

H22 年度業績

- Nakamura K, Iwata Y, Anitha A, Miyachi T, Toyota T, Yamada S, Tsujii M, Tsuchiya KJ, Iwayama Y, Yamada K, Hattori E, Matsuzaki H, Matsumoto K, Suzuki K, Suda S, Takebayashi K, Takei N, Ichikawa H, Sugiyama T, Yoshikawa T, Mori N. (2010) : Replication study of Japanese cohorts supports the role of STX1A in autism susceptibility. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. (ahead of print).
- Marui T, Funatogawa I, Koishi S, Yamamoto K, Matsumoto H, Hashimoto O, Jinde S, Nishida H, Sugiyama T, Kasai K, Watanabe K, Kano Y, Kato N. (2011) : The NADH-ubiquinone oxidoreductase 1 alpha subcomplex 5 (NDUFA5) gene variants are associated with autism. *Acta Psychiatr Scand* , 123(2) :118-124.
- Thanseem I, Nakamura K, Miyachi T, Toyota T, Yamada S, Tsujii M, Tsuchiya KJ, Anitha A, Iwayama Y, Yamada K, Hattori E, Matsuzaki H, Matsumoto K, Iwata Y, Suzuki K, Suda S, Kawai M, Sugihara G, Takebayashi K, Takei N, Ichikawa H, Sugiyama T, Yoshikawa T, Mori N. (2010) : Further evidence for the role of MET in autism susceptibility. *Neurosci Res* , 68(2) :137-141.
- Munesue T, Yokoyama S, Nakamura K, Anitha A, Yamada K, Hayashi K, Asaka T, Liu HX, Jin D, Koizumi K, Islam MS, Huang JJ, Ma WJ, Kim UH, Kim SJ, Park K, Kim D, Kikuchi M, Ono Y, Nakatani H, Suda S, Miyachi T, Hirai H, Salmina A, Pichugina YA, Soumarokov AA, Takei N, Mori N, Tsujii M, Sugiyama T, Yagi K, Yamagishi M, Sasaki T, Yamasue H, Kato N, Hashimoto R, Taniike M, Hayashi Y, Hamada J, Suzuki S, Ooi A, Noda M, Kamiyama Y, Kido MA, Lopatina O, Hashii M, Amina S, Malavasi F, Huang EJ, Zhang J, Shimizu N, Yoshikawa T, Matsushima A, Minabe Y, Higashida H. (2010) : Two genetic variants of CD38 in subjects with autism spectrum disorder and controls. *Neurosci Res* , 67(2) :181-191.
- Liu X, Kawamura Y, Shimada T, Otowa T, Koishi S, Sugiyama T, Nishida H, Hashimoto O, Nakagami R, Tochigi M, Umekage T, Kano Y, Miyagawa T, Kato N, Tokunaga K, Sasaki T. (2010) : Association of the oxytocin receptor (OXTR) gene polymorphisms with autism spectrum disorder (ASD) in the Japanese population. *J Hum Genet* , 55(3) :137-141.
- Fujita-Shimizu A, Suzuki K, Nakamura K, Miyachi T, Matsuzaki H, Kajizuka M, Shinmura C, Iwata Y, Suda S, Tsuchiya KJ, Matsumoto K, Sugihara G, Iwata K, Yamamoto S, Tsujii M, Sugiyama T, Takei N, Mori N. (2010) : Decreased serum levels of adiponectin in subjects with autism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* , 34(3) :455-458.
- 杉山登志郎(2010) : 小児慢性患者におけるこころの臨床のニード. *そだちの科学*, 15, 62-65.
- 杉山登志郎(2010) : タイムスリップ現象再考, *精神科治療学*, 25(12), 1639-1645.
- 杉山登志郎(2010) : 性的虐待へのケア. *日本小児科学雑誌* ,

- 114(10), 1526-1533.
- 野村和代、鈴木将文、井上雅彦、杉山登志郎(2010): 強度行動障害の再検討(その1) 強度行動障害特別処遇事業における対象事例の支援・経過についての分析. 小児の精神と神経、50(3), 291-296.
- 杉山登志郎、川村昌代、橋詰由加里、大隅香苗.(2010): 強度行動障害の再検討(その2) 厚生科学研究における強度行動障害研究の再検討. 小児の精神と神経、50(3), 247-257.
- 川村昌代、杉山登志郎(2010): 発達障害はどう理解できるのか、発達精神病理学視点からみた広汎性発達障害、臨床心理学、増2, 25-30,
- 杉山登志郎(2010): 広汎性発達障害の現在. 子どものこころと脳の発達, 1(1), 9-18.
- 杉山登志郎(2010): 子ども虐待への医療機関を核とした子どもと親へのケア. 月刊福祉, 93(11), 32-35.
- 松本慶太、杉山登志郎(2010): 被虐待児の治療. 精神科, 17(1), 36-41.
- 杉山登志郎(2010): 高機能広汎性発達障害. 日本医事新報, 4500, 70-75.
- 杉山登志郎(2010): ADHD と子ども虐待. 精神科治療学, 25(6), 803-808.
- 杉山登志郎(2010): ADHD に対するアトモキセチンの臨床. 脳 21, 13(2), 186-191.
- 杉山登志郎(2010): いじめ・不登校と高機能広汎性発達障害. こころの科学, 151, 64-69.
- 鈴木善統、杉山登志郎(2010): 自閉症・アスペルガー障害の早期診断と鑑別診断. 小児内科, 42(3), 431-434.
- 山村淳一、杉山登志郎(2010): 場面緘黙. チャイルドヘルス, 13(3), 195-196.
- 浦野葉子、杉山登志郎(2010): アスペルガー症候群の併存症 二次障害を中心に. 精神科, 16(1), 27-31.
- 森本武志、杉山登志郎(2010): 小児期から成人期への臨床経過とその経年的なマネジメント 精神疾患 自閉性障害. 日本臨床, 68(1), 87-91.

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（研究代表者 奥山真紀子）

分担研究報告書

子どものトラウマへの標準的診療に関する研究

分担研究者	亀岡智美	大阪府こころの健康総合センター 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
研究協力者	野坂祐子	大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
	元村直靖	大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
	岩切昌宏	大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
	瀧野揚三	大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
	兼平高子	大阪府こころの健康総合センター
	住田佑子	大阪府こころの健康総合センター
	安部 紫	大阪府こころの健康総合センター
	平山照美	大阪府こころの健康総合センター
	加藤 寛	兵庫県こころのケアセンター

研究要旨

【目的】国内では、子どものトラウマによるさまざまな精神医学的問題に対応できる医療機関は少なく、また標準的な診療体制也未だ確立されていないのが現状である。本研究では、一般の精神科医や小児科医が実践可能なトラウマ診療についてのガイドラインを作成することを目的とする。【方法】初年度は、子どものこころの診療を行なう小児科医・精神科医（日本児童青年精神医学会の医師会員 1723 名）を対象に、トラウマ診療の実態について調査した。昨年度は、欧米の PTSD に関するガイドライン（米国児童青年精神医学会「児童青年期の PTSD に関する評価と治療のための基準」、国際トラウマティック・ストレス学会「PTSD に対する有効な治療法」第 2 版、英国・国立医療技術評価機構「プライマリケア、セカンダリケアにおける成人ならびに子どもの PTSD のマネジメント」）をレビューし、子どものこころの診療医を目指す小児科医と精神科医 65 名を対象に子どものトラウマ診療についてのニーズを調査した。最終年度である今年度は、これらを集約し、子どものトラウマ診療ガイドラインと本人・保護者向けの心理教育冊子を作成した。【結果】作成した「子どものトラウマ診療ガイドライン」及び、本人・保護者向けの心理教育冊子「こころとからだのケア～こころが傷ついたときのために～」は、概ね理解しやすく見やすいという評価を得た。これらの印刷物を広く配布し、いくつかのホームページで公開した。

A. 研究目的

子どものトラウマへの治療に関して、欧米ではこの約10年間に、かなりの研究が集積されてきており、有効性が実証されている治療技法がいくつか紹介されている。しかし、わが国のこの領域での臨床実践は、未だ緒に就いたばかりの段階である。初年度の日本児童青年精神医学会の医師会員を対象にした調査では、トラウマ診療経験のある医師が、従来の伝統的な精神科診療の枠組みの範囲内で、子どものトラウマへの診療を実践していることが明らかになった。

一方、昨年度実施した欧米の3つのPTSDガイドライン（米国児童青年精神医学会「児童青年期のPTSDに関する評価と治療のための基準」¹⁾、国際トラウマティック・ストレス学会「PTSDに対する有効な治療法」第2版²⁾、英国・国立医療技術評価機構「プライマリケア、セカンダリケアにおける成人ならびに子どものPTSDのマネジメント」⁴⁾）のレビューから、現在わが国で実践されている子どものこころの診療形態では、トラウマを体験しPTSDや関連障害に苦しむ子どもとその家族を、適切に評価し診療することは困難であることが判明した。

そこで、最終年度である今年度は次の二つ冊子を作成した。

(I) 子どものトラウマ診療ガイドライン

一般小児科医や精神科医が、すぐに臨床で実践できるレベルのもの。

(II) 本人・保護者向けの心理教育冊子

時間的制約のある一般小児科診療や精神科診療において、本人・保護者に説明後配布し、効率的に心理教育を行うためのもの。

B. 研究方法

(I) 子どものトラウマ診療ガイドライン

次のような項目に沿って、現段階で利用可能な臨床情報を著述した。作成にあたり、昨年度実施した子どものこころの診療医を目指す小児科医と精神科医を対象とした調査から得られた意見を取り入れた。また、日常臨床ですぐに使用できるように、携帯しやすく見やすい構成となるよう検討を重ねた。

- (1) 子どものトラウマとは
- (2) トラウマが子どもに与える影響
- (3) トラウマによるさまざまな病態
- (4) トラウマの評価と診断
- (5) 治療

(II) 本人・保護者向けの心理教育冊子

次のような項目に沿って、トラウマを体験した子どもとその保護者に向けて解説した。作成したドラフト版冊子を実際の臨床場面で試行的に使用し、トラウマを体験した本人や保護者からの意見を聴取した上で、文言や構成の修正を行った。

〈子ども本人〉

- (1) 心と身体つながり
- (2) トラウマ体験について
- (3) トラウマ反応について
- (4) 治療の必要性
- (5) 自己コントロールの方法

〈保護者〉

- (1) トラウマとは
- (2) トラウマの原因となるできごと
- (3) トラウマの影響
- (4) 専門的な治療が必要な場合
- (5) 家庭でできる対処法

C. 研究結果

次に示すように「子どものトラウマ診療ガイドライン」と本人・保護者向けの心理教育冊子「こころとからだのケア～こころが傷ついたときのために～」を作成した。研究班内でも広く意見を聴取し、概ね理解しやすく見やすいという評価を得た。

D. 考察

近年、さまざまな災害・事故・犯罪・虐待・重い病気・喪失などを体験する子どもは、従来考えられていた以上に多いことが判明している。また、これらのトラウマ体験による心身の反応が、長期に亘り心身の健康を損なう場合も少なくないことが報告されている³⁾。このような長期の悪影響を予防するためにも、一般小児科・精神科において適切な診療を提供することが必要であると思われる。

E. 結論

今後、印刷物を広く配布し、いくつかのホームページで公開し、適切な診療の普及啓発に努めることが不可欠である。

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) 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.
- 3) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E: Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. The Guilford Press, New York, 2006.
- 4) National Institute for Clinical Excellence: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. www.nice.org.uk, 2005.

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（研究代表者 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
	梶原 荘平	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】本分担研究は、子どもの心身医学的診療の標準化を行うために、日本小児科学会の各分科会等と連携し、診療ガイドライン（GL）の整備とその普及を目的とする。平成22年度は、これまでの成果（一般医、専門医、患者保護者からの評価や要望）を踏まえて専門医向けGL案を完成することである。また子どもの心の診療促進のための地域連携、学校医連携のシステムを構築することである。

【結果】子どもの心身医学的診療（含リエゾン）の標準化を目的に、現行の起立性調節障害（OD）一般医ガイドライン（GL）に対する意見集約を、日本小児科学会をはじめ、各学会・医会等の研修会で実施し、医師の78%がGLを有用と評価した。医師、保護者からより効果的な治療開発の要望があり本分担研究協力者のエキスパートコンセンサスに基づいて成果物不登校・ひきこもりを伴うODGL（案）を完成した。医療教育連携の推進を目的にODGLを地域教育委員会研修会等の学校保健教材に採用された。また大阪府医師会学校医部会の来年度学校医教育用教材として決定した。神経性無食欲症診療ガイドラインについては、現行版を追加、修正を引き続き継続している。精神科医を対象に身体的診療が重視される小児心身症に関する研修を実施した。

【結語】平成20-22年度の研究において、一般小児科医と心の診療医を対象にしたアンケートおよび研修会質疑応答を行い、専門医向けODガイドラインへの要望を収集し、さらに患者保護者の意見収集を行い、これらを含めて専門医向けGL案を完成した。今後は、さらに専門医や関係学会からのブラッシュアップを行い、最終版を発行する予定である。また、心身症ガイドラインの啓発研修会は今後とも継続開催の予定である。

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

22年度は、引き続き(3)～(5)について研究を実施し、(4)については、専門医ガイドラインを作成することを目的とした。

B.研究方法

(3-22, 4-22)

(i)一般医向け ODGL の使用後調査の実施。

(ii)一般医、専門医、保護者の一般医向け GL に対する評価と要望に基づいた専門医 GL の作成完了

当学会研究委員会(2007年研修委員会から独立)が作成したプライマリケア医向けに各種心身症ガイドラインの中の ODGL (2006年発行)に対する一般医師の有用度評価は、昨年の研究で示したように非常に高かったが、治療に関する数多くの要望事項がみられた。保護者、学校関係者の要望を含めて、分担研究協力者と専門医 ODGL の作成を完成させた。

(iii) 神経性無食欲症 GL の改訂

(iv) ADHD 二次診療医から三次診療医への紹介基準の作成について

(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

(3-22)

本年度は、独立行政法人国立国際医療センター(総長 桐野高明)主催の思春期精神保健対策医療従事者専門研修(1)において、児童精神科医を対象に小児心身症の講義を実施した。

日時:平成23年1月12日 13:00-16:30

場所:日経カンファレンスルーム

現在、その評価については分析中である。

(4-22)

(i) 一般医向け ODGL の使用後調査を、日本小児心身医学会会員を対象に実施した。

それを検証するために、ODガイドライン発行(2006年)、その3年後に使用後アンケート調査を実施した。回答数は64件であった。回答者の約6割がGLを使用した経験あり、約2割が週1回以上頻用した。また、約半数が診察室にGLを保管していた。GLがどこにあるか見当たらない会員は14%に止まった。多くの項目において有用と考えた回答者は約6～7割であった(5段階評価の2位が多かった)が、調査1より低かった。自由記載は数多くの回答者から得られた。例えば、サブタイプは病態の説明に役立っている、患者にガイドラインのコピーを渡してから説明を行うと疾患への受け入れが良くなる、教師にもコピーを配付して大変有用、という意見がみられた。一方、改良点として、新起立試験では体位性頻脈症候群は判定しやすいが起立直後性低血圧は難しいので詳細な解説が欲しい、薬物療法の多剤併用や発達障害合併例への対応について記載が欲しい等がみられた。

【結論】

不登校や身体表現性障害との判別が困難であったODにおい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GLに対して、小児科医、プライマリケア医、および本学会会員は有用な診療支援ツールと評価した。その一方で、不登校や発達障害を伴う難治性のODを診療する会員にとっては、プ

ライマリケア向けの現在 GL では不十分であり、新起立試験の改良やより効果的な治療法を期待する意見が多かった。本結果を、現在作成中の「専門医向け ODGL」に反映させたい。発行は 23 年度内を予定している。

(ii) 一般医向け ODGL の続編として、専門医向け ODGL 案の作成を完了した。その概要として【序文】と【目次】のみ以下に示す。(GL 全編は 3 年間研究の成果物として総合報告書に添付した。

【序文】

・作成の背景

・本ガイドラインの対象児

1. 一般医向け OD ガイドライン 2005 の診療を 4 週以上続けて改善しない、または、4 週以上の不登校
2. 小児科医が不登校ガイドラインで対応を進めてきたが、経過中に OD と診断された
3. 精神科に通院中で体調不良が持続する

・小児心身症としての OD 専門的診療のあり方

【目次】

- I. 遷延する OD の臨床経過
- II. OD が悪化し、不登校・ひきこもりを伴う機序
- III. 心身医学的評価の方法
- IV. 専門的診療の進め方(点滴を含める)
 1. 外来における診療の構造
 2. 初診時診療の実際
 - (1)子ども本人への診療概要
 - (2)保護者との面接と注意点
 3. 再診時診療の実際
 - (1)子ども本人への診療
 - (2)心理療法
 - (3)保護者との面接と注意点
- V. 学校との連携強化(高校進路選択を含む)
- VI. 入院治療の適応基準
- VII. 社会復帰への支援
- VIII. 家族への支援
- IX. 小児科から精神科への紹介やリエゾン

- X. 精神科から小児科への紹介やリエゾン
- XI. 治療終結について

(iii) 神経性無食欲症 GL については現行版でも専門医領域をかなりの部分をカバーできているので、改めて作成するのではなく、以下の部分を追加や改訂を行うこととした。

- 1) 学校向けの対応手引き
- 2) コメディカル向けの対応手引き(看護師、栄養士等)
- 3) 医師向けガイドラインの改訂

(iv) AD/HD については、小児科医用 GL 追加案を作成した。

(『二次診療医向けの ADHD リエゾンの指針作成—どのような状況になれば、三次診療に紹介したら良いか』別添 1 を参照)

(5-22)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、市民啓発講演会を実施した(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。

D. 考察、および今後の課題

(4-22) 一般医 GL の出版直後に小児科医、専門医の評価を受け、さらに 3 年後の使用後評価を受けた。またこの間に、患者保護者向けの公開研修会を実施し OD 診療に対してアンケート調査、および公開シンポジウムによる意見聴取を行った。このように各方面から OD 診療と OD ガイドラインに対する意見を行い、専門医向け ODGL にできるだけ反映させた。したがって専門医向けガイドラインの内容は、かなり多方面からの要望に応える内容となっている。その分、ボリュームが多くなった。日常診療での有用性や使用感についてはまだ検討していない

ので、今後の課題となる。

なお、本研究項目に関する啓発活動の成果は以下の通りである。

- ・起立性調節障害サポートグループウェブサイト
に最新情報を掲載（アクセス数 年間約 50 万人）

- ・大阪府医師会学校医部会の来年度学校医教育
・教護教諭用教材として採用

- ・一般国民向けに OD 児を持つ保護者を対象に
研修会を 2 回開催し 2 種類の講義用冊子を作成
＜研修会(協賛)開催＞

- ・第 1 回起立性調節障害保護者向け研修会
2010 年 1 月 16 日大阪医科大学看護学部講堂
テーマ『不登校を伴う起立性調節障害児の高校
進学はどうすればよいのか』約 300 名

- ・第 2 回起立性調節障害保護者向け研修会
2010 年 11 月 7 日大阪医科大学看護学部講堂
テーマ『起立性調節障害 最新の治療とその効果』
約 200 名

また、本研究のメディア報道は以下の通りである。

【テレビ報道】

- ・子どもに多い起立性調節障害 朝日放送
NEWS ゆうプラス 2010 年 2 月 5 日放映(担
当者 高岡早苗)
- ・子どもの「朝おきられない」病気ー起立性調
節障害 NHK おはよう東海 2010 年 5 月 28
日放映(担当者 林原摂子)

【ラジオ放送】

- ・起立性調節障害 中部日本放送 ラジオ番組
「気分爽快！多田しげおの朝から P・O・N」
2009 年 5 月 20 日 AM7:45 頃から

【大手新聞社 新聞記事】

- ・子どもの起立性調節障害 朝日新聞 関東版
2008 年 9 月 7 日
- ・起立性調節障害 医師が解説本 読売新聞
大阪版 2009 年 4 月 16 日
- ・メディカル勉強室「起立性調節障害」産経
リビング 2009 年 7 月 4 日
- ・起立性調節障害—思春期特有のサインを見逃
すな 読売新聞 大阪版 2010 年 10 月 17 日

(iii) 神経性無食欲症 GL は、今年度中に完成する目標を立てている。その有用度や使用感については今後の課題となる。

(5-22)いじめ解決サポートシステムのモデル構築提言

いじめ問題解決、および予防対策における教育委員会・学校現場との連携は事実上困難であった。したがって、いじめ防止法などの立法化の実現が急務であり、それに従った施策の確立が望まれる。現在、いじめ防止法（議員立法）が参議院議長江田五月氏に提出・受理されている（2010 年 5 月 27 日）。医療機関でのアンケートは、今後も検討したい。

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 案は完成したが、今後は、一般医から専門医への紹介や、専門医から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・著書

別紙

2. 学会発表

1. 田中英高（座長・シンポジスト）第 113 回日本小児科学会分野別シンポジウム 10 子どもの心の診療医人材育成に関する新しい取り組み：とくに卒前・卒後「医師のたまご世代」への教育促進に向けて 演題名

- 「子どもの心の卒前・卒後教育促進に向けての提言」2010年4月25日 →抄録別添
2. 田中英高（シンポジスト） 第50回日本心身医学会近畿地方会 臨床各科における心身医学的対応の現状 演題名「夢の未来へ／子供の心を守りユートピア社会の実現を」2010年8月8日
 3. 石崎優子，田中英高 小児心因性疾患として紹介された起立性調節障害と頭痛との合併した5例 第63回日本自律神経学会 2010年10月23日
 4. 田中英高，武本優次，松原謙二，奥山真紀子 近年の小中学生の心身不調について：その原因と対応 第41回全国学校保健・学校医大会 2010年11月20日
 5. 田中英高，武本優次，松原謙二，奥山真紀子 近年の小中学生の心身不調について：その原因と対応 第59回近畿医師会連合学校医研究協議会総会 2010年11月28日

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

別添 1

『二次診療医向けの ADHD リエゾンの指針作成 (どのような状況になれば、三次診療に紹介したら良いか)』

研究協力者(宮島 祐 東京医科大学小児科学教室)

日本小児科学会分科会に所属する心身・精神領域関連学会(日本小児心身医学会、日本小児精神神経学会、日本小児神経学会の3学会)が合同で調査研究を行い、「小児科医のための注意欠陥/多動性障害(AD/HD)の診断治療ガイドライン」を作成、2007年に出版した¹⁾。その後、各学会・研究会、講演会を通じて啓発活動を行い、かつまた診療医の意見聴取を行った。その結果、主に一次・二次診療に携わる小児科医にとっては、薬物療法適応前の幼児を含めた「不注意、落ち着きのない子ども」に対する本人・保護者支援として、薬物治療の前に不可欠な環境調整とSSTや認知行動療法など社会心理的な治療を理解したうえで、適応年齢に対しメチルフェニデート徐放剤やアトモキセチンを適切に処方できる医療レベルの向上が期待された。これらを踏まえた上で、さらに、治療困難なケースについての対応基準について明示することが求められた。

そこで、本研究ではエキスパートコンセンサスとして、すみやかに三次診療機関に紹介するための、患者の基準を以下に提案する。

- 1) 物理的、人的資源に制限があり(例:発達心理士の不在、診察室の不足等)、心理社会的アプローチが不十分。
- 2) 不良な家庭環境、学校連携が困難など、児の環境調整が困難なケース
- 3) 薬物コンプライアンスの不良などを含めて薬物効果が悪いケース
- 4) 反抗挑戦性障害・行為障害や不安障害・強迫性障害など精神科疾患の併存、家族関係の悪化などの二次障害で、精神科治療と強力な心理社会的介入を要する以下のようなケース
 - (ア) くり返す無断外泊や家庭内暴力
 - (イ) リストカットなどの自傷行為
 - (ウ) 学校規律を守れない(エスケープ、騒ぐ、暴力など)
 - (エ) 頻繁な反社会的行動(くり返す非行、警察補導される行動上の問題)
 - (オ) 他者・動物に対する虐待行動
 - (カ) 難治性の心身症の発症(摂食障害、チック、くり返す痛み、起立性調節障害、不登校など)

三次医療機関への紹介を円滑に進めるために、現在の一次・二次・三次医療機関登録システムを効率的に実行させ、互いに綿密な連携がとれるサブシステム(公的恒常的なインターネットを介する紹介システムなど)の構築が不可欠である。さらに地域のコアとなる三次医療機関を中心に、人材育成プログラム(久留米や北海道などで行われ始めたSTPなどへの派遣)を発展させる新たなプロジェクトの開始が望まれる。

¹⁾ 小児科医のための注意欠陥/多動性障害 AD/HDの診断・治療ガイドライン 編集:宮島祐、田中英高、林北見。中央法規 東京 2007年

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（研究代表者 奥山眞紀子）

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
協力研究者	成重竜一郎	日本医科大学
	川島義高	日本医科大学

研究要旨

平成 22 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日本における標準的な診療のマニュアル案を作成した。特に、子どものうつ病の診断と介入には発達を考慮にいたした診断・介入が不可欠であり前年度までの標準化のひな型に発達的な視点を入れた診断および介入案を作成した。2) 日本医科大学救命救急センターで子どもの自殺企図の動機について調査し、自殺への介入の基礎的な資料とした。2000 年 4 月 1 日から 2010 年 6 月 30 日に日本医科大学付属病院高度救命救急センターに自殺未遂で搬送された 18 歳以下の男女 56 人（男性 14 人、女性 42 人）について、診療録等の記録から、自殺未遂に至った原因・動機と考えられる事象を選び、2009 年の警察庁統計で用いられている自殺の原因・動機の種類に基づいて分類を行った。その結果、原因・動機が特定された児童思春期の自殺未遂者の内、89.1%に原因・動機として何らかの精神疾患が認められており、児童思春期であっても自殺の最も重要な要因が精神疾患であることが示され、児童思春期の自殺対策としても、成人と同様に精神保健領域での積極的なアプローチが必要であると考えられた。また、警察庁統計では分類項目に挙げられていないが、児童思春期の自殺を考える上で、社会適応困難・社会的孤立が原因・動機として重要である可能性が示された。その結果に基づいた医療スタッフ向けの介入マニュアルを作成した。3) 昨年までに作成した子どものせん妄の診断のアルゴリズムを基にエキスパートの意見を参考にし、発達的な視点を考慮した子どものせん妄の診断のガイドラインの作成を行った。

A. 研究目的

最近、エビデンスに基づいた診断・治療が注目されている。精神科医療においては、精神医学の進歩からの知見を臨床での診断・評価・治療の実践に適切に反映させて

いくことが強く求められている。子どものうつ病の治療においても、近年疾患の診断、評価、治療に関する文献の理解、解釈そして実際の臨床の場面で活用することが不可欠となっている。有効性の評価のために重

要視されるが、複数の臨床試験の系統的なメタ解析行われており、その知見に日本の現状に合わせたエキスパートの意見を取り入れたガイドラインが不可欠となっている。本研究では、子どものうつ病に関してエビデンスを基に日本の現状に合ったガイドラインを作成する。一方、子どもの自殺の介入には十分なエビデンスの蓄積がなく本研究では子どもの自殺企図の動機を明らかにすることにより自殺の予防や介入のための基礎的な資料とするとともに自殺行動後の介入のマニュアルを作成する。さらに、子どものせん妄の臨床現場の認識は低いことから臨床現場でのせん妄の実態を把握するとともに、診断の標準化案を作成する。

B. 研究方法

平成 22 年度は、以下の 3 点について中心に研究を行った。

- 1) 前年度までの研究からうつ病の発達を視点に入れた診断・介入についてエビデンスに加えてエキスパートの意見を取り入れマニュアルを作成した。
- 2) せん妄の診察に関してはシンポジウムを専門家学会（日本総合病院精神医学会）で開催し、診察・治療の現状についてエキスパートの意見を集約するとともに、前年度までの結果を統合してマニュアル・アルゴリズムの修正を行った。
- 3) 子どもの自殺企図の動機に関する研究は、2000 年 4 月 1 日から 2010 年 6 月 30 日に日本医科大学付属病院高度救命救急センターに自殺未遂で搬送された 18 歳以下の男女 56 人（男性 14 人、女性 42 人）について、診療録等の記録から、自殺未遂に至った原因・動機と考えられる事象を選び、2009 年の警察庁統計で用いられている自殺の原因・動機の種類に基づ

いて分類を行った。原因・動機と考えられる事象については、診療時点での本人、家族、知人等からの情報やその当時の担当医の判断だけでなく、児童思春期の心性を適切に考慮するため、改めて児童思春期精神医学を専門とする医師が原因・動機としての妥当性の判断を行った上で、集計を行った。

（倫理面への配慮）

マニュアル・アルゴリズムの作成に関しては、倫理的問題は発生しない。

子どもの自殺企図患者の調査に関しては、患者情報が特定できないように配慮がなされ、各施設の倫理委員会の指針に従った。

C. 研究結果

1) うつ病の診療の標準化

子どものうつ病の症状と診断における特徴

アメリカ精神医学会による操作的診断基準である精神疾患の診断・統計マニュアル 第 4 版用修正版 (DSM-IV-TR) では、子どもうつ病および成人うつ病の診断は、基本的に同一の診断基準が用いられる¹⁾。

DSM-IV-TR での大うつ病障害の臨床症状は、

- 1) 抑うつ気分、2) 興味または喜びの喪失、3) 体重、食欲の障害、4) 睡眠障害、5) 精神運動性の焦燥または制止、6) 易疲労性または気力の減退、7) 無価値観または過剰か不適切な罪責感、8) 思考力や集中力の減退、9) 自殺行動である。大人と子どもの診断上の違いは、1) 「抑うつ気分」の代わりに子どもでは「いらいら気分」を診断基準に含めていること、2) 体重の減少の代わりに期待される体重増加が見られないことでも子どもの場合体重の障害とみなされることである。診断学的には、児童期と成人とでは同様の診断基準により診断が可能という考え方が欧米ではある。障害と

して考えられるためには、個人の機能が障害されており、年齢や性別や文化的な背景によって「うつ病」の表現型は異なるものの「抑うつ症状」が連続して存在していることが「うつ病」の診断のためには不可欠である。この考えは、DSMの第5版の草案の段階でも大きく変わっていない。

うつ病と診断するための個々の症状は成人と児童期では大きく違いはないと考えられているが、個々の症状の出現頻度は成人と児童期に違いが認められ、また児童期でも低年齢群と高年齢群との間で異なることが報告されている。一般的に、児童期のうつ病は、外在化症状あるいは攻撃的行動として表出されることが多いと考えられている。

子どもと成人のうつ病の症状の比較では、無快楽、精神運動抑制、日内変動が年齢ごとに増える、一方で、年齢とともに抑うつの表情の表出、身体的症状、自己価値の低下が増える。また、成人の患者は自責の念は少なく、早朝覚醒、体重の減少が児童期よりも多くみられる⁽⁷⁾。

しかしながら、子どものうつ病は、発達段階で表出される症状が異なることが特徴であり、診断の際に年齢を考慮することが必要である⁽⁷⁾。子どもの中でも低年齢層では、身体化症状を訴えることが多く、抑うつの表情をしていても主観的な抑うつの症状は訴えることが少ない。年齢が上がるにつれ、しばしば過眠を訴え、年齢が上がるにつれて、無快楽、精神運動抑制、日内変動、早朝覚醒、体重減少などの症状が増し、抑うつの表情表出、身体化、罪悪感、自己価値の低下などの若年期に特徴的な症状は減少し成人期のうつ病に近づいていく。子どものうつ病では精神病症状が伴

うことが多く、31%から50%の子どものうつ病で精神病症状を伴い、特に幻聴を伴うことが多いと報告される。31%の思春期のうつ病が、一時的に統合失調症と診断されていたと報告がされている。これらの割合は成人のうつ病に比べて高い。一方で、妄想は児童・思春期では少ないと報告されている。一方で、精神病症状の中の妄想は成人うつ病よりも少ないことが報告されている。子どものうつ病は、罹患した児童において学業や社会生活に重大な障害を引き起こし、自殺の危険も高める。自殺に関連する行動も成人うつ病よりも多く見られ、約60%のうつ病の子どもが自殺念慮をもっていたと報告されている。

子どものうつ病の治療

心理的なアプローチ: 大人で有効性が示された認知行動療法、対人関係療法が、子どもでも有効であることが報告されている。子どもにこれらの精神療法を用いる際には、子どもでは、生物学的、認知的、社会的、情緒的な発達段階にあり、認知発達過程(計画、思考、他人の立場になり考える能力)や社会的要因を精神療法の実施に当っては考慮していくことが必要である。大人で実施されている治療技法よりも家族との関係を積極的に治療の中で取り扱ったり、家族への直接的な関与を含め、視覚的な技法を用い非言語的なアプローチを加えるなどの修正が必要であると報告されている。

子どものうつ病への薬物療法

有効性: 児童期のうつ病に対する30の臨床試験をプールしたメタ解析では、抗うつ薬群のプラセボ群に対する rate ratio (RR) は、1.22で、抗うつ薬群はプラセボ群より有効であることが示され

($p < 0.001$ 、抗うつ薬による治療の有効性が示された。抗うつ薬の治療効果発現必要症例数 (numbers needed to treat : NNT : 1つの薬物が何人に1人有効かを示す数値) は 9.35 であり一定の効果が示された。しかしながら、症状の 50%以上の改善を示した群を反応群とした場合に、抗うつ薬群では反応率の平均は 60.1%、プラセボ群では 49.2%と 10.9%の差しか認められずプラセボ効果が高かった。

個々の抗うつ薬を検討した場合、プラセボを用いた RCT で成人で有効な抗うつ薬が児童期では必ずしも有効ではないことが報告されている。従来から三環系抗うつ薬は児童思春期では有効性が低いことが報告されている。最新の 14 の臨床試験からのメタ解析でも三環系抗うつ薬は児童思春期うつ病ではプラセボと比較し有効性が認められなかった。一方、選択的セロトニン取り込み阻害薬 (SSRI) はプラセボ群に比べて中程度の有効性 ($RR=1.27, p < 0.001$) を示しており、また RR も一部重複がみられるものの三環系抗うつ薬よりも高いことから児童思春期うつ病の治療薬として有効性が高いと考えられる。SSRI の 12 の臨床試験の結果をプールしてメタ解析を行うと SSRI の有効性が見られるが、個々の SSRI の臨床試験の結果をみるとすべての SSRI が児童思春期うつ病に同等に有効性を示しているわけではないことが明らかになった^(13, 15)。過去に 11 の SSRI とプラセボとの RCT が行われたが、プラセボに比べて有意に反応率が高かったと報告のある SSRI は、fluoxetine、citalopram、sertraline である。特に、fluoxetine は比較的大規模な RCT、特にアメリカ連邦政府の研究費によって行われ

た臨床試験でも有効性を示していることから他の SSRI よりも有効性が高いと考えられている。メタ解析の結果もこれを支持している。現在、アメリカ連邦医薬品局 (FDA) から fluoxetine、citalopram が児童思春期うつ病の治療薬として認可されている。成人では有効性が示されている paroxetine, escitalopram, mirtazapine, venlafaxine は、RCT でプラセボと比較し有効性が示されなかった。三環系抗うつ薬や SNRI に比べて、SSRI が有効であることについては、脳のノルエピネフリン系システムに比べてセロトニン系システムの成熟が早期に起きること関係しているのではないかと考えられている。一方で、同じ SSRI の中での有効性の違いについてはその理由については明らかな仮説はない。

年齢に抗うつ薬の有効性の違い : RCT による 30 臨床試験のメタ解析により、抗うつ薬の反応に違いがある可能性が示されている。16 の思春期群を対象とした臨床試験での RR は 1.27 と抗うつ薬群がプラセボ群より有効であることを示し ($p < 0.001$)、NNT は 8.33 であった。一方、児童群では RR は 1.11 とプラセボ群と有効性に差を認めず ($p=0.596$)、NNT は 21.3 であった。個々の臨床試験でも児童群と思春期群の有効性違いをしている報告もあり、年齢が低くなるほど抗うつ薬の有効性が低くなる傾向が認められる⁽¹³⁾。さらに成人のメタ解析の結果と比較すると、成人の RR は 1.85、NNT は 3.5 であり、抗うつ薬の反応は年齢とともに高くなる傾向が読み取れる。

子どものうつ病の系統的な臨床試験 (併用療法および薬物の変更に関する知見) : The

Treatment for Adolescent with Depression Study (TAD) が米国政府の研究費のもとに行われた。439 名 (12 歳から 17 歳) の DSM-IV の中等度から重症の大うつ病の診断基準を持たず患者を対象に、1) 薬物 (Fluoxetine) ・精神療法 (認知行動療法:CBT) 併用、2) 薬物治療 (Fluoxetine)、3) 精神療法 (認知行動療法)、4) プラセボの 4 群間に分け大うつ病に対する治療効果の比較が行われた。この研究では、併用療法と抗うつ薬群は、プラセボ群と比較し有意な改善を示した。この結果は、併用療法が単独療法よりこどものうつ病の治療に効果があったこと、Fluoxetine が認知行動療法よりも有効であった。認知行動療法についてはこの報告では、抑うつ症状の削減に関してはプラセボ群と有意差はなかったが、自殺に関連した行動の削減に関して効果が認められた。この研究は、子どものうつ病には、薬物と精神療法の併用が最も有効であることを evidence として示している。また、the Treatment of selective serotonin-reuptake inhibitor (SSRI) Resistant Depression in Adolescent (TORDIA) は、334 名の (12 歳から 18 歳) の過去 2 カ月以上続いた SSRI の治療に反応しなかつたうつ病患者を対象に米国政府の研究費のもとに行われた臨床試験である。対象は、1) 新しい SSRI、2) 新しい SSRI と CBT、3) セロトニン・ノルエピネフリン取り込み阻害剤の一つである Venlafaxine、4) Venlafaxine と CBT の 4 群に振り分けられた。この調査では、初回の SSRI に対して反応しなかつた患者は、薬物と CBT の併用群は、薬物単独群に比べて改善率が有意に高かった。SSRI に変更するか、venlafaxine

に変更するかでは有意な差は認められなかった。しかし、SSRI に変更した方が有害事象の出現は少なかった。

子どもの抗うつ薬の有害事象: 子どもへの抗うつ薬による副作用は、頭痛、消化器症状、眠気、アクチベーションといった成人と同様の症状に加えて、自殺行動について注意を要する。イギリスでの paroxetine の子どもの大うつ病に対する自殺行動の増加が報告されてから複数の子どもへの SSRI の使用による危険性に対する分析がなされた。過去の未発表の臨床試験データを含めた再分析では、抗うつ薬が児童期の自殺に関連した行動を増加させることが明らかになった^(4, 5)。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。服薬開始後 1-9 日までの自殺行動の odds ratio が、最も高く、時間が経過するにつれ減少し、投与開始後 90 日以降では odds ratio は、1.00 まで低下し、プラセボ群との間に差が認められなくなった。一方で、疫学的な調査では SSRI の使用と子どもの自殺率の減少に相関が認められ、子どものうつ病への薬物治療の効果への傍証として捉えられている。子どもへの SSRI を含めた抗うつ薬の使用に関しては、処方時には正確な副作用についての情報を子どもと保護者に伝えることが重要であり、自殺行動に関してのインフォームド・コンセントをきちんと行い、慎重な経過観察を要する。抗うつ薬の使用への安全性と効果についての個別の評価が重要である。

薬物療法の適応

児童思春期のうつ病に抗うつ薬を開始する時期に関してはさまざまな議論があり一致していない。イギリスの The National

Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)のガイドラインでは、抗うつ薬による治療前に必ず精神療法を数週間行うことを推奨している。一方、CMAP、アメリカ児童精神医学会、アメリカ小児科学会のガイドラインでは中等度から重症のうつ病に関してはすぐに抗うつ薬を処方することも推奨している。

診断・評価の後、薬物療法が必要と判断された場合には、特定のSSRI (fluoxetine, citalopram, sertraline) を第一選択とし、もし、副作用により服用が困難であったり、無効であった場合には第二のステップとして他のSSRIに変更することを推奨している。特定のSSRIが他のSSRIよりも有効性が高い可能性があることは、成人のうつ病の違いと大きく異なる点であり、児童思春期の薬物療法が成人と異なる重要なポイントである。第三のステップとして、多剤での増強療法あるいはセロトニン・ノルアドレナリン・再取り込み阻害剤 (SNRI) など異なる種類の抗うつ薬を選択することが薦められている。従来三環系抗うつ薬が、選択肢に含まれていたが今回の改訂では完全に子どものうつ病の治療のアルゴリズムから除外されている⁽⁴⁾。さらに、第三ステップまでの薬物治療を行って改善しない場合には再度評価を行い、診断の見直しや症状を遷延させている要因について評価することが推奨されている。

CMAPを始めとした海外の治療マニュアルやアルゴリズムでは、日本で使用できない薬物も多く取り入れられており日本での治療はこれらマニュアル道理に進めることは不可能である。しかしながら、海外のアルゴリズムやガイドラインを参考に日本での薬物療法を考えていくことが重要である。現

在までの海外での臨床試験データを踏まえて、日本での使用可能な薬物の中で選択をしていく必要がある。Evidence レベルが高い薬物より処方を開始することが望ましい。まず、Sertraline から開始することが推奨される。通常成人よりも少量より開始し、副作用の出現を見ながら成人の治療必要量まで増量していくことが可能である。Sertraline は、paroxetine、fluvoxamine と異なり眠気を引き起こすことが少ないので朝食後から開始できる。Sertraline が無効であった場合には、その他のSSRIに変更することが考えられる。Paroxetine に関しては児童期に処方する特に注意が必要である。さらに、2つのSSRIが無効であった場合には、lithium にやmitrazapine によるaugmentation の選択肢の一つであるが、成人と比較し、子どものうつ病に対してのaugmentation の有効性はまだ確立されていない。また、単剤療法として、SNRI であるmilnacipran や新規抗うつ薬mitrazapine への変更も考えることができる。いずれの場合でも成人量よりも少量から開始する。子どもへの抗うつ薬の投与時に自殺行動が出現することが報告されていることから、投与開始後あるいは増量後1ヶ月は毎週診察し副作用の出現をチェックすることが望ましい。抗うつ薬が有効であった場合、反応量を維持量として最低6から12カ月の維持療法を行うことが推奨されている。維持療法後は症状の再燃がなければ薬物を漸減中止する。

薬物療法と精神療法の比較

臨床場面では、薬物療法・精神療法が併用されることが多いが、併用療法の有効性、あるいは精神療法と薬物療法の有効性を比較した臨床試験はなかった。最近、薬物

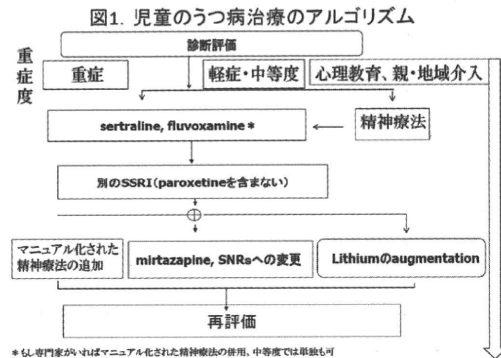
(fluoxetine)・精神療法(認知行動療法)併用、薬物治療(fluoxetine)、精神療法(認知行動療法)、プラセボの4群間のうつ病に対する治療効果の比較がアメリカ連邦政府の研究補助によって行われた⁽⁷⁰⁾。この研究では、併用療法と抗うつ薬群は、プラセボ群と比較し有意な改善を示した。この結果は、併用療法の寛解率は37%と、fluoxetine群(23%)、認知行動療法群(16%)、プラセボ群(17%)より有意に高かったことが報告された。また、fluoxetineが認知行動療法よりも有効であり、認知行動療法についてはこの報告では、抑うつ症状の削減に関してはプラセボ群と有意差はなかったが、自殺に関連した行動の削減に関して効果が認められた。この研究は、児童思春期のうつ病には、薬物と精神療法の併用が最も有効であることをエビデンスとして示している。

うつ病の治療のアルゴリズム

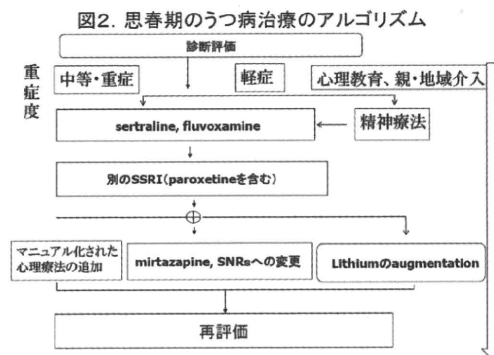
存在するエビデンス、今回の研究の中での発達的な特徴を考慮したうえで、日本の現状に合わせて以下の治療アルゴリズムを提案する。

児童期(12歳未満)のうつ病に関しては、軽症・中等度では心理的介入・親への介入・学校・地域への介入が最初に数週間行われることが望ましい。しかし、十分な心理療法を行うことができない状況では中等度でも薬物療法を第一選択に行うことが可能と考えられる。子どもの抗うつ薬の治療としては日本では子どもへうつ病に対して適応を持つ薬物は現時点では存在しないが、海外のエビデンスよりSSRIが第一選択として考えられる。しかし、児童期ではparoxetineによる有害事象の報告が多く児童期のうつ病へのparoxetineの

使用は同じSSRIでも下位におかれる(図1)。



思春期(12歳以上)のうつ病への治療では、軽症では心理的介入・親への介入・学校・地域への介入が最初に数週間行われることが望ましい。中等度以上の症例では薬物療法を第一選択に行うことが可能と考えられる。しかし、心理的介入・親への介入・学校・地域への介入が最初に数週間行われることが望ましい。日本では思春期のうつ病に対して適応を持つ薬物は現時点では存在しないが、海外のエビデンスよりSSRIが第一選択として考えられる。(図2)。



2) 自殺企図の危機介入

対象者は56人で、年齢は13歳から18歳、平均16.38歳であった。また、男性は14人で平均16.36歳、女性は42人で平均16.38歳であり、男女比では女性が多かったが、平均年齢に差は認められなかった。

対象となった56人中、解離性健忘の状態
で搬送され、自殺企図時の状況を全く覚えて
いなかった1人を除いた55人について、
自殺企図の原因・動機と考えられる事象が
同定された。55人の原因・動機数はそれぞ
れ1個から4個であり、合計123個、一人
あたり平均2.2個であった。

原因・動機を大分類で見ると、「健康問
題」が60個で最も多く、以下「家庭問題」、
「男女問題」、「学校問題」が多かった。
「その他」への分類も18個認められ、「家
庭問題」に次ぐ個数であった(表3)。大分
類内での複数該当を除き、実人数で考える
と、「健康問題」に該当した者は49人であ
り、原因・動機特定者の89.1%が何らかの
「健康問題」が原因で自殺企図に至っていた。
「健康問題」については1件が「病気の
悩み(身体の病気)」に該当した以外は全
て精神疾患関連の項目に該当しており、「病
気の悩み(身体の病気)」に該当した例は
「病気の悩み(うつ病)」にも該当してい
たため、実際には「健康問題」に該当した
49人全員が何らかの精神疾患により自殺企
図に至った例であった。

細分類ごとの内訳を表4~10に示す。細
分類中最も該当件数が多かったのが、「健
康問題」の「病気の悩み(うつ病)」と「健
康問題」の「病気の悩み(その他の精神疾
患)」で、それぞれ25件であった。以下、
「その他」の「その他」が13件、「家庭問
題」の「親子関係の不和」と「その他家族
関係の不和」、「健康問題」の「病気の悩
み(統合失調症)」がそれぞれ7件となっ
ており、それ以外の分類は全て5件以下で
あった。

「その他」の「その他」については具体

的な内容を表11に示したが、「社会適応困
難、社会的孤立」が8件となっており、同
項目だけでも全体の細分類中3番目に多い
という結果になっている。

なお、表3~10には、2009年警察庁統計
における20歳未満の自殺者での分類ごとの
件数を併せて載せている。2009年警察庁統
計においては、20歳未満の自殺者の原因・
動機特定者数が公表されていないため、各
分類の原因・動機特定者数に対する割合を
求めることができない。そのため、本研究
結果と警察庁統計との間で統計的検討は行
わず、警察庁統計のデータは参考として示
すのみとした。

2009年警察庁統計において細分類中該
当件数が多かったもの上位6件は、「健康問
題」の「病気の悩み(うつ病)」82件、「健
康問題」の「病気の悩み(その他の精神疾
患)」46件、「学校問題」の「その他進路
に関する悩み」43件、「男女問題」の「失
恋」36件、「学校問題」の「学業不振」34
件、「家庭問題」の「親子関係の不和」と
「その他」の「その他」がそれぞれ33件で
あり、「健康問題」の「病気の悩み(うつ
病)」及び「病気の悩み(その他の精神疾
患)」、「家庭問題」の「親子関係の不和」、
「その他」の「その他」が主要な原因・動
機として上位を占めていることについて本
研究の結果と共通していた。

3) せん妄の危機介入

Turkelらの報告では(表1)のせん妄で
は、原因疾患として感染症が最も多く、次
いで薬物によるものが多かった。また、睡
眠障害を伴うことが多く、子どもにおける
麻酔薬からの離脱期に出現するせん妄で
は、麻酔を要するような身体的あるいは外
科的処置の前に過度の不安があった場合

により生じやすいと指摘されている。せん妄のリスクはICUなどの特殊な環境（家族や生活環境から離れた孤独な状況、身体拘束、ノイズ、睡眠リズムを妨害されること）によって高まる可能性がある。

表1. 子どものせん妄の原因疾患 (n=84)

診断	N(%)	死亡(%)	平均年齢(SD)
感染症	28(33)	6(21)	10.0(4.9)
薬物によるもの	16(19)	2(13)	11.4(5.1)
外傷	8(9)	0(0)	9.3(4.7)
自己免疫	7(8)	2(29)	12.3(3.7)
移植後	7(8)	2(29)	10.4(4.7)
術後	6(7)	0(0)	10.0(5.7)
新生物	6(7)	1(17)	10.3(5.2)
臓器不全	6(7)	4(67)	9.1(6.1)

臨床症状としては、注意の障害や不眠が多い(表2; Turkelら)。子どものせん妄は、困惑、イライラ、情緒不安定、反抗的、ひきこもり、過度な疑い深さがより多く出現する。

表2. 子どものせん妄の臨床像 (n=84)

臨床症状	N(%)	臨床症状	N(%)
注意の障害	84(100)	興奮	58(69)
睡眠障害	82(98)	無気力	57(68)
錯乱	81(96)	不安	51(61)
集中力の障害	80(95)	記憶障害	44(52)
反応性の障害	80(95)	幻覚	36(43)
精神症状の変動	78(93)	幻視・幻聴	12(14)
いらいら	72(86)	幻視のみ	11(13)
夜間の悪化	69(82)	幻聴・体感幻覚	8(10)
気分の不安定	66(79)	幻聴のみ	3(2)
失見当識 n=57	44(77)	幻視・幻聴・体感幻覚	3(2)
時間	23(40)		
時間・場所	17(30)		
時間・場所・人物	4(7)		

成人のせん妄とも臨床症状に違いがある(表3; Leentjens)。

表3. せん妄評価尺度(DRS)項目の年齢による違い

DRS項目	子ども(1)	成人(2)	老年(3)	1-2	1-3	2-3
発症経過	2.8(0.59)	2.0(0.84)	2.1(0.70)	<.001	<.001	1.00
知覚障害	1.7(1.05)	1.0(1.15)	0.9(1.05)	.008	<.001	1.00
幻覚	1.7(0.98)	0.4(0.78)	0.2(0.61)	<.001	<.001	.877
妄想	1.5(1.05)	0.3(0.79)	0.2(0.73)	<.001	<.001	1.00
精神運動	2.1(0.88)	1.5(0.67)	1.6(0.80)	<.001	.002	1.00
認知機能	1.8(1.15)	2.4(0.84)	3.0(0.82)	.004	<.001	.001
身体障害	2.0(0.15)	1.8(0.42)	1.9(0.39)	.017	.215	.645
睡眠覚醒サイクル	1.5(1.01)	1.9(0.60)	1.8(0.65)	.020	.048	1.00
気分の不安定	1.7(0.79)	0.7(0.74)	1.0(0.76)	<.001	<.001	1.00
変動性	1.0(1.36)	3.7(1.11)	3.8(0.67)	<.001	<.001	.818

それに加えて、子どもが成人に比べて行動

の制限が行いやすいことから事例化することが少ないが潜在的には頻度が高く入院日数や生命予後にも関係している。

子どものせん妄では、主たる症状である注意の障害、錯乱、集中力の障害が発達段階によって大きく異なるため子どもと思春期に分けて評価す必要があると考えられる。児童期では、1) 意識レベルの評価と2) 行動の変化が診断に不可欠である。児童期では、意識レベルの評価としてRichmond Agitation-Sedation Scale (RASS)が児童期には最も適切と考えられる。児童の行動評価では、PAED評価の方法として、「1. 子どもが医療提供者とアイコンタクトをする。2. 子どもの行動が目的があるものである。3. 子どもが周囲について気付いている。4. 子どもが落ち着きない。5. 子どもが気が休まらない。」の5段階で評価しせん妄の診断を行うことを提案する。また、思春期では、1) 意識のレベルの評価と2) 意識の内容の評価を行う。意識レベルの評価には、RASSを用いるが、意識の内容の評価については、より具体的な行動の変化に注目し、1) 精神科現症の急激な変化あるいは変動の有無、2) 文字の認識や記憶の評価をすることで不注意の存在、3) 混乱した思考の有無によって評価することが提案される。

D. 考察

1) 子どものうつ病の診療・治療に関して海外にはエビデンスが多く認められるようになり、日本での日常臨床でのうつ病の認知・治療実績も増えてきている。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