

第103回日本精神神経学会総会

シンポジウム

追加発言

西村 良二 (福岡大学医学部精神医学教室)

1. はじめに

新しい時代をになう子どもや青年が心身ともに健やかに育っていくことは私たち大人の大きな願いである。しかし、近年、少子・高齢社会、経済のグローバル化、高度情報化などの急激な社会環境の変化が大きく、めまぐるしい社会環境の変化の中で、親子関係や家庭の機能も変化してきている。伝統的な養育サポートシステムは力を失い、育児、子育てが難しくなっている状況にある。これらのことが絡み合い、子どもが成長していく過程に大きな影響を与え、子どもや青年に関する問題も複雑化、多様化している。

不登校、いじめ、摂食障害、ひきこもりなどは増加傾向にある。発達障害やAD/HDは、子どもの精神保健および精神科医療の重要な問題であることは言うまでもない。さらに児童虐待は大きな社会問題となっている。このように児童、青年精神科医療に求められる役割はいよいよ大きくなっているが、この領域のエキスペートはまだ多くない。児童、青年の精神疾患の原因が多岐にわたり、複雑であるために、必ずしも社会のニーズに十分に答えられていない現状にある。

2. 現状分析

ひきこもり、虐待、少年犯罪などが社会問題となり、子どもの精神保健問題が深刻になっていく社会状況にあるけれども、大学病院の精神科や小児科において精神医学的理解と技法を必要とする児童患者の推移を外来統計などの資料から調べると、1990年代のある調査では、大学病院の精神

科初診患者のうち19歳以下の症例は20%弱であり、しかも14歳以後に増え続ける傾向があると指摘された。施設によって差があるが、おおかたの平均は年間150~200例という結果であった。小児科では、全体の7.3%が精神的問題をもった症例で、実数では年平均120~160例程度だった。小児科、精神科をあわせると、年単位でほぼ270~360例の初診を受け付けているという結果であり、これらの統計からは、児童、青年期外来は、1つの診療単位になるほどには患者数が多くはないという結論であった。そして、ほとんどの大学では「特殊外来」や「専門外来」として行っており、フルタイムの外来を開いているところは少なく、児童思春期病棟はほぼ皆無という状況であった。

しかし、近年、「子どもの心の診療部」や「子どもの心の診療科」などの、独立した診療部、診療科が、名古屋大学、千葉大学、神戸大学、信州大学や九州大学などにおいて次々と設立されていった動きは注目に値する。信州大学の例でいえば、それまでの専門外来ではなく、一つの診療科、診療部として「子どもの心の診療科」が設立されたからは子どもの受診が急増したという。すなわち、瞬く間に児童患者が4割増え、2ヵ月以上の予約待ちということになった。

地方の大学では、児童期の患者が少ないという声をよく聞く。しかし、実際には、教育や福祉の現場では、困りながらも、相談先を見つけきれずに子どもたちを抱え続けている場合が多い。子どもの診療をしていると知れば、こうした医療と福

祉, 教育の領域の狭間にいる子どもたちの受診が急に増えるということではないだろうか。子どもの心の診療部, もしくは診療科を開設すると, とくに発達障害や, AD/HD の受診が増えるという報告がある。また, 行為障害は, 従来, 精神科を受診することが少なく, 非行および犯罪の関係で児童相談所や家庭裁判所などで対応されてきたが, 医療的ケアを求めて来院する症例が増えてきているということも特記しておくべきことであろう。

子どもの受診については, 従来は, 親が精神科を受診しながらないとか, 主に大人を診る精神科外来を受診することに抵抗を抱く親が少なくないと思われていた。また, 学校関係者や一般の人々も, 児童精神科を一般精神科と同じように考えていて, 違いがわからない様子であった。しかし, 近年においては, 精神科医療そのものへのアクセスが向上してきているのは疑いえない。

特別支援教育の実施により, 精神科医は, 発達障害や AD/HD の診断や治療に熟練するとともに, 地域社会における家庭や学校で働く精神保健の専門家たちを統合し, リーダーシップをとっていくことが, いっそう求められてきている現状であるといえよう。

3. 児童精神医療と医学教育

ところが, わが国の児童精神医療システムは諸外国に比較して半世紀遅れていると指摘されていて, 児童精神科医の養成システムもいまだ確立されていない。日本児童青年精神医学会の認定医もいまだ 200 名余という現状である。児童精神医学教育における問題点を検討すれば, 以下のようなことが即座に挙げられよう。

- ①指導スタッフの不足
- ②研修施設が少ない
- ③症例が少ない
- ④専攻希望者が少ない
- ⑤病院全体の体制が整わない
- ⑥就職可能な児童精神科医の専門医療・相談機関が少ない
- ⑦児童相談所, 教育相談所, 保健所, 家庭裁判

所などに指導できる常勤の精神科医が配置されていない

児童の専門医養成には, 一定期間, しっかりと児童精神医学の研修ができる場を確保しなければならない。入院ベッドをもっている施設での研修が望まれるが, 実情は, 児童青年期入院医療を行うことのできる病床は, 全国で約 20 施設, 800 床にすぎない。今後しばらくは医療経済的な視点から児童の精神科病床は増えないと予想されるだけに, これらの施設への専門医研修への期待はいっそう高まるだろう。当座, こうした児童入院施設で研修を受けた医師に将来の活躍の場を提供することが急務に思われる。とくに大学などの教育研究機関に活躍の場を設けることが必要と考えられる。

4. 医療経済的問題

児童精神科の臨床は, 一般的な精神科診療に加え, 発達援助, 家族との面接, 助言, 教育機関や地域福祉機関との連携が不可欠なため, 一人の患者により多くの時間とマンパワーが必要となる。それは, 親が求めているのは単に診断名ではなく, 今後どのようにわが子を育てていったらいいのか, どのように教育するのがよいのかといった具体的な接し方についてのプランだからである。こうした支援プランを立てるためには, どうしても時間がかかることは忘れてはならない。そして, 学校や家庭, 地域社会における子どもの精神保健対策をすすめていくためには, 職種の異なる専門家からなる臨床チームの必要性がある。

こうした大変なマンパワーを医療経済的に支えていくにはどうしたらよいのだろうか。梅ヶ丘病院の資料だが, 平成 14 年度の自己収支歩合 (収入/支出) は, 58.7% だったという。苦しい経営状況である。

診療報酬においては, 児童・思春期精神科入院医療費加算の新設や, 小児科を標榜している病院で一定の基準を満たす場合には小児科入院医学管理料Ⅲを算定できるなどの改定が行われているが, 看護基準の緩和などをとり入れた現実的な基準で

加算のとれる児童・思春期精神科入院医療加算などが認められる方向に医療費の改定が進むことが望まれる。

児童青年期入院治療は非常に手間がかかることから不採算となりやすいが、今後、公的な病院以外でも児童青年期の入院を担う病院が増えてくることを期待したい。実際のところ、私立の病院でも、松田病院や、情緒障害者短期治療施設をそなえたカメラア大村共立病院のような病院も登場してきていることも忘れてはならない。

5. 児童精神医学領域に対する厚生労働省、 文部科学省の最近の動向

子どもの精神医学的病態が多様化し、その実数も増加し、さまざまな社会的問題を提起するに至っている。児童虐待、発達障害による学級崩壊、社会的事件などがそうだが、その対策として、厚生労働省は児童虐待防止法、発達障害者支援法を立法化し、文部科学省は特別支援教育政策などの手をうってきている。特別支援教育とは、これまでの特殊教育の対象の障害だけでなく、その対象でなかったLD、AD/HD、高機能自閉症も含めて障害のある児童生徒に対してその一人一人の教育的ニーズを把握し、当該児童生徒の持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するために、適切な教育や指導を通じて必要な支援を行うものである。精神科医は特別支援教育の専門家チームへの協力が求められるが、小・中学校等における特別支援教育の支援体制において精神科医に期待される役割は、専門チームのメンバーとして

- ①巡回相談員として各学校を巡回する
- ②医療教育相談に参加する
- ③教員研修会の講師
- ④小学校入学前の就学指導会のメンバーとして参加する
- ⑤学校医から専門医療機関へ紹介
- ⑥地域の特別支援連携協議会のメンバーとして参加
- ⑦県の取り組みの広報活動への参画

が掲げられている。

さらに、厚生労働省は「子どもの心の専門医の養成に関する委員会」を発足させ、児童精神医学を専門とする精神科医だけではなく、小児科医、一般の精神科医の児童精神医学に関する知識や技能のボトムアップを図る動きをみせてきていることは本シンポジウムのシンポジストがすでに論じている通りである。

子どもの心を診療する医師養成をすすめていく上で、懸念すべきことがある。それは、一般の精神科医と児童精神科医との間に乖離がうかがわれることである。つまり、児童へのニーズは高まってきているけれども、一般の精神科医の心中に生じる躊躇がある。「児童精神科医療はなくてはならない」と思いながらも、児童精神科医療からつい背を向け、離れていく傾向があることを必ずしも否定できないように思われる。それらの傾向は、1症例にかける時間が長すぎるとか、家族の調節や学校との連携に時間をかけすぎだとか、「児童精神科医は児童患者を自分が何とかしなくてはという気持ちがあまりに強く、一人で背負い込みがちである。半面、一般の精神障害への対応に甘さがみられる、たとえば、なかなか診断を下さない傾向があり、したがって向精神薬を使うタイミングが遅かったり、使用量が少なかったりする」といった批判のなかにうかがうことができよう。こういう芳しくない乖離を埋めながら養成を推し進め、一般精神科医が児童の症例に苦手意識をもたないように、もしくは児童の症例を診察したりするときの支障にならないように、子どもの心の診療医養成に取り組むことも大切に思われる。

6. 提 言

①児童精神科診療と経営の問題として、児童精神科診療でも十分経営できる診療のあり方を考える必要がある。

②こどもの心の診療部や診療科が増えることが必要である。できれば、大学に児童精神医学の講座を設立することが望ましい。

③大学の精神医学講座担当者には、大学に児童

精神科医をいかにキープするかということが大事だと考えてもらいたい。とくに専門研修機関にて数年の専門的研修を受けて戻ってきたスタッフをいかに大学にキープし、臨床と教育にかかわってもらうかを企画しなければならない。

たしかに児童精神医学の研究はインパクトファクターが少ないかもしれないが、症例検討や研究業績を積み重ね、エビデンスを出していけば、保険点数の改善や児童精神科医療の確立へとつなが

っていくのではないだろうか。

7. 終わりに

私たちは、児童精神科が若い人にとって魅力ある専門職になるようにと切に願っている。子どもたちが健全に育っていくためには、子どもの育成や医療への投資が欠かせないのだと述べて追加発言を終わりにしたい。