

## 特集 精神科クリニックは今

# 児童に特化したクリニックの可能性\*

● 米田衆介\*\*

**Key Words :** child psychiatry, clinic, community medicine, developmental disorder, autism

### はじめに

近年、精神科クリニックは増加傾向にある。しかし、そのなかで発達障害を含む児童の精神医療を主体としたクリニックは、全国的にみても比較的少数である。一方で、さまざまな場面で「児童の心のケア」や「児童の個別的なニーズに応じた教育的支援」が語られ、専門的な精神医学的対応の必要性が語られることが多い昨今ではある。しかしながら、そのようなニーズがあるにもかかわらず、それに対応できる地域医療は希薄であるというねじれが生じている。今日のように、国公立医療機関の統廃合が進行する状況のなかでは、児童の精神医療においても新規の医療機関が国公立で開設されるような期待はほとんどできない。大学病院などにおいても採算性の制約は強く、児童分野の外来枠が急速に拡大するとは考えられない。とすれば、増加するニーズを担いようものは必然的に民間のクリニックということになる。

このような状況の中で、よい地域医療を提供するという観点で多少の役に立つのであればと考え、筆者は3年前に児童の精神医療を主体とするクリニックを開設した。本稿では、このようなタイプのクリニックの現状を報告すると

もに、今後の可能性について考えていきたい。

### 児童に特化した精神科クリニックのおかれている状況

児童に特化した精神科クリニックは、以前から少数ではあるが存在してきた<sup>1)</sup>。島田<sup>2)</sup>は1999年の論文において、1982年開設のクリニックの現況を、全患者の7割が18歳未満であり、そのうちの約半数は不登校、約15%は自閉症であると報告している。島田は、この論文の中で児童精神科医学に対する一般の認識の薄さについて述べるとともに、地域との連携を強調して、クリニックの小回りの利く特性を活かして社会の中に入り込んでいくことを提案している。このように、先駆的な試みは各地に存在すると思われる<sup>3)~5)</sup>。また、東京都内では筆者の知るだけでも、数箇所以上このようなタイプのクリニックが存在している。

しかしながら、このタイプの精神科クリニックには困難も多い。仮にいくつかをあげるとすれば、そのひとつは、この分野の地域医療が対応しなければならない領域が非常に広いということである。河合<sup>3)</sup>は、児童精神科臨床がカバーしている領域として、①発達障害、②いわゆる習癖異常を含む「神経症」、③不登校、④非行、⑤摂食障害の5つをあげている。これに加えて、児童期の統合失調症、感情障害、てんかんなどはもちろんのこと、被虐待ケース、いわゆる「ひ

\* Clinic-based child psychiatric services in Japan.

\*\* Shusuke YONEDA, M.D.: 明神下診療所(☎113-0034 東京都文京区湯島1-2-13); Myoujinshita Clinic, Tokyo 113-0034, Japan.



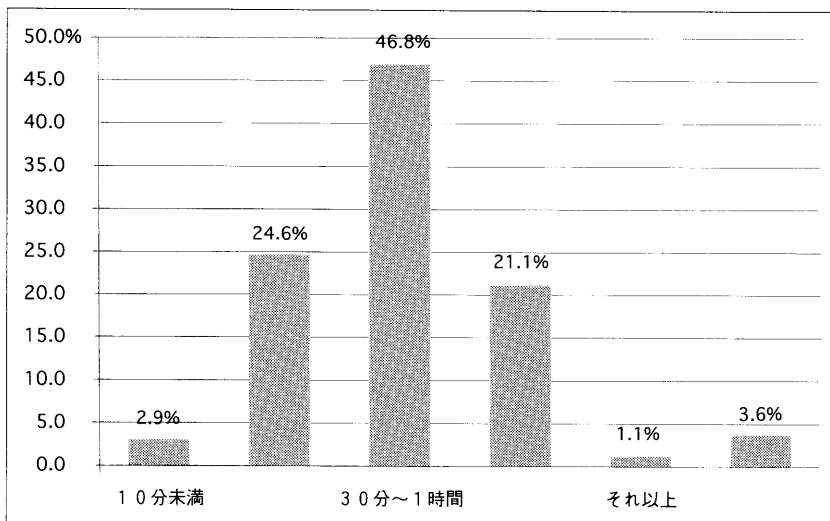


図2 外来説明時間(n=280)

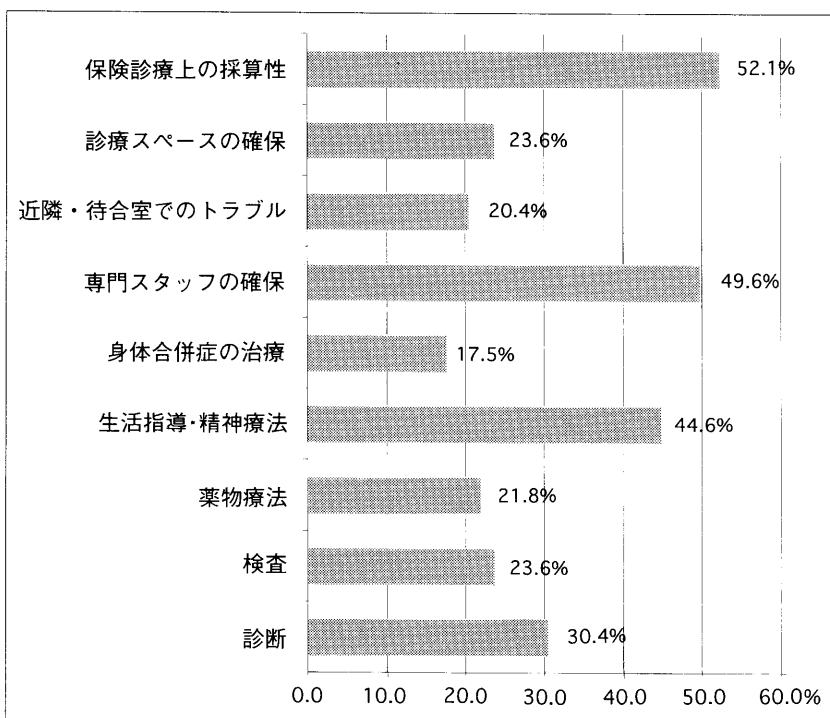


図3 外来診療上の困難(n=280)

を対象とした通所施設が同一フロア内で運営されていることがAクリニックの特徴であり、両方のフロアをあわせて約100平方メートルの小さなクリニックである。

現在、通所施設は、NPO法人によって経営されており、クリニックとは完全に独立採算となっ

ている。このような運営形態の長所は、診断・検査から円滑に療育へ移行し、療育中にも必要に応じていつでも医療の支援が可能なことにある。福祉施設である通所療育と、医療施設であるクリニックが、シームレスに連動するという構造は老人医療の分野では当然かもしれないが、

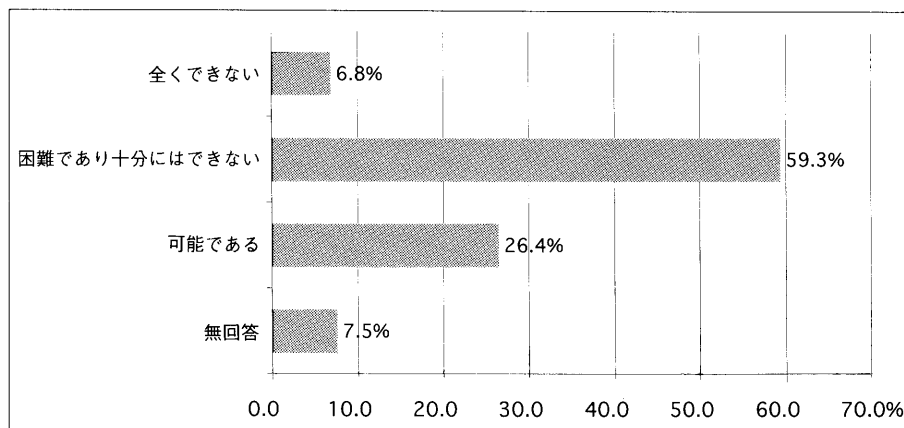


図4 保険診療による継続的な指導(n=280)

児童分野のクリニックでは実験的な試みといえる。療育部門に関しては、東大病院の精神神経科小児部デイケアで訓練を受けたスタッフが常勤になっており、主に精神遅滞を伴う自閉症児の療育を行っている。その定期通所登録者数は100名を超えている。また、心理検査・心理カウンセリングの大半は、同法人の非常勤職員に依頼して施行している。

一方、Aクリニック本体に関しては精神科標榜のクリニックであり、初診に関しては一切選択することなく先着順で受け付けている。現在の初診予約は平均して1~2カ月待ちであり、初診の半数以上が発達障害圏となっている。以下に、Aクリニックの2004年11月の診療統計を示す(なお、以下において診断名などは基本的にICD10に準拠した。また、精神遅滞・心理的発達の障害のすべて、および小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害のうち多動性障害・チック障害を含めて広い意味で便宜上発達障害圏としている)。

11月の受診者数は266名であり、受診延べ回数は330日、1日当たり外来患者数は平均で16.5人となる。なお、Aクリニックでは診察に比較的時間がかかるため、1日当たり外来患者数が20人を超える日には、かなりの診察待ち時間が生じて待合室が混雑する傾向にある。

20歳未満の受診者は、受診者数266名中の142名(53.4%)であり、その中での男女比は22:120であって、男児が約6倍多い。また、受診者全

表1 年齢別発達障害圏診断名有無

	20歳未満	20歳以上	合計
発達障害	131	65	196
発達障害なし	11	59	70
合計	142	124	266

体のうち、発達障害圏の診断名がついているのは196名(73.7%)であり、とくに20歳未満の受診者に限れば142名中131名(92.3%)と大半が発達障害圏に該当していた(表1)。発達障害圏の17名、その他の5名が、てんかんを合併していた。

発達障害圏の受診者196名の発達障害圏としての診断名は、広汎性発達障害が153名(78.1%)であり、最多である。多動性障害が27名(13.8%)と次に多く、精神遅滞10名(5.1%)、チック障害4名(2.0%)、特異的発達障害2名(1.0%)と続く(図5)。

20歳未満の受診者のうちで、発達障害圏を除く診断名が主病名のケースは、統合失調症2名(1.4%)、うつ病エピソード1名(0.7%)、強迫性障害3名(2.1%)、適応障害および、その他の神経症性障害6名(4.2%)であった。なお、これらのうち2名は発達障害圏の病名との二重診断のため、合計は上述の人数と一致しない。

以上見るように、Aクリニックは児童に特化した精神科クリニックであると同時に、広汎性発達障害に特化したクリニックともいえるであろう。また、成人期の発達障害圏の患者数が多いことも特徴である。

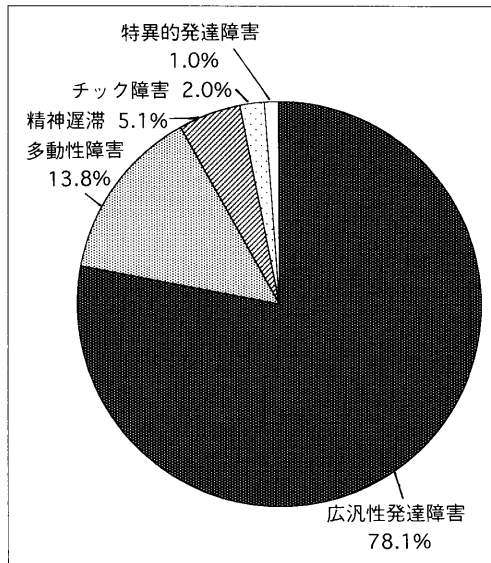


図5 発達障害圏診断名の内訳 (n=196)

A クリニックの現状におけるもっとも大きな問題点は、第1に、初期に想定したキャパシティを超えた発達障害圏の患者数に対応が追いつかなくなりつつあることである。現に、NPO法人の施設に委託する検査の待ち時間が、一部の検査については2カ月を超過するようになった。療育に関しても、新規の定期通所に関しては待機の状態が続いている。

第2の問題点は、このようなキャパシティの限界を糊塗するためにマンパワーと資本を消費してしまい、デイケアを含む児童・成人のグループ活動や、系統的な家族教育のシステム作り、高機能児での学習支援など、あらたな医療上の展開をする余力が不十分となっていることである。

### 児童に特化したクリニックの困難性

以前に、「児童に特化したクリニックは不可能に近い」という意見を、先輩にあたる精神科医から聞いたことがある。当時、筆者自身もそのことは自明であると感じたのを記憶している。理由はいくつもあるが、人にも聞かされ、自分でもなるほどと思う理由を思い出すままにあげてみたい。

第1に、児童の診療は普通の3倍以上は時間

がかかる。なぜかという、本人の話を聞き診察するのに2倍はかかり、家族からの問診をして病状を説明するのにさらに倍の時間がかかる。たとえ予診を取ってもらっても結局はラポールをとるのに同じだけ時間がかかってしまう。そのうえ、低年齢の患者をあまり長く待たせると、眠ってくればまだいいが、しばしば診察どころでないほど機嫌が悪くなってしまふことがある。

第2に、検査がほとんど常に必須である。発達障害の鑑別には大半のケースで心理検査が必要となるし、器質因の除外のために脳波などの生理検査も必要である。しかし、これらの検査をスタッフ関連の予算が少ないクリニックで施行するのは大変である。

第3に、診断や検査ができたとしても、治療場面の設定に困難がある。思春期以降であれば、通常の診察室でのスタイルの精神療法だけでもかなり役に立つが、非言語的なコミュニケーションが主とならざるを得ないような、小学校低学年以下の児童には不十分である。そこで、療育なり集団療法なり何かの準備をしておかなくてはならない。

第4に、このような検査や療育・心理治療を行うための有能なスタッフを確保することは、一般に考えられているよりも遥かに難しい。ただ検査をやってやりっぱなしとか、ただ単に保育のようなことをしていればよいというわけにはいかない。自分で考えて新しいことに挑戦していける能力のあるスタッフを探し出す必要がある。

第5に、専任ソーシャルワーカーを雇用するのが難しい。児童の精神医療では、家族支援やソーシャルワークが大きな比重を占める。ところが、家族支援には人員が必要であるし、診療医だけでは外部機関との連携が充分にできない。かといって、この部分は診療報酬上まったくカウントされない、どうしても赤字になる。

第6に、外来で支えきれない困難な事態に対して、入院治療への移行が即時にできる保証がない。病院外来であれば、院内の了解として緊急ベッドを空けておくという手もあるが、それができない。どうにもならなくなったら、最後

は自治体ルートで措置入院というところまで一気に覚悟する羽目になってしまう。

第7に、これらすべてをクリアしたとしても、同じ分野の医療機関が少ないために、あつという間に初診待ちが長くなって機能しなくなる。初診待ちが半年を超えるようでは、ほとんど地域医療とはいえない。本当に診るべきケースはどこかを彷徨うことになる。

第8に、死力を尽くしてさらにそれも含めて解決したとしても、それで全力を使い果たしてしまい、研究する時間もなければ、自分のクリニックの仕事振りを反省するゆとりも残っていない。同じ分野の仲間とのネットワークがないので孤立化してしまう。遅かれ早かれ、ひとりよがりな趣味的な医療に陥りかねない。

といった具合である。冗談だと思って笑っていただければよいが、笑えないところに現状の深刻さがあるといえるであろう。

### 児童に特化したクリニックの可能性と未来

では、今後どうやって「児童の精神医療8つの難題」を乗り越えて、児童に特化した精神科クリニックの未来を切り開いていけばよいのであろうか。

それにはまず、児童に特化したクリニックが地域医療の中でなにをすべきなのかを、先に考えなくてはならない。服部ら<sup>8)</sup>は、精神科クリニックにおける発達障害の診療に関して、①診断と療育導入、②セカンドオピニオン、③家族指導、④中長期的な療育の方向づけ、⑤他機関との連携、⑥薬物療法と合併症への配慮、⑦他の主訴で受診し発達障害を背景にもつ事例への対処、以上7点の臨床的要請をあげている。児童の精神科診療一般を考えた場合には、この他にも、デイケアなどの集団精神療法<sup>9)10)</sup>、必要に応じて遊戯療法や認知行動療法なども含む広義の精神療法の用意も必要と考えられる。また、成人になった発達障害の患者への対応もこの分野の医療機関が対応すべき範囲と考えられるが、いずれにしても多面的で広範囲の機能が要請されていることは間違いない。

このような多機能性を限られた人的・物的な

資源の範囲内で実現することは容易でなく、さまざまな工夫が必要である。その際には、医療水準を切り下げる方向ではなく、より質の高い医療を実現する方向性で、現実の制約と向き合っていくことが必要である。その意味で、第1に重要なことは、この分野の医療に対する社会的な評価を獲得し、患者・家族とともに保険診療上の適正な報酬を含めて政策上の必要な措置を求めていくことであろう。

しかしながら、短期的には政策の大きな転換が期待できないとすれば、第2に、当面の問題として現行の制度内でいかに多面的で高度な医療を提供していくかが問題となる。これは本来無理な課題であるので、当然ながら正しい答えというようなものは存在しない。ひとつの答えは、従来のこの分野の医療がそうであったように、個々の医療機関の自己犠牲による医療を続けていくことであるが、そこに未来があるとは考えられない。もうひとつの答えは、重症度や緊急度によって対象を絞った上での医療展開であり、現在、長い予約待機などによって、実際のところ、なかば現実のものとなっている。これもまた、患者とともにあるべき医療の姿として望ましいものとはいえない。その他の答えとしては、自費診療化によって採算を可能にするという回答もありうるであろう。確かに、不当なダンピングによって採算割れを常態化するよりは健全かもしれない。しかし、例外としてはともかく、それが一般化したときには、保険診療制度の空洞化につながり、児童の精神医療は健康保険外の贅沢品扱いという話になりかねない。

結局のところ、今できることは上記のようなその場しのぎの奇策も含めて可能なすべての方法を動員して、ともかくも現状を患者とともに生き残ることである。そのためには、患者に支えられ、地域の医療機関と支え合うことが必要であり、児童分野の精神医学が実際に有効であることを実践によって示すことを通じて、こどもたちの未来のために何が必要かを多くの人に訴え続けるほかはない。

### まとめにかえて

決して悲観的に考えているわけではない。児

童分野の地域精神医療は必ず発展していくであろう。その道のりは平坦ではないとしても、

クリニックは孤立しているわけではない。たとえば、東京都においては都立梅ヶ丘病院に事務局を置く小児精神科治療のための連絡会が一昨年発足しているが、このような交流の場の意義は大きい。また、東京大学は専門家養成のために「こころの発達臨床教育センター」を2005年度に開設するが、このような地域の大学などとの研究や教育を含む連携も重要と考えられる。個々のクリニックがすべてを抱え込むことは不可能であるが、地域の中でネットワークを形成していくことで、限られた医療資源をより有効に利用可能な状態にしていくこと、その中でクリニックそれぞれの地域医療における診療能力を高めていくことは可能であると考えられる。

#### 文 献

- 1) 寺内嘉一. 子どもを対象とした精神科診療所について. 精神医学 1982 ; 24 : 1077.
- 2) 島田照三. クリニックにおける児童精神科医療の現状と課題. 精神医学 1999 ; 41 : 1291.
- 3) 河合 洋. 精神科クリニックにおける各種疾患の診療 児童精神科医療の現場から. 精神医学 1997 ; 26 : 1079.
- 4) 谷口加容, 駒井早苗, 久保りつ子, ほか. 牧原クリニック10年間の統計調査—児童青年精神科診療所の役割について(会議録). 日本児童青年精神医学会43回総会抄録集. 2002. p. 128.
- 5) 荒木 均, ほか. 思春期専門の精神科診療所に関する報告(会議録). 思春期学 1987 ; 5 : 247.
- 6) 村田豊久. 精神療法とお金. 患者家族が治療費を支払うことの意味と問題点—児童精神科医の立場から. 精神療法 1992 ; 18 : 134.
- 7) 米田衆介, 金生由紀子, 相沢幸子, ほか. 国内における広汎性発達障害の医療状況に関する実態調査(会議録). 日本児童青年精神医学会総会抄録集.
- 8) 服部陵子, 有園祐子, 宇治雅代, ほか. 精神科クリニックにおける発達障害の診療. 臨床的要請と現状の検討(会議録). 日本児童青年精神医学会44回総会抄録集. 2003. p. 242.
- 9) 田上洋子. 求められる新しいサービス 外来・相談の現場から 神経科クリニックから見る不登校児の変化(解説). 外来精神医療 2003 ; 2 : 60.
- 10) 三家英明. 児童精神化の臨床. 地域の精神科診療所で思うこと(解説). こころの臨床ア・ラ・カルト 1996 ; 15 : 153.

\* \* \*