

平成23年度 子どもの心の診療ネットワーク事業

神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科セミナー

- 日時** 平成23年 8月20日 (土) 15時～18時
- 場所** ウィリング横浜 (ゆめおおおかオフィスタワー 5階)
- 主題** 子どもの心の問題についての基礎講座 —小児科診療との連携を考える—
- 司会** 児童思春期精神科 南 達哉
- 演者** ①児童精神科医が使うクスリ
児童思春期精神科 藤田 純一
- ②不適切な養育を受けた子どもの特徴とその対応
児童思春期精神科 豊原 公司
- ③精神疾患を持つ養育者への支援
児童思春期精神科 庄 紀子

はじめに (南)

平成20年度に3年間の期間限定で始まった子どもの心の診療拠点病院機構推進事業において、当センターが診療拠点病院に指定された。平成23年度には子どもの心の診療ネットワーク事業と名称が変更された上で、さらに3年間の延長が決定した。この事業の一環として本セミナーを初めてから早3回目を迎える。本セミナーは、①小児科の先生方に児童精神科の診断および治療技法を紹介し、小児科診療の一助にさせていただくこと、②小児科の先生方に児童精神科診療の実際を知っていただき、お互いの実情に合わせた適切な連携ができるようになること、を目的に行っている。今回は神奈川県内から32名の小児科医と66名の医師以外の専門職の方に参加していただけた。質疑応答が活発になされ、アンケート調査においても内容が具体的で分かりやすかったと好評であった。

児童精神科医が使うクスリ (藤田)

【はじめに】

近年、副作用が軽減されて使用しやすい新規の向精神薬が続々と開発・発売されるようになった。精神科医だけでなく内科医が日常診療の中で向精神薬を処方することもある。小児科領域でもこれは例外ではなく、小児科医から初期治療として抗

うつ薬や抗精神病薬・睡眠薬の処方を受けた上で当科を受診する児童も稀ではない。最近の報道では、発達障害の診療に関わる医師の約30%が就学前の児童への向精神薬投与経験を持つことが話題になっている。しかし実際は小児への向精神薬投与は長年解決されていない問題をはらんでおり、注意が必要である。現在わが国で発売されている向精神薬のうち小児への適応を得ているのは、小児自閉症に適応を得ている抗精神病薬のオーラップ・ADHD治療薬のコンサータとストラテラのみである。わが国では小児を対象とした向精神薬の臨床試験がほとんど行われていないため、海外の知見を参考にするほかない。このため至適用量や至適投与期間が不明確な上、副作用や成長発達に関する懸念を抱えたままである。さらに最近24歳未満の患者への抗うつ薬投与により、自殺関連事象や攻撃性が誘発される可能性も指摘されており、注意喚起がなされている。このような事情があるため小児への向精神薬投与は安易に行われるべきではない。このため我々児童精神科医は向精神薬を処方する際は慎重を期し、患者と家族の信頼を損なわぬように十分な病歴聴取と経過への共感をし、薬効が期待される病状か否かを検討しながら処方をしている。処方時には不安や偏見を助長しないような分かりやすい説明を行うとともに

患者と家族の自己効力感を高めるためにも薬物療法以外の対処法を伝えること、処方後には副作用に配慮してこまめにモニタリングを行うことが重要である。以上を踏まえた上で、今年度セミナーでは小児科の先生方が日常診療で遭遇して初期治療を実施する可能性のある症状として1) 苛々・攻撃性、2) 不安・抑うつ、3) 不眠、4) 不注意・多動、5) せん妄、6) チックをあげて処方例とともに解説した。また一般的に知られている向精神薬の副作用や相互作用についても紹介した。

【苛々・攻撃性】

処方例) 12歳男児。3歳時に自閉症・精神遅滞の診断。現在個別支援級に在籍中。小学校では3人程度の少人数編成で落ち着いて過ごしていたが、中学に入りクラスの人数が大幅に増え、多動児からちょっかいを出され、かんしゃくを起こすようになった。家庭では日常生活がマイペースになり、切り替えを促す母を叩くため家族が対応に難渋して精神科を受診した。精神科医はリスパダール1 mg分1・夕を処方し、学校支援員による補助を入れ、ついたてなどで刺激軽減を行い、登校時間数を減らした。約1ヶ月で症状は緩和した。

解説) 統合失調症などの精神病性疾患・せん妄状態・うつ病や躁鬱病といった気分障害・自閉症・精神遅滞・注意欠陥多動性障害・被虐待などに伴う情緒障害などに起因するかんしゃく・焦燥感・苛々感・易怒の状態・敵意・破壊的行動・自傷/自殺念慮といった症状に抗精神病薬や抗てんかん薬を用いる。軽度の苛々であればベンゾジアゼピンなどの抗不安薬で対処することもある。具体的処方ではリスパダール0.5-2 mgを分1-2、セロクエル25-75 mgを分1-3、デパケンR200-400 mgを分1などである。苛々や攻撃性の誘引となる学習・集団場面、家族との不和などストレスを同定して支援を行う。生活環境や課題は簡潔にして休養をとらせることが肝要である。苛々している場合には言葉かけを多用しないこと、暴力で応じないことを伝え、悪循環にならぬよう助言する。なお、破壊的行動や顕著な興奮・暴力などの危機的状況の場合は児童相談所や警察など外部機関の介入・支援や入院治療を提案することもある。

【不安・抑うつ】

処方例) 11歳女児。元来、引っ込み思案な一方、

家族への気遣いが多い子。小学2年生の時から、アトピー性皮膚炎と喘息が悪化し入退院を繰り返した。退院している期間は一生懸命学校に適応しようとし、勉強に励んで学級委員にも立候補した。小学5年生で、長期入院を経て学校に戻ったが、何となく楽しく過ごせない状態が続き、クラス内で孤立し夜も眠れず朝の表情も冴えぬようになった。「自分が大嫌い」と自傷行為をして泣いた。喘息様の呼吸苦を訴えて救急外来に何度も来院するが、病院に到着すると所見は消え、心因性とされ精神科医に紹介された。精神科医がジェイゾプロフト25 mg分1・夕を処方し、学校を休むように助言した。数ヶ月間家庭でゆっくり過ごすうち不眠や活気の乏しさが改善し再び元気にクラスに適応できるようになった。

解説) パニック障害や社交不安などの不安障害・PTSDや適応障害といったストレス関連障害・うつ病や躁うつ病といった気分障害の診療において、種々の不安や緊張・抑うつ気分・意欲低下などの治療を行う場合、抗うつ薬や抗不安薬を用いる。具体的処方では抗うつ薬ではジェイゾプロフト25 mgを分1、パキシル5-10 mgを分1などである。抗不安薬ではワイパックス0.5-1.5 mgを分1-3、セルシン1-3 mgを分1-3もしくはこれらを頓用として用いる。薬を処方する以外の対応として、患者や家族にこれらの症状が何故起こっているのか分かりやすく解説するとよい。例えば、緊張や心配は元々備わっている生物学的な本能であり、必要以上に心が疲労しないよう心のアラームが過剰に働きやすい状態になっていることを伝える。まずは焦らずに休養と薬物療法によって心の疲れを回復させ、緊張や不安を適度に調節する方針を伝える。患者に対しては日記や家族との会話、もしくは精神科医とのやりとりを通して何が自分にとって不安が強く大変に感じるかをゆっくり整理するよう伝える。不安の内容が整理できてきたら小さな目標を設定して不安を感じる事柄を徐々に乗り越えるよう心のリハビリを促す。

前述したように、抗うつ薬は24歳未満の患者の自殺関連事象のリスクをわずかわずかながらあげることが一般的に知られている。うつ状態ではそもそも希死念慮を生じやすく、副作用であるのか病状によるものなのかの判別は困難である。無用なトラブルを避けるためにも小児科の先生方には

薬物療法が必要な症例は精神科医へ紹介されることをすすめたい。

【不眠】

処方例) 9歳女児。元来夜泣きも多く寝つきが悪い子。朝は不機嫌なことが多く、母は苦勞した。小学校にあがってからは朝おきることが大変で毎日ぎりぎりの登校となる。一方で、翌日に備えて母が早めの就寝を促してもなかなか寝つけない。このため母子で受診した。精神科医は早く寝かしつけることにこだわらないこと、下校後のお茶と昼寝を避けることを指導し、ロゼレム8 mg 0.5錠分1眠前を処方。約1週後に入眠困難と起床困難は改善した。

解説) 概日リズム睡眠障害・各種精神疾患に伴う不眠・夜驚症・レストレスレッグ症候群では、入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒・熟眠感欠如・昼夜逆転といった症状を呈する。これらの状態への具体的な処方入眠困難に対して短時間作用型のベンゾジアゼピンであるレンドルミン0.25 mgを分1眠前、中途覚醒については中～長時間作用型のベンゾジアゼピンであるベンザリン2 mgを分1眠前などである。また処方例のような概日リズム睡眠障害にはロゼレム2-8 mgを分1眠前、レストレスレッグ症候群にはピ・シフロール0.125-0.25 mgを分1眠前に用いる。不眠に関する具体的な助言として厚生労働省睡眠障害研究班が示した睡眠障害の12の対処法を参考にするとよい。例えば、うつ病などにより精神的不調が続く場合はこれを治療しない限りよく眠れないこと、睡眠薬を重ねないこと、焦らず回復を待つこと、時計とにらめっこをしないこと、無理に早寝をしない（させない）こと、体内時計は頭とおなかに存在すること、定刻どおりの食事と朝の光をあびて散歩をすることなどである。

【不注意・多動】

処方例) 13歳女児。5つ上の姉は過去にADHDの診断にてリタリンを使用したことがある。以前から砂糖と塩を間違えたり、サンダルを逆に履いて出かけるなど“サザエさん”のあだ名もあった。関西ではそのキャラクターが温かく受け入れられていたが、1年前に横浜に転居し、女子グループ内で相手の会話を聞かずすぐに自論を展開したり、授業中でも分かればすぐ手をあげるため周囲から浮いてしまい陰口を言われることが多くなっ

て孤立した。投薬を求めて母子で来院。軽度の瞬目チックを認めたためコンサータが使用できず、ストラテラを10 mg朝、15 mg夕より開始し漸増した。40 mg/日にした頃より、うっかりミスや唐突な言動が減ってクラスに多少適応できるようになった。

解説) 注意欠陥多動性障害・自閉症などに付随する不注意・多動症状については、家庭生活や学校生活における失敗が続いて本人の自己評価が低下している時には介入を行う。まずは目標呈示をして達成できたら積極的にほめることを家族に伝え、テレビをつけながらの勉強など不注意による失敗を助長するような環境を極力避けるよう指導する。このような家族指導や環境調整にて改善が見られない場合は薬物療法を選択する。コンサータは18 mg分1朝より開始し、食欲不振や頭痛・チック性の不随意運動といった副作用と治療すべき症状の兼ね合いをみながら54 mgまで漸増する。ストラテラはコンサータよりも副作用は少ない印象があるが、これも同様の副作用に注意しながら0.5-1.8 mg、10-120 mg分2朝夕の範囲で漸増する。ストラテラは一旦やめると血中濃度上昇に時間がかかるため、服薬遵守ができるように家族に指導する。服薬にあたっては、家族だけでなく本人も何故内服が必要なのかを理解し、偏見を早期に解消することでより治療効果があがる印象がある。決して珍しくない症状であることを強調して、“うつい”、“うっかり”といった症状を処方例のような漫画の登場人物を引用して説明することもある。

【せん妄】

処方例) 8歳女児。脳外科手術後、経鼻栄養。画像上腫瘍は全摘出されているが、呼びかけに時々反応する程度で手足をばたつかせて不眠。家族、医師や看護師を叩くため、心因性ではないかと精神科医に相談。診察上、せん妄状態だが担当医に諮るも原因が特定できない。精神科医は父母に説明の上で管理上やむなくリスパダール液1 mgを経口投与。精神症状は軽快したが、後に2週ほど便秘状態が放置されており、Bacterial Translocationによる敗血症と判明。投薬は中止となりICUでの全身管理となった。

解説) せん妄とは意識障害であり、脳機能の低下である。背景には脳器質性疾患・代謝性疾患・

炎症性疾患・電解質異常・術後せん妄・ICU症候群・ステロイドや化学療法・H2ブロッカー・抗コリン薬などの薬剤の影響があげられる。生命予後にも大きく関与するため、原因を特定して速やかに回復させることが求められる。管理上やむを得ぬ場合は抗精神病薬を少量投薬する。リスパダール0.5-1 mg, セロクエル12.5-25 mgを通常経口もしくは経腸投与する。QT延長症候群により致死的な不整脈が起こる可能性もあるため、特にセレネースを経静脈投与する場合は注意して緩徐に行う。見えない・聞こえないといった五感を遮断するような環境は避け、昼間は起こして車椅子などで散歩に行き話しかけるなど昼夜のリズムをつける工夫も重要である。

【チェック】

処方例) 9歳男児。幼少期から瞬目や鼻すすりといった小さいチックを認めていた。2年前から、身体を急にのけぞらせるような運動や大声が出るようになった。気持ちの余裕もなくなり、宿題がうまくこなせないとかんしゃくを起こし母にあたるようになった。「死にたい」と訴えて初診。精神科医はエビリファイを1.5 mgから開始し3 mgまで増量。不随意運動は若干軽減したが、抑うつ気分は改善せずパキシル5 mgを併用し半年後によく小康状態を得た。

解説) チック・トゥレット症候群は脳の発達過程で起こる生得的背景の大きい病状である。融通の利かなさや繊細さなどの性格特性、不安・抑うつなどの症状と生物学的基盤が共通し、不安障害やうつ病などが3割程度に合併することが知られている。思春期をピークに9割程度は軽減するため経過観察する例も多いが、本人・周囲が苦痛や危険を伴う音声・運動チックに対して抗精神病薬の投薬を行う。この場合、リスパダール0.5-1 mg分1夕、エビリファイ1.5-3 mg分1朝を投薬する。症状を短時間であれば意識的にとめることもできるが、長期的には「やめなければ」と意識すればするほど症状は増え、意識しなければ軽減するため「やめる」というのは逆効果になることを家族に説明する。

【向精神薬の副作用】

最後に向精神薬でよくみられる副作用および薬剤間の相互作用をあげる。向精神薬の処方を行う際の参考にされたい。

- 過鎮静・眠気 (向精神薬全般)
- 口渇, 多飲水 (抗精神病薬, 抗うつ薬など)
- 体重増加 (抗精神病薬, 抗うつ薬など)
- 薬剤性パーキンソンニズム, 悪性症候群 (抗精神病薬)
- 起立性低血圧 (抗精神病薬, 抗うつ薬など)
- 頭痛 (抗精神病薬, 精神刺激薬)
- 食欲低下・吐き気 (精神刺激薬, 抗うつ薬投与初期)
- 薬疹 (抗てんかん薬)
- てんかん閾値の低下 (抗精神病薬, 抗うつ薬, 精神刺激薬)
- QT延長症候群 (抗精神病薬, 抗うつ薬)
- 汎血球減少症候群 (抗精神病薬, 抗うつ薬)
- 易刺激性亢進, 自殺関連事象, 離脱症候群 (抗うつ薬全般)
- 高アンモニア血症 (デパケン)
- 抗プロラクチン血症 (抗精神病薬)
- ロゼレム⇔デプロメール (CYP1A2; 血中濃度上昇)
- トリプタン製剤⇔SSRI, SNRI, リチウム製剤 (セロトニン症候群誘発)
- 抗血小板薬⇔SSRI (血小板凝集能低下, 出血傾向)
- セイヨウオトギリソウ⇔SSRI, 抗精神病薬, 抗てんかん薬 (CYP3A4誘導; 効能低下)
- テオフィリン, 抗精神病薬, 抗うつ薬⇔デプロメール (CYP1A2; 血中濃度上昇)
- ジギタリス, 抗精神病薬, 抗うつ薬⇔パロキセチン (CYP2D6; 血中濃度上昇)
- オーラップ⇔抗菌薬, 抗真菌薬, グレープフルーツ (CYP3A4; 血中濃度上昇, 重篤な不整脈)

不適切な養育を受けた子どもの特徴とその対応 (豊原)

横浜市における新規虐待把握件数は年間約600件であるのに対し、当センターこころの診療病棟に入院する被虐待児は年間約20名であり、被虐待児のごく一部である。その中では、身体的虐待を受けており、暴力などの粗暴行為を主症状とする者が多い。その為本講義では、身体的虐待を受けて育ち、頻繁に粗暴行為を行うために入院治療を要した1症例を報告し、その特徴と対応に関して

検討した。

【症例】 9歳男児

- ・要求が通らない際の、興奮や暴力が強く、家庭では親の言う通りに行動しないため暴力を受けてきており、親も同様にその親から暴力を受けていた。
- ・<要求が通らない際には暴力をふるう>という方法が世代をこえて行われている可能性があり、逆に<相手を信頼して待つ>という関係が乏しいと思われた。
- ・病棟スタッフは本児に受容的・保護的に接しようとしたが、度重なる問題行動（興奮・暴力・虚言、盗み・器物破損）があるため、そうできない事実と直面し、スタッフは困惑・混乱した。スタッフ間でのカンファレンスが繰り返された。誰が接しても「大変な児」であるという認識は得られたが、これという結論は得られなかった。ただ、結論が出ないことは、正解（適切な対応方法）が1つではないことを意味し、このことがスタッフに余裕を与えた。
- ・約1年間という長期に及ぶ入院になり、主症状は大きく改善しなかったが、長期にわたり、スタッフが疲弊することなく余裕のあるまなざしで本児を支え続けたことは意味のあることと思われた。
- ・退院して治療の場を外来に移しても、本児とかわる支援者（医療のみならず、福祉や教育関係者）が本児を「大変な児」であるとの認識とともに、その認識を共有することにより、支援者が疲弊することなく長期的な支援を続けることが重要と思われた。

精神的問題を持つ養育者への支援（庄）

養育者が精神的問題を有する場合、どのように支援すべきかについてまとめた。本講義（ならびに本稿）は筆者の臨床経験を中心に考察した内容である。ひとつの見方・考え方として、臨床場面でお困りの小児科の先生方の一助になれば幸いである。

一般的に養育者（以下、親＝子どもの養育を行っている者）を支援する際の目標は、①親が正しい知識を持つ、②親が正しい知識にもとづいた適切な対応方法を実践できる、ことと考える。さらにその子どもが慢性疾患を持つ場合には、③将来的

に子ども自身が理解し実践できるようになることを目指す、④子どものための実践と親の精神状態のバランスが保てる、ことも目標になると思われる。しかし、親が精神的問題を持つ場合、知識を伝えようとしても伝わりにくい、適切な対応方法を伝えても実践できない、過剰に不安になり落ち込んでしまう、医療者に怒りをぶつける、などにより支援が円滑に進みにくい場合がある。その際にどのように対応すると良いかについていくつかの場合に分けて検討する。

まず大前提として、親が精神的問題を有しており、子どもの生活自体が心配される場合には児童虐待防止法に基づき児童相談所に連絡すべきである。虐待とまでは言えないが養育上の問題が大きいと思われる場合には市区町村の精神障害担当課・こども家庭支援担当課や、保健所の精神保健担当への相談を勧めるなど社会資源の利用を検討すると良い。片方の親が精神疾患を持つ場合には、もう一方の親や他の養育者にも受診を促すことや、子どもの心理的発達にも気を配り、子どもに直接話しかけることを大切にする意識も必要である。

ここからは具体的な5パターンについて、考えられる背景と対応方法について述べる。

(1) 必要な処置ができない親の場合

<考えられる背景>

- ・知的な問題がある。
- ・ADHD（注意欠陥多動性障害）の傾向があり、説明の聞き逃しやうっかり忘れが多い。
- ・うつ病のために、理解力や判断力が低下していたり、行動がおっくうになっている。不安や焦燥感はあるが行動に結びつきにくい。
- ・統合失調症のため、現実的に思考し行動することが困難である。

<必要な対応>

- ・できないことを責めない。
- ・親の大変さを労う。
- ・処置の必要性を理解しているかどうか確認する。
- ・理解している場合には、出来ない理由を確認する。
- ・処理の必要性を明確に伝える。
- ・必要な処置の優先順位を明確化する。
- ・忘れにくい方法（薬箱、薬をカレンダーに貼

るなど)と一緒に考える。

- ・できないことや忘れることを前提とした対処法の説明する。
- ・子どもにも説明し、協力を求める。

子どもが慢性疾患を持っている場合には、子どもの症状と親の精神状態の両者が悪循環的に悪化する場合がある。その際、身体疾患の治療のための入院治療が悪循環の停止に効果的なこともある。子どもは少しずつ成長するため、1回の入院治療で改善しない場合には入院治療を繰り返すことも時に必要である。また、親子を責めない意識が大切である。母が責められると子ども責められているような気持ちになったり、母が責められたと感じることで母のやるせない思いが子どもに対する怒りに変わる場合もあるからである。

(2) 些細な確認が多い・心配しすぎる・頻回に受診するなど、不安が強い親の場合

<考えられる背景>

- ・不安障害がある。子の病気に限らず不安が強い。
- ・うつ病のため、不安・焦燥が高まっている。
- ・過度に几帳面な性質。ひとつひとつの処置を完璧にやり遂げたい。
- ・子どもを病気にさせたという罪悪感が強い。
- ・医師の処置や説明に納得していない。

<注意点>

- ・子どもに過干渉になりがち。その結果、子どもの不安が高まったり、子どもが回避的になるなどの二次的な問題が生じる場合がある。
- ・親がうつ状態に至る場合も少なくない。

<必要な対応>

- ・何を特に不安に思うか尋ねる。
- ・誤解があれば解く。
- ・不安に共感し、できていることを認め、労う。
- ・言葉をシンプルにして事実を伝え続ける。
- ・医師が対応可能な時間などを明確に伝える。
- ・家族全体の生活状況にも気を配る。

子どもが慢性疾患を持っている場合、親が不安のあまり過干渉を続けると、子どもが思春期を迎える頃に、反抗的になったり親の言葉を聞き流すことにより必要な処置すら行わなくなることがある。本人の病状悪化を親の責任にせず、症状や治療について本人に語りかける姿勢が必要である。また、親には、子ども自身が自分の病気を理解し

受け入れてゆくために子どもにまかせなければならぬ時期であることを伝えると良い。

子どもの病気について親の不安が強い場合、親は子どもの援助者として機能する場面が多くなり、生活者としての家族機能がおろそかになる場合がある。その結果、親も子ども精神的不調を抱える場合がある。特に不登校の問題と絡むことが多い遷延する身体愁訴や、治療法が定まっていない病気の場合には、親が子どもの病気に囚われすぎないように配慮することも必要である。

(3) 自分の理屈を押し通す親の場合

<考えられる背景>

- ・アスペルガー症候群など自閉症圏の問題があり、他者との相互的なやりとりが苦手である。
- ・著しく頑固。何らかの信念がある。
- ・統合失調症のため、柔軟に思考することが困難である。

<必要な対応>

- ・優先順位を明確化して伝え続ける。
- ・抽象的に話さず具体的に伝える。
- ・子どもにとって悪影響になる考えを押し通す場合には、<医療ネグレクト>として虐待通報を検討する。

(4) 学校や前医に怒っている親の場合

<考えられる背景>

- ・正当に怒っている。
- ・自身の養育や言動に自信が持てず、責められたり傷つくことを無意識的に避けている。
- ・自身の親子関係に課題を抱えていたり、発達の偏りがあるなどのために、対人関係全般が安定せず、猜疑心や怒りを抱えている。
- ・物事に向き合うことが苦手で、他罰的・回避的に対処する性格傾向がある。
- ・両親の一方が怒り、他方が同調している。

<必要な対応>

- ・言動が不安定で矛盾がある時にも初期には突き詰めすぎない。
- ・保護者の怒りの言葉に同調しすぎない。
- ・現在の主治医が持ち上げられることもあるが、その後反転することも多いので注意する。
- ・外来でできることは何かについての相談に焦点を戻す。その点については医療者が真剣に考えているという姿勢を示すことが特に必要である。

- ・感情的になっている時には、人の言葉を恣意的に理解しやすいことを意識する。当然、自分の言葉も真意が伝わらない可能性があるため、誤解を生じやすい言葉を使わない。
- ・診断書を求められた場合には、親と本人の陳述や、医師の推定の部分はその旨を明示する。

(5) 医療者に怒りをぶつける親の場合

<考えられる背景>

- ・正当に怒っている。
- ・多忙な父が家庭不在の罪悪感から、母子の前で無意識に威厳を示そうとする。
- ・発達障害の傾向を持ち社会不適應の傾向がある親が、医療不信・社会不信から攻撃的言動に至る。
- ・自身の親子関係に課題があるなど、対人関係が安定せず、感情や衝動の統制が苦手である。
- ・不安・罪悪感などの感情を抱えきれない。

<必要な対応>

- ・話をよく聞き、親の思考にそって尋ねる。
- ・誤解がある点、怒っている点を明らかにする。
- ・攻撃的な言葉には直接返答をしない。
- ・不安や心配に由来した怒りであれば傾聴することで落ち着くことも多い。
- ・何らかの対応を求められた場合には、できる

ことは「できる」、できないことは「できない」と明確に伝える。

親に感情をぶつけられた時、主治医は自分の診療に問題があったと反省しすぎたり、逆に「どうしようもない親」と決めつけるかもしれない。同僚や上司の評価が気になることも含め、感情が揺れること自体に疲労を感じるかもしれない。人に感情をぶつけられた場合に平静でいられないのは当然であり、溜めると苦しいものである。よって、親に感情をぶつけられた時には、周囲の者が声をかけること、周囲に助けを求めること、カンファレンスなどで検討し、現状を客観的に評価すること、などが必要である。

以上、5つの場合に分け、考えられる背景および必要な対応について検討した。全ての場合に共通して言えることは、<子どもが病気になることは確かに大変なこと><精神的問題を抱えている親は親自身が生きづらい>ということである。よって、①親を責めない、②できている点を褒め、③繰り返し簡潔に病気や障害の知識を伝える、④処置の優先順位を明確に伝える、⑤感情的な言葉に注目せず今できることに焦点を当てる、⑥親の言葉を先入観を持って聞かない、など極めて当たり前のことを丁寧に繰り返すことが肝要である。