

つきには害はないのでメラトニン投与と安易に流れるのが心配。とくにメラトニンの入手方法はよくなるべきである。

13.他の疾患概念と重なる部分や重ならない部分などについても解説していただけたら、と感じた。

## 22. 不登校

22-1. これについて、これまで、どの程度知識がありましたか。

q2-22-1	一般医(人)	一般医(%)	学校医(人)	学校医(%)	専門医(人)	専門医(%)	全体(%)
1.以上の知識	0	0.0	0	0.0	5	20.0	4.2
2.同程度の知識	19	37.3	20	46.5	18	72.0	47.9
3.新しい知識	28	54.9	20	46.5	1	4.0	41.2
4.なかった	3	5.9	1	2.3	0	0.0	3.4
5.無回答	1	2.0	2	4.7	1	4.0	3.4
	51	100.0	43	100.0	25	100.0	100.0

22-2. これはあなたにとって臨床の現場で重要なことだと思いますか。

q2-22-2	一般医(人)	一般医(%)	学校医(人)	学校医(%)	専門医(人)	専門医(%)	全体(%)
1.かなり重要である	15	29.4	12	27.9	12	48.0	32.8
2.重要である	32	62.7	29	67.4	12	48.0	61.3
3.あまり重要でない	3	5.9	0	0.0	0	0.0	2.5
4.重要でない	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0
5.無回答	1	2.0	2	4.7	1	4.0	3.4
	51	100.0	43	100.0	25	100.0	100.0

22-3. 記載はどうか。

q2-22-3	一般医(人)	一般医(%)	学校医(人)	学校医(%)	専門医(人)	専門医(%)	全体(%)
1.難しすぎる	1	2.0	1	2.3	1	4.0	2.5
2.適当な内容	45	88.2	36	83.7	19	76.0	84.0
3.不十分である	4	7.8	3	7.0	3	12.0	8.4
4.無回答	1	2.0	3	7.0	2	8.0	5.0
	51	100.0	43	100.0	25	100.0	100.0

22-4. 内容についてのご意見をご自由にお書きください（何が難しいか、何が不十分かなど）。

○一般医

- 1.短い中に要領よくポイントが抑えられている。
- 2.11-1だけで充分ではないか。
- 3.内容は充分。特に「予後」の半分程度を初めに枠で囲んでいただけたらどうか。
- 4.具体的で分かりやすい。
- 5.学校での対応をもっと具体的に記述して欲しい。
- 6.一般小児科医が判読しやすいケースが多い。更に具体的な診断、治療へのアプローチ方法を記載して欲しい。
- 7.入院管理を要する不登校児についての解説が欲しい。
- 8.表などは関係する本文の近くにあった方が見やすい（この項に限らず）。
- 9.具体的な対応が見えない。
- 10.不登校の対応原則は非常に役立つ。
- 11.P96 不登校の包括的定義が理解しにくい。
- 12.対応についてはもう少し具体的に（症例に応じて）記載して欲しい。
- 13.「予後、不登校児は何もしなくても4人に3人はいつかは登校する」とこのようなポイントを強調して欲しい。

14.非常に理解しやすい。

病例提示等具体的な例示と家族、学校との連携のとり方をもう少し詳しく記載して欲しい。

○学校医

- 1.P97、VとP98の予後を読むとちょっと気が楽になりました。親が不登校を感じながらも、小児科医に子どもの不登校を相談に来院することがよくある。親を納得させるのも大切と考えている。
- 2.現在の大きな問題で詳しく記載があってもよい。
- 3.不登校を校医として相談を受けることがあるもう少し詳しく。
- 4.何故近年不登校が増加しているのか、過去には殆んどみられなかったか。論文に記載されている対応の方法に一応適切と思われるが、実際予後75%改善されているか？
- 5.医師会学校保健担当として学校家庭地域専門医療機関の連携が重要である。
- 6.対応の方法について具体的に記載して欲しい。
- 7.眼科と関係深い。
- 8.学校現場の意見もほしい。
- 9.初期対応→学校への通知関与も必要。

10. 身体症状、精神症状から見て、早期に児童精神科医の受診を要する場合を簡潔にまとめた項を作してほしい。

11. 根気のいる治療であるが見放すわけにいかない。

12. 分かりやすい。

13. 書きすぎる事はないというほどの問題です。「不登校」に関する研究ほどここまで進んでいるか書いて欲しい。

14. 不登校についての二人の先生の分かりやすい解説ありがたいがとう。

15. 表7の掲示場所が適当でしょうか、やはり表6の後ろに入れていただきたい。

16. 不登校からひきこもりに連なるか、社会生活への長期的予後について知りたい。

17. 図表は文中へ。

○専門医

1. (2)の学校保健の立場からの内容は(?)。学校での対応が学校との連携を強く念頭において書いて欲しい。文部省の統計を書いてもあまり意味が無い。この著者は本当に不登校とかわかっているのだろうか。

2. (1)と(2)がほとんど同じ内容で、分ける意味が無いのでは。

3. ・P102 心の相談医などができず不登校をはじめ心身

症状を訴えない子ども達も医療機関を受診し始めている。また、保健診療をしていて紹介医師のみに来談者の情報を知らせることは可能か。どうしてもカルテに紹介状を添付することになるのでは・P101 統計はH12年度のものが出ているので書き換えた方がよい。

4. 非常に明瞭な内容である。

5. (1)の内容とあまり重複しないように、(2)の学校保健の立場からの記載意義をもう少し明確に区別して欲しい。

6. 未診断のアスペルガー症例群の不登校例(小学校高学年～中学生になって不登校を主訴に来院したら実はアスペルガーであったという症例)を何例か経験している。軽度発達障害が基礎にある不適応としての不登校についても少し触れて欲しいと思った。

7. 「学校保健の立場から」ではこれからの学校の基本姿勢「個を大切に」学び方の多様性への理解を強調して欲しい。他機関との連携の内容をもっと具体的に(フリースクール、ホームスクールなど)記載してもらえると実際的かと思う。

8. 「神経症性不登校」の「神経症」と言う言葉のここの意味あいに関して、少し解説があればいいように感じた。

23. その他心の発達への配慮が必要な諸問題

23-1. これについて、これまで、どの程度知識がありましたか。

q2-23-1	一般医(人)	一般医(%)	学校医(人)	学校医(%)	専門医(人)	専門医(%)	全体(%)
1. 以上の知識	2	3.9	2	4.7	4	16.0	6.7
2. 同程度の知識	20	39.2	10	23.3	16	64.0	38.7
3. 新しい知識	23	45.1	28	65.1	3	12.0	45.4
4. なかった	4	7.8	2	4.7	0	0.0	5.0
5. 無回答	2	3.9	1	2.3	2	8.0	4.2
	51	100.0	43	100.0	25	100.0	100.0

23-2. これはあなたにとって臨床の現場で重要なことであると思いますか。

q2-23-2	一般医(人)	一般医(%)	学校医(人)	学校医(%)	専門医(人)	専門医(%)	全体(%)
1. かなり重要である	8	15.7	6	14.0	7	28.0	17.6
2. 重要である	41	80.4	30	69.8	16	64.0	73.1
3. あまり重要でない	1	2.0	4	9.3	1	4.0	5.0
4. 重要でない	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0
5. 無回答	1	2.0	3	7.0	1	4.0	4.2
	51	100.0	43	100.0	25	100.0	100.0

23-3. 記載はどうですか。

q2-23-3	一般医(人)	一般医(%)	学校医(人)	学校医(%)	専門医(人)	専門医(%)	全体(%)
1. 難しすぎる	2	3.9	0	0.0	2	8.0	3.4
2. 適当な内容	41	80.4	38	88.4	16	64.0	79.8
3. 不十分である	7	13.7	3	7.0	5	20.0	12.6
4. 無回答	1	2.0	2	4.7	2	8.0	4.2
	51	100.0	43	100.0	25	100.0	100.0

23-4. 内容についてのご意見をご自由にお書きください(何が難しいか、何が不十分かなど)。

## ○一般医

- 1.乳幼児の心の問題は親の子どもの教育のあり方の部分を言及して欲しい。思春期の子どもへの対応については何人かの先生の視点をまとめた方がより望ましいと思う。
- 2.障害児の同胞に対する問題は記載されているが、慢性疾患児の同胞や病気により死亡した児の同胞に対する問題を取り上げないのか残念。
- 3.慢性疾患児に対するケアはもう少し記載があったほうが良い。
- 4.井上先生の太字活用はよい。しかし疲れた。
- 5.おしゃぶりについての記載も必要では。最近ではおしゃぶりは鼻呼吸に良く、止めさせる必要がないという記述を見た。境界児(1才半、3歳児健診)の対応で高次医療機関への紹介のタイミングとして asperger synd、ADHD 的な児については通園センター等でしばらく経過を似るケースがあると思うが、それ以前に疑った時点ですぐ紹介すべきか迷うことがある。経過観察の具体的な指針を出して欲しい。
- 6.・思春は表層的で具体的な内容が欲しい・社会精神医学は abuse、neglect、maltreatment の関係を明らかにする。
- 7.対応が具体的に良く書けている。実際にできるか否かは各例により異なるが、根本的なことが良く理解できる。
- 8.各論的対応の多い分野であり数頁以内でガイドラインを作ることは難しい。
- 9.3) 慢性疾患児のところで入院までできるだけ避けると書いてあるが入院しなければならない場合、どうすればより良い環境がつかれるか述べて欲しい。4) 同胞について書かれていたのが内容的に興味のある分野なのでもう少し詳しく記載して欲しい。
- 10.育児に関してはそれだけで一冊の本があるので、この中で解説するのは少し難しい。
- 11.育児相談、子育て支援についてはもっと詳しい記載があっても良いと思う。
- 12.心の発達の推薦書を。
- 13.乳幼児期の問題については、他の育児相談のための解説書が多数あるので省いてもよいのではないかと。よくある問題をリストアップするだけで充分。

## ○学校医

- 1.1) は、乳幼児健診などでとても有用。5) は、筆者の熱意が強く伝わってくる。Maltreated child という可能性がないかどうかということを診察しながら考えていくというのは少し難しい(精神的にちょっとつらいが、小児科医もそこまで考えて日常診療をしないとダメということなのか?)。
- 2.思春期患者と上手に付き合うポイントは大変参考に

- なる。慢性疾患児については心疾患児、糖尿病児にも問題が見られるのでこれも触れてほしい。
- 3.子どもの心の概略を得るはかなり全般にわたってよく要点を書いてあるのでよいが、特に重要と思われる所をもう少し詳しく書いて欲しい。欠落しているのは子ども虐待については、この項目を付け加えてほしい。不登校の中に登校禁止(不グレクトに入る)で登校できない子もいる。
- 4.もう少し個々のケースの対応を教えて欲しい。
- 5.環境地域との連携イブレイの重要性を考えている。
- 6.「(1) 乳幼児の心の問題」をもっと書いて欲しい。
- 7.P112II障害児の心理問題5 専門機関紹介「②専門的なアプローチが必要③母親のカウンセリングやレスパイトケアの利用が必要」について、それを必要と判断する基準を示して欲しい。
- 8.虐待を含め子どもへの対応はよりきめこまかく配慮せねばならないことを痛感した。
- 9.心理学、児童精神科領域の参考図書を知りたい(小児科領域外の文献、教科書等)。

## ○専門医

- 1.ただし、2) は不要(この程度なら総論2に加えるほうが良い)、3もどう関わるか、学校での関わり方など肝心なことがない。5) は虐待と題すればよい。
- 2.P105 全体的に文章が読みにくい。治療の枠組みとか心身症を専門にしていない人はよく分からないのでは。P108の⑤を読んでどう具体的にしていけばいいか、心身症を専門にしている医師も混乱していると思う・P110 医療性のPTSDにも invasive な検査や治療で触れてみてはどうか・始めのところで血液疾患、糖尿病、肥満、慢性腎疾患→血液疾患、内分泌代謝疾患の方が良い・急性ストレス障害とPTSDの診断の違いをはっきり記載した方が良い。
- 3.「ハンドブック」である以上もっと手軽に一見して分かるようにして欲しい。
- 4.項目としてハンドブックに載せるには頁を割かざるを得ないと思うので冗長になる。記載するなら示唆的に充分な頁数を。
- 5.テーマが漠然としている為か(筆車の責任ではないが)当たり前のことであまり意味を持つように思えない。
- 6.”はじめに”はできるだけ短く、コンパクトに出来るところは、もっとポイントをしまつて欲しい。社会精神医学という題は不適當、児童虐待であると思う。
- 7.やや一般論過ぎる面と一部例えが具体的過ぎる面あり。「学校保健」の立場から・・・という視点がはっきりしないように感じる。
- 8.総論と記述内容をわける上でもっと項目を多くしてもよいと思う。特に「乳幼児の心の問題」では、「5)

社会精神医学」というよりも「児童虐待と子どもの心」「非行と子どもの心」として項を設けてもっと詳しく記述されているほうが活用できるのではないかと。とても大

切な内容だと思うので。

9.ある面、総論に入れていただいた方が、いい部分のような気もした。

## 24. 鑑別診断が必要な病態

24-1. これについて、これまで、どの程度知識がありましたか。

q2-24-1	一般医(人)	一般医(%)	学校医(人)	学校医(%)	専門医(人)	専門医(%)	全体(%)
1.以上の知識	0	0.0	1	2.3	3	12.0	3.4
2.同程度の知識	23	45.1	14	32.6	17	68.0	45.4
3.新しい知識	24	47.1	22	51.2	2	8.0	40.3
4.なかった	2	3.9	4	9.3	0	0.0	5.0
5.無回答	2	3.9	2	4.7	3	12.0	5.9
	51	100.0	43	100.0	25	100.0	100.0

24-2. これはあなたにとって臨床の現場で重要なことであると思いますか。

q2-24-2	一般医(人)	一般医(%)	学校医(人)	学校医(%)	専門医(人)	専門医(%)	全体(%)
1.かなり重要である	12	23.5	7	16.3	5	20.0	20.2
2.重要である	34	66.7	27	62.8	15	60.0	63.9
3.あまり重要でない	3	5.9	7	16.3	0	0.0	8.4
4.重要でない	0	0.0	0	0.0	3	12.0	2.5
5.無回答	2	3.9	2	4.7	2	8.0	5.0
	51	100.0	43	100.0	25	100.0	100.0

24-3. 記載はどうですか。

q2-24-3	一般医(人)	一般医(%)	学校医(人)	学校医(%)	専門医(人)	専門医(%)	全体(%)
1.難しすぎる	0	0.0	2	4.7	1	4.0	2.5
2.適当な内容	37	72.5	30	69.8	15	60.0	68.9
3.不十分である	11	21.6	9	20.9	5	20.0	21.0
4.無回答	3	5.9	2	4.7	4	16.0	7.6
	51	100.0	43	100.0	25	100.0	100.0

24-4. 内容についてのご意見をご自由にお書きください（何が難しいか、何が不十分かなど）。

### ○一般医

- もっと広汎に記述して欲しい。
- まとめるのが難しい気がした。
- 脳腫瘍との鑑別で心因性尿崩症を追加して欲しい。
- これは総論の部分で語られても良い。
- この章自体が一冊の本になるのではないかと。
- 心の問題に対処する際に最も注意しなければならないことだと思う。ここまで読むうちに疲れてしまうので、これはもっと前のまうに出すべきだと思う。こんな大変なアンケート調査は初めて。全項目が半訳講義みたいなもので、一つか二つの項目についてなら簡単だが、普通なら最後まで読まない。これだけ読んでしまったら、専門家になれそう。全体を通して、400字程度に強調したい部分を枠で囲んで、最初に出したら読めるかもしれない。折角の力作、大作が一般小児科医や他科の校医に読んでもらえるか、疑問。しかし本当にご苦労様です。非常に大切なことばかりだと思います。因みに私は平均的な不勉強の小児科医です。
- ハンドブックを読むことで知識がついたと思う。一般診療の傍ら心の問題に取り組むことは医師側のストレ

スも大きい。医師の熱意と豊かな人間性を必要とすると改めて感じた。明らかに親に問題ありそうな時もあるが「風邪」での受診では何もできない。せめて「心の問題」の受診の場合は力になれるようハンドブックを活用したい。

8.具体的に示して欲しい。<全体を通して>期待して読んだか分かりしている。日常診療に直結したハンドブックを。一部は具体的に記載され活用できるが他は具体性に乏しい。

9.まとめとしては不十分。

10.鑑別疾患に関する表などあれば良い。

11.鑑別のポイントをもう少し詳しく。

12.もう少し詳しく、見やすく書いて欲しい。

13.もう少し詳しく症状別、疾患別に記載して欲しい。

14.フローチャートや図があるとより良いと思う。

15.鑑別診断についてはもう少し多くの疾患の記述があった方が良い。

16.心理的問題と、鑑別すべき疾患の表とポイント等一読すれば分かる表記にして欲しい。

### ○学校医

1.広範囲なのでもう少し疾患別とか表などを示して、わかりやすく示して欲しい。

- 2.注意すべき症状や鑑別点について具体的に記述がほしい。
  - 3.各論においても典型的な症例の提示をしてほしい。
  - 4.病名が次々に出てきて理解しにくい。表にする等工夫して欲しい。(総合的には)このハンドブックは手に取っただけで敬遠したい思いにさせる。編集、表現、配列の仕方を考えて専門ではない内科医に読みたいと感じるものにして欲しい。
  - 5.時機をえたタイムリーなハンドブックを作成非常に勉強となる。今後の子どものメンタルヘルスの指導に役に立つ。
  - 6.心因性視力低下の項が欲しい。
  - 7.もう少し具体例があると良い。
  - 8.器質的疾患を見落としてはならない。
  - 9.この項目はむしろほかの項目のゆえ、D.Dとして取り込み、廃止した方がよい。
  - 10.「心身症」と「神経症」の明確な区別、及び、そのD.D教えて欲しい。
  - 11.ROを要する疾患、病態について具体的内容に乏しい。一般小児科医のみならず、心身症を専門とする医師にも数多くの誤診れがある筈である。誤診しない為のポイントをまとめてほしい。この内容では小児科一般治療に何ら役立たない。
  - 12.鑑別診断に関して、いくつかの症例を示してほしい。
  - 13.各論に書いてあるので、不要に思う。
  - 14.内容は満足できるが、やや学術論文的すぎるので、ハンドブックであることを考慮されればと思う。
- 専門医
- 1.この程度であれば総論1に鑑別診断として加える。
  - 2.全体を通して文献が各項目で何度も同じものが出てくる。文献を最後にまとめ、すっきりしたらどうか。一冊の本にするのであれば各項目で「はじめに」があり、この本の意味などについていろいろな著者が重複して述べているか不要に思う。「はじめに」ではなく「歴史」でも良い。
  - 3.重大な疾患を見落としてはならないので、訴えをいくつかのわけ、そこからどんな疾患がポピュラーで重大な疾患はどんなものがあるか、鑑別はどのような点かポイント

トになるか、など図表化するなど記述に工夫した方がよいのでは？

- 4.23-4と同じ意味で不十分。鑑別診断は各論の各項目に挙げた方がよい。
- 5.テーマがあいまいであることに加えて紙面の制限もあるためと思うが、あってもなくてもよい項目のように思えた。
- 6.項目8-24の各論については「記載はどうですか」に全て「難しすぎる」と回答した。この意味は一般小児科医や小児科医ではない、校医が現場で使うのであれば、各論に書いた説明をそのまま同様に聞かせるというレベルと、文章のスタイルにする方がよいように思った。全体に心身症の専門家同士がやり取りするレベルとスタイルで書かれているように思う。
- 7.それぞれ個々の項目に鑑別診断を入れるのみで充分であると思う。
- 8.①各論の幾つかはそれぞれの先生自身の専門領域やその展開をや入り込みすぎ。全体の趣旨とのバランスでは深すぎる(こだわりすぎ)。記述が混ざり、結果として長めになっているように感じる。②病態として表出された状態への対応について、個人の努力で可能なシステム作り、連携、及び理想に近いシステムの紹介も欲しいところ(例えば、不登校=学校保健の立場から=にそうした面を期待したのだが...)。③連携の難しさの背景への議論も連携していくにあたり少しあっても...
- 9.問題行動に至りやすく、誤解されやすくトラブルを起こしやすい発達障害として、高機能広汎性発達障害、アスペルガー症候群(決してまれな病態ではないと思う)を是非もっと詳しくいれて欲しい。
- 10.それぞれの疾患の各論で議論されているので最後でたった1ページでまとめる必要はない。
- 11.ある意味で総論に入れていただきつつ、紙数も増やして強調していただくべき大事な項目と感じた(見落としてはいけない疾患を見落としてはいけないし、さりとてやみくもに最初から検査をたくさんやるわけにもいかないし、個人的にはいつも悩んでいる部分です)。
- 12.minor及びmajor tranquilizerについての総論があってもよかったのではないかな。

平成 13 年度厚生科学研究補助金（子ども家庭総合研究事業）  
小児心身症対策の推進に関する研究  
分担研究報告書

3. 「子どもの心の健康問題 ハンドブック」に対するユーザーの意見集約調査結果への対応

主任研究者	小林陽之助	関西医科大学小児科学教室 教授
分担研究者	衛藤 隆	東京大学大学院教育学研究科 教授
	沖 潤一	旭川医科大学小児科 助教授
	金生由紀子	都立北療育医療センター 医員
	小枝達也	鳥取大学教育学部地域科学部 教授
	田中英高	大阪医大小児科 助教授
	星加明德	東京医大小児科 教授
	三池輝久	熊本大学医学部小児発達学 教授
	山縣然太郎	山梨医科大学保健学 II 教授
	渡辺 久子	慶応大学医学部小児科 講師
研究協力者	赤坂 徹	国立療養所盛岡病院臨床研究部・小児科 臨床研究部長
	石崎優子	関西医科大学小児科学教室 非常勤講師
	井上登生	井上小児科医院 院長
	氏家 武	北海道こども心療内科氏家医院 院長
	岡田（高岸）由香	神戸大学発達科学部 助教授
	亀田 誠	大阪府立羽曳野病院アレルギー小児科 医長
	河野政樹	国立療養所原病院小児科 医長
	北山真次	神戸大学医学部小児科 助手
	塩川宏郷	自治医科大学総合周産期母子医療センター 講師
	清水凡生	呉大学看護学部 教授
	汐田まどか	鳥取県立皆生小児療育センター小児科 医長
	武田鉄郎	国立特殊教育総合研究所 主任研究官
	竹中義人	大阪労災病院小児科 副部長
	藤本 保	藤本小児病院 院長
	深井善光	関西医科大学小児科学教室 研究医員
	帆足英一	東京都立母子保健院 院長
	宮本信也	筑波大学心身障害学系 教授
	村上佳津美	近畿大学医学部堺病院小児科 講師
	山口 仁	中町赤十字病院小児科
	藤枝憲二	旭川医科大学小児科学教室 教授
	宮本晶恵	旭川医科大学小児科学教室 講師
	雨宮 聡	旭川医科大学小児科学教室 医員
	山本美智雄	旭川医科大学小児科学教室 医員
	武田康久	山梨医科大学保健学 II 助教授
	奥野晃正	日本赤十字北海道看護大学 教授

研究協力者

石崎優子 関西医科大学小児科学教室 非常勤講師

## 1. 総論の項目数について

### ①意見の集約

一般小児科医および学校医の70%以上が「適当である」と評価していた。一方、専門医では「適当である」の回答が68%、「少なすぎる」が12%であった。

一般小児科医と学校医の意見を集約すると、「コンパクトにする」、「全体のコンセプトが不明瞭である」、「書式を統一する必要がある」というものであり、専門医では「薬物療法を含めた内容の充実」が挙げられている。

また全体から、「総論中のいくつかの項目をまとめて一つにするのがよい」という意見が寄せられた。

### ②改訂版での対応

上述の点から、改訂版では読者の範囲を狭め、内容をよりコンパクトにする必要があると考えられた。具体的な対応として、今回の調査結果で得られた結果を元に、「本書では一般小児科医を対象とし、日常臨床の大部分をカバーできる内容であり、希少な事例や重症例は鑑別方法や紹介先を示す」ことを、このハンドブックの使用法として緒言で述べる。

書式の統一については、文章の内容の改訂の後、職業編集者による査読を依頼することを検討している。

いくつかの項目を一まとめにするのは、執筆者が異なり困難であるので、項目中の重複する部分を削除し、各自の分担を明確にすることで対応したい。

## 2. 各論の項目数について

### ①意見の集約

総論と同様、一般小児科医および学校医の80%以上が「適当である」と高い評価を得た。一方専門医では「適当である」の回答が68%、「少なすぎる」が16%であった。

一般小児科医と学校医の意見を集約すると、「小児心身症専門機関の一覧が欲しい」、「疾患の追加（心因性視力障害、慢性疾患、悪性疾患、脱毛症など）」というものあり、専門医では「疾患の追加（発達障害、虐待の問題など）」が挙げられた。

### ②改訂版での対応

小児心身症専門機関の一覧表は現状では作成は困難である。代替案として、小児心身医学会や小児精神神経学会などの関連する学会の連絡先やwebsiteを記載すること、地域の精神保健福祉センターや児童相談所の連絡先を記載することで対応したい。

疾患の追加に関しては、総論の場合と同じ方針で「一般小児科医が日常臨床で遭遇する疾患」を主眼において追加し、児童精神科専門機関で見られる疾患については詳細な記載は行わず、専門機関への紹介をすすめるものとする。また児童虐待については、具体的な対応方法を追加する。

## 3. ハンドブックのサイズについて

一般小児科医、学校医、専門医ともに「B5版が適当」という意見が最も多く、全体の52.9%を占めた。次に多かったのはA4版であり、26.9%を占めた。この結果から、改訂版はB5版が適当と考えた。

## 4. 全体のボリュームについて

全体のボリュームについて、学校医、専門医の80%以上、全体の78.2%が「適当である」と回答した。したがって改訂では、大きな項目数、ボリュームの増減を行うことなく、内容の改訂や情報を追加することとした。

## 5. 記載形式について

記載形式については、全体の60%以上が「適当である」と回答した。全体の意見を集約すると、「書式を統一する」、「図表、フローチャートを取り入れる」、「索引をつける」、「図表の配置を工夫する」、「内容の順序を工夫する（各論と総論を逆にする、疾患名で並べるなど）」、「字の大きさや行間を読みやすく工夫する」、「Q&Aやコラムを増やす」ことが挙げられた。

上記の意見のうち、「内容の順序を入れ替える」こと以外については、すべての意見に沿って改訂時に読みやすく理解しやすいハンドブックを目指して対処したい。

## 「子どもの心の健康問題 ハンドブック」に対するユーザーの意見と感想への対応

分担研究者 星加明德 東京医科大学小児科学教室

「小児の心と身体」「神経・筋疾患」「鑑別診断が必要な病態」に対してユーザーから寄せられた意見と感想を集約し、その対応を挙げる。

### I. 総論：「小児の心と身体 一心身関連のメカニズム」

①. 「小児の心と身体 一心身関連のメカニズム」と2. 小児の心と身体の発達、3. 心身症の疫学 とはまとめて記載した方がよいのではないか

確かにこれはハンドブックであるので、全体に統一できればその方が読みやすくなると思われる。

②「現場ではチェックリストかスクリーニング検査一覧などが有用ではないか」

これについては、現在東京医科大学病院で使用している初診時のチェックリスト(文末参照)をもとに、小林班の中で、次回の改訂版に組み入れることを検討してみる。

この問診表は昭和51年に外来で小児科医が確認していくことを前提に第1版が作成され、その後14回の改訂を経て、現在第15版(問診表参照)を使用している。この項目で心身医学的疾患とそれにかかわる軽度発達障害まで、おおよそスクリーニングする時に必要な項目が含まれている。また現病歴だけでなく既往歴も含めて臨床像全体を把握することができる。ただ主訴にかかわる経過の部分を除いても問診に5-10分を要するので、このままで使用するの是一般の急性疾患の多い小児科外来ではむずかしいかもしれない。項目数を減らすか母親に書き込んでもらうような形式に変えるということについても検討してはどうか。

またスクリーニング検査一覧については、各疾患の中に「必要な検査」の項目をもうけて、検査をする必要性の有無、必要であれば最低必要な検査項目、特定の症状があれば行う検査などについて統一した形式で記載してはどうか。

### II. 各論：「17. 神経・筋疾患」

①「Tourette 障害の診断基準がない」

これについては「DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引き」のチック障害の診断基準を加える。

②「Rett 症候群はこの項目に含まれるのではないか」

確かに Rett 症候群は神経筋疾患に含まれるが、

まれな疾患であり、一般の小児科外来に受診するときには、発達の遅れを主訴として受診するものと思われるので、このハンドブックからは除いてよいと思う。

③「薬物療法についての記載がほしい」

薬物療法が必要なチック(大部分は Tourette 障害)障害小児が、一般の小児科外来に受診することはまれである。東京医大ではハロペリドールを第1選択薬としているが、1日の服用量は0.25mg から1mg 程度が多い。この量では散剤を使用することになるが、ハロペリドールの散剤では、実測0.025g から0.1g となる。小児科医が散剤を診療に使う場合、実測で0.3g-0.6g となる場合が多いので、医師が10倍量処方をして、副作用のために入院することがある。また薬局でもハロペリドールを成人に処方する場合、1mg から10mg と使用する量に幅があるため、10倍量処方になることがある。このような危険を考えると、このハンドブックの内容としては、ハロペリドールの服用が必要な症例は、経験の多い小児科医か児童精神科医に紹介する方がよいと考える。このような点をコラムとして追加記載する。

④「偏頭痛、筋緊張性頭痛の診断基準、治療の記載がほしい」

偏頭痛と筋緊張性頭痛との診断基準の記載については検討する。ただこれらの頭痛のみを訴えて受診する小児に心身症としての対応が必要な場合はまれである。心身症としての対応が必要な小児は、頭痛を主訴に受診してもしばしば腹痛、嘔気、めまい、倦怠感、微熱などの多彩な自律神経症状も認め、多くは起立性調節障害の診断基準を満たしており、頭痛も起立性調節障害の診断基準中に含めることについて検討してはどうか。

### III. 各論：「24. 鑑別診断が必要な病態」

①「この部分はハンドブックの総論の部分に含めるのがよい」「鑑別診断についてはもう少し多くの疾患の記述があった方がよいのではないか」「それぞれの疾患の記載の中に鑑別診断を入れてはどうか」

この項目は、心身症として対応する疾患が多数あり、それぞれに対する鑑別診断が必要であることを考慮すると、疾患の記載の中に鑑別診断という項目をもうけて記載するのがよいと考える。その場合には、この鑑別診断が必要な病態は削除してよいのではないかと考える。

名前 ID-No 男女 年 月 日 ( 才 か月)

(I)主訴

(II)家族構成・家族歴 祖父、祖母、父、母、兄弟姉妹

(III)妊娠中 1) 切迫流産、性器出血、中毒症  
2) 入院 +、-

(IV)周産期 1) 在胎週数：予定日前・後 日  
2) 分娩 a分娩遷延(24時間以上) b仮死 c吸引 d帝王切開  
3) 生下時体重 g

(V)発達 1) 独歩 誕生日前・後 カ月  
2) 始語 誕生日前・後 カ月  
3) 12ヶ月での言語理解 +、-、?  
4) 視線があう +、-  
5) 利き手：右・左・両手  
6) 昼間おしめがとれた 才 カ月  
7) 二語文以後のおおむ返し +、-  
7) 幼稚園・保育園(入園年齢 ) 社会性 良・否  
最初の頃泣いてばかりいた、教室にはいっていけなかった、  
みんなと一緒に行動ができないなど  
8) 幼児期の反抗期 +、-

(VI)発症時・増強時の退行  
1) 急にあまえる 2) 膝の上に乗りたいがる 3) 体をすりよせる  
4) イライラする 5) 乱暴になる  
6) 赤ちゃんがえり：退行年齢 ( ) 歳

(VII)既往歴  
合併症 1) 熱性痙攣 +・- 才- 才 回  
2) 疼痛(頭痛、腹痛、胸痛、下肢痛、その他)  
頭痛:a 部位,b 拍動性,c 前兆(視覚・その他),d 消化器,e 家族歴  
3) 自律神経症状(嘔気、めまい、微熱、倦怠、その他)  
4) 下痢・便秘  
5) チック(運動、発声)  
6) 排泄障害(夜尿、昼間遺尿、遺糞、頻尿)  
7) 睡眠障害(夜驚、夢中遊行、悪夢、不眠、下肢痛、その他)  
夜驚 発症 才、 回/週、  
誘因 ( )  
a 恐怖 b 疲労 c 緊張 d 発熱 e かせ  
8) その他の問題行動(注意集中困難・多動・衝動性・その他)  
10) 入院 +、- (脳炎、髄膜炎、頭部外傷、その他)

(VIII)行動特徴 1) 友人との関係で緊張しやすい  
2) 細かいことを気にしやすい  
3) 友人・教師・学校の事に無理してあわせる  
4) 失敗や恥をかくことを心配する  
5) その他

(IX)心理社会的背景  
1) 学校(いじめ・友人・教師・転校・その他)  
2) 家庭(養育態度・両親間の問題・学業期待・その他)  
3) その他

「起立性調節障害」に対するユーザーの意見と感想への対応  
分担研究者 田中英高 大阪医科大学小児科学教室助教授

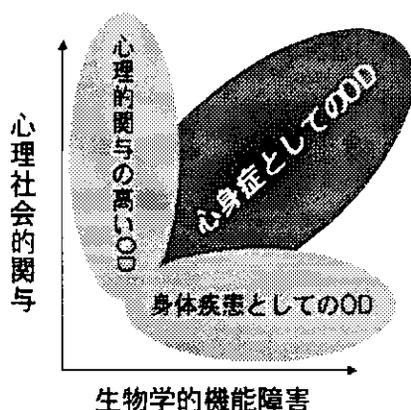
1. 一般小児科医、学校医、専門医の査読結果概要

一般小児科医、学校医、専門医の各々の査読結果において、大きな隔たりはなかったようである。したがって、これらを総合的にまとめると、「概ね妥当な内容であり OD の理解に役立つ」というものであった。しかし、中には「OD は軽症例も多いので、記載されたような詳細な治療が必要か」という意見が 2-3 件にみられた。また薬物治療の詳細、心理的側面へのより詳細な記載を希望するものが 7 件あった。心理的側面の記載を推奨したものは、専門医においてみられた。以上のことから、起立性調節障害の項目は「子どもの心の健康問題 ハンドブック」に掲載する事は妥当であると考えられた。

当初、執筆者として気になっていた点は、別のところにあった。それは、本稿に掲載された OD のサブタイプ分類の記載である。これが本邦で初めて発表されたのは、3 年前の 1999 年（自律神経障害（起立性調節障害）小児科診療 増刊号：小児の治療指針 1999；62：263-266）であり、その後 10 編以上の論文が出版されているが、まだ小児科医には十分に浸透していないと考えていた。しかし、このサブタイプ分類を示した図 1 を不要と考えた者は、学校医と専門医において 1 名ずつと少なかった。執筆者への配慮かもしれないが、このサブタイプ分類の掲載に肯定的な意見が多いと思われることから、この掲載は妥当と判断できた。

2. 改定すべき点

本章の執筆者が、OD は心身症と考えて治療を進めよう、と提唱したのは、1992 年である。（循環器系：吾郷晋浩編、小児心身症とその関連疾患。医学書院、東京、213-231, 1992）その中でも述べられているが、心身症としての OD は、生物学的機能異常と心理的関与が、様々な程度にまぜ合わさった幅広いスペクトラムからなる病態である（下図参考）。



しかし、執筆者は、「身体疾患としての OD」に限らず、「心身症としての OD」についても一般小児科医が外来で治療すべき疾患と考えている。OD は、心と身体の両面から治療すべきであるが、患者への接し方において、主治医が「OD を身体的疾患として治療する」というスタンスを示すことが重要であり、そして丁寧に患者の身体診察を行うことが、全人医療の始まりになるのである。患者自身は、「身体の辛さを何とかしてほしい」という気持ちを持っているので、「きみの身体の辛さを一緒に治そう」というメッセージを伝えることが、全人医療の第一歩である。「OD は心身症」といっても、「OD に心理療法が必要」ということではない。むしろ、OD に対して最初から心理療法を行うことは禁忌である。したがってプライマリーケア医においては、OD に対して、本稿で述べた身体診察と治療を丁寧に行うことが大切である。不登校がある場合、本人が自ら登校する様子がみられなければ、身体症状が改善するまで、強制的な登校は控えるべきである。『紹介された治療法の大部分が心身症としての治療ではないので矛盾を感じた』というコメントがあったため、上記の記載を追加したい。

『心理的要因についての記載がほしい』というコメントがあったが、OD の心理的要因に特異的なものはないと考えられる。十分なエビデンスはないが、恐らく、神経症的不登校の心理的要因とほぼ同じと考えられるので、その記載も追加したい。

3. 一般小児科医に知識を普及させるために必要と思われること

日本小児心身医学会の HP を利用して、このハンドブックのテキストを全文掲載することが可能である。また、現在、我が国で唯一の低血圧ホームページウェブサイトを公開している。この中に、本章を掲載することは可能である。

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
「注意欠陥／多動性障害（AD/HD）とその辺縁疾患」に対するユーザーの意見への対応

研究要旨 「子どもの心の健康問題 ハンドブック」(案)において、注意欠陥／多動性障害(AD/HD)とその辺縁疾患を分担執筆した。この疾患に対する認識は、一般小児科医で90.2%、学校医で72.1%、専門家で100%が重要と回答しており、ハンドブックに寄せられる期待が大きいことが判明した。内容に関する査読結果は、概ね好評であったが、自由記述に記載された意見を鑑み、最終的なハンドブックに記載する内容と到達目標などを検討した。

分担研究者 小枝達也  
鳥取大学教育地域科学部教授  
研究協力者 汐田まどか  
鳥取県立皆生小児療育センター医長

#### A. 研究目的

子どもの心の健康問題には、いわゆる心身症や神経症に加えて、学校や社会への不適応問題がある。こうした不適応行動は、子どもを取り巻く生活圏からの社会心理的ストレスとそれを感じる本人の素因という両面からとらえる必要がある。

平成10年度からの3年間に行われた厚生科学研究「心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究」(奥野晃正班)によって、学習障害(LD)や注意欠陥／多動性障害(AD/HD)などの軽度発達障害では、不適応を発生しやすいことが判明した。この結果を受けて、ハンドブックには、AD/HD とその辺縁疾患に対する知見を盛り込むことが不可欠であると判断された。

本研究では、一般小児科医や学校医向けに AD/HD など行動上に問題を呈する発達障害の知識や治療技能を、どの程度、またどのように提供すべきかについて検討することを目的とした。

#### B. 研究方法

まず、「子どもの心の健康問題 ハンドブック」(案)を作成した。このハンドブックを一般小児科医51名、学校医43名、小児科学会の専門家25名に送付し、内容の適切性や分かりやすさ、分量などについて意見を求めた。

#### C. 研究成果

分担研究者が担当した「注意欠陥／多動性障害(AD/HD)とその辺縁疾患」に対する評価は、下記の表に示したとおりであった。

	一般医	学校医	専門医	全体 (%)
難しい	2.0	4.7	4.0	3.4
適当	90.2	79.1	76.0	83.2
不十分	5.9	9.3	16.0	9.2
無回答	2.0	7.0	4.0	4.2

また、重要性に対する認識は、一般小児科医で90.2%、学校医で72.1%、専門家で100%が重要と回答しており、AD/HD などの発達障害に対する重要性の認識が高いことが判明した。

自由記述では、47に及ぶ意見が寄せられたが、その内容は大きく2つのカテゴリーに分類された。すなわち、①AD/HD の鑑別診断に関するものと、②AD/HD の治療的

介入に関するものであった。

AD/HD の鑑別診断に関しては、いわゆる気質と考えられる場合の区別をどうするかという問題とAsperger症候群などの広汎性発達障害との鑑別をどのようにしたらよいかという2つに集約された。

AD/HD の治療的介入では、薬物療法について適応、具体的な薬剤の使用法、副作用について、さらに詳しい記述を求める意見が多く認められた。しかし、一方では、一般小児科医や学校医が薬物療法まで行ってよいのだろうか、という疑問を投げかける意見も複数見られ、診断がついたり、疑われたら専門医へ紹介しているという一般小児科医や学校医も存在していた。また、生活指導の方法を具体的に求める意見が多く認められた。

#### D. 考察

以上の研究過程を踏まえて、ハンドブックに記載する「AD/HD とその辺縁疾患」に関しては、①一般小児科医を読者対象として、まず、適切な診断および鑑別診断を行うのに有用な内容であること、②AD/HD の重症度分類を記載し、軽症並びに中等症に対する生活指導や環境整備に関する内容を提示すること、③薬物療法の適応基準をその重症度に基づいて提示すること、そして、④薬物療法までは一般小児科医には求めないこと、⑤重症例は小児神経科や児童精神科を専門とする医療機関へ紹介すべきであることを、を基本的な立場とした。

また、より使いやすいものとするために、鑑別診断に関する表を作成すること、およびQ&A形式による項目を設けて汎用性、利便性に配慮することとした。

#### E. 結論

「子どもの心の健康問題 ハンドブック」(案)に対して一般小児科医、学校医、専門医からの意見を求めた。その意見に基づいて、基本となる記述内容のスタンスを決定した。今後実際の利用者の意見を元に、さらに改訂を重ねる必要がある。

#### F. 論文発表

- 小枝達也、平林伸一、宮本信也、榊原洋一. AD/HD を取りまく医療のあり方について. 脳と発達 34:158-161:2002.

## 「子どもの心の健康問題 ハンドブック」に対するユーザーの意見と感想への対応

分担研究者

衛藤 隆

東京大学大学院教育学研究科 教授

### I. 総論：各種関連機関との連携 3). 学校について

#### 1. 結果からわかったこと

全般的に学校そのものの説明は不要であり、学校へのアクセスの仕方（個々の問題解決を試みる際に具体的に学校という組織のどの部分にどのように話を持っていくかということを目指すのか？）、学校との連携の仕方について具体的に記述してほしいという要望が多かった。

#### 2. ハンドブックの原稿として改訂すべき点

最初の3項目、すなわち「学校とは」、「学校に通う子どもの名称」、「入園、入学資格・条件」は削除する。

個別の心身症、神経症等の心の健康問題を有する児童生徒等について、在籍する学校にどのように働きかけ、話し合う状態を作るかということについては、かなり学校や地域の個別性の要素が入り込み、一般的な説明では実際上十分役に立たない可能性がある。ハンドブックとして標準的な方法を示すことができるなら理想的であるが、現実には難しい。読者である地域の小児科医、小児を診療する医師のニーズに応えるためには、経験豊かな学校医に執筆を依頼するのも一法であろう。

学校医の立場からどのようなかわり方があるかについてと、学校医ではない場合のかわり方に分けて記述すべきであろう。

#### 3. 一般小児科医に知識を普及させるために必要と思われること

当初の執筆者の意図には、学校を支える仕組み、法令等を正確に理解していないと、学校という組織にアプローチする際、誤解を生じたり、学校にとっては到底無理な要求を生じたりすることを生じがちであるので、医学教

育ではきちんと教えられていない現状であることもあり、あえてマニュアル的に記述した。しかし、不要であるという意見もあったので、このような基本的事項については医師会等で行われる学校医対象の研修会、マニュアル等により学習済みであるとのスタンスで、実際的なアクセス法、連携の仕方に焦点を当てた書き方とするのがよいだろう。

### II. 各論：不登校 2)-学校保健の立場から-について

#### 1. 結果からわかったこと

実際に不登校の児童生徒等にかかわる立場からの具体的記述を求める意見が多く、特に学校保健の立場からこのハンドブックに記載する意義を明確にすべきであるとの指摘もあり、ペアとなっている「1) 不登校-心因を種とする不登校-」との書き分けをきちんとすべきである。

#### 2. ハンドブックの原稿として改訂すべき点

不登校の児童生徒に対し、実際的にどのような対処をするかという視点に立って、教育や管理を主体とする学校保健の立場から記述することが望ましい。ここでも、不登校について経験の豊かな学校医に記述してもらうのが適当である。

「学校について」との重複がないよう、不登校に特化して記述すること。

#### 3. 一般小児科医に知識を普及させるために必要と思われること

不登校、長期欠席をしている児童生徒等に関連し、学校、家庭、地域の諸機関へどのようにかかわるかという事項につき、要点を記述する。

## 「精神科・児童精神科疾患とその辺縁」に対するユーザーの意見と感想への対応

分担研究者 金生由紀子 東京都立北療育医療センター

一般小児科医からの意見としては、精神疾患の経験が乏しい医師が実際の臨床現場で使えるようにするには具体例を挙げた方がよいとの指摘が13件中3件と最も多かった。児童精神医学に関する知識の少ない者にも分かるようにその全体像やDSM-IV(アメリカ精神医学会による精神疾患の分類と診断の手引第4版)を概説してほしいという要望も同じく3件あった。また、転換性障害について詳しく説明してほしいという要望が1件あった。転換性障害に関連する意見は、学校医からの12件中4件にも認められ、そのうち1件は心因性視力障害に言及していた。さらに、専門医からの意見の7件中3件が、転換性障害だけではなく解離性障害も説明した方がよいのではないかという指摘であった。

これらの意見を参考にしてハンドブックを改定するにあたっては、患者の具体的な行動特徴や精神症状が分かりやすいような記載を心がけたい。プライバシーの保護や紙数の制限などの観点から実際の症例を挙げることは不可能なので、現在の「一般小児科医受診時の主訴」が症状の列挙になりがちであることをより丁寧にして患者像を浮かびやすくすることを中心に対応したい。

児童精神医学や診断基準のあり方を真正面から取り上げるとかなりの紙数を要してハンドブックの構成にもかかわるかもしれない。こ

こでは一般小児科医の臨床活動に役立つという観点から、冒頭に精神医学・医療の基本姿勢とその主な対象をごく簡単に述べた上で、精神科、児童精神科での専門的な対応がとりわけ必要と思われる疾患を選んで説明していることを確認しておくにとどめる。その際に、精神発達や発達障害などに関する十分な知識と経験を有する精神科医である児童精神科医の重要性とそれが質量共に不足している我が国の現状とを指摘しておきたい。

転換性障害については、かつてはヒステリーとされていたものが、運動や知覚という身体の症状を生じると転換性障害、記憶や同一性などの心の症状を生じると解離性障害と分けられたという経緯がある。実際に両者はしばしば合併することがある。国際的に広く使用されている診断分類をみると、DSM-IVでは転換性障害と解離性障害とに分けているが、ICD-10では解離性(転換性)障害とされている。以上から、解離性障害との関連にも言及したい。

一般小児科医に知識を普及させるためには、具体的な患者の姿や対処法がイメージできるようにすること、精神医学・医療全体の見通しがつきやすくすることの両方が必要であると確認された。なじみの少ない精神疾患の患者に適切に対処できるような情報を提供するには両者のバランスが重要であることを念頭に置いて、説明や提示のあり方を工夫したい。

## 「小児型慢性疲労症候群」の項に対するユーザーの意見と感想への対応

分担研究者 三池輝久 熊本大学医学部小児発達学教室

### 1. 意見の集約

読者からの感想・意見は以下の項目に集約される。

- 1) 本症の独立性についての疑問。
- 2) 1)と関連して鑑別疾患、OD やうつとの関連性、不登校との相違点。
- 3) 薬物療法及びその他の療法について。

この他に「小児型慢性疲労症候群の項は敢えてはずすほうがよい」という意見もあるが、読者の不安をあおるとこの意見には賛成しかねる。子どもたちの生活に支障が起こるほどの問題が顕在化する前に診断・対応がなされていれば彼らは不登校状態にはならないと考えられる。もう少し事実を見つめ何が子どもたちの健康と幸せに繋がるかを見据えるべきである。くさいものにふたをしても子どもたちは元気にも幸せにもなれない。

### 2. 「1)本症の独立性についての疑問」への対応

本症が持続的ストレス(不安・緊張)を背景としており、総合的臨床症状が単なるうつとは異なっており、ホルモン分泌や抗うつ剤に対する反応も異なっていることから、独立した病態であることを明確にしたい。

### 3. 「2)鑑別疾患」への対応

医学的な検討により鑑別できる疾患を表に示すことで対応したい。OD はこの項においては独立したものというより自律神経機能障害の一つの表現型と考えている。本症の軽症例では、あるいは発症していても言うように登校を続ける子どもたちは不登校とは呼べない。しかし不登校は本症における最重症型であるので明らかにオーバーラップする。子どもたちが登校できなくなると、どのような背景があろうとも、極めて緊張が高く、従って疲れやすく、日常生活が全うできない状態であり、さらに学習・記憶機能にも問題が出現する。学校の勉強はほとんど頭に入らなくなる。また朝からの心身の活動を維持する準備ができない状態(慢性的時差ぼけ状態)が存在するので朝起きができず、日常生活が障害されるので当然の結果として登校も不可能となる。この項で強調しておきたいことは、小児型慢性疲労症候群が発症し日常

生活が不可能となり学校に通うことができなくなったとき、その後の彼らの人生に大きな問題が派生する事実を直視しなければならないということである。「放置してもその70%程度は学校社会に復帰しているから心配いらない」というような考え方もあるが、これは中枢機能や身体機能については彼らの生活に問題がないということの意味するのではない。不登校が出現したとき彼らの生命の脳及び高次脳機能には大きな障害が存在しており、しかも回復には極めて長い年月を要する。一旦登校を再開し回復したようにみえても、再発が起こりやすい。従って長期の経過観察が必要である。

また学習・記憶機能の障害が長期間存在した後、学校社会に復帰した彼らがどのような生活を送っているかを明確にしなければならない。われわれの検討によれば5年を経過した後、彼らの70%が確かに学校社会に復帰している。しかしその内の50%(全体の35%)には易疲労性が残存しており、午後からの活動など生活もフルタイムという訳にはいかない状態が残っている。また学校には通っているが勉強はほとんど手に付かない生徒達がいる。本症罹患前には成績優秀で大学を目指していた生徒達が中学や高校卒業を目標として命を削っている事実を無視してはならない。しかも30%に上る学生・生徒達は明らかに学校社会に復帰することができず悶々とした苦しい日々を送っている。このような事実を認識するとき果たして不登校が予後の良い状態と本当にいえるのであろうか。これまでの医療の怠慢と非難されても仕方がないのではないかと考える。身体機能を含めた全人的な早期の適切な対応が本症の重症化、即ち不登校を防ぐことができることを強調したい。従って極めて早い時期に本症を認識し早い対応を生徒に行うことの重要性を学校社会に認識してもらう必要がある。我々はこのことにこそ全精力を注がなければならないのであり、いたずらに軽視して安心を得ようと言う態度は医師として望ましくはない。

### 4. 「3)薬物療法」への対応

薬物療法については専門分野に関わってくるため、むしろ簡単に述べる。

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
 小児の心身症の疫学に対するユーザーの意見集約調査に関する研究  
 分担研究者：沖 潤一 旭川医科大学小児科 助教授

**研究要旨**

子どもの心の健康問題ハンドブックには、小児の心身症の疫学として「日本の自己申告制による調査では、中学生の約半数が疲れやすい、頭痛、腹痛を訴えていた。諸外国の論文では、中学生の年齢に相当する男子の5-10%、女子の10-15%が心の健康問題を有しており、両親が揃っていない家庭や本人の学力が低いと、その頻度が増加した。平成10~12年度に行った厚生科学研究の全国一斉調査では、小児科外来を受診した3歳以上の5.8%、6-15歳に限定すると8.2%であり、保健室を利用した児童生徒の13.5%に心の健康問題があった。」と記載した。

この内容に対して、小児科一般医の72.5%、学校医の81.4%、心身症などの専門医の84%から、この問題は重要であるとの回答が得られた。さらに、家庭環境や学校における問題点と心身症の出現率について検討すべきである、単年度の結果のみではなく、継続的な調査が必要であるとの要望が強かった。

**研究協力者**

旭川医科大学小児科教授：藤枝憲二  
 講師：宮本晶恵、医員：雨宮 聡、山本美智雄  
 山梨医科大学保健学 II  
 教授：山縣然太郎、助教授：武田康久  
 東京大学大学院教育学研究科教授：衛藤 隆  
 日本赤十字北海道看護大学 教授：奥野晃正

1. ユーザーにとって新しい情報が得られたか

小児の心身症の疫学に関するハンドブックの内容に対して、まずユーザーの方の既知っている事項が多かったか、新しい情報が得られたかを質問した。この結果を表1に示したが、「新しい知識が得られた」と回答があったのが、一般医の58.8%、学校医の51.2%、心身症を専門としている医師の60.0%とほぼ同じであった。

表1. 「小児心身症の疫学に関する記載は、これまでの知識と比べて満足できるか」の回答

	一般医	学校医	専門医	全体
記載以上の知識は既にあり	0%	2.3%	4.0%	1.7%
同程度の知識	23.5%	25.6%	32.0%	26.1%
新しい知識が得られた	58.8%	51.2%	60.0%	56.3%
なかった	11.8%	20.9%	0.0%	12.6%
無回答	5.9%	0.0%	4.0%	3.4%

2. 小児心身症の疫学に関する記載は、臨床現場で重要か

小児心身症の疫学に関して、今回の拙文がかなり重要、重要と回答があったのは、表2に示したように一般医の72.5%、学校医の81.4%、専門医が84.0%であり、特に小児心身症の専門医で高率だった。表1の結果とも併せて考えると、今回のハンドブックに記載した小児心身症の疫学は、一般医、学校医にとっては、細かすぎた嫌いがあったのに対し、心身症を専門としている先生にとっては概ね好評だった。

表2. 「小児心身症の疫学は、臨床の現場で重要なことであると思いますか」の回答

	一般医	学校医	専門医	全体
かなり重要	7.8%	25.6%	4.0%	13.4%
重要である	64.7%	55.8%	80.0%	64.7%
あまり重要でない	19.6%	16.3%	16.0%	17.6%
重要でない	2.0%	2.3%	0.0%	2.5%
無回答	5.9%	0.0%	4.0%	3.4%

3. 記載内容について

表3に示したように、概ね適当な記載内容であるが、心身症という様々な定義がある状態像を、あまり細かな数値で表現する必要はないとの指摘があった。

また、小児心身症を専門としている先生方から、全国の学校・医療機関の一斉調査は、単年度の調査で終わるのではなく、経時的に調査を行い、小児心身症の実態をより客観的に評価して欲しい

との要望が多かった。さらに、親の収入や家族構成、親の収入などによって心身症の頻度を検討すべきである、心身症の頻度の場合、細かな頻度を出しても誤差の範囲に入るため、小数点以下は不要であるといった記載があった。これらの点が、一般医や学校医に比べ、専門医で「不十分である」との回答が20.0%と多かった理由である。

我々も可能な限り、同じ内容で同じ規模の調査を3~5年毎に行い、より正確な心身症の実態を把握したいと考えている。ただ、家族背景などについて知りたいのはもちろんであるが、学校における一斉調査を行う際に、「個々の属性には言及しないで調査を行うため、是非協力いただきたい」という文章が入った依頼文を各学校長に送っているため、これ以上質問事項を増やすことはできなかった。

表3. 記載内容について

	一般医	学校医	専門医	全体
難しすぎる	9.8%	4.7%	8.0%	7.6%
適当な内容	76.5%	90.7%	64.0%	79.0%
不十分である	7.8%	4.7%	20.0%	9.2%
無回答	5.9%	0.0%	8.0%	4.2%

4. 内容に関しての自由な意見（何が難しいか、何が不十分かなど）。

平成10年~12年にかけて厚生科学研究「心身症、神経症等の実態把握および対策に関する研究」班で行った、病院、学校を対象とした全国一斉調査の結果に対しての関心が高かった。特に、「日頃の診療で感じている心身症の増加が具体的な数値で示されており参考になった。将来は経年的な調査成績も掲載されることを望む。」など経年的な調査を望むという意見が多かった。また、「著者が述べているように、厳密に心身症の定義に基づいた疫学ではないが、引用文献も豊富だし、性、年齢、症状別の検討がしっかりなされている調査結果なので、とても参考になる内容だと思う」といった好意的な意見も得られた。

さらに、低年齢の心身症についての記載が欲しい、全国調査の結果でも、地域性、家庭環境などによる心身症の頻度の比較がなされると良いという意見をいただいた。また、オッズ比に関してコラムで説明して欲しい、数値が多く細かすぎるので読みにくいとの記載があった。これらの意見を考慮して、小児心身症の疫学を改訂する予定である。

## 「各種関連機関との連携」に対するユーザーの意見への対応

主任研究者 小林陽之助 関西医科大学小児科学教室

研究協力者

石崎優子 関西医科大学小児科

### 1. 意見の集約

本項目に関する知識については、「同程度の知識」を持っていると回答したものは一般小児科医 41.2%、学校医 41.9%、専門医 48.0%、「新しい知識」は一般小児科医 47.1%、学校医 46.5%、専門医 28.0%であった。すなわち、一般小児科医と学校医とでは、本項目により新しい知識を得たものが約半数を占めた。臨床現場での重要性については、一般小児科医と学校医の70%以上、専門医の60%が「重要である」と回答した。記載については一般小児科医の80.4%、学校医の90.4%、専門医の76.0%が「適切な内容」と回答した。特に一般小児科医と学校医において評価が高かった。

自由記述をまとめると、以下の点があげられる。

- ①各種の連携機関をまとめたことは良い。
- ②連携機関への具体的なアクセス方法について述べて欲しい。
- ③(心身症)専門機関の名称を掲載して欲しい。
- ④学校ならびに教育機関との連携方法に対する意見・経験や詳細な記述の要望があった。

### 2. 調査結果の解釈

本項目では、全体としては関連機関をまとめたことが高く評価されていたが、具体的な機関名やアクセス方法の記載を望むなど、より踏み込んだ記載を求めていると考えられた。

また、学校ならびに教育機関との連携については、困難を感じていることが伺われた。

### 3. 改訂版における意見への対応

ハンドブック全体に対する意見と同じく、心身症専門機関の名称の記載は困難であり、ホームページの記載や学会・各種団体の連絡先の記載という形で対処したい。

関連機関への具体的なアクセス方法は、本研究班の目的のひとつである「地域におけるネットワーク作り」とも関連する。改訂版ではより実用的な記載を心がけるとともに、第三年度の研修会でも、地域での実践方法を強調したい。

学校や教育機関との連携については査読者も困難感を持っており、改訂の折には、不登校の項目とも絡めて具体的な方法を掲示したい。

平成13年度厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
「小児心身症対策の推進に関する研究」班  
「子どもの心の健康問題 ハンドブック：各論8 摂食障害」に対する  
ユーザーの意見集約調査結果に対する回答  
分担研究者 渡辺久子（慶應義塾大学医学部小児科学教室）

## 1. 摂食障害の目的

子どもの心の健康問題の中でも、小児期の摂食障害は、一般小児科医にとりアプローチしにくい。患児は自らの食行動の異常や危険には気づかず、「私は元気なのに母親がうるさい」と親を悪者にして、教師や医者と親を敵対させる。そして疾病を否認し、密かな摂食異常行動にふけり、身体をこわしていく。このように周囲をふりまわし、治療に抵抗する摂食障害は、小児科医が教師や親と連携して予防し、早期発見できれば、子どもにとりどれほど役立つかわからない。

そこで一般小児科医、一般医、その他子どもに携わる多職種の大人（教師、スクールカウンセラー、養護教諭、心理相談員、ソーシャルワーカー等）の使いやすいマニュアルの作成は急務である。

今回「子どもの心の健康問題 ハンドブック」の各論8「摂食障害」の章を担当し、班会議での研究者間の討論および、ユーザー代表の一般医、学校医と専門家のフィードバックを得ることができた。

問題の多様化する教育や育児の現場に、実際に役立つ心身症のハンドブックとは、何よりもユーザーが読んで、じっくりくるもの、そして目の前の子どもへの実際の取り組みに役立つものである。今回の初稿には、ユーザー代表から、真摯なきめ細かい具体的意見が寄せられた。それを十分に消化し、改定版に生かすことにより、一段と生きたものへの改善ができると思われる。

## 2. ユーザーの意見に対する回答

まず全ユーザーを通じて、一般医から14、学校医から9、専門医から8、計31の意見が寄せられた。

そのうち複数回答があったものについてまず延述べて、次に個々の意見や質問に回答する。

### 1) <複数意見への回答>

分かりやすい、理解しやすいという内容の意見が、一般医から5件（意見番号：No1, 5, 6, 9, 11）、学校医から3件（No2, 4, 6）、専門医から1件（No3）計9件あった。初期対応、小児科医と児童精神科医の役割分担の重要性が伝わったという意見があった。

図と表が分かりにくく改善が必要との指摘が、

一般医から2件（意見番号No7, 13）、学校医から2件（No7, 9）、専門医から3件（No1, 6, 7）計7件あった。改訂版にむけて、図と表を検討しなおす予定である。

誤字の指摘が一般医から1件（No9）、分かりにくい用語や文の指摘が学校医から1件（No3）専門医から1件（No4）あった。誤字は直し、用語と文は、より適切なものに改善する予定である。

### 2) <個々の意見への回答>

#### ①一般医の意見への回答

意見2：実際の摂食障害のとらえかたや治療は多様であるので、そうした中の一つであり筆者としては望ましいと考えるという記載のほうがより現実的。この記載を見て実際の医療機関にいてもこの様にフォローできない所はたくさんある。

回答：この意見をとりいれ、治療の多様性と共通性を簡潔にまとめた内容に改善する予定である。

意見3：開業医で行うのは一次、二次ケアの一部までで、早期に専門機関に送るのがもっとも重要だと思う。心療内科に受診する場合も多く、治療が継続されない症例もある。

回答：専門機関がある場合は上記の意見のように早期に送る、無い場合には、どのようにできる範囲の対応をするか、という2つの場合に分けて整理する予定である。

意見12：専門医のアプローチ（成功例、失敗例）を具体的に示し欲しい。摂食障害に対しては個人の医師の考え方、対処法が異なるはずであり、それぞれの理念を提示してもらうのはどうか。

回答：ごく短い形で成功例、失敗例をいれる予定。そのことによりケアのイメージが具体的になるであろう。本障害は治療アプローチの違いが昔からあるが、近年はむしろ多様なアプローチを統合して、一致点を明確にしている。特に小児へのアプローチは世界的にも、子どもの発達障害を防ぐというコンセンサスが明らかにある。幅広い理念と同時に、一致点についても改訂版では簡潔に触れる予定である。

意見13：摂食障害の背景である心理面の問題のアプローチ、考え方がよく分からない。

回答：摂食障害の精神病理は複雑なため、心理面の問題については基礎的なことのみにしぼるべきと考えた。本障害自体が心の葛藤を心により解決するかわりに、孤独な身体破壊により解消している。この点を明らかにし、心理面の問題アプローチの土台となる心身の初期ケアにページを割いた。改訂版にむけて、この点を再度吟味し、わかりやすく整理したい。

意見 14：polyphagia の記載がない。

回答：過食、あるいは過食・嘔吐症の記載には、慎重になったため今回はふれなかった。しかし現実には過食は増えている。この意見を契機にどのようにとりあげるかを検討する。過食は、拒食の反動として出現することが多く、拒食と過食は表裏一体である。過食は拒食への適切な対応で、阻止し予防して行くことがある程度可能である。過食では、拒食の治療アプローチと同様生体のリズムの回復を重視し、少量から規則的に食べ、食事のリズム、代謝の安定したリズム、昼夜のリズム、生理の再開による生理周期のリズムの回復をはかる。食べる量は、吐かないで楽しんで食べられる量が大切。寂しさ、緊張不安と苛立ちから過食に走るの、子どもの孤独、見捨てられる不安をよく理解することが必要である。このような内容を改訂版では追加する。

### ②学校医の意見への回答

意見 1：小児科開業医では、軽い初期の対応ができるかどうか。重症な場合は、きちんと専門医が必要と考えるので、ある程度の知識があれば良いと考えている。

回答：同感である。必要最小限の有用な新しい知識を提供する義務を専門医は持つ。

意見 5：一般小児科医のなすべき事柄、専門医紹介の判断基準、家族への援助について具体的に記載して欲しい。

回答：改訂版ではこの点をよく整理して記載する予定である。

意見 8：「心身の育てなおし」についてもう少し記載が欲しい。参考文献の紹介なども。

回答：改訂版に「心身の育てなおし」についても触れ、参考文献リストを加える。

### ③専門医の意見への回答

意見 2：対応に関して（一般症小児科医にわか

るような具体的行動療法に関して述べて頂きたい）

回答：ベッドサイドでの診察、病気の説明と治療の進め方を改訂版で記載する。

意見 5：治療について心理療法は体重の 8 割回復した時点で始めると言い切らないほうがよいと思う。身体治療と併行して行くことで双方に効果が出ることもある。ある程度の身体治療の「めど」がいたら行ってよいのではないか。治療目標について最終的なことは記載されている事柄かもしれないが、まます食に対する恐怖がうすれ経口摂取ができ（摂取量が増え）嘔吐、下剤の使用等なく生活できることではないか。

回答：身体と心のアプローチは一体で、初診から同時並行的にスタートする点は、この意見と同感である。心理治療でことたれりとする危険な風潮に対して警告の意味で強調したが、表現に断定的な点があったことを反省し改善したい。

意見 8：例えば、外来のみの診療機関で、診ていけるラインはどの辺までといった様ところを、もう少し分かりやすく書いていただければ助かる。

回答：大事なポイントであり改訂版には必ず追加する。

### 3 おわりに

以上、ユーザーの意見と回答を述べた。ここで再度、摂食障害の章のねらいを述べておく。摂食障害は、戦後の高度経済成長の日本で増加している。子どもと若者を襲うこの病気は、その人の人生を狂わせるリスクがある。本症の発症を防ぐために、子どもたちにかかわる大人が連携したい。

摂食障害は最も難治性の心身症であり、予防早期発見治療こそが、最も確実なアプローチである。

摂食障害は十代と二十代では、病態の性質が異なる。十代の発症は、思春期の成長発達にブレーキをかけ、短期的、長期的に、深刻な心身の発達障害をひきおこす。

以上の基本的考えに、ユーザーの有意義な意見により啓発された点を検討し、よりよい改訂版を作る予定である。

研究協力者  
石崎優子 関西医科大学小児科

## 1. 意見の集約

本項目に関する知識については、「同程度の知識」を持っていると回答したものは一般小児科医 35.3%、学校医 23.3%、専門医 68.8%、「新しい知識」は一般小児科医 51.0%、学校医 55.8%、専門医 0%であった。すなわち、一般小児科医および学校医と専門医との間で知識に大きな差があった。臨床現場での重要性については、全体の約 70%が「重要である」と回答した。記載については一般小児科医と学校医の 75%以上、専門医の 64%が「適切である」と回答し、一般小児科医と学校医の約 10%と専門医の 24%が「不十分である」と回答した。

自由記述をまとめると、以下の点があげられる。

- ①全体からは、本項目では心の発達の評価、面接法、心理検査の 3つの内容の概要について述べたが、別にすべきという意見があった。
- ②一般小児科医、学校医は項目内に心理テストの実物あるいは実例の掲載を望んでいた。
- ③一般小児科医、学校医は診療のスペースや時間の制限のために、本項目にあげた心理検査の実施を困難と述べていた。
- ④専門医では、より専門的な心理テストについても紹介すべきという意見があった。

## 2. 調査結果の解釈

本項目では、一般小児科医および学校医と専門医の見解が明確に分かれた。すなわち、前者ではより簡便で実用に適した内容を求め、後者

では専門的知識を求めていた。ハンドブックの対象は一般小児科医とする点からは、前者のニーズに絞った改訂を心がけたい。

## 3. 改訂版における意見への対応

1. の「意見の集約」の項目①に対しては、本項目では心理検査を中心に据えることで対応したい。心の問題の評価や面接法の内容は、他項目の中に重複する部分があるので、執筆者と相談して本項目からは削除することも検討している。

②に対してはスペースと著作権の許すものは掲載するが、市販の心理検査の多くはコピーによる仕様は不可であることを明記し、利用者の注意を喚起したい。実例については、患者のプライバシーを守る点から、仮想例でも困難と考える。

③については、執筆者の説明不足が原因で難しいという印象を与えた可能性がある。よりわかりやすく記載を心がける。

④に対しては、基本的には一般小児科医対象というハンドブックの性質上、不必要と考える。しかし、さらに深く勉強したい医師向けにコラムで紹介する、あるいは手引書をあげることで対応したい。

さらに今回のハンドブックでは、発達検査の紹介はしなかったが、発達検査は学習障害や広汎性発達障害など他の項目の理解のためにも必要不可欠であると考えられる。改訂の折には追加したい。