

5. トラウマ関連症例の診療を行う場合どのような治療法を採用されていますか？（複数回答可）

- ①薬物療法 ②支持的精神療法 ③遊戯療法 ④本人へのトラウマ心理教育
⑤保護者へのトラウマ心理教育 ⑥認知行動療法 ⑦その他（ ）

6. トラウマ関連症例に薬物処方される場合、どのような症状に対してですか？（複数回答可）

- ①睡眠障害 ②身体化症状 ③不安症状 ④PTSD症状 ⑤幻覚妄想状態
⑥抑うつ症状 ⑦その他（ ）

7. トラウマ関連症例に対して使用されたことのある薬剤をすべてチェックしてください。

- ①SSRI ②SNRI ③三環系抗うつ薬 ④その他の抗うつ薬 ⑤抗不安薬 ⑥睡眠導入剤
⑦抗アドレナリン作動薬（クロニジン、βブロッカーなど） ⑧抗精神病薬 ⑨気分調整薬
⑩漢方薬 ⑪その他の薬剤（ ） ⑫薬剤は処方しない

8. トラウマ関連症例の診療にご関心がありますか？

- ①とてもある ②まあまあある ③あまりない ④ない

9. 現在までにトラウマ関連症例の診療について研修などを受けたご経験はありますか？

- ①ある（具体的に ） ②ない

10. 今後トラウマ関連症例の治療技法の中で、先生が習得したいとお考えの技法はどれですか？（複数回答可）

- ①薬物療法 ②本人へのトラウマ心理教育 ③保護者へのトラウマ心理教育 ④遊戯療法
⑤認知行動療法（EMDRや曝露療法など） ⑥催眠療法・イメージ療法 ⑦集団精神療法
⑧ストレスマネジメント技法（セルフコントロール・リラクゼーションなど）
⑨精神分析的な精神療法 ⑩その他（ ）

11. 今後トラウマ関連症例の診療において、どのような条件が整えばよいとお考えですか？（複数回答可）

- ①利用できる社会資源についての情報 ②診療のための学習会・研修会 ③十分な診療時間
④妥当な診療報酬 ⑤心理検査ができる臨床心理技術者 ⑥臨床心理技術者による心理療法
⑦ケースワーカーによる相談 ⑧その他（ ）

ご協力ありがとうございました。

C-2. 文献研究結果

「子どもの PTSD と治療について」

大阪教育大学学校危機メンタルサ
ポートセンター 岩切昌弘

(1) 子どものトラウマ

現在、子どものトラウマは、成人に比べて違いがあることが、よく知られるようになってきた。発達の観点から考えれば、自分の行動や感情を客観的に捉えたり、またトラウマとなるような事象が今後どのような影響を与えるのが理解できないわけであるから、当然といえよう。自己中心的な世界観では、周囲の反応を自分の内界で起こっていることと同等に考えて認識しやすいであろう。そのようなことから考えると、保護されるはずの相手からの虐待などの反応が自己認識の発達過程で複雑な影響を与え、その反応も単純なものではないことは、容易に理解できる。

さて、子どものトラウマの先駆的な研究者である Terr は、トラウマを「子どもを一時的に無力にし、通常の対処方法や防御操作を破壊する一回もしくは一連の打撃によってもたらされた精神状態」¹⁾と定義している。また Terr はトラウマ反応を単回性（I型トラウマ）のものと慢性反復性（II型トラウマ）のものを区別し、共通して見られる反応として視覚的記憶の反復、反復的行動、トラウマに関連する特定事象への恐怖、人生や将来に対する考えの変化をあげた。そしてI型トラウマ反応の特徴は、視覚的記憶が何年にもわたって正確に保たれていること、体験直前あるいは体験時の起こったトラウマとは違う出来事が、そのトラウマの前兆 (omen) と考えてしまうこ

と、時間の長さや順序が変わってしまうこと、II型トラウマ反応の特徴は、否認・精神的麻痺、自己催眠・解離状態、激しい怒りとしている¹⁾。このII型トラウマ反応は、また Herman のいう複雑性 PTSD の症状、感情調整の障害、解離症状、自己認知の障害、対人関係の障害、信仰や希望の喪失に通じるものである²⁾。

(2) 子どもの PTSD

PTSD が DSM-III (1980) に診断基準として発表されたころは、まだ子どもの PTSD について、はっきり認識されていなかったが、Terr のスクールバス誘拐事件後の調査 (1979, 1983) によって子どもも成人と似たような重篤な反応を示すことが明らかになった。しかしその後、子どもは特に年齢が低くなるほど、成人との違いがあることがわかってきた。Sheeringa らは乳幼児期の PTSD について、A 基準では、恐怖や戦慄を言葉や行動で表現しない場合があること、B 基準ではトラウマティックな出来事についての遊びや描画を繰り返したりすることが多いこと、C 基準では回避症状や示すことが少なく、遊びが減り、引きこもり傾向や発達のスキルの喪失として見られること、D 基準では、夜驚や注意力の低下が見られ、その他として新たな攻撃性や退行症状、分離不安、恐怖の増大などが見られることを挙げた³⁾。また 1998 年に米国児童青年精神医学会は、子どもの PTSD に関する診断と基準として、PTSD を診断する場合でも養育者（加害者でない場合）から、その出来事が大きな精神的影響を与えると考えられるか、それまでのストレスとなる生活上の問題、PTSD 症

状、PTSD と関連性が高い合併症（うつや ADHD など）がないか、本人ないし周囲の人間がその出来事でのどのような情緒的応答を示したか、医学的病歴、発達史、出来事以降の行動・集中力・学力を中心とする学

校生活の記録、家族の病歴などを聴取してから子ども自身の面談を行うことを提唱している⁴⁾。2003 年に Scheeringa らが就学前児童用に DSM-IV に沿った PTSD の診断基準案を挙げておく（表 1）^{5) 6)}。

表 1 就学前児童用 PTSD 基準案 (Scheeringa のものを廣常が翻訳)

- A. その人(子)は、以下の2つがともに認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある：
- (1) 実際にはまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、あるいは自分または他人の身体に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。
(A [2] は、求められない。なぜならば、前言語期の子どもが外傷的な出来事を体験したときの反応を語れないし、大人が子どもの反応を観察できないかもしれないからである。)
- B. 外傷的な出来事が、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験され続けている。
- (1) 出来事の反復的、侵入的想起 (必ずしも苦痛を伴わない) で、それは心象、思考、または知覚を含む。
 注：乳幼児の場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある。
- (2) 出来事についての反復的で苦痛な夢
 注：乳幼児の場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある。
- (3) 他覚的で行動に表出されるフラッシュバックが観察されるが、その人(子)はその体験の内容を言語化できない。
- (4) 外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛。
- C. 以下の1つ（またはそれ以上）によって示される、(外傷以前には存在していなかった) 外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺：
- (1) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力。
- (2) 重要な活動への関心または参加の著しい減退。
注：乳幼児の場合、これはおもに遊びの幅の狭まりとして観察される。
- (3) 他の人から孤立している、あるいは疎遠になっているという感覚。
注：乳幼児の場合、これはおもに社会的ひきこもりとして観察される。
- (4) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情を持つことができない）。
- (5) 以前はできていた発達上のスキルの喪失（例：トイレットトレーニングと話しことば）。
- D. (外傷以前には存在していなかった) 持続的な覚醒亢進状態で、以下の1つ（またはそれ以上）によって示される。
- (1) 入眠、または睡眠維持の困難。
- (2) いらだたしさまたは怒りの爆発、または激しい痙攣とむずかり。
- (3) 集中困難。
- (4) 過度の警戒心。
- (5) 過剰な驚愕反応。
- 新しいクラスター。以下の少なくとも1つ（またはそれ以上）によって示される。
- (1) 新たな分離不安。
- (2) 新たな攻撃性の兆候。
- (3) 外傷とは明らかな関連のない新たな恐怖感（例：一人での入浴を怖がったり、暗闇を怖がる。）

子どもが PTSD になるには、トラウマ脅威の認識、意味づけ、感情的認知的対処、自分の反応に対する許容度、回復への期待、トラウマ後の生活変化にうまく対処できるかなどが関係するとされている。また子

ものトラウマ反応の大きさは、出来事に対する保護者（特に母親）の反応に大きく影響し、保護者がその出来事にどのように反応したか、またその後その出来事についてどのように話しているかについて、大きく

左右されるといわれている⁷⁾。

慢性的な繰り返されるストレス（虐待や戦争、ハラスメントなど）は、子どもの性格を変えてしまい、自傷行為や自殺行為を引き起こしたり、うつや他の精神疾患を合併しやすいことは知られるようになってきているが、人格形成期のトラウマの曝露は、中枢神経系や神経内分泌の成熟に影響してしまうこともわかってきている⁸⁾。

（3）子どもの心のケア

様々な災害に際し、心のケア活動を行なう目的は、危機によって受けた心身の影響を理解し、対処していく方法を伝えること（心理教育）と、PTSDを発症するような子どもをスクリーニングすることである。危機時の心理状態については、パンフレットや講演を通じて、理解してもらうことが一般的である。

心理的危機介入の方法として、デブリーフィングがさかんに行なわれた時期もあるが、元々、救援者対象の方法だったこともあり、現在有効性が定かでなく、より一般的で普遍的な Psychological First Aid: PFA が広まりつつある⁹⁾。PFA の目標とするところは、トラウマに関することを打ち明けてもらうことではなく、人々のニーズや関心をいち早く理解し、情報を与えることである。また PFA は、大人だけでなく子どもや老人、そして障害者にも配慮されたものになっている。

<PFA の活動内容>

1) 被災者に近づき、活動を開始する

接触してきた被災者に応じる。または、侵入的でない、思いやりのある役に立つ方

法でこちらから接触する。

2) 安全と安心感を確保する

当面の安全を確保し、身体的情緒的な快適さを与える。

3) 必要に応じて落ち着かす

圧倒されて混乱している被災者を落ち着かせ、適応させる

4) 情報を集める

現在のニーズと心配事をはっきりさせ、情報を集めて、PFA の活動がその人に合ったものにする。

5) 実際的な援助

現在にニーズと心配事に合った実際的な援助を提供する。

6) 周囲の支えてくれる人々と関わりをもたす

最初にサポートしてくれた人や家族や友だち、その他の地域の力になってくれる人たちと短いまたは継続的な関係を確立する。

7) 対処方法を伝える

ストレス反応について説明し、そのストレスを軽減する方法と、気分を落ち着かせる方法を伝える。

8) 協力している支援サービスにつなげる

現在もしくは将来に必要なサービスにつなげる。

（4）子どもの PTSD 治療

1. 個人に対しての認知行動療法

成人の方では、効果が高いとされている認知行動療法であるが、子ども個人に対しての治療においてもトラウマ焦点型認知行動療法が、RCT (randomized control trial) でかなり良い結果を挙げている¹⁰⁾。この療法では、子ども自身だけでなく保護者も

参加する形をとっている¹¹⁾。

<トラウマ焦点型認知行動療法の内容>

1. 心理教育
2. 保護者の対処技法
3. リラクゼーション技法
4. 感情の表現と調整
5. 認知的対処技法
6. トラウマ物語作り
7. リマインダー（出来事を思い出すもの）への曝露
8. 子どもと保護者との結合
9. 将来の安全性を高める

2. 学校基盤の認知行動療法

学校基盤の認知行動療法的介入としてCBITS (Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools)¹²⁾が、RCTで効果があると判定された¹⁰⁾。

CBITSは、学校の中で行うグループセッションの形での介入方法であり、コーピング技法を使つての感情の調整方法、不安症状の軽減を行い、またトラウマティックな出来事を想像したり、描いたり、出来事を物語に再構成することで処理していく内容が含まれる。

まだ現在、日本において、このような学校の中で行なうグループセッションは、一般的でないが、Pynoos¹³⁾も述べていたように、今後、大勢の子どもを巻き込む災害があった場合、中長期的な視点から考えると、学校内で行なうプログラムの必要性が増してくると思われる。

<学校基盤の認知行動療法的介入(CBITS)>

1. 子どものグループと個人のプログラム
セッション1

グループメンバーの紹介、守秘義務の約束、手順の説明

- ・物語を使った治療であることの説明
- ・参加理由についての話し合い

セッション2

ストレスやトラウマに関する一般的反応についての心理教育

- ・不安と戦うためのリラクゼーション訓練

個人のセッション（セッション2から6までの間）

トラウマティックな出来事についての想像曝露

セッション3

思考と感情（認知療法の導入）

- ・恐怖を測る温度計
- ・思考と感情のリンク
- ・ネガティブ思考と戦う

セッション4

ネガティブ思考と戦う

セッション5

回避とコーピング（日常生活暴露療法の導入）

- ・不安階層表の作成
- ・対処方法の選択

セッション6、セッション7

ストレスもしくはトラウマとなる記憶に対して、想像・絵・文章などで曝露する

セッション8

社会問題解決法の導入

セッション9

社会問題解決法とホットシートの練習

セッション10

再発予防と終了式

2. 保護者の心理教育プログラム

セッション 1

トラウマ反応についての心理教育、恐怖やリラクゼーションの説明方法

セッション 2

子ども達が認知や行動を変える方法

3. 教師の心理教育プログラム

トラウマ反応、CBITSプログラムの内容、トラウマを持った青年に教える秘訣についての心理教育

参考文献

1) Terr, L. C.: Childhood traumas: An outline and overview, *Am. J. Psychiatry*, 148: 10-20, 1991.

2) Herman, J. L.: *Trauma and recovery*. Basic Books, New York, 1992. (中井久夫訳: 心的外傷と回復. みすず書房, 1996.

3) Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J., et al.: Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34(2): 191-200, 1995.

4) Practice parameters for the assessment and treatment of children with posttraumatic stress disorder, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37(10 Suppl): 4S-26S, 1998.

5) Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., Putnam, F. W., New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42(5): 561-570, 2003.

6) 廣常秀人, 補永栄子, 斉藤陽子ら, 子どもの外傷後ストレス障害 (PTSD) -その

歴史と概念の変遷-, *トラウマティック・ストレス*, 3(2): 11-22, 2005.

7) Dyregrov, A., Yule, W., A Review of PTSD in Children, *Child and Adolescent Mental Health*, 11(4): 176-184, 2006.

8) van der Kolk, B. A., The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 12(2): 293-317, 2003.

9) *The Psychological First Aid: Field Operations Guide (2nd Edition)*, NCTSN website,

http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/nc_manual_psyfirstaid.html.

Accessed January 10, 2009.

10) Foa, E. B., Keane T. M., Friedman, M. J., et al.: *Effective Treatments for PTSD (Second Edition)*, The Guilford Press, New York, 2008.

11) Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Deblinger, E.: *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*, The Guilford Press, New York, 2006.

12) Jaycox, L.: *Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools*, Sopris West, 2003.

13) ロバート・バイヌース, 子どもと災害, 災害とトラウマ, こころのケアセンター編, みすず書房, 1999.

D. 考察

今回の調査研究の範囲では、単回性のトラウマ関連症例の診療経験を有する精神科医および小児科医などが決して少なくないことがわかった。トラウマの原因として、「交通事故」「家庭外の性被害」「暴力被害」など、いつどこで発生してもおかしくないものが多く挙げられていた。また、過去5年間の経験症例数が20症例以上とする医師が約1割存在している一方、10症例未満の医師が約8割弱であった。このことから、トラウマ関連症例は、日常の診療の中で、数は少ないが多くの医師が経験する症例であることが推察された。また、今回回答のあった医師の中では、トラウマ関連症例の診療に関して高い関心が示されており、学習会や研修会を求める声も多かったが、実際に研修を受けた経験のある医師がそれほど多くなかった。

トラウマ関連症例の治療について、睡眠障害・不安症状などさまざまな精神医学的症状に対して、大部分の医師が薬物療法を採用していた。しかし、今後習得したい技法の中で薬物療法をあげている医師は少なくなかった。現在採用している薬物療法以外の治療法では、支持的精神療法を挙げる医師が多く、認知行動療法を採用している医師はまだ少なかった。一方、今後習得したい技法として、認知行動療法を始め、本人や保護者への心理教育やストレスマネジメント技法などが多く挙げられていた。現状の子どもたちの診療体制の中では、トラウマ関連症例を診療するすべての医師が認知行動療法に習熟することは困難かもしれないが、心理教育やストレスマネジメント技法などは、適切な知識と簡便な資料

があれば、短時間の診療の中でも採用可能ではないかと思われた。

今後の診療に求める条件としては、「十分な診療時間」「妥当な診療報酬」など、子どもたちの診療すべてに共通すると考えられる項目のほかに、「社会資源の情報」を挙げている医師が多かった。紹介経路として、「紹介なし」のケースを受けていた医師が約半数いたことと併せて、医療機関が支援ネットワークのコーディネイトの役割を要求されることもありうると考えられた。

E. 結論

今回の調査研究と文献研究の結果から、一般の精神科医や小児科医が実践可能な、トラウマ関連症例の診療についてのガイドライン作成に当たっては、①薬物療法 ②本人および保護者への心理教育 ③ストレスマネジメント技法 ④支援ネットワークおよび社会資源などに焦点づけることが有効であると思われた。

F. 健康危険情報 該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表 該当なし
2. 学会発表 該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 該当なし

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

子どもの心身医学的診療（含リエゾン）の標準化に関する研究

分担研究者	田中英高	大阪医科大学
研究協力者	小柳憲司	長崎県立こども医療福祉センター
	村上佳津美	近畿大学小児科
	宮本信也	筑波大学心身医学系
	石崎優子	関西医科大学小児科
	宮島 祐	東京医科大学小児科
	神原雪子	八尾徳州会病院小児科
	梶浦 貢	済生会茨木病院小児科

研究要旨

【目的】本分担研究では、子どもの心身医学的診療（含リエゾン）の標準化を遂行するために、日本小児科学会の各分科会等と積極的に連携しながら、診療ガイドライン整備、その普及のための研修会開催を通じて、標準的な一定の診療技能を有する人材育成を行うことを目的とする。【結果】本年度は、ガイドラインを必要とする心身医学関連領域の疾患や病態は、起立性調節障害、不登校、摂食障害、繰り返す痛み（腹痛、頭痛）などとした。これらは日本小児心身医学会と協力して行った。また起立性調節障害ガイドライン研修会開催し（全国で研修会を37回開催：日本小児科学会、日本小児心身医学会、各地小児医会、各地医師会等）、それに対する評価を行ったところ、回答者の78%が「役に立った」（5件法最高）と評価し、GLを有用と考えていた。一方、質疑応答では治療に関する質問が最も多く、効果的な薬物療法を期待する声が多かった。診断法では起立試験の詳細に関するものが多かった。【結語】医療機関を受診するODが不登校を伴うなど著しいQOLの低下を生じているため、より効果的な治療法を期待する意見が多かった。本研究結果を、現在計画中の「ひきこもりを伴う難治性ODに対する専門医向けGL」に反映させる予定である。

A 研究目的

平成20年度

(1-20)日本小児科学会の各分科会、および
児童精神医学関連学会と連携し、診療医

養成のために標準的な診療指針が必要と
考えられる各疾患や病態の抽出。

(2-20) 関連学会と連携による診療ガイド

ラインのラインナップ

(3-20) ガイドラインを用いた研修会開催、ならびに参加者による評価を調査。

(4-20) 各種ガイドラインのバージョンアップ（リエゾンや専門医紹介基準を含める）

(5-20) 社会的資源との連携によるサポートモデル構築への提言—とくにいじめ解決サポートシステムのモデル構築について

B 研究方法

(1-20) ガイドラインを必要とする心身医学関連領域の疾患や病態は、起立性調節障害、不登校、摂食障害、繰り返す痛み（腹痛、頭痛）と決定した。その他（AD/HD など）は今後検討予定。

(2-20) 日本小児心身医学会は本分担研究と連携して進めることを総会で決定した。同学会は、平成 20 年度に、起立性調節障害、不登校、摂食障害の各ガイドラインをラインアップしたことから、本研究においてもこれをサポートする。来年度には、繰り返す痛み（腹痛、頭痛）が発刊予定である。

日本小児精神神経学会、日本神経学会、日本小児心身医学会が合同で作成した AD/HD ガイドラインについてもラインアップに含めることを検討予定。

(3-20) 上記ガイドラインを用いた研修会開催について。

当学会研究委員会（2007 年研修委員会から独立）は、プライマリケア医向けに各種心身症ガイドラインを作成した。その一つの小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン（ODGL）は 2006 年に発行された。現在、OD 治療の標準化とその啓

蒙を目的として GL を用いた研修会を全国で行っている。今回、研修会での質疑応答や GL に対するアンケート調査を実施し、その有効性の検証を行ったので報告する。【方法】2006 年から 2008 年まで、全国で研修会を 37 回開催（日本小児科学会、日本小児心身医学会、各地小児医会、各地医師会等の研修会）。研修内容は ODGL の使用法の概説。講義時間は 20-90 分。対象者は主に小児科医、学校医。参加者数は 1 回に 30 名-300 名。講演後の質疑総件数 64 件、回収したアンケートの解析済みは 30 件。アンケートは、GL の記載内容に対して各項目（診断アルゴリズム・検査・治療法など）の有用性を 5 件法で評価。

（倫理面への配慮）

本研究は倫理的な配慮を要する研究に該当しない。

C 研究結果

(3-20) アンケート評価に対する総括では、回答者の 78% が「役に立った」（5 件法最高）と評価し、GL を有用と考えていた。一方、質疑応答では治療に関する質問が最も多く、効果的な薬物療法を期待する声が多かった。診断法では起立試験の詳細に関するものが多かった。

D 考察

(3-20) 不登校と判別が困難であった OD に対してエビデンスに基づいた身体的診断と心理社会的アプローチを可能とした当 GL に対して、プライマリケア医は有用な診療支援ツールと受け止めたと思われる。その一方で、医療機関を受診する OD が不登校を伴うなど著しい QOL の低下を

生じているため、より効果的な治療法を現在計画中の「ひきこもりを伴う難治性ODに対する専門医向けGL」に反映させたい。

(4-20) 専門医向けガイドラインは、起立性調節障害についてはワーキングメンバーが決定した。

(5-20) いじめ解決サポートシステムのモデル構築提言。

2008年12月26日 地域モデル構築のための「医療・教育連携準備会議」開催(場所:高槻市教育委員会):参加者 高槻市教育委員会教育指導課長、同教育センター長、大阪医科大学発達小児科長など5名。

2009年2月25日、北摂四医師会全人医療研究会と共催で市民団体(NPO いじめから子どもを守ろうネット)、医療機関、教育委員会をまじえた講演会を開催。

E 結論

研究3によって診療標準化のためのガイドラインは有用と考えられた。そこで、研究計画1、2は今年度で終了し、研究計画3、4について平成21年度は以下の計画とした。

(3-21) 一般小児科医向け各種心身症ガイドラインに関する研修会を児童精神科医向けに実施し、参加者を対象としたアンケート調査により、研修会の効果的運用の評価。普及率、有用性の検討、問題点リストアップを行う。

(4-21)

A) 日本小児心身医学会と奥山班の分担研究は、連携して進める。その内容は、添付ファイルをご覧ください。すでに起立性調節障害、不登校、摂食障害の各ガイ

期待する意見が多かった。本研究結果を、ドラインがラインアップし、来年度には、繰り返す痛み(腹痛、頭痛)が発刊予定です。これらのガイドラインは、一般小児科医(レベル1)と児童精神科医(レベル2-3)に適した内容になっている。そこで今後は、

(1) これらのガイドラインの研修会を、一般小児科医だけでなく児童精神科医を含めた心の診療医に実施する。

(2) 小児科の心身症専門医向け(レベル2-3)の専門医向けガイドラインを作る(ODはスタートしている)。

(3) 小児科医から児童精神科医に照会(コンサルテーションリエゾンの入り口)、紹介転科、あるいは、児童精神科医から小児科医へ紹介する身体的基準を作成する。

上記の(1)と(3)の事業にADHDを含める。

(1)については宮島研究協力者がその実績を簡単にまとめる。アンケート評価など。(3)については、小児科でADHDを診る機会が多いので、どのような問題を起こした場合、照会や紹介をするかの基準を作る。ADHDガイドラインのp148-を、さらに詳細に記述する。それをまた研修会で行って頂き、アンケート評価をする。

F 健康危険情報

特記すべきことなし

G 研究発表

1. 論文発表
別紙
2. 学会発表
別紙

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

子どもの感情障害の診療および自殺企図・せん妄などの危機介入の
標準化に関する研究

分担研究者 齊藤卓弥 日本医科大学

研究要旨

平成20年度は、以下の研究を行った。1) 子どものうつ病、双極性障害、せん妄、自殺企図の海外での診療のエビデンスや標準化の現状について文献的な研究を行った。さらに、2) 文献的な研究に基づいて本邦での次年度のアンケート調を作成し、エキスパートによる診療の標準化のための準備を行った。3) 今後の自殺企図患者の介入モデルを作成するために日本医科大学救命救急センターで子どもの自殺企図の特徴について調査を行った。

子どものうつ病の治療に関しての海外でのマニュアル・標準化は進んでおり一般医・小児科医向けの診断・治療ガイドラインも作成されている。一方で、双極性障害、せん妄、自殺企図への介入は、evidence が集積し始めているがまだ標準化が進んでいない。今後、海外の evidence やガイドラインに基づいて本邦での子どものうつ病、双極性障害、せん妄、自殺企図への診療・介入の標準化を行っていくことは子どもの精神医療へのアクセスを向上させるためにも重要である。次年度以降は、今回の文献検索やパイロット研究をもとに実践的な標準化に向けての研究を行っていく。

A. 研究目的

1980年以降子どもの気分障害の認知が高まってきている。本邦でも、中学生の約5%の子どものうつ病の診断がされたと報告され重大な問題と考えられるが、未だに診断・治療に混乱が見られる。自殺企図およびせん妄の危機介入に関しても重要性が叫ばれながらも標準的な介入法が確立していない。

本研究の目的は、子どもの気分障害の診療、自殺企図及びせん妄の危機介入の

標準化である。

B. 研究方法

平成20年度は、以下の3点について研究を行った。

1) 文献研究: Medline を用いた文献検索を行った。「depression」「bipolar disorder」「delirium」「suicidal attempt」「child」「adolescent」「treatment」「guideline」「algorithm」「intervention」を key word に文献検

索を行い、さらに検索した文献に引用されていた文献についても必要に応じて調査を行い、現在行われている海外での標準的な診療あるいは介入について明らかにする。

2) 各地域の主要な児童思春期精神科医療を実践している精神科医に対して、気分障害への診療、自殺企図への介入、せん妄への介入の現状について把握するためのアンケートを作成する。

3) 日本医科大学高度救命救急センターに重篤な自殺企図で搬送された子どもについての特徴についてパイロット・スターディーを行う。

(倫理面への配慮)

1の文献研究に関しては、倫理的問題は発生しない。

2のアンケート調査の作成においては個人のプライバシーに配慮し、回答者の個人情報が特定できないように配慮がなされた。

3のSSTについては、患者情報が特定できないように配慮がなされた。究内容について説明し書面で同意を得た。

C. 研究結果

1) うつ病の診療の標準化

a) うつ病の診断と評価：子どものうつ病の罹患率は5-8%と高く、一方で児童思春期精神医療の専門家の不足から、過半数の子どもがうつ病患者が診断されず成人に至ると報告されている⁽⁵⁾。そのため一般医・小児科医にもうつ病の診断できるシステムを作る必要性が高まり診療ガイドラインが作成された(図1)⁽¹⁷⁾。

図1一般小児科でのうつ病の評価フローチャート



フローチャートとともに一般医・小児科医が評価に用いることができる質問紙、評価用紙、心理教育に必要な患者・親向けの資料も用意されており標準化された評価を行うことを可能としている。

b) 治療の標準化

子どものうつ病に関しては成人に有効な抗うつ薬が必ずしも有効ではないことは報告されている。三環系抗うつ薬はメタ解析で子どものうつ病に有効ではないことが報告されている。また、選択的セロトニン取り込み阻害薬 (SSRI) も、成人に有効なSSRIのすべてが子どもでは臨床試験で有効性を示していない(表1)。

表1. プラセボ-ランダム化比較薬物試験の結果

薬剤名	試験名	年齢	期間	結果	備考	
Fluoxetine	Fluoxetine 0801	PL 20	12-18歳	12-18歳	0.08	PL=PL
		PL 20	7-11歳	12-18歳	0.08	FLUOXETIN PL 20
		PL 40	7-11歳	12-18歳	0.08	FLUOXETIN PL 20
		PL 40	12-18歳	12-18歳	0.08	FLUOXETIN PL 20
Venlafaxine	Venlafaxine 0801	PL 30	12-18歳	12-18歳	0.08	VENLAFAXINE PL 30
		PL 60	12-18歳	12-18歳	0.08	VENLAFAXINE PL 30
Escitalopram	Escitalopram 0801	PL 10	7-11歳	12-18歳	0.08	Escitalopram PL 10
		PL 10	12-18歳	12-18歳	0.08	Escitalopram PL 10
Citalopram	Citalopram 0801	PL 10	7-11歳	12-18歳	0.08	Citalopram PL 10
		PL 10	12-18歳	12-18歳	0.08	Citalopram PL 10

最近、新しい臨床試験に基づき薬物治療のアルゴリズムが改定された。SSRIが第一選択薬として選ばれており、もし1つのSSRIが有効ではなかった時には他のSSRIに変更することが推奨されている(図2)。

図2. 子どものうつ病治療のテキサスアルゴリズム



心理療法に関しては、認知行動療法、対人関係療法が複数の臨床試験で有効性が証明されている⁽²⁾。

また、薬物療法、認知療法、併用療法、プラセボを比較した場合、併用療法は認知行動療法、プラセボと比較し抑うつ症状の改善に統計的に有意差を持って優れていることが報告されている。また、薬物療法と併用療法を比較した場合、併用療法では自殺行動が少なくなることが示されており併用療法が推奨されている⁽⁸⁾。また、思春期のSSRI治療抵抗性うつ病に関して、抗うつ薬(SSRIあるいはSNRI)と認知行動療法の併用が、抗うつ薬の単独よりも有効性が高いことが示されている⁽¹⁾。

一方、抗うつ薬による治療と自殺関連行動が示唆され、子どもへの慎重な投薬も必要である⁽⁹⁾。しかしながら、最近の疫学的な調査では抗うつ薬投与により自殺既遂が減少する可能性も示唆されている⁽³⁾。

2) 双極性障害の診療の標準化

子どもにおける双極性障害の頻度は0.6-1.0%と推定される。双極性障害の多くが他の精神疾患と誤診され、誤った診断のもとに治療を受けていることが報告されている。双極性障害の初発が、うつ状態から始まることが多いこと、思春期

の双極性障害は、55%が混合状態、87%が急速交代型、50%が誇大妄想、25%が自殺に関連した行動を示し成人の双極性障害と異なる病像を示すことが診断を困難にしている。また、気分と無関係な精神病症状、Schneiderの一般症状や思考障害が成人より頻回に認められることも診断を困難にしている要因である。一方、18歳以前に発症した双極性障害は18歳以降の発症群と比較し、自殺念慮などの自殺に関連行動、他のI軸診断の合併(とくにADHD)、薬物関連障害の合併、急速交代型(rapid cycling)への移行が高いこと、予後が不良であることが報告されており、正確な診断に基づく適切な治療が他の精神疾患の合併の予防および思春期の心理発達への悪影響を予防するためにも重要である。従来、子どもの双極性障害は成人の診断に準じて行われていたが、近年子どもの双極性障害への認識が高まるにつれて子どもの双極性障害の概念も変わりつつある⁽⁷⁾、現時点ではうつ病の診断・評価のような標準化された、診断・評価法は存在していない。双極性障害の治療へevidenceも蓄積されてきている。

子どもの双極性障害の治療には、薬物療法、精神療法、教育的な介入を含めた包括的な治療が必要であることが明らかになってきた。しかし、多くの非薬物療法的な介入は補助的な治療とみなされ、適切な薬物療法が双極性障害の治療の上で重要である。最近双極性障害の躁状態に対してプラセボを用いた二重盲検試験による薬物の有効性が海外で検証されるようになってきている(表2)

表 2: 双極性障害の治療薬の evidence

	試験デザイン		
	ランダム化	Open 試験	ETC
Lithium	x	x	x (positive)
Valproate	x	x	x (negative)
Carbamazepine	x	x	
Lamotrigine	x	x	
Topiramate	x		x (negative)
Oxcarbazepine	x		x (negative)
Gabapentin	x		
Clonidine	x		
Olanzapine	x	x	x (Positive)
Risperidone	x	x	x (positive)
Quetiapine	x	x	x (positive)
Ziprasidone	x	x	x (positive)
Aripiprazole	x		x (positive)

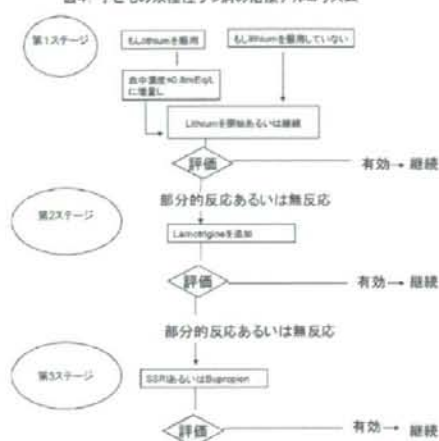
x : 報告あり、positive : 結果が対照薬と比較し効果を示していた、negative : 結果が対照薬と比較し効果を示さなかった。P : 臨床進行中

子どもの双極性障害の治療への標準化の試みもなされ、幾つかのアルゴリズムが提唱されている。最近是非定型抗精神病薬を躁病エピソードでは第一選択とするアルゴリズムが提唱されている (図 3) (6)。



また、双極性うつ病に対しても治療アルゴリズム作成の試みがなされている (図 4) (6)。

図 4. 子どもの双極性うつ病の治療アルゴリズム



3) 自殺企図の危機介入

日本医科大学付属病院救命救急センターに搬送された18歳以下の患者の自殺企図者の特徴について調査した。2003年1月から2007年11月までの自殺企図者は、38名(女性30名、男性8名)で、過量服薬が29名(76.3%)と一番多く、飛び降り7名(18.4%)が続いた。63%に精神科受診歴があり、78%が対人関係が自殺企図の契機になっていると報告している⁽⁴⁾。海外での自殺企図者の介入では家族への適切な働きかけと外来精神科治療への円滑な移行が重要であると報告されている⁽¹¹⁾ (14)。

4) せん妄の危機介入

子どものせん妄の関しての研究は少なく報告も多くなかった⁽¹⁶⁾。しかし近年になり系統的な子どものせん妄についての調査も行われ、Schieveldらの報告ではPCIU入院中の877名の子どもの40名(累積頻度4.5%)にせん妄が見られ、人工呼吸器が必要な症例など身体的な重症度とせん妄の出現に相関があることも報告された^(12, 13)。

The Pediatric Anesthesia Emergence Delirium Scale およびThe Delirium Rating Scale in Children and Adolescentsが国外では子どものせん妄の評価にもいられている^(10, 16)。

D. 考察

子どものうつ病の治療には海外でのevidenceが蓄積してきており、抗うつ薬の選択の際の優先順位や抗うつ薬と認知行動療法の併用が最も効果的であることが明らかとなってきた。しかしながら、国内外での抗うつ薬の承認状況や子どもの治療環境が異なるため海外のアルゴリズムやガイドラインをそのまま本邦で実施することは困難である。今後は、海外の実績をもとに本邦でのアンケート調査およびエキスパートのコンセンサスの下に実践的な標準化を行っていくことが急務である。

子どもの双極性障害は、急速に注目を集めているが、海外でも診断・治療に混乱が認められる。文献調査では、海外では治療アルゴリズムを作る試みもなされているが、まず本邦では双極性障害の診断、評価法についての現状を調査することが必要と考えられる。

自殺企図への介入については、緊急時にその場で子どもへの対応についてのマニュアルを作成することに加えて、家族や医療機関への連携を可能にするシステム作りが必要と考えられる。

子どものせん妄については、PICUなど重症な子どもの治療を行う病棟では決して珍しくないことが最近の調査では明らかになってきている。今後本邦でも子どものせん妄に関しての評価尺度および診

断のためのコンセンサスを作成していく必要がある。既存の尺度の本邦での標準化を行いながら、治療介入の標準化を目指していく必要がある。

E. 結論

今回、研究の対象となった子どもの感情障害、自殺企図・せん妄は診断・治療に関して異なったレベルのエビデンスの集積がある。

次年度は、現在集積されているエビデンスに合わせて個々の疾患の診療の標準化を行っていくことが求められている。

F. 健康危険情報

なし

参考文献

- 1) Brent D, Emslie G, Clarke G et al, Switching to Another SSRI or to Venlafaxine With or Without Cognitive Behavioral Therapy for Adolescents With SSRI-Resistant Depression: The TORDIA Randomized Controlled Trial, *JAMA*. ;299(8):901-913 2008
- 2) Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): II Treatment and Ongoing Management *Pediatrics* ,120:1313-1326 2007
- 3) Gibbons RD, Brown CH, Hur K et al, Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents, *Am J Psychiatry*. 164(9):1356-63. 2007

- 4) 川島義高 伊藤敏雄 館野周 他：
思春期の自殺企図および自傷行為に関する実態報告—三次救急の重症例を対象として—。第20回日本総合病院精神医学会総会 札幌 2007
- 5) Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry*. 49:1002-1014, 2001
- 6) Kowach RA 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
- 7) Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE et al, Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry*. :160(3):430-7 2003
- 8) March J, Silva S, Petrycki S et al, Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*. 292(7):807-20, 2004
- 9) Posner K, Oquendo MA, Gould M et al, Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants *Am J Psychiatry*. 164(7):989-91. 2007
- 10) Sikich N and Lerman J. Development and psychometric evaluation of the pediatric anesthesia emergence delirium scale *Anesthesiology*. 100 (5): 1138-45 2004
- 11) Sarah P. Kennedy BA, Larry J. et al, Emergency department management of suicidal adolescents *Ann Emerg Med*. 43(4):452-60. 2004
- 12) Schieveld JN, Leroy PL, van Os J et al. Pediatric delirium in critical illness: phenomenology, clinical correlates and treatment response in 40 cases in the pediatric intensive care unit. *Intensive Care Med*. 33(6):1033-40. 2007
- 13) Schieveld JN, Lousberg R, Berghmans E et al, Pediatric illness severity measures predict delirium in a pediatric intensive care unit *Crit Care Med*. 36(6):1986-7. 2008
- 14) Stewart SE, Manion IG, Davidson S, Emergency management of the adolescent suicide attempter: a review of the literature *Journal of Adolescent Health*, 30, 312-325 2002
- 15) Turkel SB and Tavaré CJ, Delirium in children and adolescents. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 15:4, 431-435, 2003
- 16) Turkel SB, Braslow K, Tavaré CJ et al, .The Delirium Rating Scale in Children and Adolescents *Psychosomatics* 44:126-129 2003

17) Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. identification, assessment, and initial management. Pediatrics. 120 (5):1299-312. 2007

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 齊藤卓弥:メチルフェニデート徐放剤の臨床エビデンス 精神科 12、4、304-309, 2008
- 2) 中井有希、齊藤卓弥: うつ・無気力 児童心理 2008
- 3) 上田諭、河篤讓、齊藤卓弥、野上毅、花尻美和、下田健吾、大久保善朗: 重度の制止に対し ECT のみで効果がみられずベンゾジアゼピン併用後に劇的に改善したうつ病の一例 精神科治療学 23、7、885-890、2008

2. 学会発表

- 1) 河篤讓、齊藤卓弥、館野周、成重竜一郎、御供正明、佐藤忠宏、大久保善朗: 児童精神科医の不足と遠隔診療の可能性 日本精神神経学会 2008 東京
- 2) 齊藤卓弥: 児童思春期症例に対する sertraline 投与による有害事象の出現について 日本児童青年精神医学会総会 2008 広島
- 3) 齊藤卓弥: 児童精神科領域における薬物療法 日本児童青年精神医学会総会 2008 広島
- 4) 齊藤卓弥: Attention-deficit hyperactivity disorder の治療と quality of life 日本児童青年精

神医学会総会 2008 広島

- 5) 江尻真樹 齊藤卓弥 大久保善朗: 総合病院における小児科リエゾン活動 日本総合精神病院医学会 2008 千葉

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

愛着障害等の乳幼児精神医学的診療の標準化に関する研究

分担研究者	青木 豊	相州乳幼児家族心療センター
研究協力者	吉松奈央	相州乳幼児家族心療センター
	松尾真規子	相州乳幼児家族心療センター
	寺岡菜穂子	相州乳幼児家族心療センター
	森本麻穂	相州乳幼児家族心療センター
	本島優子	東京大学大学院
	平部正樹	目白大学

研究要旨

本年度の研究の目的は、その後の2年の実証的研究の方向を決めるべく、乳幼児精神医学における主に障害の診断と関係性の評価とについて、文献的研究を行うことである。Pub-Medや信頼できるテキストを参考に上記のテーマについて検索しまとめた。結果は、乳幼児期の精神疾患については、発達障害とAD/HDを除くと、乳幼児その診断基準が信頼性・妥当性を持って確立しているものは著しく少なかった。信頼性・妥当性について確立されつつあるものは2つのみであり、1つが外傷後ストレス障害PTSDでもう1つが反応性愛着障害である。睡眠の障害や摂食障害については、小児科など同障害の症状を主訴として患者が訪れることも多く、種々の報告がなされている。しかし前時点まで信頼性・妥当性のある国際的な診断基準は確立されていない。他の疾患については、報告自体がほとんど皆無である場合すらあった。一方乳幼児精神医学・精神保健の領域で、乳幼児—養育者の関係性の評価は必須であることは明瞭となっていた。さらにはその評価法として、親の表象についての評価と乳幼児—親の相互交渉についての評価との両方について、欧米で開発されており、その信頼性・妥当性の検討も進んでいた。臨床応用として最も適していると考えられる代表的検査法は、親の表象に対する評価として、Working Model of the Child Interview; WMCI (Zeanah & Benoit, 1995)、乳幼児—親の相互交渉についての検査として、Clinical Problem Solving Procedure (Crowell Procedure)(Crowell & Feldman, 1988, Zeanah et al., 2000)が挙げられた。これら結果から、来年度以降、反応性愛着障害については、その症例検討と診断基準の研究を、関係性評価については、上記2検査の信頼性・妥当性についての研究・調査を計画する。また本年度PTSDの治療について、症例検討を行い考察した。結果は乳幼児期のPTSDには、複数の治療者による乳幼児—養育者同席の治療が症例によっては有効であることが示された。

はじめに

乳幼児精神医学領域の診断・評価・治療標準化については、広汎性発達障害やAD/HDを除けば、国際的なレベルでも研究が遅れている。わが国においては、以下に文献調査を行うどの障害についても、評価・診断基準の研究は非常に稀な状態である。そこで本研究（3年間）の目的は、を以下のように設定した。1）乳幼児期においていかなる精神障害の診断基準が、信頼性・妥当性を持って確立されているかを文献レビューする（H20年度）。この目的が本年度の目的であり、後にまとめる。2）乳幼児期に必須を考えられる乳幼児-親の関係性の評価について、特定の方法を用いて信頼性・妥当性を調査し、その簡易版を作成する（H21年度）。この目的のために、本年度で関係性評価の文献レビューを行う（H20年度）。3）関係性に方向付けられた治療パッケージの効果を測定する（H21年度）。4）診断の比較的確立されている乳幼児期の2つの障害、反応性愛着障害と外傷後ストレス障害PTSDについて、その評価法の信頼性・妥当性の研究を行い、広く使いえる面接法を提示する（H21, 22年度）。5）PTSDについては、評価・治療について症例の検討を行う（H20, 21, 22年度）。

以下1）、2）の後半、5）の目的に沿って行ったH20年度の結果を記載する。

I. 乳幼児期の精神障害：その診断基準の信頼性・妥当性

A 1. 研究目的

乳幼児精神医学領域の診断・評価・治

療標準化については、広汎性発達障害やAD/HDを除けば、国際的なレベルでも研究が遅れている。わが国においては、以下に述べるどの障害についても、評価・診断基準の研究はほぼ無いに近い状態である。本研究の目的は、国際的に乳幼児期においていかなる精神障害の診断基準が信頼性・妥当性を持って確立されているかを文献レビューする。換言すれば、どのような障害が科学的根拠を持って存在するといえるかを概観する。

B 1. 研究方法

精神障害について、まず障害のリストが必要となる。その障害名の選択には、現在この領域でほとんど唯一つの診断基準と考えられるDC:0-3R（2005）と、DSM-IV-TR（2000）の1部を用いた。障害により多少異なるが、おおよそ以下の基準で文献を検索した。1）Pub-Medを用い、過去20年、年齢0-5歳とのlimitで、各々のDC:0-3Rにある障害名あるいはそれと類似のDSM-IV-TRの障害名で検索した。2）この領域で信頼性の高いHandbook of Infant Mental Health Journal (C. Zeanah ed. 2000)を参照した。

ちなみに文献のレビューであるため、倫理的問題を考慮する必要はなかった。

C 1. 研究結果

1. いくつかの信頼できる文献や書籍から（DC:0-3R(2005); Handbook of Infant Mental Health(2000)）, 乳幼児期（主に0-3歳）においては、全体的な信頼性・妥当性が確立した診断基準のセット（たとえばDSMやICDの様な総合的マニュアル）は存在しない。