

「医療少年院」などについての意見が寄せられた。また「知的障害」に関する項目を追加するように提案があった。

『児童青年精神科看護ガイドライン』の作成

『児童青年精神科看護ガイドライン』に関しては第四段階を終え、全5章（下位項目49項目）から成っている（平成24年度報告書参照）。

作成メンバーからは「自分の病院は何が得意で、何が苦手かを、改めて確認できた」との声が多く、自らの技術を客観視する機会になったことが伺えた。

D. 考察

児童・青年期の精神医療を入院治療も含めて実施している全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設に勤務している医師を対象に以前行われた調査¹⁾においては、各施設で提供されている研修プログラムについては、ある程度特徴に差があることが伺われた。またその調査において、研修への満足度については、非常勤医とレジデントは所属する機関の研修体制への満足度が高いものの、常勤医は所属機関の研修体制への満足度が低い傾向が示された。この結果から常勤医師として勤務している者と常勤以外の勤務をしている者とで自身の医療機関における研修への評価が大きく異なることが推測された。よって研修初期の医師への支援だけではなく、その後常勤医師へと立場を変えていった医師達に対しても何らかの支援をしていくことが重要と考えられた。

また平成19年度に行われた調査²⁾によれば、レジデントからは、より深みのある網羅的な研修が希望される一方で、指導する側の常勤医からは「十分な教育を実施することが難しい」との回答が寄せられている。これは冒頭にも示したように大学講座のなかで「子どものこころの診療」の教育が十分に行われていないことが関係していると思われるが、病院において児童思春期精神医療の全ての領域にわたって十分な研修を提供することは、実際上は困難であると思われる。

平成20年から実施された系統講義を中心とした研修会におけるアンケート調査³⁾では、系統講義を研修初期に受講することは、子どもの心の診療に携わる医師らにとって日々の臨床での疑問が解消され、不安が軽減される重要な機会となることが示唆された。

以上のような背景から、本研究の3年間が行われることとなったのであるが、平成22年度研究からは、子どもの心の診療に満足している群は2割程度であることが明らかとなった。時間的に取り組めない要因としては、研修・指導体制の問題が強調される結果となった。

系統講義中心の研修会に関しては、平成20年度の調査³⁾と同様、好評な結果であった。よって今後も子どもの心の診療を目指す医師の研修初期に系統講義形式のプログラムの提供がなされることは重要と考えられた。

その上で、研修を受ける側からのニーズとしては、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ている。このあたりは今後、各施設や各学会が計画していく問題と思われるが、全国レベルでいかに効率良く連携していくかを検討していく必要はあるだろう。

また22年度調査において、9割以上が「子どもの心の診療の研修指針があった方がよい」と回答していた。

その結果をもとに平成23~24年度の研究で、『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』『児童青年精神科看護ガイドライン』の作成を試みた。いずれも未だ試験的な部分が大きいものではあるが、引き続き意見の収集や吟味を繰り返し、我が国の児童青年精神科医療の質の向上の一助となることができればと思う次第である。

E. 結論

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・指導体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。

F. 研究発表

特になし

文献

- 1) 厚生労働科学研究 子ども家庭総合研究事業「子どもの心の診療に携わる専門的人材の育成に関する研究」(主任研究者 柳澤正義) 分担研究「子どもの心の入院治療を行う専門的人材の育成に関する研究」(分担研究者 齊藤万比古)

研究者 齊藤万比古) 平成18年度報告書

- 2) 厚生労働科学研究 子ども家庭総合研究事業「子どもの心の診療に携わる専門的人材の育成に関する研究」(主任研究者 柳澤正義) 分担研究「子どもの心の入院治療を行う専門的人材の育成に関する研究」(分担研究者 齊藤万比古) 平成19年度報告書
- 3) 厚生労働科学研究 子ども家庭総合研究事業「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究」(主任研究者 奥山眞紀子) 分担研究「子どもの心の診療に携わる専門的医師の育成の在り方に関する研究」(分担研究者 齊藤万比古) 平成20～22年度報告書

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

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

分担研究者 山崎透¹⁾

研究協力者 石垣ちぐさ¹⁾ 大石聰¹⁾ 伊藤一之¹⁾ 花房昌美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

研究要旨

地域における児童青年精神科医療ネットワークの現状と課題を明らかにする目的で、日本児童青年精神医学会認定医、および全国児童青年精神科医療施設協議会、全国の児童相談所を対象にアンケート調査を実施し、医療サイドと福祉サイドの比較検討を行った。その結果以下のようなことが明らかとなった。1) ネットワーク活動の中心となる児童精神科医が明らかに不足しており、その解消を目指して様々な施策を講じることが喫緊の課題である。同時に一般精神科医療機関の協力も必要である。2) 児童精神科専門病棟・専用病床を有する地域中核機関は、専門医が複数勤務しているなどの理由からネットワーク活動を行いやすい。3) 医療機関に通院・入院している症例の関係機関によるケース会議は、医療サイド・福祉サイドともその重要性を認識しているが、児童精神科医の多忙さを主な理由として十分に開催されているとは言い難い状況にある。4) 多機関連携会議である要保護児童対策地域協議会に児童精神科医が参加する意義を医療サイドに周知する必要がある。5) 医療サイド・福祉サイドとも、ネットワークの充実には①児童精神科医の増員、②現場レベルの連携、③行政レベルの連携を重視している。6) 地域で児童青年精神科医療ネットワークを展開していくには、複数の児童精神科医が勤務し、重症の症例に対して適切な環境で入院治療が行える児童精神科専門病棟・専用病床を備え、児童精神科医の育成やネットワーク活動の中核を担う医療機関が少なくとも都道府県に一つ、可能であれば2次医療圏に一つは整備される必要がある。

A. 研究目的

本研究は、地域における児童・青年精神科医療ネットワークのモデルを提示することを目的としている。

平成 22 年度は、専門性を有する児童精神科医および児童精神科医療の中核的役割を担っている医療機関における、関係機関との連携の現状と課題を明らかにすることを目的として調査を行った。

平成 23 年度は福祉サイドから見た児童精神科

医療へのニーズ、ネットワークの現状と課題を明らかにする目的で、全国の児童相談所を対象に調査を行った。平成 24 年度は、医療サイド、福祉サイドの調査結果を比較検討し、児童青年精神科医療ネットワークの課題と今後のあり方を明確にすること、②地域の中核病院の児童青年精神科医療ネットワーク活動を詳細に調査し、児童青年精神科医療ネットワークのあり方の参考資料とすること、③これらを踏まえて「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

る指針」を作成すること、を目的とした。以下本稿では、医療サイドと福祉サイドの調査研究について報告し、②「地域中核病院のネットワーク活動調査」については平成24年度報告書に記載した。

B. 研究方法

1. 対象と方法

1) 医療サイド

日本児童青年精神医学会認定医（以下認定医）169名、および全国児童青年精神科医療施設協議会（以下全児協）に加盟している医療機関32施設を対象に、児童・青年精神科医療ネットワークの現状と課題に関するアンケート調査を実施し、結果の集計とその分析を行った。有効な回答数は認定医では98名（回答率58%）であった。このうち、大学病院を含む医療機関に勤務している82名の集計・分析をおこなった。全児協で有効な回答を得たのは、27施設（回答率84%）であった。

2) 福祉サイド

全国の児童相談所224施設に圏域での児童精神科医療や連携の現状に関するアンケート調査をおこなった。有効回答数は131施設（有効回答率59%）であった。

C. 研究結果

1. 医療サイド

1) 関係機関での業務

認定医の79%、全児協施設の93%が児童相談所や教育相談の嘱託医など、関係機関で何らかの業務を行っていた。また、全児協施設の70%が児童相談所・福祉施設での業務を行っていた。

2) 要保護児童対策地域協議会（以下要対協）および多機関による連携会議

①認定医

要対協については、「出席している」が4%、「他の児童精神科医・精神科医が出席している」

が22%、「精神科医は出席していない」が11%、「協議会について知らない、状況が分からない」が63%であった（図1）。また、その他の会議も含めた多機関による連携会議に不参加の理由について回答した52名の内訳は、「地域から要請がない」が52%、「どのような会議があるか知らない」が19%、「要請はあるが業務が多忙で出席できない」が17%、「必要を感じない」が4%、その他が8%であった（図2）。

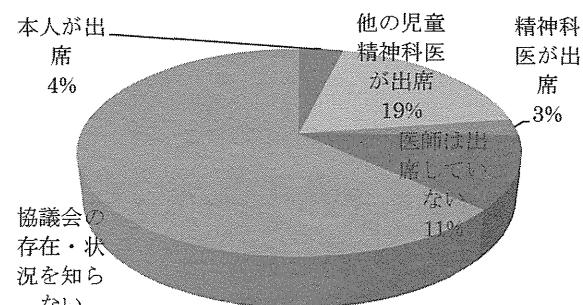


図1 要対協への参加状況（認定医）

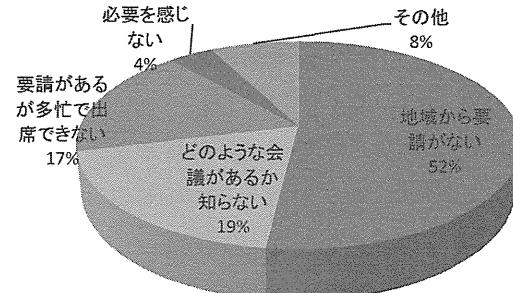


図2 参加していない理由（認定医）

②全児協施設

要対協については、「施設の児童精神科医が出席している」は22%であり、「他の児童精神科医・精神科医が出席している」が8%、「精神科医は出席していない」が26%、「協議会について知らない、状況が分からない」は44%であった（図3）。

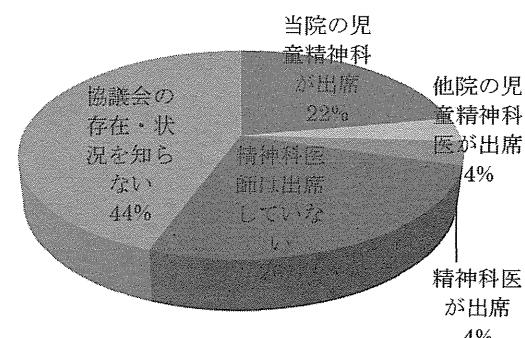


図3 要対協への参加状況（全児協施設）

また、その他の会議も含めた多機関による連携会議に不参加の理由について回答した12施設の内訳は、「地域から要請がない」が58%、「要請はあるが業務が多忙で出席できない」が17%、その他が25%であった（図4）。

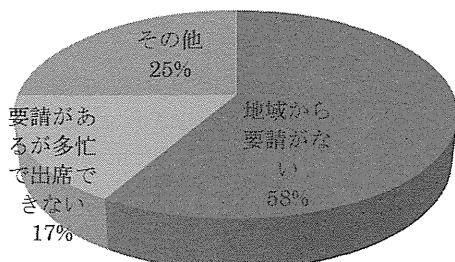


図4 参加していない理由（全児協施設）

3) 担当患者における関係機関とのケース会議

①認定医

担当患者について、関係機関とのケース会議の主催頻度は、「月1回以上」が19%、「年に数回程度」が45%、「年に1回程度」が6%、「ほとんどない」が30%であった（図5）。また、年1回以

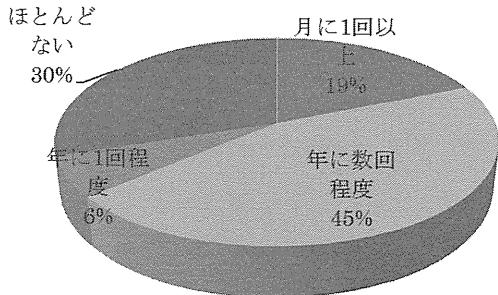


図5 ケース会議の主催頻度（認定医）

下しか主催していないと回答した26名にその理由を聞いたところ、「業務が多忙で余力がない」が42%、「必要を感じていない」が15%、「ノウハウがない」が12%、「その他」が31%であった（図6）。

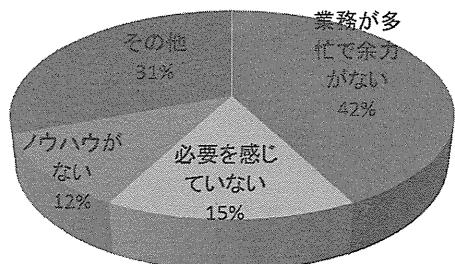


図6 年1回以下の理由（認定医）

ハウがない」が12%、「その他」が31%であった（図6）。

地域で開催されるケース会議への参加状況は、「月1回以上」が13%、「年に数回程度」が47%、「年に1回程度」が11%、「ほとんどない」が29%であった（図8）。また、年1回以下しか開催していないと回答した30名にその理由を聞いたところ、「他機関からの要請がない」が70%、「業務が多忙で余力がない」が14%、「所属機関に支援する姿勢がない」が3%、「その他」が13%であった。

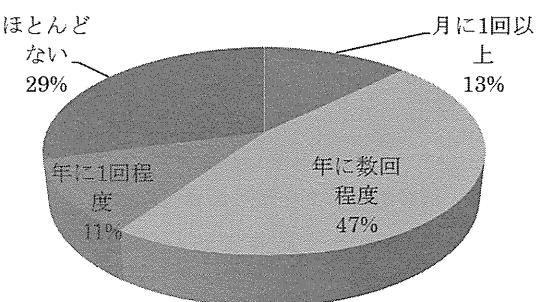


図7 地域のケース会議への参加頻度（認定医）

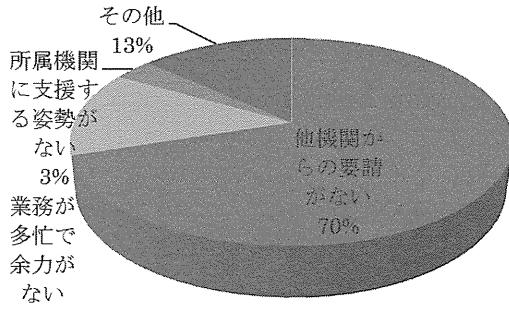


図8 年1回以下の理由（認定医）

②全児協施設

ケース会議の主催頻度は、「月1回以上」が59%、「年に数回程度」が26%で、「ほとんどない」は15%にすぎなかった（図9）。

地域で開催されるケース会議への参加頻度は「月1回以上」が41%、「年に数回程度」が55%で、「年に1回程度」が4%で「ほとんどない」と答えた施設はなかった（図10）。

4) 連携に困難を感じている関係機関

①認定医

連携に困難を感じている関係機関としては、児童相談所・児童福祉施設が30%と最も多く、次いで学校が26%、警察などの司法関連機関が

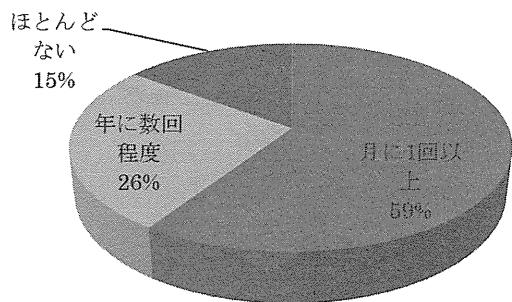


図9 ケース会議の主催頻度（全児協施設）

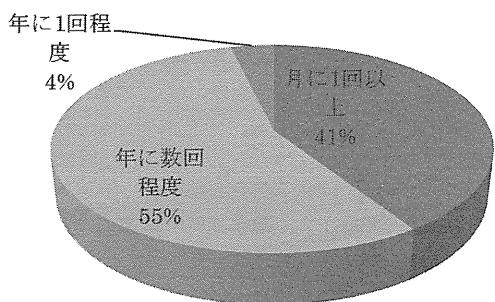


図10 地域のケース会議への参加頻度（全児協施設）

22%、教育委員会・教育相談が16%、医療機関が13%などであった（複数回答）。

②全児協

全児協施設では、学校が40%と最も多く、次いで児童相談所・児童福祉施設が30%、医療機関が22%、警察などの司法連携機関が19%、教育委員会・教育相談が16%などであった（複数回答）。

5) 研修・啓発活動

①認定医

関係機関の職員に対する研修・啓発活動としては、「症例検討会」、「スーパーバイズ」がそれぞれ40%と最も多く、「講義中心の研修会」が30%であった（複数回答）。なお、74%が何らかの研修・啓発活動をおこなっていた。

②全児協

全児協施設では、「症例検討会」が74%と最も多く、「講義中心の研修会」が56%、「スーパーバイズ」が37%であった（複数回答）。なお、81%が何らかの研修・啓発活動をおこなっていた。

6) 今後必要と考えている関係機関との連携活動

①認定医

今後必要と考えている関係機関との連携に関しては、「ケース会議」が52%と最も多く、以下

「研修会・講演会」が45%、「症例検討会」が30%、「要対協などの多機関連携会議」は20%であった（複数回答）。

②全児協

全児協施設では、「ケース会議」が81%と最も多く、以下「症例検討会」が63%、「研修会・講演会」が52%、「要対協などの多機関連携会議」は26%であった（複数回答）。

7) ネットワーク構築のために必要なこと

①認定医

認定では、「児童精神科医の増員・業務の軽減」が59%、「現場レベルの連携」が50%、「医療・福祉・教育など所轄官庁の連携」49%、「児童精神科医の役割などの関係機関への周知」が29%、「連携に関する病院管理者の理解」が26%であった（複数回答）。

②全児協施設

全児協施設では、「現場レベルの連携」が78%、「児童精神科医の増員・業務の軽減」が67%、「医療・福祉・教育など所轄官庁の連携」63%、「児童精神科医の役割などの関係機関への周知」が44%、「連携に関する病院管理者の理解」が37%であった（複数回答）。

8) ネットワーク構築のための児童精神科医の充足度

①認定医

ネットワーク構築のための児童精神科医の充足度については、「充足している」と回答した者はおらず、「まづまづ充足している」が12%、「あまり充足していない」が36%、「絶対的に不足している」が47%であった。

②全児協

「充足している」と回答した施設はなく、「まづまづ充足している」が4%、「あまり充足していない」が38%、「絶対的に不足している」が58%と、児童精神科医が複数勤務している中核機関でも、ネットワークのためのマンパワーが不足していることが明らかとなった。

9) 児童精神科医を増やすために必要なこと

①認定医

「児童精神科を増やすために何が必要か」の質問には、「児童精神科医療の診療報酬を改善する」が66%と最も多く、「専門講座の開設など、全ての大学で児童精神医学の教育に取り組む」が62%、「児童精神科医の育成システムを国や自治体が中心となって整備する」が57%、「自治体が児童精神科医療の中核機関を整備する」が34%であった（複数回答）。

2) 全児協

全児協施設では、「児童精神科医療の診療報酬を改善する」が96%、「児童精神科医の育成システムを国や自治体が中心となって整備する」が72%、「専門講座の開設など、全ての大学で児童精神医学の教育に取り組む」が52%、「自治体が児童精神科医療の中核機関を整備する」が40%であった（複数回答）。

2. 福祉サイド

1) 担当圏域の児童精神科医療の現状および児童相談所における児童精神科医の勤務状況

①児童精神科医療の現状

地域に外来治療が可能な児童精神科医療機関が「ある」と回答したものは56%、「ない」が43%、「不明」1%であった。地域に入院治療が可能な児童精神科医療機関が「ある」と回答したものは34%、「ない」が65%、「不明」が1%であった。

②児童相談所における児童精神科医の勤務状況

児童相談所における児童精神科医の勤務状況については、「常勤医が勤務している」が10%、「嘱託のみ勤務」が44%、「どちらもいない」が46%であった（図11）。

常勤医もしくは嘱託医が勤務していると答えた71施設に、児童精神科医の勤務充足度を質問したところ、「充足している」がわずか1%、「まあまあ充足している」が31%、「あまり充足していない」が27%、「不足している」が38%となり、児童精神科医が勤務していてもその過半数はマ

ンパワーが足りないと感じていた。

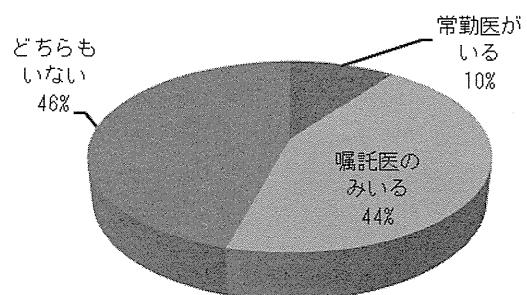


図11 児童精神科医の勤務状況（児童相）

児童相談所が勤務していないと回答した60施設に、児童精神科医の勤務の必要性について質問したところ、33%が「絶対的に必要」と答え、「ある程度必要」62%で、「あまり必要ない」「必要ない」と回答した施設はゼロであった（図12）。児童精神科医が勤務していない理由としては、「地域に児童精神科医がない」が70%と多くを占めた。

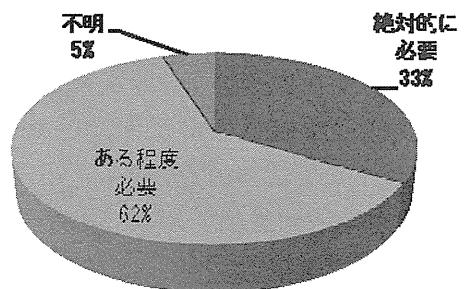


図12 児童精神科医の勤務の必要性（児童相）

2) 要保護児童対策地域協議会（以下要対協）および多機関による連携会議

要対協に「児童精神科医が出席している」「一般精神科医が出席している」と回答した児童相談所はそれぞれ9%、5%に過ぎず、「どちらも出席していない」が83%と大半を占めた（図13）。また、「どちらも出席していない」と回答した109施設にその理由を質問したところ、「多忙なため要請していない・断られた」が46%、「その必要を感じていない」が15%、「児童精神科医がない」が10%であった（図14）。

他の多機関による連携会議を開催していると答えた児童相談所は38%であった。また、その連携会議の児童精神科医・精神科医の出席状

況は、「児童精神科医が出席している」「一般精神科医が出席している」共に14%で、「どちらも出席していない」が61%であった。

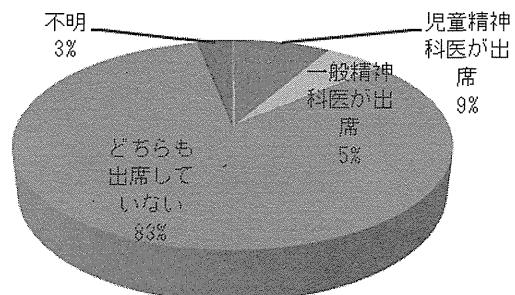


図13 要対協への精神科医の参加状況（児相）

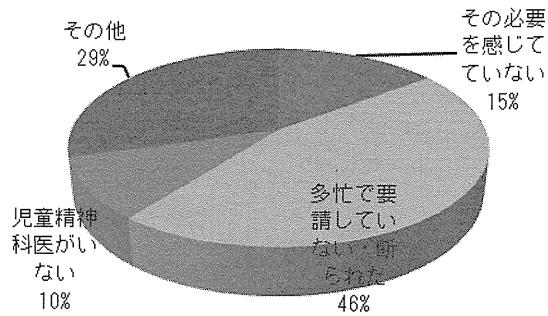


図14 精神科医が参加していない理由（児相）

3) 医療機関に通院・入院している事例のケース会議

主治医が主催するケース会議への児童相談所職員の参加頻度は、「月に1回以上」は1%に過ぎず、「年に数回程度」が49%、「年に1回程度」が8%、「ほとんどない」が40%であった（図15）。また、「年に1回程度」「ほとんどない」と回答した63施設に不参加の利用を尋ねたところ、「要請がない」が79%と大半を占めた（図16）。

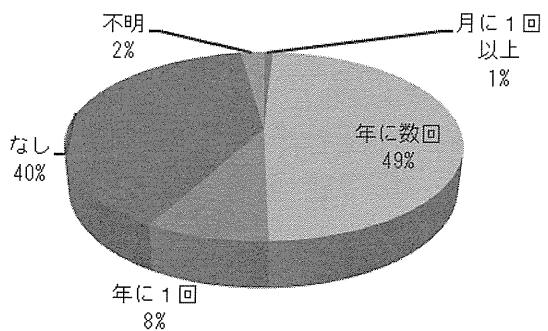


図15 主治医主催のケース会議への参加状況

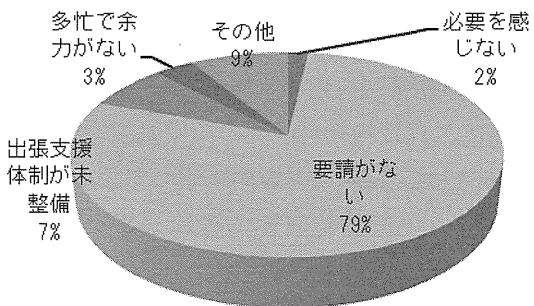


図16 ケース会議に不参加の理由

児童相談所が主催するケース会議への、主治医（一般精神科医・児童精神科医）参加要請の頻度は、「月1回以上」が4%、「年に数回」44%、「年に1回程度」が8%、「要請していない」が42%であった（図17）。また、「年に1回程度」「要請していない」と回答した65施設にその理由を尋ねたところ、「主治医が多忙なため要請していない」が58%、「必要を感じていない」は11%であった（図18）。

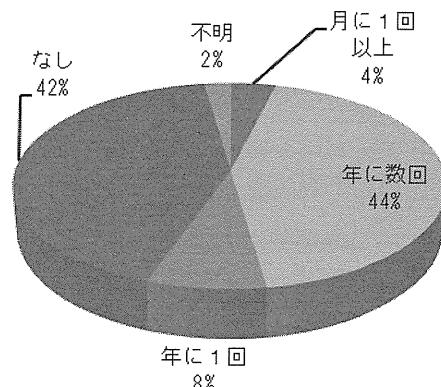


図17 ケース会議への主治医の参加要請

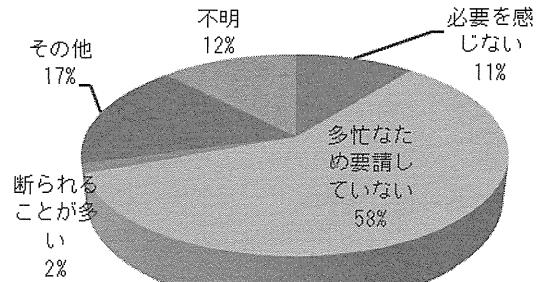


図18 ケース会議に要請しない理由

4) 一般精神科医療機関および児童精神科医療機関との連携の困難さ

一般精神科医療機関との連携の困難さについて、62%が「困難さを感じている」と回答した。

困難と感じる理由については「子どもの受診を断られることが多い」が55%と最も多く、その他「子どもの入院を断られることが多い」が49%、「受診に対して保護者の抵抗感が強い」が37%、「成人対象のため子どもの診断・治療に不安がある」が35%などであった（複数回答）。

児童精神科医療機関との連携の困難さについては76%が「困難を感じている」と回答した。困難と感じる理由については、「地域に児童精神科医療機関がない」が54%と最も多く、以下「待機患者が多く、受診までに時間がかかる」が47%、「病棟がなかなか空かないため、すぐに入院できない」が23%、「児童精神科医が多忙で病状等を問い合わせにくい」が12%など、児童精神科医療の多忙さを挙げるものが多かった（複数回答）。

5) 地域における児童精神科医療機関の必要性
クリニックなど外来診療を行う児童精神科医療機関の必要性について、81%が「必ず必要」と答えていた（図19）。また、児童精神科専門病棟など、子どもが入院できる病棟のある児童精神科医療機関については、90%が「必ず必要」と答えていた（図20）。

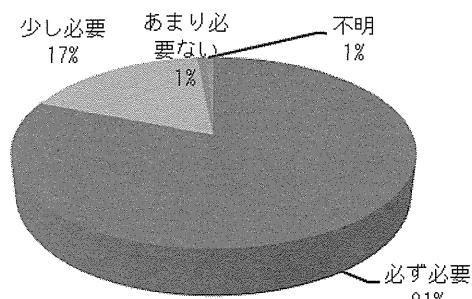


図19 外来診療を行う児童精神科医療機関の必要性

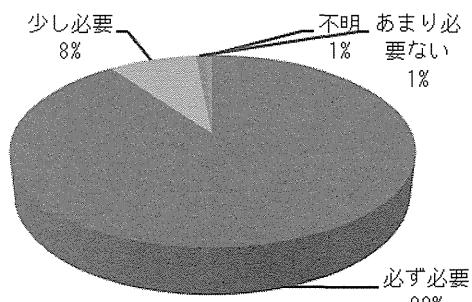


図20 入院可能な児童精神科医療機関の必要性

さらに入院可能な医療機関が必要な行政単位については、「児童相談所の管轄地域に一つ」が69%、「都道府県及び政令指定都市に一つ」が25%であった（図21）。

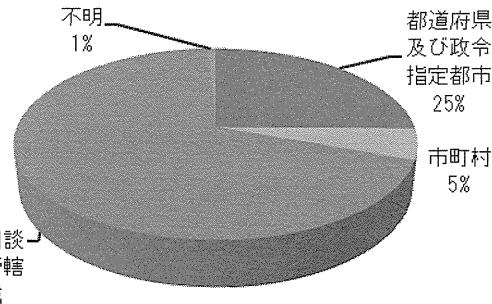


図21 入院可能な医療機関が必要な行政単位

6) 他のネットワーク活動の現状

多機関連携会議の他、地域で児童精神科医も参加して開催されているネットワーク活動では、「講義を中心とした研修会」が23%、「症例検討会」が21%、「児童精神科医によるスーパーバイズ」が16%などであった（複数回答）。

7) 今後必要と考えている関係機関との連携活動

今後必要と考えている活動としては、「要保護児童対策地域協議会や多機関連携会議の充実」が71%、「ケース会議の充実」が68%、「症例検討会」が41%、「研修会・講演会」が30%であった（複数回答）。

8) ネットワーク構築のために必要なこと

「医療・福祉・教育などを所轄する行政レベルの連携」が74%、「現場レベルの連携」69%、「児童精神科医の増員」が68%、「児童精神科入院施設の整備」が61%であった（複数回答）。

D. 考察

1. 児童相談所における児童精神科医の勤務

児童相談所の業務において、児童精神科医へのニーズは極めて高いにもかかわらず、専門医不足のためにそのニーズに医療が応えきれていないことが浮き彫りとなった。また、嘱託医のいない児童相談所は、地域中核病院のない地域が多く含まれている可能性があることが示唆された。

こうしたことから、今後は、児童精神科医の常勤化や嘱託医の勤務時間の増加などの福祉サイドの対策と連動しながら、地域中核病院の整備、児童精神科医の育成を促進するとともに、1次～2次医療機関にも協力を呼びかけていく必要がある。

2. 要保護児童対策地域協議会および多機関による連携会議

要対協に児童精神科医・精神科医が参加している割合は2割弱に過ぎず、その要因として、①医療サイドの認知度の低さ、②児童精神科医の多忙さとそれを知る福祉側の要請控え、③専門医不足等の複合的要因が影響していると考えられる。

また、全児協施設の要対協への参加率が22%と、認定医本人の参加率4%に比べて遥かに高率であることから、要対協に児童精神科医が参加している地域には、地域中核病院が整備されている可能性が高いことが推測された。地域の中核病院は複数の児童精神科医が勤務しているために院内の業務をカバーし合うことが可能であり、結果として地域のネットワーク活動に参加しやすくなっていると考えられる。ここでも地域中核病院の整備の重要性が明らかとなった。

要対協を含む多機関連携会議はネットワーク活動において重要な位置を占めており、今後、①会議の周知、②専門医の育成、③一般精神科医への協力の要請、などの対策が必要と考えられる。

3. 通院・入院している症例のケース会議

医療機関に通院・入院している症例において、関係している機関とのケース会議は、子どもの学校生活や家庭生活を支える上で極めて重要である。しかし、今回の調査では、①児童精神科医一人一人は、多忙で余力がないためにケース会議を主催するゆとりがないこと、その結果児童相談所へケース会議の参加要請を行っていないこと、②児童相談所の多くは、地域のケース会議への主治医の参加が必要と考えていながらも、児童精神科医の多忙さを知っているため、参加要請を控えて

いる。つまり、ケース会議が十分に開催されていないのは、児童精神科医の多忙さが主な要因となっていると言える。

4. 今後必要なネットワーク活動

「医療機関に通院・入院している症例のケース会議の充実」は医療サイド・福祉サイドともに重要視していることが明らかとなった。裏を返せば、上述したように、お互いに必要と感じながらも、児童精神科医の多忙さなどが主な要因となって、十分なケース会議ができるないと感じていると推測される。今後、開催時刻や場所などの工夫、医療側のマンパワーの充実などの対策を行っていく必要がある。

福祉サイドは、要対協などの多機関連携会議の充実を最も必要と考えているが、医療サイドは2割程度と、その温度差が明確になった。医師が参加しやすい開催方法などの工夫も必要ではあるが、医師の多くが要対協の状況を把握していないことを踏まえると、まず、要対協において児童精神科医参加のニーズが高いことを医療サイドに周知することが第一歩であると考えられる。

研修会・講演会や症例検討会など、自分が抱えているケースと直接関係ない活動については、福祉サイドのニーズが少なく、医療サイドとは温度差があることが明らかとなった。つまり、福祉サイドは、ケース会議や要対協など、「現在関わっている事例を支援するための活動」へのニーズが高く、一般的知識や自分が関わっていないケースの事例検討会へのニーズは低いということができる。医療サイドは、こうしたことを踏まえて、今後のネットワーク活動を計画していく必要があろう。

5. ネットワーク構築のために必要なこと

ネットワーク構築のためには、医療サイド・福祉サイドとも、①児童精神科医の増員、②現場レベルの連携、③行政レベルの連携を多くかかげており、多くの点で両者が共通認識を抱いていることが明らかとなった。現場・行政レベルの連携の

問題は、平時の際だけではなく、震災のような非常時にも課題となることが多い。したがって、教育や保健も含めた関係機関・各行政が連携の重要性を意識し、縦割り行政の弊害を克服し、連携システムを構築し実践していくことが重要である。また、児童精神科医の増員に関しては、医学教育、診療報酬、児童精神科医を育成する医療機関の整備などの複合的要因が関与しており、今後もさらなる取り組みを継続していく必要がある。

医療サイドは、これに加えて、児童精神科医の役割の周知、ネットワーク活動への管理者の理解を挙げており、診療以外の活動がうまく展開していない現状が明らかとなった。今後、関係機関および病院管理者への周知・理解を促す必要がある。

福祉サイドでは、6割以上の児童相談所が児童精神科入院施設の整備を挙げている。別の設問では、児童相談所の9割以上が「児童精神科入院医療機関が絶対に必要」と答えていた。我が国では、児童精神科専門病棟・専用病床のある都道府県は30程度に留まっているのが現状である。したがって、まず、児童精神科専門病棟・専用病床を持つ医療機関を各都道府県に最低一つは整備していく必要がある。地域に中核医療機関が整備され、児童精神科の育成やアウトリーチ活動を積極的に展開することで、マンパワー不足の解消やネットワーク活動の充実に寄与すると考えられる。

E. 結論

児童青年精神科医療ネットワークに関する医療サイドと福祉サイドへの調査、および両者の比較検討から、以下のようなことが明らかとなった。

1) 複数の調査項目から、ネットワーク活動を展開していくためには、児童精神科医の絶対的な不足が明らかであり、その解消を目指して様々な施策を講じることが喫緊の課題である。同時に一般精神科医療機関の協力も必要である。

2) 児童精神科専門病棟・専用病床を有する医療機関は、専門医が複数勤務しているなどの理由から、嘱託医や要対協への参加などのネットワー

ク活動を行いやすい。

3) 医療機関に通院・入院している症例の関係機関によるケース会議は、医療サイド・福祉サイドともその重要性を認識しているが、児童精神科医の多忙さを主な理由として十分に開催されているとは言い難い状況にある。

4) 多機関連携会議である要対協に児童精神科医が参加する意義を医療サイドに周知する必要がある。

5) 医療サイド・福祉サイドとも、ネットワークの充実には①児童精神科医の増員、②現場レベルの連携、③行政レベルの連携を重視している。

6) 地域で児童青年精神科医療ネットワークを開拓していくには、複数の児童精神科医が勤務し、重症の症例に対して適切な環境で入院治療が行える児童精神科専門病棟・専用病棟を備え、児童精神科医の育成やネットワーク活動の中核を担う医療機関が少なくとも都道府県に一つ、可能であれば2次医療圏に一つは整備される必要がある。

文献

宇佐美政英：地域連携システムの可能性と問題点 市川市及び大分・別府地区における対応・連携システムについて、児童青年精神医学とその近接領域、48(3)；124-130, 2007

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・福祉のシステムに関する研究」研究班（主任研究者 齊藤万比古）：精神疾患を背景に持つ児童思春期の問題行動に対する対応・連携システムの設置および運営に関するガイドライン、児童思春期精神医療・保健福祉のシステムに関する研究、平成13-15年度報告書

齊藤万比古、笠原麻里、佐藤至子他：児童思春期精神医療・保健・福祉のシステムに関する研究—I「現状調査アンケート」の結果と考察一。

児童思春期精神医療・保健福祉のシステムに関する研究、平成 13 年度報告書

齊藤万比古、宇佐美政英、清田晃生他：行為の問題を抱えた児童思春期の子どもに関する地域連携システムの設置・運用に関する検討：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 年度報告書

山崎透、石垣ちぐさ、大石聰他：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. 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 22 年度報告書

山崎透、石垣ちぐさ、大石聰他：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. 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 23 年度報告書

III. 標準的診療を目指して

発達障害の標準的診療を目指して

飯田順三

奈良県立医科大学看護学科

はじめに

わが国では、1977年に開始された1歳6カ月児健診によって広汎性発達障害(Pervasive Developmental Disorder:PDD)などの発達障害への取り組みが本格化した。その後、乳幼児健診などでは発達上の問題を指摘されなかつた子どもが教育現場で不適応を起こすことなどから医療の必要性が高くなり、現在では職場での不適応や他の精神疾患との関連など成人期においてもPDDは注目される。このように各ライフステージにおいてPDDの診断・治療が求められる一方でPDD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。また、注意欠如・多動性障害(Attention Deficit/Hyperactivity Disorder:ADHD)については、2003年に診断・治療ガイドラインがわが国で初めて提示された。そして、徐放性methylphenidateであるコンサータ®の使用承認後の2008年に第3版のガイドライン¹⁾が提示された。しかし、その後も2009年にatomoxetine(ストラテラ®)が使用承認され、2012年に同薬の成人への使用が承認されるなど、ADHDの診断・治療に関する状況は刻々と変化している。そのような中で、PDD, ADHDといった発達障害の標準的診療指針が求められている。

I PDD・ADHDの概要

PDDは、①視線の合いにくさや共感性の乏しさといった社会性の障害、②独特な言語使用や字義通りの言語理解といった言語・コミュニケーションの障害、③習慣や儀式に頑なにこだわるといった想像力の障害とそれに基づく行動の障害の3症状を中心症状とする発達障害であり、以前は2~4/10,000人と比較的稀な発達障害と考えられてきたが、最近では60~70/10,000人と高い数値が報告されている。性差は、3~5:1で男性に多く、遺伝的要因を中心とした生物学的要因が基盤にあるとされる。下位診断として、DSM-IV-TRでは、自閉性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害、レット障害、小児期崩壊性障害があり、ICD-10では、小児自閉症、アスペルガー症候群、非定型自閉症、レット症候群、他の小児期崩壊性障害などがある。

ADHDは、不注意、多動性、衝動性といった行動上の特性によって特徴づけられる発達障害である。様々な生物学的要因を基盤に、養育に関連した心理的要因や環境要因、さらに行動統制を要求される現在の生活環境などが複雑に絡み合って症状が惹起あるいは悪循環するといわれる。有病率は、学童期の子どもの3~7%で、青年期から成人期にかけて症状は減弱するとてきたが、近年の疫学調査によれば学童期で約6%，成人期でも5%とされる。性差は病型により異なるが、2:1から9:1で男児優勢とされるが、成人での性差は限りなく均等になるともいわれる。

II 診断・評価の標準的な在り方

II-1 PDD

- ・PDD の診断・評価は、評価尺度での評価やスクリーニングを行う初回面接から、医学的検査、心理検査、診断面接の実施という過程を経て総合的に判断をするべきである。
- ・幼児期、児童期、思春期・成人期の各年齢段階での PDD の特徴が把握できる広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度（PARS）²⁾や成人を対象とした自閉性スペクトル指数日本版（AQ-J）³⁾は、診断・評価過程において有益な情報を与えてくれるため必須項目といえる。その他の評価尺度では、行った方がよい項目として子どもの行動チェックリスト（親用）⁴⁾、子どもの行動チェックリスト（教師用）、乳幼児期自閉症チェックリスト修正版（M-CHAT）⁵⁾、小児自閉症評定尺度（CARS）⁶⁾があげられる。
- ・子どもの発達・成長評価、鑑別診断、薬物治療に先行する身体状態の把握などのために、身長・体重測定、脳波、血液検査、心電図（薬物治療を行う場合）といった医学的検査は必須である。医療機関によっては困難であるが、頭部単純 MRI、頭部 CT は行った方がよく、可能であれば乳幼児期では聴性脳幹反応も行いたい。
- ・知能検査は、診断のみならず治療・支援を考える上でも貴重な情報となるため、必ず行うべきである。年齢に応じて推奨される知能検査は異なり、幼児期では新版 K 式発達検査または田中ビニー知能検査、6～16 歳ではウェクスラー児童用知能検査（WISC）、17 歳以上ではウェクスラー成人知能検査（WAIS）である。これが実施できなくともその他の知能検査を行った方がよい。また、必要に応じて可能であれば K-ABC 心理・教育アセスメントバッテリーを実施し、詳細な学習機能などを評価する。
- ・心理的要因や環境要因によって修飾されたその子ども特有の状態像を理解する観点から、情緒的側面を評価することのできる描画テストは必ず行うべきである。その他の同様の検査では、行った方がよい項目として PF スタディ、文章完成テスト、ロールシャッハ・テストがあげられる。
- ・診断者の主観の関与する余地を少なくし、見逃しや過剰診断を防ぐために、広汎性発達障害評定システム⁷⁾や精神疾患簡易構造化面接法（小児・青年用；M.I.N.I.KID）⁸⁾を用いた診断面接を行った方がよい。これらが実施困難な場合、可能であれば Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders（DISCO）⁹⁾、Autism Diagnostic Interview-Revised（ADI-R）¹⁰⁾、Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic（ADOS-G）¹¹⁾もよい。
- ・以上の結果をもとに、DSM-IV-TR または ICD-10 に準拠して診断を行う。ただし、診断基準の改訂が近々行われるため動向を見守り、柔軟に対応することが望ましい。

II-2 ADHD

- ・ADHD の診断・評価は、評価尺度での評価やスクリーニングを行う初回面接から、医学的検査、心理検査、診断面接の実施という過程を経て総合的に判断をするべきである。

- ・ADHD 評価スケール (ADHD-RS) (家庭版・学校版)¹²⁾や子どもの日常生活チェックリスト (QCD)¹³⁾といった評価尺度は、診断・評価過程のみならず治療の過程でも有益な情報を与えてくれるため、必須項目といえる。その他の評価尺度では、行った方がよい項目として子どもの行動チェックリスト（親用）⁴⁾、子どもの行動チェックリスト（教師用）、反抗挑戦性評価尺度¹⁴⁾があげられる。
- ・子どもの発達・成長評価、鑑別診断、薬物治療に先行する身体状態の把握などのために、身長・体重測定、脳波、血液検査（甲状腺機能を含む）、心電図（薬物治療を行う場合）といった医学的検査は必須である。医療機関によっては困難であるが、頭部単純 MRI、頭部 CT は行った方がよく、可能であれば微細神経学的検査も行いたい。
- ・知能検査は、診断のみならず治療・支援を考える上でも貴重な情報となるため、必ず行うべきである。最も推奨される知能検査は WISC であるが、これが実施できなくともその他の知能検査を行った方がよい。また、必要に応じて可能であれば K-ABC 心理・教育アセスメントバッテリーを実施し、詳細な学習機能などを評価する。
- ・心理的要因や環境要因によって修飾されたその子ども特有の状態像を理解する観点から、情緒的侧面を評価することのできる描画テストは必ず行うべきである。その他の同様の検査では、行った方がよい項目として PF スタディ、文章完成テスト、ロールシャッハ・テストがあげられる。
- ・診断者の主觀の関与する余地を少なくし、見逃しや過剰診断を防ぐために、ADHD の臨床面接フォーム¹⁵⁾や ADHD の併存障害診断・評価用オプション・フォーム¹⁶⁾を用いた診断面接を行った方がよい。これらが実施困難な場合には、M.I.N.I.KID⁸⁾もよい。
- ・以上の結果をもとに、DSM-IV-TR または ICD-10 に準拠して診断を行う。ただし、診断基準の改訂が近々行われるため動向を見守り、柔軟に対応することが望ましい。

III 治療・支援の標準的な在り方

III-1 PDD

- ・PDD の治療・支援は、心理社会的治療・支援と薬物治療を組み合わせて行う。しかし、心理社会的治療・支援は薬物治療に先行して開始すべきである。
- ・心理社会的治療・支援として、精神・心理療法、親ガイダンス、学校などとの連携による環境調整を標準的に行うべきである。
- ・心理社会的治療・支援のオプションとしては、ペアレント・トレーニングや social skills training (SST) があげられる。これらは地域で取り組まれていることもあるため、医師は紹介先を把握しておくことが望ましい。
- ・機能の全体的評定 (GAF) 尺度 50 以下かつ併存障害を有することを目安として、薬物治療を開始することが望ましい。また、薬物治療を行う前に改めて身長・体重測定、心電図といった医学的検査を行うべきである。
- ・抗精神病薬、抗てんかん薬、抗うつ薬などの向精神薬は適応外使用であるものの、併存

障害を考慮し、症状に応じて、患者の個別性にも配慮し、有効性や忍容性を確認しながら薬物治療を慎重に行う。

III-2 ADHD

- ・ADHD の治療・支援は、心理社会的治療・支援と薬物治療を組み合わせて行う。しかし、心理社会的治療・支援は薬物治療に先行して開始すべきである。
- ・心理社会的治療・支援として、精神・心理療法、親ガイダンス、学校などとの連携による環境調整を標準的に行うべきである。
- ・心理社会的治療・支援のオプションとしては、ペアレント・トレーニングや social skills training (SST) があげられる。これらは地域で取り組まれていることもあるため、医師は紹介先を把握しておくことが望ましい。
- ・GAF 尺度 50 以下を目安として、薬物治療を開始することが望ましい。また、薬物治療を行う前に改めて身長・体重測定、心電図といった医学的検査を行うべきである。
- ・薬物治療は、徐放性 methylphenidate, atomoxetine を first line とすることが標準治療であり、いずれかの薬剤を単独で用いる。効果不十分の場合には最初に選ばなかつたもう一方の薬剤を単独で用いる。ただし、チック障害、てんかんが併存する場合には atomoxetine を first line とする。

まとめ

発達障害（PDD および ADHD）の標準的診療指針を示した。今回提案した発達障害の標準的診療指針が、児童精神科医療の合理的で実践的な診療内容をめぐる議論の素材となれば幸いである。

文献

- 1) 齊藤万比古、渡部京太編：第 3 版 注意欠如・多動性障害 - ADHD - の診断・治療ガイドライン. じほう, 東京, 2008
- 2) 安達潤、市川宏伸、井上雅彦ほか：PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度). スペクトラム出版社, 東京, 2008
- 3) 栗田広、長田洋和、小山智典ほか：自閉性スペクトル指数日本版 (AQ-J) の信頼性と妥当性. 臨床精神医学 32 : 1235-1240, 2003
- 4) 井潤知美、上林靖子、中田洋二郎ほか: Child Behavior Checklist/4-18 日本語版の開発. 小児の精神と神経 41 : 243-252, 2001
- 5) 稲田尚子、神尾陽子：自閉症スペクトラム障害の早期診断への M-CHAT の活用. 小児科臨床 61 : 2435-2439, 2008
- 6) Shapler E, Reichler RJ, DeVellis RF et al: Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). J Autism Dev Disord 10: 91-103, 1980

- 7) 栗田広 : 診断を中心に一広汎性発達障害評定システム (PDDAS). 精神神経学雑誌 110 : 962-967, 2008
- 8) 大坪天平 : 精神疾患簡易構造化面接法 (M.I.N.I., M.I.N.I. KID など). 臨床精神医学 39 (増) : 43-48, 2010
- 9) Wing L, Leekam SR, Libby SJ et al: The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: Background, inter-rater reliability and clinical use. J Child Psychol Psychiatry 43: 307-325, 2002
- 10) Lord C, Rutter M, LeCouteur A: Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord 24: 659-685, 1994
- 11) Lord C, Risi S, Lambrecht L et al: The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. J Autism Dev Disord 30: 205-233, 2000
- 12) Dupaul GJ, Thomas JP, Anastopoulos AD et al: ADHD Rating Scale-IV: Checklist, Norms, and Clinical Interpretation. The Guilford Press, New York, 1998 (市川宏伸, 田中康雄監修, 坂本律訳 : 診断・対応のための ADHD 評価スケールーADHD-RS (DSM 準拠) 一チェックリスト, 標準値とその臨床的解釈. 明石書店, 東京, 2008)
- 13) 後藤太郎, 山下裕史朗, 宇佐美政英ほか : 小児の生活機能評価のためのツール「子どもの日常生活チェックリスト QCD」の臨床応用の可能性. 小児科臨床 64 : 99-106, 2011
- 14) Harada Y, Saitoh K, Iida J et al: The reliability and validity of the Oppositional Defiant Behavior Inventory. Eur Child Adolesc Psychiatry 13: 185-190, 2004

子どものチック障害・強迫性障害の標準的診療を目指して

金生由紀子 東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野

はじめに

子どものチック障害と強迫性障害（obsessive-compulsive disorder: OCD）には密接な関連がある。両者はしばしば相互に併発することに加えて、その他の併発する精神疾患には注意欠如・多動性障害（attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD）をはじめとして重複が目立つ。病態についても、両者ともに、皮質-線条体-視床-皮質回路の関与、遺伝的要因と環境要因の相互作用が示唆されている。治療の構成についても、両者はかなり類似している。

I 障害群の概要

1. チック障害

チックは、突発的、急速、反復性、非律動性、常指向的な運動あるいは発声であると定義されている。チックには、運動チックと音声チックがあり、それぞれが単純チックと複雑チックに分けられる。

チックは、不随意運動とされてきたが、部分的には随意的抑制が可能であることから、“半随意”と考えられるようになっている。チックにはやらずにはいられないという抵抗しがたい感覚をしばしば伴い、この感覚は、前駆衝動（premonitory urges）と呼ばれる。

チックは、種類、部位、回数、強さなどがしばしば変動する。変動は自然の経過で生じることもあれば、心理的な影響によることもある。

チックを主症状とする症候群がチック障害である。18歳以下で発症して4週間以上持続するチック障害は、チックの特徴と持続期間から、一過性チック障害、慢性運動性あるいは音声チック障害、トウレット症候群（Tourette syndrome: TS）の3つに分けられる。持続期間が1年未満であれば一過性、1年以上であれば慢性とされる。

子どもの5~10人に一人はチックを示すとされる。チック障害は主として幼児期後半から学童期に発症し、慢性化しても思春期を越えると軽快に転じることが多く、時には寛解する。

2. OCD

強迫症状は、強迫観念と強迫行為に分けられ、反復的な思考、衝動、心象と行為である。典型的な場合には、強い不安や苦痛を引き起こし、本人は過剰で不合理であると認識して、抵抗しようとしている。また、本人のこころの産物であるとも認識されている。

OCDは、強迫症状を有して、強い苦痛や生活の支障を生じており、強迫症状が他の疾患によらない場合に診断される。

大人の OCD と子どもの OCD が異なるのみならず、子どもの OCD においても異質性があると考えられる。OCD の異質性としては、併発症との関連を考慮する必要があり、特にチックを伴うチック関連 OCD (tic-related OCD) が重要である。また、中心的な強迫症状のディメンジョン、家族の巻き込みの有無などによる相違もある。

子どもの OCD の頻度は 1~2% 程度とされる。OCD の発症年齢は、10 歳頃と 21 歳頃にピークを有する分布であり、子どもの OCD は大人までの経過中に閾値下になることもある。

II 診断・評価の標準的な在り方

1. チック障害

チックの診断は、丁寧な病歴の聴取と行動観察から得られた臨床症状によって行われる。鑑別の対象には、舞踏運動、ジストニー、ミオクロニーなどの不随意運動、ミオクロニー以外のてんかん発作、精神遅滞や自閉症スペクトラム障害 (autism spectrum disorder: ASD) などにしばしば見られる常同運動、強迫行為、爪かみや髪いじりなどの習癖異常が含まれる。常同運動、強迫行為、習癖異常は随意的運動であり、運動の特徴からチックと区別できるはずだが、チック障害に併発することもしばしばあり、慎重な判断を要する。

チック障害には様々な精神疾患を併発し、主なものとしては、OCD、ADHD、気分障害、不安障害、ASD がある。OCD を併発すると、チックがより重症であったり、自傷行為をより高率に伴つたりするとされる。しばしば併発して適応を妨げる症状としては、状況にふさわしくないほど激しく腹を立ててコントロールできなくなる“怒り発作”もある。

評価は、チック及び前駆衝動の評価、併発症の評価、神経心理検査、医学的検査などから構成される。チックの評価としては、チックの種類と重症度についての国際標準の評価である Yale チック重症度尺度 (Yale Global Tic Severity Scale: YGTSS)、チックの重症度の簡便な評価である Shapiro の Tourette 症候群重症度尺度 (Shapiro Tourette Syndrome Severity Scale: STSSS) がある。前駆衝動の評価としては、チック前駆衝動尺度 (Premonitory Urge Tics Scale: PUTS) がある。

2. OCD

強迫症状は幅広く、正常な発達の過程で認められるものも含まれる。また、子どもでは、チック障害の複雑チック、ASD のこだわりなど強迫症状と類似する反復的な思考や行為を示すことがあり、鑑別を要する。典型的な強迫症状は自我違和性や不合理性の認識を有するが、子どもではこの特徴が認められるとは限らない。

OCD の診断にあたっては、併発症、強迫症状の重症度に加えて、治療や支援の観点から、家族の機能や関係性を評価して家族が OCD にどれくらい巻き込まれているかを明らかにすることも重要である。また、子どもの OCD では、発達課題の達成への影響、学校生活への支障を評価することも有用である。

OCD は併発症を有することが多く、子どもでは、チック障害、ADHD、抜毛癖や爪かみなどの習癖異常がよく知られる。チック関連 OCD では、強迫行為は、不安を打ち消そうと