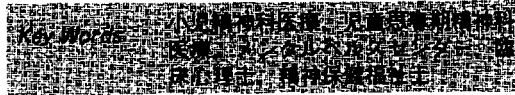


福祉・心理系大学の附属施設としての メンタルヘルスセンターの試み

星野 仁彦*¹ 桃井 真帆*² 大島 典子*²
佐藤 佑貴*³ 大澤 麻子*³ 安田 道子*¹

*¹福島学院大学福祉学部福祉心理学科附属メンタルヘルスセンター 教授 *²同 講師 *³同 助手



小児精神科クリニックの意義と必要性

日本の小児（児童）精神科医療は欧米と比べて40年以上立ち後れていると言われている。欧米ではほとんどの大学病院と大きな総合病院において小児科や精神科と並んで「小児精神科」外来が設けられているが、本邦では東海大学や名古屋大学の精神科内に併設されているにすぎない。なぜ日本ではこのように小児精神科が立ち後れているのであろうか。その理由としては日本のさまざまな社会事情と医療事情が考えられるが、もっとも大きな要因はやはり「精神科への偏見」と「保険診療が成り立ちにくいこと」であろう。大人が精神科を受診することにも大きな抵抗があるのに、自分の子どもを精神科に連れて行くのは親にとってもっと大きな抵抗があるに違いない。また医療経済面でも、精神科と小児科医療は双方とも採算が合いにくいことから、「小児精神科」医療はますますペイしにくいであろう。

加えて日本では伝統的に大学病院に小児精神科の講座がないため小児を専門とする精神科医が育っておらず、絶対数が足りないことも理由として挙げられよう。精神医学の本流はあくまでも成人の精神病や神経症（不安障害）などの精神障害であり、研修医時代から子どもの精神障害のみを専門とするのは、精神科医としてアイデンティティの獲得に支障をきたすのかもしれない。もちろん

小児精神科を専門とするものはひととおり成人の精神科にも通暁していなければならないが、小児精神科の看板をいったん上げるとあまりにも手間のかかる外来患者が多くそれに忙殺されるため、成人の片手間に小児をやるという「二足のわらじ」をはきにくいというジレンマが常につきまとうものと思われる。

以上のような理由で日本では小児精神科医はきわめて少なく、日本児童青年精神医学会が認定した専門医はまだ102名（平成15年4月現在）にすぎず、小児精神科の科名標榜もまだ認められていない。しかしその一方で小児精神科の潜在的ニーズはきわめて高くなっている。周知の如く、本邦では不登校、ひきこもり、家庭内暴力、摂食障害、各種の小児心身症、情緒障害、自閉症、アスペルガー症候群、注意欠陥多動障害（ADHD）、学習障害（LD）、被虐待児症候群などの疾患・障害が過去5～10年の間に急増しており、しかもいずれも問題が深刻化している。潜在的ニーズが高いことは外来統計上にも現れている。岐阜大学精神科に小児を専門とする若林慎一郎教授（現名誉教授）が赴任したときは、それまで数%にすぎなかった小児期・思春期の外来患者数がいきなり30%台に急増したことが報告されている。また筆者が平成13年まで小児・思春期の専門外来を行っていた福島県立医科大学神経精神科でも、総外来患者数の40%近くを小児・思春期の精神障害の患者が占めていた。後述のように平成13年4月に開所した福島学院大学の附属メンタルヘルスセンターでも平成13～14年度だけでも年間延べ

4,000～4,400名の患者が来所している。

さて、小児精神科医療が医療経済上採算が成り立ちにくく、一般精神科の外来で成人と同じ時間枠内でやりにくく、専門性を高めにくいのは、もう一つ大きな理由が挙げられる。それは英国の小児精神医学の大家であるハーツプが指摘したように「小児精神科医療は家族精神科医療である」ためである。不登校、ひきこもり、小児心身症、情緒障害、摂食障害、被虐待児症候群などのいずれをとっても、病める子どもの背景には必ずといってよいほど、「病める家族」がある。しかも母親の育て方だけに問題があるわけではなく、父親と母親の夫婦関係、嫁舅・姑関係など家族全体の問題がみられることが多い。したがって子どもの心の病の原因を探る場合にも、治療する場合にも、常に家族全体に目を行き届かせなければならない。たとえば不登校・ひきこもり・家庭内暴力を示している子どもの場合、子ども本人への薬物療法、精神(心理)療法や遊戯療法(プレイセラピー)、行動療法などを行うと同時に、不安状態・うつ状態に陥っている母親の精神療法を行わなければならない。必要なら子どもの心の病の「影の犯人」になっている父親と祖父母を外来に呼んで家族療法を行う必要がある。さらに子どもの心の病を作っているのは家族だけではない。学校でのいじめ、教師の不適切な対応などが発症要因になっていて専門医による助言が必要な場合が少なくない。また自閉症、ADHDなどの発達障害の場合、通園・通所している幼稚園や保育所の教諭や保育士との連携、地域の保健師との連携が必要な場合もある。このように、小児精神科医療においては病める子どもの背景に深刻な家族病理、学校病理が存在し、家族全員、学校、幼稚園・保育所、地域の保健師などへの指導と連携プレイが不可欠である。そのため小児精神科の専門医はこれらの病める子どもの「周辺で悩む人々」への援助指導に多くの時間を割かれることになる。しかし、子ども本人に心理療法を行い、本格的な家族療法を行い、しかも学校の教師らに指導するためには少なくとも1組のケースで1時間以上必要になるにもかかわらず、

家族や教師らへの援助指導は保険点数には一切評価されることなく、ほとんどサービス診療でなされているのが現状である。成人の精神障害の患者を診療しながら片手間に小児の精神障害の患者を診ることが困難である理由がおわかりいただけたと思う。また、1ケースあたりの診療が非常に長時間かかるにもかかわらず、保険点数にはほとんど反映されない事情も理解していただけたと思う。さらに、小児精神科は非常に高い専門性を必要とすること、専門の大学の講座ができない限り、欧米のように小児精神科医が育ちにくい事情もおわかりいただけたと思う。1989～1990年にかけて筆者が留学した米国のエール大学小児精神科があるコネチカット州は福島県とほぼ同じ広さと人口を擁しているが、小児精神科医は100数十名存在していた。

現代の日本では病める青少年の急増はあまりにも著しい。小中学生の全体数は毎年減少しているのに不登校は毎年増え続け、現在毎年13～14万人に上っている。また被虐待児も過去5年間で6倍、10年間で15倍以上に達している。青少年の摂食障害、性非行、薬物依存、心身症の増加も著しい。このままの状況が続けば将来の日本はどのようなのであろうと危惧を抱いている精神科医は私のみではあるまい。小児精神科医があまりにも少ないため、日本では臨床に携わっていない教育学者や心理学者が専門家と称してマスコミや著作物での外れなことを主張して、一般の親や教師を惑わせている。

筆者は平成13年4月より、現在の職場に転勤したが、本学はそもそも精神保健福祉士(PSW)や社会福祉士などを養成するために開学された大学である。「福祉なき福島県」と陰口を言われるほど、福祉の後進県である福島県において初めての福祉系大学であり、その存在意義は大きいものと思われる。筆者が当大学の付属施設としてメンタルヘルスセンターを開所する運びに至ったのは、将来学生の教育・実習に役立つであろうという展望とともに、「採算がまったくとれない」小児精神科医療を、「採算がとれなくてもよい」大学の

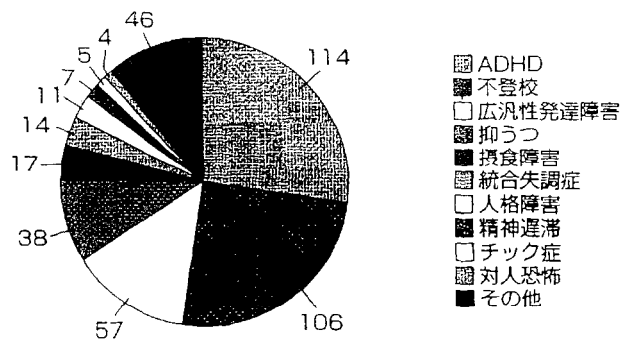


図1 相談内容訳

相談センターで行って地域社会に貢献することができれば一石二鳥になるであろうと目論んだからである。本センターには小児精神科医である筆者のほか、臨床心理士4名、精神保健福祉士1名を擁しており、臨床心理士はいずれもスクールカウンセラーの経験を有しており、理想に近い小児精神科医療と心理・教育とのよいチームアプローチがなされているものと自負している。

本稿では当大学の附属メンタルヘルスセンターを紹介することによって、今後の小児精神科クリニックのあるべき姿を模索してみたい。

当大学附属メンタルヘルスセンターの紹介

平成13年4月福島学院大学に福祉心理学科が新設されたことに伴い、同年4月より附属メンタルヘルスセンターが開設された。その主な業務は、児童思春期の子どもやその家族を対象としての心理相談や発達相談および学生相談である。開所から平成14年9月までの一般相談利用者は不登校、小児心身症、情緒障害、ADHD、自閉症、摂食障害など、新患419名、延べ来院者数6,423名であり、学生相談の利用は対人関係の悩みや学業の不安など、延べ186名であった。

職員配置は小児精神科医1名、臨床心理士4名、精神保健福祉士1名であり、対象は主に児童思春期の青少年および子どもの悩みを持つ親および教

師・保育士など専門職従事者である。センターを訪れる相談者の特徴の一つは問題を抱えた当事者のみの来所はごく稀であり、当事者の両親、祖父母、教師、保育士などが一緒に来所して面接を受ける場合がほとんどである。

相談システムは完全予約制である。事前に電話による予約を受け付ける。初回は心理士によるインテーク（予診）面接と医師による初回面接をセットで行い、2回目以降の来所は再来枠として扱う。またケースによっては、臨床心理士によるカウンセリング面接のみ継続する場合もある。

面接時間は医師の場合、初回枠は60分、再来枠は30分である。臨床心理検査枠は60～120分である。必要経費として初回面接の場合3,000円、再来面接の場合2,000円をいただいている。

次に相談内容について説明する。なお1件の相談の中に複合的にいくつかの問題が含まれていることが多いが、初回時の診断と主訴に基づいて相談内容を分類した。その結果、図1のように、初診時の診断または主訴は、ADHD 114件（27%）、不登校 106件（25%）、広汎性発達障害（自閉症など） 57件（14%）、抑うつ状態 38件（9%）、摂食障害 17件（4%）、統合失調症（精神分裂病） 14件（3%）、人格障害 11件（3%）、精神遅滞（知的障害） 7件（2%）、チック症 5件（1%）、対人恐怖 4件（1%）、その他 46件（11%）となっている。基本的には相談対象を児童思春期に限

定しているため、発達障害の相談が4割以上を占めているのが大きな特徴である。

次に初診時の年齢別内訳をみると、新患419名のうち、6歳までの幼児69名(16%)、小学生99名(24%)、中学生76名(18%)、高校生74名(18%)、19～29歳42名(10%)、30代20名(5%)、40代26名(6%)、50代以上11名(3%)であった。幼児から小学生の低年齢層が4割を占めるのは、発達障害の相談が多いためであろう。一方、中学生、高校生では不登校や摂食障害などの相談が多かった。なお、30代以上の成人が計57名(14%)いるが、彼(彼女)らは、ほとんど子どもの親であり、子どもの障害のこと、夫婦関係、嫁姑関係などで悩んで抑うつ状態や不安状態に陥り、精神療法や薬物療法が必要となってやむを得ず、親のカルテを作成したものである。

なお、薬物療法が必要なケースに対しては、当センターはクリニックを併設していないため、近くの心療内科クリニックへの紹介状を家族に持たせて処方箋を出してもらっている。

症例

次に当センターを訪れた代表的な症例とその治療経過を紹介する。

〔症例〕

M子、初診時9歳(小学4年生)

〔診断〕

注意欠陥多動性障害(ADHD)、学習障害(LD)、不登校、心身症(自律神経失調症)

〔家族歴〕

両親、姉(18歳)、兄(12歳)、M子の5人家族、父親は会社員で、子どもの養育にはあまり関心がなく母親任せであった。M子が不登校になってからようやく子どものことを心配してくれるようになった。子どもの養育を担当している母親は元来過干渉的であった。母親は今回のM子の不登校以前から、M子の姉の男性関係や不登校問題、その姉と父親との葛藤、自分が会長をしているスポーツ少年団でのトラブルなど立て続けに問題を抱え、憔悴してうつ状態になっていた。こ

のためM子は幼児期からあまり母親に甘えることができなかった。

〔既往歴〕

M子の胎生期・出生時の異常は認められなかった。幼児期より怪我をしやすく、またたびたび自家中毒になり、下痢や嘔吐のために小児科への通院を繰り返していた。

M子は幼児期から落ち着きがなくお喋りで、自分の思うようにならないとかんしゃくを起こしては泣きわめいていた。指しゃぶりの癖は小学校に入っても続いていた。小学校入学後も落ち着きがなく、教師の話を中心して聞くことができず、忘れ物が多かった。このため教師からたびたび注意を受けていた。勉強はすべて苦手であり、図工と体育以外は成績がよくなかった。習い事をしていても飽きっぽく、何事も中途半端で長続きしなかった。友人関係は明るく人なつっこくお喋りであるが、その場の状況を考えず突拍子もないことを言うのでトラブルが多かった。親や兄に対しては些細なことで反抗的になったり攻撃的になって、とくに小学6年生の兄に対しては対抗意識が強かった。

〔現病歴〕

小学校3年生時に近所に住むA子と同じクラスになり初めは喜んで通学していた。しかしA子はトラブルメーカーであり、他児に対しても支配的で「あいつを無視しよう」「お金を持ってこい」と脅すようなことがあった。M子がスポーツ少年団に入り、A子の遊びの誘いを断わるようになるとA子は機嫌を損ね、「スポ少に行くな!」と命令し、M子がそれに従わないとM子の親の車に傷をつける、M子の名前で高額な通信販売の物を頼むなどの嫌がらせが始まった。A子は他の生徒に指示を出し、これらの嫌がらせをしていたが、A子の母親(父親はいない)は娘の行動を把握していないようであった。M子がこれらのことを親や教師に話すと、A子は人がいないところにM子を呼び出していじめるようになった。その間担任の教師は、A子をたびたび指導しM子との関係改善を図ろうとしたが、

A子の行動は変わらなかった。

このようなことが続き、M子は自家中毒を起こして学校を休みがちになった。4年生になると自家中毒はなくなったが、朝方腹痛を訴えて登校を渋るようになった。母親はむりやり学校に連れて行ってもM子は泣きわめいて母親から離れようとしなかった。家庭では親や兄弟に対して一層反抗的、攻撃的になる一方、子ども返りして母親に甘えたり、駄々をこねるなどの行動がみられた。このような状況で母親は疲れきって、知人の紹介で当センターに来所した。

〔検査所見および診断〕

WISC-Ⅲ知能検査を施行したところ、言語性IQ 97、動作性IQ 75、全検査IQ 85であり、正常下限であったが、言語性と動作性IQの開きが大きく、下位検査間での得点のバラツキも大きかった。

以上の既往歴、現病歴、検査所見などを総合的に判断し、次のように診断した。元来ADHDとLDがあったことに加え、学校でのいじめや満たされない母親への依存欲求から分離不安を示し、不登校と心身症となって現れたものと考えられた。この診断のもとに、M子と母親には定期的にセンターに通所してもらい、医師による薬物療法と家族指導を行うとともに、臨床心理士によるM子へのカウンセリングと箱庭療法を行った。

〔治療歴〕

スルピリドなどによる薬物療法を行うと同時に、次のような家族指導と家族を通じての学校での環境調整を行った。すなわち、①無理な登校刺激をかけないこと、②登校を渋るときは母親が安心感や大丈夫感覚を与えながら、M子と母子同伴登校をすること、③M子が教室に入ることを拒否する場合、保健室や相談室などM子が行きやす

い居場所を提供してもらうこと、④A子のいじめの指導には担任だけでなく校長ほか、学校全体で協力してもらうこと、⑤M子の味方になってくれる友達ができるように依頼することなどである。その結果、学校ではM子の母親、A子の母親、校長、担任教師、養護教諭による話し合いがもたれ、いじめへの対策が講じられた。また教室に行かないときは保健室登校が許され、養護教諭がM子の話相手になってくれた。

以上の指導に加えて、臨床心理士に依頼してカウンセリングと箱庭療法を行ったところ、初めは言語化できなかった心的外傷体験が言葉で表現できるようになった。

これらの対応によってM子の情緒は次第に安定し、母子分離不安が改善され、抵抗なく登校できるようになった。

おわりに

本邦でも欧米のように独立した小児精神科が大学の研究講座にできて専門医が育ち、病院やクリニックで科名標榜が認められて、小児精神科診療の保険診療が成り立つようになるのはあと何年くらいかかるであろうか。その前にまずわれわれ医療スタッフが小児精神科の必要性を感じて行政側にアピールしたり、国民に教育・啓蒙していく必要があるのかもしれない。欧米と比べて40年以上遅れていることに気づいていない人が少なからずいるかもしれないからである。

小児精神科医療が確立するまでは、医療経済効率を気にせずに、増え続けている児童思春期の心の病を自由診療できる当センターのような福祉・心理系大学の附属施設が地域社会で果たすべき役割は大きいと考えられる。

