

Ⅱ-ⅴ) 治療介入技法

9) 入院治療

治療技法の要約

入院治療は、精神症状や問題行動が深刻化して危機介入が必要な症例や、家族と分離した治療が必要な症例が主な対象となる技法である。

外来治療が「限られた時間の中で」、「非日常的な診察室という場で」、「単独の治療者として（あるいは少人数のスタッフが）」治療をおこなう構造であるのに対し、入院治療は「24時間」、「病棟や教育施設という日常生活の場を提供して」、「様々な職種のスタッフがチームとして」、治療をおこなう構造である。

外来では、子どもが入院治療に対して抱く、自責感・絶望感・罪悪感・見捨てられ感・入院への不安などの様々な感情を汲みながら、子どもの中に入院に対する肯定的な感情が少しでも育つように努める。医療保護入院など子どもにとって不本意な入院になる場合には「これはあなたのための入院」であり、「罰のための入院」や「親を守るための入院」ではないことをしっかりと伝えていく。保護者に対しては、不本意な入院をさせることで生じる子どもの感情を一緒に背負っていく覚悟を共有していくよう支持していく。

導入期では、子どもが入院生活に適應できるための支援と、子どもの症状や行動特性、対人関係の特徴、家族の課題などをチームで協力して再評価し、治療の目標や起こりうる問題について共有することである。

作業期では、個人精神療法、薬物療法、集団療法などの構造化された治療により、それぞれの子どもの症状の改善や課題の克服、心理的成長を促していく。また、子ども同士の交流や集団への参加を促進したり、対立やいじめなど子ども間で起こる様々な出来事に対しては治療的・成長促進的な介入をしていく。さらに、家族の課題を親面接や合同面接で治療的に取り扱い、家族会なども組み合わせながら保護者の支持機能の回復を促していく。

終結期ではそれぞれの子どもの症状の改善の状態や、対処能力及び対人関係能力の向上、家族関係の改善、家族の支持機能の向上など、様々な側面から評価をおこない、子どもや家族と退院に向けた準備を開始する。子どもや保護者と、入院に至った課題について振り返ったり、現在の状態について一緒に評価したり、退院後の生活のイメージを話し合っていく。また、退院後の学校生活について原籍校の教師と密接に連携していくことになる。なお、中3の3月まで入院を継続する場合には、「進路選択」も重要な作業となる。さらに、子ども本人は退院できる状態まで改善したが、当面は保護者の養育機能が著しく低下した状態が続くことが予測され、自宅には「帰せない」と判断した場合には、児童相談所と密接に連携し、児童養護施設などへの入所も検討することになる。

一般精神科・身体診療科を問わず、臨床研修の第一歩は、入院患者の担当医となって上

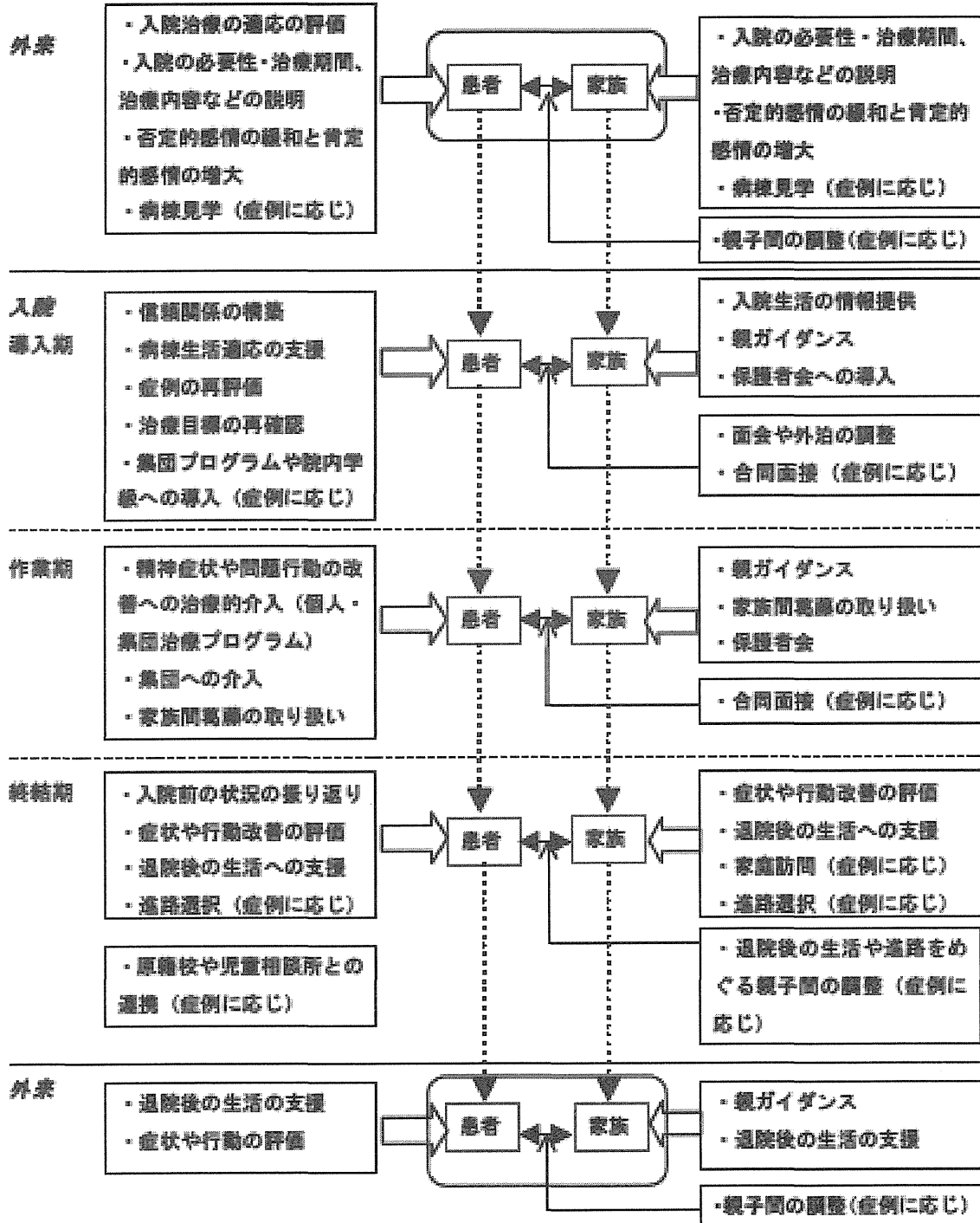
級医の指導を受けながら診断や治療について学ぶのが常識である。児童精神科領域では、専門に入院治療をおこなえる医療機関が極めて少ないことから、入院治療の研修の機会がなかなか得られないのが現状であるが、児童精神科医を志す臨床医には必須の治療技法である。

治療介入技法理解へのチェックリスト

- 入院治療に関する精神保健福祉法に習熟している
- 入院治療の適応を理解し、外来で適切に導入できる
- 各疾患や状態像ごとの基本的な治療戦略についての知識がある
- 症例に応じた入院治療の目標や治療プログラムを適切に設定できる
- 各時期（導入期、作業期、終結期）の経過やスタッフの役割について理解している
- 入院治療における個人精神療法や問題行動に対する限界設定の方法を理解している
- 集団療法の意義や技法を理解している
- 行動制限の技法とその治療的意義を理解している
- 面会や外泊など、家族との交流を治療的に設定できる
- 家族支援（親ガイダンス、保護者会の運営など）の技法を理解している
- 集団力動を理解し、適切に介入できる
- 病棟運営やチーム医療のマネジメントの方法についての知識がある
- 教育（院内学級および原籍校）と適切に連携できる
- 虐待など、症例によって児童相談所と適切に連携できる
- 退院に向けた環境調整を適切におこなえる

治療技法のための自由ノート

入院治療の経過と治療的介入



・入院治療の主な治療プログラム

1. 個人療法（主治医による個人精神療法、遊戯療法を含む心理療法、認知行動療法、個別の精神科作業療法など）
2. 集団療法（集団精神療法、集団による精神科作業療法、ソーシャル・スキル・トレーニング、入院児童とスタッフによるミーティングなど）
3. 身体的治療（薬物療法、経鼻栄養など）
4. 家族支援（主治医による親ガイダンス、看護師による面談、精神保健福祉士による相談、家族療法、病棟家族会など）
5. 教育（院内学級等への登校、原籍校への試験登校など）
6. 社会体験（学校と合同でおこなう野外活動、修学旅行など）

・スキルアップのために必要なこと

1. 担当していない入院患者の精神病理や行動特性、家族の状況、治療方針などを、診療録やカンファレンスなどで学ぶ。その上で以下のような機会を利用して多くの入院患者と接し、介入の技法を学ぶ。
 - 1) 自由時間にデイルームなどで交流する
 - 2) 集団療法など構造化された集団プログラムに積極的に参加する
2. カンファレンスなどで担当患者の見立てや治療的介入などについて学ぶ。担当外の症例についても学ぶ。
3. 個人スーパーバイズを受け、精神病理、治療技法、治療者自身の特性などについて理解を深める。
4. 上級医師や同僚と気軽にケースについて話し合える場を作る。

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：入院治療に関する精神保健福祉法に関する知識を身につけている。入院治療の適応や治療経過、治療技法についての知識を身につけている。担当していない入院患者の精神病理や行動特性、家族の状況、治療方針などを、診療録やカンファレンスなどで学び、症例の見立てや各疾患の治療的介入方法についての知識を身につけている。また、集団療法など構造化された集団プログラムに参加したり、自由時間にデイルームで交流するなどして、子どもとほぼ適切に交流できる。指導医とともに症例を例受け持つ。見立てや治療計画、チーム医療のマネジメント、学校や児童相談所の連携などは、随時指導医と相談する必要がある。指導医も患者を診察する必要がある。また、症例によっては親面接を指導医が担当する必要がある。

研修中級（研修 proper）：指導医とともに主治医を数例～10例程度経験している。入院治療の適応を適切に判断でき、導入期、作業期、終結期の治療目標をほぼ適切に立てることができる。指導医が患者との面接する必要性はほとんどなくなっている。但し、治療の重要な局面では指導医が面接を行う必要がある。親面接や家族合同面接は指導医と相談しながら行い、指導医も直接参加しなければならないこともある。チーム医療のマネジメント、学校や児童相談所の連携などは、指導医と相談しながら行う必要がある。直面化や限界設定の治療的意義、行動制限の技法とその治療的意義を理解している。主治医以外の患者や集団に対する治療的介入の知識を身につけている。家族会の意義や運営方法についての知識を身につけている。

研修上級（研修 master）：統合失調症、気分障害、強迫性障害、摂食障害、自傷や他害などの二次障害を伴う発達障害など、児童精神科の入院治療の代表的疾患の主治医を経験している。見立てや治療、親ガイダンスについて、カンファレンスや個人スーパーバイズにより間接的な指導は必要とするが、指導医を設定しなくても主治医の役割は果たせる。また、主治医を経験していない疾患についても、大まかな治療戦略をイメージできる。直面化のタイミングや行動制限の必要性の判断をほぼ適切にできる。主治医以外の患者や集団に対しても、ある程度治療的介入ができる。家族会においては、主治医でない家族へのコメントや運営はまだ十分にはできないが、主治医の保護者であればほぼ適切にコメントできる。看護スタッフや精神保健福祉士、心理士など、チーム医療のマネジメントもほぼ適切に行え、学校や児童相談所の連携もほぼ適切に行える。

参考文献・推薦図書

- 1) 若林慎一郎、山崎晃資（編）：児童精神科臨床3 [入院治療1]。星和書店，1982
- 2) 藤原豪、小倉清（編）：児童精神科臨床4 [入院治療2]。星和書店，1982
- 3) 齊藤万比古：登校拒否の入院治療。精神科治療学6：1141-1148，1991
- 4) 成田善弘（編）：青年期患者の入院治療，金剛出版，1991
- 5) 齊藤万比古：児童精神科における入院治療。児童青年精神医学とその近接領域，46(3)；231-240，2005
- 6) 山崎透：児童精神科の入院治療～抱えること、育てること，金剛出版，2010

Ⅱ-ⅴ) 治療介入技法

10) 発達障害への療育

治療技法の要約

「療育」とは、ドイツ語圏の小児科領域で発展した“Heilpädagogik”をもとに昭和初期の整形外科医である高木憲次が提唱した包括的な概念である。発達に障害のある子どもを対象とし、発達の促進と生活の質の向上を目的とする治療技法であり、その内容には診断と親への告知、治療教育計画の設定、発達促進と保育・教育、家族への支援、成人期の支援などが含まれる。発達障害に対しては、今のところ有効とされるいかなる治療法も発達障害の症状そのものを完全に消失させることはできない。したがって、症状をできるだけ消失させ正常発達に近づける、いわゆる「治癒」を目標とすることをいったん棚上げにし、家庭や学校など日常生活を送る環境に働きかけることによって、二次的な問題の発生を最小限にとどめ、特有の育ち方と生活の質を保障することに目標の重点が置かれるようになっている。

療育に携わる専門家は、医療、教育、福祉に関する高い専門性を持ちながら、同時に地域社会における子どもの「育ち」や「社会的人生」に多職種チームで多軸的に関与する姿勢が求められる。このような考え方は、リハビリテーションの基本理念と共通し、近年わが国にも多大な影響を及ぼしている米国の TEACCH プログラムの理念も、基本的には同様である。

治療技法理解へのチェックリスト

- 主な発達障害の症状と経過について理解している
- 発達障害に関する主要な心理学的仮説について理解している
- 「療育」概念の由来を知り、通常の医療や教育との異同を理解している
- 療育によって達成可能な治療目標と、療育の限界を知っている
- 発達障害の個々の主要な課題に対する療育的アプローチを知っている
- チーム・アプローチにおける児童精神科医の役割について理解している
- 療育スタッフが作成した評価書に対するスーパービジョンができる
- 保護者を対象とした支援プログラムを企画できる

治療技法理解のための自由ノート

多軸ケア・モデルによる療育

I 軸	子どもの療育と医療
II 軸	家族の学習支援と心理的支援
III 軸	インクルージョン強化支援
IV 軸	(福祉)制度・社会資源の活用
V 軸	先端技術の開発

目標設定

本人に対して	自律スキルとソーシャルスキルの獲得促進 二次的問題の発生予防
家族に対して	障害特性の理解促進と精神保健
コミュニティに対して	本人－家族－支援者のネットワークづくり

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

- ✓ 主な発達障害の概念について知っており、それぞれ典型例を 10 例以上診断した
- ✓ 療育機関で定期的に療育を受けている子どもを 10 例以上外来でフォローアップしている
- ✓ 療育機関を 3 か所以上見学したことがある
- ✓ 障害のタイプごとに診断と評価のためのツールとその使用目的を知っている
- ✓ 一般原則としての療育のねらいについて、外来で親に説明できる
- ✓ 療育に関連する職種とその役割について知っている

研修中級（研修 proper）：

- ✓ 問診と行動観察のみで、主要な発達障害の診断ができる
- ✓ 発達障害の症状や生活上の問題について、外来で親に対処法を説明できる

- ✓ 個々の症例に最適な評価バッテリーを選択できる
- ✓ 症例の特性に応じた療育チームおよび関係機関との連携のプランを立てることができる
- ✓ 他職種の支援計画，支援記録，情報提供文書等の書き方についてスーパービジョンできる
- ✓ 支援検討会議での確にコメントできる

研修上級（研修 master）：

- ✓ 基礎的な定型発達のパターンを知り，問診と行動観察のみでおおよその発達段階がわかる
- ✓ 7歳前後の子どもを診察して，発達障害の特性と知的水準に関する予後を説明できる
- ✓ 親を対象としたグループワークができる
- ✓ 子どもを対象とした集団療育についてスーパービジョンできる
- ✓ 関連職種を対象とした研修会を企画し，自ら講師を務めることができる
- ✓ 支援検討会議のスーパービジョンができる

参考文献

日戸由刈，本田秀夫：療育。「精神科治療学」編集委員会編：「精神科治療学」第23巻増刊号：児童・青年期の精神障害治療ガイドライン（新訂版）。星和書店，東京，pp.107-112，2008。

推薦図書

清水康夫，本田秀夫編著：幼児期の理解と支援－早期発見と早期からの支援のために－。金子書房，東京，2012。

Ⅱ-ⅴ) 治療介入技法

11) ペアレントトレーニング

治療技法の要約

ペアレントトレーニング（PT）は、発達障害の親対象に行われる心理社会的治療のひとつであり、医療機関・家族からの要望の多い治療手技である。現在国内ではさまざまなプログラムが実施されているが、本稿ではADHDの診断治療ガイドライン1) 2) に紹介されている国立精神保健研究所と奈良とで共同開発したプログラムを紹介する。

PTとは、親が子どもの特性に応じたかかわり方を身につけることで、子どもの不適応行動を減らし、適応行動を増やすことを目的としたグループ療法である。親子関係のやりとりの悪循環（図1）からの脱却や親の養育の自信を増すことも目的に含まれている。対象児はADHD児に限らず、アスペルガー障害や高機能自閉症などの幼児（4歳以上）から小学6年生位までで、言葉でのやり取りが可能な児が望ましい。参加する親については、グループの他のメンバーを攻撃したり、理解力が弱い場合以外は、親自身の参加の意思があれば適応可能である。通常は1グループ6名程度で行われるが、慣れないうちは3~4人など少人数からはじめてもよい。1回のセッションは、「ウォーミングアップ（子どもの良かったエピソードの報告など）→前回HW報告→テーマ学習（配布資料による）→HW提示」という流れで行う。標準的な10回のプログラムの場合、概ね隔週で半年間かけて行うが、個別ブースターセッション（事前事後評価のレポート提示）も持った方がよい。

PTでは、行動を3つに分けて一貫した対応をする（表1）ことで、子ども自身が好ましい行動に気づき、行えるように、親の方からかかわり方を変えていく。治療開始時点で、今の（本人も周りも）困った状態は、本人のわがままや親の養育の失敗によるものではなく、発達のアンバランスによること、そしてかかわり方のツボを押さえて本人のできることを増やしていくことが重要であることを必ず確認しておく。好ましい行動を増やしていくためには、行動療法の理論に基づいて行動の流れ（図2）を観察・記録するようにする。そして、行動そのものでなくその前後の様子にも注目して、「目標行動」を意識して、それができやすいように工夫していくことが肝要である。また、「（この年齢なら）できて当たり前」と見過ごさず、普段からささいな頑張りもほめていくようにする。

行動観察とほめることが家庭内で定着し、親子関係の悪循環が改善してきたら、指示の出し方を学び、練習していく（図3）。予告する時には、必ず本人の注意をひいて目を合わせて、本人が実行可能で納得できる約束として指示の内容を伝える。一度にたくさんの指示を出すのではなく、短くわかりやすく指示を出し、そのさいはCCQを心がけるようにする。警告やタイムアウトは非常に難しいため、ほめることで好ましい行動を増やしておくこと、上手な無視（ほめるために待つ）で減らしたい行動も少なくしておくことを目指す

ようにする。無視は本人の存在無視ではなく、好ましい行動のみ注目を外しつつ、必ずほめることを併用することを親が誤解しないように注意したい。

治療技法理解へのチェックリスト

- 「行動」とは目に見えて、数えられるものであることを知っている
- 治療導入時に親の養育方法を否定することなく、参加動機を持たせることができる
- 応用行動分析のABC（前の状況—行動—結果・対応）から、子どもの行動への介入のヒントを親にアドバイスできる
- 行動を3つ（好ましい・好ましくない・許しがたい）に分けて、一貫した対応をすることの意味を親に説明できる
- 親が子どもの好ましい行動を見つけ、ほめられるように支援していくことができる
- 子どもの目標行動について、親と相談しながら設定できる
- 指示の出し方のポイント（予告、CCQで指示、ほめて終了）を具体的に説明できる
- 無視（ほめるために待つ）を誤解されずに親に説明することができる
- ホームワークシートの書き方を説明できる
- 親がホームワークシートの報告をする際に、適切なフィードバックができる
- 子どもとのかかわり方を親自身が考え、実践し、それをセッションで報告できるように支援していくことができる
- 対象となっている子どもの特性を理解したうえで、親にアドバイスすることができる
- グループで行うことのメリットを知っている
- セッション内容が消化しきれず、悩む親に適切に対処、指導することができる

治療技法理解のための自由ノート

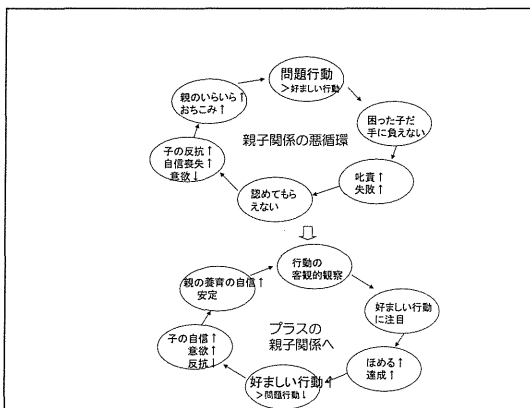


図1 親子関係の悪循環

A. 状況・きっかけ → B. 行動 → C. 結果・対応

レストランで退屈 → 騒ぐ、離席 → おもちやを買ってもらいおとなしくなる
(自分だけ食べ終わった)



(誤った)強化

* 前の状況 (A) を工夫してみる (例: 待たなくてもよいお店に行くなど)

* 「騒ぐ」という不適応行動 (B) ではなく、目標となる行動を設定して、その行動に対しての結果 (C) として正の注目 (ほめる) をして強化していく

(例: 「漫画を読みながら座って待つ」目標行動を本人と約束し、できていたらほめて、家族が食べ終わるまで待てたらおもちやを買うなど)

図2 行動のABC

1. **予告** <指示を出す前に、本人のそばに行って注意をひいて予告>
2. **指示** <CCQ (穏やかに、近くで、落ちついた声で) >
↓ → 指示通りの行動できればほめる
2. できなければ
繰り返し指示 <CCQを保つ>
↓ → 指示に従えばほめる
3. できなければ
無視 (ほめるために待つ)
↓ → 指示に従えばほめる
4. できなければ
警告 <具体的に「何をしなければどうなるのか」示す、警告は1回だけ>
↓ → 警告に従えばほめる
5. 警告に従わなければ
タイムアウト <ペナルティはきっぱり、短く>

* 予告とほめることが大切

* 指示は何回も出す必要があることを予想しておく

図3 指示の出し方からタイムアウトまでの流れ

行動の3つのタイプ分けとその対応法

好ましい、 好きな行動	好ましくない、 嫌いな行動	危険な、 許しがたい行動
<増やしたい行動>	<減らしたい行動>	<すぐ止めるべき行動>
ほめる 良い注目を与える すぐ、具体的に 時にごほうび（ト クン）で強化	無視（ほめるために待つ） 余計な注目をしない 冷静に、中立的に （拒絶ではない） 必ずほめると併用	リミットセッティング 警告→タイムアウト きっぱりと、一貫して 身体的罰はだめ 終了したら水に流す

*これらは、子どもに自分の行動がよくないことを気づかせ、正しい行動が何かを具体的に身につけさせるための方法

表1 行動の3つのタイプ分け

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：PTのグループを一度以上見学、あるいはPTの研修会に参加したことがあり、個別診療場面においてPT的対応を親ガイダンスの中で応用することができる。具体的には、子どもの不適応行動のエピソードを具体的に親から聞き出し、行動そのものへのかわりだけでなく、行動が起こる前の状況の調整や行動の後の対応の工夫について提案できる。子どもの行動をほめることの大切さは理解しているが、親に「ほめるところがない」と言い切られると、どのようにアドバイスすればよいのかわからなくなってしまう。薬物療法を行いながら、できる行動に注目してほめるところまではアドバイスできる。

研修中級（研修 proper）：PTのグループに1クールの半分以上参加したことがあるか、PTの指導者養成研修会（10時間以上）に参加したことがある。まだグループ運営はできないが、個別診療場面においてPT的対応を親ガイダンスとして応用することができる。具体的には、上記チェックリスト14項目中10項目以上について、個別診療場面（「セッション＝診察場面」と読み変え）で意識しながら親ガイダンスを行うことができる。しかし、親ガイダンスはともすれば一方的な指導となってしまうがちであり、親自身が自発的に考えて実践するところまでは至っていない。

研修上級（研修 master）：PTのグループに1クール全てサブスタッフとして参加したことがある。グループインストラクター経験者と一緒であれば、グループ運営にチャレンジすることができる。しかし、レジュメにそって内容の説明はできるが、うまくできずに悩む親（メンバー）に対してはまだ適切にアドバイスできず、他のメンバーの意見を導き出すところまでは熟練できていない。個別診療場面での親ガイダンスでは、上記チェックリスト14項目をすべて理解したうえで、ガイダンスを行うことができる。さらに、子どもの特性に応じたアドバイスをする時には、親の心理状態や親子関係、そして子どもの中期的な経過についても意識しながら、行うことを試みは始めている。また、親の意見をうまく導き出し、親自身が考えて家庭でできたことに対して、適切なフィードバックを行うことができる。

初級・中級・上級者共通：

PTについては、その有効性が確認3) 4) されているが、インストラクターが一定の研修をうけていないと効果がでにくい5) ことも指摘されている。実際にPTグループに参加する機会がどれだけ持てるかについては地域差があると思われるため、PT研修を積極的に受けることが重要である。そのようなPTの研修を通して、親をねぎらい、親の話を聴き、子どもの適応行動を増やしていくための具体的な話し合いをする機会を重ねるとともに、子どもができたこと・できていないが努力していること、親ができたこと・できていないが努力していることについて、小さなことでも注目して、ほめることができるようになる。これらは、PT研修の副次的な目的でもある。

参考文献

- 1) 齋藤万比古ら：注意欠陥/多動性障害—AD/HD—の診断・治療ガイドライン改訂版。じほう
- 2) 岩坂英巳、飯田順三他：注意欠陥/多動性障害児への親訓練プログラムとその効果について、児童青年精神医学とその近接領域 43 巻（5）483—497、2002
- 3) 岩坂英巳：ペアレントトレーニングの現状と今後の展開、児童青年精神医学とその近接領域、51 巻（4）、11～18、2010
- 4) Kaminski JW et.al. :A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. J Abnorm Child Psychol. 2008 May;36(4):567-89.
- 5) Sonuga-Barke EJ, Thompson M, Daley D et al., Parent training for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: is it as effective when delivered as routine rather than as specialist care? Br J Clin Psychiatry. 2004; 43:449-457

推薦図書

1. 岩坂英巳ら：AD/HD のペアレント・トレーニングガイドブッカー—家庭と医療機関、学校をつなぐ架け橋—。じほう
2. 上林靖子編：発達障害のペアレント・トレーニング実践マニュアル。中央法規
3. 大隈紘子ら：AD/HD をもつ子どものお母さんの学習室。二瓶社
4. 井上雅彦編：家庭で無理なく楽しくできる生活・学習課題 46。学研
5. シンシア・ウイットム著、中田洋二郎ら訳：読んで学べるペアレントトレーニング。明石書店
6. 上林靖子編：発達障害の子の育て方がわかる！ペアレント・トレーニング。講談社
7. 岩坂英巳監修：ペアレント・トレーニング ロールプレイビデオ。日本イーライリリー
HP： <https://www.adhd.co.jp/tips/parenttraining/default.aspx>

Ⅱ-ⅴ) 治療介入技法

12) 他機関との連携

治療技法の要約

我々児童精神科医が子どもの診療を行うにあたって、常に考えておかななくてはならない事がある。まず、子どもの診療が子どもの状態を評価するという側面と、支援を行うという側面に分かれている事であり、それぞれが診察室の中だけでは出来ないという事である。子どもの状態を評価するためには、子ども自身だけではなく、子どもが暮らす環境も評価し、それぞれの相互作用について十分に検討しなくてはならない。それは子どもが環境に依存した存在であるという事を考えれば当然の事である。前者は子ども自身の発達障害や精神疾患の有無はもちろん、知能や心理発達水準など、横断的かつ縦断的な評価が必要である。後者は家庭（家族関係の問題、親の精神疾患、虐待など）、学校（学校の規模や教員の取り組み、友人関係など）、地域（地域性、文化やしきたり）など、子どもを取り囲む環境を評価しなくてはならない。そして支援を行うにあたっては、どのような機関がその地域に存在するかを把握し、それぞれの機関の役割や機能を十分に理解した上で、子どもの支援にとって適切な機関を選択し連携しなくてはならない。

連携を行うにあたって問題になることは、第1に機関内での意見の相違がある場合、第2にそれぞれの機関の支援の方向に相違がある場合、第3に支援全体を俯瞰し支援の隙間を埋めていく責任者が不在である場合である。マネジメントを行う責任者が不在となってしまう背景には、リーダーシップをとるべき医師が十分な時間が取れない事、医療的な知識、法的な知識を十分に持ち合わせた人材が限られている事などがあげられる。他機関との連携には、相談事業等の相談支援・早期介入、実際の事例に対するケア会議の開催、スクールソーシャルワーカーによるマネジメントなど様々であるが、その地域の特性にあわせた体制作りをする事が求められる。そしてその体制が、個々のケースの支援だけで終わるのではなく、普遍的なシステムとして、各機関の相互理解、スキルアップ、子どものこころの診療の啓発・発展等に寄与する事が望ましい。

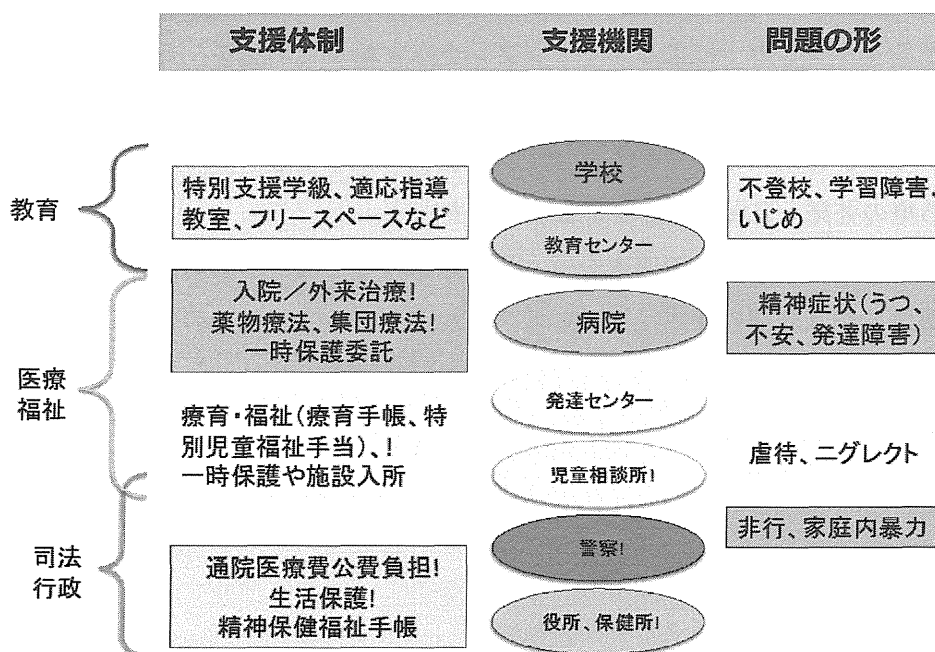
以上をまとめると、他機関との連携を行う事の意味としては、①適切な評価と支援の構築 ②支援機関の相互理解の醸成 ③互いのスキルアップ ④それらの啓発、発展、という事が出来る。

治療介入技法理解へのチェックリスト

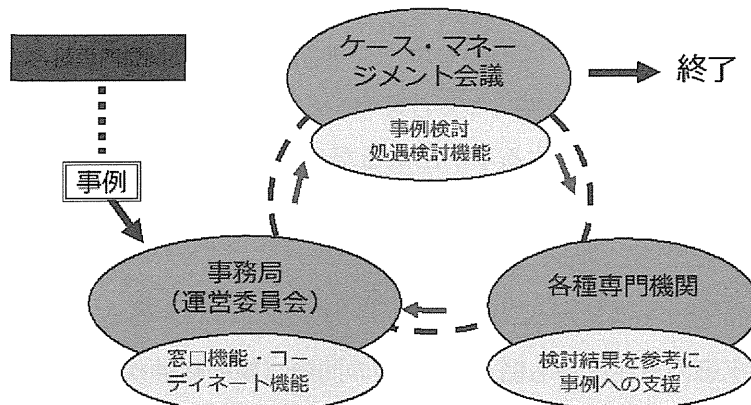
- 精神科的な治療を引き受けるために、自らの病院がチームとして連携できている
- 子どものこころの診療に関わる病院以外の機関の存在とその役割を十分に理解している
- 各機関の働きを規定する法律に理解がある（精神保健福祉法、児童福祉法、教育基本法）
- 評価に必要な情報を、他機関から得る方法を知っている
- 子どもと親の面接の際に、他機関からの情報も加味した多角的な評価が出来る
- 子どもと親の面接の際に、他機関との連携の意義について説明でき、親の協力も得られる
- 虐待等を含む複雑な事例に対してケア会議を招集する事が出来る
- ケア会議の際に適切な形での症例呈示が出来る
- ケア会議の際に一定の支援の方向を示す事が出来る
- 連携を個々の症例で維持する事が出来る
- 連携を他の症例でもいかすことが出来る
- その地域にあった、継続性のある支援体制を構築できる

治療技法理解のための自由ノート

子どものこころの診療に関わる機関
問題の形と支援体制



マネージメント機能を含む地域の包括支援活動の例（市川システムより）



研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

他機関との連携を行う前に、自らが努める医療機関内で連携の意義を共有している事が重要である。その上で、どのような支援機関があり、どのような役割を請け負っているかを把握する必要がある。そのなかでも教育機関（学校）との連携は連携の基本と言ってよい。この時期にはまず教育機関との連携を取れるようになる事が肝要であろう。外来では親から、学校への不満、学校への遠慮、学校への感謝など様々な思いを聞く事になる。その際に学校と子どもの関係や、それに対する親の思いについて適切に情報種集をする事が出来なくてはならない。保護者の辛さは受け止めなくてはならないが、親と学校が反目し合ったままでは事態は好転しないだろう。まずは批判的な評価を避け、互いの関係の決定的な悪化を塞ぐ事が重要である。そのためには、保護者の許可を取った上で、学校の教師と情報交換をおこない、問題の構造全体をそれぞれの視点から把握する事、つまり評価を正確に行う事に全力を注がなくてはならない。これが本格的な連携の基礎となる。

研修中級（研修 proper）：

評価が十分に行えたら、医療機関として出来る事を明確にしなくてはならない。また医学的な見地から、好ましい支援についてまず保護者に伝える必要がある。保護者にそれを伝えたのち、保護者が直接学校と話し合うことができるのであれば、保護者に動いてもらうことを優先する。それが困難な場合は、やはり親の許可を取って教師と話し合いの場を持つべきである。これは支援に向けた小さな連携（単機関との連携）といえる。この際注意が必要なのは、書面による情報提供である。書面による情報提供は、診断名などが一人

歩きをして誤解を招く場合が多い。出来れば診断名だけではなく、疾患の概念について正確な知識や具体的な対応法を伝えることが必要である。実際には学校で困っている事を始めに聞いた上で、それに対する具体的な対応法を伝える事がうまくいくように思う。この時期には同様な小さな連携を学校以外の機関とも行えないといけない。このような小さな連携を通して他機関の役割を十分に把握する事が出来るだろう。

研修上級（研修 master）：

単一の機関との連携だけでは十分に対応できないケースが少なからず存在する。その背景として、本人の問題（疾患の重症度等も関与）、家族の問題（親の精神疾患、虐待やネグレクト、経済的な困窮）、環境の問題（立地の悪さ、社会資源の乏しさ）等が複雑に影響し合っている事が多い。このようなケースでは緊急性が高い場合も多く、それぞれの機関と情報交換をする事は時間のロスともなりうる。適切にトリアージをおこなった上で適切な危機介入を行い、その後に多機関によるケース会議の開催を考えなくてはならない。これは先程述べた小さな連携に対比させると、大きな連携といえる。参加機関の選定も慎重行わなくてはならない。医療、行政、司法、福祉など多岐にわたる支援が必要な場合には、PSWなどの専門知識を持ったスタッフを確保できるとなおよい。ここで重要なのは、このようなケース会議を複数行う際に、ひとつのケースだけで終わるのではなく、その地域にあった機能的なケアシステムの構築を念頭に置いて、ケース会議を行わなくてはならない。ケース会議を5例以上行った段階で、普遍的なシステムの構築にむけた何らかの提案が出来る事が望ましい。またこの段階では、各職種の専門性にこだわりすぎずに、他職種の役割を共有できる柔軟性が求められる。

参考文献

- 1) 田中康雄 教育と児童精神医学にある協働を考える。児童青年期精神医学会とその近接領域 48(4);463-468(2007)
- 2) 宇佐美政英 市川市および大分・別府地区における対応・連携システムについて。児童青年期精神医学会とその近接領域 48(3);294-304(2007)
- 3) 三村孝一、弟子丸元紀、立石徳隆 こころの健康アドバイザー事業を発足させて。第33回全国学校保健・学校医大会報告集；172-177(2002)
- 4) 近藤直司 児童・思春期のネットワーク支援と人材育成-山梨県立精神保健福祉センターと山梨県福祉保健部としての取り組み。児童青年期精神医学会とその近接領域 48(3);311-315(2007)

- 5) 熊本県精神保健福祉協会、(社団) 熊本県社会福祉士会. 熊本県におけるスクールソーシャルワーカー実践に関する調査研究・活動報告書 (2010)

推薦図書

1. 齊藤万比古、渡辺京太 (2008) : 注意欠如・多動性障害-AD/HD-の診断治療ガイドライン. じほう
2. 斎藤利郎訳 (2002) : 教育カウンセリングと家族システム . 現代書林

Ⅱ-ⅴ) 治療介入技法

13) 子どもの精神科救急

治療技法の要約

身体科であれ、精神科であれ救急医療とは、患者の緊急の医療ニーズに即応するシステムであるという点に変わりはないが、あえて対比して言えば身体科救急が「救命」を最優先に構築されているのに対し、精神科救急では「安全確保（むろん救命も含む）」「(当事者のみならず関係者への) 安心の提供」を最優先に構築されている。このような観点からすると児童精神科救急とは、急性の精神症状や危険な問題提起行動を呈する子どもへの対応（狭義の児童精神科救急）だけでなく、身体的な危機であると同時に精神的な危機にも陥っている子どもへのコンサルテーション・リエゾン活動や、虐待や犯罪被害、自然災害被災などへの対応（広義の救急）も含まれることになる。そもそも、我が国には児童精神科専門病院の数が少ない上、関係者や関連機関に助言・指導が行える児童精神科医の数が不足していることもあり、そのシステムのありように地域差があることを認識しておかなければならない。児童精神科の医療機関がない場合は、どのようにその機能を補っていくかについて柔軟な発想が必要となってくる。

救急外来において何よりも優先されるのは、生命の安全を守ることである。自殺企図や自傷行為、大量服薬については、身体科救急を受診させることが原則となる。その際、受診先の病院にはこちらからも連絡をとり、身体面の安全が確保されたら、こちらで対応する旨を伝えておけば、病院同士の信頼関係に寄与する。精神病を疑わせる症状があるときでも、精神病性障害と決めつけず、小児科医や小児神経科医などと連携して身体疾患による症状性精神病や器質性精神障害の鑑別を行うことが必要である。

次に、迅速かつ丁寧な児童精神医学的なアセスメントを行う。誰のニーズによる受診なのかを理解した上で、病歴の聴取、本人の問診、身体診察などを行って暫定的な児童精神医学的な評価を固めた上で今後の治療方針を示す。その際、保護者だけに説明するのではなく、必ず子どもに対面してその子どもが理解できる言葉を用いて説明し、できるだけ同意をえることが必要である。

子どもの精神運動興奮や希死念慮が激しく、放置すれば、本人や家族に著しい苦悩や危険が予測され、その場での保護が必要と考えられる場合には入院治療を提案する。事態が混乱していたり、情報不足で外来診察のみでは十分なアセスメントができない場合には、暫定的入院を提案することもある。入院が必要なほど深刻な事態でなかったり、救急外来での処置で一定の安定が得られた場合は、外来での治療を提案する。

被虐待や虞犯行為・触法行為がある子どもの場合は、救急外来でのアセスメントの上、児童相談所や警察等の司法矯正機関に関与を依頼することとなる。それらの機関との同時