

## 2. 痛み

### (1) 概要

痛みは、「組織損傷に伴う、あるいはこのような損傷を表現する言葉で述べられる不快な感覚・情動体験」(国際疼痛学会の定義)であり、種々の疾患に伴ったり、ほぼ痛みだけからなるような疾患もある。痛みは組織損傷に気づき対処する点で必要な感覚であるが、痛みや不安が長く続くことは耐え難いことなので、痛みの原因を調べて対処し痛みを軽減することや、最初の段階でそのような見通しを伝えることは、医療上大切なことである。痛みを伴う医療処置の問題も重要である。痛みのある処置は必要最小限にすること、行う時は痛みを軽減する方法を併用すること、あらかじめ処置の必要性や痛みの程度などを伝えて気持ちの準備をしてもらうことを考える。

### (2) 成因

痛みの発生は、組織損傷によって生じた侵害刺激が痛み受容器を刺激する 경우가多いが、末梢神経自体の損傷による場合、組織や神経の損傷がなく心理的に生じる場合もある。一般に原疾患が軽快するにつれて痛みも軽減する。

### (3) 痛みの心理的影響

痛みとそれに伴う不安が長引くと緊張状態を生み、食欲、睡眠を妨げ、刺激に過敏な状態になる。痛みのある医療処置を繰り返すと、処置を恐がり抵抗するようになることがある。

### (4) 痛みのある子どもへの対応

#### ① 鎮痛薬の使用

鎮痛薬としては、アセトアミノフェン、非ステロイド系抗炎症薬 (NSAIDs)、オピオイドがある。通常の体性痛(頭痛、歯痛、筋肉痛、月経痛など)には、安全性の点から、アセトアミノフェンを使用し、できるだけ NSAIDs の使用を避ける。オピオイドは、通常、長く激しい痛みがある場合に用いられる。アセトアミノフェンの使用量は、1回投与量が、3~5 か月 : 60mg、6~11 か月 : 80mg、1~2 歳 : 100mg、3~5 歳 : 140mg、6~12 歳 : 200mg、成人 : 300~500mg で、通常1日3回までとする。

#### ② 予防接種などの痛みのある処置への対応

子どもが病院、診療所を嫌う理由の一つは、痛みのある処置があることである。その際、実際の痛み以上に恐がっていることがある。「この予防接種で、〇〇のウイルスに勝つことができる」などの説明で処置に肯定的なイメージをもってもらい、「痛くないよ」と嘘をつかずに、「すこし痛いけど直ぐ終わる」と伝える。

#### ③ 特別痛みに敏感な子

痛みのある処置に激しく泣いて暴れるような場合、本人がもともと痛みや恐さに敏感な場合と、過去に痛い処置を何度も受けた場合とがある。いずれの場合も、処置を一旦中断して、本人の恐さがわかることを伝え、穏やかに処置の必要性を説明して、再度試行する。

### (5) 専門機関への紹介

身体疾患による痛みが激しい場合、ペインクリニックや、原疾患に関する専門医療機関を利用する。痛みの訴えが身体疾患に合わないときは、心理的訴えである可能性を考え、専門医療機関を利用する。

### 3. 臨死状態：亡くなる子ども達とその家族

#### (1) 概要

WHO の定義によれば、緩和ケア (palliative care) とは「患児の疾患が、根治的、すなわち治そうとする治療に反応しない場合に行われる積極的なトータルケア」である。痛みをはじめとする不快な症状のコントロール、心理的、社会的、そしてスピリチュアル (後述) な問題への対応が中心的課題となる。

臨死状態にある子ども達のケアの目標は患児自身とその家族に最善の QOL (生存の質、Quality of Life) を提供することである。

#### (2) 疫学

平成 16、17 年の統計を 2006 年版「国民衛生の動向」で見ると、日本の人口総数は約 1 億 3 千万人で男女ほぼ同数である。1 年間の出生者数は 106 万人、死亡者数は 108 万人、約 100 万人が生まれて、同数が死亡する。

私達、小児科医は生直後から 20 歳までの年齢の乳幼児、小児、青少年を対象に医療を行っている。各年齢毎の人口、死亡者数、死因の順位を表 1、2 に示す。

表 1. 人口と死亡数

年齢		0	1-4	5-9	10-14	15-19	計
人口		5409300			5899000	6091400	6526500
死亡数	男	1716	661	380	364	1298	
	女	1406	498	227	225	631	
	計	3122	1159	607	589	1928	

(2006 年「厚生指標」より作成)

表 2. 死亡原因とその割合 (%)

死因順位 年齢	1	2	3	4	5	死亡数
0	先天奇形、 変形及び染 色体異常 (38.0)	周産期に特 異的な呼吸 障害 (13.5)	乳幼児突然 死 (6.9)	胎児、新生 児の出血性 障害等 (5.6)	不慮の事故 (4.8)	3,122
1~4	不慮の事故 (24.0)	先天奇形、 変形及び染 色体異常 (17.1)	悪性新生物 (9.4)	肺炎 (6.4)	心疾患 (5.8)	1,159
5~9	不慮の事故 (34.1)	悪性新生物 (17.1)	その他の 新生物 (6.6)	先天奇形、 変形及び染 色体異常 (4.3)	心疾患・肺 炎 (4.1)	607
10~14	不慮の事故 (25.3)	悪性新生物 (20.9)	自殺 (8.3)	心疾患 (7.1)	先天奇形、 変形及び染 色体異常 (5.6)	589
15~19	不慮の事故 (36.7)	自殺 (25.9)	悪性新生物 (10.9)	心疾患 (5.6)	先天奇形、 変形及び染 色体異常 (2.1)	1,928

致死的な状態に到る原因はさまざまである。それぞれの原因について急激な経過をとるもの、ゆっくり慢性的ななりゆきで最期を迎えるものがある。

### (3) 診断

患児の死が不可避であることは通常、複数の専門医の診断によるべきものである。診断が確定したら、予測される経過は最初に両親に思いやりをもった率直さで正直に伝えられる。

その時の注意点としては、

- ① 両親がいれば、必ずそろってきてもらう。
- ② 落ち着ける場所と時間を選ぶ。
- ③ 一度限りの面談に終らせず、次の期日を決めておく。

死が避けられないという説明を聞いた両親の多くは、どこか他の施設の誰か他の専門医なら治癒が望めるといつてくれるかもしれないと思う。セカンドオピニオンは推奨されるべきである。

説明を行う医師は、児を病気にさせてしまったという自責の念が両親の心の中に必ず存在することを自覚して、誰にも罪がないというスタンスを保つように心がける。

患児への説明の根本原則は、

- ① うそをつかない。
- ② わかるように話す。

治癒が望み得なくとも、未来に希望をもち続けることは可能であることをみなが認識しなければならない。

患児のきょうだいにも同様の心配りをしておくことも重要である。

### (4) 対応

#### ① 急激な経過をとる場合

新生児の死亡は多くの場合、急な経過をとる。これは年長児の予期せぬ死とも似た一面をもつ。死の瞬間に親子が一緒に居られないことが多い。事前に予測ができれば、母親にもケアチームの一員に加わってもらうのがよい。それが不可能であった場合には、死後、できるだけ早い機会に院内で母親に児を腕に抱いてもらう。彼女が生んだ命が確かにそこに存在していて、その後に失われたのだという実感を持つことは、この機会を逃せば不可能になる。

同じような経験をもつ母親の会への参加も立ちなおりのきっかけとして大きな意味をもつ。次の妊娠を話題にすることは逆効果になる。

#### ② 緩徐な経過をとる場合

死が避けられない状況となった時、どこで死を迎えるかが大きな問題となる。

成人のこの領域ではホスピスが大きな意味をもつが、小児領域では死亡する患児の数が少ないこと、ギアチェンジをして緩和ケアに切り変えるタイミングの微妙さ、医療チームと患児、家族の当初からつちかわれた親密さなどからホスピスが独立して存在するよりも、治癒を目指した病院内でホスピスケアを行うことが多い。

もうひとつの選択は在宅のターミナルケアである。

- a. 密なコミュニケーションを続ける。
- b. 不安と痛みをコントロールする（痛みの項参照）。

c. 心、体、スピリットのそれぞれの重要性についてバランスをとる。

d. 家族へのサポート

などについての折合いがつけば、小児でも在宅のホスピスケアは可能で、一番幸福な終末期を送れる。

#### **(5) 専門機関との連携**

小児の死を看取ることは小児科医としての基本ともいえるが、一番難しい医療ともいえるものである。

数職種からなる医療チーム（医師、ナース、ケースワーカー、保育士、心理士等）の存在する病院と連携を取りながらの動きが望ましい。

在宅での死を望んでいる場合も家族の疲労が激しく、しばらくの休息が必要な時にはレスパイトと称する一時入院を考えてもよい。

痛みのコントロールは専門家へのコンサルトが必須の領域となっている。

## 4. 思春期

### 1) 思春期における心理社会的問題へのアプローチ

#### (1) 概要

思春期は小児から成人への重要な橋渡しの時期であり、心身両面において成長とともに成熟が始まり、完成する時期である。思春期の定義については議論があるが、一般に二次性徴が進んでくる10歳から成熟が完了する20歳までといわれている。この期間の精神発達課題は、親との依存関係を断ち切り、一人の個としての人格を確立し、社会参加(親密な二者関係や社会集団への関わり)を果たしていくことである。この時期には、身体化、行動化、および社会的ひきこもり(不登校を含む)が生じやすく、思春期診療では、背景に隠れている心理社会的問題を的確に把握する必要がある。以下、一般小児科臨床場面でのアプローチについて述べる。

#### (2) 面談の構造

##### ① セッティング

受診動機の背景に、何らかの心理社会的要因が影響していると考えた場合、親とは別に本人と1対1で話す機会を作る。面談に20-30分費やすことで得られる情報は多い。

##### ② よい関係を築くために

面談の目的を説明する。日常生活における悩みや困りごとを知ることは、本人をよりよく理解し、受診に至った問題を解決することに役立つことを伝える。隠れた問題を明らかにすることは、自我支持的に働き、信頼感を強めることになる。

##### ③ 秘密を守ること

面談で話した内容は、親や学校の先生などに伝えないことを保証する。例外として、自分や他者を傷つける恐れなどの重大な問題がある場合、あらかじめ話すことについて相談したうえで伝える。

##### ④ 質問の仕方

はいいいえで答えられる質問ではなく、オープン・エンドの質問から始める。何も問題がないと答えた場合には、周囲の人には同じ問題がないかを尋ねると糸口が掴める場合がある。

#### (3) 面談の内容

HEEADSSS：一般小児科臨床において利用可能な、心理社会的問題に関する面談法の手引きである。以下の項目に関して聞いていく。

##### ① H：Home(家庭)

誰と一緒に住んでいるか尋ねる。家庭・家族における変化(引っ越し、単身赴任、別居、離婚、祖父母やその他の同居者の有無、喪失体験等)について聞く。家族関係はどんな様子か、家族の誰とよく話すか、相談するかを尋ねる。家族内に誰も理解者がいないと感じているのは、重大な問題である。

##### ② E：Education and employment(教育と仕事)

学校生活はどんな様子か、上手くいっている点や好きな点とそうでない点について尋ねる。学業成績がある時点から低下した場合、何らかの問題が隠れていることがある。不登校や留年・転校の有無について尋ねる。部活動、学習塾や習い事、アルバイト、および将

来の目標についても尋ねる。

③ E : Eating(食生活)

自分の体重や体型についてどう思うか尋ねる。あるいは自分の体で好きなどころと嫌いなどころを聞く。過去数年間に、体重が大きく増減したことがないか、ダイエットの経験はないか、生理が止まったことがないかを尋ねる。

④ A : peer-related Activities(同胞活動)

友達・同級生との関係や活動について尋ねる。どのような交友関係や友達グループがあり、どんな遊びや活動を楽しんでいるかを具体的に話してもらう。具体的に話してもらうことで、そのグループの特徴や文化が明らかになる。友達関係やグループ内で問題が生じた時、どのように解決したかを尋ねる。孤立傾向がどの程度か見るために、慢性的につまらない、おもしろくないと感じていないか、一人遊び(ゲームやパソコンなど)の時間が長くないかを尋ねる。

⑤ D : Drugs(薬物)

同級生や友達、家族、および本人に関して、喫煙、飲酒、および薬物使用の有無について尋ねる。家族に関しては、過去についても尋ねる。親が処方されている薬を使っている場合もある。次の性に関する項目と同様、注意深く、しかし躊躇せず質問する必要がある。

⑥ S : Sexuality(性)

誰かを好きになったことがあるかどうか尋ねる。それは、異性であると決めつけられないこと。次に、デートをしたことがあるかどうか、性的な体験はどうかを尋ねる。性交渉の経験がある場合、望まないのに強要されたことがないか、妊娠や妊娠の心配をしたことがないか、性感染症を経験したことがないかを尋ねる。

⑦ S : Suicide/depression(自殺/抑うつ)

いつもより気分が落ち込んだり、悲しくなって泣いたりすることはないか尋ねる。抑うつ

の範疇には、慢性的な疲れやだるさ、つまらなさ、無気力、引きこもり、活動性の低下、不眠、食欲の変化、自傷行為、希死念慮などさまざまなものが含まれる。希死念慮を認めた場合、観念だけか、具体的方法を考えたか、実行に移そうとしたことがあるかを尋ねる。

⑧ S : Safety(安全)

自分自身、あるいは周囲の人に関して、何か危険な目に遭ったことがあるかどうか尋ねる。家庭内、学校、あるいは地域で、何らかの事故や暴力行為を経験したり、目撃したことがないかを尋ねる。

(4) 面談の終え方

明らかになった問題について、これまで誰に相談したことがあるかを確かめる。これは、親、先生、友達など、信頼できる対人関係が存在するのを知り、また、今後の問題解決に当たって鍵となる人物が誰かを確かめることになる。面談に関して、本人からの意見・感想を聞くことは、治療者の理解の間違いを修正する機会になる。また、そのような相互交流が起きることは、信頼感を強めることになる。最後に、明らかになった問題をまとめ、今後の方針を説明・相談する。その結果を親にどのように伝えるかも話し合う。

2) 行為障害

(1) 概要

行為障害(Conduct Disorder, 以下 CD)は、米国精神医学会の DSM 疾病分類システムで採用された診断名であり、他者の基本的人権または年齢相応の主要な社会的規範または規則を侵害することが反復し持続する行動様式である。行為障害は従来の非行行動と深く関係し重なり合う。上位カテゴリーである「注意欠陥および破壊的行動障害」の中には、CDの他に、反抗挑戦性障害(Oppositional Defiant Disorder, 以下 ODD)および注意欠陥/多動性障害(Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, 以下 ADHD)が含まれる。ODD は、反抗、不服従および挑発的行動が著しいが、重度の反社会的行動や攻撃的行動はないと定義されている。いわゆる家庭内暴力の多くは、ここに含まれる。

## (2) 疫学

米国の有病率は、一般人口の 1~10%(男子が女子より高い)と報告されている。

## (3) 成因

次の要因が、相互に、あるいは仲介しながら作用する。

- ① 生物学的・気質的要因
- ② 社会文化的・経済的要因
- ③ 家族病理：不安定型愛着形成、不適切なしつけや身体的虐待等の養育、崩壊家庭など
- ④ 成育環境：学校不適応や仲間はずれ・不良交遊などの偏った同胞体験

## (4) 基本症状

診断基準の「A」項目の症状

## (5) 合併症・併存症

CD の前駆状態としては、ADHD よりも ODD との関連が大きい。しかしながら、ADHD と ODD は合併することが多く、また、ADHD を合併する CD は、合併しない CD に比べて、反社会的行動の発症がより若く、より重篤で持続的である。その他の併存症としては、学習障害、発達障害、不安障害、気分障害および物質関連障害が挙げられる。

## (6) 診断

診断基準(APA,2000)：

A. 他者の基本的人権または年齢相応の主要な社会的規範または規則を侵害することが反復し持続する行動様式で、以下の基準の 3つ(またはそれ以上)が過去 12 か月の間に存在し、基準の少なくとも 1 つは過去 6 か月の間に存在したことによって明らかとなる。

人や動物に対する攻撃性

- a. しばしば他人をいじめ、脅迫し、威嚇する。
- b. しばしば取っ組み合いの喧嘩をはじめ。
- c. 他人に重大な身体的危害を与えるような武器を使用したことがある。
- d. 人に対して身体的に残酷であったことがある。
- e. 動物に対して身体的に残酷であったことがある。
- f. 被害者に面と向かって行う盗みをしたことがある。
- g. 性行為を強いたことがある。

所有物の破壊

- h. 重大な損害を与えるために故意に放火したことがある。
- i. 故意に他人の所有物を破壊したことがある。

嘘をつくことや窃盗

- j. 他人の住居、建造物または車に侵入したことがある。
- k. 物や好意を得たり、または義務をのがれるためにしばしば嘘をつく。
- l. 被害者と面と向かうことなく、多少価値のある物品を盗んだことがある。

#### 重大な規則違反

- m. 13歳以前からはじまり親の禁止にもかかわらず、しばしば夜遅く外出する。
  - n. 親または親代わりの人の家に住み、一晩中、家を空けたことが少なくとも2回あった（または長期にわたって家に帰らないことが1回）。
  - o. 13歳以前からはじまりしばしば学校を怠ける。
- B. この行動の障害が社会的、学業的、または職業的機能に臨床的に著しい障害を引き起こしている。
- C. この者が18歳以上の場合、反社会性人格障害の基準を満たさない。

・発症年齢によって病型を特定せよ：

小児期発症型：10歳になるまでに行為障害に特徴的な基準の少なくとも1つが発症。

青年期発症型：10歳になるまでに行為障害に特徴的な基準は全く認められない。

#### (7) 経過

最初の重要な症状は、小児期中期から青年期までの間に現れることが多い。

成人期までに改善するが多いが、反社会性人格障害に移行する場合がある。また、後に気分障害、不安障害、身体表現性障害および物質関連障害を発症する危険因子になる。

青年期発症で軽症型は小児期発症型に比べて、予後が良い。

#### (8) 対応

- ① 個人精神療法、行動療法、集団療法
- ② 親ガイダンス、家族療法
- ③ 薬物療法
- ④ 関係機関との連携

#### (9) 専門機関への紹介

背景に何らかの精神疾患が存在すると判断される場合、精神科専門施設において治療を行う。発達障害関連の現象である場合、関連する福祉領域や教育機関との連携を行う。

集団的非行や非行行動が激しい場合は、医療的介入は限られ、児童相談所や警察との連携が必要である。

## 資料11

テキスト「一般精神科医のための子どもの心の診療基礎知識」

# 一般精神科医のための子どもの心の診療基礎知識

厚生労働省 雇用均等・児童家庭局母子保健課

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

「子どもの心の診療に携わる専門的人材の育成に関する研究（主任研究 柳澤正義）」

## はじめに

テキスト「一般精神科医のための、子どもの心の診療基礎知識」の発刊に当たり、テキスト作成に至る経緯と、本テキストの位置づけ、目的について述べておきたい。

### 1. テキスト作成に至る経緯

厚生労働省雇用均等・児童家庭局では、「子どものこころの健康に関する研修を受けている小児科医、精神科医（子どもの心の診療医）の割合 100%」を今後 5 年間の目標に掲げた（平成 16 年 12 月 24 日：「子ども・子育て応援プラン」、少子化社会対策会議）。この目標を達成するために平成 17 年 3 月に厚生労働省雇用均等・児童家庭局は、「子どもの心の診療医の養成に関する検討会」（以下、厚生労働省検討会）を設置した。厚生労働省検討会には、山内俊雄が日本精神神経学会から推薦を受け、森 隆夫が精神科病院協会の関係者として参加した。

本検討会は、平成 17 年 3 月から平成 18 年 3 月まで、都合 9 回開催され、その報告書は、「子どもの心の診療医の養成に関する検討会 平成 17 年度 報告書」として公表された。その報告書に基づき、平成 18 年度は、子どもの心の診療医養成のためのテキスト作りが企画され、その作業に入った。その際、精神科医向けと、小児科医向けの 2 種類のテキストを作成することとし、精神科医向けテキスト作成は山内俊雄が分担することになった。

一方、日本精神神経学会では、「子どもの心の診療医の養成」を推進するために、「児童精神科医育成に関する委員会」（担当理事：前田 潔）（以下、学会委員会）を立ち上げた。そこで、山内俊雄は精神科医向けのテキストの作成を、学会委員会に委託した。

学会委員会は、前田 潔、森 隆夫、西村良二を中心として、コア委員会を設置し、執筆者の選定、編集を行った。本テキストは以上の経緯の下に作成されたのである。

### 2. テキストの位置づけ

厚生労働省検討会では、子どもの心の診療に携わる医師を次の 3 つのレベルに分類し、そのそれぞれに対し、適切な研修プラン、研修の場、研修方略を立てることにした。

#### ① 一般の精神科医・小児科医

卒後臨床研修終了後、小児科や精神科の一般的な研修を修了し、小児科医あるいは精神科医として診療に携わっている医師

#### ② 子どもの心の診療を定期的に行っている小児科医・精神科医

①を経て、さらに子どもの心の診療に関する一定の研修を受け、子どもの心の診療に定期的に携わる医師

#### ③ 子どもの心の診療に専門的に携わる医師

①あるいは②を経て、子どもの心の診療に関する専門的研修を受け、専ら子どもの心の診療に携わる医師

本テキストは、これらの区分のうち、①の一般精神科医を対象としたものである。従って、一般の精神科医として、子どもの心の診療を行う際に身につけておくべき以下のような、知

識・技能・態度を求めて作成されている。すなわち、精神科医が日常診療の中で、子どもの抱える医学的問題を適切に判断し、対応することができることを目標とするものであり、具体的には、精神科専門医として日常の臨床に従事している医師が、外来診療や相談業務等の場面において、①子どもの抱える医学的問題を正しく判断し、②自らが対応すべき時には、適切に対応できること、③さらに専門的な判断や対応が必要な時には、子どものかかえる問題に最もふさわしい施設等に紹介するなど、適切な社会的資源の活用ができることを目標としているといえよう。

### 3. テキストの構成と利用法

このような目的を達成するために、本テキストは、総論部分に重点をおき、各論では、個別の疾患については、「このような疾患があることを知っている」程度とし、概要を述べるにとどめてある。なお、疾患分類は ICD-10 に準拠しており、そのレベルは、卒後、精神科医として日常の臨床に従事しているものを対象として、本テキストが作られたことについては、すでに述べたとおりであり、日常の臨床の中で、最低限の知識として身につけておくべきことが、このテキストに盛られているとあって良い。

このテキストを下に、自己学習に励むと共に、さまざまな研修会などで、このテキストが用いられることが期待されている。

### 4. おわりに

本テキストは、このような経緯によって作成されたものであるが、今後時間をかけてさらに推敲され、必要な項目とその内容が検討される必要がある。本テキストの作成によって、その第一歩が踏み出されたといえよう。

本テキスト作成にあたってご協力いただいた執筆者の方々ならびに多大なご協力をいただいた、日本精神神経学会 事務局長栄田 浩二氏に感謝申し上げます。

2007年3月

厚生労働省「子どもの心の診療医の養成に関する検討会」 委員  
山内俊雄

編集

(順不同、敬称略)

山内俊雄 埼玉医科大学  
森 隆夫 あいせい紀年病院  
西村良二 福岡大学医学部精神科  
前田 潔 神戸大学医学部精神科

執筆者一覧 (執筆順)

深井善光 清瀬小児病院  
村瀬聡美 名古屋大学発達心理精神科教育研究センター  
皆川邦直 法政大学現代福祉学部  
竹内直樹 横浜市立大学医学部 小児精神神経科  
生地 新 北里大学大学院医療系研究科  
中村和彦 浜松医科大学 精神神経科  
岡田 俊 京都大学医学部精神医学教室  
小野善郎 和歌山子ども・障害者相談センター  
笠原麻里 国立成育医療センター こころの診療部  
十一元三 京都大学大学院医学研究科  
青木省三 川崎医科大学精神科学教室  
原田 謙 信州大学 こころの診療部  
本間博彰 宮城県子ども総合センター  
広沢郁子 メンタル神田クリニック  
西田寿美 三重県立小児心療センター  
吉田敬子 九州大学病院精神科 児童精神医学研究室  
金澤 治 埼玉医科大学 神経精神科・心療内科  
松田文雄 松田病院  
市川宏伸 東京都立梅ヶ丘病院  
松本英夫 東海大学医学部精神科学  
上別府圭子 東京大学大学院医学系研究科家族看護学分野  
森岡由起子 大正大学  
山田佐登留 東京都立梅ヶ丘病院  
黒川新二 札幌市立札幌病院静療院  
武井 明 旭川市立旭川病院精神科  
西村良二 福岡大学医学部 精神医学教室  
中村伸一 中村心理療法研究室  
棟居俊夫 金沢大学大学院医学系研究科脳情報病態学  
豊永公司 大阪市立総合医療センター児童青年精神科  
亀岡智美 大阪府こころの健康総合センター

小石誠二	名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療部
猪子香代	東京都精神医学総合研究所
高岡 健	岐阜大学医学部精神病理学分野
小野善郎	和歌山子ども・障害者相談センター
野呂健二	名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療部
水野智之	愛知県立心身障害児療育センター
村瀬聡美	名古屋大学発達心理精神科教育研究センター
橋本大彦	藍野大学保健医療学部 作業療法学会
若子理恵	豊田市こども発達センターのぞみ診療所
中島洋子	まな星クリニック
内山登紀夫	よこはま発達クリニック
田中康雄	北海道大学大学院教育学研究科附属子ども発達臨床研究センター
松本俊彦	国立・精神神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部
賀古勇輝	北海道大学大学院医学研究科神経機能学講座精神医学分野
傳田健三	北海道大学大学院医学系研究科精神医学分野
朝倉 聡	北海道大学保健管理センター 精神科
小平雅基	国立精神・神経センター国府台病院
岩井圭司	兵庫教育大学
柴山雅俊	東京大学医学部 精神神経科
氏家 武	北海道こども心療内科氏家医院
北川信樹	北海道大学大学院医学研究科神経機能学講座精神医学
大川匡子	滋賀医科大学精神医学講座
松尾雅博	滋賀医科大学精神医学講座
関 渉	法務省加古川学園・播磨学園
水田一郎	神戸女学院大学人間科学部 心理・行動学科
廣常秀人	大阪大学大学院医学系研究科 精神医学
青木 豊	相州メンタルクリニック中町診療所
金生由紀子	東京大学医学部附属病院 こころの発達心療部
根來秀樹	奈良県立医科大学精神医学教室
近藤直司	山梨県立精神保健福祉センター、山梨県立中央児童相談所
亀岡智美	大阪府こころの健康総合センター
長尾圭造	国立病院機構 榊原病院
飯田順三	奈良県立医科大学 精神医学教室
中田洋二郎	立正大学 心理学部

# 一般精神科医のための子どもの心の診療基礎知識

## 目 次

### A. 総論

#### I. 子どものこころの発達

1. 正常な身体発達・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 正常なこころの発達
  - 1) 乳幼児期・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
  - 2) 学童期～青年期・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
3. 家族や周囲との関係
  - 1) 家族関係・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
  - 2) 学校および友達関係・・・・・・・・・・・・・・・・ 6

#### II. 小児にこころの問題が生じる原因

1. 遺伝・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
2. 器質・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
3. 心理社会的要因
  - 1) 性格要因・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
  - 2) 環境要因・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12

#### III. 小児の精神疾患の分類の概要

1. ICD-10・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
2. DSM・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15

#### IV. 子どものこころのとらえ方

1. 病歴のとりかた
  - 1) 発達歴・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
  - 2) 家族歴・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18
  - 3) 生育歴・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19
  - 4) 現病歴・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21
2. 子どもの診察の仕方、ラポール
  - 1) 乳幼児期・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22
  - 2) 学童期・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 23
  - 3) 青年期・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25

3. 家族の問診のしかた	27
4. 身体的診察	28
5. 心理検査	
1) 知能検査	29
2) 人格検査	30
6. 臨床検査	31
V. 治療法	
1. 療育	35
2. 精神療法	
1) 非言語的	36
2) 言語的	37
3. 家族への対応	38
4. 薬物療法	39
VI. 他機関との連携	
1. 専門医療機関への紹介の仕方	41
2. 他機関との連携	42
VII. 子どもの問題に関する社会資源	
1. 医療	43
2. 福祉	44
3. 司法	44
4. 児童相談所	45
5. 子育て支援センター	46
6. 児童福祉施設	46
7. 障害者手帳	47
8. 療育手帳	48
9. 特別児童手当	49
B. 各論	
I. 発達障害	
1. F7 精神遅滞	53
2. F80-82 学習障害	54
3. F84 広汎性発達障害	56
4. F90 多動性障害	58

5. 発達障害関連：てんかん	60
II. 発達障害以外	
1. F1~F5	
1) F1: 物質使用による精神行動障害	61
2) F2: 統合失調症	63
3) F3: 気分障害	64
4) F4: 神経症性障害など	
(1) F40: 恐怖症性不安障害(F40.0 広場恐怖、F40.1 社会恐怖)	65
(2) F42: 強迫性障害	68
(3) F43: 重度ストレス反応および適応障害	70
(4) F44: 解離性（転換性）障害	72
(5) F45: 身体表現性障害	73
5) F5: 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	
(1) F50: 摂食障害	74
(2) F51: 非器質性睡眠障害	76
6) F90~98	
(1) F91 行為障害	78
(2) F93.0 分離不安障害	81
(3) F94.0 選択性緘黙	83
(4) F94.1 小児期の反応性愛着障害	85
(5) F95 チック症	86
III. 注目すべき現象	
1. 不登校	87
2. ひきこもり	89
3. 児童虐待	90
4. いじめ・いやがらせ	91
5. 家庭内暴力	93
6. 自傷行為	94
7. 自殺	95
8. 多動	97
9. 非行	98

# A. 総論

# I. 子どもの心の発達

## 1. 正常な身体発達

精神遅滞の3～4割は特発性であり運動神経の発達の遅れは伴わない。一方、ダウン症候群などの染色体異常や先天性代謝異常などの症候性の精神遅滞では身体発達も遅れる。生育歴の聴取では、乳児健診や1歳半・3歳児・就学時健診における異常の有無と母子手帳を確認することが肝要である。身体的、生理的発達の遅れは母親の不安を介して児の心理発達にも大きな影響を与える。

### 1) 食行動の発達

哺乳量や離乳食の進み具合はその後の母子関係に影響を与える。新生児の消化管からは主に乳糖分解酵素が分泌されるが離乳期には漸減する。その頃、乳糖の消化不良により哺乳量が減ることがあるが固形食が増量できれば問題ない。また、“離乳の完了”とは十分量の固形食が食べられる状態を指し、無理に断乳（母乳を禁止）する必要はなく母乳を継続しても差し支えない。幼児期の好き嫌いは自然に軽快することが多く無理に修正せず経過を見守る。

### 2) 排尿と排便の発達

乳児は腎の濃縮力が未熟なため尿が多く、膀胱容量も少ないため頻回に排尿する。尿回数が減り尿意が自覚できるようになる2歳過ぎがトイレトレーニングの適齢期である。スムーズにオムツが取れて育児負担が減ることも母親の心理に影響する。夜尿症は小学校低学年で約10%、5、6年生で約5%であるが、ほとんどが身体疾患であり知能や心理的要因との関係は少ない。ただし、1年以上なかった夜尿が再開した場合、脳腫瘍か心因性の夜尿を考える。

### 3) 睡眠リズムの発達

新生児は昼夜の区別が無く、約2時間の睡眠を6～7回（20時間以上）とる。1歳頃には昼夜の区別が見られ夜間睡眠（約10時間）に加えて2回の昼寝となる。2歳ごろ概日リズムが整うが夜泣きが持続する場合は母子共に不安が募る。幼児期には昼寝1回の合計12～13時間、小学生では平均9～11時間で、その後、徐々に成人の平均である7～8時間に近くなる。

### 4) 視覚の発達

1ヶ月で母親と目があい、2～4ヶ月にはあやすと笑う。2～3ヶ月には水平方向、3～4ヶ月頃には上下方向の追視が可能となる。7～8ヶ月頃には視力0.1程度となり母親を認識して人見知りをするようになる。その後の視力は2歳で0.5、5～6歳で成人と同等の視力に達する。

### 5) 運動の発達

新生児は生直後から原始反射（乳探索反射、吸綴反射、手の把握反射）と生理的微笑を備えており、母親がこれに触発され育児に没頭する。乳幼児の運動発達はマイルストーン

(表)を標準とするが、これから3ヶ月未満の遅れは正常バリエーションと考える。「いざりっ子」は座った状態から腰を前後に振ることで前進するためハイハイをせず独歩が1歳半頃と遅れるがその他は正常であることが多い。1歳半で積み木を数個積み、スプーンが使える。2歳で手すりを持って階段を昇れ、2歳半でなぐり書き、3歳で三輪車に乗れ、1段1歩で階段を昇れる。

身体発達のマイルストーン

首のすわり	3～4ヶ月
寝返り	5～6ヶ月
座位	7～8ヶ月
ハイハイ	7～8ヶ月
つかまり立ち	10ヶ月
伝い歩き	10～12ヶ月
ひとり立ち	12ヶ月
独歩	13～15ヶ月

## 6) 内分泌系の発達

周期性嘔吐症は精神的・身体的ストレスに際し嘔吐をくり返すもので、ストレス耐性の未熟な幼小児期にみられる。第二性徴の開始は女子では9～10歳から乳房や陰毛の発育が始まり、初潮は平均12.5歳である。男子では10～12歳で睾丸や陰茎が発育し初回射精経験は13歳頃である。思春期にはホルモンや自律神経の大幅な変化が起こるため身体の不調を来たしやすく、同時期に第二反抗期や仲間関係の複雑化も起こるため、多くの児童に心身症(起立性調節障害、過敏性腸症候群、過換気症候群など)がみられる。これらをすべてうつ病の症状と考えて抗うつ剤を増量すると身体症状が増悪することがあり注意を要する。

(深井善光)

## 2. 正常な心の発達

### 1) 乳幼児期

乳幼児期のこころの発達にはめざましいものがある。これは、この時期における急激な脳の発達という生物学的な要因によるところが大きいが、社会環境や家庭環境の影響、特に母子関係を中心とした親子相互作用などによる影響も大きい。

以下に示した乳幼児に見られるさまざまなこころの機能は独立に存在するものではなく、互いに影響を及ぼしあいながら発達していく。

#### (1) 認知の発達

生後2、3ヵ月から人の言葉を他の音と区別し、人の声ができる方に顔を向けたりする。3歳頃には、動物の鳴き声を聞き分けたり、人の声を弁別したりするようになる。

物の形の相違、大小の認知は2～6歳に発達する。3歳ではまねをして○を描き、5歳で