

C. 関係機関との連携について

1. 関係機関への直接支援

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
嘱託医	児童相談所、教育相談機関、療育機関	児童相談所、情緒障害児短期治療施設、教育相談機関	児童相談所、児童自立支援施設
その他の直接支援	なし	県内の児童養護施設を対象とした巡回相談（事例検討、講義など）	なし

2. 通院・入院しているケースに関する関係機関の合同会議

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
通院ケース	外来ケース数が多く、すべてのケースで関係機関とのケース会議ができていない。個別のケースごとに必要に応じて外来時間を使って行っているが、全体数との比率で考えると十分に行えていない。	学校や児童相談所から要請があるケースや、医療側が強く必要性を感じたケースについては可能な限り行っているが、全体の患者数からすると割合は少なく、十分に行なえてるとは言えない。	ある程度行なえている
入院ケース	ある程度行なえている	十分行なえている	十分行なえている

3. 関係機関との連携の現状

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
学校・幼稚園・保育園	<p>①課題：親の障害受容の問題や、個人情報の取り扱いの問題が大きな問題であり、ケースの提示に躊躇する場合がある。</p> <p>②実践している工夫：常に担当医や精神保健福祉士が参加するようにして「顔の見える」連携を心がけている。</p> <p>③今後の取り組み：連携会議を継続して行なって行きたい。</p>	<p>①課題：学校と親との連携がうまく行っていないと、個人情報の取り扱いの問題から、担任等との情報交換ができないことがある。受診を親にすすめたにも関わらず、学校の情報がほとんど得られないことがある。不登校児の支援などをめぐって方向性が食い違うことがある</p> <p>②実践している工夫：可能な限り、ケースについて学校関係者と直接お会いして話し合うように心がけている。当院で主催している</p>	<p>①課題：支援学級担任の専門性が落ちている。普通学級で適応できない教師が担当になることも多い。</p> <p>②実践している工夫：管理職にも連携会議に参加してもらい、学校全体で支援体制作りを願う。</p> <p>③今後の取り組み：入院中のケースが退院準備期間に分校に来てもらい、直接受け入れ準備をしてもらう。</p>

		<p>「教師のための児童思春期精神保健講座」には当院の医師が全員参加し、交流するように心がけている。また、ミニレクチャーやコメントを通じて、不登校の支援など、専門機関側の考え方を理解していただくようにしている。学校関係者が参加する事例検討会のスーパーバイザーや研修会の講師を可能な限り引き受けることにしている。</p> <p>③今後の取り組み：これまでの取り組みを継続していきたい</p>	
児童相談所	<p>①課題：児童相談所と医療機関、それぞれの対象となる児童の特徴や機関の限界についての理解不足から、連携がスムーズに行われない場合がある（一時保護の必要性や入院対象など）。</p> <p>②実践している工夫：嘱託医として児童相談所の実情を理解すること、連携会議を行なって必要なケースを必要な時期に多職種で検討すること。</p> <p>③今後の取り組み：現在の取り組みを継続する。</p>	<p>①課題：処遇の方針をめぐって見解が食い違うことがしばしばある。一時保護委託の適用や精神科入院の適応について理解してもらえないことがある。精神保健福祉法の理解不足で入院に至らないケースがある。</p> <p>②実践している工夫：嘱託医を派遣している。可能な限りケース会議を開催し、ケースの見立てや処遇について一緒に考えるよう心掛けている。要保護児童対策地域協議会に参加し、児相のみならず関係者に精神医学的な診たてや処遇の方向性などについてコメントし、ケースの理解に役立ててもらえるよう心掛けている。</p> <p>③今後の取り組み：嘱託医の時間・人数を増やしていく。上記の取り組みを継続していく。</p>	<p>①課題：虐待事例のケースワーク力が弱い。司法との連携に対して児相の力が弱い。</p> <p>②実践している工夫：連携会議をこまめに開催する。</p> <p>③今後の取り組み：記載なし</p>
教育相談機関	<p>①課題：良好な関係であり、課題は特にない。</p> <p>②実践している工夫：嘱託医として教育相談</p>	<p>①課題：特に大きな課題はない。</p> <p>②実践している工夫：当院の医師がスーパー</p>	<p>①課題：発達障害児の不登校を長期間抱え込み、中学校後の対応が困難となることがあ</p>

	<p>機関の実情を理解すること、連携会議を行なって必要なケースを必要な時期に多職種で検討すること。</p> <p>担当医と担任教師の顔合わせの場をセッティングすること。</p> <p>③今後の取り組み：現在の取り組みを継続する。</p>	<p>バイザーとして事例検討会に定期的に参加している。当院が主催する「教師のための児童思春期精神保健講座」の窓口になっていた。</p> <p>③今後の取り組み：現状の取り組みを継続していく。</p>	<p>る。ケースの共有は諮りにくい。</p> <p>②実践している工夫：親と担任との合同面談でくり返し対応と理解についてアドバイスをを行っている。それでだめなら学校の管理者にも同席していただいて、学校全体での取り組みをお願いしている。</p> <p>③今後の取り組み：記載なし</p>
療育機関	<p>①課題：良好な関係であり、課題は特になし。</p> <p>②実践している工夫：嘱託医として児童相談所の実情を理解すること、連携会議を行なって必要なケースを必要な時期に多職種で検討すること。</p> <p>③今後の取り組み：現在の取り組みを継続する。</p>	<p>①課題：連携をしたことがほとんどない。</p> <p>②実践している工夫：なし</p> <p>③今後の取り組み：特になし。</p>	<p>①課題：記載なし</p> <p>②実践している工夫：地域療育機関からの相談を受け付ける部署を決め、連携をスムーズにさせている。</p> <p>③今後の取り組み：地域療育機関へのスーパーバイズの機会をつくる。</p>
司法機関	<p>①課題：なし</p> <p>②実践している工夫：なし</p> <p>③今後の取り組み：特になし</p>	<p>①課題：なし</p> <p>②実践している工夫：なし</p> <p>③今後の取り組み：特になし</p>	<p>①課題：被虐待児への対応に改善が無い。特に加害者の起訴に対して子どもに負担になる聞き取りをくり返す。</p> <p>②実践している工夫：児相を通じて対応の改善を要望しているが効果少ない。</p> <p>③今後の取り組み：記載なし</p>

D. 地域のネットワーク活動について

1. 関係機関が定期的で開催する地域連携会議について

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなる学園
要保護児童対策地域協議会	要請がないため参加していない	当院の医師が参加している（静岡市3地区、隔月で参加）	業務が多忙で余力がないため参加していない
その他の連携会議	①会議の名称：市川市における地域連携シス	参加していない	①会議の名称：発達障害者支援会議

	<p>テム事例検討会議</p> <p>②参加している機関：国府台病院、市川市役所、発達センター、教育センター、児童相談所、警察、精神保健福祉センター、地域中核支援センター、保健所・保健センター、特別支援学校</p> <p>③会議の頻度：1回／2カ月</p> <p>④会議の内容：事例検討、以前検討したケースの経過報告</p>		<p>②参加している機関：あすなろ学園、自閉症・発達障害支援センター、障害者相談支援センター</p> <p>③会議の頻度：1回／2カ月</p> <p>④会議の内容：症例検討</p>
--	--	--	--

2. 関係機関との合同開催による事例検討会・研修会・研究会等の開催状況について

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
その1	<p>①会の名称：市川小児こころの医療研究会</p> <p>②参加している関係機関：市医師会小児科医会、国府台病院、教育委員会、児童相談所、発達障害者支援センター、サポートセンターなど</p> <p>③内容：事例発表、講演会</p>	<p>①会の名称：静岡市子どもと家族の精神保健ネットワーク</p> <p>②参加している関係機関：医師会学校保健会、静岡県立こども病院、教育委員会学校教育課、校長会、養護教諭部会、発達障害者支援センター、特別支援教育センター、サポートセンターなど</p> <p>③内容：運営委員会（情報交換）、事例検討会、講演会、相談会など</p>	<p>①会の名称：あすなろシンポジウム</p> <p>②参加している関係機関：小児科、教育、福祉機関、地域保健師、保育園</p> <p>③内容：地域子育て支援に関する研修会</p>
その2	<p>①会の名称：</p> <p>②参加している関係機関：</p> <p>③内容：</p>	<p>①会の名称：静岡県子どもの精神保健フォーラム</p> <p>②参加している関係機関：浜松医科大学連合大学院子どものこころの発達研究センター（事務局）、静岡県医師会学校保健部、静岡県立こども病院、静岡県発達障害者支援センター、静岡大</p>	<p>①会の名称：三重子どもの心ネットワーク会議</p> <p>②参加している関係機関：教育、司法、医療、保健、福祉の各機関</p> <p>③内容：ケース検討会、それぞれの取り組み紹介、問題提起</p>

		学教育学部など ③内容：シンポジウム、講演、研究報告、相談会など	
その3			①会の名称：三重不登校ネットワーク ②参加している関係機関：教育、医療、フリースクール ③内容：不登校の情報提供、講演会

E. 病院主催の事例検討会・研修会・講演会等の活動

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
	特になし	①会の名称：教師のための児童思春期精神保健講座 ②対象となる職種：学校関係者 ③頻度：年5回 ④内容：事例検討、ミニレクチャー、相談会など	①会の名称：みえ発達障害支援システムアドバイザー研修会 ②対象となる職種：保健師、保育士、教諭 ③頻度：年2回程度 ④内容：事例検討会、講演会

F. 地域の児童青年精神科医療ネットワークを充実するために、考えている活動や働き掛け

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
内容	児童精神科医療機関の少なさから対応ケースが集中しており、地域から受診が必要と紹介された児童の受診待機問題に対処していきたい。また、医療機関を中心とした地域連携ネットワークの設置と、要保護児童地域対策協議会との共存をどうしていくべきかも今後検討していきたい。	「子ども、成人の発達障害を診る一般精神科医療機関」、「発達障害を診る小児科医療機関」が少しでも増えるよう努力していきたい。関係機関における児童精神科医療へのニーズの把握に今後も務め、可能な範囲でアウトリーチ活動を行なっていきたい。被虐待児のケアシステム、発達障害児の療育システムの構築に寄与していきたい。	市町村の人材育成には力を入れたいと考えている。早期介入と早期対応を地域でできると専門機関としては連携がし易くなり、当事者のニーズにも応えることになる。

IV. 研究成果の刊行に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
齊藤万比古,		齊藤万比古, 生地新(総監訳)	児童青年精神医学大事典	西村書店	東京	2012	
齊藤万比古 (編著)		齊藤万比古 (編著)	ひきこもりに出会ったら— 心の医療と支援—	中外医学社	東京	2012	
齊藤万比古 (編著)		齊藤万比古, 金生由起子 (編)	子どもの強迫性障害 診断・治療ガイドライン	星和書店	東京	2012	
齊藤万比古	子どもの精神障害の原因	山崎晃資, 牛島定信, 栗田広, 青木省三 (編)	現代児童青年精神医学 改訂第2版	永井書店	大阪	2012	45-59
飯田順三	親への助言で心がけること	青木省三, 村上伸治 (編)	専門医から学ぶ児童・青年期患者の診方と対応	医学書院	東京	2012	212-217
飯田順三	(訳・監訳) : 第I部 幼児期から青年期における発達, 第V部 注意欠如多動性障害と破壊的行動障害, 第VI部 不安障害	JM. Wiener & MK. Dulcan (編), 齊藤万比古, 生地新 (総監訳)	児童青年精神医学大事典	西村書店	東京	2012	11-24, 363-446
飯田順三	解離性障害	山崎晃資, 牛島定信, 栗田広, 青木省三 (編)	現代児童青年精神医学 改訂第2版	永井書店	大阪	2012	370-376
岸本年史 飯田順三	精神の発達とライフサイクル	加藤進昌, 神庭重信, 笠井清登 (編)	TEXT精神医学 改訂4版	南山堂	東京	2012	63-74
太田豊作, 飯田順三	注意欠如・多動性障害	齊藤万比古, 金生由紀子 (編)	子どもの強迫性障害 診断・治療ガイドライン	星和書店	東京	2012	114-118
太田豊作, 飯田順三	診断面接の進め方	神尾陽子 (編)	成人期の自閉症スペクトラム診療実践マニュアル	医学書院	東京	2012	31-37
魚岡智美	急性ストレス障害 (ASD)	山崎晃資, 牛島定信, 栗田広, 青木省三 (編)	現代児童青年精神医学 (改訂第2版)	永井書店	東京	2012	339-344
渡部京太	乱暴な子どもをどう診るか	青木省三, 村上伸治 (編集)	専門医から学ぶ 児童・青年期患者の診方と対応 (精神科臨床エキスパート)	医学書院	東京	2012	139-150
青木桃子 渡部京太	子どものひきこもり (不登校) の精神医学的診断・評価	齊藤万比古 (編著)	ひきこもりに出会ったら— こころの医療と支援—	中外医学社	東京	2012	39-57
渡部京太	乳幼児における臨床的なアセスメント	ウィーナー・ダルカン 編著, 齊藤万比古, 生地新 総監訳	児童青年精神医学大事典	西村書店	東京	2012	71-83
渡部京太 森岡由紀子	集団療法	山崎晃資, 牛島定信, 栗田広, 青木省三 (編著)	現代児童青年精神医学 (改訂第2版)	永井書店	大阪	2012	597-602
岡田俊	薬物療法	山崎晃資, 牛島定信, 栗田広, 青木省三 (編著)	現代児童青年精神医学 (改訂第2版)	永井書店	大阪	2012	654-663
岡田俊	小児の精神障害	加藤進昌, 神庭重信, 笠井清登 (編)	TEXT精神医学 改訂4版	南山堂	東京	2012	320-344
岡田俊	小児精神医学の臨床—発達障害を中心に	村井俊哉, 野間俊一, 深尾憲二朗 (編)	精神医学へのいざない	先端医学社	東京	2012	13-42
岡田俊	パーソナリティ障害と広汎性発達障害	樋口輝彦, 市川宏伸, 神庭重信, 朝田高, 中込和幸 (編)	今日の精神疾患治療指針	医学書院	東京	2012	221-223
岡田俊	高機能広汎性発達障害・アスペルガー障害	大関武彦, 古川漸, 高田俊一郎, 水口雅 (総編集)	今日の小児治療指針第15版	医学書院	東京	2012	676-678

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Usami M, Oiji A, <u>Saito K</u> , Watanabe K, Iwadare Y, Kodaira M, and Kamei Y	Sleep problems among junior high school students with major depressive disorder	Kitazato Med Journal	42	91-97	2012
Ushijima H, Usami M, <u>Saito K</u> , Kodaira M, Ikeda M	Time course of the development of depressive mood and oppositional defiant behavior among boys with attention deficit hyperactivity disorder : Differences between subtypes.	Psychiatry and Clinical Neurosciences	66	285-291	2012
Kodaira M, Iwadare Y, Ushijima H, Oiji A, Kato M, Sigiyaama N, Sasayama D, Usami M, Watanabe K, and <u>Saito K</u>	Poor Performance on the Iowa gambling task in children with obsessive-compulsive disorder	Annals of General Psychiatry	2012	285-291	2012
齊藤万比古	特集「精神科医からみた子どもの精神疾患」不登校への対応	小児科	53(5)	589-595	2012
齊藤万比古, 飯島崇乃子	特集「クローズアップ発達障害」治療のアプローチ—流れと考え方	小児科内科	44(5)	735-738	2012
齊藤万比古	青年期におけるメンタルヘルスへの取り組み 第12回「青年期のメンタルヘルス」	保健の科学	54(7)	479-483	2012
齊藤万比古	第52回日本児童青年精神医学会教育講演 子どものパーソナリティ発達の障害	児童青年精神医学とその近接領域	53(4)	409-421	2012
齊藤万比古	子どもの心の臨床, 過去, 現在, そしてこれから	小児の精神と神経	52(4)	293-303	2012
齊藤万比古	子どもの精神療法におけるCBTの位置づけ	子どものこころと脳の発達	3(2)	96-102	2012
齊藤万比古	おとなのADHD臨床 I おとなのADHDの診断	精神科治療学	28(2)	139-145	2013
Ota T, <u>Iida I</u> , Sawada M, Suehiro Y, Kishimoto N, Tanaka S, Nagauchi K, Nakanishi Y, Yamamuro K, Negoro H, Iwasaka H, Sadamatsu M, Kishimoto T	Comparison of pervasive developmental disorder and schizophrenia by the Japanese version of the National Adult Reading Test	International Journal of Psychiatry in Clinical Practice			2012
太田豊作, 飯田順三	私の発達障害臨床における家族面接	精神科	21(3)	331-334	2012
太田豊作, 飯田順三	大人の発達障害 併存障害への対症療法、発達障害でない患者との相違点	治療	94(8)	1398-1402	2012
岸本直子, 根来秀樹, 澤田将幸, 紀本創兵, 太田豊作, 定松美幸, 飯田順三, 岸本年史	アスペルガー症候群の青年の自己意識—文章完成法を中心に—	青年心理学研究	24(1)	5-14	2012
金生由紀子	チック障害	小児科	53(5)	559-565	2012
金生由紀子	前編 未成年者における向精神薬の使用状況	心の健康ニュース	385	2-3	2012
金生由紀子	後編 大人が正しい知識を持つことの必要性	心の健康ニュース	386	2-3	2012
金生由紀子	トゥレット症候群に対する治療について	発達が気になる子の子育て支援情報誌	4	6-10	2012
金生由紀子	発達障害	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	84(12)	939-943	2012
松田なつみ, 金生由紀子	トゥレット症候群の支援と治療	最新精神医学			印刷中
亀岡智美	子どものトラウマ	日本保健医療行動科学会年報	27	85-89	2012
亀岡智美, 齋藤 梓, 野坂祐子, 岩切昌宏, 瀧野揚三, 田中 究, 元村直靖, 飛鳥井 望	トラウマ焦点化認知行動療法 (TF-CBT) ~わが国での実施可能性についての検討~	児童青年精神医学とその近接領域			印刷中
亀岡智美	子どものトラウマへの認知行動療法	こころの科学	165	85-89	2012
亀岡智美、	被災した子どもたちへのこころのケア~中長期的な視点から~	保育界	458	38-39	2012
亀岡智美	子どものトラウマとアセスメント	トラウマティック・ストレス	10(2)		印刷中
齊藤卓弥	気分障害に対する薬の知識	教育と医学	60(10)	78-885	2012
成重竜一郎, 川島義高, 齊藤卓弥, 大久保善朗	児童・青年期の自殺未遂者の原因・動機に関する検討	児童青年精神医学とその近接領域	53(1)	46-53	2012
成重竜一郎, 川島義高, 大高靖史, 齊藤卓弥, 大久保善朗	東日本大震災後における自殺未遂者の特徴	臨床精神医学	41(9)	1255-1261	2012

Kawashima Y, Ito T, Narishige R, Saito T, Okubo Y	The Characteristics of Serious Suicide Attempters in Japanese Adolescents - Comparison Study between Adolescents and Adults-	BMC Psychiatry	12: 191	doi:10.1186/1471-244X-12-191	2012
齊藤卓弥	米国多発テロ事件に外傷後ストレス障害を発症した児童症例	児童青年精神医学とその近接領域	53(2)	118-127	2012
藤田純一、新井卓、高橋雄一、河野美帆、黒江美穂子、豊原公司、庄紀子、南達哉、齊藤万比古	児童青年精神科領域の精神病性障害に対する診断・支援に関する意識調査 ～児童青年期の統合失調症を中心とする精神病性障害の診断・治療の標準化にむけて～	児童青年精神医学とその近接領域			印刷中
新井 卓、藤田純一	現在の児童精神科臨床における標準的診療指針を目標として ～子どもの統合失調症を中心とする精神病性障害～	児童青年精神医学とその近接領域			印刷中
渡部京太	不登校にみる最近の子どもたち	精神療法	38(2)	172-178	2012
榎屋二郎	最近の反社会的な青少年たち	精神療法	38(2)	187-194	2012
岡田俊	児童・思春期のうつ病と行動上の問題	分子精神医学	12(3)	233-235	2012
岡田俊	ADHDの神経心理学とテララーメイド治療	臨床精神医学	15(6)	911-915	2012
岡田俊	発達障害に対する薬物療法の意義と留意点	PharmaMedica	30(4)	41-43	2012

V. 研究成果の別刷

精神療法

第38巻 第2号 別刷
2012年4月 通巻第189号

不登校にみる最近の子どもたち

渡 部 京 太

Ψ 金剛出版
TOKYO

不登校にみる最近の子どもたち

渡部 京太*

はじめに

2011年3月11日に東北地方を中心に大きな地震と津波が襲った。この地震と津波は、なんとなく大丈夫かなと思いつつ見ることや考えることを避けていて、安全と思いつつもしていたことが実は全然安全ではなかったことを私たちに強烈に感じさせたのではないかと思う。

安全感が破壊された衝撃、見ることや考えることを避けてきたり、議論することを先延ばしにしてきた罪悪感はいかばかりのものであろうか？ 筆者は東日本大震災の支援活動に参加した。その活動を集団精神療法のスーパーバイザーに報告したところ、「津波の被害の跡は、終戦の頃の日本のようだね。あの頃は、知り合いが顔をあわせると、『〇さんは生きていた』『□さんは亡くなった』という話しをしていた。被災地では、そういう会話が5年、いやもっと長く続くのかもしれない」という話しをされた。大東亜戦争が終戦した時には、まだ「国破れて山河あり」と言えたかもしれない。今回の震災は、地震や津波による被害だけではなく、放射能によって山や水を穢したという意味で未曾有といえるのだろう。もはや自然にも頼ることができない状況といえるのかもしれない。このような絶望感にとらわれてしまい思考停止になってしまわずに、なんとか知恵をしぼって状況を打開していくタフさが必要なのだろうと思う。

School Refusal as a Contemporary Issue of Mental Health in Japanese Children and Adolescents

* 国立国際医療研究センター 国府台病院 児童精神科, Kyoto Watanabe : Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine

しかし東日本大震災だけではなく、経済状況の悪化、就職難などこれからの社会を担う子どもには将来への希望や展望を持ちにくくなってきているといえるだろう。そしてこのような状況は、子どもにひきこもりへの親和性を高めていくのかもしれない。

本稿では、統計が示す不登校・ひきこもりについてふれ、児童精神科病棟のコミュニティ・ミーティングを通して入院治療を受けている不登校の子どもの変化をみてみたいと思う。

I 統計が示す不登校・ひきこもり

1. 文部科学省による不登校発生率の年次経過

図1は、不登校発生率の年次経過についての文部科学省による公表統計を示したものである。1991年以来一貫して中学生が小学生の約10倍多い発生率を示しており、最近では中学生の3%弱、小学生0.3%強という水準で推移している。1991年以来増え続けた不登校が2001年頃からひとまず右肩上がりの増加を止め、平坦な平衡状態を続けていることがグラフから見てとれる。

一方、20歳代以降の現象と思われていたひきこもりについては、わが国でも取り組んだ国際精神保健調査(WMH-J)の結果として、ひきこもりの瞬間有病率が全世界の0.5%であることが報告された(Koyama et al, 2010)。不登校とひきこもりを同一の現象の年代による呼称の相違にとらえ、それぞれの発生率を並べて比較すると、小学生(児童期)では0.3%強、中学生を中心とする前思春期では3%弱、そして思春期後期から成人期にかけてでは0.5%と

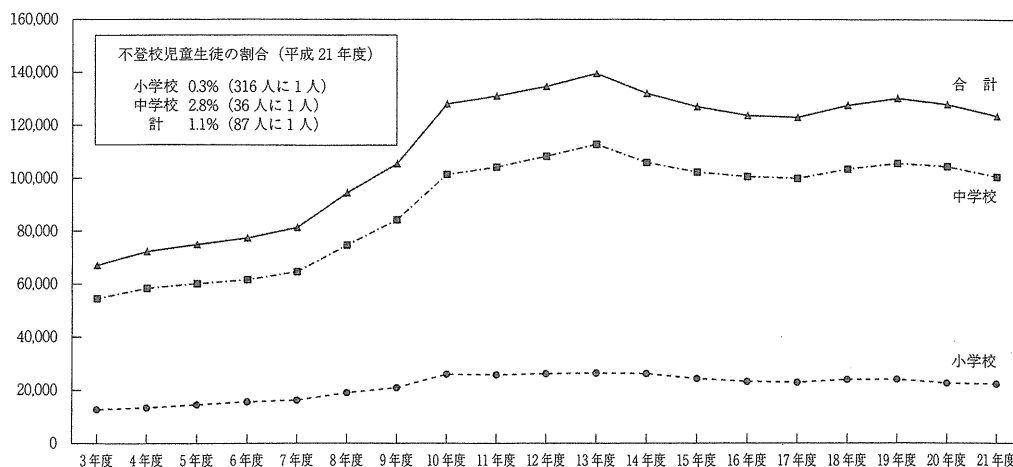


図1 不登校児童生徒数の推移 (文部科学省の公表統計)

なった。この結果から、不登校・ひきこもりの年齢による発生率の変化は思春期の前半期を頂点とする単峰性の曲線であることが推測できる。これらのことから、齊藤(2011)は前思春期の発達課題をめぐる葛藤が不登校の子どもにとって中心的で優勢な心性と考えられるとしている。

2010年に発表された『ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン』では、不登校・ひきこもりの治療・支援の本質はひきこもり状態と社会生活との橋渡し機能の提供であることが基本姿勢となっている。不登校の支援は、不登校の背景にある精神障害の特異的治療とは別に、第二の個体化の挫折そのものへの支援を必要としている(齊藤, 2010)。それは、同年代の仲間集団のなかでもまれるような体験を持てるかということにかかっているかもしれない。

近頃不登校の子どもの診療にあたっていて感じることは、学校に行かなければならないという切迫感や葛藤を強く訴える子どもが少なくなっているような印象——もちろん、不登校の子どものこころの奥底には学校に行かなくてはいけないという切迫感や葛藤はあるのだと思うのだが——がある。また、生地(1996)は「子どもの甘えたい気持ちやすねた気持ちへの感受性がない、あるいは兄弟葛藤について姑や自分の母親から学ぶ機会がない母親が増えてきているのではないかと指摘したが、現在でもこのふ

たつの事態はどんどんと深刻化していると思われる。また、近年では児童青年精神医学の領域では広汎性発達障害(PDD)や注意欠如・多動性障害(ADHD)といった“発達障害”が注目され、そしてしばらくは“トラウマ”が席卷するかもしれない。「空気が読めない」「場面を読めない」という行動、すなわち非言語的なコミュニケーションを用いることが困難なこと、字義通りに他者の言葉を理解してしまうことのために集団のなかで不適応となったことでPDDの診断を考慮するというには慎重でなければならぬだろう。「空気が読めない」ということは大人であっても感情のすりあわせがうまくできなくなってきていることと関係しているのかもしれないし、ましてや「空気が読みにくくなっている」大人に養育された子どもであれば「空気が読めない」というようになることは当然のことといえるかもしれない。また、「空気が読めない」という背景には、見ることや考えることを避けて、深く考えないという心性とも関係があるのかもしれない。このように考えると、「空気が読めない」ということは一種の現代の文明病といえるのかもしれない。

2. 国府台病院児童精神科病棟における不登校に関する統計

まず国府台病院児童精神科の治療構造についてふれるが、①小中学生を対象とした45床の

表1 国府台病院児童精神科病棟の入院統計

	PDD	ADHD	1年間の入院者数	不登校	虐待が関与
2002年	9 (6, 3)	2 (2, 0)	65 (23, 42)	55 (18, 37)	10
2003年	9 (8, 1)	7 (4, 3)	61 (23, 38)	51 (18, 33)	16
2004年	8 (6, 2)	5 (5, 0)	48 (23, 25)	32 (14, 18)	15
2005年	10 (7, 3)	7 (3, 4)	76 (28, 48)	56 (24, 32)	12
2006年	16 (10, 6)	8 (8, 0)	66 (38, 28)	53 (32, 21)	15
2007年	19 (14, 5)	7 (6, 1)	66 (37, 29)	43 (14, 29)	11
2008年	24 (18, 6)	5 (4, 1)	85 (41, 44)	63 (33, 30)	12
2009年	28 (22, 6)	8 (7, 1)	117 (66, 51)	96 (57, 39)	20
2010年	24 (18, 6)	10 (9, 1)	116 (59, 57)	90 (51, 39)	21

かっこ内の数値は（男児数，女児数）を示している。

児童精神科病棟（開放病棟）がある，②13室の個室（保護室ではない）で隔離，身体拘束といった行動制限を行うことがある，③病院内小・中学校が併設されており，病院内学級と連携して年単位の長期の入院を行うこともある，④同世代の仲間集団に参加を目的として集団精神療法的アプローチが活発に行われているといった特徴があげられる。

当科で入院治療を行った子どもの動向をみてみたいと思う（表1）。この3年間の傾向として，1年間の入院者数は増加し100名を超えるようになったこと，PDDやADHDといった高機能発達障害の子どもが1年間の入院患者の約30%を占めるようになってきたこと，不登校を主訴とした子どもは約75%，不適切な養育や虐待が関与していた子どもは15～20%であったことがみえてくる。家庭の養育機能が低かったり，前思春期に発症し不登校が数年に及んでいる子どもが病棟の大多数といえるだろう。当科では神経症圏内の不登校児を対象に比較的長期の入院治療を行うことが可能だった。ところが新規外来患者の受診は増え続け，入院治療が必要な子ども増え続けており，病床の回転を早くする必要がでてきているため，入院期間が短縮化し，仲間集団が成熟しにくくなっていることにつながっていると思われる。加えて，軽度発達障害の子どもの入院が増えてくると，彼らの衝動性やコミュニケーションの問題のために仲間集団からはじき出され孤立していくこと

も多く，このことも仲間集団の形成が進まないことに関わっているだろう。児童精神科病棟では，週1回のコミュニティ・ミーティング（病棟ミーティングと称している）を行っているが，このミーティングを通して病棟に入院している子どもの変化を述べてみたい。

II 入院治療を受けている子どもの変化 ——病棟ミーティングを通して

病棟ミーティングは週1度，1回45分で病棟のダイホールで行っており，45分のうち40分はテーマを特に定めず自由連想的な方式で進め，残り5分は病棟からの連絡事項を伝えるという構造である。入院している参加可能な患者（基本的に自由参加），治療スタッフとしてコンダクターは筆者，心理士2名，児童精神科医師2～3名，当日出勤している看護スタッフ1～2名である。病棟ミーティング終了後に，参加スタッフで15分のレビューを行っている。レビューの時には，その日のミーティングの雰囲気や短い言葉でまとめ，タイトルをつけるようにしている。表2はレビューで話し合ったミーティングの雰囲気や話題にあがったことをまとめたものであるが，これに沿ってミーティングの1年間をふりかえてみる。

春から夏にかけての「ざわざわ」した雰囲気は，新たに4月から入院してきた（新入院組）が病棟に参入することによって生じる緊張感（「継続入院組」vs「新入院組」）と新入院組に

表2 病棟ミーティングの1年間の経過

	ミーティングの雰囲気と話題にあがったこと
4月	「ざわざわ」
5月	「ざわざわ」「盗み」「いじめ/グループ間抗争」
6月	「ざわざわ」「盗み」「いじめ/グループ間抗争」
7月	「男子はグラウンドでスポーツ」→問題があると参加。
8月	「夏休み後半はシーンとした雰囲気」
9月	「ざわざわ」
10月	バレーボール大会、サッカー大会の話。中学3年生がリーダーシップを発揮するようになる。
11月	「コンダクターの白髪抜き」が始まる。
12月	「受験」vs「受験にのりきれないグループ」
1月	「ざわざわ」「緊張感」
2月	「緊張感」
3月	「せわしなく」卒業式を迎える。少し「しんみり」

とっては仲間集団における葛藤と再び向きあうことによって高まる緊張感から生じてくるものと考えられる。不登校の子どもにとって同性仲間集団との再会は、男子はギャングへの退行を、女子には「二人組」への執着を生じさせ、かつての葛藤と直面させることになる。このギャングの集団性を通じた不安の軽減と迫力の獲得を経て、チャム的な親友の獲得、ピア的な議論の喜びへと続く仲間集団の質的成長に助けられて子どもの自我は成長していく。しかし、自然発生的な仲間集団はいじめを発生させたり、過剰な大人への反抗、容認しがたい行動化を刺激するという側面をかならず持っている。入院治療における仲間集団は、学校に比べ相対的に多数存在する大人（治療スタッフ）による介入が必要な局面を通過して、互いの成長を支えあえるような機能を持った集団へと成熟していくことで、そのプロセスが治療的なものとなると考え、病棟運営にあたっている。この時期の病棟ミーティングでのコンダクターを含むスタッフの対応は、病棟のルールを確認すること、子どもの間での「病棟で〇〇する行動はいいけど、□□する行動はまずい」というやりとりを明確化していくことといった病棟生活でのさまざまな制限をめぐるやりとりを広げていく。

夏休み後半の「シーンとした」雰囲気や「ざわざわ」した雰囲気は、夏休み終了後に入院してくる新入院組が参入することによって生じる緊張感に加えて、二学期が始まること、卒業が近づいてくることによって高まっていく緊張感と考えられる。この時期のスタッフの対応は、上級生（主に中学3年）の活動性を見守り、大人への挑戦や反抗を受けとめ必要に応じて押し戻すこと、ミーティングの雰囲気と病棟で起きていることを結びつけるような介入を行う。秋になると、地域のバレーボール大会に参加するためのチームを構成する話で中学3年がリーダーシップを発揮するようになる。この時期には子ども対大人のサッカー大会が企画され、子どものもりあがり最高潮に達する。サッカー大会が終わった頃のミーティングでは、中学3年がコンダクターの周囲に集まり、「大人は苦勞しているんだな」と話しながら“コンダクターの白髪抜き”をするようになり、大人との距離が近づいてくる。

冬の「ざわざわ」した雰囲気や「緊張感」は進路を決定する時期になったこと、卒業、そして病棟を退院し家庭や新しい環境の中での生活を始めることが近づいてくる緊張感によって生じてくるものと考えられる。この時期のスタッフの対応は、中学3年には1年間病棟生活をふり返ってもらったり、子ども同士や子どもとスタッフの関係をふり返ってもらうような話題をとりあげていくこと、さらに次年度を引き継いでいく下級生の活動性を中学3年とともに見守るということである。また、この時期は中学3年の大人に関する発言が増えるが、「俺の主治医はわかっていない」など、どことなく大人に“甘える”ような態度がみられるようになる。受験、発表、そして「せわしなく」卒業式を迎え、ミーティングでは少し「しんみり」した雰囲気が漂う。

病棟ミーティングを行ってき感じる子どもの変化のひとつは、リーダーシップを発揮し大人（治療スタッフ）に対決を挑むような迫力を持った子どもが減ってきていること、言いかえると素直、従順に見える子どもが増えたと言え

るかもしれない。また、子どもは大人との交渉のやり方をほとんど知らず、大人から何か言われると「どうせ自分のことをわかってくれない」とすねたりしないで、むしろ「何を言っても無駄」と初めから期待はしないというように大人に頼ってこなくなってきたと感じるのである。Bradley (1998) は、思春期の子どもとの治療で生じてくる混乱の多くは、誰が権威者であるのか、ということに関する再交渉にかかわることと述べている。そして治療に関わる大人は自分達が権威者に見られることを望んではいけないけれども、その影響力、存在ゆえに威嚇する存在とみなされ、そのような不平等な関係の中ではコミュニケーションは困難となる。大人がルールを課せば抑圧的だと感じられてしまうし、ルールを課さなければ子どもには気にかかけられていないと感じられてしまう、という立場に置かれ、境界を設け続けながらも、その境界について評価を下すことを許容するような対話を維持することの重要性が指摘されている。最近では、子どもとこのようなやりとりができなくなってきたのは、さみしい気持ちになる。

最近の病棟の様子についてふれる。病棟の消灯は21時であるが、大人は入院している子どもが迷惑をかけなければ、21時以降もホールで話しをすることを認めていた。X年の夏に、上級生が下級生をいじめたり、消灯後もホールで大騒ぎし大人が注意しても改善が認められないため、消灯時間を21時とした。子どもは反発することもなかったし、これまでにはあった大人と消灯時間をめぐって交渉をすることもなかった。ミーティングで消灯時間の問題を取りあげても、中学3年は大人との交渉を始めなかった。筆者は、これまであった「児童精神科病棟の文化」が継続されていかなのではないかと、いう危機感を感じた。長期に入院していた下級生は、リーダーシップを発揮しない中学3年男児をあきれて、中学3年を軽んじる態度が目立つようになった。中学3年男児はあまりに自分達のリーダーシップのなさに危機感を感じたのか、X年冬から週に1回中学3年が自主的に集

まってミーティングを始めた。そのミーティングで中学3年がどのように病棟をまとめていくのかという方針を決めたようだった。そして下級生を交えて中学生ミーティングが行われたが、そこでは「どうして下級生は中学3年を尊敬しないのか？」と下級生を責めることに終始した。止むを得ず、次のミーティングには大人も参加することになった。大人の力も借りながら、ミーティングでは、病棟のルールを守った上で、消灯時間延長を交渉していこうということが話し合われ、中学3年の卒業が間近に迫った3月に「消灯時間延長のお願い」を病棟師長に提出した。ところが、東日本大震災が起これ、「消灯時間延長のお願い」はあっけなく流されてしまったのである。中学生ミーティングの中心メンバーでもあり、さんざんルール違反をして謹慎外泊の常連だったA君（気分変調症、ネグレクト、不登校）は、退院後順調に高校に通学していた。X+1年12月の2学期最後の面接で、「病棟にいる後輩達がどう過ごしているかわからないけど、ひとつ心残りなのは病棟の消灯時間を延長できなかったことかな。後輩達が消灯時間の延長を言い出したら、かなえてあげてほしいな」としみじみ語った。

同時期の病棟ミーティングでは、B君を中心に次のようなやりとりがあった。

B君：「冬休みは関西へ行くけど、おみやげは何がいい？」

コンダクター：「関西へ行って芸人になるの？」

B君：「違うよ。家族がみんな関西に集まるから」

コンダクター：「正月の帰省だね」

B君：「俺はここで生まれて、ここで育ったんだけどね」

コンダクター：「ほんとにここで生まれたの？」

B君：「母さん、父さん、姉さんは関西で生まれて、その後ここに来て俺が生まれた。俺の場合はここで生まれて、ここで育った」

B君は、ADHD、反抗挑戦性障害、うつ状態のために入院治療を開始して3年近くがたっていた。母親はB君をかわいがっていたが、姉

が中学受験をめざすようになってからは姉に入れこむようになり、B君は母親に反抗するようになり、母親は激しくB君を叱責するようになった。B君は姉に当たり散らし、母親はB君を叱責するという悪循環が繰り返された。その母親が悪性腫瘍のために衰弱して亡くなり、B君は抑うつ的になり、姉への暴力、不登校、「死にたい」と言い大量服薬といった自暴自棄の行動を繰り返し入院になったのだった。B君は冬休みの過ごし方を語り始めたのであるが、ミーティングでは話題にあがることが少ない親、特に母親について、B君にとっては葛藤の中心である母親のことをあっさりと話したのは驚きだった。B君が「ここで生まれた」と発言したが、参加しているメンバーは特にB君の発言に違和感はなく、おそらくB君がこの病棟で成長したことを認めているのだろうと思った。A君、B君ともに不適切な養育が関与している状態といえるだろう。

A君やB君が病棟で育て直されたというと簡単であるが、入院してきた子どもに治療チームが心がけていることは、①持続的な外傷体験によって形成された病的で自己破壊的なパーソナリティ部分から成長しようとし生きていこうとするパーソナリティ部分を守り育てること、すなわち安心できる暖かみのある環境を提供し、子どもの中にすでにある健康な部分ややさしい部分を育てること、②一貫性のある大人が持続的に関わり、養育の不十分さのために学習していないこと、たとえば家族、社会、生き物、世界についての現実的な知識の獲得を援助すること。③子どもの心の動きを無意識も含めてある程度理解できる精神科医が構造化された精神療法を提供したり、必要な限界設定や薬物療法を行うこと。そして精神療法では、自己破壊的なパーソナリティ部分の存在を明らかにし、そのパーソナリティ部分に屈することなく、成長し生き続けることを願っている子どもの健康的なパーソナリティ部分に語りかけること、ということである(生地・他、1997)。

筆者はA君、B君の発言を聞いて、確かに入院生活を通して成長したと感じた。そしてもう

一度病棟の子ども、いや子どもの集団が持っている力を信じてみようと思い、スタッフと話し合い、X+2年1月から23時まで消灯時間を延長することにした。ミーティングで消灯時間の延長を伝え、「厳しい大人、大目みてくれる大人、いろいろいるからうまくやりなさい」と付け加えた。中学3年の男児達は「21時消灯を守るためにしっかりやろう」と下級生に伝え、ルール違反は起こっていないようである。

Ⅲ おわりに

義務教育機関に生じた不登校は、学校、教育相談機関といった相談窓口も多いが、義務教育終了とともに相談窓口が多くなり、一旦は進学先を決めたとしても行き場を失った子どもを多く生み出すかもしれない。10歳代のもっとも変化しやすい時代を社会的な支援を知らずに絶望して過ごさせること、すなわち不登校の問題解決を先延ばしにすることは子どものこころの健康に大きな影響を与えることになるだろう。東日本大震災の後、人と人との“絆”が見直されて、社会全体が次の世代をはぐくむことが少しずつではあるが見直されてきている気がする。子どもを支援する時には、『幼児期には基本的な生活技能、対人的なコミュニケーションや遊びの能力を身につけ、学童期は社会で生きるために必要な最低限の知識や技術を身につけ、青年期は養育する大人や教師から徐々に離れて自分独自の対人関係を広げ、社会の中で自分の役割の方向を見いだし、ともに生きていく異性のパートナーとの出会いを求める時期である』という常識的な発達論に準拠して考えていくと、子どもにどのような支援を提供すればよいかというヒントを与えてくれると思う。子どもの要求をすべて受け入れれば解決するものでもなく、必要なものを提供することがなによりも重要となる。子どもの問題の背後にある甘えたい気持ちやすねる気持ちを理解する感受性を高め、それぞれの子どもの感じ方や考え方のプロセスを丁寧に聞いて理解し、子どもと向き合っていくことが大切なのではないかと思う(渡部、2011)。

文 献

- Bradley J (鈴木龍監訳, 李振雨・田中理香訳)
(1998) 対決, 懐柔, それともコミュニケーション?
思春期を生きぬく—思春期危機の臨床実践,
pp.70-84. 岩崎学術出版社.
- Koyama A, Miyake Y & Kawakami N et al (2010)
Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and
demographic correlates of "Hikikomori" in a
community population in Japan. *Psychiatry res*
176; 69-74.
- 生地新 (1996) 解題 2—自己批判能力の向上のための
コメント集. (齊藤万比古・生地新責任編集)
不登校と適応障害. 岩崎学術出版社.
- 生地新・森岡由起子・灘岡壽英 (1997) 子どもの
神経症の診断と治療計画について—力動精神医
学の立場から. 児童青年精神医学と近接領域
38; 128-135.
- 齊藤万比古 (研究代表者) (2010) 厚生労働科学研究
費補助金こころの健康科学研究事業「思春期
のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握
と精神医学的治療・援助システムの構築に関する
研究」平成 19-21 年度総合研究報告書 (http://www.ncgmkohnodai.go.jp/pdf/jidouseishin/22ncgm_hikikomori.pdf)
- 齊藤万比古 (2011) 不登校・ひきこもりから見る
現代のアドレッセンス. *精神科治療学* 26(6);
727-733.
- 渡部京太 (2011) 思春期に事例化することの多い
病態とその治療. *こころの臨床 a・la・carte* 30
(2); 249-254.

■お知らせ

第 20 回日本精神科救急学会学術総会 開催のお知らせ

テーマ：精神科救急と社会に生きる

大会長：岸本年史 (奈良県立医科大学精神医学講座)

会 期：2012 年 10 月 27 日 (土)・28 日 (日)

会 場：奈良県新公会堂

〒 630-8212 奈良県奈良市春日野町 101 / TEL : 0742-27-2630

プログラム (予定)：大会長講演, 理事長講演, 教育研修コース, シンポジウム, 急性期入院治療研究部会,
一般演題, ランチョンセミナー, 市民公開講座

大会事務委員：橋本和典 (奈良県立医科大学精神医学講座) / 小坂 淳 (堺市こころの健康センター)

[演題募集要項]

演題募集期間：2012 年 4 月 2 日 (月) ~ 5 月 31 日 (木)

登録方法：第 20 回日本精神科救急学会学術総会ホームページ (<http://www.c-linkage.co.jp/jaep2012/>)
よりご応募ください。

詳細は大会ホームページをご覧ください。

発表方法：口演

多数の皆様のご参加をお待ち申し上げます。

[問合せ先]

運営事務局：株式会社コンベンションリンケージ内

〒 604-8162 京都府京都市中京区烏丸通六角下ル七観音町 634

TEL : 075-231-6357 / FAX : 075-231-6354

Email : jaep2012@c-linkage.co.jp

HP : <http://www.c-linkage.co.jp/jaep2012/>

トゥレット症候群の支援と治療

松田なつみ, 金生由紀子

トゥレット症候群の支援と治療

松田なつみ^{1,3)}, 金生由紀子^{2,4)}

Key words

tourette syndrome, tic, management, treatment, semi-voluntary

はじめに

トゥレット症候群 (Tourette Syndrome: 以下 TS) とは、1つ以上の音声チックと多彩な運動チックが1年以上続く、児童期発症の慢性チック障害であり、その有病率は人口の0.4-0.6%であり、決して稀ではない¹⁾。症状の重症度には幅があるものの、TSにおけるチックが生活の質に影響する場合があることが指摘されているため²⁾、援助が必要である。本編では対応の前提となるTSの性質及びTSの生物学的な理解について説明した後、全体的な治療の枠組み、チックの総合的な評価、代表的な治療法である薬物療法、行動療法について解説し、最後に深部脳刺激について紹介する。

1. 治療及び対応の前提となる トゥレット症候群の性質

チックの症状は多様であり、同じトゥレット症候群という診断でも症状が比較的重症な場合から軽症な場合まで様々である。チックは運動チックと音声チックに分けられ、それぞれが素早い典型的な単純チック (まばたき・咳払い等)

と、ややゆっくりで目的があるように見える複雑性チック (顔しかめ, 何かを叩く・単語や句の繰り返し等) に分けられる³⁾。

TSの典型的な経過では、まばたきや鼻をピクピク動かすといった単純運動チックが4-6歳で発症する。1,2年後に音声チックが発症し、年齢が上がると共に複雑なチックが増え、10-12歳でチックが最も重症な時を迎える。成人すると3分の1以上でチックが消失し、半数弱が軽度のチックとなる¹⁾。このように長期的には症状は漸減していくが、チック症状には短期的・中期的な波があり、数週間から数ヶ月の期間で症状が悪化したり、症状が出る身体部位や症状のパターン、複雑さが変化したりするという、中期的な症状の波がある⁴⁾。さらに、このような中・長期的な変動の他、1日の中でもチック症状が変動することは多く、ストレスや不安、苛立ちのような心理的な状態や、他者の存在やチックに関する会話等の環境要因によってチックが悪化するという性質を持つ⁵⁾。

TSには、注意欠如/多動性障害 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ADHD) や強迫性障害などの併発症を伴うことが多く、60-70%のTSがADHDを併発し、50%が強迫症状を有するという知見もある⁶⁾。TSを有する子どもの

MATSUDA Naomi, KANO Yukiko: Treatment and support for Tourette Syndrome

1) 東京大学大学院教育学研究科 臨床心理学コース 〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1

2) 東京大学医学部附属病院 こころの発達診療部 3) 日本学術振興会

4) 東京大学大学院医学系研究科 こころの発達医学分野