

201122072A

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

児童青年精神科領域における診断・治療の
標準化に関する研究

平成 23 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 齊藤 万比古

平成 24 (2012) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

児童青年精神科領域における診断・治療の
標準化に関する研究

平成 23 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 齊藤 万比古

平成 24 (2012) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

- 児童青年精神科領域における診断・治療の標準化に関する研究 ……………1
主任研究者 齊藤万比古 国立国際医療研究センター国府台病院

II. 分担研究報告

1. 発達障害の診断・治療の標準化に関する研究 ……………9
飯田順三¹⁾ 岩坂英巳²⁾ 澤田将幸³⁾ 太田豊作³⁾ 長内清行⁴⁾ 村本葉子⁴⁾
山室和彦³⁾ 末廣佑子³⁾ 浦谷光裕⁵⁾ 田中尚平³⁾ 岸本直子³⁾
1)奈良県立医科大学看護学科 2)奈良教育大学特別支援教育研究センター
3)奈良県立医科大学精神医学教室 4)天理よろづ相談所病院精神科
5)東大阪市療育センター
2. 子どものチック障害・強迫性障害の診断・治療の標準化に関する研究 ……………13
金生由紀子¹⁾²⁾ 河野稔明²⁾³⁾ 野中舞子²⁾⁴⁾ 松田なつみ²⁾⁴⁾ 桑原斉¹⁾²⁾ 島田隆史²⁾⁵⁾
原郁子²⁾⁶⁾ 濱田純子²⁾ 小平雅基⁷⁾ 遠藤季哉⁸⁾
1)東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野
2)東京大学医学部附属病院こころの発達診療部
3)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部
4)東京大学大学院教育学研究科 5)東京大学大学院医学系研究科精神医学分野
6)横浜市総合リハビリテーションセンター 7)国立国際医療研究センター国府台病院
8)東京都立小児総合医療センター児童思春期精神科
3. 児童青年期の心的外傷関連障害（PTSD など）の診断・治療の標準化に関する研究 ……………29
亀岡智美¹⁾⁶⁾ 飛鳥井望⁵⁾ 岩切昌宏¹⁾ 金吉晴⁴⁾ 齋藤梓⁷⁾ 瀧野揚三¹⁾ 田中究²⁾
野坂祐子¹⁾ 元村直靖³⁾ 兼平高子⁶⁾ 安部紫⁶⁾
1)大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
2)神戸大学大学院医学研究科精神医学分野
3)大阪医科大学看護学部 4)国立精神・神経医療研究センター
5)東京都医学総合研究所 6)大阪府こころの健康総合センター
7)上智大学総合人間科学部心理学科
4. 子どものうつ病・双極性障害の診断・治療の標準化に関する研究 ……………35
齊藤卓弥¹⁾ 成重竜一郎¹⁾
1)日本医科大学精神医学教室
5. 子どもの統合失調症の診断と治療の標準化に関する研究 ……………45
新井卓¹⁾ 高橋雄一²⁾ 藤田純一¹⁾
1)神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科
2)横浜市立大学附属市民総合医療センター精神医療センター児童精神科

6. 不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの診断・治療の標準化に関する研究	61
渡部京太 ¹⁾ 齊藤万比古 ¹⁾ 中里容子 ¹⁾ 小平雅基 ¹⁾ 宇佐美正英 ¹⁾ 岩垂喜貴 ¹⁾ 飯島崇乃子 ¹⁾ 牧野和紀 ¹⁾ 松田久実 ¹⁾ 青木桃子 ¹⁾ 勝見千晶 ¹⁾ 1) 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科	
7. 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	73
柁屋二郎 ¹⁾ 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) 関東医療少年院 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	
8. 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	79
岡田俊 ¹⁾ 森川真子 ²⁾ 杉山由佳 ³⁾ 木村記子 ⁴⁾ 1) 名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療科 2) 名古屋大学大学院医学系研究科 精神医学・親とこどもの心療学 3) 名古屋大学医学部附属病院精神科 4) 静岡てんかん・神経医療センター精神科	
9. 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	83
西村良二 ¹⁾ 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	
10. 児童青年精神科医療機関における専門的医師等の養成システムに関する研究	97
小平雅基 ¹⁾ 飯島崇乃子 ¹⁾ 高橋美穂 ²⁾ 入倉梓 ²⁾ 本城浩子 ²⁾ 菅谷智一 ²⁾ 1) 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科 2) 国立国際医療研究センター国府台病院看護部	
11. 地域における児童青年精神科医療ネットワークのあり方に関する研究	119
山崎透 ¹⁾ 石垣ちぐさ ¹⁾ 大石聡 ¹⁾ 伊藤一之 ¹⁾ 宇佐美政英 ²⁾ 1) 地方独立行政法人 静岡県立病院機構 静岡県立こども病院 2) 国立国際医療研究センター国府台病院	
III. 研究成果の刊行に関する一覧	129
IV. 研究成果の別刷	131

I. 平成 23 年度 総括研究報告

児童青年精神科領域における診断・治療の 標準化に関する研究

研究代表者 齊藤万比古 国立国際医療研究センター国府台病院精神科部門診療部長

研究要旨

本研究は、発達障害、チック障害・強迫性障害、心的外傷関連障害、うつ病・双極性障害、不登校・ひきこもり、統合失調症、外在化障害の診療の標準化について検討する「障害別診療モデル研究グループ」、大学および専門病院における医師および看護師の養成システムについて検討する「専門家養成システムの在り方研究グループ」、地域が備えるべき医療システムの構造とその機能のモデルを提供する研究と児童青年精神科医療におけるEBMのあり方を検討する「総合化研究グループ」、そして補完的な研究にあたるワーキンググループによる「総括研究」からなり、今年度は、全国に設置されるべき児童思春期精神科の包括的医療システムとその機能の基準を示すガイドラインの作成に資する分担研究および総括研究に取り組み、多くの成果を得た。また、ガイドラインおよび関連するガイドブックの内容の中立性と質を担保するため、日本精神神経学会および日本児童青年精神医学会での関連委員会での検討を経て公表・公刊を行う準備に取り組んだ。

研究分担者氏名・所属機関名 および所属機関における職名

飯田順三 奈良県立医科大学看護学科教授
金生由紀子 東京大学医学部准教授
亀岡智美 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター客員教授
齊藤卓弥 日本医科大学精神医学教室准教授
新井 卓 神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科部長
渡部京太 国立国際医療研究センター国府台病院
児童精神科医長
榊屋二郎 関東医療少年院医務課長
岡田 俊 名古屋大学医学部附属病院 親と子ども心療科
西村良二 福岡大学医学部精神医学教室教授
小平雅基 国立国際医療研究センター児童精神科
医師
山崎 透 静岡県立こども病院こどもと家族のこころの診療センター長

A. 研究目的

本研究は全国に均てん化すべき児童青年精神科診療機能を持つ地域中核病院での標準的な臨床活動及び機関間連携システムなどの地域活動の標準的指針（ガイドライン）を明らかにすることで、地域における当該医療の質の向上に寄与するとともに、新規に当該機能を設置しようとする自治体ならびに民間の動きの加速化に寄与することを目的とする。各分担研究者はこの目的に資する各分野の資料を収集するとともに、その根拠を明らかにする研究に取り組む。

B. 研究方法

本研究は、研究代表者と研究分担者による 12 名の研究班体制で取り組む 3 年計画の研究である。初年度は班全体の研究体制を確立し、研究課題に関する文献研究およびパイロット・スタディに取り組んだ。

二年度である本年度は各障害群の診断・評価と治療に関するエビデンスの検討に加え、わが国の当該医療における一人者によるエキスパート・コ

ンセンサス等を通じた各診断・評価法と治療法の標準化に取り組むほか、大学医学部および児童青年精神科専門医療機関による専門的医師の養成の実態を明らかにするとともに、その結果に基づき現実的にめざすべき養成システムとはなにかを明らかにする研究に取り組み、さらに児童青年精神科医療の一環として子どもの心の健康を支える地域における医療、福祉、保健、教育等の各機関の連携システムのあり方について明らかにする研究に取り組んできた。

最終年度は各研究が実施してきた 3 年間の研究の成果をまとめる形で、「総合的児童青年精神科医療の地域における設置および運用のためのガイドライン」とその関連成果物の作成に班をあげて取り組む。

本研究班は以下のような目標を目指す 4 研究グループに分かれ、児童精神科医療の各地への均てん化に資する臨床的達成モデルを調査研究等を通じて抽出することに取り組んでいる。

【障害別診療モデル研究グループ】は、児童青年精神科診療の中心的な対象疾患である発達障害（広汎性発達障害や ADHD）、チック障害・強迫性障害、心的外傷関連障害（PTSD や虐待関連障害など）、うつ病・双極性障害、不登校・ひきこもり（不安障害を中心に）、統合失調症、外在化障害（素行障害など）の 7 種の障害群の診断・評価ならびに治療・支援のエビデンスとエキスパート・コンセンサスに基づいて標準化された診療指針を作成することに取り組んでいる。【専門家養成システムの在り方研究グループ】は第一に専門的医師の養成システムのあり方を中心に、大学医学部と専門医療機関における養成システムの実情と今後のあり方に関する研究に取り組んでいる。【総合化研究グループ】は第一に、専門的医療機関を中心に、児童思春期精神科診療の地域医療ネットワークと、広く子どもの情緒や行動の問題の支援を協議し協力し合う各種専門機関による連携ネットワークの両者について、今後備えるべきシステムとしての機能と構造に関する研究に取り組んでいる。第二に、児童青年精神科医

療における根拠に基づく医療（EBM）のあり方を検討するとともに、海外における児童青年精神科医療の実情について研究しており、この研究では最終年度は児童青年精神科臨床におけるエビデンスに基づく医療実践の指針を作成する予定である。【総括研究】は初年度および二年度に厚生労働省「心の健康づくり対策事業思春期精神保健研修事業」を受託し、本研究班の知見も組み込んだ研修を企画運営した。最終年度も引き続き研修の受託を目指し研修のあり方を検討するとともに、上記のように各診療指針、連携システム指針、研修ガイド等を客観性の質の高さを担保された形で次々と世に出し、最終的には最も利用しやすい公開法を決定したい。

C. 研究結果

(1) 研究分担者の研究結果

a) 障害別診療モデル研究グループ

発達障害、チック障害・強迫性障害、心的外傷関連障害、うつ病・双極性障害、不登校・ひきこもり（不安障害を中心に）、統合失調症、外在化障害の標準的診療機能を明確にすることに取り組む研究グループである。

発達障害診療についての研究は広汎性発達障害（PDD）と注意欠如・多動性障害（ADHD）の診断・治療に関するアンケート調査を日本児童青年精神医学会の医師会員 1802 名を対象に実施した。PDD についてのアンケート回収率は 30.0%であり、ADHD では 22.5%であった。その集計結果は以下のとおりである。① PDD, ADHD は知能検査や評価尺度を用いながら DSM-IV-TR と ICD-10 に従って診断されていると考えられる結果であった。② 心理社会的治療・支援については、PDD でも ADHD でもペアレント・トレーニングとソーシャルスキルトレーニングへのニーズが多かった。また、高機能 PDD への早期支援不足が考えられた。③ PDD の薬物治療においては、小児でも成人でも使用しうる向精神薬は抗精神病薬が最も多かった。また、ADHD の薬物治療においては、向精神薬のうち

ADHD 治療薬 2 剤が多く使用されており、学校での問題が多い場合や外在化障害の併存例などでは徐放性 methylphenidate が多く使われ、内在化障害やチック症状の併存例などでは atomoxetine が多く使われていた。④ 発達障害の薬物治療において、頻度は明らかではないが、多くの医師は抗精神病薬、抗てんかん薬、抗うつ薬を使用しうることが明らかとなった。これらの多くの薬剤が発達障害に対しては適応外であることに留意する必要があると考えられた。

チック障害および OCD の診療についての研究は、昨年作成した「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」の活用状況等に関する質問紙調査、および子どもの OCD に対する認知行動療法 (Cognitive behavior therapy: CBT) の検討を行った。予めガイドブックを送付した医師を対象に行い、47 名の回答を得た。その結果は医師の約 6 割が診療にガイドブックを使用し、約 9 割がガイドブックの有用性を支持しており、ガイドブックの実用性は高いと考えられた。さらに、患者・家族に直接読んでもらえる、平易な内容のリーフレット・冊子があると有用との意見を多数得た。OCD への CBT の検討では、22 名を対象とした検討を行った。その結果、曝露反応妨害法 (exposure and response prevention: ERP) の有効性が示唆された。また、ERP を実施した群では非実施群よりも、強迫行為の苦痛、強迫観念の苦痛と制御が低下しており、強迫症状に要する時間よりもその主観的な苦痛の軽減が重要な要素であることが明らかになった。

子どもの PTSD についての研究は、欧米の主要なガイドラインにおいて有効性が実証されている「TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy, ト라우マ焦点化認知行動療法)」のわが国での実践可能性と有効性を検討することに取り組んでおり、今年度は、① CARES Institute での 2 日間 live 講習受講 ② Center for Traumatic Stress in Children and Adolescents (CTSCA) 視察訪問 ③ ト라우マ焦点化認知行動療法のわが国での実践 (pilot study) を行った。

①②ではプログラム開発者から直接提供されたロールプレイを満載した講習や直接的な質疑応答によって、これまで公表されている資料では不明だった点を習得することができた。日本での試験的実践例について、プログラム開発者から直接スーパーバイズを受けることができ、わが国での臨床応用に即時に役立てることができた。また、わが国で成人 PTSD に実践されている PE 療法 (長時間曝露療法) との原理上の相違点も理解することができた。③についてはプログラム開発者のスーパーバイズを受けながら、8 歳から 18 歳までの単回性および慢性反復性トラウマ症例 6 例に対して TF-CBT を試験的に実践し、全例で PTSD 症状の軽減を認めた。

気分障害、すなわちうつ病および双極性障害の診療に関する研究では、今年度は子どものうつ病の診断・治療の evidence の検証、本邦での標準的なうつ病診断・治療についての意見のためのアンケートの作成、うつ病の症例の収集と類型化と継続的観察、エキスパートのネットワークの構築、双極性障害の実態調査のためのアンケート作成などに取り組んだ。本研究は 3 年間を通じた調査研究のため、次年度で最終的な集計の結果を報告する。

不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの診療についての研究は、第一に取り組んだのは不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験 (RCT) デザインの薬物療法の臨床試験、そして薬物療法に精神療法 (主に認知行動療法: CBT) を併用して行われた臨床試験に関する研究のレビューで、① 不安障害の子どもに薬物療法が必要な場合の first choice は SSRI であること、② 子どもの全般性不安障害、分離不安障害には venlafaxine ER が有効であること、③ CBT と薬物療法の併用療法は、CBT 単独、薬物療法単独よりも有効であること、④ RUPPstudy では、fluvoxamine が有効でない時には次に fluoxetine を選択すること、とまとめることができることを示した。第二に取り組

んだ課題は新たに開始した選択性緘黙児に対するグループ・プレイセラピー『国府台シャイネス』の意義に関する検討である。選択性緘黙は不安障害と近縁の疾患であるが、選択性緘黙の背景には広汎性発達障害（PDD）や精神遅滞といった発達障害、統合失調症との関連も深いといわれている。ただ、言葉を話さないために心理発達の評価をしたり、診察場面でも病態の評価が困難なことがあったりする。『国府台シャイネス』は、Liebowitz、Kernberg、Guptaらによる選択性緘黙児の集団観察セッションの取り組みを参考にして取り組んでおり、グループ・プレイセラピーという設定により、他の子どもとの関係の持ち方やグループへの関わり方の特性を観察できるとともに、その治療としての有効性を実感させる展開を見せた。

統合失調症の診療についての研究は、前年度研究結果から導かれた検討課題の中の「（統合失調症の）ハイリスク群の捉え方や考え方の統一」に関する研究として、日本精神科救急学会会員および日本児童青年精神医学会会員（いずれも精神科医）計 2133 名を対象に、精神病性障害の診断・治療のガイドライン作成の準備段階として柱となる 4 つの骨子の適切性に関するアンケート調査を行い（研究①）、さらに前年度抽出された検討課題の中の「ハイリスク群と判断される子どもの臨床現場での診断や経過の検討」に関する研究として、神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科の初診患者 228 名を対象に初診時における問診票から精神病様体験（PLEs）の有無を初めとする項目を調査し、児童精神科の臨床における精神病様体験に関する検討を行った（研究②）。研究①では、4 つの骨子について 80%以上の医師が“適切”あるいは“やや適切”と回答しており、国際早期精神病協会が作成した早期精神病ガイドラインの指針に沿って作成した骨子の下、本邦における児童青年期の統合失調症を中心とする精神病性障害の診断・治療のガイドライン作成していくことを適切とする結果であった。研究②では、児童精神科外来初診者のうち、1 つ以

上の PLEs が陽性の患者は約 15%存在していたが、精神科診断は統合失調症に限らず、適応障害、広汎性発達障害あるいは特定不能の情緒障害など多岐にわたっていた。また、被虐待歴と自殺企図歴、家族への秘密を抱えている場合、PLEs 陽性例が有意に多いという結果を得た。

子どもの外在化障害についての研究は、その中核障害である素行障害の診断・治療の現状について、児童青年期精神科臨床に携わる医師（日本児童青年精神医学会会員より無作為に抽出した 150 名）に対するアンケート調査を行い、59%から回答を得た。その結果、素行障害と診断することに医療的意義を見出せないという医師が存在していること、診断に用いられている診断基準も障害概念や下位分類に両者間で乖離の存在する DSMIV-TR と ICD-10 が混在していることが明らかとなった。平成 22 年度の 1 年間で素行障害と診断して治療に当たった各回答医師のケース数は平均 4.6 例であり、その内平均 1.6 例が並存する他の精神障害の診断がつかない純粋な素行障害であった。素行障害少年の治療・処遇においては調査に回答した全ての医師が地域の機関との連携を望んでいるものの、連携に不十分さを感じていた。また、調査に回答した全ての医師が治療や処遇についての有用なガイドラインの必要性を感じているという結果であった。

b) 専門家養成システムの在り方研究グループ

今年度は、大学病院における児童青年精神医学教育の充実に向けて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、70.0%にあたる 56 校から回答を得た（子どもの心の診療部または子どもの心の診療科を設置した大学病院 8；子どもの専門外来を持つ大学病院 29；一般外来で子どもの心の診療を行っている大学病院 19）。また、後期研修において、児童青年精神科医療に関する講義、技術の経験や習得、経験できる症例に関して調査した結果、全体を網羅する体系的な児童青年精神科医療に関する講義を行っている大学病院は少ないことがわかった。

児童思春期精神科専門医療機関における専門医の養成について、昨年度の調査から児童青年精神科医療を研修するにあたって、レジデント研修の到達目標を求める声が多かったため、今年度は『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』の作成に取り組んだ。子どものこころの診療を研修している医師が3年間の研修を通して成長していくステップを初級、中級、上級と三段階で設定することを試み、それが研修者と研修指導者の双方が研修の進捗度を把握することに役立つメルクマールとなることを目指した。またレジデントの研修ガイドブックとは別に、児童青年精神科病棟における看護業務の指針となるものが必要と考え、『児童青年精神科看護ガイドライン』の作成にも取り組んだ。『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』『児童青年精神科看護ガイドライン』いずれも現在作成中であり、3年目での完成を目指している。

c) 総合化研究グループ

今年度は福祉サイドから見た子どもの心の問題に関するネットワークの現状と課題を明らかにすることを目的として、全国の児童相談所にアンケート調査を実施した。その結果、①「児童精神科医がない」を主な理由として常勤も嘱託医も勤務していない児童相談所が全体の約5割に上ること、②児童精神科医・精神科医が参加している要保護児童対策地域協議会は約1割にすぎないこと、③成人精神科との連携は約6割が困難さを感じており、その理由として「子どもの受診・入院を断られる」が多いこと、④全体の9割の児童相談所が入院可能な児童精神科医療機関を「地域に必ず必要」と答えており、福祉サイドからのニーズが極めて高いこと、⑤ネットワーク活動を展開するには、「行政・現場レベルの連携」「児童精神科医の増員」「中核医療機関の整備」を推進し、その上で「ケース会議」「要保護地域対策協議会を含めた多機関連携会議」をネットワーク活動の中核に据えていくのを重視していることなどが明らかとなった。

EBMに基づく児童青年精神科臨床の在り方を明らかにする研究として今年度は、自閉症スペクトラム障害とその併存障害の関連をもとに、診断の妥当性について検討を加えた。その結果、いずれにおいても精神疾患単独例と症状プロファイルにわずかな違いがあり、治療反応性や臨床経過も異なることから、精神疾患の診断において発達面の評価が不可欠であることがわかった。

(2) 総括研究

研究代表者と研究協力者による総括研究は、分担研究者の研究成果を取りまとめ、『総合的児童思春期精神科医療の地域における設置および運用のためのガイドライン』作成作業をコーディネートと取りまとめを行うことを中心に行っている。今年度主として取り組んだのは厚生労働省こころの健康づくり対策事業の一環である「思春期精神保健研修」の実施主体として医師を中心とする医療従事者専門研修(1)、同(2)、コメディカル専門研修、ひきこもり対策研修の企画と運営である。これは小平分担研究者が開発中の2種類のガイドブックを作成する基盤となる活動として研究代表者とその研究協力者が取り組んだものである。昨年に引き続き市川市での連携システム活動も年間6回のケース・マネージメント会議を中心に取り組んだ。

D. 考察

各分担研究の考察は各報告書にゆずることとし、ここでは班全体の取り組みである「総合的児童思春期精神科医療の地域における設置及び運用のためのガイドライン」作成の取り組みを中心に記載したい。

わが国における児童思春期精神科医療の地域中核病院機能を持つ医療機関は全国児童青年精神科医療施設協議会加盟の正会員機関がほぼすべてであり、平成24年1月時点でもわずかに21病院にとどまっているのが現実である。さらに、こうした病院の設置されている都道府県は17都道府県にすぎず、設置されていない府県の精神障

害を持つ子どもは隣県のそのような病院を越境して受診するか、診療してもらえないまま放置されることになる。そのような状況がけっして望ましくないことはいまでもなく、子どもの精神障害も早期発見・早期対応が前提となることは成人のそれとまったく同じである。子どもの居住地域の近くに児童思春期精神科医療の専門性を持った医療機関が存在することは子どもにとっても親にとっても幸いである。まずは各都道府県ならびに各政令指定都市に1機関ずつこの分野の中核病院機能を果たせる医療機関を設置する必要がある。中核病院機能が設置され運用が始まれば、おのずから他医療機関でも中核病院との連携を通じて子どものケースに関わる機会を増やせるだろうし、福祉機関、保健機関、教育期間等との連携による地域ネットワークの設置される可能性も増え、地域に子どもの精神障害（発達障害を含む）をケアし支える機能が芽生え、やがて根を張ることになる。

以上のような展開の中心となる中核病院機能を持つ医療機関を設置する際に、その医療機関が基本的に備えるべき標準的診療機能を障害群毎に示すことをはじめとするガイドラインが必要である。

このガイドラインは、**基本障害診療モジュール**（発達障害、心的外傷にともなう障害、不登校・ひきこもりを主徴とする回避性の諸障害、行為・素行に関する障害、精神病性障害など主たる障害群の診療機能の標準を示す）、**地域連携モジュール**（地域における総合的・包括的な支援のための地域医療システムおよび専門機関間の地域連携システムの機能と設置・運用法の標準を示す）、**専門家養成モジュール**（当該領域の医療の質を担保するため医師及びコメディカルスタッフの養成と専門性を高めたための教育及び研修の在り方の標準的指針を示す）からなり、さらに専門家養成モジュールの一環として入院治療における看護師の活動に関する標準的指針を示した「児童精神科入院医療における看護業務ガイドライン」を

作成する。

このような構成のガイドラインのうち、基本障害診療モジュール、地域連携モジュール（その根拠を示す調査資料とともに）、EBMにもとづく児童思春期精神科医療等については分野ごとのガイドラインとして、日本児童青年精神医学会学会誌への論文掲載を目指してきたが、現在特集号としての掲載について交渉中である。これらは掲載できなかった分野も含め、ガイドラインとしてまとめ、1冊のガイドラインとして公刊をめざす。専門家養成モジュールは、内容的には日本精神神経学会の専門医を取得しようとする若手医師の参考図書として当該分野の標準的基礎知識を示すものであるとともに、児童青年精神科診療の専門的技術獲得を目指す後期研修医の研修指針となるようなガイドブックを作成し、日本精神神経学会教育委員会児童精神医学部会の検討を経て同学会出版部からの公刊を目指して取り組んでいる。また、児童青年精神科入院治療に関する看護ガイドラインは作成後速やかに公刊を目指す予定である。

E. 結論

本研究が目指す全国に設置されるべき児童思春期精神科の包括的医療システムとその機能の基準を示す『総合的児童思春期精神科医療の地域における設置および運用のためのガイドライン』の作成のために、分担研究および総括研究は各々活発に取り組んできた。次年度は、分担研究者は各研究活動をそれぞれまとめて成果を発表するとともに、共同でガイドラインの作成に取り組むとともに、成果として複数のガイドブックを公表する予定である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

論文による発表 32 編

書籍による発表 15 編

学会発表 30 編

(論文および書籍の詳細は本研究報告書の巻末にまとめて掲載する。)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得； 特になし
2. 実用新案登録； 特になし
3. その他； 特になし

表 1 『総合的児童思春期精神科医療の地域における設置および運用のためのガイドライン』の基本構造

1. 基本障害診療モジュール； 発達障害, 心的外傷にともなう (虐待にともなうものを含む) 障害, 不登校・ひきこもりを主徴とする回避性の諸障害, 行為・素行に関する障害, 精神病性障害など主たる障害群の診療機能の標準を示す。
2. 地域連携モジュール； 地域における総合的・包括的な支援のための地域医療システムおよび専門機関間の地域連携システムの機能と設置・運用法の標準を示す。
3. 専門家養成モジュール； 専門家を各地で育てていくこと, 特にコメディカルの専門性を高めるような研修のあり方など, 各地での当該医療の質の担保を図り, かつ新たな専門家を養成するシステムもキットの主たる部品となる。

Ⅱ. 平成 23 年度 分担研究報告

発達障害の診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 飯田順三¹⁾

研究協力者 岩坂英巳²⁾ 澤田将幸³⁾ 太田豊作³⁾ 長内清行⁴⁾ 村本葉子⁴⁾

山室和彦³⁾ 末廣佑子³⁾ 浦谷光裕⁵⁾ 田中尚平³⁾ 岸本直子³⁾

1) 奈良県立医科大学看護学科 2) 奈良教育大学特別支援教育研究センター

3) 奈良県立医科大学精神医学教室 4) 天理よろづ相談所病院精神科

5) 東大阪市療育センター

研究要旨

広汎性発達障害(PDD)と注意欠如・多動性障害(ADHD)の診断・治療に関するアンケート調査を日本児童青年精神医学会の医師会員1802名を対象に実施した。調査内容は、回答者の属性、使用している診断基準、診断に用いる検査や評価尺度、心理社会的治療・支援や薬物治療の内容などであった。PDDについてのアンケート回収率は30.0%であり、ADHDでは22.5%であった。

PDD, ADHDは知能検査や評価尺度を用いながらDSM-IV-TRとICD-10に従って診断されていると考えられる結果であった。心理社会的治療・支援については、PDDでもADHDでもペアレント・トレーニングとソーシャルスキルトレーニングへのニーズが多かった。また、高機能PDDへの早期支援不足が考えられた。PDDの薬物治療においては、小児でも成人でも使用しうる向精神薬は抗精神病薬が最も多かった。また、ADHDの薬物治療においては、向精神薬のうちADHD治療薬2剤が多く使用されており、学校での問題が多い場合や外在化障害の併存例などでは徐放性methylphenidateが多く使われ、内在化障害やチック症状の併存例などではatomoxetineが多く使われていた。発達障害の薬物治療において、頻度は明らかではないが、多くの医師は抗精神病薬、抗てんかん薬、抗うつ薬を使用しうる事が明らかとなった。これらの多くの薬剤が発達障害に対しては適応外であることに留意する必要があると考えられた。

A. 研究目的

広汎性発達障害(PDD)や注意欠如・多動性障害(ADHD)といった発達障害については診断・治療が求められる一方で、PDDについての標準的なガイドラインは本邦では未だ示されていない。また、ADHDについては2008年に第3版のガイドライン(齊藤ら)が提示され、その後もatomoxetineが使用承認されるなど発達障害の診断・治療に関する状況は刻々と変化している。今回、2011年の現状把握のためにPDDとADHDの診断・治療に関するアンケート調査を実施した。

B. 研究方法

日本児童青年精神医学会の医師会員1802名に対してアンケートを郵送し、回答を求めた。

PDDの診断・治療に関するアンケートは、2011年1月20日から同年2月28日までの期間に実施し、ADHDの診断・治療に関するアンケートは、2011年3月1日から同年3月31日までの期間に実施した。アンケートの内容としては、回答者の属性、使用している診断基準、診断に用いる検査や評価尺度、心理社会的治療・支援や薬物治療の内容などからなる。その結果を集計し、統計学的に解析することとした。

本研究のアンケート調査にあたり、回答者の匿名性には最大限配慮し、個人を特定できないようにし、アンケートの内容も患者の個人情報と同定しうるものを含まないように配慮した。

C. 研究結果

1) PDD

有効回答は540通で回収率は30.0%であった。回答者は、男性326名、女性213名、無回答1名で、平均年齢46.6±10.6歳であった。診療科は精神科234名、児童精神科133名、精神科と児童精神科の両科75名、小児科94名などであった。

1-i) 診断と評価

診断に際して使用する評価尺度・スクリーニングとしては、42.4%が広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(PARS)、33.0%が自閉性スペクトル指数日本版(AQ-J)、30.7%が子どもの行動チェックリスト(親用;CBCL)を使用すると回答した。心理検査としては、85.2%がWechsler Intelligence Scale for Children (WISC)、61.7%がWechsler Adult Intelligence Scale(WAIS)を実施すると回答した。診断面接法は78.1%が使用していなかった。

使用している診断基準は、55.6%がDSM-IV-TR、35.6%がICD-10であった。また、「PDD患者がADHDの診断基準も満たす場合、最終診断はどうしていますか」という設問に対して61.3%が「PDD+ADHDと診断する」と回答し、「PDDと診断する」と回答した32.8%を上回った。

1-ii) 心理社会的治療・支援

回答者の所属機関で行っている心理社会的治療・支援としては、71.3%が医師による精神療法、66.7%が学校など関係機関との連携による環境調整、52.4%が心理療法(カウンセリングやプレイセラピーなど)、50.0%が親ガイダンスと回答した(図1)。また、今後行いたい心理社会的治療・支援としては、32.0%がペアレント・トレーニング、29.8%がsocial skills training (SST)と回答した(図1)。

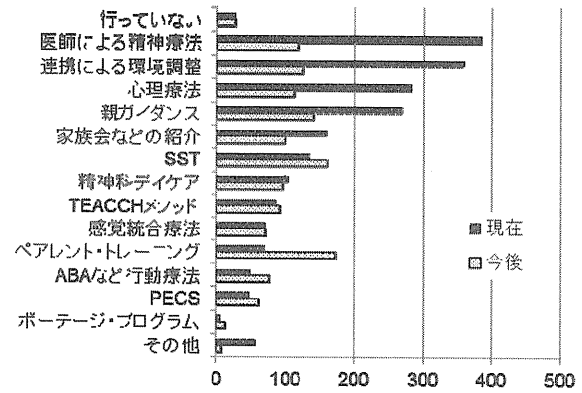


図1. 心理社会的治療・支援

早期支援における問題点として、71.3%が療育機関の不足と回答した(図2)。

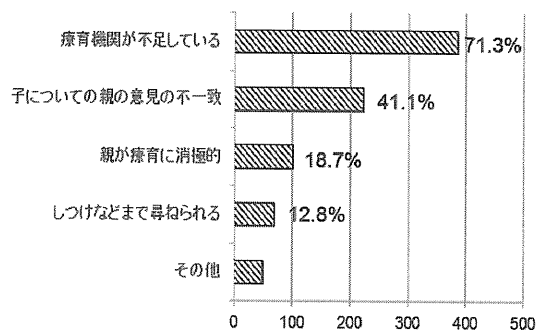


図2. 早期支援における問題点

1-iii) 薬物治療

小児のPDDに対して処方することがある薬剤としては、83.0%が抗精神病薬、54.3%が抗てんかん薬、52.8%が徐放性methylphenidate (MPH)、48.7%が抗うつ薬、46.3%がatomoxetine (ATX)と回答した。

成人のPDDに対して処方することがある薬剤としては、87.6%が抗精神病薬、64.4%が抗てんかん薬、63.5%が抗うつ薬と回答した。

2) ADHD

有効回答は406通で回収率は22.5%であった。回答者は、男性246名、女性159名、無回答1名で、平均年齢46.13±9.77歳であった。診療科は精神科154名、児童精神科118名、精神科と児童精神科の両科58名、小児科71

名などであった。

2-i) 診断と評価

診断に際して使用する評価尺度・スクリーニングとしては、64.0%が ADHD 評価スケール、37.9%が CBCL、23.6%が子どもの行動チェックリスト(教師用)を使用すると回答した。心理検査としては、88.7%が WISC、41.6%が WAIS を実施すると回答した。診断面接法は71.4%が使用していなかった。

使用している診断基準は、小児期においては55.9%が DSM-IV-TR、31.0%が ICD-10 であった。また、成人期においては43.1%が DSM-IV-TR、29.8%が ICD-10 であり、Utah 成人 ADHD 診断基準など成人に特化した診断基準を使用すると回答した医師は少数であった。

2-ii) 心理社会的治療・支援

回答者の所属機関で行っている心理社会的治療・支援としては、70.7%が医師による精神療法、65.3%が学校など関係機関との連携による環境調整、57.4%が親ガイダンス、47.5%が心理療法(カウンセリングやプレイセラピーなど)と回答した。また、今後行いたい心理社会的治療・支援としては、31.8%がペアレント・トレーニング、28.6%が SST と回答した。

2-iii) 薬物治療

小児の ADHD に対して処方することがある薬剤としては、69.0%が徐放性 MPH、65.0%が ATX、63.8%が抗精神病薬、51.5%が抗てんかん薬、21.4%が抗うつ薬と回答した。

徐放性 MPH と ATX の使い分けについて、様々な場合における両薬剤の使用頻度を「徐放性 MPH が多い」、「どちらともいえない」、「ATX が多い」の3段階で回答を求めたところ、図3のようになった。徐放性 MPH は「併存障害のない ADHD の場合」、「重症の場合」、「幼

児・学童である場合」、「多動・衝動性が優勢の場合」、「学校での問題が多い場合」、「(反抗挑戦性障害、素行障害など)外在化障害が併存する場合」に ATX よりも多く使用されていた。また、ATX は「(気分障害、不安障害、適応障害など)内在化障害が併存する場合」、「チック症状がある場合」、「てんかんが併存する場合」に徐放性 MPH よりも多く使用されていた。

成人の ADHD の中核症状に対して処方することがある薬剤としては、70.4%が抗精神病薬、59.1%が抗てんかん薬、30.0%が抗うつ薬と回答した。

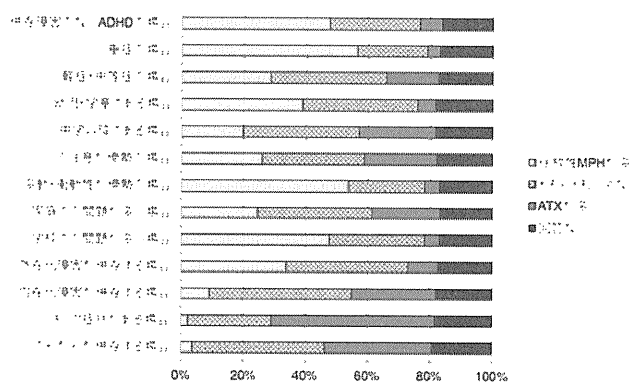


図3. 徐放性methylphenidateとatomoxetineの使い分け

D. 考察

1) PDD

多くの場合は、診断面接法は使用せず、知能検査や評価尺度を用いながら DSM-IV-TR と ICD-10 に従って診断されていると考えられた。過剰診断や併存障害の見逃しなどを防ぐ観点からも、診断面接法のさらなる使用が必要と考えられる。

現在、心理社会的治療・支援としては、精神療法・心理療法、連携による環境調整、親ガイダンスを中心として行われており、今後のニーズとしてはペアレント・トレーニングや SST があげられる。早期支援における問題点として、療育機関不足という回答が多かったが、乳幼児健診システムの整備が進んでいる状況から考える

と、健診では発見されにくい高機能 PDD の早期療育支援が求められている可能性が考えられる。

PDD の薬物治療において、小児、成人を問わず、抗精神病薬、抗てんかん薬、抗うつ薬が使用されている現状が明らかとなった。海外での研究などからこれらの薬剤の有効性は報告されているものの、本邦においては、これらの多くの薬剤が PDD に対しては適応外であることに留意する必要があると考えられた。

2) ADHD

PDD と同様に、多くの場合は診断面接法は使用せず、知能検査や評価尺度を用いながら DSM-IV-TR と ICD-10 に従って診断されていると考えられた。齊藤らのガイドラインには、ADHD の臨床面接フォームや ADHD の併存障害診断・評価用オプション・フォームといった半構造化面接法が掲載されている。過剰診断や併存障害の見逃しなどを防ぐ観点からも、診断面接法のさらなる使用が必要と考えられる。

現在、心理社会的治療・支援としては、精神療法・心理療法、連携による環境調整、親ガイダンスを中心として行われていると考えられた。齊藤らのガイドラインにおいて、「親ガイダンス」、「学校との連携」、「子ども本人との面接」を治療の基本キットとしており、このことが十分に意識されていると考えられた。本邦においても、ペアレント・トレーニングや SST の有効性が謳われて久しい。PDD と同様に、今後のニーズとしてペアレント・トレーニング、SST があげられており、全国的な普及促進のための活動が必要と考えられた。

ADHD 治療薬である徐放性 MPH と ATX の使い分けにおいて、比較的徐放性 MPH がよく使用されている可能性があるが、チックや不安

障害といった併存障害のある場合など海外のガイドラインに類似して ATX も使用されていると考えられる。その他の向精神薬も ADHD の中核症状に使用されることがわかったが、本邦においては徐放性 MPH と ATX 以外は ADHD に対しては適応外であることに留意する必要があると考えられた。

E. 結論

PDD, ADHD の診断・治療に関する現状をアンケート調査で明らかにした。

文献

・齊藤万比古, 渡部京太編 (2008) : 第 3 版 注意欠如・多動性障害 - ADHD - の診断・治療ガイドライン. 東京, じほう.

・Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P. et al. (2006) : Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 476-495.

・Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (2008) : Canadian ADHD Practice Guidelines. CADDRA website: <http://www.caddra.ca/>

子どものチック障害・強迫性障害の診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 金生由紀子¹⁾²⁾

1) 東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野

2) 東京大学医学部附属病院こころの発達診療部

研究協力者 河野稔明²⁾³⁾、野中舞子²⁾⁴⁾、松田なつみ²⁾⁴⁾、桑原斉¹⁾²⁾、島田隆史²⁾⁵⁾、原郁子²⁾⁶⁾、

濱田純子²⁾、小平雅基⁷⁾、遠藤季哉⁸⁾

3) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部

4) 東京大学大学院教育学研究科

5) 東京大学大学院医学系研究科精神医学分野

6) 横浜市総合リハビリテーションセンター

7) 国立国際医療センター国府台病院

8) 東京都立小児総合医療センター児童思春期精神科

研究要旨

我が国の実態を踏まえて子どものチック障害及び強迫性障害（obsessive-compulsive disorder: OCD）の診断・治療の標準化を行うことを目指して、トゥレット症候群及び児童思春期 OCD に関する研究班が昨年度までにまとめた成果を活用して検討を進めた。すなわち、「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」の活用状況等に関する質問紙調査、及び子どもの OCD に対する認知行動療法（Cognitive behavior therapy: CBT）の検討を行った。

質問紙調査は、予めガイドブックを送付した医師を対象に行い、47名分を集計した。医師の約6割が診療にガイドブックを使用し、約9割がガイドブックの有用性を支持しており、ガイドブックの実用性は高いと考えられた。役に立った項目としては「治療ガイドライン」が最も多く挙げられたが、医師の専門診療科によって異なる部分もあった。また、患者・家族に直接読んでもらえる、平易な内容のリーフレット・冊子があると有用との意見を多数得た。来年度は、ガイドブックの改訂に向けて、本結果を踏まえた詳細調査を実施する予定である。

また、OCD への CBT の検討では、22名を対象とした検討を行った。その結果、曝露反応妨害法（exposure and response prevention: ERP）の有効性が示唆された。また、ERP を実施した群では非実施群よりも、強迫行為の苦痛、強迫観念の苦痛と制御が低下しており、強迫症状に要する時間よりもその主観的な苦痛の軽減が重要な要素だということが明らかになった。

A. 研究目的

子どもの強迫性障害（obsessive-compulsive disorder: OCD）の60%が何らかのチック障害を伴っており、トゥレット症候群（Tourette syndrome: TS）に限っても15%との報告もある。発症年齢にかかわらずチックを伴うOCDは、チック関連OCD（tic-related OCD）とまとめられ、独自の臨床特徴を有するとされる。一方、TSの30%がOCDを併発しており、OCDの診断基準に達しない強迫症状を含めるとその頻度は50%を越えるという。このように相互に密接にかかわりあう子どものチック障害とOCDについて、診断・治療に関する情報の収集と検討を進め、可能な範囲で実証的な検討を加えて、我が国の実態に対応する診断・治療の標準化を目指す。

今年度は、トゥレット症候群及び児童思春期OCDに関する研究班が昨年度までにまとめた成果（金生, 2011）を活用して検討を進めた。TSについては、研究班で作成した「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」を、TSの診療を行う可能性の高い医師に配布し、質問紙調査を行った。ガイドブックの活用状況やそれによる診療行動の変容を評価した結果を報告し、ガイドブックの有用であった点や改善の必要な点についてのフィードバックに基づいて今後の改訂の方向性を検討することを目的とした。児童思春期OCDについては、認知行動療法（Cognitive behavior therapy: CBT）の有効性の高さが海外で指摘されている（Barrett et al., 2008; Team POTS, 2004）にもかかわらず、我が国ではなかなか普及していない実情を踏まえて、平成20年度から継続実施中のCBTプログラムについて、データの集計と解析を行い、さらに児童精神科領域の一般診療への適用を検討した。児童思春期OCDに対してCBTの有効性を定量的な評価を用いて示し、どのような点が児童精神医学領域の一般診療の枠組みでCBTを実践していくうえで重要であり、今後求められるかを検討することを

目的とした。

B. 研究方法

以下の2つの研究を実施し、その結果を踏まえて、子どものチック障害・OCDの診断・治療ガイドラインの構成を検討する。

1. 「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」活用状況等に関する質問紙調査
昨年度で終了したTSの研究班で作成した「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」を、平成23年6月に112名の医師に送付した。対象は、ガイドブックにTS患者診療可能と掲載されている医師、及び日本トゥレット研究会の医師会員とした。ガイドブックはA4判66ページの冊子であり、TSの概要、治療ガイドラインのほか、医療機関、教育機関、相談機関、及び自助組織について各々の役割や現状が記述されている。さらに、11の症例とTS研究の成果が紹介されている。

対象医師には、同年11月にガイドブックの活用状況等に関する質問紙調査を行った。質問紙はA4判3ページで、ガイドブックの使用状況を中心に問う部分とガイドブック使用開始後4か月間（同年7～10月）のチック障害患者の診療状況について問う部分からなる。また、来年度に実施する予定の詳細調査への協力を依頼する連絡の可否についても尋ねた。

現在までに48名から返送があり、診療活動引退のため協力困難と回答した1名を除く47名分を集計した。数量記入式、選択式の項目の集計は全体及び医師の専門診療科別に行い、一部項目については医師が多く診療した患者のタイプ別にも集計した。自由記述式の項目は、同様の主旨の回答を要約し、回答の多かったものを示した。

2. 子どものOCDに対するCBTの検討

研究対象者は、児童思春期強迫性障害への認知行動療法プログラムへの参加を希望し、受付

面接にて強迫性障害の症状があることが確認された7歳から20歳の子どもであった。研究実施期間は2009年4月から2011年11月であり、介入は臨床心理学を専攻する修士課程および博士課程の学生が担当した。

介入に用いたプログラムは、「児童思春期の強迫性障害に対する認知行動療法プログラム」(下山, 2011)であった。プログラムは全体の構成を18セッションとして、受付面接からアセスメント面接(情報の聴取、ケース・フォーミュレーションの作成、介入の方向性の共有など)までを2~3セッション、次の介入段階を12セッション(定量的な評価、不安階層表の作成、心理教育、エクスポージャーの実施、宿題・課題の設定、見直しと更なる課題の設定、など)、フォローアップを3セッションとした(表8)。アセスメント面接及び介入段階では原則として週に1回の来談とし、各研究参加者に対する介入終了までの期間は4か月から7か月程度であった。

プログラムの効果を測るために、プログラムの参加者全員に、プログラムの前後で子どものOCDの重症度を定量的に示す客観的症状評価尺度であるChildren's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS, Scahill et al., 1997)の日本語版を実施した。評価は原則として介入者と同一の人物が行った。

分析の方法としては、第一にプログラムの前後で対象者全員に実施したCY-BOCS変化量全体および下位得点ごとに、曝露反応妨害法(exposure and response prevention: ERP)の有無で有意な差があるかに関して検討を行った。次に、独立変数をSSRI服用の有無、従属変数をCY-BOCS総合得点の変化量とし、差がみられるかどうかを検討した。また、独立変数を抗精神病薬の有無、併発症の有無として、従属変数をCY-BOCS全体の変化量とし、変化の有無を検討した。

C. 研究結果

1. 「トウレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」活用状況等に関する質問紙調査

(1) 回答者の属性

専門診療科は、児童精神科(19名)が最多で、小児科(9名)が次いだ(図1)。複数回答(7名)を各々に計上すると、児童精神科21名、小児科16名などとなった。なお、以下において専門診療科別の集計は、複数回答を各々に計上して行った。

診療歴は、7~50年の範囲に分布し、20~29年(15名)が最多だった(図2)。

所属する医療機関は総合病院(19名)が最多で、単科の病院、診療所は精神科、小児科ともすべてほぼ同数であった(図3)。複数回答(5名)を各々に計上すると、総合病院22名などとなった。

(2) 全般的な閲覧・活用状況、有用性評価

ガイドブックは、約7割の医師が半分程度以上読んだと回答した。小児神経科及び児童精神科では多くの量を読んだ医師が多く、7割以上が「ほとんど全部」又は「7割程度」読んでいた(図4)。

チック障害の患者の診療では、約6割の医師がガイドブックを使用したと回答し、「機会があれば使用したい」を含めると8割以上が診療への活用に肯定的であった(図5)。

ガイドブックが診療の役に立ったかどうかについては、半数近くが「たいへん役に立った」と回答し、「まあまあ役に立った」を合わせると約9割が有用性を支持した(図6)。

(3) 項目別の活用状況、有用性評価

ガイドブックの中でよく使用した項目(最大3個選択)は、治療ガイドライン(83%)が最多で、TSの概要(49%)、症例(45%)が次いだ(表1)。研究成果を挙げた者も26%いたが、各論(関係機関の役割・現状)を挙げた者はいずれも10%未満であった。小児科及び小児神経科では症例を、精神科及び児童精神科ではTS