

ことが望ましい。しかし、一度に全てを聞き出そうとすると侵入感と呼び起こして不安定になることもある。相手の状況に敏感に対応していくことが求められる。夫婦関係などは両親に同時に話を聞くことである程度推測することもできる。

3) 親子関係の観察

乳幼児期の親子関係を観察するには、良い状態のときだけでは判断が困難なこともある。できれば、長時間の観察が望ましいが、短時間の時には、親が見えなくなる、少し怖いおもちゃがあるなど、やや心理的負荷がかかったときの子どもの行動を観察することで子どもの愛着形成を観察することができる。また、そのような不安な子どもに親がどのように対応するかも観察することができる。

3. 家族のアセスメント

1) 親のリスクアセスメント

(1) 重大なリスク因子：①実際に虐待をしているという告白、②子どもをかわいいと思えない、③「虐待をしてしまいそう」、④きょうだいへの虐待やネグレクトの既往、⑤感情を押さえられない性格、⑥物質依存、等は非常に危険な因子である。

(2) 要注意リスク因子：①うつ状態、②孤立している状態、③発達障害、④その他の精神障害、等は要注意リスクである。

(3) その他のリスク因子：①身体疾患、②一人親、③10代出産、など親のストレスを高める要因は全てリスク因子となる。

2) 家族のリスク因子

(1) 暴力のある家族：DV など

(2) 孤立している家族：地域や親戚からの孤立

(3) ストレス下にある家族：経済的困窮、家族の病気など

(4) 境界の少ない家族：誰が家に来て誰がいなか把握できないような状態

(5) 生活リズムが整っていない家族：食事回数が不規則、激しい夜更かし、など

(6) 頻回な転居を繰り返す家族：了解可能な理由がない頻回な転居

(7) 支援を受け入れない家族：保健・福祉などの支援を受け入れない

3) 家族へのサポートシステム

(1) 拡大家族のサポート：両親の実家やきょうだい等のサポート

(2) 近隣からのサポート：近所の家族同士のサポート

(3) 公的なサポート：保健・福祉などのサポート

(4) 友人やサークルなどのサポート：子育てサークルなど

4) 親子関係のアセスメント

(1) 親の対応：子どものニーズへの応答、子どもと波長を合わせる能力

(2) 子どもの愛着形成：危険や不快な時に親に自然に近づく

5) 総合的なアセスメント

1)～4)のアセスメントを基礎に総合的な養育に対するリスクアセスメントが必要となる。リスクがあるからといって必ず不適切な養育に繋がるわけではない。しかし、そのリスクが大きいと考えられた時には、見守りと支援が必要となる。

(奥山眞紀子)

<各論Ⅱ 2. 子ども虐待および養育上の問題への対応 6)親・家族への支援>

あいち小児保健医療総合センター(以下小児センター)は、親の側にもカルテを作り、積極的に親子並行治療に取り組んできた。親の側にカルテを作った99人について検討をしてみると全体の9割は加虐者である(表1)。残りの1割はDVの被害者である。この様な例でも、DV被害から重度のPTSD、さらに重度の抑うつへと展開すると、DV保護法によって接近禁止命令を得て母子寮に出たとしても、ネグレクトという形で加害が生じることになる。被虐待の既往を持つ者が68パーセント、DVの被害者が53パーセントで、このいずれかの被害者は約8割におよぶ。もと被虐待児でさらにDV被害を受けたものは元被虐待児である親の64パーセントであり、DVの被害そのものが被虐待に結びついている。暴力に晒された子どもは、治療をきちんと受けない限り暴力にとても親和性が高い大人に育ち、DV夫となる暴力的な男性に引き寄せられ、さらに自らも子どもに虐待を行う危険性が高くなるのである。解離性障害も4割に認められるが、多重人格か、もしくは記憶の大幅な欠損か、その両者という重症の症例である。何らかの発達障害の診断が可能な人は24名に上る。高機能広汎性発達障害19名と最も多く、アダルトADHD 2名、精神遅滞3名であった。

親の側にカルテを作ったということは親が治療を行うことを受け入れたことを意味している。治療者、支援者と家族とが協力をして子育てを支援するという作業が可能なためには、親の側が、自らの子育てに対し、虐待もしくは少なくとも誤った子育ての仕方をしていたということを受け入れる必要がある。子どもの保護にのみ力点がある場合には、虐待の事実を曖昧にしたまま子どもを保護するということが行われて来た。しかしながら、親との協働作業として家族へのケアを行う為には、親の側の虐待の受容は不可欠である。

子どもの治療の過程では、被虐待児である子どもと加虐側の親との間に作られた虐待的絆に基づく様々なフラッシュバックや病的解離が噴出をする。これは子どもの側だけではなく、親の側にも治療の中で様々な噴出をしてくる。子どもの治療の中で起きることもあれば、親の治療のなかでさらに一世代上の親子の問題が展開することもある。元被虐待児である親はこれまでに治療的な手をさしのべられることがなく生き延びてきた。虐待による深い傷を心の深部に持つ親へのケアは、高度の専門性を必要とする。例えば、多重人格障害に治療的に対応しようとするれば、自我状態療法を実践することが必要となる。また認知行動療法も必要である。それだけでなく家族全体を支える多職種によるチームワークが欠かせない。このサポートチームが無くては治療の過程で、子どもへの再虐待といった事故が起きる。被虐待児の親への対応ということでは、このチーム作りを含め、地域で家族を支えるという視点が必要となってくる。

(杉山登志郎)

<各論Ⅱ 2. 子ども虐待および養育上の問題への対応 7) 子どもへの虐待の予防>

1. 高リスク家族への介入

わが国は世界に冠たる乳幼児健診システムを構築してきた。従来の乳幼児健診は発達障害のスクリーニングが主たる目的であったが、今日においては家庭における子育て支援へと、その中心が変化をしてきた。子ども虐待への防止という点では、様々な実践が既に行われている。その要点を紹介する。

1) 発達障害の早期発見

これは発達障害の存在が子ども虐待の高リスク因子となることから、実は発達障害の早期発見、早期診断がそのまま、虐待の予防に直結する。われわれの統計では被虐待児の実に55パーセントまでが何らかの発達障害の診断が可能であり、特に広汎性発達障害は被虐待児の4分の1をしめる。その大半が高機能群である。従って高機能広汎性発達障害を出来るだけ早い段階でチェックが出来ることがそのまま虐待の予防となる。ここでは高機能広汎性発達障害と反応性愛着障害の診断を巡る議論に関しては一切触れない(See, 杉山2006)。幼児に用いることが可能な、高機能児もチェック可能な評価尺度としてPARS(注)がある。

2) 虐待高リスク家庭への介入

よく知られているように、健診に受診しない家庭こそ虐待の高リスク家庭である。親の側の高リスク要因である経済的困窮、片親、夫のDV、孤立家庭、両親のいずれかの精神科疾患やハンディキャップ、両親のいずれかの触法行為などが認められた家庭への積極的な子育てサポートを行うことが子ども虐待の予防となる。従来の保健センター保健師による訪問だけでなく、市町村がファミリーサポートセンターを立ち上げ積極的に高リスク家庭への支援を行い保育園につなげる、さらに育児に悩む母親の為の子育てサロンを市町村などの自治体やNPOが運営するといった試みが既に行われており、虐待予防の実績を上げている。

2. 学校における子ども虐待・性的虐待の早期発見と予防

今日学校は、子育て支援の最前線としての機能をも果たすことが求められるようになった。放課後の時間を、学校を開放して学童保育を行うといった試みが全国的に実施されている。身体的虐待やネグレクトに関しても学校教育における予防や早期発見は重要であるが、特に重要なのが性的虐待の予防と早期発見である。今日性教育が誤った方向に一時的な蛇行を行っているが、今後、性的虐待を予防するための心理教育が必要になるものと考えられる。これは次の三段階によって行われる。第一は、性的部位(private parts)に関する知識である。性的部位とはその部位への接触が性的な意味を持ち、さわられた側に性的な興奮を引き起こす場所である。口、胸、陰部、性器、尻さらに耳を加える意見もある。この部位は学童であれば子ども自身による管理が必要であり、他の大人(両親を含む)による接触は良くないことを学ぶ。第二は、性的虐待の起きやすい状況や加害者像、危険な状況に対する対処スキルを学ぶことである。第三は、性的な被害に対して、開示と通報を行う重要性を学ぶことである。現在の所、わが国において性的虐待の開示は未だに乏しく、

実態に比べ非常にわずかな数のみが把握されているのに過ぎない。今後は、学校教育を中核とした性的虐待の予防と、性的被害に対する開示が進められる必要がある。

(杉山登志郎)

<各論Ⅱ 2.こども虐待および養育上の問題への対応 5)虐待などの成育環境による子どものこころの問題とそれへの対応>

1, 虐待を受けた子どもの精神的問題

虐待を受けた子どもは愛着障害、行動障害、行為障害、解離性障害、などの精神的問題を持ってくことは多い。その背景として以下のような精神的な状況が存在する。

- 1) 自己制御の問題：虐待を受けた子どもたちは自己をコントロールすることが苦手なことが多い。特に感情の制御がうまくいかないことが多い。怒りを納めることが出来ず、エスカレートして最終的に人や物を傷つけてしまうことがある。
- 2) 感情や行動の突然の変化：感情や行動の連続性が乏しく、突然変化する。徐々に変わるのではなく急に変わることや予測がつかない行動に周囲が不安になることが多い。
- 3) 高い衝動性・感情の爆発：些細なことでも急に感情が爆発することがある。多くはその子にとっての何らかのトラウマとの関係が多いがそれがわからないこともある。
- 4) 過覚醒：睡眠の障害、落ち着きがない、小さな刺激に反応するために注意が転動しやすいなどの症状がみられる。
- 5) 他者への不信：他人を信用できない子どもが多い。従って、他者とのかわりに多くの問題を持つ。また、他人の力を借りることが出来ずに自分で自分を守ろうとする行動が増加する。
- 6) 自己評価の低下：自分が大切にされていると感じていないし、自分に自信がない。その結果、うつに陥りやすかったり、自分を大切に出来ないことから逸脱行動に結びつきやすい。

2, 虐待を受けた子どもの精神的評価

虐待を受けた子どもの精神的問題に対しては、愛着形成の状況とトラウマの状況に対する評価をすることが求められる。愛着とトラウマは相互に影響しあう問題であるが、対応を考える上でも重要である。

1) 愛着形成に対する評価

愛着形成に対しては、不安があるときに愛着対象にどのような行動をとるかを観察することが重要である。いわゆる反応性愛着障害が認められる時はもちろんのこと、その他、愛着対象をコントロールしようとする「役割逆転」や自分をわざと危険にさらしたり、奇妙なしがみつきなどにも注意が必要である。更に、低年齢では、愛着行動のまとまりが有るかどうかの判断も必要になる。

2) トラウマに対する評価

虐待によるトラウマは、反復して長期にわたり、人間関係によるトラウマであり、さらに愛着形成に問題を持っていることが多いため、典型的な PTSD の診断基準を満たすことはそれほど多くない。しかし、PTSD の症状の一部が存在することは非常に多い。睡眠障害、易興奮性などの過覚醒症状やフラッシュバックなどの症状が見られることは少なくない。乳児でも睡眠障害や音への過敏などの過覚醒症状の出現がみられることがある。アルコール依存の母親から虐待を受けていた子どもが消毒薬で急に興奮したり、暗い風呂場で水風呂につけられた子どもが入浴中に電気が消えてパニックになるといったフラッシュバ

ックが認められることがある。

PTSD の症状の一部が認められる他、解離が認められることは多い。特に性的虐待を受けた子どもでは解離症状が認められることが多く、虐待を受けている最中に隣に立ってそれを見ている自分がいたと話す子どもは少なくない。

3、虐待を受けた子どもの精神的問題への対応

1) 安全で安心できる生活の確保

トラウマが繰り返されている状況では治療は困難である。まず、安全で安心できる生活が確保されなければならない。

2) 愛着に対する治療

愛着形成の問題に対する治療は愛着形成そのものの治療と、愛着形成不全によって起きる二次的な問題に対する治療の療法が必要である。

(1) 愛着形成の治療

低年齢の子どもではダイレクトに愛着形成支援を行うことが求められる。最も重要なのは子どものニーズをうまく捉えて行動することを支援することである。ニーズに答えてスキンシップを増加させ、リズムを合わせて抱くなどの行動を支援する。

(2) 二次的障害に対する治療

愛着形成に問題から、自己感に分断化が起きることが多く、感情の認知の問題、自己の連続性の問題、時間感覚の問題などが生じることがある。幼児期以上になると愛着形成を支援することと同時にこれらの二次的な影響に対して、別の形で支援することが必要である。例えば、言語化することで感情の認知を高めたり、認知を利用して時間感覚を高めるなどの治療を行うことが出来る。自己の統合が困難な子どもに、少量の抗精神病薬（リスペリドンなど）が効果がある場合もある。

3) トラウマに対する治療

(1) トラウマに対する治療の原則

トラウマの治療に関しては、初期にはトラウマ体験を思い出させることを排除するようにする。例えば、その刺激でパニックになる要因があれば、それを避ける。その上で、トラウマ記憶とその感情を開放して表現することを支援し、新しいストーリーとして、自己に統合された記憶として残す作業を行い、避けていた刺激に徐々に近づいても大丈夫な自分を確認させていく。トラウマ記憶の表現に関しては、言語化が出来る年齢であれば言語を利用できるが、年齢が低い子どもでは遊びや絵などを利用する必要がある。また、その治療は時に痛みを伴うこともあり、自我の支えが必要である。

(2) 過覚醒に対する治療

安全を体験させて、安心させることが最も重要である。しかし、状況によっては SSRI やアナフラニールなどの投薬で効果が上がることもある。

(奥山眞紀子)

表1 99名の親のまとめ

	人数
加虐	90
被虐待の既往	67
DVの被害者	53
被虐待もしくはDV	77
PTSD	64
うつ病	85
解離性障害	41
非行の既往	21
発達障害	24

<各論Ⅱ 3. その他のトラウマおよび喪失への対応>

子どもがトラウマを受ける危険や喪失体験があるときには初期対応を行うことが必要である。初期対応によって、トラウマ反応や喪失による反応を和らげることができる予防的効果があると考えられているからである。

1, トラウマに対する介入

1) 安心な状況であることの確認

トラウマ体験は過去のものであり、現在は安心できる状況であることを確認する。

2) 周囲の理解を即す

子どものトラウマ反応は退行・分離不安・過覚醒が多い。そのために、親と一緒にないと寝ない、出来ていたことができなくなるなどの反応を親が理解できずに対応することで遷延することもある。従って、その後起きてくる可能性のある症状を周囲の大人に理解してもらうことが重要である。

3) 子ども自身に起きる可能性のある反応を理解してもらう

子どもにとっては起きてくるトラウマ反応を「異常である」とか「自分のせい」と感じて、更に症状が悪化したり遷延したりする危険がある。それを予防するために、恐怖体験が起きたときに起きる可能性のある感情や症状に関して説明し、理解してもらうことも大切である。

4) トラウマ体験の表現

怖かった体験を表現できる状況を作る。ただし、子どもによっては恐怖体験を表現することで自我が壊れる不安を持っている場合もあり、子どもの状況によっては時間をかける必要が出てくることもある。また、トラウマ体験の表現には痛みを伴うこともある。その間に安心できる状況が必要である。安心できる場が確保されていないときに表現だけを強いることは危険を伴うこともある。

5) トラウマ体験を新しいストーリーとして記憶に統合する

他の記憶から分離されたトラウマ記憶を開放して表現し、新しいストーリーとして記憶に統合することはトラウマの治療の基本である。子どもの場合には絵や遊びを利用することが必要な場合が多い。

6) 回避への対応

初期には回避があることは当然である。しかし、回避が広がることは症状の悪化、生活の制限の拡大に繋がる。回避が拡大しているときには早期の治療が必要になる。

7) 再体験および過覚醒への対応

初期には当然であるが、それが強い苦痛に繋がっていたり生活に影響が出ているようなときには、初期の SSRI や Clomipramin などの投薬も効果がある場合がある。

2, 喪失に対する対応

子どもにとっての喪失体験は精神的に影響を与える。特に愛着対象の喪失は、心理的に自己の一部の喪失にあたり、重大な影響を与える。また、子どもが喪失体験をしたときには、的確な悲哀の感情を表出することが出来ず、表面的には喪失反応が明確に認められな

いこともある。しかし、子どもにとって何らかの喪失体験があったときには初期からその対応をすることが必要である。そうでないと、長期的な問題の可能性が有る。

1) 悲哀感情を表現することへの支援

子どもが悲哀の感情をもつことは当然であり、表現することを支援することが重要である。

2) 思い出の共有

子どもが喪失した相手との思い出を共有する。思い出の品を残すことも必要である。その時に大切にしないで、年齢が長じるに従って、それが大切になることもある。

3) 子どもへの説明

子どもにとっては必要な人が急にいなくなったという体験をしている。しかし、その理由は理解していないことが多い。中には自分のせいで亡くなったと思って自分を責めることも少なくない。子どものせいではないことなどの事実を説明する必要がある。子どもの年齢によっては、「お星様になって見守っている」などのファンタジーを利用した説明も有効である。

4) 語ることを許す

喪失の場合には、周囲の大人たちの不安から、子どもに質問させたり語らせたりしないようにしてしまうことが少なくない。その雰囲気子どもも受け取ってしまう。子どもが自分の感情を語れる場を用意する必要がある。

5) 葬儀などへの参加

一般的には子どもだからといって遠ざけるのではなく、家族の一員として大人と同様に葬儀に参加させることが望ましい。ただし、子どもの様子によって葬儀に出たときの不安が非常に強かったり、パニックになるとときには無理に参加させる必要はない。

6) 家族への支援

子どもにとっての喪失は多くの場合家族の他のメンバーにとっても大きな喪失であり、子どもへの対応までの余裕がない場合もある。しかしながら、そのこと自体が子どもにとっては放置された状況となり、より問題が深刻になる。従って、喪失体験があったときには、子どもは何もなかったように振舞うことは多いが、子どもにとっては喪失体験は重大な精神的な打撃であることを説明して、できるだけ家族で支援を受けることを進めることが重要である。

(奥山真紀子)

<各論Ⅱ 4. 発達障害者支援法と発達障害の早期発見・介入>

1. 発達障害者支援法および制度

今まで、障害と認定される適切な措置が講じられず、適応困難を起こしている、いわゆる軽度発達障害が少なくないことを考慮し、下記の「ねらい」のもと、下記概要の発達障害者支援法が成立し、施行された(平成十七年法律第百六十七号)。

1) 発達障害者支援法のねらい

- ・ 発達障害の定義と法的ない位置づけの確立
- ・ 乳幼児期から成人期までの地域における一貫した支援の促進
- ・ 専門家の確保と関係者の緊密な連携の確保
- ・ 子育てに対する国民の不安の軽減

2) 発達障害者支援法概要

一 趣旨

発達障害者には症状の発現後できるだけ早期の発達支援が特に重要であることにかんがみ、発達障害を早期に発見し、発達支援を行うことに関する国及び地方公共団体の責務を明らかにするとともに、発達障害者に対し学校教育等における支援を図る。

二 発達障害の定義

「発達障害」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう。

三 責務

1 国及び地方公共団体は、発達障害の早期発見、発達障害児に対する早期の発達支援その他の支援が行われるよう、必要な措置を講じる。その際、本人及び保護者の意思ができる限り尊重されなければならない。

2 国民は、発達障害者の福祉について理解を深め、発達障害者の社会参加に協力するように努めなければならない。

四 児童の発達障害の早期発見及び発達障害者の支援のための施策

児童の発達障害の早期発見、早期の発達支援、保育、教育及び放課後児童健全育成事業(学童保育)の利用、発達障害者の就労支援、地域での生活支援及び権利擁護並びに家族への支援について定める。

五 発達障害者支援センター等

都道府県による相談・助言、発達支援の提供等を行う機関としての発達障害者支援センターの指定及び専門的な医療機関の確保について定める。

六 その他民間団体への支援、普及啓発活動等について定める。

七 施行日

平成17年4月1日から施行する。

3) 発達障害者支援法に伴う制度および状況の変化

発達障害者支援法施行に伴い、特別な制度や法によるしほりが出来たわけではないが、社会における発達障害の認知度は高くなり理解も多少深まったといえよう。実際にできた

ものとしては、各地域の発達障害者支援センター（平成19年度までに60箇所目標）、地域の関係機関等連携協議会がある。一方、特別支援教育体制が整備されつつあり、その中で発達障害者支援法の対象となる軽度発達障害の子どもたちに支援が当てられやすくなった。スクールカウンセラーや学校における支援員も増えていく可能性がある。幼児期にも早期から発達障害が考慮され、適切な保育・教育がなされるようになってきている。今後は教育機関が利用できなくなる時期の発達障害者を支援する体制によりスポットが当てられるべきである。成長により、成人期には問題が少なくなるものが多数であるが、引きこもり、ニート、精神障害、人格障害などの問題も稀ではなく、自立や心身の健康への支援が重要な課題である。

2. 発達障害の早期発見・介入

1) 発達障害の早期発見と介入はなぜ必要か。

脳の可塑性が期待できる発達途上の子どもにとり、発達障害を意識した早期からの適切ななかかわりや指導は、より良好な発達を促す可能性がある。逆に発達障害が意識されずに不適切な養育や教育がなされれば、よい方向への発達が促されないばかりでなく、二次障害が生じ、新たな問題を起こしてくることもありうる。

2) 発達障害の早期発見はどこでどのようにされるか。

公的には、乳児健診、1歳半健診、3歳児健診が、病気や心身の発達の状態を把握する場になっている。病気や運動発達の問題はその限りでないが、ことばを含めた精神発達の障害は3歳児健診で問題にされることが多い。知的障害が明らかでない軽度発達障害は3歳健診で見過ごされることも少なくない。そのため5歳時健診を設定している地域も稀ではあるが出てきた。また、そのような健診の場ではなく、保育園、幼稚園で発達の問題を指摘され、保健所や医療機関を訪れるご家族もいる。さらに、最近では、ご家族がお子さんのこころや行動面の発達や変化に気づき、地域のかかりつけの小児科医あるいは小児科を標榜している内科医といったプライマリケア医を受診したり、専門機関を直接受診したりすることも少なくない。

3) 発達障害はどのような主訴で来院するか、どのような問題点をもっているか。

乳児期には、運動発達の遅れを心配されてこられる方はいるが、ことば、ましてや、こころや行動面のことが心配で来院することはあまりない。ただ、上に発達障害の兄弟、姉妹がいるときは、人への反応などの心配をされてくることもある。また、ご家族から訴えがなくとも、反応が乏しい様子、過敏すぎる様子、視線が合いにくい、睡眠リズムがついてこない、などがあれば、発達障害も考慮し、接し方の工夫や生活リズムのつけ方などのアドバイスが必要になる。

幼児期は、ことばの遅れ、発達全般にわたった遅れ、他児とかかわらない、あるいは他児に手がやすい、かんしゃくがつよい、多動、睡眠にからんだ問題（不眠、夜驚など）がある、といった問題を持ち、診断、かかわり方の相談、療育指導を求めて来院される。

学童期以降は、友達とかかわれない、友達とトラブルが多い、多動、きれやすい、チックやこだわり、学業不振、注意集中が困難、睡眠障害、不登校、ときには非行、暴力などの問題を持ち、やはり、診断、かかわり方の相談、療育指導のほか、薬物治療を求めて来院される。

4) 早期介入の実際

まずは、家族（本人）と心配ごとを共有し、できるだけスムーズなコミュニケーションをはかり、問題点の把握と診断をする。診断はつかないまでも、基礎的な知識をもとに、問題点を把握し、ある程度病像を絞り込む。次に、子どもとのかかわり方や生活環境の改善などにつき、一般的なアドバイスをしたり、家族といっしょに考えたりする。それだけでも、家族はストレスや孤立感を減らし、子どもにもよい影響がある。さらに専門医の意見やアドバイスが必要と考えたら、専門医を紹介する。専門的な療育が必要と考えたら、療育機関を紹介する。地域にどのような専門機関があるのか、窓口はどこかなどの情報を、あらかじめ得ておくといよい。必要があつて可能なら、脳波検査などの医学的検査および言語療法や心理療法、薬物治療などの治療を行う。

5) 各年齢の特徴と対応のポイント（アドバイスに必要な事項）

各発達障害に対する詳しい情報は他の項に記されているが、早期介入時のアドバイスの参考となるよう、年齢別にみた特徴と対応のポイントを示す。広汎性発達障害（自閉的なタイプ）と注意欠陥多動性障害（ADHD、多動児）の経過と基本的な対応を中心に述べるが、経過の基本にあるものは、人としての自然の発達であり、自尊心、自立したい気持ち、反抗したい気持ちなどは、多少遅れることはあるにしても、年齢に沿った形で存在し、葛藤もある。育て方や対応の基本も、「その力をできるだけ伸ばし、できるだけ自立させ、生き生きとした社会参加を果させる」といった普通の考え方でよい。そのことを念頭におき、基本的には、あまり特別な意識を持ちすぎずに、年齢相当の接し方、将来を見据えた接し方を心がけるといったアドバイスがよい。

【乳児期】自閉的なタイプは、おとなしい、手がかからないという児が圧倒的に多く、人見知りはないか乏しい。ときに刺激に過敏で泣いてばかりいる、寝が浅いといった子もいる。多動児では、ハイハイのころから落ち着きなく動き回る子もいる。この時期は、とくにスキンシップや視線を合わせての発声や表情でのやりとりが大切。睡眠リズムがつきやすい環境をつくる。ビデオやテレビがつけっぱなしの環境もよくない。

【幼児期前期】自閉的なタイプは、歩行後、徐々に勝手に動きまわるようになる。視線は合にくい、呼びかけに応じない、指差しをしないといった特徴があり、言葉の遅れが明かとなる。一時期出現した言葉が消失してしまうこともある。母などと引き離された経験などつよいストレスをうけたあと、症状が一期にめだってしまう場合もある。引き続き、視線を合わせること、身ぶりや簡単な言葉でのやりとりを心がけたい時期である。子どもに共感を求めるだけでなく、保育者が子どもに共感することも大切。しばしばビデオやテレビを見続けることを好むが、周囲もこれを容認して係わりをおろそかにすると、さらに言葉や社会性の発達が阻害されるので要注意。多動児では、歩いたと思ったら、すぐ落ち着きなく走っていたといったことが多い。指差しや言葉が多少遅れることが少なくない。ことばより先に手が出たり、指示が通りにくいことから、このころから叱責が多くなりがちだが、ほめることを心がけるとともに、やはりやりとりする力を高めたい時期である。

【幼児期後期】自閉的なタイプは、環境の変化や特別な刺激に敏感となり、こだわりや常同行動が目立つようになる。パニックも起こしやすい。この時期には、身ぶりも含め、簡単なやりとりが成立するように働きかけることが大切。多動児では、多動性、衝動性、不注意といった症状が目立ってくる。他児とのトラブルが目立ち、集団行動が取りづらく、保育者は保育の困難さを感じる。自閉的なタイプでは、見通しがつかない不安がたいへん大きいなど、多動児では、じっとできにくい、衝動を抑えにくい、などの特異さを十分理解

しながらも、経験を増やし、少しずつ我慢する力もつけていく。児なりの努力はしっかりほめる。身辺自立をはかり、適切な食習慣を身につける大切な時期でもある。

[学童低学年]自閉的なタイプでも、人への意識が高まるが、係わり方がわからず、不適切な行動（いたずらやチョッカイなど）をとったりする。人と係わりたい気持ちを理解し、適切な係わり方を教える。多動児では、とくに学校での落ち着きのなさ、注意集中困難、衝動的な行為、情緒の不安定さ、なくし物、忘れ物が問題となる。前者後者とも、ルールの理解をすすめる、あるいはごく基本的なルールを守ることを実践させ、また、基本的な身辺自立を完全なものとしていく。また、自己コントロール力をつけるとともに、自信をつけていくようにしむけることが大切である。

[学童高学年]自閉的なタイプで、児によっては、衝動性や興奮しやすさが目立ってくる。他児との違いを本人が意識してくる場合もある。この時期では、ひきつづき人との係わり方を教え、社会のルールを身につけさせなければならないが、より自我が尊重され、自信を持たせることが重要。自信のあること、楽しめることが見いだせるとよい。子どもによってさまざまだが、ある程度人と係わりたい、認められたい気持ちが育ってくるこの時期、そしてある程度人の気持ちを察知できるようになるこの時期に、人に対して被害的な意識が目立ってくることもある。高機能自閉症やアスペルガー障害で、そのような状況が起こりやすい。実際、拒否やいじめの対象になることもあり注意も必要だが、不適切に被害的にならないように配慮することも大切である。

多動児では、落ち着きを見せてくる子も多い時期だが、そうならないと、ますます集団に適応できにくくなる。自信や意欲をなくしたり、周囲の人への不信感が募ったり、二次的な心理的な障害を持ちやすくなる。二次的な障害によって、症状が目立っていることへも配慮が必要である。スポーツその他、得意なこと、好きなことで、注意が集中できたり、自分を発散させたり、認められたりすると、自信をもち、多少なりとも安定して思春期を迎えられる。

前者後者とも、この頃より母子分離の準備も必要。また、母子分離が必要になる思春期までに、やってよいこと、悪いことといった基本的な人としてのルールや社会のルールはしっかり身につけさせておかなければならない。

[思春期]一般の思春期同様、反抗心が高まり、情緒は不安定な傾向がある。自閉的なタイプではパニックも目立つことが多い。特にこの時期に知覚過敏が増したり、新たな過敏性を獲得したり（知覚変容現象）、また過去の記憶が鮮明に甦る（タイムスリップ現象）などの症状が強くてたりして、さらに情緒の不安定さを助長することが少なくない。このような時期であることを考慮しつつも、絶対に許されないことには応じないようにする。一方ではさらに自我、自主性が尊重されるべきである。また、思春期の課題である母子分離の努力も安定した青年期を迎えるために必要。このような対応の原則は一般的な思春期のものと変わりはない。いずれにしても、大切なことは、その子どもなりに人と係わる力をつけさせること、自己尊重感を持たせ、自信を少しでも育ませるように援助すること、人や社会への不信感を募らせないこと、思春期以降に自立心や就労意欲がもてるように応援していくことである。

3、発達障害の療育

発達障害をもった子どもは、知的な能力、社会性、コミュニケーション能力、想像力、

情緒や行動のコントロール、注意力などが、様々に障害されている。見守るだけでは、身につけるべき課題を達成させることや、社会に適応する能力をつけることはむずかしい。持てる能力をできるだけ引き出し、必要な課題を達成させるために、発達障害をもたない子どもより、その特徴を理解した積極的な援助が必要となる。次に主な療育プログラムをあげる。

1) TEACCH プログラム：自閉症に対する学校やコミュニティをベースにした生涯にわたる療育と援助のプログラムで、本来、特定の療育技法をさすものではないが、基本的には自閉症の認知障害に応じた構造化を手段として療育と援助を行う。すなわち関係性の理解が困難であることを配慮し、色や衝立で、学習や遊びの場所を明確に区別したりする。時間をうまく使ったり、ことばでの指示が入りにくいことを配慮して、視覚的にスケジュールを示したり、また視覚的な手段でコミュニケーションを容易にする。雑多な刺激が入り過ぎないようにも心がけ、本人なりの社会参加を助ける。

2) 応用行動分析 ABA：簡単にいえば、教えたい行動を褒美と手助けをつかって着実に段階的に可能にしていくという方法で、行動療法といえる。教える課題や褒美は個別に決められる。不適切行動は無視され、より適切な行動を教えられる。また不適切行動がでた原因が分析される。最近では、罰は不適切行動を減らさないという考え方になってきている。自閉症スペクトラムや注意欠陥多動性障害など行動の問題をもつ発達障害の指導に適している。

3) RDI「対人関係発達指導法」：子どもの対人関係の発達段階を詳細に評価し、その段階に沿った指導内容を選択する。対人的な相互作用の発達の障害という自閉症の本質的な症状の発達をめざす指導法である。

4) ソーシャルストーリー：比較的高機能の自閉症スペクトラムの方に適した教育あるいは援助法である。援助者は子どもたちの特性を理解してわかりやすく、遭遇しやすい状況やよく使われる概念、社会的なスキルを記述します。この手助けをえて、何かをやりとげれば、よい評価を与える。広汎性発達障害を持つ子どもが生活に必要な事柄への理解を深め、自分の意思で適切な行動を選択できるように導くものである。

5) 太田ステージを用いた認知指導：シンボル機能や概念形成に着目し発達段階を設定した太田ステージを用い、その段階にあわせて、認知能力を高めるよう指導する方法である。

6) ペアレントトレーニング：注意欠陥多動性障害は、親にさえ理解されず、叱責され続けて、より症状が重くなることがあるが、親がまず理解し、子を受け入れ、適切な係わり方をすることでよりよく発達するという考えで、段階的に親を指導する方法である。

7) その他、さまざまな療育的な対応があると思うがここでは省略する。

それぞれの療育は相反するものではない。要は特性を理解し、個々のレベルにあわせ、年齢も考慮し、褒めながら、自信をつけながら教えていくということである。不適切行動は認めず、また、それが出た要因を検討する。そして正しい方法、社会参加するために必要な行動を教えるあるいはそのような行動とりやすいようにしていくことが療育と考える。

(石崎朝世)

<各論Ⅲ 1) 医療間連携 (1) 一般小児科・精神科との連携・子どものこころの診療機関との連携>

1, はじめに

連携について述べる前に、現状では「子どものこころの診療機関」といった専門性は確立されておらず、その機能は何であり、どの病院がそのうち何の機能を担うかについても定かでない、という現実を確認しておきたい。専門性が曖昧である以上、その医療機関内での連携のありかたも曖昧であるだろう。それが現状であり、今後この領域の専門性が確立されるのに伴って、連携のありかたもみえてくる、ということなのであろう。であるから、ここでは連携未分化である現状の報告からはじめて、その問題点を指摘することによって今後の理想的な連携システムを遠望する、という形でこの稿を記載させて頂くことにしたい。

2, 子どものこころの診療機関の置かれている現状

筆者の勤務する大阪府立松心園は、大阪府の基幹精神病院である大阪府立精神医療センターの児童部門であり、同時に国の指定する第1種自閉症施設としての認可を受けた児童福祉施設でもある。永年に渡って自閉症児を中心とする知的発達障害児の診断と療育に先進的な役割を果たしてきたのと同時に、不登校から心身症、神経症、習癖異常、精神病まで幅広く児童期の精神障害の診断と治療にもあたってきた。都道府県立の公的医療機関としての「子どものこころの診療機関」のある種の典型であるといえる。

この松心園における外来診療に異変が生じたのは、平成6年頃からである。それまで年間150名程度で安定していた外来初診者数が増加をはじめ、平成8年度には200名を突破して初診待機が累積しはじめた。平成15年以降では年間初診者数が常に400名超となり、平成18年末時点での初診待機者数はついに940名（待機時間にして3年半）という異常事態となっている。こうした状況の背景には、近年の知的発達障害（PDDやADHD、LDなど）への関心の高まりがある。これらの知的発達障害は総計で児童全体の5%以上を占めていると考えられており、その全てが診断を求めて専門医療機関へ殺到した場合、既存の医療機関では到底太刀打ちできないのである。

また、松心園の入院病棟においても近年大きな変化が起こっている。平成5年度くらいまでの入院病棟の主たる内訳は不登校や神経症、精神病圏の子どもが占めており、平均年齢は12歳を超えていた。ところが近年では、高機能自閉症やADHDといった発達障害の特色を持つ子どもが学校・家庭不適應を来しての入院が急増し、平均年齢も低下（平成17年度で9.2歳）してきている。これらの一見発達障害であるかに見える子どもたちには実は「虐待の既往」が多く見られ、平成17年度入院で虐待の既往がある子どもは全体の7割に達している。知的発達障害という臨床群は単なる先天性疾患という概念だけでは把握しきれず、養育失調としての「愛着障害」という概念が必要であることが、こうした状況から見て取れるのである。子ども虐待の概念が拡大明確化された現在、それはこれまで考えられてきたような「悲惨だけれども特異で稀なケース」などではなく、「ごく一般的に多くの家庭で行われていることの顕在化」であることが指摘されており、今後ますますこの領域での医療ニーズが高まることが確実視されている。

松心園の状況は決して特殊なケースではない。これは「子どものこころの診療機関」と目される医療機関なら全国的にどこでも、現在一律に直面しつつある現象である。従来この領域は少数ながら特殊なニーズのある医療領域だとされ、点在する専門医療機関（あるいは奇特定の医師個人）が個別に丹念にカバーする、といった体勢が主流であった。しかし、近年の知的発達障害や虐待といったトピックのクローズアップによって、この領域に対する医療ニーズは飛躍的に増大しつつある。質的にも重篤で、かつ緊急を要するケースが多数殺到してきているため、専門医療機関が専一的に対処するシステムそのものが「破綻しつつある」といわざるを得ない。

大阪府ではこうした事態を重く見て、数年前から本庁が主導して知的発達障害児（者）や被虐待児に対処する機関の「連携システムの構築」に乗り出しておりⁱⁱ、いわゆる「子どものこころの診療機関」にあたる医療機関をネットワーク化し、その中でも特に中核的な役割を果たす公的病院を高次医療機関として位置づけると同時に、それらの医療機関の果たすべき役割を明確化・限定化してそこへのニーズの殺到を緩和し、居住地域で様々な機関から包括的なサポートが受けられるようにするための施策的手当が進行中である。そうした意味で、一般小児科・精神科と「子どものこころの診療機関」との連携というのは、単に「互いにどう繋がるのか」という問題を越えて、その地域の特色に即してどのようなシステムを構築し、有限な資源である「子どものこころの診療機関」をどう有効活用するのか、という問題であるといえよう。

3. 一般小児科との連携

小児科においては、プライマリ・ケアを担当する開業小児科医院、地域の中核として二次医療を担当する公的病院、特殊な難治疾患や母子周産期医療を担当する三次医療機関、といった階層が比較的明確に構築されており、そうした中で診療を行うことが一般化している。その流れに即して言えば「子どものこころの診療機関」は、三次医療機関の特殊な一種と理解されることになるだろう。

比較的遭遇することが稀である児童期の精神疾患や神経症が「稀な難治性疾患の一種」と見なされて、発見次第「子どものこころの診療機関」に紹介されてくる、という一般的な連携の在り方には基本的に問題がない。また、比較的遭遇することが多い心気症や不登校などの行動上の問題については、多くの小児科医がある程度の経験を有して日常の診療内で対応して頂いており、その中の難治例だけが「子どものこころの診療機関」に紹介されてくる、という連携の在り方も適切であろう。

問題となるのはやはり、実数が多くて小児科の一般診療対象としてはまだ認知の薄い「知的発達障害」を巡って、ということになる。MRはもちろん、PDDやADHD、LDといったこれらの知的発達障害は総数が膨大であり、「それと気が付いたらとにかく専門医療機関へ」という機械的対処をしては、その地域のセンターとなる「子どものこころの診療機関」が破綻するだけである。また、発達障害児への対処は医療機関だけでも完結しない。保健センターや通園施設などの保健療育機関、学校や市の福祉担当窓口、児童相談所といった複数の機関連携が欠かせない。どうしても地域ごとに発達障害児をサポートするシステムを立ち上げて、プライマリ・ケアを担当する一般開業小児科医には、ふだんの家庭でのしつけを巡る養育相談や身体疾患のケアなどでフォローアップを部分的に担当して頂かざるを得ない。

子ども虐待についても発達障害と同様である。その対処には警察や地域自治会などを含むさらに広範な連携システムが必要であるし、稀ならず発生する虐待事例のその全ての対処を専一的に「子どものこころの診療機関」に一任しているだけでは済まない、ということを示し述べておきたい。

4. 一般精神科との連携

一般的な訓練を受けた精神科医の多くは、思春期症例はともかく児童期の症例については経験していない。知的発達障害については現状の精神科の履修カリキュラムには基本的に登録されておらず、発達障害的な視点そのものが構造的に欠如しており、近年の成人期の自閉症症例などへの対処を巡ってそのことがようやく認識されつつある、といった段階にある。子ども虐待に関する認識も、身体的虐待に直面する小児科医に比べると有意に低いと言わざるを得ない。

そのような状況に於いて、精神科クリニックから「子どものこころの診療機関」に依頼が寄せられるのは、精神的に疲弊した保護者の治療に携わった主治医が、疲弊の原因としての「子ども」の異常性に気付いて診察要請してくるケースが過半を占める。むしろ最近では、成人期に達した高機能自閉症者や注意欠陥障害者などが「私は発達障害なのではないでしょうか」と来院したケースについて、判断がつきかねるとしてコメントを求めて連携要請されるケースが増えてきている。

小児科においてはつねに「大人になった小児科患者」をどのように内科や外科へ「卒業」させるのか、ということが問題になっているが、「子どものこころの診療機関」は構造的にこれと同様の問題を抱えている。松心園外来も年齢上限を18歳に設定しているが、18歳になれば全ての患者が受診の必要性が無くなるわけではもちろん、ない。病院内部で松心園から精神医療センターの一般外来へ診療移行できる体勢を整えて運用しているが、必ずしも全てのケースでスムーズに運んでいるわけではなく、個別のケースについて様々な調整が必要である。「子どものこころの診療機関」から一般精神科（おとなのこころの診療機関）への連携についても、同様のことがいえるだろう。児童と成人の精神科医療機関が双補的な関係を形成し得るよう、日頃から協力関係を推進して具体的な紹介事例のための手続きなどを整備する必要がある一方、成人精神科において発達障害や虐待に関する知識が普及されるよう努力する必要がある。

5. 終わりに

子どものこころの診療機関と、一般小児科・精神科の間の医療間連携について、現状分析から今後整備されるべき連携システムの必要性を大まかに述べた。子どものこころの診療機関が担当することになる領域は「特殊で比較的稀な疾患」ではなく、不登校や非行のような行動上の問題や知的発達障害・被虐待児のといった、数的に膨大で裾野の広いものとなることが予想される。「見つけ次第専門医療機関に紹介」といった制度だけが安易に運用されれば、子どものこころの診療機関はあっという間にパンクして機能停止するであろう。有限な資源としてのセンター機関を地域でどのように生かすのか、という検討抜きには「機関連携は機能しない」ということを強調して指摘した。

ⁱ 文部科学省が2002年に行った『通常の学級に在籍する特別な教育的支援が必要な児童生

徒に関する全国実態調査』によると、LD、ADHD、高機能自閉症が疑われる児は小中学生全体の6.3%であるとされた。

ii 平成16年度に『大阪府健康福祉部アクションプログラム』が示されて『自閉症・発達障害支援拠点ネットワークづくり検討委員会』が答申を作成したことに続き、平成17年度から『大阪府発達障害者支援体制整備検討委員会』『大阪府発達障害医療・療育等協力体制検討委員会』『大阪府発達障害者支援センター連絡協議会』の3委員会が連動開催されていることを指す。

(大石 聡)

<各論Ⅲ 1)医療間連携 (2) 他科との連携・チーム医療>

1, 他科との連携

子どもの心の症状は表現型として多彩な身体症状を呈することが多い。例えば眼科からは心因性視覚障害で、耳鼻科からは心因性聴覚障害で、整形外科や脳神経外科から失立・失歩や麻痺症状で、そして神経科などからは偽発作で診療を依頼される。

その中で心因性視力障害と心因性聴覚障害は共通点が多い。視覚障害（視力の低下や視野の狭窄、感覚の変容—小視症など）や難聴を呈するが身体的検索では原因不明であり、その症状が長期化してくると依頼される。発症状況を見ると①友達に叩かれたとか、ボールが目や耳に当たった直後など発症時期が明確な場合、②「黒板が見えにくい」、「先生や友達の声が聞きにくい」などの訴えを自分から言い始めた場合、③学校検診で急激な視力や聴力の低下を発見され受診を指示された場合などに分けられる。いずれも自覚的検査結果と、障害による日常生活での困難さが乖離している。患者や両親とも心因性との説明に納得していないことも多い。問診のあと目的を両者に十分説明して心理検査を実施する。心理検査の結果をみると②や③の場合、対人関係や学習能力（学習障害の可能性や境界知能など）の問題を抱えており、支えてくれる家族との絆の弱さを示唆していることも多い。視力や聴力を症状の改善の指標にすれば逆に症状を固定化・長期化しやすい。日常生活に支障の少ないこれらの症状は子どもの不適応のサインと見るように親にすすめている。

失立・失歩や麻痺症状を呈しかつ原因検索で不明な場合も心による症状である可能性に患者や家族は十分同意しているわけではない。またあとから身体的原因が判明することも時にはある。それらに留意して治療をすすめることと、後で述べるチーム医療（この場合は理学療法士への依頼）も有効である。

2, リエゾン

子どもの病気への治療は目覚しく進歩し、以前は急性の転機を呈した疾患（たとえば白血病や腎疾患、先天性心疾患、1型糖尿病など）が慢性疾患となることも多くなっている。入院中は、病気の告知のための理解力の判定、疾病受容のサポートなど患者と親双方への心理的援助を要請される。子どもと親にとって、心身ともに極度に負担となる治療を長期的に受けることを前提としていることが多い。病気への恐れと怒りが抑圧された形で治療者に向けられ、治療者側も逆転移感情を抱いていることもある。リエゾンを引き受ける側も、病気の理解と新しい治療のプロトコールなどを聞いたうえで対応を考えていく。医療チーム側の心理的な内容を把握するためにもカンファレンスを何回かした上で引き受けることが望ましい。寛解状態が続き、親のサポートを得て自己注射や自己導尿など続けて来られた患者も思春期前後には情緒的に不安定になりがちで、自傷（リストカットなど）や自殺企図（インシュリン多量注射など）がみられることがある。サポートしてきた親も疲労や消耗感、そして親自身の人生の転機に差し掛かり患者に自立を求め気持ちは強まっている時期であることも多い。患者は治療をやめれば目前に死に直面しなければならない恐れと、なぜ自分のみが長期にわたる治療を受け続けなければならないのかその不条理性を言語化できず葛藤を行動化していることが多い。心の治療を依頼されるとその悩みを理解しながらも身体治療は継続していくという難しい局面に対応していくことになる。行動

化していても、多くの患者は乳幼児期から治療の必要性を教育され身についている。そのため自傷を行いながら自己治療も続けている。治療の必要性を認めた上で、治療への拒否感にやや控えめに共感を示し伴走者となることで時間はかかるが危機的状況を乗り越えられることもある。

他科との連携の際のポイントとして①紹介元の医師の専門性を尊重しつつも過大視せず前医の解釈を鵜呑みにしない②もう一度新たな目で診断のための検査項目と結果の内容を見直し検討し必要な検査等を追加実施する③症状や経過が典型的でなくかつ親が過剰に不安を示しているように見える場合、「心因性では？」と紹介依頼されやすい。④心理的な要素に関して、身体疾患の治療と同様の速度と成果を期待されることも多い。その期待に沿えないと落胆されることもあり治療開始前にも理解を得る働きかけが必要である。⑤他科に診療依頼する場合も、目的と症状経過を明確に伝え、依頼するときも、されるときも依頼文書だけでなく会って話し合うことも重要である。

3, チーム医療

子どもの心の治療では多職種（看護師、心理士、精神保健福祉士、医療ソーシャルワーカー、作業療法士、理学療法士、言語療法士、栄養士、入院中は院内学級教員など）の人々と連携する必要がある。その連携を通して治療とともに成長発達も促す、子どもを抱えてかつ自立に向けていく治療環境が整えられる。入院治療では患者にとって一番身近で依存の対象となる看護師とは綿密な治療連携が必要である。具体的にはカンファレンスなど日々の臨床の中で丁寧に共に見えていく姿勢と、看護からの気づきや働きかけの意味を、共に検討していくことが重要である。最近の子どもたちは日常生活動作（摂食や排泄、身の清潔を保つこと、整理することなど）を予想以上に身に付けていないこともある。それらが腹痛や悪心・吐気・嘔吐の症状になっている。たとえば知的に普通域以上でも排便時に息むことが出来ていず慢性便秘のため長期間食思不振になっていたり、入浴習慣も身に付いていなかったりする。また看護ケアを積み重ねていく中で甘えを示せるようになっていくので、看護が親に対しスキミングのモデリングをしていくこともある。そのような相互関係の変化などの臨床的意味をともに見直し研究発表としてまとめていく作業もチームとして大切である。

子どもを診ていく場合、心理士との共同作業も重要である。心の領域は広く、人を診ていく時“自分の視点や観点”だけでなく客観性をもつ必要がある。治療の初めの時期に患者と親に目的を説明した上で心理検査を実施するとその後の治療の指標の一つに成る。心理検査項目の内容は臨床データを検討しながら変更していくことが必要である。心理士は病棟のカンファレンスに参加し心理検査の解説や精神療法（個人・集団）の臨床的内容・意味の検討、他のスタッフの関わり方への助言、患者の言動の心理的意味の説明などを行い、外来でも心理検査や心理療法、そしてスタッフへの助言を実施し治療的に力となる。ただ病院の心理士は関与する病気への理解を深めていくことや医療チームの中での位置など、患者との治療関係以外にも研修を積み重ねていくことが必要である。また子どもの心の病気の背景には（多世代にわたる）親子関係、両親の夫婦間の問題、きょうだい葛藤などが大きく影響していることが多い。治療のためにはチームとして多様な心理治療ができるようにしていく必要がある。

その他の職種との連携内容は紙面の関係で割愛するが、職種が違くと養成過程や基本方