

\*\*\* 事業報告 \*\*\*\*

## 令和4年度 神奈川県立こども医療センター こどものこころのケアネットワーク事業 児童思春期精神科 Web セミナー

日 時 2022年10月15日(土) 14時～16時半

(インターネットライブ配信)

テーマ 「児童思春期精神科外来を初めて受診するまでに」

－家族や支援者が子どものために今できること－

司 会 児童思春期精神科 ソーシャルワーカー 堀内 亮

演題・演者

- (1) 会の趣旨：神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科の現状および初診待機患者のフォロー体制の構築に向けて

児童思春期精神科 医師 庄 紀子

- (2) 子どもに発達障害があるのではないかと心配になった時

児童思春期精神科 医師 尾野美奈子

- (3) 子どもにこころと身体の不調がみられた時

児童思春期精神科 医師 廣内 千晶

- (4) 子どもがゲームをやめられない時(小学生・中学生編)

児童思春期精神科 医師 山本 恭平

- (5) 子どもへの薬の治療について知りたい時

児童思春期精神科 医師 豊原 公司

- (6) 子どもの精神科受診を考えた時－ソーシャルワーカーの視点から伝えたいこと－

児童思春期精神科 ソーシャルワーカー 永井 直子

### はじめに(庄 紀子)

子どもに関わる専門職を対象に、2009年から本セミナーを開催して14年目となった。2020年から続く新型コロナウイルス感染症拡大の影響から、今年度もWEB開催とした。今回は、テーマを「児童思春期精神科外来を初めて受診するまでに」とし、会の趣旨を冒頭の講義で説明した。

事前登録者は約650名、当日の最大アクセス数は495名と、多くの方々が子どもの精神的課題に

関心を持ち、困難を感じておられることを再認識した。昨年度、新井卓部長と南達哉医師が退職し、新たに尾野美奈子医師、山本恭平医師を迎えたこともあり、5名の常勤医師全員が演題を担当し、ライブで講演をする形式とした。事務局を担う臨床心理科の準備により、大きなトラブルもなく配信を終えることができた。アンケートには192名から回答をいただき、好評を得た。

## (1) 会の趣旨：神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科の現状および初診待機患者のフォロー体制の構築に向けて（庄 紀子）

2008年から2017年度まで、厚生労働省が推進する「子どもの心の診療ネットワーク事業」を神奈川県から当センターに委託され運営をした。神奈川県が同事業への参加を終了した2018年からは、当センター独自の「こどものこころのケアネットワーク事業」（以下、本事業）を児童思春期精神科（以下、当科）と臨床心理科が協同して運営しており、この児童思春期精神科セミナーも本事業の一環として実施している。

当科外来は完全紹介予約制で、原則として初診は中学3年まで、継続診療は18歳（高校3年）までを対象としている。2005年度の年間初診患者数は400名台であったが、紹介患者の増加を受け、2010年度からは年間初診患者数が600名以上となり、紹介状をいただいてから初診までの平均待機期間も約1-2か月から徐々に長期化し、2019年度には約7か月になった（緊急患者は別に対応）。初診患者数の増加により再診患者数も増加し、常勤医師は継続患者を3-400名受け持ち、2か月に1回の診察を継続することがままならない状況になっている。

紹介患者増加の要因は多い。早期介入が必要とされる発達障害について、注意欠如多動症の有病率は3-5%、自閉スペクトラム症の有病率は1-3%とも言われ、これらは希少な障害ではない。増加の一途を辿る児童相談所への虐待相談件数は2021年度には21,000件を超え、虐待の影響による精神的問題を主訴に紹介される子どもも多い。不登校は小学生で約1%、中学生で約4%にみられる。専門医志向の流れもあり、20年前には敷居が高く感じられていた児童精神科医療への心理的障壁が下がったものの、児童精神科医の絶対数は少ないままである。更に2020年の新型コロナウイルス感染症流行を契機に、神経性無食欲症患者や、自殺をする子どもが増加しており、児童精神科診療のニーズは増々高まっている。

当科では、通院患者に地域医療機関への転院を推奨しているが、地域の児童精神科医療機関も逼迫した状況であり、転院は容易ではない。更に、2021年度からは紹介患者の緊急度によって初診

待機期間を4パターンに分ける取り組みを開始し、生命危機状態もしくは重篤な精神症状を有する患者を2か月以内に診察できるよう試みているが、一般の患者の待機期間は1年半程度に延びている。

このように、初診待機期間の短縮を目指すことが現実的に困難である中、初診待機患者の家族を対象とした心理教育動画の作成を、本事業の今年度の目標として設定した。当科を実際に受診される前に、診療で実際にお話ししている内容を動画でお伝えすることにより、受診前から子どもへの対応を工夫していただく一助になることを意図したものである。演者は、外来でよく受ける質問への回答を意識して講義を行った。また、聴衆の皆様には、家族向け心理教育動画として改善すべき点をアンケートに記載していただくよう依頼した。192名の皆様からいただいたご意見を、心理教育動画配信に向けて役立てていきたい。

## (2) 子どもに発達障害があるのではないかと心配になった時（尾野美奈子）

### 【はじめに】

「かんしゃくが激しい」「こだわりが強い」「偏食である」「夜遅くまで寝ない」という育てにくさや、「他児と同じことができない」「暴言や暴力をふるう」「勉強の遅れがある」という集団生活での困りごとやトラブルをきっかけに、家族が“発達障害”というキーワードにたどり着き、診断を求めて病院を受診するという流れが多いと感じている。

### 【発達障害とは何か 一主に自閉スペクトラム症（ASD）と注意欠如多動症（ADHD）について】

発達障害は、生まれつきの脳の機能障害のため、脳の機能がアンバランスに発達することで、コミュニケーションや認知、行動、学習、社会性などの能力に偏りが生まれることと考えられている。脳の機能障害の原因は分かっておらず、そのため時に親の躰不足や愛情不足が原因であると誤解されてきたが、生まれつきの脳の機能障害である。遺伝子との関係、遺伝性は解明されていないことが多いが、実際には子どもと同じような傾向を親が持つことは少なくない。

発達障害の種類には、自閉スペクトラム症（以下、ASD）、注意欠如多動症（以下、ADHD）、知的能力障害、限局性学習症などが含まれる。これらは、単独で症状が表れることもあるが、いくつかの発達障害を併せ持つこともある。

ASDの特性としては、①社会性の障害、②コミュニケーションの障害、③想像力の障害、④感覚の問題があり、人と合わせるのが苦手、言葉の使い方が独特である、変化を楽しめない、感覚が他人と比べて過敏もしくは鈍麻である、という特徴につながる。ADHDの特性としては、①多動性、②衝動性、③不注意の問題があり、じっとしてられない、考える前に行動してしまう、忘れっぽくて集中できない、という特徴につながる。

いずれも、診断を確定するための特殊な検査はなく、その子どもの育ちを聴取し、診察室での様子を観察して、診断基準に照らし合わせて診断を行う。一回の診療ですべてを把握するのは難しく、成長を見ながら判断することもある。また、元々発達障害の特性がない子どもであっても、虐待を含め養育者と安定した関係が築けないと愛着形成の問題を抱え、日常生活の困難に突き当たった時に一見ASDやADHDと同じ症状を呈することがあり、その症状が生来の発達特性に由来するものであるか、それとも愛着の問題の結果であるかが分からないことがある。

### 【発達障害を持つ子どもの生きづらさ】

発達障害の一次的な問題は、人と合わせるのが苦手、落ち着きがなくじっとしてられないなど、特性から生じる生活上の問題である。これらの行動は、ともすると問題行動に映りやすいため、親や教師から過剰に叱られ続ける、同世代の子どもたちと馴染めない、仲間に入れない、学校の勉強についていけなくなるなど、生活の中で失敗や挫折を味わうリスクが高くなる。その結果、「一生懸命やっているのにうまくいかない」「わたしはダメな子だ」と自信を失い、暴言や暴力、意欲の低下に発展する可能性がある。このような二次的な問題（二次障害）が起きると、周囲から否定的な目で見られて理解を得ることがますます難しくなるという悪循環に陥る。

二次障害の症状は、過度の反抗や暴言、家庭内暴力という行動の障害、抑うつ、対人恐怖などの精神症状、頭痛、腹痛、食欲不振などの身体症状として表れ、引きこもりや不登校、自傷行為などへと発展する可能性がある。これらの二次障害の症状は、発達障害の一次的な問題よりも周囲を困らせる言動が激しくなる傾向がある。わざとやっているという印象も与えやすくなるため、その子どももともと何に躓き困っていたのかが分かりにくくなり、これらの二次障害の症状に対して治療的対応が必要になることも多く、対応は非常に難しいものになる。

発達障害の特性があっても、小さい頃から適切な対応をされた子どものなかには、情緒が安定し、自分に自信を持って成人して、社会の中で希望をもって生活している人が少なくない。そうした子どもの支えになるのは、『自分は自分でいいんだ』という自尊感情である。叱責を受け続けて育つより、褒められて自信をつけて育った子の情緒は安定し、自尊感情が育まれる。そのためには、小さい頃からの温かい体験の積み重ねがとても大切である。発達障害の特性を治そうとするのではなく、その特性を理解し、その子どもの世界を想像し、共感して、サポートすることが大切である。

### 【子どもの立場になって考えること】

発達障害を持つ子どもは、意図せずに行うことを叱責されることが多く、つらい気持ちになりやすい。親の期待に応えたい、頑張りたいと思っているのにうまくいかず、「失敗する自分が悪い」、「言われたとおりに頑張っているのにうまくいかない…」とつらい気持ちがつのる。そんな時、周囲に自分の立場になって考えてくれる大人がいるとどうだろうか。見守られている安心感、理解される嬉しさが、子どもの情緒を健全に育てる秘訣なのではないだろうか。

### (3) 子どもにこころと身体の不調がみられた時 (廣内千晶)

#### 【はじめに】

子どもにこころの症状（精神症状）や、心因性が疑われる身体症状がみられたときには、回復の

ための適切な対応が必要である。しかしながら、児童精神科などの専門的な医療機関は少なく、昨今の初診予約待機期間の長期化も相まって、迅速な受診が困難なことが多い。そこで、こころの療養の仕方、困難な状態への対処法など、家庭や地域でもできるこころの不調への対応方法について講演した。

### 【ストレスについて】

こころの不調の原因として、広く知られているものに「ストレス」がある。ストレスにもさまざまなものがあり、例えば一度に大きな打撃を受ける類のものは、自らも周囲も気づきやすいが、日々じわじわと重圧を受ける類のものは気づかれにくい。また、「家族が増えた」「良い成績をとった」などの喜ばしいエピソードであっても、その後の環境適応やプレッシャーがストレスになることがある。また、些細な事象にもストレスを感じやすい性質の子どももあり、発達に偏りのある子どもは、過剰な努力が要求されたり叱られたりする機会の多さから、より多くのストレスを受ける傾向にある。偏りが軽微な子どもは、却って周囲に困難を気づかれにくいことがあり、注意が必要である。

ストレスが子どもにとって適度であれば、落ち着いて対処することが可能であり、成長にもつながる。しかし、対処可能な限度を超えると「こころの症状（精神症状）」が出現することがある。注意したいのは、こころの症状であっても「身体の症状」として出現することがある、ということである。

こころの症状の例としては、本来好きなことが楽しめなくなる、頑張れなくなる、だらだらする時間が増える、感情的になりやすくなる、などが挙げられる。こういった変化は周囲から「怠けている」と見做され、叱られる機会が増えることがよくある。また中には、焦りから更に頑張ろうとする子どももいる。

身体症状の例としては、睡眠リズムの乱れ、食思不振や過食、頭痛や腹痛、倦怠感などの不定愁訴などが挙げられる。小児科を受診しても器質的な異常所見を認めず、心因性を疑われることがある。こうした症状が続く場合は、こころの療養を

行い、症状の回復に努めることが必要である。

### 【こころの療養について】

#### ・休養

まずは「休養」を十分にとることが重要である。子どもにとって安心、安全な環境で、リラックスできる時間を作る。ゆっくり休んでよいことを保証し、悩み事やこころの不快感から距離をとることを試みる。のんびりとできる時間を確保し、気分転換や雑談などをするのが好ましい。十分な睡眠時間を確保することも必要である。自宅でできる簡単な作業（塗り絵、工作、手芸など）、軽い運動や散歩、ショッピングに出かけるといったことも、リフレッシュや適度な達成感を得られる。こうした意欲が出ないときには、安心できる場所にただ居るだけでもよい。

なお、療養期間中に学習を頑張ろうとする子どももいるが、健康時よりも集中や継続ができなかったり、できない自分を責めたりしやすくなるため、療養期間の過ごし方としては、リスクが高い。

家庭では子どもの気持ちを無理に聞き出すことは控えつつも「話したいことがあったらいつでも聴くよ」といった、オープンな姿勢を示しておく。食事や睡眠といった生活リズムを整えることが望ましいが、うまくいかないことも多い。整える意識は持ち続けながらも、諍いにならない程度に緩やかな目標を据えるのがよい。

休養が取れるようになると、子どもに心理的な余裕が生まれ、ストレスについて振り返る子もいる。そのときには、よく話を聴いてあげるのがよい。辛かったことや誰にも言えなかったこと、今心配に思っていることなどが、感情の表出とともに話されるとよいだろう。聴き手は即時の判断や助言を控え、まずは「大変だったね」などと共感的に受け止めた上で、現状にどう対処するかを子どもと一緒に考える。例えば、ストレス状況を避けられるか、適応的な対処が可能かなどである。それとともに、徐々に社会復帰の仕方について考えていく。

#### ・社会復帰

社会復帰に際しては、子ども自身に意欲や主体



性があることが重要である。また、復帰先の支援者とは子どもの状態をできるだけ共有し、連携しながら進めることが望ましい。焦ったり無理をしたりしないよう、身体外傷からのリハビリのように、一歩ずつ慎重に進める。

家庭でできる前準備としては、気の置けない友人との交流、短時間の自宅学習などがよいだろう。学校への復帰を目指すときにも、校舎を見に行く、放課後に教師と会う、別室登校や教室短時間登校を試みるなどのステップを踏みながら、程よいペースを探す。行動後は十分に休養をとり、不調が再燃したら前段階に戻る。このようにして、子どもが健康を保てるペース配分を身につけていくことが望ましい。

#### ・家族の健康維持

子どもの休養を見守りながら支援し続けることは簡単ではなく、家族、特に保護者のストレスも高まりやすい。家族も精神的に余裕を持つべく、現状を個人で抱え込みすぎず、親戚や友人などの信頼できる人や、教育機関や福祉機関、医療機関などの相談機関を頼りながら対処していくのがよい。

#### 【療養の難しさ】

こころの療養の実践には、実際的な困難を伴うことも多い。例えば、学校を一定期間欠席することは、学習の遅れや友人関係からの孤立の不安を高める。保護者にとってもその不安は大きく、適切なタイミングや十分な期間で療養することを妨げる要因となる。また、元来性格が真面目で完璧主義であったり、「頑張らないことはよくない」といった価値観を有していたり、行動的であったりすると、療養に対しネガティブなイメージを抱きやすい。さらには、こころの不調が強い時期は、辛い考えが堂々巡りし、そもそも健康時よりもうまく休養できないものであり、行動面においても退行しやすく、一人になることを怖がったり、家族に八つ当たりしたりすることが増える。療養の時期に増えがちなゲームやインターネットの使用も、一時的には孤独や辛さを紛らわせることができるが、療養が長期になると健康問題が生じたり、家族関係が悪化したりすることで、療養

を困難にする要因の1つになりうる。

#### 【困難な状態への対処】

##### ・自傷行為（リストカットなど）

自傷行為は、こころの辛さを即時的に和らげるが、健康的な対処法ではなく、親をはじめ支援者の動揺を誘いやすいため、対応には慎重を期す。なるべく子どもが平時から信頼し、安心して話せる身近な大人が直接対応するようにする。その際、その子どもが何に困っているかを考え、感情的に叱ったり、一方的に教え諭したりすることは控える。なぜなら、子どもが自責に苛まれてしまうと、自傷をますます隠すようになり、事態の悪化につながる可能性があるからである。生命に別状がない傷であることが確かめられたら、自傷するほど辛かった気持ちに共感を示し、いつでも相談してよいという保証を与えるとよい。

##### ・興奮、かんしゃく

興奮やかんしゃくは、こころの視野が極端に狭まり、理性的な判断が困難になっている状態である。まずは、その状態を脱することを試みる。感情的に叱ったり、説得しようとする、威圧的に制することは、好ましくない。刺激を避けるため、物や人が少ない場所に移動し、子どもに安心感を与える。子どもが挑発しても、温かい態度を保ちつつ取り合わないのがよい。大人が動揺せずに見守ると、子どもは次第に疲れてくることが多い。落ち着いて話ができる状態になったら、「何が辛かったか」「そのとき、大人がどう対応すれば安心できそうか」などの対話ができることが望ましいが、できない場合は無理をせず「落ち着いたね、よかった」などと、労いの声をかけるにとどめてもよい。

##### ・生命の危険があるとき

例えば「死にたい」という訴えが切迫している、自殺に近づくような言動が見られる、顕著な食欲不振や拒食など、自分の生命を守れない行動が高まっているときには、医療機関への受診を急いだ方がよい。しかし「死にたい」という訴えは、「死にたいくらい『辛い』」という子どもなりの表現のこともあり、危険性の判断に迷うことが

よくある。こういうときには個人で判断することは控え、学校関係者やスクールカウンセラー、福祉機関などと連携し、現状を共有しながら見守りを強化しつつ、まずは子どもと落ち着いて対話できるかを試みるのがよいと考える。

#### (4) 子どもがゲームをやめられないとき（小学生・中学生編）（山本恭平）

外来でよく受ける子どものゲームに関する質問に対する回答という形式で講演を行った。

質問1. ゲーム機やスマートフォンは何歳から与えるのがよいか

インターネット使用開始年齢が早ければ早いほど問題使用に至りやすいという報告はあるものの、何歳以降であれば問題使用にならないという基準はない。

スマートフォンやゲーム機を与える際には、ルールを決めることが大切であることは広く知られており、子どもとの対話を通して、親子ともに納得いくルール設定をしたのちに、親からの貸与という形で与えるのがよいとされている。しかし、臨床現場では、親がルールを守らせることができずに、なし崩し的にルールが破綻してしまう場合を多く経験する。

なし崩し的に破綻したルール設定を修正することは、子どもの抵抗を受けて一層困難になる。この為、ゲーム機等を与える際には、家族が協力してルールを守らせる体制を敷くことができるか、家族も実行可能なルール設定であるのかを考慮して決めることが大切である。ルールを決めても、ルールが守られなかった際の取り決めを家族が実行できないと、本人がルールを守れないことを家族が批難しつつも、ルールを守らないことを結果的に許容してしまう状態となる。ルールを作って決めるのが父親であるが、本人と対峙してルールを守らせるように矢面に立つのが母親であるという場合にこのような状態になりやすい。父親の前では恐れをなして大人しくする子どもも、母親の前では強気な態度にでる為、母親がルールを守らせることができない事態となる。そうすると、父親が母親を非難し、夫婦関係にも緊張が生じて、子どもがルールを守ることがより困難になる。また、父親と子どもの関係悪化を心配した母親が、

自分1人で対処しようとして、上手くいかない場合も見かける。これは、家族個々人の問題ではなく、構造の問題（いわゆるシステムエラー）である。例えばルールを守れなかった時の対応を両親がそろった状態で行うなどシステムエラーを見直す事で、状況が改善するケースを経験する。

子どもがルールを破ることは珍しい事ではない。ルールを守れなかったり、守らせられなかったりすることに一喜一憂するのではなく、家族が対話を重ねることが大切である。

質問2. ゲームで凶暴な性格に変わるか

シューティング系のゲームなど勝ち負けが生じるゲームの場合に、ゲーム中に乱暴な言葉を使用する、負けて悔しくて興奮して暴れるなど、暴力的な言動に至ることがあるが、それにより性格自体が凶暴に変わってしまうということはないとされている。

「自室でゲームの最中に家族が声をかけに行ったら、キレて暴れた」などの話を聞くことがある。これは通称「親フラ」（「親フラグ」を略したネットスラングで、「親がやって来る気配」という予兆や予想として使う言葉）と呼ばれ、①対戦型のゲームでは、わずかな音を聞き漏らしたり注意がそれるだけで負けるため、②仲間と協力して対戦している場合には、仲間に迷惑をかけることになるため、子どもの怒りにつながる。しかし、これは子どもの性格が凶暴になったのではなく、ゲームの性質による影響であり、子どもが遊んでいるゲームの性質をよく知り、声かけのタイミングなどを工夫することによって、興奮や暴力を減らすことができる場合もある。

質問3. 勉強とゲームのどちらを先にさせるのがよいか

明確な答えはない。しかしながら、ゲーム依存症が危惧される場合には、“子どもが勉強をしない”ことに困って、「ゲームを30分多くしていいから、終わったら宿題をやりなさい!」のように、ゲームを勉強の報酬にすると、「ゲームができないなら勉強をしない。先にゲームをしてからでないと勉強しない」など、ゲームが交渉の手段に発展しやすい。また、約束を破った時に、子ど

もよりも親が困る状況であれば、ゲームだけをして勉強はしないと結果になりやすく、親が子どもに“約束を守らない悪い子”のレッテルを貼る結果になることに注意が必要である。

#### 質問4. ゲームばかりしており、ゲーム依存症ではないか

依存症とは、依存している物質や行為によって生活や健康に支障が生じている状態である。しかし、小・中学生の場合“ゲームばかりして学校に行っていない”というだけでは、ゲームのために生活に支障が生じているとはすぐには断定できない。学校に行かずに、ゲームばかりしてはいるけれど、食事や睡眠などの生活状態や健康状態にそれほど問題がなければ、本人が別の要因で学校に行かないという選択をしているだけで、ゲーム依存症ではないということがある。

一方で、ゲーム依存症と考えられる場合にも、単純にゲームを取り上げれば元の状態にもどる訳ではない。それは、子どもが何らかの生きづらさを抱えながらも誰にも相談できずに孤立した状態が続いていることが発症の要因であることが多いためである。ゲームを取り上げた場合、辛い気持ちの回避先がなくなった子どもの精神状態が悪化することもあるため、注意が必要である。

#### 質問5. ゲームを取り上げてはいけなのか

それでは、ゲームを取り上げてはいけなのかというところ、現在のところ明確な答えはない。依存症治療の専門医と児童精神医で見解が分かれることもある。当院での経験から言うと、小・中学生の子どもに関しては、“ゲームを取り上げる”ことが有効な場合もある。依存症支援のモデルである“支援の中での底つき体験”を待つよりも、大人が積極的に介入して回復を支援する方が、回復が早いと思われるケースを度々経験するからである。現在のところゲーム依存症の“正しい治し方”は明確になっていない。

ゲーム依存症を疑った際は、“子どもがどんな生きづらさを抱えているか”を推察することが解決の糸口になることがある。また、子どもがゲーム以外の時間を過ごせるよう、大人が積極的に子どもと一緒に過ごす時間を確保することも大

切である。

#### 参考文献

- ゲーム依存相談対応マニュアル, ゲーム依存相談対応マニュアル作成委員会, 2022
- 藤田純一, 青山久美, 戸代原奈央. 児童・青年期のインターネット・ゲーム依存: 大学病院での経験から. 児童青年精神医学とその近接領域 2019;60:147-157.
- Nakayama H, Ueno F, Mihara S, et al. Relationship between problematic Internet use and age at initial weekly Internet use. J Behav Addict 2020;9:129-139.

#### (5) 子どもへの薬の治療について知りたいとき (豊原公司)

##### 【児童精神科領域における薬物療法の考え方・特徴】

児童精神科領域において、統合失調症に対する抗精神病薬、一部の双極性障害に対する気分安定薬以外は、対症療法薬であると考えている。また身体科と異なり、客観的な指標が乏しいことから効果の判定が困難であり、使用を開始する判断も難しい。当科の医師は、向精神薬による薬物療法を開始する目安として、『周囲との悪循環が起こっていること』を基準の1つにしている。

更に、小児の疾患や症状に適応がある向精神薬は限られている。本稿では、小児の注意欠如多動症(ADHD)および自閉スペクトラム症(ASD)の易刺激性が適応症\*となっている向精神薬による薬物療法に関する考え方を、質問に対する回答という形式でまとめた。ADHDとASDは併存すること多いため、ADHDとASDの薬物療法をまとめて説明する。

(\*適応症: 治験により当該医薬品の効果が確認され、厚生労働省により使用を許可された疾患や症状)

#### 質問1. 診断を受けると、絶対に薬を飲まなければならないのか。

薬は処方しないことが多い。現時点で、ASDやADHDなどの発達障害を治す薬は存在しない。服薬をしている時のみ症状が和らぎ、中止すると原則として元の状態に戻る。

飲み続ける期間にもよるが、薬を飲み始めて効果があつた場合、半年単位で飲み続けてもらうことが多く、半年後に中止をした時に症状が落ち着

いた状態が続くことがある。これは、薬の効果であるのか、子どもの成長であるかは何とも言えない。発達障害の症状には、成長により軽減するものも多いからである。年齢が上がっても症状が落ちつかない場合は、環境が合っていないか、親子関係が困難になっていないかなどを疑ったほうがよい。その際には、服薬を検討すると同時に、環境や親子関係を見直したほうがよいことが多い。

ASDに関して言えば、すべての症状に対して薬の効果があるわけではない。相手の気持ちを察しにくいなど、の特性には効果はない。易刺激性とあって、次のような症状には、薬の効果が期待できる。

- ・自分を傷つける、自分自身に苦痛を与える。
- ・暴力をふるう、暴言をはく。
- ・物をこわす、地団駄を踏む。
- ・かんしゃくを起こす、怒りっぽい、不機嫌になる。
- ・不適切に泣き叫ぶ
- ・抑うつ気分になる
- ・すぐに気分が変化する

以上に当てはまる項目が多い子どものほうが、薬を処方することが多いのは確かだが、何個以上だから処方するなどといった基準はない。大事なことは、これらの症状により本人と周囲との関係に悪循環が起きていないかどうかである。例えば、子どもが他の子を叩いてしまった。すると、他の子が遊んでくれなくなる。そのため本人は余計にイライラして叩いてしまう。これが悪循環である。家でも同様で、「要求が通らないと興奮する」ことが頻繁にあると、親としてもつい叩いてしまうことがあるかもしれない。そうすると余計に子どもが興奮するという悪循環が待っている。

多くの親御さんは、来院するまでにさまざまな支援者から「決して叩かないでください。」と言われ続けており、それができずに自信を失っている人が多い。こういう悪循環が強い場合は、薬を勧めている。もちろん周囲と本人との悪循環であるため環境調整が最優先であるが、環境調整には時間を要することも多く、環境調整と同時に薬物調整をすることが多い。この話を聞いて「なんとかやっつけていきます」という感覚を持てる場合には、処方しない。

質問2. 薬を飲み始めると、一生飲み続けなければいけないのか。薬の量が増え、薬なしでは過ごせない子どもになってしまうのか。

一生飲み続ける可能性は低い。(当科が対応可能な) 高校生年齢までに薬を止められる人が多い。薬は、効果がある場合は半年ほど続けることが多く、半年後に薬を継続するかどうかを検討する。落ち着いている状況があってもそれが薬の効果なのか、成長によるものなのかは不明である。こうした場合は、薬を中断して判断する。効果不明な中、漫然と薬を出しつづけるのは医師としても避けたい。

一部の薬には依存性があるものもある。しかし、依存が起きにくいように薬の剤形が改良され、必要以上の量が処方できないようにシステム化されており、依存が問題になる場合は少ない。依存や乱用が起きないように、ご家族が薬を管理されていることも多い。

薬は少量から始め、効果があるまで段階的に増やす。経過中に体が大きくなった場合に増量することもある。この説明が不十分だと、「薬をやみくもに増やされた」「薬が効かない体になった」と不安になるかもしれないため、十分な説明が必要である。また、あらかじめ何錠ぐらいまで使用して、効果がない場合は中止すると説明してから開始する。

質問3. 毎日ではなく、興奮したときにだけ飲ませたい。

そういう処方を行うこともあるが、多くの薬には即効性がなく、毎日飲み続けることによって効果があがる薬がほとんどである。また、興奮している時に薬を飲ませることはかなり大変である。薬を普段飲んでない子どもが、落ち着かない時だけ飲む方法が成功することは少ない。

質問4. 子どもが飲みたがらない時はどうすればいいか。

飲みたがらない理由による。理由が剤形や副作用である場合は、具体的な対応が可能である。そうでない場合には、注意が必要である。“バツとして飲まされる”などと捉える子どももあり、こういった際「こっそり薬を食事に混ぜて飲ませて



いいですか？」と聞かれるご家族もいるが、賛成しない。薬を混ぜたことを気づかれた際には、大人は信用を失う。

まずは一旦子どもの思いを受け止め、困りごとはないかを聞き、困っていることを減らして良いところが発揮できるよう助ける薬であることを、子どもに伝えていくべきである。すぐに納得はできなくても、この努力を続けていくと、それだけで落ち着く子どももいる。また、だいぶ後になってから、本人のほうから薬を希望する場合もある。

### 【まとめと考察】

家族からよく受ける質問への答えをまとめた。薬の説明を聞いて納得された結果、薬を使わないケースも多い。薬の説明は、薬の説明である以上に、本人と周囲との悪循環、家族・本人の薬への抵抗、障害受容など多くの課題を家族が整理する機会にもなる。そのことにより、家族と子どもの安定がもたらされると考えられる。

## (6) 子どもの精神科受診を考えた時 —ソーシャルワーカーの視点から伝えたいこと— (永井直子)

### 【はじめに】

ソーシャルワーカー（以下SW）とは、本人の立場にたつて、本人と家族が抱える心理社会的な問題の解決を援助し、自分らしく地域で安心した生活が送れるよう支援する福祉職である。当センター児童思春期精神科におけるSW業務としては、本人・家族との面接、入退院に関わる調整、地域支援者との連携等がある。本人の支援を展開するためには、本人と家族の理解が欠かせない。そのためSWは面接等を通じた相談を実施しているが、本人や家族が「相談する」ということは簡単ではないと思う場面によく出会う。

子どもが大人に「相談する」ことの難しさ、子ども本人の立場にたち本人の理解を深める重要性について、架空事例を用いてSWの関わりを提示した。

### 【精神科を受診する前に家族からよくある相談】

児童精神科領域では、子ども本人が第一相談者であることは稀で、家族や支援者からの相談で始

まることが多い。子どもの精神的不調から精神科受診を考えたとき、家族からよくある相談を質問と回答の形式で紹介した。

### 質問1. 症状や話したいことをうまく伝えられないかもしれない。

症状の契機や経過、本人・家族の困り事等を時系列に沿って整理し、事実と感情を区別することが重要である。それぞれの意見の相違や温度差も伝えられると良い。相談内容が複数ある場合は、優先順位をつけ、メモを活用するなどして、限られた診察時間内で要点を簡潔に伝えられると良い。また地域関係者からの情報も把握しておくが良い。

主治医にとって、診察場面以外は家族等からの情報が全てで、そこから本人の病状を把握・評価する。生活状況や相談内容を的確に伝えることは、本人の支援をする上で欠かせない。

### 質問2. 診断を聞きたいような聞きたくないような、という惧れを感じる。

診断を受けると「障害者というレッテルを張られた感じで受け入れがたい」、「不安や劣等感を感じる」という人がいる。一方、「自分のせいではないと分かった」、「育て方の問題ではないとわかり安心した」と捉える人もいる。「診断を受けることがためらわれる」という率直な気持ちを主治医と話し合えると良い。また、疑問点を伝えたり、納得できない提案については、他に良い方法がないかを一緒に考えるなどして、本人・家族が主治医と積極的にコミュニケーションをとる姿勢が大切である。

### 質問3. 本人が受診を拒んだときに、欲しい物などご褒美を使ってもいいか。

ご褒美で来院させることが一概に悪いとは言えないが、持続可能な方法なのかを考える必要がある。本人が受診を拒む背景にはどのような不安、偏見、誤解が隠れているのかを丁寧に確認することが大切である。「精神科ってなんとなく怖い」「大人には相談したくない」など受診を拒む理由はさまざまである。診察手順などの具体的な情報提供や本人の不安に寄り添うことで、本人が安心

して受診できる場合がある。精神科受診は治療のスタート地点である。精神科受診までの道程がその後の治療関係に大きな影響を与えるため、本人が納得した上で受診できるよう心がけたい。

### 【「相談する」って簡単じゃない】

家族が困り事を支援者に相談することは簡単ではない。ましてや、子どもが大人に相談をすることは、もっと簡単ではない。子どもが困っている時に、どのような形で表現するのかについて、いくつかの場面を紹介した。

- ・「モヤモヤする」「むしゃくしゃする」「なんかしんどい」などと抽象的に話し、具体的に表現できない。
- ・体重が著しく減少したり、器質的に問題を認めない身体的不調がみられる。
- ・暴力、自傷行為、家金持ち出し、ゲーム依存など問題とされる行動で表現する。
- ・「大人は信用できない」「どうせ大人に話しても無駄」「親に迷惑をかけたくない」など大人への不信や遠慮から、困り感はあるが相談できない。
- ・「何も困ってない」「相談したくない」など、子ども自身が精神的な不調や自分が困っていることに気づいていない、あるいは認められなかったり言いたくない。

以上のように、表現はさまざまであるが、いずれの場合も、子どもは何らかの困っている感じを抱えていることが多い。

子どもが安心して大人に相談するために、大人はどのような声掛けや対応をすることが望ましいのかについて、SWの視点から架空事例を用いて説明した。1事例目は単回のSW面接、2事例目は継続的なSW面接である。

### 【SW面接を行った架空事例の提示】

#### 事例① 精神科受診を拒否する小2男児

当院身体科にて外来通院中の小2男児。原疾患だけでは説明がつかない身体症状（腹痛）と不登校傾向がある。身体科医師より精神科受診を提案されるが、本人が精神科受診に拒否的で母が対応に悩み、SWが母子面接を実施した。SWは、緊張する本人が安心して話せる雰囲気作りを心掛け

た。次第に本人は「学校つまらない。家の方が楽しい。家ではお腹は痛くならない。病院の先生ってなんか怖い。」と語った。“病院の先生を怖がる理由”については、原疾患の治療経験のために痛みや不安を伴う治療への心配がある可能性が考えられたため、精神科診察の手順を説明するなど具体的な情報提供を行い、不安軽減を図った。本人は「精神科の先生って学校に行けっという？」と不安げに語った。SWは、精神科診察は登校できないことを責めるのではなく、本人が安心して過ごせる居場所を一緒に考える場であると説明すると、本人は登校を強要されないことに安堵の表情を浮かべた。

学校に行けない事情は子どもによりさまざまである。不登校という状態に対して、“どうしたら学校に行けるのか？”ではなく、“本人が学校へ行けない理由は何なのか？”という視点で、本人の立場にたって理解を深めることが重要と考える。

#### 事例② 拒食で入院した中1女子が大人と信頼関係を築くまで

発達特性があり対人緊張が強い中1女子。痩せが進行し、身体的危機状態となったため、精神科病棟に入院しSWが担当となった。関係構築のため、本人の一方的な話をひたすら聞くという面接をしばらく続けた。本人の好きな本、大切な思い出、マイブームなどにSWが興味を示して、次回面接までに本人の好きな本を読んで感想を伝えると、本人は嬉しそうに笑い会話が弾んだ。次第に、本人がSWの考えに興味を持ち相互的な会話に変化した。本人は「入院させられて嫌だった。もっと私の気持ちを聞いてほしい。もっと大人に甘えたい。」などと不満や要望を表出するようになった。その一方で、SWや主治医に理不尽な不満をぶつけ、極端に拒否の態度をとった。SWは本人の態度に戸惑い、自身の支援方針や関わり方に悩んだが、その都度、主治医や看護師と相談し励まし合い、本人の支援を続けられるようチームで支え合った。本人が同席する治療内容についての会議にあたっては、予行練習をしたり席順を決めるなどして本人が安心して参加できるよう配慮した。SWは、不快感情を無視や拒絶ではなく適切に大人に表現できるよう促し続け、根気強く見

守った。半年以上経過し「嫌なことがあったんだけど、ちょっと聞いてよ。」と気軽に困り感を言える関係になった。

子どもが大人に相談できるようになる過程は簡単ではない。

### 【子どもが大人に相談するために】

子どもが課題を認識し、大人に伝え、大人から助言を受けとる心の準備が必要である。相談する子どもと相談を受ける大人との関係性も重要である。また、子どもが大人のアドバイスを受けとる心の準備が整っていない場合、子どもの成長を見守り待つことが必要な時期もある。支援者はいつでも相談を受ける準備が整っていることを示し続けることが大切である。

精神科受診までに、家族・支援者ができることで大事な視点は下記の2点と考えている。

①子ども本人の立場にたって、本人から見える世界がどうなのかを想像して理解しようとする。子どもの世界に興味を持ち、子どもの世界を想像すること無くして、支援をすることは

できない。本人でさえ分かっていない気持ちに目を向ける姿勢が大切である。

②「相談する」ことは簡単ではなく、子どもが大人に「相談できるように」支援すること。精神科受診後も相談は続くため、子どもが大人に相談できるようになるまで、支援者は根気強く関わり続けることを心がけたい。

### 【支援者へのメッセージ】

精神科医師は精神科領域のプロフェッショナルだが、人生のプロフェッショナルではない。病院にしかできないこともあるが、病院ができることには限りがある。病院にきたら全てが解決できるわけではない。家族、支援者、病院、それぞれの強みや機能をお互いに理解して、子どものために協働することが望ましい。また、見落としがちなのが相談を受ける側の精神的ケアの重要性である。本人を支える家族や支援者が精神的に活力があり、困っていることを誰かに「相談できる」ことが大切である。