

201224054A

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

児童青年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

研究代表者 齊藤万比古

平成 25 (2013) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

児童青年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

研究代表者 齊藤万比古

平成 25 (2013) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

- 児童青年精神科領域における診断・治療の標準化に関する研究 1
研究代表者 齊藤万比古 国立国際医療研究センター国府台病院

II. 主任研究ワーキング・グループ研究報告

- 児童青年精神科専門病棟の運用実態に関する調査 5
齊藤万比古¹⁾ 宇佐美政英¹⁾ 佐藤政子¹⁾ 田邊尚¹⁾ 岩垂善貴¹⁾ 小平雅基¹⁾
渡部京太¹⁾
1)国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科

III. 分担研究報告

1. 発達障害の診断・治療の標準化に関する研究 13
飯田順三¹⁾ 太田豊作²⁾ 岩坂英巳³⁾ 澤田将幸²⁾ 長内清行⁴⁾ 村本葉子⁴⁾
山室和彦²⁾ 末廣佑子²⁾ 浦谷光裕⁵⁾ 田中尚平²⁾ 岸本直子²⁾
1)奈良県立医科大学看護学科 2)奈良県立医科大学精神医学教室
3)奈良教育大学特別支援教育研究センター 4)天理よろづ相談所病院精神科
5)東大阪市療育センター
2. 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 19
金生由紀子¹⁾²⁾ 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⁾ 桑原斎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⁾
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
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)国立国際医療研究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
3. 児童青年期の心的外傷関連障害（PTSDなど）の診断・治療の標準化に関する研究 45
亀岡智美¹⁾²⁾ 飛鳥井望³⁾ 岩切昌宏²⁾ 加藤寛¹⁾ 金吉晴⁴⁾ 齋藤梓⁷⁾ 高田紗英子¹⁾
瀧野揚三²⁾ 田中究⁵⁾ 野坂祐子²⁾ 元村直靖⁶⁾
1)兵庫県こころのケアセンター 2)大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
3)東京都医学総合研究所 4)国立精神・神経医療研究センター
5)神戸大学大学院医学研究科精神医学分野 6)大阪医科大学看護学部
7)上智大学総合人間科学部心理学科
4. 子どものうつ病・双極性障害の診断・治療の標準化に関する研究 73
齊藤卓弥¹⁾ 成重竜一郎¹⁾
1)日本医科大学精神医学教室
5. 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 87
新井卓¹⁾ 高橋雄一²⁾ 藤田純一¹⁾
1)神奈川県立こども医療センター 児童思春期精神科
2)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

6. 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	99		
渡部京太 ¹⁾ 齋藤万比古 ¹⁾ 小平雅基 ¹⁾ 宇佐美政英 ¹⁾ 岩垂喜貴 ¹⁾ 飯島崇乃子 ¹⁾			
牧野和紀 ¹⁾ 松田久実 ¹⁾ 佐々木祥乃 ¹⁾ 田中徹哉 ¹⁾ 田中宏美 ¹⁾ 原田真生子 ¹⁾			
1) 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科			
7. 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	107		
榎屋二郎 ¹⁾ 奥村雄介 ²⁾ 吉永千恵子 ³⁾ 富田拓 ⁴⁾ 飯森眞喜雄 ⁵⁾ 丸田敏雅 ⁵⁾			
松本ちひろ ⁵⁾ 宮川香織 ⁵⁾			
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			
8. 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	113		
岡田俊 ¹⁾ 大沢佑輝 ²⁾			
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 障害児(者)医療学寄附講座			
9. 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	119		
西村良二 ¹⁾ 清田晃生 ²⁾ 上別府圭子 ³⁾ 森岡由起子 ⁴⁾ 吉田敬子 ⁵⁾ 青木省三 ⁶⁾			
傳田健三 ⁷⁾ 原田謙 ⁸⁾ 本城秀次 ⁹⁾ 松本英夫 ¹⁰⁾			
1) 福岡大学医学部精神医学教室	2) 大分大学医学部小児科・児童精神科		
3) 東京大学大学院医学研究科家族看護学分野	4) 大正大学人間学部臨床心理学科		
5) 九州大学病院子どものこころの診療部	6) 川崎医科大学精神科学教室		
7) 北海道大学大学院保健学科研究院生活機能学分野			
8) 信州大学医学部附属病院子どものこころの診療部			
9) 名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター	10) 東海大学医学部精神科学教室		
10. 児童青年精神科医療機関における専門的医師等の養成システムに関する研究	127		
小平雅基 ¹⁾ 飯島崇乃子 ¹⁾ 高橋美穂 ²⁾ 入倉梓 ²⁾ 本城浩子 ²⁾ 菅谷智一 ²⁾			
1) 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科			
2) 国立国際医療研究センター国府台病院看護部			
11. 地域における児童青年精神科医療ネットワークのあり方に関する研究	133		
山崎透 ¹⁾ 石垣ちぐさ ¹⁾ 大石聰 ¹⁾ 伊藤一之 ¹⁾			
1) 地方独立行政法人 静岡県立病院機構 静岡県立こども病院			
IV. 研究成果の刊行に関する一覧	149		
V. 研究成果の別刷	153		

I. 平成 24 年度 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

平成 24 年度総括研究報告書

児童青年精神科領域における診断・治療の 標準化に関する研究

研究代表者 齊藤万比古 国立国際医療研究センター国府台病院精神科部門診療部長

研究要旨

本研究は、発達障害、チック障害・強迫性障害、心的外傷関連障害、うつ病・双極性障害、不登校・ひきこもり、統合失調症、外在化障害の診療の標準化について検討する「障害別診療モデル研究グループ」、大学および専門病院における医師および看護師の養成システムについて検討する「専門家養成システムの在り方研究グループ」、地域が備えるべき医療システムの構造とその機能のモデルを提供する研究と児童青年精神科医療におけるEBMのあり方を検討する「総合化研究グループ」、そして補完的な研究にあたるワーキンググループによる「総括研究」からなり、最終年度である今年度は、主要な障害群（広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、チック障害、気分障害、統合失調症、摂食障害、睡眠障害）の診療指針を日本児童青年精神医学会誌特集「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」に公表するとともに、児童精神科医養成に関する研修指針の提案を研修ガイドブックとして日本精神神経学会教育に関する委員会小児精神医療作業部会の検討を経て現在公刊に向けた最終段階に入っている。その他いくつかの成果のまとめと公表に取り組んでいる。

研究分担者氏名・所属機関名 および所属機関における職名

飯田順三	奈良県立医科大学看護学科教授
金生由紀子	東京大学医学部准教授
亀岡智美	兵庫県こころのケアセンター 副センター長兼研究部長
齊藤卓弥	日本医科大学精神医学教室准教授
新井 卓	神奈川県立こども医療センター 児童思春期精神科部長
渡部京太	国立国際医療研究センター国府台病院 児童精神科医長
舛屋二郎	関東医療少年院法務技官
岡田 傑	名古屋大学医学部附属病院 親とこどもの心療科講師
西村良二	福岡大学医学部精神医学教室教授
小平雅基	国立国際医療研究センター国府台病院 児童精神科医師
山崎 透	静岡県立こども病院こどもと家族の こころの診療センター長

A. 研究目的

本研究は全国に均てん化すべき児童青年精神科診療機能を持つ地域中核病院での標準的な臨床活動及び機関間連携システムなどの地域活動の標準的指針（ガイドライン）を明らかにすることで、地域における当該医療の質の向上に寄与するとともに、新規に当該機能を設置しようとする自治体ならびに民間の動きの加速化に寄与することを目的とする。各分担研究者はこの目的に資する各分野の資料を収集するとともに、その根拠を明らかにする研究に取り組む。

B. 研究方法

本研究は、研究代表者と研究分担者による 12 名の研究班体制で取り組む 3 年計画の研究である。最終年度にあたる本年度は各障害群（発達障害、チック障害・強迫性障害、心的外傷関連障害、うつ病・双極性障害、不登校・ひきこもり、統合

失調症、外在化障害) の診断・評価と治療に関するエビデンスとわが国における当該医療の現状調査の検討を基盤とする、各障害群の診断・評価法と治療法の標準化をめざす指針案の作成、大学医学部および児童青年精神科専門医療機関による専門的医師の養成の実態を明らかにするとともに、その結果に基づき現実的にめざすべき養成システムとはなにかを明らかにする研究、さらに専門的医師の養成のための研修に指針を提供する医師用研修ガイド「児童青年精神科臨床研修ガイドブック」および児童青年精神科看護ガイドラインの作成、また児童青年精神科医療の一環として子どもの心の健康を支える地域における医療、福祉、保健、教育等の各機関の連携システムのあり方について明らかにする研究などに総括研究グループを含む 4 グループに研究者を分けて各々競い合いつつ研究に取り組んできた。

C. 研究結果

第一グループは児童青年精神科診療の中心的な対象疾患である発達障害(広汎性発達障害や ADHD)、チック障害・強迫性障害、心的外傷関連障害 (PTSD や虐待関連障害など)、うつ病・双極性障害、不登校・ひきこもり(不安障害を中心に)、統合失調症、外在化障害(素行障害など)の 7 種の障害群の診断・評価ならびに治療・支援のエビデンスとエキスペート・コンセンサスに基づいて各障害群の診療の標準化を目指した指針の作成に取り組み、そのいくつかは日本児童青年精神医学会誌の特集「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」に掲載されることとなっている(現在印刷中)。

第二グループは専門的医療機関を中心に、児童青年精神科医療ネットワークに関する医療サイドへの調査、全国の児童相談所へのアンケート調査を続けており、児童青年精神科医療システムとその地域関連諸機関との連携活動の普及には何よりも児童精神科医の数と質の担保が必須であることが明らかとなった。最

終年度は地域における児童青年精神科医療ネットワークのあり方に関する指針として児童青年精神科医療ネットワークの意義・必要性、ネットワーク構築の前提条件の整備、医療連携ネットワークのあり方、他機関も含めたネットワークのあり方等についての指針の作成に取り組んだ。

第三グループは、第一に全国の医学部・医科大学 80 校の精神科に 3 回のアンケート調査を行った。児童青年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く、子どもの心の診療の技術の経験や習得の機会も不十分であり、とくに心理社会的療法の経験や修得の機会は乏しいことが判明した。また、子どもの心の診療は一部の人(専門外来や子どもの心の診療部など)にまかせる形をとるのではなく、一般精神科診療のなかでも子どもを診る体制も併存することが効果的であることが示唆された。第二に厚生労働省の思春期精神保健研修事業を企画・運営に関わった中で得られた成果として、専門医療機関における研修の資材となる「児童青年精神科臨床研修ガイドブック」および「児童青年精神科看護ガイドライン」を作成した。第三に児童青年期精神科臨床において必ずしも普及していないとされるエビデンスに基づく医療(EBM)であるが、近年本領域のエビデンスが急速に増加しており、適切にそれを入手し、その限界を十分に踏まえつつ適用すれば EBM に基づく医療は可能となりつつある。その際の留意点を明らかにするとともに、これまでのエビデンスを複数の疾患や障害についてまとめ、それを書籍に公表することで本研究の成果を社会に還元した。

総括研究は以上の様な分担研究の成果をまとめ、各診療指針、連携システム指針、研修ガイド等を客觀性の質の高さを担保された形で次々と世に出し、最終的には「児童青年精神科医療の標準化と普及を目指して」という表題で障害群、地域連携システム、専門家研修をひろく含んだガイドブックを公刊することを目指した。

D. 考察

本研究班の活動は新たな知見を発見するという目標とは異なり、わが国に普及させるべき児童青年精神科医療機関の機能をめぐる現状の把握と、今後当該医療機能を持つ機関の普及を図る際に、その機関が持つべき標準的な診療の水準を、エキスパート・コンセンサス等の方法で明らかにし、診療の標準化を目指す一歩とすることを目指した研究である。しかし、こうした研究過程で得られた研究成果のうち代表的なものを以下にあげる。

- a. 広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、チック障害、気分障害、統合失調症、摂食障害、睡眠障害の診療の標準的指針を目指す文献研究とエキスパート・コンセンサスに基づく論文を日本児童青年精神医学会誌の特集号に投稿し掲載される運びとなった。
- b. 子どもの虐待や災害経験を通じた PTSDに対する認知行動療法として米国で開発された TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy) のわが国への導入を目指した研究が進行し、保護者への説明リーフレットや実施プロトコールを作成した。
- c. チック障害の心理教育に使用するブックレットを作成した。
- d. 子どもの At risk mental state (ARMS)、発達障害、チック障害、不安障害、素行障害、気分障害に関する研究を前進させた。

e. 厚生労働省思春期精神保健研修事業の研修会で講師を務めた専門家を中心とする執筆者による「児童青年精神科臨床研修ガイドブック」を作成し、日本精神神経学会教育に関する委員会小児精神医療作業部会により検討し、同学会より刊行されることになった。

E. 結論

本研究が目指す全国に設置されるべき児童思春期精神科の包括的医療システムとその機能の基準を示す「児童青年精神科医療の標準化と普及を目指して」と称するガイドライン案の作成のために、分担研究および総括研究は各々活発に取り組んできた。今年度は、分担研究者は各研究活動をそれぞれまとめ、成果を発表するとともに、共同でガイドラインおよび複数のガイドブックを公表した。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

巻末に研究班の成果に関する表を掲載したのでそれを参照されたい。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

- 1. 特許取得； 特になし
- 2. 実用新案登録； 特になし
- 3. その他； 特になし

II. 平成 24 年度 主任研究ワーキング・グループ
研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
主任研究ワーキング・グループ研究報告書

児童青年精神科専門病棟の運用実態に関する調査

主任研究者 齊藤万比古¹⁾

研究協力者 宇佐美政英¹⁾ 佐藤政子¹⁾ 田邊尚¹⁾ 岩垂喜貴¹⁾ 小平雅基¹⁾ 渡部京太¹⁾

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

主任班ワーキング・グループは児童・思春期精神科医療機関の治療構造、人員配置、および治療内容に関する現状を明示することを目的として、全国児童青年精神科医療機関協議会の正会員病院 21 施設を対象としたアンケート調査を行った。対象は全国児童青年精神科医療機関協議会の正会員病院 21 施設である。方法は、平成 24 年 11 月 13 日にインターネットを用いて、電子媒体で作成した質問紙を全国児童青年精神科医療機関協議会の正会員病院 21 施設に送付し、平成 25 年 1 月 31 日までに返答があった施設の回答を集計した。全国児童青年精神科医療機関協議会の正会員病院 21 施設のうち 12 施設より回答を得た。回収率・有効回答率は 57% であった。本調査結果から児童・思春期精神科専門病棟の標準的な構造および人員については、開放病棟か閉鎖病棟かは問わず、ベッド数は 40 床未満が標準的であり、その運用状況としては概ね 60~80% のベッド使用率であり、平均在院日数が 100~200 日程度であった。いずれの病院でも数名の隔離患者を認め、拘束患者はまれであり、緊急入院はほぼ皆無であった。入院の必要があれば、1~2 週程度で入院することができる病院が多く、身体的治療が必要な摂食障害に関しても積極的に治療を行っていった。また、専門病棟の人員については、常勤医師は 4 名、非常勤医師が 1~2 名の体制であり、心理士、作業療法士、精神保健福祉士、の常勤が各 1 名配置された人員が標準的であった。また、様々な心理療法が積極的に行われている現状もわかった。ただし、成人の精神科治療への移行や身体合併症への治療への対応に苦慮していることも明らかとなつた。本研究によって、わが国の児童・思春期専門病棟の運用の現状が明らかとなつた。今後、児童・思春期精神科専門病棟が各地に増えることが期待され、どのような構造を持った病棟であっても児童・思春期の年代にあったダイナミックな治療を行なっていくことが重要である。

A. 研究目的

平成 23 年 4 月より児童・思春期専門の精神科病棟に対する保険点数が改正され、「児童・思春期精神科入院医療管理料」が施行された¹⁾。この管理料が適応される児童・思春期専門の精神科病棟の開設にあたっては、常勤医師数、常勤心理数、常勤ソーシャルワーカー数、看護スタッフ数、20 未満の児童数、などの多くの細則がある。このような保険点数の改正という施策によって、児童・思春期専門病棟を医療経済的な観点からも開設が容易になったといえる。しかしながら、これら設置条件を満すことが、質の良い医療に直結するわけではない。このような専門病棟の中で、いかに子どもたちに質のよい治療を提供することができるのかが、病棟の開設および運用において最も重要な点である。

これらを背景として、我々は児童・思春期精神科医療機関の治療構造、人員配置、および治療内容に関する現状を明示することを目的として、全国児童青年精神科医療機関協議会の正会員病院 21 施設を対象としたアンケート調査を行った。

B. 研究方法

調査方法

対象は全国児童青年精神科医療機関協議会の正会員病院 21 施設である。方法は、平成 24 年 11 月 13 日にインターネットを用いて、電子媒体で作成した質問紙を全国児童青年精神科医療機関協議会の正会員病院 21 施設に送付し、平成 25 年 1 月 31 日までに返答があつた施設の回答を集計した。

質問紙

質問紙の内容は、①病棟の構造、②専門病棟に勤務するスタッフ数（精神科医師数、小児科医師数、心理士数、作業療法士数、精神保健福祉士数、看護師数）、③病棟の運用状況、④救急体制、⑤診療状況、⑥身体的治療（摂食障害の治療）、⑦評価法および治療技法、⑧病院の利点と欠点、の⑧項目であった。

①病棟の構造については、「開放病棟」、「閉鎖病棟」、「開放病棟+閉鎖病棟」、「小児科病棟」の四つの中から一つ選ぶ形式で質問した。

②専門病棟に勤務するスタッフ数（精神科医師数、小児科医師数、心理士数、作業療法士数、精神保健福祉士数、看護師数）については、それぞれの数について常勤および非常勤別に回答を得る形式で質問した。

③病棟の運用状況については、平成24年11月1日時点の児童・思春期専門病棟の入院児童数、平均在院日数、隔離患者数、拘束患者数、入院待機児童数、次の入院患者の予定期までの日数、専門病棟以外の入院児童数、一般精神科病棟の入院児童数についてそれぞれの回答を数字で入力する形式で質問した。

④救急体制については、児童精神科医の当直について「必ず毎日している」、「時折している」、「全くしていない」の選択肢の中から一つ選ぶ形式で質問した。また、夜間・休日の緊急入院について平成24年10月の1ヶ月間、過去6ヶ月、過去12ヶ月の3つの期間について、緊急入院児童数について、それぞれの回答を数字で入力する形式で質問した。

⑤診療状況については、平成24年10月の一月間の心理検査数、遊戯療法数について、それぞれの回答を数字で入力する形式で質問した。また、児童・思春期専門病棟における作業療法について、「行われていない」、「一週間に一度」、「二週間に一度」、「一月に一度」、「上記以外」の中から一つ選ぶ形式で質問した。

⑥身体的治療（摂食障害の治療）については、平成24年11月1日時点の児童・思春期専門病棟に入院している摂食障害児童数、専門病棟以外に入院している摂食障害児童数について、それぞれの回答を数字で入力する形式で質問した。また、摂食障害児の著しい身体的危機状況（徐脈、低血糖など）への対応について、「すべての症例は児童精神科だけ

で対応可能である」、「すべての症例は院内の小児科と共同で対応可能」、「重篤な場合には他院小児科医と連携する」、「摂食障害は診療しない」、の中から一つ選ぶ形式で質問した。

⑦評価法および治療技法については、精神分析的精神療法、認知行動療法、ペアレント・トレーニング、Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) の臨床的使用、Autism Diagnostic Interview, Revised (ADI-R) の臨床的使用、を行うことができる医師数および心理士数について、それぞれの回答を数字で入力する形式で質問した。

⑧病院の利点と欠点については、各病院の利点と欠点を別々に自由記述で回答する形式とした。

集計方法

質問紙の集計に関しては20床未満の小規模な病棟から、200床の大規模病院まで病棟の構造が多様であり、各種結果については最小値、最大値、中央値、第1および第3四分位値について集計した。

C. 研究結果

1. 回収率

全国児童青年精神科医療機関協議会の正会員病院21施設のうち12施設より回答を得ることができ、回収率・有効回答率は57%であった。

2. 専門病棟の構造

病棟の構造については、閉鎖病棟が7施設、開放病棟が3施設、閉鎖病棟および開放病棟が2施設であった。ベッド数は中央値33床、最小13床、最大200床、第1—第3四分位値は27-49床であった。そのうち保護室は中央値14床、最小3床、最大74床、第1—第3四分位値は10-19床であった。

3. 専門病棟に勤務するスタッフ

専門病棟に勤務するスタッフ数（精神科医師数、小児科医師数、心理士数、作業療法士数、精神保健福祉士数、看護師数）について

は、それぞれの数について常勤および非常勤別に表1に示す。

4. 病棟の運用状況

平成24年11月1日時点の児童・思春期専門病棟の入院児童数、平均在院日数、隔離患者数、拘束患者数、入院待機児童数、次の入院患者の予定日までの日数、専門病棟以外の入院児童数、一般精神科病棟の入院児童数について表2に示す。

5. 救急体制

専門病棟をもつ病院の救急体制については、児童精神科医の当直について「必ず毎日している」と回答した施設が5施設(42%)、同様に「時折している」と回答した施設が7施設(58%)、「全くしていない」と回答した施設が0施設(0%)であった。また、夜間・休日の緊急入院について平成24年10月の一月間、過去6ヶ月、過去12ヶ月の3つの期間について、緊急入院児童数を表3に示す。

6. 心理検査・作業療法

診療状況については、平成24年10月の一月間の心理検査数、遊戯療法数について、それぞれの回答を表4に示す

また、児童・思春期専門病棟における作業療法の実施回数については、「行われていない」と回答した施設が2施設であり、同様に「一週間に一度」と回答した施設が4施設、「二週間に一度」と回答した施設が1施設、「一月に一度」と回答した施設が0施設、「上記以外」と回答した施設が4施設、無効回答が1施設であった。

7. 身体的治療（摂食障害の治療）

平成24年11月1日時点の児童・思春期専門病棟に入院している摂食障害児童数、専門病棟以外に入院している摂食障害児童数について、表5に示す。

また、摂食障害児の著しい身体的危機状況（徐脈、低血糖など）への対応について、「すべての症例は児童精神科だけで対応可能である」と回答した施設が1施設、「すべての症例は院内の小児科と共同で対応可能」と

回答した施設が5施設、「重篤な場合には他院小児科医と連携する」と回答した施設が5施設、「摂食障害は診療しない」と回答した施設が0施設、無効回答が1施設であった。

8. 評価法および治療技法

評価法および治療技法については、精神分析的精神療法、認知行動療法、ペアレント・トレーニング、Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) の臨床的使用、Autism Diagnostic Interview, Revised (ADI-R) の臨床的使用、を行うことができる医師数および心理士数について表6に示す。

9. 病院の利点と欠点

病院の利点と欠点については、以下に利点および欠点別に分けて、精神科専門病院および小児科専門病院別に記載する。ただし、精神科専門病院には成人を対象とした精神科病棟をもつ総合病院も含む。

利点に関する回答を以下に示す。

精神科専門病院の利点：

- 精神科単科病院のため、成人までのすべてのライフステージでの支援を組み立てやすい。
- 保護室が満床の場合でも、他病棟に一時的に緊急入院の対応をお願いする事ができる。
- 成人への移行調整がとれる。
- 青年期にわたって加療することが出来る
- 他専門領域の医師（依存症、成人など）との連携が取りやすい
- 成人の閉鎖病棟を用いた急性期治療を行なうことができる。
- 総合病院と離れたことで医療だけではなく福祉や学校（教育）との連携がしやすくなる。精神科単科病院であるが内科・外科系出身の常勤医師が居り、身体疾患にもほぼ対応できている。

小児科専門病院の利点：

- 小児専門総合病院であることによって、身体疾患のある児でも安心して精神科病棟で受け入れることができる。一般市民からすると精神科単科病院に受診や入院するよりも敷居が低くなる。
- 身体管理が病院全体として可能・入院の

抵抗が他の形態の病院より少ない

- 小児科・身体科や、虐待事例での関係各科との連携がとりやすい
- あらゆる身体的合併症に対応可能である。
- 身体疾患の合併する患者についても連携診療が可能。入院期間を短期化し、より早い家庭復帰を目指しており、必要時再入院を受け入れている。
- 小児に特化した治療を行うことができる。

欠点に関する回答を以下に示す。

精神科専門病院の欠点：

- 重症の身体合併症を持つ患者の対応が困難
- 身体合併症の治療が十分にできない。
- 摂食障害など身体的治療が必要なときに精神科の中で十分なレベルの治療を提供できない。
- 身体的問題を抱えその病状が重篤な場合入院治療が困難である。

小児科専門病院の欠点：

- 発達障がいとして診ていても児童専門施設となると過年時には転院してもらうことになる。
- 看護スタッフは女性がほとんどであることと、身体科病棟から異動ってきて精神科看護に不慣れなスタッフもいるため、統合失調症などの激しい精神運動興奮状態や強度行動障害の児を受け入れることが難しい。
- 単科精神科病院でやっていたときはそれらの児は成人病棟でお願いしていた。また、受診可能な年齢が、初診が中3まで、再診は高3までになるため、それ以上の年齢になってもフォローが必要な児を診療していくことができず、かと言つて逆紹介できる医療機関は非常に限定的であり、困っている。
- 精神保健福祉法に基づいた入院のため、虐待による両親の同意が困難な事例の入院調整が難しい。
- 年齢が高くなった患者の移行が難しい。
- 病院全体の動きが早いため、子どもの成長発達をゆっくり待つという視点を持った関わりが難しい
- 保護室がないため、興奮の強い患児の治療が難しい。

D. 考察

(1) 児童・思春期精神科専門病棟の機能

本調査結果から児童・思春期精神科専門病棟の標準的な構造および人員については、開放病棟か閉鎖病棟かは問わず、ベッド数は40床未満が標準的であり、その運用状況としては概ね60-80%のベッド使用率であり、平均在院日数が100~200日程度であった。いずれの病院でも数名の隔離患者を認め、拘束患者はまれであり、緊急入院はほぼ皆無であった。入院の必要があれば、1~2週程度で入院することができる病院が多く、身体的治療が必要な摂食障害に関しても積極的に治療を行っていった。また、専門病棟の人員については、常勤医師は4名、非常勤医師が1~2名の体制であり、心理士、作業療法士、精神保健福祉士、の常勤が各1名づつ配置された人員が標準的であった。また、精神分析的精神療法、認知行動療法、ペアレント・トレーニングなどの心理療法についても積極的に行うことができる診療体制であることもわかった。

このような病棟運用になっている背景としては、病棟の対象としている子どもたちが前思春期から思春期の子どもたちであることが最も大きな要因であろう。この年代を対象としていることから、統合失調症を発症した児童は少なく、神経症性障害や気分障害、さらには発達障害が主な対象となる^{2,3}。そのため、成人の精神科救急病棟のように精神病症状の急性期だけを取り扱う短期的な治療を目指した病院は少なく、子どもの入院治療は精神疾患の治療の場であると同時に、子どもが家や親から分離し成長していく場であり、不登校やひきこもりであった子どもが仲間集団と出会い、お互いにかかわりを持っていくという体験をする場である²⁻⁵。すなわち、前思春期から思春期の子どもが児童期を経て第二の分離一固体化という課題に同年代集団の仲間関係の中で直面しながら思春期の自我発達を果たしていくダイナミックな治療を行うことが、児童・思春期精神科専門病棟が果たすべき機能の一つであると考える。

(2) 児童・思春期専門病棟の設置する際の課題

本調査結果から、病棟の利点と欠点については、専門病棟が設置された病院が小児科専門病院、精神科専門病院、総合病院のいずれ

かによって、「成人への移行問題」と「身体合併症の治療体制」の問題が利点となる場合と欠点となる場合に入れ替わることがわかつた。成人への移行問題はあるが、身体合併症に強い児童・思春期専門病棟である「小児科専門病院タイプ」の病棟にするのか、成人への移行問題には強いが、身体合併症には弱い児童・思春期専門病棟である「精神科専門病院タイプ」の病棟にするかは、各地域の診療体制の現状と今後の展望に沿って決定していくべきである。その際に地元医療機関だけでなく、教育機関や福祉機関とも検討することが、児童・思春期専門病棟の設置には欠かすことができないといえる。

E. 結論

本研究によって、わが国の児童・思春期専門病棟の運用の現状が明らかとなった。今後児童・思春期専門病棟を新たに設置していく場合には、小児科専門病院タイプを目指すのか、精神科専門病院タイプを目指すのか、いずれにおいても成人精神科治療への移行や身体合併症治療が適切に行えるように地元医療・教育・福祉機関と具体的に検討しておく必要がある。児童・思春期専門病棟を新たに設置したのちには、その病棟構造の強みを生

かした児童・思春期の年代にあったダイナミックな治療を積極的に行っていく必要がある。

F. 研究発表

なし

文献

1. 児童・思春期精神科入院医療の評価. at <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/d1/h24_01-03-10.pdf> (最終閲覧日 2013年2月22日)
2. 齊藤万比古. 入院への導入と入院生活、児童精神科臨床 [入院治療 1]. 31-68, 星和書店(1982).
3. 宇佐美政英 & 齊藤万比古 児童・思春期における精神科入院治療の留意点. 臨床精神医学 36, 515-519 (2007).
4. 山崎透. 児童精神科の入院治療. 金剛出版 (2010).
5. 齊藤万比古. 子どもの心の臨床, 過去, 現在. 小児の精神と神経 52, 293-303 (2012).

表 1 : 児童・思春期専門病棟に勤務するスタッフ

	中央値	最小値	最大値	第 1- 第 3 四分位値	
児童精神科専属の常勤精神科医は何名いますか？	4	0	25	3	— 5
児童精神科専属の非・常勤精神科医は何名いますか？	1	0	7	1	— 2
児童精神科専属の常勤小児科医は何名いますか？	0	0	1	0	— 1
児童精神科専属の非・常勤小児科医は何名いますか？	0	0	2	0	— 1
児童精神科専属の常勤心理士は何名いますか？	2	0	17	1	— 5
児童精神科専属の非・常勤心理士は何名いますか？	0	0	4	0	— 0
児童精神科専属の常勤作業療法士は何名いますか？	1	0	2	0	— 2
児童精神科専属の非・常勤作業療法士は何名いますか？	0	0	1	0	— 0
児童精神科専属の常勤精神保健福祉士は何名いますか？	1	0	7	1	— 1
児童精神科専属の非・常勤精神保健福祉士は何名いますか？	0	0	1	0	— 0
児童精神科病棟の看護師は何名いますか？	18	14	150	18	— 25
児童精神科病棟の看護助手は何名いますか？	2	0	6	1	— 2

表 2 : 児童・思春期専門病棟の入院児童数

(平成 24 年 11 月 1 日現在)	中央値	最小値	最大値	第 1- 第 3 四分位値	
児童精神科専門病棟には何人の児童が入院されていますか？	26	6	167	12	— 37
ベッド使用率	83.3%	26.7%	97.8%	58.4%	— 83.9%
児童精神科専門病棟の平均在院日数をお教えください	142	72	1107	103	— 208
児童精神科専門病棟の隔離患者数をお教えください	3	0	30	1	— 4
児童精神科専門病棟の拘束患者数をお教えください	0	0	2	0	— 1
何人の児童が入院待ちをされていますか？	1	0	21	0	— 8
次の入院予定患児は何日後に入院予定ですか？	5.5	1	16	5	— 7
児童精神科専門病棟以外の病棟には何人の児童が入院されていますか？	1	0	9	0	— 2
何名の児童が一般精神科病棟に入院されていますか？	0	0	2	0	— 1

表 3 : 専門病棟をもつ病院の緊急入院児童数

	中央値	最小値	最大値	第 1- 第 3 四分位値	
過去一ヶ月間に夜間・休日の緊急入院はありましたか？	0	0	5	0	— 0
過去 6 ヶ月間に夜間・休日の緊急入院はありましたか？	0	0	23	0	— 1
過去 12 ヶ月間に夜間・休日の緊急入院はありましたか？	1	0	55	0	— 1

表 4 : 専門病棟をもつ病院の心理検査数

	中央値	最小値	最大値	第 1- 第 3 四分位値	
平成 24 年 10 月の一月間で、心理検査はのべ何人の児童精神科患者行われましたか？	16.5	4	233	9	— 58
平成 24 年 10 月の一月間で、遊戯療法はのべ何人の児童精神科患者に行われましたか？	17	0	57	4	— 51

表 5 : 児童・思春期専門病棟に入院している摂食障害児童数

平成 24 年 11 月 1 日時点	中央値	最小値	最大値	第 1- 第 3 四分位値		
				1	—	5
児童精神科専門病棟には何人の摂食障害児童が入院されていますか？	2	0	11			
児童精神科専門病棟以外には何人の摂食障害児童が入院されていますか？	0	0	6	0	—	0

表 6 : 児童・思春期専門病棟における評価法および治療技法

(平成 24 年 11 月 1 日現在)	中央値	最小値	最大値	第 1- 第 3 四分位値
精神分析的精神療法を行なうことができる心理士は、何名おられますか？	0	0	4	0 — 2
精神分析的精神療法を行なうことができる医師は、何名おられますか？	1	0	13	0 — 2
認知行動療法を行なうことができる心理士は何名おられますか？	1	0	6	0 — 2
認知行動療法を行なうことができる医師は何名おられますか？	2	0	5	0 — 3
ペアレント・トレーニングを行なうことができる心理士は、何名おられますか？	2	0	8	0 — 3
ペアレント・トレーニングを行なうことができる医師は、何名おられますか？	2	0	6	0 — 5
ADOS を、臨床目的で使用できる心理士は何名おられますか？	0	0	0	0 — 0
ADOS を、臨床目的で使用できる医師は何名おられますか？	0	0	2	0 — 0
ADI-R を、臨床目的で使用できる心理士は何名おられますか？	0	0	2	0 — 0
ADI-R を、臨床目的で使用できる医師は何名おられますか？	0	0	5	0 — 2

III. 平成 24 年度 分担研究報告

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

発達障害の診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 飯田順三¹⁾

研究協力者 太田豊作²⁾ 岩坂英巳³⁾ 澤田将幸²⁾ 長内清行⁴⁾ 村本葉子⁴⁾
山室和彦²⁾ 末廣佑子²⁾ 浦谷光裕⁵⁾ 田中尚平²⁾ 岸本直子²⁾

1) 奈良県立医科大学看護学科 2) 奈良県立医科大学精神医学教室

3) 奈良教育大学特別支援教育研究センター 4) 天理よろづ相談所病院精神科

5) 東大阪市療育センター

研究要旨

広汎性発達障害(PDD)の診断・治療に関するアンケート調査を日本児童青年精神医学会の医師会員1802名を対象に実施した。調査内容は、回答者の属性、診断に用いる検査や評価尺度、心理社会的治療・支援や薬物治療の内容などであった。その中で、小児期のPDDに使用される薬剤(種類及び薬剤名)、成人期のPDDに使用される薬剤(種類及び薬剤名)についての結果を集計し、統計学的に詳細に解析した。

有効回答は540通で回収率は30.0%であった。回答者は、男性326名、女性213名、無回答1名で、平均年齢 46.6 ± 10.6 歳であった。診療科は精神科234名、児童精神科133名、精神科と児童精神科の両科75名、小児科94名などであった。小児期のPDDに使用される薬剤としては、83.0%が抗精神病薬、54.3%が抗てんかん薬、52.8%が徐放性methylphenidate、48.7%が抗うつ薬と回答し、7.4%の医師が小児期のPDDに対して薬物治療を行っていないと回答した。そして、抗精神病薬の内訳は70.5%がrisperidone、11.3%がaripiprazoleと回答し、抗てんかん薬の内訳は64.8%がvalproate、23.3%がcarbamazepineと回答し、抗うつ薬の内訳は56.9%がfluvoxamine、16.1%がsertralineと回答した。成人期のPDDに使用される薬剤としては、87.6%が抗精神病薬、64.4%が抗てんかん薬、63.5%が抗うつ薬と回答し、6.3%の医師が成人期のPDDに対して薬物治療を行っていないと回答した。

PDDに対して薬物治療を行わないとする医師は7.4%(小児期)、6.3%(成人期)であり、多くの医師は併存する精神症状や行動上の問題などに対して薬物治療を行っていると考えられた。しかし、小児期におけるpimozide以外の薬剤は適応外使用であることに留意する必要があると考えられた。

A. 研究目的

広汎性発達障害(PDD)の診断・治療が求められる一方で本疾患についての標準的なガイドラインは本邦では未だ示されていない。薬物治療においては、有効性を報告する海外の研究や海外では適応を取得している薬剤があるが、わが国ではpimozide以外の薬剤は保険適応を取得していない。今回、PDDの診断・治療に関するアンケート調査を実施し、特に薬物治療

について検討を行った。

B. 研究方法

2011年1月に日本児童青年精神医学会の医師会員1802名に対してアンケートを郵送し、回答を求めた。アンケートの内容は、回答者の属性、PDDに用いる評価尺度、心理社会的治療・支援や薬物治療についてなどである。その中で、小児期のPDDに使用される薬剤(種類

及び薬剤名), 成人期の PDD に使用される薬剤(種類及び薬剤名)についての結果を集計し, 統計学的に詳細に解析した。

本研究のアンケート調査にあたり, 回答者の匿名性には最大限配慮し, 個人を特定できないようにし, アンケートの内容も患者の個人情報を探同定しうるものを含まないように配慮した。

C. 研究結果

有効回答は540通で回収率は30.0%であった。回答者は, 男性326名, 女性213名, 無回答1名で, 平均年齢 46.6 ± 10.6 歳であった(図1)。診療科は精神科234名, 児童精神科133名, 精神科と児童精神科の両科75名, 小児科94名などであった。また, 所属機関は精神科病院25.4%, 診療所・クリニック23.1%, 総合病院18.5%, 大学病院16.1%などであった。

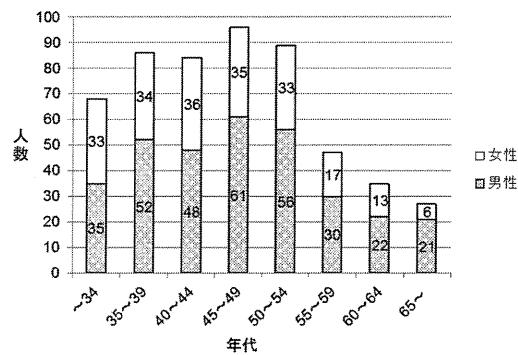


図1. 回答者の年代別的人数と性別

1) 小児期

小児の PDD に処方されている薬剤としては, 抗精神病薬(83.0%), 抗てんかん薬(54.3%), 徐放性 methylphenidate(52.8%), 抗うつ薬(48.7%), atomoxetine(46.3%)の順に多かった(図2)。また, 7.4%の医師は小児の PDD に対して薬物治療を行っていないと回答した(図2)。

そして, 抗精神病薬の内訳は, 70.5%が

risperidone, 11.3%が aripiprazole と回答し, これらを含めた非定型抗精神病薬を処方すると回答したものは 87.4%, 定型抗精神病薬は 5.6%であった。薬剤名(抗精神病薬)の回答が得られなかつたものは 7.0%であった。抗てんかん薬の内訳は, 64.8%が valproate, 23.3%が carbamazepine と回答し, 7.8%は薬剤名(抗てんかん薬)の回答が得られなかつた。抗うつ薬の内訳は, 56.9 % が fluvoxamine, 16.1%が sertraline と回答し, これらを含めた選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)を処方すると回答したものは 81.6%, SSRI 以外は 9.7%であった。薬剤名(抗うつ薬)の回答が得られなかつたものは 8.6%であった。

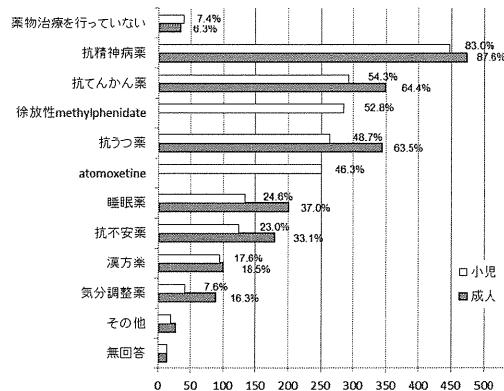


図2. 広汎性発達障害に対して処方されている薬剤

2) 成人期

成人の PDD に処方されている薬剤としては, 抗精神病薬(87.6%), 抗てんかん薬(64.4%), 抗うつ薬(63.5%)の順に多かつた(図2)。また, 6.3%の医師は成人の PDD に対して薬物治療を行っていないと回答した(図2)。

そして, 抗精神病薬の内訳は, 66.3%が risperidone, 12.5%が aripiprazole と回答し, これらを含めた非定型抗精神病薬を処方すると回答したものは 87.3%, 定型抗精神病薬は 5.8%であった。薬剤名(抗精神病薬)の回答が得られなかつたものは 6.9%であった。抗てんか

ん薬の内訳は、66.5%が valproate, 22.3%が carbamazepine と回答し、8.4%は薬剤名(抗てんかん薬)の回答が得られなかつた。抗うつ薬の内訳は、49.0%が fluvoxamine, 16.7%が sertraline と回答し、これらを含めた SSRI を処方すると回答したものは 73.8%, SSRI 以外は 10.3%であった。薬剤名(抗うつ薬)の回答が得られなかつたものは 15.9%であった。

D. 考察

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つた。

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 2)。このことからも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ころである。例えば、アメリカで小児の自閉性障害に使用承認されている risperidone や aripiprazole であっても、他者への攻撃性、自傷行為、癪癩、気分の易変性といった興奮性に対する適応である。また、わが国での pimozide も小児の自閉性障害に伴う「動き、情動、意欲、対人関係等にみられる異常行動」、「睡眠、食事、排泄、言語等にみられる病的状態」、「常同症等がみられる精神症状」への適応である。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状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 methylphenidate (52.8 %) と atomoxetine (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)。

methylphenidate は、ADHD への治療反応性には劣るもの 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されている^{1,2)}。atomoxetine は、小規模な二重盲検試験やオープン試験で PDD に併存する不注意、多動性、衝動性への有効性が示唆されている^{3,4)}。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 methylphenidate や atomoxetine 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 が PDD の常同行動、易怒性、破壊的行動、多動などを改善することがいわれ、使用されてきたが、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いる。このことは、今回の調査で小児の PDD への定型抗精神病薬の使用が 5.6% (成人では 5.8%) であったのに対して、非定型抗精神病薬の使用が 87.4% (成人では 87.3%) であったことからわかる。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