

会長講演 10月15日(土)11:20~

杉山 登志郎 (あいち小児保健医療総合センター)
司会 奥山 眞紀子 (国立成育医療センター)

特別講演 10月14日(金)14:00~

村瀬 嘉代子 (大正大学教授)
司会 若林 慎一郎 (金城学院大学人間科学部)

イブニングセミナー 10月14日(金)17:00~

Dr. James Swanson (カリフォルニア大学)
司会 星加 明德 (東京医科大学小児科)

ランチオンセミナー 10月15日(土)12:10~

宮地 尚子 (一橋大学法学部)
司会 庄司 順一 (青山学院大学)

シンポジウム 10月15日(土)13:30~

遠藤 太郎 (新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野)
飯山 道郎 (医療法人社団いいやま いいやま医院)
笠原 麻里 (国立成育医療センター)
小西 行男 (東京女子医科大学小児科)

指定討論 齋藤 滋子 (厚生労働省母子保健課)

司会 柳澤 正義 (日本子ども家庭総合研究所)
杉山 登志郎 (あいち小児保健医療総合センター)

会 長 講 演

子ども虐待と発達障害：子ども虐待という第4の発達障害

あいち小児保健医療総合センター 杉山登志郎

あいち小児センター心療科は、2001年11月の開院以来、育児支援外来という子ども虐待のための専門外来を開き、子ども虐待の子どもと親への治療を行ってきた。この外来を開いてみて最も驚いたことの1つは、その中に発達障害の診断が可能な児童が多数含まれることであった。開院後、2005年3月までの3年5カ月の統計を見ると、全部で453名の新患が何らかの虐待の関連で受診をし、うち子どもは389名（64名は親の側にカルテを作成した症例）、このうち広汎性発達障害の診断基準を満たすものは100名（26%）に及び、注意欠陥多動性障害（ADHD）の診断基準を満たすものは88名（23%）、何らかの発達障害が認められるものは223名、全体の57パーセントを占めていた。

しかしここには複雑な問題が絡まる。反応性愛着障害の抑制型は横断的には高機能広汎性発達障害に似ており、脱抑制型は多動性行動障害の臨床像をしばしば呈する。フォローアップを重ねるに連れ、抑制型の反応性愛着障害は学童期以後には少なく、高機能広汎性発達障害との臨床的区別が出来るようになった。言い換えると、広汎性発達障害は虐待の高リスクであることがあらためて示されたことになる。一方、虐待系の多動性行動障害の場合には、一般のADHDに有効な中枢刺激剤は無効で、むしろハイテンションの背後に過剰覚醒や、解離による意識変容が見られることが特徴であった。さらに併存症の推移と言うことで言えば、多動性行動障害は年齢が上がるに連れ、解離や非行の割合が高くなることが示された。

つまり子ども虐待の後遺症は、反応性愛着障害の形で始まり、学童期には多動性行動障害の形を取り、徐々に解離や非行が明らかになり、最終的に複雑性トラウマもしくはDESNOSの形を取るのである。さらに、被虐待児は境界線知能が多く、また正常知能児でも学習が大変苦手である。また入院した児童をみると、ベッドの回りは散乱していて片づけが出来ず、さらにスケジュールを立てることや見通しを立てることも困難が多い。些細な刺激で直ぐに切れ易く、欲しいものを衝動的に取ってしまうなど衝動コントロールが不良なものが大半をしめる。これらの被虐待児に普遍的に認められる行動特徴は、むしろ発達障害として考えるべきなのではないかと演者は思うようになった。

子ども虐待が、発達途上の脳に大きな影響を与えることは、最近の脳科学の進歩により徐々に明らかになってきた。トラウマの及ぼす影響について調査した神経生理学的研究からは、強度聴覚刺激に対する反応における馴化の異常、知覚刺激の評価が困難で覚醒水準の調整が出来ないといった、注意集中と刺激弁別に関する異常を示唆する所見が報告されて来た。これらの所見を総括し、van der Kolk（2001）は、被虐待児は、注意集中と刺激弁別に異常が生じ、刺激に対して検討を行わず即座に反応する傾向が生じるとまとめている。一般的な単回性トラウマでは、引き金刺激に対しフラッシュバックを生じるという選択的な過剰反応を示すが、虐待などの反復的なトラウマでは、どの様な刺激にも無差別的に過剰反応を生じるようになり、汎化した過覚醒状態と覚醒調整が困難な状態を呈するようになるのである。この無差別的に刺激に過剰反応を生じる状態とは、ADHDに見られる不注意、多動、衝動性と臨床的に同一の状態に他ならない。

また最近の脳画像研究では、上側頭回の体積増大、下垂体の体積増大、海馬の体積減少、脳梁の体積減少、眼窩前頭皮質の血流増加などの所見が報告されており、前頭葉から連合野、海馬に到る広範な領域への器質的な影響が示された。このような脳への影響は、臨床的にはどのような特徴をもたらすのであろうか。先述の、被虐待児に認められる執行機能の弱さ（スケジュール管理や予測を建てる能力）、学習障害、感情コントロール不全、衝動的傾向などは、前頭前野の機能不全と考えれば一元的に説明が可能である。

このような視点から、演者は子ども虐待を第4の発達障害と呼ぶようになった。既知の発達障害との関連もさることながら、虐待は発達途上の子ども達に、むしろ普遍的に輪郭が比較的明確な発達障害をもたらすのである。この視点において重要なことは、発達障害は包括的なケアと治療的教育の両者の協働によって改善が可能であるという事実である。

最新の研究の成果を紹介し、発達障害としての視点から子ども虐待のケアに関する見直しを試みる。

特別講演

子どものこころの臨床にとって必要なこと

村瀬 嘉代子 (大正大学)

子どもの病理性が声高く指摘されるようになって久しい。低年齢の子どもによる人々の耳目を驚かせる犯罪、教育場面における発達障害児への援助、不適切な養育によって、人格形成上、深刻な歪みを来している子どもたち・・・、たしかに課題は重く、山積している。翻って考えれば、子どものあり方は時代や社会の影響をうけ、その特徴を映し出しているとも言える。

子どもの変容した部分、とりわけ病理的な部分については、巷間、鋭く指摘されている。ところで、臨床においては、子どもたちの変容したところ、変容しないところ、変容させではないところ、についてまず現実認識を持つことから始めねばならない。この点について、演者がほぼ十年間の間隔をおいて、幼児から青年期の人々（医療の対象者である通所施設入所者、小児病棟の慢性疾患患者、養護施設児童などの臨床群と一般の公立保育・小・中学校生徒等の対照群）について行った追跡面接調査結果、ならびに臨床経験をもとに考えたい。

昨今、臨床で出会うクライアント、患児には対象関係の希薄さや、試行錯誤を行えるよい具体的経験の不足が著しく、居場所感覚のなさを訴える者が多い。そこで、症状や行動上の問題の消褪を目的とする狭義の治療では対応が必ずしも十分ではなく、全体状況を視野に入れた、「育ち治り」を統合的なアプローチによって援助することが必要となる。

援助の基盤として、①人として遇する。②症状や問題の因果関係を含む現象記述の他に、子どもが行動の背景に抱いているであろう恐れ、怒り、恥、悲しみ、困惑などを汲む努力。③身体症状や習癖が現れやすく、おとなに比較して状態像は不安定。④交流手段に言語以外の工夫 ⑤心身共に発達途上にあり、環境の影響を受けやすい。⑥疾病の治癒や行動上の問題解決のみならず、心身の成長をも保障することが求められる。

そこで、援助に際しては、援助者は柔軟性、能動性を持ち、発達程度の的確な理解、症状や行動上の問題を疾病学的に理解するほかに、それによって子どもが訴えようとしているメッセージを受けとることが求められる。治療技法の援用に際しては、治療者の関心に則るのではなく、目前の子どもが何を必要としているか、それに即応するべく柔軟な姿勢で、技法が全体の治療過程の中で突出して浮き上がらず、自然な必然的流れに組み込まれることが望ましい。さらに、家族への支持的かかわりを始めとして、養育・教育機関、関連ある諸機関とのコラボレーティブな繋がりを適切に行うことが求められる。

当日は、このような基本原則をいかに展開させながら、子どもの治癒と成長を援助し、居場所感覚を贈るかについて、具体例を挙げつつ述べたい。

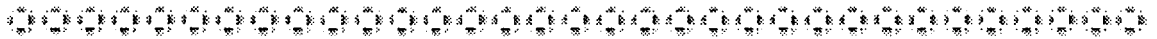


イブニングセミナー

“Childhood Growth – Possible impact of methylphenidate –”

Dr. James Swanson (カリフォルニア大学)

共催：ヤンセンファーマ株式会社



ランチョンセミナー

—男児への性的虐待—

宮地 尚子 (一橋大学法学部)

共催：日本イーライリリー株式会社

シンポジウム

小児精神医学を学ぶ

遠藤 太郎（新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野）

わが国は、小児精神科医数が他の医療先進諸国に比し格段に少ない。小児精神科医の少なさは、小児精神科医になるまでの困難さに起因するものと考えられる。本演題では、わが国で小児精神科医になるまでの流れとその問題点について概説する。

学生を医師へと育てる教育機関である大学医学部において、小児精神医学に関する講義数は、精神科、小児科を合わせても数コマである。小児精神医学は医師国家試験に出題されることもほとんど無いため、医学部学生は、小児精神医学について6年間で数時間しか学ばずに、医師になってしまう。また、現在、医学部卒業後に、卒後臨床研修が義務付けられており、そこでは、内科、外科とともに、精神科（1ヶ月＋選択）、小児科（1ヶ月＋選択）が研修必修化されている。しかし、精神科、小児科のいずれでも、小児精神疾患は必修疾患に含まれていない。結局、医学部卒業後2年間の研修を終えても小児精神医学に関する知識はほとんど身につけてはいない。卒後臨床研修後、初めて希望の各診療科に分かれることが出来るのだが、わが国の大学病院で独立した小児精神科としての講座を持つもの、診療部を持つもの合わせても数大学のみであり、さらに小児精神科専門入院病床を持つところは存在しない。研修施設としての大学病院は、そもそも選択枝が少なく、また、入院症例を数多く診ることのできない大学病院は、小児精神科を最初に学ぶ場所としては適切ではないかもしれない。国公立の基幹病院、子ども病院に目を向けると、わが国には22箇所の入院施設を併せ持つ小児精神科治療施設（うち2つは小児精神科専門治療施設）が存在する。そのうちのいくつかは、レジデントとして研修医の受け入れをしている。それでも、このような小児精神科を研修できる施設は、全都道府県にあるわけではなく、さらにその施設配置に偏り・地域格差が存在する。また、これら国公立施設のスタッフ数はどこも不十分であり、日常臨床で忙殺されてしまっているのが現状である。

以上、小児精神科医になるまでの問題点として、①医師になる前の大学教育で小児精神医学を学ぶ機会が少ない、②医師になっても卒後臨床研修医期間はほとんど学ばない、③いざ小児精神科を学ぼうと思っても学ぶ場所が無い、④研修の場を見つけても、指導医が日常臨床で激務のため、十分な指導を受けられない等があげられる。小児精神科を学ぶ施設の少なさは、結局、今後も小児精神科医が育たない、数が増えないといった問題と直結する。今後、①全ての大学に小児精神科講座を設置、②各都道府県に小児精神科治療・教育施設を1ヶ所以上設置されることが望まれる。

当日は演者が研修を行ったあいち小児センターでの研修についての紹介も行う。

子どもの心の専門家になる，子どもの心の専門家を育てる 小児科医の立場から

飯山道郎（小児科いいやま医院）

私は平成7年に東京医科大学を卒業し、同年、東京医科大学小児科に入局しました。平成10年、入局4年目に、1年間国立精神・神経センター国府台病院児童精神科齊藤万比古先生の指導のもとで研修をさせていただきました。その後、一般的な小児科診療に加えて東京医科大学小児科星加明德教授の陪席や大学および関連病院で子どもの心に関する診療をしてきました。また、非常勤医として国府台病院でも外来診療をさせていただいております。

小児科と児童精神科の二つの診療科の比較を中心に子どもの心の専門家についてまとめますと、1. 児童精神科医療は医師数、施設数ともに患者側のニーズに対して非常に不足しているが、短期的な不足の解消は困難である。2. 児童精神科は小児科の心の問題を扱った外来よりもいわゆる敷居が高く、潜在的なニーズはさらにあることが予想される。3. 児童精神科と小児科の心の問題を扱った外来受診患者の診断は重なる部分は少なく、診断が同じであっても併存症の有無や重症度が違うことが多い。4. 初診患者数は精神科よりも小児科の方が多いが、小児科では病名がつかない場合や一回の診察で納得して終了することが多い。5. 物理的な構造や複数多職種のスタッフの存在、時間的余裕などから小児科よりも児童精神科の方が系統的かつ戦略的な治療が可能であるが、小児科では法的な規制がなく、少数のスタッフしか持たない施設が大半を占めるため独善的な治療がおこなわれやすい。6. 小児科医は身体医学の研修や当直の義務があるため長期間に渡って心の分野の研修をすることは困難である。などがあげられます。

以上から児童精神科は独立した診療科として必要であり、医師としての子どもの心の専門家は児童精神科医が中心になります。しかし、小児科医を含めた子どもに関わる身体科医師の役割も重要であり、子どもの心の問題全てを児童精神科医だけで対応することは無理があります。児童精神科医と小児科医は互いに尊敬と礼儀を持って専門性を認め合い、頻繁に議論して、子どもの心の問題をより広くより深く追求することが大切ではないかと考えております。また、子どもの心の問題は多岐に渡るため、専門家のみで完結することは難しいかと思えます。専門家ではありませんが子どもの心の問題にもちょっと詳しい私のような小児科医がもう少しいるともっと心の分野の医療が円滑に進むのではないかと考えますので、そういった専門家以外の研修も考えていただければと思います。

「ただの児童精神科医」になるために

笠原麻里（国立成育医療センターこころの診療部）

今回、本シンポジウムで児童精神科の研修として必要なことは何かを皆さんにお伝えするようにテーマを頂いている。しかし、自分のたどってきた経歴から、客観的に何かを述べさせて頂くことは、思ったより難しいと実感している。

初期研修では、一般精神科研修医、薬物依存専門研修（レジデント）、内科・麻酔科研修などを経て、児童精神科のレジデントから徐々にこの領域に入らせていただいた。現在のところ、子どもの精神的問題の治療にあたる臨床家として役に立っていると思われることは以下のような事項である。

- 1) 精神科医としての、精神病理を判断するためのバイアスを広げる機会に恵まれてきたこと
- 2) 児童精神科臨床で、数多くの症例にあたれたこと
- 3) 児童精神科病棟で、主に思春期心性にがっぷり四つに組む経験ができたこと
- 4) 福祉あるいは教育領域のスタッフと連携する場面を経験できたこと
- 5) 現職においては乳幼児期から（ケースによっては周産期から）の母子関係臨床に触れる機会に恵まれていること
- 6) これらは、すべて諸先輩の先生方の生き生きした臨床場面で一緒に経験させていただけていること

一方、不足している技能は、子どもの身体的疾患に関する知識（小児科学の進歩の目覚しきには、現職に就いて以来驚くばかりである）、乳幼児期の発育発達に関することがら、そして研究に関する技能である。

これから児童精神科医を目指す方たちにとって、完璧な研修などはなかなかお示しすることはできないが、本シンポジウムでは、何が役に立ったのか、それはどう役に立っているのかなどはお伝えしたいと考えている。

「子どもの心の専門家になる、子どもの心の専門家を育てる」

小西行郎（東京女子医科大学乳児行動発達学講座）

はじめに

いわゆる子どもの問題が顕在化し社会化してきた現代、本シンポジウムは極めて重要な問題を取り扱っているといえよう。そこで、これらの問題に積極的に関わっている小児神経科医の立場から指摘された課題に対して考えを述べてみたい。

1. 小児精神科領域を学ぼうとして苦勞したこと

この課題は、わたしにとっては答えようがないといわざるを得ない。小児神経学を研鑽する過程で精神科領域は違った分野として考えており、学ぶ時間はなかった。しつて言えば、精神科領域の方々とのように連携するののかについて最近考えることが多くなり、このことが子どもの心を見る専門家を如何に育てるのか考える上でも重要であると認識するようになった。その上での苦勞はお話できるかもしれない。いずれにせよ、現在子どものこころの問題はこの二つの専門領域が診療に関っており、しばしば混乱を患者や保護者たちに与えているからである。対象をお互いに決める。あるいはお互いが診療する対象の年齢によってすみ分けるなどの具体的な方法について提案し、討論したい。

2. 研修についての評価

私の属した京都大学小児科神経グループは昔から発達心理学研究者と共同で仕事をしており、研修のごく初期から発達学を学べたことは大変に感謝している。さらにオランダでの発達神経学を学んだことも私にとっては重要なことであった。こどもの心を知るのにまず必要なのは発達学を学び研究することである。最近では心理学だけでなく脳科学、物理学、情報工学、あるいは人工頭脳などの研究者との交流が始まっており、このことがさらに発達神経学を面白くさせ始めている。こうしたことも研修には必要かもしれない。

3. 子どもの心の専門家になるために

子どものこころを分かろうとは思わなかった。いまでも分かるとは思っていない。しかし、子どもと接したり遊ぶことによって子どもを診ることが楽しくはなってきた。さらに最近では子ども研究の面白さが分かってきて、いっそう子どもを診ることが楽しくなってきた。卒業後30年たってはじめてそうした気持ちを持つことができるようになった。それでも発達学を理解したとは言い難い。発達よりさらに難しい心を学ばなければならないのだから、子どもの心を知る専門家は経験的にいえば30年かかる。その立場から言わせていただければ、けっして即席で心の専門医は造るべきではない。診断だけつけてあとは臨床心理士や言語聴覚師あるいは作業療法士に任せると医師が多いがそれでは一人前の専門医とはいえないのではないだろうか。

最後に子どもの心の専門家になるためには大切なことは広い視野を持ち発達に興味を持つさまざまな分野の人たちとクロストークできる力量を早く身につけることであると考えている。「心と脳の科学」研究が世界で始まっている意味も考えてみたい。