

児童・青年期の諸問題

小林 隆 児

臨床精神医学 第23巻 第7号 別刷

国際医書出版

表 1 東京都立梅ヶ丘病院の入院患者統計 (1990.4.1~1991.3.31)
(全児研報告集 No. 22, 1992 より)

病 名	男 子							女 子							合 計	
	0歳	6	12	15	18	21	計	0歳	6	12	15	18	21	計	数	%
	{	{	{	{	{	{		{	{	{	{	{	{			
器質性精神障害		2		1			3					1		1	4	
てんかん				1	1		2	1			1		1	3	5	
物質依存性障害									1					1	1	
精神分裂病				2	20	19	47	1	12	46	16			75	122	
気分障害(感情)				1	2		3	1		2	3			6	9	
恐慌性障害				1			1							1	1	
強迫性障害			2	5	9	1	17			3	2	1		6	23	
解離性・転換性障害										2	2	2		6	6	
適応障害				10	10	4	24	2	2	8	3			15	39	
神経症性不登校		1			9		10	1	4	3	1			9	19	
摂食障害			2		1		3		5	7	2			14	17	
人格障害					1		1			2	6			8	9	
精神遅滞	9	9	8	31	6	14	77	1	4	7	11	1	11	35	112	
自閉症	12	9	4	14	3	6	48	1	3	4	7		1	16	64	
多動性障害・学習障害		2	4		1		7	1	1	1				3	10	
選択性緘黙										2	1			3	3	
計	21	27	36	99	34	26	243	2	14	43	93	36	13	201	444	

小児心療センターあすなろ学園、社会福祉法人ともえ会ともえ学園など)では多くの自閉症を初めとする発達障害の子どもたちが入院しているが、その他の施設では登校拒否や神経症圏内の子どもたちがかなりの数にのぼっている。

ここではとくにその1例として東京都立梅ヶ丘病院の入院統計資料¹³⁾を表1に示してみた。これをみると発達障害圏内(精神遅滞、自閉症、多動性障害・学習障害など)が186例(41.9%)で最も多いが、次いで目を引くのが精神分裂病122例(27.5%)で4分の1強を占めている。その他、適応障害、強迫性障害、神経症性不登校、摂食障害などもかなりの数にのぼっている。いわゆる小児神経症圏内の子どもで入院治療が適応となる例が、今日これほどまでにいることは、わが国の児童精神保健がかなり深刻な事態に至っていることを示唆していよう。

さらには精神分裂病の年齢構成をみると、若年発症例と思われる中学生年齢(12~14歳)の

層に特に女性が目立ち、1例ではあるが小学生にも認められている。精神分裂病の若年発症例の増加が最近の傾向として著しいといわれている³⁾。

2. 精神科医療施設における児童の問題についての実態調査報告より

全児研がわが国を代表する児童青年精神科医療機関ではあっても、厳密にわが国での児童青年精神科医療の実態調査が全国規模で行われたことはこれまでなかった。しかし、1990年に日本児童青年精神医学会の医療と福祉に関する委員会と医療費問題に関する委員会が合同で、わが国で初めて全国規模の児童青年精神科医療の実態調査を行った²⁾。この調査の対象となった医療機関は精神科をもつ病院のわずか6.3%を占めるにすぎなかったが、患者数は当時全国の精神科医療施設に入院していた18歳未満の患者総数の91.5%(1,524/1,665)に該当していたことから、今回の調査対象となった病院は、該

当年齢の患者が入院している病院の大半を含んでいると思われ、今回の調査によってわが国における児童青年精神科医療の実態がある程度捉えられたと考えてよい。そこで、この調査結果の一部を表2に示した。

診断基準の不統一、統計の困難性などから全体の約半数の報告しか得られていないが、全体の傾向をみるうえでとても参考になる。その主な結果をみると、第1に、年齢構成では約85%は12歳以上で占められていること、第2に、男女比ではやや男子が多いこと、第3に、診断別にみると、精神分裂病が186例(26.8%)で最も多く、加齢とともに増加しているが、中学生年齢層でも20%強を占めていることが分かる。次いで登校拒否が108例(15.6%)にのぼり、精神分裂病とは異なり、中学生年齢層が高校生年齢層よりも多いのが目立つ。自閉症、精神遅滞その他の発達障害圏内は全体でほぼ四分の一を占めている。全体の傾向を大まかにまとめると、精神病圏、神経症圏ともにおよそ35%程度で、発達障害圏が20%強、残りがその他といえよう。

3. 大学病院児童外来の統計より

ついで外来患者の実態をみてみたいが、わが国で児童外来の統計を定期的に報告している医療施設は、筆者の知る限りほとんどなかった。したがって、多少古い統計で恐縮であるが、筆者が以前勤務していた福岡大学病院児童青年期外来患者の動態(1974~1986)⁹⁾の一部(表3)を示す。これによれば、とくに神経症圏の情緒障害(ICD-9, 313)の急増が一際目を引いている。筆者が関与していた時期に限って新来患者の動向の特徴を挙げると、学童期後期の抑うつや強迫を主症状とした神経症圏、幼児期、学童期の習癖異常(抜毛癖、チックなど)、学童期全般にわたる心身症を伴う不登校などの増加傾向が顕著であったことと、自閉症の年長例がしだいに増加していたことであった。このような傾向がその後どのように推移しているか、その実態は正確には把握できていない。

II. 小児科医療施設での児童青年精神保健の実態について

1. ある大学病院の小児科外来統計より

ここでは筆者が当時多少なりとも実際にその診療相談にも関与していた福岡大学病院小児科発達・心理外来の統計(表4)⁸⁾を示してみよう。小児科の性格上、心身症圏の患者が中心を占めていることは当然としても、登校拒否、発達障害、愛情剥奪症候群(小児虐待)といった児童青年精神科医療現場と類似した患者の診療にもかなりの時間が割かれていることがうかがわれる。

2. 小児科クリニックの実態調査より

村田¹⁰⁾は、自ら児童精神科クリニックを実践していた頃に、北九州市内の小児科の開業医ないし勤務医にアンケート調査でその診療の実態の大まかな動向を調査している。その結果をみると、小児科外来に心身症、情緒障害、ことばの遅れなどの児童精神科医療と関連の深い患者が最近増えていると答えた医師が52%と半数以上にのぼり、増えているという実感をもっている医師が圧倒的に多いことが示されている。さらに、開業医では月に1名、勤務医では週に1名くらい児童精神科医に紹介したい患者がいると答えていて、児童精神科医のニーズがかなり高いことがうかがわれる。

III. 福祉、教育関連の相談機関における児童青年精神保健の実態について

児童精神保健に関連する患者が最初に受診する医療現場は小児科であるが、福祉や教育の分野で最初の窓口となっているのが、児童相談所や教育センターの教育相談などの諸機関である。これらの機関の患者の実態は、児童青年精神保健の動向を最も敏感に反映しているという側面が強いが、残念ながら診断分類の方法の相違や詳細な統計資料の乏しさから具体的な検討は容易ではない。

筆者がある時期関与していた教育相談では、

表 2 1990年6月1日現在の児童患者の入院実態
(精神科医療施設における児童の問題についての実態調査より)(空欄は0)

診断名区分	0~5歳		6~11歳		12~14歳		15~17歳		児童合計		男女合計	%
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女		
精神分裂病			4	5	26	26	61	64	91	95	186	26.8
躁うつ病							2	3	4	3	7	1.0
うつ状態						3	1	3	1	6	7	1.0
躁状態						1		4		5	5	0.7
非定型精神病					1		3	3	4	3	7	1.0
心因反応			4	4	7	6	4	5	15	15	30	4.3
その他の機能性精神病							2		2		2	0.3
不安神経症						1		2		3	3	0.4
強迫神経症					4	2	10	1	14	3	17	2.4
ヒステリア			2			2		13	2	15	17	2.4
その他の神経症			2	1	8	8	12	8	22	17	39	5.6
登校拒否			5	6	38	21	19	19	62	46	108	15.6
選択性緘黙			1		1	2	1	9	3	11	14	2.0
摂食障害				2		8	2	19	2	29	31	4.5
チック(トゥレット症候群)					2		1		3		3	0.4
過呼吸症候群			1			4			1	4	5	0.7
習癖異常(夜尿)					1			1	1	1	2	0.3
多動症候群			2	1	1		1		4	1	5	0.7
学習障害					1	1	1		2	1	3	0.4
注意欠陥障害症候群			6		5	1	1	1	12	2	14	2.0
精神遅滞	3	3	7	2	13	9	18	10	41	24	65	9.4
言語発達遅滞											0	0.0
その他の発達障害					1	1			1	1	2	0.3
自閉症	6	1	12	8	15	1	16	5	49	15	64	9.2
てんかん	1	2	6	2	7	1	4	4	18	9	27	3.9
脳器質性疾患					1				1		1	0.1
中枢神経疾患						1				1	1	0.1
有機溶剤嗜癖							2	2	2	2	4	0.6
症候性精神病								1		1	1	0.1
その他	1	1	3	1	7	4	1	6	12	12	24	3.5
年齢別男女別計	11	7	55	32	141	103	162	183	369	325	694	
年齢別男女合計	18		87		244		345		694		694	100
%	2.6		12.5		35.2		49.7		100		100	

半数以上を登校拒否が占めてはいたが、その他神経症圏、発達障害圏の子どもも少なからず存在していた。しかし、教育関係のスタッフでは対応に苦慮せざるをえないのが実情で、これらの患者をもっと適切に対応できるようにするための工夫が求められていた。

このように児童精神科医は自らの診療の場に

留まっても現実の児童青年精神保健のニーズに十分に対応できず、より開かれた関係を作りながら、幾多の相談機関に積極的に出向き、その実践に当たることが必要な時代にきている。今日、児童青年精神科は標榜科目として厚生省からいまだ認知されていないため、児童青年精神保健に係わる患者やその家族はどのよう

表 3 福岡大学病院児童青年期外来患者の動態 (1974~1986)

臨床診断	(ICD-9)	1974年	1978年	1982年	1986年
分裂病	(295)	11	19	26	31
自閉症, 小児精神病	(299)	29	21	6	15
神経症	(300)	21	42	36	28
摂食障害	(307.1, 307.5)	2	3	9	4
チック	(307.2)	4	3	3	4
心身症	(306)	0	15	6	2
不適応反応	(309)	7	13	4	7
行動障害	(312)	5	9	8	22
情緒障害	(313)	28	55	29	53
発達障害	(314, 315)	31	46	5	12
精神遅滞	(317~319)	19	22	28	19
てんかん	(345)	16	9	11	10
その他		18	41	55	60
合計		191	298	226	267

表 4 性・年齢別にみた疾患別患者数 (1988年10月~1989年9月)(福岡大学病院小児科発達・心理外来の統計より)

疾患名	計	性		年 齢 (歳)															
		男	女	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
愛情剥奪症候群	3	2	1			1		1	1										
神経性食思不振症	2	0	2								1								1
反復性疼痛	17	6	11					1	2	4	2	2		1	2	3			
頭腹痛	8	6	2							1		2	2		1				2
下肢痛	1	0	1				1												
偽けいれん	1	0	1	1															
傾眠	1	1	0									1							
書痙	1	0	1									1							
チック	5	3	2							1	2		1	1					
起立性調節障害	1	0	1													1			
気管支喘息	8	2	6							1	2	1	1	1	1				1
過換気症候群	2	1	1											1		1			
嘔吐	3	3	0				1			1	1								
過敏性大腸症候群	1	1	0						1										
頻尿・遺尿・遺糞	9	6	3			2	1	1	2	1		1							
円形脱毛症	1	0	1								1								
抜毛症	1	0	1												1				
登校拒否症・不登校	18	6	12					1	1			1	3	1	3	3	4		1
オナニ	1	0	1		1														
緘黙症	2	1	1					2											
心因性退行	1	1	0					1											
発達障害→行動異常	6	5	1							1	1			2					2
その他の行動異常	9	3	6						1	1	1	1			2	1	1	1	1
解離型ヒステリー	1	0	1											1					
親の精神病	1	1	0							1									
計	104	48	56	0	2	3	4	5	5	7	13	14	9	6	10	9	9	7	1

にして自分たちの悩みを相談したらよいか途方にくれ、さまざまな相談機関に顔を出しているのが実情である。そうした現状を考えると、今われわれ児童青年精神科医は、より積極的に外に開かれた繋がりを求め、悩める子どもたちとその家族のニーズをよりの確に把握して、臨床実践を行うことが切実に求められている。

IV. 最近の児童青年精神科医療のトピックス

1. 小児うつ病

30年前までは国際的にみても、子どものうつ病の存在については否定的な考え方が支配的であった。当時主流を占めていた精神分析の立場から、子どもに自責感や罪業感を形成するほどの超自我は育っていないということが主なその根拠であった。しかし、1970年代になると、大人の軽症うつ病の急増と相まって子どもの抑うつ状態についての報告が相次いだ。このような動きの背景には、恐らく子どもは大人がそれまで考えていたよりもはるかに物事を捉え感じ取っているという子ども観の変化も大きく関与していると思われるが、わが国ではやっと最近になって子どもの抑うつを積極的にみていこうとする動きがみられるようになった。村田¹¹⁾は一般中学生で抑うつ状態に陥っているものの疫学的推定値は5.9%であると算出し、かなりの頻度で認められることを明らかにしている。ただ、彼らがすべて臨床的に抑うつ状態、ないしうつ病とみなせるかについては慎重でなくてはならないとしている。

従来のおとなの内因性うつ病をモデルにした考えによれば、子どものうつ病はきわめて稀であるとは今なお考えられているが、現実が増えているこのような子どもたちをどのような観点から捉えて援助していったらよいかについては今後の議論に待つところが大きい。

2. 児童分裂病

先述したような、最近の精神分裂病の若年化傾向が果たして身体の早熟化現象といった生物

学的要因によるのか、それとも心理社会的要因によるのかいまだ定説はない。

発症の若年化とともに、分裂病とは異なった疾病として今日まで理解されてきた自閉症の長期追跡が行われるようになるにつれ、自閉症の分裂病発症例が散見されるようになり、両者の関連性に再び注目が集まるようになってきた。その根拠としては小児分裂病のカタムネーゼ調査から幼児期のデータに基づき自閉症と診断してよい症例が少なからず存在すること¹²⁾や自閉症と児童分裂病の発症好発年齢の狭間に存在する崩壊性障害には両者の移行型が存在すること⁷⁾、自閉症の精神病理に分裂病との類似性を認めること⁹⁾などが指摘されるようになってきている。今後より一層の検討が必要とされている問題である⁹⁾。

3. 児童虐待

1989年に初めて全国の児童相談所によって児童虐待に関する調査が行われて以来、わが国でもやっと児童虐待に対する関心が高まってきた¹⁾。わが国では児童虐待は欧米に比して圧倒的に少ないとされているが、系統立った調査はいまだ行われていないため、その判断には慎重でなくてはならない⁴⁾。

ただ児童青年精神科医療現場では児童虐待を幼児期に受けていたと思われる重篤な情緒障害や人格障害の例が、入院患者のなかでも大きな問題を占めてくるようになり、児童虐待の後遺症としての精神医学的問題が実際の臨床場面でも積極的に取り上げられるようになってきている。

おわりに

わが国の児童青年精神保健に関連する諸機関の統計や調査資料とともに、現在の児童青年精神保健の動向を概観してみた。しかし、それを行うに十分な資料は乏しく、そのため、的確に全体の動向を把握することは困難であった。ただ、全体的にみて児童青年精神科医療を何らかの形で必要とする子どもたちが増加傾向にある

と推測された。最後に最近の児童青年精神医学の領域のトピックスについていくつか触れた。

本稿をまとめるにあたって、調査資料を提供していただいた全児研事務局・小西真行先生（三重県立小児心療センターあすなろ学園）と山崎 透先生（国立精神・神経センター国府台病院児童精神科）にお礼申し上げます。

文 献

- 1) 本城秀次, 西出隆紀: 児童虐待—その現状と展望. 思青医誌 3: 183-207, 1993
- 2) 医療と福祉に関する委員会, 医療費問題に関する委員会: 精神科医療施設における児童の問題についての実態調査報告. 児精医誌 32: 299-314, 1991
- 3) 小西真行: 私信, 1994
- 4) 小林美智子ほか: 大阪府の6歳以下で発見された虐待の実態. 児精医誌 33: 389-396, 1992
- 5) 小林隆児: 福岡大学精神神経科児童外来統計資料 (1974~1986), 未発表
- 6) 小林隆児: 自閉症にみられる相貌的知覚と妄想知覚. 精神医学 (印刷中)
- 7) 栗田 広: 精神分裂病と全般的発達障害. 土居健郎編: 精神分裂病の精神病理 16. 東京大学出版会, 東京, pp 27-45, 1987
- 8) 興梠知子, 井上登生, 進藤啓子ほか: 小児の心身症と行動異常に関する臨床統計—福岡大学小児科発達・心理外来 (1988~1989) での経験から—, 福大医紀 17: 363-372, 1990
- 9) 村田豊久: 若年発病の内因性精神疾患. 精神医学 34: 930-944, 1992
- 10) 村田豊久: 子どもの病態と治療構造—わたしの経験から—. 児精医誌 30: 121-132, 1989
- 11) 村田豊久: 思春期うつ病の精神病理と治療的アプローチ. 精神科レビュー 9: 27-36, 1993
- 12) Watkins JM, Asarnow RF, Tanguay PE: Symptoms development in childhood onset schizophrenia. J Child Psychol Psychiat 29: 865-878, 1988
- 13) 全国児童青年精神科医療施設研修会: 全国児童青年精神科医療施設研修会報告集 No. 22, 1992