

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

## 児童青年精神科の現状と展望

籠本 孝雄 (大阪府立精神医療センター・松心園)

### 1. はじめに

大阪府立精神医療センター、松心園 (外来・病棟) および児童思春期 (外来・病棟) 診療の概要

大阪府立精神医療センターは、大阪府精神科医療の中核病院として、民間の医療機関では対応困難な事例を診療するという位置づけがなされている。

精神科スーパー救急 (措置・緊急措置・一般救急)、医療観察法 (入院・通院)、覚せい剤等の薬物中毒患者や触法精神障害者、激しい問題行動を伴う難治症例の診療という成人部門に加えて、児童思春期の診療部門として思春期専門外来・入院病棟および松心園 (第 1 種自閉症児施設・児童精神科) がある。

松心園は、昭和 45 年に自閉症児施設として大阪府が設置、昭和 55 年に第 1 種自閉症児施設として国の認可を受けた。その後、大阪府立中宮病院 (現在の大阪府立精神医療センター) の児童部門として発展してきた。

児童精神科医、PSW、CP、看護師、保母などの多職種が連携して治療に当たっている。診断主病名は PDD が約 9 割を占める。初診待機者数は 600 名あまり (ピーク時には、900 名を超えていた)。

入所に関しては、基本的に、児童相談所と連携して児を入所・治療するスタンスをとっている。就学前から主に小学生年齢の児を対象としている。入所児童は、PDD、被虐待児、PDD と被虐待の合併がそれぞれ 3 分の 1 ずつの割合になっている。他機関との連携のための医師派遣や、講演会な

どの対外業務も多い。自閉症・発達障害支援センターとも連携し、大阪府の自閉症者支援体制の確立に努めている。平成 20 年度から「子供のこころの診療拠点事業」を展開している。

近年、思春期・成人部門で PDD (広汎性発達障害) の受診者数が増え続けている。PDD 受診者の増加は主に、高機能 PDD の受診者増によるものである。高機能 PDD の受診理由は、イライラ、家庭内暴力、強迫症状、抑うつ状態などである。しかし、近年は、対人不安・緊張・回避などを主訴に診断を求める患者が増え、発達障害者支援センターなどからの紹介で就労のために精神障害者保健福祉手帳を求めて受診する患者も増えてきている。特に成人例では発達歴・生育歴の情報が十分に入手できない事例も多く確定診断が難しいケースも多い。

### 2. 松心園 第 1 種自閉症児施設

#### (1) 入院部門

児童福祉法と精神保健福祉法に準拠した 25 床の閉鎖病棟をもち、基本的に、児童相談所 (大阪府子ども家庭センター) と連携して治療を行っている。就学前児童から主に小学生年齢の児を対象としており、発達障害児の医療的ケアのみならず、精神病や心身症、情緒障害や不登校などの行動・適応上の障害、被虐待児への対応など、幅広い児童の精神科領域の治療を行っている。養護学級の分教室があり、義務教育の援助が行えるほか、地域の小中学校、あるいは隣の市にある養護学校への通学も行っている。

入院児の主たる3類型は、

- ①家庭・学校適応が困難で、生活破綻をきたしたPDD圏の児
- ②障害受容の困難な家庭において被虐待状態となった発達障害児
- ③保護者からの虐待によって精神的治療が必要になった児

である。

#### (2) 外来部門

医師は、医師常勤4名・本院からの応援医師2名・非常勤医師6名で、多職種（PSW、心理士、看護師、保育士、児童指導員）の連携によるチーム医療を行っている。完全予約制である。診断主病名は、PDDが9割で、精神遅滞が7割弱を占める。

認知行動療法的な（TEACCHプログラムをとり入れた）外来療育コースを実施しているが、就学前の児には地域に療育拠点が整備されてきたため、今後は学校と連携した小学生の療育や高機能発達障害児の集団療育が課題である。

他機関との連携のための医師派遣や講演会などの対外業務を行っている。また、「大阪府発達障害支援体制整備検討委員会」が設けられ、医療療育支援ネットワークの構築、専門職種の人材育成、協力医療機関の拡充、自閉症発達障害支援センターの機能強化等を推進中である。

平成20年度からは「子供のこころの診療拠点事業」を展開中である。

### 3. 精神医療センター本院を受診する

#### PDDの増加

PDD確定患者数と、受診者全体の中でPDDが占める割合は、平成14～15年度から増え続けており、平成20年度は平成13年度の4倍以上である。PDD受診者の増加は主に、高機能PDD者の受診増加による。精神遅滞を有するPDDの受診理由は、パニック、興奮、自傷、他害などが多く、10年間にこの傾向に大きな変化はない。高機能PDD者の受診理由は、イライラ、家庭内暴力、強迫性障害、抑うつ状態などの二次障害や

合併精神症状が多く、それらのケースは、症状の改善や対応へのアドバースなどを目的としていることが多い。近年は、中核症状である対人的障害（対人不安・緊張・回避など）を主訴に診断を求める患者が増え、就労のために精神障害者保健福祉手帳を求めて受診する患者も増えてきている。

### 4. 児童思春期診療の課題

I. 第39回全国児童青年精神科医療施設協議会2009年2月神奈川県における医師部会懇談会では次のような意見が出された。

#### ①地域連携～退院時の受け皿

・福祉施設は原則中学生までが対象である、それ以上の年齢の子どもの受け皿がないのが問題である。

・施設から受けたケースは原則、もとの施設にもどしている。入院中、児童相談所の職員には必ず面接に来てもらっている。

#### ②診療報酬について

・診療報酬上、180日以内の入院とせざるを得ない流れになってきている。

・狭い意味での医療は病院で、こころの育ちというサブクリニカルな面は情短施設などでという連携をしていく必要があるのではないかと。特に総合病院の児童精神科では、

・虐待ケースに対して、初期は病院で、その後のこころの育ちの面は情短施設でということでないといけない。

#### ③研修医教育

・精神科医は、こどもの診療もできて当たり前という土壌を作っていかなければならない。

・まず、大人の精神科を経験させてから児童精神科をやらせるというルールにしている。

・2～3箇月に1度の割合でクリニックのDrとケースカンファレンスを行っている。

・主として小児科クリニックのDr対象に定期研修会を開き、臨床陪席をさせて初診をクリニックで診てもらおうようにしている。

・研修終了後の就職先情報が全児協で一元化できたらよい。

## II. 当院の医師たちからの声 児童思春期精神科医療の課題：

### ○専門医療機関の不足

児童精神科医の不足，児童思春期精神科医療の採算性の問題，軽度発達障害児（ADHD・LD・PDD）の著しい増加が課題である。

### ○ネットワークの未整備

市町村保健センター・子供課（家庭児童相談室），知的障害児通園施設，保育所・幼稚園，小中学校（養護学校を含む），教育委員会，児童相談所，発達障害支援センターなどの多数の機関との連携が必要である。児童相談所や自閉症・発達障害支援センターが連携の核となれるかどうかが鍵となる。

### ○精神科医療そのものの変化

操作的診断基準，薬物療法の優位の傾向が見られ，治療対象の客観化や身体科医療と精神科医療が接近してきている。また，診療報酬の急性期医

療重視傾向などにより，じっくりと時間をかけて患者の成長に寄り添い支援する診療体制がとりにくくなってきている。開業ラッシュと医師教育機能の弱体化が見られる。

### ○当院の児童及び思春期診療の課題

統合失調症をはじめとした精神病圏の患者数の減少あるいは軽症化（入院数の減少）とPDDなどの発達障害圏の患者数の増加が顕著になり，「病気に対する治療」という枠組みだけでは不十分である。本人の成長をどう保障していくのかという観点が不可欠である。特に入院治療にあっては，家族ケアや家族教育も必要である。疾病構造の変化に対応して，特に発達障害，適応障害，被虐待の患者さんとどのように接し，どのようにコミュニケーションを図り，一人一人に何を提供できるのか，チームとして統一した実践ができるよう，共通の認識とスキルを形成していく必要がある。