

報 告

当クリニックにおけるダニ舌下免疫療法の現状

玉那覇康一郎¹⁾ 福地 哲子¹⁾ 井上美代子¹⁾ 加藤 香織¹⁾ 松茂良千乃¹⁾
又吉 綾美¹⁾ 嘉数いつ子¹⁾ 知念 直美¹⁾ 仲村瑠唯寿¹⁾ 榊井 亮太²⁾

要 旨

ダニやスギ花粉によるアレルギー性鼻炎は、年々増加傾向にあり小児では約20～50%の有病率である。今回、2016年～2022年3月までの当クリニックにおける通年性アレルギー性鼻炎に対するダニ舌下免疫療法（総数246例）の現状を報告した。中断した症例は55例（22%）あった。中断の理由は、口腔内の違和感、鼻症状のより悪化、喘鳴、かゆみなどの全身症状、鼻症状の改善のため、物理的に通院できないなどであった。これまでの報告では3～4年継続して70～80%の改善率と言われているが、今回、患者へのアンケート調査では、ほとんどの症例で良好と答えている。しかし純粋に舌下免疫療法による症状の改善なのか評価が困難であった。その理由として、ここ数年コロナ禍にあり、行動の自粛やマスク着用が症状の軽快に少なからず影響していると思われた。また、点鼻ステロイド薬も併用している症例もあるため、薬剤による効果も否定できなかった。今後は、長期的に薬剤処方数の減少傾向を観察することによって舌下免疫療法による改善効果を評価していきたい。

キーワード：小児、ダニ、アレルギー性鼻炎、舌下免疫療法

略 語：SLIT：Sublingual Immunotherapy、SCIT：Subcutaneous Immunotherapy

I. はじめに

ダニやスギ花粉によるアレルギー性鼻炎は、年々増加傾向にある。2019年には通年性アレルギー性鼻炎は5歳～9歳で約20%、スギ花粉症は約30%、10歳～19歳では各々約40%と約50%、その後成人では共に約50%になり、成人の2人に1人はアレルギー性鼻炎に罹患しているということになる^{1) 2)}。

鼻アレルギー診療ガイドラインでは、薬物療法として重症度に応じて抗ヒスタミン薬、抗ロイコトリエン薬、鼻噴霧用ステロイド薬などの併用を推奨している。また薬物療法以外にアレルギー免疫療法と抗原除去・回避などの環境整備の記載がある¹⁾。

アレルギー免疫療法は、病因となるアレルギー（抗原）を患者に投与し、数年かけて抗原に対して耐性を獲得していく治療法で、アレルギー体質を改善していく唯一の方法である。本稿では、当院におけるダニによるアレルギー性鼻炎に対する舌下免疫療法

（Sublingual Immunotherapy：以下SLITと記載）の現状を報告する。

II. 対 象

2016年2月～2022年3月までに当クリニックでミティキュア®ダニ舌下錠によるSLITを開始したアレルギー性鼻炎の患者を対象とした。（図1）

III. 治療導入方法

まず医師が患者と保護者にSLITの内容を紹介した後、（株）鳥居薬品から提供された小冊子「もっと知ろうよ！アレルギー性鼻炎」と「見つけよう！あなたに合った治療法」を手渡して、今後SLITを希望するのであれば再来院する様に案内している。

導入初日は、当院で具体的な服用方法を看護師が説明した後、実際にミティキュア®（チュアブル錠）を舌下に置き、約1分間口腔内で保持した後飲み込

1) 小児クリニックたまなは

2) ミルク薬局

むことを指導している。その後30分間副反応の有無を観察して、特に問題なければ翌日から家庭で1日1回服用する。

帰宅する際に小冊子「ミティキュアを服用される患者さんへ」と今後來院時に毎回持参してもらおう「服用記録・症状日誌」を手渡している。

IV. 結果

当クリニックにおけるSLITの年度別開始症例数を図1に示す。2015年末に保険適用となったが12歳以上の縛りがあったために小児科では適用者が少なく、2016年は4例、2017年はゼロだった。2018年に12歳未満にも保険適用となったために徐々に症例数が増加し、今年（2022年）3月までの総数は246例であった。

SLITの開始年齢と症例数を図2に示す。男子163

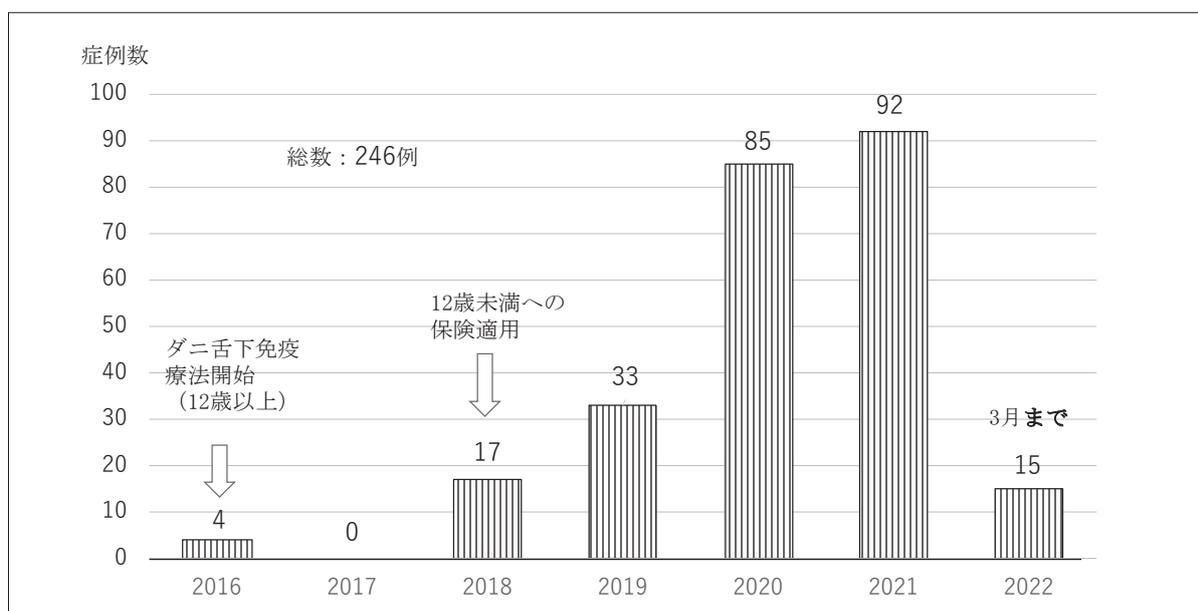


図1 ダニ舌下免疫療法（SLIT）の年度別開始症例数

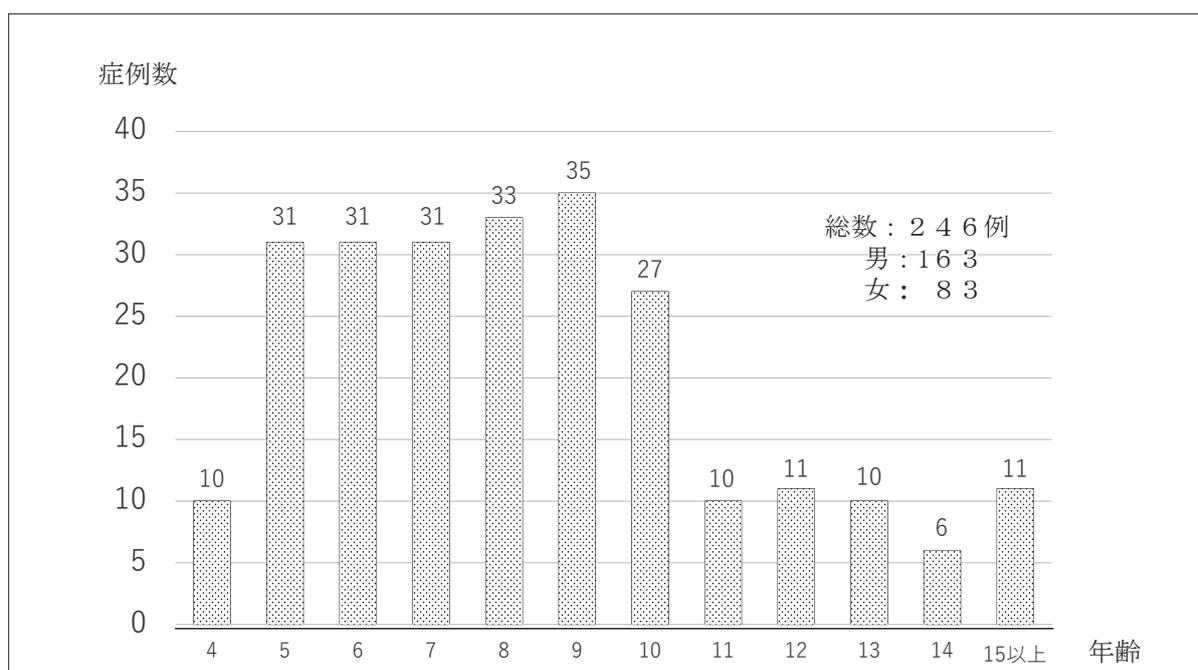


図2 ダニ舌下免疫療法（SLIT）の開始年齢と症例数

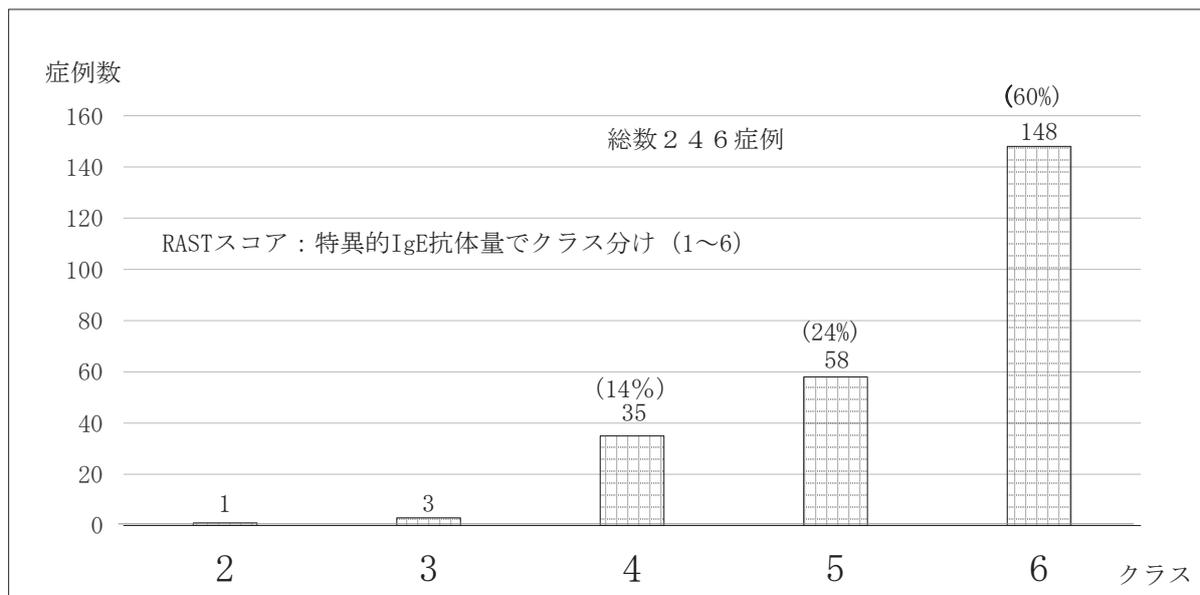


図3 ダニのRASTスコア分布

例、女子83例で男女比は約2対1で男子が多く、最低年齢は4歳で10例、5歳～10歳までが多く、その後11歳からは3分の1に減っている。

図3は全症例のダニ（ヤケヒョウヒダニ）のRASTスコア分布を示している。RAST(Radioallergosorbent test) スコアとは血清中の特異的IgE抗体量によってクラス1～6までのクラス分けをしている。ほとんどの症例がクラス4～6であり、ダニに対しての反応が強いアレルギー性鼻炎の患者が対象になっている。

併用している薬剤は、抗ヒスタミン薬193例(78%)、ステロイド点鼻薬172例(70%)であった。抗ロイコトリエン(LT)薬とステロイド吸入薬は喘息の治療で、外用ステロイド薬はアトピー性皮膚炎を合併している症例である。(表1)

表1 併用している薬剤(重複あり)

抗ヒスタミン薬	193例	(78%)
ステロイド点鼻薬	172例	(70%)
抗ロイコトリエン薬	23例	(10%)
ステロイド吸入薬	27例	(12%)
外用ステロイド薬	48例	(22%)

ミルク薬局提供

長期に服用するのでコンプライアンスが問題となるが、治療を中断した症例が55例(22%)あった。調査方法は、6ヵ月間処方がない症例を中断症例として、電話で中断している理由を聞いている。(回収率60%)

中断した一番の理由は、口腔内症状で口腔内の痒み、不快感であった。全身症状では、全身の痒みがあり夜寝られない、2症例に喘鳴による呼吸困難があった(アナフィラキシー反応)。

また、鼻症状が軽快したために自己中断や、部活や塾で忙しく通院できない、遠方で通院できない、コロナが心配で来院できない、ネットで調べて小児の舌下免疫療法の症例が少ないので不安、などがあった。電話連絡が取れなかった症例は22例あった。

(表2)

今回のSLITの評価は、(株)鳥居薬品から提供された「服用記録・症状日誌」を用いて患者側が鼻の症状を0(症状なし)・1(軽い)・2(やや重い)・3(重い)・4(非常に重い)の5段階で主観的に評価する方法を採用した。

治療効果の判断は、毎月から2ヵ月に1度の来院時に日誌をチェックしているが、治療前は2～4であったが、その後はほとんどの症例で0～1の「症状なし～軽くなった」と記載されている。

表2 治療を中断した55症例（22%）の理由

口腔内症状
・口腔内の痒み、不快感がある（12例）
全身症状
・全身の痒みがあり、夜寝られない（4例）
・喘鳴による呼吸困難がある（2例）
症状の軽快
・1年～1年半の経過で症状が軽快（7例）
通院できない
・部活や塾で多忙（4例）
・遠方で通院できない（2例）
・コロナが心配で来院できない（1例）
その他
・ネットで調べて小児の舌下免疫療法の症例が少ないので不安（1例）
連絡取れず不明（22例）

V. 考 察

2019年（令和元年）中国武漢から始まった新型コロナウイルス感染症が、翌2020年に日本でも徐々に流行の兆しが見え始めた。そして間もなく緊急事態制限が発令されて全国的にパニック状態になり、大病院では重症患者の治療で医療崩壊寸前になった。一方、当クリニックの様な小規模医院では外出制限のために来院患者が激減した。

感染症患者を主に診ている小児科では、マスク着用、手洗い、アルコール消毒により常時流行していたウイルス感染症が激減した。そこで頻回に来院しなくてもよく、家庭でも継続的に治療できるアレルギー性鼻炎を対象とした舌下免疫療法（SLIT）の普及を思いついた。

筆者は過去に減感作療法や脱感作療法と称した皮下免疫療法（Subcutaneous Immunotherapy: SCIT）を施行した経験があるが、患者は毎週～毎月通院する必要があり、しかも皮下注射という小児には苦手な疼痛を伴う手技であるために継続を断念したことがあった。

また日本ではハウスダストの製品しかなく、欧米の様にダニの定量化された製品がなかったためにダニ抗原量がロットの違いで一定せず、アナフィラキシーの副反応も少なからず報告されていた。また薬液の希釈が煩雑でそれに見合う保険点数でないために、現在では徐々にSCITを行う医療機関が減少してきている。

その点、舌下免疫療法（SLIT）は疼痛がなく、重篤なアナフィラキシー反応もほとんどなく、家庭で手軽に行える免疫療法であるために欧米を中心に普及してきた。

SLITの二重盲検試験は1986年に初めて報告された。（Scaddingsら）2001年には国際的ガイドラインのARIA（Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma）にSLITが記載されて、安全性と有効性が支持された。同年、コクランレビューが発表され、二重盲検法で3～5年間継続して70%～80%の改善率を報告、致死的な副作用の頻度が少なく、自宅での投与が可能とされた³⁾。

表3は、日本のアレルギー免疫療法の歴史を示しているが、1963年にHD（ハウスダスト）の皮下免疫療法（SCIT）が開始された。そして2014年に舌下免疫療法（SLIT）が12歳以上のスギ花粉症に対して保険適用になり、翌15年にはダニの舌下免疫療法が12歳以上で保険適用になった。そして有効性は体重区分間で大きな違いはなく、有害事象も体重に

表3 日本のアレルギー免疫療法の歴史

1963年：我が国でHDの皮下免疫療法の開始（脱（減）感作療法）
2014年：舌下免疫療法が12歳以上のスギ花粉症に対して保険適用
2015年：12歳以上のダニアレルギーに対して保険適用
2018年：12歳以下にも保険適用

影響されなかったために、2018年には12歳以下にも保険適用となり、小児でも徐々に舌下免疫療法が広まってきた^{4) 5)}。

当クリニックにおいても2016年からSLITを始めているが、小児科では12歳以上の患者はほとんどいないのが現状であり、2018年に12歳以下にも保険適用になってから徐々に増え始め、コロナが流行した2020年以降に導入症例が顕著に増えてきた。(図1)

当クリニックでの開始年齢は4歳からであるが、ミティキュアを1分以上口腔内で保持できる最低年齢ということである。11歳から極端に患者数が減少しているが、小学校高学年から中学校にかけて部活や塾通いなどハードスケジュールのためにクリニックを受診する機会が少ないと理解している。

今回の報告はSLIT開始前に十分な治療計画がされておらず、客観的な治療効果を判断するには不十分であった。自己申告での報告では、ほとんどの症例で鼻症状が改善されたという事であったが、SLIT開始から3、6、12ヵ月、2年、3年後など定期的に客観的な鼻腔所見や鼻症状の変化、副反応を評価する必要があった^{4) 6)}。

尚、(株)鳥居薬品がまとめたミティキュア使用成績調査の中間結果報告(4)によると2016年7月～2020年9月までに252施設から846例の登録があり、投与開始から3年間観察している⁷⁾。

有効症例689例では、改善324例(47.0%)、やや改善218例(31.6%)、不変139例(20.2%)、やや悪化と悪化例8例(1.2%)と報告されており、改善とやや改善を合わせると約80%の有効率である。

安全性解析対象症例752例(15歳未満252例(34%)を含む主に成人を対象)では、130例(17.3%)が何らかの副作用があった。主な副作用は口腔掻痒症

18例(2.4%)、口腔腫脹16例(2.1%)、耳搔痒症11例(1.5%)、アレルギー性鼻炎の悪化10例(1.3%)、口腔内不快感及び口内炎が各9例(1.2%)、咽喉刺激感8例(1.1%)で、重篤な呼吸困難及びアナフィラキシー反応は各1例と報告されている。

今回、鼻症状が改善された理由として、ここ数年コロナ禍にあり、行動の自粛やマスク着用が症状の改善に影響していると思われた。また、ステロイド点鼻薬など薬剤による症状のコントロールも考えられた。現実問題として薬剤を使用しないで純粋にSLITの効果を評価することは一般診療としては困難である。

今後は、併用する薬剤処方数の減少傾向を長期的に観察することによって、SLITによる改善効果を客観的に判断していく予定である。

最後に、私が患者へSLITを勧めるアプローチを紹介する。(表4)1)まず薬剤は症状をコントロールする役割で体質改善にはならない、2)そのままではアレルギー性鼻炎の症状は大人に持ち越す可能性があること、3)従って小児期にSLITで体質改善した方が良いのではないか、4)3年間で約8割の症例で軽快していることを説明して、5)情報提供の小冊子を渡して、自宅で考える時間を与えるようにしている。

また、数年間の治療を継続するには、患者自身や家族のSLITに対するモチベーションを保つ必要がある。筆者は子どもの頃、夏休み期間に毎朝欠かさずラジオ体操に通った経験がある。継続できた主な理由は、カードに参加スタンプを毎回押してもらうのが嬉しかったのである。そこで今回も「服用記録・症状日誌」を利用して、毎回受診時にはクリニックのスタンプを押して励ましている。どれだけの効果

表4 私が患者へSLITを勧めるアプローチ

- | |
|-------------------------------------|
| 1) 薬剤は症状をコントロールする役割で体質改善にはならない。 |
| 2) そのままではアレルギー性鼻炎の症状は大人に持ち越す可能性がある。 |
| 3) 従って小児期にSLITで体質改善した方が良いのでは。 |
| 4) 3年間で約8割の症例で軽快している。 |
| 5) 情報提供の小冊子を渡して、自宅で考える時間を与える。 |

があるかは不明だが、継続するには常にモチベーションを維持する工夫が必要と思われる。

VI. まとめ

2016年から開始した通年性アレルギー性鼻炎（総数246例）に対するダニ舌下免疫療法（SLIT）の現状を報告した。ほとんどの症例で症状の改善がみられたが、マスクの着用や薬剤の併用もありSLIT自体の有効性が判断できなかった。約20%に中断があった。

尚、資料を提供した（株）鳥居薬品との利益相反はありません。また2021年沖縄小児アレルギー研究会で症例数が異なる同様な発表をしました。

文 献

- 1) 日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会. 鼻アレルギー診療ガイドライン-通年性鼻炎と花粉症-2020年版. 改定第9版. 東京：ライフ・サイエンス；2020
- 2) 太田伸男. 鼻アレルギー診療ガイドライン2020 COVID-19感染症下のアレルギー性鼻炎のマネジメント. アレルギー 2022；71：186-190.
- 3) 川島佳代子. 舌下免疫療法. アレルギー 2022；71：92-101.
- 4) 石黒奈緒、仲村理恵、根津櫻子. 小児のダニ舌下免疫療法 鼻炎症状及び副反応評価を活用した治療状況の検討. 日小ア誌 2021；35：121-130
- 5) 佐藤さくら、秦 宏興、小林聡子 他. 小児におけるダニ舌下免疫療法用錠剤の有効性、安全性及び免疫学的応答に対する体重の影響の検討. アレルギー 2020；69：918-927.
- 6) 湯田厚司. SLIT処方のコツEXPERT LECTURE. 鳥居薬品株式会社；2021.11
- 7) 鳥居薬品株式会社. ミティキュアダニ舌下錠特定使用成績調査 中間結果報告(4)；2021.7

報 告

急性期病院の小児科外来を受診する心身症患者の状況と展望

新垣 律子 新垣 洋平 屋良 朝雄

要 旨

- 【はじめに】最近3年間のA病院小児科外来での心身症患者の受診状況について報告する。
- 【目的・方法】2019-2021年にA病院を訪れた初診患者のうち心身症と診断された患者の動向について後方視的に調査する。
- 【結 果】心身症と診断された患者は3年間で267例と初診患者の7.8%を占め、入院は2例であった。通院期間の平均日数は166日で、転帰は通院継続中25%、通院終了53%、通院中断22%であった。精神科医師へ紹介したのは3年間で5例だった。
- 【考察と結語】A病院小児科を受診した心身症患者の多くは入院を必要としないが、外来通院継続率は高く、通院期間は長期に及ぶ。神経発達症においてはA病院小児科が神経発達症の初診を制限していたにもかかわらず、初診心身症患者の5%を占め、その患者数の多さを表していた。地域での小児心身症患者が定期受診できる施設は限られており、早急に小児心身症の外来診療体制を整える必要がある。

キーワード：心身症、ストレス関連疾患、急性期病院、一般外来

Abstract

- [Introduction] We report on the consultation status of patients with psychosomatic diseases in the pediatric outpatient clinic of Hospital A over the past 3 years.
- [Purpose/method] We retrospectively investigated the trend of patients diagnosed with psychosomatic diseases among patients who presented to Hospital A between 2019 and 2021.
- [Results] Psychosomatic diseases were diagnosed in 267 patients over the last 3 years, accounting for 7.8% of the patients visiting for the initial examination, and 2 patients were hospitalized. The mean duration of outpatient treatment was 166 days. As for patient outcomes, 25% of patients continued, 53% of patients completed, and 22% of patients discontinued outpatient treatment. Five patients were referred to psychiatrists in 3 years.
- [Discussion and conclusion] Most patients with psychosomatic diseases treated at the pediatric department of Hospital A did not need to be hospitalized. However, the continuation rate of outpatient treatment is high and the duration is long. Patients with neurodevelopmental disorders accounted for 5% of those with psychosomatic diseases who presented to our hospital, showing a substantial number of the patients. The medical institutions where pediatric patients with psychosomatic diseases can make regular visits are limited. Therefore, it is necessary to establish an outpatient care system for pediatric psychosomatic diseases as soon as possible.

Key words : psychosomatic disease, stress-related diseases, acute care hospital, general outpatient

Status and prospect of patients with psychosomatic diseases who visit the pediatric outpatient clinic of an acute care hospital.

Ritsuko I. ARAKAKI, Youhei ARAKAKI, Asao YARA
那覇市立病院 小児科

I. はじめに

小児科は「子どもの総合医である」という基本理念のもと、子どもの病気を診断治療だけでなく、乳幼児健診や予防接種などの健康管理や発達支援、社会問題に至るまで、子どもの健全な発育を総合的に支援している。日本小児心身医学会によると、子どもの心身症は「身体症状を示す病態のうち、その発症や経過に心理社会的因子が関与するすべてのものをいう。それには発達・行動上の問題や精神症状を伴うこともある。」と定義されている¹⁾。心身症患者は身体症状を主訴とするため、最初に訪れる医療機関は心療内科や精神科ではなく、一般小児科外来であることが多くなる。A病院は急性期病院であり、その規模は、入院病床数約400床、小児科病床約20床、NICU+GCUあわせて約10床である。救急は二次救急までを担い、最近7年間の小児の年間平均救急受診患者数は約10,000人である。外来は一般外来に加えて、循環器、内分泌、新生児、アレルギー、神経、腎臓科など各種専門外来も行っている。最近7年間の小児科外来の年間平均初診患者数は約2,300人、年間平均再診患者数は約13,000人である。児童精神外来は月2回、心理士外来は月3回診療を行っているが、早産児や低出生体重児などのハイリスク新生児の発達検査や知能検査を目的として開設されている。また、児童精神外来および心理士外来の初回受診までの待機期間は1年以上と長く、神経発達症の初診外来は制限しているのが現状である。

II. 目的

最近3年間のA病院小児科外来を訪れた初診患者のうち、心身症およびストレス関連疾患と診断された患者の動向（年齢、診断名、通院期間、転帰、紹介先）について明らかにすることを目的とし、後方視的に調査した。

III. 対象と方法

2019 - 2021年にA病院小児科を訪れた初診患者3,664例を対象とした。電子カルテを用いて初診日、年齢、診断名、通院期間、転帰を検索した。救急外来受診患者は含めなかった。心身症および心身症関連疾患の抽出方法については、対象患者全例の診療録を閲覧し、心身症および心身症関連疾患（疑い例

を含む）として経過観察や治療が開始されている例を抽出した。心身症の診断については、心身症に特異的な診断基準は存在しないため、担当医師ごとに診断プロセスの違いはあるも、心身症を疑わせる所見¹⁾があり、各種の身体疾患に心理社会的ストレス因子の関与が疑われる場合「心身症」と診断されていた。心身症の診断名については、心身症における身体症状の診断名を記し、日本小児心身医学会「専門医向け外来心身医療ガイドライン」²⁾を参考に分類した。A病院外来通院中の心身症患者の通院日数の検討には、マン・ホイットニーU検定を用いて統計解析を行った。倫理的配慮に関して、A病院倫理委員会の承認を得た（承認番号2022a14）。研究についての情報を研究対象者に公開し、研究対象者が拒否できる機会を保障した。公開方法については、病院内に掲示または病院ホームページへの掲載とした。

IV 結果

1. 受診件数と入院率

外来初診患者総数は、3年間で計3,664例、そのうち入院患者は843例で入院率は23%であった。心身症およびストレス関連疾患と診断された患者は3年間で計267例、そのうち入院患者は2例で入院率は0.74%、入院症例の内訳は、一例が心因性非てんかん発作、もう一例が気管支喘息発作の合併であった。

2. 心身症における身体症状の診断名（診断名）と年齢

診断名別患者数では起立性調節障害が104例（39%）と最も多く、次いで過敏性腸症候群40例（15%）、慢性頭痛29例（11%）、神経発達症14例（5%）、排泄障害10例（4%）、チック9例（3%）、心因性咳嗽8例（3%）、憤怒痙攣5例（2%）、摂食障害4例（1%）、夜驚症3例（1%）、周期性嘔吐症2例（1%）、統合失調症2例（1%）の順で多かった（図1）。年齢別心身症患者数では、0 - 1才児を除いては年齢が上がるにつれて患者数の増加を認めた。小学校低学年では10例前後で、高学年になるにつれて症例数は増加し、ピークは14才の40例であった。15才で患者数の急激な減少がみられるのは、A病院小児科の初診患者受入年齢の上限を中学

3年生までとしているからである(図2)。

3. 転 帰

心身症以外の患者は通院中612例(18%)、通院中断136例(4%)、通院終了または転院2,649例(78%)であった。心身症患者は通院中67例(25%)、通院中断59例(22%)、通院終了または転院141例(53%)であった(図3)。

① 心身症患者の転院・紹介先

終了または転院した心身症患者141例のうち42例が転院となっていた。紹介先の内訳は、紹介元への逆紹介28例(67%)、精神科への紹介5例(12%)、発達クリニックへの紹介5例(12%)であった。発達クリニックへは神経発達症と診断した患者のみを紹介した(図4)。

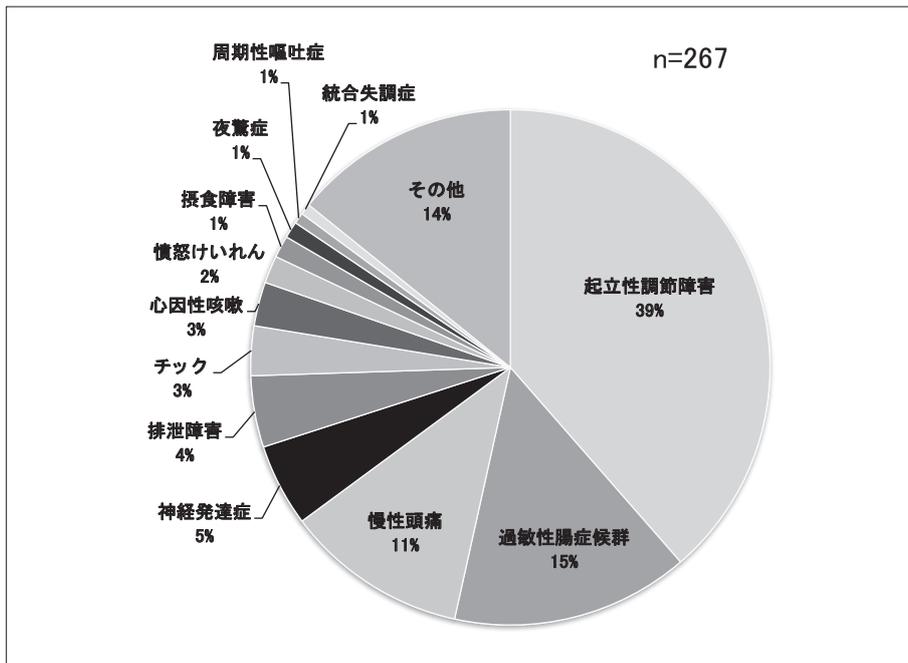


図1. 心身症における身体症状の診断名別患者数

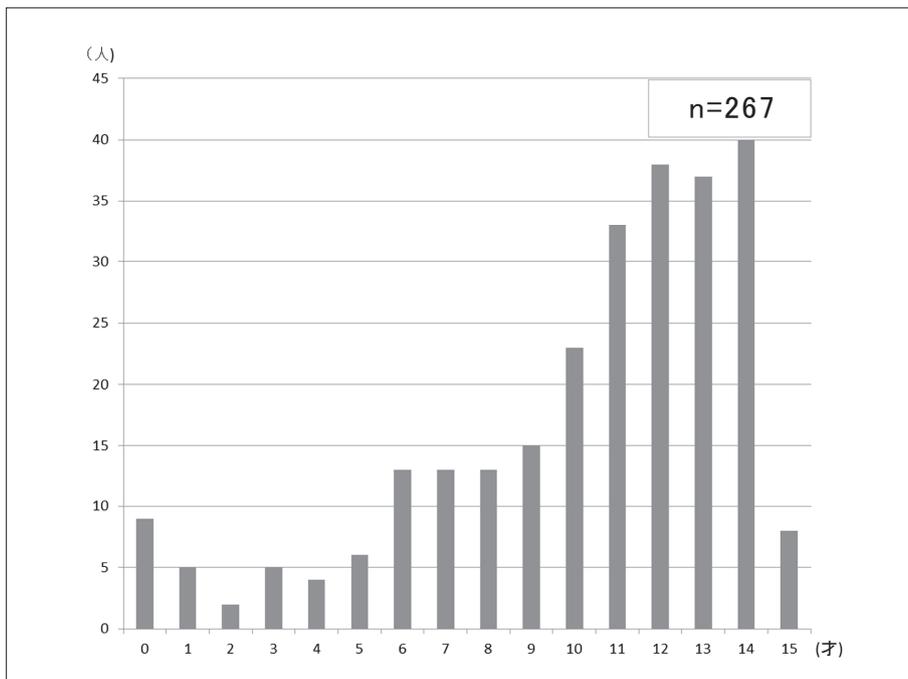


図2. 年齢別心身症患者数

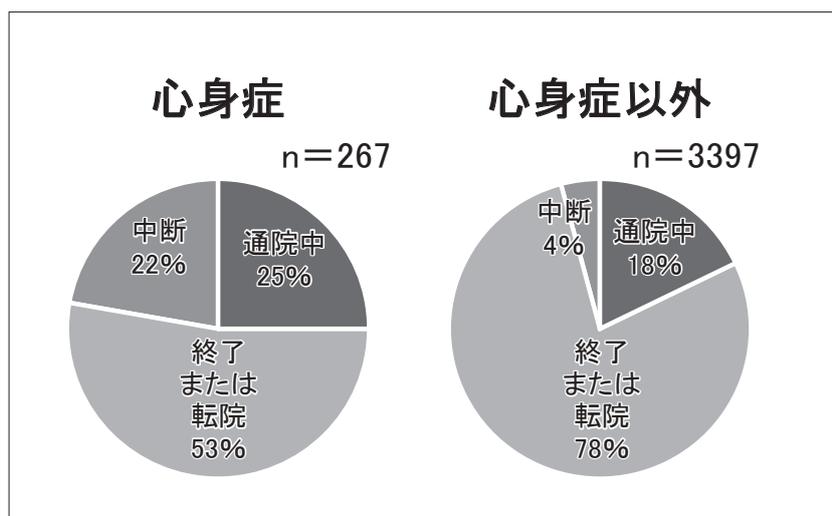


図3. 転帰

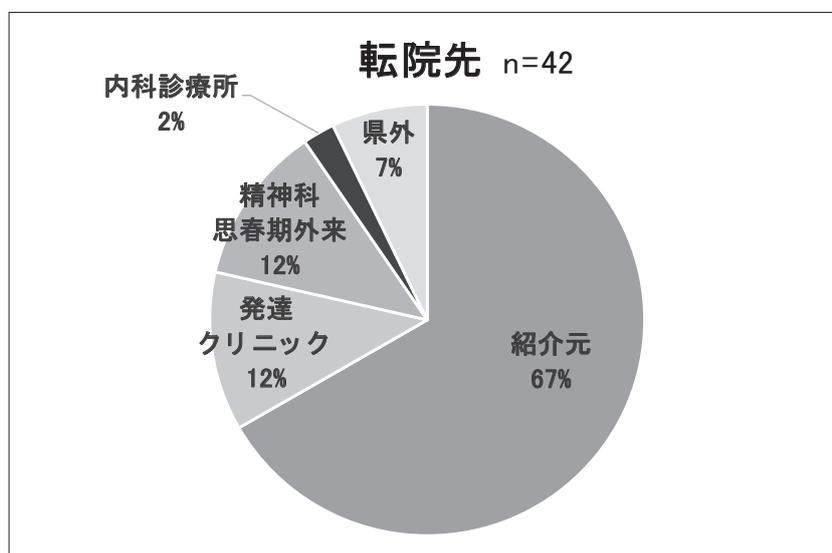


図4. 心身症患者の転院先

② A病院外来通院中の心身症患者の転帰

A病院外来通院中の心身症患者67例の転帰の内訳は、児童精神外来への紹介が6例（9%）、心理士外来への紹介が9例（13%）、一般外来に通院継続中52例（78%）であった（図5）。

4. 通院日数

通院日数について、マン・ホイットニーU検定を用いて統計解析を行った。心身症患者の平均通院日数は166日、中央値は60日であった。心身症以外の患者の平均通院日数は120日、中央値は7日であった。（図6）。

V 考察

1. 心身症患者の診断名と年齢について

A病院を受診した心身症患者は起立性調節障害が圧倒的に多く、次いで過敏性腸症候群、慢性頭痛と続いている。起立性調節障害、過敏性腸症候群、慢性頭痛が上位に入る傾向は他の類似した研究³⁾と変わらなかった。いずれの疾患も身体症状の出現をきっかけに受診することが多く、急性期病院では患者数が多いと考えられた。A病院では神経発達症の初診外来を制限しているにも関わらず、神経発達症は5%を占め、4番目に多い数であった。これは、身体症状の原因が神経発達症であった症例や、身体疾患と神経発達症の併発であった症例などであった

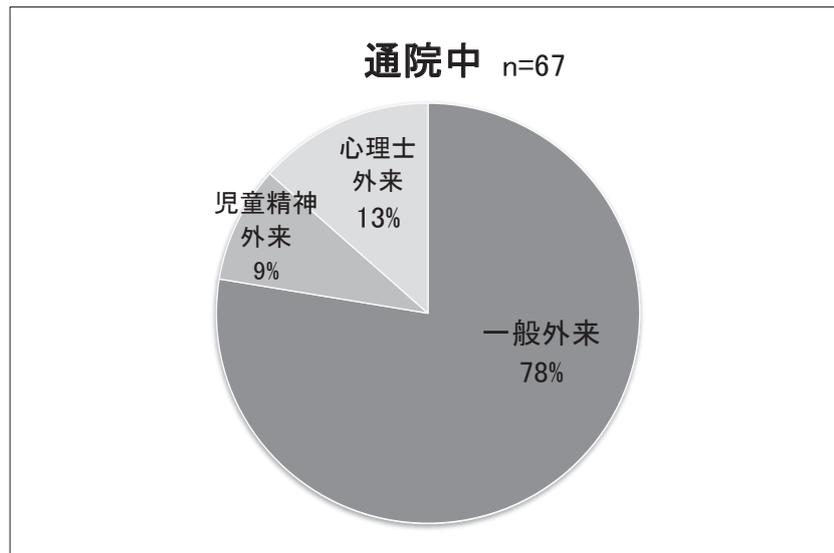


図5. A病院外来通院中患者の内訳

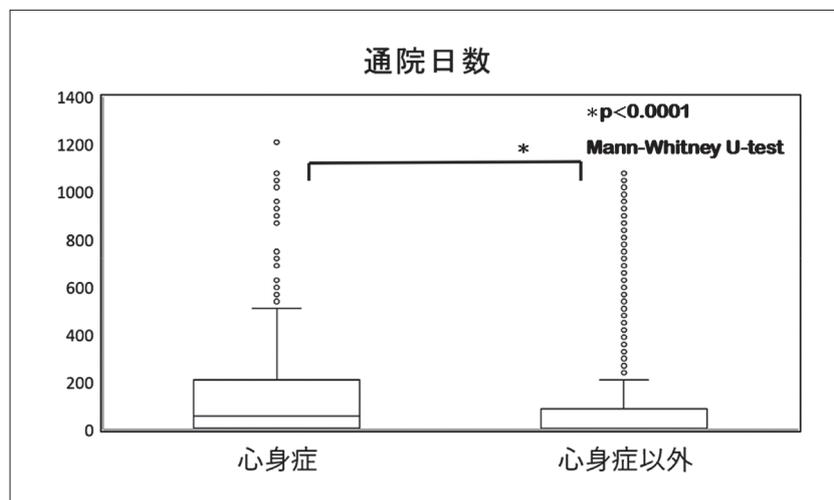


図6. 通院日数の比較

(図1). 神経発達症の初診制限がなければ、神経発達症と診断される患者数は更に増加していたと推測された。年齢別心身症患者数は、0-1才児を除いては年齢が上がるにつれて増加傾向があった(図2)。0-1才児は憤怒痙攣、神経発達症の偏食による体重増加不良などを主訴とした受診が多かった。小学校高学年から中学生にかけて患者数が急激に増加するパターンは他の類似した研究³⁾と同様の傾向がみられている。学童期には親からの分離・個体化が進み、子ども同士での集団生活が始まり、認知発達の間でも大きな変化を迎える。思春期になると、子どもは親から心理的に自立し、心理的にさまざまなことをのり越えていかなければならない。思春期は人

生のなかでもとくに不安定な時期であり、思いどおりにいかないことも多いため、これまで培われてきた子どもの自己肯定感は大きく揺らぐ²⁾。また、障害を抱えていたり、家庭環境に問題があったりすると、ストレス耐性が低くなり、ちょっとした出来事で心身症を発症してしまう。思春期は最も心因性疾患が増加する時期になり、適切な指導や治療が必要となる。心身症患者が増加する年齢には、思春期と大きな関わりがある。

2. 受診患者全体と心身症患者の比較

A病院を受診した心身症患者は全体の7.8%で、1999年に行われた全国調査の5.8%⁴⁾より高い割合である。全国調査が20年以上前のデータであり、単

純比較することは難しいが、20年間の子どもたちを取り巻く社会背景の変遷が心身症患者の増加に影響している可能性が考えられる。また、A病院が地域医療支援病院としての役割を担っており、地域の患者が集中して紹介受診することが関連している可能性も考えられる。受診患者全体の入院率23%と比較して入院を必要とした心身症患者は0.74%と心身症患者の入院率は低かった。A病院が急性期病院であることから、入院加療が必要な患者が多く全体の入院率が高いこと、またA病院小児科の特徴として救急受診患者が多いことも関連していると考えられる。実際、A病院小児科の2019 - 2021年の新患総数に対して時間外の新患（救急外来受診者数）の占める割合は約7割であった。今回は救急外来を受診した患者は対象に含めなかったため、救急外来から入院した心身症患者数を把握できておらず、この研究の限界でもあるが、入院を必要とした心身症患者が調査対象から除外された可能性が推測できる。心身症患者の入院については、地域のクリニックからA病院を経由せずに精神科に転院している可能性もあるが、身体表現としての症状が軽微で入院適応とならない患者が多いことが理由として考えられた。転帰については、心身症以外の患者と比較して、心身症患者の通院継続率と通院中断率が高く、通院終了または転院の割合が低かった（図3）。心身症患者の通院継続率の高さは、診断や症状改善までに時間を要するなどの理由がある。また、通院中断率が高い理由としては、SARS-CoV-2の流行による受診控え、自然経過による症状の改善などが推測された。通院継続中の患者の通院日数に関しては、心身症以外の患者の平均通院日数120日（中央値7日）と比較して、心身症患者は160日（中央値60日）と長い。身体疾患の患者が急性期疾患で通院終了となるケースと慢性疾患で長期管理が必要となるケースの両極化がある一方、心身症患者は早期に通院終了となるケースは少なく、長期管理が必要となるケースが多い。心身症患者の通院期間が長くなる理由としては一旦症状の改善がみられても環境変化などにより再発・再燃を繰り返すことにある。

3. 心身症患者の転帰について

心身症患者はどこで通院を継続しているのか。A病院から転院となった42例の心身症患者のうち神経発達症と診断された患者5例（12%）は発達クリニックへ紹介となり、精神科へ紹介した患者は5例（12%）にとどまっている。紹介元へ逆紹介となった患者は28例（68%）と最も多く、心身症患者は主に地域でみられていることがわかる（図4）。A病院に通院中の患者のうち、6例（9%）が児童精神外来へ紹介になり、9例（13%）が心理士外来へ紹介になったが、52例（78%）は一般外来で通院継続中であった。A病院では心身症患者の多くは児童精神科ではなく、一般外来でみられていることがわかった。A病院では主に初診時に対応した一般外来担当医が主治医として診療を行っている。ときには心身症患者の診療に関して児童精神科医、心理士に相談し助言してもらいながら一般外来での心身症患者の診療を継続している。

4. 心身症外来の展望

2022年4月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が施行された。具体的には「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関として「紹介受診重点医療機関」を明確化することとした⁵⁾。医療資源を重点的に活用する外来に関する基準の具体的な水準は、初診基準（初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）を40%以上、再診基準（最新の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）を25%以上と示された⁶⁾。これにより、紹介受診重点医療機関となる総合病院は、その経営戦略として入院患者数を増やすのは元より、外来再来率を下げる、逆紹介率を上げるなどの外来診療の縮小に迫られている。A病院小児科を受診した心身症患者のほとんどは入院せず、心身症以外の患者と比較して、外来通院継続率は高く、通院期間は長期になる傾向にあった。心身症患者の入院率の低さ、通院期間の長さや通院継続率の高さはこの経営戦略に逆行しており、今後総合病院での診療継続が困難になっていくことが予測される。

VI. 結 論

急性期病院の一般外来を受診する心身症およびストレス関連疾患患者は、入院加療や精神科への紹介が必要となることは少ない。紹介受診重点医療機関での外来診療縮小が迫られる中、心身症外来は今後、紹介受診重点医療機関ではない総合病院あるいはクリニックなどに場所をシフトしていく必要がある。しかし、現状としては地域の小児心身症患者が定期受診できる施設は限られており、一般小児科クリニックでの心身症患者の診療体制も不十分である。今後、子どもの心相談医および子どものこころ専門医の養成を拡充していくこと、小児心身症の外来診療体制を整えていくこと、児童精神科と地域の小児科クリニックの更なる連携強化が求められる。

なお、利益相反に関する開示事項はありません。

引用・参考文献

- 1) 小柳憲司, 一般社団法人日本小児心身医学会理事会, 一般社団法人日本小児心身医学会研究委員会. 一般小児科医のための心身医療ガイドライン. 子どもの心とからだ2014;23:334-345
- 2) 小柳憲司, 有井悦子, 小児心身医学総論研究班, 他. 専門医向け外来心身医療ガイドライン. 子どもの心とからだ2012;21:257-278
- 3) 窪田博道. 地方の急性期病院における小児心身症医療の実態. 子どもの心とからだ2015;23:400-407
- 4) 沖潤一, 衛藤隆, 山縣然太郎. 医療機関および学校を対象として行った心身症, 神経症等の実態調査のまとめ. 日本小児科学会雑誌2001;105:1317-1323
- 5) 厚生労働省, 外来機能報告等に関するワーキンググループ. 外来機能報告等に関するガイドライン<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000930171.pdf> (2022年8月16日アクセス)
- 6) 厚生労働省, 第85回社会保障審議会医療部会. 資料2-2 紹介受診重点医療機関の検討 <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000888678.pdf> (2022年8月16日アクセス)

報 告

バイリンガル環境と発達障害児の言葉の遅れ

山城 睦美 大城 貴子

要 旨

言語聴覚士が対応した親の両方又は一方が日本語以外を母語とし、日本語と外国語とのバイリンガル環境で育った児（以下バイリンガル環境児）について報告する。

2018年から2021年までの3年間にA施設を受診したバイリンガル環境児25人の診療録より、初診年齢・診断名・両親の第一言語等を抽出した。男女比は4：1であり、初診年齢は平均4歳11か月である。診断名の64%は自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症児であり、その内83%が重複障害である。初診時の主訴は「ことばの遅れ」33%「対人コミュニケーションの取りづらさ」30%であった。親の第一言語は、母親が日本語、父親が英語もしくは不明を含めた組み合わせが全体の96%であった。

母語の基本的習得は、3歳で一定レベルに達すると言われており、バイリンガル環境児の早期支援について検討が必要である。話しことばの発達の状況が書きことばに影響する事から、就学を見据えた支援が必要である。

キーワード：バイリンガル環境児、ことばの遅れ、初診年齢、親の第一言語、自閉スペクトラム症
Key words : bilingual children, language delay, parent's first language, Autism Spectrum Disorder

目 的

子どものことばの発達には、大人とのやり取りが重要である。状況や場面を共有しながら子どもの状態に合わせてことばをかけていくこと、共感したことを言語化することが必要である。

一方で、自閉スペクトラム症と診断された子どもの場合は、共同注視や共感性の弱さから、ことばを習得するうえで必要な、模倣する力や相手の立場で理解するなどの言語体験の共有のしにくさがある。それは、社会的な常識を身につけることの難しさに関係していると考えられる。田宮¹⁾(2016)によると、自閉スペクトラム症を持つ児の言語発達は、バイリンガル環境とモノリンガル環境との比較においても差がないことが指摘されている。

A施設においても自閉スペクトラム症を持ちバイリンガル環境にある児が言語相談で受診するのは年に5～10人である。今回言語聴覚療法を受けた保護者の一方が日本語以外を第一言語とし、日本語と外国語とのバイリンガル環境で育った子どもについて

報告する。

対象と方法

A施設を2018年から3年間に受診したバイリンガル環境にある児（以下バイリンガル環境児）25人の診療録より、初診年齢・診断名・両親の第一言語・男女比・初診時主訴・通っている機関を抽出し、2020年の言語療法のバイリンガル環境児を除く新規患者数（以下モノリンガル環境児）と比較検討する。

結 果

I. 男女比

男児20人、女児5人で、男女比は4：1であった。（図1）

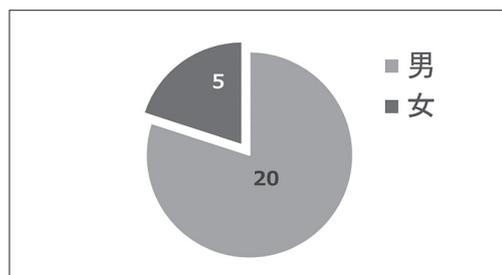


図1 バイリンガル環境児 25人の男女比

II. 初診年齢

バイリンガル環境児の初診年齢は平均4歳11か月であった。最年少は1歳9か月、最年長は11歳5か月である。これに比し、2020年言語聴覚療法を受け、バイリンガル環境児を除いた新規患者（以下モノリンガル環境児）91名の初診年齢は平均4歳3か月であり（表1）、モノリンガル環境児の平均は、バイリンガル環境児より若干早めである。また、2歳までに来所される割合は、バイリンガル環境児は16%であり、モノリンガル環境児は24%で、バイリンガル環境児よりも早めの来所に繋がっている。1歳台までの受診では、バイリンガル環境児が4%に対してモノリンガル環境児は14%である。（図2）

III. 診断名

診断名は、両群ともに自閉スペクトラム症と言語発達遅滞、精神発達遅滞が多い結果であった。注意

表1 バイリンガル環境児とモノリンガル環境児の初診値の比較

	バイリンガル環境児	モノリンガル環境児
中央値	4歳 6か月	4歳 2か月
平均	4歳11か月	4歳 3か月
最年少	1歳 9か月	0年 2か月
最年長	11歳 5か月	14年 4か月
SD	28.81	51.42

†検定により初診年齢に有意差は無し

欠陥・多動症は、バイリンガル環境児がモノリンガル環境児よりも多かった。

主障害は、単独児（24%）より重複児（76%）が多く、その中でも自閉スペクトラム症、注意欠陥・多動症を併せ持つ児が多かった。（図3）

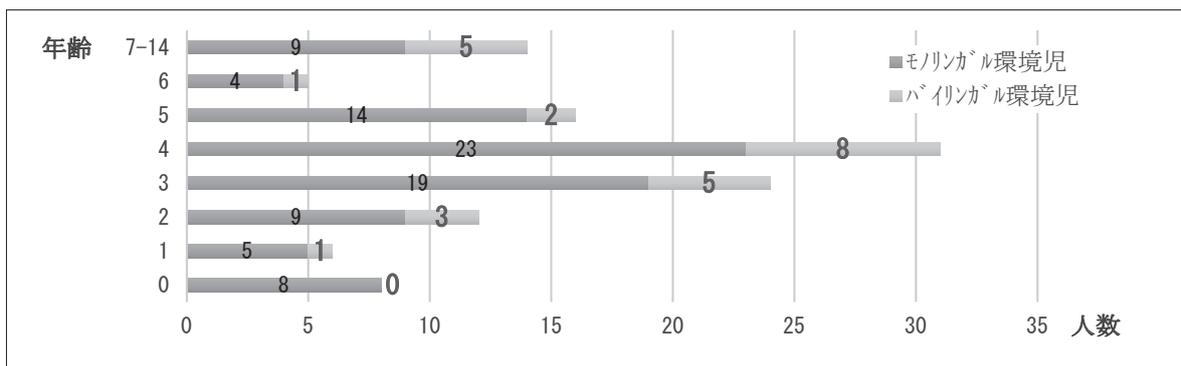


図2 バイリンガル環境児とモノリンガル環境児の初診時の年齢比較

※バイリンガル環境児は、2018年から2020年までの人数。モノリンガル環境児は、言語聴覚療法を受けた総数から2020年のバイリンガル環境児を除いた人数。（以下省略）

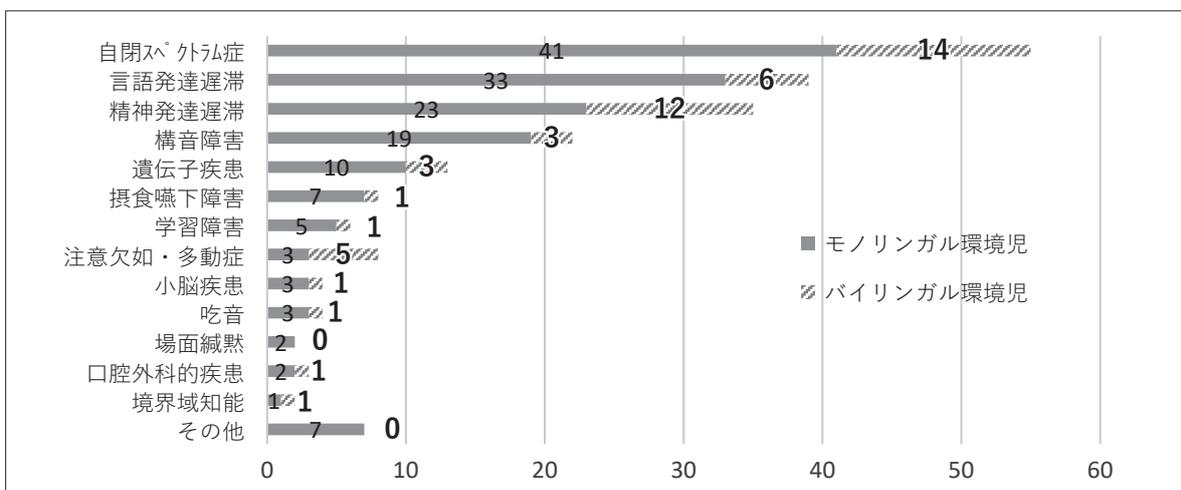


図3 バイリンガル環境児とモノリンガル環境児の診断名の比較（重複あり）

IV. 初診時の主訴

主訴は、「ことばの遅れ」が10人、「対人コミュニケーションの取りづらさ」が9人で、全体の76%を占めた。(図4)

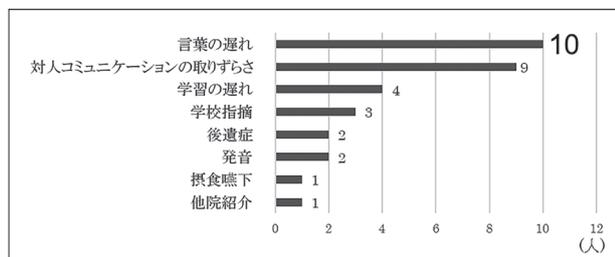


図4 バイリンガル環境児の初診主訴 (重複あり)

V. 両親の第一言語

父親は外国語で母親が日本語80%、父親の言語は不明で母親は日本語が16%で、両方を合わせると全体の96%を占めていた。(図5)

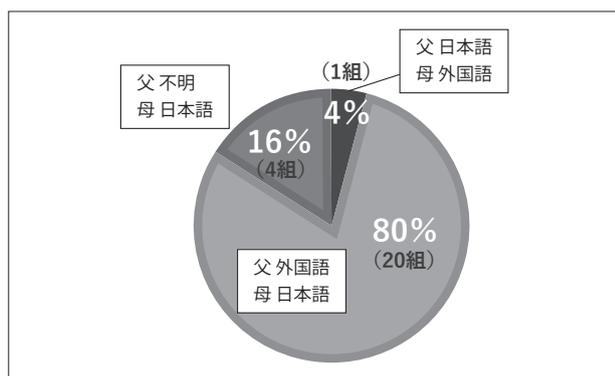


図5 両親の第一言語

VI. 通っている機関

地域の保育園が40%と最も多く、次が小学校20%であった。80%が日本語環境であることがわかる。(図6)

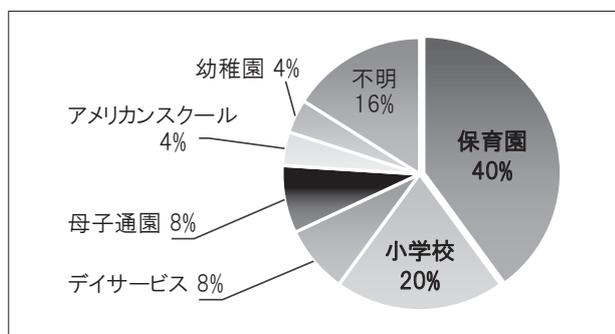


図6 バイリンガル環境児が通っている機関 (重複あり)

考 察

今回の調査では、バイリンガル環境児の初診平均年齢4歳11か月で、モノリンガル環境児の初診平均年齢4歳3か月に比較し、遅れている傾向がある。どちらも3～4歳代が最も多く、子ども同士での会話が豊かになり、母語の基本的習得が一定レベルに達する時期に来所しているケースが多い。言語未習得で自閉スペクトラム症と知的障害を併せ持つ場合、コミュニケーション意欲の要素にも左右されることから、二言語獲得を同時に促進することは負担がかかると推察する。話しことばの発達の状況が就学後、書きことばの習得に影響していることが想定される児もいることから、先を見通した支援が必要である。

現在A施設の言語療法は、日本語のみで対応しており、その点においてはあらかじめ保護者には承諾を得ている。リハビリテーションの内容は、バイリンガル環境の未就学児に対して日本語の単語獲得とともに、遊びや日常会話の中で「何?」と関心を持ち、ことばで関わる面白さやそれをコミュニケーションで共有すること、文字学習へ興味を持たせること、音韻意識を持たせること等を実施している。就学児には苦手教科の学習支援を行っている。

対象児の多くは、地域の保育園や小学校に通園通学していることから、生活言語は日本語が主である場合が多い。A施設受診のきっかけが保育園や学校からの指摘というケースもあり、療育の目的や内容についての伝達や共有は行いやすい。

両親のうち、父親が英語、母親が日本語の組み合わせが多く、家庭内ではバイリンガル環境で家庭外では日本語の環境であることが多いことがわかる。言語聴覚療法時の付き添いの8割は母親で、その母親の第一言語が日本語である割合は9割であることから、福祉の窓口、母子通園など、各種サービスにつながりやすいと思われる。

A施設において言語聴覚療法で毎行われる療育内容の説明などは日本語使用者の場合、共有しやすいが、付き添う保護者の第一言語が日本語以外では、通訳可能な職員に依頼したり、翻訳アプリを使用したり、ジェスチャーや絵を描く等で対応しているが、

細かいニュアンスの伝達に難しさを感じることもある。

今後の課題として、言語評価と発達の評価についてあげられる。例えば、リンゴを見て「リンゴ」は出てこないが英単語の不明瞭な「apple」の発語に関しては、モノリンガルの言語聴覚士は、全体の把握が難しい状況にある。更に不明瞭な発音で英単語の一部を発している場合や、状況が分からない場面での不明瞭な英単語の発語等、親は聞き取れるが言語聴覚士には聞き取れない場合もある。そのような場合には、母親が子どもに応答している場面から意味を推測したり、母親から情報提供してもらい、理解している。子どもの全体像が把握できないと発達の遅れが見過されてしまう可能性があることからどのような評価・支援体制が必要か今後検討していきたい。

結 論

バイリンガル環境で発達障害とことばの遅れを併せ持つ児の言語発達支援に対しては、十分ではなく、今後支援体制を整えていく必要がある。

引用文献

- 1) 田宮聡、岡田由香、小寺澤敬子 バイリンガル環境と言語発達評価—自閉症スペクトラム障害と診断された帰国子女の症例を通して— 児童青年精神医学とその近接領域 57(3);450-457 (2016)