

する一助となる可能性が示唆された。JART は簡便に実施可能であり、WAIS は多く実施されている検査であり、JARTとWAISでPDDと統合失調症の鑑別補助とできるなら多くの精神科医療機関にとって有意義であると考える。

2) ADHD の診断・治療の標準化について

2-i) 診断と評価

齊藤らのガイドライン¹⁾において、現実的かつ実際的な ADHD の医学的診断・評価過程が示されており、評価尺度としては ADHD-RS (家庭版・学校版)、子どもの行動チェックリスト (親用)、子どもの行動チェックリスト (教師用)、反抗挑戦性評価尺度が示されている。今回の調査 (図 1) において、これらは上位を占めた。しかし、今回の調査では 27.6% が評価尺度・スクリーニングを使用していないと回答し、最も使用されている ADHD-RS も 64.0% であった。これらの評価尺度は、診断・評価過程のみならず治療の過程でも有益な情報を与えてくれる。今回の調査で上位を占めた、ADHD-RS、子どもの行動チェックリスト (親用)、子どもの行動チェックリスト (教師用)、QCD、反抗挑戦性評価尺度といった評価尺度のさらなる使用が望まれる。以上から、評価尺度について標準化すると、必須項目としては ADHD-RS (家庭版・学校版)、QCD があげられ、行った方がよい項目としては子どもの行動チェックリスト (親用)、子どもの行動チェックリスト (教師用)、反抗挑戦性評価尺度があげられる (図 11)。

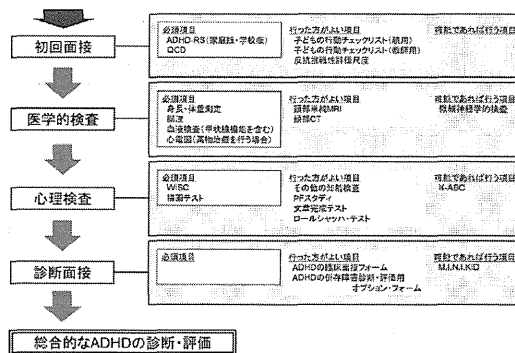


図 11. ADHD の医学的診断・評価フローチャート

ADHD の診断根拠となる生物学的指標が明らかとなっていない現状を勘案すると、ADHD の医学的検査とは鑑別診断を意識した検査であるといっても過言ではない。ADHD との鑑別が必要となる身体疾患として、前頭葉てんかんなどのてんかん、進行の緩徐な脳腫瘍、部分的な脳奇形、副腎白質変性症、甲状腺機能亢進症などがあげられ、医学的検査を用いた鑑別診断は必要といえる。また、薬物治療を行う上では、血圧、脈拍、心電図などへの影響の有無を確認することは重要であり、成長障害の有無や食欲低下の程度を検討するために身長、体重の確認も必要である。以上から、医学的検査について標準化すると、必須項目としては身長・体重測定、脳波、血液検査 (甲状腺機能を含む)、心電図 (薬物治療を行う場合) があげられ、行った方がよい項目としては頭部単純MRI、頭部CT があげられ、可能であれば行う項目としては微細神経学的検査があげられる (図 11)。

齊藤らのガイドライン¹⁾では、WISC-IIIを中心とする知能検査は必須であるとされ、今回の調査 (図 2) でも 88.7% が WISC を実施すると回答した。知能検査は診断の上では、知的障害の鑑別に用いられ、知的・認知的側面を評価し ADHD の診断の補助とされる。鑑別または併存疾患である学習障害やコミュニケーション障害を示唆する情報が得られる場合もある。そ

して、必要に応じてさらに詳細な学習機能や認知機能を評価できる K-ABC などを追加することが望まれる。また、情緒的側面を評価することのできる描画テスト、PFスタディ、文章完成テスト、ロールシャッハ・テストも ADHD をもつ子どもを理解するためには重要である。つまり、ADHD という生来的な生物学的要因に生活するなかで、心理的要因や環境要因によって修飾されたその子ども特有の状態像を理解しようとする姿勢が重要である。以上から、心理検査について標準化すると、必須項目としては WISC、描画テストがあげられ、行った方がよい項目としてはその他の知能検査、PF スタディ、文章完成テスト、ロールシャッハ・テストがあげられ、可能であれば行う項目としては K-ABC があげられる(図 11)。

今回の調査では診断面接法としては、71.4%が使用しないと回答した。診断面接法の実施には長時間を要するため、使用がためられる可能性はあるが、評価尺度を用いた評価、半構造化面接、医学的検査、心理検査といった医学的診断・評価過程を省略することは、それだけ診断者の主観の関与する余地が大きくなる。ADHD が様々な精神疾患を併存しうることも考えると、見逃しや過剰診断を防ぐという観点から 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・フォームのさらなる使用が望まれる。以上から、診断面接法について標準化すると、行った方がよい項目としては 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・フォームがあげられ、可能であれば行う項目としては M.I.N.I.KID があげられる(図 11)。

今回の調査から、ADHD の診断基準としては DSM-IV-TR と ICD-10 が使用されていることがわかった。DSM は近々改訂されることがい

われており、診断基準については動向を見守る必要があるだろう。

2-ii) 心理社会的治療・支援

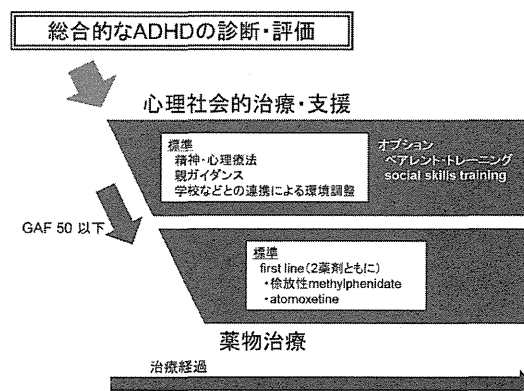


図 12. ADHD の治療・支援の標準とオプション

今回の調査結果(図 3)において、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)を行っていた。齊藤らのガイドライン¹⁾では「親ガイダンス」、「学校との連携」、「子ども本人との面接」、「薬物療法」を ADHD 治療の「基本キット」としている。この基本キットが十分に意識され心理社会的治療・支援が行われていると考えられた。

英国 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)による ADHD 診断・治療ガイドライン²⁾では、心理社会的治療を十分に行い、その上で治療効果が認められない場合に薬物治療を考慮するとし、心理社会的治療が治療の第一選択肢とされた。そして、心理社会的治療の基本は、個々の特性に応じた家族ガイダンスとし、家族心理教育、環境調整、ペアレント・トレーニング、ペアレント・トレーニングと併用した SST、認知行動療法、心理療法を推奨した。加えて、ペアレント・トレーニングは 6 歳未満の確定診断前の早期支援においても有用とし、認知行動療法は特に青年期から成人期

において有用であるとした。

田中の報告³⁾によると、ペアレント・トレーニングは72.2%の医師が有効感を感じており、またSSTについても治療手技として採用は少ないものの47.1%の医師が有効感を感じている。海外のガイドラインにおいても推奨されており、今回の調査においても今後行っていきたいとの回答が多くみられており(図3)、ペアレント・トレーニングとSSTへの取り組みは早急に行うべきであり、標準的な心理社会的治療・支援として望まれる。以上から、心理社会的治療・支援について標準化すると、精神・心理療法、親ガイダンス、学校などとの連携による環境調整が標準治療であり、ペアレント・トレーニング、SSTはそのオプションとなる(図12)。なお、ペアレント・トレーニングやSSTは、地域で取り組んでいることもあるため、医師は紹介先を把握しておくことが望ましい。

心理社会的治療・支援として、学校など関係機関との連携による環境調整を家族は最も求めていると医師は感じている(図6)。田中の報告³⁾でも、保護者が医療機関に期待する治療・支援で保護者への支援としては、保育・教育機関との連携が最も多い回答であった。このような要望、期待のなかで、「必要と思うが時間がとれない(13.5%)」という意見はあるが、医師は学校との連携を「必要な場合に随時実施(46.3%)」、「積極的に実施(32.2%)」していることが今回の調査でわかった。ただ、診療報酬の規定がないことが問題であるとの回答も少数みられ、学校など関係機関との連携による環境調整を今後十分に安定して行っていくためには課題も残る。

2-iii) 薬物治療

わが国では、子どものADHDに対して使用承認されているのは徐放性MPHとATXの2

薬剤であり、それ以外の向精神薬を子どものADHDに使用することは適応外使用となる。このことを踏まえた上でアンケートにも明記して今回の調査を行った。

子どものADHDに対して、69.0%の医師が徐放性MPHを処方することがあると回答し、65.0%の医師がATXを処方することがあると回答した。また、今回の調査結果(図5)から、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」に徐放性MPHよりも多く使用されていた。これらの場合には、不安障害とチック障害の関与が考えられ、ヨーロッパの多動性障害の臨床ガイドライン⁴⁾、カナダADHD診療ガイドライン⁵⁾、英国NICEによるADHD診断・治療ガイドライン²⁾、テキサス薬物治療アルゴリズム⁶⁾に示されているATXの使用を推奨する状況に類似する。また、今回の調査では「てんかんが併存する場合」もATXの使用が優先された(図5)。これは、MPHがけいれん閾値を低下させるためと考えられる。わが国における徐放性MPHとATXの差別化は、様々な角度から検討がなされなければ結論はでないものの、以上のことから薬物治療について標準化すると、徐放性MPHとATXの2薬剤をともにfirst lineとするのが標準治療である(図12)。ただし、チック障害、てんかんが併存する場合にはATXをfirst lineとする。

今回の調査では、徐放性MPHとATXに続く子どものADHDに対して処方することがある薬剤は、抗精神病薬、抗てんかん薬、抗うつ薬であった。衝動性の強い症例や多動の著しい症例については抗精神病薬をMPHに併用することがあり、またMPH無効例や思春期の症例については抗精神病薬が主たる薬剤となる場合もある。また、チック障害の併存する場合

に抗精神病薬が処方されることもある。抗てんかん薬は、てんかんが併存する ADHD に対して使用される。また、MPH はけいれん閾値を低下させるため、脳波異常のある症例にやむを得ず MPH を使用する場合には抗てんかん薬が併用される。carbamazepine や valproate といった抗てんかん薬は双極性障害に対して使用承認されており、双極性障害が併存する ADHD にも用いられる。その他、carbamazepine や valproate などは抗けいれん作用に加えて、多動や衝動性に対する情動調節作用が期待されるため、子どもの ADHD に対して処方されることがある。抗うつ薬では、三環系抗うつ薬の imipramine や nortriptyline の有効性の報告があり、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)も衝動性に有効との報告がある。また、うつ病、強迫性障害、社交不安障害が併存する ADHD にも用いられる。三環系抗うつ薬では心血管毒性や認知障害など、SSRI では自殺念慮を増加させる可能性があるなど有害事象が懸念されるものの、十分なモニタリングのもと慎重に処方されることがある。

前述したように、抗精神病薬、抗てんかん薬、抗うつ薬は ADHD に対しては適応外使用である。このことに留意し、症状に応じて、患者の個別性にも配慮し、有効性や忍容性を確認しながら慎重に行う必要がある。

3) PDD の診断・治療の標準化について

3-i) 診断と評価

PDD の診断・評価は、面接から得られる情報と診察室での行動観察、家族から聞かれる詳しい発達歴、保育や教育機関などの関係者からの評価や集団場面での行動特徴、そして心理検査や医学的検査の結果などを総合的に判断

して行われる。つまり、診断・評価の精度を向上させるためには、初回面接時の評価尺度・スクリーニングに始まり、医学的検査、心理検査、そして診断面接といった過程を経ることが必要である。

今回の調査(図 6)で回答された評価尺度・スクリーニングはいずれも有用であり、それぞれの特徴に沿って使用することで有益な情報が得られ診断の補助となる。しかし、今回の調査では 27.4%が評価尺度・スクリーニングを使用していないと回答し、最も使用されている PARS も 42.4%であった。今回の調査で上位を占めた、PARS, 子どもの行動チェックリスト(親用), CARS, 子どもの行動チェックリスト(教師用), M-CHAT といった評価尺度・スクリーニングのさらなる使用が望まれる。以上から、評価尺度について標準化すると、必須項目としては PARS があげられ、行った方がよい項目としては子どもの行動チェックリスト(親用), 子どもの行動チェックリスト(教師用), CARS, M-CHAT があげられる(図 13)。

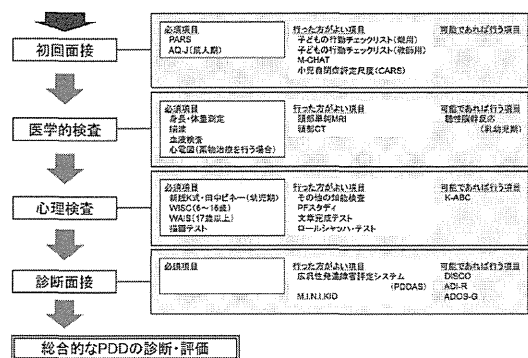


図 13. PDD の医学的診断・評価フローチャート

PDD の診断根拠となる生物学的指標が明らかとなっていない現状を勘案すると、PDD の医学的検査とは併存・鑑別診断を意識した検査であるといっても過言ではない。PDD と併存する、または鑑別が必要となる身体疾患として、てんかん、脳炎、結節性硬化症、神経線維腫症、聴覚障害などがあげられ、医学的検査が必要とい

える。今回の調査では、45.0%が脳波、20.4%が頭部単純MRI、16.1%が頭部CT、10.2%が内分泌系血液検査、2.2%が聴性脳幹反応を実施していたが、さらなる実施が望まれる。てんかんがPDDに併存する割合は5%から44%と報告され、てんかんの発症のピークが幼児期と思春期の二峰性であることもあり、脳波異常がみられれば経過をみて定期的に脳波検査を行う必要がある。また、乳幼児期のPDDでは呼名への無反応などから聴覚障害との鑑別が必要となるため、乳幼児期では聴性脳幹反応の実施が必要となる。薬物治療を行う上でも、血圧、脈拍、心電図、脳波などへの影響の有無を確認することは重要であるし、成長障害の有無や食欲低下の程度を検討するために身長、体重の確認も必要である。以上から、医学的検査について標準化すると、必須項目としては身長・体重測定、脳波、血液検査、心電図(薬物治療を行う場合)があげられ、行った方がよい項目としては頭部単純MRI、頭部CTがあげられ、可能であれば行う項目としては聴性脳幹反応(乳幼児期)があげられる(図13)。

PDDにおいては、認知機能の著しいアンバランスが想定されているため、診断を行う上で知能検査は必須といえる。今回の調査(図7)でも、85.2%がWISC、61.7%がWAISを診断に際して実施すると回答し、その他新版K式発達検査、田中ビネー知能検査、遠城寺式乳幼児分析的発達検査、津守・稲毛式乳幼児精神発達質問紙など知能検査に準ずる心理検査が実施されていることがわかった。これらは年齢に応じて選択されるが、乳幼児期のPDDでは直接的な評価が困難な場合もあり、その場合には養育者への質問紙法である遠城寺式乳幼児分析的発達検査や津守・稲毛式乳幼児精神発達質問紙を選択することとなる。また、知能検査は知的障害の

併存の検討や鑑別に用いられるとともに、鑑別または併存疾患である学習障害を示唆する情報が得られる場合もあるため、必要に応じてさらに詳細な学習機能や認知機能を評価できるK-ABCなどを追加することが望まれる。診断するという目的以外に、知能検査によって認知プロフィールを把握し、長所と弱点を見極めて支援方針や治療を考える姿勢も必要である。また、情緒的側面を評価することのできる描画テスト、PFスタディ、文章完成テスト、ロールシャッハ・テストもPDDをもつ子どもを多面的に理解するためには重要である。加えて、これらの心理検査は併存疾患の評価にも有用である。今後、心理検査としては、WISCを中心とした知能検査に加えて、情緒的側面や併存疾患を評価できる描画テスト、PFスタディ、文章完成テスト、ロールシャッハ・テストなどを積極的に実施するべきであろう。以上から、心理検査について標準化すると、必須項目としてはWAIS(17歳以上)、WISC(6~16歳)、新版K式発達検査または田中ビネー知能検査(幼児期)、描画テストがあげられ、行った方がよい項目としてはその他の知能検査、PFスタディ、文章完成テスト、ロールシャッハ・テストがあげられ、可能であれば行う項目としてはK-ABC心理・教育アセスメントバッテリーがあげられる(図13)。

今回の調査では診断面接法としては、78.1%が使用しないと回答した。臨床現場において診断面接法が使用されにくい要因として、実施時間が長時間に及ぶことやその特殊性などが考えられる。しかし、診断者の主観の関与を低減し、過剰診断や見逃しを防ぐためには診断面接法のさらなる使用が望まれる。研究診断の至適基準などとして認識が広まりつつあるADI-R、ADOS-G、DISCOなども著作権があり無断使用が厳しく制限され、専門的なトレーニ

ングなどを受けなければならないことで、現時点では使用は極めて限定的な状況であると考えられる。一方、親からの回答に基づいて評定を行う 91 項目からなる半構造化面接法である広汎性発達障害評定システム⁷⁾や、患者からの回答と同席する親の補足によって小児・思春期にみられる精神疾患を診断する M.I.N.I.KID⁸⁾は、開発者および翻訳者に請求することで入手できるため使用が比較的容易であると考えられる。以上から、診断面接法については標準化すると、行った方がよい項目としては広汎性発達障害評定システム、M.I.N.I.KID があげられ、可能であれば行う項目としては DISCO, ADI-R, ADOS-G があげられる(図 13)。

今回の調査から、PDD の診断基準としては DSM-IV-TR と ICD-10 が使用されていることがわかった。また、この 2 つの診断基準では、ADHD と PDD の重複診断は認められていないものの、臨床的には、両者の診断項目を満たす場合は PDD と ADHD の併存、つまり“PDD + ADHD”と診断していることが多い(61.5%)ことが今回の調査でわかった。PDD において、不注意、多動性、衝動性がみられることは多く、Yoshida ら⁹⁾は 53 名の高機能 PDD の児童のうち 36 名(67.9%)が ADHD の診断基準を満たしたと報告し、Frazier ら¹⁰⁾は PDD 症状のみ、ADHD 症状のみ、PDD と ADHD の両方の症状をもつ子どもを調査し、PDD にみられる不注意や多動症状は ADHD 症状のみをもつ子どものそれと類似していること、PDD 症状は不注意や多動症状の有無に関わらず類似していることを見いだした。このような研究報告が相次いだことで、PDD と ADHD は従来考えられたほどに明確に区別できる障害ではないという考えが広がり、DSM や ICD でも PDD と ADHD の併存を認めることが検討されている。このような状

況もあるため、診断基準については動向を見守る必要があるだろう。

3-ii) 心理社会的治療・支援

今回の調査(図 8)において、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%が親ガイダンスを行っていた。これらは家族からの要望が多い心理社会的治療・支援としても上位を占めた(図 9)。ADHD の調査結果や齊藤らのガイドライン¹⁾の基本キットから薬物療法を除いたものと、この PDD の調査結果とは類似している。医療における PDD の標準的な心理社会的治療・支援としては、精神・心理療法、親ガイダンス、学校などとの連携による環境調整が考えられる。

本人に対する精神・心理療法は、年齢や状態に応じて比重が変化するが、中心となるのは支持的な精神療法といえるであろう。有用といわれる行動療法、認知療法¹¹⁾のアプローチを適宜組み込んだ支持的な精神療法が必要であろう。親ガイダンスは、PDD の発達障害としての特性、一般的な心身の発達経過、予想される問題への対処法などの情報を親に提供し、現実に生じている問題について親とともに検討することなどを通じて、よりよい支援を実現するために行うものである。これらは、医療のみならず保健、保育、教育といった様々な場面で行われる可能性がある。医療においては、これらのことを認識して関係機関と連携したり、家族と関係機関を繋ぐ役割を担うなどと同時に自らが実施可能な親ガイダンスを行う必要がある。親ガイダンスは、親を支援者と位置づけることを前提としており、特に幼児期などには親ガイダンスが支援の中心となる。また、高機能 PDD などでは現実に生じている問題が複雑であったり、精神症状で

あったりするために医療において親ガイダンスを行う意義が大きくなる。学校などとの連携による環境調整は、今回の調査で多くの医師が行っている(図 8)とともに、家族は最も求めていると医師は感じている(図 9)ことがわかった。そして、医師は学校との連携を「必要な場合に随時実施(49.6%)」、「積極的に実施(29.4%)」していた。学校における PDD の教育的対応は、現在では特別支援教育の枠組みで行われ、これは個々を重要視する理念であることから、医療における診断や評価があればさらに支援は適切なものとなる。親の同意を前提として、担任教師や特別支援教育コーディネーターを窓口として、診断の際に行った知能検査の結果や診療上で知り得た個別の PDD としての特性などを情報提供したり、具体的な支援案について相談するなど連携による環境調整を行う。

学校以外の重要な連携先としては、就学前の福祉・療育機関、思春期以降の就労支援機関、児童相談所などがあげられる。

今回の調査(図 8)において、ペアレント・トレーニング、SST を行っていると回答した医師は 50%以下であったが、今後行いたいと回答した医師は順に 32.0%、29.8%であった。また、家族からの要望としても SST(43.3%)とペアレント・トレーニング(28.7%)は上位であった。ペアレント・トレーニングと SST は、PDD の心理社会的治療・支援として標準的に行われることが望まれるが、現時点では困難も伴う。早急に取り組むべき課題であろう。また、ペアレント・トレーニングや SST は地域で取り組んでいることもあり、医師は紹介先を把握しておく必要がある。

以上から、心理社会的治療・支援について標準化すると、精神・心理療法、親ガイダンス、学校などとの連携による環境調整が標準治療であり、ペアレント・トレーニング、SST はそのオ

プションとなる(図 14)。

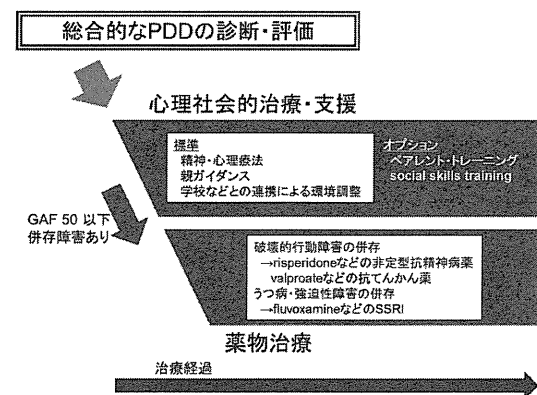


図 14. PDD の治療・支援の標準とオプション
3-iii) 薬物治療

わが国では、PDD に対して使用承認されているのは pimozide のみで、それも「小児の自閉性障害」に対してと年代や診断が限定されている。これ以外の向精神薬を PDD に使用することは適応外使用となる。このことを踏まえた上でアンケートにも明記して今回の調査を行った。

今回の調査において、小児の PDD に対して薬物治療を行っていないと回答した医師は 7.4%であり、成人では 6.3%であった(図 10)。このことから薬物治療の必要性はわかる。しかし一方で、薬物治療によって PDD の中心症状はほとんど改善されず、関連症状や併存症状の一部が改善されるにとどまるとされる。PDD に対する薬物治療は、関連症状や併存障害に対する対症療法であるとの認識が必要である。また、薬物治療が患者に与えると予想されるリスクとベネフィットを慎重に検討し、患者の利益につながると判断した場合にのみ薬物治療を行い、開始に際しては心理社会的治療・支援の継続および強化が必要であり、また薬物治療の標的症狀を明確にして治療の効果判定を適宜行うことも重要である。

今回の薬物治療の調査においては、小児と成人と分けて回答を求めた。小児の徐放性

MPH (52.8%)と ATX (46.3%)を除くと使用されている薬剤は小児と成人で類似しており、どちらも抗精神病薬、抗てんかん薬、抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬、漢方薬、気分調整薬の順であった(図2)。

MPH は、ADHD への治療反応性には劣るものの PDD に併存する不注意、多動性、衝動性を改善することが報告^{12,13)}され、ATXも同様の有効性がいくつか示唆されている^{14,15)}。しかし、DSM-IV-TR、ICD-10 といった診断基準では PDD と ADHD の重複診断が認められていないこともあり、わが国では徐放性 MPH や ATX を PDD に使用することは適応外使用であることに十分注意しなければならない。

抗精神病薬では、これまで haloperidol の報告が多かったが、副作用の出現頻度などから近年は非定型抗精神病薬の使用頻度が多くなっており、今回の調査でもその傾向がみられた。非定型抗精神病薬の中では、risperidone が小児で 70.5%、成人で 66.3%と多くの医師が使用していた。risperidone は、小児の PDD を対象とした報告では、PDD の中心症状は改善しないが、攻撃性、癩癩、気分不安定、自傷、多動・衝動性、常同行動、強迫症状などに効果がみられるとされる^{16,17,18)}。成人の PDD に対しても、反復行動、攻撃性、不安、抑うつなどで改善が認められ、社会性や言語では変化がなかったという報告¹⁹⁾がある。また、中川²⁰⁾の医師を対象とした小児の自閉性障害の薬物療法に関するアンケート調査においても、未就学児、就学児ともに risperidone が最も多く使用されており、risperidone は興奮性、自傷他害、衝動性、睡眠障害に対して使用されていた。

抗てんかん薬では、PDD の反復行動、気分不安定、衝動性、攻撃性に効果がみられたとする valproate の報告がある。今回の調査でも比

較的多く使用されていたが、これらの症状に対して医師は使用している可能性がある。また、valproate や carbamazepine といった抗てんかん薬は、てんかんや双極性障害が併存する PDD にも使用される可能性があり、今回の調査結果に反映された可能性が考えられる。

抗うつ薬では、これまで clomipramine の報告が多かったが、副作用の出現頻度などから近年は SSRI の使用頻度が多くなっており、今回の調査でもその傾向がみられた。SSRI の中では fluvoxamine が比較的多く使用されていた。PDD の反復行動、攻撃性、不適応行動、社会関係性を改善したとする fluvoxamine の報告²¹⁾があり、このような症状に対して使用されている可能性がある。この他にうつ病、強迫性障害、社交不安障害が併存する PDD にも SSRI が使用される可能性があり、今回の調査結果に反映された可能性が考えられる。

PDD の 70~80%程度に他の精神疾患が併存するといわれ、気分障害では、高機能 PDD を中心として、年齢が上がるほど併存率が高いとされ、PDD と気分障害の併存は 10~30%ともいわれる。成人の PDD において気分障害が 53%、不安障害が 50%、強迫性障害が 24%、物質使用障害が 16%、精神病性障害が 12%に併存したとする報告もある²²⁾。これらの併存障害に対しては、抗精神病薬、抗てんかん薬、抗うつ薬などの使用が考慮される。PDD に対しては、抗精神病薬、抗てんかん薬、抗うつ薬などの向精神薬は適応外使用であるものの、併存障害を考慮し、症状に応じて、患者の個別性にも配慮し、有効性や忍容性を確認しながら薬物治療を慎重に行う必要がある。

E. 結論

PDD および ADHD の診断・治療の標準化

を行い、それぞれの診断・評価のフローチャート(図 11・図 13)と標準的な治療について(図 12・図 14)示した。

文献

- 1) 齊藤万比古, 渡部京太編 : 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, 2008
- 2) NICE : Attention deficit hyperactivity disorder - Diagnosis and management of ADHD in children, young people, and adults. 2009
- 3) 田中康雄: 児童青年精神医学とその近接領域 51 : 120-132, 2010
- 4) Banaschewski T et al: Eur Child Adolesc Psychiatry 15: 476-495, 2006
- 5) Canadian ADHD Practice Guidelines. CADDRA website: <http://www.caddra.ca/>
- 6) Pliszka SR et al : J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 45: 642-657, 2006
- 7) 栗田広: 精神神経学雑誌 110: 962-967, 2008
- 8) 大坪天平: 臨床精神医学 39 (増) : 43-48, 2010
- 9) Yoshida Y et al: Eur Child Adolesc Psychiatry 13: 307-314, 2004
- 10) Frazier JA et al: J Atten Disord 4: 203-211, 2001
- 11) 齊藤万比古, 生地新総監訳 : 児童青年精神医学大事典. 東京, 西村書店, 2012
- 12) Handen BL et al: J Autism Dev Disord 30: 245-255, 2000
- 13) Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network: Arch Gen Psychiatry 62: 1266-1274, 2005
- 14) Arnold LE et al: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 45: 1196-1205, 2006
- 15) Posey DJ et al: J Child Adolesc Psychopharmacol 16: 599-610, 2006
- 16) McCracken JT et al: N Engl J Med 347: 314-321, 2002
- 17) McDougle CJ et al: Am J Psychiatry 162: 1142-1148, 2005
- 18) Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network: Am J Psychiatry 162: 1361-1369, 2005
- 19) McDougle CJ et al: Arch Gen Psychiatry 55: 633-641, 1998
- 20) 中川栄二 : 教育と医学 60 : 838-846, 2012
- 21) McDougle CJ et al: Arch Gen Psychiatry 53: 1001-1008, 1996
- 22) Hofvander B et al: BMC Psychiatry 9: 35, 2009

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

分担研究報告書

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⁾、藤尾未由希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

本研究は、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た。そのため、①子どものチック障害及び OCD 研究の最新の動向、②既存のトゥレット症候群の「ガイドブック」の活用のされ方や影響、及び③「ガイドブック」を使用した医師のチック障害患者の状態、治療、転帰を調べた。また、④調査結果に基づいて、チック障害の患者や家族に利用できるブックレットを作成するとともに、⑤子どもの OCD への認知行動療法 (cognitive behavior therapy: CBT) の検討も行うことで治療の発展も目指した。

各目的に対して、以下の方法で研究を実施した。①過去 10 年間の子どものチック障害及び OCD のガイドライン、評価や治療に関する文献収集を行った。②「ガイドブック」を医師 112 名に送付し、約半年後、その活用状況等に関する質問紙調査を行った。③前述の医師のうち、詳細調査に協力すると回答した 43 名に対して、チック障害を有する患者の初診時と半年後の状態や治療法を中心とした情報を回答するよう協力を依頼した。④質問紙調査の結果を受けて、チック障害の小学校高学年程度の患児が理解できるようなブックレットを作成した。⑤OCD に対する CBT を受けた 43 名のうち 22 名に介入前後で CY-BOCS を実施し、解析した。

その結果、①子どものチック障害・OCD 共に併発症を考慮すること、薬物療法に加えて CBT も充実させていくことが重要であると示唆された。②47 名の医師から回答を得て、回答者のうち、半数以上が実際の診療や援助において「ガイドブック」を使用し、8 割以上が「大変役に立った」「まあまあ役に立った」と評価した。③24 名の医師が質問紙調査に回答し (回収率: 56%)、57 名分の患者データが得られた。その結果、「ガイドブック」の中の「治療ガイドライン」で示した、チックと併発症の重症度を組み合わせた治療方針におおむね準じた治療・支援が行われていること、半年後に「悪化」の転帰をたどった患者の多くは初診時にすでに重症であり、かつ併発症を有していること等が分かった。④チックの原因や予後、併発症について簡易な表現で説明したブックレットを完成させた。また、⑤子どもの OCD への CBT が日本でも効果があることが示唆された。

以上より、子どものチック障害・OCD は互いに併発しあう他、発達障害やその他の不安障害を含む併発症を有することがあり、併発症を伴う場合に診断や治療が困難になることが明らかになった。チック障害に対する「ガイドブック」及びブックレットは併発症の記述が充実しており、診断・治療及び心理教育に役に立つことが示さ、今後の活用が期待される。

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。

平成 22 年度は、子どものチック障害及び OCD の診断・治療に関する海外及び国内の研究を系統的に収集し、国際的にどのような OCD の診断・治療が標準とされているのか調べることを目的とした。また、この文献研究の結果を、我が国の子どものチック障害及び OCD の診断・治療の現状と比較し、どのように生かすことができるか検討した。

平成 23 年度は、平成 22 年度終了の 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」(金生, 2011; 以下「ガイドブック」と略記) について、活用状況やそれによる診療行動の変容を評価する質問紙調査を行い、それ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。また、児童思春期 OCD について平成 20 年度から継続実施中の CBT プログラムについて、効果と関連要因の評価を行い、児童精神科領域の一般診療への適用を検討した。

平成 24 年度は、平成 23 年度の質問紙調査の結果を踏まえて、「ガイドブック」が活用可能となってから、半年間に医師が診療したチック障害患者の状態、治療、転帰に関するデータを後方視的に集積して検討を加え、チック障害及びチック関連 OCD の診断・治療の標準化の充実を図った。また、患者・家族に直接読んでもらえるリーフレットやブックレットを望む意見が質問紙調査で多数認められたので、患者・家族の意見も参考にしながらチック障害に関するブックレットを作成した。

B. 研究方法

1. 文献検討

検討時までの 10 年間の子どものチック障

害及び OCD のガイドライン、評価や治療に関するメタ解析研究に加えて、検討時に最新となる 2008 年～2010 年の診断・治療の動向について文献収集を行った。その際、子どものチック障害・OCD の診断に関する研究については、①チック障害における併発症、② OCD における併発症、③OCD の病識及び家族の巻き込み、④強迫症状のディメンション別アプローチの 4 つの観点から検討を行った。また子どものチック障害・OCD の治療に関する研究については、⑤チック障害に対する認知行動療法 (cognitive behavior therapy: CBT) または行動療法及び薬物療法、⑥OCD に対する CBT 及び薬物療法、⑦OCD の治療反応予測及び転帰の 3 つの観点から検討を加えた。

2. 子どもの OCD に対する CBT の検討

「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) での治療を希望した OCD の 7～20 歳の参加者 43 名に対し、平成 21 年 4 月から 23 年 11 月までの間、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介入を行った。セッションは、アセスメント、介入、フォローアップの 3 段階からなり、強迫症状の重症度評価には Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS, Scahill et al., 1997) の日本語版を用いた。

介入前後での評価結果が得られている参加者は 22 名であった。平均年齢は 15.1 歳 (範囲: 9～20, SD=3.2)、性別は男 14 : 女 8 であった。6 名に併発症があり、内訳はチック 2 名、自閉症スペクトラム障害 1 名、気分障害 1 名、統合失調症 1 名であった。

3. チック障害及びチック関連 OCD への治療の実態調査

「ガイドブック」を、その中に 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 112 名に平成 23 年 6 月に送付し、同年 11 月に「ガイドブック」の活用状況などに関する質問紙調査を行った。

「ガイドブック」には TS の概要及び治療・援助に関する基本的情報と、症例、TS に関する研究成果の紹介が記述されている。質問紙ではガイドブックの使用状況、及び使用開始後 4 ヶ月間（7～10 月）のチック障害患者の診療状況、診療において変容した点、意見などを尋ねた。47 名（42%）から有効回答を得た。

さらに、回答があったもののうち、詳細調査に協力すると回答した医師 43 名に対して、平成 24 年 8 月に追加調査への協力を依頼した。

「ガイドブック」を送付した後の平成 23 年 7 月～12 月に初診したチック障害を有する各患者について、初診時と半年後（平成 24 年 1 月～6 月）の状態、治療法を中心にカルテ記載に基づいた回答を求めた。施設及び回答者の属性についても尋ねた。各患者に関する主な調査項目は以下の通りであった：①基本情報（年齢、性別、チック発症年齢、チック障害診断、併発症、医療機関情報）、②初診時情報（チックの種類、チック重症度、併発症重症度、不適応重症度、チックに対する治療、併発症に対する治療、薬物の内容）、③6 ヶ月後の転帰、④6 ヶ月後の情報（チックの種類、チック重症度の変化、併発症重症度の変化、不適応重症度の変化、初診以後に開始したチックに対する治療、初診以後に開始した併発症に対する治療、薬物の内容、6 ヶ月間の薬物の変化）。容易に回答できるようにできるだ

け選択式とし、しかも重症度関連以外はほとんど有りか無しの二者択一とした。重症度は、1（なし）から 7（非常に重度）までの 7 段階評価とした。重症度の変化は、1（著明改善）から 7（著明悪化）までの 7 段階評価とした。

また、平成 23 年に実施した質問紙調査の結果から、患者・家族が理解できるブックレットの作成を望む声が聞かれたため、チック障害にかかわる児童精神科医と心理士が協働して小学校高学年程度の子どもが理解できるようなブックレットを作成した。試作品を小学 6 年生の TS の男児に読んでもらって感想を聞き、それに基づいてチックが起こる原因、予後、治療法についての内容を充実させた。こうして改良した試作品について、小学校高学年の TS の子どもを持つ親 3 名に意見を求めたところ、内容、構成共に高い評価を得た。そこで、表現をより分かりやすくする工夫を加えた。

C. 研究結果

1. 文献検討

文献レビューの結果、主に以下のことが分かった。

まず、子どものチック障害・OCD の診断に関する研究については、①チック障害における併発症の検討では、年齢によって前駆衝動と強迫症状との関連が異なること(Steinberg T et al.,2010)、ADHD や強迫症状がチックの重症度と共に TS の生活の質を予測していること(Culter D et al.,2009)などがわかった。

②OCD における併発症は、ADHD、双極性障害、チック障害及び衝動統制の問題などから検討されている。OCD の 12%、疑いを含めると 20%に ADHD が併発し、ADHD が併発した場合、保存の症状を呈することが多か

った(Sheppard B., et al.,2010)。また、OCD は TS と比較して、不安障害、ADHD、反抗挑戦性障害の併発が多かったが、両者の併発による影響は明らかではなかった(Lewin AB et al.,2010)。従って、OCD にはある程度 ADHD が高率に併発するが、OCD に ADHD が併発することによってどのような困難が生じるのか詳細は分かっていないと考えられる。一方で、小児の双極性障害患者の 21%が OCD の診断を、小児の OCD 患者の 15%が双極性障害の診断を有しており、両者の併発が全般的機能の不良や高率な入院、その他の不安障害の併発と関連していることが示され(Joshi G et al., 2010)、OCD への双極性障害の併発が深刻な結果に影響することが示唆される。チック障害及び習癖・衝動性の問題との関連から OCD 併発症を検討すると、早発の OCD がチック、TS などの強迫スペクトラム障害を伴いやすいこと(Janowitz et al.,2009)、身繕い状態を伴う OCD の場合、触覚/感覚過敏性が報告されやすいこと(Flessner CA et al.,2009)、児童青年期 OCD の 17%に皮膚のかきむしりや爪噛みなどの衝動統制障害が併発しており、その場合、チック障害を併発しやすいこと(Grant et al., 2010)がわかった。これらの併発症に関するレビューから、OCD がその併発症を元に、抑うつやその他の不安障害などと関連がある群、衝動性やチック障害などの身体的な側面に関連がある群など、いくつかに分けられるのではないかと考えられる。

③OCD の病識及び家族の巻き込みでは、病識に乏しい児童青年期の OCD 患者は、家族への巻き込みが多く、OCD 関連の機能障害が多く(Storch EA et al.,2010)、知的機能及び環境の統制感が低く、抑うつ症状がより重度

(Lewin AB et al.,2010)であるという特徴が見られた。

④強迫症状のディメンジョン別アプローチでは、21 研究 5124 名の Y-BOCS のデータからメタ分析が行われ、「保存・対称性・禁止された考え・汚染」の 4 つの因子が同定され、これらのディメンジョン別アプローチが併発症のパターンや遺伝研究、脳画像研究、治療反応性等との関連で有意義であると認識された(Block MH et al.,2008)。

また、子どものチック障害・OCD の治療に関する研究については、

⑤チック障害に対する CBT または行動療法及び薬物療法の検討では、6 割の小児期の TS 患者が薬物療法を受けており、ADHD 及び OCD の併発が薬物療法を受けやすくさせることが分かった (Denes NM, et al., 2008)。また、Piacentini J et al(2010)では、126 名の児童青年期の TS 及び慢性チック患者に行動療法の無作為統制比較試験を実施し、包括的行動療法を実施した群が有意にチックの重症度を下げることが示された。

⑥OCD に対する CBT と薬物療法の効果の検討では、児童青年期 OCD への CBT の効果量が薬物療法と比較して、やや大きい傾向にあり(Watson HJ et al.,2008)、身体醜形障害を伴う OCD へのガイドラインにおいても、軽度な場合は CBT から始め、重度の場合に強力な CBT と薬物療法の併用が勧められるなど(Lovell LJ. et al.2010.)、海外ではファーストチョイスとして CBT が好まれる傾向があった。

⑦OCD の転帰及び治療反応予測の検討では、CBT を受けた小児期の OCD 患者のうち 79%(集団治療の 95%)が治療 7 年後に OCD と診断をされなかったことや(O' Leary EM et

al.,2009)、22の研究のメタ分析でも長期転帰における平均持続率が4割ほどであったことから(Stewart SE et al.,2004)、小児OCDの長期持続は一般的に考えられているよりも高くないのかもしれない。治療反応が不良であることの予測につながるものとしては、ベースラインの重症度、家族機能の障害、外向性の障害、SRIへの反応不良に限ればチック障害の併発などが挙げられた(Ginsburg GS et al., 2008)。

2. 子どものOCDに対するCBTの検討

CY-BOCSの重症度得点は、介入前後で有意に減少していた(介入前:M=24.1, SD=4.9、介入後:M=15.8, SD=6.9、統計値:t=5.89, df=21, p<.001)。得点の変化に、併発症および服薬(SSRI、抗精神病薬の各々)の有無で有意差はなかった。

22名のうち曝露反応妨害法(exposure and response prevention: ERP)を実施したのは17名であり、残る5名にはERP以外の介入のみを実施した。CY-BOCSの重症度得点は、ERP実施群に限っても有意に減少していた(介入前:M=23.9, SD=4.7、介入後:M=14.2, SD=6.3、統計値:t=5.95, df=16, p<.001)。また、CY-BOCSの下位項目得点の変化量をERP実施の有無で比較したところ、強迫観念の苦痛及び制御、並びに強迫行為の苦痛で、いずれもERP実施群のほうが大きく減少していた。

ERP以外の介入は、ERP実施群では家族調整が8名(47%)と最多であり、ERP非実施群では認知療法を3名(60%)と高率に行っていた。ERP実施群の17名において家族調整の有無でCY-BOCS得点の変化量を比較したところ、有意差はなかった。

3. チック障害及びチック関連OCDへの治療の実態調査

①「ガイドブック」活用状況等に関する質問紙調査

回答者の専門診療科は、児童精神科19名、小児科9名、小児神経科7名、精神科5名、複数回答7名であり、診療歴は20~29年(15名)が最多だった。

回答者のうち、半数以上が実際の診療や援助において「ガイドブック」を使用し、8割以上が「大変役に立った」「まあまあ役に立った」と評価した。よく使用した項目、役に立った項目としては、いずれも「治療ガイドライン」が最も多く挙げられ(順に83%、79%)、診療科別にも同様であった。このほか、小児科医や小児神経科医は「症例」を、精神科医や児童精神科医は「トウレット症候群の概要」を挙げる者が多かった。

4ヶ月間の患者に対するチック障害の治療内容は、医師ベースで平均すると家族ガイダンス(72%)が最多だった。薬物療法、本人への心理教育、環境調整も50%以上であったが、CBTは7%にとどまった。小児科では家族ガイダンスが、精神科及び児童精神科では本人への診療教育、及び薬物療法が高率であった。

「ガイドブック」の使用前後で医師の診療に生じた変化としては、「疾患教育の質が向上した」、「自信をもって投薬できた」などが、不足点・要改善点、意見などとしては、「患者・家族にわたせる、リーフレット・冊子があると役に立つ」、「CBT、ハビットリバーサル在具体例があると良い」などが挙げられた。

②チック障害及びチック関連OCDに関する詳細調査

24名の医師（複数の診療科を専門とする医師をそれぞれに計上すると、小児科15名、児童精神科7名、精神科8名）が質問紙調査に回答した（回収率56%）。57名の患者（男性43名、女性14名；平均年齢11.8歳）の情報が得られ、そのうち43名がTSを含む慢性チック障害であった。

初診時における治療については、チックへの心理教育が54名（95%）、併発症への心理教育が30名（53%）と高率であった。また、チックおよび併発症の重症度得点について3点以下を「軽症」、4点以上を「重症」として集計した結果、チック軽症／併発症軽症20名、チック軽症／併発症重症5名、チック重症／併発症軽症14名、チック重症／併発症重症18名であった。これらの4群別で初診時の治療を検討した結果、チックの重症度に関わらず、チックに対する心理教育が行われていることが分かった（80-100%）。また、チック重症／併発症軽症の場合において、学校への介入が多くなされていた（43%）。抗精神病薬を用いた薬物療法は、チック重症／併発症軽症およびチック重症／併発症重症の患者に多く行われていた（71%、89%）。

半年後、チックの重症度が「軽快」に至った患者は18名であり、併発症はOCD5名（28%）、ASD2名（11%）、気分障害3名（17%）、不安障害2名（11%）に見られた。一方で、「悪化」の転帰をたどった患者は7名であり、併発症はOCD3名（43%）、ASD2名（29%）、気分障害3名（43%）、不安障害2名（29%）に見られた。また、初診時の重症度得点は、半年後に「軽快」に至った患者では4.4（SD=1.2）であったのに対して、「悪化」の転帰をたどった患者では5.1（SD=1.6）であった。しかし、チックに対する治療内容

に目立った差は認められなかった。OCDを併発していない場合（N=46）には、チックに対する薬物療法が18名（39%）に行われていたのに対して、OCDを併発している場合（N=11）には、チックに対する薬物療法が9名（82%）に対して行われていた。

③チック障害に関する患者・家族向けのブックレットの作成

ブックレットは、『「チック」や「くせ」をよく知ってうまくつきあっていけるように』と題してA5版で作成され、目次を含めて12頁になり、以下のような項目立てとなっている：「0. はじめに」、「1. 「チック」って？」（チックの種類の紹介）、「2. こんなことはありますか？」（チックの特徴や前駆衝動）、「3. パターンを知ろう」（チックの変動しやすさ）、「4. チックと一緒に出てくるいろいろなこと」（併発症状）、「5. チックのある子の特徴の2つの面」（いい点に注目する大切さ）、「6. いろいろな子どもがチックで相談に来ます」（主訴の多様さ）、「7. チックはなぜ起こるの？」（チックの原因）、「8. チックはいつよくなるの？」（予後）、「9. チックで困ったときの治療法」（治療法の簡単な紹介）、「10. さいごに」、「もっとチックやくせについて知りたいひとに」（参考となる文献紹介）。

D. 考察

1. 文献検討

文献レビューの結果から、以下の様なことが考察された。診断について述べられた文献から、子どものチック障害では併発症は高率であり、ADHD、OCDまたは強迫症状が重要なことが確認されたが、チックに伴う前駆衝

動との関連ではさらなる検討が必要と思われた。また、子どもの OCD でも併発症が高率で臨床的な特徴に影響を与えており、チック障害、衝動統制障害、ADHD に加えて双極性障害の検討も必要と思われた。また、病識、家族の巻き込みが知的な機能の障害や OCD 関連の機能障害と密接にかかわると確認された。このように併発症や認知機能などの特徴によって異質性のある OCD を整理していくこと、特に強迫症状のディメンジョン別アプローチが、OCD の病態と治療を結びつけていく上で重要であると考えられた。

治療について述べられた文献からは、チック障害の治療では、CBT の明確なエビデンスが得られたため、我が国での検証や導入が必要と思われた。OCD に対する認知行動療法及び SRI を中心とする薬物療法のエビデンスも蓄積されており、特に認知行動療法については、効果量の大きさや副作用が比較的少ないことなどから子どもの OCD に対する有効性が期待され、さらなる改良が進んでいるようであった。OCD の転帰及び治療反応予測には併発症、家族機能などが関連すると示唆された。

2. 子どもの OCD に対する CBT の検討

CY-BOCS 得点の変化から、本研究で実施したプログラム全体としての効果があることが示された。本プログラムは、ケース・フォーミュレーションを行ったうえで、家族調整や認知療法を取り入れながら ERP を行うが、併発症や服薬の有無による効果の差異は見られなかったため、複雑なケースであっても適切な介入方法の選択とアレンジで適用可能であり、一定の効果があると考えられた。

参加者の中には ERP を実施しなかったケースもあったが、やはり ERP の効果は高く、

それは家族調整の有無に関係なかったことから、いかに ERP を実施できる環境を整えるかが重要になると考えられた。家族の巻きこみによる治療反応性への影響や、CBT における家族調整や家族の参加の有効性が報告されており、ERP をスムーズに進めるために、家族関係や巻き込みの程度を事前に評価したうえで介入の計画を立てることの重要性が示唆された。また、ERP 実施群と非実施群の CY-BOCS 下位項目得点の変化から、強迫症状の苦痛感が軽減することが ERP の重要な側面だと示唆された。そのため、強迫行為や強迫観念に費やす時間の減少のみならず、苦痛感の軽減に重点を置いて ERP を実施していく必要があると考えられた。

以上より、児童思春期 OCD に対する CBT を児童精神科における一般診療に生かすうえで、ERP を実施できる土台を整える必要性が高いこと、強迫行為や観念の苦痛の減少が ERP を実施する際に着目すべき点であることが示唆された。

3. チック障害及びチック関連 OCD への治療の実態調査

「ガイドブック」活用状況等に関する質問紙調査からは、多くの医師が「ガイドブック」を使用し、有用性を評価しており、一定の実用性を有すると考えられた。「ガイドブック」の項目のうち、「治療ガイドライン」は最もよく使用され、かつ役に立ったとされたことから、実際の診療に即した情報が最も求められていると考えられた。そのほかの項目のうち、「症例」を挙げる者が多かった小児科医及び小児神経科医は具体的なイメージが得られる内容を求めていることが、「トゥレット症候群の概要」を挙げる者が多かった精神科医及び

児童精神科医は専門的な医学的知識も含めた内容を求めていることが示唆された。

診療の変容について、「ガイドブック」は回答者の治療の妥当性を支持することに寄与したが、このほかにも患者・家族に対する説明や、直接的な治療以外への援助の広がりといった点で影響があると考えられた。また、患者・家族向けの資料の要望が多く挙げられ、医師が患者・家族と予後や治療についての認識を共有することを重視していることが示唆された。

平成 24 年度のチック障害及びチック関連 OCD に関する詳細調査の結果、チックに対する心理教育は重症度に関わらず行われていること、チックが重症な患者に対しては学校への介入が多くなされていることが明らかになった。また、チックが重症な患者に対しては、抗精神病薬による治療が定着しており、チック障害で受診した患者の治療は、ガイドブックで示したチックと併発症の重症度による 4 群別での治療方針におおむね基づいて行われていた。

また、半年後も継続通院していた患者のうち、「悪化」の転帰をたどった患者は、初診時にすでに重症であり、ASD、気分障害、不安障害の併発が多い傾向にあった。しかし、「軽快」した患者と「悪化」した患者との間でチックに対する治療内容に目立った差はなかった。そのため、初診時にチックが重症な患者への治療方針や、ASD、気分障害、不安障害を併発しているチック患者への治療方針について、今後より詳細に検討する必要があるだろう。

チックについての患者や家族向けのブックレットについては、小学校の高学年程度でも理解できるように作成された。チックに対し

ての心理教育は重症度に関わらず多くの患者に対して行われていることが、本調査の結果からは示唆されており、本研究で作成したブックレットの有用性は高いと考えられる。

E. 結論

本研究から、チック障害、OCD について以下のことが考えられた。

まず、チック障害に対しては、チック症状だけではなく、併発症の重症度に応じた治療方針を立てる有用性が示された。特に、チックと OCD が併発すると、症状が重症であり、かつ他の障害も併発しやすいことが示唆された。併発例に対してのアプローチについては今後の検討課題と言えるだろう。また、チック障害を有する患者・家族が直接に読むことができるブックレットを作成した。今後、実際の臨床を通じた活用が期待される。

次に、OCD に対しては、家族の巻き込みの評価と対応が、CBT 及び薬物療法を進める上で重要であると確認された。加えて、子どもに多いチック関連 OCD では、しばしばチックが重症であり、またチック以外にも多彩な併発症を有しており、それらを考慮に入れた診療が必要であると示唆された。

文献

Bloch MH et al., Am J Psychiatry, 165(12), 2008

Cutler D, et al., Child Care Health Dev, 35(4), 2009

Debes NM, et al., J Child Neurol, 24(12), 2009

Flessner CA, et al., J Anxiety Disord, 23(6), 2009

Ginsburg GS et al., J Am Acad Child

- Adolesc Psychiatry, 47(8), 2008
- Grant JE, et al., Psychiatry Res, 175(1-2), 2010
- Janowitz D, et al., Depress Anxiety, 26(11), 2009
- Joshi G, et al., Bipolar Disord, 12(2), 2010
- 金生由紀子(2011). 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業「トゥレット症候群の治療や支援の実態の把握と普及啓発に関する研究」. 平成 20-22 年度総合報告書.
- Lewin AB, et al., Psychiatry Res, 178(2), 2010a
- Lewin AB, et al., J Child Psychol Psychiatry, 51(5), 2010b
- Lovell K & Bee P, Psychol Psychother, 81(Pt4), 2008
- O'Leary EM, et al., J Anxiety Disord, 23(7), 2009
- Piacentini J et al., JAMA, 303(19), 2010
- Scahill et al., J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 36(6), 1997
- Sheppard B, et al., Depress Anxiety, 27(7), 2010
- Steinberg T, et al., J Neural Transm, 117(2), 2010
- Stewart SE, et al., Acta Psychiatr Scand., 110(1), 2004
- Storch EA, et al., Psychiatry Res, 160(2), 2010
- Watson HJ et al., J Child Psychol Psychiatry, 49(5), 2008
- K, Konno C, Kuwabara H, Shimada T, Kano Y. Impact of obsessive-compulsive symptoms in Tourette's syndrome on neuropsychological performance. Psychiatry Clin Neurosci. 66(3):195-202, 2012.
- 学会発表
- Kano Y, Nonaka M, Matsuda N, Kono T, Kawakubo Y, Todokoro A, Ishii A. Impulsivity and related features of Tourette's disorder: comparison with attention-deficit/hyperactivity disorder and typical development. The 59th American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting, 2012/10/23-28, San Francisco.
- 金生由紀子, 野中舞子, 松田なつみ, 河野稔明, 川久保友紀, 戸所綾子, 石井礼花. トウレット症候群の衝動性及び関連症状に関する ADHD 及び定型発達との比較研究. 第 53 回日本児童青年精神医学会総会. 2012/10/31-11/2, 東京.
- 松田なつみ, 河野稔明, 野中舞子, 桑原斉, 島田隆史, 金生由紀子. トウレット症候群患者の前駆衝動とチックへの対処の関連発達の变化に着目した横断調査の報告. 第 53 回日本児童青年精神医学会総会, 2012/10/31-11/2, 東京.
- 野中舞子, 金生由紀子, 松田なつみ, 河野稔明, 下山晴彦. トウレット症候群への認知行動療法の効果の予備的検討—2 事例の比較を通して—. 日本行動療法学会第 52 回大会, 2012/9/21-23, 京都.
- 金生由紀子, 河野稔明, 菊池なつみ, 野中舞子, 桑原斉, 島田隆史. トウレット症候群に伴う感覚現象の研究. 第 33 回日本生
- G. 研究発表
原著論文
Matsuda N, Kono T, Nonaka M, Shishikura

- 物学的精神医学会年会, 東京, 2011 年 5 月 21~22 日.
- 野中舞子, 有澤直人, 金生由紀子. 慢性チック障害を有する児童への学校現場での支援の検討—小学校教員の関わりに着目して— 日本教育心理学会第 53 回総会, 北海道, 2011 年 7 月 24~26 日.
- 菊池なつみ, 金生由紀子. トウレット症候群の患者自身が行っているチックへの対処と関連する要因の質的研究—チックの前駆衝動と半随意性に着目して— 日本心理学会第 75 回大会, 2011 年 9 月 15~17 日.
- Kano Y, Kikuchi N, Kono T, Nonaka M, Kuwabara H, Shimada T. Sensory Phenomena Associated with Tics and Obsessive Compulsive Symptoms in Patients with Tourette's Disorder. The 57th American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting, Toronto, Canada, Oct 18-23, 2011.
- 野中舞子, 菊池なつみ, 河野稔明, 金生由紀子. トウレット症候群の子どもを持つ家族の心理過程—幼児期から思春期に着目して—. 第 52 回日本児童青年精神医学会総会, 徳島, 2011 年 11 月 10 日~12 日.
- その他
- 金生由紀子: チック障害. 小児科. 53(5):559-565, 2012
- 金生由紀子: 前編 未成年者における向精神薬の使用状況. 心の健康ニュース. 385: 2-3, 2012
- 金生由紀子: 後編 大人が正しい知識を持つことの必要性. 心の健康ニュース. 386: 2-3, 2012
- 金生由紀子: トウレット症候群に対する治療について. 発達が気になる子の子育て支援情報誌. 4:6-10, 2012
- 金生由紀子: 発達障害. 耳鼻咽喉科・頭頸部外科. 84(12):939-943, 2012
- 松田なつみ, 金生由紀子: トウレット症候群の支援と治療. 最新精神医学 18(1): 39-47, 2013
- 齊藤万比古, 金生由紀子 (編). 子どもの強迫性診断・治療ガイドライン. 星和書店, 2012.
- 金生由紀子: チック障害. 臨床精神医学. 40 増:377-379, 2011.
- 金生由紀子: 女性の自閉症スペクトラム障害の診断において、男性の自閉症スペクトラム障害と違うと思うところ. アスペハート. 10(3):38-43, 2012.
- 金生由紀子: Gilles de la Tourette 症候群をめぐる最近の話題. 鈴木則宏/祖父江元/荒木信夫/宇川義一/川原信隆(編): Annual Review 神経 2011, 中外医学社, pp267-277, 2011
- 金生由紀子: トウレット障害. 日本小児科学会雑誌, 114(11):1673-1680, 2010.
- 金生由紀子: チック・Tourette 症候群. 飯田順三 (編): 脳とこころのプライマリケア 4 子どもの発達と行動, シナジー, pp323-334, 2010