

<総論 2.診断 1)診断面接 (1) 子どもへの面接法 (2) 親への面接法>

1, 診断面接総論

面接は、すべての医療行為に共通する作業であるが、特に心の診療においてはそれが唯一であると言っていいほど重要なものである。ここでは初回の面接、特に診断面接について概説し、子どもへの面接のポイント、親面接のしかたについて述べる。

1) 初回面接の目標

診断面接の初回は、病歴の整理および特定の疾患に合致する場合の診断評価、症状や行動の問題点を明確にし、治療のゴールとそこに到達するための方法論を考えること、さらに治療関係・ラポールを形成すること、などが目標である。ここで必要になるのは診断のために症状を収集することと治療のためのみたてを行うことを同時に行うことである。単に診断病名をつけるだけでなく、治療をどのようにすすめていくのが大切なポイントであり、治療の成否は初回面接が成功するかどうかにかかっているといても過言ではない。

子どもの心の診療において、伝統的な精神分析的面接を行うことは現実的ではない。面接には道筋が必要であり構造が必要である。医師は子どもまたは親に話しかけ、時に先導し、時に伴走し、時に後方から追い、時に傍らから見守りつつ、時に接近し、時に離れ、時に鋭く切り込み、時にソフトに手を添えつつ面接を進行させる。めざすゴールは「診断」と「みたて」でありこれを見失ってはならない。また初回面接のゴールが次の面接(治療面接)のスタートである。

2) 「診断」と「みたて」

近年、疫学統計や研究に使用することを目的に作成された「操作的診断基準」を臨床にも応用することが一般的になっている。これらには「どのような症状が」「どのくらいの期間続き」「どのような障害をきたしているのか」が明確に記されており、これらを十分に頭に叩き込んだ上で面接することが診断面接には役にたつ。すくなくともそれぞれの疾患カテゴリーについてその概念や定義について面接医師は熟知していなければならない。

一方、子どもの心の診療の面接において診断病名をつけるだけでは用をなさない。心の診療では診断名と治療法はつねにペアではなく、同じ疾患カテゴリーにくくられたとしてもその子どもの人生は子どもの数だけ多義であり、子どもの数だけ治療の方法論が存在する。したがって、診断面接においては、単に診断名をラベルとして貼るだけではなく、治療の力点をどこにおくのか、どのように治療していくのかを見定める作業が必須である。これが「みたて」と呼ばれるものである。私見であるが神経症を中心とした精神疾患の子どもは人生のどこかに「つまずき」のポイントがあり、精神療法と呼ばれる作業は、そのつまずきポイントからの育て直しの作業であると考えることができる。みたてはそのつまずきポイントを明らかにし治療の方向性を見定めること、症状を持つ子どもを単独・独立した存在でとらえるのではなく、家族や友だち・地域社会との関係性、およびその子が生きてきた人生とその家族の歩みという文脈から症状・症候の意味を考える、という意味を持つ。

3) 子どもの心の診療における面接の特徴

子どもの心の診療における面接の、インタビューの相手は子どもである。面接場面に現れる子どもはさまざまな発達段階にあり、その年齢の正常とされるあるいは一般的な子

ども像をあらかじめ知っておく必要がある。健康な子ども、定型発達とされる子どもの面接をできるだけ数多く経験していることがのぞましい。

子どもはことばを話すとは限らない。自らの症状をことばにして説明することが必ずしもできるわけではない。したがって面接者は子どもの表出するすべての情報を利用して子どもの内面に迫るという作業をしなければならない。どれだけ子どもが感じている体験世界に共鳴できるかが面接成功の鍵になる。

インタビューする相手は子どもだけではない。親や保護者に面接することも必要であるし、その際子どもと一緒に面接するか別々に面接するかによっても情報量は異なる。さらには祖父母や親戚、教師、保育士、保健師、施設職員など子どもと接するすべての人が面接の対象になりうるし、みたてをするうえでも **multiple informant** が有用な場合がある。

「主訴」が必ずしも本当の問題とは限らない。子どもや親が語る問題と実際の問題が異なることがある。子どもや親が、症状や行動の成り立ちをどのように認識しているか、また医療機関や面接者に何を期待しているのかを知ることみたてをする上で必要である。

子どもの心の診療は面接がすべてであり、診断・みたて・治療すべてが面接で決まると言っても過言ではない。われわれは面接のプロフェッショナルであることを自認し子どもとその家族そして彼らが抱える問題に対峙するのである。

子どもの心の診療における面接では、面接の場と構造が重要な構成要素である。取り扱う症状や問題の特性を踏まえれば成人患者と同じ待合室は避けるべきである。また、感染症を中心とした一般小児科患者とも区別して考えるべきであり、処置で泣き叫んでいる子どもの声などが聞こえない静かな待合室を提供する。予約診療や事前の問診表提出などでできるだけ待合室にいる時間を短くする。いたずらに不安な気持ちを高めることはしてはならない。待合室だけではなく、診察室にも子どもが関心を寄せるおもちゃや絵本などをさりげなく置いておく。お絵描き用の紙とクレヨンがあるとよい。子ども用のいすは子どもの体格に合わせて座りやすいものを準備する。回転いすよりはソファのようないすのほうが望ましい。子どもと面接者の間には何も置かず、目の高さが同じになるようにこちらのいすの高さを調節する。

2. 子どもとの面接

子ども本人に面接する場合のいくつかの留意点について以下にまとめる。一般的に子どもへの単独インタビューが成立可能な年齢は9歳であり9歳以降は成人と同じ扱いの面接が可能であるとされている。

前述のように「子どもに面接する」ことの特異性を理解することが大切である。子どもとの面接のゴールは診断やみたてだけでなく、子どもと仲良くなる（治療関係を作る）こと、子どもに自分が単に治療を受ける（＝取り調べられる・責められる）役ではなくて、自分が話すことが治療に役立つのだということを知ってもらうことも目標になる。

まず、子どもにあいさつをする。どんな面接も礼に始まり礼に終わる、と心がける。保護者が同席している場合はまず子どもに先に話しかける。視線を合わせて年齢相応のことば使いをする。質問は、子どものレベルにあわせて **Open-ended question** と **closed question** を適宜使い分ける。簡単に答えられる質問から始め、「いつから」や「なぜ」はなるべく使用しないようにする。面接者や保護者の価値判断が混じる質問や答えにくいこ

とが予想される質問に注意を払う。答えられない、答えないという行動もまた重要な診察所見である。面接には適切な「間」と「沈黙」が必要である。沈黙することを妨げない。子どものことばを「繰り返し」と「言い換え」たりすることも問題や症状を明確にすることに役立つ。ユーモアを交え、適宜話題を脱線（distraction）させ面接の場の雰囲気や和らげる。カウンセリングの基本姿勢である傾聴と受容・共感に常に意識すべきである。面接の最後には必ず「まとめ」をする。

乳幼児との面接（3歳まで）においては、できるだけ親の近くに子どもを座らせる。2歳までは視線は「恐怖感」を引き起こすため、無理やり視線を合わせないことも大切である。遊びで注意をひきつける工夫をし、行動やボディランゲージを意識する。

3歳～9歳も同様であるが、簡単なことばで話しかけることを心がける、答えられたら十分にほめることで発話を促す。一般的に学童は自分の友だちや学校の話をするのが好きである。学童は可能なら親や保護者抜きで話ができるかトライする。

9歳～思春期の子どもとの面接においては、大人扱いする部分、子ども扱いでもかまわない部分を意識する。この年齢の子どもとの面接においては、親と話す前に子どもだけと面接する時間をとる工夫をする。また答えることを強要せず子どものことばを信頼することが重要である。

思春期の子どもの場合にはいくつかの注意点がある。思春期の子どもは通常自ら選んで面接に臨んでいるわけではないので、子どもとの信頼関係を築くことが何より重要である。そのためには面接者は親の代役をせず中立を保ち、可能な限り子どもの権利の代弁者・弁護者の役割を担うと認識する。自分の意見を出して子どもと同じレベルで議論すべきではない。また講釈や説教をせず、子どもの体験にそってストーリー作りをすること、何が問題かを明らかにすること、行動を批判しても子どもを批判しないこと、ポジティブな点について指摘することなども重要である。注意を集中し耳を傾け非言語的なサイン（面接に臨む態度や姿勢、視線の動きなど）に留意する。思春期の子の面接において、他の子と比較することや問題を過小評価すること、しゃべりすぎること、全てを深刻にとりすぎ過剰に反応することや「～すべきだ」という話し方は避けたほうがよい。

診察室での子どもの行動観察も面接の重要な要素である。前述のような家庭や集団の行動についての情報に加え、親との分離に際しての反応、身体的な特徴（外見からける印象）、運動機能、ことばづかい・話す内容・プロソディ、社会的な相互作用の持ち方、子どもの現在の感情・気分・意識レベルなどを行動観察のポイントとしておさえておく。発達段階や発達レベルについても行動観察から評価する。神経学的な診察は次章を参照されたい。

3. 親との面接

子どもが十分に自分の症状を表現しきれない発達レベルの場合は、親が重要な情報提供者になる。面接の基本的なところは子どもと同様であり、思春期以降はできるだけ子どもとは別に、子どもの後に面接するようにする。これまで述べてきた内容について時系列にそって整理することが大切である。あいさつと自己紹介をする、親が話すことを促し判定したり遮ったりせずに訴えを傾聴し問題点を抽出する、さらに親が懸念している信念と医療に求めているものについても抽出する、などが面接のプロセスになる。親との面接においては、子どもより親の精神病理を優先することは避けたほうがよい。親は治療の対象で

はない（支援の対象ではあるが）。できるだけ「家族」を中心にすえ、親のこれまでの対応・親が考える解決方法を検討しいっしょに治療の方向性を決めることを心がける。

4. まとめ

子どもの心の診療における診断面接について述べた。われわれがめざすのは面接のプロフェッショナルであるが、そこに到達する道に王道はない。また、面接は教科書で勉強すれば上手にできるものではないし自分でやらなければ上達しない。さらに上達しようと思わなければ上達しないので、失敗と試行錯誤の繰り返しおよび適切なスーパービジョンが重要である。面接の成否が治療の成否を決めるということをお忘れなく。

（塩川宏郷）

<総論 2.診断 2) 神経学的な診察>

1, 神経学的な診察にさきだつての心構え

子どもの神経学的診察においては、子どもが発達することを念頭におき、その年齢相当の評価をすることが大切である。そして病歴の聴取が、続く診察、初期診断および治療を大きく左右する。特に、急性増悪をする危険性があるかどうかの判断が求められる。また虐待などでは、病歴で聴取されない情報にも注意する必要がある。病歴を聴取しながら子どもの病態を推定して、さらなる詳しい情報を入手する。例えば発達障害の子どもであることが推定されるときには家庭での状況、子どもの成育歴などを注意深く聴取し、つづく診察に役立てるべきである。必要により、幼稚園の保母、学校の担任などからの面接による情報も重要である。本章ではルーチンの神経学的診察法に加えて、心に障害をもつ子どもの診察法に主眼をおいて考察したい。

<病歴とその評価>

1) 現病歴聴取の注意点

全体的な病状を把握すると共に、診断に結びつく個別の詳細な情報の聴取を行う。極端な誘導尋問はさけるべきである。また最近の情報の氾濫に伴って、両親が発達障害の知識をもとに思い込みによる現病歴を述べることもあることにも注意が必要である。

2) 主訴、現病歴

主訴は、患児が急性疾患に罹患しているかまたは急性増悪する危険性があるかどうかの判断が重要である。小児の問診は主に両親から行われるが、前述のように問診では把握できない情報にも注意が必要である。そしてつぎの主なる鑑別診断を念頭にしてさらに問診を進め、病態の把握を行う。

鑑別診断：精神疾患、感染症、代謝疾患、腫瘍疾患、先天異常、アレルギー疾患、脳変性症、外傷、神経筋疾患、その他。

3) 既往歴

小児神経診察には必要不可欠であり、重要な情報が得られることが多い。

母親の妊娠歴、周産期歴、成育歴：母体の健康状況、持病、嗜好品（酒、タバコ）、服用薬剤等。

新生児歴：哺乳状況、横断、呼吸障害、異常な緊張、不随運動。

発達歴：正常の発達パターンに沿って問診し、遅れが考えられる場合は診察によって確認する。

4) 家族歴

遺伝性疾患についての鑑別と、家庭環境の把握には大切である。必要により母親の生育歴の情報も診断に役立つ場合がある。

神経学的診察法

診察の順序は、出来るだけ自然な状態での観察から始め、最後は患児の啼泣によっても所見の評価に影響しないもので終わるべきである。

5) 観察による診察

診察室に母子が入室するときから、神経学的診察が始まっている。患児の表情、母親の様子、母子関係さらに周囲に対する反応などより、患児の精神状態、行動様式、知的レベ

ルなどが瞬時にして把握される。着衣はそのまま、自然の状態を観察する。じゅうたんの上で遊ばせながら、あるいは母親に抱かれながらの対面など、その場面により選択すべきである。また場合によっては、マジックミラーによる観察も必要である。この場面において意識状態、精神・知的発達、主要な脳神経機能、運動機能、小脳症状が観察される。

対面による診察

上記の自然の状態の観察による診察に引き続いて、診察医との対面による診察に入る。3歳以前は、母親の膝の上で抱きかかえての診察となる。協力が得られる場合や年長児はフロアで遊ばせながら診察をする。

<意識、知能、行動、対人関係の評価>

問診時に遠城寺式発達検査を施行することは発達および知能検査の評価に役立つ。自閉症の基本障害の1つである対人・社会性の障害は、上記の自然な状態での観察に続いて、母親に抱かれての診察も大切である。母子関係が確立していないか、対面での診察者にも無関心である場合は、障害が疑われる。人見知りの状態、スキンシップの確立、周囲に対する関心度などの観察も大切である。

1) 脳神経機能検査

検査項目による検査可能な年齢が存在する。脳神経、VII、VIII、IX、X、XIIは生下時から検査は可能である。I、Vは4歳ころから検査は可能である。III、IV、VIは検査項目により生下時より可能である。発達障害では脳神経系の障害は少ない。

2) 運動機能検査

発達障害児において、運動発達の遅れがしばしば認められる。アスペルガー症候群では何らかの運動障害を認め、「運動の不器用さ」がみられることがある。乳児期に座位や立位の遅れ、四つ這いや寝返りがうまく出来ないなどのエピソードをみとめる事がある。また独歩は平均より数ヶ月遅れることがある。粗大運動だけでなく微細運動障害も認められ、協調運動障害を50-90%の患児に認めたとの報告がある。

幼少期にはボール遊びが苦手であったり、靴紐を結べなかったり、奇妙な歩容姿勢で歩いたり、走ったりすることがある。不慣れな姿勢をとることに抵抗をしめしたりする。そしていろいろな感覚において過敏であったり鈍感であったりという感覚反応へのひずみが認められることが多い。

3) 小脳症状

4歳を過ぎるころより検査が可能となるが、それ以前は患児との遊びの中で観察する。振戦、体幹の失調、姿勢の異常、歩行の異常、眼振などが観察の対象となる。発達障害では明らかな小脳症状ではないが、転びやすかったり、簡単にバランスを崩しやすいことが認められることがある。小脳症状を呈する原因疾患の鑑別が大切である。

4) 不随意運動

アテトーゼ、ヒョレア、ジストニア、バリスム、振戦、チックなどがある。典型的な不随意運動は、種々の疾患との鑑別が必要である。チックは特発性と症候性に分類されるが、心因性の病態として観察も必要である。

2, 補助診察法

最後に患児の皮膚症状、小奇形の有無を調べる。

1) 皮膚所見

皮膚所見は一見して診断を確立できる徴候が含まれているから、習熟しておくべきであろう。そして皮膚神経症候群の診断の一助となる。

ミルクコーヒー班：von Recklinghausen 病

木の葉型白斑：結節性硬化症

渦状、滴状斑：Bloch-Sulzberger 症候群

魚鱗癬：Sjögren-Larson 症候群など

ポートワイン斑：Sturge-Weber 症候群

日光過敏症：色素性乾皮症

2) 小奇形

体の各部位における形態異常であるが、それ自体では機能障害はきたさない。しかし器官形成以前に生ずるものも多く、染色体異常や先天奇形症候群において観察されるから、熟知していることにより診断に役立つ。

例：眼裂斜上、眼裂斜下、眼窩間開離、副耳、高口蓋、狭口蓋、胸廓変形、皮膚洞、指内彎、多指、各種頭蓋変形など

3) 身体計測

頭囲測定は欠かせない。頭囲拡大あるいは小頭は診断に重要である。とくに経時的測定において、急速な頭囲拡大には注意する必要がある。

3, 神経学的診察の総合評価

神経学的診察を終えるにあたり総合判定する。全体のながれは、(1) 病歴聴取 (2) 診察 (3) 一次検査 (脳波、CT、MRI、一般生化学的検査など) (4) 特殊検査 (筋、神経生検、酵素測定、遺伝子診断など) (5) 確定診断 (6) 治療、療育、カウンセリングである。子どもの心の診察において、神経学的な診察は他の疾患 (変性疾患、遺伝性疾患、代謝異常症、染色体異常症など) の鑑別に多いに活用されるべきである。発達障害は、(1) → (2) → (3) (必要により) で判定できる場合が多い。しかし他の疾患の鑑別が必要な場合には、上記のながれに沿って確定診断すべきである。

4, おわりに

診察は種々の場面でメリハリをつけた診察法があつてよいであろう。本項は、初診における診察法を原則として記載した (診断的診察)。乳児健診や発達健診などにおいてはスクリーニング的診察が求められる。経過観察による機能評価を目的とした定期診察では機能評価的診察、診断確定した進行性疾患では病状の進行を予測しての前方視的診察が必要となる。診断的診察以外は紙面の都合上、記載しなかった。各検査項目の詳細は、成書を参考にする。

(桜川宣男)

<総論 2. 診断 3) 所見のまとめ方>

面接は通常、子どもと家族を診察室に呼び入れるときからスタートしている。自ら待合室に出向き、挨拶し、診察室まで同伴する際には前を歩かず行動を観察し、ドアをあけ入室させ自分は最後に着席する。自己紹介をし、天気や交通手段などの雑談や簡単な質問を子どもにすることで面接の雰囲気づくりをすると同時に、子どもの外見上の特徴や行動を観察しおおまかな発達レベルについて評価する。面接に要する時間の見通しを説明したあと実際の面接に移る。

1, 主訴

主訴は具体的に聴く。「不登校」「体重減少」「ことばの遅れ」「発達の遅れ」「集団行動ができない」「友だちができない」など簡潔な述語にまとめるだけでなく、発達の遅れであれば何がどれくらい遅れていると懸念しているのか、それはどのようなときに感じるのかなどを聴く。最も困っていることは何か、子どもや養育者のニーズを読み取ることが必要である。主訴の特定は重要な要素である。

2, 「症状」の取り扱い

精神症状に関する質問については特段の配慮を必要とする。子どもが自らの精神症状を語ることは非常にまれであるが「いつもどおりじゃない状態」を特定することやその特徴を記述していく。いつもと違う状態になったのはいつか？ それはどのくらい続くのか？ どのくらい頻回におこるのか？ それは自分でコントロールできるか？ そのときやその状態であってもできる活動があるか？ 症状に関連して発生する事象があるか？ などについて記載する。子どもと保護者と別々に質問することが望ましい。

3, 家族歴

家族構成や遺伝性疾患についての評価のみならず、精神疾患、神経疾患、精神科受診歴、同じような発達の問題の有無や家族の力動を知る上でも家族歴の聴取は重要な情報である。家系図 family tree を作りつつ3代さかのぼって聴取する。初回面接で必ずしも完結すべき情報ではないので一度に聞かなくてもよい。注意すべき家族歴としては、若年妊娠、両親の低学歴、複雑な家族構成、養育者の身体的・精神的問題、きょうだいの問題などである。

4, 発達歴

発達歴の聴取は文字通り時系列に沿って胎生期・周産期・新生児期・乳児期・幼児期・学童期・思春期について情報を集めることである。特に発達障害の診断面接においては発達歴の聴取がそのまま現病歴になる。

胎生期および周産期の問題点としては、望んだ妊娠だったかどうか、流産や中絶の既往、人工的な妊娠 Assisted reproduction、妊娠中の体調・精神状態、妊娠中の重大なライフイベント、薬物使用の有無などである。切迫早産・妊娠中毒症などの妊娠合併症の有無、分娩様式（帝王切開だったか？それは緊急か？など）、胎児仮死・新生児仮死・早産など児側

の問題、黄疸や先天奇形などの身体的合併症、母乳栄養だったか否かなどが心の発達のリスク要因とされている。新生児期の母子分離の有無や産院を退院してからの状況（家庭に適応できていたか？夫や家族の協力が十分あったか？1ヶ月健診を待たずに受診しているか？育児を楽しめているか？など）は親子の愛着形成に関連するとされている。

乳児期に聴取すべき点は一般的なケアに関する事、たとえば夜泣き、離乳食にまつわる問題、健診の受診状況などや気質に関する事（育てやすい？気難しい？）、神経学的な発達の指標などである。

幼児期は、特に発達障害においては最も重要な所見が認められる時期であり必要十分な情報をもれなく収集していくことが求められる。この時期には子どもの「対人関係」「言語発達」「行動面の特徴」について聴取する。

対人関係の特徴は、親からの分離にまつわる特徴（強い分離不安があるか？親から離れてもまったく気にしないか？）や人との交流のもちかた（極端な人見知り？なれなれしすぎる？）、集団行動の場での特徴（運動会やお遊戯に参加できているか？自由遊びのときの遊び方は？保育師から「ちょっと変わった子」「独自の世界を持っている」などと評価されているか？）からとらえていく。

言語発達の状況については、始語（名詞を初めて使ったとき）の遅れの有無、オウム返しの有無、指示理解ができるかなどがポイントである。オウム返しは語彙を増やしていく上で必要な行動であるが、幼児期の後半まで残存したり、文章をそのままオウム返ししたりといったパターンは発達障害に特徴的である。また指示代名詞（これ、それなど）を理解できるかどうかも重要である。

幼児期に観察される行動面の問題、特に発達障害に特徴的な行動としては、自己刺激行動（回転、hand flapping、奇妙なやりかたでものを見つめるなど）、こだわり行動（道順、ものの位置、手順や儀式的な方法への固執）、興味の限局（変わったコレクション、変わった一人遊び）などがみられる。他にパニックや多動もこの時期に出現することが多い。さらに発達障害に特異的と考えられる所見には、感覚の過敏性がある。これらは子どもの主観的体験なので理解しにくい面もあるが行動面の問題として指摘される。聴覚過敏（耳をふさぐ、ピストルや子どもの泣き声が嫌い）、触覚過敏（手をつなげない、髪を洗えない、抱っこを嫌がる、靴はかない、つま先で歩く）、視覚過敏（特定のテレビ番組やCMを嫌がる）などである。特にわかりにくいのは視覚刺激によつて過敏性であり、自閉症児のタイムスリップ現象を誘発しやすいとされる。

5. 現在症・現在の状態像評価

現在症は遊び・身辺自立、対人関係、コミュニケーション行動、社会性・過敏性などについて情報収集することになる。発達や行動の問題は診察室でそれらが再現されることは少ないので、身近な人によって観察された所見を聴取することも参考になる。

遊びは通常、自分の体を使う→人の体を使う→物・道具を使う→人と遊ぶ→道具を使って人と遊ぶ→ルールを使って人と遊ぶ、という経過で発達していく。身辺自立（着替えや身支度、清潔週間、食事、排泄、移動、日常生活リズムなど）あるいは利き手、手指の巧緻性について知ることは、子どものADLに対しどの程度の支援が必要かということの評価することにつながる。

対人関係については、愛着対象としての身近な人とのかかわり方を尋ねることが発達障

害の診断において重要である。愛着関係にあるべき人を無視したり道具のように扱ったり（クレーン現象）する場合は愛着のレベルとしては非常に未熟な状態であり、分離に際して激しい抵抗を示し見捨てられ不安を訴える状況などは愛着のレベルとしては強いが極端な場合はそれ自体が行動面の問題にもなりうる。

コミュニケーション行動の評価は、発語前であればイメージをつくり共有する力があるかどうかをみる。視線を共有し指示代名詞を理解できるか、模倣や指差しするか、危険やその場の状況が判断できるかなどである。「ことば」は、喃語→jargon→かけ声ことば→有意語（始語）の順に発達する。2語文を話すためには語彙100語必要であるとされている。

「これなあに」と「オウム返し」を使って新しいことばを獲得し4歳で日本語文法的にはほぼ完成するといわれている。

社会性については、「だめ」がわかる・順番・人のものと自分のものの区別ができる・ルールを理解している、などの行動で評価する。過敏性については嫌いなテレビ番組やコマーシャルがあるか、洗髪できるか、はだしで歩けるか、手をつなげるか、また抱っこを嫌がることはないか、嫌いな形や嫌いなにおいがあるかなどを尋ねる。年長児においてはこれらのほかに、学校への程度参加できているか、休日など余暇の過ごし方なども社会性の評価につながる。

発達障害、特に自閉症診断のためのいくつかのキーとなる質問を自分なりに準備しておくとうい。1歳6ヶ月～2歳におけるキー質問項目としては「他の子に関心を示しますか？」「『いないいないばあ』を喜びますか？」「かくれんぼしますか？」「おもちゃを使ってままごとしますか？」「興味のあるものを見つけると指差しますか？」「あなたに見せようとして何かを持ってきますか？」などが診断特異的といわれている。

6. 所見のまとめかた

面接および診察によって得られた情報は、治療スタッフが共有する財産と言える。したがってスタッフがいつでも参照し自らの意思決定・行動決定を行うためのガイドラインになるべきものとして整理する必要がある。プロブレムを身体臓器の病態ごとにまとめるPOSというシステムが医学記録に取り入れられているが、子どもの心の診療においては、プロブレムは疾患症候ごとにまとめるのではなくグローバルな観点でまとめる。たとえば、

- (1) 子どもの身体的所見（神経学的所見を含む）
- (2) 精神医学的所見（意識レベル、精神症状の特徴）
- (3) 発達・行動上の問題（発達障害児にみられる特徴）
- (4) 認知機能と適応レベル（知的発達および認知処理の特徴など）
- (5) 家族および地域（学校・幼稚園）の問題

に分類するとわかりやすい。そのなかで、今、治療的な力点や作用点をどこにおいているのかということスタッフで共有し、かつ役割分担することが治療を行う上で重要である。治療の実際については他章をされたい。

(塩川宏郷)

<総論 2. 診断 4) 医学的補助検査>

精神疾患は、中枢神経の器質的、機能的障害によって生じ、原因疾患としては、胎生期、周産期、出生後のさまざまな身体疾患が原因となる。この項目では、精神障害を引き起こす身体疾患を挙げ、鑑別のための検査を記述する。精神症状から身体疾患を診断することは、特異的治療法が存在すること、遺伝カウンセリングの実施が可能になることなどの利点がある。

1, 精神症状を引き起こす代表的な身体疾患

先天性代謝異常症、染色体異常、奇型症候群、脳形成異常、胎内環境の影響、脳内循環障害、頭部外傷、内分泌疾患、炎症性疾患、脱髄疾患、脳腫瘍、てんかん、自己免疫疾患、血液疾患、眼・耳鼻咽喉疾患、社会的要因などが挙げられる(表)。精神遅滞を引き起こす疾患を中心に挙げているが、自閉症様の症状、注意障害、衝動性、学習障害、転換性症状を呈し診断上気をつけなければならない身体疾患に各々ルビを付している。各症例により障害部位、重症度は異なるため、あくまで参考として記述している。

2, 診断のための臨床検査

先天代謝異常症であるアミノ酸代謝異常症は血(尿)中アミノ酸分析、ミトコンドリア病は血(髄液)中乳酸・ピルビン酸の測定、有機酸代謝異常症はガスクロマトグラフ質量分析計を用いた尿有機酸分析をまず行う。性格変化、学業低下、視・聴覚障害で発症する副腎白質ジストロフィーは血中極長鎖脂肪酸分析で診断され、女性保因者の約80%が同定される。MRIで中枢神経系の脱髄が左右対称性に後頭・頭頂葉に認められることが多いが、前頭葉から始まる場合はADHDと間違われることがある。脳神経型Wilson病では錐体外路症状のほかに易刺激性、情緒不安定などの精神症状を認めるが、血清セルロプラスミン、血清(尿)銅の測定を行う。学童期発症のNiemann-Pick病C型では学業成績の低下、問題行動を認めるが、骨髄穿刺により泡沫細胞の検索をまず行う。

染色体異常のうちWilliams症候群は、注意障害、多動、特異な視空間認知障害を認め、FISHで96%に7q11.23領域の欠失を証明できる。自閉症様の症状を呈する脆弱X症候群はG-bandによる脆弱X染色体の検出を試みる。精神遅滞、難治てんかん、多動を呈するAngelman症候群はFISHで約70%に15q11-13領域に欠失が存在する。

奇型症候群では、さまざまな原因遺伝子のクローニングや連鎖解析がなされているが作用は不明のことが多く、診断は症候論的に進める。他の染色体異常を除外するために通常の染色体分析を行う。

脳形成異常は、非侵襲的脳画像の進歩で診断が飛躍的に向上したが、とくにMRIが検出に優れており難治てんかんや片麻痺の責任病巣の同定に臨床応用されている。しかし、学習障害とくにdyslexiaで認められている左大脳半球のきわめて限局した皮質形成異常はMRIでも描出は困難である。心の理論や動機に関わりのある帯状回は、脳梁欠損症で構造異常が存在することが多いためMRIで確認する。

胎内感染による脳障害として、TORCH (toxoplasma, others, rubella, cytomegalovirus, herpes simplex virus)が知られている。遅発性の症状として精神・行動障害が後年明らか

になる場合がある。神経画像では脳形成障害、頭蓋内石灰化、脳室拡大、透光体・眼底検査、血清学的抗体検査を行う。

緩徐に頭蓋内圧が進行した学童期の水頭症では、行動異常、学力低下をきたすこともある。虚血発症によるけいれん、急性片麻痺、高次脳機能障害を認めるもやもや病や脳動静脈奇形は、MRI、MR angiography が適応となる。もやもや病のスクリーニングとして行われた過呼吸負荷を用いた脳波検査は、虚血発作のリスクを伴う。

頭部外傷における脳挫傷や硬膜外(内)血腫は、良好な回復となっても認知、行動障害のため社会的適応障害が認められることがある。脳損傷部はMRI、機能低下部位の病巣検索には脳血流シンチが有効である。

落ち着きがない、学業成績の低下を認める甲状腺機能亢進症は、血中遊離 T4、遊離 T3 の高値、測定感度以下の血中 TSH で診断される。ADHD と誤診される偽性副甲状腺機能低下症は、低 Ca 血症、高 P 血症、血清 Mg と腎機能正常で低 Ca 血症時に血清副甲状腺ホルモンが高値であれば本症を疑う。

脳炎、脳症では、経過、病変分布により急性期を脱した後の神経学的後遺症が異なるため、神経画像、視覚・聴覚・体性感覚誘発電位を行う必要がある。亜急性硬化性全脳炎(SSPE)は、2歳以下で麻疹感染後2-10年の潜伏期を経て亜急性に性格変化、無関心、学業低下で発症するため、ADHD、心因反応と誤って診断される。脳波上典型的な周期性放電が認められ、血清(髄液)麻疹ウイルス抗体価やPCR法による髄液中の麻疹ウイルスDNAの証明で診断される。

多発性硬化症は、視力障害、運動障害、感覚障害が多発するが、時に短発する場合は転換性障害と診断されるため、MRI、髄液オリゴクローナルバンド、各種誘発電位が診断に有用である。

脳腫瘍では、うつ症状や心身症との鑑別が必要になることが多いが、視床下部腫瘍らすれば、「精神疾患」へ変更において異常に活発な行動や多幸を認めADHDと誤って診断されることがあるため、MRIで本症を否定しておく必要がある。

てんかんは陽性症状としてけいれんを認めるが、陰性症状として高次脳機能障害があり、注意障害、記憶障害、聴覚認知障害、失語等が認められる。このような症状を認めたときは、覚醒時と睡眠時脳波を記録する。なお、てんかん発作を認めない例もあるため、脳波所見は得ておきたい。さらに、てんかん患者の約30%に転換性症状としてpseudoseizureを認めるので、脳波所見との乖離を確認する必要がある。

全身性エリテマトーデス(SLE)の初発症状が、けいれん、精神症状、意識障害、頭痛などのCNSループスとして発症することがある。SLEの診断には髄液所見、各種自己抗体、補体測定があるが、CNSループスの診断に髄液抗ニューロナル抗体や血清抗リボソーム抗体が有用である。高リン脂質抗体症候群は、抗カルジオリピン抗体やループスアンチコアグラントなどの抗リン脂質抗体を有し、脳動静脈血栓を繰り返して頭痛、精神障害、舞踏病等の神経症状を合併する。

鉄欠乏は脳内のカテコールアミンの合成、分解異常を起こすといわれ、集中力障害、情緒障害と関係することが推定されている。さらに、異食症(pica)や異臭症は鉄欠乏性貧血特有の症状である。小球性低色素性貧血、血清フェリチンと血清鉄低下を確認する。長期のビタミンB₁₂欠乏は深部感覚障害、手足のしびれ感、疼痛などの知覚障害、筋力低下、精神症状が出現する。大球性貧血、血清ビタミンB₁₂の低下が認められ、MRIで脱髄性変

化を認める例もある。

軽度から中度の視・聴覚障害児は、発達障害が疑われることが多く、眼・耳鼻科的診断が必要である。アデノイド口蓋扁桃肥大で睡眠時無呼吸を合併する児は集中力低下、学業不振、多動を伴い易い。耳鼻咽喉科的診断と終夜睡眠ポリグラフィが必要である。

(相原正男)

先天性代謝異常症	アミノ酸代謝異常症 ^{1,2)} 、副腎白質ジストロフィー ^{2,4)} 、ミトコンドリア病 ⁴⁾
染色体異常	Williams症候群 ^{1,2,3)} 、脆弱X症候群 ¹⁾ 、Angelman症候群 ²⁾ など
奇形症候群	Sotos症候群、Cornelia de Lange症候群 ^{1,2)} など
脳形成異常	神経細胞遊走障害 ^{1,2,3)} 、脳梁欠損 ^{1,2)} 、クモ膜嚢胞 ^{2,4)} など
胎内環境	ウイルス感染症 ^{1,2)} 、薬物、環境ホルモン、放射線被爆など
脳内循環障害	水頭症 ^{1,2)} 、もやもや病 ^{2,3,4)} 、脳動静脈奇形 ⁴⁾ など
頭部外傷	脳挫傷 ^{2,3)} 、硬膜外(内)血腫など
内分泌疾患	甲状腺機能亢進症 ²⁾ 、偽性副甲状腺機能低下症 ²⁾ など
炎症性疾患	ヘルペス脳炎 ^{1,2,3)} 、脳症 ^{1,2,3)} 、SSPE ^{2,4)} など
脱髄疾患	多発性硬化症 ^{2,3,4)} 、ADEM ²⁾ など
脳腫瘍	視床下部腫瘍 ²⁾ 、結節性硬化症 ¹⁾ 、神経線維腫症 ³⁾ など
てんかん	前(側)頭葉てんかん ^{1,2,3,4)} 、CSWS ^{1,2,3)} 、Landau-Kleffner症候群 ^{1,2,3)} など
自己免疫疾患	CNSループス ^{2,4)} 、高リン脂質抗体症候群 ^{2,4)} 、Sydenham舞蹈病 ²⁾ など
血液疾患	鉄欠乏性貧血 ²⁾ 、巨赤芽球形貧血 ⁴⁾ 、好酸球増加症候群 ²⁾ など
眼・耳鼻咽喉疾患	視・聴覚障害 ^{1,2,3,4)} 、アデノイド口蓋扁桃肥大 ²⁾ など

1) 自閉症状を呈する疾患、2) 注意障害、衝動性を呈する疾患、3) 学習障害を呈する疾患、4) 転換性症状を呈する疾患

SSPE: subacute sclerosing panencephalitis; ADEM: acute disseminated encephalomyelitis;
CSWS: epilepsy with continuous spike-waves discharges during slow sleep

<総論 2. 診断 5) 知能検査・発達検査の種類とその利用の仕方>

1, はじめに

子どもに対して知能検査、発達検査を行う場合、心に留めるべき点を以下に述べる。

1) 子どもや家族への負担を最小限にする

検査を受けることは子どもや家族にとってある程度の負担を強いることになる。例えば、知能検査であれば子どもは一定時間集中して課題に取り組む必要があるし、家族にも時間的・経済的な負担が生じる。これらの負担をできるだけ少なくするために、問診、診察所見から臨床上の問題点を整理し、何を調べるために検査をするのかの目的を明らかにして、必要最小限の検査を行うことが重要である。

2) 知能検査・発達検査の結果は、臨床アセスメントの一部として位置づける

検査の解釈や説明は、学校や家庭での状況や、検査時の子どもの様子を考慮して総合的に行う必要がある。子どもの臨床の場では、検査はあくまでも臨床的な問題に対して考察を深めるために行うものであり、検査結果だけをみて解釈を行うことは好ましくない。

2, 発達検査の選び方 (表 1)

1) 発達全般のスクリーニング

通常、主に乳幼児を対象として、運動、社会性、言語発達など広い領域にわたる発達全般についてみるものを発達検査と呼ぶ。

質問紙検査としては、遠城寺式乳幼児分析的発達検査法¹⁾津守・稲毛式乳幼児発達検査法^{2),3)}などが代表的なものである。遠城寺式乳幼児分析的発達検査法は、新生児から4歳7ヶ月までの発達を運動・社会性・言語の3領域に分けて簡便にチェックすることができるので、小児科外来や乳幼児健康診断などでは使用しやすい。ただし、これらの質問紙は現代の育児環境の変化と若干合わなくなっている部分もあり、判定上注意が必要である。

個別に検査場面を設定して行う発達検査としては新版K式発達検査⁴⁾がある。この検査は対象年齢が乳児から15歳程度と幅広く、発達を3領域(姿勢・運動、認知・適応、言語・社会)に分けて発達指数を算出でき、プロフィールをみることができる。

2) 知能の水準・認知プロフィールを調べる

知的発達について調べ、知能指数(IQ)を算出するタイプの検査を知能検査という。知能検査には大別するとビネー式とウェクスラー式の2つの種類がある。それぞれの代表的な検査が田中ビネー知能検査⁵⁾とWISC-III知能検査⁶⁾である。

田中ビネー知能検査は精神年齢(MA: mental age)によって知能の水準が示され、IQは(精神年齢/生活年齢)×100で示される。一方WISC-III知能検査のIQは同一年齢集団の平均をIQ=100と設定した場合の偏差値IQである。したがって、田中ビネー知能検査とWISC-III知能検査ではそれぞれの検査で算出されるIQの意味に違いがある。また、田中ビネー知能検査は知的発達の水準をみるのが主な目的であるが、WISC-III知能検査では、知的発達の水準だけでなく、認知発達のプロフィールを分析的に評価することができる。

WISCタイプの知能検査を、4~6歳の子どもの発達特徴を踏まえて発展させ作成された検査がWPPSI知能検査⁷⁾である。

3) 特殊な発達・知能検査

知的発達は正常であるが、読み書きや計算などの特定の学習能力に障害をもつ学習障害児の評価によく使われる検査に K-ABC (心理・教育アセスメントバッテリー)⁸⁾がある。この検査の特徴は、認知処理過程尺度と(学習)習得度尺度を別々に評価できる点、個人内差をみることができる点、認知処理尺度において同時処理尺度と継次処理尺度のいずれが優位であるかをみることができる点である。

また、広汎性発達障害を主な対象として作成された PEP-R⁹⁾は、「めばえ反応」を見ることができ、療育につなげるための発達の特徴を把握するものとして使用されている。

3. その他の評価尺度・質問紙

発達検査ではないが、学校や家庭での行動についての各種の評価尺度や質問紙は、発達障害を診断する上で有用である。ADHD の診断に利用される ADHD-RS¹⁰⁾、広汎性発達障害の診断を目的とした PARS¹¹⁾などが用いられている。

一方、肢体不自由児を対象として日本で開発された評価システムとして JASPER (日本広範小児リハ評価セット)¹²⁾があり、リハビリテーションの効果判定や予後予測の目的で使用される。

4. 検査結果の説明・学校との連携

検査の結果を家族にわかりやすく説明することは容易ではない。知能検査の結果を説明する時は、あくまでも検査の数字はこの検査で測定される知的発達の側面であり、子どもの能力全体をあらわすものではないこと、IQ は相対的な数字であること、検査のときの子どもの状態によって数字は変化し得るが、検査は一定条件でおこなわなければならないこと、などを明らかにする必要がある。

また、検査結果は実際の教育に生かされなければ意味がない。家族の希望があって検査の情報を学校に伝える場合は、単に知的発達の遅れがあるかどうかだけでなく、発達の特徴を詳しく説明すべきである。担任から「どのような指導のしかたがよいか知りたい」と相談されることも多いが、知能検査のプロフィールだけでは具体的な指導に直結しにくい。特別支援教育コーディネーターを中心とした校内のシステムが活用され、学校における学習や行動の状況のアセスメント(教育レベルでのアセスメント)が十分に行われた上で、初めて検査結果が生かされると言える。知能検査でわかること、医療が支援できることの限界も示しながら、学校と連携していくことが重要である。

(汐田まどか)

表1 発達検査・知能検査(代表的なもの)

検査	対象年齢
<ul style="list-style-type: none"> ・発達スクリーニング(質問紙) 遠城寺式乳幼児分析的発達検査法 津守・稲毛式乳幼児精神発達診断法 ・個別発達検査 新版K式発達検査 	<p>0ヶ月～4歳8ヶ月 1ヶ月～7歳</p> <p>0ヶ月～15歳</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・知能検査 田中ビネー知能検査 WISC-Ⅲ知能検査 WPPSI知能診断検査 	<p>2歳～成人</p> <p>5歳～16歳</p> <p>3歳10ヶ月～7歳1ヶ月</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・その他 K-ABC PEP-R 	<p>2歳6ヶ月～12歳11ヶ月</p> <p>6ヶ月～12歳</p>

<総論 2. 診断 6) 診断体系(DSM、ICD など)と鑑別診断の重要性>

1, はじめに

DSM はアメリカ精神医学会による診断の手引き¹⁾であり、ICD は WHO による国際疾病障害死因分類²⁾である。いずれも成人領域の疾患を中心として作成されているが、小児の発達についての項目もあり、子どもの心の問題を診断する場合の国際分類としても使用されている。これらの診断基準を使用する目的は、診断をより客観化すること、統計的な検討をしやすくすること、などである。

日常的に子どもの発達や行動の診療をする医師は、これらの診断基準体系と各診断基準を理解しておく必要がある。

1) DSM-IV

DSM は、アメリカ精神医学会が作成した精神障害を対象とした分類である。また、多軸システムによる総合的評定であることが特徴である。この多軸評定では患者の状態を I 軸；臨床疾患、臨床的関与の対象となることのある他の状態、II 軸；人格障害・精神遅滞、III 軸；一般身体疾患、IV 軸；心理社会的および環境的問題、V 軸；機能の全体的評定、の 5 つの軸により評定する。

2) ICD-10

ICD は広く国際的に使用される目的で作成され、多くの言語に訳されている。対象疾患は身体疾患・精神疾患の両方である。また、臨床ガイドライン (CDDG) と研究用診断基準 (DCR) があるが、通常は臨床ガイドラインが使用される。

2, 診断の実際

表 2 に小児で主に使われる診断名の対比を示す。

これらは操作的に診断するためのツールであるが、実際に適用しようとするとき、診断基準だけで診断することは困難で、それぞれの障害の病態や特徴を十分理解している必要がある。つまり、診断基準に示されている表現が、実際の子どものどんな行動を示すのかを知っていなければならない。

例えば、自閉性障害の DSM-IV-TR による診断基準では(1)(a)「楽しみ、興味、達成感を他人と分かちあうことを自発的に求めることの欠如 (例；興味のある物を見せる、持って来る、指差すことの欠如)」という表現がある。これについては、診察場面での観察や家族への聞き取りによって、「気に入ったおもちゃをみてみてというふうにお母さんのところへ持ってきて見せる」「絵本などの好きな部分を指して一緒に見ようとする」などの具体的な行動があるかないかと照らし合わせて判断する必要がある。

また、ADHD のように、ICD-10 および DSM-IV 診断基準を基にした半構造化面接を含む臨床面接フォーム、および質問紙 (ADHD-RS) が日本版の診断・治療ガイドライン³⁾ですすでに作成されているものもあるので、これらを積極的に利用するとよい。

実際に ICD と DSM のどちらを使用するかは、臨床診断に使用するだけならば使いやすいものを使用すればよいが、ICD はカテゴリー数が多い臨床ガイドラインの記述がより詳細であることから、DSM のほうが使いやすい印象があるだろう。

3, 確定診断と治療的アプローチ

子どもの発達障害や心身症では、初期の段階で確定診断しにくく、経過を観察して初めて確定診断にいたるものも多い。ただし、確定診断できなくても何らかの治療的アプローチは必要である。例えば、「落ち着きがなく、集団生活の中で皆と一緒に行動することができない」という訴えで受診したが、DSM では ADHD の診断基準を全部は満たさない子どもの場合、ADHD と診断はできませんと説明しただけでは、子どもにとって有益とはいえない。集団生活の中で誰かがなんらかの困難を感じていれば、それに対する助言が必要である。周囲より気が散りやすく言葉での指示が入りにくい子どもであれば、集団生活での指示のしかたの工夫が必要となろう。確定診断ができなくても、一般的に ADHD 児に有効といわれている手立てを学校や家庭で試みてもらうことは全く問題ないと言える。同様に、神経性食欲不振症などでは、ICD や DSM 診断基準を満たすのはある程度進行してしまった状況である。小児において体重増加の停滞や、食行動のこだわり等がある場合は何らかの介入が必要な状況であり、確定診断できなくても治療的なアプローチを開始する。

4, 鑑別診断について

子どもの心の領域における診断と治療においては、当面の診断を行い、困っていることに対するアプローチを開始する。臨床経過をフィードバックしながら、初期の診断・仮説でうまくいかない場合は、常に診断の見直しを行い、鑑別診断を検討しながら、最終的により正確な確定診断をしていく姿勢が重要である。

(汐田まどか)

<総論 3. 治療 1)治療の選択)>

子どもの治療においても、初診時診察の重要性は言うまでもない。ただし、初診時、子どもは内面の葛藤や攻撃性を言語で表現するのが不十分なことが多く、しばしば感情、行動や身体的症状で表現する。そのため、訴えの背後にある不適応の本質を把握することが大事である。また、親ないしは保護者からの情報も加えて診断を確立するだけでなく、親ないしは保護者の抱く不安や罪悪感や、治療への期待などを的確に捉え、治療の方針をたてなければならない。

1, 見立て

診断は、発達障害圏、神経症性障害圏、気分障害圏、精神病圏、ないしは、これらの疾患の並存など多岐にわたるだろう。また精神力動的な診断も有益であろう。的確な診断があつてこそ、子どもを理解でき、支援や治療の計画が可能となる。

2, インフォームド・コンセント

その際、治療内容について適切な説明を行い、同意を得ることが重要である。また、子どもにも治療を行う目的と方法を子どもがわかるような言葉で説明し、同意を得る。信頼関係があつてはじめて、治療が推し進められることを銘記しておくこと。

3, 治療目標

症状や疾患からの回復だけでなく、子どもの成長、成熟を目標とする。

4, 治療方法の組み合わせ

実際の治療は、精神療法、生活療法、薬物療法、認知行動療法などの治療方法を組み合わせて行う。同時に、子どもの年齢、発達程度、病態、症状に応じた治療計画を立てて、年齢、症状や疾患に応じた、多種の個別および集団治療プログラムを提供する。治療的介入をしても在宅での対応困難が予測される場合、入院治療も考慮に入れなければならない。

疾患別に考えた治療目標の例としては、自閉性障害、注意欠陥多動性障害、精神遅滞では、療育や保護者による症状理解や対応の習得が主眼となるだろう。また、二次的な諸障害への対応も必要となる。神経症性障害では、非言語的ないしは言語的な精神療法的な接近が中心となるだろう。精神病圏、気分障害圏では、薬物療法による症状軽減が第一となるが、心理的発達課題の遂行も不可欠となる。

5, 家族への対応

実際の治療にあたっては、保護者の方にも適宜、治療に参加、協力をしていただく。保護者の不安を受け止め、子どもへの対応方法や環境調節などの助言をすることも欠かせない。場合によっては、家族療法を行う。

6, チーム医療

また、児童精神科医、看護師、心理技術従業者、精神保健福祉士、作業療法士、保育士、