

しては、後述するように薬物療法も有用であるが、精神療法は欠かすことができない重要な治療要素である。薬物療法なしの治療法はありうるが、心理療法のない治療はありえないといえよう。児童・思春期の不安障害に対する精神療法の位置づけとしては、認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy : CBT）と親ガイダンスは最低限必要であるが、時には遊戯療法、力動的的精神療法、集団療法、家族療法も併用される⁶⁾。重症度があがるにつれて、ひとつの治療では反応が悪くなるため、薬物療法の併用が考慮されるが、薬物療法については、青年期の不安障害に対して選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）は考慮されるべきとされている（CG）²⁾。

子どもの不安障害への治療アプローチのなかでも、CBT、遊戯療法・力動的的精神療法、親ガイダンスについてふれる。

i) 認知行動療法（CBT）

児童・思春期の不安障害に対する CBT の有効性については、ランダム化比較試験を含めて多くのデータが集積している。CBT の主な治療要素として、①アセスメント、②心理教育、③リラクゼーション、④認知再構成法、⑤エクスポージャー、⑥モデリング、⑦随伴性マネジメント、⑧問題解決スキルといったものがあげられる⁷⁾。

アセスメントでは疾患の診断だけではなく、多面的なアセスメントを行うことが重要であり、アセスメントの基本は子ども自身と家族への十分な問診（診断面接）である。多くの場合、不安を強める状況や刺激があり、その不安を避けるためのさまざまな行動をするというパターンがある。「不安がどのような刺激の後に、あるいはどのような場面で生じやすいのか」、「不安を静めるためにどのような行動をとるのか」といったことを丁寧に聞き取る必要がある。また、CBT とは少しはずれるかもしれないが、症状が出現し始める直前の時期に、外傷的な体験をしていたかを確認しておくことや、

発達障害の有無、養育環境の影響などを評価するため、発達歴や生育歴についても注意深く聞くこと、さらには分離不安障害の場合には親子関係の問題が関連している可能性があるので、親自身の親との関係も聞いておくともよいかもしれない。

子どもへの心理教育では、自分の抱えている不安症状の理解、不安や恐怖といった気分の特定、その程度に関する評定を学び、さらに治療の短期的、長期的な目標について話し合うことを通して、不安をなくすのではなく、適切な大きさに調整することが大切であることを強調する。特に身体的な不安症状を示す子どもに対しては、リラクゼーションが有効であり、漸進的筋弛緩法や呼吸法が用いられる。

認知再構成法は、否定的で不合理な考えに対する気づきを増し、より適合的で合理的な考えに変容することを目的としている。不安障害の子どもは多くは、物事を悲観的にとらえる傾向や細かなことも心配する傾向があるので、そうした認知のパターンを修正する。

対人関係の場で強い不安を感じる子どもの場合には、ソーシャルスキルを身につける機会も乏しいので、ソーシャルスキルトレーニング（SST）が適応できる場合も多い。エクスポージャー（暴露）は、不快な情動や望ましくない衝動を引き起こす刺激・状況に、意図的に自らをさらすという手続きのことである。親から離れることに不安を感じて登校しにくくなっている分離不安障害の子どもには徐々に親から離れて行動できるように段階的により不安の強い状況にチャレンジしていくような暴露（系統的脱感作）を用いると同時に、ある段階の暴露が成功した場合にはご褒美や報酬などの正の強化を与えていくプログラムがよい。モデリングは、自らの直接体験だけではなく、他者（モデル）の行動を観察する（代理経験）するだけで、観察者の行動が変わることである。モデリングを用いて適応的な行動を示すことも不安の低減に有効である。さらに不安への対処法を

身につけるという意味で問題解決スキルを学ぶことは子どもにとって重要である。2008年に Lecroy が編集した「Handbook of Evidence-Based Treatment Manuals for Children and Adolescents」では、①「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」(Kearneyら)³⁾、②「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety: The Coping Cat Program」(Beidasら)⁴⁾が紹介されている。

ii) 「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」(Kearneyら)³⁾の紹介

この治療プログラムは、8回のセッションからなる。

#1 <治療の開始>

①不安についての心理教育:

身体感覚の役割を強調し、不快感から回避行動をとって不安を増大させていく悪循環や行動・思考・身体感覚・気分の循環図を使って不安についての心理教育を行う。

②不安・回避階層表:

子どもや家族から情報を集めて、特定の状況や行動について不安度、回避度を点数化してもらい、階層表を作成する。まず、低い点数から10項目を挙げて治療に用いていく。各治療段階ごとに、点数を再評価してもらう。

③リラクゼーショントレーニングと腹式深呼吸法

リラクゼーショントレーニングでは筋の緊張と弛緩運動の連続を通して、子供に身体的な緊張と落ち着きの感覚を認識させる。腹式深呼吸でリラックス状態を持続させる。子供に実演して見せながら指導し、そのセッションを録音して自宅での復習に使用してもらう。

子どもと両親に1週間に起きた不安が強まった状況や体験を記録してもらったり、子どもには登校日と同じ過ごし方—登校できない場合でも朝早く起きること、着替える、学校の準備

をする、宿題を仕上げる—を試みることを宿題とする

#2 <治療の強化>想像上で脱感作を行う

①想像上の不安に対する準備

例えば、自転車にのることや運動などのできたことで、できる自分の状態と不安だった自分の状態を思い起こさせる。リラックスさせながら、3週間ぶりに学校へ行くといった不安な状況を思い起こさせ、その状態自体は怖いものではないと気づかせる。脱感作の間の不安をふりかえらせる。不安の強さを振り返らせ、どうやって不安を処理したのかをわかりやすくする。

②想像上の脱感作

不安を感じたら手を上げさせ、不安の強さを聞く。呼吸や身体に集中させ、リラックスさせる。できるようになったら、ある程度まで不安を我慢させる。我慢させることで不安への耐久力をあげていく。

#3-4 <治療の熟成>実際に脱感作を行う

①想像上の脱感作での問題点を振り返る

自宅での状況や1週間で遭遇した問題の状況について聞く。不安を避けてしまう子には状況を細かく設定しなおす。シナリオを聞くのが困難な子どもにはヒーローを用いてみたりする(例えば、帰宅時、母がまだ迎えに来ていない。ヒーローならどうする?)。

②実際に脱感作させていく

実際に練習する必要があることを説明し、できることからはじめ、予測できる事態から予測できないことへ徐々にステップアップさせる。ステップアップのペースやアシストを決める。モデルを示し、子どもが不安をコントロールするのにセラピストや両親がチームとして取り組む。不安を言語化させて自己強化させる。

#5-6 <治療の促進>

1週間の進み具合を評価し、実生活の暴露下で脱感作が困難だった場合を検討する。不安回避階層表を用いて、暴露条件を次第に学校出席の方向へ導いていく。治療を促進するため

には、週2、3回の暴露訓練が望ましい。

①実生活での脱感作

課題例：学校に行き先生に会い、ひとりで過ごすなど。困難な状況でも回避行動を取らず、落ち着きを保つためにリラクゼーションと深呼吸法を用いる。

②Safety Signals を取り除く

特定の状況で気分を改善し不安を軽減させる目的で、子どもが頼るものや人物 Safety Signals という。Safety Signals の例には、薬物、携帯電話、ペットボトル、友達や兄弟などがあげられるだろう。Safety Signals は短期的には不安を軽減するが、長期的には safety signal を用いると不安が維持されて、自分でやり遂げる機会を逸してしまうことがある。

③実際の練習

実際の脱感作を増やし、safety signals を減らしていく。子どもは困難な状況をやり遂げる経験を多く必要とする。想像上の脱感作から始めて、実生活の脱感作の準備をする。想像上の脱感作では、安全行動を取らない状況を思い描くことが必要になる。

7-8 <治療の仕上げと終結への準備>

最終目標は、毎日登校することである。治療者のサポートとして、出席をさらに促すために、①学校へ送っていくこと、②授業時間外に学校の建物の中で治療者との予約診察をするといったことを行うこともある。子どもがいったん学校へ戻った場合、①学校のある時間帯には診察を入れずに放課後の時間帯に行うといった配慮や、②子ども自身治療に対する責任を持たせて、治療で学んだことを実生活で活用させることを引き続き行うことが必要になる。

iii) 「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety : The Coping Cat Program」(Beidas ら) の紹介⁴⁾

子どもを対象とした CBT (つまり、Coping Cat Program とその変形版) が、米国におけるいくつかのランダム化臨床試験において効

果的があると報告されている。CBT の有効性のさらなるエビデンスは、オーストラリア、カナダ、ニュージーランドでも報告されている。CBT を受けた約 50~72 の不安障害 (全般性不安障害、社交不安障害、分離不安障害) の子どもが、治療後には不安障害の診断に合致するような不安症状を示していないことが報告されている。さらに治療後7年は維持されることも示された。子どもの不安障害の2つのフォローアップ研究(治療後 3.35 年と 7.4 年)では、治療が成功した子どもの 80~90%が、フォローアップ時に不安障害を示していなかったと報告されている。以上の報告から、子どもの不安障害に対する CBT は効果的であると、結論づけられている。

「The Coping Cat Program」は、8~13 歳の全般性不安障害、分離不安障害、社交不安障害の子どもを対象とした 16 のセッションから構成されている。

「Coping Cat Program」に簡単にふれると、これは「こわがり Cat (猫)」が、「対処できる (こわがりにコーピングできる) Cat」に変身するゴールをめざせるように、いろいろな技法を含んだ治療プログラムである。このプログラムでは、系統的脱感作法に加えて、不安に関する自己開示 (自己陳述) や不安に対処するスキル、他の子どもに自分の不安対処のスキル (情報コマーシャル) などの多技法を用いている。重要なコンセプトは、「FEAR」、すなわち、①F=Feeling Frightened (子どもは、身体が不安にどのように反応するかを認めることを学ぶ)、② E=Expecting bad things to happen? (子どもは、不安な考えと予想を認めることに気づく)、③ A=Attitudes and Actions that can help (子どもは、問題を解決したり考えに対処するような戦略によって不安な考えと予想と戦う方法を学ぶ)、④ R=Result and Rewards (不安を引き起こす状況に直面する時、子どもは部分的あるいは完全な成功に値するような報酬をもたらす) とまと

められている。このプログラムの対象は、7～13歳の全般性不安障害、特定の恐怖症、社交不安障害で、併存障害によって効果は左右されないこと、そしてIQは80以上の知的能力があることが望ましいとされている。

「The Coping Cat Program」のセッションは、二つに大きく分けられる。最初は心理教育に焦点をあて、次に不安を引き起こす状況への暴露（エキスポージャー）を重視する。はじめの8つのセッションは、不安のマネージメント、あるいは改善のみならず、どういう場合に不安を感じるのかを子どもが学ぶ手助けをすることに焦点をあてている。後半の8セッションは、前半の8セッションで学んだスキルを用いて、不安を誘発する状況に暴露することに焦点をあてている。治療者は“コーチ”であり、子どもに必要なスキルを教えて、スキルの練習を指導する。

CBTをはじめとする不安障害の子どもへの治療では、子ども、親、治療者、教師、スクールカウンセラーといった関係者で治療チームを作ることを求められる。

iv) 遊戯療法・力動的的精神療法⁶⁾

学童期までの不安障害の子どもが、養育環境や学校環境において大きいトラウマを経験している場合、あるいは大人への不信感や愛着の混乱がみられる場合には、遊戯療法や描画療法が用いられることがある。言語化能力が十分に育っていない子どもにも適応できる利点がある。

思春期以降で、言葉のやりとりを中心とした対話を用いた精神療法が可能と考えられる子どもの場合には、その子どもの抱えている対人関係や発達課題に関する葛藤を扱う目的で、力動的的精神療法が行われることもある。不安症状の症状を標的とするよりも、その背後にある情緒発達上の問題を扱うことになる。

v) 親ガイダンス⁶⁾

児童・思春期の不安障害の治療では、親の協力は不可欠である。不安障害の特徴や治療方法、

治療の目的をよく理解してもらう必要があるし、子どもの発達の筋道も理解してもらう必要がある。親と子どもの関係改善、家族の問題解決能力の強化によって親機能を高め、それにより子供の対処適応能力、自主性が強化されることにつながっていく。このために定期的に親との面接を設定する必要がある、これを親ガイダンスという。両親に対してガイダンスを行うことが一般的である。

D. 考察

米国児童青年精神医学会の「児童・思春期の不安障害の評価・治療に対する臨床指針」では、診断・評価ではどの不安障害が現在あるのか、不安症状と機能障害の重症度を定める評価を行うこと、さらに併存障害を適切に診断することが必要であること、治療は不安障害の重症度と併存障害や機能障害を考慮して、さまざまなアプローチ—両親や子どもへの心理教育、教育スタッフや家庭医との連携、認知行動療法的アプローチ、力動的的精神療法、家族療法、薬物療法—を考慮する必要があること、薬物療法については青年期の不安障害に対して選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）は考慮されることとまとめることができるだろう。さらに不安障害の子どもへの治療では、子ども、親、治療者、教師、スクールカウンセラーといった関係者で治療チームを作ることも重要である。

『ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン』では、不登校・ひきこもりの治療・支援の本質はひきこもり状態と社会生活との橋渡し機能の提供であることが基本姿勢となっている。不登校・ひきこもりの治療・支援は子どもとその周囲の状況の全体的な評価に基づいて組み立てられなければならない。ガイドラインでは、以下の3つの次元からそのひきこもりの治療・支援をとらえることを推奨している¹⁾。

第一の次元：背景にある精神障害（発達障害とパーソナリティ障害も含む）に特異的な支援。

第二の次元：家族を含むストレスの強い環境の修正や支援機関の掘り起こしなど環境的条

件の改善。

第三の次元：不登校・ひきこもりが意味する思春期の自立過程（これを幼児期の“分離 - 個体化過程”の再現という意味で“第二の個体化”と呼ばれる）の挫折に対する支援。

不登校・ひきこもりの背景に不安障害、さらに PDD といった発達障害がある場合には、まず不安障害への治療や発達障害への体系だった支援と環境の修正は欠かせないものである。その後思春期の自立過程の挫折という不登校・ひきこもり体験がもたらす深い傷つきの克服のための作業が必要になり、家族への支援、そして不登校の子ども自身の登場とともに徐々に子どもとのセッションが中心となる個人精神療法段階へ移行し、その次の段階として、子どもは保健室登校、別室登校、教育相談機関の適応指導教室など中間的な居場所を求める動きが活発になっていく。同世代の仲間集団との出会いとそれへの加入は大きな前進につながる反面、不登校の子どもは過去の挫折体験と再び向き合うことになるため挫折の危険も高い試みであり、治療としては大人が見守る集団である必要がある⁸⁾。

不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの治療では、①親、子どもへの不安障害についての心理教育、②子どもへの認知行動療法的アプローチを中心とした支援、③子どもだけでなく子どもをめぐる学校や教育相談機関などといった関係諸機関との連携、④同年代集団との再会の機会を提供することが必要であり、

「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」、

「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety : The Coping Cat Program」といった CBT の技法を導入することは有用と考えられる。

E. 結論

初年度は、米国児童青年精神医学会の「児童・思春期の不安障害の評価・治療に対する臨床指針」を中心として、子どもの不安障害（主に、

全般性不安障害、分離不安障害、社交不安障害）の文献レビューを行い、標準的な診断・評価、治療技法に関する情報を収集した。米国児童青年精神医学会の「児童思春期不安障害の評価・治療に対する臨床指針」では、治療はさまざまなアプローチ保護者・子どもへの心理教育、教育関係者・家庭医との連携、認知行動療法（CBT）、力動的な精神療法、家族療法、薬物療法を組み合わせて行うことが推奨されている。なかでも、認知行動療法（CBT）に多くのページがさかれていた。不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの治療では、①親、子どもへの不安障害についての心理教育、②子どもへの認知行動療法的アプローチを中心とした支援、③子どもだけでなく子どもをめぐる学校や教育相談機関などといった関係諸機関との連携、④同年代集団との再会の機会を提供することが必要であり、「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」、「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety : The Coping Cat Program」といった CBT の技法を導入することは有用と考えられる。

2年度からは、「The Coping Cat Program」を翻訳し、国府台病院児童精神科を初診し不安障害と診断された不登校・ひきこもりの子どもに対して治療介入を行う。さらに国府台病院児童精神科を初診し不安障害と診断された不登校・ひきこもりの子どもの前向き予後追跡調査を開始する。

F. 研究発表

なし

文献

1) 齊藤万比古（研究代表者）：厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に

関する研究 (H19-こころ-一般-010)」平成
19-21 年度総合研究報告書.2010.

[http://www.ncgmkohnodai.go.jp/pdf/jidous
eishin/22ncgm_hikikomori.pdf](http://www.ncgmkohnodai.go.jp/pdf/jidous
eishin/22ncgm_hikikomori.pdf)

2) Connolly SD, Bernstein GA; Work Group
on Quality Issues. : Practice parameter for
the assessment and treatment of children
and adolescents with anxiety disorders. J
Am Acad Child Adolesc Psychiatry 46 :
267-283, 2007

3) Kearney CA, et al : Manualized
Treatment for Anxiety-Based School Refusal
Behavior in Youth . Handbook of
Evidence-Based Treatment Manuals for
Children and Adolescents (Lecroy CW).
Oxford University Press, New York, 286-313,
2008

4) Beidas RS, et al : Cognitive-Behavioral
Treatment for Child and Adolescent
Anxiety : The Coping Cat Program .
Handbook of Evidence-Based Treatment
Manuals for Children and Adolescents .
(Lecroy CW). Oxford University Press,
New York, 405-430, 2008

5) 渡部京太 : 子どもの状態像を把握する評価
尺度. 脳とこころのプライマリケア 4 子どもの
の発達と行動 (編集 飯田順三) シナジー, 東
京, 70-80, 2010

6) 生地新 : 不安障害・抑うつと心理療法. 子
どもの心の診療シリーズ 4 子どもの不安障
害と抑うつ (総編集 齊藤万比古、責任編集
松本英夫、傳田健三). 中山書店, 東京, 268-279,
2010

7) 石川信一 : 子どもの不安・こわがりへの適
応と留意点. 児童心理 924 : 22-27, 2010

8) 齊藤万比古 : 不登校. 子どもの心の診療シ
リーズ 4 子どもの不安障害と抑うつ (総編集
齊藤万比古、責任編集 松本英夫、傳田健三).
中山書店, 東京, 246-257, 2010

表1 児童・思春期の不安障害のスクリーニングや診断に用いられる評価尺度と半構造化面接

1) 評価尺度 (質問紙調査)

①子どもの行動チェックリスト (Child Behavior Checklist : CBCL)

Youth Self Report (YSR) : 子ども本人が回答する自己評価式質問表

Teacher's Report Form (TRF) : 教師が回答する質問表

②不安の評価尺度

SCAS (Spence Children's Anxiety Scale : スペンス児童用不安尺度)

③抑うつ状態の評価尺度

DSRS-C (Depression Self Rating Scale for Children)

④ADHD、ODD、PDD の評価尺度

ADHD-RS (ADHD Rating Scale-IV)

反抗挑戦性評価尺度 (Oppositional Defiant Behavior Inventory : ODBI)

TABS (Tokyo Autistic Behavior Scale)

2) 半構造化面接

①K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)

回避障害、全般性不安障害、過剰不安障害、分離不安障害、強迫性障害、
単一恐怖、社会恐怖、広場恐怖、パニック障害、心的外傷後ストレス障害

②M.I.N.I. KID

パニック障害、広場恐怖、分離不安障害、社会恐怖 (社交不安障害)、
特定の恐怖症、強迫性障害、心的外傷後ストレス障害

素行障害をはじめとする外在化障害の診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 榊屋二郎¹⁾

研究協力者 奥村雄介²⁾ 吉永千恵子³⁾ 富田拓⁴⁾ 飯森眞喜雄⁵⁾ 丸田敏雅⁵⁾ 松本ちひろ⁵⁾ 宮川香織⁵⁾

- 1) 神奈川医療少年院 2) 府中刑務所 3) 東京少年鑑別所
4) 国立きぬ川学院 5) 東京医科大学

研究要旨：子どもの外在化障害の診断・治療の標準化を行うために外在化障害の障害概念・診断基準改定の世界的動向とわが国における支援の標準化の試みについて文献等にて調査した。WHOのICD、アメリカ精神医学会のDSM、共に近年中の改定が予定され、標準化にあたって影響を与えるような障害概念や診断基準の変更も考えられる状況であった。今後、診断・治療などの支援の標準化を検討する際に、引き続き障害概念や診断基準の世界的動向を注視する必要があると示唆された。

平成16～18年度にかけて行われた厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」ではCDの診断・治療に関するガイドライン案が呈示され、地域連携システムの構築を提言している。当該研究が行われた当時と現在の、CD等の外在化障害を取り巻く状況・環境は大きく変化していないと考えられ、当該研究の発展・活用を検討する必要があると考えられた。

A. 研究目的

子どもの反抗挑戦性障害（Oppositional defiant disorder：以下、ODD）や素行障害（conduct disorder：以下、CD）に対する医療的支援に関する諸外国での現状とわが国の状況との比較検討から開始し、標準的支援の基本的な構造をまとめ、その内容を提言する。

疾病および障害の支援の標準化を行うためには、まずはその疾病および障害の診断が標準化されていなければならない。現在、世界保健機関（World Health Organization：以下、WHO）が作成したICD（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems）と米国精神医学会の作成したDSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）が精神障害の診断基準として世界的に使用されている。ICDはICD-10、DSMはDSM-IVTRまで数年～十数年の間隔で

順次改定されてきているが、CDやODD等の外在化障害は診断基準改定の度に診断基準および障害概念の修正が行われ、特にCDに関しては修正の幅が大きい。修正の幅が大きい場合、以前のエビデンスや統計データを直接的に参考することが難しくなるため注意を要するが、WHOおよびアメリカ精神医学会は共にここ数年の内にICD、DSMを改定することを明言している。このため本研究を将来の外在化障害支援に資するものとするためには、ICD、DSMの改定の動向を探り、その方向性に合致した障害概念の下で標準化を行っていく必要がある。このため、本年度の研究ではWHOおよびアメリカ精神医学会からの情報とこれまでの外在化障害概念の文献の精査を行い、今後の外在化障害の方向性を検討した。

B. 研究方法

WHOおよびアメリカ精神医学会が発表しているプレスリリース、草稿、文献のレビューならびに外在化障害の障害概念・支援についての文献のレビューを行った。

C. 研究結果および考察

アメリカ精神医学会は2012年～2013年に現在のDSM-IVTRをDSM-5に改定することを目指している。WHOはそれに引き続き、2014年に現在のICD-10をICD-11に改定することを目指している。アメリカ精神医学会は2010年2月9日からDSM-5の草案をウェブ上にて発表開始した。その後、2010年4月までパブリックコメントを募集し、2011年3月現在は草稿をベースとしたフィールドトライアルを施行していく予定となっている。

1) DSM改定の動向

DSM-5草案によれば、DSM-IVTRからDSM-5への変更点は、①診断基準全体に関わる変更点、②各精神障害に関わる変更点に大別できる。以下にて外在化障害に関わると思われる変更点を挙げる。

①診断基準全体に関わる変更点

今回のDSM改訂草案では従来採用されていた多軸診断が廃止され、ディメンショナル評価が採用された。多軸診断が廃止された背景にはICDとの調和を図る目的と従来の多軸診断においてパーソナリティ障害を他の精神障害と別軸で取り扱ったことへの批判への対応とされている。ディメンショナル評価においては・抑うつ傾向・不安・自殺リスク・睡眠の質・物質使用などの項目が患者の診断名に関わらず、これらの項目の有無や重症度を判定される。これらを判定することで診断名だけでなく臨床像や重症度、リスクも明らかにすることができ、より支援に役立つことが予想される。このディメンショナル評価は児童および青年期の患者にも適用されるため、CDやODD等の外在化障害の診断・支援にも影響を及ぼすことが予想される。

②各精神障害に関わる変更点

●パーソナリティ障害

人は誰でもそれぞれのパーソナリティ特徴を持っており、パーソナリティ障害とはそれらの特徴が病的な水準となり機能不全・適応不全を起こすことであるとDSMでは定義されているが、今回のDSM-5草案ではその考えに沿った診断基準改定がなされているようである。診断基準においては、パーソナリティ障害の有無に関わらず、まずパーソナリティ機能の不全度を自己と対人関係の両面から判定し、パーソナリティ障害の有無を調べる。その上でパーソナリティ特徴を6つの領域(否定的感情、内向性、敵意、脱抑制、強迫性、統合失調性)に分類し、その各領域に設定された下位項目(計34項目)について、どの下位項目が当てはまるか判定した上で、その当てはまる下位項目の特徴からパーソナリティ障害の種類を分類していく。パーソナリティ障害の分類については、従前存在した妄想性、統合失調質、演技性、自己愛性、依存性の各パーソナリティ障害は廃止され、反社会性、境界性、強迫性、回避性、統合失調型の5つのパーソナリティ障害が残存する形となっている。この内、外在化障害として関連性の深い反社会性パーソナリティ障害にはパーソナリティ特徴の下位項目として、冷酷さ・攻撃性・操作性・敵対心・不正直・自己愛性・無責任・無謀・衝動性の9項目が挙げられている。この項目から類推するに本改定では反社会性パーソナリティ障害については大きな障害概念の変更は無く、従前通りサイコパスをも内包する障害が想定される。

●素行障害

下位分類、重症度分類などの変更点は無い。しかし、callous (冷淡さ) や unemotional (非感情的) という項目を診断基準に入れる提案が行われた。これは素行障害がより反社会性パーソナリティ障害やそれに内包されるサイコパスに近い障害概念に変更されることを意味しており、この提案が採用されると素行障害診断への影響はかなり大きくなるものと予想さ

れる。当然、障害および障害を持つ者へのステイグマは増大すると考えられ、現状以上に本診断を下すことへの回避が増大する可能性が有る。そのことも含めて、これらの項目を加えることの臨床上の有用性には疑問が多いとの指摘もある。

●反抗挑戦性障害

今回のDSM-5草案では現在の障害概念・診断基準から大きな変更は無いようである。

●注意欠如多動性障害

診断の上で従前は求められていた広汎性発達障害の除外規定が今回のDSM-5草案では廃止されている。このため、注意欠如多動性障害と広汎性発達障害の並存診断が可能となった。このことは注意欠如多動性障害と広汎性発達障害の類縁性・近似性を否定していく動きとも捉えられ、今後の発達障害概念への影響も考えられる。

●「Temper dysregulation disorder with dysphonia」の新設

DSM-IVTRまでには存在していなかった疾患であり本田は「不快気分を伴う機嫌調節不全障害」と訳している。本疾患は、従前、児童思春期臨床にて双極性障害やODD等にて誤診が多いとの指摘を受けて新設を提案された疾患で、特有のいらいら感や爆発的なかんしゃくを示す一群をそれまでの双極性障害やODDから分離抽出した疾患概念である。本疾患が採用されるとODD診断への影響が出てくる可能性があり、また本疾患を外在化障害の一種と捉えるかどうかという議論も必要になるかと思われる。

2) ICD改定の動向

ICDについてはDSMのように草案を発表するまでに至っていない。現在、WHOと米国精神医学会が互いの診断基準改定案のharmonizationを行っており、両案が並立しても大きな混乱が起きることの無いように調整が図られている。ICD改定において外在化障害に絞って注目点を挙げるとすると以下の点が挙げられる。

①現在、「心理的発達の障害」でなく「小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」に分類されている多動性障害が、改定においてどこに分類されるのかという点・・・多動性障害の扱いがより発達障害としてグループ化されるか、外在化障害としての面を強調されるかという方向性の違いに影響してくる。

②CDの下位分類が変更されるかという点・・・現在採用されているDSM-IVTRとICD-10において、CDの全体的な障害概念は大きな差異は無いと考えられるものの、下位分類は全く異なっており、このことは診断・支援の標準化には障害となってきた。円滑な標準化を成し遂げるために、この点でのharmonizationが強く望まれる。

③現在、CDの下位分類に位置づけられているODDがどのように分類されるかという点・・・DSM-IVTRおよびDSM-5草案においてはCDとODDは別の障害として分類されているが、現在のICD-10においてはODDはCDの下位分類に位置づけられている。この点について齊藤は「際立った両価的親子関係を背景にした親への激しい抵抗や、家族外ではあるが情緒的要因が強く混じる担任教師などへの甘えと怒りの混合した両価性の際立つ反抗をとらえて概念化されたODDを、より反社会性の印象が強いCDに含めることの是非については、まだまだ議論すべき点が残っているように感じられる」と指摘している。このODDの取り扱いの違いも、②と同じく診断・支援の標準化には障害となってきた。円滑な標準化を成し遂げるために、この点でもharmonizationが強く望まれる。

3) わが国におけるCD支援の標準化の試み

わが国では平成16年度から平成18年度にかけて齊藤万比古を主任研究者として厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」が行われている。その中ではCDの障害概念としてDSM-IVTRを採用し、CDの診断・治療に

関するガイドライン案が呈示されている(図1～図3)。そして医療機関や矯正施設を含めた地域連携システムの構築を提言している。

この研究が行われた平成16～18年当時と現在の、CDをはじめとする外在化障害を取り巻く状況・環境を考えると残念ながら大きな変化は起こっていないと考えられる。公的なガイドラインの採択は無く、地域によって連携システムの構築を開始している所もあるものの法的・予算的な措置が全国的に行われたわけでないため、恒久的な地域連携システムの構築には至っていない。

D. 結論

子どもの外在化障害の診断・治療の標準化を行うために外在化障害の障害概念・診断基準改定の世界的動向を文献等にて調査した。WHOのICD、アメリカ精神医学会のDSM、共にここ数年の内に改定が予定され、標準化にあたって影響を与えるような障害概念や診断基準の変更も考えられる状況であった。特に草案の呈示されているDSMにおいてはCDの診断基準への新項目追加や新たな疾患の導入が示されており、外在化障害臨床や標準化への影響が予想された。そのため本研究で診断・治療などの支援の標準化を今後検討する際には、引き続き障害概念や診断基準の世界的動向を注視しながら行っていく必要があると考えられた。

わが国で平成16～18年度にかけて行われた齊藤万比古を主任研究者とする厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」ではCDの障害概念としてDSM-IVTRを採用し、CDの診断・治療に関するガイドライン案が呈示されており、医療機関や矯正施設を含めた地域連携システムの構築を提言している。しかし、当該研究が行われた当時と現在の、CDをはじめとする外在化障害を取り巻く状況・環境は大きく変化していないと考えられ、今後、当該研究を発展・活用させる方策を検討していく必要がある。

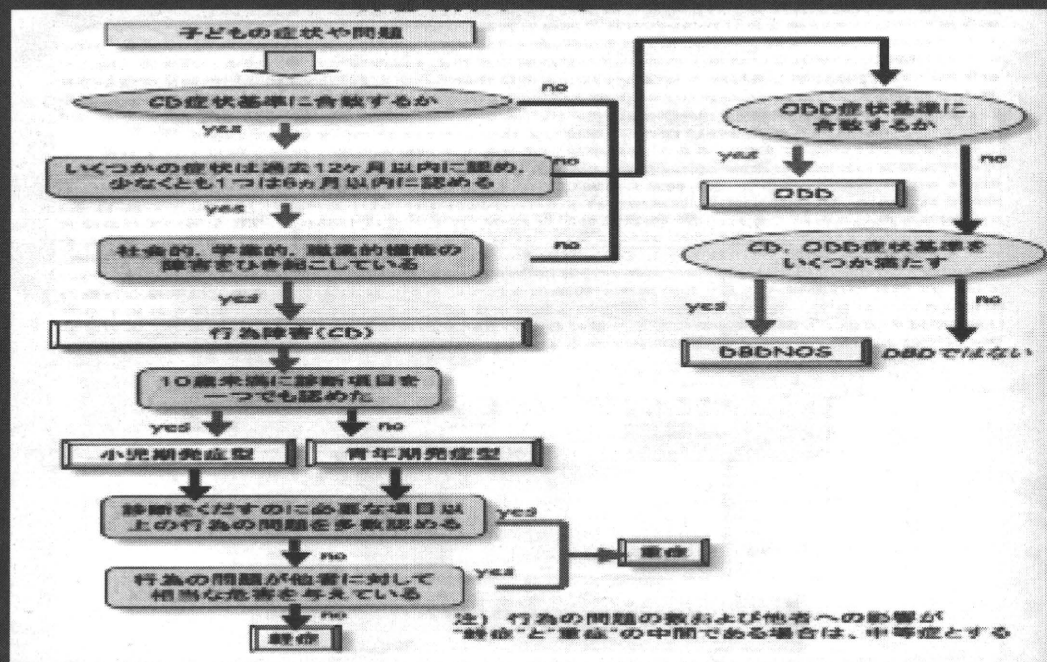
今後はわが国の医療機関や矯正施設において

子どもの外在化障害がどのように支援されているかをアンケート等にて調査していく予定である。

参考文献

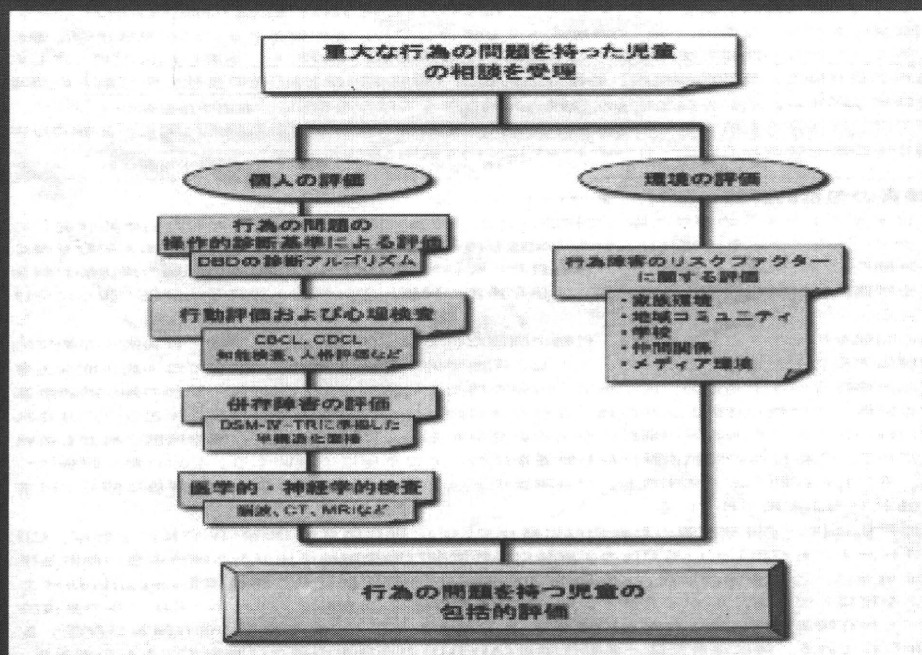
- 1) DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis [http://www.dsm5.org (cited on March 16, 2010)]
- 2) American Psychiatric and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text revision.: American Psychiatric Association; 2000
- 3) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and behavioural Disorders.: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, 1992
- 4) 齊藤万比古(研究代表者): 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」平成16-18年度総合研究報告書.2007.
- 5) 齊藤万比古: 行為障害概念の歴史的展望と精神療法. 精神療法 34: 265-274, 2008
- 6) 本田秀夫: DSM-5ドラフトにおける乳幼児期・小児期・青年期の精神障害. 精神科治療学 25: 1051-1058, 2010
- 7) 松本ちひろ, 丸田敏雅, 飯森眞喜雄: DSM-5の動向. 精神医学 52: 634-645, 2010
- 8) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄: ICD-11「精神および行動の障害」作成の動向. 精神科診断学 2: 3-27, 2009

表1:DSM-IV-TRに準拠した破壊的行動障害の診断アルゴリズム



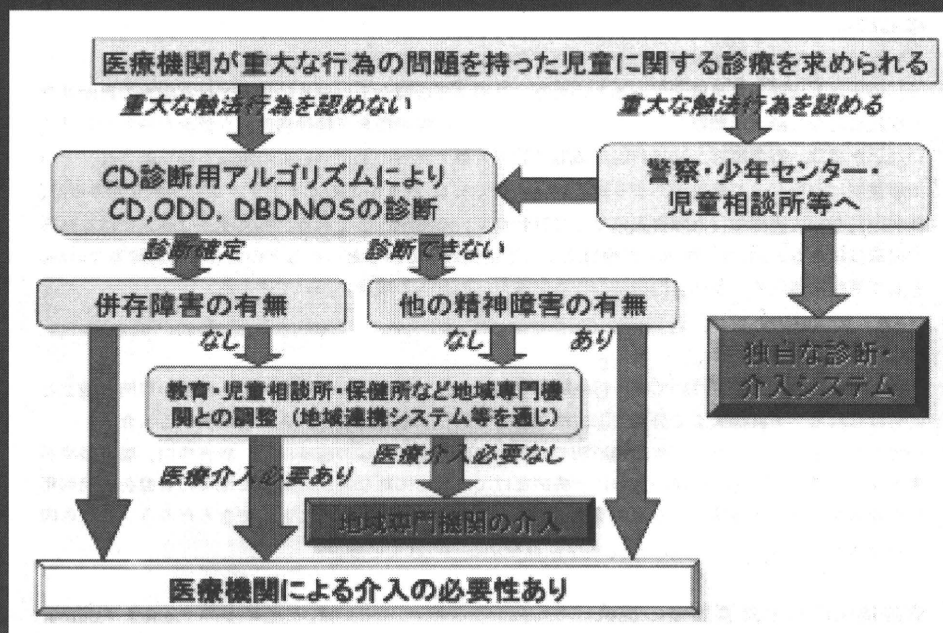
平成16～18年度厚生労働科学研究 児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療 援助に関する研究

表2: 行為障害の包括的評価



平成16～18年度厚生労働科学研究 児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療 援助に関する研究

表3: CDの医療介入の必要性を判別するためのフローチャート



平成16～18年度厚生労働科学研究 児童思春期精神医療・保健・福祉の
介入対象としての行為障害の診断及び治療 援助に関する研究

研究課題

児童青年精神科医療におけるエビデンスに基づく医療（EBM）のあり方に関する研究

研究分担者 岡田 俊 京都大学大学院医学研究科精神医学分野 講師

研究要旨：

身体領域、精神領域において、エビデンスに基づく医療（EBM）は急速に普及しているが、こと児童青年精神科医療においてはその普及が遅れているものと思われる。その背景には、本領域におけるエビデンスの不足や児童青年期患者の特性など、複数の要因が関与していることが示唆される。本年度は、EBMの意義とその阻害要因について検討を加え、児童青年精神科医療のEBMの阻害要因として検討を要する事項を明らかにした。その結果、診断の標準化、ならびに、児童青年精神科医療における阻害要因の実態調査の必要性が示唆された。

研究協力者：

小野美樹、宮城崇史（以上、京都大学医学部附属病院精神科神経科 医員）、義村さや香、木村記子、川岸久也、（以上、京都大学大学院医学研究科精神医学分野 大学院生）、中東功一（以上、京都大学大学院医学研究科精神医学分野 研修員）、上床輝久（京都大学保健管理センター助教）、ガヴィニオ重利子（京都文教大学臨床心理学部、非常勤講師）

わけ日本では児童青年医療のエビデンスが極端に不足していること、その背景には発達過程にある児童・青年が多様性に富みエビデンスを適用しにくく、エビデンスが蓄積されにくいことに加え、薬剤の臨床試験などに際しては児童青年期に対して臨床試験を行うインセンティブがなかったこと、そもそも児童精神科医の人数が少なく研究者人口が少ないことなど、診療に際しての医師の慣習など、多様な要因が関与していると思われる。

A. 研究目的

身体医療を中心に、医療者の経験的な判断を排し、エビデンスに基づく治療(EBM)を実践することが推奨されるようになった、この動きは精神科医療にも波及し、EBMの登場は日本の精神科医療を大きく変えつつある。しかしながら、こと児童青年精神科医療に関しては、EBMの普及が遅れている感が否めない。この背景には、成人精神医療に比べ、児童青年精神科医療に関しての方が総じてエビデンスが少ないこと、とり

本分担研究の目的は、児童青年科精神医療においてEBMの普及状況と阻害要因を明らかにするとともに、それを促進するためには、どのような取り組みが必要であるか、児童青年期精神医学に特有のEBMのあり方があるとすればそれはどのようなものか、EBMに基づく教育の可能性も含めて実証的に検討を加えることである。初年度である本年は、探索的に問題点を整理し、今後、検討を要する事柄を明確にすることを目的とする。

B. 研究方法

EBM そのものの定義とその実態、児童青年精神科医療に固有の問題について、その実情を記述的に検討し、次年度の研究の方向性を示した。

C. 研究結果

1) エビデンスに基づく医療（EBM）の定義

従来の医療は、医学的知識と経験をもとに医師が患者の評価を行い、その見立てにもとづいて医療的判断と実践を行うものと考えられてきた。しかしながら、個々の医師の経験に基づく医療的判断の危うさが指摘されたこと、そのために治療とその効果に対する科学的証拠が求められ、診断と治療法に関する標準化と治療効果に関する実証的根拠が求められるようになったこと、さらには、医師が経験と良心に従って患者の治療法を決定するのではなく、客観的な情報を提示し患者が意思決定を行うという、医療的判断への患者自身の自己決定が求められたことが関連している。

EBM を成立させるためには、以下のことが前提となる。

(1) すべての研究者と臨床医が診断を共有できること

WHO の ICD-10 や米国精神医学会の DSM-IV といった操作的診断基準は、精神疾患の診断に仮説を排し、観察可能な客観的症候から診断を行うことを可能にしている。これらの基準は、必ずしもすべての臨床医、研究者に受け入れられているわけではなく、常に変化していくものである。ひとつの疾患が消滅することあれば、ひとつの疾患が複数に分割されたり、あるいは融合したり、その領域が拡大または縮小す

ることがあり得る。ただし、これらを導入することで、少なくとも同一の診断基準を用いる限り、同じ疾患に関するエビデンスを扱っていることが以前より保証されやすくなった。

(2) 介入をすべての研究者と臨床医が再現できること

その臨床医しか行えない治療は、エビデンスになじまない。一定の手順に従えば、熟練の程度はあるにせよ、同等の治療効果が期待できるものでなければならない。

(3) 介入の効果が妥当性のある尺度で示されること

アウトカムの評価を何で見るかによって治療効果の判断は異なってくる。加えて、アウトカムの指標が十分に妥当性な尺度で評価されなければならない。

(4) 統制された対照群が設定され、介入群との間に効果の統計学的に有意な差を認めること

介入以外の諸条件を一致させた対象群と介入群の間に統計学的な有意差を認めなければならない

(5) 実臨床においてエビデンスの妥当性を検証できること

エビデンスがあったとしても、臨床応用の可能な介入でなければ、そのエビデンスに基づく治療は成立しない。また、臨床からのフィードバックがあって、初めて EBM は補完される。

2) EBM におけるエビデンスの扱い

エビデンスは、あるかないかではなく、その強弱で示される。例えば、日々の臨床経験や同僚の意見もエビデンスであるが、それは弱いエビデンスである。症例報告や非盲検試験も強いエビデンスとはいえず、

対象群を設定した二重盲検試験でエビデンスは強まり、複数の二重盲検を併合解析したメタ解析によって、最も強固なエビデンスが提供される。

これらのエビデンスは、PubMed や医学中央雑誌などのデータベースで検索される。PubMed は、アメリカ国立医学図書館の国立生物工学情報センター(NCBI)が運営する医学・生物学分野の学術文献検索サービスであり、無料で抄録を検索することが出来る。しかし、論文の本文にアクセスするためには、フリーアクセスの雑誌を除いては有料である。米国の情報データベースであるため、英文を中心にした雑誌の登録がほとんどである。医学中央雑誌は、医学中央雑誌刊行会が運営する有料の検索サイトである。日本国内の論文しか扱っていない。

臨床上的判断で迷い、エビデンスにアクセスする場合には、PubMed にキーワードを入力することになるだろう。そうすることで、自分と同様の疑問を持つ人がどの程度いて、そのことについてどの程度のエビデンスが提供されているのかをすることが出来る。同様のテーマについて扱った総説論文（展望）を見つけることが出来るかもしれない。これは

英国の National Health Service の事業として始まったコクラン共同計画によるもので、世界中のランダム化比較試験を中心に、臨床試験を集めてデータベース化し、更に系統的なレビューを作成している。

3) EBM の障害要因

(1) 診断の妥当性が十分に保証されていない

操作的診断基準は、従来に比べて客観的な診断を提供するものの、いくつかの不確

定要素がある。例えば、注意欠如・多動性障害では、7歳以前からの症状を診断の必須要件としているが、成人期の症例では幼少期のエピソードを確認できないこともある。また、発達水準に不相応な不注意、多動性・衝動性を診断の要件としているが、不相応かどうかは診断する者により相違が生じうる。また、広汎性発達障害との併存を認めず、両者の症状がある場合には広汎性発達障害の診断を優先することとなっているが、この点は批判が多い。注意欠如・多動性障害については、DSM-Vにおいて、広汎性発達障害の併存を認める、下位分類の見直す、ことが議論されている。もし、このように診断基準が変われば、過去のエビデンスから導かれたのとは異なる結論が導かれることも考えられる。

(2) エビデンスに基づいて判断できる状況はごくわずか

エビデンスは、統制された状況で、尺度で評価可能な側面のみ取り上げられることが多い。実臨床における判断はもっと複雑であり、エビデンスを参照しながらも個別的要因について検討しなければならない。このことが臨床医のエビデンスの軽視につながっている。

(3) エビデンスの偏在

PubMed で検索すると、児童青年精神医学領域では、発達障害や気分障害に関するエビデンスが最も多く提供されている。このことは、介入のアウトカムに対して、比較対象試験を行いやすい薬物療法や認知行動療法などに対するエビデンスが多く報告されていることを意味する。しかし、このことは精神療法などのエビデンスに乗りにくい治療法が無効であることを意味しない。

アウトカムについて十分に検討されていないということにすぎない。

（４）バイアスの存在

大規模研究は、多額の資金、人員、医学的知識を要するため、国家や企業がスポンサーとなって実施されることが多い。しかし、民間企業がスポンサーとなった場合、用量の設定などにおいて、自社製品に有利な結果が出ることを期待して条件設定するために、複数の研究結果が相異なる事態が生じうる。これをスポンサー・バイアスと呼ぶ。また、有意差が出た結果は報告されるものの、有意差の得られなかったネガティブデータは報告されないことが多い。これをパブリケーション・バイアスという。

（５）エビデンスへのアクセスの偏在

先述したように、PubMed は無料で提供されているものの、オンラインジャーナルは有料、かつ、高額である。オンラインジャーナルは、医科系大学では大学単位で購読申し込みをしており、大学に所属する医師は自由にアクセスできる。民間の病院では、医中誌は申し込んでいても海外誌は数誌を購読するのが精いっぱいである。EBM は、臨床に直結したものであるはずであるが、大学病院での臨床に親和性が高く、また、治療エビデンスに関する展望論文の多くも大学に勤務する医師により発信されるという状況が生じている。

（６）治療ガイドラインは EBM と同一ではない

今日では、臨床に役立つように様々な治療ガイドラインが提供されている。治療ガイドラインは、エビデンスをもとにしているが、エビデンスによらない部分はエキスパートによる協議によって埋め合わされて

いる。したがって、エキスパートの経験・信念・政治力動の影響を受けやすい。

４）EBM のあり方を巡って検討を要する課題

（１）診断の標準化は、どうすれば可能なのか？

先述したように、操作的な診断基準を用いただけでは、診断の妥当性は担保されない。臨床現場で行われているカンファレンスにおいて協議することは、診断の標準化においてどのような意味をもつか、新人教育においてどのような教育可能性をもつか、検討を要する。

（２）治療ガイドラインはエビデンスにどこまで裏付けられているか？

ひとつの疾患について、様々な国や学術団体からガイドラインが提出されているが、その結果は必ずしも一致していない。既に提出された治療ガイドラインについて、エビデンスによってどこまで裏付けられているか、検討を要する。

（３）エビデンス/ガイドラインは実臨床に役立つか？

エビデンス/ガイドラインに基づいたガイドライン群と、通常通りに臨床を行いガイドラインに基づかない非ガイドライン群の治療効果を比較し、EBM が臨床に寄与するか否かを検討する必要がある。

（４）日本の児童青年精神科医療における EBM の阻害要因

エビデンスが日本の児童青年精神科医療の実践に十分に役立てられていないのであれば、それはなぜか、児童青年精神科医療では多面的な理解が求められ、EBM になじまないのか、エビデンスが少ないからなのか、エビデンスが提供されていない、ある

いは、アクセスする習慣がないからなのか、検討を要する。

D. 考察

以上をもとに、来年度の研究課題の標的化を行った。

上記の検討結果を踏まえ、来年度に向けて2つの課題を設定した。ひとつは、診断の標準化はどうすれば可能か、に関するものであり、以下に研究プランを詳述する。もう一つは、日本の児童青年精神科医療における EBM の阻害要因に関するものであり、アンケート用紙を作成し、日本児童青年精神医学会の医師会員を対象にアンケート調査を予定している。

研究プラン：発達障害の診断の妥当性と協議の効果を検証する

〔背景〕

近年では、発達障害の有病率が上昇していることが指摘されている。その背景には、発達障害概念が普及したこと、社会構造が複雑化し不適応事例が増加したことがあげられる。このようななか、発達障害に対する社会的関心は高まっているが、一方では診断に対する疑問が呈されることもしばしばである。

発達障害は、下位診断の境界が明確でなく、スペクトラム（連続体）を形成することが指摘されている。また、近年では dimensional な理解が進み、発達障害か、発達障害でないかの境界も不確かになりつつある。

このような発達障害を診療する専門医は数少なく、他の専門医と臨床経験を共有する機会が不足しており、医師間で、どう診断閾値が異なるのか、あるいは同じなのか？ 協議を経験することで、診断閾値に歩

み寄りが見られるのか定かではない。

〔方法〕

本研究の目的と方法を説明し、参加に同意の得られた親子（6～8 歳）に対し、インタビュー面接を行い録画する。知的障害がなく、広汎性発達障害または注意欠如・多動性障害と診断された場合、そのビデオを以下で使用（3 症例ビデオを準備）。

医師は、専門医としての経験年数により各群に振り分けられる。同一施設の医師は、同一グループとにならないようにする。各グループは3名＋レジデント医師2名。

各グループは、患者ビデオの評価を3回実施する。面接評価後、検査結果提示後に診断を行い、その後診断を協議することを繰り返す。

なお、実施に際しては施設における倫理委員会の承認を得る。

〔解析〕

同一の面接内容に基づく診断の揺らぎにより、診断基準閾値の専門医間の相違を調べる。3 症例の難易度がおおむね一致しているとみなされた場合には、各グループにおいて1回目、2回目、3回目の一致率を比較し、協議のもたらす効果を見る。さらに、レジデントの一致率を1回目、2回目、3回目で比較し、教育効果を調べる。

〔限界点〕

ビデオでは、表情やすべての活動を記録するのは困難であると思われること、面接する医師の面接内容をどうするか、被験者へのフィードバック方法、各症例の難易度の統制、協議の質をどのように評価するか、が問題点としてあげられ、今後の検討を要する。

E. 結論

日本の児童青年期精神科医療におけるEBMの普及を目指すため、その実態と阻害要因を検討した。その結果、我が国で早急に解決すべき問題として診断の標準化、阻害要因の実態調査の必要性が明らかになり、次年度にこの点を明らかにすることとなった。

F. 研究成果

1. 論文発表

Sato, W., Uono, S., Okada, T., Toichi, M.
Impairment of unconscious, but not conscious, gaze-triggered attention orienting in Asperger's disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4; 782-786, 2010

木村記子, 岡田俊 ADHDとてんかんの併存例における診断と治療 *児童青年精神医学とその近接領域 児童青年精神医学とその近接領域* 51(2); 148-163, 2010

岡田俊 自閉症スペクトラムにおける対人関係障害とその生物学的基盤 *精神科治療学*, 25(12): 1591-1595, 2010

岡田俊 広汎性発達障害とパーソナリティ障害—その病理と治療— *精神科* 17(5), 480-484, 2010

岡田俊 若年周期精神病の臨床像と神経生物学的病態 *日本生物学的精神医学会誌* 21(3), 199-204, 2010.

岡田俊 身体治療場面における広汎性発達障害のある患者への対応 *心身医学* 50(9), 863-868, 2010

岡田俊 ADHDの神経生物学:最新の知見 *精神科治療学* 25(6): 735-740, 2010

岡田俊 成人期AD/HDの診断と治療. *児童青年精神医学とその近接領域*. 51(2): 77-85, 2010

木村記子, 岡田俊 児童期における摂食障害 *精神医学*, 52(5): 467-476, 2010

岡田俊 ADHD治療ガイドラインにおけるatomoxetineの位置づけ *脳* 21, 13(2); 80-88, 2010

岡田俊 広汎性発達障害に対する薬物療法 *発達障害医学の進歩* 22:21-28, 2010

岡田俊 児童青年期双極性障害に併存する注意欠陥/多動性障害に対する中枢神経刺激薬の使用. *臨床精神薬理* 13: 927-932, 2010

岡田俊 ADHDにおけるドパミン神経活動の異常と神経精神薬理学 *現代のエスプリ* 513: 117-123, 2010

2. 学会発表

Okada T, Toichi M. A long-term open trial of aripiprazole in children and adolescents with Tourette's disorder 19th International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2010 (June), Beijing, China
Yohimura S, Okada T. The treatment of Tourette's disorder in Japan: a large-scale survey of physicians. 19th International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2010 (June), Beijing, China

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

大学医学部における専門的医師等の養成システムに関する研究

分担研究者 西村良二¹⁾

研究協力者 青木省三²⁾ 上別府圭子³⁾ 清田晃生⁴⁾ 傳田健三⁵⁾ 原田 謙⁶⁾ 本城秀次⁷⁾

松本英夫⁸⁾ 森岡由起子⁹⁾ 吉田敬子¹⁰⁾

1) 福岡大学医学部精神医学教室 2) 川崎医科大学精神科学教室 3) 東京大学大学院医学研究科健康科学看護学専攻予防看護学講座家族看護学 4) 大分大学医学部小児科こどもメンタルクリニック 5) 北海道大学大学院保健学科研究院 6) 信州大学医学部精神科 7) 名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター児童精神医学分野 8) 東海大学医学部精神科学教室 9) 大正大学人間学部臨床心理学科 10) 九州大学病院子どものこころの診療部

研究要旨

児童精神科医療の充実のためには卒前、卒後の教育、臨床、研究、地域貢献が求められる大学病院精神科の役割は大きい。今回、今後の大学病院における中・長期的な児童精神医学の充実に向けての予備的なアンケート調査を行った。全国の医学部・医科大学80校の精神科に質問票を郵送し、48校から回答を得た（回収率60.0%）。子どものこころの診療部、ないしは子どものこころの診療科を設置した大学病院は10病院（20.8%）、子どもの専門外来は19病院（39.6%）、一般外来で子どものこころの診療を行っているのは19病院（39.6%）であった。子どものこころの診療部、診療科では、主に医師と心理士が診療に携わり、他のコメディカル・スタッフは少なかった。近い将来、子どものこころの診療部、診療科の設置の計画が6病院にあり、子どもの診療を広く受け入れようとする志向性がうかがわれた。子どものこころの診療部、診療科の設置を阻む要因について検討し、設置の実現への工程を明確にすることが急務と思われた。

A. 研究目的

医療の内外から子どもを診療できる精神科医を求める声は高まっており、子どものこころの診療に携わる医師は、子どもの心身の発達への支援、情緒と行動の問題や精神障害への治療的なかかわりが求められている。多様な子どものこころの問題に適切に対処できる医師等の養成は重要であることは言うまでもないが、卒前教育や初期研修、精神科研修において児童精神医学の講義時間は少なく、臨床実習の場が乏しいことが支障となっている。

どの地域にも精神科医療を必要としている子

どもたちが多数いる。こうしたなか、児童精神科医療の充実のためには卒前卒後の教育、臨床、研究、地域貢献が求められている大学病院精神科の役割は大きい。そこで、大学病院における精神科の現状を再認識し、今後の中・長期的な児童精神医学の充実に向けての予備的調査を実施した。

B. 研究方法

全国の医学部・医科大学80校の精神科に質問用紙を郵送し、アンケート方式と自由記載による方法で回答を求め、実態とともに、子どものこころの診療部、ないしは子どものこころの診療科の設立の将来計画の有無などを調査した。アンケー