

「呼吸器系疾患」に対するユーザーの意見と感想への対応

研究協力者

赤坂 徹 国立療養所盛岡病院臨床検査部長
小児科

「呼吸器系疾患」に対してユーザーから寄せられた意見と改訂版における対応とを挙げる。

文中のユーザーの意見の前の A は一般小児科医、B は学校医、C は児童精神科医および小児心身症専門医である。

I. 気管支喘息

- ①. A と B とによる「心身症としての対応が必要な場合の鑑別や治療」、A と B とによる「偽発作」に対しては、鑑別診断と治療で詳しく述べる。
- ②. A と B とによる「心身症の特徴」、B による「診断基準」、B と C とによる「心身症の関与」については、診断基準で述べる。
- ③. A の「重積発作の危険性」については、発作時の所見に追加する。
- ④. A の「コンプライアンスの悪い患児への具体的対応」は非発作時の治療で述べる。
- ⑤. A の「神経性咳嗽」、B の「coughing fits」に対しては、「神経性咳嗽」の項目を設けて述べる。

⑥. A、B および C による「表 1、表 2 の扱い」については、「表 1」の内容を文中で述べ、「表 2」は削除する。

⑦. C の「精神的母子分離」については「親子関係」の項目を設けて述べる。

II. 過換気症候群

- ①. A の「救急外来での対応」は、追加して述べる。
- ②. C の「喘息児が過換気を合併し、喘息発作と勘違いする」点については、鑑別診断で症状や検査から説明を追加する。
- ③. C の「panic disorder の不安発作との鑑別」は、panic disorder を定義し、鑑別点を説明する。
- ④. C の「ペーパーバックの容量を年代別に記載する」については、容量に関する記述はないが、選ぶ基準を説明する。
- ⑤. B の「誘因」は、性格や家庭環境の項で別に述べる。

研究協力者
塩川宏郷 自治医科大学小児科 講師

執筆者としてユーザーの意見に対するコメントを以下に示す。

まず、「小児心身症専門機関」をどのように定義するか、についてはそのような機関が日本国内にあるかどうか、ということも定かではない状況である。筆者の意図は「小児の心身症の診療に積極的に取り組む姿勢の医療機関」という意味合いで執筆した。具体的には、自分のしていることしかわからないので、例として冗長になっている感はある。しかしながら、要するに心身症を積極的に診療しようとしている施設でも、他施設のことはわからないし、どこでどのようなことをしているかについても十分把握できておらず、日々試行錯誤を続けていると

いうこと状況、すなわち何も特別なことを行っているのではないことが伝わればよいと考えている。

今後内容に盛り込みたいのは、どこで、だれが、何をどのように、診療しているか、という情報提供ができればよいと思う。リストを掲載するまで行かなくても、各県単位の草の根的な情報をハンドブックの中でお知らせしていくのかどうかと考える。圧倒的に人材不足のこの領域で、やはり役割分担をしっかりとすること、プライマリケアではこの部分をしっかり見てもらいたい、ここからは専門医にゆだねる、という協力体制を構築することが大切だと考える。

「アレルギー疾患」に対するユーザーの意見への対応

研究協力者

亀田 誠 大阪府立羽曳野病院アレルギー小児科

内容について全体として評価いただき感謝している。さて、先生方からのご意見をいただいて、改めて本稿を見直し、気づいた点を以下に記述する。

I. ハンドブック全体について

本稿に限ったことではないか、昔ながらの一般小児医療での心得（例えば、患者の訴えを傾聴し、むげに扱わない、患者の成長に対するの暖かい支援等）は患者の医師への信頼感に結びつき、心理的サポートとなる。心身医学的対応についてより具体的記述を望む意見が多かったが、心身医学的対応が特別なものではなく、一般診療の中に含まれることは基本的対応は総論1.や5.でも述べられており、この点は本ガイドブックの根幹をなすものと思われる。従って、ハンドブックとして考えるならば実際に読んでもらいたい項目をはじめに集約して強調し、疫学等はあとに回す等の配慮をしてもよいと感じた。

II. 「アレルギー疾患」について

1. 両親への対応

本項目で両親への説明など具体的な対応のまとめは確かに欠落しており、改めて一項目設けてまとめてもよいと考える。

2. 皮膚科との連携

アトピー性皮膚炎は小児科と皮膚科両科とで診療されている。このため小児科からは皮膚科との連携や、皮膚科の考えを知りたいという要望があった。本稿は心身医学にも詳しい当院の皮膚科医にも通読してもらい了解を得た。可能であれば共同執筆者として連名とすることで、いくつかの問題は解消され则认为。

3. 薬物療法

薬物治療についての追加は筆者としては必ずしも必要がない、また学校での対応は医療機関からの連携を含め、追加する必要があるかもしれないと考える。

研究協力者
深井善光 関西医科大学小児科学教室

I. 全体について

本章の内容は一般医の 56%、学校医の 65% にとって新しい知識を提供する内容であった。臨床場面での重要度は、一般医の 86%、学校医の 74%が「重要」以上の認識を持っておられた。

記載内容については一般医の 68%、学校医の 79%が「適当」とのことであるが、専門医からは 32%に「不十分」との指摘であった。

II. 改訂のポイント

①専門医から「フロイト、サリバン、スターンなどについても記載すべき」との指摘があるが、一般医を対象としたハンドブックとしてあまり盛りだくさんにすることは混乱を招く恐れもあると考える。フロイト以後の発達理論の中で母子関係を扱ったものに焦点を絞りつつ簡単に加筆する方向で検討する。

②「小児の心と身体の発達について」という表題に対して、身体発達についての記載が少なく「小児の心の発達について」とすべきとの指摘については変更する方が良いと考える。

その上で、もう少し乳幼児期の身体面についても言及するように加筆する。

③それぞれの学者による発達についての記載をまとめて表にしたほうが良いとの意見にそって、表を作成することとする。

④「治療的退行」について、キーワードに上げたが本文で具体的な記載がもれていたので加筆修正する。

⑤エリクソンの後に「各年代の特徴」を記載したため、それ以後の内容がすべてエリクソンによるものという誤解を与えたようなので、2と3の順序を入れ替えることにする。

⑥「執筆者自身の考えを明確に」との意見があるが、総論として一般的なコンセンサスを重視する中では個人の考えをこれ以上入れることはできないと考える。強いて言えば、どの理論を選択しているかが母子関係の相互発達を重視する執筆者の考えといえる。

研究協力者
竹中義人 大阪労災病院小児科
村上佳津美 近畿大学医学部小児科

I. 査読概要について

全体的に、見だしがないため読みにくいという意見が散見されたので、各疾患について、「定義」「疫学的頻度」「診断」「治療」等の見だしをつけて分類しなるべく読みやすく工夫したい。

II. 過敏性腸症候群について

特に、一般医や学校医は、薬物治療の具体的な処方例を希望するコメントが多かったため具体的な処方について記載するほうが参考になると考え、処方一覧を追加する予定である。

しかし、従来の過敏性腸症候群の小児領域では文献的に、個々の薬物や投与量については確定的なものではなく、保険適応もないものもあるが、従来の文献や最近、著者が使用している主な処方も含め掲載する。

専門医に「自己臭妄想」を「自己臭恐怖」にすべきとのご意見を拝見したが、これは単なる恐怖や不安性障害ではなく、統合失調症（分裂病）との鑑別が必要なケースもあり、実際に妄想的症状を出した自験例もあったため、精神病との鑑別上、この記載の方がわかりやすいのではないかと考えている。

III. 心因性嘔吐について

心因性嘔吐は、従来の文献では、その捉え方や定義がまちまちで、各施設の自験例から、その対処法や治療法を記載している論文が多いため、心因性嘔吐を一般化し、総論的に記述するのが難しく感じる。

紙面の問題上、自験例を記載するのが困難ではあるが、嘔吐の心因的メカニズムやその治療について、もう少し具体的に記述したい。

IV. 反復性腹痛・潰瘍について

特に、潰瘍については、著者も80年から90年初めは心因論が優勢をしめ、ここ数年ピロリ菌除菌療法が、脚光を浴びて以来、心因論については、内科領域での文献的記述は少々色あせた感がある。

しかし、テーマが心身症であることもあり、小児で再発する潰瘍や重症例ではまだまだ心因の関与も大きく、過剰的応的な性格の上に、緊張が持続する受験勉強やいじめのケースもあるため、ここにスポットをあて、心身症的観点から記述することを再考している。

専門医の意見で文献的記述が多く著者の臨床経験に基づく意見がすくないとあったが、これは反復する胃潰瘍やその重症例など著者は経験がなく、いたしかたがない。

研究協力者

宮本 信也 筑波大学心身障害学系 教授

I. ユーザーの意見の集約

一般医・学校医とも、『より具体的な対応方法についての記載』を要望する意見が多く見られた。

本項目の執筆態度は以下の通りである。本ハンドブックは、一般の小児科医を対象としたものであり、基本的には、一般の小児科医がプライマリ・ケア段階で行う対処方法について記載するもの、つまり、その専門領域、経験、関心の有無にかかわらず、小児科医であれば誰でもできる対応についてまとめたものと理解している。そのような視点から考えた場合、「不登校は一般小児科医が積極的に対応する必要がある状態である」、というのが本項目の執筆方針である。したがって、初期対応をのぞけば、その他の対応に関してはあえて省いたものである。

しかし、小児精神保健診療体制が整備されていない我が国にあっては、一般小児科医であっても、不登校にある程度対応することを要求されている現状があることは事実であろう。また、学校医にとっては、不登校に対する何らかの具体的な助言を学校現場で求められることがあることは、むしろ当然のこととも思われる。そして、学校医の多くは開業医であることを考えるならば、一般小児科医向けであっても、不登校に対するある程度の具体的な対応方法に対する要望に応えるべきなのかもしれない。

このことを踏まえ、改訂に際しては、不登校に対するより直接的で具体的な対応方法に関して追加する。また、対応に関しては、2段階あるいは3段階にランク分けをし、全ての小児科医が行うことが望ましい対応と、状況によりさらなる対応が必要とされる場合の対応とを区別する。

II. ハンドブックに関する意見

対応に関する上記のようなランク分けは、全体としても必要なことと思われる。一般小児科

医向けとしながら、不登校のようにその範囲を超えた対応の記載を要望されているものが、他にも恐らくあるものと思われるからである。また、心の診療は、熱意でできるものではないと考えているからでもある。

心の診療に関する私見を以下にあげる。

III. 小児の心理・行動異常に対するプライマリケアにおける診療方針

1. 対応方法を知り、完全に対応できることが望ましいもの

(プライマリケア医が主となって診療できるもの)

乳幼児に認められる心身の問題

例：反応性の身体症状(反復性腹痛など)、食行動の問題、育児上の問題(虐待を除く)、習癖など

2. 薬物療法と、患児・家族へのアドバイスができることが望ましいもの

(プライマリケア医が中等症までは診療できるもの)

心身症や行動・精神面の問題のうち不登校を伴わないもの

例：中等度までのチック障害、排泄障害、睡眠障害、軽症の遺糞、抜毛、緘黙など

3. 診断に関する知識と、やってはいけない対応の知識を持ち、対応可能な専門機関の情報を持っていることが望ましいもの

(プライマリケア医は初期対応までで、その後、専門機関へ紹介すべきもの)

日常生活に大きな支障を来している行動・精神面の問題

例：発達障害、子ども虐待、不登校を伴う心身症、不登校、摂食障害、行為障害など

「その他の心の発達への配慮が必要な必要な諸問題」に対する意見とその対応

「災害時における心のケア」に対する意見への対応

研究協力者
北山真次 神戸大学小児科

本項目については専門医からの「急性ストレス障害（ASD）と心的外傷後ストレス障害（PTSD）との診断の違いをはっきり記載した方がよい」という意見のみであったので、それに対する対応を記載する。

ASDとPTSDの診断の違いについては、勿論、専門医には必要なことではあるが、一般小児科医のプライマリ・ケアの場では少なくともはっ

きりと区別して取り扱う必要はないのではないかと考える。どちらの場合にも初期対応は大きく変わらないと考えて本稿を作成した。ただ、PTSDという言葉が言葉のみ普及しているために言及せざるを得ないことは理解している。今後、トラウマティック・ストレスについての一般小児科医の理解が進むように、教育活動が必要である。

「障害児と家族を取り巻く問題」に対する意見への対応

研究協力者
汐田まどか 鳥取県立皆生小児療育センター小児科

I. 全体の形式について

全体的にマニュアルにするには冗長過ぎるというコメントが多かった。ポイントをしぼり、視覚化の工夫（形式、図等の統一、見出しの使い方など）が必要と考えられる。

II. 分担部分で指摘された点について

専門機関紹介の際の具体的な内容の記載が欲しいという指摘があった。具体例をあげる、フローチャートを用いる等の検討が必要と考えられた。

4. 付録

4-A. 査読者一覧

4-B. 「子どもの心の健康問題 ハンドブック」(案)

査読者一覧

青木 靖	岡本	里伊奈	西條	晴美	多田	光	福田	郁江
東 百	山田	伊 雍	阪上	享子	立花	幸 晃	前島	辰弘
浅井 朋子	小海	田 智	坂上	絢一	玉井	伸哉	松浦	良二
阿部 猛	角谷	諭美	阪田	保隆	地 寄	和子	松浦	章雄
安藤 幸典	景山	博子	桜井	秀明	辻 幸	余 彦	松崎	修二
井口 敏之	籠崎	祐次	佐々	木 一	津 弘	紀 彦	松永	剛典
池田 玲奈	笠原	麻里	佐藤	泰司	飛世	千 惠	松本	英夫
池永 佳司	笠原	智寿子	佐藤	重雄	富永	孝 明	深島	丘也
石川 紘士	梶山	泰正	沢石	由記	豊田	俊 明	水井	三雄
石谷 暢	加藤	静弘	島崎	哲弥	永井	章 圭	三宅	和昭
泉 和秀	門内	幾代	庄司	二彦	長野	圭 造	宮本	晶惠
伊藤 崇之	神川	晃 寛	白石	義博	中村	正 次	柳 忠	道一
井藤 尚彦	川崎	康 子	白崎	和也	中村	凱 泰	矢野	公透
上野 誠	川崎	葉 敏	末藤	栄一	西家	泰 仙	山崎	淳夫
上野 百合子	川村	敏 子	杉野	茂人	西本	佳 世	山城	武文
牛田 仁	神原	雪子	鈴木	博子	新田	初 美	山本	愛也
内原 栄輝	菊池	清子	鈴木	基彦	新田	雅 彦	横尾	哲一
宇都宮 正司	木野	稔 昭	高岡	治彦	二宮	恒 夫	横田	俊一
浦部 延子	桑折	紀 奥	高田	秀夫	南風	原 幸	横田	理惠
榎戸 芙佐夫	桑原	奥 穂子	高宮	光 肇	羽場	重 尤	若子	（他1名）
大宜 見義保	児玉	美 穂	多久	一志	濱本	史 明		
大島 仁志	後藤	篤 健	竹川	比早	原田	佳 明		
岡崎 和美	小林	健一	武田	雄作	原野	真 人		
岡本	小林	繁一	田 沢		東野	博 彦		

(計121名・敬称略、順不同)

「子どもの心の健康問題 ハンドブック」(案)

平成13年度厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)

「小児心身症対策の推進に関する研究」班 編

「子どもの心の健康問題 ハンドブック」(案) について

本冊子「子どもの心の健康問題 ハンドブック」(案) は、平成13年度厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)「小児心身症対策の推進に関する研究」班で作成したものです。本研究班は、平成10~12年度の「心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究」班(主任研究者:旭川医科大学小児科学・奥野晃正教授)を継承しさらに発展させるべく期しております。そこで研究活動の第一歩として、小児のさまざまな心身症についてそれぞれ専門家に執筆いただき本冊子を作成いたしました。近年子どもの心の健康問題が大きな関心を集めるようになり、卒前・卒後教育でも取り上げられるようになってきましたが、少し前までの医学教育では必ずしも十分に扱われていたとは言えません。本冊子により、小児の心身症についてより理解を深めていただき、早期診断/早期治療に役立てていただくことを念じております。

本冊子はまだ(案)の段階の印刷物です。学校保健に携わっておられる先生、養護教員の方々、また小児科医で勉強の機会を得たいと念じておられる先生にお読みいただき、忌憚のないご意見を頂戴してよりよい冊子の発刊を目指しております。

ご多用中恐縮ですが、ご覧のうえご高見を賜りたくお願い申し上げます。

平成13年12月

「小児心身症対策の推進に関する研究」班
主任研究者:小林陽之助
(関西医科大学小児科学教室・教授)

目次

「子どもの心の健康問題 ハンドブック」(案) について

総論

1. 小児の心と身体—心身相関のメカニズム…………… 75
2. 小児の心と身体の発達…………… 79
3. 小児の心身症の疫学…………… 82
4. 子どもの心の問題の評価法…………… 87
5. 一般小児科医における心身症診療…………… 91
6. 各種の関連機関との連携
 - 1). 広義の心身症専門機関の探し方…………… 96
 - 2). 保健所、地域における連携…………… 100
 - 3). 学校…………… 102
 - 4). 病弱児童学級、院内学級…………… 104
 - 5). 児童精神科、精神科…………… 106
 - 6). 児童福祉施設、児童相談所…………… 109
 - 7). 第三次予防と厚生労働省の取り組み…………… 111
7. 心身症専門機関における対応…………… 113

各論

1. 循環器系…………… 117
2. 呼吸器系…………… 123
3. 消化器系…………… 128
4. 泌尿器系…………… 134
5. アレルギー疾患…………… 141
6. 神経・筋疾患…………… 146
7. 注意欠陥/多動性障害 (ADHD) とその辺縁疾患…………… 150
8. 摂食障害…………… 154
9. 精神科、児童精神科疾患とその近縁…………… 160
10. 小児慢性疲労症候群…………… 165
11. 不登校
 - 1). 不登校—心因を主とする不登校—…………… 170
 - 2). 不登校—学校保健の立場から—…………… 175
12. その他の心の発達への配慮が必要な諸問題
 - 1). 乳幼児期の心の問題…………… 178
 - 2). 思春期の心と身体の問題とその対応…………… 181
 - 3). 慢性疾患児と心の問題…………… 184
 - 4). 障害児と家族をとりまく問題…………… 186
 - 5). 社会精神医学…………… 189
 - 6). 災害時の心のケア…………… 191
13. 鑑別診断が必要な病態…………… 194

1. 小児の心と身体—心身相関のメカニズム—

星加明徳

東京医科大学小児科学教室

キーワード：心身症、生物学的要因、心理社会的要因、支援システム

I. 心身症の定義

心身症について日本心身医学会では「身体疾患のうち、その発症と経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害の認められる病態を呈するもの。ただし神経症、うつ病などの精神疾患に伴う身体症状は除外される」と定義¹⁾している。

つまりこの定義では、身体疾患があり、その治療に際して誘因となった心理社会的因子を考慮する必要がある場合、その疾患は心身症と解釈される。つまり心身症という用語は、通常の診断名ではなく疾患を診療する医師側の視点を示すものである。

心身症の概念は、小児では一般に広く解釈され、対象となるものとして、表 1²⁾ に示すように多くの疾患を含んでいる。しかしこれらの疾患を持つ小児が全て心身症だというわけではなく、それらの一部が心身症としての対応が必要になるということである。

II. 個々の疾患における心身医学的治療の必要性の有無

一般に心身症として扱われている疾患の中でも、夜尿症や夜驚症やチック症などのように生物学的発生機序がほぼ解明され、有効な薬剤が使用できるものがある。たとえば夜尿症は中枢神経系の覚醒障害が基盤となり、それに付加的に機能的膀胱容積の減少と睡眠中の抗利尿ホルモンの分泌不全が存在することが知られている。心身症としての夜尿はあまり経験がないが、存在するとすればストレスが大脳に影響して抗利尿ホルモンの分泌が減少したり、機能的膀胱容積が減少するなどの可能性が示唆される。夜驚症では、大脳の橋にある睡眠覚醒リズムを調節する同調機構が

障害されている年齢層がある。この年齢の子どもでは、恐怖を伴う夢をみて部分的覚醒になるため、夢をみながら体が動いてしまう。トウレット障害におけるチックの発生や増強には、遺伝的要因を基礎とした大脳基底核の障害でそれに前頭葉や大脳辺縁系が関与すると考えられるようになってきており、緊張などの不快なストレスだけでなく、とても楽しいことでも増強される。

これらは年齢依存性の経過で自然治癒していくことも確認されている。たとえば、一次性夜尿では、学童期初期に連日の夜尿があっても多くは 10-14 歳で自然に消失する。また夜驚症は 3-6 歳で発症し、多くは 6 か月以内に自然治癒する。また小児科を受診するトウレット障害の多くは幼児期に発症し、学童期、8-10 歳ごろに最も強くなり、13-15 歳で自然に消失していくという特徴的な年齢依存性の経過をとる。

小児が夜尿を主訴として受診しても、年齢が 10 歳で 1 週間に 1-2 回の夜尿であれば、自然経過を説明して不安を除いて、あとは自然に消失するのを待てばよい。

夜驚では、3-6 歳の好発年齢で出現し 1 週間に 2-3 回であれば数か月以内に消失する可能性が高く、それ以上の心身医学的対応は必要ない場合が多い。回数が多く、連日 2-3 回みられるような場合には、家族の不安を取り除き、必要なら服薬をすれば日常生活の問題はなくなる。ただ 8 歳を越えて初発する場合は、心理社会的要因について配慮する必要が生じてくる。

トウレット障害でも、四肢の粗大なチックがなく、運動性チックが顔面や頸部のみに局限して音声チックが軽い咳払いであれば、本

人が気にせず家族の不安も軽ければ、あえて心身医学的治療をする必要はないであろう。ただ日常生活に支障をきたすようなことがあれば治療の対象となる。

頭痛、腹痛、嘔気、倦怠感、微熱などの不定愁訴を訴えて受診し、小児科的には起立性調節障害、精神医学的には適応障害、不安障害、転換性障害などと診断される小児は、9-10歳からみられ、思春期、青年期に多く受診するようになる。これらの発生機序としては、大脳辺縁系の抑制に伴う間脳下垂体-副腎系の機能低下、大脳皮質連合野の機能低下などが疑われている³⁾が著効を示す薬剤はなく、結果的に本人と家族を支えていくための心身医学的対応が必要になる場合が多い。

このような年齢依存性の経過については、思春期の内分泌的变化が関与する可能性もあり、また精神力動的解釈も可能である。

III. 心身症の発症機序

小児心身症の発症にはどの疾患であっても、表2に示したようにいくつかの共通の要因がある。

個人の生物学的特徴としては、年齢、性別、併存する行動上の問題を伴う疾患、心理社会的誘因に対する本人の感受性などがある。

たとえば、トゥレット障害の発症は生物学的要因が大きく、多くは遺伝的に規定され、特徴的な年齢依存性の経過をとる。性別では男児より女児の方が軽症である。また頭痛、腹痛、嘔気などの不定愁訴を訴える小児は学童期の中頃からみられやすくなる。また消化器系であれば、幼児期、学童期に反復性腹痛がみられ、思春期以降では過敏性腸症候群の臨床像を呈しやすい。呼吸器系では、過呼吸症候群の典型的な臨床像は思春期以降になってみられるようになる。

併存する疾患として、注意欠陥/多動性障害や自閉症があれば、その行動上の問題から二次的に心身症を発症しやすくなる。

また人間関係が緊張しやすく、神経質で、無理に良い子になって過適応の傾向があり、

失敗を気にしやすい心的外傷体験を回避しようとするような行動特性は、心理社会的誘因に対する感受性の高さに関連する可能性がある。

心理社会的誘因の特徴としては、その程度が強く期間が長いほど、心身症を発症しやすい。たとえば学校でのいじめであれば、それが強く長いほど、発症と結びつきやすい。

また心理社会的ストレスをみると、幼児期では母子関係が、学童期以降では家庭の兄弟姉妹、学校では友人との人間関係の問題が大きなストレスとなりうる。つまり年齢依存性の変化がみられる。これらの年齢依存性の変化は、小児では中枢神経系も各臓器も発達途上にあり、それから起因する社会性の成熟水準に対応するものと解釈できる。また視点を変えると精神力動という立場で解釈する事も可能であろう。

援助システムの有無も、心身症発症に大きく関与する。学校でいじめがあっても、早い時期に担任教師が早く気づいて適切に処理されれば発症には結びつかないが、暴力を伴うような身体的いじめが長期に続けば、発症する率が高くなる。特に学校と家庭の両方で援助がない場合は、高率に発症に結びつく。

小児では心身症の発症要因のうち個人の生物学的特性と援助システムにおいて、小児固有の問題増強因子がある。

たとえば成人では精神的ストレスであると本人が気づくような場合でも、小児では本人はストレスに気づかないままにすごしていることがある。またストレス耐性は、年齢が小さいほど低い。これは年齢が低いほどストレスに対処する能力が低くて問題を自分で解決できないということがあり、またストレスとなった出来事、たとえば母親が1週間入院したような場合、年齢によって本人にとっての意味が異なってくることにもよる。

援助システムの問題として、低年齢ほど生活を周囲に依存しており、環境(周囲の人)の影響を受けやすい。また社会へ援助を求め手段に乏しく、援助システムを自ら築きに

く。これらの点から一般に成人より小児の方が心身医学的対応が必要になることが多いと考えられている。

文献

1) 日本心身医学会研修委員会：心身医学の新しい診療指針、心身医学31：537-576、1991。

2) こども心身医療研究所編：2心身症のメカニズム、小児の心身医学—臨床の実際—、朝倉書店、東京、10・19、1995。

3) 宮本信也：小児医療における心身医学的アプローチの必要性、小児内科. 31: 629-633, 1999。

表1 心身医学的配慮が特に必要な疾患—いわゆる心身症とその周辺疾患²⁾

1) 呼吸器系
気管支喘息、過換気症候群、神経性咳嗽*
2) 循環器系
本態性高血圧症、本態性低血圧症、(特発性)起立性低血圧症
3) 消化器系
胃・十二指腸潰瘍、慢性胃炎、過敏性腸症候群、潰瘍性大腸炎、心因性嘔吐
4) 内分泌・代謝系
神経性食欲不振症、(神経性)過食症、愛情遮断性小人症、甲状腺機能亢進症、心因性多飲症、単純性肥満症
5) 神経・筋系
筋攣縮性頭痛、偏頭痛、自律神経失調症*、目眩*、しびれ感*、異常知覚*、運動麻痺*、失立失歩*、チック、失神*、けいれん
6) 小児科領域 (この項目のみ文献 ²⁾ の全疾患名を記載)
気管支喘息、過換気症候群、憤怒けいれん*、消化性潰瘍、過敏性腸症候群、反復性腹痛、神経性食欲不振症、(神経性)過食症、周期性嘔吐症、吞気症*、遺糞症*、嘔吐*、下痢*、便秘*、異食症*、起立性調節障害、心悸亢進*、情動性不整脈、神経性頻尿*、夜尿症*、遺尿症*、頭痛*、片頭痛、めまい*、乗物酔い*、チック*、心因性けいれん*、意識障害*、視力障害*、聴力障害*、運動麻痺*、パセドウ病、糖尿病、愛情遮断小人症、肥満症、アトピー性皮膚炎、慢性じんましん、円形脱毛症、夜驚症*、吃音、心因性発熱*など
7) 皮膚科領域
慢性じんましん、アトピー性皮膚炎、円形脱毛症、皮膚癢痒症
8) 外科領域
腹部手術後愁訴、形成術後神経症
9) 整形外科領域
腰痛症、背痛、多発関節痛、肩こり
10) 泌尿・生殖器系
夜尿症、遺尿症、神経性頻尿
11) 産婦人科領域
月経痛、月経前症候群、続発性無月経
12) 眼科領域
視力低下*、視野狭窄*
13) 耳鼻咽喉科領域
心因性難聴*、アレルギー性鼻炎、慢性副鼻腔炎、頭重*、頭痛*、口内炎、咽喉頭異常感症*、吃音*
14) 歯科、口腔外科領域
口内炎(アフタ性)

* 一過性の心身症反応、発達未分化による身体症状(反応)、神経症の場合も含まれる。

表2. 小児心身症発症の要因³⁾

1. 個人の生物学的特徴

遺伝性要素、性別、年齢、
併存する疾患

注意欠陥／多動性障害

学習障害

高機能自閉症

心理社会的誘因に対する感受性

2. 心理社会的誘因の特徴

強さ、期間

a. 家庭

母子、兄弟姉妹、父子の人間関係

学習への過剰な期待

b. 学校

いじめ、友人関係、教師との関係

クラブ活動など

3. 援助システムの有無

家庭、学校

2. 小児の心と身体の発達

深井善光

精神神経センター・国府台病院・児童精神科、関西医科大学小児科学教室

キーワード：愛着形成、分離個体化、移行対象、治療的退行

I. はじめに

小児は心身共に発達の過程にあり、診療において正常の発達に関する知識を持つことで対象となる子どもの発達のずれを把握する必要がある。小児は成長に伴って環境の変化(ストレス状況)に適応する能力を身につけていく。適応能力を環境の負荷が上回る事は能力の向上の機会である。しかし、変化が大きく能力を上回ると不適応状態となる。その結果、心理的な退行(赤ちゃん返り)を起こすが、退行は甘えや反抗といった形で表現されるため親にとって対処が困難であり、受け入れが不十分な場合は身体症状や行動(不登校など)として表現される。

子どもに問題が起こると親の育て方に原因を求めることが多いが、子育てと親育ちとは相互に影響しあっており、親は親として生育の途上にある。何らかの特性を持って生まれた子どもと過去の生育歴や経験を持つ親という二つの条件に加えて、互いの関係の取り方に大きな要因がある。従って、退行の意味を考えつつ親子を支え、適切な介入による相互関係の調整により健康な親子関係の変化がみられひいては治療につながる。

心身症はその表現として必然的なものという視点を持ちつつ、症状の除去というよりむしろ成長の補助・援助を目的とした関わりが必要となる。心身症や不登校などの不適応は各年代における心理的発達のみならずが関与している事が多い。そのため心身症の診療にあたって心理発達についての基本的知識は不可欠である。そこで発達心理学や乳幼児精神医学による知見の中で重要なものを紹介する。

II. 代表的な発達心理学者・乳幼児精神医学

者とその理論

1. ハーロー (Harlow, H.F. :1905-1981 :発達心理学者)

子ザルを母親から分離し、ミルクを与えてくれる針金製の母親模型とミルクを与えてくれないが母親と似た触感をもつ布製の母親模型とを与えた。その結果、布製の方にしがみつく時間が長く、恐怖刺激に対しても布製の方に庇護を求めた。そこから母子の愛着(attachment)形成には触感による満足(contact comfort)が重要であることを示した。

2. ボウルビィ (Bowlby, J.M. :1907- :児童精神医学者)

愛情に満ちた母親による視覚的、聴覚的、触覚的、運動感覚的な関わり的重要性を説き、それらを失う(母性剥奪)ことにより子どもの人格の発達は阻止され、永続的障害となると説いた。

3. ウィニコット (Winnicott, D.W. :1896-1971 :小児科医、児童精神科医)

小児科医として診療の中で母子関係に着目し後に児童精神科医となった彼は「赤ちゃんが単独で存在することはない。必ず一對の母子として存在する」と述べ、母親が乳児に没頭し(原初的没頭)、情緒を共有している共生状態(mother-infant unite)として存在するとした。また、幼児が母親から離れる不安に耐えるため毛布やぬいぐるみなどが移行対象(transitional object)として重要な役割を果たすことを示した。

4. マーラー (Mahler, M. S. : 1897-1987 : 小児科医、児童精神科医)

3歳までの乳幼児と母親との関係の発達を明らかにした。

<分離-固体化のプロセス : separation-individuation process>

正常な自閉期 (生後1か月まで)

自己以外のものは認識されていない時期

正常な共生期 (生後2-6か月まで)

快の獲得と不快の回避に関して自己の努力と母の世話の区別が付かない時期

分離-固体化期 :

分化期 (生後6-10か月)

自己と母とが切り放されたものであることを認識する時期

練習期 (生後10-16か月)

歩行により世界が広がり急速に発達と満足を得る時期

再接近期 (生後16-24か月)

母との分離に不安を感じ接近と回避を繰り返す時期

分離期 (固体化の確立と対象恒常性の萌芽) (生後24-36か月)

母との分離は不可避であることを受け入れる時期

生後3年以降、固体化の確立と対象恒常性の達成を果たした幼児は活動範囲をさらに広げ同年代の集団での対人関係の練習へと進む。

5. ピアジュ (Piaget, J. : 1896-1980 : 発達心理学者)

各年齢の子ども思考の発達段階

感覚・運動期 (2歳ごろまで)

五感により存在が確認できる物しか認識できない。

前操作期 (2-7, 8歳ごろまで)

言葉や絵など象徴を使った思考が可能となる。

具体的操作期 (7, 8-11, 12歳ごろまで)

具体的な事物を使った論理的な思考が可能となる。

形式的操作期 (11, 12歳以降)

抽象的な概念を用いた思考が可能となる。

6. エリクソン (Erickson, E. : 1902- : 精神分析医)

精神分析医でライフサイクル論の中で各年代における人格の発達課題を示した。

乳児期 : 基本的信頼 対 基本的不信

幼児期初期 : 自律性 対 恥と疑惑

遊戯期 : 主体性 対 罪悪感

学童期 : 勤勉性 対 劣等感

青年期 : 同一性 対 同一性混乱

-各年代の特徴-

1) 乳児期 : infancy (0-1歳)

新生児には快と不快との二つの情動しかなく、空腹や痛み、眠気、不安などは未分化な不快感として啼泣により表す。次第に種々の情動が分化していくに従って情動の表現も発達する。1か月ころには不快の種類に応じて泣き方の強弱や高低を使い分け、2か月ころには快を微笑みとして、3か月ごろから喃語を使い、8-9か月に愛着が形成されると母とそれ以外の人を認識し人見知りとして表す(8か月不安)。

愛着の形成が未発達な場合、親に保護を求めない、人見知りしないなどの状態を示し、これらの内一部は後に自閉症の診断を受けるものもある。また、母親が神経症や精神病であったり、虐待(養育の拒否、心理的虐待)などがあると児は心を閉ざし愛情遮断症候群(Maternal deprivation syndrome)となり、さらに将来、解離性障害や神経症を発症することもある。

<乳児期早期母子関係の重要性>

乳児は不快を自ら解消することができず、母親が児の表現を上手に読みとってくれなければ不快が持続する。母親が乳児の欲求を的確に読みとり、適切な対応が取られることで児の不快は解消される。この母子のやり取りによって「不快が永久に続かない、この世は自分の敵ではない」という基本的信頼感(basic trust)が形成される。

<対象恒常性(object constancy)>

母が不在時にも自分を愛する母の存在を確信し（内在化：internalization）、どのようなことがあっても母が自分を捨てないという自信を持つこと。

2). 幼児期前期：early childhood (1-3歳)

言葉や遊びなどを模倣により修得していく。排尿、排便が随意的にできるようになる。母に加えて父、祖父母との関係が深まる。親の保護を得るために自己の欲求は抑圧され従順である。

3). 幼児期後期：early childhood (3-6歳)

自我が芽生え、親の言いつけに反して自己主張をするようになる（第1反抗期）。

公園などで母親と同年代の集団を行き来して遊ぶようになる。生活の刺激が多様化するため、夜驚、チック、神経性習癖、偏食などが出現する。また、語彙が急速に増加するため生理的吃音が起こる。

4). 学童期：school age (7-11歳)

対象恒常性が確立されると親から離れて同年代の集団という時間が次第に増える。高学年になると徒党を組み（ギャングエイジ）同一年齢を取ることによって仲間意識に目覚め、親の規制を守るよりも仲間の約束の方が重要となる。対象恒常性が確立されないと心身症、不登校（分離不安型）などが起こりやすい。

5). 思春期：puberty (12-15歳)

第二の分離・固体化とも第2反抗期ともいう。それまで抑圧されていた自我が台頭し、大人から与えられてきた規制を破り、決定権の自立を模索する反面、自立による不安定さに怯える独立と依存との葛藤状態にある。葛

藤は心身症や不登校、摂食障害、問題行動（非行）、学力低下などに現れる。二次性徴に伴う性衝動の制御にも困惑する疾風怒濤の時代である。摂食障害や神経症の好発期である。

6). 青年期：adolescence (16-20歳)

自我同一性（identity）の確立の時期である。幼児期からの感情体験や自己決定の経験が希薄な場合、積極的な方向性が持てずにモラトリアムとなるものもある。また、精神分裂病や強迫性障害の好発期でもある。

*自我同一性（アイデンティティ）とは：それまで何も考えずに生きてきたことに気づき、自分は何なのか、自分が何をしたいのか、何のために生きているのかなどの命題に直面する。方向性を見いだすのは容易ではなく長らく混沌の中でもがき苦しむ。やがて、男性・女性として、グループの一員として、日本人として、何らかの趣味や特技をもつものとして、自分の位置を見つけること。

III. さらに心理学を学ぶために

さらに、発達心理学や児童心理学を学ぶために初心者向けの文献を以下に挙げる。ご一読を進める。

参考文献

- 1) 井原成男著：ぬいぐるみの心理学、日本小児医事出版社、1996.
- 2) こども心身医療研究所編：小児心身医学、朝倉書店、1995.
- 3) 小林陽之助編：マイナー小児科学、金芳堂、2001.

3. 小児の心身症の疫学

沖 潤一¹⁾, 山本美智雄¹⁾, 雨宮 聡¹⁾, 宮本晶恵¹⁾, 藤枝憲二¹⁾, 山縣然太郎²⁾, 武田康久²⁾, 衛藤 隆³⁾,
奥野晃正⁴⁾

1)旭川医科大学小児科, 2)山梨医科大学保健学 II, 3)東京大学大学院教育学研究科,
4)日本赤十字北海道看護大学

キーワード: 小児の心身症の疫学, 全国一斉調査, 身体化障害, 疲れやすい, 頭痛, 腹痛, 睡眠障害, 対人関係の問題

I. はじめに

小児の心身症の疫学を比較検討する際, 最も問題となるのはその定義である。血液検査や画像診断にゴールドスタンダードはなく, しかも稀な疾患ではないために, どのような方法で調査を行い, どのような基準で心身症と診断したのかで頻度が大きく左右される。このため, 学校制度を含む各国の事情, 人種, 宗教を考慮しながら心身症の頻度を検討しなければならない。

このハンドブックでは, 心の健康問題によって何らかの身体症状を呈したものを小児の心身症と定義して, 疫学についての今までの論文を検討し, 我々が平成 11 年 10 月に行なった全国一斉の医療機関・学校の調査結果についてまとめた。

II. 日本における心身症の疫学調査

最初に, 日本における最近の心身症の疫学について述べる。久留らは¹⁾, 経時的に鹿児島県小中高校生の心の健康調査を行い, 疲れやすいと感じている児童生徒の割合が昭和 59 年の中学 2 年生では 40.4%であったのが, 平成 11 年には 65.5%に増加し, 腹痛や頭痛を訴える児童生徒も 33.9%から 50.4%に増えたことを明らかにした。また, 平成 10 年に北海道北部の羽幌町で調査した伊藤らによると²⁾, 疲れやすいが中学 3 年生の 49.5%, 腹痛が 36.6%, 頭痛が 37.3%であった。このような自己申告制のアンケート調査結果では, 陽性率が高くなりがちであるが, 子どもの心身症が年々増加し, 次第に地域差が目立たな

くなっている。

また, 日本の不登校児童生徒は, 平成 2 年度の小学生 0.09%, 中学生 0.75%から, 平成 10 年度にはそれぞれ 0.27%, 1.96%に増加し, 身体症状を理由として挙げていた例が 26.2%と最も多いことが明らかとなった³⁾。

III. 諸外国における疫学調査

諸外国の疫学調査では, インディアン居住区や施設に住む子どもを除いたカナダ・オンタリオ州の子どもの 91%を対象としたオンタリオ児童健康調査が有名である⁴⁾。この調査における身体化障害(器質的な疾患がないにもかかわらず, 痛みや胃腸症状といった身体症状を繰り返して訴えること)の頻度は, 12-16 歳の男子で 4.5%, 女子では 10.7%であった。

また, 定められた学校における 14-16 歳の児童生徒全てを対象としたフィンランドの調査では⁵⁾, 頭痛を訴える例が最も多く, 性別では男子の 7.2%に対し, 女子が 14.9%と高率であった。次いで, 睡眠障害が女子で 9.6%, 男子で 7.1%であり, 食欲低下が女子 5.4%, 男子 2.6%と続いていた。Aro らは⁶⁾, このような症状は, 両親が揃っていない家庭や学業成績の悪い子どもで頻度が高かったことも明らかにした。Bertilsson らは⁷⁾, スウェーデンで 7-12 歳 1,163 人を 2 週間調査し, 19.8%が心因性の身体症状を訴えていたと報告し, Eminson らは⁸⁾, イギリスの都市に住む思春期の白人において, 男子 7.1%, 女子 9.5%に身体化障害がみられたと述べている。田中は