

- 9) The Research Unit on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group.(2001):Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. N Engl J Med. 2001 Apr 26;344(17):1279-85.
- 10) Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, Ginsburg GS, Rynn MA, McCracken J, Waslick B, Iyengar S, March JS, Kendall PC. (2008):Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. N Engl J Med. 359(26):2753-66.
- 11)渡部京太,森岡由起子 (2012) : 集団療法. 現代 児童青年精神医学 (改訂第2版) (山崎晃資、牛島定信、栗田広、青木省三 編著),永井書店, 大阪, 597-602.

# 素行障害をはじめとする外在化障害の標準的診療を目指して

分担研究者 榎屋二郎<sup>1)</sup>

研究協力者 奥村雄介<sup>2)</sup> 吉永千恵子<sup>3)</sup> 富田拓<sup>4)</sup> 飯森眞喜雄<sup>5)</sup> 丸田敏雅<sup>5)</sup> 松本ちひろ<sup>5)</sup>  
宮川香織<sup>5)</sup>

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

## I. はじめに

子どもの精神科臨床を行っているとき、問題行動や非行をはじめとした外在化症状に期せずして直面することが多い。このため外在化障害の標準的診療指針の潜在的ニーズは高いと考えられるが、これまで本邦における標準化は為されてこなかった。その理由としては以下のようなことが考えられる。疾病および障害の支援の標準化を行うためには、まずはその疾病および障害の診断が標準化されていなければならない。しかし、世界保健機関 (World Health Organization : 以下, WHO) が作成しているICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) においても、米国精神医学会の作成しているDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) においても、反抗挑戦性障害 (Oppositional defiant disorder : 以下, ODD) や素行障害 (Conduct disorder : 以下, CD) 等の外在化障害は診断基準改定の度に診断基準および障害概念の修正が行われ、特にCDに関しては修正の幅が大きかった。つまり、外在化障害はまだまだ障害としての概念が固定化していないとも言え、そこに外在化障害の医療的対応の限界が相まって診療の標準化を鈍らせたと考えられる。

果して非行などの外在化症状が医療の対象なのかという根本的な議論はまだまだ解決を見えない。しかし日常臨床において外在化症状を前景とする外在化障害はもはや医療にとって無視することのできない存在であり、我々が行った臨床医を対象としたアンケート調査においても、全ての回答者がCDについて「有用なガイドラインがあれば活用する」と回答している。平成25年5月にはDSM-5への改訂が決定しており、ICDも数年以内にICD-11への改訂が内定しているが、その改訂の内容を出来る限り先取りながら標準的診療指針を作成・提示することは極めて有意義なことと考えられる。

## II. 標準的診療指針における外在化障害の概念

標準的診療指針においては、子どもの問題行動や非行に関する概念を提示すると共に、本邦における非行の質的・量的な現状を提示し、その上で本邦において医療・福祉・教育・行政が非行問題に対してどのように対応しているかという枠組みを紹介することで、本邦における非行を中心とした外在化の現状をまず明らかにしていく必要が有る。そして更に、医学的に「外在化」がどのように捉えられ、どのように外在化障害として概念づけられてきたかという歴史の変遷を紹介して、標準的診療指針の利用者に対して、外在化障害に対する概念の整理を図っていく必要がある。

### Ⅲ. 標準的診療指針における外在化障害の診断・評価

#### ①医学的診断基準

「Ⅰ. はじめに」で述べたように、外在化障害の中核障害たる CD や ODD は診断基準改定の度に診断基準および障害概念の修正が行われてきた。修正幅は他の障害と比較しても大きく、しかも ICD と DSM でいまだに診断基準や下位項目分類が大きく異なっている。このことは障害概念定着や診療標準化の非常に大きな阻害要因となっている。本来は診療の標準化は現行の診断基準(ICD-10、DSM-IVTR)を用いて行うべきであるが、上述したように平成 25 年 5 月には DSM-5 への改訂が、そして数年内に ICD-11 への改訂が決まっている以上、これらの新診断基準を出来る限り先取して指針を作成する必要がある。この2つの新診断基準の内では DSM-5 が草案の公表以降、最終案に近い案まで公表されてきたのに対して、ICD-11 はいまだ草案すら公表されておらず、現状では DSM-5 に採択されるであろう障害概念や診断基準に沿って診断を行っていくのが賢明と考えられる。

#### ②鑑別すべき疾患、併存しやすい疾患について

齊藤は注意欠如多動性障害(Attention Deficit Hyperactivity Disorder、以下 ADHD)から ODD、CD を経て反社会性パーソナリティ障害(Antisocial Personality Disorder、以下 ASPD)に至る破壊的行動障害(Disruptive Behavior Disorders、以下 DBD)の一連の進展を DBD マーチと提唱したが、このように破壊的行動障害を呈する鑑別すべき障害として ADHD のような発達障害、そして ASPD のようなパーソナリティ障害は重要である。発達障害としては知的障害や広汎性発達障害も衝動統制不良を呈することが有り、留意すべき鑑別・併存障害である。

脳器質的疾患としては頭部外傷や頭蓋内病変、てんかんなども場合によっては不機嫌や癇癪、衝動統制不良を来すことが有るため鑑別障害・併存障害として留意すべきである。その他に併存しやすい疾患としては気分障害や不安障害などの情緒障害あるいは物質使用障害も併存が多く報告されており留意が必要である。

標準的診療指針においてはこれらの疾患との差異や鑑別点について触れていく必要がある。

#### ③検討すべき要因

外在化障害発生の詳細な機序は不明であるが、発生のリスクを高めるリスクファクターは様々なものが判明している。遺伝的要因がどこまで外在化障害発生に寄与するかは分かっていないが性格傾向が遺伝的な影響を受ける以上、衝動性や残虐傾向などに遺伝的要因が影響を与え、外在化障害発症につながる可能性を否定はできない。また、頭部外傷や脳炎、てんかんなどの脳の器質的な変化は衝動統制不良や不機嫌、癇癪などにつながる事が知られており、外在化障害発症につながる。また被虐待や被いじめ等の環境要因も外在化につながるリスクファクターとして重要である。標準的診療指針においてはこれらの各種要因を整理して触れていく必要がある。これらの各種要因を正しくアセスメントし明らかにすることは正しい介入や支援などの正しい治療につながっていくからである。

#### ④評価尺度と検査

上記してきたような鑑別障害・併存障害を明らかにするためにも、身体的精査(血液検査、脳画像検査、脳波検査等)を行った上で、各種アセスメントツールや心理検査を用い

たアセスメントをしていく必要が有る。もちろん、本人や家族等からの十分な聴きとりを行い、本人を十分に観察することが最も大切ではあるが、その上で例えば「子どもの行動チェックリスト(Child Behavior Check List、以下 CBCL)」は広く普及しており、外在化障害の客観的評価にも有用である。また素行障害診断に用いられる診断ツールとして平成16年度～平成18年度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」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)の使用も外在化障害の客観的把握にとって有意義である。標準的診療指針においてはこれらの各種検査や評価尺度を整理・紹介し、地域医療機関が外在化障害を医学的に正しく評価し、医療対応の可能性を検討していけるように指針を示すべきであると思われる。

#### IV. 標準的診療指針における外在化障害の医療機関での治療・介入

基本的な考え方として、症状が極めて社会的である外在化障害は影響が他者や社会に及ぶことも多く、医療機関のみで支援が完結できることがむしろ少ないという認識を持つべきである。よって、患者本人を医療機関が抱え込むのではなく、如何に利用可能な社会的資源を見つけだし、その社会的資源と関係機関との連携を図れるかが治療や支援の成功のカギとなる。その連携を模索する中で医療機関として出来る治療や支援を検討し、実行していく必要が有る。現状として利用しうる代表的な社会資源としては警察の青少年センターや少年鑑別所、地域生活定着支援センター、保健所、精神保健福祉センター、発達障害者支援センターなどであり、標準的診療指針ではこれらの関係機関へのアクセス方法について触れておくべきであろう。また、現在、少年院法や少年鑑別所法が改正の準備に入っており、地域連携がより活発に行える可能性が高まっていることも紹介すべきと思われる。

現状において外在化障害に著効するような薬物療法は無いが、衝動統制の改善には薬物療法の選択肢も重要であるため標準的診療指針の中では薬剤選択や用量を含めて提案を行う必要が有ると考えられる。心理療法については、現在、世界的に非行や犯罪などの修正には治療技法として認知行動療法が世界的にも取り入れられている。この流れは1980年代のリラプス・プリベンション・モデルの導入にさかのぼり、物質依存の治療技法であったリラプス・プリベンション・モデルが性加害修正に応用され、その有効性から加害修正全般にも広く採用されるようになった。リラプス・プリベンションでは繰り返される問題行動の中で加害者のリスク要因を徹底的に分析し、そのリスクへのコーピングスキルを学び、再犯防止を図る。このアプローチは大きな成果を挙げ、再犯率の低下に貢献したが、現在は加害の多様性に対応したセルフ・レギュレーション・モデルや対象者の自己実現や幸福追求の支援の重要性を説いたグッド・ライブス・モデルなど、複数のアプローチがポスト・リラプス・プリベンション・モデルとして提唱され、注目されている。また、教育分野では行動障害のある子供と関わる先生や親への支援を目的とした協働モデル Collaboration Model with Teachers and Parents for Support to Children with Disabilities:COMPAS が注目されており、これらの新しい概念は本来は外在化障害のために作成されたものではないが、外在化障害の治療や支援でも非常に重要と考えられる。そのため、標準的診療指針では紹介をすべきであると考えられる。

## V. まとめ

外在化障害の標準的診療指針作成を目指した基本的な考え方を示した。今後、作成・提案される標準的診療指針が、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

### 参考文献

- 1) DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis [<http://www.dsm5.org> (cited on March 16, 2010)]
- 2) Marlatt, G. A.: Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of model. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds): Relapse prevention in maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. 3-70, Guilford, New York, 1985
- 3) Ward, T., & Hudson, S. M.: The construction and development of theory in sexual offending area: A Metatheoretical framework. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 10; 47-63, 1988
- 4) Ward, T., & Stewart, C.: The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. Professional Psychology: Research and Practice, 34; 353-360, 2003
- 5) 長澤正樹、松岡勝彦: 大学教員の行動コンサルテーションによる地域の障害児教育支援モデル: COMPAS-障害のある子どもを持つ保護者・担任教師・周辺市町村の教師を対象に-. 新潟大学教育人間科学部紀要, 1: 11-22, 2003
- 6) 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.
- 7) 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
- 8) 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

## エビデンスに基づく薬物療法のあり方とは何か

岡田 俊 名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療科

はじめに

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、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、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、多様な要因が関与している。ここでは、エビデンスに基づく薬物療法のあり方とは何かを述べる。

### I. エビデンスとは何か

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が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求められたことが関連している。

EBMを成立させるためには、以下のことが前提となる。

#### (1) すべての研究者と臨床医が診断を共有できること

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候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、研究者に受け入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。また、ある患者に対する医師の診断も100%の一致が保証されているわけでもない。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のある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な差を認めること

諸条件を一致させた対象群と介入群の間に統計学的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。

## II. エビデンスの扱い

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。しかし、論文の本文にアクセスするためには、フリーアクセスの雑誌を除いて有料である。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。

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。

これらのエビデンスは、医師の判断の根拠としてだけ用いるのではなく、患者に提示し、そのうえで治療方針を決定するという shared decision making が志されなければならない。

## III. EBM の問題点

(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、診断基準は変わり得ること、臨床医どうしの診断の一致性が必ずしも保証されていないという問題がある。このことは過去のエビデンスを現在の患者に当てはめる際の支障となる。

## (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。

## (3) エビデンスの偏在

介入のアウトカムは、比較対象試験が実施し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。

## (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、医科系大学や研究機関では購読申し込みをしており、研究者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

現在、臨床に役立つ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り埋め合わされている。そのため、エキスパートの経験・信念・力動の影響を受ける。

## IV. EBM に基づく薬物療法のあり方

### (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。

### (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적인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。

おわりに

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。そのようななか臨床も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変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を適切な手順に元々実施することが肝要である。

# 大学における児童青年精神医学教育の標準的な在り方とは何か

西村良二

福岡大学医学部精神医学教室

## I はじめに

広汎性発達生涯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精神科において診療されている。また、行為障害は、従来は大学病院精神科を受診することが少なく、非行や犯罪の関係で児童相談所や家庭裁判所などで対応されてきたが、医療的ケアを求めて大学病院を来院する症例が増えてきている。そして特別支援教育が実施され、大学病院の精神科医は、発達障害や注意欠如多動性障害の診断や治療に習熟するとともに、地域社会において福祉や教育の領域で働く精神保健の専門家たちを統合し、リーダーシップをとっていくことが、いっそう求められている現状と言えよう。そこで、大学における児童青年精神医学教育の標準的な在り方を検討したい。

## II 診療体制について

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いることが実感させられるが、児童青年の精神科の臨床は、一般的な精神科診療に加え、発達援助、家族との面接、助言、教育機関や地域福祉機関との連携が不可欠なため、1人の患者により多くの時間とマンパワーが必要となる。それは、親が求めているのは単に診断名ではなく、今後どのようにわが子を育てていったらいいのか、どのように教育するのがよいのか、といった具体的な接し方についてのプランだからである。こうした支援プランを立てるためには、どうしても時間がかかるのである。そして、学校や家庭、地域社会における子どもの精神保健対策をすすめていくためには、職種の異なる専門家からなる臨床チームが必要である。

しかし、実際の診療にあたっては、十分な人材が整わないまま診療に携わっていることがわかっている。子どもの心の診療を専門外来で行っている大学病院でも、その診療の多くは医師と心理士で支えており、作業療法士や保育士、ソーシャルワーカーはいない。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も、保育士や作業療法士、ソーシャルワーカーを配置している病院は少ない。

マンパワーは不十分だけれども、大学病院の使命である診療、教育、研究と地域貢献のために、子どもの心の診療を一般外来で行っている大学病院では、専門外来の設置への意向は高い。専門外来を行っている病院では、子どもの心の診療部ないしは診療科の設立への強い志向性がうかがわれるのである。実際のところ、教育や福祉の現場では、困りながらも相談先がみつからずに子どもを抱え続けている場合が多い。子どもの心の診療の専門的なユニットが設立されたとなると、教育・福祉の領域と医療の領域との狭間にいる子どもたちの受診が急増するのである。大学病院の使命である診療、教育、研究と地域貢献の

ために、すべての大学病院に、子どもの心の診療部ないしは診療科を設立したいものである。今後、大学病院において児童青年精神科研修の場を広げていくためには、最初に、臨床現場に子どもを受け入れていくことから始めるべきであろう。

さて、子どもの心の診療部ないしは診療科の立ち上げの際に問題となることは、第一に、病院全体の理解と協力である。第二は小児科との連携である。三番目が精神科内での理解と協力が課題となる。それは、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てはならない、ということである。診療科全体で取り組んでいくことが肝要であり、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、成人の一般精神科診療にまじって子どもを診ていくという形も診療体制として併存して持っていることが大切なポイントで、成人の診療と子どもの心の診療が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。

子どもの心を診療する医師の養成には、一定期間、しっかりと児童青年精神医学の研修ができる場を確保しなければならない。入院ベッドを持っている施設での研修が望まれるが、実際には、児童青年の入院ベッドを専用で持っている大学病院は数少ない。児童青年の入院治療は非常に手間がかかることから不採算となりやすいため、専用の病棟は難しいとしても、子どもの心の専用の数ベッドが確保できることが望ましい。

### Ⅲ 児童青年精神医学の教育について

大学病院の精神科後期研修の講義に関して、子どもの精神疾患については高い頻度で講義されているが、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、子どもや親への問診や面接、カルテの書き方などの講義はあまりなされていない。とくに、子どもの薬物療法や種々の心理社会的療法、養育相談や発達支援の方法、福祉や司法との連携などはほとんど講義されていない。

精神科の後期研修医への系統的講義は、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も十分でない。子どもの心の診療に関する技術に関して、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の機会乏しく、特に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。

不十分な後期研修の一因には、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「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」と不全感の声が上がっているように、児童青年の精神科医への負担が大きくなっていることがある。<sup>4)</sup> こうしたことから、児童青年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、児童青年の専門でなくても、ある程度の診療ができるような研修システムを組むことが課題であることを示していよう。現在の大

学病院の事情では、1つの大学病院で教育が完結することはできない。共同研修会などの企画が必要であろう。

さて、子どもの心の診療をする医師の養成をすすめていく上で、一般の精神科医と児童精神科医との間に乖離が生じないように注意しなければならない。つまり、子どもの心の診療へのニーズは高まってきているけれども、一般の精神科医には葛藤があり、「児童青年の精神科医療はなくてはならない」と思いながらも、児童青年期の精神科医療からつい距離を置き、背を向けて離れていく傾向がうかがわれる。それは、「1症例にかける時間が長すぎる」とか、「家庭や学校との連携に時間をかけすぎる。ほかにも患者は多いのに・・・」という苦言に加えて、「一般の精神障害への対応が甘い」などの批判の中にあらわれているように思える。こうした芳しくない乖離を埋めながら養成を推し進め、一般の精神科医が児童や青年期の症例に苦手意識をもたないように、もしくは児童や青年の症例を診療するときの支障にならないように、こどもの心の診療医の養成に取り組まなければならないだろう。<sup>1)</sup>

児童青年の専門医を増やしていくためには、全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設などの施設において専門的な研修を受けた医師に将来の活躍の場を提供することが急務に思われる。特に大学医学部や大学病院などの教育研究機関に活躍の場を設けることが必要である。大学病院には、児童青年精神医学を指導できる教員、スタッフが少ない。常勤で児童青年期の診療や教育に専念できるポストが大学医学部には望ましい。児童や青年期の精神科医療においては、実験や調査がしにくく、データが集めにくい。生物学的な研究は少なく、インパクト・ファクターも低く、研究実績があがりにくいいため、大学の教職員として残る機会も少ないこともある。<sup>2)</sup>

#### IV 看護スタッフの教育について

心のケアを要する子どもは増加の状態が続いており、入院治療を必要とする子どもは少なくはない。しかし、ほとんどの大学病院では、児童青年精神科の専用のユニットや専用のベッドを有せず、成人の精神科病棟を借りたり、小児科の病棟を借りたりして子どもの心の入院治療を行っているのが現状である。児童精神科医療の充実のためには精神科看護の役割はきわめて大きい。こうした中、子どもの心の入院診療に携わる専門的な精神科看護師の養成研修が求められている。実際に子どもの入院ケアに携わっている精神科看護師は、子どもの症状に関すること、とくに自傷・他害に関すること；看護スタッフの子どもへのかかわり方、家族介入に関することなどについて、一緒に働く精神科医の協力を得て、専門的な体系的な講義を受け、個々のケースについては対応のロールプレイ、病棟カンファレンスを通して学びたいという期待がみられる。もちろん、外部での講習会や研修会の希望もあるけれども、まずは勤務する病院内での研修の機会を望んでいることがわかった。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思われる。

もう1つ考えなければならないのは、看護の勤務体制の問題であろう。個人が専門的看護を行いたいと希望しても、次の病棟への配属、次の診療科への配属が避けられず、自己実現がしにくい現状がある。専門的精神科看護の確保には、看護のスキルアップのみならず、大学病院の看護部の理解と協力が必要なことは言うまでもない。

## V まとめ

我が国の児童青年精神科医療体制には数十年の遅れがあるという指摘があるが、その一因には、わが国の大学医学部に児童精神医学講座が設立されていないことがあげられる。<sup>3)</sup> 教育、診療、研究、地域貢献の拠点としての児童精神医学講座の新設によって、社会の要請に応えることのできる子どもの心の診療医の育成が著しく進むことは言うまでもないだろう。講座の設立により、卒前卒後の教育に一貫性ができるし、大学院生も加わり、マンパワーが期待できる。また、内科、外科、小児科、産婦人科などの他科の医師に対して、さまざまな臨床の場に登場する子どもたちが示す多彩な症状・問題行動を理解し、プライマリ・ケア段階での対応が行えるようになる児童青年精神医学教育を推し進めることができるだろう。

## 文献

- 1)西村良二:第103回日本精神神経学会総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
- 2)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
- 3)山崎晃資:精神科の専門分化について—児童精神医学の立場から—.精神科治療学,16(2):135-142,2001
- 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

# 地域における子どもの精神保健ネットワークのあり方

山崎透 静岡県立こども病院

はじめに

児童虐待やいじめなど、子どもをめぐる様々なストレスを背景として、不登校、発達障害児の二次障害、自傷・自殺、性的逸脱行動、反社会的行動など、子どもの情緒や行動の問題は深刻化・多様化している。こうした子どもたちが適切な治療・支援を受け、回復し、地域社会で生活していくためには、医療のみならず、福祉・教育・保健・等を含む関係領域が連携して子どもの精神保健ネットワークを構築し、包括的な支援を行うことが極めて重要である。本稿では、地域中核病院を中心とした児童精神科領域の医療ネットワークや関係機関との連携のあり方について述べる。

## I ネットワーク構築の前提となる条件

地域で子どもの精神保健ネットワークを構築していくためには、行政や現場レベルでの様々な施策が必要となる（図1）。重視すべき項目を以下に挙げる。

- 1) 人材育成（児童精神科医、子どもも診れる一般精神科医、コメディカルなど）
- 2) ネットワークの中心となる地域中核病院の整備

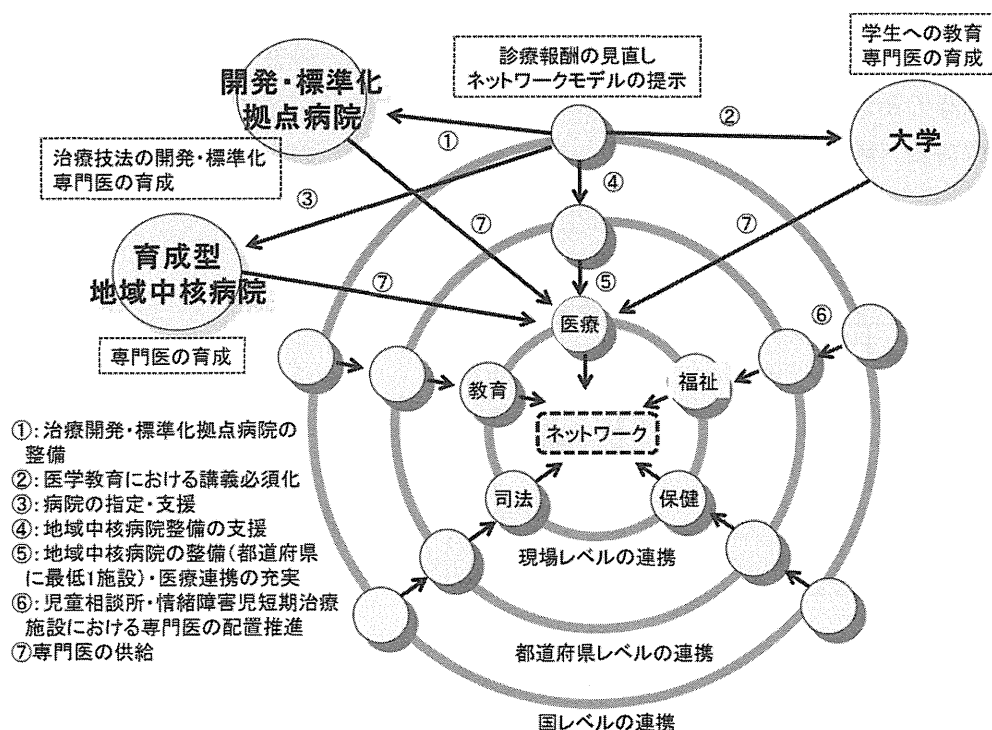


図1 子どもの精神保健ネットワーク構築のための前提条件

- 3) 行政レベル、現場レベルの連携
- 4) ネットワークモデルの提示（医療連携を含む）

## II 地域中核病院のあり方

医療連携ネットワーク、子どもの精神保健ネットワークを構築する上で、表 1 に定義するような地域中核病院の整備が極めて重要となる。こうした地域中核病院が、各都道府県に少なくとも一つ、可能であれば 2 次医療圏に一つ整備されることが望ましい。

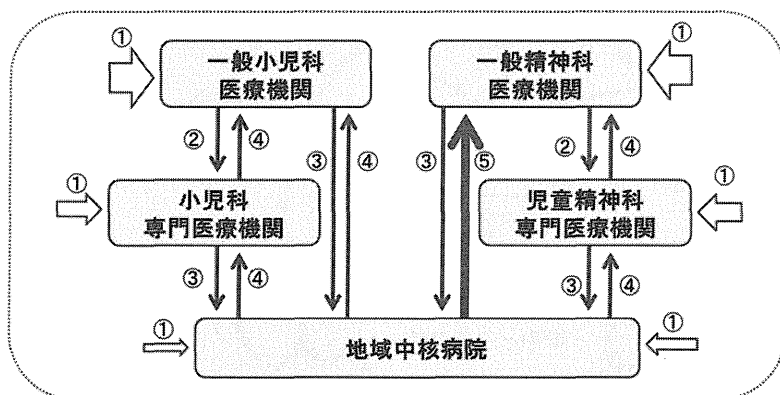
1. 児童精神科医が複数（可能なら数名）勤務している
2. 児童精神科の専門外来を開設している
3. 重篤な精神障害の子どもを適切に治療することが可能な、児童専用病棟又は専用病床を有している  
（子どもの治療環境・マンパワーの点からは専用病棟が望ましい）
4. 都道府県と連携しながら、地域における子どもの精神保健ネットワークの中核的な役割を担っている
5. 「児童精神科医」、「子どもも診れる一般精神科医」を育成している

表 1 地域中核病院の定義

## III 医療連携ネットワークのあり方

地域において児童精神科領域の医療連携を構築していくためには、特定の医療機関への患者集中、初診までの待機期間の長期化などの課題を解消し、以下のような整備を行っていく必要がある。こうした整備を行いつつ、図 2 のような連携を行っていく必要がある。

- 1) 1 次診療機関（一般精神科医療機関・一般小児科医療機関）の充実
- 2) 青年期以降の発達障害（二次障害を伴う）を診療する精神科医療機関の充実
- 3) 2 次医療機関（精神科専門医療機関・小児科専門医療機関）の充実
- 4) 重篤な精神障害を診療する地域中核病院の整備



①直接受診、②紹介、③重症例の紹介・入院依頼、④逆紹介、⑤逆紹介・キャリアオーバーの紹介  
\* 地域中核病院は都道府県に最低1施設、専門医療機関は2次医療圏に最低1施設の整備が望ましい

◆ 診療以外の主な連携・ネットワーク活動  
1. 症例検討 2. 研修会・講演会 3. 研修（新患陪席など） 4. スーパーバイズ

図2 医療連携モデル

#### IV 子どもの精神保健ネットワークのあり方

児童精神科医療機関が関わるネットワーク活動は多岐に渡る。上述したような様々な整備を行った上で、図3に示したようなネットワーク活動を行っていくことが望ましい。主なネットワーク活動としては以下のようなものが挙げられる。

##### 1) 医療機関に通院・入院している子どもに関する多機関合同のケース会議

通院・入院している症例について、学校や児童相談所等の関係機関とのケース会議は極めて重要であるが、多忙さや連携不足から十分に実施できていないのが現状である。医療機関・児童相談所を対象とした筆者らの調査もそれを裏付ける結果となっている。

##### 2) 要保護児童対策地域協議会（要対協）など、医療・福祉・保健・教育・警察などの関係機関が定期的開催する連携会議

筆者らの調査では、多くの児童相談所が要対協への専門医の関与の必要性を感じながらも、専門医の不在や多忙さから参加要請しておらず、児童精神科医側では要対協の認識不足が明らかとなった。ネットワークの中核として、要対協を含む多機関連携会議への児童精神科医の関与は重要であり、専門医への周知などを展開していく必要がある。

##### 3) 児童相談所、児童福祉施設、教育相談、矯正施設等関係機関の嘱託医（学校医も含む）

##### 4) 児童福祉施設の巡回相談

児童精神科医が児童福祉施設を訪問し、入所している子どもの診たてや対応についてアドバイスしたり関連した内容の講義をおこなう。

##### 5) 関係機関と合同の症例検討会、関係機関の各職種を対象とした研修会・講演会

##### 6) 利用者にとって有益な情報を掲載したパンフレットの作成と周知

多くの地域では、医療・福祉・教育・保健等の各機関がそれぞれ相談機関の一覧などを作成しているのが現状である。ユーザーの視点に立てば、こうした情報を集約したパンフレット等を関係機関合同で作成することが望ましい。

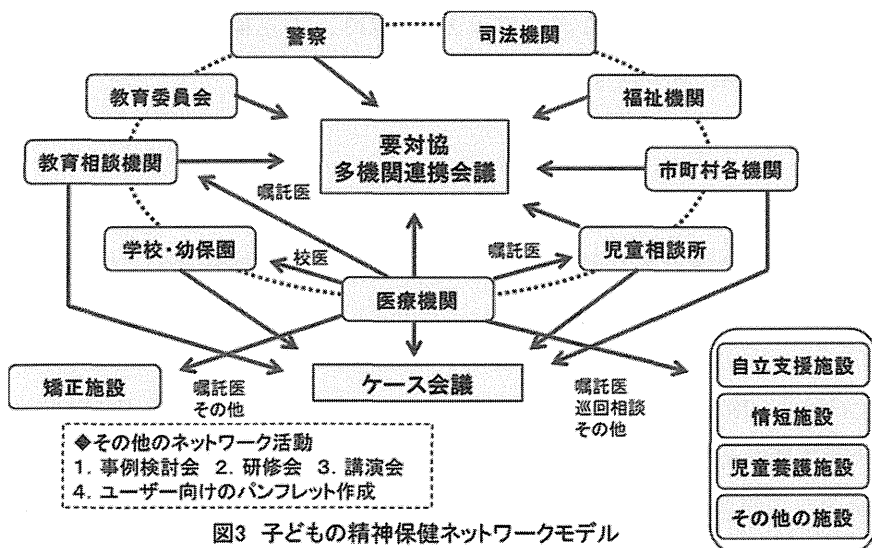


図3 子どもの精神保健ネットワークモデル



最後に、被虐待児に対する専門医の介入のモデルを図4に示す。

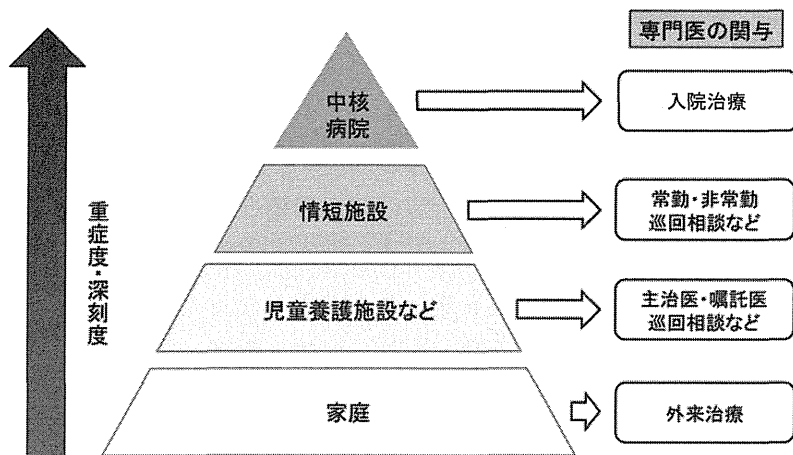


図4 被虐待児の処遇と専門医の介入モデル

#### まとめ

1. 地域で子どもの精神保健ネットワークを構築していく前提条件として、①人材育成（児童精神科医、子どもも診れる一般精神科医、コメディカルなど）、②地域中核病院の整備（少なくとも都道府県に一つ）、③行政レベル・現場レベルの連携などが重要である。
2. 地域中核病院を中心とした医療連携ネットワークを構築するためには、特定の医療機関への患者集中や初診までの待機期間の長期化などの課題を解消するために、①1次診療機関の充実、②青年期以降の発達障害（二次障害を伴う）を診療する精神科医療機関の充実、③2次医療機関の充実、などが必要である。
3. 関係機関と連携した子どもの精神保健ネットワーク活動としては、①医療機関に通院・入院している子どもに関する多機関合同のケース会議、②要保護児童対策地域協議会などの多機関合同の連携会議、③関係機関の嘱託医（学校医も含む）、④児童福祉施設の巡回相談、⑤合同の症例検討会、研修会・講演会、などが重要である

#### 文献

山崎透、石垣ちぐさ、大石聡他：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、大石聡他：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

## IV. 児童青年精神科臨床研修ガイドブック

## I. 総論

### i) 子どもの精神発達

国立国際医療研究センター国府台病院 齊藤万比古

### ii) 子どもの神経発達

山梨大学 相原正男

### iii) 早期幼児期の精神発達

名古屋大学 本城秀次

### iv) 母子関係の精神保健

駒木野病院 笠原麻里

### v) 児童青年精神科臨床における

#### エビデンスの用い方

名古屋大学 岡田俊

## II. 各論

### i) 子どもの心の診療にみられる

#### 各病態

1) 広汎性発達障害 京都大学 十一元三

2) 注意欠如多動性障害

奈良教育大学 根来秀樹

3) 学習障害 国立精神・神経医療研究センター

小林朋佳・稲垣真澄

4) 反抗挑戦性障害・素行障害

信州大学 原田謙

5) うつ病性障害・自殺関連事象

国立国際医療研究センター国府台病院 宇佐美政英

6) 統合失調症 東海大学 松本英夫

7) 摂食障害

横浜市立大学附属市民総合医療センター 高橋雄一

8) 強迫性障害

国立国際医療研究センター国府台病院 小平雅基

9) チック障害・習癖 東京大学 金生由紀子

10) 睡眠関連障害

国立国際医療研究センター国府台病院 岩垂喜貴

11) パーソナリティ障害

三田精神療法研究所 牛島定信

12) 心身症 大阪医科大学 田中英高

13) PTSD 関連障害

兵庫県こころのケアセンター 亀岡智美

14) 解離性障害・転換性障害

神戸大学 田中究

15) てんかん 東京女子医科大学 小国弘量

### ii) 子どもの心の診療特有の問題

1) 児童虐待

国立成育医療研究センター 奥山真紀子

2) 不登校・ひきこもり

東京都小児総合医療センター 近藤直司

3) 周産期関連の問題とその後の発達

愛育病院 石井のぞみ

4) 自傷行為

国立精神・神経医療研究センター 松本俊彦

### iii) 諸検査

1) 脳波検査 東京女子医科大学 小国弘量

2) 画像検査 川口市立医療センター 原裕子

3) 心理検査・認知機能検査

国立国際医療研究センター国府台病院 入砂文月

### iv) ケースフォーミュレーション

九州大学 山下洋

### v) 治療介入技法

1) 子どもの治療総論

国立国際医療研究センター国府台病院 齊藤万比古

- 2) 薬物療法 名古屋大学 岡田俊
- 3) 個人力動的的精神療法 北里大学 生地新
- 4) 家族療法 中村心理療法研究室 中村伸一
- 5) 集団療法  
国立国際医療研究センター国府台病院 渡部京太
- 6) 行動療法  
筑後吉井こころホスピタル 飯倉康郎
- 7) 認知行動療法  
国立精神・神経医療研究センター 堀越勝
- 8) 遊戯療法  
国立国際医療研究センター国府台病院 齊藤万比古
- 9) 入院治療 静岡県立こども病院 山崎透
- 10) 発達障害への療育  
山梨県立こころの発達総合支援センター 本田秀夫
- 11) ペアレントトレーニング  
奈良教育大学 岩坂英巳
- 12) 他機関との連携 熊本大学 牛島洋景
- 13) 子どもの精神科救急  
岡山県精神科医療センター 大重耕三
- 14) at risk mental state (ARMS)  
への支援  
神奈川県立子ども医療センター 新井卓

## vi) 今後期待される治療介入技法

- 1) アウトリーチ的介入  
国立国際医療研究センター国府台病院 佐竹直子
- 2) Parent Child Interaction Therapy  
もりやクリニック 細金奈奈

## vii) 病院以外での子どもの心の診療

- 1) 児童相談所  
東京都児童相談センター 伊東ゆたか