

- e. 課題や仕事をまとめることができないことが多い。
- f. 持続した精神活動が必要な課題をさけたり、嫌ったり、ためらったりすることが多い（学校の授業や宿題など）。
- g. 課題や他の活動に必要な物をなくすることが多い（例えば、おもちゃ、学校に必要な物、鉛筆、本、その他の道具など）。
- h. 外からの刺激ですぐに気が散りやすい。
- i. その日にやることを忘れやすい。

(2) 以下の多動性や衝動性を示す項目のうち6項目以上が少なくとも6か月以上持続しており、それは日常生活に支障をきたし、かつ、発達段階に不相応なこと。

#### 多動性

- a. 手や足をよく動かしてそわそわしたり、椅子の上でもじもじしたりすることが多い。
- b. 教室や座っていなければいけない状況で離席することが多い。
- c. してはいけない状況で走り回ったりあちこちよじ登ったりすることが多い（思春期や成人においては、落ち着かないという主観的な感情だけのこともある）。
- d. 静かに遊ぶことが苦手なことが多い。
- e. 絶えず動いていたり、駆り立てられたように動いたりすることが多い。
- f. 過剰に話すことが多い。

#### 衝動性

- g. 質問が終わっていないのに答えてしまうことが多い。
  - h. 順番を待つことが苦手なことが多い。
  - i. 他の人がやっていることをじゃましたりむりやり入り込んだりすることが多い（例えば、他の人の会話やゲームに首を突っ込む、など）。
- B. 障害をきたすほどの多動性－衝動性、あるいは、注意力障害の症状のいくつかは、7歳以前に出現していること。
- C. 症状から生じている障害は、2か所以上でみられること（例えば、学校（あるいは職場）と家庭、など）。
- D. 社会的、学業上、あるいは、職業上、臨床的に明らかに支障をきたすほどの障害があること。
- E. 広汎性発達障害、精神分裂病やその他の精神病、その他の精神疾患（気分障害、不安障害、解離性障害、人格障害、など）によるものではない。

#### ※下位タイプ

合併型(Combined Type)：診断基準 A1 と A2 両方に該当するもの

注意力障害優位型(Predominantly Inattentive Type)：

診断基準 A1 に該当するが、A2 には該当しないもの

多動性－衝動性優位型(Predominantly Hyperactive-Impulsive Type)：

診断基準 A2 に該当するが、A1 には該当しないもの

#### (7) 経過

青年期には軽快することが多い。一部では反抗挑戦性障害、行為障害を合併する。予後不良因子として被虐待、学業不振、いじめの存在など。

## (8) 対応

療育機関や教育相談機関などの地域資源に関する情報提供や活用可能な福祉制度等に関する情報提供を行う。養育困難感が強い場合には保護者の支援が不可欠であり、地域担当の保健師などへつなげる。

## (9) 専門機関への紹介

疑われたら早期に専門機関へ紹介する。

## 5) 発達性協調運動障害

### (1) 概要

年齢と発達に不釣り合いな上下肢運動や手指の運動が不器用であり、生活上の適応にも困難がある状態。

### (2) 疫学

- ① 有病率：約6%
- ② 性差：不明
- ③ 好発年齢：幼児期に気づかれる
- ④ 遺伝・家族性：不明

### (3) 成因

知られていない

### (4) 基本症状

粗大運動発達の遅れ、手指の不器用さ

### (5) 合併症・併存症

- ① 精神神経疾患：注意欠陥／多動性障害、精神遅滞
- ② 除外疾患：脳性麻痺や筋疾患、広汎性発達障害など運動障害をきたす疾患。

### (6) 診断

発達性協調運動障害の診断基準 (DSM-IV、1994)

A. 暦年齢や知的能力に比して、協調運動を必要とする日常生活動作が著しく劣る。この障害は、運動発達の著明な遅れ（歩行、這い這い、座位、など）、持っている物をよく落とす、不器用さ、スポーツが下手、書字が下手、として現れることもある。

B. この障害により、学習や日常生活動作が著しく障害されている。

C. 一般的な身体疾患（脳性麻痺、片麻痺や筋ジストロフィー症など）によるものではなく、広汎性発達障害の基準にも該当しない。

D. 精神遅滞がある場合には、通常そうした状況に伴う運動障害よりも程度が著しい。

### (7) 経過

学齢期には解消することも多いが、一部には成人期にも残存する場合がある。

### (8) 対応

協調運動の障害による生活上の困難さを聞き出す。療育機関や教育相談機関などの地域資源に関する情報提供を行う。

### (9) 専門機関への紹介

運動の不器用さが生活上の困難の原因であると考えられるときに療育機関を紹介する。

## 6) 学習障害

### (1) 概要

全般的な知的発達に遅れはないが、読字や書字、計算などに著しい障害があり、それにより生活上の困難がある状態。なお、医学における学習障害 (learning disorders) のこうした概念の他、教育領域の概念としての学習障害 (learning disabilities) があり、後者では、「聞く、話す、読む、書く、計算する、推論する」の技能の習得や使用の障害と規定されている。

### (2) 疫学

- ① 有病率：約4%
- ② 性差：不明
- ③ 好発年齢：障害として認識されるのは学童期
- ④ 遺伝・家族性：読字障害の一部には遺伝性あり

### (3) 成因

読字障害の一部は浸透率の低い常染色体優性遺伝。

### (4) 基本症状

読字障害、書字障害、算数計算障害。

### (5) 合併症・併存症

- ① 精神神経疾患：注意欠陥／多動性障害、アスペルガー障害
- ② 社会的な問題：二次的な学校不適応症状（心身症、不登校など）

### (6) 診断

学習障害 (learning disorders) の診断基準 (DSM-IV、1994)

#### 1. 読書障害

- A. 読書の正確さや理解力をみる基準化されている個別テストで評価された読書能力が、その小児の暦年齢や知能や教育レベルに比して著しく低い。
- B. この障害により読書能力を必要とする学業や日常生活が著しく障害されている。
- C. 感覚障害がある場合には、通常そうした感覚障害に伴う読書障害よりも程度が著しい。

#### 2. 算数障害

- A. 基準化されている個別テストで評価された算数能力が、その小児の暦年齢や知能や教育レベルに比して著しく低い。
- B. この障害により、算数能力を必要とする学業や日常生活が著しく障害されている。
- C. 感覚障害がある場合には、通常そうした感覚障害に伴う算数障害よりも程度が著しい。

#### 3. 書字表出障害

- A. 基準化されている個別テスト（あるいは、作文能力の機能的評価方法）で評価された作文能力が、その小児の暦年齢や知能や教育レベルに比して著しく低い。
- B. この障害により、文章を作成する能力（文法的に正しい文章やまとまった一連の文章を書く能力）を必要とする学業や日常生活が著しく障害されている。
- C. 感覚障害がある場合には、通常そうした感覚障害に伴う文章作成障害よりも程度が著しい。

**(7) 経過**

読字、書字、計算能力はゆっくりと伸びるが、学業不振の解消までは困難なことが多い。

**(8) 対応**

療育機関や教育相談機関などの地域資源に関する情報提供を行う。

**(9) 専門機関への紹介**

学齢期の早い段階で教育機関を紹介する。

## 7. 不適切な養育（子ども虐待）

### （1）概要

不適切な養育は、わが国では虐待を含めた上位の概念としてマルトリートメントと表現されているが、欧米では、マルトリートメントはchild abuse(行為的なもの)と neglect(ニーズを満たさない、行為を行わないもの)の両者を合わせたものを意味し、子ども虐待とほぼ同義的に使用されている。

子ども虐待には、身体的虐待(身体面へ損傷を与える)、心理的虐待(情緒的虐待:心理面へ傷・トラウマを与える)、性的虐待(子どもを性的に扱う)、ネグレクト(健全な成長・発達に必要なケアをしない)などがある。

### （2）疫学

#### ① 発生数

a. 厚生労働科学研究(平成13年度)推定発生数:約35,000人=1.54人/子ども1,000人(この頻度から毎年の蓄積を考慮すると、子ども全体の2%前後に存在する。)

b. 全国の児童相談所における虐待相談対応件数:平成17年度34,472件(統計を取りはじめた平成2年度を1とした場合、約30倍に増加している。)

c. 全国市町村における児童家庭に関する児童虐待相談対応件数:40,222件(市町村調査国児童相談所調査との重複数は、現時点で不明。)

以下②～④は平成17年度全国児童相談所における虐待相談対応件数からの抜粋。

② 虐待の内容:身体的虐待42.7%、ネグレクト37.5%、心理的虐待16.8%、性的虐待3.1%

③ 虐待の加害者(主たる虐待者):母親62.8%(実母61.1%)、父親29.2%(実父23.1%)、その他7.9%

④ 年齢:0～3歳18.5%、3歳から就学前25.5%、小学生37.8%、中学生13.4%、高校生・その他4.9%

### （3）成因(この内容が、虐待にいたるハイリスク因子となり、対応の手順にも関係する。)

#### ① 親の要因:子ども時代に愛された体験のない親

a. 被虐待歴、b. 育児・家事能力の不足、c. 子どもへの過剰な期待、d. 心理・性格的な問題、e. 対人関係の問題、f. 認知上の問題、g. 精神障害、など

#### ② 子どもの要因:親の意にそぐわない子ども

a. 子どもという存在様式、愛着形成不全、b. 障害児、慢性疾患(母子分離経験)、c. 手のかかる子(difficult child)、d. 親によって拒否される要素をもつ子ども(望まぬ妊娠)、など

#### ③ 家族の要因:累積する生活ストレス

a. 配偶者との問題(夫婦不和)、b. 経済的不安定、c. 協力者・援助者の不在、孤立、d. 生活上のストレスの急激な増加、e. 不安定な家族環境・家庭環境、など

#### ④ 心理・社会的孤立

### （4）子ども虐待を疑わせる症候

#### ① 子どもの身体症状

a. 全身状態:低身長、体重増加不良、不衛生

b. 皮膚:新旧混在の外傷痕、多発性皮下出血、不自然な挫傷、火傷

- c. 骨折：多発性、陳旧性骨折の存在、乳児の肋骨、長管骨骨折
- d. 頭部：頭蓋内出血（特に硬膜下出血）、眼底出血、乳児ゆさぶり症候群
- e. 性器：性器や肛門周辺の外傷

## ② 子どもの行動や心理状態

以下のような行動・精神面の問題の背景に虐待があることがあるので注意が必要である。

- a. 発達障害系：精神遅滞、広汎性発達障害、学習障害
- b. 行動障害系：注意欠陥／多動性障害、反抗挑戦性障害、行為障害
- c. 情緒障害系：不安障害（パニック性障害、全般性不安障害）、強迫性障害、外傷後ストレス性障害、各種恐怖症、分離不安障害、気分障害（うつ病）
- d. 摂食、睡眠、排泄などに関する特異的問題行動群：早期の哺育・摂食障害（異食症、反芻性障害）、摂食障害（神経性無食欲症、神経性大食症）、排泄障害（遺糞症、遺尿症）、その他（反応性愛着障害、選択性緘黙、解離性障害、性障害および性同一障害、睡眠障害など）

## ③ 親の態度や言動

- a. 親が虐待を認めることはほとんどない。
- b. 自己評価が低いことが多い。
- c. 社会的に孤立していることが多い。
- d. 生活のストレスを抱かえている。
- e. 子育ての考え方と方法の違いに気づいていない。
- f. 子どもの扱い方が乱暴か冷たい。
- g. 関係者と話すことを拒む。
- h. 家族のことを話すことを嫌がる。
- i. 子どもの状態に対する説明が不自然、説明の内容がころころ変わる。
- j. 被害者意識が強い。
- k. 苛立ちが非常に強い。

## (5) 診断

子どもの不自然な傷、栄養障害、不潔などの様子、無表情、無反応、あるいは反対の多動、乱暴、攻撃性など不自然な行動、発達の遅れとともに、親の説明が理解しがたい、矛盾が多い、来院までに時間がかかっているなど親の不自然な言動がきっかけとなる。全身の診察を心がけ、全身骨のレントゲン検査や血液検査が必要になる。

診断は、他の疾患の診断と同様に、現病歴、家族歴を丁寧に聴くことで、虐待に至るハイリスク因子（成因の項目参照）が把握される場合も少なくない。

診断は子どもの安全の観点を重視し、子どもにとって害のあるものかどうかを考慮し総合的に行なわれる。

## (6) 経過

症状の経過は、年齢的に（4）子ども虐待を疑わせる症候の項目で示した、発達障害系→行動障害系→情緒障害系という具合に進行する。結果として、虐待を受けた子どもは、恐がり、攻撃的、過剰に用心深い、拒絶的、投影的、信頼感の欠如、低い自己評価、青少年期の犯罪、暴力、過剰な活動性などを特徴とする。

治療・介入がうまくいかない場合、青少年犯罪者や暴力的、反社会的な大人となり、さ

らに次世代の子ども虐待の加害者となっていくことになる。

#### (7) 対応（子ども虐待への初期対応）

虐待を疑った段階で、まず対応を考えることを原則とする。

子どもの安全確保が第1の目標で、子どもの治療を最優先するという態度とともに、親に対して繊細で丁寧な説明が必要。

対応の手順は、(3) 成因の項目の④→③→②→①の順となる。まず親との信頼関係を築くことを心がけ、親が子どもの育児に困っていることを知り、親の苦労を理解することから始まる。次に生活上のストレスの軽減のため、社会資源を総動員する。同時に、児童相談所、福祉事務所、市町村の子ども養育に関する相談窓口、保健所・保健センターに通告あるいは相談を行ない、1個人あるいは1機関だけで関わらないことが重要。そして継続的な関わりのために援助側のキーパーソンを設定することを心がける。

#### (8) 専門機関への紹介

入院を原則とするが、入院の適応は、①内科的あるいは外科的側面で医療を要するもの、②診断がはっきりしないもの、③病院以外に子どもの安全を確保する場所がない場合、の3点である。加害者の特定は必要ない。

高次医療への転送は、頭蓋内出血、多発性骨折、腹部外傷、重度のやけどなどが対象になるが、子どもの状況の時間的変化に対し、常時対応できるか、夜間でも緊急に外科的対応ができるかが判断の基準となる。紹介病院で子どもの身体的状態が軽度と判断され、入院がかなわないことも想定し、入院の目的は「虐待あるいは虐待の疑い」ということを紹介病院に伝えておくなどの工夫が必要。最終的に約8割の事例が在宅支援となるため、治療関係が成立した後は、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士、保健師などにつなげ、育児ストレスを軽減する手立て（家庭訪問の実施、育児サークルの利用、保育所の入所など）を地域で続けていくことも大切である。

#### (9) 医療機関が特に注意しなければならない子ども虐待のタイプ

「子どもを代理としたミュンヒハウゼン症候群」（Munchausen syndrome by proxy, MSBP）とは、保護者が子どもに実際には存在しない病的状態があることを訴え、あるいは、人為的に病的状態を作り出し、医療機関の受診を繰り返すものをいう。小児科医は、保護者からの訴えから子どもの病気を疑っていくのが普通であるので注意が必要である。この虐待には、次のような3つの場合がある。

##### ①虚偽による訴え

内容：子どもに実際に手を出さず、存在しない症状だけを訴え続ける。症状は、第三者により確認されることはなく、訴える保護者のみが観察している。

子どもの不利益：不必要な検査や治療を受ける。年長児では、保護者への不信感の形成。

##### ②捏造による訴え

###### a) 検査所見の捏造

内容：体温計を操作して高体温を装う、子どもの尿に自分の血液を混じるなどをして血尿を装うなど、人為的に検査所見を捏造する。

子どもの不利益：不必要な検査や治療を受ける。年長児では、保護者への不信感の形成。

###### b) 身体への人為的操作による症状捏造

内容：子どもに薬物等を飲ませる、窒息させるなどの行為を行い、子どもに実際の身体不

調や病的状態を作り出し、そのことを病気の症状として訴える。

子どもの不利益：身体的異常（最悪の場合、死亡）。不必要な検査の反復。保護者への恐怖感、不信感の形成



## IV. 判断と適切な紹介ができることが望まれるもの

### 1. 摂食障害

#### 1) 神経性無食欲症（拒食症）

##### (1) 概要

ダイエットや何らかの理由で食べられなくなり、やせた結果、食べるのがこわくなり、病前に持っていた環境や本人の気質・性質がからんで拒食状態になってしまう疾患である。10代前半の発症は心身へのダメージが大きく、栄養障害により成長障害や骨粗しょう症、不妊、不育などの問題がみられ、死亡率も高くなる(1~10%)重篤な心身症である。近年発生数の増加と低年齢化(初潮前)がいられている。

##### (2) 疫学

- ① 有病率：10代後半から20代の女性において0.2-0.5%前後。
- ② 性差：5~20：1と女性に多い。
- ③ 好発年齢：10~15歳の前思春期が増加しているが、近年低年齢化してきている。
- ④ 遺伝性・家族性：明確なデータはない。

##### (3) 成因

遺伝的素因、体質や性格、心理的・社会的・文化的要因の絡み合いが想定される。

##### (4) 基本症状

- ① 頑固な拒食・減食とそれに伴うやせ
- ② やせによる身体症状
- ③ やせを維持・推進しようとする運動・過活動と異常な精神状態

##### (5) 合併症・併存症

- ① 身体面：やせ、低体温、皮膚の乾燥、手掌・足底の黄色化(カロチン血症)、背部・四肢の産毛密生、脱毛、便秘、浮腫、無月経、徐脈、低血圧
- ② 食行動：拒食、少食、隠れ食い、盗み食い、家族の食事への異常な関心・食べることの強制、食べ物への固執
- ③ 行動精神面：ダイエットハイ(やせ始めに何でもできる有能感)、活動性の亢進(やせているのに異常に運動する)、やせ願望、肥満恐怖、やせていることを認めない身体像認知の障害、病識の欠如、抑うつ感情、見捨てられ不安、強迫傾向、焦燥感、無力感、無気力、睡眠障害。
- ④ 合併症：不登校、家庭内暴力、自殺企図、盗癖、性的逸脱行為、甲状腺機能低下症、上腸間膜動脈症候群、refeeding症候群(リンの低値)。将来的に成長障害、骨粗しょう症、不妊症。
- ⑤ 併存症：広汎性発達障害

##### (6) 診断

神経性無食欲症の診断基準 (DSM-IV、1994)

- A. 年齢と身長相応の体重の下限体重以上を維持することの拒否(例えば、標準体重の85%以下の体重減少、あるいは、標準体重の85%以下にしかならないような体重増加不良)。
- B. やせているのにもかかわらず、体重増加や太ることへの強い恐怖感。
- C. 自分の体重や体型に対する認知の障害、身体に対する認知に対する体重・体型の不適切な影響、あるいは、体重減少の影響の重篤さの否定。
- D. 初潮後の女性では、無月経、少なくとも連続して3周期月経がみられない(エストロゲン投与、などのホルモン療法によらなければ月経が来ない場合には、無月経と判断される)。

#### 病型

制限型：拒食症の間にむちゃ食いや排出行動(自己嘔吐、下剤乱用など)の反復がない  
むちゃ食い／排出型：拒食症の間にむちゃ食いや排出行動の反復がある

#### その他の診断基準

Laskらの診断基準：以下の①、②、③を満たす。

- ① 頑固な拒食、減食
- ② 思春期の発育スパート期に身体・精神疾患がなく、体重の増加停滞・減少がある。
- ③ 以下のうち2つ以上がある：体重にこだわる、カロリー摂取にこだわる、ゆがんだ身体像、肥満恐怖、自己誘発嘔吐、過度の運動、下剤の乱用。

#### (7) 経過

ダイエットを契機にあるいは何らかの理由(心理的ストレスで食べられなくなった、胃腸炎などで食べられなかった)で体重減少し、そこからどんどん体重減少し、食べるのがこわくなり、やせによる有能感(ダイエットハイ)を味わい、さらに体重減少によって、標準体重((身長-100)×0.9)の70%くらいまで減ると身体的につらくなるが、もう後戻りできなくなり、必要最小限のカロリーも摂取できなくなってしまう。標準体重の75%をきると入院適応、60%をきると強制栄養(経管栄養など)の適応、55%をきると死亡確率が高くなる。

#### (8) 対応

栄養障害が強いときは心理的対応に反応しにくいので、身体面への対応を行う。初期対応では肥満度の計算、成長曲線の作成、脈拍数(安静覚醒時60/分未満)の測定。成長曲線をみながら現状の把握を行い、脈拍が60未満であれば体が冬眠状態になってきていることを告げ、本人の栄養摂取への抵抗が強ければ、栄養のめどとして体重の増えない1日1000キロカロリーの食事を思い切って3食きっちり食べることを目標にするとよい。

#### (9) 専門機関への紹介

こうした対応でうまく行かない、体重が維持できず、減少していく場合は専門機関へ紹介したほうがよい。

## 2) 神経性大食症(過食症)

### (1) 概要

食べたいという衝動を抑えきれずに突き動かされるように食べている状態で、食べたあと習慣的に吐く過食嘔吐症(排出型)と過食のみ(非排出型)のものがある。拒食から移行す

るものと過食症から始まるものがある。一般に小児科領域の患者(15歳くらいまで)はほとんど拒食症であり、過食症単独で診療することはまずない。

## (2) 疫学

有病率：10代後半から20代の女性で1.5-2.0%

## (3) 成因

社会的、遺伝的、心理的、生物学的要因がからんでいる。その中でも嗜癖が関係しているといわれている。

## (4) 基本症状

- ① 規則的なむちゃ食い
- ② 排出行動（自己誘発性嘔吐、下剤・浣腸、利尿薬の利用）

## (5) 合併症・併存症

- ① 合併症：低カリウム血症(筋力低下、不整脈、腎機能障害)、耳下腺の腫れ、手の吐きだこ、食道炎、虫歯、浮腫、高アルドステロン血症
- ② 併存症：嗜癖行動(薬物、盗癖、買い物癖、自傷、性的逸脱行動、アルコール)、家庭内暴力、不登校、うつ状態、人格障害、広汎性発達障害を含む軽度発達障害。

## (6) 診断

神経性大食症の診断基準 (DSM-IV、1994)

A. 反復性の過食のエピソード。過食は、次の両方の項目からなる。

(1)一定の時間内(例えば、2時間以内、など)に、通常の人はその時間内では食べられないような大量の食物を食べる。

(2)過食中は、食べることを自分で抑制できない感じがある(例えば、食べることを止めることができない感じや、何をどれだけ食べてよいか分からない感じ、など)。

B. 体重増加を防ぐために、不適當な代償的行為を反復する。例えば、自己嘔吐、下剤・利尿剤・催吐剤などの乱用、絶食、過度の運動、など。

C. 過食と不適當な代償行動の両方が、平均、少なくとも1週間に2回、3か月間持続する。

D. 自己の身体に対する認知が、体型や体重で不適切に影響される。

E. 神経性食欲不振症の経過中にみられるものではない。

病型

排出型：過食期間中に排出行動(自己嘔吐、下剤乱用など)が反復する

非排出型：過食期間中に排出行動の反復がない

## (7) 経過

過食嘔吐を繰り返し、なかなか治っていかないが、10年後の予後調査では7割がほぼ軽快。

## (8) 対応

投薬やカウンセリング・自助グループなど。

## (9) 専門機関への紹介

心理的な対応等難しいことが多いのでみかけたら専門機関特に精神科への紹介が望ましい。

## 2. 神経症性障害

### 1) 転換性障害

#### (1) 概要

転換性障害は、既知の解剖学的経路や生理的機序とは一致しない神経症状（例えば、麻痺、盲、知覚異常）を1つ以上示す障害で、発症や症状の悪化には心理的要因が関与する。

#### (2) 疫学

- ① 有病率：一般人口10万人あたり11～500人と非常に幅がある。
- ② 男女比：男性よりも女性に多く、2：1～10：1。
- ③ 好発年齢：小児期後期から成人期早期。10歳以前または35歳以降はまれ。

#### (3) 成因

- ① 精神分析的要因：内的葛藤の抑圧により、不安が身体症状へと転換して生じる。
- ② 心理社会的要因：極度の心理社会的ストレスにさらされた場合に起こりやすい。
- ③ 脳の機能異常：近年の脳画像研究や神経心理学的検査から、脳の機能異常の指摘あり。
- ④ 遺伝的要因：現在のところ支持する結果は得られていない。
- ⑤ 家族要因：身体疾患を持つ近親者の真似として現れるものは少なくない。

#### (4) 基本症状

- ① 運動性の症状：協調運動または平衡の障害、麻痺または部分的脱力、嚥下困難または「喉に塊がある感じ」、失声、尿閉など。
- ② 感覚性の症状：触覚または痛覚の消失、複視、盲、聾、幻覚。
- ③ 発作性の症状：けいれんやひきつけ。

症状は医学的知識の有無によるので、年齢や教養が低い場合、それだけ身体的にはありえない症状を呈する。小児の転換性症状は、通常、歩行の問題やけいれんに限られている。

#### (5) 合併症・併存症

境界知能 (IQ71～84) から軽度精神遅滞 (IQ50～70)

解離、うつ病、演技性人格障害、反社会性人格障害、境界性人格障害、依存性人格障害

#### (6) 診断：診断基準 (DSM-IV TR)

- A. 神経疾患または他の一般身体疾患を示唆する、随意運動機能または感覚機能を損なう1つまたはそれ以上の症状または欠陥。
- B. 症状または欠陥の始まりまたは悪化に先立って葛藤や他のストレス因子が存在しており心理的要因が関与していると判断される。
- C. その症状または欠陥は（虚偽性障害または詐病のように）意図的に作り出されたり捏造されたりしたものではない。
- D. その症状または欠陥は、適切な検索を行っても、一般身体的疾患によっても、または物質の直接的な作用としても、または文化的に容認される行動または体験としても、十分に説明できない。
- E. その症状または欠陥は、著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域の機能における障害を引き起こしている。または、医学的評価を受けるのが妥当である。
- F. その症状または欠陥は、疼痛または性機能障害に限定されておらず、身体化障害の経過中にのみ起こってはならず、他の精神疾患ではうまく説明されない。

▶ 症状または欠陥の病型を特定せよ。

運動性の症状または欠陥を伴うもの

感覚性の症状または欠陥を伴うもの

発作またはけいれんを伴うもの

混合性症状を示すもの

---

### (7) 経過

ほとんどの場合3か月以内に消退。75%は再発せず、25%はストレス時に症状反復。予後は、合併する精神疾患、身体疾患がない方がよく、症状が長引くほど予後不良。なお、発病当初は転換性障害と思われても、経過を追う中で身体疾患の存在が明らかになる場合もあるので注意を要する。

### (8) 対応

表現されている症状に注目しすぎたり、身体疾患としてありうる症状を告げてしまうことによって、症状が慢性化したり多彩に拡散することがあるので、検査や治療的関与は淡々と行うことが望ましい。小児の場合、保護者や学校での対応が、症状に対して過度に保護的であると、二次的疾患利得が満たされてしまい、症状が遷延することがあるので、現実的な生活の要素はできる限り自立的であるように周囲へも働きかける。

その上で、内的葛藤への洞察指向的アプローチを行う。患者は内的葛藤に目を向けにくい心性を持つ者が多いのだが、治療者は原因となる内的葛藤やストレスについて常に念頭に置きながら接することが必要である。

### (9) 専門機関への紹介

- ① 身体的検索が十分に行えない場合は、まず身体的に十分検索できる医療機関を紹介する。
- ② 身体的検索による診断後、3か月以上経ても症状が改善しない場合。
- ③ 他の精神症状の合併、あるいは身体疾患の合併があり症状の見分けが困難な場合。

## 2) 不安障害・パニック障害

### (1) 概要

正常な不安は、覚醒度を上げ、差し迫る危険に対処できるようにする心的機能であるが、年齢や経験を考慮しても、その質や程度、回復過程に異常な度合いがみられる場合を病的不安という。不安障害には、パニック障害、恐怖症、社会恐怖、強迫性障害、外傷後ストレス障害、急性ストレス障害、全般性不安障害、分離不安障害などが含まれる。

### (2) 疫学

児童思春期にいずれかの不安障害がみられる割合：8.7%あるいは8.9%。

分離不安障害：2.4～4.7%、過剰不安障害（現在は全般性不安障害）：2.9～4.6%、社会恐怖：0.9%（11歳）、1.1%（15歳）。

パニック障害は若年者では診断されにくく0.5～5%。

### (3) 成因

- ① 精神分析的理論：自我にとって受け入れられない欲動が発する信号としての病的不安。
- ② 自律神経系：一部の不安障害者では交感神経の緊張が高い。
- ③ 神経伝達物質：ノルアドレナリン系の調節不安定、セロトニンの関与。

④ 遺伝研究：なんらかの遺伝的要素が不安障害の発現に関与している可能性は示唆される。

#### (4) 基本症状

パニック発作はすべての不安障害と関連する症状である。

#### 「パニック発作」の診断基準 (DSM-IV-TR)

---

強い恐怖または不快を感じるはっきり他と区別できる期間で、そのとき、以下の症状のうち4つ（またはそれ以上）が突然に発現し、10分以内にその頂点に達する。

①動悸、心悸亢進、または心拍数の増加、②発汗、③身震いまたは震え、④息切れ感または息苦しさ、⑤窒息感、⑥胸痛または胸部の不快感、⑦嘔気または腹部の不快感、⑧めまい感、ふらつく感じ、頭が痛くなる感じ、または気の遠くなる感じ、⑨現実喪失感（現実でない感じ）または離人症状（自分自身から離れている）、⑩コントロールを失うことに対する、または気が狂うことに対する恐怖、⑪死ぬことに対する恐怖、⑫異常感覚（感覚麻痺またはうずき感）、⑬冷感または熱感。

---

#### 5. 合併症・併存症

不安障害の子どもの1/3が二つ以上の不安障害を併存している。他の併存症で最も多いものはうつ病（28%～69%）であり、AD/HDにも不安障害を併存することは多い。

#### 6. 診断

その子どもの不安が正常か異常かを区別する点は、子どもが不安から回復する能力と、誘発する状況がないときに不安でない状態を保てる能力である。なお、本項では紙面の都合上、限られた診断基準のみ記載する。他はDSM-IVあるいはICD-10をご参照願いたい。

#### 「一般身体疾患による不安障害」の診断基準 (DSM-IV-TR)

---

- A. 強い不安、パニック発作、または強迫観念または強迫行為が臨床像で優位である。
- B. その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果であるという証拠が、既往歴、身体診察所見、または臨床検査所見から得られている。
- C. 障害は他の精神疾患（例：重大な一般身体疾患がストレス因子になっている「適応障害、不安を伴うもの」）ではうまく説明されない。
- D. 障害は、せん妄経過中にのみ起こるものではない。
- E. その障害が、臨床上著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

➤ 該当すれば特定せよ。

全般性不安を伴うもの：多数の出来事または活動についての過剰な不安または心配が臨床像で優位である場合。

パニック発作を伴うもの：パニック発作が臨床像で優位である場合。

強迫性症状を伴うもの：強迫観念または強迫行為は臨床像で優位である場合。

---

#### (7) 経過

回復は長期間を要するものもある。小児では、重症な過剰不安障害は2年半後の時点で半数が再診断され、3～4年後の寛解率は分離不安で96%だが、パニック障害は70%と低い。

#### (8) 対応

まず、不安に対する安心・安全の保障が重要。パニック発作については、生命に別状を

きたさないこと、自律神経系のしくみを心理教育することなどは初期対応として有用。さらに、①行動療法（認知行動療法）、②精神療法、③薬物療法、④親子介入や家族療法など。

### （9）専門機関への紹介

治療開始後1か月以上遷延するトラウマ反応、不安により日常生活の支障が重篤な場合。

## 3）強迫性障害

### （1）概要

強迫観念（反復する侵入的な考え、感情、念慮、感覚）または強迫行為（意識的で規格化された反復的な思考あるいは行動）により不安を軽減しているが、時間の浪費や不合理性が著しく、個人の正常な通常的生活、対人関係などを損なうもの。

### （2）疫学

- ① 有病率：0.5～4%。
- ② 男女比：思春期では男性が女性より罹患しやすい。成人では男女差はない。
- ③ 発症年齢：全体の2/3の患者が25歳以前に発症し、小児期にも発症する。

### （3）成因

- ① 生物学的要因：セロトニンの調節失調、前頭葉・大脳基底核の活動亢進。
- ② 行動学的要因：強迫は条件付けられた刺激であるという学習理論に基づく考え方。
- ③ 心理社会的要因：不安を起こす情動や衝動の隔離・打消し、攻撃性と潔癖性の両価性。

### （4）基本症状

小児の特徴：強迫観念と強迫行為の自我異和性が曖昧な傾向があり、母親などへの依存性により「巻き込み型」の頻度が高い。以下に中心となる症状の小児の特徴を示す。

強迫観念：身体からの排泄物（尿・便・唾液）、汚れ、環境中の毒素などへの心配・嫌悪、何か怖いこと（火事、愛する者や自分の死あるいは病気）が起こるのではという恐れ、対称性・秩序・正確さに対する心配・欲求、几帳面（患者の生活環境からかけ離れた過剰な祈り、宗教的配慮）、幸運を招く数字または不幸を呼ぶ数字、禁じられたあるいは倒錯した性的思考・想像・衝動、侵入的な無意味な音・言葉・音楽。

強迫行為：過剰なあるいは儀式化された手洗い・シャワー・入浴・歯磨き・ブラシかけ、繰り返される儀式（ドアの出入り、階段昇降）、ドア・鍵・ストーブ・電気装置・自動車のブレーキの確認、汚染を除くための洗浄・儀式、接触、整理整頓、自己や他者への害を避ける手段（例：間違いのないように衣類をかける）、数かぞえ、買いだめと収集、その他の儀式（舌なめずり、唾吐き、特殊な着衣様式）。

### （5）合併症・併存症

小児では併存症が多い。チック（30%）、うつ病（26%）、特異的発達障害（24%）、単一恐怖（17%）、過剰不安障害（16%）、適応障害 抑うつ気分を伴うもの（13%）、反抗性障害（11%）、注意欠陥障害（10%）、行為障害（7%）、分離不安障害（7%）がみられる。その他、境界知能～軽度精神遅滞や広汎性発達障害が背景にあることも少なくない。

### （6）診断

反復する強迫観念または強迫行為があり、時間の浪費や非常に強い苦痛を感じる、または著しい障害を引き起こすほど重篤で、患者は症状が過剰、または不合理であると認識し、その障害は薬剤性あるいは身体疾患の直接的生理作用ではないことにより診断する。

### (7) 経過

20～30%は著明改善、40～50%は中等度軽快、残りの20～40%は不変もしくは悪化。

### (8) 対応

① 親ガイダンス：親はなんらかの形で強迫症状に巻き込まれていることが多いが、巻き込まれに気づかないこともしばしばである。強迫行為は叱らず、ただし付き合いすぎもせず、強迫症状を不必要な行為であると親は思っていることを子どもに伝え、「しなくても大丈夫」という安心を保証し続けることを支援する。

② 薬物療法

③ 行動療法

### (9) 専門機関への紹介

日常生活や学業への支障が著しい場合。

精神的合併症が中等症以上の場合。



### 3. 気分障害

#### 1) 子どものうつ状態の特徴

成人の場合は、精神運動抑制（興味の減退・運動の抑制・意欲の低下など）、日内変動（午前中は元気が無いなど）、身体症状（食欲不振・睡眠障害など）が中心である。子どもでは、抑うつ状態を言語化するのが難しく、表情・行動・身体症状などで表現する。

二次的には、不安、ゆううつ、いらいら、悲嘆などの感情、自傷・自殺・ひきこもりなどの行動がみられる。成人の場合は、多くはうつ状態のみだが、子どもの場合は成人に比べると、躁状態を伴う比率が高い。

「よくしゃべる子どもが無口になる」、「布団から出てこない」、「学校へ行かなくなる」、「食欲が低下する」、「理由なく、めそめそする」などの抑うつを中心にするものと、「いらいらして当り散らす」、「質問が終わる前に答える」、「話の内容が大袈裟になる」などのそれ以外のものも出現する。

鑑別が必要な疾患としては、統合失調症や神経症がある。周囲との疎通性、了解できない言動などの存在が判別点である。

抑うつを伴う神経症では、中心症状の有無が鑑別点になる。不安性障害、強迫性障害、摂食障害などでは抑うつが合併することもあるので、経過を追う必要がある。

内分泌疾患（甲状腺障害など）、代謝性疾患、薬物使用（ステロイド、降圧薬など）でもうつ状態が生じることがある。

最近では、知的障害を伴わない広汎性発達障害でも、思春期になりうつ状態や躁うつ状態を示す場合があるので、年少時の状況を尋ねる必要がある。

#### 2) うつ状態を疑った時の初期対応

もともとの性格や症状の出現前後の様子を聞き、その原因を考える。性格が生真面目で、融通がきかない場合は発症しやすいとされる。子どもの場合は、状況が理解できていない場合が多いため、現状を説明する必要があるが、本人の置かれている立場を尊重してプライドを傷つけないように配慮する。

抑うつ状態と判断された場合は、まず十分な休養を考える。軽い抑うつ状態である場合は、休養だけで改善が見られる。うつ状態が進んでいる場合は、休養をとる決断が難しいこともある。次に、抑うつの原因を考えて対策を考える。原因が複雑である場合、よく分からない場合、分かっても解決が難しい場合は抗うつ薬の使用を考える。

従来の抗うつ薬は効き目とともに副作用がみられた。最近ではSSRI（セロトニンの取り込みを選択的に阻害する）やSNRI（セロトニンとノルアドレナリンの取り込みを選択的に阻害する）が使用され、副作用も少ない。効果が出るまでに7～10日間ほどかかる。

「18歳未満に使用した場合は、自殺率を高める」という報告もあるので、慎重に使用する。

躁状態も伴う場合は、気分安定薬を使用するが、最近では非定型抗精神病薬を併用することもある。

子どもの場合は、自分の置かれている状況が分からず不安のみが強いことが多い。精神療法などで子どものつらさを理解して、自責感を和らげることも重要である。むやみに励ますことは自責感を強めるので、慎重にするべきである。同時に、子どもの罹患で自責的

になっている家族も支える必要がある。

抑うつや自責感が強く、自傷や自殺が迫っていると判断される場合は、精神科に紹介する。できれば、子どもの治療経験の多い医療機関が望ましい。

## 4. 統合失調症

### 1) 子どもの統合失調症の特徴

成人の場合は、幻覚・妄想、興奮状態がみられ、続いて意欲の低下、感情の鈍麻、思考の障害などがみられ、徐々に回復するのが一般的である。子どもの場合は、幻覚・妄想がはっきりせず、元気がなくなり、不登校に陥る場合がある。このような場合は、周囲が発病に気付くのが遅れることもある。

通常は、10歳以降、とりわけ思春期以降に発症する。男女差はほとんどなく、有病率は10代後半以降約1%とされる。環境とともに素因の影響が指摘されており、家族集積性が指摘されている。通常は、成人の基準に準じて診断が行われる。幻覚、妄想、支離滅裂な会話、極めてまとまらない行動、陰性症状（感情の平板化、思考の障害、意欲の低下）などが代表的症状である。症状の内容から、妄想型、解体型、緊張型、鑑別不能型などに分けられる。

不登校の経過中に発症することもある。清潔行動の破綻（入浴をしない、衣服を着替えないなど）、突然の暴力行為の反復、強迫行為の反復などが見られた場合には注意が必要である。

発症に先立って、前駆症状として寡黙、疲労感、身体症状、強迫観念・症状、不登校症状がみられることもある。友人関係の成立が難しく、孤立してイジメやからかいの対象になることも多い。子どもでは、成人に比べて解体型（解体した会話・行動、平板化した感情）の割合が高い。学童期では、漠然とした、説明のできない激しい不安が前面に立つことがある。

本当の原因は明らかでないが、脳内の神経伝達物質の異常（ドーパミン、グルタミン酸、セロトニンなど）、脳の構造の異常（前頭葉、側頭葉体積減少など）が報告されている。環境要因が、発症の契機や症状の悪化に影響している。急性期の治療は薬物が第一であるが、激しい症状が一段落した後は、維持量の抗精神病薬を服用しつつ、社会復帰をはかる。

### 2) 統合失調症を疑った時の初期対応

家庭や学校で、興奮、幻覚・妄想が激しく、行動上の問題が中心の場合は、ただちに精神科に紹介する。場合によっては、保健所、児童相談所、精神保健センター、警察などの支援を必要とすることもある。

陰性症状が中心で経過している場合は、気分障害、強迫性障害、摂食障害との鑑別を行う。最近では、知的障害を伴わない広汎性発達障害でも、思春期に幻覚・妄想様の訴えがあるため、年少時の様子を聞いておく必要がある。少量の抗精神病薬で改善がみられない場合は精神科に紹介する。

本人は自分が病気だと自覚していないことが多く、周囲の人が、幻覚・妄想を否定しても、その存在を確信していることが多い。幻覚・妄想を口にしたら、「不思議なことがあるもんだね」と肯定も否定もしないのが適切な対応である。

慢性疾患であり、治療をあせると再発するので、無理のないスケジュールで取り組むことが大切である。自宅での対応が困難と判断された場合は、入院医療が選択され、集中的な治療が行われることもある。早期に治療に取りかかるほど、回復は早いと考えられている。

る。一定量の服薬を続けながら、無理のない範囲で社会復帰をはかる。薬物治療をきちんと行うことで、社会復帰率は高くなっているが、一部は症状が成人になっても続き、社会適応が困難になる。現在では、統合失調症は不治の病ではないので、早期に診断を受けて、早期に治療を開始することが大切である。