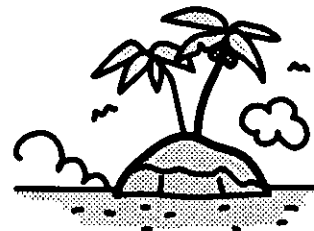
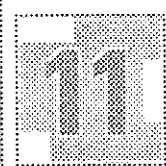


- ～前頭葉機能との関連について～. 日児誌 1995 ; 99 : 2109-2115.
- 13) Tomoda A, Miike T, Yonamine K, et al. Disturbed circadian core temperature rhythm and sleep disturbance in school refusal children and adolescents. *Biological Psychiatry* 1996;51:71-76.
- 14) 植田陽子, 小川奈津代, 嶋津貴子他. 不登校児の深部体温日内リズム異常. 日児誌 1996 ; 100 : 1499-1503.
- 15) 三池輝久, 友田明美. 登校拒否とCFS. *臨床科学* 1993 ; 29 : 709-716.
- 16) Tomoda A, Miike T, Honnda T, et al. Single-photon emission computed tomography for cerebral blood flow in school phobias. *Curr Ther Res* 1995;56:1088-1093.
- 17) Furusawa M, Morishita S, Kira M, et al. Evaluation of school refusal with localized proton MR spectroscopy. *Asian Ocean J Radiol* 1998;3:170-174.
- 18) Tomoda A, Miike T, Yamada E, et al. Chronic fatigue syndrome in childhood. *Brain Dev* 2000;22:60-64.
- 19) Tomoda A, Jhoudoi T, Miike T. Chronic fatigue and abnormal biological rhythms in school children. *JCFS* 2001;8:29-37.

(三池 輝久)





## 不登校

不登校は、心身症診療でしばしば遭遇する問題の一つである。本稿では、心身症臨床の立場と学校保健の立場から不登校について述べる。

### 11-1 不登校 — 心因を主とする不登校 —

「不登校」は、特定の1つの疾患を表す概念ではなく多彩な様相が含まれる。心身症臨床の立場から「不登校」を分類すると、不適応行動としての不登校、心因反応性の不登校、神経症的不登校のいずれかに相当することが多い。本稿では、これら3つの状態を想定した「不登校」状態について、主訴、身体所見、診断、初期対応、専門家への紹介方法、予後について述べる。

キーワード

不登校、神経症、心身症、心気症、引きこもり

#### I. 不登校とは

「不登校」は、特定の1つの疾患を表す用語でも概念でもない。多彩で異なる心理的要因を背景として学校へ行っていない状態を示す用語に過ぎない。包括的に定義するならば、『身体的、経済的、家庭的、社会環境的に、登校を阻害する要因がないにもかかわらず、登校をしていない状態が持続しているもの』ということができるであろう。

不登校を示す子どもが均一でないことから、不登校をいくつかの下位グループに分けることが行われる。精神医学的な観点からは、不登校との関係が理解できる要因を背景とする心因反応性のもの、ストレスよりも本人の受け止め方の問題の方が大きい神経症的なもの、統合失調症を合併するもの、社会性の未成熟さが背景となっている

ものなどに分けられる。前二者が多いが、厳密な意味で精神障害と診断される不登校は多くはない。多くは、心因反応あるいは神経症性障害と一部類似の点は持つものの、精神医学的な意味での病理性は持たない不適応行動としての不登校といえるものである。

いわゆる「不登校」と呼ばれる子どもは、不適応行動としての不登校、心因反応性の不登校、神経症的不登校のいずれかに相当することが多い。またこれら3つの状態は、少なくとも初期状態は似ているものが多い。ここでは、これら3つの状態を想定した「不登校」状態について述べている。

#### II. 一般小児科医を受診する際の主訴

不登校では、一定の経過をたどりやすいことが

### 不登校の経過と症状 (高木1963, 花田1996を参照)

心気症的時期	身体症状: 疼痛: 頭痛, 腹痛 消化器: 嘔気・嘔吐, 食欲低下, 下痢 全身: 気分不快, 倦怠感, 疲労感, 発熱 その他: 「めまい」, 咳 (喘息発作), 肥満
不登校顕在期	問題行動: 不登校, 生活リズムの乱れ
攻撃的時期	問題行動: 乱暴な言動, 他罰的言動, 暴力, 孤食傾向 精神症状: 不安, 焦燥, 敏感, 抑うつ
内閉的時期	問題行動: 昼夜逆転, 引きこもり, 無為, 無気力 精神症状: 敏感, 抑うつ, 被害的思考, 強迫傾向

知られている。その経過により、出現する問題に違いが見られる。したがって、どの時期の受診かによって主訴が異なってくることもある。不登校の一般的経過と、その時期に認められやすい問題(症状)について表1に示した。

「心気症的時期」とは、不登校の初期段階であり、さまざまな身体症状を訴え学校を休みがちな状態が見られ出す時期である。「不登校顕在期」とは、身体症状の訴えが減少し、朝起きて来ず欠席が持続するようになる時期である。「攻撃的時期」は、学校に関する話題や自分の思うようにならないことをきっかけに、乱暴な言動や興奮を繰り返す時期である。「内閉的時期」とは、昼夜逆転し、自室あるいは家に閉じこもってしまう時期である。もちろん、すべての不登校児が、必ずこの経過をたどるわけではない。

一般小児科医を受診するのが一番多いのは、心気症的時期の段階である。身体症状の訴えが前面に立つため、身体疾患を心配されて受診するからである。不登校にともなう身体症状では、表2のよ

### 不登校の身体症状の特徴

- ①日内変動(朝～午前中強い)
- ②休日では軽快・消失傾向
- ③多彩で不定愁訴的
- ④頭痛・腹痛・気持ちが悪いの3主徴
- ⑤経過が不自然(長期間一定・易変動)
- ⑥診察・検査で所見がない
- ⑦症状に合わない児の言動  
(深刻感がない, あるいは, 過剰で執拗)

うな特徴が見られることが多い。特に、「頭痛、腹痛、気持ちが悪い」の3症状が同時に訴えられる場合には、身体疾患の可能性は極めて低くなる。なおお気をつけなければいけないのは、慢性疾患の悪化症状が不登校の初期である場合があることである。気管支喘息がその代表で、治療や物理的環境に変化がないのに、午前中の発作が頻発するようになることが多い。

心気症的時期を過ぎた場合には、行動面や精神面の問題が主訴になることが多い。この段階では身体症状の訴えは少なくなるため、一般小児科を受診する例は少なくなる。それでも、睡眠障害(昼夜逆転)やうつ病ではないかということで時に受診する例がある。そのような状態から不登校になっているのではないかと心配しての受診のことが多い。

### III. 神経症性不登校の中に心身症はどれだけあるか

不登校と心身症の関連性は強いものがある。不登校自体は心身症ではないが、その初期に身体症状が訴えられることが多く、心身医学的アプローチが必要とされる代表的な状態といえることができる。神経症性不登校の約70%に身体症状の訴えを認める(斎藤, 1997)ことから、不登校児の約2/3は、心身医学的対応の対象といえることができるであろう。

一方、心身症における不登校の合併率も高いものがある(表3参照)。1994年度厚生省小児心身症班の調査では、いろいろな心身症全体で62.4%に不

#### 表4 心身症における不登校の合併率

1. 吉住 (1995, 1996)	
肥満	25.0~40.4%
気管支喘息	18.1~25.5%
2. 厚生省小児心身症班 (1994)	
心身症候群	74.1%
疼痛	81.1%
不定愁訴	66.7%
摂食障害	51.7%
チック障害	13.3%

登校が認められている。少なくとも、専門医療機関を受診している心身症に相当する患児の2人に1人は何らかの不登校状態を示す、ということができる。また慢性疾患では、肥満と気管支喘息における不登校合併の高さに注意する必要がある。ただし肥満と不登校の関係は、不登校の経過中肥満になっている場合の方が多い。

#### IV. 理学的所見

不登校の理学的所見には、特別の異常を認めないのが普通である。ただし不登校が長期化している場合、過食傾向と運動不足が重なり、肥満が認められることは珍しくない。

#### V. 診断基準・評価方法

不登校の診断基準はない。文部科学省の長欠児調査の基準「年間欠席30日以上」をもとに判断基準を示したのが表4である。不登校の背景として、何らかの心理的要因(ストレス)が見つかることはまれである。表4の項目すべてに該当する場合、明らかな不登校かどうかははっきりしなくてもその欠席状況は何らかの心理的配慮・対応を必要としていると判断され、結局は不登校としての対応が

#### 表5 不登校の判断基準

- ①持続的あるいは断続的に年間30日以上欠席
  - ②登校を阻害する身体的・経済的問題がない
  - ③欠席していることへの心理的苦痛(不安、焦燥、抑うつなど)がある
- 参考：心理的要因が不登校の出現・経過に密接に関与

検討されることになる。児の精神的苦痛は本人から語られることもあるが、通常は児の言動から判断する(表5参照)。

#### VI. 一般小児科医で可能な対応(初期対応)

一般小児科で可能な不登校への対応を表6に示した。初期対応として行うべきことは、①身体症状の軽減、②児の情緒面の安定化、③不登校が疑われることの保護者への説明、④児への対応方法に関する保護者への助言、⑤専門機関に関する情報提供、の5つである。一般小児科における心理面への対応は、身体症状への不安の軽減や通常の共感的対応でよく、不登校状況に対する直接的な介入に関しては、対応できる見通しがない限り考えなくてよいと思われる。

なお身体症状は、児へかかわる「入場券」の役割を果たしている。また身体症状を通して患児にアプローチすることは、心理的介入への患児の心理的抵抗感を軽減してくれる。したがって身体症状を大事にし、心理面の問題を強調しないような態度が重要である。

#### VII. 専門機関紹介時に必要な説明事項と紹介方法

不登校は、一般小児科で最終的に診療するものではないので、基本的にはすべての例が紹介され

#### 不登校への心理的苦痛を思わせる患児の言動

- ①学校の話で表情が固くなる、落ち込む、あるいは、興奮する
- ②級友、教師との接触を嫌がる
- ③前日は登校する用意をしながら、当日の朝になると行けない
- ④登校しようとする身体症状が強くなる
- ⑤学校に関するネガティブな発言が多い(楽しくない、行きたくない、など)

## Ⅵ 一般小児科でできる不登校への対応原則

### 1. 児への対応

- 1) 身体面に対して
  - (1) 身体症状の軽減
    - ①薬物の対症的使用
    - ②症状に関する生活指導
  - (2) 身体疾患に対する不安の軽減（患児に対する疾病教育）
    - ①深刻な疾患がないことの説明・保証  
必要最低限の身体診察と検査は必要  
診察・検査結果の十分な説明
  - (3) 患児の「立場」の尊重
    - ①身体症状の受容  
気のせい、精神的なもの、という表現をしない
    - ②心身相関の説明（児の理解できる表現、内容で）
    - ③心理面を強調しない
- 2) 心理面に対して
  - (1) 原則
    - ①不登校への直接的介入は、一般小児科での対応範囲を超える
    - ②受診時、児の気持ちが少しでも楽になるような対応でよい
  - (2) 相談意欲の形成・維持
    - ①話しやすい雰囲気作り  
「はい、いいえ」で答えられる質問から始める  
児の訴えの聞き役に
    - ②共感的な態度で  
児の話すことを一度は受け入れる  
「あなたはそう感じたんだ。それならつらいでしょう」
  - (3) 児の気持ちの負担軽減（可能な範囲で、無理をしない）
    - ①以下の内容を伝える  
児が一番つらいことを理解している  
無理する必要はない  
1日でも、今日はよかったと思える日を増やすことを考える  
無理によくすることを考える必要はない  
今より悪くならないようにだけ心がける

### 2. 保護者への対応

- 1) 両親の不安の軽減
  - (1) 疾患の十分な説明  
重大な身体疾患がないことの保証  
身体症状は心身症である可能性の説明
  - (2) 治療方針の説明  
身体面への対応はできることの説明と保証  
心理面への対応場所の情報提供・紹介
- 2) 両親の治療意欲の形成・維持
  - (1) 親の罪責感の軽減  
『育て方の問題』ではないことを説明
  - (2) 親の心労への共感
  - (3) これまでの親の対応・努力への賞賛
- 3) 家族の対応方法に関するアドバイス
  - (1) 共感的態度をとるよう指導
  - (2) 子どもをがんばらせ過ぎない
  - (3) 子どもが自尊心を取り戻せるような態度の指導  
子どもの言動・考えに対して支持するような態度・言動を
  - (4) 両親間の話し合いを奨励

ることになる。適切な紹介を行うためには、地域で子どもの心へ対応してくれる場所の情報を持っている必要がある。表7にそうした社会資源の例を載せた。地域にあるこうした機関の住所、連絡方法などを一覧表にしておくとうい。

患児、保護者には、身体面と心の双方を診ていく必要があること、いろいろなところに相談して自分に合うところを探すとよいこと、合わないと思ったら一度で止めてもいいから1回は行ってみること、などの説明をするとよい。

紹介方法は、電話、紹介状のどちらかでよい。

## VIII 予後

不登校児の再登校率は平均75%、学校も含め最終的に社会へ適応できるようになる率も70%前後と報告されている。これらの数字は、何の問題もない完全に心が健康な状態への回復率を示しているものではない。社会へ適応できている状態にあっても、何らかの精神的問題を抱えている者も少なくないともいわれている。精神科での長期追跡調査では、成人になった不登校児の半数以上に精神的問題を認めたという報告もある。ただし、小児科を受診する不登校児の長期予後は、これよりはよい可能性がある。なぜならば、精神科を受診している不登校児は、小児科を受診している不登校児よりも重症あるいは難治の場合が多いと思われ、そうしたことが、精神科受診例の長期予後に影響を与えているものと思われるからである。

いずれにしても、変則登校（保健室登校など）も含まれているにせよ、何らかの形で再登校に至

## 不登校の相談を受けてくれる機関

1. 相談機関
  - 1) 都道府県の教育センターの相談窓口
  - 2) 市町村の教育委員会の相談窓口
  - 3) 児童相談所
  - 4) 大学の教育系・心理系学部にある相談窓口
2. 医療・保健機関
  - 1) 保健所
  - 2) 小児心身症、児童青年精神医学の専門医療機関
3. その他
  - 1) フリースクール

る児が4人に3人はいるということは、治療側の対応意欲の維持と心理的負担の軽減につながるものと思われる。また、家族が落胆しないように話すこともできるであろう。

しかし一方では、4人に1人は再登校が難しいということでもある。これも、目の前の患児だけがどうしても登校できないのではなく、そうした一群がいるということを知っていることで、目先の状態に一喜一憂することなく、長期的視点で対応を考えるという姿勢を持つことができるようになる。神経症的不登校群、特に、不登校以前から対人緊張が強く、経過中に対人不安や被害念慮が出て引きこもってしまう場合予後不良となりやすい傾向があるが、予後不良の要因はまだ明確にされてはいない。再登校に関する予後不良が、将来の社会生活の予後不良と必ずしも結びつくわけではない。再登校不良群の長期予後に関する調査はないが、引きこもりがなく、家の外に出る活動力が保たれている場合には、将来的には通信制高校や大検から進学したり何らかの形で仕事に就き、社会生活を送れるようになることが少なくないようである。

#### 文 献

- 1) 富田和巳. 不登校. 小児科診療 2000 ; 63 : 1488-1492.
- 2) 齊藤万比古. 不登校の病院内学級中学校卒業後10年間の追跡調査. 児童青年精神医学とその近接領域

- 2000 ; 41 : 377-399.
- 3) 三好邦雄. 学校不適応(登校拒否)と心身の疾患による不登校の鑑別. 小児科 1999 ; 40 : 1788-1796.
- 4) 山崎透. 不登校にともなう身体化症状の遷延要因について. 児童青年精神医学とその近接領域 1998 ; 39 : 420-432.
- 5) 吉住昭. 施設入院療法を受けている不登校児および心身症児についての調査. 日本小児心身医学会雑誌 1995 ; 4 : 42-47.
- 6) 北村陽英. 中学生不登校. 臨床精神医学 1995 ; 24 : 1385-1391.
- 7) 齊藤万比古. 登校拒否の現状と治療. 臨床精神医学 1993 ; 22 : 533-538.
- 8) 宮本洋, 小泉準三. いわゆる登校拒否症の実体について(DSM-III多軸診断システムの適用). 精神医学 1991 ; 33 : 1343-1350.
- 9) 清水将之, 竹内浩, 奥村透他. 登校拒否に関する疾病学的研究-ICD-10, 1998年草稿より見たいわゆる登校拒否の位置-. 児童青年精神医学とその近接領域 1991 ; 32 : 241-248.
- 10) 井上登生著. 登校拒否(不登校), 吾郷晋浩, 生野照子, 赤坂徹編. 小児心身症とその関連疾患. 東京: 医学書院, 1992 : 393-407.
- 11) 宮本信也著. 小児心身症およびその類縁の状態についての調査(I). - (1)小児心身症の頻度(小児心身症専門施設における), (2)小児心身症の診断とその根拠, (3)小児心身症の背景要因. 厚生省心身障害研究「親子のこころの諸問題に関する研究」平成5年度研究報告書, 1994 : 65-73.
- 12) 提啓, 不登校. 花田雅憲, 山崎晃資編. 臨床精神医学講座11 児童青年期精神障害. 東京: 中山書店, 1998 : 353-365

(宮本 信也)

## 不登校 — 学校保健の立場から —

学校において表出される“心の健康問題”として、その頻度が高く、対応にあたり配慮すべき多くの因子を持つのが『不登校』である。『登校拒否』という、その心理機制を決めつけるかのような表現に代わり、現在はその現象を記述するだけの『不登校』という用語が広く用いられるようになった。ただ、児への対応方法やその適用の評価・検討のためにも、表象レベルでの把握ではなく可能な限り精神医学的診断を追及すべきところである。

不登校、学校保健、保健室、養護教諭、身体症状、主治医、連携、社会  
的孤立

### I. 概要

現在、学校をめぐる行動形態は多様化し、『保健室登校』、『相談室登校』、『適応教室への登校』なども一般化されて来ている。文部科学省の統計によると、長期欠席児童・生徒数は1975年頃より増加傾向にある。中学校では『学校嫌い』の割合がその頃から高くなりはじめ、近年では半数以上を占めるようになってきている。小学校では1985年頃から長期欠席者数が急速に上昇しはじめているようである。

### II. 学校保健と不登校

『不登校』という状態はさまざまな背景から生じ得るが、前節にも触れられているように『不定愁訴』と呼ばれるような身体症状を呈しながら問題が顕在化されて来ることが一般的である。これは自律神経系の失調状態と考えられ、状況依存的に訴えられることが多く、登校前や学校の特定場面での症状悪化も少なくない。また『症状が学校で起きたら・・・』という予期不安も認められる。

学校においては、以前より『保健』という視点からの対応体制があり、保健主事や養護教諭を中心に、身体疾患や発育を主な対象として機能して来ていた。近年、ここに上記のような身体症状を呈する児童・生徒がかかわることが増加している。

そうした場合、多くの身体疾患や発育の問題と比べ、対応上より長い時間や微妙な配慮が求められることになるだろう。身体症状（不定愁訴）の背景として『心理・社会的要因』が大きい、あるいは深いことが考えられるためである。

このことは多くの場合、特に中・大規模校でも数少ない養護教諭の役割・負担の荷重増大をもたらしている。一方、身体症状という比較的訴えやすい内容で保健室に児童・生徒が訪れるのは、置かれた状況に行き詰まった本人がいわば『第三者』につながりうる貴重な機会でもある。学校保健という視点からも重要な課題であり、『不登校』への対応における保健室や養護教諭の存在の意義・有用性もしばしば指摘されている。

しかし学校保健では身体疾患や発育などに関心が向けられることが多く、心の健康問題について対応スタッフ養成体制も十分とはいえない面もある。身近で比較的利用しやすい保健室の存在は、『不登校』への初期対応という点からも意義があるが、それだけにさまざまな要因を持つ『不登校』が対象となるだろう。こうした条件の下で、学校保健機能をより有効に活用するには他の専門機関との連携が肝要となるだろう。

### III. 関係機関との連携

連携対象としては、医療機関や福祉機関、あるいは司法機関などであろう。ここでは、『不登校』という問題の性質上、医療機関と福祉機関とについて触れてみる。

医療機関としては、身体症状を訴えていることから、一般小児科や脳神経外科あるいは消化器内科など、その症状に応じた受診が考えられるだろう。ただ自律神経系の失調症状は多彩で、複数の医療機関受診は本人や家族にとって不安や負担が過大となりかねず、しかも何ヶ所かで異なる対応をされたり、苦痛をともなう検査を繰り返されたりということも生じやすい。結果的に、『もう医者にはかかりたくない』『病院に行ったってしょうがない』といった否定的感情を生み、本人が第三者につながり得る貴重な機会を逃すことにもなってしまう。また、『どこも悪くありませんよ』といった型通りの検査説明が、保護者の『やっぱり仮病だ』『単なる甘えではないか』、といった否定的刺激を助長したりもしかねない。

受診先を紹介したり示唆したりする学校保健の側としては、小児科を中心に、そこがいわば『主治医』として機能していくことが望ましいと考えられる。できれば心理・社会的因子を配慮した対応をしてくれる医療専門家がより望ましい。実際、校医にそのような小児科医師がいることはまれであるため、より多くの小児科医療機関がこうした機能を意識していただきたいものである。また受診前後の連携としては、最小限の情報交換は必要であろう。もちろん、守秘義務などプライバシーの問題も絡んで来る。本来、家族や学校関係者（担任や養護教諭、相談員、時に管理職）、医療専門家の三者同席での対応検討・役割分担が望ましいものと考えられる。しかし、こうした時間設定や関係者の参加は実際的には限度がある。結局こうした困難さが、『不登校』という、いわば背景因子の複雑な問題に対応することの困難さ、あるいはその子の気質や生育環境をめぐる背景因子の深さと問題行動・症状の悪循環にも関連しているであろう。

さて『不登校』への対応を考える時、本人の身

体症状や不安の緩和つまりは依存の保証とその子なりの発達・社会的自立の保証という、時に矛盾しかねない二面が意識される必要があるだろう。たとえば過剰適応傾向の強い生育歴や不安、うつ、強迫などの精神症状を認めた場合、後者の視点は一時保留することは当然であろうが、本人と保護者との安定した関係がなんとか成立すれば、後者を意識した役割分担が早期に必要なだろう。その子の社会的自立を意識した対応方針の確認が、家族の不安解消、ひいては焦らずに本人との安定した関係を作っていくためにも肝要である。これは『学校保健』という視点からも欠かせない。

次に、家族関係が複雑・困難な背景を持つ場合、児童相談所（以下、児相）などとの連携も重要である。児相は、18歳未満のすべての児童が『心身ともに健やかに育つ』ことを目的とした、児童福祉法15条に基づく行政機関である。発達障害や虐待あるいは非行だけでなく、不登校やいじめなどの相談も受けている。特に『不登校』でその背景因子として家庭の問題が大きい場合、その措置権も含め、短期入所や通所などの機能や心理士の存在を意識しておきたい。家庭の保護機能崩壊・不全（本人が家族を強く拒否している場合なども含め）状態の場合など、児相との連携は有用であろう（詳細は総論6を参照）。

### IV. 医療機関と学校保健

子どもが身体症状（不定愁訴）を理由に医療機関を受診する時、多くは保護者（母親）が同伴している。どんな経緯で受診に至ったかにもよるが、対応する側としては、まず本人の訴えに向き合うことから始める。特に保護者の焦りや本人の状態に対する強い否定的感情が認められたり、連れて来られた本人の態度に不本意な感情やうつ気分を感じ取れるような場合、さりげなく、時には毅然と保護者を外し一対一で話すような対応も有用であろう。

一方、その子の不登校状態の背景であり大きな因子でもある家庭や学校抜きには、有効な対応はできない。医療はそこに直接介入はできないため、それらを担う方々と連携するしかない。その場合前述のように、その子の状態や症状の緩和とその



子の発達、社会的自立の保証とが、ともに必要である。医療専門家としては前者に関心がいきがちで、短時間で強く家族を説得したり学校関係者に指示したりという傾向がある。連携というより、『医者の話はとりあえず聞いておく』といった関係になっていることも少なくない。保護者、そしてその了解のうえで学校関係者にも症状や背景を説明し、症状・状態の緩和策（環境調整や薬剤の依存の保障）だけでなく、いつどのように誰がその子への刺激、いわば社会的自立へ向けた働きかけや関係性設定をするのかを確認・検討しておく必要があるだろう。その場合、説得ではなく納得を得るには、やはり1時間は要するであろう。また具体的対応は個々の条件により異なり、『依存』受け入れの対応を日常的に担う保護者には相当な負荷がかかるため、心理士による対応も有用であろう。

いずれにしても、こうした対応検討の場を誰が主催しどこで行うのが妥当かは、それぞれの地域の条件で合わせていくしかないだろう。たとえば医療専門家がかかわるとすれば、時間的制約からその医療機関の予約外来などで実施ということになるだろう。特に児童精神科や小児心身症専門外来においては、さまざまな限界はあるが、最小限そうした動きが可能な体制作りが必須であろう。

## V. まとめ

『不登校』という状態は、その子が育ち社会的に自立していくにあたり、学校という『場』を利用し難くなっているという事態も意味している。保護者がパニック状態になることも故なきことではない。以前に比べれば減りつつあるが、不安・焦燥を背景に結局は『皆と同じことをやってくれ』という、自らの不安解消のための強権発動も少なくない。そこは冷静になってもらうにしても、その子なりの社会的自立を保証・支援するのも周囲の希望・義務である。実際、その子自身も相当な不安・焦燥を感じており、ここに病態の悪循環が生じやすい素地がある。

学校保健という視点からは、学校の持つ社会的機能を活かすことを意識した対応をしていくことになるが、その子の症状・状態への診断（軽度の

発達障害も少なくない）抜きには悪循環や追い込み（孤立化）さらには行動化を助長しかねない。学校保健と医療機関との連携が重要であるが、その場合やはり相互交通性があり、負の情報も伝えあえるような連携作りを意識したい。

現在は、学校が通常的に利用できなければ前述のさまざまな登校形態や民間のフリースペースなどが活用できる。『不登校』が以前よりもストレスの表出型となりやすくなっている文化状況や生活習慣の在り方を考えると、そうした資源につながることも視野に入れた学校、医療関係者そして保護者の連携が常に意識されるべきであろう。

最後になるが、『不登校』で特に困難なのは、本人が受診を拒否し学校関係者とも会わないというような場合である。いわば二次的負荷も含め追い込まれ、大人一般への拒否感が強かったり、強迫やうつを呈しているような状態が考えられる。『治りたくもない』『心を触れられたくない』『どうせ同じことを言われる』といった発言も聞く。このような場合、医療機関や学校保健関係者にどのようにつなぐかは、持っている資源や経験を総動員して工夫していく（たとえば家庭教師派遣、メンタルフレンドつなぎ）しかないが、本人抜きでも対応のための『場』設定は可能で、周囲が変容し本人との関係が安定する可能性という意味がなくはない。保護者と学校保健関係者や医療専門家との窓口は最小限維持しておきたいものである。

## 文 献

- 1) 富田和巳. 不登校. 小児科 2001; 42: 1511-1518.
- 2) 衛藤 隆. 内科医が知っておきたい小児科学最近の話題. 11 “小児科からみた不登校” Medicina 1997; 34: 2239-2241.
- 3) 特集「不登校と小児科医」. 小児内科 1996; 28 (5).
- 4) JSPP編集委員会編. 学校における子どものメンタルヘルス対策マニュアル. 第1版. 東京: ひとなる書房, 2001.

(衛藤 隆, 鈴木基司)

## 12

心の発達への  
配慮が必要なその他の諸問題

この項では子どもの発達段階や慢性疾患児・障害児など、子どもや家族のあり方に対して、特に配慮が必要と思われる諸問題について、取り上げる。

## 12-1

## 乳幼児の心の問題

乳幼児は、子ども自身をもって生まれた生物学的な素因を基礎とし、環境から刺激を受けて、自立に向かって著しく発達していく過程にある。その心の問題を考える場合、子どもが生物学的にどのような個性を持つのかという観点と、人とのかかわり合いの発達の基盤作りの時期であるという観点が必要であろう。乳幼児の家族を、家族としての発達の初期段階であるにとらえ、各地域の子どもに関する種々の機関とのネットワークの中で、子どもと家族とを支援していくことが重要である。

## キーワード

乳幼児、習癖、指しゃぶり、世話をわり、攻撃性、後向き、育児困難、育児不安、育児相談、育児

## 1. 習癖

多くは文字通りの単なる「癖」と考えられ、偶然にはじまりしばらく固定した後、自然に消失する。一部に、心理的背景、特に不安や不満が存在することもあるが、神経症的な背景を持つものはほとんどない。

習癖を引き起こす要因と持続させる要因は、同一のこともあるが別々のことが多い。また持続させる要因がなくなっても、癖として残っている場合も少なくないことに注意しなければならない。

## 1. 指しゃぶり

好発年齢は3ヶ月～5歳で、3歳児の20%弱に見られる。乳時期に見られるものは、吸啜反射を契機に、乳時期の口唇感覚優位性を背景に習慣化すると考えられる。2歳以降のものは、手持ち無沙汰、不安、不満、緊張感を契機に、本人の内向的な性格傾向を背景として習慣化するものが多い。多くは自然に消失するが、周囲の対応が不適切な場合や強い不安や緊張がある場合には、遷延化することもある。

対応として

①基本的には放置。長引く場合、弊害として指の

「吸いだこ」や「歯並びの異常」が考えられる。

3歳までに消失すれば、歯並びの心配もない

②叱責や注意はしない

③特定の状況と症状の間に関連性の認められる場合は、その状況の調整

④遷延化するもの、年長で出現したものでは、心理的要因を積極的に考慮する

が挙げられる。

## 2. 性器いじり

男児に多く(男:女 2:1)、3~6歳が好発年齢で、3歳児の8%、学童前半の2~3%に発生。

湿疹やおむつかぶれによる痒みや不快感、手持ち無沙汰などを契機として、偶然に習慣化するものがほとんどである。学童後半期までにほとんど消失する。

対応としては、

①叱責してはならない

②湿疹など、局所的問題のチェックと治療

③性器いじりを見た時は軽く注意し、他の遊びや作業・行動に誘導する

が挙げられる。

## II. 暴力をふるう子

子どもの過度の攻撃性は、厳しすぎるしつけ、甘やかしすぎ、嫉妬、拒絶、母親の疲労、父親の不在などを背景とした子どもの精神不安定の兆候であることが多い。また子ども自身の過度の疲労、空腹、寝不足、退屈な状態で発生しやすい。攻撃的な行動への対処は、それらの行動の頻度が少なければ少ないほどよい状態であると見なしつつ、その背景にある問題に対して対応すべきである。また、テレビ、ビデオなどで多くの暴力シーンに接している児童は暴力的になりやすいため、養育者は、子どもの見ているテレビ番組について適当であるかどうかの判断をする必要が出てくる。

子どもは、家庭で他人と仲良くすること、善悪の判断、そして、子ども自身でけんかを治めることを学ぶ。大人がちょうどよい頃合いの介入を見つけることは難しいが、重要である。

## III. 夜泣き

赤ちゃんの泣きと対応することは、育児において大きな部分を占める。

赤ちゃんの泣きに関しては、生後7週間までの赤ちゃんの泣く時間は平均的には約2時間であるが、48分から4時間までと個人差が大きいという研究がある。また泣き声に関しては、痛みに関する泣き声は空腹によるものよりもかん高く、持続時間が長く、高い音で始まりしだいに低くなるという。(空腹では、低い音で始まり、いったん高い音程に上昇した後再び低い音に変わる。)

夜泣きに対しては、治そうとあせるよりはうまくつき合うことを援助することが大切である。好発年齢は6~11ヶ月で、一般に3~12ヶ月児で1週間に3日以上のは、約20%前後である。症状は激しい啼泣以外はなく、1歳を過ぎると急激に改善し、3歳過ぎにはほとんどない。

対応としては、

①両親への十分な説明

②両親、特に母親の育児疲労への共感

母親は睡眠不足となり、罪責感を持ち育児ノイローゼ的な状態になっている時があるため、精神的なサポートが大変重要。

③原因と思われる要因の除去

空腹、ミルクの飲みすぎ、排泄にとまなう不快感、痛み、寒さ、暑さ、筋肉の疲労と痛み、夜間哺乳の習慣など。

④薬物療法

母親の精神的な疲労が大きい場合は、抗ヒスタミン剤などの薬物療法を行う。

などが挙げられる。

## IV. 育児困難

母親の心の健康を考えることは、母子相互関係の観点から、乳幼児の心の健康を考えるうえで最も重要な項目の1つである。子育てにおいて問題が起こる要因として、前川は表1に示す要因を挙げている。中でも、養育者の孤立化が最も重要な問題である。

母親の育児不安は、経験・知識不足を背景とした了解可能な正常範囲の状態と、さまざまな要因を背景として抑鬱状態を代表とする神経症的な状

### 子育てに問題が起こる要因

1. 親個人の病気および弱点
  - ①10代の妊娠・母親
  - ②慢性の身体的・精神的疾患
  - ③知的障害
  - ④教育の欠陥：無知・迷信など
  - ⑤人間的未成熟：養育態度不良，親としての責任・自覚の欠如
  - ⑥人格の障害
  - ⑦アルコール・薬物の濫用および中毒
2. 経済的貧困・社会的孤立と不穏な夫婦関係
  - ①経済的貧困：失業，アルバイト，フリーター，不定期就労
  - ②父および/または母不在：母子家庭，父子家庭，両親不在
  - ③不穏な夫婦関係
  - ④社会的孤立：周りに子育てを支援してくれる親戚や友達がない  
保健所や福祉事務所などの支援を受けていない
3. 子育てにおける過剰負担
  - ①慢性疾患または障害児
  - ②大家族
  - ③多胎
  - ④気むずかしい子ども
  - ⑤家族に重症疾患

(文献6)より

態がある。後者の要因として、マタニティーブルー（出産直後から1週間頃までに出現する一過性の気分と体調の障害。日本では約30%）、産後うつ病（出産後数週間から数ヶ月以内に出現。日本では、10～20%）なども考慮されるべきである。これらは、母親の著しい自責感や自己評価の低下をまねく。また、子育てにおいて養育者自身の生い立ちをめぐる無意識の感情がわき（世代間伝達）、時には否定的な形をとり、極限状態となって児童虐待につながる事が知られている。

対応の基本として、育児疲労を十分受容することが第一である。さらに子どもの発育・発達の多様性に関して、母親が認識を深めていくことを援助する。

具体的には

- ①子どもの発達段階や成長に関する説明
- ②気質（活動性，規則性，順応性，機嫌などの行動特徴）の理解
- ③病気と生理的範囲に関する説明
- ④家族内の育児体制の調整
- ⑤保健師等地域の育児支援サービスの活用

などを行う。

### V. 育児相談

小児科医は、子どもの健康な発達の支援におい

て重要な役割を担っている。

養育者の相談に応じ、

- ①医学・生物学の専門性に基づいて情報を丁寧に提供・説明する
- ②養育者とともにその子の状態を理解・洞察する。
- ③養育者がわが子に関して判断していくことを援助する
- ④主治医と家族との信頼関係を他の育児支援にうまくつなげていく

ことが挙げられる。

各地域の保健所・保健センター、幼稚園、保育園、児童相談所、養護施設などの子どもに関する種々の機関において、電話相談、子育て教室、個別相談など、種々の形式で相談事業が実施されている。これらのネットワークの中で育児の問題に対応していくことは、子どもと家族の発達過程をよりよく支援していくことにつながる。

### 文 献

- 1) 宮本信也. [改訂] 乳幼児から学童前期のころのクリニック 臨床小児精神医学入門. 財団法人安田生命社会事業団 1992.
- 2) 馬場一雄. 続・子育ての医学. 第1版. 東京: 東京医学社, 2000.
- 3) Dorothy Bolding and Marc A. Forman. Impact of Violence. Chapter 37 in Nelson's Textbook of Pediatrics, 14th Edition. Philadelphia: Behrman and Kliegman (Eds) W.B.Saunders Company, 1995:112.
- 4) 渡辺久子. 母子臨床と世代間伝達. 東京: 金剛出版, 2000.
- 5) 吉田敬子. 母子と家族への援助. 東京: 金剛出版, 2000.
- 6) 前川喜平. 子どもの心-育児相談におけるかわり方. 小児科臨床 2001; 154: 1124-1129.
- 7) 高岸由香, 宅見見子, 稲垣由子他. 乳幼児の自律機能・行動上の問題・気質と親の養育態度の関係. 小児の精神と神経 1996; 36 (4): 305-325.
- 8) 奥山真紀子, 床司順一, 帆足英一編. 小児科の相談と面接. 東京: 医歯薬出版株式会社, 1998.
- 9) URL: <http://www.nhk.jp/kosodate/>
- 10) 稲垣由子. 人のかかわりの中での子どもの育ちとその理解. 寺見陽子編著. ころを育てる人間関係. 2001: 155-159.

(岡田(高岸)由香)

## 12-2 思春期の心と身体の問題とその対応

思春期は、身体的な成長のスパートと、第二性徴の出現により内分泌系の変化にともなう身体像の変化が生じる時期であり、子どもにとっては自らの身体的な変化に適応するだけでも大変な時期である。また身体の変化のみならず、心理・社会的な側面からもさまざまな矛盾に満ちた時期であり、その心理も独特な特徴を示す時期でもある。一般小児科外来で思春期の子どもと上手につき合うためには、この時期の子どもの心の特徴に留意し、適切な対応を我々医療スタッフが取ることが思春期の子どもを早くつかみ、心と体の問題の早期解決に必須であると考えられる。この項では、その心理的な特徴と思春期の子どもへの適切な対応法について、ポイントを述べることにする。

思春期の心理的特徴、自己肯定感、症状、問題行動という切り分けが、見捨てられ不安に行動化する思春期心身症候群との付き合い方へつながる。

### 1. 思春期の特徴とその背景

#### 1. 体の成長と大人に対する行動（言動）の變化

思春期は乳幼児期に次いで体の成長が激しく、第2性徴の発現など身体像の変化も著しい。体の成長は低い視線をより高い視線に変え、外界や大人に対する見方も変わり、大人という存在に対し個人や集団の力で対抗し得る体力や知力を身につけていく過程であり、大人に対する言動や態度に対しても新たな選択肢を選ぶようになる。

#### 2. 自己肯定感の低下

今までは、毎年その発達や達成を家族や他の大人達から容易に誉められることで自分自身の存在感を確認し自己肯定感を得られたが、この時期に入ると1人で大方のことはできるようになり、従来の方法では賞賛を得ることは不可能となる。したがって、自分自身の存在感を認識しにくくなり、自己肯定感が低くなる。その結果、受験やクラブ活動、さまざまな習い事など付加価値を身につけることに力を注ぐ。それが得られないと、挫折感と絶望から反（非）社会的行動化へと結びついたりもする。また、成長による格差が起きやすい時

期でもあり、他人と比べて劣等感を持ちやすい。

#### 3. 自他境界の曖昧さ

自意識も高まる反面、自分の存在を希薄に感じたり居場所を求めたりするのは、自他境界という自分の存在と他人の存在との境目が曖昧になりやすいためである。したがって、自己臭妄想や自己視線恐怖などをともなう思春期妄想症の発症や統合失調症などの発症がこの時期に多いこともうなずける。

#### 4. 自立と依存のトロックモデル

社会に出ていくステップを登っていくことは、親から離れ1人で行動したいという自立心といつまでも甘えておきたいという依存心の対極を形成し、ちょうど手押しトロッコのように、両者に互いに振れながら前進していく時期である（図1参照）。自立心が強ければ、より依存心も高まる。ころころ変わる態度と言動に周囲は戸惑うだろう。健康な思春期の子どもは、この依存、自立のパターンを上手に反復させ、前に進んでいる。しかし心身医学的な配慮の必要な子どもは、これがどちらか

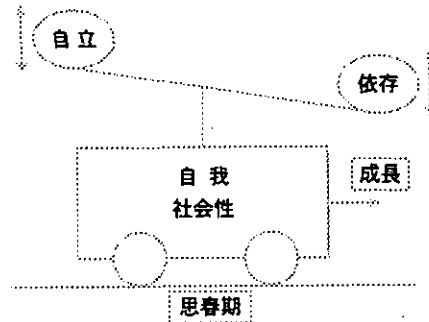
に傾いたままで止まっていると思われる。これがどちらに振れて止まっているのか正確に判断し、援助していく必要があると思われる。

### 5. 矛盾に満ちた思春期

経済的な欲求、性的な欲求は高まるが、同時にそれを得る手段からは遠ざけられるという矛盾に満ちている。さまざまな事柄に対する不安を誰かに相談したいと思っているが、信頼できる大人や年長者の相談相手を見つけにくく、学年を越えた人間関係も希薄である。大人からも、ある時は子どもとして、ある時は大人として身勝手に扱われやすい矛盾をはらんでおり、本当に矛盾に満ちた時期である。

### 5. 心身相関

この時期は、心身のバランスが容易に崩れやすい時期である。心の問題が身体に現れたり、体の問題が心に深く影響したりという心身相関が生じ、症状・問題行動という切符を携えて思春期の患者は診察室を訪れる。この時が、ひょっとすると初めて信頼できる大人に会えるチャンスかも知れない。



(文献2)より引用 河野 2001)

### 自立と依存のトロッキモデル(河野)

## III. 思春期の心身症患者と上手につき合うポイント

1. 思春期の患者は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が多い。そのために初診時点では、どうして受診したのかもよく分からないことも多い。受診動機を明らかにしたうえで、新たに家族と患者のニーズを把握し診療を行うのが基本である。
2. 思春期は秘密を重んじる時期でもある。信頼関

### 思春期心身症患者の特徴とその診療での対応

- 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作る、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

(文献2)より引用 河野 2001)

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である。ただし、患者自身の生命にかか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ことも話しておく。

3. 過度な治療者への期待感やその反動からの失望感を持つことが多いため、こちらの治療の限界を示し納得を得ることや、専門機関を紹介することも大切なポイントである。
4. 思春期の患者は、それでなくても大人に対しての不信感を持ちやすく、投げやりな態度や言動で治療者を試すことも多い。質問に対しても、「ふつう」「別に」という言葉が返ってくることも多い。それらの言葉をそのまま受け取らず、1歩踏み込んで、「君の『ふつう』を教えて欲しいんだ」ということが大切になる。
5. 思春期の患者は見捨てられ不安を持ったり周囲を巻き込んで行動化したりしやすいため、治療の枠組みを明らかにし、決して同情や好意のみで対応せず、治療的視点を忘れないことが大切である。また相手の訴えに対しても、こちらが無意識に体を乗り出したり反応を強めたりすると、そのことを強く訴えれば相手の注意が引けることを学習し、行動化を招く結果になることもある。前向きな発言に対しては十分な反応を、不適切な発言に対しては中立的な態度を意図的にとっていくことが、治療上必要である。
6. 家族や学校などでの人間関係の不安定さが心身

症の発症や増悪に関与することも多いため、対応が必要だろう。多く診療の場で、「仮病」や「気のせい」という言葉で傷ついたり諦めたりしていた患者や家族に出会うことがある。心身症は身体的な病気という点を強調したうえで、心理社会的な要因について増悪因子や誘発因子となっていることを考慮し、その悪循環を断ち切るべく環境調整を行っていくべきである。また守秘義務とも絡み、どこまでの情報を家族や学校に明らかにして対応するかを、本人から承諾を取ることも大切である（表1参照）。

## 文 献

- 1) 河野政樹著. 小児心身症の診断面接法, 清水凡生編. 小児心身医学ガイドブック. 第1版. 京都: 北大路書房, 1999: 50-57.
- 2) 河野政樹著. 思春期の医学—7心身症, 清水凡生編. 総合思春期学. 第1版. 東京: 診断と治療社, 2001: 173-180.

## 参考サイト

- <http://plaza25.mbn.or.jp/~kodomokokoro/>  
DRKの子どもの心と体のホームページ
- <http://www02.u-page.so-net.ne.jp/xa2/shiny/Pages/Frameset.html>  
子どもは友だち
- <http://www2.gunmanet.or.jp/Akagi-kohgen-HP/>  
赤城高原ホスピタル

(河野 政樹)

## 12-3 慢性疾患児と心の問題

医学の進歩により、慢性疾患児の概念は変化している。本稿では長期入院、長期服薬、痛みをともなう検査、死に対する恐怖、スクリーニング検査の心理面への影響、家族との分離など慢性疾患児の臨床上、配慮すべき点について概説する。慢性疾患児の心の健康のために予後を含めた正しい社会認識の普及と、患児および保護者への十分な説明と支援が必要である。

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、痛みをともなう検査や治療、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抱えている。このような状況下で、慢性疾患児の心身医学的研究は十分なされるべきであろうが、いま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られるが、慢性疾患児では症状に表れるほどの段階に至らなくても、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ため、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見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、学習不安は見られなかった。これに対し、低身長児では孤独不安（家族、友人と離反する不安）が多かった。低身長によるコンプレックスから多くの友人を作れない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。また、完全寛解期にある白血病患児には不安は少なかった。

慢性疾患児の臨床に関しては、予後を含め正しい社会認識を一般化するための広報を行うこと、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至るまで多くの検査が臨床応用され効果を上げている。

スクリーニング検査として3歳時から高校時代まで広く行われている「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にもつ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引き起こすのであろう。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、多くの者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者にも非常に多い。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、子どもの中に毎回の検尿結果を気にする者が多く、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。また、親の不安は育児態度へも影響し、過保護傾向になる者が多い。

### IV 母子分離の子どもの心に及ぼす影響

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、その子どもの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・衝動的な行動が多く、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。

### 文 献

- 1) Perrin, J.M. et al. Psychosocial risk of chronic health conditions in childhood and adolescence. *Pediatrics* 1993;92:876.

(清水凡生)

## 12.4 障害児と家族をとりまく問題

障害児の身体症状が慢性反復性に見られる時は、その症状を裏付ける器質的所見の有無にかかわらず、背景要因として心理社会的ストレスが関係していないかどうかを考慮する。

症状が一般小児科的治療で治りにくく、本人や家族のストレス状況が続いていると考えられる場合、心身医学あるいは発達障害の専門家への相談が必要である。

一方障害児の家族や同胞のメンタルヘルスも重要な問題である。必要に応じて、家族のカウンセリング、レスパイトケアなど各種福祉サービスの利用を行う。この場合の窓口は児童相談所や療育機関である。

障害児、発達障害、肢体不自由、療育、家族、障害児の問題、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、まとめて議論することは難しい<sup>1)</sup>。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、一般的な問題について述べる。

### II. 障害児の心身医学的問題

#### 1. 一般小児科医を受診する際の主訴

子どもの状態により種々の主訴がある。

#### 2. 心身症と覚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のために、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なってしまうことなどである。

長らは、肢体不自由施設入所児73名を対象として心身医学的背景を持つ身体症状や問題行動の出現頻度を検討し、それらの症状の出現率が一般小

児より高いと述べている。この報告によれば、入所児の34.2%が心身医学的背景を持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<sup>2)</sup>。

ここで重要な点は、行動の問題は周囲にとっての「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なことである。したが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なくても、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るべきである。

#### 3. 疫学的新見

心身症の場合、理学的所見は各疾患の項参照。

#### 4. 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～ヒステリー症状の可能性）。

- ② 症状の出方に状況依存性（特定の学校行事の前後、叱られた時などにいつも起こる）がある。
- ③ 本人の能力ややりたいと思っていることと周囲（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。

#### 5. 一般小児科医で可能な治療（初級対応）

対応はそれぞれの心身症、心身医学的問題の項に準ずる。

#### 6. 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（周囲の障害理解が不十分で患児に過大なストレスがかかっている）、(2) 患児に対し遊戯療法や行動療法など専門的な心身医学的治療が必要（一般小児科の治療で症状の改善が得られず、患児の緊張、ストレス状態が持続している）、(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を担当する医師が違っている場合には、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。

#### 7. 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。しかし本人に合った発達の課題の調整がなされなければ、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<sup>3)</sup>。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、ADHDなど）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いわれる<sup>4)</sup>。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<sup>5)</sup>。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二次スクリーニング（保健所で行う発達クリニックなど）、就学後は、療育センターなどの地域の療育拠点施設（都道府県に1ヶ所）、発達専門の外

#### 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）

来を持つ小児科（開業クリニック，総合病院，大学病院など），教育相談（教育委員会）へ紹介する。

一方，母親にはさまざまなストレスがある（育児不安，障害を持つ子どもに対しての自責の念，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，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<sup>6)</sup>，レスパイトケアを含む福祉サービスの利用が重要である（図1参照）<sup>7)</sup>。これらの援助についての相談は，療育機関（特に地域療育など支援事業コーディネーター）や児童相談所に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。特有の問題として，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，家事の負担がかかる，学校でいじめにあうなどが指摘されている<sup>8)</sup>。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) ぼれぼれくらぶ編. 今どきしょうがい児の母親物語. 東京: ぶどう社, 1995.
- 2) 長和彦. 障害児と心身医学的アプローチ. 小児内科 1999 ; 31 : 681-684.
- 3) Drotar D et al. The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: A hypothetical model. Pediatrics 1975;56:710-717.
- 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 1995 ; 35 : 329-342.
- 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 1993 ; 15 : 223-229.
- 6) キッズエナジー編著. 難病の子ども情報ブック. 東京: 東京書籍, 2001.
- 7) 江草安彦監修, 岡田喜篤他編. 重症心身障害療育マニュアル. 東京: 医歯薬出版 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 2000 ; 59 : 514-523.

(汐田まどか)