

#### IV. 子どもをエンパワーメントすること

1. 子どもが悩みを打ち明けてきたとき、悩みの程度をアセスメントする。具体的には、ただ話を聞いてもらいたいことなのか、一助あれば自分で解決できることなのか、すぐには解決できないことなのか、など子どもの能力と悩み事の双方からアセスメントする。
2. 一助あれば解決できることであった場合、すぐに解決策を示すのではなく、子どもが自己決定できるよう導く。具体的には、「どうしたらいいと思う？」「考えていることを思いつくまま全部挙げてみたら？」「どの案だったらできそう？」など質問することで、子どもが自分でどうしたらよいかを決める手伝いをする。
3. すぐに解決できないことは、子どもの思いや考えを聴いた上で、解決するには時間を要することを伝え、子どもが焦ったり、やけにならないようサポートする。逸脱行為や悪質ないじめに発展しそうなきは介入する必要があるが、友だちとのトラブルなど、退院しても遭遇しそうな事はできるだけ病棟内で経験した方がよい。
4. 子どもが看護師の助けを借りたとしても、最終的に自分で解決できた場合は、大いにほめ、一緒に喜ぶ。解決できなかったとしても、以前より進歩しているところを見出し、評価する。そのためにも日ごろから子どもをよく観察することが重要である。

## 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

分担研究者 山崎透<sup>1)</sup>

研究協力者 石垣ちぐさ<sup>1)</sup> 大石聡<sup>1)</sup> 伊藤一之<sup>1)</sup> 宇佐美政英<sup>2)</sup>

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

### 研究要旨

今年度は福祉サイドから見た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「児童精神科医がいない」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、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、③成人精神科との連携は約6割が困難さを感じており、その理由は「子どもの受診・入院を断られる」が多い、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、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ことを重視している、などが明らかとなった。

### A. 研究目的

本研究は、地域における児童・青年精神科医療ネットワークのモデルを提示することを目的としている。

昨年度は、日本児童青年精神医学会認定医と全国児童青年精神科医療施設協議会（以下、全児協）加盟施設を対象に連携活動の実施状況等を調査した。その結果、①認定医の79%、全児協加盟施設の93%が関係機関での支援・連携活動を実施しており、②実施内容は、児童相談所・児童福祉施設、教育委員会・教育相談、学校、医療機関等での嘱託医等、関連諸機関による連携会議、担当患者に関する関連機関とのケース会議、研修・啓発活動などであった。③連携の充実には、児童青年精神科医の増員、現場・行政レベルでの縦割り意識の解消が重要という意見が多く、④児童精神科医の増員には、児童青年精神科医療の診療報

酬の改善、国や自治体による児童青年精神科医の育成システムの整備、大学における児童青年精神医学の教育体制の整備、などが必要という意見が多かった。

今年度は、福祉サイドから見た児童精神科医療へのニーズ、ネットワークの現状と課題を明らかにする目的で、全国の児童相談所を対象に調査を行った。

### B. 研究方法

#### 1. 対象

全国の児童相談所224施設にアンケート調査を依頼し、有効回答の得られた131施設（有効回答率59%）を調査対象とした。なお、設立母体は都道府県が117施設（89%）、政令指定都市が12施設（9%）、不明が2施設（2%）であった。

## 2. 方法

以下のような項目についてアンケート調査を行い、結果の集計とその分析を行った。

1) 担当圏域の児童精神科医療の現状および児童相談所における児童精神科医の勤務状況

2) 関係機関による地域連携会議の状況

①市町村要保護児童連絡協議会への児童精神科医・精神科医の出席状況

②その他の多機関連携会議の開催状況

3) 児童精神科・精神科医療機関との連携の現状

①ケース会議などの開催状況、②外来・入院治療が必要な子どもに対する医療機関の受け入れ状況、③地域における児童精神科医療機関の必要性、④成人精神科医療機関および児童精神科医療機関との連携の困難さ

4) 他のネットワーク活動の現状

5) 今後必要と考えるネットワーク活動

6) ネットワーク構築のために整備すべき条件

## C. 研究結果

1. 担当圏域の児童精神科医療の現状および児童相談所における児童精神科医の勤務状況

1) 児童精神科医療の現状

地域に外来治療が可能な児童精神科医療機関が「ある」と回答したものは74施設（56%）と半数を超え、「ない」が56施設（43%）、「不明」が1施設（1%）であった（図1）。

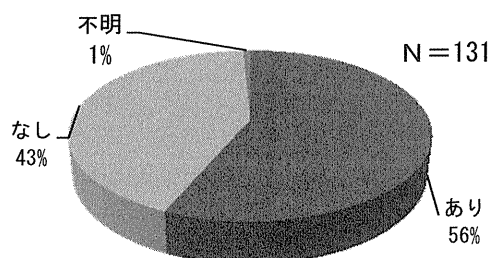


図1 通院可能な児童精神科医療機関

これに対し、地域に入院治療が可能な児童精神科医療機関が「ある」と回答したものは45施設

（34%）と低くなり、「ない」が85施設（65%）、「不明」が1施設（1%）であった（図2）。

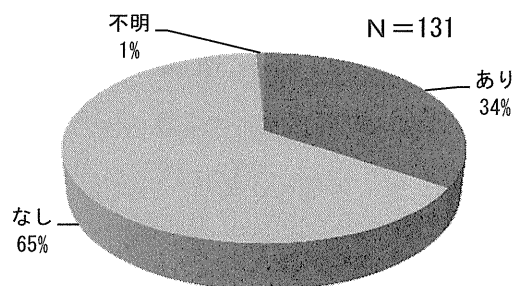


図2 入院可能な児童精神科医療機関

2) 児童相談所における児童精神科医の勤務状況

児童相談所における児童精神科医の勤務状況については、「常勤医が勤務している」が13施設（10%）、「嘱託医のみ勤務」が58施設（44%）、「どちらもいない」が60施設（46%）であった。（図3）。

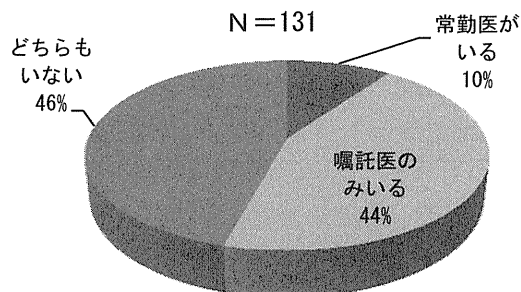


図3 児童精神科医の勤務状況

常勤医もしくは嘱託医が勤務していると答えた71施設に、児童精神科医の業務内容について質問したところ「相談ケースの子どもの診察」、「一時保護中の子どもの診察」、「相談ケースの保護者面談」などが多かった（表1）。また、その71施設に児童精神科医の勤務充足度を質問したところ、「充足している」がわずか1施設（1%）、「まあまあ充足している」も22施設（31%）で、「あまり充足していない」「不足している」を合わせると46施設（65%）となり、児童精神科医が勤務していてもその過半数はマンパワーが足りないと感じていた（図4）。さらに「あまり充足していない」「不足している」と回答した46施設

に、児童精神科医の勤務時間が増えた場合に依頼したい業務を質問したところ、9割以上が「相談ケースの診察」をあげ、以下「相談ケースのスーパーバイズ」「相談ケースの保護者面談」などが多かった（表2）。

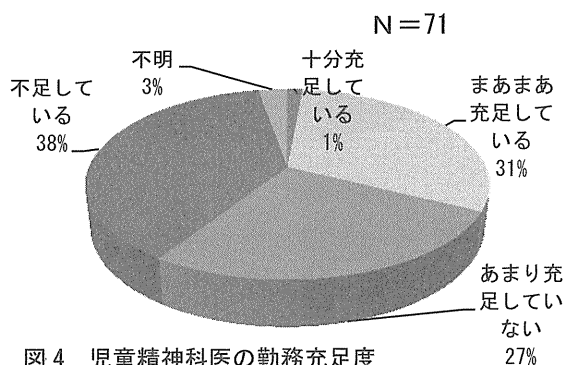


図4 児童精神科医の勤務充足度

児童相談所が勤務していないと回答した60施設に、児童精神科医の勤務の必要性について質問したところ、27施設（33%）が「絶対的に必要」と答え、「ある程度必要」37施設（62%）で、「あまり必要ない」「必要ない」と回答した施設はゼロであった（図5）。また、児童精神科医が勤務しない理由としては、「地域に児童精神科医がいない」が42施設（70%）と多くを占めた（図6）。

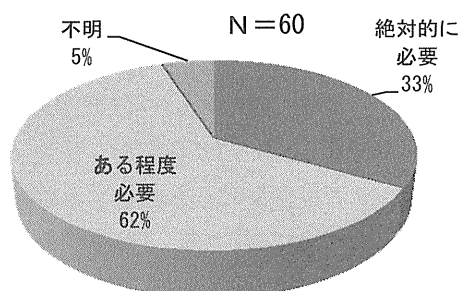


図5 児童精神科医の勤務の必要性

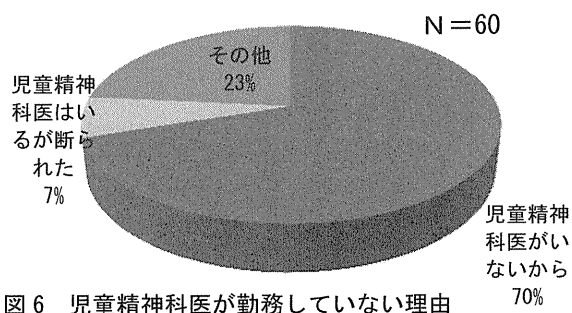


図6 児童精神科医が勤務していない理由

さらに児童精神科医が勤務していれば依頼したい業務としては、全ての児童相談所が「相談ケースの子どもの診察」を挙げていた（表3）。

## 2. 関係機関による地域連携会議の状況

### 1) 要保護児童対策地域協議会

「児童精神科医が出席している」「一般精神科医が出席している」はそれぞれわずか11施設（9%）、7施設（5%）に過ぎず、「どちらも出席していない」が109施設（83%）と大半を占めた（図7）。

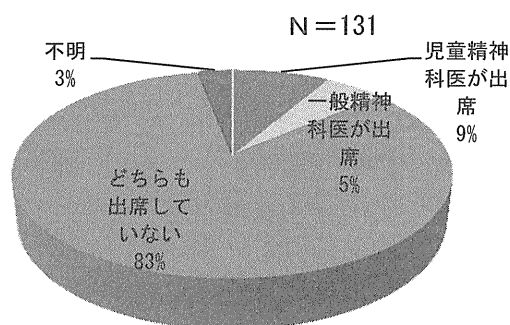


図7 要対協への精神科医の参加状況

また、「どちらも出席していない」と回答した109施設にその理由を質問したところ、「多忙なため要請していない・断られた」が50施設（46%）と最も多く、「その必要を感じていない」は16施設（15%）、児童精神科医がいないが11施設（10%）であった（図8）。

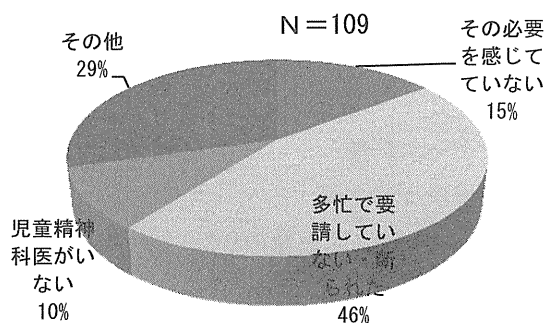


図8 精神科医が参加していない理由

### 2) その他の多機関連携会議

その他の多機関による連携会議を開催していると答えたのは49施設（38%）であった。また、その連携会議の児童精神科医・精神科医の出席状況は、「児童精神科医が出席している」「一般精神

科医が出席している」共に7施設（14%）で、「どちらも出席していない」が30施設（61%）であった（図9）。

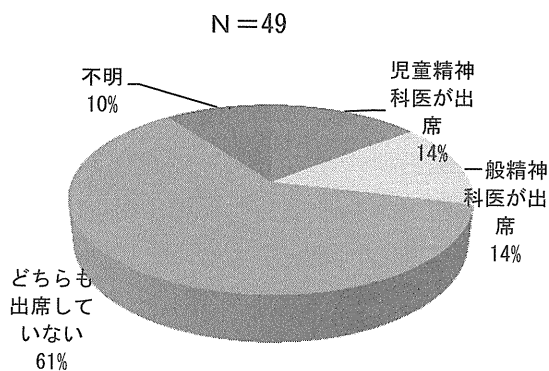


図9 連携会議への精神科医の出席状況

「どちらも出席していない」と回答した30施設にその理由を質問したところ、「必要は感じるが多忙なため要請していない」が13施設（43%）、「必要を感じない」が12施設（40%）とほぼ同数であった（図10）。

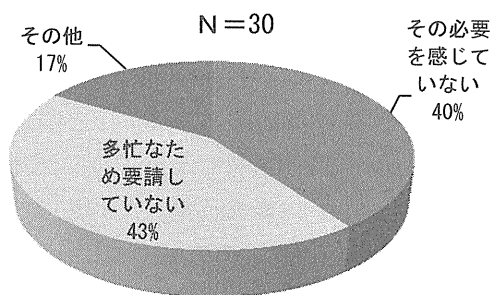


図10 精神科医が出席していない理由

### 3. 児童精神科・一般精神科医療機関との連携の現状

#### 1) ケース会議

児童相談所が主催するケース会議への、主治医（一般精神科医・児童精神科医）参加要請の頻度は、「月1回以上」が5施設（4%）、「年に数回」57施設（44%）、「年に1回程度」が10施設（8%）、「要請していない」が55施設（42%）であった（図11）。また、「年に1回程度」「要請していない」と回答した65施設にその理由を尋ねたところ、「主治医が多忙なため要請していない」が38施設（58%）と最も多く、「必要を感じていない」は7施設（11%）であった（図12）。

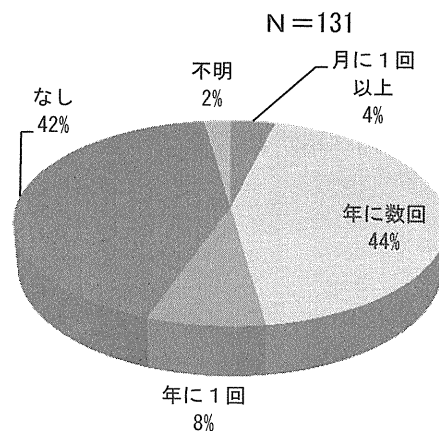


図11 ケース会議への主治医の参加要請

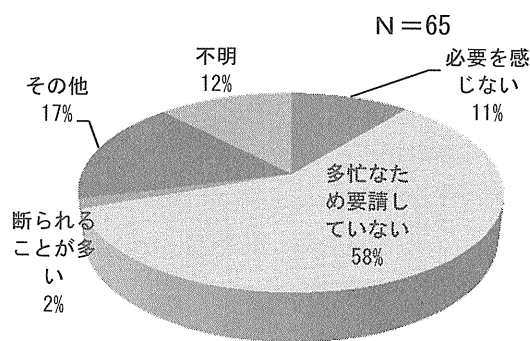


図12 ケース会議に要請しない理由

主治医が主催するケース会議への児童相談所職員の出席状況は、「月に1回以上」は1施設（1%）に過ぎず、「年に数回程度」が64施設（49%）、「年に1回程度」が11施設（8%）「ほとんどない」が52施設（40%）であった（図13）。また、「年に1回程度」「ほとんどない」と回答した63施設に不参加の利用を尋ねたところ、「要請がない」が45施設（79%）と大半を占めた（図14）。

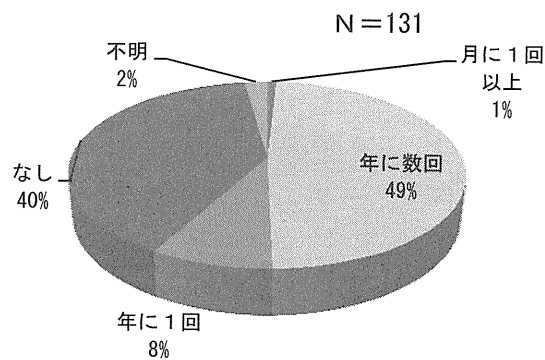


図13 主治医主催のケース会議への参加状況

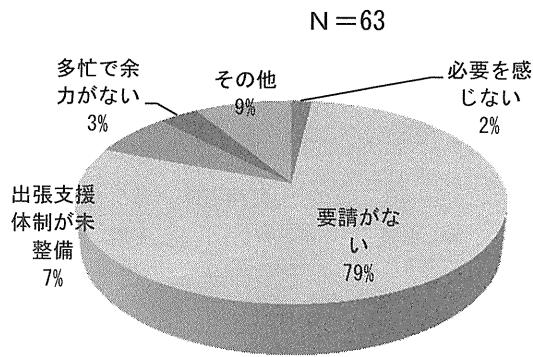


図 14 ケース会議に不参加の理由

2) 外来治療・入院治療が必要な子どもに対する医療機関の受け入れ状況

①外来治療

児童精神科医療機関への受診依頼の頻度は、「月1回以上」が31施設（24%）で、「年に数回程度」が86施設（58%）、「なし」が22（17%）であった（図15）。「年1回程度」「なし」と回答した23施設に受診依頼をしない理由を尋ねたところ、「地域に児童精神科医療機関がないから」が15施設（65%）と最も多かった（表4）

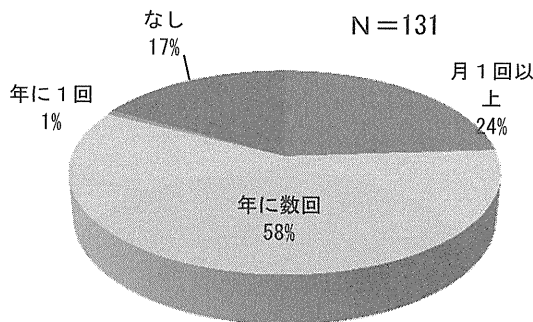


図 15 児童精神科医療機関への診察依頼の頻度

入院が必要と考えられたケース数（1年間あたり）は「20人以上」は1施設（1%）「10～20人」は10施設（8%）、「5～10人」は47施設（36%）、「5人以下」が71施設（54%）であった（図16）。また、そのうち実際に入院に至ったケースの比率は、「75%以上」が21施設（16%）、「50～75%」が21施設（18%）、「25～50%」が17施設（13%）、「25%以下」が62施設（47%）であった（図17）。入院に至らなかった理由としては、「地域に児童精神科医療機関がなく、一般精神科医療機関への

入院について本人や保護者の抵抗が強かった」が39施設（33%）と最も多く、その他「地域に児童精神科医療機関はあるが、入院の適応ではないと断られた」、「地域に児童精神科医療機関はあるが、入院について本人や保護者の抵抗が強かった」、「地域に児童精神科医療機関がなく、一般精神科医療機関から子どもは診られないと断られた」などが多かった（表5）。入院に至らなかったケースのその後の処遇としては「在宅のままフォローした」が71%と最も多く、その他は「一時保護」（23%）、「情緒障害児短期治療施設に入所」（12%）、「児童自立支援施設に入所」（10%）などであった（複数回答、表6）。

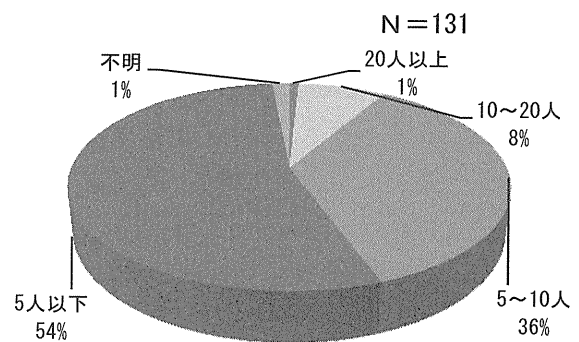


図 16 入院が必要と考えられたケース数（年間）

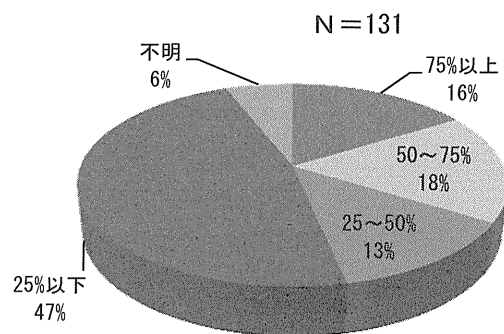


図 17 入院に至ったケースの比率

3) 一般精神科医療機関および児童精神科医療機関との連携の困難さ

一般精神科医療機関との連携の困難さについて、82施設（62%）が「困難さを感じている」と回答した（図18）。困難と感じる理由については「子どもの受診を断られることが多い」が45施設（55%）と最も多く、その他「子どもの入院を断

られることが多い」が40施設(49%)、「受診に対して保護者の抵抗感が強い」が30施設(37%)、「成人対象のため子どもの診断・治療に不安がある」が29施設(35%)などであった(複数回答、表7)。

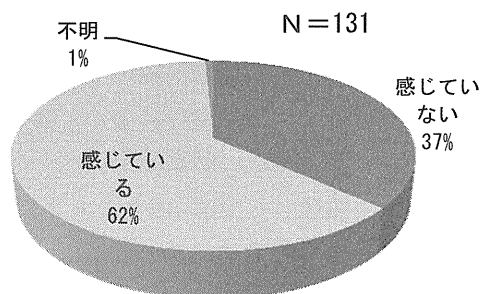


図18 一般精神科医療機関との連携の困難さ

児童精神科医療機関との連携の困難さについては100施設(76%)が「困難さを感じている」と回答した(図19)。困難と感じる理由については、「地域に児童精神科医療機関がない」が54施設(54%)と最も多く、以下「待機患者が多く、受診までに時間がかかる」が47施設(47%)、「病棟がなかなか空かないため、すぐに入院できない」が23施設(23%)、「児童精神科医が多忙で病状等を問い合わせにくい」が12施設(12%)など、児童精神科医療の多忙さを挙げるものが多かった(複数回答、表8)。

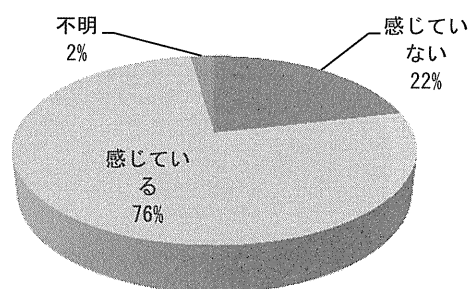


図19 児童精神科医療機関との連携の困難さ

4. 地域における児童精神科医療機関の必要性  
クリニックなど外来診療を行う児童精神科医療機関の必要性について、107施設(81%)が「必ず必要」と答えていた(図20)。また、児童精神科専門病棟など、子どもが入院できる病棟のある児童精神科医療機関については、118施設(90%)が「必ず必要」と応えていた(図21)。さらに入

院可能な医療機関が必要な行政単位については、「児童相談所の管轄地域に一つ」90施設(69%)と最も多く、「都道府県及び政令指定都市に一つ」が33施設(25%)であった(図22)。

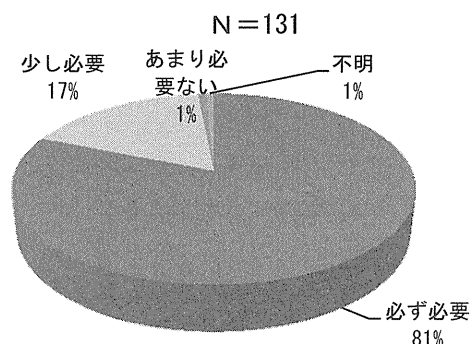


図20 外来診療を行う児童精神科医療機関の必要性

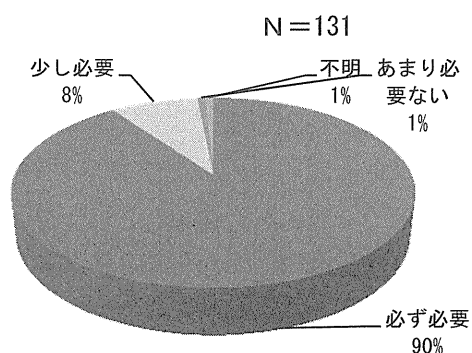


図21 入院可能な児童精神科医療機関の必要性

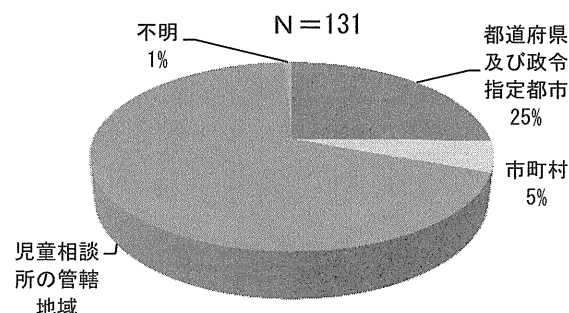


図22 入院可能な医療機関が必要な行政単位

## 5. 他のネットワーク活動の現状

他機関連携会議の他、地域で児童精神科医も参加して開催されているネットワーク活動では、「講義を中心とした研修会」が30施設(23%)、「症例検討会」が28施設(21%)、「児童精神科医によるスーパーバイズ」が21施設(16%)などであった(表9)。

## 5. 今後必要と考えるネットワーク活動

地域の関係機関の連携のために、今後必要と考えている活動については、「要保護児童地域対策協議会や多機関連携会議の充実」が93施設(71%)が最も多く、以下「ケース会議の充実」が89施設(68%)、「症例検討会」が50施設(41%)、「研修会・講演会」が41施設(30%)などであった(表10)。

## 6. 地域のネットワーク構築のために整備すべき条件

地域のネットワークを構築していくために整備されなければならない条件としては、「医療・福祉・教育などを所轄する行政レベルの連携」が97施設(74%)と最も多く、以下、「現場レベルの連携」92施設(69%)、「児童精神科医の増員」89施設(68%)、「児童精神科入院施設の整備」80施設(61%)などであった(表11)。

## D. 考察

### 1. 児童相談所における児童精神科医の業務

常勤の児童精神科医がいる児童相談所は10%、嘱託医がいる児童相談所は44%で、これらのうち約7割の児童相談所が児童精神科医のさらなる充足を求めている。児童精神科医が業務に関与していない児童相談所(46%)の9割以上が児童精神科医の勤務を必要と考えていた。それにもかかわらず、児童精神科医が勤務していない理由として「地域に児童精神科医がいない」が7割を占めていた。以上のことから、子どもの診察や保護者の相談、スーパーバイズなど、児童相談所での業務に関して児童精神科医へのニーズが高く、医療側がこれに応えるだけのマンパワーが提供できていないことが明らかとなった。したがって、今後、児童精神科医の常勤化や嘱託医の勤務時間の増加などの福祉サイドの制度上の対策と同時に、児童精神科医の育成や嘱託医の重要性の周知など医療サイドの対策が必要と考えられる。

## 2. 多機関による連携会議

要保護児童対策地域協議会に児童精神科医・精神科医が参加しているのは14%、その他の連携会議に集積しているのは29%に過ぎず、その理由としては「必要と感じているが、医師が多忙なため要請していない」が最も多かった。

昨年度の医療サイドのアンケート調査でも、不参加の理由として、「地域から要請がない」(52%)、「多忙で出席できない」(17%)などが多かった。以上のことから、要保護児童対策地域協議会を含む多機関連携会議には、児童精神科医へのニーズがありながらも、その多忙さから、要請していない(地域によっては児童精神科医がいないため要請できない)ことが明らかとなった。ここでも、児童精神科医のマンパワー不足、業務過多の改善策の必要性が浮き彫りになった。

## 3. ケース会議、児童相談所と精神科医療機関との連携

### 1) ケース会議

児童相談所が主催するケース会議に主治医が参加していない割合は42%で、その理由として「必要は感じているが、主治医が多忙なので要請していない」が過半数を占めていた。また、主治医が開催するケース会議には40%が「一度も参加していない」と答えており、その理由として「要請がない」が大半を占めていた。

昨年度の結果も考慮すると、福祉サイドでは児童精神科医の多忙さからケース会議を要請していない、医療サイドからは、多忙さから他機関とのケース会議が十分に開催できていない可能性が示唆された。医療サイドも福祉サイドもケース会議の重要性について認識していることは、他の質問への回答からも明らかであり、ケース会議開催のための環境作りの重要性が示唆された。

### 2) 福祉サイドから見た精神科医療機関との連携のしにくさ

一般精神科との連携は62%が困難さを感じており、その理由としては、「子どもの受診・入院を断られる」という課題を挙げた児童相談所が多



かった。その他、「保護者の抵抗感」や「診断・治療への不安」などを挙げていた。一方児童精神科との連携は76%が困難さを感じたが、その理由は一般精神科医療機関とは大きく異なり、「地域に児童精神科医療機関がない」「待機患者が多い」「空床がない」など、児童精神科医の不在・多忙さを挙げた児童相談所が多かった。

児童精神科医不足が速やかに改善することは困難であり、地域の児童精神科医療やネットワーク活動の担い手として、いわゆる「子どもも診れる一般精神科医・精神科医療機関」を増やしていくことが喫緊の課題と考えられた。

#### 4. 児童精神科医療へのニーズ

児童相談所の8割が、地域に外来診療を行う児童精神科医療機関が「必ず必要」と応えていた。入院可能な児童精神科医療機関に至っては、9割が「地域に必ず必要」と答えていた。さらに約7割が児童相談所管轄区域に一つ入院医療機関があることが望ましいと答えていた。

以上、福祉サイドからの児童精神科医療、特に入院可能な医療機関へのニーズが極めて高いことが明らかとなった。

しかし、我が国では現在、児童精神科専門病棟・専用病床のある都道府県は25程度にとどまっているのが現状である。このことを踏まえると、まず、児童精神科専門病棟・専用病床を持つ医療機関が、各都道府県に最低一つは整備されることが現実的な目標と考えられる。地域に中核医療機関が整備され、児童精神科の育成やアウトリーチ活動を積極的に展開することで、マンパワー不足の解消やネットワーク活動の充実に寄与すると考えられる。

#### 5. ネットワーク活動の課題と展望

関係機関の連携のために必要と考える活動について、「要保護児童地域対策協議会を含めた多機関連携会議の充実」「ケース会議の充実」を多く挙げていた。

ネットワーク整備の条件として、6割以上が、

「行政・現場レベルの連携」「児童精神科医の増員」「入院施設の整備」をあげていた。

医療サイドの調査結果も踏まえると、ネットワーク活動を展開するにはまず、「行政・現場レベルの連携」「児童精神科医の増員」「入院施設の整備」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ことが重要であると考えられた。

#### E. 結論

全国の児童相談所を対象とした調査から、担当圏域における児童精神科医療機関の未整備、児童相談所の嘱託医不足、要保護児童地域対策協議会への児童精神科医の出席率の低さ、児童精神科医療機関の待機患者の多さなど、児童精神科医のマンパワー不足・多忙さが明らかとなった。そしてこのことがネットワーク活動を停滞させている大きな要因であることが示唆された。また、一般精神科医療機関との連携は「子どもの受診を断られる」などを理由に連携しにくさを感じていることも明らかとなった。また殆どの児童相談所が、地域に児童精神科専門病棟や専用病床など入院可能な児童精神科医療機関を「必ず必要」と考えていた。以上のことから、ネットワーク構築には、「入院可能な児童精神科医療機関の整備」「児童精神科医の育成」「子どもも診れる一般精神科医の育成」などが医療サイドの前提条件であると福祉サイドが捉えていることが明らかとなった。さらに「行政および現場レベルの連携」を推進し、「ケース会議」「要保護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ことが重要であることが示唆された。

今後、昨年度実施した医療サイドの調査結果と詳細に比較しながら、児童青年精神科医療ネットワーク構築のために必要な整備、実施すべき児童青年精神科医療ネットワーク活動のあり方について検討していく必要がある。

## 文献

宇佐美政英：地域連携システムの可能性と問題点 市川市及び大分・別府地区における対応・連携システムについて. 児童青年精神医学とその近接領域, 48 (3) ; 124-130, 2007

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・福祉のシステムに関する研究」研究班（主任研究者 齊藤万比古）：精神疾患を背景に持つ児童思春期の問題行動に対する対応・連携システムの設置および運営に関するガイドライン. 児童思春期精神医療・保健福祉のシステムに関する研究, 平成 13—15 年度報告書

齊藤万比古、笠原麻里、佐藤至子他：児童思春期精神医療・保健・福祉のシステムに関する研究—I「現状調査アンケート」の結果と考察—. 児童思春期精神医療・保健福祉のシステムに関する研究, 平成 13 年度報告書

齊藤万比古、宇佐美政英、清田晃生他：行為の問題を抱えた児童思春期の子どもに関する地域連携システムの設置・運用に関する検討：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 年度報告書

山崎透、石垣ちぐさ、大石聡他：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. 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 22 年度報告書

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧

## 研究成果の刊行に関する一覧表

### 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
齊藤万比古、 宮崎央桂	思春期・青年期の特徴・症状	小野次朗, 小枝達也 (編)	ADHDの理解と援助	ミネルヴァ書房	京都	2011年8月	pp57-62
齊藤万比古	ADHD治療教育の今後の展望	小野次朗, 小枝達也 (編)	ADHDの理解と援助	ミネルヴァ書房	京都	2011年8月	pp211-215
齊藤万比古 (編著)			子どもの心の診療シリーズ6 子どもの人格発達障害	中山書店	東京	2011	
齊藤万比古 (編著)			発達障害が引き起こす不登校へのケアとサポート	学研教育出版	東京	2011	
飯田順三	ADHDの薬物療法	松下正明総編集	ADHDの薬物療法. 精神医学キーワード事典	中山書店	東京	2011	pp644-646
飯田順三	発達障害児の人格発達の可能性と限界	齊藤万比古総編集	子どもの心の診療シリーズ6 子どもの人格発達障害	中山書店	東京	2011	pp115-134
太田豊作、 飯田順三	薬物療法	青木省三編集	専門医のための精神科臨床 リュミエール23成人期の広汎性発達障害	中山書店	東京	2011	pp243-251
金生由紀子	チック症候群		精神科研修ノート			2011.6	pp463-465
金生由紀子	トゥレット障害の強迫性	松下正明総編集	精神医学キーワード事典	中山書店	東京	2011.7	pp41-43
金生由紀子	2.子どもの強迫性の展開と人格形成	齊藤万比古総編集	子どもの心の診療シリーズ6 子どもの人格発達障害	中山書店	東京	2011.9	pp152-169
亀岡智美	人格発達の阻害要因としての虐待	齊藤万比古, 笠原麻里編	子どもの人格発達障害	中山書店	東京	2011	p53-66
亀岡智美	子どものPTSDと薬物療法	藤森和美・前田正治編	大災害と子どものストレス	誠信書房	東京	2011	p50-52
亀岡智美	子どものPTSDの治療	飛鳥井望編	新しい診断と治療のABC70(最新医学別冊) 心的外傷後ストレス障害(PTSD)	最新医学社		2011	p200-207
桧屋二郎	外在化障害の展開と人格発達	齊藤万比古, 笠原麻里編	子どもの心の診療シリーズ6 子どもの人格発達障害	中山書店	東京	2011	p216-240
桧屋二郎	少年の性加害修正プログラム	松下正明総編集	精神医学キーワード事典	中山書店	東京	2011	p743-744

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
永田真由, 齋藤万比古	思春期の子どもを持つ家族への助言	小児内科	43(5)	935-938	2011
齋藤万比古	不登校・ひきこもりから見る現代のアドレッセンス	精神科治療学	26(6)	727-733	2011
太田豊作 飯田順三	子どもの発達障害とその周辺の問題	小児科臨床	64巻5号	881-887	2011
飯田順三 太田豊作	統合失調症と広汎性発達障害の鑑別および併存について	精神科診断学	4巻1号	91-96	2011
澤田将幸 飯田順三 根来秀樹 太田豊作 岸本年史	発達障害の事象関連電位とNIRS	児童青年精神医学とその近接領域	52巻4号	417-420	2011
太田豊作 飯田順三 岸本年史	成人の広汎性発達障害における補助診断ツールの意義	精神神経学雑誌	113巻11号	1137-1144	2011
金生由紀子	子どものチックとこだわり	小児科	52(4)	477-485	2011
金生由紀子	精神疾患の診断と治療Update 3.強迫性障害	小児科臨床	64(5)	21-28	2011
金生由紀子	強迫症状・こだわり (強迫性障害)	精神科臨床サービス	11(2)	243-247	2011
金生由紀子	トゥレット症候群を中心にmotoric強迫スペクトラム障害の捉え方・概念について	Bulletin of D&A	9(1)	6-8	2011.5
金生由紀子	併存症状-チック、トゥレット、発達性協調運動障害	別冊発達31 『ADHDの理解と援助』		69-75	2011.8
金生由紀子	トゥレット障害と強迫性障害との関連	精神科診断学	4(1)	86-90	2011.8
亀岡智美	心的外傷関連障害	小児科臨床	Vol.64.No.5	889-896	2011
亀岡智美, 元村直靖, 瀧野揚三, 岩切昌宏, 野坂祐子, 加藤寛, 平山照美, 兼平高子, 住田佑子, 安部紫	子どものトラウマへの標準的診療に関する研究. (「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究」主任研究者: 奥山真紀子)	平成22年度厚生労働科学研究(成育疾患克服等次世代育成基盤研究)報告書		p235-237	2011
亀岡智美	虐待されている? [児童虐待]	こころの科学増刊		p34-39	2011
加藤寛, 岩井圭司, 亀岡智美, 小西聖子, 廣常秀人, 藤森和美	東日本大震災における日本トラウマティック・ストレス学会が果たすべき役割について	Japanese Journal of Traumatic Stress	Vol9. No2	117-119	2011
齋藤卓弥	子どもの気分障害	小児科臨床(0021-518X)	64巻5号	Page845-852	
宇佐美政英, 齋藤万比古, 傳田健三, 齋藤卓弥, 岡田俊, 松本英夫, 山田佐登留	児童・青年期におけるSSRI/SNRIの使用実態と安全性に関する全国調査	児童青年精神医学とその近接領域	52巻1号	Page21-35	2011.02
藤田純一, 西田敦志, 高橋雄一, 新井卓, 伊藤弘人, 岡崎祐士	児童思春期精神科治療施設の初回エピソード精神病に対するサービスク調査	精神医学	53	891-897	2011
新井卓	統合失調症を中心とする精神病性障害の診断と治療-前駆状態と初回エピソード精神病を中心に-	小児科臨床	64	864-869	2011
藤田純一, 新井卓, 高橋雄一, 河野美帆, 黒江美穂子, 豊原公司, 庄紀子, 南達哉, 齋藤万比古	児童青年精神科領域の精神病性障害に対する診断・支援に関する意識調査~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・治療の標準化にむけて~、(現在投稿中)	児童青年精神医学とその近接領域			
渡部京太	発達障害/発達特性から見えてくる臨床の工夫 併存する精神症状や精神的な状態像に応じた治療・支援 反応性の不安や抑うつ	精神科臨床サービス	11	234-237	2011
渡部京太	精神疾患の診断と治療Update 5. 不安障害-不登校・ひきこもりとの関連を中心に-	小児科診療	64(5)	871-879	2011.5
渡部京太	集団精神療法を通じた若手精神科医への力動的療法教育	青年期精神療法	8(1)	36-42	2011
渡部京太	広汎性発達障害と素行障害	児童青年精神医学とその近接領域	52(2)	114-127	2011
渡部京太, 他	児童・思春期の集団療法を考える-国府台病院児童精神科の取り組み	集団精神療法	27(2)	287-293	2011
榎屋二郎	発達障害を抱えた非行少年への少年院における矯正の実際~性加害矯正などを中心に~	児童青年精神医学とその近接領域	52	522-526	2011
久島周, 岡田俊, 尾崎紀夫	発達期精神障害: 発達障害を中心に	Brain and Nerve	64(2)	139-147	2012
岡田俊	小児期精神疾患における強迫性・衝動性と薬物療法 広汎性発達障害との関連を中心に	臨床精神薬理	14巻4号	599-605	2011
岡田俊	小児期精神疾患と強迫スペクトラム	精神神経学雑誌	113(10)	992-998	2011
小平雅基	児童思春期精神医療において「家族療法的な視点」を持つ意義について	精神療法	37(6)	684-687	2011
黒木俊秀, 瀬口康昌, 宮下聡, 小平雅基ほか	小児・思春期うつ病の治療ガイドライン-英国と北米における現況-	臨床精神医学	40	1203-1212	2011

#### IV. 研究成果の別刷

## 統合失調症と広汎性発達障害の鑑別および併存について

飯田 順三<sup>1)</sup> 太田 豊作<sup>2)</sup>

**要 旨：**アスペルガー障害の概念が浸透するに従い発達障害の概念が拡大し、一旦解決されたかにもえた発達障害と統合失調症の鑑別の問題が再び浮上してきた。近年統合失調症の病前徴候として会話/言語の障害、運動機能障害、注意機能障害、社会機能障害、認知障害などが挙げられこれらはまさに広汎性発達障害の症状でもあり事態を複雑にしている。しかし症状を丁寧にみると、広汎性発達障害の妄想は生育歴上のこだわり史であり、状況の変化で急激に症状が軽快することがある。また自我の視点からも統合失調症では健常者と同様に間主観性の形成と関連しながら自我が成立しているが、広汎性発達障害では間主観性が未形成であるために健常者とは異なった異質な自我が形成されると考えられる。また鑑別の補助的手段として自閉性スペクトル指数(AQ-J)や日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度(PARS)やJapanese Adult Reading Test(JART)が有効である。

Key words : schizophrenia, pervasive developmental disorder, differentiation, comorbidity

### I 統合失調症と広汎性発達障害の概念の変遷

子どもの統合失調症の概念はこれまで非常に混乱を体験しており、時代によってその意味するものがかなり異なっている。1911年にBleulerが早発性痴呆を統合失調症として概念化しなおした際に、5%は児童期に発症するとしているが、症状論的には成人期発症例と特に差異を見出していない。児童期発症統合失調症概念を最も混乱させたのは、1943年にKanner (1943)によって提唱された早期幼児自閉症概念である。Kannerは早期幼児自閉症を児童期発症統合失調症症状が最も早期に出現したものと考えてもよいかもしれないと述べ、自閉症と統合失調症の異同が議論となり、混乱が続いた。しかし1960年代後半になり、Rutter (1968)は自閉症の言語認知障害説を唱え、自閉症が統合失調症とは異なる病態であることを主張し

た。さらにKolvin (1971)は発症年齢の違いから両者は別の病態であることを示唆した。こうした研究に基づき1980年に発表されたDSM-IIIにて、自閉症は発達障害と定義され統合失調症とは明確に区別されることとなった。

このように一旦問題は解決されたかにもえたが、近年アスペルガー症候群が脚光を浴びるに従ってこの問題は再び浮上することとなった。これまでは自閉症といえばKanner型の自閉症、いわゆる自閉症の中核群しか念頭になかったのであるが、1994年に発表されたDSM-IVで初めてアスペルガー障害が登場した。このアスペルガー障害という概念が飛躍的に発達障害の概念を拡大することとなった。これまでは違和感を覚えながらも統合失調症としていた症例を発達障害の視点で捉えなおすと見事にアスペルガー障害に合致する症例に遭遇する機会が増加してきたのである。

しかしそうなると今度は逆にアスペルガー障害

の過剰診断の可能性が出現してきた。乳幼児期における発達上の問題が認められることが発達障害と診断する大前提であるが、アスペルガー障害のような場合には乳幼児期には行動上の問題が目立たず、思春期以後になって問題化してくることが多い。そのため乳幼児期の詳細な情報が得られず、現在の症状のみで診断することとなる。縦断的な視点を持っていないために、発達障害であれば乳幼児期からの問題であり、統合失調症であればある時点から発病するというきわめて明解な鑑別方法を用いることが困難となっている。そこで広汎性発達障害と統合失調症の関連性や鑑別について精神病理学的、生物学的の両面から検討してみる。

## II 広汎性発達障害の症状と児童期発症統合失調症の病前徴候

近年、児童期発症統合失調症の病前徴候としてさまざまな症状が取り上げられている。Remschmidt (2002) は病前兆候として神経学的ソフトサインや会話/言語の障害そして認知障害がみられると報告している。Nicolsonら (2000) は会話/言語の障害に加えて男児では運動機能障害を挙げている。Silverstein, Mavrolefteros, and Turnbull (2003) は病前徴候として注意機能障害を取り上げ、Reichenbergら (2006) は低い知能指数 (IQ) をそしてMonte, Goulding, and Compton (2008) は学業成績の悪化を挙げている。また会話/言語の障害や読字障害、書字障害に加えさらに社会機能障害を取り上げている報告 (Vourdas, Pipe, Corrigall, & Frangou, 2003) もみられる。しかしこれらの多くはまさに広汎性発達障害の症状でもある。つまり児童期発症統合失調症の病前徴候は広汎性発達障害の症状でもあるのである。

そこで児童期発症統合失調症の発症前に存在する広汎性発達障害の症状が特殊な児童期発症統合失調症のリスク要因となるかを明らかにするために、NIMH研究の一環として全米規模でリクルートした症例が調べられた。Spornら (2004) は75名の児童期発症統合失調症のうち19名 (25%) が過去

に広汎性発達障害 (自閉症1名、アスペルガー障害2名、特定不能の広汎性発達障害16名) の診断を受けていたことを見出し、広汎性発達障害併存群と非併存群を比較した。その結果、発症年齢、IQ、薬物の反応性、家族負因、脳容量、候補遺伝子群では有意差はみられなかった。つまり児童期発症統合失調症の病前の広汎性発達障害の症状は児童期発症統合失調症発症のリスク要因として付加的に作用するという仮説は否定され、重篤な早期の神経発達障害を反映する非特異的なマーカーであると結論づけられた。

このように児童期発症統合失調症の乳幼児期の早期徴候に注目すると広汎性発達障害と症状が重なる部分がみられる。DSM-IVでは過去に広汎性発達障害の診断があっても1ヵ月以上著明な幻覚や妄想があれば統合失調症を追加診断できる。しかし一般的に広汎性発達障害に統合失調症が併存するのは2～3%程度であろうとされている。安易に併存症例とせずに丁寧に観察して鑑別する必要があるであろう。そのためには今後乳幼児期の神経発達障害について精査し、特に模倣や共同注意などについて差異を検討しなければならない。また脳画像研究や遺伝子研究を進めることも重要である。さらに診断があいまいになり、さまざまなものが混在してきた特定不能の広汎性発達障害群についての研究も必要となるであろう。

## III 広汎性発達障害と統合失調症との関連性と鑑別

### 1) 思春期の広汎性発達障害の特徴

広汎性発達障害児も心の理論を通過すると、他人との違いに気づくようになり他者からみた自分という観点が成立する。そうなるとこれまでのいじめ体験も重なり、被害的に考えることが多くなり、被害関係念慮から妄想にまで発展することもある。また自閉的ファンタジーへの没頭により独語や空笑がみられることもあり、こだわりが強迫症状類似の形を呈するようになる。さらに解離症状を呈したり、過去の記憶が鮮明に想起されパ



ニック症状を呈するタイムスリップ現象が妄想と混同されることもある。平山ら(2006)の報告によると青年期以降の広汎性発達障害の初診時に認められた症状として、抑うつ状態、不安・焦燥感、パニック発作、ひきこもり、睡眠障害などがみられ、幻覚や妄想も18.4%に認められた。つまり思春期以降の広汎性発達障害では統合失調症様症状が多くみられるのである。しかし広汎性発達障害に統合失調症が併存する頻度は概ね2～3%であり、広汎性発達障害の呈する幻覚や妄想はストレスに対する一過性、反応性の精神病状態と考えられる。

## 2) 広汎性発達障害と統合失調症の鑑別

### 1. 症状による鑑別

#### A. 妄想による差異

石井(2004)は広汎性発達障害の妄想が統合失調症の妄想と異なる点として①着想は発病という文脈で捉えるよりもむしろ、生育歴上のこだわり史とも云える遍歴の延長線上にある。②広汎性発達障害の人にしばしばみられる相対的な価値判断の困難さや思考の柔軟さの不足による。③奇妙な着想と思い込みに基づく習慣をさしたる契機もなく唐突に放棄すると述べている。つまり広汎性発達障害における妄想は生育史を通して認められ、状況依存的で体系化せず、一過性であり、状況の変化で急激に症状が軽快することがある。薬物療法への反応は少量で著効する場合と効果が感じられない場合とに分かれる。

#### B. 間主観性による差異

自我の差異によって鑑別することもできる。広沢ら(2008)によると統合失調症の場合自我の成立不全を核とする自我障害であり、その際の自我とはいわゆる健常者のもつ自我構造を基本に考えられるものである。一方広汎性発達障害は自我そのものが健常者や統合失調症患者の発達とは、そもそも異なった経過を辿っており、健常者とは異質な自我であると考えられる。つまり統合失調症患者では健常者と同じように間主観性の形成と関連しながら自我が成立していくが、広汎性発達障害

患者では間主観性とは別様の自我構造を形成していくと推測される。間主観性とは自分に意図、感情など「心」があり、それを他者の「心」と共有できたり、他者の「心」をたよりに行動できたりすることである。乳児は早期から親が自分に関心を向けているかどうかを敏感に察知する能力を持っており、この相手の感じている世界を察知することが間主観性である。統合失調症ではこの間主観性の形成と関連しながら自我が形成されるが、広汎性発達障害では間主観性が未発達のまま自我が形成される。この異質な自我のために広汎性発達障害では、作為体験、思考伝播、思考吹入、自我漏洩体験などの自我障害はまれである。

関係性という観点から鑑別すると統合失調症は関係性を恐れ、広汎性発達障害は関係性に無頓着であるといえるかもしれない。これは自我の形成と無関係ではない。間主観性の形成と密接に関わりながら自我の形成不全となる統合失調症では他者の侵入を恐れるため関係性を恐れる。しかし間主観性が形成されずに異質な自我構造をもつ広汎性発達障害では他者との関係に無頓着である。広汎性発達障害が他者の関与を拒絶するのは自分の思いどおりにしたいためである。あるいは感覚過敏なために過剰な刺激が頭に入ると混乱するために刺激を避けようとして他者を避けるのである。

### 2. 評価尺度による鑑別

#### A. 自閉性スペクトル指数日本版

(Autism-Spectrum Quotient : AQ-J)

英国のBaron-Cohen, Wheelwright, and Skinner(2001)によって開発された50項目からなる正常知能成人を対象とした自記式質問票であり高機能広汎性発達障害のスクリーニング尺度としての機能がある。栗田ら(2003)により日本版の信頼性と妥当性も検討されており、高機能広汎性発達障害のカットオフは32点とされている。本尺度は成人での自閉性を測定する尺度として有用であり、人格と発達障害の関連を解明する尺度としても期待されている。

著者らは18歳以上の外来通院患者82名(広汎性発達障害20名、注意欠如多動性障害3名、非発達

障害59名)を対象としてAQ-Jを施行したところ、広汎性発達障害患者20名中19名が陽性であった。しかし非発達障害群でも59名中17名が陽性であり、その偽陽性は統合失調症6名、パーソナリティ障害4名、適応障害2名、不安障害2名などであった。感度は0.95、特異度は0.71でありAQ-Jが補助診断の有用なツールとなる可能性が示唆された。

#### B. 日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度 (Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale : PARS)

幼児期から成人期のいずれの年齢段階でも対応可能で、あらゆる認知発達水準のPDD者の行動を捉え得る尺度である。専門医以外の臨床家がスクリーニングとして用いることができる。神尾ら(2006)により思春期から成人期を対象にした場合の信頼性と妥当性が検証されている。57項目から成り、幼児期項目のカットオフは10点で、思春期成人期項目のカットオフは20点とされている。この広汎性発達障害思春期成人期尺度はスクリーニングツールとして、また総合的な支援計画立案の基礎資料として有用である。

著者らは18歳以上の外来通院患者82名(広汎性発達障害20名、注意欠如多動性障害3名、非発達障害59名)を対象としてPARSを施行したところ、広汎性発達障害患者20名中12名が陽性であった。偽陰性は特定不能の広汎性発達障害5名、アスペルガー障害3名であった。また非発達障害群59名中19名が陽性であり、偽陽性は統合失調症5名、不安障害4名、気分障害3名、パーソナリティ障害3名などであった。感度は0.60で特異度は0.68であり、開発時より低値であった。この要因として高機能群が多かったことや養育者に問題意識が乏しく、情報提供が不十分となった可能性がある。また特異度が低くなった要因としてはPARSに被害念慮や気分変動などの併存症の項目があり、非発達障害群でも加点されたことが考えられる。開発時とは対象患者が異なるために、成人精神科外来患者を対象とする場合はカットオフ値を変更する必要があるかもしれない。今後検討すべき課題である。

#### C. Japanese Adult Reading Test (JART)

JARTは英国で開発されたNational Adult Reading Test (NART)を日本語に応用したものである。NARTは綴りに対して不規則な音読をもつ50英単語の音読課題である(Nelson, 1982)。健常者ではそれらの音読能力がWAISのIQとよく相関し、認知症患者においては保持されることから認知症患者の病前IQを発症後に推定することができる。また認知症だけでなくさまざまな精神疾患患者を対象に病前IQの推定に広く用いられているテストである。

近年、日本語版NART (JART)が松岡ら(2002)により軽度認知症患者を用いて標準化された。これは漢字2～3文字からなる単語100語の読みテストであり、日本人患者においても病前IQが測定可能となった。そこで植月ら(2006)は統合失調症は発病後に知的機能が減弱することが指摘されていることから統合失調症発病前IQを推定する尺度としてJARTを使用した。その結果、健常群では現在の知能を測定するWAIS-R-IQとJART-IQの間に差はなかったのに対し、統合失調症患者においてはJART-IQがWAIS-R-IQよりも有意に高かった。このことからJARTは統合失調症患者の病前IQを推定できることが示唆された。

今回著者らは広汎性発達障害は経年後もIQが低下しないと考えられていることを利用して、JART-IQとWAIS-R-IQを同時に測定することで、統合失調症と広汎性発達障害の鑑別に利用できるのではないかと考えた。つまり統合失調症ではJART-IQ > WAIS-R-IQで、広汎性発達障害ではJART-IQ = WAIS-R-IQであるという仮説を立てた。

性別、年齢、GAF、JART-IQについて統合失調症群16名と広汎性発達障害群16名をマッチさせて比較検討した。その結果、疾患(統合失調症群、広汎性発達障害群)と検査別IQ (JART-IQ、WAIS-R-IQ)の交互作用が有意( $p=0.003$ )であった。統合失調症群、広汎性発達障害群ともにWAIS-R-IQがJART-IQよりも有意に低下したが、統合失調症群の方がその低下は大きいことが示された。この結果からJART-IQとWAIS-R-IQの測定が統

合失調症と広汎性発達障害を鑑別する一助となる可能性が示唆された。今後さらに対象数を増やして、JART-IQとWAIS-R-IQの差がどの程度であれば診断に有用となりえるかについて検討していく必要がある。

### 3. 脳画像研究による差異の検討

脳画像所見による広汎性発達障害と統合失調症の最も異なる点は脳体積の変化である。広汎性発達障害では生後数年の間に前頭葉、頭頂葉、側頭葉の白質が増大し、児童期以後は徐々に健常群と差がなくなる (Hazlett et al, 2005)。統合失調症では全脳体積は病前より減少し、発病後も減少するといわれている。

前頭葉の機能障害については広汎性発達障害も統合失調症もSPECTにて前頭葉の血流低下が報告されている (桑原斉, 2008)。前頭葉は実行機能や社会性あるいは言語機能、模倣などに関わる部位であるといわれている。実行機能を要する課題において広汎性発達障害も統合失調症も前頭葉の賦活が低下するという報告が多数みられている。社会性の障害に関する部位については広汎性発達障害ではmirror neuron systemが存在するとされる右下前頭回で活性が低下しており (Dapretto et al, 2006)、心の理論が関与する部位とされる上側頭溝でも血流の低下が報告されてい

る (Zilbovicius et al, 2006)。また表情認知課題において扁桃体で賦活低下し、顔の認知課題において紡錘状回で賦活低下がみられた (Schultz et al, 2000)。

社会性の障害とその背景にある生物学的基盤については広汎性発達障害と統合失調症とでその異同が長らく議論されてきた。その疑問を明らかにするためにPinkham, Hopfinger, Pelphrey, Piven and Penn (2008) は f MRI研究で表情認知を課題として広汎性発達障害と統合失調症の直接的な比較を行った。この研究では広汎性発達障害群、妄想のある統合失調症群、妄想のない統合失調症群と健常群の4群を対象とし、測定を行っている。その結果、妄想のある統合失調症群では広汎性発達障害群と同様に前頭葉、扁桃体、紡錘状回における賦活の低下が認められ、広汎性発達障害と統合失調症の社会性の障害が一部共通の生物学的基盤をもつことが明らかにされた。

いずれにせよ診断に際して広汎性発達障害を念頭に置いておくことが患者にとって有用でなければならない。発達障害の概念を取り入れることでその患者を理解し、患者自身も自己理解、自己受容につながる事が大事である。また周囲の理解により、折り合いながら共生する道を探ることが支援の目標となる。患者が社会の中で生きやすくなる事が何よりも大切なのである。

### 引用文献

- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Skinner, R. (2001). The autism-spectrum quotient(AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 31, 5-17.
- Dapretto, M., Davies, M.S., Pfeifer, J.H., Scott, A., Sigman, M., Bookheimer, S.Y. et al. (2006). Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nature Neuroscience* 9, 28-30.
- Hazlett, H.C., Poe, M., Gerig, G., Smith, R.G., Provenzale, J., Ross, A. et al. (2005) Magnetic resonance imaging and head circumference study of brain size in autism: Birth through age 2 years. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1366-1376
- 平山 照美, 亀岡 智美, 木村 美加(2006). 青年・成人期の広汎性発達障害支援における課題—大阪府こころの健康総合センターでの取り組みより—, 第47回日本児童青年精神医学会総会抄録集 273.
- 広沢 郁子, 広沢 正孝, 市川 宏伸(2008). 小児統合失調症とアスペルガー症候群. *精神科治療学*, 23, 155-163.
- 石井 卓(2008). アスペルガー症候群: 統合失調症との鑑別. *精神科治療学*, 19, 1069-1075.

- 神尾 陽子, 行廣 隆次, 安達 潤 (2006). 思春期から成人期における広汎性発達障害の行動チェックリスト. *精神医学*, *48*, 495-505.
- Kanner, L.(1943). Autistic disturbance of affective contact. *The Nervous Child*, *2*, 217-250.
- Kolvin, I.(1971) Studies in childhood psychosis : I . Diagnostic criteria and classification. *British Journal of Psychiatry*, *118*, 381-395.
- 栗田 広, 長田 洋和, 小山 智典, 宮本 有紀, 金井 智恵子, 志水 かおる(2003). 自閉性スペクトル指数日本版(AQ-J)の信頼性と妥当性. *臨床精神医学*, *32*, 1235-1240.
- 桑原 斉(2008). 広汎性発達障害と統合失調症の鑑別と治療 生物学的見地から -脳画像を中心として-. *最新精神医*, *13*, 239-247.
- 松岡 恵子, 金 吉晴, 廣 尚典(2002). 日本語版National Adult Reading Test(JART)の作成. *精神医学*, *44*, 503-511.
- Monte, R.C., Goulding, S.M., & Compton, M.T.(2008). Premorbid functioning of patients with first-episode nonaffective psychosis: A comparison of deterioration in academic and social performance, and clinical correlates of Premorbid Adjustment Scale scores. *Schizophr Research*, *99*, 1-7.
- Nelson, H.(1982). The National Adult Reading Test(NART) Test Manual. NFER-Nelson, Windsor.
- Nicolson, R., Lenane, M., Singaracharu, S., Malaspina, D., Giedd, J.N., Hamburger, S.D., et al.(2000). Premorbid speech and language impairments in childhood-onset schizophrenia: association with risk factors. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 794-800.
- Pinkham, A.E., Hopfinger, J.B., Pelphrey, K.A. Piven, J., & Penn, D.L.(2008). Neural bases for impaired social cognition in schizophrenia and autism spectrum disorder. *Schizophrenia Research*, *99*, 164-175.
- Reichenberg, A., Weiser, M., Caspi, A., Knobler, H.Y., Lubin, G., Harvey, P.D., et al. (2006). Premorbid intellectual functioning and risk of schizophrenia and spectrum disorders. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *28*, 193-207.
- Remschmidt, H.(2002). Early-onset schizophrenia as a progressive-deteriorating developmental disorder: evidence from child psychiatry. *Journal of Neural Transmission*, *109*, 101-117.
- Rutter, M.(1968). Concepts of autism; A review of research. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *9*, 1-25.
- Schultz, R.T., Gauthier, I., Klin, A., Fubright, R.K., Anderson, A.W., Volkmar, F. et al. (2000). Abnormal ventral temporal cortical activity during face discrimination among individuals with autism and Asperger syndrome. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 331-340.
- Silverstein, M.L., Marvrolefteros, G., & Turnbull.(2003). Premorbid factors in relation to motor, memory, and executive functions deficits in adult schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *61*, 271-280.
- Sporn, A.L., Addington, A.M., Gogtay, N., Ordnez, A.E., Gornick, M., Clasen, L., et al. (2004). Pervasive Developmental Disorder and Childhood-Onset Schizophrenia: Comorbid Disorder or a Phenotypic Variant of a Very Early Onset Illness? *Biological Psychiatry*, *55*, 989-994.
- 植月 美希, 松岡 恵子, 金 吉晴, 荒木 剛, 管 心, 山末 英典 他(2006). 日本語版National Adult Reading Test(JART)を用いた統合失調症患者の発病前知能推定の検討. *精神医学*, *48*, 15-22.
- Vourdas, A., Pipe, R., Corrigan, R., & Frangou, S.(2003). Increased developmental deviance and premorbid dysfunction in early onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *62*, 13-22.
- Zilbovicius, M., Meresse, I., Chabane, N., Brunelle, F., Samson, Y., & Boddaert, N. (2006). Autism, the superior temporal sulcus and social perception. *Trends in neurosciences*, *29*, 359-366.
- 1) 奈良県立医科大学看護学科人間発達学  
〒634-8522 奈良県橿原市四条町840
- 2) 奈良県立医科大学精神医学教室  
〒634-8522 奈良県橿原市四条町840
- 連絡担当者 : tel 0744-29-8942  
e-mail jiida@naramed-u.ac.jp
- Differentiation and Comorbidity of schizophrenia and pervasive developmental disorder
- Junzo Iida, Toyosaku Ota  
Nara Medical University, Faculty of Nursing, Human Development  
840 Shijocho, Kashihara, Nara 634-8522, Japan