

第 108 回日本精神神経学会学術総会

教 育 講 演

児童青年精神科医療入門

市川 宏伸 (東京都立小児総合医療センター)

児童青年期精神科医療は、かつては成人を中心とした精神科医療の一部であった。統合失調症などを中心とした成人のための精神科医療は、思春期以降発症の疾患を中心に扱っていた。しかし、最近では、幼少時期からの発達の背景を考える必要がある。結果として、児童青年期の精神科医療にも陽が当たるようになってきた。この分野では、疾患構造に大きな変化が生じており、成人期に本来発症する疾患(統合失調症など)は少なく、発達期に生じる疾患(広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害など)が中心である。児童青年精神科医療が担当する医療について、「発達早期に始まるもの」「小児期から始まるもの」「思春期以降に始まるもの」に分けて概説した。児童青年精神科医療においては、成人医療に比べても、医療、保健、教育、福祉、心理など様々な分野の連携によるチーム医療が一段と必要になる。

<索引用語：児童青年精神科医療，発達障害，チーム医療，精神科医療との連携>

はじめに

長らく、児童青年精神科医療は精神科医療の中で中心的位置にはなかったし、専門性を有する児童青年精神科医も少なかった。最近では児童青年精神科医療を志向する精神科医も増えてきており、社会的にも着目されてきている。20歳未満の子どもは減少しているにもかかわらず、この年齢の児童青年精神科医療機関受診者は増加しており、発達を専門としている小児科医療機関でも発達障害を中心とした受診者の増加が話題になっている。

児童青年精神科の医療機関でみると、この10数年間の間に受診者の疾患が大きく変化している。平成5年ころには、本来成人期に発症してくる精神疾患(F0~F3)、神経症性疾患(F4~F6)、発達期に発症してくる疾患(F7~F9)がほぼ均衡し

ていたが、平成20年ころにはF0~F3(主診断)と診断される受診者は大きく減り、F7~F9と診断される受診者が2倍以上に増加した(図)。医療機関は社会と隔絶して存在しているわけではなく、その時代における社会状況を反映していると考えれば、少なくとも受診希望者の質が大きく変わったと考えられる^{1,2)}。

一方で専門性ある医療機関は、以前より不足が叫ばれてきた。これは認知症の増加とともに老年期を専門とする精神科医療機関が増加しつつあることと逆である。大きく異なるところは、老年精神科医療機関が大学の精神科講座が中心になって行われた点である。児童青年精神科医療機関は大学に専門講座がほとんどないため、その中心を担ってきたのは公立の医療機関が大多数である児

第108回日本精神神経学会学術総会=会期：2012年5月24~26日，会場：札幌コンベンションセンター，札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合——多様な精神医学・医療の展開を求めて——

教育講演 児童青年精神科医療入門 座長：傳田 健三 (北海道大学大学院保健科学研究院生活機能学分野)

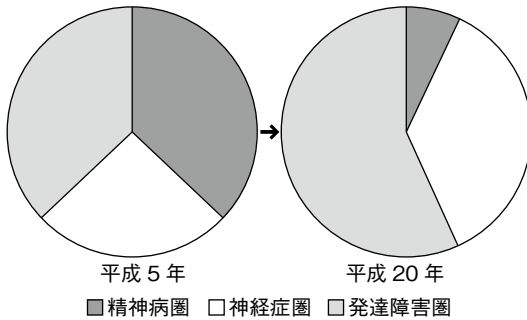


図 児童青年精神科疾患の変化 (模式図)
—都立梅ヶ丘病院事業概要より—

児童青年精神科医療施設協議会であった。これらの施設は専門の入院病床を持っており、各地域でその中核となって活躍してきた。しかし、大学の講座とは異なり、若手の医師を養成することよりも、診療に注力することを求められてきた。結果として若手の医師の養成、新たな専門医療機関の増加は大幅に遅れてしまった。

「これからは老人が増加するのであり、子どもは減る」という考え方が、15年ほど前は社会の大多数であり、児童青年精神科医療も後回しにされた。この世論が大きく変わったのは平成8年に神戸を中心に起きた不幸な事件が報じられてからである。「子どもも大変なことになっている」というマスメディアの指摘もあって、行政もなおざりにしておけなくなった。平成14年度からは思春期精神科診療加算が認められ、「診療すればするほど赤字になる」という体質が徐々に改善された。平成17年度からは厚生労働省が中心になって、“子どもの心の診療医”を増やすことが検討された。この延長上に、“子どもの心の診療拠点病院構想”ができ、全国10数カ所に拠点が指定され、医療の充実が図られた。筆者が勤務する東京都立小児総合医療センター（梅ヶ丘病院）も東京の拠点病院となった。梅ヶ丘病院では、約10年前から、東京を中心に、児童青年精神科医療機関の連絡会を立ちあげた。初期の段階では数少ない参加であったが、近年は50カ所以上の機関が登録するようになってきている。これらの4分の3は精神科医療機関

であり、4分の1は小児科医療機関である。入院はともかく、外来レベルでは、以前より経済的裏づけが取りやすくなっていると思われる。それでも、東京ではクリニックを開設して約2年ほどで、新患の受診待機日数が数ヶ月になるのが実情で、まだまだ不足している。日本児童青年精神医学会の認定医はやっと200人に近づいたところであり、専門性ある医師も医療機関も不足している。

児童青年精神科医療と疾患

児童青年精神科医療機関が対象とする疾患は、大きく分けると3つに分類される。成人期に発症してくる精神疾患(F0～F3)、神経症性疾患(F4～F6)、発達期に発症してくる疾患(F7～F9)である。F0は認知症などの器質性疾患が中心であるが、児童青年期では脳炎・髄膜炎後遺症などがある。F1はアルコールや覚醒剤などによる精神疾患だが子どもではきわめて少ない。F2は統合失調症やその類縁疾患であり、小学校高学年から発症が見られるが、最近減少傾向である。F3は気分障害であり、最近の報告では小学校6年くらいからの増加が指摘されている。F4はいわゆる神経症性障害(不安性障害、強迫性障害、解離性障害、適応障害など)、PTSD、身体化障害などであり、特に中高生の女子に多い。F5は女子に多い摂食障害や、非器質性睡眠障害などである。F6は成人を中心としたパーソナリティ障害であり、F7は精神遅滞(知的障害)である。F8は広汎性発達障害(自閉性障害、アスペルガー障害など)、学習障害など、F9は多動性障害、素行障害、チック障害、愛着性障害、選択的緘黙などである。男子では小学校低学年に初診者のピークがあり、F8が図抜けて多く、F9、F4、F2などがこれに続く。女子では中高生年齢に初診者のピークがあり、診断ではF4が最も多く、次にF8、F2などが続き、女子に圧倒的に多いのはF5である(表)。次に発症してくる年齢で分けてみる。

1. 発達早期に始まるもの

これらには、愛着障害、全般性不安障害、広汎

表 精神疾患と特徴—平成 19 年度都立梅ヶ丘病院統計—

	大カテゴリー	外来比率	入院比率	精神科	薬物
F0	認知症 (脳炎等後遺症)	0%	2%	◎	○
F1	酒精・薬物関連疾患	0%	—	—	—
F2	統合失調症ほか	5%	13%	◎	◎
F3	気分障害ほか	3%	4%	○	◎
F4	神経症性障害ほか	22%	23%	○	○
F5	摂食障害ほか	3%	5%	○	△
F6	パーソナリティ障害ほか	0%	0%	○	△
F7	精神遅滞	5%	3%	○	△
F8	広汎性発達障害ほか	40%	47%	○	△
F9	多動性障害ほか	14%	8%	○	○

◎：必要性大，○：必要性あり，△必要性小

性発達障害，多動性障害（注意欠陥多動性障害），特異的発達障害（学習障害）などがある。

愛着障害には，相手かまわず無差別にしがみつく脱抑制性愛着障害と，警戒心が強く近づきたいのに近づけない反応性愛着障害がある。発達段階における，頻回な養育者の交代や，不適切な養育環境が存在していることが多い。適切な距離を保った対人関係の構築が難しく，適切な養育環境の提供が必要である。一方で愛着形成が不安定であっても，特定の養育者であれば不安定な愛着形成にとどまり，広汎な養育者との関係が不安定であると愛着障害に至るとする考え方もある。

広汎性発達障害，多動性障害，特異的発達障害などは発達障害として総称されることが多い。国内では，発達障害は平成 17 年に施行された発達障害者支援法の中に規定されており，「何らかの脳機能障害が存在し，通常低年齢で生じるもの」とされている。歴史的経過を踏まえて，「育て方によってのみ説明できるものではない」ということはコンセンサスになっている。他の障害とされるものに比べてきわめて数が多く，外見上は障害か否か見分けがつかない場合も多い。このことは「努力が足りない」「怠けている」「反抗している」などの誤解を受ける可能性をはらんでいる。発達障害とそうでない者の境界は，はっきりせず，置

かれる環境や対応の仕方により，本質は変わらないものの，外見上は安定する可能性もある。最近の生物学的研究の進展により，遺伝的背景を有することが知られつつある。このことは当事者だけでなく，兄弟や家人も似ている場合があり，全体を支援の対象としなくてはならないことにつながる。これ以外にも，極端な不器用さが目立つ発達性協調運動障害やコミュニケーション障害などがある。現在は，発達障害は「何とかなくすべきもの」ではなく，「社会適応上困難をきたす部分があればその部分を支援するもの」と考えられている。発達障害者の持っている特性や特徴は社会にとって有用なものも多く，必ずしも予防や排除の対象ではない。低年齢で保護者がその存在に気づき，早めに対応できることが重要とされている。近年は保護者の精神的負担を考慮して，早期診断・治療ではなく，早期の気づき・対応の促進を図る方向に向かっている。このために，保育園や幼稚園の巡回などを行う，子ども発達支援センター（仮称）などの構想もある³⁾。

最近では大人になってからの対応の重要性も指摘されており，精神科医療との連携も必要となっている。また発達障害については，他の精神疾患との異同，“からかい”や“いじめ”，不登校や引きこもり，虐待，了解の難しい犯罪，などとの関連

も指摘されている。

注意欠陥多動性障害（ADHD）については、新たに治療薬が市販されている。メチルフェニデート（コンサータ[®]）は6～17歳までが対象であるが、18歳以上も継続使用は可能である。服用後1.5時間ほどで効果が見られ12時間有効である。弱い覚醒作用があるため、流通適正化委員会が設けられており、登録された医師による処方が必要である。アトモキセチン（ストラテラ[®]）は6歳以上が対象の一般薬であり、服用後3～4週間で効果が発現し、24時間効果は続く。ともに食欲低下、体重減少などの副作用が報告されている。いずれにせよ、服用が最終目的ではなく、薬が有効な間に、周囲から適切な働きかけをすることが重要である。

2. 小児期から始まるもの

不安性障害、強迫性障害、解離性障害、チック障害、摂食障害などがその代表である。

子どもの場合、言語で表現できない漠然たる不安がその背景にあることが多い。低学年の不登校では、「学校に行っている間にお母さんが亡くなったらどうしよう」などがその背景に見られる。実際にはあり得ない出来事を心配して、「明日の朝、目が覚めなかったらどうしよう」「寝ている間に大地震が来たらどうしよう」など、過剰に心配して寝つけなかったり、途中で覚醒する場合などがある。いずれの症状も小学校低学年を中心に見られ、成長とともに減っていく。

強迫性障害は強迫観念と強迫行動に分けられるが、子どもの場合は強迫行動が中心になる。子どもでは、強迫行動そのものに疑問を呈してこれを減らそうとすることは少なく、時には日常の生活そのものが成立しなくなることもある。広汎性発達障害で見られる“こだわり”行動も強迫行動と似た状態を呈すことがあるが、クリアカットに分けられるか否かは疑問である。子どもの場合の代表的症状としては、不潔恐怖、確認強迫、強迫儀式、不吉観念、先端強迫などが知られている。特に不潔恐怖はよく見られ、ドアノブを触れなかったり、トイレに入れなかったり、入浴時間が長く

なる場合も見られる。不潔の範囲は狭い範囲に限定されることが多く、特定の部位だけを血がにじむまで何回も洗っており、全体には考えが及ばないことが多い。性格的な背景が指摘されている一方で、生物学的な脆弱性も報告されている。最近では抗うつ薬の強迫性障害への適用も認められている。昔から心理療法の知られていたが、最近では認知行動療法の有効性が報告されている。子どもでも思春期以降を中心に、抗うつ薬（SSRI）の有効な例があるが、使用は慎重にする必要がある。

解離性障害については、以前は思春期の女子を中心に、“多重人格”が注目されていた。しかし、自験例でも経過を見ていくと、診断名を変更しなくてはいけない例が多く、診断に合致する多重人格はごく少数と思われた。近年は虐待との関連で解離性障害が指摘されることがあるが、いわゆる疎隔体験との鑑別が必要である。

チック障害は、突発的で急速な非律動的な運動あるいは発声の特徴である。運動性と発声の両方をもつものはトゥレット障害と呼び、多くは一時的には止めることは可能だが、長くは難しい。精神的ストレスにより症状は悪化する。低年齢から発症することが多く、多くは高校生年齢までには消失するが、一部は成人になっても続く。周囲から、からかわれたり、本人が苦痛に感ずる場合は積極的治療の対象となる。脳内の神経伝達物質であるドーパミンの異常が指摘されており、抗精神病薬が使用されることがある。

摂食障害は、肥満に対する病的不安が背景に存在し、体重の許容限度を低く設定するのが特徴である。「摂食したいが太りたくない」という両価的命題を満たすため、摂食とともに自己誘発性嘔吐や緩下剤の多量服薬なども見られる。瘦身願望が背景にあると考えられ、はるかに女子に多い。拒食期には活動性が亢進し、一見活発に見えるが、起立性低血圧、徐脈、低体温、肩の産毛などが出現する。一定の限界を超えると、急速に活動性が低下し、時には生命的予後へも影響する。過食期は食欲が亢進する反面、活動性が低下し、精神症状（いらいら、抑うつ、自己嫌悪など）が出現す

る。自験例では、自傷行為や多量服薬と結びつく中高生女子が多く見られた。「食べたいが太りたくない」という両価的感情を認め、これを前提とした対応が必要と思われる。彼らは頑固さの背景に、挫折感や空虚感を認め、食事をしだすと止まらなくなる不安を抱えている。治療者、本人、保護者との信頼関係を獲得するため、期間を限定せず、根気よく支援をして精神的自立を目指す必要がある。

3. 思春期以降に始まるもの

通常は成人になって発症してくる、統合失調症、気分障害、パーソナリティ障害などがあてはまる。これらは精神疾患の代表例であり、あえて取り上げないが、最近発達障害との関連で話題になる。

広汎性発達障害では、思春期以降になり社会不適応が続くと、自分なりに適応しようと努力する。しかし方向性が正しくないためうまくいかず、このようなことを反復しているうちに、被害感が強まってくる場合がある。現実逃避のために幻想的あるいは空想的な発想に陥り、一部は幻覚・妄想様の訴えをする。発達障害が根底にある場合は、妄想様内容が拡散せず、いつも同様の訴えをすることが多い。その場合は少量の抗精神病薬の使用、あるいは環境調整や対応改善で収まることがある。幼少時からの情報を十分に調べて、対応する必要がある。

同様に気分障害様の症状を呈することがある。やはり、思春期以降になり、挫折などに至ると、抑うつだけでなく、不眠、全能感、逸脱行動を呈することがある。双極性障害の状況を示すことがあり、少量の気分安定薬あるいは環境調整や対応改善で安定することがある。やはり、幼少時からの情報を十分に把握する必要がある。

10 数年前は児童青年精神科でも、周囲を操作する境界性パーソナリティ障害などの診断を受ける高校生年齢の女子は珍しくなかった。最近は周囲を操作するよりも、関心が自分に向かい、自ら傷を作り、服薬する例が目につく。最近は精神科の

中でも、「一定の割合のパーソナリティ障害は幼少時期の発達障害への対応がうまくいかなかった例ではないか？」という考えもあり、このあたりの鑑別を十分に行う必要がある。

おわりに

1960 年代後半から 1970 年代初めにかけて、それまで統合失調症（精神分裂病）の一部とされていた自閉症は、正式に異なる疾患とされた。児童青年精神科医療の、中心的疾患の 1 つが自閉症（広汎性発達障害）とすれば、診断においても治療においても統合失調症とは別の概念が必要と考えられる。しかし、長らく精神疾患の中心は統合失調症とされてきたため、多くの精神科医の頭の中では常に「どこが統合失調症と違うか」「統合失調症に発展するのではないか」などの考えに支配されていたように思われる。児童青年精神科医療機関から報告される、「統合失調症の減少」「自閉症を中心とする発達障害の増加」の解釈は難しい。「統合失調症の発症が遅くなってしまった」のかもしれないし、「統合失調症の発症そのものが減ってしまった」のかもしれない。もし、後者であるならば、最近叫ばれている「統合失調症を早く予測して、予防する」という考え方そのものを見直す必要があるかもしれない。一方で、画像診断の進歩などにより、疾患の責任病巣が推測されるようになり、統合失調症と発達障害の近縁性を指摘する報告も出ている。

別のカテゴリーの疾患であるとするならば、例えば治療における薬物の占める位置もかなり変わってくる。統合失調症であれば急性期の抗精神病薬の積極的投与、活動期の薬物投与、慢性期の維持量投与が選択されるが、発達障害であれば必要時の頓服的投与が選ばれる。このことは成人期におけるパーソナリティ障害などの治療においても、同じようなことがあると思われる。

なお、本発表に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 市川宏伸：児童青年精神医学の現状、脳とこころのプライマリケア4、子どもの発達と行動（飯田順三編）、シナジー、東京、p.598-605, 2010
- 2) 市川宏伸：児童・青年期にみられる精神疾患の概説、今日の精神疾患治療指針（樋口輝彦、市川宏伸ほか編）、医学書院、東京、p.288-292, 2012
- 3) 市川宏伸：医療における発達障害の支援、LD研究、21；143-151, 2012

Introduction to Child and Adolescent Psychiatry

Hironobu ICHIKAWA

Tokyo Metropolitan Children's Medical Center

Child and adolescent psychiatry used to be a part of adult psychiatry. In adult psychiatry, patients with schizophrenia are common, and their problems arise after puberty. However, we cannot overlook their problems in the developmental stage. In child and adolescent psychiatry, the constitution of diseases changes gradually. Diseases developing in adulthood, such as schizophrenia, are rare, and those developing in infants, such as PDD or ADHD, are very common. I divided child and adolescent psychiatric diseases into 3 types (developing in infants, children, and adolescents), and described them. In child and adolescent psychiatry, multi professional staff, such as doctors, nurses, clinical psychologists, psycho-social-workers, and school teachers, need to collaborate with each other for effective treatment.

< Author's abstract >

< **Key words** : child and adolescent psychiatry, developmental disorders, multi occupational treatment, cooperation with psychiatric treatment >
