

5. 性に関する問題

1) 妊娠

(1) 概要

13歳未満の女子と性交を持つことは犯罪である。また、15歳以下の妊娠は医学的、精神的、経済的に問題が多く、可能な限り避けるべきである。結婚できる年齢は日本では女子16歳、男子18歳となっている。

(2) 疫学

2003年からは10代後半の年齢別人工妊娠中絶統計がある。

2004年の人工妊娠中絶実施数/率(千対)は、15歳未満456人、16歳1,274人/2.1、17歳3,875人/6.1、18歳9,747人/14.5、19歳12,946人/18.4。

年齢別中絶率は19歳がピーク。同年の出産数は、15歳未満45人、15~19歳で18,546人。

若年の親から生まれた子は若年で出産する傾向あり。10代の結婚は離婚率約80%。

(3) 成因

- ① 10代からの性行為。
- ② 妊娠のしくみや避妊に関する知識の欠如。
- ③ 知識があっても責任ある行動ができない。

(4) 基本症状

無月経(月経不順の女子に注意)、つわり、重症悪阻、腹部腫瘍。妊娠20週(6か月目)ごろには胎動あり。太っただけだと思っっていることが多い。急性腹症で来院する陣痛もある。

(5) 合併症、併存症

- ① 妊娠性高血圧症候群
- ② 胎児異常(未熟卵による)
- ③ 母子の異常経過による帝王切開
- ④ 胎状奇胎、子宮外妊娠、流産などの異常妊娠と発見の遅れ

(6) 診断

- ① 尿中hCG定性・定量(市販/病院用 妊娠検査薬)
- ② 超音波検査(初期は経膈エコー、中期以降は経腹エコー)
- ③ 血圧、尿検査、腹部計測などの妊婦検診、母子手帳の交付
- ④ 人工妊娠中絶希望の場合は本人、相手の同意書が必要(母体保護法による)。初期中絶は妊娠12週未満(いわゆる中絶手術、海外では中絶ピルもあり)、中期中絶は妊娠12週以上妊娠22週未満(出産と同じ方法)、それ以上は法的に不可能。

(7) 経過

最終月経から280日目が分娩予定日。最終排卵日からは266日で計算。予定月経が遅れた時点で妊娠4週目となる。予定日の3週間前(妊娠37週0日)から予定日の2週間後(妊娠41週6日)までは正期産。若年では早期産が多い。妊娠中の健康管理が甘いと過度の体重増加や難産を引き起こす。

(8) 対応

経済的自立や、家族の援助体制を整える。家族が頼れなければ、生活保護や母子寮など公的機関へつなぐ。パートナーとの関係が未熟なことが多く、結婚しても離婚率が高い。出産後も十分な避妊ができず、またすぐ妊娠するので、IUD（子宮内避妊器具）やピルなど確実な方法を提供する。

（9）専門機関への紹介

出産にしても中絶にしても、若年者は産婦人科受診が遅れやすい。妊娠の経過や子育ての知識・技量がなく、家族の援助が期待できないことも多い。妊娠を疑ったら市販のもので構わないので妊娠検査を施行し、早めの受診を勧め、母子寮や生活保護等も含めて援助する。

2）性感染症（STD）

（1）概要

性行動を経験すれば若者が普通に感染する疾患。性行動の多様化により口腔内や咽頭感染も。肛門性交はHIV感染、アメーバ赤痢などのハイリスク行動。

（2）疫学

性感染症全体は増加傾向。特に若者を中心にクラミジア感染症の蔓延。2002年、10代後半で10万対男子237.8、女子967.6。

（3）成因

- ① 10代からの性行為
- ② パートナーの複数化、短期間でパートナーが替わる傾向
- ③ 軽症、無症候性疾患の増加

（4）基本症状

男子では陰茎の潰瘍、イボ、尿道口からの膿排泄、掻痒など。

女子では、外陰部の潰瘍、イボ、おりものの増加、性状変化、掻痒、腹痛など。

（5）合併症・併存症

- ① クラミジア感染は淋菌感染を伴いやすい。
- ② STDがあるとHIV感染のリスクが上がる。
- ③ HIVによる新興再興感染症では結核の増加、カリニ肺炎、サイトメガロウイルス結膜炎など他の日和見感染も。
- ④ パピローマウイルス持続感染は子宮頸癌、陰茎癌（日本では稀）のリスク。

（6）診断

- ① 視診：局所の発赤、ただれなど。
- ② 検査：クラミジア・淋菌PCRは尿、おりもの等で検査。陰部ヘルペスは、水疱内容液を擦過しPCR検査。尖圭コンジローマは切除組織診。トリコモナス膣炎はおりもののトリコモナスを鏡検。カンジダは膣分泌物培養検査。

（7）経過

自然治癒するものもある。それぞれの治療薬を使用。

（8）対応

性感染症の罹患は相談者が少ないので、治療と同時に心のケアが重要。特に、将来の妊よう性に関連するクラミジアや再発しやすいヘルペス感染など。

(9) 専門機関への紹介

HIV 陽性では、HIV 拠点病院に紹介する。その他の STD についても反復するヘルペスや、コンジローマの持続感染による子宮頸癌のリスクのある患者は STD に関心の高い施設に紹介。

3) 性非行・援助交際

(1) 概要

性行為等に伴う金銭の授受や薬物・性感染症など健康被害の不利益を受けたりすることで犯罪の加害者・被害者になりやすい状況。

(2) 疫学

出会い系サイト関連の事件は平成 14 年以降年間 1,500 件以上と増加。子どもの性犯罪被害件数は平成 13 年以降年間 6000 件以上と増加。

(3) 成因

劣悪な家庭環境、プチ家出、携帯電話出会い系サイトへのアクセスなど。

(4) 基本症状

性観念のひずみ、金銭感覚の麻痺、犯罪との関連、自己肯定感の欠如。

(5) 合併症・併存症

性依存、薬物中毒、飲酒、喫煙、妊娠・性感染症の罹患、常軌を逸した金銭授受。

(6) 診断

妊娠など問題が表面化しないとみつけにくい。友人からの情報、警察での補導、保護など。

(7) 経過

成人になれば非行とは呼ばれない。一見開き直っているようにみえても心身の禍根を残すこともある。

(8) 対応

相談窓口として女子は養護教諭に話しやすいが、その後は専門機関につなぐ。

男子が気軽に相談できる窓口も必要。親の理解・援助を促すことが困難なケースでは親との面談は慎重に行なう。

(9) 専門機関への紹介

警察との連携、被害者の 1 割程度は男子。精神的に支えて行動変容を起こすプログラムを組み継続的ケアをする。

V. 子どもの心の診療の基本事項

1. 発達

子どもの発達の評価は、多面的に行わなければならない。多面的とは、量的（成長的）評価と質的（発達の）評価を行うことであり、このような量的・質的発達がバランスよく行われている状態を健常発達と理解する。そのためには、運動発達、言語発達、社会性の発達、愛着の発達を分けて評価する能力が求められる。しかし、各発達、とくに後者の3項目の発達は互いに関係して発達していくことも事実である。このことは重要なことであり、発達の評価に多面的解釈が必要となる理由である。

1) 運動発達

粗大運動は、筋力、自己感覚（ボディーイメージ）や周囲に関する理解と関連し、微細運動は不器用あるいは知的発達と関連している。

(1) 粗大運動の発達

① 背臥位の発達

1～2か月：非対称（非対称性緊張性頸反射）の姿勢をとることが多い。頸の向きは自由に変えられる。指を口に持っていく。

3～4か月：顔は左右対称の位置に保持可能。上下肢とも挙上していることが多く、胸の前で手を合わせ、手に触れた物をつかむ。

5～6か月：両手で足を持ち、口に持って行く。寝返りが可能になり腹臥位も可能になる。

② 腹臥位の発達

1～2か月：顔面は、側方あるいは正面を向き挙上する。股関節は屈曲臀部は挙上。

3～4か月：股関節伸展、臀部は低くなる。前腕で支持して体を支える。

5～6か月：両肘を伸展、手掌で体を支える。下肢は、股関節伸展、膝関節を屈曲するなど多様になる。

6～7か月：両手掌と両膝で体を支える。

8か月：はいはい可能、両手と両足が蛙跳びのように動かす。その後、交互性が出現し、高ばいとなり、歩行可能となる。

③ 座位の発達

4～5か月：腰を支えると座ることができる。

6か月：上肢で支えると座ることができる。

7～8か月：体幹が伸展し、上肢の支えなしに座る。

9か月：座って、後方の物がとれる。

④ 歩行の発達

歩行は、10～18か月の間に可能となる。最初、上肢は挙上し、足は大きく開き、

膝はあまり屈曲しない。その後、上肢はしたにおりてくる。続いて、前腕を振るようになり、体側の下肢と反対の動きをするようになる。片足立ちは3歳、片足跳びは4歳、経験していれば5歳でスキップができる。

(2) 微細運動の発達

- 0～4か月：把握反射
- 4か月：手を合わせる
- 4～6か月：手掌把握、物の持ち替え
- 6～7か月：全手（三指）把握
- 7～8か月：橈側把握
- 8か月～：鉤状把握

2) 言語発達

親や養育者や自分を認知できる情動的諸機能、働きかけを通して外界を認知する動作性諸機能、言語音声の表現としての言語的諸機能に分けて考える。

(1) 乳幼児期における言語発達

0～1か月：親子の情動的関わりの始まり。泣く、親子の情動的一体感。

1～4か月：親子の情動的関わりの発展。喃語として発声・調音・聴覚機能の始まり（発声遊び：独語的な喃語）、親子の情動的関わりの発達、意図的動作を発達させる。

4～8か月：親の認知の始まり。喃語として発声・調音・聴覚機能の体制化(社会的喃語)、親の認知の始まり、外界への働きかけ（自分と外界）の発達。

8か月～1歳：親のすることの取り込みと自分の世界の広がり。喃語として発声・調音・聴覚機能を近しい人の関わりのために使い始める。親のすることを取り込み（身振り語：指さし、だっこせがみ、あいさつ）、自分の世界を広げ始める、時間的・空間的（自分と外界）なものの関係の認知の始まり（三項関係：自分と人と物の関係）。指さしの発達は原則的に、驚嘆や自己確認（驚き）の指さし、供応（応答）の指さし、要求の指さしと進む。

1歳～1歳6か月：自分の世界の表現。喃語として発声・調音・聴覚機能を近しい人の関わりのために再体系化自分の世界を表現する、いろいろな試みとして新しい手段を発見する。

1歳6か月～2歳：象徴機能と言語機能の形成。象徴機能の形成、言語機能の形成、音声の体制化・記号化過程。

2歳～3歳：会話の成立。ターンテイキング（自分が反応する⇔相手が反応する）や共鳴動作などの無意識的な相互交渉。ほほえみや見つめ合いによる意図的な相互交渉。

会話が成立する条件：音声の意味を担う、意図的に使用される、音声の意味は自分と他人が同じ意味として共有しうる。

4歳～6歳：構音・プロソディー（話しことばにおける抑揚、強弱、リズムなどの音の調子のこと）の完成、語彙の獲得は6歳にて3,000になる。文法、会話内容とテーマの発達（眼前の話題、時間的・空間的に隔たった話題、架空の話題）。

3) 社会性の発達

社会性は、対人関係あるいは対人理解が基礎となる。また、人間は社会的存在であり、さ

さまざまな領域の発達、他者との関係の中で意味を持つことからきわめて重要な発達基盤である。

このような対人関係の構築や集団参加には、他者を理解する能力（こころの理論から感情移入）と社会的技能の獲得が必要である。すなわち、外見的には表情の変化、視線の理解、他者の身体・言語的働きかけの理解などの対人理解として認められる。これらが、他者との間で細かく調節され、交流間と接触感が得られる。

（１）社会性形成のための他者理解

1歳半児：「大丈夫？」と慰める行為。嫌いな物を置くなどのいたずら。

（２）友達関係の発達

3～7歳：一時的で物理的な遊び仲間。

6～12歳：都合の良い時だけの共同関係。

（３）社会的スキル

個人と個人の、あるいは個人と集団との相互作用に関係した適切性と効果性のある技能子どもの社会的スキルであり、こころの理論の発達と主に関連している。4歳頃始まる。

（４）社会性の発達

- 2か月 あやすと微笑する。視線が合う。
- 3か月 あやすと声を出して応える。人の顔を見て笑う。
- 4か月 大きな声で笑う。
- 5か月 鏡の中の自分に笑いかける。抱かれることを喜ぶ。
部屋に誰もいなくなると泣く。
- 6か月 母親の区別がつく。イナイイナイバァを喜ぶ
- 7か月 人見知りをする。おもちゃを引っぱると抵抗する。
- 9か月 自分の名前がわかる。「だめ」という禁止に反応する。テレビの人の顔に笑いかける。
- 10か月 母親のあとを追う。「バイバイ」の手振りのまねをする。
- 11か月 おもちゃをくれるしぐさをするが手放さない。
- 1歳～ おもちゃをさし出し手放す。安心感のより所として母親を使う。
鏡の中の自分を相手に遊ぶ（おじぎをする、など）。着衣の時、
着せやすいように身体を動かす。大人の動作のまねをする。
- 2歳～ 子ども同士でふざけあう。外の子どもの近くで遊びたがる。性器に興味を示す。ごっこ遊びをする。
- 3歳～ 友だちと役割りの決ったままごとをできる。テレビの主人公のまねをして遊ぶ。友達に好き嫌いができる。
- 4歳～ かくれんぼでの役割を理解する。
- 5歳～ 友達と競争する。

4) 愛着の発達

愛着は、人間発達の基礎をなしている。愛着とは、何か危機があった時、潜在的危機に備えて他の特定個体との近接関係を求めたり、維持したり回復したりしようとする生体の傾向であり、すなわち人は安全だという感覚、誰かから護ってもらえるという確信が心理

的安定に重要である。すなわち、感情的絆の形成と言い換えることもできる。

形成が行われるためには、一次的欲求としての栄養を求める欲求と人との関係を求める欲求から、二次的欲求として成立するという考えと人には、生得的に人とくっついていたい、人との関係を持っていたいという欲求が備わっているらしいと考えられるようになった。

しかし、人の愛着形成は本質的に他者依存的（他者に近付いてもらえて初めて成立）するため、周りの大人が重要な役割を持つ。

0～3か月：不安定な社会的反応

3～8か月：特定の社会的

5) 発達課題とその帰結（EH Erikson）

| 段階 | 肯定的解決 | 否定的解決 |
|---------|--|--------------------------|
| 乳幼児 | 基本的信頼 他者は信頼でき自分には価値がある | 基本的不振 この世界は居心地がよくない |
| 幼児期（早期） | 自立性 排泄を中心に保持、要求増大 | 疑惑 他者の目を気にする |
| 幼児期（後期） | 積極性 親のようになりたい、世界を知りたい 成し遂げることの楽しさを知る | 罪悪感 好奇心を持つことはよくない |
| 学童期 | 生産性 ものを生産することで認められる | 劣等感 認められず集団の中では劣等感が発達 |
| 青年期 | 同一性 再統合による自我同一性の獲得 | 拡散 自分がかめず、なくなったように状態 |

2. 知っておくべき対応法の基本

1) 行動問題への対応の基本 (行動変容技法)

(1) 行動療法の基本理論

不適切な行動も含めて、すべての行動は学習の結果獲得されたものと考え、刺激と反応、反応と強化の関係によってさまざまな行動変容を生じることができるという考え方。

基本的な学習の単位は、①レスポナント (古典的) 条件付け、②オペラント (道具的) 条件付け、③社会学習理論である。

(2) レスポナント条件付け

中性刺激に引き続き無条件刺激を繰り返すと、無条件刺激を提示しなくても、中性刺激のみで無条件反応を喚起する現象が生じるようになること。レモンを見る (無条件刺激) と、唾液が分泌される (無条件反応) のは自然な反応であるが、その間に、その刺激で特に反応を喚起しない刺激、たとえばブザーの音など (中性刺激) を加え、中性刺激と無条件反応を提示すること (強化) を繰り返すことで、無条件刺激 (レモン果汁) を提示しなくても、中性刺激 (ブザー音) のみで無条件反応 (唾液の分泌) を喚起する現象が生じるようになる。このとき生じる反応は強化によって条件付けられた条件反応となる。

レスポナント条件付けで条件付けられる反応は、刺激によって誘発される反射、情動など不随意的反応 (レスポナント) が中心となる。

レスポナント条件付けをもとにした技法は、「消去法」 (恐怖刺激のような条件刺激を繰り返し提示することにより反応を消去させる方法)、「逆制止法」 (不安や恐怖などの反応を喚起する刺激提示とともにリラクゼーションなどの不安の反応と拮抗する反応を置き換える方法)、「系統的脱感作法」 (その手続きを、不安の強度によって、その強度の低いものから順に逆制止法を実施する) などがある。

(3) オペラント条件付け

ある反応 (宿題をする) に引き続いて、ある刺激が提示 (ご褒美) または取りさられ、反応の生起確率が上がった場合 (毎日宿題をするようになる)、刺激は強化として作用し、オペラント条件付けが成立したことになる。ある反応を生起しやすくしたり、生起しにくくしたりすることに関連する刺激 (強化子) を見出して、反応に随伴させることで、反応の生起をコントロールすることができる。オペラント条件付けで条件付けられる反応は、自発的な反応 (オペラント) が中心である。

オペラント条件付けをもとにした技法には以下のものがある。

正の強化 (ご褒美) : 適切な行動が起こったときに、その直後に強化となる刺激 (ほめる、シールを貼るなど) を提示すること。

省略法 : 望ましくない行動 (自傷行動など) が、回りの大人からの注目が強化となって維持されているような場合、その強化を取り去る (注目しない→自傷行動を無視する) ことによって、望ましくない行動を減少させるもの。

シェーピング (形成) : 目標とする好ましい行動を増加するために、より出現しやすいオペラント行動から強化し始めて、スモールステップで、徐々に目標となる好ましい行動へと近づけていくこと。

刺激統制 : 刺激状況と反応の関係を分析し、望ましい行動がより起こりやすい刺激状況

を統制することで、目標行動を起こしやすくすること。

プロンプティング：行動の手がかりになる刺激状況を準備し、目標行動を出現しやすくすること。

行動の連鎖化：ひとつの行動が次の行動の手がかりになるように行動を連鎖させ、目標行動が出現しやすくすること。

（４）社会学習理論

「強化」を用いることなく「他者の行動を観察することによって行動の変容が生じる」という理論。「望ましい行動」をモデルとして提示すること（顕在的モデリング）、イメージのなかで「望ましい行動」を思い浮かべること（潜在的モデリング）などがある。

（５）行動変容のプログラム

行動の変容を行うために、その過程を具体的にプログラム化すること。本人、家族とともに、プログラムの目標を明らかにする。不適切な行動はいつどんなときに生じやすいか、客観的、数量的に測定する。好ましい行動を増やすための介入、不適切な行動を減少させるための介入について、具体的に計画する。介入し、好ましい行動、不適切な行動を客観的、数量的に再評価する。評価をもとにして介入を修正する。初めての困難、課題に出会ったとき、その解決を見出すための考え方で、はじめは、支援者が一緒にこのステップに従って問題解決を支援し、モデルを示すことによって、本人やその家族が、自ら問題解決するスキルを身につけていく。

ステップ1：問題を明確にする。たとえば、「子どもが言うことを聞かない」ではなく「寝る前におもちゃを箱にしまわない」と具体的に明確に。さらに、目標行動を明らかにするためには「片付けるように言われたときに、すぐおもちゃを片付ける」などとする。

ステップ2：できるだけ多くの選択肢を呈示する。

ステップ3：意思決定。ステップ2であげられた選択肢の中から、実現可能で、具体的に、目標により一致する選択肢を決定する。

ステップ4：実行に移す。選択した解決策を実行し、成果を評価する。目標に近づいたら継続し、目標に近づかなかったら別の選択肢を選び実行してみる。

2) 保護者への助言の基本

（１）育児困難への支援

- ① 親に責任を転嫁しない（子どもの不適応、問題行動など）。
- ② 育児に負担を感じていたら、社会資源（地域の子育て支援センター、児童相談所、保健所、教育相談所など）の利用を勧める。
- ③ 家族や親類で育児の分担を。主たる養育者（通常母親）をサポートするキーパーソン（通常父親）にも助言を行う。
- ④ 親自身が精神面の問題（障害）を抱えている場合は、精神科との連携をとる。

子どもが心の問題を抱えると育児困難を来しやすい。また親が精神面の問題を呈していると、その子どものメンタルヘルスに影響がおよぶ。

（２）診断名の告知について

精神障害は、安易に操作的（チェックリスト使用）に診断することは慎むべきである。成育歴の聴取、除外診断（特に虐待やいじめられ等のトラウマ）を行う。診断名は、原則

として、時間をかけながらも正確に告知することが望ましい。

本人が疲弊している場合は、診断基準に固執することなく、家族には「心身症」「不安障害」などと告げて、休養および医学的な支援が必要なことを説明する。本人もしくは保護者が通学することに強いこだわりを持っている場合は、診断書を発行し学校に提出し、休養を保証することも考慮する。

(3) 学籍変更、在籍クラスについて

通常クラスでの対応が困難であり通級学級など個別の配慮を求める場合は、家族に地域の学校、教育委員会と相談を促すが、進展がない場合は、直接教育関係者に意見を述べることも必要である。

子どもに知的障害や対人葛藤があり、学習や対人関係の障害を抱えているにもかかわらず、親が通常クラス在籍に固執する場合は、学籍の変更を助言する。

(4) 学校・保育現場での他児や教師・保育士等とのトラブル

基本的には家族に具体的支援策を提示するが、効果が得られない事例は、家族と保育・学校関係者に同伴してもらい支援策を相談する。環境整備や行動修正療法へのアドバイスは、家族と教育関係者が連携した方が効率的である。

(5) 基本生活について

登校や外出を促すことは避けるように助言する。ただし睡眠や食事などの生活習慣はできるだけ規則正しくするように指導する。睡眠障害や食欲不振、休日にも外出できないような状況が1か月以上続くようであれば、うつ病などの精神障害の可能性を考える。

(6) 薬物治療

説明と同意が必要なことはいうまでもないが、家族の同意が得にくい場合であっても、薬物治療により効果が期待できる場合は、根気よく服薬の有用性について説明をすべきである。

薬の内服は、食後や時間に拘りすぎることなく、生活の習慣となるように助言する。学校での内服は、休み時間や給食後の時間を利用し、保健室での内服を行う。年少児であれば養護教諭等に委ねる。薬の副作用については、家族に予め処方箋のコメント等を伝えてもらうように助言し、副作用が疑われたら受診を勧める。

(7) 診断書の作成

子どもの休養を保証する、学校に正しく伝える、助言事項を家族等に再確認する場合、必要に応じて診断書を作成する。メモ書きとして渡すのではなく、公文書としてカルテに残すことが必要である。

3) 向精神薬療法の基本

(1) 使用の基本原則

- ① ほとんどの薬が保険適用外である。
- ② 小児期は保護者への説明と同意を得る。
- ③ 小児は症状が身体化しやすい。投与は標的症状を決定し使用する。
- ④ 成長発達期では、肝臓の代謝、腎排泄、酵素誘導で作用時間が短い。
- ⑤ 薬物依存や乱用を成人よりおこしやすい薬物もあることに留意する。
- ⑥ 漸増し有効な薬剤も存在する。少量投与で無効としないこと。

⑦ 抗うつ薬等の使用は原則として7歳以降とする。

(2) 使用される主な薬剤

- ① 抗精神病薬（従来型・新規）
- ② 気分安定薬
- ③ 抗うつ薬
- ④ 抗不安薬
- ⑤ 中枢神経刺激薬
- ⑥ 抗てんかん薬
- ⑦ 抗パーキンソン薬
- ⑧ 抗ヒスタミン薬
- ⑨ その他

抗精神病薬は、統合失調症の他、発達障害児の激しい自傷行為やこだわりや興奮などが使用対象である。気分安定薬のうち炭酸リチウムは、けいれんの閾値を下げることで小児には使用しにくい。抗てんかん薬は、併存するてんかんの治療に使用されるが、時に気分安定作用を期待して使用されることもある。抗パーキンソン薬、抗ヒスタミン薬は単独で使用されることはなく、副作用防止などで併用される。

抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、中枢神経刺激薬について解説する。

(3) 抗精神病薬

従来型抗精神病薬としては、クロルプロマジン、ハロペリドール等が使用されてきた。脳内のドーパミンが過剰に作用して起こる精神病症状である、幻覚・妄想・興奮などの症状に対して効果があるが、パーキンソン症状、乳汁の分泌・月経・性機能障害などの内分泌や自律神経の異常、記憶障害、最も重い副作用として悪性症候群（筋肉組織の崩壊による腎不全）などの副作用があり、一般の小児科医は使用しにくく、新たに抗精神病薬を開始する際は、新規薬を使用する。

新規抗精神病薬は、従来型抗精神病薬の欠点をなくす薬剤として開発された新しい薬剤である。わが国では、リスペリドンとペロスピロン・オランザピン・クエチアピンが発売されている。

リスペリドンは、ドーパミンとセロトニン両方の脳内神経伝達物質の作用に拮抗する働きがある。感情的引きこもり・情動鈍麻などのいわゆる統合失調症の陰性症状に対する効果も期待され、副作用特にパーキンソン症状などの発現が少ないとされている。広汎性発達障害児の行動障害に関しても少量投与で有効とされている。

(4) 抗うつ薬

三環系抗うつ薬：セロトニンとノルアドレナリンの受容体に働き、その再取り込みを阻害し抑うつ状態を改善する。欠点として、アセチルコリン、ヒスタミンなどの受容体も阻害することにより、副作用が出現し、大量服薬では致死的な危険もあり、長期使用や増量が困難などで使用しにくい。

四環系抗うつ薬：三環系抗うつ薬の副作用をできるだけ軽減しようと開発された。抗うつ作用は三環系抗うつ薬と同等かそれ以下で、また副作用はセロトニン再取り込み阻害薬に比べて多いため、抗うつ薬としてはあまり使用されない。

選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)：5種類あるが、わが国において小児科領域

ではフルボキサミンが使用されている。

SSRI は脳内のセロトニン量を増やすことによりその症状を改善するとされている。SSRI は重篤な副作用が現れにくいとされる。なお、パロキセチンは、18 歳未満の大うつ病例では自殺傾向を増強するという報告もあり、小児での使用には慎重さが必要である。初期は少量から漸増し、中止時には離脱症候群に注意をする。

SSRI は、単にうつ病やうつ状態だけでなく、強迫性障害、パニック障害、社会不安障害に適応が認められている。

(5) 抗不安薬

種類が豊富であるベンゾジアゼピン系の薬剤が中心に使用される。

ベンゾジアゼピン系誘導体には、抗不安作用のみならず、催眠作用、筋弛緩作用、抗けいれん作用があるが、この中で抗不安作用を強めたものが、抗不安薬である。

ベンゾジアゼピンの作用は、脳内に分泌される GABA (γ-アミノ酪酸) という神経伝達物質に結合して、その働きを強めることにより出現する。身体依存症状の増悪、急激に中止することによる離脱症状、活動性の低下などに注意が必要である。

発達障害児では薬剤の減量による離脱症状と、もともと存在する症状の鑑別が困難で、長期使用につながる可能性があり慎重に使用すべきである。

(6) 中枢神経刺激薬

メチルフェニデート：注意欠陥/多動性障害の治療に広く用いられており、不注意、多動性・衝動性のみならず、反抗性、攻撃性、学習困難を改善が期待される。効果の持続時間は3～5時間であり、終日にわたり血中濃度を維持するためには分服が必要となる。なお、6歳未満児では使用しないのが原則である。

副作用として、食欲不振、不眠、頭痛、胃痛、チックの増悪、けいれん閾値の低下、依存性、成長抑制、血圧上昇、易刺激性、気分変動、リバウンド現象など多くが挙げられる。

広汎性発達障害の児童においても多動・衝動性を有意に改善することが示されているが、中核症状には改善をもたらさないとされている。

(7) 専門機関への紹介

標的症状が決定できない、診断が不確実である場合は強引に薬物治療を開始せず紹介する。統合失調症が疑われる場合は、初期治療の失敗により難治化するので、精神科医を紹介することが望ましい。また通常の使用量では改善しない事例も専門機関に紹介する。

3. 子どもの心の診療と関連する諸事項についての基本的知識

1) 診療経費

(1) 診療報酬

小児科では、小児特定疾患カウンセリング料710点が特定の疾患（喘息、登校拒否、自閉症、拒食症、周期性嘔吐症、その他の小児心身症及び神経症）に対して認められている。ただし、月1回、1年間までとなっている。また、心身症に対しては、心身医学療法（外来では初診時110点、再診時80点）も認められている。初診時は、30分以上の診察で請求できる。初診から1か月間は2週に1回、それ以降は、週に1回が認められる。また、20歳未満の患者の場合、100分の100の加算が認められている。

精神科では、初診時270点、再診時57点、通院精神療法330点が基本となる。初診時のみ通院精神療法は精神保健指定医に限り170点加算される。20歳未満で初診から6か月未満に限り200点が毎回加算される。特別な面接として標準型精神分析（46分超）の場合390点となるが、通院精神療法と同時に請求できない。時間外加算は認められるが、決まりは通常の診療報酬のとおり。

(2) 臨床心理・神経心理検査

操作の容易か複雑かにより、発達および知能検査では80点（津守式、遠城寺式、グッドイナフ人物画など）、280点（WPPSI, WISC-Rなど）、人格検査では80点（東大式エゴグラム、Y-G性格検査など）、280点（SCT, MMPI, P-Fスタディ、バウムテストなど）、450点（ロールシャッハテスト、TAT 絵画統覚検査など）、その他の心理検査では80点（CMI, IES-Rなど）、280点（ベンダーゲシュタルト、SCID 構造化面接など）、450点（ITPA, CALC-IIIなど）が、加算される。

(3) デイケア

施設基準のもと、ショートケア（1回3時間、小規模275点、大規模330点）、デイケア（1回6時間、小規模550点、大規模660点）、デイナーケア（1回10時間、1000点）がある。そのほかに集団精神療法（スタッフは医師+PSWもしくは臨床心理技術者、1回1時間10名まで270点）がある。

(4) 患者家族を訪問指導する必要がある場合

訪問看護料は、看護師・PSW・OTが1名の場合は550点、2名の場合は450点が加算される。

(5) 診療経費の軽減施策

診療経費の軽減施策として、支払った医療費があとで返還される制度と、窓口で扱われる制度がある。

返還制度は、市町村の財政事情により受給できる資格や返還額は異なるが、3つの制度がある。

- ① 乳幼児医療費助成：対象は乳幼児（対象年齢は市町村により異なる）。入院のみ義務教育就学前児童まで。
- ② 心身障害者医療費助成制度：対象者は、a. 身体障害者手帳の等級が1・2級および3級、b. 療育手帳の障害程度が最重度・重度または知能指数が35以下と判定された知的障害者、c. 4級の身体障害者で知能指数が50以下と判定された知的障害者または療

育手帳の障害程度が中度の知的障害者。

③ 一人親家庭等医療費助成制度：生活保護法を受けていない18歳未満の親子。

④ 精神障害者医療費助成制度：精神障害者保健福祉手帳1級2級を持ち90日以上入院の場合。

医療機関の窓口で支払いが取扱われる制度には、自立支援医療（精神通院）がある。精神科の通院医療が継続的に必要な場合に受けられる。医療費の自己負担額は1割負担で、所得に応じた軽減措置がはかられる。

以上の制度を受ける際には所得制限そのほかの条件が設けられている。また、手続きは市役所で申請手続きをすることにより受けることができる。

2) 児童福祉

(1) 法体系

戦後、街頭に溢れた浮浪児の対策を機に児童福祉に関する検討がすすめられ、1947年に成立した児童福祉法をはじめとして、これまでさまざまな法律が作られてきた。主要な児童福祉関係の法律の概要は以下の通り。

① 児童福祉法

18歳未満のすべての子どもの福祉の向上を図ることを目的として制定された。第一条では、全ての国民には児童を健やかに育成する努力義務を課し、すべての児童に生存権と愛護される権利を保障されている。児童相談所や保育所、障害児に対する療育指導、要保護児童の処遇などを定めている。

② 母子及び寡婦福祉法

母子家庭及び寡婦の自立促進に必要な相談事業、福祉資金の貸付、住宅の確保、雇用の促進など規定がされている。

③ 母子保健法

同法は母性並びに乳児・幼児に対する保健指導、健康診査、医療その他の措置を講じ、国民保健の向上を図ることを目的にしている。妊娠の届出、母子健康手帳の交付、低出生体重児の届出、未熟児養育医療などが規定されている。

④ 児童扶養手当法

父と生計を同じくしていない児童について手当を支給し、家庭の安定と自立促進を通じて児童の健全育成を図ることを目的にしている。

⑤ 特別児童扶養手当等の支給に関する法律

障害児を育てる家庭への経済的支援策。

⑥ 児童手当法

児童を養育している家庭に手当を支給し家庭における生活の安定に寄与するとともに次代の社会を担う児童の健全な育成及び資質の向上に資することを目的にしている。

(2) 児童福祉施策

これらを実施する児童福祉施策として、以下の2つがある。

① 児童自立支援施策

家庭養育に恵まれない児童や社会環境・親子関係や対人関係等に起因して情緒障害や非行行動を起こす児童等、社会的保護と自立のための支援を必要とする児童のための施設。

児童相談所による相談・指導、児童福祉施設入所措置や里親委託などをはじめ、児童家庭支援センターや福祉事務所（家庭児童相談室）、児童委員等による相談指導等がある。これらの要保護児童のための施設には、乳児院、児童養護施設、児童自立支援施設、情緒障害児短期治療施設等がある。

② 障害児施策

肢体不自由、視覚障害、聴覚障害等の身体障害または知的障害のある子どものための施策であり、障害のない人々と同様の生活が享受できるよう、社会的ハンディキャップの除去を図るとともに、障害の軽減等を図るため、施設入所による保護や療育訓練等をおこなうなどの施策が講じられている。

（３）経済支援

経済支援として各種手当がある。

① 児童手当

子どもを健やかに育て家庭生活の安定をはかるために支給される。

a. 日本に住所があること、b. 小学校終了前の子どもを養育していること、c. その人の前年の収入が一定額以内であること。

② 児童扶養手当

父と生活をともにしていない18歳に達する日以降の最初の3月31日までにある子どもを監護している母または養育者に支給される。

③ 特別児童扶養手当

身体または精神に障害がある20未満の子どもを養育している父母等に支給される。

④ 特別障害者手当等：精神または身体に重度の障害があるため常時特別な介護が必要な在宅の重度障害児（者）に対して、特別障害者手当、障害児福祉手当が支給される。

3) 特別支援教育

これまでの障害の程度に応じ特別の場で指導を行う「特殊教育」から、障害のある児童生徒一人一人の教育的ニーズに応じて適切な教育的支援を行う「特別支援教育」への転換が図られ、平成18年6月 学校教育法等の一部を改正する法律が成立した。

改正された学校教育法の一部改正では、現在の盲・聾（ろう）・養護学校の障害の種別を超えて特別支援学校に一本化とすること、特別支援学校においては在籍児童などの教育を行うほか、小中学校等に在籍する障害のある児童生徒等の教育について助言援助に努めること、小中学校等においては学習障害（LD）、注意欠陥多動性障害等（ADHD）、高機能自閉症（HFA）を含む障害のある児童生徒等に対して適切な教育を行うことが規定された。この新たな制度は平成19年4月1日より施行されることとなっている。

特別支援教育では、従来の特殊教育の対象の障害だけでなく、LD、ADHD、高機能自閉症などを含めた障害のある児童生徒の自立や社会参加に向けて、その一人一人の教育的ニーズを把握して、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善または克服するために、適切な教育や指導を通じて必要な支援を行うものである、としている。

なお、軽度発達障害の児童については、学校教育法の障害児の定義では、言語障害児や情緒障害児、LD、ADHDの子どもたちは含まれていないが、改正法に先立った関係省令により通級による指導においてこれまでの「言語障害、情緒障害、自閉症・かん黙、弱

視、難聴、その他」に加え「学習障害、注意欠陥多動性障害」が含まれている。

府県市町村の教育委員会では、特別支援教育に関する委員会を設け、実際の運営の規則や手順を作成している。

4) 児童福祉以外の関連法律

前述の児童福祉法以外の主な関連法律を以下に列挙する。

福祉：生活保護法・知的障害者福祉法・児童虐待の防止に関する法律・発達障害者支援法・障害者自立支援法など。

医療公衆衛生：精神保健福祉法・学校保健法・地域保健法など。

法務：少年法・覚せい剤取締法・児童ポルノに関わる行為等の処罰及び児童の保護等に関する法律など。

教育：教育基本法・学校教育法・社会教育法・盲学校・聾学校及び養護学校への就学奨励に関する法律など。

労働：勤労青少年福祉法・障害者の雇用の促進に関する法律など。

5) 矯正・司法

少年による事件とその背景としては、覚せい剤乱用、非行の低年齢化、女性の増加、いじめと非行、軽度発達障害と少年事件が目立っている。

わが国の少年法では、非行少年を、①犯罪少年（14歳以上20歳未満で罪を犯した少年）、②触法少年（14歳未満で刑罰法令に触れる行為をした少年）、③虞犯少年（20歳未満で家出、不良交友、不純異性交遊、怠学、夜遊び、不健全娯楽など一定の不良行為があり、将来、罪を犯し、または刑罰法令に触れる行為をするおそれのある少年）、に分けている。

刑事責任年齢は14歳と定められており、同じ刑法に触れる行為をしても14歳未満は「触法少年」とされ刑罰は科せられず、14歳以上は「犯罪少年」として扱われる。

触法少年の場合、児童相談所から児童自立支援施設に措置されたり、場合によっては家庭裁判所で審判を受け、同施設への送致や保護監察などの決定がなされる。

(1) 少年事件の流れと矯正教育

少年事件はすべて家庭裁判所におくられる。家庭裁判所に送致された少年には、調査官による少年の素質や家庭環境の調査がおこなわれるほか、必要があれば、観護措置決定による少年鑑別所へ送致され鑑別が行われる。

家庭裁判所は調査・鑑別の結果、審判を開始するか否かの決定を行い、審判の開始が相当と認められた場合、非公開で審判がおこなわれることとなる。審判開始の際、一定の重大事件で事実認定のため必要があるときは検察官も審判に関与することとなる。審判の結果、保護処分が相当であるとされた場合は、保護監察・少年院送致などの決定がなされ、死刑・懲役・禁錮にあたる事件について刑事処分が相当であるとされる場合は検察に逆送される。また、16歳以上の少年が故意の犯罪行為により被害者を死亡させた事件については原則として検察官に送致され、送致を受けた検察官は起訴しなければならない。以上が、少年犯罪の処遇の流れである。

(2) 矯正教育の施設

① 少年鑑別所：少年鑑別所では、主として家庭裁判所から観護措置として送致された少年を収容し、心理技官による少年の知能・性格・態度・適性などの資質の鑑別を行い、その結果を家庭裁判所に通知する。

② 少年院：少年院は原則として家庭裁判所から保護処分として送致された少年を収容し、矯正のための教育をおこなう。また、16歳に満たない少年受刑者のうち、少年院においても16歳に達するまでの間、矯正教育を行う。少年院では個々の少年について非行の原因となっている問題性や今後伸ばすべき長所などを明確にし、心身の発達状況、資質の特徴、将来の生活設計などを総合的に検討して個別的処遇計画を立て、生活指導、職業補導、教科教育、保健・体育、特別活動などを実施している。少年院には初等・中等・特別・医療の4種類がある。

VI. その他の関連事項

1. 慢性身体疾患のある子ども

子どもは、苦痛や苦痛を予期しての恐れ、自分の身体の部分的な喪失や機能障害の恐れ、死期が迫っていると感じた時に生じる不安から自分を守ろうとして防衛反応を示す。病気の進行や重症度、日常生活の障害、治療方法や内容に応じて多彩に変化する(表1)。これらの心理的変動は両親や同胞にもストレスとなって問題が拡大され、その子にもフィードバックされて悪循環が生じることになる。

表1 心身医学的にみた小児疾患

| 病気の苦痛体験 | | 心理的外傷になる要因 | 入院生活の問題点 | 心理的援助のポイント |
|-----------|-----------|---|--|---|
| 子どもに生じる問題 | 両親に生じる問題 | | | |
| 身体的苦痛 | ①否認、不信、疑惑 | <p>入院への心の準備</p> <p>心理面の自立 自己を信頼 両親を信頼</p> <p>子ども</p> <p>両親</p> <p>医療スタッフ</p> <p>処置のされ方</p> <p>医療スタッフを信頼</p> <p>病気に対する不安</p> | 分離不安 ①焦燥と抗議の段階 ②落胆の段階 ③諦め(無関心)の段階 | <ul style="list-style-type: none"> 発達心理学的な視点で捉える(成長への援助) スキンシップの濃い接触 ↓ 両親に代わる愛情対象 子どもらしい環境と日常生活に近い日課 遊びや学習の導入 家族への心理的援助 学校への働きかけ ↓ 学校生活への復帰 |
| 行動制限による苦痛 | ②心配、恐れ | | ホスピタリズム(hospitalism) | |
| 治療処置の苦痛 | ③判定と実行 | | 施設癖(institutionalism) | |

1) 慢性疾患の心理的影響

(1) 子どもに生じる問題点

病気によって体験する不安は、医療処置による苦痛が外界からの攻撃と思ったり、自分が良い子でなかったことに対する罰と思ったり、病気とは直接関係しない心理的不快感に

よって複雑化する。この結果、抑圧されていた幼児的な体験や空想が刺激されて、意識的にあるいは無意識的に病気であることを有利なように利用するようになる（疾病利得）。

① 幼児までの時期（6歳未満）

病気を自分が悪いことをした罰と考えて、大人の指示に従おうとする気持ちが強い。説明は単純で具体的でなければならない。

② 学童の時期（7～11歳）

病気が外的な原因によって起こると考えるようになる。感染症については正しいが、これ以外の病気には当てはまらず、周囲の子ども達との交わりを断って孤立しがちである。子どもが経験した具体的な事柄にそって説明すると、理解されやすくなる。たとえば説明すると理解されやすいが、行き過ぎると誤解を招くことがある。

③ 生徒の時期（12歳以降）

大人の考え方に近づいて、身体的な原因以外にも心理的な原因も関与していることが理解できるようになる。従って病気を受容し、どのように療育すべきかわかってくる。この時期には病気についての説明が理解できるようになる。しかし、大人と同様に感情的な動揺から、医療スタッフの説明をそのまま受け取ってもらえないことがある。

（2）両親に生じる問題点

病気の子どもを持つ両親は心理的に混乱状態にあつて、不安が強いにもかかわらず感情を抑圧しようとして、かえって圧倒されそうになる。親自身が子どもの発病に関わっているという罪悪感を持ったり、次のような防衛手段を取ることがある。

- ① 否認、不信、疑惑：医師の診断や意見が受け入れられず、一時的に混乱する。しかし、多くの場合、適切な説明で落ちつきを取り戻す。
- ② 心配、恐れ：事実を否定できず諦めてしまうと、フラストレーションと不全感から心配と恐れに陥る。ここで理想的な支援が得られると、初めて病気について客観的にみることができるようになる。
- ③ 判断と実行：親は自分自身の不適切な感情にとらわれず、現実的に事態に直面し、何をなすべきかを判断できるようになる。

（3）きょうだいに生じる問題点

慢性疾患の子どものきょうだいは、基本的には、「がまんさせられる」というストレス状況が必ず生じると考えてよいであろう。そのため、病気になったきょうだいへの嫉妬心、自分だけががまんさせられているという不満感、自分も同じような病気になるのではないかという不安や恐怖感、病気のきょうだいがいなくなるのではないかという不安・恐怖感、病気のきょうだいに嫉妬や怒りを感じる自分を意識することでの罪悪感、など、さまざまな複雑な不安定な心理状態になることがある。

2) 慢性疾患の治療教育

コンプライアンス（指示遵守）からアドヒアランス（患者の主体性）へ

慢性疾患の治療コンプライアンス（compliance）とは、医療スタッフからの指示を遵守すると定義され、医療を行う側から医療を受ける側の受診姿勢を評価する時に使われる。知識の伝達のみならず、患者や保護者が主体的に治療に取り組む姿勢を意味するアドヒアランス（adherence）という言葉が導入されている。

(1) アドヒアランス向上のポイント

気管支喘息は慢性疾患でありながら急性発作を伴う疾患であり、アドヒアランス向上のためのポイントとして小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2005 に次のようにまとめられている。

① 病気の重大性や死への緊迫感について

喘息は時に死に至る病気である。安易な交感神経β2刺激薬の使用、長期管理薬の怠薬、発作時のみの救急受診は喘息死の危険を高める。

② きちんとすれば自分は治るという治療への見通しを持たせる。

喘息は管理をきちんと行えば、寛解が可能な病気である。患者に正しい治療法を提示し、喘息治療の見通しが立つようにする。

③ 自分にはやれるという自己効力感を高める。

喘息管理について、「これならできそう」「自分ならやれる」という感覚を持たせることが、治療継続に繋がる。そのためには、実践的で具体的かつ負担感が少ない、そして患者個人の生活に合わせた指導が必要である。また、外来受診ごとに、患児・家族が記載した喘息日記などから、セルフモニタリングの努力と成果を称え（認め）、治療に対する自信を強化する。

(2) 治療教育のポイント

① 救急外来から継続的に実施：症状が強いときほど治療に対する動機づけも高いので、救急外来の時から実施していく。

② 定期的に確認：長期に及ぶ治療過程では、慣れや症状の緩和により治療の動機づけが低くなる。定期的にその重要性を再教育し、治療やモニターする手技について確認する。

③ 教育教材の活用：患者向けの教材、パンフレット、治療練習器具などを有効に活用する。

④ 情報の活用：患者向けの医療情報は書籍やインターネットなどで過剰ともいえるほどに供給されている。正確な情報が提供された場合、患者・家族の知識がより正確なものとなり、治療への重荷を減らすことができる。