

性化している。即ち時差ボケ症状はより重症であり持続していることになる(図6-c)。このような体内におけるサーカディアンリズム

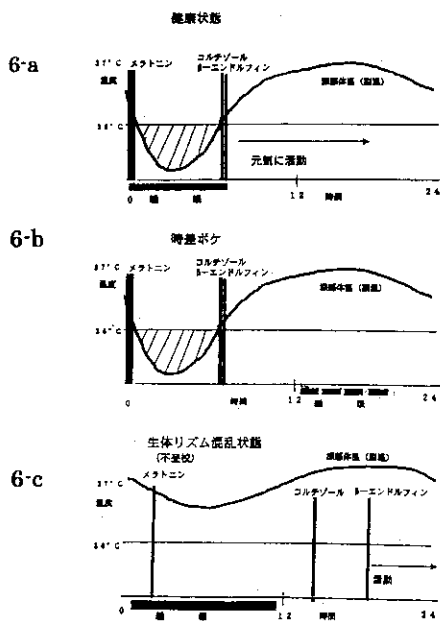


図 6. 健康状態(6-a)、時差ぼけ(6-b)、生体リズム混乱状態(6-c)における深部体温、メラトニン、コルチゾールの日内変動と睡眠との関係について。

表 5. 時差ぼけの症状

- | | |
|---------------------|-----------|
| 1. 眠障害 | 6. 食欲低下 |
| 2. 日中の眠気 | 7. ぼんやりする |
| 3. 精神作業能力低下
集中困難 | 8. 頭重感 |
| 4. 疲労感 | 9. 眼の疲れ |
| 5. 便秘・下痢 | |

* これらの症状は、内分泌(コルチゾールメラトニン)リズムの平坦化・不規則化、および体温、睡眠リズムの脱同期など体内リズムの乱れと考えられている。

[佐々木三男ら 9]; 時差と生体リズム]

の持続的脱同調は極めて緩やかに進行したと考えられるので本人にとっては自覚が難しくいつの間にか、何となくだるく、元気が出ない状態に陥って行くと思われる。

一方これまでに報告されてきた成人例にお

ける慢性疲労症候群は、1) 微熱(発熱)、2) 筋・間接痛、3) リンパ節痛(免疫異常)、4) 睡眠障害、5) 混乱、6) 休養で改善しない疲労、そして7) うつ状態を伴うものであり単なる「うつ」とは異なることが認識されている。一方冒頭に述べたが、私たちがこれまでに認識してきたように 2001 年 1 月、アメリカ(シアトル)で開催された第 5 回国際慢性疲労学会に置いて、アメリカ、オーストラリアの小児科医たちも又「登校できない子どもたち」が「慢性疲労症候群」と認識されることを強調した。

確かに成人例のように診断基準を満たす診断基準小スコア症状の項目は数が揃ってはいない。特にリンパ節痛は訴えが少なく、触診しないと確認できなかったりする。しかしながら、不登校に陥った時点では、すでに厚生省の PS スコア: 7 (表 6) に相当する重症の状態となっている。このように現代の子ども達に蔓延する(慢性)疲労症候群には、中枢神経(脳)の機能障害を中心とする病態が存在するのであり私たち小児科医にとって、避けては通れない病態であることを強調したい。

表 6. Performance Status による疲労/倦怠の程度

(厚生省特別研究事業、本邦における Chronic Fatigue Syndrome=慢性疲労症候群の実態調査ならびに病院、病態に関する研究=平成 3 年度研究業績報告書)

- 0 倦怠感がなく平常の社会(学校)生活ができ、制限を受けることなく行動できる。
- 1 通常の社会(学校)生活ができ、労働(勉強)も可能であるが、疲労感を感じる時がしばしばある。
 - 2 通常の社会(学校)生活はでき、労働(勉強)も可能であるが、全身倦怠感のため、しばしば休息が必要である。
 - 3 全身倦怠感のため、付きに数回は社会(学校)生活や労働(勉強)ができず、自宅にて休養が必要である。
 - 4 全身倦怠感のため、週に数回は社会(学校)生活や労働(勉強)ができず、自宅にて休息が必要である。
 - 5 通常の社会(学校)生活や労働(勉強)は困難である。軽作業は可能であるが、週のうち数日は自宅にて休息が必

要である。

6 調子の良い日には軽作業は可能であるが、週のうち50%以上は自宅にて休息が必要である。

7 身の回りのことはでき、介助も不要であるが、通常の社会(学校)生活や軽労働(勉強)は不可能である。

8 身の回りのある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床を必要とする。

9 身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要とする。

間脳・下垂体機能、高次脳機能を巻き込むこの病態についてはこれまでの私たちの報告を参照していただきたい。このような背景から、登校できないことのみをことさら取り上げた「不登校」の呼び方は、彼らの心身の問題を正しく理解したものとは考えられない。故に私たちは、疲労症候群あるいは慢性疲労症候群と呼ぶべきであることを提唱する。2001年の国際慢性疲労学会においてはこの呼称も又適当ではなく、神経内分泌の異常や免疫異常を盛り込んだ、NEID (Neuroendocrine immune disorders)などの呼称が検討され始めた。この呼称は、的を得ていると考えられるのであるが、日本における事実小児期の慢性疲労において、血圧の維持が困難な症例¹⁰⁾や自己免疫的な異常が希ではない¹¹⁾ことが報告されている。不登校状態を「子ども達の生き方の選択」などと表面だけの顔しか見ないような人たちに、子ども達の本当の苦しみを理解し共に生きることはできない。

6. 参考文献

- 1) 奥野晃正、衛藤隆. 医療機関および学校を対象とした心身症、神経症等の全国一斉実態調査について. 平成11年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書(第2/6). 2000; 940-50.
- 2) 三池輝久、友田明美. 登校拒否とCFS. 臨床科学 1993; 29; 709-716
- 3) 三池輝久. 小児の睡眠障害と疲労感. 日誌 2000; 104; 1-4

- 4) 三池輝久、友田明美. 学校過労死. 東京: 診断と治療社, 1994
- 5) 三池輝久. 生体リズムと不登校(不出社). 川崎晃一、編. 生体リズムと健康. 大阪・東京: 学会センター関西、学会出版センター、1999; 39-64
- 6) 松田芳子、中路照代、本田真知子. 児童の生活行動と疲労に関する研究—通常の学校生活時の調査より—. 熊本大学教育学部紀要 1993; 42: 103-112
- 7) 井深信男. 時間生物学とは何か. 高橋三郎、高橋清久、本間研一編. 臨床時間生物学. 東京: 朝倉書店、1990: 1-18
- 8) Tomoda A, Jhoudoi T, Miike T. Chronic fatigue and abnormal biological rhythms in school children. J CFS (in press)
- 9) 佐々木三男、伊藤洋、田村信、他. 時差と体内リズム. Brain Medical 1993; 5: 299-305.
- 10) Tanaka H, Yamaguchi H, Tamai H, et al. Haemodynamic changes during vasodepressor syncope in children and autonomic function. Clin Physiol 1997; 17: 121-33.
- 11) Itoh Y, Fukunaga Y, Igarashi T, et al. Autoimmunity in chronic fatigue syndrome in children. Jap J Rheumatol 1998; 8: 429-37

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）

2-B. 不登校「(慢性) 疲労症候群」の診断基準

分担研究者 三池輝久 熊本大学医学部小児発達学講座 教授

共同研究者

熊本大学医学部小児発達学講座

岩谷典学	講師
間部裕代	助手
友田明美	助手
上土井貴子	医員
二宮俊郎	医員

1. はじめに

不登校とは自らの気持ちに反してあるいは何となく登校できない状態を指す。背景にいじめなど一見納得できる理由があるとしても本人自身は「なぜ登校できないのか全く納得できない」のが特徴である。背景に家庭環境、学校環境、人間関係、本人の資質など様々な背景があり理解を複雑にしているが、登校できない状態が引き起こされると、ほぼ共通した精神・身体的な症状が確認される。

その基本になるものは、

- 1) 微熱（発熱）、
 - 2) 筋肉・関節痛、腹痛・頭痛
 - 3) リンパ節痛、
 - 4) 免疫異常（自己抗体出現）
 - 5) 自律神経障害（起立直後性低血圧、体位性頻脈症候群、副交感神経抑制）
 - 6) 睡眠障害（睡眠相後退、非24時間型、不規則型、過眠型）
 - 6) 思考の混乱、
 - 7) うつ状態、
 - 8) 疲労感、
- など多彩で総合的な病態を示すものであり、

単なる「うつ」と異なっていることが明らかになってきた。即ち「登校できない状態」が「(慢性) 疲労症候群」として世界の小児科医師の間に認識され始めた（第5回 国際慢性疲労症候群学会、シアトル、1/27～30/2001）。

医学的背景として間脳・下垂体系及び高次脳機能に及ぶ中枢神経の過労的機能低下が存在しており日常生活の大半が障害される。故に、登校できないことのみを取り上げた「不登校」の呼び名は適当とは言えない。従って、本来は（慢性）疲労症候群と呼ぶべきであることを提唱したい。ただしこの呼称も分かりにくいとの指摘が起こっており将来神経内分泌の問題や、免疫異常の問題を包含した呼称に換えられる動きが出ていることを付け加えておきたい。

行きたくないから行かないと言う不登校の最近の特徴にしても、医学的背景は変わらないし、むしろ深刻であると認識される必要がある。小児科医は年少例のなかでの軽症例をもって「生き方の選択」などと安易に考えることなく、慢性疲労症候群軽症例とする見方を確立し、危機感をもって取り組まなければならないことを強く訴えたい。本症は、長い間の生活習慣の積み重ねを背景としており年長になるにしたがって重症化・慢性化して行く。したがって、できるだけ初期の段階でその芽を摘まなければならないが、学校社会という膨大な背景が立ちはだかっている。因みに、登校でできない状態は、厚生省研究班による Performance Status (PS: 0～9 度) の

7より上の重症度に当たる(表1)。

表1. Performance Status による疲労/倦怠の程度

[Performance Status による疲労/倦怠の程度]

(厚生省特別研究事業、本邦における Chronic Fatigue Syndrome=慢性疲労症候群の実態調査ならびに病院、病態に関する研究=平成3年度研究業績報告書)

0 倦怠感がなく平常の社会(学校)生活ができ、制限を受けることなく行動できる。

1 通常の社会(学校)生活ができ、労働(勉強)も可能であるが、疲労感を感じる時がしばしばある。

2 通常の社会(学校)生活はでき、労働(勉強)も可能であるが、全身倦怠感のため、しばしば休息が必要である。

3 全身倦怠感のため、付きに数回は社会(学校)生活や労働(勉強)ができず、自宅にて休養が必要である。

4 全身倦怠感のため、週に数回は社会(学校)生活や労働(勉強)ができず、自宅にて休息が必要である。

5 通常の社会(学校)生活や労働(勉強)は困難である。軽作業は可能であるが、週のうち数日は自宅にて休息が必要である。

6 調子の良い日には軽作業は可能であるが、週のうち50%以上は自宅にて休息が必要である。

7 身の回りのことはでき、介助も不要であるが、通常の社会(学校)生活や軽労働(勉強)は不可能である。

8 身の回りのある程度のことではできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床を必要とする。

9 身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要とする。

不登校「(慢性)疲労症候群」診断基準

1. 臨床経過について

【前駆(行き渋り)期(PS:2~3)】

重症化を防ぐことのできる大事な初期段階としての時期である。エネルギー低下が徐々に進行しており、本来のエネルギーの80%程度の状態。

1. 気分不良、吐き気、トイレに時間がかかる、頭痛、腹痛、微熱などによる遅刻、早退、保健室受診回数が増える。

2. 強い疲労を訴えるようになり、学校から帰るとすぐ寝てしまう、あるいは夜の寝つきがこれまでより若干遅くなる、眠れなくなるなど軽微~中等症の睡眠障害が現れる。

3. 1.に示す症状を伴いあるいは明確な理由なく1日/週、3~4日/月の休みが現れ始める。

4. 特定の教科を休んだり、なぜ勉強が必要かと疑問を口にする。

5. 成績が急に低下し始める。一旦上昇し低下することがある。

6. 部活ができなくなる。

【発症期(PS:4~6)】

急激なエネルギー低下が起こり、本来の60%程度の活力残存状態。

1. 前夜、登校準備をするが朝起きることができない、起きて食事を取った後再度眠ってしまう、腹痛・頭痛などで結果として登校できなくなる。

2. 気分の良い日には登校できる日もある。

3. 家族が送り迎えするなど無理を重ねる時期。

【極期(PS:7~)】

無理を重ねる生活の後に訪れるエネルギー枯渇状態で、本来の活力の10~30%程度と認識される最悪状態に落ち込む。

1. 一日中、ベッドでごろごろしているなど日常生活がほぼ全て障害される。

【混乱期(PS:4~7)】

最悪状態を脱した時期であるが混乱のため

苦悩に満ちた生活となる。本来の 30 から 50%程度の活力と自覚できる。

1. 生活時間がずれ遅寝・遅起（昼夜逆転傾向）を伴う過眠状態（10 時間睡眠）となる。
2. テレビ、ゲーム、音楽、漫画を見ることだけで一日を過ごす。
3. 風呂、洗面、一定時間の食事、などの日常活動がうまくできない。
4. 勉強は全く手に付かず、部屋も片づかず雑然としている。
5. 集中力・記憶力、持久力などほぼ全ての能力が低下するため頭の中はボンヤリとしており、何がどうなっているのか全く混乱状態になる。
6. 考えがまとまらず云うことがころころ変わる。
7. なぜ学校に行けないのか、学校に行きたいのか行きたくないのかも分からない。
8. 顔つきがぼんやりとして、午前中から昼にかけて独特の「だるさ」が見られるが、午後には比較的回復する。
9. 先生や同級生に会うこと、家族と顔を合わせることに苦痛となる。
10. うつ状態となり毎日「死」を考える。
11. すぐ切れるのでまともな話し合いができないし、否定的に扱われると発作的暴力的傾向が現れる。
12. 食行動の問題（過食、拒食など）が現れる。

【回復期】

混乱の中でも家族の支えの中で休息が得られ少しずつエネルギー回復が見られる。活力が本来の 60%とやや上昇した感覚を持つ。

1. 学校に戻ることを考え始めると同時に、学校へのこだわりが強くなる。しかし学校へ結局足が向かず復帰はできない。
2. すぐ切れる状態が改善し親と顔を合わせて話し合いができるようになる。
3. リラックスしていると元気に見えるが少し緊張すると様々な症状がぶり返す。

例えば、散歩や近所への買い物など少し外出ができるようになるが自分と年齢の近い学生に会うと顔色が変わる。

4. 日常生活ができるようになる（部屋が片づく、食事・入浴が規則的になるなど）

【始動期】

自らバイト先を探したり、塾を捜したり等、動き始める。本来の活力が 70%程度と認識している。

1. 起きる時間が安定し疲労回復機能が働き始め午後から外出、バイトなどができるようになる。
2. 家の中で勉強が少しでき更に、塾などの少人数の場所で勉強できる。
3. 学校に復帰するものも出てくるが早期に再発し不登校状態となる。

【学校社会復帰期】

社会復帰のためには、

- 1) 学力が補填されること
 - 2) 体力・気力への自信が戻ること
 - 3) 友人達の受け入れ態勢、が必須の要素である。このことにより本来の活力の 80~95%程度の回復が得られると、睡眠時間が短縮され学校復帰が可能な状態となる。
1. 定時制・通信制への移行は比較的持続できる。
 2. 大検を受け大学進学が生まれる。
 3. 社会人として仕事・バイトを続け得る状態となる。

【PTSD】

残念ながら 100%の回復はなかなか望めない。私たちの研究（5 年以上経過観察）、外国の報告（10 年以上経過観察）によれば 70%程度は社会復帰し日常生活が可能となっているが、約 50%に疲れやすさが残り、残りの 30%には軽度から中等度の症状が残っている。

以上のような臨床症状を持ち以下の医学的検討により何らかの異常を示す。

「医学的所見」

1. 自律神経機能異常。
 2. 自己抗体測定
 3. OGTTにおける異常反応。
 4. 終夜脳波による睡眠リズム障害。
 5. 高い“うつ”スコア。
 6. かな拾いテスト異常。
 7. P-300 異常所見。
 8. 深部体温異常。
 9. 脳血流低下(前頭葉、視床) Xe-CT, SPECT
 10. MRSでコリン高値、希に乳酸のピーク。
 11. コルチゾール日内分泌低下。
- 一般臨床では特に1, 3, 7が重要。

2. 不登校(慢性)疲労症候群に対する対策

A) 予防的対策

- 1) 子どもの時から夜更かし型生活を身につけない。日常の睡眠時間を充分に取る。
- 2) 土日に絶対に部活などをしない。
- 3) 保健室を訪れる回数が多くなる、何となく週に1日、月に数日の休みが現れたら既に慢性疲労状態であると考えなければならない。本人と家族、教師、医師の話し合いを設けて休養をとらせることが必要である。この時、彼らの睡眠時間をほんの30~60分早めるだけで有効である事もある。初期での休養は、予防医学的にも重要である。休養の後の学校復帰へのサポートシステムの整備が、今後の課題となる。

B) 医学的対策

慢性疲労への医学的対応はまだ確立されていない。しかし医学生理学的検討を十分に行った上で睡眠時間の確保など医学的ケアを初期の段階で行う必要がある。中枢神経疲労状態という放置する事が最も危険である状態を見逃ごしにしている医学界と保護者・学校関係者の責任は重い。

参考のため私たちの対応を下記する。

1) 睡眠障害にたいして:

まず睡眠表をつけて貰う。睡眠障害のタイ

プを評価した後、10時間睡眠をどの時間帯にとるのかを話し合う。例えば、高校3年生で卒業が間近な場合は、出席日数などの観点から出席を可能にする時間帯に睡眠を持ってくる。つまり、午後9:00~午前7:00が睡眠に当てられる。その他の場合は、現代の夜型生活に合わせて午前0:00~午前10:00、あるいは譲歩して午前1:00~午前11:00の睡眠とする。この時間に入眠をはかるためにしばしば以下の処方を行う。

処方例)

カタプレス (0.075mg 錠) 1.5 錠 (血圧が正であることを確認しておくこと)

テトラミド (10mg) 0.5 錠

メラトニン^{26, 27)} 0.75mg を夜11時に服用する。

中途覚醒があればカタプレス (0.075mg 錠) を2錠へあるいは、テトラミド(10mg)1錠へ増量する。血圧が低い人ではカタプレスの代わりにハルシオン (0.125mg 錠) 1錠を用いることがある。悪夢を見たり熟睡感が得られず苦痛を訴える場合は、セレネースとアキネトンを同量(0.5~1mg 程度)追加する。

テトラミドのかわりにアタラックスP (25mg) 1カプセルやプロチアデン 1錠、ペリアクチン 1~4mg 等を使うこともある。更に睡眠が充分に得られない場合には睡眠剤としてロヒプノール、コントミン等を使用する。重症例にはヒルナミンを使用することもある。

朝起きてもなかなかすっきりせず日中の眠気などを訴える場合は、朝と昼にリタリンそれぞれ 5~15mg を用いると、すっきりと起きていることが可能になり夜も眠りやすくなることもある。また光療法機を使用すると効果が現れる人もある。

2) 不安感、うつに対して:

不安感ほぼ全ての症例で伴っている。メイラックス、デパス、ソラナックス、レキソタンなど適宜使用しなければならないことも

多い。うつ状態は睡眠障害がうまく治療でき
るにつれて減少する事が多いが抗うつ剤が必要
となる症例も出てくる。

このような場合は一度精神科医のコンサルト
を受けておく必要がある。

3) 家庭内暴力に対して：

家庭内暴力に対しては医学的ケアが必要で
ある。今のところセレネース・アキネトン(0.5
~1.5mg)は非常に有効である。症例によっ
ては夕食に混じて服用させなければ仕方がな
いという場合もある。このような予薬には批
判があると思うが少なくとも殺人事件を未
然に防ぐことは可能である。ほぼ10日程度
で落ち着きが出てくるのでそこから十分に話
し合うなど理解を深める方法を講じることが
できる。

家族は彼らを否定的にとらえないように、
否定的な言葉を決して使わないように気をつ
けなければならない。何があっても見捨てる
ことがないことを何回も何回も述べて信頼を
損なわぬようにしておかなければならない。
病院に入院させればすむと言うことではなく、
入院してもいつも自分たちがそばにいること、
見捨てたりしないことを納得するまで告げな
ければならない。なぜなら見捨てられること
が彼らにとって最も高度な不安でありこの不
安感がパニックと怒りをもたらすからである。

C) 後遺症としての不登校状態に対する対策

慢性疲労から少しずつ回復を果たし、学校
社会に復帰したいと思い始めたとしても、そ
の気持ちだけで復帰できるほどこの状態は甘

くない。PTSDの問題は高頻度に現れる。
復帰に向けてしっかりとしたりハビリメニ
ューが組まれなければならない。

1) 学力の遅れに関する支援

勉強など手に付かず頭に何も入ってこない
状況が数ヶ月も持続した後に、いきなり学校
に戻れるはずもない。また多人数の中にはい
ると緊張が最高潮となりエネルギー消耗が激
しい。例えばボランティアによる家庭訪問的
指導が効を奏することが多いように、まずは
少人数の塾のような形で学力の補填がなされ
なければならない。できれば教師による家庭
教育システムが作れないものであろうか。

2) 午後から始まる教室の開設

後遺症的に睡眠時間の長さが残る。10時間
眠らないと一日過ごすことができない。当然
学校社会生活は不可能となる。そこで一通り
の疲労快復がなされた後に、午後から始まる
教室に所属することができるシステムがあれば、
彼らの学校社会復帰はもっと高率に成功
するのである。若者達は慢性疲労となり学校
社会から離され、不安とうつの生活の中で苦
しんでおり家庭に閉じこもるものも少なくは
ない。その頻度が、決して低くない事は国民
の知るところである。若者達の生産性の低下
は目に見える。医療費も増加するであろう。
国は若者達の生命力の低下と閉じこもりの病
態に本気で取り組まなければ将来大きな悔い
を残すであろう。

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および対策に関する研究
分担研究報告書

3. 心身症、特に神経性食欲不振症の実態と対策に関する研究（分担研究者 渡辺久子）
3-A. 小児期発症の神経性食欲不振症児に関する研究
分担研究者 渡辺久子 慶應義塾大学小児科学教室 講師

研究の背景と概要

現代のスリム志向を背景に、近年思春期の女子に神経性食欲不振症が急増し、低年齢化している。神経性食欲不振症は思春期の女子が社会・心理・生理的ストレスによりダイエットを始めるが、深い存在の危機から拒食にかりたてられている。飢餓状態に陥ると異常な精神状態になり、自力の回復は難しい。特に、十代の成長・発達のスパート期の体重減少と多臓器障害は、深刻な心身両面の発達障害をもたらす。低身長、二次性徴の遅れ、卵巣子宮の発育障害、脳の萎縮、骨粗鬆症、情緒発達や抽象思考の発達の遅れ、感情・行動障害などがある。また十分に治癒せぬまま大人になると、妊娠、出産、育児の際に再発し、不妊症・不育症や、わが子を可愛がれない、離乳食を上手に食べさせられないなどの育児障害におちいり、次世代の心身の発達を阻害することが知られている。

本症は 30 年前の日本には少なく、当時の欧米では白人の上中流階級の女子に限る疾患といわれたが、今日ではアジア特に日本での急増が知られている。これは、我が国の急激な工業化に伴う社会変化の生み出した、家族機能不全、学歴競争、子どもの孤独、ストレス、抑うつ、地域社会の養育機能不全などの社会病理が考えられる。

小児期発症の患者は、21 世紀の精神障害、不妊症、育児機能不全、高齢化社会の寝たきり老人の予備軍と考えられ、事態解決のためには、本症への包括的な対策の確立が急務である。本症の早期発見・診断・予防にむけた

体制の整備の必要性は「健やか親子 21」の 4 つの主要課題の一つ、「思春期の保健対策の強化と健康教育の推進」の中の「思春期の心の問題」の項目でも取り上げられている。「健やか親子 21」の 2010 年までの保健水準指標の目標は「15 歳の女性の神経性食欲不振症の発生頻度」の減少である。^{1) 2) 3) 4) 5) 7) 8)}

小児期発症の神経性食欲不振症の包括的対策案

神経性食欲不振症には、身体、心理、家族関係、社会関係をめぐる諸要因を考慮にいった、包括的な対策案が必要である。ここでは一次ケア（発症前の予防・早期発見）、二次ケア（発症初期の取り組み）、三次ケア（病像確立段階での専門的治療）、フォローアップ（治療後の管理、継続長期治療）の領域別に下のような表 1 にまとめた。また一次、二次、三次ケアとフォローアップのいずれにも使用できるマニュアル

〈思春期やせ症の手引き〉を表 2 のようにまとめた。

表 1 の解説

A 一次ケア：

一次ケアの中心は子どもと家族と一般市民への正しい情報提供である。健やかな次世代を育てる思春期の健康教育の中に組み込む。

本症は小学校から中学校の発症は、小児科医や教師を含めた周囲の大人の楽観と認識不足により発見が遅れる。本人が生き生きと

表1 神経性食欲不振症対策案

ケアの種類	予防・教育 (一次ケア)	早期診断・介入 (二次ケア)	治療 (三次ケア)	フォローアップ
病気の時期	発症前	発症初期	発症中期	治療後
状態	リスク要因	体重増加の停滞 食行動異常	体重減少・月経障害 食行動異常・臓器障害	回復状態の維持 治療レベル別モニター 再発危機
ケアの内容	育児・保健指導 リスクの発見	食生活指導 体重管理 親子関係改善	包括的専門治療 身体治療 心理治療 家族指導 社会復帰	生活管理 心理・家族治療の継続 再発危機への対応
ケアの場	家庭・学校	家庭・学校・ 小児科	病院(入院・外来)治療	定期検診 心理・家族治療所
ケアの中心	親・担任	親・担任・小児科医	専門治療チーム	専門医・小児科医と 親・学校の連携チーム
ケアの 指導責任者	小児科医・教師・ 養護教諭・校医他	小児科医・担任 養護教諭・校医他	小児精神保健専門医	小児精神保健専門医
生徒・親 教師用 マニュアル 目次 *付録1	異常やせの発生率 発症前性格 引き金	成長曲線をつけよう 食行動	小中学生用診断基準 多臓器障害 治療プログラムと段階 1. 急性期 2. 身体回復期 3. 生活復帰期	治療可能性診断基準 1. 健康な身体と食生活 2. 排卵性生理の確立 3. 良い自己像 4. 自然体の対人交流 5. ストレス対応機能

活動し、「どこも悪くないのに、どうしてママは心配するのよ」と抵抗する時、そこに小児科医の「ただのやせですよ、お母さんが口うるさすぎる」といった不用意な一言が加わると、子どもは堂々と拒食に邁進する。大人同士が信頼しあい、オープンに疑問やぼろをだしあえる家庭や学校では、予防できる。

神経性食欲不振症は、きれいごとの育児、

親子関係や生活に発生しやすい。世間からみていい子が、実は乳幼児期から、親やよその人にきらわれるのを心配し、怒りや不安をだせず、孤独に緊張し、子どもらしさのない、夢のない日々を生きて発症している。その子の自然体や率直な言動を温かくうけとめる関係が必要。

小児期の体重減少と小食を初期症状とみ

なすと、自然に早期発見介入ができる。小学校中学校の神経性食欲不振症の発症の背景に、親と学校教師が気づくのが遅れ、本人のスリムを誉めて楽観し、異常やせの危険や本症に無知で、共通認識がなかったことがあげられる。著者らを受診したすべての本症の子どもと母親が、「やせることの危険を知らなかった／誰も教えてくれなかった」「もっと前に受診していればよかった」「やせにはきづいていただけ。成長曲線をつけてみるまで、異常とはおもわなかった」と述べ、極めて素直に治療や指導を受け入れている。

本症の複雑な発症メカニズムを増長する大人の認識不足に対して、本症の隠れた発症を見つけやすくする具体的なポイントをあげよう。

<思春期やせ症の予防・早期発見のポイント>

家庭での注意

①食べざかりの子どもの体重の増加不良や食欲不振を見逃のがしてはならない。

親も教師も子どもの学力、行儀の心配より、体調や心の安心を気遣うことを優先する。

食事内容や食べかたのこだわりすぎや偏りすぎには注意する。

②不自然な過活動への注意：

食べないのに、元気でじっとせず忙しく活動し、睡眠時間が減り、急に成績などが上がると、優秀な生徒やわが子と喜んでしまうのが、本症への発症の落とし穴。ぼんやりする時間や、成績と無関係な楽しみがあることが大切。

③思春期らしいホットな感情を表わせているか？

思春期の心の発達では、子どもは信頼できる相手には、弱音や不満や怒りをぶつけ、甘えたり反抗するのが普通。日により気分のむら、わがままやいい加減さもある。大人顔負けの人への気遣い、優しさ、生真面目さを、

手放しによいと思わぬこと。女子は母親に甘えたり反抗したり、相反する面が十分にだせることが大切。

学校保健でのポイント

①思春期の保健教育： 若者の性情報や性体験などの近年の変化にあわせて、適切な性教育をする中に、本症への教育を行なう（〈思春期やせ症の手引〉などを用いて）

②成長曲線をつけよう

思春期の保健教育のカリキュラムに、自分の成長曲線を自分で作成することを入れる。これはホームルーム、保健体育授業、夏休みの宿題のいずれの形で行なうのでもよい。

幼児期、幼稚園/保育園、小学校、中学の身長体重（できたら頭囲も）を記入していく。成長曲線の種類は問わない（パーセントイル曲線、その他のいずれでもよい）成長曲線を作ることにより、自分固有の縦断的な成長発達の流れに興味をもち身体の自己管理を進んで行なえる若者を育てる。中学1年から3年までは、年に2回、春と秋に身長、体重、（できれば頭囲も）測定する。体重が前年度に比し増加が認められない生徒は、担任が把握し、親と養護教諭と校医に連絡する。

成長曲線からはみだす時

本来の自然な体重身長の増加が、停滞したり逆に減少が見られて続く時は体調不良である。一過性か持続性かを親や担任は把握し、養護教諭に連絡して昼食の摂取量や言動に注意する。生理のある女子は、生理の期間、周期、量を調査し、無月経の有無を把握する。

③続く体重減少(本来の体重の2キロ以下)。親に連絡し、家庭でのケアと小児科医受診をすすめる。「元気ですよ」といいながら顔色がわるく、やせて、無月経の生徒は、手足にふれて冷たくないか、手指の爪の色や爪を圧迫した後に血液が戻ってくる時の勢い（末梢循環の様子）をみる。手が冷たければ、保健室のベッドで20分横にならせて1分間の脈と体温をはかり、体重減少について、成長曲

線をみて、異常やせの可能性を話しあう。

④リスク要因の点検：生真面目でこまやかな感性。幼児期にこまらせたことのない、甘えべたな性格。最近の家族の病気や死や転居などの変化。受験。友人関係の葛藤やいじめ。家族内の隠された問題。ダイエットをしている友人や家族がいること。身体の軽やかさを要求する新体操、バレエや、スパルタ的に厳しい部活動に参加など。

⑤家庭と学校の良い連携

まず何よりも、その子を家庭と学校が温かく見守れるコミュニケーション作りから始める。

そのために、父兄懇談会などのおりに〈手引き〉の配布などの情報提供を行なう。

B 15 歳女子の神経性食欲不振症児の発生

頻度：

近年、小児期の神経性食欲不振症の日本で急増が世界的にも注目されているが、本症診断基準が確立されていないために、従来の18以上に適用するDSM-IV診断が普及しているが、必ずしも適していない。そのため〈思春期やせ症の手引き〉に掲載したような、子どもむきの診断基準が提案されている。それに加え、著者らは、成長曲線を用いた異常やせのスクリーニング方法が、思春期の成長発達障害のリスクをよりよく反映し、有効と考える。成長曲線によるスクリーニング方法の研究により（渡辺、田中、2000）わが国の発生頻度は「ロンドンの15歳女子の15人に1人」（摂食障害学会会長 Las k, Bの言葉、1997年4月第3回世界摂食障害学会にて）に近いことが示唆され、国内の地域差が必ずしも大きくないことが予想される。（東京都内私立中学3年生と離島の頻度比較より）⁶⁾

二次ケア

二次ケアの主体は小児科医で、小児の初期の体重減少をくいとめ、健康でゆとりある身体管理と食生活と生活全体の指導を行なう。

体重減少15%以内、あるいは生理が1-2回消失した時点で行なえるとよい。〈思春期やせ症の手引き〉の病態水準レベル表で「不完全治療群」と分類されたものにあたる。この時に有効なのは、本症が進行した場合におきうる多臓器障害の実態を、丁寧に説明し、先手をうって疾患教育をすることである。子どもは、自分がまさか身体を壊そうとしていたとは思っていなかったもので、はっとして振り返り始める。母親もこれはまずいと真剣になりはじめる。このような認識の変化をひきだすような、わかりやすく実感のある説明の仕方が大切である。しかし基本は、軽症のケースに対する次の三次ケアとほぼ同じであり、栄養摂取量の低下により生じている身体の不調を、爪の色、冷たさ、脈の強さ、減り具合、無月経の期間など、ひとつひとつ、聞き出し、丁寧に全身の診察をする。体重減少が改善し、生理が規則的に（6月間に6回）くるまで、毎週診察を続け、厳密に体重測定を続け、（T3、Somato C値の正常化をはかるなど）

同時に食生活の正常化、親子関係、対人関係の緊張の緩和をはかる。

次の三次ケアの専門治療の研修を受けた小児科医は、ほぼ安全に二次ケアができる。体重減少が続き、身体の悪化が認められる時は、表面的に患者との関係が良好に見えても、小児精神保健医による三次ケアへの紹介を考えてみる。

三次ケア：

〈思春期やせ症の手引き〉の病態水準レベル表において「未治療群」と分類した状態以下の、飢餓状態の進行した状態である。この状態では、身体、心理、社会家族指導を調和的につなげた総合的な治療アプローチが求められる。

三次ケアの主体は大学病院小児科あるいは総合病院小児科、小児精神科、精神科である。三次ケアでは、飢餓状態により生じた多

臓器障害・機能不全に対する、系統的な治療アプローチを行う。同時に併行して、患者の発症の背景となる、幼児期からの不安、孤独、自己不全感などの悩みや、人格発達不全を理解し、家族機能のたてなしをはかりながら、親子の信頼関係や自我発達への援助を行う。これは忍耐と慎重な診察にもとづく、厳重な心身の安全管理とケアが必要であり、その内容については各専門書にゆずるが治療の概要を以下に紹介する。

治療プログラム案1

入院・外来

急性期：飢餓作用による恍惚状態の患者は、病識が乏しく、治療に抵抗する。冷たい手足に触れ、一緒に脈をはかり、成長できない冷たい身体であることを、心をこめて伝えたと治療を受け入れる。循環不全などあれば入院し、「心の未熟児」としての安静の保てる環境で丁寧に治療する。心のこもった食事介助や心身のケアを積み重ね身体感覚の獲得を促し、信頼関係を培う。系統的に飢餓状態からの脱出、栄養回復と摂食練習、本音をだす練習、生活指導、個人精神療法、家族療法を進める。摂食や生理のリズム、健全な自己感覚や自己評価の育て直しを目指した治療は、過食症の発症を防ぐ。チューブ栄養や投薬は最後の手段と考え、あくまでも、子ども自身が自らの身体の消耗状態を理解し、自分から身体の回復に努力するように導く。

回復期：治療チームが一枚岩になり、患者を可愛がり、深い自己不全感や変化への恐れを理解し、回復期のよくうつ、自殺等の危険な行動化を防ぐ。生理と体重の回復を指標にした基準を作った。

社会復帰期：心理療法の開始、家族治療継続、

外出、外泊、退院、学校復帰をめくり家庭、学校との話し合いを重ねる。

フォローアップ：本症は心理治療、家族治療は気長に継続しフォローする。再発しやすく、不妊症、育児障害などの次代への影響がある。

参考文献

- 1) 健やか親子21検討会：「健やか親子21検討会報告書」—母子保健の2010年までの国民運動計画—p 5、p 31 厚生省 2000年
- 2) 渡辺久子：拒食症と小児科医の役割。小児科診療、1995、58(6):1029-1034
- 3) 渡辺久子：神経性食欲不振症。小児科診療、1996、59(8):1249-1256
- 4) 渡辺久子：摂食障害の要因と早期発見・治療。小児看護、1997、20(1):46-53
- 5) 渡辺久子：思春期の摂食障害 学校保健の広場 2000、19:70-71
- 6) 渡辺久子、田中徹哉 女子中学生における不健康やせの頻度 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 p 986-988 平成11年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業) 2000
- 7) 渡辺久子 大学病院小児科とその関連研究機関における心身症・神経症の実態調査について 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 p 980-985 平成11年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業) 2000
- 8) Lask, B., Bryant-Waugh, R. Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence. Psychology Press 2000

表2：生徒・親・教師用マニュアル案（1）

神経性食欲不振症：小学生、中学生、高校生のための手引き



目次

摂食障害とは

神経性食欲不振症の早期発見と診断

拒食のもたらす危険な悪循環

治療の4本柱

病状レベル表

治療の3つの山と谷

治療と予後

摂食障害とは

心のストレスをストレスとして感じ悩むかわりに、体の症状に置きかえる病気を心身症といいます。

心身症の中でも、食べる食べないという行動によりストレスを解消しようとするものを**摂食障害**といいます。摂食障害はその人の体

をこわし、人生を孤独な苦しいものにします。悩みを感じ、誰かと分かちあうことができなくなるので、心の成長障害にもおちいります。予防と早期発見が大切です。

子どもの摂食上の問題には心因性食欲不振、偏食や小食などがよくあります。しかし摂食障害はそれよりも重く、以下の3つに代表さ

れ、慢性疾患としての長期的な取り組みが必要です。

① 神経性食欲不振症

(俗に拒食症、思春期やせ症)

② 過食症

(やけぐいでストレス発散、無茶食いや嘔吐)

③ 発達性肥満

(食べてうさはらしや寂しさを紛らわす)

これらの中でも、最近子どもの神経性食欲不振症と過食症が急増しています。中学生女子だけでなく、小学生の女子や男子にも増えています。

拒食の引き金 と飢餓による臓器障害

神経性食欲不振症は、「デブ」といわれて傷ついてダイエットを始めたり、受験、家族の病気や死亡、両親の離婚、転居などのストレス、隠された幼児期の性的虐待のトラウマなど、幅広い引き金で生じます。

いったん進行すると治りにくい病気です。とくに十代の発育盛りの栄養不良は、脳と体の成長障害につながるため、二十代の発症より有害です。飢餓状態により、以下のような全身の内臓の発育障害がおきます。

- 低身長
- 脳萎縮
- 二次性徴の遅れ
- 子宮・卵巣の成長障害
- 不妊症
- 骨粗鬆症(骨がかすかすになり骨折しやすい状態)
- 精神障害(行動障害、衝動、万引き、窃盗、薬物乱用、自殺)
- 突然死(心不全、不整脈など)
- 内臓障害(腎機能障害、肝不全)
- 育児障害(赤ちゃんをうまく育てられない)

十代の神経性食欲不振症は、成長期の心と体の発達の土台をくずす、“土砂くずれ”といえます。

拒食、過食などの偏った食べ方や無月経が

長びくものほど、多臓器障害が進み、回復はおくれ、後遺症が残り、命の危険も増します。かりに体だけ回復したようにみえても、自分のありのままの自然な姿を自分もいいなと思えるようになったり、誰かに本音をうちあけて相談できるオープンな心が育たないと、将来にわたり問題が生じます。体と心と家族関係や友人関係が暖かいものに改善され、生きている心地がよくなると、その人は大人になり妊娠、出産した時、育児でつまずいたり、わが子が可愛がれずその育児障害により次の世代が悪影響を受けます。学校保健における早期診断・治療と予防が急務です。

拒食のもたらす危険な悪循環

神経性食欲不振症は、幼い頃から敏感で、人目を気にし、まわりに気を使いすぎる子になりやすいようです。思春期に何らかのストレスで食が細りやせても、周囲があまり心配しません。逆にスリムねとほめたりして、気づかぬうちに飢餓状態におちいります。すると飢餓のストレスにより脳内にベータ・エンドルフィン(脳内麻薬の一つ)が分泌します。これは眠りを浅く短くし、活動性を高めて、一見元気そうにみせます。成績があがることもあり、本人、家族や周囲は、前よりよくがんばっていてすばらしいと錯覚します。その間に、胃袋は縮み、空腹感はわかず、食物入らず、飢餓状態は進み“ダイエットハイ”(やせによる快感)になります。次第に脳は萎縮し、判断力が失われ、生命の危険が高まり、自力の回復は困難になります。やせ細り弱まった体には不整脈や、電解質異常などが発生し、思春期の女子患者の10%から20%が死亡します。また長期予後としては、発症後20年間に20%が死亡します。

神経性食欲不振症の早期発見と診断

成長曲線を作ろう

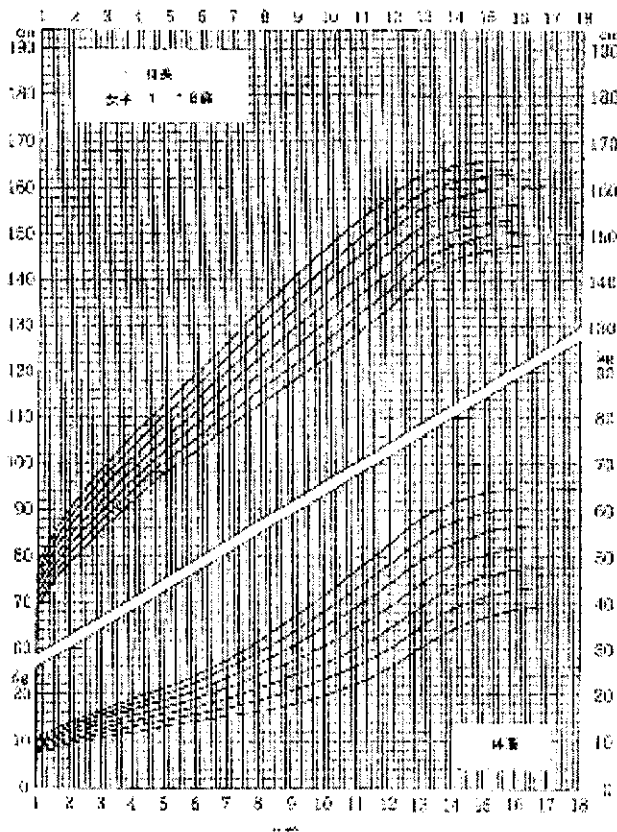
自分の小さい頃からの身長と体重ののびを、図1の成長曲線に記入して、自分の成長曲線を試みよう。

体重は横ばい、それとも低下はしていないかな？

成長曲線の上昇カーブからはずれていないかな？

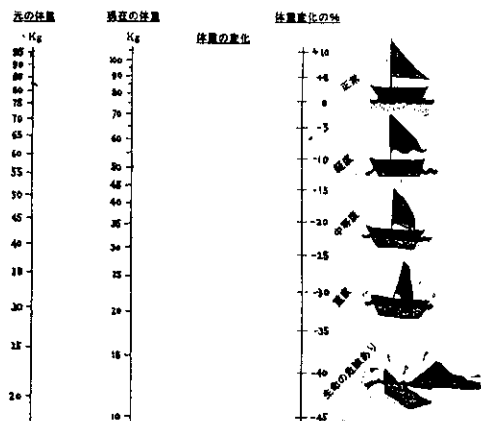
図1. 成長曲線

@体重が減っている場合は、下図で、元の体重と現在の点を結んだ線を延長してみます。



@簡便重症度表添付

体重が減っている場合は、下図で、元の体重と現在の点を結んだ線を延長してみます。



< 若年発症者用診断基準 >

小学校高学年から中学の子どもが、以下の①②③の診断基準の2つ以上を満たす時神経性食欲不振症と診断されます。

- ① 頑固な拒食、減食
- ② 発育のスパート期の思春期に、はっきりした身体疾患や精神疾患がないのに、体重増加がみられない、または減少がある。
- ③ 以下のうち、2つ以上の症状があること
体重へのこだわり、カロリー摂取へのこだわり、歪んだ身体像、肥満恐怖、自己誘発嘔吐、過剰な運動、下剤乱用

治療には次の4つが必要です。

治療の4本柱

- ① 身体的治療、
- ② 心理的治療、
- ③ 家族相談
- ④ 学校との協力体制

元の体重の-30%の体重減少、脱水症、徐脈や手足のチアノーゼなどの循環不全、低血糖は入院の適応です。身体治療では、健やかな食行動の回復を、心理治療では、母親に素直に甘え、ボロや本音をだし、人目を気にせず自分のペースで生きていける性格を、家族相談では父母が互いに心を開いて支えあい、一枚岩になって子どもの心のよりどころになることをめざします。

治療の3段階

治療段階には、急性期、回復期、社会復帰期の3段階があり、各段階には、それぞれの課題と危険があります。

1) **急性期**：病気という意識や自覚がなく、自分は元気と錯覚しています。治療に抵抗する子どもたちに、実際には体が飢えていて、体が壊れていく危険な方向にあることを、具体的に示してあげましょう。

例えば、

手足がいつも冷たい：手足を内部から温める力が衰えていることのあらわれでしょう。

便秘：規則的に食べないので胃腸の動きが悪くなったのかもしれません。

皮膚・髪の毛の乾燥：脂肪が足りないのでは？やがなくなってきたのでしょうか。

毛深い：体表面から熱がにげにくいよう、身体のサバイバルの知恵でしょう。

脈が少ない：心臓の元気がなくなり、動くなじっとしているとの体の合図でしょう。昼間の脈は普通でも、夜間には50分以下にさがる場合があります。夜間も数えてみましょう。

生理がとまる：周期的に生理をひきおこす身体のリズムが失われてしまったのでしょうか。病的なやせによる身体破壊の危険を、わかりやすく説明します。安静の保てる環境で、規則的なカロリー摂取により、摂食リズムや睡眠覚醒リズムを回復させます。小さい時から不安緊張が強く、ストレスをためていききた子どもになります。「心の未熟児」とみなし、真心のこもった細やかな身体ケアを積み重ねます。少なくとも夜間の脈がいつも60分以上で手足が暖かい状態になるまでは、学校を休み、自宅で安静状態をとり、リズムをもって食事をとり、眠り起きる生活を練習します。親子関係がなごみ（入院では治療スタッフになじみ）、自分の身体の感覚に気づき、体温、脈拍などの改善を喜べるようになることが大切です。

表. 病状レベル

名前: _____ 年齢: _____ 歳 記録日: _____ 年 月 発症年齢: _____ 歳 治療開始年齢: _____ 歳

病状レベル		B群 不完全治癒状態	C群 未治療状態	D群 予後不良	E群 死亡*
活動度		学校慎重参加	学校部分参加 /休学/自宅安静	入院治療 /自宅臥床	
体重 現在から過去 6ヶ月	BMI	BMI = 20 ~ 18 5% ~ -15%	BMI < 18 -15% ~ -25%	BMI < 16 体重 < -25%	
月経 過去6ヶ月	回数	2 ~ 5回	0 ~ 1回	0回	
脈 体温 血圧		昼夜 脈 > 60 正常体温・血圧	昼 脈 > 60 夜 脈 < 60 低体温・血圧	昼 脈 < 60 夜 脈 < 50 低体温・血圧	
臓器障害		軽度	中度	進行	
食行動		偏食	拒食	拒食・過食 嘔吐・下剤	
自己像 親子関係/対人 関係 甘え・本音・自 己主張		自信欠乏 甘え下手	肥満恐怖・ 痩せ願望 完全癖 強迫的	妄想的肥満恐怖 精神病的	

*不整脈、電解質異常、心・腎・肝不全、 飢餓状態長期化、感染、急激なやせ・refeeding syndrome, 自殺

・事故などによる

2)回復期：飢餓状態の消失に伴い、脳内エンドルフィンが低下し、いわば麻薬の禁断症状のような抑うつ、不安、苛立ちが出現し、傷つきやすく扱いにくくなります。若者らしい健康な3度の食事摂取の練習を重ねながら、過食嘔吐症を防止します。変化をこわがり、

不安を先取りし、失敗をおそれる心を、身近な大人が深く理解し受け止めることにより、子どもは自分が怒りや不安を抱いても見捨てられないことを実感し、安定していきます。感情の起伏のまま、家庭内暴力、万引き、盗みなどの衝動行動により大人をふりまわそう

とするこの時期、親と治療チームが一枚岩の親心を示すことで、子どもは自己や人への信頼を回復していきます。

3)社会復帰期：身体の回復期には情緒も不安定になります。時期早尚の学校生活への復帰は、まだ回復していない身体機能のまま、対人関係の緊張にさらされるため、すぐに疲れと自信喪失状態がおき、拒食や体重減少の再発につながります。慎重によく本人の身体や気持ちと相談しながら、スモールステップで、ゆっくり時間をかけて、学校復帰をしていくことが必要です。

治癒と予後

体重の回復と維持、健全な食生活、排卵性の生理が確立すること、母親（あるいはそれにかわる誰かに）心から信頼し甘えられること、相手に本音をだせるような性格になることを指標に、最低3年、普通は5年間はフォローアップします。受験、失恋、就職、家からの自立や一人暮らしなどの変化により再発しやすく、自然体で生きていく力をじっくり気長に育むことが必要です。

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

3. 心身症、特に神経性食欲不振症の実態と対策に対する研究（分担研究者 渡辺久子）
3-B. K 大学関連研修機関小児科の心身症受診状況と 15 歳女子の摂食障害の頻度に関する調査
分担研究者 渡辺久子 慶応義塾大学小児科学講座 専任講師

研究要旨

小児心身症の増加する今日、K 大学病院関連研修施設小児科 30 ヶ所における心身症の診療状況を調査し、4 歳以上の受診者の 2.5%にあたる 54 名が心身症と診断された。その内訳は全体の 1.3%が起立性調節障害（27 名）、0.4%が過敏性腸症候群（8 名）、0.3%が摂食障害（6 名）その他 0.5%であった。15 歳女子受診者 32 名のうち 3 名が摂食障害と診断された。小児科を受診する 15 歳女性の 9.38%、つまり約 10 名に 1 名が摂食障害と診断された。

A.研究の背景と目的

小児心身症の増加する今日、最も難治性の心身症といわれる神経性食欲不振症児への診療体制の確立が求められている。小児期（15 歳以下）発症の神経性食欲不振症は、思春期の成長発育のスパート期に深刻な心身の発達障害と生命の危険をもたらし、長期的に QOL を阻害することが知られている^{1) 2) 3) 4)}。本研究では、K 大学関連研修機関小児科における心身症の受診率の実態、特に 15 歳の女子受診者における摂食障害の頻度を調査した。研究方法：平成 11 年度に実施した K 大学関連研修機関 30 ヶ所における心身症の実態調査の結果を解析した。平成 11 年度報告書には 27 ヶ所の結果を報告した⁵⁾が、その後 3 ヶ所からの調査票が追加され、合計 4146 枚が回収された。そのうち 3 歳未満児の 2003 枚を除いた 2143 枚について、心身症と診断された数について調べた。

B.結果

K 大学関連研修機関 30 ヶ所から回収した 4 歳以上の患者 2143 名のうち、医師が「心因性」の訴えと診断した数

は 54 名で、4 歳以上の受診者の 2.5%であった。その性別は、男子 21 名、女子 33 名（男女比 1:1.6）であった。心身症 54 名の内訳は、27 名が起立性調節障害（全体の 1.3%）、8 名が過敏性腸症候群（全体数の 0.4%）、6 名が摂食障害（0.3%）6 名がチック症（0.3%）5 名が注意欠陥多動障害（0.2%）、2 名が学習障害（0.1%）であった。各障害の心因性の訴えの全体に占める割合は、起立性調節障害が 50%（男子 8 名、女子 19 名）、過敏性腸症候群が 14.8%（男子 4 名、女子 4 名）、摂食障害が 11.1%（女子のみ 6 名）、チック症が 11.1%（男子 3 名、女子 3 名）、注意欠陥多動障害が 1.0%（男子のみ 5 名）、学習障害が 3.7%（男子 1 名、女子 1 名）であった。

4 歳以上の受診者 2143 名の男女数は、男子 1117 名、女子 1026 名であった。年齢群別の数は、4-7 歳が 1139 名（男子 619 名、女子 520 名）、8-11 歳が 565 名（男子 286 名、女子 279 名）、12-15 歳が 332 名（男子 154 名、女子 178 名）、16 歳以上が 107 名（男子 58 名、女子 49 名）であった。性別による心因性の訴えの順位は、男子は、起立性調

調節障害 8 名、注意欠陥多動障害 5 名、過敏性腸症候群 4 名チック症 3 名、学習障害 1 名の順であった。女子は、起立性調節障害 19 名、摂食障害 6 名、過敏性腸症候群 4 名、チック症 3 名、学習障害 1 名の順であった。心因性の訴えをもつ男子 21 名は、合計 2143 名中の 1.0%に、男子 1117 名中の 1.9%にあたった。心因性の訴えをもつ女子 33 名は、合計の 1.54%、女子 1026 名中の 3.2%にあたった。

心身症の訴えの中で最も多かった起立性調節障害 27 名は、その 51.9%にあたる 14 名が 12 歳—15 歳群に属していた。摂食障害の診断は女子のみに見られ、女子の 12 歳—15 歳群に 4 名、2 歳—7 歳群に 1 名、16 歳以上の群に 1 名であった。15 歳女子の受診者は 32 名であったが、そのうち 3 名が摂食障害 (9.4%) であった。

注意欠陥多動障害 5 名は男子のみで、男子の 4 歳—7 歳群に 2 名、8 歳—11 歳群に 3 名であった。

C. 考案

平成 11 年度厚生科学研究報告書でのべたように、心身症の訴えで小児科を受診する患者の数は、病院の規模、患者数との関連はみられず、心身症の診察する医師がいるところに集まる傾向があり、小児心身症診療体制のまだ整備されていない状況を反映していると思われた。

平成 11 年度厚生科学研究報告書に田中は、摂食障害につながる不健康やせ群の発生頻度を報告している⁵⁾。それによると、横断的パーセンタイル成長曲線を用いて、中学 3 年生女子を対象にした調査で、東京都の私立中学 3 年生では 25.0%、関東近郊の公立中学 3 年生では 7.9%、地方の公立中学 3 年生では 13.2%が不健康なやせを示し、地方においても、都市と同様のスリム化傾向が進行していることを報告した。

本調査では、摂食障害が 12 歳—15 歳群の女子 178 名に占める割合は 2.3%の 4 名であった。しかし 15 歳の女子受診者 32 名に占める割合を調べると 9.4%の 3 名と、突

出した高い値となった。この結果は、田中の不健康やせの頻度研究結果と対応する。また、小児期発症の摂食障害の英国の代表的研究者 Lask, B⁷⁾は 1997 年の第 3 回摂食障害学会で「ロンドンの 15 歳の女子 15 人に 1 人が摂食障害である」と述べ、特に 15 歳という年齢を強調している。本調査でも大学関連研修病院小児科を受診する 15 歳の女子のほぼ 10 名に 1 名が摂食障害と診断された。このことは小児精神保健外来があるため摂食障害患者の集中する大学病院以外でも、15 歳女子には摂食障害が多い事実が明らかになった。今後も継続的に発生頻度の推移を研究する予定である。

D. 引用文献

- 1) 渡辺久子：拒食症と小児科医の役割。小児科診療、1995, 58 (6):1029-1034
- 2) 渡辺久子：神経性食欲不振症。小児科診療、1996, 59 (8):1249-1256
- 3) 渡辺久子：摂食障害の要因と早期発見・治療。小児看護、1997, 20(1):46-53
- 4) 渡辺久子：思春期の摂食障害 学校保健の広場 2000, 19:70-71
- 5) 渡辺久子、田中徹哉 女子中学生における不健康やせの頻度 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 p986-988 平成 11 年度厚生科学研究 (子ども家庭総合研究事業) 2000
- 6) 渡辺久子 大学病院小児科とその関連研究機関における心身症・神経症の実態調査について 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 p980-985 平成 11 年度厚生科学研究 (子ども家庭総合研究事業) 2000
- 7) Lask, B., Bryant-Waugh, R. Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence. Psychology Press 2000