

報 告

低身長を主訴に受診した患児・家族の受診の
きっかけに関するアンケート調査

浅 野 健

〔論文要旨〕

低身長に対するより良い啓発の方法を探るために、日本医科大学千葉北総病院小児科を低身長を主訴に受診した児童の家族に対し、受診理由等についてアンケート調査を行った。調査の研究計画については、同院倫理委員会で承認を得た。受診のきっかけとなった契機は、同級生との身長と比較、学校・養護教諭、かかりつけ医、健診での保健師からの指摘、勧奨が多かった。学校・養護教諭からと保健師からの紹介では、 $-2SD$ 以下の身長であった患者が高率で、身長を実際に計測する養護教諭、保健師への啓発活動が重要であることがわかった。同時に、患者・家族に対する情報提供も重要であることもわかった。

Key words : 低身長, 養護教諭, 保健師

I. 諸 言

小児における低身長には、治療適応のない特発性、体質性低身長に加えて、成長ホルモン分泌不全性低身長症、甲状腺機能低下症、Turner 症候群、Prader-Willi 症候群、軟骨無形成・低形成症、SGA (Small for Gestational Age) 性低身長症といった成長ホルモン等の治療が可能な疾患、また、脳腫瘍、低栄養、虐待など、もともとの疾患や状態に対する治療介入も擁する場合がある¹⁾。しかし低身長があっても、①本人、家族に気づかれない、②低身長に治療可能な疾患が含まれていることを知らない、③治療法の一部ではその期間が限られていることを知らない、などのような理由のため受診しない、あるいは受診が遅れたため治療ができないケースを多く経験する。

日本医科大学千葉北総病院小児科では2002年以来、低身長に関して養護教諭向け講演会、一般向け講演会、日本教育新聞への記事掲載、保健師・養護教諭への学校保健セミナーなどの啓発活動を積極的に行っ

てきた(図1)。しかし、その啓発効果は未だ満足するものではなく、骨端線閉鎖後に受診したため、治療困難となったと考えられる低身長の児が少なからずいる。成長ホルモン分泌不全性低身長、低身長児における低身長の及ぼす心理社会的な研究はこれまでも多くなされているが^{2~12)}、多くは患児、家族に対する低身長の及ぼす心理的な影響を検討したもので、受診動機に関する報告は少ない^{10~12)}。今回、より良い啓発

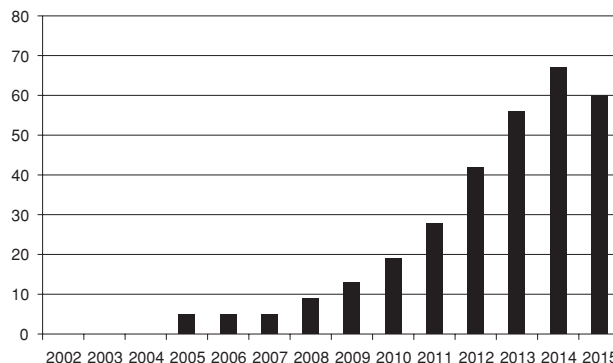


図1 日本医科大学千葉北総病院小児科における成長ホルモン補充療法を行っている低身長症の人数

Clue of Referral to Hospital Because of Short Stature

Takeshi ASANO

日本医科大学千葉北総病院小児科 (医師)

[2810]

受付 16. 2. 5

採用 16. 9. 7

の方法を探るために低身長で受診した患児の両親に対して、郵便によるアンケート調査を行った。

II. 対象と方法

1. 研究デザイン

無記名自記式質問紙調査。

2. 研究参加者

2003年1月1日から低身長を主訴に受診した、または受診中の患児の家族宛に郵送でアンケート用紙を送付し記入・返信してもらった。研究に同意しない場合は返信することなくそのまま破棄していただくことを記載し、そのことでインフォームドコンセントを担保した。本研究は日本医科大学千葉北総病院倫理委員会の承認（承認番号431号）を得て行った。

3. 質問紙内容

質問紙と送付した手紙の内容は以下の通りである。「本調査は、今回、低身長を心配されて医療機関を受診したきっかけを知りたいと思います（当院を選んでいただいた理由ではなく）。質問への回答には、あな

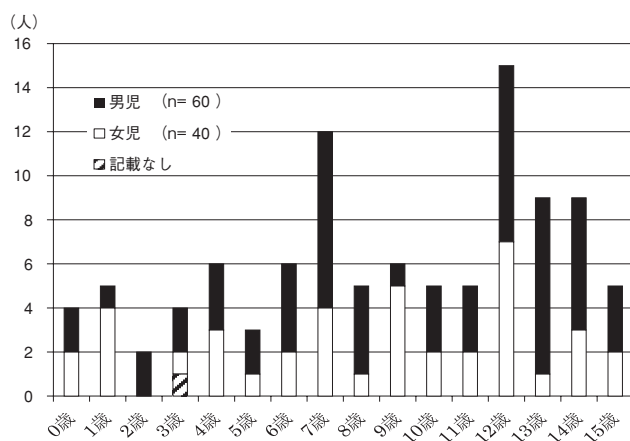


図2a 初診時の年齢と性別

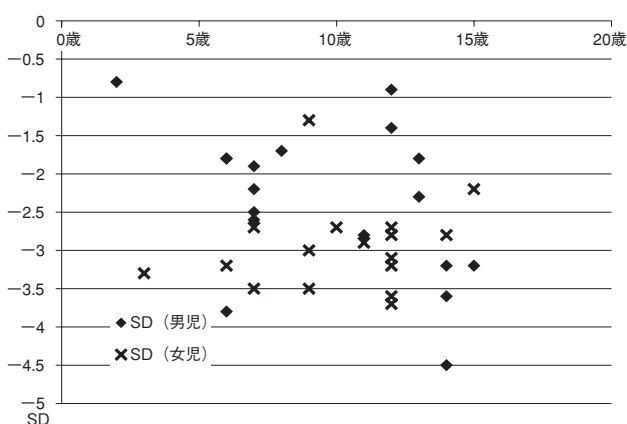


図2b 初診時の年齢と身長 (SD スコア)

たの意思が尊重されますので、回答したくない項目については、無理に回答する必要はありません」。

質問項目としては、①性別、②現在の身長・体重、③当科受診時の年齢と身長・体重、④受診するきっかけになった理由（複数回答可）（(1) インターネットや患者さんのホームページ（ブログ等）、(2) テレビ番組やCM、(3) 本・雑誌、(4) 新聞・その他の紙媒体資料、(5) 知人・家族の紹介、(6) かかりつけ医の紹介、(7) 家・職場が当院の近所、(8) クラスメイトと比較して背が低いことを気にした、(9) 定期健診で、保健師等から低身長を指摘、(10) 学校での身体検査で、養護教諭等から低身長を指摘）、⑤自由記載、であった。

III. 結果

1. 回収率

303通を送付し、回答があったのは125通であった（回収率41%）。

2. 初診時の年齢・性別・身長・体重 (図2a, 2b)

初診時年齢は101例に記載があり、平均年齢±SDは男児9.0±4.3歳（中央値10歳，0～15歳），女児8.3±4.5歳（中央値9歳，0～15歳）であった。全体として7歳と12, 14歳にピークがあった（図2a）。性別は124例に記載があり男児72名，女児52名で，初診時年齢に性差はなかった。初診時の身長SDスコアは36例で計算可能で，記載があるのは平均-2.95±2.0（男児-2.96±2.7，女児-2.95±0.57）であり，性差はなかった（図2b）。低身長症で受診しアンケート調査の対象患児には，下垂体腺腫1例，Turner 症候群2例，SGA 2例が含まれていた。Prader-Willi 症候群，軟骨無形成・低形成症，虐待，先天性心疾患，重篤な腎疾患，神経性食思不振症の児はいなかった。

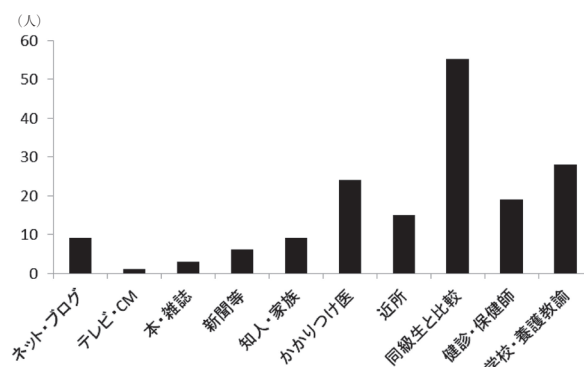


図3 受診のきっかけ（複数回答可）

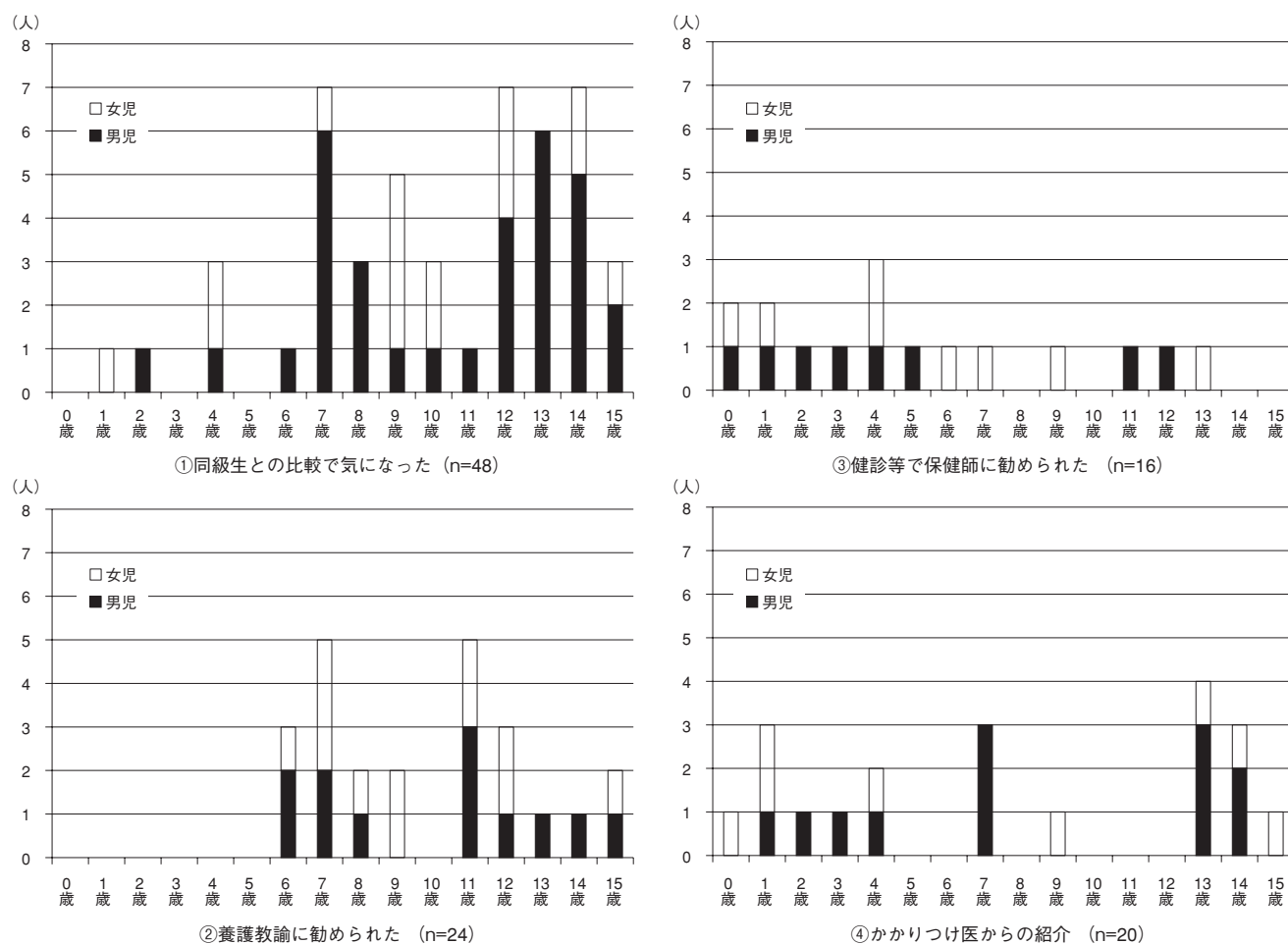


図4 受診のきっかけに関する年齢別分布

3. 受診のきっかけ (図3)

125例に記載があり, ①同級生との比較で気になった, ②養護教諭に勧められた, ③健診等で保健師に勧められた, ④かかりつけ医からの紹介, が多かった。

4. 年齢別にみた受診のきっかけ (図4)

①同級生との比較で気になった, という回答は, 小学校入学時, 二次性徴が始まり差の出てくる小学校の高学年, 中学生に多かった。②養護教諭に勧められた場合は, 小学校入学時の6, 7歳と, 性差はあるが二次性徴が始まり身長の差が目立ち始める11歳に多くあった。③保健師からの勧めは, 乳幼児健診のある0～1歳, 3, 4歳に多かった。④かかりつけ医からの紹介は, 小学校, 中学校入学時の時点が多かった。アンケートに初診時の身長の記載のあった35例 (男児17例, 女児18例) のうち治療の対象となり得る-2SDより低い身長の子どもの受診のきっかけは, 同級生との比較が多かったが, 健診時の保健師の勧め, 学校での養護教諭の勧めも多かった。

5. フリーコメント

「もっと治療可能な低身長があることを皆に知らせてほしい」というのが12名いた。また, 「治療可能な低身長があること」, 「治療に適切な期間があること」, 「治療方法」, 「費用などについて全く知らなかった」というものがあった。彼らの置かれている状況として, 「常に学年で一番前で, 周りの子からも“チビ”とからかわれ, 落ち込んで泣いて帰宅することが再三あった」, 「本人が低身長をずっと気にしていた」, 「受診した時にはもう遅過ぎと言われた」というものがあった。

IV. 考 察

低身長を来す原因には, いろいろな疾患が含まれている¹⁾。その中には, 一部の脳腫瘍や栄養, 育児環境(虐待)の問題に起因するものなど, 早期に治療介入を要するものに加えて, 成長ホルモン分泌低下のない, いわゆる特発性, 体質性低身長も含まれている。著者らは, 啓発活動等を通じ, これらすべての低身長児が的確に鑑別され, 必要な検査を受け, 治療や介入ができるような環境整備が重要と考えている。本研究の目的

は低身長を呈する子どもたちに対して治療可能な疾患があることを知らせ、受診してもらうためにはどうすればよいかを検討することである。低身長症に関して成長ホルモン検査等の詳しい検査や成長ホルモン治療をするかは家族の判断に委ねており、当方から治療、検査について積極的な勧奨は行っていない。“この児の成長ホルモン分泌は正常で低身長は何らかの疾患による可能性は低い”と告げられたご家族はむしろ安心される方がほとんどで、“病気でなくてよかった”と喜ばれる方が多かった。したがって、現時点において、①低身長を来す疾患、状況と治療介入の具体的概要について周知を図り、②自ら、あるいは紹介されて受診されて来院された患者家族に詳しい情報を提供し、③種々の疾患や状態の鑑別と治療介入、成長ホルモン分泌検査の結果により成長ホルモン治療を考慮する、という現在の啓発、情報提供から診療に至る過程において、十分な社会的意義が担保されていると思われる。

低身長症には、治療が適応にならない特発性低身長症のほかに、健康保険上、治療適応がある成長ホルモン分泌不全性低身長症、甲状腺機能低下症、Turner症候群、Prader-Willi症候群、軟骨無形成・低形成症、SGA性低身長症などがある。しかし、軽度の成長ホルモン分泌不全性低身長症のように低身長以外に症状に乏しい場合、受診の契機を逸することが多い。また、「身長の伸びの過少は毎日の生活の中では実感できないことが多く、かつ同年齢の子どもたちとの比較も家庭内では行えない点で、家族の眼には自分の子どもが低身長、身長の伸びが悪いという事実は気づきにくい」、「親が楽観的であった」、「本人の同級生などへの羞恥心が強かった」^{2,4)}、「どこに相談に行けばいいのかわからなかった」、「本人、家族も治らないものと思いついていた」、「かつて、医師に心配ないと言われた」などの理由でなかなか積極的に受診しないと思われる。

今回、著者らのアンケート調査では、症例数は十分ではないが、養護教諭や保健師からの紹介では身長が-2SD以下であった児が100%であった。したがって養護教諭、保健師からの指摘、勧めによって、治療適応になる低身長症を確実に把握できると推察された。これは学校、幼稚園、保育園では、年間何回かの身体測定が行われているためと考える。すべての保健担当者が身体計測データを記録するだけにせず、子どもたちのためにより良く活用するかが課題として残さ

れている。最近、著者らは養護教諭、保健師に対する啓発活動の中で、治療可能な低身長症が存在すること、そのような低身長症の場合、多くは治療の期間が限られていることを伝えている。彼らとの質疑応答からは、①受診の際の手続きについて：特に学校という医療機関でない公的機関から医療機関へ紹介する方法（大学病院などの大病院を受診する際に医療機関からの紹介状がないと初診時に選定療養費として5,000円以上を会計窓口で支払うことを心配している）、②受診を勧める基準、③低身長について医学的にどこまで説明すべきか、④どこの医療機関を受診すべきか、⑤何歳までに受診させるか、⑥学校医に低身長を相談するといつても大丈夫と言われてしまうがどうすればいいか、など多くの質問が寄せられ、その関心の高さは予想以上であった。しかし、地域によってはなかなか教育委員会などを通じた学校への働きかけが難しい場合もある。

一方、インターネット情報をきっかけに受診した例は少なく、その中でも治療適応となると考えられる低身長症の子どもたちも少なかった。製薬会社のホームページ等には有用な情報が多く掲載されている。しかしながら、今回のアンケート調査では、親が自分の子どもの低身長に気づかない限り、そのホームページを検索しないことが示唆された。

これまでに低身長症の受診動機に関する報告は少ない。佐々木らの、久留米大学の外来に低身長を主訴として来院した40名の受診動機アンケート調査では、かかりつけ医からの紹介が65%と最も多く、健診からの紹介が少ないという報告をしている¹⁰⁾。田中らは、自院がテレビ放映された後、来院した新患患者の特徴において-2SD以下の低身長の子どもの数は少なく、また思春期後半で、治療ができない年齢の児が多かったと報告している¹²⁾。西らは、教員向けの新聞等に低身長の啓発活動の記事を載せた結果、学校からの指摘を受けた子どもの来院が多くなったと報告している。その中で、身体測定を行うたびに身長の評価を行い、身長が標準に比べて低いことに気づくことに加えて、過去の身長と比較することで最近の身長の伸びが悪くなっていることに気づくことも重要であり、成長曲線の活用が重要であると述べている¹¹⁾。今後は、著者らも啓発活動の中で、たとえ-2SD以上の身長であっても身長増加速度の著しい低下のあるものは、重症疾患の鑑別等を要するため、見逃さずに紹介いただけるよう、注意喚起していきたい。

これらのことを踏まえ、今後は子どもたちの身長の時系列的データを持っている幼稚園、保育園の保育士、地域の保健センターの保健師、小学校の養護教諭に対して、低身長に関しての啓発活動を積極的に行っていきたい。

V. 本研究の限界と課題

本研究は当院に受診した症例に対して郵送という方法でアンケート調査を行ったので、回収率も41%とそれほど高くないため、選択バイアスがかかる可能性がある。また後方視的調査であり、地域差に加えて、“受診した患者への調査”という点で限界があろう。また検討した数は、統計学的に有意差が出せるほどの数はなく、それが本研究の限界と考える。今後は、千葉県全域など診療圏を広げ、かつ低身長を主訴に来院した患者・家族に、その場で記載してもらおう方式をとることが良いと考えている。

VI. 結 論

実際に身長を計測し、評価する養護教諭、保健師への啓発活動は、治療が可能な $-2SD$ 以下の低身長症の児を、受診行動に結び付けることができるという点で重要であると思われた。同様に家族の自由意見によれば、患者・家族に対する啓発活動も同様に重要と思われた。

以上の要旨は平成27年10月9日、第49回日本小児内分泌学会にて発表した。

利益相反に関する開示事項はありません。

文 献

- 1) 伊藤純子. 【日常診療 Q & A】ピンポイント小児医療 成長・発達 低身長児に「そのうち伸びる」と言ってよいですか？(Q & A/特集). 小児内科 2015; 47: 708-709.
- 2) 高橋 貢, 篠原聖子, 後藤悟志. 一般小児と低身長の身長に対する意識調査. 愛媛医学 1997; 16: 164-168.
- 3) 大塚岳人, 早川広史, 藤中秀彦, 他. 低身長児の意識と QOL. 小児科臨床 2005; 58: 2296-2300.
- 4) 立花克彦. 低身長児の持つ心理社会的問題と対応. 小児科診療 2007; 70: 1731-1737.
- 5) 長田久雄, 小川まどか, 田中敏章. 低身長児の心理社会的側面について—健常児との比較から. ホルモンと臨床 2007; 55: 1213-1217.
- 6) 市江和子, 上條隆司, 安達美奈子, 他. 成長障害児を持つ家族の GH 治療実施状況と負担感・満足感の検討. 小児科臨床 2008; 61: 2029-2034.
- 7) 柿沼美紀, 上村佳世子, 高橋桃子, 他. 低身長児の生活の質評価に関する研究: こころの問題スクリーニングに向けて. 成長科学協会研究年報 2011; 34: 65-71.
- 8) 柿沼美紀, 上村佳世子, 高橋桃子, 他. 母子相互作用の観点から考える低身長児の QOL—母親の養育不安の軽減の検討—. 成長科学協会研究年報 2012; 35: 67-72.
- 9) 花木啓一, 西村直子, 田中敏章, 他. 低身長児の生活の質評価に関する研究. 低身長児のストレス反応と自己概念の特徴: 軟骨無形成性症児との比較. 成長科学協会研究年報 2013; 36: 39-43.
- 10) 佐々木孝子, 八つ賀秀一, 片山幸樹, 他. 低身長患者の受診動機アンケート調査. 日児誌 2014; 118: 1022.
- 11) 西 英明, 大岩秀江. 三重県下の小人症患者と成長ホルモン療法の現況. 中勢病院誌 1991; 10: 31-35.
- 12) 田中敏章, 小笠原敦子, 佐藤直子. テレビ放映後に来院した新患の特徴. 日本成長学会雑誌 2014; 20: 96.

〔Summary〕

In order to find improved methods for raising awareness regarding short stature, the present study conducted a questionnaire survey on the families of children examined at the Department of Pediatrics, Nippon Medical School Chiba Hokusoh Hospital with a primary complaint of short stature. Questionnaire items included the reason for visiting to our hospital. Approval for the study protocol was obtained from the Institutional Review Board of the same hospital. The most common reasons for visit were small height compared to peers and recommendations from a school nurse, primary care doctor, or public health nurse during a regular health checkup. Referrals from school nurses and public health nurses included a high proportion of patients with short stature ($\leq -2SD$), indicating the importance of educational activities for such nurses who actually measure height. The importance of information provision for patients and families was also clarified.

〔Key words〕

short stature, school nurse, public health care nurse