

針が異なるのは当然である。チーム医療を充実させていくためには互いの立場を尊重するとともに、症例を通して連携を積み重ねていく中で互いに忌憚のない意見を言い合える関係性をどのように涵養していくが鍵となる。

(佐藤真理)

<各論Ⅲ 2) 他機関との連携>

子どもの心の診療にあたっては、本人を取り巻く環境への働きかけが不可欠であり、医療機関のみで解決できることはその一部でしかなく、他機関との連携は必須となる。特に医療システムは家庭への介入や経済的な問題に対しての対応力が弱いことを認識しておく必要があり、そのような問題については積極的に他機関との連携を図るべきである。医療機関以外との連携にあたっては、それぞれの立場の違いやお互いの役割について理解・尊重することが必要となる。立場や役割の違う領域の者が並行して子どもに関わることで、よりよい支援を行うことができ、それぞれの負担を減らすことになるということをまず理解しなくてはならない。批判や押し付け合いからは何も良いことは生じてこない。

連携先となる地域の社会資源について知っておくことはとても大切である。普段からの関係（ネットワーク）が重要であることは言うまでもなく、他機関との交流がもてる機会があれば積極的に出かけて行ったり、あるいは地域での情報交換ができるような組織（研究会、勉強会など）を自ら立ち上げたりし、ネットワークを作る努力が必要になる。連携する機関について知らないことが多く、面識のある人も全くいない場合などには、その機関とつながりのある医師に連絡をとり、導入部分を手伝ってもらっても良いであろうし、ソーシャルワーカーのいる医療機関であれば橋渡し役を担ってもらえる。

病院の診察室内での子どもの社会的な側面の観察には限界がある。特に発達や行動の問題をもつ場合は、同年代とのやりとりの情報を教育機関などから得ることができなければ、正確な診断はできないと言っても過言ではない。また、集団のなかでの子どもへの対応が治療的な意味合いをもつことが少なくなく、教育機関との連携が不可欠となる場合も多い。教育機関は基本的には集団教育の場であり、一般の医療機関での1対1の関係とは根本的に異なるのであるが、それぞれの子どもの状態に合わせて、個別に目標が設定されるという部分では同じであり、それぞれの機関での目標についてお互いに認識しておくことが大切である。

児童福祉法の改正に伴い、虐待通告の窓口は市町村になり、虐待対応はまずは市町村レベルではじまることになってはいるが、医療現場において急を要すると判断される場合などについては、児童相談所へ連絡をとり、担当者と直接話すことが必要であろう。

医療機関以外との連携にあたっては、個人情報保護に留意し、虐待の場合を除いては守秘義務が優先されるという認識を常にもち、保護者の承諾をとってから連絡をとるのが基本である。保護者と連携先との関係がすでにうまくいっていない場合など、連携の承諾を得るにあたって保護者の抵抗や躊躇が考えられる時には、まず、関係機関あての文書を作成し、その内容について保護者に目を通してもらい、渡すかどうかは保護者にゆだねるのが良いであろう。その際、文書のなかに、「ご不明の点などがあればご連絡下さい。」などと連携についての一文（「連携」という言葉はあえて用いない。）を添えておくと、保護者がその文書を関係機関側に渡した時には、その時点で連携の承諾が得られたと考えて差

し支えない。

以下に連携先の種類と主な特徴について記載しておくが、連携先となる社会資源は地域によって大きく事情が異なり、名称についても異なることも多く、おおまかな記載にとどめておく。

1) 保健機関

主に乳幼児をもつ家庭への訪問や電話相談、健診・育児支援などを担当している。慢性疾患や発達の問題をもつ場合などにおいては地域の保健師との連携は重要である。医療機関とは近い存在で、病院と地域との橋渡し役として大きな役割を担ってくれる。

2) 療育機関

主に就学までの時期における発達の問題をもつ場合などの連携先として重要である。一般の医療機関ではできない総合的な支援・指導が可能な場合も多く、集団指導の場合は保護者同士の横のつながりへと発展する。

3) 福祉機関

地域の福祉事務所は生活保護や医療扶助などの経済的な補助関係や保育所などの施設利用に関する相談などを担当しており、背景に経済的な問題がある場合など生活基盤に関することで連携することになる。また、家庭児童相談室（員）なども入っており、家庭にドメスティック・バイオレンスの要素がある時にも連携先として重要である。

4) 保育所・幼稚園・学校

子どもが通常その大半の時間を過ごす場所であり、また、子どもの症状の原因が生じる場所としても重要で、前述の様に連携先として不可欠である。担任や養護教諭、スクールカウンセラーなどが窓口となるが、それぞれの力量・理解度や施設内での力関係もあり、どの程度まで連携できるかについては個々に検討しなくてはならない。連携にあたっては医療と教育での用語や定義の違い（知的障害、学習障害など）にも注意する必要がある。

5) 学校関連機関

地域の教育委員会が設置している教育相談所（センター）などは、教員経験者が多く、学校との連携が良い場合もある。また、心理学や教育学を専攻する学生のいる大学が開設している心理相談室などについては、ほとんどが有料ではあるが、発達相談・心理療法などを大学院生や学生が教員の指導のもとに行ってくれる。

6) 児童相談所（こども家庭センター）

医学・心理学・社会学に基づき 18 歳までの子どもとその家庭を総合的に支援することができる専門機関である。虐待の通告についての窓口は市町村におりたものの、一時保護や施設への入所措置の権限をもつ機関として唯一無二であり、特に被虐待の場合に連携する機会が多く、医療機関は一時保護を委託されることもある。通常、児童福祉司（ソーシャルワーカー）と心理判定員がペアを組み子どもや家庭の評価にあたるため、子ども 1 人に対し、担当者が 2 人いることが多い。医師は専門的な立場からの子どもの処遇についての助言を求められたり、診断書の作成を依頼されたりする。

7) 警察・司法

非行や犯罪だけではなく、子どもの安全確保が必要なあらゆる場合に警察と連携することになる。また、担当していた子どもが非行や犯罪などで補導や逮捕に至った場合などには、医師は医学的な意見を求められ、特に発達の問題が背景にある場合などでの医師の意見は重要である。

8) 市町村の育児相談事業

このところ、地域サービスとしての育児相談事業は充実してきており、これには医師も協力していく必要がある。

9) NPO や民間の心理相談・発達支援など

地域により事情は様々ではあるが、現状においては公的なシステムのみでは子どもの心のケアや発達障害児の支援には限界があり、NPO や民間機関との連携も必要になる。ほとんどの場合、それに伴う料金も発生するため、医療機関が積極的に推奨するのには抵抗があるが、保護者からの依頼があれば連携はとりやすい。

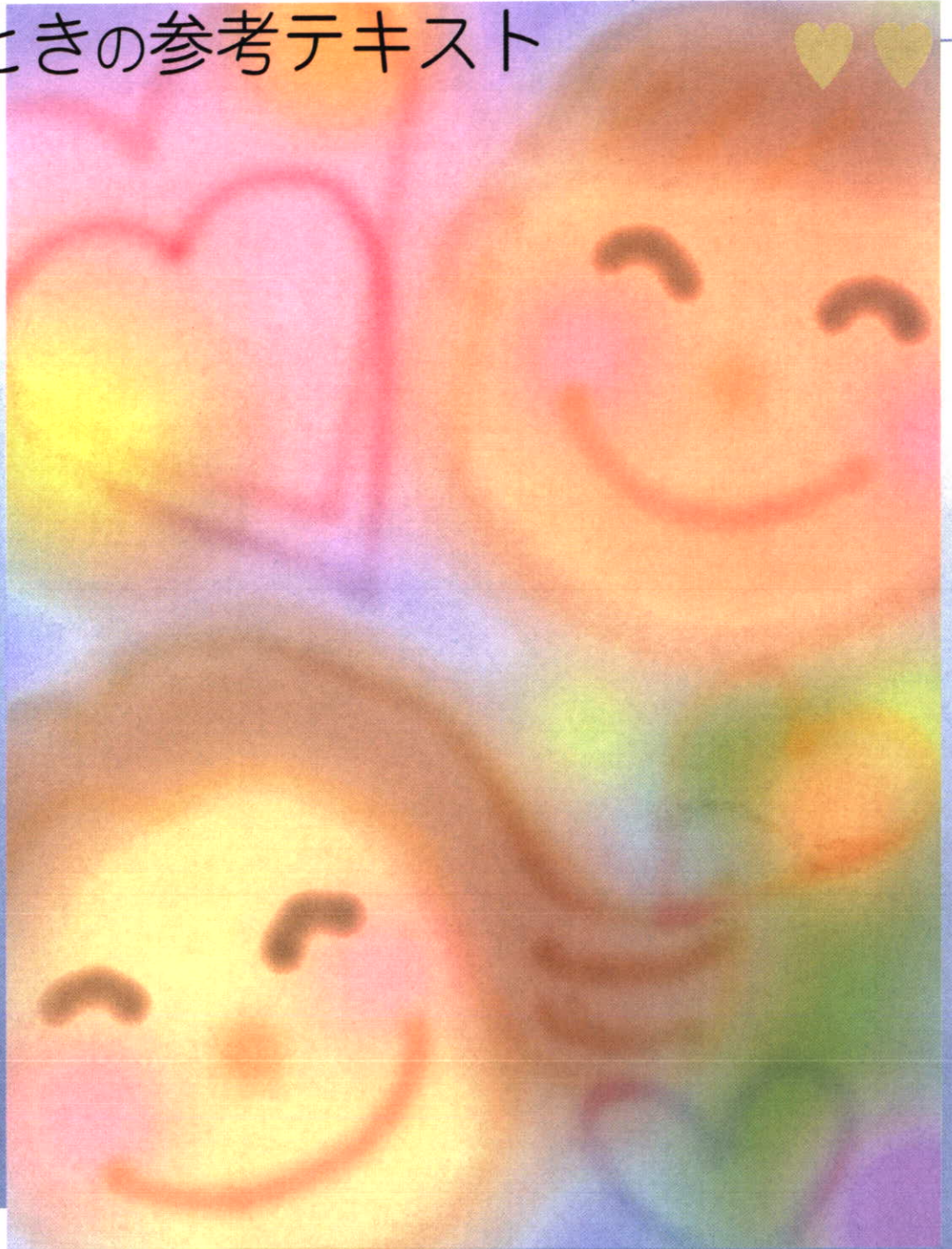
(北山真次)

資料13

テキスト「一般精神科医が子どもの心を診療するときの参考テキスト」

一般精神科医が

子どもの心●を 診療するときの参考テキスト



平成18年度 厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
『子どもの心の診療に携わる専門的人材の育成に関する研究』
主任研究者 柳澤正義（日本子ども家庭総合研究所所長）

分担研究

『子どもの心の診療ができる一般精神科医の育成に関する研究』
分担研究者 穂積 登（ほづみクリニック院長）

一般精神科医が

子どもの心を 診療するときの参考テキスト

目 次

1. はじめに	2
1-1 一般精神科医が子どもを診る機会が増えてきた	2
1-2 「発達(障害)スペクトラム」という視点を加えよう!	2
1-3 子どもの診療には様々なアプローチがある	2
2. 子どもの心の診療をしよう!	3
2-1 大人を診る精神科医が子どもを診る時の強みと弱み	3
2-2 「子ども」嫌いな精神科医に	3
2-3 現代の子どもの心の孤独を理解する	3
2-4 是非必要な発達・成長課題の理解	3
3. 子どもの診療場面での工夫	4
3-1 子どもとの関係作り、子どもの話を聞くコツ	4
3-2 親子関係に配慮して親と面接しよう	4
3-3 絶対訊きたい発達状況と親との関係	5
3-4 問診表を利用しよう	5
資料1 問診票	4
資料2 ASSQ日本語版	6
資料3 ADHD-RS日本語版	6
3-5 子どもの診断に使える心理テスト	7
資料4 主な心理テスト	7
3-6 診断をする	8
3-7 治療のポイント	9
3-8 薬を使うときの注意	9
4. 環境調整が重要である	10
4-1 家庭生活	10
4-2 学校や幼稚園、保育園	11
5. 医師ひとりで頑張り過ぎない	11
5-1 コメディカルスタッフを利用(活用)する	11
5-2 紹介の見極め(医療機関同士の連携)	12
5-3 ネットワークで子どもを支える	12
資料5 関連機関の役割	13

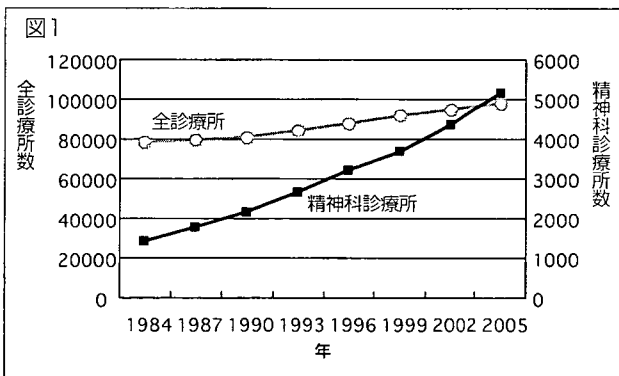
1 はじめに

1-1 一般精神科医が子どもを診る機会が増えてきた

近年、精神科診療所の件数は急激に増加している(図1)。精神科診療所は、地域における精神医療の一翼を担うようになった。また、精神科への受診抵抗が以前に比して格段に低くなり、精神科診療所にも様々なメンタルヘルスの相談が来るようになった。専門か否かに関わらず、不登校や自閉症、AD/HD(注意欠陥/多動性障害)等の発達障害の子どもたちの心の問題に関する相談や診療依頼が増えている。

子どもの心の問題で気軽にかかれる医療機関が少ない中、子どもの心の危機に一般精神科医も何らかの行動を起こさなければいけない時期にきている。

この冊子は、主に成人をみている一般精神科医が子どもの心の診療を行う際に最低限必要な知識や知恵のマニュアルである。しかし臨床現場には矛盾が多い。マニュアルにないことが大切である。特に子どもをひとりの人間として尊重し、診察に当たることがその基本となることは言うまでもない。



(厚生労働省医療施設調査データより)

1-2 「発達(障害)スペクトラム」という視点を加えよう!

主に大人を診る精神科医に「発達(障害)スペクトラム」という視点からケースを見直すことを提案したい。被害関係妄想から「統合失調症」の診断はしたもの今ひとつ向精神薬が効かないケース。些細な対人関係ストレスで容易に激しいパニックになったり、錯乱に近い状態になり、いつまでもそれにこだわりなかなか回復しないようなケース。表情が乏しく何を聞いてもこちらの期待した答えは返って来ず、いつも同じ答えしか返ってこないにもかかわらず、毎月定期的に来てきて同じ薬を同じようにもらっていくケース。このようなケースについて、親に通信簿を持ってきてもらうなど幼少期からの状況を確認すると、幼少期から発達に何らかの問題があることがある。2000年前後か

ら、知的には問題が少ないにもかかわらず発達にばらつきのある軽度発達障害という概念がでてきた。大人を診ている精神科医が、強迫スペクトラムなどと同じような意味で「発達(障害)スペクトラム」の視点を手に入れると、患者理解が深まり治療がスムーズにいくことも多い。

今、目の前にいる発達障害 —大人の軽度発達障害—

大人の患者を診て、「(躁)うつ病」、「パニック障害」、「社会不安障害」、「強迫性障害」、「境界性人格障害」といった診断を症状レベルでつけたものの、どうにも合点のいかないことも多い。念入りに生育歴を聴取し、認知特性を探っていくと、基底に軽度発達障害の存在が浮かび上がってくる。じつは発達障害の二次障害なのである。そうしたケースでは、いくつかの類似点が抽出できる。

(1) マイペース

人目を気にしたり、あれこれ人間関係を気をもんだり、人前に出られないと訴えたりする割に、意外に思い切ったことを述べたり、自分でそそくさと行動してしまうところがある。

(2) 場の状況が読めない

他人を意識する割に、相手が何を考えているのか掴めず、また場の雰囲気や状況を読めず、深読みして被害的に受け取りやすい。逆にあっけらかんとして、仲間内から「天然」と評される人もいる。

(3) 熱中とムラ

仕事や生活について暗澹と語る口調が、趣味の話になると一転、嬉々とした弁舌にかわる。興味のあるなしで対象への姿勢が大きく異なり、その熱中とムラの痕跡が過去・現在の生活に散見される。

(4) タイムスリップ現象

過去の、とりわけよくない体験について鮮明な記憶があり、不意にあるいは何かに触発されて、脳裏にフラッシュバックする。遠い記憶ながら鮮やかな画像記憶のため、当時の嫌な感情をあたかもタイムスリップしたかのようにまなましく再体験してしまう。

以上の類似点は、自閉症スペクトラムにみられる特徴である。その他、せっかち、すぐにキれる、片付けられないといったAD/HDの特徴を持つ者もいる。こうした人々の多くは学校レベルまではあまり問題となることはなく、青年期以降に問題が表面化してきたのである。

発達障害という視点を持って、自ら語られることの少ない上記の特徴を診察室で尋ねてみると、目から鱗の発見が体験できよう。

1-3 子どもの心への診療には 様々なアプローチがある

どのような形で、またどのようなスタンスで子どもに関わるかは、それぞれの精神科医によって違ってよいだろう。クリニックがひとつの情報発信基地となりどこでどのような相談をしているのかを患者およびその家族に流すだけで

も子どもの心の健康に寄与できる。

次に一般の精神科医が診療した症例を2例挙げた。

症例1

不登校の中学生(統合失調症の鑑別と親に対し心理的サポートを行ったケース)

中学2年生の男児と母親が相談にきた。本人との面接で、統合失調症など精神病圏の疾患は否定された。次からは親のみが受診し、第二次反抗期も重なりどのように扱ってよいか苦慮していると訴えた。親は、担任教師の訪問やスクールカウンセラーの面接を受けていた。主治医は「不登校の解決目標は学校に行けるようになることではなく、子どもが元気になることです」と担任やスクールカウンセラーの関わりを背面から支持した。また、不登校にしてしまったという親の自責感に理解を示し、「中学生になったら、親は後ろから見守るように関わることが大切ですよ」と親をサポートした。

学年行事で徐々に友人関係が広がり、3年生の修学旅行をきっかけに再登校を始めた。その後元気に学校に行っていると報告を受け診療を終結した。

症例2

多動と衝動性のある小学4年生(プライマリー診断と薬物療法で行動が改善されたケース)

小学校4年生の男児が、母親とともに受診した。小学校入学後より落ち着きがなく、いつもトラブルメーカーであるという。算数の文章題や図形など抽象概念を扱う課題が不得意で、学業にも遅れが出始めた。自己評価が下がることでますます問題を起こすようになった。発達チェック表を使って母親から幼少期の様子を聴くと、幼少期から落ち着きがなく、不器用な面があったことがわかった。児童相談所に知能検査(WISC-Ⅲ[7頁参照])を実施してもらったところ、知的能力の下位分類に大きなばらつきがあり、多動傾向の背景に発達障害があることが疑われた。行動チェックリストで学校での行動を把握し、担任の意見を聞いたところ、学校での多動や衝動性が本人の自己評価を下げていることがはっきりしてきた。そのため、注意集中力を増し衝動行為を避けるために薬物(フェニデート)を利用した。学校での行動評価は上がり、本人が落ち着いて授業を受けられるようになった。現在も学校での不応の改善のため、親を通じての学校との連携を取りつつ薬物療法を続けている。

2 子どもの心を診療しよう!

2-1 大人を診る精神科医が子どもを診る時の強みと弱み

一般の精神科医が児童・青年を診る時、統合失調症の診療ができるという強みがある。また支持的療法を含め、様々な症状や問題行動を急いで「治そう」とせず、そのまま受け止め見守ることができるという強みもある。だが、一方で児童・青年を発達の視点で診ることや子どもの接し方に関してあまり知識がないのは弱みである。

2-2 「子ども」嫌いな精神科医に

症例1は、大人を診ている精神科医が大人である親に関わることで、子どもの成長をサポートしたケースである。こうしたケースを経験している精神科医は多いのではないだろうか。ここでは一歩進んで、大人を診ている精神科医でも、比較的にかかわりやすい青年期のケースへのアプローチのポイントを話す。

2-3 現代の子どもの心の孤独を理解する

小学校中高学年になると親離れ子離れの課題が始まる。同時に、同性同年齢の仲間作りの課題と、抽象概念が必要になる学習課題などが出てくる時期である。親に反発しながら仲間作りをする課題である。

しかし、現代の若者は、ギャングエイジといわれるこの時期以後、表面的な仲間しかできない青年が多い。そのため、仲間に支えられながら親への依存と反発をしながら自我を確立していくという思春期の課題に入れない青年が多い。様々な問題を呈して精神科を受診する青年たちの背景には、このような孤独の問題がある。それを取り上げるか否に関わらず、現代青年の孤独を知ることは重要である。青年の孤独を見守り話を聴く親以外の存在がいるというだけで青年たちには意味があるのである。

2-4 是非必要な発達・成長課題の理解

前思春期・思春期になると、子どもたちは家族から社会への第一歩を踏み出して行く。認知面の発達にバラツキのある子どもは、抽象概念を使う課題が出てくる小学校高学年から学習面でつまずき始めることが多い。PDD(広汎性発達障害[自閉症スペクトラム])の子どもたちが社会との関わりでつまずきを感じ始めるのもちょうどこの頃である。仲間関係で被害的になったり、対人関係で孤立するケースの中に、軽度発達障害といわれる子どもたちがいる。発達

チェックと心理テストを施行して、統合失調症との鑑別が必要なケースも多い。

3 子どもの診療場面での工夫

3-1 子どもとの関係作り、子どもの話を聞くコツ

年齢、年代を問わず、まず子どもに恐怖心や警戒心を与えない配慮が必要である。白衣は脱いでおいた方がいい場合がある。机の上には子どもの興味を惹きそうなフィギュアやミニカーのひとつもあるといいかもしれない。親密さが伝わり安心感を持たせるため、声のトーン、口調、言葉づかいなどにも気をつけたい。

小学校低学年以下の子どもが相手なら、入室したときに、「きょうはお話だけだから、心配しなくていいよ」と言っておく。椅子に座るように指示し、子どもがそれに従えるか観てみる。座らなかつたり、母親にくっついていたりしたら、そのまま好きにさせておいて親から話を聞く。

相手が子どもでも自己紹介は必ずして、そのときに子どもの名前も聞いてみる。発達に遅れがなければ、2歳半にもなれば子どもは自分の姓名を答えられるはずである。医者が自分のことを「先生」というのは、幼稚園や低学年の子ども相手ならともかく、それ以上の年齢の子どもにはやめておきたい。

思春期の子は子ども扱いを嫌うので、小学生も4、5年生ぐらいからは、「〇〇君」「××さん」と名前で呼ぶ方がいい。女の子はレディとして扱う配慮も必要である。ギャグを言うのもときにはいいだろうが、子どもをからかうようなことは言ってはならない。

子ども本人が主役だから、会話ができる子どもには「今日はどうして病院に来ましたか？」と聞いてみる。返事が必要なければ、親が何を心配しているかわかるか聞く。子どもがうまく答えられないようならば、「じゃあ、お母さん(お父さん)に聞いてみてもいい？」と一言断ってから、親に話を聞くようにする。あらかじめ聞いたなら、いまの話に間違いはないか、補足したいことはないか、本人に確認してみる。なお、子どものなかには、幼児であっても自分の話をされるのを嫌う子もいるので、その場合は同席させないようにするなど配慮が必要だろう。

最初の面接では、親とも学校の先生とも違う、いままでもあったことのない種類のオトナにあったという印象を与えられるといいかと思う。そのオトナは、親や教師とは違う態度で自分に関心を向け、話を聞いてくれるのだ。「あのおじさん(おばさん)なら、また会ってみようか」という気になってもらえたら、とりあえず成功といってよい。

3-2 親子関係に配慮して親と面接しよう

まず、親子を同席で面接するか別々に話を聞くかだが、幼児から小学校低学年までなら同席でもいいと思う。とはいえ子どもに聞かせたくない話もあるので、子どもが待てるようなら待合室で待ってもらおう。待てないようなら、その話は別の日に親にだけ来てもらって聞くようにする。

親子を同席させると親子間の関係がみえるメリットがある。だが、子どもが思春期ぐらいの年齢であれば、親子が互いに遠慮したり、逆にすげすげ言いすぎたりして、聞きたいことが聞けない状況も生まれる。はじめは同席させ、挨拶をすませて様子を見たら、子どもの方に親と一緒に話を聞いてもいいかどうか確認してみる。子どもが答えにくそうだったり、ひとりの方がいいと言ったら、親には外へ出てもらう。

子どもに一通り話を聞いてから親を部屋に入れるが、その際に、今聞いた話は親の前でもいいのか悪いか確認しておく。また、親と話をするとき一緒にいるか待合室で待っているかも聞いておく。

親の話を聞くとときに大切なのは、こちらから批判がましい意見を言わないことだ。子どもの問題を抱えて自責的になっているところに、追い討ちをかけるようなマネをしてはまずい。ことさら被害的になっている親には、批判めい

資料1 問診票の例

問診票						
						年 月 日 記入
記入者氏名 (続柄)						
氏名	(男・女)	年 月 日生	歳			
幼稚園・保育園・学校名			学年			
1. 現在お困りのことをお書きください。						
それはいつごろからですか -						
2. ご家族について						
父	性別	出生地	最終学歴	座席	上・中・下	
	職業	健康・病状		幼児期の多動傾向	あり・なし	
母	性別	出生地	最終学歴	座席	上・中・下	
	職業	健康・病状		幼児期の多動傾向	あり・なし	
兄弟・姉妹 (本人・ごくまられた方も記入してください)						
1	男・女	歳	学年	座席	上・中・下	幼児期の多動傾向 あり・なし
2	男・女	歳	学年	座席	上・中・下	幼児期の多動傾向 あり・なし
3	男・女	歳	学年	座席	上・中・下	幼児期の多動傾向 あり・なし
4	男・女	歳	学年	座席	上・中・下	幼児期の多動傾向 あり・なし
家族・親戚 (祖父・祖母・従兄弟姉妹) に下記の病気の方がいらっしゃいますか? 精神発達遅滞 自閉症 高機能の自閉 てんかん 双極性マヒ 先天性口 先天性腎 精神疾患 () 神経疾患 ()						
家族以外の特記事項 (医師・心理士が記入します)						

資料2 ASSQ日本語版

P 票

お子さんのお名前 _____ 記入年月日: 年(西暦) 月 日

お子さんの年齢: 0歳 1歳

お子さんの性別: 男児 女児

お子さんの学校・学年: 幼稚園・保育園 組 小学校 年 中学校 年

お子さんの過去6ヶ月の行動をよく表す箇所に、○を記入してください。

	はい	しばしば	ほとんどない	合計
1 大人びている、ませている。.....	0	1	2	
2 みんなから、「この調子」「う、教授」と思われている。(例「カレンダー持主」).....	0	1	2	
3 子どものお喋りや行動が他人に不快な印象を与えている。「自分の知識や経験」を持っている.....	0	1	2	
4 特定の分野の知識を蓄えているが、丸暗記であり、自分でせよとは理解していない.....	0	1	2	
5 含みのある言葉や構文を目から分らず、直感通りに受け止めてしまうことがある.....	0	1	2	
6 会話の仕方が形式的であり、暗黙なく話したり、面白くない話ばかりすることがある.....	0	1	2	
7 話題を組み合わせて、自分だけにしかわからないような話題を作る.....	0	1	2	
8 独特な声で話すことがある.....	0	1	2	
9 誰かに話を聞かされても、完全に聞き取らず、例「目を合せて話を聞かす」とも聞かす.....	0	1	2	
10 とても得意なことがある一方で、得意に不得手なものがある.....	0	1	2	
11 いろいろな話を話すが、そのときの場面や相手の感情や立場を理解しない.....	0	1	2	
12 共感性が乏しい.....	0	1	2	
13 周りの人が迷惑するようになると、配慮しないで目立ってしまう.....	0	1	2	
14 独特な目つきをすることがある.....	0	1	2	
15 友達と仲良くしたいという気持ちはあるけれど、友達関係をうまく築けない.....	0	1	2	
16 友達とそばにはいるが、一人で遊んでいる.....	0	1	2	
17 仲の良い友人がいない.....	0	1	2	
18 笑顔が乏しい.....	0	1	2	
19 球技やゲームをする時、仲間と協力することに考えが見えない.....	0	1	2	
20 動作やジェスチャーが不器用で、どこか怪しいことがある.....	0	1	2	
21 直感的でなく、顔や体を動かすことがある.....	0	1	2	
22 ある行動や考えに強くこだわることによって、他の日常の活動ができなくなることもある.....	0	1	2	
23 自分なりの独特な目線や手癖があり、変更や変化を嫌がる.....	0	1	2	
24 特定の物に執着がある.....	0	1	2	
25 他の子もたちから、いじめられることがある.....	0	1	2	
26 独特な表情をしていることがある.....	0	1	2	
27 独特な姿勢をしていることがある.....	0	1	2	
合計				

資料3 ADHD-RS日本語版

A 票

お子さんのお名前 _____ 記入年月日: 年(西暦) 月 日

お子さんの年齢: 0歳 1歳

お子さんの性別: 男児 女児

お子さんの学校・学年: 幼稚園・保育園 組 小学校 年 中学校 年

お子さんの過去6ヶ月の行動をよく表す箇所に、○を記入してください。

	はい、もしくはほとんどない	ときどきある	しばしばある	非常にしばしばある
1 学校での宿題で、気がどこまで注意を払わなかったり、不注意な間違いをしたりする.....	0	1	2	3
2 手足をそわそわ動かしたり、震動している、もじもじしたりする.....	0	1	2	3
3 課題や遊びの活動で注意を集中し続けることがむずかしい.....	0	1	2	3
4 授業中や座っているべき時に席を離れてしまう.....	0	1	2	3
5 誰かと話しかけられているのに、聞いていないようにみえる.....	0	1	2	3
6 きちんとしていない場合はならぬ時に、意欲に落ちたりよじもつたりする.....	0	1	2	3
7 指示に従えず、また仕事を最後までやり遂げない.....	0	1	2	3
8 遊びや余暇活動に大人しく参加することが難しい.....	0	1	2	3
9 学習課題や活動を嫌悪して行うことが難しい.....	0	1	2	3
10 じっとしていない、または何かに立ち回られるように活動する.....	0	1	2	3
11 集中して力を発揮しなければならない課題(字の練習や算数など)を避ける.....	0	1	2	3
12 怒りにしゃべる.....	0	1	2	3
13 学習課題や活動に必要な物をなくしてしまう.....	0	1	2	3
14 課題が終わらないうちに出し掛かると怒ってしまう.....	0	1	2	3
15 気が散りやすい.....	0	1	2	3
16 興奮を持つのが難しい.....	0	1	2	3
17 日々の活動で忘れっぽい.....	0	1	2	3
18 他人がしていることをささげたり、じっとしたりする.....	0	1	2	3
合計				
合計				

資料2、資料3は厚生労働省ホームページを参照ください
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken07/h7_03b.html

■ASSQ 日本語版 (Autism Spectrum Screening Questionnaire)

(資料2)

6歳から17歳までの軽度精神遅滞から正常知能を有する者に対する、高機能自閉症スペクトラムのスクリーニング尺度として開発された。両親あるいは教師に記入してもらう。

推奨カットオフ値は両親19点、教師22点であるが、軽度の者を極力除外しないためには、両親13点、教師11点が推奨されている。

(参照:『自閉症とADHDの子もたちへの教育支援とアセスメント:『自閉症児・ADHD児における社会的障害の特徴と教育的支援に関する研究』報告書』/東條吉邦編 横須賀: 国立特殊教育総合研究所 平成14年度)

■ADHD-RS 日本語版 (ADHD Rating Scale)

(資料3)

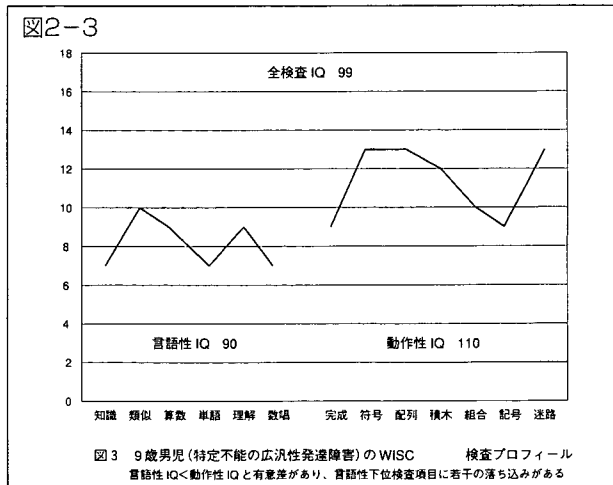
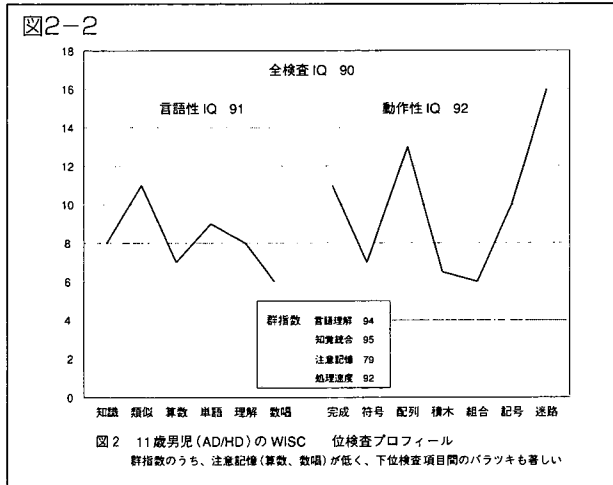
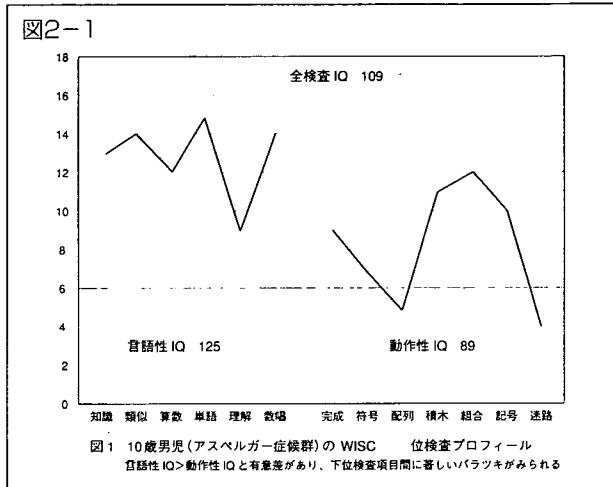
5歳から15歳を対象に、親および教師(AD/HDの診断に際しては、2カ所で同様の状態を認めることが求められる)がAD/HDの行動評価を行うために開発された尺度である。

DSMの診断基準に基づいて作成されており、奇数番号の項目が不注意を、偶数番号の項目が多動性・衝動性を表している。それぞれ6項目以上が「しばしばある」もしくは「非常にしばしばある」であると、AD/HDが強く疑われる。

(参照: 文部科学省答申『今後の特別支援教育の在り方について(最終報告)』平成15年3月28日)

3-5 子どもの診断に使える心理テスト

発達障害が疑われる場合、認知機能の精査は不可欠である。この目的のために頻用されているのは、ウェクスラー式知能検査(WISC-Ⅲ)である。この知能検査は、5歳～16歳が対象である。言語を処理する能力水準として言語性IQ、視覚的認知を処理する能力水準として動作性IQ、そして全般的な知能水準として全検査IQを算出する。また、IQ以外に群指数として、言語理解、知覚統合、注意記憶、



処理速度といった能力水準を求めることができる。下位検査は13項目に及んでいる。

発達障害児では、能力の発達に偏りがあり、WISC-Ⅲの結果にアンバランスが認められる。たとえば、図2-1では、言語性IQ>動作性IQとして有意差が示され、下位検査項目のバラツキも認められる。図2-2では、群指数の中で注意記憶(算数、数唱)が低く、また下位検査項目に著しいバラツキが認められる。図2-3では、図1とは逆に言語性IQ<動作性IQの差が認められる。一般に高機能PDD(広汎性発達障害)では、言語性IQ>動作性IQ、AD/HDでは、言語性IQ<動作性IQの傾向があるとされるが、必ずしも一様ではない。

その他、情緒的側面を評価するために、ロールシャッハテストや描画テストなどを組み合わせることもある。

これらの心理検査は診断ツールというよりも、個人の認知機能や感情状態・衝動性などの情緒面、対人関係の特徴を明らかにして、子どもを具体的に支援していく方法を考える上で有用である。

主な心理テスト

■WISC-Ⅲ知能検査 (Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition)

出版：日本文化科学社(1998)

5歳～17歳未満までの児童・生徒の個別知能を精密に診断する。6種類の言語性検査(知識、類似、算数、単語、理解、数唱)と7種類の動作性検査(絵画完成、符号、絵画配列、積木模様、組合せ、記号探し、迷路)、合計13の下位検査で構成され、検査種類ごとの知能個人内差を見ることができる。数章、記号探し、迷路を除く10種類の下位検査によりIQを算出する。

IQによる知的障害の判別、下位検査のばらつきによる発達障害の診断に欠かせない。

他の主な個別知能検査は、田中ビネー知能検査、K-ABC心理・教育アセスメントバッテリーなどである。

■ロールシャッハ・テスト

図版は日本文化科学社で扱っている(図版：1921)

言語的コミュニケーションが可能な年齢(5歳前後～成人)に適用できる。インクのしみが何に見えるかといった反応から、個人の心理的機能の特徴をみる。同じ図版を使うが、実施手順や反応の符号化には複数のスコアリング・システムがある。

統合失調症などの精神病質やうつ病質などを含む性格傾向を診断する際に補助的に利用する。

■(幼児児童用) 絵画統覚検査 (CAT; The Children's Apperception Test)

出版：日本文化科学社(1942)

5、6歳～適用できる。成人用にはTAT、老人用には

SATを使用する。絵を見せ、自由に空想して物語を作ってもらふことから、潜在的な衝動、感情及び葛藤を分析する。少年用、少女用のそれぞれ29枚の絵から10枚前後を選んで行く。中学生以上は成人用が適当。

問題行動の心理的原因を探るために、家庭裁判所ではよく利用されている。

■バウムテスト 出版：日本文化科学社(1970)
一本の実のなる木を書いてもらい、木が画用紙のどの空間にどのように描かれているかによって、人格や精神発達の状態を解釈する。3歳以上に適用。

定期的実施して、精神的発達段階や、治療の進み具合を確認することもできる。

参考：心理テスト法入門第4版 松原達哉 編(日本文化科学社)

3-6 診断をする

発達評価表を含めた評価表を使用し簡単な見立てをたてた後、疑うべき障害の診断を検討する。診断基準等の詳細は他研究班の研修テキストなどを参考にさせていただきたい。ここでは診断する際のポイントについてのみ述べる。

1) 年齢により出現しやすい「障害」や「症状」がある。

DSM-IVやICD-10などの診断基準は診断学上重要ではあるが、臨床家としてそれに惑わされすぎないこともまた大切である。児童・青年の場合、ひとつの障害でも年齢によりその症状が大きく変わる。またそれぞれの障害には年齢により出現しやすい時期がある。児童精神科医はそうした年齢や時期を意識的に、または無意識に参考にしながら診断を立てているのが実際である。

2) AD/HDを通じて「診断」を考える

クリニックの臨床で比較的診る機会が多いAD/HDを例に挙げる。

日常臨床では学校に入学する前から多動があっても保育園や幼稚園では問題にされず、小学校に入学した後に多動や衝動性のため学内不適応をおこすケースが多い。受診するケースは男児が多いといわれている。不注意や多動性、衝動性などの症候すべてが、程度の差こそあれ「子どもらしさ」の特徴であり、保育園や幼稚園ではあまり問題にされない。5歳半から7歳半の子どもたちは仲間との交流を通じて合理的なものごとを考えるようになり、簡単なルールのある遊びを好んでするようになる。小学校入学年齢に受診が多いのは、こうした発達課題が背景にあると考えられている。しかし、現代の子どもは様々な理由から発達課題を乗り越えられず、小学校へ入学して来る。小学校は保育園や幼稚園と違い、ひとりの教師が30人以上の集団を教える体制をとっている。落ち着きのない子どもたちは不

適応をおこしがちで、多くの場合は、学校側からAD/HDという「障害」ではないかといわれて受診する。しかし多動の子どもたちの背景には、脳器質的要因だけではなく、虐待やDVなどの環境要因の方が大きな要因になっている場合もあり、詳細な検討が必要である。発達チェック表などを通じて幼少期の育ちを確認する。また、身体診察で身体外傷の有無などをさりげなく診察することが必要になる場合もある。多動の背景に環境要因面に複雑な要素が認められた場合や脳器質的な疾患のため著しい多動を認める場合は、専門機関と連携しながら診断を正確にたてた後診療にあたる必要がある。

ところで、現代の学校は「不注意」のため勉強ができなくてもあまり問題にされない。それよりもクラスの中で常に落ち着きなく動き回っている子どもたちの方が教室運営上問題にされることが多い。不注意優勢型のAD/HDは7歳までに発見されないことも多く、かえって成人になってからクリニックに「大人のAD/HDではないか」と自ら受診してくる場合もある。そうしたケースは女性に多いといわれている。

3) 診断の重複するケースも多い

小学校低学年に多動を主訴として受診し、高学年になっていわゆる「社会性」が問題になるケースがある。DSM-IVではAD/HDとPDDが重複した際はPDDを優先するとなっているが、臨床的にみると低年齢でPDDを診断することは軽症であればあるほど難しく、小学校入学時AD/HDであった子どもが、前思春期に抽象概念や社会性の問題でPDDと再度診断される場合も多い。

症例 3

PDD(広汎性発達障害)の症例

生下時問題なく、始語1歳2ヵ月、始歩1歳6ヵ月。

幼児期から学童期前期にかけては、多動傾向や周囲へのちょっかいかけが見受けられた。その反面、かたくなさ、不器用さ、休み時間はひとりで過ごすこともあった。また乗り物や路線図への強い興味があり、博識であった。

小学校中学年以降は、言葉使いのいんげんさや振る舞いなどを学校でからかわれることがあった。自宅では気に入らないことがあるとかつし、物を投げることなどが時にみられた。本人・家族の意向で中学受験をし難関校へ進学した。

中学入学当初ははりきって通学をしていたが、朝の通学電車での気分不快感、クラスやクラブへの馴染みづらさや緊張感、不適応感が出現した。クラスでからかわれることが多くなり、無断欠席するようになった。自宅では焦燥感が増し、器物破損、家族への攻撃などが始まった。自らも、集団への不適応感、自信の持てなさ、自殺念慮などを訴え、昼夜逆

転の生活になっていたため、中学2年時に児童精神科を受診した。

初診時の状態像は適応障害であったが、その基盤には、発達障害が疑われた。

始語の遅れはみられなかったが、社会関係の質的障害や、行動・関心・活動の限局的で反復的常同的パターンの存在からアスペルガー症候群と考えられる。幼児期から学童期前期の多動・ちょっかいかけの衝動性などからは、AD/HDとの鑑別も要する。

治療方針としては、

1. 生活リズムの改善
2. 情動の安定化
3. 家族関係の修復
4. 集団適応力の向上
5. 登校再開

などを目標とし、精神・薬物療法とともに環境調節や各機関との連携を図った。中学は卒業し、現在通信制高校とその連携校に所属している。

3-7 治療のポイント

子どもは成長発達の途上であり、何もしなくても成長する中で変化し「治って」しまうこともある。一方、児童精神科医のもとを訪れるまで診断も検査もなく、ただ「様子を見ましよう」といわれ続けてきたケースの中には、早期の援助が必要であったと思われるものがある。

子どもたちの成長を援助するための戦略として何を留意するかが重要である。診断を立て、経過を追い、成長発達の阻害因子を少しでも減らすために家庭や学校などの環境調整をする。それでもダメな時に薬物を使用し、鎮静や衝動性をコントロールしやすくする。衝動コントロールができた子どもたちを成長させるのは、家族や学校など周囲の環境である。情緒不安定で、言語的また非言語的なカウンセリングが必要なケースは、カウンセリングに誘導する。

しかし、何より重要なことは、「治療」と銘打って子どもの心の自然な成長を阻害せず、子どもがのびのびと成長できるための「時間」と「空間」を提供することである。そのために、大人を診ている精神科医にできることは多い。とりあえずあせって治そうとしないでいられるのは精神科医の特技である。しかし、そのことに治療的介入が遅れてしまうことがままある。それを防ぐための工夫は、重症で複雑な背景があるケースを持たざるを得ない時は専門機関と連携し、ひとりでケースを抱えないことが大事である。ひとりでケースを抱え、無理を重ねて子どもの心をねじ伏せるような治療になると、相手が成長期にあるだけに、長期にわたる外傷を子どもに残してしまう。自分の力と限界を見極め、自分のできる範囲内で子どもに関わることが一番のポイントになる。

3-8 薬を使うときの注意

精神科医が子どもに薬物を使用する場合、薬物使用の目的をはっきり決め、薬物治療の意味をよく考える必要がある。すなわち、薬でできることとできないことがあることを再度確認しておくことが重要である。

子どもの場合心身ともに発達途上にあるため、薬物を使用しながら可能な限り発達を阻害しないことが重要な視点となる。

抗精神病薬・抗うつ薬・抗不安薬・抗けいれん薬などの使用法は基本的には成人に準じる。ただし、ほとんどの薬で15歳未満の使用については治験がないとされている。従って、とりわけ新薬の使用には慎重である必要がある。

子どもの精神科薬の使用において特に注意しなければならない点を3つ述べる。

第1に抗不安薬であるが、子どもの場合成人に比して脱抑制をきたしやすいため、そのため安易な使用はさけるべきであろう。

第2にパロキセチンの使用である。18歳未満においては自殺の危険性が高まるという報告がある。従って自殺念慮がある場合の投与は避けなければならない。

第3に塩酸メチルフェニデート(リタリン[®])に関する知識を持つ必要がある。これに関しては下記を参照されたい。

メチルフェニデート(リタリン[®])の使用上の注意点

- 1) 保険適応外であり、このことを親に説明し、同意のもとに使用することが必要である。
- 2) リタリンは6歳未満には「原則禁忌」である。
- 3) 1日5-10mgから開始し、体重1kgあたり0.3-0.6mgとする。
- 4) 1日標準使用量は30mgまでとする。
- 5) 中学年齢までに使用中止を検討し継続使用については慎重に考慮する。
- 6) 服用していたものから乱用者がでる確率は低いが、乱用の可能性については常に配慮が必要である。
(「注意欠陥/多動性障害-AD/HD-の診断・治療ガイドライン」(株)じほうより抜粋)

以下に薬物の使用事例を提示する。

症例 4

小学校2年生のAD/HD(注意欠陥/多動性障害)の男児

処方

塩酸メチルフェニデート (10mg) 1錠 朝

塩酸メチルフェニデート (10mg) 1/2錠 昼

患児には始歩、始語の遅れはみられなかったが、幼少時より多動、注意集中困難、待てなさが目立った。小学校入学後は、離席や教室から飛び出すなど

の行動があり、2年生になって他児が着席可能になっても患児のみ同様の行動が続き、さらに物を壊したりするなどの衝動的な行動も目立ってきた。多動傾向は自宅でもみられたため、両親が心配して精神科を受診した。知的に問題なく、脳波にも異常は認められなかった。患児自身、これらの行動に関し「やりたくないのにやってしまう」と述べ、両親も薬物療法を強く望んだため、有害事象の説明を十分に行った上で塩酸メチルフェニデートを朝1錠投与した。2週間後、服薬による食欲低下や不眠などはなかったものの、午後の多動傾向が持続したため、昼食後に同剤を半錠追加した。その結果、教師からも授業態度の改善が評価され、その後大きな問題もなく小学校5年生に至っている。

服薬は現在まで休日(夏休みなども含む)以外は続けてきたが、最近では飲み忘れも多くなったため中止を考えている。患児の場合、不注意は散在するものの多動は目立たなくなっている。

症例5

小学校5年生の小児自閉症の男児

処方：リスペリドン(1mg) 2錠
ピペリデン(1mg) 2錠
バルプロ酸ナトリウム
(200mg) 2錠 分2 朝・夕

患児は、始歩には問題なかったが、始語が2歳と遅く、その後も言語の遅れが目立った。幼少時は公園で砂遊びに興じ、クルクル回る物や道順へのこだわりが顕著であった。小学校は普通学級に入学したが友だちはできず、小学校4年時には学習についていけなくなり、登校を嫌がるようになった。5年時、クラス替えを契機に登校は断続的となり、自宅で気に入らないことがあると家族に対して暴言を吐いたり乱暴を働くなど、頻繁に興奮状態に陥った。また自宅外でも物を壊すようになり、精神科受診に至った。その際患児は、自分の状態をうまく表現できず、自らでコントロール不能な、つきあげられるような衝動性が見られた。このため本人や家族と相談し、上記の薬物を投与することになった。服薬により徐々に情動が安定し、2学期から患児は母親の勧めで登校を開始した。現在患児は本人向きに用意されたプリントに取り組み、休み時間には好きな本を見たりして過ごすようになっている。

症例6

中学3年生の強迫性障害の男子

処方：フルボキサミン(25mg)

2錠 分2 朝・就寝前

患者は出生、発達に特に問題なく、小学校時代の成績も優秀、友人も多くサプリーダー的な存在であった。中学3年時、体育の時間に地べたに座ることを極度に不潔と感じた。自宅に戻った患者は、玄関で衣服をすべて着替えた。

制服やかばん、教科書も不潔に感じられ、部屋に持ち込む際には何度も拭いた。その後、清潔を意識して儀式的な確認が目立ち、朝の支度に時間を要するようになり、始業時間に間に合わなくなった。両親に八つ当たりをすることも多くなったため、精神科を受診した。患者は、「自分でも馬鹿みたいとわかってはいるが不潔が気になる」と述べた。いわゆる自我障害や自殺念慮は認められず、頑固、完ぺき主義的な性格傾向を持つことから、強迫性障害と診断。認知行動療法を行うと同時に、両親とも相談して上述の薬物療法を開始した。その結果、儀式はあるものの支度の時間が短くなり、遅刻も減り、家族への八つ当りは軽減した。その後患者は勉強に励み、第1希望の高校に合格した。

4 環境調整が重要である

児童や青年の診療において、本人へのカウンセリングや薬物療法より、生活の中心となっている家庭、学校など子どもを取り巻く環境を調整することの方が重要な場合が多い。

4-1 家庭生活

特に親への依存が強い幼児期、中でも第一次反抗期といわれる最初の親離れの時期までの家庭環境はとても重要である。子どもが自分の意志を示すと周囲が程よく答えてくれるような環境が、非常に少なくなっている。過保護、過干渉といわれる親子関係は、大人が子どもを言いなりにするという意味で、子どもの主体的な意志を無視し抑え込んでしまう。大人に期待されたよい子にはなるが、主体的に生きる子どもは育たない。逆にネグレクトや放任は、子どもがいくら信号を発信しても周囲がそれに答えてくれないという意味で、子どもを絶望させる。そうやって育った子どもは落ち着きがなく、絶えずイライラして衝動的である。子どもが主体的に生きるためには、子どもの存在を認めつつ、一方で適当な抵抗感を感じさせるような、信頼できる他者に出会う必要がある。幼い子どもにとって、第一の他者は親である。親の安定を図るのが医師の大切な仕事に

る。子育て中の専業主婦は、子育て中の共働きの妻よりもストレスが高いという調査結果がある。社会から閉ざされた密室におかれた母子関係は、母親のゆとりや自信を失わせる。地域社会の中で子育てができるような環境を周囲が提供しないと、子どもも母親も精神的に窒息してしまう。子育ての中で起こるいくつかの虐待は、母親のそうした閉塞感が生み出している。

また第二次反抗期といわれる思春期も家族が揺れやすい時期である。「あれこれ言うとうるさいという。黙っていると見捨てたのかという。先生！どのように接すればよいでしょうか？」と、中学生を持つ母親は真剣に相談してくる。思春期の子どもは、親への依存と反発を繰り返しながら自我を確立していく。現代の母親や父親はそうした成長を揺れながら見守れるほど安定していない。すぐに結論を出そうとさせる。「100%子どものいうことを聞くのでもなく、まったく聞かないのでもない。要するに値切り交渉ですよ！お母さん。今のままでいいですよ」というだけで安心してクリニックを去る母親も多い。

家庭環境を把握する際、医師が子どもの側に立ちすぎると、子どもの問題行動の背景に家族があり、家族の甘やかしや過保護、また逆に親の暴力や虐待が子どもの問題行動の原因のようにみえることがある。そうした場合、医師は家族、特に母親を責めることが多くなる。家族の中に原因探しをして家族の誰かを責めることで問題を解決したつもりになっていたら、子どもはクリニックには来ない。なぜなら、子どもを連れて来るのは多くの場合親だからである。連れてきた時に母親は既に自責的になって傷ついていると考えた方がよい。親子関係を軸とした家族の安定のために医師としてできることはいろいろある。子どもの不安ばかりでなく親の不安を聴く。その際親子で言うことが矛盾していても多くはそのまま聴き、違いを意識しておくに留めるのがよい。経済的にも精神的にも親にゆとりがない場合は、親の安定の方を優先的に考える。そのために後述の相談機関へのコンサルトを勧めるのも医師としての大事な仕事になる。

4-2 学校や幼稚園、保育園

学校や幼稚園、保育園は、子どもたちにとって彼らの生きる社会のほとんどすべてである。大人は、社会に出た後なので、学校は社会の一部でしかないと知っている。しかし、子どもにとって社会とは学校であり、学校が社会のすべてなのである。たとえば、クラスの中でたったひとりの不登校の子どもは、自分以外はちゃんと学校に行っていることを思い、自分はだめな子だと感じる。学校でいじめられ死のうとする子どもたちは、社会全体から存在を否定された気がして、生きる場を奪われたと感じる。

これほど大きな存在である地域の学校と連携を進めることが、子どもの精神的安定にとって有効なことは想像に難くない。学校の役割が多岐に渡り、現代の教師は多忙を極めている。本来、第一義的に教師が遂行すべき職務である子どもと直接関わる時間が、十分に取れていない可能性が伺える。しかし、教師が「教育」を忘れてしまったわけではない。教師の仕事は、教えることと育てることである。すなわちそれは、子どもの身近な存在として「よいところを探し」、育て伸ばすことである。医師の立場はそれに比べると「痛みを取る」「悪いところを除く」などの「治療」が仕事になる。薬物療法などによって行動を落ち着かせ、不安を取り、育ていくための準備を手伝うことはできても、「育てる」仕事は教育が担うことになる。医師は、教師によって記入された行動チェック表などをもとに、子どもたちの学校での様子を把握し、その結果を教師にフィードバックするなど、医師と教師が協力しながら子どもに関ることが大切である。

医療の社会と同じように、教育の社会も閉鎖的な側面もあった。しかし現在、特別支援教育などの流れがあり、子どもの個性に合わせる教育に変る途上にある。医師としては、発達障害などの子どもの状態を見極め、親を通じて、どうしてそのような行動をとってしまうのかという障害特性を伝えるだけでも、クラス運営をする教師の仕事は楽になる。

5 医師ひとりで頑張り過ぎない

5-1 コメディカルスタッフを利用(活用)する

医師ひとりで子どもを診ようとしても無理がある。診療に当たり、心理検査や地域との連携など、さまざまな角度からの子どもに対する関わりが必要になる。特に、最近増加傾向にあるといわれる軽度発達障害のケースは、診察室で行動観察をしても多動傾向や自閉性がまったく見えないことも多い。そうした際、発達のばらつきを把握するために下位分類のわかる知能検査(WISC-Ⅲ等)が必要になる。院内に臨床心理士がいる場合は、心理検査やカウンセリングを指示することができるが、いない場合は、外部の機関との連携が必要になる。児童相談所や教育センター、大学の臨床心理相談室などと連携して心理テストやカウンセリングを依頼することもできる。学校での様子を把握し、心理検査も実施できるスクールカウンセラーとの協力も意味がある。精神科医としてしなければいけないのは医学的診断と薬物療法と割りきり、院内院外を問わず臨床心理士と協力して子どもの対応にあたることもひとつのやり方である。

環境調整で述べたように、ケースワークが大切な場合も多い。家族への対応、他機関との連携のためにPSWなどのコメディカルスタッフと役割を分担することで有機的に機能できる。

5-2 紹介の見極め(医療機関同士の連携)

この冊子は、普段子どもを診ていない精神科医を対象としている。児童虐待やDVなど家族状況が複雑なケースや、代表的薬物を使用しても症状が改善しない場合は、速やかに児童精神科の専門機関と相談すべきである。自らのできる範囲を知ることが連携のポイントになる。

5-3 ネットワークで子どもを支える

子どもたちは、自分だけの力でその環境を変えることが困難である。治療に当たっては、薬物療法など狭義の医療的関わりだけでなく、各関係機関との連携が、とても重要になってくる。子どもが成長していくには不適切な環境が原因となって症状が起こっていることもあれば、逆に、発症したことや年齢とともに明らかになってきた発達障害が不適応の原因になっている場合もある。どちらの場合も、子どもを取り巻く環境の調整と、成長を保障する見通しを考えることが必要となり、このためには、保健、福祉のみならず、教育関係など他機関との連携も重要になる。

関係機関の連携で、大事なポイントを2つ挙げてみる。

1. 情報の共有

ひとりの子どもの病気や発達障害の程度や特徴を、関係機関がおおよそ情報共有することが必要である。それができていないと、その子に適した環境調整は行えない。ただし、情報共有は個人情報の保護に配慮しなければならない。

2. コーディネーター(連携の組織化)

子どもたちの生活に関係する機関は広範囲にわたり、連携することが大変難しいので、連携を促すためにどこかの機関がコーディネーター役となること、またそのことを他の関係機関がしっかり認めて動くことが必要である。

次に、具体的な関係機関の連携の現状を述べてみる。

ここ数年、**子ども家庭支援センター**が中核となって、学校(保育園、学童保育など)、**教育相談センター**、**教育相談所**、**児童相談所**などとの連絡調整、家庭訪問による家庭状況確認、関係者を集めてのケース会議開催など、クリニックでは限界のある機能を担っている。

たとえば、虐待や家庭崩壊状態で子どもを保護する必要があるとき、措置権のある**児童相談所**との連携が不可欠

である。**児童相談所**の一時保護や、養護施設入所の検討もできる。また、家庭環境が経済的に厳しい場合、生活保護担当のワーカーとの協力も重要である。家庭の機能低下に際し、民間のボランティア、ファミリーサポートなどの家事援助、(保育園の)送迎援助など、具体的支援の導入も必要となる。**子ども家庭支援センター**は、このような機関との連携、ネットワークづくりの要にもなっている。場合によっては、ネットワークの中に、警察管轄内の**少年相談室**、**少年センター**が加わることもある。

精神保健福祉センター、**保健所**の思春期専門相談は、思春期の不登校、ひきこもり傾向などの中で、特に精神症状が目立っていないケースの相談の場として機能している。対人関係、社会的な経験不足を補う場として、不登校・ひきこもり本人のグループを持っていることもある。

また養護教員などが、精神科受診を勧めたくても、保護者に切り出しにくい場合、この思春期専門相談を紹介して、医療的介入の糸口とすることも多い。

健康センターは、妊婦検診、乳幼児健診の際、子育てに不安のある母親、発達の気になる乳幼児を精神科医に紹介することがある。逆に**健康センター**で行っている母親教室や療育サークルを精神科医から紹介することもできる。

各地に発達障害(PDD・AD/HD・LD等)を持つ子どもや大人やその家族が安定して地域で生活できるように支援する目的で、**発達障害者支援センター**が設置され、相談窓口、支援のネットワーク作り、普及啓発および研修などの事業を行っている。

公的機関ではないものの、**サポート校**、通信制の高校の中には、不登校児(その中には、発達障害圏の子どもが多く含まれる)への個別対応の重要性を理解し、柔軟な対応を用意している所も多く、子どもの成長を保障する場となっている。

臨床心理士養成のコースのある大学では、**心理相談センター**を開設しカウンセリング、グループ療法など実施しているところが多く、カウンセリング機能を持たないクリニックの場合、連携することで相補的に機能できる。

発達障害などにより環境適応に難しさを抱えた子どもが就労を考える場合には**就労支援センター**や**障害者職業センター**も役に立つ。

これらの機関との連携は、実際のケースを通して共同作業をすることで、信頼関係を築いていくものである。また各機関のケース検討会への参加や非常勤医師として勤務するなどお互いの機能を理解しようと努力することから深まっていくものと考えられる。

関連機関の役割

子ども家庭支援センター

子どもと家庭の問題に関する総合相談窓口。18歳未満の子どもや子育て家庭のあらゆる相談に応じる他、ショートステイや一時保育など在宅サービスの提供やケース援助、サークル支援やボランティア育成等を行っている。地域の子育てに関する情報もたくさん持っている。

教育相談センター、教育相談所

高校生段階までの教育に関する相談を受けている。子どもの性格や行動、しつけ、発達、学校での課題(いじめ等)、高校への進級・進路などに関する相談を、子ども本人や保護者、学校の先生から受け付けている。

児童相談所

18歳未満の子どもに関するあらゆる問題について、地域住民からの相談に応じ、子どもの最善の利益を図るために、子どもや保護者に最も適した援助や指導を行う行政機関。そのために必要な調査並びに医学的、心理的、教育学的、社会学的、精神保健上の判定を行う。緊急の場合や行動観察のために児童を一時保護し、児童養護施設・乳児院・児童自立支援施設・障害児施設等への入所等の措置なども行う。

少年相談室、少年センター

子どもの非行防止や健全育成にかかわる相談を受けている。保護者や学校の先生など関係者から、子ども非行等に関する相談を受け、子どもや親に対するカウンセリング等を通じて、問題解決への適切な指導助言や援助をする。また子どもや保護者などからの電話による相談も受けている。

発達障害者支援センター

社会生活への適応が困難な自閉症、発達障害を持つ方に、生涯一貫したきめ細やかな支援を行うため、本人や家族からの相談に応じる。家庭・保健・福祉・医療・教育機関等の関係機関連携の中心となり、専門的支援のためのバックアップを行う。

サポート校

通信制高校に在籍する生徒が、高校を3年間で確実に卒業できるように、学習面や生活面でのサポートをしていく民間の教育機関。通信制高校に同時入学し、通信制のカリキュラムにそって授業を進めていく。

障害者就労支援センター

障害者に身近な場所で、就職相談、就職支援、職場定着支援まで、きめ細かくサポートするため、市町村が設置を進めている。

障害者職業センター

各都道府県ごとに1か所以上設置されている。ハローワークをはじめ、医療・福祉などの関係機関と連携をとりながら、職業に関するさまざまな相談や職業準備を進める事業、就職活動の支援等を、専門の障害者職業カウンセラーが行っている。

※地域によって行政機関の機能分化に違いがあるので、まず、最寄の保健所、精神保健福祉センターに問い合わせてみましょう。また、各都道府県、政令指定都市の保健福祉行政の担当部局のホームページも参考になる。

[執筆 者]

分担研究者 穂積 登 (ホヅミクリニック)
研究協力者 稲垣 中 (慶應義塾大学医学部助手)
上ノ山一寛 (南彦根クリニック院長)
大高 一則 (大高クリニック院長)
大瀧 和男 (かすおメンタルクリニック院長)
久場川哲二 (川崎市立川崎病院医長)
小林美也子 (こばやしクリニック院長)
佐藤 順恒 (上尾の森診療所院長)
羽藤 邦利 (代々木の森診療所院長)
広沢 郁子 (メンタル神田クリニック院長)
山登 敬之 (東京えびすさまクリニック院長)
西村 由紀 (メンタルケア協議会)

一般精神科医が子どもの心を診療するときの参考テキスト

発行 平成19(2007)年3月31日
発行者 平成18年度 厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)
『子どもの心の診療に携わる専門的人材の育成に関する研究』
主任研究者 柳澤正義(日本子ども家庭総合研究所所長)
分担研究
『子どもの心の診療ができる一般精神科医の育成に関する研究』
分担研究者 穂積 登(ほづみクリニック院長)
連絡先 穂積 登(分担研究者)
NPO メンタルケア協議会
〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-55-14 セントヒルズ代々木403号
TEL : 03-5333-6446 FAX : 03-5333-6445
E-mail : office@npo-jam.org HP : http://www.npo-jam.org/