

13.5% (男子 12.5% 女子 14.3%) であった。家庭環境や学業成績による検討までは、今回の調査で行なうことはできなかった。

最後に、心身症で見られる症状について述べる。医療機関、学校とも心身症と判断した子どもで、だるい・疲れやすい、頭が痛い、お腹が痛い、吐き気があるといった症状のオッズ比が高かった(図3参照)。たとえば、心身症と判断された12~14歳で「だるい・疲れやすい」と訴えていたのが66%と高率だったのに対し、心身症ではないと判定された同年齢の子どもでは28%に過ぎなかった。睡眠の問題や対人関係の問題も、心身症と判断された12~14歳のそれぞれ61.6%、43.6%に見られ、心身症ではないと判定された子どもの2~3倍の頻度であった。

これに対し嘔吐や微熱は、心の健康問題の有無による頻度の差はなかった。すなわち、吐き気は心身症で多く見られるが、実際に吐くという症状が長引いた時は、消化器系の疾患ばかりではなく、脳腫瘍なども念頭においた診断の見直しが必要ということである。

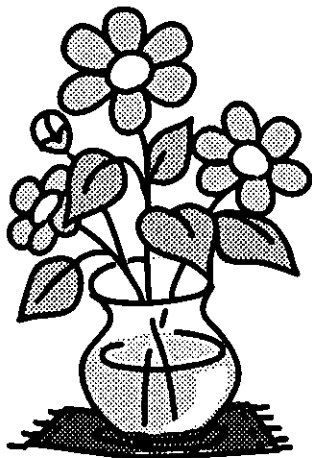
* オッズ比(異感)：心の健康問題の有無を従属変数として多変量ロジスティック解析をした。オッズ比が高いほど、心の健康問題の出現頻度が高いことを示す。

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方針. 心身医学 1991; 31: 537-576.
- 2) Offord DR, Boyle MH, Szatmari P, et al. Ontario child health study. Arch Gen Psychiatry 1987;44:832-836
- 3) Aro H, Paronen O, Aro S. Psychosomatic symptoms among 14-16 year old Finnish adolescents. Soc Psychiatry 1987;22:171-176
- 4) Berntsson LT, Gustafsson J-E. Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years. Scand J Public Health 2000;28:283-293
- 5) Eminson M, Benjamin S, Shortall A, Woods T, Faragher B. Physical symptoms and illness attitudes in adolescents: an epidemiological study. J Child Psychol Psychiatry 1996;37:519-528
- 6) 田中英高, Borrres M. 公立小中学校児童生徒の身体愁訴, 精神愁訴の国際間比較 - Nazismが潜む日本の教育下の子どもとスウェーデンの子どもの比較 -. 平成10年度(財)明治生命厚生事業団第6回健康文化研究助成論文集 2000: 73-81.
- 7) Goldberg ID, Roghmann KJ, McInerney TK, Burke JD. Mental health problems among children seen in pediatric practice: prevalence and management. Pediatrics 1984;73:278-293
- 8) Starfield B, Gross E, Wood M, et al. Psychosocial and psychosomatic diagnoses in primary care of children.

- Pediatrics 1980;66:159-167
- 9) 久留一郎, 餅原尚子, 石原千草他. 児童期・青年期の精神的健康に関する心理学的研究(第11報). 鹿児島大学教育学部研究紀要2001; 52: 173-223
- 10) 伊藤淳一, 石井朋子, 沖潤一. 小中学生の不定愁訴に関する検討. 日本小児科学会雑誌 2000; 104: 1019-1026
- 11) 千賀悠子. X. 子どもの行動問題. 日本子ども資料年鑑2001. 名古屋: KTC中央出版, 2001; 327-364
- 12) 沖潤一, 衛藤隆, 山縣然太郎. 医療機関および学校を対象として行なった心身症, 神経症等の実態調査のまとめ. 日本小児科学会雑誌 2001; 105: 1317-1323
- 13) Takata Y. Research on psychosomatic complaints by senior high school students in Tokyo and their related factors. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2001;55:3-11

(沖潤一)





4 小児の面接と心理検査

子どもの心の問題を評価する方法として、面接と心理検査が挙げられる。面接は子どもの年齢と相談の内容に応じて、個人面接か親子面接か、また非構造化面接か構造化面接かを使い分ける。面接には特別な道具が要らずそれ自体が治療にもなるが、いくつかのテクニックとルールを習熟する

必要がある。心理検査には、発達検査、知能検査、性格検査、精神作業検査があり、実施および解釈の方法と難易度はさまざまである。面接と心理検査の長所と限界を知ったうえで、診療機関の特性と患児の利便性を考え、それらを組み合わせて実施することが望ましい。

キーワード：診断面接、心理検査、発達検査、質問紙法、情報提供者

Ⅰ はじめに

—子どもの心の問題の発見のために—

子どもの心の問題を発見し理解するために、一般の小児科外来で使用可能な方法として面接と心理検査が挙げられる。小児科外来は急性疾患で混雑していることが多いため、適切に面接や心理検査を使いこなすことによって、問題の評価に必要な情報を効率よく入手することができるだろう。

面接と心理検査の実施にあたって注意しなければならないのは、情報提供者の選択である。子ども自身を情報提供者とする場合、情報の信頼性は年齢や回答の状況によって異なる。低年齢の子どもが年齢不相応の内容を話す場合、本人の気持ちではなく、親の言葉をうのみにしてそのまま伝えていることもあるだろう。面接や心理検査による情報が母子同室で得られたものか、保護者のみ、もしくは本人のみから得られたものかによっても、信頼性は異なる。心理検査に本人が記入したとしても母親が横から覗き込んでいた場合、本当の気持ちを答えられないこともあるだろう。年少児の

場合、家族を主な情報提供者として選ぶことが多いが、問題の根源が家族にある場合、問題の本質を歪めて理解してしまうという危惧もある。家族以外に担任や養護教諭など学校関係者の情報が重要な場合もある。適切な情報提供者を探すにあたり、主観性を重視すべき問題なのか客観的情報の方がふさわしい問題なのかを考える必要がある。

複数の情報提供者から寄せられた情報に食い違いが見られる場合にどう対処するかは、問題の質を考えながら情報の内容を吟味する。また、学校と家庭で様子が別人のように振舞う児の場合、情報提供者によって内容が異なるという事自体が重要な情報であろう。

Ⅱ 面接と心理検査との施行上の注意

面接と心理検査のいずれもなるべく落ち着いた静かな環境で、患児と医師の双方ともに時間に余裕を持って実施するのが望ましい。

面接は言葉だけではなく、表情、仕草や話す様子などすべてが情報となるが、忙しい一般外来で

は時間がかかりすぎ、また年少児の場合、十分に言語化が出来ないため、難しい。また当然のことながら、緘黙の子どもや緊張の高い子どもには、かえって負担をかけることになる。

心理検査は、定められた使用方法ののっとなって使用すると短時間でより多くの情報を得ることができるが、反面、検査を受ける子どもに精神面や経済面で負担をかけることになる。また、統合失調症などにより混乱の著しい子どもには避けるべきである。さらに心理検査で子どもの心のすべてを評価できるわけではないため、過信は禁物である。

III. 面接

面接には個人面接、親子面接、家族合同面接などがあり、子どもの年齢と問題に応じて適切な方法を選択する。一般的には、家族歴、既往歴、発達歴や現在までの治療歴、学校や家庭における行動上の問題については、家族の方が正確な情報を提供してくれるが、不安や抑うつといった内面的な問題や秘密の反社会的行為については子どもの報告が正確である。実際に親のみ、子どものみ面接を行うと、子どもは往々にして親に聞かれない秘密を持っており、親も嫁姑や夫婦関係のトラブルは子どもの前では話せないということがある。

面接の方法には、構造化面接と非構造化面接がある。構造化面接とは、確認すべき内容・項目が明示され、その手順ののっとなって行われる方法である。構造化面接では質問が厳密に設定されているが、面接項目を設定していながら状況に合わせて面接者が臨機応変に対応するのが半構造化面接である。これに対して、面接方法や項目に指定がなく、自由に面接を進めるのが非構造化面接である。構造化面接には診断に対して必要な情報を聞き漏らさないという利点があるが、設定以外の重要な情報を聞き漏らす恐れがある。非構造化面接は構造化面接の設問にないような重要な情報を得ることができるが、ともすれば漫然と話を聞いてしまいがちになる。診察室のスペースや時間の配分を考慮し、表1に挙げた項目について、聞き漏ら

しのないよう自らのスタイルを検討しておく。

IV. 心理検査の概要

心理検査には発達検査、知能検査、性格検査、精神作業検査がある。それぞれの目的によって選ぶ検査が異なるため、目的（スクリーニングなのか診断なのか、症状の程度を調べるのか、人格の傾向を知りたいのかなど）を明確にし、目的にあった検査方法を選択する。何を見ているのか、結果からいえることはどういうことなのかは、患者側に結果を伝える際にも明確に示さなくてはならない。

目的の次に年齢と難易度とを検討する。子どもの年齢や発達の程度により、使用できる検査は異なる。難易度についても、実施や評価の方法が簡便なものから、専門家による評価を要する複雑なものまである。一般的に心身症臨床で用いられる性格検査の中には、評価が簡単な質問紙法とやや複雑で専門的知識が必要な投影法とがある。一般小児科医が専門機関への紹介を考慮する場合や特に心理治療的効果を期待しない場合は、前者の質問紙法が適当と考えられる。後者には樹木画テスト（バウムテスト：「実のなる木」を描いてもらい、幹や枝の広がり方などから自我や外界との関

面接にあたって聴取すべき項目

1. 主要症状と現病歴
 - ・症状出現時の状況
 - ・症状に対する子どもの親の態度
 - ・症状が増悪、軽減する状況
 - ・今までに受けた治療
2. 既往歴・発達歴
 - ・周産期の状況
 - ・幼児期の問題、健診における問題
 - ・発達の状況
 - ・内科的既往歴
 - ・精神科的既往歴
3. 家族歴
 - ・身体疾患
 - ・精神疾患
4. 心理社会的問題
 - ・家族関係、兄弟関係
 - ・集団生活における問題
 - ・その他のストレス要因

わり方を評価する), 文章完成テスト (SCT: 未完成の短い言葉を呈示してそれに続く文章を完成させ, 書かれた内容を検討する), 絵画欲求不満テスト (P-Fスタディ: 日常生活でよく見られる欲求不満場面を描いた絵で構成され, 絵中の人物の対話の空白部を記述させてその対応を分類する) などがある。

その他に一般小児科医が知っておくべき心理検査として, 患児の知的レベルを知る発達検査の概要を理解しておく必要があるだろう。

V. 代表的な質問紙法心理検査

表2に代表的な質問紙法心理検査の目的と特徴を示す。これらの心理検査の多くは, 実施や採点がしやすいように複写式の用紙で市販されており, 特別なトレーニングを受けなくても手引書を読むことにより比較的施行しやすくなっている。市販の心理検査はコピー使用ができないので, 市販元に連絡して取り寄せる (連絡先は後述)。

実施に際しては, 適応範囲と実施のルールを守ることが必要である。臨床面で犯しやすい誤用としては, 子どもが回答すべき質問を親に回答してもらう, 子どもの回答にいちいち親が口をはさむ, といったことがある。この場合親から見た子どもを評価していることになるため, 医師や看護師が

実施のルールを守らせるよう注意する。以下に目的別に簡略な紹介をする。

1. スクリーニング

① Pediatric Symptom Checklist (PSC) ¹⁻³⁾ (表3)

米国で心理社会的問題を持つ小児のスクリーニングを目的として開発された, 35項目からなる検査法である。外来の待合室で親に記入 (回答) を求めるため, 質問が理解しやすい短文で構成されていることと, 質問内容が身体・精神症状に加えて, 友人関係, 学校生活など学童の日常生活全般にわたることが, この検査の特徴である。PSC日本語版 (表3) は筆者らが開発し, 「全くなし」, 「時々ある」, 「しばしばある」の各回答に対して Q1,2点を加算して合計点で17点以上の者を「心理社会的問題あり」と判定する³⁾。

2. 不安の種類と種類の評価

① State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ^{4,5)}

不安を状態不安 (State anxiety) と特性不安 (Trait anxiety) に分けて評価する。ここで状態不安とは, 人が有害なものや判断した時に短時間に誘発される不安, 「いま」ある不安のことであり, 一方特性不安とは, 人格ともいうべき生来持っている不安, 「いつも」ある不安のことである。市販

表2 簡便な質問紙法心理検査の目的と特徴

目的	心理検査名	適応年齢	回答者	特徴	発行所・連絡先
スクリーニング (早期発見)	PSC	6~15歳	親	子供の日常生活全般から心理社会的問題をスクリーニングする。	文献 参照
不安尺度	STAI	中学生以上	子ども	不安を「状態不安」と「特性不安」に分けて, 5段階で評価する。	三京房
	MAS	16歳以上	子ども	不安を, 5段階で評価する。	三京房
	CMAS	小学4年~中学3年	子ども	不安を, 5段階で評価する。 MASを子ども向きに翻案したもの。	三京房
うつ症状	SDS	質問文を読解可能なもの	子ども	うつ症状を3段階評価する。	三京房
情緒と行動	CBCL	2~18歳	親	身体, 不安・抑うつなど9つの領域について評価される。	文献 参照
性格傾向	YG性格検査	小学2年以上	子ども	抑うつ性, 活動性など12の性格特性に関する質問からなる。	日本心理テスト研究所
自我状態の分析	ANエゴグラム	小学1年~高校2年	子ども	交流分析の理論に基づき, 5つの自我状態を分析する。	千葉テストセンター

PSC日本語版

PSC日本語版健康調査票

お子さんの状態について最もよく合っていると思う所に印(√)をつけて下さい。

	全くない	時々ある	しばしばある
1 何らかの体の痛みを訴える	_____	_____	_____
2 一人で過ごすことが多い	_____	_____	_____
3 疲れやすい、あまり元気がない	_____	_____	_____
4 そわそわして、じっと坐っていられない	_____	_____	_____
5 先生とトラブルがある	_____	_____	_____
6 学校にあまり興味がない	_____	_____	_____
7 まるで「モーターで駆られるように」ふるまう	_____	_____	_____
8 空想にふけることが多い	_____	_____	_____
9 気が散りやすい	_____	_____	_____
10 新しい状況をこわがる	_____	_____	_____
11 悲しい、幸せでないと思う	_____	_____	_____
12 いらいらしたり、怒ったりする	_____	_____	_____
13 希望がないように見える	_____	_____	_____
14 一つのこと集中できない	_____	_____	_____
15 友達と遊びたがらない	_____	_____	_____
16 他の子供達と喧嘩をする	_____	_____	_____
17 学校を休む	_____	_____	_____
18 学校の成績が悪くなっている	_____	_____	_____
19 自分を卑下する	_____	_____	_____
20 (体調の不調を訴え) 診察してもらっても どこも悪い所はないと言われる	_____	_____	_____
21 よく眠れない	_____	_____	_____
22 心配性である	_____	_____	_____
23 以前と比べて親と一緒にいたがる	_____	_____	_____
24 自分は悪い子だと思っている	_____	_____	_____
25 必要がないのに危険なことをする	_____	_____	_____
26 よくケガをする	_____	_____	_____
27 あまり楽しそうに見えない	_____	_____	_____
28 自分の年齢よりも幼稚にふるまう	_____	_____	_____
29 規則を守らない	_____	_____	_____
30 気持ちを表さない	_____	_____	_____
31 他の人の気持ちを理解しない	_____	_____	_____
32 他の人をからかう	_____	_____	_____
33 都合の悪いことを人のせいにする	_____	_____	_____
34 他人の物をとる	_____	_____	_____
35 物を分けあうのをいやがる	_____	_____	_____

されている検査用紙は、「気が落ちついている」、「安心して居る」といった40問から構成され、それぞれの質問について不安の程度を4段階で自記式で回答する。合計点は、男女ごとに、特性もしくは

状態不安別に、それぞれ「非常に低い」～「非常に高い」の5段階で評価される。

②Manifest Anxiety Scal;
顕在性不安検査 (MAS^{6,7)})

MASで評価する不安は、前述のSTAIでいうところの特性不安である。邦訳版では、50問の不安項目に15問の虚構性項目が加えられており、回答の信頼性や妥当性も評価することが可能である。市販の用紙の説明にしたがって各質問項目に対し、「そう」「ちがう」の欄に○や×を自記式で記入する。男女別、年齢別に「不安あり」「高度の不安」に分けて評価することができる。

③Children's Manifest Anxiety Scale 児童顕在性不安検査 (CMAS^{8,9)})

MASを児童向きに翻案した検査である。「何をやっても集中できず気が散りやすい」、「ときどき胸がどきどきすることがある」といった42問からなる不安測定項目のほかに、虚構性項目(11問)を含む全53項目からなり、回答の信頼性、妥当性を評価することができる。回答は「はい」「いいえ」「わからない」の中から一つを選んでそれぞれ○や×を自記式で記入する。合計数により、不安の程度をⅠ：非常に低い不安、Ⅱ：低い不安、Ⅲ：正常、Ⅳ：高い不安、Ⅴ：非常に高い不安の5段階に分けて評価する。

3. 抑うつ症状の評価

①Self-rating Depression Scale 自己評価式抑うつ尺度 (SDS^{10,11)})

日常生活や気分に関する20問の質問から構成される。「気分が沈んで憂うつである」、「一日のうちで朝がもっとも気分がよい」といった質問に対して「ないかたまに」「ときどき」「かなりのあいだ」「ほとんどいつも」の4段階で自記式で回答する。SDSは本来成人を対象とする検査であるが、小児でも質問文の意味を読解可能であれば実施可能とされる。一問ごとの回答に1~4点が配点され、成人では合計得点が40点代の場合には「軽度抑うつ性あり」、50点以上の場合には「中等級抑うつ性あり」と判定することが多いが²⁾、小児における判定基準は確立されていない。

4. 情緒と行動

①Child Behavior Checklist(CBCI^{12,13)})

小児の精神、情緒、行動の障害を総合的に評価

するスケールであり、国内外で非常に評価が高い。男女別、年齢別に「身体症状」「不安/抑うつ」「社会性障害」「攻撃的人格」など9つの領域に分けて評価が行われるが、質問が118項目と長いのが難点である。

5. 性格傾向

①矢田部・ギルフォード性格検査 (YGテスト)¹⁴⁾

「抑うつ性」、「回帰性」、「劣等感」など性格特性の12の尺度から性格の傾向を見るものである。回答から各系統値を算出しプロフィール用紙に記入し、区画内の尺度の数を数え、性格傾向を判定する。

6. 自我状態の分析

①ANエゴグラム¹⁷⁾

交流分析理論に基づき、心のあり方を5つの自我(批判的な親、養育的な親、大人、自由な子ども、適応的な子ども)に分けて捉える。「わたしは、すなおである」、「わたしは、いいたいもんくがいっぱいある」などの質問に対する回答を5つの自我別にグラフ化し、どの自我が優位である、どの自我状態が極端に低いなど、自我状態のありかたを分析する。

VI. 発達・知能検査

運動面、言語面、社会面などの側面から子どもの発達の程度を捉えたり、知的レベルを評価したりするものである。なんらかの問題が発生して、心の問題を疑われながらも原因は発達の遅れであったり、不登校や集団不適應の原因の1つとして発達上の問題が隠されていたりすることがあるため、心の問題が疑われる子どもを診察する際には、常に発達の状態の推測を念頭におかねばならない。代表的なものとして、「津守・稲毛式乳幼児精神発達診断法」、「新版京都児童院発達検査(新版K式発達検査)」、「ウェクスラー(Wechsler)式知能検査」などがある。

「ウェクスラー式知能検査」には適応年齢別に WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale for Intelligence) (3歳10ヶ月~7歳1ヶ月)、WISC

(Wechsler Intelligence Scale for Children) (5歳～16歳11ヶ月), WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) (16歳～74歳)がある。一般小児科外来でこれらの検査を実施することは少ないため詳細は他書に譲るが、一般小児科医に必要な知識として「WISC-III」の結果の概要と留意点について述べる。

WISC-IIIでは「絵画完成」や「単語」などの13の下位項目の課題から、知能水準を測定して平均を100とする指数で表わす¹⁾。全検査による知能指数(FIQ)に加え、言語で答える課題による言語性IQ(VIQ)、動作で答える課題による動作性IQ(PIQ)がある。さらに、言語理解(VC)、知覚統合(PO)、注意記憶(FD)、処理速度(PS)の4つの群指数も得られる。知的水準は、IQ80以下が精神遅滞、70～79が境界線である。WISC-IIIの結果から、①全般的な知能水準、②指数の不均衡で表わされる発達の偏りの有無が分かる。心身症状のある子どもを担当する一般小児科医にとって、症状の基盤に①発達遅滞があるか、②発達の偏りや発達障害があるかを推察する手立てとなるだろう。

VII. 結果のフィードバック

面接や心理検査で問題の評価を行った場合は、基本的にその結果を患者側にフィードバックする。子どもと親と一緒に伝えるか別々に伝えるかは、個々の事情によって異なる。結果に沿ってどのような治療プログラムがあるのか、その選択のプロセスにも参加させる。子どもが自ら治療参加することは非常に重要であると考え、なぜなら、治療に対するモチベーションの有無が効果を決定する大きな因子になるからである。また専門機関に紹介する場合も、「紹介状に書いてあるから説明を省く」といったことは避け、結果の説明を心がける。

VIII. まとめ

子どもの心の問題を評価するにあたっては面接と心理検査が有用である。しかしそのいずれにせよ、限られた面しか評価できない。心の問題の評価はその子どもの発達段階と得手不得手を考え、

「WISC-III」からわかること

WISC-IIIでは知能水準を測定して平均を100とする指数で表す。全検査による知能指数(FIQ)、言語で答える課題による言語性IQ(VIQ)、動作で答える課題による動作性IQ(PIQ)がある。「心の問題がある」とみなされる子どもの中には、知能の低さが集団不応の原因となったり二次的な心身症状を引き起こしている場合があるため、診察で知的レベルに問題があると感じた場合は、WISC-IIIを実施することを勧める。

また言語性と動作性の間および指数間の不均衡で発達の偏りの有無も分かる。「学習障害」では正常知能(全検査IQ=80以上)でありながら、言語性IQと動作性IQの差が大きい場合がある。また注意欠陥/多動性障害では「注意記憶」の指数が低い場合などがあり、これらの問題が背後にある場合、発見のきっかけにもなる。

子どもの負担にならないよう熟慮しながら何種類かの方法を組み合わせて行うことが必要である。

文 献

- 1) Jellinek MS, Murphy M, Burns BJ. Brief psychological screening in out-patient pediatric practice. *J Pediatr* 1986;109:371-378.
- 2) 石崎優子, 深井善光, 小林陽之助. 米国マサチューセッツ総合病院Jellinekらの開発したPediatric Symptom Checklistの日本語版の作成—小児心身症早期発見のために—. *日本小児科学会雑誌* 1997; 101: 1679-1685.
- 3) 石崎優子, 深井善光, 小林陽之助他. Pediatric Symptom Checklist日本語版のカットオフ値. *日本小児科学会雑誌* 2000; 104: 831-840.
- 4) Spielberger CD. Theory and research on anxiety. In C.D. Spielberger (ed.). *Anxiety and behavior*. New York:Academic Press,1966.
- 5) 水口公信, 下中順子, 中里克治著. 日本版STAI使用手引. 京都:三京房, 1991.
- 6) Taylor JA. A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal & Social Psychology* 1953;48:285-290.
- 7) Taylor JA, 阿部満洲, 高石昇著. 日本語版MMPI顕在性不安検査使用手引. 京都:三京房, 1985.
- 8) Castaneda A, McCandless BR, Palermo DS. The children's form of the mani-fest anxiety scale. *Child Dev.* 1956;27:317-326.
- 9) 坂本龍生著. 日本版兒童顕在性不安検査CMAS使用

- 手引. 京都:三京房, 1989.
- 10) Zung WWK. Self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 1965;12:63-70.
- 11) 福田一彦, 小林重雄著. 日本語版SDS使用手引. 京都:三京房, 1983.
- 12) 桂 戴作. 心身症(ならびに近似疾患)の診断法II, 桂 戴作. やさしい心身症(ストレス病)の診かた. 第1版. 東京:チーム医療, 1986:39-138.
- 13) Ackenbach TM, Edelbrock CS. Manual for the Behavior Problem Checklist and Revised Behavior Profile. Vermont:University Associates in Psychiatry,1983.
- 14) 中田洋二郎, 上林靖子, 福井知美他. 幼児の行動チェックリスト(CBCL/2-3)の日本語版作成の試み. 小児の精神と神経 1999;39:305-316.
- 15) 中田洋二郎, 上林靖子, 福井知美他. 幼児の行動チェックリスト(CBCL/2-3)の標準化の試み. 小児の精神と神経 1999;39:317-322.
- 16) 辻岡美延著. 新性格検査Y-G性格検査実施応用研究手引. 東京:日本心理テスト研究所, 1979.
- 17) 赤坂 徹, 根津 進. エゴグラムの小児科領域における標準化とその応用. 心身医学 1985:25;36-44.
- 18) Wechsler D著. 日本版WISC-III刊行委員会訳編著. 日本語版WISC-III知能検査法. 東京:日本文化科学社, 1998.

心理検査の入手先(電話番号)

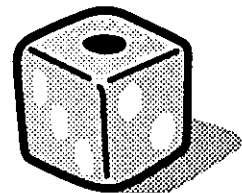
三京房 : 075-561-7771

日本心理テスト研究所 : 06-6393-3902

千葉テストセンター : 03-3399-0194

* これらの出版元に直接連絡をするか心理検査を取り扱う
卸業者より購入する方法がある.

(石崎 優子)



5

一般小児科医における心身症診療

一般小児科医が子どもと家族を援助する時の具体的方法を略述した。小児の心身症は助けを求めるサインであり、救急対応が必要である。年齢により症状や問題の出現に特徴がある。心身症の子どもは緊張と不安が強く、葛藤が生じている。初期対応で最も重要なことは、優しく丁寧に接し身体的苦痛を速やかに除去し、安心感を与え共感的に対応し、信頼関係を築くことである。カウンセリングでは、決して責めたり批判したりせず受容的に対応する。子ども

の自発的意思を尊重し、誉めることで意欲を高め、約束することで行動を促す。

また小児科医は、15歳未満の小児心身症および神経症の入院中以外の患者にカウンセリングした場合、小児特定疾患カウンセリング料が月1回1年間を限度に算定できる。医師自らが検査および結果処理を行った場合のみ、心理検査も加算できる。今後、時間と労力に見合う診療報酬改正が行われることを期待する。

小児心身症、初期対応、カウンセリング、保険診療、緊張と不安、安心と信頼、受容と共感

I. はじめに

一般小児科外来において心身症を診療する機会が多い¹⁾。子どもは心身の相関が強く、何らかの要因で心に緊張と不安や葛藤が生じると、身体症状や行動の問題が現れやすい。身体症状や問題の出現には、年齢による特徴がある。各年齢による特徴的疾患群を表1に示す²⁻⁶⁾。これらの多くは予後が良好で、基本的な心身医学的知識に基づいて対応すれば、解決できるものが多い。

II. 一般小児科医が心身症患者に対応する際の心得

小児の心身症は助けを求めるサインであり、すべてに救急の対応が必要である。夜間など診療時間外に対応を求められることが多い。「またなの、困ったねえ」「どこも異常ない、気の持ちようだ」と言わず、面倒がらず、優しく丁寧に診てい

ただきたい。外来で慎むべき「べからず」集を表2に示す。子どもには、「頑張ったね、無理してはだめだよ」「先生はいつでも、あなたの味方だよ」などの言葉をかけ、緊張と不安を取り除き、信頼関係を築くよう努力する。また、家族全員を治療の場に引き込み、「お母さんのせいではありませんよ」と母を擁護し、決して誰をも責めないことが大切である。

III. 初期対応の方法とその限界

1. 乳児期・幼児期前半（3歳未満）

1) 親の不安を取り除く

特別なことが起こったのではないことを伝える。不適切な環境や親の不安が、乳幼児特有の心身症を引き起こすことがある。いつでも、どんな内容でも相談に乗り、診察することを約束し、連絡方法などを具体的に教えておくことが望ましい。夜

年齢段階による症状および疾患

	乳児期	幼児期前半	幼児期後半	学童期	思春期
症状および疾患	吐乳	人見知りが強い	周期性嘔吐症	チック	過換気症候群
	夜泣き	親から離れない	反復性腹痛	心因性発熱	神経性食欲不振症
	食欲がない (飲まない・食べない)	夜驚	心因性頻尿	起立調節障害	過食症
		臍疝痛	昼間遺尿	気管支喘息	月経前症候群
		憤怒けいれん	遺糞症	心因性咳嗽	月経痛
		便秘	吃音	胃・十二指腸潰瘍	転換ヒステリー反応
		下痢	減黙	過敏性腸症候群	
		異食症	爪かみ	めまい	
		心因性嘔吐	指しゃぶり	反復性頭痛	
		呑気症	性器いじり	心因性視力障害	
			抜毛症		
			夜尿症		
			転換ヒステリー反応		

間や休日など対応が困難な場合は、夜間・休日救急センター等の利用方法を教え、紹介状を渡しておくといよい。

2) 解決方法を親とともに考える

なぜその症状が起こったのかを考えさせる。恐怖体験、不安、不快を感じた時に症状を示すことが多いことを説明し、それらの原因となった出来事を親とともに推測し、解決方法を考え、気づかせることが重要である。いきなり原因と思われることを指摘し解決方法を指示してしまうと、親が自信を失い、育児不安を助長させる危険性がある。

3) 具体的対応法・治療法

この時期の心身症には、夜驚症や夜泣きのように、我慢強く対処することが主体で問題解決に薬物治療を必要としないものが多い。しかし便秘や下痢では、症状を速やかに取り除くことが子どもと親にとって重要である。詳細は、それぞれの疾患の治療指針を参考にいただきたい。

2. 幼児期後半 (3歳から就学前)

1) しつけや子どもへの接し方を見直す

この時期は、トイレトレーニングやしつけと関連した症状が多く、消化器系や泌尿器系の症状が現れやすい。たとえば、厳しすぎるしつけや、弟・妹の誕生で兄や姉としての行動を過剰に期待することにより、子どもの心に緊張が生じる。同胞に母を奪われたと感じ、競い合う気持ちが起これると不安や葛藤が生じる。親の態度が威圧的で拒

べからず (慎むべき言葉・態度) 集

1. 医師として

ことば	態度
どこも悪くありません。	矢継ぎ早の質問
こころの病気です。	せつせとカルテ
小さい時の育て方が悪かった。	にメモをとる
お母さんが変わらなければ。	時間を気にする
これくらい我慢しなさい。	
みんな頑張っているのよ。	

2. 両親として

ことば	態度
またなの。	困惑
うそつき。	疑念
我慢しなさい。	失望
怠け者。	面倒くさい
勝手にしなさい。	イライラ、セカセカ
あんたなんかお母さんの子じゃない。	指示的
出て行け、死んでしまえ。	威圧的
ごはん食べさせないよ。	暴力
大嫌い。	

3. 教師として

ことば	態度
時間がない。	支配的
生徒は君一人じゃない。	性的
落第。	
頑張りなさい。	
規則だから。	
家庭に原因。	

一般小児科外来における小児心身症の保険請求例

		初診料	再診料	再診継続管理加算 (1/月)	外来管理加算	小児特定疾患 カウンセリング (1/月)	心理検査	心身医学療法	合計 (点)
3才未満	初診月・初診日	452				710			1,162
	初診月・再診日		100		52		280		432
	初診月計								1,594
	継続(再診月)・再診日		100	5	52	710			867
	継続(再診月)・再診日		94		52		280		426
	継続月計								1,293
3才以上6才未満	初診月・初診日	322				710			1,032
	初診月・再診日		92		52		280		424
	初診月計								1,456
	継続(再診月)・再診		92	5	52	710			859
	継続(再診月)・再診		86		52		280		418
	継続月計								1,277
6才以上15才未満	初診月・初診日	250				710			960
	初診月・再診日		65		52		280		397
	初診月計								1,357
	継続(再診月)・再診		65	5	52	710			832
	継続(再診月)・再診		59		52		280		391
	継続月計								1,223
15才以上	初診月・初診日	250						110	360
	初診月・再診日		65				280	80	425
	初診月計								785
	継続(再診月)・再診		65	5				80	150
	継続(再診月)・再診		59				280	80	419
	継続月計								569

否的な場合、分離不安を示す。不当な要求でなければわがままも受け入れてあげること、反抗することは成長の証であることを説明する。

2) 具体的対応法・治療法

「あしなさい、こうしなさい」とやたらに指示したり、「あれもだめ、これもだめ」と禁止したりせず、まず思い通りやらせてみる。できた場合は「すごいねよくできたね」「さすがお兄ちゃんね」「偉いね」「よくがんばったね」と誉め、うまくできなかった場合は「残念だったね」「辛かったね」と共感・理解を示す。この時期の症状は反復したり長期化したりする傾向にあるが、決して困った表情や厳しい態度はとらず、根気強く優しく接す

るよう指導する。

疾患別の対応では、周期性嘔吐症では速やかに輸液を行う。反復性腹痛や心因性頻尿では、症状発現時にその都度対症療法としての薬物療法を行う。遺糞症では浣腸など必要な処置を行う。その際に注意すべきことは、浣腸のように子どもが不快感や痛みをともなう「嫌なこと」は決して自宅で母親にさせず、受診させて行うよう心がける。

3. 学童期

1) 不登校との鑑別と対応

種々の不定愁訴は、不登校の初期症状として現れることが多いため、注意が必要である。最も重

要なことは、治療者として子どもに安心を与えることである。登校を強く拒否する時には、過剰な登校刺激をせず思う存分休ませるよう、保護者や教師に説明する。よい初期対応が行われると、子どもは親や教師を信頼し、問題解決への援助を求めるようになる。これらの初期対応の過程では、種々の関連機関との連携が必要である。

2) 緊張と不安を取り除く

学校での長時間の着席や周囲の期待や励ましなどによる緊張と不安、集団不適応、あるいはじめじめ、学業の過重などが引き金となって、行動の問題や習癖、自律神経症状が引き起こされることが多いのが特徴である。決して子どもが弱いわけではない。無理に励まさず、ゆとりを持って接し、優しく指導する。

3) 具体的対応法・治療法

a. カウンセリング

低学年では言語化が十分にできないことが多いため、親への説明と指導が主となる。子どもに対して「先生はいつでもあなたの味方だ」ということを強調し、子どもの示す状態に理解を示し、訴えをよく聴くことが重要である。是正することが望ましい点については決して非難せず、「この次はこんな風にやれるかな」「約束しよう」と持ちかける。

b. 指導と機軸

子どもに自主的に計画を立てさせ、基本的な生活習慣を確立させる。担任教師や同級生に学校での様子を尋ね、対人関係などを考察する。低学年では集団不適応も多いため、本人の同意を得て好きな同級生を自宅に招待したり、お節介にならないよう注意しながら親や教師が友達作りを手伝うように指導する。学業が負担となっている場合は、親が宿題を手伝ったり、学業以外で得意なことやその子の持つよさを認め、それを誉めて自信を持たせ、自己評価を高める。過剰な期待や励ましはむしろ悪影響をおよぼすだけであるため、慎むように説得する。子どもが自発的に表した計画・判断や意志・意欲には、「それでいいよ、やってみようね」と同意を示し行動を保証する。

薬物療法

学童期の反復性腹痛は、胃炎や胃・十二指腸潰瘍であることも多いため、胃粘膜保護剤や抗潰瘍剤を使用して効果をみる。対症療法による苦痛の除去・軽減は信頼関係を築くうえでも是非必要である。

4. 思春期

思春期になると、一般小児科外来では対応困難、解決困難なものもある。思春期の特性やパーソナリティーを理解する必要がある。心理検査や精神科的診断（うつ病、人格障害との鑑別）および治療が必要なものもある。専門医と連携して対応するのが望ましく、治療法の選択と決定は専門医に任せる。

1) 具体的対応法・治療法

過換気症候群では、医師をはじめ周囲の者が過剰に反応すると、疾病利得を助長する可能性がある。ペーパーバッグによる対処を指導し、周囲には生命に係わることはないので落ち着いてペーパーバッグ法（各論参照）を行うよう教えておく。

神経性食欲不振症では、患児に病識がないことが多い。拒食を批判したり、ここまでなぜ放置していたのかと家族を責めてはならない。患児のボディイメージを受け入れ、「太らないように栄養バランスが壊れたところを治す」と説明すると、治療の同意が得やすい。

IV. 保険診療

一般小児科外来における小児心身症診療での保険請求の例を表3に示す。診療報酬改定ごとに変更箇所を確認し、点数を改正していただきたい。小児特定疾患カウンセリング料（710点）は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、15歳未満の喘息、周期性嘔吐症、自閉症、登校拒否等の小児心身症および神経症の患者であって入院中以外の者に対し、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、第1回目のカウンセリングを行った日に算定することが出来る。しかし、開始から1年が限度である。また、小児科を標榜する保険医療機関のうち、

他の診療科を併せ標榜する者にあつては、小児科のみを専任する医師が本カウンセリングを行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合は算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はその限りではないとある。15歳以上では心身医学療法で請求する。その他、医師自らが検査および結果処理を行った場合のみ、心理検査も加算できる。遠城寺式乳幼児分析的発達検査など操作が容易なものをおおむね40分以上かけて行った場合は135点を、WISC-R知能検査など操作が複雑なものをおおむね1時間以上かけて行った場合は280点を加算できる⁶⁾。今後医療法改正にともない、保険診療も変わることが予測される。時間と労力に見合った報酬を期待する。

V. おわりに

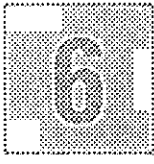
子どもの診療には心身医学的配慮を常に求められており、ある程度の経験を持つ小児科医は、心身症診療の素養は出来ていると考えられる。しかし初めのうちは時間がかかり、種々の配慮を必要とする小児の心身症の診療は敬遠されがちである。

子どもの心の問題は、時間をかけ、優しさと誠意をもって取り組み、解決することが多い。専門医と相談しながら積極的に対応し、一般小児科医が子どもと家族を援助できることが望ましい。

文 献

- 1) 山下文雄編. 小児科MOOK No.60子どもの心の問題. 東京: 金原出版, 1991: 1-57.
- 2) 吾郷晋浩, 生野照子, 赤坂徹編. 小児心身症とその関連疾患. 第1版. 東京: 医学書院, 1992: 33-35.
- 3) 高木俊一郎. 小児心身症の発症機序とその特徴. 小児の心身症. 小児内科Vol.23 臨時増刊号 1991: 6-11.
- 4) 村山隆志. 年齢層別にみた小児の心身症の特徴. 小児内科 1999; 31: 653-659.
- 5) 冨田和巳. 子どもの心身症. 小児科臨床 2001; 54: 1171-1180.
- 6) 社会保険研究所編. 社会保険・老人保健診療報酬医科点数表の解釈. 平成14年4月版. 東京: 社会保険研究所, 2000: 120-121, 341-342.

(藤本 保)



各種の関連機関との連携

この項では、子どもの心身症診療のうえで連携して対応することが多い関連機関と、そのアクセス方法について述べる。

本来、関連諸機関ならびに心身症専門機関の所在地を列記することが、臨床医の利便性になつたものであることは承知している。しかし利用可能な機関は地域により異なり、また心身症専門の

医療機関は現状では専門医が1名のみのところがほとんどであり、専門医の移動により専門外来が閉鎖されてしまうことも少なくない。そこで、ここでは電話帳や公的機関への問い合わせにより、地域でも連携が可能な各種関連機関について、簡便に紹介する。

6-1

広義の心身症専門機関の探し方

子どもの心の健康問題が取りざたされているが、まだ心身症専門機関は少なく、利用可能な機関は地域により異なる。本稿では、広義の地域で連携が可能な心身症専門機関の探し方・アクセスの方法と日常臨床における連携のための基本的事項について解説する。

保健所、保健師、精神保健センター、児童相談所、都府県協会、子どもの心相談所、日本小児保健学会、日本小児心身医学会

I. はじめに

今回のハンドブックの目的が「一般小児科医、小児科医を専門としない校医などの臨床に役立つものをつくる」という大前提に立っており、私に与えられたテーマを再考すると、すでに多くの著書¹⁾で見られる、純粋な心身症専門機関だけの話でまとめると、大都市近辺ではなく、日本全国で子どもの問題に携わっている多くの先生方にとっては「大都市近辺は良いな。この近くでは何もできない。」というつぶやきに終わる可能性が高い。そこで、各機関の各論は本章「各種の関連機関と

の連携」のそれぞれの先生にお願いし、それらの機関をどのような問題の時に、どのように利用したらよいのかという点につき触れ、これらをうまく機能させるための今後の検討課題について述べることにする。

II. 子どもや養育者が助けを必要とする問題

地域の開業医の診療所では、子どもや養育者はどのような時、専門機関を必要とするのであろうか。すべてを挙げることはできないため、ポイントのみ示す。

- ①第1子との適応の問題がある時：大人だけの生活から子どもがいる家族への変化の時
- ②養育者が身体的・精神的な問題がある時
- ③未熟児・多胎・先天異常・仮死など出生時に問題がある時
- ④生後1年半までの育児不安がある時
- ⑤健診未受診を含む乳幼児健診上の問題がある時
- ⑥自閉症などを含む言葉の遅れ・多動の問題がある時
- ⑦保育園・幼稚園で気づかれた問題がある時
- ⑧就学時気づかれた問題がある時
- ⑨就学後2年までに気づかれた問題（適正就学指導上の問題を含めて）がある時
- ⑩慢性疾患にともなう適応の問題がある時
- ⑪いわゆる心身症としての問題がある時
- ⑫不登校・行為障害・非行などの行動上の問題がある時

専門機関をどのように利用するのか

ここでいう専門機関を考える時に大事なことは、通常の人達にとって、小児科医あるいは医師であ

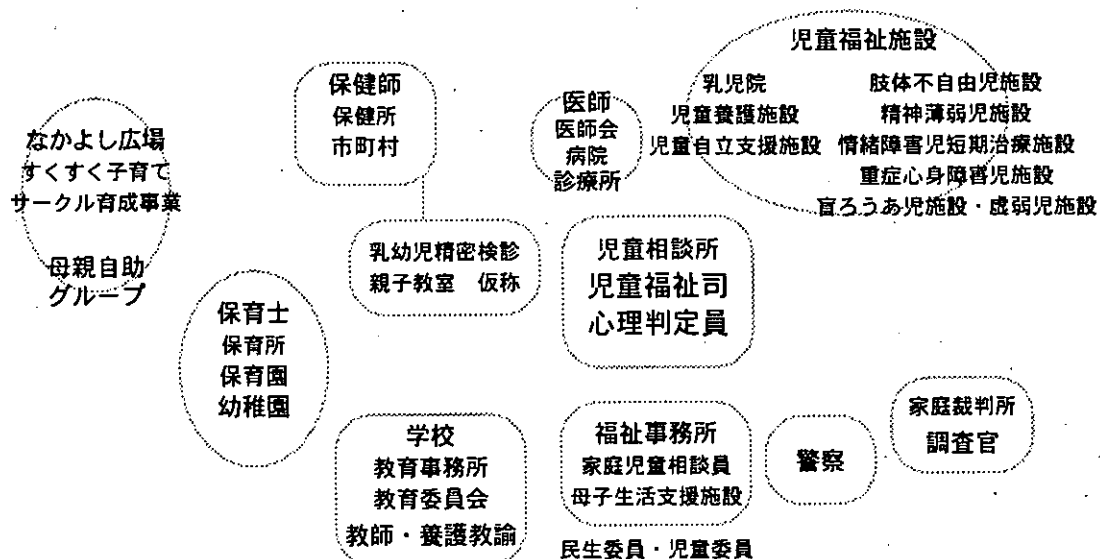
るだけで専門医と思っている点である。地域医療では、その地域の現状にあった医療者自身の意識改革が必要となる。その際相談を受けた医師の役割を、コンサルテーションもしくはガイダンスとするのか、直接治療的なのかかわりをするのかを選択する。地域で長く臨床活動を続けていると、両者を含むことが最終的には多くなる。

コンサルテーションもしくはガイダンスは、基本的に患児あるいはその養育者の訴える主訴をよく聞き、治療者の知識をもとに少し整理する。その問題の誘因がある程度見えたら、「とりあえず今何をすべきか」ということを患児あるいはその養育者に伝えることである。ここで重要なことは、①コンサルテーションはあくまでも次の本格的な心理治療につなげていくための過程であることを意識する、②そのためにコンサルテーションを行う者は、紹介先の治療者についてある程度の知識あるいは面識を持ち、必要以上によさを強調しすぎたり、選択の可能性を拡げすぎたりしないようにする、③あくまでも患児あるいは養育者が問題を前にして混乱しているのを整理するのを援助する姿勢を保つ、④紹介先でもうまくいかない場

Community Care



Special Care



合は、再度来院することを勧め、相談者の行き場を確保する、などがある。

以上述べたコンサルテーションのためにも、地域の関連機関との連携は重要となる。図1は地域の子どもと家族支援のためのネットワークを示し、大きくコミュニティ・ケアとスペシャル・ケアに分けている。この中で、地域の開業小児科として乳幼児健診、精密健診、適正就学指導委員、園医・校医などの業務をしながら、保育園・公民館などで講演活動や研修会などをしていくと、徐々に子どもにかかわる他の職種の人達とのコミュニケーションが広がってくる。以下連携のポイント⁴⁹を述べる。

1. 治療者が関係する市町村地図および県全体を市町村区分で分けた地図を用意する。資料については、県庁もしくは各市町村の統計課、県立図書館などとコンタクトをとれば教えてくれる。
2. 上記市町村の人口動態を次の内容でチェックする：全人口、年間出生数、0～3歳未満、3～6歳未満、6～12歳未満、12～15歳未満、その他興味のある年齢人口（たとえば、労働人口など）につき、実数および比率について、できれば3年ごと、もしくは5年ごとの変化が分かれば、その地域の情報が広がってくる。各市町村、もしくは県の統計課に行けば資料（統計年鑑など）が手に入る。
3. 上記市町村の保育園、保育所、託児所、幼稚園、小学校、中学校の所在地と子どもの数を調べる。電話帳（タウンページ）で調べてもよいが、所轄の福祉事務所と教育事務所に連絡をとればすぐ分かる（県教育委員会発行の教育便覧や各教育事務所発行の教育事務所要覧などが有用）。
4. 福祉事務所では、地域の子育て支援事業の実態や障害児・者福祉に関する情報を手に入れる。同時に社会福祉協議会からも情報を得る。
5. 福祉事務所が市町村役場にある場合は、健康対策課（各市町村で若干名前が違うことがある）に行き、市町村保健師から乳幼児健診の実情や精密健診などのフォローアップ状況を確認する。同時に母親同士の自助グループ活動や育児相談活動の状況も調べる。予防接種の実施状況

も各市町村でかなり違いがあるので確認する。まず小児科的な一般的な話から入り、その後虐待などの話を聞くようにしないと、地方ではまだまだ敷居の高いところもあるので注意する。

6. 市町村保健師より、その市町村を所轄している保健所保健師で未熟児のフォローアップや精神保健相談、乳幼児精密健診を担当している保健師を紹介してもらう。
7. 保健所には是非一度訪問する。上記の保健師を通し、地域の小児科医会あるいは医師会として、何かできることはないかなど話し合う。特に、未熟児のフォローアップ体制の話から地域の産婦人科との連携のあり方（プレネイタルピジットを含む）や、精神保健相談の実態の話からは思春期の子どもや精神障害を持つ養育者の精神保健に関する地域の実情について情報を得る。保健師は小児科医や小児医療にかかわる医師との連携を望んでいることが多いように思われる。
8. 乳幼児の精密健診は保健所保健師も一緒に仕事をするが、事業の主体は所轄の児童相談所になる。精密健診には通常、ケースワーカーと心理判定員（通常は心理士）が来るため、その地域における精密健診のフォローアップの状況などを聞きながら、その一環として児童虐待問題の地域の現状やネットワーク事業について情報を集める。できれば、地域の小児科医会あるいは医師会としてできることを話し合う。
9. 児童虐待の相談状況を聞く中で、援助ができる地域の保育所の存在を、最初の保育所の資料を用いながら確認する。地域の保育所の名前を知っているだけで情報交換の雰囲気が変わってくるため、まず自分なりに地域の知識を増やすことが重要である。次いで、学童の中で虐待を考える事例があるか尋ねてみる。もしあった場合は、学校現場との連携の状態、取り扱いの地域格差、警察や家庭裁判所、児童養護施設の状況など教えてもらう。この問題は、通常の開業小児科業務の中では取り扱いが困難なことが多いが、地域の現状を知ること、心配な子どもや家族に気づいた場合相談できるラインを持つこと

は有効である。またこのことを通じ、地域のいわゆる非行と呼ばれている子どもの状況も知ることができる。そのことが分かると、徐々に地域の学校の実態なども分かってくるため、外来での年長児の不定愁訴や不登校傾向を診るのに役に立つことが多くなる。

- ② 学校について気になることがあれば、積極的に教育委員会に連絡を取る。その際、連携を取るために意見を述べる前に、地域の子どものについて多方面からの意見を引き出すという配慮をすると、スムーズにいくと思われる。最初から「一言もの申す」という雰囲気はマイナスこそあれ、プラスにはならない。地域の特殊教育の現状や適正就学指導委員会の内科系の担当と精神の担当あるいは学校保健の担当を教えてもらい、まず学校にかかわっている医師から先に情報を得ることが必要なこともある。
- ③ 学校へのかかわりが難しい時は地域の医師会に連絡をとり、その時点での校医が誰か確認する。同様に、園医についても情報を集める。予防接種相談、一般検診、心臓・腎臓検診、教育相談などの場を通し、小児科医の専門性を出していくことが重要と考える。

IV. 心理治療

小児科医がなじみやすい心理治療としては、カウンセリング、遊戯療法、描画法、家族療法的なアプローチ（ソリューション・フォーカスト・アプローチなど）があるが、季節によって外来の忙しさに差が大きい開業小児科医では、途中で放り出すような結果だけは避ける必要がある。

V. 今後の検討課題

日本全国すみずみまで、小児の心身医学の専門

医を直ちに配置することは難しい。本格的な研修システムがあれば3年で形を作ることは可能であるが、このような研修システムを全国に配置するなど出来ないことを願っても仕方がない。とりあえず、連携には下記のことが重要と考える。

- ①保健所保健師の母子保健専門、思春期精神保健専門の研修を充実させる、②市町村保健師が3人以上いる所は、1人は母子保健専門員として育て、前述の保健所保健師との連携を明確に指示する、③保健所が精神保健センターだけでなく児童相談所との連携を再構築するよう指示する、④各都市医師会の乳幼児健診・園/学校医・予防接種担当医を通し、各地域の思春期を含む子どもの心身医療の現状を把握する、⑤日本小児科医会子どもの心担当医（事務局電話：03-3388-5561）・日本小児保健学会（事務局電話：03-3359-4964）・日本小児心身医学会（事務局電話：06-6445-8701）所属の医師との連携を進め、関係医師の了承を得たうえで都市医師会と教育委員会に名簿を配布する。

文 献

- 1) こども心身医療研究所編。小児心身医学「臨床の実際」。東京：朝倉書店、1995。
- 2) 山下文雄編。小児科MOOK60「子どもの心の問題」。東京：金原出版、1991。
- 3) 吾郷晋浩他編。小児心身症とその関連疾患。東京：医学書院、1992。
- 4) 井上登生。子どもの心に影響を与える学校・地域社会の問題。小児科臨床 増刊号 子どもの心のケア 2001；54：1103-1110。
- 5) 井上登生。心の問題への対応—診療現場から。日本医師会雑誌 2000；123：1451-1454。

(井上 登生)

6-2 保健所，地域における連携

母子保健法が改正され，母子保健事業は住民に身近な市区町村保健センターが実施主体となって行われることになった。保健師は，家庭訪問や電話相談などを通じて地域住民により近い立場で自由度の高い活動を行っており，児童相談所，専門療育機関，児童福祉施設，教育機関や専門医療機関との連携も多く，子どもを取り巻くさまざまなシステムの橋渡しの存在となっている。小児科医が子どもの心の健康問題にかかわる際，児の生活状況をふまえたより現実的な指導を行える保健師と連絡をとることは極めて有効な方法である。連絡方法として確立された方式は存在しないが，日頃から地域の保健師と親しく知見を交換し合っておくことが事例発生時の連携に役立つ。

母子保健，保健師，保健所，保健センター，育児支援

I. 保健所

母子保健法が改正され，平成9年から母子保健事業は住民に身近な市区町村が実施主体となって行うことになった。その後地方自治体によっては，保健所が福祉事務所と連携し，保健福祉事務所あるいは健康福祉事務所と名前を変え，各市区町村と連携しながらより専門性の高い母子保健事業にあたっている。母子保健に関する市区町村の保健センターの事業内容は，①新生児訪問指導②乳幼児健康診査〔4ヶ月児健康診査，1歳6ヶ月児健康診査，3歳児健康診査〕③育児相談④訪問指導⑤子育てセミナー・両親（母親）学級などの育児情報の提供・育児支援活動などである。保健所の事業はより広域化，専門化して市区町村の事業を指導・支援するものとなり，その事業内容は個別相談として，①乳幼児発達相談（乳幼児健康診査で発達の遅れが見られた児が対象）②子育て相談が，小児科医・心理判定員・言語療法士・理学療法士・栄養士・保健師などによって行われる。また集団指導として，③親子遊びの教室（発達障害児や境界児，あるいは問題行動のある児とその親とに対し，発達支援，育児支援，不安の解消を遊びを通じて行う）④アトピー教室，離乳食教室など

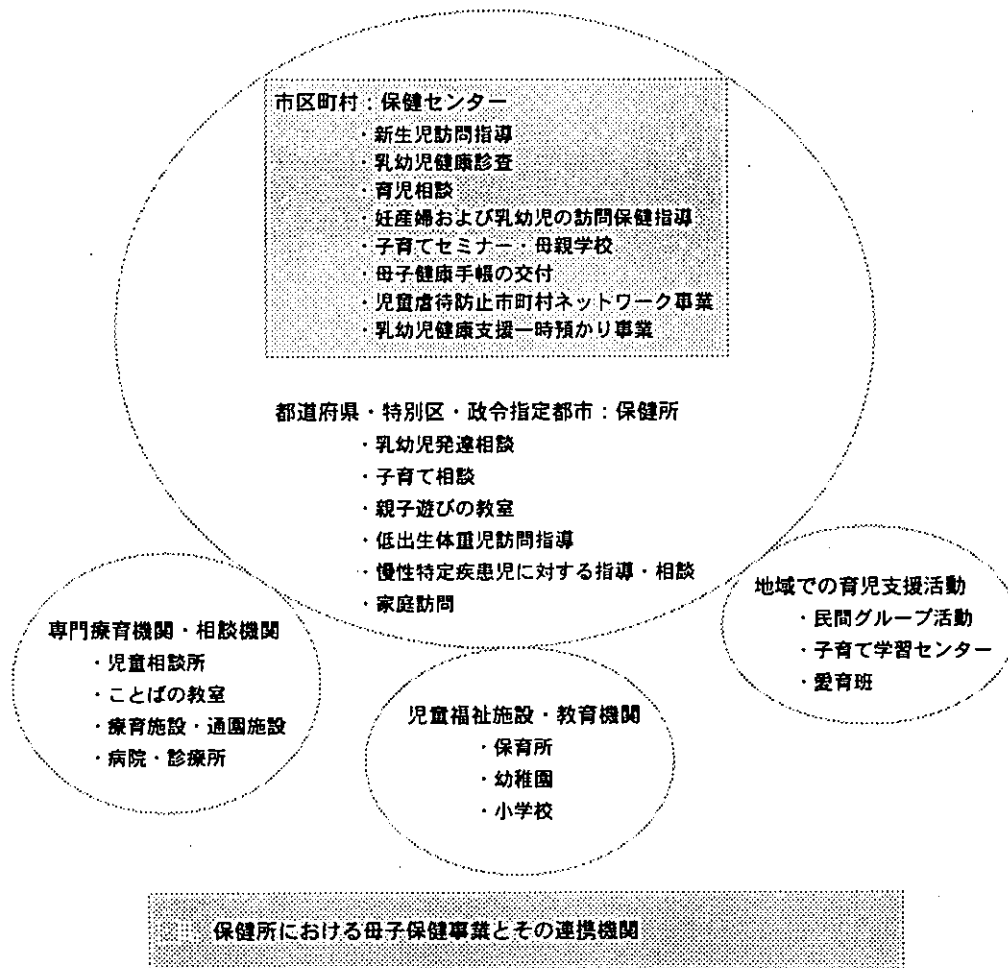
が，心理判定員・言語療法士・保育士・保健師・栄養士などによって行われる。その他，⑤低出生体重児訪問指導，⑥慢性特定疾患児に対する指導・相談，⑦家庭訪問（依頼に応じて）が行われている。

II. どのような子どもが利用するのか

保健センターや保健所は，すべての乳幼児と健康診査で発達の問題を指摘された子どもはもちろんのこと，育児にさまざまな不安のある母親が主な利用者となる。その他，幼少時から発達に問題があるためフォローアップされていた事例や育児不安が強い母親には，就学後も希望により相談が継続される。しかし現在，保健センター・保健所の意識は，地域の子どもの“心の健康”にも向けられており，今後は学校や医療機関との連携により，小児心身症や不登校，児童虐待やいじめ，引きこもりなど，子どもの心の健康問題への支援も行われていくものと考えられる。

III. 保健所と小児心身症

保健師の活動は自由度が高く，家庭訪問により生活状況を観察しながら，より現実的な指導を行



うことができる。また療育に関しては、児童相談所（地域によっては、子どもセンター・子ども家庭センターなどの名称をつけている）、ことばの教室、療育施設などの専門療育機関をはじめ、保育所などの児童福祉施設、幼稚園、小・中・高等学校、盲・聾・養護学校などの教育機関、および専門医療機関との連携も多く、保健師は子どもを取り巻くさまざまなシステムの橋渡的存在となっている（図1参照）。小児保健に携わる医師が心の問題に対応する際、地域のさまざまなシステムとの連携は不可欠であり、地域の事情に詳しい保健師との密接なコミュニケーションを維持することは極めて有効な方法である。

近年、就学後に起こるさまざまな対人関係の問題や不登校、あるいは問題行動、心身症などのため小児心身症外来を受診する子どもの中で、注意

欠陥/多動性障害、学習障害、広汎性発達障害、境界知能などの発達障害を持つ児の割合が高くなってきている。このような子どもの中には、幼児期に発達の遅れを指摘された事例や、問題行動を持つ児として保健師によりフォローアップされていた事例が多く見られる。特にそのような場合、保健師と連絡をとることでより詳しい発達状況や家族の情報が得られ、診断や治療に役立つことも多い。また虐待が疑われる事例、あるいは家庭事情により不登校や問題行動を起していると推定される事例では、地域の保健師に相談してみるのがよい。また、小児科医ではない学校医や開業医、あるいは一般小児科医の場合には、心身症もしくは神経症、発達障害を疑っても具体的な診断に苦慮する事例が多いと思われるが、積極的に連絡をとり、かかわってもらうことを勧めたい。