

平成24年度

第43回全国学校保健・学校医大会

第1分科会

【からだ・こころ(1)】
こころ・心臓・腎臓・実態調査

日時

平成24年**11月10日** 田

10:00～12:00

会場

ホテル日航熊本

5F「阿蘇」B・C

第1分科会【からだ・こころ(1)】こころ・心臓・腎臓・実態調査

座長 熊本県医師会副会長 前田 利 爲
熊本県小児科医会理事 北野 昭 人

1. 熊本県における学校保健の現状
～県下全学校及び学校医に実施した学校保健アンケート結果よりみた意識の違い～
熊本県医師会 樽 美 光 一
2. 東京都多摩市小中学生における頭痛実態調査
東京都医師会 桑 原 健太郎
3. 学校こころの検診に自我構造分析（エゴグラム）を取り入れた試み
岩手県医師会 齊 藤 恵 子
4. 学校メンタルヘルスのかさ上げ活動 －全個別児童生徒への内面理解が学校を変える－
三重県医師会 長 尾 圭 造
5. 不登校の予防
徳島県医師会 二 宮 恒 夫
6. 発達障害を抱える子どもたちと学校介入
埼玉県医師会 平 岩 幹 男
7. 秋田県の学校における震災後の子どもの心の状態についてのアンケートについて
秋田県医師会 小 泉 ひろみ
8. 京都市小学校大文字駅伝出場選手の心臓検診
京都府医師会 林 鐘 声
9. 蛋白尿を中心とした学校腎臓検診の全県統一フォローシステムの確立
静岡県医師会 和 田 尚 弘

熊本県における学校保健の現状 ～県下全学校及び学校医に実施した学校保健 アンケート結果よりみた意識の違い～

熊本県医師会

樽美 光一

熊本県医師会

村上 幹彦
前田 利爲
原 敬三

I. 諸言

子ども達を取り巻く環境は、ますます多様多様化しており、様々な課題が山積している。学校保健・安全を考える上で、学校と学校医との連携は不可欠であるが、これらの問題に関して両者がどのような認識を持ち、活動しているのか実情を知るためにアンケート調査を実施したので報告する。

II. 調査方法

平成23年3月に熊本県内の全小・中・高・特別支援学校（国立・私立含）722校とその学校医774名にアンケート調査票を送付し、無記名で回答してもらった。尚、複数回答がある場合はそれぞれをカウントした。

III. 調査内容及び結果

回答率は学校610校（84.5%）、学校医395名（51.0%）であった。

調査項目は、健康相談・禁煙（防煙）対策・感染症・性教育・アレルギー疾患・メンタルヘルス・AEDについても行った。今回は学校と学校医双方から回答があって、意識の違いを感じた下記の項目についてのみ報告する。

1. 学校保健委員会について（表1）

調査結果	
1) 学校保健委員会	
(学校医)	(学校)
・出席している：29% (毎回、時々)	・実施回数 0回：19%、1～2回：71%
・時間がとれない(診療時間中) → 夜の開催を望む	・実施している所は、PTA 行政・町内会役員まで含めて 実施しているところが多い
・学校からの要請がない	・校医の協力が得られない ・日程調整が難しい
テーマ 健康診断結果、生活習慣、性教育、感染症、歯科保健など	

2. 健康診断

1) 内科健診時の脱衣および眼科・耳鼻科校医が配置されていない学校の眼科・耳鼻科検診について（表2）

2) 健康診断	
①内科健診時の脱衣について	
(学校医)	(学校)
・脱衣していない	・脱衣していない
男子 … 11%	男子 … 30%
女子(低学年) … 32%	女子(低学年) … 53%
女子(高学年) … 61%	女子(高学年) … 76%
(理由) プライバシーの保護、時間がかかる、はずかしがる	
②眼科・耳鼻科校医が配置されていない学校の 眼科・耳鼻科検診について	
1) 実施していない … 28%	
2) 内科校医が実施 … 32%	
3) 市町村が依頼した眼科・耳鼻科医に依頼…33%	
小・中6年間、眼科・耳鼻科検診を受けずに卒業していく、 1年生の時だけでも実施してほしい	

2) 脊柱側弯症検診および熊本県学校検尿マニュアルについて (表3)

③脊柱側弯症検診について	
(学校医)	(学校)
・実施していない … 8%	・実施していない … 20%
・要請が無い	・お願いしているが診てもらえない
・専門外で判断が難しい	・学校医が専門でない
・検診の標準化をしてほしい	
④熊本県学校検尿マニュアルについて	
(学校医)	(学校)
・知らない … 42%	・知らない … 11%
・知っているが回答した学校医の56%が利用	・知っているが回答した学校の83%が利用
	・養護教諭がいなかったため知らなかった
	・地域のマニュアルを利用

3. 学校危機管理対策および学校保健安全計画について (表6)

・学校危機管理対策について	
(学校医)	(学校)
・学校では行なわれていると思うがよくわからない	・マニュアルの作成
・コンセプトは持っているが、学校からの要請がない	・不審者、火災、地震対策・訓練
	・校舎内外の点検
	・通学路の安全確認
	・心肺蘇生・AEDの使用訓練
	・来校者の名簿記入
	・AEDの設置 (100%) 2台
・学校保健安全計画について	
(学校医)	(学校)
・知らない … 80%	・学校医の意見は反映されていない … 78%
・殆どの学校医が立案に参加していない	

3) その他の健康診断

①運動器検診および小児生活習慣病検診について (表4)

⑤その他の健康診断について	
1) 運動器検診	
(学校医)	(学校)
・実施の方がよい … 84%	・運動器検診を知らない … 70%
・変化があれば、整形外科医に相談するよう指導すべき	・知っているが答えた学校の80%が実施の方がよい
・スポーツ指導者の教育が必要	・個人の対応でやっていけないか
2) 小児生活習慣病検診	
(学校医)	(学校)
・実施の方がよい … 87%	・実施した方がよい … 82%
・本来、親が管理すべきこと	・学校での採血はすぐわない
・定期健康診断で可能性がある者は専門医へ	・生活習慣を見直すためのアンケート形式でよい

IV. 学校医からの意見 (表7)

学校医からの意見
・学校側の熟意次第です
・もっと遠慮なく利用してほしい (もっと気軽に相談を)
・学校からの要望がないと、当方からは行動を起こしにくい
・学校保健委員会に校医が積極的に参加し、生徒や職員の健康相談に応じられる体制作りが必要
・重要な社会貢献の機会であり、出来るだけ積極的に関わってほしいので、学校保健委員会などは、出来れば夜にやって欲しい
・生徒の指導は勿論、親・教職員の教育が必要

②アレルギー疾患およびメンタルヘルスについて (表5)

・アレルギー疾患について	
(学校医)	(学校)
・学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用) 知っている … 35%	・学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用) 知っている … 96%
	・管理指導表の提出 知っているが答えた学校の16%
	・エビペンの使用 小学校1校 (問題はなかった)
・メンタルヘルスについて	
・学校医への相談 … 10%程度	
・保護者が主治医に直接相談	
・S C、S S W、専門医療機関、心の健康アドバイザー制度などを利用	
・登校拒否、発達障害、摂食障害、情緒不安定、うつ状態など	

V. 学校からの意見 (表8)

学校からの意見
(学校医について)
・協力的である … 70%
・どちらでもない … 27%
・協力的でない … 2%
・気軽に相談できる体制を作してほしい、学校保健委員会に積極的に参加してアドバイスしてほしい
・講話など依頼したいが、忙しそうなので依頼しにくい
・学校医にも退職年齢があってもいいのではないかと (非常に気を使う)
・これからも、協力・連携し取り組んでいきたい
・本校の校医さんはどの校医さんも、大変、好意的で協力的です。いつもありがたく思っている。

VI. まとめ

本県においては、学校保健行政・学校・三師会・その他の学校保健関係者が熱心に学校保健活動に取り組んでおり、大きな成果をあげている。しかし、今回の調査結果から、学校側にも学校医側にも改善すべき問題がいろいろ潜んでいることが分かった。お互いをもっと気軽に話し合える場の構築が是非必要である。その為には、県教育委員会等の学校保健行政の力も不可欠である。県医師会も、学校保健・学校安全に関する問題は、最重要課題として位置付けており、学校医には任務の重要性を再認識してもらうなど、改善のための努力を続けていきたいと思っている。

東京都多摩市小中学生における頭痛実態調査

第 1 分科会
2
東京都医師会

日本医科大学付属病院小児科

桑原 健太郎

多摩市立大松台小学校 学校医・多摩市学校保健会 理事
多摩市立多摩第一小学校 学校医・多摩市学校保健会 理事
多摩市立北諏訪小学校 学校医・多摩市学校保健会会長
多摩市立多摩第三小学校 学校医・多摩市学校保健会 顧問
日本医科大学多摩永山病院小児科

飛田 正俊
前原 幸治
中村 弘之
佐藤 秀紀
高瀬 真人

I はじめに

わが国成人においては約 4000 万人が頭痛を有し、人口の 8.5% は片頭痛を有すると言われている。頭痛は小児期から見られ始めるが、小児の頭痛の実態についてはまだ不明な点が多い。私たちは平成 23 年度の各学期 3 回にわたり、東京都多摩市において小児の頭痛実態調査を行った。児童・生徒の頭痛(片頭痛、緊張型頭痛)の有病率、学校や家庭生活への支障度、医療機関への受診率、頭痛の有無による QOL の違いなど、小児の頭痛の広汎な基礎的なデータを収集した。この調査により小児の頭痛の実態が明らかになり、頭痛を有する児童・生徒がより健全な学校生活を送るために必要な理解が得られると考える。小学校 18 校(6,972 人)、中学校 9 校(2,906 人)の調査結果を報告する。

II 調査目的

本調査は、日本の小中学生の頭痛の有病率、生活支障度等を調査することで、日本人小児の頭痛の実態を明らかにし、頭痛を有する小児の生活改善を行なうための保健指導に必要な基礎データを得ることを目的とした。

III 調査方法

◆調査対象

東京都多摩市立の小中学校の児童・生徒。

小学校 18 校：6,972 名

中学校 9 校：2,906 名(2011 年 6 月時点)

◆調査方法

各小中学校でアンケート用紙を配布し、小学校児童は保護者と共に記入、中学校生徒は自分で記入し、各小中学校で回収した。

◆調査期間

調査は各学期に 1 回、合計 3 回施行した。調査期間は以下の通りである。

1 学期：

小中学校：2011 年 5 月 16 日～2011 年 5 月 31 日

2 学期：

小学校：2011 年 10 月 1 日～2011 年 10 月 21 日

中学校：2011 年 10 月 1 日～2011 年 10 月 31 日

3 学期：

小学校：2012 年 1 月 16 日～2012 年 1 月 31 日

中学校：2012 年 1 月 16 日～2012 年 2 月 17 日

◆回収数と回収率

調査票の回収数と回収率は以下の通りであった。

1 学期：

小学生 4,997/6,972 (回収率 71.7%)

中学生 2,567/2,906 (回収率 88.3%)

2 学期：

小学生 4,430/6,972 (回収率 63.5%)

中学生 2,462/2,906 (回収率 84.7%)

3 学期：

小学生 4,760/6,972 (回収率 68.3%)

◆解析対象数と解析対象条件

質問紙を回収できた小学生、中学生のうち、性別不

明者および頭痛分類を定義するための質問の回答に不備のあった回答者を解析対象から除外した。実際の解析対象数は以下の通りであった。

1 学期：

小学生 4,350 名 (男 2,118 名、女 2,232 名)、

中学生 2,164 名 (男 1,028 名、女 1,136 名)

2 学期：

小学生 3,873 名 (男 1,778 名、女 2,095 名)、

中学生 2,043 名 (男 983 名、女 1,060 名)

3 学期：

小学生 4,298 名 (男 2,040 名、女 2,258 名)、

中学生 2,172 名 (男 1,036 名、女 1,136 名)

IV 調査項目

現在の頭痛の分類診断は、国際頭痛分類第2版に基づいて行なわれている。本調査では、まず国際頭痛分類2版に準じて頭痛を一次性頭痛の片頭痛および緊張型頭痛、以上の2つに分類されないその他の頭痛の3つに分類した。その他の頭痛には二次性頭痛も含まれている。さらに片頭痛を慢性片頭痛とその他の頭痛、緊張型頭痛を稀発性反復性緊張型頭痛、頻発性反復性緊張型頭痛、慢性緊張型頭痛に分類した。1-3 学期の各学期の調査のたびにこれらの各頭痛を分類した上で、各頭痛とその他の調査項目との関係を調べた。3 学期だけは慢性連日性頭痛と薬物乱用性頭痛についても調査した。

主な調査項目は1) 各頭痛の有病率、2) 生活(家庭、学校) 支障度、3) 頭痛の対処方法、4) 頭痛と関連する生活習慣、であった。

V 調査結果

今回の全調査を通じてまとめた結果を表1-5に示す。

表1は3回施行した調査の小中学生別、頭痛分類別、男女別、学期別の、頭痛の有病率である。中学生では小学生と比較して、どの頭痛も有病率が高かった。また小学生全体、中学生全体でみると、いずれの頭痛も男児よりは女児に多い傾向がみられた。また、各学期間の頭痛の有病率には有意差はみられなかった。

表2に学校生活への影響をまとめた。各質問項目には、4段階評価で答えてもらい、1-4に点数化して、その平均値で比較した。Q2最近1年間、毎日楽しく過ごせたか？ Q4学校は楽しいか？という質問に対しては、頭痛がない小児では楽しくすごせた、楽しいという回答が多かった。またQ5勉強が好き？という質問に対しては好きという回答が、頭痛がない小児で多くみられ、慢性緊張型頭痛の小児では少なかった。

表2 学校生活への影響

	Q2 最近1週間、毎日楽しく過ごせた？	Q4 学校は楽しい？	Q5 勉強は好き？
片頭痛 (868名)	いつも過ごせた 48.0% 平均スコア 3.4	楽しい 54.8% 平均スコア 3.4	好き 21.1% 平均スコア 2.7
緊張型頭痛 (小計) (399名)	いつも過ごせた 52.4% 平均スコア 3.4	楽しい 61.9% 平均スコア 3.5	好き 23.6% 平均スコア 2.7
稀発反復性緊張型頭痛 (132名)	いつも過ごせた 65.2% 平均スコア 3.6	楽しい 68.9% 平均スコア 3.6	好き 25.0% 平均スコア 2.8
頻発反復性緊張型頭痛 (227名)	いつも過ごせた 47.1% 平均スコア 3.4	楽しい 61.2% 平均スコア 3.5	好き 24.7% 平均スコア 2.8
慢性緊張型頭痛 (40名)	いつも過ごせた 40.0% 平均スコア 3.2	楽しい 42.5% 平均スコア 3.2	好き 12.5% 平均スコア 2.2
その他の頭痛 (1,004名)	いつも過ごせた 52.4% 平均スコア 3.4	楽しい 58.9% 平均スコア 3.5	好き 23.6% 平均スコア 2.7
頭痛なし (4,243名)	いつも過ごせた 67.2% 平均スコア 3.6	楽しい 72.6% 平均スコア 3.7	好き 37.9% 平均スコア 3.1

表1 頭痛の有病率

	小学生			中学生		
	1 学期	2 学期	3 学期	1 学期	2 学期	3 学期
片頭痛 (小計)	9.7% (420名) 男9.5%、女9.8%	9.9% (384名) 男9.1%、女10.6%	8.7% (372名) 男8.3%、女9.0%	20.7% (448名) 男19.7%、女21.6%	20.2% (409名) 男17.6%、女22.3%	18.6% (403名) 男15.0%、女21.9%
慢性片頭痛			0.5% (23名) 男0.3%、女0.8%			2.0% (44名) 男1.6%、女2.4%
その他の片頭痛			8.1% (349名) 男8.0%、女8.2%			16.6% (359名) 男13.3%、女19.5%
緊張型頭痛 (小計)	4.3% (185名) 男3.7%、女4.7%	5.7% (220名) 男5.6%、女5.7%	4.8% (206名) 男3.7%、女5.8%	9.9% (214名) 男8.0%、女11.6%	9.2% (188名) 男7.3%、女10.9%	9.0% (196名) 男8.3%、女9.7%
稀発反復性緊張型頭痛	1.5% (66名) 男1.5%、女1.6%	1.6% (62名) 男1.7%、女1.5%	2.0% (84名) 男1.7%、女2.2%	3.0% (66名) 男3.3%、女2.8%	2.5% (52名) 男2.2%、女2.8%	2.4% (53名) 男3.0%、女1.9%
頻発反復性緊張型頭痛	2.5% (108名) 男2.0%、女2.9%	3.5% (135名) 男3.6%、女3.4%	2.6% (110名) 男2.0%、女3.1%	5.5% (119名) 男3.6%、女7.2%	5.6% (114名) 男4.9%、女6.2%	5.8% (125名) 男4.7%、女6.7%
慢性緊張型頭痛	0.3% (11名) 男0.2%、女0.3%	0.6% (23名) 男0.3%、女0.9%	0.3% (12名) 男0.0%、女0.5%	1.3% (29名) 男1.1%、女1.6%	1.1% (22名) 男0.2%、女1.9%	0.8% (18名) 男0.6%、女1.1%
その他の頭痛	12.6% (547名) 男12.0%、女13.1%	15.1% (586名) 男14.8%、女15.4%	12.2% (525名) 男11.3%、女13.1%	21.1% (457名) 男19.6%、女22.5%	19.5% (399名) 男16.0%、女22.8%	16.9% (365名) 男12.3%、女21.0%
頭痛なし	73.5% (3198名) 男74.7%、女72.4%	69.3% (2683名) 男70.4%、女68.3%	74.3% (3195名) 男76.8%、女72.1%	48.3% (1045名) 男52.8%、女44.2%	51.2% (1047名) 男59.1%、女44.0%	55.5% (1202名) 男64.4%、女47.3%
慢性連日性頭痛			0.4% (18名) 男0.1%、女0.7%			2.0% (44名) 男1.9%、女2.2%
薬物乱用性頭痛			0.2% (8名) 男0.2%、女0.2%			1.2% (26名) 男1.1%、女1.3%

表3は学校の欠席状況である。頭痛がある小児の方が頭痛がない小児に比較して欠席経験が多く、特に片頭痛と稀発反復性緊張型頭痛以外の緊張型頭痛の小児で欠席日数が多かった。日本では年間欠席日数が30日を超える場合を不登校として統計上扱われるが、これらの頭痛は不登校の原因の一つになっていると考えられた。欠席理由としては慢性緊張型頭痛のみで頭痛が発熱を上回り、その他の頭痛および頭痛のない小児では欠席理由で最も多いのは頭痛ではなく発熱であった。

表3 欠席状況

	Q9 休んだ経験あり	Q9(1) 欠席日数	Q9(2) 欠席理由
片頭痛 (868名)	64.6%	5日以上 33.4% 30日以上 1.6%	発熱 74.7% 頭痛 56.8%
緊張型頭痛 (小計) (399名)	62.7%	5日以上 26.4% 30日以上 2.0%	発熱 69.2% 頭痛 38.0%
稀発反復性緊張型頭痛 (132名)	63.6%	5日以上 22.6% 30日以上 0%	発熱 72.6% 頭痛 29.8%
頻発反復性緊張型頭痛 (227名)	62.6%	5日以上 28.8% 30日以上 2.8%	発熱 69.0% 頭痛 38.0%
慢性緊張型頭痛 (40名)	60.0%	5日以上 25.0% 30日以上 4.2%	頭痛 66.7% 発熱 58.3%
その他の頭痛 (1,004名)	58.5%	5日以上 28.8% 30日以上 0.9%	発熱 72.1% 頭痛 31.2%
頭痛なし (4,243名)	53.8%	5日以上 23.0% 30日以上 0.4%	発熱 76.2% 腹痛 18.3%

表4に勉強・日常生活への影響を示す。Q10 体調不良により（身体的な理由で）勉強ができないか、Q11 気になる事・心配事により（心理的な理由で）勉強ができないかどうかを10段階評価で評価し1-10に点数化して平均値を求めると、頭痛がない小児と比較してQ10では片頭痛と慢性緊張性頭痛のある小児で、Q11では慢性緊張性頭痛のある小児で平均スコアが高かった。頭痛の生活への影響を6つの質問で評価するHit-6では、平均スコアが50点以上と高値となり頭痛の生活への影響度が大きいと考えられる割合は、慢性緊張型頭痛の小児で82.5%と最も高く、片頭痛が66.6%と続き、稀発反復性緊張型頭痛の小児では22.3%と低かった。

表4 勉強・日常生活への影響

	Q10 体調不良により勉強ができない	Q11 気になる事・心配事により勉強ができない	Hit-6スコア
片頭痛 (868名)	平均スコア 5.3	平均スコア 3.9	50点以上 66.6%
緊張型頭痛 (小計) (399名)	平均スコア 4.7	平均スコア 3.6	50点以上 49.0%
稀発反復性緊張型頭痛 (132名)	平均スコア 4.2	平均スコア 3.0	50点以上 22.3%
頻発反復性緊張型頭痛 (227名)	平均スコア 4.8	平均スコア 3.7	50点以上 58.5%
慢性緊張型頭痛 (40名)	平均スコア 5.9	平均スコア 5.1	50点以上 82.5%
その他の頭痛 (1,004名)	平均スコア 4.4	平均スコア 3.6	50点以上 41.9%
頭痛なし (4,243名)	平均スコア 2.7	平均スコア 2.1	

平均スコア・10段階評価の平均

表5に医療機関受診状況、頭痛時対処方法について示す。Q25 医療機関受診状況では、生活支障度の高い片頭痛で医療機関を受診し処方を受けるものが36.4%であったが、それでも4割にとどまった。

Q26の市販薬の服用経験ではどの頭痛でも30-40%の小児は頭痛に対し市販薬を服用していた。Q28の頭痛に対する対処では、片頭痛の64.6%が積極的に対処をしており生活支障度の高さを裏付けていた。

表5 医療機関受診・頭痛時対処

	Q25 受診状況	Q26 市販薬服用経験	Q28 対処
片頭痛 (868名)	受診+処方 36.4%	いつも飲む 13.1% ときどき飲む 40.7%	積極的に対処をする 64.6%
緊張型頭痛 (小計) (399名)	受診+処方 21.6%	いつも飲む 7.5% ときどき飲む 32.6%	積極的に対処をする 46.1%
稀発反復性緊張型頭痛 (132名)	受診+処方 24.2%	いつも飲む 2.3% ときどき飲む 32.6%	積極的に対処をする 45.5%
頻発反復性緊張型頭痛 (227名)	受診+処方 19.8%	いつも飲む 10.1% ときどき飲む 33.0%	積極的に対処をする 46.7%
慢性緊張型頭痛 (40名)	受診+処方 22.5%	いつも飲む 10.0% ときどき飲む 30.0%	積極的に対処をする 45.0%
その他の頭痛 (1,004名)	受診+処方 19.7%	いつも飲む 5.2% ときどき飲む 31.1%	積極的に対処をする 39.5%
頭痛なし (4,243名)			

続いて以下に、主な調査項目の個別の結果を図で示す。

図1-3に学年・性別の片頭痛、緊張型頭痛、その他の頭痛の有病率を示す。各種頭痛はいずれも学年が上がるに伴い、頭痛の有病率も上昇していた。男女の比較では、各種頭痛の有病率はいずれも小学校4、5年で女児が男児を上回った。

図1 片頭痛の有病率 (学年・性別)

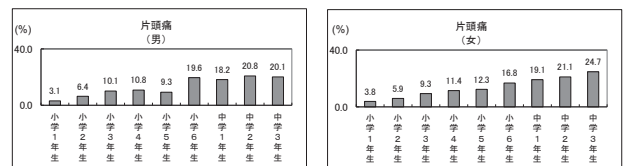


図2 緊張型頭痛の有病率 (学年・性別)

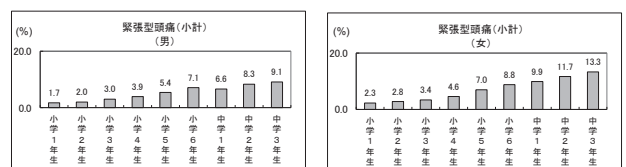


図3 その他の頭痛の有病率
(学年・性別)

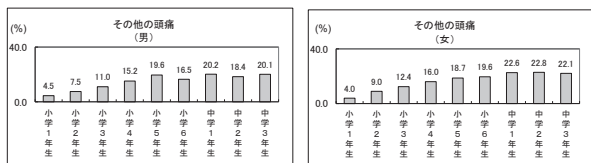


図4の体育の授業以外に週何日、運動やスポーツをしているか(学校のクラブ活動も含む)では、頭痛経験がある小児で運動日数が5日以上の割合が多く、頭痛経験がない小児では運動日数が2日以下の割合が多かった。

図4 体育の授業以外に週何日、運動やスポーツをしているか(学校のクラブ活動も含む)

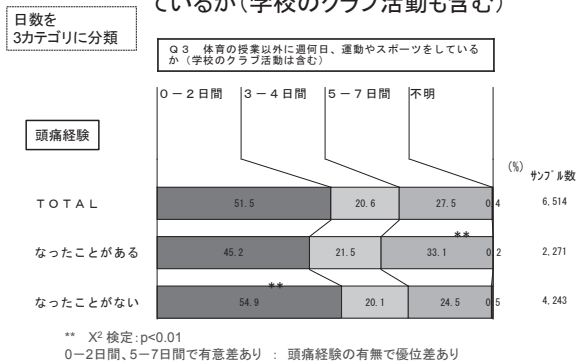


図5の1日どのくらいTVゲームや携帯ゲームをするかでは、頭痛経験がない小児はゲーム時間が1時間未満の割合が高く、頭痛経験がある小児はゲーム時間が1時間以上の割合が高かった。

図5 1日どのくらいテレビゲームや携帯ゲームをするか

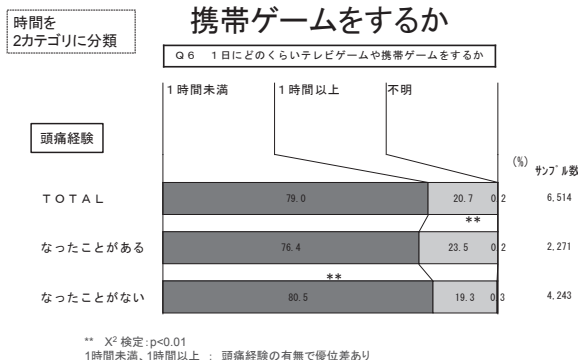


図6の1日どのくらいビデオやDVD、テレビをみるかでは、頭痛経験がない小児はDVD・テレビ鑑賞時間が1時間未満の割合が高く、頭痛経験が

ある小児は2時間以上の割合が高かった。

図6 1日どのくらいビデオやDVD、テレビをみるか

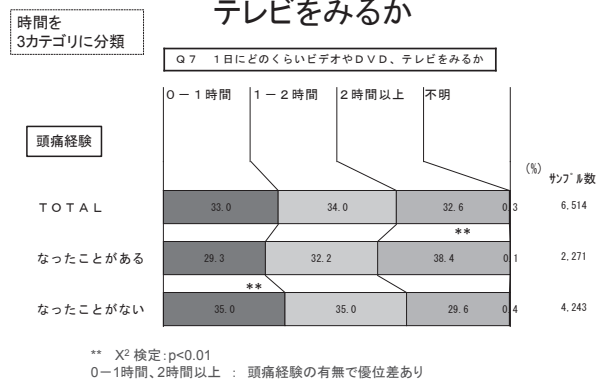


図7の週に何日間(塾を含めて)習い事をしているかでは、頭痛経験がない小児は1週間の習い事が3日間以下の割合が高く、頭痛経験がある小児は4日間以上の割合が高かった。

図7 週に何日間(塾を含めて)習い事をしているか

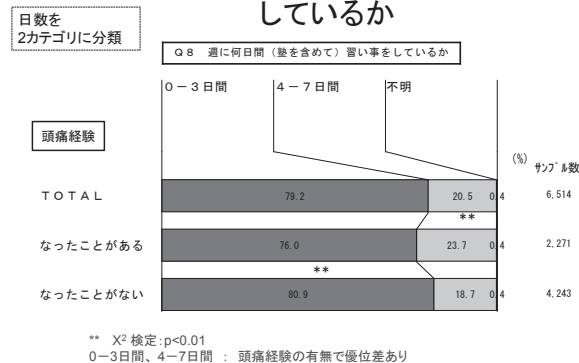


図8の頭痛が多いのは平日(月曜日から金曜)か週末(土日)かでは、平日が50.7%で、平日と週末で変わらないが35.4%であった。

図8 頭痛が多いのは平日(月曜日から金曜)か週末(土日)か

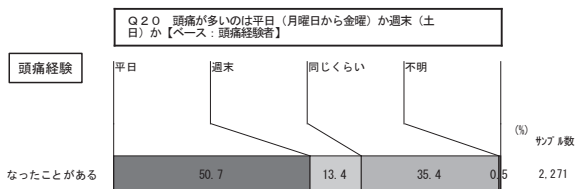


図9の頭痛が多い季節として、1年中同じと答えた小児が53.9%だが、季節別では夏と答えた小児が23.8%と最も多かった。

図9 頭痛が多い季節

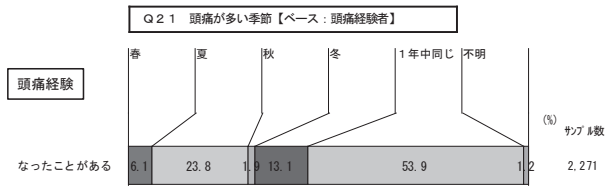


図10の頭痛がある家族の有無では、頭痛の種類を問わず約70%以上の頭痛のある小児に頭痛のある家族がいたが、なかでも片頭痛は78%の小児に家族歴がみられた。

図10 頭痛の家族の有無

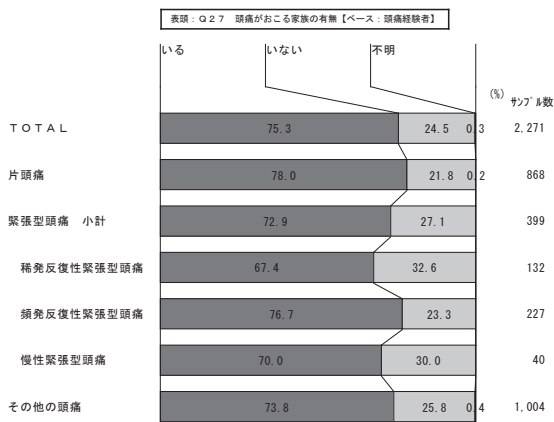


図11の頭痛のある家族の内訳では、頭痛の種類を問わず頭痛のある小児の80%の母親に頭痛があり、父親と兄弟・姉妹はそれぞれ30-40%であった。

図11 頭痛の家族は誰か

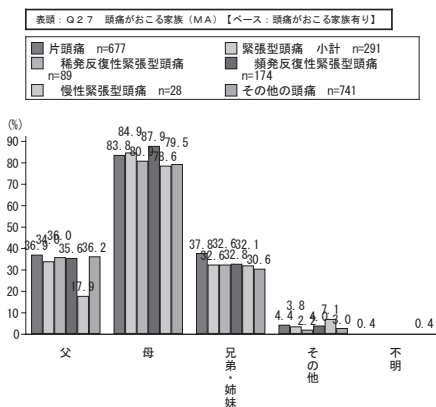


図12の平日の就寝時間(学年別)では、例えば午後9時に寝ているのは小学校1年生では66.5%だが小学校6年では16%と減少し、学年が上がるに

伴い就寝時間が遅くなる。午前0時以降に寝ているのは中学校1年生では19.0%だが中学校3年生では59.5%にもなっている。

図12 平日の就寝時間(学年別)

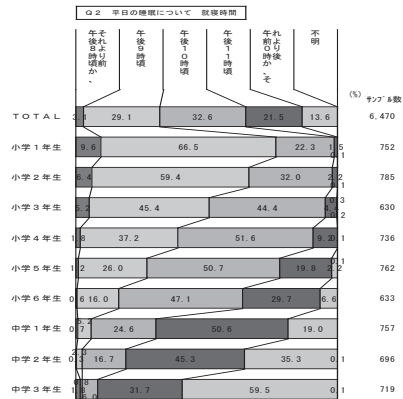


図13の平日の就寝時間(頭痛の有無)では、頭痛経験のある小児のほうがない小児に比較して就寝時間が遅い傾向がある。

図13 平日の就寝時間

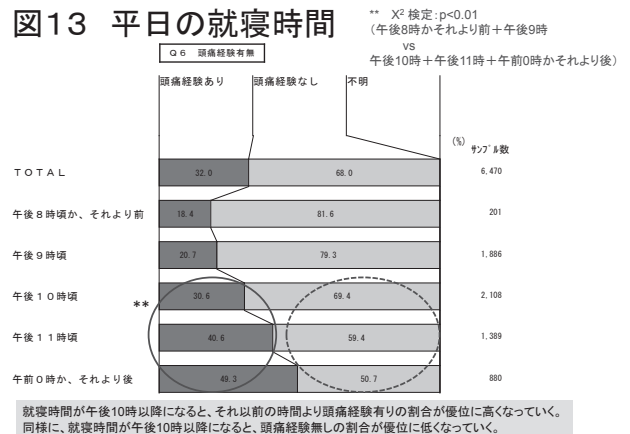


図14の平日の起床時間(学年別)では、小学校1年生から中学校3年生までのほとんど(69.1-81.3%)の小児は午前7時頃に起床しているが、中学校3年生では午前8時頃に起床する小児が10.2%であった。

図14 平日の起床時間(学年別)

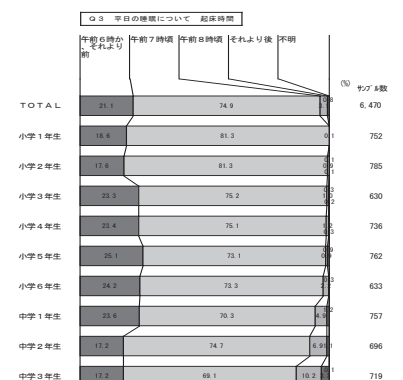


図15の平日の起床時間（頭痛の有無）では、学校の始業時間が決まっているためか、頭痛経験の有無で起床時間に大きな差異はみられなかった。

図15 平日の起床時間

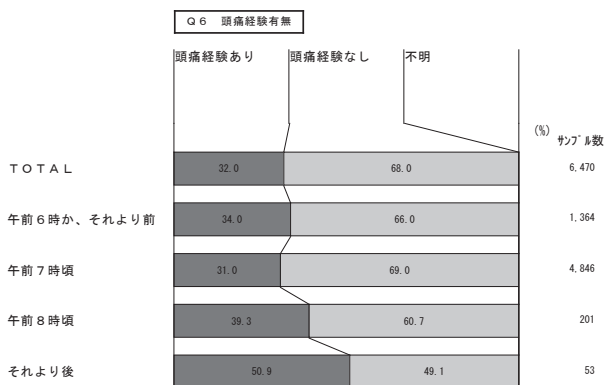


図16の平日の睡眠時間（学年別）では、睡眠時間が7時間程度、8時間程度、9時間程度が小学校1年生で3.7%、32.8%、58.8%であるのに対し中学校3年生では59.6%、15.4%、5.8%と学年があがることに順次短くなっている。中学校3年生では睡眠時間7時間以下が17.5%を占める。

図16 平日の睡眠時間(学年別)

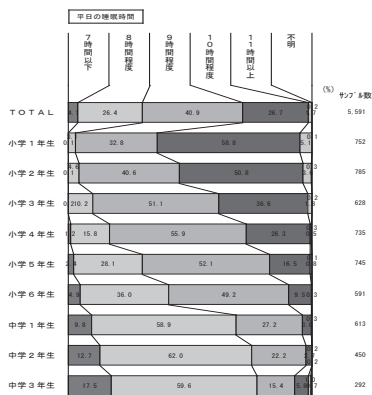
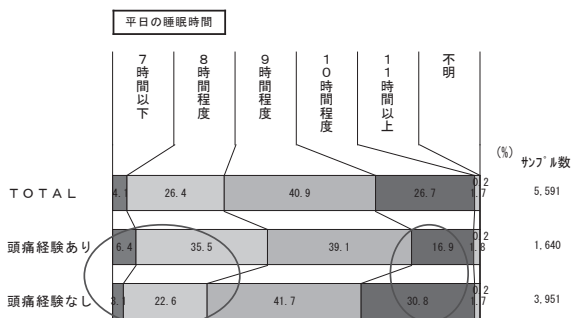


図17の平日の睡眠時間（頭痛の有無）では、睡眠時間が10時間程度の場合、他の時間と比較して頭痛経験がある小児の割合が優意に低く頭痛の経験ない小児の割合が優意に高い。

図17 平日の睡眠時間(頭痛の有無)



7時間以下、8時間程度、10時間程度：頭痛経験の有無で優位差あり (X²検定: p<0.01)

図18の朝ごはんを食べる頻度（学年別）では、小学校1年生から中学校3年生まで毎日必ず食べる小児が多いが、小学校6年生くらいから朝ごはんを毎日食べない小児が増えてくる。

図18 朝ごはんを食べる頻度(学年別)

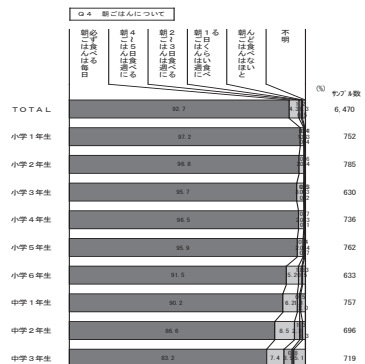


図19の朝ごはんを食べる頻度（頭痛の有無）では、毎日必ず食べる割合は頭痛経験がある小児（89.1%）の方がいない小児（94.4%）よりも少ない。

図19 朝ごはんを食べる頻度(頭痛の有無)

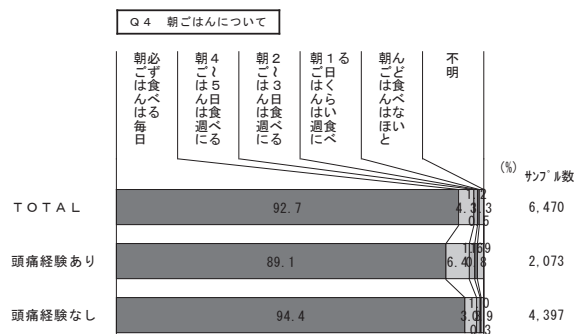


図20の保健室に行く頻度（学年別）では、学年が上がると頭痛の有病率は上昇するが、小学校1年生から中学校3年生まで学年間では保健室に行く頻度にあまり変わらない。

図20 保健室に行く頻度(学年別)

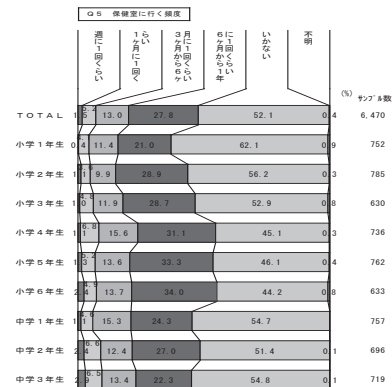
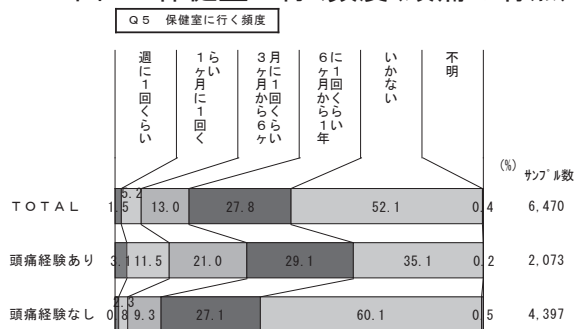


図 21 の保健室に行く頻度（頭痛の有無）では、保健室に行かないと回答した小児は頭痛経験がない小児（60.1%）の方がある小児（35.1%）よりも多い。

図21 保健室に行く頻度（頭痛の有無）



VI 考察

本調査は質問紙法による調査であるため、頭痛の診断には限界がある。しかしながら小中学生の頭痛の有病率、生活支障度、頭痛の対処法、頭痛と関連する生活習慣が明らかとなった。項目によってはそれが頭痛の原因か結果かまだ明らかでない点もあるが、今後の検討により本調査の結果を小児の頭痛の理解と東京都多摩市における生活指導に反映できるのではないかと考えられる。

VII おわりに

この稿を終わるにあたり、ご指導を賜りました日本医科大学付属病院福永慶隆院長に深く感謝申し上げます。

また、調査実施にあたりご協力を頂いた、多摩市教育委員会学校支援課ならびに関係各位に心より御礼申し上げます。

なお本調査は東京都寄付講座に係る調査・研究として施行されました。

学校こころの検診に自我構造分析(エゴグラム)を取り入れた試み

西松園内科医院
盛岡女子高等学校

齊藤 恵子
白藤 悦子

はじめに

心の健康(メンタルヘルス)とは、1)自分の役割を果たしている、2)自分を知っている、3)人と共感できる、4)人と仲良くできる、5)自分の持ち味を十分に生かすなどがあげられ、また健全な人間関係には交流分析の創始者であるE・バーンによれば、人と人とのやり取りは直接的で率直、親密さにあふれたものである。その交流には相補的な性質を持ち、その根底には隠された意図はまったくない。

如何なるときも恐れったり、いらだったり、悲しんだりしている不安な相手の子供の自我状態を配慮し保護することが大切であるとされている。

1. 学校医をしている学校紹介

M女子高等学校 創立62年の普通科・商業科・家政科があり、スポーツでは全国レベルの活躍をしていることで知られている。校訓「腕は確かに、心は豊かに」。一人ひとりを大切に、その生徒がその後の人生において自立していけるような力とそのため必要な力を育てるをモットーとしている。いわゆる受験校ではないが、就職率は良いが、入学のきっかけは一次希望校に失敗したり、中学時代不登校生でこの学校のみが入学を許可したりで挫折感で入学する生徒も少なくない。

検診時に記入させた健康調査票の結果をしめす。表1では些細なことが気になる、イライラして怒りっぽい、他人のことが気になるなど、特に一年生が顕著で自己肯定感の低さが認められる。

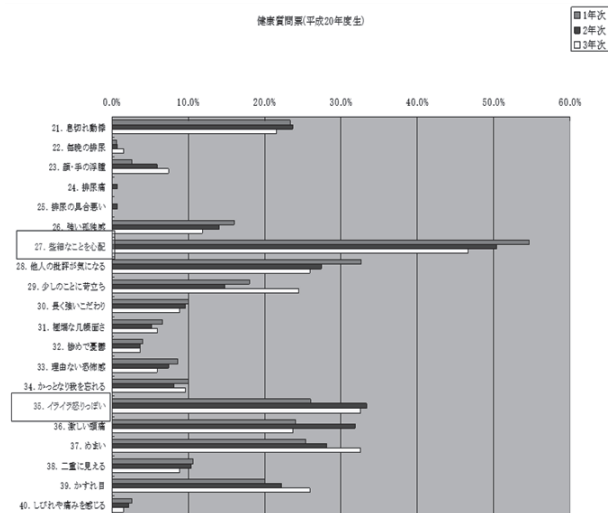


表1 春の健康診断の健康調査結果で

些細なことが気になる、他人のことが気になる、イライラして怒りっぽい、強い孤独感、少しのことにいら立つことが多いなどまだ感情のコントロールの不安定が示されている。

2. 心の検診と教育に交流分析を取り入れた目的

演者は10代の望まない妊娠、不登校、非行問題、いじめについて中学校、高校の学校医として取り組んできた。自己肯定感を高く持ち、冷静な判断で意志を表し容易に誘惑などに乗らないように話し生徒たちが良き将来を目指すように常に生徒たちに伝えているが、入学時すでに家庭や学校での養育環境から得た影響は大きい。母親となり次世代にも影響を持つ女子の教育には、過去に得た認識のゆがみや心の偏りに気付いて健康な心を持つように教育する重

要性を感じた。そこで学校教育の中に交流分析を取り入れ、生徒たちが自律性すなわち気づきと自発性、親密さの3つの能力が自由に発揮されるようになり、明晰な問題解決能力が出来るよう変化、成長を遂げるよう助けることが必要と考えた。

そのためにまず今の自分を知ることを教育に取り入れた。

方法

1) 学校医として定期健康診断に先立ち、心身の健康状態についての問診表とエゴグラムを行ない、診察時に、その結果について生徒と個々に話し合い、エゴグラムから今の自分の自我状態を知り、同時に書かせた理想の自分のエゴグラムと対比し今後伸ばしたい部分を指摘し、成長を促す。

2) 教員にも学んでもらい授業で交流分析の知識を与える

交流分析とはパーソナリティ理論、1950年代、エリック・バーンにより始められたもので精神分析の口語版といわれるが、これは「今、ここ」を問題にして、今ここの反応を変えればその人を変えたことになる。これにより悩んでいる問題や対人的なトラブルへの自分の感じ方や考え方をはっきり気づかせて冷静に観察する態度を保たせ、好ましい人間関係を回復させる方法である。気づきによって変わることが出来る可能性を教える。

自我状態のモデルにはP「親」の自我状態、A「成人」の自我状態、C「子ども」の自我状態、CP「支配的親」、NP「養育的な親」、A「成人」、FC「自由な子供」、AC「順応する子供」がある。エゴグラムはパーソナリティのなかで親の自我状態(CP、NP)、成人の自我状態(A)、子供の自我状態(FC、AC)の機能的自我状態の夫々が、その人にとってどの程度重要なかを量で表示したもの。

自我状態の機能的分析



健全な人のエゴグラム

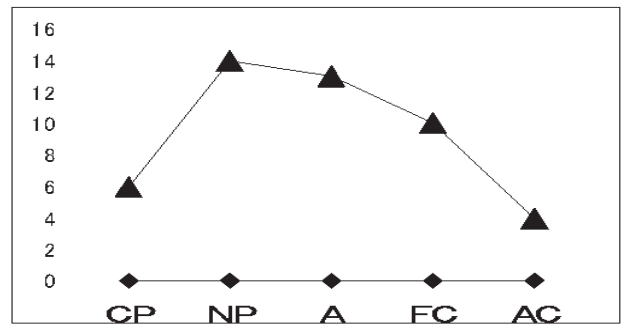


図2

NPをピークにACに下がっていく山型でPやAの機能が高いのが特徴。他の人と温かい交流が行われやすく、FCがある程度高いので自分を適切に表現することが出来、人間関係をうまく営む。

生徒のエゴグラムの結果

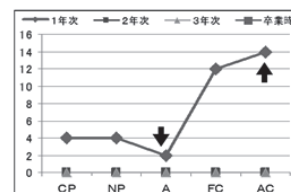
1) 一年生の特徴はAが低いのが大半で理性的でない、落ち着いて考えない、感情的、深く考えない、合理的でない、FCが低くACが高いことから、NOが言えない、人に嫌われたくないので自分の気持ちより他者に従う、自分を抑えているために欲求不満がたまる、自信がないなどが多い。

一年の時に比べ三年生の特徴はAの上昇が顕著になりよく考える、理性的な私、感情的でない私、ACに下降がみられ、NOが言える私、自分の意見が言える私に成長していることがうかがえる(図3~図8)

2) エゴグラムにより今の自分の特性を理解し、また目指したい理想の自分をほとんどの生徒が健全なエゴグラムに一致する型が描けており、成長の目標を知り得た。

1年生Aのエゴグラム

今の自分



理想の自分

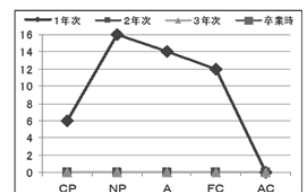


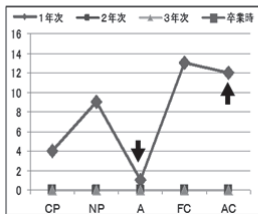
図3

今の自分は子供の自我が高く、親や大人の自我が低い、衝動的で動揺しやすい、自分がない、落ち着

いて考えない。理想の自分は親の自我や大人の自我が高く、人との交流がよく考え深い、人の意見に流されない自分を描いている。

1年生Bのエゴグラム

今の自分



理想の自分

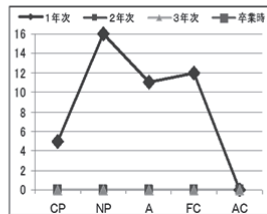
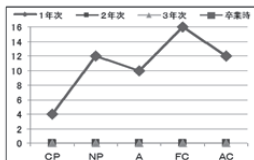


図4

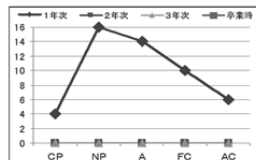
Aが低いが顕著、考え浅く衝動的、子供っぽいと自覚している。理想の自分はAが高い。

1年生Cのエゴグラム

今の自分



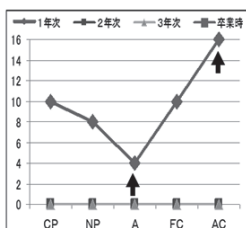
理想の自分



大人の自我が高いが衝動性がより高い、理想の自我はより考え深く人に振り回されない。

1年生Dのエゴグラム

今の自分



理想の自分

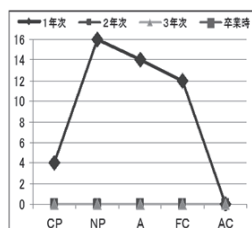
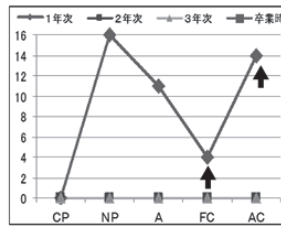


図5

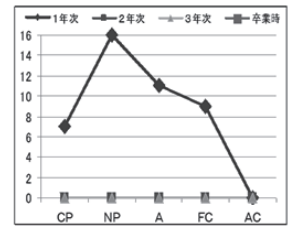
今の自分は考え浅く人に流されるが不満が多く怒りっぽい。理想の自分は健全なエゴグラムで考え深く優しく自分の考えがあり、人に動かされない。

1年生Eのエゴグラム

今の自分

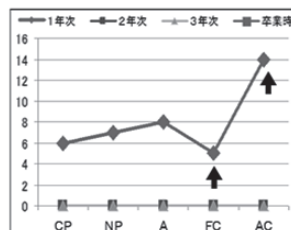


理想の自分



1年生Fのエゴグラム

今の自分



理想の自分

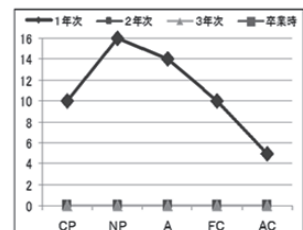
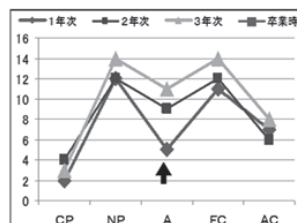


図6

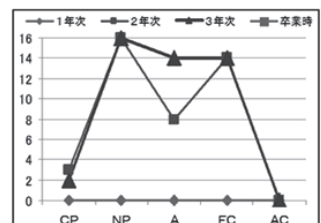
E子もF子もFCが低くACが高い。自分を抑え他人に従う、明るくない。理想の自分は自己が出来る自分。

3年生Lのエゴグラム

今の自分

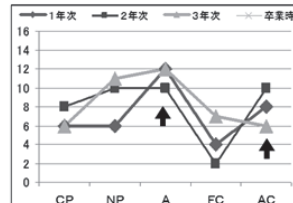


理想の自分



3年生Jのエゴグラム

今の自分



理想の自分

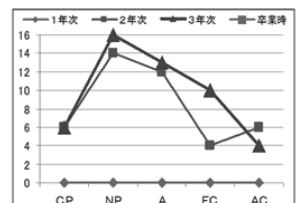
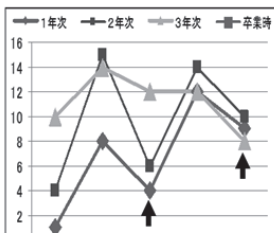


図7

三年間でAの上昇とACの下降が見られ、健全に成長している。

3年生Mのエゴグラム

今の自分



理想の自分

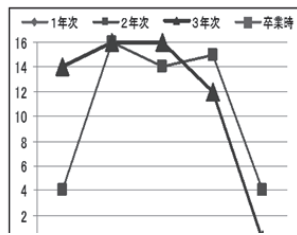


図8

三年間でAの成長が見られ、自分が落ち着いた考え方ができるようになったと変化に気づいている。

今の私と 理想の私 バレーボール部で活躍の二人

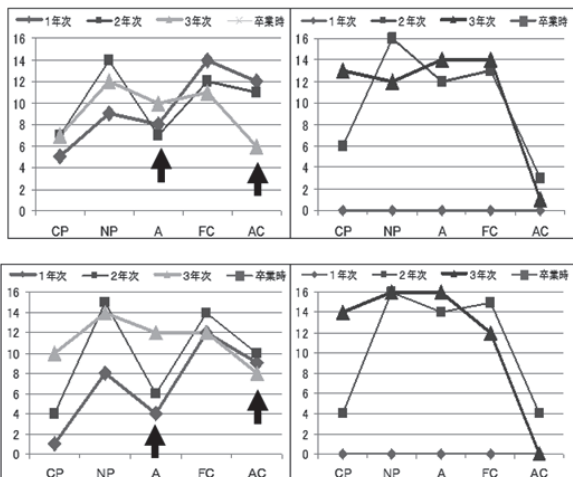


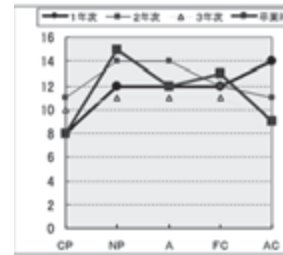
図9

Aの上昇、ACの下降は理性的判断で人に左右されない自分をもち自信を持ってきた。バレー部で強いチームと成って鍛えられた成果あり。

<生徒のエゴグラム例>

A:

「前より自分のことが好きになれた」



B:

「環境によって人は変わると感じた」

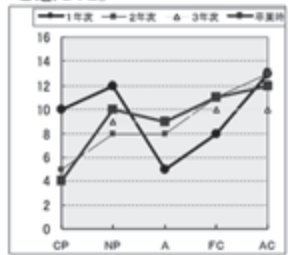
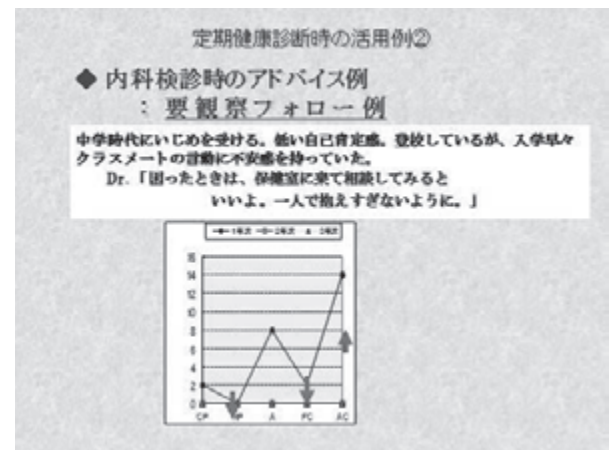


図10

A子は三年生になってAが上昇し自信を得て私はOK、他人もOKに成長してきた。B子はAが上昇し自分の落ち着いた考え方の変化を喜んだ。



保健師とともに日常生活を観察しつつ、うつ状態を治療した。

成長への導きは検診時にエゴグラムを示し、日常の行動の癖や感じ方を聞きながらエゴグラムの低いところを高める方法話し合い、変わってより良くなれることを励ます。

三年生のエゴグラムは成長の結果が示されている。

入学式の新入生歓迎の祝辞で、三年生の生徒が中学時心を病み不登校だったと自己紹介し、「この学校には居場所があります。自分の気づきで皆さんは変わることが出来ます」と励ましていた。生徒が自らの言葉で交流分析の理念を主張したのを目撃でき感動した。

結論

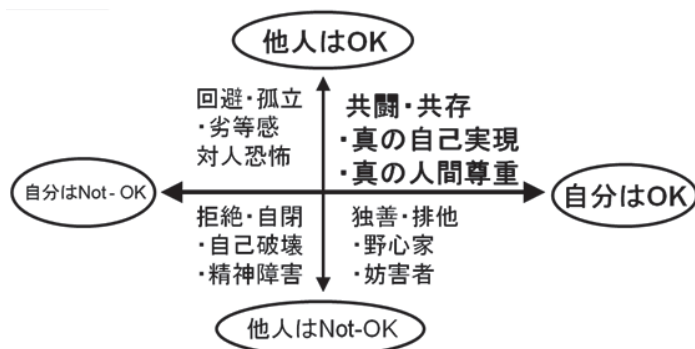
定期健康診断や授業を通じて在学3年間で交流分析のエゴグラムから今の自分を知り、理想とする自己肯定、他者肯定の人格像の目標を持つことが出来た。日常生活やクラブ活動で種々の体験に生じた種々の問題を通じ、良く考え明晰な問題解決が、出来る人に成長する効果を持つと考えられる。

結語

教育における交流分析

自律性とは明晰な思考と効果ある問題解決を意味し、教育者は生徒がこうした能力が発達することを援助する役割を担う。自律性を全面的ゴールにすることは臨床の場と同様適切である。教師が交流分析を学ぶことは、発達の色々な段階にいる生徒と効果良く対応する上で、教育の指針となる。

基本的な自我状態モデルは小学生でも理解できる。生徒たちが自分たちの3つの自我状態の内容と動機を調べることで自分の意図や要望がはっきり分かり、それを元にした授業は効果があがる。FCの持つ創造性とエネルギーの源で学習のプロセスに含める必要がある。教育者自身、自分の自我状態を自由に駆使してAから問題解決を示し、CPからきちんとした制約と枠組みを設定したり、NPから生徒を気にかけて、学ぶ楽しさのためにFCになる必要もある。教師と生徒が明晰な思考と積極的な問題解決を互いの責任で行う環境を提供する教育システムは望ましい。



基本的な構えと交流様式の関係

第 1 分 科 会 4 三重県医師会	学校メンタルヘルスのかさ上げ活動 —全個別児童生徒への内面理解が学校を変える—	
	長尾こころのクリニック 三重県医師会	長尾 圭造 小林 篤 柿元 真知 平井 香 藪 泰宜

はじめに

三重県医師会では小中高校生を対象にメンタルヘルスのかさ上げ活動を行っている。その趣旨は子ども達に安心できる安全な環境で、健全な学校生活を送らせることであるが、それを具体化するには幾つかのコンセプトと原則がある。先ずそれを紹介し、次いで実際に子どものメンタルヘルスを高めるための学校での取り組みを紹介する。次にそれをを用いた学校メンタルヘルスの実際の様子を示す。次いで、この取り組みの結果が子ども達や学校側に与えた効果を検討する。有効性は、直接の子ども達の学年内での変化と、学校が行う生徒への学校生活満足度調査から検討する。これまでのところ、生徒と教師に確実に取り組みが定着し、かつ望ましい結果が得られていると思われるが、日々変わる生活の中での子ども達の様子へのメンタルヘルス視点からの関心と観察が継続して重要である。

学校メンタルヘルス取組のコンセプト

メンタルヘルスに対する取り組み活動はいろいろな形が考えられる。ここでの目的ははじめや嫌がらせのない安心できる環境で、クラス意識の高い仲間形成を築くことにより学校生活の環境を整えることである。そのためには子ども達をメンタルヘルス(精神的健康度)の視点から捉え理解することであり、このため学校と医師会が協力している。

活動原則としては、1. 学校をクリニック化しないこと(熱心に取り組むあまり、臨床例を抱えるなど時にすべてを学校現場で解決しようとして陥るこ

とを防ぐ)、2. 学校という教育の場であるので生徒全員を対象に取り組む方法を取ることである。この結果、1. のためには、メンタルヘルス上問題があると想定される生徒への対応は、担任が受け止めるべき問題と、担任ではなく養護教諭が受け止めるべき問題という選別を設ける。養護教諭は学校が果たすべきメンタルヘルス問題、つまり心の相談の、担任生徒からの一次的機能である窓口機能の役割を果たす。その後、二次機能として学校の社会資源であるスクールカウンセラー、学校社会福祉士、校医への流れを作ることになる。第三次機能としてはさらに二次機能社会資源から専門分野や関連分野への橋渡しを行い問題解決を求めることである。

2. のためには、メンタルヘルス上、問題のある生徒への対応に関しては、原則として担任がクラスの中で解決を図るが、その際に健康度の高い協力的な生徒を活用して、クラス内での健康度を高めるアプローチを工夫することにある。

学校メンタルヘルス取組の原則と方法

教師が生徒をメンタルヘルスの視点からとらえることが最初の目標となる。そのための作業準備として、生徒に対して、1. 学校生活に対するクラスでの居心地や学校生活意欲を調査する。しかし得られた結果に問題のある場合、必ずしもクラスの病理を表していることはなく、個人病理や個人的課題を抱えているために学校生活が不満足になっている場合もある。

この為に、次に2. 個人の内面的な自己肯定感(満

足感、達成感、適切感等)を知るために自尊感情アンケートを同時に実施する。この結果、クラス状態から想定し難い自尊感情の低い場合や高すぎる場合は、個人病理を反映している可能性が高い。低い場合は不安や気分変化(うつ感情、うつ思考、行動抑制など)を伴っている可能性が高い。高すぎる場合は他者理解に乏しい状態(軽躁状態、高機能自閉症の自己満足状態、ADHDのマイペース状態など)を反映している可能性が高い。

そのため次いで、3.健康症状チェックという不安・抑うつ症状チェックを同時に実施する。

次いで事例検討を行うが、その際には、これらと、4.担任がこれまで得ている学校内での情報を共有し、教師と学校メンタルヘルス相談医と情報のすり合わせをする。その結果、生徒個人の置かれている状況を、教師がメンタルヘルスの視点から捉えることができる。この結果、教師がメンタルヘルスの視点から生徒との関係を築き、指導相談の基本姿勢とすることができる。

学校メンタルヘルスの実際を進め方

1.上記の3アンケートを1学期の半ばに生徒に実施する。2.その後、アンケート結果を分析する。3.次いで、上記4.のこれまで担任情報と併せて、学校側の担任、養護教諭、学校管理者(学年主任、教頭、校長など)とメンタルヘルス専門医とが一緒に分析する。4.そして、その後のクラス(時には学年)としてのクラスと生徒への対処方法を見出す。5.次いで担任が、具体的アプローチを提案検討する。6.そしてその方法が決まれば、クラスで日常的にまたは授業の中で、実施する。

4.で述べた会議の進め方は、最初に1.クラス担任が、自分のクラスの特徴や特性を述べる。2.次いで、このクラスを1年間通してどのようなクラスにするかの希望や予定を述べる。次いで、3.上記3つの資料から、相談医がクラス全体の特徴を述べる。次に、4.結果が平均から逸脱している生徒個人の検討に入る。その後、5.担任が気になる生徒を取り上げる。最後に、6.健康度の高いクラスのリーダー的存在となる生徒を取り上げる。

そして、7.クラスダイナミクスを利用した仲間関係作りの検討を行う。

作業準備としての調査アンケートには、1.ク

ラスの居心地に関してはQUテストを用いている。QUテストの結果は、クラス全体の特性を理解し、次いで要支援群にいる生徒初め、学校生活満足群以外で集団からかけ離れた位置にいる生徒を取り上げる。

2.の自尊感情に対してはCoopersmithの自尊感情項目を改変したものをを用いている。実施の結果、平均値を1標準偏差より下回る生徒を対象に検討する。次に健康度の高い生徒(クラスのリーダー役を担える生徒、協調性の高い生徒でクラスメイトに親切にできる生徒)を知る必要もあることから、高得点群にいる生徒も検討の対象とする。

3.の健康症状チェックは著者が作成したもの(付録に添付)を使用している。生徒個人の問題がクラスに課題があるというよりは、個人の内面の問題を反映していると考えられる場合、不安とうつ症状の程度を検討し、今後個人的にどのような配慮が望ましいかを検討する。

この検討の結果、当初担任が建てた1年間のクラス目標が実現可能なものであるかどうかを振り返る。もし、生徒の内面性を考えると実現が困難であれば、その方針を修正変更することがある。

次いでこの結果を踏まえて、クラス担任はクラス生徒への日々のアプローチを組み立てる。以上が、第1回目の会議の概要である。

第2回目の会議は、クラス担任が取り組んだ結果を検討するために、同様の3種のアンケートを2学期の後半に再度調査する。これにより、取り組みの結果や経緯が理解しやすくなる。

具体的な検討結果の例示

クラス全体の学校生活の様子と、生徒個人のメンタルヘルス状態を検討するが、その具体例として平成24年度の2年生X組(生徒数22名、男子12名、女子10名)を取り上げる。

担任の印象：クラスの雰囲気は良い。クラスリーダー、サブリーダーが出来そうな子が5人ほどいる。クラスの目標も生徒たちだけで決めた。それは「鼻の上に乗るのはやめたまえ」で、意味は、鼻はその人のプライドを表しており、他人のプライドを傷付けず、お互いを尊重しようという思いが込められている。15番を除き健康度の高いクラス。

相談医の報告：QU結果については、クラスとし

ての結果は学校満足度尺度では全国平均に比し、満足度が高く64%（全国平均35%）で、非承認群が5%（同15%）やや少ない。学級生活不満足群では要支援群に1人いる（図12）。

学校生活意欲プロフィールでは友達との関係、学習意欲、教師との関係、学級との関係、進路意識の5軸全てに全国平均を上回っていた。特に教師との関係が高かった（図12）。

個人結果では、学校満足度尺度では要支援群の15番、学級生活不満足群の3番を検討した。学校生活意欲プロフィールでは15番、3番に加え、偏りのある13番を検討生徒とした。

自尊感情に関しては-1SDを下回る12番と15番を取り上げた。また+1SDを上回る8, 14, 16, 22番を取り上げた。

健康症状チェックのクラス全体の結果は表1に示した。チェック項目の多さから、7（カウンセリング希望も）、11, 15番を取り上げた。

個人の検討結果の例：

15番：担任コメント：休み時間も一人で過ごしていることが多い。同じ2年生の中では自分に会う人がいないと言っていた。自分についていける人がいないので、一人でいます、と。3年生に姉がいるため、たまに姉といたり、同じクラブの3年生といたりする。将来の目標（バンドを組んでギターをしたい）はあるが、「またテストですか、嫌です」と三行日記に書いていた。普段はあまり言葉にするのは得意な子ではないが3行日記には比較的よく書いてくれる。家のことなども描いてくれる。担任としては、姉が卒業してしまうと本当に1人になってしまわないか心配。

この子の場合はクラスでの存在感がなく、自尊感情は全体に低い。現在の自分に満足できていないし、後悔も強い。状況により混乱しやすいようでもある。対人関係の積極性も低い。家族関係も乏しい。うつ症状チェックでは22項目に「あり」としている。意欲が乏しい。したがって、クラス病理ではなく、本人病理と思われる。

担任コメント：1年上に姉がいる。姉も同じような感じだが、姉には同じような友だちがいる。この子には友だちがいない。姉とはとても良い関係。実はお笑いが好きなんですと言っていた。一人でいても、周りがワイワイ騒いでいて面白いことをしてい

るとそれには反応はしている。

討論：本人は今のもままでいいとしているので、様子を見る。日記が担任とのパイプになっているので活用を続けることは有効ではないか。保健室に相談に来た時はこの結果を参考に話を聞く。その上で、次の対応を考慮する。

この取り組みの有効性評価の方法

まず、クラスと個々の生徒の直接的な変化を知ることができるので、第1回目と第2回目の3種類のアンケート結果の変化を見る。

次いで、その他への影響を見るために、従来色々な指標を検討しているが、今回は、学校生活全体への変化を知るために、学校として従来から行っている「学校生活満足度調査」を検討した。この調査は、生徒や保護者への質問項目が年度により変えられるので、変化されていない項目を対象に比較検討した。

対象校

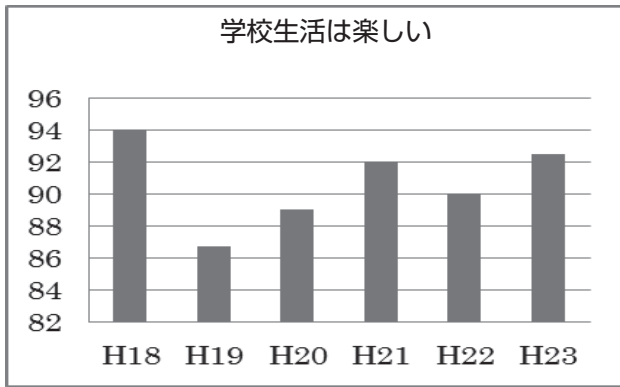
これまで5年間にわたり全校生徒に対してこの取り組みを続けてきた三重県下のB中学校である。この学校は小学校と中学校校区が同じで、主な人間関係が9年間以上続くことが多い地域である。生徒数は3学年で約150名の小規模校である。

結果

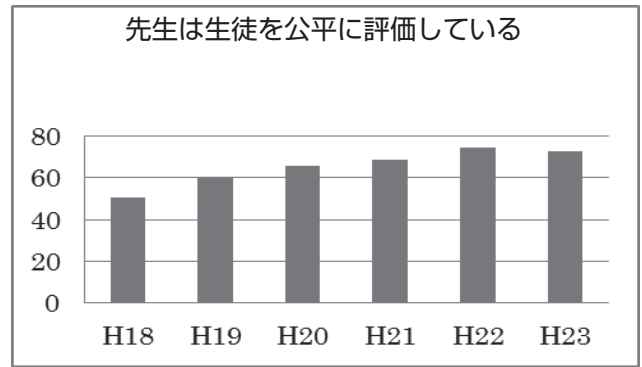
1. 学校が生徒、保護者に行った調査について見た。平成18年度から全生徒と保護者に学校生活に関するアンケート調査を続けている。これらには、学校生活の様子、先生に対する思い、家庭での学習の様子などが含まれている。

その結果を、図1-図10に示す。これらの結果の特徴は、学校生活のうち「学校生活は楽しい」「目標を持って学校生活を送っている」「授業内容をほぼ理解している」といった生徒主体の行動は大きな変化が見られない。一方、「先生は生徒を公平に評価している」「先生は学力をつけようとしている」「先生はあなたのことを理解してくれている」「先生は決まりなど同じように指導している」「部活動が充実している、た」（クラブは全員入部義務があり、先生が指導する）といった先生に関する評価は右肩上がりで、特にこの3年間その傾向がみられる。また図-10 地域活動はこの3年間やや右肩下がりに

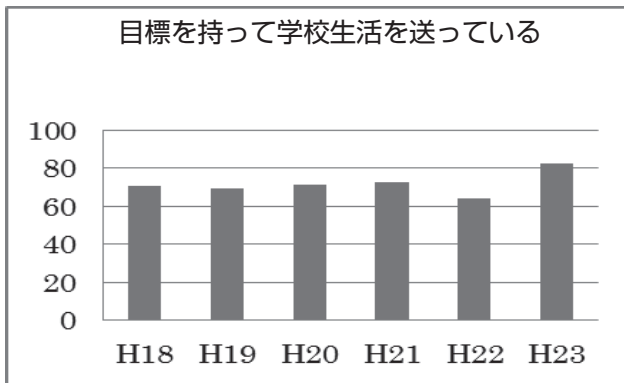
図一1



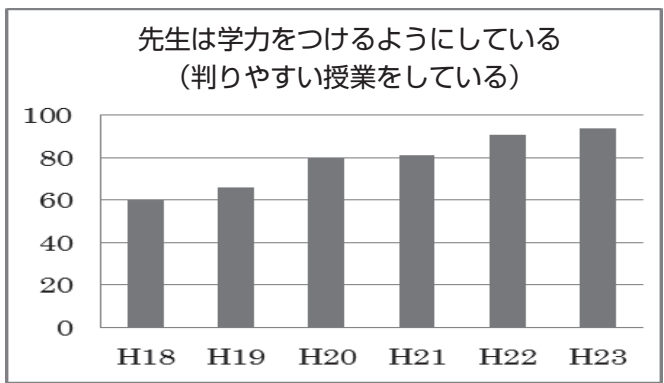
図一5



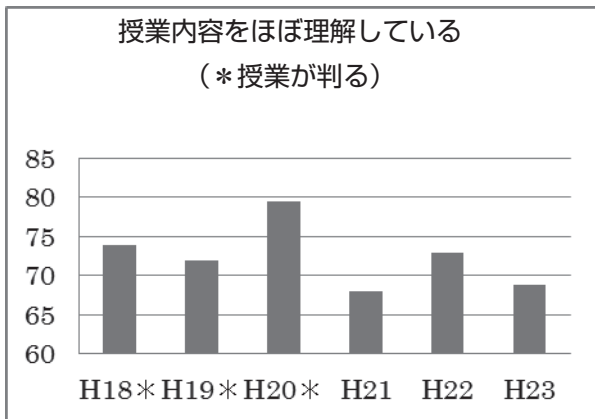
図一2



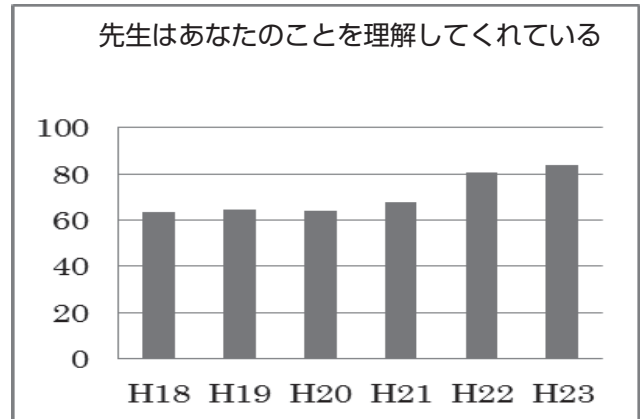
図一6



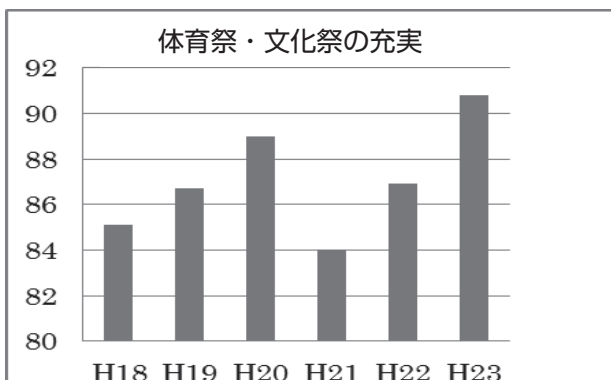
図一3



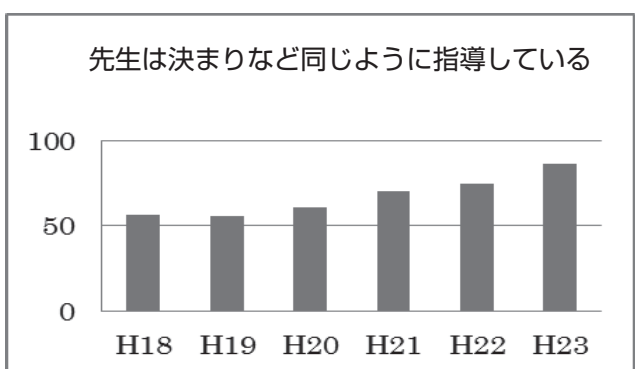
図一7



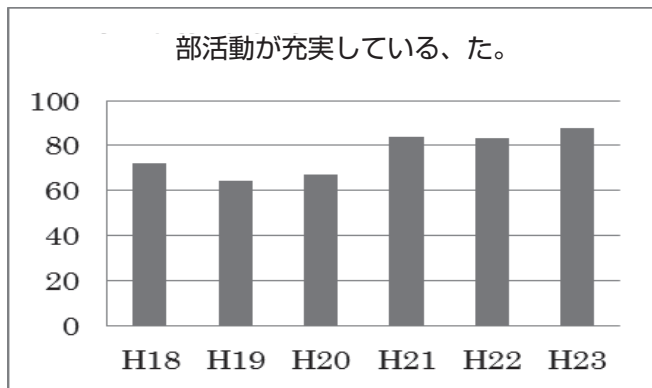
図一4



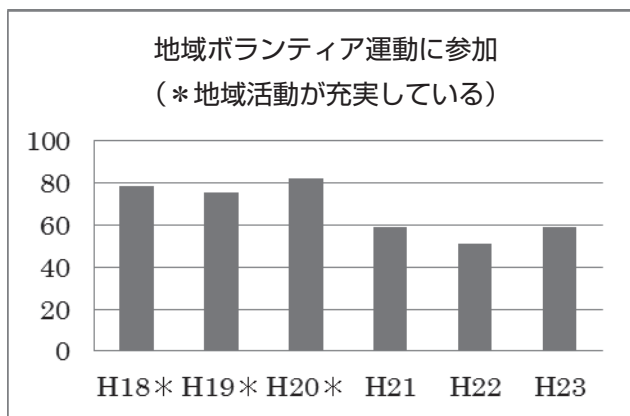
図一8



図一9



図一10



見える。

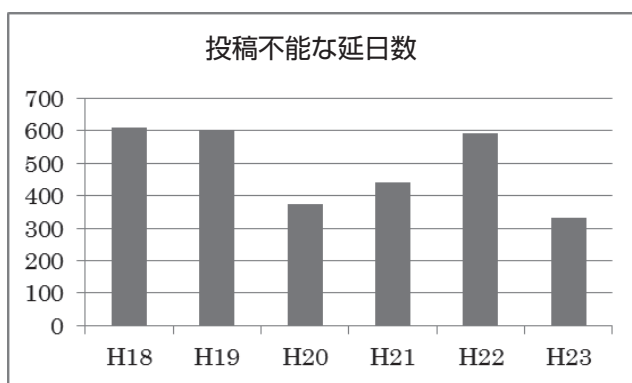
メンタルヘルスカさ上げ活動が、生徒たちには、このように見えているのであろう。

2. 次に不登校生徒の動向をみた。不登校の基準に達する生徒数は、平成18年よりほぼ年間6名で推移している。全国平均が約30名に1名であるから、特に多いとは言えない。次に、この登校不能状態の生徒の欠席日数を調べた。図一13に示すように登校不能期間が短くなっている。

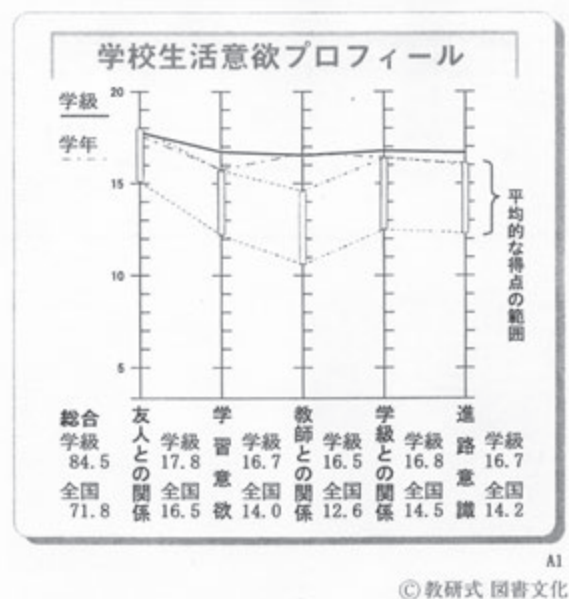
考察

この活動を教師の立場から見ると、次のように考えられる。学校として大きな全般的な教育指針が立てられる。それを前提に各担任や教師が生徒たちを指導する。メンタルヘルスカさ上げ活動は、その際に、クラスの様子や病理、生徒の個人の内面やその病理を浮き彫りにさせる。このために、先生にとっては指導が一律の教条主義的対応から脱しやすくなり、内面の理解をした上での個別指導をよりしやすくなる。

図一11



一方、生徒の意識から見ると、QUテストの学校生活意欲プロフィールでは、友人との関係、学習意欲、教師との関係、学級との関係、進路意識の5軸から見るが、それを全国平均と比べてみると、このクラスの結果はいずれも全国平均の上限を越し、特に教師との関係は大きく上回っていて良好であった(図一12)。



この2つの事実と、結果で得られた生徒が先生を見る目(公平に評価してくれる、生徒を理解してくれる、同じように指導する等)を考え合わせると、先生の一人一人を理解する態度が、生徒には公平で、生徒を理解しようとする態度に映ることになる。

これを教師の立場から見ると、授業のやり易いクラスであり、その生徒のもてる能力を發揮させることができる事になる。この学校では、メンタルヘルス活動の一番の効果は学力の向上ではないかと言う。このところ、この学校からは、市内の有力進学校への合格者が、実数の提示はできないが、次第に増えているとのことであった。

第 1 分科会 5 徳島県医師会	不登校の予防	
	徳島県医師会メンタルヘルス対策班副班長 徳島県医師会副会長（メンタルヘルス対策班担当） 徳島県医師会メンタルヘルス対策班班長 徳島県医師会メンタルヘルス対策班副班長	二宮 恒夫 大塚 明廣 宮内 和瑞子 中津 忠則

【はじめに】

不登校数は、小学校と中学校を合わせると12万人弱、高校を合わせると20万人強にのぼり、諸制度による支援がなされているにもかかわらず著しい改善はみられていない。そこで、不登校の予防に重点的に取り組む。

【不登校予防のための基礎】

1) 不登校の時期区分：不登校事例の検討から、不登校時期はおおよそ、腹痛や頭痛などの身体症状を訴える心身症期、ひきこもりの時期（情緒不安定から安定の時期）、社会適応準備期に分けられる（図1参照）。

しかし、不登校の子どもと継続してかかっていると、心身症期の前に学校の学習環境や対人環境に適応しようと努力していた適応努力期のあったことが子どもの口から明らかになる。

学校における不登校の予防には、適応努力期を念頭に入れて、子どもたちの日常への気配りが大切である。

プライマリ診療機関では、心身症期が不登校予防の時期として位置づけられる。

2) 氷山モデルによる心の問題のとらえ方（図2参照）：登校できないという行動（不登校）は、目に見える、すなわち、氷山の海面より上にある氷塊を表している。心の問題の内面にある、目に見えない部分、すなわち海面より下にある氷塊は、第1層の不安、緊張、うつ（感情、気持ち）などの心理精神

症状、第2層の心の発達（自尊心、自立、社会性などの発達、否定的な自己認知や対人過敏などの認知症状として表れる）、第3層の生まれつきの素質や主に家庭環境の成育過程でつくられる特性からなる。不登校の予防は、海面下の問題を評価し、対応することが大切である。

特に、第3層の家庭環境、すなわち子どもと養育者の関係やその他の家族関係性、養育者の特性（家族病理）の評価が大切になる。その理由は、不登校の情緒不安定な時期には、親に対して依存と反抗的な言動が現れ、その中で家庭環境の問題や幼少期の親の養育態度の不満足さを子どもは訴えることが多いからである。

不登校の予防にあたっては、家族病理を根底の問題としてとらえ、家族病理を把握し、子どもの声を参考に、あせらずその改善に一役を担わなければならない。

3) 家族病理の評価項目：子ども虐待の一次予防のために、妊娠・周産期に養育困難が予想される因子（ハイリスク因子）を有する養育者の把握に使用しているアセスメントシートを参考に、家族病理の評価項目を作成した（図3参照）。

【不登校の予防】

学校では適応努力期の子どもに気づき、プライマリ診療では心身症期に対応することで不登校を予防する。学校での取り組みのポイントは、図4に示したが詳細は省く。家族病理の評価項目は、プライ

マリー診療で使用するものと同じにして、医療と学校の連携を図りやすくする。

1) 心身症期の診療の基本姿勢 (図5参照)

腹痛、頭痛等で受診した場合、器質的疾患は検査等で否定的であれば、心因性を疑い不登校の予防を意識して子どもや親にかかわる。

心身症期の子どもの診療にあたっては、以下のことを念頭に置き、身体症状にかかわりながら、まずは子どもの気持ちによりそい共感に努める。

その上で、診療医は周囲の大人たちもその気持ちを理解できるよう仲介し、学校生活に安心感が抱けるよう心理的環境を整える。

(1) 子どもについては、

- ① 学業や友人とのコミュニケーションに努力してきた適応努力期があった。
- ② 子どもは、友人に気を遣い自己主張が少ない、自信がない、消極的、自立していない、あるいは自己中心的など心の発達が未熟かもしれない。

(2) 母親については、

- ① 人格的、精神的問題を抱えている。あるいは会話の内容が理解できていないかもしれない。このため、子どもとの相互作用が不良である。
- ② 子育てに自信がなく、今の子どもの状況は自分に原因があると思っているかもしれない。

(3) 家族については、

- ① 子どもにとって心の発達が阻害される(自尊心等が育たない) 家族関係や家庭環境であるかもしれない。

2) 子どもから話を聴く

(1) 聴き方のコツは子どもの気持ちに触れること

当事者である子どもから学校生活についての思いを聴くことが大切であることはわかっているが、子どもが本音を口にするような尋ね方、聴き方のコツはどのようなものであろうか。

不登校の子どものほとんどは、「僕の気持ちはわかってくれない」と言う。周囲の大人は、登校しぶりの行動、すなわち、海面上に見える問題行動ばかりに目を向けて、その行動を直そうと躍起になっているが、そうではなくて海面の下にある第1層の気持ちがなぜ生じ、膨らんでいるかをわかってほしいと訴えている。

まず、子どもが抱えている不安や緊張の気持ちを

理解していると子どもが評価してくれるような具体的なことばを子どもにかけることが必要である。心身症期の腹痛や頭痛は、登校した後にいろいろな場面で子どもに起こってきそうな状況を想像した時に不安や緊張が高まってくる結果としての身体症状ととらえる。そして、不安や緊張の生じる場面を推測し、その要因を含めたことばを子どもにかける。このことが子どもに共感することにつながる。

不安や緊張は、トラウマ体験的にいきなり生じることもあるが、一般に比較的長い期間持続していて、最初は我慢して登校している(適応努力期)。次第に不安、緊張が膨らんで、ついには身体症状を発生し休まざるを得なくなっている。

登校できないことを批判的にとらえるのではなく、子どもは身体症状が出現するくらい不安や緊張が高くなってきたことを理解する(図6)。

(2) 子どもとの具体的な会話(図7、図8参照)

会話のきっかけ：子どもにかける最初の一言は大切であろう。「気持ち」をわかってほしいという子どもの切なる気持ちを忘れてはならない。今、子どもが抱えている気持ちを押し量り、その気持ちを具体的なことばにして子どもに話しかける。「今の気持ちは？」とか、「勉強は忙しいの？」などの質問形式の会話では、子どもは気持ちをわかってくれる人とは受け取らないだろう。

会話を深める：「はい」や「いいえ」で答えられる質問形式の会話はできるだけ避ける。一般的な身体疾患治療の問診形式の会話は、不登校などの心の問題の会話にはそぐわない。

子どもの気持ちを推測したことばの会話をすすめながら、学業やクラスの雰囲気、友人関係や担任との関係など、学校環境に対する子どものとらえ方や負担の程度を知る(図7参照)。

図8は、家庭状況や家族との関係を知るためのことばの例である。

3) 母親から話を聴く

母親との会話の基本姿勢も子どもから聴く場合と同じである。母親の気持ちをくんだことばで会話をする。

子どもの心身症期の母親の気持ちは、子どもがこのまま不登校になるのではないかと「心配」しそのためには早く身体症状をとってやらなければならない

いと思う「あせり」、また周囲からもあせらされることからくる自分自身や周囲に向けられる「いらだち」、ふっと湧いてくる子育てに失敗したのではとの思いから生じる「自責」の気持ちをことばにした会話を心がける（図9、図10参照）。

母親との会話から、母親が子どもをどのようにとらえているか（子どもにどうかかわっていいか不安が強いのか、他の子どもと比較して情けないと思う批判的態度か、子どもの気持ちを理解していると言いながら感情的に子どもに対応しているか、それとも子どもを受容しているかなど）、母親と家族との関係、母親の性格特性などを評価する。

【子どもと母親の気持ちの経過によりそう】

子どもは「気持ちをわかってほしい」ことを望んでいるから、不安や緊張がなくなるための助言をするのではなく、学校生活で経験した気持ちを聴き、その気持ちになった要因を理解することが大切なのであろう。不安や緊張を感じる中で努力してきたことを理解してくれる相手（診療医）がいることに安堵感を覚えることで子どもの学校生活での行動に変化が期待できるかもしれない。

子どもの状況を考えれば、母親の心配、不安、あせりの気持ちも当然である。子どもが身体症状を表すに至った状況に伴う母親の気持ちの変化にもよりそう。母親に共感的に対応することで、母親の気持ちが安定すれば、子どもに冷静に向き合う少しの余裕が生まれてくる。

子どもの一番身近な存在である母親が子どもの気持ちを理解し、子どもの心身症状の要因を理解することができれば、子どもの行動は変化しやすくなるかもしれない。子どもの気持ちと、母親の気持ちの一致が図られていけば不登校にならないですむかもしれない。

初回の診療では、子どもは学校環境に抱く気持ち、母親は心身症状を生じている子どもに対する気持ちによりそうわけである。

その後、子どもや母親の気持ちの安定に向かう途上で、子どもと母親の相互作用の中で生じる気持ち、子どもの成育過程で母親に抱いていた気持ち、その他の家族に抱いていた気持ちが明らかになってくる。これらの気持ちは陰性の気持ちであることが多

く、子どもは陰性の気持ちを反抗的な自己主張で表し親を驚かせる。このような気持ちによりそいながら、子どもの心の発達に未熟さや歪みの評価、子どもと母親・家族関係性を評価する。

子どもの気持ちによりそいながら、子ども自身の声から、子どもの心の発達、家族関係性の評価を行うわけであるが、不登校しぶりの裏に子どもの虐待を疑わせる家族関係性の存在に気づかされることもまれではない。不登校予防では、当事者たちも気づいていない子どもの虐待（特に心理的虐待）を念頭に入れておかなければならない。

【学校との連携】

初回の診療で身体症状の要因として心因性の可能性が強ければ、家族の了解を得て、学校との連携を図る。

学校ではその子どもを意識し、子どもと話す機会を作り、子どもの声を参考に学校での心理的環境の調整を図る。子どもの心の発達に適切なことばを具体的に検討する。自信がない子どもに、「自信をもって」のような直接的、命令的なことばではなく、自信がほのかに湧いてくるようなことばを考える。科目の成績をあげることばより、学習意欲の基盤となる心の発達に目を向けて対応する。

【不登校予防のまとめ】

プライマリー診療の不登校予防の手順は、図11に示した。

子どもが腹痛、頭痛等で受診し、検査により身体疾患が否定的である場合、子どもの学校生活に起因する気持ちに共感し、子どもとの会話を心がける。身体症状の経過に継続的にかかわりながら、子どもと話を深め、子どもの心の発達（特に自尊心や社会性）や家族病理を評価する。学校とともに、子どもが陽性の気持ちが抱けるよう心理的環境を調整する。家族とともに、心の発達（自尊心や社会性）に重点的にかかわる。

図1

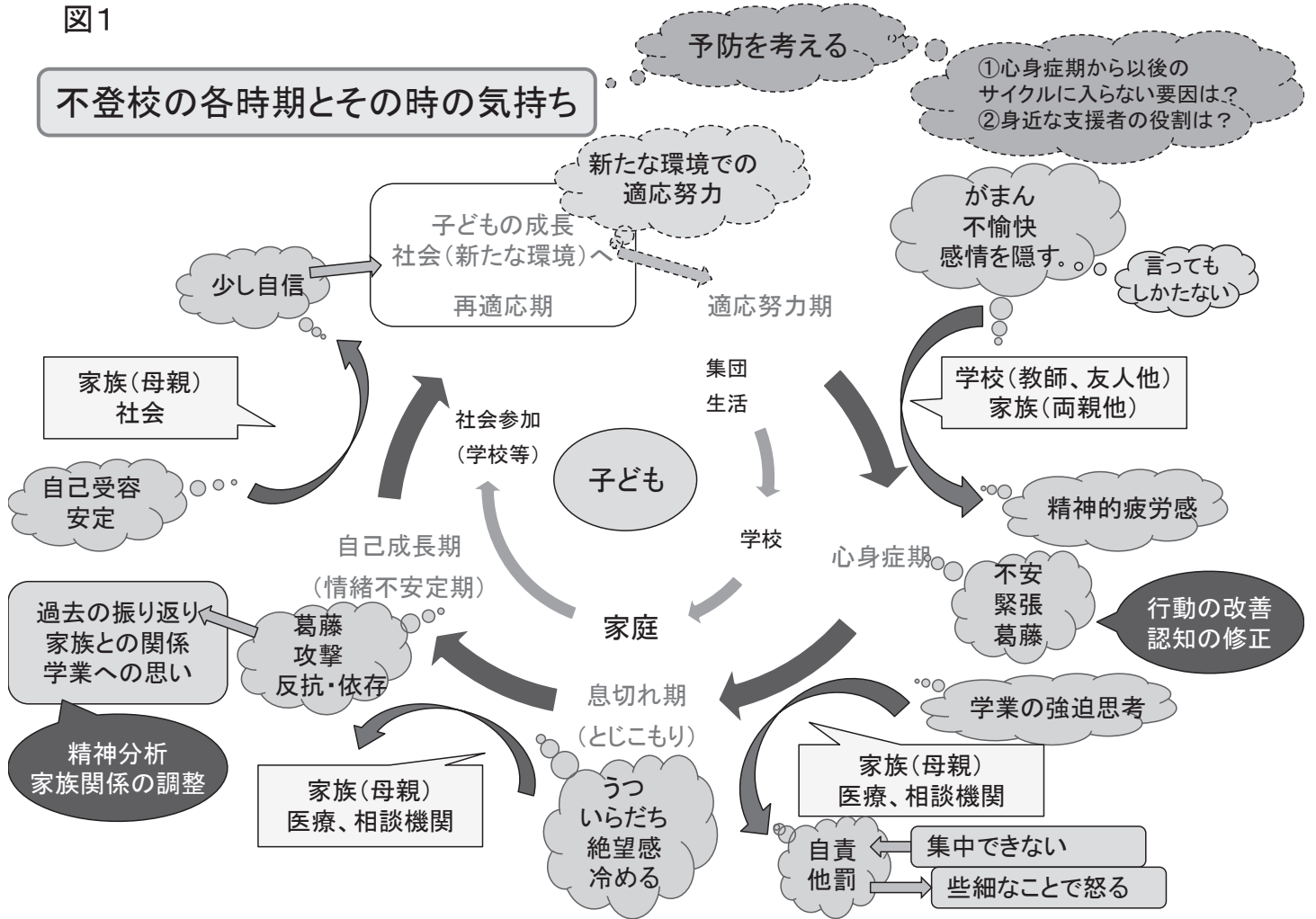


図2

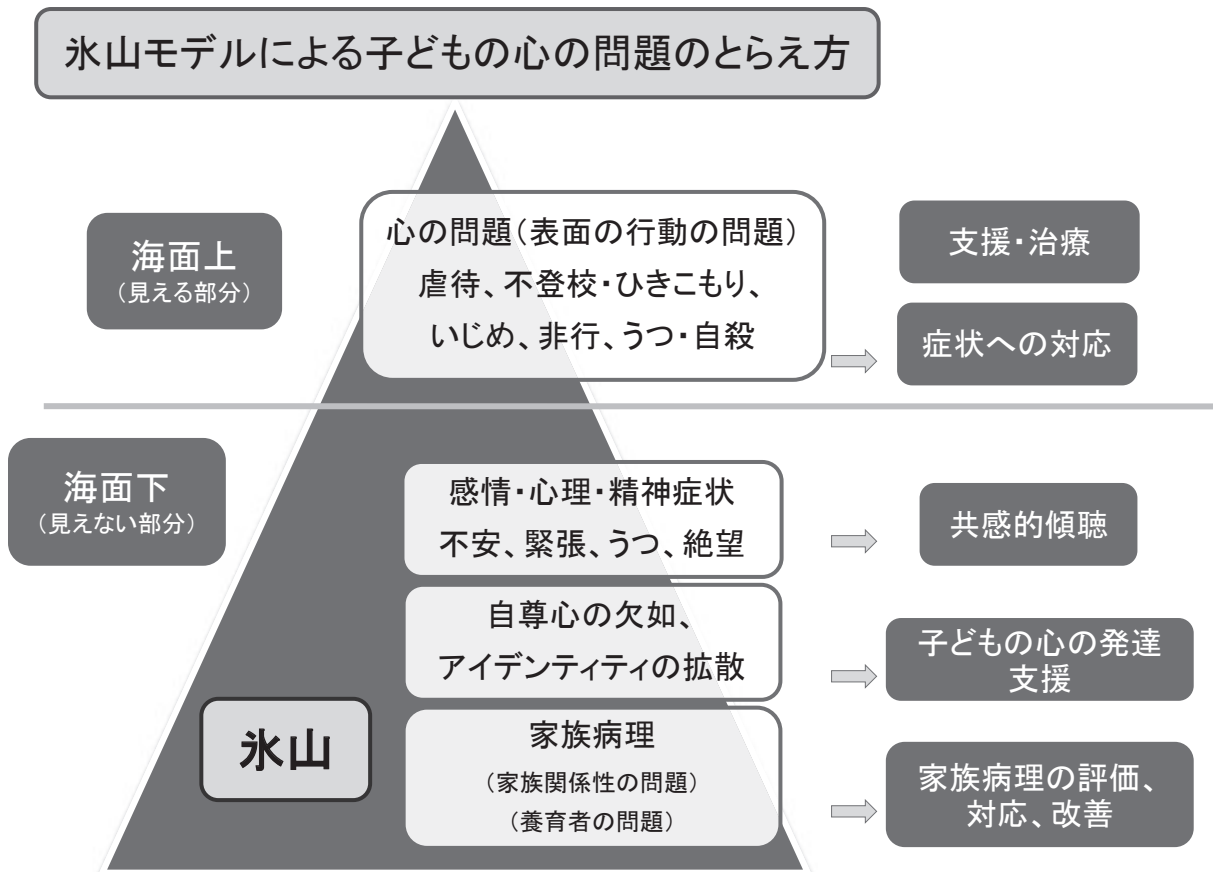


図3

家族支援アセスメントシート

不登校の予防

1 子ども

1) 子どものサイン

- 行動面 : 欠席や、遅刻・早退が目立ってきた
- 情緒面 : ささいなことでいらだち、不機嫌になってきた
- 家庭での様子 : 勉強に集中しなくなった
- 生活面 : 友達とのかかわりが少なくなった

2) 友人関係

- 好ましくない関係
- 孤立

2 家族

1) 養育者の状況

- 子どもへの思い・態度 : かわいいと思わない、拒否的、無関心、過干渉、過剰期待、きょうだい
で差別、虐待など
- 健康状態 : 知的障害、人格・精神障害、アルコール依存、慢性の身体疾患など
- 性格 : 怒りっぽい、情緒不安定、衝動的、自己中心的など

2) 養育環境

- 夫婦・家族関係 : 夫婦不和、家族不和など
- 家族形態 : 離婚、内縁、再婚など
- 居住状況 : 不衛生など
- 労働状況 : 定職なし、就労によるストレスなど
- 経済状況 : 不安定、ギャンブル嗜癖など
- 地域社会との関係 : 孤立など

3) 養育者の成育歴

- 被虐待歴、虐待歴

図4

学校における不登校の予防

不登校の予防

1 子どものサインに気をつけましょう

- 1) 行動面
 - 欠席や、遅刻・早退が目立ってきた
- 2) 情緒面
 - ささいなことでいらだち、不機嫌になってきた
- 3) 家庭での様子
 - 勉強に集中しなくなった
- 4) 生活面
 - 友達とのかかわりが少なくなった

3 友人関係

- 好ましくない関係
- 孤立など

2 家庭のアセスメント

- 1 養育者の状況
 - 子どもへの思い・態度
かわいいと思わない、拒否的、無関心、過剰期待、虐待など
 - 健康状態
知的障害、人格・精神障害、アルコール依存、慢性の身体疾患など
 - 性格
怒りっぽい、情緒不安定、衝動的、自己中心的
- 2 養育環境
 - 夫婦・家族関係(夫婦不和など)
 - 家族形態(離婚、内縁、再婚など)
 - 居住状況(不衛生など)
 - 労働状況(定職なしなど)
 - 経済状況(不安定など)
 - 地域社会との関係(孤立など)
- 3 養育者の成育歴
 - 被虐待歴、虐待歴

総合評価

- 1) チェック表: 3項目のチェック
- 2) 教師間で情報交換
(学年を超えて引き継ぎ)
- 3) 特に積極的対応はしない

子どもと家族の豊かなコミュニケーションを？

図5

不登校の予防

心身症期の子どもの診療の基本姿勢

子ども について

- 子どもには過去に適応努力期があったことを頭に入れておく。心身症期になる前には、学校環境等に適応しようと努力していた時期がある。努力していたことの労をねぎらう、褒める。
- 子どもは、気を遣うためにコミュニケーションが弱い、自信がない、自己主張ができない、消極的、自立がいまひとつ、自己中心的など、心の発達が未熟かもしれないことを念頭に子どもと接する。

母親 について

- 母親は人格的な問題、精神的問題を抱えている、あるいは質問の内容が理解できていない、子どものことを説明しても理解できないかもしれないことを念頭に置く。
- 子育てに自信がなく、このような状態になっているのは母親のせいと思っているかもしれない。

家族 について

- 家族の関係性の問題など家族病理があり、子どもにとっては心の発達が阻害される環境ではなかったかどうか。すなわち、子どもの心の発達の未熟性の一因は、家庭環境にあるのではないかと考える。

図6

不登校の予防

子どもから聴くー子どもとの個人面接ー

主訴に触れる

- 頭痛、腹痛等の器質的疾患は否定的であることを診断する。
- 心理的要因を疑う。
- 次回、検査結果を子どもにも伝え、症状の経過を診ることを約束する。

感情の コミュニケーション

- 心理的要因に触れていく。
- 「不安」な気持ちを具体的な言葉で表現し会話の糸口を見つける。
- 「緊張」の気持ちを具体的な言葉で表現し会話の糸口を見つける。

認知を知る 家族を知る

- 学校、学業をどうとらえているか、具体的な言葉で表現し知る。
- 家族の言葉をどうとらえているか、具体的な言葉で表現し知る。

図7

子どもとの具体的な会話(学校の状況を知る)

不登校の予防

会話のきっかけ
学校全般

- 学校って疲れるよね。
- テストも多いし、宿題も多いし、順位がつけられるし。
- 楽しいのは友人と話ができるときだけかな。
- 明日も学校と思うと、寝疲れないことが多いかな。

友人関係
クラスの
雰囲気

- クラスって騒々しいことが多いよね。
- 悪いのはおおよそわかっているよね。
- 話していて楽しくなるときもあるけど、多くは気を遣わないといけないかもね。
- グループでいることが多いから、話を合わすのが大変でしょう。

担任との
関係

- 担任に声をかけられると緊張するよね。
- どの学年の時が一番楽しかったかな。

フィットする話題は
膨らませる

図8

子どもとの具体的な会話(家族との関係性を知る)

不登校の予防

家庭全般

- 学校からの帰宅後はほっとするね、家が一番いいでしょう。
- 思春期になると、家で家族と話をすることも少なくなるかな。
- 家での気分転換はゲームが一番かな。

母親との
関係

- お母さんはやさしいけど、時には厳しいよね。
- 家で宿題をみてくれるのはお母さんかな。
- 塾への送迎はお母さんかな。

父親との
関係

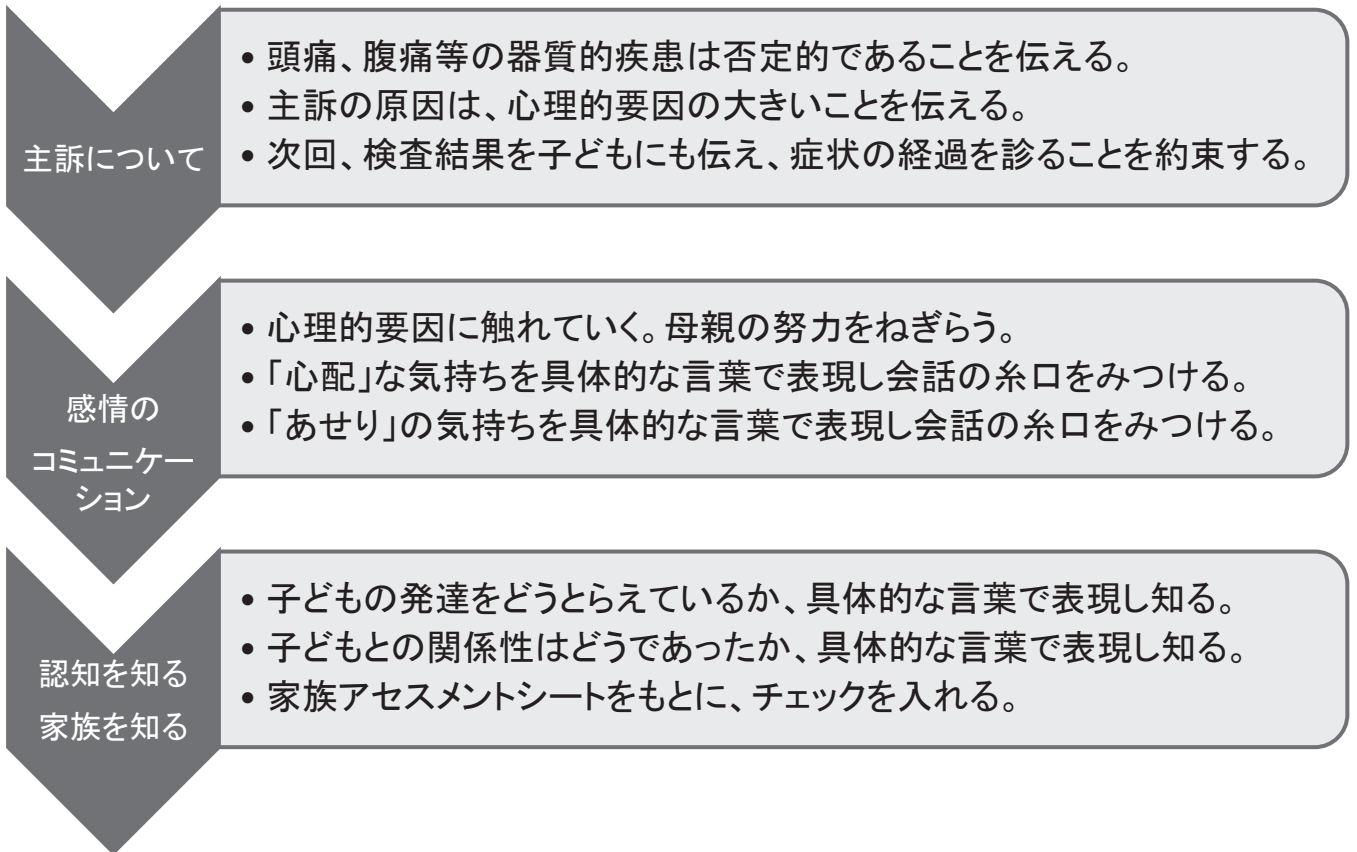
- お父さんは仕事が忙しいでしょう。
- お父さんは怖い時があるかな。

きょうだい
関係

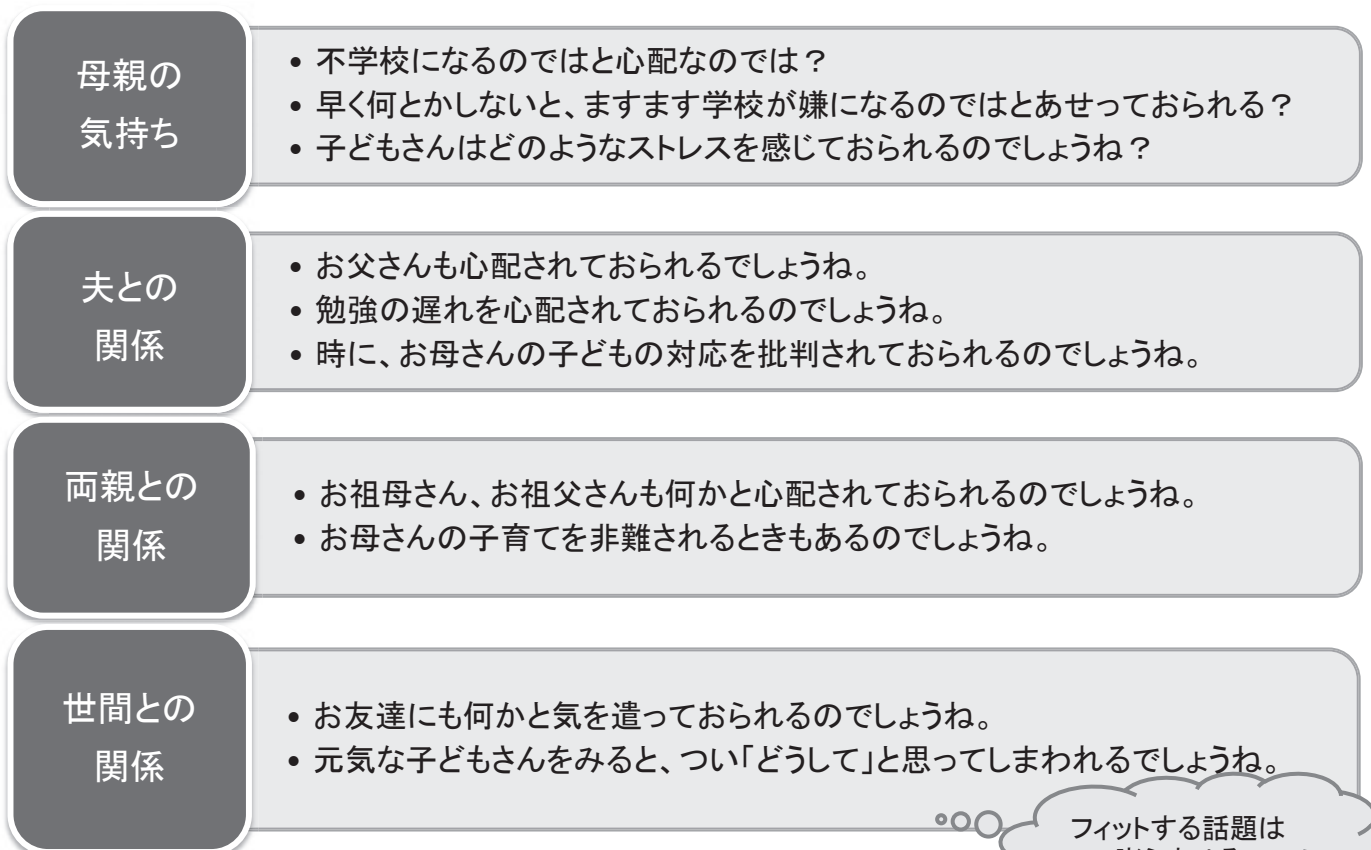
- きょうだいは気が合う時もあるし、そうでない時もあるよね。
- きょうだいとはちょっかいを出したり、出されたりかな。

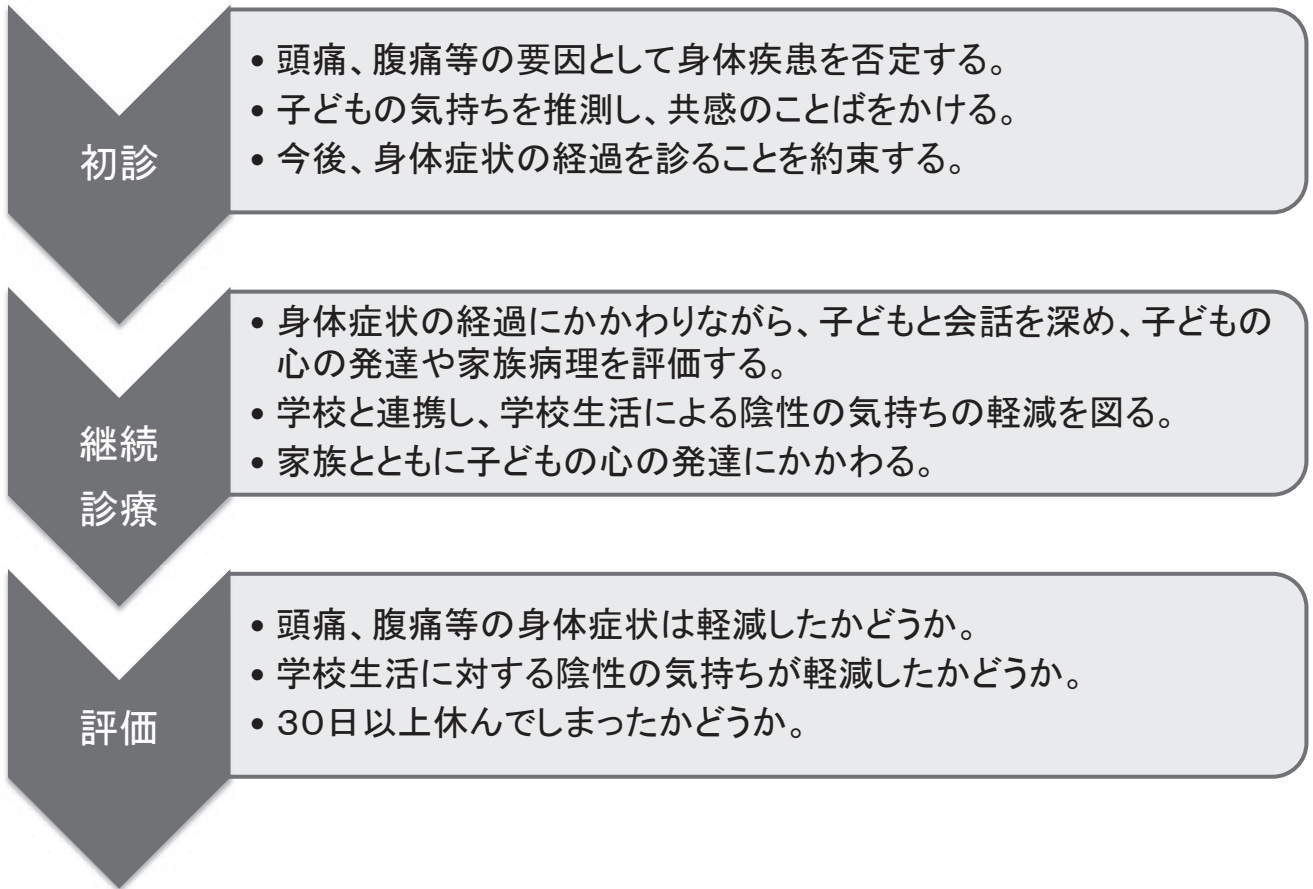
フィットする話題は
膨らませる

母親から聴く



母親との具体的な会話(基本は感情のコミュニケーション)





第 1 分 科 会 6 埼玉県医師会	<h2 style="margin: 0;">発達障害を抱える子どもたちと学校介入</h2>
	Rabbit Developmental Research 平岩 幹男

【はじめに】

発達障害を抱える子どもたちは増加しているといわれており、これについての正確な統計はないに等しいが、いわゆる gray zone の子どもたちに対する、適切な対応がとられずに学校生活での困難を抱えることからの過剰診断も少なくないと考えられる。発達障害はあくまで「障害」であり、特性としての症状が社会生活上での困難をもたらしている場合に診断されるべきであり、症状だけで決め付けるものではない。しかし対応に困った学校が、医療機関に診断と治療を依頼し、医療機関も学校の状況を十分に把握しないまま、あるいは学校との連携が十分ではないまま、診断と治療に踏み切ることが多いという現状がある。いうまでもなく発達障害を抱える子どもたちは、学校生活においても対人関係やコミュニケーションの問題を抱えることが多い。学校現場ではそれなりに研修会なども行われており、対応が試みられているが、発達障害を抱える子どもたちの社会生活上の問題点は一人ひとり異なり、画一的な対応で何とかなるわけではない。すなわち程度の差はあれ個別の対応が欠かせない。

たとえば就学にあたっては、保護者の希望とは異なる適切な就学にも結びつかなかったりする場合もある。演者は外来を受診している発達障害を抱えた子どもたちの小学校への入学に当たっては小学校への文書での子どもの特徴などを保護者を通じて提出し、スムーズな就学につなげるように努力しているが、学校現場ではしばしば申し送りが十分ではない

ために、入学してもその文書の存在すら忘れられている場合も見られた。しかし何の情報もなく入学させる場合と比較すると、多くのケースでは積極的に活用されていた。また必要に応じて、そして時間に余裕のある場合には保護者、子どもと演者が同道して学校との話し合いを行う場合もあるが、最近では遠方からの受診者が多くなり、十分に出来ているとは言えない。

外来を受診している子どもたちの就学後の学校介入も必要に応じていっている。可能であれば演者が学校に出向いて相談することもあるが、多くは学校の担当教員に受診時に同道してもらい、長めに診察時間を取って対応している。なお個別教育計画（Individual Educational Plan: 以下 IEP）の作成にも関わる場合もあるし、入学時には必要に応じて IEP の作成も行ってきた。学校との連携により、多くのケースではそれまでの問題点が軽減に向かうことが多いものの、逆に通常学級に在籍している子どもたちを、WISC-Ⅲの検査を行い、点数が低いというだけの理由で追い出そうとしている場合もある。また多くはないが、たとえば ADHD における薬剤の使用を学校が勧める場合すらある。当然のことながら基本的な対応は社会生活訓練（Social Skills Training: 以下 SST）であり、それなしにいきなり投薬を目的とした医療機関の受診を勧めることは、どう考えても違和感はあるが現実にはそれなりに起きている。

一方では発達障害を抱えていても適切に対応がな

され、子どもが著しい伸びを見せている場合もある。こうした場合には担任の力量が大きい、学年が上昇し、担任が変わると問題点が噴出し、学校への介入を依頼される場合もある。なお以前は学級崩壊への介入を依頼されて何度か行ったこともあるが、当然のことながら介入当初は頻回の学校訪問が必要となることから最近では行っていない。

【就学までの道のり】

初診の年齢は1歳から6歳までに分布しており、自閉症であれば応用行動分析（applied behavior analysis: 以下 ABA）を中心とした療育によって言語や social skills の習得を目指すことになり、ADHD であれば演者は未就学児には基本的に薬剤投与は行わないので、SST が対応の中心となる。本質的に知的能力、日能力が低い場合を除いて、これらの療育的な対応によって成果が出る場合が多く、たとえば発達テスト（新版 K 式など）においても大きな伸びを示すことが多い。

したがって初診時には通常学級への就学が困難であると考えられた子どもたちが実際には通常学級に就学するケースが増えている。しかし多くの例で、これは就学後も SST を含めた何らかの対応が必要であり、そのためにも後述の学校との連携のための情報提供は欠かせない。

なお就学猶予という制度を利用して1年間の療育の末に通常学級に就学する子どもたちも毎年見られるが、ほとんどすべての教育委員会では就学猶予には否定的であり、そのために特別支援教育があることを力説する。しかしわが国の教育制度では義務教育の9年間は連続しており、その間で能力に応じて同じ学年を2度履修するという方法もないのいたします。

もし行くとすれば、就学猶予を申請し、その1年間で social skills や academic skills を伸ばすことには意義があると思われる。演者は特別支援教育、特に特別支援学級や特別支援学校を否定しているわけではない。それが適切であると判断した子どもたちは毎年これらの学級や学校に就学している。ただ可能であれば通常学級に就学し、そこでの生活を通じて学力や社会性を伸ばすことが成人になったときにも生きてくるという経験から、就学猶予によって大

きく伸びると推察される場合には支援している。

通常学級に入ったからといって先ほども述べたように問題点がないわけではない。療育によって急速に伸びている子どもたちは就学時健診の時点での判断以上に就学時には能力を獲得していることも多いが、就学時健診ではこれは一般に考慮されない。すなわち就学時健診の時点で「追いついている」子どもたちを通常学級に、そうでない子どもたちは支援学級や支援学校を勧めがちである。

しかし発達障害の臨床においては一人でも多くの発達障害を抱える子どもたち、大人たちを社会が支える人から社会を支える人に変容させることが目的である。したがって「追いついている」場合はもとより「走りながら追いつく」という考え方もあってよいのではないかと考えている。

【小学校へのお手紙の例】

就学前に小学校に出す文書の例を以下に示す。

〇〇小学校の先生方へ
はじめまして。
突然のお手紙、失礼 致します。今年4月より、就学希望の 〇〇の母です。息子 〇〇は高機能自閉症の診断を受け、定期的に受診しております。そこで高機能自閉症の特徴や傾向、子どもの行動特性などについて、就学前に知って頂けたらと思い、手紙を書かせて頂きました。小学校に楽しく通い、クラスのみなどと楽しく過ごせることが願いです。小学校への協力やお手伝いは、進んで参加させて頂きたいと思っておりますので、なにとぞよろしくお願いいたします。

(就学後をお願いしたい事)

①「教室の席順」

・可能であれば、慣れるまでの期間は最前列の中央でお願いいたします。聞き取りの弱さをカバーする為、視覚に頼る傾向があります。授業中は、色々な物に注意が散らず、先生の言葉もはっきり聞き取れるよう、席の配慮をお願いできたらと考えております。

②「指示」

・何かの動作を全体的に指示する時、一度に3工程以上の動作をまとめて話す聞き取りが弱いことや

並列処理が苦手な為、動作を忘れて抜かしてしまったり、わからなくなってやらずにいる事があります。本人は、ふざけたりさぼったりという気は無いので、「今は〇〇をします」と、1つずつ正面からはっきりと声掛けして頂けると失敗することが減ります。

・表現の指示

「廊下は静かに」「もっと小さい声で」など、具体的にでない指示は、どの位の静かさか、量や大きさが目に見えない物を判断する事が苦手で「何度言っても、大きな声を出して直そうとしない」という状況になりがちです。実際に声に出して「これと同じ声で」と聞かせて教えてあげるとうまくいくと思います。

また、数字でボリュームを表し 0の声（黙る）

1の声（ひそひそ）2の声（普通の声）など、決めたりしておくのも、わかりやすいようです。

③「トラブルがこじれた場合」

・最悪の場合、泣いてあべれます。

こういう状況の時は、すぐ 静かな所に場所を移し「落ち着いて、落ち着いて」と

「注意の仕方」

・「～をしては だめ」という言葉で注意をすると、自分の人格を全否定されていると捉えてしまうようで、すねたり あべれたりします。「～できるようになると、もっといいと思うよ」や、はっきりと「舜くんは好きだけど、こういう所は直してほしい」という伝え方をすると、すんなりと納得します。

④「トラブルになりやすい原因」

・曖昧な表現（抽象的な表現）は理解することが苦手な為、良い悪い 好き嫌いの基準がとても極端です。これに、自分の経験値から判断基準を独自に持っているので、「独自の善悪ルール」があるように見えます。自分の判断基準を、友達にも従わせようとし はげしく怒鳴ったり、威嚇したり、力でねじふせようとする場面があると友だちとのトラブルになります。

・集団行動が苦手（聴覚・視覚の情報選別問題も有ります）

・一番になることが好き

・ルールのある遊び、運動のルールが理解できない「相手の気持ちを考える」という考え方は、本人にとって理解のしにくいアプローチなので、経験値を

上げ 基準を変えていくようなアプローチが効果的ではないかと考えています。

例：嫌いな子の良い所、素敵な所を知る。おしつけルールでやってみて実際に失敗経験を重ねる。ルールを守り行うのは、基本的に好きなので、新しいルールを作る。遊び、スポーツの場合、試合を何度もしながら、ルールの必要性を「ほら、ルールがあるからだね」とその場で教えていく。

静かな声で 背中をなでてあげると、すぐに落ち着きます。その後話を聞いてあげると、素直に反省します。実際、学校生活が始まってみないとわからない事もありますが、なにかとお手を煩わす事でもてくるかと思いますが、どうぞよろしく願いいたします。

なお主治医は●●医師で、困った場合にはメールでの相談も可能とのことでした。

【こうした手紙の結果】

なおこうした手紙の作成は保護者が最初から作成することは困難であり、また既存のサポートブックなどではページ数が多く、必要な情報を簡潔に抜き出しにくいことから、こうした雛形を保護者にメール添付で送付し、保護者が自分の子どもに合わせて直したものを再び演者に送り、それを1～4回繰り返して作成している。

就学に当たっては就学許可証がきてからあるいは就学先が決定してから（支援学級を勧められたのに通常学級に入る場合には時間がかかる場合もある）の時期となる。具体的には1月下旬から3月上旬までの時期に保護者が学校を訪問し、子どもの状況を説明するとともに渡している。この時期であれば教員の異動も決まっていないために学校側も複数で対応し、情報の共有が可能になる。3月中旬以降は学校は卒業式に向けての準備が始まるので、時間をとっての対応が困難になることが多い。なお入学後にこうした情報を渡しても、担任にしか伝わらず、学校としての情報共有にはつながりにくいことを過去に経験した。

最近5年間で就学した35人についてこのような文書をそれぞれの特徴や能力に合わせて作成し、多くは活用されていたが2名の方は放置され、入学してから1か月後ようやくその存在が明らかになる

という残念な結果もあった。

中学校の場合には担任は特定の教科のみの授業を担当していることが多いので、逆に入学後に担任をキーパーソンとして子どもに関わる人々で情報が共有されるように指示している。

【入学後の介入】

就学に当たって上記の文書を提出している場合には基本的には入学後1か月程度で外来を受診してもらい、そこで新たな問題点がないかを確認している。この時点で担任からの質問状が来ている場合もあり、その場合には返信している（具体的でない場合には答えにくいこともあり、最近では保護者に演者のメールアドレスを学校に伝えてもらい、メールでのやりとりが多い。ただし演者と学校とのやりとりを保護者抜きで行うことには問題があるので、かならず保護者のアドレスをCCにしている）。

子どもへの対応に困難が見られる場合には可能であれば夏休みに担任に来院してもらって相談している場合もある。

入学後も問題なく生活している場合には介入は不要であるが、学年が上がるにつれて対人関係の問題やいじめの問題を抱える場合もあり、その場合には当初は電話で、以後はメールで（電話では記録が残らない）対応を続けている。

いじめの問題は発達障害を抱えている場合には大きな問題であり、学校介入によっていじめを終息させるだけではなく、当事者である子どもたちにもABA的手法によるSSTを行うことによって、その後のいじめの被害にあいにくいような対応を伝えている。以前ほど「調べたがいじめはなかった」という学校からの返答は見られなくなった。

入学後、特に思春期になってからそれまで診断されていなかった子どもたちが主に二次障害を契機に受診することがある。これも大きな問題であるがこれについては機会を譲りたい。

第1分科会
7
秋田県医師会

秋田県の学校における震災後の子どもの心の状態についてのアンケートについて

秋田県医師会学校保健委員会（市立秋田総合病院 小児科）

小泉 ひろみ

秋田県学校保健委員会

根本 大輔

秋田県学校保健委員会

水俣 健一

秋田県学校保健委員会

大山 則昭

秋田県教育庁体育保健課

村上 まゆみ

平成23年3月11日の東日本大震災は被災地の方々に肉体的にも心理的にも大きな影響を与えたことは想像に難くない。奥尻や阪神淡路、新潟での大災害の経験から今回の大震災直後から被災地で様々な「心の支援」が活動し、子どもの心の支援は現在も続いている。秋田県は直接の被災地ではなかったが、震災後まもなくから避難してきた方々がいた。また、テレビなどで津波が町を飲み込む映像を繰り返し見るといった間接的なトラウマで、PTSD（心的外傷後ストレス障害）をおこすことも知られている。秋田県医師会では、学校から児童生徒に関する心の相談を受けるために県教育委員会から委託された精神科相談医制度を6名の精神科医にお願いしている。今回の震災後の医師会の窓口をこの6名にすることを広報するためもあり、学校に「子どもの心の状態について」のアンケートを依頼した。

【目的】

- ①震災後の秋田県の子ども心の状態を知る
- ②心の問題の症状に改めて各学校で留意していただく
- ③秋田県医師会の「震災後の子どもの心」の相談の窓口が「精神科相談医事業」の6名であることを各学校にお知らせする

【制限】

日本心理臨床学会「心のケアによる二次被害防止ガイドライン」

【対象】

秋田県内の学校すべて：小学校245校、中学校128校、高等学校54校、特別支援学校13校。回答は養護教諭。

【施行時期】

第1回：平成23年6月、第2回：平成24年3月

【質問内容】

①学校種 ②全児童生徒数 ③被災地より来ている児童生徒数 ④急性ストレス障害やPTSDと思われる症状を呈している児童生徒数 ⑤医師に相談または受診した数 ⑥それ以外の対応方法を質問した。第1回の調査では震災直後と3カ月後の様子、第2回の調査では震災1年後の様子で聞き、第2回の調査では震災1年後に症状のある児童生徒が以前から心理的問題を持つ場合や不登校であったかどうかの質問を追加した。「症状」の内容は、日本小児精神神経学会よりアンケートへの使用許可をいただいた内容「①表情が少なくぼーっとしていることが多い、②口数が減る・話をしなくなったり必要以上におびえている、③少しのことで興奮しやすい・または突然興奮したりパニック状態になる、④話題が急に変わったりつじつまがあわなかったり突然人が変わったようになり現実でないことを言い出す、⑤そわそわして落ち着きがなくなり少しの刺激でも過敏に強く反応する、⑥吐き気や腹痛・めまい・息苦しさ・頭痛・頻尿など身体症状を強く訴える」とした。以前からそのような症状を有する人の場合は、

それが増強した場合とした。

【結果】

第1回では小学校の98%、中学校の98%、高校の96%、特別支援校の78%から回答をいただいた。第2回では小学校の99%、中学校の98%、高校の98%、特別支援校の100%から回答をいただいた。被災地よりの児童生徒数は、第1回の調査の震災後3カ月の時点では小学生で176人、中学生で45人、高校生で13人、特別支援校で6人の合計240人であったが、第2回調査時の震災1年後では小学生で197人、中学生で39人、高校生で17人、特別支援校で4人の合計257人であった。被災地より児童生徒を受け入れている学校数では震災3カ月後は30%の学校であったが、震災1年後には27%と学校数は減少していたが、人数は増加していた。

小学生の場合、震災直後に症状のあったのは被災地よりの児童生徒で3%、震災前よりの秋田在住者で0.06%であった。震災後3カ月の時点では被災地よりの児童生徒で0.6%、以前よりの秋田在住者で0.004%であった。震災1年後では被災地よりの児童生徒で0%、以前よりの秋田在住者で0.006%であった。震災1年後症状のあった3人は以前よりの秋田在住者であったがそのうち2人では震災前から心の問題があるかまたは不登校の児童であった。

中学生の場合、震災直後に症状のあったのは被災地よりの児童生徒で5.1%、震災前よりの秋田在住者で0.01%であった。震災後3カ月の時点では被災地よりの児童生徒で2.5%、以前よりの秋田在住者で0.004%であった。震災1年後では被災地よりの児童生徒で5.1%、以前よりの秋田在住者で0.004%であった。震災1年後症状のあった合計3人に震災前よりの心の問題はなかったようだった。

高校生の場合、震災直後に症状のあったのは被災地よりの児童生徒で15.3%、震災前よりの秋田在住者で0.1%であった。震災後3カ月の時点では被災地よりの児童生徒で7.6%、以前よりの秋田在住者で0.004%であった。震災1年後では被災地よりの児童生徒で5.9%、以前よりの秋田在住者で0.008%であった。震災1年後症状のある生徒で以前からの秋田在住者2人のうち1人は心の問題があるかまたは不登校の生徒であった。1年後に症状のあった被

災地よりの1名は特にこれまで問題はなかったようであった。

特別支援校では、震災直後に症状のあったのは被災地よりの児童生徒ではおらず、震災前よりの秋田在住者で0.57%であった。震災後3カ月の時点では被災地よりの児童生徒でも以前よりの秋田在住者でもいなかった。震災1年後でもどちらでもいなかった。

医師またはカウンセラーに相談または受診した児童生徒数は第1回調査時では17人（症状のある児童生徒の23.6%）、第2回調査時は「医師に相談または受診」と聞き、中学校で1校、1名であった。第2回調査で、医師に相談または受診していない場合の対応では、学校の教職員で対応、教職員とスクールカウンセラーが対応したという結果であった。

【考察】

震災直後、被災地より避難してきた児童生徒で小学生の3%、中学生の約5%、高校生の15%強が症状をおこした。3カ月後はいずれの学校でも症状をおこす割合が減少したが、1年後でも中学生、高校生では約5%強の生徒が症状を呈していた。特に中学生では3カ月後その割合は一旦減少したが1年後増加した。震災以前から秋田県に在住している児童生徒も人数・割合は少ないものの、症状をおこした児童生徒は存在し、いったん減少した割合が1年後小学生と高校生で増加した。この中に、震災以前から心の問題や不登校の児童生徒がいた。

特別支援校では、被災地より避難してきた児童生徒ではいずれの時期も症状をおこした者はいなかった。以前よりの秋田在住者では震災直後0.57%と他の学校群に比して高い割合で症状を呈した児童生徒が存在したが、3カ月後、1年後はいないということであった。

これまでの大災害後の調査によると、直接大災害を経験した場合は直後よりも時間がたってからの方がPTSDやうつ、自殺念慮が増加するが、メディアを通じての間接的トラウマによるPTSD様の症状は、災害直後には多いが時間の経過によって無治療でもその割合は減少していくといわれている。しかし、個人の本来持っている「傷つきやすさ」や災害前からの心理的な要因のために、間接的トラウマ

でも長期に症状をおこすことがあることも知られてきている。今回の調査で、被災地よりの児童生徒の方が症状をおこしている割合が多かったが、その中には以前から心の問題を持っている児童生徒は含まれていなかった。

震災以前から秋田県に住んでいる児童生徒で1年後も症状をおこしている人数は少ないものの、その中に震災以前より心の問題や不登校の問題を持っている人が含まれていた。

特別支援校に通学している児童生徒は、以前から秋田県在住の生徒で震災の直後に症状をおこした割合は高かったが、その後被災地よりの方も、以前の県内在住者でも症状は比較的早期に改善していたのは幸いであった。

問題なのは、被災地より避難してきている児童生徒で1年後でも症状の続いている場合かと思われる。PTSDとして専門的に診察していく時期になっていると考える。また、以前の秋田在住者はもともとその児童生徒が持っている問題を考えていく必要があると思われた。

【まとめ】

秋田県の学校で児童生徒の震災後の心の状態を調査した。被災地よりの児童生徒では震災以前から秋田に住んでいる者より高い率でPTSD様の症状をおこし、震災の3カ月後ではどの学校群でもその割合は減少したが1年後では中学生で増加した。PTSDは被災後年を追って増加するともいわれており留意していくべきと思われる。また以前よりの秋田在住者も数は少ないが症状を呈した児童生徒がいて、その方たちには震災以前よりの心の問題に対応していく必要があると思われた。

図1. 震災後まもなくの時点で、症状のあった児童生徒

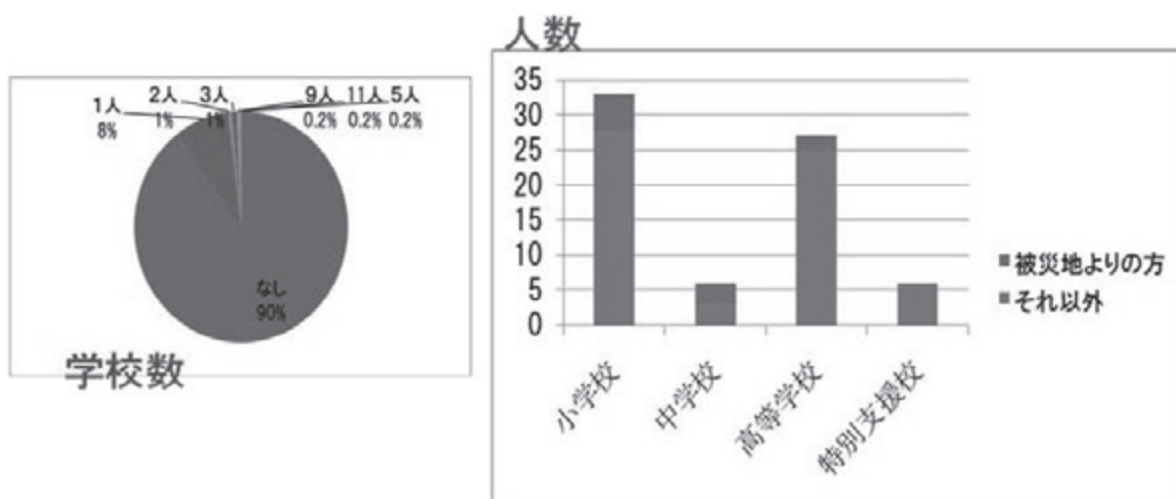


図2. 震災3ヵ月後に症状のある児童生徒

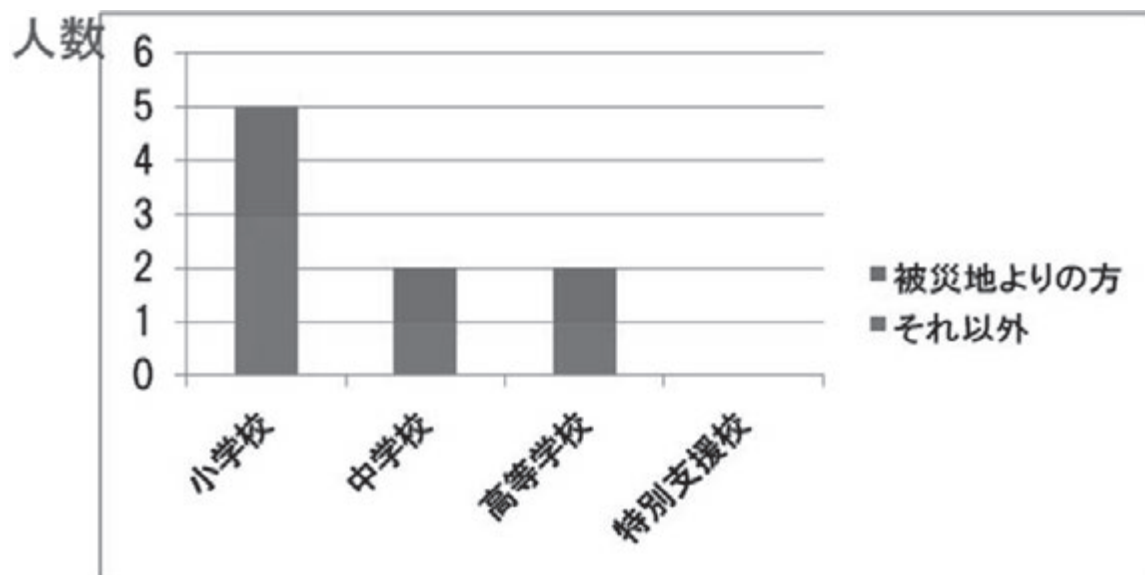


図3. 震災1年後に症状ある児童生徒

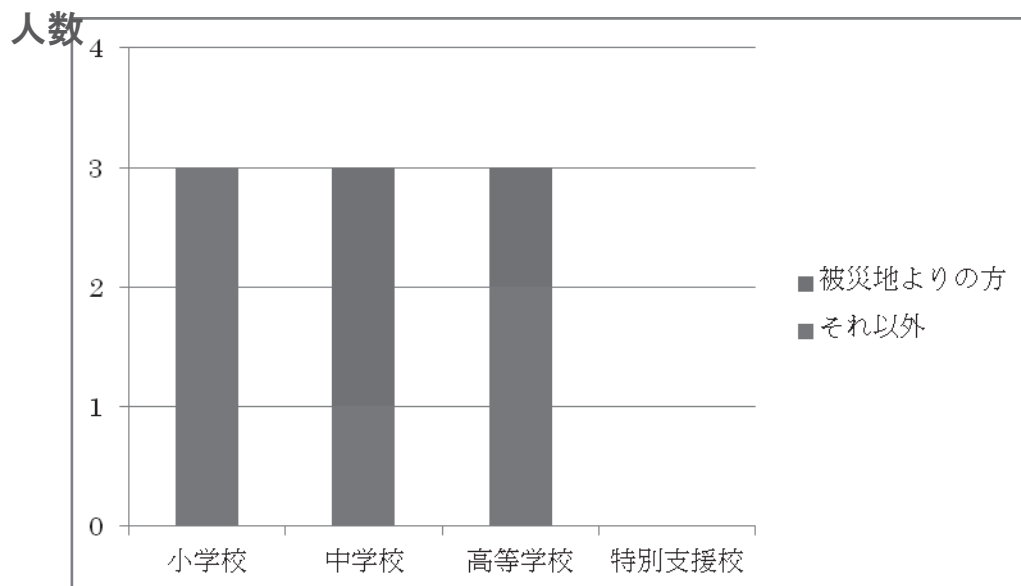


表 1. 症状のあった児童生徒の割合

	被災地よりの児童生徒			以前からの秋田在住者		
	直後	3ヵ月後	1年後	直後	3ヵ月後	1年後
小学校	3%	0.6%	0%	0.06%	0.004%	0.006%
中学校	5.1%	2.5%	5.1%	0.01%	0.004%	0.004%
高等学校	15.3%	7.6%	0.008%	0.1%	0.004%	0.008%
特別支援学校	0%	0%	0%	0.57%	0%	0%

図 4. 被災地よりの児童生徒で症状のあった割合

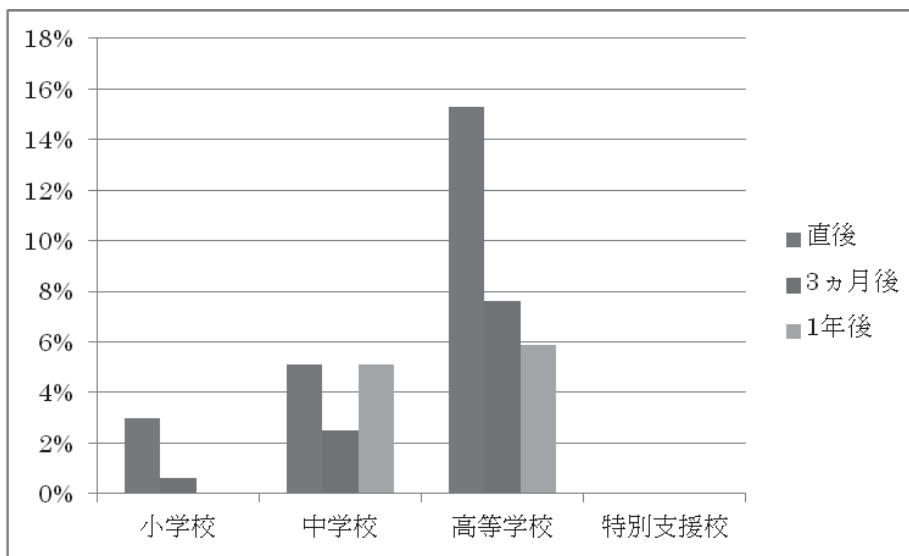


図 5. 以前から秋田在住の児童生徒で症状のあった割合

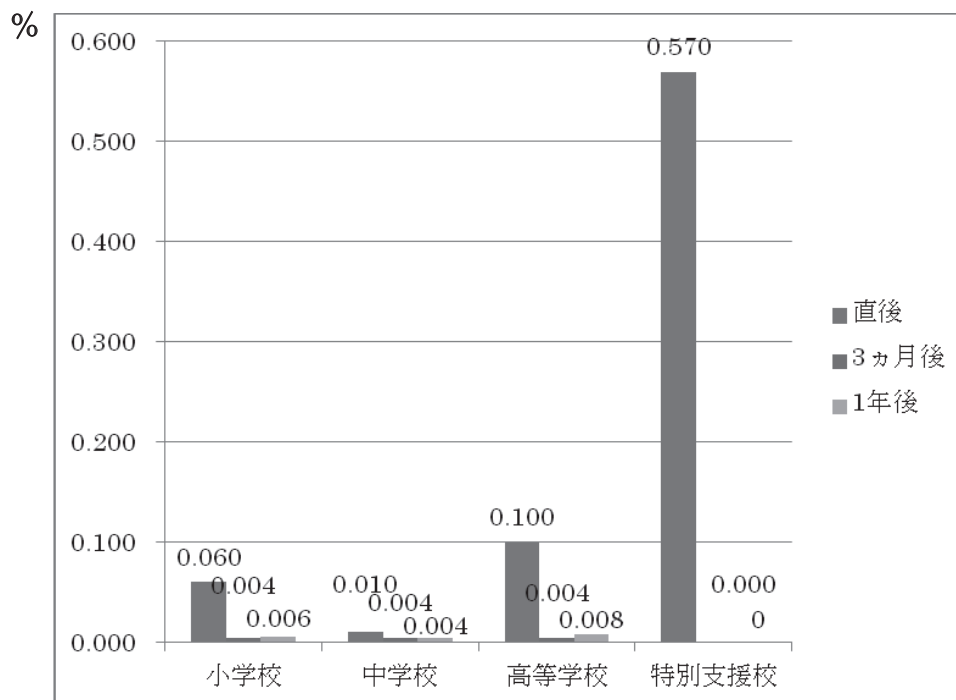


表 2. 1 年後、症状があった児童生徒のうち震災前より心の問題をかかえていた方

1 年後症状のある方	被災地より	震災前より秋田に在住
小学校 (在校生あたり)	0 人	3 人
	0%	0.006%
震災以前より心理的問題あり	0	2 人
中学校 (在校生あたり)	2 人	1 人
	5.1%	0.004%
震災以前より心理的問題あり	0	0
高等学校 (在校生あたり)	1 人	2 人
	5.9%	0.008%
震災以前より心理的問題あり	0	1 人
特別支援校 (在校生あたり)	0 人	0 人
	0%	0%
震災以前より心理的問題あり	0	0

京都市小学校大文字駅伝出場選手の心臓検診

第 1 分 科 会

8

京都府医師会

京都府医師会学校医部会心臓検診委員会

林 鐘声

京都府医師会学校医部会心臓検診委員会

清沢 伸幸
上田 忠

<はじめに>

左大文字山から右大文字山へと至る公道を白バイ先導のもと、小学6年生の選手がたすきを繋いでいく大文字駅伝大会は、毎年2月に京都市教育委員会の主催のもと開催され、今年で26回目を迎えた。

小学6年生は小学1年生以降、心電図検診を実施していないことから出場者全員に事前検診として心臓検診を実施してきた。その結果を報告する。

<対象および方法>

大文字駅伝に選抜された小学生(6年生が原則)に対して、開催直前の1月の土曜日を2日間使って一次検診を行った。会場は当初、六条院小学校、1997年からは元生詳小学校で行った。一次検診では予診票の評価、心電図検査および聴診を行い、要精検者を抽出した。既に管理指導を受けた選手は原則として要精検とはしなかった。担当医は京都府医師会学校医部会心臓検診委員会から8人が出務し、診察介助は養護教諭、心電図の記録は検診機関が担当した。要精検者には後日、京都地域医療学際研究所にて心エコー検査、トレッドミル運動負荷心電図によって診断および管理区分を決定し、大文字駅伝への出場の可否について、その場で本人、保護者および付き添いの教諭に伝えた。ただし、第1、2回の精密検診は一次検診に引き続いて六条院小学校で実施した。

<結果>

大文字駅伝大会に登録された正選手と補欠選手は今までに15,521人であった。そのうち、第8回大会(1994年)に特別招致した姉妹都市(ボストン市、パリ市、キエフ市、ザグレブ市と西安市)から5校の65人と、第10回大会(1996年)の神戸市立学校2校の26人は心臓検診を実施していないため、一次検診を受けたのは15,430人であった(表1)。

第1、2回は出場を不可とした選手は出なかったものの、その診断結果は現存しなかった。第3～26回の14,710人のうち要精検となったのは339人、その理由は不整脈186人(54.9%)、心電図異常97人(28.6%)、心雑音や胸痛は合わせて46人(13.6%)であった。先天性心疾患5人と川崎病の5人は最近に検診が行なわれていないことから要精検となったものであった(表2)。

表3に精密検診結果の一覧を示した。管理区分ではE禁2人、E可193人、管理不要144人であった。疾患別にみると、先天性心疾患23人のうち新たに診断された18人の内訳は、僧帽弁閉鎖不全9人、大動脈弁閉鎖不全4人、三尖弁閉鎖不全3人、大動脈弁狭窄1人、肺動脈弁狭窄1人であった。大動脈弁狭窄、肺動脈弁狭窄は心雑音から、他はQT延長、陰性T波などの心電図異常をきっかけに診断がついたものであった。不整脈169人では、心室性期外収縮が69人(40.8%)、WPW症候群28人、上室性期外収縮27人、Ⅱ度房室ブロック17人と続いていた。不整脈を理由としたQT延長の疑い、WPW症

候群の疑い、徐脈、心室性期外収縮の既往などは正常と診断した。心電図異常 57 人では不完全右脚ブロック 29 人と多いものの、全て管理不要と診断した。他は、完全右脚ブロック、ST 低下、左室肥大などであった。右室伝導遅延、左室高電位、陰性 T 波、P 波異常などは正常と判定した。症状や所見から要精検となったうちでは、大動脈弁狭窄、肺動脈狭窄以外は機能性心雑音あるいは正常と診断した。

既に管理を受けていたのは 10 人であったので、新たに管理指導を受けたのは 185 人であった。そのうち 4 人に大文字駅伝への出場を禁じた。E 禁とした心室性期外収縮の例では運動負荷で期外収縮の頻度が増加し、胸痛の訴えを伴った。E 禁とした ST 低下例は左室壁運動に異常があり、心筋症が疑われた。E 可で出場を控えさせたのは QT 延長症の 2 人であり、1 人は運動負荷時に自覚症状を訴え、1 人は QTc > 0.48msec であった。他の全選手は大文字駅伝への出場を許可した。

<考察>

大文字駅伝大会での心臓事故の防止を目的に心臓検診に取り組んできた。大会では転倒などの外傷はあったものの、心臓事故には 1 件も遭遇しなかった。大会 1 ヶ月前の心臓検診で突然に要精検となった児童、保護者の戸惑いは大きい。精密検査をすぐに行い、診断、管理基準を決め、大文字駅伝への参加の可否の決定のみならず、その後の注意点まで指導してきたことは、結局は、児童、保護者および学校関係者には大きな安心安全を提供するのに役立ってきた。

大会では各選手は約 1.7km を走り、たすきを繋いでいく。選手は課外活動として野球、サッカー、バスケットボール、テニスをしている運動能力の優れた児童であり、夏ごろからは週に 5、6 回、1 日に 2～5km のランニングトレーニングをこなしている。そのような児童にあって、危険度が高いとの判断で大会出場を禁止した 4 人を含めて 185 人に新たに管理指導すべき心疾患が認められた。不整脈や心電図異常の頻度は、小学生 < 中学生 < 高校生と高くなる。京都市では小学 1 年生の次は中学 1 年生まで心臓検診がないので、185 人はその増加分を反映しているだけとも考えられたが、検証の必要がある

ものと考えた。

そのためには全体の精検者数の把握が必要となる。要精検としなかった既検診者の情報は第 15 回大会 (2001 年) から入手可能であったので、第 15 回以降で検証した。参加選手は 8,378 人、うち要精検者は 208 人、既に検診を受けていたために要精検としなかったのは表 4 に示す 137 人であったので、精検率は 4.1% となった。大文字駅伝の 3 ヶ月後に受ける中学 1 年生の心臓検診の結果と比較した。中学 1 年生のデータは京都府医師会学校医部会心臓検診委員会が毎年発行している事業報告書の過去 15 年分 (1996 年度～2010 年度) から集計したところ、精検率は 3.3% であった。事業報告書からは管理されている病名、件数を知ることができるが、管理不要とした病名は把握できない。従って、管理不要となることが多い不完全右脚ブロック、完全右脚ブロック、左軸偏位などを、今回の検診結果と比較することはできなかった。また、先天性心疾患など、個々の症例の少ないものも比較検討する意義は少ないと考えた。大文字駅伝選手に認められた心室性期外収縮、上室性期外収縮、WPW 症候群、QT 延長症、Ⅱ度房室ブロック、Ⅰ度房室ブロックは、中学 1 年生の検診では原則として管理不要とはしないのでその出現頻度を比較したところ、大文字駅伝選手の方が総て高くなっていた (表 5)。特にⅠ、Ⅱ度房室ブロックの出現頻度の高いことから、迷走神経過緊張状態にあるスポーツ心臓の関与がその背景にあると考えられた。

このように、運動能力が高く健康と考えられる大文字駅伝出場選手の集団は精検率が高いばかりでなく、軽微な不整脈の出現頻度が高く、一般集団からは偏位していた。そこには長距離型の運動が関与しているのは確かである。大文字駅伝への出場、また大会での好成績のために選手たちのトレーニングは「過熱状態」となっている。最近になって成長期のこども達の運動器の故障、負担を考えて、一日の走行距離を制限して 3km までとなるように指導の見直しがあるとともに、運動器検診も併せて実施している。心臓については不慮の事故の防止のみならず、心臓にとっての至適な運動強度の検討も念頭において、今後とも心臓検診を継続していくことが必要である。

大文字駅伝大会参加児童数

開催年	回数	参加校数	男	女	計
1987	1	34	238	102	340
1988	2	38	266	114	380
1989	3	38	266	114	380
1990	4	39	273	117	390
1991	5	39	273	117	390
1992	6	39	273	234	507
1993	7	38	266	228	494
1994	8	42	294	252	546*
1995	9	37	259	222	481
1996	10	50	350	300	650**
1997	11	48	336	288	624
1998	12	49	343	294	637
1999	13	49	343	294	637
2000	14	49	343	294	637
2001	15	49	343	343	686
2002	16	49	343	343	686
2003	17	49	350	350	700
2004	18	50	350	350	700
2005	19	52	364	364	728
2006	20	51	357	357	714
2007	21	52	364	364	728
2008	22	50	350	350	700
2009	23	50	350	350	700
2010	24	50	350	350	700
2011	25	50	350	350	700
2012	26	49	343	343	686
		計	8,337	7,184	15,521

※海部郡市2校65人参加
 ※神戸市立学校2校26人参加

一次検査実施総数=15521-65-26
 15,430人

表 1

精密検査の理由(339例)

先天性心疾患	5	1.5%
川崎病	5	1.5%
不整脈	186	54.9%
心電図異常	97	28.6%
所見 心雑音	40	11.8%
症状 胸痛	6	1.8%

表 2

精密検査結果(339例)

診断名	管理区分			合計
	E級	E可	不要	
先天性心疾患	僧帽弁閉鎖不全	0	3	3
	大動脈弁閉鎖不全	0	7	7
	三尖弁閉鎖不全	0	3	3
	大動脈弁狭窄	0	1	1
	肺動脈弁狭窄	0	1	1
	心房中隔欠損	0	1	1
	心室中隔欠損術後	0	1	1
	川崎病	0	3	3
不整脈	心室性期外収縮	1	67	68
	WPW症候群	0	27	27
	上室性期外収縮	0	20	20
	Ⅱ度房室ブロック	0	17	17
	QT延長	0	14	14
	Ⅰ度房室ブロック	0	4	4
	発作性上室性頻拍	0	2	2
	心室過速	0	0	0
心電図異常	不完全右脚ブロック	0	0	29
	完全右脚ブロック	0	1	6
	ST低下	1	6	7
	左室肥大	0	4	4
	左軸偏位	0	1	3
	QS in V ₁	0	0	3
	右室肥大	0	1	0
	右軸偏位	0	1	0
	陰性T波	0	0	1
	機能的心雑音	0	0	18
正常	0	0	67	
計	2	193	144	339

表 3

既精検者-第15回大会以降(137例)

心室中隔欠損(+術後)	11	心室性期外収縮	13
心房中隔欠損(+術後)	7	上室性期外収縮	9
僧帽弁閉鎖不全	5	WPW症候群	8
肺動脈狭窄	3	Ⅰ度房室ブロック	4
大動脈狭窄	2	不完全右脚ブロック	17
動脈管閉存術後	1	完全右脚ブロック	6
マルファン症候群	1	深いQ波	6
川崎病	36	左室肥大	4
		左軸偏位	2
		房室解離	1
		洞不整	1

表 4

不整脈の出現頻度(1万人当り)

	中学1年生 (331,405人)	大文字駅伝選手 (8,378人)※
心室性期外収縮	53.7	59.7
上室性期外収縮	27.2	33.4
WPW症候群	21.5	28.6
QT延長症	11.2	14.3
Ⅱ度房室ブロック	5.7	13.1
Ⅰ度房室ブロック	6.6	11.9

※第15回以降での分析

表 5

蛋白尿を中心とした学校腎臓検診の全県統一 フォローシステムの確立

第 1 分科会
9
静岡県医師会

静岡県医師会学校腎臓検診結果検討小委員会 / 静岡県立こども病院
和田 尚弘

静岡県医師会学校腎臓検診結果検討小委員会

坂尾 正、大岩 茂則、瀬尾 究、加藤 公孝、増田 裕行、谷口 正和、
幸田 克好、藤田 直也

はじめに

昨年の当学会にて、三次健診以降における蛋白尿を中心としたフォローシステムを提言した。今年度は日本学校保健会からの学校検尿の手引きが改訂され、指導区分の目安も、蛋白尿の程度が管理区分の指標となるように変更されている。

九州地区や愛知県などですばらしい学校検診マニュアルが作成され、広域での統一した学校腎臓検診が試みられている。しかし、その運用実績や評価は十分になされていない。今回、静岡県全体の三次健診フォローの統一に向け、蛋白尿を中心としたシステムのシンプル化を行い、標榜科や専門にかかわらず、どの医師にも使いやすい運用を目指し、一部で開始したその運用の状況把握と今後に向けての展開を検討する。

I. 三次検診用紙の統一と簡素化

用紙は A3 または B4 サイズ一枚にまとめ、表面には学校、保護者、医師や判定委員会それぞれの記入、裏面はフォローの際の参考資料を印刷し、この用紙 1 枚で学校と医療側との橋渡しや三次健診医師のフォローの統一化を図った (図 1, 2)。

表面 (図 1) の左側半分には、一次・二次検診の結果 (学校側記入)、問診 (保護者記入) とし、特に問診の欄では、検尿の既往、家族歴に加え、九州検尿マニュアルを参考に、一次・二次検尿における生理の有無を記載し、三次健診時やその後の判定委員会における尿潜血の判定の参考となるようにした。

図 1 : 三次検診用紙 (表)

図 2 : 三次検診用紙 (裏)

表の右側半分は医師側の記入欄とし、検査項目は一昨年調査した県内の実態と小児腎専門医の意見で決定した。なるべくシンプルにまた患者負担を掛けない最低限の検査に絞ったが、尿蛋白に重点をおくことから、早朝尿と来院時尿を比較することで体位

性蛋白尿を除外すること、尿蛋白/クレアチニン比から尿の濃さに関係なく尿蛋白の定量化を図ること、さらに尿 β_2 ミクログロブリンを検査項目に加えた。県内3次健診でも一部で実施されていた尿潜血鑑別目的の尿カルシウムなどは除外した。

血液検査は、毎年尿潜血のみの有所見者は2年目以降の血液検査は省略可した。実態調査で多くの地区で施行されていた白血球数、ASLOなどは削除したが、持続性蛋白尿の指標になるコレステロールや腎疾患診断に重要なC3は項目に入れた。

診断名は、臨床診断名・病理名・病態名などが混在し分かりにくいことから、暫定診断と確定診断に明確に区別し、暫定診断は1)異常なし2)無症候性血尿(尿潜血のみ)、3)無症候性蛋白尿(尿蛋白のみ)、4)腎炎・腎炎疑い(尿潜血・尿蛋白両方あり)、5)糖尿病、6)その他とし、病理診断名のついた腎炎、ネフローゼ、腎尿路奇形、腎不全、移植後などはすべて確定診断名として記入することとした。

裏面(図2)には、1)改訂された日本学校保健会からの指導区分の目安、2)小児腎専門医への紹介の目安、3)暫定診断後のフォローチャートなどを印刷して、フォローの参考となるようにした。

指導区分の目安は、学校腎臓検診に係る無症候性血尿または蛋白尿、慢性腎炎症候群の2項目を記載した。

3次検診後フォローのフローチャートは、暫定診断別に、尿蛋白を中心にしたフローチャートとして単純化した。

尿潜血のみの場合(無症候性血尿)は初年度のみ3ヶ月後再検し、尿蛋白出現がなければE区分で来年度学校検尿とした。一方、毎年尿潜血のみの有所見者はE区分で来年度学校検尿のフォローとし、過剰な受診・検査回数と過剰管理を避けた。

尿蛋白のみの場合(無症候性蛋白尿)は、まずは体位性蛋白尿を除外し、除外後は蛋白尿の程度で、フォロー方法や専門医への紹介のタイミングを明示した。

腎炎・腎炎疑い(尿潜血+尿蛋白)は、尿潜血の程度にかかわらず、尿蛋白の程度により分かれるフォローチャートを作成した。

II. 今後の展開

マニュアルやシステムも、使用しづらくて活用されず、その後のフィードバックも行われなければ不十分である。そのためにB方式では、3次健診に対しての判定委員会が必要である。

判定委員会がある地区は、現行のシステムは継続し、可能な限り提案した3次健診用紙に変更して県内統一でフォローできる体制にさせていただく。実際、すでに判定委員会がある地区でも来年度にむけて変更準備に入っている。一方、3次健診システムの整っていない地区では、教育委員会と県医師会を通じて、学校腎臓システムの変更を通知して統一した3次健診の運用を図ってもらうとともに、判定委員会は県腎臓検診小委員会でも肩代わりをして主治医にフィードバックする体制を整えていく。

昨年度から新たに判定委員会を立ち上げ、今年度からすでにこの3次健診用紙で運用し始めた地区では、新しい3次健診システムの運用や内容の順守の状況を見て、今後の改良点などを検討していく。

III. 問題点

しかし、実施に当たっては問題点がある。一つは長年施行されているシステムの変更に伴う混乱であり、また、あまりシステム化していない地区では普及・浸透の問題である。そのためには、医師会と学校・教育委員会との連携が重要であるが、静岡県は県医師会と教育委員会との連携が比較的取られている。さらに今年度は、日本学校保健会からの管理指導変更の周知が医師側・学校側双方に必要であることから、変更する学校検尿システムを再認識していただくことで、医師会から開業医へ、教育委員会から養護教諭へ浸透を進めていきやすい年と考えられる。

他の問題点として、患者の金銭的負担がある。さらに医療側として検査項目に対する保険上の問題が残る。検診の公費負担は一部のみで、各自治体の事情がある。外来での患者負担は、現況では中学生まで外来負担が免除されている地区が多いが、統一されてはならず恒久的ではない。さらに検査上の保険病名・査定の問題は、やはり各地区の審査委員も専門が様々で温度差があることから、その地区の審査医師への説明が必要であろう。

おわりに

静岡県に限らず多くの地域で行われている B 方式では、有所見者が受診する医療機関の温度差による見落としや過剰管理が問題となる。しかし現実的に A 方式やそれに準ずる方式は、過疎地域や病院・医師の少ない地域では困難であり、B 方式を採用せざるを得ない。多くの疾患をみる開業医にとって、様々な種類・量のガイドラインやマニュアルは膨大であり、そんな中で学校腎臓検診の有所見者の数は決して多くはない。そのために、有所見者が持参する用紙にもマニュアル的な資料を載せ、学校検診マニュアルなどを探すことなく簡易に記入できて学校側に提出する三次健診システムを提案した。このことで、どの医師でも簡易に暫定診断と管理・フォローが可能で、過剰管理あるいは見落としを防ぐことができる。さらに B 方式でも、共通の 1 枚の用紙を判定委員会がみることで、地域差のない学校腎臓検診システムとなり、疾患的意義がある腎疾患の早期発見と適切な管理が行われ、また蛋白尿を中心にすることで手間・労力削減でコストベネフィットの利点が期待される。