

第6章 症例を通して見た入院治療

入院治療の進め方を概括的に記述すると、部外者にはわかりづらいものとなる。そこで、ここ数年入院が急増している児童虐待例になぞらえ、自検例数例を重ね合わせて症例を創作し、それを用いてあすなろ学園における入院治療の流れを解説してみたい。

<あゆみの場合>

1. 家族の事情

両親と子ども3人の5人家族。父親は会社員、三交代勤務の仕事であるため在宅時間は不規則である。母親は結婚以来就労していない。家庭訪問して始めて明らかになったことであるが、両親は数百メートル離れた家に別居しており、母親と子どもたちが一緒に住み、入浴や食事には毎日父親宅へ通う変則の生活を長年にわたり送っている。勤務形態が不規則であることを父親は分離した暮らしの名目としていたが、母親から逃れる目的が父親にはあったと推量される。

兄2人は共に重度知的障害を合併するPDDであり、特に長兄は激しいパニックと自傷行為を繰り返す子どもである。そのため、地域諸機関は随分以前からこの家族と関わりを持っていた。あゆみが5歳のころ、パニックの激しくなった長兄があすなろ学園で入院治療を受けることになった。入院調整会議では、長兄のことや家族背景について検討が行われた。

長兄が主題の会議であったけれど、母親の育児能力がすでに限界を超えている家庭状況についても議論された。加えて、唯一の普通児あゆみが障害を持つ兄2人を世話するという大きな負荷を背負っていることも、参加者は知らされた。そのため長兄を早急に入院させて発達支援を進めるとともに、今回の入院中に家族機能を詳しく点検して援助を提供する必要があると確認し合った。

入院すると、長兄のパニックは短期間に収まった。長兄の退院準備に向けて関係機関が協議した際、家庭をどう援助すればいいか、あゆみを被虐待児と査定するのが妥当ではないかなど、あれこれ検討された。参加したのは児相、あゆみの通う保育園、兄の学校、あすなろ学園などであった。就学前の子どもが重度障害児同胞の世話をさせられている、あゆみがいつも汚れた異臭の漂う身なりをしている、おどおどした態度である、母親は近隣との交流が全くないなど、あゆみが被虐待児であろうと推察させる情報がいろいろと提出された。しかし当時は、児童虐待防止法がまだ成立していなかったこともあり、児相が虐待と認定して介入するまでには到らず、育児支援の必要な家庭と判定して退院後は児相が通所指導を行うという結論に留まった。

2. あゆみはどのように事例化してきたか

母親はあゆみを出産した後に体調を崩し、数年後からは精神的にも不安定となっていた。物心つくようになってからは、兄たちの世話や家事をあゆみに負担させることが多くなっていた。就学前から、朝早くコンビニエンス・ストアへ行き家族5人の朝食を買ってくる、保育園から帰宅後はまず兄たちを入浴させる、といったことがあゆみの日課になっていた。そのような日常が続いているので、就学してからも遅刻や欠席が多かった。このようなあゆみの労苦を、母親はねぎらうどころか逆に家事が下手だなどののしり、叩くようにもなっていた。

あゆみが小学校2年の暮れ、パニックが悪化したことで長兄は2回目の入院となった。

長兄入院のために開かれた地域関係機関会議では、母親の言動は児童虐待と査定できると参加者全員が認めるところとなり、兄2人の施設入所を関係機関で進めることを検討した。主治医から施設入所を勧められ、パニックに巻き込まれることで困り果てていた母親はすぐ同意して、長兄はあすなろ学園退院と同時に施設へ入所した。さらに次兄を養護学校の休日には知的障害児施設への短期滞在を利用することにも同意して実現し、これで母親の育児負担は大幅に軽減した。

それにもかかわらず、あゆみは相変わらず家事の全てを手伝わされ、母親からの暴言・暴力も軽減しないどころか、かえって激しくすらなった。母親は、同級生の前で家事の段取りが悪いとあゆみをどなりつけたり、家事をさせるため強引に学校を早退させることもあった。そのような母親の姿を友達にからかわれてつらくなったあゆみは、登校をしぶり始めた。登校できず、休めば休んだで母親の暴言・暴力は激しいので、たまりかねたあゆみは家出して父親宅に助けを求めた。

父親が児相に相談を持ち込んできたので、この日直ちに一時保護されることになった。このときあゆみは小学校4年生になっていた。しかし、あゆみが一時保護されて数日すると、「母親も反省しているし、自分も家事に協力する決心をしたので、あゆみを戻してほしい」と父親は児相に要望してきた。あゆみが居なくなった結果、母親への対応、次兄の世話、家事の負担などが一挙にかかってきたことで、父親は音を上げたようである。

一時保護所へ入所しても、母親の話題が出るだけであゆみは極端におびえ、フラッシュバック様のパニックに陥ることもあった。身体化症状も多彩であり、一時保護所から児童養護施設へ直接措置することは危ぶまれた。しかし両親は、あゆみの入院治療にはなかなか同意しなかった。一時保護所で暮らしていても母親と会うことにあゆみは強い恐怖を訴え、母親から虐待されていた事実をや

っと少し語り始めた。児相の担当者らが熱心に説得した結果、あゆみの入院治療に両親もようやく同意し、母親が精神科通院治療を受けることにも納得した。

3. 入院治療の経過

入院調整会議の場で、どのような支援があゆみに適切か検討された。被虐待児として精神科入院治療が必要だと一同は確認し、家族機能の査定が行われ、治療後の処遇についても早い段階から論議を詰めておく必要があることも指摘された。具体的に退院先を予定して、そこでの生活へ繋げてゆくことが入院治療の課題であるとも語られた。主治医は女性に定め、病棟の担当職員は母親より年上の女性保育士を選んだ。

入院当初のあゆみは、母親が連れ戻しに来るのではないかと強い不安を抱いていた。母親が病院へもし来たとしても決して面会を認めない、あゆみをしっかり守り続けることが職員の役目であると繰り返し告げることで、徐々に安心感を抱くことができるようになっていった。

病棟生活では、職員が見ている前で障害児の世話や手伝いをやりたがるなど、偽成熟的な言動がみられた。その反面、弱い子に対しては支配的・独占的な態度で接し、強い子には巻き込まれてしまうなど、「支配するか、されるか」何れかに偏りやすい不安定な対人関係のありようが観察された。家庭生活が再演されないための配慮として、障害児の世話に立ち会わせないよう手伝うことのないよう、病棟職員は充分心配りしていた。独善的な行為や人に嫌がられるような言動などについては、担当職員と二人で「生活の約束」（第3章）を読み、生活の細部を点検することで修正に努めた。「そんな約束ごとはおかしい」とあゆみが批判すれば、こども会でそのことを発言させて子どもたちが話し合う中で理解してゆく契機を提供した。やがてあゆみは児童虐待で入院してきた4歳男児に優しい姉として振舞う心のゆとりを持つようになった。

二者関係の再構築を目的として、心理療法士が遊戯療法を開始した。入院を続けることに抵抗を示し始めた両親には主治医が治療計画と経過を説明し、今後も継続して月1回定期的に治療経過を説明してゆくことを約束した。

地域機関それぞれの役割分担と連携の強化を目的として、あすなろ学園・児相・学校・民生児童委員・福祉事務所・母親の治療機関などが、あゆみの支援について定期的に会合を持つことにした。

入院して数ヶ月経つとあゆみは主治医に対して依存的となり、同時に操作的にもなっていた。診察を頻回に要求し、面接を始めれば2時間を超えることもあり、他児と面接したり遊んだりする主治医に向かって嫉妬のこぼれを口にしていた。母親像を修正させるよすがにもなろうかと考えて、「母親が心の病気で治療中」であることを主治医は説明した。そのことで、暴君だった親の弱い

面を知ったのであろうか、母親に対する恐怖心は徐々に軽減していった。

そこで家族再統合の手始めとして、事前にあゆみと充分話し合った上で、主治医立会いの下に母親との面会を行ってみた。3ヶ月振りに会ってみると、あゆみに対する母親の一方的・支配的な言動が相変わらず目についた。この面会后、「お母さんが怖い」と主治医に訴えたため、面会時には必ず主治医が付き添うことをあゆみに約束し、その通り実行した。

主治医同席による面会を繰り返すことで、両親に対するあゆみの思いは、「母親＝怖い」が「自分のことを理解もしてくれる人」へ、「父親＝優しい」が「操作性が強く、自分の気持ちを汲んでくれない人」へと少しずつ変化していった。主治医に心を寄せていくあゆみの変化を敏感に感じ取った父親は、主治医を変更しろと病棟看護師長に強く申し入れるようになった。このころ主治医と両親が対立する危険が予見されたので、ケース・マネージャー（第3章）が両親に何回か面接して両者の関係悪化を防ぐ努力を重ねた。

安全な居場所を得、安心できる対人関係を作ることができて、自分と母親とのこれまでの関係をあゆみは整理することがそれなりに可能となってきた。ところが母親には変化が乏しく、毎日のようにあゆみへ電話をかけてきては家庭生活の愚痴を聞かせる等、従前通りの支配的・侵襲的な態度を取り続けていた。

そこで半年後に、主治医・相談室職員・児相職員が治療の進め方を両親と話し合う場を設けた。その席で主治医が「あゆみの育ちを確かなものにするため、親離れの準備を行う段階をいま迎つつある」ことを両親に説明し、3ヶ月間の期限付きで電話・面会を制限してみようという提案をした。意外にも、両親はこれに同意してくれた。その経緯を主治医から聞かされて、あゆみは安堵した。

それ以降、あゆみは両親の威圧感から解放され、病棟・分校生活を伸びのびと過ごすことができるようになり始めた。学業の遅れを取り戻すべく、担任は特別の授業内容をあゆみ用に処方した。他方、他児からの評価を常に気にし、嫉妬・競争心が目立ようになった。主治医へのまわりつきも際限なくなり、診察要求は頻回で長時間となった。不眠や抑うつ気分を訴えるようになり、薬物治療を始めた。

あゆみの不憫な境遇に主治医は思い入れを強め、操作的な巻き込まれもあって、燃え尽きるのではないかと同僚たちは心配した。それを防止するため、また医師中心ではなく病棟の様々な職員との関係を深めることがあゆみのために必要と判断され、診察は週1回1時間に限定するという治療の再枠付けを病棟会議で確認し実行した。一方現実課題として、「1ヶ月間付き添いなしで本校（徒歩12分、地元小学校の分校が院内にあり、一部の子どもは社会復帰に向けて本校登校を試みている）に通学して本校生と一緒に修学旅行へ参加する」という治療目標を設定し、楽しい旅を体験していただくことができた。

入院して1年が過ぎ、母親との外出を試してみた。初めの内はあゆみの緊張と不安がとて強かったけれど、面会や外出を重ねる毎にそれは和らいでいった。精神科通院治療の成果もあったのか、一時的にせよ、あゆみへの母親の態度がそのころ少し受容的になっていたことも役立っていたようだ。それにつれて母親に対するあゆみの期待も強まり、それまでこわがって拒否していた自宅外泊を希望するようになり始めた。退院後の処遇を決めるには家族機能を検討することが必要である。そのことを目的として、心配を抱きながらも外泊を試みることにした。あゆみが救いを求めたときには直ちに対応できる体制を、地域ネットワークによって慎重に準備しておいた。

正月を自宅で過ごしたいというあゆみの強い希望を受け、大晦日から一泊二日で初回の外泊を試みた。親子で探り合うような雰囲気ではあったけれど、初詣など一種イベント風の外泊に双方とも満足して戻ってきた。

これでひと安心し、週末ごとの外泊を暫く続けてみた。しかし、外泊の回数を重ねてゆくにつれてあゆみの心理的負担は顕著になり、落ち着かぬ態度が増え、疲労感が見られるようになった。このころ、「他人の悪口をよく言う、家事をしない、幻覚・妄想がある」など、母親を批判することばをあゆみは訴えるようになった。ここで初めて、母親が幻覚・妄想を抱いていること周囲は気付くようになった。

病棟生活では、子どもたちの中で主導権を取ろうとし、機嫌がよいときにはうまく皆をまとめる反面、気分が先走って支配的に振舞うこともあり、思うように他児が行動してくれないと怒りを爆発させる場面もあった。入院半年後に見られたような主治医への過剰な依存は和らいできたものの、病棟職員との関係はなかなか深まってゆかなかった。

父親は、外泊すればあゆみが兄弟の世話をせざるを得ない状況はまだ続いていること、母親の支配的言動があゆみによく影響があること、母親の精神疾患が重篤であることを、外泊を重ねる中で理解できるようになってきた。「母子にとって今の状態（適当な距離をおいて暮らし、週末に外泊するという形）が一番良い気がする」と関係者会議の中で父親は述べるようになった。しかし、障害を持つ同胞の世話と母親をなだめる役割という2点を挙げ、あゆみが家庭復帰することは「正直言って、助かる」と語り、施設処遇には反対であると譲らなかつた。

4. 社会復帰に向けて

外泊を繰り返す中で、家庭に帰れば以前のような状態にまた戻ってしまうことを自覚してきたようで、自宅への退院はあゆみも次第に希望しなくなった。しかし逆に、両親からの退院要求はますます強固なものになっていった。

父親が現実に子どもの世話を協力することの可能な時間は1日せいぜい2時間程度であり、家事を全く行おうとしない母親は、兄が施設に入所して障害児の世話がなくなってもなお、簡単な家事すらできない状況であった。母親の精神疾患も改善が認められず、服薬が不規則なこともあり、幻覚・妄想の存在が誰の目にも明らかになっていた。児相による説得にも両親は抵抗を示し、知事室に両親が出向きあゆみの入院（一時保護委託）に関して行政不服申立て書を提出した。これは児相から県の児童措置部会に意見照会が行われ、家庭裁判所の判断による施設処遇決定（児童福祉法第28条）を求めることになった。

2年近い入院生活で、あゆみは情緒を制御することがかなり可能となってきた。対人接触の距離を適当に調整することもそれなりにできるようになり、現段階で両親と生活することは無理であることも理解し、児童養護施設へ退院していった。施設への適応は良好で、地域中学校に通学し、外来診察を定期的に継続している。

5. あすなろ学園における入院治療の手順

以上、一つの創作症例を用いて入院治療の流れを記述してみた。以下に、一般的な入院治療の流れを概括する。資料編の『被虐待児の治療の流れ』（96～99ページ）を参照されたい。

外来通院していた子どもの入院に限らず、あすなろ学園での生活が始まる前から入院治療は開始するものであると、われわれは考えている。ごく一部の緊急入院を除いて、児相その他関係機関と事前に情報を交換し、疾病・障害の背景事情をできる限り詳しく把握・分析しておくように努める。

入院が内定したところで、入院調整会議（第3章2節）に当該児の病歴など関連資料が提出される。会議では、各部門の見解を整理し、今回入院の目的を明確化させる。

入院前の段階でも入院中にも、地域関係機関との協業をあすなろ学園は重視している。営みとしては、児相との共同作業や学校との連携は事ある毎に以前から行われていた。しかし、1995年4月に地域連携を主務とする相談室が組織されてから、すべての入院児に関して関係機関と体系的な共同作業を行い、協業の内容は濃密になってきた。

わが国でもチーム医療ということばが慣用されるようになって久しい。しかし期待される本来の形でチーム医療が実際に実践されているのは、緩和ケア医療と児童精神科入院医療くらいではなかろうか。あすなろ学園の入院治療では、給食の職員や看護助手まで含めて全職員が治療者であると位置づけ、自覚を持ち、そのように機能している。事務職員も用件あって病棟へ出向いたついでに子どもと戯れたりもする。クリスマスなど催事の日には事務職員がぬいぐるみ

第7章 教育を巡って

第1節 子どものための教育

1. 入院児童の変化

義務教育年齢の子どもを入院させるという医療行為には、子どもが基本的に持っている就学権を保障するという義務を伴うことを、われわれは発足当初から考えていた。そのことに努力を重ねてきた歩みは、「あすなるの10年」に語られている。

あすなる学園へ入院してくる子どもの低年齢化が進み、2000年度には小・中学生の入院児数が逆転し、2002年度には小学生が61名、中学生が26名となった。平均在院日数も、1995年度には367日であったものが、現在は200日を切り続けているように短期化している。子どもたちは短期間に原籍校へ復帰することになり、入院治療を受けた子どもたちを同じ担当が迎え入れることも多くなっている。地域関係機関が子どもたちの変化を見守ることもになり、医療と教育の連携が以前よりも密接になってきたと言える。子どもたちの変化に応じて家族や学校が悪循環に陥っていた関係を修復し、地域での生活を作り直していく援助を専門機関としてあすなる学園は行っているとも言える。

特に、教育に関しては分校の果たす役割が重要であり、原籍校との連携を深める窓口としても種々の取り組みを行っている。

2000年度には、発達障害児の入院希望者が急増した。そこで入院病床における知的障害を伴う発達障害児枠8名を20名に増やす必要が生じた。しかし、そのことによって分校教育への負担は大きくなった。

原籍校では障害児学級でも自傷・他害などのため教員加配が必要であった子どもたちや養護学校に在籍していた子どもたちを、小・中各1クラスの分校知的障害児学級で受け入れることは不可能で、学級編成がきわめて困難となり分校通学待機児が生じることになった。第3章で医療費に関連して述べたことと関連する新しい時代の地方行政のあり方として、このように人手を多く必要とする子どもの入院時教育に関して、原籍校を所管する教育委員会がその子のために加配教員や介助員をあすなる分校へ派遣することも考えられてしかるべきではないか。広域行政が求められる時代であることを、ここでも改めて考えさせられる。

こういった状況には、分校と病棟の連携を密にすることでそれなりに対応した。病棟では入院後の1ヶ月間は問題行動の分析と対応に集中して取り組むことを優先させ、分校登校開始後の問題行動を少しでも減少させる努力を行い、

を着て大奮闘もする。例えば病棟は暮らしの場で治療は治療室等でという区分けではなく、24時間の生活全てがあすなる学園における入院治療である、とわれわれは認識している。すなわち、疾病や障害の除去・軽減を治療の目的とするのではなく、狭義の治療と同時に入院中の子どもの育ちを保障してゆかねばならないという治療観をわれわれが共有しているのである。

「子どものために」を合言葉に日々努力してはいても、職種・人となり・個性・人生観などがないまぜになり、無用な対立の生じてしまうところが人間集団の常である。建前だけでは子ども医療もなかなか前進しない。そのような混乱を回避し解決するため症例検討を繰り返すと共に、ケース・マネージャーを置き（第3章2節）、治療の流れを俯瞰的に観察し差配・介入する役割りを担っている。

あすなる学園の理念として、児童精神科医療は医療・保健・福祉・教育分野の重なり合いの上で始めて展開しようものと合意されている。その意味で、入院中の学業を保障することは重要であり、入院を義務教育年齢およびそれ以下とするよう努めている（原則としては、18歳の誕生日まで）。

退院に向けての準備もなるべく早く始めるよう努めている。あゆみの場合のように、入院前からそのことを検討する場合もある。入院前後の協業だけでなく、入院中にも関係機関とさまざまな連携を継続しているので、退院準備に際しても協業が自然に成立する。

退院後の援助も、外来通院という医療面に限定することなく、家庭訪問、関係機関との事例検討、学校訪問などで補完するよう努めている。

分校では知的障害児学級と情緒障害児学級を一層流動的に運用することで対応するようになった。

2. 原籍校との連携

入院した子どもたちと原籍校との関係が絶たれることのないよう、分校の授業参観を行って原籍校教員に子どもたちの変化を直接見てもらう〈あすなろ分校交流会〉を1995年10月から開始した。

精神科入院という偏見と守秘義務から、長い間家族以外の関係者への見学を見合わせていたが、「偏見は無知から生じる」とも考えられ、家族の同意を得た上で、入院児に直接かかわりのある職種の人に限っては医療の開放化を思いきって行った。このことによってあすなろ学園の敷居はさらに低くなり、子ども精神科医療への県民の理解は深まった。対応に困っている入院児以外の子どもの関する相談が担任から寄せられたりもし、早期対応や医療への紹介に繋がる契機となる場合もあった。

入院時点からの連携も必要と考え、1996年度より原籍校からあすなろ分校への引継ぎ会を定例化することにした。入院前の担任から学校での様子を直接聞くことが、分校における学習指導の参考となった。教育関係者同士の情報交換によって、入院時教育の保障がさらに充実する結果となった。退院準備の時期に開催される引き継ぎ会は、分校にとっては退院後の地域校での授業に備える準備を始める契機になり、原籍校側は受け入れ準備を計画する場になった。

以上のような流れに沿って、退院後の教育に関しては分校教員によって直接連携しようという機運が高まり、退院後の学校訪問指導が1997年から行われるようになった。このことによって、分校で行われていたPDD児教育を地域の学校に引き継ぐことが可能となり、地元校への適応を一層円滑にすることになった。

入院治療中に小学校の卒業時期が重なる子どもたちがいる。そういう場合、地元中学での学籍作りを目的として、入学の手続きを地元中学で行ってもらっていた。しかし、子どもたちは実際に退院したわけではないため不安が強く、地元校の入学式に参加できない場合も多かった。そこで、2004年度からはこういった方途は廃止し、1年生のうちには退院するという連絡のみ伝えておくことにした。そうすることで、治療中の子どもたちに無用な緊張や不安を与えなくて済み、社会儀式としての入学式はあすなろ本校である南郊中学校で体験できるようにになった。

3. 分校体制の再検討

発達障害の入院児童数を20名までとしたが、養護学校籍の子どもが多くなり、情緒障害児学級では満足な教育が提供できなくなり、入院児への養護学校教育の保障を検討することが急務となっている。しかし、入院児の教育の保障が津市教育委員会に委ねられている現状では養護学校教育は保障できない。県教育委員会として現実をどう捌いていくか熟慮が望まれるところである。

さらに、短期入院となってきているため、退院後の地元校教員数を保障することが優先され、分校教員数の確保が困難となり、入院児数が増加すると分校教育の保障が困難になるという悪循環が生じている。

入院児の学力低下は深刻な問題である。1996年に入院児の知的能力水準の調査を行って学会へ報告したが、近年さらに低下の傾向が認められる。入院児が退院した後の社会適応を考えると学習における個別指導が不可欠と考えられ、それには分校教員数の確保が課題となる。現行の分校教育体制はすでに限界に達しており、新たな検討が望まれるところである。

4. 社会復帰に向けての学業

入院中の教育は、社会復帰後の学校教育へどう繋げてゆくかという課題をわれわれに投げかける。一人ひとりの子どもが入院前に通っていた原籍校へ軟着陸させることが治療者に求められる。そのような思いで、退院前に原籍校へ試験通学させるということを古くから行なっていた。15年前、20年前の医療はまだまだ慈父主義に支配されていたせいであろうか、その都度原籍校通学を査定する努力をわれわれは怠っていた。結果として、目標設定のない原籍校通学(すなわち、期限なしの自宅外泊)を続けてしまうという子どもが生じていた。これでは医療的な営みとは言えないと判断し、4週間以内を限度とするように改めた。

第2節 職員のための教育(研修)

かつて、全職員あるいは全職種に対する研修は、毎年4月に行なわれる新任者研修・県が行なう人権教育や接遇教育その他、時節に応じた研修(例えば、家族療法の連続研修、導入に際してのSST研修など)が行なわれるのみであった。それ以外は、職種別に研修を行なって、それぞれの専門学会や研究会で発表していた。専門研修もちろん必要ではあるけれど、多職種が協業してチーム医療を日々実践している児童精神科医療の現場では、職種を超えた共通の問題・課題・技術があるはずで、それらを統合するために研修策定委員会を設け、1998年に始めて看護室と指導室の合同研究発表会が開催された。2000年か