

第2章

小児精神疾患のプライマリケアに おける診療～診立て・治療・連携～

公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター

精神医療センター 高橋 雄一

I. はじめに

子どもの診療を行う際には、身体疾患にしても精神疾患にしても、乳児期、幼児期、学童期、思春期と発達段階を考慮する必要がある、「小児」として乳幼児から中学生、高校生までを一律に対応することはできない。また、精神的な問題を考える上では、同じ年齢でも知能の発達や情緒の発達の差異を考慮する必要がある。さらに子ども自身だけではなく、保護者への対応も重要な要素である。

本稿では主に幼児期から小学生年齢にみられやすい精神疾患について、医療機関における対応や関係機関との連携について概説する。なお、関係機関については、自治体による対応窓口の違いがあり、本稿では横浜市の体制を中心に述べることにする。また、発達障害、摂食障害、思春期以降の精神疾患については、本誌の別項に詳細が記されているので、参照されたい。「小児心身医学会ガイドライン集改訂第2版」(南光堂、2015年)は、小児科医向けに、心身症、起立性調節障害、不登校、摂食障害、疼痛に関する診療が詳細に記されており、プライマリケアを行う医療者が子どもの精神的な問題に対応する上で参考になる。

II. 発達段階における精神疾患

子どもの精神的な問題を考える上で、成人と異なる点として、①「言語化能力が十分に発達していない」、②「理解力・判断力・内省力が十分に発達していない」、③「身体的・経済的・社会的な自立度が低く、周囲の環境への依存度が高い」ことなどが挙げられる。医療者は、各発達段階の子どもがどの程度のことができるのか、どのようなことが問題となるのかを理解しているとよい。

幼児期には、言葉の遅れや、年齢相応の行動や対人関係ができないなど、発達障害関連の問題が多い。保健所の乳幼児健診で異常を指摘される場合は、その段階で保健所の相談や、地域療育センターなどの療育機関への受診を勧められ、評価、対応されることになる。乳幼児健診では異常が指摘されなかったものの、幼稚園や保育園で不適応が顕在化する場合は、療育センターの他に小児科や児童精神科医療機関でも対応することが多くなる。発達障害の詳細は別項を参照されたい。

発達障害以外に幼児期によくみられる精神、行

動上の問題としては、分離不安、癇癪、チック、夜驚や夢中遊行などの睡眠の問題などが挙げられる。中には子どもの行動は発達相応であるものの、保護者が対応に困り、子どもが発達障害や精神疾患なのではないかと疑って、医療機関に受診することがある。このような場合には、保護者の育児不安に焦点を当て、丁寧にガイダンスを行う。また、多動や癇癪などの行動上の問題の背景に、児童虐待の可能性があることも考慮しておく。

小学校入学後は、学習や規律のある行動を求められるため、幼児期より不適応を生じやすくなる。就学前に気付かれなかった知的発達の制限や、注意欠如多動症、自閉スペクトラム症、限局性学習症などが、初めて事例化することも多い。精神疾患としては、心的負荷に反応して生じる神経症性の疾患が多く、症状としては、身体愁訴や行動上の問題として表れることが多い。診断名としては、適応障害、身体症状症、情緒障害などが多く、子どもの心的負荷を軽減するように、家庭や学校の環境調整を行うことで、症状が改善することが多い。身体愁訴や不登校傾向があり、小児科医療機関で起立性調節障害と診断される子どもが、昇圧剤の服用で改善せず、児童精神科医療機関に紹介されることがある。このような場合には、起立性調節障害では一元的に病態を説明できず、精神疾患が併存すると考えて、心理社会的な側面を十分に評価する必要がある。なお、小学生年齢では、統合失調症やうつ病などの内因性精神障害の頻度は少ない上、症状は成人と比較して非定型的であり、児童精神科医でも判断が難しい。

III. プライマリケアにおける初期診療

子どもの精神的な問題の症状は、身体愁訴や行動上の問題として表れるために、精神疾患と判断しにくいことや、精神科医療機関への抵抗感のため、最初は相談機関や小児科医療機関に受診することが多い。筆者は、精神的な問題の解決するための入り口として訪れた、最初の相談窓口での対応が、その後の治療に影響すると考えている。

通常低年齢の子どもでは、子ども自身が医療機関での診察を希望するのではなく、保護者の意向で受診する。プライマリケアを担当する医療機関に訪れた場合、単に主訴の症状が身体疾患か否かを鑑別する診察だけではなく、子どもと保護者の

双方に、困っていることや相談にきた経緯を詳しく聴き取り、子どもと保護者のやりとりの様子を観察することが大切である。また、児童虐待など保護者の養育上の問題が疑われる場合には、保護者の陳述に不自然な点はないか、身体診察で年齢相応の発育をしているか、外傷がないか、清潔が保たれているか、などを確認する。

子どもの精神的な問題は、家族や教師、友人関係の問題などの環境的な要因が背景にあることが多い。そのため、医療者が家族や教師に問題の原因を求めて「悪者探し」をすることがしばしばみられる。通常保護者は子どもが問題を抱えていることに傷ついており、周囲から責められて孤立感を抱いていることが多い。また、子ども自身も周囲から責められて保護者に心配をかけているとして、傷ついていることもある。したがって、一見保護者の子どもへの対応が不適切と思われても、子どものことを考えて、保護者を労い家族との関係を構築することが有効である。また特別な精神科の治療技法でなくても、丁寧な病歴聴取をすることで、保護者の努力の跡をたどって成功体験に目を向ける機会となる。原因や問題よりも既に解決していることに着目すると、保護者の力が明らかになってくる。保護者が治療関係によって無力感から立ち直り、本来の力を取り戻すことができれば、自ら解決の道を見いだしていき、子どもが安定することもある。

上記のような対応の上、精神的な問題が継続する場合には、児童精神科医療機関に繋ぐことになる。しかし保護者が精神的な問題があることを受容できないうちに、「身体の問題ではなく精神的な問題だから、精神科でみてもらうように」と、保護者が関係を切られると捉えかねない説明を受けると、却って精神科受診に抵抗感が強くなり、ドクターショッピングをする場合もある。特に身体愁訴が主訴の場合には、「精神科に繋がっても身体面の相談は必要に応じて引き受ける」と説明して、その後の関係の継続を保証すると、保護者は安心感を持つことが多い。

IV. 医療機関以外の関係機関について

保護者の医療機関以外の相談先としては、幼児期の子どものについては、在籍する保育園や幼稚園の保育士、保健所の保健師などが多い。小学生は

担任教諭や養護教諭に相談することが多いが、近年横浜市立小学校では「児童専任支援教諭」が全校に配置され、子どもの不登校、いじめ、発達障害といった問題に対応している。また小学校では月1～2回程度、中学校では週1回程度スクールカウンセラーが来校して、子どもや保護者の相談を行っている。すなわち学校現場で子どもの問題に対応する体制が充実してきている。

横浜市教育委員会としては、横浜市教育総合相談センターが一般教育相談に加えて、いじめ相談、心理士による心理相談、児童精神科嘱託医による医療相談を行っている。また不登校対策事業として、大学生ボランティアが不登校の子どもの自宅を訪問する「ハートフルフレンド」と、同世代との関わりに不安や緊張が強く、遊びやスポーツ活動を通じて集団参加を目指す「ハートフルスペース」（適応指導教室）、不登校の子どもが毎日の通室や時間割に沿った学習参加など通常の学校生活に近い形で集団参加を行う「ハートフルルーム」（相談指導学級）の3形態がある。また、発達障害児に対する特別支援教育については、横浜市特別支援教育総合センターが対応している。これらは子どもと保護者が、在籍する学校を通じて教育委員会に相談する。

その他の相談機関として、横浜市各区役所に開設されている子ども・家庭支援相談に、保健師の他に教育相談員や学校カウンセラーが配置されている。児童相談所でも児童虐待以外の子どもの諸問題に対する相談を行っている。その他民間のフリースクールや相談機関が増えている。

子どもの状態に応じて上記のような関係機関の支援を受けることで、子どもの社会適応の向上を図ることに繋がるので、各機関や事業の役割や連携の仕方を知ることが、治療的にも役立つ。

V. 子どもによくみられる状態像と対応

1. 身体愁訴：

子どもは頭痛や腹痛といった身体愁訴を主訴として医療機関を受診することは多いが、その原因が身体疾患か精神疾患かを、明確に区別することは容易ではない。まれではあるが、「朝頭痛や嘔気を訴えて不登校」という主訴で精神科を紹介された小学生が、脳腫瘍であったことも経験する。また身体愁訴を呈

する精神疾患は多く、症状の表れ方や子どもの背景も一様ではない。

身体愁訴を主症状とする精神疾患には、身体症状症、不安症、うつ病などがある。また、起立性調整障害と診断される子どもの多くは、身体愁訴を呈している。

病歴聴取の際に、身体愁訴の出現状況（曜日、時間帯、場所、学校やイベントの有無など）、他の精神症状や、食事や睡眠などの身体症状、生活状況を把握する。子どもの場合、多くは心的負担に反応した症状であり、登園・登校前や、負担のかかる出来事の前など状況依存性に症状が生じることが多い。うつ病の場合は、抑うつや苛々感を主症状とし、通常平日と休日などで症状の差異は少ない。

治療は休養、環境調整、精神療法を優先する。薬物療法は、効果と副作用を十分吟味して検討する。

2. 不登校

文部科学省の不登校の定義は、「何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因・背景により、登校しない、あるいはしたくてもできない状況にあるため年間30日以上欠席した者のうち、病気や経済的な理由による者を除いたもの」とされる。すなわち特定の精神疾患の症状を示すものではなく、背景はさまざまである。不登校は小学校低学年では少なく、学年が上がるにつれて増加する。近年は全国の小中学生の児童生徒のうち、約12万人が不登校であり、小学生では2万5千人前後、中学生では10万人前後で推移している。明らかな身体愁訴や精神症状を欠く子どもは、医療機関には受診せず、学校や相談機関で対応している。

医療機関に訪れる不登校の子どもは、身体愁訴や睡眠の問題、抑うつ、不安、行動障害などの症状を呈するために受診する。したがって、医療機関の役割は、身体的および精神医学的評価と医学的治療適応の判断である。精神病性障害では薬物療法を含めた精神科治療が優先されること、発達障害では特性に応じた対応をとる必要があることなどから、鑑別診断は重要である。小学生の場合には、学習や対人関係の問題など、不登校に至

る明確な契機があることが多い。また幼稚園や小学校低学年では、分離不安症による登園渋りや不登校がよくみられる。

不登校状態に対しては、当初から登校再開を促すのではなく、子どもの情緒安定と自己効力感の向上を主目標とする。不登校になると身体愁訴や精神症状がみられなくなることが多い。その上で環境調整を行いつつ、前述のような教育機関の事業を利用して、段階的に学校参加への復帰を目指していく。

3. 子どもにみられる不安障害

不安障害は、症状により診断分類されるが、幼児期から小学校低学年頃に特徴的にみられる不安障害に、分離不安症と選択性緘黙がある。

分離不安症は、愛着を持っている人物（通常母親が多い）からの分離に関する過剰な恐怖や不安が主症状である。母親が離れることを過剰に心配し、中には母親が難病や死に至るのではないかと感じて、幼稚園や学校に通えなくなることが多い。幼稚園や学校に理解を求め、登校時や授業中に、教室の近くに母親が付き添うなど、保護的に対応して徐々に不安感が軽減していくことが多い。症状が顕著で不登校に至るような場合には、心理療法を検討する。

選択性緘黙は、幼稚園や学校で発声せずに他者と会話をしないが、家庭では特に問題なく会話をするため、保護者は学校側から指摘されるまで、緘黙に気付かないことが多い。また幼児期には会話をしなくても、他児と一緒に遊んだりしているので、子ども自身の困り感は少ないことが多い。周囲に理解を求めて、子ども自身に会話を強制しない対応として、多くは徐々に改善するが、一方小学校高学年まで緘黙が続く場合は、子ども自身も周囲も気にするようになることが多く、心理療法や行動療法を行うこともある。

4. チック

チックは一過性のチックを含めると、小児の約10%にみられる。脳のドーパミン系の異常や遺伝的要因などの身体因が原因とされるが、心理的要因で症状の変動があることから、養育上の問題が原因と誤解されることが

ある。DSM-5 では、神経発達症群に含まれ、注意欠如・多動症や強迫症に併存することも多い。

チックへの対応の基本は、家族や関係者に対する十分な疾患教育と環境調整である。1年以内にチックが消失する暫定的チック障害は、環境調整で症状が軽減、消失することが多く、症状が生活に支障が少なければ、経過観察とする。トゥレット症のように、多発性の運動性チックや頻回の音声チックにより、学習や日常生活に著しい支障を来す場合は薬物療法を検討する。非定型抗精神病薬が有効であるが、保険適応がないことと副作用を考慮して、使用にあたっては十分な検討を要する。

Ⅶ. まとめ

主に幼児期から小学生年齢の子どもの精神的な問題に対する診療の仕方と、関係機関の役割、代表的な状態像や疾患に関して述べた。精神疾患に対する治療という医療的な対応が中心ではなく、家族や関係機関と協力し、子どもを支える体制を作り上げることが有効であることが多い。また、プライマリケアにおける適切な初期対応で問題が軽減したり、その後の児童精神科治療への導入が円滑になることが多い。

文献

1. 日本小児心身医学会編：小児心身医学会ガイドライン集改訂第2版，南光堂，東京，2015
2. 日本総合病院精神医学会・児童青年期委員会編：子どものこころの診療ハンドブック，星和書店，東京，2016
3. 平安良雄編：精神科レジデントハンドブック第2版，中外医学社，東京，2014
4. 高橋雄一，荒井宏：一般精神科医が児童生徒を診察するためのコツ，精神科，29(4)，340-344，2016