

離席するかを観察した上で決める。一コマ中に10回離席する子であれば、目標回数はまずその7割、7回程度を目標とする。いきなり0回は無理であり、健常な子でも1~2回は離席している。目標が達成されてきたら、目標を少し高くし、報酬も変化をつけて、子どもが常にわくわくするようなDRCを学校と家庭で改訂しながら続けることがポイントである。家庭での問題行動が主体の子は家庭でのDRCを作っても良い。子どもによっては、学校と家庭、2種類のDRCでがんばっている子もいる。

3. ADHDの診断がついた子どもへの薬物療法

わが国では、齋藤らによる児童精神科医を中心としたADHDの診断・治療ガイドライン第3版³⁾、宮島らによる小児科医を中心としたADHDの診断・治療ガイドラインがある⁹⁾。いずれのガイドラインも、まず上述したような心理社会的療法を用いること、数ヵ月間の心理社会的療法によっても効果が認められず、事態が悪化していく場合に薬物療法を用いることを勧めている。

長時間作用型のメチルフェニデート製剤のコンサータ[®]と、選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害薬のアトモキセチン(ストラテラ[®])の2剤が、わが国でADHDに使える薬剤である。いずれも6歳~18歳未満の適応年齢である。両者とも小児期からの継続投与例に限り、18歳以上まで継続処方が認められている。

齋藤らは、児童青年精神医学会の医師会員および小児神経学会の専門医への全国調査(2004)の結果、半数以上が実施している治療法は多い順に、薬物療法、親ガイダンス、学校との連携、子どもとの面接であった⁸⁾。「親ガイダンス」とは、親を支援者と位置づけ、ADHDの特性、問題行動への対応法についての情報を提供し、教育するものである。この中には、行動療法的アプローチやペアレント・トレーニングも含まれるべきであるが、わが国では、まだ普及が不十分であり十分な教育ができていない。「学校との連携」は、学校担任への医学的観点からの環境調整についてのアドバイス、情報共有、特別支援教育コーディネーターやスクールカウンセラーとの連携等を含む。「子どもとの面接」とは、行動療法的課題を適宜組み込んだ

支持的な精神療法であるが、高学年になるとADHDについての本人への説明、教育が重要になってくる。子どもの抱えている問題に対して、具体的な対応方法を丁寧に教えていくことが大切である。子ども自身にアプローチする行動療法やSST, Sports Skills Trainingを含む包括的治療法としては、夏休みを利用したサマートリートメントプログラム(Summer Treatment Program; STP)があるが、わが国での普及は今後の課題である¹⁰⁾。

謝辞 本研究は、精神・神経研究開発費(22-6)発達障害の診断および治療法開発に関する臨床研究(主任研究者:稲垣真澄),および文部科学省科学研究費補助金基盤研究(C)課題番号23591519によって行われた。

文 献

- 1) Matsuishi, T., Nagano, M., Araki, Y., Tanaka, Y., Iwasaki, M., Yamashita, Y., Nagamitsu, S., Iizuka, C., Ohya, T., Shibuya, K., Hara, M., Matsuda, K., Tsuda, A., Kakuma, T.: Scale properties of the Japanese version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): A study of infant and school children in community samples. *Brain & Development*, 30(6): 410-415, 2008.
- 2) Iizuka, C., Yamashita, Y., Nagamitsu, S., Yamashita, T., Araki, Y., Ohya, T., Hara, M., Shibuya, I., Kakuma, T., Matsuishi, T.: Comparison of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) scores between children with high-functioning autism spectrum disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Brain & Development*, 32(8): 609-612, 2010.
- 3) 小枝達也: 鑑別診断, 身体疾患との鑑別. 齋藤万比古, 渡部京太編: 改訂版注意欠陥/多動性障害-AD/HD-の診断・治療ガイドライン, じほう社, 東京, pp81-99, 2006.
- 4) 糸数直哉, 糸数智美: 「落ち着きがない, 多動である」ときにはどのような疾患が考えられ, どのように鑑別していけばよいですか? 軽度発達障害Q & A. *小児内科*, 39: 174-177, 2007.
- 5) 井上雅彦: ADHDと環境調整 そだちの科学. 特集 ADHD 日本評論社, 東京, 62-66, 2006.
- 6) 岩坂英巳, 中田洋二郎: 井潤知美編: AD/HD児のペアレント・トレーニングガイドブック-家庭と医療機関・学校をつなぐ架け橋. じほう, 東京, 2004.
- 7) 大隈絃子, 伊藤啓介監修: 肥前方式親訓練プログラムAD/HDをもつ子どものお母さんの学習室. 二瓶社, 東京, 2005.
- 8) 北道子: 行動変容療法-ペアレント・トレーニングの考え方と実際 医師のための発達障害児・者診断治療ガイド 最新の知見と支援の実際. 加我牧子, 稲垣真澄編, 診断と治療社, 東京: 153-160, 2006.
- 9) 宮島祐, 田中英高編: 小児科医のための注意欠陥/多動性障害の診断・治療ガイドライン. 中央法規出版, 東京, 2007.
- 10) 山下裕史朗, 向笠章子編: くるめSTP書籍プロジェクトチーム著: 夏休みで変わるADHDをもつ子どものための支援プログラム-くるめサマートリートメントプログラムの実際-. 遠見書房, 東京, 2010.

療育へのとりくみ—ADHD への支援活動

—NPO 法人くるめ STP—

山下裕史朗*^{1,2} 向笠章子*^{2,3} 多田泰裕*^{2,4}
 兒玉尚子*^{2,5} 藤田史恵*^{2,5} 松石豊次郎*¹

はじめに

注意欠陥多動性障害 (attention deficit hyperactivity disorder: ADHD) への支援には、子ども自身への支援、家族への支援、子どもに関わる保育士、教師など専門職への支援などがある。ほとんどの医療機関では、限られた診療時間、マンパワーの中で ADHD だけでなく、さまざまな発達障害やその他の疾患を診ていかなければいけない。親への簡単なガイダンスや、必要なケースに薬物治療を行うのが精一杯で、それ以上の包括的治療を行うことは困難である。

私自身も同じ悩みを 1990 年ごろ感じていた。ADHD 診療に閉塞感を感じていたころ出会ったのが、当時アメリカ New York 州立大学 Buffalo 校でモデルプログラムとして数々の受賞に輝く ADHD 児への Summer Treatment Program (STP) を中心とした包括的治療を完成させていた Pelham 教授であった。幸い、2003 年夏に Buffalo で研修を受ける機会を得た¹⁾。その後 2005 年か

ら 7 年間、Pelham 教授および Buffalo スタッフはじめ地域の多くの方々の協力を得て、北米以外では初の STP を福岡県久留米市で実践してきた。

STP を地域で実践し、継続するためには、医療、教育、心理などさまざまな専門家が連携して総合的支援体制を構築することが必要となる。より安定した STP の継続と他地区への STP の普及、広範囲に ADHD の理解啓発を推進するために、「NPO 法人くるめ STP」を 2008 年に立ち上げた。くるめ STP の主な支援活動は、STP 実施に向けての人材育成、STP 実施、フォローアップ活動、他地区への STP 普及に向けたセミナーや ADHD 理解・啓発目的の講演会、ADHD の病態解明や治療エビデンス蓄積に役立つ臨床研究実施などである。

本稿では、NPO 法人くるめ STP が行っている STP と主な支援活動について紹介する。

I. くるめ Summer Treatment Program 概要^{2,3)}

STP は、ADHD をもつ子どもと家族のための集中治療プログラムで、米国で 30 年の歴史がある。現在、北米主要都市 20 か所で Buffalo 校をモデルとした STP が行われている。STP には、① 治療、② 研究、③ 教育の 3 つの機能がある。参加した子どもたちにエビデンスに基づく効果的な治療法を提供するだけでなく、行動療法、薬物療法、両者の併用療法の効果検証など米国国立精神衛生研究所 (NIMH) 主催の The Multimodal

Yamashita Yushiro Mukasa Akiko Tada Yasuhiro

Kodama Naoko Fujita Fumie Matsuishi Toyojiro

*1 久留米大学医学部小児科

〔〒830-0011 久留米市旭町 67〕

TEL 0942-31-7565 FAX 0942-38-1792

E-mail: yushiro@med.kurume-u.ac.jp

*2 NPO 法人くるめ STP

*3 聖マリア病院心理療法科

*4 宗像医師会病院

*5 久留米大学医学部看護学科

Treatment Study of Children with ADHD (MTA) 研究など ADHD の理解に貢献する莫大な研究が行われてきた。

くるめ STP の一般目標は、米国 STP とほぼ同じ下記の 6 つである。

- ① 問題解決スキルやソーシャルスキル、友だちとうまくやっていけるという自覚を育てる。
- ② 学習スキルを改善する。
- ③ 日頃できていない指示に従う、課題を遂行できる、おとなの要求に応じるなどの能力を育てる。
- ④ 日々の生活 (対人的、スポーツや学習場面など) で必要な能力を伸ばすことによってセルフエスティームを高める。
- ⑤ 子どものポジティブな変化を育て、維持し、強化するための方法を保護者に教える。
- ⑥ 学習や社会的機能におよぼす薬や行動療法の効果を自然な状況下で評価する。

くるめ STP は夏休み中の 2 週間 (米国 STP では 8 週間)、月～金曜日デイキャンプ形式で、子どもたちは、市内の小学校に通う (米国 STP では、大学内の「子ども家庭センター」に通う)。医師や心理士スタッフ、看護師チームの指導のもと、事前研修を受けた学生のカウンセラーが中心となって子どもたちの指導を行う。子どもたちは同年齢の子ども 12 名のグループの中で、毎日 7 時間 (米国 STP では 9 時間) を学習センターやレクリエーション活動で過ごし、グループとして行動することや友達づくり、おとなとの適切なかわり方を学ぶ。子どもたちは 1 時間半 (米国 STP では 3 時間) を学習センターで教師と過ごし、行動修正プログラムは終日行われる。

「くるめ STP」に参加する学生・大学院生、教師は、5 月に全体研修を受けた後、それぞれの班ごとに研修を受ける。医療班の学生は、医師、看護師による参加児童の体調管理を中心とした研修を受け、心理班の学生は、くるめ STP でリードカウンセラーを務める臨床心理士によるポイントシート係、スポーツ係、子どもの教室移動などを担当する進行係にそれぞれ分かれて研修を受ける。また、教育班の教師は、学習センターの時間

の中で使用するプリントや指導方法の研修を受ける。市教育委員会から学校長宛に依頼して、参加を希望した主として特別支援教育を担当する教師が関わっている。学習センターでの活動は、① 個別学習 (算数、国語などのプリント課題)、② 友だちと教えあう peer tutoring (くるめ STP では、4～5 名の班によるグループ学習)、③ コンピュータを用いた個別学習 (くるめ STP では、算数ソフト) の 3 つ (各 30 分) に分かれており、それぞれ後述するポイントシステムで行動や学習が評価される。そのほかの時間は、ソーシャルスキルトレーニング、スポーツスキルトレーニング、スポーツの試合、水泳などを行う。スタッフの指導のもと、各グループ 7 名の学生カウンセラーが 12 名の子どもを担当する。また、米国 STP では、保護者もクラス別に週 1 回夜に行われるペアレントトレーニング (託児あり) に STP スタート数か月前から参加し、STP 期間中も継続する (10 回)。くるめ STP の場合は、STP 前に保護者会 2 回、STP 期間中、午前 5 日間連続 90 分 1 コマのペアレントトレーニング、2 週目に保護者会を 1 回夜に開いている。

II. STP で用いられる主な手法

1. ポイントシステム

STP では、子どもが適切な行動をとると報酬としてポイントがもらえ、不適切な行動をとるとポイントを失う。ポイントを獲得できるのは、① ルールを守る、② スポーツ中の態度が良い、③ 不適切な行動をしなかった場合のボーナスポイント、④ 質問に注意を払い正確に答える、⑤ 指示や命令に従う、⑥ 仲間を助ける、⑦ 仲間と一緒にものを使う、⑧ グループ討論で積極的に発言する、⑨ 挑発や侮辱を無視するなどである。逆に、ポイントを失うのは、①～⑧ 項目の違反や他人を攻撃する、物を破壊する、盗み、妨害する、不平を言う、からかう、ののしる、うそをつく、許可なしに活動場所を離れるなどである。子どもが獲得したポイントによって金曜日のお楽しみ会・遠足への参加権や“Honor Roll” (くるめ STP では、「金メダル賞」) という名誉を得ること

ができる。“Honor Roll”を獲得した子は、顔写真が掲示される、列から離れて移動できる、エレベーターが使えるなどの特権が与えられる。各自がポイントを獲得する（もしくは失う）と即座にカウンセラーが子どもに「〇〇君、仲間を助けるで〇点の加点です」といったふうに伝える。カウンセラーのうち1名は、ほかのカウンセラーが加点、もしくは減点する項目とポイントをポイントシートにたえず記録する。すべての活動には、「活動の決まり」があり、活動の終わりの「ポイントチェック」の時間に各自の獲得したポイントをアナウンスする。正の強化子としては、上記のポイントだけでなく、毎日の連絡カード（デイリーレポートカード）の目標達成度に応じて保護者が家庭で与えるごほうび、スタッフや保護者の褒め言葉、みんなの前での賞賛など社会的強化子も用いる。

2. タイムアウト

他人への攻撃、物を壊す、くり返し先生の言ったとおりにしない場合は、ポイントの減点とともに、タイムアウトタイムが課せられる。タイムアウトは、最低10分間、決められた場所に一人で座っていなければならない。ただし、指示どおりにタイムアウトに従えれば、タイムアウトの時間は半分に短縮される。タイムアウト中は、ポイントは与えられない。

3. 友だち関係改善のための介入

毎日のテーマ（「活動に参加する」、「良いコミュニケーション」など）に沿って、朝の会では、カウンセラーによるロールプレー（良い例、悪い例）から、何が良かったか、悪かったかを子どもたちに考えさせる。また、良いロールプレイは、子どもにもやってもらう。

4. スポーツスキルのトレーニング

小グループでのスポーツやゲームスキルの集中的なコーチングやゲーム実践が1日3時間行われる。ADHDの子どもたちはゲームのルールを覚えていない・守れない、運動が苦手な子が多い。そのため、学校で友だちに拒絶され、セルフ

エスティームが下がる。スキルレベルに応じた小グループでのスポーツスキルトレーニングを行い、午後に行われる試合で実践する。

5. デイリーレポートカード（Daily Report Card : DRC）

DRCは、ADHDの子どもの治療に最もよく用いられる効果的方法である。STPでは、標的行動（target behavior, ADHDの子どもの特徴的かつ最も困っている問題行動）と、目標到達基準（通常80%）が最初の1週間で決められ、2週目が始まる前に1週目のデータを基に改訂される。標的行動は、教室とレクリエーション活動の両方から通常3個選ばれる。標的行動によくとり上げられる問題行動は、友だちの名前をよぶ・からかう、意図的な攻撃、スポーツルールを守らない、質問に正確に答えない、活動ルールを破る、言葉による悪口、非服従、不満・不平を言う、タイムアウトを守らない、いばる、うそをつく、わざと幼稚な行動をとるなどである。

DRCは保護者にSTPの治療効果について毎日フィードバックするもので、家庭と学校との優れたコミュニケーション手段でもある。DRCは、毎朝子どもに手渡され、子どもが自分で管理し、各活動のはじめにカウンセラーに渡される。時間の終わりにカウンセラーは各自のDRCに個々の目標が達成されたら「はい」、されなかったら「いいえ」に○をつけ、子どもに返す。午前中（午後）の「はい」の数が75%以上かつタイムアウトの延長もなければ、15分間のお昼休み（帰りの自由時間）がもらえる。治療効果評価の手段としてもDRCは簡単で有用な方法であり、日本の学校でも使える簡単な方法である。DRCのスタートパッケージ日本語版は、「NPO法人くるめSTP」のWebsite (<http://www.kurume-stp.org/>) からダウンロード可能である。

6. 個別プログラム

STPの標準的な介入方法でうまくいかない場合、スタッフは、問題行動の機能的分析を行い、個別プログラムを考える。毎年、個別プログラムを必要とするのは、24名中1~2名である⁴⁾。

7. フォローアップ

くるめ STP の場合、教育班による学習センターでの個人課題の各学校への文書によるフィードバック、市内の全小学校に配置されたスクールカウンセラーや LD/ADHD 通級指導教室による 2 学期以降のフォローアップ、2 学期に担任へのフォローアップ講習会、3 学期に STP リードカウンセラーによる学校訪問によるフォローアップを行っているが、一部の参加児へのフィードバックに限られているという課題がある。

Ⅲ. くるめ STP の子どもへの効果と関係者への影響

くるめ STP には、過去 7 回でトータル 184 名が参加し、途中ドロップアウトした児童は 1 人もいなかった。参加者は、福岡県南部を中心に佐賀県、熊本県の 3 県にわたっている。個人およびグループ別の毎日の獲得ポイント（すべての加算、減点データ）は、PC にデータ入力されており、獲得ポイントは、STP 開始直後と終了直前との比較において有意な改善を認めた^{2,5,6)}。また、保護者による ADHD や反抗挑戦性障害の評価尺度も有意な改善を認めている⁵⁾。

また、STP の効果について PC を用いた認知機能検査 (Cog Health) を評価している。2008、2009 年新規参加児童の検討で working memory 課題に STP 前後で正答率の有意な改善を認めており、とくに誤答の内容で見込み反応（キーを早く押しすぎる）が有意に改善していた⁶⁾。2 週間の STP が一部の認知機能に改善をもたらす可能性を示唆する。

くるめ STP は、ADHD をもつ子どもの治療だけでなく、スタッフや学生の臨床研修・教育にもとても役立つプログラムであり、STP は地域での医療、心理、教育の協働・連携システムの新しいモデルになっている。毎年参加する心理学科、看護学科、医学科学生はのべ 50 名、教師は 15 名、STP 見学者は、児童が通っている小学校関係者を中心に 100 名をこえる。くるめ STP に参加した学生が、臨床心理士になり、各地で発達障害の支援に関わり始めている。くるめ STP 参加

経験がある心理学科卒業生はのべ 120 名になった。うち 29 名が STP 運営をバックアップする「くるめ STP 学生サポーター制度」に登録している。

くるめ STP は、ADHD の理解啓発促進、他地区への STP の普及を目指して広報部門を設け、パンフレット作成、Website (<http://www.kurume-stp.org/>) 開設、全国で STP 普及セミナーを年間 3~4 か所で行っている。教育部会は、STP で学んだ方法をベースとした支援のための小冊子を作成した。

2010 年から鳥根県出雲市で鳥根県立大学短期大学部看護学科、市教育委員会が中心になって、5 日間のサマースクールを始めた。2011 年には、岐阜県各務原市で東海中央病院、市教育委員会が中心になって 5 日間のサマースクールをスタートした。両地域の立ち上げやプログラム改善にくるめ STP スタッフが関わっている。

おわりに

地域での ADHD の包括的治療モデルとしてのくるめ STP のこれまでに活動について概説した。就学前児や中学生以降の子どもたちへの支援充実や STP 実施（米国では Pelham らが実施中）、他地区への普及が今後の課題である。

Key Points

- ① STP は、米国での 30 年の治療エビデンスに基づく包括的治療法である。
- ② くるめ STP は、米国の STP をベースに日本の環境に合うように修正した 2 週間プログラムであり、治療エビデンスが蓄積されつつある。
- ③ NPO 法人くるめ STP は、市教育委員会などと連携しながら STP の実施や他地区への普及活動、ADHD の理解啓発活動を行っている。
- ④ くるめ STP は、ADHD をもつ子どもの治療だけでなく、スタッフや学生の臨床教育、研究、発達障害児の支援に関わる人材育成に役立つ。

謝辞 くるめ STP は、久留米市、ジョンソンエンドジョンソン社会貢献委員会、イーライリリー株式会社からの活動助成金および精神・神経研究開発費(22-6)発達障害の診断および治療法開発に関する臨床研究(主任研究者:稲垣真澄),および文部科学省科学研究費補助金基盤研究(C)課題番号23591519によって行われた。

文 献

- 1) 山下裕史朗: ニューヨーク州立大バッファロー校における ADHD の子どもと家族に対する包括的治療. 日小児会誌 **109**: 1301-1307, 2005
- 2) 山下裕史朗: ADHD をもつ子どもへの夏期治療プログラム. そだちの科学 **6**: 49-55, 2006
- 3) 山下裕史朗, 向笠章子(編著), くるめ STP 実行委員

会書籍出版部: 夏休みで変わる ADHD をもつ子どものための支援プログラム—くるめスマートリートメントプログラム—の実践, 遠見書房, 東京, 2010

- 4) 穴井千鶴, 向笠章子, 山下裕史朗: AD/HD に対する包括的治療エビデンス—行動療法と薬物療法の統合. 臨床精神薬理 **11**: 651-660, 2008
- 5) Yamashita Y, Mukasa A, Honda Y, et al: Short-term effect of American summer treatment program for Japanese children with attention deficit hyperactivity disorder. Brain Dev **32**: 115-122, 2010
- 6) Yamashita Y, Mukasa A, Anai C, et al: Summer treatment program for children with attention deficit hyperactivity disorder: Japanese experience in 5 years. Brain Dev **33**: 260-267, 2011

雑誌『小児内科』44巻3号(2012年3月号) 定価2,730円
特集 クローズアップ 小児救急



好評発売中

【小児科(医)にとっての救急医学の今と将来】
 小児救急外来における問題
 日本の現状
 米国の現状
 地方の中核的病院小児科の救急外来での問題
 北海道地域
 福岡県筑豊圏小児救急「飯塚方式」
 PALS からみた全身評価
 心肺蘇生の基礎的エビデンス
 Hands Only CPR
 小児救急外来における患者トリアージ(トリアージナース)
 虐待の発見と対応
 重症小児搬送—評価と管理
 小児救急電話相談の現状とその課題
 【救急外来—症候からの対応】
 乳幼児の発熱
 喘鳴・呼吸困難
 気道異物
 消化管異物
 嘔吐、吐血

下血、下痢
 頭痛
 胸痛
 腹痛・腹部膨満
 意識障害
 脈の不整
 不機嫌
 けいれん
 【救急外来での処置】
 脱水患者での輸液路確保—骨髄針と小型ライト
 脱水時の初期輸液
 鎮痛と鎮静
 気管挿管—Emergency Airway Management
 蘇生後低体温療法
 【救急外来にこんな患者がきた!】
 【トピックス】
 院内緊急対応システム: Rapid Response System
 小児救急トリアージシステムに関する院外教育活動

東京医学社

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町2-20-13 Y'sコーラルビル TEL 03-3265-3551 FAX 03-3265-2750
 E-mail: hanbai@tokyo-igakusha.co.jp URL: http://www.tokyo-igakusha.co.jp/

特集2 第7回日本小児科医学会生涯研修セミナーから

〈学校医・園医の新しい役割と課題〉

4. 発達障害児の問題点と 医学的対応・教育との連携

久留米大学医学部小児科

山下裕史朗



抄 録

セミナーでは、発達障害の治療ゴール、メディカル（ヘルス）ホームの概念、発達障害児支援における園医・学校医の役割、幼児期から就労まで人と人をつないでいくためのツールとしてのサポートブック作成の勧め、地域で完結する発達障害をもつ子どもと家族支援の福岡県久留米市でのいくつかの試みについて紹介した。本稿では、ライフサポートブックとDaily Report Cardについてご紹介する。

キーワード：発達障害、治療ゴール、メディカルホーム、ライフサポートブック、DRC

発達障害の治療ゴール¹⁾

注意欠陥多動性障害（Attention Deficit Hyperactivity Disorder；ADHD）、自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorder；ASD）、学習障害（Learning Disorders；LD）などの発達障害の短期治療ゴールは、各発達障害の症状（特性）に基づく日常生活での機能障害（生活の中でうまくいかないこと、適応障害）をできるだけ少なくすることである。そして、二次障害（反社会的行動、抑うつなど）を防ぎ、自尊感情・セルフエスティームを高め、自分の苦手な点も得意な点も認識でき（自己認知）、対応を自分で工夫できるようになること、社会適応がうまくできることが長期のゴールになる。そのためには、発達障害をもつ子どもと家族を中心に、とりまくさまざまな専門家の治療支援レベルの向上、非専門家への理解啓発が不可欠である。園医・学校医は、地域の専門家同士の連携を高め、非専門家への理解啓発を担うキーパーソンである。発達障害は、喘息と同様、慢性疾患であり、長期にわたる支援が必要となることが多い。その意味で子どもから成人するまで見守ることが可能な小児科医の役割は大きい。

Yushiro Yamashita (久留米大学医学部小児科)
〒830-0011 福岡県久留米市旭町67

発達障害をもつ子ども・家族の「メディカルホーム」

発達障害をもつ子どもと家族をサポートしていくためには、点（1つの医療機関）ではなく面（地域の複数の機関）での対応が求められる。医療だけでなく、教育や福祉・行政まで含んだネットワークでないと対応できない。2007年にワシントンDCで開催されたCHADD（Children and Adults with ADD：世界最大のADHD児・者支援団体）国際会議セミナーで、オクラホマ大学発達小児科Wolraich教授が、「医師—家族パートナーシップ」について話され、その中で「発達障害をもつ子ども・家族のメディカルホーム」の説明をされた。メディカルホームとは、環境的なものである。例えば「AD/HDのある子どもと家族に優しい小児科クリニック」などである。高い質、包括的、安価なヘルスケアを提供する方法で、プライマリーケア医が中心的存在になる。患者や家族にとって、気軽に相談ができ、自分を受け止めてもらえる、大切にしてくれる場所、必要に応じて、適切な専門家にも紹介してもらえる場所である。メディカルホームを構成するのは、プライマリーケア医、家族、子ども、他のヘルスケア専門家、コミュニティー、小児科開業医スタッフ、小児関係専門家（小児神経医、作業療法士など）である。当然学校もその中に入る（図）。メディカルホームの利点は、患児・家族、ケア提供者双方の満足度向

上、問題解決の場、ケアのコーディネーション、子ども、思春期児、家族にとって効率が良い、限られた資源を最大限に活用できる、包括的治療による健康度の向上などがある。

アメリカでは、プライマリーケア医がAD/HDなどの発達障害児を多数診ている。わが国でも、今後この方面でのプライマリーケア医、特に小児科医の役割が大きくなるだろうし、園医・校医をしている小児科医は、メディカルホームの中でもキーパーソンになる。プライマリーケア医を中心に、家族、学校、スクールカウンセラー、専門医、療育機関、親の会と地域でメディカルホームを作ることができれば、発達障害をもつ子どもたちは大変助かるだろう。すでに、メディカルホームを地域で構築、実践している先生もわが国でも増えてきてはいるが、まだ少数である。発達障害のメディカルホーム普及を進めるのに最も効果的な方法は、クリニックのすべてのスタッフが、医師と一緒に発達障害の研修を受けることであるとWolraich教授は言う。クリニック内で共通認識が進み、理解が深まる。特別支援教育が2007年から本格的にスタートしたが、先進地域と遅れている地域とで大きな差がある。特別支援教育コーディネーターが各学校で指名されているが、形だけで機能していない学校もある。メディカルホームのキーパーソンとして、校医として、学校で特別支援教育体制がどこまで進んでいるか確認をぜひお願いしたい。スクールカウンセラーが、発達障害のある子どもの問題行動に対応できているか、スクールソーシャルワーカーの有無、関わりはどうかなどもチェックしていただきたい。教師一人が悩む時代は終わっていないといけなく、校内チームでの対応や、専門家の巡回・アドバイスがどこでも普通に受けられるようになるのが理想である。

発達障害児支援における園医・学校医の役割

「小児科医は、子どもの教育にもっとも関われる医師である」というせりふは、映画パッチアダムスの中である医学生が小児科医になりたい理由として述べた一言である。教育に関われることは、小児科医の大きなアイデンティティと考える。さて、発達障害児支援における園医・学校医の役割は、メディカルホームの中心・旗振り役、就学前の健診情報を支援に活かすアドバイザー(後述するライフサポートブックの作成・活用を促す立場)、家庭と園・学校との間をとりもつ仲介役、保育園/幼稚園・学校に発達障害理解啓発・研修の呼びかけ、初期対応、家族支援、対応の大まかな方針を確認する立場、必要に応じて専門家につなぐ

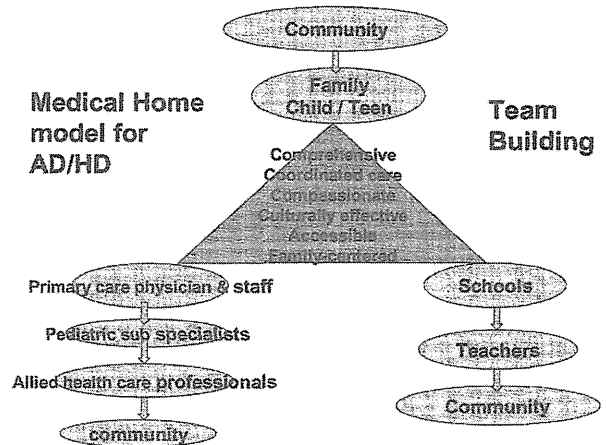


図 ADHDのMedical Home Model (Wolraich)

役割：福祉、教育、療育、児童精神、小児神経、地域で支援するシステムや人材育成を支援するなどさまざまな役割がある。東日本大震災では、発達障害のある子どもたちが避難所で大変な困難を強いられた。災害時に発達障害児のケアをどうするかも園医・学校医の新たな課題と言える。

必要な情報を必要な人に伝えるライフサポートブック

一貫した支援を生涯にわたって行えるためのツールとしてのライフサポートブック「もやい」を久留米市が筑後地区ノーマライゼーション研究会と協働で作成した。ライフサポートブックは、本人に関するさまざまな情報を周囲の人に伝えるためのツールである。ライフステージでの、その時々イベントや発達歴、日常の過ごし方や関わりの様子、特性や支援の方向などを記入し、家族以外の人に関わる時に必要な情報を伝え、進級・進学、就職など、生活の場面や関わる人が変わる時にスムーズなバトンタッチができるように使う。ダウンロードの方法は表のとおりである。

ライフサポートブックは、事細かに書く必要はないが、保護者はもちろん、関わっている医師、療育関係者、教師などに簡潔に書いてもらう。園医・学校医は、必要な医学的情報や対応方法に関してポイントだけ記載する。義務教育および義務教育終了後の2種類があるのでぜひご利用いただきたい。

学校と家庭とのコミュニケーションを高める方法²⁾³⁾

発達障害のある子どもの問題行動を減らすための有効なツールとして、アメリカでよく用いられている毎日の連絡カード(Daily Report Card: DRC)と

表 ライフサポートブックもやいのダウンロード方法

久留米市ホームページ<http://www.city.kurume.fukuoka.jp/>から
くらしの情報の「子育て支援」続いて「発達支援・幼児教育」をクリック
ライフサポートブック「もやい」をクリック
Ⅰ期0～15歳（義務教育終了後まで）、Ⅱ期16歳以上用の2種類あり
参考資料：「障害の理解と支援のポイント」

いう学校と家庭とでやりとりする連絡カードがある。DRCは、子どもの教室での問題点（機能障害）を同定し、モニターし、変える効果的な方法であり、保護者と先生が定期的にやり取りしてコミュニケーションを高める簡単で費用もかからない手段でもある。個別の具体的な目標をまず設定する。学校での目標を2～3

個設定し、目標達成度に応じて家庭でごほうびを毎日与える方法であり、子どもにとってDRCは高い動機づけになる。DRCを始めるにあたって、担任教師への手紙、DRCの作成の仕方などの具体的なパッケージを「くるめSTP」のwebsiteからダウンロードして使用可能である（<http://www.kurume-stp.org/>）。

文 献

- 1) 山下裕史朗：注意欠陥/多動性障害（ADHD）の治療は何を目標にするのですか. 小児内科 43：844-6, 2011
- 2) 山下裕史朗他：日本人のADHD小児を対象とした機能障害調査. 小児科臨床 63：2181-2193, 2010
- 3) 山下裕史朗他：AD/HDの治療：サマートリートメントプログラムの実践. 小児科臨床 61：2487-92, 2008

児童精神医学における多剤併用療法の問題点

渡部 京太*

抄録：わが国の厚生労働省が児童・思春期患者に承認している薬物は、以前から発達障害の行動異常に対しての pimozide, ADHD に対しての長時間作用型 methylphenidate と atomoxetine の 3 つだけであるのが現状である。子どもへの薬物療法は、心理社会的な治療介入を十分に行った上で開始し、標的症候を絞って単剤治療を基本としてめざすべきであろう。多剤併用療法が行われる理由は、ある薬物を単独で投薬しても反応が不十分な場合、併存障害がある場合、有効な薬物の副作用を治療する場合があげられるが、ADHD などの発達障害における併存状態や、うつ病、発達障害などを背景に生じてくる攻撃的な問題行動（例えば自殺企図や自傷行為）などに対する薬物療法の困難さが問題として浮かびあがってくる。本稿では、わが国における子どもへの薬物療法をめぐる現状を述べ、子どもへの多剤併用療法をレビューし問題点を指摘した上で、事例を呈示して多剤併用療法を減らす臨床上の工夫について述べた。

精神科治療学 27(1) : 37-45, 2012

Key words : *child and adolescent psychiatry, psychotropic medication, polypharmacy, attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), depression, comorbidity*

I. はじめに

子どもへの薬物療法は広く行われている。実際に薬物療法が重要な役割を果たす子どもの精神障害としては、統合失調症、注意欠如・多動性障害 (ADHD)、強迫性障害 (OCD)、トゥレット障害やチック障害、うつ病、その他には精神遅滞、広汎性発達障害 (PDD)、素行障害、摂食障害、睡眠障害、不安障害、夜尿症があげられるだろう。ADHD は多彩な併存障害を示し、中核的な ADHD

症状だけではなくこうした併存障害を標的に薬物が併用されていくことがある。精神遅滞では、薬物の効果に一貫性が乏しかったり、副作用が強く出現したり、大量に使用しても効果が得られない場合もある。PDD ではこだわり、かんしゃく、自傷行為、さらに思春期になるとうつ状態、躁状態、被害関係念慮といった幻覚妄想状態が出現することもあり、気分障害や統合失調症の薬物療法に準じた治療が必要になる。また、てんかんや脳波異常を認めた時には抗てんかん薬（気分安定薬）を投薬することが考慮される。吉田ら²³⁾は、児童・青年精神科における薬物療法の問題点として、①治療の意志決定と倫理的問題、②過剰投与と治療の不足の問題、③有効性と安全性の検討と適応外 (off-label) 使用の問題をあげている。そして、児童・青年期の薬物療法の特徴として、安全で有効な薬物療法を行うためには、多次元かつ

The polypharmacy in child and adolescent psychiatry.

* 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科
〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1

Kyota Watanabe, M.D.: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine, 1-7-1, Kohnodai, Ichikawa-shi, Chiba, 272-8516 Japan.

複数の情報提供者による薬物療法の評価が必要であり、そのためには的確な診断基準や発達段階に応じた症状についての適切なチェックリストなどを用いた方法論が必要なこと、特に年少の子どもには、ある特定の診断分類よりも、例えば攻撃性といったさまざまな症状を複合体としてとらえて、それについての薬物療法の検証を行いその適応を考えていく必要があることを指摘している。さらに、子どもと成人の薬物動態の違い、薬物療法を開始する適応年齢、精神遅滞や発達障害における併存状態への薬物療法の困難さ、攻撃性に対する薬物療法の困難さ、多剤併用療法などのほか、長期にわたる服薬が子どもの成長発達に及ぼす影響についての知見が十分でないことも問題としてあげられる。

一方で、子どもの診療にあたる臨床家は、心理社会的な治療介入を十分に行った上で、薬物療法を開始することが適切であることを忘れてはならないだろう。欧米の児童・思春期のうつ病のガイドラインでは、中等症から重症のうつ病は薬物療法の適応となるが精神療法との併用が原則であり、第一選択薬に12歳以下の小児において有効性が唯一認められている fluoxetine、第二選択薬に sertraline、ないし citalopram を推奨されていること、そしてリスク-ベネフィットの点において paroxetine は推奨されず、SNRI や三環系抗うつ薬の有効性に関するエビデンスは乏しいことが報告されている⁷⁾。Taylor ら¹⁷⁾による「多動性障害の臨床ガイドライン—First upgrade—」では、年齢によって治療技法の選択の流れを別にするという考え方で、6歳未満と6歳以上に分け、前者には基本的に心理社会的治療のみとし、緊急避難的な最後の選択として薬物療法を位置づけたのに対して、後者では社会適応上の広範で重篤な障害があれば薬物療法を積極的に行うアルゴリズムとなっている。子どもの OCD への治療は、認知行動療法と SSRI を中心とする薬物療法を組み合わせで行われるが、年齢が低い場合や軽症の OCD では認知行動療法を主体に治療を組み立てるべきであるといわれている¹⁶⁾。本稿では、わが国における子どもへの薬物療法をめぐる現状を述べ、子どもへの多剤併用療法をレビューし問題点を指摘

した上で、事例を呈示して多剤併用療法を減らす臨床上の工夫について述べた。

II. わが国における子どもの薬物療法をめぐる現状

わが国の子どもの薬物療法をめぐる現状について、特に ADHD、うつ病、PDD にふれておく。

1. ADHD

2007年11月から2008年初頭にかけて ADHD の診療を揺るがす大きな変化が生じた¹⁾。適応外使用でありながら ADHD の薬物療法の第一選択薬としてほぼ確立していた短時間作用型 methylphenidate が、ナルコレプシー以外の疾患への処方方を2007年末をもって禁止されたことである。臨床試験が行われた結果、長時間作用型 methylphenidate は2007年12月に、atomoxetine は2009年6月に承認され、投薬できるようになった。ただし、長時間作用型 methylphenidate の投薬は、「ADHD の診断、治療に精通し、薬物依存を含む本剤のリスク等についても十分に管理できる医師・医療機関・管理薬剤師のいる薬局のもとでのみ行われるとともに、それら薬局において調剤前に当該医師、医療機関を確認した上で調剤がなされるよう、製造販売にあたって必要な措置を講じること」という警告が付されている。2011年8月には長時間作用型 methylphenidate は、atomoxetine と同様に、「6歳未満の幼児、13歳以上の小児及び成人における有効性及び安全性は確立していない」「18歳未満で本剤により薬物治療を開始した患者において、18歳以降も継続して本剤を投与する場合には、治療上の有益性と危険性を考慮して慎重に投与するとともに、定期的に本剤の有効性及び安全性を評価し、有用性を認められた場合には、投与中止を考慮し、漫然と投与しないこと」と添付文書には記載されるようになった²²⁾。

2. うつ病

2003年5月、英国医薬品庁 (MHRA) は paroxetine の臨床試験において、自傷行為や情動不安定などの自傷関連事象が発現頻度2%以上かつブ

ラセボの頻度以上で報告されたことから、18歳未満の大うつ病性障害患者への paroxetine の投与を禁忌とする勧告を発表した。わが国でも2003年8月、厚生労働省は英国の勧告を受けて、18歳未満の大うつ病性障害患者における paroxetine の使用禁忌の勧告を出した。一方、米国食品医薬品局(FDA)は2004年9月、すべての抗うつ薬について、「小児や思春期の患者に使用すると自殺関連事象のリスクが増加する可能性がある」という警告表示をするように勧告したが、いずれの抗うつ薬も使用禁止の措置はとらなかった。これを受けて、欧州諸国も paroxetine を禁忌から警告へ変更した。わが国でも2006年1月、若年者のうつ病に対する paroxetine の使用について、禁忌を解除し、警告へと変更した¹⁹⁾。これらの児童・青年期事例に対する抗うつ薬投薬に対する警告はわが国でも報道され、臨床家だけでなく、実際に薬物療法を受ける側の患者にも混乱をもたらしたといえるだろう。SSRI と自殺関連事象をめぐる問題を受けて、日本児童青年精神医学会の薬物療法検討委員会は、7歳以上18歳未満の児童・青年を対象にしたSSRI、SNRIの使用の実態、その安全性や有効性を把握するために、同学会からの調査協力を得られた機関を対象に調査を行った¹⁹⁾。37施設、483事例について診療録を後方視的に調査し、① SSRI が投薬された事例の診断は気分障害37%、PDD24%、OCD15%、社交不安障害15%、パニック障害2%であること、② SSRI/SNRI を投与した患者の64%に軽度改善以上の効果を認めたこと、③ SSRI/SNRI を使用した患者の17%に副作用を認めたこと、④ SSRI/SNRI を使用した患者の4% (21名) に自殺関連事象の出現を認めたことなどを報告している。

3. PDD

中川はわが国の小児神経専門医(1,004名)と児童青年精神医学会認定医(151名)を対象に、小児自閉症児に対する薬物療法に関する実態調査を行った¹¹⁾。1,155名のうち611名(53%)から回答が得られた。薬物療法を行っている医師は448名(73%)であり、そのうち39%が就学前から、36%が小学校低学年から薬物療法を開始していたこ

と、薬物療法の対象となる症状は、興奮88%、睡眠障害78%、衝動性77%、多動73%、自傷他害67%であったこと、使用薬物としては、risperidone 88%、methylphenidate 67%、抗てんかん薬67%、睡眠薬59%、pimozide 20%だったことを報告した。この結果は、「全国の専門医の3割が発達障害のある就学前幼児に治療指針のない向精神薬を処方している」として報道され、発達障害の子どもへの保護者や臨床家の反応は大きかった。国立精神・神経医療研究センターは、ホームページに「小児自閉性障害に対する薬物治療アンケート調査」結果についてのご説明を「大半の専門医は医療機関を訪れる自閉症の子どもへの患者様の、併存症状を軽減するために薬物治療を行っており、回答した専門医の3割は、就学前の幼児に薬物治療を行った経験があるということが判りました」と掲載している。現代はインターネットを介して多くの情報が発信されており、投薬すれば、親はその薬物名をキーワードにして大量の情報を入手できる状況である。薬物療法を行う際には、投薬を受ける親側も、子どもへの薬物療法には高い関心を持っているということを忘れてはならないだろう。

わが国の厚生労働省が児童・思春期患者に承認している薬物は、以前から発達障害の行動異常に対してのpimozide、ADHDに対しての長時間作用型methylphenidateとatomoxetineの3つだけであるのが現状である。承認に至る臨床試験において、どの年齢を対象に行ったかによって許可年齢が異なってくるため、多くの向精神薬は「小児に対する安全性は確立していない(使用経験がない)」との記載になっている。実際に子どもへの薬物療法は、成人の精神科に準じて疾患名に基づいて行われているのが実情で、さらに病状に合わせて医療保険上認可がされていなくても医師の説明と本人および保護者の同意のもとに行われている。医師の裁量で適応外処方することは、薬事法に定める安全性確保システムの対象とはならず、医薬品による健康被害補償制度の適応も受けられない。このため、子どもへの薬物療法を開始する際には、標的症候を絞って単剤治療を基本としてめざすべきであろう⁹⁾。

Ⅲ. 子どもへの多剤併用療法をめぐって

子どもへの多剤併用療法をめぐるとの論文をレビューしてみたいと思う。

Saferら¹⁵⁾は、児童・思春期患者における多剤併用の現況を、過去6年にわたる諸報告により検討している。多剤併用は児童・思春期患者でも増加しつつあり、症例報告や少数のサンプルによる報告で、向精神薬による多剤併用療法が支持されていた。多剤併用療法はプライマリーケア医師よりも精神科医に多く、重度の社会機能障害と情緒障害を伴う攻撃的行動を持つ男児に多くなされていた。併用処方のパターンとしては、methylphenidateとSSRIおよび非定型抗精神病薬の組み合わせが多く見られたと報告している。

Comerら²⁾は、外来受診した3,466名の子どもに対する投薬状況を調査した。子どもへの多剤併用療法は、1996～1999年では14.3%に行われ、2004～2007年は20.2%に増加していた。現在、精神障害と診断されている子どもでは、多剤併用療法は1996～1999年では22.2%に行われ、2004～2007年は32.2%に増加していた。12年間にわたって、ADHDへの薬物療法、抗うつ薬、あるいは抗精神病薬の投薬は有意に増加しており、気分安定薬の投薬は減少していた。ADHDへの薬物療法と抗精神病薬の併用、抗うつ薬と抗精神病薬の併用もはっきりと増加していたと報告している。

Constantineら³⁾は、12,764名の児童、10,419名の青年における5年間の抗精神病薬の多剤併用療法について調査し、児童よりも青年が、また双極Ⅰ型障害と比較して精神病性障害が、多剤併用療法になる可能性が高かった。児童、青年での最もありふれた特定の抗精神病薬の組み合わせは、aripiprazole/quetiapine (23%/17%)、risperidone/quetiapine (18%/15%)、aripiprazole/risperidone (17%/11%)、risperidone/olanzapine (5%/6%)、quetiapine/olanzapine (4%/7%)と報告している。

Fontanellaら⁵⁾は、自殺企図し入院した11～17歳の思春期患者318名について薬物療法の変化と多剤併用療法、そして退院後30日以内での再入院率

を調査した。78%の患者は少なくとも1回の薬物療法の変更が行われ、典型的なものは抗うつ薬、気分安定薬、あるいは抗精神病薬が追加されていた。退院時には、23%の患者が3種類、それ以上の多剤併用療法が行われていた。臨床的なファクターなどをコントロールすると、1種類の抗うつ薬を追加した者の方が抗うつ薬を追加されなかった者よりも再入院のリスクは85%の割合まで低いこと、そして3種類あるいはそれ以上の多剤併用療法を行っていた者は再入院のリスクは抗うつ薬を投薬されなかった者よりも2.6倍高かったことと関連していた。この結果について、薬物療法を最適化する質の向上の努力、そして医師の意思決定が必要であることを強調している。

McIntyreら¹⁰⁾は、1996～2005年におけるDSM-IVの大うつ病と診断された1,544名の子どもに行われた薬物療法を調査し、多剤併用療法の急激な増加は1997～2003年間に認められたこと、2001～2005年間は従来の1種類の抗うつ薬の処方には有意に減少していること、さらに男児では1.27倍多剤併用療法になりやすく、またADHD、双極性障害、精神病性障害といった併存障害を認めると多剤併用療法になりやすく、物質使用障害では少なくなることを報告している。1種類の抗うつ薬処方の減少傾向は、抗うつ薬が自殺のリスクを増やす可能性に関するFDAの警告よりも前に始まっているとしている。

わが国では、前述した日本児童青年精神医学会の児童・青年期におけるSSRI/SNRIの使用実態の調査結果において、SSRIもしくはSNRIのうち1種類だけが投与されていた事例は483名中459名(95%)、2種類投薬していた事例は24名(5%)、3種類投薬していた事例は認めなかったと報告されているが、抗うつ薬と他の抗精神病薬や気分安定薬との併用については報告されていない¹⁹⁾。

多剤併用療法が行われる理由は、①ある薬物を単独で投薬しても反応が不十分な場合、②併存障害がある場合、③有効な薬物の副作用を治療する場合(例えば、抗精神病薬に抗パーキンソン薬を併用する場合)があげられるが、ADHDなどの発達障害における併存状態や、うつ病、発達障害などを背景に生じてくる攻撃的な問題行動(例え

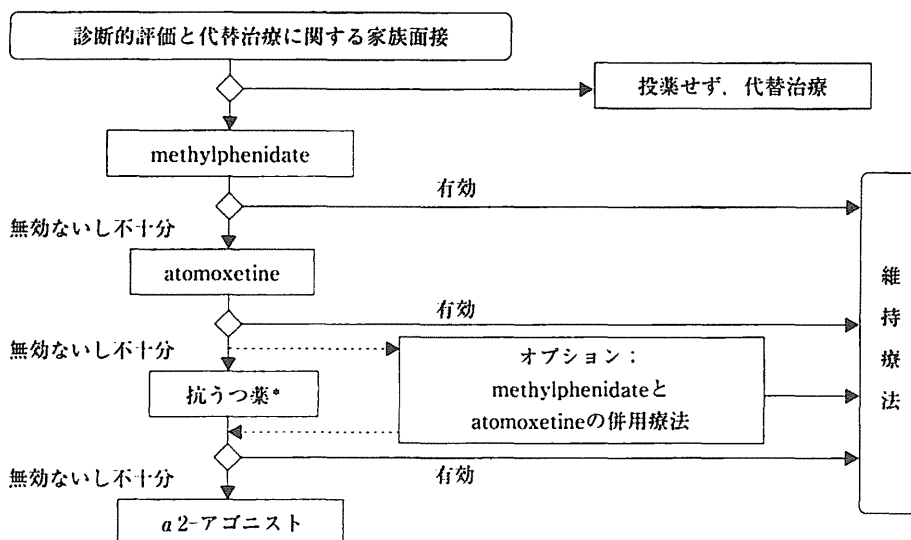


図1 併存障害のないADHDに対する薬物療法 (The Texas Children's Medication Algorithm Project¹⁾を改変)

*bupropion, imipramine, または nortriptyline

ば自殺企図や自傷行為) に対する薬物療法の困難さが問題として浮かびあがってくる。

わが国においても2つの薬物が認可されている子どものADHDへの薬物療法を例として考えてみたいと思う。Pliszkaら¹⁾はADHDのアルゴリズムを作成し、2006年にはその改訂版を発表した。このアルゴリズムの特異性は、併存障害のないADHDの薬物療法アルゴリズムをまず定めた上で、うつ病、不安障害、チック障害などの併存障害がある場合や、攻撃性が強い場合にADHD治療とそれらの問題に対する治療とをどう組み合わせるかというオプション・アルゴリズムを作成していることである。図1には、併存障害のないADHDの薬物療法のアルゴリズムを示したが、わが国で使用できる薬物のみを示し改変している。ADHD症状が改善しない場合には、第一選択薬である中枢刺激薬にatomoxetineが併用されたり、さらに抗うつ薬や α 2-アゴニストが追加されるということがあるかもしれない。このアルゴリズムでは、第三選択薬としての抗うつ薬に進む代わりに、中枢刺激薬とatomoxetineの併用をオプションとして選択可能としたところに特徴がある。中枢刺激薬と併用して使用されるatomoxetine

は低用量(0.5~1.0mg/kg/日)と記載されている。さらに、atomoxetineは夜間の行動を援助したり、リバウンド・タイプの症状を減らすため午後後に使用されるため、atomoxetineが中枢刺激薬と同様に学校場面においてADHD症状を十分に改善できない場合や、中枢刺激薬、特に長時間作用型中枢刺激薬であっても、夜間の症状を改善できない場合には、atomoxetineと中枢刺激薬の併用が行われると記載されている。Hammernessら⁶⁾は、atomoxetineに部分反応だったADHDの子どもへ長時間作用型methylphenidateを追加し、その効果と忍容性について報告している。50例のうち41例はプロトコールを通過し、40%はADHDの評価尺度を減少させ実行機能の改善を伴っていたが、atomoxetine単独投与と比較して両者を併用した場合には不眠、焦燥、食欲不振が有意に多くなり、拡張期血圧が上昇したものの、心電図や肝機能に有意な変化はみられなかったと報告されている。Atomoxetineについては、心疾患、高血圧、脳血管障害には慎重投与と記載されていたが、2011年10月のatomoxetineの添付文書の改訂では、使用上の注意として、「血圧上昇(15mmHg以上(拡張期血圧)20mmHg以上(収縮期血圧)

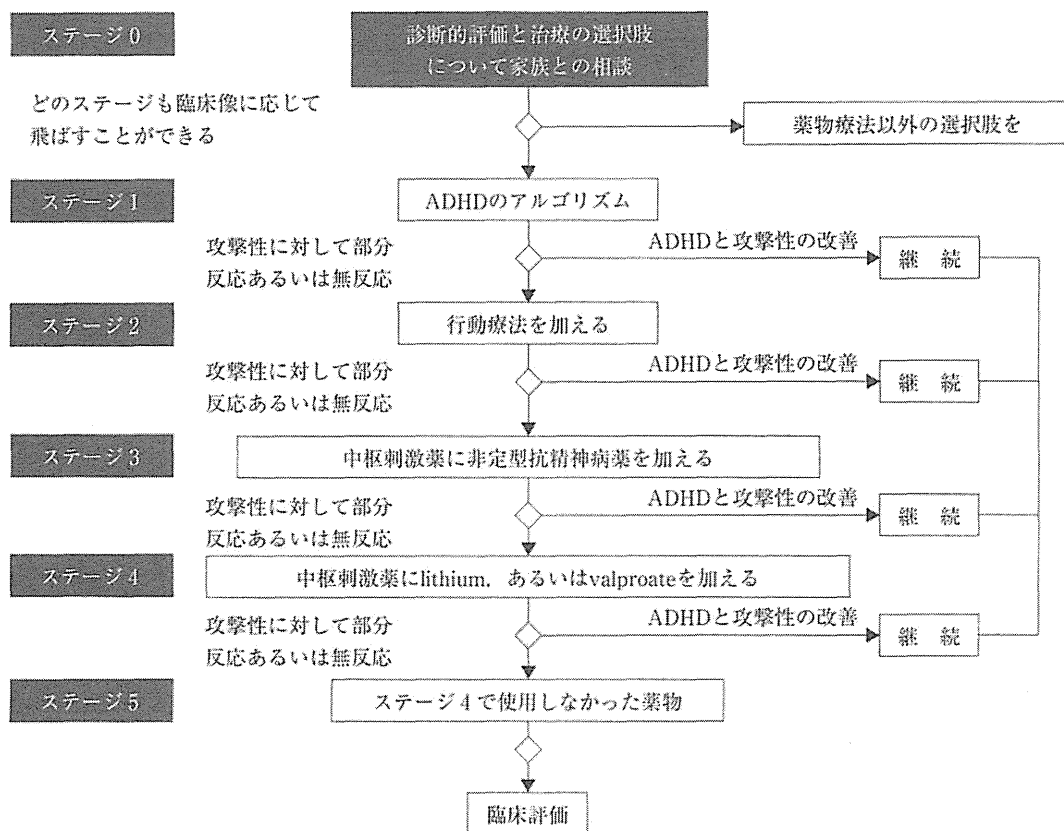


図2 ADHDに伴う攻撃性の治療アルゴリズム (The Texas Children's Medication Algorithm Project¹⁰⁾を改変)

程度の上昇)又は心拍数増加(20bpm程度の上昇)が見られた場合に症状が悪化する可能性のある重篤な心血管障害を有する患者には投与しない」「高血圧、頻脈、又は心血管疾患、脳血管疾患等血圧、心拍数が上昇することにより症状の悪化が考えられる基礎疾患のある患者には注意して投与すること」「臨床的に問題となり得る血圧又は心拍数の上昇を検知するため、本剤投与開始前に患者の血圧、心拍数を測定し、投与後も観察する等十分に注意すること」が追記されている¹²⁾。新しい薬物が認可されるとついつい併用してしまうのは臨床医の悪い癖なのかもしれないが、長時間作用型 methylphenidate と atomoxetine の併用が決定的により効果を示すという報告はなく、併用時には、血圧、心拍数の注意深いモニターが必要になることを忘れてはならない。

中核的な ADHD 症状の治療を行ったとしても、

衝動性・攻撃性に十分な改善がみられないことも多く、ADHDの薬物療法の困難な課題といえる。Pliszkaらは攻撃性を伴うADHDの薬物療法アルゴリズムを示している(図2)¹¹⁾。このアルゴリズムでは、薬物療法はADHDに対する治療を十分に行った上で、攻撃性がなお深刻な問題として残っている場合に行うべきだとしている。第一段階として非定型抗精神病薬、第二段階として気分安定薬であるlithiumやvalproateの投薬が推奨されている。また、攻撃性が深刻な事例では中枢刺激薬、非定型抗精神病薬、気分安定薬の3剤併用が必要かもしれないと指摘している。実際にこのような3剤などの多剤併用療法を必要とする場合も多いと思われる。渡部ら²⁰⁾は攻撃性、衝動性の問題から入院治療に至った22例について報告し、methylphenidateからの切りかえかmethylphenidateとの併用で投薬される第一選択薬としては、

定型抗精神病薬や気分安定薬が多かったとし、第二選択薬として α 2-アゴニストや β -アンタゴニストが投薬されていたとしている。ただし、長時間作用型 methylphenidate の添付文書には、「因果関係は確立していないが、methylphenidate と α 2-アゴニストである clonidine との併用により、突然死が報告されている。Clonidine 等の中枢神経系に作用する α 2-アゴニストと併用した際の methylphenidate の安全性については、体系的な評価が行われていない」と記載されている。宇佐美ら¹⁸⁾は、短時間作用型 methylphenidate に加えて抗精神病薬の投薬を認めた18歳未満の ADHD 児10名を対象に、 β -アンタゴニストである propranolol の投薬経験について報告した。Propranolol 投薬前後の methylphenidate の投薬量には有意な変化は認めなかったものの、抗精神病薬の投薬量は有意に減量することができ、GAF (Global Assessment of Functioning) 値の改善も認めたとしている。ただし、propranolol は気管支喘息には禁忌であるため、決して万能というわけではない。

IV. 児童・思春期の事例に対して多剤併用療法を減らす臨床上の工夫について

事例を示して、多剤併用療法を減らす臨床上の工夫について考えてみたいと思う。

A は長期間入院治療を行った10代後半の高機能自閉性障害である²¹⁾。A が入院治療を行うことになったのは、かんしゃくを起こした時に家族をひどく負傷させるという事態のためだった。A はこだわりが強く、激しいかんしゃくを起こした。小学校高学年になった頃には対人関係の過敏さや被害感が強くなっていき、暴力行為が増え、あるクリニックでは統合失調症と診断された。A の家族は、「このまま A のかんしゃくによって家族が殺されるのを待つか」、それとも「家族で A を殺して一家心中しようか」というところまで追いこまれていた状況の中で、家族を負傷させる事態が起き、家族は A をとても恐れた。A は入院後、誰も理解をしてくれないという不安や動悸といった身体症状を訴えた。看護師に不安や身体症状を

訴え、すぐに対処してもらえずに「ちょっと待っていてください」と伝えられただけでも、「どうして苦しいのにすぐに対処してもらえないのか？ばかにされている」と不穏になり、身体拘束を要することが多かった。非定型抗精神病薬を中心に lithium や valproate といった気分安定薬、頓服として levomepromazine といった抗精神病薬が併用され、日増しに投薬量は増えていった。A は病院内学級を利用し卒業後高校に進学を決めたが、親は A を恐れ、やむを得ず病棟から通学し家庭復帰をめざすことにした。ところが高校でかんしゃくを起こし、退学になった。A が退院するためには、かんしゃくを減らすことと、対人関係のスキルを向上させることが必要になった。そこで企画されたのが『慢性疲労に悩む若者の会』という集団療法である。会の対象は通院中の16～25歳の長期にわたるひきこもり状態、慢性的な社会不適応状態にある患者で、PDD や ADHD といった発達障害、気分障害、統合失調症といった診断が多い。スタッフは筆者を含めて児童精神科医2名、精神保健福祉士 (PSW)、心理士各1名が参加している。会は週1回1時間で、自由連想的な方式を進めるスロー・オープン・グループである。毎回男子と女子の患者が5、6名ずつ参加している。A は、過去にいじめにあったこと、理解してもらえずに暴力をふるってしまったこと、また自分が描いている漫画の話を一方的にした。他のメンバーはいちばん年下の A の発言を「しようがないな」という顔をしながら聞いていて、A はグループに受け入れられているようだった。A はグループの中で穏やかに話すようになり、他のメンバーの話もよく聞き、冷静に観察している様子がみられた。会に参加して半年後には A のかんしゃくは減り、家族との外出ができるようになった。そして、一人暮らしを始める練習を開始した。A への治療介入は、①主治医と面接する時間を一定にし、その構造を崩さないようにしたこと、②薬物療法は propranolol を加えることにより投薬していた薬物の種類を減らすことができ、全体的な抗精神病薬の投薬量も減らすことができたこと、③集団療法や PSW の定期的な面接を通して対人スキルの向上をめざし、さらに地域のへ

ルパーによる生活支援を追加し、「居場所を増やす」「相談する人を増やす」ことを行ったこと、④一人暮らしの支援は自閉性障害を持っているAにとって苦手な刺激を避けゆっくり休むことができる場所を確保することにつながったこと、とまとめることができる。この症例は、自閉性障害の特性に合わせて環境を調整すること、不適応状態に陥った子どもにとって同世代の仲間から受け入れられたり認められることが、いかにその後の発達を押し進めるかということを示しており、心理社会的な治療介入を十分に行うことは薬物の種類や投薬量を減らすことにつながると思われる。

子どもへの合理的な薬物療法を行うためには、①児童思春期の事例では行動化や身体化が起りやすく非定型な病像が多く、その診断は横断像に基づくだけでなく、その子どもの持ちあわせた特性に加え、養育者や友達との関係など発達の経過をふまえる必要があること、②標的症候を明らかにし、問題行動への対処という目的のみで投薬せずに、その問題行動の意味をとらえることを忘れないこと、③子どもではプラセボ効果が高いこと、④必要十分な薬物療法を行うこと、⑤薬物の長期的影響に配慮すること、⑥親の接しうる情報に配慮すること、⑦多剤併用療法を行う時には稀な副作用についても十分に配慮することが必要になる¹³⁾。

文 献

- ADHDの診断・治療指針に関する研究会：子どもの注意欠如／多動性障害（ADHD）の診断・治療ガイドライン。齊藤万比古、渡部京太編：注意欠如・多動性障害—ADHD—の診断・治療ガイドライン第3版。じほう、東京、p.1-27, 2008.
- Comer, J.S., Olfson, M. and Majtabai, R. : National trends in child and adolescent psychotropic polypharmacy in office-based practice, 1996-2007. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 49; 1001-1010, 2010.
- Constantine, R.J., Boaz, T. and Tandon, R. : Antipsychotic polypharmacy in the treatment of children and adolescents in the fee-for-service-component of a large state Medicaid program. *Clin. Ther.*, 32; 949-959, 2010.
- 傳田健三：気分障害。精神科治療学, 23 (増刊) : 324-329, 2008.
- Fontanella, C.A., Bridge, J.A. and Campo, J.V. : Psychotropic medication changes, polypharmacy, and the risk of early readmission in suicidal adolescent inpatients. *Ann. Pharmacother.*, 43; 1939-1947, 2009.
- Hammerness, P., Georgiopoulos, A., Doyle, R.L. et al. : An open study of adjunct OROS-methylphenidate in who are atomoxetine partial responders : II. Tolerability and pharmacokinetics. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.*, 19; 493-499, 2009.
- 黒木俊秀, 瀬口康昌, 宮下聡ほか：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.
- March, J.S. : Treatment of obsessive-compulsive disorder. The Expert Consensus Panel for obsessive-compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 58 (Suppl. 4) : 2-7, 1997.
- 松浦雅人：薬物療法と精神薬理。牛島定信, 村瀬嘉代子, 中根晃編：詳解 子どもと思春期の精神医学。金剛出版, 東京, p.238-381, 2008.
- McIntyre, R.S. and Jerrell, J.M. : Polypharmacy in children and adolescents treated for major depressive disorder : a claims database study. *J. Clin. Psychiatry*, 70; 240-246, 2009.
- 中川英二：自閉性症状の薬物療法を進めるための臨床研究の確立, 2011. (http://www.ncnp.go.jp/pdf/news_110412.pdf)
- 日本イーライリリー株式会社：添付文書改訂のお知らせ—注意欠陥／多動性障害治療剤ストラテラカプセル（2011年10月）。
- 岡田俊：薬物療法。齊藤万比古総編集・責任編集：子どもの心の診療入門。中山書店, 東京, p.218-224, 2009.
- Pliszka, S.R., Crismon, M.L., Hughes, C.W. et al. : The Texas Children's Medication Algorithm Project : revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 45; 642-657, 2006.
- Safer, D.J., Zito, J.M. and DosReis, S. : Concomitant psychotropic medication. *Am. J. Psychiatry*, 160; 438-449, 2003.
- 齊藤万比古, 井上喜久江, 小平雅基：強迫性障害。精神科治療学, 23 (増刊) : 336-340, 2008.
- Taylor, E., Doepfner, M., Sergeant, J. et al. : European clinical guideline for hyperkinetic disorder

- First upgrade. Eur. Child Adolesc. Psychiatry (Suppl. 1), 13:17-130, 2004.
- 18) 宇佐美政英, 齊藤万比古, 鈴木祐貴子ほか: 注意欠如・多動性障害に対する Propranolol の使用経験. 児童青年精神医学とその近接領域, 51:10-20, 2010.
 - 19) 宇佐美政英, 齊藤万比古, 傳田健三ほか: 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, 52:21-35, 2011.
 - 20) 渡部京太, 齊藤万比古: 注意欠陥/多動性障害 (ADHD) の薬物療法—アルゴリズム確立に向けて—. 脳と精神の医学, 18:297-286, 2007.
 - 21) 渡部京太: 反応性の不安や抑うつ. 精神科臨床サービス, 11:234-237, 2011.
 - 22) ヤンセンファーマ株式会社: 「効能・効果に関連する注意」等改訂のお知らせ—中枢性刺激剤コンサータ錠 (2011年8月).
 - 23) 吉田敬子, 山下洋: 児童・青年期の薬物療法の最新の動向. 児童青年精神医学とその近接領域, 44:333-346, 2003.

精神療法

第38巻 第2号 別刷
2012年4月 通巻第189号

不登校にみる最近の子どもたち

渡部 京太

Ψ 金剛出版
TOKYO

不登校にみる最近の子どもたち

渡部 京太*

はじめに

2011年3月11日に東北地方を中心に大きな地震と津波が襲った。この地震と津波は、なんとなく大丈夫かなと思いつつ見ることや考えることを避けていて、安全と思いつつもしていたことが実は全然安全ではなかったことを私たちに強烈に感じさせたのではないかと思う。

安全感が破壊された衝撃、見ることや考えることを避けてきたり、議論することを先延ばしにしてきた罪悪感はいかばかりのものであろうか？ 筆者は東日本大震災の支援活動に参加した。その活動を集団精神療法のスーパーバイザーに報告したところ、「津波の被害の跡は、終戦の頃の日本のようだね。あの頃は、知り合いが顔をあわせると、『○さんは生きていた』『□さんは亡くなった』という話しをしていた。被災地では、そういう会話が5年、いやもっと長く続くのかもしれない」という話しをされた。大東亜戦争が終戦した時には、まだ「国破れて山河あり」と言えたかもしれない。今回の震災は、地震や津波による被害だけではなく、放射能によって山や水を穢したという意味で未曾有といえるのだろう。もはや自然にも頼ることができない状況といえるのかもしれない。このような絶望感にとらわれてしまい思考停止になってしまわずに、なんとか知恵をしぼって状況を打開していくタフさが必要なのだろうと思う。

School Refusal as a Contemporary Issue of Mental Health in Japanese Children and Adolescents

*国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科, Kyoto Watanabe : Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine

しかし東日本大震災だけではなく、経済状況の悪化、就職難などこれからの社会を担う子どもには将来への希望や展望を持ちにくくなってきているといえるだろう。そしてこのような状況は、子どもにひきこもりへの親和性を高めていくのかもしれない。

本稿では、統計が示す不登校・ひきこもりについてふれ、児童精神科病棟のコミュニティ・ミーティングを通して入院治療を受けている不登校の子どもの変化をみてみたいと思う。

I 統計が示す不登校・ひきこもり

1. 文部科学省による不登校発生率の年次経過

図1は、不登校発生率の年次経過についての文部科学省による公表統計を示したものである。1991年以来一貫して中学生が小学生の約10倍多い発生率を示しており、最近では中学生の3%弱、小学生0.3%強という水準で推移している。1991年以来増え続けた不登校が2001年頃からひとまず右肩上がりの増加を止め、平坦な平衡状態を続けていることがグラフから見てとれる。

一方、20歳代以降の現象と思われていたひきこもりについては、わが国でも取り組んだ国際精神保健調査(WMH-J)の結果として、ひきこもりの瞬間有病率が全世帯数の0.5%であることが報告された(Koyama et al. 2010)。不登校とひきこもりを同一の現象の年代による呼称の相違にとらえ、それぞれの発生率を並べて比較すると、小学生(児童期)では0.3%強、中学生を中心とする前思春期では3%弱、そして思春期後期から成人期にかけてでは0.5%と