

題か全くわからないので紹介も出来ない」というものもあった。

(4)小児心身症専門医療機関リストを用いてよかった点

リストを用いてよかったこととしては、「地域にある専門医療機関がわかった」、「症状が改善した」という点が挙げられた。

(5)小児心身症に関する研修会で取り上げてほしいテーマ（複数回答）

小児心身症に関する研修会を開催する際に取り上げて欲しいテーマとして、不登校（17）、注意欠陥/多動性障害（10）、一般小児科医で出来る対応と専門家への紹介のタイミング・ポイント（7）、自閉症・アスペルガー障害（5）、摂食障害（3）、心理療法・カウンセリング（3）、問題行動・暴力（3）、学習障害（2）、チック（2）、その他（22）が挙げられた。

(6)関連諸機関との連携（表）

現在行っている関連諸機関との連携について、a.問題（疾患）、b.連携先機関名、c.連携先のキーパーソンについて自由記述で尋ねた。その結果、本研究対象者では、(1)不登校・いじめ、(2)発達障害、(3)児童虐待・マルトリートメント、(4)その他の問題のように、問題によって連携先、キーパーソンが異なっていた。

4. 考察

最近6か月間に心身症受診患者数が0名との回答が過半数であり、「小児心身症専門医療機関リストを知らない」との回答した者は回答者の約半数であったことから本調査対象では、小児心身症への興味は低いと考えられた。

一方で6か月間に受診した小児心身症患者数が10名以上の医療機関が20施設以上あった。また心身症患者紹介に際して「院内に専門家がいる」と「紹介先を決めている」との回答が約半数を占めた。このことから、本調査を実施した地域では「心身症をみる専門機関」と「ほとんどみない一般小児科医」との両極化が示唆された。

小児心身症専門医療機関リストを利用して紹介した患者の疾患名は、不登校、摂食障害、自閉症、学習障害、アスペルガー障害、「保育所入所後夜中騒ぐ（診断名不詳）」、「友達の母の死後精神的に悪くなった（診断名不詳）」、「家庭内にDVがあり母子関係の調節が必要な症例」、metachromatic leukodystrophy と多岐にわたり紹介される側の専門医師に鑑別診断の能力が必要と考えられた。

小児心身症に関する研修会を開催する際に取り上げて欲しいテーマとして、不登校、注意欠陥/多動性障害に続いて「一般小児科医で出来る対応と専門家への紹介のタイミング・ポイント」が多かった。このことから、本調査対象者では小児

心身症への取り組みことが十分とはいえないと推察された。

関連諸機関との連携について、対象者では（1）不登校・いじめ、（2）発達障害、（3）児童虐待・マルトリートメント、（4）その他の問題のように、問題によって連携先やキーパーソンが異なっていた（表）。

すなわち（1）不登校・いじめでは、学校や教育委員会といった教育機関を連携先に挙げ、キーパーソンとしては養護教諭、連携のコツとして紹介状や日常的な情報交換を挙げていた。また自らの実践として述べられた意見の中で特筆すべき事項として「小児科医と学校との仲立ちとして地域で学校医活動にあたる学校医に協力を依頼している」と言う経験が述べられていた。学校医は同じ医師と言う視点を持ち、かつ学校保健現場の健康管理に携わる存在であり、医療と教育との連携において重要な役割を果たすと考えられる。ここに挙げられた意見のように地域で学校医の協力を実現させるためになすべきことは、患児を担当する医師が郡市区医師会の学校保健担当理事あるいは学校医部会や地域の学校保健会等にアクセスすることである。小児科医が学校医や養護教諭などの現場の担当者と連携して、学校や家庭を巻き込みながら患児に対応することにより、より包括的なケアが可能となろう。

（2）の発達障害では、連携機関として教育機関とともに保健センター、専門医を挙げたものが多かった。発達障害では、患児の病態の理解のためにさらに詳細な医学的診察や発達検査が必要であり、その結果をもとに教育機関と連携する必要がある。

（3）の児童虐待・マルトリートメントでは児童相談所との連携が優先されるが、その際の留意点は虐待の早期発見と、行政担当者との共通認識が挙げられた。児童相談所との連携についてはその他に失敗例の経験談も挙げられていたが、失敗の原因は医師と行政担当者との虐待に関する認識のずれが挙げられた。今後、児童相談所職員など福祉や行政担当者との間でも情報交換や知識の共有が望まれる。

本調査の結果から、子どもの心の健康問題に対する関連諸機関のネットワーク・モデルの提示に際しては、問題（疾患）をグルーピングして数種のモデルの概要を提案し、利用者である小児科医が各地域で連携が可能な機関やサービスを追加して実用化するのが現実的であると考えられた。

5. まとめ

本調査対象者である大阪小児科医会会員では、いまだ小児心身症へのプライマリケアが普及しているとは言いがたいことがわかった。しかし小児心身症専門医療機関の慢性的混雑緩和のため、

また地域における子どもの心身の健全育成のためには、地域の一般小児科医が子どもの心の健康問題のプライマリケアに関わることが重要であると考えられる。その推進のためには、まず一般

小児科医における小児心身症の発見方法、各種小児心身症への初期対応と専門医療機関への紹介のポイントに関する知識を普及させることが重要であると考えられた。

表 日常臨床における連携の必要な疾患と連携先および連携のコツ

疾患・問題	連携先	コツ
不登校 いじめなど	学校 教育委員会 児童相談所 専門医 公的病院 精神科 心理	疾患(診断書)を中心として話し合いの機会を作る 同じスタンスに立ち、誰かを悪者にするのではなく意思の疎通を明瞭にし信頼を保って 病診連携のように電話にて連携できる窓口があればよい 受診に抵抗のない配慮 親の同意のもと担当機関の意思が学校と直接話し合う お互いの情報交換という姿勢 院内学級の先生の橋渡しがあればスムーズ 低姿勢を徹底する(学校での様子を聞いてみたい) 教師に手紙を書く 相手の現状をこちらが理解しておくこと 絶えず連絡し、各学校に一人は信頼できる教師を作る
摂食障害	学校	学校担任と医師が連絡をとる
軽度発達障害	教育委員会	ST、心理士などのスタッフの充実
自閉症	学校	医療機関から各機関に診断書、対応の仕方について紹介状を書く
AD/HD	保健センター 専門医 専門教育機関	特殊な検査を実施する 電話による協力要請 養護教諭と話し合う 役割分担
虐待 養育不良	児童相談所	とにかく早めにコンサルト 確信できなくてもコンサルト 行政の担当者と共通の認識をもつ
不定愁訴(頭痛、腹痛) 学校		出来るだけ直接会って話巢ことが望ましいが無理なら手紙を書く 学校への電話が5時ごろが都合がよい 学校に出向いて会うとわかりやすく、学校の様子もよくわかる いじめの時は父兄が直接担任教師と共同作業
暴力 行為障害	児童相談所	普段からつながりを築く
修学旅行前の夜尿 遺尿	医療機関 随時来院できる機関	スクールカウンセラーではなく医療機関の意思による教師への講習会
喘息・アトピー・夜尿	学校	養護教諭・担任教諭・保護者のパートナーシップを円滑にする
小児期膠原病	学校	疾患に対する正しい知識がないのでまずは専門医師を増やす

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（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（H15-子ども-014）
分担研究報告書

3-B. 一般小児科医への心身症診療の普及を目的とした「日常診療における心身症の発見、
初期対応、関連諸機関の連携」の研修会の試み

主任研究者	小林陽之助	関西医科大学小児科学教室 教授
研究協力者	石崎優子	関西医科大学小児科学教室
	竹中義人	大阪労災病院小児科 副部長
	村上佳津美	近畿大学医学部堺病院小児科 講師
	若宮英司	北摂総合病院小児科 部長

研究要旨

近年、小児科外来を受診する患児の中にも心の問題の関与する症例が見られるようになり、子どもの心の問題を早期に発見して理解し、早期に適切な治療を行うことは小児科医にとって大きな課題となった。しかし多忙な一般小児科医の外来診療場面では、多くの場合、心の問題や不定愁訴に対して“一般的な対症療法を行って効果がなければ、心理面には立ち入る時間がない”のが現状と言えよう。そこで一般小児科医が心の問題を持つ患児を理解し、適切な初期対応をするために必要な基礎知識と、その実践例をテーマとした研修会を開催した。またその模様を収録にしてビデオ教材を作成した。小児心身症患児の中には発症の初期に適切な薬物療法と簡単な心理的介入を行うことによって早期に軽快する者も多く、本研修会の実施ならびにビデオ教材の利用が、一般小児科医における小児心身症へのプライマリケアの普及の一助になると考えられる。

1. 研修会の開催

本研究班では、小児・思春期の心身症の基礎知識の普及をはかり、地域における子どもの心の健全育成に関する医療、教育、行政の関連諸機関のネットワーク・モデルを提示することを目的として活動を展開している。また社団法人・大阪小児科医会プライマリケア部会では小児のプライマリケアの向上のために「子どもの心の問題」をテーマとして取り上げている。本研修会は、本研究班と目的を同じくする社団法人・大阪小児科医会プライマリケア部会とが協力して、一般小児科医が小児心身症に対応する際に必要な基礎知識、対応、治療、および関連機関との連携の実際についてひろめる目的で開催した。

研修会のテーマは「日常診療における心身症の発見、初期対応、関連諸機関の連携——一般小児科医が日常診療で小児心身症をどう見つけるか、一般小児科医でどこまで対応し、どこで専門医に紹介するかという点と連携のコツについて——」である（平成16年1月31日（日）、大阪国際会議場（グランキューブ）で開催）。

2. プログラムの概要

研修会のプログラムは、前半は小児心身症ならびに発達障害の基礎知識に関する2つの講演(1)一般小児科臨床におけるいわゆる心身症への対応と(2)一般小児科臨床における発達障害児の早期発見と対応、後半は一般小児科を受診す

る頻度の高い心身症である腹痛と過敏性腸症候群を取り上げ、その基礎知識と具体的対応とからなる講演(3)一般小児科を受診する腹痛、過敏性腸症候群の理解と対応である。各講演の概要は以下のとおりである。

(1)一般小児科臨床におけるいわゆる心身症への対応

小児心身症は子どもの生物学的要因（遺伝的素因と年齢要因）、心理社会的要因、子どもを取り巻く援助システムのあり方などの要素が相互に作用しあって発症する。その症状は生理学的所見を伴わない身体各部の痛みや違和感、だるさなど不定愁訴が多く、成人における「心身症の定義」を拡大解釈して理解する必要がある。予後は成長・発達の過程に沿って年齢依存的な経過をとることが多い。

小児心身症の病態を把握するためには、患児と家族の身体面と心理面とについて情報を収集・評価し、心のみでも身体のみでもない心身両面からの対応が必要である。情報収集において診断面接とともに簡単な心理検査の使用も有用である。検査の適応と限界を理解して使用することにより、患者理解に必要な情報を得ることが出来る。また面接と心理検査の習熟により、子どもの落書きや診察室でのしぐさから知能発達の程度や親子関係のあり方などの情報の読み取りも可能となる。

小児心身症への対応については上述の3つの要

素が相互に作用しあって発症する問題であり、そのそれぞれに医療、教育、福祉が連携して対応することが望まれる。医療の役割として、一般小児科医で可能な対応の範囲は広く、積極的に関わることが望まれる。

(2)一般小児科臨床における発達障害児の早期発見と対応

①発達障害とは？

正式なカテゴリーではないが、中枢神経の機能障害により発達の遅れ、あるいは偏りをしめす一群を指し、一般的には精神遅滞、コミュニケーション障害（言語障害）、広汎性発達障害、学習障害、発達性協調運動障害、注意欠陥／多動性障害が含まれる。軽度の発達障害と呼ばれるのは知的障害がないか程度が軽いもので、普通学級に在籍することが多い。集団の中に埋没し気付かれにくい、必要な対策が受けられないことが多い。

②二次的な行動変化

脳機能の脆弱さや誤った認識に基づく周囲の対応の結果、二次的に不適切な行動や心理的問題を起しやすく二次障害と呼ばれる。このため社会適応がさらに悪化する。

③小児科医の役割

小児科医に求められるのは発達障害の発見と受容、そして環境調整だろう。

発達障害を発見するのに役立つ症状には、多動、言葉の遅れ、構音障害、協調運動の問題（不器用）、社会性の問題、感覚の異常、情動制御の問題、偏食、こだわり、強迫、チック、てんかん、夜尿などがある。発達障害や合併症の診断、鑑別、予後判断、対処に不慣れな場合は専門とする医師への紹介が必要となる。家庭や学校の理解を求め環境を整えることが必須となり、主治医は関係各機関との連携の核となることが求められるだろう。

(3)一般小児科を受診する腹痛、過敏性腸症候群

①一般小児科を受診する腹痛、過敏性腸症候群の理解と対応

腹痛、下痢など消化器症状における診断と鑑別について以下の疾患を中心に心身医学的立場からそのポイント、注意点などをのべる。

<反復性腹痛>

独立したエピソードの腹痛が間歇的に3回以上を3ヶ月以上にわたりあるものを反復性腹痛

(RAP)と呼ぶ。小児期のRAPはその約90%が機能性、心因性腹痛である。残りに消化性潰瘍、クローン病などの消化器疾患、尿路感染症などの器質的疾患が含まれる

<過敏性腸症候群>

過敏性腸症候群（以下IBS）は、炎症、腫瘍など器質的疾患が存在せず、消化管の機能異常により腹痛、便通異常（下痢、便秘、交替制便通異常）をきたす症候群である。また、心理社会的因子との関連も強く、心身症の代表的な疾患のひとつである。

②過敏性腸症候群の実際例からみて治療的対応のコツと注意点

当院心身症外来ではRAPやIBSなどの消化器心身症児の診断や治療を実践している。このような子どもたちの中には、食生活を含めた日常生活指導や消化器の薬物治療のみで症状の改善がみられるケースも多々ある。しかしながら、軽快・増悪を繰り返し、児の心理社会的な背景が症状に関与している場合もあり、地域の教育機関や医療機関との連携や家族へのカウンセリング、抗不安薬や抗うつ薬などの薬物を投与せざるをえない場合もある。

最近、我々は地域の養護教諭に実施したアンケートを実施したところ、これらの消化器心身症児に対する学校での認識や対応は十分とはいきれず、消化器心身症の子どもたちやその家族を支えてあげられるのは、やはり小児科医ではないかと考えている。このような状況下で、一般小児科医がどの程度まで、治療的対応を実践すべきであるのか、そのコツや注意点について、最近の話題を交えて講演する。

3. 研修会参加者の意識集約調査の概要

後述するように、全ての講演について「新たな知識を得た／新たな知識は得られなかったが理解を深めることが出来た」と回答したものが90%以上、「わかりやすい」と回答したものが80%以上であった。以上の結果から、本研修会は「一般小児科医に小児心身症の基礎知識を普及させ、初期対応に役立つ」という目的を果たしえたと考えられた。

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（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（H15-子ども-014）
 分担研究報告書

3-C. 研修会「日常診療における心身症の発見、初期対応、関連諸機関の連携」参加者の意識集約調査

主任研究者 小林陽之助 関西医科大学小児科学教室 教授
 研究協力者 石崎優子 関西医科大学小児科学教室

<回答者の属性>

医師 50名、教師 1名、看護師 1名。

あなたは小児心身症を専門とされていますか

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
はい	6	10.0	11.8	11.8
いいえ	37	61.7	72.5	84.3
どちらとも言えない	8	13.3	15.7	100.0
合計	51	85.0	100.0	
無回答	9	15.0		
合計	60	100.0		

I. 「一般小児科臨床におけるいわゆる心身症への対応」の講演はいかがでしたか。

I-1 内容について

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
新たな知識を得た	20	33.3	46.5	46.5
新たな知識は得られなかったが、理解を深めることが出来た	21	35.0	48.8	95.3
すでに十分理解している内容であった	2	3.3	4.7	100.0
合計	43	71.7	100.0	
無回答	17	28.3		
合計	60	100.0		

I-2 わかりやすさについて

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
大変わかりやすかった	16	26.7	37.2	37.2
わかりやすかった	20	33.3	46.5	83.7
ふつうであった	7	11.7	16.3	100.0
合計	43	71.7	100.0	
無回答	17	28.3		
合計	60	100.0		

II. 「一般小児科臨床における発達障害児の早期発見と対応」の講演はいかがでしたか。

II-1 内容について

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
新たな知識を得た	29	48.3	60.4	60.4
新たな知識は得られなかったが、理解を深めることが出来た	15	25.0	31.3	91.7
すでに十分理解している内容であった	4	6.7	8.3	100.0
合計	48	80.0	100.0	
無回答	12	20.0		
合計	60	100.0		

II-2 わかりやすさについて

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
大変わかりやすかった	16	26.7	33.3	33.3
わかりやすかった	23	38.3	47.9	81.3
ふつうであった	8	13.3	16.7	97.9
難しかった	1	1.7	2.1	100.0
合計	48	80.0	100.0	
無回答	12	20.0		
合計	60	100.0		

III. 「一般小児科を受診する腹痛、過敏性腸症候群の理解と対応」の講演はいかがでしたか。

III-1 内容について

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
新たな知識を得た	35	58.3	72.9	72.9
新たな知識は得られなかったが、理解を深めることが出来た	11	18.3	22.9	95.8
すでに十分理解している内容であった	2	3.3	4.2	100.0
合計	48	80.0	100.0	
無回答	12	20.0		
合計	60	100.0		

III-2 わかりやすさについて

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
大変わかりやすかった	20	33.3	41.7	41.7
わかりやすかった	24	40.0	50.0	91.7
ふつうであった	4	6.7	8.3	100.0
合計	48	80.0	100.0	
無回答	12	20.0		
合計	60	100.0		

IV. 今回の研修会に関する意見

1. 一般小児科臨床と結びついたこういう企画は役立つものである。
2. 児童精神科に紹介するタイミング、紹介すべき症例がもう少し具体的にわかるほうが良かった。
3. 石崎先生の話をもっと時間をかけて細かく聞きたかった。
4. 小児科医以外の児童精神科、他職種の話がお聞きしたいです。小児科医の話はすでによく聞いてあまり参考になる点は少ない。
5. 大変良かったです。
6. 2時間であれば演題の数は少ないほうがよいと思います。
7. 丁度良かったです。
8. もう少し専門的な話が聞きたい。AD/HD、LD、自閉症などの教師や親への指導法。
9. まとまった話でわかりやすかったのですが、発達障害の話は一般小児科医には少し難しいように思いました（いろいろと広範囲になったからか、）これからの診療に役立てることが出来ればよいと思います。
10. 初期対応についてはよく理解できましたが、継続治療などについて詳しく聞きたいと思いました。
11. 更に企画して欲しい。ビデオも借りて基礎知識を増やしていきたい。
12. インフルエンザの流行時期でもあり、開始時間が14時というのはとてもライ所に難しいです。もう少し開始時間を遅くしていただければ開業医にとっては有難いです。講演を途中からしか聴けず、残念でした。またこういう機会を何度も与えていただきたいです。
13. 時間が短い。全部で3時間欲しい。
14. 関心のあるテーマで興味深い内容でした。
15. 会場が狭い。

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（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（H15-子ども-014）
分担研究報告書

3-D. 大阪府下の自閉症ならびに発達遅滞児療育機関リスト作成のためのアンケート

主任研究者	小林陽之助	関西医科大学小児科学教室 教授
研究協力者	大林一彦	(社) 大阪小児科医会会長
	小國龍也	(社) 大阪小児科医会プライマリケア部会長
	石崎優子	関西医科大学小児科学教室
	若宮英司	北摂総合病院小児科 部長

研究要旨

小児心身症の臨床の普及のためには、二次的な心身症状を呈することの多い自閉症を含む広汎性発達障害児の病態や対応に関する知識を充実させることも重要である。小児科を受診する自閉症児や発達遅滞児に関連諸機関と連携しながら対応するために、療育機関マップを作成する目的で、大阪府下の児童福祉担当者ならびに療育機関に対してアンケート調査を実施した。その結果、府下の市町村担当者において自閉症や発達遅滞に関する知識や考え方に大きな開きがあることがわかった。今後、医療者が行政、保健ならびに福祉などの関連諸機関との連携して子どもの心の健康問題に対処する際には、このような行政や福祉などの関連諸機関の担当者との知識の共有をはかる必要があると考えられた。

1. はじめに

本研究班と(社)大阪小児科医会・プライマリケア部会とによる「心身症専門医療機関リスト利用度と小児心身症診療の実際および関連諸機関との連携に関する調査」の結果、大阪小児科医会会員である一般小児科医では小児心身症への取り組みが十分行われているとは言えないことが明らかとなった。その背景要因の一つとして、心身症、発達障害、自閉症の病態の違いについての知識ならびに適切な連携先の知識の不足が伺われた。今後小児心身症診療の普及をすすめるためには、二次的な心身症状を呈することの多い自閉症を含む広汎性発達障害児の病態や対応に関する知識を充実させることも重要であると考えられた。今回、その一環として、大阪府下の自閉症圏の子どもの療育機関リストを作成するために、アンケート調査を実施した。

2. 方法

方法は、大阪府下の市町村(区)の児童福祉・療育担当者あてに、言語発達遅滞や自閉の疑いのある児の療育機関名を尋ねる質問紙を郵送した。

次に回答のあった施設に対して、表に示した質問紙を郵送し、郵送もしくはファックスで返送してもらった。

3. 結果

(1)府下の市町村の児童福祉担当者からの回答

府下の32の市のうち18、11の郡部の中で5つの町村から返答を得た。回答が得られた5つの郡部のうち、4町村の回答は「療育施設

がない」というものであった。大阪市に関しては区別に依頼状を郵送したが、健康福祉局障害者施策部障害福祉課在宅支援係担当者から各区を一括して「自閉症については医学的なことが十分わかっていないのでアンケートで示されたような療育機関とよばれるものは大阪市にはありません」という回答を得た。

(2)療育機関へのアンケート

市町村から紹介いただいた施設に対して表の質問紙を郵送し回答を求めた。回答の内容は質問の趣意に沿い、利用者に有益な情報であった。

4. 考察

大阪府下の言語発達遅滞や自閉の疑いのある児の療育機関マップを作成する目的でアンケート調査を実施した。市町村の担当者からの問い合わせや回答からは、市町村担当者においてもこれらの問題に関する知識や考え方に大きな開きがあることがわかった。このことから医療者が行政、保健ならびに福祉などの関連諸機関との連携して子どもの心の健康問題に対処する際には、まず関連諸機関の担当者のこれらの問題に関する考え方を知り、知識の共有をはかる必要があると考えられた。

本研究班では一般小児科医における小児心身症、心の問題の基礎知識と普及を目的としたが、今後、子どもの心身の健全育成に関わる他の専門職種に対する働きかけや基礎知識の普及が必要であると考えられた。

表 自閉症ならびに発達遅滞児療育機関リスト作成のためのアンケート

貴機関について、教えてください。

名称
所在地
電話番号
ファックス番号
e-mail
Website

1. 受診方法について教えてください。

予約の必要性 (あり・なし)
「あり」の場合、(電話・その他(具体的に))
相談担当 担当者名 () ・特に担当者はない
相談時間
交通
紹介状の必要性 (あり・なし)
「あり」の場合、(医療機関・教育機関・その他)からの紹介状が必要

2. 対象年齢を教えてください。()に○、×をご記入ください。

乳児 () 幼児 () 小学生 ()
中学生 () 高校生 () 成人 ()

3. 相談・療育内容について教えてください。()に○、×をご記入ください。

育児一般 () 運動発達 ()
言語発達 () 目、視覚 ()
耳、聴覚 () 対人、社会性(多動、自閉) ()
歯科 () 福祉サポート、相談 ()
就園、就学指導 ()

4. 利用の種別について教えてください。()に○、×をご記入ください。

通所または登校 () 居住または入所 ()
ショートステイ () デイケアサービス ()
外来相談 () トレーニング ()
在宅者などの訪問 ()

5. 相談・療育に関わる職員について教えてください(非常勤を含む)。()に○、×をご記入ください。

小児科医 () 精神科医 ()
児童精神科医 () 保健師 ()
心理士 () 作業療法士 ()
言語療法士 () ソーシャルワーカー ()

6. その他に貴施設の特徴について教えてください。

()

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（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（H15-子ども-014）
分担研究報告書

4. 学習障害の病態解明と治療に関する研究

分担研究者 小枝達也 鳥取大学教育地域科学部 教授

研究要旨

学習障害などの発達障害児をケアする目的で、事例検討会という形式のネットワーク作りを試みた。参加者（専門の教師、心理士、医師の3職種、18名）を限定することにより、密度の高い検討が可能であった。検討事例の7割で、すでに診断がついていたが、学校や保育現場における対人関係上や行動上の問題が数多く残されており、診断をしたら解決するのではないということが、改めて浮き彫りにされた。今後とも発達障害児を対象とした事例検討会という形式のネットワーク作りを継続実践する必要があると思われる。また、学習障害児の不適応を減らすためには、学習ができるようにすることが根本的な問題解決の道であり、今回、おもに教員を対象とした発達性 dyslexia に対する言語学的な指導法について研修した。こうした新しい方法論の導入が、今後も積極的に行われるべきであろうと思われる。

A. 研究目的

学習障害児は、小学校の低学年といった早い段階で二次的な不適応を呈することが多く、不登校や保健室登校といった状態になることが少なくない。この二次的な不適応を防ぐためには、教育・福祉・医療諸機関の連携が重要となるが、どのような形態の連携が望ましいか、また可能であるかについては、その地域の事情によっても異なってくる。

今年度は、鳥取県の東部、中部地区を対象とした学習障害や注意欠陥／多動性障害、高機能自閉症などの発達障害児の事例検討会を行い、ネットワーク作りに必要な要件について検討した。また、学習障害児の一つである発達性読み書き障害（dyslexia）に対する言語学的な指導法の技術講習会を開催した。

B. 方法

1) 事例検討会

平成15年5月～平成16年2月まで毎月1回2時間の事例検討会を主催した。密度の濃い検討会とするため、参加者を限定かつ固定して行った。参加者は計18名で、学習障害等専門教員、障害児学級担任、県教育委員会指導主事、心理職（児童相談所、国立病院、大学）、医師（精神科、小児神経科）の各職種による多面的な検討が行われた。

検討する事例は、保育現場や学校教育現場において指導上に困難があり、保護者にも児に対する問題意識が存在して、事例検討会へ提出することに同意された事例であり、担任する保育士や教諭がプレゼンテーションを行い、参加者が質疑応答ののちアドバイスをを行うという形式を取った。

2) 学習障害に対する言語学的な治療技法に関する研修

学習障害児に合併してくる心身症等の二次障害の予防には、何よりも学習ができるように指導することであると思われる。そこで、学習障害の一型である発達性 dyslexia に対する有効な治療法として注目され始めた「バイパス法としての聴覚法」の技術研修会を開催することとした。

平成15年12月20日、鳥取大学教育地域科学部教育実践総合センターにおいて、国立精神・神経センター精神保健研究所治療研究室室長 宇野 彰氏による「発達性 dyslexia のアセスメントを基にした指導法（バイパス法としての聴覚法）」と題する技術研修会を主催した。

C. 結果

1) 事例検討会

参加者の職種は教師、心理士、医師の3者であったが、幼児に関しては保育士が臨時的に参加した。今回の事例検討会では、心理士が教育関係の心理職と福祉関係の心理職の2者が加わっていたためか、事例検討をする上で、とくに加わった方がいいという職種はなかった。

検討した事例は10例で、4歳～11歳（男児8例）であった。検討事例の内訳は8例が学校教師から、1例が保育所から、1例が児童相談所から提出されたものであった。すでに診断されている事例は7例で、内訳は学習障害2例、精神遅滞1例、注意欠陥／多動性障害2例（学習障害の合併1例を含む）、高機能自閉症1例、アスペルガー症候群2例であった。診断のついていない事例では、「落ち着きがなく、指示が入りにくい」、「学業不振が著しい」、「不登校」であり、何らかの発

達障害が基底病態にあると思われた。

2) 学習障害に対する言語学的な治療技法に関する研修

参加者は 20 名で、学習障害専門教員、聴覚障害専門の教員、小児神経科医、心理士であった。6 時間の技術講習が行われ、50 音表を活用した平仮名文字の読み書き習得法を研修した。

資料として、講習内容のまとめを添付した。

D. 考察

事例検討会において、参加職種は教育（保育を含む）、心理士、医師の 3 者であることが望ましく、事例の提出は学校教育や保育の現場からが望ましく、検討会の翌日からでも実行可能な具体的な問題解決について検討することが望ましいと考えられた。また、事例はすでに診断が行われている事例が多かったが、これは「診断されている」ことにより、保護者の同意が得られやすいことが影響していると考えられた。また、診断が行われ

ても、必ずしも教育現場における「問題解決」にはつながっていないために、このような事例の提出が多かったと思われた。保護者や指導者の希望は、診断名をつけることではなくて、子どもに起こっている問題の解決であることが、改めて確認された。

本研究のために開始した事例検討会であるが、参加者からの希望が強く、来年度以降も継続することを検討中である。

学習障害に対する言語学的な治療技法に関する研修では、技術的な習得を目指した。参加した学習障害専門教員による指導が今後行われるものと期待している。

F. 学会発表

1 小枝達也. 特別支援教育と小児科医の役割. 第 106 回日本小児科学会 総合シンポジウム 2 福岡 2003.

<資料>発達性 dyslexia のアセスメントを基にした指導法(バイパス法としての聴覚法)
国立精神・神経センター精神保健研究所治療研究室室長 宇野 彰

I. 発達性 dyslexia とは

発達性 dyslexia とは、知的な発達に遅れはないが、文字の読みに障害があり、学業全体の不振をきたすものをさす。通常、dysgraphia を伴う。

II. 発達性 dyslexia の出現頻度

読字・書字能力の調査結果 (宇野 彰による)

平仮名一文字の書字：健常児では各学年 98%以上の正答率

2%以上の誤りがある場合→5文字単語では確率的には 50%以下の正答率となる

片仮名：練習をあまりしていない(健常児では練習しなくても読める)ため、dyslexia に対して鋭敏な項目と思われる。

漢字：書字では個人差が大きい

読み書き障害児の頻度 (小学生 645 名での調査)

日本 平仮名 (読み) 約 1% (書字) 約 2%

* 書字障害を伴わない読み障害はほとんどない

片仮名 (読み) 約 1% (書字) 約 4%

漢字 (読み) 約 1.5% (書字) 約 5%

英語 (読み) 9-10%

ドイツ語 (読み) 5%

アラビア・イタリア語 (読み) 1%

III. 障害構造

仮説として以下のものが挙げられている。

- ① 聴覚認知障害
- ② 音韻想起障害
- ③ 音韻認識障害
- ④ 視空間情報処理障害
- ⑤ 二重障害仮説 (②と③の両方)
- ⑥ 感覚障害説 (複数の感覚モダリティを同時に処理することの障害)

IV. 検出方法

知能検査の違いを知る必要がある

WISC

K-ABC：内容的には WISC+音読

レーヴェン色彩マトリックス(RCPM)：推論能力、軽度の視覚認知障害では影響されない

中学 2 年生で成人と同程度

推論能力(RCPM)正常だが VIQ が低い→SLI の合併の可能性あり

PIQ が低い→視覚認知障害の合併の可能性あり

発達性読み書き障害のスクリーニング検査

RCPM (推論能力の評価)

書字の確認：平仮名・片仮名 (・漢字)

↓

音読・読解能力の評価

V. 障害構造を検出するための検査バッテリー

1. 音韻認識：モーラ抽出・逆唱課題 (但し、平仮名の書字能力の影響を受ける)
2. 聴覚的言語性記憶検査 (Rey's Auditory Verbal Learning Test: AVLT)
 - ① 15 単語 (リスト A) の聴覚提示→再生 (1 つずつ復唱させる)
5 回実施、5 回目終了後覚えておくように指示
 - ② 異なる 15 単語 (リスト B) の聴覚提示→再生
 - ③ リスト A の再生
 - ④ リスト A の遅延再生 (30 分後)

- ⑤リストAの再認：単語を見せながら音読し、あったかどうかを判断させる
数唱（言語性短期記憶）との相関性は低い
健常児・者では5回目と、妨害課題後、遅延再生の成績はあまり変わらない
- 3. RAN: Rapid automatized naming: 数字・絵の呼称（できるだけ早く言わせる）
- 4. Rey's complex figure test: 複雑図形の模写・直後再生・30分後再生
視覚認知・記銘、保持、再生をみる検査だが、協調運動の影響を受ける。
- 5. 視覚認知・再認（指さし）課題（MFFT）

VI. 障害構造を考慮したトレーニング

通常の学習方法で学習ができないのが、学習障害

軽度→障害そのものへのアプローチ

重度→良好な機能を用いての代償：得意な方法の活用を体得してもらう

1. 原則

短期間での習得を目指す。

1つの方法で成果が上がらない時は他の方法を選択する。

方法を選択する前に成果が上がりそうかよく検討する。

2. 適応

AVLT>10/15 (30分後再生)

IQが正常。

本人にやる気がある。

必ず週に1~2回の休みを取ってもらうと良い。

3. 方法

①50音表を音声言語の記憶力を活用して覚える。

②50音の書字訓練

③50音表を低学年で2分、高学年で1分半で書けるように練習。

④特殊拍・文の練習

a) 促音など：まず口で言わせる。できるようになったら書かせる。

「こっぷ」→「こつぷ」

「とべった」→「とべつた」

b) 漢字：学年・重症度により指導法が異なる

低学年→書くことに重点：聴覚法 例)「化」は「イ、ヒ」(参考=学研漢字九九カード)

高学年→読むことに重点：意味の理解と音読を中心に。→書字障害だけになるように。

好きな本をふりがなつきで読む(文脈の中で意味が取れると読みやすい)

→ふりがなを隠して読む。文脈の中でも読めない文字をカードにする。

→読めるようになったらそのカードを除く。

普通の方法で覚えた漢字よりも聴覚法による方法の方が定着がよい。

音読でおおよその形を覚えさせる。→聴覚法により書字を覚える。

c) 英語

聴覚法

アルファベットの一文字の音韻列として英単語と単語としての音読を対で覚える。

例) 犬、ドッグ、ディー、オー、ジー

Phonics: 綴り字と発音の対応を教える教授法

英単語の学習に関する聴覚法には限界があり、長い単語は覚えにくい。

d) 機能的構音障害の合併例=音韻の発達にも障害がある

重度：音韻の認知の確立が先…音韻弁別、モーラ分解など

軽度：仮名の読み書きの練習を開始。(仮名が音韻認識の手がかりとなり得る)

e) 言語性意味理解障害の合併例=読めても理解ができない

発話、語彙のトレーニングとして抽象画の説明をさせる。

文章の意味は非言語的なものを併用して説明するようにする。

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（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（H15-子ども-014）
分担研究報告書

5. チック、トゥレット症候群に関する対処システム

分担研究者	星加明德 金生由紀子	東京医科大学小児科学教室 教授 北里大学大学院医療系研究科 助教授
研究協力者	太田昌孝 飯山道郎 中嶋光博 山中奈緒子	東京学芸大学 東京医科大学小児科学教室 東京医科大学小児科学教室 東京医科大学小児科学教室

I. チック、トゥレット症候群の多様性

チック、トゥレット症候群に関する対処システムを考える際にも、その多様性を念頭に置く必要がある。

横断的にみると、チックの重症度には多様性があり、また、併発症（強迫性障害や注意欠陥/多動性障害など）の有無やその重症度にも多様性がある。

縦断的にみると、チックは部位、種類、頻度、強さ、複雑さなどが変動するという特徴がある。トゥレット症候群であっても10歳～10歳代半ば過ぎくらいを頂点としてそれ以降は軽快に向かうことが多いとされるが、軽快に転じる時期には幅がある。経過中で最も重症な時期は多感な時期でもあり、患者や家族が真剣に悩むことがしばしばある。また、少数ではあるが、成人まで激しい症状が持続したり、成人後に増悪や再発したりする場合がある。

II. 多様性に応じた対処の必要性

このような多様性に応じた対処が必要であり、そのためには多職種の間での連携が必要になる。低年齢で典型的なチック症状を有する場合にはまず一般の小児科医が診療することになるだろうし、軽症な場合にはそのまま診療を続けた方が適当なことが多いと思われる。一方、年齢が上がってきたり複雑な症状を有したり重症であったりした場合には、小児科医のみでなく児童精神科医、精神科医、小児神経科医、神経内科医などの関与が必要となる場合がある。また、心理職、教師や養護教諭などの医師以外の職種との連携が必要になることもある。

一般の小児科医は、チックについての基

本的な知識を身につけて、判断に迷う例や重症な例に出会った場合などに相談や紹介できる先をみつけておくといわれる。逆に言えば、基本的な知識の普及や困難な例などの相談に対応できるような、地域の核となるチック、トゥレット症候群の専門家の存在が望まれる。

III. チック、トゥレット症候群への対処の現状

トゥレット症候群の多様性に応じて、多職種が各々の経験に基づいた情報交換を行ってトゥレット症候群をより良く理解しより良い治療・対処を行うことを目指して、1994年にトゥレット研究会が発足し、現在まで活動を継続している。小児科医、児童精神科医、精神科医を中心とした会員が現在約70名おり、年に1回の研究会の開催及び会誌の発行を行ってトゥレット症候群の多様性の理解を深めてきた。

一方、トゥレット症候群の患者・家族を中心として様々な支援者を含めたNPO法人日本トゥレット協会が2003年に発足した。その前身の任意団体である日本トゥレット(チック)協会の時代から、トゥレット研究会と繋がりがあり、第9回研究会では研究会会員でもある協会代表から協会に所属する患者についてのアンケート調査の報告がされた。

また、日本トゥレット協会は独自の活動として、年に3回の講演会またはシンポジウムまたはセミナー（各々医療、教育、就労・福祉をテーマとする）を実施している。以前の日本トゥレット(チック)協会の時代には、協会会員を対象とする輪読会形式の

勉強会を隔月で行ってトゥレット症候群に対する理解を深める活動も行っていた。これらの活動にはトゥレット研究会会員でもある複数の専門家が協力してきた。

さらに、トゥレット研究会と日本トゥレット協会とが連携して診療、研究を進めることを目指して、トゥレット症候群の診療、研究を希望する研究会会員のリスト作成が行われ、21名が診療・相談を希望すると回答した。この診療希望の研究会会員のリストを全会員に配布すると同時に、本人の了解のもとに日本トゥレット協会に通知して、協会宛に受診先の相談・問い合わせがあった場合に活用してもらっている。

IV. 対処システムの可能性

チック、トゥレット症候群の対処には、医療の範囲内に加えて、教育、福祉などとの連携が必要なことが稀ならずあるとは思いますが、その組み合わせは患者により地域により一律ではないだろう。そこで、対処システムを考えるにあたっては、関与する可能性のある専門機関を列挙するよりも、地域の核となりうる専門家を整備していく方が实际的と考える。

トゥレット症候群の診療希望のトゥレット研究会会員は北海道から九州まで分布しており、チック、トゥレット症候群の専門家として地域の核となりうると思われる。

上記の21名中で、小児科医が8名、精神科医が11名(大多数が児童精神科医)と診療科別でもバランス良く分布していると思われる。これらの研究会会員の多くはこれまでもしばしば研究会に出席したり発表したりしているが、今後は地域の核としてより意識的に活動してもらってそれに基づいた情報交換も研究会で行われるとよいのではないかと考える。また、診療希望者のリストは定期的に更新していく予定である。

また、トゥレット研究会と日本トゥレット協会との連携はこれまでの延長線で進むと思われる。日本トゥレット協会の独自の活動はこれまでほとんど東京でしか行われてこなかったが、2004年度は大阪での会員の集いや教育シンポジウムの開催が計画されており、それらにトゥレット研究会会員を中心とする専門家が参加することで、地域での連携がより広がっていくと期待される。さらに、トゥレット研究会と日本トゥレット協会が情報交換しながら、これまで別個に地域で活動してきた熱意ある専門家の掘り起こしや養成、さらには、一般小児科医を初めとするチック、トゥレット症候群の専門家ではない関係者への情報提供が地域レベルで進んでいくと、より良い対処が可能になるのではないと思われる。

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（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（H15-子ども-014）
分担研究報告書

6. 小児型慢性疲労症候群に対する関連諸機関とのネットワークモデルの提示に
関する研究

分担研究者：熊本大学医学部発達小児科 三池輝久

研究要旨

中学生の2%、高校生の5%程度、大学生においては更に高率に存在する不登校状態は慢性疲労状態であり青少年達の閉じこもりの主な原因となっている。この状態はこれまでに知られた疾患概念では理解が困難である。疲労感の回復には少なくとも数カ月から数年を要するが後遺症としての易疲労性はそれ以上に長い月日に渡って患者達を苦しめる青少年期における学校社会からの離脱が単なる学校嫌いや怠けとはことなる中枢性の慢性的疲労状態が含まれており、彼らの思考、記銘、集中、判断、認知、持久などの全ての能力において障害が存在することを明確にし、社会にこの状態を認知してもらうよう我々医師各人がこの病態を認識し、学校や家庭に教育し予防することが大切である。

【緒言】

小児型慢性疲労症候群（CCFS）は子どもたちの日常生活を支える活動エネルギーが消耗あるいは枯渇した状態である。この状態では視床下部を中心とした生命維持に関わる脳機能低下とそれに引き続く高次脳機能低下が確認される。即ち著しい易疲労性と学習・記憶機能障害が中核症状となる。初期にはだるい、疲れると言う訴えと同時に頭痛、腹痛等の自律神経症状が出現し、エネルギー低下の状態に伴って活動性が低下する。結果として学校社会生活が破綻し始め週に一日、月に数日の休養日が必要となる。重症化するにつれて休養日が増加しついには全く登校できなくなる。疲れだるさの行き着く先が生命力低下としてのCCFSなのである。従ってまだ日常生活が持続できている初期の段階でCCFSの概念を適応し休養を与える事によって予防につなげることが極めて重要となる。

【ネットワーク】

子供の症状の程度を具体的に把握し、予防につとめ、家庭、学校や保健室、1次医療機関に早期に気がつくことにより短期の休養で回復する可能性がある。不幸にして長期化した場合は休養できる環境のある医療専門機関への受診が望ましいと考える。

【考察】

子どもたちが登校できなくなるとき、どのような背景があろうとも、極めて緊張が高く、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している。そして、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。私達はこれまでに、多くの不登校・ひきこもり状態の若者達の研究を行い、彼等に持続的ストレス（不安・緊張）を背景とする病態が存在すること、つまり不登校が成人における慢性疲労症候群と同様の病態であることを報告してきた。そしてさらに慢性疲労症候群としての不登校は視床下部機能障害を基盤としており、高次脳機能及びミトコンドリアにおけるATP生産性とそれに引き続くアセチルコリンの生産性の低下によるエネルギー生産性障害など重大な生物学的背景を指摘してきた。しかし不思議なことに本人自身は何が自らに起こっているのかを把握できず所謂、自己矛盾状態に陥っている。また重症化・遷延化は15%に見られ成人期まで引き継がれ、社会的「引きこもり」に繋がる。従って心理学的解釈とカウンセリングによるアプローチだけでは根本的解決は期待できない。さらに最近の私た

ちの研究から、この奇妙な慢性疲労状態はヒトの生活を維持する時計機構の狂いに端を発していると認識される。つまり、子どもたちの不登校が「怠け」ではなくストレスフルな現代生活における、時計機構の狂いによる中枢神経機能障害である。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ひ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考えられる。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らねばならないのではないかと考える。

【文献】

- 1) Miike T, Tomoda A, Jhodoi T, et al. Learning and memorization impairment in childhood chronic fatigue syndrome manifesting as school phobia in Japan. *Brain Dev* in press, 2003.
- 2) 三池輝久, 友田明美. 学校過労死. 東京: 診断と治療社, 1-131, 1994.
- 3) 三池輝久, 友田明美. 登校拒否と慢性疲労症候群(CFS). *臨床科学*, 29:709-716, 1993.
- 4) Furusawa M, Morishita S, Kira M, et al. Evaluation of school refusal with localized proton MR spectroscopy. *Asian Oceanian J Radiology* 3: 170-174, 1998.
- 5) Tomoda A, et al. Chronic fatigue syndrome in childhood. *Brain Dev*, 21, 51-55, 1999.
- 6) 友田明美, 三池輝久. 不登校児と自律神経障害. 診療新社.
- 7) 三池輝久, 友田明美. 学校過労死. 東京: 診断と治療社, 1-131, 1994.
- 8) 三池輝久, 友田明美. 登校拒否と慢性疲労症候群(CFS). *臨床科学*, 29:709-716, 1993.
- 9) 吉川裕子. 不登校児の現状-前頭葉機能の関連について-. *日本小児科学会* 12:2109-2115, 1995.
- 10) 三池輝久. フクロウ症候群を克服する講談社.

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（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（H15-子ども-014）
 分担研究報告書

7. 大阪北摂地域における心身症対策ネットワークシステムモデル『個別包括的支援システム』について

分担研究者 田中英高 大阪医科大学小児科学教室

I. 概要

心に問題をもつ子どもや、不登校・心身症の子どもは、体調不調による生活の質の低下、友達や社会からの孤立感、学力低下、将来への不安などから、家にひきこもるようになる。そして高校進学が困難となり、社会復帰ができないケースも多い。保護者の心配、不安も極度となり、家庭崩壊にまで発展するケースも存在する。

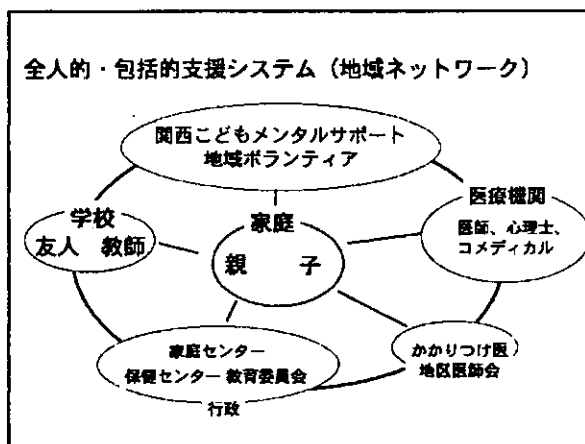
これらのひきこもりのケースでは、教育行政によるスクールカウンセラーや適応教室などは利用できないため、問題は解消されておらず、より個別の細やかなケアやサポートが必要とされる。すなわち各々のこどもの生活機能、精神状態、ソーシャルスキル、家族力動、社会活動性について、医学的・心理社会的見地から個別に十分に評価し、各々の子供にベストマッチした医療・教育・援助プログラムを設計し、実際に運用することが必要である。

このようなパーソナルなサポートを行う目的で、大阪北摂地域における心身症対策ネットワークシステムモデル『個別包括的支援システム』を構築し、現在運用中である。従来のように医師や心理士、学校がバラバラに子どもに対応するのではなく、本ネットワークでは、全人医療を専門とする小児科医、心理士、看護師、教員、メンタルアソシエーツ（こどものコミュニケーション能力を高め、学習面の遅れをサポートする家庭訪問を行うカウンセラー）が、共同・協議しながら不登校や心身症の子ども達の社会復帰を支援するプロジェクトチームである。実際の協議は、学校—心理相談室—医療機関に設置された双方向テレビ回線を通じたテレカンファレンス、定期会議によって行っている。現在、すでに効果を上げている。

II. 具体的な方法論について

- (1)心身症などの心に問題を有する小児に気づいた医師、学校教員は、保護者や患者の同意を得たばあい、本ネットワークに所属する医師が所属する医療機関への受診を勧める。
- (2)本ネットワークに所属する医師、心理士が、担当する子ども達の中で心とからだの健康障害が強く、通常の診療やカウンセリングでは社会

復帰が容易でないと判断されたものに、個別包括的支援システムを適応する。



- (3)対象とする子どもをひとりひとり、身体-精神-心理社会的側面について全人医学的視点から正確に評価する。これは本会に所属する医師や心理士の問診、医学的検査、子どもの学校教員などからの情報を収集する。ネットワーク会議（上図）によってこれらの評価を正確に行う。
- (4)学校現場において、心の問題を有する児童・生徒に教員が気づいた場合で、医療機関を受診することができない、あるいはその必要性が不明な場合、まずこのネットワークによって早期に相談を受けることができる。これには直接の電話相談以外に、学校—心理相談室—大阪医科大学小児科間に設置された双方向テレビ回線を利用できる。
- (5)その評価に基づいて、子どもひとりひとりの『個別包括的支援プログラム』をネットワークの担当医師が作成する。個別支援の役割分担を決定する。『個別包括的支援プログラム』には、小児科医—心理士—看護師—教員—メンタルアソシエーツのそれぞれの役割と実施項目、連携方法、活動予定が記載される。現在は、医師（9名）、心理士（10名）、心理専攻大学院生（数名）、教員（数名）、看護師（数名）、行政が参加しサポートに当たっている。
- (6)毎月、個別包括的支援プログラムの進行状況を担当者全員でアセスメントする（次頁図参照）。アセスメント項目は、身体医学的、精神

医学的項目、生活リズム、薬物療法の有無、心理社会的状況（家庭での親の受容の状況、学校の出欠状況、友人とのコンタクト）、メンタルアソシエーツによるカウンセリングと学習進行状況、保護者の精神的サポートなど、全人的視点からすべてを網羅する。

(7)以上のアセスメントの結果を、担当者で共有し、翌月のプランを決定する（右図）。

(8)継続的な個別包括的支援プログラムの遂行する。

(9)プログラムの遂行の効果判定と評価を外部機関に委ねる。

Ⅲ. 本ネットワークの実存論的側面に関する効果

本ネットワークのプロジェクトは、『抜苦与楽』すなわち、本人と親の苦しみから救済する事にある。しかしそれだけでなく、直面している危機、困難を乗り越えることで、人生の学びを深め、生きる力を養う効果が得られることが多い。人生は一冊の問題集』という言葉があるように、その問題集が、薄いか分厚いかは、人それぞれである。人生の道は平坦ではなく、さまざまな困難が用意されているかに見える。道の行く手には大きな岩があるかもしれないが、その困難とも思える岩の中にこそ、光っているダイヤモンドが埋もれているかもしれない。解けない問題に苦しんだ時にこそ、実はその時にこそ大切なダイヤモンドを手にすることができよう。そしてその時に、人の魂は光り輝きはじめる。本ネットワークのプロジェクトは、そのためのお手伝いをさせていただく方法と考えている。

個別包括的支援プログラム

氏名	様	担当医師	担当心理士	担当
診断名	不登校・過敏性腸症候群	×年 ×月		
担当	項目	Assement	plen	A
医学的 判断 (担当 医師)	身体的問題点	腹痛改善 昼夜逆転軽度	現状維持をめざす 外来通院を継続	
	生活活動度	P S 9	現状維持をめざす	
	精神心理的状态	比較的安定	外来通院を継続	
	薬物療法	なし	必要なし	
心理社会的 状況 (心理士・ 看護師)	家庭での精神状態	比較的安定 好きなことをやっている	もう少し少くつづけていく	
	親の心の平静	母親が摂食障害 父親の健康がよくなり盛況	子どもの受容促進 子育て会への参加	
	学校状況 出席・遅刻状況	適応教室週2回	現状維持をめざす	
	友人関係・コンタクト	なし	現状では困難	
メンタル アソシエ エ	活動日	5.12.19.26	来月も週1回	
	本人の表情態度	アソシエーツを嫌がらず		
	カウンセリング内容	苛め体験話す 何を話しても気持ちよく通う もう勉強嫌	聞き役に加えて 同一性促進のモデル提示を。	
	学習内容や問題	教科書読んで問題全回を 勉強は30分 勉強に嫌がらない	総合学習方式に変更 教科書は参考程度 学習時間は30分に	

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（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（H15-子ども-014）
分担研究報告書

8. 成長曲線を用いた摂食障害、虐待・ネグレクトの早期発見に関する研究

分担研究者	沖 潤一	旭川厚生病院 副院長
	渡辺久子	慶應義塾大学小児科
研究協力者	奥山真紀子	国立成育医療センター
	大日向純子	旭川医科大学小児科
	角谷諭美	旭川医科大学小児科
	山本美智雄	旭川医科大学小児科
	雨宮 聡	旭川医科大学小児科
	荒木章子	旭川医科大学小児科
	田中 肇	旭川医科大学小児科
	藤枝憲二	旭川医科大学小児科
	宮本晶恵	旭川肢体不自由児総合療育センター
	長 和彦	旭川肢体不自由児総合療育センター

研究要旨

現在社会で大きな問題となっている摂食障害、虐待・ネグレクトは、自ら病院を訪れることが期待できない疾患であり、保護者が医療機関に連れてきた場合も不可逆的な状態になっていることがほとんどである。このため、乳幼児健診、学校検診で測定している身長、体重の変化に気づくことが、これらの疾患の発見にいかにか大切であるかを検討し、有用であり、保健師、養護教諭と連携をとる方法として役立つかを検討した。

【緒言】

摂食障害、虐待・ネグレクトといった現代の社会問題となっている疾患の早期発見に、保育師、養護教諭らと連携を深めることが大切である。このため、経年的に測定している身長、体重をプロットだけで作成される成長曲線がいかに多くの情報を含んでいるかを検討した。今回は、症例を通して成長曲線の有用性を明らかにし、小児科学会の学校保健・心の問題委員会でパンフレットを作成した。

<パンフレットより>

1-1. 成長曲線による神経性食欲不振症の早期発見について（渡辺久子：慶應義塾大学）

近年増加し、低年齢化する神経性食欲不振症（思春期やせ症）は、成長期の子どもに深刻な栄養障害による低身長、二次成長の遅れ、卵巣・子宮の発育障害、脳萎縮、骨粗鬆症などの広汎な発達障害を引き起こします。また、精神障害の発症や、最も死亡率の高い難治性の心身症に進行することもまれではありません。このため神経性食欲不振症などの摂食障害では、その予防と早期発見・治療が急務です。

成長期に病気のない子の体重が増えないことはおかしい、という常識をフルに働かせてください。このことが神経性食欲不振症の早期発見・治療につながるのです。それには、誰の目にも体重の増え方の悪化がわかる成長曲線を活用するのが、最も説得力があります。成長曲線には、乳幼児期から現在までの身長・体重を記入し、その子にとり自然な上昇曲線から1チャンネル以上体重が下方にシフトしていたら、成長発達に有害な不健康やせと診断します。不健康やせは、神経性食欲不振症の初期症状で、放置するとやがて高い頻度で神経性食欲不振症になることが知られています。身体疾患や他の精神症状を伴わず、ダイエットやスリム志向が認められれば、神経性食欲不振症の初期症状と認識し、医療機関に相談してください。

1-2. 子どもへのマルトリートメントの早期発見方法としての成長曲線の有用性（奥山真紀子：国立成育医療センター）

子どもへのマルトリートメント（虐待やネグレクト）では、以前から体重や身長の伸びが悪いことが知られています。特に、情緒的ネグレ

クトによる低身長は Deprivation Dwarfism として有名です。国立成育センターにおける虐待対応チームでも、虐待を疑ったケースは、必ず成長曲線を描くようにしています。マルトリートメントによる成長曲線の変化は、環境の悪化や改善によってその伸び率が変わるのが特徴です。このため、成長曲線をつけると、環境が悪いときは伸び率が下がり、環境が改善すると伸び率が上がってキャッチアップすることを繰り返す、成長曲線が、階段状になることもあります。

マルトリートメントによる成長曲線の変化は、特に乳幼児で顕著ですが、小学校低学年でも身長や体重の増加率の低下といった変化をきたします。また、過去の成長曲線を把握することで、どの時期に何らかの重篤な心理的負担がかかったことを推察することができます。また、乳幼児期に成長曲線を描くことできる情報が欠落しているとしたら、それ自体が子どもに対する関心のなさを示すことになります。現在の学校は、家庭環境がつかみ難い立場にあります。突然家庭環境に関する質問をすることが憚られますが、身体的計測を基に、成長曲線の伸びが悪い時期にどのような環境に関する変化(ライフイベントを含む)があったかを親と話すことは、話の糸口としても受け入れられやすいものです。成長曲線を描くことは、それほど技術のいることではなく、誰にでもできることです。したがって、広く一般的に成長曲線を使用することは、子どもの家庭環境問題の早期発見と改善を促すことができるものです。

【症例】

今回作成したパンフレットを参考に、以前に経験した虐待児、および体重減少のため受診しいじめが明らかとなった9歳男子の成長曲線を描いたので提示する。

2-1. 戸外に放置され低体温、播種性血管内凝固症候群を呈した5歳女子(図1)

父29歳、母23歳の時の第一子であり、在胎41週、出生体重3,300gで生まれた。予定が6カ月、一人歩きが1歳6カ月と遅く、2歳になっても単語が出てこなかった。患児が1歳9カ月のときに妹が生まれたり、その後父親に女性問題が生じたりといった家庭内の問題もあった。妹の発達は良好であり、母親の関心も、次第に妹のほうに向いていった。

5歳のときの冬(最低気温-15.6℃)、全身

が冷たく、意識障害がみられたため緊急入院となった。患児が冷たく意識障害があったことに対して両親は、「前の日に階段から落ちて、右にたんこぶができた。今日は、ずっと眠っており、夕方起こそうとした時、意識がなく身体が冷たくなっていた。」と説明した。顔面、体幹に新旧入り混じった多数の皮膚潰瘍の跡、皮下血腫やタバコによると推定される円形の火傷の跡があった。厳寒の戸外に放置された低体温と判断したが、親権は剥奪にいたるまでの証拠が得られなかったため、当時(20年前)の法律では強制保護にまでは至らなかった。

いったん退院したが、1年後、6歳の冬に、両側の足指に重篤な凍傷が認められた。児童相談所に一時保護した後、施設入所となり成人を迎えた。

この症例の成長曲線を図1に示した。1歳半までは、標準的な発達を呈していたが、妹が生まれたり、夫婦間の問題が生じたりした2歳以降、身長、体重の伸び率が低下していたことが明確に示されている。また、低体温、意識障害で入院した後、身長、体重の伸び率が急速に改善したが、退院後は再び体重減少がみられた。児童相談所に一時保護し、施設に移ったあとは、曲線に沿って身長、体重とも増加した。

2-1. 同級生によるいじめにより摂食障害が出現した9歳男子

従来健康な男子で、身体発育、精神発達も良好だった。小学校4年生までは特記すべきことはなかったが、ある給食の時間、同級生から「食べるのが遅い」「愚図だ」と言われてから、人前で食事をするができなくなった。次第に家庭での食事摂取も減少し、図2に示したような体重減少がみられた。旭川厚生病院受診後、血液・画像診断には異常のないこと説明し、経過観察していた。次第に病院に慣れ、同級生からいじめられたことを話するようになった。休みがちとなった学校にも再び通えるようになり、家庭での食事摂取は改善してきたものの、依然としてクラスで給食を食べることができず、保健室で食べている。

【まとめ】

身長、体重は、環境の変化を反映しており、成長曲線に変化があった時には、内分泌学的な検討はもとより、児童生徒を取り巻く環境の変化に注意すべきである。