

平成26年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究
分担研究報告書

精神科臨床症例において、発達障害に併存する、精神障害の病態の解明と
診断方法に関する精神病理学的研究に関する研究

分担研究者 市川 宏伸（東京都立小児総合医療センター）
研究協力者 小野 和哉（東京慈恵会医科大学精神医学講座）

研究要旨

発達障害の臨床上の現れ方を検討する目的で、臨床症例の検討、発達障害の行動障害の臨床現場での実態とその対応状況、また実際の対応手法である弁証法的行動療法の応用について検討した。

その結果、臨床症例の中には事例化する背景の発達障害の早期発見介入に必要な、事例化後の扱いにおいてある程度マニュアル化したアプローチが可能と考えられた。また全国精神科診療所に関するアンケート調査で、発達障害の対応は一般精神科診療所で少なく無く、また行動上の問題等で対応上の困難が生じている実態が浮かび上がってきた。この意味で、早期の簡易なスクリーニング手法の開発と、対応のマニュアル化の必要が明らかになった。さらにこれに付随した対応として最近欧米を中心に弁証法的行動療法（DBT）の汎用が進められており、従来のDBTに加え家族療法的要素、発達の認知特性に合わせたスキルの導入が認められた。

A. 研究目的

発達障害の臨床現場での現れ方に多様性が高いこと、また発達障害が児童期に急増している現状を鑑みると、発達障害の思春期以降の病態像を正確に把握し、その診断方法を明らかにすることは、我が国の医療福祉政策上の急務ではないかと考えられる。そこで精神科臨床症例において、発達障害に併存する、精神障害の病態を解明し、適切な診断方法開発する。また発達障害に関する精神科臨床上の課題を明確化するため現場の診療所を対象としたアンケート調査を施行する。

B. 研究方法

1) 外来および入院の事例において、12歳以上の発達障害でDSM5の診断クライテリアにお

いて、自閉症スペクトラム障害（ASD）あるいは、ADHDと診断された事例において、①併存する精神障害、②年齢、③性別、④就学、就労状況、⑤知的障害の有無及び程度、⑤併存精神障害の発病年齢、⑥問題行動【ひきこもり、自傷他害、不登校、依存（ネット、ギャンブル、薬物、アルコール）性関連事象】の実態を調査する。

2) 発達障害事例の臨床上の課題がどこに多いのかと明らかにする目的で、主に成人症例の実態を評価するために日本精神科診療所協会所属施設、児童思春期症例の実態を評価するために全国児童青年精神科医療施設協議会関連施設（所属施設およびオブザーバー施設）に対して発達障害の診療に関する実態調査をアンケート方式で施行する。

3) ADHD および ASD の行動障害に関する精神療法

現在 ADHD および ASD の行動障害に関する精神療法として欧米で弁証法的行動療法の応用が試みられているこの実態を調査し我が国において利用可能なマニュアルを策定する。

C. 研究結果

1) 症例調査は開始し、進行中である。事例を検討してみると、介入が必要な事例は事例化した後に発達的な問題が明らかになる事例が少なくないことから、早期に診断閾値下の発達障害を抽出するシステムが求められる。また今回 ASD を背景に長期ひきこもり後に凶器を多数所持し、衝動性が高まっていた事例を検討した。そこで患者の ASD 特性に応じたアプローチと家族の対応能力を強化する第三者介入が同時に施行されると衝動性を下げ安全な管理可能な病態へ移行可能な事例があり、プロトコールを作成した。

2) 日本精神科診療所協会の協力を得て、所属施設に対してアンケート調査を平成 26 年 1 月に施行した。対象施設は都内 1605 施設。回収は 378 施設で回収率は 23.5% であった。施設の内訳は平均月間患者数が 657 人であり、東京、大阪、福岡などの都市部に集積して回答がみられた。発達障害の患者割合では 5%未満の施設は 62.7%であり 32.7%の施設で 5%以上を占めていた。

発達障害で内訳では、ASD が最も多く、次に ASD および ADHD の併存例であり、3 番目が ADHD であった。また併存障害は気分障害が最も多く、次に神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害であり、3 番目が統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害であった。(グラフ I-3) 対応の困難は 80.6%の施設で何らかに認められた(グラフ I-5)。

特に苦慮した症状は、こだわり、巻き込み型の強迫、暴言暴力であったグラフ (I-6)。また行動上の問題で個々の行動を調査すると、暴力行為は、74.9%の施設で、窃盗は 51.6%の施設で、放火は 14.8%、殺人なども 4%の施設で発生していた。さらにひきこもり 84.7% ネットゲーム依存 68.3%の施設で認められた(グラフ II-1~20)。

発達障害に関連する問題行動に関する薬物療法では、非定型抗精神病薬が 1 番に選択され、2 番目が気分安定薬、3 番目に非中枢刺激 ADHD 治療薬が選ばれていた(表 III-1)。またこれらの薬剤の組み合わせ順位をみると、1 番目が非定型抗精神病薬と気分安定薬、2 番目が非定型抗精神病薬と抗うつ、3 番目が非定型抗精神病薬と抗不安薬もしくは漢方薬の組み合わせであった。(表 III-2)。非定型抗精神病薬の中では、リスパダール、アリピプラゾール、オランザピンの順に多く使用されていた(表 III-3)。また、ADHD 治療薬の中では、非中枢刺激性 ADHD 治療薬、中枢刺激 ADHD 治療薬の順であった(表 III-4)。これに対する対応としては、各都道府県に発達障害対応相談センターの設置といった簡便な相談窓口の要望がもっとも多く、次に簡易対応マニュアルの策定、3 番目に緊急対応施設の整備充実などが要望されていた(グラフ V)。

3) 弁証法的行動療法 (DBT) は ADHD と ASD に関してプログラムが開発されている。特色は従来の DBT と比較して家族教育や家族療法が併用され、患者を取り巻く広い意味での環境の調整が統合的治療の一部に加味されている点である。またスキル面でもこれら発達障害に適応したスキルの習得が加えられていた。

D. 考察

1) 症例調査では、ASD の長期ひきこもりで凶器を所持し、家族を支配しているような事例の介入では、第三者が ASD 特性に適合した認知行

動療法的アプローチを行う事と平行して家族関係に介入し、家族機能を高めることで患者の過度の退行を抑制し、衝動水準の低下を図れる事例が存在することが明らかになり、ASD 関連の重大事犯を未然に抑制するモデルとなると考えられた。

2) 今回の全国調査結果をみると、日本精神科診療所協会所属施設の結果では、発達障害の対応は、外来診療の5%以上を占める施設が3割を超え、対応の困難は8割の施設で感じていることから、その治療上の困難に対するニーズは高い状況である。

一方、児童精神科の現場では、発達障害の占める割合、困難を感じた経験者の多さに加え、対応方法として、発達障害対応センターや緊急対策施設の整備充実や、対応マニュアルの作成が多く要望されていることから、成人施設同様に問題行動への対応困難に対するニーズが高いことが示唆された。

実際にはASD事例やASDとADHDの併存症例が多くみられた。またそれを反映して、問題行動は、こだわり、巻き込み型強迫行為などが前景にみられた。さらに、窃盗、放火、殺人など触法に関わる事例も少なからずクリニックレベルで経験されている事実はその予防や治療の側面から、医療、教育、行政機関の連携した対応が重要と言えよう。今回の調査は12歳以上を対象としたが、実際の触法行為、犯罪行為は中学入学以前に問題行動が始まる事例も多く、幼少期から成人への医療上の連携も重要な課題と思われる。事例を検討してみると、前回も付言したが事例化されてから初めて発達障害が明らかになるものや、診断閾値下の発達障害併存が認められるものがあり、診断クライテリアへの適合のみならず、事例の発達障害的特性を抽出できる簡易なスケールや、それらの認知特性に留意したケースマネジメントが求められると言えるだろう。こうした事例への感度を上げるにはどのような方略が必要かを検討

する必要がある。また行政施策としては、各都道府県に発達障害対応相談センターの設置などは要望されていたが、これはすでに設置されていても、ニーズには十分に適合していなかったり、周知されていない部分があることをうかがわせる。また簡易対応マニュアルの策定・普及、緊急対応施設の整備充実も順にニーズは高く状況に相応した対応システムの充実が望まれている。

3) DBTのADHDとASDへの応用はまだ始まったばかりだが、衝動と情動のコントロールスキルをこの技法を通じて教えていくことは有用な印象を受けた。

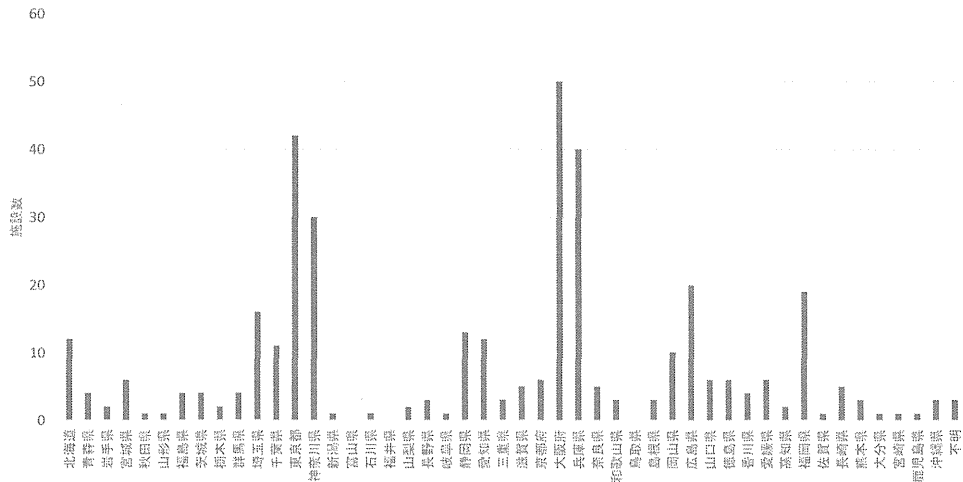
E. 結語

発達障害の問題行動は多様で、臨床現場でも種々の課題が認められた。このため事例により現場をサポートするシステムや技法が充実することが、重大な事犯を未然に防げる可能性があると考えられ、今後今回の研究結果を前提としたマニュアル作成を遂行する予定である。

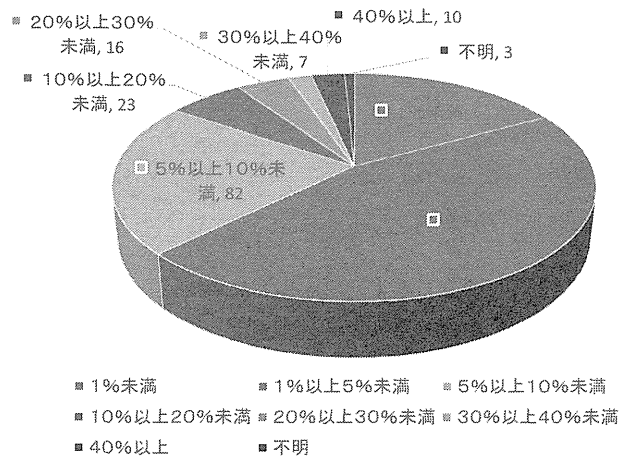
添付図表を調査概要（別紙）とした。

グラフ I - 1 調査回答施設分布

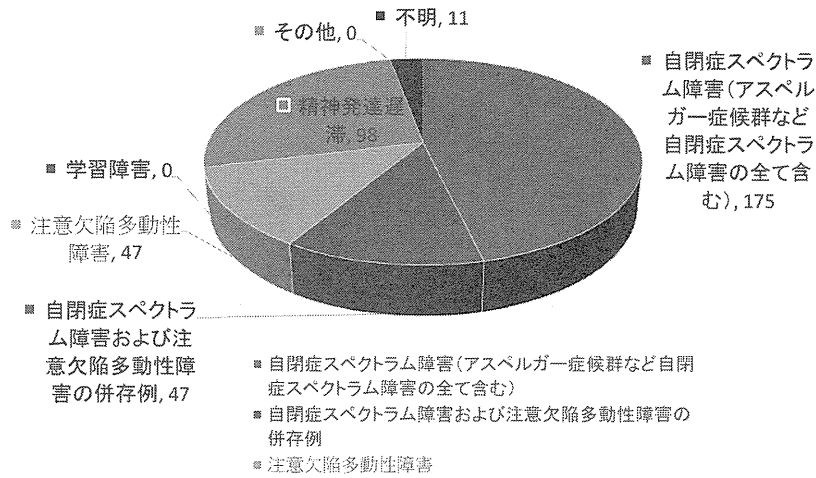
調査施設分布



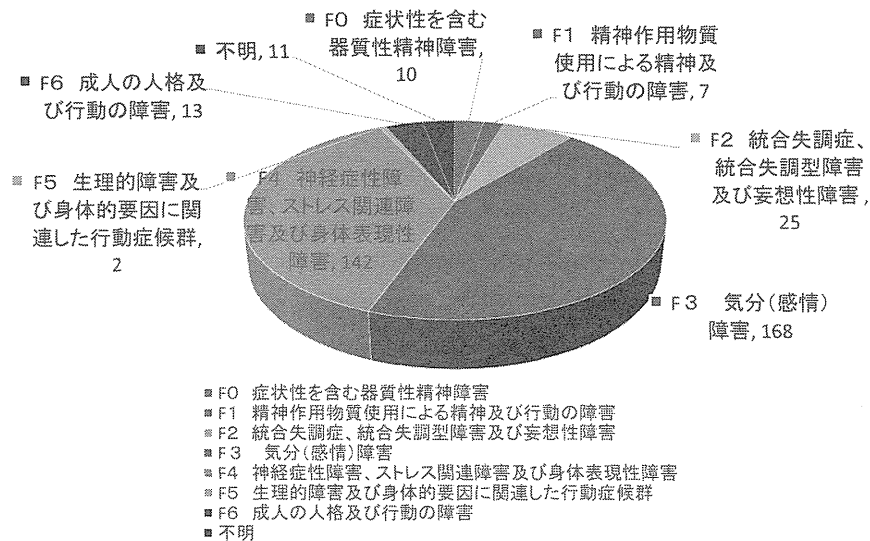
グラフ I - 2 外来における発達障害患者



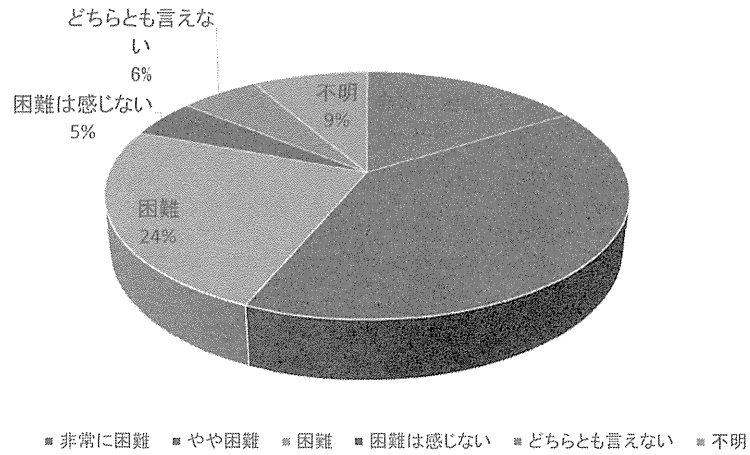
グラフ I - 3 発達障害の種類



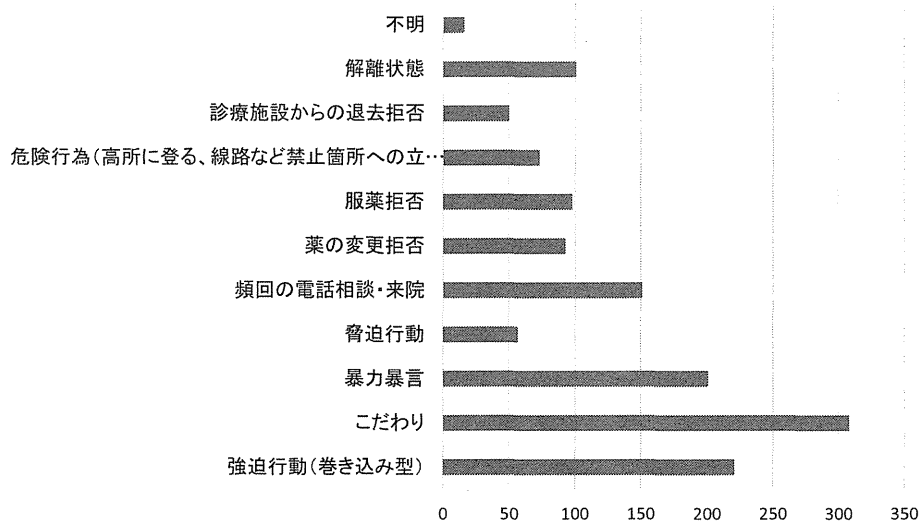
グラフ I - 4 併存障害の種類



グラフ I -5 治療上の困難

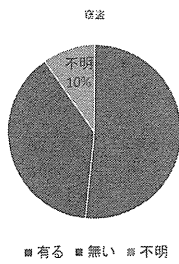


グラフ I -6 対応苦慮事例の内訳

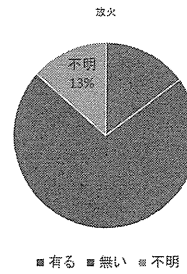


発達障害と関連する問題行動の経験の有無

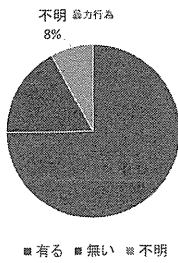
グラフⅡ-1 窃盗



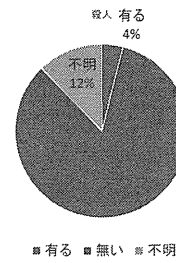
グラフⅡ-2 放火



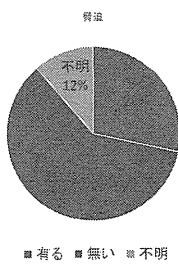
グラフⅡ-3 暴力行為



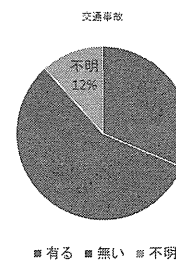
グラフⅡ-4 殺人



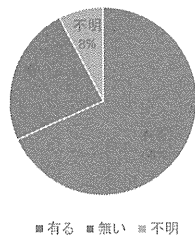
グラフⅡ-5 脅迫



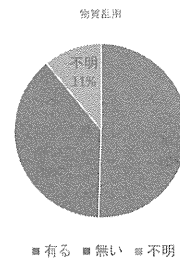
グラフⅡ-6 交通事故



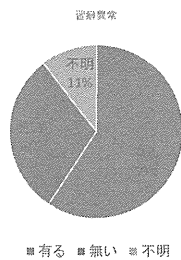
グラフⅡ-7 ネット・ゲーム依存



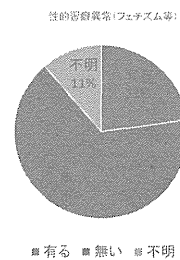
グラフⅡ-8 物質乱用



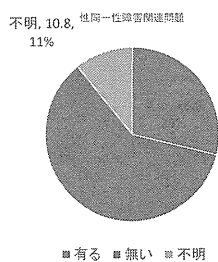
グラフⅡ-9 習癖異常



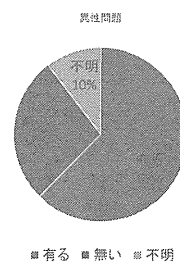
グラフⅡ-10 性的習癖異常(フェチズム等)



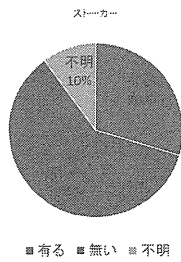
グラフⅡ-11 性同一性障害関連問題



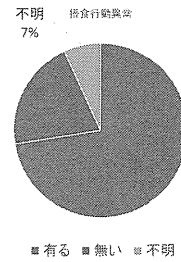
グラフⅡ-12 異性問題



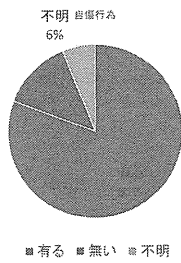
グラフⅡ-13 ストーカー



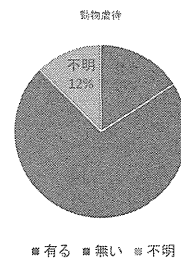
グラフⅡ-14 摂食行動異常



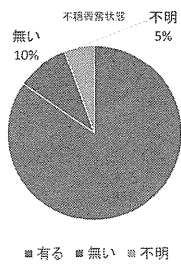
グラフⅡ-15 自傷行為



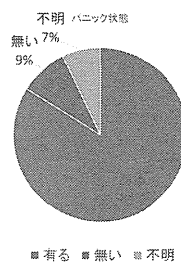
グラフⅡ-16 動物虐待

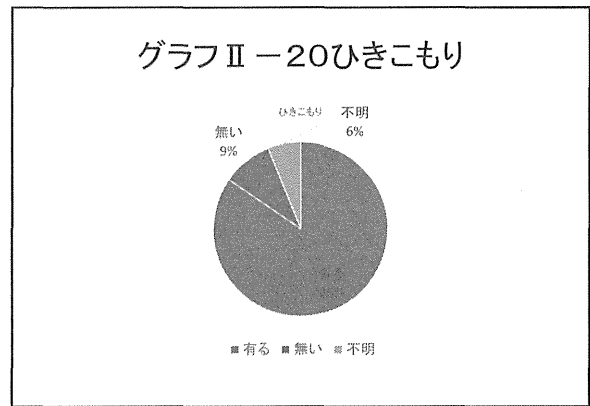
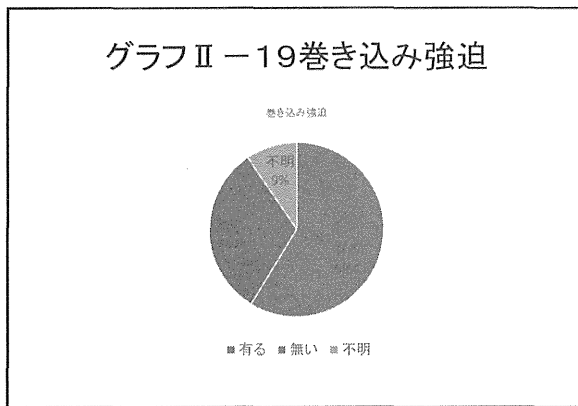


グラフⅡ-17 不穏興奮状態



グラフⅡ-18 パニック状態





発達障害の問題行動への薬物療法の実態

表Ⅲ－1
発達障害の問題行動への
薬物療法Ⅰ

順位	割合	薬物種類
1位	43.7%	非定型抗精神病薬
2位	13.8%	気分安定薬(抗てんかん薬を含む)
3位	11.4%	非中枢刺激ADHD治療薬
4位	11.1%	抗うつ薬(SSRI・SNRIを含む)
5位	8.5%	抗不安薬

表Ⅲ－２
発達障害の問題行動への
薬物療法Ⅱ

No. 組み合わせ	n	%
1 非定型抗精神病薬－気分安定薬	89	23.5
2 非定型抗精神病薬－抗うつ薬	30	7.9
3 非定型抗精神病薬－抗不安薬 or 漢方薬	25	6.6
4 気分安定薬－非定型抗精神病薬	21	5.6
5 抗うつ薬－気分安定薬	15	4.0
6 非中枢刺激ADHD治療薬－抗うつ薬	15	4.0
7 非中枢刺激ADHD治療薬－非定型抗精神病薬	14	3.7
8 非定型抗精神病薬－非中枢刺激ADHD治療薬	12	3.2
9 抗うつ薬－抗不安薬 or 漢方薬	10	2.6
10 気分安定薬－抗不安薬 or 漢方薬	10	2.6

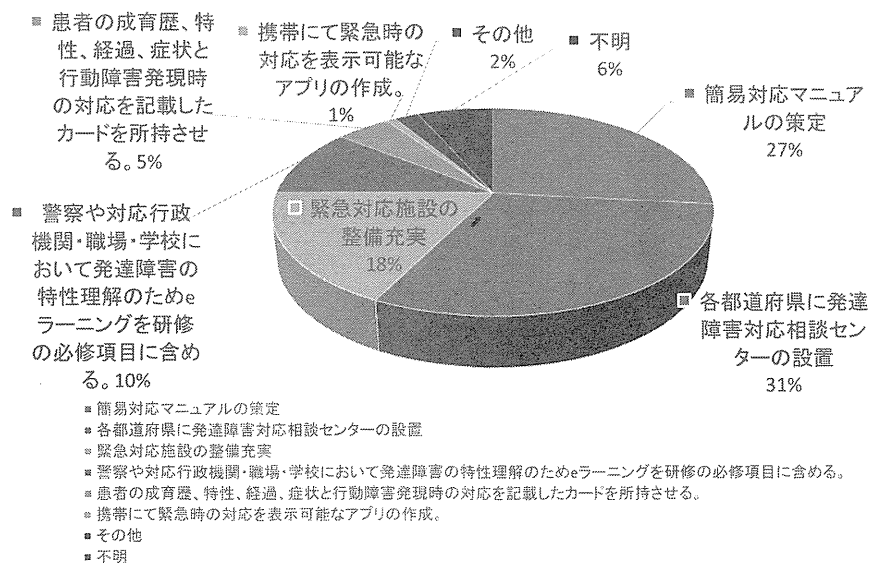
表Ⅲ－３
非定型精神病薬の中での
使用順位

順位	割合	薬物種類
1位	39.4%	リスペリドン
2位	24.3%	アルピプラゾール
3位	15.1%	オランザピン
4位	10.3%	クエチアピン
5位	1.9%	プロナセリン

表Ⅲ－４ ADHD治療薬の中での 使用順位

順位と%		
1位	59%	非中枢刺激薬
2位	17.2%	中枢刺激薬

グラフV 対応の在り方



平成26年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究
分担研究報告書

精神科臨床例における発達障害に併存する精神障害の病態の解明と診断方法に関する精神病理学的研究
～思春期精神科臨床における発達障害患者の非行についての研究

分担研究者 市川 宏伸（東京都立小児総合医療センター顧問）
研究協力者 遠藤 季哉（東京都立小児総合医療センター）
公家 里依（東京都立小児総合医療センター）
永吉 亮（東京都立小児総合医療センター）
山口 葉月（東京都立小児総合医療センター）
海老 島健（東京都立小児総合医療センター）
児玉 祥子（東京都立小児総合医療センター）

研究要旨

東京都立小児総合医療センターに診療録があるもののうち、司法介入のなされた 92 例について、背景疾患、年齢非行の内容、知能などについて後方視的に調査した。発達障害を持つもののほうが、早い年齢で司法介入される傾向がみられ、非行の内容にも特徴的な傾向が見られた。

A：研究の目的

少年法では 20 歳未満の青少年による犯罪行為、触法行為及び虞犯を総称して非行と呼ぶ。虞犯とは保護者の正当な監督に服さない、家庭に寄り付かない、犯罪性のある者や不道徳な者と交際する、自己または他人の特性を害するなどの性癖を有することから、これらに将来犯罪を行うおそれが濃いと判定された状態をいう。触法行為とは、14 歳未満で刑罰法規に触れる行為のことであり、犯罪行為とは 14 歳以上で刑罰法規に違反した行為のことをいう。これらに該当する少年少女は、警察から児童相談所に身柄を通告されたり、少年少女保護の観点から家庭裁判所の審判に付されることになる。

非行の原因としては、家庭の問題やいじめなどの学校での適応の問題と並び、近年は、発達障害などの精神的な背景が指摘されるようになった。注意すべきことは発達障害者が非行や犯罪につながりやすいということが証明されているわけではない点で、偏見を持たれるべきではないが、その一方、発達障害者の非行・犯罪には特異な内容ものがしばしばみられることも指摘されている。

東京都立小児総合医療センターは 2011 年に開院し、児童・思春期精神科は、年間に 1300 名の患者

(H22 年度) が初診し、1 日の外来規模は 127 名(同)になるわが国でも最大規模の児童精神科である。開院後、虞犯、触法行為、犯罪により警察あるいは司法より担当医あてに病状の問い合わせがあった症例は、数 10 件に及ぶ。また、児童相談所が関係するケースにおいては、虞犯などで警察と関連するケースが多くみられる。

これらには、発達障害のみならず、統合失調症などの内因性の精神疾患や、家庭環境の問題を主とするもの、行為障害が主診断となるものなどさまざまなものが含まれる。また、行為の内容も、一般の暴力事件、窃盗、詐欺、性的暴力など多岐に及ぶ。司法や警察との関連の視点から、大規模児童思春期精神科病院の通院者を解析した報告はほとんどないが、発達障害が主診断または併存症となるものが、一定の割合で存在すると考えられた。以上から、児童精神科臨床症例において、発達障害患者が、犯罪・触法行為につながる背景を明らかにすることを目的として、調査を行った。

B：研究の方法

1) 対象：①東京都立小児医療センターに診療録のあるもののうち、警察および司法関係者から照

会のあった症例。(都立梅ヶ丘病院からの診療録移行者も含む) ②各担当医に質問紙を配布し、犯罪・触法行為による警察介入歴があることが把握された症例。

2) 研究デザイン: ①診療録の後方視的調査。②各担当医への聞き取り調査

3) 調査項目: 年齢, 性別, 診断, 行為の内容, 知能など

なお、当調査は東京都立小児総合医療センター倫理委員会の審査を経て行われた。

C: 結果

対象となった症例は 92 例 (男子 82 例: 89.1%, 女子 10 例: 10.1%) であった。複数回照会や逮捕された例が、少なくとも 7 例あったが、今回の調査では最終の司法介入の件で取り扱うこととした。介入された年齢は 17.7±7.3 歳で、性別で有意差は見られなかった。

非行内容を表 2 に示す。窃盗, 暴行・傷害がそれぞれ 34 名, 20 名と多く, 合わせて 58.7% を占めた。その他の用件としては, 児童虐待, 銃器所持, ストーカー行為, 嫌がらせなどが挙げられた。

疾患名を表 3 に示す。PDD と ASD に関しては, 診断時によってそれぞれ診断名が異なっているが, ここでは便宜上 ASD とまとめて取り扱うこととする。ASD が 32 名, ADHD が 29 名 (併存診断を含む) と多くを占めたが, 当院の初診時診断名 (表 4) でも ADHD と ASD で 55.6% を占めており, 比較すると, 取り立てて多いという判断はできないことに留意が必要である。

なお初診時年齢は 12.5±4 歳であった。

知能検査が行われていたものは, 78 名 (84.8%) であった。検査の内容は, WISC-III が 61 名, WISC-IV が 10 名, WAIS-III が 2 名, 田中ビネーが 4 名, その他 1 名であった。以下割合は 78 名中のものを示す。優秀知能 (IQ130 以上) が 1 名, 正常知能が 32 名 (41.0%), 境界知能 (IQ70~84) が 17 名 (21.8%), 軽度精神遅滞 (IQ50~69) が 26 名 (33.3%) 中度精神遅滞 (IQ または DQ49 以下) が 2 名 (2.6%) であり, 正常以上の知能保持者は 42.3% であった。

Discrepancy について見ると, 測定可能な尺度を用いていた 73 名のうち, 10 以上が 41 名 (56.2%)

を占め, さらに 20 以上が 13 名 (17.8%), 25 以上が 10 名 (13.7%) を占めた。

(表 2)		(表 3)	
非行内容	人数 (割合)	診断名	人数 (割合)
殺人・殺人未遂	5(5.4%)	ASD	23(25.0%)
暴行・障害	20(21.7%)	ASD+ADHD	4(4.3%)
窃盗	34(37.0%)	ASD+MR	5(5.4%)
詐欺	2(2.2%)	ADHD	19(20.6%)
違法薬物	1(1.1%)	ADHD+MR	6(6.5%)
性犯罪	5(5.4%)	MR	11(12.0%)
放火	4(4.4%)	Sc	5(5.4%)
不法侵入	4(4.4%)	OCD	5(5.4%)
交通犯罪	2(2.2%)	Others	14(15.2%)
その他	10(10.9%)		
不明	5(5.4%)		

(表 4) 2012 年度 初診時診断名 (総計 1300 名)

診断名	人数 (男女)	割合
①PDDNOS:	247 (177/70)	19.0%
②autism:	184 (160/24)	14.2%
③asperger syndrome:	177(129/48)	13.6%
④adjustment disorders:	159 (84/75)	12.2%
⑤ADHD:	114(90/24)	8.8%
⑥schizophrenia:	73 (35/38)	5.6%
⑦MR:	49 (29/20)	3.8%
⑧RAD:	47 (32/15)	3.6%
⑨Depressive episode:	41 (12/29)	3.2%
⑩OCD:	29 (18/11)	2.2%
⑪somatoform disorders:	25 (9/16)	1.9%
⑫CD:	25 (17/8)	1.9%
⑬AN:	22 (2/20)	1.7%
⑭dissociative disorders	20 (4/16)	1.5% (20 名以上)

背景疾患別に整理する。まず, 司法介入があった年齢についてであるが, ASD または ADHD があった例を「発達障害あり」とすると, 平均 15.4±5.3 歳であった。知的障害があったものは, 平均 19.4±7.6 歳であったが, 「発達障害なし」について知的障害があったものを含めてグルーピングすると, 平均は 21.4±8.7 歳となった。

ADHD と ASD について見ると, 「ASD のみあり」では平均介入年齢は 17.2±6.7 歳であったのに対し, 「ADHD または ASD を含む」ものは 14.6±5.2 歳であった。また, それぞれの犯罪行為の内容について表 5 に示す。「ASD のみあり」では窃盗が 11 名, 暴行・傷害が 9 名と多くを占めたが, 「ADHD

または ADHD を含むもの」では、窃盗が 14 名で 48.3%を占め、暴行・傷害は 3 名にすぎなかった。

(表 5A) ADHD の非行

非行内容	人数 (割合)
殺人・殺人未遂	1(3.4%)
暴行・傷害	3(10.3%)
窃盗	14(48.3%)
違法薬物	1(3.4%)
性犯罪	4(13.8%)
不法侵入	1(3.4%)
交通犯罪	1(3.4%)
その他	3(10.3%)
不明	1(3.4%)

(表 5B) ASD の非行

非行内容	人数 (割合)
暴行・障害	9(28.1%)
窃盗	11(34.3%)
性犯罪	2(6.2%)
放火	2(6.2%)
不法侵入	2(6.2%)
交通犯罪	1(3.1%)
その他	5(15.6%)

D：考察

(limitation) まず、対象となった症例 92 名であるが、一応分母として診療録の存在する数千人は想定できるものの、診療録をすべてさらったわけではなく、警察からの照会を書類から抽出したものと、現在都立小児総合医療センター児童・思春期精神科に勤務している

医師からの聞き取りによるものであり、厳密に調査対象数として扱うことはできない。よってこの 92 名という数字は意味を持つものではない。介入年齢については、前述の通り今回は複数回司法に介入されている例については、最終の事象を取り扱っている点に注意が必要である。また、初診時年齢と介入年齢の差をとることはできるが (5.2 年)、照会までに通院を中止していた例も多数あるため、これを医療的介入の年数とすることはできない。

罪状に関しては、犯罪白書における罪状分類に従って分類したが、あくまで司法介入の例であり、特に暴行・傷害に関しては、家族に対してのものはほとんど数えられていないと考えられる。

Discrepancy については、FIQ が低い対象者では、出現率に大きな差が出にくいのにに対して、FIQ が高い群では大きさが出やすい傾向があり、一概に差をもって評価することはできない。しかし、今回は予備的調査として、素点をもとに評価した。知的には正常値以下のものがほとんどを占めており、大きな差が出やすいものは少ないと考えられる。

疾患名に関してであるが、DSM-IV では PDD には基本的に ADHD 症状があると考えられており、

正式には PDD と ADHD の併存診断は認められていなかった。よって、PDD と診断されていたもののなかには、実際は PDD+ADHD であった例が一定数いたことが考えられる。

次に性別であるが、2013 年度の初診時統計によれば男子 63.8%女子 36.2%であり、例年ほぼ同様の割合だとすれば、司法関連現象に関連するのは男子のほうが多いということは言える。発達障害に限ると男女比はやや男子優勢になるものの、今回の 92 名の内訳ほどの隔たりはない。また、早ければ 6 歳から司法関連事象は始まっているが、平均初診年齢には、全体のもの大きな開きはなく、特に早期から医療介入を要するものが、司法関連事象を起こしやすいとは言えないと考えられた。

知的には、境界知能以下が 57.7%を占めたが、中度精神遅滞以下のものが少ないことは注目すべき点である。これは、犯罪や触法行為は社会参加がある程度自由にできる能力が必要であることを示していると考えられる。

Discrepancy については、10 以上の差を持つものが 56.2%を占めたが、一般的に差があることが多いとされている ASD の診断がついた症例と重なっているわけではなかった。発達障害かどうかということよりも、Discrepancy が大きいことによる本人の生きにくさに注目して、今後解析を進めたいと考えている。

司法介入のなされた年齢であるが、発達障害のあるもののほうが早い。発達障害のなかでも、ADHD のあるものが平均 14.6 歳と、ASD のもの 17.2 歳、ADHD のないもの 19.1 歳と比較して大きく下回っている。病院全体で疾患別の初診時年齢を見ると、ASD、ADHD 以外のものが 13.2±6.2 歳、(2013 年度) ASD が 10.3±4.9 歳、ADHD が 10.2±3.4 歳であることから、通院しているものの平均年齢が大きく隔たっているとは考えにくく、ADHD の診断がついてるものは、司法介入を早い年齢でされやすいということは、今回のデータから示されると考えられる。

また、罪状に関しても ADHD のあるものは半数近くを窃盗が占めているが、これは目の前にあったものを衝動的に我が物にしてしまい、その後のごまかしなどに手が回らない特性と関連している可能性があり、今後はケース別に詳細な検討を要すると考

えられる。

暴行・傷害や殺人・殺人未遂に関しては、攻撃行動をする子どもの個人的な特徴として感情の調整や衝動の制御が不足していたり、他者に敵意的な意図を知覚しやすい認知的機能を持つこと、社会的状況では身体的な罰を伴うような親の厳しいしつけや、家族やメディアから暴力を目撃することなどが挙げられている。現在 92 例の詳細なデータベースを作成中であるが、虐待歴や認知傾向、学校での状況などから、誘発因子や永続因子について整理し、今後詳細な検討を加えていく予定である。

児童精神科医療における検討

分担研究者 近藤 直司 (大正大学 人間学部 臨床心理学科)
研究協力者 三上 克央 (東海大学医学部専門診療学系精神科学)
宇佐美政英 (独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院)
宮崎 健祐 (東京都立小児総合医療センター)
渡邊 由香 (東京都立小児総合医療センター)
上菌 礼 (東京都立小児総合医療センター)
尾崎 仁 (東京都立小児総合医療センター)

研究要旨

1年目には、入院治療を必要とした広汎性発達障害患者(以下PDD)の背景について検討した。2年目にあたる平成26年度は、ひきこもり、自殺関連行動、暴力に注目し、それぞれに応じた入院治療のあり方、その有効性と課題について検討した。

ひきこもりについては、入院治療の有効性が確認できた一方で、退院後、再びひきこもり状態が生じるケースもあり、教育的支援や家族支援など、包括的・連続的な治療・支援システムの構築が必要と考えられた。同様に、自殺関連行動、とくに再企図の防止においても、家族関係や学校生活などの環境調整が重視されることが明らかになった。暴力を主訴とするケースについては、入院治療の実際について整理した。

研究1：ひきこもり

(1) 対象

平成21年4月から平成22年3月までの1年間に入院となった男子30例、女子20例、計50例について、それぞれの年齢、性別、引きこもり期間、ICD-10に基づく主たる診断名、入院期間、退院先、予後、家族背景について後方視的に検討した。なお、ひきこもりの概念としては『6ヶ月以上社会参加していない』という定義が広く用いられるが、今回の検討では1ヶ月以上のひきこもりを検討の対象とした。

(2) 年齢分布

年齢分布は、6歳から17歳で平均13.5歳であった。男子では平均13.7歳、女子では13.2歳で

あった。ひきこもりの背景に、学校への適応の難しさが関連していることが窺われる。

(3) 診断

ICD-10に基づく主たる診断は、F2が24.0%(12例)、F4が20.0%(10例)、F8が48.0%(24例)であった。F8については、特定不能の広汎性発達障害10例、アスペルガー障害7例、小児自閉症7例という内訳であった。主診断とIQの分布から、中核的な自閉症だけでなく、自閉症特性の薄い高機能ケースにおいても、ひきこもりが生じやすいことが示唆された。

(4) ひきこもり期間について

ひきこもり期間の分布には5ヶ月から72ヶ月の幅があった。男子のひきこもり期間が平均13.1

ヶ月であったのに対し、女子は 6.0 ヶ月と、受診・入院までのひきこもり期間は男子で長期化する傾向を認めた。

(5) ひきこもり以外の入院時主訴

ひきこもりおよび不登校を除いた入院時の主訴は、多いものから昼夜逆転、家庭内暴力の順であった。

(6) 入院前の受診と診断の有無

入院前に診断に至っていたケースは、PDDNOS では 10 例中 5 例(50.0%)、アスペルガー障害では 7 例中 3 例 (42.9%)、自閉症では 7 例中 3 例(42.9%)であった。未診断・未支援ケースだけでなく、診断に至っていたものの、その後、ひきこもりが生じているケースがあり、各々のケースに応じた必要十分な支援を提供することの難しさが読み取れる。

(7) 入院期間

入院期間は 20 日-416 日で、平均日数は 137 日であった。男子は平均 146.9 日、女子は 122.3 日。診断名による入院期間の差は認めなかった。

(8) 転帰・予後

追跡し得た 45 例中の 33 例(73.3%)が再登校など、社会参加に至っていた。入院時と退院時の GAF を比較すると、入院時平均が 29.6 であったのに対し、退院時は平均 50.1(30-80)と上昇しており、入院治療には一定の効果がみられた。しかし、45 例中 12 例(26.7%)では、退院後、再びひきこもりが生じており、そのうち 5 例は再入院に至っていた。

(9) 家族背景について：

家族背景について情報収集できた 47 例中の 13 例(27.7%)が単身親、6 例(13.3%)が生活保護受給家庭であった。また、精神科疾患の家族歴は 25 例(53.2%)で把握された。内訳は、父あるいは母の気分障害、神経症、薬物依存やアルコール依存、発達障害、知的障害、線維筋痛症、同胞の不登校、適応障害、知的障害、統合失調症であった。退院前に関係機関との情報共有や、支援体制を確認するための連絡やカンファレンスを要したケ

ースが多く、家族機能の脆弱性なケースが少ないことを示している。

(10) 治療内容

F2 のケースでは薬物療法、F4 のケースでは精神療法を中心に、包括的な治療方針が策定されるのに対して、F8 のケースでは、発達特性の評価とそれを踏まえた指導、環境調整、二次障害の治療が課題となるが多かった。

(11) 考察とまとめ

多くのケースが社会参加に至っていることから、発達障害を背景とするひきこもりケースに対して、入院治療はおおむね有効であると考えられた。しかし、退院後に再びひきこもりが生じるケースも少なくないことから、診断や入院治療といった医療的な介入だけでなく、本人への教育的配慮や学校環境の調整、家族への支援を含めた包括的な取り組みが必要になるものと考えられる。

研究 2：自殺関連行動

(1) 方法

平成 22 年 3 月～平成 25 年 3 月に東京都立小児総合医療センター児童・思春期精神科に自殺関連行動を理由に緊急入院した 112 例（連続サンプル）を対象に、診療録に基づき後方視的に調査した。

調査項目は、年齢、性別、自殺関連行動に至った直接的誘因、自殺関連行動の手段、希死念慮の表出の有無（入院前・入院時）、家族・学校等の社会的背景、精神科的診断（ICD-10 に基づき複数の児童精神科医が診断）、過去の自殺関連行動歴・退院後の再企図（フォローアップ期間：平成 25 年 8 月まで）の有無とした。

主診断または併存診断が広汎性発達障害であった群（PDD 群）とそれ以外の群（非 PDD 群）の 2 群を設定した。さらに、PDD 群のうちフォローアップ期間中に再企図があった群（PDD 再企図群）となかった群（非再企図群）のサブグループに分類した。上記の群につき、各調査項目について比較検討した。

(2) 結果

PDD 群は 47 例 (42%) であった。PDD 群の背景は下記のとおりである。

- ・平均年齢 14.4 歳
- ・男女比 47% : 57%
- ・両親同居の割合 : 66%
- ・いじめられたことがある割合 : 43%
- ・不登校歴あり : 77%
- ・被虐待歴あり : 11%
- ・併存疾患 F2 : 6%、F3 : 19%、F4 : 36%、F5 : 4%
- ・併存疾患なし (PDD のみの診断) : 34%
- ・遺伝負因 (1 親等者の精神疾患) : 30%
- ・平均 IQ : 87.4
- ・過去の自殺関連行動歴あり : 49%
- ・退院後の再企図あり : 26%
- ・自殺関連行動の直接的誘因 : 学校関係 (不適応、試験、進路など)、次いで家族関係が多かった。
- ・自殺関連行動の手段は、過量服薬の他に、飛び降り、飛び出しなど衝動的なものが多かった。
- ・PDD 再企図群は、非再企図群と比して、女性のケース、過去の自殺関連行動歴のあるケース、境界知能または知的障害を有するケース、両親同居でないケース (片親家庭、再婚家庭など) が多かった。
- ・PDD 非再企図群は再企図群と比して入院中に PDD の診断を受けたケースが多かった。
- ・PDD 非再企図群では家庭環境の調整を行ったケースが有意に、学校環境の調整を行ったケースが比較的多かった。

研究 3 : 暴力

X 年 3 月から X+1 年 2 月までの 1 年間に当科へ緊急入院した患者で、ICD-10 に基づき F84 (PDD) と診断された患者について診療録に基づいて後方視的に検討した。対象となった F84 患者は 190 名 (男子 159 名、女子 31 名) であった。そのうち高機能 PDD 群は 111 名 (58%)、知的障害合併 PDD 群は 79 名 (41%) であった。

入院に至った主訴としては、高機能 PDD 群と知的障害合併 PDD 群ともに行動上の問題が多く (高機能 PDD : 66%、知的障害合併 PDD : 68%)、内訳をみると、高機能 PDD 群と知的障害合併 PDD 群ともに攻撃性や自己破壊的行動が最も多かった。以下、とくに攻撃性が問題になり、入院に至ったケースに対する治療について述べる。

(1) 子ども本人に対して

広汎性発達障害特性を有しているケースでは、入院後から自閉症特性に応じた支援が必要となる。東京都立小児総合医療センター、児童・思春期精神科 (以下、当科と略す) では、おもに看護師が日常生活を支援しながら、障害特性について評価している。とくに、大人や同年代の子どもとの対人コミュニケーションスキル、全体的な社会性、日常生活場面でみられるこだわり、多動や衝動性、不注意などが評価のポイントとなる。また、本人の好きなこと、趣味や気分転換の方法なども重要な評価項目である。ただし、児童・思春期年齢の子どもは大人からの評価に敏感なため、日常生活を支援するなかで、さりげなく評価することが重要である。

当科では、TEACCH プログラムで紹介されているような視覚的・物理的構造化を応用した環境調整をおこなっている。たとえば、日課やスケジュールを視覚的に提示したり、ルールを視覚的に提示したりすることなどが有効である。また、曖昧な表現を避け、できるだけ具体的に伝える、重要度の優先順位を明確にするなど、情報の伝え方にも配慮が必要である。

仲間集団や教師への暴力が問題になっているケースにおいては、入院当初はほぼ全例が個室を使用していた。同年代の仲間集団や指導的な立場の大人との関係でトラブルが生じるケースも多いので、個室の使用は、他児との交流を性急に強要せずトラブルが生じた際などに避難することができること、適切な社会的技能を少しずつ修得することを保証することになる。病棟におけるグ

ループ活動や日常生活場面における他児との交流の様子をみながら、集団への適応がある程度可能であると判断できれば大部屋に移動するが、コミュニケーション能力に困難を抱えていたり、本人の不安が強い場合は、個室の使用が長期化するケースもある。

全てのケースで段階的な治療目標を設定していた。具体的な治療の方針や自らの課題や進捗状況をイメージしにくい子どもに対しては、「ここまで治療が進んでいる」ということを具体的に提示するうえで、とくに有効である。年少児に対してはトークンエコノミーの手法を採り入れることが多い。それぞれの治療目標を設定して、「頑張り」に応じてトークンをあたえ、それによって報酬（強化子）を与えている。報酬を考える際には、外出や外泊、看護師手作りのカード、面会、など、最も行動を強化しやすいものを選んでいく。

不適切な行動、暴力や器物破損などについては、短時間のタイムアウトと行動修正を試みている。この際、タイムアウトが懲罰目的ではないことを丁寧に説明し、理解と協力を得る必要がある。

こうした病棟内の対人交流の機会を治療的に活用する際に中心になるのが看護スタッフである。また、おもに小学生を対象とする病棟には保育士が配置されており、日課や病棟内の活動、子ども同士の関係性に介入するうえで重要な役割を担っている。医師や心理士との個別面接では、ほとんどが支持的・受容的な面接を実施していたが、高機能群においては、それらと並行して、「怒りのマネジメント」などの認知行動療法的なアプローチを選択しているケースもあった。

（2）薬物療法について

暴力が問題となるケースでは衝動制御に問題を抱えていることが多く、薬物療法が施行されていた。使用される薬剤としては、非定形抗精神病薬（リスペリドン、ジプレキサ）、気分安定薬（バルプロ酸、カルバマゼピン）、ADHD 治療薬（メチルフェニデート除法製剤、アトモキセチン）などで、単剤もしくは併用されることが多かった。

また、衝動性が強いケースでは、鎮静作用の強い定型抗精神病薬（レボメプロマジン、クロルプロマジン）も一部に使用されていた。発作的に不穏状態となる場合には、頓用として使用することも多く、その場合にはリスパダール液、オランザピン口腔内崩壊錠などが使用されていた。

発達障害児の薬物療法では、薬物の使用に対する本人の認識や理解が重要であるため、丁寧な説明を心がけているが、それでもなお、服薬の同意が得られないケースもあった。

また、これらの薬剤の大半は我が国では適応外使用であることから、この点についても本人と保護者への十分な説明と同意を要する。

（3）家族支援

子どもの暴力については、子ども自身の対人関係能力や衝動の制御が課題になることがある一方、家族関係への介入が中心的な治療課題となるケースも少なくない。暴力や衝動的な破壊的な行動が生じるケースでは、家族関係が強い緊張状態にある、子どもに対して腫れものにさわるように接している、相互に交流を回避し、交流の機会が減っている、などの家族状況が生じていることが多く、家族が疲弊していることが多い。

入院当初はそれまでの労をねぎらい、受容的に傾聴しつつ、家族の子どもやその発達特性の捉え方や向き合い方や、親子・家族の関係性についてアセスメントする。また、入院直後から面会を設定すると、それまでの葛藤的な家族状況が容易に再現されてしまうことから、入院当初は、ほぼ全例のケースで面会を制限し、少しずつ家族との関係を再開・整理している。

家族は発達・障害特性について一般的な知識をもっているものの、自分の子どもの認知や行動特性としては理解できていないことも多いため、知能・心理検査の結果や病棟内で観察された特徴的な場面についてフィードバックするようにしている。また、本人が暴力に至るまでの家族状況や具体的な交流を詳細に聴取することを通して、暴力を誘発しないような関わり方や、子どもが納得