

第36回小児保健セミナー 近年, 特に気になる健康課題—どのように対応するか

ネット依存, 心身症, 不登校

—子どもの心の不調に家庭・学校・かかりつけ医はどのように向き合うべきか—

永 光 信一郎 (久留米大学小児科)

I. はじめに

小児の医療提供体制は, 各種予防接種の普及による感染症の激減, 小児救急医療体制の整備により, 急性期疾患の軽症化などから, メンタルヘルス疾患や慢性疾患のケアと移行しつつある。さらに今般の世界的パンデミックとなった新型コロナウイルス感染症の影響で, 新たな生活様式を強いられるようになった結果, 長期間の休校やオンライン主体の授業内容により, 人と人との接触が少なくなり, 心身に不調を来す子どもが増えたのも事実である。2018年に実施されたわが国の思春期世代の障害調整生命年 (DALY: Disability-Adjusted Life-Years), いわゆる障害のために失われた年数に最も影響を及ぼしていたのは, メンタルヘルス疾患であった¹⁾。本稿では, 保護者の関心が高いネット依存, 子どもの心身症への対応, 不登校への対応について, 診療の経験から得たことについて記載する。子どもの心のゲートキーパーとして, 子どもをBiopsychosocialな存在と捉え, 家庭・学校・かかりつけ医がどのように関わっていくかも解説する。

II. ネット依存について

1. スクリーンタイム

平成26年度に日本小児科学会 こどもの生活環境改善委員会が実施した調査²⁾では, 保護者の53%が, かかりつけ医の35%が思春期の今後の健康課題としてネット依存を挙げていた。平成28年度厚生労働省 子ども・子育て支援推進調査研究事業で行った2万人の中高生の調査³⁾では, 40%が一日のスクリーンタイムが1時間以内であったが, 45%が1~3時間, 12%が3~6時間, 2%が6時間以上であった。スクリー

ンタイムの時間が長くなればなるほど家族との会話量は減り, 疲労感は増していた。

2. インターネットゲーム障害

ゲーム障害 (Gaming disorder) は, 2013年にアメリカ精神医学会のDSM-5に, 2018年にICD-11に表記された。その有病率は報告者や調査方法によって異なるが, 小児医療の中で適切な診断方法や治療は普及していない。ゲーム障害の子どもたちは, 自分たちはゲーム依存ではないと否定することから始まるため, 治療介入が難しいのが現状である。多くの外来診療の場では不登校を主訴に来院した子どもが, ゲームの没頭から昼夜が逆転し, 次第に受診も拒み診療が途絶えることになる。診断基準に掲載されているように, 依存症であるためゲームができないための禁断症状 (イライラ) や, 耐性ができるためにネットの時間を増やさざるを得ないこと, 目的を達成するためには (ゲームをするためには) 家族に対しても暴力的になることなどが診断の補助になると思われる。自閉スペクトラム症や注意欠如・多動症の子どもたちがその発達特性からゲーム障害に陥りやすい。治療に対しては依存症に対する専門的なアプローチが必要になる。小児医療の視点から考えると, かかりつけ医として幼少期から子どもの発達に関わっている利点を活かして, 健診や予防接種などのときに, 子どもたちへゲームやインターネットの適切な使用方法について指導を行っていくことが大切である。

3. ネットといじめについて

インターネット関連について, 小児科医が関わるべきもう一つの点がある。子どものいじめは集団化, 深

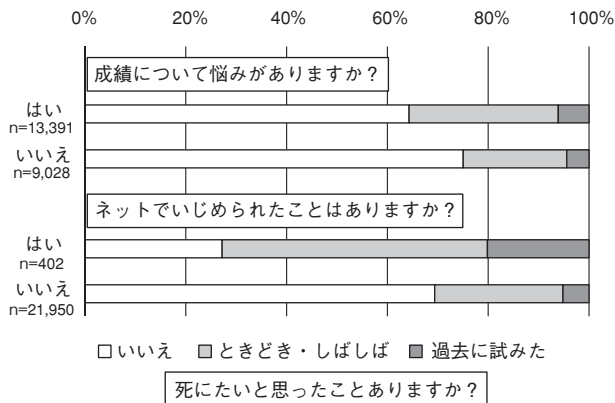


図1 成績の悩み・ネットいじめ被害の有無と希死念慮の関係

22,419人の中高生にアンケートを行った³⁾。成績の悩みがある人は13,391人で、その中で、死にたいと考えたことのある人は35.5%であった。一方、ネットいじめを受けたことのある人は402人で、その中で、死にたいと考えたことのある人は71.9%であった。

刻化、陰湿化しており、とくにネットによる誹謗中傷は、不特定多数に瞬時に広がる特性があり、匿名性があり消すことができないため、被害者は重大な心的外傷を受ける可能性がある。図1は平成28年度厚生労働省 子ども・子育て支援推進調査研究事業の調査結果³⁾から解析を行ったもので、22,419人の中高生のうち、成績の悩みがある人は13,391人(59.7%)であり、「あり」と答えた人のうち、死にたいと考えたことのある人(過去に試みた、しばしば、ときどき)は35.5%であり、「なし」と答えた人では24.7%で、その差は10%であった。一方、ネットいじめを受けたことのある人は、402人(1.8%)であるが、「あり」と答

た人のうち、死にたいと考えたことのある人は71.9%であり、「なし」と答えた人では30.4%で、その差は41%にも及んだ。いかにネットいじめがメンタル面に危険因子として深刻な被害を与えるかである。多変量解析ではオッズ比が3.6であった⁴⁾。小児科医として関わることができるのはネットいじめによる心的外傷の治療ではなく、本人がネットいじめを経験したときや、クラスメートがネットいじめを受けていると知ったときにどのように子どもたちが対応すべきかをあらかじめ指導しておくことである。学校での集団指導ではなく、健診、予防接種時の個別指導が重要と思われる。

4. スマートフォンを用いた保健指導

ネット依存傾向のある子どもや、依存の予防に対して、スクリーンタイムの縮小を推奨する効果的な保健指導が求められる中、子どもたちが関心を示す媒体での指導が重要である。子どもたちや保護者が容易にかつ、親しみやすく触れることのできる媒体としてスマートフォンを用いた保健指導を考案した。「親子の心のHEROESアプリ」(図2)は、ゲーム依存や不登校、摂食障害など子どもの心の病気や保健課題に対して、その内容を正しく理解することと、解決のために誰に頼るべきなのかを紹介する目的で、モバイルメッセージアプリケーションの形で構成されている。当事者と支援者のテンポの速い会話のやりとり(図2)は、リズムカルで要点を適確に伝えている。支援者は10人以上の異なる職種(医師、教師、心理士、看護師、警察官、パン屋のおじさん、文房具屋のおじさん、図



図2 親子の心のHEROESアプリ

アプリ内には9つのストーリーがある。「脱出せよ!いじめから(いじめ話題)」、「運命の選択(希死念慮話題)」、「学校、どうしよう?(不登校話題)」、「ダイエットさせてよ!(摂食障害話題)」、「育て!育て!育て!(育てにくさ話題)」、「ママ大丈夫?(産後うつ話題)」、「叩く?それともほめる?(虐待話題)」、「ゲームやっちゃダメ?(ゲーム依存話題)」、「話せない、聞けないよ(性関連話題)」。いずれのストーリーも、オープニングストーリー、ヒーロー登場ストーリー、エンディングストーリーから構成され、5人以上のヒーローと仲間になることでエンディングストーリーに進めるゲーミフィケーションの感覚を取り入れた。

書館のお姉さん等) からなり, 町に出かけ探していく設定になっている。健診や予防接種時に直接的にかかりつけ医からの保健指導と, 従来の型にとられない形でのアプリ等を利用した間接的な保健指導など考えていく必要がある。

Ⅲ. 心身症について

1. 心身症の定義

心身症の定義は, 身体症状を呈する病態のうち, その発症や経過に心理社会的因子が関与するものをいう。身体面の異常は明確でない場合も多いが, 繰り返し症状が出現することによって日常生活に困難を及ぼす。また, 不登校の要因となりやすく, 不安や抑うつなどの精神症状を伴いやすい。発達障害に併発することも多い。

2. 心身症の背景因子

心身症の発症には, 特定の単一因子の関与だけではなく, 個人因子(起立性調節障害, 過敏性腸症候群, 慢性片頭痛などの器質疾患や分離不安障害, 社会不安障害, 発達障害, 学力などの精神知的な課題), 家族因子(家族精神疾患, 経済的困窮, 両親の不和, 家庭内緊張等), 環境因子(いじめ・孤立, 担任との相性, クラスメイトとの関係, 給食への抵抗, 行事への不安)などの組み合わせが関与している(図3)。これらの組み合わせを考え, 早急に改善を検討する必要もあるが, 治療者が扱いやすい因子から対応していくこともよい。

3. 子どもの心身症の診療のコツ

初診において, 子どもから主訴が出てくるように努める。その主訴は親や周囲が考えているものと異なることもあるが, 本人から出てきた主訴を大切にす。そしてその心身症に対しての見立て(どのような状態であるか, なぜそのような症状が起こるようになったのか), さらに見通し(今後, どのくらいの通院が必要で, どのように展開していくか)を本人と家族に伝えることが大切である。心身症に至るまでには図4に示すように患児を取り巻くさまざまな個人との関係も関与してくる。決して単一の間人間関係で起こるものではない。仮に不登校状態であったとしても, そのような中, 本人の言葉から出てきた主訴(図中では, 「頭痛」)を大切にし, 最初は心をいじらず, 身体を診ることも

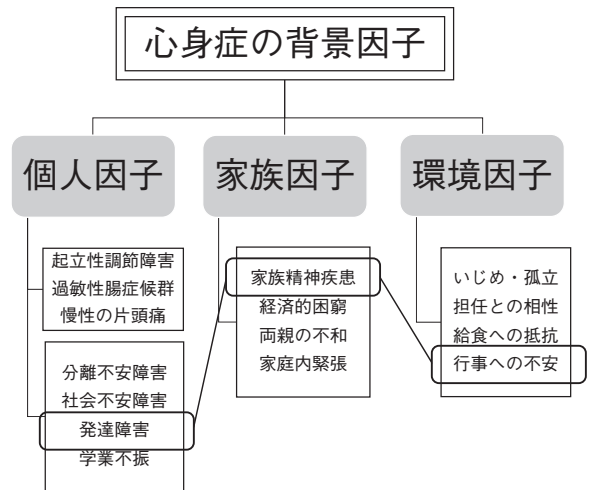


図3 心身症発症に至る3つの背景因子
心身症発症の背景因子として, 個人因子, 家族因子, 環境因子の3つの組み合わせを常に診療では考慮する必要がある。

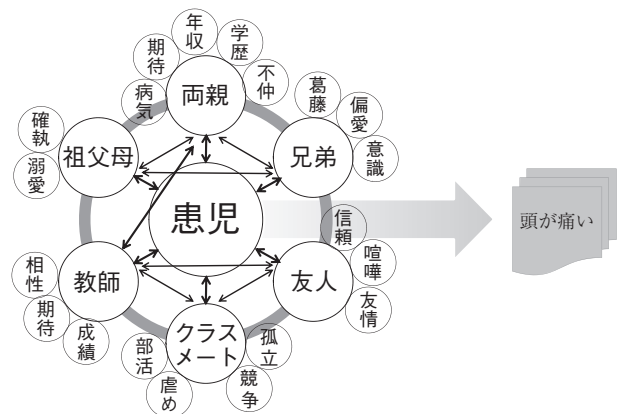


図4 心身症発症に至るさまざまな背景因子
患児を取り囲む人間関係には, 患児との関係もあれば, 患児が関係しない間(例: 両親と兄弟)での関係も患児の発症に影響することがある。そのようなストレス下で患児から発せられた主訴(例: 頭痛)に向き合うことが大切である。

良好な関係をつくっていくきっかけになる。複合的な因子が絡む中, 1回の外来で1回のテーマ(因子)を抽出して, 対応に心がけると決めると治療者側の負担も軽減することになる。

Ⅳ. 不登校について

1. 不登校の発症に関わる因子について

「不登校」という言葉は単に「学校に行かない状態」を示すに過ぎないが, 不登校状態にはさまざまな因子が関与している。子どもの心の臨床家にとって, 自らの臨床力を高めるためには, 不登校を主訴とする子どもたちを正しく見立てて, 個々のケースに応じて, あるいはケースの経過に沿って適切に援助していけるよ

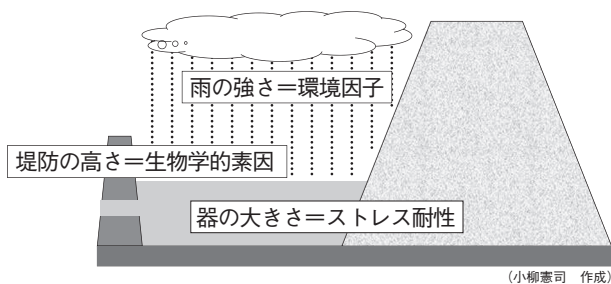


図5 不登校発症に関わる3つの因子

ダムが決壊したときに不登校が発症する。ダム堤防の高さとしての生物学的素因（個人因子としての発症しやすさ（例：起立性調節障害や発達障害等)), ダムに注ぎ込む雨の量による環境因子（学校、家族との関係）、ダムの大きさとして、どのくらいのストレスに対応できるかなどの因子がダムの決壊に影響する。

うに精進することが大切である。不登校の発症に関わる因子には、生物学的素因（発症閾値の低さ）、環境因子（ストレスの強さ）、ストレス耐性が関係してくる（図5）。小学校低学年の不登校では、分離不安、選択性緘黙、発達障害などの生物学的素因の影響が強く、小学校高学年から中学生においては、友だち関係のトラブルなど環境因子の影響が強くなり、高校生以上では種々のストレスに対する個々の耐性が関与してくる。

2. 自尊感情の低下について

不登校の発症と密接に関係するのが自尊感情である。自尊感情（self-esteem）とは、自分自身を価値

ある者だと感じ、自分を大切に思える気持ちのことである。日本人の子どもは諸外国の子どもに比べ、自尊感情が低いと言われ、さらに中学2年生の頃にこの自尊感情が一気に下がる⁵⁾。表はある中学校で実施した健康に関するアンケート調査であるが、ほとんどの項目で問題を示す比率が中学2年生で、ほかの学年に比べ、高率になっている。中学2年生で自尊感情が下がること、種々の身体精神症状が現れることとは不登校の発症と関係していると思われる。

3. 不登校の治療について

不登校の治療は、年齢、成因、社会資源によって異なってくるが、子どもへの対応、親への対応、学校への対応はいずれのケースにおいても必要になってくる。以下に各々への対応について要点のみを記す。

1) 子どもへの対応

- ・子どもの年齢、発達レベルに合わせた面談を行う。
- ・低学年では分離不安、思春期では対人不安が強いので、面接の設定（時間、個別、話題等）には個々のケースで配慮する。
- ・初期は不登校状態の改善よりも、家庭内で通常の生活（食事、睡眠、遊び、学習）ができるように支援する。
- ・子どもたちの自信回復のために、治療者は、子どもたちの小さな変化を大きく褒める。
- ・家庭内での日常生活が安定し、親子間の緊張状態が

表 心身の健康に関するアンケート調査

		人数 (%)			
質問項目	回答	中1	中2	中3	
1 夜はよくねむれない	はい	8 (5.8)	15 (10.4)	11 (8.0)	
2 朝起きにくく、午前中は体調が悪い	はい	19 (13.6)	24 (16.9)	15 (10.9)	
3 たちくらみやめまいがする	はい	13 (9.4)	29 (20.3)	20 (14.8)	
4 おなかが痛くなる	はい	19 (13.7)	21 (14.6)	13 (9.4)	
5 頭が痛くなる	はい	1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	
6 いつもつかれている	はい	21 (15.0)	35 (24.6)	26 (18.8)	
7 食欲がない	はい	6 (4.3)	11 (7.6)	5 (3.6)	
8 げりをする	はい	1 (0.7)	1 (0.7)	3 (2.2)	
9 気分が悪くなる	はい	7 (5.0)	10 (7.0)	4 (2.9)	
10 ひとりぼっちだと感じる	はい	3 (2.2)	11 (7.6)	4 (2.9)	
11 学校に行きたくない	はい	8 (5.7)	16 (11.1)	2 (1.4)	
12 いらいらする	はい	18 (12.9)	30 (21.0)	14 (10.1)	
13 勉強や友だちのことが気になる	はい	23 (16.4)	23 (16.0)	28 (20.4)	
14 いやなことをさげようとする	はい	41 (29.7)	56 (39.7)	34 (24.6)	
15 運動がきらいだ	はい	18 (12.9)	27 (18.8)	18 (13.0)	
16 成績が悪くなった	はい	29 (20.9)	74 (51.4)	34 (24.6)	

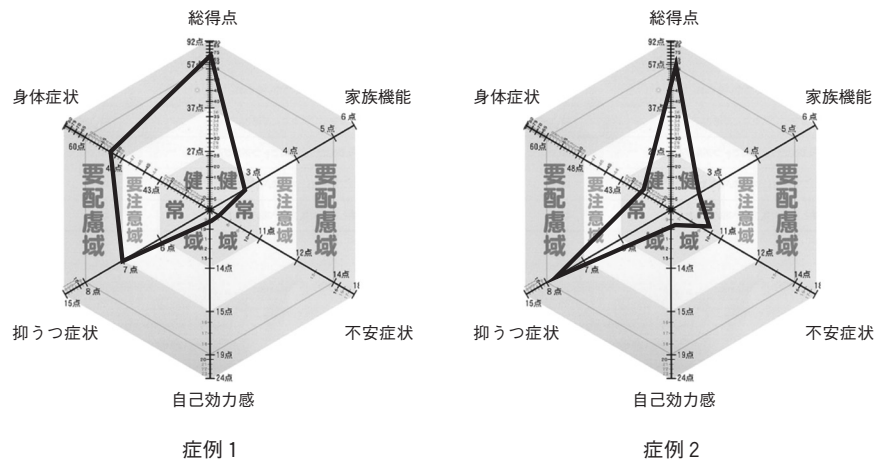


図6 QTA30のレーダーチャート

レーダーチャートの分布から症例の特性を理解することもできる。

症例1：15歳女子。主訴；朝起きられない。病歴；学校で椅子から立ち上がるときに立ちくらみがある。風呂上りや暑い日も立ちくらみがひどい。小学6年生頃から症状があり，最近ひどい。23時に就寝するが1時頃まで寝つけない。ときどき，過呼吸になったりすることもある。

症例2：13歳女子。主訴；朝起きられない。病歴；新学期より，立ちくらみ，頭痛，動悸がある。学校は行きたくないけど休まず行っている。授業中はボーッとされていて，集中できない。人と話すのは緊張する。中学1年生のとき，クラスメートからいじめられ，途中で別クラスになった。

認められない場合に，適応指導教室，保健室やフリースクールなどの参加を促してみる。

2) 親への対応

- ・保護者は「自分の子育てが失敗だったのではないか」という自責の念をもつことが多い。
- ・親の動揺を子どもが察知し，さらに子どもも不安定になることもある。子どもが主に生活する家庭内が安定するように治療者は支援を行う。
- ・ひとりの親がすべてを抱え込まないようにほかの家族や学校，地域の社会資源などの協力を得られるように支援する。
- ・不登校の一因になり得る神経発達症や身体疾患を子どもが有しているときは，その説明を行う。
- ・親自身の生育歴や家庭内での立場，親の心の状態に配慮し，親支援の方法を検討する。

3) 学校への対応

- ・本人と学校の関係，家族と学校の関係について情報を集める。
- ・学校での子どもの状態について，具体的な情報を得て，現在の子どもの状態について情報を提供する。
- ・学校の対応は，基礎疾患があるかないかで異なってくる。発達障害の特性と不登校の関係への理解を促していく。
- ・学校内での理解者を増やしていくことに努める。

V. QTA30について

子どもの心の診療に取り組むうえで重要なことは，治療介入による症状の変化を客観的に評価することである。そのためには，子どもの身体および精神症状を包括的に評価できる尺度や，アウトカムに影響を与える心理社会的因子の評価が必要になる。その条件として，患者立脚型アウトカム (Patient-Reported outcomes) 評価であり，簡便で多面的かつ全人的評価であることなどが求められる。また，縦断的に心身の症状を観察するためには，日常よくみられる身体症状を多く質問紙に含める必要がある。Questionnaire for triage and assessment with 30 items (QTA30)は，日本小児心身医学会によって開発された子どもの心身の健康スケールで，「身体症状 (9項目)」，「抑うつ症状 (5項目)」，「自己効力感 (8項目)」，「不安症状 (6項目)」，「家族機能 (2項目)」の5因子からなりその妥当性と信頼性が標準化されている⁵⁾。総合点97点でカットオフ値は37点以上である。レーダーチャートを活用すると患児の問題点を視覚的に捉えることができる (図6)。

VI. かかりつけ医はどのように向き合うべきか

世界的パンデミックとなった新型コロナウイルス感染症では，子どもの心の問題がクローズアップされる

ことになった。緊急事態宣言中に家族が家庭に留まることになり、家族同士が触れ合う良い機会になった一方、maltreatmentが繰り返されていた家庭では、社会と交流機会が少なくなり、子どもたちがSOSを発する機会が奪われたかもしれない。また3か月の長期休校後の再登校で、対人接触のストレスに直面し、不登校をはじめとした心身の不調を来す子どもたちも多く認められた。子どもの心の診療で今、一番必要とされるものはシステムを構築することである。「子どもの心のゲートキーパー」であるかかりつけ医と、子どもの心の診療を専門とする医師の縦の連携を強固にしたシステムが早急に必要と思われる。

文 献

- 1) 五十嵐 隆, 他. 子どもの身体的・精神的・社会的 (biopsychosocial) な健康課題に関する調査研究報告書. 厚生労働省 平成29年度子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書 (2018年3月).
- 2) 永光信一郎, 秋山千枝子, 阿部啓次郎, 他. 思春期医療の現状と展望—日本小児科学会会員および保護者へのアンケート—. 日本小児科学会雑誌 2017; 121: 891-899.
- 3) 永光信一郎. 健やか親子21 (第2次) を推進するための思春期の母性保健の向上を目的とした効果的な保健指導のあり方についての調査研究報告書. 厚生労働省 平成28年度子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書 (2017年3月).
- 4) Nagamitsu S, Mimaki M, Koyanagi K, et al. Prevalence and associated factors of suicidality in Japanese adolescents: results from a population-based questionnaire survey. BMC Pediatr. 2020; 20: 467. doi: 10.1186/s12887-020-02362-9.
- 5) 石井隆大, 永光信一郎, 櫻井利恵子, 他. 小児心身症評価スケール (Questionnaire for triage and assessment with 30 items). 日本小児科学会雑誌 2017; 121: 1000-1008.