

# 児童・生徒への精神科医療の役割について考える

---

第19回城南ティーンこころのメンテ研究会

東邦大学医学部精神神経医学講座

船渡川智之

# 本日のお話

1. 児童思春期精神医療の近年の動向について
  - A) 子どものこころの診療ニーズ、疾患概念の転換と治療の多様性について
  - B) 子どものこころ専門医、長野県発達障がい診療医・専門医について
2. 子どもの精神医学の特性について
  - 臨床上の姿勢、戦略の立て方について
3. 子どもの問題に関係する社会資源について
  - A) 医療機関、児童相談所、子育て支援センター、児童福祉施設
  - B) 障害者手帳、療育手帳、特別児童手当
4. 近年求められている他機関連携について
  - 保健機関、教育機関、福祉機関、教育機関、司法機関

# 本日のお話

1. 児童思春期精神医療の近年の動向について
  - A) 子どものこころの診療ニーズ、疾患概念の転換と治療の多様性について
  - B) 子どものこころ専門医、長野県発達障がい診療医・専門医について

# 子どものこころの診療のニーズ

- 近年、発達障害を中心に子どものこころの診療ニーズが著しく増加している（平成28-29年度厚生労働科学研究費補助金「発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究」）
- 2008年日本で診療科として「児童精神科」を標榜することが正式に認められたが、児童精神科を専門とする医師の数は限られており、初診予約の待ちが数か月から1年というところも珍しくない
- 厚生労働省が掲げる「医師の働き方改革」でも移植外科医と同じ扱いで児童精神科医の需要・供給のバランスの悪さが指摘（日本児童青年精神医学会）

# 子どもの治療のみではない

- 治療の一環として子どもの学校の教師や児童相談所の職員と話し合う、児童相談所で子どもを診断する、地域の発達センターや教育センターのお手伝いをする、さらには児童福祉法で規定されている要保護児童対策地域協議会に参加するなど、児童精神科医の仕事は病院内にとどまらない。
- 医療だけでなく、福祉や教育、時には司法の観点から子どもを評価し、虐待の予防と健全な成長を促していけるよう知恵を絞る必要がある。
- 子どもの治療だけでなく、親を支え、地域で子どもを育てていく支援に参加することも児童精神科医の仕事の一つ

# 疾患概念の転換と治療の多様性

- 数年前まで児童精神科の役割は、自閉症、知的障がい児の診断、治療とりわけ問題行動への対処が主体で、薬物療法や福祉サービス受給のための診断とアセスメントが中心であった(杉山, 2007)。
- 疾患概念の多様化、エビデンスの蓄積を背景に診断基準が整理統合され、第3、第4の発達障害といわれる、それまでは素行などの行動の問題とされていた注意欠如・多動症(ADHD)や反抗挑戦症や、子育て、家庭の問題とされていた虐待に伴う反応性愛着障害などの分野にまで児童精神科の守備範囲が広がっている(大賀, 2019)

# 疾患概念の転換と治療の多様性

- 2013年5月精神医学の国際的な診断分類である、アメリカ精神医学会の診断統計マニュアルが改定され第5版(DSM-5)が発表され、発達障害全般が神経発達障害としてまとめられ、知的能力障害、自閉スペクトラム症、学習障害、発達性協調運動障害、チック症も同じ括りとなった。
  - 注意欠如・多動症(ADHD)が破壊的行動障害から神経発達障害へ組み入れられるなど障害特性、疾患としての成り立ちが明確にされ、社会的な認知も進んだ。
- 人の生まれながらにもつ特性と、育ちのなかでさまざまな影響を受けることで問題が浮き彫りになる諸問題にも光が当たるようになった

# 疾患概念の転換と治療の多様性

- 児童精神科における治療は、現在でもその中心は、カウンセリングによる助言、指導、精神療法である
  - 治療薬の承認、メディアでの注目度の高まりも重なり、精神医学の片隅にいた児童精神医学が発達障害の時代といわれるように一気にメインストリームへ躍り出た印象をもたれるようになった
- その効果が瞬く間に広まると、患者家族にも変化が見られ、治療効果の即時性を求める姿勢が明らかに高くなった
- 薬物以外の治療も、認知行動療法、動作法、眼球運動による脱感作と再処理法 (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; EMDR) などのトラウマ治療も臨床の現場で応用されるようになった



# 疾患概念の転換と治療の多様性

- 医療者側はその多様化に対応するために、主に治療にあたる医師、心理士だけでなく、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、管理栄養士もアセスメント能力、心理療法、精神療法の手法を身につけて各職種の専門性を発揮しつつも、あらゆる職種が患者に向き合うことが求められるようになった

# 子どものこころ専門医

- 子どものこころ専門医機構は、精神科系の学会である日本児童青年精神医学会と日本思春期青年期精神医学会、および、小児科系の学会である日本小児心身医学会と日本小児精神神経学会の計4学会が、日本専門医機構による専門医制度の整備を機に共同で1つの専門医制度を立ち上げようと、2014年に設立。
- 目的:子どものこころの問題と、それに関連する身体症状に対して身体、心理、社会、環境、倫理など、子どもを取り巻くあらゆる視点から総合的な診療を行い、標準的な医療を提供できる医師の養成(子どものこころ専門医カリキュラム第1版)。
- 2022年度から本格的な専門医研修が開始。

# 子どものこころ専門医研修項目

## a. 総論研修項目

1. 子どもの発達理論
2. 症候
3. 検査
4. 診察・面接
5. 診断
6. 身体的治療・薬物療法
7. 精神療法
8. チーム医療
9. 連携
10. 教育(自己学習と指導)
11. 法律・安全管理
12. 医の倫理

# 子どものこころ専門医研修項目

## b. 分野別研修項目

- 1. 小児の心身医学領域に特有の問題
  - ① 機能的身体症状(不定愁訴)
  - ② 心身症
  - ③ 周産期・乳児期の母子保健
  - ④ 慢性疾患児の包括的ケア
  - ⑤ 終末期のケア
- 2. 小児の精神および行動の障害
  - ① 器質性精神障害等
  - ② 統合失調症
  - ③ 気分障害
  - ④ 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害
  - ⑤ 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
  - ⑥ 人格および行動の障害
  - ⑦ 知的障害, 心理的発達の障害
  - ⑧ 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
    - a. 多動性障害, 行為障害など, b. 情緒障害, チック障害など
- 3. 多様な背景によって生じる問題
  - ① 不登校・ひきこもり
  - ② 自傷・自殺
  - ③ 非行
  - ④ 児童虐待

# 本研究会

## 子どものこころ専門医 分野別研修項目

- 1. 小児の心身医学領域に特有の問題
  - ① 機能的身体症状(不定愁訴)
  - ② 心身症
  - ③ 周産期・乳児期の母子保健
  - ④ 慢性疾患児の包括的ケア
  - ⑤ 終末期のケア
- 2. 小児の精神および行動の障害
  - ① 器質性精神障害等
  - ② 統合失調症
  - ③ 気分障害
  - ④ 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害
  - ⑤ 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
  - ⑥ 人格および行動の障害
  - ⑦ 知的障害, 心理的発達の障害
  - ⑧ 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
    - a. 多動性障害, 行為障害など, b. 情緒障害, チック障害など
- 3. 多様な背景によって生じる問題
  - ① 不登校・ひきこもり
  - ② 自傷・自殺
  - ③ 非行
  - ④ 児童虐待

## 本研究会で扱ってきたテーマ

- 第1回: 精神疾患への早期の対処について
- 第2回: 思春期心性について考える-①「自傷行為の対応について」
- 第3回: 思春期心性について考える-②「ひきこもりへの対応について」
- 第4回: レジリエンスを高める関わり
- 第5回: インターネット依存への対応について
- 第6回: ストレngthsを生かす関わり方
- 第7回: ストレngthsアセスメントを学校現場に生かす
- 第8回: 早期精神病の診療プランと実践例 - 予備的ガイドンス2017 - について
- 第9回: 思春期心性について考える - 衝動性について -
- 第10~11回: 森田療法
- 第12回: 身体化症状への支援
- 第13回: 不安・抑うつへの支援
- 第14回: 摂食障害への支援
- 第15回: 軽度な発達障害を有する生徒への支援
- 第16回: 愛着形成の問題を抱える生徒への支援
- 第17回: 学習障害を抱える生徒への支援
- 第18回: 児童思春期年代者の睡眠について考える

# 長野県発達障がい診療医・専門医

- 2018年度から長野県の事業として立ち上げられた「発達障がい診療人材育成事業」による長野県独自の制度。
- 本事業では、発達障害の診療を行う医師を「長野県発達障がい指導医」、「長野県発達障がい専門医」、「長野県発達障がい診療医」、「長野県発達障がいかかりつけ医」に分類している。
- 「長野県発達障がいかかりつけ医」は、すでに県が2015年度より毎年実施してきた所定の研修を受けた医師を指す。
- 「長野県発達障がい診療医」は本事業で制定した長野県発達障がい診療医・専門医育成カリキュラムの履修によって、また、同専門医については同カリキュラム履修に加えて所定の臨床経験を積むことによって、県に認定の申請をすることができる。本カリキュラムの対象となるのは小児科医と精神科医であり、専門医になるためには5年以上の小児科または精神科の臨床経験が条件。

# 長野県における発達障がい診療における 医師の役割

分類	役割
長野県発達障がい指導医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院治療など困難事例への総合的対応</li> <li>・診療医, 専門医へのスーパービジョン</li> <li>・コメディカルへのOJTや研修会実施による人材育成</li> </ul>
長野県発達障がい専門医	発達障がいの二次医療 <ul style="list-style-type: none"> <li>・困難事例の診療</li> <li>・関連機関へのスーパービジョン</li> </ul>
長野県発達障がい診療医	発達障がいの一次医療 <ul style="list-style-type: none"> <li>・診断とアセスメント</li> <li>・診断書などの作成</li> <li>・療育への助言</li> <li>・教育, 福祉などとの連携</li> </ul>
長野県発達障がいかかりつけ医	一般的な診療 <ul style="list-style-type: none"> <li>・早期発見と紹介</li> <li>・さまざまな医療の提供</li> </ul>

# 本日のお話

2. 子どもの精神医学の特性について
  - 臨床上の姿勢、戦略の立て方について



# 子どもの精神医学の特性

- ① 子どもが成人に発達成長する時期にあたるために、発達成長を視野に入れること
- ② 子ども時期固有の臨床課題があること
- ③ 成人期精神障害は、乳幼児青年期にその端を発すること
- ④ このため臨床を進める際には、方法論、技術論、知識ともに別の視点から確立する必要があること
- ⑤ 診断閾値に達しない精神障害の多さ
- ⑥ 環境の影響
- ⑦ 縦断的経過の重要性

①～⑤は「長尾, 2014」

⑥、⑦は「飯田, 2018」

# 1. 子どもの発達成長

- 児童精神医学は子どもが成人になるための条件整備をする。
  - 子どもを一人の成人に作るためのデベロッパーの役割。
  - 成人精神医学はその成人がうまく人生を送れるようにするユーザーの役割。
- 乳幼児から青年期のそれぞれの時期が、人格発達の重要な時期にあたるために、その特性や課題に合わせた視点で子どもをみる必要がある。
  - Ex) Eriksonの人格発達の各段階(Erikson, 1959)
- 年齢や時期によって症状の現れ方にも違いが生じるし、その表現の仕方も異なる。治療関係の構築方法も異なるし、治療する側のコミュニケーションの取り方も変えなければならない。
- 症状を言語化できないことも多く、情報収集の方法や精神療法の手段も工夫が必要。

## 2.子ども時期固有の臨床課題

- 子ども時期は、人としての全ての課題を獲得する時期である。
  - 歩く走るといった運動能力
  - コトバの獲得(音韻、構音、語彙、文法、意味、運用など)
  - 人間関係の獲得(親子、家族、同年代、地域などで)
  - 社会性の獲得(社会的慣習の認知とその意味理解、共同作業や役割分担などの遂行能力、その社会からみた自我同一性の獲得など)
  - 倫理道徳観の獲得(神を見る前に神の声を聞くといわれる好い悪い感覚の内的発生など)
  - 読み書き計算といったリテラシー能力の獲得
  - その他(感情の分化、記憶能力、視・空間・数・量・時間感覚などの認知能力の発達、そのメタ認知)など課題

## 2. 子ども時期固有の臨床課題

- 子どもは成長発達過程にあり特有な環境に置かれているので、子どもには成人とは異なる精神科的問題が存在する。
- 反応性愛着障害、不登校、非行、家庭内暴力、学校におけるいじめの加害や被害などは、子どもに特有の精神科的問題。
- 多くは、診断閾値以下の臨床症状を認めるのみであったり、従来の診断分類で定義できないものであったりする。
  - 不登校、家庭内暴力、習癖異常、虐待、手首自傷、非行などは子ども特有の疾患であり、DSM-5にもその障害名はない。
- 診断名ではなく状態像で分類することは、背景や全体像を明らかにしていく際には、臨床上都合がよいこともある。

### 3.成人期精神障害は、乳幼児青年期にその端を発する

- 乳幼児青年期のなれの果てを成人精神医学は対応することになる。
- 統合失調症、気分障害もその視点のエビデンスが整いつつある。
  - 統合失調症は神経発達障害からなる疾患という見方が、この20年来、遺伝学、神経発達学、幼児期発達課題、生活環境の影響、青年期の神経組織の再構築学、青年期の社会性の課題の視点からのエビデンスが整いつつある(Murray and Bramon, 2005; 長尾, 2009)。
  - ARMS(at risk mental state)といった臨床課題やエンドフェノタイプの特徴が知られるようになり、現在、成人期の発症前の予防に力点が置かれている。

## 4.乳幼児精神医学と成人精神医学は方法論、技術論知識が基本的に異なる

- 子どもが発達途上にあるために、発達という視点からの方法論、技術論、知識が必要。
  - 対人関係形成のメソロジーとして、乳幼児期に十分なケアと養育者との関係が最も重要とされる。
    - これが保証されないと自閉症と間違ふような臨床症状のみられることが旧ユーゴスラビアでの子どもの施設養育で知られている(Rutter et al., 2007)
- 子どもの精神医学の技術(論)としては臨床面接では、子どもと面接し、親と面接し、親子同席で面接しなければならない。
- 学齡期であれば、学校からの情報がないと子どもの様子さえわからず、本当のことが判断できない。

## 5. 診断閾値に達しない精神障害の多さ

- 乳幼児青精神医学では、診断閾値以下の臨床症状がかなり認められるとされている。
  - わが国では、この数年間以上、不登校児童生徒が年間約12万人、学校での暴力行為が6万件、いじめが8万件、中高校生の自殺が150人など学校場面、家庭場面での不適応行動が多く、この背景には子どもの感情面のコントロールのできなさや、気分変調、抑うつ、不安などによる精神的ゆとりのなさが背後にある。
  - 文部科学省調査では、不登校に関しては「病院等の医療機関と連携して指導に当たった」のは全小中学校の13.1%でこの年の効果があった学校の措置の15番目で最下位であった(文部科学省, 平成23年度)。一方、登校不能状態を主訴ないし主訴の1つとして受診し、診察した児童生徒は何らかの精神症状を有し、100%に精神医学的診断がつけられた(長尾, 2014)。

## 6. 環境の影響

- 子どもを取り巻く環境は成人とは異なり、さらに、子どもはその環境の影響を大きく受けやすい。
- 母子関係、家庭環境、学校環境などは、子どものこころの問題に大きな影響を及ぼす因子
  - 幼児期の虐待がその後の成長に及ぼす影響についても近年注目されている。
- 環境が深く関与する自尊感情や自己肯定感などは子どもの人格形成だけでなく、精神症状にも影響を及ぼす。
- 子どもへのこころの診療を行うにあたっては、このような環境の影響を理解し、環境を調整する手段を学ぶ必要がある。
- 保護者へのアプローチが治療に占める割合は大きい。保護者への家族心理教育はもちろん、保護者に対する精神療法が必要になることもある。



## 7. 縦断的経過の重要性

- 子どもはその時点での横断的症狀だけを把握しても診たてはできない。
- これまでの親子関係や環境要因、その子が生きてきた歴史を把握したうえで、今の症狀の意味を理解する必要がある。
- 症狀はその子のことばであり、心の底からの訴えでもある。つまりその背景にもっと重要な問題が存在していることを示すサインであるかもしれない。
  - 症狀を取り去ることには意味がないかもしれない。
- 子どもの病状は経過とともに変化し、診断名も変わっていくことも多い。
  - 小学校時代には分離不安障害であったが、思春期になると社会不安障害に診断名が変更され、さらに回避性パーソナリティ障害を併存するようになることもある。
  - 子どもの不安障害は成人期ではうつ病性障害を中心とする気分障害になることも少なくない。中学生時代には強迫性障害であったがその後、統合失調症へ移っていく場合もある。

# 臨床上の姿勢、戦略の立て方(長尾, 2014)

1. 子どもの精神医学の対象は、その子ではなく、その子が成人になったときのことを考えて治療計画を立てる。
2. 発達障害に関しては乳幼児青年期から課題のある場合は、成人期に二次障害をキャリアオーバーしないための方策を考えておく。そのためには発達障害なりの典型的な発達を設定し(定型発達の主流に乗ろうとしないで)、その軌跡をたどれるように維持することを考える。
  - まわりの人や社会資源はそれをサポートすることになる。つまり過剰適応をさせず、過大な期待をせず、その子どもなりの人生設計を想定した教育的、社会的介入を見つけ提供できるようにする。

## 臨床上の姿勢、戦略の立て方(長尾, 2014)

3. 児童青年期の精神障害が、成人期に大きく変わる可能性のある疾患に関しては、特に“その子ども時期”の疾患に対しての理解、対応を大事にする。
  - 例えば、青年期の反抗(家出、登校不能状態、引きこもり、家庭内暴力、非行、犯罪など)、気分障害にみられる抑うつ希死念慮、躁状態の逸脱行動(喧嘩、乱股、衝動買い、性的逸脱行動、援助交際、など)は、そのときをうまく予防的に対処し事例化しない一次予防することで成人期に至る予後は著しく変わる。
  - 問題行動に関する対処の注意点
    - ① 後遺症を残さない(完全回復を目指しトラウマ化しない、自尊感情の低下をきたさない)
    - ② 外在化を少なくする(二次的・三次的影響を防ぐこと)
    - ③ まわり(クラスメート、きょうだい、地域の理解)がそれを当人の履歴にしない工夫などをする

## 臨床上の姿勢、戦略の立て方(長尾, 2014)

4. 成人の精神障害とは異なる臨床経過をとるものがあり、その時期により、色々な臨床像を示すので、疾患を横断的に決めつけないで、縦断的視点をもつことと、その時々への対応がある。
  - 小児期発症統合失調症と推定診断(非定型精神病)されて入院した約150名の4年後の予後調査では38%が双極性障害、12%が大うつ病、3%が統合失調感情障害で、残り16%は予後良好(治療必要なし)、32%が同じく重度の精神障害状態(Stayer et al., 2005)。
5. 児童青年期の精神障害のうち、気分障害、不安障害、物質使用、心的外傷後ストレス障害(PTSD)などは、成人期での再発が多い。
  - 再発を見通した疾患理解と対応が必要で、疾患教育、再発・症状悪化時の対処法の原理原則の理解、レジリエンスの強化、自尊感情の強化は必須。

# 家族への対応の基本姿勢

(「一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト」より)

- ほとんどの親は子どもの呈している症状や問題に不安と困惑、そして混乱をもって受診する。
- まず彼らの不安を聴き届け、そうすることで多少とも親の動揺を鎮める必要がある。
- 子どもの症状や問題について、親から正確で必要な情報を得るための問診のねらいとは本質的に目的を異にするものの、親とのある程度の信頼関係が初期の段階でできることが、結果的にその後の親から得られる情報の質を高める。
- 精神疾患の中には遺伝的要因だけでなく、家族環境が原因もしくは遷延化の要因になっている場合も少なくない。特に子どもの問題行動や症状は家族環境からの影響を推測しやすい場合も少なくない。
- それゆえ、家族員、とりわけ患者の両親との関係を良好に保つことが支援者にとって重要。

# 家族への対応の基本姿勢

(「一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト」より)

- 家族への対応を維持しつつ家族関係を観察したうえで、家族に子どもの問題や障害を正しく理解してもらい、対応へのアドバイスを教育的に与える。
- 家族からの質問にも懇切丁寧に答える。さらに家族関係(特定の家族員のみの変化ではなく)が変化することで、子どもの問題や症状の改善が期待されるようであれば家族関係を変えてゆくような介入が期待される。
- 家族療法と呼ばれる心理療法はこうした家族関係を変えることで子どもの症状や問題を解決することをもくろむものであり、家族療法家のコンサルテーションを受けたり、こうした家族療法の専門家(医師、心理士、ソーシャルワーカー、看護師など)と協力して治療に臨む必要がある。

# 児童精神科における連携と協働

- 多様化の一途をたどるなかで、「児童精神科臨床においては、本人だけでなく家族や学校などの支援者への働きかけ・連携が特に重要となる。家族や支援機関との連携・協働がうまくいけば、診察室での治療（働きかけ）が日常に反映されて、治療効果が増強されることが期待できる」（本城ら, 2016）
  - 問題の多くはその患者本人に留まらず、家族、地域、学校など患者をとり巻く関係性が大きな影響を及ぼしていることが当然のこととして明らかとなっている。
- 診察室の中だけで行われることが多かった診療は、医師と患者だけの関係から広がりを見せ、多職種と患者の治療関係、家族治療、地域の調整が必須

# 児童精神科における連携と協働

- 児童思春期の問題のかなりの部分は、学校という場やそれにまつわる人間関係などで起きるさまざまな出来事が占めている。
- 同様に、家庭での問題も子どもの成長発達には密接に関係し、子どもをめぐる家庭の問題にも、学校が問題の解決にかかわっている場合も多く、家庭と教育は切り離すことができない関係であり、医療はその間をとりもつ役割が大きくなってきた。



# 児童精神科における連携と協働

- 医療と教育の連携には大きな課題がある
  - 学習障害の問題では、学習の遅さを疾患の特性でなく単に「怠け」ととらえてしまうといったように、障害の認知がいまだに進んでいない。
  - 医療としても学習障害に対する治療的介入の確立が急務。
- いじめ、不登校、性の問題、依存症の問題も、保健行政、司法も交えての連携が必要
  - 社会問題として大きくとり上げられ、各種法整備や対策、ガイドラインの作成などが進んでいるが、その連携は満足のいくものとして機能していない。

# 本日のお話

3. 子どもの問題に関する社会資源について
  - A) 医療機関、児童相談所、子育て支援センター、児童福祉施設
  - B) 障害者手帳、療育手帳、特別児童手当

## 子どもの問題に関係する社会資源(医療)

- 他機関に比べて専門性の高い部分を含む「医療」の関わりは、親や教育機関を始めとする本来の対処システムを無力化する危険を内包する。
- 常に治療構造における自らの位置づけを考え、医療的関わりでの副作用を省みつつ関わる必要がある。

# 子どもの問題に関係する社会資源(医療)

## • 役割①: 精神発達の遅れ

- 原因となる、しかも治療で経過の左右される身体医学的状态の検索が最優先となる。甲状腺機能障害、各種の代謝異常(鉄欠乏や鉛中毒なども含めて)など早期診断を要する小児科疾患は数多く存在。
- 始語の遅れに対して難聴の除外は必須である。更に、特に一旦獲得された言語の消失など、退行を含む問題の場合には、上記の疾患や、症状が目立たないてんかんなどの除外が緊急に必要である。
- 愛着障害を始めとした精神科的疾患や特発性の発達障害について検討し、環境調整や療育や教育場面での工夫の方向付けのオリエンテーションを行なう。
- 身体疾患⇒内因性疾患⇒心理的要因という診断学の順序を守る必要がある
  - 発達の遅れに際して保健機関が当初から児童精神科への受診を勧めようとするのは危険

# 子どもの問題に関係する社会資源(医療)

- 役割②: 虐待

- 医療は各種の虐待を早期発見し易い場面の一つであるので、常に念頭に置いて診療に当たり、疑いのあるケースは児童相談所などの担当機関に通報する。担当機関主導で安全が確保されている状況下で、身体もしくは精神的に治療が必要な場合に医療が関わる。

- 役割③: 行動の乱れ

- 身体症状を伴う場合や、通常の枠組みでの対応(指導や環境調整)への反応が奇異(了解不可能、情緒的反応の過剰など)な場合は、情動や行動を左右する身体疾患の除外を要する。社会資源の関与下に精神医学的側面を検討する。

- 役割④: 主訴が精神症状の場合

- 小児科を経由する例も多く、精神科は相談に乗ったり紹介を受けたりする役割を担う。精神科は、病院内ではリエゾンやコンサルテーションの役割を担う。

# 子どもの問題に関係する社会資源 (児童相談所)

- 児童福祉法第12条の規定により設置されている児童福祉機関
- 役割：
  - 18歳未満の子どもの福祉を増進するために子どもに関する相談に応じ、必要な援助を行う
  - 平成17年度からは児童家庭相談を市町村が担うようになり、専門的な知識及び技術を必要とする事例への対応や市町村の後方支援が主たる役割。
- 組織と職員：
  - 総務部門、相談・判定・措置部門、一時保護部門の3部門
  - 所長、児童福祉司、児童心理司、精神科医、児童指導員・保育士などの専門職で構成
- 業務内容：
  - 養護相談、保健相談、障害相談、非行相談、育成相談、その他に分類。
  - 養護相談：保護者が養育できない子どもや虐待を受けた子どもに関する相談
    - 児童虐待に関する相談が急増し、児童相談所のもっとも中心的な業務になってきている。
  - 育成相談：不登校やさまざまな情緒・行動上の問題等、子どもの精神保健に関する内容。
  - 多職種チームにより調査、診断、判定、援助が行われる。
  - 児童虐待などで子どもを保護する必要がある場合には一時保護所に子どもを保護する。

# 子どもの問題に関係する社会資源 (子育て支援センター)

- 主として乳幼児とその親に対して子育てを支援する活動を行う施設である。
- 市町村が運営または委託して運営を行っている。
- スタッフ: 保育士が中心であるが、看護師・保健師や栄養士、心理発達相談員などが配置されている所もある。
- 内容: 施設・地域によりさまざまであるが、概ね下記の事業が行われている。
  - ① 育てに関する講演会
  - ② 育て相談(来所、電話、訪問)
  - ③ 子育てをしている親子の集まる場の提供(子育て広場など)
  - ④ 子育てサークルの運営の援助
  - ⑤ 子育てに関する情報提供
  - ⑥ 託児や保育のボランティア養成のための講座
- 事業では、子育てについての情報の提供や講演会、子育て相談により、育児についての正しい情報を提供し、その不安の軽減を図る。
- 子育てをしている親子の集まる場の提供や子育てサークルの支援を通じて、似た状況の仲間との交流の場を作り、孤立を防ぐ。

# 子どもの問題に関係する社会資源 (児童福祉施設)

- 児童福祉法〔第7条〕に定められた右記14施設
  - 2、6、7、8、9、10、11、12、13への入所には、措置の手続きが必要となるため、児童相談所と連携する。
  - 2、6の対象は、保護者の死亡、失踪、離婚、病気、虐待などのため養育・養護を必要とする児童(18歳未満)である。
  - 7、8、9、10、11では、それぞれの障害のある児童を保護し、日常生活に必要な指導・援助を行うことを目的としている。保護者の診療に携わりつつ、その子どものための環境整備として入所の検討を要する場合が多いかと思われるが、逆に、施設入所中の児童が精神科診療を必要とするケースも少なからず存在する。
1. 助産施設
  2. 乳児院
  3. 母子生活支援施設
  4. 保育所
  5. 児童厚生施設
  6. 児童養護施設
  7. 知的障害児施設
  8. 知的障害児通園施設
  9. 盲ろうあ児施設
  10. 肢体不自由児施設
  11. 重度心身障害児施設
  12. 情緒障害児短期治療施設
  13. 児童自立支援施設
  14. 児童家庭支援センター



# 子どもの問題に関係する社会資源 (児童福祉施設)

- 12は軽度の情緒障害を有する児童を、13は不良行為をなし、又はなすおそれのある児童及び家庭環境その他の環境上の理由により生活指導等を要する児童を、それぞれ入所、又は保護者の下から通わせて、個々の児童の状況に応じて治療や必要な指導を行い、その自立を支援することを目的としている。12、13ともに、退所した者について相談、その他の援助もあわせて行うことが定められている(児童福祉法第43条の5、第44条)。これらの施設は地域に偏在しているのが現状なので、地域に根ざした一般精神科医と児童福祉施設との連携が必要となってくるケースも多い。
1. 助産施設
  2. 乳児院
  3. 母子生活支援施設
  4. 保育所
  5. 児童厚生施設
  6. 児童養護施設
  7. 知的障害児施設
  8. 知的障害児通園施設
  9. 盲ろうあ児施設
  10. 肢体不自由児施設
  11. 重度心身障害児施設
  12. 情緒障害児短期治療施設
  13. 児童自立支援施設
  14. 児童家庭支援センター

# 子どもの問題に関係する社会資源 (司法福祉)

- 社会問題の解決や緩和に関する広義の司法業務、総合的な業務体系の骨組み(山口, 1968)
  - 家庭裁判所および関連する諸機関の実践のこと。
- 対象: 非行少年。
  - 非行少年には、①犯罪少年(14歳以上20歳未満で犯罪行為をした少年)、②触法少年(14歳未満で刑罰法令に触れる行為をした少年)、③虞犯少年(20歳未満で将来、罪を犯し、または刑罰法令に触れる行為をする虞がある少年)が含まれる。
- 司法福祉の場:
  - 非行少年はすべて、警察から(あるいは検察庁を経て)家庭裁判所へ送られる(全件送致主義)。その他に、児童相談所所長や一般人から、家庭裁判所へ通告されることもある。
  - 家庭裁判所では調査官が調査を行い、一部は少年鑑別所で鑑別が行われる。その結果、審判不開始・不処分・児童相談所送致・保護処分(保護観察・児童自立支援施設送致・医療少年院を含む少年院送致)・検察官送致のいずれかが、決定される。
  - 保護観察の対象者には、上記の保護観察処分少年のほかに、少年院仮退院者、検察官送致から刑事処分を経て仮出獄した者、あるいは保護観察付執行猶予者が含まれる。

# 子どもの問題に関係する社会資源 (障害者手帳)

- 制度は1995年10月制定(精神保健福祉法第45条)
- 対象:精神疾患を有する者のうち、精神障害のために長期にわたり日常生活または社会生活の制約がある者。
  - 統合失調症、躁うつ病、てんかん、器質性精神病、神経症およびその他の精神疾患の全てが対象となるが、知的障害は含まれない。初診から6ヵ月を経た時点で交付の手続きを取ることが出来る。
- 内容:
  - 手帳の等級は、障害の程度により1級から3級の区分がある。
  - 全国共通の福祉サービスとしては、①税制上の優遇措置、②通院医療費公費負担制度の手続きの簡素化、③生活保護の障害者加算の手続きの簡素化、④定料三種郵便物(政府に認められた障害者の会誌や新聞等の定期刊行物)の承認、⑤NTT電話番号無料案内等。
- 手続き方法:
  - 役所等で申請書、診断書を受け取り、医師に診断書への記入を求めた上で申請書とともに役所へ提出する。都道府県で判定を行うために、発行までに2ヵ月程度かかる。
- 有効期間:2年間であり、有効期間が切れる3ヵ月前から申請が可能。

# 子どもの問題に関係する社会資源 (療育手帳)

- 療育手帳制度は、各都道府県知事・各指定都市市長宛の厚生事務次官通知「療育手帳制度について」「療育手帳制度の実施について」(昭和48年9月27日)にもとづき、各自治体が定める実施要綱によって実施される。
- 事務次官通知では、手帳制度の目的は「知的障害児(者)に対して、一貫した指導・相談を行うとともに、これらの者に対する各種の援助措置を受けやすくする」こととされている。また、交付の申請は、福祉事務所の長に対して行うものとされ、原則として2年ごとの判定をするものとされている。手帳が交付されている場合は特別児童扶養手当の受給資格のための診断書の提出が省略できることや、公営住宅の優先入居、NHK受信料の免除(所得制限あり)、鉄道旅客運賃などの割引などを措置するよう記されている。
- 障害の程度については「実施について」の中で、重度をA、それ以外をBとするものの、他の区分を定めてもかまわないとされている。

# 子どもの問題に関係する社会資源 (特別児童手当)

- 障害児のいる家庭を対象とした児童に関する公的な手当て
- 「20歳未満の精神又は身体に障害を有する児童について支給し福祉の増進をはかるもの」として児童福祉法(特別児童扶養手当等の支給に関する法律:昭和39年)に規定
- 精神の障害とは、定義的には児童期統合失調症なども指し示すはずであるが、一般的には中等度以上の知的障害児を主に念頭において市町村の窓口や広報などでは紹介され、療育手帳の申請を機に手当ての認定請求をする場合が多い。
- 障害の程度によって1級(知的障害の場合、概ねIQ35以下、療育手帳A判定程度が目安となる)、2級(同50以下B判定程度)と等級が異なり、支給額もそれぞれ月額49900円、33230円と規定(消費者物価指数などにより若干変更あり)。
- 認定請求時に必要となる「児童扶養手当認定診断書」(障害内容により手帳提示で省略することもある)は一定の書式があり、障害により様式が異なる。

# 本日のお話

4. 近年求められている他機関連携について
  - 保健機関、教育機関、福祉機関、教育機関、司法機関

# 連携すること

- 「連携とは、複数の者（機関）が、対等な立場での対応を求めて、同じ目的を持ち、連絡をとりながら、協力し合い、それぞれの者（機関の専門性）の役割を遂行する関係性をいう。その関係性が、相互に対等に近いと感じ得られているかどうか、良き連携か否かを評価することになる」（田中, 2018）。
- 連携についての6つの構成要素（田中, 2018）
  - ① 地域性
  - ② 連携する組織の意識
  - ③ 多職種の違い・専門性の自負
  - ④ 連携を担える人・担おうとする人
  - ⑤ これまでの連携体験
  - ⑥ 対等性

## 連携における立場の対等性を保つことの困難

- ①立場の対等性、②目的の共有、③連絡の質と量、④協力態勢、⑤役割の明確さ、という5つの項目からなる連携の評価スケールを開発し、連携の評価を行った調査(田中, 2018)。
  - 連携がうまくいっていると実感:できるだけ対等な立場で向き合い、目的を共有し、随時連絡が取れ、協力し合いながら、それぞれの役割が円滑に実施できている
  - 連携がうまくいかないと感じる:これらの諸要素のいずれか、あるいは複数に齟齬が生じている
- 目的の共有、連絡の質と量、協力態勢、役割の明確さといった4項目は、比較的保持しやすい一方で、立場の対等性の保持は困難
- 互いが対等に近い関係へと近づいた時点からは、連携同士というよりは、仲間と呼ぶべき関係になる
- 本当に必要なときに生じ、山を越えたときには、自然に散会される程度の緩やかな関係が望ましい＝ノットワーキング(Knotworking)(山住、エンゲストローム, 2008)
- 「Knotworkingには決定を行う単一の中心的な権威といったものは見られない」、むしろ「決定は分散＝共有されている」が望ましい



# 他機関との連携

- 複数の機関が機能的に連携するためには、「子どもの利益」という共通目標のために、各機関が情報を共有し役割を分担することが重要。
- 「顔の見える」関係作りが望ましい。
- 時には、医療機関から呼びかけて関連機関会議を持つことも必要。

# 他機関との連携（専門医療機関）

- 児童精神科の疾患は、発達の見点から患児を見て診断、治療を必要とすることが多く、特有の薬物療法を要することもあり、家庭だけでなく保育園、幼稚園、学校や相談機関、療育機関などとの連携を必要とすることも多い。
- 紹介に際して：
  1. 対象年齢：医療機関によって多少異なるが、概ね18歳まで。
  2. 対象疾患：多岐にわたる。但し非行、物質関連障害を対象にしていない機関もある。発達障害に関しては一次的には発達障害者支援センター。行動障害などのために薬物療法が必要な場合や被虐待が疑われる場合、二次障害がある場合に専門医療機関を紹介すべき。
  3. 紹介目的：診断と専門的治療（精神療法、臨床心理士による遊戯療法などの心理療法、薬物療法、他機関との連携など）、入院治療（治療、保護のために家庭、養育環境から離れさせ、入院させる必要がある場合）
  4. 必要な情報：乳幼児期の発達の状況、生育歴、家族との関係、生活環境、性格、心因、症状、学校や家庭での状態、（暫定）診断など。
  5. 説明と同意：本人、家族に紹介理由と目的を十分に説明し、同意を得る。

# 他機関との連携（保健領域との連携）

- 母子保健領域では、従来の心身障害児の早期発見に加えて、発達障害児の早期発見と支援が役割として位置づけられるようになった。
  - 特に、ADHDや自閉スペクトラム症などは、従来の健診システムでの早期発見が困難であるため、現在各地で人材育成やシステムの再構築がなされており、医療側には適切な診断・評価機能が求められている。
- さまざまな子育て支援や乳幼児虐待の早期発見と予防なども、母子保健の重要な役割となっている。
  - 近年子育て環境が激変し、育児負担感や育児不安が増大している。従来であれば、地域社会で支えられていた些細なストレスが、子どもの心の診療に持ち込まれることも多く、これらに丁寧に対応することが、不適切な養育や虐待の予防にもつながる。
- 精神保健領域では、社会的ひきこもりの問題や、未診断の発達障害児・者の抱えるさまざまな精神医学的症状に関する相談が増加しており、医療領域には適切な診断・評価と治療が期待されている。

# 他機関との連携（福祉機関との連携）

- 児童福祉において重要な課題は児童虐待問題である。
- **児童相談所や市町村の児童福祉担当課などが、在宅支援・親子の分離や再統合など対応方針を決定し支援していくのだが、虐待が起こる家庭におけるさまざまな精神健康問題は、虐待の危険因子にも結果にもなりうる。**
- このため、子どもの心の診療においては、虐待の早期発見とともに、虐待者・被虐待児双方の精神医学的評価と治療が求められる

## 他機関との連携（教育機関との連携）

- 学齢期の子どもの精神健康におけるプライマリ・ケアの役割を担うのは、養護教諭をはじめとする学校教師であると考えられる。
- このため、子どもの心の診療にあたっては、教育との連携は必要不可欠である。
- 従来 of 症例を通しての連携に加えて、近年では、発達障害児に対する「特別支援教育」における外部専門家としての役割が期待されている。
- 学校現場で起こる、いじめや自殺・自然災害や犯罪被害などの危機事象に際しては、子どものトラウマ反応の経過観察と評価・治療的対応、集団に対する啓発活動などが、医療に求められることもある。

# 教育・保護者に対して医療側ができること

## 1. 専門用語によらない情報共有

- 医療の専門化の流れのなかで、児童精神科で開業する機関の増加という現状を考えると医療にかかることへのハードルはどんどん低くなっている。
- 一方、学校関係者との面談、学校から勧められて来院した保護者との話のなかでは医療にかかることへのハードルは相変わらず高い。
- 教育関係者はわれわれに対して、専門用語だらけで難解な近寄りがたい存在と映っていることがあり、お互いの専門性を発揮しあうために、それぞれの領域の哲学を尊重し、そしてエンパワメントしつつ、専門用語によらない問題点の伝え方と情報共有を行うことが重要とされている。

# 教育・保護者に対して医療側ができること

## 2. 柔軟性を発揮すること

- 学校で受診を勧められた保護者は、教育の思惑に戸惑いを抱えている。
  - 信頼をおいていた教師から受診を勧められるということは、教育が子どもの可能性に見切りをつけた、問題を医療へ放り出したと考え絶望感を抱えていたり、教育に対して怒り、不信感を抱いていたりする 경우가少なくない。
- 医療としてできることは、保護者と教育の橋渡しであり、両者の通訳としての役割であり、福祉、地域を含めた全体を調整する役割を担うこと。
- 行政機関は業務の分化がより進んでいて、領域をまたぐことの難しさを抱えている。
- 不登校の児童に対して訪問看護を行い、家庭環境を把握し日常生活習慣の指導につなげたり、保護者の気持ちに触れ、生活の状況からアドバイスを行ったり、また子どもと公園や学校へ一緒に行くこと等がある。

# 養育者、学校とのパートナーシップの形成

- 子どもが新たな学校に転校(入学)する際には、学校間で成績や生活状況などの概略は伝えられるが、子どもの家庭の状況や生育史など詳しい情報が、児童相談所から学校に直接伝えられることはほとんどない。しかし、学校も必要な範囲で出身家庭や生育史についての情報を養育者から得ることによって子どもを支援する必要がある
- とくに保護者が施設入所に拒否的な場合や障害の程度が重く特別な教育上の配慮が求められる場合は、児童相談所や医療機関なども加わって情報共有を行う方が学校の理解を得やすい場合もある。いずれにせよ、養育者と学校が転校(入学)の段階から、相互にパートナーとしての信頼関係を築きつつ協働・連携することができれば、子どもの発達と自立の支援は一層実り豊かなものになる。



# 学習の遅れや行動上の問題への支援

- 基礎的学力や学齢に応じた学力を習得できず、学習意欲を失ったまま施設入所等する子どもが少なくない。
- そのような場合には、子どもの実情に合わせて学力の遅れを取り戻せるように支援する必要がある。具体的には学習段階や学習量について学校と養育者がよく話し合い、役割分担を確認しながら、子どもが「できる」喜びや達成感を持てるように配慮する必要がある。
- 子どもに虐待による外傷体験や発達障害等があり、適切な対人関係が築けないため学校で行動上の問題を起こす場合には、養育者も学校も子どもの支援をめぐる大きな困難を抱えることになる。
- その際に陥りやすい誤りは、学校と養育者双方とも相手側に問題の原因を求め、相互不信が深められることによって連携・協働の雑稚を壊してしまうことである。
- 子どもが行動上の問題の渦中にあるときには、養育者と教職員の双方だけが困難な状況に置かれているのではない。何よりも子ども自身が困難な場面に置かれて言葉にならないSOSを発している。それゆえに、子どもの行動上の問題は、養育者と学校との連携の真価が問われる場面であり、相互の苦労に敬意を払いつつ連携し、それぞれの立場で知恵を出し工夫をしながら協働することが求められている。

## 他機関との連携（司法機関との連携）

- 近年、家庭裁判所や少年鑑別所が関わった少年事件で、ADHDや自閉スペクトラム症などが初めて発見され、医療機関に診断評価と治療を求めて紹介されることが増えている。
- それまで未診断であった症例に医療が関わることによって、障害受容や適切な支援に結びつく症例もある。
- 本人の動機付けが低く家族機能が脆弱な場合など、医療的な関わりだけでは、支援の継続や状態の改善が困難な症例もあるため、司法側との役割分担を明確にするとともに、他の関連領域との連携が必要になる場合もある。
- 司法側から、さまざまな犯罪被害者についての精神医学的評価を求められることもある。この場合は、治療的立場とは別の、司法の場に耐えうる専門家としての意見が求められる。

ご清聴ありがとうございました

---