

誘因は確定できない症例が47例(54%)と多いが、薬剤、労作性、多飲水が1/3を占めた。

血清CKのピーク値は186,540 IU/Lが最高値で、5,000 IU/L以上の例が45%を占めた。男性は女性より有意に高値を示し($P < 0.01$)、年齢別に差はみられなかった。多飲水群はその他の群より有意に血清CKの高値を示した($p < 0.05$)。

高CK血症の診断後に輸液した群と輸液せずに経過をみた群について初回の血清CK値と3-4日後の血清CK値の変化率をみたが有意差は見られなかった。

腎不全を合併した例は8例(9.1%)にみられ、全例が男性であった。血清CKが高値の例が必ず腎不全を合併するのではなく、なんらかの条件が加わり腎不全となるようである。自宅に倒れていて緊急に入院した8例中6例が腎不全を合併したこと、また多飲水例で腎不全を起こした例はなかったことより、腎不全を起こす要因として脱水が関与していることが示唆された。腎不全例において血清BUN、Crは血清CKと相関がみられたことより血清CK値が腎不全の重症度と関連していることが推察された。

4 出社拒否症状を呈する患者の対応

操作診断では抜け落ちてしまう症状の意味を患者と共有することの重要性について

田辺 洋之

長岡日赤病院精神科

出社拒否症状を呈した症例を3例紹介し、考察した。

〔症例1〕同僚との軋轢の中で比較的軽い出社拒否症状を呈した症例である。健康度の高い患者は症状を持ちながら出社を続け、自身の努力や周囲の協力で、医療にかかることなく乗り越えていった。我々精神科医の前には登場しないサブクリニカルなケースである。

〔症例2〕上司との葛藤の中で発症したケースである。長期の休職後に退職となった。

〔症例3〕パワハラの場合である。このケース

は「自分がしっかりしていないので叱責されるのは仕方ない」と我慢しているうちにパワハラがエスカレートし暴力に至り、患者は強い出社拒否症状を呈し受診に至ったものである。治療の中で患者は自身の怒りを自覚し、妻の勧めもあり労災を申請し、それを勝ち取っている。労働環境の悪化する現代ではパワハラや、耐え難い過重労働による出社拒否は増えていくものと思われる。

出社拒否患者では怒りや拒絶の身体表現と理解できる出社拒否症状を中心として、うつ症状やパニック発作などが出現する。出社拒否症状は出社前の頭痛、腹痛、下痢、嘔気、嘔吐、微熱、発汗などの身体症状を特徴とする。軽症のうちは無理して出社すれば、何とか働ける程度である。この段階で出社困難状況を乗り越えることが出来れば症状は軽快する。しかし重症となると出社抵抗が強くなり、出社しようとするとうつ病やパニック発作を起こすようになる。こうなってしまうと出社や職場復帰は困難であることが多い。出社拒否患者に対して抑うつ症状やパニック症状に注目し、操作診断でそれを大うつ病やパニック障害と診断し、薬物療法をおこない休息を指示しても根本的な改善には至らない。確かにストレスの原因である会社から離れれば症状は軽快する、しかし多くの患者では出社が近づくとうつ症状などが強くなり再出社に抵抗が生じてくる。そしてその段階で無理に復職をすれば同じ症状が出現してしまう。ストレスとなっていた職場環境や人間関係が休んでいるうちに改善したり、解消したりすることはもちろん皆無ではないが、出社困難や出社拒否という根本の問題を解決せず、休養を延長しても事態はさらに悪化してしまうことも多い。

出社拒否患者に対しては、その症状を「頭では頑張ろうと考えても体や心が出社を拒否してしまっている状態」と理解し、患者と「どういう状況に対し体と心が拒否してしまっているのか」を検討し、それを乗り越えていく方法を探ることが重要となる。治療開始時には自分がストレス状況に置かれているという自覚を持っていない患者も多い。状況の理解とともに自身の中の怒りの

感情を自覚し、それを表現することが大切となる。自責傾向の強い患者や失感情症的な患者は自身の怒りに気づきにくく、治療が難渋することも多い。何度か診察をしても「仕事や人間関係にストレスはありません」と言い続ける患者は治療が難しい。親や配偶者など、患者の性格分かっているキーパーソンが、患者の置かれているストレス状況を理解してくれると治療が進みやすい。

5 保育園巡回相談における 年長児の ADHD 様症状について

稲月まどか

医療法人黒川病院

【はじめに】発達障害や子供虐待による情動や行動の障害を有する子供の増加に伴い、地域保健や保育・教育場面でそれらの子供に対する実効性のある対応が求められている。

演者は地域にあって、適応の困難を持つ子供や家族に対し、医療が貢献できることを模索すべく、予防的な観点で地域の保健活動に携わっている。

昨年の本学会で演者は新潟県下越地区の就学児健診の実態について報告し、発達障害特性を有する子供が地域や年度によって若干の変動は見られるものの約30～40%存在することや、3歳児健診後就園してから ADHD 様症状（多動・衝動性・不注意）を有する子供が増加することを明らかにした。

そこで今年度保育園の巡回相談において、保育者が「気になる子供」としてあげる ADHD 様症状を有する子供の実態について調査したので報告する。

【結果】調査したのは新潟県下越地区で演者が保育園巡回相談を行っている地域の保育園10園と園医を務める1園の合計11園、園児数139名である。ADHD 様症状の把握には多動性評価尺度と ADHDRS IV J を用いた。ADHDRS IV J は DSM IV の ADHD 診断基準に基づき多動・衝動性・不注意項目の抽出と重症度判別に優れているが、多

動性評価尺度は ADHD の他破壊的行動障害も視野に入れた多動性障害の抽出ができる点でそれぞれ利点がある。演者はこれら2つの評価尺度を担当に記入してもらい、カットオフポイントを ADHDRS IV J は11以上、多動性評価尺度は10以上として園児の各得点を評価した。

全園児の ADHDRS IV J のポイントは平均8.920 標準偏差9.739 中央値6だった。カットオフポイント11以上を示した園児の割合は30.2%で男児の37.5%女児の20.4%に見られた。全園児の多動性評価尺度のポイントは平均10.105 標準偏差10.527 中央値6でカットオフポイント10以上を示した園児は全体の30.2%男児の41.3%女児の15.3%に見られた。

ADHDRS IV J と多動性評価尺度双方がカットオフポイント以上となったものの割合は22.3%男児の30%女児の11.9%であったが、ADHDRS IV J の得点のみが高いもの（ADHD 不注意優勢型・難聴・精神遅滞の可能性）は全体の7.9%男児の7.5%女児の8.5%、多動性評価尺度の得点のみ高いもの（破壊的行動障害・反応性愛着障害・PTSD の可能性）は全体の7.9%男児の11.3%女児の3.4%に見られた。

【考察】巡回相談を実施している保育園年長児の ADHD 様症状の保有率が従来言われている ADHD の有病率に比べて高いことが示された。またこの地域の現在の年長児が3歳児健診時点では ADHD は25%程度であり、その後 ADHD 様症状を有する子供が増加したと考えられた。この背景には、症状の取り方が異なること、子供の運動能力の発達に伴い多動症状が顕現したこと、3歳児健診後家庭や園でのストレス因による多動や愛着障害が増えた可能性などが考えられた。今回の調査で各評価尺度の高得点が発達障害や破壊的行動障害の診断につながるものではないが、少なくとも園児の集団適応は損なっており、就学前であることも合わせ、保育園でのこれらの問題に対する有効な対応策が望まれる。