厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)
心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究
分担研究報告書

分担研究　心身症、神経症等の実態把握に関する研究（分担研究者　奥野晃正、衞藤　隆）

1-C 子どもの心について日本小児科医会の取り組み

研究協力者　保科　清　日本小児科医会「子どもの心」対策部　担当常任理事

はじめに

子どもの心の問題が次第に表面化してきた平成9年に、子どもの心の問題に小児科医として積極的に取り組むべきではないかという天野会長の意見で、日本小児科医会として取り組む方法について検討を開始した。

実際に学校などで問題となっていることは、その基となるものが家庭生活から発生していることが数多くみられる。

家庭生活で培われる子どもの心の発達に重要な年齢は、主に乳幼児期にあるという基本的な概念で検討することになった。

問題点が多岐にわたるため、長期的視野での対応と短期的視野での対応に分けて、検討することにした。

長期的視野での対応

長期的視野では、これからの子どもの心をいかに健全に発達させられるか、その方法と対策について検討することが必要である。

そこで医師以外の心理学分野とか作家などの方々を専門委員として意見を聞くとともに、関連分野の日本医師会、日本小児科学会、日本小児保健協会、日本母性保護産婦人科医会、朝日新聞、読売新聞、毎日新聞、ＮＨＫなどからオブザーバーとして参加していただき、問題点の洗い出しから開始した。その結果は、「全体会議のまとめ」として作成中である。

検討された問題点に対する小児科医の対応については、これから検討することになっている。

少子化の進む中で、少ない子どもをいかに質の高い子どもの心へと発達させるか、課題は多方面にわたるとともに、重要な問題を含んでいる。

一般市民と同様に、小児科医の意識改革も必要となることが考えられる。

子どもの心の発達には、成長に伴って必ずいろいろな通過点があるので、その本筋はあくまで大事にしていかなければなりません。

大変難しい問題もありますが、小児科医として、子どもの成長を考えながら対応できることも多いと考えている。

短期的視野での対応

現在問題となっている子どもの心に、いかに対応するか。

学校などで問題になることの多くは、その基になるものが家庭生活から発生していることが数多くみられる。家庭生活で培われるべき子どもの心の発達に重要な年齢は、主に乳幼児期にあると考えられる。そのような年齢の子どもとの接触が多いのは、小児科医である。その子どもの親や生活環境も、大体を知っている。養育環境を知りつつ、育児の上での問題に少しずつでも対応していけば、子どもの心の問題を解決されて行くであろうと考えた。

現実に起こっている子どもの心の問題に対する対応について、会員である地域の小児科医が、できるだけ統一性を持った対応をしていかなければならない。

そこで「子どもの心」研修会を開催し、子どもの心についての基本的な概念と対応を修得してもらい、現実問題に対応してもらうことにした。

研修会を受講された小児科医は「子どもの心相談医」として登録され、各地の事情や生活環境を考慮しながら、学校やスクールカウンセラー、児童相談所などの行政機関などと連携を保ちつつ、現実問題に対応してもらえるであろう。

学校医の多くは、小児科医ではない。しかし、地域の小児科医が学校医でなくても、より積極的に活動と連携をしてもらえれば、少しでも問題解決への道筋が開けると考えている。

以上のような目的で、平成11年6月と7月に、計4

日間の第１回「子どもの心」研修会を開催し、最終的に「子どもの心相談医」として登録された小児科医は、全国で452名で、少なくとも各県に最低3名以上の相談医がいることになる。

研修会を毎年開催して、より多くの小児科医が相談医となってもらえるように努力するとともに、５年ごとの登録更新までに再研修を受けることで、その質を維持していくことになっている。

平成12年度も、6月と7月の第２土曜日曜を使って第2回「子どもの心」研修会を開催することが決まっている。

まとめ

子どもの心の問題に対する小児科医としての対応には、長期的視野と短期的視野での対応を必要とする。

長期的視野での対応は、基本的な子どもの心の発達をいかに健全にできるかを検討しなければならない。

短期的視野での対応は、現実に起こっている心の問題にいかに対応するかが問題である。

これら２つの対応は、時間がかかっても小児科医が地道に実行できる体制を築いていかなければならないと考えて、日本小児科医会は活動を開始している。

厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)
心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究
分担研究報告書

分担研究　心身症、神経症等の実態に関する重点調査（分担研究者　奥野晃正）

2-A 拠点病院における心身症、神経症等の実態を把握するための重点調査
―旭川医科大学関連病院における検討―

研究協力者　沖　潤一　旭川医科大学小児科学講座　助教授

研究要旨

平成10年度の拠点病院調査から得られた問題点を整理し、平成11年度は短期間でよいから前方視的な全国調査を行い、期間有病率を算出することにした。今回の調査は、調査用紙の内容・方法に問題点がないかを拠点病院において検討し、全国調査に備えるものである。対象は、旭川医科大学関連病院の小児科外来を受診したすべての患者であり、対象期間は平成11年7月5日～9日の5日間とした。調査期間中に旭川医科大学小児科関連の8施設における小児科外来患者数は1、151人であり、このうち小学生以上は400人（男子176人、女子224人）だった。最近訴えることが多い症状は、「だるい」「頭痛」「腹痛」等が受診した小中学生の19～24％と多かったが、医師が心身症、神経症等と考えていた例は小中学生の4。5％だった。ただし、この予備調査は患者と医師の記入欄が別の用紙だったため、患者の訴えと医師の判断がどの程度一致しているのかを検討できなかった。このため、全国調査を行うにあたり、患者もしくは保護者が記入する調査用紙の裏面に、医師のコメントを記入する様式にすべきである。

また、期間中に受診した学童における心身症、神経症等の割合が0～10％と病院間によって大きかったため、統計学的な検討に耐えうる期間有病率を算出するためには、対象施設を多くする必要がある。ただ、調査期間を全国調査でも5日間とすると、小児科外来を担当する医師・看護婦などスタッフの負担が大きく、回収率が低下する可能性が高い。以上のことから、全国調査は調査期間を1日間と短くし、対象は全国の小児科学会認定医制度研修病院565施設全てとすることにした。

分担研究者
旭川医科大学小児科　奥野晃正　教授
研究協力者
旭川医科大学小児科　伊藤淳一　研究生
旭川医科大学小児科　山本美智雄　研究生

A.　研究の背景と目的

平成10年度の拠点病院における調査では1年間を振り返って心身症、神経症等の患者数を把握するといった方法を採用した[1)]。しかし、この方法では担当した医師に負担がかかりアンケートの回収率が27～33％と低く、医師の心身症への関心の度合いが異なり疾病の頻度のばらつきが大きいといった問題点が挙げられた[1、2)]。このため、平成11年度はより現実に即した実態を把握するために、短期間でよいから前方視的な調査を行うことにした[3)]。今回の拠点病院における調査は、全国調査を行うにあたり、調査用紙の内容・方法に問題点がないかを検討するための予備調査である。

B.　研究方法

対象は、旭川医科大学関連病院の小児科外来を受診したすべての患者であり、対象期間は平成11年7月5日～9日の5日間とした。調査の方法は、期間中に小児科外来を訪れた患者もしくは保護者に全国調査でも用いる予定の「心身症に関するアンケート調査」用紙を配布し、年齢、性別、当日受診した理由について質問した。さらに患者が小学生以上の場合には、最近訴えている症状、睡眠状況、登校状況、対人関係の問題の有無について質問した。また、外来担当

医師には、患者に配布したものとは別の用紙に、期間中に受診した心身症、神経症と判断される学童の抽出、および該当患者の症状、登校状況、睡眠状況、対人関係についての記載を依頼した。

C. 結果

調査期間中に旭川医科大学小児科関連の８施設における小児科外来患者数は1、151人であり、このうち小学生以上は400人（男子176人、女子224人）だった。

１．患者から得られた回答結果

学童400人における最近訴えている症状（複数回答）は、腹痛が24%（男子20%、女子26%）、頭痛、だるい、微熱が各19%と多く、これらの症状の発現頻度に明らかな男女差はみられなかった。登校状況に問題があった例は、回答が得られた392人のうち19例(4。8%)であり、内訳は「登校できない」が5人、「保健室登校」が10人、「適応教室などに通っている」が4人だった。これら学校への登校に問題があった例では、だるい (70%)、繰り返す腹痛(61%)、気持ちが悪い(48%)、頭痛(39%)といった症状の合併が多かった。睡眠の問題は、404人中158人(39%)にみられ、朝起きられないが24%、寝付きが悪い10%、夜中に目が覚めやすいが4%だった。登校に問題のなかった学童における睡眠障害の合併は35%だったのに対し、不登校など登校に問題のあった学童では睡眠障害が91%と高率だった。対人関係に問題を抱えている児童生徒は、396人中32人(8%)であり、なかでも友人との関係に悩んでいる学童が23人(6%)と多かった。睡眠障害と同様に対人関係の問題も登校に問題がなかった例では9%だったが、不登校児童生徒では35%と有意に高かった。

２．医師から得られた回答

医師が心身症、神経症等と判断した例は、関連病院8施設の小児科外来を期間中に訪れた小学生以上400人中18人(4.5%)であり、病院によるばらつきが0～10%と大きかった。この18人の内訳は、起立性調節障害が5例、過敏性腸症候群が5例、チック症が1例であり、不定愁訴を訴えるがいずれの疾患にも当てはまらなかったものが7例だった。性別は、男子9例、女子9例であり、年齢は7～15歳（平均11.4歳）だった。また、学習障害、多動症、摂食障害は、今回の調査では該当する者がいなかった。心身症もしくは神経症と判断された18例の訴えていた症状は、「だるい」が11例(61%)と最も多く、続いて「頭痛」9例(50%)、「腹痛」9例(50%)、「微熱」6例(33%)、「気持ちが悪い」4例(28%)、「食欲不振」4例(28%)の順だった。また、心身症と判断された例では、各々が訴えていた症状の数が1～8項目（平均3。8）と多かった。

登校に問題があったものは400人中8例（2%）で、「登校できない」が4例、「保健室登校」が3例、「適応教室」が1例だった。また、この8例に合併した症状は、「だるい」86%、「微熱」57%、「頭痛」43%等が多く、睡眠障害が53%にみられた。

D. 考察

最近訴えることが多い症状について患者から回答では、「だるい」「頭痛」「腹痛」等が受診した学童の19～24％と多かったが、医師が心身症、神経症等と考えていた例は小児科外来を受診した学童の4.5%だった。また、登校状況に問題があった患者の割合は、患者からの回答では4.8%だったが、医師からの回答では2%と解離があった。これらの結果は、医師が心身症等の心の問題による不定愁訴や登校の問題を充分把握しきれていないことを示唆していた。ただし、この予備調査は患者と医師の記入欄が別の用紙だったため、患者の訴えと医師の判断がどの程度一致しているのかを検討できなかった。このため、全国調査を行う場合は、表面は患者、裏面は医師の記入欄といった様式のアンケート用紙の作成が望まれる。また、期間中に受診した学童における心身症、神経症等の割合が0～10％と病院間によって大きいため、統計学的な検討に耐えうるように対象施設を多くする必要がある。ただ、調査期間を全国調査でも5日間とすると、調査を行う病院の負担が多くなり回収率の低下が予想される。したがって、回収率をより高くするために、全国調査の期間を短くしなければならない。

E. 結論

１．全国調査を行うにあたり、患者もしくは保護者が記入する調査用紙の裏面に、医師のコメントを記入する様式にすべきである。

２．調査期間を5日間とすると、小児科外来を担当する医師・看護婦などスタッフの負担が大きく、回収率が低下する可能性が高い。このため、全国の医療機関を対象とする調査期間は1日間とする。

３．医師は、保健室登校についても注意を払う必

要がある。

稿を終えるにあたり、予備調査にご協力いただいた旭川厚生病院、市立稚内病院、国立療養所道北病院、市立士別総合病院、遠軽厚生病院、市立赤平病院、札幌徳洲会病院、利尻町国保中央病院の小児科スタッフに深謝申し上げます。

F. 引用文献

1)奥野晃正、沖　潤一、荒島真一郎、岸　玲子、笹島由美：心身症、神経症の実態把握に関する研究。平成10年度厚生科学研究（子ども家庭総合研究事業）報告書（第3/6）10-14、1999

2)小枝達也：学習障害における病態解明と実態調査に関する研究。―鳥取県における心身症等の発生頻度について―。平成10年度厚生科学研究（子ども家庭総合研究事業）報告書（第3/6）44-46、1999

厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)
心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究
分担研究報告書

分担研究　心身症、神経症等の実態に関する重点調査（分担研究者　奥野晃正）
2-B 小中学生の呈する不定愁訴　一北海道北部・羽幌町における実態調査一

研究協力者　伊藤淳一　旭川医科大学小児科学講座　研究生

研究要旨
北海道北部、羽幌町に在住する小中学生を対象として、主に起立性調節障害の診断基準に記載される13の身体症状を中心に、不定愁訴の状況について調査した。身体症状が陽性であった項目数（中央値）は、男子では中学１年生から増加する傾向があり、３年生では4.5と最大になった。一方で女子の項目数は小学校５-６年生から増加し、中学３年生で６と最大になった。また中学３年生の男子では「疲れやすい」、「乗り物酔い」、「目が疲れる」の３症状が、女子はさらに「立ちくらみやめまい」、「動悸や息切れ」、「頭痛」、「肩こりや四肢の痛み」を加えた７症状が、半数以上の児童生徒で陽性であった。

研究協力者
旭川医科大学　沖　潤一　助教授

A.　研究の背景と目的

近年、不定愁訴を主訴として小児科を受診する児童生徒の増加が指摘されており、北海道立羽幌病院の小児科外来においてもその例外ではない。診察にあたって学校生活の状況について学級担任や養護教諭に問い合わせた結果、小児科への受診者は学校側で把握している児童生徒の一部にすぎないことを知った。そこで我々は、１地域に在住する小中学生全員を対象とした不定愁訴に関する調査を企画した。

B.　研究方法

北海道苫前郡羽幌町の１小学校（町内の全小学生518名のうち485名が在籍）と、町内唯一の中学校（生徒数295名）に通学する児童生徒の計780名（男子384名、女子396名）を対象として調査を行った。なお、北海道北部、日本海側に位置する羽幌町は、人口は9、600人余、農・漁業が基幹産業であり、人口の減少と住民の高齢化が進んでいる。

著者の１人（伊藤）が羽幌町教育委員会と小中学校の両学校長と合議の上で、平成10年４月に以下に述べる調査票を配布した。調査票の解答は、小学生は家庭に持ち帰り保護者が行い、中学生はホームルーム時間に本人が記載した。そして両学校での内科検診時に著者らが回収した。616名から有効な回答が得られて、回収率は79%であった。

調査内容は、1．立ちくらみやめまいを起こしやすい、2．立っていて気持ちが悪くなる、3．入浴時などに気持ちが悪くなる、4．少し動いたせけで動悸や息切れをする、5．朝なかなか起きられず、午前中の調子が悪い、6．顔色が悪いといわれる、7。食欲がない、8．腹痛がある、9．つかれやすい、10．頭痛がある、11．乗り物酔いをしやすい、12．肩こりや四肢の痛みがある、13．目の疲れがある、を加えた13症状である。このうち症状1～5および6～11は、それぞれ起立性調節障害（以下ODと略す）の大症状および小症状である。そして個々の身体症状の頻度や程度について、・症状なし、・たまに、・ときどき、・しばしばの選択肢を設定した。

結果の解析のために、個々の身体症状の頻度や程度について、0点（症状なし）から3点（しばしば）と点数化したうえで、それらの合計点を不定愁訴スコアと定義した。そして児童生徒の不定愁訴の指標として、身体症状が陽性となった項目数とこの不定愁訴スコアを用いることにした。回答した児童生徒を、小学1-2年生（114名：男55名、女59名）、3-4年生（110名：男51名、女59名）、5-6年生（113名：男56名、女57名）、中学1年生（102名：男52名、女50名）、中学2年生（97名：男51名、女46名）、中学3年生（80名：男38名、女42名）の６群に分類して比

較した。

なお個々の身体症状の陽性者数は、小学生と中学生間でカイ二乗検定を用いて検討した。身体症状陽性の項目数と不定愁訴スコアの男女差はMann-Whitney検定を用いた。各検定において危険率5％未満を有意な差とした。

C. 結果

1。個々の身体症状の陽性率（表1、2）

個々の身体症状の陽性者数・陽性率について表1と表2にまとめた。

陽性率が20％以上であった身体症状は、小学生では「朝起きられない」、「腹痛」、「疲労感」、「頭痛」、「乗り物酔い」、「肩こりや四肢の痛み」、「目の疲れ」の８症状であった。中学生ではさらに「立ちくらみやめまい」、「動悸や息切れ」、「食欲低下」が加わり、11症状となった。さらに「入浴時に気持ちが悪くなる」と「腹痛」、「乗り物酔い」を除く10症状の陽性率は学年が進むにつれて増加した。また「顔色不良」と「頭痛」は女子のみの増加であった。なお中学３年生の男子では「疲労感」、「乗り物酔い」、「目の疲れ」の3症状が、女子では「立ちくらみ・めまい」、「動悸・息切れ」、「疲

		小学1-2年 (男:55 女:59)	小学3-4年 (男:51 女:59)	小学5-6年 (男:56 女:57)	中学１年 (男:52 女:50)	中学２年 (男:51 女:46)	中学３年 (男:38 女:42)
		陽性者 %	陽性者 %	陽性者 %	陽性者 %	陽性者 %	陽性者 %
1. 立ちくらみやめまいを起こしやすい	男子	0 (0)	2 (4)	11 (20)	21 (40)	13 (26)	15 (40)
	女子	2 (3)	2 (3)	19 (33)	24 (48)	19 (41)	26 (62)
2. 立っていて気持ちが悪	男子	0 (0)	0 (0)	3 (5)	6 (12)	6 (12)	7 (18)
	女子	0 (0)	1 (2)	4 (7)	12 (24)	9 (20)	7 (17)
3. 入浴時などに気持ちが悪くなる	男子	3 (3)	6 (12)	5 (9)	6 (12)	3 (6)	7 (18)
	女子	2 (3)	7 (12)	12 (21)	9 (18)	3 (7)	12 (29)
4. 少し動くと動悸や息切がある	男子	5 (9)	6 (12)	8 (14)	11 (21)	9 (18)	11 (29)
	女子	2 (3)	8 (14)	14 (15)	23 (46)	14 (30)	22 (52)
5. 朝なかなか起きられず,午前中の調子が悪い	男子	11 (20)	9 (18)	12 (21)	20 (39)	19 (37)	16 (42)
	女子	8 (14)	9 (15)	16 (28)	20 (40)	13 (28)	17 (41)
6. 顔色が悪いといわれる	男子	10 (18)	5 (10)	5 (9)	8 (15)	10 (20)	6 (16)
	女子	7 (12)	9 (15)	5 (9)	14 (28)	8 (17)	9 (21)
7. 食欲がないことがある	男子	5 (9)	6 (12)	7 (13)	15 (29)	11 (22)	11 (29)
	女子	2 (3)	10 (17)	4 (9)	13 (26)	10 (22)	10 (24)
8. 腹痛がある	男子	20 (36)	17 (33)	17 (30)	18 (35)	16 (31)	13 (34)
	女子	23 (39)	22 (37)	26 (46)	20 (40)	19 (41)	16 (38)
9. 疲れやすい	男子	16 (29)	13 (26)	17 (30)	21 (40)	24 (47)	19 (50)
	女子	13 (22)	20 (34)	27 (47)	25 (50)	21 (46)	28 (67)
10. 頭痛がある	男子	13 (24)	10 (20)	13 (23)	13 (25)	13 (26)	12 (32)
	女子	16 (17)	20 (34)	16 (28)	24 (48)	16 (35)	26 (62)
11. 乗り物酔いをする	男子	24 (44)	26 (51)	29 (52)	31 (60)	22 (43)	19 (50)
	女子	26 (44)	29 (49)	38 (67)	34 (68)	27 (59)	27 (64)
12. 肩こりや四肢の痛みがある	男子	17 (31)	13 (16)	18 (32)	20 (39)	23 (45)	18 (47)
	女子	16 (17)	23 (40)	28 (49)	24 (48)	24 (52)	31 (74)
13. 目が疲れる	男子	10 (18)	14 (38)	18 (32)	17 (33)	21 (41)	25 (66)
	女子	9 (15)	16 (27)	17 (30)	21 (42)	26 (57)	28 (67)

表１．身体症状の陽性率（学年間の比較）

		小学生 (男:162 ：女175)	中学生 (男:141 ：女138)	小学生 対 中学生	小学生における性差	中学生における性差
		陽性者 %	陽性者 %	p値	p値	p値
1. 立ちくらみやめまいを起こしやすい	男子	13 (8)	49 (35)	0.0001		
	女子	23 (13)	69 (50)	0.0001	NS	0.011
2. 立っていて気持ちが悪くなる	男子	3 (2)	19 (13)	0.0001		
	女子	5 (3)	28 (20)	0.0001	NS	NS
3. 入浴時などに気持ちが悪くなる	男子	14 (9)	16 (11)	NS		
	女子	21 (12)	24 (17)	NS	NS	NS
4. 少し動くと，動悸や息がある	男子	19 (12)	31 (22)	0.02		
	女子	24 (14)	59 (43)	0.0001	NS	0.0003
5. 朝なかなか起きられず，午前中の調子が悪い	男子	32 (20)	55 (39)	0.0003		
	女子	33 (19)	50 (36)	0.0008	NS	NS
6. 顔色が悪いといわれる	男子	20 (12)	24 (17)	NS		
	女子	21 (12)	31 (22)	0.01	NS	NS
7. 食欲がないことがある	男子	18 (11)	26 (26)	0.001		
	女子	16 (9)	24 (24)	0.0005	NS	NS
8. 腹痛がある	男子	54 (33)	47 (33)	NS		
	女子	71 (41)	55 (40)	NS	NS	NS
9. 疲れやすい	男子	46 (28)	64 (45)	0.003		
	女子	60 (34)	74 (54)	0.0008	NS	NS
10. 頭痛がある	男子	36 (22)	38 (27)	NS		
	女子	52 (30)	66 (48)	0.002	NS	0.0003
11. 乗り物酔いをするがある	男子	79 (49)	72 (51)	NS		
	女子	93 (53)	88 (64)	NS	NS	0.039
12. 肩こりや四肢の痛みが	男子	48 (30)	61 (43)	0.02		
	女子	67 (38)	79 (57)	0.001	NS	0.023
13. 目が疲れる	男子	42 (26)	63 (45)	0.0007		
	女子	42 (24)	75 (54)	0.0001	NS	NS

表２．身体症状の陽性率（小中学生，男女間の比較）

		小学1-2年	小学3-4年	小学5-6年	中学1年	中学2年	中学3年
男子	症状陽性の項目数	2(1－4)	2(1－4)	2(1－4.5)	3(2－6)	3(2－5)	4.5(2－8)
	不定愁訴のスコア	3(1－5)	2(1－5)	3(1－5)	4(2－8)	3(2－7)	6(2－10)
女子	症状陽性の項目数	2(1－3)	3(1－4)	4(3－7)	5(2－6)	4(2－6)	6(3－8)
	不定愁訴のスコア	2(1－4)	3(1－5)	5(2－7)	6.5(3－11)	5(3－8)	8(5－12.5)

表３。不定愁訴の程度

労感」、「頭痛」、「乗り物酔い」、「肩こりや四肢の痛み」、「目の疲れ」の７症状について、半数以上の児童生徒で陽性であった。

個々の身体症状の陽性率を男女間で比較すると、小学生では男 絡ｷはなかったが、中学生では「立ちくらみやめまい」、「動悸や息切れ」、「頭痛」、「乗り物酔い」、「肩こりや四肢の痛み」の５症状は女子により多く認められた。

2。身体症状陽性の項目数と不定愁訴スコア（表3）

身体症状のない児童生徒の割合は、小学1-2年生の21％（男子21.8％、女子20.3％）が最高で、小学3-4年生で18.4％（21.6％、15.2％）、小学5-6年生で7.9％（8.9％、7％）、中学1年生で8.9％（7.7％、10％）、中学２年生で7.1％（9.8％、4.4％）と学年とともに減少し、中学3年生では2.5％（2.6％、2.4％）にすぎなかった。

症状陽性の項目数と不定愁訴スコアを学年別に比較すると、男子では中学1年生から増加傾向にあり、３年生では陽性項目数は4.5、不定愁訴スコアは６と最大になった。一方で、女子では小学校5-6年生から増加し、やはり中学3年生で陽性項目6、不定愁訴スコア8と最大になった。なお症状陽性の項目数は、小学5-6年生と中学3年生では男児に比べ女子に多かった。不定愁訴スコアについても、小学５-６年生、中学１年生、中学2年生、中学3年生では女子のスコアが高かった。

D. 考察

今回の検討結果から、学年が増すにつれて不定愁訴をもつ児童生徒が増加し、その身体症状も多様化していることが確認しえた。さらに不定愁訴の増加が始まる時期は、男子は中学１年生からである一方で、女子では小学5-6年生からと、男女間で１年ほどの差があることも示された。高学年の児童生徒では不定愁訴を含めた心身症の頻度が増すことには、思春期において内分泌系や自律神経系の働きが不均衡となることが一因と推定されている。不定愁訴が増加する年齢の男女差についても、思春期が始まる時期は女子ではより早いという特性が関与していると推測される。

さて、東京都内の児童生徒を対象とした生活調査によると、中学3年生では様々な症状を呈する頻度が他の学年に比べて高く、立ちくらみやめまいが51。7%に、腹痛が31.8%に、頭痛が17.9%、疲労感を訴える児童生徒は57.0%に達するという。これらの身体症状の頻度は、羽幌町の中学３年生においてもほぼ同等であった。さらに我々の検討では、中学2年生で一旦軽快した不定愁訴スコアは中学3年生では再び増加していた。このことには、高校進学を控えていることも関与すると推測される。ただし羽幌町の中学生の大多数は地元の公立高校に進学しており、町内にある唯一の学習塾に通う児童生徒は10%以下にすぎない。このように余裕のある生活環境にも関わらず、不定愁訴の頻度は都市部の児童生徒と同等であった。したがって、居住地や進学の条件に関わらない共通の因子が介在していると考えられる。

小児科医として不定愁訴を呈する学童に対応するうえで、様々な疾患を鑑別する必要があることはいうまでもない。我々が以前に行った検討によると、不定愁訴のため小児科外来を受診した学童の約半数はODと診断された。また今回の検討では、中学生の女子では「立ちくらみやめまい」や「動悸や息切れ」、「顔色不良」、「頭痛」といった身体症状がより顕著に認められていた。これらは貧血の症状とも一致するもので、初潮後の女子に頻度の高い鉄欠乏性貧血を鑑別する必要もある。そのほかに不定愁訴を呈する疾患として、うつ病や慢性疲労症候群などがあるが、学校医による現行の学校検診においてこれらの疾患を鑑別することは困難である。したがって、学校医や養護教諭とともに小児専門の医療機関も連携して、児童生徒の不定愁訴に対応する必要がある。

E. 結論

今回の検討から、小中学生の多くが様々な身体症状を有していることが明らかになった。児童生徒の健康状態や心理状態を把握するとともに、医療および教育担当者が連携して対応するための診療システムの確立が求められる。

F. 研究発表

1。論文発表

伊藤淳一：不定愁訴のため小児科を受診した児童の臨床的特徴と起立性調節障害の頻度、　小児保健研究、1999；58：283。

伊藤淳一、石井朋子、沖　潤一：小中学生の呈する不定愁訴に関する検討。日児誌、投稿中。

2。学会発表

伊藤淳一、石井朋子：日常生活において小中学生が訴える不定愁訴　―過疎地の現状とその背景―第102回日本小児科学会学術集会　1999、東京。

厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)
心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究
分担研究報告書

分担研究　小児心身症における総合研究（分担研究者　星加明徳）

3-A 小児心身症における総合研究

(1)小児心身医学の卒後教育に関する研究、(2)小児心身症対応マニュアル作成、(3)学校保健に関わる小児科卒後教育の重点項目の検討、(4)不定愁訴症例についての検討

分担研究者　星加明徳　東京医科大学小児科学講座　教授

研究要旨
小児心身医学の卒後教育に関する研究では、診断困難例の調査結果を検討し、鑑別診断のために脳腫瘍、てんかん、高機能自閉症とアスペルガー障害の知識が必要であることを指摘した。小児心身症対応マニュアル作成では、保護者用、医師用２種の作成を検討した。学校保健に関わる小児科卒後教育の重点項目の検討では、心身症およびその関連疾患と、高機能自閉症やアスペルガー障害についての卒後教育の重要性を指摘した。不定愁訴症例についての検討では、受診患者全体の中での不定愁訴患者の割合および不登校の頻度、心身症専門外来における不定愁訴患者の季節による臨床特徴の変化を調査した。

研究協力者
筑波大学心身障害学系　宮本信也　教授
大阪医科大学小児科　田中英高　助教授
名護療育園　平山清武　園長

A. 研究の背景と目的

(1)小児心身医学の卒後教育に関する研究

診断困難例を調査し、診断上の注意点を検討し、その結果を日本小児心身医学会の研修委員会を通じて会員にフィードバックすること、また小児心身医学イブニングセミナーを企画して、小児心身医学の卒後教育の援助を行うことを目的とした。その他第17回日本小児心身医学会学術集会・研修会についての会員の評価について調査し、今後の学会主催時の参考資料を作成する事を目的とした。

(2)小児心身症対応マニュアル作成

発症早期に小児科外来を受診した時点での母親への援助を目的とした。

(3)学校保健に関わる小児科卒後教育の重点　項目の検討

医療側と学校側の両面から調査を行い、学校保健において頻度が高くより重要な項目を抽出し、卒後教育における重点項目を決定することを目的とした。

(4)不定愁訴症例についての検討

奥野班の不定愁訴の全国調査と対応する形で、受診患者全体の中での不定愁訴患者の割合および不登校の頻度、心身症専門外来における不定愁訴患者の季節による臨床特徴の変化を調査することを目的とした。

B. 研究方法

(1)小児心身医学の卒後教育に関する研究

診断困難例については、日本小児心身医学会研修委員会との共同調査として、日本小児心身医学会の全会員を対象としてアンケートを送付した。

第１回心身医学イブニングセミナーについては、セミナー開催の案内は全会員に郵送され、参加者は公募によった。39名の応募があり、16名が参加した。参加者は小児科の経験が5-10年のものを優先し、また地域が偏らないように配慮された。セミナーでは、受診初期にチックが疑われ、最終診断はてんかん発作（単純部分発作）であった症例について経過を追って検討した。セミナーの進行については、5-6名の小グループを作り、初診時までの経過、臨床像、心理社会的背景、検査所見などを提示し、その時点でどのような検査が必要か、どのような疾患を鑑別す

る必要があるかなどをグループごとに討論し、グループの代表者が報告するという形式をとった。また経過中のいくつかの時点で、診断の再検討、必要な検査などについても討論、発表を行い、そのあとで最終診断を示した。最後に参加者に評価のためのアンケートを配布し回収した。

第２回小児心身医学イブニングセミナー（平成12年）では、小児心身医学研修ガイドラインの検討が予定されているが、その準備として、研修委員会で研修ガイドライン案を作成し検討した。

第３回小児心身医学セミナーで予定されている、小児心身医学研究への支援では、現在までの研究活動や今後の研究予定、学会としての研究主題などについて、全会員にアンケート調査を行った。

第17回日本小児心身医学会学術集会・研修会評価アンケートは、参加した学会員にアンケートを配布し回収した。

(2)小児心身症対応マニュアル作成

本年度の研究ではチックの対応マニュアルを再検討し、保護者用と医師用、２種類のマニュアルを試作した。保護者がマニュアルの文章を読むだけでは不安に思う可能性がある部分は、保護者用のマニュアルから削除し、医師用マニュアルに医師用追加の項目として記載した。

(3)学校保健に関わる小児科卒後教育の重点　項目の検討

この研究は日本小児科学会学校保健思春期問題委員会との共同研究として行った。小児科医と学校養護教諭を対象として、学校保健を担当するために必要な項目を調査した。

(4)不定愁訴症例についての検討

小児科外来患者数における受診時年齢と性差については２つの大学病院と２つの中規模病院の１日の外来に受診した301名の患者について集計し、不定愁訴患者の割合、不登校の合併などを調査した。また６月と10月の不定愁訴患者の差をみるために、同一条件で調査が可能であった１つの大学病院と２つの中規模病院の心身症専門外来を受診した患者について、臨床症状の季節変動を調査した。調査項目は、奥野班の全国調査と同一とした。

C.　結果と考察

(1)小児心身医学の卒後教育に関する研究

a.診断困難例についての調査検討

現在までに57名が集積された。初期診断が登校拒否とされたものが14名、25%あり、それらの最終診断は甲状腺機能亢進症３名、脳腫瘍３名、SLE２名、高機能自閉症2名などであった。初期診断が心因性嘔吐とされたのは6名、11%であり、3名はACTH,ADH分泌過剰症、2名は脳腫瘍であった。初期診断が運動性・音声チックとされたものは5名、9%でみられ、最終診断は4名がてんかん発作であった。また初期診断が夜驚とされたものは3名、5%おり、3名とも最終診断はてんかん発作であった。

57名全体の中で、最終診断がてんかん発作であったものが9名、16%、脳腫瘍が8名、14%みられた。また高機能自閉症あるいはアスペルガー障害は5名、9%でみられた。

最終診断でてんかん発作が16%、脳腫瘍が14%でみられたという結果については、長期に小児心身症の診療にたずさわっていると想像できることである。しかし高機能自閉症とその近縁疾患については、しばしばストレスに対して過剰で多彩な反応を示すため、基礎疾患に気づかないまま心身症として対応されている可能性がある。今後小児心身医学を専門とする医師については、高機能自閉症とその近縁疾患についても卒後教育の機会を用意する必要がある。

診断困難例の中では、身体疾患による心身症様症状を心身症によるものと考えたものが33名、58%、内分泌疾患や膠原病などにより心身症様症状を出現しやすくなったもの８名、14%、自閉症とその近縁疾患により心身症様症状を出現しやすくなったもの５名、９%、分裂病など精神疾患の初期症状が４名、７%、病態不確定のものが７名、12%あった。

初期に診断困難であった理由としては、発症・増強と背景因子の時間的一致あるいは疑わしい心理的背景の存在が13名、23%、不十分な検査12名21%、他疾患に対する知識の不足8名、14%、心身医学的対応や治療が無効でも長期に診断の見直しがない７名、12%、自然経過を治療効果と解釈した4名、7%、自閉症に対する知識の不足4名、7%、発症初期に定型的な結果がそろわないことがある4名、7%、養育態度が発症と関係ありと解釈された3名、5%、登校拒否や不定愁訴などの心身症を疑わせる症状があった3名、5%などがあった。

発症時あるいは増強時に心理社会的背景と思われるものが存在したとしても、それが時間的に偶然一致したという可能性を常に考えておく必要がある。

表1．第1回小児心身医学イブニングセミナー・評価アンケート集計結果

参加者

1）今後心身症の鑑別診断をするのに役立つか

大変有用	かなり有用	有用	あまり有用でない	全く有用でない
10	5	1		

2）症例は理解しやすかったか

大変理解しやすい	かなり理解しやすい	理解しやすい	やや理解しにくい	とても理解しにくい
8	2	4	2	

3）ビデオは理解しやすかったか

大変理解しやすい	かなり理解しやすい	理解しやすい	やや理解しにくい	とても理解しにくい
9	4	3		

オブザーバー

1）今後心身症の鑑別診断をするのに役立つか

大変有用	かなり有用	有用	あまり有用でない	全く有用でない
4	1			

2）症例は理解しやすかったか

大変理解しやすい	かなり理解しやすい	理解しやすい	やや理解しにくい	とても理解しにくい
3	1	1		

3）ビデオは理解しやすかったか

大変理解しやすい	かなり理解しやすい	理解しやすい	やや理解しにくい	とても理解しにくい
4	1			

また心理的な対応や治療で症状が軽減あるいは消失した場合も、自然経過の可能性を考慮する必要があると思われた。

1)第1回小児心身医学イブニングセミナー

第1回イブニングセミナーは平成11年9月11日に開催された。評価アンケートの結果は表1に示した。心身症の鑑別診断をするのに役立つかという質問に対しては、大変有用、かなり有用が16名中15名、94%を占めた。症例は理解しやすかったかという質問には、大変理解しやすいとかなり理解しやすいが10名、63%であり、症例提示の方法を再度検討することになった。映像は理解しやすかったかという質問には、大変理解しやすいとかなり理解しやすいが13名、81%であった。

2)第2回小児心身医学イブニングセミナー

小児心身医学研修ガイドライン作成については、平成11年9月9日の研修委員会でガイドライン案が提示された。その目的として①この学会で取り扱う領域に関して共通理解をする②学会員の自己研修の参考にし、対外的にも研修内容を紹介する③日本心身医学会認定医の取得を促進する、などがあげられた。またガイドライン作成後の予定として、研修到達目標、臨床マニュアル（治療ガイドライン）、用語集などを検討することになった。

3)第3回小児心身医学イブニングセミナー

第3回イブニングセミナーの準備として、小児心身医学とその関連領域を対象とした学術研究支援のための基礎的資料とするため、全会員にアンケート調査を行った。

回答者は151名で、医師は小児科医105名、精神科医3名、心療内科医2名、その他18名であり、それ以外は心理士16名、教員6名、看護婦2名などであった。経験年数は平均19.1年（最短1年、最長55年）で、心身症の子どもに関わった年数は平均12.1年（最短0年最長48年）であった。

加盟学会については、日本小児科学会121名、日本心身医学会51名、日本小児神経学会42名、日本小児精神神経学会38名、日本児童青年精神医学会20名、日本心理臨床学会16名などが主な所属学会であった。

本学会における将来の研究主題の方向性を聞く質問では、治療学的研究（心理療法、精神療法、薬物療法など）93名、発達医学的研究60名、診断学的研究53名、行動医学的研究48名、理論学的研究38名、生物学的研究（神経免疫学的研究、生物学的研究、

自律神経学的研究など）35名などが主な回答であった。

本学会での発表の有無については80名が発表し、そのうち口演者としての発表は73名であった。また発表した80名のうち論文として報告したものが33名いた。まだ論文報告をしていない47名では、論文として発表予定のものが13名、その他自信がない10名、アドバイスがあれば発表したい６名などの回答があった。本学会で発表していない71名では、この分野での研究や発表できる症例の経験がないとするものが38名みられ、38名中26名は研究発表をしたいと希望していた。この26名では適切な研究主題の設定、研究方法の理解、統計手法の理解などについて支援を求めていた。

この調査では、本学会の研究主題として多くの会員が治療学的研究を希望していることが示され、これは本学会での発表が症例報告や治療に関わる研究が多いことと一致していた。また本調査の回答者は、約半数は学会発表の経験のある医師であったが、半数は未経験であり、研究主題、研究方法、統計手法などの点で研究支援が必要と考えられた。

この調査結果をもとに、第４回以降のイブニングセミナーや教育講演、研修会などで研究支援を行っていくこととした。

c.第17回日本小児心身医学会（徳島市）

学術集会・研修会評価アンケート

評価アンケートは42名が回答し、会員29名、非会員13名であった。研修会の演題、内容、水準などについては大部分が適当であると回答した。

学術集会で役立ったものとしては、少年の問題行動と少年法11名、子どもの虐待：介入困難な症例への対応６名、学習障害の臨床：神経心理学と治療的教育６名、不登校４名、自閉症：その病態と支援４名、夜尿症の臨床４名、摂食障害：その要因と支援４名などがあげられていた。研修会で役立った項目としては、認知療法４名、長谷川式述部記録法３名、箱庭療法２名、コラージュ療法２名などがみられた。

(2)小児心身症対応マニュアル作成

マニュアル作成では、本年度はチック症の保護者用、医師用のマニュアルを試作した。項目は30項目になった。この中では昨年の研究で保護者に直接文章で説明するのが難しいと考えられた部分（遺伝性の問題など）を医師用追加として記載し、医師が保護者の解釈モデルや不安の程度を評価しながら追加説明をできるようにした。医師用追加とされた部分は、チックの分類、トウレット障害の遺伝、誘因の発症に対する意義、母親の強迫性、育児態度とチック発症との関係、チック発症前後の行動の変化とその対応、年齢依存性の経過と脳の変化、薬物療法などの部分で一部を医師用追加として記載し、保護者用のマニュアルからは除外した。

(3)学校保健に関わる小児科卒後教育の重点項目の検討

a.医師へのアンケート結果

アンケートは282名より回収され、そのうち校医は81名、校医でない医師は201名であった。卒後教育の重点項目として、疾患群としては表２に示したように、栄養性疾患28%、循環器疾患48%、アレルギー疾患59%、心身症89%、感染症39%、などが主な項目であった。具体的な疾患・症状名としては栄養性疾患では肥満、循環器疾患では先天性心疾患、アレルギー疾患では気管支喘息とアトピー性皮膚炎、心身症では不登校、感染症では結核とインフルエンザ、が多く記載されていた。

学校保健の中で、行動の問題や心身症に関わる問題が多いと感じているかという質問では282名中273名、97%が多いと感じており、その内容としては、不登校84%、頭痛・腹痛・嘔気などの自律神経症状77%、保健室登校46%、注意集中欠如31%、食欲不振・やせが28%、衝動性23%、多動22%、非行21%などが主なものであった。

この中では、不登校、自律神経症状、保健室登校は１群のものと考えられ、また注意集中欠如、衝動性、多動、非行などは、注意欠陥／多動性障害とその近縁群であると思われた。

b.養護教諭へのアンケート結果

アンケートは301名より回収され、その内訳は小学校養護教諭209名、中学校養護教諭92名であった。調査結果を表３に示した。校医にどのようなことを聞いてみたいかという質問に対して、肥満は小学校、中学校それぞれ39%、17%、低身長は41%、34%、気管支喘息26%、14%、アトピー性皮膚炎36%、47%、食物アレルギー30%、37%、その他のアレルギー14%、28%、心臓など循環器21%、28%、貧血8%、23%、てんかん27%、20%、精神遅滞23%、17%、自閉症44%、49%、学習障害51%、46%、チック34%、15%、行動の問題37%、37%心理的ストレス39%、60%、頭痛・腹痛・気持ち悪いなどの不定愁訴47%、70%、神経性

表２．学校保健に関わる卒後教育の重点項目：医師アンケート・集計結果

[１]小児科領域の中で、学校保健で多く問題になるのはどの分野か

アンケート回収　２８２名
校医　８１名
校医でない　２０１名

□疾患分類

	282	%
１．栄養性疾患	79	28
２．先天異常	12	4
３．呼吸器	55	20
４．縦隔疾患		
５．循環器疾患	135	48
６．消化器疾患	19	7
７．血液・造血器疾患	16	6
８．悪性腫瘍	11	4
９．泌尿生殖器	54	19
10．精神疾患	73	26
11．心身症	251	89
12．神経疾患	51	18
13．筋疾患	9	3
14．内分泌疾患	46	16
15．代謝性疾患	33	12
16．アレルギー疾患	166	59
17．膠原病	2	1
18．免疫不全	1	0.3
19．感染症	110	39
20．その他	5	18

□心疾患については運動制限
□アレルギー疾患では運動、
　食事、修学旅行での対応など

□具体的な疾患・症状名

	282
肥満	42
先天性心疾患	40
不整脈	4
川崎病	5
心筋症	1
過敏性腸症候群	2
高血圧	2
貧血	7
腎炎	16
ネフローゼ	7
精神遅滞	1
ADHD	11
LD	8
高機能自閉症	3
アスペルガー障害	4
不登校	65
拒食	15
不定愁訴	8
いじめ	3
被虐待児	1
てんかん	16
筋ジストロフィ	2
低身長	12
糖尿病	18
気管支喘息	56
アトピー	30
結核	7
インフルエンザ	8

[２]学校保健の中で行動の問題や心身症にかかわる問題が多いと感じているか

１．はい　２７３名
２．いいえ　９名

□「１．はい」の場合、その内容は

		273	%
１．頭痛、腹痛	209	77	
２．不登校		229	84
３．保健室登校	126	46	
４．多動	60	22	
５．衝動性	63	23	
６．注意集中欠		85	31
７．食思不やせ	77	28	
８．非行	56	21	
９．けんか	19	7	
10．その他		11	4

表３．学校保健に関わる卒後教育の重点項目：養護教諭アンケート・集計結果

アンケート回収　３０１
小学校　２０９
中学校　９２

	合計	%	合計	%
１．子どもの栄養のこと	２１	１０%	１０	１１%
２．遺伝性の病気のこと	３５	１７%	１２	１３%
３．生まれつきの奇形のと	１７	８%	６	７%
４．糖尿病のこと	５	２%	３	３%
５．糖尿病以外の代謝異常	０	０%	０	０%
６．肥満のこと	８１	３９%	１６	１７%
７．低身長のこと	８５	４１%	３１	３４%
８．低身長以外の内分泌疾患	１９	９%	１５	１６%
９．気管支喘息のこと	５５	２６%	１３	１４%
10．アトピー性皮膚炎の	７７	３６%	４４	４７%
11．食物アレルギーのこ	６２	３０%	３４	３７%
12．その他のアレルギー	３０	１４%	２６	２８%
13．リウマチ熱のこと	３	１%	５	５%
14．川崎病のこと	９	４%	６	７%
15．その他の膠原病のこ	８	４%	４	４%
16．ウイルスの感染	２５	１２%	８	９%
17．結核のこと	３１	１５%	１１	１２%
18．マイコプラズマ肺炎	７	３%	３	３%
19．その他の細菌の感染	６	３%	２	２%
20．消化器の病気のこと	２	１%	１２	１３%
21．呼吸器の病気のこと	５	２%	６	７%
22．循環器(心臓など)	４４	２１%	２６	２８%
23．白血病のこと	７	３%	０	０%
24．貧血のこと	１７	８%	２１	２３%
25．その他の血液の病気	８	４%	４	４%
26．悪性腫瘍(癌)のこと	９	４%	０	０%
27．腎炎のこと	１９	９%	３	３%
28．ネフローゼのこと	１８	９%	０	０%
29．その他の泌尿器(腎臓)	１１	６%	０	０%
30．てんかんのこと	５７	２７%	１８	２０%
31．痙攣のこと	３２	１５%	５	５%
32．その他の神経や脳の	１５	７%	８	９%
33．筋ジストロフィーの	７	３%	０	０%
34．精神遅滞のこと	４９	２３%	１６	１７%
35．自閉症のこと	９３	４４%	４５	４９%
36．学習障害のこと	１０７	５１%	４３	４６%
37．チックのこと	７２	３４%	９	１５%
38．行動の問題のこと	７７	３７%	３４	３７%
39．心理的ストレスのこと	８１	３９%	５５	６０%
40．不定愁訴(頭痛、腹痛など)	９９	４７%	６４	７０%
41．神経性食欲不振症	４０	１９%	４７	５１%
42．インフルエンザ	２８	１３%	７	８%
43．予防接種　３３	１６%	２２	２４%	
44．その他	１８	９%	０	０%

食欲不振症19%、51%、予防接種16%、24%などがみられた。

このように、医師が考える重点項目と養護教諭が考えた重点項目では、多くの点では一致していた。この中で肥満、低身長、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、心疾患、貧血、てんかん、心理的ストレスや不登校、不定愁訴、予防接種などについては現在の一般的な小児科学の知識で大部分は対応できる。大きく異なる点は、養護教諭の回答で自閉症、学習障害、行動の問題が高率の記載されており、医師の記載で少ないことであった。学校で高機能自閉症やアスペルガー障害が問題となり、多彩な行動上の問題を呈する注意欠陥／多動性障害が学級崩壊とも関連して問題になっていることを考えると、これらの卒後教育を整備していくことが望まれる。

(4)不定愁訴症例についての検討

a.小児科外来患者の年齢分布と性差

小児科外来患者の年齢分布と性差を表４-１に示した。301名の患者のうち乳幼児は169名、56%であり、小学生は77名、26%、中学生は35名12%、高校生20名、７%であった。つまり小中高校生をあわせて132名、44%であった。各病院ごとの集計をみると一般病院では大学病院と比較して乳幼児の占める割合が高かった。

不定愁訴と不登校の関係について、表４-２に、小児科外来患者301名のうち不定愁訴で受診し登校しているもの、不定愁訴があり不登校になっているもの、不定愁訴はなく不登校があるもの、の３群に分けて年齢、性差を示した。全患者301名のうち不定愁訴のみは20名、７%であり、不定愁訴と不登校２名0.6%、不登校のみ14名、４%であった。また小中高校生132名のうちでは不定愁訴のみ15%、不定愁訴と不登校2%、不登校11%となった。不定愁訴のみの群では、女児が多いという特徴があった。

不定主訴のみの群に女児が多いこと、不定愁訴と不登校の合併が少ないこと、不登校のみの群では男女差が少なくなること、などは臨床経験とも一致していた。また不定愁訴と不登校を合併した患者数が少ないのは、不登校が始まる直前まで不定愁訴が多いが、不登校になると不定愁訴が消失することと関連していると考えられた。

b.不定愁訴を訴える患者：６月と10月の比較

６月と10月における比較では、表５に示したように、症状では頭痛、腹痛、嘔気・嘔吐などは６月から10月にかけてやや減少する傾向があった。登校状況では登校できないが、睡眠状況では朝起きられないが、６月から10月にかけて減少していた。また人間関係では家族の問題が６月から10月にかけて増加する傾向がみられた。疾患としては、起立性調節障害と過敏性腸症候群が６月から10月にかけて減少していた。

これらの変化は、いずれも臨床経験と一致し、１年を周期とする生物学的発生機序との関係が推測された。

D．結論

今回の調査結果全体をみると、小児科の卒後教育では心身症とその関連疾患が卒後教育において重要であり、また学校保健を担当するにあたっても、小児心身症の鑑別診断においても、高機能自閉症、アスペルガー障害、注意欠陥／多動性障害についてを十分理解しておくことが必要と考えられた。

表４．小児科外来患者数に対する不定愁訴と不登校の割合（４病院集計）

１．小児科外来患者数

年齢	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	合計
男							6	8	5	7	3	7	9	4	3	5	6	2		67
女							5	11	6	8	4	7	6	3	10	0	4	3		67
合計							11	19	11	15	7	14	15	7	13	5	10	5		132

乳幼児	小学生	中学生	高校生	
169	77	35	20	301
56%	26%	12%	7%	100%

小学生・中学生・高校生
132 名
44%

□小児科外来では、乳幼児が約半数を占める。
□一般病院は大学病院と比較して、乳幼児の割合が高い。

２．小児科外来患者305名のうち、不定愁訴／不登校

年齢	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-	合計
不定愁訴																				
男													1	1	1		1			4
女									2	2	1	1	3	1	6		1	1		16
合計									2	2	1	1	4	2	7		2	1		20
不定愁訴＋不登校																				
男																				0
女									2											2
合計								2											2	
不登校																				
男										1						1	2	1		5
女									1		1	1		2	4					9
合計									1	1	1	1		2	4	1	2	1		14

□小学生・中学生・高校生　　132名のうち

不定愁訴	20名	15%
不定愁訴＋不登校	2名	2%
不登校	14名	11%

□全患者数　　301名のうち

不定愁訴	20名	7%
不定愁訴＋不登校	2名	0.6%
不登校	14名	4%

□不定愁訴群では、女児が多い。

表５．不定愁訴を訴える患者数：６月と１０月の比較（３病院）

□不定愁訴を訴えている患者
□同じ３病院で、６月と10月、１か月間の受診者

調査時期	６月		１０月	
人数	１９		２２	
性別				
１．男児	6	32%	１０	45%
２．女児	１３	68%	１２	55%
症状				
１．倦怠感	１１	58%	１０	45%
２．元気がない	4	21%	7	32%
３．微熱	3	16%	5	23%
４．気持ちが悪い	5	26%	5	23%
５．めまい	0	0%	0	0%
６．頭痛	１０	53%	7	32%
７．胸が苦しい	1	5%	3	14%
８．嘔気・嘔吐	3	16%	1	5%
９．食欲不振	6	32%	1	5%
10．腹痛	１１	58%	9	41%
11．下痢	4	21%	0	0%
12．その他	3	16%	5	23%
登校状況				
１．問題ない	4	21%	１０	45%
２．登校できない	１３	68%	7	32%
３．保健室登校	5	26%	5	23%
４．適応教室	2	11%	1	5%
睡眠状況				
１．問題ない	4	21%	１６	73%
２．朝起きられない	１４	77%	5	23%
３．寝付きが悪い	6	32%	2	9%
４．目覚めやすい	5	26%	3	14%
人間関係の問題				
１．問題ない	3	16%	0	0%
２．家族	9	47%	１６	73%
３．友人	9	47%	１０	45%
４．教師	3	16%	5	23%
疾患				
１．起立性調節障害	5	26%	0	0%
２．過敏性腸症候群	3	16%	1	5%
３．学習障害	0	0%	0	0%
４．多動症	0	0%	0	0%
５．摂食障害	1	5%	0	0%
６．チック症	1	5%	1	5%

厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)
心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究
分担研究報告書

分担研究　不登校状態と生活リズムの変調に関する研究（分担研究者　三池輝久）
4-A N市中学生健康アンケート調査結果と解析

分担研究者　三池輝久　熊本大学小児発達学講座　教授

研究要旨
N市中学校４校（G中33名、D中361名、Z中60名、Y中54名）、中学生508名（不完全記入者を除くと480名）のアンケートによる健康度調査を行った。　不登校の有無、睡眠障害の有無、SDSスコアー≧50によるうつ診断によって480名を分類したところ、全く問題を抱えていない生徒は47.1％と低値であった。　睡眠障害が最も多く48.8％であった。その中で朝起き不良32.9％、寝付き不良（入眠障害）15.9％、中途覚醒9.6％、その他4.3％であった。　うつと診断される生徒は14.6％であった。不登校生徒ではやはり入眠障害と中途覚醒が有意に多かった。対人関係に問題を感じている生徒は睡眠障害も有意に多く、対人関係問題の種類で睡眠障害型別の起こりやすさがあるように見受けられた。SDSスコアーは対人関係に問題を感じている生徒に高く、それぞれの項目別に対照群と有意差があるものに特徴があった。　以上のデータより学校には不登校にならず睡眠障害とうつ傾向を抱えている生徒がかなりの割合存在し、その生徒の中には対人関係に問題を感じている生徒がいることを示唆していると考えた。

研究協力者
熊本大学小児発達学講座　松倉　誠　助手
熊本大学小児発達学講座　友田明美　助手
熊本大学小児発達学講座　上土井貴子 大学院生

A.　研究の背景と目的

小児期の心身症は病院に来院する患者の分析・分類により議論が進められる場合が多く、実際の全体像はなかなか把握出来ないのが実情である。更に、就学年齢の小児の健康管理は身体的側面（学校検尿、心電図検査等々）では充分に整備され、機能しているものの、精神面での健康管理はシステム的に行われているものは殆ど目にすることが出来ない。

そこで、我々は実態の一部を精神医学的に解明する事を目的に今回N市教育委員会との連携の中、出来るだけ多くの中学校の協力のもと中学生を対象にしたアンケート調査を行った。

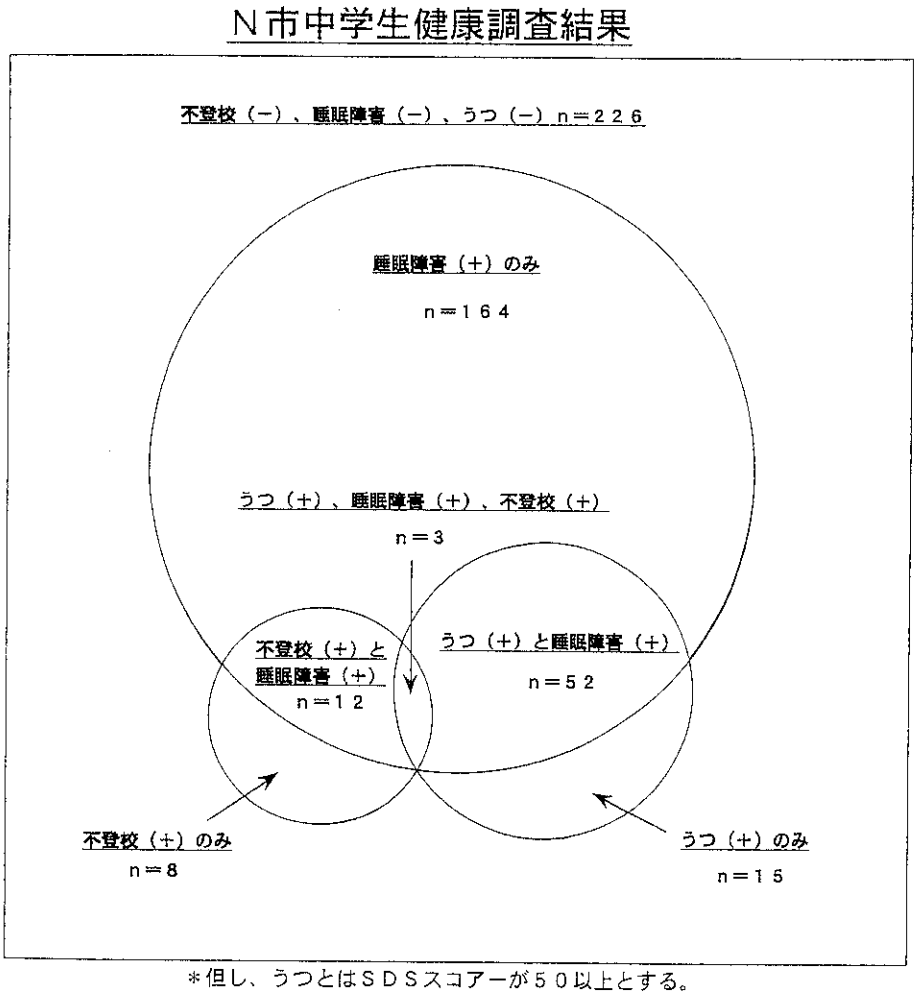
B.　研究方法

図1に示す質問項目に対して各生徒に教師の指導のもと回答してもらった。プライバシーの保護と同時に、照会の必要が発生した場合（異常にうつスコアーが高い等々）に個人の特定が学校を通じて可能なように、質問用紙に各学校名のイニシャルを付け、ホッチキッスで用紙に付けた付箋に学年、組、番号、名前を書き入れ、教室での回収後、教師により付箋と用紙に共通の通し番号付けてもらい、その後付箋を外して当教室へ郵送して頂く事とした。このことにより学校の手元に残る付箋と用紙の通し番号を照らし合わせる時にのみ個人の特定が可能なように工夫した。答えない権利も当然保障されるべきであり、強制的に答えさせることのないようお願いした。又、不登校で在宅の生徒にも出来る範囲で回答をお願いした。

調査項目は当厚生省研究班に於て全国調査用に作成された病院患者向けの質問項目と、うつの度合いを簡便に見ることが出来るとされるSDS（うつ性自己評価尺度）質問項目とした。 SDS質問項目は各々の質問項目でうつ度が低い回答が1点、最も高い回答が4点であり、20項目の合計の最低が20点で最高が80点となる。一般的に合計点数50点以上をうつ状態と考えるとされている。この組み合わせにより、各自律神経症状の有無、睡眠障害の有無と種類、登校の状態、対人関係に問題を感じているかどうか、及び

うつの状態を大まかに掴む事が出来ると考えた。

結果として得られた個々の回答データは統計解析ソフト（StatView Ver.4.5, Abacus Concept. Inc.）のデータシートに入力し、以後の解析を行った。解析は各調査項目間の関連性の検定や生徒の属性間の各調査項目における差などであった。主に用いた解析はカイ二乗検定とStudent's t testであった。



＊但し、うつとはＳＤＳスコアーが５０以上とする。

C. 結果

図2（調査総数は508名であったが、SDS項目不完全記入生徒が28名おり、ここには480名が四角の部分である）に示すごとく不登校でなく、睡眠障害もなく、うつ（SDSスコアー≧50）もない生徒は226名（47.1%）のみであった。図1にあるように最大数の訴えは睡眠障害であり、全体で231名（48.1%）であった。各問題点の重なり合いは図に示す如くであるが、特徴的なのは睡眠障害なしのうつと不登校の合併例がなく、全て睡眠障害を合併していた事（n=3）であったことである。

以下各調査項目別について解析した結果を述べる。

Ⅰ．不登校に関して

不登校発生頻度　24／508名（4.7%）［1名SDSスコアなし、その為図2と不登校生徒数が異なる］

a.　不登校と睡眠障害の関連性について

1）睡眠障害全体では表Ⅰ．a-1に見る如く、不登校群と非不登校群の群別と睡眠障害全体のあり／なしの間に関連性（カイ二乗検定でp=0.0937）は認められなかった。

表　Ⅰ.a－1

	不登校群	非不登校群	合計
睡眠障害あり	16	232	248
睡眠障害なし	8	252	260
合計	24	484	508