

一方、3つのガイドラインでは、診断をより正確なものにするために、養育者や周囲の大人の情報を得ることも推奨している。また、NICEでは、養育者のトラウマ体験への曝露度とPTSDの評価が重要であるとしている。一般に、子どもは養育者の反応の影響を受けやすく、養育者の苦悩が子どもの症状に大きく影響するためである。

子どものトラウマ体験やPTSD症状のスクリーニングのための自記式質問紙や、症状の評価のための構造化/半構造化面接の開発も進んでおり、それぞれに信頼性・妥当性の評価がなされている。3つのガイドラインで紹介されているスクリーニング尺度や評価尺度は、ほぼ共通して

いるため、ここではISTSSで紹介されているものを表1・2に引用する。これらのうち、現在日本語訳されているものは、自記式質問紙では、UCLA PTSD Reaction Index for DSM-IV(兵庫県こころのケアセンター、加藤ら訳)、Impact of Event Scale-Revised²⁾、Trauma Symptom Checklist for Children⁴⁾、Child Behavior Checklist¹³⁾である。構造化・半構造化面接では、Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age children¹¹⁾、Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents(神戸大学大学院医学系研究科精神神経科学分野、田中ら訳)がある。

(表1) 子どものPTSD評価尺度(構造化・半構造化面接)

評価尺度	開発者 開発年度	特徴	項目数と 所要時間	対象年齢	信頼性
Diagnostic Interview for Children and Adolescents(DICA)	Reich, Leacock, & Shanfield 1994	PTSDの現在および生涯診断のためにデザインされた半構造化面接	1-2時間	6-17歳	N/A
Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age children (K-SADS-PL)	Kaufmanら 1997	PTSDの現在および生涯診断のための半構造化面接	45分	7-17歳	内的一貫性N/A; 評価者間信頼性98% 現在/生涯診断での一致度; 内的一貫性.63(Freeman & Beck, 2000); 再テスト信頼性 現在診断.67; 生涯診断.60 N/A; 収束的妥当性.71 CBCL PTSD subscaleで的一致度 (Mcleer et al., 1998)
Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents(CAPS-2004 CA)	Newmanら 2004	児童青年のPTSD症状と関連症状を評価するためにデザインされた半構造化面接	45分	8-15歳	全スコアの内的一貫性.89; 評価者間信頼性.80-1.0; CPTSD-RIでの収束的妥当性.51
Posttraumatic Stress Disorder Semistructured Interview	Scheeringa & Zeanah 1994	主たる養育者への半構造化面接	暴力曝露症状8項目; PTSD症状29項目	0-6歳	内的一貫性.74-.79

著作権者である Guilford Press の許可を得て 3) より引用

(表2) 子どもの PTSD 評価尺度(自記式質問紙)

評価尺度	開発者 開発年度	特徴	項目数と 所要時間	対象年齢	信頼性
UCLA PTSD Reaction Index for DSM-IV	Pynoosら 1998	子どもの外傷後 症状とPTSDの評 価	22項目 20~30分	6-17歳	内的一貫性.69-.8; 評価者間信頼 性.0.88, 再テスト信頼性.931w以 上; PTSD尺度での収束的妥当 性.91
Impact of Event Scale- Revised(IES-R)	Weiss & Marmar 1997	トラウマ体験後の PTSD症状評価	22項目 10~15分 戦争で被害を受 けた子ども用に 13項目版が開発 されている	子ども用にデ ザインされてい ないが7歳以上 の子どもに使 用されている	(妥当性のデータは成人のみ利 用可能)内的一貫性 サブスケー ル.79-.90 全スケール.60-.90; 評 価者間信頼性は報告されていな い; 再テスト信頼性.79-.891w以 上; PTSD尺度での収束的妥当 性.41-.78
Posttraumatic Stress Symptoms in Children (PTSS-C)	Ahmadら 2000	大混乱の災害状 況で小児の外傷 後症状を同定	30項目 30分	6-18歳	内的一貫性.78-.88; 評価者間信 頼性.94; 再テスト信頼性は報告さ れていない; PTSD尺度での収束 的妥当性.64-.95
Child PTSD Symptom Scale(CPSS)	Foaら 2001	PTSDに関連した 症状や機能障害 の評価	24項目 15分	8-18歳	内的一貫性サブスケール.70-.80 全スケール.89; 再テスト信頼性 サブスケール.63-.85 全スケー ル.84; 評価者間信頼性は報告さ れていない; PTSD尺度での収束 的妥当性.80
Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)	Briere 1996	トラウマ、特に性 的虐待後のPTSD 症状の評価	54項目 20分	7-16歳	内的一貫性 サブスケール.70- .90 全スケール.89; 評価者間信 頼性、再テスト信頼性は報告され ていない; PTSD尺度での収束的 妥当性.75-.82
Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)	Briereら 2001	養育者が報告す るトラウマ症状の 評価	90項目	3-12歳	内的一貫性 臨床スケール.73- .93, CBCL, CSBI, CDでの収束的 妥当性.52-.82
PTSD Symptoms in Preschool-Age Children(PTSDPAC)	Levendosky ら	養育者が記入す るPTSDの評価	18項目	3-5歳	内的一貫性.79
Child Behavior Checklist-PTSD subscale(CBCL)	Achenbach & Rescorla 2000	養育者が記入す る行動チェックリ スト	13項目	1.5-5歳用 4-18歳用	内的一貫性.80-.89; 構造化面接 での収束的妥当性.66

著作権者である Guilford Press の許可を得て 3) より引用

最後に、AACAP では、PTSD 類似の他のさまざまな精神疾患や身体疾患の鑑別診断の重要性を挙げている。子どもの PTSD は、非常に不均一な病態であると考えられている。トラウマを体験した子どもがしばしば PTSD 以外の症状を示すし、他の疾患であると診断された子どもがトラウマ体験を有している、あるいは、PTSD を合併することがあるからである。また、PTSD 症状が、誤って他の疾患の症状と評価される可能性についても指摘されている。

(3) 子どもの PTSD 治療技法

①急性期介入

トラウマ体験後、6 週間以内に提供されるさまざまな急性期介入法が開発されている。これらには、心理教育・遺族支援・様々な形態の心理的デブリーフィング・EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) ・認知の修正などが含まれ、さまざまな場面において、個人あるいは集団で実践されている。昨年度の報告書で紹介した Psychological First Aid (PFA) も、このうちの一つであり、兵庫県こころのケアセンターによって、日本語版が作成されている。

これらのプログラムのほとんどは、日常臨床において十分な効果が確認されているが、治療のエビデンス強度を高めるため、今後一層の研究が必要 (レベル C; 健康政策庁 AHCPR のエビデンスレベル分類) とされている。

②認知行動療法

多くのトラウマに特化した認知行動療法が開発されている。これらに共通の要素は、「PRACTICE」の頭文字で表されており、学校や医療現場、司法領域や児童

福祉領域で幅広く活用されている。

P; Parental treatment

Psychoeducation

R; Relaxation and stress management skills

A; Affective expression and modulation skills

C; Cognitive coping skills

T; Trauma narrative and cognitive processing

I; In vivo desensitization

C; Conjoint child - parent sessions

E; Enhancing Safety and future development

これらの要素のうち、心理教育は First contact の段階から実践可能であり、リラクゼーション技法と合わせて、認知行動療法のすべての過程で繰り返し実践されるものであるとされている。

さまざまな認知行動療法のプログラムの中で、最も有効性が実証されており (レベル A; 無作為化比較試験で効果あり)、子どもの PTSD 治療の第一選択として挙げられているのは、Trauma-focused CBT (TF-CBT)⁶⁾ である。これは、米国とオーストラリアの 3 つの独立した研究チームによる、6 つの実証性の高い研究によって裏づけられている。TF-CBT は、子どもの PTSD 症状、うつ症状、不安症状、問題行動などに有効であるとされている。

TF-CBT のすべてのプログラムは、性的虐待を受けた子どもたちを対象に実施されているが、複合的なトラウマに実践されているものや、テロの被害にあった子どもや外傷性悲嘆を経験した子どもたちにも実践され、有効性が実証されている。

また、TF-CBT は、ラテンアメリカ・オ

ランダ・ドイツ・ノルウェイ・アフリカ・パキスタンなど、さまざまな文化や人種で実践され評価されている。

表3・4に、ISTSSが推奨する認知行動療法を引用する⁵⁾。これらは、地域・児童養護施設・DVのシェルター・難民キャンプなどの不安定な現場で、さまざまなトラウマを抱え、その他の精神疾患を合併している子どもたちに対しても実践されている。しかし、わが国で本格的にトラウマに特化した認知行動療法に取り組んでいる機関はほとんどない。

AACAPでは、TF-CBTが子どものPTSD治療の第一選択であるとしながらも、本人と保護者への心理教育・薬物療法などを含む包括的な治療を推奨している。そして、特殊な技法の選択とタイミングは、PTSD症状の重篤度・その他のストレス状況やリスクファクター・子どもの年齢と認知発達機能・家族機能・治療へのモチベーションなどと、臨床家の訓練程度などを考慮して決定するべきであるとしている。

③EMDR

EMDRは、トラウマを体験した子どもに広く実践されており、十分な臨床観察による効果が認められるとされている。この10年の間にも、難民・洪水被害・飛行機事故目撃などを体験した子どもを対象に、EMDRを実施した報告があるが、比較研究がなされておらず、PTSDの標準尺度を使用していないとのことである。

通常の治療とEMDRを比較した研究としては、チャイルドガイダンスセンターでの実践が紹介されているが⁷⁾、行動上の問題を有する子どもを対象としたもので、PTSDに特化したものではなかった。これ

らの子どもの問題行動は有意に改善したが、PTSD症状に関してはコントロール群との間に有意な差はなかったとのことである。

一方、性的虐待を受けたイラン人の女児を対象に、EMDRと認知行動療法の治療効果を比較した研究も紹介されている。その結果、双方で効果があり、両者の間に有意な差はなかった。しかし、EMDRは、認知行動療法よりも少ないセッションで宿題も少ないにもかかわらず、同様の効果があったとされている⁷⁾。

現段階では、NICEもISTSS（レベルB；質の高い臨床研究に基づいているが、無作為化あるいはプラセボとの比較が行われていない）もさらなる研究が必要な段階であるとしている。また、AACAPでは、EMDRが多くの認知行動療法の要素を含んでいることを指摘している。

④その他の治療

精神力動的治療において、無作為化比較試験で有効性が実証されているプログラムが紹介されている（child-parent psychotherapy, CPP）。これは、DVに曝露された就学前児・不適切な養育を受けた就学前児などを対象に実践されているもので、単に症状の軽減のみならず、養育者との愛着を促進し、自己や他者に関する内的作業モデルの構築や感情調節を学ぶことなども治療目標としたものである。しかし、精神力動的治療に関しては、治療時間が長いことが課題とされている（CPPで50セッション）。

一方、従来から伝統的に実践されている遊戯療法・芸術療法・家族療法などは、PTSD治療への有効性の実証が、現段階では不十分であるとされている。

(表3) コントロール群または比較群のある研究

開発者	対象 ^a	セッション数 長さ	治療/コントロール ^b	主な成果	グループ間効果サイズ	グループ内 効果サイズ
Deblinger, Lippman & Steer(1998b)	性的虐待を受けた 米国の子ども、8-14 歳; N=100	12; 1.5時間	TF-CBT 22 TF-CBT parent only 24 TF-CBT child only 22 TF-CBT P+C 22 community control	子どもへのTF-CBT はコントロール群に比し 有意にPTSD症状を 改善した; 養育者へ のTF-CBTはコントロ ール群に比し子どもの うつ症状、問題行 動、養育者のスキルを 有意に改善した	K-SADS 養育者対コントロール 0.62 子ども対コントロール 0.85 養育者+子ども対コントロール 0.99 子ども対養育者 0.42 子ども対養育者+子ども 0.44 養育者対養育者+子 ども 0.33	K-SADS 1.56 1.69 2.18 1.08
Cohen & Mannarino(1996)	性的虐待を受けた 米国の就学前児、 3-6歳; N=86	12; 1.5時間	TF-CBT 39 TF-CBT 28 非指示的支持療法 (NST)	TF-CBTはNSTに比 しPTSD症状、内的 症状、性化行動を改 善した	Weekly Behavior Report Completer: 0.57	Weekly Behavior Report 1.18 0.64
Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer(2004a)	性的虐待、複合的 なトラウマを体験し た米国の子ども、8- 14歳; N=203	12; 1.5時間	TF-CBT 89 TF-CBT 91 子ども中心療法 (CCT)	TF-CBTはCCTに比 し子どものPTSD・う つ症状、問題行動、 恥の症状と治療に参 加した養育者の多く の問題を有意に改 善した	K-SADS Intention to treat: 0.61	K-SADS 2.13 1.25
Kingら(2000)	性的虐待を受けた オーストラリアの子 ども、5-17歳; N=36	20; 100分	TF-CBT 12 TF-CBT子ども 12 TF-CBT家族 12 Wait list(WL)	TF-CBTはWLに比し PTSD症状を有意に 改善した; 家族を含 めた治療は子どもの 症状を最小限にしか 改善しなかった	ADIS 子ども対WL: 1.09 家族対WL: 1.24 子ども対家族: 0.21	ADIS 1.58 1.86 0.63
Cohen & Mannarino(1998)	性的虐待を受けた 米国の子ども、8-14 歳(PTSD症状は必 須ではない); N=82	12; 1.5時間	TF-CBT 30 TF-CBT 19 NST	TF-CBTはNSTに比 し治療後のうつ症 状、社会的能力を改 善した。治療終了者 の12ヶ月後のフォロー アップでPTSDと解離 が改善した	TSCC completer: 0.22	TSCC 0.37 0.16
Smithら(2007)	単回性トラウマを体 験した英国の子ど も、8-18歳; N=24	10; 1時間	Cognitive-based CBT 12CBT 12WL	CBTはPTSDと診断 されたWLより有意に 優れていた; 認知の ゆがみの改善は CBTグループの改善に 部分的に影響した	CAPS-CA completer; 1.59	CAPS-CA 3.47 0.87
Najavits, Gallop, & Weiss(2006)	PTSDと薬物使用 (SUD)の青年; N=28	25; 1.5時間	Seeking Safety 15 Seeking Safety 13 通常の治療(TAU)	Seeking Safetyは多 領域の5カ月フォローア ップでTAUよりも優れ ていた	TSCC completer: 0.12	TSCC 1.11 0.28

注) ADIS, Anxiety Disorders Interview Schedule; CAPS-CA, Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents; K-SADS, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children; TF-CBT, trauma-focused cognitive-behavioral therapy; TSCC, Traumatic Stress Symptom Ch

^a N=治療開始数

^b N=データ分析数

^c Based on $p < .05$.

著作権者である Guilford Press の許可を得て 5) より引用

(表4) コントロール群または比較群のない研究

開発者	対象 ^a	セッション数 長さ	治療指向性 ^b	主な成果	効果サイズ ^c
Deblinger, McLeer, & Henly(1990)	性的虐待を受けた米国の子ども、8-14歳; N=19	12週 1.5時間	TF-CBT N=19	TF-CBTはPTSD、うつ、問題行動の軽減に効果あり	K-SADS: 2.80
Cohen, Mannarino, & Knudsen(2004)	トラウマ性悲嘆の子ども、6-17歳; N=22	16週 1.5時間	TG-CBT N=22	TG-CBTは遺児のPTSD、トラウマ性悲嘆、うつ症状と参加した養育者のPTSD症状の改善に効果あり	CPSS: 0.81
Cohen, Mannarino, & Staron(2006)	トラウマ性悲嘆の子ども、6-17歳; N=51	12週 1.5時間	TG-CBT N=39	TG-CBTは遺児のPTSD、トラウマ性悲嘆症状と参加した養育者のPTSD症状の改善に効果あり	CPSS: 0.87
Saxe, Ellis, Folger, Hansen, & Sorkin(2005)	複合的なニーズを持つトラウマ体験をした子ども、5-20歳; N=110	3か月; 特記されていない(いろいろ)	Trauma System Therapy(TST) N=110	TSTはPTSD症状の改善に効果あり	CANS-TEA-PTSD:0.31

注) CANS-PTSD, Child and Adolescent's Needs and Strengths—PTSD; CPCC, Child PTSD Symptom Scale; K-SADS, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children; TF-CBT, trauma-focused cognitive-behavioral therapy; TG-CBT, traumatic grief cognitive-behavioral therapy

^a N=治療開始数

^b N=データ分析数

^c グループ内効果サイズのみ

著作権者である Guilford Press の許可を得て 5) より引用

(4) 薬物療法

NICE のガイドラインでは、子どもの PTSD への薬物療法は、実証研究があまりにも少ないとして消極的にしか記載されていない。ISTSS と AACAP は、おおむね同様の立場をとっており、「PTSD 治療の第一段階は、子どもと両親および養育者への心理教育である」「就学後の子どもでは CBT が、治療の第一選択である」としている。その一方で、薬物療法は、PTSD 症状が重篤なために、子どもの能力では心理療法に導入することができない場合、あるいは、精神療法にアクセスが困難な場合は、第一選択となりうるとして

いる。

3つのガイドラインで、子どもの PTSD への薬物療法に際しては、診断をしっかりと標的症候を同定することが重要であることが強調されていることは言うまでもない。

当然のことながら、子どもへの向精神薬処方、そのほとんどが適応外使用であるが、一般に、「低用量から徐々に増量する」方法が推奨されている。

最も薬物療法に反応しやすい症状として、過覚醒症状が挙げられているが、侵入症状・回避症状・不安症状・衝動性亢進・睡眠障害・二次的に引き起こされた

症状なども、薬物に反応するとされている。さらに、認知行動療法の推進や、子どもの日常生活の機能回復にも有効であるとしている。

広範囲の症状を示す子どもに対しての第一選択はSSRIで、不安症状・気分障害・再体験症状を改善すると期待されている。ADHD症状や衝動性亢進に対してはアドレナリン作動薬が有効であるとされており、気分調整薬や非定型向精神薬は単独であるいはSSRIと併用して重篤な症状や合併症に処方することが推奨されている。

(C-II) 「子どものトラウマ診療」に関するニーズ調査結果

回収率は100%。受講者の属性は精神科医40名・小児科医20名・その他3名で、5年以上の診療経験を持つ医師が61%であった。このうち、トラウマの診療経験のある医師は54%で、昨年度の日本児童青年精神医学会医師会員を対象とした調査とほぼ同様の結果であった。講義内

容についての理解度は「よく理解できた」「まあまあ理解できた」が大部分を占めており、ほとんど全員がガイドラインの利用を希望していた。

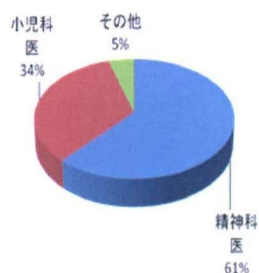
一方、自由記述には様々な意見が寄せられた。受講者が「もっと知りたい点」として挙げていたものとしては次のようなものである。

- ① 子どものトラウマ反応・PTSD症状の特性や評価方法について
- ② 子ども面接のタイミングや方法について
- ③ 子どもの認知行動療法の実際について
- ④ 薬物療法について
- ⑤ 具体的な症例について
- ⑥ 長期経過と予後について
- ⑦ 回復に影響を及ぼす因子など

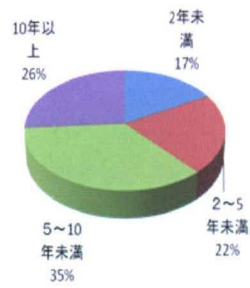
その他、重篤な症例の治療経験があるまたは治療中の医師から、適切な評価や対処法について知りたいという意見が寄せられた。

対象者の属性

1. 専門

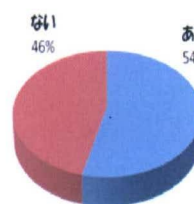


2. 経験年数

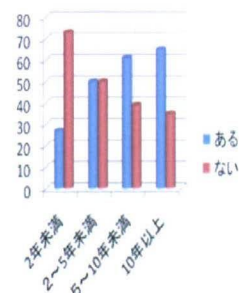


トラウマ診療経験

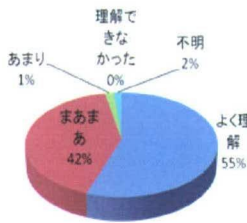
3. トラウマ診療経験



経験年数と診療経験



講義理解：子どものトラウマとは？



《もっと詳しく聞きたかったこと》

- ・50%-70%が未治療で回復。回復していない人の差異はどこに？
- ・具体例・症例を提示してほしい(2)
- ・実際の面接の仕方をもっと具体的に。
- ・実際の受診統計など。
- ・発達障害児で違うという話があったが、そこを聞きたかった。発達障害児でいじめというケースが多く、本人の反応はゲームのルールだからとか、普通の人と違ってあり、こちらもどうSSTIにつなげていくか悩むため。

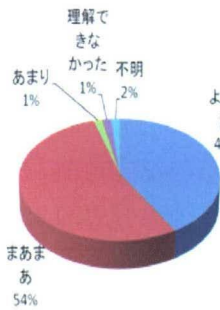
講義理解：トラウマ反応とトラウマ関連病態



《もっと詳しく聞きたかったこと》

- ・PTSD症状や診断基準について。イメージしにくかったので、症例等具体的に、診断→治療→回復過程を示してほしい(他の疾患とかふることが多いと思った)
- ・乳児、早期幼児のトラウマ反応について。
- ・症例を提示してほしい(4)
- ・子どものトラウマ反応の特性の具体例をもう少し挙げてほしい。
- ・病的なプレイと回復的なプレイの違いについて。

講義理解：トラウマの評価と診断



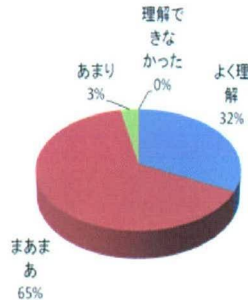
《もっと詳しく聞きたかったこと》

- ・本人との面接が1つの時点で可能なのか。
- ・トラウマを評価することで(評価尺度などで、その結果をその後具体的にどう生かしていくのか、何に反映していくのか？
- ・面接のポイント提示が、とてもわかりやすかった。
- ・交通事故後のPTSD診断の難しさ。
- ・保護者との面接の際、性犯罪等で夫が加害者である母親への対処の工夫について聞きたかった。
- ・保護者も同時にトラウマの被害者だった場合なども聞きたかった。

《理解できなかったこと》

- ・具体的なイメージが浮かばなかった。

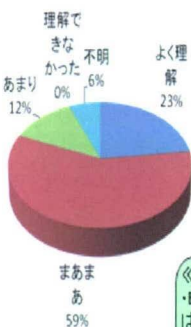
講義理解：治療とケア



《もっと詳しく聞きたかったこと》

- ・心理療法は、あまり標準的ではないのか。
- ・実際の症例での治療経過。(7)ソーマライゼーションについて。児が受けたトラウマ体験がニュースなどで周囲にひろがった場合、どうしていくか？
- ・心理教育の具体例(2)。
- ・子どものPEの実践について。
- ・薬物療法について。
- ・somatic experientialも子どもに有効か。Exposureより有効とされたことがあるか大人のみか。
- ・認知行動療法について。
- ・年少児の対応をもう少し具体的症例と長期予後を含めて聞きたい。
- ・PDDへの支援の特殊性。

講義理解：治療者のセルフケア



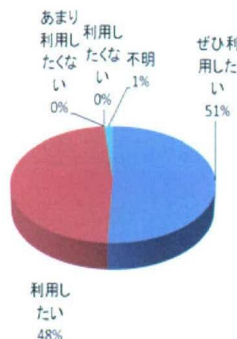
《もっと詳しく聞きたかったこと》

- ・宮地尚子氏の「環状島」の議論が不足。
- ・具体的な解消法があれば聞きたかった。
- ・もう少し口頭でお聞きしたかったです。
- ・実際のデータなど
- ・自己コントロール感の回復について、症例を挙げて、イメージをつかみたかった。
- ・実際トラウマを受けたNsと話をしても、他責的なカナルフィレンスに終始して子どもより難しさを感じることも多く、悩めます。

《理解できなかったこと》

- ・時間がなかった(3)・今日は話されてないので？
- ・全体的にもう少し詳しく。
- ・治療者もトラウマを負うということを知らなかったため勉強になりました。

ガイドラインの利用について



《その他》

- ・非常に具体的に最もわかりやすい講義でした。
- ・単回性のトラウマで小児科を受診する方は多くない。複雑性虐待(不適切な養育)によるトラウマの親への告知、フォローに難渋しており、今度はそのような話も聞きたい。
- ・リーフレットの対照が今ひとつ？診察室で渡す用？

D. 考察

昨年度と今年度の研究によって、子どものトラウマ診療に関して、現段階で効果が実証されている治療法と、わが国における診療実態のおおよそが明らかになった。

欧米で効果が実証され、子どものトラウマ治療の第一選択とされている認知行動療法のいくつかの要素のうち、心理教育とリラクゼーション技法は、一般の診療においても実践可能な要素であると考えられた。

また、子どもがトラウマ後に示す複雑な病態や、子どもとの面接法、評価方法などが、子どものこころの診療に携わる医師の間で共有されているとは言い難い状況であることが判明した。よって、ガイドライン作成に当たっては、これらの点についても、十分説明する必要があると考えられた。

E. 結論

ガイドラインでは、次のような項目を含むことが必要であると考えられた。

1. 子どものトラウマに関する疫学
2. 子どものトラウマとそれによって引き起こされる症状の解説
3. 欧米で推奨されている PTSD 評価尺度のうち、現在日本で利用可能なものの紹介
4. 子どもや保護者との面接方法の基本
5. 欧米のガイドラインで推奨されている薬物療法の紹介
6. 有効性が実証されている認知行動療法の紹介
7. 認知行動療法に共通する基本原理のうち、一般にも利用可能な心理教育・

リラクゼーション法などについての冊子の作成（医療機関から本人・保護者への配布用）

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

引用文献

- 1) American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. www.aacap.org, 2009.
- 2) Asukai N, Kato H, Kawamura N, et al.: Reliability and Validity of Japanese-Language Version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): For studies on different traumatic events. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190:175-182, 2002.
- 3) Balaban V: Assessment of Children. In Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA ed.: *Effective Treatments for PTSD Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Second Ed. The Guilford Press, New York, 2009.
- 4) Briere J.: *Trauma Symptom Inventory*

- Professional Manual. Odessa FL.: Psychological Assessment Resources. 1995. (西澤哲訳：子ども用トラウマ症状チェックリスト (TSCC) 専門家のためのマニュアル. 金剛出版, 2009)
- 5) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E, Berliner L: Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents. In Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA ed.: Effective Treatments for PTSD Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Second Ed. The Guilford Press, New York, 2009.
- 6) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E: Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. The Guilford Press, New York, 2006.
- 7) Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA ed.: Effective Treatments for PTSD Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Second Ed. The Guilford Press, New York, 2009.
- 8) 廣常秀人, 補永栄子, 齊藤陽子他: 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):121-127, 2005.
- 9) 廣常秀人, 小笠原將之, 小川朝生他: 外傷後ストレス障害 (PTSD) と抗精神薬. *トラウマティック・ストレス*, 2(2): 173-185, 2004.
- 10) 廣常秀人, 小川朝生, 補永栄子他: PTSDの薬物療法紹介—国際トラウマティック・ストレス学会 (ISTSS) による治療ガイドラインを中心に. *トラウマティック・ストレス*, 1(1): 29-38, 2003.
- 11) 宮脇大, 鈴木太, 真本晶子他: 児童青年期における反抗増加診断面接 K-SADS-PL 日本語版作成の試み. *日本児童青年精神医学会総会抄録集* 44 回, P197, 2003.
- 12) 元村直靖: 心の傷を受けた子どもの心理・行動障害. *精神科*, 12(1):5-11, 2008.
- 13) 中田洋二郎, 上林靖子, 福井知美他: 幼児の行動チェックリスト (C B C L / 2 - 3) の標準化の試み. *小児の精神と神経*. 39: 317-322, 1999.
- 14) National Institute for Clinical Excellence: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. www.nice.org.uk, 2005.
- 15) 齊藤陽子, 酒井佐枝子, 後藤豊実他: 子どもの心的外傷反応の評価・診断—主に単回性外傷体験の評価について—, と他馬ティック・ストレス, 3(2): 141-153, 2005.
- 16) 清水將之, 野田隆峰: 子どもの PTSD. (中根允文, 飛鳥井望責任編集: 臨床精神医学講座 S6 外傷後ストレス障害 (PTSD). 中山書店, 2000.)

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
	梶原莊平	金沢こども医療福祉センター
	藤田之彦	日本大学医学部

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（GL）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 GL 研修会における専門医評価、ならびに患者保護者からの要望を調査したところ、小児科医から有用な診療支援ツールと評価を受けた一般医用 GL であったが、一方、GL に基づいた診療を行う医療機関が少なく保護者のニーズに答えられていない実態が明らかになった。今年度は専門医向け GL 案を作成したが、さらに多くの専門医の意見を含めること、ならびに患者や保護者の要望に応える内容も含む必要があると考えられた。いじめ解決サポートシステムのモデル構築にも着手した。

【結語】患者保護者の評価によれば、全国レベルでは心身症の標準的診療が十分に普及していない実態が明らかになった。一次診療担当医のレベルアップと総数を増やすことが専門的診療の充実させるための土台になり、今後とも継続の必要がある。専門医向け GL 案はほぼ完成したが、今後は、一般医から専門医への紹介やフィードバックするための指針、一般保護者のニーズにより対応できる内容に改良する予定である。

A. 研究目的

- (1) 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) 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) 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) 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) 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

21年度は、(3)～(5)について研究を実施した。

B. 研究方法

(3-21) 上記ガイドラインを用いた研修会におけるGLに対する評価。

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。20年度は、一般医師を対象にGLに対するアンケート調査を実施したところ、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。21年度は、専門医向けGL作成に当たり、専門医向け研修会において専門医の意見を求めた。さらに治療を受ける立場である心身症児の保護者、ならびにそれに関与する学校関係者の要望のアンケート調査を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は概ね倫理的な配慮を要する研究に該当しないが、心身症児保護者からのアンケートでは無記名にするなど、個人情報保護に努めた

C. 研究結果

(3-21) 平成21年度の専門医向け研修会において専門医からの代表的意見は、以下のようなものであった。

- 一般小児科医からのコンサルテーションに対する指針があるとよい。専門医として、一般小児科医をサポートすることは重要な役割と考えている。

- 心身症専門医から児童精神科医への紹介基準やリエゾンの方法について教えてほしい。紹介のポイントやチェック項目がほしい。

- 発症歴の聴取、認知評価についてももう少し詳細にしてほしい。

（その他は別添1）参照。

心身症児の保護者からの代表的意見は、

- 小児科でもODを知らない医師が沢山いる。小児科医から学校に行かせなさい、と言われた。ODの専門医の数が少ないので、増やして欲しい。

- 高校生のODが受診できる病院がない。もっと増やしてほしい。

- 診断や治療をしてもらえず、医療機関にたらい回しにされるケースが少ない。どこでも診療できるようにしてほしい。

（以下別添2を参照）

(4-21) 各種GLのバージョンアップとして専門医向けGL案を作成した。

（別添3を参照）

また、ひきこもりの遷延化に関与する背景因子についても検討したところ、生物学的視点も必要であることが推測された。

（別添4を参照）

AD/HDについては、小児科医用GL改訂案を作成した。

（別添5を参照）

今後は、研修会開催を通じて専門医からの意見を集約し専門医GLを完成させる予定である。

(5-21) いじめ解決サポートシステムのモデル構築提言

いじめ解決にむけて、保護者や教師から構成される市民団体（第三者機関 NPO いじめから子どもを守ろうネット）との共同作業として、市民啓発講演会を計画した（平成22年3月27日 高槻JA会館）。

大阪府八尾市でいじめに関する医療教育地域ネットワークの構築事業を行った。

(別添6)

なし

D. 考察

2. 実用新案登録

(3-21) 小児科医から有用な診療支援ツールと評価を受けた一般医用 GL であったが、一方、患者や保護者からみれば、GL に基づいた診療を行う医療機関が少ない実態が明らかになった。より一層の心身症診療が普及するよう GL の啓発事業が必要である。

なし

3. その他

(4-21) 専門医向け GL 案では、さらに多くの専門医の意見を含めること、ならびに患者や保護者の要望に応える内容も含む必要があると考えられた。

なし

(5-21) いじめ解決サポートシステムのモデル構築提言

本報告書作成時には、講演会は実施されておらず、来年度に報告予定である。

E. 結論

患者保護者の視点から、全国レベルでは心身症の標準的診療がまだ十分に普及していない実態が明らかになった。一次診療担当医のレベルアップと総数を増やすことが専門的診療の充実させるための土台になり、今後とも続ける必要がある。専門医向け GL 案はほぼ完成したが、今後は、一般医から専門医への紹介やフィードバックするための指針（リエゾン、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の作成）、一般保護者のニーズにより対応できる内容に改良する予定である。

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

別添 1

専門的診療治療アルゴリズムに対する専門医からの要望

- ・ 一般小児科医からのコンサルテーションに対する指針があるとよい。専門医として、一般小児科医をサポートすることは重要な役割と考えている。
- ・ 心身症専門医から児童精神科医への紹介基準やリエゾンの方法について教えてほしい。紹介のポイントやチェック項目がほしい。
- ・ 発症歴の聴取、認知評価についてももう少し詳細にしてほしい。
- ・ 男の子と女の子で治療のモチベーションを維持する方法について記載して欲しい。（例えば男子であれば、運動と食事、女子であればジャニーズなど）
- ・ 成績が非常に優秀な OD が不登校を伴うケースの高校進学についてはどうしたらよいのか。
- ・ バイトの勧めは大変よいので、学力・実行力に応じた具体例があると良いのでは。
- ・ 学校医との連携が大切だと思うので、その方法や内容も入れて欲しい。
- ・ 保護者の精神状態の評価を入れてはどうか？
- ・ 保護者の精神科への紹介について記載してほしい。
- ・ 3つの言葉：大変有用と思いますが、専門家向けとして考えたときに物足りない感じがする
- ・ 「3つの言葉」の実践が重要であることは理解できるが、実際にやろうとすると非常に難しい（経験者として）。もう少し具体的な言葉を入れたり、心の平静を保つ方法（心の中で1,2,3と数えるなど）も入れて欲しい。

別添2

厚生科学研究 公開講演会・討論会

【起立性調節障害診療に関する保護者、学校関係者を対象とした質疑応答】

概要の報告

場 所： 大阪医科大学附属看護専門学校講堂

日 時： 2010年1月16日 15:00-17:30

開催趣旨：起立性調節障害児への支援は身体的な治療だけでなく、家庭での生活面や教育的な配慮が必要です。そこで、起立性調節障害児を持つ保護者、同疾患にかかわる学校関係者の方にそれぞれの立場から発言して頂き、起立性調節障害診療における医療機関への要望をお聴きしました。また参加した保護者からも貴重なコメントを頂きました。これらの概要は以下の通りです。教育関係者が出席されたこともあり、教育機関への要望も出されました。これらの要望は、現在作成中の「専門家向け起立性調節障害ガイドライン」に反映させたいと考えています。

指定発表者

1. 松本ちよみ氏（高槻市教育委員会事務局 高槻市教育センター指導主事）
2. 村上加代氏（大阪医科大学 OD 親の会代表）
3. 塩島玲子氏（NPO 起立性調節障害ピアネット Alice 代表）
4. 萩原暢子氏（京都ノートルダム女子大学教授）

発言者

5. 参加保護者 5名
6. 大阪府教育委員会関係者 1名

OD 児の保護者から医療機関に対する要望

- 1 小児科でも OD を知らない医師が沢山いる。小児科医から学校に行かせなさい、と言われた。OD の専門医の数が少ないので、増やして欲しい。
- 2 高校生の OD が受診できる病院がない。もっと増やしてほしい。
- 3 診断や治療をしてもらえず、医療機関にたらい回しにされるケースが少ない。どこでも診療できるようにしてほしい。
- 4 精神科で抗うつ剤を処方されて悪化した。精神科医にも知ってほしい。
- 5 プライマリケア医で OD の診断を付けてほしい。そこで診断がつかないとドクターショッピングが始まる。
- 6 医師が早めに正しい診断をして、「この病気は治るから大丈夫だ」と言ってほしい。
- 7 バチッと効く薬を早く開発してほしい。

- 8 OD と発達障害は合併するのかよく分からないので、その当たりも十分な知識を医療機関からほしい。
- 9 診断書は学校の他の保護者に理解してもらうためにも有効だった。また私立高校では診断書によって欠席をカバーできることもあるので、是非、診断書作成をお願いしたい。

OD 児の保護者から教育機関に対する要望

- 1 OD が気合いで治せると思っている先生が多い。正しい知識をもってほしい
- 2 子どもと保護者は OD という病気を初めて体験してとてもナーバスになっているので、その心をもっと知って発言や対応をしてほしい
- 3 OD の子どもに合わせた進路指導を行える教師が増えてほしい。保護者は教師に進路に関する情報と応援を求めていることを知ってほしい
- 4 元気なとき、たまに登校すると、担任からプリントや宿題をどっさりもらった。とても負担に感じたようである。
- 5 地域によって異なるのだろうが、通信制か、単位制か、どこに行っても良いのか、分からない。情報はどこでもらったら良いのか（これに対して、学校、あるいは教育委員会に是非、相談に出向いてほしい、と教育関係者より発言あり）
- 6 高校受験に際して、診断書の提出は必要か？（診断書のあるなしで受験結果が左右することはない、と教育関係者より発言あり）
- 7 診断書によって保護者の思いが教育機関に伝わることはあるので、無駄ではない（教育関係者より発言）
- 8 学校の先生は一生懸命してくれるが、どの程度、子どもにかかわってもらっていいかわからない（これに対して教育関係者より発言があり、保護者と学校で共通認識を持つておくことが大切である。そして、どの学校にも不登校支援者会議があるので、それを有効に利用してもらいたい）

主催：厚生科学研究 子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究（奥山班）
分担研究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）

専門医向け
長期不登校・ひきこもりを伴う
小児起立性調節障害(OD)診断・治療ガイドライン

専門医向けガイドライン作成背景

ODガイドライン2005によると、

- ・ 4週間治療を行っても症状が全く改善しない場合
- ・ 1ヶ月以上の不登校を伴う場合

(は、専門医に紹介すると記載されている。

一般医向けガイドラインに対するアンケートによると、治療が難渋するケースへの対応、例えば、新しい多剤併用療法、本人や保護者への強化サポートの方法、学校との連携の円滑化など、についてより専門的な記載を要望する意見があった。

本ガイドラインの対象となるOD

専門医向けガイドラインで対象とする起立性調節障害は、主に次の1, 2, のケースに相当する。

1. 小児起立性調節障害ガイドライン2005に沿って診断され、4週以上の治療によって改善しない、または、4週以上の不登校が続いている。
2. 不登校ガイドラインで対応を進めてきたが、経過中に起立性調節障害と診断された。

これらのケースでは自律神経機能異常が強く、さらに心理社会的増悪因子が現在進行形で影響を与えている。

そこで身体的評価、おもに自律神経機能評価を行い、同時に心理社会的因子の評価を進める。

なぜ起立性調節障害が不登校・ひきこもりを起こすのか

- ・ 身体的なメカニズム
 - 自律神経機能の乱れ
 - 嫌悪刺激による条件反射形成
 - 運動不足による自律神経機能の悪化
- ・ 心理社会的背景増悪のメカニズム
 - 保護者の不安(支配的感情)と怒り(拒否的感情)
 - 学校関係者の疾患に対する認識不足
 - Self-esteemの低下

A君 14歳、中学3年生 立ちくらみ、朝が起きれない、だるい、半年間不登校

- ・ 中学1年の春から、朝がしんどくて起きられなくなった。毎日遅刻で週1回は欠席。立ったらフラフラして身体がだるい。頭痛があり起き上がったらひどくなる。食欲もない。
- ・ 屋過ぎからは身体が楽。夜はテンションが上がって眠れない。
- ・ 一度、医者にかかったけど、どこも悪くない、気持ちの持ちよだ、といわれた。ムカつく。
- ・ 冬にはましになったけど、2年生になってまたしんどくなった。集中できないから成績が悪くなった。
- ・ 2年生からすでに1年間、不登校で昼夜逆転。
- ・ 精神科医に何度か受診し、発達障害とうつ状態と診断され、抗うつ薬を服用したが、改善せず断薬。今はひきこもり状態。
- ・ 親は高校進学させたい。本人は何も考えたくない。

起立性調節障害から長期不登校・ひきこもりを起こす理由

(注) OD児は幼少時から運動適応性性格傾向で、親の手を煩わすことが少なく、依存欲求を満たしていないと指摘されている

心理社会的背景増悪のメカニズム 保護者の不安と怒りが最大の増悪因子

A君の母親の発言

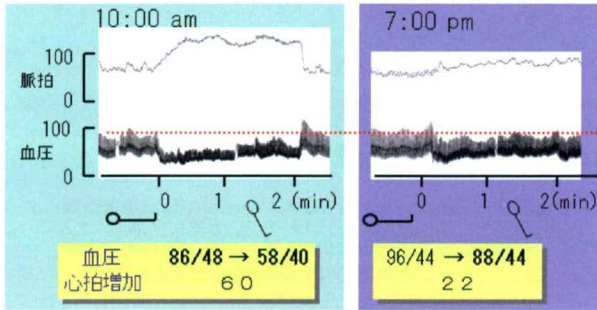
- ・ 朝は身体がだるいのか、まったく起きません。意識があるのかないのか、ボーとしています。(仮病ではないのか？不安感)
- ・ でもそれは夜遅くまでゲームをしているからです。夜は元気で、お笑い番組を見てグラグラ笑っているのを見ると腹が立ってきます。私がガミガミ言うので、この頃は部屋にこもっています。(怠けていると思えない。怒りの感情)
- ・ 毎朝、「とにかく学校には行きなさい！」と怒鳴ってしまいます。ところが1週間前、子どもが逆ギレして、窓を割ってしまいました。(親子関係の悪化)
- ・ もう半年も欠席が続いています。このままでは高校に進学できません。小さい時から聞き分けのよい子だったので、どうなってしまったのでしょうか？一生、ニートになってしまいませんか？とんでもない事件を起こさないでしょうか？(絶望)
- ・ 父親は子どもに何も言ってくれません。無関心な態度が許せません。(夫婦関係の悪化)
- ・ 最近、私自身が食欲がなく不眠です。意味もなく涙が出てきて悲しくなります。(親がうつを発症)

心理社会的背景増悪のメカニズム 学校側の認識不足で悪化が加速する

ODが悪化しやすい担任教師の発言

- ◆ A君はずっと欠席が続いています。たまに登校してきた日には元気なようにみえるので、最後までクラスで授業を受けるように頑張らせています。(病気という認識がない)
- ◆ 体育の先生が、「ちょっとしんどいぐらいなら、がんばらなあかん、人生は根性だ！」といってくれるのですが。(根性無し、というレッテル)
- ◆ 三者懇談で進路指導の先生は、「高校の進路を決めないことには卒業できないので、どこでもいから決めて下さい」と伝えたそうです。(脅迫的プレッシャー)
- ◆ 欠席する日には、安全確認のために毎回学校へ電話連絡するように、保護者に指示しています。(親は毎朝、ゆううつになる)
- ◆ 自宅訪問しても本人が出てくるときと出てこないときがあります。会えた時には、とにかく学校に来なさいと、言っているんですが、こんな対応でいいですか？(息子見と同じ対応をしている)

OD児はなぜ朝に起きられないのか？



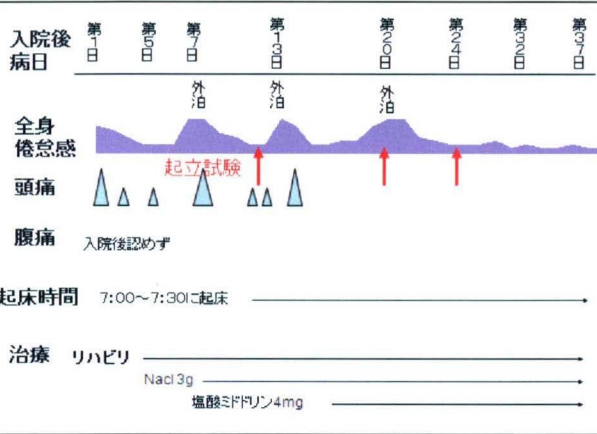
堀浦真, 他. 起立性調節障害の午前と午後における起立耐性の比較
第58回 日本自律神経神経学会 2005年 千葉

小学校6年生女子 M子ちゃん 朝起き不良、全身倦怠感、頭痛、不登校

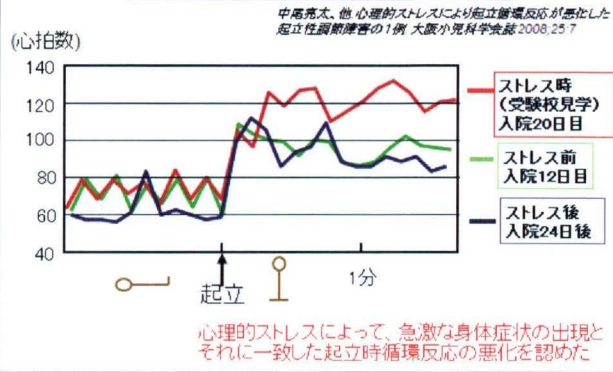
【現病歴】
小学校5年生、1学期から朝起き不良。
小学校6年7月ごろより朝起き不良が悪化、全身倦怠、頭痛ため、ODと診断した。塩酸ミドドリン4mg、プロプラロール10mgで改善せず、無理に起こすと、かえって症状悪化。成績がかなり悪くなった。
2学期から症状増悪し、不登校状態となり、当院入院。中学受験予定。

【生育歴】
幼児期から手がからず、育てやすかった。

【家族背景】
父:小児科医 有名校入学へ強い希望あり、うっ?と心配している
母:専業主婦 子どもの急な変化におおろろ
妹:小学2年生 わがまま

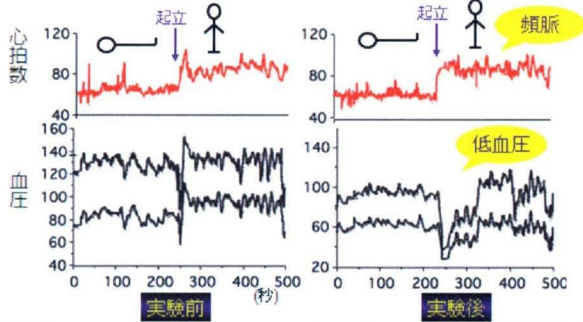


ストレスは体位性頻脈症候群を悪化!



ひきこもり・運動不足によりODが発症・悪化の可能性

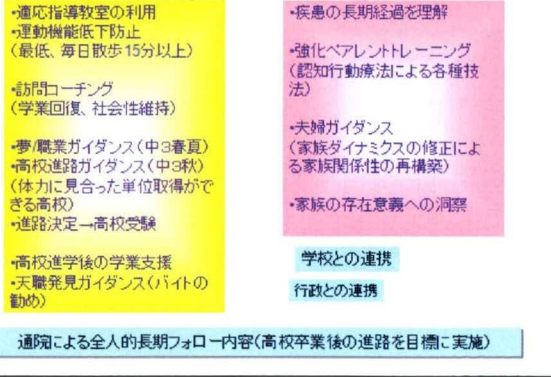
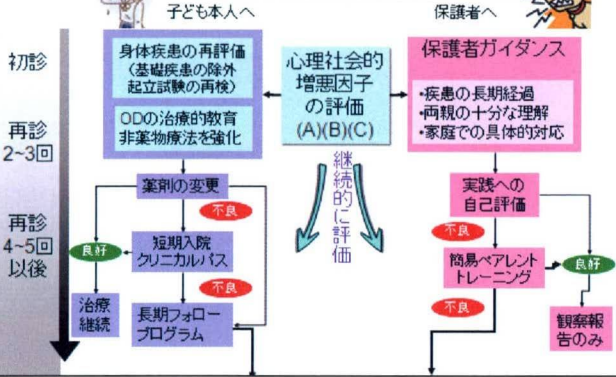
屈強な大学生における11日間のベッドレスト実験を実施



ひきこもりを伴う起立性調節障害への治療戦略



専門的診療の治療アルゴリズム



小児心身症においてアセスメントを必要とする 身体・心理社会的因子 (A)

- (1) 身体機能(生物学的な理由、とくに自律神経系)
遺伝要因、年齢段階、(時に天候の影響もある)
- (2) 生活習慣の評価
睡眠リズムの乱れ、食事・水分摂取不足、運動不足、服薬コンプライアンス、テレビ・パソコン・ゲーム・ケータイへの耽溺など。
- (3) 精神疾患併存(統合失調症、気分障害、不安障害、身体表現性障害、解離性障害、適応障害など)
- (4) 発達レベル(知能、発達障害の有無)
- (5) パーソナリティの問題(内向的、過剰適応性格、幼少時からの養育上の問題)
- (6) 子どもの学業レベル(学校での適応性)

思春期のこどもへの面接方法(できれば保護者と並行面接)

共感的理解をベースに(empathic understanding)

- ◆負担にならない程度の面接、わかる範囲の情報を積み重ねる。
- ◆子どもの心をさわり過ぎない(心理面の追求をしない)
- ◆自分の心理的問題に不用意に直面すると悪化する。
- ◆訴えに関する質問を子どもに聞かれた質問から始める
- ◆日常生活状況(起床時間、就寝時間、食欲など)、半構造化面接も役立つ。
- ◆身体症状を詳しく聞くのが、子どもはもっとも話しやすい。
- ◆解答・解決を考へることにこだわらない。
- ◆第一目標は、現状維持(悪化させないことを第一に)
- ◆患児の話す内容を、一息は受け入れる。
- ◆受け入れにくい内容の話も取りあえず、聞いておいて後で、少しだけ、患児に返す。
- ◆「手を切りたいな」と「でも切ったらいい歯はいるよ」
- ◆「気持ちいい」と「出血多量で点滴何本もする羽目になるぞ」

心理社会的評価

- ◆ 医療面接 (本人、保護者、担任)
- ◆ 心身健康調査 (GHQ、SDS、GHQ81)
- ◆ 精神発達面
知能 (WISC) 自我の発達、社会性の発達、コミュニケーション能力
- ◆ 性格検査
質問票: YG など
投影法: PF、文章完成法、箱庭、ロールシャハ、
描画法 (HPT-test、バウムテスト、家族画)
- ◆ 不安度テスト: STAI、GAT

上記を参考にして精神疾患を除外し以下の病態を評価する (概原)
(一過性ストレス障害、PTSD、軽度発達障害、全般性不安障害、分離不安障害、適応障害、社会不安障害 (対人不安)、反抗挑戦性障害、行為障害、軽躁性障害、鬱病、気分障害 (うつ))

アセスメントを必要とする心理社会的因子

(B) 家庭背景/ペアレンティング

- (1) 家族:
(欠損家庭、兄弟関係、手のかかる同胞、非協力的存在)
- (2) 夫婦不和:
- (3) 経済的状況 / 過剰な勤務時間
- (4) 子どもの養育・教育に対する方針: 受容性の無さ
(支配的、過干渉、服従的、拒否的、放任)
- (5) 保護者の精神科疾患: 人格的問題 内省性の無さ

担当医が
推定

(C) 学校ストレス

- (1) じめ、クラスが荒れている
- (2) 悪い交友関係がある
- (3) 教師:
悪い理解度、指導力不足、教師とトラブル
- (4) 学業:
学業の遅れ、勉強量が多い、頻回の塾
- (5) 通学状況:
長い通学時間、電車通学、集団登校

ODに心理カウンセリングを行う基準と適応可能な治療法 (専門医用 藤田・田中案)

心理カウンセリングを行う基準

- ・ ODの薬物療法を2~4週間行い、改善が認められない。
- ・ 不登校併存例 (最初は小児科医が対応する)
- ・ 不安や抑うつ傾向の併存例
- ・ 家庭内暴力・リストカットなど行動上の問題
- ・ 家庭内・学校内での心理社会的問題を有する
- ・ 親だけでなく、本人もカウンセリングを希望している。

適応可能な治療法 (各種職の人的資源、設備に応じて実施)

- ・ 傾聴、親子並行面接
- ・ 家族療法
- ・ 認知行動療法
- ・ その他 (メンタルフレンドなど)

入院治療の適応条件 (下記の条件がそろえば可能である)

患児の条件

- ・ 症状が強く日常生活に支障があり、そのために患児の不安が強く、また患児自身に治療意欲がある。
- ・ たびたび欠席するか、不登校状態である。

保護者の条件

- ・ 患児の疾病の病態を良く理解しており、身体症状の改善を期待している。
- ・ 登校再開を入院目的としていない。
- ・ 医療者の治療計画が理解できる。
- ・ 子どもに過干渉支配的、逆に放任の態度が自分でコントロールできる。

専門医療機関の条件

- ・ 専門医が常勤している。
- ・ 入院目的・治療契約を明確にし、それに応じた入院期間を決めている。(通常は、2~4週間)
- ・ 入院前に治療説明や病室を見学させている。

重症OD短期入院臨床パス(12days)の1例

Day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
気分												
抑鬱傾向												
就寝起床時刻												
休養判定	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1日授業	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	採血・コチゾル ルグナム			imped ence	自律機 堂夜	自律機 堂朝				imped ence	自律機 堂夜	自律機 堂朝
食事 水分量												
内服薬						modu ne						
リハビリ		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
院内学級出席						○	○	○	○	○	○	○
本人説明	○			○								○
家族説明	○						○					○

保護者への並行面接のポイント

ポイント1

子どもの情報を収集する
身体の重症感、精神安定性、学校への拒否感情

『もう半年間、ほとんど、不登校状態です。朝ごきごきと昼頃まで寝ています。起きてもただらしてはいますが、夜には寝顔が良く、お笑い番組を見て、げげら笑っています。』
 親が批判しなければ、自宅では寝顔は悪くない。
 →うつではないし、重度な精神科的疾患ではないと評価できる。

『学校の先生が訪ねてきたら、体調がよければ会うこともあります。』
 →担任との関係はよくなっている。後学には好条件。高校進学を視野に入れながら、学校連携を強化する。

保護者への並行面接のポイント

ポイント2

・保護者の努力を評価し、ねぎらう
 ・保護者へのカウンセリングとペアレントトレーニング
 (認知行動療法的に)

- ◆ 先生、どうしたら子どもは学校へ行くでしょうか？
 → ODが悪化して登校できないのです。体調がもう少し良くなるまで待つ必要がありますか。
- ◆ 学校に行かず、家でごろごろしている子どもをみると、いらいらしてきて、自分が潰れそうになります。
 → 認知行動療法の導入

高校進学についてのアドバイス(案)

普通高校ではある特定の授業を1/3以上欠席で、原則的に進級が困難。ある授業を12回欠席すると留年に。留年決定者は中退する可能性が高い。

中学校3年生の2学期後半～3学期(10月～1月)の出席状況を参考にする

1. たまに遅刻はするが、ほとんど出席できている場合(服薬をしている)、普通高校に登校可能。ただし、通学時間が長くない座れる、などの条件付き。
2. ほとんど毎日遅刻しているが午後から出席できる場合、定時制高校や午後からの授業を履修する単位制高校を選択する方が得策。ただし、普通高校進学への目的意識が強い場合(将来の夢を果たすためなど)は例外。
3. 半分以上欠席している場合、高校進学してもODが持続する。普通高校では中途退学の可能性が高い。体調に見合ったカリキュラムのある単位制高校などが望ましい。引き続き治療を要する。
4. ほとんど毎日欠席し、自宅に引きこもっている場合、高校進学を遅らせる方がよい。最近では、半年遅れの入学(秋入学)や随時入学という制度や、高校卒業程度認定テストもあるので、それを利用する。

小児心身症においてアセスメントを必要とする 身体・心理社会的因子 (A)

(A) 子ども自身のからだの特性

- (1) 身体機能(生物学的理由、とくに自律神経系)
 遺伝素因、年齢段階、(時に天候の影響もある)
- (2) 生活習慣によるもの
 水分摂取不足、睡眠リズムの乱れ、運動不足、服薬コンプライアンスが悪い、テレビ・パソコン・ゲーム・ケータイへの耽溺など。
- (3) 精神疾患の併存(統合失調症、気分障害、不安障害、身体表現性障害、解離性障害、適応障害など)
- (4) 発達レベル(知能、発達障害の有無)
- (5) パーソナリティの問題(内向的、過剰適応性格、幼少時からの養育上の問題)
- (6) 子どもの学力レベル(学校での適応性)

心理社会的評価

- ◆ 医療面接 (本人、保護者、担任)
- ◆ 心身健康調査 (original GHQ、SDS、GHQ36)
- ◆ 精神発達面
 知能(WISC) 自我の発達、社会性の発達、コミュニケーション能力
- ◆ 性格検査
 質問票：YGなど
 投影法：PF、文章完成法、箱庭、ロールシャハ、
 描画法 (HPT-test、バウムテスト、家族画)
- ◆ 不安度テスト：STAI、GAT

上記を参考にして精神疾患を除外し以下の病態を評価する(概原による)
 (一過性ストレス障害、PTSD、軽度発達障害、全般性不安障害、分離不安障害、適応障害、社会不安障害(対人不安)、反抗挑戦性障害、行為障害、転換性障害、愛着障害、気分障害(うつ))

小児心身症においてアセスメントを必要とする 身体・心理社会的因子 (B)

(B) 保護者の背景とペアレントトレーニング 面接から判断

- (1) 保護者の精神疾患やパーソナリティ上の問題
- (2) 家族関係(家族構成、親子関係、兄弟、病気がちの同胞の有無)
- (2) 経済的状況
- (3) 夫婦不和
- (4) 養育の方針・考え方、態度、子どもとの価値観のずれ
- (5) 児への思い(支配的、過干渉、服従的、放任)や受容性
- (6) 親の内省性の有無

小児心身症においてアセスメントを必要とする 身体・心理社会的因子 (C)

(C) 学校ストレス因子

- (1) いじめ、「荒れた学校」などの校内問題
- (2) 交友関係
- (3) 教師の理解度・指導力、本人との関係
- (4) 学習量(とくに進学校)
- (5) 通学状況(通学時間、一斉登校、電車通学など)

思春期の子どもへの分離面接方法

共感的理解をベースに(empathic understanding)

- ◆ 負担にならない程度の面接、わかる範囲の情報を積み重ねる。
- ◆ 子どもを心ざわり過ぎない(心理面の追求をしすぎない)
 自分の心理的問題に不用意に直面すると悪化する。
- ◆ 訴えに関する質問を子どもにも：聞かれた質問から始める
 日常生活状況(起床時間、就寝時間、食欲など)、半構造化面接も役立つ。
 身体症状を詳しく聞くのが、子どもはもっと話しやすい。
- ◆ 解答・解決を与えることにはこだわらない。
 第一目標は、現状維持(悪化させないことを第一に)
- ◆ 患児の話す内容を、一度は受け入れる。
 受け入れにくい内容の話も取りあえず、聞いておいて後で、少しか、患児に返す。
 「手を切りたくない」→「でも切ったらいい面はあるよ」
 「気持ちいい」→「出血多量で点滴何本もする羽目なで」