

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野））  
分担研究報告書

児童思春期の発達障害診療専門拠点機関の機能の整備と安定的な運営ガイドラインの作成のための研究

研究分担者 齊藤 卓弥 北海道大学大学院医学研究院児童思春期精神医学分野 特任教授

研究要旨

目的：発達障害が社会に認知されるとともに、行政への相談や医療機関への受診者が急増している一方、対応できる人材の不足と包括的な医療システムの未整備が喫緊の課題となっている。過去の厚労科研で提言された「各地域の実状に合わせた医療システム」を実装するために、本研究では児童・思春期の拠点機関を北海道大学をモデルを構築し、全国化を見据えた運営ガイドラインの作成を目的とする。児童精神科医の不足は全国に共通する課題であり、診療待ち時間の短縮は児童の発達を考えると緊急性が高い。札幌市での試みは教育医療機関が拠点となって行政とともに地域の可能な人材を最大限に活用するとシステムを運用するためのガイドラインを作成する

方法：全国の諸自治体、海外の聞き取りを基に発達障害における拠点機関に求められる機能についての予備調査を行った。

結果：1年目全国の諸自治体、外国の聞き取りを基に待機児童増加、ネットワーク・システムの欠如など共有の問題を抱えていることが明らかになった。一方で対策への取り組みは地域ごとに異なっており、待機児童を減らすことができた地域ではサービスへのアクセスに何らかの絞り込みを行っていたが、それが必ずしもユーザに対する満足につながっていないことも明らかになった。ネットワークへのニーズまたそれを支える地域の資源にも地域差がありガイドライン作成の際に画一的なガイドラインではなく地域の現状に合ったフレキシブルなガイドラインが求められていることが明確になった。

考察・結語：児童思春期の発達障害の診断・治療における問題点を1年目に明確にし、その成果に基づいて拠点機関として求められる機能について明らかにした。発達障害診療ネットワークの拠点のなるために国内外のエビデンスに基づいてエビデンスの高さ、必要性およびアンケートからの最大公約数のニーズならびに地域の資源を加味したうえで、札幌モデルの経験を踏まえて、多職種・機関が連携した地域の中核施設に求められる基本的な運営に必要なイメージ（ネットワークの構築のコンセプト、ネットワークの具体的なモデル化、求められる資源等）を明確化し、それに基づいたガイドラインを作成する。

A．研究目的：発達障害が社会に認知されるとともに、行政への相談や医療機関への受診者が急増している一方、対応できる人材の不足と包括的な医療システムの未整備が喫緊の課題となっている。過去の厚労科研で提言された「各地域の実状に合わせた医療システム」を実装するために、本研究では児童・思春期の拠点機関を北海道大学をモデルを構築し、全国化を見据えた運営ガイドラインの作成を目的とする。児童精神科医の不足は全国に共通する課題であり、診療待ち時間の短縮は児童の発達を考えると緊急性が高い。札幌市での試みは教育医療機関が拠点となって行政とともに地域の可能な人材を最大限に活用するとシステムを運用するためのガイドラインを作成する

B．研究方法：全国の諸自治体、海外の聞き取りを基に発達障害における拠点機関に求められる機能についての予備調査を行った。

（倫理面への配慮）

聞き取り調査および施設訪問に関しては、倫理的問題は発生しない。

C．研究結果

### 1) 札幌地区の調査の結果（コンシェルジュ事業を開始しての変化を主に聴取）

【福祉機関からの聞き取り】；

○療育機関、相談機関、保健センター、乳幼児健診などでの対応や紹介経路の違いが目につく。ダイレクトで紹介する経路、それからコンシェルジュ事業を通して紹介する経路、いろいろあると。良い悪いは別として実感である。

○親たちから聞こえてくる声として、「以前は、不安な時期に、初診まで1年待ち、もう予約とっていません、よくても半年待ち、というのが多かったが、最近は、3カ月待ちと言われるようになった。」というものである。

○また、15歳を超えてから気づいた場合や、15歳に近い年齢の場合など、とても不安が大きいと思う。

○児童思春期の入院ベッドがない、情緒障害児短期治療施設、福祉的な施設のベッドもない、この場合、子どもたちはどこへ行けばよいのだろうかと思う。せっかく医療機関につながっても、そこから先がないという不安がある。そして、制度の検証を行ってほしいと思う。そして、各方面へ検証結果を伝えてほしい。

○問題として、このネットワークで、小さい子どもたちだけではなくて、大きな子どもたちも何とかできないかと思っている。放り出されたらどうしようという不安が、親たちの中では一番強い。

○各方面の私たちができることとして、専門職としてこの事業を理解してつなげる、これを今よりもっともっとつなげていきたいと思う。

【教育現場からの聞き取り】：

○困りを抱えているお子さんをお持ちの保護者の皆さんに、どのように医療と連携して学校現場がスムーズに、子どもたちの楽しい学校づくりのために寄与できればと思う。

○一般教育相談と特別支援教育相談の2班合計は、来所の相談件数が3,390件、電話は3,064件で、計約6,000件以上である。この相談を6名の担当指導主事と非常勤で対応している。就学相談受付数448件は、通常の学級で学んでいるお子さんの中で、特別支援教育を受けたいという形で転籍の手続をとる場合である。特別支援教育相談がある。平成27年度の相談件数は、2,136件であり、約86%以上が発達障害に関わる相談である。

○発達に関わる相談対応の待ち期間がクローズアップされており、現在、1カ月以内にできるだけという形で進めているが、もっと早く対応できないかということで、4名の増員となり、29年度に向けて万全の体制をとっているところである。また、「医学的診断」について、当課の相談室でも医師に来所いただき、医学的な診断業務、相談をしている。年間約30件、1回約3件。保護者から、医師の診察、診断を受けたいという御希望があった場合、医学的な診断につないでいる。

○平成27年10月から始まったコンシェルジュ事業について、当初ハードル・敷居が高くて、この利用について学校現場にスムーズにおろすことがなかなかできなかった。学校での周知の方法として、教員研修をちえりあ（教育相談）で行っており、講座を開いて、その中で医療機関の連携についても説明しているところである。医療機関との連携について、学校としては、発達障害の疑いのあるお子さんなどを把握しているとはいえ、確固たる確証を持っているわけではなく、どう接してよいか、なかなか判断が難しい。さらに、学校が医療機関を積極的に勧めることが切り出せない理由として、保護者に説明が難しいことがあげられる。保護者としては、どんな診察や治療をされるのだろうか、それから、学校は自分の子に障がいがあるとでも言いたいのだろうか、うちの子だけが特別なのだろうかというような捉え方があり、また、担任の先生が医療分野にさほど知識がないということなどから、思い切って医療機関に相談することができないとも考えている。ただ、いざ医療へのつなぐとなると、まだまだ、どのようなルートで、どう進めていくのかが分からない。

【発達支援センターからの聞き取り】：

・コンシェルジュのイメージ図は、心の悩みや発達の不安のあるお子さんが一次医療機関に相談され、コンシェルジュ事業の担当施設が児童精神科の医療機関を紹介するという流れである。こうい

った一連の流れは、振り返ってみると、児童精神科医が少ない、子どもの心にかかわる医者が少ないというのは札幌に限ったことではなく、全国的なものであり、厚生労働省も早くからこの取り組みを行っており、10年前には「子どもの心の診療医」を育成しようということで、事業を始めていた。自分も10年前ぐらいは、この研修会で、東京の成育医療センターに行って講義を受けたりしていたが、これがまさに札幌市でシステムとして稼働し始めたという現状かと思う。「気づく・かかわる・つなぐ」という言葉について。よく自殺のリスクのある方を医療機関につなぎましょうというときに、ちょっと様子がおかしいなということで「気づいて」、そして、どうかしたのとか、何かあったら言ってねという声をかけてあげたりして「かかわる」、そして、やっぱり心配な方は医療機関に「つなぐ」ということで、「気づく・かかわる・つなぐ」。

・よく使われる言葉だが、これは子どもの心の医療でも同じである。ただ、グループで、自分たちが連携してチームを作ってサポートすることが大事ななと思っている。医療につなぐことで、これで一安心ではない。学校の先生や親御さんは、医療が最後のゴールというようなイメージを持たれているかもしれないが、医療と連携することが、がまさに支援のスタートであり、つなぐのではなく、つながって一緒にみんなで協力して、知恵を出し合って、子どものために働いていけたらよいのかと思う。

・児童精神科の受診までに時間がかかるというのは、本当に札幌市に限ったことではなく、全国状況として、やはり発達障害を専門的に見てくれる医療機関に受診しようとしたときに、大体初診まで3カ月を超える施設が半数程度ある。全国の主要な27施設には、長いところでは10カ月を超え、11カ月という待機期間もあったとのこと。そのような意味で、まず待機期間の短縮ということでは、コンシェルジュ事業はその成果があらわれてきているのかなと思う。

・あくまで医療の立場として、診察までのスピードだけが重要視されてしまうのもまた悩ましいところがある。コンシェルジュという素晴らしいシステムができたが、児童精神科医が急増したわけではない。

・そして、中学校だと、スクールカウンセラーがほぼ全校配置されており、身近な心理職で医療に近い立場として、学校の外から学校内に入ってくる支援者として、ぜひスクールカウンセラーなどとも連携しながら、サポートをお願いできたらよいと思う。

・コンシェルジュ事業から、児童精神科の専門機関に紹介となっているが、まだ支援の流れが一方通行である。発達障がいのお子さんだと、医療に

つながって一定期間で支援が終了するわけではないので、例えば、一定の診断やアセスメント、見立てと言われる作業を行い、今後どうするかを話し合い、安定した後は、かかりつけの先生に再度何かあったら戻ってきてください、ただ、一定間隔をあけてフォローアップさせていただく間の診察は身近なかかりつけの先生にお願いするというような流れができると、さらにこのネットワーク事業がより円滑に運営されると思う。

・最後に、医療者として、やはり医療の質の標準化、あるいは均霑化、つまり可能な範囲でこの児童精神科医療に関しても同じような医療が提供できるようになればよいと思う。均霑化は、よくがん治療で、全国どこでも同じ医療レベルのがん治療が受けられるようにということで、この言葉が用いられる。

・そのためには、研修会を開催するなど、また、研修を受けてくださった先生方に修了証を発行するなど、何か参加された先生にもメリットがあればよいと思う。また、医療機関同士の連携、そして児童精神科医を増やすというのも目指したいところで、今後、自分たち多くの医者が連携して、学生にその魅力を伝えていきたいと思う。

・そして、やはり若い先生が早い段階から、子どもさんの心や発達の悩みに関する臨床経験を持つこともすごく大事だと思う。新しい専門医制度も始まる中で、医者の研修が標準化されていき、全ての精神科医が児童精神科の経験もしなさい、小児科の先生も心や発達の研修を済ませてくださいというプログラムづくりがされるようなので、一緒に仕事ができる仲間が増えるとよいと思う。

【小児科医との聞き取り】：

・一般的な小児科医は発達障害の評価・治療に関する地域トレーニングを十分に受ける機会がなく単に講義だけではなくワークショップやハンド・オンのトレーニングを必要としている。発達障害の小児科での診療報酬を検討してほしいなどの要望が挙げられた。

2) 山形県置賜地区での聞き取り調査(児童思春期における障害の診断・治療の課題)

○専門家の不足(育成はされても、雇用に結びつかない為他県に流出する)

○場の不足(病院だけでなく、学校と病院との中間に位置するような“専門性を持った相談機関”の欠如)

○療育の供給が追い付かず、診断を受けたとしても療育に繋がらない)

○子に関わる関係者の教育・研修の場の不足

○発達の問題は一生もの 資源の乏しい地方だからこそ、切れ目のない支援に向けたシステムの整備が急務

1. 乳幼児期の問題点

○乳幼児期の子どもは、自治体の保健師によって、

訪問や健診を通して心身の発達をチェックされている。発達に心配な点が見られる乳幼児を専門機関に繋ぐ場合、筆頭に挙げられるのは『山形県立こども医療療育センター』であるが、予約は常に飽和状態で、半年以上の新患予約待機が常態化している。次いで検査・診察が可能なシステムとして挙げられるのは、児童相談所における精神科医及び児童心理司等による精密健診である。しかし平成30年度より、“地域に乳幼児の精神発達面をフォロー出来る機関が増えた為、児童相談所による精密健診は、虐待のリスクが在るケースを主とする”方針となった。よって、虐待のリスクが無いケースは利用出来ない。

○置賜地方において、乳幼児の検査・診察・療育が可能な機関があるかと言えば、殆ど無いのが現状である。児童思春期外来を開設している民間病院は存在するが、乳幼児を受け入れられる現状には無い。それは、乳幼児に発達の遅れや偏りが在ると診断された場合、その先に『療育の必要性』が生じる訳だが、この療育の場が殆ど無いために、療育までフォローできる県立の療育センターを勧めざるを得ないからである。県立やまなみ学園内に設けられた療育相談支援センター「おあしす」も、すぐに飽和状態となり、需要の多さに応えられない状況に無い。療育センターに繋がって幸運にも療育が受けられるとしても、置賜地方の家庭にとって、療育センターは遠く、通にくいのが事実である。それゆえ中断してしまうケースも少なくない。

○他県では、公立病院・民間病院を問わず、子ども向けの作業療法が可能な場所が複数存在している。一方山形県では、療育を殆ど療育センターに集中・依存し、療育の場の展開が成されてこなかった。ゆえに、需要と供給のバランスが著しく偏った状況を何年も維持しており、そのしわ寄せが子どもたちにやって来ている。

## 2. 学童期～思春期の問題点

○発達障害が広く認知されてきたことに伴って、学校から専門機関の受診を勧められるケースが増加している。療育センターでも小学生の受診は受け入れ可能だが、先述のように初心まで半年以上かかることは広く知られている為、学校では児童思春期外来を要する病院を勧めることが殆どである。ただし、病院もまた予約待機が長期に渡る傾向にあり（数か月～半年）、需要に対して早いうちに対応出来てはいない。

○学童期～思春期は、子どもたちや保護者に対応する学校教員への専門的なアドバイスが重要であり、実際需要も高い。病院によっては教員へのアドバイスを積極的に行っているが、多くは無い。保護者以外の関係者に対してアドバイスをすることが、利益には繋がりにくいからである。

○（子どもに関わる関係者に向けて、専門的な情

報やアドバイスを提供すること、その機会・場の必要性）

○子どもに様々な専門家が関わるようになり、個人情報保護や倫理的観点から見て、教育現場の“常識的な常識”が見えてくるようになった。「児童生徒の知能検査を早く行い、結果を知って対応したい」という考えから、教員が知能検査を行う場合もあるが、中には重要な視点や観察に欠け、知能指数だけが示され、その後の関わりへの効果的で具体的なアドバイスが為されないケースがある。また、特別支援学級への移籍等に関わって、養護学校の教員が検査をする場合があるが、この時、“依頼者が教育委員会である”ことを理由に、本人と保護者に検査結果が開示されず、『特別支援学級在籍該当と判定された』という結果だけが伝えられるのが“常識”となっている。一般的に考えて、個人情報や倫理の観点からも問題であることは明らかであり、疑問を持つ保護者との齟齬を生んでいる。「どうして特別支援学級該当となったのか」が分からないまま在籍を移すよう勧められる保護者の中には不信感が募る場合も多く、学校との関係が悪化し、子ども本人への適切な教育の提供が大幅に遅れる一因ともなっている。

また、発達や精神面に不安を抱える子どもやその親が、精神科病院や学校に相談するとは限らない。地域の小児科や内科のクリニックであったり、スポーツなどの習い事の場であったりする。子どもの心身に不調が出た時、“土地の神様”や“竜神様”に視てもらったというエピソードは、今でもよく耳にすることであり、保護者にとって精神科病院に相談に行くよりも、竜神様に行く方が敷居が低いことをよく表している事実である。学校と専門機関の中間に位置するような、つまり専門性を持った機関ながら相談しやすいような場所（と専門スタッフ）を切望する声は、保育や教育の現場から多く寄せられる。病院しか相談出来る場所が無いから病院を勧めるが、保護者の中にはそれを「自分の子どもを異常と言われた」と受け取り、スムーズな支援に結び付きにくい為である。

## 3. 多職種の養成の問題

○『療育や相談・治療の場の不足』は、専門家の不足と直結している。場が無い（あったとしても非常勤であることが多く、不安定な身分と生活になる）ことは専門家の他県流出を促進し、専門家の他県流出は場の整備を滞らせる。例えば作業療法士は県立の大学でも育成しており、中には子どもの療育に興味を持つ学生も存在するが、雇用の場が無いために、県内に留まることは少ない。言語聴覚士も同様である。

## 3. 鹿児島県からの聞き取り調査

○待機期間をどうしたらいいのかという問題と、それともう一つは、鹿児島県の場合、北海道みたいに広いところではないのですけれども、離島が

結構たくさんあり、発達障害者支援センターにある程度医療的な機能を持たせ、支援部というのが、鹿児島県全体のそういう支援の体制を整えようというような意味で支援部というのをつくったのですけれども、支援部の中に、いわゆる発達障害者支援センターの機能を果たす発達支援課と、あと、診療とリンクして地域をいろいろ育てていく地域支援課に機能を分離した。そのことによって教育との連携が改善した。

○鹿児島県の話になるのですけれども、平成25年から平成30年にかけて、この5年間で、人口減もありますので、全生徒数が4,133人減っているのです。そうなのだけど、特別支援学級の生徒は2,414人ふえて、支援学校の生徒は354人ふえて、通級の生徒が457人ふえているという、支援の必要な子たちがどんどんうなぎ上りに増えている。鹿児島県では、支援学級とかの先生の中で、そういう障害児教育を受けている先生、あるいは、支援学級での経験が3年以上の先生の割合というのが30%未満なのです。なので、70%は通常の学校の先生たちが支援学級を受け持っているということになって、そういう施設の中で、とてもセンスのいい先生たちはやっていけるかもしれないけれども、多くの場合、支援学級に入っても、それだけの、期待されているだけの成果が出ないということもちょっと困っている。

○診察していて、診断基準満たさないけど困りが強いなという子たちが結構多くて、何とかこの辺の子たちをこちら側へ持ってくるのではなくて、環境を整えていく必要がある。

○鹿児島県では紹介票というのが、ここ、診断前支援と言って、医者さんが診断をしたりとか診察をする以前に支援をスタートするというのが、この診断前支援という考え方です。早期気づきで見つかった子たちを全員、さっきの20%超える子たちを専門的な機関で診察して、診断して、専門的な支援にしたら、とてもじゃないけどパンクしてしまう。こういうサービスが本当に必要な子たちがサービスを受けられないという現状になってしまうので、そういうふう考えたときには、診断前支援だけでも基本的にはやっぱり対応できないので、一般的な子育て支援の中で対応する子たちを増やす必要がある。

○紹介票ですが、紹介票を使うことで、本人、家族からの直接予約ではなくて、学校とか保育所、児童発達支援事業所など支援者からの予約に統一したということと、それから、この結果ですね、待機期間を有効活用できたのではないかなというような、そういうような評価を得たということになります。

○紹介票は、子どもとか保護者から直接、うちの療育センターに診察の予約を今まで受けていたの

ですね。それを、一応中止して、市町村の、親子教室、こういうところも含めてなのですけれども、保育所、幼稚園、認定こども園、それから児童発達支援事業所、このような、実際に子どもたちを支援している施設から紹介票を受けるといような形にすることで、既に支援が始まっている段階で診察を受けにきます。そのため、子どもたちの状況が私たちもわかりやすいですし、それから、私たちがアセスメントして地域に返したときに、そのアセスメントを受けて対応していただくところが明確になっているということが重要です。それと、うちのセンターはやっぱり四、五カ月待ち時間があるのですけれども、その間にここと連携をとることで、ここでの支援ということもちょっとアドバイスできるという、そういう利点があるし、お母さんの不安もちょっとそこで相談ができるという、そのような仕組みができました。

○受診待機期間がどうなったかということに関しては、このように、平成27年が紹介票導入前ということになります、28年が導入後ということになるのですけれども、平成27年、導入前は大体、待機期間のピークが、大体4カ月から5カ月くらいだったのですけれども、次の年になると、それが2カ月から3カ月まで減りました。

#### イギリスでの聞き取り調査

○イギリスにおいても待機時間は、発達障害の待機時間は重大な問題であり様々な対応が考えられている。



Figure 5. Average, maximum and minimum waiting time at point of assessment (per month)



(King's collegeにおけるADHDの紹介と待機時間の変遷、Dr.Mullerより)

発達障害の診療の需要に対して待機時間を短縮するためには、1)一般精神科医の教育、小児科医の教育により増える需要に対応すること、2)診断・治療が確定した時点で逆紹介をできるシステムを構築すること、3)診断・治療に関するネットワークを構築することが挙げられていた。

○児童から青年期への移行あたっては成人の成人のクリニックの最優先事項とし、大学での保健センターにおける発達障害の診断・治療システムの



充実を実践する。

D：考察：発達障害診療ネットワークの拠点のなるために国内外のエビデンスに基づいてエビデンスの高さ、必要性およびアンケートからの最大公約数のニーズならびに地域の資源を加味したうえで、札幌モデルの経験を踏まえて、多職種・機関が連携した地域の中核施設に求められる基本的な運営に必要なイメージ（ネットワークの構築のコンセプト、ネットワークの具体的なモデル化、求められる資源等）を明確化し、それに基づいたガイドラインを作成する。

E：結語：児童思春期の発達障害の診断・治療における問題点を1年目に明確にし、その成果に基づいて拠点機関として求められる機能について明らかにした。

F：健康危険情報

なし

G：

#### 1. 研究発表

1. Tateno M, Tateno\* Y, Kamikobe C, Monden R, Sakaoka O, Kanazawa J, Kato TA, Saito T.: Internet Addiction and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Traits among Female College Students in Japan J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry 29(3), 144-148, 2018

2. Okumura Y\*, Usami M, Okada T, Saito T, Negoro H, Tsujii N, Fujita J, Iida J.: Prevalence, incidence and persistence of ADHD drug use in Japan. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 2018, doi:10.1017/S2045796018000252

3. Okumura Y\*, Usami M, Okada T, Saito T, Negoro H, Tsujii N, Fujita J, Iida J.: Glucose and Prolactin Monitoring in Children and Adolescents Initiating Antipsychotic Therapy. J Child Adolesc Psychopharmacol 28(7). 2018, DOI: 10.1089/cap.2018.

4. J.J.S.Kooij\* D.Bijlenga L.Salerno R.Jaeschke I.Bitter J.Balázs J.Thome G.Dom S.Kasper C.Nunes Filipe S.Stes P.Mohr S.Leppämäki M.Casas Brugué J.Bobes J.M.Mccarthy V.Richarte A. Kjemps Philipsen A. Pehlivanidis A. Niemela B. StyrIB. Semerci B. Bolea-Alamanac D.Edvinsson D.Baeyens D.Wynchank E.Sobanski A.Philipsen F. McNicholas H.Caci I.Mihailescu I.Manor I.Dobrescu T.Saito J.Krause J.Fayyad J.A.Ramos-Quiroga K.Foeken F.Rad M.Adamou M.Ohlmeier M.Fitzgerald M.Gill M.Lensing N.Motavalli Mukaddes P.Brudkiewicz P.Gustafsson P.Tani P.Oswald P.J.Carpentier P.De Rossi R.Delorme S.Markovska Simoska S.Pallanti S.Young

S.Bejerot T.Lehtonen J.Kustow

U.Müller-Sedgwick T.Hirvikoski V.Pironti Y.Ginsberg Z.Félegházy M.P.Garcia-Portilla P.Asherson Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD European Psychiatry 56(2) 14-34 2019

5. 市川宏伸, 齊藤万比古, 齊藤卓弥, 仮屋暢聡, 小平雅基, 太田晴久, 岸田郁子, 三上克央, 太田豊作, 姜昌勲, 小坂浩隆, 堀内史枝, 奥津大樹, 藤原正和, 岩波明 成人用ADHD評価尺度 ADHD-RS-IV with adult prompts日本語版の信頼性および妥当性の検討, 精神医学60(4), 399-409, 2018

6. 館農勝, 中野育子, 白木淳子, 館農幸恵, 金澤潤一郎, 白石将毅, 河西千秋, 氏家武, 齊藤卓弥: 成人期ADHD 症状評価スケールHokkaido ADHD Scale for Clinical Assessment in Psychiatry (HASCAP) について, 精神医学, 60(12)1403-1411, 2018

7. 齊藤卓弥: ADHDの病態・遺伝要因と環境要因, 最新医学別冊発達障害, 62-69, 2018

8. 齊藤卓弥: 注意欠如多動症(ADHD)子どもから成人への連続性 最近の大規模コホート研究結果から考える, 日本精神神経学会誌, 120(11) 1006-1010, 2018

9. 齊藤卓弥 注意欠如・多動症 (成人) 1056 今日の治療指針 福井次矢 高木誠 小室一成編集 医学書院 東京 2019

#### 2. 学会発表

1. 齊藤卓弥 発達の視点から見たサイコセラピーとエビデンス 第19回日本サイコセラピー学会 札幌 2018 (特別講演)

2. 齊藤卓弥: ADHD治療の近未来 - 新しい薬物療法の可能性, 第28回日本臨床精神神経薬理学会・第48回日本神経精神薬理学会合同年会, 東京, 2018 (シンポジウム)

3. 齊藤卓弥: 拠点病院における思春期での発達障害医療への役割, 第6回成人発達障害支援研究会, 札幌, 2018 (シンポジウム)

4. 齊藤卓弥: 発達と生物学視点からの自殺, 第59回日本児童青年精神医学会総会, 東京, 2018 (シンポジウム)

5. 齊藤卓弥: 児童思春期のうつ病といらいら気分(易怒性), 第59回日本児童青年精神医学会総会, 東京, 2018

6. 齊藤卓弥: 児童思春期精神科医の養成: 自治体による寄附講座による児童思春期精神科養成プログラムの意義, 児童思春期精神医学への寄附講座の意義と課題: 札幌市による北海道大学での寄附講座設立の経験から, 第114回日本精神神経学会学術総会, 神戸, 2018 (シンポジウム)

7. 齊藤卓弥 ADHD治療の世界動向 日本ADHD学会第10回総会 川崎 2019 (シンポジウム)

8. 齊藤卓弥 視線合致可能な仮想対面Dual脳磁計の構築 第35回日本脳電磁気トポグラフィ研究会 札幌 2019 (シンポジウム)

8. Takuya Saito Diagnosis of Adult ADHD, Expert Seminar: Neuropsychological assessment of ADHD in adult Seoul Korea 2019

9. 齊藤卓弥 子どものうつ病 第6回 睡眠とうつ病の研究会 東京 2018

10. 齊藤卓弥 災害時の心的外傷の対応 第10回 日本精神神経学会 小児精神医療研修会 札幌 2018

11. 齊藤卓弥 ADHDにおける診断の実際 平成30年度精神保健に関する技術研修 第11回 発達障害地域放火右支援研修: 精神保健・精神医療 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 2018

12. 齊藤卓弥 札幌市の地域支援体制づくり 平成30年度精神保健に関する技術研修 第11回 発達障害地域放火右支援研修: 精神保健・精神医療 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 2018

6. 齊藤卓弥 ADHDと二次障害 平成30年度東京都医療従事者向け発達障害者支援研修 東京 2018

7. 齊藤卓弥 発達障害の子どもから大人への切れ目のない発達症の支援 平成30年公徳会教育研修会講演 米沢 2018

8. 齊藤卓弥 ADHD治療薬の現状と将来の展望 浜松医科大学合同講座講演会 浜松 2019

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

## 作成上の留意事項

1. 「A. 研究目的」について
  - ・厚生労働行政の課題との関連性を含めて記入すること。
2. 「B. 研究方法」について
  - (1) 実施経過が分かるように具体的に記入すること。
  - (2) 「(倫理面への配慮)」には、研究対象者に対する人権擁護上の配慮、研究方法による研究対象者に対する不利益、危険性の排除や説明と同意(インフォームド・コンセント)に関わる状況、実験に動物に対する動物愛護上の配慮など、当該研究を行った際に実施した倫理面への配慮の内容及び方法について、具体的に記入すること。倫理面の問題がないと判断した場合には、その旨を記入するとともに必ず理由を明記すること。

なお、ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針(平成25年文部科学省・厚生労働省・経済産業省告示第1号)、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号)、遺伝子治療等臨床研究に関する指針(平成27年厚生労働省告示第344号)、厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針(平成18年6月1日付厚生労働省大臣官房厚生科学課長通知)及び申請者が所属する研究機関で定めた倫理規定等を遵守するとともに、あらかじめ当該研究機関の長等の承認、届出、確認等が必要な研究については、研究開始前に所定の手続を行うこと。
3. 「C. 研究結果」について
  - ・当該年度の研究成果が明らかになるように具体的に記入すること。
4. 「F. 健康危険情報」について
  - ・研究分担者や研究協力者の把握した情報・意見等についても研究代表者がとりまとめて総括研究報告書に記入すること。
5. その他
  - (1) 日本工業規格A列4番の用紙を用いること。
  - (2) 文字の大きさは、10～12ポイント程度とする。