

# 子どものメンタルヘルス の現状とEBPM

小倉大臣とEBPM有識者との意見交換会

2023年3月10日

国立国際医療研究センター国府台病院 児童精神科

子どものこころ総合診療センター

宇佐美政英



# 子どものメンタルヘルスの現状

**世界の児童・青年のうち、約20%が精神障害・問題を抱えている。**

Around 20% of the world's children and adolescents have  
mental disorders or problems

<http://www.who.int/en/>

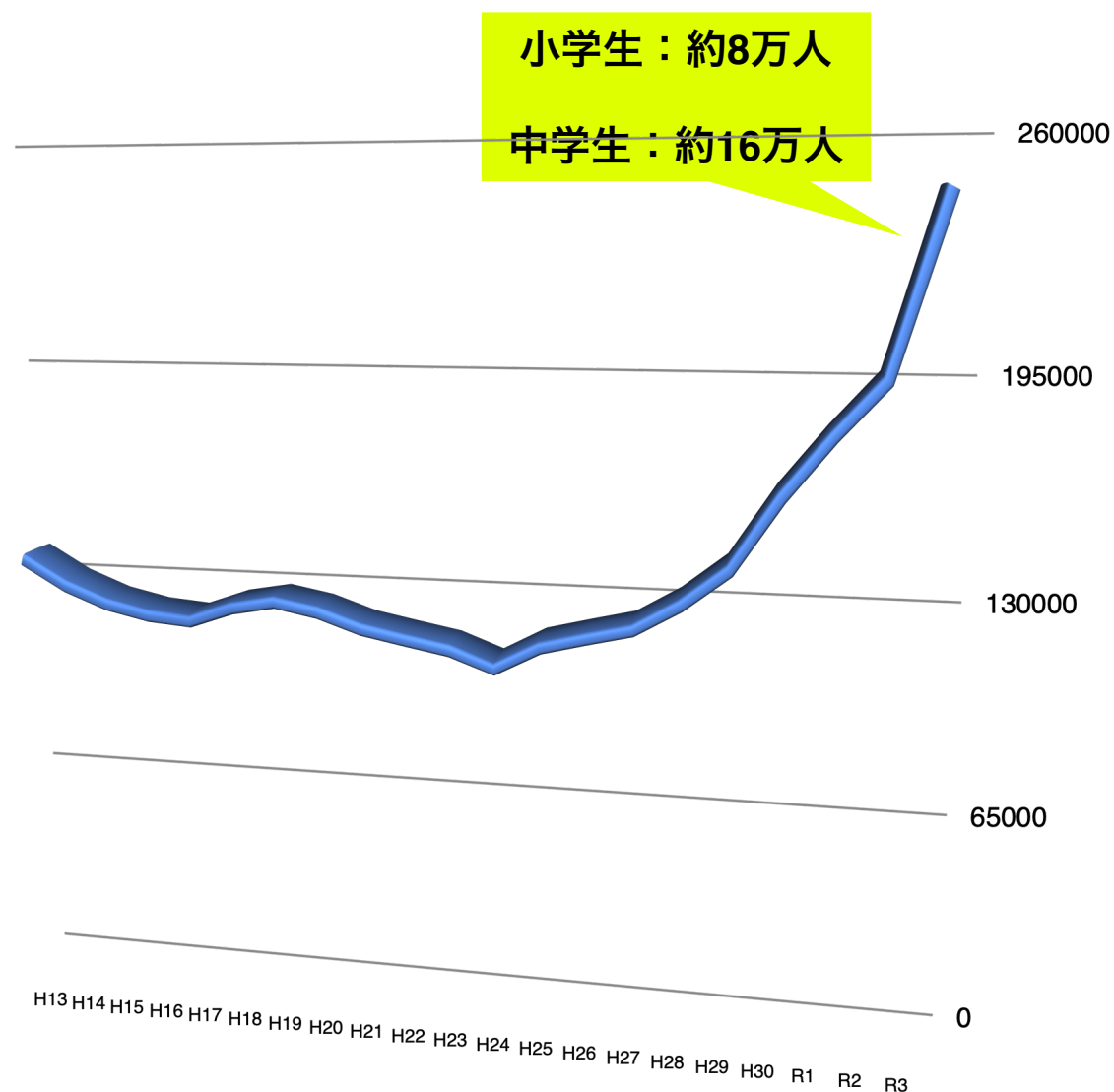
10 FACTS ON MENTAL HEALTH (WHO) より抜粋

**児童と青年において、メンタルヘルスを促進し、精神障害を予防することを目的とした介入は、有効であり、費用対効果が高いという科学的根拠が増加している。**

第65回WHO総会決議(2012年5月)

# 小中学生の不登校

- 令和3年度、小中学生の不登校は約24万人で9年連続増加し、過去最多。
- 10年前と比較し小学生は3.6倍、中学生は1.7倍（中学生は20人に1人が不登校）。
- 文部科学省は、コロナ禍の環境変化・学校生活の様々な制限が交友関係等に影響し、登校意欲が湧きにくくなったのでは、と分析。

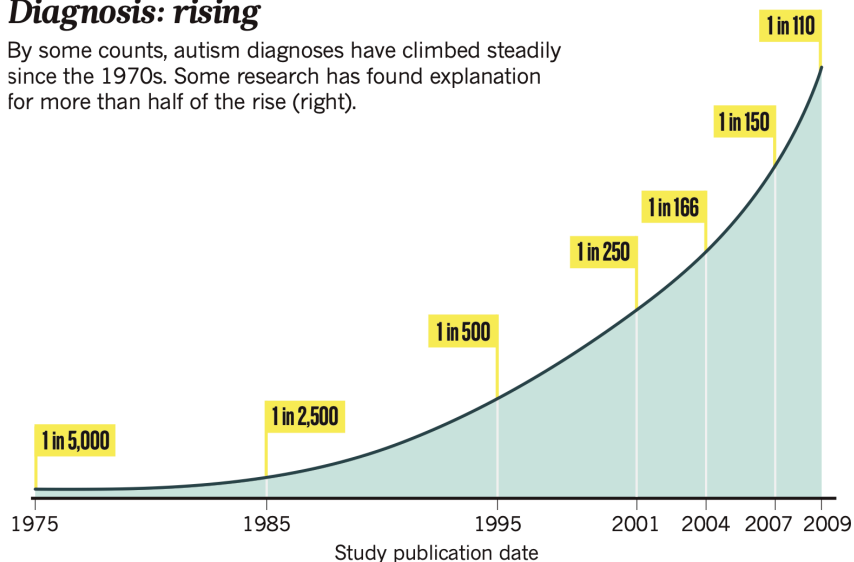


# 発達障害の急増

59人に一人に自閉スペクトラム症 (ASD)  
(Fombonne, 2018)

## Diagnosis: rising

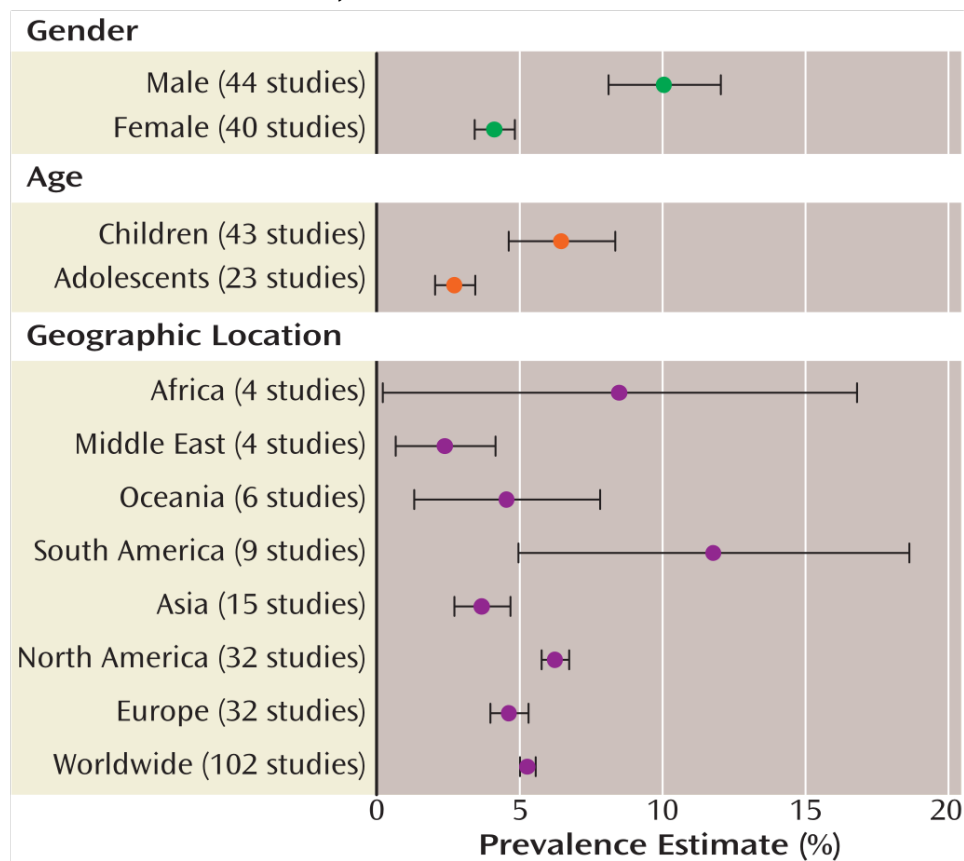
By some counts, autism diagnoses have climbed steadily since the 1970s. Some research has found explanation for more than half of the rise (right).



SOURCE: AUTISM SPEAKS

18歳未満の注意欠如・多動症 (ADHD)

102研究 (171,75名) 5.29%

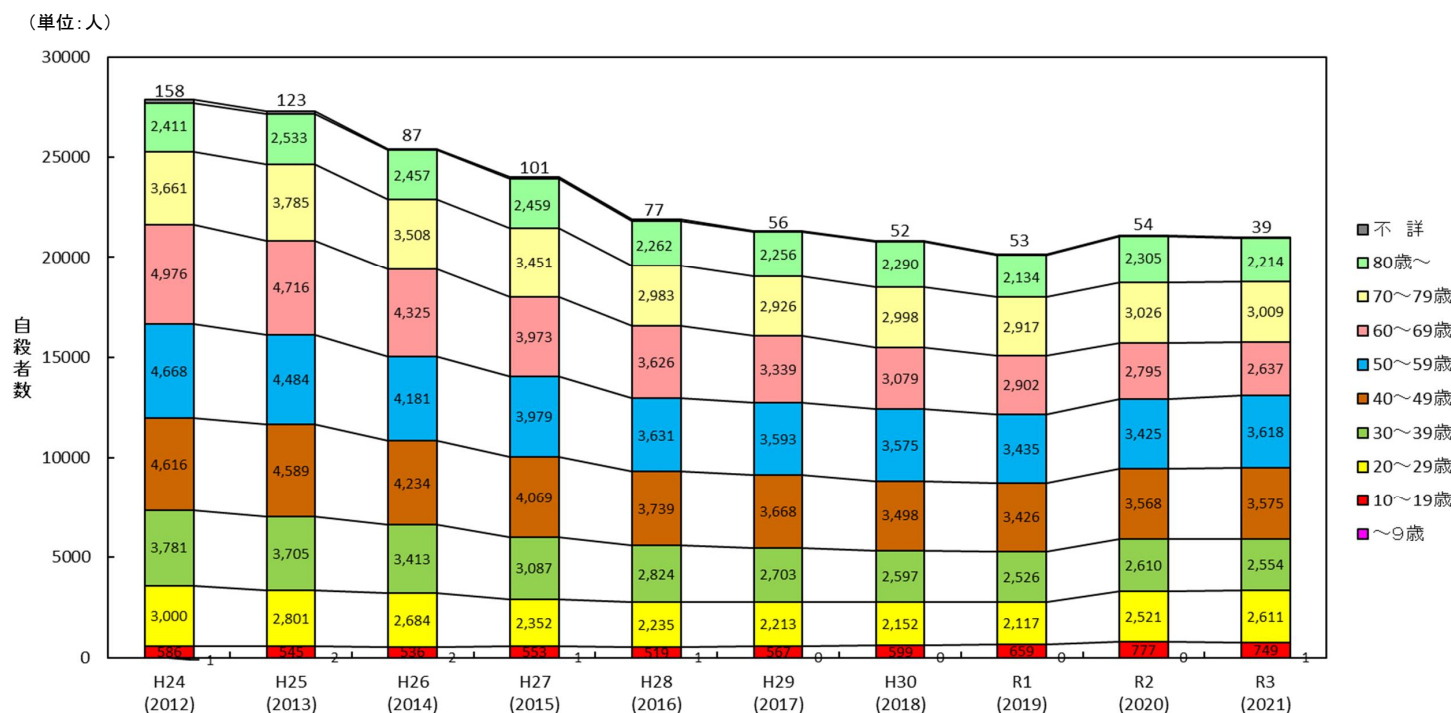


Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948. <http://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>



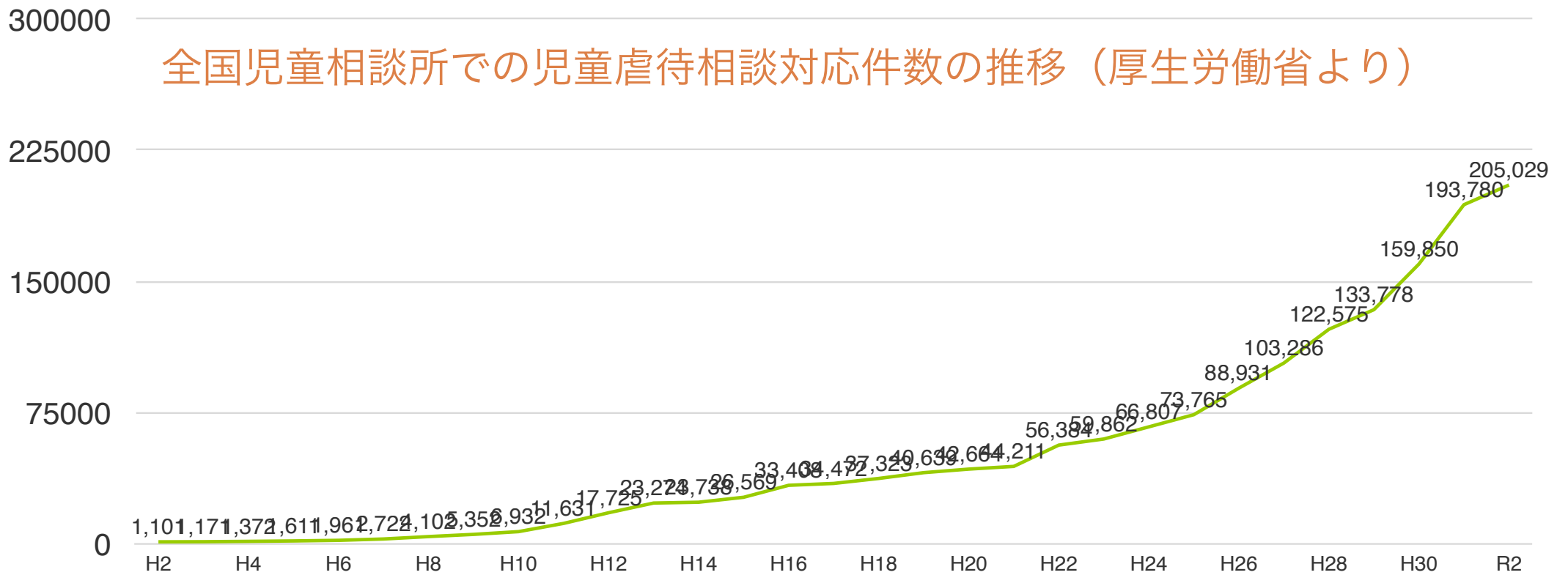
# 子どもの自殺の問題

- 2022年に自殺した小中学生と高校生は512人（暫定値）となり、1980年以来、過去最多になった。近年、子どもの自殺は増加傾向にあり、問題が深刻化している。



# 児童虐待について：児童虐待は増加の一途をたどっている

全国児童相談所での児童虐待相談対応件数の推移（厚生労働省より）



# 小児期逆境体験（ACEs : Adverse Childhood Experiences）

親の死、離婚、親や自分の生死にかかわる病気  
抑うつなど親の精神障害、身体的・性的虐待など大きな養育環境の変化  
(資料3、4)



逆境体験（虐待など）

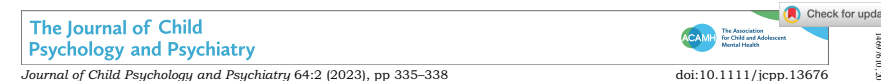
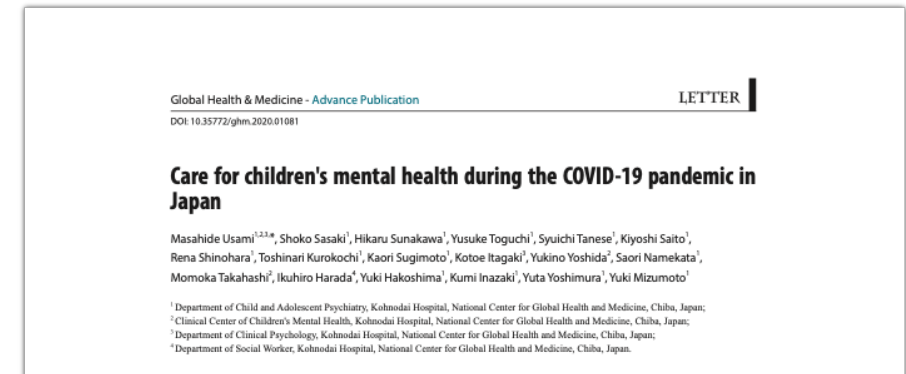
感情の調節が難しい  
Irritability



<http://www.cestudy.org/home>

# コロナ禍で急激に増えた摂食障害

- 神経性無食欲症者が、COVID-19の感染拡大の下で、制限の増加、食行動への不安などが報告がある(Usami 2021)。
- 多くは、制限食の後に医学的不安定さを呈し、栄養失調を改善するために急性入院を必要としたが、その受け入れ先に難渋することが多い (Nicholls,2022)。



## Editorial Perspective: A perfect storm – how and why eating disorders in young people have thrived in lockdown and what is happening to address it

**Dasha Nicholls**   
Division of Psychiatry, Imperial College London, London, UK

# 精神疾患の発症は、思春期年代から始まる。

Molecular Psychiatry (2022) 27:281–295  
<https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>

REVIEW ARTICLE

## Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies

Marco Solmi<sup>1,2,3</sup> · Joaquim Radua<sup>3,4,5</sup> · Miriam Olivola<sup>3</sup> · Enrico Croce<sup>6</sup> · Livia Soardo<sup>7</sup> · Gonzalo Salazar de Pablo<sup>3,8,9</sup> · Jae Il Shin<sup>10</sup> · James B. Kirkbride<sup>11</sup> · Peter Jones<sup>12,13</sup> · Jae Han Kim<sup>14</sup> · Jong Yeob Kim<sup>14</sup> · André F. Carvalho<sup>15</sup> · Mary V. Seeman<sup>16</sup> · Christoph U. Correll<sup>17,18,19,20</sup> · Paolo Fusar-Poli<sup>1,3,7,21,22</sup>

Received: 6 March 2021 / Revised: 28 April 2021 / Accepted: 5 May 2021 / Published online: 2 June 2021  
 © The Author(s) 2021. This article is published with open access

### Abstract

Promotion of good mental health, prevention, and early intervention before/at the onset of mental disorders improve outcomes. However, the range and peak ages at onset for mental disorders are not fully established. To provide robust, global epidemiological estimates of age at onset for mental disorders, we conducted a PRISMA/MOOSE-compliant systematic review with meta-analysis of birth cohort/cross-sectional/cohort studies, representative of the general population, reporting age at onset for any ICD/DSM-mental disorders, identified in PubMed/Web of Science (up to 16/05/2020) (PROSPERO:CRD42019143015). Co-primary outcomes were the proportion of individuals with onset of mental disorders before age 14, 18, 25, and peak age at onset, for any mental disorder and across International Classification of Diseases 11 diagnostic blocks. Median age at onset of specific disorders was additionally investigated. Across 192 studies ( $n = 708,561$ ) included, the proportion of individuals with onset of any mental disorders before the ages of 14, 18, 25 were 34.6%, 48.4%, 62.5%, and peak age was 14.5 years ( $k = 14$ , median = 18, interquartile range (IQR) = 11–34). For diagnostic blocks, the proportion of individuals with onset of disorder before the age of 14, 18, 25 and peak age were as follows: neurodevelopmental disorders: 61.5%, 83.2%, 95.8%, 5.5 years ( $k = 21$ , median = 12, IQR = 7–16), anxiety/fear-related disorders: 38.1%, 51.8%, 73.3%, 5.5 years ( $k = 73$ , median = 17, IQR = 9–25), obsessive-compulsive/related disorders: 24.6%, 45.1%, 64.0%, 14.5 years ( $k = 20$ , median = 19, IQR = 14–29), feeding/eating disorders/problems: 15.8%, 48.1%, 82.4%, 15.5 years ( $k = 11$ , median = 18, IQR = 15–23), conditions specifically associated with stress disorders: 16.9%, 27.6%, 43.1%, 15.5 years ( $k = 16$ , median = 30, IQR = 17–48), substance use disorders/addictive behaviours: 2.9%, 15.2%, 48.8%, 19.5 years ( $k = 58$ , median = 25, IQR = 20–41), schizophrenia-spectrum disorders/primary psychotic states: 3%, 12.3%, 47.8%, 20.5 years ( $k = 36$ , median = 25, IQR = 20–34), personality disorders/related traits: 1.9%, 9.6%, 47.7%, 20.5 years ( $k = 6$ , median = 25, IQR = 20–33), and mood disorders: 2.5%, 11.5%, 34.5%, 20.5 years ( $k = 79$ , median = 31, IQR = 21–46). No significant difference emerged by sex, or definition of age of onset. Median age at onset for specific mental disorders mapped on a time continuum, from phobias/separation anxiety/autism spectrum disorder/attention deficit hyperactivity disorder/social anxiety (8–13 years) to anorexia nervosa/bulimia nervosa/obsessive-compulsive/binge eating/cannabis use disorders (17–22 years), followed by schizophrenia, personality, panic and alcohol use disorders (25–27 years), and finally post-traumatic/depressive/generalized anxiety/bipolar/acute and transient psychotic disorders (30–35 years), with overlap among groups and no significant clustering. These results inform the timing of good mental health promotion/preventive/early intervention, updating the current mental health system structured around a child/adult service schism at age 18.

These authors contributed equally: Marco Solmi, Joaquim Radua

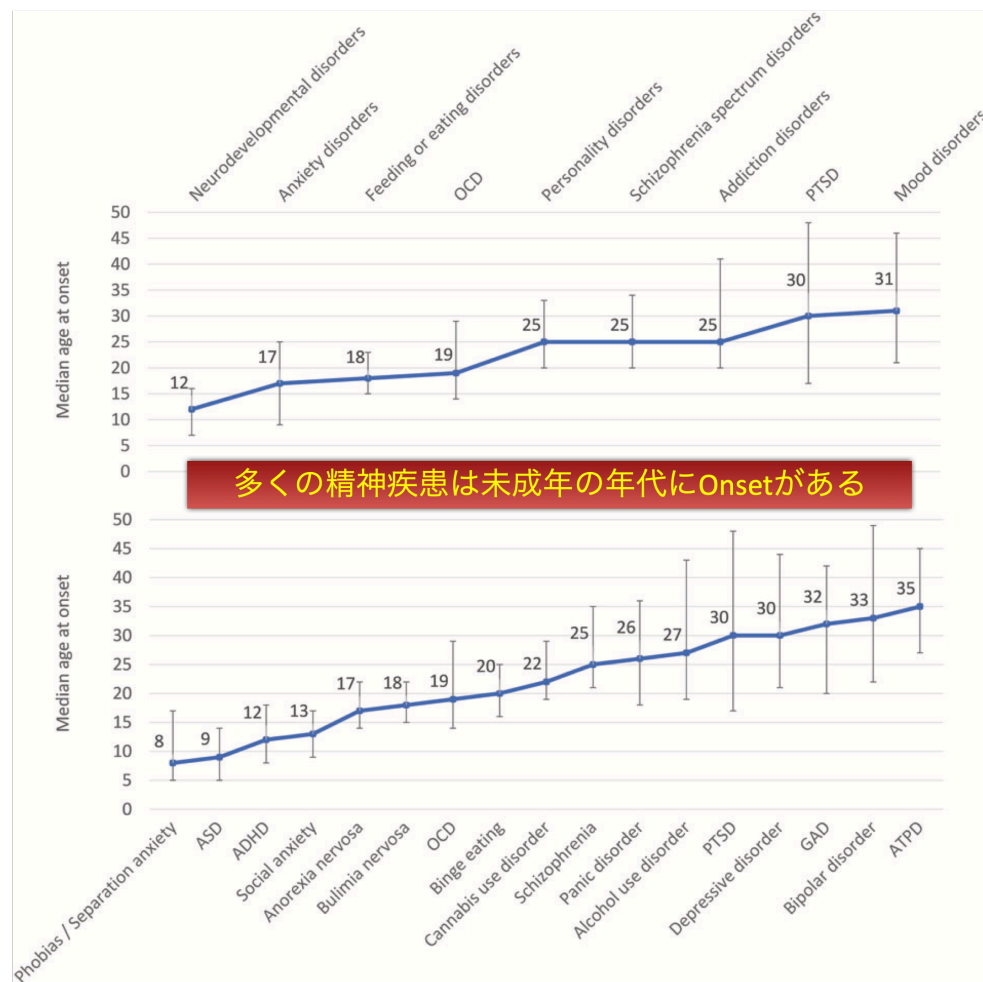
**Supplementary information** The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>.

✉ Paolo Fusar-Poli  
 paolo.fusar-poli@kcl.ac.uk

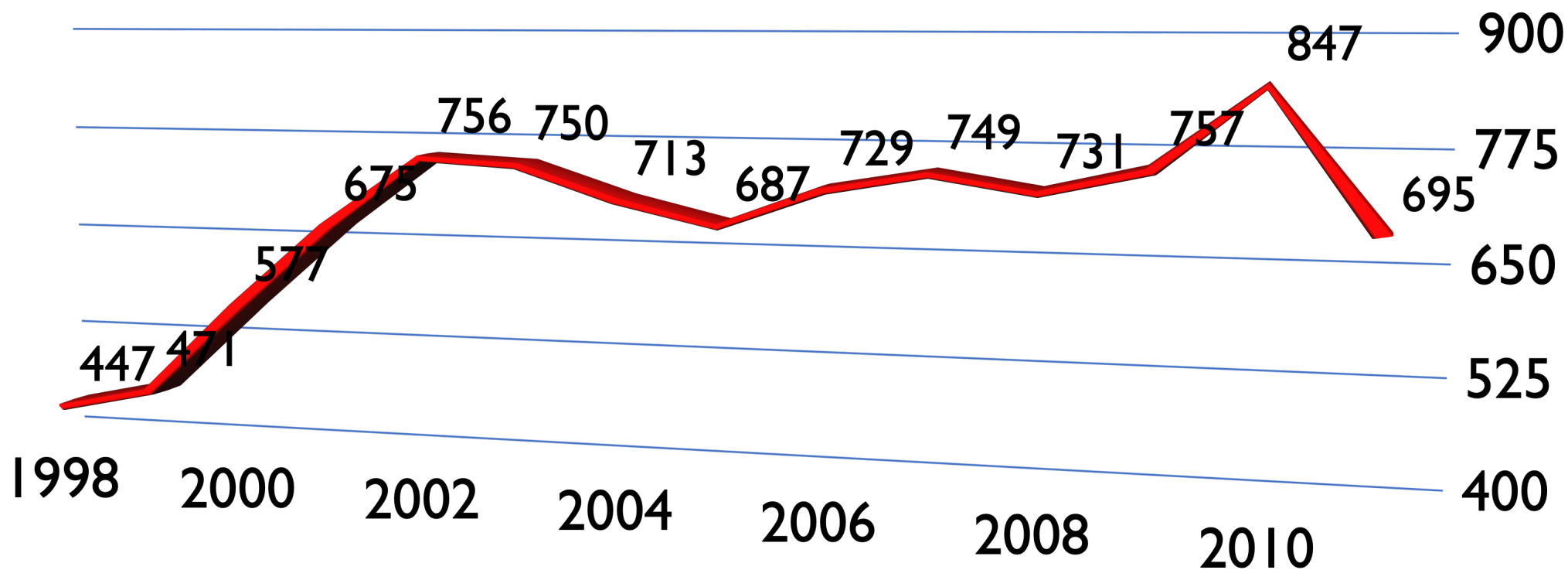
Extended author information available on the last page of the article

### Introduction

Individuals with mental disorders have a decreased life expectancy of 10–15 years in comparison with the general population [1–4]. Early interventions at the first onset of mental disorders can improve several outcomes [5, 6]. Primary indicated prevention in those at clinical high risk has the potential to alter the course of the disorder and



# 国府台病院児童精神科の初診患者数

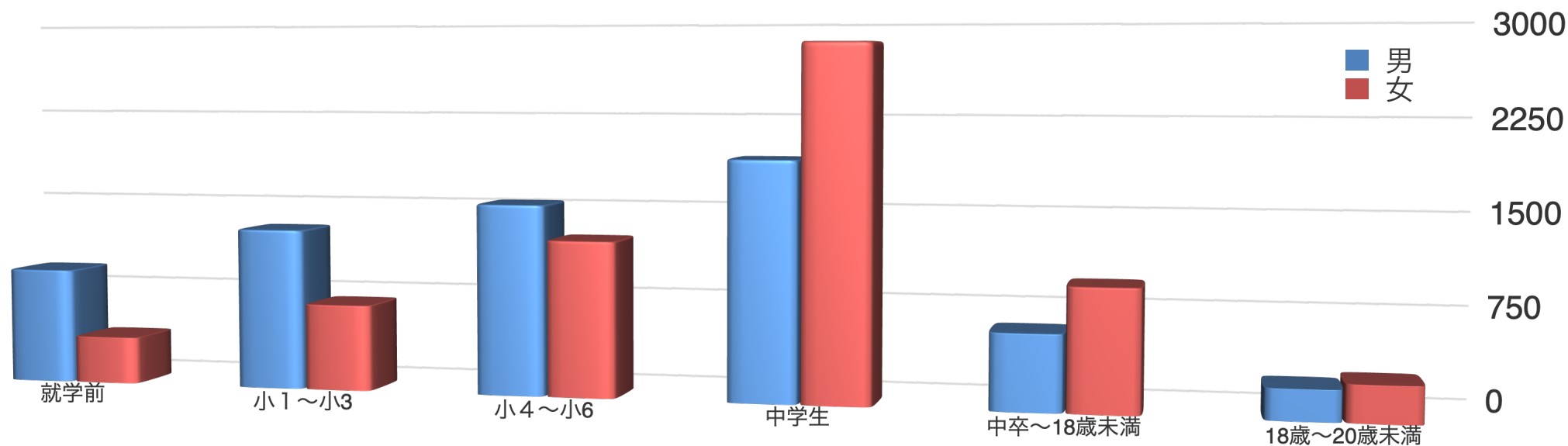


医師数の変化などの影響から変動はあるものの増加傾向

# 児童精神科を受診する年齢層 (初診時年齢) N=13059

- 医療施設によって、初診上限年齢は異なる

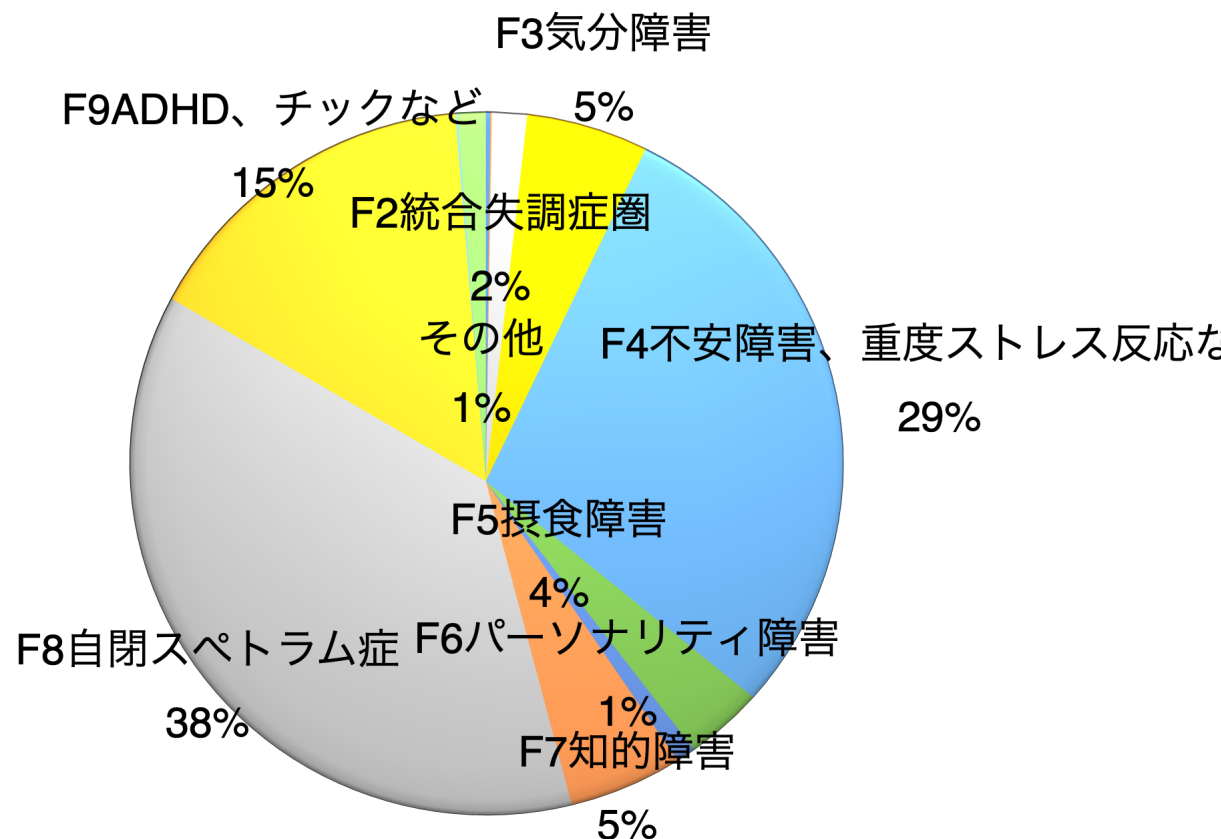
全国児童青年精神科医療施設協議会加盟施設 2021年度外来 初診年代別人数



# 児童精神科外来を受診する子どもの疾患

全国児童青年精神科医療施設協議会38医療施設 2021年度外来統計 N=13059人

- 自閉スペクトラム症とADHDなどの発達障害がその半分を占める。
- 成人と異なり、統合失調症が少ないのが特徴である
- 虐待12%。不登校30%

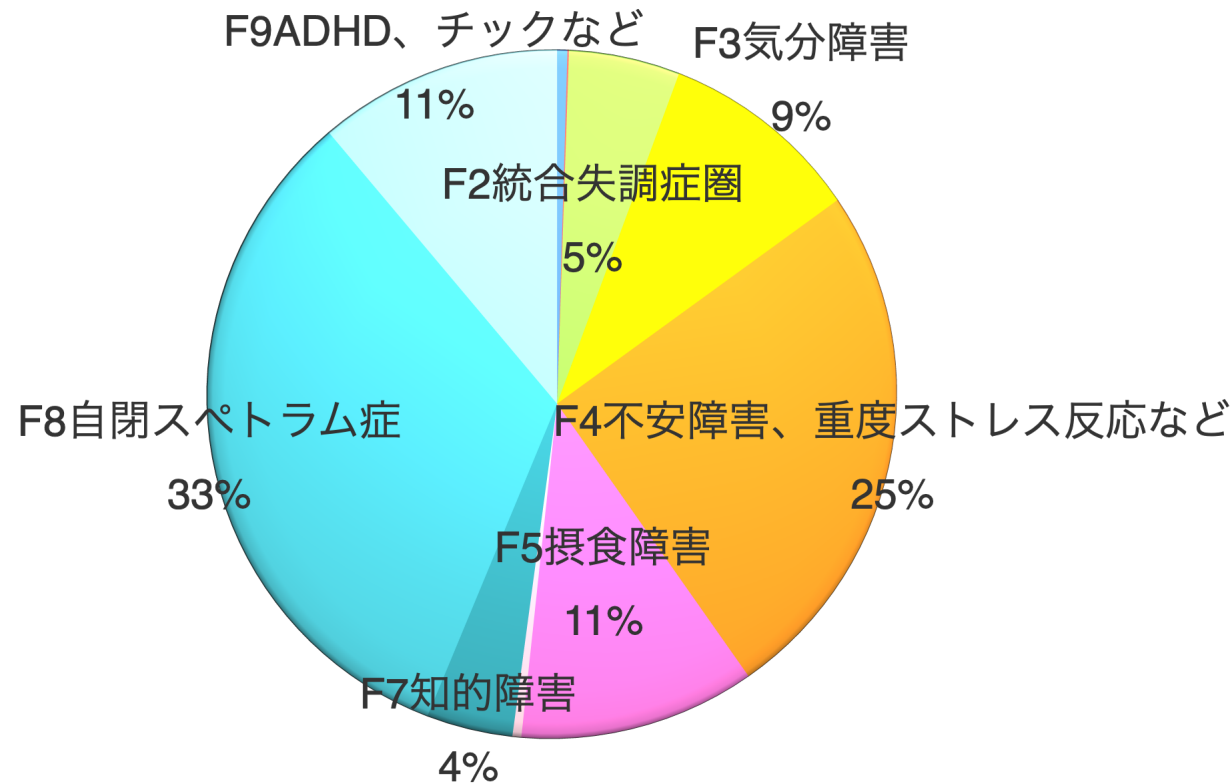




# 児童精神科病棟に入院する子どもの疾患

全国児童青年精神科医療施設協議会加盟38施設 2021年度入院統計 N=2955人

- 自閉スペクトラム症とADHDなどの発達障害がその半分を占める。
- 生命危機を理由に摂食障害の割合が増える
- 虐待27%。不登校49%と外来より高い
- 平均在院日数は126.1日



# 発達障害だけではない子どものメンタルヘルス

- 少ない専門医問題と多職種支援（資料5-10）
- 受診を希望する発達障害の待機問題に対応するためには、専門医の養成が必要であるのと、地域で支えていくシステムが必須。
- 発達障害以外の自殺、うつ、拒食などの問題にも対応する必要があるため、入院治療も可能な専門機関の拡充も欠かせない。
- 母子保健から青年期の精神保健まで含めた連続した支援体制の構築が求められる。



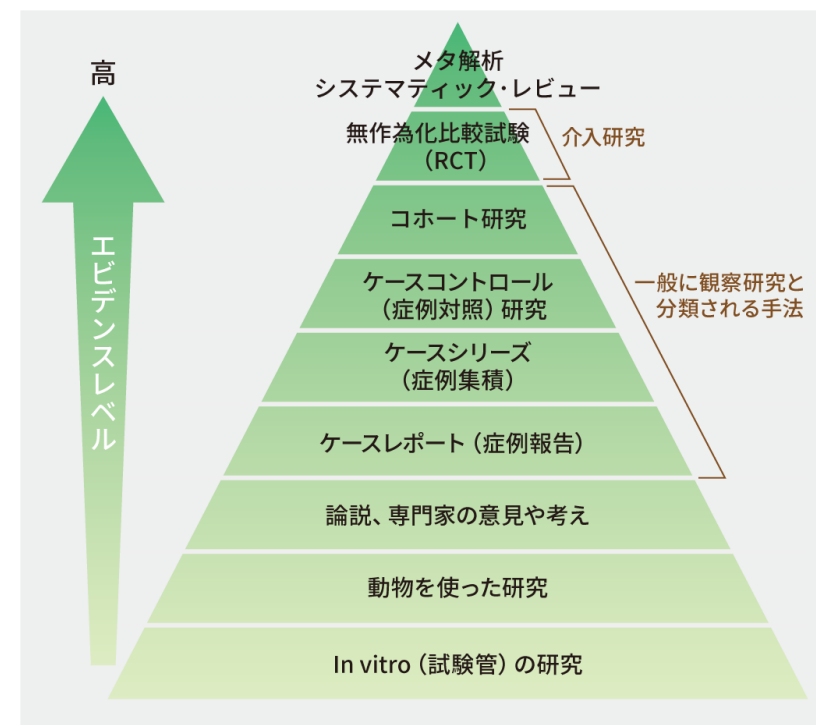
# 子どものメンタルヘルスの社会的影響

- **発達障害**：日本の経済損失は、ASDが1.3兆円、ADHDが1.0兆円の約2.3兆円（医療費、社会サービス費などの直接費用と、低収入による損失や非就業などの間接費用含む）（野村総合研究所,2021）
- **児童虐待**：社会的コストは、1年で1.6兆円（直接費用が0.1兆円、間接費用が1.5兆円）（Wada,2014）
- **子どもの貧困**：15歳時点で相対的貧困状態にあると推定される約18万人について、貧困を放置した場合には、生涯所得合計は2.9兆円のマイナス、税・社会保障純負担合計は1.1兆円のマイナス（日本財団及び三菱UFJリサーチ&コンサルティング、2015）。

**子どものメンタルヘルスの向上に向けたEBPM**

# 子どものメンタルヘルスに関する エビデンス蓄積の難しさ

- 専門職・専門病院が少ない（資料5-10）
- 子どもの成長に関わることが多いことから、介入研究、特にRCTの実施が難しい。  
（療育の介入など割り付けに対する倫理的な問題もある）
- リアルワールドでのデータ蓄積や特定地域での前向きのコホート研究が現実的なエビデンス蓄積となる。



ちょっと気になる基礎知識 「疫学研究」 って？

# わが国のレジストリの取り組み例



- ・ 児童思春期のメンタルヘルス・レジストリ (NCGM)



- ・ COVID-19に関するレジストリ研究 (<https://covid-registry.ncgm.go.jp>)

- ・ 渡航前相談レジストリの多施設ネットワーク構築 Ja  
Consultation Register (J-PRECOR)



- ・ 診療録直結型全国糖尿病データベース(J-DREAMS) \*SS-MIX (資料13)

- ・ ナショナルセンター・バイオバンクネットワーク(NCBN)



# EBPMに向けた統計システムの必要性

## 統計整備体制の必要

- 専門医の育成
- リアルワールドでの調査
- 実臨床の負担が増えない実施体制
- 精神疾患の治療と母子保健・児童福祉領域との橋渡しの必要性

## 統計システムと利用促進

- アクセスの確保
- 個人情報の保護
- 医療・福祉・教育分野での利用促進
- 予算上のインセンティブ

## 統計業務のスマート化

- 電子カルテを直結したシステム（NCGMで糖尿病で同様のシステムを所有）
- 情報の公開と統計システムのオープンデータ化

# 子どものメンタルヘルス向上に向けたナッジ

- 児童精神科医・心理士・ソーシャルワーカー、看護師などの専門家育成に向けた特化した予算がないため、病院全体の運営状況などに左右されてしまう問題
- 児童精神科医の少なさから、地域での活動の必要性が高まっているにもかかわらず、臨床業務に忙しく、そのデータ蓄積に向けた活動への協力が難しい。
- 母子保健・教育・医療・福祉・司法と子どもに関わる様々な制度を跨いだ情報ネットワークと、質の良いエビデンスを得ていくためにも専門職の育成が必要。



ボトルネック



# 子どものメンタルヘルス向上に向けたナッジ事業（仮）

## アクティビティ

- ・モデル地域での専門職の養成と質の向上
- ・現在ある児童思春期精神科医療における診療情報データの蓄積
- ・要保護児童対策協議会において医療・福祉・教育・母子保健との情報の蓄積

## アウトプット

- ・医療・福祉・教育・母子保健との情報の統合
- ・受診・相談先などの地域における支援体制の見える化
- ・母子保健や義務教育などの制度を超えた橋渡し

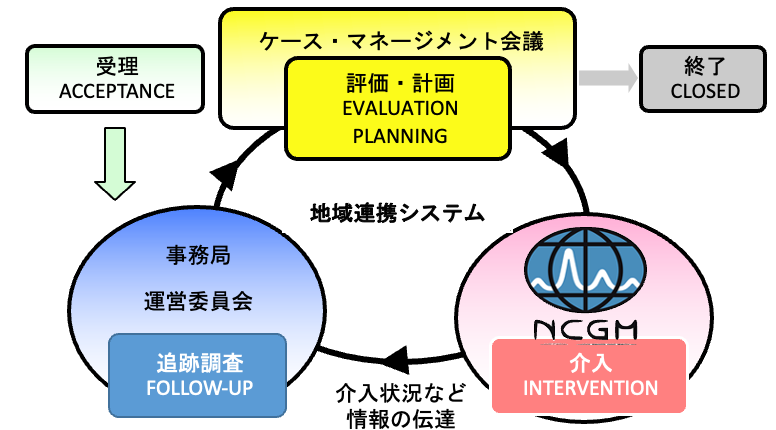
## アウトカム

- ・母子保健における母親の孤立を防ぎ、地域での早期の介入
- ・教育を受ける機会の増加
- ・医療費の削減
- ・新たな政策の立案

# 千葉県市川市での実践

- 要保護児童対策協議会にて、医療・教育・福祉・母子保健・司法/矯正などの専門機関の担当で「押し付け合い」にならない地域連携のネットワークの構築とその実践を続けている。
- 母子保健や教育機関を地域セーフティネットとして活用

市川市の教育委員会や他の専門機関と共に以下の連携システムを構築し、地域に根ざした児童精神科診療モデルを運用している。



精神疾患を背景にも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より実践

# まとめ

- 児童思春期精神科医療は、教育、福祉、母子保健、司法といった地域の専門機関と連携して、子どもの健全な情緒発達を促していく役割を担っているが、その人材不足が著しい状況である。
- 子どものメンタルヘルスの向上に向けた事業と将来の事業に向けた地域密着のデータ蓄積システムの構築が必須であると考えている。



各種研修会の開催

児童精神医学における診断・治療  
ガイドラインの作成

多施設共同研究  
NCNPや大学など

# 子どものメンタルヘルスの現状とEBPM

## 資料

# (資料1)

「発達障害者支援に関する行政評価・監視」の勧告【総務省】

専門的医療機関：発達障害が疑われる児童生徒の初診待ちが長期化



- **初診待機日数:半数以上の医療機関(14/27病院)が 3か月以上、最長で約10か月待ちの例あり。**
- **初診待機者数:約4割の医療機関(12/27病院)で50人以上、待機者が最大316人の例あり。**

# ACEsとその後のメンタルヘルス (資料2)

Journal of Adolescent Health 67 (2020) 93–100

**JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH**  
www.jahonline.org

Original article

## Self-Efficacy and Emotional Stability Buffer Negative Effects of Adverse Childhood Experiences on Young Adult Health-Related Quality of Life

Caroline Cohrdes, M.P.H.<sup>a,\*</sup>, and Elvira Mauz, M.P.H.  
*Mental Health Unit, Department of Epidemiology and Health Monitoring, Robert Koch Institute, Berlin, Germany*

**Article history:** Received August 26, 2019; Accepted January 2, 2020  
**Keywords:** Adverse childhood experiences; Young adults; Mental and physical HRQoL; Protective factors; Buffer effects; Self-efficacy; Social support; Personality; KiGGS

---

**ABSTRACT**

**Purpose:** The impact of adverse childhood experiences (ACEs) on various health outcomes is a major public health concern. This study aimed to provide a comprehensive overview of direct and indirect effects of ACEs on young adult mental and physical health-related quality of life (HRQoL) and to identify protective factors that could be addressed by public health interventions.

**Methods:** We used structural equation modeling to investigate associations between ACE exposure and mental and physical HRQoL in 3,704 young adults (44.5% male) who participated at baseline (2003–2006; mean age = 12.2 years, 95% confidence interval = 12.1–12.3) and at the second follow-up (2014–2017; mean age = 25.0 years, 95% confidence interval = 24.9–25.1) of the KiGGS cohort study, a population-based study of children and adolescents in Germany. We investigated the mediating role of protective factors in associations between ACEs and adult HRQoL while controlling for child/adolescent HRQoL.

**Results:** A substantial proportion of young adults (65.6%) reported an ACE. Emotional abuse, neglect, depression/suicide of a household member, and ACE co-occurrence affected HRQoL negatively. Some of the negative effects of ACEs on HRQoL were attenuated, and cumulative effects from ACE co-occurrence were buffered by protective factors.

**Conclusions:** Self-efficacy and emotional stability seem to play a key role in buffering the effects of ACEs on mental and physical HRQoL. To reduce the negative impact of ACEs, public health measures should pay additional attention to emotional abuse and promote coping and adaptation competencies in children and adolescents with ACE and in general.

© 2020 Society for Adolescent Health and Medicine. All rights reserved.

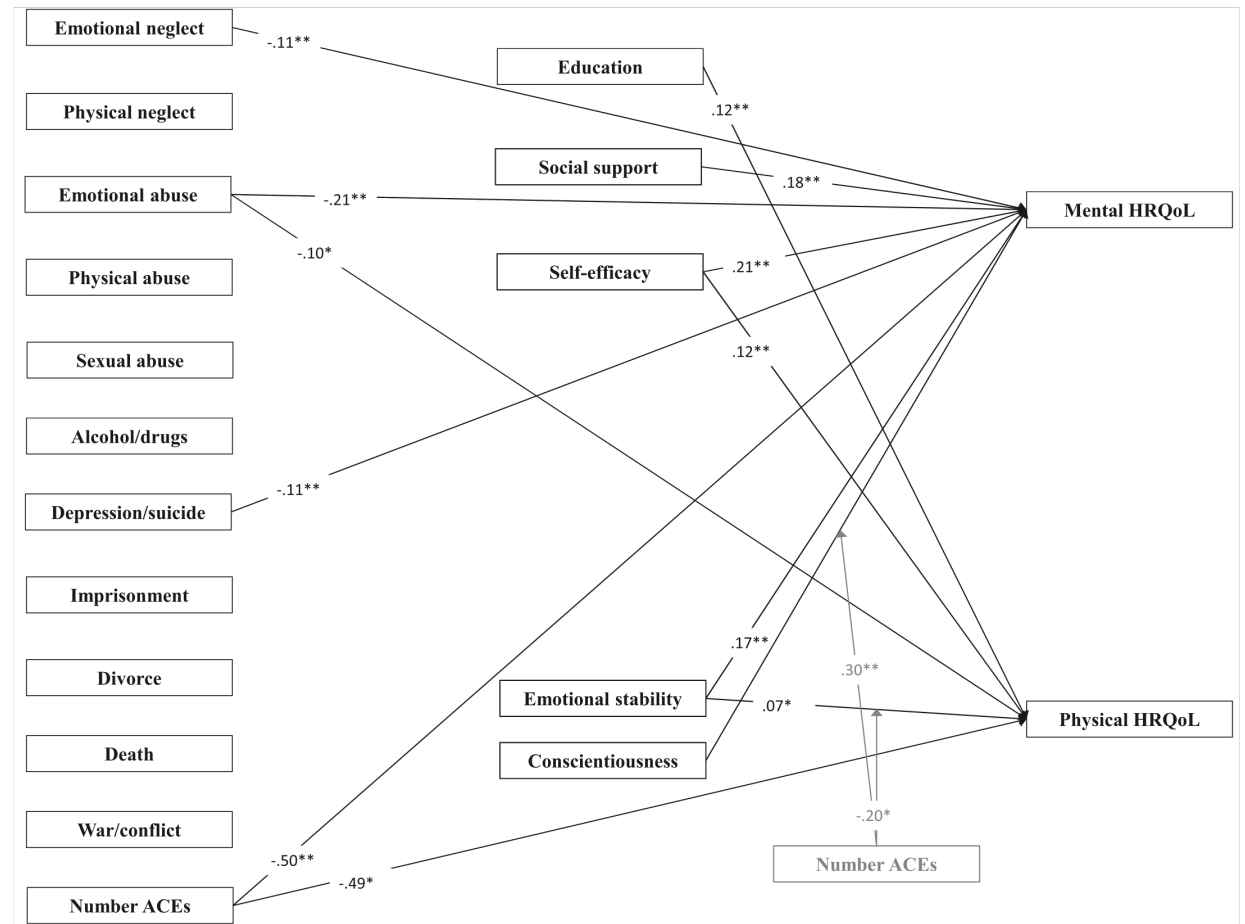
---

About one in four children living in high-income countries experience some form of maltreatment [1,2]. Child maltreatment “encompasses any acts of commission or omission by a parent or other caregiver that result in harm, potential for harm, or threat of harm to a child, even if harm is not the intended result” [2]. These forms of child maltreatment, often referred to as adverse childhood experiences (ACEs), include experiences of emotional, physical, or sexual abuse; neglect; or household dysfunction, such as parental substance abuse, divorce, or mental illness [3,4]. Thus, other than measures of trauma, ACE measures are not indicating the effects but rather the exposure and severity of maltreatment. Moreover, children are frequently exposed to multiple forms and repeated episodes of ACEs, so that many experience chronic ACEs and co-occurrence that have a

---

**Conflicts of interest:** The authors declare that they have no conflict of interest.  
**\* Address correspondence to:** Dr. Caroline Cohrdes, M.P.H., Mental Health Unit, Department of Epidemiology and Health Monitoring, Robert Koch Institute, General-Pape-Str. 62-66, 12103 Berlin, Germany.  
E-mail address: Cohrdes@bki.de (C. Cohrdes).

1054-139X/© 2020 Society for Adolescent Health and Medicine. All rights reserved.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.01.005>



# 幼少期の逆境体験が

(資料3)

## その後のうつや自殺と関連する

The Journal of Child Psychology and Psychiatry  
Journal of Child Psychology and Psychiatry 60:8 (2019), pp 866-874  
doi:10.1111/jcpp.13053

### Childhood neurodevelopmental difficulties and risk of adolescent depression: the role of irritability

Oiga Eyre,<sup>1</sup> Rachael A. Hughes,<sup>2,3</sup> Ajay K. Thapar,<sup>1</sup> Ellen Leibenluft,<sup>4</sup> Argyris Stringaris,<sup>4</sup> George Davey Smith,<sup>2,3</sup> Evie Stergiakouli,<sup>2,3,5</sup> Stephan Collishaw,<sup>1</sup> and Anita Thapar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MRC Centre for Neuropsychiatric Genetics and Genomics, Division of Psychological Medicine and Clinical Neurosciences, Cardiff University, Cardiff, UK; <sup>2</sup>MRC Integrative Epidemiology Unit, Bristol Medical School, University of Bristol, Bristol, UK; <sup>3</sup>Population Health Sciences, Bristol Medical School, University of Bristol, Bristol, UK; <sup>4</sup>Emotion and Development Branch, National Institute of Mental Health, Bethesda, MD, USA; <sup>5</sup>School of Oral and Dental Sciences, University of Bristol, Bristol, UK

**Background:** Children with neurodevelopmental disorders are at increased risk of developing depression. Irritability predicts depression in the general population and is common in children with neurodevelopmental disorders. Thus, it is possible that irritability in children with neurodevelopmental disorders contributes to the link with later depression. This study aimed to (a) examine the association between childhood neurodevelopmental difficulties and adolescent depression and (b) test whether irritability explains this association. **Methods:** Children with any neurodevelopmental difficulty at the age of 7-9 ( $n = 1,697$ ) and a selected, comparison group without any neurodevelopmental difficulty ( $n = 3,177$ ) were identified from a prospective, UK population-based cohort, the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. Neurodevelopmental difficulties were defined as a score in the bottom 5% of the sample on at least one measure of cognitive ability, communication, autism spectrum symptoms, attention-deficit/hyperactivity symptoms, reading or motor coordination. The Development and Well-Being Assessment measured parent-reported child irritability at the age of 7, parent-reported adolescent depression at the age of 10 and 13, and self-reported depression at the age of 15. Depression measures were combined, deriving an outcome of major depressive disorder (MDD) in adolescence. Logistic regression examined the association between childhood neurodevelopmental difficulties and adolescent MDD, controlling for gender. Path analysis estimated the proportion of this association explained by irritability. Analyses were repeated for individual neurodevelopmental problems. **Results:** Childhood neurodevelopmental difficulties were associated with adolescent MDD (OR = 2.11, 95% CI = 1.24, 3.60,  $p = .006$ ). Childhood irritability statistically accounted for 42% of this association. On examining each neurodevelopmental difficulty separately, autistic, communication and ADHD problems were each associated with depression, with irritability explaining 29%-51% of these links. **Conclusions:** Childhood irritability appears to be a key contributor to the link between childhood neurodevelopmental difficulties and adolescent MDD. High rates of irritability in children with autistic and ADHD difficulties may explain elevated rates of depression in the neurodevelopmental group. **Keywords:** ALSPAC; neurodevelopmental; irritability; depression; attention-deficit/hyperactivity disorder; autism.

**Introduction**  
Neurodevelopmental disorders are common (Boyle et al., 2011), typically start in early life, and result in impaired functioning (Howlin, Goode, Hutton, & Rutter, 2004). According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), this group includes intellectual disability (ID), communication disorders, autism spectrum disorder (ASD), attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), specific learning disorders and motor disorders. There is a scientific rationale for this grouping. First, clinical overlap between these disorders is high (Fombonne, 2003; Ghirardi et al., 2018; Jensen & Steinhausen, 2015; Kadesjo & Gillberg, 2001). These disorders also behave as highly correlated traits. Thus, research that focuses on a single diagnosis (e.g. autism) does not allow for testing the contribution of accompanying neurodevelopmental difficulties. Neurodevelopmental disorders also share common features: they onset early in development, tend to show a steady course and affect males more commonly than females (Bishop & Rutter, 2008; Thapar, Cooper, & Rutter, 2017). There is also strong genetic overlap across different neurodevelopmental problems (Faraone, Ghirardi, Kuja-Halkola, Lichtenstein, & Larsson, 2017; Ghirardi et al., 2018; Wilcutt, Pennington, & DeFries, 2000). Thus, considering neurodevelopmental disorders together may be useful clinically and for research purposes (Thapar et al., 2017).

Children with neurodevelopmental disorders are at increased risk of later depression (Gadow, Guttman-Steinmetz, Rieffe, & DeVincent, 2012; Kim, Szatmari, Bryson, Streiner, & Wilson, 2000; Mammarella et al., 2016; Meinzer et al., 2016). This pattern extends to those with sub-threshold neurodevelopmental problems (Kanne, Christ, & Reiersen, 2009; Roy, Oldenkamp, Verhulst, Ormel, & Hartman, 2014). Depression in young people with neurodevelopmental disorders is clinically important. For example, in those with ADHD, it is

Conflict of interest statement: No conflicts declared.

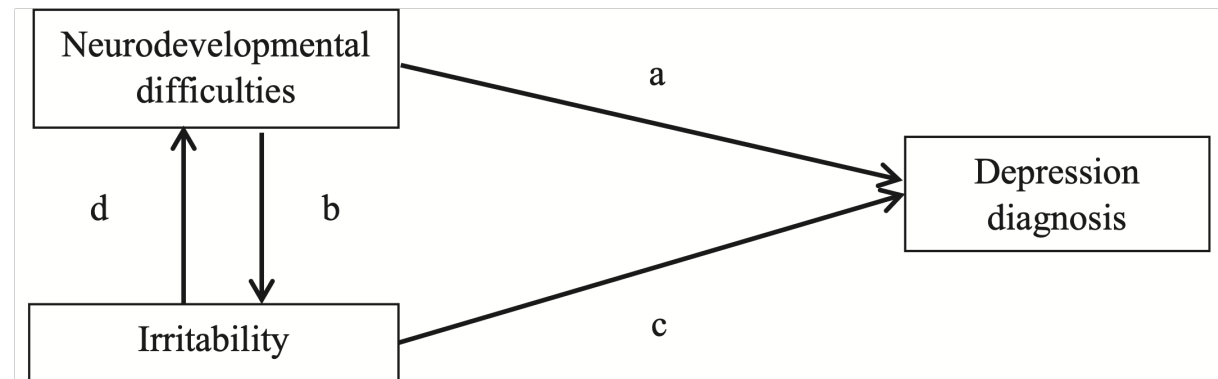


Figure 1 Possible paths between neurodevelopmental difficulties and irritability to depression

1. Neurodevelopmental difficulties → depression (path a) **Irritability増えらとうつ・自殺のリスクが高い**
2. Irritability → depression (path b)
3. Neurodevelopmental difficulties → irritability → depression (paths b and c) **特に発達障害の子どもたちにその傾向が顕著**
4. Irritability → neurodevelopmental difficulties → depression (paths d and a)

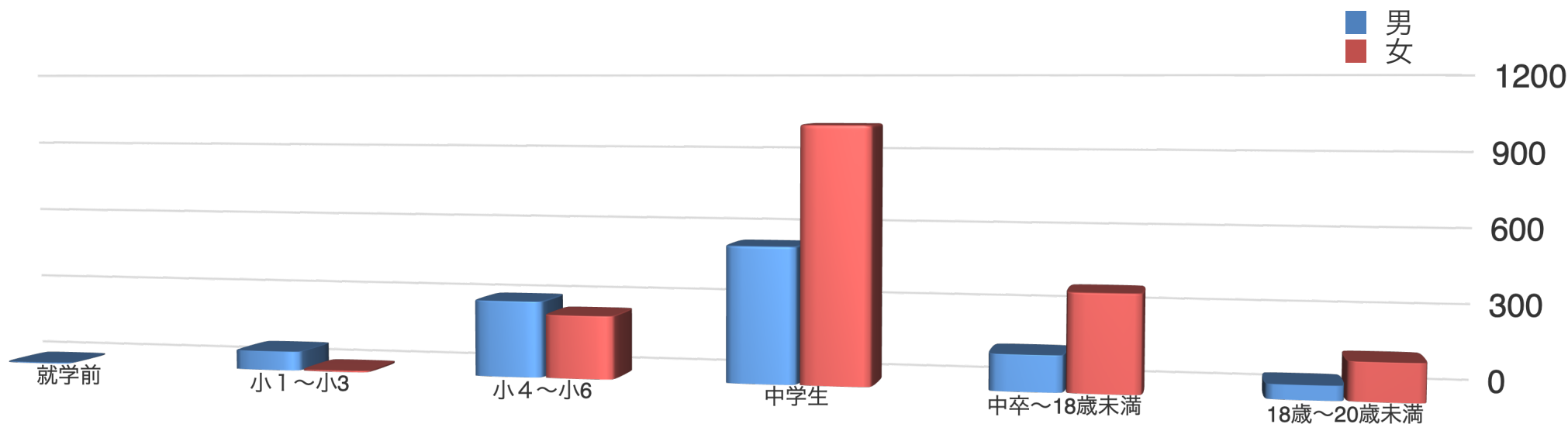
# 児童精神科に入院する年齢層 (資料4)

## (入院時年齢) N=2955

- 医療施設によって、入院対象年齢は異なる。

(小学生まで、中学生まで、18歳未満、20歳未満)

全国児童青年精神科医療施設協議会加盟施設 2021年度外来 入院時年代別人数





(資料5)

# 医師の働き方改革の文面でも児童精神科医の少なさを指摘する文面が含まれている。

## 地域医療確保暫定特例水準の対象となる医療機関の要件

地域医療確保暫定特例水準（B・連携B水準）の対象となる医療機関の要件のうち、地域医療の観点から必須とされる機能を果たすためにやむなく長時間労働となる医療機関であることの詳細は、以下のとおり。

### B水準対象医療機関

#### 【医療機能】

- ◆ 「救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの」・「政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5疾病・5事業」」双方の観点から、
  - i 三次救急医療機関
  - ii 二次救急医療機関 かつ 「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」 かつ 「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」
  - iii 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関
  - iv 公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関  
(例) 精神科救急に対応する医療機関（特に患者が集中するもの）、小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関
- ◆ 特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療を提供する医療機関  
(例) 高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等

(資料6)

## 実際の臨床現場の問題

- 児童精神科医1名で外来担当患者は平均132名(最大360名)、入院担当患者は5名(最大19名)であった。
- 80%以上の児童精神科医が初診に60分以上、再診診療に30分から60分の時間を要している。
- 児童精神科医のうち80%の医師が母子保健、福祉、教育、司法、啓発活動を兼務している。
- 児童精神科医のうち56%が通常の勤務において、19時以降の退勤時間となっている(6.7%は21時以降)



全国児童青年精神科医療施設協議会加盟機関に勤務する児童精神科医75名が対象

(資料7)

## 多職種での診療の現状

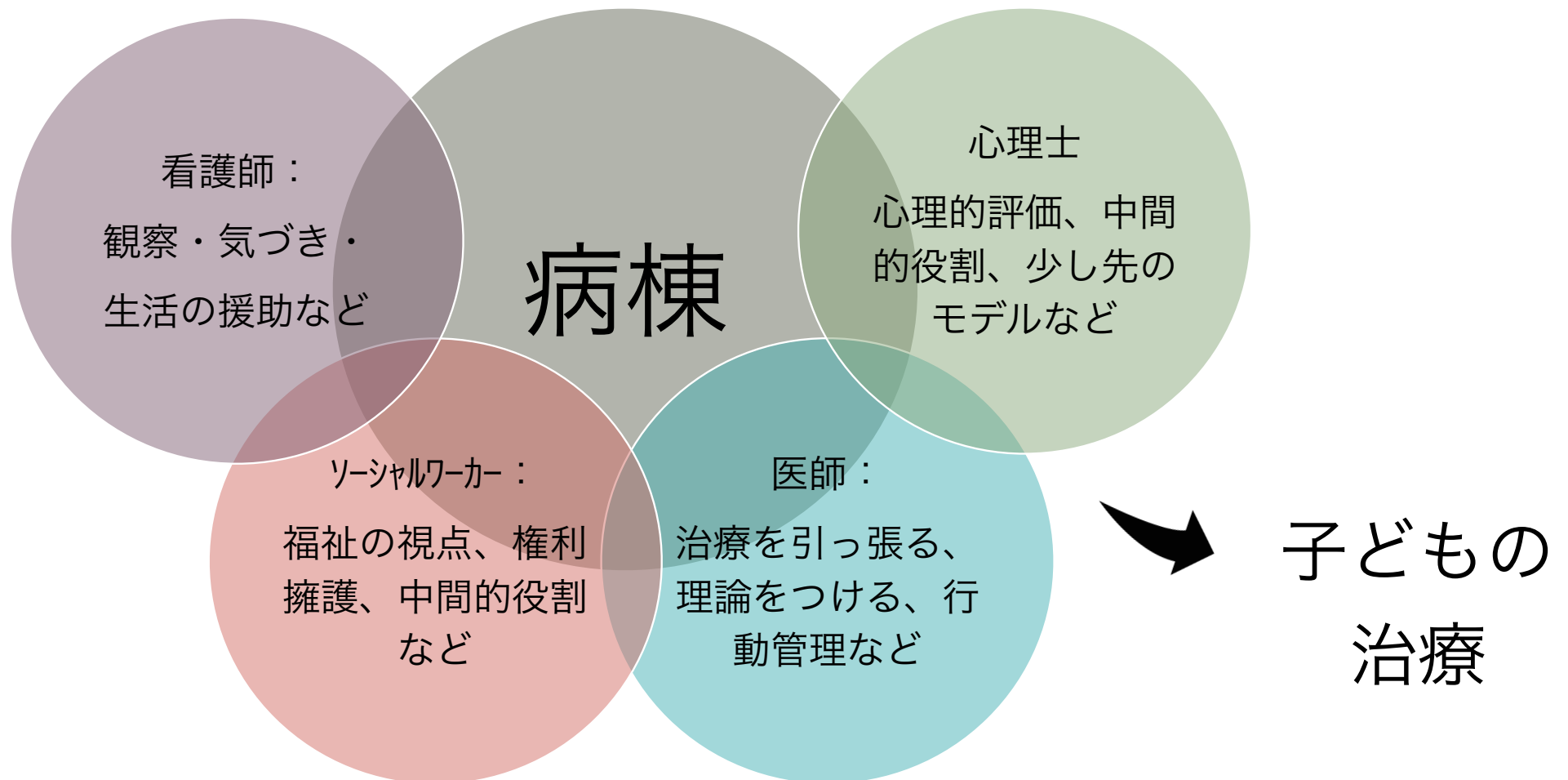
- 児童思春期精神科病棟を運営する上で92%の施設が複数名のソーシャルワーカーが勤務し、専従ソーシャルワーカーが開催した令和4年度の退院支援委員会は平均12.8回/年（最大59回）、関係者会議は平均61.9回/年（最大160回）であった。
- 児童思春期精神科病棟を運営する上で64%の施設が、複数名の心理士が勤務し、専従心理士は平均9名/月（最大31回）の心理検査を行い、平均10回/月（最大57回）の心理面接を行なっている。



全国児童青年精神科医療施設協議会加盟機関に14施設の専従者が対象

# 多職種治療が基本

(資料8)



それぞれ違う目線が組み合わさった病棟でこそ、子どもが成長する

(資料9)

## 児童精神科医や専門職の育成

- 国立国際医療研究センター国府台病院は、多くの専門医の育成を行ってきおり、平成12年から現在まで50名の児童精神科医師を臨床教育をしてきた。
- 2015年度から児童精神科を見学に来た医学生338名、医師66名、合計402名であり、その関心の高さがわかる。医学生の学外実習も受け入れ可能。
- 医学生、心理士を目指す大学院生向けのセミナー開催。
- 児童精神科医になるまでの長いキャリア問題（医学部6年、初期研修医2年、精神科・小児科専門医3年、子どものこころ専門医3年の卒後8年必要）



(資料10)

# 児童精神科医になるまでの研修

- 医学部 6年
- 初期研修医 2年
- 精神科・小児科専門医 3年
- 子どものこころ専門医 3年

増え続ける  
子どものメンタルヘルスの問題



長い研修機関  
養成する機関やポストの不足



(資料11)

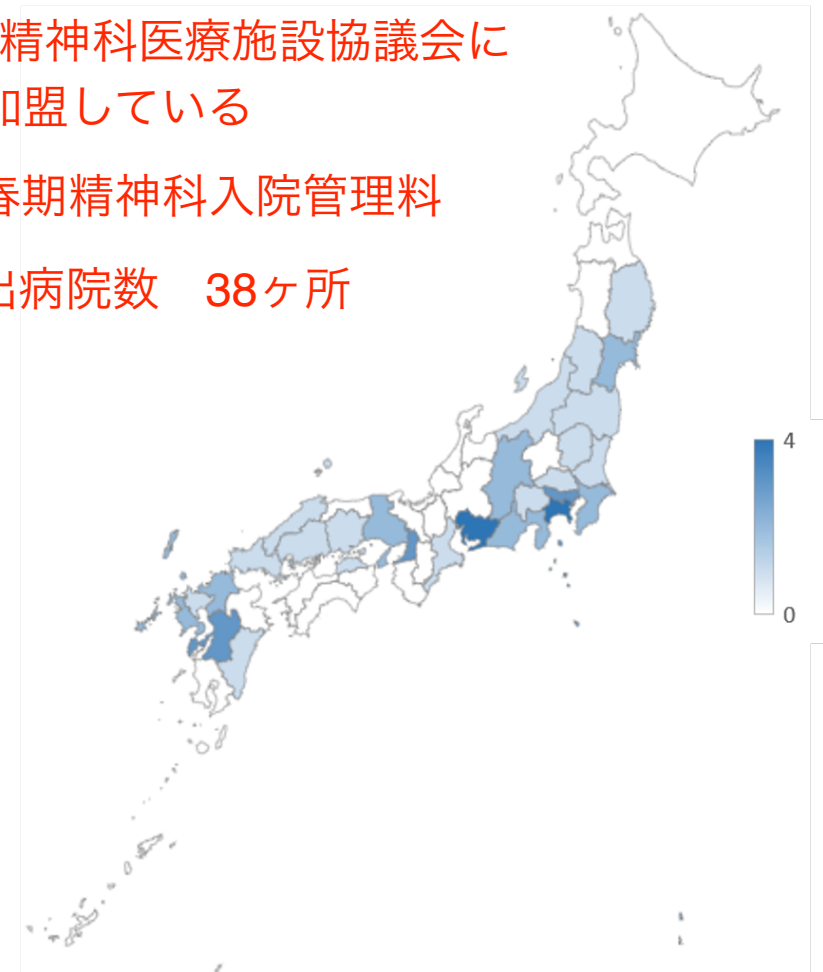
## わが国の児童精神科医療を担っている施設

- 専門外来・入院をもつ医療施設
  - 小児総合病院（公立）
  - 精神科医療センター（公立）
  - 精神科病院（公立、民間）
  - 大学病院 など
- 子どもの精神科外来を主にやっているクリニック
  - 民間開業医（私立＞準公立）
- 福祉機関に併設の医療の行える施設
  - 児童相談所に併設診療所、発達障害者支援センター内診療など

全国児童青年精神科医療施設協議会に  
加盟している

児童・思春期精神科入院管理料

届け出病院数 38ヶ所





# 厚生労働省：国立高度専門医療研究センターの 今後の在り方検討会報告書 (2018年12月26日)

## (資料12)

国立精神・神経医療研究センターと国立国際医療研究センターの間における精神・神経疾患 児童精神科医療は、年齢という縦軸と疾患という横軸が重なるような形で相まって病態解明と治療法の開発に取り組む必要がある。このため、総合診療機能を持つ国立国際医療研究センター国府台病院では、精神科専門病院では対応できない小児特有の合併症対応や総合な能力を持った児童精神科医の育成に取り組んでいる。 さらに、関係するNC間の異なった視点によるアプローチから病態解明と効果的な治療法の開発につながることを期待できるため、引き続き、国立国際医療研究センターは、国立精神・神経医療研究センターや国立成育医療研究センターとの連携を強化し、児童精神科医療に取り組むべきである。 (報告書：16ページより)



# SS-MIX

(資料13)

- 厚生労働省は、さまざまなインフラから配信される情報を蓄積するとともに標準的な診療情報提供書が編集できる「標準化ストレージ」という概念に着目し、すべての医療機関を対象とした医療情報の交換・共有による医療の質の向上を目的とした「厚生労働省電子的診療情報交換推進事業」(SS-MIX: Standardized Structured Medical Information eXchange)を開始した。
- 電子的に診療情報が交換されるためには標準化されていることが前提です。標準化のための費用負担が医療機関にとって厳しいものであることは事実であり、その負担を軽減することにより、電子化と標準化を併せて推進する。

