

乳幼児については、むずかかったり泣いたり過度に不機嫌か、逆に、滅多に泣かずに母親と関わることを避けるかなど母親と他者に対する子どもからの働きかけを観察、記録する。いずれの疾患についても、母親の症状と照らしあわせて、必要なら小児科医師や地域の保健師などと診療の連携を行う。

### (3) 子どもの発達

乳幼児期の発達をチェックする。特に軽度発達障害が注目されており、精神科医師は、乳幼児を診察する場合、母子手帳を参照して、少なくともそこに記載されている以下の内容を確認しておく。首のすわり、初歩などの運動発達、初語や二語文以降のことばの発達(18ヵ月)、笑いや人見知りおよび母親や同胞との対人関係の発達などである。また落ち着かない、かんしゃく、多動の訴えを聴取し観察する。

## 乳幼児期の診察の実際

以上述べたことを、診察の実際を考えてまとめると以下の留意点が挙げできる。

- ① 幼児精神医学(母親の精神疾患、母子関係、子どもの発達)についての基礎的な知識
- ② 訴と受診動機観察の重要性
- ③ 母親の精神症状の評価と、育児機能についての家族も交えた客観的な情報聴取
- ④ 養育を行っている家族全体の育児サポートと機能を評価
- ⑤ 母子同席での観察:母子双方からのかかわり
- ⑥ 子どもの発達の基本を母子手帳などで確認
- ⑦ 正確に「記録をしておくこと」の重要性
- ⑧ 母親と家族に対する見立ての説明と、必要に応じた小児医療関係者との連携

(吉田敬子)

## 2) 学童期(小学校)

### (1) 予診:問診表

家庭・学校での各問題を、各々本人・家族・教師がどう困っているか分ける。

各問題の出現時期と経過。

食欲・睡眠、平・休日での様子の違い。

保護者の職業、家族構成、家族の持病。

既往歴・持病、母子手帳で確認。

他の主情報

#### i) 就学の様子

不登校、登校しぶり、母子分離不安

友達関係(いじめ)

学業成績(低下)

#### ii) 心理社会的問題

家族関係・構成(連れ子、再婚)、家庭の社会的・経済的問題、ライフイベント

### (2) 学年区分と各要点

小学校6年間を、低学年(1-2学年)・中学年(3-4学年)・高学年(5-6学年)の3期に分ける。

低学年：幼稚園児の幼さが残り、入学の新たな環境変化がストレスの基。

中学年：急激な心身の成長期、授業内容の複雑化もあり、発達・情緒のアンバランス。

高学年：早い女兒では初潮を迎え、二次性徴が現れ男女の区別が顕著。成長の加速がみられ、抽象的な考え方ができるようになり、中学進学という生活の場の変化を前提にした不安。

### (3) 入室の挨拶

「こんにちは」で、視線が合うか・挨拶を返すかで、診察への受容度を推測。特に低学年では、まだ素直で裏が無く本人の治療者に対する感情は、ほとんど必ず表情・態度に現れる。

### (4) 本人への問診：リラックスさせながら観察

目を見ながらフルネーム「誰々くん・さん」で呼び、「何年生ですか？」という質問で開始。「何年生です」と答えたら、診察に来た時候・行事などの、来院目的とは直接関係ない身近な質問でリラックスさせる。低学年では、平易な言葉を使う。

本人が答えず保護者が答えてしまうなら、どの保護者が最もよく話すかで、家族の精神力動関係を推測。

子どもは診察室で何をされるのか、叱られはしないかと不安なので、注射や痛い検査はないことを伝える。

### (5) 話題中の問題探求

学校：科目、担任教師、給食時間、休み時間、お昼休み、放課後、集団登校。

行事：遠足、運動会、学芸会、文化祭、課外学習（授業）、春夏冬休み、修学旅行、クラス替え。

お友達のこと：どんな遊びか。親友。

趣味・生活：少年野球、サッカー、カード・ゲーム、TV、ビデオ、TVゲーム、インターネット、携帯、マンガ・アニメ、お稽古（ピアノ、スイミング、英会話）、学習塾、休日の楽しみ。

### (6) 親子の観察着目点

#### i) 体格と栄養状態

年齢相応の身体発達、やせ・肥満

#### ii) 衛生状態

衣服・身体の清潔、眼裂、口唇、鼻孔、耳介、爪

#### iii) 不自然な外傷

#### iv) 親子の表情

興奮状態、無気力・無感動、おびえ、親の訴えと子どもの様子の差

#### v) 子どもの行動

診察態度（拒否的、素っ気無い、馴れ馴れしい）、年齢相応の行動・振る舞い、多動・攻撃性、親や医師の顔色を伺う。どもりや構音障害、チック。手指の微細運動の稚巧性。

### (7) ラポールの限界

診察で、何も心配すること無く気楽に何でもお話ができるということ、本人が認識すれば、自然に疎通が取れる。決して子どもに媚びる必要は無い。どんなことがあっても、決して自分を攻めない、常に自分を理解してくれる、あるいは受け入れてくれる、信頼で

きる味方なのだということを、本人が認識した時に、真の疎通（ラポール）が取れる。

初診時に全てを聞き出すことは不可能。初回で全く固まって話そうとしないときは無理をせず、リラックスできる場であるという印象を与えるだけで十分とする。

#### （８）診察終了と重要補足

「さようなら」の挨拶の仕方が、本人に初回面接が有意義・好印象と感じられたかどうかを判定する目安。

子どもの心理的な疾患は、ほとんどが家庭の問題の反映。単に子どもを診るだけではなく、必ず保護者の態度や子どもへの対応の仕方などにも気を付ける。家族の誰を一番慕っているか。家庭がその子どもの真の魂の安住の場かどうか。特に、両親の離婚、再婚、別居、不仲、DVなどの基本的家庭環境の正確な把握は重要。

本人・保護者同席での診察と、本人・保護者のみの別々の、三つの設定での診察。

学校・家庭の様子が異なる場合など、より正確な情報を得るため、保護者の許可を得て担任教師とも面談する。その際 SC・養護教諭・学年主任・校長も加える。

（金澤 治）

### 3) 青年期（中高生）

#### （１）青年期（中高生）の見立てに関して理解すべきこと

①発達・成育歴、②青年期前期～青年期後期の精神発達段階、③生物学的背景（発達障害他）、養育環境（親子関係他）、家族関係、学校生活、対人関係、学業、地域性など、④青年期発病精神疾患（統合失調種、感情障害など）、⑤学童期まで潜伏していた問題の顕在化、⑥治療関係、治療経過から見えてくる事柄、⑦面接場面での秘密、虚言、無言、拒絶、親密性などが意味すること、などの理解がある。

#### （２）受診までの経緯について

①本人が自らの意志で受診するのではなく養育者の勧めで受診、②友人の勧めや養育者に内緒での受診、③養育者による強制的な受診、④家族外（学校や相談機関）の勧めによる受診などがある。経緯によって、本人の治療者に対する先入観は異なる。例えば、自分を叱る人、親や教師の延長上にある受け入れがたい人、幻滅しているおとな、あるいは養育者と対決してくれる頼もしい味方、理想化された救世主、好奇心を満たしてくれる未知の存在などである。期待や不安、恐怖、怒り、好奇心、無関心などの心境で治療者と出会う。

#### （３）受診から診察室入室までの情報

初診時の付き添い者、待合室での本人の様子や付き添い者との関係に関する情報、初対面時の表情や態度、座る順番と位置などが本人の気持ちや家族関係を知る手がかりとなる。

#### （４）診察室に於いて

出会った瞬間から、養育者や本人と治療者がお互いに観察を始め、第一印象が決まる。その印象の変化が治療関係を予測する因子となる。例えば、本人が治療者に対しポジティブかネガティブな印象を持つのかである。最初にネガティブな印象を持ち、その後ポジティブに変化することも珍しくない。また、理想化の後、がっかりした後から治療関係が成立し始めることも珍しくない。しかし、まずポジティブな印象をお互いに持つ方が好ましい。同席した養育者とも同様である。特に養育者の治療者に対する印象次第で容易に治療

機関の変更や選択がなされることが多い。転医目的で来院した場合によく聴かれる言葉は、「あの治療者は信用できない」「養育について一方的に責められた」などである。治療者は本人や養育者との関係に配慮し、両者とのポジティブな関係を築くために必要なことは、まず労い、そして良き理解者としての存在になることである。

#### (5) 面接の方法

最初に、挨拶と自己紹介をする。誰が最初に返事をするのかを観る。家族関係や緊張具合、誰が受診に積極的なのかを知るための情報でもある。また、治療者の挨拶に返事をしない子どもに対し、親はどのような態度で臨むのかである。本人が返事を返してきたら、「どんなことで困ってますか？」と聴く。最初から馴れ馴れしくタメ口での問いかけや言葉使いが受け入れられる場合も受け入れられない場合もある。仮に本人が「別に困ってない」と返事した場合は、ほどほどのタイミングで、「じゃあお母さんが困ってるのかな？」と振ってみる。本人が無言でいるときには、しばし待つことが必要となる。考えて返事をしようとするのか、問いかけに答える気が無いのかの判断をする時間でもある。繰り返ししつこく聴かないことは、「無理に答えなくても良いんだよ」というメッセージでもあり、受容される体験でもある。本人が同席者（家族や陪審医など）の前で答えにくそうな場合には、「席をはずしてもらった方が良い？」と聞くことがある。“しつこい治療者”、“侵入的な問いかけをする治療者”は避けられがちである。青年期は秘密を持つことが必要な時期であり、秘密をむやみに暴くような質問をするのではなく、秘密を持つことを受容する。また、話の内容を、後でこっそり養育者に教えないという約束を同席の場でする。

#### (6) 養育者との関係、発達・成育歴などの聴取について

養育者は養育の問題点を指摘されることに対する不安や自責の念を抱いている。問題点を指摘するための情報収集ではなく、本人の理解と今後の対応を考えるための情報であることを明確に伝える。養育者として子どもの将来を心配し、一生懸命に子育てをしてきた事に共感し、治療者と養育者が協力しながら対応していくことを明確にすることが大切である。発達・養育歴以外にも、親子関係、家族関係、友人関係、家族との会話の量と質、小学生から中学生になった時点での変化、親の期待と現実、基本的な養育態度、食卓の様子、休日の過ごし方、干渉の程度などについても言及する。本人の前で養育者を叱ったり非難するような態度は、本人が全ての原因と責任と将来を養育者の問題にし、前向きな気持ちを諦めることになりかねないからである。

#### (7) 診察と検査について

身体的な診察は、必要に応じて神経学的な診察にとどめ、身体疾患の除外は可能な限り専門医の受診を勧める。精神科医を身体医にすることで精神的な問題を扱われまいとする心性があり、一方精神科医による身体接触を好まない場合がある。特に青年期女性の場合には、男性治療者に対する転移感情の出現やセクハラ、性的虐待の問題なども背景に隠されている場合もあり、身体的診察に対する十分な配慮が必要である。脳波検査や心理検査などの諸検査は、その目的と結果について出来るだけ詳細に説明が必要である。

#### (8) 診察時間枠について

「もう少し聴いて欲しい」、あるいは「もう帰りたい」といった心境を言葉や態度で窺い知ることがある。診察時間の頃合いを見定めることも大事である。治療動機に乏しい場合は侵入的な治療者に対して拒否的になることが予想される。初回の場合、「今日はこのくら

いにしましょう」と告げ、今後の外来治療方針について具体的に伝える。青年期の場合、時間の枠を具体的に示すことが治療的でもある。何時間でも話を聞くことは受容的である一方退行促進的であり、適度な心的距離を保つことが望ましい。

#### (9) 学校との連携について

義務教育と義務教育でない場合とで状況は異なる。学校や職場との連携は重要であるが、まず本人の意志確認や家族の同意を確認することが大切である。伝える内容について事前に相談し、伝えた内容についても報告することが望ましい。

#### (10) 治療終結について

治療目標に到達した場合、「また困ったら来ます」という依存関係ではなく、「もうこんな所に来て役に立たない」「これからは親を宜しく」といった関係でお別れが出来れば子どもは安心して自立の方向へ進むことが出来るだろうと考える。

(松田文雄)

### 3. 家族の問診のしかた

#### 1) はじめに

子どもの心の診療に当たっては、当然子どもが主役である。しかし、受診に積極的なのは多くは保護者である。治療者と保護者の関係がうまく行かなければ、治療は継続できない。しかし、保護者の言い分だけを聞けば、子どもの信頼を獲得することは出来ない。

#### 2) 誰が受診するのか

##### (1) 本人+保護者

本人が低年齢である場合、知的障害が重い場合は、一緒に診察することとなる。これ以外で、本人と保護者が受診した場合は、①本人→保護者の順ですか、②同席で面接するかを、本人に選んでもらう。治療者は中立の立場であることを示す。

##### (2) 保護者

保護者が一人で受診の場合は、このような受診の背景を考える。「来院した保護者のみが子どもを心配している」、「受診形態に家庭内の葛藤が反映されている」などを確認する。両親で来院している場合も、「夫婦仲がよいから受診したのか?」、「お互いに相手を信用できないので来ているのか?」など考える。祖父母、叔父・叔母、知人などが来院している場合はその背景について詳しく問診する。

#### 3) 問診で考えておくこと

##### (1) 家庭内の雰囲気

子どもは一人だけで生活していることは稀で、多くは家族の一員として過ごしている。子どもが示している症状は、家庭内の力動の総和として出現している。家族の問診の中で家庭内の雰囲気を理解する。

##### (2) 親子関係

親子関係が分かるような問診をする。「過保護・過干渉ではないか?」「子どもの気持ちを汲めているのか?」、「保護者としての責任を果たしているか?」、「虐待は考えられないか?」などを念頭に問診する。子どもの場合は、現病歴に至る発達歴は重要である。

##### (3) 夫婦関係

夫婦関係が子どもの症状に反映していることを考慮して問診する。「夫婦関係はうまく行っているのか?」、「家庭内別居状態にないか?」、「単身赴任による影響はないか?」、「子どもに対して接し方が話し合えているのか?」などを念頭に問診する。

(4) その他

「兄弟姉妹との関係はどうか?」、「同居者との関係はどうか?」、「学校の先生との関係はどうか?」、「友人との関係はどうか?」なども確認しておく。

4) おわりに

子どもの場合は、幼少時の発達歴が重要になるが、保護者特に母親でないと分からないことも多い。母子手帳や学校の成績は重要な情報となる。問診の中で、「家族に問題がある」と判断されることもある。この場合は、一方的に家族を責めたり注意するのではなく、「どうして家族はそうなったのか?」を時間をかけて聞き出す。時には、保護者の成育歴が語られることもある。いずれにせよ、家族が適切に治療にかかわりを持つような方策を考えていくべきである。第三者から情報を得る必要がある場合は、本人・家族の了解を得る、あるいは同席で行うことが望ましい。

(市川宏伸)

## 4. 身体的診察

### 1) 全身的観察事項, バイタルサイン

#### (1) 全身的観察事項

- i) 意識
- ii) 機嫌
- iii) 体格・栄養：特に年少児では必要な栄養を与えられているのか(虐待のニグレクト)
- iv) 姿勢
- v) 皮膚：不自然な外傷，皮下出血や火傷はないか，皮膚・爪・頭髮などが清潔に保たれているか(身体的虐待，ニグレクト)，自傷行為による傷や火傷の跡はないか

#### (2) バイタルサイン

- i) 脈拍：神経性無食欲症の低体重の際には徐脈となる
- ii) 血圧
- iii) 呼吸
- iv) 体温

### 2) 成長発達

#### (1) 身長計測

#### (2) 体重測定

(3) 成長曲線へのプロット：横軸に年齢，縦軸に同一年齢集団の標準の身長と体重を刻んだ曲線と共に $-SD$ ， $-2SD$ ， $+SD$ ， $+2SD$ の曲線が記載されている。個人の年齢による複数の記録があれば，受診時点の標準との比較だけでなく，成長の軌跡をたどることも可能。

#### (4) 身長，体重 SD スコア

SD スコア = (実測値 - その年月齢での平均値) ÷ その年月齢での標準偏差

注：3) と 4) では 3) の方が簡略で分かりやすい

#### (5) 肥満度

肥満度 (%) = (実測体重 - 標準体重) ÷ 標準体重 × 100

20%以上 30%未満：軽度肥満 30%以上 50%未満：中等度肥満 50%以上：高度肥満  
-20%以下：やせと定義

#### (6) 第二次成長の発来：思春期早発症など

### 3) 神経学的診察

精神科を訪れる子どもは2歳以後が多いので原始反射は消失している。しかし幼児や幼い児童の詳細な神経学的診察は一般の精神科医には困難。したがって両親からの病歴の聴取と子どもの行動の観察が重要。

#### (1) 意識レベルの異常

(2) 筋緊張（トーン）の異常：筋緊張の低下，筋萎縮，筋力低下

(3) 斜視，弱視：斜めに見る，目を細める

(4) 聴力障害

(5) 失調歩行

(6) 異常運動（不随意運動）：ミオクローヌス，ヒョレア，アテトーゼ，ジストニア，振戦，チックなど

(7) 病歴：利き腕で作業をしなくなった（筋力低下），階段を昇れるのに降りられない（神経反射の異常），心理的な契機が認められないのに退行現象がみられる（進行性の脳の器質的な障害）など病歴の丁寧な聴取が重要

## 5. 心理検査

### 1) 知能検査

#### (1) 知能とは

Binet A は子どもの個人差に関心をもち、子どもの知能を精神年齢として測る（MA: Mental Age）着想を持った。MA を生活年齢（CA: Chronological Age）で割り、IQ（Intelligence Quotient）が求められた。その後 Wechsler D は、知能を「個人が一定の目標を持って行動したり、合理的に考えたり、周囲と有効な関係を持ったりできる総合的な能力」とし、多因子から成る環境への適応能力とした。子どもの知能を考える場合、発達の視点と環境適応の視点との双方から考え、何歳に相当するかと、同一年齢集団の中でいかほどの位置にあるかという点で評価する。

#### (2) 知能検査の種類

Wechsler の作成した WISC-III 知能検査（Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition）と WPPSI 知能診断検査（Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence）、Binet の流れを汲む、田中ビネー知能検査法（Tanaka-Binet Intelligence Scale）と新版 K 式発達検査 2001（Kyoto Scale of Psychological Development: The Edition of 2001）、動作性の知的発達レベルのみを測るグッドイナフ人物画知能検査 DAM（Goodenough Draw-A-Man Test）などが代表的である。このほか、乳幼児用の発達検査や、学習障害や広汎性発達障害を評価する目的で作成されたものもある。

### (3) WISC-III知能検査 (適応年齢：5歳0ヶ月～16歳11ヶ月)

Wechslerが1939年に考案したウェクスラー・ベルビュー知能検査が繰り返し改訂され、日本語版WISC-IIIは1998年に作成された。言語性検査(知識、類似、算数、単語、理解、数唱の6検査)および、動作性検査(絵画完成、符号、絵画配列、積木模様、組み合わせ、記号探し、迷路の7検査)の、13の下位検査から構成されている。

3種類のIQ{言語性IQ(VIQ)、動作性IQ(PIQ)、全検査IQ(FIQ)}と、4種類の群指数{言語理解、知覚統合、注意記憶、処理速度}が得られる。偏差IQは各年齢群において、平均100、標準偏差15になるように調整されている。知能水準は、平均( $90 \leq IQ \leq 109$ )に分類される者が理論上50.0%、上に10刻みで平均の上、優れている、非常に優れている( $130 \leq IQ$ )、下に10刻みで平均の下、境界線、精神遅滞( $IQ \leq 69$ )と分類する。FIQのレベルのほか、VIQとPIQの差、群指数間の差、下位検査評価点のプロフィール、検査時の行動観察や特異的な言語表現、検査環境などを総合して、子どもの知能を評価する。表を用いて、粗点を年齢に換算することもできる。

### (4) 新版K式発達検査2001 (適応年齢：0歳～成人)

嶋津・生澤らによって1951年に開発されたものに、種々の修正が成され、2001年にこの改訂版が公表された。1983年に公刊されたものまでは適応年齢が13歳までであったが、発達臨床や福祉上の対応として、成人後も同一の検査を用いて判定することが望ましいというニーズから、適応年齢が広がった。328の検査項目から成り、姿勢・運動、認知・適応、言語・社会の3つの領域に分類されている。3つの領域別得点および全領域の得点を算出し、換算表を用いて発達年齢に換算する。生活年齢を用いて発達指数を算出する。

### (5) 実施上および評価上の留意点

保護者と子どもに対して、検査の目的を十分に説明し同意を得た上で、臨床心理士と相談してテストバッテリーを決定する。手指に麻痺がある場合や聴覚障害や視野障害がある場合はもとより、体調が悪い、検査に不安・抵抗が強い、大人に対して信頼感がもてない、社会に反抗的である場合などには、潜在している知能を検査場面で十分に発揮することができない。子どもが安心できる検査環境を提供するとともに、検査への対応のみならず、その他の態度や言動を注意深く観察し、総合的に評価することが必須である。

(上別府圭子)

## 2) 人格検査

人格検査は大きく分類すると、質問紙法と投影法に分けられる。

質問紙法は、質問に「はい・いいえ」などの回答をすることで自己像のプロフィールが把握される。ただし、作為的な回答をしたり、自己像の認知によってそのプロフィールは歪みをもって現れたりするため、投影法との併用(テストバッテリーの工夫)が必要である。矢田部・ギルフォード性格検査(小学生・中学生・高校生用)は代表的な質問紙法の検査で、情緒の安定・社会的適応・活動性・衝動性・内省的傾向などに関する12尺度のプロフィールによって、A~Dのタイプ(平均型・安定型・不安定型など)に性格が評価される。

投影法的人格検査は、意識しない潜在的な願望や感情、あるいは葛藤をとらえるために、多くは曖昧な刺激(あるいは構造)に場面が設定されている。こどもが精神神経科を受診する際は、本人自身の動機が低かったり、言葉として自分自身の問題を表現できないことも多い。そのため、こどもに投影法的人格検査を実施することは、「人格」という側面だけで

なく、子どもの葛藤や不適応感を推し測る道具でもある。ただ、投影法の解釈には検査者の臨床的経験と洞察に依拠する面が多いため、問診や面接の情報との検討が必要とされる。

P-Fスタディ：描かれた欲求不満・自我阻害場面に対する反応を数量化して、自我の防衛パターンや人格傾向、社会的成熟度などを評価する。

文章完成法(SCT)：(小学生・中学生用)があり、刺激となる短文に続けて文章を記述する。過程・身体・知能・指向性・力動などにカテゴリー化して分析し、パーソナリティを記述的に把握する。

描画テスト：バウムテストは、樹木画による人格検査で、描画空間の配置・各部分の構成・筆圧・タッチなどから葛藤のテーマや人格を把握しようとする。HTPは、家・木・人のそれぞれの描画を評価点表や質的分析をすることで自己像を検討する。人物画テスト(DAP)2つの性の人物を描かせ、身体の描写やバランスを分析することで自己像を診断する。同じように人物を描くグッドイナップ検査は、子どもの精神発達の評価を行うこともできる。描画法は子どもにとって馴染みやすい検査であり、治療初期の導入場面でも使用されることが多い。風景構成法は、小学校高学年以上に実施することが可能で、葛藤のテーマ指向性などが把握できる。

絵画統覚検査(TAT・CAT)：描かれた絵をみて連想(物語り)を述べる。物語や場面の説明には、潜在的な感情・衝動・葛藤などが投影される、このテストの人格理論をもとにパーソナリティを記述的に評価する。

ロールシャッハ・テスト：左右対称なインクの上をみて、何に見えるかを答える。評価は反応内容だけではなく、知覚の形式的側面(外界をどのように捉えて処理したりかわらうとするのなど)の評価もなされる。最も投影度の高い検査であるが、近年日本での子どもへの臨床的使用が増えている。

(森岡由起子)

## 6. 臨床検査

### 1) 概要

現在、てんかんにおける脳波検査のように精神科領域の疾患の診断に直接かかわる検査から、副作用のチェックのための検査、脳の画像や機能的画像検査、生物学的な研究に向けての検査などさまざまな臨床検査が行われているが、一般精神科で行われている各種臨床検査と児童青年精神科医療において行われている臨床検査は基本的に同様のものと考えて良い。児童青年精神科医療でのポイントを以下に示す。

### 2) 各論

#### (1) 採血や採尿による検査

血液の成分は健康のときはほぼ一定しているため採血により各種の成分を調べることにより貧血や肝疾患、腎疾患などをはじめとする各種の病気の診断の補助に用いる。児童思春期では成長期にあるため思春期年代まではLDH(肝、心、筋酵素、15歳位までには1.5倍程度まで高値)とALP(アルカリフォスファターゼ：肝、骨酵素、背の伸びている骨端成長期には高値)は成人の通常値に比して高い値を示すため注意を要す。各種内分泌疾患では各種ホルモンの異常値がみられる

ため精神症状を有し内分泌疾患が疑われる場合には内分泌検査が必要である。先天的な内分泌疾患の一部では精神遅滞や他の精神症状を合併することもある。抗精神病薬（ハロペリドール、ブロムペリドール）、各種抗けいれん薬（抗うつ作用のあるカルバマゼピン、バルプロ酸を含む）は薬物の血中濃度の検査が可能である。特に抗けいれん薬については有効血中濃度以下では薬物の効果の期待が低く、有効血中濃度を越えると副作用が出現するためフォローは必須である。また血液検査により薬物療法による肝機能や腎機能への副作用のチェックが可能で血中CPKの高値は悪性症候群の指標となる。尿検査も成人と同様の所見を示す。摂食障害で低栄養状態の時は尿中ケトン体が陽性となる。

## (2) 染色体検査、遺伝子解析

ダウン症、プラダウィリー症候群、レックリングハウゼン病をはじめとする各種染色体異常や遺伝子異常は精神遅滞や行動上の問題を合併することがある。脆弱X症候群では自閉症の症状が見られることがある。

現在、各種疾患の病因究明のため遺伝子研究が行われている。統合失調症やうつ病については成人と同様の研究がすすんでいるが、それに加え児童思春期精神医学分野では摂食障害、AD/HD、自閉症についての研究がすすめられている。各種神経伝達物質の受容体や再取り組み部位に関連する遺伝子多型についてさまざまな研究が行われている。残念ながら現在のところどの疾患についてもはっきり病因をつきとめることはできていない。現在の研究の主流は **family based approach** という手法で検体を収集するもので、疾患に罹患している子どもと、その両親から検体を集めこれを数十サンプル以上解析するものである。

## (3) 脳波

脳波とは、大脳皮質の表面近くに位置する多数の神経細胞に生じたシナプス電位・後電位などの総和の電位変動を頭皮上から誘導し増幅したものである。覚醒・睡眠の別、脳の機能障害(てんかん、意識障害など)の有無およびその程度や広がりなどを知ることができる。脳波の周波数はδ波(0.5~3Hz)、θ波(4~7Hz)、α波(8~13Hz)、β波(14~30Hz)に分類され、δ、θ波が徐波、β波が速波である。健常成人(18歳以上)の覚醒、閉眼、安静時脳波はα波とβ波から成り、基礎波としてのα波にβ波が混入する。開眼、計算などの精神作業でα波が消え、β波に置き変わる。小児では徐波が多い。各年齢による基礎波の割合については成書を参考にされたい。発達障害を有する症例では基礎波の年齢による成熟が遅れることがある。睡眠の深さ(浅い~深い、レム期)に応じ特徴的な脳波が存在する。

児童思春期精神医学における脳波検査でわかる主な疾患はてんかんである。健常人にみられない異常活動(棘波、徐波、棘徐波結合などの発作波)が脳波上検出され臨床的なけいれん、意識消失などの発作が観察される場合にはてんかんの診断が可能である。脳波検査はてんかんの診断のついでにしている症例の経過観察のためにも有効である。

自閉症やAD/HDなどの発達障害を有する症例では脳波の異常が見られることがあるので一回は脳波検査を行うべきである。衝動性や強迫症状などの症状があり脳波異常を有する症例では精神症状のコントロールのため抗けいれん薬が有効

なことがある。

脳波検査は上記の他、意識障害の判定、各種中毒や肝性昏睡などの疾患がある場合の脳波異常、脳炎の場合の異常、脳腫瘍や脳血管疾患における異常、脳死の判定などにも用いられる。

#### (4) 誘発電位および事象関連電位、注意集中力検査

体の細胞は絶えず電気活動をしており、それはいろいろな刺激によって変化する。眼、耳、皮膚などの感覚受容器や神経に対して、光、音、電気などの外的刺激を与えることによって発生する活動電位を誘発電位と言い、その変化を調べるのが、誘発電位検査である。刺激の種類と刺激を受容し反応する部位によって多くの種類の検査がある。この検査を行うことにより刺激受容体（眼・耳など）の障害、感覚性伝導路の障害とその部位、大脳の感覚野の障害、脳幹部の障害等がわかる。頭部に電極をつけ光や音などの刺激を加えこの間に発生する脳波の電位の反応波形を複数回加算することにより誘発電位が得られる。

事象関連電位は標的刺激とそうでない刺激（非標的刺激）という2種類の刺激を被験者に与え標的刺激に対しての脳波の電位の反応波形を複数回加算することにより得られるものである。たとえば各種のキャラクターの絵を画面上に表示し特定のキャラクターの時だけ出現回数を数えるなどの課題がこれにあたる。

持続的注意集中力検査 continuous performance test は視覚、や聴覚などの刺激に対してボタンを押すというような検査でランダムな時間間隔で標的刺激だけが連続して出現する単純反応時間課題、標的刺激と非標的刺激の中から標的刺激の場合だけ反応するような X 課題などからなる。刺激出現から反応までの反応時間とそのばらつき、お手つきや見逃しなどの誤答率が測定される。

上記の検査は、各種脳機能障害の他、自閉症、AD/HD など盛んに研究報告がなされている。AD/HD では持続的注意集中力検査で反応時間のばらつきが大きくなることが分かっており、事象関連電位の低値の報告も見られている。メチルフェニデートの投与前後にこれらの検査を行うことにより治療反応性の予測を行うことが可能である。

#### (5) CT, MRI

人体の断面図を示すことのできる画像診断の一つに X 線 CT がある。CT 検査とは X 線を体の回りにぐるっと当てて得られた情報をコンピューターで計算し、格子の目のような 2 次元画像を作る方法である。もう一つの検査である MRI は、磁気を利用して、主に体内の水素原子の量と、水素原子の存在の仕方を検査する方法である。CT 検査の方が広範囲を短時間で検査できるメリットがあるが X 線の被曝がある点がデメリットである。一方 MRI 検査は X 線の被曝はないものの、検査に時間がかかること及び被験者に圧迫感や閉塞感ともない音が大きいことなどがデメリットである。病変部と正常組織との濃度の差であるコントラストは MRI の方が勝る。MRI 検査は放射線の被曝がないため、落ち着いて検査を受けることができるのであれば児童思春期患者の検査に適している。病変部と正常組織のコントラストも良好で、横断像だけでなく、冠状断像や縦断像など、どんな断面像でも得ることができるのも利点である。

精神科領域では脳の CT 検査、MRI 検査が脳の器質的な疾患が疑われる場合には有効である。各種の疾患や病変と CT や MRI 画像の特徴は成書を参考にされたい。成人精神科領域で統合失調症と MRI 画像による各種脳部位の断面積の測定の研究の報告が行われているが、児童思春期精神科領域でも、自閉症や AD/HD などの発達障害領域での画像研究が国内外で行われている。各種の報告でいくつかの脳部位で断面積（容積）の減少が報告されているが、現時点では残念ながら一定の見解は得られていない。

#### (6) PET,SPECT

脳は血流により運ばれたブドウ糖や酸素を大量に消費している。また、脳には神経細胞の間で情報を交換するための神経伝達物質や神経受容体といわれるものがある。脳の血流やエネルギー代謝は、神経細胞の活動が盛んな部位で高く、活動が衰えた部位では低くなる。PET 検査では、ブドウ糖や酸素の代謝をみることによって、脳の局所の機能や、神経受容体の状態などもみることができる。静脈注射などによりポジトロン（陽電子）を放出する薬物を投与し、この薬物が脳のどの部位に集まったかを断層撮影することで脳の活動を知ることができる。

SPECT（スペクト：単一光子放射断層撮影）は、放射性同位元素（RI）を目印として体内の病気の場所や臓器の状態を調べる核医学検査で、集めた信号をもとに断層画像として表現する。患者に投与された RI から放出される単一エネルギー（ガンマ線）の光子を多方向から捉え、RI の体内分布を画像として再構成し、組織の代謝・生理的機能を断層像として映し出す方法である。

成人のてんかん、痴呆などでは臨床的にも研究的にもこれらの検査が行われており、統合失調症でも前頭葉の血流や機能の低下が報告されている。残念ながらこれらの検査薬物の成長期の脳への安全性は確立されていないため児童思春期の患者に対しては PET や SPECT が用いられることはない。成人となった自閉症に対する大脳各部位の血流の測定（特定部位で低下）や AD/HD に対するドーパミントランスポーターの密度の測定（特定部位で増加）などの報告が見られる。

#### (7) fMRI（functional MRI 機能的 MRI）

脳波検査における事象関連電位と同様、特定の事象に対して発生する MR 信号を測定し描画する方法が fMRI である。被験者に特定の課題を遂行してもらい、このときの脳を輪切りにした画像を動画として撮影する。画像の中で、課題を遂行しているときと同じタイミングで変化している部分があれば、その変化はその課題遂行に関係していると判断できる。現行の fMRI では血流の増加により、酸化ヘモグロビンと還元ヘモグロビンの割合が相対的に変化することによる効果を測定する方法が主流である。つまり脳特定部位の神経活動が変化することにより生じた局所の血流の変化を測定していると考えられる。児童精神科領域では前述検査と同様、自閉症や AD/HD での検討がすすめられている。

#### (8) 脳磁図

脳にはわずかな電流が流れ、同時にごくわずかな磁気も発生する。この脳から発生する電気信号の測定が脳波検査であり、磁気信号を測定するのが脳磁図である。つまり脳磁図とは大脳の神経がつくる磁界を測定して、大脳の電気活動の状

態を磁氣的に診断する検査である。被験者は磁気シールドされた専用の部屋で、ヘルメット型の脳磁計に頭を入れて横になるだけであり、検査は約 30～1 時間程度である。児童精神科領域ではてんかん患者への応用や自閉症患者に対しての臨床研究報告が見られる。

### 3) まとめ

以上児童精神科領域で用いられる臨床検査を俯瞰してきた。具体的な疾患別の臨床検査結果の特徴は本書の疾患の項を参照されたい。また検体検査では成人正常値と小児の通常値が異なるものもあるので注意を要する。各種画像研究や遺伝子解析など臨床研究が目的の検査は各種疾患で幅広く行われており今後新たな知見の蓄積とともに病因の究明や治療法の確立の一助となることを願いたい。

(山田佐登留)

## V. 治療法

### 1. 療育

#### 1) 概要

発達障害（精神遅滞、広汎性発達障害、特異的発達障害、多動性障害など）では、脳の器質的・機能的異常を直接に治療して障害を解消するという事は、多くの場合、不可能である。そのため、この子どもたちへの援助では、リハビリテーションと教育とが重要な役割を担う。医療が、リハビリテーションの視点を持ち、教育とも深く連繫して展開されるべきであるという考えから、発達障害の場合には、「治療」ではなく、「療育」ということばが使われる。

「療育」の原語は Heilpaedagogik（治療教育学）であり、特殊教育の形成期にオーストリア・スイスで造られたことばである。

#### 2) 発達障害の療育

医療機関・療育機関が行うことは、以下の 3 点である。

(1) 診断と説明；診断を告げ、障害の性質と発達の見通しとを説明する。

(2) 小児期療育；

- ①精神発達の基礎である安心感・信頼感と自信とを、修復し、しっかり育む。
- ②各々の段階の発達に必要な活動を、養育者と共に体験させ、たくさん楽しませる。
- ③特異的発達障害の場合には、言語療法・作業療法・理学療法などの経験を応用して、障害のある能力を標的にした発達援助を試みるが、方法と効果については意見が分かれる。
- ④生活に大きな支障になる行動があれば、成因を検討し、対応する。行動療法の視点からの対応と、精神療法の視点からの対応とがある。精神神経科用薬による薬物療法を行うこともある。

(3) 学校教育との連繫；

障害の性質と心の育ちとに適合した教育を受けられるように、養育者に助言し、教育

現場と連繫する。

### 3) 福祉制度・生活支援システムの充実

発達障害のこどもたちへの援助には双翼が必要である。その一翼は、療育など精神発達の援助であり、他の一翼は、生活支援のシステムである。精神発達の援助だけではこのこどもたちの人生を支えていくことはできない。したがって、福祉制度・生活支援システムについての知識を持ち、福祉制度・生活支援システムが充実することを後押しすることは、医療機関・療育機関の業務の一部であると考えたい。

(黒川新二)

## 2. 精神療法

### 1) 非言語的治療法

子どもは、言語能力が成人ほど十分に発達していないことから、自己の内的体験を言語化することが困難である。そのため治療では、遊戯療法、描画法、箱庭療法などのように言語以外のものを主な媒介とする治療法が試みられている。これらの治療法の選択に際しては、子どもの主体性を尊重し、子どもの興味や関心の持つ方法を自由に選ばせることが必要である。また、治療者の基本姿勢としては、子どもの言動や作品に対して性急な意味づけや解釈を行わず、言語化されずに内包されている感情を受容することが大切である。以下に代表的な治療法について述べる。

#### (1) 遊戯療法

遊戯療法は、「遊び」を表現手段とする治療法であり、描画や箱庭などの他の非言語的治療法も広い意味では「遊び」としてとらえることができる。遊戯療法はさまざまな玩具や遊具が備えられた部屋で実施され、それらを子どもに自由に使用してもらう。子どもの「遊び」は、それ自体が治療的な働きを持っているため、子どもの主体性を尊重し、治療者が無用な介入をできるだけ避けて、子どもの自己表現を十分受け入れることが必要である。その中で、子どもと治療者との感情交流が豊かとなり、子どもの心に内在する自己治癒力が最大限に発揮される。

#### (2) 描画法

描画法は、特殊な道具を必要とせず簡便であること、また、子どもは成人と比べて描画に対する抵抗が少なく、無意識的な表現がされやすいことから、臨床場面ではよく用いられる方法である。完成された作品をともに眺めることで、同じ感情を共有することにもつながる。主な技法は以下の通りである。①自由画：画用紙に自由に描いてもらう方法であるが、子どもの中には「自由」であることでかえって描くことのできない者もいる。②課題画：人物画、樹木画、家族画、家・木・人テスト (HTP test) などがあり、これらは心理検査として用いられているが、治療技法として活かされることも多い。③枠づけ法：治療者が枠を書き込んだ画用紙を患者に渡して描いてもらう方法で、患者の内面が表出されやすい。④風景構成法：枠づけした画用紙に「川、山、田、道、家、木、人、花、動物、石」などを順に描いてもらい、風景を完成させるもの。⑤空間分割法・色彩分割法：空間分割法は、枠づけした画用紙に自由に線を引いて画面を区切るように教示する方法であり、色彩分割法はその分割された空間に色を塗ってもらう方法である。⑥なぐり描き法：画用紙

に自由に線をなぐり描きするようにと教示し、次になぐり描きの軌跡が何に見えるかを尋ねる。最後にそれに色を塗って仕上げてもらふ方法である。

### (3) 箱庭療法

箱庭療法とは、内法 57×72×7cm の砂箱の中にミニチュア玩具を自由に置くことで、心の中に浮かぶイメージを表現する治療法であり、子どもは「遊び」のひとつとして箱庭に取り組むことが多い。また、箱庭療法は描画のように上手下手が問われることがなく、作り直しができるため、描画法よりも抵抗が少ない。玩具は人、動物、木、花、乗り物、建築物、家具、橋、柵などで、患者には「この砂と玩具を使って何でも好きなものを作ってください」と教示する。治療者は患者の傍らで見護り、完成された作品をともに味わうような態度で接する。箱庭表現を理解には、作品の持つ多様性や多義性に留意しながら、複数の作品をシリーズとして眺め、作品の統合性、主題、空間配置、玩具の持つ象徴性などを検討する必要がある。

以上のような非言語的方法が治療的な働きを持つ主な理由として、「遊び」や描画・箱庭表現によって抑圧された感情が解放されるという浄化作用とともに、それらを媒介として感情が共有される中で子どもと治療者との関係が深化することが重視されている。

(武井 明)

## 2) 言語的精神療法

### (1) 概要

精神療法とは、悩みや心の問題をもつ人に対して行う精神科独特の治療法であるが、子どもの場合、とくに年少の子どもの場合には、言葉で自分の気持ちや家族のことを表現することには限界があり、表情や、行動、情動の表出の仕方などをやり取りのなかで把握しながら、子どもの悩みの言語化を援助し、さらに、その解決方法をともに考えていくことを忘れてはならない。

### (2) 言語的精神療法の進め方

#### a) 導入期

##### 治療契約

初回面接が終わったときに、臨床的情報や治療や、その他の計画についての情報を子どもと保護者に伝える。治療契約とは子どもの心理的な問題を解決し、軽減していくために力を合わせていこうという子どもと治療者との合意のことである。治療者は治療の取り決めをする前に、治療者は心理的な問題をどうみているのか、抱いた印象をまとめて子どもに理解できる簡潔なコメントをして、話し合うことが必要となる。

精神療法は困ったときとか問題が起こったときや話をしたいと思ったときだけ面接に来るといったものではなく、困ってなくても定期的に面接に来ることになっていることを話しておく。面接の曜日、回数、一回の面接時間と面接の場所を決める。こうして、毎回会っていると、子どものなかに必ず変化（転移や抵抗のこと）が生じてくる。

#### b) 治療中期

症状の背後ないしは経過に心理的要因の関与していることをある程度受け入れたところで、いよいよ精神療法的接近を行う。

#### ① まず子どもの訴えることに耳を傾ける。

先入観を捨てて道徳的価値規範をいったん横において、子どもの訴えに耳を傾ける。

② 治療中の態度に注目する。

こうして治療者が聴いてくれているとわかると、情緒的交流が増す。しかし内面の罪悪感、恐怖があるので、外部事情の変化（受容的治療場面）だけでスムーズに情緒的交流が始まるわけではない。

③ カタルシスを起こさせる。

情緒表出の障壁となる内面的問題がとれると、これまで内に秘められていた辛さ、欲求不満、悲しさ、恐れ、怒りなどの感情を吐露するようになる。十分に吐き出させること。

④ さまざまな情緒体験をさせる。

日常生活ではあまり表に出さない感情を治療者がこだわりなく話題にする姿に接することは子どもにとって驚きであるとともに、非常な安心感を与える。少しずつ小さな情緒的冒険をさせること。

c) 治療の終結

治療の目標は症状の消失や適応の改善だけではなく、子どもの発達を促すという視点を忘れてはならない。

(3) 終わりに

家庭ないし学校でのストレスが明らかであれば、それを小さくする努力もしなければならぬ。薬物療法を併用して、より早い改善を目指すなどの柔軟性のある態度が必要である。

(西村良二)

### 3. 家族への対応

子どもの問題で受診する家族に精神科医がどのように対応すべきかについての基本的な姿勢について述べてみたい。ほとんどの親は子どもの呈している症状や問題に不安と困惑、そして混乱をもって受診する。まずもって医師は彼らの不安を聴き届け、そうすることで多少とも親の動揺をしずめる必要がある。これは子どもの症状や問題について、親から正確に必要な情報を得るための問診のねらいとは本質的に目的を異にするものの、親とのある程度の信頼関係が初期の段階でできることが、結果的にその後の親との問診の質を高める。

精神科以外の多くの診療科では、家族環境が疾患や障害の原因になっていると考えられる場合はまれだが、精神疾患の中には遺伝的要因だけでなく、家族環境が原因もしくは遷延化の要因になっている場合も少なくない。特に子どもの問題行動や症状は家族環境からの影響を推測しやすい場合も少なくない。それゆえ、なおさらのこと家族員、とりわけ患者の両親との関係を良好に保つことが医師にとって重要となる。以下では、よくある2種類の家族との対応の誤りを指摘し、それらを避けるための心がけを指摘しておきたい。

まず第一に、医師が子どもを「診断する」ことを最優先にしすぎるために、家族からの陳述や不安を聞くのをそこそこに付き添ってきた家族を退室させ、子どものみとの面接を持つとうとする場合である。こうした分離面接は（特に子どもが青年期以前の場合）親子双方を不安にさせ、その不安のために診断面接での言動を歪んだものとする可能性がある。はじめに述べたように親はその強い不安ゆえに、医師が冷静に子どもとの診断面接をおこ

なおうとする場を妨害するかのような言動をしてしまうことがあるので、まずは親の不安や困惑をしっかり聴き届ける必要がある。こうした親との信頼関係づくりを優先し、確定診断を急ぐ必要はない。

次に、家族関係に子どもの障害の原因を見出そうとしすぎるあまり「家族原因論」をいち早く打ち立ててしまう場合である。それらには「育て方の間違い」「過保護・過干渉」「無関心」「親の人格障害や精神障害」「父親不在」「両親の不和」などなどさまざまなラベルが貼られる。こうした原因論を治療早期から持つことは、おのずと医師と家族との関係を悪くし、医師が一方向的に家族を陰に陽に非難することとなる。こうした医師の態度は家族に敏感に伝わり、家族の態度を硬化させたり、医師に反感を持ったりし、その後の医師からの家族への働きかけをより困難にする。このような事態を回避するには、まずもって医師は「子どもに問題や障害を起こそうとして接してきた親はいない」という事実をしっかり胸に刻む必要がある。どのような親の病的と思われる子どもへの接し方にも、その背後には子どもの問題を何とかしようとしての解決努力があることを忘れてはならない。こうした認識を維持しつつ、なぜそのような接し方をするようになったかを冷静に理解しようとつとめる必要がある。

以上のような家族への対応を維持しつつ家族関係を観察したうえで、家族に子どもの問題や障害を正しく理解してもらい、対応へのアドバイスを教育的に与えることは重要である。家族からの質問にも懇切丁寧に答える必要がある。さらに家族関係（特定の家族員のみの変化ではなく）が変化することで、子どもの問題や症状の改善が期待されるようであれば家族関係を変えてゆくような介入が期待される。家族療法と呼ばれる心理療法はこうした家族関係を変えることで子どもの症状や問題を解決することをもくろむものであり、家族療法家のコンサルテーションを受けたり、こうした家族療法の専門家（医師、心理士、ソーシャルワーカー、看護師など）と協力して治療に臨む必要がある。

（家族療法に関する学会としては日本家族研究・家族療法学会 [address:http://jaft.org/](http://jaft.org/) などがある。）

（中村伸一）

## 4. 薬物療法

### 1) 前提

- (1) 子どもへの向精神薬の処方ほとんどが適応外使用となる。
- (2) 子どもにおける向精神薬の吸収、分布、代謝、排泄について十分な資料がない。
- (3) 子どもにおける向精神薬の無作為化二重盲検比較試験は少ない。
- (4) しかし特に青年期は精神障害の好発する時であり、向精神薬を使用せざるをえない場合が多く、また有効である。

### 2) 処方量

子どもでは大人に比較してより多い量の薬剤が必要と言われることもあるが、有用といわれている Augsberger の式を見ると、成人を1とすると、6歳で1.4、12歳で1.1、15歳でも1.1であり、成人に準じて処方量を決めてよいことになる。しかし、少量から始め

て、副作用を見ながら漸増することが原則だろう。

### 3) 向精神薬の種類

#### (1) 催眠・鎮静薬

- i) 病気でない健常な子ども（特に青年）に尋ねると、よく眠れないことがあるという答えが多い。
- ii) 従って、不眠に子どもが本当に困っているかどうかの判断が重要である。
- iv) 実際は統合失調症、双極性障害、大うつ病の不眠に使用することが多いだろう。
- v) 睡眠・覚醒スケジュール障害や広汎性発達障害の不眠には有効でない印象がある。

#### (2) 抗不安薬

- i) ベンゾジアゼピン系薬物を使用。
- ii) パニック障害や社会恐怖などの不安を主症状とする病態に使用。
- iii) 問題は依存性だろう。子どもに長期間服用させることは躊躇される。従って、何種類か試用して不安が改善されなければ中止し、パニック障害や社会恐怖ならば選択的セロトニン再取り込み阻害薬へ代えることなどが必要である。

#### (3) 抗精神病薬

- i) 統合失調症に使用する場合は成人に準ずる。
- ii) 広汎性発達障害の易刺激性、反復的常同的な行動に有効なことが示されている。また不眠にも有効な印象がある。
- iii) チックの一つであるトゥレット症候群にも有効である。

#### (4) 抗うつ薬

- i) 三環系抗うつ薬の子どものうつ病への有効性は無作為化二重盲検比較試験にて示されていない。
- ii) 選択的セロトニン再取り込み阻害薬の有効性は示されている。しかし 18 歳未満の使用には自殺行動を誘発するため注意が喚起されている。従って、安易な使用はためらわれる。
- iii) 青年期ではうつ病に見えても実際は双極性障害（特に双極Ⅱ型障害）であることが多い。双極性障害への抗うつ薬の単剤使用は推奨されないので、診断が重要となる。特に軽躁病を見逃さないように細心の注意が必要である。
- iv) 強迫性障害や社会恐怖など不安障害には子どもであっても大人に準じて使用できるであろう。

#### (5) 気分安定薬

- i) 双極性障害に使用されるが、子どもへの有効性の検討は極めて少ない。今後の重要な課題である。

#### (6) 精神刺激薬

- i) 注意欠陥多動性障害に使用され、学童期なら依存性は少ないという。

(棟居俊夫)

## VI. 他機関との連携

### 1. 専門医療機関への紹介の仕方

#### 1) 概要

児童精神科の疾患は、発達の観点から患児を見て診断、治療を必要とすることが多く、特有の薬物療法を要することもあり、家庭だけでなく保育園、幼稚園、学校や相談機関、療育機関などとの連携を必要とすることも多い。そのような場合、専門医療機関に紹介すべきである。

#### 2) 紹介に際しての留意事項

(1) 対象年齢：医療機関によって多少異なるが、概ね18歳まで。

(2) 対象疾患：多岐にわたる（各論の専門機関への紹介の項参照）。但し非行、物質関連障害を対象にしていない機関もある。発達障害に関しては一次的には発達障害者支援センターへ。行動障害などのために薬物療法が必要な場合や被虐待が疑われる場合、二次障害がある場合に専門医療期間を紹介すべき。

(3) 紹介目的：診断と専門的治療（精神療法、臨床心理士による遊戯療法などの心理療法、薬物療法、他機関との連携など）、入院治療（治療、保護のために家庭、養育環境から離れさせ、入院させる必要がある場合）

(4) 必要な情報：乳幼児期の発達の状況、生育歴、家族との関係、生活環境、性格、心因、症状、学校や家庭での状態、（暫定）診断など。

(5) 説明と同意：本人、家族に紹介理由と目的を十分に説明し、同意を得る。

#### 3) 紹介可能な専門医療機関

##### (1) 入院治療が必要な場合

児童青年精神科病棟を持つ入院施設がふさわしいであろう。ちなみに医療機関の集まりである全国児童青年精神科医療施設協議会（略称：全児協）に加入している施設として、全児協加入の正会員施設、オブザーバー会員施設（平成18年度）は以下の通りである。

##### 正会員施設

市立札幌病院 診療部 児童部、茨城県立友部病院、千葉市立青葉病院、 国立精神・神経センター国府台病院、東京都立梅ヶ丘病院、神奈川県立子ども医療センター、新潟県立精神医療センター、山梨県立北病院、埼玉県立精神医療センター、静岡県立こころの医療センター、三重県立小児医療センターあすなろ学園、大阪府立松心園、大阪市立総合医療センター、兵庫県立光風病院、島根県立湖陵病院 若松病棟、宮崎県立富養園、(医) カメリア大村共立病院

##### オブザーバー会員施設

北海道立緑ヶ丘病院 1病棟、岩手県立南光病院、総合病院国保旭中央病院、千葉県こども病院、愛知県心身障害者コロニー 中央病院、独立行政法人国立病院機構 香川小児病院、独立行政法人国立病院機構 西別府病院、独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター、長崎県立精神医療センター

なお、他にも地域により大学病院、総合病院精神科、精神科病院で児童青年精神科の患者を対象とした入院病棟を持つ医療機関はある。

## (2) 外来治療が必要な場合

上記の全児協会施設や他の専門医療機関、その他日本児童青年精神医学会員の勤務する病院、診療所。

(豊永公司)

## 2. 他機関との連携

### 1) 他機関連携の重要性

子どもの心の診療において、狭義の「治療」と「健全な人格発達のための支援」とは切り離せないものである。特に、子どもを「育てる」という視点は不可欠であるため、近接領域との連携は、一般精神科におけるものよりも一層重要である。

### 2) 保健領域との連携

母子保健領域では、従来の心身障害児の早期発見に加えて、発達障害児の早期発見と支援が役割として位置づけられるようになった。特に、ADHDや高機能広汎性発達障害などは、従来の健診システムでの早期発見が困難であるため、現在各地で人材育成やシステムの再構築がなされており、医療側には適切な診断・評価機能が求められている。また、さまざまな子育て支援や乳幼児虐待の早期発見と予防なども、母子保健の重要な役割となっている。近年子育て環境が激変し、育児負担感や育児不安が増大している。従来であれば、地域社会で支えられていた些細なストレスが、子どもの心の診療に持ち込まれることも多く、これらに丁寧に対応することが、不適切な養育や虐待の予防にもつながる。

一方、精神保健領域では、社会的ひきこもりの問題や、未診断の発達障害児・者の抱えるさまざまな精神医学的症状に関する相談が増加しており、医療領域には適切な診断・評価と治療が期待されている。

### 3) 福祉領域との連携

児童福祉において重要な課題は児童虐待問題である。児童相談所や市町村の児童福祉担当課などが、在宅支援・親子の分離や再統合など対応方針を決定し支援していくのだが、虐待が起こる家庭におけるさまざまな精神健康問題は、虐待の危険因子にも結果にもなりうる。このため、子どもの心の診療においては、虐待の早期発見とともに、虐待者・被虐待児双方の精神医学的評価と治療が求められる。

### 4) 教育との連携

学齢期の子どもの精神健康におけるプライマリ・ケアの役割を担うのは、養護教諭をはじめとする学校教師であると考えられる。このため、子どもの心の診療にあたっては、教育との連携は必要不可欠である。従来の症例を通しての連携に加えて、近年では、発達障害児に対する「特別支援教育」における外部専門家としての役割が期待されている。また、学校現場で起こる、いじめや自殺・自然災害や犯罪被害などの危機事象に際しては、子どものトラウマ反応の経過観察と評価・治療的対応、集団に対する啓発活動などが、医療に求められることもある。

### 5) 司法との連携

近年、家庭裁判所や少年鑑別所が関わった少年事件で、ADHDや高機能広汎性発達障害などが初めて発見され、医療機関に診断評価と治療を求めて紹介されることが増えている。