

薬物療法の適応：子ども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。海外では、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ところもあります。一方、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ものもあります。診断・評価の後、薬物療法が必要と判断された場合には、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す。

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ます。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。

従来、三環系抗うつ薬は、薬物療法を選択肢に含まれていまだが子どもの中には無効であることが明らかになっています

子どもの抗うつ薬の使用に関しては、処方時には正確な攻撃性・自殺行動など副作用についての情報を子どもと保護者に伝えインフォームド・コンセントをとることが必要です

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。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日以降ではプラセボ群との間に差が認められなくなった。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る。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。

治療の終結：症状が寛解したのち約半年から1年有効であった治療を継続するようになります。特に薬物は急に中止することは様々な有害事象をひきおこすことがあるのでゆっくりと減らして中止するようにしましょう。

子どものうつ病は、双極性障害の始まりことがあります。子どもの気分の変化には十分中をして観察をしていく必要があります。その際には、家族歴や過去の治療への反応や精神病症状の有無が鑑別のポイントとなります。もし、躁症状が出現したらすぐに抗うつ薬を中止し、気分安定薬や非定型抗精神病薬の投与を考慮しましょう。遷延化あるいは治療抵抗性のうつ病は双極性うつ病かもしれません。

せん妄の介入

- してはいけないこと
 - 不必要なベンゾジアゼピン系などの薬物の処方
- 必要なこと
 - せん妄の原因疾患の治療
 - せん妄の治療の助けになること
 - 昼夜のリズムの確立を助ける
 - 安心・保証を与える（家族同伴など）
 - 静かな環境を整える
 - 慣れた環境に近づける（普段使っているものを持つてきてもらう）
 - 必要なときには、分かりやすく短い指示を出す
 - 日時について常に伝える
 - 今何が起きているのか繰り返し伝える

本パンフレットは、平成22年度成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「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」（研究代表者：奥山真紀子）分担研究「子どもの感情障害の診断および自殺企図・せん妄などの危機介入の標準化に関する研究」（研究分担者：齊藤卓弥）により作成した。

6

子どものせん妄



「子どもにもせん妄はあります。
見逃さないでください」

1

子どものせん妄

小児科の入院患者の約10%にせん妄が出現すると報告されているが、子どもが成人に比べて行動上の問題がマイルドである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。

せん妄の危険因子

- 男子、低年齢、既存の知的な問題・行動上の問題
- 養育者の不安・抑うつ
- 児童・思春期では、成人期よりもせん妄への脆弱性（特に熱性疾患、麻酔）
- 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）。

子どものせん妄の特徴

- 大人で認められる認知の障害や行動上の障害よりも、気分の不安定さ、いらいら、幻聴、妄想が目立つのが特徴
- 急性の発症が多い
- 発達に伴い症状の表出が異なり
- 非活動性のせん妄も多い

子どものせん妄の診断（DSM-IV-TR）

1. 注意を集中し、維持し、転動する能力の低下を伴う意識の障害（すなわち環境認識における清明度の低下）
2. 認知の変化（記憶欠損、失見当識、言語の障害など）、またすでに先行し、確定され、または進行中の痴呆ではうまく説明されない知覚障害の発現
3. その障害は短期間の内に出現し（通常数時間から数日）、一日の内で変動する傾向がある
4. 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が、一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある。

子どものせん妄の基礎疾患

“I WATCH DEATH”

鑑別疾患群	診断
Infection 感染症	脳炎、髄膜炎、HIV、敗血症
Withdrawal 離脱	アルコール、鎮静・睡眠導入剤
Acute metabolic 代謝性	アシドーシス、アルカローシス、電解質異常、肝不全、腎不全
Trauma 外傷	頭部外傷、熱中症、重症熱傷
CNS pathology 中枢性	膿瘍、出血、水頭症、硬膜下血腫、感染症、てんかん、梗塞、腫瘍、血管炎
Hypoxia 低酸素	貧血、一酸化炭素中毒、低血圧、呼吸器不全、心不全
Deficiencies 欠損症	ビタミンB12、葉酸、サイアミン
Endocrinopathies 内分泌性	副腎機能障害、低・高血糖、甲状腺機能障害、副甲状腺機能低下症
Acute vasuclar 血管性	高血圧、脳症、梗塞、不整脈、シヨック
Toxic or Drugs 中毒・薬物	薬物、非合法薬物、農薬、有機溶媒
Heavy metal 重金属	鉛、マグネシウム、水銀

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が必要があると考えられる。

児童期

- 1) 意識しレベルの評価と2) 行動の變化が診断に不可欠である。
- 児童期では、意識し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。

思春期

- 1) 意識のしレベルの評価と2) 意識の内容の評価を行う。
- 意識しレベルの評価には、RASSを用いる。
- 意識の内容の評価については、より具体的な行動の變化に注目し、1) 精神科現症の急激な變化あるいは變動の有無、2) 文字の認識や記憶の評価をすること、3) 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。

自分自身の心の動きにも敏感に

怒り

「なんでそんなこと考えるんだ」

不安・恐怖

「私はどうしたらいいんだろう」

過度な義務感

「私が何とかしなければ」

悩みに影響されすぎてしまい、客観的な判断ができなくなると、適切な支援が加えられていきなくなってしまう。こんな気持ちに気づいたら、まずは診療チームの他のスタッフに相談してみましょう。

否認

「別に大丈夫だ悩みじゃないから」

子どもの悩みに 気づいたら

「子どもが死について考えたときに」



子どもの抱える「悩み」に 悩んでいる医療スタッフへの アドバイス

本パンフレットは、平成22年度成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「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」（研究代表者：奥山眞紀子）分担研究「子どもの感情障害の診断および自殺企図・せん妄などの危機介入の標準化に関する研究」（研究分担者：齊藤卓弥）により作成した。

子どもの悩みに向き合う際の5か条

- ① 悩みにしっかりと耳を傾ける
話してくれた悩みには真剣に応えてあげなければいけません。プライベートの守られた場所を用意し、共感の気持ちを持って、どんな内容であっても否定せず最後まで誠実に話を聞きましょう。
- ② 勇気を称える
悩みを人に話すのは勇気のいることです。その勇気を称え、自分を話す相手として選んでくれたことへの感謝を伝えましょう。
- ③ 『死にたい気持ち』も確認する
落ちこみや投げやりさに気づいたら、率直に『死にたい気持ち』についても尋ねてみましょう。もし『死にたい』『消えたい』と感じていたら、そう感じなければならぬ状況にある辛さに共感しましょう。
- ④ 医療者も一人で抱え込まない
深い悩みを共有するのは医療者にとっても大きな心の負担になります。必ず診療チーム全体で対応していくようにしましょう。
- ⑤ 適切な相談につなぐ
心の問題の専門は精神科です。悩みが深く専門的な対応が必要だと判断したら、まずは精神科につなげることを考えましょう。

やってはいけないこと

- ✓ 片手間に話を聞く
勇気を出して悩みを伝えようとしたのに、真剣に受け止めてもらえなければ一層苦しい気持ちになりまします。悩みをしっかり聞く姿勢を作り、もしもその時に時間が割けなければ、そのための時間を具体的に（『あとで』ではなく）設定しましょう。
- ✓ 叱る・説教をする
『そんなことでよくよくするな』、『そんなことは考えろべきじゃない』等と言われることは、『わかってもええな』という気持ちを強めてしまいません。アドバイスよりも共に悩み考える姿勢で臨みましょう。
- ✓ できない約束をする
自分を信頼して話してくれていることを考えれば、相談の内容を第三者（保護者も含めて）に軽たく伝えるべきではないでしょう。しかし、子どもによっては『誰にも言わないで』と言って、自殺の意志を伝えてくることもあります。生死に関わるような話題については医療者としての役割上保護者や診療チームと共有することを最初に伝えましょう。
- ✓ ひいてしまう
『死にたい気持ち』を知ってしまくと、医療者の方が怖くなって急に態度がよそよそしくなってしまうことがあります。精神科のスタッフと連携しつつ、できる範囲での支援は必ず続けていきましよう。

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）

分担総合研究報告書

愛着障害等の乳幼児精神医学診療の標準化に関する研究

分担研究者	青木 豊	あつぎ心療クリニック附属 相州乳幼児家族心療センター センター長
研究協力者	吉松 奈央	あつぎ心療クリニック附属相州乳幼児家族心療センター
	寺岡 菜穂子	あつぎ心療クリニック附属相州乳幼児家族心療センター
	森本 麻穂	あつぎ心療クリニック附属相州乳幼児家族心療センター
	太田 沙緒梨	あつぎ心療クリニック附属相州乳幼児家族心療センター
	本島 優子	東京大学大学院
	井上 美鈴	専修大学人文科学研究所
	平部 正樹	目白大学
	福榮 太郎	横浜国立大学

要旨

H20 年度から始まった本分担研究は、本邦において特に研究の遅れている乳幼児精神医学領域において、評価、診断や治療にエビデンスを積み重ねることを大目標としている。乳幼児精神医学の領域も比較的広範なため、H20 年度から 3 年間の研究で、いくつかの評価、診断、支援法の実証的研究を行い、目的の第 1 歩を記すことが求められていた。

そのため初年度は、文献的研究を行いこの領域で特に乳幼児期に特異的な種々の精神障害がどの程度信頼性・妥当性を確立されているかを 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。診断基準の障害は、この領域の専門の診断基準である DC:0-3; DSM-IV-TR, ICD-10 を用いた。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（例えば統制障害）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多くのエビデンスにより明瞭となっていた。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。

これら結果と、乳幼児精神医学の領域も比較的広範であることを考慮し、以下に示す3つの分野でわれわれが着手可能な特定のテーマに絞り、後の2年の研究計画が立てられた。3領域とは、Ⅰ. 乳幼児精神医学における評価の研究、Ⅱ. 乳幼児の精神障害についての研究、Ⅲ. 乳幼児精神医学における支援の研究、である。以下 H21,22 年度をまとめて、われわれが行ったこの3領域での特定のテーマについての研究をまとめる。

Ⅰ. 乳幼児精神医学における評価の研究

1. 相州乳幼児家族心療センターで使用している質問紙パッケージの有用性について

まず乳幼児期に必ずしも特異的ではないが、その評価は多元的・包括的でなければならないことは、国際的なコンセンサスが得られている。そこでその評価をどのようにすべきかという問題と、検査バッテリーとしてこの時期に重要と思えるものの信頼

性・妥当性の検討が本邦でも求められると考えた。そこでわれわれ相州乳幼児家族心療センターで用いていて、検査パッケージ(関係性の評価を含む)の有用性を、いくつかの検査の信頼性・妥当性を確認することにより調査することとした。というのもこれら検査パッケージは元来多元的・包括的であることを目的として組み合わせられ、用いられているからである。このパッケージは主に以下の表1に示す。

表1 多元的・包括的評価の概要

評価の次元	評価内容	方法	測度名など
乳幼児個人	発達	質問紙 行動観察	お子さんの成長・発達の質問紙 (発達検査: K式※必要に応じて)
	情緒・行動上の問題	質問紙	CBCL 幼児版 (Achenbach, 1991)
養育者個人	親の精神医学的評価	半構造化面接 質問紙	精神科医による初診 CES-D (Radlof, 1977) STAI (Spielberger et al., 1983)
	生活歴・家族歴	非構造化面接	担当者による非虐待歴等の聴取
	最終学歴	質問紙	お母さんのための質問紙
乳幼児-養育者の関係性	親の乳幼児についての表象 親子の相互交渉 育児ストレス	構造化面接 観察 質問紙	Working model of Child Interview The Clinical Problem-Solving Procedure 日本版 PSI (奈良間ら, 1999)
家族	経済状況 (年収)	質問紙	お母さんのための質問紙
	同居状況	質問紙	同上
	夫婦関係	質問紙	同上
地域社会	社会的サポートの利用状況	質問紙	お子さんの成長・発達の質問紙
	近隣との関係	非構造化面接	治療担当者による聴取

H21年度はその土台として、主に同センターを受診する患者さんたちがどのような人々であるのかその属性について、質問紙調査の結果を基に調査した。対象は、2001年4月～2008年3月までに当センターを受診し、乳幼児一親治療に導入された乳幼児およびその養育者337組のうち、研究の同意がないもの、中断などにより評価まで導入されなかったケースを除いた126組を調査対象とした。その結果、当センターに来院される乳幼児およびその養育者は、抑うつなどの精神病理、育児に対するストレス、さらには子どもの虐待等の問題を抱えている母親が多いことが明確となった。更に一般臨床でより使用が容易な評価質問紙である育児困難についての尺度を中心に、それらが乳幼児期の臨床評価に利用する意義があるかについて、換言すればそれら質問紙の信頼性・妥当性の検討を本年度中に行った。結果、特に育児ストレス尺度の信頼性・妥当性に貢献するデータが得られた。

H22年度にはH21年度の結果を土台として、H21度と同対象を用い、各検査バッテリー間の関連性を分析することにより、これら検査の信頼性・妥当性に貢献するデータを得ることを目標とした。その結果、それぞれの質問紙に対する妥当性に貢献できるデータが、比較的多く得られた。そのため、これら質問紙バッテリーが、多次元・包括的評価を行う際この領域で有用であることが示唆された。

2. 関係性評価 (Working Model of the Child Interview: WMCI と Clinical

Problem-solving Procedure(以下

Crowell Procedure) の信頼性・妥当性について

H20年の研究の結果、関係性の評価がそれ以降の発達段階に比して、乳幼児期に特異的で必須であることが明確化され、臨床的に応用が可能な代表的な評価法すなわち Clinical Problem Procedure (乳幼児一養育者の相互交渉 Interaction の評価法) と Working Model of the Child Interview (養育者の乳幼児についての/乳幼児に關係についての表象の評価法) が挙げられた。そこでこの2つの信頼性・妥当性に貢献する結果を得ることを目的とした。対象は、相州乳幼児家族心療センターの乳幼児・家族専門外来を受診した2004年12月からの全ての症例中、両親が研究に書面で合意している25症例であった。結果、第1に Crowell Procedure で高い評価者間信頼性が得られた。第2に、WMCI と Crowell Procedure とともに、他の比較的信頼性・妥当性が確認されている検査(たとえばCBCL、CES-D・STAI など) との関連を調べることにより、いくつかの妥当性に貢献するデータは得られた。一方、仮説していた多くの関連が見いだせなかった。両検査ともに25検査数であったため、統計的パワーが不足していたことが大きな要因であると推測され、今後症例を増やして研究を続けることがわれわれの課題となった。

3. 症例検討による包括的評価—特に関係性評価の有用性について

またこれら多次元・包括的評価—特に関係性の評価の重要性、必須性を示すことを目標として症例検討をおこなった。症例は、3歳7カ月の男児と35歳の母親で、主

訴は、育児困難感と軽症の虐待であった。結果、上記の検査パッケージ特に関係性の評価が、乳幼児期の評価に有用であることが示唆された。

II. 乳幼児期の精神障害の研究

「II. 乳幼児の精神障害」についての研究は、H20年度の文献レビューで明瞭になった信頼性・妥当性が比較的確立されている2つの障害（発達障害を除いて）、すなわち反応性愛着障害と外傷後ストレス障害PTSDについて、本邦におけるそれら障害の存在の確認を試みた。反応性愛着障害についての研究は、昨年度計画したわれわれの方法論では児童相談所や県の情報管理の条例などが障壁となり、断念せざるを得なかった。虐待に関連した実証的研究が本邦において進まない重要な要因の1つが、これら問題にあると考えられた。被虐待児についての研究を進めるにあたって、子どもの人権や、親権などに関連した守秘義務についての法的整備の必要性を痛感した。もう1つの疾患であるPTSDについては、症例報告をし、エビデンスを持って、本邦における乳幼児期PTSDの存在を示した。症例は、夫婦間暴力に巻き込まれた初診時20ヶ月の女児であった。

III. 乳幼児精神医学における支援の研究

乳幼児精神医学における治療、支援・介入として、2つの研究を行った。第1の研究はIIで明確となった乳幼児PTSDの治療の症例検討を用いた質的検討である。第2の研究は、施設入所中の被虐待乳幼児に対する支援をテーマとした。同テーマをこの研究は、H17～H19年まで厚生労働研究で

取り組み、最終段階の結果まで至らなかったことと、同テーマの重要性から支援の1例としてこのテーマを選んだ。

1. 乳幼児期PTSDの治療：症例検討

症例は、両親と乗っていた車の交通事故を体験した46ヶ月(3歳10ヶ月)の男児であった。症例検討の結果、乳幼児期のPTSDには、複数の治療者による乳幼児-養育者同席の治療を行い、乳幼児個人のPTSDの病理にアプローチを行うことに加え、トラウマにより生じた乳幼児-養育者の関係性の歪みの修復が治療効果にとって必須であることが示唆された。この結果は、欧米での所見と同一の方向性を持っている。

2. 児童養護施設における被虐待乳幼児のアタッチメントに方向づけられた支援

本研究の目的は、児童養護施設に入所している被虐待乳幼児（主にアタッチメントとトラウマの問題を持っていると考えられる）を対象に、われわれの開発したアタッチメント・プログラム（以下AP）を行い、その効果を検証することであった。対象は、虐待により分離された乳幼児（月齢10～50ヶ月）で、第1群：複数施設（7施設）で通常養育が行われた41人（男児27人、女児14人）（以下、通常養育群）、第2群：第1群と同じ施設で通常養育にアタッチメント・プログラムを付加した群15人（男児8人、女児7人）（以下、AP群）であった。10カ月間においてその前後に、養育問題のある子どものためのチェックリスト（Checklist for Maltreated Young Children; CMYC）（泉ら, 2009）とわれわれが開発した愛着行動チェックリストABCL

を施行し、通常養育群と AP 群を比較した、結果われわれの開発したアタッチメントに方向づけられた支援であるアタッチメント・プログラム（以下 AP）の有効性を示唆する予備的結果が得られた。

まとめ

H20 年度から始まった本分担研究は、本邦において特に研究の遅れている乳幼児精神医学領域において、評価、診断や治療にエビデンスを積み重ねることを大目標としていた。

そもそも乳幼児精神医学・保健は、成人の精神医学、児童精神医学の歴史の後に立ち現われてきた学問・臨床領域であって、勢い精神医学会の中では世界的に見ても進歩が最も遅れている領域である。一方、精神医学、発達心理学、脳科学などの進歩とともに、乳幼児期の発達が人間の精神構造に大きな影響を持つことがますます明らかとなり、この領域の重要性が認められ、急速に研究が multidisciplinary に進んでいる。そのより具体的な根拠の 1 つは、乳幼児期にすでに脳の基本的構造・機能がかなり構築されるという事実に基礎づけられている。さらに乳幼児期に減に精神障害が存在することと、予防的な観点からこの時期の問題が後の発達に大きなインパクトを与えることも明確になってきていることなどによる。

さて本邦においては、欧米に立ち遅れてこの領域の臨床や研究が始まったため、今日までの臨床実践での努力の集積や萌芽的な実証的研究はあるにしろ、臨床技術の面においても、研究の面においても極端な表現をすれば、この領域は正式には始まったばかりの領域だとも言える。

こういった臨床的、研究的状況から本研究が厚生労働研究として行われたことは、必然の流れであるとともに、我が国の精神保健にとって必要なことであるとも言えよう。

われわれは、こういった状況を踏まえ、まずこの領域で重要と認められており、かつわれわれが研究可能な研究課題にまず取り組み、臨床応用可能なエビデンスを残すことが求められた。そこで従来の精神医学の臨床過程すなわち、評価、精神障害の診断、治療・介入の 3 つの過程で、それぞれ 1 つ以上の研究を試みることにした。

個々の研究によって、評価、障害、支援の研究がエビデンスをもって、あるいは質的研究をもって勧められ、少なくとも準備的に有用な結果を得た。しかし繰り返しになるが乳幼児精神医学・保健の領域はまだ若い学問であるが、その重要性は計り知れない。今後も多くの研究が広範な領域で必要であり、またそのために各種機関からの研究費増大が期待される。

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）

分担総合研究報告書

反抗挑戦性障害・行為障害の標準的診療に関する研究

分担研究者	原田 謙	信州大学医学部附属病院	子どものこころ診療部
研究協力者	今井淳子	同上	
	篠山大明	同上	
	益谷幸里	同上	
	福島佐知恵	同上	
	板橋真理子	同上	
	大西智美	同上	
	疋田祥子	同上	

研究要旨

【方法】 平成 20 年度は、欧米を中心に反抗挑戦性障害 (ODD) ・行為障害 (CD) 治療に関する文献研究を行うとともに、パイロットスタディとして数例に社会技能訓練 (SST) やペアレントトレーニング (PT) を実施して検討した。21 年度は、各地域の主要な児童思春期精神医学を実践する病院に対して、ODD/CD 患者の実情や治療に関するアンケート調査を実施し、治療の現状を把握した。また、20 年度に行った文献研究とパイロットスタディを踏まえ標準的治療を考案した。22 年度は、考案した SST と PT を臨床例に実施し、治療前後で評価尺度を施行し統計学的に検討した。さらに、(日)児童自立支援施設での CD 児に対する SST の実践と内容の検討、(月)青年期の典型的 CD 児に対する集中的治療の検討、(火)児童精神医学のエキスパートから ODD/CD、家庭内暴力治療に関する意見の収集を行った。

【結果】 <文献研究>近年、攻撃性の治療において薬物療法が重要な役割を担っていることを示すデータが増えてきているが、薬物療法単独と比較すると心理社会的治療を併用した方が攻撃性の改善に効果的であることが示された。<アンケート> 1. 初診患者は年間 2 人以下と少数であるが、治療継続は困難で、特に CD では 6 割以上が 1 年後には治療中断していた。2. ODD の 56%, CD の 75%に発達障害が併存していた。3. ODD の 17%, CD の 6%に被虐待児が含まれていた。4. 治療は認知行動療法、親訓練法、薬物療法があがったが、精神療法を選択している医師も少なくなかった。5. 児童相談所をはじめとする福祉機関や教育機関との連携も行われていた。<標準的治療> 1. PT は、一般の

発達障害児に対するプログラムに「予防的教育」「問題行動を正す」「自分自身をコントロールする」を加えた。2. SSTは、ソーシャルスキルを高めるメニューに加え、自分の気持ちに気づくことそれを表現すること、気持ちが爆発してしまったときにどうするかについてセッションを設けた。＜統計学的検討＞1. SSTの実施前後でODBIは32.0から24.0へ、ODD-RSは13.4から9.2へ減少した。統計学的には有意差は検出されなかった。PTの実施前後で子どもの行動観察は27.0から15.8へ減少し、家族の自信度アンケートは53.8から63.7に上昇した。Wilcoxonの符号付順位検定で、危険率5%未満で有意であった。＜その他の治療・支援＞①児童自立支援施設でのCD児に対する支援としては、月1回主治医からスーパービジョンを受けながら、職員が日常生活でポイント表を含むSST的支援を行い、子どもに対して柔軟な対応ができるようになった。②青年期の典型的CD児に対して集中的な治療を行ったが、行動に大きな変化は認めなかった。③ODD/CDに対しては多くの病院、施設が複数の治療法を併用していた。家庭内暴力に対しては親を中心とした家族支援が重視されていた。

【結論】ODD/CDに対する治療としては薬物療法と心理社会的治療（SST/PT）を組み合わせて行うことが推奨される。施設や治療困難例、家庭内暴力に対しては、それらを基本に子どもと親の実情に合わせた治療支援が必要である。

A. 研究目的

本研究の目的は、子どものこころの診療における反抗挑戦性障害（ODD）・行為障害（CD）の標準的診療の確立である。1980年にDSMがODD/CDを“破壊的行動障害”と定義づけて以来、医療機関がODD/CDに対してどのように対応していくのかという根本的な疑問は解決されないままである。諸家はその治療を手探りでやっている状態であり、ODD/CDを呈した子どもが、必要十分な医療・支援を受けているとは考えがたい。こころの診療にたずさわっている医療機関における破壊的行動障害治療が有益で合理的なものになるためには、標準的診療の確立が必要である。

B. 研究方法

平成20年度は、文献から欧米を中心にODD/CD治療に関する文献研究を行った。また、パイロットスタディとして数例を取りあげ、社会技能訓練（SST）やペアレントトレーニング（PT）を実施して、メリットデメリットを探った。

平成21年度は、現時点でのODD/CD治療の現状を把握するために、本研究班および子どものこころの診療拠点病院医師を対象にWeb上でのアンケート調査を実施した（表1）。

表1 調査項目

新患患者数
患者の年齢及び性別
併存障害
治療法
連携機関
1年後の予後

また、文献、国内の診療の実態、パ

イロットスタディで浮かび上がった問題点、視察結果などを踏まえた上で、標準的治療を考案した。

平成22年度は考案したSSTとPTを臨床例に実施し、治療前後に評価尺度を施行し、治療効果を統計学的に検討した。そのほか、①某県の児童自立支援施設でのCD児に対するSSTを実践し内容を検討した。②青年期の典型的CD児に対して集中的な治療を行い、内容を検討した。③児童精神医学のエキスパートからODD/CD、家庭内暴力治療に関する意見を収集した。

(倫理面への配慮)

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、回答者である医師が記入すべき内容は、全て数値データとした。

標準的治療の施行と統計的解析については、患者と親に研究内容について説明し書面で同意を得た。

C. 研究結果

1. 文献研究

A. 心理社会的治療

文献上 ODD/CD に対する心理社会的治療はParent training, Parent-child interaction therapy, Cognitive-behavioral problem-solving skills training, Coping power program, Multi-systemic therapyの有効性を示す研究が報告されていた。

B. 薬物療法

CDの薬物療法としては、ADHDが併存すればメチルフェニデートが第一

選択で、次の選択としてリスペリドンを追加することがあげられていた。ADHDが併存しない場合は、心理社会的治療で改善がない場合はリスペリドンが薬物療法の第一選択にあがった。

子どもの攻撃性に対する効果については、中枢刺激薬や抗精神病薬、リチウムやカルバマゼピンなどの気分安定薬の有効性が報告されていた。

2. アンケート調査

10名の児童精神科医、内科医、小児科医から回答を得た。1. 初診患者は年間2人以下と少数であるが、治療継続は困難で、特にCDでは6割以上が1年後には治療中断していた。2. ODDの56%、CDの75%に発達障害が併存していた。3. ODDの17%、CDの6%に被虐待児が含まれていた。4. 治療は認知行動療法、親訓練法、薬物療法があがったが、精神療法を選択している医師も少なくなかった。5. 児童相談所をはじめとする福祉機関や教育機関との連携も行われていた。

3. 標準的治療のひな形

文献研究からODD/CDに対する標準的治療としては、親訓練法、児自身に対する薬物療法、認知行動療法が3本柱であることが確認された。アンケート調査の結果はこれを裏付けていた。

これらを踏まえ、子ども自身に対するSSTと親に対するPTを考案した。

<実施したSST/PTの概要>

対象：小学3年生～中学2年生のODD児6名(男5名、女1名)

期間：隔週×6-8回(3-4ヶ月)

時間：1時間半

スタッフ:医師1名,作業療法士1名,臨床心理士2名,看護師1名

回 SSTプログラム

- 1 オリエンテーション/自己紹介
 - 2 会話の基本
 - 3 気持ちに気付く
 - 4 気持ちを言葉にしよう
 - 5 気持ちが爆発してしまったら
 - 6 空気を読む
 - 7 言い方や行動を変えてみよう
-
-

回 PTプログラム

- 1 自己紹介・行動を3つに分ける・上手なほめ方
 - 2 注目を取り去る・ほめるの組み合わせ
 - 3 ポイント表・効果的な指示の出し方
 - 4 警告と罰の与え方
 - 5 予防的教育
 - 6 問題行動を正す
 - 7 まとめと振り返り
-
-

4. 統計的解析

SSTの実施前後で反抗挑戦性行動尺度(ODBI)は32.0から24.0へ,反抗挑戦性障害評価尺度(ODD-RS)は13.4から9.2へ減少した。統計学的には有意差は検出されなかった。PTの実施前後で子どもの行動観察は,27.0から15.8へ減少し,家族の自信度アンケートは53.8から63.7に上昇した。Wilcoxonの符号付順位検定で危険率5%未満で有意であった。

5. その他の検討

①児童自立支援施設でのCD児に対する支援としては,月1回主治医からスーパービジョンを受けながら,職員が日常生活でポイント表を含むSST的支援を行い,子どもに対して柔軟な対応ができるようになった。②青年期の典型的CD児に対して集中的な治療を行ったが,行動に大きな変化は認めなかった。③ODD/CDに対しては多くの病院,施設が複数の治療法を併用していた。家庭内暴力に対しては親を中心とした家族支援が重視されていた。

D. 考察

1. 文献研究,アンケートから

アンケートからは,初診患者こそ年間2人以下という少数であるものの,その治療継続は困難であった。とくにCD患者の6割以上が中断している現実には,いかにこうした問題に取り組むことが難しいかを物語っていた。

今回のデータは,病院を受診したODD/CDに限定されているが,ODDの56%,CDの75%に発達障害が併存しているという点に治療のヒントがある。すなわち,ベースとなる発達障害に対するアプローチを足がかりに患児の呈している反社会的行動を理解し対処する可能性が開けてくると考えられる。

また,忘れてならないのは虐待の与える影響である。今回の調査では,診断されているだけでODDの17%,CDの6%に被虐待児が含まれていた。このことは,親子機能が破綻しているという点でも,自我発達が損なわれているという点でも,治療に抵抗する要因とな

っていると思われた。

治療は文献研究の通り、認知行動療法、親訓練法、薬物療法があがったが、精神療法を選択している医師も少なくなかった。エキスパートオピニオンからは、分析的あるいは支持的精神療法の実施に関しては、積極的に行っている施設、診療の流れの中で消極的に行っている施設、行っていない施設がほぼ同数であった。

児童相談所をはじめとする福祉機関や教育機関との連携は、どの医師も積極的に行なっていた。

2. 標準的治療としてのPTとSST

PTに関しては、これまで行っていた一般の発達障害児に対するプログラムに、虐待する親へのPTである「コモンセンスペアレンティング」から、「予防的教育」「問題行動を正す教育」「自分自身をコントロールする教育」を加えた。

パイロットスタディから『ODD/CDを持つ発達障害児はソーシャルスキルと反抗的心性の両方に難がある』事が明らかになったため、SSTプログラムは、ソーシャルスキルを高めるメニューに加え、自分の気持ちに気づくこと、それを表現すること、気持ちが爆発してしまったときにどうするかについてセッションを設けた。

これらの治療、特にPTに関しては、統計学的にも有効性が確認された。SSTは、症例数が少なかったことから有意差が検出されなかったが、例数が増えれば、効果が認められたと思われた。

3. その他の治療・支援

児童自立支援施設でのCDに対しては、日常生活の中にポイント表を含むSSTの概念を取り入れ、随時、職員と子どもとの話し合いがもたれたことが有用であった。また、こうした支援を行うためには月1回のスーパービジョンなど、職員に対する支援が不可欠であることが確認された。

SSTやPTは、小学年代のODD児が対象であった。これは病院を受診する子どもに、この年代のODD児が多いことと、分担研究者の『予防こそが最善のCD治療』という持論からである。一方、中学生年代のCD児は、基本的に大人に不信感をいだいていること、変化への意欲に乏しいこと、同じ問題を抱える仲間の影響などから治療・支援は難しいと考えられている。今回、敢えて、病院を受診したADHDを基底に持つ中学生のCD児に集中的な治療を行ったが、やはり、この年代のCD治療は困難が多いことを改めて実感した。

E. 結論

ODD/CDに対する治療としては、文献的にも、統計学的検討においても、薬物療法と心理社会的治療(SST/PT)を、その子どもと親の実情に合わせて統合的に行うことが推奨される。施設や治療困難例、家庭内暴力に対しては、それらを基本に、より柔軟かつ集中的な治療・支援が求められる。

F. 健康危険情報 特記事項無し

G. 研究発表 論文発表

著書

1. 原田 謙：併存障害 1. 行動障害群（反抗挑戦性障害，行為障害）ほか. 齊藤万比古，渡辺京太（編），注意欠陥多動性障害の診断治療ガイドライン，pp116-120 ほか，じほう社，東京. 2008
2. 原田 謙：反抗挑戦性障害. 齊藤万比古，本間博彰，小野善郎（編），子どもの心の診療シリーズ 7 子どもの攻撃性と破壊的行動障害，pp38-53，中山書店，東京. 2009
3. 原田 謙：ADHDの2次障害－反抗挑戦性障害・行為障害－. 小野次朗，上野一彦，藤田継道（編），よくわかる発達障害，pp74-75，ミネルヴァ書房，東京. 2010

原著

1. Harada Y, Saitoh K, Iida J, Imai J, Sakai A, Sasayama D, Iwasaka H, Hirabayashi M, Hirabayashi S, Yamada S, Uchiyama T, Amano N : Establishing the cut-off point for the Oppositional Defiant Behavior Inventory. Psychiatry Clin. Neurosci. 62 : 120-122, 2008
2. D Sasayama, S Masutani, J Imai, Y Harada, S Washizuka, N Amano : High prevalence of pervasive developmental disorders in depressed children and adolescents. Child care, health and development. 35: 746-747, 2009
3. Yuzuru Harada, Ayako Hayashida, Shouko Hikita, Junko Imai,

Daimei Sasayama, Sari Masutani, Taku Tomita, Kazuhiko Saitoh, Shinsuke Washizuka, and Naoji Amano. Impact of behavioral/developmental disorders comorbid with conduct disorder. Psychiatry Clin. Neurosci. 63 : 762-768, 2009

4. 福島佐千恵，疋田祥子，原田 謙，小林正義：広汎性発達障害児に対するソーシャルスキルトレーニングプログラムの有効性の検討. 作業療法，29: 152-160, 2010.

総説

1. 篠山大明，原田 謙：発達障害の薬物療法. Medical Rehabilitation. 103; 18-26, 2009
2. 原田 謙：ADHDと素行障害. 精神科治療学 25 : 779-785, 2010

2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

反抗挑戦性障害・素行障害 診断治療ガイドライン

分担研究者

信州大学医学部 附属病院 子どものこころ診療部

原田 謙

目次

はじめに

<症例1 青年期のCDへと発展したODD>

診断と病理

I 反抗挑戦性障害(ODD)の診断

II 素行障害(CD)の診断

III 疫学

IV CDのリスクファクター

V ODD/CDの発現過程

<症例2 ADHDとPDD-NOSを併存した小児期発症のCD>

<症例3 ADHDをベースに青年期に発症したCD>

VI 予後と予防

引用文献

治療と支援

I ODDと小児期発症のCDに対する治療ストラテジー
<ADHDをベースとしたODD症例, K君の治療経過>

II 青年期発症のCDに対する治療ストラテジー
<症例1 S君の治療経過>

IIIペアレントトレーニング

IV SST

V 自立支援施設でのCDへの支援

VI 入院治療

VII 統合的治療

引用文献

おわりに