

によって決まっている可能性があります。もし、出やすさが弱いけれど、ストレスのために脳が緊張して出てきているなら、身の回りでストレスになっていそうなものを見つけて、取り除けるものは除いてみます。そうすると、出やすさが弱くて、ストレスがないとチックが出ないというお子さんであれば、チックがそのまま消えてしまう可能性もあります。

[医師用追加]

トゥレット障害の遺伝形式については、多因子遺伝とする考え、あるいは、トゥレット障害、慢性運動性あるいは音声チック、注意欠陥・多動性障害、強迫性障害の4疾患までを含めて、常染色体優性遺伝とする考えなどがあります。染色体上の遺伝子の座については、まだ判っておりません。いずれにしても、遺伝が大きくかかわっていることは間違いないようです。ただ、「遺伝」という言葉は社会的には治らないもの、大変な病気というくらいイメージがあるため、母親用の文章の中では避けるようにしました。しかし、私どもの外来を受診したお子さんのお母様方の中には、インターネットで文献を検索されたり、かなり遺伝形式についてご存知の方もおられました。

脳の障害部位は、運動性チックについては大脳基底核とそれに関連する前頭葉及び大脳辺縁系、音声チックは補足運動野と中脳灰白質が疑われています。また、トゥレット障害を、不随意運動を持つ大脳基底核疾患のスペクトラムの中にも含める考え方もあります。

ストレスとの関係については、環境要因を想定して探してみることは必要だと考えます。しかし、疑った要因を取り除いてチックが消失したということは、私どもの外来ではほとんど経験がありません。ただ、環境を調節することは、本人のquality of life (QOL) を上げるという点では意義のあることだと思います。環境要因を取り除いたためか、比較的良好な予後についての説明を聞くことでお母さんの不安がとれるのか、受診後にチックが少し軽減することは時々経験します。ただ、この変化が統計的に有意な差があるかどうかは、わかり

ません。

Q[4]父親も小さいころチックがあったのですが、遺伝なんでしょうか？

A.一部のお子さんで、遺伝的にみられやすい場合があります。

*現在では、強くて長引くチックは同じ家族にみられやすく、多少の遺伝性があると考えられています。ただ軽い治りの良いチックは小学校ころには4人に1人くらいみられるという調査結果もあり、かなり多くの方が持っている特性のようです。親子で顔が似るようにチックの起こりやすい脳の仕組みも似ているということかもしれません。

Q[5]友達にいじめられてから、瞬きのチックが出てきました。いじめが原因だったのでしょうか？

A.原因というより、きっかけになった出来事がみられることがあります。

*チックが出始める時、お母さんに叱られたとか、学校で嫌なことがあったとか、きっかけ(誘因)があるお子さんも1/3くらいみられます。そのようなことから、以前はストレスが原因でないかと考えられていたようですが、ストレスは単純なきっかけで、原因ではありません。残りの2/3のお子さんでは、きっかけは無くても出てきます。

[医師用追加]

誘因は、1/3のお子さんで認めます。その中では、学校の問題が1/3、家庭の問題が1/3、学校と家庭の両方で問題がみられるものが1/3です。その内容は、学校では友達や先生との人間関係の問題やいじめやクラブ活動での問題などであり、家庭では両親の養育態度や両親の不和、離婚などが多くみられます。ただ、これらはチックに特異的なものではなく、他の心因性疾患や心身症にみられる誘因と同じです。もともとチックを出しやすい素因があり、ある年齢に達して発症の閾値が下がり発症しやすくなると、些細な誘因でチックが起こる場合もあるし、あるいは誘因は無くとも起こってくると考えられます。

Q.お母さんの完璧主義のせいでチックになったと

いわれましたが本当でしょうか？

A.ちがいます。

*以前、子どもがチックになるのは、育て方に原因があるという意見もありました。また、お母さんが神経質で完璧主義で、干渉しすぎるからチックになるという意見もあったようです。

ただ、チックを起こしやすい脳の体質は、男の子ではチックを出しやすく、女性の体に入るとチックではなく、少し神経質な完璧主義の女性を作る可能性があるといわれています。つまり、親子で同じ脳の体質を持っていると、お母さんでは神経質で完璧主義になり、お子さんは同じ脳の体質のためにお母さんの育て方とは関係なくチックが出てしまう、という考え方もできます。昔、脳の仕組みがよく判っていなかった時には、このためにあたかもお母さんが神経質に完璧主義で育てたからチックになったようにみえたのかもしれない。

[医師用追加]

トウレット障害の患者さんとお母さん方に何度も会っていると、チックの病像が強くなればなるほど、お母さんの強迫性も、強迫性障害といえるほどではないにしても、強くなる印象があります。

Q.[7]お父さんとお母さんの中に本当の原因がある、言われたのですが、どういうことか理解できません。

A. このような考え方もありました。

*おそらくこれは精神分析という学問にもとづいた考え方ではないかと思います。この学問は、育てかたや環境の中の出来事と現在ある症状を関連づけて解釈するもので、子どもの場合は環境というと家庭と学校しかないので、両親特に母親との関係を中心に考えたためだろうと思います。

Q.[8]お医者さんから「チックのことを注意しないように」と言われました。その後、注意しないようにしたのですが、チックは治りません。私がそれまでにチックのことを何度も注意していたから長引いてしまったのでしょうか？

A.そうではありません。

*チックを心配して受診すると、お医者さんは「チックのことを注意しないように」、あるいは「チックについて叱らないように」ということが多いと思います。これは注意して一時的にチックが増えることはあっても、軽くなることはありませんし、チックが続く期間が短くなるとも考えにくいからです。チックは基本的には生まれつきの脳の性質によるもので、その強さや種類や、どのくらい長引くかということも、生まれつき決まっている可能性が高く、注意をしたからひどくなったり長引いたりすることはありません。

Q.[9]チックのある子どもへの接し方や育て方はどうすればよいのでしょうか？

A. 今までどおりで構いません。

*接し方や育て方については、基本的には今までどおりでかまいません。ただ生活を振り返ってみて、干渉しすぎるようなところがあるようでしたら、干渉を少し控えるようにすればよいと思います。

[医師用追加]

お母さんからよく聞かれる質問です。育て方を変えてチックが消えたという経験はあまりないのですが、「干渉しすぎているようなら、少し控えてみては」と言うようにしています。

Q.[10]叱るとチックが増えるのですが、叱らない方がよいのでしょうか？

A.悪いことをしたときには叱ってかまいません。

*叱ることも社会的なルールを覚えさせたりするためには、必要なことがあります。叱った時にはチックが増えるのですが、一時的な現象ですぐ元にもどります。そのためにチックがひどくなったり、治るのが遅くなったりすることはありません。

[医師用追加]

これもよく聞かれる質問です。この変化は脳辺縁系を經由して神経伝達物質が増減している可能性が推測されますが、よくわかりません。

Q.[11]運動会、学芸会などの時にチックが強くなるのですが、どうすればよいのでしょうか？

A.あまり気にしないで下さい。

*チックは緊張するような行事があると2、3日前から増加し、それが終わると半日から長くても1-2日で以前の状態にもどります。あまり気にしなくてもかまいません。

[医師用追加]

学校行事で増えることについては、お母さん方がよく心配しています。

Q.[12]起きている時に、アッアッという叫び声が出る人が多いのですが、眠っていても同じように叫び声が出る時があります。睡眠不足にならないか心配です。

A.睡眠不足にはなりません。

*チックは普通目を覚ましていた時だけ出て、眠ると消失します。しかし、日中ひどく出ている時には、睡眠中にも出ることがあります。しかし、そのために睡眠不足になることはありません。日中のチックが軽くなってきた時には、睡眠中のチックは先に消えていきます。

Q.[13]チックが始まった時と、その後一時よくなって、またひどくなった時に、とてもイライラして怒りっぽくなって、そうかと思うと急に赤ちゃんみたいに甘えて来たりと、変になっていました。こういう時は、どうすればよいのでしょうか？

A.赤ちゃんがえりに付き合ってください。

*これ(赤ちゃんがえり)が出てくる仕組みについては、よく判っていないのですが、確かにこのような現象がみられることがあります。こういう時は、「お兄ちゃんなんだから、ちゃんしないとダメ」などと叱ってもうまくいきません。赤ちゃんがえりに付き合ってあげてください。時間のある時に、膝に抱っこしてあげたり、遊んであげたりして下さい。その方が、早くよくなると思います。

[医師用追加]

不機嫌になったり退行したりする機序について

は、何か脳内の神経伝達物質の変化が起こるのではないかと想像しているのですが、よく判っていません。ただ、昔からこのような時には、受容的に接して受け入れてあげるように書かれている本が多いようです。効果のある薬も無いようですし、受容的に接するのが、このような変化が起こった時、子どもにとっても、お母さんにとっても、つらい一時期を過ごしていくために一番良い自然な方法で無理のない方法であると、昔のえらい先生方は気がついていたのかもしれない。

Q.[14]チックがあるために、学校で友達にいじめられないか心配です。

A.いじめられることは、ほとんどありません。

*チックのお子さんに学校のことを聞いても、最初の頃「おまえ何やってんだよ」などと言われることはあるようです。意外にチックのためにいじめられることはありません。おそらく友達は、最初は変に思うかもしれませんが、時間がたつとその動きを見慣れてくるせいか、気にしなくなります。

[医師用追加]

いじめられるとすれば、チックとは関係なく、対人関係の問題など、別の行動上の問題を抱えている可能性があります。

Q.いじめられて登校拒否にならないでしょうか？

A.登校拒否になる可能性は、チックのない子どもとあまり変わりありません。

*チックの子どもの登校拒否の頻度は、私どもの外来では約300人の中で3人のみでした。これはチックのない子どもの中での登校拒否の出現頻度とほとんど変わりありません。

Q.[16]「アッ、アッ」と叫ぶような大声のチックが出るのですが、本人は苦しくないのでしょうか？

A.チックの声は、本人も気付かないうちに無意識に出るので苦しくはありません。

Q.[17]手や足がピクッと大きく動くことがあります。怪我をしないか心配です。

A. 心配ありません。

*チックの動きのために怪我をしたというお子さんは、今までの私の経験ではおりませんでした。あまり目立つ大きな動きがあって怪我が心配なときは、お薬で動きを押さえることができます。

Q.[18]学校より家でチックが多いのですが、家庭に問題があるのでしょうか？

A.家庭に問題があるわけではありません。

*トウレット障害のお子さんで、たくさんの種類のチックが強く出ているときには、学校でも家庭でもあまり差はみられません。軽くなってくると、外出時は緊張のため抑制されるため、家の中で多いという印象を受けるかもしれません。家庭に問題があるから、家の中でチックが増えるというわけではありません。

Q.[19]テレビをみている時にチックが増えるのですが、テレビを見せない方が良いのでしょうか？

A.テレビは、見せてかまいません。

*確かにテレビをみている時にチックが増えるお子さんがいるのですが、これはその時だけで、テレビを見るのが終わるとともに戻ります。私どもの経験では、テレビを見る時間が長くてもひどくなることはありませんし、いつ治るかということにも影響しないと思います。テレビを見せる時間はそのお家の教育方針で決めてかまいません。

Q.[20]幼稚園の頃からチックが始まったのですが、その頃は軽い瞬きでした。その後、いろいろなチックが出てきて、首を振ったり、体をくねらせたり、突然大声で叫んだりします。だんだんひどくなってくるようで、心配です。

A.一部のお子さんは、このような経過で小学生の高学年まで、徐々に症状が強くなってきます。

*チックの中でも長期の経過をとるトウレット障害をみると、3~5歳の幼稚園頃に始まり、小学校の3~6年生、特に10歳頃がもっとも強くなり、その後自然に軽くなってきて、約半数は中学校を卒業する頃にチックは消えてしまいます。他の半

数の子どもは、少し残るのですが、軽い瞬きや咳払いになり、目立たなくなります。

[医師用追加]

トウレット障害が幼児期、学童期から始まり、多くは10代後半で軽減するという年齢依存性の経過は、黒質線条体のドーパミン系が線条体において著明な年齢的变化をすることとの関連が疑われています。

Q.[21]治らないと言われたのですが本当でしょうか？

A.ほとんどは、1年以内に治ります。

*チックの大部分は瞬きや頭を振るなど1つか2つのチックで、あまり種類が増えることはありません。このような場合は半年か1年以内にほとんど消えてしまいます。チックの大部分は治ると考えてかまいません。

子どもの頃の一時期にはチックのあるお子さんは多く、100人に5~10人位いるといわれています。その中で1年以上続いて、チックが全身に広がって声も出るようなお子さんは、10,000人に5人くらいです。幼稚園から小学校低学年で出てくるチックは、100人中95人以上が、何もなくても1年以内に消えてしまいます。

瞬きや頭を振るチックだけでなく、肩や手や足も動いたり、全身を突っ張るような動きがあったり、声が出たりするチックは少し長引くのですが、それでも半数の子どもでは中学の終わりくらいまでに消えてしまいます。残りの半分はその後も少し残るのですが、チックの動きは年齢とともにゆっくりとした、目立たない動きになって、まわりの人は気付かなくなってきます。またチックは軽くなってくると、家の中では目についても、学校や外出した時など、本人にも気が付かないほどの軽い緊張がかかるためか、抑制されてあまり目立たなくなります。

[医師用追加]

トウレット障害の場合は、将来精神疾患が出てくる率はやや高くなるのですが、精神科でなくて小児科を受診するトウレット障害のお子さんにつ

いては、予後はかなり良いように思います。それと精神疾患のことを話すと、またお母さん方が強迫的にそのことを心配するようになるという心配がありますので、お母さんからの質問がなければ、話していません。

Q.[22]将来の社会生活に支障はないのでしょうか？

A.ほとんどの場合、チックは消失します。

*もし大人になるまで残ったとしても、チックは家から出た時、仕事の時などは消えることが多いようです。もし、多少出たとしても目立たなくなってしまうので、社会生活での支障はありません。よくテレビに出てくる有名な政治家や芸能人の中にも、チックが残っている人もいます。将来の社会生活については、心配しなくても良いと思います。

Q.[23]チックがある子の場合、どのようなときに病院に行けばよいのでしょうか？

A.日常生活に不便なことがあるようでしたら、病院に受診してください。

*軽い瞬きのチックや、首をふるチックはよくみられるもので、短い期間で消えてしまうことが多く、本人が気にしていなければ、しばらく様子を見ていてかまいません。

もし、手が動いたり、体や足が動いたりして、日常生活に支障が出るようでしたら受診して相談した方が良いと思います。また体の動きのチックは軽くても、大きな声が繰り返し出るようでしたら相談されてはいかがでしょう。

Q.[24]チックに効くお薬はありますか？

A.あります。

*ハロペリドールというお薬が一般的に使われています。また、それ以外にも数種類以上、チックに有効なお薬があります。

[医師用追加]

小児科を受診するお子さんでは、薬物療法が必要な場合は少なく、トウレット障害と診断される子どもの中で10%程度でしょうか。それも、日常

生活に支障をきたすような時だけ2~3週間とか、長くとも2~3カ月でチックがある程度抑制されていれば服薬を中止しています。その後もしばらくは増加することもなく、過ごせることが多いと思います。他の90%は、お母さんに一般的な経過や予後を説明し、不安を取り除くようにして、しばらく経過をみていくようにしています。具体的には、1カ月に1回から2カ月に1回くらいで、お母さんに受診してもらい、途中経過を評価していきます。そして、夏休みや冬休みに本人にも受診してもらうようにしています。

Q.[24]お薬は、副作用の心配はありますか？

A.副作用は、子どもにはほとんど出ませんが、稀にはみられます。

*副作用がでるとすれば、少量で開始しても稀に眠気を訴える子どもがいます。ただ、一日中眠いというのではなく、午後の時間にお昼寝をしてしまう、ということが時にみられます。そのような時はお薬の量を少し減らすか、夜寝る前に1回だけのむようにすればお薬を続けることが可能です。

アレルギー反応をおこして発疹の出るお子さんがまれにいますが、はっきりしなくても疑わしいことがおこれば別のお薬に変えることになります。そのほかお薬を飲み始めて何か変わったことがあるようなら、とりあえずお薬は休んでおいて、お医者さんに相談してみてください。

[医師用追加]

小児科では、年齢の低い学童期のお子さんに使うためか、副作用がみられることは稀です。ハロペリドールの服用で、舌、顔面、背部の筋の固縮と痙直、時に眼球上転、嚥下困難などの錐体外路症状がみられることがあります。また、パーキンソン症状、アカシジア（正座不能症）、遅発性ジスキネジアなども出現する可能性があります。ハロペリドール以外にも、ピモジド、クロナゼパム、塩酸クロニジンなどを使うこともあります。お薬を使う前にどのような副作用が出やすいのか、確認しておく必要があります。

Q.[26]お薬はどの程度効くのでしょうか？

A.70～80%くらいのお子さんです。

*ハロペリドールというお薬がチックに効くことがわかってきてから、重症のチックにはお薬を使うことが多くなってきました。このお薬は70～80%の子どもで効果がみられます。全く消えてしまうわけではないのですが、回数が減ったり、動きが小さく目立たなくなったりします。また、使い初めに効果があっても、しばらく使っていると効果がはっきりとしなくなることもあります。

Q.[27]お薬については、今までみていただいた先生の中にも、使ったほうが良いという先生も、お薬なんか飲まないほうが良いという先生もいました。どちらがほんとうなのでしょう？

A.お子さんの状態によって変わってきます。

*確かに先生によって意見が違ふかもしれません。軽いチックですと何もしなくても短い間に良くなって消えてしまうことも多く、少し目立つチックでも待っている間に軽くなっていくことはよくあります。

ただ、チックの動きが大きくて、食事の時にお味噌汁をこぼしてしまったり、コップに入ったジュースを飲もうとしてこぼしてしまったり、字を書こうとしても手が動いてしまって書けなかったりするなど、日常生活に困るようなことがあるようなら、お薬を使ったほうが早く軽くなります。

Q.[28]お薬を始めると、ずーっと続けなくてはいけないのですか？

A.始めに2～3週間、使ってみます。

*お薬を飲み始めて、日常生活に差し支えない程度に軽くなったら、2～3週間使って、一度やめてみます。止めてもほとんどの場合軽くなったままで、急に強くなることはほとんどありません。その後は経過をみていて、チックが強い時だけに使うというのも一つの方法です。

[医師用追加]

ハロペリドールは、長く使っていると効果が弱

くなることがあります。必要な時だけ、短期間使うのがよいと思っています。

Q.[29]心理的な治療はどの程度効くのでしょうか？

心理的な治療は受けてみて効果が無いように思えるのですが、学校を休ませるのも気になりますし、本当に必要なのでしょうか？

A.その時の症状の強さや、お薬の効果があるかどうかによります。

心理的治療や対応を変えることでチックが軽減したと思われるお子さんでも、少数ですが経験しています。瞬きなどの軽くて治りやすいチックのお子さんでは、お母さんが少し自由にさせてあげたり、きっかけになったことを取り除いてあげるだけで、チックが軽くなったり、消えてしまったりすることがあります。ただ、チックのように年齢とともに症状が軽くなっていくものでは、どこまでが心理的治療の効果で良くなったのか、どこまでが自然の経過なのかを確かめることは難しいように思います。また、トウレット障害のような重症のチックについては、心理療法の効果は期待できません。

ただ、チックに対する心理療法というのは、チックを治すということではなく、チックで困っているお子さんを精神的に支え、それで不安になっているお母さんを支えていくことに意味があるように思えます。

Q.[30]心理的な治療とお薬を一緒に使うこともできるのでしょうか？

A.一緒に使うこともできます。

*心理的治療とお薬を一緒に使うことも可能です。重症のチックでは、治療の基本はお薬ですが、お薬の効果も限られているので、効果のありそうな治療法、例えばいろいろな種類のお薬も、心理療法や行動療法も、組み合わせて試してみる必要があります。

(厚生科学研究、小児心身症における総合研究班、平成13年1月作成、第1次試案)

夜尿のあるお子さんのお母さんへ

Q. [1] 宿泊を伴う行事（林間学校、修学旅行）が心配で受診しました。参加できるでしょうか？

A. ほとんどのお子さんが参加できます。

*林間学校や就学旅行の間、寝る前に1回お薬を飲んで、学校の先生に夜中に1度起こしてもらうことで、とりあえず旅行期間中の夜尿を無くすることができます。夜中に起こしてもらうよう先生方をお願いする事になりますが、みなさんいやがらずに引き受けて下さいませ。

先生をお願いすることをいやがるお子さんもありますが、夜尿のお子さんは、6年生くらいでもだいたい1クラスに何人かいるので、恥ずかしくはありません。

Q. [2] 生まれてからずっと夜尿が続いているのですが、原因はなんのでしょうか？ 育て方ですか？ 病気でしょうか？ ストレスのためでしょうか？ 夜尿は精神的なもので母親のせいだと言われましたが本当でしょうか？ 育て方を変えた方がいいのでしょうか？

A. 夜尿の原因は、お母さんの育て方でも、精神的なものでもありません。病気というよりも、寝ているときの目覚めと排尿の仕組みの発達が少し遅いだけです。

排尿の仕組みの発達が少し遅いだけです。

*以前は原因がよくわからなかったものですから、育て方が悪かったのではないかとか、おむつをとるときにしつけの失敗だとか、精神的ストレスによって起こってくるとか、いろいろ言われていました。

最近、夜尿の本当の原因がわかってきました。基本的な部分は遺伝性があります。つまり親子で顔が似るように、夜尿をしやすい体の仕組みが遺伝するのです。体の仕組みとして、大きな原因は3つあります。その一つは覚醒障害（普通のお子さんより目覚めにくい）ということです。これは

夜尿のお子さん全員にみられます。夜尿のないお子さんでは、眠っていても膀胱が一杯になると、その刺激で目を覚ましてトイレに行くことができます。しかし夜尿のお子さんは、目が覚めずに眠ったままお布団の中でおしっこをしてしまいます。

また夜尿のお子さんの一部は機能的な膀胱容積の減少（膀胱の中にためておけるおしっこの量が少ない）という特徴ももっています。このために朝まで膀胱の中におしっこをためておけなくて、夜尿になります。そのため昼間もトイレに行く回数が多くなります。

また一部のお子さんでは、睡眠中に脳から出ている抗利尿ホルモン（おしっこを濃縮して量を減らすホルモン）が少ないため、眠っているときのおしっこの量が増えて、朝まで膀胱の中にためておくことができません。

現在は、この3つが夜尿の主な原因と考えられていますが、そのほか夜尿のお子さんの一部は、どうしても水分を多めにとってしまうということがみられます。この仕組みはよくわかっていないのですが、この子たちにとっては水分を減らすことはとても難しく、無理に減らそうとすると隠れて飲んでしまったりすることもあります。

Q. [3] うちの子は、4歳ぐらいで夜尿がなくなっていました。そのあと、2～3カ月ごとに1回くらい、夜尿をしていましたが、2年生になってから、また毎日夜尿をするようになりました。近くのお医者さんに診てもらった時、ストレスのせいではないかと言われましたが、思い当たることはありません。

A. きっかけとなったストレスが、はっきりしないことがしばしばあります。

*このお子さんのように、一度夜尿がなくなつてから、しばらくたって再び夜尿が出てくることがあります。昔から心理的ストレスと関係があると言われてきたのですが、どう考えても思い当たるストレスがない場合もあります。

たとえば、3歳で夜尿が無くなって、4歳で下

の子が生まれたような時、夜尿が再び出てきて、行動も赤ちゃんがえりすることがあります。このような場合は、ストレスがきっかけとなって、先ほど述べた夜尿のメカニズムのどれかが一時的に調子が悪くなって、夜尿が出てきたということが考えられます。

私自身は、ストレスがあって夜尿が出てくる時は、ストレスのため抗利尿ホルモンの分泌が少なくなっていて、夜間の睡眠中の尿量が増えてくるためではないかと考えているのですが、まだよく判っていません。ストレスがなくて夜尿が出てくる時は、脳の中の抗利尿ホルモンを作るところが、何らかの原因で充分働かなくなっているのではないかと考えています。

Q. [4] 夜尿の時目覚めないのはなぜですか？

A. 生まれつき目覚めにくいのです

*夜尿のないお子さんでは、3歳をすぎると、寝る前にたくさんジュースを飲んだ時など、夜中の2～3時に目を覚ましてトイレに行くことがあります。夜尿のお子さんは、全員が「覚醒障害」つまり、声をかけたり揺すったりしても目覚めにくいという特徴があります。そのために膀胱が一杯になった刺激では、目覚めることができないのです。

Q. [5] 知り合いに精神的に切れやすく不安定で落ち着かない子どもがいて、お母さんが叱ってばかりいて、それが夜尿の原因になっているように思えるのですが？

A. 考え方は2つあると思います。

*一つの考え方は、ご指摘のように、心が不安定だから、そしてお母さんが叱るから、夜尿が出るというものです。もう一つは「落ち着きなくて心が不安定である」というのは脳の仕組みから来ることなので、少し機能に偏りのある脳だからお母さんのいうことも理解しにくくて叱られることが多くなり、脳の偏りのために夜尿も出てくると考えることもできます。

ただ私の経験では、お母さんが叱らないように

しても、おそらく行動も夜尿もすぐには良くなるように思います。しかし6か月か1～2年先にはいずれ良くなってくると思います。

Q. [6] 小学生で、毎日お夜尿をする子がいるのですか？

A. います。病院の外来にくる子の多くは小学校3～4年生で受診しますが、大部分は毎日夜尿があるお子さんです。

Q. [7] 夜中にトイレにおきたとき、寝ぼけて冷蔵庫のドアを開けておしっこをしたり、ふすまをあけておしっこをしそうになっていたりすることがあります。こういうことは他の夜尿のお子さんでもよくあることなのでしょうか？

A. よくあります。

*夜尿のお子さんは、覚醒障害（目覚めにくいこと）を体質的に持っているため部分的覚醒状態（寝ぼけてあるいてしまったり、半分寝ていて、半分おきている状態）になりやすいのです。そのため、冷蔵庫のドアをトイレのドアと間違えておしっこをしてしまうことがあります。心配いりません。

Q. [8] 夜尿があるとかぜをひきやすくなりますか？

A. かぜを引きやすくなるはなりません。

*常識的には、濡れたままでいるとかぜをひきそうに思うのですが、夜尿のお子さんたちをみると、かぜをひきやすい子もそうでない子もいて、夜尿のないお子さんと変わりません。

Q. [9] 夜尿が治らないのですが、包茎の手術をしたためでしょうか？

A. 包茎とも、包茎の手術とも関係ありません。

Q. [10] 1週間1回でもない日がある子は、毎日ある子と比べて治りやすいと聞いたのですが本当ですか？

A. 本当です。

*一晩に2回くらい夜尿があるときは毎日夜尿がみられますが、一晩に1回になり、朝方だけの治

り際の夜尿になってくると、1週間に1～2回夜尿のない日がみられるようになります。つまり治りぎわに近くなっているということです。

Q. [11] 夜中に起こした方が良いのか、良くないのか？ 何人かのお医者さんに聞くと、みなさん意見が違いますが、どうすればよいのでしょうか。

A. いろいろな考え方があると思いますが、基本的には起こさないほうがよいと考えています。*修学旅行などの宿泊をとまなう学校行事とは違って、日常生活の中では「無理して起こす必要はない」と考えています。昔は多くのお医者さんが、夜中に起こしてトイレにつれていくようにと説明したようですが、「目が覚めにくいこと」は遺伝性があり、夜尿の子どものお母さん方も目が覚めにくいことが多いようです。お医者さんに言われて最初は起こしていても、そのうちたびたび起きて起こさなくなることが多かったようです。

今は自然におねしょが出るような状態の方が、膀胱の大きさが早く大きくなるという考えもあって、起こさないようにといわれることが多いようです。

Q. [12] 今までずっとおむつをしていたのですが、おむつをパンツにかえると治るといわれて、かえてみましたが治りません。

A. ほとんど毎日夜尿があっても、朝5時すぎの早朝に1回だけの夜尿があるような治り際のお子さんの場合、おむつをはずして眠ることで、本人も知らない間に軽い緊張がかかり、尿道の括約筋(おしっこを出したり止めたりする筋肉)がいつもより強く閉じて、今までより膀胱の中にたくさんのおしっこが溜められるようになるため、夜尿がなくなると考えられます。

つまり、おむつをはずして治ってしまうお子さんは、毎日夜尿があったとしても治りぎわだったと考えられます。つまり、おむつをとらなくても、あと2～3か月で自然に治るような状態だったと思われれます。

一晩に2回以上夜尿があるお子さんですと、お

むつをはずした緊張で多少いつもより膀胱の中におしっこを多めに溜められたとしても、朝までは間に合わずに夜尿が続いてしまいます。実際には大部分のお子さんはおむつをはずしただけでは治りません。

Q. [13] 紙おむつより、布おむつの方が治りやすいといわれましたが、本当でしょうか？

A. これも前の質問と同じことで、治り際の夜尿なら、排尿時に濡れた感じのわかる布おむつの方が、その刺激で目覚めやすくなるかもしれません。それがきっかけで治り際の子どもの夜尿が消えてしまうのではないのでしょうか。

Q. [14] おむつをしていると治りにくくなると言われましたが本当ですか？

A. おむつをしても治りにくくなることはないと考えます。もし濡れたお布団の後始末が大変でしたら、おむつを使うのも一つの方法です。

Q. [15] 一定の時刻に起こしてトイレに連れていけば、そのうちいつも起きてトイレに行けるようになる聞きましたが本当ですか？

A. 夜尿のあるお子さんは全員が「覚醒障害」があつて目が覚めにくいので、実際には難しいと思います。しかし年齢が上がると「覚醒障害」は軽くなり、一定の時刻に起こさなくても、自然に目が覚めてトイレに行けるようになる場合もあります。

Q. [16] 夜尿の治療を始めるのが遅くなって手遅れにならないのでしょうか？

A. 手遅れになることはありません。

*夜尿は本来自然に治ってくるものです。手遅れになることはありません。ただ昼間もお漏らしがあり、寝ているときも夜尿があるなら、早めにお医者さんに相談して下さい。

Q. [17] 夜尿は待てばよくなるといわれましたが心配です。治療はいつから始めればよいのでしょうか？

A. 一般に、幼稚園ごろの夜尿は多くみられるため、

また小学校の初めまでで治る子どもも多いため、治療はしません。小学校に入ってから、本人が気にするようなら検査や治療を始めたほうがよいかどうか病院で相談してみてもいいでしょう。

小学校高学年になって、修学旅行や林間学校があるなら、できればその3か月前までには受診して、どうすれば夜尿がなく旅行期間中を過ごせるか、相談するのがよいと思います。お薬の効き目を試す期間が少し必要だからです。

Q. [18] お薬が何かで、すぐに夜尿がなくなる方法はないのでしょうか？

A. 治り際に受診された一部のお子さんを除いては、残念ながら短期間の治療ですぐ夜尿がなくなるような方法はありません。時期が来るまで待つ必要があります。

Q. [19] 漢方薬は本当に効くのでしょうか？

A. どのくらい効くのか、よくわかっていません。
* 普通は一般の医療の中で使われているお薬は、しばしば二重盲検法と呼ばれる厳しい方法で、本当に効果があるかどうかを確認してから使われるようになるのですが、漢方薬の夜尿に対する効果は、このような方法では確認されていません。

Q. [20] 夜尿は治るのでしょうか？ 治るとすれば、何歳くらいで治るのでしょうか？

A. 小学校1年生の時に毎日夜尿があったお子さんでも、中学生の終わりくらいまでには70%くらいが治っています。大人になるまでには、ほぼ100%治ります。

Q. [21] お医者さんにおねしょのことを聞いた時に、ほっとけば治るといわれたのですが、具体的なことが知りたいのです。何歳で何人くらいの子どもがおねしょがあるのでしょうか。

A. 夜尿のお子さんは、5歳では20%くらいいますが、10-11歳で10-15%くらいに減ってきます。中学校の途中までで大部分の子どもが治ってしまいます。

Q. [22] 病院ではどの科でみてもらえばよいのでしょうか？

A. 診てもらう時には、小児科あるいは泌尿器科を受診します。夜尿の治療の進め方は難しくないので、まずかかりつけの先生に相談してみるのがよいと思います。

Q. [23] 夜尿があるために、子どもが卑屈にならないか心配です。

A. 小学校の低学年では男女ともそれほど気にしていないことが多いようですが、高学年になると気にする子どもが増えてきます。受診して、修学旅行や林間学校の参加に心配がないことを話すと、ずいぶん気分が楽になるようです。

Q. [24] 治療はどのようにするのでしょうか？

A. お薬を使うことが多いと思います。

* お薬としては、抗うつ薬（うつ病の時に使うお薬）や排尿障害治療薬が主なものです。うつ病の時に使うお薬などと聞くと、少し心配になるかもしれませんが、脳に効くお薬はいろいろな作用を持っていることが多く、夜尿のお子さんがのむと、膀胱の容積を大きくしたり、抗利尿ホルモンを多めに出るようにしたり、目覚めやすくなったりすることがあります。また点鼻のお薬で、抗利尿ホルモンを鼻の粘膜から吸収させて、夜間のおしっこ量を減らすこともできます。

(厚生科学研究、小児心身症における総合研究班、平成13年1月、第1次試案)

夜驚（やきょう）のあるお子さんのお母さんへ

Q. [1] 眠って1時間くらいで突然起きあがって「怖い、怖い」といいながら泣き叫びます。時には泣きながら家の中を走り回ることもあります。かかりつけの先生に夜驚だから大きくなれば治るといわれたのですが、これはどうして起こるのでしょうか？

A. 夜驚は、深い眠りでこわい夢をみて部分的覚醒状態（半分だけ目が覚めた状態）になるために起こります。

* 人間の場合、覚醒（目覚めていること）しているときは体が動いて、眠っていると体は動きません。しかし夜驚の場合は眠っているにもかかわらず怖い夢をみながら体が動いてしまうようになります。これは脳の中の睡眠と覚醒を調節している部分がうまく働かないために起こる現象です。

Q. [2] 夜驚のことをお医者さんに相談したら、親の育て方が悪いといわれたのですが、本当ですか？

A. 夜驚は、育て方というよりも、生まれつきの夜驚をおこしやすい脳の素質によって起こります。育て方が悪かったからではありません。
* 昔、お母さんが叱ったりすると、その日の夜に出てくるので、そのように言われたのだと思います。

Q. [3] 子どもとディズニーランドに行ったその日の夜から、夜驚が始まったのですが、何か関係あるのでしょうか？

A. 夜驚が始まる時、3人に1人は、きっかけがあって出てきます。
* 夜驚がみられる3人に1人はきっかけがありますが、きっかけとしてこのお子さんのように、とても楽しい体験（家族旅行、遊園地に言ったこと）などがきっかけになることがあります。また、恐

怖をとまなう体験（自動車事故の経験や目撃、ガス爆発の体験や目撃、怖いテレビドラマや本を見たことなど）、緊張すること（ピアノの発表会、学芸会）などもきっかけとなることがあります。残りの2人は、起こりやすい年齢になると自然に出てきます。

夜驚が起こりやすい年齢は、3歳から6歳くらいまでです。早ければ2歳半くらいからみられます。8歳以上で始まることは少なくなります。

Q. [4] 10歳の男の子なのですが、交通事故に本人が遭った時から、夜驚が出てきました。関係があるのでしょうか？

A. あると思います。

* 普通夜驚が起こりやすいのは3～6歳です。8歳以上になると、脳の仕組みから夜驚は出にくくなります。

8歳以上で夜驚が始めて出ることがありますが、その場合は、きっかけとなった衝撃的な出来事がしばしばみられます。例えばこのお子さんのように、本人が交通事故にあったとか、殴られたり蹴られたりといったひどいじめにあった時など、強い衝撃的な出来事がきっかけとなっていることがあります。

もし、8歳以上で夜驚が始めて出てきたなら、そのお子さんの身の回りに、何か強い精神的ストレスになるものがなかったか、見直してみる必要があります。

Q. [5] どのような性格の子どもが、夜驚になりやすいのですか？

A. 夜驚になりやすい性格の特徴はありません。

Q. [6] 泣いているとき声をかけても、私の声が聞こえていないようですが、どうしてなのでしょう？

A. 部分的覚醒状態なので、お母さんの声は聞こえていないと思います。

* 部分的覚醒とは、半分眠ったままで、半分は目を覚ましているという状態のことです。普通に眠

っていると、夢を見ても身体は動きませんし、大声で泣くこともありません。しかし、夜驚の時は、夢を見ながら身体が動いてしまいます。ただ、部分的な「覚醒」といっても、眠っているのに近い状態で、お母さんがすぐ横で声をかけても、お子さんにはお母さんが見えていないらしく、お母さんの声も聞こえていないようです。目の前にお母さんがいても、泣きながら「お母さん、お母さん」と捜していることもあります。

ただ、夜驚が終わりに近づくと、部分的覚醒であっても、目を覚ました状態に近くなってくるので、多少返事ができるようになることもあります。

Q. [7] 赤ちゃんの夜泣きとは違うのですか？

A. 違います。

*赤ちゃんの夜泣きについては、わかっていないことが多いのですが、夜驚が眠ってから1～2時間くらいで起こるのに比べて、赤ちゃんの夜泣きはもう少し遅い時間、真夜中から明け方に多くみられるようです。また、夜驚は恐怖の夢を見て、怖そうな表情や動作がみられますが、赤ちゃんの夜泣きにはそれがみられません。

Q. [8] 日中は、子どもにどのような接したらよいのでしょうか？

A. 日中の接し方は、変える必要はありません。今までどおりでかまいません。

Q. [9] 昼間叱った時から、その日の夜に夜驚が出るのですが、叱らないほうがよいのでしょうか？

A. しつけのため、必要なら叱ってかまいません。

*確かに昼間起きている時に、感情を刺激するようなことがあれば、その日の夜に夜驚が起こることがあります。しかし、何か悪いことをして、そのために怒る必要があれば叱ってかまいません。そのために、夜驚が長引いたりすることはありません。

Q. [10] 家族で旅行をしたり、遊園地に行ったりすると、その日に夜驚が起こることが多いのですが、

外出は控えたほうがよいのでしょうか？

A. 控える必要はありません。

*夜驚は、交通事故などの怖い体験がきっかけになることはよく知られていますが、楽しいことや緊張することなど、人の感情を動かすことであれば、何でも引き金になります。家族旅行や、家族で遊園地に行き遊ぶことは、社会的な知識を広くさせるという点でも、家族の人間関係をよくするという点でも良いことだと思います。夜驚は、もともと自然に治ってくるものですので、あまり気にせず外出してかまいません。

Q. [11] それほど兄弟仲が悪いわけではないのですが、兄弟喧嘩をすると、その日の夜に夜驚がおこります。どうすればよいのでしょうか？

A. そのままでよいと思います。

*兄弟喧嘩は社会ルールをおぼえるためにも必要なものです。確かに喧嘩をするとその夜に夜驚が出ることはありますが、長い経過をみているとそれで長引くことはありません。あまり極端に兄弟の仲が悪いのでなければ、今までどおりでかまいません。

Q. [12] 怖いテレビをみると、その日の夜、夜驚がおこるのですが、見せないほうがよいのでしょうか？

A. 本人が見たがるなら、止めなくてもよいと思います。

*怖いテレビや本などをみると、その日の夜に夜驚が出ることはありますが、影響はその日1日のみです。本人がみたがるなら、無理に止めなくても良いと思います。

Q. [13] 夜驚の時はどうしてあげればよいのでしょうか？

A. ベッドの上でただ泣いているだけなら、危なくないように横で見ているか、やさしく声をかけて落ち着くのを待てばよいと思います。

Q. [14] 夜中に夜驚が始まった時、夜驚を止めるよい方法はないのでしょうか？冷たいタオルで顔を

ふくとか、ジュースを飲ませるとかではだめでしょうか？

A. 途中で止めるのは、むずかしいと思います。

*夜驚を止めるよい方法はないのですが、夜驚は普通2～3分でおさまります。長くても10分以内がほとんどです。

Q. [15] 夜驚の時、泣きながら走り回るのですが、その時はどうすればよいのでしょうか？

A. 無理に止めようとしないで下さい。

*走り回っている時、無理に止めようとするとかえってひどくなります。押さえつけたりせず危なくないように見守っているだけでかまいません。多くの場合、長くても5分程度でおさまってきます。

夜驚の時、走り回ることが多いようでしたら、怪我をさせないために、廊下にはガラス製品など、壊れやすいものをおかないようにしましょう。また、ぶつかりやすいものも、かたづけておきましょう。

Q. [16] お医者さんから、夜驚の時、目を覚まさせるようにいわれたのですが、なかなか目が覚めません。どうすれば目を覚まさせることができるのでしょうか？

A. 目覚めさせる必要はありません。

*夜驚の時、はっきり目覚めさせるのは結構時間もかかりますし、難しいと思います。また目を覚まさせる必要はありません。目を覚まさせるようにしても早く治るわけではありません。

Q. [17] 夜驚がおさまったあと少し話ができても、次の朝には何も覚えていません何か病気なのでしょうか？

A. 病気ではありません。

*夜驚の時の部分的覚醒の中でも、より目覚めに近い状態になった時、お母さんと会話ができることがあるのですが、それでも朝目覚めたあと聞いてみると、何も覚えていないことがあります。こ

れは、半分眠ったままで会話をしているの思
い出せないのですが、心配いりません

Q. [18] いつもは眠った後で、怖い、怖いといいながら泣き叫ぶのですが、時々、泣かずに寝ぼけて歩くだけのことがあります。これも夜驚なのでしょうか？

A. これは夢中遊行といえます。

*泣かずに寝ぼけたままで歩き回るのは、夢中遊行といえます。夜驚と同じ部分的覚醒状態で、脳の中の仕組みもよく似ているのですが、恐怖をともしなれない夢をみて歩いている状態です。

Q. [19] いつも診てもらっているお医者さんから、カンが強いから「カンの虫」の薬をのんだ方がよいといわれたのですが、どうなのでしょう
か？

A. 「カンの虫」の薬のことはよくわかりません。

*私は「カンの虫」の薬を使ったことはないのですが、たしか安定剤の一種のような物質が入っていると聞いたことがあります。だとすると睡眠の仕組みを安定させ、夜驚を減らす可能性があります。

Q. [20] どんなときに、お医者さんに相談すればよいのでしょうか？

A. 回数が多くて、お母さんや家族の方が疲れた時です。

*夜驚は、2～6歳でみられやすく、毎日あっても一晩に1回だけのことが多いのですが、この年齢では眠る時間も9時ごろで、夜驚は10時から11時ごろのお母さんがまだ起きている時間におこります。毎晩あっても1回だけなら、家族の方も睡眠不足にはなりませんし、少し様子を見ていてもよいと思います。多くの夜驚のお子さんの経過をみると、最初が比較的多くても、2～3カ月で回数が減ってきます。

しかし、一晩に2～3回も夜驚があつて1回が10分以上もかかるときは、家族のみんなが睡眠不足になってしまいます。もし回数が多くて睡眠

不足がひどいようなら、お医者さんに相談してみてください。お薬で軽くしたり止めたりすることができます。

Q. [21] 夜驚の治療は、どのようにするのですか？

A. お薬を寝る前にのんでもらいます。

*ベンゾジアゼピン系薬剤とよばれている、いくつかの薬があります。それを寝る前に1回のんでもらうと夜驚が消えてしまうか、残っている場合でも、症状が軽くなります。

(厚生科学研究，小児心身症における総合研究班，
平成13年1月，第1次試案)

不定愁訴（ふていしゅうそ）のある お子さんのお母さんへ

Q. [1]不定愁訴とはどのようなものでしょうか。

A. 身体のどこが悪いのかをはっきりしない訴えで、検査をしてもどこが悪いのかははっきりしないものを言います。

*普通、身体に何か病気があるときには、病気が起こっている部分の症状が出ますし、また、その部分の異常を示す診察結果や検査結果が見られます。ですから、逆に、患者さんの訴えと診察・検査結果から身体のどこが悪いのか推測することができます。

ところが、症状の中には、「身体がだるい」とか「頭とお腹が痛い」などのように、症状が身体の特定の場所と関係しておらず、しかも、診察や検査をしても、異常がないか、異常が見られてもその結果からどこが悪いか決められないような症状がみられることがあります。このような、身体のどこが悪いか決めることができない症状を不定愁訴と呼びます。

Q. [2]不定愁訴にはどんなものがありますか。

A. 不定愁訴は、大きく2つの種類があります。身体全体についての訴えと、体のいくつかの部分に関係した訴えです。

*不定愁訴にはいろいろなものがありますが、大きく2つに分けて考えることができます。1つは、身体全体についての訴え、あるいは、身体のごとも直接関係しないような訴えです。このタイプの訴えが、不定愁訴の代表です。具体的には、「(体が)だるい」、「気持ちが変わる(吐気ではなく)」、「疲れる(疲れやすい)」、「身体が熱い・ほてる」、「食欲がない」などがあります。他の1つは、身体のある部分と関係した症状でありながら、互いに関連性が考えにくいいくつかの部位の症状です。「頭とお腹が痛い」、「胸が苦しく、腰も痛い」などです。また、これら2つの種類の不定愁訴の両方が同時に認められることもあります。

Q. [3]不定愁訴はどのくらいの頻度で見られるのでしょうか。

A. 小学生から高校生の20人に3人の割合で不定愁訴がみられます。

*学校を対象とした私達の調査では、「身体がだるい・すぐ疲れる」という訴えは小学生から高校生までの全体で約15%、「頭痛」が17%でした。つまり、学童から思春期の子どもの20人に3人は不定愁訴を持つ、という結果でした。不定愁訴は、子どもでも決して稀な症状ではないと考えられます。

Q. [4] 不定愁訴が出やすい年齢があるのでしょうか。

A. 子どもでは、年齢が上がるほど頻度が増加します。

*私達が学校を対象に行った調査では、平均しますと、小学生で10%前後、中学生で15%前後、高校生で25%前後に不定愁訴を認めていました。年齢が上がるほど、不定愁訴は出やすくなる傾向があるようです。これは、年齢が小さい場合には、身体の特定の一個所に限定する症状(腹痛が一番多い)が出やすい傾向があり、それだけ、漠然とした症状が出にくいことが関係していると思われるます。

Q. [5] 不定愁訴は女子に多いのですか。

A. 中学生以上では、大人も含め女性に多い傾向があります。小学生以下では、男女ほぼ同じ頻度です。

*思春期以降、女子に頻度が多くなるのは、生理との関係、貧血との関係、問題行動としてよりも身体症状として心理的問題を出しやすい女子の気質・行動特性、などが関係していると考えられます。このことから、不定愁訴は、心身の様々な不調が関係していることが分かります。

Q. [6] 不定愁訴はどうして起こるのでしょうか。

A. 多くの場合、自律神経のバランスが崩れて起こります。

*自律神経とは、内臓や血管の調節を行っている神経のことです。この神経のバランスが崩れると、その神経が関係している内臓や血管の調子が崩れてしまい、さまざまな症状が出てくることになります。もともと自律神経の調子が崩れやすい体質の人、自室神経のバランスを乱すような外からの刺激（心身両面の）などが影響して、自律神経の不調が起こります。

Q. [7] 不定愁訴の原因は为什么呢。

A. はっきりとした原因がつかまらないものを不定愁訴と言うのですが、実際には、疲れが溜まっている場合、身体的病気が隠れている場合、心身症の場合、神経症の場合、の4つの場合のどれかであることがほとんどです。

*自律神経の調子を乱すものは、何でも不定愁訴の原因となり得ます。ただし、通常は、上記の4つを考えれば十分と思われます。子どもで一番多いのは、慢性の疲れなど体調不良によるもの、次いで、心身症的なもの、さらに、身体的疾患や神経症的なもの、ということになると思われます。

Q. [8] 単なる体調の問題といわれました。どういふことでしょうか。

A. 病気ではなく、文字通りの体調不良ということです。十分な休養と睡眠、栄養をとることで回復します。

*不定愁訴の原因として子ども達で一番多いのは、病気というよりも、いわゆる体調の不良とでもいうものです。慢性的に疲れが溜まって体調を崩している状況と言ってもよいでしょう。最近の子どもでは、睡眠不足と朝食抜きがこれに加わり、体調不良が強くなったり長期化していることも少なくありません。女子では、これに生理や軽度の貧血の影響が加わり、症状が慢性的にみられやすくなります。ただし、これらの状態は、特別の治療を必要とすることは少なく、生活状況を整え十分な休養と栄養をとることで回復します。

Q. [9] 病気が原因となっていることもあるのでしょうか。

A. あります。ただし、子どもでは心配するような大きな病気は稀です。

*不定愁訴を起こす病的状態としては、心身症、隠れた身体疾患、神経症が考えられます。

心身症では、自律神経失調症がその代表的なものです。子どもでは、起立性調節障害と呼ばれる起立性低血圧の場合が少なくありません。基本的には、本人の体質の問題ですが、心理的問題が関係して悪化・長期化していることもあります。低血圧に対する薬物療法と生活指導で改善していくのが普通です。

隠れた身体疾患としては、ホルモンの病気、血液の病気、膠原病、腫瘍性疾患などに注意が必要となります。ただし、極めて稀です。病気が見つかった場合には、それぞれに対応した治療が行われます。

神経症としては、体の不調を心配していろいろな訴えをする心気症、抑うつ状態、不安状態、などで不定愁訴がみられることがあります。それぞれ、元の状態への治療を行うことで改善していきます。

ただし、これらの病気は、起立性調節障害を除き、それぞれ、不定愁訴以外のその病気に特有の症状があるか、初期にはみられなくてもそのうち出てくるのが一般的です。

Q. [10] 不定愁訴の裏に恐い身体の病気が隠れていることはないのでしょうか。

A. 子どもでは極めて稀です。一通りの診察と検査で異常がなければ、重大な病気の可能性は少ないと言えるでしょう。

*確かに、稀に重大な病気が隠れていることがあります。その意味で、一度は医療機関できちんと診てもらふことは必要だと思います。気をつけなければいけない病気としては、甲状腺ホルモンの異常（分泌亢進あるいは低下）、慢性的な貧血を起こす血液の病気、膠原病、白血病などの腫瘍性疾患、などがあります。

ただし、通常診察、検査で異常がなくても症状が続く場合（不定愁訴がまさしくそれに相当し

ますが)、これらの病気を疑った検査も普通は行われますので、医療機関での一通りの検査で異常がなければ、先ず心配する必要はないでしょう。

Q. [11] 不定愁訴は「気のせい」なのでしょうか。

A. そんなことはありません。単なる疲れの蓄積のこともあれば、身体的病気のこともあります。長期間続くときには、一度はきちんと医療機関を受診すべきでしょう。

*不定愁訴は、何らかの理由によって身体の自律神経のバランスが崩れて起こっています。その意味では、明らかな身体の症状です。たとえ心身症や神経症状態であっても、そうした心理的不安定さのために自律神経の調子が崩れていると考えます。決して、気のせいでも気の持ちようの問題でも、ましてや、仮病ではありません。

Q. [12] 診察や検査で異常があるとされました。

A. 不定愁訴であっても、全体的な体の不調を現す検査で異常が見つかることはあります。

*診察や検査で異常が見つかったとしても、どこが悪いのかまでは分からない、あるいは、分かりにくいのが普通です。いずれにしても、異常が見つかったということは、身体のどこかに自律神経の調子を崩している元があるということですから、診察・検査を繰り返し行ってもらおうとよいでしょう。ただし、検査を繰り返してもそれ以上の問題が見つからず、最初の異常結果も段々改善していく場合には、何か、たまたま調子を崩すこと(風邪かもしれないかもしれません、胃腸炎かもしれないかもしれません)がただけのことが多く、大きな問題がないと考えてよいでしょう。

Q. [13] 不定愁訴は治っていくものなのでしょうか。

A. 原因がつきとめられた場合には、その治療を行うことで改善していきます。原因がはっきりしない場合には、しばらく続きますが、自然に落ち着いていくことが少なくありません。

*原因がはっきりしない場合、自律神経のバランスを崩しやすいもとの体質や、疲労やちよつ

とした体調不良(風邪など)の重なりなどが背景にあることがほとんどです。このような場合には、休養、睡眠、栄養に配慮した生活を送っていることで、自然に改善指定のが普通です。ただし、体質が関係している場合には、体質が変化するには時間がかかりますので、長期間動揺しながら症状が続くことがあります。これも、年齢とともに症状が軽くなっていきますので、そうした経過が見られるのであれば心配することなく様子を見ていけばよいでしょう。

Q. [14] 不定愁訴にはどのような治療方法があるのでしょうか。

A. 原因がはっきりした場合には、その原因に応じた治療を行います。原因がはっきりしない場合には、症状を軽くする薬や生活指導など、対症的な治療が中心になります。

*原因治療を除けば、自律神経と気持ちの安定を図る対応が原則です。症状自体に対しては、症状を軽くする薬(痛みには痛み止めなど)を使います。症状を改善させる生活上の対応を行うこともあります(低血圧の子どもに対して冷水シャワーや乾布摩擦など)。そして、疲れを溜めないようがんばりすぎないように注意し、十分な栄養と睡眠を取ることができるよう生活調整を行います。

Q. [15] 薬で治るものなのでしょうか。

A. 原因がはっきりしている場合には、その原因に対応した薬で治ることが普通です。原因がはっきりしない場合には、薬は症状を一時的に落ち着ける目的で使われることになり、薬で治るという状況は期待しにくくなります。

*原因がはっきりしない場合、使われている薬は対症的な薬(症状だけを一時的に落ち着ける薬)になります。この場合でも、その薬により症状が軽くなり、本人の日常生活の活動性があがることで、結果として、本人の心理面により影響を与え、症状にとらわれることが少なくなり、よくなっていく可能性は十分にあります。しかしながら、対症的薬物は、あくまでも一時的な効果しかないも

のであり、病気自体を治すものではないことは知っておく必要があります。

Q. [16] 薬はずっと続けていてよいのでしょうか。

A. 原因によって違います。原因がはっきりしない場合、痛み止めなどを、医師から言われた回数以内であれば使っていてかまわないでしょう。

*原因に対する薬は、もとの病気が落ち着くまで続けるのが普通です。原因がはっきりしないときの対象療法は、症状によって日常生活がどれだけ支障を来しているかどうかで考えていくとよいでしょう。生活への影響が大きい場合には、主治医から指示されている範囲であれば、無理にがまんすることなく使っていくて構わないと思われま

Q. [17] 不定愁訴はがまんさせた方がよいのでしょうか。

A. 不定愁訴は仮病ではありません。ただがまんさせるだけの対応はしてはいけません。

*不定愁訴は、自律神経の症状であり、身体の症状です。原因がなんであっても、子ども自身は症状のつらさを感じています。そのつらさを受けとめ、共感してあげること（あなたがつらいのはよく分かるよ、大変だよ、など）が大切です。がまんさせる対応は、しばしば状態を悪化させることすらありますので、すべきではないでしょう。

Q. [18] 日常生活上で注意することが何かあるでしょうか。

A. 心身の疲れを溜めないような生活を送ることが大切です。特に、睡眠不足に注意しましょう。

*十分な栄養と睡眠、そして、ストレスのない生活、これが一番です。ビタミン類も十分取るよう注意します。ストレスのない生活は理想ですが、現実には難しいものです。少なくとも、がんばらなくてよい、今のままでいいのだ、ということを伝えてあげるとよいでしょう。

Q. [19] 学校内で注意することが何かあるでしょうか。

A. がんばらせ過ぎないような配慮が必要です。

ときどき、つらくないか聞いてあげるのがよいでしょう。

*基本は、家庭内での注意と同じです。付け加えるとすれば、学校では、どうしても友人や教師などの目を気にして、自分のそのときの限界以上にがんばろうとしやすくなります。そのような状態に子どもが追い込まれないように、ときどき、「無理しないで、大丈夫？つらくないかい？」など、配慮したことばかけを教師がしてあげるとよいでしょう。

Q. [20] 子どもがいろいろ訴えるのを聞いていると、イライラしてくるのですが。

A. 同じことを毎日聞かされていれば、家族でもイライラするのはあたりまえのことです。イライラを子どもにぶつけることのないよう、子どもと距離を置くことを考えましょう。

*不定愁訴は長期間続くことが多く、本人のつらいという訴えに比べ、外から見るとそれほど大きな病気にも見えないため、周囲の人も、どうしても「たいしたことないんじゃないか、もういい加減にしてよ」と言いたくなるものです。これは、普通の気持ちで、決しておかしいことではありません。子どもに対するそうした気持ちの裏には、実は、子どものことをそれなりに考え、それを何とかしてあげたいと思いつつも何もできない親自身の苛立ちが、どこにも向けようがない怒りとなって、つい子どもに向かっている、ということも少なくありません。

このようなときには、子どもも親も、どちらも疲れていることが多いのです。無理せず、「ちょっと疲れているから」と言い、子どもと親とがしばらく距離を置く時間を取るのがよいでしょう。他の家族や親戚の人の助けを借りるのもよいでしょう。助けを求めるのに躊躇することはありません。助けを求めるということは、それまで、助けを求めるほどまでがんばってきたということなのですから。

(厚生科学研究、小児心身症における総合研究班、平成13年1月作成、第1次試案)

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究
分担研究報告書

5. 学習障害における病態解明と実態調査に関する研究（分担研究者 小枝達也）

5-A. 発達・行動面から見た心身症の実態

－全国調査結果から－

分担研究者 小枝達也 鳥取大学教育地域科学部人間教育講座障害児病理学 教授

研究要旨

平成12年度に行った全国一斉調査の中から、注意欠陥/多動性障害(ADHD)と学習障害(LD)に焦点を当て、心身症合併率・学校不応の実態を明らかにした。医療機関調査結果では、5歳以上のADHD児は52名(男児43名；幼児7名・小学生33名・中学生7名・高校生0名・20歳以上2名)であった。そのうち医師が心身症を合併していると診断したのは30名(57.7%)であり、35名が家族・友人・教師と何らかの対人関係上の問題を有していた。また、30名が朝起きが悪いなどの睡眠上の問題を訴えていた。小学生以上の年齢で、LD児は19名(男児9名；小学生11名・中学生6名・高校生2名)であった。心身症の合併は13名(68.4%)であり、14名が家族・友人・教師との対人関係上に問題を有していた。睡眠上の問題も13名に認められた。不登校あるいは保健室登校、または適応指導教室などに通っている児は、ADHD児で10名(19.2%)、LD児で9名(47.4%)であった。一方、学校で把握されているADHD、LDの人数は、それぞれ小学校で177名(男児162名)、288名(男児200名)、中学校で35名(男児27名)、88名(男児53名)、高校で3名(男児3名)、11名(男児5名)であった。以上からADHDやLDという発達障害は、小学校の男児に多く認められていた。病院の外来では、ADHDが幼児と小学生が中心であるのに対して、LDでは小学生から高校生までと幅が広がった。ADHD、LDともに心身症の合併率が約60%と高く、とくにLDでは不登校などの学校不応が顕著に認められており、医療面からの支援の重要性が示唆された。

見出し語：心身症 注意欠陥/多動性障害 学習障害 不登校 育成医療

A. 研究目的

注意欠陥/多動性障害(ADHD)や学習障害(LD)等の発達障害では、本来、行動上の問題や学業上の困難が主体であるが、年齢が上がるにつれて集団での不応や二次的な心因反応を起こして来院することが少なくない。本研究では、全国調査により、発達障害の観点から心身症や学校不応との関係や実態を明らかにし、対策を提案することを目的とする。

B. 対象と方法

平成11年10月に行われた心身症等に関する医療機関受診者全国調査結果から、ADHDとLDに焦点を当て、医療機関調査からはADHDおよびLDが、心身症や睡眠障害を合併している割合と不登校など学校不応の状態になっている割合を求めた。学校調査からはADHD、LD児の属性を検討した。診断の妥当性からADHDでは5歳以上、LDでは小学生以上とした。

C. 研究結果

(1)医療機関調査結果

①ADHDの結果

調査期間に医療機関を受診した総数は、26,215名であった。5歳以上の受診者数8,917名のうち、ADHD児は52名(0.58%)(男児43名；幼児7名・小学生33名・中学生7名・高校生0名・20歳以上2名)であった。ちなみに4歳以下の幼児は7名であった。52名のうち医師が心身症を合併していると診断したのは30名(57.7%)であった。ADHDで心身症を合併しているのは、幼児3名、小学生22名、中学生3名、20歳以上2名であった。また、35名が家族・友人・教師と何らかの対人関係上の問題を有していた。また、30名が朝起きが悪いなどの睡眠上の問題を訴えていた。不登校あるいは保健室登校、または適応指導教室(情緒障害学級などを含む)に通っている児は、10名(19.2%)であった。

②LDの結果

小学生から高校生までの受診者数8,394名うち、

LD児は19名(0.23%)(男児9名；小学生11名・中学生6名・高校生2名)であった。ちなみに幼児は3名であった。心身症の合併は13名(68.4%)に認められており、小学生7名、中学生4名、高校生2名であった。14名が家族・友人・教師との対人関係上に問題を有していた。睡眠上の問題も13名に認められた。不登校あるいは保健室登校、または適応指導教室(情緒障害学級などを含む)に通っている児は9名(47.4%)であった。

(2)学校調査結果

学校で把握されているADHD、LDの人数は、それぞれ小学生で177名(男162名、女15名)、288名(男200名、女88名)、中学生で35名(男27名、女8名)、88名(男53名、女35名)、高校生で3名(男3名)、11名(男5名、女6名)であった。

D. 考察

ADHDとLDは、発達障害という概念でまとめられる疾患であり、両者は高率に合併することが知られている。そして本来の発達障害の症状よりも、二次的に派生してくる「集団での不適応」や「心身症」が大きな問題となることは、経験的に知られていたものの、これまで疫学的調査からの裏付けがなかった。

今回の調査により、小児科外来の5歳以上の受診者のうち、0.58%がADHDであった。また小学生から高校生までの受診者の0.23%がLDであることが判明した。この頻度については以下の点に留意する必要がある。つまり、今回の調査は月曜日一日に限定して行われている点である。月曜日には一般外来受診者が多いために、専門外来を開設している病院は少ないことが予想され、必然的にADHDやLDといった発達障害の受診は、限られたものになると思われる。さらに今回の調査がおもに心身症の調査であったこと、小児科研修指定病院が中心であり、発達障害などの療育に携わっている療育センターや発達センターなどは調査対象からはずれている点を考慮に入れると、この頻度は「少なくとも」というただし書きをつけて解釈されるべきものであろう。

医療機関受診者の年齢を概観すると、ADHDでは幼児の受診者が少なからず存在していること、年齢に伴って減少しているが、成人も受診していることが特徴と考えられた。LDでは、ADHDに比べると小学生から高校生までの間に集中していた。

両者共に受診年齢層が幅広かったことは、息の長

い診療活動が小児科において行われていること、そして小児期に限られた活動ではないことを示している。ADHDやLD児の人生を支えるという育成医療の必要性がうかがえる。

ADHDでは、幼児期から学童期にかけて小児科での診断や治療が行われている実態を反映した結果と考えられる。中学生以降で小児科受診者数が減少しているのは、治療効果が大であり、患者数そのものが減少しているからなのか、それとも行為障害などを合併して小児科よりも精神科の方が診療科として適しているためなのかは、今後の調査課題の一つであろう。

学校調査から得られたADHD、LDの年齢分布や性差を概観すると、ADHD、LDともに小学校の男児に多く認められていることが共通点であった。しかし、ADHDでは中学校、高校ともに男児が大多数であるのに対して、LDでは中学校、高校へと進むにつれて男女差がなくなっているという差がみられた。

心身症の合併率は、ADHD、LDともに半数を超えており、二次的な問題に対処する必要性の高さが示された。本来の発達障害としての症状に対処するとともに、心身症として現れてくる身体症状及びその背景にある対人関係上のトラブルにも着目することが重要と考えられた。とくにLDでは不登校などの学校不適応が半数近くに認められており、教育や家庭環境などの整備に医療機関も関わって行く必要があると思われる。

E 今後の対策と提言

対策として、分担班から「学習障害の診断手引き書」を作成した。小児科医師の診断の参考として広く利用されることを、また、母子保健に関わる職種の方々が、指導等の参考にされることを願っている。

また、以下の5点を提言したい。

- (1)小児科医が広く、ADHDやLDなどの発達障害を概論的に習得すること
- (2)心身症を専門とする医師が、発達障害についての知識と診療技能を身につけること、逆に発達障害を専門とする医師も、心身症についての知識と診療技能を身につけること
- (3)ADHDやLDなどの発達障害を診療する専門外来の設置を奨励すること
- (4)校医における小児科医の割合を増やし、発達障害児が呈する二次的な問題に対して学校と協議する機会を増やすこと