

図3 非行に至る経緯

表2 少年犯罪で念頭に置くべき精神障害

- 1) 行動障害：注意欠陥・多動性障害 (ADHD), 行為障害 (CD), 反抗挑戦性障害 (ODD)
- 2) 発達障害：広汎性発達障害 (PDD)・とくにアスペルガー障害, 学習障害 (LD)
- 3) 統合失調症
- 4) 若年性人格障害 (境界型, 反社会性など)
- 5) 局在関連てんかん (主に側頭葉てんかん)
- 6) 小児期発症気分障害
- 7) 子ども虐待に2次的に合併する精神障害 (人格障害, 行為障害など)

前述した、発達障害・行動障害・子ども虐待は、小児期に起こる問題である。精神科医に委ねるのではなく、小児科医として積極的に取り組む必要がある。

しかし、大多数の高機能発達障害児は、成人し社会生活を営んでいることは事実であるし、虐待を受けた子どもの7割はその連鎖を断って子育てを行っている。このことから、犯罪を促進する要因のみならず抑制する因子についても疫学的、学術的な比較検討が望まれるところである。

V. 小児科医の対応

小児科医が取り組むべき課題として、私見ではあるが以下のことを提案した²⁾。① 卒前卒後の教育の充実、② 軽度発達障害について小児科医が知識をもつこと、③ 幼児期の健診での軽度発達障害の早期発見、④ 教育・心理・行政・司法機関との連携、医療機関では精神科・産婦人科との連携などと病院内外でのネットワークの形成、⑤ 家族や学校の支援、⑥ 重大事件を含めた学際的事例検討、⑦ 緊急課題でありできることからまず始めること、である。諸外国に比較し、わが国の児童精神医療の取り組みは遅れている。医学生の教育から改革が必要である。発達障害の遺伝学的研究が進み、家族も同様の負因をもつ可能性も一般よりはずっと高いが、学校や地域において、子どものとった非社会的行動の責任を、後天的問題として家族に転嫁する動きもみられる。小児科医は発達障害の概念を理解して、差別を防止し家族や学校の相談にの

るなどの支援を行う必要がある。

多機関協働の連携システムモデルとしては、子ども虐待において徐々に取り組みが始まっている。子どもの犯罪防止についても同様に連携と学際的な取り組みを行うべきであろう。学際的連携は、子どもの人権やそれぞれの職種の上場上の制約から、取り組みは簡単ではなく、これからの課題である。また、子どもを取り巻く環境の変化や背景を理解することも重要である。しかし、できることから確実にかつ迅速に始めることが必要である。

おわりに

近年の子どもが起こした特異的な社会的重大事件を取り上げて、少年犯罪の増加・凶悪化、心の闇、家族への責任転嫁などが報道され、少年法の改正の論議もなされている。小児科医は、これらの根拠に乏しい情報に翻弄されることなく、子どもの精神面の問題に早期にかかわることが可能な専門職かつ科学者であることを自覚し、子どもの支援に取り組むことが必要であると思う。

最近では、ADHDや広汎性発達障害の症状に類似した行動をとる子どもたちが増えている印象もある。しかしその背景には子どもを取り巻く社会状況が大きく影響していると思われる。ADHDや発達障害の増加という指摘も根拠に乏しいと思う。小児科医としては、子どもの精神面の問題を、生物学的、心理学的、社会・教育学的視点から複合的にとらえ、個別に将来に向けた支援を考えることが必要であろう。

文 献

- 1) 十一元三：広汎性発達障害を持つ少年の鑑別・鑑定と司法処遇。児童青年精神医学とその近接領域 **45**：236-244, 2004
- 2) 定本ゆきこ：少年鑑別所における精神科医の役割と課題。児童青年精神医学とその近接領域 **43**：328-336, 2002
- 3) 山崎晃資：児童青年精神医学の課題と展望。精神神経学雑誌 **104**：789-809, 2002
- 4) 石橋昭良：警察の立場からみた青少年犯罪の諸問題—青少年相談の最前線から—。青少年犯罪—その病理と社会—。明治安田こころの健康財団, pp 27-43, 2004
- 5) 藤川洋子：家庭裁判所の立場からみた青少年犯罪の諸問題。青少年犯罪—その病理と社会—。明治安田こころの健康財団, pp 45-72, 2004
- 6) 佐々木賢：学校と社会。浜田寿美男, 小沢牧子, 佐々木賢(編)；学校という場で人はどう生きていくか, 第6章, 北大路書房, pp 143-167, 2003
- 7) 古荘純一：少年犯罪における小児精神神経学的観点からの一考察。青山学院大学教育学科教育研究 **48**：133-147, 2004
- 8) 小児精神神経学会：青少年犯罪に関する日本小児精神神経学会提言。小児の精神と神経 **41**：4-9, 2001
- 9) Kates WR et al：Neuroanatomical and neurocognitive differences in a pair of monozygous twins discordant for strictly defined autism. *Ann Neurol* **43**：782-791, 1998
- 10) Bolton PF, Griffiths PD：Association of tuberous sclerosis of temporal lobes with autism and atypical autism. *Lancet* **349**：392-395, 1997
- 11) 十一元三, 崎濱盛三：アスペルガー障害の司法事例—性非行の形式と動因の分析。精神神経学雑誌 **104**：561-584, 2002
- 12) Tantam D：Adolescence and adulthood of individuals with Aspergers syndrome. Guilford Press, New York, pp 367-399, 2000
- 13) 齋藤万比古：注意欠陥/多動性障害とその併存性—人格発達上のリスクファクターとしてのADHD。小児の精神と神経 **40**：243-254, 2000
- 14) 西澤 哲：子ども虐待がそだちにもたらすもの。そだちの科学 **2**：10-16, 2004
- 15) Furusho J et al：Alleviation of sleep disturbance and repetitive behavior by a selective serotonin re-uptake inhibitor in a boy with Asperger's syndrome. *Brain Dev* **23**：135-137, 2001

心身症とうつ病

松 寄 くみ子
古 莊 純 一

はじめに

頭が痛い、お腹が痛い、気持ち悪い、吐き気がする、だるい、疲れる、……やる気が出ない、集中できない、楽しいことがない、イライラする……こんな訴えをする子どもたちが増えている。「子どもは、無邪気で元気ではなくなってきている。本論では、子どもの「心身症」と「うつ病」について、その理解と対応について整理する。

ている。宮本は、子どもの心身症は、(1) 心身の関係が未熟・未分化であり、精神的ストレスが身体症状化しやすい。(2) 成長発達している存在であり、年齢が小さいほどストレスへの耐性が低い。(3) 身体疾患が成長発達の経過に影響を与え、二次的な心身症化を生じやすい。(4) 生存・生活を周囲に依存しており、環境(周囲の人)

表1 小児の心身医学の対象 (宮本②より)

① 典型的な心身症状態 (狭義の心身症) 慢性身体疾患 (心身症) : 気管支喘息など 完成された心身症候群 : 過敏性腸症候群など
② 反応性の身体症状 (広義の心身症) 反復性腹痛、頻尿など
③ 身体疾患ではないが、心身医学的視点が有用なもの 不登校、神経性無食欲症など

また、思春期に注意すべき問題として慢性身体疾患の悪化、思春期軽度発達障害 (境界知能、学習障害、注意欠陥・多動障害、高機能自閉症など) に現れるチアック障害、排泄障害、睡眠障害、反応性身体症状なども含めている。

一 子どもの心身症

「心身症」という言葉は、日常的によく耳にし、「こころで起こるからだの病」と一般的には理解されている。日本心身医学会の定義によれば、「身体疾患のうち、その発症と経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害の認められる病態を呈するもの。ただし、神経症、うつ病などの精神障害に伴う身体症状は除外される」と定義されている。

しかし、小児の心身症は、もう少し広い意味で用いられ

の影響を受けやすい。としている。その範囲を表1のように示した。すなわち、①いわゆる成人領域の心身症の定義に該当する狭義の心身症、②反応性の身体症状 (広義の心身症)、③身体症状を伴う行動面の問題である。さらに、「心身症」は、特定の疾患をさすのではなく、ある身体疾患があった場合、その治療に関して心理社会的要因を考慮する必要がある場合、その疾患を「心身症」と捉えることとし、「心身症」とは、診断名ではなく、疾患を診る視点を示す用語とした。したがって、広い意味で受けとれば、子どもの体に生じている不調は全て「心身症」と受けとることもできる。興山も、子どもの心身症について、「狭義の心身症、身体化や身体表現性障害、身体疾患に伴う心理的問題、子どもの精神的問題 (発達障害、愛着障害、適応障害、摂食障害、不安障害、うつ、依存、など)、心理社会的問題 (子ども虐待、学校精神保健など) 全てを含めて取り扱われることが多い」としている。

二 不定愁訴

子どもたちが身体の不調を訴える場合、「頭が痛い」「おなかが痛い」「気持ち悪い」「ふらふらする」などと訴える

表2 子どものうつ病の症状 (傅田⑩より)

<p>(精神症状)</p> <p>〈中核症状〉</p> <p>興味・関心の減退：好きなことも楽しめない。趣味にも気持ちが向かない。</p> <p>意欲・気力の減退：何をすることも億劫。気力がわかない。何事も面倒。</p> <p>知的活動の減退：何も頭に入らない。能率低下。集中の低下。学業成績の低下。</p>	<p>〈二次症状〉</p> <p>抑制的な表情・態度：しゃべらない。表情が乏しい。生き生きとした表情の欠如。</p> <p>抑うつ気分：落ち込み。憂うつ。悲哀感。淋しさ。希望がない。涙もろい。</p> <p>不安・不穏：いらいら。そわそわ。落ち着かない。興奮。</p> <p>思考の障害：思考制止。決断不能。自責感。微小妄想。罪業妄想。心悸妄想。貧困妄想。</p>
<p>(身体症状)</p> <p>〈中核症状〉</p> <p>睡眠障害：中途覚醒(途中で目が覚める)</p> <p>早朝覚醒(早朝に目が覚める)</p> <p>熟眠障害(眠りが浅い)寝つきが悪い(入眠障害)</p> <p>時に眠りすぎる(過眠)</p> <p>食欲障害：食欲低下。体重減少(子どもの場合、期待される体重増加がない)時に食欲亢進。体重増加。</p> <p>身体のだるさ：全身が重い。疲れやすい。身体力が抜けたような感じ。</p> <p>日内変動：朝が最も悪く、夕方から楽になる。</p>	<p>〈二次症状〉</p> <p>その他の症状：頭痛、頭重感、肩こり、胸が締めつけられて苦しい、動悸、口渇、発汗、寝汗、悪心、嘔吐、胃部不快感、腹部膨満感、めまい、手足の冷え、知覚異常、四肢痛、便秘、下痢</p>
<p>(行動症状)</p> <p>〈二次症状〉</p> <p>行動抑制：行動が緩慢、動きが少なくなる。</p> <p>学業問題：不登校、社会的ひきこもり</p> <p>落ち着きのなさ：多動、徘徊、徘徊、じっとしてられない</p> <p>問題行動：攻撃的言動、衝動的、自殺企図、自傷行為、非行、行為障害</p>	

ことが多く、その器質的な疾患が見られない場合も多い。このように「漠然とした自覚症状を訴えるが、他覚的な変化がない場合、あるいは、他覚的所見があっても、患者の訴えと所見との間に因果関係を説明し得ないため、器質的疾患の真づけない場合、「不定愁訴」と呼ばれている。一九九〇年頃から、子どもの不定愁訴が注目されるようになり、その出現は増加していると報告されている。特に、不登校との関連はよく報告されており、不登校の始まりに子どもが、「頭痛」「腹痛」などの不定愁訴を示すことが多いとされている。しかし、現実的には要因が複雑に重なり合っている場合も少なくなく、慎重に背景を探索し、対応することが求められている。

三 子どものうつ

アメリカ精神医学会(APA)による精神障害の診断基準であるDSM-III(APA,1980)以降、成人のうつ病と同じ基準を操作的に適用することによって児童期の抑うつ状態の診断が容易になったことから、児童期の抑うつ状態に関心がよせられるようになった。海外ではDSM-IIIの診断基準を用いた調査によって、かなりの頻度で子ども

のうつ病が存在していることを示す報告が相次いだ。わが国でも、九〇年代以降、小学生高学年児や中学生における無気力、疲れやすさ、自信喪失、引こもりなどの現象が指摘されるようになった。村田らはこのような不応状態を「抑うつ」という観点から捉え、操作的診断基準としてC DRS-R (Children's depression rating scale, revised, 1988)を用いて外来受診児の抑うつ状態の有無を検討し、抑うつ状態を呈する子どもは同年代受診の九・一五%であると報告した。また、一般児童に対してC D I (Children's depression inventory)を用いて調査し、抑うつ状態を呈した子どもは一三・三%とした。さらに、傅田らは、大学病院における十七歳以下の年齢で発症した児童・青年期の気分障害患者の診断分類、臨床特徴、治療および転帰について検討した。

また、傅田は、「子どものうつ病は、一見するとうつ病に見えない」として、以下のように述べている。……うつ病といえば、見るからに元気がなく、いかにも憂うつな表情で、口数も少なく、うなだれていると思われがちだが、それは、かなりの重症の場合のみであり、子どものうつ病のほとんどを占める軽症うつ病においては、むしろ穏

やかに、ごく普通の表情で、時には笑顔を交えながらきちんと話をすることができる子どもが多いのである。そのため、家族や教師、あるいは子どもを目の前にした診察者でさえ、少し元気がないくらいにしか認識できず、本人がうつ病にかかり、苦しんでいることに気づかないことが稀ではない。また、子どものうつ病は、はじめは身体症状（身体のたるさ、食欲不振、頭痛、腹痛など）や行動の問題（不登校など）が主体であったり、他の障害（摂食障害、不安障害、強迫性障害など）に合併して出現することが、少なくない。そのため、本人の訴えや周囲の注意が、身体症状や行動の問題、あるいは他の障害に向いてしまい、うつ症状が隠れてしまったり見えにくくなってしまっていることがある。……

しかし、内因性のうつ病が隠れている場合は、その症状を見出し、適切な対応をする必要がある。傳田は、子どものうつ病の症状を、最も基本的で、みなに共通して存在する「中核症状」と、個人の人間性（性格、年齢、国民性など）を介してあらわれる「二次的な症状」「次症状」に分類して（表2）、前景に見える症状だけでなく、その裏に潜む中核症状の存在につねに注意することが、子どものうつ

病を見逃さない重要なポイントである、と述べている。

四 適切な対応を選択するための「見分け」

以上のことから、子どもの心身症、不定愁訴、抑うつから生じている症状を比較してみると、非常に重なる部分が多いことがわかる。子どもの心身症は、精神疾患と明瞭な線（15）を引くことは難しい。

齊藤は、「精神疾患にもとづく症状の「環」としての身体症状」「心身症的身体症状を混同されやすい精神症状を示す精神疾患」の存在を指摘し、「抑うつに伴う身体症状」を「精神疾患にもとづく症状の「環」としての身体症状」としてとらえ、子どもの心身症と精神疾患を図1のように捉えることを提案している。このことによつて子どもの「身体症状」をその背景に心理・社会的な背景も考慮に入れた対応を必要とする「心身症」と捉えるのと同様に「抑うつ」にもとづいて生じている「身体症状」に対しても、広く「心身症」としてとらえ、心身にわたる総合的・包括的戦略をとることの必要性を提案している。このことによつて、「身体症状」を「心身症」と評価したとたんに、「精神疾患の可能性」を考慮する思考回路がとじてしまうといつ

た事態が生じないために、子どもの心身症は一部精神疾患による身体症状をも含んで成立する概念であることを定義することの必要性を述べている。また、「身体疾患の症状の「環」として抑うつが存在する場合、脳外傷、ナルコレプシー、ウイルス病、アインソン病、クッシング病、甲状腺機能障害、副甲状腺機能障害、糖尿病、全身性エリマトマトーデス、シエーグレン病、伝染性単核症、肺炎、悪性腫瘍、ビタミンB₁₂欠乏症、など」もあり、注意が必要である。

また、内因性のうつを見逃さないポイントとして、傳田は、うつ症状の「中核症状」に注目することを提唱してい

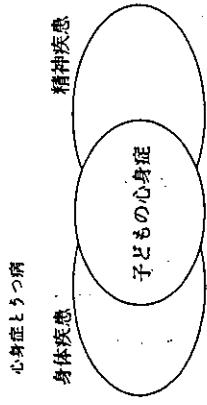


図1 身体疾患、精神疾患と心身症（齊藤より）

る。但し、身体症状と異なり、「中核症状」は、本人の口から主体的に語られることは少なく、「適切な質問、問いかけ」が大切になってくる。「今楽しいことは？（興味・関心）」「ない！……」「本や漫画は読める？（意欲・気力）」「集中できない！……」「勉強は手につく？（知的活動能力）」「できない！

……「気分の落ち込みは？（抑うつ気分）」「ある！……」「イライラは？（不安・焦燥）」「ある！……」「夜はよく眠れる？（睡眠障害）」「眠れない！……」「ご飯はおいしい？（食欲）」「おいしくない！……」「だるい？（身体のたるさ）」「だるい！……」「朝と夜とちが調子いい？（日内変動）」「お母過ぎからは少し元気になる！……」「お休みの日も調子悪い？（学校の問題）」「悪い！……」などの応答があるときは、内因性のうつ状態を仮定する必要がある。古荘らも「専門家の受診をすすめるべき子どもの様子」としてリストアップした項目の中で「気分障害」の疑われる記述として「明らかな理由のない身体愁訴の繰り返しや、睡眠障害」「家庭内においても好きなことを楽しめない。たとえば食事やテレビ観賞」「ゲーム遊興中も楽しくなさそうである」「急激な学業不振や行動の変化（統合失調症も共通）」などをあげている。

五 現実的な対応1

外来で、面接室で、頭がいたい、お腹が痛い、気持ち悪い、だるい、喘息が悪化した、やる気が出ない、イライラする……このような訴えをもつた子どもが来室したら、

どのように考え、どのように対応すればいいのだろうか？

1 身体疾患の確認：心身症を疑われるような状況でも、実際に身体疾患が隠れていることがあり、必ず医師による検査、診断を受けるように勧める。何か身体疾患が見つかった時は、その治療が最優先になるが、身体疾患が前面に出ている場合でも、その疾患であることからくるストレス、日常的な困難もあり、必要な場合は支援を続ける。逆に、検査結果も陰性で、身体疾患の可能性が低くなった場合「どこも悪くない」のではなく、症状そのものは存在し、本人の苦痛は続いているので、その苦痛を和らげる対応を検討する。多くの子ども達、その家族は「心の問題」と説明されることに抵抗を感じる場合も多く、「心身相関」の説明は注意が必要である。

2 内因性のうつ病の確認：厳密に内因性、外因性の区別をすることは難しいが、前項で紹介した「中核症状」に結びつく質問をしてみると、内因性うつの疑いの強いときは、投薬も含めて、児童精神神経の専門医に相談を勧める。その場合、今起きている症状が、「なまけ」「今までできていたことができなくて、ダメになった」のではないことを説明し、まず、休息をとることが大切で、さらに「薬」が、風

害(LD、AD/HD、高機能自閉症など)についても関連する場合があるが、これらの問題は行動として、目に見えやすい状態で表れているので、比較的捉えやすい。ただ、このような行動の問題を示している場合、「わがまま」「なまけ」「ぶざけている」「しつげができていない」など家族、教師などの周りの人々から誤解を受け、必要以上に叱責されたり、注意を受け自信をなくし、自尊心が低下している場合がある。その結果、二次的にうつ状態が生じたり、不安・緊張が高まる可能性もある。

六 現実的な対応

以上のような、やり取りの中で、目の前に現れている症状についての成り立ち、背景などが少しずつ明らかになってきたら、実現可能な対応の候補をいくつか思い浮かべ、なるべく短時間に、簡単に実行できるものから試みてみる。

(1) 症状を軽くする働きかけはないか? : 積み止め、冷やす、温める、軽い運動をする、腹式呼吸 (2) 子どもが抗しがたい問題を軽減することはできないか? : 家族、学校への状態の説明と協力依頼、「休息が必要」との意見

邪のときの熱さましのように症状を楽にしてくれる可能性があること、その薬をずっと飲み続ける必要はなく、症状が改善したら、徐々に減らしていくことができることを説明する。しかし、子どものうつ病の場合、成人のうつ病の場合ほどには、「薬」が有効でないことがあり、引き続き、「うつ」と関連の深いと思われる心理・社会的要因を探索し、その解消へと心身医学的な働きかけをする必要がある。

3 心理・社会的要因の探索：身体疾患の可能性が低いとき、その症状の背景に、子どもが身体症状やうつ状態、解離を早することしか、対処できない、抗しがたい状況が存在しないか調べていく。「家庭での問題」：怒られてばかりいないか? 家族にぶつたり蹴つたりする人はいないか? 両親はけんかはかりしていないか? 両親は忙しすぎないか? 兄弟は仲良くしているか? 習い事は忙しくないか? 「学校での問題」：いじめつ子はいるか? 乱暴をする子はいないか? 仲間はずれにされていないか? 悪口を言われていないか? 先生はわかってくれるか? 苦手な勉強は? 部活は厳しくないか? などの点について、質問していく。

4 身体症状に関連する行動の問題：不登校、軽度発達障

害、いじめつ子対策、席替え、などの環境調整 (3) 家族・教師が適切に対応するためのガイダンス、情報提供、親教育、心理・教育的アプローチ (4) 不安・緊張を弱める工夫：リラクゼーション、お守り (5) 問題解決能力を高める：①自信・自尊心を高める工夫：感应的・随伴的環境の提供、「ほめる」「けなさない」「皮肉を言わない」「適切な、高すぎない目標設定」「頑張りを見守るまなざし」②対人関係技能を高める工夫：兄弟げんかの解決法の練習、イジメに対処するロールプレイ、逃げる練習、「やめて」の練習 ③悲観的な見通し、完全主義的な考え方の修正：肯定的な見通しの提示、リフレイミング、ねばらない思考の修正、「いい加減」のすすめ ④学業への自信のなさへの対応：個別指導、メンタルフレンド、家庭教師などの提案、担任の先生との情報交換 ⑤身体的問題の改善への工夫：日常生活でできるセルフケア指導、適切な医療の利用を提案するなど

(宮本を参考に筆者の具体的な対応を加筆した)

七 典型的な経過

身体症状が前面に出ている場合、その背景には、身体疾

患、心身症、うつ、解離などの精神疾患、不登校、チックなどの行動の問題が仮定される。前項で述べたやり取り、理解の中から、子どもたちが「避けたい」「逃げたい」「心配」「恐ろしい」でも「避けられない」と諦め、無力感に陥っていること、体調不調になって初めて避けられることがらが段々はつきりしてくる。さらに、その事柄について、周りの大人が「気づき」「取り除く」ことができたり、「避けていい」「逃げていい」ことが保障されたりして、体調不調にする必要がなくなると、多くの場合、身体症状は消失していく。さらに積極的に本人が対処していく能力を獲得すると「自己効力感」が高まり、抑うつ的な状態も軽減することが期待できる。

八 基盤となる親子関係

現実的対応、環境調整といった「浅い」水準の介入から始めても、症状が改善することが多く、その場合はあえて、「深い」水準の介入へと進む必要はないと考えられるが、「浅い」介入だけではなかなか改善がみられない場合もあり、その場合は、生育歴などの情報の中から、養育の問題、養育の問題、家族の精神疾患、両親の不和などのエビ

ソードが語られることが多い。その場合は、両親のこれまでの対応について責めることなく、そうせざるを得なかった状況を理解し、現時点から試みることできる、親子関係の工夫、両親の関係調整などを支援する。

九 うつ病の症例呈示

十七歳女性。家族は、父母の三人家族。てんかんて小児科に通院中。高校入学後、抑うつ状態となり「何もやる気がおこらない。やらなければいけないのはわかっているけれどもそれができないのがつらい」「何も頭に入らないし、どうしてよいのかわからない」と涙を流しながら外来で訴えた。身体症状としては、中途覚醒や早朝覚醒を伴う睡眠障害があり、一度目が覚めるとなかなか眠れないと訴えた。全身の倦怠感が強く、食欲もない、とにかくつらいと訴えた。学校に通うことも困難となり、休日や、休暇期間中であっても同様な身体症状が続き改善しなかった。無力感や自責感が強く、家庭では母親に死にたいと訴えるようになった。家庭で休養するも一カ月以上も症状が続くため、専門医が気分障害(うつ病)と診断し抗うつ薬の治療を開始した。「死にたい」と訴えは、家族も不安で、心理

士のカウンセリングも並行して行うとともに、抗うつ薬を増量した。学校のことは心配しないで、一〜二カ月は十分休養が必要なこと、また、死にたいと思わないようにすること、もし家族の前で「死にたい」と訴えたら、その都度その考えを止めるように家族に助言し経過を観察した。数カ月後、学校のことを考えなければ気分が楽で外出も可能となった。その後通信制の高校に転校し経過を観察している(文献18より引用)。

十 子どもの心身の問題、

うつ状態の早期発見、早期対応

心身の不調を訴える子どもが増えている。学習障害、AD/HD、高機能自閉症などの軽度発達障害については、行動面ではつきり問題が表れやすく、注目され、対応が求められる「うつ」、「強迫性障害」などの精神障害は、子ども自身が訴えることが少なく、見過されやすい。しかし、その苦痛は大きく、なんらかの手段によって、早期に発見し、早期に対応することが求められている。柴田らは、Kid-KINDL (Questionnaire for Measuring Health-related Quality of Life in Children, Ravens-Sieberer &

Bellinger, 2000) を翻訳し、「小学生版QOL尺度」と名づけ、わが国の小学生のQOL尺度として信頼性と妥当性を検討した。評価尺度は、六下位領域(身体的健康、情動的Well-being、自尊感情:家族・友だち:学校生活)で、各四項目、計一四項目で構成されている。自尊感情尺度(Rosenberg, 1965)と子ども用うつ尺度(The Children's depression inventory, CDI, Kovacs, 1985)との関連を検討したところ、自尊感情尺度ならびに、子ども用うつ尺度とQOL得点、六下位領域得点との相関係数は表3のようになった。自尊感情尺度についてQOL得点との相関係数は正の有意な相関を示し、子ども用うつ尺度について、QOL得点との相関係数は負の有意な相関を示した。

このことから、「小学生版QOL尺度」は簡便なスクリーニングのツールとして、子どものうつの早期発見に用いることができ、さらに下位六領域の得点を比較することによって、その背景要因についての情報を得ることができると考えられる。子どもの心身の健康をはかるうえで、心身の問題、うつ状態を早期に見出し、支援していくシステムを組み立てることが今後の課題である。

表3 自尊感情尺度ならびに子ども用うつ病尺度とQOL得点との相関係数 (柴田ら 追より)

	身体的健康	情緒的 Well-being	自尊感情	家族	友たち	学校生活	QOL得点
自尊感情尺度 N=90	.5***	.48**	.6**	.55**	.55**	.56**	.72**
うつ傾向尺度 N=75	-.47**	-.66**	-.44*	-.67**	-.47**	-.44**	.68**

*P<.05, **P<.01

- (4) 筒井未春 不定愁訴 日医雑誌 119 (付録) 五九一—六三 一九九八
- (5) 田中英高、美濃 真、寺嶋繁典、堺 俊明、田中敏隆 一般学童における健康調査—第一報 身体的微徴候の出現率について 日本小児科学会雑誌 95 (12) 二六二—二六六 一九九一
- (6) 衛藤 隆 不定愁訴増加の社会的背景 小児内科 35 (12) 一九二—一九五 二〇〇三
- (7) 東山ふき子、館野昭彦、澤 文博、小屋二六、坂井 聖一 不登校児に対する初期医療について—開業医へのアンケート調査より— 小児保健研究 56 (4) 五五六—五六一 一九九七
- (8) 松野くみ子、大矢幸弘、赤澤 晃、古莊純一、飯倉 洋治 小児アレルギー疾患の不登校 心理臨床学研究 19 (5) 五〇—五二 二〇〇一
- (9) 辻井正次、本城秀次 不適応現象の実態とその評価—児童期の抑うつ— 季刊 精神科診断学 9 (2) 一八九—一九九 一九九八
- (10) 傳田健三 子どものうつ病 金剛出版 二〇〇一
- (11) Angold, A. & Costello, E. J.: The epidemiology of depression in children and adolescents. In Goodyer, I.

十一 ま と め

子どもの心身症、うつ病、ともに身体症状を呈する疾患である。心理面だけでなく身体面の対応や治療も必要である。また、うつ病の場合は、十分な休養だけでなく、抗うつ薬の内服を要する。最近、うつ病は子どもにも少なくなることが報告されている。うつや心身症を見逃さず早期に対応するには、教員・心理士への啓蒙と、専門医との連携が必要であろう。

〔引用文献〕

- (1) 日本心身医学会教育研修委員会 「心身医学の新しい診療指針」 心身医学 31 五三七—五七六 一九九一
- (2) 宮本信也 小児・思春期心身症 「精神科治療学」 編集委員編 「小児・思春期の精神障害治療ガイドライン」 精神科治療学 16巻 増刊号 二九一—二九四 二〇〇一
- (3) 奥山真紀子 子どもの心身症 子どもの健康科学 5 (1) 八一—三 二〇〇四

- M. (Ed): The depressed Child and Adolescent: Developmental and Clinical Perspectives. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 127-147, 1995.
- (12) 村田豊久、血田洋子、堤 龍暉ほか 児童・思春期の抑うつ状態に関する臨床研究 厚生省「精神・神経研究委託費」2 指15 児童・思春期精神障害の成因及び治療に関する研究 平成元年度報告書 五七—六六 一九九〇
- (13) 村田豊久、堤 龍暉、血田洋子、中庭洋一、小林 隆 児童・思春期の抑うつ状態に関する臨床的研究 II C D Iを用いての検討 厚生省「精神・神経研究委託費」63 公3 児童・思春期精神障害の成因および治療に関する研究 昭和63年度報告書 六九—七六 一九八九
- (14) 傳田健三、佐々木幸哉、朝倉 聡ほか 児童・青年期の気分障害の鑑別する臨床的研究 児童青年精神医学とその近接領域 42 二七七—三〇二 二〇〇一
- (15) 齊藤万比古 精神疾患と心身症 からの科学 二 三一—五七 一九九〇
- (16) 宮本信也 小児医療における心身医学的アプローチの必要性 小児内科 31 (5) 六二—六六 一九九

- (17) 古荘純一、松崎くみ子、森田孝次、高尾優美、久場川哲二 心理的問題や行動の問題を持つ子どもを診る際のカウンセリング機関と医療機関の連携の重要性 小児の精神と神経 44 (1) 五七―六四 二〇〇四
- (18) 古荘純一 症例呈示 気分障害 教職・保育現場で役立つ小児精神神経学 (第二版) 一四二 小児医事出版社 二〇〇四

- (19) 柴田玲子、根本芳子、松崎くみ子、田中大介、川口毅、神田 晃、古荘純一、奥山真紀子、飯倉洋治 日本におけるEIT-KINDL Questionnaire (小学生版QOL尺度) の検討 日本小児科学会雑誌 110 (1) 一五―四 一五二〇 二〇〇三

〔まつさき・くみこ 昭和大学医学部小児科臨床心理士〕
 〔ふるしやう・じゅんいち 青山学院大学文学部助教授〕

■ うつ病の子ども

学校現場における子どもの抑うつ

田 中 真 理

はじめに

子どものうつ病は起らないという認識が二十年ほど前までは主流であった。それは、自分の将来について具体的にイメージを描きそれを否定的な気持ちで受けとめたりできるほど認知的にも感情的にも発達が未熟であることや、自分の言動について自責の念を抱くほど自己をモニタリングする力の形成が充分発達していないと考えられてきたからである^{〔1〕}。しかし、近年わが国においても、「小学生の抑うつ傾向」として新聞紙上に大きく掲載されたり(例え

ば、朝日新聞二〇〇四／七／三、愛媛新聞二〇〇四／九／六)雑誌でとりあげられたり、子どものうつ病についての認識は大きく変容してきたといえる。それは同時に、うつ病の子どもへの援助のあり方を検討することが急務の課題となつていていることを示している。ここでは、筆者が実施した抑うつ傾向の調査結果もふまえながら、日本の学校文化の基底に流れている価値観との関連のなかで述べていくことにする。

学校現場における子どもの抑うつ

「小学生版QOL尺度」を用いた 子どもと母親の認識の差異に関する検討

根 本 芳 子 松 寄 くみ子 柴 田 玲 子
古 莊 純 一 曾 根 美 恵 佐 藤 弘 之
渡 邊 修 一 郎

「小児の精神と神経」第45巻第2号 別刷

(2005年6月)

日本小児精神神経学会
(株)アークメディア

「小学生版QOL尺度」を用いた 子どもと母親の認識の差異に関する検討

根本 芳子* 松 崎 くみ子** 柴 田 玲 子*
古 莊 純 一** 曾 根 美 恵** 佐 藤 弘 之*
渡 邊 修一郎*

Key words : 小学生版QOL尺度, QOL, 自尊感情, 母子関係, 早期支援

要旨：本邦で唯一小学生での信頼性が報告されている「小学生版QOL尺度」を子どもと保護者（親からみた子どものQOL）に実施し、親子の認識の差を検討した。都内の某公立小学校の1～6年生の児童とその保護者488組に調査を施行し分析可能な母子387組を対象とした。児童のQOL総得点が50点以下（下位約10%）の児童を低得点群、51点以上の児童を対照群とし、両群における母親と子どものQOL得点および下位6領域の得点差についてそれぞれ比較した。QOL得点およびすべての領域において、低得点群が対照群よりも親子の得点差が有意に大きかった。また対照群は、両者の得点の間に、下位領域すべてに有意な相関が見られたが、低得点群には、身体的健康の領域以外は両者の間には有意な相関は見られなかった。この結果から、母親は子どもの精神的な面、特に内面的な問題を必ずしも把握していないことが推察された。今後は、この「小学生版QOL尺度」を用いた子どもの支援について検討する必要がある。

I. 目 的

近年、子どもの精神面の問題の増加と対応の必要性が指摘されるが、それとともにQuality of life (以下QOL)に関する研究も増加している。本邦では、特定の慢性疾患を持つ児童を対象としたQOL質問紙(杉浦ら2003)や、上林ら(1999)が翻訳した親が記入するCBCLや5年生以上を対象とした自己記入方式のYSRなどの質問紙(倉本ら1999)が臨床場面で使用されている。

しかし、一般の小学生を対象とした自己記入方式の簡便なQOL質問紙はいまだ開発されていない。そこでわれわれは、子どもの日常生活全般の健康度や適応度を客観的に測定できる指標として、成人用質問紙WHOQOLの開発メンバーであるドイツのBullingerら(1994, 1997, 1998)が子ども用に開発したKid-KINDL® (Questionnaire for Measuring Health-Related Quality of Life in Children)を日本語に翻訳して「小学生版QOL尺度」とし、妥当性や信頼性を

Yoshiko NEMOTO et al : Comparing the Result of "Questionnaire for Measuring Health Related Quality of Life in Elementary School Children" between Children Version and Parent Version

*昭和大学医学部小児科 [〒142-8666 東京都品川区旗の台1-5-8]

**青山学院大学

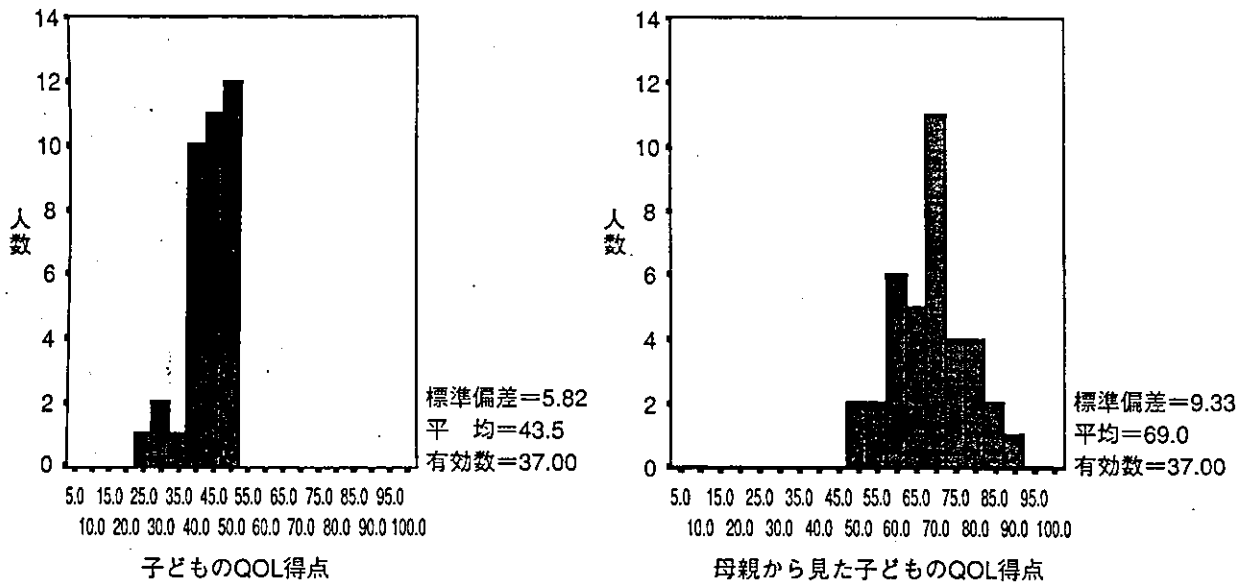


図1 低得点群のQOL得点と人数の分布

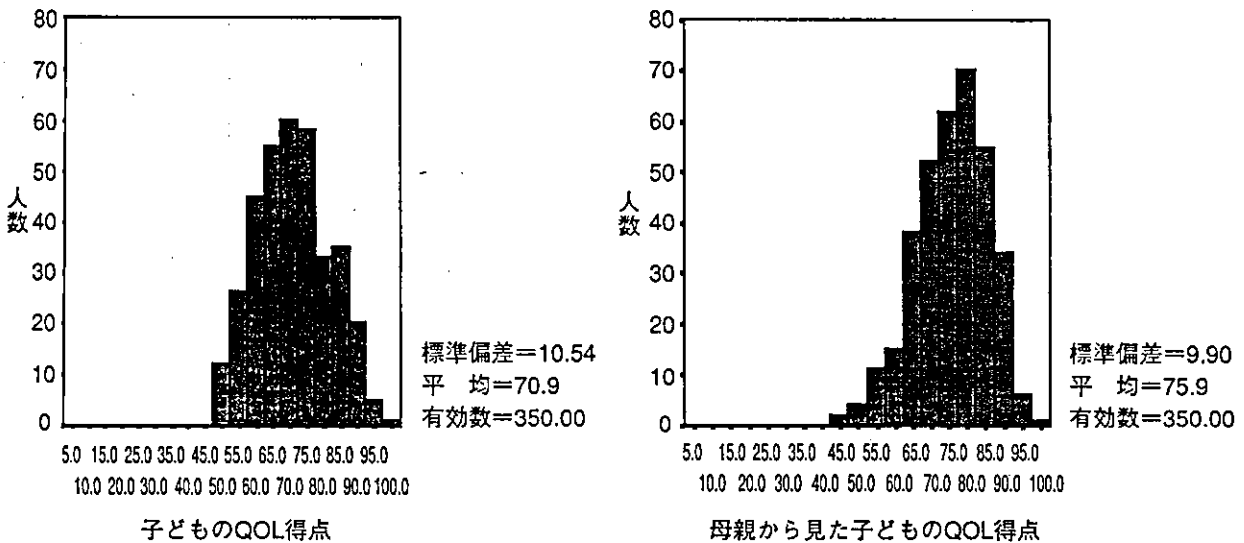


図2 対照群のQOL得点と人数の分布

検討し、標準化を試みてきた(柴田ら, 2003)。「小学生版QOL尺度」はドイツ語版や英語版と同様、1. 身体的健康、2. 情動的Well-being、3. 自尊感情、4. 家族、5. 友だち、6. 学校生活、の6つの領域から構成されている。各領域4項目ずつ合計24項目について、この1週間自分の状態がどうであったかを5段階評定で答えることになっており、6領域の合計点をQOL得点(0~100点)としている。またこの「小学生版QOL尺度」質問紙には子ども用と親用との2種類が

あり、子ども用は子ども自身が自分で記入し、親用は親から見た子どもの1週間の状態を親が記入する方式である。

精神面の問題を抱えた子どもを支援する際に、安定した家庭、特に母親が精神的に健康であることが必要と思われる。本研究は、小学生版QOL尺度を用いて、精神面の問題を抱えている子どもの母親が、子どもの問題をどのくらい認識しているか検討した。また、各領域での小学生における母子の認識の差異を比較検討し、子

表1 低得点群の得点の平均値

	QOL 得点	身体的 健康	情動的 Well-being	自尊 感情	家族	友だち	学校 生活
子ども	43.53	51.69	51.86	21.96	51.86	46.11	37.67
母親	69.03	75.00	77.70	61.82	63.01	70.10	66.55

表2 対照群の得点の平均値

	QOL 得点	身体的 健康	情動的 Well-being	自尊 感情	家族	友だち	学校 生活
子ども	70.91	77.71	73.27	63.79	73.27	74.34	63.11
母親	75.88	83.50	84.43	65.77	66.91	78.11	76.55

どもの支援の手がかりとなり得るかどうかについて考察した。

II. 対象と方法

対象は都内の某公立小学校の1～6年生の児童とその保護者で、488組である。回収枚数は、保護者が447枚(回収率91.6%)、子どもが480枚(回収率98.4%)である。本研究は、その中で保護者は母親が記入したもののみを抽出し、有効回答387組(男子202名、女子185名)を分析の対象とした。なお、研究にあたり、学校および家族の承諾を得ており、個人情報保護に努め、研究関係者以外には結果を公表しないこととした。

調査は、平成15年11月～12月に実施した。子どもの調査は、学校で臨床心理士が立ち会いのもと、教師が質問紙を読み上げながら施行した。ただし、1・2年生は、臨床心理士らが個別に質問紙を読みながら実施した。保護者には自宅での記入を依頼した。

分析方法は、各領域の得点およびQOL得点を算出し、有効データの中から児童用のQOL得点の結果が50点以下の下位10%の児童を便宜上「低得点群」、その他の児童を「対照群」とし、それぞれの群における「小学生版QOL尺度」子ども用と親用のQOL得点および各領域の得点の差を比較した。対象者387名の中で低得点群は

37名、高得点群は350名であった。なお、統計分析にはSPSSを使用し、t検定・相関分析を行った。

III. 結果

低得点群と対照群のQOL得点の子ども用と親用の分布を見ると、対照群に比べて低得点群が、親と子どもで分布に明らかな差異が見られた(図1、図2)。

低得点群の各領域別の得点の平均値は、すべての領域において母親から見た子どもの得点(親用)の方が子ども自身の得点よりも有意に高くなっていた($p < 0.01$)。特に自尊感情の差が大きかった(表1)。一方、対照群においては、自尊感情の領域では両者に有意な差は見られず、家族の領域では、逆に母親から見た子どもの得点の方が子ども自身の得点よりも有意に低かった($p < 0.01$) (表2)。

また、子ども自身と母親から見た子どものQOL得点および各領域の得点の差の平均値を低得点群と対照群で比較した。QOL得点およびすべての領域において、低得点群が対照群よりも子ども自身と母親から見た子どもとの得点の差が有意に大きかった(図3)。

それぞれの群におけるQOL得点および各領域の得点について両者の間の相関を調べた結果、対照群においてはすべての領域において高くは

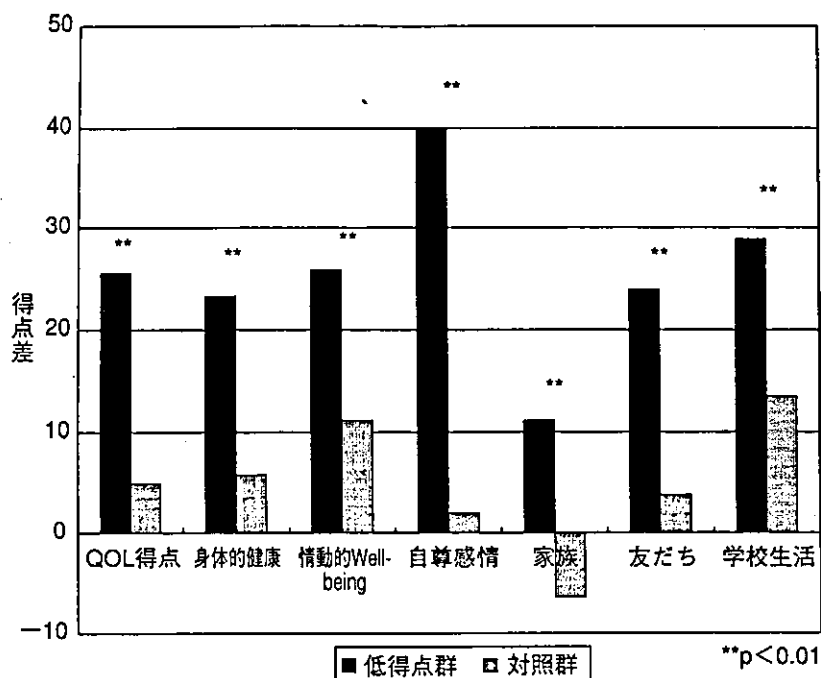


図3 子どものQOL得点と母親から見た子どものQOL得点ならびに各領域の得点の差の平均値

表3 子どものQOL得点と母親から見た子どものQOL得点ならびに各領域得点の相関係数

	QOL得点	身体的健康	情動的Well-being	自尊感情	家族	友だち	学校生活
低得点群	.103	.394**	.183	-.171	.006	.270	.170
対照群	.231**	.266**	.126**	.140**	.152**	.250**	.204**

情動的：情動的Well-being **p < 0.01

ないが有意な相関が両者の間で見られたが、低得点群においては、身体的健康の領域以外は両者の間では有意な相関は見られなかった(表3)。

IV. 考 察

われわれは、児童の心身の健康度をチェックし、問題の早期発見につなげる一つ的手段として使用する目的で「小学生版QOL尺度」を2年前より開発し、その信頼性や妥当性を検討してきている(柴田ら, 2004)。

「小学生版QOL尺度」は短時間で実施できる簡易な質問紙であり、小学生の低学年でも使用可能である。また下位領域は6つに分かれているので、それぞれの領域における児童の問題の

早期発見と支援に有効と思われる。

今回の調査では、低得点群は、すべての領域において、母親から見た子どもの得点が子ども自身の得点よりも有意に高かった。身体的健康の領域以外は両者の間では有意な相関は見られなかったという結果も合わせて考えると、低得点群の母親は子どもの身体面以外の問題を必ずしも把握していないこと、もしくは、母親が子どもの精神面の問題を過小評価していることが考えられた。対照群は、すべての領域で子どもと母親の間に低いながらも有意な相関が見られた。しかしこの結果のみでは、対照群の母親はある程度子どものことを必ずしも把握しているとは言えず、たまたま子どもに問題がなくQOL

得点が低くなかったために両者の間で相関が見られた可能性もある。対照群の母親が、子どもの精神面の問題を把握しているかどうかは、今後縦断的な調査の必要があると考えられる。

対照群では、家族の領域で母親の得点が子どもの得点よりも有意に低かった。われわれは、家族の領域の質問項目は家庭における子どもの状態を質問しているので、子どもと接する時間が多い母親が把握しやすい領域で有意な差はないと予想していた。小松(1999)は、子どもの社会的特性に関する母子の認知の差異と母子関係の特徴との関連についての研究で、子どもの自己認知・母親による認知に関する子どもの認知・母親による実際の認知を調査している。その結果、母子間での子どもの特性に関する話題頻度が高いほど母子間の認知の差異が小さくなることから、母子間の言語的コミュニケーションが、子どもの特性に関する母子間の認知をより「正確な」ものにすることを明らかにしている。今回の調査で得られたQOL得点を検討すると、家族の領域で母親のQOL得点が有意に低かったのは、母子間の話題頻度が高くなかった、すなわち、母子間の会話が少ないことがその要因とも考えられた。また、曾根(2003)は「子どもの自己観」、「子どもが認知する母親の子ども観」と「母親の子ども観」について中学生・高校生・大学生を対象に容姿・運動能力・親子関係・友人関係・学業能力・自己受容の6側面から調査を行った。その結果、容姿・友人関係・学業能力・自己受容において母子間で認知の差異があることを明らかにしている。今回の調査は小学生を対象に行った母子の認知差であるが、曾根の指摘と同様に、領域によっては、低得点群のみならず対照群でも母子間のQOL得点に差があるという結果から、対照群の母親においても必ずしも子どもを把握しているとはいえないということが支持されたと考えられる。また、眞榮城(2000)によると、子どもの自己評価は小学生5・6年生が中学1・2年生よりも有意に高

いことが示されているので、子どもの発達的变化も母親の得点が子どもの得点よりも低いことに少なからず影響を及ぼしているといえよう。今回われわれの対照群における家族の領域で母親の得点が子どもの得点よりも低いという認知の差は、母子間の会話頻度の減少や、母親の就労や核家族化による母親の子育ての負担や不安、少子化による母親の閉塞感なども考慮し、母親自身の状態の調査と子どもの発達的变化も加え、さらなる検討が必要であると思われる。

自尊感情の領域は、対照群では、親子に有意の相関関係がみられたが、低得点群では、子どもの得点が有意に低く相関もなかった。低得点群では特に自尊感情の評価に大きな差が見られた。自尊感情の低下により、QOL得点が低得点の場合は、内在化した精神障害の可能性も考えられる。越野(2002)は、児童青年期の精神障害の中で不安障害はもっとも頻度が高く、QOLの低下をきたすにもかかわらず、親が気づきにくく見逃されていることが多く、十分な治療を受けていないと述べた。この要因について越野は、子どもは、精神面の問題を持ったとしても、言語化することが苦手な身体症状を訴える傾向があることや、親の過小評価などを指摘している。Harrington(1994)は、欧米における児童期のうつ病の有病率は0.5~2.5%であると報告した。傳田ら(2004)は、Birlson自己記入式抑うつ評価尺度(DSRS=C)を用いた調査で、わが国でも小・中学生の中に抑うつ症状をもつ子どもたちがほぼ同程度存在すると推測し、適切な治療と予防の必要性を述べている。

QOL低得点群の児童はほとんどが、学校、友人関係に悩んでおり、自己評価も低い。親が身体面だけに注目しがちになることが、さらに子どものQOLを低下させる可能性も危惧されることである。母親のみならず、小児科医も身体症状の対応で解決を図ろうとするが、改善しないばかりか根底にある精神障害が見逃されている場合も少なくない(古荘ら2003)。従来、子ど

もの精神面の問題は、多動や衝動行為など外面的な問題のみが注目されていたが、QOL尺度は、親を含めた大人が気づかない内面的な問題の把握に有用な可能性が示唆された。低得点群は、今回は対象数が少なく男女別や学年別に両者の比較を行うことができなかった。今後は母親と子どもの認知の差の要因を検討するには細分化が必要であろう。

本研究ではQOL得点の低い児童を便宜上低得点群としたが、QOL総得点は低くはないが、ある領域の得点が低くなっている児童も存在する。これらの児童について下位領域各得点のcut off pointを考慮し、その要因や支援方法についても検討が必要であろう。また、今回の調査を曽根の調査と比較すると、親子の認識の差が小学生では家族のみにみられたのに対し、中学生以上では友人関係や学校、自尊感情などに認知の差が認められた。これは、Montemayorら(1977)や柏木(1983)の研究で明らかにされているように、自己概念に包括される領域が10~12歳頃から年齢とともに広がり、より内面的な特徴が増えてくるという発達的变化を表しているともいえる。この年齢(学年)での差異は、QOL調査を、経過を追って検討していく必要性を示唆している。

「小学生版QOL尺度」は自己記入方式で、子ども用単独であっても心身両面の問題の早期発見に役立つと言えるが、親用と子ども用の両方を実施することにより、親子の認識の差を理解した上で、学校や教育相談機関や医療機関で、子どもの精神面の問題について、母親と子どもの支援に役立つと思われる。今後は、子どもの心身両面の問題の早期発見のために「小学生版QOL尺度」子ども用だけでなく、親からみた子どものQOL尺度も同時に行うことで親子の認識の差を把握し、教師・臨床心理士と医師が連携して、家族への助言を含めた子どもを心身両面から支援していくシステム作りが必要と思われる。

本論文の一部は第92回日本小児精神神経学会(久留米)にて発表した。

文 献

- Bullinger M, KINDL (1994) : a questionnaire for health-related quality of life assessment in children. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 1 : 64-77
- 傳田健三, 賀古勇輝, 佐々木幸哉, 他 (2004) : 小・中学生の抑うつ状態に関する調査. *児童青年精神医学とその近接領域* 45 (5) : 424-436
- 井澗知美, 上林靖子, 中田洋二郎, 他 (2001) : Child Behavior Checklist/4-18日本語版の開発. *小児の精神と神経* 41 (4) : 243-252
- 古荘純一, 市橋いずみ, 松寄くみ子, 他 (2003) : 小児科外来を受診した不安障害の検討. *日本小児科学会雑誌* 107 : 1347-1351
- Harrington R (1994) : Affective disorders. *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (3) : 330-350
- 柏木恵子 (1983) : 子どもの「自己」の発達. *東京大学出版会* : 42-78
- 小松孝至 (1999) 児童の社会的特性に関する自己認知と母親による認知の差異. *教育心理学研究* 47 : 49-58
- 越野好文 (2002) : 小児の不安性障害. *児童青年精神医学とその近接領域* 43 : 111-118
- 倉本英彦, 上林靖子, 中田洋二郎, 他 (1999) : Youth Self Report (YSR) 日本語版の標準化の試み. *児童青年精神医学とその近接領域* 40 (4) : 329-344
- Landgraf JM, Ravens-Sieberer U, Bullinger M (1997) : Quality of Life Research in Children. *Methods and Instruments. Dialogues in Pediatric Urology* 20 : 5-7
- 眞榮城和美 (2000) : 児童・思春期における自己評価の構造. *応用社会学研究, 東京国際大学大学院社会学研究科* 10 : 64-81
- Montemayor R, Eisen M (1977) : The developmental of Self-conceptions from childhood to adolescence. *Developmental Psychology* 13 : 314-319
- Ravens-Sieberer U, Bullinger M (1998) : Assessing health-related quality of the life in chronically ill children with the German KINDL. *First psychometric and content analytical results. Quality of Life Research* 7 : 399-407
- 柴田玲子, 根本芳子, 松寄くみ子, 他 (2003) : 日

本における Kid-KINDL Questionnaire (小学生版 QOL 尺度) の検討. 日本小児科学会雑誌 107 (11) : 1514-1520
柴田玲子, 根本芳子, 松崎くみ子, 他 (2004) : 「小学生版 QOL 尺度」の標準化にむけて. 平成 15 年度厚生労働科学研究報告書 : 21-36

杉浦太一, 浅野みどり, 石黒彩子, 他 (2003) : 喘息をもつ学童の QOL 測定の試み. 日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会誌 1 (1) : 15-23
曾根美恵 (2003) : 思春期・青年期の自己概念と母子関係. 2003 青山心理学研究 3 2003 年度修士論文要約集 : 20-23

105 小児気管支喘息長期管理薬の服薬コンプライアンス(第2報)

荒井 純¹⁾ 太神和廣²⁾
(ハート調剤薬局¹⁾ おおがチャイルドクリニック²⁾)

【目的】昨年本学会にて報告したように薬剤別服薬コンプライアンスは一日一回服用の薬剤が比較的コンプライアンス不良であった。今回は服用薬剤数別、年齢別等の服薬コンプライアンスを検討した。【対象】持続型気管支喘息で6ヶ月以上の長期服薬・吸入を必要とした患者143名。【方法】薬剤情報提供時、質問用紙及び口答により服薬状況について調査した。【結果】服用薬剤数別の服薬率75%以上の患者割合は内服薬1剤90.1%、内服薬2剤91.2%、吸入薬1剤89.1%、吸入薬2剤89.3%、内服薬1剤+吸入薬1剤89.4%、内服薬1剤+吸入薬2剤88.9%、内服薬2剤+吸入薬1剤90.3%、内服薬2剤+吸入薬2剤92.1%となった。年齢別の内服薬(吸入薬)における服薬率90%以上の患者割合は0~1才75.0%(75.0%)、2~3才60.0%(57.1%)、4~5才79.2%(78.9%)、6~8才66.7%(66.7%)、9~11才78.3%(76.5%)、12~14才75.0%(66.7%)、15~19才46.7%(50.0%)、20~40才62.5%(71.4%)となった。【考察】服薬コンプライアンスは使用薬剤の剤形、併用剤数に影響されにくいと考えられた。また年齢別では2~3才、15~19才でのコンプライアンス低下が見られ、その理由としてそれぞれ睡眠、日常生活の多忙が多かった。服薬コンプライアンス向上には個々の日常生活行動も踏まえた薬剤の選択が必要と思われる。

106 気管支喘息患児における喘息発作の誘因

南部光彦
(天理よろづ相談所病院小児アレルギーセンター)

【はじめに】喘息発作はアレルゲン吸入の他にもさまざまな誘因で出現する。各患児が発作の誘因を知っていれば、それを避けることによって発作を予防できる。また、その誘因に暴露される時にだけ吸入ステロイド薬のような予防薬を使用する、あるいは、吸入ステロイド薬を増量する、というような対策を立てることもできる。今回は喘息発作をきたす誘因について調査した。【対象・方法】当院小児アレルギー(南部)外来定期受診中の気管支喘息患児84人に対し、アンケート調査を行った。アンケートには患児または保護者が記入した。【結果】発作の誘因について記載があった80人中、発作の誘因として「かぜを引いた時」は77人、「夜間~朝方にかけて」は49人、「冷たい空気を吸ったとき」は41人、「運動をしたとき(急に走ったりしたとき)」は33人であった。【考察】かぜをきっかけに喘息発作が出現すると答えた患児が多かった。ただ、各患児において喘息発作を引き起こす誘因はいくつかあり、またその寄与のしかたもさまざまである。発作の誘因を知り、それに適切に対応することによって発作を回避できる可能性がある。今後さらに喘息日誌を参考にして、各患児における発作の誘因を詳しく分析する予定である。

107 短期集中水泳指導を中心にした喘息健康教室の試み

松壽くみ子¹⁾ 今井孝成¹⁾ 根本芳子¹⁾ 斎藤多賀子¹⁾
廣畑裕子¹⁾ 校條愛子¹⁾ 勝沼俊雄²⁾ 小田島安平¹⁾
板橋家頭夫¹⁾
(昭和大学医学部小児科¹⁾ 東京慈恵会医科大学小児科²⁾)

【目的】喘息児を対象とした健康教室は一部形骸化してきている。品川区では2001年度より、従来の健康教室に替え短期集中水泳指導を中心とした教室を開催してきた。泳力が短期間に向上することで得られる達成感や自己効力感を喘息教育とリンクさせ、児の喘息フォローに対する様々な効果を期待し行われた。その概要を示し有効性について検討する。【方法】第3回喘息健康教室(2003年7月26日から8月2日の7回の集中教室およびフォローアップ3回、計10回)の参加者25名(男児16名、女児9名、小2~中2)に対し、品川区水泳指導連盟指導員による集中的水泳指導と、昭和大学医学部小児科スタッフによるセルフケア教育および希望する本人と保護者に医療・心理両面の個別面接を行った。また毎日スパイロメーターによる肺機能の測定と、教室前後で喘息QOL尺度およびアンケートを実施した。【成績】参加者は著しい泳力の向上を示し、達成感の向上、喘息QOL得点の上昇、肺機能の改善、セルフケアの向上がみられた。【結論】短期集中水泳指導は喘息児の泳力向上を可能にし、結果として得られる達成感、自己効力感は治療コンプライアンスに良い影響を与えたと考えられた。

108 小児アレルギー疾患の発症の予知に関する検討(第5報):アトピー性皮膚炎及び喘息の発症要因の比較

川野 豊¹⁾ 森川みき²⁾ 渡邊美砂³⁾ 大柴晃洋⁴⁾
野間 剛⁵⁾ 小田嶋博⁶⁾
(横浜赤十字病院小児科¹⁾ JR仙台病院小児科²⁾ 東邦大学大森病院小児科³⁾ 東京医科歯科大学小児科⁴⁾ 北里大学小児科⁵⁾ 国立療養所南福岡病院小児科⁶⁾)

【目的】我々はこれまで、生後1年間の病歴を検討し、アレルギー疾患の発症に関係する因子について報告してきた。今回はアトピー性皮膚炎(AD)及び喘息(BA)の発症要因について比較検討を行ったので報告する。(対象・方法)対象は各施設の小児科外来を受診した生後1歳以上、2歳未満の児。家族により記載された問診表により、AD及びBAの発症要因を検討した。(結果・考察)ADの発症促進因子としては、ADの家族歴、父親のアレルギー歴、母親のAD、母親のアレルギー性鼻炎、妊娠中の母親の気道症状などがあげられた。BAの危険因子としては、BAの家族歴、妊娠中の母親のAD、生後の気道感染症があげられた。一方、家族のアレルギー疾患罹患患者数と両疾患の発症率の相関が認められた。以上より、ADとBAの発症要因に関しては一部共通するものもあるが、疾患特異的なものもあり、さらに調査を継続することにより、両疾患の発症要因の差異や病態の違いを明らかにすることができる可能性があると考えられた。

第21回 日本小児喘息・アレルギー疾患学会抄録集
(日本小児喘息・アレルギー疾患学会誌 Vol.2 No.2, 2004.)
14 健康な小学生とアレルギー疾患を持つ小学生のQOLの比較

○根本芳子¹⁾ 松崎くみ子¹⁾, 柴田玲子¹⁾, 小田嶋安平²⁾

1) 昭和大学医学部小児科 臨床心理士 2) 同 医師

【目的】ドイツの Bullinger らが開発した子ども自身の報告による学校適応を含めた日常生活全般の心身両面からの健康度や適応度を客観的に測定できる the Kid-KINDL[®] をわれわれが翻訳し、「小学生版 QOL 尺度」として小学生に実施し、その結果を健康な児童と小児喘息やアトピー性皮膚炎を持つ児童で比較し、アレルギー疾患が患児の QOL に及ぼす影響について検討した。【対象】東京と神奈川の小学 1-6 年生 (計 2987 人)。【方法】自己記入方式で実施した。【結果】健康な児童の QOL 総得点のほうが、喘息を持つ児童の QOL 総得点よりも有意に高かった。各領域の得点についても、両群で差が見られるものもあり、それは男女や学年によっても異なることが明らかになった。【結語】QOL が低い慢性疾患を持つ児童に対しては特に、医療側と学校側が連携して、心身両面からサポートして QOL を高めていく必要があると思われる。