

第14回 神奈川県児童精神科入院医療を考える会

# 横浜市立大学附属病院における 精神科入院治療

---

横浜市立大学附属病院 児童精神科

藤田 純一

# 横浜市立大学附属病院児童精神科の歴史



 昭和43年11月

大学病院で唯一の独立診療科として設置



 平成12年2月

附属市民総合医療センター（南区阪東橋）開院

児童精神科として**成人共用**の**8床**のベッドを運用開始



 平成27年4月

附属病院（金沢区福浦）に演者着任

児童精神科として成人共用の2床のベッドを運用  
（現在、基本4床まで拡大）

- 開放病棟（保護室2室・個室13室・大部屋2室）
- 成人共用
- 高校生年齢以下の受け入れ最大4名
- 原則1か月以内の入院
- 身体合併症
- 救急応需（救命センターとの連携）
- トラウマケア  
（心理支援加算250点×51回/6名…R7年度）
- Aibo（ひしぽん）
- 心理実習生・研修医も重要な戦力

## 診療風景 (外来・病棟)



# 当院の短期入院プログラム



明確な期限・目標設定



早期の家族支援  
(児相・訪看との連携)



多職種での関与

1ヶ月



学校連携

# 多職種連携体制



**医師**

診断と治療計画の立案



**看護師**

日々のケアと状態観察



**心理士**

心理評価とカウンセリング



**栄養士**

栄養管理と食事指導



**MSW**(医療ソーシャルワーカー)

社会福祉相談と支援調整



**訪問看護**

在宅での継続的なケア



入院時から  
退院計画を立案

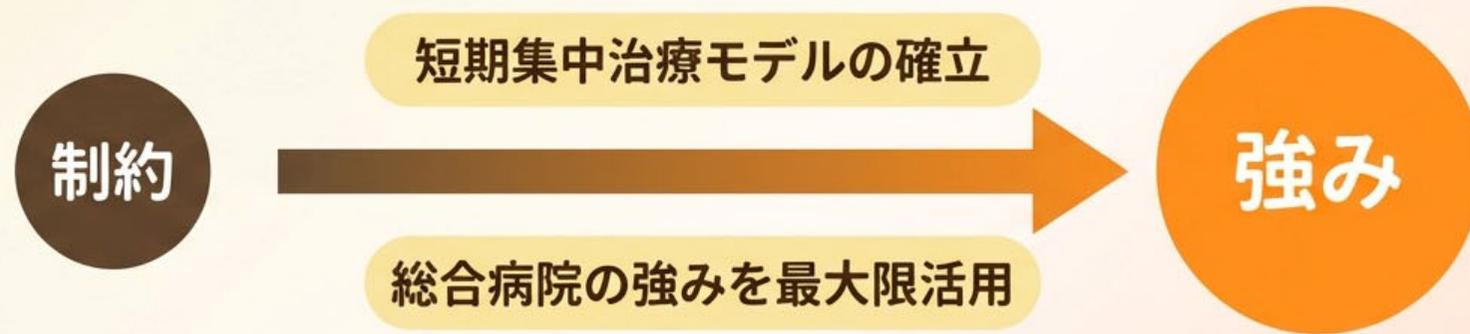


訪問看護との  
密な連携



地域資源との調整

# 制約を強みに変える戦略



## 救急症例

自殺企図後の  
救命病棟引き取り



## mECT症例

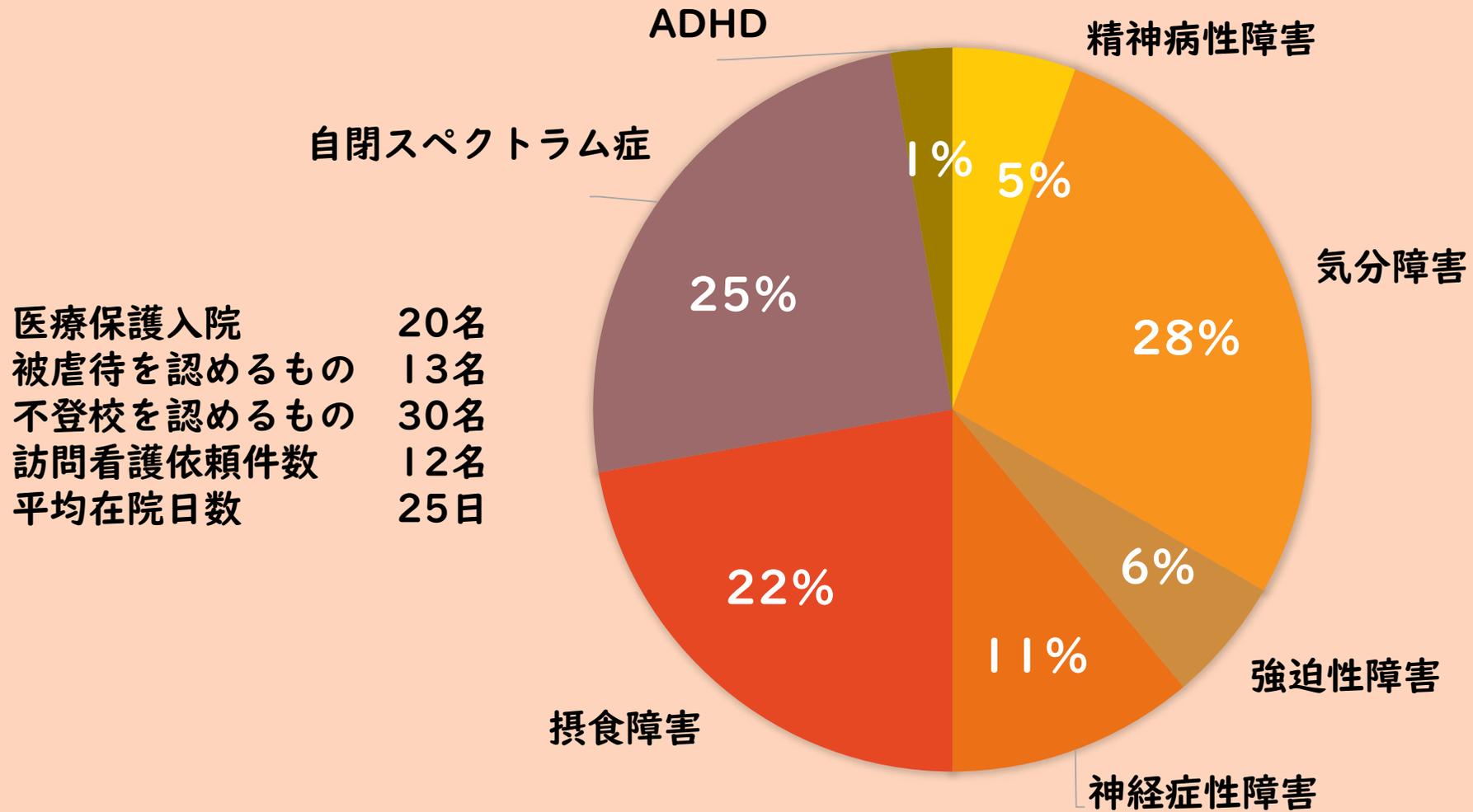
慢性疼痛・うつ病  
カトニア症例



## 摂食障害

再栄養療法  
過食症事例のレスパイト

# 2024年度入院患者 39名の内訳



• 症例 •

# 神經性食欲不振症

---



12歲 女子

# 発症の背景にあるカモフラージュと自己受容



## 発達障害特性と摂食障害の深い関連



カモフラージュとは周囲に合わせようと本来の特性を隠し、『普通』を演じ続ける社会的仮面。本人は社会的場面の中で常に不安・緊張状態にあり、これが摂食障害発症の背景となりやすい。



カモフラージュ  
過剰適応  
「普通」への拘泥



消耗  
持続的緊張感  
慢性疲労  
低い自己評価



精神疾患発症  
摂食障害  
うつ病



## 学校での過剰適応と隠れた孤立

兆候

外見は「真面目・協調的」だが、内面では常に周囲の顔色を伺い疲弊。周囲は「頑張り屋、努力家」を評価するが…。

リスク

問題行動がないため「隠れた孤立」が見過ごされやすい。



「優等生」の裏にある疲弊と孤立に気づき、「ありのままの自分」が支えられることが回復につながる

### 丁寧な発達評価

WISC、AQ、行動観察で特性を把握

### 「ありのまま」の肯定

周囲と比較しない、卑下しない

### 消耗メカニズムの共有

「なぜ疲れるのか」を本人・家族と理解

### 自己受容を最優先

発達特性に対する丁寧な説明と

合理的配慮の提供により安心感を重視

# 家族療法 (Family based therapy :FBT)

## PHASE 1

### 再栄養と体重回復



主なアプローチ  
家族主導による  
食事管理と体重回復が最優先



目標  
標準体重の90%回復



期間目安  
開始～3-6ヶ月

## PHASE 2

### 主導権の段階的移行



主なアプローチ  
食事の管理を  
親から本人へ徐々に戻す



目標  
自己管理の確立



期間目安  
体重回復後の数ヶ月

## PHASE 3

### 思春期課題と再発予防



主なアプローチ  
自立支援と  
年齢相応の発達課題への復帰



目標  
再発予防と自己の再確立



期間目安  
治療終了まで



思春期ANに対し高い有効性

効果量  $d = 2.32$

# 家族支援



賞賛（ほめる）と強化（回復のイメージづくり）を



目標と見通しの共有、継続のための支援（訪看など）



家族の役割分担（誰が何をするか、父親は？母親は？）



きょうだい支援の配慮

# 医療・教育連携



医師から学校へ早期の治療方針共有を行い、医師・家族・学校の足並みをそろえる

## 日常の生活支援



### 給食・食事

#### 給食支援の工夫

- ・メニュー調整: 量や内容の個別対応を検討
- ・見守り: 完食を強制せず、プレッシャーを軽減
- ・残食記録: 食べた量を記録し、家庭と共有



### 保健室利用

#### 休息と安全確保

- ・不調時の避難場所
- ・食後の安静時間の確保
- ・給食摂取時の見守り
- ・助言と励まし、学校医・管理職・家族との連携



## 制度運用と情報共有



### 出席・評価

#### 出席・評価の柔軟な運用

- ・治療優先: 通院や入院による欠席への配慮
- ・保健室登校や別室指導の活用
- ・体育の見学や補習課題での評価代替



### プライバシー

#### 情報共有の原則

- ・保護者・患者同意: 共有範囲を事前に確認
- ・クラスメイトとの関係への配慮
- ・どのように伝えるかは本人の意向を尊重しつつ
- ・病名だけでなく「配慮事項」を中心に伝達・合意
- ・担当医、訪問看護との情報共有

# 一般的な薬物療法



**i** 薬物療法は補助的な位置づけ。外来における再栄養と心理社会的治療 (FBT, CBT-E) が治療の主軸



**オランザピン**  
非定型抗精神病薬

## ◎ 適応・目的

体重増加の促進、食事への不安・強迫観念の軽減

## 📖 用法

低用量 (2.5-10mg/日) から開始

## ▲ モニタリング

過鎮静・代謝異常 (血糖/脂質) のモニタリング



**亜鉛**  
ミネラル補充

## ◎ 適応・目的

味覚障害の改善、意欲・食欲改善

## 📖 用法

硫酸亜鉛 25-50mg/日

## ▲ モニタリング

血清亜鉛値を測定し適応判断



**SSRI**  
抗うつ薬

## ◎ 適応・目的

併存うつ・不安の治療  
過食・排出行動の軽減

## 📖 用法

セルトラリン、エシタロプラム等

## ▲ モニタリング

低体重期は効果限定的。  
若年者の賦活症候群に注意

# 栄養療法の実践

横浜市立大学附属病院での入院治療と具体的アプローチ



🎯 栄養量: 週0.5kg増加 (週3500kcal相当) | 1日3000kcal目安

🎯 治療目標: 身体機能異常からの回復 (月経回復)、安心して楽しい食事風景へ

リフィーディング症候群 (Pが急激に細胞内に取り込まれ血中P値が下がることで不整脈・呼吸不全のリスクに) に留意してモニタリングをしつつ増量を!!

## Stage 1 外来での栄養指導

- 👤 栄養士と協働し、具体的食事計画を作成する
- 🍴 1日3000kcal程度のメニューを提案し相談する
- 👨‍👩‍👧 家族へ調理指導・見守り方法を共有する
- 📅 週1回の体重測定と評価を行う

## Stage 2 入院治療

- 🏠 「身体の治療」として入院を行う (約1か月)
- 原則、食事は出さずに経管栄養を用い、確実に栄養を投与する
- 🎯 目標は「月経回復」に設定する
- 🗨️ 体重数値の議論を避け、身体機能回復に焦点を置く

## Stage 3 継続支援

- 🏠 外来移行時に訪問看護を導入、学校教員との面談も設定し支援依頼
- 🏠 在宅での食事見守りと継続支援を行う (家族療法的支援)
- 💚 心理的背景を特定したうえで、回復へ向かう患者の不安解消を図る
- 🔗 関係機関と密に連携・報告する

# 横浜市立大学附属病院 摂食障害診療実績

対象期間: 2025年1月~10月 (10ヶ月間)

総患者数 19名

平均年齢

13.1歳

(範囲: 9~18歳)



平均初診時BMI

14.5

緊急性高いケースも存在



平均BMI変化

+2.7

(+20.3% 改善)



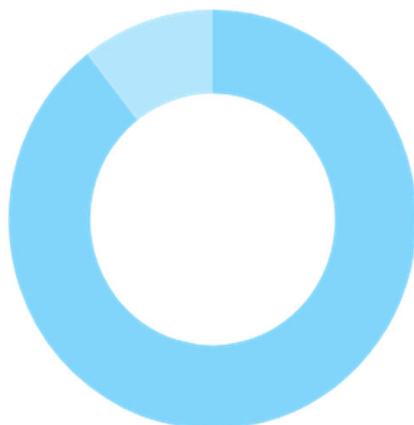
治療継続率

78.9%

中断率: 15.8%

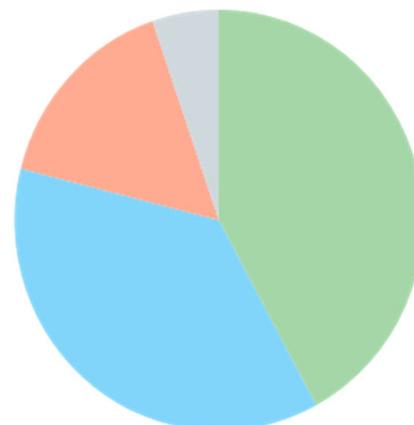


診断内訳



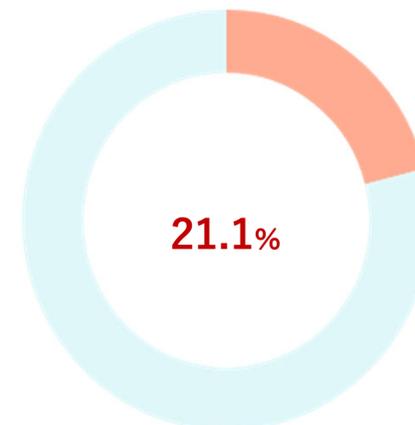
■ 神経性やせ症(AN) ■ 過食症(BN)

治療経過 (3-6ヶ月後)



■ 改善 ■ 維持 ■ 中断 ■ 不詳

入院率



21.1%

■ 入院あり ■ 外来のみ

併存疾患率 57.9% (11名)

ASD 6名

うつ病 3名

不安障害 2名

強迫症 1名

転帰詳細と判定基準

改善 42.1% 8名

定義: BMI +1以上増加

維持 36.8% 7名

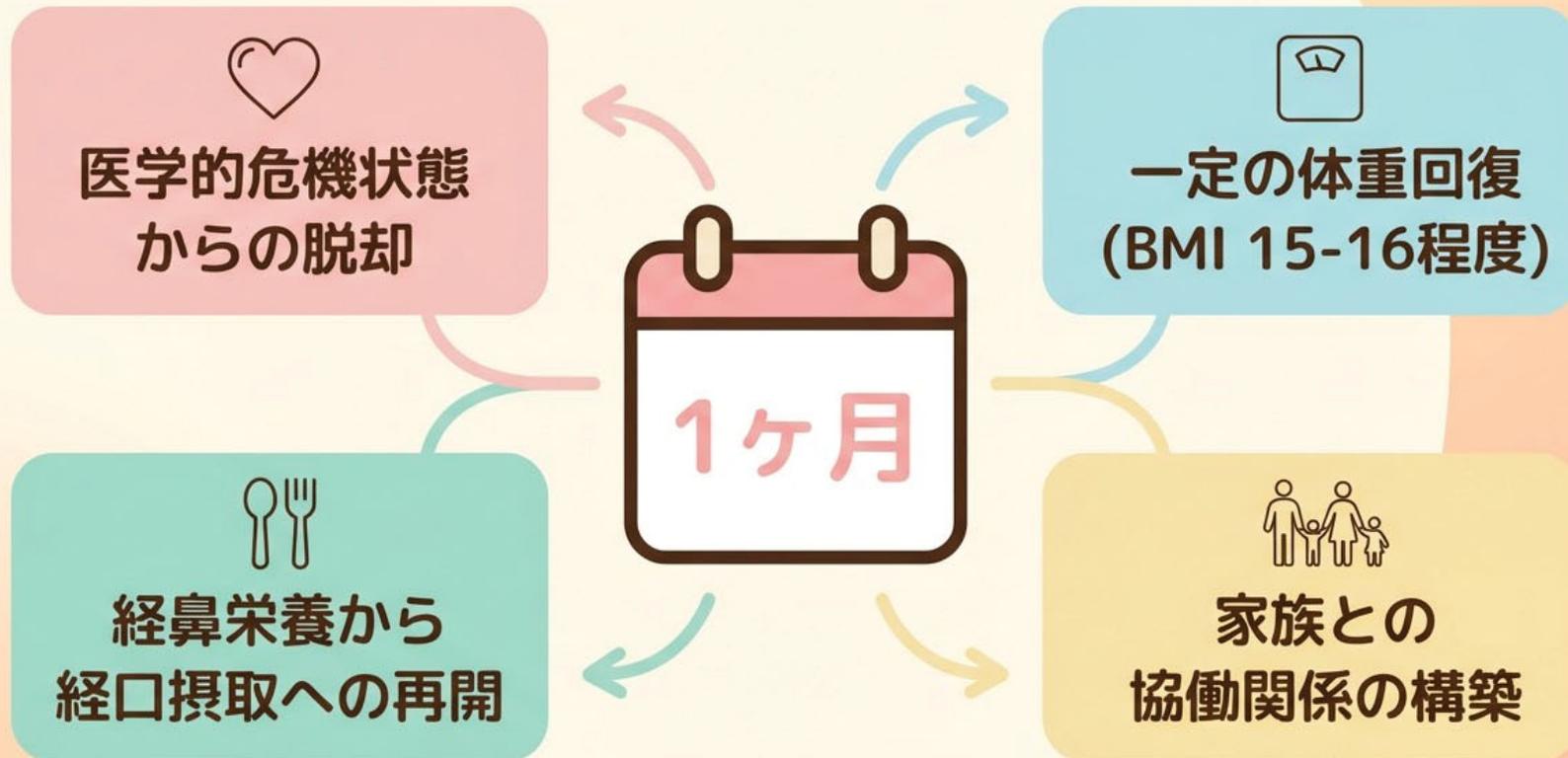
定義: BMI変化 -1~+1

6

中断 15.8% 3名

定義: 治療継続不可

# 1ヶ月での達成目標



# その他の入院治療内容



過量服薬・自傷行為などの救急症例受け入れ



小児科や他診療科との連携体制



身体管理が必要な場合の対応



外科的処置が必要なケースへの迅速な対応

# 受け入れ困難な症例



持続的な自傷他害行為、  
暴力リスクの高い患者



行動制限の最小化



長期的な生活療法が  
必要な症例



治療的展開の確保

# 病院間連携の必要性

当院では対応できない症例が存在



閉鎖病棟での  
安全な管理



長期入院による  
関係性構築



生活療法・  
環境調整の充実



男性スタッフ  
の配置数