

\*\*\* 学術集会記録 \*\*\*\*

## 平成28年度子どもの心の診療ネットワーク事業 神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科セミナー

日 時 平成28年8月6日(土) 15時～18時

場 所 杉田劇場

主 題 児童精神科医療の様々なかたち  
—子どものために私たちが出来ること—

司 会 児童思春期精神科 新井 卓

演 者 (1) 児童精神科専門病棟があるこども病院 —入院・外来診療と地域連携の試み—  
神奈川県立こども医療センター 児童思春期精神科  
医師 庄 紀子

(2) 地域精神科クリニック —児童思春期の外来診療とデイケアの試み—  
加藤メンタルクリニック 院長 加藤由起子

(3) 精神科病棟で児童思春期の入院診療を行う大学病院  
—横浜市立大学附属病院と市民総合医療センターにおける児童精神科診療—  
横浜市立大学附属市民総合医療センター 精神医療センター  
部長 高橋 雄一

(4) 心をつなぐ —医療・教育・福祉の協働を目指して—  
神奈川県立こども医療センター 児童思春期精神科  
ソーシャルワーカー 堀内 亮

### はじめに (新井 卓)

子どもの心の問題への関心が増すにつれ、児童精神科医療の必要性が認識され、少子化の時代にも関わらず受診希望者は増加傾向にある。神奈川県内では児童精神科診療を行う医療機関は徐々に増えているが、児童精神科医療がそもそも何を行っている場所であるかが分かりにくいため、各医療機関の特徴はなおのこと十分に知られていない。子どもに関わる専門職の方々も、どういう場合にどの医療機関の受診を勧めるべきか迷われることも多いのではないと思われる。

こうした背景から、平成21年度より子どもの心の診療ネットワーク事業の一環として行っている児童精神科セミナーの今年度のテーマとして、さまざまな児童精神科医療のかたちを紹介することにした。そのため、精神科クリニック院長であ

る加藤由起子先生と大学病院精神科部長である高橋雄一先生を外部講師としてお招きした。

—昨年度まで100人規模の会場を使用したのが、参加申し込みを断らざるを得ない状況が続き、昨年に引き続き杉田劇場で開催した。それにも関わらず、参加をお断りせざるを得ないほどの申し込みがあり、当日は院内外から214名の方にお集まりいただいた。その内訳では医師が23名で、看護師が20名であった。今回のテーマが連携に関するものだったこともあり、学校関係者(教諭、養護教諭)、福祉職(社会福祉士、精神保健福祉士)、臨床心理士の参加が多かった。

本セミナー内容への満足度についてアンケート調査を実施したところ、161名(回収率75%)のうち51%が満足、35%がほぼ満足と回答するなど好評を得た。

## (1) 児童精神科専門病棟があるこども病院

## －入院・外来診療と地域連携の試み－

(庄 紀子)

## 児童思春期精神科外来の現状

神奈川県立こども医療センターは419床を有す小児の総合医療施設であり、難病・重症疾患・慢性疾患をもつ小児などを対象として高度先進医療を行う。1970年（昭和45年）のセンター開設当初から精神科外来部門が設置され、2006年（平成18年）に診療科の名称が「精神科」から「児童思春期精神科」に変更された。児童思春期精神科の外来初診年齢は中学3年までであり、原則18歳まで外来診療を継続する。

2015年の新規患者数は595名であった。国際疾病分類第10版（ICD-10）による主診断の内訳は、F2統合失調症が3%で、F3気分障害が1%と成人の精神科と比較して少ない。F9（多動性障害、行為障害、情緒障害など）が28%で、F4神経症性障害が24%と多い。F5摂食障害は6%であった。副診断を含めてF84広汎性発達障害またはF90多動性障害を持つ患者が45%で、虐待事例は9%であった。

当科への紹介患者数が年々増え、紹介状が当科に届いてから初診までの待機日数は2013年度51.6日、2014年度71.2日と増加傾向にある。特に緊急を要する患者については別途対応するが、一般の初診患者への対応が今後の課題である。

## こころの診療病棟の概要

こころの診療病棟は40床の開放病棟で、他の自治体では児童青年期の精神科医療が児童精神科単科の専門施設あるいは成人の精神科医療施設に付属する形で運営されていたこととは異なり、当科は小児総合医療施設内で児童青年期の精神科医療の役割を担ってきた。

診療にあたるスタッフは、児童精神科医5名＋専門研修医2名、看護師22名（うち男性は1名）、心理士2名、精神保健福祉士2名、作業療法士2名で、主治医が行う個別精神療法に加え、年齢や抱える課題別の集団精神療法や個別および集団の作業療法などを行う（表1）。またセンター内に病弱特別支援学校が設置され、入院治療を受けながら義務教育を受けることができる。

原則として小中学生を対象に入院治療を行い、小学5年から中学3年の思春期前期の子どもが全体の7-8割と多い。2015年度の入院患者総数は51名であった。ICD-10による診断内訳は、F9（多動性障害、行為障害、情緒障害など）が63%と最も多く、下位分類はF90多動性障害が27%で、F91行為障害が21%で、F92行為と情緒の障害が6%で、F93情緒障害が10%であった。次いで、F50摂食障害が20%で、F4神経症性障害が14%であった。F2統合失調症が2%で、F3気分障害が0%と少なかった。副診断を含めてF84広汎性発達障害またはF90多動性障害を持つ

表1 入院治療プログラム

個人療法	心理治療（言語的カウンセリング、遊戯療法など） 作業療法（主に制作）	週1回50分 週1回50分
集団作業療法	クラフト（制作） ストレッチ（体操、運動） わいわい （外来患者と合同：制作、運動、料理、ゲームなど） あんだんて （外来患者と合同：心理教育、制作、運動、料理など）	週2回120分 週1回120分 週1回120分 週1回120分
集団精神療法	年少児対象（公園遊び、スポーツ、レクリエーション） 年長児対象（テーマを決めない自由な話し合い）	週2回60分 週1回50分
生活技能訓練	生活目標の設定、お楽しみ会の運営、心理教育、病棟規則についての話し合いなど	週1回60分
病弱特別支援学校	教室への登校、病棟への訪問授業、遠足など各種行事	個別に登校時間を設定

患者が59%で、虐待事例は47%であった。小児の総合医療機関という性質上、身体管理を必要とする摂食障害、とくにやせを主症状とする子どもの割合が高い。また、地域の福祉機関と連携をとりながら治療を行った歴史があり、約3割の子どもに虐待や養育上の困難などの理由から児童相談所が関与することが特徴としてあげられる。実際には単一の診断名ではなく、いくつかの診断や病態が複合し、確定診断には至らないが発達障害の特性あるいは愛着形成上の問題を抱えながらさまざまな精神症状や行動上の問題を呈する子どもが多い。当科の入院治療期間には入院管理料の施設基準などの制約はなく、1年以上入院している子どもが2割程度いる。

入院待機人数（入院予約をし入院決定を待っている患者数）、待機日数（入院予約から実際に入院するまでに要した日数）は時期により差があるが、2014年1月から2016年5月の平均待機人数は個室が17.4名で、多床室が6.0名で、平均待機期間は個室が126日で、多床室は33.5日であった。

## 入院治療の実際

当日は2症例をあげて当科の入院治療の実際を紹介した。

表1で示したような専門治療プログラムがあり、多職種が子どもの治療に関わっている。子どもの希望や病状に応じて、利用する治療プログラムを多職種で協議した上で主治医が決定する。病弱特別支援学校への登校についても、子どもの学習意欲や病状に応じて、登校時間数や登校形態（登校・教師の訪問授業）を個別に設定している。また、各種行事やレクリエーション体験が乏しい子どもも多いため、七夕会、川遊び、バーベキュー、ハロウィン、クリスマス会、もちつき、豆まき、春祭りなど季節を感じられる行事を適宜行う。

実際には個別的精神療法の場面よりも、日々の生活の支援を看護師が行う中で、子どもが本音を吐露することも多く、看護師や精神保健福祉士の関わりが最も治療的に作用することも少なくない。また、子どもが入院前に繰り返していた対人関係のあり方がスタッフに対して再現されることが多く、それをいかに病態の理解につなげ、治療

的に対応するかが入院治療の要となる<sup>1)</sup>。

児童精神科専門病棟の利点は上記のように病棟スタッフ全員が重要な治療者として機能すること、各種専門治療プログラムがあることに加え、同年代の子どもとの対人機能が評価できること、さらに子ども同士の関係が治療的に作用することがあげられる。つまり症状を改善することのみでなく、また時には症状を治すために成長促進的な関わりをすることができる。反面、常に騒がしくて休息しにくく、患者同士が互いの病理を刺激しあうことで症状が悪化する場合がある、病棟に適応できない子どもが傷つきを感じることもある、治療スタッフの保護的対応により退行が促進されすぎることがある、など入院することが患者への心理的負荷となる場合があり、成人の精神科病棟の方が適する患者もいる。

## 地域連携の試み

上述したように、当科初診までの待機期間やこころの診療病棟入院までの待機期間が長いこと、当科の入院治療環境が適当でない患者がいることなどにより、近隣諸病院との連携が必然的に強化された。

当センターの子どもの心の診療ネットワーク事業の一環として始まった神奈川県地域児童青年期精神科入院医療の連携を考える会は現在、県に正式に認められた会議となった。平成27年度は13病院から40名以上が参加し、子どもの精神科入院治療についての情報共有などを行い、より良い連携ができるように模索中である。

## 文 献

- 1) 庄紀子. 思春期の精神科入院治療の展開 思春期患者の入院治療で何ができるのか. 思春期青年期精神医学 2016;26:20-29.

## (2) 地域精神科クリニック

### 一児童思春期の外来診療とデイケアの試みー (加藤由起子)

近年、子どものおかれる環境は厳しく、児童精神科医療の必要性が高まっている。しかし、実際の医療現場はまだまだそのニーズに十分応えられているとは言えず、より良い医療を提供するため

には、それぞれの現場の特徴を生かし、協力し合うことが必須である。その意味で、異なる立場で医療を行うものが、それぞれ子どものためにできることとその限界について率直に述べることは有意義と言える。

筆者は、横浜市西部で平成17年4月より児童思春期精神科デイケアを併設した精神科診療所を開業しており、約10年間地域医療を担った経験から地域クリニックにおける子どもへの関わり、診療の現状と課題を述べる。

## クリニックの診療体制と現状

### 1. 初診

初診は完全予約制を取る。電話での問い合わせ時にケースワーカーが簡単な情報収集を行い、クリニックでの治療が可能か否かを簡単に選別する。重度の痩せなど身体的ケアや激しい行動化のために入院治療が適切と判断したケースは、クリニックでの治療が困難なため初診予約を受けていない。予約は現状で3-4ヶ月待ちのため、症状によっては早めに受診できることをすすめ、いたずらに時間を無駄にしないよう配慮している。初診にかかる時間は約1時間で、1ヶ月の初診数は10人程度が限界である。初診の60%が20歳未満で、中学生以下が30%で、未就学児が1-2%である。

### 2. 再診

再診も基本的には予約制だが、初診と異なり比較的柔軟に対応している。必要であれば、当日の連絡であっても診療を受けているが、一般枠での診療時間は平均5-15分と短めになる。中学生以下は、土曜午後に特殊外来をもうけており、完全予約制の20分枠を利用することもできる。高校生以上は基本的に一般枠での診療となる。長時間の面接が必要な場合は、昼休みや診療終わりの時間を利用している。

### 3. 構造化した面接（カウンセリング）

完全予約制の構造化した面接（1セッション50分）を院長と臨床心理士が数例担当しているが、現時点では新しいケースを受け持つことは困難な状況である。

## 治療的関わり

### 1. 子どもの病態のみたてから情報収集

問診により主訴・受診までの経過・発達歴・家族歴などを聴取し、いろいろな場面での状態の変化を確認する。自分が診察場面での主役であることを子どもにははっきり認識させるためにも、まずは親ではなく子どもの話を聞くこと、そのためにも親との同席を望むか1人で話したいかを確認し、子どもの希望に添うように心がける。行動観察は貴重な情報源であるが、診察室内のみでなく、待合室での行動や親との距離感などを観察することで児の病態や家族病理を知る手がかりとする。必要時には心理検査も行うが、その時期はケースにより異なる。初診時に知り得た情報を整理し、見立てを行い、とりあえずの治療方針を立てる。見立ては治療がすすみ情報が増えるに伴い、適宜見直すことも重要である。

### 2. 子どもへの直接的なかかわり

子どもの辛さを共感すること、問題点を整理し、解決策を検討すること、また、対人関係スキルや問題解決能力の向上のためのシュミレーションや練習を行う。子どもたちの多くは自己肯定感が損なわれているため、失われた自己肯定感の回復は大切な課題と考える。そのためには、会話や遊びを介した個人面接、親との同席面接、薬物療法、デイケア（詳細は後述）などを用いて総合的に治療を行う。入院が必要な場合は、本人・家族に必要性を説明し、しかるべき医療機関への紹介を行う。

### 3. 家族への支援

子どもの治療には親子関係が大きな影響を及ぼすため、家族への支援も必要不可欠である。子どもの病態理解をすすめ障害受容を助け、適切ななかかわりを提示する。また、子どもの病理により家族が混乱し、疲弊している可能性も高いため、家族の大変さを理解し、辛さの軽減をはかる働きかけも行う。このような親のみへの関わりで、子どもが安定することも多い。また、患児の兄弟が大きなストレスを抱えている可能性もあるため、配慮が求められる。

### 4. 環境調整

家庭環境の調整だけでなく、子どもが生活する場である学校との連携は重要であり、時に応じて



担任や養護教諭、学校カウンセラーとの面談を行う。必要時は、教育相談センター、児童相談所や区役所など教育・福祉の関係諸機関を交えたカンファレンスも行う。

## デイケア

### 1. 適応

初回利用時年齢が23歳以下であり、デイケアのルールを守ってプログラムに参加できるケースが適応となる。適応外となるのは、(1)自傷・暴力など行動化が激しいケース (2)発達障害によりプログラム参加が困難なケース (3)刺激に弱く病状悪化が予測されるケース (4)重度の痩せなどプログラム参加が困難な身体症状が認められるケースなどである。利用期間は6ヶ月ごとの更新で25歳までとなる。年齢設定の理由は、(1)子ども病院などで対応不可となる高校生から大学生年齢にも居場所を提供する (2)26歳での卒業を意識することで目標を持って利用でき社会復帰を促進できる (3)卒業までに最低3年は関わることができるなどがあげられる。現在、中学生から25歳までの約20名が登録しており、1日平均5-8名ほどが利用する。

### 2. プログラム内容

園芸・創作活動・調理・スポーツ・ゲーム・趣味活動・映画鑑賞など。季節行事や院外外出なども適宜行う。

### 3. (担当スタッフによる) 面接

担当スタッフが入所前にインテーク面接を施行し、利用目的や治療目標を確認する。入所後は、初回参加時、1ヶ月後に面接し、以後は3ヶ月ごとに定期面接を行う。面接では利用して良かった点や反省点を確認し、次の目標設定を行う。それ以外も利用者の希望時や治療上の必要があれば適宜面接を行う。退所時には終了面接を行い、デイケア利用による成長を確認し退所後の検討を行う。

地域クリニックにおける精神科医療は、受診のハードルが低いことが利点であるが、一方で需要に供給が追いつかず、受診までに多くの時間がかかることが問題となる。また、ハードルが低いゆえに、クリニックでの治療が困難なケースが学校

などから紹介されることもあり、対応に苦慮することがある。日々の診療において、紹介されたときに聞きたいことは以下のようなことがある。(1)患者本人に受診の意思があるか：誰が受診させたかったのか、家族は精神科受診をどのように考えるのか (2)なぜ精神科を受診させたいのか：どの部分で援助が必要と考えるのか。

治療は患者が望む医療サービスを医療機関が提供できる場合に初めて成立するため、患者本人あるいは家族に需要がない場合には治療契約は成立しない。学校がどれほど困り、問題を感じても、この点が不明瞭だと治療者は介入できず、通院継続は難しい。学校関係者にすれば、やっとの思いで家族と本人を説得して受診させたのに、医療は何もしてくれないという不信感が芽生えることにもなりかねない。患児や家族が受診に納得していない、あるいは問題を明確に意識できない場合には、上記のような情報提供をしていただけるとありがたい。

子どもの治療には子どもに関わる多くの人の連携が不可欠と思う。連携とは、『それぞれが、それぞれの立場で、子どもにとって必要な援助を協力して行うこと』と理解する。教育・医療・福祉ができることの輪が重なり合うことで子どもへの支援が厚くなり、子どものより良い回復が期待できる。決して『押し付け合い』にならないようそれぞれが強くこころにとめるべきだと考える。

## (3) 精神科病棟で児童思春期の入院診療を行う 大学病院

—横浜市立大学附属病院と市民総合医療センターにおける児童精神科診療—

(高橋 雄一)

### 横浜市立大学附属 2 病院における児童精神科診療 の実際

横浜市立大学には、特定機能病院である横浜市立大学附属病院（以下市大附属病院、横浜市金沢区、654床）と地域医療支援病院である横浜市立大学附属市民総合医療センター（以下市大センター病院、横浜市南区、726床）の附属2病院があり、両病院の機能に応じて診療を役割分担する。

精神科診療に関しては、両病院とも小児から成人、高齢者まで対応し、入院診療に関して市大附

属病院では開放病棟（26床）で、市大センター病院では閉鎖病棟（50床）で応需する。

児童精神科に関しては、両病院とも外来診療を行う診察室は、他診療科や成人を対象とする一般精神科外来から独立して診察室を設置する。現在の診療体制の関係から、初診患者は市大附属病院では18歳以下、市大センター病院では中学生以下を対象とする。継続診療は概ね高校卒業までとし、以後地域の医療機関に紹介する。

子どもの入院診療は両病院とも成人と共用の病床で対応し、児童思春期患者の専用病棟やユニットの設置はない。

総合病院であることから、他診療科と連携した診療や、血液検査や画像検査など身体的な評価を行うことが可能である。一方で、精神科病院で行うような精神科リハビリテーションプログラムが乏しいことと、地域医療連携推進という病院の方針から、原則的に病状が安定した場合には各地域の医療機関に逆紹介を行い、長期にわたる当方の治療継続は行いにくい。

精神科医師以外には、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士などが診療に密に関る。また身体的な問題に関しては小児科など他診療科医師が関わ

り、摂食障害などの食事摂取の課題には栄養士が関与する。入院中の子どもに対しては院内学級の教員が対応するが、学習空白の保証のみならず、退院後の学校適応の向上のため、原籍校との調整を行う。また大学病院であることから、診療には学生や研修医が加わる。その他事務職員を含め、多職種協同で子どもと家族に対応する。

## 市大センター病院児童精神科を訪れる子どもたち

### 1. 外来受診患者の特徴

2002年4月-2012年3月の10年間における、市大センター病院の外来患者統計を図1に示す<sup>1)</sup>。図1のように初診全患者は2,372人（男子1,258人、女子1,147人）で、未就学児が6.1%と少ないが、横浜市においては幼児期における発達障害児の診療は、主に地域療育センターが対応するため、相対的に病院精神科への受診患者数が少ないと考えられる。

WHOによる国際疾病分類第10版（ICD-10）による診断としては、神経症性障害・ストレス関連障害・身体表現性障害（F4）が32.2%と最も多く、小児期・青年期の行動・情緒の障害（F9）が23.0%で、心理的発達の障害（F8）が16.2%

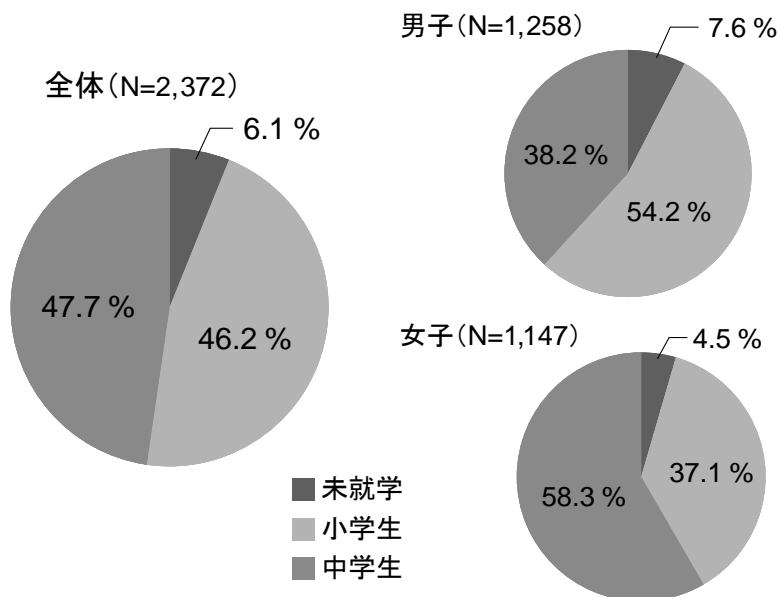


図1 児童精神科初診患者学校別・性別分布  
(2002年4月-2012年3月)

と続いた。成人と比較して、統合失調症などの精神病性障害 (F2) が 3.9 %で、気分障害 (F3) が 1.4 %と少ない。

年齢層別の受診した子どもの臨床的特徴を示す。幼児期には発達障害の診断目的での受診が多いが、乳幼児健診では明らかな異常を指摘されず、保育園や幼稚園での不適応行動から受診につながることが多い。その他の診断としては、情緒障害、選択性緘黙、チックなどがみられる。小学校低学年では、小学校入学後に問題行動、学習困難などを生じて受診につながることも多く、診断としては広汎性発達障害 (自閉スペクトラム症) や多動性障害 (注意欠如多動症) などの発達障害が多い。また身体愁訴や情緒不安定を主症状とする適応障害や身体表現性障害も多い。小学校高学年から中学生年齢はいわゆる思春期の時期であり、受診患者数が増加する。また学習の負担や友人関係が複雑になり、不登校を呈する子どもの割合が多い。診断としては、適応障害、身体表現性障害、強迫性障害などの神経症性障害が多いが、男子では素行障害、女子では摂食障害が増加する。また統合失調症などの精神病性障害や気分障害といった成人と同様の疾患がみられる。

## 2. 精神科入院患者の特徴

市大センター病院の精神医療センターにおける子どもの入院診療は、成人と共用の閉鎖病棟 (精神科救急・合併症入院料病棟) で、精神疾患の急性期治療と身体合併症の対応を中心に行う。入院適応となる主な症状としては、興奮、暴力、自傷、自殺企図といった緊急介入を要する行動や、著しい栄養障害などの身体的危機状況、顕著な幻覚、妄想、強迫症状、不安、苛々などの精神症状、不眠、食欲不振その他の身体症状などであり、自宅での対応が困難な時に精神科病棟での入院治療が考慮される。

2000年1月-2011年12月における中学生以下の入院患者統計を図2に示す<sup>1)</sup>。図2のように、入院患者の年齢、性別としては、外来患者と比較して小学校高学年年齢以上の女子が多い。診断 (ICD-10) としては、神経症性障害・ストレス関連障害・身体表現性障害 (F4) と摂食障害 (F5) がそれぞれ 28.2 %を占める。次いで、統合失調症などの精神病性障害 (F2) が 18.2 %で、小児期・青年期の行動・情緒の障害 (F9) が 13.2 %と多い。なお背景に発達障害を有するものの、入院となる症状が発達障害以外のものであるため

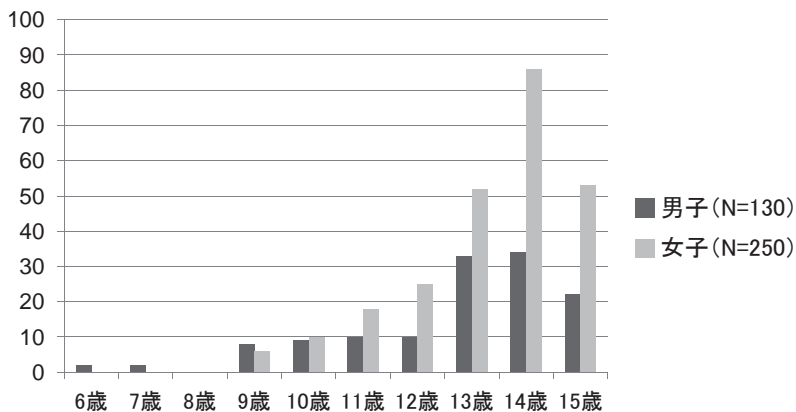


図2 中学生以下入院患者年齢・性別分布  
2000年1月 - 2011年12月 (N=380)

に、主診断は他の精神障害に相当する者は少ない。この疾患分布の傾向は、入院適応となる症状の違いもあるが、総合病院の閉鎖病棟という病院機能の特異性も関与すると考えられる（例えば小児科医や内科医がいない精神科病院では、身体管理を要する摂食得障害の患者の受診比率は少ない）。

### 市大センター病院における子どもの入院治療の課題

前述のように市大センター病院は、成人と共用の閉鎖病棟で急性期の精神疾患の患者を中心に対応する。一般には子どもの入院治療環境として、児童思春期病棟が適すると思われがちであるが、筆者は子どもの状態により、専門以外の施設でも対応ができる。

当方では、入院治療目標は、2-3ヶ月以内の期間内に、急性期の精神症状の改善とともに、家族関係の調整や家庭外での社会適応の改善を目指す。急性期の閉鎖病棟である利点は、興奮や自傷、暴力など早急な入院治療が必要な精神症状や行動障害への対応が、比較的容易にできることが挙げられる。また総合病院であることで、摂食障害治療をはじめ、内科疾患や脳器質性疾患を鑑別する必要があるケースへの対応ができることも強みである。

思春期年齢で同年代との対人関係に過敏で病状が不安定になる子どもにとっては、周囲に成人も多い方が対人刺激は少なく、また保護的に扱われることもあるために、安定しやすい面がある。

一方児童思春期の専門病棟の方が適する場合もある。年齢的には小学校低学年以下の子どもの見知らぬ成人が多い環境は緊張感や孤立感が強くなる印象である。また治療上同年代との対人関係構築が必要で専門プログラムの利用が望ましい場合は、転院での治療継続を依頼する。また精神病性障害で、入院環境下での精神科リハビリテーションを必要とする場合は、精神科専門病院での治療継続を依頼することもある。

### 最後に

昨今児童精神科を標榜する医療機関や児童思春期病棟を有する医療機関も増えたが、現状では外来診療の待機期間が長い状態が続き、精神科入院

治療を要する子ども全体に応需できるほど体制は十分ではない。施設特性の強みを活かした、子どもの精神科診療体制が拡がることが期待される。

### 文 献

- 1) 高橋雄一, 中川牧子, 大塚達以, 他. 総合病院における児童精神科診療の課題 横浜市立大学付属市民総合医療センターにおける児童精神科専門医療について. 総合院精神医学 2012;24:342-348.

### (4) 心をつなぐ

#### －医療・教育・福祉の協働を目指して－

(堀内 亮)

#### はじめに

児童精神科診療の対象は、抑うつ気分や不安など精神的問題、睡眠の問題、食行動の問題、心身の問題、ストレスの問題、不登校やひきこもり、いじめや友人関係、療育相談など幅広い領域にわたる。しかし、「混んでいてなかなか診てもらえない」「そもそも精神科への抵抗がある」など受診に至るまでに困難があることも少なくない。2015年度の院外他機関から当院児童思春期精神科ソーシャルワーカー室への新規相談は129件(87機関)であり、さまざまな相談に対応した。本発表では児童精神科の現状やソーシャルワーカー(SW)の介入について、相談例を通じて紹介した。

#### よくある相談①「どうにか早く診てもらえないだろうか？」

当センター児童思春期精神科における外来初診患者待機日数(紹介状が届いてから診察日までの日数)は年々増加傾向にあり、2015年度は一般の紹介患者の待機日数は90日を超える。明確に緊急性が高い場合(摂食障害等で身体的な緊急性が高い、速やかに服薬等の治療を開始しないと予後が明らかに悪い場合など)は緊急受診対応を調整する。しかし、家庭内での行動障害、家族の疲弊など緊急性の判断が難しい場合がある。その際は、SWが現状を相対的に判断(状態が急激に悪化しているのか?興奮・暴力の程度は?自殺のリスクは?家族の状況は?など)し、必要に応じて緊急受診調整を行う。また、SWの相談のみを継



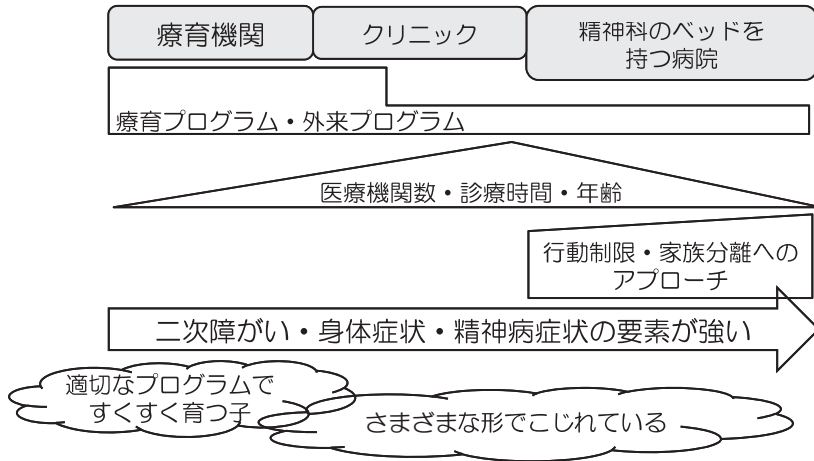


図1 児童精神科 医療機関選択の目安

続し、受診までのサポートを行う場合もある。

一方で、待機期間が長い当センターへの受診が適切ではない場合には、他医療機関を紹介することもある。その際の医療機関の選択の目安を図1に示す。療育機関は療育プログラムが充実する一方で、機関数の限界があり、入院治療ができない。精神科クリニックは機関数が多く、診療時間や対象年齢の幅が期待できる。精神科のベッドを持つ病院は入院治療が可能だが、低年齢児の入院は困難などの課題を持つ病院が少なくない。一概には言えないが、療育機関、クリニック、精神科ベッドを持つ病院の順に発達障害の2次障害や身体症状、精神病症状を有する患者の割合が多くなる。

また、県内で子どもの心の診療をする医療機関は、子どもの診療ネットワーク事業の一環としてインターネット上に掲載される「子どもの心の診療機関マップ<sup>1)</sup>」で検索ができ、医療機関選択の参考になる。

子どもの心の診療ネットワーク事業の一環として当センターが年1回主催している「神奈川県地域児童青年期精神科入院医療の連携を考える会」の平成27年度の参加医療機関を図2に示した。参加医療機関は児童青年期年齢を対象とした入院医療が可能であるが、各病院あるいは各病棟により受け入れ可能な患者の特徴がある。入院の相談

を受ける場合には、①児童精神科専門病棟が適切か②入院期間は3ヶ月以上必要か③義務教育を受けることができるか④差額ベッド代の有無とある場合の料金、⑤身体的治療の必要性、など各病院の機能や空床の有無と、患者・家族の状態や希望などを確認しながら適切な医療機関を検討する。

### よくある相談②「学校は受診の必要があると感じているが、家族が了解しない」

学校側は、学校における本人への対応に苦慮したり、本人の将来を心配するため受診の必要性を感じる。それに対して、家族が了解しない理由としては、家族の精神科への偏見や受診への不安、あるいは養育者としての罪悪感、父母間の意見の違いなどが考えられ、家族自身の困り感や切迫感の乏しさがある場合も少なくない。そのため、学校側が強引に受診を勧めると学校・家族間で軋轢が生まれ、関係が崩れることもある。そのため、受診を勧める上で大切なことは、学校と家族における困り感・危機意識の共有である。この共有がなされない場合は、仮に受診に繋がっても、家族の通院意欲が乏しいため結果的に中断に至ることが多い。問題意識の共有を丁寧に行うことが結果的には安定した通院につながる。また、受診した際には児童精神科から見た本人の状態について家

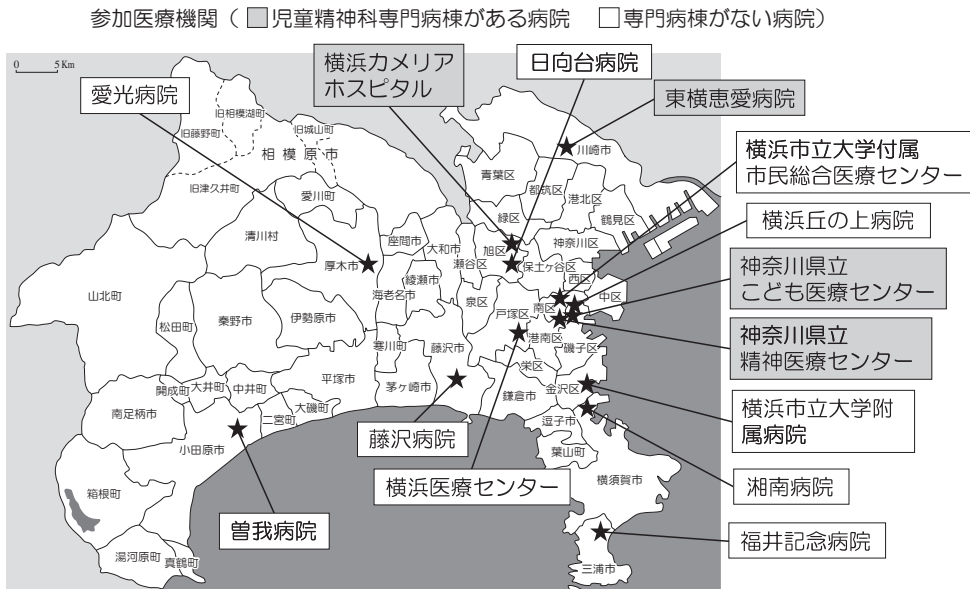


図2 平成 27 年度神奈川県地域児童青年期精神科入院医療の連携を考える会

族から聞き、本人が抱える課題や通院継続の必要性を家族・学校・病院で共有した上で、適切な対応について話し合いを続けることが重要である。

### たまにある相談「担当医を変えてほしい」

時に「治療が進んでいるかわからない」「先生が何を考えているかわからない」など担当医の変更についての相談がある。児童精神科治療の特徴として、検査データ・画像のみで診断ができないことが多い、診断名で治療が決まるわけではなく個性が高い、薬物療法のみで解決するわけではない等の理由から理解しにくい側面がある。実際に、診断および診療を進める上で、担当医と患者あるいは家族とのコミュニケーションは欠かせない。医師側には医学的な診立てや予後をわかりやすく言語化することや、それらを患者・家族と共有する姿勢、あるいは家族の苦労を労うなどの一般的なコミュニケーションが必要である。家族側は家族が抱える不安や家族が捉える現状を伝える必要がある。時には家族は医師に対する遠慮から積極的なコミュニケーションを避ける場合がある。そのため、相談を受けた SW は家族に担当医との積極的なコミュニケーションを推奨することが多い。家族の考えを伝える方法（メモにまとめるなど）や医師に治療方針を確認することを提案

する。また、家族が担当医を変更したい場合でも患者は望んでいないこともあり、患者自身の意思の確認も行う。コミュニケーションを推奨する一方で、改善が見られない場合の担当医変更の保証や方法なども具体的情報提供し、安心してやりとりができるよう配慮する。結果的には変更せずに継続して診療を行う場合が多い。

### 家族や地域関係機関とのつながり「家族がサービスを受けられるように」

福祉サービスの導入に対して家族が抵抗を示し、「私ができるだけ頑張るので…」と母が孤独な戦いを続けようとすることがある。SW は家族の理解に努め、共感的な姿勢を示すとともに、①サービスを利用することは弱い人が行うことではなく、強い人ほど上手にサービスを使うこと②関係者にできるだけ支援を求め、母は母にしかできない役割があり、そのことに力を注ぐことの重要性③母自身が健康であることの重要性などを伝える。また、母が信頼する関係機関からのアプローチを依頼する、サービスの利用を決めた時にサービスとのスムーズなマッチングの準備を行政機関や相談支援機関と打ち合わせるなどさまざまな角度からアプローチを行うことがある。

支援を展開するうえで関係機関との関係者会議

は有用で、2015年度においては3機関以上が参加した地域関係者会議を80回開催した。会議において①本人の意向や課題が中心に話が進む②本人の状態への理解が進む③各機関の現状に対する配慮がされる④感情の共有⑤各機関ができることについての議論が展開される、という要素が多い場合にはチームとしての一体感や安心感が生まれやすく、オープンな雰囲気の中、実のある議論になりやすい。一方で、①会の目的やマネジメントのバトンの所在が不明確②各機関はかくあるべきといった議論が中心となる③各機関の疲弊が強い場合はチームメンバーが不全感を持ちやすい。そのため、SWとしては各機関が孤立しないように配慮する必要がある。退院直前に関係者会議を開催した場合、患者の状態が改善しても入院前のイメージを関係機関が引きずり本人を受け入れられなかったり、関係機関の過去の苦労を理解してもらえないと孤立感を感じさせ、建設的な議論にならないことがある。入院前に学校など関係機関での困難が大きかった患者については、入院直後に連絡をとり、今後の入院治療の方向性や退院に向けての段取りについて説明し、今後の協力を依頼するなど良好な関係作りを心がけている。

### おわりに

本人や家族の課題が大きければ大きいほど、児童精神科受診による問題解決もしくは改善の期待が大きくなる。しかし、現実的には児童精神科だけで解決する問題は少なく、医療・福祉・教育機

関との協力の中でさまざまな支援を展開し、本人の回復や成長、家族関係の改善が進む。各領域や専門性を越えたネットワークを作ることは、支援を展開する上で欠かせない要素である。そのためには互いの現状に理解を示すことや、感情を共有する意識が必要になると感じる。今回の発表が、医療・福祉・教育が協働してさまざまな課題に取り組む一助になればと考える。

### 文献

- 1) 子どもの心の診療ネットワーク. 子どもの心の診療機関マップ. 国立成育医療研究センターホームページ.  
<http://kokoro.ncchd.go.jp/kyotenmap.html>

### 4つの演題をまとめて(新井 卓)

こども医療センター児童思春期精神科、児童精神科診療を行う精神科クリニック、大学病院での児童精神科の医師の立場で外来および入院診療の現状を紹介した。機能が異なる子どもの精神科医療の形を改めて確認することができた。さらには、こども医療センターの精神科ソーシャルワーカーから、医師とは異なる立場から機能の異なる医療機関や職種間の連携の在り方、さらには子どもの精神科医療におけるソーシャルワーカーのさまざまな機能について聞くことができた。講演の時間が超過し、シンポジウムが短時間となり、十分なディスカッションができなかったことが悔やまれた。