

小児科とのコンサルテーション・リエゾン精神医療

稲垣 卓司 岡崎 四方 安田 英彰 宮岡 剛
堀口 淳

【要約】 総合病院の精神科医は、小児科領域におけるコンサルテーション・リエゾンにおいて、身体疾患に罹患している子どもに生じる精神的な問題や、成長の過程で発症する精神疾患や心身症などへの対応が求められる。小児科と協力・連携して診断、個人および家族精神療法、薬物療法などを行うことになる。子どもの場合は大人と違い、子どもの年齢、性格、認知、感情の発達面を考慮する。今後、小児医療におけるコンサルテーション・リエゾン精神医学の果たす役割は、さらに重要になるとと思われる。われわれの経験も参考に、連携の実際や考慮すべき点について述べた。

はじめに

小児医療において、心身症や不登校を主訴に来院する対人緊張や適応障害の子どもが増加し、心身両面への対応が重要となってきた。また小児医療が高度専門化するなかで、がんの子どもとその家族への対応や臓器移植の問題など、心理社会的な関与も欠かせなくなっている。しかし、現在子どもを専門とする児童精神科医は少なく、小児医療の現場では、精神症状や心理社会的問題を抱える子どもや家族への対応は、小児科医が行っているのが現状と思われる。また身体症状を呈して小児科を受診しても、身体的な異常がないと精神的なアプローチがないままに中断し、治療の重

要な時期を逃し、症状が増強し固定化することもあり得る。このため、子どもを取り巻く様々な精神医学的問題解決には、総合病院精神科が小児科と連携してあたる必要があり、今後ますます小児医療におけるコンサルテーション・リエゾン精神医学の果たす役割は重要になるとと思われる。

本稿では、総合病院においてわれわれ精神科医が小児科と連携を図っていく際の対応方法や考慮すべき点について、われわれの経験を踏まえて述べたい。

小児医療におけるコンサルテーション・リエゾン活動の特徴

小児医療におけるコンサルテーション・リエゾン活動は、子どもの精神医学的問題について、精神科医が小児科医や小児科スタッフと連携をとり、あらゆる相談、診断、治療（ときに研究）を協力して行うことである。通常は小児科医から相談・診察の依頼があり、活動がスタートする。

キーワード：コンサルテーション・リエゾン精神医学、小児科、総合病院、身体疾患

島根大学医学部精神医学教室（〒693-8501 出雲市塩治町 89-1）

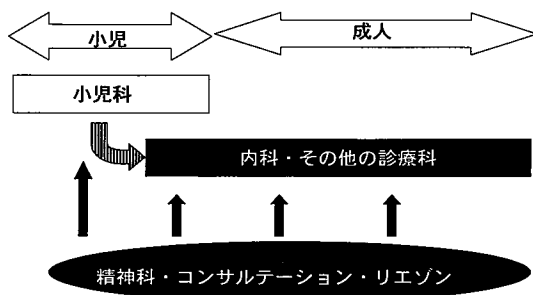


Fig. 1. ライフステージからみた他科との連携

大人のコンサルテーション・リエゾン活動と異なる点として、①子ども自身、②病気、③家族、④環境の4つの要因を考慮することが大切といわれている²⁾。また子どもの場合は成長を伴うため、発達面への配慮も必要である。子どもの年齢、性格、認知面、感情面の発達を考慮する。子どもは発達という課題があるために、適応・思考能力を獲得し自我を育てなければならず(人格形成)、親や仲間を含めた環境との相互作用が不可欠である¹⁾。

また、出生時あるいは乳幼児期から身体疾患に罹患している場合は、成長に従って小児科から身体各科へ身体治療が引き継がれることになる。このため、早期から精神医学的問題を呈している場合は、精神科医も他の診療科との連携が必要になる(Fig. 1)。この場合、経過が長期にわたることになるため、小児科から身体科への引き継ぎがスムーズにいくことが連携の一つのポイントとなる。

コンサルテーション・リエゾン精神医療の対象となる疾患

疾患別では、まず出生後あるいは幼少時からの治療やケアの必要ながんや、心疾患、腎疾患、糖尿病などの慢性疾患に罹患し、経過のなかで呈してくる精神医学的問題への対応がある。次に、成長する過程で体験する学校生活や対人関係(友人、家族)など、様々な心理的ストレスを背景に発症する心身症や精神疾患がある。

精神科に紹介されてくる状況別にみると、①疾患自体に身体的ケアと精神的ケアの両方が必要とされる場合(神経性食欲不振症など)、②身体疾患

や外傷や障害のある子どもで精神症状のある場合、③身体症状はあるが器質的説明が困難(器質的疾患が否定的)な身体症状(解離性障害、転換性障害、身体表現性障害など)、④心身症(喘息、胃潰瘍、過敏性大腸など)、⑤精神障害のある子どもの身体的疾患(広汎性発達障害など)、⑥医療に対して拒否する場合(服薬や手技の抵抗・拒否など)、⑦最初から医療チームとして対応することが望ましい場合(緩和医療、臓器移植、HIV感染、虐待対応など)、⑧親や家族の問題への対応(親の病気の受容、親の精神症状など)、⑨スタッフへの教育的な介入(症例カンファレンス)のとき、などがある(Table 1)^{3,4)}。

従来報告では、通常精神科に紹介になるのは、身体疾患患児の対応の仕方と非器質性疾患における身体症状に関する紹介がほとんどで、診断の多くはストレスに係る適応障害であるとの報告がある^{5,6)}。また、不登校に伴う身体症状を呈する子どもへの対応のほうが、重篤な慢性の身体疾患患者への対応よりは多いとされる^{2,7)}。

最近の報告でも、Shawら⁸⁾のアメリカでの小児コンサルテーション・リエゾン活動の研究報告(48施設のうちCLが過去5年間に増加しているとしたのが6割以上)によると、実際に小児科医から精神科医に依頼される理由では、子どもと親の適応障害、身体表現性障害の鑑別、自殺企図への対応、問題(破壊的)行動、うつ状態、治療に抵抗する場合などが高頻度であったという。求められる働きとしては、診断と個人および家族精神療法、向精神薬投与などであった。

われわれの経験から

平成14年4月から平成19年3月までの5年間に、小児科から当科に紹介になった患者は、外来からの紹介が21例で、入院患児の紹介が23例であった。コンサルテーション・リエゾンとしてかかわった入院23例をTable 2に示した。最も多かったのは神経性無食欲症が8例で、次いで転換性障害4例、社会不安障害2例、適応障害2例、心身症2例などであった。また1例が被虐待児であった。平均入院期間は2.7カ月で、精神科における面接回

Table 1. 精神科に紹介となる状況

- 1) 疾患自体に身体的ケアと精神的ケアの両方が必要とされる時（神経性食欲不振症など）
- 2) 身体疾患や外傷や障害のある子どもの精神症状
 - ①危機介入（自殺企図・精神的混乱）
 - ②急性精神症状（幻覚，解離，不安，うつなど）
 - ③長期にわたる精神症状
- 3) 器質的説明が困難な身体症状（解離性障害，転換性障害，身体化障害，心気症など）
- 4) 心身症（喘息，胃潰瘍，過敏性大腸など）
- 5) 精神障害のある子どもの身体的疾患（広汎性発達障害など）
- 6) 医療に対する拒否（服薬や手技の抵抗・拒否など）
- 7) 最初から医療チームとして対応することが望ましい場合（緩和医療，臓器移植，HIV感染，虐待対応など）
- 8) 親や家族の問題
- 9) スタッフへの教育的な介入のとき

（文献3,4）改変）

Table 2. 島根大学病院精神科における小児科とのコンサルテーション・リエゾン状況

症例	学年	性	身体疾患	主 訴	診 断	入院 期間 (月)	リエ ゾン 外来 /回	特殊精神 療法	心理士 関与	転 帰
1	幼稚園	F		肥満	被虐待	1.6	8			改善。両科通院。
2	小1	M	脳神経系	失立/失歩	転換性障害	4	17	遊戯療法	あり	改善。両科通院。
3	小3	F		咳	心身症	1.3	11	箱庭療法		改善。終了。
4	小3	F		咳	心身症	1.3	11	箱庭療法		改善。終了。
5	小4	F	代謝性疾患	不眠	睡眠障害	1	1			1回のみ。
6	小4	M	呼吸器系	気分不安定	適応障害	11	2			本人拒否。中断。
7	小4	M		不登校	社会不安障害	0.3	2			改善。終了。
8	小5	F		やせ, 食欲不振	神経性無食欲症	2.4	23	行動療法	あり	軽快。小児科通院中。
9	小5	F	筋・骨格系	慢性疼痛	疼痛性障害	8.6	55			軽快。終了。
10	小5	F		歩行困難, 不登校	転換性障害	1.6	23		あり	改善。終了。
11	小6	F		やせ, 食欲不振	神経性無食欲症	3	14	行動療法		改善。終了。
12	中1	F		対人緊張, 不登校	社会不安障害	1.5	5			軽快。小児科通院中。
13	中2	F		やせ, 食欲不振	神経性無食欲症	2.5	18		あり	軽快。両科通院中。
14	中2	M		遺糞症	遺糞症	5.5	1			1回のみ。
15	中2	M		けいれん	転換性障害	0.3	1			改善。精神科通院中。
16	中2	F		やせ, 食欲不振	神経性無食欲症	4	15		あり	改善。終了。
17	中3	F		やせ, 食欲不振	神経性無食欲症	3	14			改善。終了。
18	中3	F		やせ, 食欲不振	神経性無食欲症	1.5	12		あり	軽快。精神科通院中。
19	中3	F		やせ, 食欲不振	神経性無食欲症	2.3	13		あり	軽快。終了。
20	中3	M		離人感	解離性障害	1.5	33			軽快。転医。
21	高1	F		やせ, 食欲不振	神経性無食欲症	1.6	5			改善。終了。
22	高2	F		体調不良	適応障害	0.2	1			精神科通院後中断。
23	高3	F		けいれん	転換性障害	2	1			本人拒否。中断。

（入院例：平成14年4月～平成19年3月）

数は最多で55回，入院中1回の受診のまま中断したのは3例であった（1例は紹介の理由が理解できておらず本人が拒否。1例は退院。1例は理由が不明）。臨床心理士（精神科所属）が7例に関与し、

遊戯療法などを行った。慢性の身体疾患に罹患していたのは4例であり，われわれの経験でも，重篤な身体疾患や最先端医療の対象となる患児の精神的問題への対応より，心身医学的問題の患児へ

の対応のほうが多かった。退院後は基本的に小児科と精神科両科外来通院としたが、小児科のみに通院した者と精神科のみに通院した者があった。

慢性疾患を抱えた子どもの心理社会的特徴

小児科とのコンサルテーション・リエゾン活動では、慢性の重篤な身体疾患患児への関与は多くはないとはいえ、われわれが慢性疾患の子どもに関与していくときに、いくつか配慮しなければならぬ点があるので理解しておきたい。

慢性疾患に罹患している子どもの心理社会的特徴として、①外観、能力、技術で仲間より劣っていると感じる、②情緒不安定などで病気の自己管理が困難になる、③親からの自立の時期に逆に親への依存度が増す、④自分の将来のこと（自活できるか、結婚できるか、子どもが産めるかなど）を気に病む、⑤なぜ自分だけがこんな目に合うのか理解できない、⑥健康な他人に対する敵意や恨みが強い、⑦何かを成し遂げたという達成感がない、⑧自信がない、⑨友達と遊ぶ機会が少なく社会性が身につかない、⑩様々な制限を自分に対する罰と思うなどの心理的背景⁹⁾に配慮する必要がある。

また病気に伴う子どもの感情変化として、自分が変わることの不安、発達のなかで得てきた能力を失う不安、不完全な自分になる不安、親や身近な人の愛情を失う不安、親から離れる不安、身体の一部を失う不安、死に対する不安、罪悪感、怒りと攻撃性、抑うつなどの心理も配慮しないといけないと言われている¹⁰⁾。

症例提示—当科で経験した慢性疾患の1例

症例：初診時15歳、男性。

6歳時に難治性ネフローゼ症候群を発症。以後、当院小児科を含め数カ所の病院に長期間入院。種々の治療が無効で腎病変は進行した。病院に併設の養護学校へ通学。食事制限、運動制限が厳しかった。11歳時の発達検査（新版K式発達検査）は発達年齢6歳8カ月（発達指数59）であった。中学生の期間も入退院のため、ほとんど勉強ができ

ず。X年3月（15歳）当院小児科入院中、透析の必要性を話され不安が生じ、夜間不眠、動悸のために当科紹介となった。

本人の病気の経過と現在の不安の状況を受容し、睡眠薬や抗不安薬の投与を行った。同年6月から血液透析を開始した。この時点で小児科から泌尿器科に治療の主体が移るが、連携はスムーズで、患児自身も担当科が変わることには不安は訴えなかった。9月に退院するが、以後不安発作を頻回に繰り返し受診。「パニック障害」の診断で当科に入院（10日間）。

X+1年9月、「透析を受けたくない」と睡眠薬を大量服薬したり、夜間救急外来を頻回に受診した。家族は今まで見たことのない子どもの不穏に困惑した。家族の不安も受容し、動揺しないことをアドバイスした。X+2年頃、腎臓移植の希望があり、本人と家族から意見を求められたが「まず精神的に安定する必要がある」とコメントし、当面保留とした。また家庭内の様々な問題のため（本人には知らされていなかった両親間の問題など）情動不安定で、同年8月「何もかもが嫌になって」リストカットもしている。長時間の透析の苦痛も訴えた。X+3年通信制高校へ籍をおくが勉強がわからず、ほとんど行けなかった。しばらくは夜間不安発作を起こしては救急外来を受診することが続き、6月大量服薬し、当科に入院（3日間）。その後は徐々に透析を受容する気持ちを表明できるようになり、少しずつ安定していった。X+5年9月からは電気部品の組み立てのアルバイトに就労、現在は正社員として働いている。現在では、漢字が書けず計算もできない劣等感も表明できるようになってきた。X+6年家族からの提供で腎移植が成功した。

まとめ：本例は①幼少時からの慢性進行性疾患（腎不全）のため長期入院しており、通常の学校生活を送っていない問題（集団生活の経験のなさ、友人関係の構築が不十分、学力不足の劣等感）、②長期入院で家庭生活の期間が短いことによる両親のかかわりの問題（甘やかし、対応の問題）、③腎不全に伴い透析導入前後の精神症状の発現（透析生活や将来に対する不安の増強と不安発作の頻発）と精神科への紹介、④小児科から泌尿器科への移

行, ⑤身体治療(透析)の受容と継続の問題, ⑥就学と就労の問題, ⑦移植の問題など, 長期間に多くの問題に対応しなければならなかった症例である。

小児科との連携のポイント

総合病院の精神科臨床の現場では, 実際は小児科と早期にしかも密に連携をとって治療を行う体制は十分整っていないと思われる。児童精神科医のいる病院では対応はスムーズであるが, その数は少ない¹⁾。連携していく第一歩は精神科医が小児科医の相談や依頼を引き受けて問題を一緒に考え, 精神科医としての診たてや治療方針など, 意見を述べていくことから始まると思われる。われわれの経験では, 一例一例小児科と連携していく経験を重ねることで, 協力し合う関係が構築されていくように思う。

こうして精神科がかかわることになるが, 治療していく際にポイントとなることをいくつか列挙したい。

1. 紹介に際して大切なこと

小児科から依頼される場合, 紹介する時点で小児科医から本人・家族に紹介理由と目的, 治療方針を説明し, 十分納得してもらうことが大切である。身体症状を呈して小児科に入院し, 身体的精査で異常がない場合は, 「精神的なもの」を疑われて, 精神科に紹介される。この場合, 本人, 家族ともに「精神的なもの」とされることへの抵抗がある場合があり配慮が必要となる。われわれは, 紹介時点で「小児科の先生と協力して病気を体と心の両面から診ていきます」と説明している。初めての受診で緊張する場合は, 小児科医に同席してもらうこともある。

2. 精神療法的アプローチ

子どもの症状の背景に心理的要因が大きいと考えられる場合は精神療法を進めていく。精神科医に最も期待される働きであろう。しかし子どもの場合は, 自分の抱えている不安や, 葛藤を言語化することの難しいケースも多いため, 遊戯療法な

どを積極的に取り入れる¹¹⁾。摂食障害の治療の場合などでは行動療法も適応する。われわれも神経性無食欲症の2例(Table 2)にトークンエコノミー法を提案し, 個室を用いた行動療法を行ったが, 開始前には本人と家族に対して小児科医と精神科医が同席して, 治療について説明を行った。

また家族内葛藤を抱えている場合, 家族環境の調整に家族療法は必須となる。基本的に子どもの治療の場合には, 治療状況を伝えたり, 現在の家族状況を把握するために全例の家族との面接が必須と思われる。

3. 小児科スタッフとの連携

現在の子どもの病状や治療の進展状況, 背景要因(家族状況など)を小児科医とその都度情報交換を行う。また小児科看護スタッフにも, 病状の理解とその対応について, ともにかかわり方を共有しておく必要があり, 適宜カンファレンスを開催する。

小児科と連携ができるようになると, 精神的問題を抱える子どもの紹介がスムーズにいくようになる。当院では神経性無食欲症の子どもが小児科に入院した場合は, 初期から精神科に紹介され, 連携して一緒に診る体制になりつつある。また, 精神科を初診した中学生患者で入院が必要な場合は, 小児科に入院を依頼して, 併診するようになってきている。

おわりに

総合病院の精神科臨床では外来患者も多く, 院内身体科のコンサルテーション・リエゾン活動も行う忙しいなかで, 小児科と連携して子どもの精神医学的問題に対応していく役割は十分機能していない現状と思われる。しかし, 小児科医療において精神科医としての専門的な診断や治療的関与, スタッフへの助言などは, 子ども達の抱える多くの精神医学的・心身医学的問題の解決に資する可能性を抱くものと考えられる。症例を通して子どもに対する小児科医の視点も学びながら, 少しでも治療に協力して取り組みたいものである。

謝辞:本稿を終えるにあたり,リエゾンに際し御指導,御協力いただきました当院小児科山口清次教授,瀬島 斉准教授,岸 和子講師,金井理恵講師,他小児科スタッフに感謝いたします。

文 献

- 1) 佐藤喜一郎:小児領域のリエゾンコンサルテーション精神医学. 児童青年精神医学とその近接領域 46:90-97, 2005
- 2) Garralda E: Need for paediatric-psychiatric liaison. Br J Psychiatry 179:369, 2001
- 3) 奥山真紀子:子ども病院におけるリエゾン精神医学. 児童青年精神医学とその近接領域 46:79-89, 2005
- 4) Ortiz P: General principles in child liaison consultation service: a literature review. Eur Child Adolesc Psychiatry 6:1-6, 1997
- 5) MacFayden A, Broster G, Black D: The impact of a child psychiatry liaison service on patterns of referral. Br J Psychiatry 158:93-96, 1991
- 6) 山下 淳, 奥山真紀子, 成田有理, 他:小児病院におけるコンサルテーション・リエゾンの試み. 小児の精神と神経 39:270-275, 1999
- 7) 佐藤喜一郎:小児科領域のリエゾン精神医学. 精神科治療学 16:95-106, 2001
- 8) Shaw RJ, Wamboldt M, Bursch B, et al: Practice patterns in pediatric consultation-liaison psychiatry; A national survey. Psychosomatics 47:43-49, 2006
- 9) 田中義人:思春期と慢性疾患. 小児科 44:1465-1468, 2003
- 10) Friitz GK: Consultation-liaison in child psychiatry and the evolution of pediatric psychiatry. Psychosomatics 31:58-90, 1990
- 11) 稲垣卓司, 斎藤千都香, 宮岡 剛, 他:小児におけるリエゾン精神医療. 精神科治療学 19:275-278, 2004

受理日:2007年11月28日

Abstract

Consultation-liaison Psychiatry in Pediatric Medicine within the General Hospital

Takuji Inagaki, Shihoh Okazaki, Hideaki Yasuda,
Tsuyoshi Miyaoka, Jun Horiguchi

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Shimane University,
89-1 Enya, Izumo, Shimane 693-8501, Japan*

Consultation-liaison psychiatry in pediatric medicine can be defined as the clinical, diagnostic and therapeutic care given by psychiatrists within the general hospital. Consultation-liaison psychiatry often involves children and adolescents who develop psychiatric problem with chronic somatic diseases. We psychiatrists have to carefully consider patient health status, comorbidity, functional impairments and psychiatrically disturbance they experience. Furthermore, child and adolescent psychiatry diagnosis varies widely. The most frequent kind involves adaptation troubles, such as adjustment disorder, depression and psychosomatic disorder. In these cases, there should be consideration of the many differences between adult and child psychiatric problems. More comprehensive coordinated care and intervention for the pediatric consultation-liaison should be required in the general hospital.

Key words : Consultation-liaison psychiatry, Pediatrics, General hospital, Somatic disease