1回以上」が19%、「年に数回程度」が45%、「年に1回程度」が6%、「ほとんどない」が30%であった（図10）。また、年1回以下しか主催していないと回答した26名にその理由を聞いたところ、「業務が多忙で余力がない」が42%、「必要を感じていない」が15%、「ノウハウがない」が12%、「その他」が31%であった（図11）。

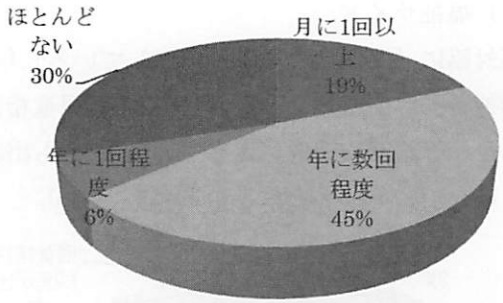


図 10　ケース会議の主催頻度（認定医）

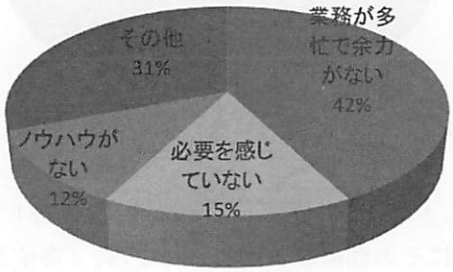


図 11　年 1 回以下の理由（認定医）

地域で開催されるケース会議への参加状況は、「月1回以上」が13%、「年に数回程度」が47%、「年に1回程度」が11%、「ほとんどない」が29%であった（図12）。また、年1回以下しか開催していないと回答した30名にその理由を聞いたところ、「他機関からの要請がない」が70%、「業務が多忙で余力がない」が14%、「所属機関に支援する姿勢がない」が3%、「その他」が13%であった（図13）。

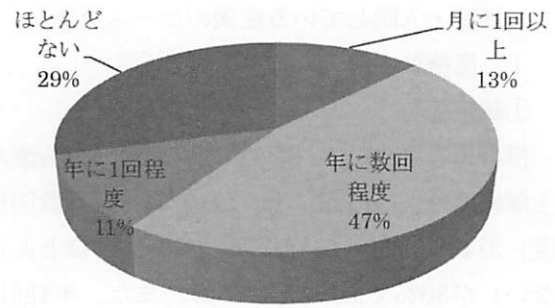


図 12　地域のケース会議への参加頻度（認定医）

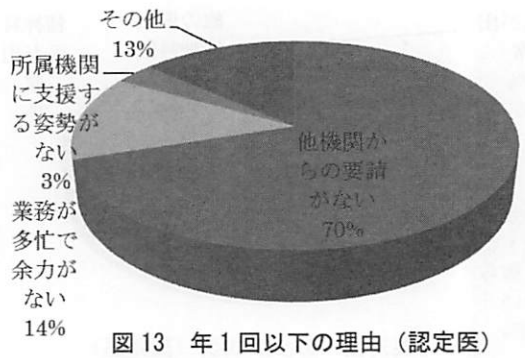


図 13　年 1 回以下の理由（認定医）

②全児協施設

ケース会議の主催頻度は、「月1回以上」が59%、「年に数回程度」が26%で、「ほとんどない」は15%にすぎなかった（図14）。

地域で開催されるケース会議への参加頻度は「月1回以上」が41%、「年に数回程度」が55%で、「年に1回程度」が4%で「ほとんどない」と答えた施設はなかった（図15）。

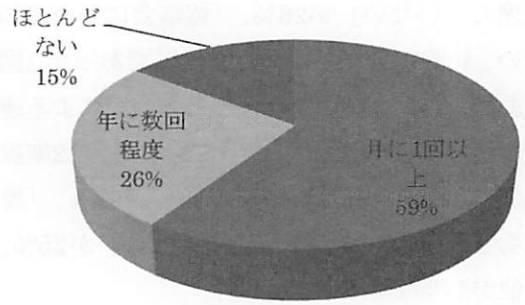


図 14　ケース会議の主催頻度（全児協施設）

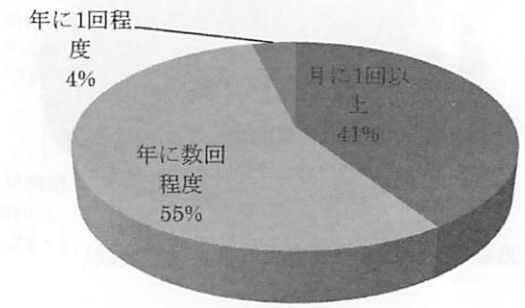


図 15　地域のケース会議への参加頻度（全児協施設）

2）福祉サイド

主治医が主催するケース会議への児童相談所職員の参加頻度は、「月に1回以上」は1%に過ぎず、「年に数回程度」が49%、「年に1回程度」が8%、「ほとんどない」が40%であった（図16）。

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79%と大半を占めた（図17）

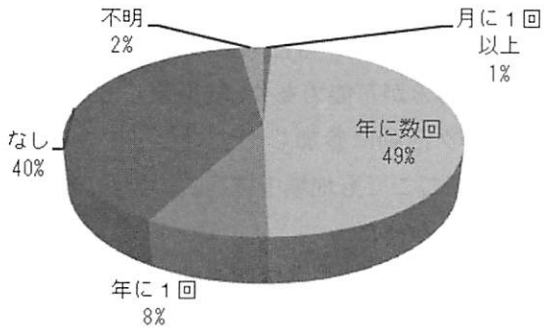


図 16　主治医主催のケース会議への参加状況

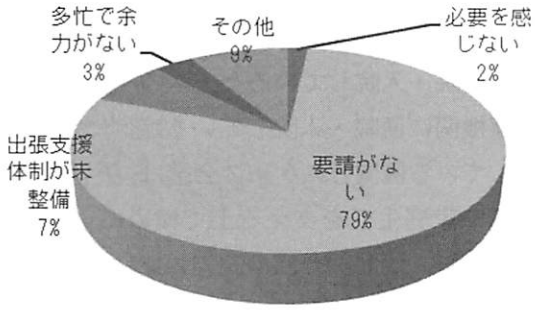


図 17　ケース会議に不参加の理由

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4%、「年に数回」44%、「年に1回程度」が8%、「要請していない」が42%であった（図18）。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58%、「必要を感じていない」は11%であった（図19）。

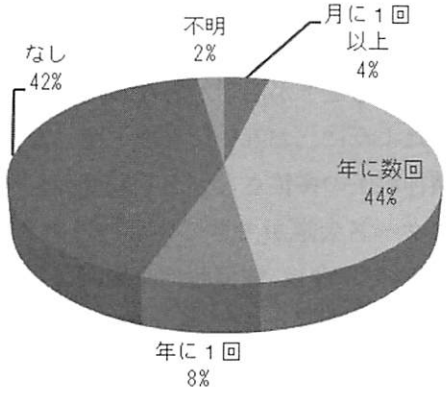


図 18　ケース会議への主治医の参加要請

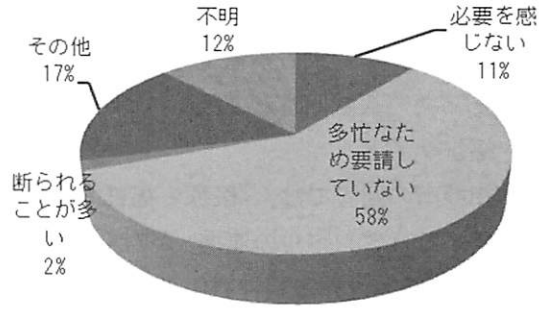


図 19　ケース会議に要請しない理由

4．今後必要なネットワーク活動

1）医療サイド

①認定医

認定医では、「ケース会議」が52%、以下「研修会・講演会」が45%、「症例検討会」が30%、「要保護児童対策地域協議会などの多機関連携会議」が20%であった（複数回答）

②全児協施設

全児協施設では、「ケース会議」が81%、「症例検討会」が63%、「研修会・講演会」が52%、「要保護児童対策地域協議会などの多機関連携会議」が26%であった（複数回答）。

2）福祉サイド

児童相談所の回答では、「要保護児童対策地域協議会や多機関連携会議の充実」が71%、「ケース会議の充実」が68%、「症例検討会」が41%、「研修会・講演会」が30%であった（複数回答）。

5．ネットワーク構築のために必要なこと

1）医療サイド

①認定医

認定では、「児童精神科医の増員・業務の軽減」が59%、「現場レベルの連携」が50%、「医療・福祉・教育など所轄官庁の連携」49%、「児童精神科医の役割などの関係機関への周知」が29%、「連携に関する病院管理者の理解」が26%であった（複数回答）。

②全児協施設

全児協施設では、「現場レベルの連携」が78%と、「児童精神科医の増員・業務の軽減」が67%、

「医療・福祉・教育など所轄官庁の連携」63%、「児童精神科医の役割などの関係機関への周知」が44%、「連携に関する病院管理者の理解」が37%であった（複数回答）。

2）福祉サイド

児童相談所の回答では、「医療・福祉・教育などを所轄する行政レベルの連携」が74%、「現場レベルの連携」69%、「児童精神科医の増員」が68%、「児童精神科入院施設の整備」が61%であった（複数回答）。

D. 考察

1．児童相談所における児童精神科医の勤務

児童相談所の業務おいて、児童精神科医へのニーズは極めて高いにもかかわらず、専門医不足のためにそのニーズに医療が応えきれていないことが改めて浮き彫りとなった。

また、嘱託医のいない児童相談所は、複数の児童精神科医が勤務している地域中核医療機関のない地域が多く含まれている可能性があることが示唆された。

こうしたことから、今後は、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対策と連動しながら、地域中核病院の整備、児童精神科医の育成を促進するとともに、1次～2次医療機関を含む医療サイドに児童相談所のこうしたニーズを周知し、協力を飛びかけていく必要がある。

2．要保護児童対策地域協議会および多機関による連携会議

児童精神科医・精神科医が参加している要対協は2割弱に過ぎず、その要因としては、①児童精神科医側の認知度の低さ、②児童精神科医の多忙さとそれを知る福祉側の要請控え、③専門医不足等の複合的要因が影響していると考えられる。

また、全児協施設の要対協への参加率が22%と、認定医本人の参加率4%に比べて遥かに高率であることから、要対協に児童精神科医が参加している地域には、複数の児童精神科医が勤務している地域の中核病院が整備されている可能性が高いことが推測された。これは嘱託医の配置と同様の状況であり、地域の中核病院は複数の児童精神科医が勤務しているために院内の業務をカバーし合うことが可能であり、結果として地域のネットワーク活動に参加しやすくなっていると考えられる。ここでも地域中核病院の整備の重要性が明らかとなった。

要対協を含む、多機関連携会議はネットワーク活動において重要な位置を占めており、今後、①会議の周知、②専門医の育成、③一般精神科医への協力の要請、などの対策が必要と考えられる。

3．通院・入院しているケースのケース会議

医療機関に通院・入院している症例において、関係している機関とのケース会議は、子どもの学校生活や家庭生活を支える上で極めて重要な要素である。しかし、今回の調査の比較検討では、①児童精神科医一人一人は、多忙で余力がないためにケース会議を主催するゆとりがないこと、その結果児童相談所へケース会議の参加要請を行えていないこと、②児童相談所の多くは、地域のケース会議への主治医の参加が必要と考えていながらも、児童精神科医の多忙さを知っているため、参加要請を控えている。つまり、ケース会議が十分に開催されていないのは、児童精神科医の多忙さが主な要因となっていると言える。

4．今後必要なネットワーク活動

「医療機関に通院・入院している症例のケース会議の充実」は医療サイド・福祉サイドともに重要視していることが明らかとなった。裏を返せば、上述したように、お互いに必要と感じながらも、児童精神科医の多忙さなどが主な要因となって、十分なケース会議ができていないと感じていると推測される。今後、開催時刻や場所などの工夫、医療側のマンパワーの充実などの対策を行っていく必要がある。

福祉サイドは、要対協などの多機関連携会議の

充実を最も必要と考えているが、医療サイドは2割程度と、その温度差が明確になった。医師が参加しやすい開催方法などの工夫も必要ではあるが、別の設問で医師の多くが要対協の状況を把握していないことを踏まえると、まず、要対協において児童精神科医参加のニーズが高いことを医療サイドに周知することが第一歩であると考えられる。

研修会・講演会や症例検討会など、自分が抱えているケースと直接関係ない活動については、福祉サイドのニーズが少なく、医療サイドとは温度差があることが明らかとなった。つまり、福祉サイドは、ケース会議や要対協など、「現在関わっている事例を支援するための活動」へのニーズが高く、一般的知識や自分が関わっていないケースの事例検討会へのニーズは低いということが言える。医療サイドは、こうしたことを踏まえて、今後のネットワーク活動を計画していく必要があろう。

5．ネットワーク構築のために必要なこと

ネットワーク構築のためには、医療サイド・福祉サイドとも、①児童精神科医の増員、②現場レベルの連携、③行政レベルの連携を多くかかげており、多くの点で両者が共通認識を抱いていることが明らかとなった。現場・行政レベルの連携の問題は、平時の際だけではなく、震災のような非常時にも課題となることが多い。したがって、教育や保健も含めた関係機関・各行政が連携の重要性を意識し、縦割り行政の弊害を克服し、連携システムを構築し実践していくことが重要である。また、児童精神科医の増員に関しては、医学教育、診療報酬、児童精神科医を育成する医療機関の整備などの複合的要因が関与しており、今後もさらなる取り組みを継続していく必要がある。

医療サイドは、これに加えて、児童精神科医の役割の周知、ネットワーク活動への管理者の理解を挙げており、診療以外の活動がうまく展開していない現状が明らかとなった。今後、関係機関および病院管理者への周知・理解を促す必要がある。

福祉サイドでは、6割以上の児童相談所が児童精神科入院施設の整備を挙げている。別の質問項目でも児童相談所の9割以上が「児童精神科入院医療機関が絶対に必要」と答えていた。医療サイドで「入院医療機関の整備が必要」が少なかった理由としては、全児協施設はもちろんのこと、認定医の多くも地域中核病院に勤務しており、「既に整備されている」ためと考えられる。我が国では、児童精神科専門病棟・専用病床のある都道府県は30施設程度に留まっているのが現状である。したがって、まず、児童精神科専門病棟・専用病床を持つ医療機関を各都道府県に最低一つは整備していく必要がある。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。

E. 結論

児童精神科医療ネットワークに関する医療サイドと福祉サイドへの調査の比較検討から、以下のようなことが明らかとなった。

複数の調査項目の検討から、児童精神科医不足が明らかであり、その解消を目指して様々な施策を講じることが喫緊の課題である。同時に一般精神科医療機関の協力も必要である。

児童精神科専門病棟・専用病床を有する医療機関は、専門医が複数勤務しているなどの理由から、嘱託医や要対協への参加などのネットワーク活動を行いやすい。

医療機関に通院・入院している症例の関係機関によるケース会議は、医療サイド・福祉サイドともその重要性を認識しているが、児童精神科医の多忙さを主な理由として十分に開催されているとは言い難い状況にある。

多機関連携会議である要対協に児童精神科医が参加する意義を医療サイドに周知する必要がある。

医療サイド・福祉サイドとも、ネットワークの

充実には①児童精神科医の増員、②現場レベルの連携、③行政レベルの連携を重視している。

地域で児童青年精神科医療ネットワークを展開していくには、複数の児童精神科医が勤務し、重症の症例に対して適切な環境で入院治療が行える児童精神科専門病棟・専用病棟を備え、児童精神科医の育成やネットワーク活動の中核を担う医療機関が少なくとも都道府県に一つは整備される必要がある。

F. 研究成果

学会発表

○石垣ちぐさ、大石聡、山崎透他：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（1）～学会認定医および全児協施設への調査から～．日本児童青年精神医学会．2012. 11. 1. 東京

○大石聡、石垣ちぐさ、山崎透他：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（2）～全国児童相談所へのアンケート調査から～. 日本児童青年精神医学会. 2012. 11. 1. 東京

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

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おける診断・治療の標準化に関する研究」平成 23 年度報告書

別添資料：児童青年精神医療ネットワークに関する実態調査

《調査対象》

1．国立国際医療研究センター国府台病院（千葉県市川市）

2．静岡県立こども病院（静岡県静岡市）

3．三重県立小児心療センターあすなろ学園（三重県津市）

《結果》

A．医療機関の状況

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
児童精神科病棟の病床数	45 床	36 床	80 床
常勤医	5 人	5 人	7 人
レジデント	7 人	2 人	2 人
常勤医一人当りの外来診療日数	2.5 日／週	3 日／週	2 日／週
院外ネットワーク従事時間	8 時間／週	4 時間／週	1 時間／週
ケース会議等従事時間	2 時間／週	4 時間／週	4 時間／週

B．医療機関との連携

1・地域における医療機関の整備状況

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
小児科一次診療機関	あまり充足していない	あまり充足していない	ある程度充足している
精神科一次診療機関	絶対的に不足している	絶対的に不足している	あまり充足していない
青年期以降の発達障害診療機関	絶対的に不足している	絶対的に不足している	絶対的に不足している

2．医療連携の課題と展望

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
医療連携の課題	①児童精神科診療機能をもつ病院の少なさから患者が集中していること。 ②外来初診の待機児童の増加（軽度発達障害の診断目的などの紹介数の増加） ③成人年代になったケースの紹介先の不足 ④地域の小児科医との連携不足。	①子どもを診る精神科医療機関が少ないために精神障害の患者が集中してる ②発達障害の診療を行なう小児科医療機関が少ないために発達障害の診断目的の患者が増加し、外来初診の待機期間が延長している ③逆紹介先が少ないため、外来診療が圧迫され、診療に十分に時間をかけられない。 ④成人年代になったケース、特に時障害を伴う発達障害のケースの紹介先がなかなか見つからない	①成人期になった発達障害を紹介出来る医療機関が不足している。特に在宅で知的障害を伴った人たちの入院が困難
課題克服のための工夫	①定期的に医療機関や関係専門機関が加わった地域連携を目的とした事例検討会議を行っている。 ②定期的に医療機関や関係専門機関が加わった児童精神科医療の啓発を目的とした研究会を行っている。	①医療機関や関係機関が参加する事例検討会議でスーパーバイザーを務めている。 ②地域連携室ニュースに定期的に当科の取り組みを紹介し啓発活動を行なっている ③一般精神科医・一般小児科医を対象とした講演会等で発達障害・子どもの精神障害を取り上げるよう働きかけている ④県の医療計画における児童精神科部門の作成に協力している。	①直接お願いするしかない。
今後の取り組み	①現在行っている事例検討会議および研究会を継続すること ②紹介された患者のその後の経過について地域フィードバックすること	①一般精神科医および一般小児科医それぞれとの事例検討会や研修会を開催すること。 ②行政を巻き込んで（県レベル）、発達障害児の包括的な支援システムの構築を検討する会議の開催を働きかけている。	①ケースワーカーとの連携を心がけるつもり。

C．関係機関との連携について

1．関係機関への直接支援

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
嘱託医	児童相談所、教育相談機関、療育機関	児童相談所、情緒障害児短期治療施設、教育相談機関	児童相談所、児童自立支援施設
その他の直接支援	なし	県内の児童養護施設を対象とした巡回相談（事例検討、講義など）	なし

2．通院・入院しているケースに関する関係機関の合同会議

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
通院ケース	外来ケース数が多く、すべてのケースで関係機関とのケース会議ができているわけではない。個別のケースごとに必要に応じて外来時間を使って行なっているが、全体数との比率で考えると十分に行えていない。	学校や児童相談所から要請があるケースや、医療側が強く必要性を感じたケースについては可能な限り行っているが、全体の患者数からすると割合は少なく、十分に行なえてるとは言えない。	ある程度行なえている
入院ケース	ある程度行なえている	十分行なえている	十分行なえている

3．関係機関との連携の現状

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
学校・幼稚園・保育園	①課題：親の障害受容の問題や、個人情報の取り扱いの問題が大きな問題であり、ケースの提示に躊躇する場合がある。 ②実践している工夫：常に担当医や精神保健福祉士が参加するようにして「顔の見える」連携を心がけている。 ③今後の取り組み：連携会議を継続して行なって行きたい。	①課題：学校と親との連携がうまく行っていないと、個人情報の取り扱いの問題から、担任等との情報交換ができないことがある。受診を親にすすめたにも関わらず、学校の情報がほとんど得られないことがある。不登校児の支援などをめぐって方向性が食い違うことがある ②実践している工夫：可能な限り、ケースについて学校関係者と直接お会いして話し合うように心がけている。当院で主催している	①課題：支援学級担任の専門性が落ちている。普通学級で適応できない教師が担当になることも多い。 ②実践している工夫：管理職にも連携会議に参加してもらい、学校全体で支援体制作りをお願いする。 ③今後の取り組み：入院中のケースが退院準備期間に分校に来てもらい、直接受け入れ準備をしてもらう。

		「教師のための児童思春期精神保健講座」には当院の医師が全員参加し、交流するように心がけている。また、ミニレクチャーやコメントを通じて、不登校の支援など、専門機関側の考え方を理解していただくようにしている。学校関係者が参加する事例検討会のスーパーバイザーや研修会の講師を可能な限り引き受けることにしている。 ③今後の取り組み：これまでの取り組みを継続していきたい	
児童相談所	①課題：児童相談所と医療機関、それぞれの対象となる児童の特徴や機関の限界についての理解不足から、連携がスムーズに行われない場合がある（一時保護の必要性や入院対象など）。 ②実践している工夫：嘱託医として児童相談所の実情を理解すること、連携会議を行なって必要なケースを必要な時期に多職種で検討すること。 ③今後の取り組み：現在の取り組みを継続する。	①課題：処遇の方針をめぐって見解が食い違うことがしばしばある。一時保護委託の適用や精神科入院の適応について理解してもらえないことがある。精神保健福祉法の理解不足で入院に至らないケースがある。 ②実践している工夫：嘱託医を派遣している。可能な限りケース会議を開催し、ケースの見立てや処遇について一緒に考えるよう心掛けている。要保護児童対策地域協議会に参加し、児相のみならず関係者に精神医学的な診たてや処遇の方向性などについてコメントし、ケースの理解に役立ててもらえるよう心掛けている。 ③今後の取り組み：嘱託医の時間・人数を増やしていく。上記の取り組みを継続していく。	①課題：虐待事例のケースワーク力が弱い。司法との連携に対して児相の力が弱い。 ②実践している工夫：連携会議をこまめに開催する。 ③今後の取り組み：記載なし
教育相談機関	①課題：良好な関係であり、課題は特にない。 ②実践している工夫：嘱託医として教育相談	①課題：特に大きな課題はない。 ②実践している工夫：当院の医師がスーパー	①課題：発達障害児の不登校を長期間抱え込み、中学校後の対応が困難となることがあ

	機関の実情を理解すること、連携会議を行なって必要なケースを必要な時期に多職種で検討すること。 担当医と担任教師の顔合わせの場をセッティングすること。 ③今後の取り組み：現在の取り組みを継続する。	バイザーとして事例検討会に定期的に参加している。当院が主催する「教師のための児童思春期精神保健講座」の窓口になっていただいている。 ③今後の取り組み：現状の取り組みを継続していく。	る。ケースの共有は諮りにくい。 ②実践している工夫：親と担任との合同面談でくり返し対応と理解についてアドバイスを行っている。それでだめなら学校の管理者にも同席していただいて、学校全体での取り組みをお願いしている。 ③今後の取り組み：記載なし
療育機関	①課題：良好な関係であり、課題は特にない。 ②実践している工夫：嘱託医として児童相談所の実情を理解すること、連携会議を行なって必要なケースを必要な時期に多職種で検討すること。 ③今後の取り組み：現在の取り組みを継続する。	①課題：連携をしたことがほとんどない。 ②実践している工夫：なし ③今後の取り組み：特になし。	①課題：記載なし ②実践している工夫：地域療育機関からの相談を受け付ける部署を決め、連携をスムーズにさせている。 ③今後の取り組み：地域療育機関へのスーパーバイズの機会をつくる。
司法機関	①課題：なし ②実践している工夫：なし ③今後の取り組み：特になし	①課題：なし ②実践している工夫：なし ③今後の取り組み：特になし	①課題：被虐待児への対応に改善が無い。特に加害者の起訴に対して子どもに負担になる聞き取りをくり返す。 ②実践している工夫：児相を通じて対応の改善を要望しているが効果少ない。 ③今後の取り組み：記載なし

D. 地域のネットワーク活動について

1．関係機関が定期的に開催する地域連携会議について

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
要保護児童対策地域協議会	要請がないため参加していない	当院の医師が参加している（静岡市3地区、隔月で参加）	業務が多忙で余力がないため参加していない
その他の連携会議	①会議の名称：市川市における地域連携シス	参加していない	①会議の名称：発達障害者支援会議

	テム事例検討会議 ②参加している機関：国府台病院、市川市役所、発達センター、教育センター、児童相談所、警察、精神保健福祉センター、地域中核支援センター、保健所・保健センター、特別支援学校 ③会議の頻度：1回／2カ月 ④会議の内容：事例検討、以前検討したケースの経過報告		②参加している機関：あすなろ学園、自閉症・発達障害支援センター、障害者相談支援センター ③会議の頻度：1回／2カ月 ④会議の内容：症例検討

2．関係機関との合同開催による事例検討会・研修会・研究会等の開催状況について

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
その1	①会の名称：市川小児こころの医療研究会 ②参加している関係機関：市医師会小児科医会、国府台病院、教育委員会、児童相談所、発達障害者支援センター、サポートセンターなど ③内容：事例発表、講演会	①会の名称：静岡市子どもと家族の精神保健ネットワーク ②参加している関係機関：医師会学校保健会、静岡県立こども病院、教育委員会学校教育課、校長会、養護教諭部会、発達障害者支援センター、特別支援教育センター、サポートセンターなど ③内容：運営委員会（情報交換）、事例検討会、講演会、相談会など	①会の名称：あすなろシンポジウム ②参加している関係機関：小児科、教育、福祉機関、地域保健師、保育園 ③内容：地域子育支援に関する研修会
その2	①会の名称： ②参加している関係機関： ③内容：	①会の名称：静岡県子どもの精神保健フォーラム ②参加している関係機関：浜松医科大学連合大学院子どものこころの発達研究センター（事務局）、 静岡県医師会学校保健部、静岡県立こども病院、静岡県発達障害者支援センター、静岡大	①会の名称：三重子どもの心ネットワーク会議 ②参加している関係機関：教育、司法、医療、保健、福祉の各機関 ③内容：ケース検討会、それぞれの取り組み紹介、問題提起

		学教育学部など ③内容：シンポジウム、講演、研究報告、相談会など	
その3			①会の名称：三重不登校ネットワーク ②参加している関係機関：教育、医療、フリースクール ③内容：不登校の情報提供、講演会

E．病院主催の事例検討会・研修会・講演会等の活動

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
	特になし	①会の名称：教師のための児童思春期精神保健講座 ②対象となる職種：学校関係者 ③頻度：年5回 ④内容：事例検討、ミニレクチャー、相談会など	①会の名称：みえ発達障害支援システムアドバイザー研修会 ②対象となる職種：保健師、保育士、教諭 ③頻度：年2回程度 ④内容：事例検討会、講演会

F．地域の児童青年精神科医療ネットワークを充実するために、考えている活動や働き掛け

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
内容	児童精神科医療機関の少なさから対応ケースが集中しており、地域から受診が必要と紹介された児童の受診待機問題に対処していきたい。また、医療機関を中心とした地域連携ネットワークの設置と、要保護児童地域対策協議会との共存をどうしていくべきかも今後検討していきたい。	「子ども、成人の発達障害を診る一般精神科医療機関」、「発達障害を診る小児科医療機関」が少しでも増えるよう努力していきたい。関係機関における児童精神科医療へのニードの把握に今後も務め、可能な範囲でアウトリーチ活動を行なっていきたい。被虐待児のケアシステム、発達障害児の療育システムの構築に寄与していきたい。	市町村の人材育成には力を入れたいと考えている。早期介入と早期対応を地域でできると専門機関としては連携がし易くなり、当事者のニーズにも応えることになる。

Ⅳ. 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,		齊藤万比古, 生地新(総監訳)	児童青年精神医学大事典	西村書店	東京	2012	
齊藤万比古（編著）		齊藤万比古（編著）	ひきこもりに出会ったら―心の医療と支援―	中外医学社	東京	2012	
齊藤万比古（編著）		齊藤万比古, 金生由起子（編）	子どもの強迫性障害 診断・治療ガイドライン	星和書店	東京	2012	
齊藤万比古	子どもの精神障害の原因	山崎晃資, 牛島定信, 栗田広, 青木省三（編）	現代児童青年精神医学 改訂第2版	永井書店	大阪	2012	45-59
飯田順三	親への助言で心がけること	青木省三, 村上伸治（編）	専門医から学ぶ児童・青年期患者の診方と対応	医学書院	東京	2012	212-217
飯田順三	（訳・監訳）：第I部 幼児期から青年期における発達, 第V部 注意欠如多動性障害と破壊的行動障害, 第VI部 不安障害	JM. Wiennerr & MK. Dulcan（編）, 齊藤万比古, 生地新（総監訳）	児童青年精神医学大事典	西村書店	東京	2012	11-24, 363-446
飯田順三	解離性障害	山崎晃資, 牛島定信, 栗田広, 青木省三（編）	現代児童青年精神医学 改訂第2版	永井書店	大阪	2012	370-376
岸本年史 飯田順三	精神の発達とライフサイクル	加藤進昌, 神庭重信, 笠井清登（編）	TEXT精神医学 改訂４版	南山堂	東京	2012	63-74
太田豊作、 飯田順三	注意欠如・多動性障害	齊藤万比古, 金生由紀子（編）	子どもの強迫性障害 診断・治療ガイドライン	星和書店	東京	2012	114-118
太田豊作、 飯田順三	診断面接の進め方	神尾陽子（編）	成人期の自閉症スペクトラム診療実践マニュアル	医学書院	東京	2012	31-37
亀岡智美	急性ストレス障害（ASD）	山崎晃資, 牛島定信, 栗田広, 青木省三（編）	現代児童青年精神医学（改訂第2版）	永井書店	東京	2012	339-344
渡部京太	乱暴な子どもをどう診るか	青木省三、村上伸治（編集）	専門医から学ぶ児童・青年期患者の診方と対応(精神科臨床エキスパート)	医学書院	東京	2012	139-150
青木桃子 渡部京太	子どものひきこもり（不登校）の精神医学的診断・評価	齊藤万比古（編著）	ひきこもりに出会ったら-こころの医療と支援-	中外医学社	東京	2012	39-57
渡部京太	乳幼児における臨床的なアセスメント	ウィーナー・ダルカン編著、齊藤万比古、生地新総監訳	児童青年精神医学大事典	西村書店	東京	2012	71-83
渡部京太 森岡由紀子	集団療法	山崎晃資、牛島定信、栗田広、青木省三（編著）	現代児童青年精神医学（改訂第２版）	永井書店	大阪	2012	597-602
岡田俊	薬物療法	山崎晃資、牛島定信、栗田広、青木省三（編著）	現代児童青年精神医学（改訂第２版）	永井書店	大阪	2012	654-663
岡田俊	小児の精神障害	加藤進昌, 神庭重信, 笠井清登（編）	TEXT精神医学 改訂４版	南山堂	東京	2012	320-344
岡田俊	小児精神医学の臨床―発達障害を中心に	村井俊哉、野間俊一、深尾憲二朗（編）	精神医学へのいざない	先端医学社	東京	2012	13-42
岡田俊	パーソナリティ障害と広汎性発達障害	樋口輝彦、市川宏伸、神庭重信、朝田高、中込和幸（編）	今日の精神疾患治療指針	医学書院	東京	2012	221-223
岡田俊	高機能広汎性発達障害・アスペルガー障害	大関武彦、古川漸、高田俊一郎、水口雅（総編集）	今日の小児治療指針第15版	医学書院	東京	2012	676-678

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
Usami M, Oiji A, Saito K, Watanabe K, Iwadare Y, Kodaira M, and Kamei Y	Sleep problems among junior high school students with major depressive disorder	Kitazato Med Journal	42	91-97	2012
Ushijima H, Usami M, Saito K, Kodaira M, Ikeda M	Time course of the development of depressive mood and oppositional defiant behavior among boys with attention deficit hyperactivity disorder : Differences between subtypes.	Psychiatry and Clinical Neurosciences	66	285-291	2012
Kodaira M, Iwadare Y, Ushijima H, Oiji A, Kato M, Sigiyama N, Sasayama D, Usami M, Watanabe K, and Saito K	Poor Performance on the Iowa gambling task in children with obsessive-compulsive disorder	Annals of General Psychiatry	2012	285-291	2012
齊藤万比古	特集「精神科医からみた子どもの精神疾患」不登校への対応	小児科	53(5)	589-595	2012
齊藤万比古,飯島崇乃子	特集「クローズアップ発達障害」治療のアプローチ―流れと考え方	小児科内科	44(5)	735-738	2012
齊藤万比古	青年期におけるメンタルヘルスへの取り組み　第12回「青年期のメンタルヘルス」	保健の科学	54(7)	479-483	2012
齊藤万比古	第52回日本児童青年精神医学会教育講演 子どものパーソナリティ発達の障害	児童青年精神医学とその近接領域	53(4)	409-421	2012
齊藤万比古	子どもの心の臨床，過去，現在，そしてこれから	小児の精神と神経	52(4)	293-303	2012
齊藤万比古	子どもの精神療法におけるCBTの位置づけ	子どものこころと脳の発達	3(2)	96-102	2012
齊藤万比古	おとなのADHD臨床 I おとなのADHDの診断	精神科治療学	28(2)	139-145	2013
Ota T, Iida J, Sawada M, Suehiro Y, Kishimoto N, Tanaka S, Nagauchi K, Nakanishi Y, Yamamuro K, Negoro H, Iwasaka H, Sadamatsu M, Kishimoto T	Comparison of pervasive developmental disorder and schizophrenia by the Japanese version of the National Adult Reading Test	International Journal of Psychiatry in Clinical Practice			2012
太田豊作,飯田順三	私の発達障害臨床における家族面接	精神科	21(3)	331-334	2012
太田豊作,飯田順三	大人の発達障害 併存障害への対症療法、発達障害でない患者との相違点	治療	94(8)	1398-1402	2012
岸本直子，根來秀樹，澤田将幸，紀本創兵，太田豊作，定松美幸，飯田順三，岸本年史	アスペルガー症候群の青年の自己意識－文章完成法を中心に－	青年心理学研究	24(1)	5-14	2012
金生由紀子	チック障害	小児科	53(5)	559-565	2012
金生由紀子	前編 未成年者における向精神薬の使用状況	心の健康ニュース	385	2-3	2012
金生由紀子	後編 大人が正しい知識を持つことの必要性	心の健康ニュース	386	2-3	2012
金生由紀子	トゥレット症候群に対する治療について	発達が気になる子の子育て支援情報誌	4	6-10	2012
金生由紀子	発達障害	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	84(12)	939-943	2012
松田なつみ、金生由紀子	トゥレット症候群の支援と治療	最新精神医学			印刷中
亀岡智美	子どものトラウマ	日本保健医療行動科学会年報	27	85-89	2012
亀岡智美,齋藤　梓,野坂祐子,岩切昌宏,湍野揚三,田中　究,元村直靖,飛鳥井　望	トラウマ焦点化認知行動療法（TF-CBT）～わが国での実施可能性についての検討～	児童青年精神医学とその近接領域			印刷中
亀岡智美	子どものトラウマへの認知行動療法	こころの科学	165	85-89	2012
亀岡智美、	被災した子どもたちへのこころのケア～中長期的な視点から～	保育界	458	38-39	2012
亀岡智美	子どものトラウマとアセスメント	トラウマティック・ストレス	10(2)		印刷中
齊藤卓弥	気分障害に対する薬の知識	教育と医学	60(10)	78-885	2012
成重竜一郎，川島義高，齊藤卓弥，大久保善朗	児童・青年期の自殺未遂者の原因・動機に関する検討	児童青年精神医学とその近接領域	53(1)	46-53	2012
成重竜一郎，川島義高，大高靖史，齊藤卓弥，大久保善朗	東日本大震災後における自殺未遂者の特徴	臨床精神医学	41(9)	1255-1261	2012

Kawashima Y, Ito T, Narishige R, Saito I, Okubo Y	The Characteristics of Serious Suicide Attempters in Japanese Adolescents - Comparison Study between Adolescents and Adults-	BMC Psychiatry	12: 191	doi:10.1186/1471-244X-12-191	2012
齊藤卓弥	米国多発テロ事件に外傷後ストレス障害を発症した児童症例	児童青年精神医学とその近接領域	53(2)	118-127	2012
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、齊藤万比古	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～	児童青年精神医学とその近接領域			印刷中
新井　卓、藤田純一	現在の児童精神科臨床における標準的診療指針を目指して ～子どもの統合失調症を中心とする精神病性障害～	児童青年精神医学とその近接領域			印刷中
渡部京太	不登校にみる最近の子どもたち	精神療法	38(2)	172-178	2012
桝屋二郎	最近の反社会的な青少年たち	精神療法	38(2)	187-194	2012
岡田俊	児童・思春期のうつ病と行動上の問題	分子精神医学	12(3)	233-235	2012
岡田俊	ADHDの神経心理学とテーラーメイド治療	臨床精神医学	15(6)	911-915	2012
岡田俊	発達障害に対する薬物療法の意義と留意点	PharmaMedica	30(4)	41-43	2012

Ⅴ．　研究成果の別刷

精神療法

第38巻　第2号　別刷
2012年4月　通巻第189号

不登校にみる最近の子どもたち

渡　部　京　太

Ψ 金剛出版
TOKYO

特集　現代思春期・青年期論 2012

不登校にみる最近の子どもたち

渡部京太*

はじめに

2011年3月11日に東北地方を中心に大きな地震と津波が襲った。この地震と津波は，なんとなく大丈夫かなと思いながら見ることや考えることを避けていて，安全と思いこもうとしていたことが実は全然安全ではなかったことを私たちに強烈に感じさせたのではないかと思う。

安全感が破壊された衝撃，見ることや考えることを避けてきたり，議論することを先延ばしにしてきた罪悪感はいかばかりのものであろうか？　筆者は東日本大震災の支援活動に参加した。その活動を集団精神療法のスーパーバイザーに報告したところ，「津波の被害の跡は，終戦の頃の日本のようだね。あの頃は，知り合いが顔をあわせると，『○さんは生きていた』『□さんは亡くなった』という話しをしていた。被災地では，そういう会話が5年，いやもっと長く続くのかもしれない」という話しをされた。大東亜戦争が終戦した時には，まだ「国破れて山河あり」と言えたかもしれない。今回の震災は，地震や津波による被害だけではなく，放射能によって山や水を穢したという意味で未曾有といえるのだろう。もはや自然にも頼ることができない状況といえるのかもしれない。このような絶望感にとらわれてしまい思考停止になってしまわずに，なんとか知恵をしぼって状況を打開していくタフさが必要なのだろうと思う。

しかし東日本大震災だけではなく，経済状況の悪化，就職難などこれからの社会を担う子どもには将来への希望や展望を持ちにくくなってきているといえるだろう。そしてこのような状況は，子どもにひきこもりへの親和性を高めていくのかもしれない。

本稿では，統計が示す不登校・ひきこもりについてふれ，児童精神科病棟のコミュニティ・ミーティングを通して入院治療を受けている不登校の子どもの変化をみてみたいと思う。

I　統計が示す不登校・ひきこもり

1．文部科学省による不登校発生率の年次経過

図1は，不登校発生率の年次経過についての文部科学省による公表統計を示したものである。1991年以来一貫して中学生が小学生の約10倍多い発生率を示しており，最近では中学生の3%弱，小学生0.3%強という水準で推移している。1991年以来増え続けた不登校が2001年頃からひとまず右肩上がりの増加を止め，平坦な平衡状態を続けていることがグラフから見てとれる。

一方，20歳代以降の現象と思われていたひきこもりについては，わが国でも取り組んだ国際精神保健調査（WMH-J）の結果として，ひきこもりの瞬間有病率が全世帯数の0.5%であることが報告された（Koyama et al, 2010）。不登校とひきこもりを同一の現象の年代による呼称の相違ととらえ，それぞれの発生率を並べて比較すると，小学生（児童期）では0.3%強，中学生を中心とする前思春期では3%弱，そして思春期後期から成人期にかけてでは0.5%と

School Refusal as a Contemporary Issue of Mental Health in Japanese Children and Adolescents

*国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科，Kyota Watanabe : Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine

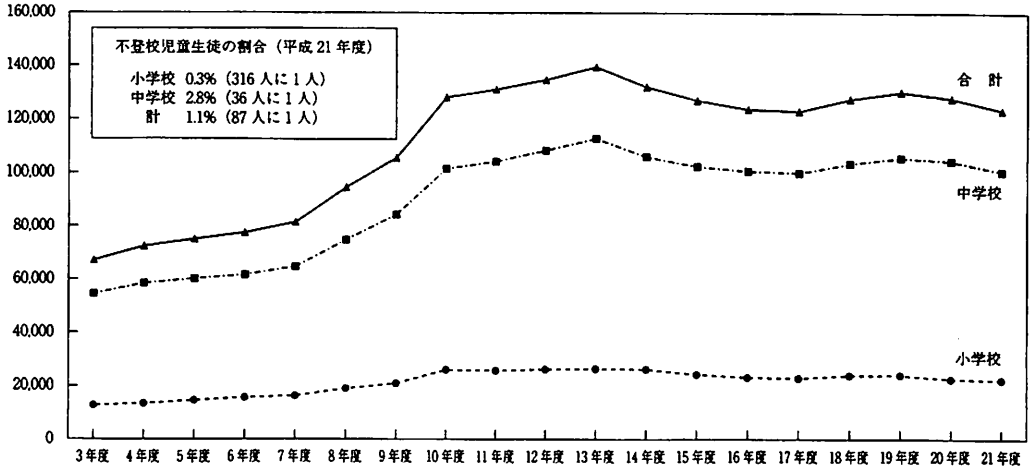


図1　不登校児童生徒数の推移（文部科学省の公表統計）

なった。この結果から，不登校・ひきこもりの年齢による発生率の変化は思春期の前半期を頂点とする単峰性の曲線であることが推測できる。これらのことから，齊藤（2011）は前思春期の発達課題をめぐる葛藤が不登校の子どもにとって中心的で優勢な心性と考えられるとしている。

2010年に発表された『ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン』では，不登校・ひきこもりの治療・支援の本質はひきこもり状態と社会生活との橋渡し機能の提供であることが基本姿勢となっている。不登校の支援は，不登校の背景にある精神障害の特異的治療とは別に，第二の個体化の挫折そのものへの支援を必要としている（齊藤，2010）。それは，同年代の仲間集団のなかでもまれるような体験を持てるかということにかかっているかもしれない。

近頃不登校の子どもの診療にあたっていて感じることは，学校に行かなければならないという切迫感や葛藤を強く訴える子どもが少なくなっているような印象――もちろん，不登校の子どものこころの奥底には学校に行かなくてはいけないという切迫感や葛藤はあるのだと思うのだが――がある。また，生地（1996）は「子どもの甘えたい気持ちやすねた気持ちへの感受性がない，あるいは兄弟葛藤について姑や自分の母親から学ぶ機会がない母親が増えてきているのではないか」と指摘したが，現在でもこのふたつの事態はどんどんと深刻化していると思われる。また，近年では児童青年精神医学の領域では広汎性発達障害（PDD）や注意欠如・多動性障害（ADHD）といった“発達障害”が注目され，そしてしばらくは“トラウマ”が席巻するかもしれない。「空気が読めない」「場面を読めない」という行動，すなわち非言語的なコミュニケーションを用いることが困難なこと，字義通りに他者の言葉を理解してしまうことのために集団のなかで不適応となったことでPDDの診断を考慮するということには慎重でなければならないだろう。「空気が読めない」ということは大人であっても感情のすりあわせがうまくできなくなってきていることと関係しているのかもしれないし，ましてや「空気が読みにくくなっている」大人に養育された子どもであれば「空気が読めない」というようになることは当然のことといえるかもしれない。また，「空気が読めない」という背景には，見ることや考えることを避けて，深く考えないという心性とも関係があるのかもしれない。このように考えると，「空気が読めない」ということは一種の現代の文明病といえるのかもしれない。

2．国府台病院児童精神科病棟における不登校に関する統計

まず国府台病院児童精神科の治療構造についてふれるが，①小中学生を対象とした45床の

表1 国府台病院児童精神科病棟の入院統計

	PDD	ADHD	1年間の入院者数	不登校	虐待が関与
2002年	9 (6, 3)	2 (2, 0)	65 (23, 42)	55 (18, 37)	10
2003年	9 (8, 1)	7 (4, 3)	61 (23, 38)	51 (18, 33)	16
2004年	8 (6, 2)	5 (5, 0)	48 (23, 25)	32 (14, 18)	15
2005年	10 (7, 3)	7 (3, 4)	76 (28, 48)	56 (24, 32)	12
2006年	16 (10, 6)	8 (8, 0)	66 (38, 28)	53 (32, 21)	15
2007年	19 (14, 5)	7 (6, 1)	66 (37, 29)	43 (14, 29)	11
2008年	24 (18, 6)	5 (4, 1)	85 (41, 44)	63 (33, 30)	12
2009年	28 (22, 6)	8 (7, 1)	117 (66, 51)	96 (57, 39)	20
2010年	24 (18, 6)	10 (9, 1)	116 (59, 57)	90 (51, 39)	21

かっこ内の数値は（男児数，女児数）を示している。

児童精神科病棟（開放病棟）がある，②13室の個室（保護室ではない）で隔離，身体拘束といった行動制限を行うことがある，③病院内小・中学校が併設されており，病院内学級と連携して年単位の長期の入院を行うこともある，④同世代の仲間集団に参加を目的として集団精神療法的アプローチが活発に行われているといった特徴があげられる。

当科で入院治療を行った子どもの動向をみてみたいと思う（表1）。この3年間の傾向として，1年間の入院者数は増加し100名を超えるようになったこと，PDDやADHDといった高機能発達障害の子どもが1年間の入院患者の約30%を占めるようになってきたこと，不登校を主訴とした子どもは約75%，不適切な養育や虐待が関与していた子どもは15～20%であったことがみえてくる。家庭の養育機能が低かったり，前思春期に発症し不登校が数年に及んでいる子どもが病棟の大多数といえるだろう。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。ところが新規外来患者の受診は増え続け，入院治療が必要な子ども増え続けており，病床の回転を早くする必要がでてきているため，入院期間が短縮化し，仲間集団が成熟しにくくなっていることにつながっていると思われる。加えて，軽度発達障害の子どもの入院が増えてくると，彼らの衝動性やコミュニケーションの問題のために仲間集団からはじき出され孤立していくことも多く，このことも仲間集団の形成が進まないことに関わっているだろう。児童精神科病棟では，週1回のコミュニティ・ミーティング（病棟ミーティングと称している）を行っているが，このミーティングを通して病棟に入院している子どもの変化を述べてみたい。

II 入院治療を受けている子どもの変化 ——病棟ミーティングを通して

病棟ミーティングは週1度，1回45分で病棟のデイホールで行っており，45分のうち40分はテーマを特に定めず自由連想的な方式で進め，残り5分は病棟からの連絡事項を伝えるという構造である。入院している参加可能な患者（基本的に自由参加），治療スタッフとしてコンダクターは筆者，心理士2名，児童精神科医師2～3名，当日出勤している看護スタッフ1～2名である。病棟ミーティング終了後に，参加スタッフで15分のレビューを行っている。レビューの時には，その日のミーティングの雰囲気を短い言葉でまとめ，タイトルをつけるようにしている。表2はレビューで話し合ったミーティングの雰囲気や話題にあがったことをまとめたものであるが，これに沿ってミーティングの1年間をふりかえってみる。

春から夏にかけての「ざわざわ」した雰囲気は，新たに4月から入院してきた（新入院組）が病棟に参入することによって生じる緊張感（「継続入院組」vs「新入院組」）と新入院組に

表2 病棟ミーティングの1年間の経過

	ミーティングの雰囲気と話題にあがったこと
4月	「ざわざわ」
5月	「ざわざわ」「盗み」「いじめ／グループ間抗争」
6月	「ざわざわ」「盗み」「いじめ／グループ間抗争」
7月	「男子はグランドでスポーツ」→問題があると参加。
8月	「夏休み後半はシーンとした雰囲気」
9月	「ざわざわ」
10月	バレーボール大会，サッカー大会の話し。中学3年生がリーダシップを発揮するようになる。
11月	「コンダクターの白髪抜き」が始まる。
12月	「受験」vs「受験にのりきれないグループ」
1月	「ざわざわ」「緊張感」
2月	「緊張感」
3月	「せわしなく」卒業式を迎える。少し「しんみり」

とっては仲間集団における葛藤と再び向きあうことによって高まる緊張感から生じてくるものと考えられる。不登校の子どもにとって同性仲間集団との再会は，男子はギャングへの退行を，女子には「二人組」への執着を生じさせ，かつての葛藤と直面させることになる。このギャングの集団性を通じた不安の軽減と迫力の獲得を経て，チャム的な親友の獲得，ピア的な議論の喜びへと続く仲間集団の質的成長に助けられて子どもの自我は成長していく。しかし，自然発生的な仲間集団はいじめを発生させたり，過剰な大人への反抗，容認しがたい行動化を刺激するという側面をかならず持っている。入院治療における仲間集団は，学校に比べ相対的に多数存在する大人（治療スタッフ）による介入が必要な局面を通過して，互いの成長を支えあえるような機能を持った集団へと成熟していくことで，そのプロセスが治療的なものとなると考え，病棟運営にあたっている。この時期の病棟ミーティングでのコンダクターを含むスタッフの対応は，病棟のルールを確認すること，子どもの間での「病棟で○○する行動はいいけど，□□する行動はまずい」というやりとりを明確化していくことといった病棟生活でのさまざまな制限をめぐるやりとりを広げていく。

夏休み後半の「シーンとした」雰囲気や「ざわざわ」した雰囲気は，夏休み終了後に入院してくる新入院組が参入することによって生じる緊張感に加えて，二学期が始まること，卒業が近づいてくることによって高まってくる緊張感と考えられる。この時期のスタッフの対応は，上級生（主に中学3年）の活動性を見守り，大人への挑戦や反抗を受けとめ必要に応じて押し戻すこと，ミーティングの雰囲気と病棟で起こっていることを結びつけるような介入を行う。秋になると，地域のバレーボール大会に参加するためのチームを構成する話しで中学3年がリーダーシップを発揮するようになる。この時期には子ども対大人のサッカー大会が企画され，子どものもりあがりは最高潮に達する。サッカー大会が終わった頃のミーティングでは，中学3年がコンダクターの周囲に集まり，「大人は苦労しているんだな」と話しながら“コンダクターの白髪抜き”をするようになり，大人との距離が近づいてくる。

冬の「ざわざわ」した雰囲気や「緊張感」は進路を決定する時期になったこと，卒業，そして病棟を退院し家庭や新しい環境の中での生活を始めることが近づいてくる緊張感によって生じてくるものと考えられる。この時期のスタッフの対応は，中学3年には1年間病棟生活をふり返ってもらったり，子ども同士や子どもとスタッフの関係をふり返ってもらうような話題をとりあげていくこと，さらに次年度を引き継いでいく下級生の活動性を中学3年とともに見守るということである。また，この時期は中学3年の大人に関する発言が増えるが，「俺の主治医はわかっていない」など，どことなく大人に“甘える”ような態度がみられるようになる。受験，発表，そして「せわしなく」卒業式を迎え，ミーティングでは少し「しんみり」した雰囲気が漂う。

病棟ミーティングを行ってきて感じる子どもの変化のひとつは，リーダーシップを発揮し大人（治療スタッフ）に対決を挑むような迫力を持った子どもが減ってきていること，言いかえると素直，従順にみえる子どもが増えたと言え

るかもしれない。また，子どもは大人との交渉のやり方をほとんど知らず，大人から何か言われると「どうせ自分のことをわかってくれない」とすねたりしないで，むしろ「何を言っても無駄」と初めから期待はしないというように大人に頼ってこなくなってきていると感じるのである。Bradley（1998）は，思春期の子どもとの治療で生じてくる混乱の多くは，誰が権威者であるのか，ということに関する再交渉にかかわることと述べている。そして治療に関わる大人は自分達が権威者に見られることを望んではいないけれども，その影響力，存在ゆえに威嚇する存在とみなされ，そのような不平等な関係の中ではコミュニケーションは困難となる。大人がルールを課せば抑圧的だと感じられてしまうし，ルールを課さなければ子どもには気にかけられていないと感じられてしまう，という立場に置かれ，境界を設け続けながらも，その境界について評価を下すことを許容するような対話を維持することの重要性が指摘されている。最近では，子どもとこのようなやりとりができなくなってきているのは，さみしい気持ちになる。

最近の病棟の様子についてふれる。病棟の消灯は21時であるが，大人は入院している子どもが迷惑をかけなければ，21時以降もホールで話しをすることを認めていた。X年の夏に，上級生が下級生をいじめたり，消灯後もホールで大騒ぎし大人が注意しても改善が認められないため，消灯時間を21時とした。子どもは反発することもなかったし，これまでにはあった大人と消灯時間をめぐって交渉をすることもなかった。ミーティングで消灯時間の問題を取りあげても，中学3年は大人との交渉を始めなかった。筆者は，これまであった「児童精神科病棟の文化」が継続されていかなのではないかという危機感を感じた。長期に入院していた下級生は，リーダーシップを発揮しない中学3年男児をあきれて，中学3年を軽んじる態度が目立つようになった。中学3年男児はあまりに自分達のリーダーシップのなさに危機感を感じたのか，X年冬から週に1回中学3年が自主的に集まってミーティングを始めた。そのミーティングで中学3年がどのように病棟をまとめていくのかという方針を決めたようだった。そして下級生を交えて中学生ミーティングが行われたが，そこでは「どうして下級生は中学3年を尊敬しないのか？」と下級生を責めることに終始した。止むを得ず，次のミーティングには大人も参加することになった。大人の力も借りながら，ミーティングでは，病棟のルールを守った上で，消灯時間延長を交渉していこうということが話し合われ，中学3年の卒業が間近に迫った3月に「消灯時間延長のお願い」を病棟師長に提出した。ところが，東日本大震災が起こり，「消灯時間延長のお願い」はあっけなく流されてしまったのである。中学生ミーティングの中心メンバーでもあり，さんざんルール違反をして謹慎外泊の常連だったA君（気分変調症，ネグレクト，不登校）は，退院後順調に高校に通学していた。X＋1年12月の2学期最後の面接で，「病棟にいる後輩達がどう過ごしているかわからないけど，ひとつ心残りなのは病棟の消灯時間を延長できなかったことかな。後輩達が消灯時間の延長を言い出したら，かなえてあげてほしいな」としみじみ語った。

同時期の病棟ミーティングでは，B君を中心に次のようなやりとりがあった。

B君：「冬休みは関西へ行くけど，おみやげは何がいい？」
コンダクター：「関西へ行って芸人になるの？」
B君：「違うよ。家族がみんな関西に集まるから」
コンダクター：「正月の帰省だね」
B君：「俺はここで生まれて，ここで育ったんだけどね」
コンダクター：「ほんとにここで生まれたの？」
B君：「母さん，父さん，姉さんは関西で生まれて，その後ここに来て俺が生まれた。俺の場合はここで生まれて，ここで育った」

B君は，ADHD，反抗挑戦性障害，うつ状態のために入院治療を開始して3年近くがたっていた。母親はB君をかわいがっていたが，姉

が中学受験をめざすようになってからは姉に入れこむようになり，B君は母親に反抗するようになり，母親は激しくB君を叱責するようになった。B君は姉に当たり散らし，母親はB君を叱責するという悪循環が繰り返された。その母親が悪性腫瘍のために衰弱して亡くなり，B君は抑うつ的になり，姉への暴力，不登校，「死にたい」と言い大量服薬といった自暴自棄の行動を繰り返し入院になったのだった。B君は冬休みの過ごし方を語り始めたのであるが，ミーティングでは話題にあがることが少ない親，特に母親について，B君にとっては葛藤の中心である母親のことをあっさりと話したのは驚きだった。B君が「ここで生まれた」と発言したが，参加しているメンバーは特にB君の発言に違和感はなく，おそらくB君がこの病棟で成長したことを認めているのだろうと思った。A君，B君ともに不適切な養育が関与している状態といえるだろう。

A君やB君が病棟で育て直されたというと簡単であるが，入院してきた子どもに治療チームが心がけていることは，①持続的な外傷体験によって形成された病的で自己破壊的なパーソナリティ部分から成長しようとし生きていこうとするパーソナリティ部分を守り育てること，すなわち安心できる暖かみのある環境を提供し，子どもの中にすでにある健康な部分ややさしい部分を育てること，②一貫性のある大人が持続的に関わり，養育の不十分さのために学習していないこと，たとえば家族，社会，生き物，世界についての現実的な知識の獲得を援助すること。③子どもの心の動きを無意識も含めてある程度理解できる精神科医が構造化された精神療法を提供したり，必要な限界設定や薬物療法を行うこと。そして精神療法では，自己破壊的なパーソナリティ部分の存在を明らかにし，そのパーソナリティ部分に屈することなく，成長し生き続けることを願っている子どもの健康的なパーソナリティ部分に語りかけること，ということである（生地・他，1997）。

筆者はA君，B君の発言を聞いて，確かに入院生活を通して成長したと感じた。そしてもう一度病棟の子ども，いや子どもの集団が持っている力を信じてみようと思い，スタッフと話し合い，X＋2年1月から23時まで消灯時間を延長することにした。ミーティングで消灯時間の延長を伝え，「厳しい大人，大目にみてくれる大人，いろいろいるからうまくやりなさい」と付け加えた。中学3年の男児達は「21時消灯を守るためにしっかりやろう」と下級生に伝え，ルール違反は起こっていないようである。

Ⅲ　おわりに

義務教育機関に生じた不登校は，学校，教育相談機関といった相談窓口も多いが，義務教育終了とともに相談窓口が多くなり，一旦は進学先を決めたとしても行き場を失った子どもを多く生み出すかもしれない。10歳代のもっとも変化しやすい時代を社会的な支援を知らずに絶望して過ごさせること，すなわち不登校の問題解決を先延ばしにすることは子どものこころの健康に大きな影響を与えることになるだろう。東日本大震災の後，人と人との“絆”が見直されて，社会全体が次の世代をはぐくむことが少しずつではあるが見直されてきている気がする。子どもを支援する時には，『幼児期には基本的な生活技能，対人的なコミュニケーションや遊びの能力を身につけ，学童期は社会で生きるために必要な最低限の知識や技術を身につけ，青年期は養育する大人や教師から徐々に離れて自分独自の対人関係を広げ，社会の中で自分の役割の方向を見いだし，ともに生きていく異性のパートナーとの出会いを求める時期である』という常識的な発達論に準拠して考えていくと，子どもにどのような支援を提供すればよいかというヒントを与えてくれると思う。子どもの要求をすべて受け入れれば解決するものでもなく，必要なものを提供することがなによりも重要となる。子どもの問題の背後にある甘えたい気持ちやすねる気持ちを理解する感受性を高め，それぞれの子どもの感じ方や考え方のプロセスを丁寧に聞いて理解し，子どもと向き合っていくことが大切なのではないかと思う（渡部，2011）。

文 献

Bradley J（鈴木龍監訳，李振雨・田中理香訳）(1998) 対決，懐柔，それともコミュニケーション？ 思春期を生きぬく―思春期危機の臨床実践，pp.70-84．岩崎学術出版社．

Koyama A, Miyake Y & Kawakami N et al (2010) Lifetime prevalence, psychiatric comobidity and demographic correlates of "Hikikomori" in a community population in Japan. Psychiatry res 176 ; 69-74.

生地新（1996）解題2―自己批判能力の向上のためのコメント集．（齊藤万比古・生地新責任編集）不登校と適応障害．岩崎学術出版社．

生地新・森岡由起子・灘岡碌英（1997）子どもの神経症の診断と治療計画について―力動精神医学の立場から．児童青年精神医学と近接領域 38 ; 128-135.

齊藤万比古（研究代表者）(2010) 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」平成19-21年度総合研究報告書（http://www.ncgmkohnodai.go.jp/pdf/jidouseishin/22ncgm_hikikomori.pdf）

齊藤万比古（2011）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.

渡部京太（2011）思春期に事例化することの多い病態とその治療．こころの臨床 a·la·carte 30 (2) ; 249-254.

■お知らせ

第20回日本精神科救急学会学術総会 開催のお知らせ

テーマ：精神科救急と社会に生きる
大会長：岸本年史（奈良県立医科大学精神医学講座）
会 期：2012年10月27日（土）・28日（日）
会 場：奈良県新公会堂
〒630-8212 奈良県奈良市春日野町101／TEL：0742-27-2630
プログラム（予定）：大会長講演，理事長講演，教育研修コース，シンポジウム，急性期入院治療研究部会，一般演題，ランチョンセミナー，市民公開講座
大会事務委員：橋本和典（奈良県立医科大学精神医学講座）／小坂 淳（堺市こころの健康センター）

[演題募集要項]
演題募集期間：2012年4月2日（月）～5月31日（木）
登録方法：第20回日本精神科救急学会学術総会ホームページ（http://www.c-linkage.co.jp/jaep2012/）よりご応募ください。
詳細は大会ホームページをご覧ください。
発表方法：口演

多数の皆様のご参加をお待ち申し上げます。

[問合せ先]
運営事務局：株式会社コンベンションリンケージ内
〒604-8162 京都府京都市中京区烏丸通六角下ル七観音町634
TEL：075-231-6357／FAX：075-231-6354
Email：jaep2012@c-linkage.co.jp
HP：http://www.c-linkage.co.jp/jaep2012/

最新精神医学　第18巻 第1号（通巻第99号）2013年1月25日

トゥレット症候群の支援と治療

松田なつみ，金生由紀子

株式会社　世論時報社

トゥレット症候群の支援と治療

松田なつみ[1-3]，金生由紀子[2-4]

Key words

tourette syndrome, tic, management, treatment, semi-voluntary

はじめに

トゥレット症候群（Tourette Syndrome: 以下TS）とは，1つ以上の音声チックと多彩な運動チックが1年以上続く，児童期発症の慢性チック障害であり，その有病率は人口の0.4-0.6％であり，決して稀ではない[1]。症状の重症度には幅があるものの，TSにおけるチックが生活の質に影響する場合があることが指摘されているため[2]，援助が必要である。本編では対応の前提となるTSの性質及びTSの生物学的な理解について説明した後，全体的な治療の枠組み，チックの総合的な評価，代表的な治療法である薬物療法，行動療法について解説し，最後に深部脳刺激について紹介する。

1．治療及び対応の前提となるトゥレット症候群の性質

チックの症状は多様であり，同じトゥレット症候群という診断でも症状が比較的重症な場合から軽症な場合まで様々である。チックは運動チックと音声チックに分けられ，それぞれが素早い典型的な単純チック（まばたき・咳払い等）と，ややゆっくりで目的があるように見える複雑性チック（顔しかめ，何かを叩く・単語や句の繰り返し等）に分けられる[3]。

TSの典型的な経過では，まばたきや鼻をピクピク動かすといった単純運動チックが4-6歳で発症する。1,2年後に音声チックが発症し，年齢が上がると共に複雑なチックが増え，10-12歳でチックが最も重症な時を迎える。成人すると3分の1以上でチックが消失し，半数弱が軽度のチックとなる[1]。このように長期的には症状は漸減していくが，チック症状には短期的・中期的な波があり，数週間から数ヵ月の期間で症状が悪化したり，症状が出る身体部位や症状のパターン，複雑さが変化したりするという，中期的な症状の波がある[4]。さらに，このような中・長期的な変動の他，1日の中でもチック症状が変動することは多く，ストレスや不安，苛立ちのような心理的な状態や，他者の存在やチックに関する会話等の環境要因によってチックが悪化するという性質を持つ[5]。

TSには，注意欠如／多動性障害（Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ADHD）や強迫性障害などの併発症を伴うことが多く，60-70％のTSがADHDを併発し，50％が強迫症状を有するという知見もある[6]。TSを有する子どもの

MATSUDA Naomi, KANO Yukiko: Treatment and support for Tourette Syndrome
1）東京大学大学院教育学研究科 臨床心理学コース：〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
2）東京大学医学部附属病院 こころの発達診療部　3）日本学術振興会
4）東京大学大学院医学系研究科 こころの発達医学分野

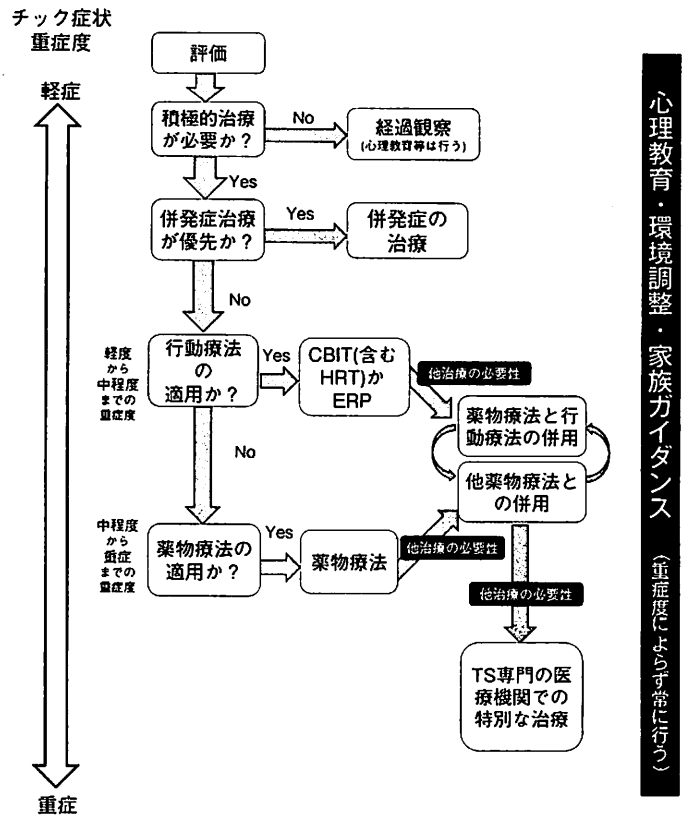


図1 トゥレット症候群の治療決定図
(European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorder の治療決定図より一部改変 文献14, p184の改変)

QOLの低下にはチック自体の重症度の他，併発症による影響も大きく，中にはチック自体よりも併発症の有無が生活の質に影響するという報告もある[7]。そのため場合によってはチック自体の治療よりも，併発症の治療を優先した方がよい場合もある。

2. TSの生物学的・行動科学的理解と対応する治療

チックには，むずむずする感じや圧迫感のような内的な感覚が先行することがあり，この感覚は前駆衝動(Premonitory Urge)と呼ばれる[8]。成人のTSでは90%以上が前駆衝動を有することが報告されている[9-10]。前駆衝動が注目されるにつれ，チックは完全に不随意な行動ではなく，不随意な前駆衝動を解消するために行うある程度自発的な行動として本人に捉えられることが分かってきた[9]。さらに，短時間であればチックを抑制できることもあるが[11]，チックをすると前駆衝動が解消される一方で，チックの抑制後に前駆衝動が増加するように捉えられることも分かっている[10]。

TSの病態は未だ完全には解明されていないが，感覚運動野を含む複数の並行した皮質線条体回路の構造・機能における異常が指摘されている[12]。Leckmanらは，TSの脳科学研究の広範なレビューからTSの前駆衝動と半随意性に対応する脳基盤の仮説を提示している[13]。以下，TSの治療を脳基盤の仮説に基づいて理解するため，Leckmanらの仮説を簡略化して説明する。TSを特徴づける前駆衝動は線条体及び視床皮質

回路におけるオシレーションの異常 (misguided brain oscillations) によって生じる。このオシレーションの異常によって生じる，不随意な前駆衝動を抑制しようと頻繁に努力することで前頭葉領域が頻回に賦活され，補償能力が発達する[13]。このように仮定すると，TSにおける皮質-線条体-視床-皮質回路（Cortico-Striato-Thalamo-Cortical Circuit; CSTC回路）の異常[12]とは，単純化すると，主に前駆衝動の発生と関連する線条体-視床領域と，主に前駆衝動への注目や抑制と関連する皮質領域が相互に複雑に関連し合った回路と考えることができる。

この仮説を用いると，線条体-視床回路のオシレーションの異常による前駆衝動自体への治療として，線条体-視床回路における神経伝達物質の異常を調整する薬物療法や線条体及び視床への脳深部刺激が理解される。さらに前駆衝動を意識し，統制する前頭葉の能力を促進させるという観点から行動療法が効果を持つと考えられる。

3. 治療及び対応の全体像

チック障害の治療の基本は，家族ガイダンスや心理教育及び環境調節であり，重症度に関わらず行われる[3]。その上で，それぞれの問題となる症状や年齢，本人の認識や困り感，社会的状況など様々な要因の評価を行い，経過観察，薬物療法，併発症の治療，行動療法，その他の専門的治療及びそれらの援助の併用等が行われる。図1にヨーロッパのクリニカルガイドラインにおける，治療方針の意思決定のモデル図を修正して記載した[14]。

図1のモデル図によると，チック症状が軽度で，生活への支障が少なく，積極的治療が必要でない場合，チックの心理教育や家族ガイダンス・環境調整の後に経過観察を行う。チック症状は軽度であるが，併発症の方が生活に支障をきたしている場合，併発症状の治療を優先して行う。チック症状は軽度から中程度[15]であり，チックによる生活への支障を経験し，本人及び保護者がチックへの対処法の獲得を望み，本人の年齢や精神的発達が行動療法に適当と判断される時は，行動療法の導入が検討される。また，チック症状が中程度から重症で本人にとって苦痛となる場合や併発症を伴う場合，薬物療法が検討される[15]。薬物療法の導入の際は，標的がチック症状なのか併発症なのか，薬効が副作用を上回るか等，慎重に考慮して決定する。さらに，チック症状が継続的に重症であり生活上の支障が大きく，行動療法及び薬物療法を十分に試しても効果が少なく，本人の年齢からして今後自然に軽快する見込みが少ない時に，脳深部刺激などの治療法が検討されることがある[16]。以下，図1に記載されている「評価」，「心理教育及び環境調整」「薬物療法」，「行動療法」，その他の専門的治療の1つである「脳深部刺激」について，順に説明する。

4. 総合的な評価

金生は，症状の重症度と本人及び周囲の認識や対処能力を総合的に評価した上で，心理教育や環境調整の方法や治療方針を決定していくことの重要性を指摘した[3]。以下，順に説明する。

①症状の重症度評価

症状の重症度評価においてはチック自体の重症度だけでなく，チックによる自己評価や社会適応への悪影響の程度及び併発症状の重症度を総合的に評価する必要がある[3]。半構造化面接によるチックの症状評価方法であるThe Yale Global Tic Severity Scaleでは，チック自体の症状を音声チックと運動チックに分け各々でチックの数，頻度，強さ，複雑さ，行動への支障を各5点で評価し，チック症状の重症度を最大50点で算出する。さらにチックによって生じる社会的な障害を最大50点で別途評価し，チック症状の重症度との合計で全体的な重症度を算出する[17]。

表1 チックへの主要な薬物療法

薬剤名	治療の適応	副作用	投与開始量 (mg)	変化許容量 (mg)	有効性*1
定型抗精神病薬					
ハロペリドール	チック(中等度から重度)	錐体外路症状・鎮静・食欲増加・認知機能への影響	0.25–0.5	0.25–15.0	A
ピモジド	チック(中等度から重度)	錐体外路症状・鎮静・食欲増加・認知機能への影響	0.5–1.0	1.0–6.0	A
非定型抗精神病薬					
リスペリドン	チック(中等度から重度)	錐体外路症状・鎮静・食欲増加・起立性低血圧	0.25	0.25–6.0	A
オランザピン	チック・強迫症状	鎮静・食欲増加・アカシジア	2.5–5.0	2.5–20.0	B
アリピプラゾール	チック(中等度から重度)	鎮静・アカシジア・錐体外路症状・頭痛・食欲増加(他の抗精神病薬よりも軽度)・起立性低血圧	2.5	2.5–30	C
クエチアピン	チック	鎮静・食欲増加・興奮・起立性低血圧	100–150	100–600	C
ジプラシドン*1	チック	錐体外路症状, 鎮静	5.0–10.0	5.0–10.0	A
その他の神経遮断薬					
スルピリド	チック・強迫症状	睡眠障害・食欲増加・興奮	50–100 (2mg/kg)	2–10mg/kg	B
チアプリド	チック	鎮静・食欲増加	50–100 (2mg/kg)	2–10mg/kg	B
α_2ノルアドレナリン受容体作動薬					
クロニジン	チック(中等度)/ADHD	起立性低血圧・鎮静・眠気	0.05	0.1–0.3	A
グアンファシン*1	チック(中等度)/ADHD	起立性低血圧・鎮静・眠気	0.5–1.0	1.0–4.0	A

文献14)を改変。＊1：有効性は実証研究の蓄積の度合いを示す。Aは無作為比較試験が2つ以上。Bは無作為比較試験が1つ，Cは症例報告及びオープン研究。＊2：本稿提出時，日本では未承認。

②本人及び保護者の認識・本人の対処能力の評価

本人及び保護者がチックを過度に否定的に捉えていると，チックを無理におさえようとして疲れてしまうことや，本人の自責感につながってしまうことがある。さらに，著者らの近年の研究からTSを有する本人は，日常的に相当な頻度でチックの抑制を試みており，約3割の方がチックを抑制できる時間が1分以内と短く，抑制には辛さが伴うことが分かっている[18]。ここから，周囲が安易に本人に対してチックの抑制を求めるのは，控えるべきと考えられる。一方で，チックを長時間抑制できる方も存在[18]し，自己対処の成功が統制感の獲得やチックと上手く付き合える状態への移行に影響するという知見[19]もあり，本人が自発的に行っている自己対処は必ずしも制限されるべきものでもない。チックの長期的な経過における自己対処の意味に関する質的研究では，チックをある程度コントロールできるという主観的な統制感覚と完全にコントロールできないのは仕方ないという一種の諦念の相補的な獲得がチックと上手く付き合う状態につながることが示唆されている[19]。

5. 心理教育及び環境調整

上記のように本人や保護者のチックへの態度とチックへの自己対処は長期的な経過を考える上で重要であり，本人や保護者がTSについて過度に悲観したり，逆に非現実的な期待によって保護者が本人を追い込んだりしないように，チックの性質や経過についての正しい知識を伝える心理教育が必要である。また，心理教育ではその内容のみならず，治療者の態度も重要である。本人や家族から話を聞く時に，治療者が本人と家族に共感することで本人及び家族がチックを受け入れやすくなったり，治療者がチック

表2　チックの包括的行動療法の主な構成要素とその説明

	治療構成要素	理論的根拠	方法の補足および具体的内容
HRT	チック階層表作成	HRTでは一度に一つずつチックを治療する。そのため、どのチックから治療を行っていくべきか決めるためのチックの主観的苦痛度の階層表を作成する。通常、本人にとって最も苦痛の度合いが高いチックからHRTを始める。	本人の持つ全てのチックの名前とその操作的定義を列挙し、各チックの主観的な苦痛度を評価する。各チックの主観的な苦痛度の経時的変化を観察できるように表を作成する。
	アウェアネストレーニング	チックがいつ生じているか自分で気づけないとチックをコントロールできないので、チックや前駆衝動に自分で気づけるように練習を行う。	チック及び前駆衝動について本人に具体的に説明させ、共有する。その後、チックが出たら合図をして援助者に教えてもらう練習を行う。同じことを前駆衝動に対しても行う。
	拮抗反応の選択	対象となるチックと物理的に相容れない(その行動をしながら、対象チックを行えない)拮抗反応、もしくは対象チックよりも、より自然で、より楽な元のチックを修正した行動を拮抗反応として選択する。	拮抗反応の例):舌を出すチックに対して、舌を上前歯の後ろにつけ、口を閉めて、深呼吸する。首を上下に振るチックに対して、顎を胸につけるようにして深呼吸する。
	拮抗反応の形成	対象チックもしくは対象チックの前駆衝動に対して、拮抗反応を行い、そのチックが出せないようにする。	対象チックの前駆衝動に気づいたら、もしくは対象チックが出始めた直後に、拮抗反応を行う。前駆衝動がなくなるか、1分以上(どちらか長い方)、拮抗反応を行い続ける。
	機能分析	チックを悪化させるような先行状況、チック出現後に生じる結果でチックを悪化させるものを特定し、修正する。この修正により、チックの維持要因と悪化要因を取り除く。(機能分析はチックごとに行う)	先行状況の例):教室・テレビを見る・他の子に見られる不安 結果の例):両親がチックをやめるよう叱る・両親が心配して優しくする・チックが出ると宿題をしなくてすむ・チックが出ると他の子達が笑う
	リラクゼーション	チックを悪化させる内的な不安を減少させる。チックをすると筋肉に力が入り、疲れてしまうことがあるので、筋肉の緊張を緩和する。	呼吸法及び漸進的筋弛緩法

文献26)を参考に作成

を構えすぎずに取り扱う態度が本人や家族の対処モデルとなったりする[3]。具体的な心理教育の内容と方法については他紙に譲る[3,20]。

親の接し方や環境要因がトゥレット症候群の原因となるわけではないが，チックの出現は周囲の環境要因やストレス等によって個人内で大きく変動する[5]。チック症状の中には周囲を苛立たせるようなものもあり，周囲の人間がつい苛立ちをチックを有する本人にぶつけてしまったり，叱ってしまうことで症状が悪化してしまうことがある[21]。そのため，チックによって周囲の人間が感じるストレスや不快感を減らす試みも大切である[21]。ただし，帰宅するとほっとしてチックが悪化するという場合もあり，チックが悪化する環境が一概に避けるべきストレス因とは限らない。いずれにしても本人もしくは本人及び周囲の大人が，個人内のチックの波と波に関連する状況を把握し，体調管理も含めた環境調整を行うことが重要である。

6. 薬物療法

TSの神経伝達物質レベルの異常の研究では，ドーパミンとノルアドレナリンの異常を示唆する研究が多い。特に，黒質線条体におけるドーパミンの活動が過剰であるというドーパミン仮説は，抗精神病薬の治療効果や習慣形成の動物モデル等多様な研究によって支持されている[12]。表1はヨーロッパのガイドラインにおいてチック症状への有効性が示されている薬物療法のまとめであり，その中心は定型・非定型の抗精神病薬及び併発するADHD症状にも有効なα_2アドレナリン受容体作動薬である[14]。中程度から重度の比較的重症なチック症状には古くから実証性が確立されている抗精神病薬を，中程度の比較的軽症なチック症状には副作用が少ないα_2アドレナリン受容体作動薬をというような症状の程度と対応させて投薬が行われる場合もある[15]。

①チックに対する抗精神病薬治療

抗精神病薬はチック症状の軽減に対して，その効果が最も確実であり，有効性に関する実証研究の報告も多い[14,15,22]。しかし抗精神病薬は同時にその副作用の強さから，欧米・カナダ等の諸外国のガイドラインでは，リスクベネフィットをしっかり見極めてから使うなど，慎重な姿勢を勧める報告もある[14,15,22]。一方で，22名のヨーロッパの専門家の評定では，最初に使用すると評定されやすかったものはリスペリドンであり，次がクロニジン，アリピプラゾール，ピモジドと続き[14]，実際の場面では抗精神病薬が最もよく使われることが示唆される。日本でも，ある程度重症なチック症状への治療に最も頻繁に用いられるのは抗精神病薬である[20,23]。

② α_2 ノルアドレナリン受容体作動薬

クロニジンとグアンファシンはMcNaughtら[15]では，中程度のチックに対して最初に使われる薬と推奨されている。またPringsheimら[22]でも，治療効果が明らかに副作用のリスクを上回ると，自信を持って子どものTSに強く勧めることができるのはクロニジンとグアンファシンのみと，指摘されている。一方で，両者の実証的な研究の積み重ねは抗精神病薬と比較して少ないことも指摘されている[22]。

7. 行動療法

Cook & Blacherは，American Psychological Associationś Division 12 Task Forceに基づいて，チックに対する行動療法を整理し，エビデンスが確立された治療としてハビットリバーサルトレーニング（Habit Reversal Training: HRT）と暴露反応妨害法（Exposure and Response Prevention: ERP）を挙げている[24]。Verdellenらの2011年のレビュー論文でも治療効果が確立されたチックへの行動療法はHRTとERPであると指摘され，HRTは実証研究も多く，最もよく用いられる反面，ERPは1回当たりの時間がHRTの2倍かかる（2時間）もののより症状が重度なチックへの効果を期待できる[25]。HRTとERPは，前者が拮抗反応の学習，後者が前駆衝動への暴露とチックの抑制という一見異なるメカニズムを持っているが，両者で前駆衝動への馴化が共通しているという指摘もある[24]。本稿ではチック及び前駆衝動の行動理論モデルについて説明した後，HRTとERPについて解説する。

①チック及び前駆衝動の行動理論による理解

先述したように様々な環境要因によってチックは増減する[5]。環境要因がチックに与える影響には個人差があり，同じ環境でもチックが悪化する場合もあれば，逆にチックが減少する場合もある。行動理論ではこれらの先行する外的・内的な環境（刺激）及びチックの後に生じる反応（結果）によってチックという行動が強化，維持されていると考える。その中心となる条件づけが，“前駆衝動の緩和によるチック症状の強化”である。不快な前駆衝動はチックを行うことによって緩和されるので，チックという行動には前駆衝動の消失という機能が付加される。そのため，“前駆衝動が生じた時にチックを行う”行動は強化され，学習される。他にも，不安・退屈さがチックによって減少する，ある特定の活動（勉強等）がチックによって中断する等の機能により，チックが学習され，維持される可能性がある。さらに，チックに対する周囲の反応等，チック後の状況変化が行動を維持させる可能性もある。行動理論では，このようにチックの前駆衝動を含めたチックに先行する不快な刺激の“消失”（負の強化子の消失），もしくは，チック後に発生する刺激の“出現”（正の強化子の出現）によって，チックという行動が学習され，維持されている，と考える[26]。

②チックへの包括的行動療法（Comprehensive Behavioral Intervention of Tic Disorders: CBIT）とERPの理論的根拠

CBITとは，チックの行動理論モデルを利用した，HRTを含むチックに対する統合的な行動的介入方法である。CBITは，①親及び本人への心理教育，②リラクゼーション法，③機能分析，

そして④ハビットリバーサル法からなる[26]。②,③,④の主な内容を表2にまとめた。CBITでは,①～③によって前駆衝動以外のチックを維持・強化させている先行刺激もしくは結果（周囲の反応を含む）を修正することで，チックの維持要因を取り除き，その上でHRTを行う。

HRTは，前駆衝動への意識を高めるトレーニング（Awareness Training; AT）と，チックに対する拮抗反応（competence response）の形成という二つの段階から形成される[26]。行動理論では「前駆衝動→チック→前駆衝動の消失」というメカニズムによって，チックという行動が条件づけされていると考える。拮抗反応の形成の目的は，チックが生じそうな時に（もしくはチックが始まった直後に），チックと両立しない行動を行うことで，チックができないようにし，この負の強化の流れを断ち切ることである。つまり，「前駆衝動→拮抗反応→前駆衝動は消えずに残る」という形にして，前駆衝動の消失という負の強化子を与えないようにするのである。これは，「強迫観念→強迫行為→強迫観念の消失」という流れを「強迫観念→強迫行為の妨害→強迫観念が消えずに残る→強迫観念が下がっていく（強迫観念への馴化）」という流れに変えることによって負の強化子を与えない，強迫観念に対するERPと類似したメカニズムである。実際，前駆衝動へのERPはCBITと並ぶ，効果が実証されたチックに対する行動療法の1つである[24,25]。前駆衝動へのERPでは，前駆衝動と対応する身体部位に意識を集中するように促し，同時に前駆衝動やチックを出したい欲求に負けないように励ます[27]ことによって，前駆衝動への馴化を促す。

③ CBITとERPの実証研究

CBITの効果は，児童思春期及び成人の両方の大規模研究によって支持されている。9歳から17歳の126名の児童思春期TSへのCBITの評価者盲検-無作為化比較統制試験では，CBIT群（61名）のYGTSSチック重症度得点の平均点が24.7点から17.1点へと有意に下がったのに対して，統制群（支持的精神療法及び心理教育群，65名）では有意な変化は見られなかった（24.6点から21.1点）[28]。さらに平均年齢31歳（16～69歳），122名へのCBITの同様の効果研究では，CBIT群（63名）のYGTSSチック重症度得点の平均点が24.0点から17.8点へと有意に下がったのに対して，統制群（59名）では有意な変化は見られなかった（21.8点から19.3点）[29]。

日本ではチックへの行動療法の無作為統制試験の報告は現在存在しないが，HRTが功を奏したケース[30]やCBITを日本に導入し，効果を検討したケース[31]が報告されている。

TSでは反応抑制に関連した皮質活動の低下が見られるが，HRTを含むCBT後に皮質活動が正常化したという知見があり，チックへの行動療法の効果の脳科学的な基盤との関連が示唆される[32]。チックへのERPとHRTの効果を直接比較した研究では，ERP群（19名）のYGTSSチック重症度得点が26.2点から17.6点に下がったのに対し，HRT群（18名）では24.1点から19.7点に下がり，どちらの治療法も効果があるという結論に達した[33]。ERPでは各セッション2時間連続で前駆衝動へのERPを行うため，HRTよりも治療にかかる時間が長くなるが，チック症状減少の効果量はERPの方が大きく，特にチックの種類が多い場合は一度に多くの種類のチックを対象にできるERPが有効であるとされる[33]。

8. 脳深部刺激療法 (Deep Brain Stimulation: DBS)

脳深部刺激療法は，脳の特定部位に外部から電気信号を送り，不随意運動の原因となっている異常な電気活動を阻害することが治療効果として想定される治療法である[34]。TSの脳深部刺激療法において最もよく選択される刺激部位は視床（正中束傍核）と淡蒼球内節である[35]。脳深部刺激は従来の破壊術と比較して，可逆性，調節性，選択性という長所があり[34]，かなり重症なチック症状の改善の報告が蓄積しつつある

ものの[35]，その浸襲性の高さから，適用に際して慎重な検討が必要である。Mink らは，脳深部刺激の適応の条件を以下のように定めている[16]。1. チックが継続的に重症（YGTSS のチック症状得点が 1 年以上連続して 35 点以上）。2. 自然な軽快の可能性が少ない年齢。3. 薬物療法を 3 種類以上，十分な期間試しても，効果がないか，もしくは副作用が大きく続けられない。4. チックもしくは併発症の行動療法の適用が適切な場合は適用し，それでも効果が不十分。5. 併発する医学的・神経学的・精神科的疾患の治療を最低半年以上行っている。6. 心理社会的問題に対する心理的な介入を半年以上受けている。これまで実施されてきた 29 の TS における脳深部刺激の結果のレビューでは，63 名中 39 名（62%）がチック症状の大幅な改善（50-99%の症状減），9 名（14%）が中程度の改善（20-49%）の症状減），1 名がチックの消失という結果であった[35]。日本でも 3 名の若年成人の TS に対する脳深部刺激療法が実施され，YGTSS 症状合計得点が平均 42.7 点から平均 24.3 点へと改善した例が報告されている[36]。ここから，他の治療法が無効な重症な TS 患者に，脳深部刺激療法は希望をもたらす可能性があるが，その適用に際しては慎重な検討が必要と考えられる。

おわりに

TS への治療として，その重症度や治療ターゲットに合わせた様々な治療法が開発され，その効果が実証されてきている。一方で，治療の前提となる TS の病態解明について多くの研究が積み重ねられているものの，未だに不明な点が多く，唯一絶対の治療法が確立されているわけではない。さらに，海外に比べて，我が国における TS に対する薬物療法や行動療法の無作為統制試験の実証研究が少ないため，さらなる研究が求められるだろう。本稿を通じて，TS の治療や研究に対する関心が高まり，我が国の TS の治療及び研究の発展に少しでも寄与することがあれば幸いである。

文献

1) Bloch, M.H. and J.F. Leckman: Clinical course of Tourette syndrome. Journal of Psychosomatic Research, 67(6): 497-501, 2009.
2) Elstner, K., et al.: Quality of Life (QOL) of patients with Gilles de la Tourette's syndrome. Acta Psychiatr Scand, 103(1): 52-59, 2001.
3) 金生由紀子：チック・トゥレット障害．精神科治療学，23: 223-228, 2008.
4) Peterson, B.S. and J.F. Leckman: The temporal dynamics of ties in Gilles de la Tourette syndrome. Biological Psychiatry, 44(12): 1337-1348, 1998.
5) Conelea, C.A. and D.W. Woods: The influence of contextual factors on tic expression in Tourette's syndrome: a review. Journal of Psychosomatic Research, 65(5): 487-96, 2008.
6) Swain, J.E., et al.: Tourette syndrome and tic disorders: a decade of progress. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46(8): 947-68, 2007.
7) Bernard, B.A., et al.: Determinants of Quality of Life in Children with Gilles de la Tourette Syndrome. Movement Disorders, 24(7): 1070-1073, 2009.
8) Woods, D.W., et al.: Premonitory urge for tics scale (PUTS): Initial psychometric results and examination of the premonitory urge phenomenon in youths with tic disorders. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 26(6): 397-403, 2005.
9) Leckman, J.F., D.E. Walker, and D.J. Cohen: PREMONITORY URGES IN TOURETTES-SYNDROME. American Journal of Psychiatry, 150(1): 98-102, 1993.
10) Kwak, C., K. Dat Vuong, and J. Jankovic: Premonitory sensory phenomenon in Tourette's syndrome. Mov Disord, 18(12): 1530-3, 2003.
11) Jankovic, J.: Phenomenology and classification of tics. Neurologic Clinics, 15(2): 267-+, 1997.
12) Leckman, J.F., et al.: Neurobiological substrates of Tourette's disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol, 20(4): 237-47, 2010.
13) Leckman, J.F., et al.: Annotation: Tourette syndrome: a relentless drumbeat-driven by misguided brain oscillations. J Child Psychol Psychiatry, 47(6): 537-50, 2006.
14) Roessner, V., et al.: European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part II: pharmacological treatment. European Child & Adolescent Psychiatry, 20(4): 173-196, 2011.
15) McNaught, K.S. and J.W. Mink: Advances in understanding and treatment of Tourette syndrome. Nature Reviews Neurology, 7(12): 667-676, 2011.

16) Mink, J.W., et al.: Patient selection and assessment recommendations for deep brain stimulation in Tourette syndrome. Movement Disorders, 21(11): 1831-1838, 2006.
17) Leckman, J.F., et al.: The Yale Global Tic Severity Scale: Initial Testing of a Clinician-rated Scale of Tic Severity. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28(4): 566-573, 1989.
18) 松田（菊池）なつみ，河野稔明，桑原 斉ほか：チックに伴う感覚現象とコントロールについて―予備的検討―．日本トゥレット研究会　会誌，17, 2011.
19) 松田なつみ：トゥレット症候群のチックへの自己対処の機能と対処の生じる文脈：半随意的な症状にいかに対処していくのか．発達心理学研究，印刷中．
20) 星加明徳：小児科を受診するトゥレット障害の診断と治療．心身医学，43(2): 115-121, 2003.
21) 井上勝夫：【子どものチックとこだわり】こころのりんしょう a・la・carte, 27(1): 29, 34, 2008.
22) Pringsheim, T., et al.: Canadian Guidelines for the Evidence-Based Treatment of Tic Disorders: Pharmacotherapy. Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie, 57(3): 133-143, 2012.
23) 金生由紀子：チックとトゥレット症候群に対する薬物治療と今後の課題．臨床精神薬理，7(8): 1303-1310, 2004.
24) Cook, C.R. and J. Blacher: Evidence-based psychosocial treatments for tic disorders. Clinical Psychology-Science and Practice, 14(3): 252-267, 2007.
25) Verdellen, C., et al.: European clinical guidelines for Tourette Syndrome and other tic disorders. Part III: behavioural and psychosocial interventions. European Child & Adolescent Psychiatry, 20(4): 197-207, 2011.
26) Woods, D.W., et al.: Managing Tourette Syndrome A BEHAVIORAL INTERVENTION FOR CHILDREN AND ADULTS. Oxford University Press, 2008.
27) Verdellen, C.W., C.A. Hoogduin, and G.P. Keijsers: Tic suppression in the treatment of Tourette's syndrome with exposure therapy: the rebound phenomenon reconsidered. Mov Disord, 22(11): 1601-6, 2007.
28) Piacentini, J., et al.: Behavior Therapy for Children With Tourette Disorder A Randomized Controlled Trial. Jama-Journal of the American Medical Association, 303(19): 1929-1937, 2010.
29) Wilhelm, S., et al.: Randomized Trial of Behavior Therapy for Adults With Tourette Syndrome. Archives of General Psychiatry, 69(8): 795-803, 2012.
30) 金子幾之輔：まばたきチックに対する行動療法的アプローチ．桜花学園大学人文学部研究紀要，10: 47-58, 2008.
31) 野中舜子，金生由紀子，松田なつみほか：トゥレット症候群への認知行動療法の効果の予備的検討―2事例の比較を通して―．日本行動療法学会第38回大会発表論文集，pp - 2012.
32) Lavoie, M.E., et al.: Neurocognitive Changes Following Cognitive-Behavioral Treatment in Tourette Syndrome and Chronic Tic Disorder. International Journal of Cognitive Therapy, 4(1): 34-50, 2011.
33) Verdellen, C.W.J., et al.: Exposure with response prevention versus habit reversal in Tourettes's syndrome: a controlled study. Behaviour Research and Therapy, 42(5): 501-511, 2004.
34) 開道貴信ほか：脳波・筋電図の臨床　トゥレット症候群に対する脳深部刺激療法．臨床脳波，52(2): 101-105, 2010.
35) Muller-Vahl, K.R., et al.: European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part IV: deep brain stimulation. European Child & Adolescent Psychiatry, 20(4): 209-217, 2011.
36) Kaido, T., et al.: Deep Brain Stimulation for Tourette Syndrome: A Prospective Pilot Study in Japan. Neuromodulation, 14(2): 123-128, 2011.