

小児心身症の実態調査（近畿地方）

（分担研究：小児心身症に関する研究）

*生野照子、*川上久美、中島悠紀、吉川乃利子、深谷秀子

要約：近畿地方における1993年度の小児心身症の実態調査を実施した。その結果を1983年度の小児心身症全国調査結果と比較検討した。小児心身症の増加が続いているが、現状への対処が進んでいるとは言い難い。専門医やコメディカルの少なさ、専門外来の設置の困難さ、心身医学的アプローチの不備、小児心身症の診断・治療・治療体制におけるの困難などがみられた。

見出し語：小児心身症、実態調査、コメディカル、専門外来、治療体制

研究目的：小児心身症の実態調査を行い、その結果を1983年度に実施した小児心身症全国調査と比較検討する。

研究方法：1993年1月に近畿地方にある100床以上の医療機関に付属する小児科にアンケート用紙を郵送し、その現状について回答してもらった。調査上の小児心身症の定義は、日本心身医学会“心身医学の新しい診療指針（1991）”を用いた。

調査結果（表1）：①小児心身症の受診状況（表2）－“近年小児心身症の受診が増加している”と57%の機関が答えている。これは1983年度全国調査（以下、前調査と略）と同様の結果であり、小児心身症の受診増加が続いていると思われる。②増加している病気（表3）－前調査では腹痛・頭痛・ODが上位だったが、今回はアレルギー疾患の増加が注目される。また、前調査に比し、摂食障害・IBS・消化性潰瘍などの“若年化”疾患の増加が注目される。チ

ック・夜尿・神経性頻尿も増加傾向がみられる。③小児心身症への対処の仕方（表4）－“専門外来がある”のは270中32カ所（11.9%）で、前調査での近畿地方結果（12.9%）に比すと、一般外来に対する専門外来の割合は増加していない。小児心身症の治療にあたる医師・コメディカルなどの状況もほぼ同様で、約半数の機関が“医師が各自で治療”したり“他機関に紹介”している現状である。専門外来の増加が望まれる。④専門外来の担当医数（表5）－78%が0～1人で、前調査に比すと2人以上は42.5%から21.9%に減少している。⑤専門外来に所属するコメディカル・スタッフ（表6）－心理士以外は極めて少数であり、スタッフの増加が望まれる。⑥専門外来の回数（表7）－半数が週1回であるが、週2回は前調査の13.5%に比して34.4%と増加している。専門外来を行っている機関では診察日の充実傾向がみられる。⑦専門外来の一日の患者数（表8）－約66%が1～5人という少数患者である。前調査と同様にスタッフの少なさが関係していると思われる。この状況では受診者増加への対応は極めて困難であると思われる。⑧小児心身症に興味をもって治療にあたる医師数（表9）－大半の機関が1～2人である。前調査と同様の結果であり、医師数の増加は見られていない。⑨心理治療を担

* 神戸女学院大学家政学部児童学科
(Department of Child Development Studies
School of Home Economics, KOBE College)

当するコメディカル・スタッフ（表10）－心理士が大半であるが、前調査に比し教師やソーシャルワーカーがやや増加していることが注目される。⑩コメディカル・スタッフの所属（表11）－約67%が病院所属であるが、前調査に比し小児科所属が11%から26%へと増加している。⑪紹介する他機関（表12）－児童精神科・カウンセラー・精神科・心療内科の順になっている。前調査に比し、児童精神科やカウンセラーへの紹介が増加しており、精神科への紹介が減少している。⑫外来・入院について（表13）－“不可欠な場合のみ入院治療を行う”が約半数で、“外来治療のみ”が27%、“入院も積極的に行う”が9%である。入院治療体制の不備が関連していると思われ、心身症治療の大きなカベになっていると考えられる。⑬他機関との連携（表14）－“連携しない”が8%で、残りは何らかの形で連携を行っており、連携への姿勢がうかがえる。⑭実施している心理療法（表15）－約半数がカウンセリング中心であり、他の心理療法は前調査に比して増加していない。カウンセリング・遊戯療法・自律訓練法・精神分析的療法・交流分析の実施は減少しているが、家族療法は増加している。⑮専門外来の設置予定（表16）－96%が“ない”と答え、“ある”のは2.1%にすぎないが、（表17）に示すように45%が設置を望んでいる。前調査と同様に、設置したいと希望しながら設置できない現状がうかがわれる。⑯心身医学的アプローチの必要性（表18）－60.7%が“小児科の治療上で必要とする場合が多い”としている。これは、前調査の85%に比して減少しているが、（表19）に示すように、その実践については77.4%が“治療として行いたい”が十分になし得ていない”と答えており、これは前調査の68.2%より増加している。⑰心身症治療で困ること（表20）－診断では“診断基準の不備”、治療では“実施が困難”、治療体制では“時間がない”“報酬が少ない

”などが目立っている。⑱診断で困ること（表21）－“診断基準が明確でない”は52.6%、“診断に迷うことが多い”が26.7%であった。その他の意見を（表22）に示す。⑲治療で困ること（表23）－37.4%が“治療法の実施が困難”、33.7%が“治療方針に迷うことが多い”、27.8%が“心身症治療の知識が得にくい”としている。治療の実施が困難な理由を（表24）に示す。⑳治療体制に関して困ること（表25）－72.2%が“ゆっくり治療する時間がない”、49.6%が“コメディカルがいない”としている。“診療報酬が少ない”“入院体制が不備である”“他の医療者の協力が得にくい”などの状況もみられている。その他の意見を（表26）に示す。㉑今後の小児心身症診療への要望（表27）－自由記述であるが、多数の意見が寄せられた。“専門外来の充実”を望む意見が最も多く、“心身症概念への批判”“心身症の診療報酬の充実”“地域の連携”“診断指針の確立”“医学生や卒後教育の充実”“心身症専門機関の充実”“医療機関内部の連携”“診療時間のゆとりが必要”などに関して述べられている。詳細を（表28）に示す。

まとめ：以上の結果をみると、診断・治療・治療体制ともに前調査時からの発展が少なく、早急な対策を要する点が明確化されたと考ええる。都市部である近畿地方よりも郡部ではさらに問題が多いと予想されるので、今後も引き続き調査を続行して詳細な実態を把握したいと考えている。また、診断基準や治療指針の作成が肝要であり、その参考資料としたい。

結果

(以下、棒グラフは複数回答)

表1 アンケート集計結果

	送付数	返送数	回収率	無効数	有効数
大阪府	178	99	55.6%	3	96
兵庫県	102	74	72.5%	4	70
京都府	63	42	66.7%	2	40
奈良県	25	16	64.0%	0	16
和歌山県	22	15	68.2%	1	14
三重県	28	18	64.3%	2	16
滋賀県	26	18	69.2%	0	18
	444	282	63.5%	12	270

表2 小児心身症の受診状況

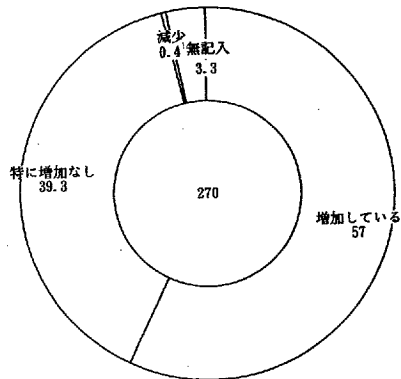


表3 増加している病気

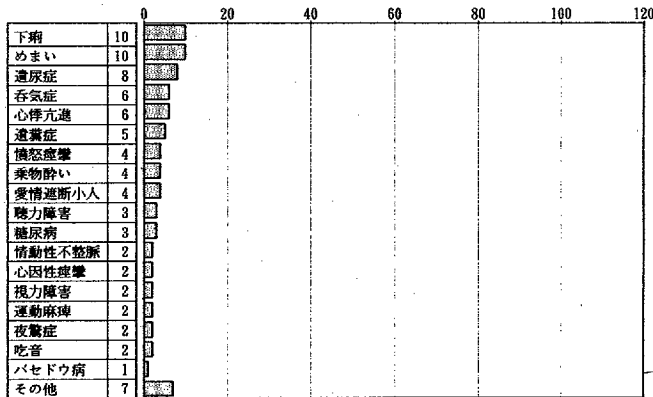
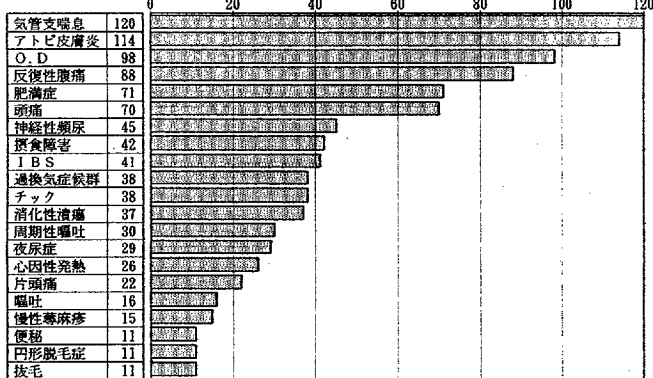


表4 小児心身症と思われた時の対処

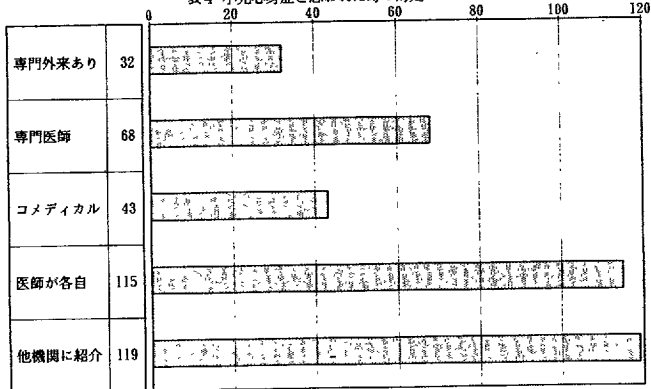


表5 専門外来の担当医師数

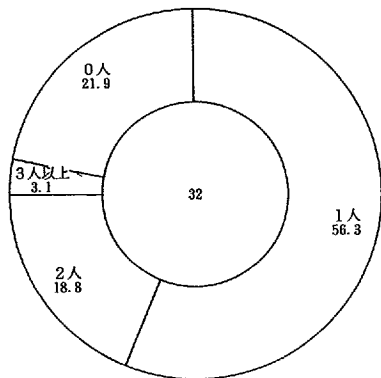


表6 専門外来のコメディカル・スタッフ

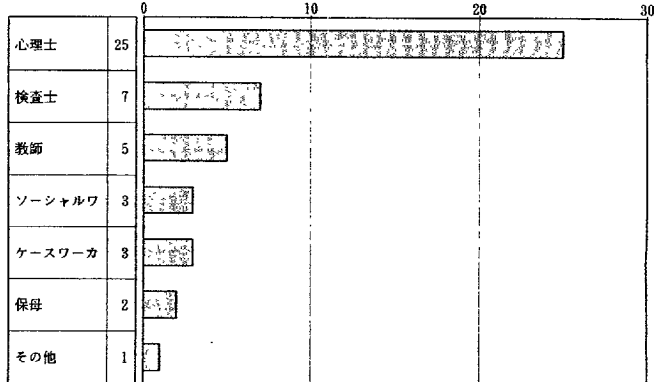


表7 専門外来の回数

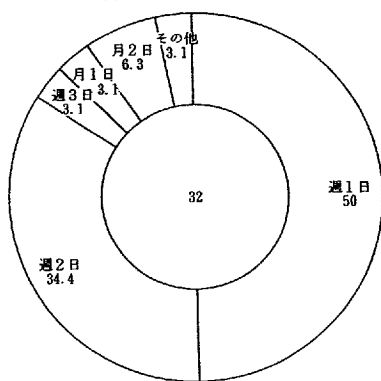


表8 専門外来の1日の患者数

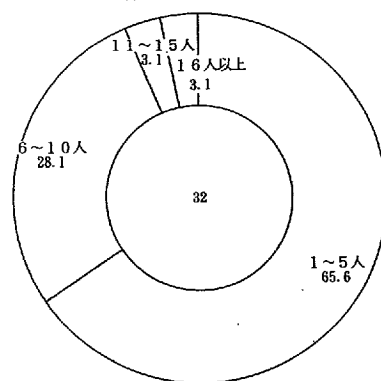


表9 治療を行う医師数

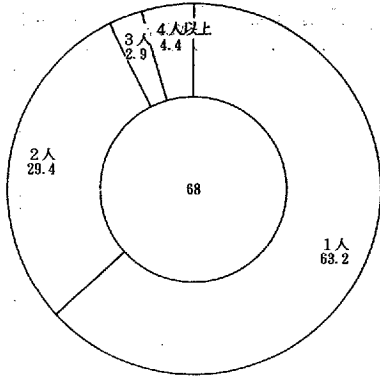


表10 コメディカル・スタッフ

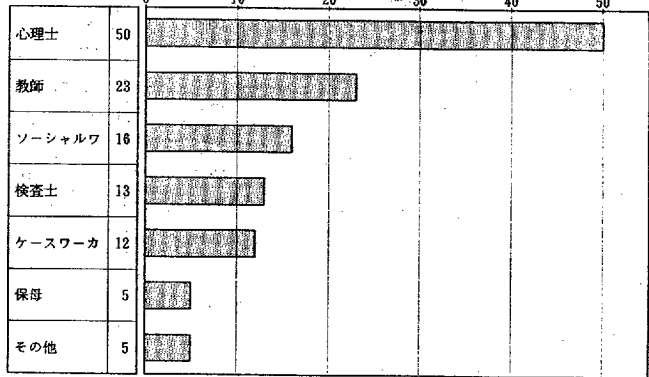


表11 コメディカルスタッフの所属

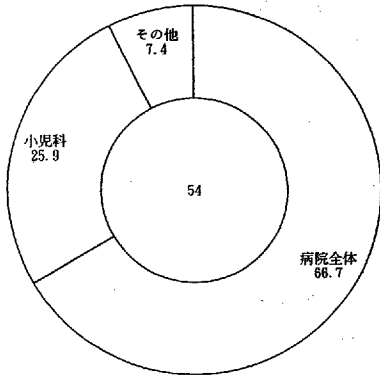


表12 紹介する他機関

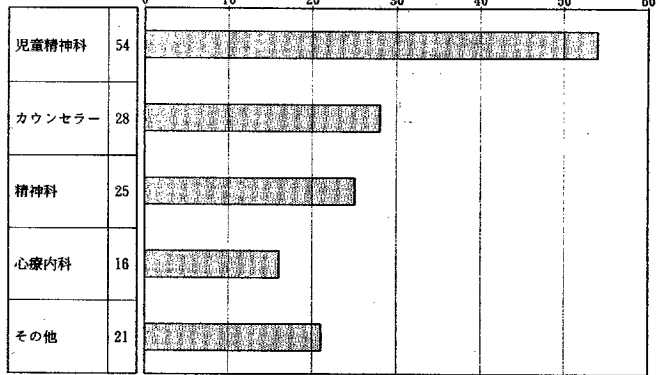


表13 心身症治療（外来・入院について）

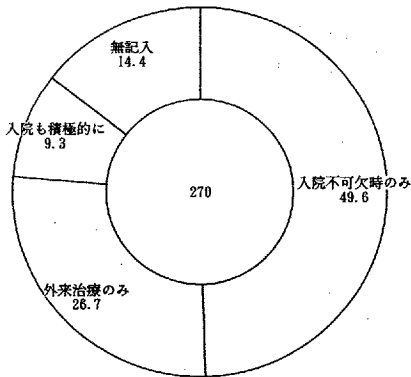


表14 心身症治療（他機関との連携）

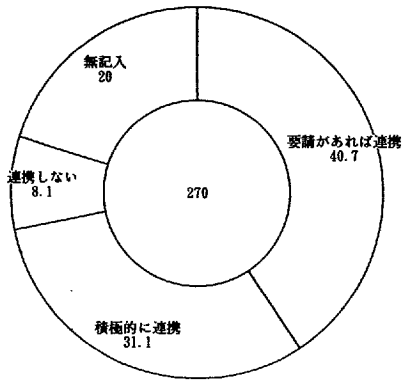


表15 心理療法

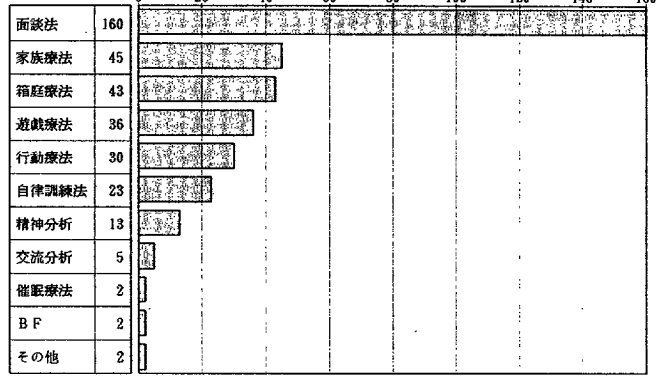


表16 専門外来設置予定

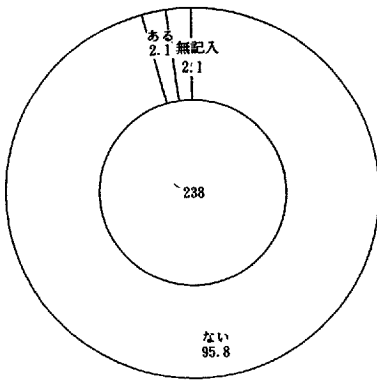


表17 専門外来設置

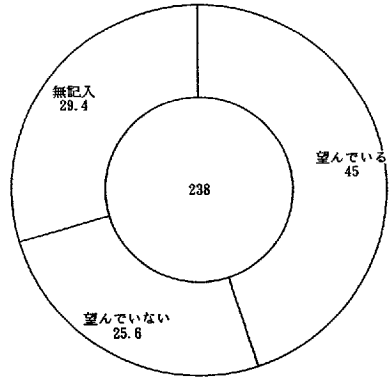


表18 心身医学的アプローチが必要な場合

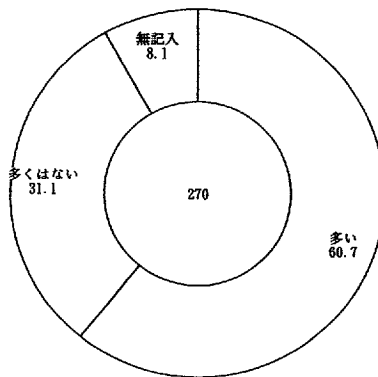


表19 心身医学的アプローチの実践

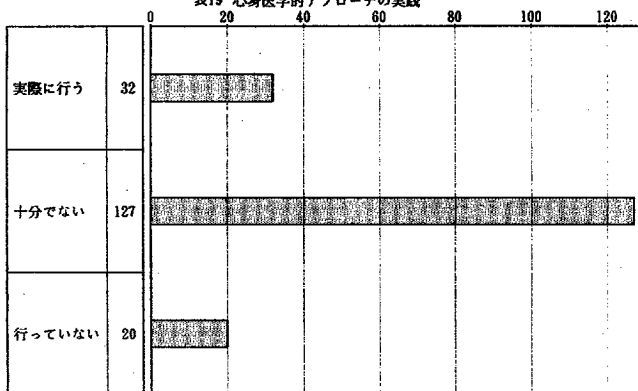


表20 心身症治療で困ること

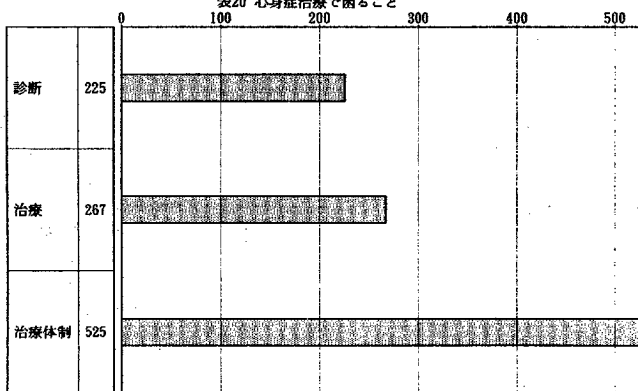


表21 心身症治療で困ること (診断)

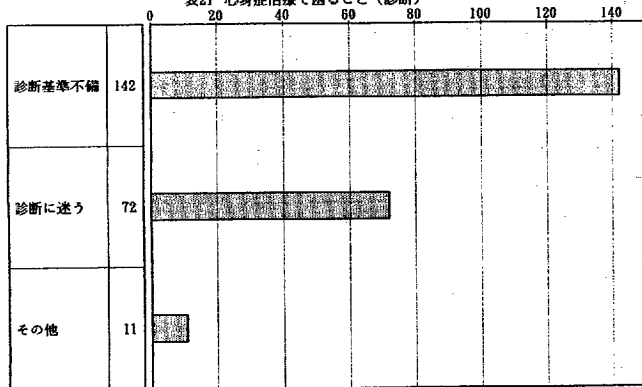


表22 医師個人の考え方に左右される

病態が経過と共に変化する点を明確にしてほしい
 診断に時間がかかるので診療時間内で確定できない
 心身症と明確に診断する必要がない
 すべての疾患に当てはめることのできる診断を望む
 診断基準がまちまち
 医師が診断しやすい基準を
 治療が有効かどうかの判断がしにくい
 多様な原因や症状を整理できる診断を

表23 心身症治療で困ること(治療)

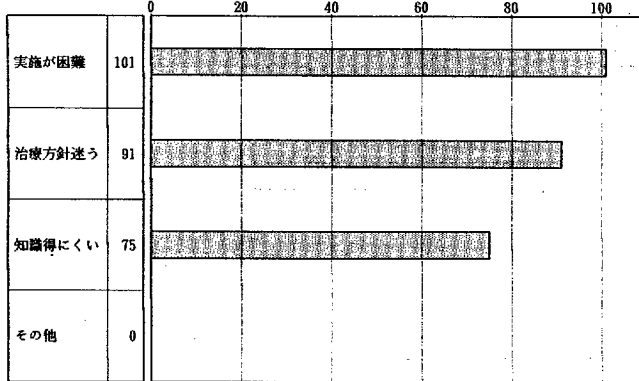


表24 親の理解を得るのが難しい

- 病院によって治療方針が異なるので迷う
- 患者側に心身症の病識がない
- 治療に時間がかかりすぎる
- 相当な経験者しか診療に対応できない
- 家族の協力が得にくい
- 通院が続かない
- 医師ができることに限界がある
- 治療効果が出にくいので治療継続しにくい
- 心理療法をする力量がない
- 治療道具がなく設置する場所もない
- ケースによって対応が違い過ぎる
- 心理療法の知識や技術が学べない
- 受診者が身体疾患にこだわって治療ができない
- 治療目標がわからない

表25 心身症治療で困ること(治療体制)

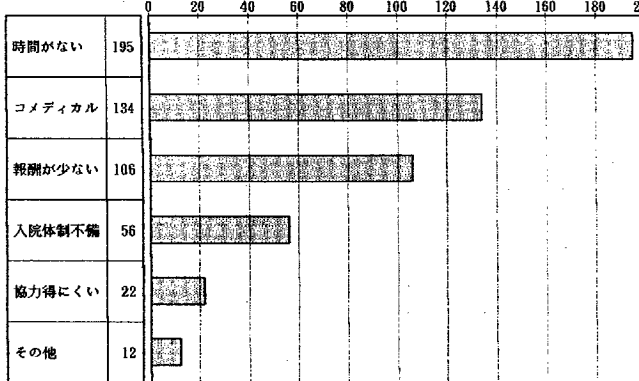


表26 治療の場がない

- プライバシーを守る場所がない
- 関心をもつスタッフがない
- 専門外来時間の枠がとれない
- 心身症に興味があるが今の専門分野から拡大しにくい
- 国試で心理関係の充実を
- 精神科医がない
- 治療者カンファレンスの時間がとれない
- 医師トレーニングの場がない
- 専門治療機関が必要
- 心理士との連携がとりにくい
- 一般病棟で治療しにくい

表27 今後の小児心身症心療への要望

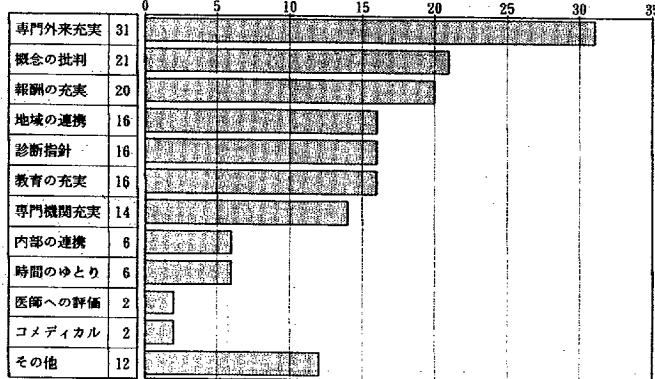


表28 要望

専門施設を充実させてほしい
 各診療機関にカウンセラーなどの常勤を望む
 軽度精神遅滞に合併する心身症の対応が困難、近くで気軽に相談できる専門の窓口が設置されるべき
 診療報酬の改善が第一
 心身症研修の機会を多くして参加しやすくしてほしい
 各専門施設の緊密なネットワーク作りが大切
 心身症と一般的な親子問題を混同しないように
 小児科医全体の知識・治療技術のレベルアップが必要
 家庭環境に踏み込んだ治療ができるように
 各病院で治療するのではなくセンター病院を設置して専門医の指導で治療するのが望ましい
 治療法や心理検査の診療報酬を上げてほしい
 明確な治療指針の確立を望む
 心身症に関する医師の情報交換や連携が大切
 専門的知識を習得する機会がほしい
 治療に行き詰まった時に相談できる施設や人が非常に少ない
 十分なスタッフをもつ専門外来が必要
 医療教育の中で心身症や関連疾患への教育を充実すべきである
 短期的な治療の講習に参加できても継続して心身症治療の技術を習得しがたい
 コメディカルが病院に定着できるような体制が必要
 院内学級の設置と充実を
 小児科医のスタッフがほしい
 紹介先のネットワークがほしい
 心身症の増加は現代の子どもの状況では当然である
 全医学生と全医師に心身症の基礎を教育すべき
 医師同士が時間をかけてゆっくり話し合う必要があるのに現状では不可能
 情報の普及を望む
 子どもを困む社会の歪みを是正することが大切
 心身症を行うメリットが少ない
 卒後研修を増やし受ける時間を保証してほしい
 一般小児科医のレベルで心身症治療を行うと危険が多い
 今後増加するであろう疾患が不明確でとつきにくい
 客観的な治療・診断法の充実が必要
 院内学級が長期になる場合に公費援助がほしい
 精神科への受診は抵抗がある場合が多いのでカウンセラーや心理士が身近にいるべき専門的チーム医療が望ましい
 健保点数の向上について行動する組織作りが必要
 心身医学というよりホリスティック医学の方がよいのでは
 医療体制が変わらないと小児科医が心身症治療を行えない
 まじめに取り組むほど採算が悪くなり病院の圧力を感じる
 心身症治療の必要性は一般的にも理解されているので厚生省は保険診療を改正すべき
 1施設にせめて1人は心身症の専門医が必要
 病院の小児科医の定員が少なく専門医を配置できない
 現在の専門外来は予約待ちで紹介できない
 不登校の子どもをもっと援助できるような体制が必要
 ボランティアの検討を
 生後からハンディキャップをもっている親子への対処や援助法を確立してほしい
 安易に心身症と関連づけないよう慎重さが必要
 小児心身症科として独立できる制度を望む
 一般外来で行う最低限の指針だけでも習得したい
 心身症に興味をもつ医師がいる間は積極的に取り組んだがいなくなつたので他に紹介している

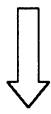
心身症治療への精神科医の参加を望む
 私立の病院では今後の充実が望みえない
 カウンセリングの勉強をしたが一般外来で時間がとれず予約制が必要と考える
 心理療法に関するもっと具体的な指針がほしい
 思春期の症例では精神科との連携が必要
 症例集の発刊を望む
 医学生は心身症の必要性を実感できないがその重要さを教えねばならない
 心身症と診断して告げる方法を考慮せねば
 公立病院には心理関係者の採用を義務づけるべき
 大学の心理関係学部にも学ぶような機会がほしい
 心身症専門家はもっと啓蒙活動を行うべき
 身体的慢性疾患で心因性のものを区別することが大切
 子どもの発達に影響する心理的・社会的因子をもっと考慮すべき
 心身症と診断されてそのこだわりから抜けられない親が多いことも考慮すべき
 理想的な育児などではなく個人によって違うという観点で研究してほしい
 短期的な身体疾患の心因を問診できるようなマニュアルがほしい
 一般小児科医が中途半端に携わると悪化させる危惧がある
 心身症の診断は他疾患の除外から始まるので診断の時間がかかるのが問題
 心身症という診断名はあまり好ましくなく烙印を押すことで満足してしまうのではないか
 診断・治療にできるだけ客観性を望む
 心身医学講座が設置されるべきである
 健康保険がきかない施設が多く経済的に治療続行できないことがある
 すべての疾患には心理的な因子が関与していると考えている
 家族療法ができるようになりたい
 子育てや子どもの特性について親への教育をする機会を作るべきだ
 医師が家族の問題に立ち入ることがなかなか困難である
 気軽に電話相談できる医療機関も必要
 一般小児科医にわかる系統だった指針がほしい
 児童精神医学と心身症を混同せずにもっと身体に重点をおいた心身医療を
 治療をどこまでするのかの判断に困る
 他科医師や心理専門家とのチームプレーが実現困難
 現在の小児科学会の上層部の意識変革が必要
 地域の連絡会議やケース検討会などがほしい
 病虚弱児の制度上の対応を充実させてほしい
 長期入院児やハンディキャップ児への心身医学的アプローチが必要

など



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:近畿地方における 1993 年度の小児心身症の実態調査を実施した。その結果を 1983 年度の小児心身症全国調査結果と比較検討した。小児心身症の増加が続いているが、現状への対処が進んでいるとは言い難い。専門医やコメディカルの少なさ、専門外来の設置の困難さ、心身医学的アプローチの不備、小児心身症の診断・治療・治療体制における困難などがみられた。