

〈分担研究報告〉

小児心身症に関する研究

分担研究者 星加明德

要約：共通の調査用紙を作成して調査を行い585名について検討した。診断基準としてはDSM-III-R（米国精神医学会：精神障害の診断・統計マニュアル）が用いられているものが多かった。192名は不登校があり、診断名としては頭痛、腹痛、起立性調節障害、夜尿、チック、神経性食思不振症、適応障害などが多かった。背景因子では学校（いじめ、友人との関係、クラブ活動の問題、担任教師との関係など）と家庭（両親との関係、両親の不和、同胞との関係など）の問題が主要なものであった。また対応としては初期には約半数が近医を受診し、近医では少なくとも2割の症例は身体疾患ではないと考えられていた。学校での対応では不登校については積極的にいじめや人間関係への対応がなされていた場合があり、不登校以外では保健室で休ませることが多かった。改善が期待される点としては、家庭では親子関係、母親の態度、学校では担任教師の態度や対応があげられていた。

見出し語：小児心身症、診断、背景因子、対応

心身症の概念は、扱う医師によりその疾患の範囲も心理社会的因子の関与という言葉の解釈も微妙に異なっている。そのような状況でより普遍的な資料を収集するため、研究班の構成は、小児科医5名、精神科医2名、心療内科医1名とし、対象施設も患者が初期に受診する小児科から難治例の集まる児童精神科まで含まれている。対象は昨年と同様に厳密な意味での心身症だけではなく「心身症およびその類縁の状態」まで広い範囲を調査対象とした。本年度の研究では共通の調査用紙を作成し、平成4年の各施設の初診患者（合計585名）を対象とした。

リサーチエフ①子どもの心身症の診断基準は何か

心身症の定義については日本心身医学会が定めたものが一般的であるが、その可能性があるものとして41の疾患が記載されている。本来ならこれらについて診断基準を用いて診断し、その中で心身症の定義に合致するものを選ぶ作業が必要であるが、時間的制約もあり、本年度は「各施設で心身症と考えた」症例を広く調査対象とした。これは各施設の対象疾患、心身症に対する考えが異なるため、短期間の検討では合意は困難と判断したためである。

また診断名については、様々な視点からの診断名が使われていると予測されたので、調査時に診断名を空欄に書き込み、その時使用した診断基準も記載するようにした。

これにより、実際に使用されている診断基準を調べ、一般的に使用されているものがあれば次年度より使用し、また頻度が高い疾患や症状で診断基準がないものについては基準を作成する必要があると考えた。

今回の調査で診断基準が使用されていたものでは、神経性食思不振症、チック、夜尿、昼間遺尿、夜驚、夢中遊行についてはDSM-III-Rが、起立性調節障害は大国の診断基準が用いられていた。頻度の高いもので診断基準を使用していないものとしては、頭痛、腹痛、胸痛などの疼痛、過換気症候群、不登校、視力障害などがあつた。

リサーチエフ②子どもの心身症の実態は

調査対象施設では広い意味での心身症は5-7%、厳密な意味での心身症は1-3%程度と考えられた。しかし今回予備的調査を行った2カ所の小児科医院では、広義の心身症でも1.5%前後と調査施設と比較してかなり差がみられた。調査された585名について、診断としては不

登校あるいは登校拒否（適応障害、不安過剰障害、神経症などの診断名も含む）は192名でみられ、小児科施設の患者数の約3割、精神科の6割を占めていた。その他の診断名としては頭痛、腹痛、起立性調節障害、夜尿、チック、神経性食思不振症などが多かった。学校での背景因子としては、いじめ、友人との関係、クラブ活動の問題、担任教師との関係、転校、学業不良などが多く、家庭では、両親との関係、両親の不和、同胞との関係、同胞の慢性疾患、学業への期待などが認められた。塾や習い事については後方視的調査であったため診療録に十分記載されていないものが多く不正確であるが、家庭や学校の問題と比較して背景因子としての役割はそれほど大きくないと推定された。

リサーチアクション③子どもの心身症に対する対応は

家族の症状出現時の対応としては約半数が近医を受診し、また近医ではその時点で少なくとも2割の症例は身体疾患ではないと考えられていた。学校での対応としては不登校では積極的にいじめや人間関係への対応がなされる場合があり、不登校以外では保健室で休ませることが多かった。調査対象施設で施行された検査では血液、尿、心理検査、脳波、CTスキャンなどが多く、対応としては環境調整、心理療法および薬物服用が半数以上でみられ、また教育相談所への紹介も約1割にみられた。改善が期待される点としては、家庭では親子関係、母親の態度、学校では担任教師の態度や対応、近医では十分な説明がない、診断上の問題、調査対象施設では、院内学級がない、包括的医療が必要などが記載されていた。

関連した研究

生野は学校教師からみた心身医療の問題を調査し、教師からは生徒を紹介できる適切な医師や医療機関を知らないのでは紹介しにくいという意見が多く、学校と医療機関との連携システムの必要性を強調し、また平山は学校での心身症調査より、心身症が疑われた生徒の半数近くに保健室への頻回来室がみられると報告し、保健室モニターの有用性について述べている。木下は家族の側からみた問題点を調査し、行政機関に対しては相談できる施設の増設、医療機関には心身両面の指導とアドバイスが求められていると報告した。斎藤は、不登校児の身体症状の検討から、腹痛、頭痛、嘔気、発熱などを訴える小児が受診した時、少なくとも発症後3ヶ月、

可能なら1年程度経過をみていく必要があることを示した。宮本は典型的な心身症である過敏性腸症候群について小中学校および高校での調査を行い、腹痛が受験のストレスと密接に関連して増加していることを報告した。吾郷は小児心身症の予後調査を行い、短期予後は比較的良好で症状と背景因子の改善が並行しているものが多いが、症候移動を示したり身体症状改善後に不登校になる症例がみられること、長期予後との関連では両親の不和や兄弟葛藤、いじめの問題などが心理的に未解決であると成人期への移行や発症につながる可能性があるという。山崎は思春期喘息患者の欲求特性をEdwards Personal Preference Schedule (EPPS) を用いて調査し、自己同一性形成にかかわる問題が関与していると考えた。

今後の課題

- 1) 今回の調査で専門施設と小児科医院では頻度に差を認めた。予防あるいは早期対応という観点からは、初期に受診する小児科医院、小一中規模の一般病院での小児心身症の頻度・現状の調査が必要である。それによりごく初期のあるいは軽症の心身症小児の実態を推定でき、またそれらの症例のうちどの程度が専門機関に紹介されたかを調べることによって、これらの医療施設でどの範囲まで対応できるかということも把握可能である。
- 2) 広範な調査のためには、受診頻度が高いいくつかの疾患・症状については、一般の小児科医が使用可能な診断基準を作成する必要がある。
- 3) 今回は後方視的調査であるため項目によっては診療録に記載されていない場合が多く、より正確な資料の収集のため前方視的調査が望まれる。これについては今年度の調査から重要な項目が選定できる。また小数例であってもどのような対応をした時に症状が改善したかを詳細に調査することにより、今後の対策を考える資料になる。
- 4) 学校と家庭、病院の連携システムに関しての現状をさらに調査し、改善可能な点を検討する必要がある。今回の予備的な調査からは学校から医療機関への紹介のシステムが必要であると推定され、また保健室に来室するがまだ医療対応がなされていない初期の患者に早期の対応が可能となれば重症化、遷延化が防げる可能性がある。



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:共通の調査用紙を作成して調査を行い 585 名について検討した。診断基準としては DSM-IV-R(米国精神医学会:精神障害の診断・統計マニュアル)が用いられているものが多かった。192 名は不登校があり、診断名としては頭痛、腹痛、起立性調節障害、夜尿、チック、神経性食思不振症、適応障害などが多かった。背景因子では学校(いじめ、友人との関係、クラブ活動の問題、担任教師との関係など)と家庭(両親との関係、両親の不和、同胞との関係など)の問題が主要なものであった。また対応としては初期には約半数が近医を受診し、近医では少なくとも 2 割の症例は身体疾患ではないと考えられていた。学校での対応では不登校については積極的にいじめや人間関係への対応がなされていた場合があり、不登校以外では保健室で休ませることが多かった。改善が期待される点としては、家庭では親子関係、母親の態度、学校では担任教師の態度や対応があげられていた。