

図8 愛光病院児童思春期病棟入院患者の診断分類(ICD-10)

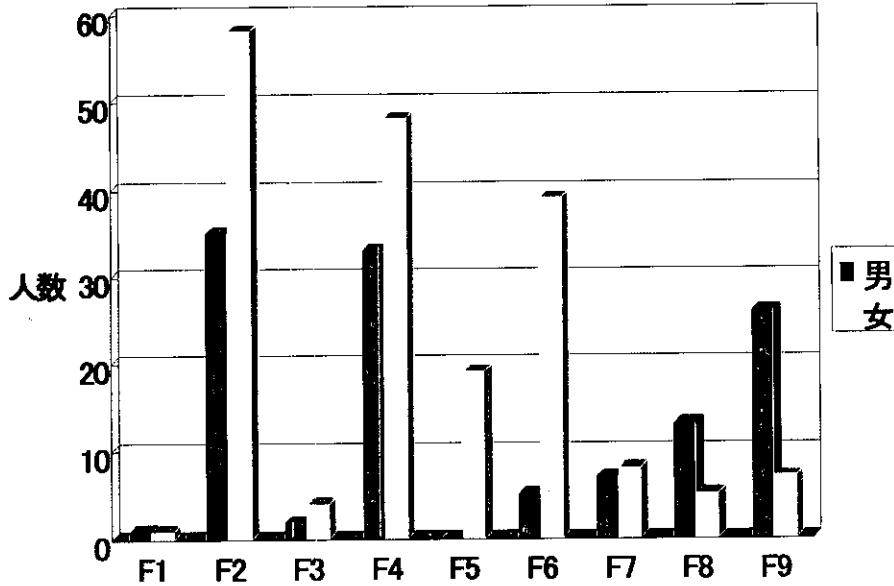


図9 愛光病院児童思春期病棟入院患者の転帰

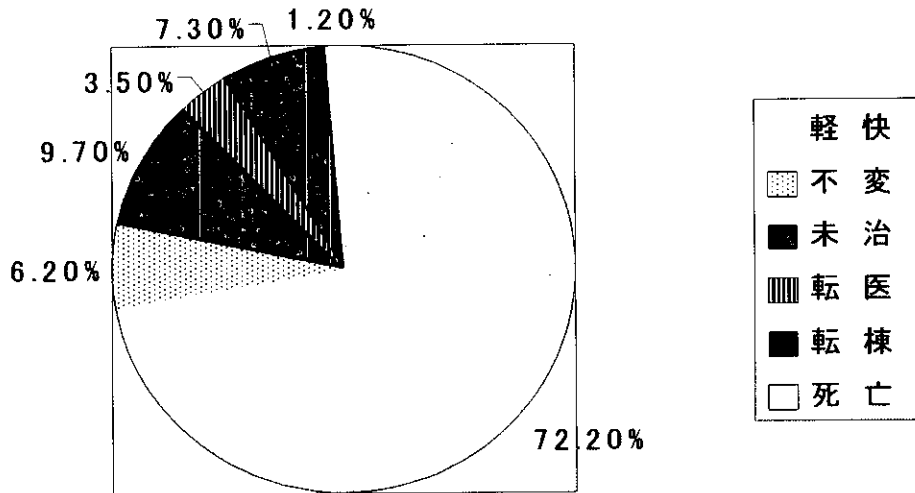


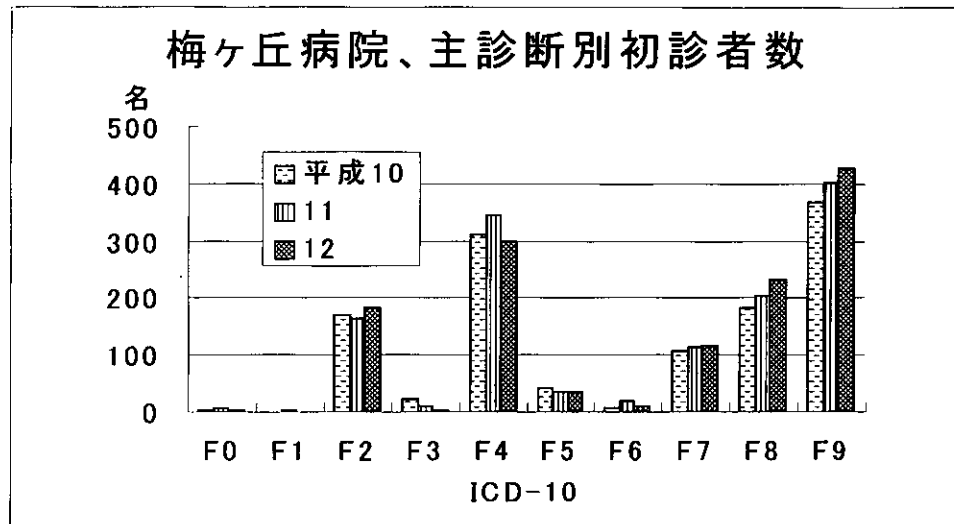
表3 都立梅ヶ丘病院初診患者の過去3年間の診断分類 (%)

診断分類	人数	割合 (%)
F0 症状性を含む器質性精神障害	11	( 0.3)
F1 精神作用物質による精神および行動の障害	4	( 0.1)
F2 精神分裂病、分裂病型精神障害および妄想性障害	515	( 13.5)
F3 気分(感情)障害	34	( 0.9)
F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	955	( 25.1)
F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	109	( 2.9)
F6 成人の人格および行動の障害	33	( 0.9)
F7 精神遅滞	333	( 8.7)
F8 心理的発達の障害	619	( 16.3)
F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害	1,196	( 31.3)

表4 都立梅ヶ丘病院初診患者の年度別診断分類 (%)

	平成10年度	平成11年度	平成12年度
F0 症状性を含む器質性精神障害	2 (0.2)	6 (0.5)	3 (0.2)
F1 精神作用物質による精神および行動の障害	1 (0.1)	1 (0.2)	1 (0.1)
F2 精神分裂病、分裂病型精神障害および妄想性障害	170 (14.1)	162 (12.5)	183 (14.0)
F3 気分(感情)障害	22 (1.8)	9 (0.7)	3 (0.2)
F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	312 (25.8)	345 (26.6)	298 (22.8)
F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	40 (3.3)	35 (2.7)	34 (2.6)
F6 成人の人格および行動の障害	5 (0.4)	18 (1.4)	10 (0.8)
F7 精神遅滞	106 (8.8)	112 (8.6)	115 (8.8)
F8 心理的発達の障害	182 (15.1)	205 (15.8)	232 (17.8)
F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害	368 (30.4)	401 (31.0)	427 (32.7)

図10 都立梅ヶ丘病院初診患者の診断分類 (ICD-10)



平成13年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

青少年の精神・行動障害に関わる精神科医療プログラムの研究

**小児期発達障害の診療モデルの研究**  
**高機能自閉症児に対する認知発達段階にあったプログラムの開発**  
**— 2事例の集団活動を通しての社会性の獲得について —**

分担研究者 太田 昌孝 東京学芸大学  
研究協力者 武藤 直子 全国療育相談センター  
永井 洋子 静岡県立大学  
金生由紀子 都立北療育医療センター  
米田 衆介 明神下診療所  
森山 卓 東京学芸大学修士課程  
亀田 紀子 全国療育相談センター  
鈴木ひろみ 全国療育相談センター

**研究要旨**

高機能自閉症圏障害をもつ思春期の子どもに対する小集団活動を通しての社会性の獲得についてのプログラムを行い、その妥当性について検討することを目的とした。集団活動としてはバレーボールを選び、5名の自閉症の子どものうち2名に焦点をあて、ルールの理解、対人関係などを評価した。限定された集団の場では望ましい方向への変化を見せた。親や教師の評価票で見ると家庭や学校の変化は少なかった。生活全体にわたる包括的なプログラムと適切な評価システムの必要性が望まれた。

**A. 研究目的**

最近、高機能自閉症やアスペルガー症候群の青少年が精神科に受診することが多くなっている。彼らは(1)表情や身振りの適切な使い方ができなかったり、言葉の抑揚が不適切であったりして、コミュニケーションがうまく取れない。(2)こだわりが強かったり、また狭い範囲について周りが辟易するほどの特異的な興味があったりする。(3)

学校や集団での暗黙の規範やゲームのルールがわからなかったりする。(4)身のこなしがぎくしゃくして、不器用であったりもする。(5)理由がわかりにくいパニックをよく起こす。(6)いじめの対象になりやすい。などの多彩な症状を有している。

高機能自閉症圏障害の子どもや青年・成人の社会性を促す療育については徐々に経験が蓄積され始めている(Attwood 1998)。

しかし、思春期の子どもに対して必ずしも適切な診断はなされていない上に、療育プログラムは皆無であるといえる。生物・心理・社会的(bio-psycho-social)観点から、子どもあるいは親に対する心理発達のプログラムを作成することが、かれらの最も特徴的な症状である社会的適応とコミュニケーション能力の向上および不適応行動の減弱や予防に結びつくと考えられる。

本年度の研究の目的は高機能の自閉症圏障害（あるいは広汎性発達障害）をもつ思春期の子どもに対する小集団に活動をとおしての社会性の獲得についてのプログラムをおこない、そのプログラムの妥当性やそれにともなう問題点を検討するものである。

## B. 研究方法

### 症例呈示

#### 1) 症例 A 男

2歳8ヶ月のときT大病院で非定型自閉症(APDD)と診断される。

現在の年齢は11歳1ヶ月であり、IQは111であった(全訂版田中ビネー検査)。現在の主な症状は以下のようであった。

- ・自分が他児より優勢でありたいと強く思っており、他児の失敗を許せずかんしゃくを起こすことがある。
- ・同年の子どもに対しては働きかけることが少なく、信用をおく大人への働きかけはできたが、一方的になりがちであった。
- ・情緒の起伏が激しくカッとしやすかったり、気持ちの落ち込みが激しかったりした。

#### 2) 症例 B 男

5歳11ヶ月のときT大病院でAPDDと診断される。

現在の年齢は10歳11ヶ月でありIQは95であった(全訂版田中ビネー検査)。現在の主な症状は以下のようであった。

- ・注意散漫で、一斉指示に従えず、今すべきことが分からず行動が遅れがちであった。
- ・同年の子どもに対して、関係の持ち方が幼く、一方的に執拗なじゃれつきが目立った。
- ・体全体の動きにおいて不器用さが目立った。

### 方法

1) 集団指導の原則を以下においている。

- ・活動内容が明確になるように見本を示す。
- ・必要に応じて事前練習をする。
- ・活動内容をリハーサルする。
- ・動機づけが高まるように、イエローカード等を使用。
- ・活動の結果や得点ができるように表に記入させる。
- ・児童の役割がわかるように役割表を提示する。
- ・参加児童間の関係性に常に配慮する。
- ・活動に自信や達成感が持てるよう賞賛を与える。

#### 2) 集団活動の構成

集団によるバレーボールは、次のように構成して行った(表1)。本研究において参加観察した小集団指導は、週に1度の割合で行われ、1セッションは30分であった。試行期間は2000年10月より、2001年11月まで、38セッションをおこなった。小集団指導場面に参加した児童は5名であった。全てのセッションをビデオカメラにて録画した。

表1 集団バレーボールの構成

指導期間	目標	活動名	試合形式
2000年10月 (ブロック1) ～ 2000年3月 (ブロック4)	①②③④ 他一相運 児緒手動 との技 協喜失能 力ぶ敗の するを向 る責上 め ない	風船バレーボール	「大人2人、子ども1人」を1単位としたチーム 対 「大人2人、子ども1人」を1単位としたチーム
2001年4月 (ブロック5) ～ 2001年11月 (ブロック9)		ビーチバレーボール	「大人チーム」 対 「子どもチーム」

### 3) 集団活動における行動評価

録画の記録を解析することにより、以下の行動について評価を行った。

- ・集団ゲームにおけるルール理解としては、バレーボールでチームメイトに対して「はい!」、「頼む!」という行動

- ・他者との対人関係性では、肯定的働きかけと否定的働きかけ

- ・自発的役割取得としては、役割表を自発的に見て自分の役割をこなす行動

### 4) 事前・事後評価

2名の対象児に対して、集団活動開始前と集団活動の評価終了時点とにおいてAchenbachの子どもの行動チェックリスト/4-18 (Children Behavior CheckList/4-18、児童思春期精神保健研究会訳) (井瀬ら)、新版S-M社会生活能力検査、及び改訂小児行動質問表を行った。

## C. 研究結果

### 1) ルールの理解

「はい!」という行動は、2例共にブロック5以降、顕著な増加が見られ、その実行の獲得が示された(図-1-1 図-1-2)。ブロック5以降、「子どもチーム」対「大人チーム」にチーム編成した影響と思われる。

ボールが他のチームメイトに行ったり、境目にきたときに「頼む!」と言うルールはほとんど学ばなかった。「頼む!」という行動は、予測不可能な風船の動きを自発的に判断をした後発言するため、非構造的な上に、風船の動きの変化に選択的注意を合わせる必要のある行動だった。このため、単純に「はい!」という行動のように、容易には獲得できなかったのではないだろうか。

### 2) 対人関係性

症例1は他児に対する肯定的働きかけがブロック5以降増加し、他児に対する働きかけに改善が示された(図-2-1 図-3-1)。これに対して症例2は、ブロック5以降、他児に対する肯定的働きかけが増加した一方、大人に対する否定的働きかけが増加した(図-2-2 図-3-2)。

### 3) 自発的役割行動

症例1では説明だけで速やかに役割行動を学んでしまった。症例2においては、セッションを重ねるにつれ出現頻度は徐々に増加をしたが、最後まで70%前後の達成率にとどまっていた。

### 4) 親と教師に対するCBCL

症例1についてみると、親による評定で

は、事前、後引の親の評価は類似したプロフィールを示した(図-4-1)。教師による評定は事後テストにおける検査結果は、事前テスト時よりも教師により問題として捉えられる項目数が増加していた(図-4-2)。

症例2についてみると、親による評定では、事前、後引の親の評価は類似したプロフィールを示した(図-5-1)。教師による評定では、やはり、事前、後引の親の評価は類似したプロフィールを示した(図-5-2)。

これに対して、親との面接では、症例1の母親は「前より怒りをぶつけるときも回りが目に入るようになった」「友達などからの関わり合いで、嫌な時もかわせるようになった」、症例2の母親は「学校に特別持っていく物も自分から思い出せることもできた」などをあげて、行動上の良い変化を報告した。

#### D. 考察

##### 1) 集団形成の意義について

高機能自閉症児同士の集団でも、彼らの指導場面における社会性が促進されることが示唆された。できなさへの不安のない集団が、彼らの集団における他者への働きかけ・帰属意識を育んだ結果と思われる。指導の中で達成感や成功感などを指導者が強調したこと、児童同士の関係性に常に留意したことも有効であったと思われる。

ルール理解の向上と対人関係性の改善はブロック5以降「子どもチーム」を編成した影響であると思われる。高機能自閉症児同士のグループ活動が、安定した場を提供し、他者と関わり帰属意識を持つまでに有効であったと思われる(辻井ら 1998、

Marriageら 1995)。大人の集団に対する子どものみの集団を作ることで互いの関係性を構築することに大きな成果が示唆された。しかし、過剰な仲間意識が生ずることにより、他の集団構成員に対して攻撃的な行動に至る子どもがいる可能性についても配慮する必要がある。

##### 2) 小集団指導が学校・家庭生活へ及ぼした影響について

母親の面接を通しての好ましい行動上の変化が報告されたものの、親、教師に対する質問票の結果から、家庭・学校生活における行動改善を認めることができず、対人関係の持ち方についての般化が示されなかった。その理由として以下のことがあげられよう。

①親がこの機関にこの試みを始める以前から長期的に通っていたことが関係していよう。

②学校との連携が必ずしも十分ではなかったこともあげられよう。

③指導場面以外の現実生活をシミュレーションするような働きかけであるソーシャルストーリー法(Grayや1993、Norrisら1999)、社会スキル訓練(SST)(舩松ら1998、Koegelら1992)などを併用することの必要性がある。

④社会生活実践の場、社会的ネットワークを広げたグループの中で指導の必要性も生じてくるかも知れない。

高機能自閉症圏障害では対人関係の在り方は限られた状況ではかなりの改善を見せた。しかし、特定の状況で学習された対人関係は複雑な実際の社会的関係において広

がりを見せにくいように思われた。かれらの最も特徴的な症状である社会的適応とコミュニケーション能力の向上および不適応行動の減弱や予防のためには、生物・心理・社会的 (bio-psycho-social) 観点からの包括的なプログラムと適切な評価システムの必要性が望まれた。

#### 文献

- 1) Attwood, T : Asperger's Syndrome, A Guide for Parents and Professionals. Jessica Kingsley Publishers, London, 1998. (富田真紀, 内山登紀夫, 鈴木正子訳: ガイドブック アスペルガー症候群 親と専門家のために. 東京書籍, 東京, 1999.)
- 2) Gray, C., & Garand, J. : Social stories: Improving responses of students with autism with accurate social information. Focus on Autistic Behavior, 8(1); 1-10, 1993.
- 3) Harris, K. R. : Self-monitoring of attentional behavior versus self-monitoring of productivity : Effects on on-task behavior and academic response rate among learning disabled children. Journal of Applied Behavior Analysis, 19; 417-423, 1986.
- 4) 舩松克代, 遠藤淑美, 福田正人, 浅井久栄, 宮内勝: SSTが有効であったアスペルガー症候群の一例. 精神科治療学, 13(7); 897-906, 1998.
- 5) 井瀬知美, 上林靖子, 中田洋二郎, 北道子, 藤井浩子, 倉本英彦, 根岸敬矩, 手塚光喜, 岡田愛香, 名取宏美: Child Behavior Checklist/4-18日本語版の開発. 小児の精神と神経, 41(4); 243-252, 2001.
- 6) Koegel, L. K., Koegel, R. L., Hurley, C., & Frea, W. D. : Improving social skills and disruptive behavior in children with autism through self-management. Journal of Applied Behavior Analysis. 25; 341-353, 1992.
- 7) Marriage, K. J., Gordon, V. & Brand, L. : A Social Skills Group for boys with Asperger's syndrome. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 29; 58-62, 1995.
- 8) Norris, C., & Dattilo, J. : Evaluating effects of a social story intervention on a young girl with autism. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. 13(3); 180-186, 1999.
- 9) 辻井正次, 杉山登志郎, 石川道子: 青年期高機能広汎性発達障害への心理療法的アプローチ (1) グループ活動「アスペの会サポーターズクラブ」の取り組み. 小児の精神と神経, 38(1); 65-70, 1998.

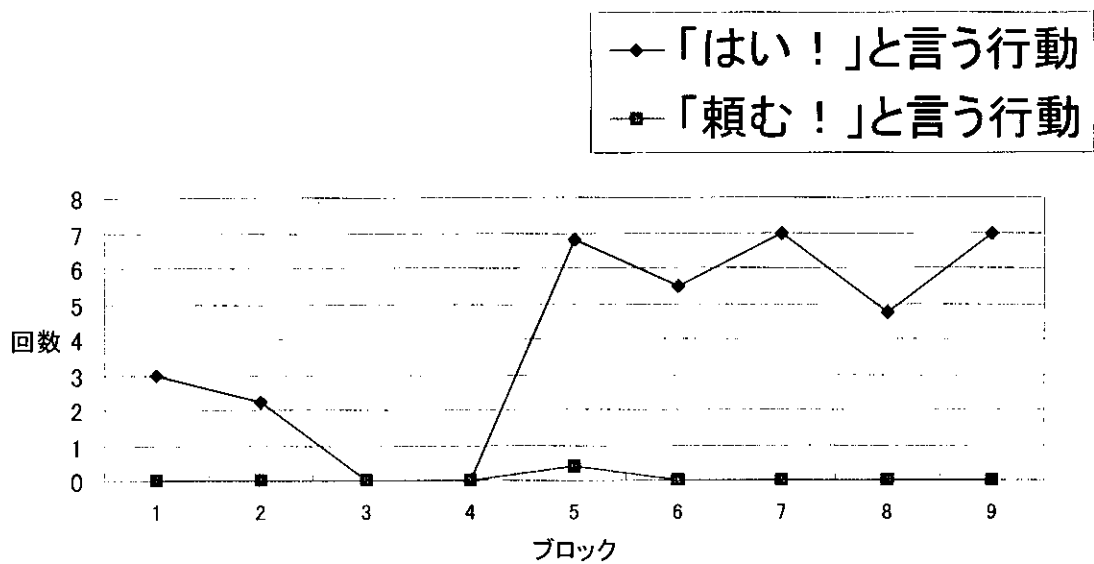


図-1-1 症例1 ルール理解とその実行平均生起頻度

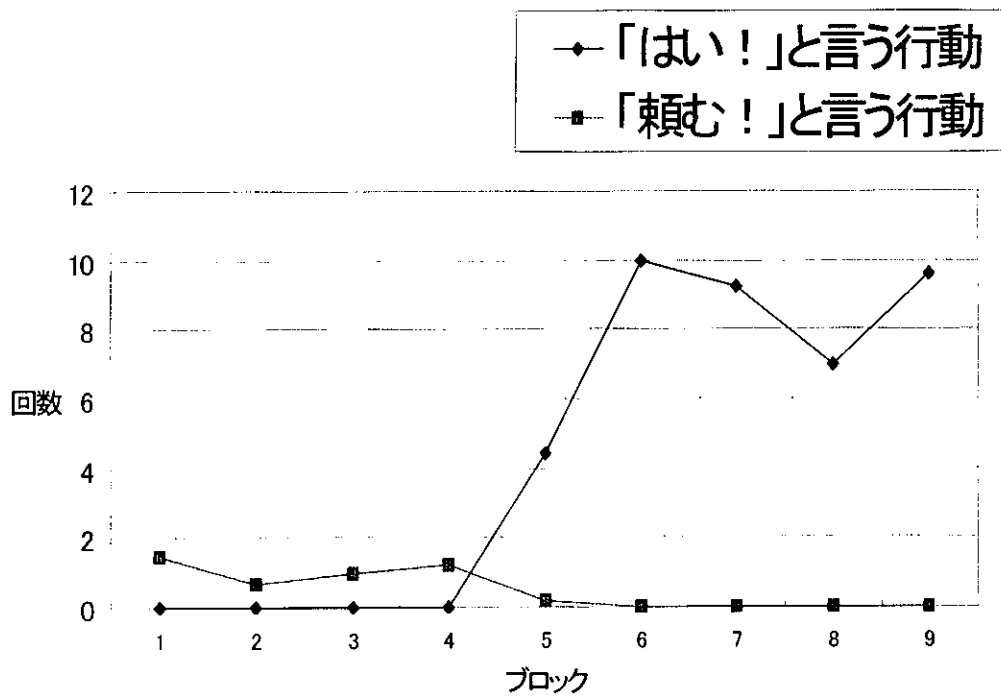


図-1-2 症例2のルール理解とその実行平均生起頻度



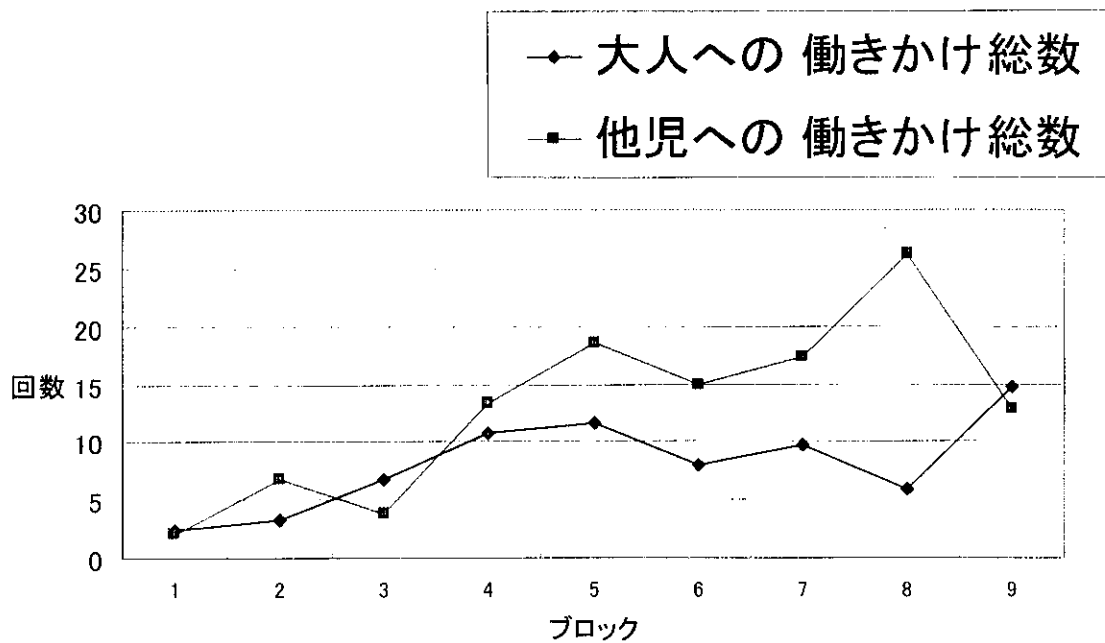


図 2-1-1 症例 1 の他者に対する働きかけ平均生起頻度 (対大人、対他児)

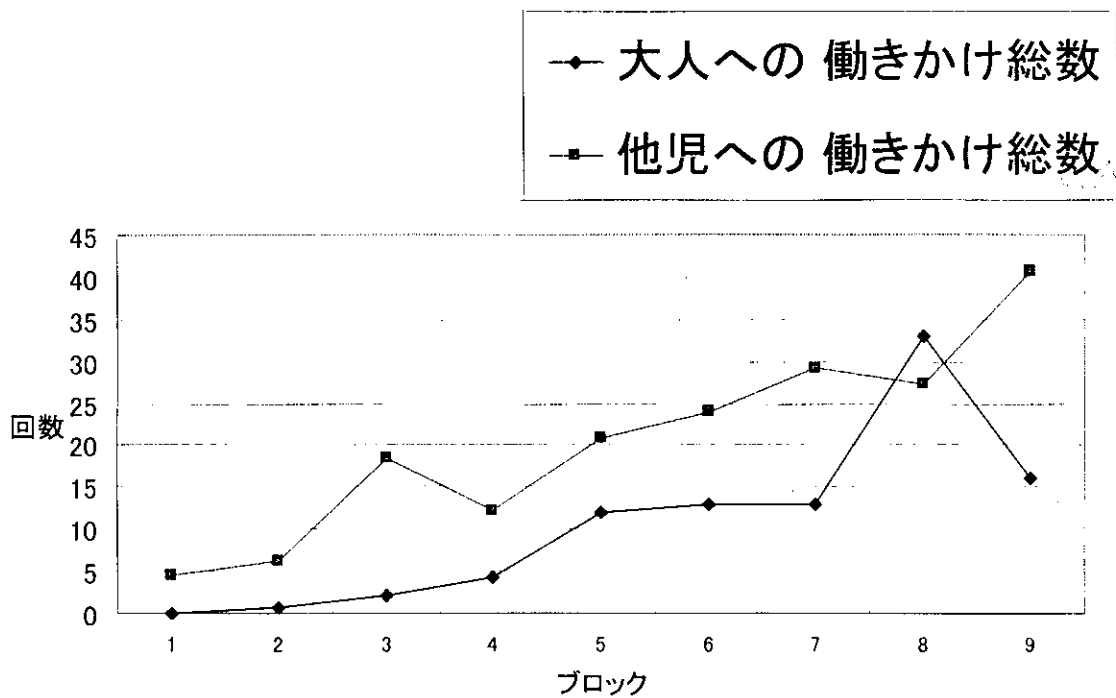


図-2-2 症例 2 の他者に対する働きかけ平均生起頻度 (対大人、対他児)

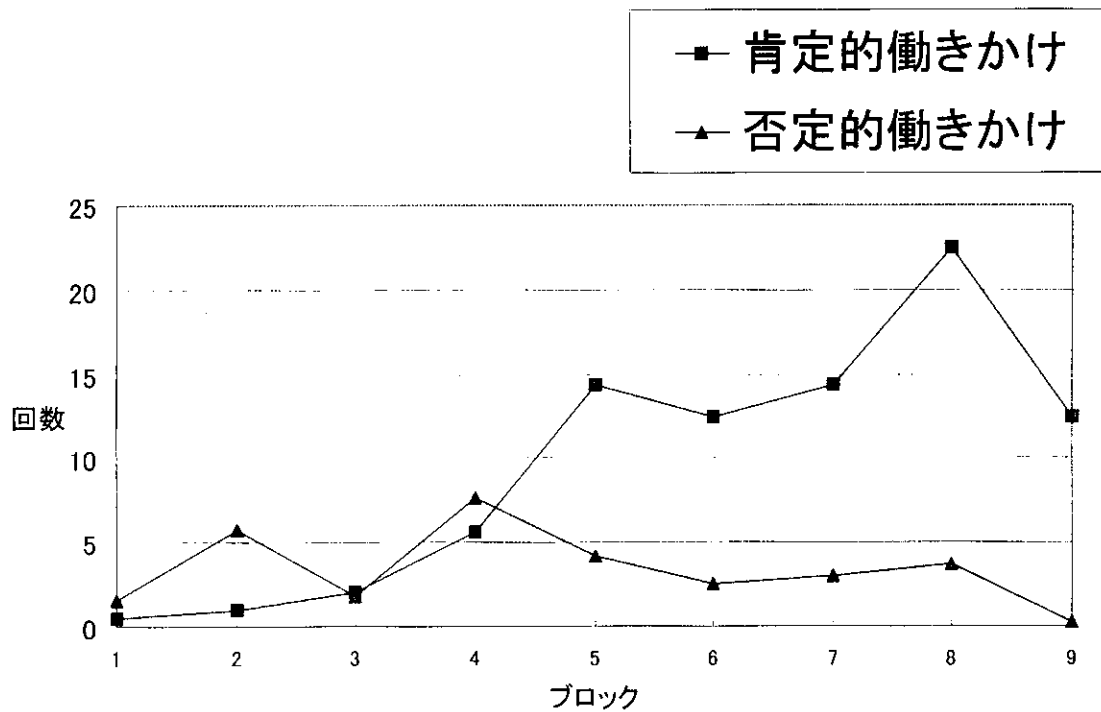


図-3-1 症例1の他児に対する働きかけ平均生起頻度

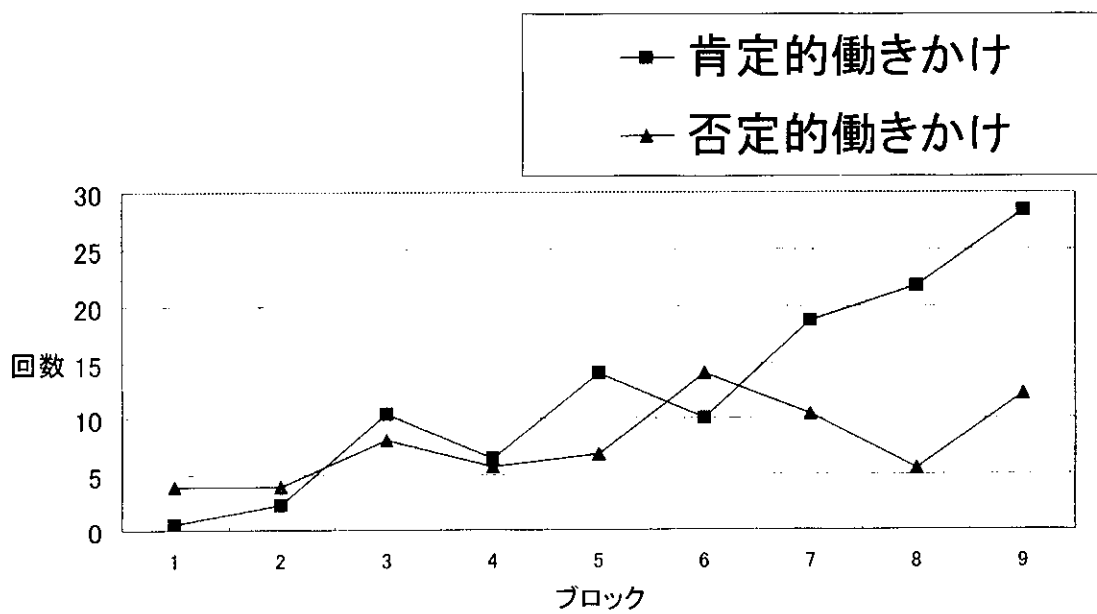


図-3-2 症例2の他児に対する働きかけ平均生起頻度

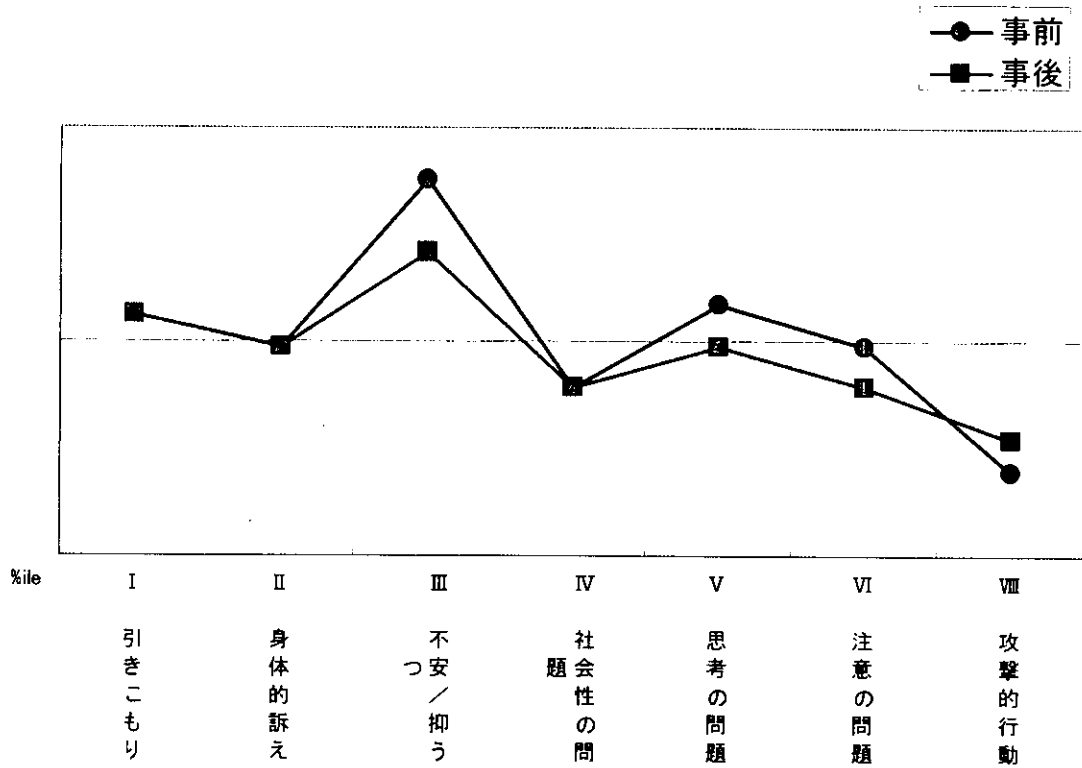


図-4-1 症例1の親によるCBCLプロフィール

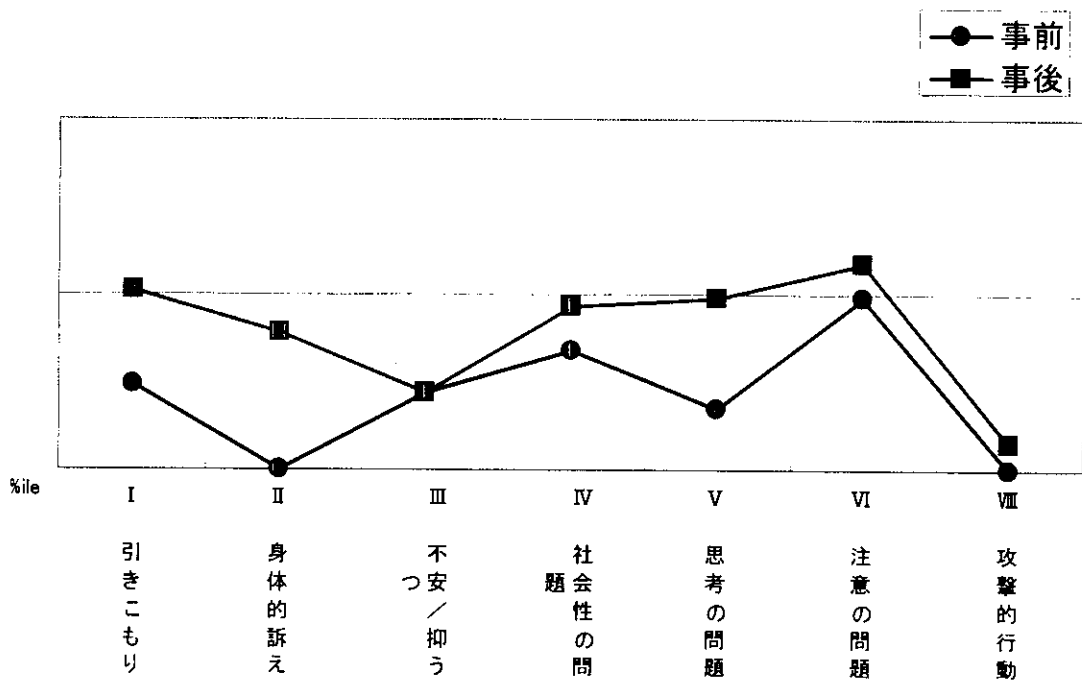


図-4-2 症例1の教師によるCBCLプロフィール

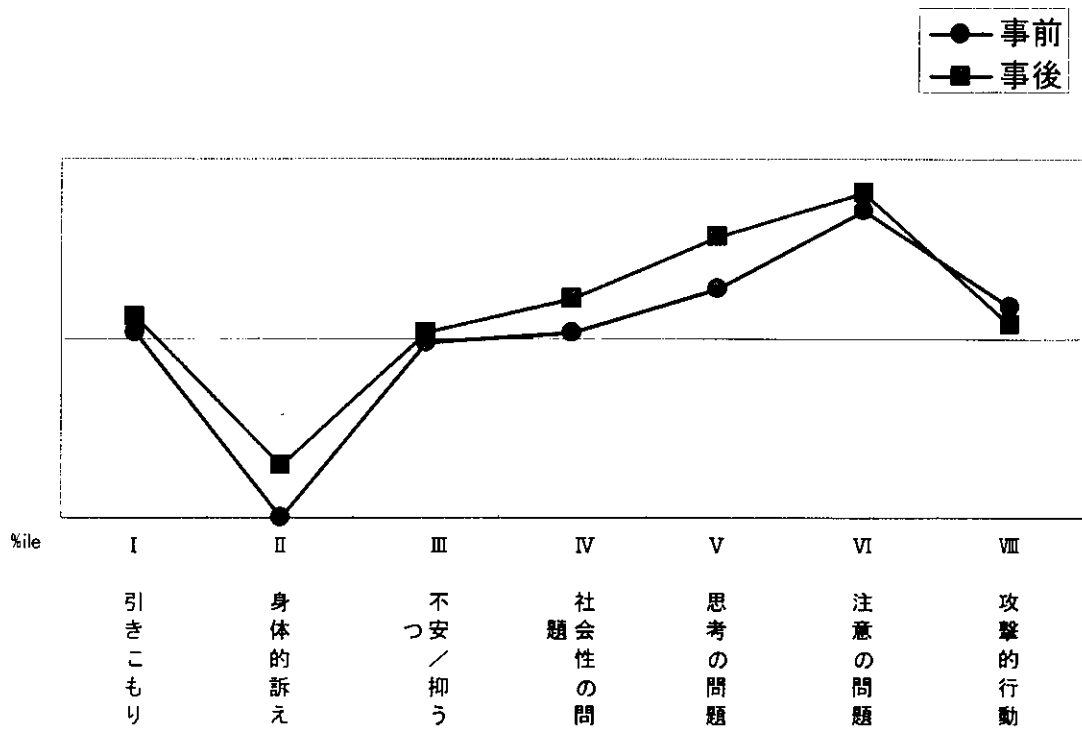


図-5-1 症例2の親によるCBCLプロフィール

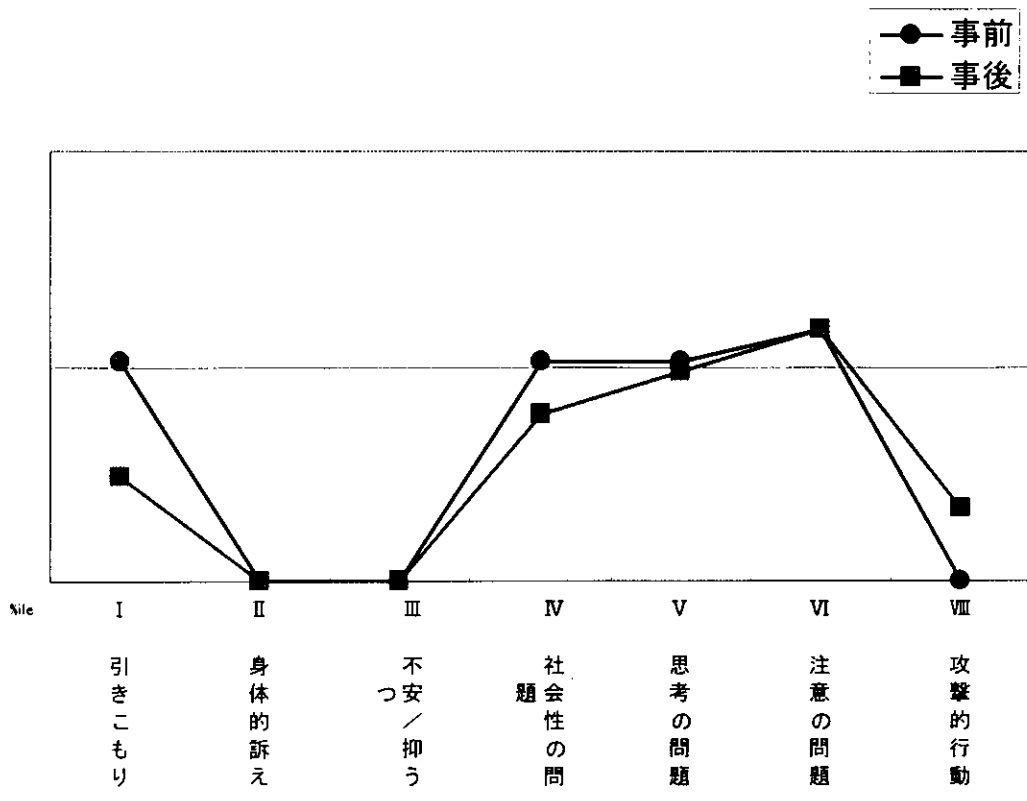


図-5-2 症例2の教師によるCBCLプロフィール

## 注意欠陥/多動性障害に関わる診療モデルの検討

### その1 診断・治療の実態と問題

分担研究者 上林 靖子 国立精神・神経センター精神保健研究所児童思春期精神保健部長

#### 研究要旨

精神科領域における注意欠陥/多動性障害の診断治療の現状について調査を行った。これを診療対象としている一般精神科医は64%、児童青年精神科医は94%であった。診断基準にはDSM-IV、ICD-10がもちいられているが、その適用に困難を感じている医師が半数以上であった。薬物療法が84%において行われていた。第1選択に使用される薬物は中枢刺激剤であるが、児童青年精神科の方が高率に選択されていた。適用基準はGAF値の31-40、ないし中等度の症状以上であった。心理社会的治療としては学校との連携を中心に積極的に行われていた。先駆的な特殊プログラムが開発実施され始めている。

#### A. 研究目的

注意欠陥/多動性障害(AD/HD)あるいは多動性障害は、DSM-IVあるいはICD-10に基づいて規定されている障害である。その医療は児童青年精神科のほか、一般の精神科、小児科、小児神経科などで行われている。近年、この障害については社会的関心が高まり、受診が増えている。一方、診断・治療についての基本的なガイドラインが明確でないことが医療現場での問題として指摘されている。この調査は、医療現場からみた注意欠陥/多動性障害の診断と治療の現状と問題点を把握し、対応の手がかりをうることを目的に行われた。

#### B. 研究方法

対象は、日本児童青年精神医学会な

らびに日本小児精神神経学会に加入している医師とし、両学会の最新の会員名簿（それぞれ2000年3月1日現在と2000年12月31日現在）に記載されている職種が医師であるもの1,395人である。

この調査のために質問票を作成した。調査内容は以下の通りである。(1)注意欠陥/多動性障害の診断、(2)注意欠陥/多動性障害と診断した子どもに対する薬物療法、(3)家族・学校・その他との連絡・連携、(4)薬物療法以外の治療プログラム、(5)注意欠陥/多動性障害の治療の現状についての問題点。

調査票を郵送し、回答記入後、返送を求めた。調査票は無記名である。回答率を高めるために、所定の調査票回収期限が過ぎた後、未回答者には再度調査票を送付し協力を依頼した。この

ため調査票の回収用封筒には氏名住所欄をもうけた。

調査実施時期は、2001年6月～7月であった。

708人から回答があり（回収率50.75%）、この中には回答が全くない7人が含まれていた。これらを除く有効回答数は701人（有効回答回収率50.25%、男性465人、女性236人、臨床経験3年から55年、平均臨床経験年数21.0年、SD=10.1）であった。診療科別のうちわけは、精神科351人、児童青年精神科84人、小児科103人、小児神経科40人、その他67人であった。この報告では、このうち、精神科、児童青年精神科の435人からの回答を分析した。

### C. 研究結果

(1) 注意欠陥/多動性障害の診断について(表1)

注意欠陥/多動性障害を診療対象としている医師は304人(69.9%)であった。一般精神科では225人(64.1%)であるのに対し児童青年精神科79人(94.0%)であり、 $\chi^2$ 検定を行った結果、両群における診療対象とする人数の差は有意で、児童青年精神科は一般精神科に比べ注意欠陥/多動性障害を診療対象としているものが多いことがわかった。

これ以後の分析は注意欠陥/多動性障害を診療対象としている304人について行った。

注意欠陥/多動性障害を診療対象としている医師(304人)に対して、「どのような診断基準を用いていますか」という問いに、DSM-IVをあげたものが215人(70.7%)、ICD-10は138人(45.4%)

であった。DSM-IVを診断基準として用いているというものがICD-10を診断基準として用いているものよりも多い傾向が認められる。しかし一般精神科と児童青年精神科により適用している診断基準には有意な差があるとはいえなかった。

診断基準を適用するにあたっての困難や問題を感じていると回答した医師は、158人(52%)であった。 $\chi^2$ 検定を行った結果、一般精神科と児童青年精神科の間には診断基準適用に困難・問題があるという人数に有意な差があるとはいえなかった。

診断基準適用にあたっての困難・問題の具体的内容について自由記述で回答を求めた。その内容を分類したところ、「頻度・重症度の評価」、「場面性への評価」、「複数場面の情報の入手」、「除外診断(特に広汎性発達障害)」に関する記述が多かった(資料1)。

これまでに鑑別が困難であったケースを経験したことがあるかどうかについての設問に、219人(72%)があったと回答した。児童青年精神科医70人(88.6%)で一般精神科医は149人(66.2%)であった。 $\chi^2$ 検定を行った結果、両群間の差は有意であった。一般精神科よりも児童青年精神科医師の方が鑑別困難な事例に出会ったことがあると言える。

鑑別が困難であったケースとして具体的にあげられたのは、「広汎性発達障害(高機能自閉症・アスペルガー障害・特定不能の広汎性発達障害)」、「知的障害」、「学習能力の障害」、「虐待された子ども」であった。

## (2)薬物療法(表2)

どのくらい薬物療法が行われているかは、この一年に、注意欠陥/多動性障害と診断した子どものうち、実際に薬物療法を適用した子どもの割合についての質問によった。一般精神科と児童青年精神科の薬物療法の適用状況について、精神科全体では「まったくなし」というものは45人(14.8%)であった。薬物療法の適用が「21-50%」であるものが最も多く、89人(29.3%)であった。次いで、「51-80%」63人(20.73%)、「81%以上」52人(17.1%)であった。 $\chi^2$ 検定を行った結果、両群の差は有意であった。一般精神科医は「まったくなし」というものが、42人(18.7%)と多くを占め、児童青年精神科の医師は「まったく」薬物療法を適用していない医師が少なく(3人、3.8%)、「21-50%」の子どもの薬物療法を適用している医師が多い(34人、43%)。

注意欠陥/多動性障害と診断した子どもに薬物療法を適用する基準をGAF尺度の値にそって回答を求めた。

「31-40:家族関係や学校生活で大きな障害がある(友達を殴る、勉強ができない)」が151人(49.7%)と最も多く、次いで、41-50:友達がない、学業の遅れ(重大な症状)が56人(18.4%)であった。薬物療法の適用の基準には両群の間に有意な差は認められなかった。

注意欠陥/多動性障害と診断した子どもに使用している薬物について尋ねたところ、最も多く使用する薬物としてメチルフェニデート(MPH、リタリン)を挙げた医師が222人(73%)であった。児童青年精神科は65人(82.3%)、一般精神科は157人(69.8%)であった。一般精

神科医師、児童青年精神科専門医とも、MPH以外では、ブチロフェノンとカルバマゼピンがもっとも多く使う薬物として挙げられていた。両群の差は有意であった( $p < .0001$ )。

薬物療法の効果判定法について回答を求めたところ(複数回答可)、「家族の観察」を挙げた医師が236人(77.6%)と最も多く、次いで、「担任の観察」166人(54.6%)、「主治医の所見」115人(37.8%)であった。「チェックリストの使用」は29人(9.5%)であった。一般精神科医と児童青年精神科医の間に有意な差が認められたのは、チェックリストの使用についてで、その他の方法については差は有意とは言えなかった。

また、チェックリストを使用している医師に、具体的なチェックリスト名を挙げてもらったところ、AD/HD-RS (by DuPaul)、コナーズの評価尺度、DSM-IVに基づいた評価尺度、子どもの行動調査票(CBCL/4-18)、上野式行動チェックリストであった(複数回答あり)。

## (3)心理社会的治療(家族、学校、その他との連絡・連携など)(表3)

注意欠陥/多動性障害の治療には、関係者が適切に理解し対応することができるよう心理社会的な治療が必須である。各種の治療形態を列挙してこの1年間に行ったことがあるものをチェックするよう求めた(複数回答可)。

「家族カウンセリング・助言・指導など」を行ったと回答したものは、265人(87.2%)と最も多く、次いで、「学校との連絡・調整、家族を介して」226人(74.3%)、「学校との連絡、先生が来院する」191人(62.8%)、「学校との連絡、

手紙・文書・電話など」183人(60.2%)と続いていた。「学校との連絡、学校を訪問する」53人(17.4%)であった。学校以外の機関としては、「児童相談機関との連絡・調整」、「教育相談機関との連絡・調整」は、それぞれ126人(41.4%)、96人(31.6%)であった。また「家族会・親グループなどの活動」を行っているという回答が40人(13.2%)であった。これらの治療は、児童青年精神科医は、いずれについても一般精神科医よりも行ったというものが多く、その差は統計学的に有意であった。

その他の方法としては、講演会や勉強会など「一般への啓蒙活動」が挙げられていた。

(4)薬物療法以外の治療プログラムに関する現状(表3)

薬物治療以外の治療プログラムを持っていると回答した医師は153人(50.3%)であった。一般精神科と児童青年精神科に分けた回答状況を表に示した。 $\chi^2$ 検定を行った結果、両群には有意な差が認められた( $p < .0001$ )。児童青年精神科医は一般精神科医よりも薬物療法以外の治療プログラムをもっているものが多いといえる。

具体的プログラムとしては「子どもへの個別カウンセリング」が97人(31.9%)と最も多く、次いで、「遊戯療法」63人(20.7%)であった。「子ども対象の集団治療」28人(9.2%)、「親対象の集団治療」29人(9.5%)、「学習指導」25人(8.2%)、「親子合同の集団治療」11人(3.6%)、「SST」8人(2.6%)であった。児童青年精神科では子どもを対象とした集団治療、SST、学習指導プログラム

を行ったというものが一般精神科よりも多く、その差は統計学的に有意であった。

(5)注意欠陥/多動性障害の治療の現状についての問題点(資料2)

注意欠陥/多動性障害の治療の現状について、その問題点・今後の課題について自由記述で回答を求めた。記述内容によって分類したところ、医療におけるものとしては、『わが国には、診断治療のガイドラインが無い』、『医学的検査による正確に診断出来ること』など「診断ガイドラインの確立」に関するものや、『リタリンの保険適用』、『薬物治療が未確立のまま、まん延する傾向にある』といった「薬物治療」に関するものが多く挙げられた。また、家庭や教育現場におけるものとしては、『患者の周囲(親・親戚・学校or幼稚園の先生、etc)がこの障害について誤解があったり、全く知らなかったりする』という「家庭・教育現場の理解、啓蒙活動の必要性」に関するものや、『学校などの教育現場での対応』という「家庭・教育現場における具体的対応プログラムの確立」を求める記述が多かった。

#### D. 考察

注意欠陥/多動性障害は、情緒と行動の問題としてあらわれ、精神科医療に診断・治療が求められる。この研究は、精神科におけるこの障害についての医療の実態を明らかにするために行った。その結果、精神科医療機関においては、児童青年精神科を専門とする医師は95%がこれを診療対象ととらえているのに対し、一般精神科の医師は64%に



留まっていた。これは子どもが一般精神科を受診することがほとんどないことが大きな要因であると同時に、この調査で取り上げられた診断治療を実現する条件が一般精神科では整っていないことも関連があると考えられる。

#### 診断について

診断はDSM-IV、あるいはICD-10の記載を用いて行われていることが明らかになった。しかし、半数以上の医師が、診断基準を適用するにあたって、困難や問題があると回答していた。その内容は診断の条件とされる各項目についての判断が客観的には困難であること、判断に必要な情報の入手について、症状の変動・場面性に関するものであった。特に、DSM-IVでは除外診断とされている広汎性発達障害をめぐる問題が取り上げられていた。これらの問題に 대응する診断ガイドラインを早急に確立することが必要である。

#### 薬物療法について

注意欠陥/多動性障害に薬物療法が有効であることはすでに海外でひろく確認されている。注意欠陥/多動性障害と診断され、薬物療法が適用される子どもの割合は、21～50%にピークがあるが、全くなしというものから81%以上までばらつきが大きい。しかし、この1年間に薬物療法をしたことがないのは一般精神科医師に多く、児童青年精神科を専門とする医師の方が、薬物療法をおこなっていた。適用条件をGAF値で調査した結果では、一般精神科でも児童青年精神科でも基準の取り方には違いが認められなかった。児童青年精神

科を専門とする医師が、薬物療法を必要とする患者に接する機会が多く、一般精神科医は薬物療法を必要とする子どもの治療にあたる機会が少ないと考えられる。

最も多く用いられている薬物は、児童青年精神科を専門とする医師、一般精神科医師ともにメチルフェニデート(MPH)であった。その他の薬物としては、ブチロフェノン、カルバマゼピンがあげられていた。薬物選択の志向は変わらないが、頻度が異なっており、一般精神科医師がMPHを選択することが児童青年精神科の医師よりも少ない。これは、一部には、両者の患者の特質に違いがあるのであろうか。つまり一般精神科を受診する患者では、MPHによる治療が中心となる患者が少ない可能性がある。これとは別に軽症うつ病を適用とするMPHの使用を抑制する流れがあるので、これを小児の注意欠陥/多動性障害に適用することに慎重であるべきという主張があることが関連している可能性も否定できない。しかし実際に薬物療法を適用する基準には両者の間に差が認められなかった。

#### 薬物療法の効果の判定

この障害が行動と情緒の障害であり、学校場面で支障をきたすことが多いこと、MPHの効果が3～5時間と短時間であることから、効果の判定をいかに行うかが重要な課題となる。現状では主として親からの情報をもとに効果の判定がなされている。担任による観察や報告を求めることはなされているとしても50～60%に留まっている。教師から情報をうるときにも、観察点を明確に

することが必要であると考えられる。診察室での観察は必ずしも全般的な効果を反映しているとはいえないなどの困難がある。チェックリストを利用した評価が信頼性・妥当性のある評価として役立つと考えられるが、利用は10%以下にとどまっていた。

薬物療法の適用と使用法、効果判定法を確立することが求められる。

### 心理社会的治療について

注意欠陥/多動性障害の治療には、障害についての理解を深め適切な対応をするための環境調整や心理教育的アプローチ、子どもに対する直接的な介入のほか、併存して生じがちな情緒や行動の問題への心理的アプローチなどが必要とされる。

この調査ではこの1年に実際に行われた心理社会的な治療についてのチェックを求めた。家族へのカウンセリング・助言・指導、学校との連携・調整は精神科医師の大部分が行ったと回答している。学校との調整は家族を介して間接的に行っているほか、手紙・文書・電話などより直接的な形態、さらには、学校から教師が来訪するなどを多くの医師が経験していた。このことは教育と医療の連携が必要とされる障害であることを物語っている。しかし医師自らが家庭や学校現場を訪れているというものは少なかった。注意欠陥/多動性障害をもつ子どもの診断治療においては、医療と家庭、教育現場の係が不可欠であり、それらを深めるためにも医療サイドからのいっそうの積極的な関わりが可能な医療体制を検討すべきだと思われる。

一方、教育相談・児童相談機関との連携を取る機会はそれほど多くはない。具体的な連携を要する機会が少ないのであろうか。

子どもを対象とした治療プログラムの実施状況についての質問には、子どもの個別カウンセリング遊戯療法が児童青年精神科では多く行われているが、その他の「子ども対象の集団治療」、「SST」、「学習指導」など特殊プログラムを持っている機関は10%以下であり、きわめて少ないのが現状である。これらのプログラムは児童青年精神科を専門とするところで多く行われており、開発過程であると考えられる。

### E. 結論

1. 注意欠陥/多動性障害の診断・治療の現状についての調査を行った。
2. 精神科医345人(一般精神科を専門とする医師351人、児童青年精神科を専門とする医師84人)からの回答を分析した。
3. 70%は注意欠陥/多動性障害を診療対象としていた。児童青年精神科を専門とする医師では94%であり、主な診療科といえる。
4. 診断は、DSM-IV、ICD-10を用いて行っており、診断基準の適用に半数以上が困難を感じている。
5. 薬物療法は、85%が行っており、児童青年精神科を専門とする医師では、95%を越えている。

薬物療法の適用基準は、GAF値31-40をピークに中等度の症状以上に分布していた。

最も多く用いられている薬物はMPHで、73%を占めていた。

薬効の評価は、家族からの情報をもとになされており、学校・診察室での所見をふくめている一般的な方法が採られている。チェックリストの利用を取り入れているところが10%で、児童青年精神科を専門とする医師では17.7%と高い割合であった。

#### 6. 心理社会的治療

学校との連携のため、あるいは教育相談、児童相談機関との連絡調整は、

いずれも児童青年精神科を専門とする医師のほうが実施している割合が高かった。

子どもを対象とした一般的な治療は一般精神科と児童青年精神科を専門とする医師でも同じように行われているが、「子ども対象の集団治療」、「SST」、「学習指導」など特殊プログラムは後者でより多く行われていた。

表 1：注意欠陥／多動性障害の診断について

		精神科		一般精神科		児童青年精神科		Chi-square
		度数	列%	度数	列%	度数	列%	
Q1. 診療対象か否か	はい	304	69.9	225	64.1	79	94.0	***
	いいえ	131	30.1	126	35.9	5	6.0	
Q1①-3. DSM-IVを診断基準として、、、	用いていない	89	29.3	68	30.2	21	26.6	NS
	用いている	215	70.7	157	69.8	58	73.4	
Q1①-1. ICD-10 を診断基準として、、、	用いていない	166	54.6	130	57.8	36	45.6	NS
	用いている	138	45.4	95	42.2	43	54.4	
Q1-②. 診断基準を適用するにあたって、、、	無回答	11	3.6	11	4.9	0	0.0	NS
	困難・問題が無い	135	44.4	102	45.3	33	41.8	
	困難・問題がある	158	52.0	112	49.8	46	58.2	
Q1-③. これまでに、鑑別が困難と感じられるケースが、、、	無回答	9	3.0	9	4.0	0	0.0	**
	なかった	76	25.0	67	29.8	9	11.4	
	あった	219	72.0	149	66.2	70	88.6	

\* : p<.01、\*\* : p<.001、\*\*\* : P<.0001

表 2：薬物療法

		精神科		一般精神科		児童青年 精神科		Chi-square
		度数	列%	度数	列%	度数	列%	
Q3-①この1年間にAD/HDと診断した子どものうち、実際に、薬物療法を適用している子どもの割合	無回答	9	3.0	8	3.6	1	1.3	*
	まったくなし	45	14.8	42	18.7	3	3.8	
	20%以下	46	15.1	34	15.1	12	15.2	
	21-50%	89	29.3	55	24.4	34	43.0	
	51-80%	63	20.7	45	20.0	18	22.8	
	81%以上	52	17.1	41	18.2	11	13.9	
Q3②-1 薬物療法を適用する段階 (GAF 値)	無回答	21	6.9	14	6.2	7	8.9	NS
	GAF 値 [1-10]	5	1.6	4	1.8	1	1.3	
	GAF 値 [11-20]	18	5.9	16	7.1	2	2.5	
	GAF 値 [21-30]	10	3.3	7	3.1	3	3.8	
	GAF 値 [31-40]	151	49.7	110	48.9	41	51.9	
	GAF 値 [41-50] : 重大な症状	56	18.4	42	18.7	14	17.7	
	GAF 値 [51-60] : 中等度の症状	43	14.1	32	14.2	11	13.9	
Q3③-1 よく用いる薬品 (第一選択薬)	無回答	20	6.6	19	8.4	1	1.3	***
	MPH	222	73.0	157	69.8	65	82.3	
	その他	62	20.4	49	21.8	13	16.4	
Q3④-1 薬物療法の効果判定<家族の観察>	いいえ	68	22.4	51	22.7	17	21.5	NS
	はい	236	77.6	174	77.3	62	78.5	
Q3④-2 薬物療法の効果判定<担任の観察>	いいえ	138	45.4	105	46.7	33	41.8	NS
	はい	166	54.6	120	53.3	46	58.2	
Q3④-3 薬物療法の効果判定<主治医の所見>	いいえ	189	62.2	136	60.4	53	67.1	NS
	はい	115	37.8	89	39.6	26	32.9	
Q3④-4 薬物療法の効果判定<チェックリストを使用>	いいえ	275	90.5	210	93.3	65	82.3	*
	はい	29	9.5	15	6.7	14	17.7	
Q3④-5 薬物療法の効果判定<その他>	いいえ	285	93.8	212	94.2	73	92.4	NS
	はい	19	6.3	13	5.8	6	7.6	
Q3④-2 担任が内服を知っているか	無回答	178	58.6	133	59.1	45	57.0	NS
	知っている	104	34.2	75	33.3	29	36.7	
	知らない	3	1.0	2	0.9	1	1.3	
	ケースによる	19	6.3	15	6.7	4	5.1	

\*: p&lt;.01、\*\* : p&lt;.001、\*\*\* : P&lt;.0001