

平成26年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究
分担研究報告書

児童精神科医療における検討

分担研究者 近藤 直司（大正大学 人間学部 臨床心理学科）
研究協力者 三上 克央（東海大学医学部専門診療学系精神科学）
宇佐美政英（独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院）
宮崎 健祐（東京都立小児総合医療センター）
渡邊 由香（東京都立小児総合医療センター）
上園 礼（東京都立小児総合医療センター）
尾崎 仁（東京都立小児総合医療センター）

研究要旨

1年目には、入院治療を必要とした広汎性発達障害患者（以下PDD）の背景について検討した。2年目にあたる平成26年度は、ひきこもり、自殺関連行動、暴力に注目し、それぞれに応じた入院治療のあり方、その有効性と課題について検討した。

ひきこもりについては、入院治療の有効性が確認できた一方で、退院後、再びひきこもり状態が生じるケースもあり、教育的支援や家族支援など、包括的・連続的な治療・支援システムの構築が必要と考えられた。同様に、自殺関連行動、とくに再企図の防止においても、家族関係や学校生活などの環境調整が重視されることが明らかになった。暴力を主訴とするケースについては、入院治療の実際について整理した。

研究1：ひきこもり

（1）対象

平成21年4月から平成22年3月までの1年間に入院となった男子30例、女子20例、計50例について、それぞれの年齢、性別、引きこもり期間、ICD-10に基づく主たる診断名、入院期間、退院先、予後、家族背景について後方視的に検討した。なお、ひきこもりの概念としては『6ヶ月以上社会参加していない』という定義が広く用いられるが、今回の検討では1ヶ月以上のひきこもりを検討の対象とした。

（2）年齢分布

年齢分布は、6歳から17歳で平均13.5歳であった。男子では平均13.7歳、女子では13.2歳で

あった。ひきこもりの背景に、学校への適応の難しさが関連していることが窺われる。

（3）診断

ICD-10に基づく主たる診断は、F2が24.0%(12例)、F4が20.0%(10例)、F8が48.0%(24例)であった。F8については、特定不能の広汎性発達障害10例、アスペルガー障害7例、小児自閉症7例という内訳であった。主診断とIQの分布から、中核的な自閉症だけでなく、自閉症特性の薄い高機能ケースにおいても、ひきこもりが生じやすいことが示唆された。

（4）ひきこもり期間について

ひきこもり期間の分布には5ヶ月から72ヶ月の幅があった。男子のひきこもり期間が平均13.1

ヶ月であったのに対し、女子は 6.0 ヶ月と、受診・入院までのひきこもり期間は男子で長期化する傾向を認めた。

(5) ひきこもり以外の入院時主訴

ひきこもりおよび不登校を除いた入院時の主訴は、多いものから昼夜逆転、家庭内暴力の順であった。

(6) 入院前の受診と診断の有無

入院前に診断に至っていたケースは、PDDNOS では 10 例中 5 例(50.0%)、アスペルガー障害では 7 例中 3 例 (42.9%)、自閉症では 7 例中 3 例(42.9%)であった。未診断・未支援ケースだけでなく、診断に至っていたものの、その後、ひきこもりが生じているケースがあり、各々のケースに応じた必要十分な支援を提供することの難しさが読み取れる。

(7) 入院期間

入院期間は 20 日-416 日で、平均日数は 137 日であった。男子は平均 146.9 日、女子は 122.3 日。診断名による入院期間の差は認めなかった。

(8) 転帰・予後

追跡し得た 45 例中の 33 例(73.3%)が再登校など、社会参加に至っていた。入院時と退院時の GAF を比較すると、入院時平均が 29.6 であったのに対し、退院時は平均 50.1(30-80)と上昇しており、入院治療には一定の効果がみられた。しかし、45 例中 12 例(26.7%)では、退院後、再びひきこもりが生じており、そのうち 5 例は再入院に至っていた。

(9) 家族背景について：

家族背景について情報収集できた 47 例中の 13 例(27.7%)が単身親、6 例(13.3%)が生活保護受給家庭であった。また、精神科疾患の家族歴は 25 例(53.2%)で把握された。内訳は、父あるいは母の気分障害、神経症、薬物依存やアルコール依存、発達障害、知的障害、線維筋痛症、同胞の不登校、適応障害、知的障害、統合失調症であった。退院前に関係機関との情報共有や、支援体制を確認するための連絡やカンファレンスを要したケ

ースが多く、家族機能の脆弱性なケースが少ないことを示している。

(10) 治療内容

F2 のケースでは薬物療法、F4 のケースでは精神療法を中心に、包括的な治療方針が策定されるのに対して、F8 のケースでは、発達特性の評価とそれを踏まえた指導、環境調整、二次障害の治療が課題となるが多かった。

(11) 考察とまとめ

多くのケースが社会参加に至っていることから、発達障害を背景とするひきこもりケースに対して、入院治療はおおむね有効であると考えられた。しかし、退院後に再びひきこもりが生じるケースも少なくないことから、診断や入院治療といった医療的な介入だけでなく、本人への教育的配慮や学校環境の調整、家族への支援を含めた包括的な取り組みが必要になるものと考えられる。

研究 2：自殺関連行動

(1) 方法

平成 22 年 3 月～平成 25 年 3 月に東京都立小児総合医療センター児童・思春期精神科に自殺関連行動を理由に緊急入院した 112 例(連続サンプル)を対象に、診療録に基づき後方視的に調査した。

調査項目は、年齢、性別、自殺関連行動に至った直接的誘因、自殺関連行動の手段、希死念慮の表出の有無(入院前・入院時)、家族・学校等の社会的背景、精神科的診断(ICD-10 に基づき複数の児童精神科医が診断)、過去の自殺関連行動歴・退院後の再企図(フォローアップ期間：平成 25 年 8 月まで)の有無とした。

主診断または併存診断が広汎性発達障害であった群(PDD 群)とそれ以外の群(非 PDD 群)の 2 群を設定した。さらに、PDD 群のうちフォローアップ期間中に再企図があった群(PDD 再企図群)となかった群(非再企図群)のサブグループに分類した。上記の群につき、各調査項目について比較検討した。

(2) 結果

PDD 群は 47 例 (42%) であった。PDD 群の背景は下記のとおりである。

- ・平均年齢 14.4 歳
- ・男女比 47% : 57%
- ・両親同居の割合 : 66%
- ・いじめられたことがある割合 : 43%
- ・不登校歴あり : 77%
- ・被虐待歴あり : 11%
- ・併存疾患 F2 : 6%、 F3 : 19%、 F4 : 36%、 F5 : 4%
- ・併存疾患なし (PDD のみの診断) : 34%
- ・遺伝負因 (1 親等者の精神疾患) : 30%
- ・平均 IQ : 87.4
- ・過去の自殺関連行動歴あり : 49%
- ・退院後の再企図あり : 26%
- ・自殺関連行動の直接的誘因 : 学校関係 (不適応、試験、進路など) 次いで家族関係が多かった。
- ・自殺関連行動の手段は、過量服薬の他に、飛び降り、飛び出しなど衝動的なものが多かった。
- ・PDD 再企図群は、非再企図群と比して、女性のケース、過去の自殺関連行動歴のあるケース、境界知能または知的障害を有するケース、両親同居でないケース (片親家庭、再婚家庭など) が多かった。
- ・PDD 非再企図群は再企図群と比して入院中に PDD の診断を受けたケースが多かった。
- ・PDD 非再企図群では家庭環境の調整を行ったケースが有意に、学校環境の調整を行ったケースが比較的多かった。

研究 3 : 暴力

X 年 3 月から X+1 年 2 月までの 1 年間に当科へ緊急入院した患者で、ICD-10 に基づき F84 (PDD) と診断された患者について診療録に基づいて後方視的に検討した。対象となった F84 患者は 190 名 (男子 159 名、女子 31 名) であった。そのうち高機能 PDD 群は 111 名 (58%)、知的障害合併 PDD 群は 79 名 (41%) であった。

入院に至った主訴としては、高機能 PDD 群と知的障害合併 PDD 群ともに行動上の問題が多く (高機能 PDD : 66%、知的障害合併 PDD : 68%)、内訳をみても、高機能 PDD 群と知的障害合併 PDD 群ともに攻撃性や自己破壊的行動が最も多かった。以下、とくに攻撃性が問題になり、入院に至ったケースに対する治療について述べる。

(1) 子ども本人に対して

広汎性発達障害特性を有しているケースでは、入院後から自閉症特性に応じた支援が必要となる。東京都立小児総合医療センター、児童・思春期精神科 (以下、当科と略す) では、おもに看護師が日常生活を支援しながら、障害特性について評価している。とくに、大人や同年代の子どもとの対人コミュニケーションスキル、全体的な社会性、日常生活場面でみられるこだわり、多動や衝動性、不注意などが評価のポイントとなる。また、本人の好きなこと、趣味や気分転換の方法なども重要な評価項目である。ただし、児童・思春期年齢の子どもは大人からの評価に敏感なため、日常生活を支援するなかで、さりげなく評価することが重要である。

当科では、TEACCH プログラムで紹介されているような視覚的・物理的構造化を応用した環境調整をおこなっている。たとえば、日課やスケジュールを視覚的に提示したり、ルールを視覚的に提示したりすることなどが有効である。また、曖昧な表現を避け、できるだけ具体的に伝える、重要度の優先順位を明確にするなど、情報の伝え方にも配慮が必要である。

仲間集団や教師への暴力が問題になっているケースにおいては、入院当初はほぼ全例が個室を使用していた。同年代の仲間集団や指導的な立場の大人との関係でトラブルが生じるケースも多いので、個室の使用は、他児との交流を性急に強要せずトラブルが生じた際などに避難することができること、適切な社会的技能を少しずつ修得することを保証することになる。病棟におけるグ

ループ活動や日常生活場面における他児との交流の様子をみながら、集団への適応がある程度可能であると判断できれば大部屋に移動するが、コミュニケーション能力に困難を抱えていたり、本人の不安が強い場合は、個室の使用が長期化するケースもある。

全てのケースで段階的な治療目標を設定していた。具体的な治療の方針や自らの課題や進捗状況をイメージしにくい子どもに対しては、「ここまで治療が進んでいる」ということを具体的に提示するうえで、とくに有効である。年少児に対してはトークンエコノミーの手法を採り入れることが多い。それぞれの治療目標を設定して、「頑張り」に応じてトークンをあたえ、それによって報酬（強化子）を与えている。報酬を考える際には、外出や外泊、看護師手作りのカード、面会、など、最も行動を強化しやすいものを選んでいく。

不適切な行動、暴力や器物破損などについては、短時間のタイムアウトと行動修正を試みている。この際、タイムアウトが懲罰目的ではないことを丁寧に説明し、理解と協力を得る必要がある。

こうした病棟内の対人交流の機会を治療的に活用する際に中心になるのが看護スタッフである。また、おもに小学生を対象とする病棟には保育士が配置されており、日課や病棟内の活動、子ども同士の関係性に介入するうえで重要な役割を担っている。医師や心理士との個別面接では、ほとんどが支持的・受容的な面接を実施していたが、高機能群においては、それらと並行して、「怒りのマネジメント」などの認知行動療法的なアプローチを選択しているケースもあった。

（２）薬物療法について

暴力が問題となるケースでは衝動制御に問題を抱えていることが多く、薬物療法が施行されていた。使用される薬剤としては、非定形抗精神病薬（リスペリドン、ジプレキサ）、気分安定薬（バルプロ酸、カルバマゼピン）、ADHD 治療薬（メチルフェニデート除法製剤、アトモキセチン）などで、単剤もしくは併用されることが多かった。

また、衝動性が強いケースでは、鎮静作用の強い定型抗精神病薬（レボメプロマジン、クロルプロマジン）も一部に使用されていた。発作的に不穏状態となる場合には、頓用として使用することも多く、その場合にはリスパダール液、オランザピン口腔内崩壊錠などが使用されていた。

発達障害児の薬物療法では、薬物の使用に対する本人の認識や理解が重要であるため、丁寧な説明を心がけているが、それでもなお、服薬の同意が得られないケースもあった。

また、これらの薬剤の大半は我が国では適応外使用であることから、この点についても本人と保護者への十分な説明と同意を要する。

（３）家族支援

子どもの暴力については、子ども自身の対人関係能力や衝動の制御が課題になることがある一方、家族関係への介入が中心的な治療課題となるケースも少なくない。暴力や衝動的な破壊的な行動が生じるケースでは、家族関係が強い緊張状態にある、子どもに対して腫れものにさわるように接している、相互に交流を回避し、交流の機会が減っている、などの家族状況が生じていることが多く、家族が疲弊していることが多い。

入院当初はそれまでの労をねぎらい、受容的に傾聴しつつ、家族の子どもやその発達特性の捉え方や向き合い方や、親子・家族の関係性についてアセスメントする。また、入院直後から面会を設定すると、それまでの葛藤的な家族状況が容易に再現されてしまうことから、入院当初は、ほぼ全例のケースで面会を制限し、少しずつ家族との関係を再開・整理している。

家族は発達・障害特性について一般的な知識をもっているものの、自分の子どもの認知や行動特性としては理解できていないことも多いため、知能・心理検査の結果や病棟内で観察された特徴的な場面についてフィードバックするようにしている。また、本人が暴力に至るまでの家族状況や具体的な交流を詳細に聴取することを通して、暴力を誘発しないような関わり方や、子どもが納得

しやすいようにはたらきかけを検討する。

面会や家族同伴の外出・外泊が始まると、面接終了後や帰棟後に家族・本人と振り返り、家族の関わり方や子どもへの対応、よりよい葛藤解決の方法などについて話し合い、必要に応じて子どもと家族に助言している。

いずれの場合でも、その場の状況や他者の言動を理解しにくい、不快な刺激に反応しやすいなどの自閉症特性を踏まえた関わり方について検討し、家族に助言することが重要である。

(4) 地域資源の活用

退院後の地域生活に向けて、とくに、学校関係者とは連携する機会が多い。子ども家庭センター、児童相談所、教育センターなど、地域の関係機関とのケース検討会議が必要になることも多い。不登校が生じていたケースや顕著な学校不適応がみられていたケースでは、入院中に院内学級を利用し、手厚い支援のもとで学校生活を再開することもできる。院内学級の担任からの情報提供や具体的な対応・対処方法に関する助言は、子どもを受け入れる原籍校にとって貴重なリソースになる。

近年、障害者への地域サービスの選択肢も増えているが、放課後におこなわれるデイサービスや、ショートステイなどについては地域格差が大きいようである。それぞれの地域の実情に応じて、制度・サービスの利用について検討することになる。

(5) まとめ

以上のように、広汎性発達障害をもつ子どもの入院治療では、本人の発達特性に関するアセスメントと環境への適応を高めるようなはたらきかけ、家族関係の調整や家族・学校関係者への情報提供と助言などが必須である。

ほとんどのケースで、さまざまな治療・支援技法を折衷的に採り入れていた。病棟内での対人関係・生活場面を観察・把握し、行動の修正を促すこともが有効であり、この際には看護スタッフの役割が極めて大きい。また、おもに小学生を対象

とする病棟には保育士が配置されており、日課や病棟内の活動、子ども同士の関係性に介入するうえで重要な役割を担っている。

この他、怒りのマネジメントを目的とした個別面接を担当する心理専門職、OT やグループの場面での問題に介入する作業療法士、関係機関との窓口やネットワークの調整などを担うPSW など、他職種によって治療チームが構成されている。これまで、児童・思春期精神科医療における医師の不足が指摘されてきたが、医師以外のスタッフの育成も急務である。とくに、子どもと直接接する機会が最も多い看護スタッフについては、発達障害の概念と特性や具体的な支援方法について体系的に修得できる機会を保証することが重要な課題であると考えられる。

今後の課題

最終年度は、問題行動に至った PDD 症例に対する児童・思春期精神科医療、とくに入院治療のあり方について整理し、ガイドラインを作成する。また、そのために必要な調査を追加的に実施する。たとえば、さまざまな自殺関連行動のうち、より致死性が高いと思われる重症ケースについて、その背景要因を検討し、有効な介入のあり方を検討する必要があるかもしれない。

学会発表

- (1) 尾崎 仁、渡辺由香、近藤直司：広汎性発達障害を有する子どもの自殺関連行動 . 第 110 回日本精神神経学会学術総会、一般演題
- (2) 尾崎 仁、渡辺由香、近藤直司ほか：子どもの自殺関連行動～広汎性発達障害を有する子どもの自殺関連行動に対する介入と再発予防～ 第 55 回日本児童青年精神医学会総会、一般演題

論文

渡辺由香、尾崎 仁、近藤直司：子どもの自殺関連行動 . 精神科 24(1);128-134,2014