

<各論 I 12. 統合失調性障害 2) 短期精神病反応>

1, 概要

多彩な精神病性症状が突発的に発症し、一過性または短期の経過で終了し最終的には病前の機能レベルにまで戻る障害をいう。ここでは「思春期周期性精神病」も同様な病態と捉え概説する。

2, 疫学

- 1) 有病率：不詳（統合失調症の項参照）
- 2) 性差：成人では女性に多いといわれる。
- 3) 好発年齢：前思春期以後（概ね10歳）が多い。
- 4) 遺伝・家族性：不詳

3, 成因

- 1) 自我の脆弱性
- 2) 病前の急性ストレス（ある場合とない場合がある）
- 3) 性周期

4, 典型的症候群*

1) 急性多形性精神病性障害の症状：

夢玄様体験、パレイドリア、幻視、人物誤認などの意識の変容や聴覚の知覚過敏、至福感・恍惚感や不安・恐怖などの情動が日々、時には時々刻々と変化する。さらに寡動から多動に至る行動の変化、しばしば昏迷や興奮などの緊張病症状、おびただしい幻聴と被害関係妄想、妄想気分が断片化して次々と出現してくる状態。

2) 急性統合失調症性精神病性障害の症状（統合失調症の項の精神症状参照）

1)、2)が同時またはその一方が出現する。1)が多く、2)のみの場合は少ないといわれている。

5, 診断

診断基準（ICD-10、1992）

- 1) 急性発症（非精神病状態から精神病状に至るまでの期間が概ね2週間以内）。明らかに統合失調症の前駆症状と考えられるような学業成績の低下や集中力の低下等が発症以前にないこと。
- 2) 典型的症候群*
- 3) 通常2-3ヶ月以内に（統合失調症性精神病性障害を含む場合は1ヶ月以内）、しばしば数週から数日以内に、完全寛快または残遺状態が比較的少ない状態まで回復する。
- 4) 統合失調症や躁病・うつ病エピソードの診断基準を満たさない。
- 5) 関連する急性ストレスがあることもしばしばある。

6, 鑑別診断

- 1) 器質性精神障害：脳損傷・脳震盪など
- 2) 症状性精神障害：せん妄など

- 3) 精神作用物質使用による精神および行動の障害：アルコール・覚せい剤の使用等
- 4) 解離性障害
- 5) パニック障害
- 6) 急性ストレス反応（通常3日で回復）
- 7) 統合失調症：典型的精神症状の持続時間で鑑別（ICD-10では1ヶ月以上、DSM-IVでは6ヶ月以上続くことが条件）

7. よくみられる合併症・併存症

1) 発達障害：AD/HD・広汎性発達障害・精神遅滞

いわゆる軽度発達障害など発達にばらつきのあるケースは人格形成過程で様々な困難があり、人格の未熟さ、ストレスへの脆弱性を抱えたまま思春期を迎えることが多い。

2) 人格障害：青年期境界例など

人格とは対人関係のパターンである。対人関係が不安定である人格障害圏の青少年はストレスから容易に精神病状態に陥る。

3) 心的外傷後ストレス障害

容易にフラッシュバックしやすい心性があり、ストレスへの脆弱性から比較的容易に精神病状態になる。精神病状態が3日以上続くこともまれではない。

8. 経過

この障害は短期で回復し、ほぼ完全寛快にいたるといわれている。しかし、しばしば再発するともいわれる。そのためにも、また統合失調症との鑑別診断のためにも、初発時寛快後6ヶ月以上の経過観察が重要である。

9. 治療・介入

初期治療の原則は急性精神病の対応と同様である。原則は安静と睡眠の確保である。

1) 安静

とりあえず家庭看護が可能かを判断する。家族に精神的ゆとりがある場合は後述する睡眠の確保と精神不安の改善のために薬物等を投与し経過をみる。

ただし児童や青年の場合、家庭看護が出来ない場合でも、家族が精神科での入院加療を望まない場合が多い。背景には現代社会の精神障害への差別・偏見があると思われるが、現状からみると家族の希望もやむをえないと考える。家族など患者周囲との緊急連絡がいつでも可能な状態を保ちつつ、家庭での加療を選ばざるをえない場合も多い。その際自らの力量（治療構造や自分の経験など）を家族に伝えた上で治療に入ることが肝要である。

2) 怪我をしない工夫

急性発症で特に多形性精神病症状を呈している児童・青年期患者の場合、軽い意識障害があるともいえる状態なので患者および治療者が怪我をしないようにする工夫が必要である。出来る限り多くのスタッフで対応する。

3) 睡眠の確保

最低でも数日間以上の不眠が続いている。とりあえず薬物を使って睡眠を確保する。年少者なら精神的安定のため家族の添え寝など精神的安心を患者に与える工夫を指示しておくことも大切である。

4) 入院加療

児童・青年期専門の入院施設が少ない状況では、一般の精神病院での入院加療が必要になる。その際主治医は入院への本人、家族の抵抗感を十分理解し受容したうえで、入院時の不安を最小限にするように努める。特に初回の入院加療時は入院が心的外傷体験にならないように十分注意する。看護スタッフとの連携の中、患者が安心でき暖かく見守られる必要がある。刺激の少ない保護的環境で安心感を贈り届けることができるよう配慮する。

5) 薬物療法

非定型抗精神病薬：リスペリドン・オランザピン・クエチアピンなどを第一選択薬とすることが多い。

定型抗精神病薬：パーフェナジン・クロルプロマジン・ハロペリドールなど

気分変動がみられる場合：抗精神病薬と感情安定剤（リチウム・カルバマゼピン・バルプロ酸ナトリウム）

月経周期と重なっている場合：（10参照）

10, 思春期周期性精神病

本障害とほぼ同様な症状が月経の前後数日中に出現し、1－3週間で回復する病態がある。診断的には器質性精神障害でICD10のF06.0－7の諸項目に分類される。症状や経過は本障害とほぼ同じであるが、抗精神病薬が無効でホルモン療法が著効したという報告がある。そのため性周期に一致する急性精神病については感情安定剤等を中心に投与し改善がみられなければ専門医にコンサルトする必要がある。

11, 専門機関への紹介

治療の項目でも述べたように児童・青年期専門の入院機関が極めて少ない状況で、児童青年期の急性精神病をどの時期に専門機関に紹介するのは難しい場合が多い。そのため主治医は患者を抱えすぎたり、すぐに手放したりしがちである。

この際小児科医・精神科医として自らの力量を上げるばかりでなく、日頃から小児科や精神科間での地域での連携を通じて「緩やかな顔のみえるネットワーク」を作っておく必要がある。たとえどんな劣悪な環境であっても、患者や家族を支えるのはそこにいる人間関係である。児童・青年を安心して保護できる医師や看護婦はどこにでも存在する。あの病院の何々先生に頼もうという想像力が働くような日頃の地域での関係を築いておくことが何よりも肝心である。その中で専門家とコンサルトしながら、専門機関への紹介の時期やタイミングを決めるのがよい。

(大高一則)

<各論 I 13. こどもの性同一性障害>

1, 概要

性には「生物学的性別」と「性の自己意識・自己認知」とよばれる二つの側面がある。性同一性障害とは「生物学的性と性の自己認知あるいは自己意識が一致しないために、自らの生物学的性に持続的な違和感を感じ、反対の性を求め、時には生物学的性を己れの性の自己意識に近づけるために性の転換を望むことさえある状態をいう」と定義される。

2, 疫学

小児にみられる性同一性障害の頻度は正確には知られていない。ヨーロッパの小国の資料によれば、成人男性では 30,000 人に 1 人、成人女性では 100,000 人に 1 人が性転換手術を望んでいると考えられる。小児で事例化するのは女兒より男児の方がはるかに多い。

3, 成因

1) 心理社会的要因

幼児期に同性の役割モデルとなる人がいなかったり、養育者によって反対の性の行動様式を促されたりすると、小児の性同一性障害が生じやすい。生来、男児が神経質で過敏であったり、女兒が行動的で攻撃的であったりすることもある。肉体的、性的虐待が性同一性の獲得に影響することもありうる。

2) 生物学的要因

性ホルモンは性の分化に影響し、胎生 14~20 週齢にアンドロゲンの分泌が一時的に急激に増加する。アンドロゲンに曝されると男性型の脳が形成され、曝されなければ女性脳が形成される。性同一性障害の成因の 1 つとして胎生期の性ホルモンの影響も考えられる。

4, 診断基準

<DSM-IV-TR による診断基準>

A. 反対の性に対する強く持続的な同一感（他の性であることによって得られると思う文化的有利性に対する欲求だけではない）

子供の場合、その障害は次の 4 つ（またはそれ以上）によって現れる。

- ① 反対の性になりたいという欲求、または自分の性が反対であるという主張を繰り返し述べる。
- ② 男の子の場合、女の子の服を着るのを好む、または女装をまねるのを好むこと、女の子の場合、定型的な男性の服装のみを身につけたいと主張すること
- ③ ごっこあそびで、反対の性の役割をとりたいという気持ちが強く持続すること、または反対の性であるという空想を続けること
- ④ 反対の性の子供が好む典型的なゲームや娯楽に加わりたいという強い欲求
- ⑤ 反対の性の遊び友達になるのを強く好む

青年および成人の場合、以下のような症状で現れる；反対の性になりたいという欲求を口にする、何度も反対の性として通用する、反対の性として生きたい、または扱われたいという欲求、または反対の性に典型的な気持ちや反応を自分も持っているという確信

B. 自分の性に対する持続的な不快感、またはその性の役割についての不適切感

子供の場合、障害は以下のどれかの形で現れる：男の子の場合、自分の陰茎または精巣は気持ち悪い、または乱暴で荒々しい遊びを嫌悪し、男の子に典型的な玩具、ゲーム、活動を拒否する；女の子の場合、座って排尿するのを拒絶し、陰茎を持っている、または出てくると主張する、または乳房が膨らんだり、または月経が始まってほしくないと言主張する、または普通の女性の服装を強く嫌悪する。

青年および成人の場合、障害は以下のような症状で現れる：自分の第一次および第二次性徴から開放されたいという考えにとらわれる（例：反対の性らしくなるために、性的な特徴を身体的に変化させるホルモン、手術、または他の方法を要求する）、または自分が誤った性に生まれたと信じる。

C. その障害は、身体的に半陰陽を伴ってはいない。

D. その障害は、臨床的に著しい苦痛、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。

<日本精神神経学会の診断ガイドライン>

1) ジェンダー・アイデンティティの決定

① 詳細な養育歴・生活史・性行動歴について聴取する。

② 性別違和の実態を明らかにする。：「自らの性に対する不快感・嫌悪感」「反対の性別に対する強く持続的な同一感」「反対の性役割を求める」等を明らかにする。

2) 身体的性別の判定

泌尿器科的または婦人科的検査の結果に基づきインターセックス、性染色体異常など、身体的性別に関連する異常の有無を確認する。

3) 除外診断

① 統合失調症等の精神障害によるものは除外。

② 反対の性別を求める主たる理由が、文化的社会的理由による性役割の忌避や、もっぱら職業的利得を得るためではないこと。

以上の点を総合して診断確定する。

5. 鑑別診断

服装倒錯的フェティシズムは、性的に興奮する目的で反対の性の服装をする異性愛（または両性愛）の男性に起こる。

特定不能の性同一性障害のカテゴリーは、同時に存在する先天性半陰陽状態（例：アンドロゲン不反応症候群または先天性副腎過形成）で性同一性障害の問題をもつ人に用いることができる。

統合失調症の場合、反対の性に属しているという妄想をもつことがまれにある。

6. よくみられる合併症・並存症

性同一性障害の子どもは、分離不安障害、全般性不安障害、および抑うつ症状が同時に存在していることがある。青年では、抑うつと自殺念慮および自殺企図の危険性が特に高い。

7. 経過

報告によって差はあるが、小児の性同一性障害で成人した後も性転換願望を持ち続けていたものは2%から10%とされており、いずれにしても大部分のものは成長するにつれて自然に性転換願望を断念している。

子どもの性同一性障害と大人の同性愛の繋がりを経験的に明らかであるが、多くの性同一性障害の子どもが特別な介入もなく成長するとともに性同一性が正常化するのも事実である。

8、治療・介入

1) 児童期の場合

性役割のモデルとなる人々を活用する。そういった存在がない場合には家族などから1人（例えば、兄または姉）を利用する。養育者が児童を励まして性役割として適当な行動や態度をとらせるように援助する。しかし、児童の場合でも重度の症例においては、性同一性を逆転させようとするのは良くない。

2) 思春期・青年期の場合

正常な同一性危機と性同一性の混乱が共存しうるので治療は難しい。自殺企図などの行動化がよくみられる。青年期の症例では性同一性を本来の性に戻すのは難しい。性の悩みに対し支持的、共感的態度で接することが大切である。

3) 日本精神神経学会の治療ガイドライン

(1) 精神科領域の治療

- ①精神的サポート：性同一性障害のために受けてきた精神的、社会的、身体的苦痛について、受容的・支持的、かつ共感的に理解しようと努める。
- ②アウトカムの検討：家族や職場でカムアウトを行った場合、どのような状況が生じるかを具体的にシュミレーションさせる。
- ③実生活経験（real life experience :RLE）：いずれの性別でどのような生活を送るのが自分にとってふさわしいのかを検討させる。
- ④精神的安定の確認：種々の状況に対して精神的に安定して対処できることを確認する。

(2) 身体的治療

ホルモン療法、乳房切除術ともに受けられる年齢は18歳以上である。性別適合手術を受けられる年齢は20歳以上である。

(横山富士男)

1, 概要

不登校児の多くは身体症状を訴えて休み始めることが多く、小児科医・内科医を受診することが多い。そのため不登校児の初期状態をプライマリ医が扱うケースは少なくない。しかし実際にはその段階で身体症状の検査がおこなわれ、異常がないとそのまま受診を打ち切られることが多い。そこで本稿では不登校を早期にどのようにポイントアウトして、どのように扱うかについて述べる。詳細は日本小児心身医学会が発行する不登校診療ハンドブックを参考にしてほしい。

2, どういった症状から不登校傾向を疑うか

小児科外来にはいろいろな症状をもつ子どもが受診する。一見、風邪症状のように思えるものや、頑固な消化器症状を訴えるもの、慢性疾患をベースにもつものの中にも、診察をしていく中や経過を追っていくと、不登校傾向が背景にある場合がある。その症状に次にあげる特徴みられる場合には、背景に不登校傾向の存在を疑う。

- 登校すること自体、特定の行事や教科と症状に関連性が予測される。(朝学校に行く前、夜遅くに調子悪くなる。体育のある日は調子が悪い。給食の前に保健室に行く。など)
- 学校に行かなくてもよい状況では調子が良くなる。(土日曜日、長期休暇中(夏休み、冬休み、春休みなど)は比較的調子がよい。日中、学校にもう行かなくても良いとわかると調子が良くなる。)
- 心身症的な訴えの場合、症状には一定の特徴がある。(症状の部位と程度に変動性があることがある。訴えのわりに重症感がないこともある。理学的所見と症状があわないこともある。など)
- もともと慢性疾患を合併していても症状の悪化、改善に学校状況の関与が疑われる。
- 症状の出現の前に、学校で今まではしていなかった役割に ついた。(学級委員、クラブの部長、生徒会など)

3, 不登校傾向を疑った場合にまず聞くべきこと

不登校傾向を疑ったときには、まず以下の項目について話を聞いてみる。

- 1) いま訴えている症状の他に、次のような症状(頭痛、腹痛、立ちくらみ、疲労感、微熱、不眠、食欲不振)はありませんか。ある場合には、それぞれの症状の程度や一日や1週間のうちでの経過(変動)について、教えてください。(付表の間診表などを活用する)
- 2) 学校にはどのくらい行けていますか(保健室(教室と別室)にはどのくらいお世話になりますか、遅刻や欠席はどのくらいありますか。

3) 日々の生活リズムについて教えてください（朝何時に起きて、夜は何時に寝るか、食事はとれているか、学校を欠席したときの日中の生活）。

4) 不安、元気が出ない、イライラするなどの状態はありませんか。

5) 学校生活で、何か困っていることや環境の変化はありませんか。

6) これまでにも、今回のように体調が悪くなったことや、学校を休みがちになったことはありませんでしたか。

以上の情報を元に初期対応をする。

4. 4, 不登校の早期対応の要点

対応の原則は次の3点である

1) 身体症状の治療

2) 経過観察

3) 状態によっては専門機関との連携

1) 身体症状の治療

身体症状に対しては、その治療をおこなう。検査で異常がないからといって症状を軽視せず、症状をコントロールする方法を工夫する。児は周囲（家族、医師）が思っている以上に症状に対して苦痛を感じているので、その解決に取り組むことが不登校の治療の第一段階になる。

（身体症状の取り組みの具体的な方法）

（1）症状に対する適切な投薬をする。心因性だから薬はないなどと決め付けないようにして、各症状に対して鎮痛剤や整腸剤などの投与をおこなう。但し効果がないからと投与量をむやみに増やすことは避ける。

（2）身体症状について正しい理解をしてもらう。児、家族ともに身体症状が起こるメカニズムとしての心身相関の説明を行う。心身相関とは、「心理的なストレスが身体症状を悪化させ、悪化した身体症状のために生活の質が低下する結果、それがまた心理的なストレスになる」という悪循環である。これを親子が十分に理解することにより身体症状に対する対処方法がとれる。

（3）身体の安定を目的に「生活リズムを維持すること」、「食事を家族で食べること」、「雑談やお手伝いを通じて会話を増やすこと」などを提案していく。心理的な問題があるからこそ、まず身体の安定を図るという視点が大切である。

このような身体症状への取り組みにより登校の問題のみに執着しがちな親子が新たな共通の目標を持つので、親子関係が改善するなど良い効果を生むこともある。この取り組みのみで症状が軽快して、登校が可能になる場合もある。

2) 経過観察

定期的に経過を追っていく。検査などで問題がないから、またはすることがないからと受診を打ち切るようなことはしないようにする。打ち切ると児は見捨てられた感じをもつことが多い。

（経過観察のポイント）

(1) 学校でのトラブルや家庭内の問題については、問診で表面化することがあるが当面、聞くだけにとどめる。その問題が不登校の主体であると安易に決め付けないようにする。きっかけや悪化因子としては重要であるが、そのことが主体である可能性は低い。また原因を追求しすぎて犯人探しになってしまう可能性が高く、そのことは不登校の治療としては役に立たない。治療の経過の中で少しずつ話し合うつもりで、また必要あれば家族だけでなく学校やその他の人から話を聞く。

(2) 2週間に1回の定期受診を基本とする。状態に応じて1週間に1回、初診時からの時間が経過し、状態が安定しているときには1ヶ月に1回程度とする。

3) 専門機関との連携

経過のなかで以下のような場合には専門機関との連携が必要となる。専門機関への紹介は治療者の一方的な判断ではなく、家族によく説明をして、話し合いながら行う。またすぐに手放すのではなく一緒に診ていく姿勢が大切である。

(1) 発達障害

極端な成績不良は軽度精神遅滞や学習障害の存在を、また、学校でのトラブルの多さは、注意欠陥／多動性障害や広汎性発達障害（自閉傾向）の存在を疑ってみる。発達障害の可能性についてもさりげなく説明し、親にも「実は気になっている…」という認識があるようなら、知能検査などの諸検査をおこない、専門の施設を紹介する。

(2) 統合失調症などの精神科疾患

幻覚、妄想、あるいは何となく疎通性が悪いなど、統合失調症の疑いがある場合には、精神科での治療が必要であることを伝え、受診をすすめる。強い不安や抑うつ状態、混乱がある場合には「当面、小児科での対応も可能ですが、精神科への紹介が必要になる場合があります」と、あらかじめ伝えておく。リストカットなど自傷行為を繰り返す場合も同様である。

付録1. 初診時の身体症状に関する問診票

氏名： _____ 記入年月日： 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
 年齢： ____ 歳 性別： 男・女

			よくある	たまに	ない
A	1	「疲れた」と感じる			
	2	風邪をひきやすい			
B	3	夏でも手足が冷える			
	4	頭が痛い（または）重く感じる			
C	5	乗り物に酔う			
	6	長く立っていると気を失って倒れる			
	7	めまいがする			
	8	寝つきが悪い			
	9	夜中に目が覚める			

	10	朝、起きづらい			
	11	肩や首筋が凝っている			
	12	背中や腰が痛くなる			
	13	腕や足が痛い（または）だるく感じる			
	14	物がぼやけて見える			
	15	耳の中で何か音の響く感じがする			
	16	人前に出ると、すぐ顔が赤くなる			
	17	緊張するとひどく汗をかく（または）手がふるえる			
	18	胸が痛い（または）締めつけられる感じがする			
	19	胸がひどくドキドキする			
D	20	鼻が詰まる（または）鼻水が出る			
	21	咳が出る			
E	22	ゼイゼイして息苦しい			
	23	あまり食欲がない			
	24	ムカムカする（または）嘔吐する			
	25	胃のあたりが痛く、気分が悪い			
	26	便秘気味			
F	27	下痢をする			
	28	おならが出る			
	29	お腹が痛くなる			
	30	オシッコに行く回数が人と比べて多い			
	31	昼間でもオシッコをもらす			
G	32	おねしょをする			
	33	身体がかゆい			
	34	顔や身体、手足にブツブツができる			
	35	冬でも汗をかく			

(村上佳津美)

<各論Ⅱ 1.不登校・いじめ・引きこもり 2)不登校・ひきこもりの鑑別診断>

1, 概要

文部科学省は30日以上学校を欠席した児童生徒の中で、「病気」や「経済的理由」ではなく、「学校が嫌い」を理由に欠席している生徒を「不登校」としている。不登校は高校や大学でも見られる現象であるが、特に義務教育である小・中学校での不登校が主要な問題として取り上げられ、対策が講じられている。ひきこもりはさまざまな要因によって社会参加の場面が狭まり、自宅以外での生活の場が長期にわたって失われている状態であり、10代から40・50代に至る幅広い年齢層において認められている。

2, 疫学

平成15年度の不登校児童・生徒の全児童生・徒数に占める割合は、小学校0.33%、中学校2.73%である。昭和55年には小学校0.03%、中学校0.27%であり、不登校生徒の比率は昭和55年より平成12年までの間、増加の一途を示し、約10倍にまで達している。平成12年度以降、増加傾向は頭打ちとなっている。

ひきこもりの疫学調査によると32万人以上という推定値が出されている。100万人前後という推測もなされているが、その根拠は明確とはいえない。相談機関を訪れるのは一部であり、ひきこもりの数について正確に把握することは困難である。全国の公的機関に相談があったひきこもり事例についての調査によると、男女比は男4:女1、平均年齢26.7歳、最も多いのが19歳から24歳で29.0%、ついで25歳から29歳23.1%、次に30歳から34歳18.1%となっている。

3, 成因

不登校の成因については、学校状況、家庭の状況、本人の精神発達の問題など多くの要因が関連している。不登校が生じた直接のきっかけについての調査によると、本人に起因する者:小学生35.8%、中学生34.7%、家庭生活に起因する者小学生28.5%、中学生16.9%、学校生活に起因する者小学生20.0%、中学生39.6%であった。

ひきこもりの成因としては生物学的、社会学的、心理学的要因が考えられる。統合失調症、うつ病、強迫性障害、パニック障害など精神医学的疾患が原因となっている例、発達障害、社会的な挫折体験、不登校、対人関係の困難などが挙げられている。

4, 対応

不登校への対応は、教育センターなどの教育相談機関、精神科医療機関、心理相談機関、民間の支援団体などで行われ、特に教育支援センター（適応指導教室）の整備が進められている。ひきこもりへの対応は単一の機関のみで行うのではなく、保健所・精神保健センター、精神科医療機関、児童相談所、青少年センター、就業・生活支援センター、民間のひきこもり支援団体、家族会、自助グループなどが役割を分担している。支援システムの充実度には地域差がある。精神医学的症狀が認められる事例は医療機関を受診し、必要であれば治療を受けることが優先する。家から出られない事例では、家族が相談機関に通う、家庭訪問による家族相談、可能であれば本人面接などの対応を考える。本人に対しては、

個人カウンセリング、グループ活動、就職支援活動など段階を踏んで進めていく。発達障害の支援には配慮が必要であり、支援プログラムの整備が望まれる。ひきこもりが長引くと、自力で脱出することがより難しくなる。早期に支援システムを利用できるように支援システムを整備し、システムへのアクセスが円滑に行われる体制づくりが必要である。

(井上洋一)

<各論Ⅱ 1.不登校・いじめ・引きこもり 3)いじめ問題への対応>

1, 概要 (定義)

いじめの定義は、「いじめられたと感じた」という被害者の主観的事実に基づくため定義が難しい。文部科学省の児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査では、いじめを「①自分より弱い者に対して一方的に、②身体的・心理的な攻撃を継続的に加え、③相手が深刻な苦痛を感じているもの。なお、起こった場所は学校の内外を問わない。」としている。なお、「個々の行為がいじめに当たるか否かの判断は、表面的・形式的に行うことなく、いじめられた児童生徒の立場に立つて行うことが大切である。」とされている。

2, いじめの統計 (文部科学省)

平成 16 年度の公立の小・中・高等学校及び特殊教育諸学校におけるいじめの発生件数は、21,671 件 [前年度 23,351 件] (小学校 5,551 件 [6,051 件], 中学校 13,915 件 [15,159 件], 高等学校 2,121 件 [2,070 件], 特殊教育諸学校 84 件 [71 件]) であり、8 年ぶりに増加した前年度より減少に転じた。いじめの発生件数を学年別にみると、小学校から学年が進むにつれて多くなり、中学 1 年生が 6,587 件で最も多く、全発生件数の 30.4 パーセントを占めている。この数字は、学校が把握した件数であり、実数はかなりこの数字を上回ることが推定される。

3, いじめへの対応と鑑別すべき背景

いじめの事実が発見されるルート①本人が保護者や担任教師に訴える場合②同級生が目撃しその保護者や教師を経由して保護者が知る場合③警察などに補導され、その取り調べの過程で明らかになる場合④外傷や不登校、盗癖 (恐喝の被害者でお金の調達のため) などの診療や面接の過程で明らかになる場合もあり、注意が必要である。

いじめの被害者 (保護者) への対応の留意点①いじめのあるなしを確認するのではなく、どういう被害感や事実認識があるかを無条件にそのまま聴くこと。②守秘義務について話し、本人に断りなく、加害者や学校に伝えたり、対応しないことを約束すると話が進みやすい。(大人に相談しても解決しないという大人への不信感があることが多い) ③精神疾患に基づく被害妄想や発達障害に基づく勘違いなどとの鑑別が必要④心理的な衝撃が大きい場合には、不眠、悪夢や過敏などの急性ストレス障害や PTSD などの症状の確認が必要⑤身体的な外傷の有無も訴えがあれば同意を得てチェックする。⑥保護者からの話でも同様であり、さらに保護者からは衣服、持ち物の汚れや消耗の状況も聞く。⑦学校連携: 保護者と本人の同意を得た上で、なるべく学校からの情報も直接得ることも大切であり、客観的な事実の把握につながる。

鑑別が必要ないじめの被害者の背景 1) 発達障害 (特に広汎性発達障害) 2) 統合失調症に伴う被害妄想 3) 片側性難聴に伴う被害感など。

想定が必要ないじめの加害者の背景 1) 注意欠陥多動性障害 2) 反抗挑戦性障害 3) 行為障害 4) 広汎性発達障害など

4, 専門医師の対応のコツ

1) 入院、転校・クラス替え・別室登校・適応指導教室の利用などを含めた柔軟で迅速な対応 いじめの事実を大人が知った時点で、すでに心理的な限界が来ている可能性が高く、経過観察ではなく、その症状の程度により柔軟で迅速な対応が必要である。早期に転校することで解決する事例もある。2) カウンセリング・精神療法などの対応 恐喝・性被害などの犯罪被害事実について本人が安心安全の場を確保してから初めて語られることもある。3) 他機関との連携 非行・犯罪事実が明らかになれば、児童相談所・警察とも連携が必要になる。4) 診断書・意見書の活用入院、転校にあたっては、専門医も適切に診断書を書いて対応する必要がある。文部科学省はいじめによる転校を認めているが、いじめの問題により、転校できた児童生徒は、平成16年度では、小学校99人、中学校248人、特殊教育諸学校0人と大変少ない。この制度の積極的運用が求められる。

(河野政樹)

<各論Ⅱ 1. 不登校・いじめ・引きこもり 4) ひきこもりへの対応>

1. 社会的ひきこもりの精神医学的背景と治療・援助方針

思春期・青年期ひきこもりケースにみられる精神医学的背景は多様である。発達障害やパーソナリティ障害に不安障害や適応障害が併存するようなケースも多く、必ずしも明瞭に区分できるわけではないが、ひきこもりの精神医学的背景と治療・援助方針、精神科医に求められる役割について、大まかに三つに分類して述べる。

<第一群>

一般的な精神科医療の対象となる一群、つまり、統合失調症や気分障害、不安障害が主診断となるグループである。薬物療法などの生物学的治療に加えて、精神療法的アプローチや生活・就労支援、家族支援など、包括的な介入・支援を要することもある。社会恐怖（社会不安障害）についても、近年、薬物療法の有効性を示す多くの報告がある。

<第二群>

何らかの発達障害を認め、発達臨床や発達支援の観点が必要になるグループ。軽度知的障害や広汎性発達障害などのために年齢相応の社会的要請に応えられないケースや、過去の出来事への固執や生活状況を変えることへの抵抗感のために、ひきこもり状態が遷延しているケース、あるいは不安障害や適応障害の併発例も多いようである。

彼らは、これまでの対人関係をめぐる不快な経験のために、初対面の治療者・援助者にも被害感を抱いていることがある。また、不慣れな場面への緊張感が強く、言語的な面接が成立しにくいこともある。初期の治療・相談場面では、クライアントのペースを尊重した丁寧な関わりが望まれ、話し言葉より文字の方が表現・理解しやすい人にはノートを使いながら面接する、ファックスやEメール、作業療法や芸術療法の手法を取り入れるなど、クライアントの得意なコミュニケーション方法を活かしたアプローチが効果的な場合もある。発達障害を背景とした社会的ひきこもりについては、発達障害者支援センターや精神保健福祉センターなどをフィールドに、支援の取り組みが報告され始めているが、乏しい社会資源、これまで未診断のまま青年期を迎えたケースにおける診断の手続きと本人・家族への告知の問題、社会技能の向上を図るための支援技術の検討など、さまざまな課題が山積している。

<第三群>

主診断か副診断のいずれかにパーソナリティ障害、ないしはその傾向（パーソナリティ障害の閾値には達しない非適応的なパーソナリティの傾向 *personality trait*）や同一性の問題 *identity problem* などが付与され、精神療法的アプローチが中心になるグループ。

精神療法の実践としては、精神分析的ないしは表出的・支持的な個人・集団精神療法、認知行動療法、森田療法などがある。たとえば Gabbard, G. は、回避性パーソナリティ障害に対する表出的・支持的な精神療法の有効性を指摘し、その要点を、「人前に自分をさらすことへの当惑や恥辱に共感しながらも、恐れている状況に自身をさらしていくように確固とした態度で励ますこと（支持的要素）、羞恥心の基礎にある理由と過去の体験との関連を探求すること（表出的要素）」と解説している。また、表出的要素の一例として、批判的・威圧的な父親から繰り返し屈辱的な扱いを受けてきた女性が、感情的になることや恥をかかれることを過剰に恐れたり、楽しい気持ちになることに罪悪感を抱くようになったこ

とが洞察された精神療法の局面を提示している。

不安定なセルフ・エスティームや万能的態度などの自己愛の病理、情緒的孤立と内的現実への囚われを伴うスキゾイド・パーソナリティが問題となるケースに出会うことも多い。いわば、“他者と現実的な関わりをもとうとすると、急速に心のバランスを失う青年たち”であり、被害的な不安の他、対象への依存心や支配的な欲求がコントロールできなくなるという不安が一気に高まったり、極端な理想化と脱価値化のために安定した人間関係が維持できないなど、対人関係においてさまざまな問題が生じやすい。「自分のことはすべてわかっている」「自分はやろうと思えば、いつでも自分でやれる」といった万能感が強い場合などは、本人が支援・治療を拒むことも多い。自らの能動性を放棄し、家族や重要な他者に依存・寄生することで安定を維持している場合には、精神療法や支援が行き詰まったまま長期化してゆくこともある。まずは治療・援助関係を維持しつつ、①他者との関係を安全なものとして体験できるようになること、②セルフ・エスティームが安定すること、③万能的な内的世界からの抜け出すこと、④依存性・寄生性の軽減と能動性の回復、などが中心的な課題となる。

医療機関の他には、精神保健福祉センターなどの公的支援機関、大学や民間のカウンセリング機関などが活用されることもある。また、社会参加や対人関係の第一歩として、本人が自分の「居場所」と感じられるようなグループの体験、同年代の人たちとの共同生活や就労訓練などの生活・就労支援、NPOやボランティアなどの支援活動も多く利用されているものと思われる。

2. 家族支援と訪問・往診について

また、ひきこもりという問題の性質上、なかなか本人に会えないケースも多い。家族のみが来談するケースに、「本人を連れてくるように」という指示を与えるだけでは、有効な介入にはならないことが多い。精神保健福祉センターや保健所などでは、家族を対象にした相談活動や心理教育プログラム、親の会などの試みが各地で定着してきているので、これらの社会資源も積極的に活用したい。

さらに、本人に会うことができないものの、精神病圏の病態が想定される場合、暴力や反社会的行動に対する法的な介入が検討されている場合、精神症状によって本人が外出できない場合、受診・相談に拒否的な人に対して、一步踏み込んだ接近を試みる必要があると判断される場合、あるいは生活状況や病状、安否を確認する必要がある場合などには、医療機関からの往診や保健所嘱託医の訪問など、医師によるアウトリーチを期待される場合がある。訪問・往診は時間的コストの大きい活動ではあるが、医師が訪問することによって、円滑に医療につなぐことができる場合がある。

(近藤直司)

<各論Ⅱ 2. 子どもの虐待および養育上の問題への対応>

1. 子ども虐待とその種類

子ども虐待の定義については児童虐待防止法に定めているものを用いる。第1条には、「児童虐待が児童の人権を著しく侵害し、その心身の成長及び人格の形成に重大な影響を与えるとともに、我が国における将来の世代の育成にも懸念を及ぼす」と書いているように、子どもの成長の上で大きな障壁になることである。具体的には、第2条に4種類の虐待を定義している。それぞれ原文を記載する。

一 児童の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。

身体的虐待：一番最初にBattered Child Syndromeとして発表されたもので虐待の取り組みの第一段階である。特殊なものとして揺さぶられっ子症候群、代理人によるほら吹き男爵症候群なども含まれる。

二 児童にわいせつな行為をすること又は児童をしてわいせつな行為をさせること。

性的虐待：フロイトが最初にヒステリーの原因としてあげた。今でも解離性障害は被虐待の結果であることが多い。

三 児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、保護者以外の同居人による前二号又は次号に掲げる行為と同様の行為の放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること。

ネグレクト：故意ではなく知的障害や精神障害などで養育力に問題があつて結果としてネグレクトになることが多くある。ネグレクトによる死亡が身体的虐待の次に問題になってきた。

四 児童に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力(配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。)の身体に対する不法な攻撃であつて生命又は身体に危害を及ぼすもの及びこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動をいう。)その他の児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

心理的虐待：後半の記載はDVを子どもが目撃することである。

このように虐待を分類しても実際は重複していることの方が多く、愛着の形成が不十分で人を信頼することができなくなってしまうことが生きのびた子どもで起きている。

また、以上でわかることは一般用語で用いられる虐待とはかなりずれた範囲までもここでは含んでいることを知っていることが必要である。

2. 子ども虐待対応の制度(法律解説を含む)

現在通告を受ける機関は3種類、児童相談所、社会福祉事務所、市町村である。児童相談所と市町村に対してはそれぞれに運営指針、援助指針を、また、虐待に対しては「子ども虐待対応の手引き」を厚労省が作っている。(すべて厚労省のホームページで見ることができる。)

一般に通告を受けると、会議を行い方針を決め、調査にかかる。たとえば、医療機関からの通告であれば、まずその医療機関に聞き取りに行き、患児が入院しているならば、様子を見せてもらう。そして対応の方針を相談し、決める。在宅のケースであれば、子どもが関わっている機関を見つけ、そこから情報を得る。また、家庭訪問をして情報を得ることも行う。

こうして集めた情報を会議にかけた上で援助方針を決定する。

保護者との分離をした上で様子を見て判断した方がよい場合には、一時保護を行う。一時保護は児童相談所だけが行うことができ、親の了解がなくとも児童相談所の判断で行うことができる（児童福祉法（以後法と略す）33条）。ただし、児童が判断をできる状況にあれば、本人の納得は必要である。一時保護は一般的には一時保護所に行くが、施設や病院などに委託一時保護を行うこともできる。入院中のケースであれば、そのまま病院に委託一時保護することが多い。一時保護中には、心理判定、行動観察、診察を行い、社会調査とあわせて会議にて方針を決定する。（一時保護所から学校に通うことはなく、それに代わるように学習の時間を設けている。教育権の侵害として問題になっている。）

今しばらく保護者との分離を続けた方がいいと判断されると、児童福祉施設に措置をすることになるが、そのためには親権者の同意が必要であり、同意が得られない場合には児童相談所が家庭裁判所に申し立てを行う（法28条）。家庭裁判所の審判を経て児童福祉施設に措置をする。この家庭裁判所の審判の有効期限が2年に制限された（更新は可）。

またこうした困難ケースについては児童福祉審議会に諮るようになってきている。特に、児童相談所部会として専門家を集めた審議会を別に開くようになってきている。この中に専門家として児童精神科医が含まれることが多い。

家庭訪問が拒否されて調査ができないとき、立入調査をすることができる（法29条）。ただし、鍵を壊してまで侵入することはできない。現在は警察の援助を受けて行うようにしているが、十分な事前調査をした上でないと立入調査をできないこともある。

施設入所したケースには、児童、家庭に対して心理、ケースワークの両面から関わりをもって、家庭復帰できるようにする。（現実には人手不足で十分行えていない）

分離までの必要がなく、在宅の支援にて改善を図るケースが多くある。こうしたケースへの関わり手を増やす必要性から、児童福祉法が平成16年に改正されて、市町村も子ども虐待への対応を行う機関とされた。さらに要保護児童対策協議会を設置して関係機関の連携を強化するようになった。虐待事例のケースの支援は一機関だけでは困難であり、多くの機関、人々が連携して支援することで改善を図るためである。ケースごとにネットワーク会議を開催し、どのような支援を行うかを検討し、支援策が有効であったかどうかを再度会議で判断していく。こうしたネットワーク会議へ出席し、ケースの理解の方法を示し、援助策を考えていくことが児童精神科医にも求められるようになる。

3. 子ども虐待の発見と通告

法律上は、要保護児童の通告義務（法25条）があり、虐待防止法では、「…児童の福祉に職務上関係のある者は、児童虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、児童虐待の早期発見に努めなければならない。」（5条）「児童虐待を受けたと思われる児童を発見した者は、速やかに、これを市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所又は児童委員を介して市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所に通告しなければならない。」（6条）と記載され、さらに通告することでは守秘義務違反にならないことまで載せられている。

児童精神科に受診してくるケースの中には虐待の範疇に入ってしまうものも多く見られる。そうしたケースを地域で連携して支えていくために通告して（相談するという言葉の方が適切である）、ネットワークを形成して援助していくことがこれからの精神科医療では必要に

なってくる。

(牧 真吉)

<各論Ⅱ 2. 子ども虐待および養育上の問題への対応 4)養育問題家族のアセスメント>

1, 養育問題家族の発見

不適切な養育に至る家族はもちろんのこと、その危険のある家族を早期に発見して対応することは、虐待予防に非常に重要である。その際、養育問題家族のアセスメントを適切にすることで、その危険性を把握し、更にもどのような支援が必要かを判断しなければならない。そのためには、親の状態、子どもの状態、親子関係の状態、両親の関係性などからその問題への気づきが重要である。子どもの行動の問題、親子関係の不自然さ、夫婦関係の問題などに気付いたときには家族への簡単なアセスメントを行い、要支援家庭かどうかを把握する。

2, 家族のアセスメント

1) 家族に関する情報収集

(1) 家族歴の聴取

医療の場合は当然ジェノグラムを作成し、同居している家族、拡大家族、家族の病気、亡くなった家族、母親の妊娠歴なども聞くのは当然であるが、心理社会的な側面も同時に聴取することを習慣づけると良い。近隣との関係、きょうだいの保育園・学校などに関しても聞いておくと参考になる。情報がとりにくい場合、少なくとも健康保険の種類から、生活保護、自営などの検討を付けることができることもある。

(2) 育児に関するサポートに関しての聴取

孤立した育児は虐待などの養育問題に繋がりがやすい。従って、育児に関するサポートの状況を評価することが重要である。①パートナーはどの程度育児サポートをしてくれるか、家事の手伝いなども重要であるが、心理的な負担に関するサポートも重要である。②同居している祖父母や親のきょうだい等のサポートについて聞く。その際、嫁姑問題等が語られることもある。③母の実家のサポートに関して聞くことも重要である。それにより母親の原家族の状況を把握することができ、母親の過去の状況への話の手がかりになることもある。④その他、友達や近所の人、サークルなどによるサポートも重要な社会資源である。

(3) 転居などの状況の把握

転居を繰り返すことは不安定な生活を示すことでもあり、また、転居によるストレスを把握することにもなる。

(4) その他のストレス状況の把握

転居以外にも失業、経済的問題、事件など、家族にとっての様々なストレスに関して聞くことは重要である。ストレスに対する支援で家族機能が変化することも少なくない。

(5) 関係機関からの情報収集

虐待が疑われるときはその限りではないが、そうでなければ基本的には親の同意を得て保健所・保育園などから情報を収集することが必要なときもある。

2) 両親に関する情報の収集

家族歴として聞き取る以外に、親の育児に対する考え方、夫婦関係、親の現在の精神的状況、親の育ちの過程、親が虐待を受けた体験やその他のトラウマ体験、などを聞き取る