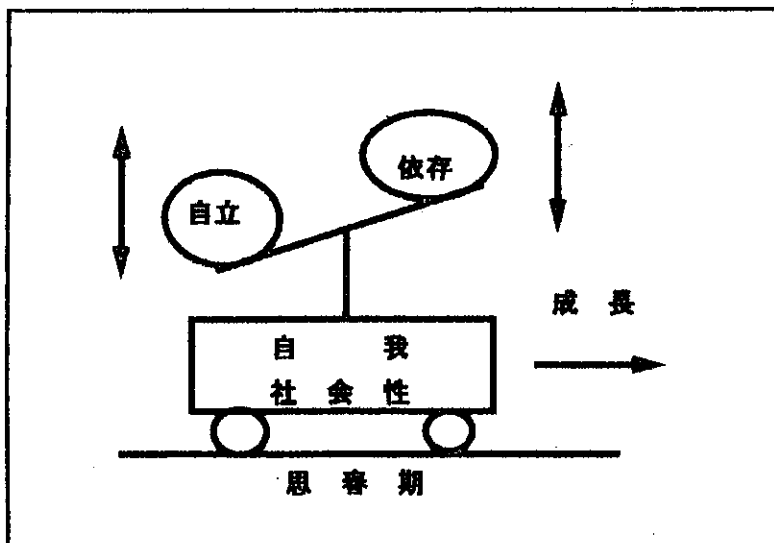


表 思春期心身症患者の特徴とその診療での対応 (文献2) より引用)

- ①自分の意志で受診することが少なく、家族の意向である場合も多い
受診動機を明らかにした上で、新たに家族と患者のニーズを把握し、面接を行う
- ②大人に対しての不信感を持ちやすい
信頼関係を深めていくために、守秘義務についても最初に触れておくことが大切
(生命に関わる場合や重大な犯罪に巻き込まれる危険のある場合はこの限りでない)
- ③過度の期待感や失望感を持ちやすい
こちらの治療の限界も示し、患者と家族の納得を得ること 専門機関の紹介
- ④投げやりな態度や大人への試しが多い
質問に対して、「ふつう」「別に」という言葉をそのまま受け取らず、
1歩踏み込んで、「君の普通を教えて欲しいんだ」と言うことが大切
- ⑤思春期患者は見捨てられ不安や周囲を巻き込んで行動化しやすい
治療の枠組みを明確にする、同情や好意ではなく、治療的視点を忘れない
前向きな発言に対し十分な反応・不適切な発言は中立的な態度を意図的に取る
- ⑥学校や家族などとの人間関係の中での心理的ストレスが多い
家族と学校などへの対応・環境調整を積極的に行う
患者情報を家族、学校に伝えるときは、患者とその範囲を協議

図 思春期は自立と依存の両極に触れつつ進む (文献2) より引用)



(文献2より引用 河野 2001)

3) 慢性疾患児と心の問題

清水凡生
呉大学看護学部

キーワード：小児、慢性疾患、スクリーニング検査、入院、心

I. はじめに

慢性疾患児の概念は近年大きく変化し、現在では、完全寛解期にある白血病などの血液疾患、糖尿病、肥満、先天性心疾患、慢性腎疾患など、以前は考えられなかった疾患児が加わっている。したがって、その人数も疾患の種類も著しく増加していることになる。これら慢性疾患児は長期通院、長期服薬、痛みを伴う検査や治療、入院による家族からの分離、さらには死の恐怖など、さまざまな精神的負担の要因をかかえている。このような状況下で、慢性疾患児の心身医学的研究が十分なされるべきであろうが、未だ極めて少ないのが現状である。慢性疾患児の心身症に特有の症状はなく、一般の心身症臨床に準ずるものと考えるが、慢性疾患児では症状に表れるほどの段階に至らずとも、多かれ少なかれ心に何らかの傷を抱えていることが多いので、慢性疾患児の診療にあたる者はそういった点に配慮すべきであろう。

II. 慢性疾患児の不安

慢性疾患児の心の問題の一端を検討するために、子どもたちが持つ不安の調査を行った。その結果、学習不安（一般的に学習に対する不安）がてんかん児に多くみられることが明らかとなった。白血病児にも多いという報告もあるが、これは再発予防のための頭部放射線照射の影響を心配するための不安であろうと考察されており、このことを勘案するとてんかんが中枢神経疾患との認識や、長期にわたる中枢神経へ作用する薬剤を服用していることについての心配などが学習不安を引き起こしているものと考えられる。喘息発作で学校を休みがちな喘息児には学習不安はみられ

なかった。これに対して、低身長児では孤独不安（家族、友人と離反する不安）が多く、低身長によるコンプレックスから多くの友人をつくれなためであろうと思われるが、毎日自己注射をする痛みについての恐怖不安（死や疾病による将来への不安）は少ない。恐怖不安は圧倒的に腎臓疾患児に多い。この群に属する患児はすべて予後良好と考えられる無症候性血尿児で、医学的には恐怖を感じる必要は全くないと判断されるものである。それにもかかわらず恐怖不安が高いのは、世間一般の慢性腎炎への認識が不治の病であるということに起因するものであろう。これらと対照的に、喘息児で恐怖不安をもつものは少ない。呼吸困難をしばしば経験するにもかかわらず、恐怖不安が低いことは、生命への危険が少ないとの認識であろうと思われる。完全寛解期にある白血病患児には不安は少ない。

慢性疾患児の臨床に関しては、予後を含めて正しい社会認識を一般化するための広報を行うことと、疾病児および保護者へ十分な説明のなされることが要求される。

III. スクリーニング検査の影響

慢性疾患の中には、理学的に著変を認めない状態で、早期に種々の検査によって病変を発見し、予防、治療などを講じることによって生命に危険が及ぶ前に救うことができるものが多い。その目的で開発されたのがスクリーニング検査である。新生児期のものから成人期にいたるまで多くの検査が臨床応用され効果を挙げている。

スクリーニング検査として3歳時から高校時代までひろく行われている「学校検尿」に

ついて、患児とその保護者が尿異常を指摘された後の意識について調査した。尿異常を指摘された際の不安は、医療従事者の予想をはるかに上回るものようである。保護者の大部分が不安を感じており、「間違いではないか」とか「間違いであればよい」などとさえ思っている。「慢性腎炎」すなわち「死の病」という認識がこのような不安をひきおこすのであろう。現在の腎臓病学の常識が、社会的に十分普遍化していない一面であるが、学校検尿についての広報が不十分であることを示す証左でもある。この不安を裏付けるように、尿異常を指摘された際、多くのものが尿異常について調べたり、聞いたりしている。

保護者、尿異常児のフォロー中の不安は、全体的にはやはり疾病自体の予後が不良であるという心配に基づくものが多い。腎疾患について情報を得たいとする希望が保護者、尿異常児ともに多い。進学、就職に関する心配も多く、予後が良好と考えられる無症候性血尿と診断されているものにも非常に多い。子どもの結婚についても多くの保護者が心配しており、女兒の場合、妊娠、出産が無理だと考えている保護者が、無症候性血尿児についてさえかなり見られる。

医療機関における継続診療によって、不安は軽減していくという報告が多いが、子どもたちのなかに毎回の検尿結果を気にするものが多く、潜在意識としては不安が依然残っていることを示していると思われる。継続診療が子どもに不安を与えている。親の不安は育児態度へも影響し、過保護傾向になるものが多い。

IV. 母子分離の子ども心に及ぼす影響

慢性疾患児は多くの場合入院によって母子分離を経験する機会が多い。低年齢において母子分離を経験した幼児について、その子ども心に及ぼす影響について検討した。母子分離を経験した子どもたちは、「知らない人の前でひどく恥ずかしがる」「先生や保母さんにいつまでもなじまない」「ぐずぐずして何事にも手間取る」「腹痛をしばしば訴える」などの異常行動の出現率が極めて高い。また、性格特性についても、顕示性、依存的、退行的、攻撃・衝動的、行動が多く、個人的にも社会的にも不安定であることが示された。患児の心の問題のみでなく、QOLの観点からも、入院治療はできるだけ避けることが望ましいと思われる。

参考文献

Perrin, J.M. et al.: Psychosocial Risk of Chronic Health Conditions in Childhood and Adolescence. *Pediatrics* 92:876, 1993.

4). 障害児と家族をとりまく問題

汐田まどか

鳥取県立皆生小児療育センター

キーワード：障害児、家族、障害児の同胞、メンタルヘルス、ストレス、レスパイトケア
福祉サービス

I. はじめに

子どもの障害も、その家族が感じていることも実際にはさまざまであり、まとめて論議することは難しい¹⁾。ここでは「障害児」を、発達障害（知的障害、自閉症など）と肢体不自由（脳性麻痺、筋ジストロフィー症など）の両方を含むものとし、一般的な問題を述べる。

II. 障害児の心身医学的問題

1. 心身症と言えるものがどのくらい含まれるか

障害児が心身医学的問題や行動上の問題を合併する頻度は一般より高いことが指摘されている。その理由は、心理的ストレスや思春期のさまざまな衝動などを自分で適切に発散する手段に乏しいこと、コミュニケーション能力障害が挙げられる。時には問題行動や身体症状があたかもコミュニケーション手段のように見えることがある。

長ら²⁾は、肢体不自由入所児 73 名を対象として、心身医学的背景をもつ身体症状や問題行動の出現頻度を検討し、それらの出現率は一般小児より高いと述べている。この報告によれば、入所時の 34.2%が心身医学的背景をもつ身体症状ならびに問題行動を合併していた。その内訳は消化器症状や睡眠障害などの身体症状が 12.3%、自傷・他害行動が 17.8%、その他の問題行動が 13.7%であった。

ここで重要な点は、行動の問題は周囲にとって「問題行動」であることが多いために指摘されやすいが、身体症状はその背景に心理的ストレスがあることを見過ごされがちであるということである。従って、障害児に何ら

かの身体症状が見られる場合、それを裏づける器質的または機能的所見があっても無くても、背景要因としての心理社会的ストレスの有無や程度について十分考慮すべきである。

2. 理学的所見

心身症の場合は、理学的所見は各疾患の項参照。

3. 診断基準および評価方法

以下の場合、症状の背景に心理的ストレスが関係している可能性を疑う必要がある。

1). 特定の身体症状が慢性反復性におこる（心身症の可能性）。あるいは多彩な身体症状があり、症状を裏付ける器質的所見に乏しい（身体化障害～ヒステリーの可能性）。

2). 症状の出かたに状況依存性（特定の学校行事の前後、叱られた時などに起こる）がある。

3). 本人の能力やモチベーションと周囲（家族、学校、療育スタッフ）の目標との間にギャップがあり、無理をさせられている。

4. 一般小児科医で可能な治療（初期対応）

対応はそれぞれの心身症、心身医学的問題の項に準ずる。

5. 専門機関紹介時に必要な説明事項と紹介方法

専門機関への紹介が必要なのは、①学校などの環境調整が必要、②患児に対し遊戯療法や行動療法など専門的なアプローチが必要、③家族のストレス度が高く、母親のカウンセリングやレスパイトケア（障害児の一時あずかりなどで家族が休息すること）の利用が必要、などの場合である。普段身体ケアを行っている小児科医と療育担当医が違っている場合は、積極的に情報交換をし、療育担当医が

調整をはかるようにする必要がある。

6. 予後

適切な対応がなされれば、一般には予後は良好である。しかし、本人にあった発達の課題の調整がされなければ、身体症状や問題行動が固定化するリスクがある。

III. 障害児の家族の問題

1. 障害の告知と育児支援

障害児の家族支援は、適切な障害告知と、その後の継続した育児支援が中心となる。

子どもの障害を知らされた時の家族の反応は、衝撃、否認、悲哀と怒り、自責、適応、再起という経過をとることが報告されている³⁾。ただし、障害受容の過程は障害の内容によっても異なり、確定診断が困難である発達障害(自閉症、注意欠陥/多動性障害)では家族は障害の否定と肯定を繰り返す過程を体験するとも言われる。障害告知において医師には、家族の衝撃と混乱についての配慮と、的確な評価と見通しを示せるだけの障害に関する知識がなければならない⁵⁾。母親が子どもの運動や言語の遅れなどで悩んでいる場合は、安易に「だいじょうぶ」「様子をみよう」などと時期を遅らせることなく、発達の診断ができる機関に紹介することが大切である。乳幼児では乳幼児健康診断の発達2次スクリーニング(保健所等で行う発達クリニック等)、就学後は療育センター等の地域の療育拠点施設(都道府県に1か所)・発達専門の外来をもつ小児科(開業クリニック、総合病院、大学病院等)、教育相談(教育委員会)への紹介が必要である。

一方、育児の過程で母親にはさまざまなストレスがある(育児不安、障害をもつ子どもに対する自責の念、訓練通所の負担、自身の自己実現の時間がないなど)。そして、就学や思春期など子どものライフサイクルに応じた新たな悩みも生じる。家族のメンタルヘルスのためには、療育機関スタッフによる家族のニーズに合ったサービス・親の会などセルフヘルプグループの利用⁶⁾・レスパイトケア

(障害児の一時預かり)を含む福祉サービスの利用などが重要である(表)⁷⁾。これらの援助についての相談は、療育機関(特に地域療育等支援事業コーディネーター)や児童相談所などで行っているの問い合わせるとよい。

2. 同胞について

障害児の同胞のメンタルヘルスは見過ごされやすい。特有な問題として、障害児である子どもに母親の目が向きやすいので寂しい思いをする・家事の負担がきょうだいにかかる・学校でいじめにあうなどが指摘されている⁸⁾。障害児の同胞の身体症状や行動の問題についても、背景となる心理的要因に注意する必要がある。同胞である子どもにもストレスがかかりやすいことを家族に知ってもらい、家族全体で子どもをみていけるように援助できるとよい。

文献

- 1) ぼれぼれくらぶ：今どきしょうがい児の母親物語。ぶどう社、東京、1995。
- 2) 長和彦：障害児と心身医学的アプローチ。小児内科 31：681-684、1999。
- 3) Dorotar D et al.：The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation：A hypothetical model. Pediatrics 56：710-717、1975。
- 4) 中田洋二郎、他：親の障害認識の過程—専門機関と発達障害児の親の関わりについて—。小児の精神と神経。35：329-342、1995。
- 5) 玉井真理子：「障害」の告知の実態—母親に対する質問紙調査の結果および事例的考察—。発達障害研究 15：223-229、1993。
- 6) キッズエナジー編著：難病の子ども情報ブック。東京書籍、東京、2001。
- 7) 江草安彦監修、岡田喜篤他編集：重症心身障害療育マニュアル。医歯薬出版、東京、1998。
- 8) 山本美智代他：障害児・者の「きょうだい」の体験—成人「きょうだい」の面接調査から—。小児保健研究。59：514-523、2000。

表 主な在宅障害児福祉施策・サービス

早期発見 早期療育

- ・乳幼児健康診査(市町村)
- ・相談指導～発達クリニック(健康福祉センター・児童相談所)
- ・障害児保育
- ・通園施設
- ・総合療育センター・心身障害児総合通園センター

福祉 サービス

- ・在宅サービス～デイサービス・ホームヘルプ(市町村)
- ・ショートステイ(児童相談所)
- ・補装具・日常生活用具の給付(市町村)
- ・相談事業(児童相談所・地域療育等支援事業コーディネーター)
- ・身体障害者手帳交付(市町村・健康福祉センター)
- ・療育手帳交付(児童相談所)

手当等

- ・特別児童扶養手当(市町村)
- ・障害児福祉手当(市町村)

5). 社会精神医学

井上登生
井上小児科医院

キーワード：児童虐待、マルトリートメント、初期対応、保健婦

I. はじめに

本稿の目的は、児童虐待および子どもの暴力、反社会的行動への対応として、一般小児科医を受診する際の主訴、理学的所見、診断基準および評価法、予後、一般小児科医で可能な治療（初期対応）、専門機関紹介時に必要な説明事項および紹介方法などを示すことにある。現在、児童虐待・行為障害・非行の問題は、その問題の本質的な研究により、社会化不全：Socialization Failures あるいは愛着障害：Attachment Failures として考えられるようになってきた。我が国では正常発達としての社会化の理論についても総括的に述べた論文も少なく、ここでは字数の関係より詳述できないので、我々一般小児科医で経験する段階での状態につき一括して述べる。

II. 受診時の主訴と所見

一般小児科医を受診する際の主訴および理学的所見としては下記のものが多い。

①栄養不良（体重増加不良／減少・小柄・るいそう）、②原因不明あるいは発達の流れが不規則な種々の発達遅延、③湿疹・睡眠の問題・摂食行動などを必要以上に気にし、養育者に通常の説明をしてもなかなか納得しない、遺尿・遺糞・気管支喘息・反復性尿路感染症・チック（2次性）・脱毛等、④繰り返す外傷、⑤不衛生（あかまみれ・ひどいオムツかぶれなど）、⑥不適切な衣服（季節はずれ・性別不明など）、⑦持続する疲労感／無気力（触れられることを嫌がる、凍てついた眼／活動性の低下）、⑧家に帰りたがらない／繰り返す家出・浮浪／食物を主とし

た盗み、⑨多動／過度の乱暴／注意を引く行動、⑩繰り返す異食行動（むさぼり食い／過食／拒食）⑩不登校、⑪物質常用、⑫逸脱した性行動、⑬暴走行為、⑭家庭内・学校内暴力、⑮いじめ（加害者・被害者の両方）

以上のような主訴で来院した時は、鑑別診断の片隅にマルトリートメント（Maltreated Child）の可能性を必ず浮かべながら、とりあえず身体的な問題がないか丁寧に診察を行う。その際、主訴に対する今までの養育者のかかわりのあり方を確認しながら、①養育者の子どもの発達に関する一般的な知識と気になる問題に対する取り扱いの技術の程度、②それまで受けてきた子どもに対する助言への養育者の理解の程度と助言の受け入れの仕方に偏りや思いこみの強さがないか、③養育者の説明では医師として理解しにくい所見（引っ掻き傷・点状出血・紫斑・外傷の後）の有無をチェックしながら、初期対応として基本的には養育者の主張を尊重し、よく聞きながら診察を続ける。

同時に、母子手帳を必ず利用しながら次のことを確認し、養育者を問いつめるような印象を与えないよう、さらっとした態度でカルテに記載する。①父親・母親の名前、生年月日（書いてなかったり、消したりしているものもある）、②母親の仕事の有無、③妊娠中の産科の受診の仕方と問題の有無、④流産や早産の傾向があれば、その時の思いを「それは大変だったね～!?」などの言葉かけをしながら聞いていく、④出生時の状況、⑤新生時期の授乳の仕方や睡眠パターン、⑤その後の乳幼児健診の受診状況

や予防接種の接種状況を確認しながら、養育者が子どもの状態をどのくらい把握しているか、⑥最後に発育曲線に必ず体重をプロットしながら、標準体重範囲内であっても落ち込みや停滞がないかを見る、⑦次に例え短期間であっても保育園や幼稚園に在籍していないかを確認しながら、園内で気になることがなかったかを聞いていく。

以上のことを通して、今までの子育てに困難感があるかどうかを医師の何か変だなを感じるための直感を使いながら、必要に応じて詳しい話を別の時間にとるかどうかを決定する。この段階で重要な養育者に対する医師の態度は、「虐待が疑われてもそれを指摘せず、育てにくい子どもをここまで育てた養育者の労をねぎらいながら、上記の状態を、あくまで子ども自身の問題として扱い、次の外来フォローを決めたり、付き添いを拒む養育者が結構多いので必要に応じてできれば親子分離して入院させる」ことである。

外来フォローとした場合は、必ず市町村保健婦に連絡し乳幼児健診受診時の状態を確認したり、保健婦を通して児童民生員に近所での評判などを確認してもらい、言葉に配慮しながら保育所、幼稚園に連絡を取る。また、より重篤な場合は、保健所保健

婦もしくは児童相談所に直接連絡をとり、マルトリートメントや虐待の可能性を伝え、通告者自身の保護を守ってくれることを確認しながら状況の説明をする。必要に応じて地域の児童虐待のネットワーク会議を児童相談所もしくは保健所主体で開いてもらい、対応を協議する。医師の仕事は、所見の報告と何故虐待を疑ったかを明確にすることである。慣れない場合は、事実をありのまま報告するだけでよく、判断は専門員にゆだねるようにする。

学齢期の場合は、学校との連携が不可欠であり、かつほとんどの事例で学校側も程度の差こそあるが、何らかのかかわりをそれまでに持っていることが多い。重篤にもよるが、原則それまでの学校の対応の方法を尊重しながら better change を目指すようにする。このような活動を行うときも医師が地域の現状を把握しておく必要性が高いので「総論6-1」広義の心身症専門機関の探し方」をご覧ください。

文献

- 1) 井上登生: 子どもの心の発達(1)乳幼児期. 第3回「子どもの心」研修会前期講演集. p.5-19. (社)日本小児科医会, 2001.

コラム「豆知識」 *児童虐待と医師*

「児童虐待の防止等に関する法律」では、「児童の福祉に職務上関係のある者」として、医師に早期発見の努力義務を課している。医師は虐待の有無を確認する必要はないので、疑ったらまず所轄の児童相談所に連絡する。通告の様式は特に決められていないが、「子どもの虐待防止センター」のホームページ (<http://www.ocap.or.jp>) に「児童虐待通告書」が掲載されており、この通告書を参考にして必要な情報を控えておくが良い。

表 児童虐待の定義 (石崎優子: 児童虐待と法律—医師の立場から—, 治療, 2001:83-41-43.より引用)

「児童虐待防止などに関する法律」(児童虐待防止法, 2000年5月)	「子ども虐待にあたる」とした主な行為」(厚生省通知, 1997年)
<ol style="list-style-type: none"> 1. 児童の身体に外傷が生じ、または生じるおそれのある暴行を加えること。 2. 児童にわいせつな行為をすること又は児童をしてわいせつな行為をさせること。 3. 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の保護者としての監護を著しく怠ること。 4. 児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身体的虐待: 殴る、ける、食事を与えない、冬戸外に閉め出す、布団蒸しにする、一室に拘束する。 2. 性的虐待: 子どもへの性交、性的暴力、性器や性交を見せる、ポルノの被写体などに子どもを強要する。 3. 心理的虐待: 言葉による脅かし、無視や拒否的な態度、自尊心を傷つけるような言動、他の兄弟とは著しく差別的な扱い。 4. ネグレクト: 家に閉じこめる、病気になっても病院に連れて行かない、乳幼児を家に残したままたびたび外出する、乳幼児を車に放置する、適切な食事を与えない、下着などを長期間不潔なままにする

6). 災害時の心のケア

北山真次

神戸大学医学部小児科学教室

キーワード：災害、喪失体験、罪悪感、退行、分離不安、心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、
家族支援、連携

I. 災害時のこころの反応

子どもは心身が未分化なため、心理的ストレスが身体症状や行動の変化として表現されることが多い。年齢により反応も異なり、乳幼児では、災害の正体もわからず不安が強くなるが、学齢以上でははっきりとした身体症状や精神症状も認められるようになる(表1)。

災害時に子どもたちが受ける心理的ストレスには、

- 1) 恐怖体験によるもの
- 2) 喪失体験によるもの
- 3) 罪悪感によるもの
- 4) 生活の変化によるもの
- 5) 家族の変化によるもの
- 6) 友人関係の変化によるもの

などがある。恐怖体験によるものでは交感神経の亢進からくる不眠などの過覚醒状態や恐ろしい記憶からくる不安感に伴う身体症状などが挙げられる。喪失体験によるものでは愛着の対象を失った心理的な苦痛に対処する過程でのさまざまな身体症状やうつ状態に伴う自律神経症状などが挙げられる。また、子どもは死の概念が曖昧なために、喪失を自分のまわりの環境に生じた変化で判断し、時として自分が原因と考えることがあり、注意が必要である。このようにどのような状況がストレスになっているかを知ること、的確なアドバイスが出来るようになる。

これらの反応は通常は最初の数週間で軽快するといわれるが、1カ月以上持続したり、数カ月の潜伏期を経て表れたり、長期的な問題をひき起こしてくることもある。また、元々精神的に不安定であった子どもほど災害による影響を受けやすく、普段から子どもの精神

保健の充実を心がけることが大切である。

II. 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) について

PTSD とは生命に危険を感じるような異常な体験の後に、

- 1) 悪夢・フラッシュバックなどトラウマの持続的な再体験。
- 2) トラウマを連想させる状況からの持続的な回避と無感情など反応性の鈍麻。
- 3) 不眠・易刺激性・集中困難・過度の警戒などの覚醒の亢進。

の3つの症状が1カ月以上持続し、日常生活の支障となる状態をいう。災害により起こるPTSDについていえば、災害の程度・種類にもよるが、この様な状態になるのは子どもでは数%~数10%程度と考えられている。

III. 初期対応 (表2)

子どもがこれまでと違った行動をしても異常なこととは考えず、むしろ当り前の反応であるということをもまず親に理解してもらうことが大切である。子どもは不安な気持ちを遊びの中で表現したり、絵に描いたり、話をしたりすることで整理し、親にしっかりと受け入れてもらっていると感ずることで異常な体験を過去の記憶として処理していく。身体的な接触を十分に行ない、安心して表現できる場を多くし、無理に表現させるのではなく、表現しやすい状況を整えることが大切である。身体症状は不安や怒りや罪悪感などから自分を守るための反応であり、退行や分離不安は子どもが基本的信頼を確認し安心感を得るためにとった反応なのである。身体症状を認め、

痛みなどを共感し、退行や分離不安を十分に受け入れてあげることが大切である。乳幼児の場合には、親やまわりの大人たちに子どもをしっかりと抱きしめて、出来るだけ一緒にいてあげるように指導する。また、親も被災者である場合が多く、親自身の悩みに耳を傾けることも大切で、親を支えることが子どものこころを癒す助けになる。特に子どもの前では親を責めないように注意する。子どもが安心することのできる環境が不可欠である。それにはまわりの大人たちの安定がまず必要で、いかに子どもをもつ家族を支援するかが重要になる。

IV. 専門機関への紹介

夜泣き・夜驚・悪夢などを繰り返して睡眠が十分にとれていない時、極端に元気がなく皆と遊べない時、足が動かない・食事を全く摂らないなどの身体症状が強い時、あるいは親の不安が強く家族機能が低下している時などは、子どもの心理的問題を専門に扱う機関への紹介が必要となる場合がある。そのような場合には、行動が異常であるとか病的であるということではなく、子どものこころの疲れを早く癒すためだということを、親に伝えることが大切である。また、早急に関わりを切るのではなく、関わりを続けながら連携していくことが重要となる。

V. おわりに

災害による心の変化には PTSD 以外の状態も見られる。本稿では基本的には PTSD を中心にしなが、災害によりおこるそれ以外の状

態も含めて記述した。初期対応や専門機関への紹介は、一部、災害以外のトラウマに対しても応用が可能であるが、詳細は専門書をご参照いただきたい。

文献

- 1) 太田保之編：災害ストレスと心のケア—雲仙・普賢岳噴火災害を起点に。医歯薬出版株式会社 1996.
- 2) 常石秀市：大災害時における母子保健。小児保健研究 55:513-518. 1996.
- 3) 高岸由香、中村安秀：子どもたちの災害後ストレス障害。保健の科学 38:797-801. 1996.
- 4) 宅見晃子、北山真次、稲垣由子、他：阪神・淡路大震災が子どもに及ぼした影響。OT ジャーナル 32:111-114. 1998.
- 5) 奥山真紀子：災害と子どもの心身症。小児科診療 61:196-202. 1998.
- 6) 服部祥子、山田富美雄編：阪神・淡路大震災と子どもの心身。名古屋大学出版会。1999.
- 7) 藤森和美編：子どものトラウマと心のケア。誠信書房。1999.
- 8) 高田 哲、北山真次、中村 肇、他：阪神・淡路大震災が母子の心身に及ぼした影響。小児科臨床 53:1115-1122. 2000.
- 9) 稲垣由子：心的外傷後ストレス障害；阪神淡路大震災の経験から。小児科臨床 54:1373-1378. 2001.
- 10) 高田 哲：震災後に幼児にみられる精神的反応。小児科 42:1608-1616. 2001.

表1. 災害後にみられる反応

- 1) 感情が麻痺したようになる。
 - 2) 食欲がなく、何もする気が起こらなくなる。
 - 3) 感情的に高揚する。
 - 4) 災害に関連するものを避けようとする。
 - 5) 災害遊びや悪夢などで災害時の体験を思い出して不安になる。
 - 6) 不眠・夜泣き・怯え・落ちつかない・いらいらする・小さな物音に驚くなど過度に覚醒する。
 - 7) 甘えがひどくなったり、遺尿などの退行（赤ちゃん返り）をするようになる。
 - 8) 登園しぶり・後追いなどの分離不安を示す。
-

表2. 災害後の子ども対応の原則

- 1) 親に安心感を与える。
 - 2) 子どもに安全感を与える。
 - 3) 子どもが表現しやすい状況を整える。
 - 4) 子どもの身体症状を認める。
 - 5) 子どもの退行・分離不安を受け入れる。
 - 6) 家族全体を支援する。
-

13. 鑑別診断が必要な病態

星加明德

東京医科大学小児科学教室

キーワード：脳腫瘍、注意欠陥/多動性障害、高機能自閉症、膠原病、甲状腺疾患

I. 受診初期の診断

心身症は「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、器質のないしは機能的障害の認められる病態を呈するもの」と定義されている。

この定義の中で「発症と経過に心理社会的因子が密接に関与し」という部分は、診察した医師の主観的判断によることになるが、この部分が診断の誤り¹⁻³⁾につながることもある。つまり何らかの症状が出現し、その時心理社会的因子が偶然に存在した場合、それらの時間的一致から関連していると解釈される可能性がある。たとえば脳腫瘍の症状である食欲低下や嘔吐を心身症としての症状と考えたり、てんかんの発作である顔面の律動的な動きをチックと考えるという場合などである。

発症と経過中の症状の増悪に心理社会的因子が関係しているようにみえても、それが偶然の時間的一致でないか考慮しておく必要がある。心理社会的因子は詳細に問診すると、それらしい出来事がみつかることが多い。

II. 見落としとしてはいけない身体・精神疾患

注意欠陥/多動性障害、高機能自閉症、学習障害、軽度の知的障害など中枢神経系の機能的偏りが、生物学的背景としてみられるか否かという点も、注意しておく必要がある。

注意欠陥/多動性障害は一般小児人口の中でも頻度が高く、約3%といわれているが、そのうち10-15%に頭痛、腹痛、嘔気⁴⁾の3種の症状を含む自律神経症状がみられる。この子どもたちは注意や叱責されることが多く、うつめになったり、上記の自律神経症状がしばしばみられるが、これが母子関係の問題あるいは学校での友人関係の問題に起因した心

身症と解釈されていた経験もある。この場合、心身医学的対応も間違いとはいえないが、注意欠陥/多動性障害に対する指導や対応もあわせて行っていく必要がある。

また高機能自閉症などの発達障害の臨床像が心身症と解釈される場合がある。たとえば高機能自閉症やアスペルガー障害の子どもたちは、自分の興味のない授業の日は登校しないなどの行動の問題を持つことがある。また彼らはいじめなどの友人関係の問題をかかえることが多いが、そのために登校拒否になっていると解釈されている場合があった。

全身性エリテマトーデスなどの膠原病では、精神症状が出現することがあり、またパセドウ病などの内分泌疾患の症状が、心身症による症状と解釈されていることもある。

さらに心身症と考えて治療を開始しても、治療効果がえられない場合は、適宜診断を再検討する必要がある。

日本小児心身医学会の調査結果からみると、不登校や不定愁訴が主要な症状であれば、脳腫瘍や高機能自閉症、アスペルガー障害、注意欠陥/多動性障害などを、チック症や夜驚症ではてんかんと鑑別を、多彩な行動の問題では高機能自閉症やアスペルガー障害、思春期の不定愁訴については、膠原病や甲状腺疾患について注意する必要がある。

文献

- 1) 星加明德、官島祐、武隈孝治：心身症の定義と診断の要点。小児内科。31: 634-640, 1999.
- 2) 竹中義人：心身症と鑑別を要する主な身体疾患。小児内科。31: 641-646, 1999.
- 3) 木下敏子：心身症と鑑別を要する精神神経疾患。小児内科。31: 647-651, 1999.