

- 14) Narishige R, Saito T: The Characteristics of Suicide Attempts in Japanese Youth after the Great East Japan Earthquake. The International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 20th World Congress, 2012, July, in Paris, France.
- 15) 大高靖史, 成重竜一郎, 川島義高, 与儀恵子, 氏原将奈, 村山雅子, 小山佐智子, 横田由美, 大久保義朗: 救急医療機関退院後の自殺未遂者に対する地域フォローアップ体制の構築—保健師と救急医療機関との連携による取組事例の報告—. 第36回日本自殺予防学会総会, 9月, 東京
- 16) 齊藤卓弥 小児・思春期における双極性障害の早期発見 第9回日本うつ病学会 東京 9月
- 17) 成重竜一郎: 単科精神科病院における地域医療としての児童精神科医療の試み. 第52回日本児童青年精神医学会総会, 11月, 東京
- 18) 鈴木砂由里, 成重竜一郎, 高取祐子, 柴崎哲, 大島希: 児童思春期精神医療における学校訪問を利用した地域コミュニティへのアプローチ. 第52回日本児童青年精神医学会総会, 11月, 東京
- 19) 齊藤卓弥 精神疾患の診断と統計マニュアル第5版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition : DSM-5) における児童思春期精神疾患の診断基準の展望 第52回日本児童青年精神医学会総会, 11月, 東京
- 20) 柴崎哲, 成重竜一郎, 鈴木砂由里, 高取祐子, 大島希: 児童思春期精神科入院治療における作業療法の評価手法に関する予備的検討. 第52回日本児童青年精神医学会総会, 11月, 東京
- 21) Sawaya A and Saito T. Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and mood disorder in Japan. The 1st Asian Congress on ADHD 2012, December Seoul Korea
- 22) Recent Findings of Positron Emission Tomography and ADHD The 1st Asian Congress on ADHD 2012, December Seoul Korea
- H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)
1. 特許取得  
なし
  2. 実用新案登録  
なし
  3. その他

## 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

分担研究者 新井 卓<sup>1)</sup>

研究協力者 高橋雄一<sup>2)</sup> 藤田純一<sup>1)</sup>

1) 地方独立行政法人 神奈川県立病院機構 神奈川県立こども医療センター 児童思春期精神科

2) 公立大学法人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

### 研究要旨

【背景】近年統合失調症を中心とする精神病性障害に関して、前駆状態を広くハイリスク群として捉え、支援を検討すること、精神病状態の初発後、可能な限り早期に発見し、治療的介入を行うこと、さらにはその後に続く慢性期、再発といった臨床病期に合わせた治療や支援を行うという考え方が一般的になっている。子どもの統合失調症の診断と治療の標準化を行う上でもこれらの考え方を取り入れていく必要があると思われた。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と治療におけるガイドラインの基盤的指針を作成することを3年間の研究の最終的目標とした。

【3年間の研究テーマ】上記の背景に基づき、初年度は早期精神病国際ガイドラインを基本に文献的考察を行い国内の児童思春期症例の臨床現場への適応を想定した場合の課題の抽出にあてた（調査研究A）。次年度以降、初年度研究で抽出された課題のうち、＜早期精神病概念の児童青年期症例への適応およびハイリスク群の捉え方や考え方の統一＞を目的として、実際に国内の精神科臨床医（2133名）への意識調査を行い、児童青年期症例への早期精神病概念の適応に関する一定の賛同を確認した（調査研究B）。さらに、＜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＞を目的として、臨床研究として児童期から青年期前期の精神科初診患者（10-15歳、470名）の精神病様体験（PLEs）の調査を行い、児童青年期ではPLEsが統合失調症に限らず多くの精神疾患で見られること、自殺関連事象や暴力と関連することなどが明らかとなった＜調査研究C-1＞。また、新たな調査研究として、児童精神科初診患者（10-15歳、330名）について、精神病発症危険状態（At-risk mental state: ARMS）にある患者を抽出し、その背景および1年後の臨床像の調査を行い、＜調査研究C-2＞。また、平成23年4月から1年間の児童精神科の10-15歳の初診患者の中で精神病様体験、抑うつ症状、あるいは希死念慮などの症状を抱える患者（177名）のうち、同意が得られた患者142名を対象に治療動機あるいは治療中断の場合の理由、精神状態、および社会的機能を3年間調査する前向き研究を継続中である＜研究C-3＞。さらに最終年に実践的試みとしての精神病早期介入を意識した児童精神科医療における精神科作業療法について、その実践状況の報告を行った。

これらの調査研究をもとに児童青年期においても適応できるガイドラインの基礎とするべく児童青年期の統合失調症を中心とする精神病性障害の指針案を作成した＜要旨別添＞。

<調査研究A>

【研究方法】

現在、国際的に基準とされるガイドライン（早期精神病国際ガイドライン）を3名の児童精神科医で検討し、国内外の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と治療に関する文献調査を合わせて行い、国内の児童思春期事例に対応したガイドラインを作成する上で補完あるいはより配慮を要とする点の抽出を行う。

【結果および考察】

今後の検討課題として①関連職種への疾患教育の推進、②早期精神病概念の児童青年期症例への適応およびハイリスク群の捉え方や考え方の統一、③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、④急性発症時の迅速な対応のための救急受診システムの確保、⑤低年齢症例への薬物療法の指針の作成、⑥リハビリテーション機能としての教育機関の役割の検討、⑦児童精神科医療と成人精神科医療の連携の充実、が抽出された。今後、これらの項目に関する調査および検討が必要であると思われた。（厚生労働省科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 児童青年期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年度総括・分担研究報告書）

<調査研究B>

【研究方法】

前年度研究の結果としてあげられた検討課題の中の「早期精神病概念の児童青年期症例への適応および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項目に関するアンケート調査を行った。

【質問】

①標準化を目的としたガイドラインを作成する場合、対象を統合失調症に限定せず、「精神病症状を呈する疾患群」と広く捉えることは適切だとお考えになりますか？

②ハイリスク群（将来精神病を発症する可能性が高い一群）の同定とこの群への早期支援を行うことが適切だとお考えになりますか？

③精神病症状が顕在化した時点で早期かつ集中的に精神医学的治療を行うことが適切だとお考えになりますか？

④精神病症状が顕在化した後、数年間は治療中断がないような支援・治療およびリハビリテーションを行うことが適切だとお考えになりますか？

【結果および考察】

4つの質問について80%以上の医師が“適切”～“やや適切”と回答した。結論として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は概ね適切であると考えられた（厚生労働省科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 児童青年期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）

（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として、児童青年精神医学とその近接領域に投稿受理印刷中）。

<調査研究C-1>

「児童精神科外来受診患者に対する自記式問診票による精神病様体験および関連症状の調査（2年間の調査）」

【研究方法】調査研究Aで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、平成22年12月～平成24年11月の2年間、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のうち10～15歳の623名から初診時明らかな精神遅滞を有する者59名、本人が受診しなかった者10名、精神医学的診断がつかなかった者5名、精神科初診時間診票に必要事項を記載できなかった79名を除いた470名を対象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。

【結果および考察】結果として、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20%存在した。小学生24.7%、中学生17.1%で低年齢で多かった。また、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、小学生で暴力および自殺企図歴、中学生で自傷行為歴と自殺企図歴に有意な関連があった。家族への秘密を抱えている場合、PLEs陽性例が有意に多かった。児童精神科外来初診者において自殺関連事象など積極的介入を要する主題とPLEsとの関連性の存在が示唆された。(第52回日本児童青年精神医学会総会で発表)(厚生労働省科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 児童青年期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24年度総括・分担研究報告書)

#### <調査研究C-2>

「児童精神科受診者における At risk mental state 症例の後方視的検討」

#### 【研究方法】

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について、CAARMS 日本語版を参考に、後方視的に精神病発症危険状態 (at-risk mental state: ARMS) の患者を抽出し、初診時診断名、受診理由、被虐待歴、および広汎性発達障害の有無などの背景因子を調査し検討した。さらに、このARMS 症例の初診後1年の状況を調査した。

#### 【結果および考察】

対象310名(平均12.3歳)のうちARMSと診断されたのは20例だった。ARMSと診断された20例の主訴は不登校8例、情緒不安定、暴力・粗暴行為、希死念慮・自殺企図がそれぞれ4例、および不安症状が3例だった。また、20例中10例が養育過程での非虐待体験を有していた。初診後1年の状態が調査可能だった13例は、いずれも精神病性障害の診断には至らなかった。ま

た、初診後1年の時点での治療方針は、<統合失調症に準じた治療><気分障害への治療><発達障害特性を考慮した治療><愛着障害や人格特性への治療>への分類が可能だった。今回の結果からARMSの診断がなされる症例には、広汎性発達障害患者における思考障害症状や解離性障害患者におけるや幻覚症状が、多く含まれる可能性が示唆され、特に児童・青年期前期のARMS 症例に関しては標的疾患を精神病性障害に限定しない捉え方が求められると思われた。

(第53回日本児童青年精神医学会総会および第16回日本精神保健・予防学会学術集会で発表)(厚生労働省科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 児童青年期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24年度総括・分担研究報告書)

#### 【3年間の調査研究のまとめ】

「子どもの統合失調症の診断と治療の標準化」に関して、特に治療および支援の近年の世界的潮流である早期精神病概念の児童青年期症例への適応の是非から検討を始め、その際の課題の抽出を行った。限られた期間の中で、児童青年期および成人期の臨床医へのアンケート調査にその適用性を確認し、さらに特に児童期青年期前期のける精神病様体験 (PLEs) および精神病発症危険状態 (ARMS) の臨床的調査を行い配慮すべき点を考察した。これらの調査研究の結果を取り入れる形で児童青年期の統合失調症を中心とする精神病性障害に対する診断および治療のガイドラインの基礎となるべく、別添の要旨で児童青年精神医学とその近接領域の特集号(現在の児童精神科臨床における標準的診療指針を目指して)に投稿中である。

F. 研究発表

<紙上発表>

藤田純一、西田敦志、高橋雄一他：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：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  
童青年精神医学とその近接領域（印刷中）

新井 卓、藤田純一：特集「現在の児童精神科臨  
床における標準的診療指針を目指して」（児童青  
年期の統合失調症を中心とする精神病性障害）、  
児童青年精神医学とその近接領域（投稿中）

<学会発表>

藤田純一、新井 卓、高橋雄一：児童精神科外来  
受診患者の精神病様体験に関する調査、第 52 回  
日本児童青年精神医学会総会、徳島、2011

新井 卓、藤田純一、他：児童精神科受診者にお  
ける ARMS 症例の後方視的検討、第 53 回日本  
児童青年精神医学会総会、東京、2012

藤田純一、新井 卓、他：実践的試みとしての精  
神病早期介入を意識した児童精神科医療におけ  
る精神科作業療法の試み、第 53 回日本児童青年  
精神医学会総会、東京、2012

新井 卓：児童精神科受診患者における ARMS 症  
例 —CAARMS による評価の試み—（シンポジウ  
ム）、第 16 回日本精神保健・予防学会学術集会、  
東京、2012

## 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

分担研究者 渡部京太<sup>1)</sup>  
研究協力者 齊藤万比古<sup>1)</sup> 小平雅基<sup>1)</sup> 宇佐美政英<sup>1)</sup> 岩垂喜貴<sup>1)</sup> 飯島崇乃子<sup>1)</sup>  
牧野和紀<sup>1)</sup> 松田久実<sup>1)</sup> 佐々木祥乃<sup>1)</sup> 田中徹哉<sup>1)</sup> 田中宏美<sup>1)</sup> 原田真生子<sup>1)</sup>

1) 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科

### 研究要旨

初年度は、子どもの不安障害（主に、全般性不安障害、分離不安障害、社交不安障害）の文献レビューを行い、標準的な診断・評価、治療技法に関する情報を収集した。米国児童青年精神医学会の「児童思春期不安障害の評価・治療に対する臨床指針」では、治療はさまざまなアプローチ—保護者・子どもへの心理教育、教育関係者・家庭医との連携、認知行動療法（CBT）、力動的療法、家族療法、薬物療法—を組み合わせることが推奨されている。なかでも、認知行動療法（CBT）に多くのページがさかれていた。そこで、①「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」（Kearney ら<sup>2)</sup>）、②「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety : The Coping Cat Program」（Beidas ら<sup>3)</sup>）を紹介し、不安障害のために不登校・ひきこもりに陥った子どもへの治療プログラムを検討した。2年目は、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のレビューを行った。不安障害、不登校と関連が深い選択性緘黙児を対象にしたグループ・プレイセラピー『国府台シャイネス』を開始し、その経過について報告した。3年目は、不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもの診断、治療の実態を調査するために、日本児童青年精神医学会の認定医および評議員、児童精神科専門診療部がある大学附属病院、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院を対象に質問紙調査を行った結果を報告した。調査結果から、実際に行われている治療は、本人への対応（通常の診療）、学校との連携、家族への心理教育、構造化された個人精神療法、CBT、訪問支援、自助グループへの紹介、集団療法、SST の順で多かった。子どもの不安障害の治療技法として CBT が注目を集めているが、今回の調査では 29.5% が CBT を行っているという回答だった。薬物療法を行わないと回答した対象は 4.5% で、不登校を示している不安障害の子どもへの薬物療法は広く行われており、SSRI が first-line の薬物と考えられており、ベンゾジアゼピン系薬物は慎重に投薬されていることが明らかになった。最近では子どもの CBT が数多く紹介されるようになり、新たな薬物も使用可能になってきている。子どもへの CBT が広く普及し、臨床家が十分に使いこなせるようになることが現時点での課題と思われる。これらの調査研究をもとに子どもの不安障害の指針案を作成した〈要旨別添〉。

## A. 研究目的

### 1) 初年度：

子どもの不安障害（主に、全般性不安障害、分離不安障害、社交不安障害）の文献レビューを行い、標準的な診断・評価、治療技法に関しての情報を収集した。

### 2) 2年目：

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のレビューを行い情報収集した。

### 3) 3年目：

不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもの診断、治療の実態を調査するために、全国の児童精神科医を対象に質問紙調査を行った。

## B. 研究方法

### 1) 初年度：

米国児童青年精神医学会の「児童・思春期不安障害の評価・治療に対する臨床指針」<sup>1)</sup>を中心にして、さらに2008年にLecroyが編集した「Handbook of Evidence-Based Treatment Manuals for Children and Adolescents」（OXFORD UNIVERSITY PRESS）のなかから、□「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」（Kearneyら<sup>2)</sup>）、□「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety: The Coping Cat Program」（Beidasら<sup>3)</sup>）を紹介し、不安障害のために不登校・ひきこもりに陥った子どもへの治療プログラムを検討した。

### 2) 2年目：

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、そして薬物療法に主に認知行動療法（CBT）を併用して行われた臨床試験について、Blochら<sup>4)</sup>、Watson<sup>5)</sup>の総説を中心にレビューを行う。当科で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』の試みを紹介する。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が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つたりする。LiebowitzとKernberg<sup>3)</sup>、そしてGuptaら<sup>4)</sup>は、外来クリニックにおける通常の評価プログラムにおいて、年齢、性別、診断が混在する子どもを集めてプレイルームで遊ばせ、彼らがどのように遊ぶのか、他の子どもとどのように関わるのかを査定する組織的な2回の観察セッションを行っている。この観察セッションは、DSM-IVのカテゴリーにあわせて修正されている。『国府台シャイネス』は、このような取り組みを下敷きにして、開始された。

### 3) 3年目：

日本児童青年精神医学会の認定医および評議員、児童精神科専門診療部がある大学附属病院、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院を対象に質問紙調査を行った。本調査では、18歳未満に発症した不登校を示している不安障害を想定して回答を依頼した。不安障害は、分離不安障害、全般性不安障害、社交恐怖、特定の恐怖症と定義し、強迫性障害は除くこととした。質問紙調査は、診療の実態、診断のために使用しているアセスメントツール、診断基準、実際に行われている治療についての質問項目から構成されている。

## C. 研究結果および考察

### 1) 1年目：

初年度は、米国児童青年精神医学会の「児童・思春期の不安障害の評価・治療に対する臨床指針」を中心として、子どもの不安障害（主に、全般性不安障害、分離不安障害、社交不安障害）の文献レビューを行い、標準的な診断・評価、治療技法に関しての情報を収集した。米国児童青年精神医学会の「児童思春期不安障害の評価・治療に対する臨床指針」では、治療は

さまざまなアプローチ—保護者・子どもへの心理教育、教育関係者・家庭医との連携、認知行動療法（CBT）、力動的治療法、家族療法、薬物療法—を組み合わせることが推奨されている。なかでも、認知行動療法（CBT）に多くのページがさかれていた。不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの治療では、①親、子どもへの不安障害についての心理教育、②子どもへの認知行動療法的アプローチを中心とした支援、③子どもだけでなく子どもをめぐる学校や教育相談機関などといった関係諸機関との連携、④同年代集団との再会の機会を提供することが必要であり、「Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth」、「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety : The Coping Cat Program」といった CBT の技法を導入することは有用と考えられる。

2) 2年目 :

①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、そして薬物療法に主に認知行動療法 (CBT) を併用して行われた臨床試験についてのレビュー

結果は、i) 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、ii) 子どもの全般性不安障害 (GAD)、分離不安障害 (SAD) には venlafaxine ER が有効であること、iii) 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、iv) 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。子どもにおける多くの不安障害への SSRI の有効性が示され、忍容性についても徐々に確認されつつあるが、安易に薬物療法に導入することには慎重な判断が必要であろう。

②『国府台シャイネス』について

i) 『国府台シャイネス』の治療構造

対象は当院児童精神科に外来通院中の選択性緘黙と診断された子どもである。『国府台シャイネス』は2～3週ごとに1回1時間という設定で行った。子どものグループ・プレイセラピーは、臨床心理士2名が担当し、外来の最も広いプレイルームにて実施している。遊びの内容は参加者が自発的にはじめたものに沿うかたちをとることとした。また、2歳以上の健常児であるきょうだい同伴での参加を積極的に受け入れている。これは、自分のきょうだいと一緒に参加することによって保護者から分離する緊張感を軽減できるのではないかということ、そして同年代の健常児がグループに参加することによって患児の動きと健常児の動きとを比べながら観察できることをねらいとした。

セッションの流れは、保護者と分離して待合室からプレイルームに移動し、プレイルームでは毎回ルールの確認をした後、自由に遊び、最後は片づけをして退室をするというものである。

このグループ・プレイセラピーの構造は、Gupta ら<sup>6)</sup>の「Diagnostic Groups for School-Age Children : Group Behavior and DSM-IV Diagnosis」を参考にした。Gupta ら<sup>6)</sup>は、a) 45分のセッションを2回行う（別の日に行う）、b) プレイルームにおもちゃやゲームを用意しておき、自由に遊んでもらう、c) 終了時に片付けの時間を設定する、d) 自分や他の子どもを傷つけない、e) おもちゃやプレイルームを破壊しない、f) ビデオ撮影や one-way mirror で観察するという構造で診断グループを行っている。観察は、1) 場面のアセスメント：①グループの設定、②グループの構成、2) 個々のアセスメント (Individual assessment)：①精神状態の所見、②親、あるいは親しい成人から分離できるかどうか、遊具やおもちゃとの関係、③ひとつひとつの遊びのテーマ、3) 相互関係のアセスメント



(Interactional assessment) : ①他の子どもとの関係、②グループリーダーとの関係、③グループへの子どもの影響、④子どもへのグループの影響といった観点で行う。

また、子どものグループ・プレイセラピーを実施している間に、別室で児童精神科医による保護者への選択性緘黙という疾患についてのレクチャー、保護者同士の近況報告等を行っている。

## ii) 『国府台シャイネス』の治療経過

今回報告する第10回までのセッションにおける登録メンバーは、患児11名、そのきょうだいが6名で、毎回健常児を含め10名前後が参加している。メンバーの年齢層は、幼稚園児から中学生と幅広くなっている。以上のような設定で、H23年に実施した10回のセッションを、小学2年男児A君、小学3年女児Bさんを中心に報告する。

A君は、幼稚園入園後、園ではしゃべれないことが指摘され、年長時に初診となった。こだわりが強いなどの成育歴から、主治医はPDDを疑ったが、本人は診察室では寝てしまっていることが多いため、確定診断には至っていない状況であった。

Bさんは、幼稚園時代から友達と遊ぶことは出来たが、話すことは出来ずにいた。小学校1年生の冬休み明けから登校を嫌がるようになり、不登校の状態でご来院初診し、個別のプレイセラピーを導入したが、強い分離不安から母親と離れるのが困難なセッションが多く、26回目以降キャンセルが続きプレイセラピーは中断した。

### 経過

第1回、子どもたちは、なんとか保護者と別れてプレイルームに移動した。しかし部屋に入っても入口付近で固まっており、静まり返った中でTh2人と、2歳の健常児の声だけが聞こえている時間が続いた。治療者(以下、Th)が、事前に用意していた1つ1つ絵柄の違うネームプレートを紹介し、好きな絵柄を選択する

よう促しても選べず、やっとのことで年下のきょうだい達を先頭に自分の好きな絵柄を手にとれても、今度はペンで名前を記入する事が出来ず、何かするごとにジリジリとした緊張感が漂う状態であった。Thは、年下のきょうだい達はまだ字が書けない事を理由に、患児に「<弟の名前を書いてあげてくれる?>」とペンを差し出した。すると、下の子のためになら名札に記入することができ、ついでのように自分の名前も書く事が出来た。このように、動いては止まり、動いては止まりを繰り返した結果、入室してネームプレートを作るだけで、30分もの時間が過ぎていた。

しかし、後半になると、まずはきょうだいで来ている子どもは、そのきょうだいにひっぱられる形でそれぞれのきょうだいごとに遊び始めた。ただし、1人で参加している子は、未だ動き出せずにいる。Thが、ボールプールに入っている子達にボールをかけたたり、軽く投げ合ったりしていると、小さい子中心に声をあげてはしゃぎだし、だんだんと賑やかになってきた。すると次第に患児達もボール投げに参加し、いつの間にか、Th2人に向かって子ども達全員が結託してボールを投げつけるという遊びとなり、最終的にはThの背後から剛速球が飛んできたり、巨大なボールが投げつけられたりと、全員入り乱れて激しいボールの投げ合いとなった。ボールプールの中にあつた大量のボールはほとんど外にまき散らされ、ぬいぐるみやおもちゃなど、ボールでない物もお構い無しに飛び交う大騒ぎとなり、終了時刻を迎えた。そこでThは、終了を伝えるべく「<今日はお終い!>」と叫ぶのだが、その声は大騒ぎにかき消され、子ども達は口々に「帰らない、2時間遊ぶことにして」と退室を渋り、物を片付けるどころか棚に置いてあるものをわざわざ散らかした。子ども達が退室した後のプレイルームは嵐が去った後のような状態であった。

この回、A君はじめ、ほとんどの患児が声を上げてはしゃいだり、やりたい放題に部屋を散

らかした。周りの子よりもやや緊張感が高く、あまり声は聞かれなかった B さんも、元気よくボールを投げて、最後は名残惜しそうに何度もふり返って手を振って帰り、緊張感漂う最初の姿とは別人のような印象であった。Th は、元々緘黙の子に抱いていたイメージやセッション前半のなかなか動き出せない姿と、後半の溢れ出して収まりの付かないエネルギーとのギャップに驚き、緘黙の子どもの、抑えることと発散することの極端さに圧倒された初回となった。

第 2 回目以降もボール投げは続き、それが発展して、子どもチームは大きなソファやホワイトボードを使ってバリケードのような物を作りだした。それに対抗して大人チームも向かいに基地を作り、暗黙のうちに“子ども”対“Th”の構図となったのだが、A 君はその状況を理解できず、暗黙のルールに反して Th 側に味方したり、両者の基地を行き来してしまっていた。また、小さい子に向かって大きいボールを強く投げてしまうなど、やや危険になってしまうことが多く見られた。このような A 君の様子から、やはり A 君には PDD の特徴があるのではないかという事がセッション終了後のスタッフによるレビューで検討された。

一方 B さんは、子どもチームの一員として、Th がよそ見をしている隙をねらって背後から攻撃するなど、緊張感是和らいで、非常に活発に遊んでいるように見受けられた。しかし、女の子達が Th に言葉を使ってクイズを出題するなど、言語的な遊びを始めると、B さんもそれが気になって近くに行ってはみるものの、様子を窺うだけでどうしても参加できずにいた。このような、言語的交流場面での強い緊張感や硬さから、多少言語性知能の問題もあるのではないかという事がスタッフ間で話題となった。

第 5 回目以降、Th は、それまでに見えてきた子どもそれぞれの特徴に沿った関わりを意識するようになった。A 君に対しては、遊びの中での危険な行動が見られた際には、Th がく

小さい子にはボールはそーっと投げる！>など具体的に注意を促し、逆に適切な行動をとれている時には、<よくできたね><ありがとう>等、その行動を強化する事を目的とした肯定的な声かけを心がけた。B さんの場合には、ボールを投げる、イタズラする等、積極的でやんちゃな行動に対して、Th は<イタズラって面白いよね！>というメッセージを込めて、笑って驚いて見せたり、時には関心したりしながら、能動性を発揮することへのポジティブな捉え返しを心がけた。

第 10 回目になると、A 君は年下のメンバーが飛び交うボールに当たってしまわないよう「ここは危険だよ！」と声をかけてあげたり、終了時には率先して「片付けをしよう！」と部屋中に散らばったボールを集める等、お兄さんのように振る舞う姿が目立つようになった。学校でも特別支援級に在籍し、毎日元気に登校しているとのことである。B さんは、真っ先にプレイルームに駆け込み、記録用カメラの前で飛び跳ねてから物陰に隠れ、後から入室した Th や他の子に探されるなど、注目を浴びようとする姿が見られるようになった。遊具を積み上げ、みんなで「せーの！」と一斉に登る等、体を動かす遊びに積極的に参加する中で、時々「危ない、危ない！」等と声が聞かれるようになっている。日常生活でも、友達と公園で遊んで、話もするようになり、学校には母親同伴で通っているとのことである。

iii) 『国府台シャイネス』の治療経過についての考察：

『国府台シャイネス』では、①きょうだいの参加を可能としたこと、②広いプレイルームを使用したことにより、以下の効果が認められた。まず、きょうだいの参加についてである。これは当初、患児の緊張を下げることを目的としたが、それ以上に、集団内において患児にお兄ちゃん・お姉ちゃんという“役割”を与える結果となった。この、自分に1つ“役割”があるという事で、緊張感の高い緘黙の子達であっ

ても、動き出しやすくなるということが今回の経験から明らかとなった。また本グループでは、凶らずも参加者の年齢に幅があったことにより、次第にきょうだい間のみならず、年上の子はグループ全体の中でスタッフに近い役割をとるようになり、これを通じて集団参加のきっかけを得ることもつながったと考えられる。

次に、大きい遊具のある広いプレイルームを使用するという設定である。本グループにおいて、子どもたちは、ゲームやお絵かき等、静かに出来る細かな遊びよりも、投げる／引っ張る／積み上げる／陣地を取る等、体を使った大きい遊びを選択する傾向にあった。我々が緘黙の子に対して、個別でのプレイセラピーを実施する際、何となく小さなプレイルームで静かに出来る遊びをする、というイメージを持っていたようにも思うが、今回のグループを実施して、彼らは広いスペースを使った大きな遊びの中で、隠れたり、遠くからちょっかいを出したりしながら、Thや他の子どもと関わりをもつことを好んでおり、緘黙の治療では、広い部屋や大きい遊具を使うことも望ましいのではないかと考えられた。ただし、このことが全てのケースに適用かどうかは検討が必要で、病態水準等との関係も慎重に考えていく必要があると思われる。

また、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を観察できたことは、患児の障害特性や、その可能性を検討する上で有効であったと思われる。A君の場合にはThや子どもとの関係でのコミュニケーションや状況に合わせた行動の苦手さが浮き彫りになり、PDDという診断が明確になっていった。Bさんの場合には、前景に立つ不安の高さと集団内でも活発に体を動かして遊ぶ大胆で素朴な姿がみられた。その一方で、言葉を使った遊びにはとても消極的で、関心は高いものの参加ができない姿もみられ、知的能力として言語性知能の問題が存在し、全体的には境界知能水準にあるので

はないかと考えられた。

最後に、グループ・プレイセラピーを通じて、言葉やエネルギーを抑えること、そして発散することが非常に極端な現れ方をするというのが緘黙の子どものひとつの特徴であるように思われた。人前でのパフォーマンスが苦手で、いつも小さくなって緊張している子どもが、ひとたび能動性を発揮し出すと、初回のボール投げでThが圧倒された時のように、周りの人達を驚かせ、時には危険であると思われるほどのものとなるのかもしれない。グループ・プレイセラピーのよさとして、他の子どもとThが向き合っている隙に、横からひょいっとボールを投げたり声をかけるという距離感の中で、上手にどさくさに紛れながら、それぞれ自分のタイミングでこっそりと動きだせるということがあったように思われる。そのような、どさくさ紛れに表出される彼らの能動性を、Thがほどよくキャッチし、それをおもしろがったり、驚いたりしながらポジティブなものとして捉え返してあげることが、能動性の発揮が困難であると考えられる緘黙の子どもだからこそ、特にThが意識していくことが必要であると考えられる。

### 3) 3年目:

調査結果から、①評価尺度としてCBCL、TRF)、YSR、DSRS-C、SCASが用いられていること、②構造化面接はあまり行われていないこと、③ICD-10やDSM-IV-TRといった診断基準に沿って診断がなされていること、④医学的検査として脳波検査、頭部画像検査(CTやMRI)が多く行われていること、⑤心理検査として知能検査、描画テスト、PFスタディ、文章完成テスト(SCT)が多く行われていることが示された。実際に行われている治療は、本人への対応(通常診療)、学校との連携、家族への心理教育、構造化された個人精神療法、CBT、訪問支援、自助グループへの紹介、集団療法、SSTの順で多かった。子どもの不安障害の治療技法としてCBTが注目を集めているが、今回の調査では29.5%がCBTを行って

いるという回答だった。薬物療法を行わないと回答した対象は4.5%で、不登校を示している不安障害の子どもへの薬物療法は広く行われており、SSRIがfirst-lineの薬物と考えられており、ベンゾジアゼピン系薬物は慎重に投薬されていることが明らかになった。これからできたらいいと思う治療技法は、デイケア、集団療法、集団CBT、CBT、SST、家族への心理教育、訪問支援、自助グループへの紹介の順が多かった。最近では子どものCBTが数多く紹介されるようになり、新たな薬物も使用可能になってきている。子どもへのCBTが広く普及し、臨床家が十分に使いこなせるようになることが現時点での課題と思われる。

#### E. 3年間の調査研究のまとめ

これらの調査研究をもとに子どもの不安障害の指針案を作成した。別添の要旨で児童青年精神医学とその近接領域の特集号（現在の児童精神科臨床における標準的診療指針を目標して）に投稿中である。

#### F. 研究発表

なし

文献

1) Connolly,SD., Bernstein,GA.: Work Group on Quality Issues.(2007) : Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorder.,46,267-283.

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

3) Beidas RS, et al : Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety : The Coping Cat Program . Handbook of Evidence-Based Treatment Manuals for Children and Adolescents .

(Lecroy CW). Oxford University Press, New York, 405-430, 2008

4) Bloch,MH.,McGuire,JF.:Pharmacological Treatment for Phobias and Anxiety Disorders.Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders.Springer,New York,339-354,2011

5) Watson,HJ.:Combined Psychological and Pharmacological Treatment of Pediatric Anxiety Disorders.Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders.Springer,New York,379-402,2011

6) Gupta,MR.,Hariton,JR.,Kernberg,PF: Diagnostic Groups for School-Age Children : Group Behavior and DSM- IV Diagnosis.American Psychiatric Press,Washington DC,79-96,1996

## 素行障害をはじめとする外在化障害の診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 榊屋二郎<sup>1)</sup>

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

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

研究要旨：子どもの外在化障害の診断・治療の標準化を行うために、子どもの外在化障害の中核障害である素行障害の診断・治療の現状について、操作的診断基準改訂の動向を調査すると共に、現在の本邦の診断・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に対するアンケート調査を行った。それらの結果を勘案して標準的ガイドライン案の作成を試みた。その標準的ガイドライン案には現在、教育分野で問題行動修正に用いられるようになってきている Collaboration Model with Teachers and Parents for Support to Children with Disabilities (COMPAS) や世界的に加害矯正の潮流の一つとなりつつある Good Lives Model (GLM) の考え方を盛り込んだ。

### A. 研究目的

障害の診断・治療の標準化を行うためには障害が現状において、どのように診断され、どのように治療されているかを知ることが必要である。前年度の研究で指摘したように、子どもの外在化障害においては、世界保健機関 (World Health Organization : 以下、WHO) が作成した I C D ( International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) と米国精神医学会の作成した DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) という世界的に有力な二つの操作的診断基準で障害概念や下位分類が乖離している。歴史的にも両診断基準における子どもの外在化障害の障害概念は診断基準の改定ごとに変遷してきており、現在公表されている次期 DSM の改定草案を検討すると、今後、数ヶ月～数年以内に改定される両診断基準において

も障害概念が変わる可能性が非常に高いと考えられる。このことは本邦における外在化障害概念の定着や活用の阻害になっているとともに外在化障害の診断・治療の標準化への阻害にもなっていることが予想される。そのため、本研究では操作的診断基準改訂の動向を調査した。また、現状で児童青年期精神科臨床に携わる医師が子どもの外在化障害をどう捉え、どう扱っているのかを知るために、子どもの外在化障害の中核障害である素行障害 (conduct disorder : 以下、CD) の診断・治療の現状について、医師に対するアンケート調査を行った。それら操作的診断基準改訂の動向とアンケート調査から示唆された現状を踏まえ、現状の本邦で有効に使用できるような素行障害の標準的ガイドライン案の作成を試みることを目的とした。

## B. 研究方法

1) WHOおよびアメリカ精神医学会が発表しているプレスリリース、草稿、文献のレビューと学会等への参加により、操作的診断基準改定の動向を調査した。(平成 22 年度～平成 24 年度)

2) 日本児童青年精神医学会の会員医師より無作為抽出した 150 名に対し、平成 23 年 4 月より同年 6 月にかけて郵送にてアンケート調査を行った。アンケートの調査項目は以下の通りであり、分析にあたっては単純集計による記述的分析を行った。(平成 23 年度)

### ☆アンケート調査項目

①-A 平成 22 年度内の日常診療の中で素行障害の診断をして、診療にあたられましたか?(選択式)

①-B 診断をしていない場合、その理由は何でしょうか?(記述式)

②平成 22 年度中の日常診療において素行障害の診断をされて診療にあたられた先生にお尋ねします。診断に際して使用した診断基準は何ですか?(選択式)

③平成 22 年度中の日常診療において素行障害と診断されていたのは何例でしょうか?(選択式)

④前問③の中で並存精神障害の無い素行障害のみの診断例は何例でしょうか?(選択式)

⑤素行障害診断で使用されている心理検査・評価尺度は何でしょうか?(選択式・複数回答可)

⑥素行障害診断で使用されている心理検査・尺度以外の検査は何でしょうか?(選択式・複数回答可)

⑦素行障害の診療を行う際に現時点で連携が取れる地元機関はどちらですか?(選択式・複数回答可)

⑧素行障害の診療を行う際に現時点で地域の連携は十分に機能していますか?(選択式)

⑨素行障害の診療を行う際に地域での連携は必要ですか?(選択式)

⑩素行障害の診療を行う際にガイドラインの必要性を感じていますか?(選択式)

3) 外在化障害や素行障害の治療技法や犯罪矯正における最近の動向を文献よりレビューし、調査を行った。(平成 24 年度)

4) 上記の結果を検討して、現状の本邦で有効に使用できるような素行障害の標準的ガイドライン案の作成を試みた。(平成 24 年度)

## C. 研究結果

1) アメリカ精神医学会は 2013 年 5 月に現在の DSM-IVTR を DSM-5 に改定する予定である。WHO はそれに引き続き、2015 年に現在の ICD-10 を ICD-11 に改定することを目指している。アメリカ精神医学会は 2010 年 2 月 9 日から DSM-5 の草案をウェブ上にて発表開始した。その後、2010 年 4 月までパブリックコメントを募集し、2013 年 3 月現在はフィールドトライアル結果を基にした最終調整段階となっている。対して ICD の改訂については草案の発表もいまだない状態である。現時点で確定または検討されている事項は以下の通り。

・2013 年 5 月の DSM 改訂は決定。ICD の改訂時期については数年内の改定は予定されているものの時期の詳細は未定。

・反抗挑戦性障害については現行と変わらず、DSM では独立診断、ICD では素行障害の下位分類とされる予定。

・反抗挑戦性障害について DSM では「怒りと苛立ち」、「挑戦的で頑固」、「執念深さ」の 3 つの観点から症状や行動が整理された。

・素行障害の下位分類については DSM が現行通り、発症年齢での分類を予定。ICD の下位分類法の詳細は現時点では不明。

・DSM に素行障害の冷淡情緒欠如スペンファイアと呼ばれる半独立診断が登場。このことで、素行障害に一律的にサイコパスの要素が含まれることは避けられた。

・DSM では「破壊的、行動制御および行為の障害」から ADHD は除外。ICD でも同様の検討をしているが未定。

・ DSM では DMDD ( Disruptive Mood Dysregulation Disorder:破壊的気分調節不全障害) が気分障害の一つとして採用。この診断は小児や思春期の双極性障害診断の増加が背景に有り、その中には反抗挑戦性障害との併存や誤診も多かったことから整理の必要性が叫ばれていたものである。不機嫌や爆発的かんしゃくを特徴とする障害であるが、反抗挑戦性障害との鑑別が問題となる状況に変わりはないとの指摘もある。

2) 平成23年度に実施した日本児童青年精神医学会の会員医師より無作為抽出した150名の医師へのアンケート調査の有効回答数は89であり、回収率は59%であった。

☆アンケート調査結果

①-A 平成 22 年度内の日常診療の中で素行障害の診断をして、診療にあたられましたか?(選択式)

- ・有る 79名(89%)
- ・無い 10名(11%)

①-B 診断をしていない場合、その理由は何でしょうか?(記述式)

- ・「素行障害と診断することに医療的意義を見出せない」(6名 ; 60%)
- ・「診断対象に素行障害者が居なかった」(3名 ; 30%)
- ・未回答(1名 ; 10%)

②平成22年度中の日常診療において素行障害の診断をされて診療にあられた先生にお尋ねします。診断に際して使用した診断基準は何ですか?(選択式)

- ・ DSM : 51名 (65%)
- ・ ICD : 28名 (35%)
- ・ その他 : 0名 (0%)

③平成 22 年度中の日常診療において素行障害と診断されていたのは何例でしょうか?(選択式)

- ・ 10 例以上 : 2 名
- ・ 9 例 : 2 名
- ・ 8 例 : 2 名

- ・ 7 例 : 6 名
- ・ 6 例 : 5 名
- ・ 5 例 : 22 名
- ・ 4 例 : 19 名
- ・ 3 例 : 12 名
- ・ 2 例 : 6 名
- ・ 1 例 : 3 名

→ 平均 約 4.6 例

④前問③の中で並存精神障害の無い素行障害のみの診断例は何例でしょうか?(選択式)

- ・ 10 例以上 : 0 名
- ・ 9 例 : 0 名
- ・ 8 例 : 0 名
- ・ 7 例 : 0 名
- ・ 6 例 : 1 名
- ・ 5 例 : 2 名
- ・ 4 例 : 6 名
- ・ 3 例 : 11 名
- ・ 2 例 : 20 名
- ・ 1 例 : 13 名
- ・ 0 例 : 26 名

→ 平均 約 1.6 例

⑤素行障害診断で使用されている心理検査・評価尺度は何でしょうか?(選択式・複数回答可)

- ・ ウェクスラー知能検査 : 94%
- ・ その他の知能検査 : 83%
- ・ ロールシャッハ検査 : 36%
- ・ その他の投影法検査 : 33%
- ・ 子どもの行動チェックリスト(CBCL) : 39%
- ・ 行為障害チェックリスト(CDCL) : 1%
- ・ 反抗挑戦性評価尺度(ODBI) : 21%
- ・ その他 : 34%

⑥素行障害診断で使用されている心理検査・尺度以外の検査は何でしょうか?(選択式・複数回答可)

- ・ 脳波検査 : 43%
- ・ 脳画像検査 : 45%
- ・ 血液検査 : 31%
- ・ その他 : 17%

⑦素行障害の診療を行う際に現時点で連携が取

れる地元機関はどちらですか?(選択式・複数回答可)

- ・児童相談所 : 96%
- ・保健所/精神保健福祉センター : 82%
- ・その他の公的福祉機関 : 71%
- ・学校 : 87%
- ・警察 : 64%
- ・矯正機関 : 31%
- ・その他の施設/機関 : 43%

⑧素行障害の診療を行う際に現時点で地域の連携は十分に機能していますか?(選択式)

- ・十分に機能している : 21%
- ・十分に機能していない : 45%
- ・ほとんど機能していないか、連携が無い : 31%

⑨素行障害の診療を行う際に地域での連携は必要ですか?(選択式)

- ・必須である : 100%
- ・有る程度必要である : 0%
- ・必要ではない : 0%

⑩素行障害の診療を行う際にガイドラインの必要性を感じていますか?(選択式)

- ・有用なガイドラインがあれば活用する : 100%
  - ・不要である : 0%
- 昨年度行ったアンケート調査の結果、示唆されたことは以下のようなことであった。
- ・日常診療において、素行障害に接する機会は多いものの、素行障害と診断することが医療的にプラスになっていないと見なされている可能性がある。
  - ・ICD と DSM のように診断概念や分類概念が違う診断基準が併用されていることで混乱を生じている可能性が有る。
  - ・日常診療の中で、素行障害と診断している症例の過半数は併存障害を持っている可能性があり、対応に当たり併存障害を意識すべきである。
  - ・素行障害に適した評価尺度の普及を目指す必要がある。

- ・器質的な検査の重要性も強調すべきである。
- ・警察や矯正施設などの司法機関との連携も深めていく必要がある。
- ・地域連携は素行障害の対応にあたっては必須であるが、不十分な現況である。
- ・地域医療機関にとって有用なガイドラインのニーズは有り、策定の意義は十分に有る。

臨床現場において有用なガイドラインがあれば活用するとの過半数の回答も得られており、これらの示唆を尊重しながらガイド来院案の策定を行った。

3, 4)

☆地域医療機関における素行障害の診断・治療のガイドライン案の概要(雑誌矯正医学に投稿予定)

## I. 素行障害の概念

- ①非行概念と本邦における非行の現状
- ②本邦で外在化症状に現時点で利用できる枠組み(医療・福祉・矯正)
- ③疾患概念としての素行障害とその歴史的変遷

## II. 素行障害の診断・評価

### ①医学的診断基準

→どの操作的診断基準を用いるかについては、現時点でメジャーな操作的診断基準(DSM と ICD) が両方とも数年内の改訂を予定している現状では、改訂された診断基準を用いるべきと考えるが、ICD に関してはまだ草案すら発表されておらず、改訂内容がより明らかとなっている DSM を用いることが現時点では賢明と考えられる。そのため本ガイドライン案では判明している限りの DSM-5 の診断基準を使用することとした。

### ②鑑別すべき疾患について

→いわゆる破壊的行動障害とよばれる反抗挑戦性障害、素行障害、反社会性パーソナリティ障害について論じた他、上述した



DMDD (Disruptive Mood Dysregulation Disorder:破壊的気分調節不全障害) などにも言及した。

### ③検討すべき環境要因

→非行や犯罪、外在化の要因としてエビデンスが得られているリスクファクターには環境要因が多く含まれている。このことから、環境要因には特段の意識を持つべきであり、その重要性や意義について言及した。

### ④アセスメント (評価尺度と検査)

→上記Ⅱ-③の環境要因を探るために参考として、法務省等で使用されている犯罪や非行に用いるリスクアセスメントツールを紹介した。また、素行障害診断に用いられている診断ツールとして平成16年度から平成18年度にかけて齊藤万比古を主任研究者として厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」において開発され、妥当性・有効性が認められた行為障害チェックリスト (Conduct Disorder Check List:CDCL) も紹介した。

## Ⅲ. 医療機関における外在化障害の治療・介入

### ①基本的な考え方

→素行障害等の外在化障害に関しては地域の医療機関のみが抱えていても根本的な解決や治療的な援助に至らないことが多いため、基本的には如何に関係機関や関係者で連携をしていくべきかについて言及した。

### ②薬物療法

### ③心理/社会的療法

→現在、世界的に外在化症状の一種とも考えられる非行や犯罪などの修正には治療技法として認知行動療法が世界的にも取り入れられているが、この流れは1980年代のリラプス・プリベンション・モデルの

導入にさかのぼる。リラプス・プリベンションは物質依存の治療技法であったが性加害修正に応用され、その有効性から加害修正全般にも広く採用されるようになった。リラプス・プリベンションでは繰り返される問題行動の中で加害者のリスク要因を徹底的に分析し、そのリスクへのコーピングスキルを学び、再犯防止を図る。例えば幼児わいせつの加害少年が「再度の性非行を決意する前から小学校周辺を徘徊する」といった高リスク状況を無意識に選択するような状況はよく認められる。そんな状況を起こさぬよう、起こしても再度の性加害に至らぬよう、コーピングスキルを身につけていく。このアプローチは大きな成果を挙げ、再犯率の低下に貢献したが、徐々に「実施しても十分に効果の上がない者も居る」との指摘が起こるようになった。これはリラプス・プリベンションが多様な性加害者に対応しきれていないことや、禁止事項が多いリスクマネジメント偏重で性加害者の更正意欲を保ちにくいといったことが原因とされている。現在は加害の多様性に対応したセルフ・レギュレーション・モデルや対象者の自己実現や幸福追求の支援の重要性を説いたグッド・ライブス・モデルなど、複数のアプローチが提唱され、注目されている。また、教育分野では行動障害のある子供と関わる先生や親への支援を目的とした協働モデル Collaboration Model with Teachers and Parents for Support to Children with Disabilities:COMPAS が注目されており、その理念は以下のようなものである。

- ・子どもに関わる可能な限り全ての人で、指導チームを作る。
- ・教師と保護者と共に教育や心理等の専門家もチームに入れる。
- ・チームメンバーは互いを尊重する。
- ・子どもの問題行動が改善することによ

- り、子どものよりよい生活を保障し、メンバー全員の生活の質の向上を目指す。
- ・指導に関する教育のビジョンを共有する。
- ・メンバーの専門性や特性を尊重する。
- ・指導とその指導による結果について責任を共有する。
- ・子どもの生活の場で指導する。
- ・個人およびチームの説明責任を全員で果たす。
- ・適切な指導が行われるよう、研修などで指導技術を向上させていく。

これらの新しい概念は本来は外在化障害のために作成されたものではないが、外在化症状に対処していく上でも非常に重要と考えられる。そのため、本ガイドライン案では紹介・言及することとした。

#### ④外来治療と入院治療

#### ⑤利用可能な社会的資源と関係機関との連携

→警察の青少年センターや少年鑑別所、地域生活定着支援センター、保健所、精神保健福祉センター、発達障害者支援センターなど、利用できる公的機関を網羅して紹介・言及した。また地域連携がしやすくなることも改正の主眼の一つである少年院法や少年鑑別所法の改正についても言及した。

#### D. 考察と結論

外在化障害のように診断基準が改定される度に基準や範囲や対象者にずれが生じる、障害概念すら固まっていない障害の標準化は難しい。確かに難しいのであるが、標準化の難しさ以上に臨床現場での困難さが平成23年度実施のアンケート調査では浮き彫りとなった。そのことから、地域医療機関が少しでも有効に使用できるガイドラインは大いに有意義なものとなることは明白である。そして外在化障害を治療・対応していくためには医療機関の力だけでは

難しいことが過半であるため、利用できる地域機関と如何に連携体制を築いていくことが有用と考えられた。また医療分野以外で外在化治療に応用できる治療概念や治療技法が提案されてきており、それらをガイドラインに盛り込むことはガイドラインの有用化に非常に死すると考えられた。本年5月(平成25年5月)にはいよいよDSM-5の正式リリースが行われる。その障害概念や新しい正式な診断基準を盛り込んで今後、本ガイドライン案を洗練させ、使用フィールドトライアルを実施していきたいと考える。

#### F. 研究発表

##### ・著作

1) 榎屋二郎: 外在化障害の展開と人格発達. 齊藤万比古(総編集)笠原麻里(責任編集)

子どもの心の診療シリーズ6子どもの人格発達の障害, 216-240, 中山書店, 東京, 2011

2) 榎屋二郎: 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, 743-744, 中山書店, 東京, 2011

3) 榎屋二郎(分担執筆): 日本ストレス学会(監修)ストレス科学事典, 実務教育出版, 東京, 2011

##### ・論文

1) 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

2) 榎屋二郎: 最近の反社会的な青少年たち. 精神療法, 38(2):187-194, 2012

○榎屋二郎: 少年院での性非行への治療・対処の現状. 性教育研究会第2回学術大会, 2012/3/4

##### ・学会発表

1) Masuya, Jiro: Support for Offenders with Developmental Disorders ~ Correction, Criminal Justice and the Media.

16th World Congress of the International Society for Criminology, 2011

2) 榎屋二郎:少年院での性非行への治療・対処の現状. 第6回名古屋司法精神医学シンポジウム, 2011

3) 榎屋二郎:発達障害を抱えた非行少年への医療少年院における矯正の現状, 第13回日本司法福祉学会総会, 2012/8/5

4) 榎屋二郎:少年非行と発達障害. 日本心理学会第76回大会, 2012/9/13

5) 榎屋二郎:発達障害と矯正医療. 第53回日本児童青年精神医学会, 2012/11/2

6) 榎屋二郎:時代性と子どもの非行. 児童分析臨床研究会第9回研究会, 2012/11/17

7) Jiro Masuya, Tokio Uchiyama, Mayumi Horie, Kazuhiro Nozawa, Goichiro Oishi, Kumiko Ando, Masako Suzuki, Haruna Takahashi: Current Situation of Forensic Mental Health Concerning Offenders with Autism Spectrum Disorder in Japan (About Relation with a stigma). 6th International Meeting of WPA Anti-stigma Section, 2013

#### 参考文献

1) DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis [http://www.dsm5.org (cited on March 16, 2010)]

2) American Psychiatric and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text revision.: American Psychiatric Association; 2000

3) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental

and behavioural Disorders.: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, 1992

4) Marlatt, G. A.: Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of model. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds): Relapse prevention to maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. 3-70, Guilford, New York, 1985

5) Ward, T., & Hudson, S. M.: The construction and development of theory in sexual offending area: A Metatheoretical framework. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 10; 47-63, 1988

6) Ward, T., & Stewart, C.: The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. Professional Psychology: Research and Practice, 34; 353-360, 2003

7) 長澤正樹、松岡勝彦: 大学教員の行動コンサルテーションによる地域の障害児教育支援モデル: COMPAS-障害のある子どもを持つ保護者・担任教師・周辺市町村の教師を対象に-. 新潟大学教育人間科学部紀要, 1: 11-22, 2003

8) 齊藤万比古 (研究代表者): 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童

思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての  
の行為障害の診断及び治療・援助に関する研  
究」平成 16-18 年度総合研究報告書. 2007.

9) 齊藤万比古: 行為障害概念の歴史的展望と  
精神療法. 精神療法 34 : 265-274, 2008

10) 榊屋二郎: 外在化障害の展開と人格発達.  
齊藤万比古(総編集)笠原麻里(責任編集)  
子どもの心の診療シリーズ6 子どもの人格発  
達の障害, 216-240、中山書店, 東京, 2011