

関与の形で、入院や外来などの治療が導入される場合もあるが、さまざまな法的な課題があることを指摘されている（図1）。

入院の際、興奮が強く暴れ続けるなど制止がきかないときは、①薬物投与による鎮静を行うか、②鎮静せずに意識清明なまま病棟に連れて行くかの判断が必要となる。子ども本人の安全はもちろん、スタッフの安全にも留意しなければならない。薬物による鎮静の適用は、それぞれの事例の状況や性質に応じて柔軟に決定されるべきことであるが、統合失調症などの急性精神病状態においては、薬物による鎮静が治療的に奏功することが多い。

子どもの精神科救急には、さまざまな倫理的問題をはらむことに留意しなければならない。たとえば、医療者が大人のニーズに従って処遇を決定してしまうことで、入院した子どもの帰る場所がいつの間になくなってしまったり、大人たちの思惑のために子どもがたらい回しにされることのないように十分な配慮が必要である。

精神科救急に現れる子どもの多くが心理的な危機状態にあるが、その混乱状態とは子ども自身が苦難の袋小路に迷い込みながら必死に出すSOSのシグナルでもある。子どもの精神科救急が目指すところは、ただ単にその場の危機を脱するというのみではなく、子どもが時間をかけてその苦悩から主体的に回復していく道程の入り口となることにある。

治療介入技法理解へのチェックリスト

- （あるべき姿と実態とを相対化した上で）当該地域での児童精神科救急の実態がある程度理解できる
- 精神科救急の対象となる状態を理解できる
- 救急外来で、生命の安全を守るために配慮すべきことがわかる
- 子どもの精神症状をアセスメントし、見通しを立てて、適切な対応ができる
- 親子のニーズ・感情状態の落差を見立て、それぞれに配慮した対応を行うことができる
- 入院適応を理解している
- 入院に際して、混乱する子どもの保護のために配慮や対応ができる
- 倫理的問題を理解し、子どもの人権擁護に配慮できる
- 虐待の有無に注意をはらい、その可能性がある場合には児童相談所や市町村などの関係機関と連携ができる
- 虞犯行為や触法行為があるときに警察や児童相談所、家庭裁判所などの司法矯正機関と適切に連携ができる
- 児童精神科医療を行うための基盤となる精神保健福祉法を理解している
- 子どもの保護、権利擁護にかかわる諸組織の機能と、そうした組織が機能するための前提となる法規を理解している

一時保護と入院の関係

一時保護委託での
入院

児童相談所長は、必要があると認めたとき、
適当な者に委託して、一時保護を加えさせる
ことができる（児童福祉法33条）

問題点：治療は精神保健福祉法に則って行われる

一時保護中の
入院

親権者を説得して、何とか同意を得て医療保護入院
かつ一時保護中の入院

問題点：同意が得られないときは？
（あるいは親権喪失の手続きをとるか）

親権制度の見直しが行われている（虐待防止法の改正）

課題：精神保健福祉法の見直しも同時に必要

図1

親権者からの虐待があり、入院治療（非同意入院）も必要となるケースで、児童相談所と医療機関の同時関与が必要な場合について、現在の課題

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

さまざまな行動上の問題や精神症状、身体症状を呈して来院する子どもや保護者の診察ができ、ニーズや課題、問題点を的確に把握できる。また身体的危機に関しては、小児科などの身体科との連携ができる。子どもに関わる機関には、どのようなものがあるのかが理解できる（福祉機関、教育機関、司法機関など）。精神保健福祉法を理解できる。

研修中級（研修 proper）：

受診にいたった子どもの児童精神医学的アセスメントが的確かつ迅速にできる。そうしたアセスメントを踏まえた上で、適切な治療構造（入院も含む）を提案するなど、適切なインフォームドコンセントを行うことができる。拘束や薬物による鎮静など、行動制限が必要になった際の適切な対応を理解できる。子どもに関わる各機関の役割や基盤となる法的根拠について理解できる。その地域にある子どもを支援するネットワークの仕組みを理解できる。

研修上級（研修 master）：

受診にいたった子どもの精神科的アセスメントだけでなく、親側のメンタルヘルスの問題にも配慮し、成人の精神科医療とも連携できる。虐待も含む親子関係の問題についてもアセスメントでき、その親子を支援するのにふさわしい地域での支援ネットワークを構築し、そのネットワーク内でリーダーシップを発揮することができる。

参考文献・推薦図書

1. 専門医のための精神科臨床リュミエール13「精神科救急医療の現在」技術としての精神科救急医療 D 特定事例群の救急急性期医療（児童思春期）：塚本千秋 大重耕三
2. 最新児童福祉法・母子及び寡婦福祉法・母子保健法の解説：児童福祉法規研究会
3. 子ども虐待対応の手引き—平成21年3月31日厚生労働省の改正通知：恩賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所
4. 精神保健福祉法詳解：精神保健福祉研究会

Ⅱ-v) 治療介入技法

14) at risk mental state (ARMS)への支援

治療技法の要約

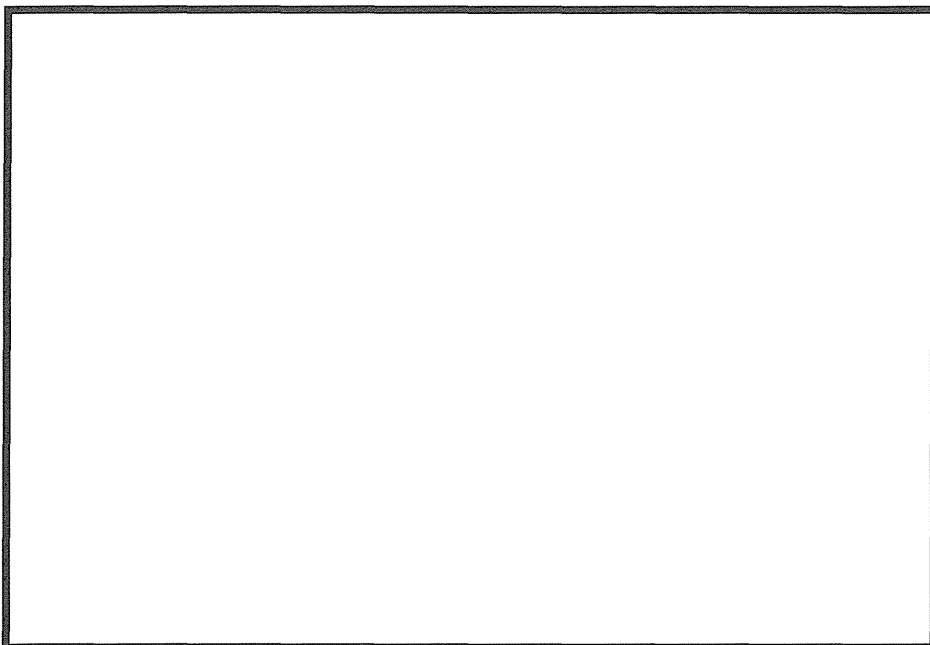
統合失調症は小児期から青年期にかけて発症する精神障害の中で最も重篤な疾患の一つである。いまだにその病因は特定されておらず、その症状も幻覚や妄想から意欲の低下や感情の平板化など病期によって多彩である。特に、重篤例の経過や奇異な症状から偏見の対象となることや一般人口の中での生涯発症率の高さから、倫理社会的にも医療経済的にも多くの問題を抱えている精神障害である。また、小児期発症の場合、精神発達途上にあることなどから、たとえ幻覚や妄想が認められても、その対象や内容が不明確であったり、表現が曖昧であることからその診断が成人発症例より困難であるといわれている。さらに、15歳以下の発症は全統合失調症の約4%と少数であるが、この時期に発症した統合失調症は成人発症例に比べてより重症であることも治療的介入を検討する際に注目すべき点である。

現在、本症の診断は、成人、小児を問わず通常米国精神医学会あるいは世界保健機構が定める診断基準（DSM-IV-TR、ICD-10）により行われている。しかし、近年その治療・支援の対象を「統合失調症を中心とする精神病性障害」と広く捉え、精神病状態の初発後、可能な限り早期に発見し、包括的初期治療を集中的に行うための精神病早期支援サービスが世界各地で展開されるようになった。その背景として、精神病未治療期間が予後に及ぼす影響と臨界期仮説があげられる。精神病状態の出現から治療開始までの精神病未治療期間（Duration of Untreated Psychosis: DUP）が短ければ短いほど予後がよく、DUPが長期化することによって、①治療抵抗性増大、②症状重症化、③社会機能やQOLの低下などの問題が指摘されている。また、今日までに統合失調症の長期追跡研究の結果が複数報告され、病初期2-5年以内の病状がその後の長期予後を強く予測することが明らかとなってきた。これらの理由から統合失調症の診断が確定する以前の精神病状態を呈する時点（初回エピソード精神病）から集中的な治療的介入を行うことが強く推奨されている。さらに、初回エピソード精神病的初発以前から当事者は様々な精神的苦痛に曝されていることなどを考慮して初回エピソード精神病以前の前駆期をある程度定める基準を作り、より早期の支援サービスが検討されるに至った。この精神病発症危険状態（At Risk Mental State: ARMS）への支援はあくまで精神病発症以前であることを考慮し、精神病性障害そのものへの治療ではなく、「発症の予防的支援」、「本人および家族への心理教育的支援」、「随伴する種々の精神症状への支援」、「発症後の精神科治療の中断を最小限にするための工夫」および「精神病性障害以外の精神的問題への支援」などの視点が必要とされ、薬物療法に関しても特に抗精神病薬については慎重な使用が求められている。

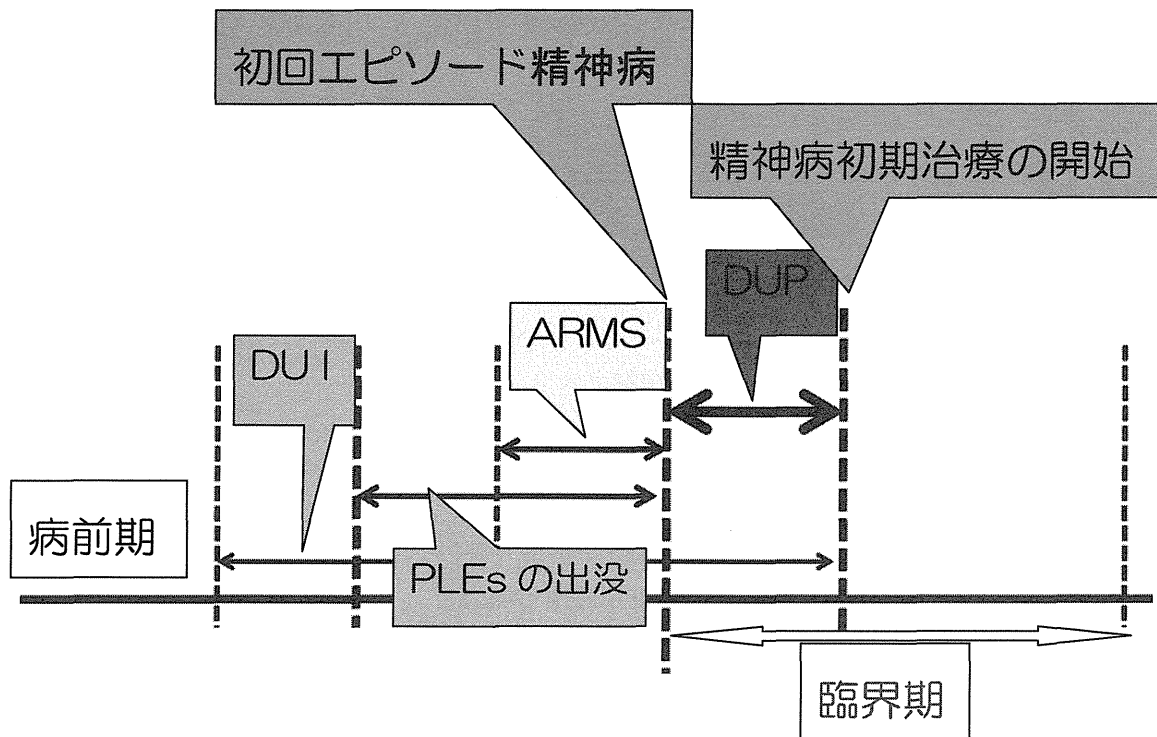
治療介入技法理解へのチェックリスト

- 統合失調症の発症機序として、神経発達障害仮説の概略を説明できる
- 統合失調症の場合、精神病状態の出現から治療開始までの精神病未治療期間が短ければ短いほど予後がよいことを理解できている
- 診断基準により統合失調症の診断が確定されるより以前の前駆期に、弱い精神病症状や非特異的な精神症状があることを理解できている
- 統合失調症の前駆状態について、精神病発症の危険性が高い一群を精神病発症危険状態（At Risk Mental State: ARMS）といい、その基準の概略をあげることができる
- ARMS への支援には、精神病発症を視野に入れた支援と実際には発症しない人々への支援を想定する必要があることを理解できる
- 対象者が医療不信からくる治療抵抗や治療中断につながらないように細心の注意が最優先されるべきであることを理解できる
- ARMS への薬物療法の考え方、具体的な薬剤の使用のガイドラインを説明できる
- ARMS への支援では、精神病発症を予防する視点として、認知療法的アプローチ、患者の生活支援、に加えて自殺リスクへの配慮、本人および家族に対する精神病に関する心理教育などの非薬物療法が重要であることを知っている

治療技法理解のための自由ノート



統合失調症を中心とする精神病性障害の臨床病期



- ① 病前期：精神症状や機能低下なし
- ② DUI (Duration of Untreated Illness)：抑うつ・不安など非特異的な精神症状をともなが治療や支援につながらない期間。
- ③ PLEs (Psychotic like experiences：精神病様症状体験)：＜自分の心の中を誰かに読み取られる＞ ＜テレビやラジオからあなただけにメッセージや暗号が送られてきた＞ ＜誰かに後をつけられたり、こっそり話しを聞かれたりされていると感じたことがある＞ ＜他の人には聞こえない声を聞いたことがある＞などの精神病様症状体験
- ④ 精神病発症危険状態 (At Risk Mental State, ARMS)； PLEs の体験、遺伝負因やシゾイドパーソナリティ、社会的機能の低下などを認める一群。
- ⑤ DUP (Duration of Untreated Psychosis)：顕在発症後、治療につながるまでの期間 (未治療期間)。
- ⑥ 臨界期 (Critical Period)：初回エピソード精神病から 2 年～5 年の期間。DUP を含む。



研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：統合失調症の成人例は外来通院治療、入院治療ともに数例以上の経験がある。統合失調症はその精神症状として、幻覚症状や妄想が特徴的で時に人格水準の低下をもたらす重症の精神障害であることは理解している。その診断には DSM、ICD などの操作的診断基準を使用することは知っている。また、統合失調症の発症には現在のところ「神経発達障害仮説」が病態の説明にもっとも有力な仮説であることは理解しているが、小児期の発症事例についての経験はなく、成人例に比較して時に精神症状が非特異的、あるいは不明確で確定診断が困難であることは理解できていない。また、統合失調症の発症に先立つ前駆状態の存在は知っているが十分理解できておらず、その診断もできない。

研修中級（研修 proper）：小児期発症の統合失調症の事例を担当あるいは陪席により数例以上経験している。特に年少児の場合、統合失調症の診断が DSM や ICD などの診断基準を満たさなくとも臨床的に疑わしい事例や精神病発症の前駆状態であると思われる事例が多いことも経験している。精神病状態の出現から治療開始までの精神病未治療期間（Duration of Untreated Psychosis: DUP）が短ければ短いほど予後がよく、さらに病初期 2-5 年以内の病状がその後の長期予後に強く影響することを知っている。しかし、逆にそれらの事例に対して時に精神病的過剰診断あるいは疑い診断から抗精神病薬の性急な投与を行い、副作用などから患者および家族の医療への不信や治療中断を誘発することがある。また、本人や家族への心理教育的アプローチも未経験であり、本人や家族のもつ精神病への偏見や治療抵抗に対して修正し、包括的な支援に導くことはできない。

研修上級（研修 master）：統合失調症を中心とする精神病性障害の前駆状態として、精神病発症危険状態（At Risk Mental State: ARMS）があり、これらの状態にある小児期青年期の人々には精神病発症後の人々とは異なる支援が必要であるという認識はもっている。この ARMS には一定の基準が提唱されていることも知っている。これらの人々には精神病発症を予防する目的でのストレスコーピングに関する支援や環境調整などが有効であり、精神科相談を継続的に行うことが最優先されることを理解している。特に薬物療法は原則として、抗不安薬や抗うつ薬を中心に本人の納得の上で処方し、状況により非定型抗精神病薬を使用する場合でも低用量にとどめるなど精神病発症時点とは異なる点を知っている。精神病発症の際にはできるだけ迅速な治療導入ができるような体制作りを心掛けた相談・診療を行うことの必要性を理解していて、家族・本人にもその重要性を説明し偏見などからの治療中断を防ぐ工夫ができる。また、ARMS はその本来の成り立ちは精神病発症のハイリスク群の同定にあり、全ての ARMS 事例が精神病に移行するわけではないことを理解し、ARMS の基準を満たす事例の中に広汎性発達障害や解離性障害をはじめとする非精神病性の精神障害が数多く含まれている可能性を考慮した対応をすることができる。特に症状が非特異的であったり、不明確で精神病の確定診断が難しい年少事例の場合、ARMS への対応を基準とした関わりが有用であることを理解している。

参考文献

- 1) Perkins D et al: Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia : a clitical review and meta-analysis. Am J Psychiatry 162,1785-1804, 2005
- 2) Birchwood M et al: Eary intervention in psychosis , The critical hypothesis, Br J Psychiatry, 172(suppl33), 53-59, 1998
- 3) Sprong M et al: Pathways to psychosis: a comparison of the pervasive developmental disorder subtype Multiple Complex Developmental Disorder and the "At Risk Mental State". Schizophr Res. ,99, 38-47, 2008
- 4) 新井 卓: 統合失調症を中心とする精神病性障害の診断と治療ー前駆状態と初回エピソード精神病を中心にー. 小児科臨床, 64, 861-869, 2011

推薦図書

1. 子どもの精神病性障害 (齋藤万比古 編), 中山書店, 東京都, 2009
2. Jackson H J, McGorry P D(ed.): The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach, Second Edition 水野雅文他 (監訳), 早期精神病の診断と治療, 医学書院, 東京, 2010

Ⅱ-vi) 今後期待される治療介入技法

1) アウトリーチ的介入

治療技法の要約

1. アウトリーチ (Outreach) とは？

アウトリーチは「特に地域に密着している機関のソーシャルワークの活動であり、必要とする人々の家庭や日常生活の場に出向き、サービスや活用可能なサービスの情報を届けることである (Barker 2003)」 「顕在化している利用者のみならず、潜在的にニーズを持っているサービス対象者や地域に対し、ワーカーおよび機関が積極的に関わりサービス利用を働きかけること (座間 2001)」と定義されている。つまり自宅や日常生活の場でケースワークを行うための訪問という意味であり、あえて訪問サービス (home visit) と違う言葉をつかっている。さらに精神科領域では医療的なニーズを必要とする場合が多いため、医療的な介入もあわせたアウトリーチも展開されている。

2. アウトリーチの対象

精神医療・保健・福祉分野におけるアウトリーチは、精神医療の脱施設化の流れにより広がりを見せた。引きこもりや対人関係の苦手さから医療や福祉のサービスになかなかつなぐりにくいケースが援助を受けられず孤立しないように、生活の場に赴きケアマネジメントを行い、ニーズの確認と必要なサービスの導入により満足できる地域生活の獲得を目指すものである。対象は、未治療・治療中断によりサービスにつなげていない精神障害者から、長期の引きこもり、また最近では early intervention for psychosis (精神病早期介入) などがあげられる。

3. 医療機関で行うアウトリーチの意義

アウトリーチは、医療、福祉、保健 (行政) 各サービスで実施されるが、特に医療機関で行われるアウトリーチの場合には次のような特徴がある。

① 精神医学的なアセスメント

生活の場でのアセスメントにより、より本人の能力や困難点、また環境要因などをアセスメントすることが可能になる。

② 治療的な介入・・・緊急時の対応、リハビリテーション、家族関係への介入

不調などの緊急時に迅速に介入することが可能である。また生活支援とともにリハビリテーションを行うことができるため、より実生活に則したものとなる。さらに、家族間のコミュニケーションスキルの強化など家族関係の調整が図りやすい。

4. 多職種チームアプローチ

アウトリーチは生活に密着した幅広い支援が必要で、かつ多くの問題を抱えるケースへの介入はスタッフの負担も大きく燃え尽きを防ぐためにも、多職種によるチームアプローチが有効である。多職種チームアプローチは大きくふたつのタイプがある。

- Multidisciplinary team 各職種が職種に応じたそれぞれの役割を果たし、これらが協働してチームアプローチを行う
- Transdisciplinary team コメディカルすべての職種が、利用者に対して同じ役割（例：ケアマネジャー）として機能し、さらに各職種の特性を各々のサービスに生かしてチームアプローチを行う

アウトリーチの場合には、各職種の機能分化が明確な Multidisciplinary team より、どの職種のスタッフでもケアマネジメントをおこなう Transdisciplinary team のほうがより適していると考えられる。

5. アウトリーチによるアプローチ

① 関係性の構築

アウトリーチの対象者は対人関係が不得手な場合が多く、信頼関係の構築には慎重かつ丁寧なアプローチが必要である。頻回かつ短時間の訪問など、侵襲性の少ない接触を繰り返す、本人の環境の一部になることを目指す。また本人や家族にとって安心感を送り届けられる存在になるように心がける。

② アセスメント

本人との関係性が少しずつ構築されるのと並行して、本人や本人を取り巻く環境についての情報収集をおこなう。家族や他の関係者など多方面からの情報収集で質・量ともに豊富な情報を獲得するほかに、何気ない会話のなかから得られた情報を積み重ねていくことも大切である。

③ 具体的な支援の提供

アセスメントから、本人や家族のニーズを見つけ出し具体的な支援について本人や家族と一緒にプランを立てる。支援の内容は危機介入、心理教育、家族介入などの医療支援から、家事支援、日中の活動や社会参加の援助などの生活支援、関係機関（福祉、教育機関等）との調整、経済問題への支援など多岐にわたる。

支援においては、本人の意向に沿った支援であるか、本人のペースで支援が進んでいる

かなどに配慮することが大切である。緊急な支援の要請に迅速に対応すること、また生活上の困難に対して一緒に取り組むことなどが、さらに信頼関係を深めることとなるので、チャンスを生かすようにしたい。

6. アウトリーチの留意点

本人や家族が自らサービスを求めて訪れる医療・福祉施設での関わり違い、アウトリーチによる介入は、その目的や意義を十分に検討して行わないと「押し付け」や「おせっかい」なサービスになりうる。また、リスクに対して十分に配慮された病院がホームとするとアウトリーチはアウェイでの介入となり、リスクも高いことを理解して慎重に介入をする必要がある。

① 訪問先の家のルールを尊重する

訪問先の家庭にはそれぞれいろいろなルールがあり、訪問の際にはそのルールを尊重することが大切である。支援者はあくまでも訪問するお宅にとっては「客」であり、その家のやり方に従うことが大切である。訪問の際に支援者の価値観を押し付けるようなことがないように（例えば「あの家は汚い」など）こころがけたい。また本人や家族が訪問に対して「歓迎する」気持ちと「踏み込まれた」気持ちの両方が存在することを念頭において配慮することが大切である。

② リスクを十分に検討する

アウトリーチの場合、暴力や性的なトラブル、金銭的なトラブルなどのリスクに対して病院等の施設よりもさらに慎重にアセスメントや対応を考慮しながら介入する必要がある。また、訪問後の本人の混乱や動揺を考慮して、訪問時間やタイミング、介入の内容などを検討することが求められる。

参考文献

1) 梁田英磨： アウトリーチでやっていいこと、やってはいけないこと -臨床倫理の観点から- 精神科臨床サービス, 11:102-106

推薦図書

1. 高木俊介・藤田大輔（編）（2011）：実践！アウトリーチ入門. こころの科学 日本評論社

II-vi) 今後期待される治療介入技法

2) PCIT (Parent-Child Interaction Therapy)

治療技法の要約

Parent-Child Interaction Therapy (親子相互交流療法; 以下、PCIT) は、1970年代にフロリダ大学の Eyberg 教授によって開発された行動療法である。当初は、破壊的行動の問題を持つ2-7歳の子どもとその親が対象であったが、次第に対象が広がり、素行障害、反抗挑戦性障害、広汎性発達障害や注意欠陥/多動性障害に伴う問題行動、家庭内暴力による養育困難家庭などの子どもへの有効性が確認されている¹⁾²⁾³⁾。また、親子だけでなく、子どもと養父母や里親の関係性についての効果も認められている。PCITは、親の養育能力を高めることにより、親子の関係性を改善させることを目的としている。

PCITでは、親子がプレイルームで遊んでいる間、治療者が隣の観察室からマジックミラー越しにトランシーバーで、イヤホンをしている親に直接コーチングを行う。このようにして、治療者が親子の交流にリアルタイムに介入し、親の行動修正を行い、親子関係の改善を図りながら子どもの行動を改善していくことがPCITの大きな特徴のひとつである。PCITは通常12-20回、各60-90分で行われる。治療はCDI (child-directed interaction、子ども指向相互交流) とPDI (parent-directed interaction、親指向相互交流) に分かれており、それぞれの治療フェーズの前に必要な技術を親に教示する。CDIでは親子の関係性の強化、PDIでは適切なしつけ技能の発達を目的としている。各セッションの間には宿題があり、学んだことを家庭で継続することが求められる。PCITを行う際に使用されるおもちゃは、組み立てて遊ぶ創造的なもので、破壊の心配のないもの、例えば、ブロック、積み木、レゴ、人形セット、おもまごと、粘土、クレヨンなど、が推奨される。

CDIでは、親が子どものリードに従って遊び、適切な行動、社会的に好ましい行動に対して正の強化を行い、不適切な行動は積極的に無視し注意を与えないようにする(図を参照)。PDIではCDIの技能を継続して用いながら、親の指示や命令に正しく従う方法を学んでいく。PDIに先立ち親には、適切な命令の出し方、怒りのコントロール法、子どもの服従の有無への結果の与え方など、が具体的に教示される。子どもの問題行動の改善が終結の指標となる。

PCITは、複数の無作為化比較試験によって効果が示されており、子どもの行動の改善は治療後も継続されることや⁴⁾、その効果が治療を受けていない兄弟に及ぶこと⁵⁾も示されている。また、米国と豪州で行われた報告のメタ解析によると、PCITの効果量(effect size)は大きく、「良く確立された治療法(well-established treatment)」であると結論付けている⁶⁾。

現在、PCITはオーストラリア、ドイツ、日本、香港、ノルウェイ、オランダ、韓国、台

湾でも研究が行われている¹⁾。日本語版 PCIT は、2005 年に加茂らによって DV 家庭向けに若干改変されたものを翻訳して製作された。同施設ではトライアルを実施し、家庭内暴力被害を受けた親子を対象に実施し、子どもの症状改善と親の抑うつ症状の改善が見られたと報告している⁷⁾。

PCIT は米国で作成されたため、日本語と英語による細かいニュアンスの違いや、子育てに対する文化の相違などのため、検討課題は残されているが、今後家庭内暴力被害を受けた母子に対する有力な治療法となることが期待される。

治療技法理解のための自由ノート

1. PRIDE skills

Praise	ほめる
Reflect	繰り返す
Imitate	まねる
Describe	ことばで説明する
Enjoyment	楽しい雰囲気

2. Don't skills 避けること

- ✕ 命令
- ✕ 質問
- ✕ 批判的な発言

3. 無視の方法

- 不快な行動は無視する（だだをこねる、大声を出す）
- 破壊的な行動は遊びを中止する（親を叩く、物を壊す）

図 CDI に用いられるスキル

参考文献

- 1) BJORSETH A, WORMDAL A, CHEN Y. PCIT around the world. "Parent-Child Interaction Therapy" Ed by McNeil C and Hembree-Kigin T, pp421-428, Springer, 2010
- 2) Timmer, Anthony J. Urquiza, Nancy M. Zebell, Jean M. McGrath. Parent-Child Interaction Therapy: Application to maltreating parent-child dyads. *Child Abuse & Neglect* 29 (2005) 825-842
- 3) Borrego J.Jr. & Gutow MR Reicher S et al. Parent-Child Interaction Therapy with Domestic Violence Populations. *Journal of Family Violence*(2008) 23:495-505
- 4) Hood, K., & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of parent - child interaction therapy: Mother's reports on maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 419 - 429.
- 5) Brestan, E. V., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1997) Parent - child interaction therapy: Parent perceptions of untreated siblings. *Child & Family Behavior Therapy*, 19, 13 - 28
- 6) Rae Thomas · Melanie J. Zimmer-Gembeck. Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: A Review and Meta-Analysis. *J Abnorm Child Psychol* (2007) 35:475-495
- 7) 加茂登志子：ドメスティック・バイオレンス被害母子の養育再建と親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy : PCIT) *精神経誌* 2010 112 巻 5 号 885-889

Ⅱ-vii) 病院以外での子どもの心の診療

1) 児童相談所

施設・施設業務の要約

① 児童相談所

児童相談所は児童福祉法に基づく行政機関で、全国に 205 ヶ所設置されている。18 歳未満の児童に関する相談を受け、「…医学的、心理学的、教育学的、社会学的及び精神保健上の判定を行うこと」（児童福祉法第十一条の二）とされ、チームアプローチによる福祉的支援を目指している。主な職員としてケースワークを担当する児童福祉司、心理判定・ケアをする児童心理司、そして医師（小児科、精神科）、児童指導員（保護所）等が配置されている。

2004 年の児童福祉法改正で児童相談の窓口は市町村へ移りその役割が強化される一方、児童相談所は、より専門的な知識・技術を必要とする事例への対応や市町村の後方支援に重点化されてきている。

児童相談所で受ける相談としては、養護相談（親の傷病、虐待）、障害相談、非行、育成相談、里親に関する相談など種々あるが、今日の子どもの虐待相談件数の増加と悲惨な虐待報道が社会の関心を集める中、特にその困難事例への対応は重要課題となっている。被虐待児の安全を確保するための職権による一時保護という強力な権限を持ち、その後の施設入所措置、保護者への指導と家庭復帰支援まで、長期のケースワークを担っている。また家庭機能不全が背景にあることの多い低年齢の非行事例にも早期からかかわる立場にある。

② 社会的養護

児童相談所が中心的役割を担っている社会的養護とは、従来親が育てられない子どもへの施策であったが、現在は被虐待児や非行児、発達障害も含めた何らかの障害のある子どもなどへの支援を行う施策へと役割が変化している。一般児童人口の減少にもかかわらず、社会的養護にある児童の数はこの 10 年で 1 割増加し、虐待相談の著増により今後もさらに増えることが想定されている。これらの子どもたちは高い割合で精神医療の対象となることが知られており、早い時期から適切な精神医学的なアセスメントと治療が求められている。しかし、このニーズ変化に、児童相談所だけでなく、乳児院、児童養護施設、児童自立支援施設など現場のハード・ソフトの変革が遅れている現状にある。

③ 児童相談所の医師

医師は医学的アセスメントや療育手帳（愛の手帳）の判定、「継続指導」として必要な事例への治療的ケアを行っている。特に最近では被虐待児や発達障害児へのアセスメントや治療

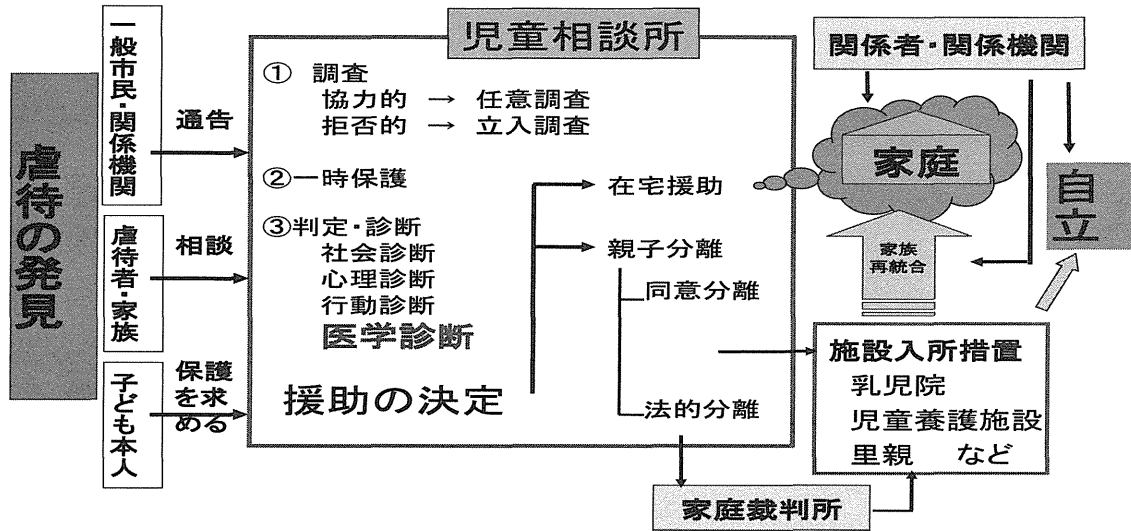
に加え、対応困難な虐待加害の親への治療などに、医師の一層の関与が期待されている。児童相談所では地域や学校などの関係機関と連携して、相談意思のない家庭や子どもに直接的に働きかけができる。また非行・虐待など家族機能に重篤な問題を持つ事例にも長期的な対応が可能である。そのような意味から福祉機関ではあるものの子どもの地域精神保健の重要な担い手にもなっており、その中で児童の心の問題に精通した医師の果たす役割は増えている。

施設・施設業務理解へのチェックリスト

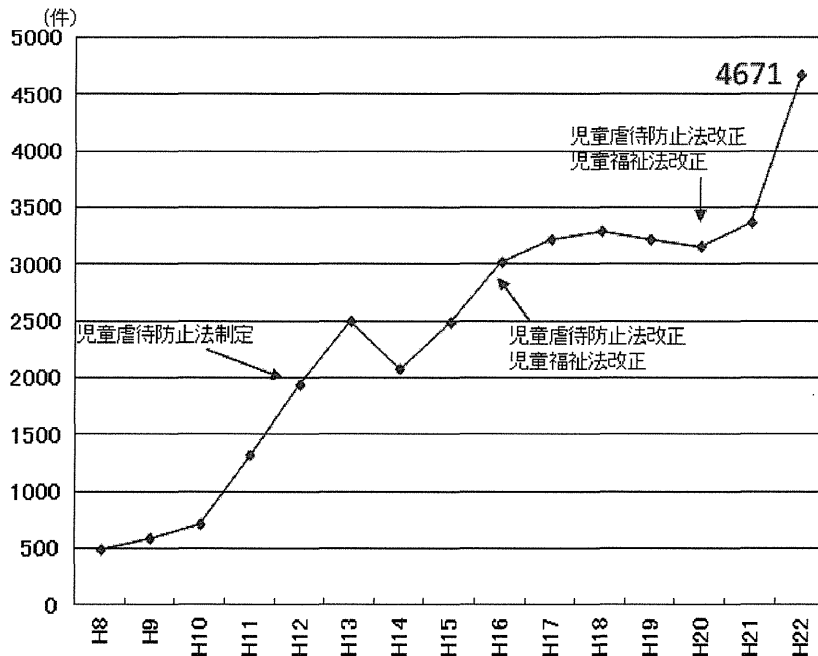
- 児童相談所は児童福祉法に基づく行政機関で、広く 18 歳未満の児童に関する相談を受けている。
- 児童相談所には、児童福祉司、児童心理司、医師等が配置され、それぞれの専門性を發揮してのチームアプローチを行っている。
- 2004 年の児童福祉法改正により、児童相談の窓口は市町村に移り、児童相談所はより高い専門性が必要な困難事例に対応するようになった。
- 虐待相談件数は増加の一途であるため、虐待介入は現在の児童相談所の重要課題となっている。
- 児童相談所は虐待の通告先に指定され、保護者の同意のない一時保護ができるという強力な権限を持つため虐待の介入の中心に位置する。
- 児童相談所が中心的役割を担う社会的養護にある子どもたちは、元々精神医療の対象となる割合が高い。
- 虐待、非行、発達障害など難しい問題を抱えた子どもが社会的養護の中で増え、早期からの適切な医学的アセスメントと医療ケアが一層求められている。
- 社会的養護を提供する児童養護施設など児童福祉機関は、この急激な子どものニーズ変化に充分対応できる体制が整っていない。
- 児童相談所は福祉機関ではあるものの、地域の子どもの精神保健の重要な担い手になっており、児童の心の問題に精通した医師の役割は増えている。

施設・施設業務理解のための自由ノート

虐待ケースの児童相談所を中心とした流れ



虐待相談件数の推移（東京都）



II-vii) 病院以外での子どもの心の診療

2) 自立支援施設

施設・施設業務の要約

児童自立支援施設とは、厚生労働省管轄の児童福祉施設である。都道府県には設置義務があり、全国に58施設が存在する。対象は「不良行為をなし、あるいはなすおそれのある児童」「家庭環境その他の環境上により生活指導等を要する児童」と児童福祉法上に規定されている。基本的には非行少年（注：女兒のことも少年と呼ぶ）のための居住型の施設であり、施設内に学校機能も有するため、入所した児童は退所までのほとんどの時間を施設内で過ごすことになる。在所期間は1年から2年ほどである。その歴史は少年院よりも古く、明治時代には「感化院」と呼ばれていた。最近の全国での在籍数は2000名ほどであり、少年院のそれが3100名ほどであることから、日本における非行少年の施設内処遇の3分の1以上を担っていることになる。児童は児童相談所あるいは家庭裁判所から措置あるいは送致されるが、前者が多い。国立の2施設には児童精神科医が常駐するほか、地方の施設にも嘱託として精神科医が配置されている。

入所少年の特徴として、1) 年齢が低いこと、2) 非行初発年齢が低いこと、3) 生育環境が極めて劣悪であること、4) 精神科的診断がつく児童が多いこと、などが挙げられる。1) 入所年齢の上限は18歳であり、下限はない。施設によっては小学校低学年の児童が入所している場合もあるが、中学生年齢の児童が最も多い。2) 男子の国立施設である武蔵野学院では、初発非行が10歳未満の児童が約半数を占める（DSM-IVでいう小児期発症型の素行（行為）障害に当たる）。初発非行が4、5歳である児童も稀ではない。3) 武蔵野学院の場合、実父実母がそろっている児童は4分の1以下であり、両親がいてもいわゆる崩壊家庭であることがほとんどである。少年院入所者も家庭環境が悪いことが知られているが、児童自立支援施設の児童のそれはさらに劣悪である。4) 最近では武蔵野学院入所児童の4割から5割に精神科的診断がつく。注意欠如／多動性障害が全体の25%ほど、広汎性発達障害が10ないし15%を占める。もちろん、素行障害の診断はほぼ全員につく。また、全国の入所児童の6ないし8割が被虐待経験を持つことが知られている。そのため、非行の問題に加えて、発達障害と愛着の問題を複合的に抱えた児童が極めて多いことになる。このような児童に対し、小舎と呼ばれる定員10名ほどの寮を比較的少人数の職員が担当し、疑似家族的な環境を与えることで改善しようとするのが、児童自立支援施設の最大の特徴である。明治期に創始された際、非行の原因は劣悪な家族環境にあると見て、実際の夫婦が少人数の寮を担当する仕組みが作られており、施設の成り立ちそのものが被虐待児のための治療構造なのだといえる（現在も約3割の施設が夫婦制である）。この基盤の上で、集団・開放処遇し、比較的長期にわたり安定した生活を送らせることで

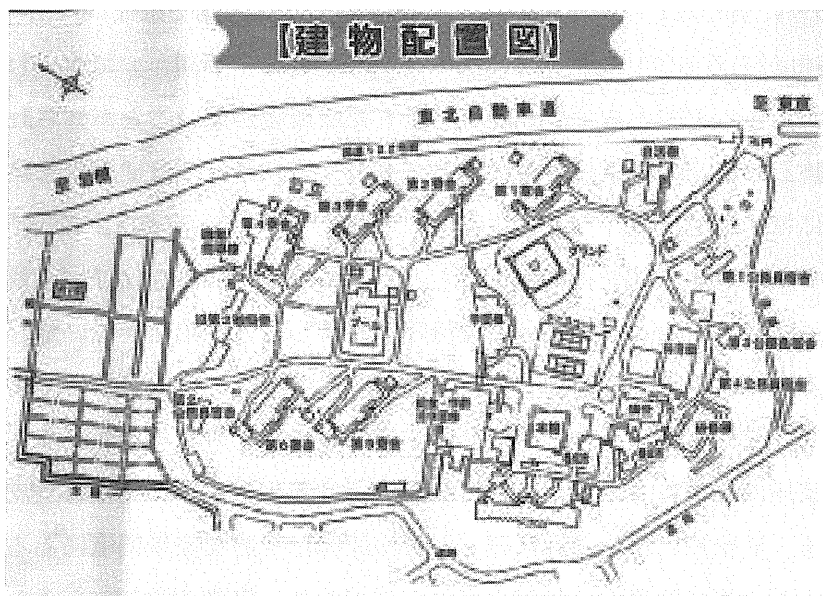
児童の成長をはかる、生活モデルをとる。近年では、上記のような複合的な問題への対応のために、児童精神科医によるサポートが強く望まれている。

施設・施設業務理解へのチェックリスト

- 児童自立支援施設の対象者が主に非行児童であることを知っている。
- 児童自立支援施設が福祉施設であることを知っている
- 日本における非行少年の施設内処遇の約3分の1を児童自立支援施設が担っていることを知っている。
- 非行少年の多くが被虐待経験を持つことを知っている。
- 入所児童の半数近くに精神科的診断がつくことを知っている。
- 各都道府県に児童自立支援施設があることを知っている。
- 少年院における処遇と大きく異なることを知っている。
- 生活モデルに基づいて、開放・集団処遇を行う施設であることを知っている。三分の一の施設では、今も夫婦小舎制という、特異な処遇形態をとっていることを知っている。

施設・施設業務理解のための自由ノート

図1：武蔵野学院敷地図



広大な敷地に定員12名の小舎（寮）が点在している