

第3回日本赤十字看護学会学術集会

教育講演

成長発達の偏りと心の健康問題

Mental Health and Developmental Disorders
in Childhood and Adolescence

講師 奥野 晃正 OKUNO Akimasa (日本赤十字北海道看護大学)



司会 稲岡 文昭
INAOKA Fumiaki
(日本赤十字広島看護大学)

キーワード：心の健康問題、心身症、成長障害

Key Words：Mental Health, Psychosomatic Disorder, Developmental Disorder

I. はじめに

最近、子どもたちの異常な行動が注目されている。社会的な問題として不登校、高校の中退、子どもの自殺などをあげることが出来る。しかし、これらは氷山の一角ともいえるもので、水面下では非常に多くの子どもたちが心の健康問題（以下、心の問題）を抱え、体調不良を訴え、苦しんでいる。このことはわれわれ医療関係者にとどまらず、教育・心理・行政に携わるあらゆる分野で一致した認識である。

その根底には現代社会のひずみがあって、それが子どもたちに投影されたものと考えられる。子どもたちを取り巻いている環境は、物質的には豊かになったが、心豊かに成長する条件が整っているとは思われない。心身共に未熟な子どもたちは心にさまざまな問題を抱え、それが身体の症状として現れている。

その現状を明らかにして対策を講じることはわれわれ医療関係者の責務と考え、成長発達の偏りを考慮しながら心の問題について話を進めたい。

II. 成長発達の偏り

子どもの健康にかかわる仕事に携わる者が、第一に行うことは成長発達の評価であり、しばしば成長発達の異常をきっかけに心の問題に気付くことがある。

身体発育の偏りとしては、背が伸びない・体重が増えない・急にふとり出す・第二次性徴の発達が遅れるなどあり、精神発達面では感情表現・精神活動の抑制あるいは過剰を指摘できる（表1）。身体発育と精神発達のアンバランスが目立つことも多い。一般に、幼児から小学校低学年では身体発育の偏りが目立ち、小学校中高学年から高校生・大学生では感情表現・精神活動の偏りが目立つ。

III. 心の問題

A. 概念

心の問題とは、心の働きに長期的もしくは一時的な変調を来し、知的機能、情意機能、社会関

表1. 成長発達の偏り

身体発育	
背が伸びない	→ 低身長
体重が増えない	→ やせ
体重が急に増える	→ 肥満
思春期が遅れる	→ 第二次性徴の遅れ
精神発達	
感情表現の抑制・過剰	→ 性格の特徴・変化とされやすい
精神活動の抑制・過剰	→ 知能の発達も影響を受ける

表2. 病院調査に基づく心の問題をもつ患者数

	施設数	患者数	
調査対象	565		
回収数	454	36,378人	
解析対象(3歳以上)		16,357人	
医師の回答あり		13,318人	
心の問題	陽性	746人	5.6%
	判定困難	515人	3.9%
	陰性	12,057人	90.5%
上の患者数と厚生省の平成8年度患者調査・病院調査を参考に算出した心の問題の推定患者数			
	陽性	3,561人/日	
	陽性および判定困難	6,041人/日	

係のいずれかもしくはすべてに障害を生じた結果、主観的ないし客観的に認識される生活行動上の現象をもって表現される問題である。これは医学的疾患名である心身症・神経症のほか、学校で問題にされるいじめ・不登校、家庭の問題になる引きこもり・児童虐待・家庭内暴力、社会的問題になる非行・犯罪を含む幅広い概念である。

最近の年間記録を見ても、不登校13万人、高校中退者11万人（中退率2.6%）、子どもの自殺192人、児童虐待3万人である。この背後には、さらに多くの子どもたちが心の問題に苦しんでいると考えられるので、その実数を知る必要がある。

B. 症状

われわれが全国の病院と学校を対象に行った調査は次のようなものである（奥野 2001）。病院については平成11年10月18日あるいは25日に日本小児科学会認定医研修施設565病院の小児科を受診した3歳以上の患者、学校については5%無作為抽出した小・中・高校で1週間に保健室を利用した児童生徒を調査対象にした。

1. 病院対象の調査

受診理由の如何にかかわらず心の問題の有無について判定を求めた。3歳以上の患者の5.6%が有り判定され、3.9%が判定困難とされた。臨床の立場では判定困難例にも対応が求められることを考慮すると、両者を合わせた9.5%の患者に何らかの対応が必要と考えられる。全国の小児科受診患者数を参考に患者数を算出すると、心の問題の陽性例および判定困難例を加えると毎日6000人の患者が受診していると推定される（表2）。これを年齢別に検討すると中学生（12歳以上15歳未満）および高校生（15歳以上18歳未満）では15%が陽性、判定困難例を加えれば20%を越えている（図1）。

2. 学校対象の調査

学校で最近、保健室利用者が多くなったといわれている。われわれの調査でも、保健室を利用する児童生徒は、1週間当たり小学生で7.6%、中学生10.2%、高校生7.4%である。そのうちの12~15%は心の問題があると判定される（表3）。これを基に計算すると毎週17万人の児童生徒が心の問題をもって保健室を訪れていると推定される。当然であるが、同じ問題をもちながらも保健室を利用しない者がいることを考慮すればさらに多数におよぶと考えるべきである。学年別に検討すると小

表3. 学校調査に基づく心の問題をもつ児童生徒数

学校種	全国児童生徒数 (千人)	保健室利用率 (%・週)	心の問題	
			陽性率 (%)	推定陽性数* (人/週)
小学校	7,500	7.6	12.5	71,000
中学校	4,243	10.2	14.6	63,000
高等学校	4,203	7.4	13.5	42,000

*：保健室利用者の内、心の問題があると考えられる人数である。
保健室を利用しない児童生徒の内にも同様のものが多数いると推定される。

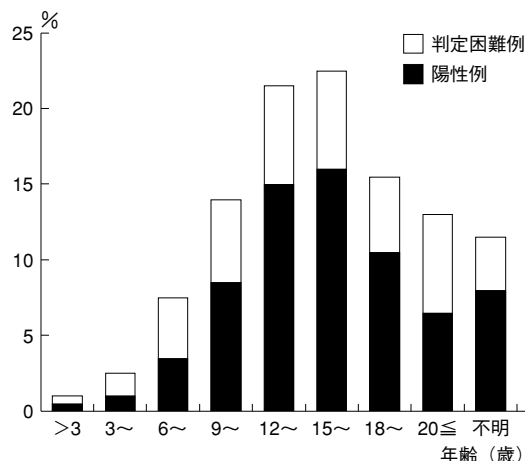


図1. 外来患者に占める心の問題の割合

学6年、中学3年では保健室利用者の25%にも達する (図2)。

3. 症状のまとめ

心の問題があるかどうかのような症状があるのか。病院調査の結果をまとめたものが表である。不定愁訴で表現されるありふれた症状を示すことが多く、同時に複数の症状を訴えるのが特徴である。とくに目立つのは、だるい・すぐ疲れる、頭痛、腹痛の3症状である。この3者があると、何らかの心の問題を持っている可能性が非常に高い。また、朝起きられない、寝起きが悪い、友だち、家族ともうまく話ができない、学校もよく休むなどの対人関係や学校関係で行動面の問題をかかえていることが判る。いま一つ重要なことは、心の問題について判定困難といわれた子どもたちも同じような症状をしめし、心の問題はないと判定された人たちとは異なることが明らかになった。判定困難例にも陽性例と同じような対応が求められことが確認できた。

上に示した身体症状と行動面の問題は相互に関係がある。だるい・すぐ疲れる、頭痛、腹痛に象徴される主観的な症状が先行し、やがて不登校、引きこもり、いじめ、家庭内暴力など行動面の問題として現れることが多い。行動面の問題がでると主観的な症状は軽減するが、心の問題はより深刻化したと考えるべきである。

C. 原因

症状が共通しているように、原因も人間関係の問題であることが共通している。しかし、その内容は多種多様である。幼児では両親の不安定な育児状況が原因になることが多い。学童期以降は、友だちと口論した、叱られた、からかわれた、学校で一寸した失敗があった、学業あるいはスポーツの成績に不満がある、運動部でキャプテンなど思わぬ責任を負わされたなどである。いずれも本人だけの問題ではなく、周囲との人間関係が発端になっていることが判る。このようなことは日常生活の中で次々と起り、最初の原因が解決しないうちに次の問題が発生していることもしばしばである。真の原因が何なのか本人も判らないような状態になって、心が疲れ、体が疲れ、身体症状として現れるのである。心の問題は仮病や怠けではない。子どもは、「こころ」も「からだ」も未熟であるが故に、心理的ストレスで容易に身体症状や行動面の問題となって現れるのである。

一般にそのような子どもたちは、真面目で一生涯懸命に努力しようとする。そのために些細なこと

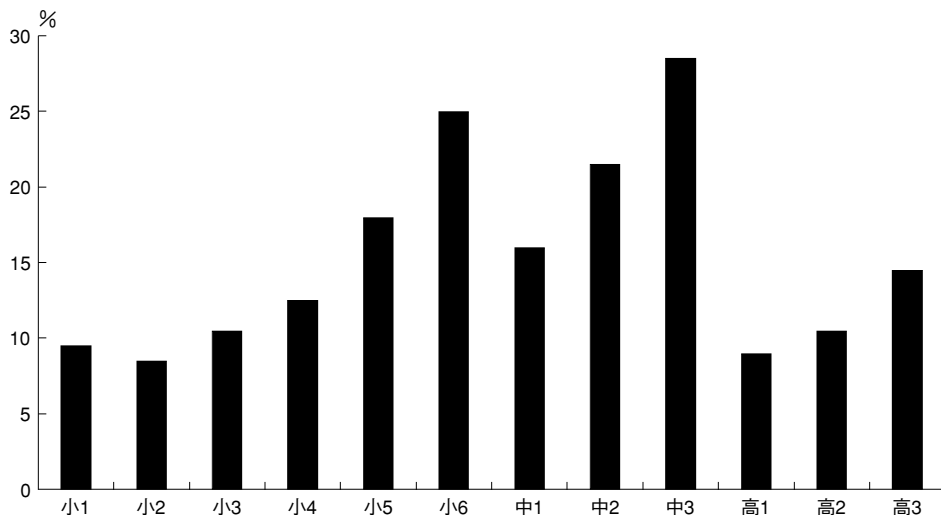


図2. 保健室利用者の内、心の問題のある者

も気になるのである。大人目で見ると些細なことであっても、本人にとっての価値観が高いのである。その辛さを理解するためには、子どもにとってのプライドや価値感を理解し、原因を的確に把握する感性が求められる。これに並行して、頭痛、腹痛、眠い、だるい、疲れるなどの不定愁訴で始まる器質的疾患の除外診断を確実にすることも重要である。

D. 対策

最初の対応が重要である。気がついたときに、直ちに対応すべきである。まず、子どもたちの辛さを理解し、丁寧に話を聴こうとする態度を示し、安心させるのである。子どもたちの辛さに共感する心を持つことが大切である。とくに感情表現・精神活動が抑圧されている者に対しては重要な点である。

同時に、疲労感と食欲低下に対処するために、十分な休養、睡眠、栄養摂取が必要である。心と体の疲れを癒すために、がんばることをやめ、無理をせず、辛ければ休むようにするのである。激励し、我慢させるの逆効果であり、事態をかえって悪化させる。何事にも真面目に努力することを大切にできるように教えられてきた子どもたちに対し、がんばることを一時やめ、休養をとるように納得させるのである。

すでに述べたように、原因は周囲との人間関係にあるので、一個人の努力だけでは解決困難な問題に直面することも稀ではない。自分だけで問題を抱え込むことなく、家庭、教育、医療、行政などと協力する柔軟な態度が必要である。

IV. 事例の提示

A. 不定愁訴に始まった不登校

13歳の男子中学生。小学校のときはでクラスの人気者で、自宅ではほとんど勉強していなかったが学業成績は上位にあった。中学に入ってから次第に成績が低下してクラスでも目立たなくなり、同時に体調不良を訴えるようになった。倦怠感と頭痛を理由に定期試験を欠席して以来、不登校が続いている。

表4. 心の問題に多い徴候

徴候	オッズ比*	p値
だるい・疲れる	2.55	<0.0001
頭痛	2.42	<0.0001
腹痛	2.03	<0.0001
吐き気	2.32	<0.0001
どきどきする	2.29	<0.0001
下痢しやすい	1.99	<0.0001
睡眠障害	1.64	<0.0001
胸が苦しい	1.25	0.1252
嘔吐	0.95	0.7638
微熱	0.92	0.5304
対人関係の問題	2.53	<0.0001
登校に問題あり	1.51	<0.0001

*：左に示した徴候が、心の問題陽性例では陰性例の何倍の頻度で出現するかを示す。



学業成績不振による自信喪失から不定愁訴が出現した例である。適応教室を利用して勉強するようになり、自信を取り戻しつつある。

B. 繰り返す腹痛

16歳の女子高校生。中学時代からスポーツ選手として活躍してきた。高校2年になって部活の監督からも大きな期待をかけられるようになった。そのころから試合前になると腹痛と倦怠感に襲われるようになった。過敏性腸症候群である。親には「気が小さい」、「気持ちのもちようだ」といわれ、さらに落ち込むことがあった。

大学に進学して、自分の心理状態を把握できるようになって症状は軽減したが、まだ試験の前になると軽い腹痛と下痢がある。

C. ネグレクト

6歳、女兒。やせて元気がないことを幼稚園の保母から繰り返し指摘されて受診した。身長95cm (−3.8SD)、体重10kg (肥満度−27%) で活気に乏しい。父親は2歳年上の兄に過剰といえるほどの期待をかけている一方で、この妹には何の期待もしていない。母親はこの状態に不満を持ちながらも父親の考えに合わせるため、家庭内では常に心理的緊張状態が続いていた様子である。幼稚園から友達と遊ぼうとしない、会話は家族のこと週一回のおやつに限定されている、弁当は量が少なく、内容も毎日殆ど同じで、変化に乏しいなどの情報が得られた。入院して、自由な食事摂取、自由な遊びをすすめるだけで、元気になった。2か月後には身長100cm (5cm増加)、体重15.4kg (5.4kg増加) に達した。カウンセリングを繰り返す中で、母親は子どもへの接し方に問題があったことに気づいた。

D. 虐待

1才4か月の男児。近所に住む人からの通報で児童相談所が介入して、紹介された。受診時の体重は5kg、身長は70cmである。やせて、垢だらけ、寝かせて置くと只じっとしているだけであった。頭蓋骨骨折の痕跡が認められた。母子健康手帳から出生体重2,990g、4か月までは異常なく発育していたと推定される。父は21歳、母は19歳、借金を重ね、近所づきあいも拒否し、育児不能の状態と考えられた。

入院後ほぼ1週間で、身長体重の増加が認められ、相手をしてくれる看護師、医師には甘えて抱きつく様になった。両親による養育は困難と判定し、施設に収容した。

V. おわりに

上に述べた事例からも理解できるように子どもたちの心の問題は、社会全体の問題でもある。子どもたちは常に社会を映す鏡である。大人は、子どもの姿を見るときに、無意識のうちに己の子ども時代の姿を重ね合わせている。心豊かに育った子どもの姿に、己の姿を重ね合わせることが出来る、そのような条件を整えるためにも社会全体で心の問題にとりくみたいものである。

文献

奥野晃正 (2001). 心身症, 神経症等の実態把握及び対策に関する研究 厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業), 平成12年度研究報告書, 307-482.