

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¹⁾

研究協力者 小野美樹²⁾、宮城崇史³⁾、義村さや香⁴⁾、木村記子^{2,5)}、川岸久也²⁾、中東功一⁶⁾、
上床輝久⁷⁾、ガヴィニオ重利子⁸⁾、森川真子⁹⁾、杉山由佳¹⁰⁾、大沢佑輝¹¹⁾

- 1) 名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療科
- 2) 京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座（精神医学）
- 3) 公立豊岡病院精神科
- 4) 京都家庭裁判所
- 5) 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
- 6) 財団法人療道協会 西山病院
- 7) 京都大学保健管理センター
- 8) 京都文教大学臨床心理学部
- 9) 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
- 10) 名古屋大学医学部附属病院精神科
- 11) 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

研究要旨：

身体医療中心に、医療者の経験的な判断を背景、エビデンスに基づく治療（EBM）を行うことが推奨されるようになった。そして、その動きは精神医学においても主流となりつつある。しかし、こと児童青年精神医療においては、その普及に遅れがあることが示唆される。本研究は、その普及を阻害する要因と実施する際の留意点を明らかにすることであった。本研究では、EBMの定義に始まり、その成立要件、EBMの扱い方、問題点、留意点を明らかにした。また、自閉症スペクトラム障害を中心に、併存障害の存在が病態と治療に与える影響を考察した。EBMは、客観的な診断と評価と患者と協働での治療の意志決定をつなぐものであり、その効果は客観的に評価され、臨床からのフィードバックを受けなければならない。実臨床は、エビデンスの構築された状況よりはるかに複雑であり、併存障害の評価にあたってはその病理の関連を踏まえた見立てが求められる。

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・青年の病理が多様性に

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るればそれはどのようなものか、検討を加えることである。

B. 研究方法

文献的検討をもとに考察を加えた。さらに併存障害との関係については、自閉症スペクトラム障害に焦点を当てて検討を加えた。

C. 研究結果

1) EBM の定義

従来の医療は、医学的知識と経験をもとに医師が患者の評価を行い、その見立てにもとづいて医療的判断と実践を行うものと考えられてきた。しかしながら、個々の医師の経験に基づく医療的判断の危うさが指摘されたこと、そのために治療とその効果に対する科学的証拠が求められ、診断と治療法に関する標準化と治療効果に関する実証的根拠が求められるようになったこと、さらには、医師が経験と良心に従って患者の治療法を決定するのではなく、客観的な情報を提示し患者とともに意思決定を行うという、医療的判断への患者自身の自己決定が重視されたことが関連している。

2) EBM の成立要件

EBM を成立させるには以下の要件が求められる。

(1) すべての研究者と臨床医が診断を共有できること

WHO の ICD-10 や米国精神医学会の DSM-IV といった操作的診断基準は、精神疾患の診断に仮説を排し、観察可能な客観的症状から診断を行うことを可能にしている。これらの基準は、必ずしもすべての臨床医、研究者に受けいれられているわけではなく、常に変化していくものである。ひとつの疾患が消滅することもあるれば、ひとつの疾患が複数に分割されたり、あるいは融合したり、その領域が拡大または縮小することがあり得る。ただし、これらを導入することで、少なくとも同一の診断基準を用いる限り、同じ疾患に関するエビデンスを扱っていることが以前より保証されやすくなった。

(2) 介入をすべての研究者と臨床医が再現できること

その臨床医しか行えない治療は、エビデンスになじまない。一定の手順に従えば、熟練の程度はあるにせよ、同等の治療効果が期待できるものでなければならない。

(3) 介入の効果が妥当性のある尺度で示されること

アウトカムの評価を何で見るかによって治療効果の判断は異なってくる。加えて、アウトカムの指標が十分に妥当性な尺度で評価されなければならない。

(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

介入以外の諸条件を一致させた対象群と介入群の間に統計学的な有意差を認めなければならない

(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

エビデンスがあったとしても、臨床応用の可能な介入でなければ、そのエビデンスに基づく治療は成立しない。また、臨床からのフィードバックがあって、初めて EBM は補完される。

エビデンスは、あるかないかではなく、その強弱で示される。例えば、日々の臨床経験や同僚の意見もエビデンスであるが、それは弱いエビデンスである。症例報告や非盲検試験も強いエビデンスとはいえず、対象群を設定した二重盲検試験でエビデンスは強まり、複数の二重盲検を併合解析したメタ解析によって、最も強固なエビデンスが提供される。

これらのエビデンスは、PubMed や医学中央雑誌などのデータベースで検索される。PubMed は、アメリカ国立医学図書館の国立生物工学情報センター(NCBI)が運営する医学・生物学分野の学術文献検索サービスであり、無料で抄録を検索することが出来る。米国の情報データベースであるため、英文を中心にした雑誌の登録がほとんどである。医学中央雑誌は、医学中央雑誌刊行会が運営する有料の検索サイトである。日本国内の論文しか扱っていない。

臨床上の判断で迷い、エビデンスにアクセスする場合には、PubMed にキーワードを入力することになるだろう。そうすることで、自分と同様の疑問を持つ人がどの程度いて、そのことについてどの程度のエビデンスが提供されているのかをすることが出来る。同様のテーマについて扱った総説論文(展望)を見つけることが出来るかもしれない。これは英国の National Health

Service の事業として始まったコクラン共同計画によるもので、世界中のランダム化比較試験を中心に、臨床試験を集めてデータベース化し、更に系統的なレビューを作成している。

3) EBM の課題

しかし、EBM が以下のような問題点も抽出された。

3) EBM の阻害要因

(1) 診断の妥当性が十分に保証されていない

操作的診断基準は、従来に比べて客観的な診断を提供するものの、いくつかの不確定要素がある。例えば、注意欠如・多動性障害では、7歳以前からの症状を診断の必須要件としているが、成人期の症例では幼少期のエピソードを確認できないこともある。また、発達水準に不相応な不注意、多動性-衝動性を診断の要件としているが、不相応かどうかは診断する者により相違が生じうる。また、広汎性発達障害(自閉症スペクトラム障害とレット障害、小児期崩壊性障害)との併存を認めず、両者の症状がある場合には広汎性発達障害の診断を優先することとなっているが、この点は批判が多い。注意欠如・多動性障害については、DSM-5 において、自閉症スペクトラム障害との併存を認める予定である。もし、このように診断基準が変われば、過去のエビデンスから導かれたのとは異なる結論が導かれることも考えられる。

(2) エビデンスに基づいて判断できる状況はごくわずか

エビデンスは、統制された状況で、尺度で評価可能な側面のみ取り上げられることが多い。実臨床における判断はもっと複雑

であり、エビデンスを参照しながらも個別的な要因について検討しなければならない。このことが臨床医のエビデンスの軽視につながっている。

(3) エビデンスの偏在

PubMedで検索すると、児童青年精神医学領域では、発達障害や気分障害に関するエビデンスが最も多く提供されている。このことは、介入のアウトカムに対して、比較対象試験を行いやすい薬物療法や認知行動療法などに対するエビデンスが多く報告されていることを意味する。しかし、このことは精神療法などのエビデンスに乗りにくい治療法が無効であることを意味しない。アウトカムについて十分に検討されていないということにすぎない。

(4) バイアスの存在

大規模研究は、多額の資金、人員、医学的知識を要するため、国家や企業がスポンサーとなって実施されることが多い。しかし、民間企業がスポンサーとなった場合、用量の設定などにおいて、自社製品に有利な結果が出ることを期待して条件設定するために、複数の研究結果が相異なる事態が生じうる。これをスポンサー・バイアスと呼ぶ。また、有意差が出た結果は報告されるものの、有意差の得られなかったネガティブデータは報告されないことが多い。これをパブリケーション・バイアスという。

(5) エビデンスへのアクセスの偏在

先述したように、PubMedは無料で提供されているものの、オンラインジャーナルは有料、かつ、高額である。オンラインジャーナルは、医科系大学では大学単位で購読申し込みをしており、大学に所属する医師は自由にアクセスできる。民間の病院では、

医中誌は申し込んでいても海外誌は数誌を購読するのが精いっぱいである。EBMは、臨床に直結したものであるはずであるが、大学病院での臨床に親和性が高く、また、治療エビデンスに関する展望論文の多くも大学に勤務する医師により発信されるという状況が生じている。

(6) 治療ガイドラインはEBMと同一ではない

今日では、臨床に役立つように様々な治療ガイドラインが提供されている。治療ガイドラインは、エビデンスをもとにしているが、エビデンスによらない部分はエキスパートによる協議によって埋め合わされている。したがって、エキスパートの経験・信念・政治力動の影響を受けやすい。

4) EBM実施にあたっての留意点

EBMに基づく医療を実践するにあたっての留意点は、以下の通りである。

(1) 客観性の担保された診断と評価

児童青年期においては、素因、生育歴、家族・仲間関係などを含めて、個別的かつ多面的な見立てを必要とするが、同時に操作的診断基準における診断、標準化された尺度における症状評価を実施する。また、診断と評価の妥当性を担保するため、カンファレンスでの協議や一致度の確認を必要に応じて行う。そのなかでは、身分や経験年数によらず、自由な討議が望まれる。

(2) エビデンスを調べる

エビデンスを根拠とするに当たっては、エビデンスの信頼度を理解するとともに、エビデンスの結果が一致しない場合にあっては、その諸条件を比較し、その理由を推測する。ガイドラインの使用も差し支えないが、種々のガイドラインもその内容が必

ずしも一致しないこと、すべてがエビデンスに裏付けられているわけではなく、経験的要素を含むことをふまえる。

(3) エビデンスの提示と治療方針の決定

EBM が推奨された背景には、根拠に基づく患者との意志決定があることに留意し、エビデンスを患者にわかりやすく提示するとともに、個別的な見立てを提示し、それらをすりあわせて患者とともに意志決定を行う。海外においてエビデンスがあっても、日本においてはエビデンスが検証されておらず、適応外処方になることも考えられる。その場合には、その旨を含めた説明と同意が求められる。

(4) 介入の効果を評価する

介入の効果は、重症度評価に用いた評価尺度を用いて客観的に把握する。同時に、その他の精神面、身体面に対するモニタリングも適切に実施する。介入後に出現したすべての有害事象が、介入の副作用であるとは限らない。介入との時間的な関係だけでなく、想定しうる機序、過去の報告などを検証する。予期せぬ副作用については情報発信を積極的に行い、他者からの検証を得る。臨床試験で検証された介入の効果は、比較的短期間のものに限られる。実臨床にあたっては、介入の心理的な影響も含めた長期的な効果と副作用について意識しておく必要がある。

(5) エビデンスをまとめる

エビデンスを参照し、それに基づく shared decision making を行うことがエビデンスに基づく臨床実践であるとするならば、その介入の効果と副作用をフィードバックすることが EBM の実践には不可欠であり、それが新たなエビデンスとなる。

小児に使用されうる薬剤の多くに「小児に対する有効性と安全性は確立されていない」と添付文書に書かれ、それを適応外処方するのが慣例として許容される時代は終わりつつある。小児に対するプラセボ対照二重盲検比較試験を含む臨床試験が積極的に実施され、それに基づく薬剤の承認や適応拡大が目指されている。また、学会からの開発要望を積極的に取り入れる「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」も作成され、インセンティブも整いつつある。そのような臨床も EBM へとシフトすることが求められているし、その背景には、医師の経験主義やパターンリズムを廃し、患者とともに意志決定を行うという治療感の变革があることに留意しなければならない。小児に対する薬物療法にあたっては、期待がある一方、不安も少なくない。そのなかには誤解に基づくものや十分な根拠のない懸念もあるが、十分な安心を得るだけの根拠と説明が医療側になかったことも反省する必要がある。そのような意味からも、EBM を適切な手順に元に実施することが肝要である。

5) EBM 実施に当たっての併存障害の扱い：自閉症スペクトラム障害を例に

ここでは、自閉症スペクトラム障害に併存する強迫性障害、精神病性障害、不安障害、パーソナリティ障害を扱い、併存障害のある場合の EBM 実施の留意点について明らかにする。

〔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)。

〔精神病性障害〕

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。

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ことが重要になると思われる。この点については、その成果を日本児童青年精神医学会、日本精神保健・予防学会において講演にて発表した。

[不安障害]

不安は40%を超える児童の情緒的問題であり (Masky et al., 2012)、不安障害の併存率は50%、強迫性障害の併存率は24%に及ぶ (Hofvander et al., 2009)。メタ解析の結果では、39.6%が不安障害を併存し、その内訳は、単一恐怖29.8%、強迫性障害17.4%、社交不安障害16.6%、広場恐怖16.6%、全般性不安障害15.4%、分離不安障害9.0%、パニック障害1.8%とされる (Van Steesel et al., 2011)。

自閉症スペクトラム障害に併存する不安には、その特性に付随する不安と、その特性を有しながら育つことで生じやすい不安、自閉症スペクトラム障害と病態上の関連をなす不安に大別される。例えば、社会的情報の読めなさは対人緊張/恐怖、被害念慮につながりやすく、想像力・臨機応変さの欠如は、恐慌状態を招きやすい、記憶の卓越は、整理されないまま情緒的反応として記憶されやすく、フラッシュバックなどのトラウマティックな体験と結びつきやすい。また、身体像が統一性をもってとらえがたいことは、思春期の身体的発達と二次性徴のなかで危機反応(混乱)をもたらしやすい。自閉症スペクトラム障害に併存する不安障害への介入については、まだエビデンスが乏しく、少数例の検討において、抗うつ薬、認知行動療法の有効性が示唆されている。

不安障害との関連については、日本不安障害学会において教育講演「自閉症スペクトラム障害に併存する不安障害の病態と治療」ならびにシンポジウム「児童青年期における強迫性障害の多様性とサブタイプ」において発表した。

[パーソナリティ障害]

また、パーソナリティ障害との関連についても考察を行った。パーソナリティ障害の中には失調質パーソナリティ障害のように共通性が示唆されている障害もあれば、境界パーソナリティ障害のように自閉症スペクトラム障害との鑑別が求められる障害もある。そもそも対象関係との構築が困難な自閉症スペクトラム障害にあっては、古典的な精神分析が想定する対象関係の病理が生じるわけではなく、境界パーソナリティ構造を有しがたい。しかし、操作的診断基準に照らせば、両者の併存例は少なくなく、その背景には軽度の気分障害の存在が発達障害に伴う衝動性の発露の原動力となり、行動化に至らしめている可能性について言及した。この治療においては、気分障害の薬物療法とともに、発達障害特性に応じた支援が有効である。

これらを総合すると、発達障害の併存は精神疾患の症状形成と密接に関連している。それは、成因レベルのものもあれば症状面での類似性に基づくものもあり、その鑑別は容易ではない。併存障害は EBM の実施において最も留意すべき所見といえる。

なお、小児期精神障害の診断と治療に関するエビデンス、ならびに、医療的対応については、それぞれの成書にまとめた。

E. 結論

EBM の定義に始まり、その成立要件、EBM

の扱い方、問題点、留意点を明らかにした。また、自閉症スペクトラム障害を中心に、併存障害の存在が病態と治療に与える影響を考察し、EBM 実施にあたって併存障害、とりわけ発達障害の診断が重要になることを報告した。

EBM の実践に基づく医療は、ただエビデンスどおりの治療を行うわけではなく、客観的な診断と評価と患者と協働での治療の意志決定をつなぐものであり、その効果は客観的に評価され、臨床からのフィードバックを受けなければならない。実臨床は、エビデンスの構築された状況よりはるかに複雑であり、併存障害の評価にあたってはその病理の関連を踏まえた見立てが求められる。

F. 研究成果

1. 論文発表

Sato, W., Uono, S., Okada, T., Toichi, M. Impairment of unconscious, but not conscious, gaze-triggered attention orienting in Asperger's disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4; 782-786, 2010

木村記子, 岡田俊 ADHD とてんかんの併存例における診断と治療 *児童青年精神医学とその近接領域 児童青年精神医学とその近接領域* 51(2); 148-163, 2010

岡田俊 自閉症スペクトラムにおける対人関係障害とその生物学的基盤 *精神科治療学*, 25(12): 1591-1595, 2010

岡田俊 広汎性発達障害とパーソナリティ障害—その病理と治療— *精神科* 17(5), 480-484, 2010

岡田俊 若年周期精神病の臨床像と神経生物学的病態 *日本生物学的精神医学会誌* 21(3), 199-204, 2010.

- 岡田俊 身体治療場面における広汎性発達障害のある患者への対応 心身医学 50(9), 863-868, 2010
- 岡田俊 ADHD の神経生物学：最新の知見 精神科治療学 25(6)：735-740, 2010
- 岡田俊 成人期 AD/HD の診断と治療. 児童青年精神医学とその近接領域. 51(2)：77-85, 2010
- 木村記子, 岡田俊 児童期における摂食障害 精神医学, 52(5)：467-476, 2010
- 岡田俊 ADHD 治療ガイドラインにおける atomoxetine の位置づけ 脳 21, 13(2)；80-88, 2010
- 岡田俊 広汎性発達障害に対する薬物療法 発達障害医学の進歩 22:21-28, 2010
- 岡田俊 児童青年期双極性障害に併存する注意欠陥/多動性障害に対する中枢神経刺激薬の使用. 臨床精神薬理 13: 927-932, 2010
- 岡田俊 ADHD におけるドパミン神経活動の異常と神経精神薬理学 現代のエスプリ 513: 117-123, 2010
- 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
- 岡田俊：児童・思春期のうつ病と行動上の問題、分子精神医学 12(3)：233-235, 2012
- 岡田俊：ADHD の神経心理学とテーラーメイド治療、臨床精神医学 15(6)：911-915, 2012
- 岡田俊：発達障害に対する薬物療法の意義と留意点 PharmaMedica30(4)：41-43, 2012
2. 学会発表
- Okada T, Toichi M. A long-term open trial of aripiprazole in children and adolescents with Tourette's disorder 19th International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2010 (June), Beijing, China
- Yohimura S, Okada T. The treatment of Tourette's disorder in Japan: a large-scale survey of physicians. 19th International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2010 (June), Beijing, China
- 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
- Takashi Okada : Clinical Characteristics and Neuropsychology of Autism Spectrum Disorders (Symposium). Neuroscience,

Nagoya, 2012

岡田俊：児童青年期における精神病状態：発達障害や気分障害との関連性も含めて、第53回日本児童青年精神医学会総会（セミナー）、東京、2012

岡田俊：児童精神科医から見たARMS研究の現状と課題、第16回日本精神保健・予防学会学術集会（シンポジウム）、東京、2012

岡田俊：自閉症スペクトラム障害に併存する不安障害の病像と治療（教育講演）、旭川、2013

岡田俊：児童青年期における強迫性障害の位置づけと治療選択（シンポジウム）、日本不安障害学会、旭川、2013

2. 書籍

岡田俊：薬物療法、現代児童青年精神医学（改訂第2版）、南山堂、東京、2012

岡田俊、十一元三；小児の精神障害、Text精神医学改訂第4版、東京、2012

岡田俊：児童精神医学の臨床—発達障害を中心に、精神医学へのいざない、創元社、大阪、2012

岡田俊：パーソナリティ障害と広汎性発達障害、今日の精神疾患治療指針、医学書院、東京、2012

岡田俊：高機能広汎性発達障害・アスペルガー障害、今日の小児治療指針第15版、医学書院、東京、2012

岡田俊（訳）自閉性障害、児童青年精神医学大事典、西村書店、東京、2012

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 西村良二¹⁾

研究協力者 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系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科学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

研究要旨

大学病院における児童青年精神科医療の実態を調査するために、平成22年度に、全国の80の大学病院精神科に質問紙を送り、調査を行った。48病院から回答を得た（回収率60.0%）。子どもの心の診療部ないしは診療科を設置した大学病院は10病院（20.8%）、子どもの専門外来は19病院（39.6%）、一般外来で子どもの心の診療を行っているのは19病院（39.6%）であった。子どもの心の診療部、診療科では、主に医師と心理士が診療に携わり、他のコメディカル・スタッフは少なかった。子どもの心の診療を広く受け入れようとする大学病院の志向性がうかがわれた。子どもの心の診療部、ないしは診療科の設置を阻む要因について検討し、設置の実現への工程を明確にすることが急務と思われた。

次に、大学病院の後期研修において、どのような児童青年精神医学の講義が行われているのか、修得すべき児童青年精神医学に類の技法や技術が学べるか、経験すべき児童青年の精神疾患を担当できるか、などを平成23年度に調査した。56大学病院から質問紙が回収できた（回収率70.0%）。結果は以下の通りであった。児童青年精神医学に関して、全体を網羅するような系統的な講義を行っている大学病院は少なかった。子どもの心の診療に関する技法、技術の経験や修得の機会が不十分であった。とくに心理社会的療法の経験や修得は、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った。

さて、児童青年精神科医療の充実のためには精神科看護の役割は大きい。児童青年精神

科医療の看護に携わっている看護師を対象に、受きたい児童青年精神科看護の研修内容と、どのような形態の研修を求めるかについての調査を平成24年度に実施した。全国の80の大学病院の看護部に質問紙を送り、36大学病院看護部から回答を得た。回収率は45.0%であった。受きたい研修内容としては、心の症状に関する研修、自傷・他害いの研修、子どもへのかかわり方、家族介入に関する研修の希望が高かった。研修の形態としては、体系的な講義、病棟カンファレンス、個別の対応のロールプレイの希望が高かった。

はじめに

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、子どものこころ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。多様な子どものこころ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が、卒前教育や初期研修、精神科後期研修において児童精神医学の講義時間は少なく、臨床実習の場が乏しいことが支障となっている。

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ている大学病院精神科の役割は大きい。そこで、大学病院における精神科の現状を再認識し、今後の中・長期的な児童精神医学の充実に向けての予備的調査を実施した。

1 年次 大学病院における子どもの心の診療の実態

A. 目的

大学病院における子どもの心の診療の実態を調べる。

B. 研究方法

平成22年7月から9月の期間中に、全国80の大学病院精神科を対象にアンケート調査を行った。質問紙を送り、48大学病院から回答を得た。回収率は60.0%であった。一般外来で子どもの心の診療を行っている大学病院は19病院(39.6%)、週1~2日の子どもの専門外来は19病院(39.6%)、子どもの心の診療部ないしは診療科において診療している大学病院が10病院(20.8%)であった。

C. 結果

平成21年度の20歳未満の診療体制別の新患者数は、一般外来では平均75名、専門外来では平均182名、子どもの心の診療部ないしは診療科では平均255名であった。

予約してから診療までの待ち期間は、平成23年の2年次調査によるが、精神科一般外来でも予約制度をとっているところがあり、そこでは平均4週間の待ち期間であった。専門外来ではおおよそ6~7週間、子どもの心の診療部ないしは診療科ではおおよそ10~12週間であった。

スタッフ構成については、回答のあった10病院の専門外来では、精神科医は1~4名

(平均2.6名)であった。小児科において専門外来を行っている3つの大学病院

では小児科医が各々2名、2名、3名配置されていた。心理士は8病院に配置され、1~6名(平均3.8名)であった。ソーシャルワーカーは1病院に1名配置されているだけであった。作業療法士や保育士は配置されていなかった。

子どもの心の診療部ないしは診療科では9病院から回答を得た。精神科医は1~10名(平均3.7名)であった。そのうち専属の精神科医を配属しているのは6病院であり、平均1.8名が置かれていた。小児科医は6病院において1~2名が配置されていた。専属の小児科医は3病院において配置され、各々1名ずつであった。

看護師は専属としては3病院において、各々1名ずつ配置されていた。心理士は8病院において平均4.8名が配置されていた。そのうち専属としては4病院において平均2.0名が置かれていた。保育士は1病院で1名のみが専属で配置されていた。作業療法士は配置されていなかった。ソーシャルワーカーは3病院で配置されていたが、そのうち専属は1病院のみで、1名の配置であった。

D. 考察

子どもの心の診療部ないしは診療科にせよ、専門外来にせよ、十分な人材が整わないまま診療に取り組み、医師と心理士で診療のほとんどが行われていることが明らかとなった。

子どもの心の専門外来を目指したい、子どもの心の診療部ないしは診療科を設立したいという志向性は大学病院精神科にはあるけれども、小児科との連携、病院全体の理解と協力など多くの課題が残っているこ

とが明らかにされた。

E. 結論

大学病院内に子どもの心の専門グループをつくっていくノウハウや、独立した専門グループを形成する工程を明らかにすることが強く求められている。

また、児童青年精神科医療を特殊な一部門として少数の人に背負わせるのではなく、診療科全体で取り組んでいくことが肝要に思われる。子どもの心の診療部ないしは診療科を有していても、実際には、成人の一般精神科外来診療にまじって子どもを診ていくという形も体制として併存して持っていることも必要で、成人の診療も子どもの診療もうまく共存していけるように現場で協力し合うことが強く求められていると考えられる。

2 年次 大学病院精神科後期研修における児童青年期精神科医養成の現状

A. 目的

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が重要であることはいままでもない。しかし、卒前教育や初期研修、精神科後期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になっていると指摘されている。

B. 研究方法

2年次は、全国の医学部・医科大学80校の精神科に質問紙を送り、後期研修において、どのような児童青年精神医学の講義が行われているのか、修得すべき児童青

年精神医学の技法や技術が学べるか、経験すべき児童青年の精神疾患を担当できるか、などを調査した。調査は平成23年7月から9月にかけて実施された。56大学病院から質問紙が回収できた(回収率70.0%)。

C. 結果

1) 児童青年精神医学の講義について

比較的行われている講義は、内因性精神病性障害、神経症性障害、摂食障害などの精神疾患についてであり、発達障害も約70%の大学病院の後期研修で講義されていた。しかし、精神発達の諸理論、発達障害者支援法や虐待防止法などの法律、児童期の薬物療法や個人精神療法の講義は少なかった。とくに集団療法、療育相談、福祉施設や教育機関の役割や連携、特別支援教育、家庭裁判所や司法の役割と連携、子どもの権利擁護に関しては、講義が極めて少なかった。

2) 修得すべき児童青年精神医学の技法、技術について

家族や関係者への療育相談と発達支援、保健福祉機関や教育機関との連携やコミュニケーションなどの技法や技術の修得の機会が乏しかった。とは言え、一般外来で子どもの心の診療をしている大学病院よりも専門外来を設けている大学病院のほうが、より多く経験ができ修得できていたし、専門外来の大学病院よりも子どもの心の診療部ないしは診療科を有する大学病院のほうが、技術や技法を修得する機会が多いことが明らかとなった。

しかし、子どもの集団精神療法、子どもの行動療法・認知行動療法、家族療法、子どもの生活技能訓練、遊戯療法などの心理

社会的療法の経験や修得は、どのような診療態勢をとっている大学病院においても、極めて困難であることがわかった。

3) 担当して経験すべき児童青年期の精神障害

子どもの統合失調症、子どもの気分障害、子どもの神経症性障害、広汎性発達障害などは60%以上の大学病院で経験できることが示された。しかし、学習障害、習癖障害、反抗挑戦性障害や行為障害、児童虐待などは経験できる大学病院は40%未満であった。

D. 考察

以上のことから、全体を網羅する体系的な講義を行っている大学病院は極めて少なく、また、子どもの心の診療に関する技法、技術の経験や修得の機会も不十分であることが明らかとなった。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、専門外来でよりも子どもの心の診療部ないしは診療科を有する大学病院において数多くの患者が受診していることがわかった。

E. 結論

児童青年期の専門医の養成ばかりではなく、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、児童青年期の専門でなくても、ある程度の診察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ろう。

3年次 大学病院における子どもの心の入院診療に携わる看護師の養成システムに関する調査 — 専門的看護についての研修内容と研修の形態について —

A. 目的

心のケアを要する子どもは増加傾向を示しており、入院治療を必要とする子どもも少なくない。しかし、多くの大学病院では、児童青年精神科の専門病棟、専門ユニット、もしくは専用のベッドを持たず、大人の精神科病棟を借りて、あるいは小児科の病棟を借りて、子どもの心の入院治療を行っているのが現状である。児童青年精神科の入院医療の充実のためには精神科看護の役割は非常に大きい。精神科看護の専門的スタッフの養成は緊密な課題である。3年次には、大学病院において子どもの心の入院ケアを実践する看護スタッフはどのような研修内容、どのような研修の形態を求めているのかを調査した。

B. 研究方法

平成24年7月から9月にかけての期間において、全国の大学病院80病院の看護部に質問紙を送り、アンケート調査を行った。36の大学病院看護部から回答を得た（回収率45.0%）。

C. 結果

受けた研修内容としては、症状に関する研修、自傷・他害に関する研修、看護スタッフの子どもへの関わり方の研修、家族への介入に関する研修の希望が高かった。

研修の形態としては、体系的な講義、病棟カンファランス、対応のルロールプレイの希望が高かった。

D. 考察

概観すると、子どもの心の看護には、体系的な講義を受け、知識・技術を持って、症例の検討や病棟カンファランスの実施、方針、関わり方、対応のシステムづくりが求められていることがうかがわれた。

E. 結論

調査をみると、すぐに実践できることもあるが、専門的に支援、指導できる看護師の育成も必要と考えられた。

F. 研究発表 なし

文献

- 1) 成田秀幸:第104回日本精神神経学会総会シンポジウム児童精神科専門病院での研修を経験して.精神経誌,111(2),189-193,2009
- 2) 西村良二:第103回日本精神神経学会シンポジウム「子どもの心の診療医をいかに養成するか」追加発言.精神経誌,110(4),317-320,2008
- 3) 西村良二:児童青年精神医学の卒後教育.児童青年精神医学とその近接領域50,120-123,2009
- 4) 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

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

分担研究者 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

研究要旨：平成 22 年度研究からは、子どものこころの診療に取り組めない要因として、研修・指導體制の問題が強調された。系統講義を中心とした研修会に関しては、概ね好評な結果であった。また「子どもの心の診療の研修指針」が望まれたため、平成 23～24 年度の研究では、その作成を試みた。今後の研修の課題としては、他医師の診察場面を見学する体制やスーパースーパービジョン体制の充実が望まれ、学会などを含めた体制整備を考えていく必要がある。また今後子どもの心の診療の拠点病院が拡充されていく上で、その中心は児童青年精神科病棟を有する病院群であると思われ、その重要なコンポーネントの 1 つに看護業務があると考えられたため、『児童青年精神科看護ガイドライン』の作成も試みた。

A. 研究目的

我が国の子どものこころの診療においては発達障害や虐待への対応を中心に、専門家や専門医療機関の増加が早急に望まれる状況にあるが、実際には未だ十分な状況とは言えない。

背景には、平成 20 年 3 月まで独立した標榜科として認められていなかったことや、大学教育のなかで専門講座を有していないこと、また保健診療上の後ろ盾が乏しかったことなどが挙げられよう。しかしそれでも平成 20 年度からは「子どもの心の診療の拠点病院機構推進事業」が始まり、保健診療に関して言えば、平成 24 年度改訂で「児童・思春期精神科入院管理料」の新設が成されたことで、診療環境整備は進んできていると思われる。

しかしそのような診療環境が整っていくなかで、経験の浅い「子どものこころの診療医」に対して、どのような教育や研修を提供すべきか、ということについては十分に議論されてい

るとは言えない。

以上の点を踏まえ、平成 22 年度は「平成 22 年度厚生労働省こころの健康づくり対策事業；思春期精神保健対策医療従事者専門研修（1）」に参加した医師を対象としたアンケート調査を試みた。

その結果を踏まえ、平成 23 年度と 24 年度は『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』と『児童青年精神科看護ガイドライン』の作成を試みた。

B. 研究方法

平成 22 年度研究

「平成 22 年度厚生労働省こころの健康づくり対策事業；思春期精神保健対策医療従事者専門研修（1）」に参加した医師 88 名に研修会の際、アンケート（アンケート文末に添付）を実施し、84 名から回答を得た。その結果を解析することとした。

平成 23～24 年度研究

『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』の作成

第一段階:

「平成 23 年度厚生労働省こころの健康づくり対策事業;思春期精神保健対策医療従事者専門研修」にて挙げられている項目を中心に、児童青年精神科領域を網羅的にカバーするような項目を作成し、その項目を専門としている全国の専門家に執筆を依頼する。

第二段階:

その専門家たちによるガイドブックを、全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設のなかで、①後期臨床研修医（レジデント）制をとっている、②2011 年に後期臨床研修医（レジデント）が存在している、③複数の常勤指導医が存在している、④児童精神科専門病棟がある、ことを条件として、いずれの項目も満たすと回答し、研究協力を得られた以下 11 施設の代表者に吟味してもらい、3 年間レジデント研修をした場合にコンテンツが過小もしくは過大でないかを尋ねる。

対象 11 施設：自治医科大学とちぎ子ども医療センター、埼玉県立精神医療センター、東京都立小児総合医療センター、国立国際医療研究センター国府台病院、神奈川県立こども医療センター、山梨県立北病院、静岡県立こども病院、三重県立小児心療センターあすなろ学園、岡山県精神科医療センター、島根県立こころの医療センター、国立病院機構肥前精神医療センター

以上の手順で、各項目に関する内容の要約、その項目を理解できているか検討するためのチェックリスト、その項目における三段階の熟達度、参考文献・推薦図書の基本コンテンツとした。各障害の項目ではそれに対する基本的な治療技法も示すこととした。

項目における 3 ステップの熟達度としては、3 年間の研修を通して成長していくステップを初級、中級、上級と三段階とし、基本的には専門家

が感じるままに記述してもらうこととした。ただし「研修者が必ず 3 年間で到達すべき水準」を上級とするのではなく、「よく勉強している研修者なら 3 年間で到達できると思われる水準」を上級とし、そこから顧みて中級を設定することとした。

『児童青年精神科看護ガイドライン』作成

第一段階:

研究協力者である当院看護部メンバー（項目によっては他機関の研究協力者）によりガイドラインのひな形を作成する。

第二段階:

そのひな形のガイドラインを同意の得られた協力施設（全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設）に配布し、検討行なってもらふこととする。

第三段階:

各協力施設の意見を集約してもらった上で、代表者（児童青年期精神科病棟に勤務する看護師;ガイドライン作成委員）を交えた検討会で吟味する。

第四段階:

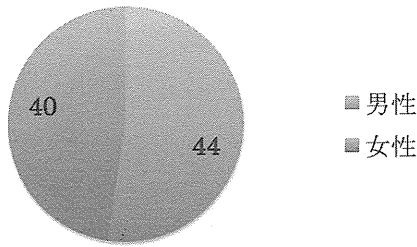
第三段階を経て、作成された『児童青年精神科看護ガイドライン』案を、平成 24 年度厚生労働省「こころの健康づくり対策事業」による「コメディカル専門研修」受講者（大半は看護師）に配布し、それへの意見を募る。さらにシンポジウムでの検討も行い、それらに寄せられた意見を踏まえ、最終的なガイドラインを作成する。

C. 研究結果

平成 22 年度研究

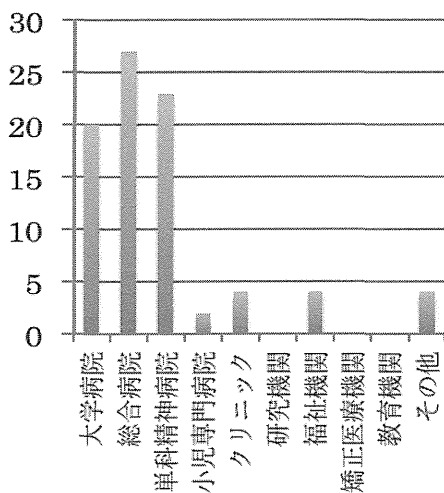
1) 回答者背景

性別、年齢に関しては、男性が 44 名、女性が 40 名であり、男性の平均年齢が 40.8 ± 9.5 歳、女性の平均年齢が 36.3 ± 8.3 歳との結果であり、男性の方が有意に年齢の高い結果となっている ($<.05$)。

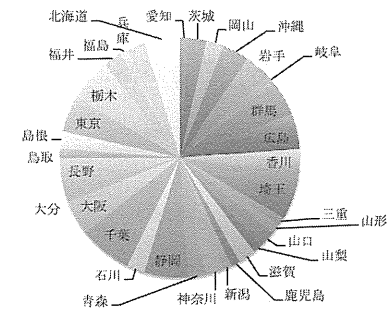


医師年数は平均12.3±9.1年となっており、初期研修経験医師が45名（平均1.9±0.3年）、小児科経験医師が27名（平均16.0±11.6年）、精神科経験医師が57名（平均7.4±5.8年）、精神科小児科以外の科の経験医師が12名という結果になっている。子どもの心の診療医の経験年数に関しては、「何を持って子どもの心の診療医とするか不明」との意見や空欄回答が多かったため、解析が出来ないが、全体での印象としては10年に満たない医師がほとんどのである。

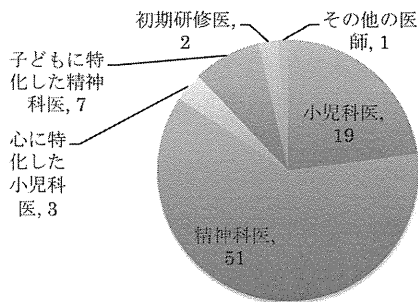
所属機関としては、以下のように大学病院（20名）、総合病院（27名）、単科精神病院（23名）で全体の83%となっている。



所属機関のある都道府県は千葉県が6名、次いで埼玉県、静岡県、栃木県が各5名となっているが、総じて全国に分散していることが伺える。



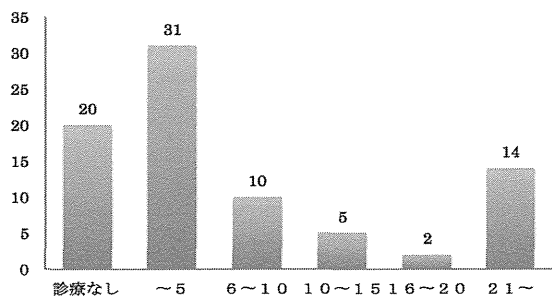
現時点での診療科としては、精神科医と回答したものが最も多く51名で、次いで小児科医19名となっている。



以上の結果から、今回の研修会参加者（本アンケート回答者）は全国的なサンプルであり、「子どもに特化した精神科医」や「心に特化した小児科医」の割合は少ないことも挙げられる。ただし精神科医の割合が多いことは考慮に入れるべきと考える。

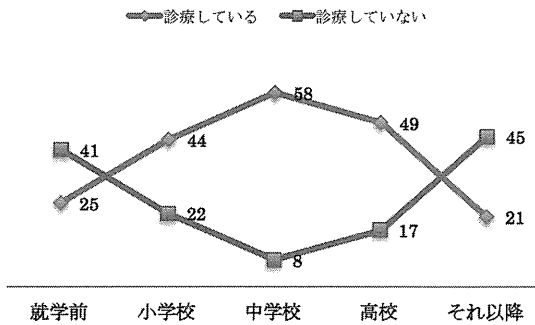
2) 回答者診療状況

1週間で子どもの心の診療に携わる時間は、「診療なし」との回答が20名、5時間までが31名となっており、21時間を超えるものも14名となっている。

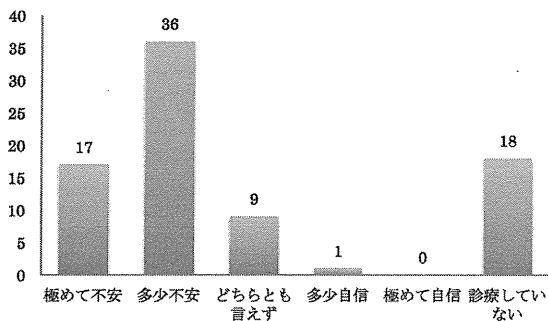


対象としている年代に関しては、子どもの心の診療をしていないとする18名を除いた66名では、

以下のようにになっている。中学年代が最も「診療対象となっている」割合が高いことが伺われる。

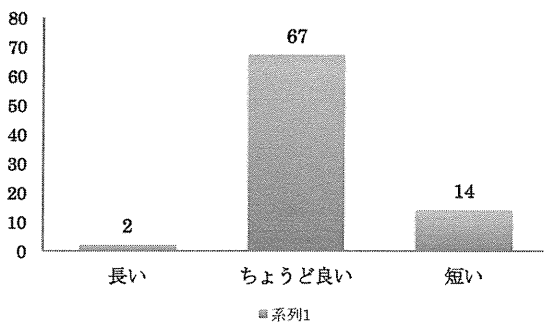


研修会前の子どもの心の診療をする際の不安に関しては以下のようにになっており、「極めて不安」と「多少不安」とで63%となっている。

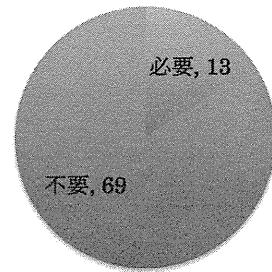


3) 研修会評価

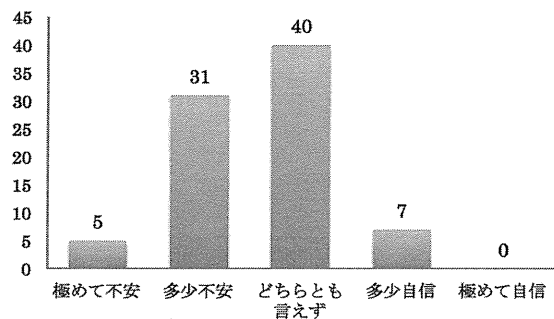
研修会の2日間という日程に関しては、67名が「ちょうど良い」との回答であった。



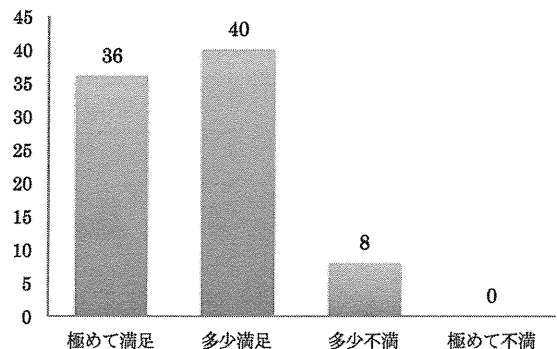
講義コマ数を減らしても質疑応答の時間を必要とするか、もしくは講義コマ数が減るなら質疑応答は不要とするか尋ねたところ、69名(84%)が質疑応答を不要と回答した。



研修会を聞き終えて、子どもの心の診療をする際の不安は以下のようにになっている。「極めて不安」と「多少不安」とを合わせた割合は43%になっている。

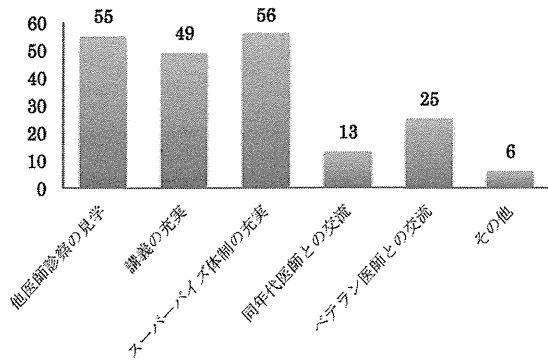


研修会への満足度としては以下のように90%が満足と回答している。

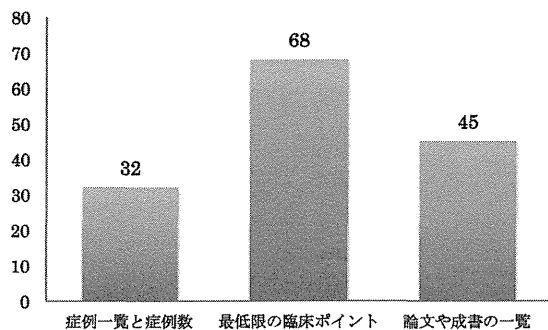


4) 今後の研修・指導体制への希望

今後子どもの心の診療領域においてどのような研修・指導体制の発展を望むか尋ねたところ、以下のように、他の医師の診察場面の見学と講義の充実、スーパーバイズ体制の充実の3つが特に多い回答となっている。

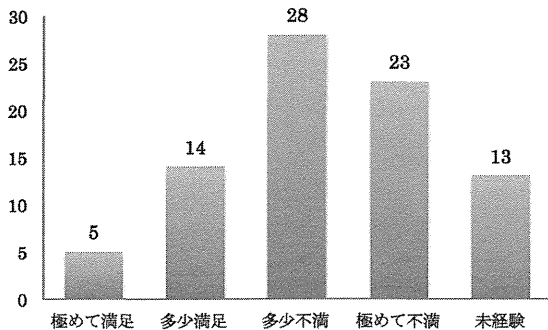


また研修指針については78名(93%)から「あった方がいい」と回答されており、その内訳は以下のようになっている。

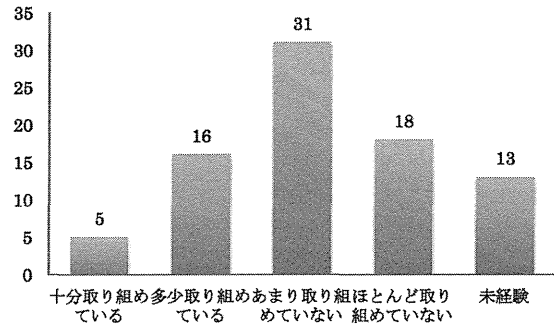


5) 子どもの心の診療への満足度および取り組み度

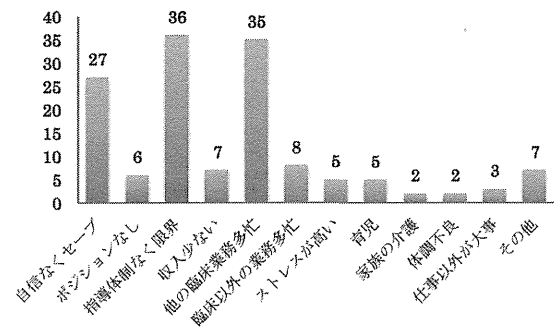
現場での“子どものこころの診療”全体に対してどの程度満足しているか尋ねたところ、「極めて満足」と「多少満足」をあわせても23%程度であることがわかる。



時間的な取り組み度に関しても、「あまり取り組めていない」と「ほとんど取り組めていない」の方が多く、満足度と同様の傾向にあることが伺える。



時間的取り組み度において「あまり取り組めていない」と「ほとんど取り組めていない」と回答した49名にのみ、その理由について以下から選択してもらった。そうしたところポジションや収入、家庭の問題は決して多くないことがよくわかる。大きく分けると、指導体制と自信のなさの問題と、子どもの心の診療以外の臨床業務に追われていることが要因として挙げられるようである。



平成 23～24 年度研究

『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』の作成

『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』に関しては、最終的に総論5項目、各論7項目(下位項目43項目)から成っている(平成24年度報告書参照)。

執筆者からの反応としては、「作成が難しかった」との意見も散発したが、「思っていたよりは無理なく作成できた」「出来上がってみるとなかなか面白い」といった肯定的な意見が大半であった。

協力の得られた11施設からは「研修レベル」や「母子関係の精神保健」「自傷行為」「入院治療」