

\*\*\* 事業報告 \*\*\*\*

## 平成30年度 神奈川県立こども医療センター こどもの心のケアネットワーク事業 児童思春期精神科セミナー

### はじめに (新井 卓)

小児科医をはじめとした子どもに関わる専門職を対象に、この児童思春期精神科セミナーを毎年夏に開催するようになり今回は10回目を数える。昨年まではこのセミナーは厚生労働省が推進するこどもの心の診療ネットワーク事業を神奈川県が当センターに委託して推進してきた事業の一環として行っていた。しかし、今年からは神奈川県が同事業への参加を終了（厚生労働省の同事業は継続）したことから、「神奈川県立こども医療センターこどもの心のケアネットワーク事業」と名称を変え、こども医療センター独自にこれまでの事業内容（福祉・教育との連携事業、専門職および市民への講座の開催、医療機関ネットワークなど）を継続することとなった。

今回のテーマは「子どもの治療動機を支える」とし、特に事例を上げながらテーマに即した発表を下記のとおり企画した。

- 日 時 平成30年8月4日（土） 14時～16時45分  
場 所 フォーラム（男女共同参画センター横浜）1階ホール  
主 題 子どもの治療動機を支える - 事例を通してみえてくること -  
司 会 児童思春期精神科医師 南 達哉  
演 者 (1) 病院受診に至るまで  
- ご家族、支援者との関わりから - ソーシャルワーカー 永井 直子  
(2) 自分の特性を理解して病気を乗り越えていくこと  
- 摂食障害で入院治療をした自閉症の中学生女児から -  
児童思春期精神科医師 庄 紀子  
(3) 自分の治療を、自分で決めていくこと  
- こころの診療病棟におけるソーシャルワーカーの視点から -  
ソーシャルワーカー 堀内 亮  
(4) 自らの疾患を受け入れ前向きに生きていくこと  
- 重度のチック症状を抱える子ども達の成長に寄り添って -  
児童思春期精神科医師 新井 卓

当院の児童精神科医から2演題および精神科ソーシャルワーカーから2演題それぞれ事例を交えて子どもの治療動機を支えるため心がけていること、心がけたいことを発表した。当日は猛暑の中138名の方にお集まりいただいた。終了後のアンケートでもセミナーの内容についてはほぼ全員の方から「満足」または「ほぼ満足」という評価をいただいた。特に各発表で事例を取り上げたことがとても分かりやすかったと好評であった。

## (1) 病院受診に至るまで

—ご家族、支援者との関わりから—

(永井直子)

### はじめに

医療におけるソーシャルワーカーとは、患者の立場になり、患者・家族が抱える心理社会的な問題の解決を援助し、患者が地域でその人らしく安心した生活が送れるよう支援する福祉職である。

医療におけるソーシャルワーカーの業務は主に5つある。①経済的問題の解決・調整援助（患者が医療費・生活費に困っている場合、保険・福祉等関係諸制度を活用できるようにする）、②療養中の心理社会的問題の解決・調整援助（患者・家族が安心して療養できるように、家事・育児・教育・職業等の問題の解決を行う）、③受診・受療援助（入院・外来診療に円滑に繋げる）、④退院援助（社会復帰に伴い生ずる経済的・心理社会的問題の予防や早期対応を行う）、⑤地域活動援助（関係機関と連携し、保健医療福祉に関わる指導、育成、普及を行う）である。

児童思春期精神科外来担当ソーシャルワーカーとして、日ごろ家族・支援者からさまざまな相談を受ける。例えば、「本人・家族は困っていないが地域の関係者は困っている」「本人もしくは家族が精神科受診を希望していない」「精神科受診の必要性があるかどうかわからない」「関係者は本人を医療に繋げるまでが大変であったため、受診してひと安心」という言葉をよく聞く。今回は③受診・受療援助について、架空の事例を通して上記の相談に答える形で、ソーシャルワーカーの関わりについて概説した。

## 事例① 学校内で興奮して暴れる小6男児：学校教員からの受診相談

家では暴れないため、家族に困り感が乏しく、学校側から家族に病院受診を勧めても“その必要がない”と検討してもらえない。授業に落ち着いて参加できないため個別対応を行っているが、思いどおりにならないと衝動的に殴る蹴るなどの暴力をふるうため、教員は対応に苦慮している。他児への影響もあるため、早急に入院させたいがどうしたらよいか。

<ソーシャルワーカーの対応>

留意すべき点として、以下のことを一般論として丁寧に学校側担当者に伝える。

### 1. 個人情報の共有には保護者の同意が必要

本人のプライバシー保護の観点から、市区町村の要保護児童対策地域協議会や児童相談所の虐待に該当するケースを除き、保護者の同意がない場合は個人情報のやりとりはできない。

### 2. 保護者の受診意欲がないと通院継続が困難

家族の困り感が乏しい場合、1度は受診できたとしても、通院が継続されにくい。状況にもよるが、受診させることを目的として急ぎすぎず、家族と時間をかけて受診の必要性について話し合うことが大切である。

### 3. 入院は総合的な判断により決まる

主治医が本人の状態を評価し、本人・家族の意向を踏まえて入院治療の必要性を判断する。入院が必要と判断された場合にも、当科の空床の有無や本人の病状により、当科ではなく他の医療機関への入院を検討する場合がある

## 事例② 総合病院小児科病棟入院中の神経性無食欲症の中1女兒：小児科医師からの転院相談

身長147 cm、体重26 kg (BMI;12)。中1夏頃からモデル体型に憧れてダイエットを開始し、3ヶ月で8 kgの体重減少。本人は「食べると気持ちが悪くなるから食べられない」と言う。小児科病棟に入院後、3食を食べていたが体重が増えず、食事を食べたふりをしてトイレに捨てていたことが発覚した。本人は「退院したい。体は大丈夫」と言い続ける。小児科医から家族に児童精神科で治療を受ける必要性を説明したところ、家族は小児科医から当科への情報提供には同意したも

のの精神科病棟への入院に対する抵抗感が強い。

＜ソーシャルワーカーの対応＞

1. 緊急性の判断をするために、情報収集をする  
身長、体重、血圧、脈拍、現在の食事量、体重減少の契機、経過、小児科での治療経過、本人と家族の治療動機、精神科治療への不安や抵抗の程度、家族構成や住所などの患者情報を紹介元の医療スタッフから聴取する。

2. 精神科受診・入院への保護者の抵抗や不安が強い場合は、受診前に保護者に具体的な情報提供を行う

多くの保護者は「本人が“家で頑張っって食べるから入院したくない”と言うので」「精神科の治療ってどんなことをするのか分からなくて怖い」と話される。摂食障害の子どもはその疾患特性のため入院を拒否する人が多い。保護者が受診を迷う気持ちに共感した上で、当科入院患者の概要、病棟環境、さまざまな規則（携帯電話・スマートホンの禁止、面会制限）、必要時の行動制限、摂食障害の家族教室など具体的な情報を伝え、保護者がより現実的に転院後の治療をイメージできることで抵抗や不安が軽減するよう支援している。

### 事例③ 1ヶ月前から学校を欠席しがちの小4男児：母からの電話相談

学校では以前から小さな対人トラブルがよくみられた。1ヶ月前から、本人は毎晩学校の支度をするが、朝になると腹痛を訴えて登校できない。本人は「学校に行きたいのにお腹が痛いから行けない」と言う。小児科では、身体に異常がないため心の問題ではないかと言われた。最近は外出を拒み、学校からの電話も拒否する。本人は「僕なんてどうせダメだ」と言って落ち込む時もあるが、昼になると元気になり食欲もある。母の相談内容は、「学校登校を勧めるべきなのか、そっと見守るべきなのか、親の対応方法や精神科受診の必要性を知りたい」ということであった。

＜ソーシャルワーカーの対応＞

1. 精神科受診の必要性を判断するために、母から話を聞く。

欠席しはじめた契機、学校と家での本人の様子、本人の成育歴、本人の気持ち、母子の関係

性、母の困り感や医療に期待することなどを聞く。母の考えや気持ちを丁寧を受け止めつつ状況の整理を行うことで、課題が明確になる場合や、その課題に対して病院ができることを具体的に伝えられる場合もある。ソーシャルワーカーとしては、相談者が安心して相談できるよう、情報の共有はもちろんであるが、感情の共有を大切にす。

2. 必要に応じて社会資源の情報提供を行う

本ケースでは、本人に幼児期から集団適応の難しさがあった。背景にある発達特性の評価に加え、本人にとって適切な学校参加の方法を検討する必要があると考えられたため、児童精神科の受診を勧めた。

まず、母から本人に受診を提案し、本人の意向を確認していただく。本人が受診に同意する場合には、当科受診の手続きを説明したり、当科よりも早期に受診できる他の医療機関情報を提供する。本人が受診を希望しない場合には、スクールカウンセラー等への相談など、家族だけが抱え込まない工夫を一緒に模索する場合もある。

### 受診・受療援助における要点

病院受診は治療のスタート地点に立ったに過ぎず、医療に繋がった時点から地域関係者との協働で、本人・家族の生活の立て直しが始まると考える。病院受診までの道程がその後の治療継続に大きな影響を与えるため、なるべく本人・家族が納得して受診できるよう心がけたい。

### おわりに

児童精神科では、患者自身が自らの問題に関して相談を求めてくることは稀であり、ソーシャルワーカーへの連絡は家族や支援者からのSOSであることが多い。それゆえ、患者本人の気持ちが後回しになりがちである。家族・支援者が本人の気持ちを決め付けていたり、本人に気を遣い過ぎて本人の気持ちを確認できていない場合がよくみられる。

ソーシャルワーカーとしては、本人が能動的に自分の治療と向き合うために、家族・支援者に対して『本人の意思はどうか?』を問うことを大切にしている。

## (2) 自分の特性を理解して病気を乗り越えていくこと — 摂食障害で入院治療をした自閉症の中学生 女児から— (庄 紀子)

### 患者概要

肥満恐怖、やせ願望が強く、嘔吐を繰り返した中学生女児A子の入院治療を通して、子どもの治療動機を支えるために重要と考えていることを概説した。患者は幼少時、発達の遅れを認め、地域療育施設で自閉症と診断を受け、就学前まで通所した。標準範囲の知能があり、小・中学校は一般級に所属したが、小学校高学年から対人関係に消極的になった。家庭では父の高圧的態度が続いていた。

なお、症例は個人が特定されないよう、発表の意図が損なわれない範囲で内容を変更した。

### 思春期の子どもに対する初診時のポイント

多くの子どもは、家族に連れられて精神科を受診する。医師が家族の話を中心に聞くと、子どもが「この医師は自分ではなく家族の主治医だ」と感じる可能性がある。初診時に、医師は子ども自身に関心があり、子どもが直面している精神的困難を解決する手伝いをしたいと考えていることを明確に示す必要がある。そのために、①最初に子ども本人に話しかけ、相談したい内容の有無を確認する、②本人を知るために家族から生育歴・現病歴を聞くことを伝える、③家族が語る内容に異論があるかどうかを確認する、④本人単独面接の希望を確認し、拒否がなければ単独面接を実施し本人の話を聞く、⑤最後に医師の見立てを本人に話す、ことを心がけている。その際に症状出現の背景に何らかの苦悩があったとしたら一緒に考えていきたいと伝えた上で、現時点での治療の選択肢を説明したり、すぐにできそうな具体的な助言をすることを意識している。

A子は表情が乏しく、寡黙であったものの、医師の言葉をしっかり聞いた。医師はA子が「神経性無食欲症」という病気になっており、病気になった背景にはA子が悩んでいることがあるかもしれないことも一緒に考えていきたいこと、しかしまずは心身に栄養を与えること（食事をとること）が大切であり食事の量を増やしてほしいこと、体重が増えなければ当科で入院治療を行うこ

とを伝え、A子は頷いた。しかしながら嘔吐は続き、入院治療を開始した。

### 嘔吐がある子どもに対する入院治療のポイント

嘔吐の改善には本人の治療意欲が不可欠であり、治りたい気持ちと肥満恐怖が常に天秤にかけられ、気持ちが揺れ続けることを理解しつつ、治りたい気持ちに働きかけることが重要である。さらに、治るためには体重増加を許容する必要があることを伝え、具体的に「何キロなら許せる?」と問いかける。

A子は当初、医師の問いかけに受動的に「40 kg」と答えたが、A子の気持ちは揺れ動き、入院後も嘔吐は続いた。嘔吐をしにくい環境を設定する目的で、食後2時間を個室内で安静にすることを決めるとともに、A子が大人と安心して接し、活動できるよう看護師、作業療法士、院内学校教師がA子と1対1で関わる時間を確保した。

### 内省を支える時期のポイント

本人に心理的課題がある場合、嘔吐をしにくい環境を設定するだけでは嘔吐は改善しにくい。治療スタッフは本人の内省を支える意識を持つ必要がある。まず、本人がすべきことを減らし、考える時間を増やすという環境設定を行う。治療スタッフは、嘔吐という症状の背景に、子どもが抱えているさまざまな苦悩や傷つきがあると推測しつつ接することが大切である。また、いきなり問題の本題に迫るような会話は控え、雑談を大切に、雑談を通して子どもの性質や感じ方を捉えてゆき、ある場面での子どもの言動を予測できるようにまでになると理想的である（ただし、言い当てるような言動は侵襲的に感じさせる場合もあるため控えた方がよい）。本人にとっては、話して楽しいという感覚や、話したら理解してもらえたと思えることが、さらなる相談希求につながる。本人の話したいことを聞きながら、その当時の本人の考えや感情について問い、特に本人が感じた不快な感情については丁寧に確認し、ねぎらい、その不快な感情がやわらぐようと願いながら受け止める。本人の考えや感じ方は間違っていないこと、話せることは良いことであることを伝え続ける。治療スタッフは自身の意見を先に話すこと

をなるべく控えるようにし、特に説諭は不要である。治療スタッフの本人への期待は「私はいつかあなたが体型を気にせず美味しく食べられるようになる」といいなと思う」のように未来形で話すと、受け入れられやすい。

A子は個室に移室して2ヶ月ほどたった頃に、「私って自閉症かなって思ってお母さんに聞いたら、“自閉症だよ”って言われました。やっばりって思いました」と唐突に話し始めた。それを機に、医師は本人が記憶している生育歴を聴取し、発達特性を共に整理した。「1人と話すのは大丈夫だけど、相手が2人になると理解できなくて大変」「何を話せば相手が怒るか分からなくて話せない」などと悩みを話した。さらに、家庭内で高圧的態度を続ける父の特性についても話題が及んだ。自分と家族について新たに生じた疑問、例えば「音に敏感なのは自閉症の特性なの?」「お父さんは人の気持ちが理解できないけれど、それも生まれつきなのかな?」を適宜医師に確認し、自身と家族を客観視するようになった。自発的な会話が増える中、さらに1ヶ月後には「45 kgになっても仕方がない」と高い体重設定を受け入れ、「そろそろ院内学校にも行きたい」と活動の意欲をみせた。

### 治療動機が促進される要素

子どもが意欲をもって活動を開始した時、具体的成果が出るとさらに治療意欲は高まる。例えば、勉強が理解でき良い成績がとれる、役割をまかされ働きを評価される、友達ができ楽しく過ごせるなどである。A子のように親を客観視でき、強い恐怖や怒りから解放された結果、親との関係が少しでも改善すればそれもさらなる意欲につながる。この過程で自己効力感が感じられれば、子どもは自ら次の目標に向かい始めてゆく。

こころの診療病棟における入院治療では、多職種がさまざまな治療プログラムを運営しており、さまざまなイベントを企画している。いわゆるカウンセリングのみでは子どもの治療は難しく、子どもが活躍できる場やきっかけを用意することが大切である<sup>1)</sup>。

A子は熱心に院内学校に通い、テストで優秀な成績をとり、友達ができ、場の雰囲気流され

ない時に辛辣な発言を友達に肯定的に受け入れられ、生き生きと過ごした。目標の45 kgに達し、嘔吐は完全になくなった。

### A子のまとめ

発達特性があり、家族関係にも問題があったA子は孤立感、自信の乏しさ、怒り、恐怖などさまざまな感情を抱え、食べて吐くことで感情を発散させていた。しかし、入院治療を通して、内省が進み、健康的な体験を積んだことで、本来持っていた人への関心や物事への興味が始め、生き生きと活動できるようになった。つまり、＜食事を吐かず、言葉(感情)を吐く＞ようになり、摂食障害が改善した。

### おわりに：子どもの治療動機を支えるために

A子の治療経過を通して、子どもの治療動機を支えるために重要と考えていることを概説した。子どもの治療動機を支えるために支援者ができることは、①子どもを損う要因を減らす、②子どもがそれまでの環境で得られなかった健全な対人関係や生活経験を提供する、ことで、子どもの中に元々備わっている健康的な面が育つのを支えることであると考えられる。

### 文 献

- 1) 庄紀子. 思春期の入院治療で何ができるのか. 思春期青年期精神医学会誌 2016;26:20-29

### (3) 自分の治療を、自分で決めていくこと

—こころの診療病棟におけるソーシャル

ワーカー(SW)の視点から— (堀内 亮)

#### はじめに

“自己決定の尊重”はソーシャルワーク原則の柱の1つであり、クライアントの権利擁護のみならず、自己決定そのものが自立の足掛かりになる点からも重要と言える。しかし、精神科においては本人の意思や希望に沿わない形での強制的な入院(措置入院、医療保護入院等)が存在し、本人の自己決定を待たずに入院治療が始まる場合がある。そのため、患者本人の権利擁護の観点あるいは入院の長期化を予防するため、平成25年の精神保健および精神障害者福祉に関する法律の改

正によって、医療保護入院者退院支援委員会（以下、委員会）の開催が義務付けられた。これは医療保護入院患者において入院時に入院届に添付する入院診療計画書に記載された入院期間を経過するものを対象とし、①入院継続の必要性の有無と理由、②入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推定される入院期間、③②の入院期間における退院に向けた取り組みを審議する。出席者は主治医、看護職員、退院後生活環境相談員（精神保健福祉士など）を必須とし、本人・家族は本人の希望に応じて参加することが可能となっている。当院においては入院患者の8割以上が医療保護入院であり、退院後生活環境相談員は精神保健福祉士（SW）が担う。自宅および学校における興奮・飛び出しを主訴に医療保護入院をした小学校高学年男児の事例（診断：多動性素行障害、自閉スペクトラム症）をもとに、委員会を通じてのSW介入経過について報告した。

#### 医療保護入院者退院支援委員会を通じてのSW介入

こころの診療病棟において、SWが患者全員に入院時に面接を実施し、SWの自己紹介をするとともに、入院に至った経緯や現在の思いなどを本人に確認している。入院治療へのモチベーションが低いあるいは抵抗感を語る患者は少なくなく、本事例においても入院理由について「わからない」「聞いてない」「お父さんたちが入院しろと言ったから入院した」などと話した。SWは面接や散歩・遊びなどの患者との個別の関わり、患者会・集団精神療法・病棟行事など集団を通じての関わり、あるいは病棟での何気ない様子を観察することにより、本人の在り方や人間関係の作り方、本人にとって適切な目標設定などを見立てていく。また、前述の関わりを通じて、＜話ができる関係＞という土壌作りを行う。その上で、委員会開催の際には事前面接を実施し、“入院後の変化や現在の課題”“家族や治療スタッフからみた本人の課題”“委員会への参加の意思”などを確認し、委員会に向けて打ち合わせを行う。その中で本事例は「授業を途中で飛び出してしまう」「やらなくてもわかる授業とやっても分からない授業がある」など自らの課題を語る一方で、委員会の参加については「どうせ大人が決めるんで

しょ」と抵抗を示していた。しかし、面接の中で「先生たちが何を考えているか知りたい」「自分の考えも言っておきたい」と変化していった。

委員会開催時には本人・家族・治療スタッフが顔を揃え“入院後の経過・変化の確認”“本人の意思表示”“課題の整理・共有”を行いながら、本人の課題に対して大人と子どもが協働で取り組む姿勢や、本人の希望に対する妥協点を探る姿勢を持ちながら委員会を進める。課題や希望を共有した上で、今後に向けた具体的な取り組みを決めていく。本事例については、両親から本人のポジティブな変化が語られるとともに、本人の辛さに対する共感的な姿勢が示され、何事に対しても「どうせ」とあきらめがちな本人の背景にある不安や、自信のなさについても共有された。その上で、“できる”という経験を積み重ねていくための取り組み（院内学校への登校や治療プログラムへの参加）の継続や、家族と過ごす時間の確保を決めると共に、地元小学校への具体的な復帰スケジュールや、クラス参加の際に配慮すべきことを整理した。

委員会開催後に改めて面接を行い“退院に向けての取り組みの実現可能性”“修正の補償”などを確認すると、本人からは「やってみないとわからない」「部分登校なら何とかなるかも」と語られ、SWは振り返りを通じて本人が主体的に今後の入院治療に取り組めるよう関わった。委員会の存在が、本人の治療動機が“どうせ”から“やってみる”に変化するプロセスを本人・家族・治療スタッフが共有し、協働で課題に取り組んでいく契機の1つになったと考えられた。

#### まとめ

委員会および開催前後での患者との関わりにより、入院に至る本人の問題行動や課題あるいは家族関係について整理できたり、治療動機が乏しかった本人が主体的に治療に取り組むように変化することがある。委員会開催前の関わりに特に大きな意味があり、言語化を促すことや、本人が意思表明しやすい状況や環境を作ることが大切である。

子どもの治療動機を支えるためには“良好な関係性”“意思決定のプロセスを意識した丁寧な関わり”“大人が子どもの主体性を育てる意識を持

つこと”が大切と考えられる。主体性を求めるのは難しい発達段階の子どもに、自分の治療を自分で決めていくという経験を、大人が本人とともに試行錯誤し支えていくことが重要と思われる。

#### (4) 自らの疾患を受け入れ前向きに生きていくこと —重度のチック症状を抱える子ども達の成長 に寄り添って— (新井 卓)

##### はじめに

チック症・トゥレット症を解説し、重度のチック症状を抱える青年のこども医療センターの初診から成人医療機関への転医までの経過を通し、自らの慢性疾患を受け入れ前向きに生きていくまでの変遷や診療において配慮すべき点について述べた。また、当センター児童思春期精神科で開いているトゥレット症当事者の会的一幕で語られた子ども達の言葉も紹介した。

##### チック症・トゥレット症について<sup>1)</sup>

チック症は、神経発達症の1つとして分類されている。突発的、急速、反復性、非律動性の運動あるいは発声と定義される。一般には不随意運動とされるが、一時的であれば随意的に抑制可能であることなどから半随意的であるといえる。具体的な症状としては瞬き、額にしわをよせる、肩をすくめる、頭を振るなどの運動性チックおよびコンコン咳をする、鼻をクンクンならす、「アッ」「ウッ」などの声を出す音声チックが一般的である。しかし、なかには一連の動作が一見すると意図的に行っているように出現する複雑運動性チックや意味のある単語や社会的に受け入れられない単語(汚言)を繰り返す複雑音声チックを認めることもあり、その症状の幅は広い。時に痛みを伴う自傷行為的チック症状などもある。複数の運動性チックと音声チックが慢性的に持続するタイプはトゥレット症として知られている。一般的にチック症は、通常4-6歳で発症し、子どもの10-20%が一時的にはチックを示すといわれる。その中でもトゥレット症は学童期の子どもの推定1,000人に3-8名とされている。男児に多く、トゥレット症ではその傾向が強い。多因子遺伝(複数の遺伝要因)の形式をとるといわれている。基本的な考え方として、チックになりやすい素因

があり、症状の出現に心理的影響が関与するという理解が正しい。合併症として、強迫性障害、怒り発作、あるいはチックの出現前にみられる違和感(前駆衝動)などが上げられる。また、注意欠如多動症や自閉スペクトラム症などの他の神経発達症との併存も少なからず認められる。

チック症・トゥレット症は重症例では症状により日常生活が著しく制限されるだけでなく、意図的に行っているわけではないのに、周囲からは“わざと”しているように思われることも多い。症状をごく短時間であれば止めることができることから、誤解されたり叱責されたりするといった辛い体験をすることも少なくない。こうした理由から彼らは症状自体の激しさや奇異な様子を周囲の人々にみられてしまうという辛さだけでなく、自らを制御できないことへの徒労感や無力感さらには誤解から生じる人間関係のこじれによる心理的苦悩を抱えることが多い特殊な疾患であると言える。

##### 事例紹介(発達段階による治療動機の変遷)

発表者が8年間関わったトゥレット症のAさんの経過を紹介した。幼児期に瞬目チックから始まり、中学生になり汚言を含む音声チックが悪化した。その後、こども医療センターに受診し発表者が担当医となった。チック症状の悪化、ご家族のみの通院、あるいは家庭内での粗暴行為などの状況がありながらも成長とともに自らの重度のチック症状を受け入れ治療に前向きに臨んでいくに至った経過を紹介した。重症例に比較的多くみられる治療動機および疾患受容に関連した経過を以下に示す。

##### ①幼児期～小学生年齢(治療への無関心・否認の時期)

家族の不安や症状をよくしたい思いとは対照的に、子ども自身の困り感は表出されないことも多い。この時期には、チックのことを考えないようにしていることや、子ども特有の自己中心性や社会相互性(周囲から自分はどうみえているか)の乏しさから、チックが出た後のスッキリ感が優先されていて治すことへの動機は薄いことが多い。

##### ②小学生高学年から中・高生年齢(治療への抵抗・拒否の時期)

チック症状をなんとか治したい気持ちが強くなる一方、この時期に強まる症状自体の勢いに圧倒され、症状をコントロールすることへの無力感が高まることもある。特に自宅内での症状が強くなってくると家族との葛藤もより深刻になり、本人の治療動機の低下から本人が受診しなくなることもしばしばみられる。副作用を理由に怠薬あるいは拒薬するのもこの時期で、自暴自棄の傾向や思春期心性とも関連して症状がより攻撃的・反抗的傾向を伴うこともある。保護者へのカウンセリングが中心になる時期が一定期間続くこともある。

③高校生年齢～卒業・進学・就職（症状に向き合い治療動機が芽生える時期）

この時期には何とか少しでも症状を押えられないだろうか、コントロールできるようになりたい、という思いが強まってくる。受診としてはこの姿勢の変化を温かく受け止め、本人なりの工夫や取り組みを評価し応援する。診察も本人中心に進める形になる。社会的関係や家族関係の安定により症状に対していい意味での“あきらめ”が芽生えてくる。経過によってはチック症状が軽減してくる事例もある。その先に「この症状を抱えて自分には何ができるのか・・・」を模索することになる。

上記の①から③の心理的経過は多くの慢性疾患や喪失体験を受容し、乗り越えていく際の心理的過程（無感覚・否認・怒り・絶望・受容・再生など）に共通する点がある。

### 治療動機に影響するトゥレット症特有の視点

トゥレット症を中心とする重度のチック症状を持つ子どもの治療動機を検討する場合にはチック症状特有の以下の視点も考慮する必要がある。

①チック症状は成長に伴う経過がさまざまであること

トゥレット症におけるチック症状の経過は個人によってばらつきが大きい。青年期後期にかなり軽快する事例もあるが、重症例では症状が慢性的に持続する。この経過の多様性が逆に慢性的に経過する例の場合の疾患受容の妨げとなる。トゥレット症の予後について、医療者や保護者は安易に「そのうち必ず良くなるよ」といった希望的予測を言わないことを念頭に入れた関わりが求めら

れる。

### ②併存する発達特性の影響

トゥレット症では先にも述べたように、注意欠如多動症や自閉スペクトラム症といった心理的発達障害の特性を伴うことがある。こうした特性から疾患の理解や周囲からみた自らの症状のあり方の認識などに偏りを生じることもあり配慮を必要とする。

### ③家族との関係の問題

トゥレット症はその症状と特異性（汚言を始めとする社会的に受け入れられない表現や行為、家庭内でより出現しやすい傾向など）から家族関係に非常に多くの影響を与える。時にチック症状から家族関係が深刻な不全状態に陥ることもある。そのため、家族の疾患理解は不可欠であり、われわれも家族学習会などの工夫をして家族支援を心がけている。

### 当事者の会で語られたこと<sup>2)</sup>

当科では通院中の中学生以上のトゥレット症の子ども達を対象に当事者の会を毎年開いている。スタッフは医師・心理士・ソーシャルワーカーである。医師が疾患の医学的講義を行い、後半はスタッフがファシリテーターとなり話題を投げかけるうちにフリーディスカッションとなる。

ある年の会でお互いのチック症状の出方、治まる方法の工夫、チック症状への対処などの意見交換の後、ある子どもから「チック症状を5%くらいは残したいと思っているが、みんなはどうか」という質問が出された。「治せるならば完全に治したい」という意見の他に、複数の子どもが「少しは残したい」と答えた。理由としては、「(症状が残っていることで) 障害を持った人の気持ちが理解できる」「そういう人に寄り添える」といった内容であった。「少しは症状が残るのはやむを得ない」ではなく、「少しは残したい」である。彼らが自ら制御できないで抱えてきたチック症状を、ただ抗うのではなく彼らなりに受け入れようとしただけでなく、時にその症状により苦悩する人々あるいはチック症状以外のことでも苦悩する人々に対して共感するために必要とする自らの特性として、まさしく自我同一性に包含しようとした結果の発言であったように思われた。

## 重度のチック症状をもつ子どもの疾患受容と治療動機を支えるために

発表者がトゥレット症の診療で心がけていることを以下に示す。

- ①患者と家族との関係の悪循環を防ぐために、家族への疾患心理教育、スティグマの解消、さらには家族間葛藤の軽減を目的とした家族カウンセリングを行う。ともすれば症状へのうんざり感から本人の性格への非難や攻撃に向かう親や家族に対して根気強く傾聴を続け、家族の苦労をねぎらう。
- ②患者の症状が悪化しているのに受診しなくなった時にも本人を待ち続けるメッセージを家族から伝えてもらう。本人の意思からくる受診行動、援助希求を最大限に評価し、顔をみせてくれること自体の重要性を強調する。
- ③本人との面接では症状の経過や薬の効果などについてできる限り本人の意見を尊重し、症状への対処や工夫における本人の発想を大切に面接を行う。

## 文 献

- 1) 新井卓. 児童・思春期のチック・トゥレット症と周辺症状. 医学と薬学 2018;75:25-29.
- 2) 新井卓. 思春期のチック・トゥレット症. こころの科学 2017;194:24-29.

## 演題のまとめにかえて (新井 卓)

今回は「子どもの治療動機を支える」というテーマで2名の児童精神科医と2名の精神科ソーシャルワーカーから事例呈示に重点を置いて発表した。準備段階からこのテーマである「子どもの治療動機を支える」ことの複雑さと難しさを改めて考えさせられた。治療動機は決して周囲の大人が植えつけるものでも、引き出すものでもなく、本人の中から湧いてくるものであるということ、そしてわれわれ支援者はその妨げとなるものを見極めて取り除くことを心がける姿勢が求められる。さらに、今回の発表で日々の診療で私たちは、僅かでも芽生えてきたその萌芽を見逃さず育てる関わりを根気強くしていることに改めて気づかされた。そして、この治療動機の芽生えには肯定的な自己感、あるいは自己効力感が如何に大切であるのかについては、各発表者が言葉を変えて伝えていたとおりである。