

第3章 病棟機能をどのように変化させてきたか

1. 治療構造の変化

1995年に精神保健法が精神保健福祉法に改正された。それを機に、あすなろ学園でも入院形態を明確にすることが改めて検討された。児童の精神科入院医療に関する明確な法規定も法解釈もないために、かつてのあすなろ学園では、入院児はほとんどが自由入院と遇されてきた。しかし、入院治療の必要性を充分理解する能力が子どもには期待されず、行動制限が必要になる場合も多いことから、PDD児はすべて医療保護入院の対象としていた。その他の疾患についても、義務教育年齢およびそれ以下の子どもについては、治療への同意能力が充分にはまだ育っていないと考えて医療保護入院の対象とすることが適当と判断し、そのような入院手続を行うことにした。

病棟職員は多職種混合（看護師、保育士、生活指導員、心理療法士）であり、病棟構成は、年長自閉症児と思春期児童を対象としたⅢ病棟（20床で1看護単位）と、小・中学生対象のⅠ・Ⅱ病棟（各42床で1看護単位）で運用されていた。この10年余りの間に、入院児は多様化し入院期間が短期化してきたことなどにより、長年培われてきた治療的な集団活動が困難となり、子ども同士の自発的な関わり合いも減少し、互いに刺激し合って諍いや喧嘩の生じることが非常に多くなってきた。

1996年にそれまでのⅠからⅢ病棟まで3病棟単位で運営していたものを、2病棟3単位で運営するよう切り替えた。Ⅰ病棟は84床であったものを70床にして東西を35床ずつの2単位に分けての開放処遇、Ⅱ病棟（旧Ⅲ病棟）は20床から34床に増床し閉鎖構造とした。同時に木工室と病棟の感覚統合訓練室を改造して病室を3室増やし、1996年から4年かけて5～6床の病室を廃止して4人以下の部屋のみとした。子どもの生活様態が変化してきたこと、他児との共同生活が困難な子どもの入院が増加してきたことなどに対応するため、1人室をもっと増やしたいと考えたものの、増築を行わずにそれを実現させることは不可能であった。

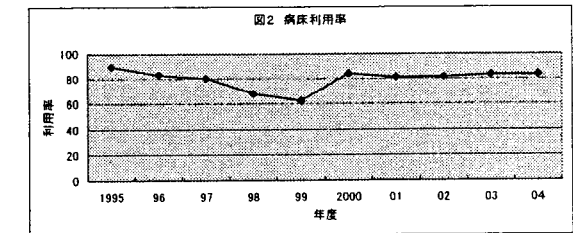
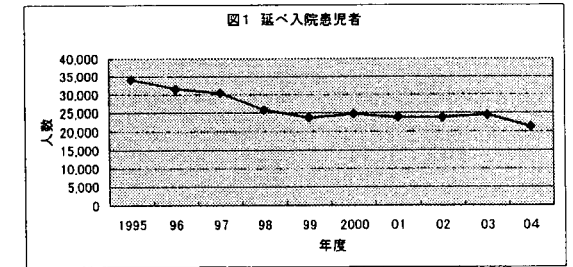
さらに、入院治療のあり方全般に再点検を行い、種々の改革を試み実現させていった。その推進力になったのは1998年度に多職種が集まって組織されたあすなろ向上委員会であった。入院治療のあり方、ケースワーク、閉鎖病棟のあり方、法律に適合した医療体制、診療録のあり方等が全面的に再点検され、入院治療の質を向上させ均質化するためにクリティカル・パスの導入も試みた。

多大の努力を重ねたにもかかわらず病床利用率の低下を改善できないため、1999年には104床の定床を80床稼働（予定定床）とした。このとき、Ⅰ病棟を54床で27床ずつの2単位、Ⅱ病棟を26床に減床した。これは県職員削減計画が実施された年であった。それを契機として病棟の再編成が検討され、病棟機能にも変革を試みた。

さまざまなハンディキャップを持つ子どもは、日々の生活を共にする中で相互の違いを認め合いながら助け合うことができるようになり、疾患の如何に関わらずこの互助体験が治療へ有効に作用していく。このような考えを、あすなろ学園は十亀史郎の時代から治療理念の基礎としてきた。そのため、神経症圏の中学生と小学生の自閉症児が同室で生活するよう配慮していた。食事や入浴も一緒に行なう生活の中で、年長の子どもの世話や指導を受けることもなく自然に行うようになっていた。自閉症児は神経症圏の子どもの手本として日常生活の技を身につけ、神経症圏の児童は発達障害児への職員の関わりを見つづけて、競争原理を超える価値観を身に付けることが期待され、相応の効果を挙げていた。

しかし、入院児が持つ疾病・障害の質は大きく変化し、家族機能の変化に由るのであろうか、子どもの自律性・自発性が大幅に低下したこともあいまって、かつて十亀が追い求めた治療理念は成立し難くなってきた。

このような状況を改善するため、減床した後、3機能単位で運用されている病棟の機能をそれぞれ特定化する試みを行うことにした。すなわち、中学生および摂食障害等身体管理をより多く必要とする子どもが中心のⅠ病棟東（27床）、小学生と発達障害児を中心とするⅠ病棟西（27床）、急性期および短期入院治療を対象として明確に閉鎖構造とするⅡ病棟（26床）とに分化してみた。閉鎖病棟化という精神科医療の流れには逆行するかに見えたこの改革は、治療構造の安全性を優先させる発想から生まれたものである。入院当初の不安定な時期に、安心し寛いで職員が子どもと関わるには閉鎖構造が必要と判断した。閉鎖構造



を明確化することにより、重度障害児に職員が1対1で終始付き添わねばならない事情は減少し、従来に比して病棟内行動の自由をより多く子どもたちに提供できるようになった。

この病棟改革は数ヶ月の討議を経て年度末の1月から試行を始め、2000年4月から本格的に実施され、2年後には厳密な評価・検討を行った。

このような試行の間に、入院希望の増加に応じて人数を増やしたPDD児を開放構造で治療することは安全を保障できにくくなったこと、I東病棟では思春期男女の性にまつわる問題行動が増加したこと、中学生男子による暴力の影響等が、病棟では火急の検討事項となっていた。

そのことを受けて2003年度からは、II病棟は思春期男子開放病棟に、I病棟は小学生・女子（年齢不問）・発達障害児を入院させる閉鎖病棟にした。この病棟再編成によって、

- ① I病棟が閉鎖病棟になって発達障害児の治療と生活の安全が保障され、
- ② 対象児を一層限定したことで病棟機能が従来に増して明確化され、
- ③ 思春期男子と職員の治療関係が成立しやすくなり、
- ④ 小学生男子が中学生男子と離れて暮すことで伸び伸びした、

などの評価が病棟勤務者から得られた。第三点については、当初は思春期男子のみの病棟が殺伐な雰囲気になるのではないかとという危惧も抱いた。しかし、女子の視線を意識しなくてよい環境の中で男子中学生が職員に安心して甘えることができ、職員も関係を築きやすくなる結果となったことは、予想しなかった成果であった。

あすなろ学園へ入院する子どもは、どこからやってくるか。紹介元機関は時代によって多少の変化はあるが、最近（2004年度）では、紹介総数82件のうち、児相経由が30%、一般医療機関からが34%、教育機関からの紹介が8%で、紹介なく親が自発的に受診して入院に至った症例は7%となっている。児相経由の症例が多いのは、措置手続きを必要とする症例が多いことを意味している。

県外からの入院が最近では症例数にして年間12パーセント前後である。退院へ向けての条件作りに責任を持ってないので、これはなるべく辞退しているものの、無理を承知で引き受けざるを得ない場合も時に生じる。社会復帰過程の肌理細やかな援助が困難となるだけでなく、三重県費から高額繰入金を受けて

入院児初診時紹介機関 表1

年 度	1997	2004
児童相談所	20.7%	30.5%
教育関係機関	12.9%	8.5%
一般医療機関	22.7%	34.2%
保育所	1.1%	1.2%
電話相談	7.1%	1.2%
その他紹介	18.0%	12.2%
無紹介受診	9.1%	7.3%
自閉症協会	3.1%	0.0%
市子ども相談事業	5.3%	4.9%
計	100.0%	100.0%

運営されている（第10章）あすなろ学園へ、他県の患者が健康保険のみの金額で入院してくることを説明できない、という大きな課題をわれわれは背負っている。公的病院は財政的に支えてくれている住民税支払い者に対して説明責任を負っている。広域行政が具体的に語られる昨今、他県からの入院に関しては当該自治体から応分の繰入金分担を期待してもいい時代が到来していると考えても宜しいのではないか。1日も早く各府県に児童精神科病棟が開設されるよう願って止まない。

2. 治療機能の変革

(1) 入院治療システム

入院治療を均質化し向上させることを目的として、1998年からクリティカル・パスの研究を開始して導入を試みた。その過程で三重県立看護大学の協力を得、交換教授として同大学に滞在中であったハワイ大学看護学部アンダース教授を招いて職員にクリティカル・パスの講義をしてもらった。これは3年の試行を経て順次使いやすい形のものででき上がった。統合失調症に対するものは治療初期と退院準備期に限定したものになり、AD/HDと摂食障害に対するものは構造がしだいに整っていった。しかし、いずれも日常的に使用するにはあまりに煩雑すぎて効用は少ないと判断され、摂食障害のパスのみが何回かの改良を経て現在も使用されている（資料編81～82ページを参照）。

2001年には入院治療管理システムを導入した（資料編83ページ）。外来治療から入院治療へ、そして退院へと、一貫した治療の流れを構造化し短期間で効率良い医療を実現させる方途としてメニンガー・クリニックなどが行なっている先行例を参考にし、治療の進行状況を点検し助言するケース・マネージャー制度を導入したものである。

相談室・指導室・病棟責任者・臨床心理室責任者がこの業務を担当することにした。本制度を円滑に運用するには、入院・退院査定用紙を作成して治療の進捗状況を査定する作業の定例化が必要となり、ケース・マネージャー同士の情報交換を深めて制度を円滑に運用するため、定例会議を開催することにした。導入の結果として、親への支援と積極的な治療的介入も従来以上に重要なことが明確となり、多職種によるチーム医療と地域連携の両面でこの制度は重要な役割を担うようになってきている。

(2) 入院調整会議

かつての時代、子どもの入院はそれぞれの医師が独自に判断し実施していた。外来診療から入院治療への変更、地域連携事業で付き合っていた子どもを入院医療に移したいと考えた医師が、病棟へ連絡して入院手続きを進めるというも

のである。しかし、多くの人手を要する子どもが在棟して病棟力動が不安定になっているとき、新たに興奮の激しい子どもが加われば、病棟は混乱する。病棟勤務者と医局との間に情緒的軋轢が生じる。保護室が不足して慌てる事態も生じる。そういったことで病棟と医局との間に緊張が高まることもあった。このような不具合を整理するため、医師と病棟職員が事前に子どもの情報を検討し合って入院を定めるという、言うなれば入院治療の妥当性を検討する会を1995年12月から始めてみた。当初は、緊急入院を要する子どもに即応できないという医局からの批判も出た。その場合には緊急入院調整会議を招集することにしたが、この制度が定着するとそういう事態は年間数回しか起こらぬようになっている。

入院調整会議は毎週木曜日午後に関催される。参加者は次第に増えて、各病棟責任者、小・中学校分校教頭、関係医師、各職制責任者など15名程度で、園長が司会を勤める。個々の子どもについて、入院の適否、関連機関との協業の可能性、どの病棟を利用するか、主治医およびケース・マネージャーの選定、今回入院に関する治療目標の設定、治療計画の概要、家族機能の査定、退院先の目論見などが論議され、決定される。

(3) 家族・親子

10年を超える長期入院も珍しくなかった過去の時代には、親の会の活動があすなろ医療を多面的に支えてくれていた。長期に入院している子どもの親同士が自助活動をいつとはなく始め、それが家族相互支援となり、あすなろ学園の組織運営や対外活動にも側面支援してくれるようになっていたわけである。しかし、施設化を防いで入院の短期化を進めるにつれ、親の会の意義を理解して指導性を発揮できる保護者がしだいに居なくなり、親の会という組織を運営すること自体が困難となった。これまで永年にわたり親の会を支えてくれていた保護者たちと充分話し合った上、1999年5月7日に臨時総会を開催して親の会を廃止することにした。10周年の際には共に記念植樹し、子ども用自転車を沢山寄付してもらうなど、多くの支援を受けた親の会が解散することには寂寥感を禁じ得なかった。

その後は、日本自閉症協会三重県支部との連携を従来よりも一層深め、発達障害児・者の地域における生活を生涯発達段階に沿って支援していく長期の医療・発達支援を目指し、医療機能と地域活動の協働を重視するよう変化している。

入院治療で子どもの症状が改善しても、それが退院後に維持されなくては入院の意義が成立しない。退院後も治療効果を持続させるためには、家族機能の向上を目的とした治療的取組みが必要となる。特に発達障害児の場合、家族に

は共同治療者として生涯に亘って重要な役割を担ってもらう必要がある。入院治療期間が短期化してくるにつれ、治療効果の向上を目指して病棟における親子治療プログラムを積極的に行うようになった。このプログラムを推進することで、日常生活場面における子どもとの対応に親は自信を持ち、外泊時に家庭で実践することにより治療を汎化し、入院前には対応に苦慮していた問題を克服できるようになった。

しかし、病棟で行なう親子プログラムの場では親機能が有効に作動しても、子どもへの対応が家庭ではなかなか円滑に進まないという家族もある。職員がいなければ親の言うことを聞かなくなる子どもがいる。自宅では、病棟における親子プログラムのように振舞えない保護者もある。そのため、病棟職員の家庭訪問指導を重視するようになった。それぞれの家庭や家族構造に合った実現可能なやり方を工夫し、わが子に振り回されることなく親が自信を持って子育てできるように援助することで、家族機能の安定化は達成可能になってゆく。

こういった治療方式の変更が必要になった背景には、家族機能不全を持つ家庭から入院してくる子どもが増加したことも指摘しておかねばならない。入院治療の意義、治療内容とそれの家庭への汎化、担うべき治療役割を親に理解させることへ、かつてよりも何倍もの努力が必要になっている。複数の職種が関わって入院の必要性や子どもの病理構造について理を尽くして説明しても、理解が生じるどころかかえって医療者側を責めてくる保護者も中にはいる。ついに親の理解を得られぬまま中途退院してゆく子ども、自らの努力を行うことなく病院の診療を批判する家族なども増加しているという現実から、わが国の児童精神科医療は目を逸らすことはできない。

(4) 社会生活技能訓練 (S S T)

1996年ごろから急増した被虐待児と軽度発達障害児、特に高機能PDD児には強い衝動性が問題となる子どもが多く、暴力を伴う問題行動が病棟で頻発するようになった。これ以外の疾患を持つ入院児も、日常生活習慣が躰けられていないために衝動的行動を取る結果となる子どもも増加してきた。それまではこういった状況に対して行動療法的対応をとってきたが、それのみでは改善が認められなくなってきた。さらにそういった子どもたちは、日常生活場面における社会生活技能の習得も不十分である。

S S Tとは、子どもが社会生活 (Social) を円滑に営むことができるために必要な技能 (Skills) を習得するための訓練 (Training) の一法である。成人の統合失調症を社会復帰させる方途として開発され発展した技法なので、子ども医療の場では通常のS S Tとは異なる工夫が求められる。そこで子ども用社会生活技能訓練の技法を取り入れた病棟での生活指導を試みることになり、2003

年度にSSTプロジェクトを開始した。3つのグループに分かれて施行している。

① 基本的対人スキルグループは、小学生低学年を中心として日常生活上の社会性を身につけることを狙いとしており、「賤け的」「教育的」である。

② 衝動性制御グループは、暴力・暴言の改善を目指す。

③ 自己主張グループは、被虐待児・不登校、引きこもりを主な問題として入院している子どもで、自己表現力を身につけ自信を取り戻させることを目標とする。

いずれの集団も、実施後には自己査定（子ども）と客観査定（職員、家族）をチェックリスト（一部を資料編84ページに示す）に従って行なっている。訓練されているという負担感を子どもが強く抱かないような工夫も種々こらしている。

(5) レクリエーション活動

あすなろ学園全体としてのレクリエーション活動は、古くから中央レクリエーション委員会が設置されていて、企画・実施を行ってきた。多職種混合の委員会で、治療的レクリエーション活動として親子運動会（春季）、6グループに分かれて実施するキャンプ（夏休みの前半）、学園祭（秋季）、クリスマスコンサート（年末）、マラソン大会（3学期）の5大行事を企画し実施してきた。しかし、入院期間が短期化するとともにこれらの行事を準備する長期的な集団活動がしだいに成り立たなくなってきた。さらに、週40時間労働の実施による職員勤務体制の変化から、各病棟間の連絡調整役をこの委員会が果たすことは困難となった。そのため中央レクリエーション委員会を解散して、各病棟単位でさまざまな集団活動を工夫するよう変更した。

この結果、治療的レクリエーション活動の中心であったキャンプは、準備期間を短縮させた病棟別の合宿へと変化していった。かつて、普段はワルとして厳しい指導を職員から繰り返し受けていた中学生や高校生年代の子どもが、活き活きと活躍して1週間という長丁場のキャンプをこなしていた時代もあった。親子運動会も、子どもと親と職員の心が交わる貴重な機会であったけれど、これは、長期入院児を中心とする発想と効果であった。子どもの変化、家族の変容、時代の変貌を常々観察しつつ、治療プログラムを進化させてゆかねばならなかったと反省している。

病棟活動が中心になったことで集団活動は狭められ、病棟間の対人交流（子どもも、職員も）による力動の変化を観察しにくくなった。そのため、合同責任者会議において治療的レクリエーション活動をどのように展開してゆくべきか検討し、中央レクリエーション委員会時代の好ましかった部分を復活させる

べく、企画と実施を指導室が引き受ける〈おもしろクラブ〉が2001年に発足した。

入院生活を送っている子どもたちに、それぞれの発達に見合った遊びを意図的に挿入し、暮らしの中に潜んでいる遊び要素を活性化し、健康な退行を味わい、さまざまな生活体験を改めて治療の場でやり直すことが、児童青年精神科医療には不可欠であるという認識から、おもしろクラブは始まった。総務課や分校を含む各部門から選出された委員と、各病棟の子ども会から選ばれた子ども委員とが話し合っ、運営は行われている。おもしろクラブが機能するようになって、ゲーム大会を開催するなど病棟を超えた子どもたちの活動がふたたび可能となり、職員間の交流と協働が再構成され始めた。地域のフリーマーケットに参加して社会活動を体験したり、かつてよりは短期間となったものの、子ども集団の実情に即応した治療キャンプが復活してきた。子どもの能力差を包み込んでいく集団活動として和太鼓演奏を採用し、年間通して練習を重ねて秋祭りで発表する企画を2004年から始めている。

(6) 日常生活の中で

1994年以前は長期入院児が多かったこともあり、各病棟はそれぞれに家庭的な雰囲気を出すよう心がけ、おやつ（アメリカン・ドック、クレープ、お好み焼きなど）を職員と子どもと一緒に作ったりしていた。これらのことは職員体制の少ない休日には困難であり、毎日定まった時間におやつを提供することも難しかったため、おやつの手配は給食課に依頼することにした。このことで、毎日定時におやつを提供することは可能となったものの、共同しておやつを作る機会がなくなってしまったと子どもたちは残念がった。最近では、模擬店や病棟行事としての調理活動を時に行うことで、子どもたちの要望に応ずるように努めている。

夜遅くまで勉強する子どもと職員が夕食の残りを利用して雑炊を作って子どもに喜ばれていた時代もあった。給食の残り飯を職員がおにぎりにしておく、夜間に勉強している子どもたちがおやつ代わりとして喜んでた。これも衛生管理上の理由で消えた。病院の衛生管理責任と子どもの喜びと、いずれを優先させるのが児童精神科医療としてより適切なものか。こういうことの利害得失を判定するのはなかなか難しい。

生活指導の中で食事は重要な部分であるため、生活指導と家庭的な雰囲気作りを目的として、夕食時に指導食という形式で職員も同じ食事を子どもと共に摂るようにした。費用はその日の担当職員が自弁している。

1999年、病棟で適宜お茶を飲めるよう廊下にお茶セットを置くことにした。しかし、当初心配した発達障害児の多飲よりはむしろ、容器に飲みかけのお茶

おもしろクラブ

発行
あすなる
おもしろ
クラブ

2003. 10. 13
第3号

もうすぐ学園祭 10月19日(日) ひとりひとりの力を出しきろう!!

プログラム

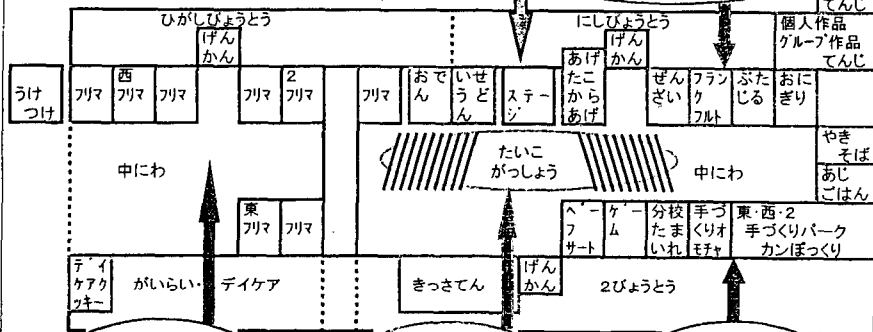
- 9:45～はっぴとバンドナで中にわに集合
- 10:00～全員で合唱
- 10:10～開会式①子ども委員の開会せんげん
②園長先生のあいさつ
- 10:30～全員でたいこえんそう
- 11:00～食べ物やさん・フリーマーケット
あそびコーナー・ステージショー
分校紹介・作品紹介コーナー
- 14:30～閉会式 委員長あいさつ
- 14:40～全員でたいこえんそう
- 15:00～子ども委員の開会せんげん 終了

ステージのもよおし
11:15～かねこ先生コンサート
12:00～「なんでだろう」大会
12:30～子どもたちの出し物
13:00～O×ゲーム
13:30～あみ谷さん
コンサート

分校と病棟
紹介コーナー
学校の授業や病棟で
みんなが生けんめい
作った物ばかり

食べ物コーナー
おいしいものがいっぱいだよ!

分校の
ようす
てんじ



フリーマーケット
コーナー
みんなで作った品物や不要品
オモチャ、服などいろんな物を
売ってます。おこづかいで
なに買おうかな?

全員合唱と
たいこ
毎日、練習をつみ重ねてきた
歌とたいこ。おうちの人や学校
の先生などたくさんのお客さん
に、サイコーの自分を
見せてもらおう!

あそびコーナー
3つの病棟と外来、みんな
作り上げたすてきなコーナー。
小さい子どもたちも、きつと
喜んでくれるはず! 他にも
たくさん楽しいあそび
ができるよ。

を戻したり唾液を入れたりするなどの行為が見られ、1年間で中止した。しかし、子どもたちからお茶提供への要求は強く、再度実施することになった。生活指導の場として職員も根気良く指導を行った結果、時に容器をひっくり返す子どもがいたものの、集団の規約として皆のため自分のために器具を大切にすると意識付けが徐々に定着し、いつでもお茶が自由に飲めることを子どもたちは喜び、現在まで続いている。

逆にうまくいかなかったのは病棟意見箱であった。詰所前に木箱を設置してみたものの意見は集まらず、かえって箱がけんかの武器になったり、ごみ入れになったりして、結局1年で廃止した。場所の設定をどうするか、材質を危険の少ないものにするなど、工夫の必要があったと悔やまれる。

近年、和式便器での排泄を苦手とする子どもが増え、排泄訓練の必要な子どもへの指導が困難となってきていた。そのため、1基を洋式便器に改修し指導を行い易くした。

古い精神科病院構造を象徴する鉄格子は子ども病院にはふさわしくないため、1995年に一部撤去して、代わりに危険防止のために窓の開閉制限装置をつけてみた。これでは換気が不十分となり、梅雨時には病棟環境が悪化した。そこで2004年に行なわれた耐震工事の際、飾り格子を窓に設置して換気は改善した。

病室環境は稼働定床80床になったときに、1～4人室に改善できた。しかし子どもたちの個人空間を守ってやれる環境にはまだまだ程遠い水準である。一人室なら防げたであろうトラブルも多く、今後さらに一人室を多くしていく努力が必要と考えている。プライバシーを守る環境作りとして、ベッド横に目隠しともなる棚を設置した。予算上一度に全室に実現させることはできないため、徐々にこれを増やしつつある。

子どもたちの衝動性は病棟備品に向かい易い。ソファや机、椅子等の破損は日常茶飯事である。新品のソファも半年すれば底が抜け、緩衝材がはみ出してくる。放置しておけば益々破壊対象となり易くなり、リサイクルショップや県他機関からのお下がりを集める努力が必要となる。子どもが生活する環境を常に清潔で快適にし、かつ心穏やかなものとするには大きな工夫と努力が常に求められている。

(7) ボランティアの位置付け

あすなる学園におけるボランティアの歴史は古い。1970年代の治療キャンプへはすでに沢山の大学生ボランティアが参加していた。しかし、自発意思による学生ボランティア活動が福祉系大学などの教育実習に変化してきたころから、参加学生の活動は質が低下し、活動意欲が乏しかったり、入院中の女兒に個人的接近を行う事故が発生したり、一時は参加を断ることになった。ある大学の

吹奏楽団は数年にわたってクリスマス会へ奉仕活動として演奏にきてくれた。世代が変わって訪問意義の伝達が疎となったのであろうか、楽器の運送料を病院へ請求してくるようになったので、来訪を断ったという例もある。

そのような経過があったものの、ボランティアは好ましい時代風潮である。そこで、2001年にあすなろ学園ボランティア委員会を設立し、ボランティア活動の目的・意図を明確にして相談室が統括して指導することとなり、ボランティア受け入れを復活し、外来待合室の運用や夏季の病棟活動に参加してもらうようになっている。

2001年と2002年には、三重県塗装協会が「塗装の日」にボランティア活動として病棟内のペンキ塗り替えを行ってくれた。建築以来塗り替えられたことのない汚れた壁が一挙に美しくなった。子どもたちが送ったお礼の手紙は、現在も三重県塗装協会の事務所に飾られている。

(8) 子ども会の機能

以前から、入院生活上の規則については〈自治会〉で検討して決めることになっていた。しかし実態は職員が作成した規則を自治会という名で子どもに守らせよとするものであり、自治という表現と矛盾するものであった。加えて、規則は各病棟で異なり、主治医によって約束が異なるという場合も生じ、職員と子どもの信頼関係を時として危うくする原因ともなっていた。

10年前には、コンパクトディスク機能つきラジオを入院時に持参することが禁じられていた。子どもたちがディスクを自己管理できなからうという親心があったようだ。ところが、CD機能のない携帯ラジオは世間から姿を消しつつあり、子どもがあすなろ学園へ入院することになって、親があわててカセットテープ機能のみついた昔風の携帯ラジオを購入に走るという、今となっては笑い話のようなことが生じた。1996年によくこの禁を解いた。子ども病院では、ついつい大人側の独り合点で親心を発揮してしまったり、理由なく慣習に引きずられるといった事態が起りやすいのであろうか。常々留意しておくべきところである。

生活指導に必要な規則は院内一律のものへ統一し、集団生活を維持してゆくために必要な約束事とし、それを基に日常生活指導を進めることにした。そのための手引きとして子ども用「生活の約束」と指導書としての「職員用手引き」を作成し、生活指導の基準を統一した。これは、時代の流れによって変更が必要な部分もあり、毎年合同責任者会議で内容を再検討して4月1日付けで更新し、全児童と職員に配布している。子どもたちの意見や要望は毎月1回開かれる子ども会で聞くようにしている。そのような場で自分の意見を発言することも、子どもたちには大切な社会生活訓練となる。他人の意見を聞くことは入

院治療の必要となった子どもたちには通常苦手な課題でもあり、職員の指導が必要となる。

後に述べる地域連携の大幅な見直しも、この十年における重要課題であったが、同時に病棟運営も日本の医療に君臨していた慈父主義をあすなろ学園なりに乗り越えようとする時期であった。

(9) 外泊について

児童精神科病院において外泊の意味は、成人用一般病院と大きく異なるものがある。自宅外泊は、親子で場所と時間と空気を共有する貴重な機会である。児童虐待に限らず、家族機能の脆弱な家庭で育った子どもが沢山入院してくる時代となっている。かれらに対しては、子どもへの治療行為と併行して家族再統合への努力も求められる。家庭外泊はそのためにも活用しなければならない。

かつてあすなろ学園では、子どもの外泊は各主治医が恣意的に定めて実行されていた。夏休みには一斉外泊を行ない、看護単位も3単位を1単位に縮小して病棟職員の長期休暇を可能にもしていた。しかし、普段は分校登校などに時間を取られて子どもたちと濃密な治療的交流を果しえないという不満があり、これを解消するために夏休みの時間を有効に活用できないものかと反省し、1999年より夏季一斉外泊を行なわないことにした。また、学校5日制の実現に伴って、土曜日から日曜日にかけて一泊二日の自宅外泊を可能な限り行なうようにした。その結果、一時週末は在棟児が数名となり、児童虐待事例など自宅外泊できない子どもたちと職員の濃密な治療時空間を成立させることが可能となった。しかし最近では外泊できない子どもが増えている

(10) その他

かつては、長期勤務医師ばかりで技術的な安心はあったものの、個人商店の寄り集まりであるかのように担当医師によって治療方針などが異なるために医師と病棟の間で不統一が生じ易く、家族からの不満が聞かれることもあった。そこで、医師間の治療方針統一を図るために1996年から週1回開催される医局会においてそれまでの1週間に入院した子どもをすべて紹介し治療関連情報を確認し合うようにした。これでもなお医師間の治療観を一元化できないため、1997年5月から、毎週1回、午前8時から1時間、気になる子ども、治療の流れが滞っている子どもの症例検討を医局で行ない、診断、治療方針、治療目標などを検討して、院内で共通した治療方針を維持することが可能になった。1996年から研修指定病院として研修医を受け入れてきたが、この症例検討会は彼らに対して教育効果が発生するという好ましい副作用もあった。

小さな病院とはいえ、外来診療に多くの時間を取られ、兼務や訪問活動など

で病棟は医師との連絡が困難になり易い。そのところを補うために、2000年4月からすべての医師に在院中PHSを携帯するよう義務付けている。



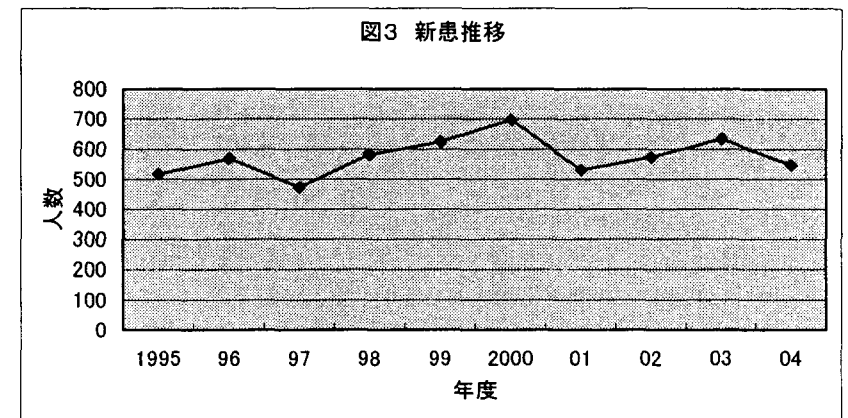
千住真理子さんが、銘器デュランティの音色を子どもたちに聴かせてくださいました
2004年6月18日

第4章 外来機能をどのように変化させてきたか

1. 外来患者の推移

少子化が声高に論じられる時代、あすなろ学園の外来診療機能はどのように変化してきたか。まず外来受診児数の年次推移について、新患数を図3に、年間延べ受診児数を図4に示す。

県内出生数はあすなろ学園が独立した1985年に19,745名だったのが、2002年には17,190名に約13%減少している。ところが、その間にあすなろ学園を訪れた子ども(新患数)は356名から573名に1.6倍増加、利用率(外来延べ受診総数)も、図4のように推移しており、決して減少していない。因みに、この間の県内離婚件数は1,896件から4,088件へと約2倍に増加している。これのみで因果性を云々することは危険ではあるけれど、児童精神科医療の現場から社会の変化を眺めると、少子化とか少子高齢化などのみを単純に評価することが困難となり、複層的に時代変化、社会変化を観察する慎重さが求められているように思えてくる。



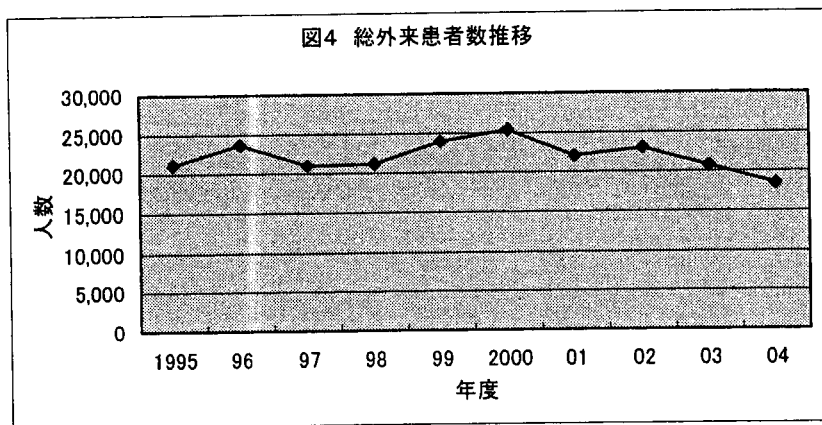


表2に新患数のうち、18歳未満の診断別新患数を示している。発達や行動・情緒の障害の患者が増加しており、統合失調症や感情障害、人格障害は逆に減少している。このことは養育環境を直接反映するような疾患群に増加が認められるものと判断され、同じく家族機能が低下してきていることを示唆するものではないか。

表2 診断別新患概要 (18歳以下)

	97年度	98年度	99年度	00年度	01年度	02年度	03年度	04年度
新 患 数	438	520	430	580	516	460	591	532
F0器質性精神障害	6	1	1	2	2	0	1	1
F1精神作用物質使用	0	1	1	1	0	0	1	0
F2統合失調症等	26	18	12	13	7	0	6	3
F3気分障害	6	14	12	11	5	0	11	3
F4神経症性障害	51	53	41	57	55	69	51	41
F5生理的障害	15	18	8	21	9	0	5	1
F6人格障害	6	5	2	4	5	0	1	0
F7精神遅滞	45	62	47	44	45	35	48	59
F8発達障害	105	116	129	179	186	185	268	265
F9行動・情緒障害	165	202	175	241	199	171	195	153
G4てんかん	6	1	0	1	3	0	2	3
そ の 他	7	29	2	6	0	0	2	3

あすなろ学園においては、1996年からICD-10に基づいた診断名を取り入れた。そのため、診断別の年次経緯については、1997年以降の数値を示している。

2. 外来診療環境の改善

外来診療環境を改善するため、以下の3点に取り組んだ。

(1) 診察待ち時間の短縮

外来予約制を導入する前の時代は、順番を取るため家族が早朝から玄関受付前に並び、午前中に受付した子どもが診察を受けるのは夕方になるという事態が日常的であった。長い待ち時間は幼児にとって苦痛以外の何ものでもないことに加え、多動やこだわりの著しい自閉症のわが子と共に診察を待つ家族の負担は相当に大きなものであった。そういった状況を改善するために、1996年度から新患の、翌年度からは再来の完全予約制を導入した。初年度は予約者と非予約者が混在して混乱したが、完全予約制は時間とともに周知されて混乱はなくなっていた。

予約制を実施して診察時間枠も確実に保障されることになった。再診には1人20分の診察時間を取ることにした。新患児については、事前に児童相談所(以下、児相)などから得られる情報を入手・把握した上で1時間程度の生育歴・病歴・家族状況などを聞き取り、医師の診察を円滑にするよう準備している。診察後に発達検査を中心とする心理検査を行う時間も予め設定している。そのため、初診患者は約3時間が診療に費やされることになったものの、無駄のない時間の流れを設定することを可能にした。検査担当心理療法士や予診担当職員にとっても、無理のない勤務時間の設定が可能となった。初診患者の受け入れは基本的に1日3人としている。こういった試みの結果、完全予約制は家族の負担を確実に軽減することになり、医師の診察までの待ち時間は長くて30分を目標として、現在もこれを維持している。

しかし、受診待ち期間は逆に長くなり、急患や症状悪化時への対応はそれまでよりも困難となった。これに対しては、電話による予約時に事情を聞いて緊急度を判断し、新患担当以外の医師が3人枠を超えて新患患者を受け入れるなどして、県民の要望を受け入れるように努力している。そういったことのためか、3診制による外来診療では応じきれなくなり、診察室が足りないという事態が生じている。歯科診察室まで改造して、外来診察室はとりあえず4室を確保している。

受診待ち期間の長期化は、早期発見・早期対応の重要性の強調と矛盾するものである。2~3ヶ月先の診察では住民の要望に応じた医療機能を果たせない。しかし、受診希望者が増加すれば、これは避けられない隘路であり、あすなろ

学園医師の増員か地域に専門機関が増加することでしか解決方法はないであろう。

(2) 待合室の居住快適性

自閉症やAD/HDの子どもの連れられた家族が安心して待つことのできる外来環境を工夫してきた。待合室の間取りを工夫し、子どもの遊び空間を設け、過敏さの故に大勢の中で過ごすことが難しい子どもを持つ家族のために、待合室を含めた外来空間の各所に、個別にすごしやすい空間を作った。ケーブルテレビで子ども向けの番組を常時放映するようにした。興味本位のワイドショーや昼間のドラマは、子どもの問題で深刻な悩みを持っている家族や過敏な子どもには見せたくない番組もあり、この試みは好評であった。

AD/HDやPDDの外来受診児には衝動性の強い子どもが多く、待合室でトラブルになることが多い。そのため、ボランティアを待合室に配置して遊び相手になってもらっている。母親一人で子どもを連れて診療に来院している場合は、職員に声をかければ、親が洗面所や事務手続きなどにゆく間、ボランティアが子どもの相手をするようにしている。

待合室に四季折々の飾りを工夫し、雰囲気をややかにし子どもが喜ぶようにしている。七夕飾りに短冊を用意し、受診した家族や子どもたちがさまざまな願い事を書き込めるようにする、折り紙によるクリスマスツリー作りを用意する、めだかや金魚、鈴虫を飼うなどして、待ち時間に親子で楽しめる工夫をしている。おむつ替え台、公衆電話の場所、ソファの配置等、工夫次第でたいした経費を用いずに過しやすい待合室となり、利用者の安心できる環境を提供するよう心がけている。

10年前は、診察の順番待ちのために早く来院する親子が多いため小さな待合室は人で溢れ、折りたたみ椅子を廊下に並べるなど苦勞していた。完全予約制を導入してからはその混雑が解消されて、同じ広さの待合室で子どもたちはゆっくり遊びつつ診察を待つことができるようになった。

さらに、職員の接遇改善を目的に、2001年度より外来利用満足度アンケートや意見箱設置を行い、利用者の意見を積極的に取り入れるように努力した。このことによって接遇の改善が認められ、利用者の満足度は向上している。

県健康福祉部は県民への奉仕精神を表明するものとしてスローガンを作成した。その表現を若干修正して、玄関に掲示している。

- * 笑顔であいさつし、積極的に声をおかけします。
- * ご用件をよく聴き、わかりやすくお話しします。
- * 気持ちよくお越しいただけるよう、清潔で機能的なフロアにします。
- * 電話でのお問い合わせには、迅速で丁寧な対応をします。

このような表明がどれほどの意味を持つものか定かではない。しかし、入り口にこのような文言が掲示されたことによって職員の言動は制約を受ける結果となり、改めて講師を招いて接遇教育を行うなどよりは大きな効果を得ているように思われる。

(3) 発達支援体制の改善

高機能PDDやAD/HDの外来受診数の増加に伴って待機期間が長くなり、利用者の要望増に答え難くなり、外来発達支援体制を変更する必要が生じた。そこで、家族の希望に応じるため長期間継続していた治療期間を1単位3ヶ月と、期間を限定するよう試みた。しかし、PDDの子どもたちは、3ヶ月という治療期間では行動の変化が現れ始めるころに終了となり、家族の不満や不安が強くなった。障害児を育てておれば課題が次から次へと生じてくるのが常である。そういう状況に対して、全ての要望に応じることは困難であり、地域関係機関との連携も必要となった。幸い三重県では児童精神科開業医や、発達支援専門機関が増加してきており、あすなろ学園での治療後は地域機関に任せることが可能となってきている。そのため、問題行動の重症度に応じた対応と選択が可能となっている。

さらに具体的育児支援に重点を置いた親指導を重視し、家庭・保育所・学校への訪問指導も必要に応じて行っている。

発達支援外来の時間帯についても2003年5月から、夕方6時まで治療時間を延長し土曜日の外来も開始した。このことによって職業を持っている母親も発達支援に参加しやすくなり、学童にとっては学校を休まず参加することが可能となった。さらに、父親の参加も容易になった。

(4) その他

かつては、看護師が次の患者を待合室へ呼びに行くという一般的な風習をあすなろ学園も踏襲していた。しかし、待合室で垣間見る子どもの姿、身構えない親子の様子を知ることは医療に求められる観察の出発点であり、1997年ころから医師が待合室まで子どもを呼びにゆくことが定着した。

訪問看護も行なっているが、人員の関係で期待するほどの濃密さには至っていない。

3. 軽度発達障害児への発達支援

軽度発達障害児が対人関係の場で示す困難な問題は他害行動である。友だちを求めたり集団活動に参加する意欲が認められるようになったとき、協調性や衝動性の制御力が育っていないと暴言・暴力という不適切な対応をしてしまう

結果になる。そういう子どもたちに対しては早急に適切な社会生活技能を身につけさせなくてはならない。そこで、軽度発達障害児に対するマネジメント発達支援でSSTを取り入れた集団療法を行うようにした。3ヶ月を1単位とする発達支援プログラムを作り、症状の改善度の低い子どもはさらに1単位継続し、それでも改善が認められない子どもは入院治療に導入するというマネジメント発達支援体制を作った。家族関係や友達関係を悪化させる他害行動をいかに短期間に改善させるかを課題としている。資料編85ページを参照されたい。

4. 事例

<まなぶの場合>

まなぶの事例によって、マネジメント発達支援を概観してみよう。

まなぶは小学校4年生の男児。小さいときから集団行動が苦手であったが、運動会や生活発表会にはきっちり参加できていた。思うようにならないと手を出すこともあったようだけれど、保育園時には問題になるほどのことはなかった。小学校入学後、興味のない授業では立ち歩くことが多かったけれど、2年生になるころには一応座っておれるようになった。このときの担任はまなぶの行動を個性として評価し、特に問題視することがなかった。3年になって担任が替わり、まなぶは問題児と扱われるようになった。友達ができず、冗談が通じないことからかいの対象になり、些細なことから生じる暴力沙汰が絶えなくなった。担任が注意すると暴言を吐いて教室から飛び出すようになった。母親が授業参観してみると教室は学級崩壊状態となっており、担任の対応のまさばばかりが目についた。そういう状況で外来初診となった。

まなぶの生育歴とWISC-Ⅲによる検査結果からはPDDの特徴が認められた。PDDの診断について母親は、小さいときからしつけの難しい子であったけれど、自分の育て方が原因ではなかったと聞いてほっとした、と感想を語った。まなぶは「学校は大嫌い、友達もいない」と公言していた。

まなぶは、叱られずに小集団活動を楽しめる週1回の発達支援プログラムに喜んで参加した。学校でどのように対応するかについては、治療担当者が担任と母親一緒に話し合うことにした。まなぶと約束した課題、「授業中立ち歩かない、暴力を揮わない、友だちから嫌なことを言われたときは先ず担任に報告する」に対して、担任にシール評価してもらい、それを次回にみんなで評価することを約束した。担任にはまなぶの行動特性を伝え、対応のこつを詳しく説明し、困ったときにはファクシミリで連絡し合うことを保障した。まなぶはほめられるシール評価に意欲を見せ始め、学校での問題行動は徐々に改善していった。

担任は、守れるはずがないと当初は思っていたという。しかし、守れるようにするにはどう援助してやればいいのかという助言の意味を理解してから、担任も積極的に対応を工夫するようになった。それは、立ち歩くまなぶには気づきの3枚カード（注意を促すカードを3回出すまでに座ればシールを貼る）を使い、直ちに叱るのではなくどう座らせるかを工夫する指導であった。そういった対応の工夫でまなぶはほめられるという体験を味わい、担任に対して抱いていた陰性感情を修復していった。担任は課題を工夫し、最後には宿題もきちりこなすところまで指導した。暴言や暴力をふるわなくなったまなぶには、友達もできるようになった。初めのころは担任批判に終始していた母親は、やがて家庭の問題も語るようになった。まなぶにイライラさせられた父親はすぐ叩いて叱るということであった。両親の家庭での協力関係に対しても助言が必要になった。

以上のような子どもの対応は、集団発達支援とは別に、初期には週1回1～2時間を要することになる。子どもへの介入、次いで担任への援助、さらに合同で話し合うように面接をあげてゆくことが必要となるためである。初期対応の成否がその後の経過を左右するため、これは重要である。いうなれば、入院治療に準ずる治療を外来診療枠で行っているのである。こういった治療に対して診療報酬は何ら設定されていない現状では、子ども医療はいつまで経っても地域で発展することはないであろう。

5. その他のこと

1996年3月から小規模デイケアとして思春期デイケアを開設した。当初は統合失調症や不登校児が中心であったが、徐々に高機能PDD児が参加するようになり、2003年4月に自閉症・発達障害センターができてからは成人になった高機能PDDも参加するようになっていく。高校や大学を卒業後就労したけれど対人関係の問題で行き詰まった子どもが多く、デイケアの小集団で対人関係を修正し、適切な就労援助方法を検討することが参加目的となる。そのため、ワークトレーニング社やハローワークの就労支援との連携、福祉関係機関との連携が不可欠になっている。

医療情報の開示については第9章で述べるが、2002年から発達検査の複写を家族に渡すようにした。このことにより、検査所見を分かりやすい文章表現にしたり、具体的な助言を織り込んだりと工夫するようになった。しかし、投影法による心理検査については、その性格上そのまま開示するのはかえって治療により影響を与えないと判断して情報開示から除外している。