

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)がほとんど使用されていないことが判明した。CDCLに関しては有効性・妥当性が認められており、一層の普及・開発が必要と考えられた。また、素行障害診断において脳波検査や脳画像検査を用いている医師は半数以下にとどまっており、粗暴行為や反社会行動を呈する群の一部に脳の形態学的変化が認められる例や脳波異常が認められる例が存在することは多くの報告がなされていることも考えると診断にあたって身体精査がより推奨されるべきと考えられた。

前述したように素行障害診断・治療を考える際に医療機関にとっては司法機関や福祉機関、教育機関との連携がとても重要である。調査結果からは福祉機関との連携はある程度可能となっているものの、警察(64%)や矯正機関(31%)との連携はまだ不十分であることが示唆された。特に矯正機関の連携可能度は低く、より一層の連携の強化が必要と考えられる。地域連携については全ての医師が必要と考えているにも関わらず、7割を超す医師が「十分に機能していない(45%)、ほとんど機能していない(31%)」と答えており、一層の地域連携の強化が必要と考えられた。

最後に素行障害の診断・治療のガイドラインについては全ての医師が有用なガイドラインが存在すれば活用したいと考えていることが分かった。このことから本研究班が意図する素行障害を含めた子どもの外在化障害の診断・治療についての標準化は社会的要請・意義のあるものと考えられた。

#### E. 結論

今回、子どもの外在化障害の診断・治療の標準化を行うために、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、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アンケート調査を行い、それを解析した。その結果、歴史的に今日まで素行障害を含む外在化障害の障害概念が大きく変遷し続けていることや診断・治療の標準化が十分になされてこず、有効な対応が提示されてこなかったことから素行障害と診断することに医療的意義を見出せない医師が居ることが判明した。素行障害の診断にあたっては、障害概念や下位分類の微妙に乖離している操作的診断基準が混在しており、子どもの外在化障害の診断・治療の標準化を行うにあたっては、その状況も踏まえた標準化を行っていくことが求められると考えられた。素行障害診断に際しては検査ツールとしてのCDCLの普及や身体的検査の一層の導入を行っていくべきことが示唆された。児童青年期の日常診療場面で、従前から医療の対象として馴染みにくいと考えられてきた併存障害を持たない純粋な素行障害が来院していることも判明し、多数の医師が現状の地域連携が不十分であると感じていることことから、今後より一層の地域連携を実現していく方法を模索せねばならず、地域連携の実現が診断・治療の標準化においても重要な柱の一つとなるべきと考えられた。これらを踏まえた子どもの外在化障害の診断・治療の標準化を行い、有用なガイドラインを作成すれば、多くの医師はそれを活用をしたいと考えており、標準化とガイドライン作成は十分に社会的要請・意義のあることであることが示唆された。今後、子どもの外在化障害の診断・治療の標準化と有用なガイドラインの作成に努力したい。

#### F. 研究発表

##### ・著作

1) 梶屋二郎：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子どもの人格発達障害，216-240、中山書店，東京，2011

2) 梶屋二郎：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) 榊屋二郎(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) 榊屋二郎: 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

・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) 榊屋二郎: 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

#### 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) 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.

5) 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

6) 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

## 児童青年精神科医療における エビデンスに基づく医療（EBM）のあり方に関する研究

分担研究者 岡田 俊<sup>1)</sup>  
研究協力者 森川真子<sup>2)</sup> 杉山由佳<sup>3)</sup> 木村記子<sup>4)</sup>

- 1) 名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療科
- 2) 名古屋大学大学院医学系研究科 精神医学・親と子どもの心療学
- 3) 名古屋大学医学部附属病院 精神科
- 4) 独立行政法人国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター 精神科

### 研究要旨：

昨年度の検討の結果、エビデンスに基づく医療（EBM）には複数の阻害要因があり、診断の標準化、治療とアウトカム指標の均てん化、実臨床との乖離の分析等の検討課題が明らかになった。本年度は、診断の標準化を取り上げ、自閉症スペクトラム障害とその併存障害の関係について、強迫性障害 統合失調症との関係について、文献ならびに自験例の検討を行った。その結果、操作的診断基準においては相同性があるものの、その症状や治療への反応性のプロファイルには相違がみられることが明らかになった。近年の生物学的エビデンスは、発達障害と統合失調症、気分障害などに一定の連続性があることを示唆しているが、これらが中核群同士の連続性であるのか、辺縁群と連続性を持つのかについては、臨床症状と生物学的マーカーとの両面から詳細に検討する必要があると考えられた。

### A. 研究目的

身体医療を中心に、医療者の経験的な判断を排し、エビデンスに基づく治療(EBM)を実践することが推奨されるようになった、この動きは精神科医療にも波及し、EBMの登場は日本の精神科医療を大きく変えつつある。しかしながら、こと児童青年精神科医療に関しては、EBMの普及が遅れている感が否めない。この背景には、成人精神科医療に比べ、児童青年精神科医療に関しての方が総じてエビデンスが少ないこと、とりわけ日本では児童青年医療のエビデンスが極端に不足していること、その背景には発達過程にある児童・青年が多様性に富みエビデンスを適用しにくく、

エビデンスが蓄積されにくいことに加え、薬剤の臨床試験などに際しては児童青年期に対して臨床試験を行うインセンティブがなかったこと、そもそも児童精神科医の人数が少なく研究者人口が少ないことなど、診療に際しての医師の慣習など、多様な要因が関与していると思われる。

本分担研究の目的は、児童青年科精神医療においてEBMの普及状況と阻害要因を明らかにするとともに、それを促進するためには、どのような取り組みが必要であるか、児童青年期精神医学に特有のEBMのあり方があるとすればそれはどのようなものか、EBMに基づく教育の可能性も含めて実証的に検討を加

えることである。

昨年度は、探索的に問題点を整理し、EBMの定義、EBMの扱い方、EBM普及の阻害要因について検討した。

その結果、EBMが成立するためには

(1) すべての研究者と臨床医が診断を共有できること

(2) 介入をすべての研究者と臨床医が再現できること

(3) 介入の効果が妥当性のある尺度で示されること

(4) 統制された対照群が設定され、介入群との間に効果の統計学的に有意な差を認めること

(5) 実臨床においてエビデンスの妥当性を検証できること

が求められ、その扱いにおいては、エビデンスの強弱を意識することが重要なことを述べた。

しかしながら、そのようなEBMが臨床に十分に波及していない理由としては、以下の点が抽出された。

(1) 診断の妥当性が十分に保証されていない

(2) 実臨床において、エビデンスに基づいて判断できる状況はごくわずかである

(3) エビデンスは薬物療法など、介入とその結果が比較的明確な尺度で示されるものに偏在しており、あらゆる介入のエビデンスが存在しているわけではない

(4) すでに得られているエビデンスにも、さまざまなバイアスがあり、慎重な読み取りが求められる

(5) エビデンスへのアクセスは、研究機関などで容易であるなど、臨床現場との間に乖離がある

(6) 各種の治療ガイドラインが得られているが、EBMとまったく同一視することはできない。

そこで分担研究の目的として、

(1) 診断の標準化は、どうすれば可能なのか？

(2) 治療ガイドラインはエビデンスにどこまで裏付けられているか？

(3) エビデンス/ガイドラインは実臨床に役立つか？

(4) 日本の児童青年精神科医療におけるEBMの阻害要因は何か？

が問題と考えられた。

そこで本年度は、診断の標準化を取り上げ、自閉症スペクトラムとその併存障害の関係について検討を加えた。

## B. 研究方法

文献的検討の結果と自験例をあわせて検討を加えた。

## C. 研究結果

### 【自閉症スペクトラムと強迫性障害】

自閉症スペクトラム障害には、強迫症状が高率に併存することが知られている(37.2%、Levfer et al., 2006)。しかし、自閉症スペクトラム障害に併存する強迫性障害(OCD)症状は、OCD単独例と症状スペクトラムに相違(ex. Zandt et al., 2006; Russell et al., 2005)がある。たとえば、不安より衝動性が前景に立ち、むしろ、チック関連OCDに類似している(岡田, 2011)。

このことは、自閉症スペクトラム障害に併存するOCD症状が、ドパミン系の病態を反映する可能性を示唆する。実際、自閉症スペクトラム障害に併存するOCD症状には、選択的セロトニン再取り込み阻害薬の有用性は一定せず(たとえば、King et al., 2009)、抗

精神病薬に強固なエビデンスがある（たとえば、McDougle et al., 2005）。

認知行動療法(CBT)も有効であり（Russell et al. 2005）、その効果は薬物療法より強いとされるが（エフェクトサイズ CBT 1.45 vs. 薬物 0.48）、重症度が高い、家族例のある場合には有効性が低い（Ginsburg et al., 2008）。しかし、自閉症スペクトラム障害に併存する OCD には、OCD 単独例とまったく同様に CBT を行ってよいわけではない。我々は、具体的な行動レベルも問題（強迫行為）は扱いやすいものの、認知レベルでは、思考内容の非合理性や可能性の低さは認識できても、それを通じて、自らの認知-思考様式を意識させることは困難であったことを報告し、その留意点を明らかにした（森川ら、2011）。

#### 【自閉症スペクトラム障害と統合失調症】

自閉症スペクトラム障害には、しばしば一過性に精神病状態が併存することが知られている。DSM-IV の統合失調症の診断基準において、自閉症スペクトラム障害を含む広汎性発達障害が見られる場合には、統合失調症の追加診断を「顕著な幻覚や妄想が少なくとも1ヶ月（治療が成功した場合は、より短い）存在する場合にのみ与えられる」と慎重な評価を行う様に述べられているが、1ヶ月という区切りが妥当であるのか、併存と見なされた「統合失調症」が非併存例の統合失調症と同一の病態であるのかは明らかでない。

石坂（1994）は、自閉症スペクトラム障害に併存する幻覚・妄想について、一級症状は存在しない、体系化されず要素的、出現が状況依存的、病的体験の内容が特定の状況や人物や過去の体験と深いつながり、困難な状況になると再発することを挙げた。

確かに、Schneider は、一級症状を統合失調

症に特異的な症状と考えている。しかし、我々は、過去にも反応性に精神病状態を呈した既往があり、このたび一級症状を含めた幻覚妄想状態が1ヶ月以上にわたり持続する症例を経験した。このことは、その病的体験の質とその持続においても両者の鑑別が困難なことを示しており、統合失調症の併存について、より慎重な検討を要するものと思われた。

近年では、統合失調症の発症以前から非特異的な行動変化や認知機能障害が認められることが知られるようになり、統合失調症の早期経過が注目されている。さらに、Young ら（2003）は、

グループ1:弱い(閾値下の)精神病症状群 (Attenuated PS)

- ・以下の症状のうち少なくとも一つ存在(関係念慮、奇異な信念または魔術的思考、知覚障害、妄想様観念、奇異な思考や会話、奇異な行動や外見)
- ・症状の頻度:少なくとも週に数回
- ・精神状態の変化は少なくとも1週間以上で5年を超えない

グループ2:短期間欠型精神病群 (BLIPS)

- ・一過性の精神病症状(関係念慮、魔術的思考、知覚障害、妄想様観念、奇異な思考や会話)
- ・エピソードの持続は1週間以内
- ・症状は自然に軽快
- ・BLIPS は過去1年以内

グループ3:素因と状態の危険因子

- ・第一度親族に精神病性障害または本人が統合失調型パーソナリティ障害
- ・精神状態または機能に有意な低下(少なくとも1ヶ月続き5年を超えない (GAF で病前から 30 点の低下)
- ・機能低下は過去1年に生じている

を ARMS(at risk mental state)と呼んで、早期介入の可能性を示唆した。しかし、ARMS がその後、統合失調症に至る例は少ない。自閉症スペクトラム障害に併存する精神病状態は、BLIPS を満たすことが多い。統合失調症の早期介入を考える上では、発達面の評価が求められる。

#### D. 考察

ここでは、自閉症スペクトラム障害とその併存障害の関連をもとに、診断の妥当性について検討を加えた。その結果、いずれにおいても精神疾患単独例と症状プロファイルにわずかな違いがあり、治療反応性や臨床経過も異なることから、精神疾患の診断において発達面の評価が不可欠であることが示唆される。

近年の報告によれば、統合失調症には、およそ3分の1に自閉症スペクトラム障害が、さらに3分の1にその他の発達障害が先行することが知られており (Rapoport et al., 2009)、遺伝的基盤も多くの相同性がみられることから、両者の連続性を示唆する報告もある (Lichtenstein et al., 2010)。さらに、遺伝子の変異の立場から、知的障害、自閉症、統合失調症、統合失調感情障害、気分障害を一連のスペクトラムとみる考えも提示されている (Craddock et al., 2010)。しかし、これが中核障害同士の関係をみているのか、辺縁群との関連を示しているのかは明らかでない。このことを明らかにするためには、診断にとどまらず細かな臨床症状の関連を仔細に調べるのが重要になるとと思われる。

#### E. 結論

診断の問題を扱うには、診断をひとつのエンティティとして扱うだけでなく、症状プロファイル、経過、治療反応性を仔細に検討することが重要である。

#### F. 研究成果

##### 1. 論文発表

岡田 俊 小児期精神疾患と強迫スペクトラム 精神神経学雑誌 113(10), 992-998, 2011

岡田俊 小児期精神疾患における強迫性・衝動性と薬物療法 広汎性発達障害との関連を中心に 臨床精神薬理 14(4), 599-605, 2011

久島周、岡田俊、尾崎紀夫 発達期精神障害：発達障害を中心に Brain and Nerve 64(2) : 139-147, 2012

##### 2. 学会発表

岡田 俊 小児期精神疾患と強迫スペクトラム 第107回日本精神神経学会学術総会、東京

森川真子 岡田俊 強迫性障害と広汎性発達障害を併存する青年に対する外来での認知行動療法 第52回日本児童青年精神医学会総会 徳島

杉山由佳 岡田俊 自閉症スペクトラム障害に併存する精神病状態をどう捉えるか？第52回日本児童青年精神医学会総会 徳島

岡田俊 統合失調症の早期診断における発達障害の併存とその関連性、第7回統合失調症学会、名古屋

杉山 修 木村記子 井上有史 岡田 俊 十一元三 てんかんを併存する高機能広汎性発達障害の児童の認知特性について—てんかん診断と発病年齢による検討— 第52回日本児童青年精神医学会総会 徳島

岡田俊 自閉症スペクトラムの精神医学 第10回自閉症スペクトラム学会、名古屋、2011

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 大学医学部における専門的医師等の養成システムに関する研究

分担研究者 西村良二<sup>1)</sup>

研究協力者 青木省三<sup>2)</sup> 上別府圭子<sup>3)</sup> 清田晃生<sup>4)</sup> 傳田健三<sup>5)</sup> 原田 謙<sup>6)</sup> 本城秀次<sup>7)</sup>

松本英夫<sup>8)</sup> 森岡由起子<sup>9)</sup> 吉田敬子<sup>10)</sup>

1) 福岡大学医学部精神医学教室 2) 川崎医科大学精神科学教室 3) 東京大学大学院医学研究科健康科学看護学専攻予防看護学講座家族看護学 4) 大分大学医学部小児科こどもメンタルクリニック 5) 北海道大学大学院保健学科研究院 6) 信州大学医学部精神科 7) 名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター児童精神医学分野 8) 東海大学医学部精神科学教室 9) 大正大学人間学部臨床心理学科 10) 九州大学病院子どものこころの診療部

### 研究要旨

児童青年精神科医療の充実のためには卒前卒後の教育、臨床、研究、地域貢献が求められる大学病院精神科の役割は大きい。今回、今後の大学病院における中・長期的な児童青年精神医学の充実に向けての予備的なアンケート調査を行った。全国の医学部・医科大学80校の精神科に質問票を郵送し、56校から回答を得た（回収率70.0%）。子どもの心の診療部、ないしは子どもの心の診療科を設置した大学病院は8病院、子どもの専門外来は29病院、一般外来で子どもの心の診療を行っているのは19病院であった。後期研修において、児童青年精神科医療に関する講義、技術の経験や習得、経験できる症例に関して調査した。結果は、全体を網羅する体系的な児童青年精神科医療に関する講義を行っている大学病院は少なかった。技術についても、特に集団精神療法、行動療法・認知行動療法、家族療法、生活技能訓練、遊戯療法などの心理社会的療法の経験や習得は、どのような診療体制をとっている大学病院においても不十分であることが判明した。広汎性発達障害は、約半数の精神科一般外来においても経験できることがわかった。注意欠如多動性障害や不登校をはじめとする児童青年期の諸障害は、おおむね、一般外来においてよりも、専門外来や子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）で子どもの診療を行っている大学病院において多く診療されていた。

## A. 研究目的

医療の内外から子どもを診療できる精神科医を求める声は高まっており、子どもの心の診療に携わる医師は、子どもの心身の発達への支援、情緒と行動の問題や精神障害への治療的なかかわりが求められている。多様な子どもの心の問題に適切に対処できる医師等の養成は重要であることは言うまでもない。しかし、卒前教育や初期研修、精神科研修において児童青年精神医学の講義時間が少なく、臨床実習の場が乏しいことが支障となっていることが指摘されている。

どの地域にも精神科医療を必要としている子どもたちが多数いる。こうしたなか、児童青年精神科医療の充実のためには卒前卒後の教育、臨床、研究、地域貢献が求められる大学病院精神科の役割は大きい。そこで、大学病院精神科の現状を再認識し、今後の中期・長期的な児童青年精神医学の充実に向けてのプランをたてるために予備調査を行った。

## B. 研究方法

平成23年7月から9月にかけて、全国80施設の大学病院精神科を対象にアンケート調査を行った。調査内容は、予約システム（予約制の有無、予約してからの診察待ち期間）、診療体制、後期研修体制、今後の課題や要望についてである。診療体制は、子どもの心の診療を行うのが、一般外来か、児童青年期の専門外来か、子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）かを問うた。後期研修体制については、日本児童青年精神医学会が作成した『児童青年精神科医到達目標』を参照し、A「講義の項目」、B「習得すべき技術」、

C「経験すべき症例」を研修できるかを質問紙形式にしたアンケートを作成し、調査した。

全国の80の大学病院精神科にアンケート用紙を郵送し、回答してもらった。56大学病院から回答があり、アンケート回収率は70.0%であった。

## C. 結果

### 1. 診療体制

子どもの心の診療を一般外来で行っているのが19病院、専門外来で行っているのが29病院、子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）で行っているのが8病院であった。

予約制の有無をみると、子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）では予約制をとっており、予約してから診療までの待ち期間は、10週～12週であった。専門外来では、29病院中25病院（86.2%）が予約制であり、予約から診療までの待ち期間は6～7週間であった。

一般外来においても予約制を設けている大学病院が10病院（52.6%）あり、ここでは予約から診療までの待ち期間は約4週間であった。

### 2. 後期研修体制

#### 1) 講義

専門的な医師養成のための講義の実施については、日本児童青年精神医学会の『児童青年精神科医達成目標』<sup>1)</sup>に掲げられている15項目に関して調査した。これらの講義の実施状況に関して、アンケートでは「未実施」、「一部実施」、「実施」のチェックをもらった。

講義が「実施」できているという回答した大学病院が60%以上の項目、40%以上～



60%未満の項目、40%未満の項目を分類してみた。

60%以上の項目は、児童青年期にみられる疾患についての講義の4項目であり、その内訳は、4-1「発達障害(広汎性発達障害、注意欠如多動性障害、学習障害、精神遅滞)」(表1)、4-2「内因性精神病性障害(統合失調症、気分障害)」、4-3「神経症性障害(不安障害、強迫性障害、重度ストレス反応及び適応障害、解離性障害、身体表現性障害)」、4-4「摂食障害、非器質性睡眠障害」であった。発達障害に関する講義は、一般外来で子どもの心の診察を行っている病院においても高い頻度で行われていた。ちなみに、各項目の頭についている番号は前述の『児童青年精神科医到達目標』に付されている項目番号である。

40%以上～60%未満の項目は、疾患についての講義のうち4-6「その他(チック障害、習癖性異常、反抗挑戦性障害、行為障害、不登校、児童虐待など)」のみであった。この項目の講義においては、子どもの心の診療部(ないしは子どもの心の診療科)を有する大学病院では、専門外来や一般外来の病院よりも講義を行っていた。

40%未満の項目は数多く、1「乳幼児期から青年期までの精神発達の諸理論」(表2)、2「精神保健福祉法、障害者自立支援法、発達障害者支援法、児童福祉法、虐待防止法、少年法」、3「乳児、児童、青年期、それぞれの段階に応じた問診の仕方、面接の仕方、カルテの書き方」(表3)、4-5「器質性障害(てんかん、脳炎後遺症)」、5「児童青年期症例に対する薬物療法(作用と副作用、相互作用の理解、本人と家族への説明方法、効果の評価方法)」、6「児童青年期症例に対する

個人精神療法」、7「児童青年期症例に対する集団精神療法」、8「児童青年期症例に対するその他の治療法(言語療法、理学療法、作業療法、運動療法)」、9「児童青年期症例に対する療育相談、発達支援方法」、10「児童青年期症例への対応」、11「児童相談所、児童養護施設、児童自立支援施設、情緒障害児短期治療施設など福祉施設の役割と連携」(表4)、12「保育所、幼稚園、学校など保育・教育の役割と連携」(表5)、13「特別支援教育」、14「家庭裁判所、司法の役割と連携」、15「子どもの権利擁護」であった。

特に7、13、14、15に関する講義は極めて少なかった。

2) 子どもの心の診療に関する技術項目の経験と習得

診療技術の経験と習得に関しては、『児童青年精神科医到達目標』の13項目に基づいて調査を行った。これらの技術項目に関して、「学べない」、「まあまあ学べる」、「十分に学べる」、の3段階で回答してもらった。「十分に学べる」という病院が60%以上の項目、40%以上～60%未満の項目、40%未満の項目に分けた。

60%以上という項目は皆無であった。技術の経験、習得の機会が不十分であることが示された。

40%以上～60%未満という項目は、2「児童青年期症例への面接と家族やその他関係者からの情報聴取」、3「頭部CT, MRI, 脳波など放射線検査、生理学的検査を適切に施行し、結果を評価する」、4「児童青年期に必要な心理検査の結果を評価し、本人や家族へ説明し、治療計画の参考とする」、5「薬物療法の実施(本人・親へのインフォームド・コンセント、薬物評価)」であった。診療体制

別にみると、これらの項目は、一般外来の病院よりも専門外来の病院、専門外来の病院よりも子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）の方が、より多く経験し、習得できる項目であった。

20%以上～40%未満というのは、6「個人精神療法」、12「発達障害を有する症例に対し、家族や関係者への療育相談と発達支援を行う」（表6）、13「症例を通じた児童相談所・保健センターなど保健福祉機関との連携のための会議へ参加し、専門的な意見を述べ、関係者と適切にコミュニケーションがとれる」、14「症例を通じた学校その他教育機関との連携のための会議へ参加し、専門的な意見を述べ、関係者と適切にコミュニケーションがとれる」の項目であった。

20%未満というのは以下の項目であり、1「乳幼児の行動観察と家族などからの情報聴取」7「集団精神療法」、8「行動療法・認知行動療法」、9「家族療法」、10「生活技能訓練」、11「児童青年期症例の発達段階や心理状態に応じた遊戯療法などの非言語的アプローチを行う」（表7）などの心理社会的療法の経験や習得は、どの診療体制をとっている大学病院においても、困難であることが判明した。

自由感想では、子どもの心の診療を専門的に取り組んでいる大学病院においても、「児童精神科医が少ないところから診療に追われ、教育に十分な時間がとれない」と不全感を述べ、「できるだけ多くの（一般）精神科医が児童青年期の患者に接して、児童専門でなくてもある程度の診療ができるような研修システムを検討する必要」を訴えている。

## 2) 経験できる症例

指導医の指導の下、担当医として経験でき

る症例を調べた。

『児童青年精神科医到達目標』における、経験すべき症例覧では、グループAからFに分かれ、計26の障害や疾患が掲げられているが、本アンケートでは集約し、15の障害や疾患に分けてアンケートを行った（表8）。

治療開始時18歳未満の症例とし、指導とは面接同伴などの直接的指導とスーパーバイズや症例検討会などの間接的指導のいずれでもよい。それぞれの疾患にたいして、「経験できない」、「だいたい経験できる」、「経験できる」、の3段階で評価してもらった。

さて、「経験できる」と回答した病院が60%以上の疾患は、2「広汎性発達障害」（表9）、3「注意欠如多動性障害」（表10）、5「統合失調症」、6「気分障害」、7「（神経症性障害（不安障害など）」、8「摂食障害」、14「不登校」であった。

広汎性発達障害は、約半数の精神科一般外来において経験できていることがわかった。注意欠如多動性障害と不登校は、診療体制別にみると、一般外来よりも専門外来、子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）において多く経験できるという結果であった。

次に、経験できる病院が40%以上～60%未満の疾患は、1「精神遅滞」、4「学習障害」、9「非器質性睡眠障害」、11「チック障害」であった。

経験できる病院が40%未満の疾患は、10「器質性障害（てんかん、脳炎後遺症）」、12「習癖異常」、13「反抗挑戦性障害、行為障害」、15「児童虐待」（表11）であった。これらの疾患は、器質性障害を除けば、一般外来よりも、専門外来や子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）において、多く経験できるという結果であった。

とくに20%未満という疾患は認められなかった。

#### D. 考察

今回は全国80の医科大学、大学医学部を対象に、児童青年精神医学に関する後期研修の教育環境を調査した。同様の調査としては、山内の「小児の心の問題に関する講義・実習の現状を明らかにし、対策を講じる」ための調査<sup>2)</sup>があるが、この調査は主に一般精神科医の「子どものこころ」の診療能力を高めることを目的とした調査研究であり、卒前教育や初期研修に焦点をおいた調査であった。

今回の調査では、診療体制として、子どもの心の診療を一般外来で行っているか、専門外来で行っているか、子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）で行っているかの3体制にわけて検討した。

予約制の有無、予約してから診療までの待ち期間をみると、子どもの心の診療部（診療科）では予約制をとっており、待ち期間は10～12週間であった。従来は、子どもの心の診療部（ないしは診療科）では予約してから診察までの待ち期間はおおむね4か月以内と報告されていた（吉田ら）<sup>3)</sup>。今回の調査では、待ち期間が短い大学病院では4週間くらいであり、待ち期間が長い大学病院では20～24週間であった。近年は、子どもの心の診療部（ないしは診療科）では、待ち時間の短縮化の努力がなされているのかもしれない。

専門外来で予約制をとっている病院では、待ち期間は6～7週間であった。大学病院では一般外来も予約制をとっているところがあり、その場合、子どもの心の診療は約4週間の待ち期間であった。

講義に関しては、発達障害、気分障害、統合失調症、神経症性障害、摂食障害、非器質

性睡眠障害などの疾患などが高い頻度で実施されていた。しかし、精神発達の諸理論、児童福祉法や虐待防止法などの関連法律、問診や面接、カルテの書き方などの講義はあまり実施されていなかった。とくに注目すべきは、薬物療法や種々の心理社会的療法、療育相談や発達支援方法、福祉や教育や司法との連携などがほとんど講義されていなかったことである。

自由感想においても、後期研修医への系統講義ができていないという現状の報告があった。また、「後期研修医への講義は専門性を活かしたものにしなければならないが、オンデマンド講義となってしまう」という意見もみられた。

これらの結果や意見からは、子どもの心の診療部、子どもの心の診療科を有する大学病院においても、全体を網羅する体系的な講義を行っている大学病院は少ないことがわかった。真に教育を行おうとすれば講座をもつ必要があるという意見も出ていたことを加えておきたい。

次に、子どもの心の診療に関する技術に関しては、児童青年との面接や家族や関係者からの情報聴取、放射線検査や生理学的検査、あるいは心理検査を適切に施行し、結果を評価し、本人や家族へ説明し、治療計画の参考にする経験、薬物療法の適切な実施などの技術の経験や熟練が十分できると回答したのは、約半分の大学病院であった。

心理社会的な治療法の経験や習得に関しては、どのような診療体制をとっている大学病院においても、極めて不十分であることが浮かび上がった。

吉田らの調査では、大学の子どもの心の診療部においては初診を研修教育の重要な機会

としており、初診への陪席と、診療時の時間を用いた診察医（指導医師）によるスーパービジョンが主な研修方法であった。ただし診察後の研修に費やせる時間は、だいたい15分程度であり、大半の児童医師は時間が不十分と考えている、と報告している<sup>3)</sup>。今回の調査の自由感想でも、子どもの心の診療を専門的に取り組んでいる大学病院において、「児童精神科医が少ないところから診療に追われ、教育に十分な時間がとれない」と不快感が述べられている。こうしたことへの対応は重要な課題であることは言うまでもない。

経験できる症例に関しては、広汎性発達障害や注意欠如多動性障害、不登校などの障害は多くの大学病院において診療されていることが判明した。精神科一般外来で子どもの心の診療にあたっている大学病院においても、約半数の大学病院において広汎性発達障害の診療が行われていた。大学病院精神科に子どもの心の診療がますます求められてきていることが実感される結果であった。

こうした結果は、児童青年期の専門医の養成ばかりでなく、できるだけ多くの一般精神科医が児童青年期の患者に接して、児童専門でなくてもある程度の診療ができるような研修システムをも検討することが喫緊の課題であることを示していよう。

#### E. 結論

1. 児童青年期精神医学に関して、全体を網羅する系統的な講義を行っている大学病院は

少なかった。

2. 子どもの心の診療に関する技法、技術の経験や習得の機会が不十分である。とくに心理社会的療法の経験や習得は、どのような診療体制をとっている大学病院においても、きわめて不十分である。

3. 広汎性発達障害は約半数の精神科一般外来においても経験できることがわかった。注意欠如多動性障害や不登校をはじめとする児童青年期の諸障害は、おおむね、一般外来においてよりも、専門外来や子どもの心の診療部（ないしは子どもの心の診療科）で子どもの診療を行っている大学病院において多く診療されている。

#### F. 研究発表

なし

#### 文献

- 1) 日本児童青年精神医学会，教育に関する委員会報告：児童青年精神科医到達目標．児童青年精神医学とその近接領域，49（4），474－476，2008
- 2) 山内俊雄：子どもの心の診療の現状と問題点 — 全国大学医学部・医科大学における教育・診療の実態調査から — ．精神経誌，111（2），175－187，2009
- 3) 吉田敬子，山下洋，神庭重信：大学病院での児童青年精神医学領域の役割．精神経誌，112（3），206－210，2010

## 子どものこころの診療に関するアンケート調査 2011

各質問についてあてはまる番号・数字を○で囲むもしくは空欄にご記載ください。

(注) ここで「子どものこころ」と表現しているのは、子どもが抱える様々な心の問題、発達や教育上の問題などを包括的に表現する言葉として用いています。

**質問1** 「子どものこころの診療」は貴院ではどのような診療形態で行っていますか。

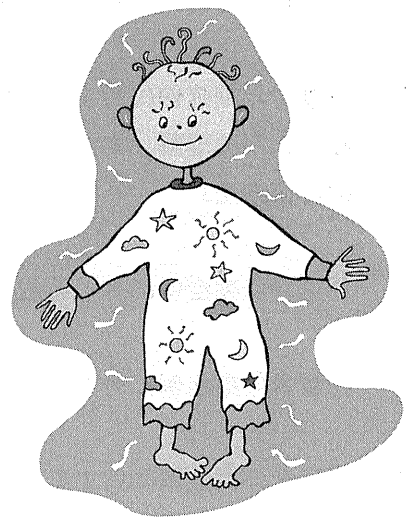
①こどもの心の診療部ないしはこどもの心の診療科、 ②専門外来、 ③一般外来

**質問2** こどもの初診は予約制ですか。

①予約制、 ②予約制ではない

⇒ ①予約制、の場合 およその予約待ち期間はどれくらいですか。

約 　　　　　 か月



**質問3** 貴院での子どものこころの診療の養成に関してお尋ねします。

A. 以下の項目に関する講義の実施について

	未実施	一部実施	実施
1. 乳幼児期から青年期までの精神発達の諸理論	1	2	3
2. 精神保健福祉法、障害者自立支援法、発達障害者支援法、児童福祉法、虐待防止法、少年法	1	2	3
3. 幼児、児童、青年期、それぞれの段階に応じた問診の仕方、面接の仕方、カルテの書き方	1	2	3
4. 児童青年期にみられる各疾患・傷害の病態、発現機序、診断、治療法、予後			
● 発達障害（広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害、精神遅滞）	1	2	3
● 内因性精神病性障害（統合失調症、気分障害）	1	2	3
● 神経症性障害（不安障害、強迫性障害、重度ストレス反応及び適応障害、解離性障害、身体表現性障害）	1	2	3
● 摂食障害、非器質性睡眠障害	1	2	3
● 器質性障害（てんかん、脳炎後遺症）	1	2	3
● その他（チック障害、習癖性異常、反抗挑戦性障害、行為障害、不登校、児童虐待など）	1	2	3
5. 児童青年期症例に対する薬物療法（作用と副作用、相互作用の理解、本人と家族への説明方法、効果の評価方法）	1	2	3
6. 児童青年期症例に対する個人精神療法	1	2	3
7. 児童青年期症例に対する集団精神療法	1	2	3
8. 児童青年期症例に対するその他の治療法（言語療法、理学療法、作業療法、運動療法）	1	2	3

	未実施	一部実施	実施
9. 児童青年期症例に対する療育相談、発達支援方法	1	2	3
10. 児童青年期症例の家族への対応	1	2	3
11. 児童相談所、児童養護施設、児童自立支援施設、 情緒障害児短期治療施設など福祉施設の役割と連携	1	2	3
12. 保育所、幼稚園、学校など保育・教育の役割と連携	1	2	3
13. 特別支援教育	1	2	3
14. 家庭裁判所、司法の役割と連携	1	2	3
15. 子どもの権利擁護	1	2	3

B. 以下の技術項目の経験と習熟について

学べないま **あ** まあ十分に学べる

	1	2	3
1. 乳幼児に対する行動観察と家族やその他関係者からの情報聴取	1	2	3
2. 児童青年期症例への面接と家族やその他関係者からの情報徴収	1	2	3
3. 頭部 CT、MRI、脳波など放射線検査、生理学的検査を適切に施行し、結果を評価する	1	2	3
4. 児童青年期に必要な心理検査の結果を評価し、本人や家族へ説明し、治療計画の参考とする	1	2	3
5. 薬物療法の実施（本人・親へのインフォームドコンセント、薬物評価）	1	2	3
6. 個人精神療法	1	2	3
7. 集団精神療法	1	2	3
8. 行動療法、認知行動療法	1	2	3
9. 家族療法	1	2	3
10. 生活技能訓練	1	2	3
11. 児童青年期症例の発達段階や心理状態に応じた遊戯療法などの非言語的アプローチを行う	1	2	3
12. 発達障害を有する症例に対し、家族や関係者への療育相談と発達支援を行う	1	2	3
13. 症例を通した児童相談所・保健センターなど保健福祉機関との連携のための会議へ参加し、専門的な意見を述べ、関係者と適切にコミュニケーションがとれる	1	2	3
14. 症例を通した学校その他教育機関との連携のための会議へ参加し、専門的な意見を述べ、関係者と適切にコミュニケーションがとれる	1	2	3



### C. 担当医として経験できる症例疾患

経験できる症例は、治療開始年齢が18歳未満のものとする。

	経験できない	ときどき経験できる	経験できる
1. 精神遅滞	1	2	3
2. 広汎性発達障害	1	2	3
3. 注意欠陥多動性障害	1	2	3
4. 学習障害	1	2	3
5. 統合失調症	1	2	3
6. 気分障害	1	2	3
7. 神経症性障害症状（不安障害）	1	2	3
8. 摂食障害	1	2	3
9. 非器質性睡眠障害	1	2	3
10. 器質性障害（てんかん、脳炎後遺症）	1	2	3
11. チック障害	1	2	3
12. 習癖異常	1	2	3
13. 反抗挑戦性障害、行為障害	1	2	3
14. 不登校	1	2	3
15. 児童虐待	1	2	3

**質問4** 子どものこころの診療に関して、ご意見がございましたら、お書きください。

**質問5** こどもの心の診療部、診療科をお持ちの施設の方々へ  
設立のいきさつはどのようなことだったのでしょうか。今後、設立予定の大学病院の参考になる  
ようなことがあれば、お教えてください。

記載年月日 平成 年 月 日

貴施設名 ( )

記載医師名 ( )

お名前は無記名でも結構ですが、施設名だけでも記載して頂けるとありがたく存じます。

質問は以上です。お忙しい中、ご協力いただきありがとうございました。  
同封の封筒で平成23年9月10日までにご返送をお願い申し上げます。

4-1 発達障害  
(広汎性発達障害、注意欠如多動性障害、学習障害、精神遅滞)

	未実施		一部実施		実施		合計	
一般外来	1	5.3%	6	31.6%	12	63.2%	19	100%
専門外来	2	6.9%	8	27.6%	19	65.5%	29	100%
こどもの心の診療部	0	0.0%	0	0.0%	8	100.0%	8	100%
全体	3	5.4%	14	25.0%	39	69.6%	56	100.0%

表 1

1 乳幼児期から青年期までの精神発達の諸理論

	未実施		一部実施		実施		合計	
一般外来	6	31.6%	9	47.4%	4	21.1%	19	100%
専門外来	8	27.6%	10	34.5%	11	37.9%	29	100%
こどもの心の診療部	2	25.0%	5	62.5%	1	12.5%	8	100%
全体	16	28.6%	24	42.9%	16	28.6%	56	100.0%

表 2

3 幼児、児童、青年期、それぞれの段階に応じた  
問診の仕方、面接の仕方、カルテの書き方

	未実施		一部実施		実施		合計	
一般外来	8	42.1%	10	52.6%	1	5.3%	19	100%
専門外来	7	24.1%	13	44.8%	9	31.0%	29	100%
こどもの心の診療部	3	37.5%	2	25.0%	3	37.5%	8	100%
全体	18	32.1%	25	44.6%	13	23.2%	56	100.0%

表 3

11 児童相談所、児童養護施設、児童自立支援施設、  
情緒障害児短期治療施設など福祉施設の役割と連携

	未実施		一部実施		実施		合計	
一般外来	7	36.8%	10	52.6%	2	10.5%	19	100%
専門外来	6	20.7%	16	55.2%	7	24.1%	29	100%
こどもの心の診療部	2	25.0%	3	37.5%	3	37.5%	8	100%
全体	15	26.8%	29	51.8%	12	21.4%	56	100.0%

表 4

12 保育所、幼稚園、学校など保育・教育の役割と連携

	未実施		一部実施		実施		合計	
一般外来	10	52.6%	7	36.8%	2	10.5%	19	100%
専門外来	13	44.8%	11	37.9%	5	17.2%	29	100%
こどもの心の診療部	3	37.5%	3	37.5%	2	25.0%	8	100%
全体	26	46.4%	21	37.5%	9	16.1%	56	100.0%

表 5

12 発達障害を有する症例に対し、  
家族や関係者への療育相談と発達支援を行う

	学べない		まあまあ		十分に学べる		合計	
一般外来	6	33.3%	10	55.6%	2	11.1%	18	100%
専門外来	2	6.9%	14	48.3%	13	44.8%	29	100%
こどもの心の診療部	1	12.5%	3	37.5%	4	50.0%	8	100%
全体	9	16.4%	27	49.1%	19	34.5%	55	100.0%

表 6

11 児童青年期症例の発達段階や心理状態に応じた遊戯療法などの非言語的アプローチを行う

	学べない		まあまあ		十分に学べる		合計	
一般外来	13	68.4%	4	21.1%	2	10.5%	19	100%
専門外来	11	37.9%	10	34.5%	8	27.6%	29	100%
こどもの心の診療部	1	12.5%	6	75.0%	1	12.5%	8	100%
全体	25	44.6%	20	35.7%	11	19.6%	56	100.0%

表 7

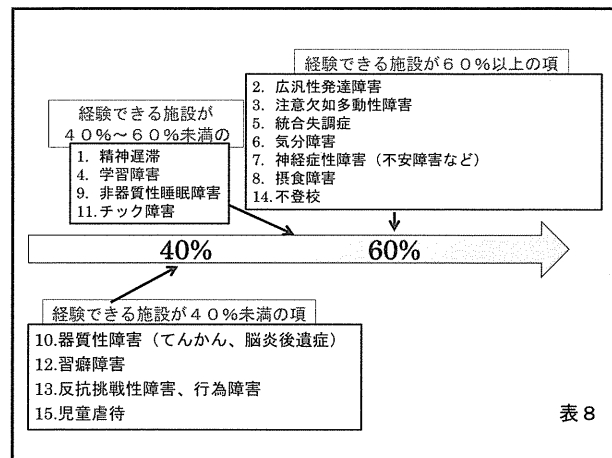


表 8

2 広汎性発達障害

	経験できない		ときどき経験できる		経験できる		合計	
一般外来	0	0.0%	8	44.4%	10	55.6%	18	100%
専門外来	0	0.0%	4	13.8%	25	86.2%	29	100%
こどもの心の診療部	0	0.0%	0	0.0%	8	100.0%	8	100%
全体	0	0.0%	12	21.8%	43	78%	55	100%

表 9

3 注意欠如多動性障害

	経験できない		ときどき経験できる		経験できる		合計	
一般外来	3	16.7%	8	44.4%	7	38.9%	18	100%
専門外来	1	3.4%	4	13.8%	24	82.8%	29	100%
こどもの心の診療部	1	12.5%	0	0.0%	7	87.5%	8	100%
全体	5	9.1%	12	21.8%	38	69%	55	100%

表 10

15 児童虐待

	経験できない		ときどき経験できる		経験できる		合計	
一般外来	5	27.8%	11	61.1%	2	11.1%	18	100%
専門外来	2	6.9%	18	62.1%	9	31.0%	29	100%
こどもの心の診療部	1	12.5%	2	25.0%	5	62.5%	8	100%
全体	8	14.5%	31	56.4%	16	29%	55	100%

表 11