

Table 1 Average working hours of Postgraduate Year 1 residents

(a) Ward for patients 2-years-old or older						
Categories of tasks	Total	1999 for PSD	% for PSD	Total	1989 for PSD	% for PSD
Information acquisition	4.2	1.7	39	4.6	0.0	0
Physical examination	6.8	1.8	27	12.2	0.0	0
Diagnostic measures	10.3	0.8	8	10.4	0.0	0
Therapeutic measures	5.1	0.9	17	4.7	0.0	0
Interviews and consultations	13.2	11.1	85	3.8	0.1	2
Conference and discussion	14.1	4.3	31	12.9	0.0	0
Documentation	16.2	2.3	14	12.2	0.3	2
Miscellaneous measures	9.0			9.5		
Hours/week	78.9	23.0	29	70.2	0.3	0
(b) Ward for patients less than 2-years-old						
Categories of tasks	Total	1999 for PSD	% for PSD	Total	1989 for PSD	% for PSD
Information acquisition	2.7	0.4	14	4.4	0.0	0
Physical examination	7.6	0.0	0	11.9	0.0	0
Diagnostic measures	16.3	0.0	0	11.9	0.0	0
Therapeutic measures	14.7	0.0	0	9.7	0.0	0
Interviews and consultations	4.0	0.3	6	2.9	0.3	9
Conference and discussion	13.0	0.0	0	14.4	0.0	0
Documentation	16.6	0.0	0	12.4	0.0	0
Miscellaneous measures	9.0			12.2		
Hours/week	84.0	0.6	1	79.8	0.3	

PSD, psychosomatic disorders.

Results

In the ward for preschool and school-age children (those over 2 years of age), they spent on average 78.9 h per week (Table 1a). Hours for information acquisition such as history taking was 4.2 h. We drew attention to the large commitment of time required for care of psychosomatic disorders: more than 30% of the total amount of time allotted for information acquisition, interviews and consultations, as well as conferences and discussions are spent in the care of PSD.

It is obvious from the survey that only 10 years ago there was virtually no time spent on the care for psychosomatic disorders in our pediatric residency program. Table 1b summarizes, for comparison, the results of the same survey conducted regarding activities in the ward for those under 2 years of age. Time spent for each of the categories did not change very much in the last 10 years.

Discussion

Greater demand for care of children with PSD

Figure 1 shows the results of the year 2000 survey conducted at our affiliated hospitals. A total of 27 hospitals out of 34 local hospitals affiliated with Keio University School of

Medicine participated in this survey.³ At each of the 27 hospitals questionnaires were filled out by the patients or their caretakers who visited the hospital during the 3-day survey period. The questions included the main reason they came to see a doctor, presence of any such symptoms as general fatigue, nausea with no organic disorders, poor appetite, sleeping problems, problem with school attendance, interaction with family, friends or teachers. It is an implication of these findings that the apparent number of patients with psychosomatic problems is not dependent on the size or location of the hospital. From these results we infer that pediatricians trained for child health care for psychosomatic disorders are in short supply or non-existent, even in the major affiliated hospitals.

The documented prevalence of intrafamilial violence became apparent in the late 1960s and was already sharply increasing in the 1980s. It is obvious that the incidence as reported is only the tip of the iceberg, that is, the issue must have been a matter of reporting and not actual prevalence (Fig. 2a).⁴ Refusal to go to school has also been increasing dramatically, and now it reaches 120 000 or 2.5% of junior high school students (Fig. 2b).⁵ These numbers are steadily increasing even in primary school.

In most cases, the antecedents leading to PSD are thought to reside within the dynamics of family interaction.⁶ Their origins may be traced to the early postnatal period and may

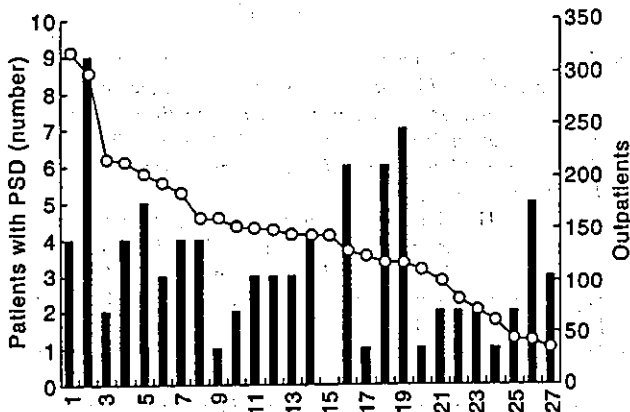


Fig. 1 Total numbers of outpatients (line graph, right ordinate) and numbers of patients with psychosomatic disorders (histograms, left ordinate) visited each of the 27 hospitals (1-27 on the abscissa) during the 3-day survey period. PSD, psychosomatic disorders.

be seen as an accumulated legacy spanning multiple generations within a family.⁷⁻⁹ In recognition of such complexity of the origins of these disorders, modern pediatrics will place emphasis upon attention to the family composition and the family dynamics.

Due to the complexity of the origins of PSD, general pediatricians will be spending more time than ever before in information acquisition, such as history taking and interviews with parents. They will be increasingly involved with such therapeutic interventions as interviews and consultations with parents. Care for children with PSD, moreover, will require advanced and special clinical skills, greater sensitivity and compassion.¹⁰

A small number of specialists will not suffice for the needs of patients with PSD

A serious consequence of the greater demand for care of each child with PSD and the increasing number of such patients is that a small number of specialists will not suffice for the appropriate diagnostic and management needs of patients with PSD. A surprising finding of the surveillance in 1998 in Japan is that only one pediatrician specializes in child psychiatry among 842 pediatricians with 10 years experience.¹¹

Future prospectives

In recognition of such trends in child health care and its implications for necessary changes in our pediatric resident training program, we have been developing a computer-based, database program for pediatric patients in our department. It

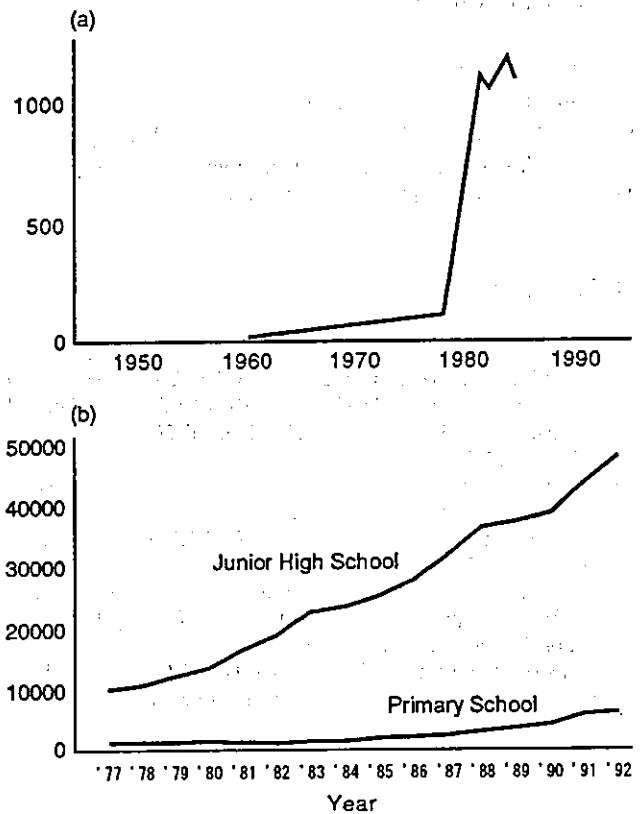


Fig. 2 (a) Number of intrafamilial violence. (b) Number of refusals to go to school.

will formulate an information acquisition process, efficiently organize data and analyze the data in an objective way on large patient populations by an automated statistical analysis. Ultimately it will be a real time tool in our clinic.

A salient feature of this program is that it inquires more comprehensively into family background. This includes in-depth inquiry into the family structure of the patient, as well as extensive inquiry into the patients' wide social and demographic characteristics, biopsychosocial problems such as early family adjustment difficulties and inquiry concerning daily life such as after-school program attendance. In this regard it will be substantially more comprehensive than our standard level of inquiry with respect to organic disease processes.

Here we have emphasized the important currents of change occurring in the child health care in Japan and an approach to a mounting demand for pediatricians to be trained for care of children with PSD. Our goal is to enhance competency of the coming generation of pediatricians to meet a major challenge in pediatrics. Our pediatric database program will be a critical early step toward meeting such a challenge in pediatrics.

Acknowledgments

This study was supported by grants from the Pharmacia Fund for Growth and Development Research and from Japan Owners Association. We are grateful for valuable suggestions from Dr Verne S. Caviness, Department of Neurology at Massachusetts General Hospital, Boston.

References

- 1 Mallaby S. Survey Japan. *The Economist*, 1994 July 9; 3–22.
- 2 Committee for the 21 Century Sukoyaka Family. *Reports of the committee for the 21 Century Sukoyaka Family*. National Campaign for Maternal Child Health Until 2010; November, 2000; 26–27: 30–1.
- 3 Watanabe H. *Survey on child mental health practice among a University hospital and its affiliated hospitals*. Report on Child Home Comprehensive Project of 1999 Welfare and Science Research 2000; 980–5.
- 4 National Police Agency. Intrafamilial violence cases committed by juveniles reported to police. Printing Bureau of National Police Agency: Tokyo, 1999.
- 5 Ministry of Education, Science, Sports and Culture. Students not attending school (30 or more days a year). Printing Bureau of Ministry of Education, Science, Sports and Culture: Tokyo, 1999.
- 6 Watanabe H. Paranoia and persecution in modern Japanese life. In: Berke J, Pierides S, Sabbadini A, Schneider S, (eds). *Even Paranooids Have Enemies: New Perspectives on Paranoia and Persecution*. Routledge: London, 1998;198–202.
- 7 Watanabe H. Mental health from infancy onward. *Asian Med. J.* 2000; 43: 398–404.
- 8 Watanabe H. The application of attachment and amae to clinical problems in Japan. In: Richer J, (ed). *The Clinical Application of Ethology and Attachment Theory*. Occasional papers no. 9. Association for Child Psychology and Psychiatry: London, 1993; 36–43.
- 9 Watanabe H. Early problems of attachment and re-establishment of mother-baby bonds: The case of baby whose mother was abandoned in infancy. *Cahiers Psychiatriques: Approches Psychodynamiques a Relation Parents/Jeunes Enfants* 1999; 26: 117–28.
- 10 Watanabe H. Child psychiatry training for pediatricians: Japanese perspectives in infant psychiatry. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 1998; 52: S285–7.
- 11 Section of Statistics, Survey and Planning, the Office of Minister of Education. *Research Report of Fiscal Year 1996 on School Health*. Printing Press of Minister of Finance, Tokyo, 1996.

日常の生きやすさの支援は，日常に棲む環境の総体にある

— ADHDのある子どもへの精神療法—

田中 康雄

日常の生きやすさの支援は、日常に棲む環境の総体にある

—ADHDのある子どもへの精神療法—

田中 康雄*

抄録：軽度発達障害のある子どもたちに対する、精神療法的対応の意義について検討するため、注意欠陥多動性障害があり、中学校入学後に逸脱行動が目立ちはじめ、二次的に行為障害を示した女子への治療状況を報告した。

女子が示した行為障害は、この子にとって生きる上での「あがき」であり、他者とのつながりを求めた結果と考えた。そのため治療者は、思春期の戸惑いのなかにいる女子が、自己に向き合う一瞬の時間を共有することに力点をおいた。

私は、注意欠陥多動性障害がある子への精神療法的接近は、特に障害の克服や解消を目指すことではなく、特性と付き合いながらおおきな躓きをすこしでも回避できるような期待をもち、その方策を伝えていくことではないだろうかと考えている。そのためには、生活のしやすさ、生き延びる力に気づかせ、信頼関係の改善を図ることに尽きると思っている。

Key words：軽度発達障害、注意欠陥多動性障害、行為障害、精神療法

はじめに

最近、児童思春期・青年期の精神医療の現場では、軽度発達障害のある子どもたちの相談件数が増えてきているように思われる。

従来、発達障害の世界に棲む子どもたちは、小児神経科領域で検討されることが多かったと

思われる。児童精神科領域にいる者たちが、そこに参入し向き合える機会が増したことの意義は、単に相談窓口の広がりだけではないと考える。個々が抱えているさまざまな困惑や悩みについて、精神療法的接近を試みる場面を設定できるようにしたことこそが、重要な事柄のように思われる。Kanner, L.¹⁾は、子どもの精神療法の過程を、Relief (苦悩の軽減を目標に)、Relationship (良好な治療関係を築き)、Release (情緒の解放を目指し)、Relearn (再学習への援助を行ない)、Relax (緊張・不安からの解放を行なう)と述べている。すなわちReborn (再生)の物語の創造を、ともに目指すことにあるのだろうと、私は理解している。

その意味では、軽度発達障害のある子どもたちの治療経過を提示しながら、見立てや治療内

The supports that enhance the quality of life exist in a whole system that consists of each environment that children are involved. The psychotherapeutic approach for child with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

* 北海道大学大学院教育学研究科教育臨床講座
〒060-0811 北海道札幌市北区北11条西7
Yasuo Tanaka: Human Development and Educational Practice RG, Graduate School of Education, Hokkaido University

容など、とくに精神療法的対応の意義についての検討をするという本ワークショップは、まさに精神科領域としてのユニークな試みと思われる。

しかし、一方で私は、いかなる障害にたいしても、対人援助としての精神療法的関与は、基本的事項であると自覚している。そのため、ワークショップが求めている発達障害ゆへの課題と対応策について、ある特異性を明確に抽出できうるのか、大きな不安を抱いている。自分の力量不足と重ねての報告であることも、はじめに告白しておこうと思う。

そのような言い訳をしたうえで、注意欠陥多動性障害 (Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, 以下 ADHD) に行為障害が併存した中学2年生の女子との、短い関わりを報告することにしたい。

症 例

ここでは、私が実際に関わった事例を紹介する。個人情報保護のために、ある程度事実を変更して報告させていただく。報告する症例はM子 (13歳) である。

1. 外来通院の様子

M子が中学2年生の冬、3月に、当初は母親だけがわれわれの児童外来に相談にみえた。

母親の訴えは、M子が学校生活をうまく行なえず、学校側からも病院受診を勧められたというものであった。

母親の表情には明らかに不快な感情があり、相談に来ること自体気乗りしていない様子が窺えた。母親は「学校では、気の合う教師とはうまくいっているが、合わない教師にはとことん反発するので、全体的に悪く評価されがち」と簡単に説明した。

聞き出すなかで明らかになったことは、M子が学校生活になじめていないこと、時に下級生や上級生と口論になったり、授業を抜け出してしまふことで、自宅では深夜に無断外出して

は遊び歩き、時に警察に補導されることもあるということであった。また、こうした状況に対して、母親が緊急性と途方にくれた感じを抱いていないような様子が、話の内容と比べて、非常にアンバランスな印象を、私に抱かせた。

母親の語る家族歴によると、両親はM子が1歳の時に離婚し、その後母親は祖父が経営していたコンビニ店を受け継ぎ生計を立て、現在に至っているという。M子の実父は元来神経質で、あまり家にはいなかったという。現在の養父はM子が5歳のときに再婚して土建業を営んでいる。きょうだいは、中学卒業後フリーターをしている4歳上の兄と、高校進学後にすぐに退学した2歳上の姉がいる。小学3年生の弟は、現在の養父と母との間に生まれた子で、M子はこの弟をやさしく面倒みているという。

母親の話では、M子はきょうだいのなかで、もっとも親思いで優しい気持ちを持ち、なんでもよく話してくれるという。養父は仕事のないときはパチンコに行っていることが多く、母は家から離れたコンビニ店で終日働き詰めであるという。自然と子どもたちが手が回ることは少なく、変則的な家庭生活環境が営まれていると思われた。

次の外来面接には、母親に連れられてM子も受診した。

母親からの情報によるM子の生育暦は、妊娠37週目に2,780gで生まれたが、羊水感染症のため出生後1カ月ほど入院していたという。

乳幼児期の様子であるが、母親によると初期の運動発達や言葉に関する心配はなかったという。利き手は右で、食事に対してはやや偏食気味であったという。小さいころから人見知りはないほうで、誰かれかまわず寄っていたという。一方で、母親はまとわりつかれたということに「あまり覚えがない」と話された。M子が1歳のころ、離婚されたことを考えると、なかなか育児に集中できなかった可能性があるように思われた。M子のことでは、新しいお

もちゃでも、ひとたび気に入らないと全く手にとることもしないという気難しさが、ともかく印象深かったという。

保育園には、5歳から喜んで通っていたという。ただお世辞にも機敏な子ではなく、不器用さが目立つ子で、子ども同士の場面では乱暴なところも見られたという。女の子であったにもかかわらず、よく転んだり、子ども同士でよくたたき合ったりと、生傷が絶えない子であったという。

小学校に入学後、1, 2年生の頃は、とてもおとなしく、担任の先生にべったりだったという。子ども同士の輪に入れなためか、よく同級生からはいじめられたり、からかわれたりしていたという。3年生の頃から学習への取り組みがうまくいかず。成績はふるわなかったという。

生活場面での忘れ物については、低学年時は母親が手助けし、学年があがると手助けを拒否するようになり、次第に生活全体が投げやりになっていったという。

小学4年生になると周囲から「暗い子」といわれ周囲から浮いてきたらしい。しかし、M子自身は、このころから周囲に強くでる（乱暴にあるいは大声で対応する）と相手がひるむということを学び、「これでもういじめられないと思えた。ほっとしたと同時に、いじめられないためには、いつも強気で攻めつづけないといけないと思い、いじめや嫌がらせをするようになった」という。6年生の通知票は全教科オール2、行動評価は「明朗・快活」に○がついているが、校内活動では、全般的に理解力が高いが、集中するのに時間がかかる、友人とは感情的になりやすく、よく衝突する、感情の起伏も目立ち、気持ちの浮き沈みが激しい、などと評価されていた。

中学では1年生の時から目立つ子で、学校では友達とうまくいかず、別な中学校の生徒や高校中退した子どもたちと遊び歩くようになったという。学校では教師を呼び捨てにしては、

なれなれしく話しかけ、同級生や下級生とは口論、ときに乱暴な態度を示すこともあった。髪を染める、化粧して登校しては指導教師から注意され続けていたという。

面接でM子は、中学校について「よく話を聞いてくれる先生も何人かいた。でもその先生は校長や教頭から文句を言われて、もう私と話をしてはいけないといわれたようだ」と述べ、学校への不信感をあらわにしていた。

しかし、現状は何度指導されても校則違反し、強く注意する教師の揚げ足取りをしては、ひんしゅくを買い続けていたようである。自宅や友人宅で飲酒、喫煙、無断外泊による性行為なども認められていた。

中学1年生の通知票はオール2の成績、校内での態度は「時と場所に無関係に大声で話し、授業に集中することはなく、休み時間との区別がない」と評価され「教師の指導に一切従わないことが問題である」と記載されていた。一方で、小学時代から欠席の少ない子で、中学でも年間10日前後であった。ただし、中学では遅刻が目立ち、1年生の段階で年間30日以上は遅刻登校であった。

M子が初めて来院した面接日に、中学2年生の2学期早々に深夜徘徊で補導され、以後しばらく自宅謹慎していたことが明らかになった。母親が最初に相談に来られたときには、話されていないことであった。また、この謹慎は母親自身が判断したものであった。しかし、この謹慎中にもM子は数名の友人と遊び歩き、2年生の秋、10月に友人3名（全員中学2年生の女子）と深夜に無免許運転し、重傷ひき逃げ事件を起こし保護されていたこともわかった。児童相談所の一時保護を経て、学校は登校禁止となった。その後、児童相談所の職員と学校側から、われわれの児童外来を受診するようにいわれていたことが、M子の話から明らかになった。

こうした出来事をあまり悪びれずに話しつづけるM子のとなりで、母親はやや困惑した表

情で寄り添っていた。しかし、ひき逃げ事件の話になるとM子は、明るく笑いながらも大粒の涙をこぼしていた。

私が尋ねる日々の生活の様子について、M子はつまらなそうに答えていた。次第に椅子から立ち上がり、診察室をうろうろしはじめた。「あ～、退屈」と大声で独り言をいっては、診察室においてあるペンやハンコ、おもちゃなどを関心なさげに触り始めた。次第に母親に「まだなの？」とかける声も大きくなり、母が代わってする説明にもやたらと口をはさみ、落ち着きない様子が窺えた。

さらに、M子の様子を探るために、今後の生活についていっしょに考えるために、しばらく外来通院してもらえないかと依頼したところ、M子は「退屈していたから、いいよ」と返答した。しかし、登校禁止中で自宅謹慎中にもかかわらず、M子は友人との深夜徘徊を繰り返し、友達を呼び出してはリンチまがいのことをしてしまうということが続いた。

数回の通院で、私は、M子には、軽度発達障害、おそらくADHDという診断がつき、現状はそこから生じた二次的障害としての行為障害と診断できるのではないだろうかと予測していた。ただ、日々の生活の様子などを細かく見ていきながら、可能な範囲で心理検査を行ない、結論を下したいと考えていた。警察の少年課と児童相談所とも検討し、入院の方向性が支持された。さらに、登校禁止が続くことで高校進学についても困難が生じてしまうことを危惧し、病院に付属する院内学級の活用を考えた。

M子と母親に入院の相談をしたところ、本人は「楽しそう」と拒否を示さず、母親も院内学級の活用を希望したため、入院することが決定した。

2. 初回入院の様子

入院生活は、中学3年生の春、4月にM子本人の承諾のもとに開始された。

入院当日の最初の病棟面接で、唐突にM子

は、義父がM子や姉の部屋に入ってきては一緒に寝ようとする、姉の胸をさわろうとしたり、キスしようとするということを語った。私は、義父による性的虐待の可能性を疑った。しかし、これまでの外来通院中の様子からは、明らかな乖離症状や転換症状といったものは認められず、自宅での様子からも、過覚醒、自傷行為、自殺企図なども全く認められなかった。しかし、確かに年齢不相応の性的言動や性的な行動化、自尊感情の低下、友達関係からの孤立などは存在していたため、性的虐待の可能性を完全に否定せずに見ていこうと判断した。

面接では、母親がコンビニ店の仕事のため朝まで帰宅できないことが多く、家事はきょうだい当番制で行なうことになっているが、実際にはそれぞればらばらに勝手に食事していることが話された。私が「大変だね」とM子にいうと、「うちはお母さんが働かないといけないし、仕方ないよ」と返答された。義父については「ひまなときはパチンコばかりしているけれど、母さんが選んだ人だから、仕方ない」と事実を淡々と受け入れているような様子が窺え、M子には、外来でみた奔放さとは対照的な受動的な面、あるいは「どうしようもないことは、どうしようもない」といった諦念が見られた。

4月早々から始まった院内学級は、担任の若い女性教師と早い時期に意気投合し、非常に楽しそうに通学する様子が確認できた。

日々の病棟生活は、病室のベッド周りにもものが散乱し、ベッド上にもものがあふれ、ときどきM子はベッド下で寝るなど、とてもだらしなさそうに見えた。大声でホールを走り回ったり、看護師のあとをびったりとついて回り、一方的に話しかける。若い看護師には、恋人がいるのかといった質問などを浴びせ、からかうこともあり、病棟スタッフからは早々に嫌がられてしまった。

さらに、面会にきた姉からタバコを貰い受け、トイレで喫煙してしまうといった行動が発覚した。

こうしたベッド周りの整理整頓、看護師との関わりや、喫煙の件などについては、その日のうちに個別に面接して注意すると、真顔で素直に謝ることができるが、翌日には同じ言動を繰り返した。

入院直後にとった WISC-III は 2 時間以上要した (図 1)。担当した心理士の報告では、M 子は検査直前から緊張した様子で腹痛を訴えていた。心理士が学業成績とは無関係であることを伝えると、ほっとした表情に戻り、腹痛が収まったという。普段の生活ぶりからは窺えないような緊張・不安の高さがあったように思われる。

検査中は、すぐにスリッパを脱ぎ、椅子の上で膝を抱え座り、ときどきストップウォッチを触りながら答えるなど、和らいだ雰囲気に見えたという。終始質問には投げやりになることもなく協力的な態度であったという。

ただ、検査中に外を走る車に気をとられる場面が目立ち、動作性の検査項目中は終始検査と無関係なおしゃべりが目立っていたという。

結果は、全検査 IQ が 92 と正常域である。言語性 IQ が 100、動作性 IQ が 85 とバランスが悪く、それぞれの下位項目にも多少のばらつきが認められた。

特徴として、注意、集中が困難で長期および

短期記憶の維持が芳しくなく、視覚情報処理が全体に苦手なところが窺えた。これらは M 子の日常をある程度説明できるものであった。一方で、理解の高さなど、社会的に望ましく周囲から期待される行動や考えは得意なほうで、隠された能力を知ることもできた。

この時点で、母親と病棟スタッフに M 子の見立てを伝えた。M 子の養育歴と病棟生活態度、心理検査などから総合して、M 子には ADHD が基盤にあると判断した。現在問題視されている逸脱行動は、診断的には行為障害が併存していると判断されるが、本人なりに生きていくための対処行動であろうと思われた。すなわち M 子の行為障害の意味は、ADHD によるさまざまな生活の躓きから、自己評価が低下していくなかで獲得した、M 子なりの自己表現、あるいは「あがき」であろうと捉えた。

M 子の言動を、ADHD メガネ²⁾で見直してみた。

M 子の誰かれかまわず示されるなれなれしさは、ADHD のある子どもによく見られる「他人への無防備さ」であろう。こうした無防備さは、結果的に周囲に利用されやすい状況を作りやすいことも少なくない。

次に、ADHD のある子どもたちが示す日常の無頓着さ、整理整頓などの管理能力の躓きは、

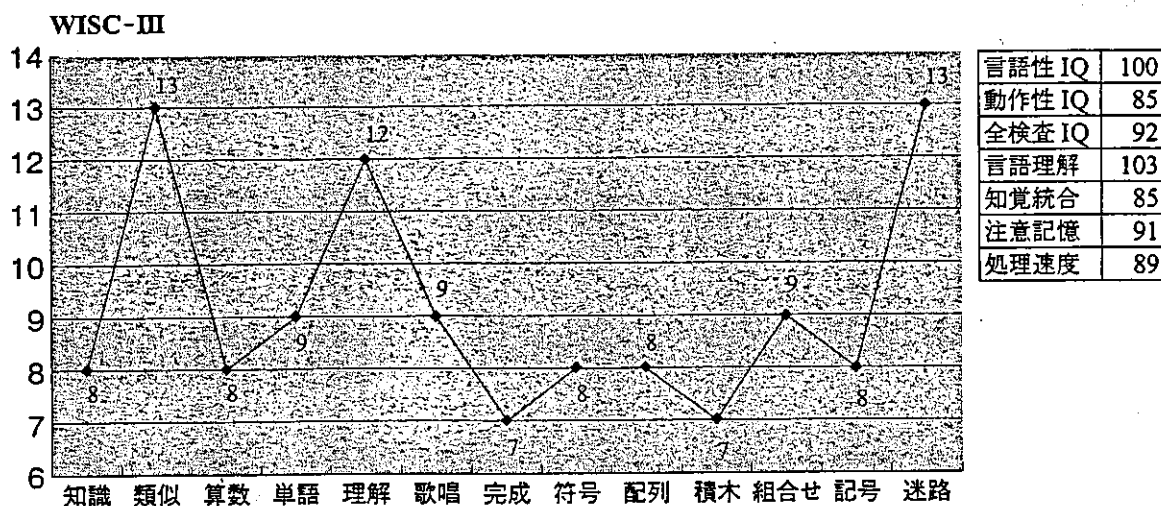


図 1 M 子の WISC-III の結果

年齢からするとだらしのない人として低く評価されやすい。さらに往々にして、これらの特徴のある子どもたちは、多弁にあるいは一生懸命に（それがときには頑固に自己主張すると捉えられてしまいやすいが）話を進めていくため、周囲から浮きやすく疎まれやすいこともある。話は正論のときも多いが、行動がついていかないため、「能弁だが言行不一致」の人とみられ、これも低い人物評価を招きやすい。ひらめきで判断しやすく、注意もそれやすいので、人の話に中途半端に関わり、場に合わせて言葉を拾い集めることができず、結果的に周囲からの反感を買うやりとりになりやすい。

このように、前景に認められる症状は、M子にあると想定したADHD特有のもので、M子が故意に努力も配慮もせず示した自己中心的な行動ではないと判断したい。

先の「現状を淡々と受け入れる姿勢」は、周囲に働きかけることへのあきらめだけではなく、M子自身にも向けられていると思われる。この内面にある自暴自棄さが逸脱行動に結びつきやすく、結果としての行為障害になると判断した。

こうしたM子を説明する仮説は、母親にも病棟スタッフにも受け入れやすいものであったようだ。そのため今後の治療目標をM子の行動統制として、結果として良く評価される状況作りに置いた。

そのため、悪いことは悪いと伝えながらも、単なる注意や指摘にとどめず、もっと良い面を見てもらえるよう、具体的な行動のとり方を伝えていくことを目指した。入院中は病棟スタッフと、外泊中は母親と、相談しながら行動を決めることを重視した。内容は、毎日の予定表をたてながら、見通しをもった生活をする中で、あとの後悔が減るのではないかと考え、時間管理や行動決定、1日の振り返りなど、全体の生活支援を一緒に考えることとした。

また私との面接でも、思いや考えを一度外に出してまとめ直しをすることと、あとで振り返

ることができるよう、ノートを紹介しての面接に変更した。

入院1カ月後の5月から、朝に私がノートを渡し、夕方の面接までに考えをまとめて書いておくように指示し、夕方そこに記載された内容を話題にする面接を提案した。しかし、M子がノートに書いた中身を面接中に見ないでほしいと希望したため、ノートの受け渡しと、短い会話で面接は終了し、ノートは結果的に交換日記のような形式に変更された。

通常の会話では、大声で、短い言葉でふざけた様子で話をするM子であったが、ノートには、自分は勉強ができない、どうしたらよいのだろう、とか、将来のことを真剣に考えようとしても、別なことを思うと忘れてしまうこともあることや、ここに入院したことで友達に忘れられてしまわないか、とか、ひき逃げしてしまった人のお見舞いに行きたいけれど行けないのがつらいといった心情が綴られていた。日々のおしゃべりについては、自分は沈黙が苦手な息苦しくなってしまうからとも書かれていた。

病棟生活は相変わらず整理整頓がなされず、だらしのない様子に変化はなかった。病棟スタッフの毎日の関わりは、実際目に見える効果を示さず、スタッフのなかにも徒労感が生まれ始め、結果的にM子の評価を低く見積もったり、入院生活の意味合いを疑問視する話も出てきた。

6月には、高校2年生のアスペルガー障害と診断されたS君に突然殴られるということが生じた。S君が突然に興奮して看護師を叩こうとしたときに、「やばくねえ」と言ったことで突然矛先が変わったようであった。直後の面接では「マジ腹立つ、もう退院する」と言っていたが、翌日の面接では「私がからかったせいだから、私が悪い」とノートに記されていた。こうした軌道修正ができる能力は、良い面として周囲に伝わりにくく、結果として評価を引き上げることが難しいという状況が見て取れた。私は、これでは日々の日常生活は誤解ばかりで浮かばれないだろうと強く感じた。

週末に行なう外泊では、毎回、性的逸脱行動に走らないように自宅で過ごすこと、社会ルールからも、当然喫煙・飲酒をしないようにと注意事項を伝え、ノートに書いて持たせ続けた。帰院時には、M子は必ず注意事項に返事を記してしたが、当初は「〇〇のこと、守ってください」という私の言葉に、「守りました」という返事を書いていたが、次第に「守ってみせよう!」とか「守れたぞ!」と表現されていた。

並行して、日々の面接時に渡されるノートには、看護師へ感謝の言葉や病棟生活上の不満などを冷静に綴るようになった。時には「本当に甘える人がいない」といった心情をふと漏らすこともあった。感謝の言葉を述べた看護師には、このころから挑発的な行動を示すようになっていった。病棟をわざと抜けだそうとしたり、看護師の私的なことを尋ねたりした。M子なりの接近法、親愛の情の示し方ではあるのだろうが、看護師もとまどいがちになるなど、周りで見ても不器用なほどの言動であった。

さらに、時に示すなれなれしい（ため口をたたく）態度は、生意気と判断され一部の看護師から責められることもあった。

M子は、気の毒なほどの不器用さを次第にあらわにしていった。

一方で、頑張って前向きなコメントを書きつづけた週末外泊も、姉に深夜のドライブやシンナー遊びに誘われ、断ることができずに「最悪な外泊」として戻ってきたことがあった。外泊の失敗を後悔して面接中に泣きじゃくるM子に、どうして断れなかったのかと尋ねたところ「お姉ちゃんも高校中退して寂しいんだよ、私は入院できているからいいけど」と語り、いまさらながらM子にある、まず何を置いても相手を重視するという対処行動に驚いた。同時にそこに潜む自己価値観の低さにも。

8月になると、M子の学校の同級生Y子が不登校のため入院してきた。M子の動揺は著しく、Y子を従わせようとしたり、Y子と対

等に仲良く振る舞ったりしていたが、次第に院内学級の登校時間をずらしたり、退院したいとホールで叫び始めた。

一方で、面接ノートには、Y子にふれた内容は一切なく、高校への希望や、交通事故の処遇を巡る警察や家庭裁判所の判断への不安などが綴られていた。

病棟生活は、Y子と張り合うM子の動きが明らかになっていった。これまでの病棟生活の評価から看護師のM子への風当たりは強く、次第に感情的に衝突することも目立ってきた。さらに、病棟内での喫煙が発覚するなど、わざわざ評価を貶めるようなことが続いていた。結果的に、M子は退院を強く求めはじめ、病棟生活の拒否感を強めていった。

10月になると、M子の病棟での自己主張はエスカレートしていった。病棟での居場所を見失っているように見えた。面接ノートには、病棟生活の不満と、頑張って勉強して高校に行き医者になりたいと書かれるなど、私への失望と理想化が交錯していた。

病棟生活では、Y子から離れ、看護師とも距離を置き、毎日の生活指導もルーズになり、病棟行事である朝の会合への欠席も目立ち、どんどんと孤立していった。

退院の希望と同時に、まるで新しい居場所を確保するかのように、M子は強く中学復帰、高校進学を希望しはじめた。親と中学校の校長、教頭との協議が増え、中学復帰、高校進学の話が現実的になると、M子に対してこれまでの評価の積み重ねが話題になり、面接は緊迫した様相を呈していった。この緊張感に耐えきれないかのようにM子は週末外泊時、友人宅で飲酒して緊急帰院したこともあった。

これ以上、不安定な環境に置くことで、さらに孤立させ自暴自棄にさせないために、まず冬休みの間だけでも退院して、自宅学習と規則正しい生活に努力して中学復帰さらには高校進学といった状況に向き合えるかどうか試してみようと相談した。

M子は冬休みの間、塾に通うことを決め、12月に退院した。

私は担当医として、さらに病棟責任医として、十分にその役割が果たせていないことを知っていた。M子に対してやれたことは、面接時のノートとの交換と、外泊時に外泊中に毎日開いて読めるよう日付けつきの手紙を手渡しつづけること、時間のあるときに一緒に病棟の外に散歩に出かけることくらいであった。病棟スタッフには、早い時期にM子にある病理性を説明したこと以外、特により理解を深めてもらう対応ができていなかった。

私は改めて思春期病棟の運営の困難さに直面していた。

3. 2回目の入院の様子

M子は、12月に退院後、すぐに塾に通いはじめた。夜は母親との約束で近くのホテルに母親と一緒に寝泊まりすることにした。姉との関係や他の友人との関係を考慮しての母親の判断であった。

冬休みの間M子は、塾に熱心に通い、自宅の生活も安定し、無断外泊、深夜徘徊はまったくなくなった。しかし、この間数回の話し合いをもっても、中学への復帰を学校側は認めないという態度を崩さなかった。M子が高校に進学するためには、3年生の3学期、残りの時間を病院に入院して院内学級で過ごすことがもっとも近道であるということになり、年が明けた1月にM子は病棟に戻ってきた。

今回の入院は、院内学級に通うことと、週末外泊時に塾を活用することを計画した。M子にとって、塾の存在は非常に大きく、通うことでずいぶんと励まされるという。学校と違って、M子の価値観を保障し、いろいろな生き方があることを指し示してくれているという。病棟での私との面接は従来どおりとしたが、病棟スタッフの関与は必要最低限として、生活の多くを自己管理下にした。さらに、高校受験が終了し、院内学級の卒業式である3月15日には必

ず退院すると、期日（ゴール）を明らかにしての入院生活とした。

2度目の入院から、M子は週2回の面接を、面接ノートを使わず、言葉のやりとりで行ないたいと希望した。高校という直前のことが明確になったためか、面接では、勉強の仕方や、将来の夢などが語られることが増えてきた。ある時M子は、自分が首謀したとみなされているリンチ事件について、「あの事件は、私は現場にいない」と告白した。「自分がやっただと言わないと、友人が退学させられる。自分はどうなってもよいが友人が可哀想になって。それに、どうせ私は信用されていないから」という理由で、警察にその供述をしたと、静かに補足した。さらに「どうして自分はつつい道を踏み外してしまうのだろう、先生は考えてから行動しなさいというけれど、私もこれでも考えて行動しているんだよね。でもしくじっちゃう、何が悪いのだろう。私がバカだからだろうか？」と自分の足元に目を落とし、涙ぐんだ。

私は、M子の今後を考えて、高校進学が決まり次第、本人に診断を伝えこれからの生活に役立ててほしいと感じ、母親に本人への説明について相談し、合意を得ることができた。

2月、M子はある高校説明会に行き、校長先生の話に感銘を受けたと戻ってきた。「なんとなく私のことをわかってくれそうな気がした」ということらしい。小規模高校であり、以前にも私も学校訪問したり、在学生のことで情報交換したことがある高校で、校長とも面識もあった。簡単に生徒を見捨てず暖かく、深い懐をもつて対応してくれたという印象があった。なによりもM子の印象を大切にしようと思った。

院内学級の卒業式が迫っていた。数回の練習では不快な表情をしていたが、当日たったひとりの卒業式では、母と一緒に明るい表情で涙を流していた。すっきりした表情で、M子は約束どおりその日に退院した。

M子は外来通院については否定的で、病院

といった縁を切りたいという意思表示をしていた。学習に関しても、大学を希望していることと、本人の支えとなっている塾も活用しながら、頑張りたいということになった。

退院直後の最初の外来が最後の外来になった。私は、M子に対して、高校生活を楽しく過ごし、将来の夢が現実にならぬように祈っていると伝えた。そして入院生活も含めて病院が関与した理由は、補導されたり事故をおこしたためではなく、M子にあるADHDという、発達のアンバランスさ、そして時に非常に生きにくさにつながりやすい障害について説明した。M子のこれまでの関わりから、他人を思いやるやさしい気持ちがある点と、もっと上手に気持ちが伝えられるようになることを信じていることを話し、当面は頼れる人をたくさん確保するようにと伝えた。

実は担当医である私が、その2カ月後に職場を辞めることから、継続的な対応策が打ち出せないこともあり、ここでいったんの終了とした。

おわりにかえて——ささやかな省察

考察とよべるような、立派なことは書けない。私にとって、M子との関わりは「行き当たりばったりの、出たところ勝負」の精神療法的関与であったと思う。

しかし、注意欠陥多動性障害がある子への精神療法的アプローチといっても特に障害の克服や解消を目指すことではなく、私はその子が自らの特性と付き合いながら、おおきな躰をすこしでも回避できるような、人としての成長を期待して付き合っていきたいと思っている。

私は、児童精神科医療の師から、「もっとも大切なことは、子どもとの関係性の構築で、これに9割がかかっている」と教えられていた。不肖の弟子は、以来子どもとの関係性、安全と信頼の構築に心を砕いてきた³⁾。

発達障害のある子どもに対して、その教えは変わらずに私の治療的接近の中心を占めてい

る。生活のしやすさ、生き延びる力に気づかせ、信頼関係の改善を図ることに尽きる、ということである。唯一異なるとすれば、誤解から積み重ねられた「自己評価の傷つき」にどのような手当があるかということであろう。

しかし、実際にはこのテーマは難しいように思われる、私も今回報告しているように、その点では大きく躓いている。多くの取り上げるべき話題を見落としているだけでなく、なによりも病棟スタッフとともに治療構造を構築できなかった後悔が残る。

病棟空間でこのような子どもたちを、丁寧に傷つけないように見守ることは本当に難しい。結局、私は、M子に対して病棟を治療の場としては提示できなかった。私の力量不足を一時棚上げして言わせてもらえば、根気よく長い目

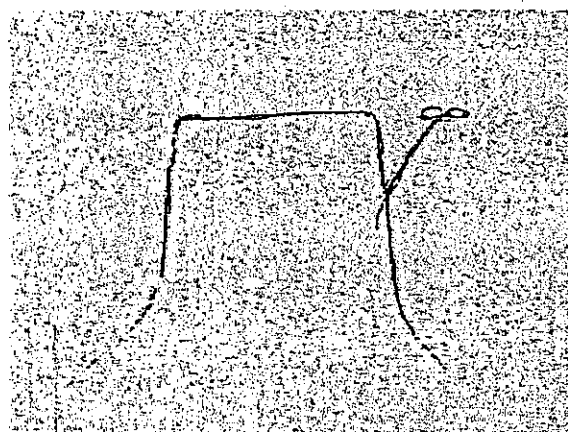


図2 M子のバウムテスト



図3 M子の風景構成法

で安定した評価を伝え続ける面での難しさを、この障害は持ち得ているようにも思われる。

最後に、入院当初に児童相談所からいただいたバウムテストのコピーと、高校が決まったころの風景構成法を示しておく。(図2, 3)。

私はこのバウムテストをはじめてみたとき、正規の成長を自ら閉ざすという強い絶望感と挫折感を感じつつも、ささやかな、ほんとうにささやかながらも、未来を信じようとして芽吹いた双葉に賭けたいと思った。風景構成法に描かれた中央の大木と、家の前を元気に走る抜ける子どもに、さらなる期待も抱いている。

治療経過を振り返ると、己の不備と力不足があからさまであるが、やはりM子を終始支えていたのは、明らかに母親であり、数名の教師、そして塾の先生であったと強く確信している。

治療者は、こうした他者の存在から勇気づけられることと、思春期にある子どもたちと一緒に、すったもんだしながらも、互いの自己に向き合う一瞬の時間をささやかにでも共有できたことに、大きな喜びを感じるものである。本論の「日常の生きやすさの支援は、日常に棲む環境の総体にある」とは、これら日常にある他者に向けた心からの畏敬の念からきている。

その一方で、「他人の身を兼ねられるものなら兼ねたい、しかし兼ねることのかなわぬ根本的な悲哀と同情」を意味する「かなし」と常に向き合っていかなばならないわけでもある。このとき、「かなし」は、「悲し」であり「哀し」でありながら、「愛し(かなし)」でもある⁴⁾ということに、治療者としての希望を持ち続けたいと思う。

文 献

- 1) Kanner L: Child Psychiatry (4th). Charles C Thomas Publisher, Illinois. 1972. (黒丸正 四郎・牧田清志共訳: カナー児童精神医学第 2 版. 医学書院, 東京, 1974.)
- 2) 田中康雄: ADHD の明日に向かって第 2 版 増補. 星和書店, 東京, 2004.
- 3) 田中康雄・太田充子・毛利義臣ほか: “独り芝居” を続けた登校拒否の 1 例—ファイナレ創作法による治療的接近—. 児童青年精神医学とその近接領域, 31(4):284-292, 1990.
- 4) 成田善弘: 精神療法家の仕事. 金剛出版, 東京, 2003.

THE SUPPORTS THAT ENHANCE THE QUALITY OF LIFE EXIST IN A WHOLE SYSTEM THAT CONSISTS OF EACH ENVIRONMENT THAT CHILDREN ARE INVOLVED: THE PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH FOR CHILD WITH ATTENTION DEFICIT/ HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

YASUO TANAKA
(Hokkaido University)

Abstract : This article presented a case study of a female with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) to discuss the importance of psychotherapy for the children with mild developmental disorder. The client started showing behavioral problems and then developed conduct disorder as a secondary disorder in addition to ADHD after she became a junior high school student.

The symptoms of conduct disorder represented her agony to live with ADHD and were considered as an outcome of her trial to build relationships with others. The psychotherapy focused on making her share her difficulties to deal with herself and identity confusion that she had as adolescent.

Instead of decreasing the symptoms of this disorder, it is believed that psychotherapeutic approach for children with ADHD should focus on helping clients believe that they could have better life dealing with the characteristics of ADHD. Next, therapist should inform how they could have better life, empower them, and share the tips to establish better relationships with others.

Key words : *mild developmental disorder, attention deficit/ hyperactivity disorder, conduct disorder, psychotherapeutic approach*

展望—産婦人科医療

九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学

教授 中野 仁雄

Perspective-Services in Obstetrics and Gynecology

Hitoo NAKANO

*Department of Obstetrics and Gynecology, Graduate School of Medical Sciences,
Kyushu University, Fukuoka*

日本産科婦人科学会雑誌 第55巻 第8号 別刷

展望—産婦人科医療

九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学
教授 中 野 仁 雄

Perspective-Services in Obstetrics and Gynecology

Hitoo NAKANO

Department of Obstetrics and Gynecology, Graduate School of Medical Sciences,
Kyushu University, Fukuoka

Key words : Lack of man power · Young doctors interest · Supporting female physician ·
Enforcing research activity · Harmony, JSOG and JAOG

機会に与り、人材確保の視点から産婦人科医療を展望し、学会としてなにを為すべきかを提案したい。

産婦人科の保健・医療はおよそ図1のようなスコープで捉えられるのではなかろうか。まずはニーズ。ここには質と量の要素がからむとともに、社会力学が作用しその存否すら歪めかねない。同様に質と量の要素で表現されるサービスがこれと対峙する。質と量をどのように定義するかというレベルは時代とともに変動する。今日は、安全と快適が共に求められ、この意味では高い水準での保健と医療への奉仕が必要な時代である。サービスを定義する要素はヒト、カネ、モノが互いに関

連して形成するループをとりまいている。この中で、若手医師の確保が相応の位置を占めるとともに、独立した緊急の課題にもなっている。

適正な医師の配置とはなにか、その量は、その質は、質的量的推移などを規定するには解析に耐えるデータが必要条件である。この目的で資料の収集を行い、解析を試みたが満足いくものではなかった。全国データに代わるものとして、九大産婦人科教室のデータを採用、これにより若手医師の欠乏の現状を評価した。解析を終えて思うことであるが、かかる資料にはそれなりの条件があり、たとえば等価等質であること、あるいは同期性があることなどが大切といえる。

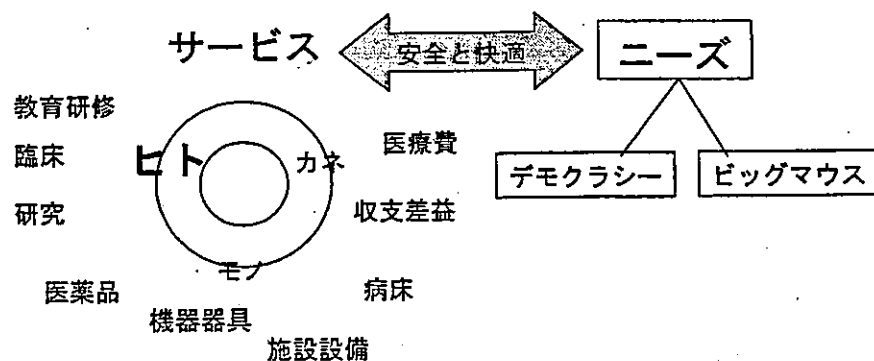
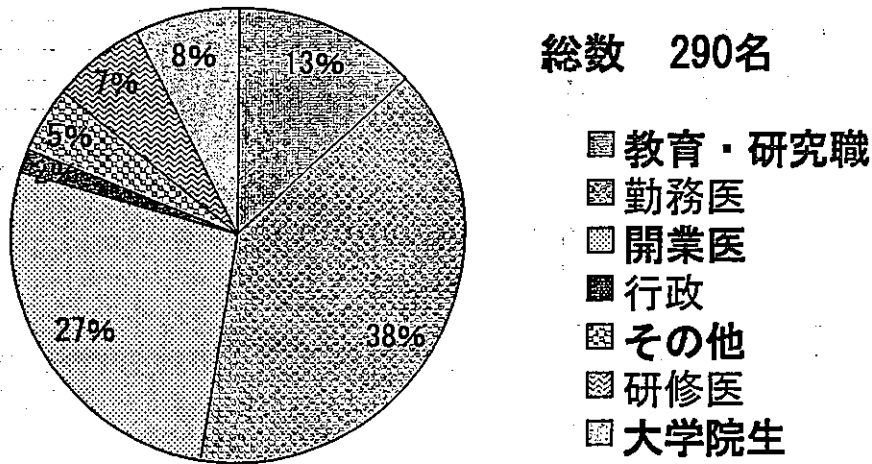


図1 産婦人科保健医療
若手医師が足りない



2003.4現在

図2 九大産婦人科20年間の人材の確保と育成 1982~2003

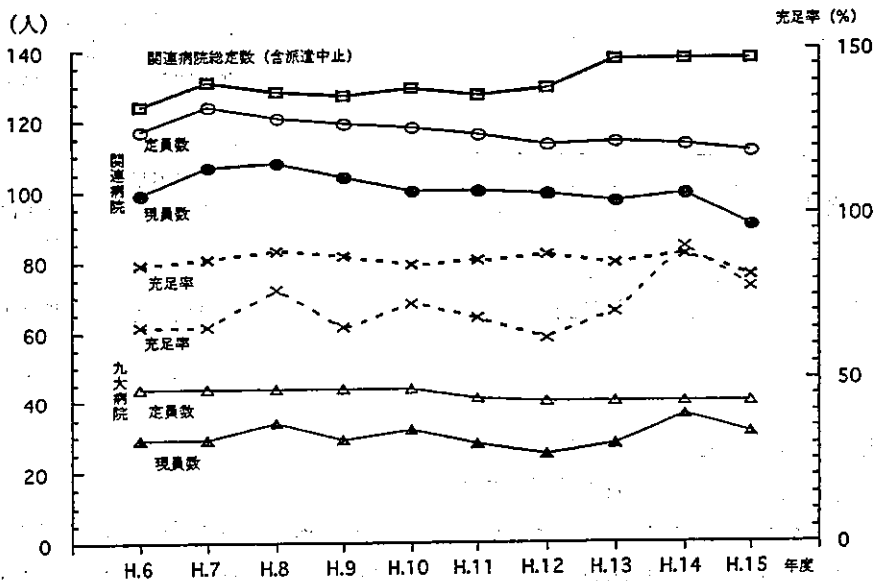


図3 九大産婦人科と関連病院の医師数の年次推移

図2は筆者が教室を主宰した20年間での290名の人材確保と育成の総括である。内訳は、教育・研究職13%、勤務医38%など図に示されるとおりである。

これでどのように社会貢献したのか、どの程度不足だったのかを知るために図3を作成した。九大産婦人科の関連と記したが、要望を受けて医師派遣の支援をしている病院等の医師数でみるためのカテゴリーである。まず九大病院に定員を満たすことができず、また関連病院にあっても同様で

ある。その結果、関連病院においては、その病院の産婦人科サービスが結果としては閉じられたということも含まれている。定員に比べてはなはだ低い充足率である。さらにことを明確にするために2003年4月現在の医師不足現況を図4に表す。九大病院には教官、医員、研修医が定員措置されているが、忘れてならないのが大学院生、明日への活力というべきであろうか。このすべてに人材を確保し、併せて関連病院の充足にも関心を払わなければならない。図中に示すように、必要総数

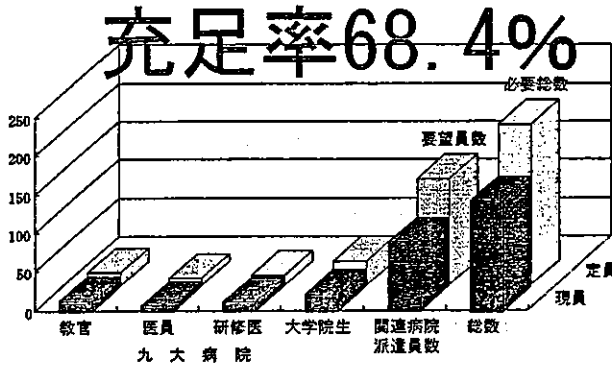


図4 九大産婦人科の医師不足現況 2003

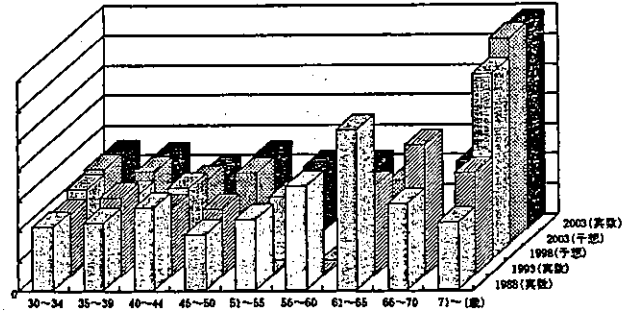


図6 年代別会員数
(学会のあり方検討委員会報告 1995 改変)

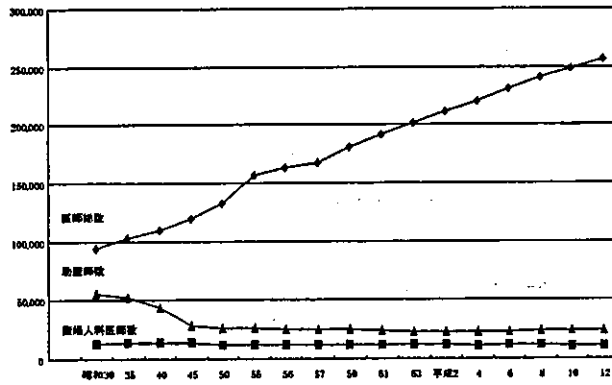


図5 医師総数、産婦人科医師数、助産師数の年次推移
(母子保健の主なる統計 平成13年度 母子保健事業団)

表1 展望 (周産期医療をモデルとして)

医師数が増加する場合 (順回転)	
—施設要員充足	—安全と快適サービス向上—施設評価上昇
—労務負荷軽減—人材リクルート容易	—人件費高騰—施設債務超過
—研究開発強化—新市場創造	—医師増加
医師数が減少する場合 (逆回転)	
—施設要員不足	—安全と快適サービス下降—施設評価低下
—医事紛争増加—人材リクルート困難	—労務負荷重増—人材リクルート困難
—研究開発劣化—市場減少	—医師減少
多要因による相互相関型ダイナミックモデルである	

に対して現員はそれぞれのカテゴリーでいずれも不足している現状がある。充足率は68.4%ということになる。言い換えれば、10名定員に対して7名、5名に3~4名、3名に2名、2名なら1名と病院の規模によって異なるが、安全と快適、さらには労働条件などの要素に照らして、もはや成り立たない保健・医療サービスをやむなく、忍びつつ、専ら奉仕の精神に頼って運営されているのが産婦人科医療サービスの現況ではあるまいか。

医師総数等を年次推移としてみると(図5)、年次推移の特徴は単調増加、直線的増加である。これに対して産婦人科医師数は安定そのもので、少なくとも増加の傾向は見られない。安定した医師数という中に年齢層とその構成に際だった特徴を有するのが産婦人科の特徴である。図6は日産婦学会、あり方検討委員会報告(1995年)の改変を示す。1988年と1993年の調査成績を表し、これをもとに1998年と2003年を予測したものである。

1988年では61歳から65歳にあったピークが5年後は66歳から70歳にシフトした。この傾向に準じて予測すると、71歳以上へとシフトし続けるであろう、というものである。そのとおりになるのはいかにも避けるべきであるとして、報告書に提案された1995年度版アクションプランを実施してきたはずの日産婦学会であったが、2003年を実数でスキャンしたところ予測値となんら異なるものではなかった。ふたつのことがここで指摘される。ひとつは産婦人科医師数は不変といえども、期待される労働力の総和は確実に減少しているということ、依ってきたる所以は若手人材の確保困難な状況にあり、併せてこの7~8年間の医師確保へ向けての努力は実効をもたらしていないということである。

表2 産婦人科医療体制の整備
医療施設の機能分担と連携

(学会のあり方検討委員会報告 2003)

- ◆勤務内容の改善
 - *シフト制勤務
- ◆適正な診療報酬
- ◆医療経済的・人的効率性のよい医療体制
 - *分娩のセンター化
 - *病診連携強化, 病院のオープン化
 - *ビル診, グループ診
- ◆労働量と必要な医師数の算定

表3 女性医師の妊娠・出産・育児を支援する多様な勤務形態の整備

(学会のあり方検討委員会報告 2003)

- ◆産休・育休期間の代替要員の確保
- ◆育児支援システムの整備
 - *保育所や病後児保育施設など
- ◆ベビーシッターの利用の便宜
- ◆パートタイム制, シフト制勤務の導入
- ◆育児休業後の円滑な職場復帰の環境づくり
 - *産休後の復職と再研修制度の整備

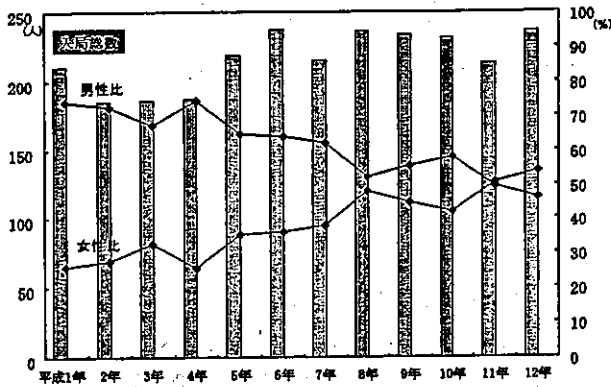


図7 日産婦学会の入会者性別
(産婦人科新入局員増加のためのアンケート調査報告
(社)日本産婦人科医会)

表4 アクションプラン

討論の舞台

学会のあり方検討委員会	1995～2003
医会勤務医部会	1994～2002
厚労省研究班(鴨下班)	2002～

- ◆評価情報開発室
 - *情報の等価性, 同期性
 - *時系列データベース
 - ◆社会広報活動とアカウンタビリティ
 - *医療成果の理解浸透
 - *困窮状況と対応策
 - ◆医事紛争防止方略
 - *メディカル・パネル創設(福岡県医師会)
 - ◆政治活動と行政施策
 - *政策的診療報酬体系
- 学会・医会が手をたずさえて…

ここで、周産期医療をモデルにして考察を試みる(表1)。医師数が増加する場合、これは順回転である。すなわち、施設の要員充足から切り込んでみると、安全と快適サービスが当然向上するし、施設の評価が上がる。労務負荷は相対的に、あるいは絶対的に低減して人材リクルートの道が開ける。一方、人件費は高騰する。これは施設債務超過になりかねない。他方では、研究開発強化により新市場創造という産婦人科拡大の道に繋がることになるであろう。これに対して逆回転の場合はその逆方向である。医師不足、サービスの下降、施設評価低下、医事紛争の増加、リクルート困難、労務負荷重増、研究開発の劣化、市場減少、不人気、医師減少、ベクトルをもって展開するダイナミック・モデルとして捉えられるべき問題であり、戦略的な取り組みが必要な課題なのである。現状は、下段に示す逆回転を描いているのではな

いだろうか。ここにあって留意すべきことは、即効性のある処方描かれたとして、果たしてそれが縮小均衡に向かうものではないのかの一点であろう。特に、学術団体としての日産婦学会の責任と絡めて考えるなら、研究開発劣化が将来に禍根を残す最大のものではないだろうか。新市場を開発するという他医学領域との競合の中で如何に責任を果たすべきかに関心を寄せる。

学会のあり方検討委員会報告(2003年)から抜粋して表2を作成した。産婦人科医療体制の整備についての提案がなされている。ことに図7が示すように、産婦人科女性医師の増加に伴い、適正な就業環境とはなにかを考え、実行に移さなければならない(表3)。

表4により、アクションプランを考えるにあたり討論の舞台を整理すると、学会のあり方検討委