

奈良医大精神科外来における児童および思春期の患者の現況

奈良県立医科大学精神医学教室

岩坂英巳, 飯田順三

平尾文雄, 松村一矢, 井川玄朗

THE CONDITION OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC PRACTICE
AT THE PSYCHIATRIC DEPARTMENT IN NARA MEDICAL UNIVERSITY

HIDEMI IWASAKA, JUNZO IIDA,

FUMIO HIRAO, KAZUYA MATSUMURA and GENRO IKAWA

Department of Psychiatry, Nara Medical University

Received July 27, 1990

Summary: Statistical research was conducted on the out-patients who were under 18 years of age at their first visit to the psychiatric clinic at Nara Medical University Hospital from April 1982 to March 1983 and from April 1987 to March 1988. We adapted DSM-III-R criteria to all patients and compared with classical diagnosis. The results are as follows.

1. 104 out-patients (55 male, 49 female) were seen from April 1982 to March 1983, and 121 out-patients (59 male, 62 female) were seen from April 1987 to March 1988.

2. About 20% of the patients visited the Department of Psychiatry through the referral from the Departments of Pediatrics and Internal Medicine in Nara Medical University. But there were few referrals from schools or children's consulting centers.

3. The number of cases of Neurosis occupied about 50% of total cases. This is common to any other hospitals.

4. There is no category of School Refusal and Neurosis in DSM-III-R, and so we tentatively categorized the patients with school refusal and neurosis according to DSM-III-R.

5. School Refusal has increased, especially among pupils in the higher grades of elementary schools and female junior high school students.

Index Terms

child and adolescent psychiatry, statistical data, school refusal, DSM-III-R diagnostic criteria

1. 緒 言

奈良県立医科大学付属病院精神科は、昭和56年4月に新たに精神神経科から精神科に標榜し診療を始めた。奈良県内には他に県立の精神病院がなく、他の県立総合病院が精神科を持たないため、奈良県唯一の県立の精神科である。特に児童・思春期の特殊外来は設けられていな

いが、外来部門にはプレイルーム、サンドプレイ用の部屋が設置されており、児童・思春期に関心のある医師及び心理療法士を中心として、一般精神科外来の中で児童・思春期の患者の診療を行ってきた。今回、昭和57年4月から昭和58年3月末までと、昭和62年4月から昭和63年3月末までの各1年間に奈良医大精神科外来を受診した18才以下の初診患者について、外来統計をまと

めたので報告する。その結果から、奈良医大精神科外来を受診する児童・思春期の患者の現状と、この5年間の動態と傾向、さらに問題点について検討した。なお、児童・思春期における診断分類については未だ確立されたものがないのが現状である。今回の統計に関しては、山本らの¹⁾統計分類に準じて当科で独自に考えた分類と、アメリカの精神医学会による診断分類、即ち Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders Third Revised Edition (DSM-III-R)²⁾を併せて適用し、児童・思春期の診断分類における問題点についても、若干の考察を行なった。

II. 対象と方法

対象は、昭和57年4月1日から昭和58年3月31日までの1年間と、昭和62年4月1日から昭和63年3月31日までの1年間に奈良医大精神科外来を受診した18才以下の初診患者で、昭和57年度は104名(男性55名、女性49名)、昭和62年度は121名(男性59名、女性62名)である。これらの調査対象者の診療録をもとに、初診時年齢、性、診断、紹介経路、家族状況、脳波検査、頭部CT検査、予後について検討し、一部については各年度間の比較を行なった。

診断分類は、2通りの分類法を使用した。山本らの分類に準じた診断分類と、国際的に推奨されているDSM-III-Rによる診断分類を使用した。DSM-III-Rによる分類は多軸分類なので、診断が重複する場合は主診断のみ採用した。

DSM-III-Rにおいて小児の精神障害は、「幼児期、小児期または青年期に発症する障害」(Disorders Usually First Evident in Infancy, Childhood, or Adolescence)という大項目の中に包括され、その中に発達障害、行動障害、情緒障害、摂食障害等が中項目としてまとめられている。従って、小児の精神障害に関しては大項目に含まれる中項目を成人の大項目に当たるものとして独立して分類した。また小児の精神障害の全てがこれに含まれている訳ではないので、それについては成人の大項目に従って分類した。

III. 結 果

1) 初診時年齢構成及び性比

昭和57年度をFig. 1に、昭和62年度をFig. 2に示す。昭和57年度に奈良医大精神科外来を受診した18才以下の初診患者数は104名(男性55名、女性49名)、昭和62年度は121名(男性59名、女性62名)で大きな違いは認められなかった。同年に精神科外来を受診した全初診

患者に占める割合は、昭和57年度が11.8%、昭和62年度が12.3%で、他施設での報告³⁾⁴⁾では全初診患者に占める18才以下の割合が20%程度であるのに比べると、やや低い値となっている。また薬物を使用したケースは、昭和57年度が68.3%、昭和62年度が59.5%であった。

性比に関しては、女性を1とすると、昭和57年度が男性1.12、昭和62年度が男性0.95で明らかな男女差は認められなかった。これは他施設の報告³⁾⁴⁾では、ほぼ2:1の割合で男性が圧倒的に多いのと異なっている。

初診時の年齢構成のピークは、昭和57年度、昭和62年度とも16~18才の高校生年齢であり、特に昭和62年度において、女子高校生の増加が顕著に認められている。

2) 紹介経路

紹介経路をTable 1に示す。奈良医大精神科外来受診者のうち、他医療施設より紹介のあったものは、昭和57年度が39.4%、昭和62年度が47.1%であった。昭和62年度と比較すると、昭和62年度には院内よりの紹介、特

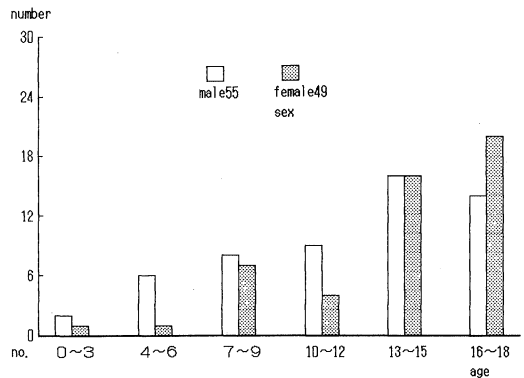


Fig. 1. Age and sex of new patients. (1982. 4~1983. 3)

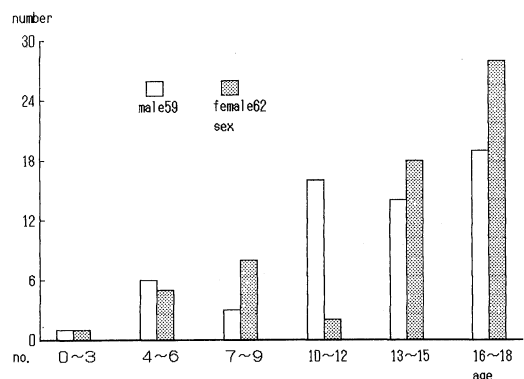


Fig. 2. Age and sex of new patients. (1987. 4~1988. 3)

に小児科と内科からの紹介が増加している。内訳としては、登校拒否や神経症レベルの受診が多かった。また、昭和57年度に神経内科からの紹介が4名みられているが、これは神経内科の外来が昭和56年度に始まったばかりで、当時の受診科選択の混乱を反映していると考えられ、昭和62年度には0人となっている。なお、紹介無の患者の大部分は直接来所であり、教育機関や児童相談所からの紹介が殆どみられないのが奈良良医大精神科外来の大きな特徴のひとつとなっている。依頼理由としては、登校拒否に関するものやヒステリーを疑うもの、および他科入院病棟内における問題行動に関するコンサルテーションなどが多くみられた。また、単にIQ測定依頼が小児科より7名、神経内科より1名みられ、これは、正確には精神科コンサルテーションとは言えないものであった。

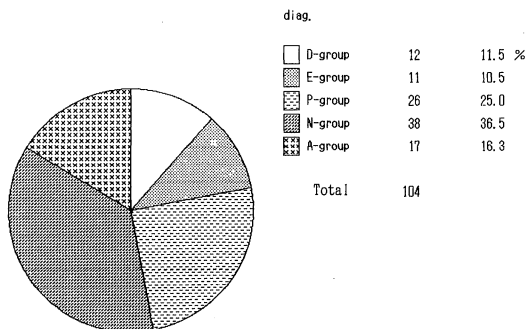
3) 診断別受診者数

診断別受診者数を Table 2 に示す。山本らの分類に準じて、臨床場面に適した分類を行なった。主診断を19項目に分類し、これらをD群 (Developmental disorders, 発達障害群), E群 (Epilepsy, てんかん群), P群 (Psychosis, 精神病群), N群 (Neurosis, 神経症群), A群 (Another, その他群) と大きく5つの群に分類し、比較しやすくした (Fig. 3, Fig. 4)。昭和57年度と昭和62年度を比較すると、N群が顕著に増加しているのがわかる。とりわけ、狭義の神経症と登校拒否の増加がめだっている。なお、ここでいう登校拒否とは、怠学や精神病を除く神経症レベルの狭義の登校拒否のことである。

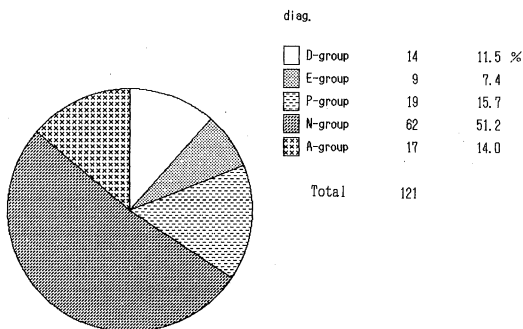
P群においては、MDIの減少とうつ病の女性患者の増加が認められている。また、他施設でしばしば報告されている²⁾³⁾⁵⁾精神遅滞とてんかんの受診者数減少は認めら

Table 1. Introducer

Introducer	1982.4~1983.3	1987.4~1988.3
NARA IDAI		
Pediatrics	10 (9.6%)	20 (16.5%)
Internal Medicine	0 (0%)	9 (7.4%)
Neurology	4 (3.8%)	0 (0%)
Brain Surgery	2 (1.9%)	2 (1.7%)
Oto-Rhino-Laryngology	0 (0%)	3 (2.5%)
Ophthalmology	2 (1.9%)	0 (0%)
Urology	0 (0%)	1 (0.8%)
Dermatology	2 (1.9%)	0 (0%)
OTHER HOSPITAL		
Psychiatry	2 (1.9%)	3 (2.5%)
Other Department	8 (7.7%)	12 (9.9%)
PRACTITIONER	11 (10.6%)	7 (5.8%)
Total(any introducers)	41 (39.4%)	57 (47.1%)
No introducer	63 (60.6%)	64 (52.9%)
Total	104 (100%)	121 (100%)



1982
Fig. 3. Diagnosis of new patients. (1982. 4~1983. 3)



1987
Fig. 4. Diagnosis of new patients. (1987. 4~1988. 3)

Table 2. The number of patients by YAMAMOTO'S diagnostic classification

	1982.4~1983.3			1987.4~1988.3		
	male	female	total	male	female	total
() Mental Retardation	6	3	9 (8.7%)	6	5	11 (9.1%)
D Borderline IQ	1	0	1 (1.0%)	1	0	1 (0.8%)
() Other (ADD etc.)	1	1	2 (2.0%)	1	1	2 (1.7%)
total	8	4	12(11.5%)	8	6	14(11.5%)
() E Epilepsy	6	5	11(10.6%)	4	5	9 (7.4%)
() Schizophrenia	7	8	15(14.4%)	7	5	12 (9.9%)
P MDI	6	4	10 (9.6%)	1	0	1 (0.8%)
() Depression	0	1	1 (1.0%)	1	5	6 (5.0%)
total	13	13	26(25.0%)	9	10	19(15.7%)
() Neurosis	3	8	11(10.6%)	9	9	18(14.9%)
N School refusal	4	4	8 (7.7%)	8	11	19(15.7%)
() Tic	5	1	6 (5.8%)	9	1	10 (8.3%)
Eating Disorders	0	2	2 (1.9%)	0	4	4 (3.3%)
Hystery	4	7	11(10.6%)	4	7	11 (9.1%)
total	16	22	38(36.6%)	30	32	62(51.2%)
Family violence	2	1	3 (2.9%)	2	2	4 (3.3%)
() Antisocial	1	0	1 (1.0%)	1	0	1 (0.8%)
A Sleep Disorders	4	3	7 (6.7%)	1	0	1 (0.8%)
() Personality Disorders	0	0	0 (0%)	1	2	3 (2.5%)
Orgastic Mental Disorders	0	1	1 (1.0%)	1	2	3 (2.5%)
Other	4	0	4 (3.8%)	1	1	2 (1.7%)
Normal	1	0	1 (1.0%)	1	2	3 (2.5%)
total	12	5	17(16.3%)	8	9	17(14.0%)
Total	55	49	104(100%)	59	62	121(100%)

(D) Developmental Disorders (E) Epilepsy (P) Psychosis (N) Neurosis
(A) Another Disorders

れなかった。

4) DSM-III-Rによる診断別受診者数

Table 3にDSM-III-Rによる主診断別受診者数を示す。昭和57年度と昭和62年度を比較すると、不安障害(Anxiety Disorders)と適応障害(Adjustment Disorders)がおおよそ2倍に増加しているのがわかる。神経症・登校拒否というカテゴリーはDSM-III-Rには無いため、Table 2において認められた神経症と登校拒否の増加が、不安障害と適応障害の増加という形で反映されていると思われる。このことについては後に考察する。

次に昭和62年度における各診断について詳細に検討する。発達面の障害としてまず、精神遅滞(Mental Retardation)があげられる。精神遅滞は、IQが70以下で、かつ適応機能の障害を認めるもので、12名であった。IQが71以上の境界知能は統計上Vコードに含まれるが、1名であった。他の発達障害としては、発達性表出言語障害が1名みられたが、自閉性障害はみられなかった。

行動面の障害には、注意欠陥多動障害(Attention deficit hyperactivity disorder)と行為障害(Conduct disorder)が含まれ、それぞれ1名、3名であった。注意欠陥多動障害は、従来のMBD(Minimal Brain Dysfunction)やHyperkinetic syndromeなどを包括するもので、いわゆるLD児もここに含まれる。行動面の問題を訴えて受診するものは、実際臨床の場では少なからず認められるが、DSM-III-Rで診断すると、単なる精神遅滞であったり、あるいは精神分裂病(Schizophrenia)や人格障害(personality disorder)である場合が多いと考えられる。

情緒面の障害として、小児期または思春期の不安障害(Anxiety Disorders of Childhood or Adolescence)が6名みられ、これには分離不安や全般的かつ持続的不安が含まれている。

身体面の障害には、摂食障害(Eating disorder)、Tic障害(Tic disorder)、吃音症(Stuttering)等が含まれる。摂食障害の内訳は、神経性無食欲症2名と過食症2

名であった。Tic障害は、Tourett 症候群3名と一過性チック7名であった。

以上が、「幼児期、小児期または青年期に発症する障害」という大項目に含まれる障害である。以下に成人にも適用される他の大項目に含まれる障害について検討する。

精神分裂病 (Schizophrenia) は10名で、他のどこにも分類されない精神病性障害 (Psychotic Disorders not elsewhere Classified) として精神分裂病様反応 (Schizophreniform disorder) が1名にみられた。大感情障害は、うつ病性障害 (Depressive Disorders) が6名、双極性障害 (Bipolar Disorders) が1名であった。不安障害 (Anxiety Disorders) は15名みられ、これには恐怖症、不安神経症、強迫神経症などが含まれる。身体表現性障害 (Somatiform Disorders) は11名みられ、その内訳は、転換性障害 (Conversion disorder) が8名、分類不能の身体表現性障害が3名であった。解離性障害即ち、ヒステリー神経症 (Dissociative Disorders) は1名であった。適応障害は16名みられ、従来の登校拒否の一部を含み、抑うつ気分を伴う適応障害や身体愁訴を伴う適応障害があり、前者は主に中・高校生にみられ、後者は主に小学生にみられる傾向があった。

附加分類のVコードは精神障害には起因しないが、医学的関与または治療の対象となる状態のために与えられたもので、例えば、境界知能がこれに含まれる。

Axis IIの人格障害は、昭和57年度には受診者がいなかったが、昭和62年度には3名認め、分裂病性人格障害1名、境界性人格障害2名であった。

Axis IIIの身体疾患には、てんかんの他、ライ症候群、先天性副腎過形成などがあった。

5) 神経症について

神経症患者については Fig. 5 に昭和57年度, Fig. 6 に昭和62年度の年齢構成別および性別別患者数を示した。神経症の総数が昭和62年度に増加していることは前述の通りであるが、特に男子小学高学年と女子高校生において著明に増加しているのがわかる。

6) 登校拒否について

① DSM-III-R による診断

DSM-III-R には「登校拒否」というカテゴリーがない。そこで、今回 DSM-III-R によって分類する際の問題点を検討する目的で、Table 4 に登校拒否の DSM-III-R による診断分類を示した。ただし、主診断が精神分裂病或いは気分障害に属するものは除外してある。適応障害

Table 3. Diagnostic classification by DSM-III-R

1982.4~1983.3			1987.4~1988.3	
male	female		male	female
1	0	Attention-deficit hyperactivity disorder	0	1
2	0	Conduct disorder	2	1
2	2	Anxiety Disorders of Childhood or Adolescence	0	6
0	2	Eating Disorders	0	4
5	1	Tic Disorders	9	1
1	0	Substance Use Disorders	0	0
6	4	Schizophrenia	6	4
1	4	Psychotic Disorders not elsewhere Classified	1	1
6	4	Bipolar Disorders	1	0
0	1	Depressive Disorders	1	5
1	6	Anxiety Disorders	9	6
3	6	Somatiform Disorders	5	6
1	1	Dissociative Disorders	0	1
4	3	Sleep Disorders	1	0
4	4	Adjustment Disorders	8	8
0	0	Organic Mental Disorders	0	2
0	1	Psychological Factors Affecting Physical	0	0
4	0	Trichotillomas, Enuresis and Stuttering	1	0
1	0	V codes For Conditions not Attributable	1	0
1	0	Additional Codes	0	2
7	3	Mental Retardation	6	6
0	1	Developmental Disorders	1	0
0	0	Personality Disorders	1	2
5	5	Epilepsy	4	4
0	1	Other Physical Disorders and Conditions	2	2

が最も多く、次に不安障害が認められている。

②学年別

Fig. 7 に昭和 57 年度, Fig. 8 に昭和 62 年度の登校拒否児の学年別受診者数を示した。登校拒否の総数は倍増している。特に、小学高学年と女子中学生において登校拒否の増加が目立つ。

③月別

Fig. 9 に昭和 57 年度, Fig. 10 に昭和 62 年度の登校拒

否児の月別受診者数を示した。昭和 57 年度には「5 月病」といわれるように 5, 6 月に多くみられているが, 昭和 62 年度にはむしろ 9~12 月の 2 学期, 即ち次の進路をひかえた頃, 特に男子生徒の登校拒否の受診者数が増加す

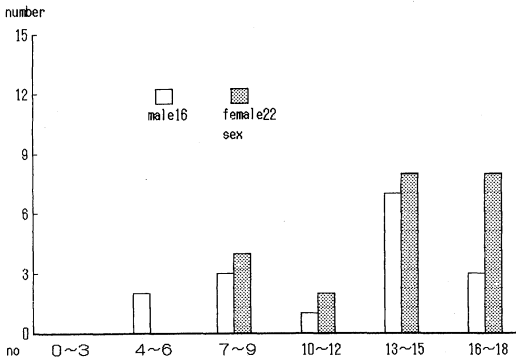


Fig. 5. Age and sex of new patients who diagnosed as Neurosis. (1982. 4~1983. 3)

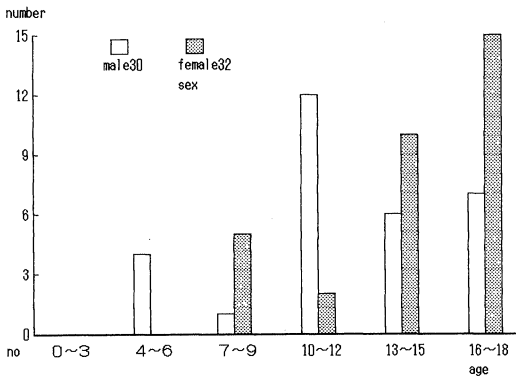


Fig. 6. Age and sex of new patients who diagnosed as Neurosis. (1987. 4~1988. 3)

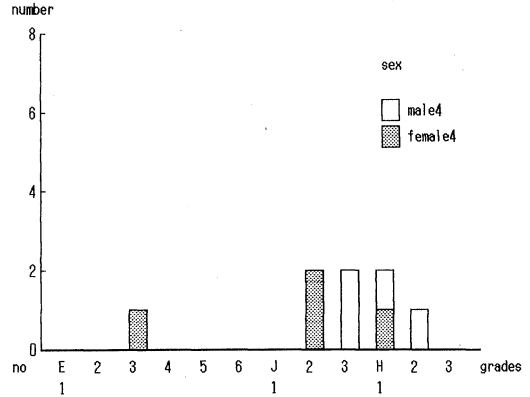


Fig. 7. The number of School refusal by the grades. (1982. 4~1983. 3)
E: Elementary school, J: Junior high school, H: High school

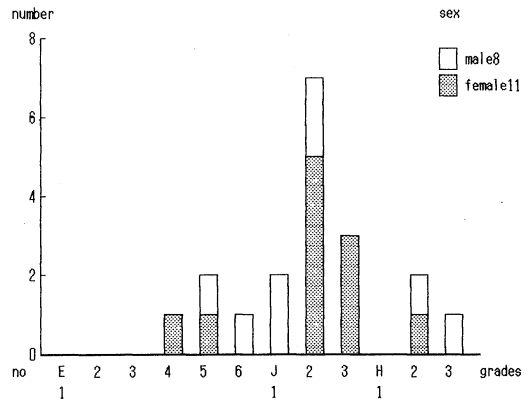


Fig. 8. The number of School refusal by the grades. (1987. 4~1988. 3)
E: Elementary school, J: Junior high school, H: High school

Table 4. Diagnosis of school refusal by DSM-III-R

1982.4~1983.3	DSM-III-R diagnosis	1987.4~1988.3
7	Adjustment disorders	14
1	Separation anxiety disorders	0
0	Anxiety disorders	4
0	Somatiform disorders	1

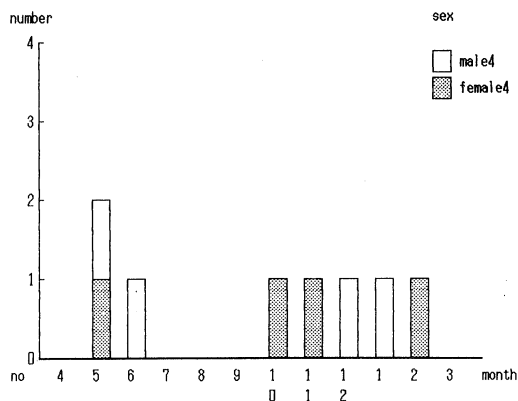


Fig. 9. The number of School refusal by their consulting month. (1982. 4~1983. 3)

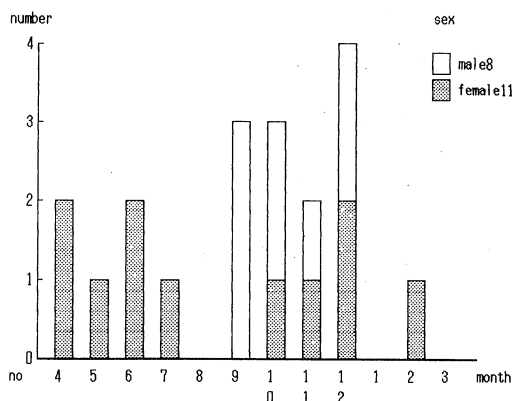


Fig. 10. The number of School refusal by their consulting month. (1987. 4~1988. 3)

Table 5. Problem at home (School refusal)

	1982.4~1983.3	1987.4~1988.3
Some problem at home	2 (25.0%)	3 (15.8%)
Staying with their grand parent	3 (37.5%)	7 (36.8%)
First child	7 (87.5%)	15 (78.9%)

る傾向がみられた。

④家庭内問題

登校拒否児の家庭内の問題について調査し、その結果を Table 5 に示した。両親の離婚等、家庭内に何らかの問題を有するケースは比較的少なかった。昭和 57 年度の平均同胞数は 1.9 人、昭和 62 年度の平均同胞数は 2.1 人であるが、第一子に非常に高率に登校拒否がみられることがわかった。

7) 脳波検査について

脳波検査の結果について Table 6 に示した。脳波検査は、昭和 57 年度に 104 名中 55 名、昭和 62 年度に 121 名中 53 名に施行され、その施行者のうち、脳波異常を示した者は約 20% であった。てんかん群に脳波異常が多いのは当然であるが、他の群の間には脳波異常の有無について明らかな傾向は認められなかった。Table 7 に脳波異常の所見の内容を示した。1 人の患者で複数の異常所見を持つものもあり、各診断別に異常所見の特異性は見出せなかった。

8) 頭部 CT 検査について

頭部 CT 検査の所見について、CT 異常者の一覧を Table 8 に示した。頭部 CT 検査は昭和 57 年度に 104 名中 14 名、昭和 62 年度に 121 名中 21 名に施行され、昭和 57 年度はその 14 名中 (14.3%)、昭和 62 年度はその 21

Table 6. EEG findings

	1982.4~1983.3	1987.4~1988.3
D-group	1	2
E-group	6	4
P-group	2	0
N-group	1	4
A-group	3	1
Abnormal	13 (23.6%)	11 (20.8%)
Border	10 (18.2%)	13 (24.5%)
Normal	32 (58.2%)	29 (54.7%)
Total	55 (100%)	53 (100%)

D: Developmental disorder E: Epilepsy
P: Psychosis N: Neurosis A: Another

Table 7. EEG abnormal findings

	1982.4~1983.3	1987.4~1988.3
α poor	3	2
Train θ	4	3
Spike, Sharp	7	9
Others	3	1

Table 8. CT abnormal findings

<1982.4~1983.3>

sex	age	diagnoses	EEG	CT findings
1 ♀	13	Epi.	N	left temporal lobe L. D.
2 ♂	10	Sleep disorders	N	mild left hemiatrophy

<1987.4~1988.3>

3 ♀	18	MR+Epi.	B	cerebral atrophy
4 ♀	5	MR	A	left lateral inferior horn dilatation
6 ♂	9	Tic	A	3rd ventricle dilatation
7 ♀	16	H. Y.	B	cyst
8 ♂	13	Family violence	N	left lateral inferior horn dilatation

A: abnormal B: border N: normal

Table 9. Admission or not

		1982.4~1983.3	1987.4~1988.3
Admission	male	2	3
	female	4	7
	total	6(5.8%)	10(8.3%)
Not admission	male	53	56
	female	45	55
	total	98(94.2%)	111(91.7%)

名中6名(28.6%)と比較的高率に異常所見がみられた。診断や脳波所見からは頭部CTの異常は予想できなかった。

9) 入院の有無について

入院の有無について、Table 9に示した。女性の入院者数は男性の2倍以上みられた。入院時診断は多彩で、精神分裂病、精神障害、神経症、食行動異常、ヒステリー、人格障害、登校拒否、家庭内暴力、高シトルリン血症であった。相談のみの受診が少なく、薬剤を投与しての治療継続例が多い割りには入院にいたった例は少なかった。

10) 予後について

予後について、Table 10に示した。診療録及び主治医の意見をもとに、予後を寛解・軽快・不変・悪化・不明の5段階で評価し、寛解と軽快を予後良とし、他を予後不良とした。昭和57年度から昭和62年度になって、予後良が増加している。そこで、両年度を外来1回のみで脱落した割合、平均通院回数、Play therapyの有無・回数について検討してみたが、昭和62年度にPlay therapyの回数が増加している以外特に目立った傾向は認められなかった。また、外来1回のみで治療中断となったものが両年度とも20%以上みられた。

Table 10. Prognosis

	1982.4~1983.3	1987.4~1988.3
Good	49(47.1%)	81(66.9%)
Poor	55(52.9%)	40(33.1%)
Total	104(100%)	121(100%)

IV. 考 察

1) 奈良県立医科大学付属病院精神科外来の役割

近年、登校拒否、家庭内暴力、少年非行および神経性食思不振症或いは過食症などが増加し、社会問題となっている。一方、児童・思春期精神医学の発展に伴い、一般精神医学とは別に、児童・思春期精神医学を専門的に扱うスタッフをもつ大学病院、小児総合病院などが増加しており⁶⁾⁷⁾、児童・思春期精神医学に対する社会的要請が高まっているにもかかわらず、奈良県内にはそのような施設が存在しない。奈良医大精神科は、県内で唯一の県立総合病院の中の精神科であり、病院内の小児科、内科をはじめ多くの診療科との連携のもとに治療が行なえるという利点を持っている。そういった状況下で、児童・思春期の特殊外来は設けられていないものの、一般精

神科外来の中で、それに興味をもつ医師・心理療法士・ケースワーカーらが中心となって診療を続けてきた。今回の外来統計をみても、昭和57年度104名、昭和62年度121名の18才以下の初診患者があり、これは他大学外来での統計と比較しても大きな違いはない³⁾⁴⁾。そこで今回の調査結果をふまえて、奈良医大精神科の果たす役割や問題点について検討を加えたい。

まず、受診児の初診時年齢をみると、年少児の受診は少なく、名古屋大学⁹⁾⁹⁾や九州大学¹⁰⁾などのように古くから児童専門外来を設けている施設の外来統計とは異なっている。これは、紹介経路をみるとわかるように、児童相談所や教育機関からの紹介が殆どないことと関連していると思われる。また、昭和62年度において思春期年齢特に女子高校生の受診の増加が認められているが、最近、登校拒否や食行動異常など思春期の問題が増加してきていることを反映していると思われる。

さて、紹介経路であるが、医療機関、特に院内小児科および内科からの紹介が最近多くなってきている。いわゆる小児神経症や行動異常を主訴として、まず小児科を受診したのち精神科を紹介されたり、身体症状を主訴として内科を受診したのち、身体的には異常なしとして精神科を紹介されたりするケースが多いようである。院内からの紹介が、昭和57年度の19.2%から昭和62年度には28.9%と増加してきており、院内において、成人のリエゾン精神医学と同様に、児童・思春期の精神科的ケアの各科連携の必要性が増してきている⁹⁾と言えよう。しかし、医療機関以外からの紹介、すなわち児童相談所や教育機関からの紹介が殆どなく、今後、地域社会および行政機関と積極的に結びついていく必要が急務であると思われる。

次に受診時の診断別にみると、思春期の登校拒否を中心とする従来の神経症圏に属するものが主体で、昭和62年度には51.2%が神経症圏である。これは、名古屋大学⁹⁾や広島市児童センター¹¹⁾と同様の結果で、最近の一般的な傾向を示しているといえる。また、医療の分業化に伴って精神科受診が減少しているといわれる¹²⁾精神遅滞とてんかんについては、受診数の減少は認められなかった。これは、奈良県において、養護施設と連携している医療施設が不足していることを示唆していると思われた。

さて、受診児の処遇をみると、精神科的薬物療法を必要としたものが、昭和57年度68.3%、昭和62年度59.5%と半数を超えており、これは広島市児童センター¹¹⁾や他大学に比べると高率となっている。当科では、他の児童・思春期外来と同様、症例に合わせて薬物療法の前に、親子カウンセリング、精神療法および遊戯療法を行なっ

ており、とりたてて薬物使用が多いわけではない。これは、受診経路として医療機関からの紹介および直接来所が多いことから、母集団に比較的重症例が多かったためと思われる。入院の有無については、入院に至ったものが昭和57年度5.8%、昭和62年度8.3%で名古屋大学⁹⁾と同程度であったが、児童・思春期専門のベットを有する広島市児童センター¹¹⁾に比べると、明らかに低率であった。予後については、児童・思春期の患者では10年、20年たってもわからないといわれているが、今回はやや操作的に評価した。昭和62年度になって予後良好群が増加しているが、その原因については今回特に見出せなかった。また、1回のみ受診が20%程度みられるが、これには1回のみで治療を終了したものも含まれており、今回詳細な検討を行なわなかった。今後、その原因を探ることが、これからの治療を考えていく上で重要と思われる。

また、脳波異常及び頭部CT異常については、今後、出生時異常の有無や診断別にさらに症例数を増やして検討していきたい。

2) DSM-III-Rの適用上の問題点、特に登校拒否について

今回の外来統計調査においては、DSM-III-Rによる診断分類の適用を試みた。同時に従来の診断分類を適用し、その両者を比較した。DSM-III-Rには神経症及び登校拒否に相当するカテゴリーがないのにもまず気づかれる。このことは、今までにも多くの臨床試行において報告されている。登校拒否については、栗田ら¹³⁾¹⁴⁾がDSM-III-R分類で考慮すべきカテゴリーとして①小児期または思春期の不安障害、②幼児期、小児期、または思春期のその他の障害適応障害、③適応障害、④不安障害、⑤人格障害、⑥精神分裂性障害、⑦感情障害を挙げている。しかし、実際にはこのいずれにも該当しないものもあり、操作的にならざるをえない¹¹⁾¹⁵⁾と言っている。今回我々の分類作業においては、⑥精神分裂性障害、⑦感情障害を満すものは登校拒否から除外して統計処理を行なったが、やはり上記のカテゴリーだけでは分類しにくく、栗田らと同様に操作的になってしまった。さらにカテゴリーでは上記の③適応障害に含まれるものが最も多かったが、これも栗田らの報告に一致している。従って、DSM-III-Rは国際的に推奨され、また他の統計データと比較する上で有用であるが、少なくとも児童・思春期の患者の外来統計には使いにくい印象があった。

さて、登校拒否については、昭和62年度になって、小学高学年男女と女子中学生に2峰性ピークが認められた。それは軽症の神経症圏の増加及び年長化を反映している

と考えられた。また登校拒否の家庭内の問題について調査した。遠藤¹⁶⁾らの指摘と異なり、祖父母同居の有無は登校拒否の発現には影響していなかった。むしろ、第一子において登校拒否の発現率が非常に高いという結果が得られた。奈良県内においては奈良市のように都市型の地域と主に中南部の一部のように地方型の地域が混在しており、今後地域性を考慮して登校拒否の家庭内問題について調査する必要があると思われる。

V. 結 語

昭和57年4月から昭和58年3月までと、昭和62年4月から昭和63年3月までの各1年間に奈良県立医科大学付属病院精神科を受診した18才以下の初診患者について外来統計をまとめ、検討した。

1) 受診患者数は、昭和57年度104名、昭和62年度121名で目立った増加はなかった。男女比は、ほぼ1.1:1であり、他施設に比べて女性が多く、特に昭和62年度においては女子中高校生の受診の増加が認められた。

2) 受診経路は、医療機関、特に院内の小児科及び内科からの紹介が多く、昭和62年度には倍増していた。また、直接来所が多くみられ、児童相談所および教育機関からの紹介は殆どみられなかった。

3) 診断別にみると、昭和62年度になって登校拒否及び狭義の神経症の受診数が顕著に増加しており、精神遅滞やてんかんの受診数は減少していなかった。

4) 診断分類としてDSM-III-Rを適用したが、すでに指摘されているように登校拒否及び神経症というカテゴリーがないために診断適用時に操作的にならざるをえなかった。

5) 登校拒否は昭和62年度になって、小学高学年男女と女子中学生に2峰性ピークが認められ、神経症圏の軽症例の増加と年長化を反映していると考えられた。また、登校拒否児は第一子に多く認められた。

文 献

- 1) 山本典子, 真野典子, 大月則子: 大阪府立公衛研所報. 26: 1, 1988.
- 2) 高橋三郎, 花田雅憲, 藤縄 昭: DSM-III-R 精神障害の分類と診断の手引き. 第2報, 医学書院, 東京, P 47, 1988.
- 3) 花田雅憲, 大里 収, 脇本京子, 飯田 仁, 安慶名泰通, 横山裕哉, 向井泰二郎, 岡田 章, 田添裕泰: 近大医誌. 8: 133, 1988.
- 4) 西村良二, 小林隆児, 兵動和郎, 堤 竜喜, 新保友貴, 堤 啓, 村田豊久: 九神精医. 34: 48, 1988.
- 5) 渡辺 実, 八島祐子, 星野仁彦, 柳沼正俊, 柳沼典正, 萩原真理子, 本田教一, 東城雄二, 園部夏実, 大須賀伸佳, 片寄圭子, 天沼幾緒, 古関雅章, 高萩健二, 大野元彦, 柳内 務, 横山富士男, 村田繁雄, 大野芳義, 山本俊昭, 高橋志雄, 熊代 永, 遠藤正俊, 石下恭子: 社会精神医学 11: 189, 1988.
- 6) 大井正己: 臨床精神医学 9: 300, 1980.
- 7) 白橋宏一郎: 臨床精神医学 9: 285, 1980.
- 8) 若林慎一郎, 大井正己: 児精医誌. 15: 69, 1974.
- 9) 本城秀次, 金子寿子, 猪子香代, 平野千晶, 杉山登志郎, 大高一則, 青山 隆, 阿部徳一郎, 武井陽一, 榎本 和, 清水章子, 若林慎一郎: 児精医誌. 29: 245, 1988.
- 10) 吉田敬子, 日高恵子, 石光聖秀, 泉 澄子, 志村実生: 臨床と研究 62: 3564, 1985.
- 11) 青山高子, 杉山信作, 岡田隆介, 高田広之進, 大沢多美子, 更井啓介: 広島医学 38: 514, 1985.
- 12) 熊代 永: 児精医誌. 28: 1, 1987.
- 13) 栗田 広, 太田昌孝, 清水康夫, 斉藤正彦, 花田耕一, 高橋三郎: 精神医学 11: 87, 1982.
- 14) 栗田 広: 精神科診断学 1: 57, 1990.
- 15) 山下 格: 臨床精神医学 11: 205, 1982.
- 16) 遠藤みどり, 春木繁一: 児精医誌. 25: 119, 1984.