

精神神経学雑誌/第 110 巻第 2 号付録/平成 20 年 2 月 25 日発行

## 一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト

厚生労働省雇用均等・児童家庭局

## はじめに

テキスト「一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト」の発刊に当たり、テキスト作成に至る経緯と、本テキストの位置づけ、目的について述べておきたい。

### 1. テキスト作成に至る経緯

厚生労働省雇用均等・児童家庭局では、「子どものこころの健康に関する研修を受けている小児科医、精神科医（子どもの心の診療医）の割合 100%」を今後 年間の目標に掲げた（平成 16 年 12 月 24 日：「子ども・子育て応援プラン」、少子化社会対策会議）。この目標を達成するために平成 17 年 月に厚生労働省雇用均等・児童家庭局は、「子どもの心の診療医の養成に関する検討会（座長：柳澤正義・日本子ども家庭総合研究所所長）」（以下、検討会）を設置した。検討会には、山内俊雄が日本精神神経学会から推薦を受け、森隆夫が精神科病院協会の関係者として参加した。

検討会では、子どもの心の問題の診療に携わる小児科医及び精神科医を、その診療内容等に関わらず「子どもの心の診療医」という通称で表現し、①一般の小児科医・精神科医、②子どもの心の診療を定期的に行っている小児科医・精神科医、③子どもの心の診療に専門的に携わる医師、の三類型に分類し、その養成のあり方について検討が行われた。そして、検討会での検討を踏まえ、一般の小児科医、一般の精神科医、子どもの心の診療を定期的に行っている小児科医・精神科医、を対象とした 3 種類のテキストを作成することになった。

その際、一般精神科医向けのテキストは山内俊雄が分担することとなり、日本精神神経学会が「子どもの心の診療医の養成」を推進するために立ち上げた「児童精神科医育成に関する委員会」（担当理事：前田 潔）（以下、学会委員会）にテキスト作成を委託した。学会委員会は、前田潔、森隆夫、西村良二を中心としてコア委員会を設置し、執筆者の選定、編集を行った。本テキストは以上の経緯の下に作成されたのである。

### 2. テキストの位置づけ

本テキストは一般精神科医を対象としたものであり、一般の精神科医として、子どもの心の診療を行う際に身につけておくべき以下のような、知識・技能・態度を求めて作成されている。すなわち、精神科医が日常診療の中で、子どもの抱える医学的问题を適切に判断し、対応することができるることを目標とするものであり、具体的には、精神科専門医として日常の臨床に従事している医師が、外来診療や相談業務等の場面において、①子どもの抱える医学的问题を正しく判断し、②自らが対応すべき時には、適切に対応できること、③さらに専門的な判断や対応が必要な時には、子どものかかえる問題に最もふさわしい施設等に紹介するなど、適切な社会的資源の活用ができるることを目標としているといえよう。

### 3. テキストの構成と利用法

このような目的を達成するために、本テキストは、総論部分に重点をおき、各論では、個別の疾患については、「このような疾患があることを知っている」程度とし、概要を述べるにとどめてある。なお、疾患分類は ICD-10 に準拠しており、そのレベルは、卒後、精神科医として日常の臨床に従事しているものを対象として、本テキストが作られたことについては、すでに述べたとおりであり、日常の臨床の中で、最低限の知識として身につけておくべきことが、このテキストに盛られているといつて良い。

このテキストを下に、自己学習に励むと共に、さまざまな研修会などで、このテキストが用いられることが期待されている。

#### 4. おわりに

本テキストは、このような経緯によって作成されたものであるが、今後時間をかけてさらに推敲され、必要な項目とその内容が検討される必要があろう。本テキストの作成によって、その第一歩が踏み出されたといえよう。

本テキスト作成にあたってご協力いただいた執筆者・関係者の方々に感謝申し上げます。

平成20年3月

埼玉医科大学長

山内俊雄

## 編集

(順不同、敬称略)

山内俊雄 埼玉医科大学  
森 隆夫 あいせい記念病院  
西村良二 福岡大学医学部精神科  
前田 潔 神戸大学医学部精神科

## 執筆者一覧（執筆順）

深井善光 清瀬小児病院  
村瀬聰美 名古屋大学発達心理精神科教育研究センター  
皆川邦直 法政大学現代福祉学部  
竹内直樹 横浜市立大学医学部 小児精神神経科  
生地 新 北里大学大学院医療系研究科  
中村和彦 浜松医科大学 精神神経科  
岡田 傑 京都大学医学部精神医学教室  
小野善郎 和歌山子ども・障害者相談センター  
笠原麻里 国立成育医療センター こころの診療部  
十一元三 京都大学大学院医学研究科  
青木省三 川崎医科大学精神科学教室  
原田 謙 信州大学 子どものこころの診療部  
本間博彰 宮城県子ども総合センター  
広沢郁子 メンタル神田クリニック  
西田寿美 三重県立小児心療センター  
吉田敬子 九州大学病院精神科 児童精神医学研究室  
金澤 治 埼玉医科大学 神経精神科・心療内科  
松田文雄 松田病院  
市川宏伸 東京都立梅ヶ丘病院  
松本英夫 東海大学医学部精神科学  
上別府圭子 東京大学大学院医学系研究科家族看護学分野  
森岡由起子 大正大学  
山田佐登留 東京都立梅ヶ丘病院  
黒川新二 札幌市立札幌病院静療院  
武井 明 旭川市立旭川病院精神科  
西村良二 福岡大学医学部 精神医学教室  
中村伸一 中村心理療法研究室  
棟居俊夫 金沢大学大学院医学系研究科脳情報病態学  
豊永公司 大阪市立総合医療センター児童青年精神科  
亀岡智美 大阪府こころの健康総合センター

小石誠二	名古屋大学医学部付属病院 親と子どもの心療部
猪子香代	東京都精神医学総合研究所
高岡 健	岐阜大学医学部精神病理学分野
小野善郎	和歌山子ども・障害者相談センター
野邑健二	名古屋大学医学部付属病院 親と子どもの心療部
水野智之	愛知県立心身障害児療育センター第二青い鳥学園 精神科
村瀬聰美	名古屋大学発達心理精神科教育研究センター
橋本大彦	藍野大学保健医療学部 作業療法学会
若子理恵	豊田市こども発達センターのぞみ診療所
中島洋子	まな星クリニック
内山登紀夫	よこはま発達クリニック
田中康雄	北海道大学大学院教育学研究科附属子ども発達臨床研究センター
松本俊彦	国立・精神神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部
賀古勇輝	北海道大学大学院医学研究科神経機能学講座精神医学分野
傳田健三	北海道大学大学院医学系研究科精神医学分野
朝倉 聰	北海道大学保健管理センター 精神科
小平雅基	国立精神・神経センター国府台病院
岩井圭司	兵庫教育大学
柴山雅俊	東京大学医学部 精神神経科
氏家 武	北海道こども心療内科氏家医院
北川信樹	北海道大学大学院医学研究科神経機能学講座精神医
大川匡子	滋賀医科大学精神医学講座
松尾雅博	滋賀医科大学精神医学講座
関 渉	法務省加古川学園・播磨学園
水田一郎	神戸女学院大学人間科学部 心理・行動学科
廣常秀人	大阪大学大学院医学系研究科 精神医学
青木 豊	相州メンタルクリニック中町診療所
金生由紀子	東京大学医学部付属病院 こころの発達心療部
根來秀樹	奈良県立医科大学精神医学教室
近藤直司	山梨県立精神保健福祉センター、山梨県立中央児童相談所
亀岡智美	大阪府こころの健康総合センター
長尾圭造	国立病院機構 柿原病院
飯田順三	奈良県立医科大学 精神医学教室
中田洋二郎	立正大学 心理学部

# 一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト

## 目 次

### A. 総論

#### I. 子どもの心の発達

1. 正常な身体発達	1
2. 正常な心の発達	
1) 乳幼児期	2
2) 児童期・青年期	4
3. 家族や周囲との関係	
1) 家族関係	5
2) 学校および友達関係	6

#### II. 小児に心の問題が生じる原因

1. 遺伝	8
2. 器質	9
3. 心理社会的要因	
1) 性格要因	11
2) 環境要因	12

#### III. 小児の精神疾患の分類の概要

1. ICD-10	13
2. DS	15

#### IV. 子どもの心のとらえ方

1. 病歴のとりかた	
1) 発達歴	16
2) 家族歴	18
3) 生育歴	19
4) 現病歴	21
2. 子どもの診察の仕方、ラボール	
1) 乳幼児期	22
2) 学童期	23
3) 青年期	25

3. 家族の問診のしかた	27
4. 身体的診察	28
5. 心理検査	
1) 知能検査	29
2) 人格検査	30
6. 臨床検査	31

## V. 治療法

1. 療育	35
2. 精神療法	
1) 非言語的	36
2) 言語的	37
3. 家族への対応	38
4. 薬物療法	39

## VI. 他機関との連携

1. 専門医療機関への紹介の仕方	41
2. 他機関との連携	42

## VII. 子どもの問題に関係する社会資源

1. 医療	43
2. 福祉	44
3. 司法	44
4. 児童相談所	45
5. 子育て支援センター	46
6. 児童福祉施設	46
7. 障害者手帳	47
8. 療育手帳	48
9. 特別児童手当	49

## B. 各論

### I. 発達障害

1. F7 精神遅滞	53
2. F80-82 学習障害	54
3. F8 広汎性発達障害	56
4. F9 多動性障害	58

5. 発達障害関連：てんかん	60
----------------	----

## II. 発達障害以外

### 1. F1~F

1) F1: 精神作用物質使用による精神行動障害	61
2) F2: 統合失調症	63
3) F3: 気分障害	64
4) F4: 神経症性障害など	
(1) F40: 恐怖症性不安障害(F40. 広場恐怖、F40. 社会恐怖)	65
(2) F42: 強迫性障害	68
(3) F43: 重度ストレス反応および適応障害	70
(4) F44: 解離性（転換性）障害	72
(5) F45: 身体表現性障害	73
5) F5: 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	
(1) F50: 摂食障害	74
(2) F51: 非器質性睡眠障害	76
6) F90~98	
(1) F9 行為障害	78
(2) F93.0 分離不安障害	81
(3) F94.0 選択性緘默	83
(4) F94. 小児期の反応性愛着障害	85
(5) F9 チック症	86

## III. 注目すべき現象

1. 不登校	87
2. ひきこもり	89
3. 児童虐待	90
4. いじめ・いやがらせ	91
5. 家庭内暴力	93
6. 自傷行為	94
7. 自殺	95
8. 多動	97
9. 非行	98

## A. 總論

# I. 子どもの心の発達

## 1. 正常な身体発達

精神遅滞の3～4割は特発性であり運動神経の発達の遅れは伴わない。一方、ダウン症候群などの染色体異常や先天性代謝異常などの症候性の精神遅滞では身体発達も遅れる。生育歴の聴取では、乳児健診や1歳半・3歳児・就学時健診における異常の有無と母子手帳を確認することが肝要である。身体的、生理的発達の遅れは母親の不安を介して児の心理発達にも大きな影響を与える。

### 1) 食行動の発達

哺乳量や離乳食の進み具合はその後の母子関係に影響を与える。新生児の消化管からは主に乳糖分解酵素が分泌されるが離乳期には漸減する。その頃、乳糖の消化不良により哺乳量が減ることがあるが固形食が增量できれば問題ない。また、“離乳の完了”とは十分量の固形食が食べられる状態を指し、無理に断乳（母乳を禁止）する必要はなく母乳を継続しても差し支えない。幼児期の好き嫌いは自然に軽快することが多く無理に修正せず経過を見守る。

### 2) 排尿と排便の発達

乳児は腎の濃縮力が未熟なため尿が多く、膀胱容量も少ないため頻回に排尿する。尿回数が減り尿意が自覚できるようになる2歳過ぎがトイレットトレーニングの適齢期である。スムーズにオムツが取れて育児負担が減ることも母親の心理に影響する。夜尿症は小学校低学年で約10%、5、6年生で約5%であるが、ほとんどが身体疾患であり知能や心理的要因との関係は少ない。ただし、1年以上なかった夜尿が再開した場合、脳腫瘍か心因性の夜尿を考える。

### 3) 睡眠リズムの発達

新生児は昼夜の区別が無く、約2時間の睡眠を6～7回（20時間以上）とする。1歳頃には昼夜の区別が見られ夜間睡眠（約10時間）に加えて2回の昼寝となる。2歳ごろ概日リズムが整うが夜泣きが持続する場合は母子共に不安が募る。幼児期には昼寝1回の合計12～13時間、小学生では平均9～11時間で、その後、徐々に成人の平均である7～8時間に近くなる。

### 4) 視覚の発達

1ヶ月で母親と目があい、2～4ヶ月にはあやすと笑う。2～3ヶ月には水平方向、3～4ヶ月頃には上下方向の追視が可能となる。7～8ヶ月頃には視力0.1程度となり母親を認識して人見知りをするようになる。その後の視力は2歳で0.5、5～6歳で成人と同等の視力に達する。

### 5) 運動の発達

新生児は生直後から原始反射（乳探索反射、吸啜反射、手の把握反射）と生理的微笑を備えており、母親がこれに触発され育児に没頭する。乳幼児の運動発達はマイルストーン（表）を標準とするが、これから3ヶ月未満の遅れは正常バリエーションと考える。「い

「ぎりっ子」は座った状態から腰を前後に振ることで前進するためハイハイをせず独歩が1歳半頃と遅れるがその他は正常であることが多い。1歳半で積み木を数個積め、スプーンが使える。2歳で手すりを持って階段を昇れ、2歳半でなぐり書き、3歳で三輪車に乗れ、1段1歩で階段を昇れる。

身体発達のマイルストーン

首のすわり	3～4ヶ月
寝返り	5～6ヶ月
座位	7～8ヶ月
ハイハイ	7～8ヶ月
つかまり立ち	10ヶ月
伝い歩き	10～12ヶ月
ひとり立ち	12ヶ月
独歩	13～15ヶ月

## 6) 内分泌系の発達

周期性嘔吐症は精神的・身体的ストレスに際し嘔吐をくり返すもので、ストレス耐性の未熟な幼小児期にみられる。第二次性徴の開始は女子では9～10歳から乳房や陰毛の発育が始まり、初潮は平均12.5歳である。男子では10～12歳で睾丸や陰茎が発育し初回射精経験は13歳頃である。思春期にはホルモンや自律神経の大幅な変化が起こるため身体の不調を来たしやすく、同時に第二反抗期や仲間関係の複雑化も起こるため、多くの児童に心身症（起立性調節障害、過敏性腸症候群、過換気症候群など）がみられる。これらをすべてうつ病の症状と考えて抗うつ剤を增量すると身体症状が増悪することがあり注意を要する。

（深井善光）

## 2. 正常な心の発達

### 1) 乳幼児期

乳幼児期のこころの発達にはめざましいものがある。これは、この時期における急激な脳の発達という生物学的な要因によるところが大きいが、社会環境や家庭環境の影響、特に母子関係を中心とした親子相互作用などによる影響も大きい。

以下に示した乳幼児に見られるさまざまなこころの機能は独立に存在するものではなく、互いに影響を及ぼしあいながら発達していく。

#### （1）認知の発達

生後2、3ヵ月から人の言葉を他の音と区別し、人の声がする方に顔を向けたりする。3歳頃には、動物の鳴き声を聞き分けたり、人の声を弁別したりするようになる。

物の形の相違、大小の認知は2～6歳に発達する。3歳ではまねをして○を描き、5歳では△が描けるようになる。色を区別できるのは幼児期後半になってからである。

上下前後関係がわかるのは4歳、左右がわかるのは6歳である。

2歳になる少し前から目、鼻などの身体部位の理解が始まるが、指が区別できるのは6歳以降である。

#### (2) ことばの発達

2ヵ月の終わり頃から、乳児は機嫌の良い時、いろいろな意味のない声をだすが、これを喃語(bubbling)という。9ヵ月頃から大人の声の真似をするようになる。1歳頃になり、理解できることばが100語程度に達するとママ、マンマ以外のことばを1つ話せるようになる。1歳半以降になると単語数が急に増加し、動詞、形容詞も現われる。2歳頃には2語文が出現するようになる。他人の話した言葉を聴き、文脈に即した応答ができるようになり、会話が成立するのは3歳以降である。

#### (3) 数概念の発達

ことばの発達として見た場合、数詞はほぼ1歳9ヵ月頃に現われる。早い子どもは2歳を過ぎると、ひとつ、ふたつ、という数詞がものに対応するということが少しずつ理解でき、正しい数え方を習得できるようになり始めるが、大部分の子がいくらかできるようになるのは4歳を過ぎてからである。

#### (4) 思考の発達

幼児の思考は、具体的(実際の事物に即して考える)、自己中心的(物事を自分本位に考える)、情緒的(物事の把握は情緒的態度でなされ、矛盾が多い)という特徴を持つ。

#### (5) 情緒の発達

生後3ヵ月頃になると快・不快の感情が現われるようになる。6ヵ月頃には恐れが現われ、人見知りが出てくる。幼児期になるとさらに情緒は分化し、5歳頃には成人にみられる情緒の形がほとんど出そろう。

#### (6) 社会性の発達

生後3週間目頃から人の声や顔に反応して社会的微笑が生じるが、生後5、6ヵ月目頃になると見慣れた対象を選択して微笑が向けられるようになる。この頃から養育者に対して、さまざまな愛着行動を発展させる。この時期、養育者の存在が自己とは分離したものと認識され、人見知りが生じたり、母親の意思と自分の意思が必ずしも一致しないことに気づき、分離不安が増強する。子どもは分離個体化期(5ヵ月~36ヵ月)に、安定した母親イメージを内在化させ、母親からの分離にある程度耐えられるようになる。自立性を確立する過程で第一次反抗期が見られる。

幼児期の仲間関係としては、3歳頃には母親のもとを離れ、次第に友達と一緒に遊べるようになる。4~5歳頃になると3人以上のグループ遊びもできるようになり、喧嘩も多いが、友好的な接触が増えてくる。

#### (7) 遊びの発達

2歳頃までは感覚遊び(見て喜ぶ、触って喜ぶ等感覚を機能させること自身に心地よさを感じるもの)が多いが、その後ごっこ遊びが増え、3~5歳頃にピークとなる。4歳頃からは、構成遊び(積木、プラモデル作り等組み立てたりしながら楽しみを味わう遊び)も増えてくる。絵本を見たり、お話を聞く等の受容遊びは1歳頃から始まるが、実際に楽しめるようになるのは幼児期後半である。

(村瀬聰美)

## 2) 児童期・青年期の発達

身体臓器は系統発生的・個体発生的に組み込まれているプログラムに従って成熟する。心の発達は身体の成熟に伴う適応として理解される。少年非行等は「血が悪い」という考え方、換言すれば適切な栄養さえ与えれば心は発達するという理解は、Spitz,R の乳幼児のホスピタリズム研究、および人生早期の母子分離体験が少年非行発生に関与するという Bowlby,J の研究によって覆り、以降、子どもの発達に与える母子・父子関係ならびに家族関係の重要性が認識されるようになった。また知能は児童期の始まる前後に Piaget の言うところの前操作期から具体的な操作期に移行する。そして思春期の始まる前後に具体的な操作期から形式的操作期に移行する。

### (1) 児童期の発達

フロイトは児童期を潜伏期と呼んだ。それは欲動に駆り立たれる幼児の行動が6歳前後に次第におさまっていくからである。児童のこころの中に自分を守り、励まし、制御する超自我が内在化して自動は自身の言動を制御することができる。超自我とは欲動発散の是非を判断して制御する親との同一化を意味する。そして児童は短時間ではあるが大人の監督なしに子ども同士で安全に過ごすことができる。これが児童期のこころの発達課題であるが、超自我の安定した内在化の進まない子どもは、相変わらず稚拙な衝動コントロールのために教諭とのかかわりも、仲間とのかかわりも年齢相応にはできない。

子ども同士が大きな危険なく一緒に遊んで過ごすことができるようになると共に、児童の人間関係は親子関係を超えて拡大する。そして昇華のチャンネルは増加して自己表現は豊かになる。また、児童期を通して不安耐性や欲求不満耐性は増加する。しかし、児童期に子どもはあらゆる面で親への依存を必要とするので親離れが進むということではない。児童期の初めにでき上がる超自我・自我・欲動からなる精神構造は児童期を通して変化しない。

超自我の内在化が十分に進まないことによって病的行動は発生する。超自我が年齢相応に発達しないのは、広汎性発達障害や精神遅滞のような発達障害によるものと、剥奪的な環境下に発生する行為障害、あるいはより多くの生物学的な関与が想定される ADHD、およびこれらと比較して発達の可能性の高い神経症性障害などがある。行為障害や ADHD では超自我の内在化に問題があり、神経症性障害では超自我は内在化するが、それがもたらす自責感情が強すぎるなどの質的な問題がある。適応障害は外的なストレッサーによって発生するので、子どもの超自我の発達に問題があるということではない。

### (2) 思春期の発達

思春期 (puberty) は、第二次性徴の発現（男児の精子形成と女児の初潮）から長骨骨端線の閉鎖までの期間であると定義される生物学的な用語である。この思春期の身体的な成熟に対するこころの適応は青春期 (adolescence) と呼ばれる。更に現代では思春期後も成人とは見なされなくなり、成人に達する年齢は延長した。一般的に思春期と思春期後の年代を含めて青年期と呼ぶことが多い。

第二次性徴の発現によって子どもは何でも親に頼れるという感覚を失う。と言うのは親と同一化する子どもは、自己の増大する性的な興味や衝動のすべてを親に公開しなくなるからである。かつて、赤ちゃんは何故生まれるの？という幼児の興味に対して親が真実を

公開しなかったのと同様に、子どもも親と同様に近親姦禁止の不文律に従う。それによつて子どもの親離れが始まる。と共に、性的な興味は同性仲間で共有する。そして同性の仲間の誰かに憧れるようになる。憧憬の念を抱くような仲間の価値観を取り入れつつ児童期までの幼児型の超自我と自我理想は改訂される。

超自我は第一に性的な興味に対する禁止を緩和しなければならない。それには同性同年代の仲間との交流が必須である。性に対する緩和の生じない子どもは、増大する性的なエネルギーを抑えこまなければならない。そこで皆で校則を破って下校時に店に寄る、本を買うなどの集団行動を避ける、女児では仲間の服装やお化粧への興味を批判して仲間から距離を置かれることにもなる。第二に、超自我の一部である自我理想の改訂がある。プロイトによれば、自我理想とは幼児が成長すると、他者から受ける忠告や自らに生じてくる自己批判によって悩みが生じるので、彼はもはや乳児期に保てた完全さをもち続けることができない。そのため彼は自我理想という新たな形で完全さを取り戻そうとする。今は完全さを失ってしまった自分の前に理想として投影するのは過去（早期乳幼児期）の理想的な彼自身であり、その代理物なのである、という。自我理想は幼児期の後半に自覚される。たとえば、僕は大人になつたら何々になるといった理想である。児童期の間は幼児期の自我理想は原型のまま保たれる。Blos,Pによれば、思春期になって同性の親密な仲間関係を経験する子どもは仲間から取り入れる理想から幼児期の理想とは別のそれを作り出す。昔からの理想と思春期以降のそれは混合して自分自身の新たな理想が形成されるという。また自我理想は次第に現実との結びつきをもつようになって、それが将来の職業選択や愛情対象選択を照らし出す。

思春期に入って2-3年のうちに多くの子どもは親の理想的な部分と、決してあのような親にはなりたくないという部分を分別する。将来かくありたい自分を想定する能力は、いわゆるエディプラス葛藤の解消によって発生する。登校拒否や神経症性障害の子どもでは自我理想が意識から一時的に消えることが多い。

### (3) 青年期の発達

身長の伸びの停止後の青年期は、生産性の高い社会が若者に高度の知識技術を求めるようになって発生したライフサイクルであり、現代では20台の半ばまでにパーソナリティはでき上がると考えられている。Erikson, EHは自我同一性(ego-identity)と自我拡散を提唱したが、これは過去から現在に至るまで同一で変わりなく連続する自分はこれだという認識の確立を意味する。それによって青年は固有の適応的な行動を取ることできるようになる。またBlos,Pは育児を自分の更なる発達に役立てることができるようになって初期成人期が始まるとする。それには職業と愛情対象の選択が必要であろう。

(皆川邦直)

## 3. 家族や周囲との関係

### 1) 家族関係

#### (1) 概要

家族は社会通念によって規定され変容する。家族の一義的な定義は難しい。

近代家族の基本は、夫婦が対等の愛情で結ばれ、家族成員の情緒的な交流や子どもの養

育を重視する、福祉・教育機能を求める最小の集団である。核家族が増加し、小規模化している。役割の固定性と閉鎖性のために、家族システムが自己完結的に陥りやすい。

#### (2) 現代の家族関係

豊かな社会においては、家族形態の「多様化」や「個人化」の傾向が強まる。

家族機能は縮小し弱まり、さらに家族個人の自由度が拡大される。

離婚などにより、「ひとり親」家庭が増加するが、親権者は母親が多く、経済的に過酷な状況に陥りやすい。

家族機能は家事・養育・教育・介護機能など、社会資源は増えたが負担感は増加している。親子関係のなかでは、母親はこどもに影響を与えるとはいえ、子どもの問題で母親だけが非難されることはある。

家族成員のライフコース（転職、病気、受験、転居、介護など）で、家族関係は相互に影響を受ける。特に女性のライフコース（教育、結婚、就労など）をめぐる急激な社会の変化がある。

共働き家族では、女性への家事や育児負担の偏りがある。

#### (3) 家族の問題

世論調査によれば、「精神的な安らぎ」と「人間的成长の場」が家族機能に求められているが、逆に葛藤や問題を抱える場合がある。

子育ての負担や子どもの不適応などで、家族関係が葛藤状態に陥ると、どの家庭でも関係性の病理が二次的に顕在化しやすい。

以下に子どもに関連した問題を例示する。  
①家族の問題：出生率の低下による少子・晩産化。結婚の多様化や晩婚・非婚化。老親介護における女性の重い負担。  
②養育の問題：産褥期の母親の精神障害、地域から孤立した専業主婦の育児不安、養育困難や深刻な虐待など家族機能の危機、子どもの孤食。  
③教育問題：お稽古事、通塾など子どもの養育、教育費の増大。ゲームやインターネットの情報教育。発達障害の子どもの教育。  
④親のメンタルヘルス：就労（雇用、解雇など）に伴う精神的ストレス、自殺問題、ドメスティックバイオレンス、離婚の増加、家庭内離婚。  
⑤青少年のメンタルヘルス：家庭内暴力、不登校・いじめ問題、非行問題、引きこもり、フリーター。

#### (4) 家族への支援

子どもは未熟のために、家族の保護機能が重要である。子どもの発達における、「子育て」の側面と子どもが自ら育つ「子育ち」の場所が、家庭と近隣地域である。

家族システムの問題への対応では、家族を治療する視座から、保育支援、レスパイトケア、自助グループなど、家族支援の方向に変化してきた。

自己完結的な家族は、家族の問題が深刻化しやすい。そのためにも地域・社会資源と連携できる地域のシステムが重要である。

社会からの個々の家族への介入には、人権に配慮して望むべきである。

（竹内直樹）

## 2) 学校および友達関係

#### (1) 乳幼児期

ほかの子どもと一緒に遊ぶといった子ども同士だけで交流を始めることが可能になるの

は、幼稚園や保育園に入る頃であり、2歳から3歳にかけての時期と考えられる。この時期を過ぎると親や保護する立場の大人と離れて、おもちゃを共有して遊ぶことや、おしゃべりすることができるようになり、遊具を順番に使うこともできるようになっていく。しかし、幼稚園の時期の友達関係は、主に遊びを介したもので、大人たちに見守られた中で形成されるものである。この時期を過ぎてもおもちゃを共有できない、他の子と協力し合う遊びができないといった場合には、何らかの発達上の問題が想定される。

#### (2) 学童期

6歳を過ぎて小学校に入るということは、親との関係が相対的に小さくなり、教師や友達集団の中での生活が大きな意味を持ち始める方向に進み始めるということである。低学年では、教師の指示に従い、集団の中でルールを守り、周囲に合わせて行動することを学ぶ必要がある。低学年の子どもにとっては、担任教師の存在は特に大きなものになる。親から離れて、集団生活に中に入り、不安が高まっている低学年の子どもにとって、担任教師は頼りになる存在でもあり、自分の価値を認めもらいたいと願う存在にもなる。この時期の友達関係はまだ幼稚園の時の遊び友達の延長線上のものであることが多い。

小学校3年から4年生くらいになると、単なる遊び友達ではなく、独自の世界を共有できる仲の良い友達仲間との交流が活発になる。そして、その交流の中で、冒険やいたずらと一緒にするという体験が重要になる。男子では、いわゆる「ギャング・エイジ」の時期に入ってくるし、女子では、お互いに好き嫌いが意識されて、仲間集団同士の葛藤も始まる時期である。高学年になると、思春期の入り口に立つとともに、秘密を共有できる親密な同性の仲間がさらに重要な存在になる。不安定な思春期の時期を乗り越えていく時に、この時期に形成された親密な同性の仲間と関係が支えになる。このような親密な仲間関係を獲得できないと、思春期になって挫折を経験しやすくなると考えられる。

#### (3) 中学の世代

中学校の時期には、教師は、親と同じように批判や反抗の対象にもなるが、場合によつては、親との関係とは異なった理想化された存在にもなり得る。中学校生活では、教師の指示に従うだけでなく、自分の判断や理想に沿って行動することが求められることになる。しかし、大人のように自由に行動することが許される訳ではないし、中学生自身もまだ親や教師に依存している。大人との関係は、より葛藤的になりやすい。そこでも、親密な仲間関係は子どもを支えることになる。また、中学生の時期は、異性への関心が急速に高まり、自己愛的な自己への関心も高まる時期でもある。そこで、異性への接近の試みを支えるためにも、過剰な自己愛を適度に調整するためにも、同年代の仲間や学校の先輩との交流が必要になる。もっとも、女子の場合、この時期までは仲間集団同士の集合離散や葛藤が起こりやすく、友達関係は支えにもなるが、悩みのもとにもなる。友達関係での悩みが女子の方が男子よりも深いものがある。女子においては、そうした悩みを通り抜ける中で、対人関係のスキルが高まり、異性との交流の準備も整っていくのである。身体的な成熟の早さに加えて、そのような仲間集団の中で揉まれる体験の影響もあって、女子の対人関係の発達は男子よりも早く進むことになる。

#### (4) 高校の世代

高等学校の年代では、教師の存在は、職業同一性の模索に際しての援助者として位置付けられるようになる。教師は、親と並んで大切な大人のモデルになると同時に、社会への

橋渡しをしてくれる存在になる。高校時代の友達関係は、徐々に異性との関係に置き換わっていく。異性との親密な関係に入していくことができる者も増えるが、まだ異性を1人の対等な人間として尊重できるようになるには、もう少し時間がかかるものである。同性との友達関係は、異性との関係が安定する青年期後期（大学生・若い社会人の時期）まで、異性との関係を補足する関係として引き続き一定の役割を果たし続ける。

（生地 新）

## II. 小児に心の問題が生じる原因

### 1. 遺伝

子どもの精神科臨床において、遺伝を意識するのは、子どもが家族を伴って受診し、家族歴をとり、知的障害、神経疾患、染色体異常、さらに、家族内集積が統合失調症やうつ病より多い、自閉症、アスペルガー障害、注意欠陥多動性障害が疑われる場合である。そして臨床場面で遺伝という言葉は誤解を招きやすいので、家族に説明する時は、注意を要する。なぜなら子どもの精神科の場合、家族は“子どもの病気は自分のせいではないだろうか”、“遺伝したのではないか”と特に悩むからである。しかしながら子どもの精神科疾患のほとんどが多因子疾患で遺伝病ではない。ここで、遺伝について基本的なことを整理する。疾病を遺伝に関連して4つに分ける。1：遺伝子によるもの（遺伝病）一すなわち、常染色体優性遺伝、常染色体劣性遺伝、伴性優性遺伝、伴性劣性遺伝。例として先天性白皮症、フェニルケトン尿症、血友病、脊髄小脳変性症など多数ある。2：染色体異常によるもの。例としてダウントン症候群やクラインフェルター症候群（性染色体のXの数が多い）。3：先天奇形一遺伝的要因や環境要因によるもの。母親の服薬、被曝、周産期の環境条件による、例として口蓋裂、先天性関節脱臼など。4：体质性疾患（多因子）一体質というのを定義が難しいが、特定の外因に反応する体の素質というものを体质と考える。つまり遺伝と環境の相互作用であり、糖尿病、がんのような悪性腫瘍、精神科疾患では統合失調症やうつ病である。さらに詳しく述べる。遺伝が誤解を受けやすいのはある個体が疾患を起こさせるような遺伝子を持つと、必ずその遺伝子に対応した特定の変化が起こると考えがちだが、事実でない。疾患の原因は、個体の持つ遺伝子、その組み合わせと、その個体が遭遇した環境（外因）との相互作用によって起こるものである。遺伝病は、ある特定の遺伝子をもった個体ならどのような環境下にあっても、その遺伝子による特徴が現れる場合に、その特徴は遺伝病という。一方、どんな遺伝子の組み合わせの人でも、ある環境が与えられればそれによってある特定の反応が現れる場合、これを環境によるものだとする。また複数の遺伝子座が環境要因と相互作用を及ぼしあいながら疾患の発症に関係する疾患を common disease（多因子疾患）という。統合失調症、うつ病は、親から伝えられた遺伝的素質があり、それに環境条件として、統合失調であれば胎生期の母親の環境など、うつ病であればストレス因子などが加わって、発症する多因子疾患である。子どもの精神科の多くは一般の精神科と同様多因子疾患である。多因子疾患の、原因遺伝子検索は難しい。自閉症は一卵性双生児の一致率が統合失調症などより高く、遺伝性が大きいと推測されて

る。ゲノムワイド（染色体の1番からX染色体まで）スクリーニング研究が行なわれているが、確証ある遺伝子はまだ見つかっていない。

次に性格特性についてだが、ここでは遺伝的要因（heritability）、共通の環境（common environment）、特定の環境（unique environment）で説明する。Tsuangらによると例えば反社会的傾向について子どもと大人の違いを検討したが、子どもの反社会的傾向に関与するのは heritability が 7%、common environment が 31%、unique environment が 62%である。一方大人の反社会的傾向に関与するのは heritability が 43%、common environment が 55%、unique environment が 52%である。これらの結果より大人の性格傾向は遺伝的要因が高く、子どもの性格傾向はより環境的要因が大きいことが推測された。以上のように子どもについて遺伝を考える時は常に環境的要因を考慮する必要がある。

（中村和彦）

## 2. 器質因

### 1) 母体の感染症

#### （1）トキソプラズマ

初感染した母体からの経胎盤感染であり、高率に重度の知的障害を引き起こす。症状は妊娠初期に感染するほど重い。

#### （2）梅毒

胎盤で病巣を形成後に感染することから、感染時期は妊娠5か月頃である。したがって、妊婦健診で調べて治療をすれば予防が可能である。先天性梅毒に感染した子どもは、角膜炎、難聴、ハッチンソン歯を呈する。また、知的障害の合併が多い。

#### （3）風疹

妊娠20週までの経胎盤感染で、先天性心疾患、難聴、白内障に加え、網膜症、肝脾腫、血小板減少、糖尿病、発育遅滞、知的障害、小眼球などを呈する。

#### （4）サイトメガロウイルス

経胎盤感染が多い。感染した胎児の1割に症状が発現し、点状出血、肝脾腫、黄疸、網膜症、脳の石灰化、小頭症、知的障害を呈する。

#### （5）単純ヘルペスウイルス

経産道感染が多い。皮膚症状が多いが、全身性に感染すると新生児死亡や脳障害が起きることがあり、知的障害や神経学的症状を呈する。

### 2) 母親の代謝性疾患

#### （1）糖尿病

母体の糖尿病のコントロールが不良であると、出生後に過剰なインスリン作用のために低血糖を示すことがある。長期にわたると知的障害を来す。

#### （2）甲状腺機能低下症

母体で産出される甲状腺ホルモンが少ないために、中枢神経系の発達が遅延する。

#### （3）妊娠中毒症

妊娠中に高血圧、蛋白尿、浮腫を来す病態であり、重症の場合には子宮内胎児発育遅延を来す。これらの子どもでは知的障害、注意欠陥/多動性障害の発生率が高い。

### 3) 母親の摂取する薬物

#### (1) アルコール

妊娠中に飲酒した母親から生まれた子どもに、特徴的な顔貌(不明瞭な人中、薄い上唇、短い眼瞼裂など)、発育遅延、中枢神経の機能障害(刺激への過反応・注意力の問題・変化への適応困難・学習障害・判断力の障害)、身体の形成異常(心疾患・関節の形成異常など)が出現する。

#### (2) たばこ

ニコチン摂取に伴う子宮胎盤循環不全、一酸化炭素による胎児の酸素欠乏により子宮内胎児発育遅延をもたらす。

#### (3) 水銀

胎児性水俣病では、知的障害、発育障害、言語障害、歩行障害などを呈する。

### 4) 放射線

妊娠8~25週、なかでも8~15週に被爆すると、知的障害を合併する。

### 5) 出産に関連した要因

#### (1) 早産・子宮内発育遅延

子宮内発達遅延を伴って早産した子どもでは、高率に知的障害を合併する。

#### (2) 分娩障害

胎児仮死、あるいは、鉗子分娩、吸引分娩などの物理的外力や低酸素状態のために頭蓋内血腫や出血が起こり、知的障害を来す。

### 6) 子どもの感染症

感染性髄膜炎(ヘモフィルス-インフルエンザb型桿菌(Hib), 淋菌, 肺炎双球菌), スピロヘーター感染症(梅毒スピロヘーター, ライム病), ウィルス感染症(エコーウィルスやコクサッキーウィルス, ヘルペス, ムンプス, アルボウイルスなどの直接感染, はしか(麻疹)、水ぼうそう、風疹に続いて免疫反応が誘導され間接的に脳炎を来したり, はしか罹患後に亜急性硬化性全脳炎が出現), 結核性髄膜炎, 真菌性髄膜炎などの後遺症として、知的障害が出現する。また感染性たんぱく質プリオントの感染によりクロイツフェルトヤコブ病やkuruが発症する。猩紅熱などのA群β溶連菌感染症では、トウレット症候群が高率に出現する。

### 7) 子どもの代謝性疾患

アミノ酸代謝異常: フェニルケトン尿症(フェニルアラニン水酸化酵素の欠損によりフェニルアラニンが蓄積し、知的障害を引き起す。新生児マスクリーニングの対象)。その他にも、メープルシロップ尿症、ホモシスチン尿症、チロシン血症などがあり、知的障害のほか、特徴的な身体的機能障害を伴う。

炭水化物代謝異常症: 糖原病、ガラクトース血症、遺伝性フルクトース不耐症

リピドーシス: ゴーシュ病、ティサックス病、ニーマンピック病、ファブリー病など

ピルビン酸代謝異常症: ピルビン酸脱水素酵素複合体欠損により、筋力低下。けいれん、協調運動障害、平衡障害、知的障害。

### 8) 子どもの摂取する薬物

子どもに投与される向精神薬、身体疾患治療薬により、精神症状が出現する。

### 9) 子どもの頭部外傷

頭部外傷により傷害された部位の機能障害、知的障害、てんかんなどを伴うことがある。

(岡田 優)

### 3. 心理社会的要因

#### 1) 性格要因

##### (1) 概要

精神疾患の生物心理社会的モデルでは、精神疾患は生物学的要因と心理社会的要因との相互作用によって説明される。性格要因は精神病理の発現に影響する心理社会的要因のひとつとされているが、一人ひとりの性格傾向は遺伝的特徴などの生物学的な基盤と養育環境や対人関係などの環境的な要因による影響もあることから、きわめて複雑な要因でもある。性格要因は具体的には気質 temperament と人格 personality から構成される。

##### (2) 気質

気質とは生物学的な基盤を持つ性質 trait から成り、情緒的応答性や身体的活動性に関する行動上の個人差のことを言う。乳幼児期に現れる気質は年齢とともに環境、社会、文化的要因の影響を受けて変化していくものの、長期的に持続する傾向があることが知られている。乳幼児の気質についてはさまざまな類型化が行われている。ニューヨークでの長期にわたる総合的研究を行ったトマスらは子どもの気質を「扱いやすい子ども easy children」、「扱いにくい子ども difficult children」、「エンジンがかかりにくい子ども slow-to-warm-up children」の3型に分類した。また、バスらは「情緒性 emotionality」、「活動性 activity」、「社会性 sociability」、「衝動性 impulsivity」の4つの要因を提唱している。カガンらは子どもの気質を「抑制的 inhibited」と「非抑制的 uninhibited」に分類している。

##### (3) 人格（パーソナリティー）

人格とは気質で説明される素因的な要素に加えて意思と認知の要素が加わったものと考えられており、個人の思考、感情、行動、対人関係の特徴として表現される。成人の人格構造としてアイゼンクらは因子分析により「神経症的傾向 neuroticism」、「外向性 - 内向性 extraversion - introversion」、「精神病的傾向 psychotism」の3つの要素を抽出した。また、5因子モデルと呼ばれているパーソナリティーの分類では、「開放性 openness」、「勤勉性 conscientiousness」、「外向性 extraversion」、「調和性 agreeableness」、「神経症性 neuroticism」の5要素が知られている。

##### (4) 精神病理との関連

さまざまな性格要因が精神病理と関連することが知られているが、いずれも非特異的な関連であって、特定の性格要因が特定の精神病理と直接的に関連している訳ではない。乳幼児の気質は個人と環境との適合の良し悪しで情緒的な問題の発現と関連しており、「扱いにくい子ども」の多くは家庭や学校、仲間関係に困難を来すことが多い。また、「抑制的」な子どもは後の不安障害、社会不安（社会恐怖）、うつ病との関連が指摘されている。人格傾向と精神病理との関連については、神経症性の人格は不安障害、大うつ病、身体表現性障害と関連があり、境界性人格は摂食障害や衝動制御の障害との関連が

指摘されている。反社会的な人格傾向は物質乱用との関連が高い。また、人格そのものの発達的な精神病理として人格障害があるが、児童青年期での人格障害の診断は一般的ではない。

#### (5) 回復力としての性格要因

性格要因は精神病理に対する脆弱性やリスク要因になる一方で、精神疾患の発症を防ぐ防御的な役割も持っている。同じストレスを受けても精神症状の発現には個人差があり、また回復過程も個人個人で大きく異なる。たとえば、児童虐待などの逆境的な環境の中で育った人たちがトラウマの影響から回復するプロセスでは、リジリアンス resilience と呼ばれる回復する力が重要な要因となる。リジリアンスを構成する要素のプロフィールは個人によって差があり人格特性を反映している。

(小野善郎)

## 2) 環境要因

子どもの精神状態は、大人以上に環境からの影響を受けやすい。学習する力や順応性が高い一方、自我機能が未熟で、経験も乏しいため、子どもは様々な環境の影響をより直接的な体験として日々の生活の中で受けている。ただし、子どもの精神的問題には、前項まで挙げられたような素因や性格要因も大きく関わる。したがって、ここにあげる環境要因は、あくまでも子どもの精神状態や発達過程に影響を及ぼす可能性があるために考慮する必要があるものと心得る。つまり、これらの要因は精神症状発症のひき金を引いたり、その後の精神発達に何らかの作用をするかもしれないが、子どもの精神的問題に本質的に対峙するためには、それだけを悪者として躍起になり近視眼的あるいは短絡的なアプローチにならないように心がける必要がある。以上を踏まえた上で、子どもの精神状態に影響する環境要因を、子どもにとって身近な順に示す。

(1) 環境としての母子関係：乳幼児期には、母の心身の状態、子どもの身体的問題や発達の偏りなどがあると、育児は困難さを増し基本的な愛着形成を揺るがす。不適切な養育状況が顕著な場合、子どもには愛着障害が生じるかもしれない。さらに、人生早期の母親の喪失体験、何らかの理由で幼少期における親による子どもの保護やコントロールに適切さを欠くことなどが、以後の子どもの精神状態に影響することもある。さらに、思春期の心理的自立の時期に母子関係の混乱が再燃すると、境界例心性などを特徴とした問題行動が顕在化するかもしれない。

(2) 家族の要因：家族形態の変化として、離婚、再婚、親との別離、祖父母との同居・別居、他人との同居などがあげられる。また、家族員各々のパーソナリティの問題や極端な行動形態（例：過干渉、過保護、DV、共依存、極端な無関心など）も、子どもの生活に様々な質の影響を与える。DV 家庭では、両親間の暴力目撃による心理的外傷体験や、食事や睡眠の妨害、権威を失った母親との母子関係が不安定になるなど、子どもの養育環境の基盤がゆらぐ。家庭の経済的問題も重要であり、母子家庭で母が就労している場合など、夜間子どもが一人で食事をしたり留守番を余儀なくされている場合などもある。

(3) 仲間関係の要因：発達水準によって仲間関係は発展するが、発達障害圏などでは幼児期から仲間にうまく入れないこともある。学童期には、他者の視点にたつことで互いの見方を理解できるようになるが、対人関係技能の発達の遅れや、多動・衝動性の遷延、抑

うつ気分の出現などがあると、適応困難に陥る場合もある。思春期以降は親密な相互関係を持つようになり、親友や恋人との間で別離や裏切りなどの体験をする場合もある。いじめはどの年代にも生じうるが、加害・被害を問わず、子どもの心理状態にはさまざまな影響を及ぼす。

(4) 学校や習い事の環境：転校、クラス替え、学級の状況、教師との関係、学業不振、クラブなど課外活動の問題などは子どもにとっての社会的要素であり、心的ストレス因になりうる。

(5) 地域のコミュニティの特徴：都会か農村部か、コミュニティが開放的か閉鎖的か、親戚縁者や親以外に頼れる大人がいるか、活用できる社会資源はあるかなど、子どもの養育や問題への対処に潜在的に用意される環境として考慮する。

(6) 社会情勢：社会の政治的情勢、戦闘、災害、地域を巻き込む事件事故など、大人の生活にも影響する要因は、子どもの精神状態にも影響を及ぼす。特に、親や身近な重要な人物、仲間などの喪失体験を伴う場合、環境因の影響は幾重にも考慮しなくてはならない。

以上の環境要因は、同じ事柄であってもその子どもの発達段階によって作用が異なる可能性、および、その要因同士が相互に関係しあうものもあることを考慮することが必要である。

(笠原麻里)

### III. 小児の精神疾患の分類の概要

#### 1. ICD-10

一般に児童精神疾患とは、通常、児童期以前に発症し、その後の発達に持続的影響を及ぼしやすいものを指しており、児童期発症の統合失調症や双極性感情障害のように主に青年期以降に出現する疾患の早期発症型とは区別される。ICD-10 の分類システムでは、F7、F8、F9 のカテゴリーに含まれるもののが児童精神疾患に相当している。概略を述べると、F7 は「精神遅滞」(いわゆる知的障害)、F8 は“心理発達の障害”というくくりのもとに、広汎性発達障害、学習と運動の特異的な発達障害などが主な項目となっている。F9 には“行動および情緒の障害”として、(DSM-IV-TR のいう) 注意欠陥/多動性障害、行為障害、選択性緘默、分離不安障害、反応性愛着障害、チック障害のほか、遺尿症などの習癖異常が含まれている。

反応性愛着障害などごく一部の疾患を除き、F7-9 に含まれる疾患のほとんどは生物学的要因（中枢神経の何らかの機能障害）と関連するものであり、心理社会的要因から説明できるものではない。従って、F8 の見出しにある“心理発達の障害”とは、心理学的機序により発生した障害ではないことに注意する必要がある。以下、カテゴリーごとに概説する（それぞれに含まれる“特定不能のもの”については省略した）。

F7 が取り上げているのは精神遅滞であり、知的能力（いわゆる知能）および社会生活能力が診断の中心となる点を含め、DSM-IV-TR の精神遅滞とほぼ符号する概念である。両診

断基準とも、軽度・中等度・重度・最重度の段階を設けており、他の精神障害の合併が一般よりも高いことを指摘している。

F8に含まれるものうち「会話および言語の特異的発達障害」(F80)はDSM-IV-TRのコミュニケーション障害に相当している。その下位項目の内容をみると、構音(音韻の発音)、言語表出の障害、言語理解の障害、てんかん性の後天的失語(ランドウ・クレフナー症候群)などが含まれている。DSM-IV-TRでは、言語理解の単独の障害は項目として設けておらず、ランドウ・クレフナー症候群を含めて受容ー表出混合性言語障害に位置づけている。次に、「学力の特異的発達障害」(F81)はDSM-IV-TRの学習障害に相当しており、学力との関連が強い読み字、書字、算数の能力が主な対象となっている。F80、F81とも、運動機能や感覚器(視覚、聴覚など)、あるいは学習する機会の問題と関連して生じたものではなく、本人の年齢や精神発達を考慮したうえで明らかな遅れがみられる場合に診断されるものを指す。F82の「運動機能の特異的発達障害」はDSM-IV-TRの発達性協調運動障害に相当しており、F83の「混合性特異的発達障害」についてはDSM-IV-TRに該当する項目はみられない。F84の「広汎性発達障害」は自閉症、アスペルガー症候群、レット症候群、小児崩壊性障害を中心に構成され、対人相互的反応、行動の限局化・反復傾向、および言語発達を主な診断項目とする概念である。これらはDSM-IV-TRによる広汎性発達障害とその下位診断(自閉性障害、アスペルガー障害、レット障害、小児崩壊性障害)とほぼ一致している。以上に合致しない心理発達の障害はF88あるいはF89にコードされるが、この診断枠はDSM-IV-TRには設けられていない。

「行動および情緒の障害」という見出しを持つF9には多彩な疾患が含まれている。まず、F90「多動性障害」はDSM-IV-TRの注意欠陥/多動性障害(AD/HD)に相当する状態像とともに、行為障害の一部を含んでいる。ICD-10では、不注意を多動と切り離せない特徴であるとみなし、AD/HDの不注意優勢型が該当する診断枠がF90の中に設けられておらず、F98.8を適用することになる。また、反社会的行動を主な特徴とする行為障害(F91)が併存する多動性障害に対して、多動性行為障害(F90.1)としてF90の中に位置づけている。次に、F91の行為障害はDSM-IV-TRの同名診断に加えて反抗挑戦性障害を含んでいる。また、ICD-10では行為障害に対して、家庭限局型、非社会化型(孤立しているタイプ)、社会化型(グループに適応しているタイプ)の下位分類を設けている。一方、F92として「行為および情緒の混合性障害」という枠組みを設けたうえで、気分障害の抑うつ症状をともなう行為障害を抑うつ性行為障害(F92.0)として一応独立させている。F94は選択性緘默と反応性愛着障害、F95はチック障害(ド・ラ・トゥレット症候群を含む)を中心に据えており、概ねDSM-IV-TRと対応している。F98「他の行動および情緒の障害」には、遺尿症、遺糞症、異食症などのいわゆる習癖異常のうち非器質性の(一般身体疾患によらない)ものの、哺育障害、常同運動障害、吃音症などが含まれており、それぞれDSM-IV-TRの同名診断に該当している。

(十一元三)

## 2. DSM

精神疾患を分類する際の診断基準体系としては、世界保健機関(WHO)による「国際疾病分

類第10版(ICD-10)」と、米国精神医学会による「精神疾患の診断統計マニュアル第4版改訂版(DSM-IV-TR)」の2つが現在主に用いられている。

DSM-IV-TRでは全ての精神疾患を操作的診断基準で診断し、また5つの軸を用いた多軸診断を採用している。精神遅滞と人格障害をII軸で診断し、それ以外の精神疾患をI軸で診断し、III軸で一般身体疾患(身体合併症)を、IV軸で心理社会的および環境的問題を、V軸で機能の全体的評定(GAF)を行う。GAF尺度については小児用として、CGAS(Children's Global Assessment Scale)がある。この多軸診断はICDにないもので、DSMの特徴である。

DSMでは、小児であってもうつ病や不安障害などの診断基準を満たせば、成人と同様に診断する。小児特有の精神疾患に関しては、DSM-IV-TRでは「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」という群にまとめられている。そしてこれを「精神遅滞」「学習障害」「運動能力障害」「コミュニケーション障害」「広汎性発達障害」「注意欠陥および破壊的行動障害」「幼児期または小児期早期の哺育、摂食障害」「チック障害」「排泄障害」「幼児期、小児期、または青年期の他の障害」の10項目に分類している。ICD-10と比較すると、各疾患の名称や分類される位置や診断基準などもいくらかの相違がある。例えば、精神遅滞はICD-10ではF7として独立した項目であるが、DSM-IVでは上記の群の1つとして扱われ、I軸ではなくII軸で診断される。

また、DSM-IV-TRには、疾患とは言えないが「臨床的関与の対象となることのある他の状態」という項目があり、その中には小児に関連したものとして「小児または青年の反社会的行動(V71.02)」「境界知能(V62.89)(II軸に分類する)」「学業上の問題(V62.3)」「同一性の問題(313.82)」などが挙げられている。

DSMなどによる操作的診断は、診断基準の各項目の有無を順次確認する形で診断を進めることができ、ある意味で便利である。操作的診断の道具として、面接で尋ねる事柄や順序までも完全にマニュアル化したものが構造化面接であり、小児用のものとしてはDISC(Diagnostic Interview Schedule for Children)などがある。いわゆる質問紙法は、構造化面接で尋ねることを紙に書いておき、本人が自分で書き込む形にしたものと言える。面接者に若干の自由度があるものは半構造化面接と呼ばれ、小児用のものとしてCAPA(Children and Adolescent Psychiatric Assessment)などがある。これらの日本語版はまだなく、臨床現場よりも主に研究のためのものが多いが、症状を系統的に把握する方法の1つと考えると役に立つ。例えばWingによる半構造化面接のDISCO(Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders)は項目に沿って尋ねることで、乳幼児期の発達状況を詳細に知ることができる。もっと簡便な方法として、評価尺度や質問紙は様々なものが開発されている。これらも単に点数をつけるなどよりも、診察で尋ねる事柄の漏れの確認や、状態把握の助けとして用いたい。

精神科医はICDもDSMも内容を把握しておく必要がある。だが大切なことは、症例ごとに発達や環境など様々な要因を含めてその子供の病態を把握し、その上でICDやDSMではその病態はどこに分類されるかを考えることであろう。全てを診断基準で考えていると、診断基準が改訂されるごとに混乱して右往左往することになりかねない。

(青木省三)

## IV. 子どもの心のとらえ方

### 1. 病歴のとりかた

#### 1) 発達歴

近年、発達障害が子どものこころの問題の中で大きくクローズアップされています。同年代の集団の中で不適応を起こしやすいばかりでなく、思春期以降の反社会的行動や気分障害といった2次的な問題を起こすことも少なくないからである。発達障害を疑った場合、幼少時の多動・衝動性、不注意、社会的相互作用、コミュニケーションやこだわりに関する行動を丹念に聴取することが診断にとって重要である。表にその行動を列挙します。筆者は、診察の前にこれらの行動の有無を親にチェックしてもらい、診察でその行動を詳しく聞くようにしている。なお、幼少期はADHD症状が前景に立つPDDの子どももいるので、どちらを疑っても双方の特徴を聞くことが必要である。

表 問診で聴く発達障害を疑う行動

#### <周産期>

妊娠、分娩の異常、出生体重、仮死を含めた出生直後の異常の有無

#### 《1歳半まで》

##### <社会的相互作用>

- ・視線が合わなかつた
- ・あやしても笑わなかつた
- ・抱っこされても抱きつかなかつた
- ・イナイイナイバーをしても関心を示さなかつた
- ・人見知りをしなかつた\*
- ・人見知りが強かつた

##### <コミュニケーション>

- ・有意味語がなかつた

##### <その他>

- ・大きな音や声にも反応しなかつた
- ・夜泣きが激しかつた\*

#### 《1歳半から3歳まで》

##### <多動・衝動性>

- ・動きすぎるところがあつた\*
- ・よく迷子になつた\*

##### <社会的相互作用>

- ・母親に甘えることが少なかつた
- ・母親が見えなくても平氣で遊んでいた
- ・興味があると母親から離れていく名前を呼んでも振り返らなかつた

- ・1人の方が機嫌が良かった
- ・他の子どもに关心がなかった
- ・大人しくて全く手がかからなかった
- ・オムツテンテン、バイバイなどの真似をしなかった
- ・指さした方向と一緒に見ようとしなかった
- ・「ちょうどい」に応じなかった

<コミュニケーション>

- ・簡単な会話も出来なかった

<その他>

- ・小さな音にも敏感だった
- ・身体に触られることを嫌がった

《3歳から就学まで》

<多動・衝動性、不注意>

- ・片時もじっとしていなかった\*
- ・よく迷子になったが、迷子になっても平気だった\*
- ・遊びの順番が待てなかった\*
- ・ボーッとしていることが多かった\*
- ・よくものをなくした\*

<社会的相互作用>

- ・視線が合わないことを他人から指摘された
- ・作ったものを親に見せたり自慢しなかった
- ・困った時に助けを求めることが少なかった
- ・ほめられても喜ばなかった
- ・他の子どもと遊ぶのを好まなかった
- ・集団で他の子どもと同じ行動が取れなかった
- ・誰にでも物怖じせずに話しかけた\*
- ・ごっこ遊び・ぶり遊びがなかった
- ・まわりの人の感情に対して共感を示さなかった\*
- ・まわりの人の感情に対して無関心だった

<コミュニケーション>

- ・すごくおしゃべりだった\*
- ・一方的に自分の言いたいことだけを話した\*
- ・人の言った言葉をその通りに繰り返した
- ・会話が疊み合わなかった
- ・奇声を発した\*

<常同運動やこだわり>

- ・いつもやる動作があった（例；身体をゆする、脚を叩く）
- ・ものの置き場所、動作の手順などいつもと同じでないととても嫌がった
- ・同じビデオを何回も繰り返し観ていた

- ・虫が大好きで大人顔負けの知識があった
- ・図鑑が大好きでいつも見ていた
- ・特定のコマーシャルをすごく好んだ
- ・記号、マーク、看板に強い興味を示した
- ・水や砂を落とすといった単調な遊びを何時間も続けた
- ・ものを単純に並べて遊ぶことが好きだった
- ・食べ物の好き嫌いが激しかった
- ・予定の変更でパニックになった
- ・思い通りにならないとかんしゃくを起こした
- ・自分を傷つけた（例；頭や顔を叩くなど）

\* は、ADHDでもPDDでも認める可能性のある行動を示す

一応、定期健診で異常を指摘されなかつたかどうかは確認しておく。また家族、特に父親に同様の傾向がないか、親類における発達障害や精神・神経疾患、不登校や引きこもりの有無も、併せて確認しておくことが診断に役立つ。

(原田 謙)

## 2) 家族歴

子どもの診察では家族との対応や家族歴に関する情報の収集は初期の重要なステップとなる。子どもの診療は子どもの意思よりも親や家族の考え方や意向によって開始されることがほとんどである。多くの場合、あの手この手で親が子どもを診察の場に連れてくるのであるが、時には子どもがかたくなに受診を拒否する場合でも親を通して診療をせざる得ないこともあるので、家族や家族歴に対する取り組みが重要な治療的な介入となる。家族歴の聴取に関する重要な視点とポイントを以下に記す。

### (1) 診療を最も必要としている人物は誰か

子どもの精神科診療は、多くの場合親のニーズによって診察が始まり、親が問題としている子どもの問題と、実際の子どもの問題の両方を診ることになる。親の理解がどれほど適切であるのかに注意して、家族にどんな問題があるのかを把握することで子どもが抱えている問題が判明していく。例えば、子どもを常に身近に置いておきたいが故に子どもを心配している親、親に対する反抗や暴力など親に屈しない子どもに親の力を行使せんとして子どもが問題だとして診療に持ち込もうとする親などがおり、実際には親自身の問題意識を把握しつつ子ども自身の問題や親と子どもとの関係のあり方を詳しく把握することになる。

(2) 子どもは家族の抱える問題の代弁者の役割をひっさげて診察の場面に登場している可能性がある。サティアの合同家族療法では患者をIP (Identified patient : 問題を呈する人物) と称する。発達途上の弱い立場の子どもは家族の抱えている問題を指し示すようなところがある。よって子どもの問題は家族の抱えている問題を明らかにし、或いは解決する糸口になる場合もある。子どもの問題を把握することは重要であるが、同時に両親の問題や両親とその親との関係さらには兄弟関係などについても聴取することになる。例えば、機能的な夫婦関係を維持している両親かどうか、自分

の親から精神的にも自立した両親なのか、子どもの兄弟関係は未だ幼い時代の兄弟間葛藤を引っ張っているのか、等。

#### (3) 三世代くらいの幅でジェノグラムを押さえたい

ジェノグラム（家系図）は子どもの問題を把握する上で役立つことが多い。同居している家族の規模と親族の中での位置づけ、三世代の規模で見たときの構成員の精神疾患の有無や各世代間のつながりと問題点はむろん、当該の子どものそれぞれの構成員との関わりを記載すると次第に家族的な問題が浮かび上がってくる。例えば、特異な才能を継承している家族あるいは家族的なさまざまな重さを背負っていることや、祖父や祖母の死去や命日が子どもの問題発生に一役買っていることも判明する場合もある。最近は自殺する親が増え社会問題になっているが、親や他の家族の自殺といったライフイベントも聴取しジェノグラムに記載する。

#### (4) 遺伝負荷との関連

家族の精神疾患あるいは発達的な問題は子どもに大きな影響を与えることが知られている。子どもの精神面の発達に視点を置けば、直近の親の精神面の問題はかなり大きな影響を与えると考えるべきであるので、遺伝負荷についてはしっかりと聴取する。またうつ状態の親の元で成育した子どもは子ども時代、特に思春期に嵐の時期を越える上でしばしば混乱をきたすことが知られているので、子どもの育児の過程における親の精神的な状態なども把握しておきたい。

（本間博彰）

### 3) 生育歴

子どもの生育歴は成人に比較すると短く、ライフサイクルで言えば、出生から新生児期、乳児期、幼児期、学童期、そして思春期・青年期までに限られる。ところで子どもの精神障害では発達障害が占める比率が高いばかりでなく、他の精神障害にしてもこの年代における事例化では、本人の持つなんらかの脆弱性を考慮する必要がある。さらに両親をはじめとする周囲の環境も、青年期以上に留意しなければならない。したがって生育歴とはいっても、①発達歴や②家族歴とも当然重なることを、あらかじめ付言しておく。

#### (1) 子どもの生育歴を聴取する際の留意点

i) 子どもの場合、全般的に言語化能力、抽象化能力の乏しさから、客観的な生育歴の陳述は得られにくい。とりわけ自分自身のもつ問題との関連で、秩序だった生育歴の陳述は得にくい。ここでは親からの聴取が重要な位置を占める。

ii) 子どもも両親も、さまざまな期待や不安とともに医療機関を受診する。したがって親であっても、客観的な生育歴を語れないことがある。しばしば親は、子どもの状態や病歴を自分自身で了解可能なものとするために、生育歴に種々の色づけをしがちである。精神科受診が学校などからの強い勧めに端を発している場合には、親も受診行為に納得しておらず、無意識に「正常」を強調するような生育歴を描いたり、なかには「病気でないという保証」を求めるために、ライフイベントを取捨選択して述べることもある。ここでは、母子手帳や通知表なども含めた、幅広い聴取が必要となる。

iii) ライフイベントには個人的な情報が多数含まれる。したがってやみくもな生育歴の聴取は、親子の緊張をあおりかねない。「なぜそこまで答えなければならないのか」と

いう極度の苦痛を与えることもある。ここでは、答えたくない部分には無理して答えなくともよいという自由の保障と、信頼関係の樹立が重要になる。

iv) 子どもでも年長者の場合、往々にして、親と子の間に受診動機のズレがみられる。相互に秘密にしておきたい事柄も少なくない。ここでは秘密にすべき生育歴上の情報は、漏れることのないよう、たとえばカルテ記載にも気を配る必要が生じる。

## (2) 生育歴を聴取する際のポイント

以上を配慮した上で、以下のような内容の生育歴を聴取する。

i) 出生： ほぼ発達史と同じである。生育歴上の事項としては、たとえば出産前後の母親に生じた身体的、精神的問題や、それによる母子分離の状況などをチェックする。

ii) 両親との問題について： 親との死別、両親の離婚、親の入院、母親の仕事など物理的な分離を体験があれば、それをチェックする。また親の失業、親の身体・精神疾患への罹患など、家庭生活に大きな変化を生じる事柄があれば、その種類、時期なども記載する。

iii) 同胞との問題について： 弟妹の誕生時期、同胞の身体・精神疾患への罹患、同胞の就学など、本人の発達史や現病歴と関係のありそうな事柄をチェックする。

iv) 祖父母との問題について： 祖父母との同居、別居、そして死別体験があれば、それを記載する。これらは両親の心理状態を介して、本人にも影響を及ぼすこともある。

v) 家庭をめぐる問題： 転居があれば、それを記載する。家庭内の被虐待、家庭内暴力に関しては、家族歴や現病歴と重なる。

vi) 保育園・幼稚園の問題： 入園時期、通園の状況などを記載する。

vii) 小学校の問題： 通った学校の種類(通常学級・特殊学級・養護学校の種別など)、成績、得意・不得意科目、休み時間や休暇の過ごし方、転校があればその時期、不登校やいじめられ体験の有無と時期などを記載する。

viii) 中学校の問題： 中学受験の有無、通った学校の種類(小学校と同様)、成績、休み時間や休暇の過ごし方、部活動の種類、不登校、いじめられ体験、いじめ・非行・反社会的行動・性体験・薬物使用の有無と時期などを記載する。

ix) 高校の問題： 進学理由、入学した高校の特徴、その他中学校と同じ。

x) 勉・習い事： 種類と時期、本人の希望で通っていたか否かなどを記載する。

x i) 余暇活動、趣味： どのような趣味をどの時期にもっていたかを記載する。

x ii) 友人について： いつごろどのような友人ができたか、友人と離別体験など。

x iii) その他： 身体疾患への罹患とそれによる入院体験、事故(交通事故・外傷・骨折・捻挫・熱傷)の体験、天災への遭遇(地震、家事、水害など)を記載する。

以上の内容は、子どもの精神障害によって、強調すべきところとそうでないところがある。必要な箇所を絞って記載されたい。

(広沢郁子)

## 4) 現病歴

子どもの症状は大人との関係性から生じるといつても過言ではない。「いじめ」にしても、子どもの訴えで大人が的確な対応を迅速に行なっておれば、長期化や深刻化せずにす

んだのであろうし、そういう大人の対応は子どもの大人への信頼感を増したであろう。子どもにとては、自分の訴えを大人が重要視し味方になってくれたことで自分が大切にされたという体験になり、いじめられ体験による自己イメージ低下を修復するものになる。そういう経過が症状化を防止することになるのである。

カナーは「親たちにとって煩わしい行為が症状とされる」とその教科書に記載した。子どもの症状が相手によって違うのであれば、特定の大人の影響が読み取れる。母親に対してだけ暴力を振るうということは、母子関係の問題を示唆することになり、その背景にある夫婦関係をも予測させることになる。

そういう意味で、子どもの診療を行なう時、初診時の現病歴の聞き取りは重要である。子どもの年齢が小さければ小さいほど、主に家族からの聞き取りとなる。自分で説明できる年齢であれば、子どもの表現と親の訴えの違いに隠れている意味が重要になってくる。

症状の経緯を聞くうちに、その背景や成り立ち、治療方略が予測できてくる。出来れば診察前に予診が取れれば、予め情報を得ることでもう一度問題点や聞き漏らされた事柄について確かめることが出来る。

主訴となる症状について、いつから、誰が気づいたか、状況での変化が認められるか、本人の訴えはどうか、誰が一番困っているか、これまでどういう対応をしてきたか、誰に相談したか、受診を決断したのはだれか、本人に誰が説明したのか、その時の本人の反応はどうだったか、と聞き取っていくことが大切である。

これまでどう対応されたかは、今後の治療方略の参考になる。解決には必ず関係者の協力体制作りが必要である。両親はどういう場面では協力的になれるか、誰の援助が有効かつ可能なのかも具体的な治療手立てになる。

現病歴を聞きながら、診断の的を絞り、治療の方略を立て、キーパーソンをさがし、薬物治療の必要性も検討する作業を行なわねばならない。

#### ・発達障害の有無

症状がいつから認められたかは、背景に発達障害があるかどうかの重要な判断基準になる。「友達がつくれない」という訴えも3歳で幼稚園や保育園に入った頃から認められたのであれば、広汎性発達障害を疑うことになるし、就学後のある時期から友達が作れなくなったのであれば情緒的な引きこもりのサインとして理解でき、神経症的なレベルであるのか、精神病的なレベルかと聞き込んでいく必要が出てくる。

学習障害という主訴についても、小学校1年生時の学習到達度を詳しく聞く必要がある。小学校高学年での成績や学習意欲の低下は、情緒的な問題を疑う必要がある。

思春期や青年期に、対人関係や行動の奇異さと発達テスト結果のアンバランスさのみで、安易にアスペルガー症候群や高機能自閉症の診断をつけるべきではない。対人感情の共感性の無さは被虐待児でも生じ、社会ルールへの無頓着さは行為障害でも認められる。幼少期における発達障害の存在の有無に対して慎重に聞き取りを行う必要がある。

#### ・精神病性の変化

思春期の人格の変化や日常生活能力の退行、学業成績の急激な低下の有無が精神病的な症状なのかどうか判断する基準となる。病的状態発現前の日常生活面での変化についても聞き取っておくことが大切である。

(西田寿美)

## 2. 子どもの診察の仕方、ラポール

### 1) 乳幼児期

#### 乳幼児期の診察の特徴

乳幼児期の子どもにうまくラポールをとり適切な診察を行うためには、養育者が同席し、子どもが安心できる場の提供が必要である。診察では、母親自身の精神状態や家族からのサポートも含めた育児機能、母子の関係性、および子どもの発達と情緒や行動の3つの観点からの総合的な評価が必要となる。以下、この3つの観点について診察の仕方を解説する。

##### (1) 養育者（母親）の診察

i) 「なぜ今」「この受診に至ったか」を念頭に主訴を聞く

乳幼児の受診は、養育者である母親の不安や心配か、子どもの父親や保育園・幼稚園の先生、あるいは小児科医師などからの懸念が反映されており、また主訴と受診動機は必ずしも同じではない。

ii) 初回は、誰が乳幼児とともに受診をしたかを記録にとっておく。

##### iii) 養育者（母親）の診察場面での行動観察

母親は子どもの安全に注意を払っているか、あるいは抱いているか、その場合抱き方がぎこちないか、声かけはやさしいか、叱責が多く威圧的か、また子どもの発声やしぐさに無関心かなどを観察する。

##### (2) 母子間の関係性に着目した診察

子どもの情緒や行動の問題は、母親の育児態度と母子間の相互交流に応じて変化する。乳幼児の母親の精神疾患は育児に影響を与えるので、診察上の注意点を述べる。

i) うつ病：産後1年間のうつ病発症は多いことを念頭において診察する。母子心中や自殺念慮については、診察場面で明確に聴取し、子どもの安全を考え、必要に応じて母子分離と母親の精神科治療を考える。現在、地域保健師や助産師を中心に産後うつ病のスクリーニングも施行されているので、彼らと連携するのがよい。

ii) 統合失調症：統合失調症の女性は産科合併症や低出生体重児の出産が多い。母親は遊びを通じた子どもへの刺激、感情や言葉かけのやり取りが少ない場合が多く、また乳幼児は、神経学的な発達や認知発達が障害されるリスクが高いので、子どもの発達歴は必ず聴取する。

iii) 摂食障害：摂食障害の女性から生まれた乳児は、出生体重が小さく、その後の身体発育が不良な場合があるので、子どもの計測が必要である。また母親は、子どもの食事量や内容、食事中の態度に過度な関心や侵襲的な養育態度をとるので、食事を含めた育児の内容について聴取を行う。

乳幼児については、むずかったり泣いたり過度に不機嫌か、逆に、滅多に泣かずに母親と関わることを避けるなど母親と他者に対する子どもからの働きかけを観察、記録する。いずれの疾患についても、母親の症状と照らしあわせて、必要なら小児科医師や地域の保健師などと診療の連携を行う。

##### (3) 子どもの発達

乳幼児期の発達をチェックする。特に軽度発達障害が注目されており、精神科医師は、乳幼児を診察する場合、母子手帳を参照して、少なくともそこに記載されている以下の内容を確認しておく。首のすわり、初歩などの運動発達、初語や二語文以降のことばの発達（18カ月）、笑いや人見知りおよび母親や同胞との対人関係の発達などである。また落ち着かない、かんしゃく、多動の訴えを聴取し観察する。

### 乳幼児期の診察の実際

以上述べたことを、診察の実際を考えてまとめると以下の留意点が列挙できる。

- ① 幼児精神医学（母親の精神疾患、母子関係、子どもの発達）についての基礎的な知識
- ② 訴と受診動機観察の重要性
- ③ 母親の精神症状の評価と、育児機能についての家族も交えた客観的な情報聴取
- ④ 養育を行っている家族全体の育児サポートと機能を評価
- ⑤ 母子同席での観察：母子双方からのかかわり
- ⑥ 子どもの発達の基本を母子手帳などで確認
- ⑦ 正確に「記録をしておくこと」の重要性
- ⑧ 母親と家族に対する見立ての説明と、必要に応じた小児医療関係者との連携

（吉田敬子）

## 2) 学童期（小学校）

### （1）予診：問診表

家庭・学校での各問題を、各々本人・家族・教師がどう困っているか分ける。

各問題の出現時期と経過。

食欲・睡眠、平・休日での様子の違い。

保護者の職業、家族構成、家族の持病。

既往歴・持病、母子手帳で確認。

他の主情報

#### i) 就学の様子

不登校、登校しぶり、母子分離不安

友達関係（いじめ）

学業成績（低下）

#### ii) 心理社会的問題

家族関係・構成（連れ子、再婚）、家庭の社会的・経済的問題、ライフイベント

### （2）学年区分と各要点

小学校6年間を、低学年（1-2学年）・中学年（3-4学年）・高学年（5-6学年）の3期に分ける。

低学年：幼稚園児の幼さが残り、入学の新たな環境変化がストレスの基。

中学年：急激な心身の成長期、授業内容の複雑化もあり、発達・情緒のアンバランス。

高学年：早い女児では初潮を迎え、二次性徴が現れ男女の区別が顕著。成長の加速がみられ、抽象的な考え方ができるようになり、中学進学という生活の場の変化を前提にした不安。

### (3) 入室の挨拶

「こんにちは」で、視線が合うか・挨拶を返すかで、診察への受容度を推測。特に低学年では、まだ素直で裏が無く本人の治療者に対する感情は、ほとんど必ず表情・態度に現れる。

### (4) 本人への問診：リラックスさせながら観察

目を見ながらフルネーム「誰々くん・さん」で呼び、「何年生ですか？」という質問で開始。「何年生です」と答えたら、診察に来た時候・行事などの、来院目的とは直接関係ない身近な質問でリラックスさせる。低学年では、平易な言葉を使う。

本人が答えず保護者が答えてしまうなら、どの保護者が最もよく話すかで、家族の精神力動関係を推測。

子どもは診察室で何をされるのか、叱られはしないかと不安なので、注射や痛い検査はないことを伝える。

### (5) 話題中の問題探求

学校：科目、担任教師、給食時間、休み時間、お昼休み、放課後、集団登校。

行事：遠足、運動会、学芸会、文化祭、課外学習（授業）、春夏冬休み、修学旅行、クラス替え。

お友達のこと：どんな遊びか。親友。

趣味・生活：少年野球、サッカー、カード・ゲーム、TV、ビデオ、TV ゲーム、インターネット、携帯、マンガ・アニメ、お稽古（ピアノ、スイミング、英会話）、学習塾、休日の楽しみ。

### (6) 親子の観察着目点

#### i) 体格と栄養状態

年齢相応の身体発達、やせ・肥満

#### ii) 衛生状態

衣服・身体の清潔、眼裂、口唇、鼻孔、耳介、爪

#### iii) 不自然な外傷

#### iv) 親子の表情

興奮状態、無気力・無感動、おびえ、親の訴えと子どもの様子の差

#### v) 子どもの行動

診察態度（拒否的、素っ気無い、馴れ馴れしい）、年齢相応の行動・振る舞い、多動・攻撃性、親や医師の顔色を伺う。どもりや構音障害、チック。手指の微細運動の稚巧性。

### (7) ラポールの限界

診察で、何も心配すること無く気楽に何でもお話ができるということを、本人が認識すれば、自然に疎通が取れる。決して子どもに媚びる必要は無い。どんなことがあっても、決して自分を攻めない、常に自分を理解してくれる、あるいは受け入れてくれる、信頼できる味方なのだということを、本人が認識した時に、真の疎通（ラポール）が取れる。

初診時に全てを聞き出すことは不可能。初回で全く固まって話そうとしないときは無理をせず、リラックスできる場であるという印象を与えるだけで十分とする。

### (8) 診察終了と重要補足

「さようなら」の挨拶の仕方が、本人に初回面接が有意義・好印象と感じられたかどうか

かを判定する目安。

子どもの心理的な疾患は、ほとんどが家庭の問題の反映。単に子どもを診るだけではなく、必ず保護者の態度や子どもへの対応の仕方などにも気を付ける。家族の誰を一番慕っているか。家庭がその子どもの真の魂の安住の場かどうか。特に、両親の離婚、再婚、別居、不仲、DVなどの基本的家庭環境の正確な把握は重要。

本人・保護者同席での診察と、本人・保護者のみの別々の、三つの設定での診察。

学校・家庭の様子が異なる場合など、より正確な情報を得るために、保護者の許可を得て担任教師とも面談する。その際SC・養護教諭・学年主任・校長も加える。

(金澤 治)

### 3) 青年期(中高生)

#### (1) 青年期(中高生)の見立てに関して理解すべきこと

①発達・成育歴、②青年期前期～青年期後期の精神発達段階、③生物学的背景(発達障害者)、養育環境(親子関係他)、家族関係、学校生活、対人関係、学業、地域性など、④青年期発病精神疾患(統合失調症、感情障害など)、⑤学童期まで潜伏していた問題の顕在化、⑥治療関係、治療経過から見えてくる事柄、⑦面接場面での秘密、虚言、無言、拒絶、親密性などが意味すること、などの理解がある。

#### (2) 受診までの経緯について

①本人が自らの意志で受診するのではなく養育者の勧めで受診、②友人の勧めや養育者に内緒での受診、③養育者による強制的な受診、④家族外(学校や相談機関)の勧めによる受診などがある。経緯によって、本人の治療者に対する先入観は異なる。例えば、自分を叱る人、親や教師の延長上にある受け入れがたい人、幻滅しているおとな、あるいは養育者と対決してくれる頼もしい味方、理想化された救世主、好奇心を満たしてくれる未知の存在などである。期待や不安、恐怖、怒り、好奇心、無関心などの心境で治療者と出会う。

#### (3) 受診から診察室入室までの情報

初診時の付き添い者、待合室での本人の様子や付き添い者との関係に関する情報、初対面時の表情や態度、座る順番と位置などが本人の気持ちや家族関係を知る手がかりとなる。

#### (4) 診察室に於いて

出会った瞬間から、養育者や本人と治療者がお互いに観察を始め、第一印象が決まる。その印象の変化が治療関係を予測する因子となる。例えば、本人が治療者に対しポジティブかネガティブな印象を持つのかである。最初にネガティブな印象を持ち、その後ポジティブに変化することも珍しくない。また、理想化の後、がっかりした後から治療関係が成立し始めるのも珍しくない。しかし、まずポジティブな印象をお互いに持つ方が好ましい。同席した養育者とも同様である。特に養育者の治療者に対する印象次第で容易に治療機関の変更や選択がなされることが多い。転医目的で来院した場合によく聽かれる言葉は、「あの治療者は信用できない」「養育について一方的に責められた」などである。治療者は本人や養育者との関係に配慮し、両者とのポジティブな関係を築くために必要なことは、まず労い、そして良き理解者としての存在になることである。

#### (5) 面接の方法

最初に、挨拶と自己紹介をする。誰が最初に返事をするのかを観る。家族関係や緊張具合、誰が受診に積極的なのかを知るための情報もある。また、治療者の挨拶に返事をしない子どもに対し、親はどのような態度で臨むのかである。本人が返事を返してきたら、「どんなことで困っていますか？」と聞く。最初から馴れ馴れしくタメ口での問い合わせや言葉使いが受け入れられる場合も受け入れられない場合もある。仮に本人が「別に困っていない」と返事した場合は、ほどほどのタイミングで、「じやあお母さんが困ってるのかな？」と振ってみる。本人が無言でいるときには、しばし待つことが必要となる。考えて返事をしようといふのか、問い合わせに答える気が無いのかの判断をする時間もある。繰り返しつこく聽かないことは、「無理に答えなくても良いんだよ」というメッセージでもあり、受容される体験もある。本人が同席者（家族や陪審医など）の前で答えにくそうな場合には、「席をはずしてもらった方が良い？」と聞くことがある。“しつこい治療者”、“侵入的な問い合わせをする治療者”は避けられがちである。青年期は秘密を持つことが必要な時期であり、秘密をむやみに暴くような質問をするのではなく、秘密を持つことを受容する。また、話の内容を、後でこっそり養育者に教えないという約束を同席の場です。

#### （6）養育者との関係、発達・成育歴などの聴取について

養育者は養育の問題点を指摘されることに対する不安や自責の念を抱いている。問題点を指摘するための情報収集ではなく、本人の理解と今後の対応を考えるための情報であることを明確に伝える。養育者として子どもの将来を心配し、一生懸命に子育てをしてきた事に共感し、治療者と養育者が協力しながら対応していくことを明確にすることが大切である。発達・養育歴以外にも、親子関係、家族関係、友人関係、家族との会話の量と質、小学生から中学生になった時点での変化、親の期待と現実、基本的な養育態度、食卓での様子、休日の過ごし方、干渉の程度などについても言及する。本人の前で養育者を叱ったり非難するような態度は、本人が全ての原因と責任と将来を養育者の問題にし、前向きな気持ちを諦めることになりかねないからである。

#### （7）診察と検査について

身体的な診察は、必要に応じて神経学的な診察にとどめ、身体疾患の除外は可能な限り専門医の受診を勧める。精神科医を身体医にすることで精神的な問題を扱われまいとする心性があり、一方精神科医による身体接触を好まない場合がある。特に青年期女性の場合には、男性治療者に対する転移感情の出現やセクハラ、性的虐待の問題なども背景に隠されている場合もあり、身体的診察に対する十分な配慮が必要である。脳波検査や心理検査などの諸検査は、その目的と結果について出来るだけ詳細に説明が必要である。

#### （8）診察時間枠について

「もう少し聴いて欲しい」、あるいは「もう帰りたい」といった心境を言葉や態度で窺い知ることがある。診察時間の順番を見定めることも大事である。治療動機に乏しい場合は侵入的な治療者に対して拒否的になることが予想される。初回の場合、「今日はこのくらいにしましょう」と告げ、今後の外来治療方針について具体的に伝える。青年期の場合、時間の枠を具体的に示すことが治療的もある。何時間でも話を聞くことは受容的である一方退行促進的であり、適度な心的距離を保つことが望ましい。

#### （9）学校との連携について

義務教育と義務教育でない場合とで状況は異なる。学校や職場との連携は重要であるが、

まず本人の意志確認や家族の同意を確認することが大切である。伝える内容について事前に相談し、伝えた内容についても報告することが望ましい。

#### (10) 治療終結について

治療目標に到達した場合、「また困ったら来ます」という依存関係ではなく、「もうこんな所に来ても役に立たない」「これからは親を宜しく」といった関係でお別れが出来れば子どもは安心して自立の方向へ進むことが出来るだろうと考える。

(松田文雄)

### 3. 家族の問診のしかた

#### 1) はじめに

子どもの心の診療に当たっては、当然子どもが主役である。しかし、受診に積極的なのは多くは保護者である。治療者と保護者の関係がうまく行かなければ、治療は継続できない。しかし、保護者の言い分だけを聞けば、子どもの信頼を獲得することは出来ない。

#### 2) 誰が受診するのか

##### (1) 本人+保護者

本人が低年齢である場合、知的障害が重い場合は、一緒に診察することとなる。これ以外で、本人と保護者が受診した場合は、①本人→保護者の順でするか、②同席で面接するかを、本人に選んでもらう。治療者は中立の立場であることを示す。

##### (2) 保護者

保護者が一人で受診の場合は、このような受診の背景を考える。「来院した保護者のみが子どもを心配している」、「受診形態に家庭内の葛藤が反映されている」などを確認する。両親で来院している場合も、「夫婦仲がよいから受診したのか?」、「お互いに相手を信用できないので来ているのか?」など考える。祖父母、叔父・叔母、知人などが来院している場合はその背景について詳しく問診する。

#### 3) 問診で考えておくこと

##### (1) 家庭内の雰囲気

子どもは一人だけで生活していることは稀で、多くは家族の一員として過ごしている。子どもが示している症状は、家庭内の力動の総和として出現している。家族の問診の中で家庭内の雰囲気を理解する。

##### (2) 親子関係

親子関係が分かるような問診をする。「過保護・過干渉ではないか?」「子どもの気持ちを汲めているのか?」、「保護者としての責任を果たしているか?」、「虐待は考えられないか?」などを念頭に問診する。子どもの場合は、現病歴に至る発達歴は重要である。

##### (3) 夫婦関係

夫婦関係が子どもの症状に反映していることを考慮して問診する。「夫婦関係はうまく行っているのか?」、「家庭内別居状態はないか?」、「単身赴任による影響はないか?」、「子どもに対して接し方が話し合っているのか?」などを念頭に問診する。

##### (4) その他

「兄弟姉妹との関係はどうか?」、「同居者との関係はどうか?」、「学校の先生との関

係はどうか?」、「友人との関係はどうか?」なども確認しておく。

#### 4) おわりに

子どもの場合は、幼少時の発達歴が重要になるが、保護者特に母親でないと分からぬことが多い。母子手帳や学校の成績は重要な情報となる。問診の中で、「家族に問題がある」と判断されることもある。この場合は、一方的に家族を責めたり注意するのではなく、「どうして家族はそうなったのか?」を時間をかけて聞き出す。時には、保護者の成育歴が語られることもある。いずれにせよ、家族が適切に治療にかかわりを持つような方策を考えていくべきである。第三者から情報を得る必要がある場合は、本人・家族の了解を得る、あるいは同席で行うことが望ましい。

(市川宏伸)

## 4. 身体的診察

### 1) 全身的観察事項、バイタルサイン

#### (1) 全身的観察事項

i) 意識

ii) 機嫌

iii) 体格・栄養：特に年少児では必要な栄養を与えられているのか（虐待のニグレクト）

iv) 姿勢

v) 皮膚：不自然な外傷、皮下出血や火傷はないか、皮膚・爪・頭髪などが清潔に保たれてているか（身体的虐待、ニグレクト）、自傷行為による傷や火傷の跡はないか

#### (2) バイタルサイン

i) 脈拍：神経性無食欲症の低体重の際には徐脈となる

ii) 血圧

iii) 呼吸

iv) 体温

### 2) 成長発達

#### (1) 身長の計測

#### (2) 体重の測定

(3) 成長曲線へのプロット：横軸に年齢、縦軸に同一年齢集団の標準の身長と体重を刻んだ曲線と共に $-SD$ ,  $-2SD$ ,  $+SD$ ,  $+2SD$ の曲線が記載されている。個人の年齢による複数の記録があれば、受診時点の標準との比較だけではなく、成長の軌跡をたどることも可能。

#### (4) 身長、体重 SD スコア

SD スコア = (実測値 - その年月齢での平均値) ÷ その年月齢での標準偏差

注：3) と 4) では 3) の方が簡略で分かりやすい

#### (5) 肥満度

肥満度 (%) = (実測体重 - 標準体重) ÷ 標準体重 × 100

20%以上 30%未満：軽度肥満 30%以上 50%未満：中等度肥満 50%以上：高度肥満  
-20%以下：やせと定義

(6) 第二次成長の発来：思春期早発症など

### 3) 神経学的診察

精神科を訪れる子どもは2歳以後が多いので原始反射は消失している。しかし幼児や幼い児童の詳細な神経学的診察は一般的な精神科医には困難。したがって両親からの病歴の聴取と子どもの行動の観察が重要。

(1) 意識レベルの異常

(2) 筋緊張（トーヌス）の異常：筋緊張の低下、筋萎縮、筋力低下

(3) 斜視、弱視：斜めに見る、目を細める

(4) 聴力障害

(5) 失調歩行

(6) 異常運動（不随意運動）：ミオクローヌス、ヒヨレア、アテトーゼ、ジストニア、振戦、チックなど

(7) 病歴：利き腕で作業をしなくなった（筋力低下）、階段を昇れるのに降りられない（神経反射の異常）、心理的な契機が認められないのに退行現象がみられる（進行性の脳の器質的な障害）など病歴の丁寧な聴取が重要

## 5. 心理検査

### 1) 知能検査

(1) 知能とは

Binet A は子どもの個人差に关心をもち、子どもの知能を精神年齢として測る（MA: Mental Age）着想を持った。MA を生活年齢（CA: Chronological Age）で割り、IQ (Intelligence Quotient) が求められた。その後 Wechsler D は、知能を「個人が一定の目標を持って行動したり、合理的に考えたり、周囲と有効な関係を持ったりできる総体的な能力」であるとし、多因子から成る環境への適応能力とした。子どもの知能を考える場合、発達的視点と環境適応の視点との双方から考え、何歳に相当するかと、同一年齢集団の中での位置にあるかという点で評価する。

(2) 知能検査の種類

Wechsler の作成した WISC - III 知能検査 (Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition) と WPPS I 知能診断検査 (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence)、Bibet の流れを汲む、田中ビネー知能検査法 (Tanaka-Binet Intelligence Scale) と新版 K 式発達検査 2001 (Kyoto Scale of Psychological Development: The Edition of 2001)、動作性の知的発達レベルのみを測るグッドイナフ人物画知能検査 DAM (Goodenough Draw-A-Man Test) などが代表的である。このほか、乳幼児用の発達検査や、学習障害や広汎性発達障害を評価する目的で作成されたものもある。

(3) WISC-III 知能検査 (適応年齢：5歳0ヶ月～16歳11ヶ月)

Wechsler が 1939 年に考案したウェクスラー・ベルビュー知能検査が繰り返し改訂され、日本語版 WISC-III は 1998 年に作成された。言語性検査（知識、類似、算数、単語、理解、数唱の 6 検査）および、動作性検査（絵画完成、符号、絵画配列、積木模様、組み合わせ、記号探し、迷路の 7 検査）の、13 の下位検査から構成されている。

3種類のIQ(言語性IQ(VIQ)、動作性IQ(PIQ)、全検査IQ(FIQ))と、4種類の群指數(言語理解、知覚統合、注意記憶、処理速度)が得られる。偏差IQは各年齢群において、平均100、標準偏差15になるように調整されている。知能水準は、平均( $90 \leq IQ \leq 109$ )に分類される者が理論上50.0%、上に10刻みで平均の上、優れている、非常に優れている( $130 \leq IQ$ )、下に10刻みで平均の下、境界線、精神遅滞( $IQ \leq 69$ )と分類する。FIQのレベルのほか、VIQとPIQの差、群指數間の差、下位検査評価点のプロフィール、検査時の行動観察や特異的な言語表現、検査環境などを総合して、子どもの知能を評価する。表を用いて、粗点を年齢に換算することもできる。

#### (4) 新版K式発達検査2001(適応年齢:0歳~成人)

鳩津・生澤らによって1951年に開発されたものに、種々の修正が成され、2001年にこの改訂版が公表された。1983年に公刊されたものまでは適応年齢が13歳までであったが、発達臨床や福祉上の対応として、成人後も同一の検査を用いて判定することが望ましいというニーズから、適応年齢が拡がった。328の検査項目から成り、姿勢・運動、認知・適応、言語・社会の3つの領域に分類されている。3つの領域別得点および全領域の得点を算出し、換算表を用いて発達年齢に換算する。生活年齢を用いて発達指数を算出する。

#### (5) 実施上および評価上の留意点

保護者と子どもに対して、検査の目的を十分に説明し同意を得た上で、臨床心理士と相談してテストバッテリーを決定する。手指に麻痺がある場合や聴覚障害や視野障害がある場合はもとより、体調が悪い、検査に不安・抵抗が強い、大人に対して信頼感がもてない、社会に反抗的である場合などには、潜在している知能を検査場面で十分に發揮することができない。子どもが安心できる検査環境を提供するとともに、検査への対応のみならず、その他の態度や言動を注意深く観察し、総合的に評価することが必須である。

(上別府圭子)

## 2) 人格検査

人格検査は大きく分類すると、質問紙法と投影法に分けられる。

質問紙法は、質問に「はい・いいえ」などの回答をすることで自己像のプロフィールが把握される。ただし、作為的な回答をしたり、自己像の認知によってそのプロフィールは歪みをもって現れたりするため、投影法との併用(テストバッテリーの工夫)が必要である。矢田部・ギルフォード性格検査(小学生・中学生・高校生用)は代表的な質問紙法の検査で、情緒の安定・社会的適応・活動性・衝動性・内省的傾向などに関する12尺度のプロフィールによって、A~Dのタイプ(平均型・安定型・不安定型など)に性格が評価される。

投影法の人格検査は、意識しない潜在的な願望や感情、あるいは葛藤をとらえるために、多くは曖昧な刺激(あるいは構造)に場面が設定されている。子どもが精神神経科を受診する際は、本人自身の動機が低かったり、言葉として自分自身の問題を表現できないことが多い。そのため、子どもに投影法の人格検査を実施することは、「人格」という側面だけでなく、子どもの葛藤や不適応感を推し測る道具でもある。ただ、投影法の解釈には検査者の臨床的経験と洞察に依拠する面が多いため、問診や面接の情報との検討が必要とされる。P-Eスタディ:描かれた欲求不満・自我阻害場面に対する反応を数量化して、自我の防衛パターンや人格傾向、社会的成熟度などを評価する。

文章完成法(SCT):(小学生・中学生用)があり、刺激となる短文に続けて文章を記述する。

過程・身体・知能・指向性・力動などにカテゴリー化して分析し、パーソナリティを記述的に把握する。

描画テスト：バウムテストは、樹木画による人格検査で、描画空間の配置・各部分の構成・筆圧・タッチなどから葛藤のテーマや人格を把握しようとする。HTPは、家・木・人のそれぞれの描画を評価点表や質的分析をすることで自己像を検討する。人物画テスト(DAP)2つの性の人物を描かせ、身体の描写やバランスを分析することで自己像を診断する。同じように人物を描くグッディナップ検査は、子どもの精神発達の評価を行うこともできる。描画法は子どもにとって馴染みやすい検査であり、治療初期の導入場面でも使用されることが多い。風景構成法は、小学校高学年以上に実施することが可能で、葛藤のテーマ指向性などが把握できる。

絵画統覚検査(TAT・CAT)：描かれた絵をみて連想(物語り)を述べる。物語や場面の説明には、潜在的な感情・衝動・葛藤などが投影される、このテストの人格理論をもとにパーシナリティを記述的に評価する。

ロールシャッハ・テスト：左右対称なインクのシミをみて、何に見えるかを答える。評価は反応内容だけではなく、知覚の形式的侧面(外界をどのように捉えて処理したりかかわろうとするのなど)の評価もなされる。最も投影度の高い検査であるが、近年日本での子どもへの臨床的使用が増えている。

(森岡由起子)

## 6. 臨床検査

### 1) 概要

現在、てんかんにおける脳波検査のように精神科領域の疾患の診断に直接かかわる検査から、副作用のチェックのための検査、脳の画像や機能的画像検査、生物学的な研究に向けての検査などさまざまな臨床検査が行われているが、一般精神科で行われている各種臨床検査と児童青年精神科医療において行われている臨床検査は基本的に同様のものと考えて良い。児童青年精神科医療でのポイントを以下に示す。

### 2) 各論

#### (1) 採血や採尿による検査

血液の成分は健康のときはほぼ一定しているため採血により各種の成分を調べることにより貧血や肝疾患、腎疾患などをはじめとする各種の病気の診断の補助に用いる。児童思春期では成長期にあるため思春期年代まではLDH(肝、心、筋酵素、15歳位までは1.5倍程度まで高値)とALP(アルカリファスファターゼ：肝、骨酵素、背の伸びている骨端成長期には高値)は成人の通常値に比して高い値を示すため注意を要す。各種内分泌疾患では各種ホルモンの異常値がみられるため精神症状を有し内分泌疾患が疑われる場合には内分泌検査が必要である。先天的な内分泌疾患の一部では精神遅滞や他の精神症状を合併することもある。抗精神病薬(ハロペリドール、プロムペリドール)、各種抗けいれん薬(抗うつ作用のあるカルバマゼピン、バルプロ酸を含む)は薬物の血中濃度の検査が可能である。特に抗けいれん薬については有効血中濃度以下では薬物の効果の期待が低く、

有効血中濃度を越えると副作用が出現するためフォローは必須である。また血液検査により薬物療法による肝機能や腎機能への副作用のチェックが可能で血中CPKの高値は悪性症候群の指標となる。尿検査も成人と同様の所見を示す。摂食障害で低栄養状態の時は尿中ケトン体が陽性となる。

#### (2) 染色体検査、遺伝子解析

ダウン症、プラダウイリー症候群、レックリングハウゼン病をはじめとする各種染色体異常や遺伝子異常は精神遅滞や行動上の問題を合併することがある。脆弱X症候群では自閉症の症状が見られることがある。

現在、各種疾患の病因究明のため遺伝子研究が行われている。統合失調症やうつ病については成人と同様の研究がすすんでいるが、それに加え児童思春期精神医学分野では摂食障害、AD/HD、自閉症についての研究がすすめられている。各種神経伝達物質の受容体や再取り組み部位に関連する遺伝子多型についてさまざまな研究が行われている。残念ながら現在のところどの疾患についてもはつきり病因をつきとめることはできていない。現在の研究の主流は family based approach という手法で検体を収集するもので、疾患に罹患している子どもと、その両親から検体を集めこれを数十サンプル以上解析するものである。

#### (3) 脳波

脳波とは、大脳皮質の表面近くに位置する多数の神経細胞に生じたシナプス電位・後電位などの総和の電位変動を頭皮上から誘導し増幅したものである。覚醒・睡眠の別、脳の機能障害(てんかん、意識障害など)の有無およびその程度や広がりなどを知ることができる。脳波の周波数は δ 波(0.5～3Hz)、θ 波(4～7Hz)、α 波(8～13Hz)、β 波(14～30Hz)に分類され、δ、θ 波が徐波、β 波が速波である。健常成人(18 歳以上)の覚醒、閉眼、安静時脳波は α 波と β 波から成り、基礎波としての α 波に β 波が混入する。閉眼、計算などの精神作業で α 波が消え、β 波に置き変わる。小児では徐波が多い。各年齢による基礎波の割合については成書を参考にされたい。発達障害を有する症例では基礎波の年齢による成熟が遅れることがある。睡眠の深さ(浅い～深い、レム期)に応じ特徴的な脳波が存在する。

児童思春期精神医学における脳波検査でわかる主な疾患はてんかんである。健常人にみられない異常活動(棘波、徐波、棘徐波結合などの発作波)が脳波上検出され臨床的なければれん、意識消失などの発作が観察される場合にはてんかんの診断が可能である。脳波検査はてんかんの診断についている症例の経過観察のためにも有効である。

自閉症や AD/HD などの発達障害を有する症例では脳波の異常が見られることがあるので一回は脳波検査を行うべきである。衝動性や強迫症状などの症状があり脳波異常を有する症例では精神症状のコントロールのため抗けいれん薬が有効なことがある。

脳波検査は上記の他、意識障害の判定、各種中毒や肝性昏睡などの疾患がある場合の脳波異常、脳炎の場合の異常、脳腫瘍や脳血管疾患における異常、脳死の判定などにも用いられる。

#### (4) 誘発電位および事象関連電位、注意集中力検査

体の細胞は絶えず電気活動をしており、それはいろいろな刺激によって変化する。眼、耳、皮膚などの感覺受容器や神經に対して、光、音、電気などの外的刺激を与えることによって発生する活動電位を誘発電位と言い、その変化を調べるのが、誘発電位検査である。刺激の種類と刺激を受容し反応する部位によって多くの種類の検査がある。この検査を行うことにより刺激受容体（眼・耳など）の障害、感覺性伝導路の障害とその部位、大脳の感覺野の障害、脳幹部の障害等がわかる。頭部に電極をつけ光や音などの刺激を加えこの間に発生する脳波の電位の反応波形を複数回加算することにより誘発電位が得られる。

事象関連電位は標的刺激とそうでない刺激（非標的刺激）という2種類の刺激を被験者に与え標的刺激に対しての脳波の電位の反応波形を複数回加算することにより得られるものである。たとえば各種のキャラクターの絵を画面上に表示し特定のキャラクターの時だけ出現回数を数えるなどの課題がこれにあたる。

持続的注意集中力検査 continuous performance test は視覚、や聴覚などの刺激に対してボタンを押すというような検査でランダムな時間間隔で標的刺激だけが連続して出現する単純反応時間課題、標的刺激と非標的刺激の中から標的刺激の場合だけ反応するような X 課題などからなる。刺激出現から反応までの反応時間とそのばらつき、お手つきや見逃しなどの誤答率が測定される。

上記の検査は、各種脳機能障害の他、自閉症、AD/HD などで盛んに研究報告がなされている。AD/HD では持続的注意集中力検査で反応時間のばらつきが大きくなることが分かっており、事象関連電位の低値の報告も見られている。メチルフェニデートの投与前後にこれらの検査を行うことにより治療反応性の予測を行うことが可能である。

#### (5) CT,MRI

人体の断面図を示すことのできる画像診断の一つに X 線 CT がある。CT 検査とは X 線を体の回りにぐるっと当てて得られた情報をコンピューターで計算し、格子の目のような 2 次元画像を作る方法である。もう一つの検査である MRI は、磁気を利用して、主に体内の水素原子の量と、水素原子の存在の仕方を検査する方法である。CT 検査の方が広範囲を短時間で検査できるメリットがあるが X 線の被爆がある点がデメリットである。一方 MRI 検査は X 線の被爆はないものの、検査に時間がかかること及び被験者に圧迫感や閉塞感がともない音が大きいことなどがデメリットである。病変部と正常組織との濃度の差であるコントラストは MRI の方が勝る。MRI 検査は放射線の被曝がないため、落ち着いて検査を受けることができるのであれば児童思春期患者の検査に適している。病変部と正常組織のコントラストも良好で、横断像だけでなく、冠状断像や縦断像など、どんな断面像でも得ることができるもの利点である。

精神科領域では脳の CT 検査、MRI 検査が脳の器質的な疾患が疑われる場合には有効である。各種の疾患や病変と CT や MRI 画像の特徴は成書を参考にされたい。成人精神科領域で統合失調症と MRI 画像による各種脳部位の断面積の測定の研究の報告が行われているが、児童思春期精神科領域でも、自閉症や AD/HD などの発達障害領域での画像研究が国内外で行われている。各種の報告でいくつ

かの脳部位で断面積（容積）の減少が報告されているが、現時点では残念ながら一定の見解は得られていない。

#### (6) PET,SPECT

脳は血流により運ばれたブドウ糖や酸素を大量に消費している。また、脳には神経細胞の間で情報を交換するための神経伝達物質や神経受容体といわれるものがある。脳の血流やエネルギー代謝は、神経細胞の活動が盛んな部位で高く、活動が衰えた部位では低くなる。PET検査では、ブドウ糖や酸素の代謝をみるとによって、脳の局所の機能や、神経受容体の状態などもみることができる。静脈注射などによりポジトロン（陽電子）を放出する薬物を投与し、この薬物が脳のどの部位に集まつたかを断層撮影することで脳の活動を知ることができる。

SPECT（スペクト：単一光子放射断層撮影）は、放射性同位元素（RI）を目印として体内の病気の場所や臓器の状態を調べる核医学検査で、集めた信号をもとに断層画像として表現する。患者に投与された RI から放出される単一エネルギー（ガンマ線）の光子を多方向から捉え、RI の体内分布を画像として再構成し、組織の代謝・生理的機能を断層像として映し出す方法である。

成人のてんかん、痴呆などでは臨床的にも研究的にもこれらの検査が行われており、統合失調症でも前頭葉の血流や機能の低下が報告されている。残念ながらこれらの検査薬物の成長期の脳への安全性は確立されていないため児童思春期の患者に対しては PET や SPECT が用いられることはない。成人となった自閉症に対する大脳各部位の血流の測定（特定部位で低下）や AD/HD に対するドーパミントランスポーターの密度の測定（特定部位で増加）などの報告が見られる。

#### (7) fMRI (functional MRI 機能的 MRI)

脳波検査における事象関連電位と同様、特定の事象に対して発生する MR 信号を測定し描画する方法が fMRI である。被験者に特定の課題を遂行してもらい、このときの脳を輪切りにした画像を動画として撮影する。画像の中で、課題を遂行しているときと同じタイミングで変化している部分があれば、その変化はその課題遂行に関係していると判断できる。現行の fMRI では血流の増加により、酸化ヘモグロビンと還元ヘモグロビンの割合が相対的に変化することによる効果を測定する方法が主流である。つまり脳特定部位の神経活動が変化することにより生じた局所の血流の変化を測定していると考えられる。児童精神科領域では前述検査と同様、自閉症や AD/HD での検討がすすめられている。

#### (8) 脳磁図

脳にはわずかな電流が流れ、同時にごくわずかな磁気も発生する。この脳から発生する電気信号の測定が脳波検査であり、磁気信号を測定するのが脳磁図である。つまり脳磁図とは大脳の神経がつくる磁界を測定して、大脳の電気活動の状態を磁気的に診断する検査である。被験者は磁気シールドされた専用の部屋で、ヘルメット型の脳磁計に頭を入れて横になるだけであり、検査は約 30～1 時間程度である。児童精神科領域ではてんかん患者への応用や自閉症患者に対しての臨床研究報告が見られる。

### 3) まとめ

以上児童精神科領域で用いられる臨床検査を俯瞰してきた。具体的な疾患別の臨床検査結果の特徴は本書の疾患の項を参照されたい。また検体検査では成人正常値と小児の通常値が異なるものもあるので注意を要する。各種画像研究や遺伝子解析など臨床研究が目的の検査は各種疾患で幅広く行われており今後新たなる知見の蓄積とともに病因の究明や治療法の確立の一助となることを願いたい。

(山田佐登留)

## V. 治療法

### 1. 療育

#### 1) 概要

発達障害（精神遅滞、広汎性発達障害、特異的発達障害、多動性障害など）では、脳の器質的・機能的異常を直接に治療して障害を解消することは、多くの場合、不可能である。そのため、このこどもたちへの援助では、リハビリテーションと教育とが重要な役割を担う。医療が、リハビリテーションの視点を持ち、教育とも深く連繋して展開されるべきであるという考え方から、発達障害の場合には、「治療」ではなく、「療育」ということばが使われる。

「療育」の原語は Heil paedagogik （治療教育学）であり、特殊教育の形成期にオーストリア・スイスで造られたことばである。

#### 2) 発達障害の療育

医療機関・療育機関が行うこととは、以下の3点である。

(1) 診断と説明；診断を告げ、障害の性質と発達の見通しとを説明する。

(2) 小児期療育；

①精神発達の基礎である安心感・信頼感と自信とを、修復し、しっかり育む。

②各々の段階の発達に必要な活動を、養育者と共に体験させ、たくさん楽しませる。

③特異的発達障害の場合には、言語療法・作業療法・理学療法などの経験を応用して、障害のある能力を標的にした発達援助を試みるが、方法と効果については意見が分かれる。

④生活に大きな支障になる行動があれば、成因を検討し、対応する。行動療法の視点からの対応と、精神療法の視点からの対応とがある。精神神経科用薬による薬物療法を行うこともある。

(3) 学校教育との連繋；

障害の性質と心の育ちとに適合した教育を受けられるように、養育者に助言し、教育現場と連繋する。

#### 3) 福祉制度・生活支援システムの充実

発達障害のこどもたちへの援助には双翼が必要である。その一翼は、療育など精神発達の援助であり、他の一翼は、生活支援のシステムである。精神発達の援助だけではこのこどもたちの人生を支えていくことはできない。したがって、福祉制度・生活支援シ

システムについての知識を持ち、福祉制度・生活支援システムが充実することを後押しすることは、医療機関・療育機関の業務の一部であると考えたい。

(黒川新二)

## 2. 精神療法

### 1) 非言語的治療法

子どもは、言語能力が成人ほど十分に発達していないことから、自己の内的体験を言語化することが困難である。そのため治療では、遊戯療法、描画法、箱庭療法などのように言語以外のものを主な媒介とする治療法が試みられている。これらの治療法の選択に際しては、子どもの主体性を尊重し、子どもの興味や関心の持つ方法を自由に選ばせることが必要である。また、治療者の基本姿勢としては、子どもの言動や作品に対して性急な意味づけや解釈を行わず、言語化されずに内包されている感情を受容することが大切である。以下に代表的な治療法について述べる。

#### (1) 遊戯療法

遊戯療法は、「遊び」を表現手段とする治療法であり、描画や箱庭などの他の非言語的治療法も広い意味では「遊び」としてとらえることができる。遊戯療法はさまざまな玩具や遊具が備えられた部屋で実施され、それらを子どもに自由に使用してもらう。子どもの「遊び」は、それ自体が治療的な働きを持っているため、子どもの主体性を尊重し、治療者が無用な介入をできるだけ避けて、子どもの自己表現を十分受け入れることが必要である。その中で、子どもと治療者との感情交流が豊かとなり、子どもの心に内在する自己治癒力が最大限に発揮される。

#### (2) 描画法

描画法は、特殊な道具を必要とせず簡便であること、また、子どもは成人と比べて描画に対する抵抗が少なく、無意識的な表現がされやすいことから、臨床場面ではよく用いられる方法である。完成された作品とともに眺めることで、同じ感情を共有することにもつながる。主な技法は以下の通りである。①自由画：画用紙に自由に描いてもらう方法であるが、子どもの中には「自由」であることでかえって描くことのできない者もいる。②課題画：人物画、樹木画、家族画、家・木・人テスト (HTP test) などがあり、これらは心理検査として用いられているが、治療技法として活かされることも多い。③枠づけ法：治療者が枠を書き込んだ画用紙を患者に渡して描いてもらう方法で、患者の内面が表出されやすい。④風景構成法：枠づけした画用紙に「川、山、田、道、家、木、人、花、動物、石」などを順に描いてもらい、風景を完成させるもの。⑤空間分割法・色彩分割法：空間分割法は、枠づけした画用紙に自由に線を引いて画面を区切るように教示する方法であり、色彩分割法はその分割された空間に色を塗ってもらう方法である。⑥なぐり書き法：画用紙に自由に線をなぐり書きするようにと教示し、次になぐり書きの軌跡が何に見えるかを尋ねる。最後にそれに色を塗って仕上げてもらう方法である。

#### (3) 箱庭療法

箱庭療法とは、内法 57×72×7cm の砂箱の中にミニチュア玩具を自由に置くことで、心の中に浮かぶイメージを表現する治療法であり、子どもは「遊び」のひとつとして箱庭

に取り組むことが多い。また、箱庭療法は描画のように上手下手が問われることがなく、作り直しができるため、描画法よりも抵抗が少ない。玩具は人、動物、木、花、乗り物、建築物、家具、橋、柵などで、患者には「この砂と玩具を使って何でも好きなものを作つてください」と教示する。治療者は患者の傍らで見護り、完成された作品をともに味わうような態度で接する。箱庭表現を理解には、作品の持つ多様性や多義性に留意しながら、複数の作品をシリーズとして眺め、作品の統合性、主題、空間配置、玩具の持つ象徴性などを検討する必要がある。

以上のような非言語的方法が治療的な働きを持つ主な理由として、「遊び」や描画・箱庭表現によって抑圧された感情が解放されるという浄化作用とともに、それらを媒介として感情が共有される中で子どもと治療者との関係が深化することが重視されている。

(武井 明)

## 2) 言語的精神療法

### (1) 概要

精神療法とは、悩みや心の問題をもつ人に対して行う精神科独特の治療法であるが、子どもの場合、とくに年少の子どもの場合には、言葉で自分の気持ちや家族のことなどを表現することには限界があり、表情や、行動、情動の表出の仕方などをやり取りのなかで把握しながら、子どもの悩みの言語化を援助し、さらに、その解決方法をともに考えていくことを忘れてはならない。

### (2) 言語的精神療法の進め方

#### a) 導入期

##### 治療契約

初回面接が終わったときに、臨床的情報や治療や、その他の計画についての情報を子どもと保護者に伝える。治療契約とは子どもの心理的な問題を解決し、軽減していくために力を合わせていこうという子どもと治療者との合意のことである。治療者は治療の取り決めをする前に、治療者は心理的な問題をどうみているのか、抱いた印象をまとめて子どもに理解できる簡潔なコメントをして、話し合うことが必要となる。

精神療法は困ったときとか問題が起ったときや話をしたいと思ったときだけ面接に来るといったものではなく、困ってなくても定期的に面接に来ることになっていることを話しておく。面接の曜日、回数、一回の面接時間と面接の場所を決める。こうして、毎回会っていると、子どものなかに必ず変化（転移や抵抗のこと）が生じてくる。

#### b) 治療中期

症状の背後ないしは経過に心理的要因の関与していることがある程度受け入れたところで、いよいよ精神療法的接近を行う。

##### ① まず子どもの訴えることに耳を傾ける。

先入観を捨てて道徳的価値規範をいったん横において、子どもの訴えに耳を傾ける。

##### ② 治療中の態度に注目する。

こうして治療者が聴いてくれているとわかると、情緒的交流が増す。しかし内面の罪悪感、恐怖があるので、外部事情の変化（受容的治療場面）だけでスムーズに情緒的交流が始まるとわけではない。

##### ③ カタルシスを起こさせる。

情緒表出の障壁となる内面的問題がとれると、これまで内に秘められていた辛さ、欲求不満、悲しさ、恐れ、怒りなどの感情を吐露するようになる。十分に吐き出させること。

④ さまざまな情緒体験をさせる。

日常生活ではあまり表に出さない感情を治療者がこだわりなく話題にする姿に接することは子どもにとって驚きであるとともに、非常な安心感を与える。少しずつ小さな情緒的冒険をさせること。

c) 治療の終結

治療の目標は症状の消失や適応の改善だけではなく、子どもの発達を促すという視点を忘れてはならない。

(3) 終わりに

家庭ないし学校でのストレスが明らかであれば、それを小さくする努力もしなければならない。薬物療法を併用して、より早い改善を目指すなどの柔軟性のある態度が必要である。

(西村良二)

### 3. 家族への対応

子どもの問題で受診する家族に精神科医がどのように対応すべきかについての基本的な姿勢について述べてみたい。ほとんどの親は子どもの呈している症状や問題に不安と困惑、そして混乱をもって受診する。まずもって医師は彼らの不安を聴き届け、そうすることで多少とも親の動搖をしめる必要がある。これは子どもの症状や問題について、親から正確で必要な情報を得るための問診のねらいとは本質的に目的を異にするものの、親とのある程度の信頼関係が初期の段階でできることが、結果的にその後の親との問診の質を高める。

精神科以外の多くの診療科では、家族環境が疾患や障害の原因になっていると考えられる場合はまれだが、精神疾患の中には遺伝的要因だけでなく、家族環境が原因もしくは遷延化の要因になっている場合も少なくない。特に子どもの問題行動や症状は家族環境からの影響を推測しやすい場合も少なくない。それゆえ、なおさらのこと家族員、とりわけ患者の両親との関係を良好に保つことが医師にとって重要となる。以下では、よくある2種類の家族との対応の誤りを指摘し、それらを避けるための心がけを指摘しておきたい。

まず第一に、医師が子どもを「診断する」ことを最優先にしそうるために、家族からの陳述や不安を聞くのをそこそこに付き添ってきた家族を退室させ、子どものみとの面接を持とうとする場合である。こうした分離面接は（特に子どもが青年期以前の場合）親子双方を不安にさせ、その不安のために診断面接での言動を歪んだものとする可能性がある。はじめに述べたように親はその強い不安ゆえに、医師が冷静に子どもとの診断面接をおこなおうとする場を妨害するかのような言動をしてしまうことがあるので、まずは親の不安や困惑をしっかり聴き届ける必要がある。こうした親との信頼関係づくりを優先し、確定診断を急ぐ必要はない。

次に、家族関係に子どもの障害の原因を見出そうとしすぎるあまり「家族原因論」をいち早く打ち立ててしまう場合である。それらには「育て方の間違い」「過保護・過干渉」「無

関心」「親の人格障害や精神障害」「父親不在」「両親の不和」などなどさまざまなラベルが貼られる。こうした原因論を治療早期から持つことは、おのずと医師と家族との関係を悪くし、医師が一方的に家族を陰に陽に非難することとなる。こうした医師の態度は家族に敏感に伝わり、家族の態度を硬化させたり、医師に反感を持ったりし、その後の医師からの家族への働きかけをより困難にする。このような事態を回避するには、まずもって医師は「子どもに問題や障害を起こそうとして接してきた親はいない」という事実をしっかりと胸に刻む必要がある。どのような親の病的と思われる子どもへの接し方にも、その背後には子どもの問題を何とかしようとしての解決努力があることを忘れてはならない。こうした認識を維持しつつ、なぜそのような接し方を取るようになったかを冷静に理解しようとつとめる必要がある。

以上のような家族への対応を維持しつつ家族関係を観察したうえで、家族に子どもの問題や障害を正しく理解してもらい、対応へのアドバイスを教育的に与えることは重要である。家族からの質問にも懇切丁寧に答える必要がある。さらに家族関係（特定の家族員のみの変化ではなく）が変化することで、子どもの問題や症状の改善が期待されるようであれば家族関係を変えてゆくような介入が期待される。家族療法と呼ばれる心理療法はこうした家族関係を変えることで子どもの症状や問題を解決することをもくろむものであり、家族療法家のコンサルテーションを受けたり、こうした家族療法の専門家（医師、心理士、ソーシャルワーカー、看護士など）と協力して治療に臨む必要がある。

（家族療法に関する学会としては日本家族研究・家族療法学会 address:<http://jaft.org/>などがある。）

（中村伸一）

## 4. 薬物療法

### 1) 前提

- (1) 子どもへの向精神薬の処方はほとんどが適応外使用となる。
- (2) 子どもにおける向精神薬の吸収、分布、代謝、排泄について十分な資料がない。
- (3) 子どもにおける向精神薬の無作為化二重盲検比較試験は少ない。
- (4) しかし特に青年期は精神障害の好発する時であり、向精神薬を使用せざるえない場合が多く、また有効である。

### 2) 処方量

子どもでは大人に比較してより多い量の薬剤が必要と言われることもあるが、有用といわれている Augsberger の式を見ると、成人を 1 とすると、6 歳で 1.4、12 歳で 1.1、15 歳でも 1.1 であり、成人に準じて処方量を決めてよいことになる。しかし、少量から始めて、副作用を見ながら漸増することが原則だろう。

### 3) 向精神薬の種類

- (1) 催眠・鎮静薬
  - i) 病気でない健常な子ども（特に青年）に尋ねると、よく眠れないことがあるという答えが多い。

- ii) 従って、不眠に子どもが本当に困っているかどうかの判断が重要である。
  - iv) 実際は統合失調症、双極性障害、大うつ病の不眠に使用することが多いだろう。
  - v) 睡眠・覚醒スケジュール障害や広汎性発達障害の不眠には有効でない印象がある。
- (2) 抗不安薬
- i) ベンゾジアゼピン系薬物を使用。
  - ii) パニック障害や社会恐怖などの不安を主症状とする病態に使用。
  - iii) 問題は依存性だろう。子どもに長期間服用させることは躊躇される。従って、何種類か試用して不安が改善されなければ中止し、パニック障害や社会恐怖ならば選択的セロトニン再取り込み阻害薬へ代えることなどが必要である。
- (3) 抗精神病薬
- i) 統合失調症に使用する場合は成人に準ずる。
  - ii) 広汎性発達障害の易刺激性、反復的常図的な行動に有効なことが示されている。また不眠にも有効な印象がある。
  - iii) チックの一つであるトウーレット症候群にも有効である。
- (4) 抗うつ薬
- i) 三環系抗うつ薬の子どものうつ病への有効性は無作為化二重盲検比較試験にて示されていない。
  - ii) 選択的セロトニン再取り込み阻害薬の有効性は示されている。しかし18歳未満の使用には自殺行動を誘発するため注意が喚起されている。従って、安易な使用はためらわれる。
  - iii) 青年期ではうつ病に見えても実際は双極性障害（特に双極II型障害）であることが多い。双極性障害への抗うつ薬の単剤使用は推奨されないので、診断が重要となる。特に軽躁病を見逃さないように細心の注意が必要である。
  - iv) 強迫性障害や社会恐怖など不安障害には子どもであっても大人に準じて使用できるであろう。
- (5) 気分安定薬
- i) 双極性障害に使用されるが、子どもへの有効性の検討は極めて少ない。今後の重要な課題である。
- (6) 精神刺激薬
- i) 注意欠陥多動性障害に使用され、学童期なら依存性は少ないと。

(棟居俊夫)

## VI. 他機関との連携

### 1. 専門医療機関への紹介の仕方

#### 1) 概要

児童精神科の疾患は、発達の観点から患児を見て診断、治療を必要とすることが多く、特有の薬物療法を要することもあり、家庭だけでなく保育園、幼稚園、学校や相談機関、療育機関などとの連携を必要とすることが多い。そのような場合、専門医療機関に紹介すべきである。

## 2) 紹介に際しての留意事項

- (1) 対象年齢：医療機関によって多少異なるが、概ね18歳まで。
- (2) 対象疾患：多岐にわたる（各論の専門機関への紹介の項参照）。但し非行、物質関連障害を対象にしていない機関もある。発達障害に関しては一次的には発達障害者支援センターへ。行動障害などのために薬物療法が必要な場合や被虐待が疑われる場合、二次障害がある場合に専門医療期間を紹介すべき。
- (3) 紹介目的：診断と専門的治療（精神療法、臨床心理士による遊戯療法などの心理療法、薬物療法、他機関との連携など）、入院治療（治療、保護のために家庭、養育環境から離れさせ、入院させる必要がある場合）
- (4) 必要な情報：乳幼児期の発達の状況、生育歴、家族との関係、生活環境、性格、心因、症状、学校や家庭での状態、（暫定）診断など。
- (5) 説明と同意：本人、家族に紹介理由と目的を十分に説明し、同意を得る。

## 3) 紹介可能な専門医療機関

### (1) 入院治療が必要な場合

児童青年精神科病棟を持つ入院施設がふさわしいであろう。ちなみに医療機関の集まりである全国児童青年精神科医療施設協議会（略称：全児協）に加入している施設として、全児協加入の正会員施設、オブザーバー会員施設（平成18年度）は以下の通りである。

#### 正会員施設

市立札幌病院静療院 児童部、茨城県立友部病院、千葉市立青葉病院、 国立精神・神経センター国府台病院、東京都立梅が丘病院、神奈川県立子ども医療センター、新潟県立精神医療センター、山梨県立北病院、埼玉県立精神医療センター、静岡県立こころの医療センター、三重県立小児医療センターあすなろ学園、大阪府立松心園、大阪市立総合医療センター、兵庫県立光風病院、島根県立湖陵病院 若松病棟、宮崎県立富養園、（医）カメリア大村共立病院

#### オブザーバー会員施設

北海道立緑ヶ丘病院 1病棟、岩手県立南光病院、総合病院国保旭中央病院、千葉県こども病院、愛知県心身障害者コロニー 中央病院、独立行政法人国立病院機構 香川小児病院、独立行政法人国立病院機構 西別府病院、独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター、長崎県立精神医療センター

なお、他にも地域により大学病院、総合病院精神科、精神科病院で児童青年精神科の患者を対象とした入院病棟を持つ医療機関はある。

### (2) 外来治療が必要な場合

上記の全児協会員施設や他の専門医療機関、その他日本児童青年精神医学会員の勤務する病院、診療所。

（豊永公司）

## 2. 他機関との連携

### 1) 他機関連携の重要性

子どもの心の診療において、狭義の「治療」と「健全な人格発達のための支援」とは切り離せないものである。特に、子どもを「育てる」という視点は不可欠であるため、近接領域との連携は、一般精神科におけるものよりも一層重要である。

### 2) 保健領域との連携

母子保健領域では、従来の心身障害児の早期発見に加えて、発達障害児の早期発見と支援が役割として位置づけられるようになった。特に、ADHDや高機能広汎性発達障害などは、従来の健診システムでの早期発見が困難であるため、現在各地で人材育成やシステムの再構築がなされており、医療側には適切な診断・評価機能が求められている。また、さまざまな子育て支援や乳幼児虐待の早期発見と予防なども、母子保健の重要な役割となっている。近年子育て環境が激変し、育児負担感や育児不安が増大している。従来であれば、地域社会で支えられていた些細なストレスが、子どもの心の診療に持ち込まれることも多く、これらに丁寧に対応することが、不適切な養育や虐待の予防にもつながる。

一方、精神保健領域では、社会的ひきこもりの問題や、未診断の発達障害児・者の抱えるさまざまな精神医学的症状に関する相談が増加しており、医療領域には適切な診断・評価と治療が期待されている。

### 3) 福祉領域との連携

児童福祉において重要な課題は児童虐待問題である。児童相談所や市町村の児童福祉担当課などが、在宅支援・親子の分離や再統合など対応方針を決定し支援していくのだが、虐待が起こる家庭におけるさまざまな精神健康問題は、虐待の危険因子にも結果にもなりうる。このため、子どもの心の診療においては、虐待の早期発見とともに、虐待者・被虐待児双方の精神医学的評価と治療が求められる。

### 4) 教育との連携

学齢期の子どもの精神健康におけるプライマリ・ケアの役割を担うのは、養護教諭をはじめとする学校教師であると考えられる。このため、子どもの心の診療にあたっては、教育との連携は必要不可欠である。従来の症例を通しての連携に加えて、近年では、発達障害児に対する「特別支援教育」における外部専門家としての役割が期待されている。また、学校現場で起こる、いじめや自殺・自然災害や犯罪被害などの危機事象に際しては、子どものトラウマ反応の経過観察と評価・治療的対応、集団に対する啓発活動などが、医療に求められることもある。

### 5) 司法との連携

近年、家庭裁判所や少年鑑別所が関わった少年事件で、ADHD や高機能広汎性発達障害などが初めて発見され、医療機関に診断評価と治療を求めて紹介されることが増えている。それまで未診断であった症例に医療が関わることによって、障害受容や適切な支援に結びつく症例もある。しかし、本人の動機付けが低く家族機能が脆弱な場合など、医療的な関わりだけでは、支援の継続や状態の改善が困難な症例もあるため、司法側との役割分担を明確にするとともに、他の関連領域との連携が必要になる場合もある。

一方司法側から、さまざまな犯罪被害者についての精神医学的評価を求められることも

ある。この場合は、治療的立場とは別の、司法の場に耐えうる専門家としての意見が求められる。

#### 6) 有機的な他機関連携のために

複数の機関が機能的に連携するためには、「子どもの利益」という共通目標のために、各機関が情報を共有し役割を分担することが重要である。この際、「顔の見える」関係作りが望ましいといわれている。時には、医療機関から呼びかけて関連機会議を持つことも必要である。多忙な診療活動の中で会議の時間を捻り出すことは、一見非採算に思えるかもしれないが、地域で活動する他の職種と信頼関係を地道に構築しておくことは、将来の診療活動の効率化につながることもある。また、医療機関の適切な評価が支援の具体的方針決定に役立つことが多い。

(亀岡智美)

## VII. 子どもの問題に関する社会資源

### 1. 医療

他機関に比べて専門性の高い部分を含む「医療」の関わりは、親や教育機関を始めとする本来の対処システムを無力化する危険を内包する。常に治療構造における自らの位置づけを考え、医療的関わりの副作用を省みつつ関わる必要がある。医療の役割を例示する。

①精神発達の遅れ：原因となる、しかも治療で経過の左右される身体医学的状態の検索が最優先となる。甲状腺機能障害、各種の代謝異常（鉄欠乏や鉛中毒なども含めて）など早期診断を要する小児科疾患は数多く存在する。また、始語の遅れに対して難聴の除外は必須である。更に、特に一旦獲得された言語の消失など、退行を含む問題の場合には、上記の疾患や、症状の目立たないてんかんなどの除外が緊急に必要である。それらの後に、愛着障害を始めとした精神科的疾患や特発性の発達障害について検討し、環境調整や療育や教育場面での工夫の方向付けのオリエンテーションを行なう。つまり、身体疾患 ⇒ 内因性疾患 ⇒ 心理的要因という診断学の順序を守る必要がある。したがって、発達の遅れに際して保健機関が当初から児童精神科への受診を勧めようとするのは危険な傾向である。

②虐待：医療は各種の虐待を早期発見し易い場面の一つであるので、常に念頭に置いて診療に当たり、疑いのあるケースは児童相談所などの担当機関に通報する。担当機関主導で安全が確保されている状況下で、身体もしくは精神的に治療が必要な場合に医療が関わる。

③行動の乱れ：身体症状を伴う場合や、通常の枠組みでの対応（指導や環境調整）への反応が奇異（了解不可能、情緒的反応の過剰など）な場合は、情動や行動を左右する身体疾患の除外を要する。本章の他項のような社会資源の関与下に精神医学的側面を検討する。

④ 主訴が精神症状の場合：小児科を経由する例も多く、精神科は相談に乗ったり紹介を受けたりする役割を担う。病院内ではリエゾンやコンサルテーションも重要である。

(小石誠二)

## 2. 福祉

児童精神の臨床では、子どもの養育について、さまざまな機関と連携をしなければならない場面が多い。

子どもや家族への援助は、医療だけでなく、福祉、教育の分野も重要である。

発達にアンバランスのある子どもへの療育的対応、その家族への援助は、積極的に早期に行われるよう医師は地域の支援体制をよく知っていて、なお、それに援助する必要がある。

また、家族が子どもの養育についての十分な機能が果たせないときは、児童相談所をはじめ多くの援助を求めなければならない。

特別な子どもの状況や家族の状態であると考えられないときも、以前は機能していた地域社会からの援助は多くは期待できない。家族は独自に機能することができないときに、早期の社会的援助が必要である。家族や地域の形態は明らかに以前とは大きく変化している。増加している両親の離婚や別居、母親の就労などの家族の形態の変化と地域社会からの家族の孤立化が同時に起こっている。

そして、おとなとの男女の役割が変化し、結婚すること、子どもを持つことが、必ずしも選択されるライフ・スタイルではない。

家族の中に起こる身体的虐待については、社会的認識がたかまつてきている。しかし、家族からの心理的虐待については、臨床では経験することが多いが、福祉的援助を求めることに家族も積極的でないことが多い。父親から母親へのドメスティック・バイオレンスにさらされていることは、子どもの心を傷つけるだけでなく、子どもの対人関係や社会性の発達を障害してしまう。孤立した家族の中での人間関係に強い者から弱い者への暴力が日常的であると、子どもには強烈な暴力による支配という人間関係しか学ぶことができない。家族への福祉的な援助が必要であるということを積極的に施設や施設の行政機関にはたらきかけていく必要がある。

児童福祉施設の概要については、児童相談所、子育て支援センター、児童福祉施設の項で具体的に記述される。地域によって大きく差があるので現状であるが、地域の状態を把握し有効に社会資源を活用するとともに、社会資源の必要性を社会や行政に理解を求めていくことも重要である。

(猪子香代)

## 3. 司法

### 1) 司法福祉とは

わが国の家庭裁判所は、司法的機能にとどまらず、福祉・臨床的機能を併せ持っている。このため、家庭裁判所および関連する諸機関の実践は、司法福祉と呼ばれる。

### 2) 司法福祉の対象

司法福祉の直接の対象は、非行少年である。非行少年には、①犯罪少年（14歳以上20歳未満で犯罪行為をした少年）、②触法少年（14歳未満で刑罰法令に触れる行為をした少年）、③虞犯少年（20歳未満で将来、罪を犯し、または刑罰法令に触れる行為をする虞が

ある少年)が含まれる。

### 3) 司法福祉の場

非行少年はすべて、警察から(あるいは検察庁を経て)家庭裁判所へ送られる。これを全件送致主義という。その他に、児童相談所所長や一般人から、家庭裁判所へ通告されることもある。

家庭裁判所では調査官が調査を行い、一部は少年鑑別所で鑑別が行われる。その結果、審判不開始・不処分・児童相談所送致・保護処分(保護観察・児童自立支援施設送致・医療少年院を含む少年院送致)・検察官送致のいずれかが、決定される。保護観察の対象者には、上記の保護観察処分少年のほかに、少年院仮退院者、検察官送致から刑事処分を経て仮出獄した者、あるいは保護観察付執行猶予者が含まれる。

### 4) 児童精神科医の関与

上記3のすべてにおいて、児童精神科医の意見や関与が求められる。とくに、少年鑑別所における鑑別に際しての医学的意見、家庭裁判所から嘱託される精神鑑定、保護観察期間中に保護監察官から求められる連携といった依頼には、積極的に応じる必要がある。

(高岡 健)

## 4. 児童相談所

### 1) 概要

児童相談所は児童福祉法第12条の規定により設置されている児童福祉機関であり、すべての都道府県と政令指定都市、一部の中核市が開設している。児童相談所は18歳未満の子どもの福祉を増進するために子どもに関する相談に応じ、必要な援助を行っているが、法改正に伴い平成17年度からは児童家庭相談を市町村が担うようになり、児童相談所は専門的な知識及び技術を必要とする事例への対応や市町村の後方支援が主たる役割になった。

### 2) 組織と職員

児童相談所の組織は、総務部門、相談・判定・措置部門、一時保護部門の三部門を持つことが標準的で、所長の他に児童福祉司、児童心理司、精神科医、児童指導員・保育士などの専門職によって構成されている。精神科医は児童相談所に必須の職員として位置づけられているが、常勤医は全体の約一割でほとんどは嘱託であるのが現状。

### 3) 業務内容

受け付けた相談は内容によって養護相談、保健相談、障害相談、非行相談、育成相談、その他に分類される。養護相談は保護者が養育できない子どもや虐待を受けた子どもに関する相談で、特に児童虐待に関する相談は近年急増し、児童相談所のもっとも中心的な業務になってきている。相談件数としては障害相談が最多で、心身障害児の判定や援助に関する業務を行っている。また、育成相談には不登校やさまざまな情緒・行動上の問題が含まれ、子どもの精神保健に関する内容が多い。これらの相談事例に対して、多職種チームにより調査、診断、判定、援助が行われる。児童虐待などで子どもを保護する必要がある場合には一時保護所に子どもを保護することも行っている。

### 4) 精神科医療との関連

児童相談所が関与する子どもたちだけでなく、特に児童虐待事例においては保護者にもさまざまな精神保健上の問題が認められることが多く、精神科医療との関連が深い領域であり、児童精神医学の重要な臨床フィールドでもある。

(小野善郎)

## 5. 子育て支援センター

子育て支援センターは、主として乳幼児とその親に対して子育てを支援する活動を行う施設である。市町村が運営または委託して運営を行っている。保育園に併設されている所もある。スタッフは保育士を中心であるが、看護師・保健師や栄養士、心理発達相談員などが配置されている所もある。

内容は施設・地域によりさまざまであるが、概ね下記の事業が行われている。

- ① 育てに関する講演会
- ② 育て相談（来所、電話、訪問）
- ③ 子育てをしている親子の集まる場の提供（子育て広場など）
- ④ 子育てサークルの運営の援助
- ⑤ 子育てに関する情報提供
- ⑥ 託児や保育のボランティア養成のための講座

乳幼児の養育者は、外出もおっくうになりがちで、外との交流が限られ、孤立しがちな状態で一日の大半を子どもと向かい合っている。育児は思っている通りには進まないことも多く、孤立した状態で養育に不安を抱えると切迫した心情になりがちである。

子育て支援センターの事業では、子育てについての情報の提供や講演会、子育て相談により、育児についての正しい情報を提供し、不安の軽減を図る。また、子育てをしている親子の集まる場の提供や子育てサークルの支援を通じて、子育てをしている似た状況の仲間との交流ができ、孤立を防ぐことができる。

児童虐待のリスクファクターとして、養育者の養育能力の問題、サポートの不足、養育の難しい児が挙げられるが、養育の指導・サポートと孤立を防ぐことが、虐待予防にもなることは間違いない。

(野邑健二)

## 6. 児童福祉施設

児童福祉施設とは、児童福祉法〔第7条〕に定められた

- (1)助産施設
- (2)乳児院
- (3)母子生活支援施設
- (4)保育所
- (5)児童厚生施設
- (6)児童養護施設
- (7)知的障害児施設

- (8)知的障害児通園施設
- (9)盲ろうあ児施設
- (10)肢体不自由児施設
- (11)重度心身障害児施設
- (12)情緒障害児短期治療施設
- (13)児童自立支援施設
- (14)児童家庭支援センター

の計 14 種類の施設である。

そのうち(2)、(6)、(7)、(8)、(9)、(10)、(11)、(12)、(13)の施設への入所には、措置の手続きが必要となるため、児童相談所との連携が大切である。

施設名は地域に周知であっても、施設概要が誤解されている場合が意外に多く、一般精神科医も地域の児童福祉施設の所在とその特質を改めて確認しておく必要がある。

上記(2)、(6)の対象は、保護者の死亡、失踪、離婚、病気、虐待などのため養育・養護を必要とする児童〔18 歳未満〕である。(7)、(8)、(9)、(10)、(11)では、それぞれの障害のある児童を保護し、日常生活に必要な指導・援助を行うことを目的としている。これらの施設は、一般精神科医にとっては保護者の診療に携わりつつ、その子どものための環境整備として入所の検討を要する場合が多いかと思われるが、逆に、施設入所中の児童が精神科診療を必要とするケースも少なからず存在する。

上記(12)は軽度の情緒障害を有する児童を、(13)は不良行為をなし、又はなすおそれのある児童及び家庭環境その他の環境上の理由により生活指導等を要する児童を、それぞれ入所、又は保護者の下から通わせて、個々の児童の状況に応じて治療や必要な指導を行い、その自立を支援することを目的としている。(12)、(13)ともに、退所した者について相談その他の援助もあわせて行うことが定められている。〔児童福祉法第 43 条の 5、第 44 条〕しかし、これらの施設は地域に偏在しているのが現状なので、地域に根ざした一般精神科医と児童福祉施設との連携が必要となってくるケースも案外多いのではないかと思われる。

(水野智之)

## 7. 障害者手帳

「精神障害者保健福祉手帳」制度は、1995 年 10 月に制定された (cf.精神保健福祉法第 45 条)。

### 1) 対象

精神疾患を有する者のうち、精神障害のために長期にわたり日常生活または社会生活の制約がある者が対象である。

統合失調症、躁うつ病、てんかん、器質性精神病、神経症およびその他の精神疾患の全てが対象となるが、知的障害は含まれない (cf.愛護手帳：知的機能の障害が発達期（おおむね 18 歳未満）にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの援助を必要とする状態にある者に交付される)。

申請に際して年齢制限、所得制限はない。

初診から 6 カ月を経た時点で交付の手続きを取ることが出来る。

### 2) 福祉サービスの内容

手帳の等級は、障害の程度により 1 級から 3 級の区分がある。大枠は全国都道府県で同じだが、地方自治体により福祉サービスの内容は異なる。全国共通の福祉サービスとしては、①税制上の優遇措置、②通院医療費公費負担制度の手続きの簡素化、③生活保護の障害者加算の手続きの簡素化、④定料三種郵便物（政府に認められた障害者の会誌や新聞等の定期刊行物）の承認、⑤NTT 電話番号無料案内等がある。地方自治体が独自に提供する福祉サービスとしては、公共施設の割引利用等がある。

身体障害者手帳で受けられる JR 運賃の半額免除、高速道路料金の 50% 割引、国内航空運賃割引、水道料金や NHK 受信料の減免等は受けられない。

### 3) 手手続き方法

役所等で申請書、診断書を受け取り、医師に診断書への記入を求めた上で申請書とともに役所へ提出する。都道府県で判定を行うために、発行までに 2 カ月程度かかる。

### 4) 有効期間

2 年間であり、有効期間が切れる 3 カ月前から申請が可能である。

(村瀬聰美)

## 8. 療育手帳

療育手帳制度は、各都道府県知事・各指定都市市長宛の厚生事務次官通知「療育手帳制度について」「療育手帳制度の実施について」（昭和 48 年 9 月 27 日）にもとづき、各自治体が定める実施要綱によって実施されている。そのため、身体障害者福祉法で定められている身体障害者手帳とは、その根拠や運用の面でかなり異なっている。

事務次官通知では、手帳制度の目的は「知的障害児（者）に対して、一貫した指導・相談を行うとともに、これらの者に対する各種の援助措置を受けやすくすること」とされている。また、交付の申請は、福祉事務所の長に対して行うものとされ、原則として 2 年ごとの判定をするものとされている。また、手帳が交付されている場合は特別児童扶養手当の受給資格のための診断書の提出が省略できることや、公営住宅の優先入居、NHK 受信料の免除（所得制限あり）、鉄道旅客運賃などの割引などを措置するよう記されている。

障害の程度については「実施について」の中で、重度を A、それ以外を B とするものの、他の区分を定めてもかまないとされている。そのため、各自治体が定める区分には違いがあり、例えば北海道では重度を A、中軽度を B の 2 区分、大阪府では重度を A、中度を B1、軽度を B2 の 3 区分、東京都では最重度を A1、重度を A2、中度を B1、軽度を B2 の 4 区分、埼玉県では最重度を A、重度を B、中度を C の 4 区分、山梨県では A-1、A-2a、A-2b、A-3、B-1、B-2 の 6 区分、といった具合である。さらには例外的だが、横浜市のように、IQ が 76 から 91 の本来なら手帳非該当の範囲にある高機能自閉症児に対して軽度（B2）と認定できるとしている自治体もある。また、手帳の名称についても、東京都では「愛の手帳」埼玉県では「みどりの手帳」といったように療育手帳とは別の名称を用いている自治体もある。

判定は、身体障害者手帳では知事による指定医師が申請診断書を作成するのに対して、療育手帳では自治体による運用の差が大きいためか、所定の書式の診断書用紙が主治医に渡されることはない。そのため、判定に際して現場の医師が関与する機会は事実上な

い。

(橋本大彦)

## 9. 特別児童手当

児童に関する公的な手当には、小学生以下の児童のいる家庭を対象とした「児童手当」や、母子家庭や保護者に障害がある家庭を対象とした「児童扶養手当」などがある。これらとは別に支給される、障害児のいる家庭を対象とした手当てに「特別児童扶養手当」がある。(ほかに障害が重度の場合にのみ支給される障害児福祉手当がある。) これは「20歳未満の精神又は身体に障害を有する児童について支給し福祉の増進をはかるもの」として児童福祉法(特別児童扶養手当等の支給に関する法律:昭和39年)に規定されている。

ここでいう精神の障害とは、定義的には児童期統合失調症なども指し示すはずであるが(認定診断書上の状態項目には、妄想や幻覚が選択肢としてある)、一般的には中等度以上の知的障害児を主に念頭において市町村の窓口や広報などでは紹介されており、療育手帳の申請を機に手当ての認定請求をする場合が多い。

障害の程度によって1級(知的障害の場合、概ねIQ35以下、療育手帳A判定程度が目安となる)、2級(同50以下B判定程度)と等級が異なり、支給額もそれぞれ月額4990円、3323円と規定されているが、消費者物価指数などにより若干変更がある。また、本人や保護者の所得が一定以上である、国外にいる、ほかの年金を受給している、養護施設などに入所しているなどの場合には支給対象から除外される。

認定請求時に必要となる「児童扶養手当認定診断書」(障害内容により手帳提示で省略することもある)は一定の書式があり、障害により様式が異なる。知的障害では「知的障害・精神疾患用」の用紙を使用するが、知能指数の記入欄があり、療育手帳の判定を行った児童相談センターの嘱託医に作成してもらうと便利である。障害のために医療機関にかかる場合では、主治医である精神科医が作成を依頼されることが多い。

(若子理恵)

## B. 各論

# I. 発達障害

## 1. F7 精神遅滞

### 1) 概要

かつては精神薄弱といわれていた知的発達の遅れを主症状とする発達障害である。医学の分野では合併症などを含めた学術的見地から「精神遅滞」という用語を用い、教育や法律の領域では知的機能障害による社会的不利益に焦点をあて「知的障害」と呼んでいる。

### 2) 疫学

発生率はおよそ2%といわれている。療育手帳や知的障害施設の利用などから、確認されている知的障害児・者は約46万人、全人口の0.33%である。そのうち、軽度知的障害が全体の85%を占めている。軽度知的障害が存在しても教育などにより適応機能が向上し生活上支障がなければ精神遅滞と診断しない。

### 3) 成因

発生時期別に原因をみると、①出生前要因（21トリソミーなど染色体異常、結節性硬化症や神経線維腫などの症候群、フェニルケトン尿症などの代謝異常、神経管閉鎖不全や孔脳症など脳形成異常、胎児アルコール症候群など胎内環境の異常）②周生期要因（未熟児出生などの子宮内異常、頭蓋内出血や髄膜炎などの新生児期の異常）③出生後要因（頭部外傷、感染、痙攣性疾患、中毒、栄養障害、環境など）に大別される。しかし実際には、成因を検索しても、発生時期や原因が不明のものが多い。

### 4) 基本症状

精神遅滞の定義は、AAMR（アメリカ精神遅滞協会）では、①18歳以前の発症、②平均よりも有意に低い知的機能（個別検査による知能検査の値が、IQ70以下）③文化的、年齢的に期待される適応機能に欠陥または不全が存在する。の三つの条件を満たす場合である。ICD-10、DSM-IVの定義も同様で、精神遅滞は第2軸にコードする。

適応機能の障害について、AAMRでは、意思伝達、身辺処理、家庭内の生活、社会生活技能、地域資源の利用、自己決定、健康と安全、実用的学業、余暇、仕事・勤労の10領域のうち、2つ以上の領域で支援が必要な状態としている。

重症度について、軽度（IQ50～70）、中度（IQ35～49）、重度（IQ20～34）、最重度（IQ20未満）と分類する。重症度分類は、成人になった時のおよその状態像のゴールを示す手がかりであり、発達期に将来の見通しをもつことに役立つ。軽度では、9～12才水準、身辺の自己管理や複雑な考え方の言語伝達が可能、単純技能職に従事し、おつりを支払える。中度では、6～9才水準、身辺は自立、簡単な会話を理解し楽しみ、簡単な家庭内雑用や簡単な買い物ができる。重度では、3～6才水準、食事は自立しても入浴に監視が必要、簡単な言葉を理解し、家庭内の簡単な手伝いができる。最重度では、3歳以下の水準、食事にも支援が必要、言語の理解は限定的。といった状態である。

### 5) 合併症・併存症

精神遅滞の一般的な併存症は、その脳機能障害と何らかの関係がある運動障害、慢性脳疾患、情緒行動障害である。しかし何か特別な基礎疾患があるなど、成因によっては合併

症や併存疾患は異なる。その疾患特有の合併症に対して、ライフサイクルに沿った予防的な健康管理が可能で QOL 向上に役立てる。

- ① 運動障害：不器用から各種の姿勢異常や脳性麻痺まで広がりがある。重度知的障害と

重度運動障害が重複した状態を重症心身障害と呼び、わが国独自の支援システムがある。

- ② 慢性脳疾患（てんかん）：知的障害の程度が重度化するほど、てんかんの合併率が高くなる。中・軽度で 20～30%、重度では 30～40%、最重度では 60% 前後と報告が多い。

- ③ 情緒・行動障害

ADHD や自閉症関連障害である広汎性発達障害（PDD）がよく合併している。これらの行動症候群が合併すると行動障害に発展しやすい。

#### 6) 診断

生育歴・発達歴の整理、現在の適応機能の評価、知能検査の実施により、定義に該当すれば診断する。そのうえで各種の合併症について検索し、治療ニーズを評価する。

#### 7) 経過

基本症状である知的障害そのものは変化しない。しかし、発達期からの教育や経験の蓄積により適応機能は向上する。適応機能は環境に左右されやすく、獲得した能力も使わなければ早くに機能的退行を示す。一般的に老化はやや早いとされているが、ダウン症候群など一部の精神遅滞では顕著な早期退行を示す。

#### 8) 対応

早期から一貫した発達教育を行うことで、適応機能の改善が期待される。早期療育、特別支援教育、就労前教育などにより、能力の開発を行う。中・軽度の障害では社会参加や就労など自立的生活を、また重度の障害では能力内自立をめざす。

行動障害に対しては、その要因分析を行い、適応的行動を強化学習する。また衝動性や興奮、強迫性、睡眠障害、気分変動などには精神科薬物療法を併用する。

#### 9) 専門機関への紹介

発達期には、PT、OT、ST、心理職などがいて、発達的リハビリテーションを行っている療育センターに紹介する。てんかんは小児神経科医に、また学童期後半から思春期に多い情緒・行動障害は児童精神科医に紹介する。一般的発達相談や児童福祉相談は児童相談所に、18 歳以降の福祉相談は更生相談所に、就労支援を求める場合は障害者職業センターに紹介する。

（中島洋子）

## 2. F 80～82 学習障害

#### 1) 概要

1999 年に文部省（現、文部科学省）によって学習障害は以下のように定義されている。「学習障害とは、基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を指すものである。学習障害は、その原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的な要因

が直接の原因となるものではない。1981年の学習障害に関する全米合同委員会の同様の定義もしばしば用いられる。これらの学習障害の定義では、DSM-IVとは異なり、知的障害は含まないこと、環境要因による学業不振は含まないことに留意する必要がある。DSM-IVでは、読字障害、算数障害、書字表出障害、特定不能の学習障害に分類される。

## 2) 痘学

### (1) 有病率

米国における読字障害の有病率は2~10%、しかし、日本では、表音文字と表意文字を併用することから、欧米よりも読字障害の頻度は低い。算数障害は1~6%、書字表出障害は2~8%とされる。

### (2) 性差

読字障害の80%は男児との報告があるが、近年の報告ではもっと性差は小さいと言われている。算数障害は女児、書字表出障害は男児に多い。

### (3) 好発年齢

学習障害の症状は、学習機会の増える学童期に明らかになりやすい。

## 3) 成因

学習障害の遺伝的要因として、第6、7、15染色体とのほか、他にも多くの遺伝子が関与していると考えられている。一方、環境因子も重要であり、低出生体重、周産期異常などの要因に基づく脳機能障害のために、視覚、聴覚からの情報の受容、統合、表出に障害があると考えられる。

## 4) 基本症状

聞く、話す、読む、書く、計算する、または、推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す。

## 5) 合併症・併存症

学習障害のために、自己肯定感の低下、不安・抑うつの増強などの二次障害を来しやすい。米国では、注意欠陥/多動性障害、反抗挑戦性障害、行為障害を含めた破壊的行動障害との併存は10~25%、物質使用障害との併存は24%とされる。

## 6) 診断(DSM-IV)

### 【読字障害】

A. 読みの正確さと理解力についての個別施行による標準化検査で測定された読みの到達度が、その人の生活年齢、測定された知能、年齢相応の教育の程度に応じて期待されるものより十分に低い。

B. 規準Aの障害が読字能力を必要とする学業成績や日常の活動を著明に妨害している。

C. 感覚器の欠陥が存在する場合、読みの困難は通常それに伴うものより過剰である。

### 【算数障害】

A. 個別施行による標準化検査で測定された算数の能力が、その人の生活年齢、測定された知能、年齢相応の教育の程度に応じて期待されるものより十分に低い。

B. 規準Aの障害が算数能力を必要とする学業成績や日常の活動を著明に妨害している。

C. 感覚器の欠陥が存在する場合、算数能力の困難は通常それに伴うものより過剰である。

### 【書字表出障害】

A. 個別施行による標準化検査（あるいは書字能力の機能的評価）で測定された書字能力

が、その人の生活年齢、測定された知能、年齢相応の教育の程度に応じて期待されるものより十分に低い。

B. 規準Aの障害が文章を書くことを必要とする学業成績や日常の活動（例：文法的に正しい文や構成された短い記事を書くこと）を著明に妨害している。

C. 感覚器の欠陥が存在する場合、書字能力の困難は通常それに伴うものより過剰である。

#### 【特定不能の学習障害】

このカテゴリーは、どの特定の学習障害の基準も満たさない学習障害のためのものである。このカテゴリーは、3つの領域（読字、算数、書字表出）のすべてにおける問題を含む場合があり、個々の技能を測定する検査での成績は、その人の生活年齢、測定された知能、年齢相応の教育の程度に応じて期待されるものより十分に低いわけではないが、一緒になって、学業成績を著明に妨害している。

#### 7) 対応

- (1) 聞く：話し始める前に注意を促す、はじめに主題を明確にして、短く端的な言葉で逐語的に説明する、視覚処理の優位な子どもでは、視覚的な手がかりも併用する
- (2) 話す：子どもが話し終わるのをゆっくりと待つ、子どもの関心のある話題を選ぶ
- (3) 読み：文字を終えない子どもでは理解しやすい文章で用いたり、物体や図形の追視を用いて文字を追う練習をする、行を飛ばす場合には定規や紙をあてる
- (4) 書き：ひらがなを指や鉛筆でなぞりながら学習させる、漢字をいくつかに分割したり、語呂合わせを利用して学習させる、ワープロやパソコンを利用する
- (5) 算数：具体的な物体を手にとって数や演算の概念を教える

#### 8) 専門機関への紹介

ウェクスラー知能検査、イリノイ言語学習能力検査(ITPA)、K-ABC のプロフィールで、特定の領域の成績に落ち込みのある場合に学習障害を疑うが、これらでの正確な診断は困難なことが多い。むしろ、教育場面で児童の遭遇している困難さを詳細に聴取したり、診察室のなかで簡単な課題をさせることの方が有益である。診断には、各々の能力を評価する個別施行の検査バッテリーを用いることが必要になるが、日本では標準化検査そのものが極めて限られている上に、非専門医療機関には検査バッテリーそのものがないのが実状である。学習障害を疑った場合には、専門の機関に紹介し、診断と評価、教育との連携も含めた支援を依頼する。

(岡田 傑)

### 3. F84 広汎性発達障害

#### 1) 概要

広汎性発達障害は現行の国際的診断基準である DSM-IV-TR(2000)、ICD-10 (1993)において用いられている概念であり、相互的な社会関係とコミュニケーションのパターンにおける質的障害、および限局した常則的で反復的な興味と活動の幅によって特徴づけられる一群の障害と定義される。自閉症やアスペルガー症候群、特定不能の広汎性発達障害・非定型自閉症、小児期崩壊性障害、レット症候群などが広汎性発達障害のサブカテゴリーとして位置づけられる。国際的診断基準ではコミュニケーション障害が明白ではなく3歳ま

での認知発達などの臨床的に明らかな遅れがない場合にアスペルガー症候群と診断する。2歳までの正常発達後に、有意味語の消失や対人関心の喪失がみられるタイプを小児期崩壊性障害という。一般に知的障害を合併しない場合を高機能自閉症と呼ぶことがある。

## 2) 痘学

- (1) 有病率 100人に1人程度
- (2) 性差 男：女=3：1
- (3) 好発年齢 ほとんどが生来性、3歳以前に行動特徴が明らかになる
- (4) 遺伝・家族性 多因子性遺伝が想定される。家族集積性が比較的高い。

## 3) 成因

親の育て方ではなく、脳機能障害が原因である。遺伝要因が関与することは明らかであるが、周産期要因や環境要因の関与についても議論されている。

## 4) 基本症状

社会的交流、社会的コミュニケーション、社会的イマジネーションの3領域の障害が基本症状である。社会的交流に関しては対人接触を避ける孤立タイプに限らず、受け身的には交流が可能だが自発性は乏しいが受け身タイプや積極的に対人接触をするが交流のあり方が一方的で奇妙な積極奇異タイプが存在する。

社会的コミュニケーションの異常は言語発達の遅れ、オウム返しや独語、年齢に不釣り合いな大人びた会話、字義通りに解釈する傾向などがある。言語理解能力の乏しさや、指さしなどのジェスチャーの発達の遅れなどの非言語性コミュニケーションの異常も通常みられる。社会的イマジネーションの異常としては幼児期に「ごっこ遊び」や「見立て遊び」が乏しいこと、変化への抵抗、同一性への固執、特定の関心事への没頭などがある。音刺激などに対する過敏さなどの感覚刺激に対する偏った反応もみられる。

## 5) 合併症・併存症

精神遅滞や脳波異常・てんかんの合併がしばしばみられる。多動性、不注意、情動不安定、睡眠障害、自傷・他害などの攻撃行動などの症状が併存することが少なくない。思春期以降は抑うつ状態、不安状態、強迫症状などが出現しやすい。

## 6) 診断

広汎性発達障害の中核である自閉性障害（自閉症）の診断基準（DSM-IV-TR、2000）の要点は下記のとおり。

- A. (1)対人相互反応における質的障害
- A. (2)コミュニケーションにおける質的障害
- A. (3)行動、興味、および活動の限定された反復的常同的な様式
- B. 3歳以前に始まる、以下の領域の少なくとも1つにおける機能の遅れまたは異常：  
(1)対人の相互反応、(2)対人のコミュニケーションに用いられる言語、または(3)象徴的または想像的遊び
- C. レット障害または小児期崩壊性障害ではうまく説明されない

## 7) 経過

典型例は1歳半検診で疑うことが可能。3歳前後から特性が明らかになる。生涯にわたる発達障害である。

## 8) 対応

正確な診断と発達に関する評価から支援が始まる。個別の評価に基づく、注意深い支援が長期にわたって必要。広汎性発達障害そのものを治療する薬物はない。てんかんなどの合併症に対する薬物療法を必要に応じて行う。

### 9) 専門機関への紹介

一般の精神科外来では障害特性の説明と、それを踏まえた接し方のアドバイスが中心になる。高機能例やアスペルガー症候群は「正常」と見なされたり統合失調症や強迫性障害などと誤診されたりする場合があるので注意が必要。幼児期には地域の療育センターなどに紹介する。学童期には教育機関、成人期には就労支援機関との連携が必要になる。各地に設置されつつある公的機関である発達障害者支援センターを紹介することも考慮する。

(内山登紀夫)

## 4. F90 多動性障害

### 1) 概要

ICD-10 で採用されている診断名。不注意、過活動、衝動性が年齢不相応の顕著なレベルでさまざまな生活状況において、広汎かつ持続的に認められる。発症は7歳以前である。

現在は注意欠陥多動性障害 (Attention-Deficit / Hyperactivity disorder : AD/HD) という DSM-IV-TR の診断名のほうが多用される。両者の診断基準に若干の違いがある。一般に DSM-IV-TR の基準のほうが穏やかで適合範囲が広く、ICD-10 は、DSM-IV-TR と比較してより重症例に適合する。

### 2) 痘学

DSM-IV-TR による AD/HD の疫学データでは、学齢期の子どもで3～7%，男女比は2～9：1で男性優位。青年期以降のデータはあまりないが、2～7%で男女比が1：1に限りなく近づく。症状の在り方とその判断により、有病率には多少の食い違いがあり、ICD-10 ではこの数値を下回る。

### 3) 成因

特定困難。気質、中枢神経系の機能障害、特に実行機能の障害などの生物学的要因と環境要因による複合的モデルが検討されている。

### 4) 基本症状

①不注意、②過活動、③衝動性の3つの基本症状が、一過性に消えることなく、複数の場面で広汎に持続して認められる。

### 5) 合併症

(1) 行動障害群：大人への反抗的態度や反社会的行為として認められる、反抗挑戦性障害、行為障害など。

(2) 情緒障害群：3つの基本症状により、他者評価、自己評価が貶められ、抑うつ、不安症状を訴えることが少なくない。強迫性障害、不安障害、適応障害、気分障害などが合併しやすいといわれている。

(3) 神経性習癖群：夜尿や昼間遺尿症、遺糞症といった排泄障害の合併や、一過性のチック障害が認められることがある。薬物療法として使用されるメチルフェニデートの副作

用か、合併症かの区分けが難しいが不眠やむずむず足症候群などの睡眠障害を認めることがある。

(4) 発達障害群：他の発達障害が重なりやすい。特に学習障害、運動能力障害、広汎性発達障害が議論されている。

#### 6) 診断

ICD-10 による診断基準を記す。

G 1. 不注意：次の症状のうち少なくとも 6 項が、6 ヶ月以上持続し、その程度は不適応を起こすほどで、その子どもの発達段階と不釣り合いであること。

(1) 学校の勉強・仕事・その他の活動において、細かく注意を払えないことが多い、うっかりミスが多い。

(2) 作業や遊戯の活動に注意集中を維持できないことが多い。

(3) 自分に言われたことを聴いていないように見えることが多い。

(4) しばしば指示に従えない、あるいは学業・雑用・作業場での仕事を完遂することができない（反抗のつもり、または指示を理解できないためでなく）

(5) 課題や作業をとりまとめることが下手なことが多い。

(6) 宿題のように精神的な集中力を必要とする課題を避けたり、ひどく嫌う。

(7) 学校の宿題・鉛筆・本・玩具・道具など、勉強や活動に必要な特定のものをなくすことが多い。

(8) 外部からの刺激で容易に注意がそれてしまうことがある。

(9) 日常の活動で物忘れをしがちである。

G 2. 過活動：次の症状のうち少なくとも 3 項が、6 ヶ月以上持続し、その程度は不適応を起こすほどで、その子どもの発達段階と不釣り合いであること。

(1) 座っていて手足をモゾモゾさせたり、身体をクネクネさせることがしばしばある。

(2) 教室内で、または着席しておくべき他の状況で席を離れる。

(3) おとなしくしているべき状況で、ひどく走り回ったりよじ登ったりする（青年期の者や成人ならば、落ち着かない気分がするだけだが）。

(4) 遊んでいて時に過度に騒々しかったり、レジャー活動に参加できないことが多い。

(5) 過剰な動きすぎのパターンが特徴的で、社会的な状況や要請によっても実質的に変わることはない。

G 3. 衝動性：次の症状のうち少なくとも 1 項が、6 ヶ月以上持続し、その程度は不適応を起こすほどで、その子どもの発達段階と不釣り合いであること。

(1) 質問が終わらないうちに、出し抜けに答えてしまうことがよくある。

(2) 列に並んで待ったり、ゲームや集団の場で順番を待てないことがよくある。

(3) 他人を阻止したり邪魔したりすることがよくある（例：他人の会話やゲームに割り込む）。

(4) 社会的に遠慮すべきところで、不適切なほどに過剰に喋る。

G 4. 発症は 7 歳以前であること。

#### 7) 経過

30%は青年期以降に症状が消失、40%はそのまま持続、30%が深刻な合併症などを併せ持つ。

## 8) 対応

(1) 一般精神科医の対応としては、常に7歳以前からの様子を詳しく聞く必要がある。成人においては、子ども時代の様子を客観的に語れる人や資料が必須。抑うつ状態や他の精神疾患との鑑別に留意する。

(2) 治療は、①生活改善の工夫(メモや他者からの指摘), ②周囲の人へのガイダンス(保護者, 配偶者への心理教育), ③薬物療法(日本ではまだ正式に認可されている薬物はない)。メチルフェニデートを使用する際は、6歳以上を原則に、保険適応外の薬物であることを充分に説明して使用する必要がある。投与は1日1朝食後あるいは2回で朝・昼食後、1回投与量は0.3~0.6mg/kgで30mgを上限にする。服用後40分前後で効果が認められ、4時間ほどで消失する。効果判定を明確に行い無効例であれば、速やかに中止する。よく認められる副作用としては、食欲不振、頭痛、腹痛、動悸、不安、不眠、チックなどで、軽度であれば薬物量の調整で消失できるが、重度の場合は処方を中断する。

## 9) 専門機関への紹介

小児の場合は、小児(児童)精神科医に紹介する。成人の場合も、時に小児(児童)精神科医と協議することが有用な場合がある。

(田中康雄)

## 5. 発達障害関連：てんかん

てんかんとは、大脳の神経細胞群の突然で過剰な興奮による反復性発作(てんかん発作)を主徴とする慢性脳疾患を指す。その原因はさまざまであるが、頻度は100~200人に1人と考えられ、その7~8割は小児期に発症する。

てんかんの診断と治療にあたり、まず詳細な発作症状の問診により「てんかん発作型」を特定する必要がある。てんかん発作型の国際分類では、脳全体から始まる「全般発作」と、脳の一部分から始まる「部分発作」の二つに大別される。全般発作では、発作活動が左右の大脳半球から一齊に始まり、発作開始時より意識を失い、けいれんする場合には始めから左右対称性となる。全般発作には、“欠神発作”、“ミオクロニー発作”、“間代発作”、“強直発作”、“強直間代発作”、“脱力発作”、“スパズム”(乳児)という発作型がある。部分発作では、発作活動が左右どちらかの大脳半球内の限局した部位から始まり、発作の開始を自覚することができるが、発作の進展によっては意識障害に至る。発作中に意識の曇りがない場合を「単純部分発作」、意識の曇りがある場合を「複雑部分発作」、全身のけいれんに至る場合を「二次性全般化発作」と呼ぶ。単純部分発作は、運動発作、感覚発作、自律神経発作、精神発作の4つに大きく分類され、さらに細かい分類がなされるが、その特定は発作の始まる脳部位の推定に役立つ。

てんかん発作型を確定した後、年齢・画像所見・脳波所見等を考慮して、てんかん診断を行なう。てんかんおよびてんかん症候群の国際分類では、部分発作を持つ「部分てんかん」と全般発作を持つ「全般てんかん」に分け、両者はさらに推定病因の有無から「特発性」(基礎疾患が見当たらないもの)と「症候性」(何らかの中枢神経の病態が先行すると考えられるもの)の計4群(特発性部分てんかん、症候性部分てんかん、特発性全般てんかん、症候性全般てんかん)に分けられる。

てんかんを診断するために行われる検査のうち、脳波検査は最も重要で不可欠である。発作時の脳波記録において、部分発作では部分性（焦点性）の棘波や鋭波、全般発作では両側広汎性の棘・徐波が観察される。発作の起こっていない時（発作間欠期）の脳波にも、発作症状と符合する脳波所見を見い出せるかどうかが診断のポイントとなる。そのため、過呼吸、光刺激、睡眠賦活を行い、時間をかけて脳波を記録することが重要である。近年では、脳波とともに脳磁図の測定が行われることもある。脳内の発作活動により生じた頭蓋付近の微小な磁場変化を検出し、数学的に発作活動の部位を推定できることがある。

てんかん発作およびてんかんの診断をもとに適切な治療薬を選択し、おおよその予後や経過を予測したうえ、必要とされるケアや支援を検討する。特発性てんかんでは、多くの場合、ある年齢から抗てんかん薬が減量・中止でき、障害が残らない。一方、症候性てんかんでは、発作が持続する場合が稀ではなく、運動麻痺や知的障害などを合併することもある。小児てんかんのうち、てんかん性脳症とされているウエスト症候群やレンノックス症候群、発作重延状態を繰り返す乳児重症ミオクロニーてんかんなどでは精神遲滞を合併しやすい。一方、成人難治てんかんでは、統合失調症様状態、気分障害、性格変化をはじめとする精神症状が現れる場合がある。

薬物療法の原則として、部分発作にはカルバマゼピン、フェニトイン、ゾニサミドなどを用いる。一方、全般発作のうち、欠神発作にはバルプロ酸、エトサクシミドなど、ミオクロニー発作にはバルプロ酸、クロナゼパムなど、全身性強直間代痙攣にはバルプロ酸、フェノバルビタールなど、スパズムにはビタミンB6、バルプロ酸、ACTHなどを用いる。薬物療法抵抗性（難治性）の部分てんかんの場合、外科治療が適応となることがあり、手術例の60-80%において発作が消失するといわれている。治療に際して、発作のコントロールとともに、社会的能力の維持への配慮が求められる。

(十一元三)

## II. 発達障害以外

### 1. F 1～F 5

#### 1) F 1：精神作用物質使用による精神行動障害

##### (1) 概要

この診断カテゴリーは、精神作用物質（アルコール、市販薬・処方薬、様々な規制薬物など）の使用様態の異常、および、それによって惹起された精神状態の異常を含むものである。

##### (2) 痘学

精神作用物質使用は反社会的行動と密接な関係にある。一般中学生・高校生における問題飲酒者は2.9%および13.7%であるのに対し、少年鑑別所入所者では約半数以上にのぼり、さらに、それらの問題飲酒者の多くに規制薬物の使用経験が認められる。また、一般の10代における規制薬物の生涯経験率は約0.5%程度であるのに対し、少年鑑別所入所者では約20%～40%に達する。なお、10代において最も多く見られる規制薬物である有機溶剤は、

近年、乱用者が減少傾向にあり、代わって大麻や MDMA の乱用者が増加傾向を見せていく。

### (3) 成因

以下の要因が複合的に影響している。

#### i) 環境要因:

(a) 社会的要素: 薬物を入手しやすい環境、反社会的集団や下位文化との接触。

(b) 家庭的要素: 未成年の飲酒や夜遊びに寛容な家庭文化。

#### ii) 個体要因

(a) 自己破壊的傾向: 虐待などの不適切な養育や学校でのいじめ体験、あるいは、多動性障害に関連する不適応体験などによる、否定的な自己評価の影響。

(b) 自己治療: 原発性の気分変動、対人緊張・不安、睡眠障害、あるいは外傷後ストレス障害関連症状への対処。摂食障害にもとづく食行動や体重コントロール。

### (4) 基本症状

典型的な乱用者では、反社会的集団内の機会的使用からはじまり、やがて単独による習慣的使用へ発展する。多くは、「友達とのつきあいで使っているだけ。その気になれば止められる」と事態を否認し、居場所のない家庭を避けて仲間との絆に固執している。

青年期乱用者では、他の精神障害（重複障害）の併発が高率であり、特に精神障害の家族歴を有する者では、比較的短期間の物質使用でも残遺性・遅発性精神病性障害を呈することがある。また、自傷行為などの自己破壊的行動や多剤乱用を呈する者も少なくない。

行為障害は精神作用物質使用のリスク要因であるが、こうした物質使用が暴力犯罪や財産犯罪のリスクを高め、行為障害の予後を悪化させる。両者は相互に悪影響を及ぼしあう関係にあるといえよう。

### (5) 合併症・併存症

i) 行為障害

ii) 多動性障害

iii) 気分障害

iv) 神経症性障害

v) 摂食障害

vi) 外傷後ストレス障害

### (6) 診断

精神作用物質が心身の健康や生活機能に悪影響を及ぼしていれば、「有害な使用」と診断しうる。そのなかで、こうした弊害を顧みない物質使用継続、物質中心の生活パターンへの変化、あるいは耐性上昇や使用コントロールの喪失が認められる者については、「依存症候群」と診断する。

### (7) 経過

集団・機会的な乱用者は、反社会的集団からの離脱など、適切な環境調整がなされば、その転帰は比較的良好である。一方、単独・習慣的使用に達した者では慢性化しやすく、ことに反社会的集団と関係が持続する場合、覚せい剤などのより依存性の強い物質の使用へと進展し、司法的処遇を受ける事態ともなる。なお、精神作用物質使用が持続する限り、重複する精神障害の予後も不良となる。

## (8) 対応

軽度の依存症候群の場合には生活指導・環境調整が有効であるが、中等度以上の場合は、専門医療機関やダルクなどの民間薬物依存更生施設における継続的な援助が必要である。重複障害を持つ乱用者には、同時に併発する精神障害に対する治療を行う必要がある。

本人の治療意欲がない場合には、司法的介入も選択肢の一つである。ただし、この介入が功を奏するためには、これに併行して、家族が、精神保健福祉センター主催の家族会やダルク家族会などに継続的に参加し、本人を治療につなげる努力が必要となる。

## (9) 専門医療機関への紹介

単独・習慣性使用を呈し、再使用を繰り返す者では、専門医療機関での治療、もしくはダルクなどへの通所・入所が必要である。

(松本俊彦)

## 2) F 2 : 統合失調症

### (1) 概要

知覚、思考、感情、自我意識、意志など多彩な精神機能が障害され、陽性症状（幻覚、妄想、連合弛緩など）や陰性症状（感情鈍麻、思考の貧困、意欲低下など）、認知機能障害がみとめられる。

### (2) 痘学

- i) 有病率・好発年齢：児童期発症は極めて稀だが、5歳頃から発症しうると言われている。13～14歳頃から急増し、年齢が上がるにつれて成人有病率の約1%に近づく。
- ii) 性差：児童期では男：女=約2:1、年齢が上がるにつれて性差は無くなっていく。
- iii) 遺伝・家族性：発症が早期であるほど遺伝負因が濃厚であるとされ、児童青年期症例の統合失調症の遺伝歴は15～40%と報告されているが、実証的研究は少ない。

### (3) 成因

明らかな成因はわかっていないが、遺伝子異常や神経発達障害などの生物学的要因と心理社会的要因が関連しあって発症すると考えられている。

### (4) 基本症状

下記診断基準の「A」項目の症状。成人期発症例と基本的には同じであると言われているが、成人期発症例と比較して幻視が多く、妄想は体系化されていないものが多い。前駆期の症状や行動（不登校、成績低下、強迫症状など）は早期介入のためにも重要である。

### (5) 合併症・併存症

あらゆる精神障害が前駆期や慢性期に併存症として出現しうる。うつ病、強迫性障害、パニック障害、解離性障害、社会恐怖、身体表現性障害、摂食障害など。

### (6) 診断

診断基準（DSM-IV、1994）（成人期と同じ診断基準）

A. 以下のうち2つ以上、各々1カ月の期間ほとんどいつも存在。

- (1) 妄想 (2) 幻覚 (3) 解体した会話 (4) ひどく解体したまたは緊張病性の減裂 (5) 陰性症状（感情の平板化、思考の貧困、意欲の欠如）

B. 社会的または職業的機能の低下 C. 障害の持続的な徴候が6カ月間以上存在。

D. 失調感情障害と気分障害の除外 E. 物質や一般身体疾患の除外

F. 広汎性発達障害の既往がある場合、顕著な幻覚や妄想が1ヵ月間以上存在。

病型：妄想型、解体型、緊張型、鑑別不能型、残遺型

#### (7) 経過

早期発症ほど予後不良と言われてきたが、成人期発症例と同様にその経過や転帰は多様であり、児童青年期に経過不良であっても、その後良好な社会適応を示す場合もある。

#### (8) 対応

i) 薬物療法：抗精神病薬が主体だが、種類や用量についての見解は一定していない。

ii) 精神療法：支持的精神療法、本人・家族への心理教育は必須である。

iii) リハビリテーション：作業療法、デイケアなど。

疾患を抱えつつ、発達課題を乗り越え、自立へ向けて歩んでいけるよう、周囲の濃厚な支援が必要である。進学や就職などのライフイベントによる心理的負荷は避けられないため、再発や自殺のリスクには常に注意すべきである。家族へのサポート、学校との連携も重要である。

(賀吉勇輝)

### 3) F 3 : 気分障害（うつ病性障害）

#### (1) 概要

気分障害はうつ病性障害と双極性障害に大別される。うつ病性障害では、抑うつだけでなく、全般的な活動性減退、興味喜びの喪失、食欲障害・睡眠障害などの身体症状を伴い、双極性障害ではうつ病エピソードと軽躁あるいは躁病エピソードの交替が認められる。

#### (2) 痘学

i) 有病率：うつ病の有病率は、児童期で0.5～2.5%、青年期は2.0～8.0%である。

ii) 性差：児童期には性差はほとんど見られないが、青年期になると女性が増えている。

iii) 遺伝・家族性：気分障害は多因子遺伝疾患であり、遺伝的要因は存在する。

#### (3) 成因

いまだにうつ病性障害の明らかな成因はわかっていない。1) 生物学的要因、2) 心理的要因、3) 社会文化的要因が相互に関連しあって発症すると考えられている。

#### (4) 診断

##### 大うつ病性障害の診断基準 (DSM-IV, 1994)

以下の9項目のうち5つ以上が2週間以上持続する。少なくとも1つは、(1)抑うつ気分か(2)興味・喜びの喪失である。

①抑うつ気分

注イライラした気分でもよい

②興味・喜びの減退

③体重減少、食欲減退

注期待される体重増加がない場合でもよい

④不眠（または過眠）

⑤精神運動性の焦燥または制止

- ⑥易疲労感、気力減退
- ⑦無価値感、罪責感
- ⑧思考力・集中力減退、決断困難
- ⑨自殺念慮、自殺企図

#### (5) 合併症・併存症

子どものうつ病性障害は、単独で出現するよりも他の精神障害と併存して出現することが多い。注意欠陥多動性障害、行為障害、不安障害、摂食障害と併存しやすい。

#### (6) 経過

子どものうつ病の経過は、発症後1～2年で多くが寛解するが、その後再発する症例が多い。軽症まで含めると大人になって60～75%がうつ病を再発すると報告されている。

#### (7) 治療・介入

子どものうつ病の治療のポイントは、心理教育、薬物療法、精神療法、家族療法の4つを総合的に行うことである。まず、子ども自身および家族に病気の説明と治療の方法について分かりやすくかつ詳しく説明する。治療の方針として、薬物療法と精神療法を行っていくこと、休養が不可欠なこと、叱咤激励はしないこと、焦らないこと、重大な決定は回復するまで保留することなどを説明し、決して自傷や自殺をしないことを約束する。

子どものうつ病に対して抗うつ薬のSSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)の有効性が報告されている。ところが最近、パロキセチンなどの新規抗うつ薬(SSRI, SNRI)を子どものうつ病に使用すると、情動不安定、自傷行為を増加させるとして、注意および警告が発せられている。抗うつ薬の使用方法としては、初期用量を最少量にし、少しづつ增量して、慎重に観察することにより、深刻な事態にいたる前に未然に防ぐ必要がある。子どものうつ病に対する精神療法は、きわめて常識的なアプローチが最も適している。すなわち、心身ともに疲れ果てている子どもに休息をすすめ、干渉的にならぬように傍らに寄り添い、症状を確認しながら、つらかったこれまでの状況を理解し、元気が出きたら、焦らずに少しづつ、これからできることをともに考えていくのである。

また家族に対しては、これまでの苦労をねぎらい、当面の対応の仕方を助言し、ともに情報を交換しながら協力関係を作っていくことが重要である。

(傳田健三)

### 4) 神経症性障害など

#### (1) F40: 恐怖症性不安障害

##### (1) -1 F40.0: 広場恐怖

###### (1) 概要

単に開放空間に対する恐怖のみならず、安全な場所に容易に逃げ出すことが困難であるなど、空間に関連する状況に対する恐怖。通常、パニック障害、パニック発作との関連で生じることが多い。

###### (2) 痢学

i) 広場恐怖の生涯有病率は0.6～6%とされる。臨床例では広場恐怖を呈する患者の3/4はパニック障害を伴う。パニック障害の生涯有病率は1.5～3%、パニック発作の生涯有病率は3～4%とされる。

- ii) 広場恐怖を伴うパニック障害は女性で3倍多く診断される。
- iii) パニック障害の発症年齢は二峰性の分布を示すことがあるとされ、青年期後期、30代半ばにピークがある。また、小児期に発症する例も少數存在するとされる。
- iv) パニック障害をもつ人の第一度親族がパニック障害となる確率は8倍、発症が20歳以前場合は20倍になる。

### (3) 成因

- i) パニック障害については、パニック誘発物質（二酸化炭素、乳酸ナトリウム、重炭酸塩など）があることから生物学的要因が指摘されている。
- ii) 認知行動療法などの精神療法の有効性から社会心理学的要因が指摘されている。

### (4) 基本症状

診断基準の「A」項目の症状

#### (5) 合併症・併存症

パニック障害と大うつ病性障害の合併率は10～65%、社会恐怖、全般性不安障害の合併率は15～30%、強迫性障害の合併率は10%以下とされている。小児の分離不安障害との合併も指摘されている。

#### (6) 診断

診断基準（DSM-IV-TR、2000）

- A. 逃げるに逃げられないような場所や状況、またはパニック発作やパニック様症状が予期しないで、または状況に誘発されて起きたときに、助けが得られない場所や状況にいることについての不安。
- B. その状況が回避されているか、またはそうしなくとも、パニック発作またはパニック様症状が起こることを非常に強い苦痛または不安を伴いながら耐え忍んでいるか、または同伴者を伴う必要がある。

#### (7) 経過

パニック障害は症状の増強と減弱を繰り返す慢性的経過をとる。パニック障害は治療を受けて6～10年後に30%は良好、40～50%は改善しても症状は残り、20～30%は悪化するとされる。パニック障害が治療されると広場恐怖は時間とともに改善することが多い。パニック障害の既往のない広場恐怖は対応が困難で慢性的経過をとるとされる。

#### (8) 対応

- i) 薬物療法
- ii) 認知行動療法

薬物療法としては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）、三環系抗うつ薬（TCA）、ベンゾジアゼピン系抗不安薬が考慮される。児童・青年期のうつ病に対してSSRIであるパロキセチンが情動不安定性や自傷行動を増加させる可能性があるという警告が出ているためSSRI投与には本人、家族などに対する説明や注意が必要と考えられる。フルボキサミンであれば25mgからパロキセチンであれば10mgから投与することが望ましいと考えられる。フルボキサミンは50～75mgまで增量（中高生であれば体重に応じて150mgまで）して効果を確認する。TCAではイミプラミンかクロミプラミンの投与を考慮する。いずれも12.5mgから25mg程度から開始し、50mg～75mg程度まで（中高生であれば体重に応じて150mgまで）增量する。抗コリン性

の副作用に注意し、小児への投与は慎重を期した方がよいと考えられる。ベンゾジアゼピン系抗不安薬の投与は短期間にとどめ長期間の投与は避けた方がよいと考えられる。

### 並) 精神療法的対応

精神療法的対応としては、パニック発作の恐怖、予期不安のつらさなどに十分に共感を示すようにし、不安発作が生じたときの対処法について一緒に検討し、必要に応じ環境調整をおこなう。段階的に不安に陥りやすい状況に慣れてゆく練習をしたり、恐怖場面に挑戦するように即してゆく。

### (9) 専門機関への紹介

3ヶ月間十分な薬物療法と精神療法的対応をおこなっても治療反応性がみられない場合、専門機関への紹介を考慮する。

(朝倉 聰)

#### (1) -2 F40.1 : 社会恐怖

##### (1) 概要

集団内で他の人から注視される恐れを中心とし、社交場面を回避するようになる。社会不安障害とも呼ばれる。日本の対人恐怖と類似の病態と考えられる。

##### (2) 痘学

- i ) 生涯有病率は1~13%とされる。
- ii ) 地域疫学調査では男性よりも女性に多いことが示唆されているが、臨床例では男女比が等しいか、男性が多いとされる。
- iii ) 典型的には10代半ばで発症する。小児期にも発症することがある。
- iv ) 特に全般性社会恐怖では第一度親族が社会恐怖となる確率は約10倍とされる。

##### (3) 成因

- i ) 選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)、モノアミン酸化酵素阻害薬(MAOI)などの薬物療法の有効性や機能画像検査(fMRI、PET、SPECTなど)による扁桃体機能を中心とした機能異常が報告されていることから生物学的要因が指摘されている。
- ii ) 認知行動療法などの精神療法の有効性から社会心理学的要因が指摘されている。

##### (4) 基本症状

診断基準の「A」項目の症状

##### (5) 合併症・併存症

特定の恐怖症とは50%以上、大うつ病性障害、アルコール乱用とは15~20%の合併がみられるとしている。

##### (6) 診断

診断基準(DSM-IV-TR、2000)

- A. 人前で他人の注視を浴びるかもしれない社会的状況または行為をするという状況に対する顕著で持続的な恐怖。  
注: 子供の場合は、よく知っている人とは年齢相応の社会的関係を持つ能力があるという証拠が存在し、その不安が、大人との交流だけでなく、同年代の子供との間でも起こるものでなければならない。

B. 恐怖している社会的状況への暴露によって不安反応が誘発され、それは状況依存性または状況誘発性のパニック発作の形をとることがある。

注：子供の場合は、泣く、かんしゃくを起こす、立ちすくむ、またはよく知らない人と交流する状況から遠ざかるという形で、恐怖が表現されることがある。

C. 恐怖が過剰であること、または不合理であることを認識している。

注：子供の場合は、こうした特徴のない場合もある。

D. 恐怖している社会的状況または行為をする状況は回避されるか、または強い不安、苦痛を感じながら耐え忍ばれている。

E. 恐怖している社会的状況または行為をする状況の回避、不安を伴う予期、または苦痛のために、毎日の生活習慣、職業上の機能、社会活動または他者との関係が障害されており、恐怖症があるために著しい苦痛を感じている。

F. 18歳未満の人の場合、持続期間は少なくとも6ヶ月である。

全般性：恐怖はほとんどの社会的状況に向けられている場合

#### (7) 経過

恥をかくような体験に続いて突然発症することも、潜在的に徐々に起こることもある。経過は持続性の場合が多い。

#### (8) 対応

i) 薬物療法

ii) 認知行動療法

iii) 森田療法

薬物療法としては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）、ベンゾジアゼピン系抗不安薬が考慮される。児童・青年期のうつ病に対してSSRIであるパロキセチンが情動不安定性や自傷行動を増加させる可能性があるという警告が出ているためSSRI投与には本人、家族などに対する説明や注意が必要と考えられる。フルボキサミンであれば25mgからパロキセチンであれば10mgから投与することが望ましいと考えられる。フルボキサミンは50~75mgまで增量（中高生であれば体重に応じて150mgまで）して効果を確認する。効果が認められれば1年間は薬物療法を継続することが望ましい。ベンゾジアゼピン系抗不安薬の投与は短期間にとどめ長期間の投与は避けた方がよいと考えられる。

#### iv) 精神療法的対応

精神療法的対応としては、症状に対する悩みを十分に聴き共感を示すことが重要と考えられる。また、症状を性格の問題と思っている場合も多いため心理教育的対応も必要になる。そのうえで、恐怖感が強まり回避行動が多くなる状況に対し対処法を一緒に検討してゆく。また、段階的に不安に陥りやすい状況に慣れてゆく練習をしたり、恐怖場面に挑戦するように即してゆく。専門的には認知行動療法や森田療法などが行われる。

#### (9) 専門機関への紹介

3ヶ月間十分な薬物療法と精神療法的対応をおこなっても治療反応性がみられない場合、専門機関への紹介を考慮する。

(朝倉 聰)

### (2) F 4 2 : 強迫性障害

#### (1) 概要

強迫観念（不合理な内容の考えが意に反して頭の中に浮かんでくること）と強迫行為（ある行動に驅り立てられて、それを行わないと気が済まないこと）によって規定されている。しかし子どもにおいては不合理さへの洞察は必須の条件ではない。

## (2) 痘学

- i ) 有病率 児童思春期の子どもの約 0.5～4 %
- ii) 好発年齢 男子：前思春期 女子：思春期
- iii) 性差 前思春期には男子の方が多いが、思春期にはほぼ同率となる
- iv) 遺伝・家族性 強迫性障害やトウレット障害を有する家族が多いと言われている

## (3) 成因

強迫性障害を呈しやすい素因を持つ子どもが強迫症状を繰り返すことで症状を強化していく、重篤化かつ固定化すると強迫性障害としての診断を満たすこととなる。

## (4) 基本症状

診断基準の「A」項目の症状

## (5) 合併症・併存症

併存がしばしば論じられる障害としては、チック障害、大うつ病性障害、他の不安障害、抑うつ気分を伴う適応障害、破壊的行動障害、分離不安障害、遺尿症、遺糞症などである。

## (6) 診断

診断基準 (DSM-IV-TR、2000)

### A. 強迫観念または強迫行為の存在

強迫観念：反復的、持続的な思考・衝動であり、一時期にせよ侵入的で不適切なものと体験されており、強い不安や苦痛を引き起こすことがある。

その思考・衝動は単なる現実生活の過剰な不安ではない。

本人は、思考・衝動を何か他の思考や行為によって中和しようとしている。

本人は、その思考・衝動が外部から強制されたものではなく、自分自身の心の産物と認識している。

強迫行為：反復行動（例：手を洗う）または心の中の行為（例：数を数える）であり、本人は強迫観念に反応して、それを行うよう駆り立てられていると感じている。

その行動は、苦痛を予防したり、緩和したりすることを目的としている。

しかし、この行動はそれによって中和したり予防したりしようとしていることとは現実的関連をもっていないし、また明らかに過剰である。

B. 強迫観念または強迫行為は、強い苦痛を生じ、時間を浪費させ（1日1時間以上）、また本人の正常な毎日の社会的活動、他者との関係性を著明に障害している。

C. パーソナリティ障害と精神遅滞を除いた他の精神障害が存在している場合、強迫観念または強迫行為の内容はその障害に限定したものではない（例：摂食障害における食物へのとらわれ）。

D. 薬物の作用や身体疾患によるものではない。

## (7) 経過

基本的には慢性的な経過をたどる傾向が強い

## (8) 対応

- i) 選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）を中心とした薬物療法
- ii) 曝露反応妨害法を中心とした認知行動療法
- iii) 家族療法
- iv) 入院治療

強迫性障害に陥った子どもに対する治療としては当然であるが、まずは患者・治療者間の信頼関係の確立、本人と保護者に対する疾病に関する教育の2つが何よりも優先されることとなる。

その上で認知行動療法や薬物療法を用いていくことが一般的である。認知行動療法としては強迫症状を形成している「先行刺激」「強迫観念」「強迫行為」を明らかとし、それらがいかに悪循環的を起こしているのかということを理解共有した上で、「課題」を設定しながら本人が努力していく様に援助していく。

強迫症状に対する薬物治療としてはSSRIが代表的である。三環系抗うつ薬の中でも比較的セロトニン再取り込み阻害作用の選択性が高いclomipramineもその効果は実証されているが、安全性という点から考えると第一選択薬としてはSSRIが望ましい。

そのような介入を外来で実施していくなかで、外来治療の限界を感じた場合は入院治療を導入する。

#### (9) 専門機関への紹介

一定の介入を実施しても改善がみられない場合や以下の場合は専門機関への紹介を検討する。

- ①強迫症状が遷延化し、ひきこもりなどが懸念される場合
- ②迷惑行為・攻撃的行動（万引きや器物破損、家庭内暴力など）が認められる場合
- ③併存障害の重篤化（うつ病の自殺念慮など）が懸念される場合

（小平雅基）

### （3）F4.3：重度ストレス反応及び適応障害

#### (1) 概要

例外的に強いストレスあるいは持続的な不快な境遇をもたらすような生活変化を原因とするもの。急性ストレス反応、外傷後ストレス障害（PTSD）、適応障害が含まれる。

以下、外傷後ストレス障害(posttraumatic stress disorder, PTSD)を中心に述べる。

#### (2) PTSDの概念と成因

- i) 概念：ほとんど誰にでも大きな苦悩を引き起こすような例外的に著しく脅威的な、あるいは破局的な出来事（心的外傷体験）に対する、遅延した、または遷延した反応。
- ii) 心的外傷体験の実例：自然災害、人為災害、事故、戦闘体験、他人の悲惨な死の目撃、拷問、虐待、いじめ、テロリズム、強姦をはじめとする性被害、その他の犯罪被害など。

#### (3) PTSDの疫学

国際的にはPTSDの有病率は1～8%とされている。

近年のわが国の調査(WMH J, 2005)では、12ヶ月有病率が0.4%、生涯有病率は1.6%。一般に若年成人で最も有病率が高く、男性より女性の有病率の方が高い。

子どものPTSDの有病率に関する信頼できるデータは乏しい。

#### (4) PTSDの基本症状

i) いわゆる「P T S Dの3大症状」

a) 侵入想起（再体験）

心的外傷体験の記憶が意図しないのに繰り返し生々しくよみがえる（いわゆるフラッシュバック）、悪夢。

b) 回避・まひ

その外傷体験に似た状況や関連する状況を意識的あるいは無意識的に避けようとする。また、それに伴って感情や感覚などの反応性がまひする。

c) 過剰覚醒

持続的な知覚過敏状態と警戒心の増大（睡眠障害、易怒性、過度の驚愕反応）、交感神経系の亢進状態。

ii) 子どものP T S D症状

言語的表現力が未発達な子どもは、

- ・ 外傷体験によってもたらされた戦慄や恐怖を、まとまりのない、あるいは興奮した行動や不機嫌によって表現する
- ・ 外傷体験の一侧面を表現する遊びを繰り返したり（ポストトラウマティック・プレイ）、外傷特異的な再演を繰り返す
- ・ 内容のはっきりしない悪夢（黒い雲が全身を取り巻くなど）
- ・ 回避するかわりに、分離不安や退行、身体化（頭痛、腹痛など）をしめすといった症状を呈しやすい。

(5) P T S Dの合併症・併存症

抑うつ症状やさまざまな解離性症状を伴うことが多い。

長期反復性の外傷体験（児童虐待や拉致監禁被害など）は、解離性症状を生じやすい。

解離性症状（健忘、遁走、人格交代現象）が顕著な際には、「複雑性P T S D」と呼ばれることがある。

(6) P T S Dの診断

i) I C D - 1 0 の診断基準

心的外傷体験を体験してから、通常は6カ月以内に侵入想起症状が出現すること。

ii) 子どもに特化した診断基準

D S M - IV の診断基準は低年齢児に適したは適用しにくいので、3大症状がそれぞれ少なくとも一つあればよいとする意見が強い。

(7) P T S Dの経過と影響

小児期に発症したP T S Dは半年から3年の間に30～60%が回復する。

発達期に外傷体験をこうむると、その後の社会性や道徳観の形成に重大な影響を及ぼすことがある。また、外傷体験の直後やP T S D罹患中には、学習障害が生じやすい。

(8) P T S Dの治療と対処

i) 初期対応

外傷体験の直後には、とにかくその子どもが安心と安全を得られるような環境を確保することが最優先。保護的な人物ができる限りいつも近くにいて、子どもの愛着行動を受け止めるようにする。外傷体験そのものについて不用意に問い合わせすることは避ける。

ii) 精神療法

目標は、日常生活の中で怒りのコントロールと外傷前の対人関係パターンの修復。  
子どもが日常生活の中でポストトラウマティック・プレイをすることを承認する。  
遊戯療法などを通して外傷体験の記憶を安全に表していくことを推奨する。あるいは、  
体験の言語化を促す。

必要ならば、曝露法などの認知行動療法的技法を用いて、体験の想起に対する恐怖感や  
回避行動を取り除いていく。

#### 並) 薬物療法

成人に比して、適応と効用は限定的。

興奮や激しい行動化が見られる場合には、少量の抗精神病薬を用いる。

#### (9) P T S D以外の診断カテゴリーについて

##### i) 急性ストレス反応

例外的に強いストレスに対する反応として出現。重篤だが一過性。「眩惑(daze)」状態を  
特徴とする。

##### ii) 適応障害

ストレスの多い出来事、あるいは生活上の変化に対する適応過程で生じる。不安、抑う  
つ、苦悩、緊張、攻撃的行動のうちの一つあるいは複数が特徴的に出現。

(岩井圭司)

### (4) F 4 4 : 解離性(転換性)障害

#### (1) 概要

意識、記憶、同一性、周囲の知覚など通常は統合されている機能の破綻をきたす障害。

#### (2) 痘学

##### i) 性差

男性:女性 1:3~4 (18歳以下)

一般に年齢が高くなるとともに女性の割合は増大する。

##### ii) 好発年齢 約15歳

##### 並) 遺伝性 いまだわかつていない

#### (3) 成因

##### i) 親からの虐待やネグレクト

##### ii) 学校でのいじめ

##### iii) 親の精神不安定

##### iv) 両親の不仲、離婚など

#### (4) 基本症状

トランジット状態など意識変容が主であり、意識消失、もうろう状態、昏迷などが多い。  
その他、抑うつ、健忘、幻覚、退行、情動・行動の急激な変化、自傷行為など多彩な症状  
がみられる。健忘は中学後半頃からはつきりと訴えるようになる。学業不振、注意散漫な  
どにも注意する。

#### (5) 合併症・併存症

##### i) うつ病、行為障害、不登校

##### ii) アスペルガー症候群、注意欠陥/多動性障害(ADHD)

#### (6) 診断

意識、記憶、同一性、周囲の知覚など通常は統合されている機能の破綻がみられ、解離性健忘、解離性遁走、解離性同一性障害、離人症性障害、特定不能の解離性障害などに分類される。

①健忘、②離人症状、③疎隔症状、④同一性混乱(自己の同一性についての主観的な不確実さと葛藤)、⑤同一性変容(異なった同一性の客観的行動)などに注目する。子ども版解離評価表(CDC)も参考になる。

- ・鑑別 てんかん、物質乱用、統合失調症など

(7) 経過

成年期に比較して、概して良好である。ストレスが持続している場合には、慢性化しやすい。

(8) 対応

i ) 薬物療法

・過敏な反応や情動不安定、衝動性がみられる場合には、リスペリドンの少量(1～3mg程度)やバルプロ酸が有効である。

・頑固な不眠や悪夢にはトラゾドンやアミトリプチリンなどを睡前に処方する。

ii ) 精神療法

・安全な環境と安心感の獲得が前提である。

・人格の統合や心的外傷への直面化にはあまりこだわらない。

・支持的に接し、生活一般について具体的に助言する。

・児童の自己評価を強化し、つねに希望がもてるよう支援する。

・ときに愛着欲求を満たす。

・破壊的行動や自傷行為などについては行動制限を設け、人格の発達を促す。

・遊戲療法や描画療法も有効である。

iii ) 連携

・母親との面接を取り入れる。父親が面接に参加できればなおよい。

・学校でのいじめや不適応が認められれば、学校精神保健担当者と連携し対応する。

・虐待やネグレクトなど家族内の外傷が認められ、改善が困難であると判断されれば児童保護機関に通告し、連携をはかる。

(9) 専門機関への紹介

以下の場合には専門機関へ紹介することが望ましい。

・解離性同一性障害と診断され、明らかな交代人格が確認できる場合(幼ければ幼いほど一般的に予後は悪いとされる)

・自己破壊的行動が目立つ場合

・慢性化している場合(受診前に半年以上症状が持続している)

(柴山雅俊)

(5) F 4 5 : 身体表現性障害

DSM-IVでは、この範疇に身体化障害、転換性障害、疼痛性障害、心気症、身体醜形障害などが含まれる。これらの共通特徴は、器質的身体疾患を示唆する身体症状が存在するのに、医学的にそのような疾患が認められず、その症状は臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的な領域における機能の障害を引き起こすことである。また、虚偽性障害や詐

病とは対照的に、その身体症状は意図的（随意的な制御によるもの）なものではない。

(1) 身体化障害・鑑別不能型身体表現性障害

反復的で多彩な身体的愁訴が長期に続き、それにより仕事や学業に著しい機能障害が生じる。その長い経過中に、疼痛症状、胃腸症状、性的症状、偽神経学的症状などが必ず認められるが、鑑別不能型ではその身体的愁訴は倦怠感や食欲不振など一つの症状に限定していくてもかまわない。これらの精神障害は成人期早期に発症することが多く、女性に多い。

(2) 転換性障害

随意運動機能または感覚機能の障害が認められるものである。そして、その症状には心理的要因が関与していると考えられるが、意図的なものではなく、それにより仕事や学業に著しい機能障害が生じるものである。小児期後期から成人期早期に出現することが多く、症状は短期間に解消することが多いが、再発を繰り返しやすい。

(3) 疼痛性障害

一つあるいはそれ以上の身体部位の疼痛が長期に続き、その症状には心理的要因が関与していると考えられるが、意図的なものではなく、それにより仕事や学業に著しい機能障害が生じるものである。どの年齢にも起こりうるが、女性に多い。

(4) 心気症

自覚する軽微な身体症状や身体感覚に対して、自分が重篤な病気にかかるのではないかと恐れ、既に重篤な病気にかかってしまっているという観念にとらわれる。ただし、自分が重篤な病気であるという確信には妄想的強固さではなく、外見的な容姿についての悩みに限るものではない。発症に性差はなく、好発年齢は成人期早期である。自分自身や家族が重篤な病気になった、あるいは亡くなったというような強い心理社会的ストレスが発症と関連することがある。通常、症状の増強と軽減を伴い慢性に経過する。

(5) 身体醜形障害

自分の外見の欠陥に対すると強いとらわれがあり、その欠陥は想像上のものか、些細な異常に対する過剰な心配によるものである。顔、体格、性器などに関する訴えが多く、本人の強い希望で形成術を受けることもあるが、それによって障害が解消することは稀である。小児期後期から青年期に発症することが多く、慢性に経過する。

(6) 対応

器質的異常のないことを保証しても効果はなく、より深層にある不安を和らげる精神療法に加え、抗不安薬、抗精神病薬、抗うつ剤などによる薬物療法が必要である。

(氏家 武)

5) F 5 : 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群

(1) F 50 : 摂食障害

(1) 概要

主に Anorexia nervosa (神経性無食欲症;以下 AN) と Bulimia nervosa (神経性大食症;以下 BN) に大別される。その大半は思春期・青年期の女性にみられるが、近年、前思春期や後年発症のものも含め急増している。身体合併症のみならず精神障害の comorbidit y も多く、その予後は決して楽観できない。

(2) 瘦学

i) 有病率：特に欧米先進国で多く、若年女性において AN は 0.1~0.5% 程度、BN は約 1~4%。AN に比して BN は約 10 倍である。

ii) 性差：AN では男：女=1:10~20、BN では男：女=1:5~10

iii) 好発年齢：10~20 歳代(10 代後半中心)。BN は AN に比べやや高年発症。

iv) 遺伝性・家族性：時に家族集積性が認められることがある。

### (3) 成因

精神発達的問題、思春期の自立葛藤、対人ストレス、痩身願望などの心理社会的背景が複雑に絡み合うことによって摂食量が低下すると、身体的素因としての脆弱性を有するものでは、認知・情動-摂食行動制御系の機能異常が引き起こされる。このため生じた飢餓等により種々の生理的、精神的変化が生じ、摂食異常が悪循環的に維持されるという多元的モデルが推定されている。

### (4) 基本症状

i) 精神症状：痩せ願望、肥満恐怖、身体像の障害、病識欠如、活動性の亢進または低下などの他、抑うつや不安、強迫症状などをしばしば伴う。

ii) 行動異常：不食や摂食制限、過食(binge eating)などの摂食異常の他、自己誘発性嘔吐、下剤や利尿剤の乱用などの排出行動(purgating)、自傷や自殺企図、万引き、アルコールや薬物乱用などの衝動行為。

iii) 身体症状：低体重、無月経の他、徐脈、低血圧、低体温、浮腫など

### (5) 合併症・併発症

i) 身体面：低栄養状態、排出行動などにより皮膚、血液、電解質、消化器、肝臓、腎臓、脂質代謝、循環器系、骨・筋肉系、内分泌系、中枢神経系等に多彩な症状。

ii) 精神障害の comorbidity：抑うつを主とする気分障害、社会恐怖、強迫性障害などの不安障害、薬物やアルコールなどの物質依存、境界性、演技性、回避性、強迫性など種々の人格障害を高率に合併。

### (6) 診断

#### ■ AN (DSM-IV, APA, 1994)

(ア) 年齢と身長に対する正常体重の最低限を維持することの拒否(標準体重の 85% 以下など)。

(イ) 低体重であっても体重増加や肥満に対する強い恐怖が存在。

(ウ) 体重や体型についての認識の障害。自己評価が体重や体型に過剰に影響されている。

(エ) 初潮後の女性では少なくとも 3 ヶ月以上の無月経。

分類 制限型：規則的なむちや食いや排出行動を認めない。

過食／排出型：規則的な過食や排出行動を認める。

#### ■ BN (DSM-IV, APA, 1994)

A. 過食のエピソードを繰り返す。過食のエピソードは以下の 2 項目で特徴づけられる。(1)一定の時間内に大量の食物を摂取。(2)その間、摂食を制御できない感じを伴う。

B. 体重増加を防ぐために自己誘発性嘔吐、下剤や浣腸薬、利尿剤の誤用、あるいは激しい運動などを繰り返し行う。

C. 過食と体重増加を防ぐ行為が最低週2回以上、3ヶ月続く。

D. 自己評価は、体重や体型に過度に影響を受けている。

E. AN のエピソード中に生じていない。

分類 排出型：規則的に自己誘発性嘔吐や、下剤や浣腸薬、利尿剤を誤用。

非排出型：排出行動によらず、絶食や過度の運動により体重増加を防いでいる。

#### (7) 経過

単一の病型で慢性的に経過するものから、AN から BN などと病型移行するもの、一旦回復した後に再発するものなど経過は様々である。10 年の経過で過半数の患者が回復しているが、部分回復に留まるものが 3 割前後、残りはまだ症状が持続しているとする報告が多い。AN の場合、10 年間の死亡率は 5~10% に達する。

#### (8) 対応

疾患の心理教育を行いつつ治療関係の形成と維持に努め、治療の動機付けを行う。精神面・行動面・全身状態の評価を総合的に行い、身体面で重篤な症状があれば、飢餓状態の改善などの身体治療を優先する。合併精神症状に対しては、SSRI をはじめとした薬物療法を適宜行う。学校や家庭との連携のみならず、関連各科の医師や看護師、心理士、栄養士など多職種によるチーム医療体制を整える。

#### (9) 専門機関への紹介

特に AN では、体重減少が高度だったり合併症が著しければ、積極的な入院治療が必要である。その際には、患者の病態、許容度、医療者側の専門性に応じて入院環境をどこで行うのか慎重に選択する必要がある。

(北川信樹)

## (2) F 5 1 : 非器質性睡眠障害

#### (1) 概要

小児での睡眠障害は成人の睡眠障害と共通する部分もあるが、成人では稀な症状が頻繁に見られることがある。これは、小児が発達過程にあり、発達過程で睡眠構築をはじめ睡眠の構造が大きく変化することが背景にあると考えられる。さらに、睡眠障害は多岐にわたり、症状・経過も一様でないため、すべてを包括する診断基準を示すことができない。しかし、診断の上で重要な症状・病歴聴取については共通する部分が多いため、共通部分を中心に紹介する。

#### (2) 痘学

小児の睡眠障害の疫学についての研究は少ないが 15~18 才を対象に行った調査では、約 25% が不眠症状を訴え、約 4% が実際に不眠症の診断基準を満たし、0.5% が概日リズム睡眠障害の診断基準を満たすと報告されている。

#### (3) 成因

症状が多岐にわたると同様、成因も様々である。最近、注目されている成因のひとつとして睡眠衛生の不良、つまり不適切に短い睡眠時間や夜型生活が挙げられている。これらにより、行動誘発性睡眠不足症候群などが生じ日中の過度な眠気が引き起こされることがある。一方で、生物学的に生活リズムが後退する睡眠相後退症候群などでは、本人の意思によらず夜型生活となり、学校などに遅刻してしまう状態となることがある。

#### (4) 基本症状

小児の睡眠障害には「不眠症」のほか、睡眠中の呼吸が阻害され睡眠の質が低下する「睡眠関連呼吸障害」、目中の過度な眼瞼と極端に長い睡眠時間を伴う「過眠症」、生活リズムが極端な朝型・夜型になる「概日リズム睡眠障害」、睡眠中に不随意な運動が生じる「パラソムニア」や「睡眠関連運動異常症」、そしてこれらに分類されない「その他の睡眠障害」に分けることが出来る。それらの細分類を含め以下に示す。

##### A. 不眠症

小児行動性不眠症

睡眠開始随伴障害

しつけ不足睡眠障害

##### B. 睡眠関連呼吸障害

閉塞型睡眠時無呼吸症候群

##### C. 過眠症

行動誘発性睡眠不足症候群

ナルコレプシー

特発性過眠症

反復性過眠症

##### D. 概日リズム睡眠障害

睡眠相後退症候群

非 24 時間型睡眠覚醒障害

##### E. パラソムニア（睡眠随伴症）

錯乱性覚醒

睡眠時遊行症

睡眠時驚愕症

レム睡眠関連パラソムニア

##### F. 睡眠関連運動異常症

レストレスレッグ症候群

睡眠関連律動性運動異常症

##### G. その他の睡眠障害

環境因性睡眠障害

#### (5) 合併症・併存症

睡眠障害と合併する身体疾患としては、非 24 時間型睡眠覚醒障害などでは脳器質疾患の合併が報告されており、レストレスレッグ症候群では鉄欠乏性貧血の合併が報告されている。さらに、閉塞型睡眠時無呼吸症候群では扁桃肥大・漏斗胸がみられる。

注意欠陥多動性障害では、レストレスレッグ症候群・睡眠関連律動性運動異常症・閉塞型睡眠時無呼吸症候群などの睡眠障害が合併しやすいとの報告もある。

#### (6) 診断基準

各睡眠障害の診断基準は多岐にわたるため、ここでは一般精神科で診断をする際に重要な診察・病歴聴取の要点を紹介しておく。

日常生活の習慣としては、入床時刻と実際の就寝時刻の聴取が基本となるが、その他にも、就寝時の癖や習慣、朝の起床時の疲れ具合、昼寝の有無、睡眠・覚醒のために使用している薬剤の有無などを聴取する必要がある。また、学校のある日・ない日での起床時間の違いを聴取しておくことは日常的な睡眠不足を判定するうえで重要となる。

睡眠中の状態について注意が必要なことは、睡眠の分断具合や寝小便のほか、持続的なイビキ、口呼吸、錯乱様の覚醒、起床時の恐怖、悪夢、などの有無およびその頻度を記載する必要がある。

身体的な特徴としては、身長、体重、BMI、頭蓋形成不全の有無、扁桃肥大の有無、舌基部肥大の有無、アデノイド顔貌を記載することで無呼吸症などの診断の助けとなる。

さらに、睡眠中の行動だけではなく、日中の激しい眠気、変動しやすく落ち込みやすい気分、注意欠陥など覚醒中の状態を聴取することは睡眠障害の診断の上で重要となる。

最後に睡眠状況が社会的な活動や学校生活にどのような影響を与えていたかを聴取することが治療の方針を決める上で重要である。

#### (7) 経過

経過は、各障害により様々である。

#### (8) 対応

対応も、各障害により様々である。小児行動性不眠症・行動誘発性睡眠不足症候群などで睡眠衛生に問題がある場合には、適切な睡眠時間を確保するように指導することで改善が見られる。

パラソムニアに対する対応は、積極的な介入よりも錯乱覚醒中の行動で児童が怪我をしないような保護的な対応をすることが必要である。

このように非薬物療法が有効な場合もあるが、睡眠障害のなかには薬物療法が有効な場合も多い。

#### (9) 専門機関への紹介

小児の睡眠障害について、専門機関へ紹介する基準として一概に基準を設けることは出来ない。しかし、睡眠の質が低下して学業などに悪影響がある場合や、睡眠障害により患者本人だけでなく家族の不眠状態が続く場合など、児童の睡眠障害により社会的な障害が続く場合は専門機関への紹介が勧められる。

(大川匡子、松尾雅博)

## 6) F 90～98

### (1) F 91：行為障害

#### (1) 概要

他者の基本的人権、または社会的規範・規則を侵害する行為が、反復し持続するもの。中核群は反社会性人格障害の幼若型と考えられている。

#### (2) 痘学

表面化しない事例が多く存在するため、統計学的詳細は不明である。

行為障害と非行は一致しないが、参考として

平成16年の少年刑法犯・触法少年の検挙・補導人員は193,076人で、10歳以上20歳未満の少年人口10万人当たり1,505.9人である。およそ3：1で、男子が多い。

### (3) 成因

中核群については不明である。かつてYY個体が犯罪者集団に多いことが注目されたが、現在はあまり議論されていない。

併存する精神障害の一部分症状として行為障害がある場合がある。また問題行為の発現や、その頻度・程度の増悪に、環境因やストレスが関与することがある。

### (4) 基本症状

DSM-IV-TR 診断基準「A」項目の問題行動があげられる。

### (5) 合併症・併存症

行為障害は起こっている事象のみで診断される疾患概念であるため、あらゆる精神疾患が合併・併存しうるが、特に以下の疾患との併存について注意が必要である。

- ① 統合失調症
- ② 気分障害
- ③ 広汎性発達障害
- ④ 注意欠陥／多動性障害
- ⑤ 適応障害
- ⑥ てんかん等による軽い意識の障害
- ⑦ 精神作用物質等による精神障害

### (6) 診断

診断基準 [DSM-IV-TR(2000) 医学書院版(2002)より抜粋]

A. 他者の基本的人権または年齢相応の主要な社会的規範または規則を侵害することが反復し持続する行動様式で、以下の基準の3つ(またはそれ以上)が過去12カ月の間に存在し、基準の少なくとも1つは過去6カ月の間に存在したことによって明らかとなる。

#### <人や動物に対する攻撃性>

- ① しばしば他人をいじめ、脅迫し、威嚇する。
- ② しばしば取っ組み合いの喧嘩を始める。
- ③ 他人に重大な身体的危害を与えるような武器を使用したことがある(例: バット、煉瓦、割れた瓶、ナイフ、銃)。
- ④ 人に対して残酷な身体的暴力を加えたことがある。
- ⑤ 動物に対して残酷な身体的暴力を加えたことがある。
- ⑥ 被害者の面前での盗みをしたことがある(例: 人に襲いかかる強盗、ひったくり、強奪、武器を使っての強盗)。
- ⑦ 性行為を強いたことがある。

#### <所有物の破壊>

- ⑧ 重大な損害を与えるために故意に放火したことがある。
- ⑨ 故意に他人の所有物を破壊したことがある(放火以外で)。

#### <嘘をつくことや窃盗>

- ⑩ 他人の住居、建造物、または車に侵入したことがある。
- ⑪ 物や行為を得たり、または義務を逃れるためしばしば嘘をつく(すなわち、他人を“だます”)。

⑫ 被害者の面前ではなく、多少価値のある物品を盗んだことがある(例：万引き、ただし破壊や侵入のないもの；偽造).

<重大な規則違反>

⑬ 親の禁止にもかかわらず、しばしば夜遅く外出する行為が13歳以前から始まる.

⑭ 親または親代わりの人の家に住み、一晩中家を空けたことが少なくとも2回あった(または、長期にわたって家に帰らないことが1回).

⑮ しばしば学校を怠ける行為が13歳以前から始まる.

B. この行動の障害が臨床的に著しい社会的、学業的、または職業的機能の障害を引き起こしている。

C. その者が18歳以上の場合、反社会性人格障害の基準を満たさない。

小児期発症型行為障害 10歳になるまでに基準の少なくとも1つが発症。

青年期発症型行為障害 10歳になるまでに基準症状がまったく認められなかつた。

発症年齢特定不能の行為障害

軽症

診断を下すのに必要な項目数以上の行為の問題はほとんどなく、および、行為の問題が他人に比較的軽微な害しか与えていない(例：嘘をつく、無断欠席、許可なく夜も外出する).

中等症

行為の問題の数および他者への影響が軽症と重症の中間である(例：被害者に面と向かうことなく盗みを行う、破壊行為).

重症

診断を下すのに必要な項目数以上に多数の行為の問題があるか、または、行為の問題が他者に対して相当な危害を与えている(例：性行為の強制、身体的残酷さ、武器の使用、被害者の面前での盗み、破壊と侵入).

なお ICD-10においては、他の重篤な精神疾患が合併・併存する場合はそちらの診断を優先し、行為障害の診断をしないとしている。また、家庭内に限られる【家庭限局性】行為障害(F91.0)、非社会性【非社会化型】【グループ化されない】行為障害(F91.1)、社会性【社会化型】【グループ化された】行為障害(F91.2)が下位分類される。

述懐される問題行為は、陳述者によって良くも悪くも修飾がなされていることがあり、診断確定のためには事実の確認が必要となる。

(7) 経過

中核群の予後は、良いとは言えない。反社会性人格障害に移行するものも含め、成人しても問題行動を繰り返すことがある。

併存する精神疾患がある場合は、その疾患の治療反応性や予後により異なる経過をとる。環境調整やストレスコントロールで軽症化が期待できる場合がある。

(8) 対応

合併・併存する精神疾患がある場合は、その治療を行う。治療の経過中に問題行為の質的量的变化を観察し、疾患が単に行為障害に合併しているだけのものなのか、あるいは行為障害の原因であったり問題行為を増幅させているのかについて評価しなければならない。

特に他の疾患を持たない場合、確立した治療法はない。本人に問題意識・治療意欲のな

い多くの事例に対する精神科医療機関の関わりは、家族など周辺の人物からの相談により始まることがほとんどであるが、その場合相談者への精神的サポートが主たる対応となる。本人に治療意欲がある場合には、イライラや衝動性などに対し対症的に薬物療法を行なながら、さまざまな心理的精神科的治療・働きかけを行うことができる。

矯正施設内では認知療法、行動療法、時に家族療法などいろいろな手法を組み合わせて処遇するが、再犯を抑止できない事例も多い。矯正教育の更なる発展と、法的整備が望まれる。

#### (9) 児童思春期精神科医療専門機関への紹介

合併・併存する精神疾患の治療について、必要があると考えられる場合には専門医療機関への紹介は有益である。

若年であるがゆえに、併存する精神疾患の有無が評価しにくい場合も専門医療機関への紹介が必要となる。

それ以外の事例については、専門医療機関での治療が必ずしも有効であるわけではない。治療の専門性よりも、治療者と本人あるいは相談者との信頼関係の強さが重要な場合も多い。ただし、本人あるいは相談者が興味を持ったときには、専門医療機関への紹介をためらわないでよい。

また、児童相談所などの相談機関については、早期から並行して関わりを持ってもらうとよい。

(関 渉)

### (2) F 9 3 : 分離不安障害

#### (1) 概要

子どもが、強い愛着を抱く人物（親や主な養育者）に対し、極端な分離不安を示したり、そのために、生活に支障をきたすような場合、これを分離不安障害と診断する。愛着対象に対する多少の分離不安は、発達的にみて正常な現象であり、それ自体は問題ではない。

#### (2) 痘学

- i) 有病率 子どもの4%程度。小児期から青年期にかけて減少する
- ii) 性差 男女差はない
- iii) 好発年齢 就学前にも発症するが、多くは7~8歳にみられる

#### (3) 成因

- i) 行動抑制的な気質（極度の引っ込み思案、不慣れな環境での引きこもりなど）
- ii) 母親の不安定さ（母親の不安障害、子どもへの不安定な愛着など）
- iii) 家族関係（家庭での甘やかし、過保護、強過ぎる家族の絆など）
- iv) 生活上のストレス（親族の死、子ども自身の病気、転居など）

#### (4) 基本症状

診断基準の「A」項目の症状

#### (5) 合併症・併存症

- i) 不安障害（過剰不安障害、特定の恐怖症）、うつ病性障害
- ii) 登校拒否・登校困難、そのための成績不良、友人関係の広がりの乏しさなど

#### (6) 診断

診断基準（DSM-IV-TR）

\*DSM-IV-TR [精神疾患の診断統計マニュアル新訂版、2003 より転載)

- A. 家庭または愛着をもっている人からの分離に対する、発達的に不適切で、過剰な不安で、以下の項目のうち3つ（またはそれ以上）が証拠として存在する。
- ① 家庭または愛着をもっている重要人物からの分離が起こる、または予測される場合の反復的で過剰な苦痛
  - ② 愛着をもっている重要人物を失う、またはその人に危険がかかるかもしれないという持続的で過剰な心配
  - ③ 厄介な出来事によって、愛着をもっている重要人物から引き離されるのではないかという持続的で過剰な心配（例：迷子になる、または誘拐される）
  - ④ 分離に対する恐怖のために、学校やその他の場所へ行くことについての持続的な抵抗または拒否
  - ⑤ 1人で、または愛着をもっている重要人物がいないで家にいること、または他の状況で頼りにしている大人がいないことに対する持続的で過剰な恐怖または抵抗
  - ⑥ 愛着をもっている重要人物が側にいないで寝たり、家を離れて寝ることに対する持続的な抵抗または拒否
  - ⑦ 分離を主題とした悪夢の繰り返し
  - ⑧ 愛着をもっている重要な人物から引き離される、または分離が起こる、または予測される場合の、反復する身体症状の訴え（例：頭痛、腹痛、嘔気、または嘔吐）
- B. この障害の持続期間は少なくとも4週間
- C. 発症は18歳以前
- D. この障害は臨床的に著しい苦痛、または社会的、学業的（職業的）、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- E. この障害は広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではなく、青年期および成人期においては、広場恐怖を伴うパニック障害ではうまく説明されない。

該当すれば特定せよ

・早発性 6歳以前の発症の場合

(7) 経過

軽快と増悪を繰り返しながらも、比較的良好な経過を辿ることが多いと考えられている。ただし、他の不安障害やうつ病性障害の合併例、高年齢初発例、家族に不安障害などの精神疾患の者がいる例などでは、長期にわたって問題を抱え続けることもある。

(8) 対応

親が適切に対応していると思われる場合（過度に混乱したり、不安になったり、子どもの症状に巻き込まれることなく、子どもの安全基地としての機能【子どもの不安を受けとめながら、子どもが親から安心して分離していくように、少しずつ励ましていく機能】）を十分に發揮できていると思われる場合）は、親を支えながら経過を観察する。

(9) 専門機関への紹介

次のような場合には、専門機関への紹介を考える。

i) 上記の対応にも関わらず、数ヵ月以上にわたって症状が持続したり、親が対応に疲

れて十分な機能を果たせなくなった場合

ii) 親が不安定であったり、家族関係が混乱しているために、親が、子どもの安全基地としての機能を十分に果たせていないと思われた場合

iii) 他の不安障害やうつ病性障害などの併存症がある場合

専門機関では、認知行動療法、家族教育・家族療法、薬物療法などが行われる。

(水田一郎)

### (3) F 9 4 : 選択性緘默

#### (1) 概要

選択性緘默は 19 世紀末に *Aphasia voluntaria* として記載され、1934 年に *Elektiver mutismus* と呼ばれ確立された診断単位で、ことばを話す能力があるにもかかわらず、ある特定の場面で話すことができないことを言う。分類と病因についてはまだ議論が続いている。その理由として他の子どもの疾患に比べ発症頻度が低く、大規模な研究が限定されており、初期はケースレポートがほとんどであったことも大きい。話すことに対する抑制あるいは拒否を選択するの意から *Elective mutism* とされていたが、現在はことばを話す場面が選択的であるの意として *Selective mutism* が用いられる。

#### (2) 痘学

まれな疾患で有病率は、精神科受信者の 1%以下とされる。1 万人あたり 3 ~ 8 人と推測されてきたが、最近の複数の調査では 1 万人あたり 50 人と、より一般的でありうると示唆されている。日本での痘学研究はない。男子より女子にやや多い。年長児よりも年少児に多く見られる。発症年齢は通常 5 歳以前だが、就学期までに臨床場面に現れることは少ない。

#### (3) 成因

確立された病因はまだない。初期のケース研究で強調していた病因は、反抗的挑戦的で、研究者によっては操作的、支配的、否定的、頑固、さらには、攻撃的とした。現在、心理学的には話すことに対する抑制あるいは拒否とされるが、その背景に家族の要因がしばしば指摘される。母親に不安、抑うつ、強い依存要求がみられ、これらが過度の密着と同時に両值的な母子関係および母親の過保護あるいは支配性をもたらすとされる。第一親等の 70% に社会恐怖、37% に選択性緘默という報告もあり、その病態は不安障害、特に社会恐怖（社会不安障害）との関連がしばしば指摘されている。

#### (4) 基本症状

選択性緘默の子どものきわめて多くが学校場面で話せない。ことばの発語や非言語行動によるコミュニケーションの取り方には子どもにより程度差がある。自宅でも特定家人と話せないあるいは特定家人とのみ話す子どもがいる。全緘默または全場面緘默は緘默が生活の全場面におよぶ場合である。発症の遅い子どもで契機となった出来事が聞かれる場合がある。まだ議論のあるところであるが、外傷体験を始めとする背景となる体験を知ることも重要である。

#### (5) 合併症・併存症

不安障害との関連を重視する研究では、回避性障害もしくは社会恐怖が全例に見られ、その他分離不安障害、過剰不安障害、単一恐怖の不安障害の併存が見られた。また、発達障害との関連をも重視する研究では、68.5% に発達障害の併存が見られ、その内訳として

受容-表出混合性言語障害、表出性言語障害、音韻障害を含むコミュニケーション障害、発達性協調運動障害、軽度精神発達遅滞、アスペルガー障害が含まれた。

鑑別診断として、適応範囲内の一過性のはにかみ、精神遅滞、広汎性発達障害、表出性言語障害、さらに転換性障害から二次的に生じる緘默などがある。

#### (6) 診断

ICD-10 では小児期および青年期に発症する社会的機能の障害に分類される。A.言語表現および言語理解は、標準化された検査を個別に施行して、その小児の年齢での2標準偏差以内にあること、B.別の状況では話しているにもかかわらず、話をすることを求められるような社会的状況した（例；学校）では一貫して話せないという、明白な根拠があること、C.少なくとも4週間以上は持続すること、D.広汎性発達障害がないこと、E.そのような社会的状況で必要な話し言葉についての知識がないために、話せないというわけではないこと。

DSM-IV-TR では、A.他の状況では話すことができるにもかかわらず、特定の社会状況（話すことが期待されている状況、例；学校）では、一貫して話すことができない、B.この障害が、学業上、職業上の成績、または対人的コミュニケーションを妨害している、C.この障害の持続期間は少なくとも1ヶ月（学校での最初の1ヶ月に限定されない）、D.話すことができないことは、その社会的状況で要求される話し言葉の楽しさや知識がないことによるものではない、E.この障害はコミュニケーション障害（例；吃音症）ではなくよく説明されないし、また、広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中に起こるものではない。

#### (7) 経過

障害の持続の程度はさまざままで、2～3ヶ月しか持続しない場合もあれば、数年持続する場合もある。特に重度の社会恐怖を併発する者では、不安症状が慢性化しやすいとされる。緘默が治っても、はにかみ、内向性は続くといわれる。なお、選択性緘默として発症し、思春期とともに統合失調症に至る例の報告もあり、臨床場面ではその鑑別がきわめて困難であることの指摘もある。治療にあたっては、あらゆる病態水準を視野に入れておく必要がある。

#### (8) 対応

比較的まれな疾患で研究対象数が限られることもあり、対照研究は少なくエビデンスは得られていないが、行動療法、認知行動療法、力動的精神療法、家族療法、心理社会的介入（教師・学校との連携を含めた）、言語療法、薬物療法などの多手法的な取り組みが有用とされている。近年、不安に焦点をあてた治療法が中心となっている。当初から話すことを治療の目標に定めること、話すことを強要すべきではない。発声への準備を急いだり、緘默という防衛をとらざるをえない子どもへの顧慮を欠くことが治療中断にいたる危険性もある。

#### (9) 専門機関への紹介

比較的まれな疾患であり、多職種による多面的アプローチを要することから児童精神科に早目から紹介することが望ましいだろう。薬物療法についてはいくつかの選択的セロトニン再取込阻害薬の小規模対照研究があるが、第一選択ではない。

（廣常秀人）

#### (4) F 9.4. 1 : 小児期の反応性愛着障害

##### (1) 概要

5歳未満に始まり重症の虐待や劣悪な施設養育などの病的な養育によって、特定の愛着対象を子どもが得られていない状態で、著しく障害された対人関係を示す。

##### (2) 痘学

i) 有病率：不明、1%以下との推測あり、ii) 性差：不明、推測としては無し

iii) 発症年齢：月齢10ヶ月より小児期早期まで、iv) 遺伝・家族性：研究なし

##### (3) 成因

重症の虐待・ネグレクトや劣悪な施設養育などの「病的な養育(DSM-IV-TR)」により、乳幼児が特定の愛着対象を持っていないという最重症の愛着の問題・病理が発生

##### (4) 基本症状：診断基準の「A」項目の症状

##### (5) 合併症・併存症

確立されたエビデンスは少ないが、症例研究から、i) 外傷後ストレス障害、ii) 哺育障害、iii) 発達の遅滞（非器質性の発達不全を含む）など

##### (6) 診断 (DSM-IV-TR、2000)

A. 5歳未満に始まり、ほとんどの状況で著しく障害され十分に発達していない対人関係で、以下の(i)または(ii)によって示される。

(i) 対人的相互作用のほとんどで、発達的に適切な形で開始したり反応したりできないことが持続しており、それは過度に抑制された、非常に警戒した、または非常に両極的で矛盾した反応という形で明らかになる。

(ii) 拡散した愛着で、それは適切に選択的な愛着を示す能力の著しい欠如を伴う無分別な社交性という形で明らかになる。

B. 基準Aの障害は発達の遅れのみで説明されず、広汎性発達障害診断基準も満たされない。

C. 以下の少なくとも1つによって示される病的な愛着：

(i) 安楽、刺激および愛着に対する子供の基本的な情緒的欲求の持続的無視。

(ii) 子供の基本的な身体的欲求の無視。

(iii) 第1次世話人が繰り返しかわることによる。安定した愛着形成の阻害（例えば、養父母が頻繁にかわること）。

D. 基準Cにあげた養育が基準Aにあげた行動障害の原因であるとみなされる。

##### (7) 経過

確立されたエビデンスは少ないが、小児期以降の予後は、発見以降の養育環境に左右されるようである。病的養育が放置されるとその後の心理・社会的予後は悪いと考えられる。

##### (8) 対応

i) 緊急介入：虐待の通報を受ける機関（児童相談所など）への報告

ii) 情緒的および物理・身体的に児を世話できる養育者を提供する（里親、施設など）

iii) 虐待家族との再統合が行われる場合：多機関・他職種によるチームアプローチ

iv) 身体的強制・抑制を伴う「治療的抱擁」は是認されない

##### (9) 専門機関への紹介

(8)の i ) に示したように児童相談所への報告が必要。身体的問題がある場合小児科医に紹介する必要がある。

(青木 豊)

### (5) F95 : チック障害

#### (1) 概要

チックとは、突如として起り、素早くリズムなく繰り返される運動または音声であり、ある程度は随意的に抑制できても抵抗できない不随意運動である。チック障害は、チックを主症状とする症候群である。

#### (2) 痘学

- |             |                          |
|-------------|--------------------------|
| i ) 有病率     | 子どもの 10~20% が何らかのチックを経験。 |
| ii ) 性差     | 男性に多く、医療機関受診例でその傾向が強い。   |
| iii) 好発年齢   | 4~11 歳頃の発症が多く、6~7 歳頃が最多。 |
| iv) 遺伝性・家族性 | 関与が指摘。                   |

#### (3) 成因

複数の遺伝子と環境要因とが関与する多因子遺伝が想定されている。

親の育て方を始めとする心理社会的因素はチックに影響することがあるが、根本的な原因ではない。

#### (4) 基本症状

運動チックと音声チックがあり、典型的な単純チックと目的性があるように見える複雑チックに分けられる。運動チックには、瞬き、顔しかめ、首振り、肩すくめなどがある。音声チックには、咳払い、鼻鳴らし、ほえるような声などがある。複雑音声チックには、社会的に不適切な言葉を言ってしまうコプロラリア(汚言症)が含まれる。

チックは刺激に誘発されやすく、やらずにいられないとの感覚に伴って起こることがある。緊張が高まる時、緊張がほぐれた時、興奮した時などに増加しやすく、集中して作業している時に減少しやすい。睡眠中にはほとんど見られない。

#### (5) 合併症・併存症

強迫性障害、注意欠陥多動性障害(AD/HD)を併発しやすい。衝動性や攻撃性、不安、うつなどもしばしば認める。吃音症や抜毛癖など多様な習癖異常も伴いやすい。

#### (6) 診断

主なチック障害は、チックの種類と持続期間によって、一過性チック障害、慢性運動性または音声チック障害及びトゥレット障害に大別される。一過性チック障害は持続期間が1年未満である。慢性運動性または音声チック障害は、運動チックまたは音声チックの一方のみを有する。トゥレット障害の診断基準は以下の通り(DSM-IV-TR, 2000)。

- A. 多彩な運動性チック、および1つまたはそれ以上の音声チックが、同時に存在することは限らないが、疾患のある時期に存在したことがある(チックとは、突発的、急速、反復性、非律動性、常規的な運動あるいは発声である)。
- B. チックは1日中頻回に起り(通常、何回かにまとまって)、それがほとんど毎日、または1年以上の期間中間歇的にみられ、この期間中、3か月以上連続してチックが認められない期間はなかった。
- C. 発症は18歳未満である。

D. この障害は物質（例：精神刺激薬）の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患（例：ハンチントン病またはウイルス脳炎後）によるものではない。

#### （7）経過

大多数は1年未満で消失するが、その期間内にもチックの種類、頻度などが変動したり、消失と再出現を繰り返すことがある。

トゥレット障害を含めて1年以上持続する場合、チックは変動しながら10歳～10歳代半ば頃をピークとして軽快に転じることが多い。

#### （8）対応

① チック自体、② チックによる悪影響、③ 併発症状の観点から総合的に重症度を評価して、一人ひとりに合わせた治療を行う。重症であれば薬物療法を行う。

##### i) 家族ガイダンスや心理教育及び環境調整

家族を始めとする周囲の人々及び本人に適切な理解と対応を促すことが基本である。伝えるポイントは以下の通り：①チックの原因は親の育て方や本人の性格ではない。②チックの変動性や経過の特徴を踏まえて、些細な変化で一喜一憂しない。③家族はチックをやめるように叱らず、チックを本人の特徴の一つとして受け入れる。

##### ii) 薬物療法

保険外適用だが抗精神病薬（ハロペリドール、ピモジド、リスペリドンなど）少量がチックにしばしば有効である。例えばリスペリドンであれば0.5～4mgくらいまで漸増可能だろう。併発症にはセロトニン再取り込み阻害薬などを併用することもある。

#### （9）専門機関への紹介

複数の薬物療法を行っても全く軽快しない場合、発達的観点から家庭や学校との連携を進める必要がある場合は、専門医へ紹介する。

（金生由紀子）

## III. 注目すべき現象

### 1. 不登校

#### 1) 概要

1941年にJohnsonらが初めて報告した症例では学校に対する恐怖症があるとみなされて「学校恐怖症」と呼ばれていた。しかし、その後の研究で、すべてが恐怖症のメカニズムで説明できるわけではないので「学校恐怖症」という名称は適当でないとされ、「登校拒否」と呼ばれるようになった。さらに最近では怠学との区別が困難な症例が増加しており、登校拒否の質的拡散と内容的な多様化が認められ、総括して「不登校」と呼んでいる。齊藤はBergの定義を用い、不登校を「学校に参加することに恐れや拒否感とともに強い罪悪感をもち、家庭にひきこもる生活は総じて葛藤的であるといった状態像を伴う長期欠席」と定義している。

#### 2) 瘫学

わが国で不登校が増加し始めたのは、1960年代前半である。その後様々な分野で研究さ

れてきたにも関わらず、約40年間増加傾向の一途をたどっていた。その後2001年度をピークにはほぼ横ばい状態である。文部省の学校基本調査によれば、2005年度に不登校で年間30日以上学校を休んだ小中学生は、小学校では22709人、中学校では99546人で、これはつまり小学生で317人に1人、中学生で36人に1人が不登校であることになる。

### 3) 発現要因

登校とは発達的に見ると、親もとを離れ、家を出て学校へ行き仲間に加わり、その中に身をおき試行錯誤していくことに他ならないため、不登校の要因は親を含む家族、学校、子ども自身を総合して理解していかなければならない。

### 4) 不登校をもたらす疾患

不登校は疾患概念ではないため、当然のように診断基準はないが背景に基礎疾患が存在することがある。不安障害群、適応障害群、身体表現性障害群の順に割合が多い。社会不安障害(SAD)(社会恐怖)は教室で発言することが苦手で、人前で活動することに不安を強くもつ場合などに診断される場合があり、その社会的場面の回避症状として不登校が出現する。

なおうつ病、統合失調症、アスペルガー障害を含む高機能広範性発達障害も経過中に学校を欠席することがよくあるが、それを不登校概念に当てはめるべきかどうかは意見の分かれるところである。しかし不登校を主訴に来院した患者に以上の三疾患をもつ場合も多いので鑑別診断には加えるべきであろう。

### 5) 併存症状

かなり高率で身体症状を伴う。いわゆる登校前の腹痛、嘔気、嘔吐、発熱や頭痛などが多く学校が終わる時間や休日には症状が無いことが多い。はつきりとした不登校が始まる前に身体症状が出現している場合も多いし、逆に不登校が長期になればなるほど身体症状は消失する傾向にある。

### 6) 経過

齊藤は不登校についてのわが国の予後研究をまとめ「大まかに長期経過を見てみると70%から80%以上で社会適応が良好だが、20%から30%は社会適応が困難な状態にある」と述べている。後者にはひきこもりが含まれており、ひきこもりの前段階としての不登校にも注目が集まっている。

### 7) 対応

#### ①基礎疾患がある場合

背景にある基礎疾患の治療を優先させることで比較的スムーズに再登校できる場合も存在する。特にうつ病、SADにはその印象が強い。症状が軽減すれば②の対応に準ずる。

#### ②基礎疾患がない場合

早急な登校刺激はもちろん良くないが「時を待つ」対応のみで再登校することは少ない印象がある。学校はもちろんのこと公的機関、適応指導教室、フリースクールなどと連携する。そのような場が学校の出席扱いとなる制度が整いつつあり不登校の子ども達の「居場所」となっている。

### 8) 専門機関への紹介

アスペルガー障害などの発達障害の診断で困難なもの、家庭内暴力が激しい場合、不登校が長期化するものは専門機関へ紹介すべきであろう。(根來秀樹)

## 2. ひきこもり

### 1) 概要

広く共有された定義はないが、一般に、対人関係を回避して孤立し、社会生活の範囲が著しく限定されている状態を「社会的ひきこもり」と呼ぶ。

### 2) 痘学

全国で、おおよそ 30~40 万人の青年がひきこもり状態にあるものと推測されている。多くの調査から、男性が多いことが指摘されている。

### 3) 成因

本人のもつ生物学的・心理的要因（個人精神病理）と家族要因や文化・社会的要因（環境要因）などが関連していると考えられている。ひきこもりが長期化している事例では、家族同士の緊張が高く、本人が受診・相談する必要性や、今後の生活などについて話し合えるような関係は失われていることが多い。

### 4) 併存する問題

全体の 2割ほどに本人から親・兄弟などへの暴力がみられる。いわゆる母子密着型の家庭内暴力が多く、犯罪性を伺わせるものはごく一部であると考えられる。

### 5) 診断と対応

社会的ひきこもりには、以下のような精神医学的背景がある。

#### (1) 第一群

一般的な精神科医療の対象となる一群。つまり、統合失調症や気分障害、不安障害が主診断となるグループ。薬物療法などの生物学的治療に加えて、精神療法的アプローチや生活・就労支援、家族支援など、包括的な介入・支援を要することもある。社会恐怖（社会不安障害）についても、近年、薬物療法の有効性を示す多くの研究報告がある。

#### (2) 第二群

軽度知的障害や広汎性発達障害などの発達障害を背景とし、発達臨床や発達支援の視点が必要なグループ。過去の出来事への固執や新しい体験への抵抗感のためにひきこもり状態が遷延しているケース、あるいは、気分障害、不安障害、適応障害などの併発例も多い。精神科医の役割としては、的確な診断と併存障害の治療が重要。

#### (3) 第三群

主診断か副診断のいずれかにパーソナリティ障害（ないしはその傾向）や同一性の問題などが付与され、精神療法的アプローチが重視されるグループ。

### 6) 経過

本人が治療を拒否したり、治療を中断することが多い。治療・援助の経過はしばしば変化に乏しく、長期化することも多い。

### 7) 専門機関への紹介

本人が受診しようとしている場合でも、多くの精神保健福祉センターや保健所において、家族を対象とした相談・支援活動が行われている。精神保健福祉センターでは、本人を対象としたグループ支援などを実施しているところもある。保健所や児童相談所などによる自宅への訪問、医療機関からの往診が有効な場合もある。

（近藤直司）

### 3. 児童虐待

#### 1) 概要

子どもよりも力の強い者が、弱者である子どもに対して力を乱用し（Abuse）、子どもの権利を侵害するすべての行為をいう。「しつけのため」など保護者側の意図に関係なく、子どもにとって有害な行為は虐待ととらえる。

#### 2) 痘学（平成12年度小林らの全国調査による推定）

- (1) 発生率：0～17歳1000人中1.54人。
- (2) 被虐待児の年齢：乳幼児が6割。13歳以上の児への虐待も約1割存在する。
- (3) 虐待者：実親が全体の8割強を占める。実母が約6割。性的虐待の4割強は実父。

#### 3) 成因(リスク要因)

##### (1) 保護者側の要因

望まぬ妊娠、若年出産、マタニティーブルーズや産後うつ病、知的障害・アルコールや薬物乱用・人格障害などの精神障害、慢性の身体疾患、被虐待経験など。

##### (2) 子ども側の要因

未熟児、先天異常、知的発達の遅れ、発達障害、育てにくい子どもなど。

##### (3) 養育環境の要因

単親家庭、合成家族、親族や地域社会からの孤立、経済不安、夫婦不和、配偶者間暴力など。

#### 4) 被虐待児の基本特徴

##### (1) 身体面

不自然な身体の傷・不潔、身体発育の遅れ、排泄障害、慢性の皮膚疾患、繰り返す感染症、さまざまな身体化症状など。

##### (2) 精神面

知的発達の遅れ、愛着障害、衝動制御困難、自尊感情の低下、感情表出力の低下、睡眠障害・抑うつ症状・不安症状、解離性障害、PTSD、摂食障害、アルコールや薬物乱用、対人関係障害など。

##### (3) 行動面

多動・集中困難、学習上の問題や学校への不適応、家出・非行などの反社会的行動、年齢不相応な性的言動や行動、性的攻撃行動など。

#### 5) 虐待の判断

児童虐待防止法第2条には次のように定義されているが、いくつかのタイプの虐待が複合していることが多い。子どもの状況、保護者の状況、生活環境等から総合的に判断する必要がある。また、虐待の定義に厳密に当てはまらなくとも、子どもに悪影響があると思われる場合は、速やかに支援すべきである。

- (1) 身体的虐待：児童の身体に外傷が生じ、又は生じる恐れのある暴行を加えること。
- (2) 性的虐待：児童にわいせつな行為をすること又はさせること。
- (3) ネグレクト：児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、その他保護者としての監護を著しく怠ること。保護者以外の同居人による同様の行為や放置。

(4) 心理的虐待：著しい暴言又は著しく拒絶的な対応など、児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。児童が同居する家庭における配偶者間の生命又は身体に危害を及ぼすような暴力や心身に有害な影響を及ぼす言動など。

#### 6) 経過

身体的虐待やネグレクトによって、子どもが死亡したり重篤な身体障害を残す場合がある。また、慢性反復性に繰り返される虐待は、子どもの心身の成長及び人格形成に重大な影響を与える。約3割に世代間伝達が認められ、被虐待児が将来の虐待者になるといわれている。また、虐待者が何らかの精神障害を有する率も高い。

#### 7) 対応

虐待症例への支援は、多くの機関連携によって包括的になさるべきである。支援チームの一員としての精神科には、虐待を受けた子どもの精神医学的評価・治療とともに、虐待者の養育機能や精神医学的評価およびその治療が求められる。この際、子どもの心身の安全を第一に考えることが重要である。また、一般外来で出会う子育て中の症例の養育状態について常に気を配っておくことは、虐待の予防にもつながる。

#### 8) 専門機関への紹介

児童虐待防止法第6条で、「虐待を受けたと思われる児童を発見した者は、速やかに、福祉事務所・児童相談所に通告しなければならない」とされている。疑いの段階であっても、保健・福祉領域のいずれかの機関への連絡はするべきである。この通告によって、刑法の守秘義務違反となることはない。

(亀岡智美)

## 4. いじめ・いやがらせ

#### 1) 概要

(1) どの子どもも、安全で世話を行き届いた大事にされている環境で（いじめや嫌がらせのない環境で）授業を受ける権利があると思うこと。

(2) いじめはしてはいけないといったことではない。いじめはトラウマを引き起こし自殺にまで追いやる犯罪である。脳内の海馬の萎縮やそのほかの変化が生じることが判っているが、さらにはつきりと証明するために、研究が進んでいる。いずれ確実になれば傷害罪が適用される可能性が高い。

(3) いじめ・嫌がらせは隠れてわからない様にするので、ないとは思わないこと。しかし防止・予防はできるので、絶えず予防策を考えていることが大事。

#### 2) 痘学

(1) 有病率、1985-2001年では、小・中・高等学校で年間21,598件から155,066件である（文部省）。ただし結果には大きな変動がある上に、その信頼性と妥当性の検証はない。

(2) 性差、不詳。ただし静かないじめ、陰湿ないじめは女児に多いといわれている。

(3) 好発年齢、中学生、小学生、高校生の順で多い。

(4) 遺伝性・家族性、不詳。しかし加害児のメンタルヘルスが悪いこと、被害児の家庭は非暴力的な環境であることが多い。

### 3) 成因

支配・被支配という人間関係の病理である。したがって、その過程は多様である。その行為には、子どもがいやだと思うこと・傷つくこと・やめてほしいこと・攻撃的な行動すべてが含まれる。自分と違うものを取り除く排除の病理が中心のこともある。子どもにはいじめ防止力がないか乏しいので、教育により強化するしかない。

### 4) 基本症状と合併症・併存症

加害児：蹴る・叩く暴力、使い走り・見張りなどの使役、お金やものを出させる・要求すること、落書き・持ち物を貸させる・隠す、「キモイ・死ね・あっちへ行け」などの汚いことばや揶揄、家族や個人的な嫌なことを（皆の前で）言う、傍を通るとスーと避けたりわざとらしい視線、仲間はずしや無視などがある。体のことを言う（ブタ・ブス・チビ）とか、性的な嫌がらせ（スカートを覗くようなしぐさ・異性に体の特徴をいう・待ち伏せする）、「言うな・しゃべるな」という脅しも含まれる。

被害児：PTSD 症状である呆然自失、侵入的再想起、フラッシュバックと（無意識の）

感情爆発・パニック、回避（不登校）、恐怖・そわそわ緊張の過覚醒、病理の再演（自分のされたことを他の妹・弟・弱い子にする）や弱いものいじめ、感情的退行（甘えたようになる、「これしていい？」などなんでも聞く、親の側を離れない、添い寝をして欲しがる）、行動・行為の退行（勉強、塾、クラブなどできること・していたことをしなくなる、ことば数が減り断片的・単語会話となる）が見られる。そしていずれ、気分が沈み、落ち込み、悲しくなり、希望がなくなり、未来が見えずうつ状態となる。加えて、自責の念（相手が悪いにもかかわらず、同時に自分のほうも悪いと思う気持ちになる）が出現します。こうなると他者に話（相談）もできなくなる。自尊感情は傷つき、生きているのが嫌になる・苦しくなる、死んだほうがましと自殺を考えるようになる。自分を傷つけたり、自損・自殺をする。

### 6) 診断

面接により出来事の内容を聞き出すことだが、面接技法があり経験がいる。時に本人以外からの情報の確認が要る。確認できれば症状から容易。

### 7) 経過

対応次第である。最初の面接が大事。こじれると事例性が高くなる。

### 8) 対応

いじめられた児に対しては、いじめの聞き出し、症状の評価、自尊感情の評価、全般的な治療指針のオリエンテーションと説明、除反応（模擬裁判など）、個人的な復帰目標設定、今回のいじめメカニズムの説明、今後の対人関係のあり方、環境調整療法、薬物療法を、必要に応じ行なう。

対応の基本は発生の予防である。予防には、学校として、クラスとして、個人として、また家庭に対して、その方法がある。予防策は段階を踏んで順番に進める方法があり、それに従うと誰でもできる。

いじめ・嫌がらせを予防せず気づかず、または無視したり放置する（させる）と、助長される。クラス単位としては学級崩壊に至る。傍観者は、消極的いじめ参加者である。子

どもとは、無意識のうちに学校の方針を探り、教師の存在を常に窺っているものである。

#### 9) 専門機関への紹介

①子どものトラウマ治療ができない場合、②保護者・学校関係者との話し合いが嫌なとき、③警察が介入するような事件性のある場合、紹介がよい。

(長尾圭造)

## 5. 家庭内暴力

### 1) 概要

昭和 50 年頃より青年期の深刻な社会問題として注目されている日本独特の現象で、児童期から青年期に至る子どもの発達経過のなかに生じる、家族を対象とした直接的あるいは間接的な暴力行為である。

### 2) 痘学

平成 16 年度の警察庁統計によると、全国で 1186 件発生しているが、年度によってばらつきがあり特に増加傾向とはいえない。

### 3) 成因

家庭内暴力の成因に関しては、両親の人格や家族内力動など家族要因が大きく取り上げられているが、本人の抱える要因や社会の要因も重なっている。

(1) 家族の要因；母親についてはその子どもへの養育態度の特徴として、密着性、支配性、過干渉など子どもとの心理的距離が過剰に近く、子どもへの支配願望が強い。父親については子育てに無関心、無理解である一方で過度に厳格であったり、強迫的傾向がみられる。また衝動的、爆発的な傾向がみられる。

(2) 本人の要因；小心、過敏、几帳面で完全主義、強迫的な傾向があり、要求水準が高く妥協できない特徴がある。これらの性格傾向を持つと些細なつまずきに弱く、ちょっとした挫折で大きな衝撃を体験する。

(3) 社会の要因；最も重要なのは学校に関するもので、特に不登校状態に陥った子どもに登校の督促をしたり叱責した結果、子どもが暴力を振るうことが多い。

### 4) 基本症状

不登校、成績不振、入試失敗、交友の決裂などの挫折体験を契機に出現し、暴力の対象は母親が圧倒的に多い。これまで母親に支配され、母親の意図を先取りして良い子として振舞っていた子どもが、母親との密着した関係を打ち破ろうとする思いと暴力によって母親を操作し、これまでの密着した関係にしがみつこうとする思いが存在し、母親に両面的となる。父親に対しては回避的である。

家族や器物への暴力以外にも身体的不定愁訴、不安、強迫症状などの神経症様症状を示すことが多い。また被害的で他罰的な思考となり、母親に添い寝を求めるなどの退行もみられる。

### 5) 診断

家庭内暴力という用語をそのまま診断名として採用することは不適当である。ICD-10 であれば「家庭内に限られる行為障害」であり、DSM-IV であれば行為障害か反抗挑戦性障害もしくは行為の障害を伴う適応障害となる。

## 6) 対応

- (1) 家族カウンセリング；両親が一致して子どもの問題に立ち向かう協力体制を作り、患児のことは患児に任せ、甘えは受け入れるが適切な limit setting が必要である。父親の関わりを増やすことも必要である。
- (2) 精神療法
- (3) 薬物療法；子どもの暴力が激しい場合、非定型抗精神病薬、感情調整薬を用いる
  - \*暴力が激しい場合、躊躇せずに、警察を呼んだり、家を出ることも必要である。

(飯田順三)

## 6. 自傷行為

### 1) 概要

不快気分に対処するために、自分の身体に意図的に非致死的損傷を加える行動である。

### 2) 痘学

(1) 有病率 予備的調査によれば、中高生の 10%前後に少なくとも 1 回以上、「刃物で身体を切る」という様式の自傷行為の経験があり、そのうちに約半数が 10 回以上の習慣的な自傷経験者である。

(2) 性差 医療機関を訪れるのは圧倒的に女性に多いが、一般人口では性差がない。

(3) 好発年齢 青年期に好発するが、一部で学童期より呈している者もいる。

(4) 遺伝・家族性 家族成員の自己破壊的行動はリスク要因の 1 つであるが、これは心理社会的次元での影響である可能性が高い。

### 3) 成因

以下の各要因が複合的に影響している。

- (1) 現在の心的ストレスの存在：重要他者との葛藤・喪失体験。
- (2) 過去の体験に起因するストレス脆弱性：身体的・性的・精神的虐待やネグレクト、価値観の押しつけや過干渉・他同胞との差別的待遇などの不適切な養育、家族内の暴力場面への反復的曝露、学校でのいじめ被害。
- (3) 行為発現閾値を低下させる環境的要因：自傷行為に関するインターネットサイトやメディア報道、自傷行為を行う友人・知人の存在。
- (4) セロトニン受容体機能不全 (?)

### 4) 基本症状

怒り、恥の感覚、孤立感、不安・焦燥、緊張、抑うつ気分などの不快気分を緩和する目的から、「切る」「殴る」「焼く」「突き刺す」などの方法で自分の身体を意図的に損傷する。自傷行為は、不快気分を緩和する効果ゆえに対処行動として習慣化しやすいが、反面、繰り返すうちに不快気分を緩和する効果が減弱すると、頻度・程度がエスカレートする。通常、自殺の意図から自傷行為を行う者は少ないが、エスカレートする過程で意図に反して致死的損傷を行うことがあり、また、日常より漠然とした希死念慮や虚無感を抱いていて、あるとき自傷行為とは別の方法で自殺企図をする者も少なくない。なお、自傷行為は孤立した状況で行われ、傷は医学的処置がなされず、行為自体も秘密にされることが多い。

### 5) 合併症・併存症

- (1) うつ病エピソード・持続性気分障害
  - (2) パニック障害・全般性不安障害
  - (3) 解離性障害
  - (4) 摂食障害
  - (5) 外傷後ストレス障害
  - (6) 精神作用物質の有害使用・依存症候群
  - (7) 行為障害
- 6) 診断

現状では、単一症候的な自傷行為に対応した診断カテゴリーはない。中核群では、幻覚・妄想の影響によらず、明確な自殺の意図を欠き、身体表面に直接的かつ非致死的な損傷を加える行為が見られる。頻度は挿話性～習慣性まで幅があるが、精神遅滞や脳器質性障害の一部で見られる、目に数十回以上にもおよぶ単調・律動的な行為とは峻別される必要がある。また抜毛症や爪噛みのように、行為に先行する不快感情が自覚されていない行為とも区別すべきである。

#### 7) 経過

一部の慢性化例を除けば、数年の経過で改善することが多い。しかし、自傷行為とは別に、過量服薬などの方法による自殺行動をとる者は多く、自殺防止が重要な課題である。

#### 8) 対応

自傷行為の肯定的側面と否定的な双方を話し合い、その誘因と対処方法を共働的に模索できる治療関係の構築が望まれる。そのうえで、通院による認知行動療法的なアプローチをしながら、言語的な感情表現を促す働きかけを行い、あわせて、家族介入による環境調整を行う。また、自殺の危機に際しては危機介入的な短期入院も検討する。

なお、薬物療法は対症療法的に行うが、つねに過量服薬のリスクを念頭におく必要がある。とりわけベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠導入剤は、乱用のみならず、解離症状や衝動制御能力の悪化をもたらすので、投与には慎重を要する。

#### 9) 専門医療機関への紹介

精神作用物質の依存症候群の併発例では、専門機関での解毒治療が優先される。また、重篤な摂食障害併発例、あるいは、脱感作療法を要する外傷後ストレス障害併発例では、それぞれを専門とする医療機関・医師への紹介が望まれる。

(松本俊彦)

## 7. 自殺

#### 1) 概要

子どもの死の概念は4歳頃から芽ばえ、段階的に進む。早期小児期には絶対に再会できないことを理解し、前思春期頃より時間的永久性を認識していく。自殺と自殺企図は、密接に関連するものの、現象としての特徴は異なる。

#### 2) 痘学

自殺は、思春期以前には稀であるが、わが国においては青少年の死因の上位を占める。思春期以降の特徴として、自殺既遂は男子に多く、自殺企図は女子に多い。

平成 15 年度厚生労働省自殺死亡統計による人口 10 万対自殺死亡数を以下に示す。

- 10 歳～14 歳：男子 1.0、女子 1.1 死因順位 3 位
- 15 歳～19 歳：男子 8.8、女子 5.6 死因順位 2 位
- 20 歳～24 歳：男子 21.5、女子 9.9 死因順位 1 位

手段は、わが国では全年代を通じて縊首が最も多いが、青少年では飛び降り、飛び込みが比較的多くみられる。尚、米国ではライフルや獣銃などの小火器によるものが多い。

### 3) 成因

平成 15 年度の警察庁による動機・原因別自殺数の 19 歳以下 613 件の統計では、遺書ありのうち学校問題 39 件、健康問題 35 件、男女問題 27 件、家庭問題 14 件、経済・生活問題 7 件、その他 21 件、不詳 14 件、遺書なし 456 件と示されている。

青少年の自殺企図者では 1/3 ではっきりとした原因を同定できない。背景に、本人自身の精神障害、認知と衝動性の問題、家族因（親の精神障害、養育の問題、親子の不和、被虐待）、性の志向性（ゲイ、レズビアン、バイセクシュアル）を考慮する必要がある。

生物学的には、セロトニン調節不全などが指摘されるが、明確な知見は得られていない。

### 4) 自殺に先立つ症状

学童、思春期年代の自殺者の特徴は、精神科的に問題を抱えているが自殺しない子ども達の特徴と共通し、精神医学的診断や症状に突出した傾向は見当たらない。ただし、危険因子には男女差があり、男子では自殺企図の既往があること、女子では現在うつ病に罹患していることが指摘されている。一般に、自殺直前の危険徵候として、自殺のほのめかし、別れの準備、過度な危険行為（事故傾性）、突然の態度の変化、自傷行為などがあげられるが、子どもでは様々な言動が未分化なまま表出されることに配慮して判断する必要がある。

### 5) 自殺にいたる経過

子どもに希死念慮が生じた場合、周囲の適切な支援環境の有無、その支援を受ける子どもの受動性能動性のバランス、社会的許容度（タブー視やステigma の問題を含む）などが関与して、さらなる精神状態の悪化や孤立感・絶望感をもたらし、解決の方法が狭まり短絡的手段として自殺行動を選択すると考えられる。

### 6) 併存する問題

群発自殺は青少年の自殺にも生じる。安易な報道過多などには注意を要する。

### 7) 対応

- 希死念慮を訴える子ども：現実的な支援者があり、その支援は社会的にも充分に容認されており相談すべき状況にあることを提示し、その上で、子ども自身の認知や判断の偏りを修正したり、抑うつ気分や衝動性をコントロールする治療的アプローチを要する。保護者に教育的ガイダンスを行うこと、手段となりうる危険物を子どもの生活環境から取り除くことも重要。
- 自殺行動（その子どもの死の概念を持って、死ぬ意図によって引き起こされた行為）をとった子ども：直後の安全な保護と、継続可能な支援体制の確立・強化を速やかに行う。治療的アプローチは、薬剤投与にせよ精神療法にせよ、その子どもの安全が確保されて始めて可能になることを心得る。
- 自殺後の遺族や仲間の心理的ケアも重要である。

### 8) 専門機関への紹介

背景の問題に不適切な養育や虐待がある場合、あるいは、その子どもの状況に保護者から適切な対応を得られない場合、その子どもの居住する市町村長の窓口や管轄の児童相談所（18歳未満が対象）や保健センターに相談することが必要となる場合がある。

（笠原麻里）

## 8. 多動

### 1) 概要

「多動」という言葉が意味する言動とは、おおよそ「じっとしてない、落ち着きがない、気が散りやすい、集中力がない」といった否定的表現を意味していると思われる。

しかし、その言動は年齢相応の活動性から、並外れた激しさを示すものまでいる。

### 2) 多動のバリエーション

#### (1) 年齢相応の多動

3歳児健診で「よく動き、じっとしてない」という項目に40%以上が該当したという資料もあり、この言動の頻度は高い。また明らかに男の子に多く認める。さらに長期の経過では男女とも加齢によりゆるやかに下降し、8歳前後で男児は若干上昇し、女児はより強く下降する、という資料もある。

しかし、加齢による低下は夜尿や指しゃぶりと比較しても、著明でなく、ある程度の気質、あるいは後述する部分的な発達の課題と考えることも出来る。

#### (2) 多動性障害(F90)あるいは注意欠陥／多動性障害

原因の特定は出来ないが、不注意、過活動、衝動性が年齢不相応の顕著なレベルで、さまざまな生活状況において、広汎かつ持続的に認められる障害で、7歳以前に発症する。

#### (3) 広汎性発達障害(F84)

相互的な社会関係と社会生活のためのコミュニケーションのパターンにおける質的障害、および限局した常規的で反復的な関心と活動の幅によって特徴づけられる発達障害。生後5年以内には明らかになる。

診断基準に明記されていないが、多くは乳幼児期に激しい多動を認めることが少なくない。これは本人の狭義の興味対象の獲得のためであったり、内在する極度の不安感などが影響していると思われるが、多くは加齢とともに動作は緩徐になっていく。

#### (4) 精神遅滞

比較的重度な精神遅滞では、多動や注意の維持に課題を認め、多くは常同行動も示す。古くから「興奮過程の優勢な精神遅滞」とも呼ばれ、現在は「精神遅滞および常同行動に関連した過動性障害(F84.4.)」と呼ばれる。通常の臨床では、決して重度の精神遅滞だけではなく、中度から軽度でも「多動」を認めることが少なくない。この過動あるいは多動は、興奮にしやすさ、および抑制の欠如として認められやすく、環境状況からの刺激との関連が強い印象をもつ。

多動性障害(F90)は、その意味で「状況に無関係に多動」であり、じっと椅子に座っていてもシャープペンシルをノックし続けていたり、椅子を前後に揺さぶっていることがある。

#### (5) 英才児・天才児(Gifted child)

知的に高い子どもを意味する。知的機能として IQ がおよそ 130 以上の子どもを指す。欧米では英才児を対象とする特殊教育もある。

知的に高いため理解が早く、通常の授業の進度に退屈してしまうとき、状況依存的に多動、注意散漫さを示すことがある。

#### (6) 器質性障害

古くから脳炎後遺症 (F07.1) などの中枢神経系における脳機能障害、あるいは「てんかん(G40)」のある子どもたちに多動が認められる、ということが指摘されている。

#### (7) 適応障害としての多動

上記した英才児のように、状況に適応できないことで「多動」を示すことに、学習障害 (F81) も含まれる。こちらは努力しても学習の獲得が出来ないということで二次的に無気力を示したり、抑うつ的になり、学習に参加しないで、無目的に動き回ることがある。

ほかにも、家庭内での不安材料などからじっとしているところでじっとしていられないことを見ることがあるが、こうした状況は一過性であることが少なくない。

より家庭あるいは養育状況における課題から出現する「多動」としては、虐待を受けた子どもたちに認めやすい。これは時に多動性障害と見誤ることもある。同時に虐待における脳損傷の有無も点検する必要がある。いわゆる「虐待」により、安定した養育環境を保持することが出来なかった子どもに、愛着障害を認めることがある。これは 5 歳以前に形成された養育者との異常な関係パターンを中心にして、他者に対する過剰な接近と拒否という両価的な言動を特徴とする。なかでも相手への激しいしがみつき、注意を引こうとする態度は、時に落ち着きを欠くことになりやすく、多動と判断されることもある。これを愛着障害のなかの「小児期の脱抑制性愛着障害(F94.2)」とよぶ。

#### (8) 精神障害からの多動

古くから統合失調症 (F20) の症状の一つである幻聴や妄想体験から出奔することが認められている。自分の部屋を始終徘徊することも認められる。これらも落ち着きを欠く態度として「多動」を示す。

また気分障害 (F30) でも、多動を認めることができる。躁状態だけでなく激しいうつ状態のときの衝動性や易刺激性は、言動としては「多動」さとなる。

### 3) 留意点

このように一概に「多動」といっても、その成因や症状としてのバリエーションの幅は広い。昨今の発達障害、とくに ADHD ブームに臨床医は「落ち着いて」対応することが求められる。

(田中康雄)

## 9. 非行

### 1) 非行と非行少年

非行とは、社会規範にはずれた不正な行為を意味する言葉であるが、一般には青少年の犯罪行為や反社会的行為をさして用いられる。少年法の定義にもとづいて青少年の非行を分類すると次のようになる。

#### (1) 14 歳 (刑事责任年齢) 以上 20 歳未満の少年による犯罪行為

(2) 14歳未満の少年による触法行為（刑罰法令に触れるが、刑事責任年齢に達しないための刑事责任を問われない行為をいう）

(3) 20歳未満の少年の虞犯

①保護者の正当な監督に服しない性癖のあること

②正当な理由がなく家庭に寄り付かないこと

③犯罪性のある人若しくは不道徳な人と交際し、いかがわしい場所に出入りすること

④自己又は他人の徳性を害する行為をする性癖のあること

以上のうちいずれかの事由があつて、その性格又は環境に照らして、将来、罪を犯し、または刑罰法令に触れる行為をする恐れがあると認められる行状

また、前述の分類に照らして、(1) の行為を犯した者を犯罪少年、(2) の行為を犯した者を触法少年、(3) の行状のある者を虞犯少年とよぶ。さらに犯罪行為ではなく、(3) の行為の一部に相当する行為、例えば深夜徘徊や喫煙等の不良行為を犯した少年を不良行為少年と呼ぶ。

## 2) 少年非行の変動と成因

近年、少年非行の増加が世間で喧伝されるが、平成 15 年以降の少年刑法犯検挙人員の少年人口は減少し、必ずしも少年非行は増加していない。だが、犯罪少年の人口比（14～19 歳の人口 1,000 人当たりの検挙人員）は、平成 17 年 20.1 人で、10 年前（平成 8 年 18.6 人）から減少することなく毎年 20 人前後で推移している。また、不良行為少年は 15 年から 3 年連続 7 万人を超える増加傾向にある。このように犯罪少年の率がいっこうに低下しないことと非行の予備軍ともいえる不良行為によって補導される少年の増加は憂慮すべきことである。

少年非行の発生率の年次変化を見ると、昭和 26 年をピークとする第 1 の波、39 年をピークとする第 2 の波、58 年をピークとする第 3 の波があり、それらはそれぞれ戦後の経済的貧困、昭和 30 年代から 40 年代の経済の高度成長、昭和 50 年以降の物質的に豊かな経済社会など、経済の変化と呼応している。このように非行と社会変動は密接な関係があり、非行の原因は非行少年自体の特性とその生活環境、またそれをとりまく社会環境の影響など複合的な要因によって生じると考えられる。

## 3) 少年非行の処遇および精神疾患との関連

非行少年の処遇は犯罪少年と虞犯および触法少年によって異なる。犯罪少年の場合はその行為の輕重によって、検挙後に裁判所の審判を経て少年刑務所に収容される者と家庭裁判所の審判によって少年院に収容されるか保護観察処分のなる者に分かれる。また虞犯少年および触法少年の場合は児童福祉法上の措置が優先され、家庭裁判所の審判を開始せず児童相談所で家庭保護や児童自立支援施設への入所等の処遇が決定される。しかし、平成 17 年の少年法の改正によって、14 歳未満の触法少年でも重大な罪を犯した者は家庭裁判所へ送致されることが義務付けられた。この改正は近年多発した 14 歳以下の子どもによる重大犯罪への対応が背景にあり、少年犯罪の若年化の抑止効果を狙ったものである。

この近年世間の耳目を騒がせた重大犯罪の中には、精神障害をもつ子どもによって為されたものが含まれており、非行と精神障害の関連については看過できない。DSM-IV-TR を例にとれば非行少年の行為は反抗挑戦性障害や行為障害の診断基準を満たすことが多い。

これらの精神障害を有する少年には医療少年院での治療的処遇が行われる例もあり、矯正教育的処遇にあわせて医療的処遇が重要である。またこれらの精神障害と併存率の高い注意欠陥多動性障害あるいは広汎性発達障害の一部についても、少年非行の予防の観点から早期発見・早期介入が重要であると考えられる。

(中田洋二郎)