

日本小児科学会学校保健・心の問題委員会

提言：21世紀の間診票

日本小児科学会学校保健・心の問題委員会

田澤雄作, 渡辺久子, 橋本俊顕, 山崎嘉久, 石崎優子, 星加明德, 小林正夫, 西間三馨, 長尾雅悦, 平岩幹男, 田中英高, 香美祥二, 小田嶋博, 中尾繁樹, 脇口 宏, 古川 漸, 山野恒一, 沖 潤一

緒言

1998年, 国連「子どもの権利に関する委員会」は日本政府に対して次のような指摘をしている: 日本の子どもは, 極度に競争的な教育制度によるストレスのため発達上の障害に曝されている, 休息が欠如している, 不登校の数が膨大である. 日本だけがこのような指摘を受けたおり, 政府の積極的な対応がみられないまま, 2004年に「1998年の提言を実行していない」と再勧告を受けている. 子どもの権利を守るために, 21世紀の学校保健を再構築する重要性がここにある.

学校保健の「心の問題」に関与する因子は, 精神心理学的な要素に限られず, 行き過ぎた勉強, 学習塾, スポーツ, レジャー, そして過剰なテレビやゲーム等のメディアへの接触による生活習慣リズムの破綻がある. その結果, 睡眠リズムの障害, 睡眠および休息の不足があり, 多様な不定愁訴のほか, 無気力, コミュニケーション障害, 慢性疲労, うつ状態が生まれている. そして, 子どもの生活の質(QOL)を障害し, 自己評価を低下させ, 自尊心を傷つけ, 多様な学校や家庭での問題(いじめ, きれる, 暴れる, 不登校)や反社会的事件に連続していると考えられる. この問題解決のために, 次に提示する生活習慣及び家庭生活に関する間診票の活用が, 学校保健のための有用な手段となることを期待する.

解説と提言

「生活習慣」で問題になるのは, 夜更かしとメディア漬けである. さらに, 土日祝日及び長期休暇中の行き過ぎたスポーツ・レジャー活動や不十分な休息も要因になる. 特に, 土日祝日や長期休暇中及び病気療養中のメディア漬けが現代の生活環境の大きな問題の一つである. さらに, テレビ・ビデオ・ゲーム(携帯用ゲーム)・ケータイ・パソコンのほか, 音楽・漫画・雑誌との過剰な接触も問題となる. 「栄養ほか」では, 肥満, やせ, 低身長, アトピーをチェックする. これらの背景には, 栄養に関する過誤, 家族(食卓)や虐待の問題がある場合がある. 「気になること/気付いていること」では, 慢性疲労やうつ状態をチェックする. 慢性疲労は, 起立性調節障害やうつ病の臨床像に類似し, 不登校の問題に直結する. 「家庭生活」では, 親子の生活の様子から「家族の絆」をみる. 「受動喫煙」は, 気管支喘息に限らず, 胎児・新生児を含めた子どもの健康と病気に関連している.

子どもの生活習慣及び家庭生活の問題に, 小児科医が積極的に関わることは重要な課題である. そのための第一歩として, 「成長曲線」と共に, この間診票を活用し, 生活習慣や親子関係の問題点の有無を明らかにし, 診察所見と合わせて子どもや保護者に助言することは, 子どもの未来「日本の未来」のために, 重要な活動であることを提言する.

- 附: 1) この間診票は, 保護者に記入していただきますが, 「家庭生活*子どもへの質問」は子どもが直接記入する, あるいは保護者に代理人として記入していただきます.
- 2) この間診票は「ひながた」です. このままで使用していただいてもかまいませんが, これを参考にご自由に改編及び改良してご使用下さい. 不都合あるいは不適切な文言はご訂正下さい: 例えば, お父さん, お母さんでではなく, 保護者, 保護者同士, 親同士と表現してください.
- 3) この間診票は, 小児科外来で使用することに限定して作成されていません. 様式や内容をご自由に変更及び編集し, 学校保健, 大学での医学教育, 卒後医学教育等に利用されることを期待しています.
- 4) 学校保健・心の問題委員会は, この間診票が広く活用されることを目的として, 日本小児科学会各地方会等での啓発活動(解説ほか)をスタートさせています. 詳細に関しては「学校保健心の問題委員会」にお問い合わせ下さい.

21世紀の小児科問診票		記載年月日： 平成 年 月 日	
生活習慣（平日）			
就寝時間	_____ 時		
起床時間	_____ 時		
テレビ・ビデオ視聴時間	_____ 時間		
ゲーム遊戯時間	_____ 時間		
パソコン	_____ 時間		
ケータイ	_____ 円/月		
携帯用ゲーム機で遊んでいますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
勉強	_____ 時間		
習い事	_____		
学習塾	_____		
スポーツ	_____		
朝食を食べる		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ
家族と一緒に夕食を食べる		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ
親子でお話する/楽しい時間を過ごす		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ
生活習慣（土日祝日）：学校がお休みの日は何をしていますか？			
スポーツ活動がありますか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> いいえ
休息がとれていると思いますか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> いいえ
朝食を食べる		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ
家族と一緒に夕食を食べる		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ
親子でお話する/楽しい時間を過ごす		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ
栄養ほか			
年齢 _____ 歳	身長 _____ cm	体重 _____ kg	
<input type="checkbox"/> 肥満がある			
<input type="checkbox"/> 体重の減少がある			
<input type="checkbox"/> 低身長がある			
<input type="checkbox"/> アトピーがある			
気になること/気付いていること			
<input type="checkbox"/> 朝起きれない/朝食を食べない			
<input type="checkbox"/> 疲れている/だるい/あくびがでる			
<input type="checkbox"/> 睡眠障害がある/寝付けられない/悪夢がある			
<input type="checkbox"/> 原因不明の症状がある（ <input type="checkbox"/> をチェックし、該当する症状を囲んで下さい）			
頭痛/吐き気/腹痛/めまい/微熱/咽頭痛/頸部・腋窩リンパ節の圧痛/筋・骨格の痛み			
その他の症状 _____			
<input type="checkbox"/> 学校を休む/保健室で休むことがある			
<input type="checkbox"/> 元気がない/楽しいことがない/気持ちが落ち込む/反応が少ない/イライラする			
<input type="checkbox"/> 落ち着きがない			
<input type="checkbox"/> 泣かない/笑わない/視線が合わない			
<input type="checkbox"/> 集団の中でうまくやれない			
家庭生活			
家族そろって朝食を囲む	_____ 回/週		
家族そろって夕食を囲む	_____ 回/週		
お家にはペットがいる		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
お家には草花がある		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
お子さんは家で誰と一番よく話しますか？		<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> その他
お子さんは家で誰と一番長く過ごしますか？		<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> その他
お子さんは本音をお母さんにだしていますか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
お母さんは子どもの言い分を最後まで聞けますか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
お母さんは子どものことをお父さんに相談できますか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
*子どもへの質問			
家で誰と一番長く過ごしますか？		<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他
困った時には家の誰に相談しますか？		<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他
家で誰と一番よく話しますか？		<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他
家族といると楽しいですか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
家族に思ったことを言えますか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
受動喫煙			
同居する家族で煙草をすわれるかたはいますか		<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他