

の間で役割分担を「校務分掌」として定めている。心の健康にかかわる校務分掌としては、保健主事、学年主任などがあげられよう。保健主事は教諭または養護教諭をもって充てるとされ、学校保健のキーパーソンである。養護教諭自身が就任している場合以外では、養護教諭と協力し、校長の監督下で校内の様々な保健関連業務の推進役となる。

## V. 養護教諭

養護教諭は常勤の職員としては学校内で唯一、その養成の課程で学校保健に関する教育を受けている職種である。養成課程に複数の教育ルートがあり、看護婦（士）免許を有する者はもはや少なく、全国的にみると10～30%程度である。特殊教育諸学校では若干その割合が高めである。平成9年の保健体育審議会答申において、養護教諭の資質として以下のような内容が述べられている。“(1) 保健室を訪れた児童生徒に接した時に必要な「心の健康問題と身体症状」に関する知識理解、これらの観察の仕方や受け止め方等についての確かな判断力と対応力（カウンセリング能力）、(2) 健康に関する現代的課題の解決のために個人または集団の児童生徒の情報を収集し、健康課題をとらえる力量や解決のための指導力が必要である。その際、これらの養護教諭の資質については、いじめなどの心の健康問題等への対応の観点から、かなりの専門的な知識・技能が等しく求められることに留意すべきである。さらに、平成7年度に保健主事登用の途を開く制度改正が行われたことに伴い、企画力、実行力、調整能力などを身に付けることが望まれる。”

このように、心の健康の推進において養護教諭の果たす役割についての期待は大きい。しかし、ほとんどの学校で養護教諭は1名みの配置であり、担任教諭、保健主事との緊密な連携、校長の理解のもとでの業務の推進等が不可欠である。

## VI. 担任教諭

担任教諭は基本的には、特に小中学校においては、毎日子どもたちに接し、彼らの日々様子を観察することのできる立場にいる。毎朝の健康観察（点呼、顔色や動作・態度の観察など）を通じ、また、家庭との連絡を通じ、児童生徒の心の健康の存在を発見する可能性を有している。養護教諭や保健主事との連携により解決の糸口を見つけることができうる。しかし、担任自身の言動や行為が当該児童生徒の心の傷の原因となっている場合もあるので、注意が必要である。

## VII. アクセス方法

学校はしばしば「閉鎖的」に見えることがある。どこから入ればよいのか見当がつかない場合もあろう。一般的には、校長、担任、養護教諭のいずれかにアプローチを試みるのがよいであろう。学校医、学校歯科医、学校薬剤師らの三師が比較的学校と緊密な関係をもちながら活動できている場合には、これらの専門家に介在してもらって話のきっかけをつかむのも一法である。

### 文献

- 1) 高石昌弘、出井美智子編：学校保健マニュアル、第5版、南山堂、2001。
- 2) 日暮 眞、近藤喜代太郎編：母子の健康科学、放送大学教育振興会、2000。

### 参考サイト

文部科学省ホームページ：<http://www.mext.go.jp>  
（財）日本学校保健会ホームページ：<http://www.hokenkai.or.jp>（衛藤 隆）

## 4). 病弱養護学校，院内学級

武田鉄郎

国立特殊教育研究所病弱教育研究部

キーワード：病弱教育、病弱養護学校、院内学級、転入学の手続き

### I. はじめに

我が国では、入院・治療している病氣療養児（患児）に対し、地域の主な病院の中で学校教育（病弱教育）が行われている。病弱教育における教育と医療の連携は、学習効果や心理的な安定を図る上で重要である。学齢期の患児の約15%が病弱教育の対象となっており、85%の児童生徒が普通の小・中学校に在籍している。

### II. 教育の意義

小学生時代は、基本的な生活習慣が形成され、家庭外の生活が多くなる時期である。友人と競争したり、妥協したり、協調したりして関係の拡大を図る時期であり、社会性が拡大する。特に、学校への適応や成績が大きな意味をもち、学校生活にかかわる問題が多くなる。入院や治療のため学校を欠席しがちになると、学習に遅れがでたり、クラス内で孤立し、仲間から取り残される不安感が高まる。長期間にわたり入院する場合、病院という隔離された環境から、経験不足に陥ったり、仲間関係や社会適応の構築が未発達になることもある。

中学・高校時代は、心身の成長・発達が著しく、心理的に親から独立して自我同一性を求め、社会性をつけて成人期の基礎を養う時期である。理想的な自分のイメージと自分の容姿や能力を比較することで劣等感をもったり様々な葛藤がおきやすく、自分の将来の生活について考えを深求する時期でもある。この時期に疾患をもつことは、学業の遅れや欠席などの学校生活上の問題や副作用への不安、ボディイメージに関する劣等感、病気の予後や自分の将来

についての不安などを抱くようになり、複雑な心理的問題を抱えるようになる。自立という課題達成のために病気を抱えながら様々な葛藤を経験する。

入院中の学齢期の子どもに、学校教育とのつながりをもたせることは、学習空白や遅れを補完し学力を補償することはもちろんのこと、不安感を軽減し心理的な安定に寄与したり、自主性・積極性・社会性を涵養したりするなど心理的・社会的発達にきわめて重要な意義をもつ。さらに自己管理能力の向上や入院中のQOLの向上などの意義も挙げられる。

### III. 教育の場

病院に併設・隣接する又は病院内にある教育の場としては、①病弱養護学校、②肢体不自由養護学校、知的障害養護学校の分校・分教室、③病院内にある病弱・身体虚弱特殊学級、④訪問教育が挙げられる(図1)。

①病弱養護学校(平成12年度に全国で95校)では隣接又は併設する病院から児童生徒が通学したり、教師が病院内の分教室や病室で指導を行ったりしている。また、地域によっては、②肢体不自由養護学校、知的障害養護学校の病院内分校、分教室が設置されている場合もある。③小学校や中学校の特殊学級として病弱・身体虚弱特殊学級(平成12年度に全国で801学級)が設置されている。特に、病院内に設置されている特殊学級を院内学級と呼ぶ。④訪問教育では、養護学校から教師が病院に派遣され、ベッドサイドで直接指導がなされる(週2～3回、1回2時間程度)。小学生、

中学生，高校生がその対象となる。

#### IV. 教育の内容

基本的には，小学校，中学校，高等学校又は幼稚園に準じた教育課程が編成されるが，個々の児童生徒の実態に応じて，教育計画が作成され，指導内容が準備される。

#### V. 転出入の手続き

病院で診断が下された後，入院が必要な場合，保護者が学校の担任に申し出，転学の手続きを始める。学校から教育委員会を経て，養護学校又は院内学級を設置している小・中学校へとという順に転学手続きが行われる。病弱養護学校，院内学級では，転学の手続きに2週間程度を要するが，手続きの完了していない児童生徒についても実際上教育を受けられるよう配慮してい

る。また，退院後に元の学校に戻る場合にも転学の手続きが行われる。この際には，病気のために身体活動の制限や日常生活の配慮事項などが必要な場合，転出先の学校への医療関係者からの指導助言が重要となる。

#### VI. 医療と教育の連携

医師は学校に伝えるべきことを家族や本人とよく話し合い，そこで同意したことを家族を通して学校に伝えることが大切である。可能な限り保護者，医師，院内学級等の教師，前籍校の担任など子どもを取り巻く関係者が話し合うことのできる場（例：転入時の会議やケースカンファレンス）を設け，それぞれの立場から病気や行動等に関する情報交換を行い，子どもを多面的に理解，支援していくことが望ましい。

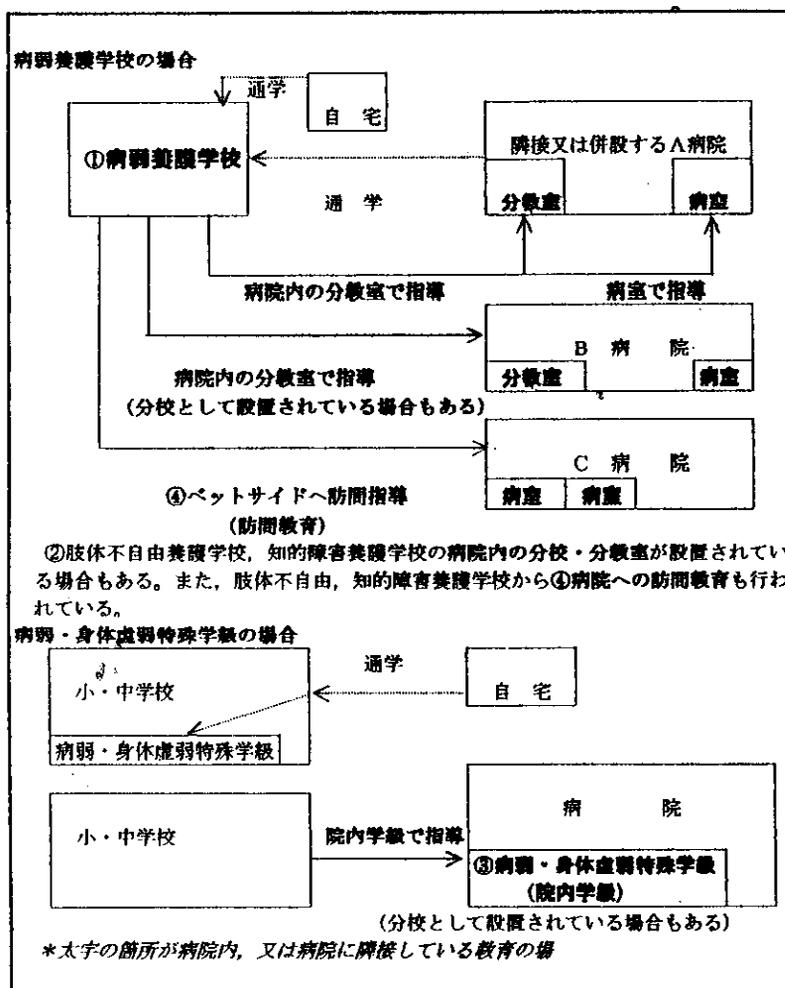


図1 病気療養児の教育の場

## 5). 児童精神科、精神科

金生 由紀子

東京都立北療育医療センター 精神科

キーワード：児童精神科、精神科、精神障害、発達障害、家族力動、行動障害

### 1. 精神科との連携が必要となる場合

一般小児科医では対応に困難で、児童精神科、精神科（以後、精神科）との連携が必要となるのは、子どもの行動上の問題や精神症状が強い場合や子どもの病状に対する家族の影響が大きいと思われる場合などである。また、複雑なケースワークが必要な場合、心理士を初めとするコメディカル職の密な関与が必要な場合にも精神科との連携をしばしば要する。

なお、児童精神科はいまだ標榜科目として認められていない。児童精神科医は、精神科の中の児童専門外来、児童相談所などの場で活動している。ここでは、医療機関の精神科医として一括して述べ、特に児童精神科医の関与が必要な場合に明記した。

#### 1. 子どもの要因

##### ①行動や情緒の問題が強い場合

一つは、外向性の(行動面の)問題、特に攻撃性が激しい場合である。攻撃性には、家族などが怪我をするほどの暴力、器物破壊などの他者や物品に対するものと、手首自傷、大量服薬を初めとする自殺企図などの自己に対するものがある。精神運動興奮が激しく言動がまとまらないことも含まれる。もう一つは、内向性の(情緒面の)問題、特に無気力・引きこもりが著しい場合である。この場合は行動上の問題としてまず認識されるが、精神分裂病やうつ病性障害などの症状の現れであることが多い。

##### ②精神症状が強い場合

幻覚、妄想、自我障害（誰かに行動させられると確信する作為体験など）などの了解しにくい精神症状及び強い希死念慮を示す場合である。精神分裂病や気分障害（うつ病性障

害や双極性障害）が疑われる。強迫症状やパニック発作などが目立ち、精神療法や複雑な向精神薬による治療を要する場合もある。この他に、摂食障害も精神科医との連携を要するが、身体面のケアを中心に小児科医が一定の役割を果たし続ける点が他の精神科疾患と異なる。

##### ③基盤に発達障害がある場合

情緒や行動の障害を認めて精神発達の問題を疑われる場合には、児童精神科医の関与を要する。精神遅滞がないまたは軽いものの発達障害が基盤にあって不適応となり不定愁訴などを呈していることもあり、発達障害の可能性も考慮して専門医と連携を図る。

### 2. 家族の要因

両親間で子どもをめぐる激しく対立しており、家庭内の雰囲気がかきわめてとげとげしく、子どもの心身症を増悪していると思われる場合には、それも治療対象となる。子どもの症状の背景にあるこのような家族力動(家族成員の示す考え、感情、行動などによって家族内に形成される態度や雰囲気)の歪みを解析して修正するには精神科医の関与が必要である。

時には、親が精神分裂病や気分障害で十分な治療を受けておらず、それを治療軌道に乗せる必要があることもある。人格障害であるのに単に身勝手な親とだけ思っただけで治療者と親との関係が悪化してしまうことがあるので、注意を必要とする。特に、児童虐待では人格障害の可能性を念頭に置く。

### 3. その他

#### ①複雑なケースワークを要する場合

子どもを巡って学校、児童相談所、保健所などの異種の機関が連携することはしばしば

ある。これらの関係諸機関と子どもと家族とでは訴える問題が大きく異なることも珍しくない。各々の立場や認識をきちんと評価して調整するには、そういう経験の豊富な精神科医が当たった方がよい。特に、子どもが低年齢や発達障害を伴う場合には、児童精神科医の関与が望ましい。児童相談所が子どもを巡るネットワークに含まれ、その一員である児童精神科医が機能するという場合もあり得る。

## ②コメディカル職の密な関与が必要な場合

子どもの精神機能の評価や精神療法には心理士の参加が必要なが多いが、小児科医ではアクセスしやすく、何をどう依頼してよいか分からなかったりする。精神科医を経て心理士に関与してもらった方がよい。

## II. 精神科との連携についての基本的な考え方

小児科は、医療的なケアを求めて子どもが地域で初めに訪れる窓口である。小児科医は対処の大まかな筋道をつけて子どもや家族にガイダンスを行い、より焦点化した治療へ繋げていく。精神科医との連携も例外ではない。精神科医の専門性と限界を理解して、不必要に小児科での治療を長引かせないこと、患者側に精神科への過度の不安や期待を抱かせないことが重要だろう。精神科受診が望ましいと思われる理由を子どもと家族に分かりやすく説明することが必要である。そして、今後ともプライマリーケア医として関わり続けるという姿勢を示し、患者側の安心と信頼とを得る。

## III. 精神科との連携の実際

連携の形態からすると、第一には、小児科で診療を継続していく上での精神科へのコンサルトである。精神科のある総合病院では比較的容易である。最近では精神科クリニックが増加しており、相談できる精神科医を地域でみつけやすくなっている。診断を深める手立てやどうなったら精神科へ紹介した方がよいかも相談できる。

第二には、小児科と精神科との併診である。小児科医の役割は個々の場合でかなり異なる。例えば、摂食障害では、共同で治療方針を立てて、小児科医が身体面のケアや行動のコントロールを、精神科医が子どもの精神療法や家族療法を分担して行うことがあり、小児科医と精神科医との密な連携のもとで小児科医が大きな役割を担う。一方、治療の主体は精神科となるが地域での長期的なフォローのために小児科医が関与し続ける場合もある。精神科医との役割分担を明確にする必要があり、その見直しの時期の目安もつけておいた方がよい。

第三には、精神科への紹介である。子どもの診療の他に、親などの診療・相談を目的とする場合もある。親に精神的な問題があると、円滑にいかないことがあり、どのようにして精神科受診に導くか自体をあらかじめ精神科医と相談しておく必要が生じるかもしれない。

いずれの場合でも、治療の方向性とそれに応じた連携の目的を両方で確認して、具体的な連絡の仕方について打ち合わせておくことが必要である。

具体的なアクセス先を見つけるには、児童相談所や保健所などに相談するのも一つの方法である。たとえ非常勤でもこれらの機関には精神科医が関与しており、地域の精神科医の情報を有している可能性が高い。家族や関係諸機関のケースワークに長けた精神科医をみつけやすいかもしれない。特に、著しい引きこもりでは、保健所で精神科医が行っている精神保健相談などに家族にまず行ってもらおうというやり方もある。子どもを無理矢理に小児科まで連れ出そうとはせずに、このような相談に繋げておいた方がよいかもしれない。また、日頃から地域で気軽に相談できる精神科医をみつけておき、例えば家族療法はどこに依頼したらよいかなどと必要に応じて尋ねられるようにしておくのもよいだろう。

## IV. 精神科とのよりよい連携のために

精神的な問題と関係して不定愁訴を呈して

小児科を受診する子どもが少なからず存在することを念頭に置き、それへの感度を上げることが大切である。精神的な問題を含めて子どもをトータルでとらえること親が相談しやすい小児科医となり、育児相談・援助的な活動も含めて子どもの心の健康度を上げられるようになるのが望ましい。

#### 参考文献

1) Garralda, ME: Primary care psychiatry, *Child and Adolescent Psychiatry: Modern approaches* third edition (ed by Rutter M, Taylor E, and Hersov L), 1055-1070, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1994.

2) 金生由紀子: 小児精神医療における多職種チームアプローチの実際. 臨床精神医学講座 S5 精神医療におけるチームアプローチ, 中山書店, 東京, 59-68, 2000.

3) 金生由紀子, 太田昌孝: 特別発言: 関連領域の連携の重要性. 日本小児科学会雑誌 (印刷中)

4) 宮本信也: 子どもの心身症: 小児科医と精神科医の連携. 小児科臨床, (2): 189-195, 1998.

## 6) 児童福祉施設・児童相談所との連携

氏家 武

北海道こども心療内科氏家医院

キーワード：児童相談所、児童養護施設、一時保護、虐待、不登校、電話相談、里親、養子縁組

### I. 児童福祉施設

児童福祉施設には、乳児院、障害児通園施設、障害児入所施設、情緒障害児短期治療施設、児童養護施設、自立支援施設などがある。小児心身症に対する支援の一つとして、これらの福祉施設が有用であることが多い。これらの施設を利用するには各地域の児童相談所で措置を受けなければならない。それによって、こどもの支援を行うに相応しい施設が選ばれることになる。

例えば、虐待が明らかで親による十分な適切な養育が期待できない場合には、それに代わるこどもの養育の場として乳児院や児童養護施設が相応しいことがある。心理社会的問題が深刻な不登校児に対しては、情緒障害児短期治療施設や児童養護施設を活用して学校や生活環境を調整することが可能な場合もある。また、非行や行為障害の場合には、児童養護施設や自立支援施設を長期的に活用することにより、家庭で体験されなかった他者や大人との信頼関係の（再）構築を行うことによって回復させることも可能である。しかし、これらの児童福祉施設には医療従事者がいない場合が多いため、身体症状を主とする狭義の心身症への対応には大きな限界がある。そのため、医療的な関わりを要する不登校児やADHD児などを施設に処遇する場合には、専門医療機関との連携が必須である。

また、これらの児童福祉施設では独自のさまざまな相談業務（電話相談や窓口相談など）を行っていることがある。チックや習癖、子育てに関する悩みなど、親から相談される比較的軽度の問題については、それらの問題解決に相応しい各施設の相談窓口を紹介することができる。

### II. 児童相談所

児童相談所（子ども家庭センター）は各都道府県と政令都市に設置され、児童福祉法に基づいてこどもの健全と育成に関するあらゆる問題に対する相談と処遇を行う福祉行政機関である。相談を受け付け具体的な面接対処に当たる児童福祉士、心理判定を行う心理士、医学的診断とアドバイスを行う医師（多くは嘱託医で、小児科医と精神科医）が主なスタッフである。

児童相談所への相談は、親でも学校教師でも医師でも、もちろん子ども自身でも誰でも利用できる。相談内容は、家庭におけるこどもの養護に関わること、こどもの健康保健に関すること、障害に関すること、虞犯（その性格又は環境に照らして、将来罪を犯し刑罰法令に触れる行為をするおそれのことで、例えば家出や家族の金品持ち出しなど、まだ犯罪とまでは言えない程度の非行行為）や触法行為などの非行に関する相談、対人関係の問題や不登校などこどもの育成に関する相談などに分けられる。通常、これらの相談には多くの場合、心理判定と相談面接による対処がなされる。しかし、精神分裂病が疑われたり、身体症状に対する薬物療法が適切と考えられるなど、医学的診断や治療が必要な場合には嘱託医による面接（医診）が行われる。その結果によって、児童精神科や心療内科などの専門医へ紹介されることになる。しかし、児童相談所自体では診療は行っておらず、明らかに医学的対処が必要なケースは児童相談所では扱い切れない。

児童相談所は一時保護によってこどもを一定期間預かることができる。これによってこどもやその家族が抱える問題をより詳細に評価したり、その問題に対する処遇についてよ

り慎重に考慮することができる。この機能は、虐待が疑われるケースでは極めて有用である。特に、こどもに生命的な危険が危ぶまれる時には、児童相談所長の権限でこどもを親から分離して保護することができるため、最近はこのによる一時保護の活用が急増している。また、この制度を利用して、夏や冬休みに不登校児を集めてキャンプを行い、こどもたちの社会性を促す治療的な場として活用されることもある。

児童相談所はこどもが抱える問題に応じて、こどもを各児童福祉施設に措置する権限がある（各児童福祉施設については上記を参照）。また、養護事情に欠けるこどもに対しては里親委託や養子縁組の斡旋も行っており、虐待に対する福祉的対応の一つとして期待されている。

さらに、児童相談所は家庭裁判所や種々の教育機関、警察、地域の保健センターや児童委員などとの連携が行われており、児童相談所を中心にしてこどもの心身の問題に対するネットワークができています。現状ではこのネットワークの成熟度には地域差があるが、これを積極的に利用することで小児心身症に対する支援を福祉的な側面からも行うことができる。もちろん、ネットワークがあるからと言ってすべての問題の発生を予防できるわけではないが、ネットワークをより積極的に活用することで問題の早期発見と早期介入が期待できる。

#### 参考文献

北海道生活福祉部児童家庭課：北海道児童相談所業務取扱要領（改訂版）、北海道中央児童相談所（企画調整室）編

## 7). 第三次予防と厚生労働省の取り組み

山縣 然太郎<sup>1)</sup>、石崎 優子<sup>2)</sup>

1)山梨医科大学保健学 II 講座、2)関西医科大学小児科学教室

キーワード：三次予防、ヘルスプロモーション、母子保健、健やか親子21

### I. 心身症の三次予防とは

疾病の予防は、疾病の発生要因を明らかにして発病前にその要因を取り除く：一次予防、疾患の早期発見と早期治療：二次予防、後遺症を残した場合の機能訓練と社会復帰ならびに生活習慣の改善などによる再発防止：三次予防からなる<sup>1, 2)</sup>。

地域の医療機関に期待される小児心身症患者への対応は、心身医学的問題の早期発見・早期治療とは限らない。専門治療を受けた後に地域に戻った子どもたちを、その心身の成長を援助しつつ、患児が成人になるのを見守るという重要な役割があることを忘れてはならない。子どもたちの生活の場から遠く離れた心身症専門医療機関では、治療により主症状が消失した子どもたちを成人まで見届けることは現実的に困難である。しかし、素因や環境要因が複雑に絡み合って心身症を発症した子どもは、一つの問題を乗り越えたからといって、社会的に自立した一個の人間へと至る道は決して平坦ではない。子どもの心身症の早期発見・早期治療を二次予防、講演会などによる健康教育を一次予防とすると、専門的な治療終了後の子どもたちが社会の中に戻ることを援助する、いわば、地域におけるリハビリテーション（三次予防）についての認識が求められよう。そして、その役割は、地域の第一線で活躍する小児科医、学校医、家庭医（かかりつけ医）に求められよう。

この項目では、一次、二次予防と共に地域の医療機関が果たすべきもう一つの重要な役割、すなわち心身症の三次予防について概説する。

### II. 思春期科医と家庭医の役割

子どもの発育の支援体制について、思春期医学科と家庭医の役割から考えてみたい。

思春期は身体的・精神的に最も成長が著しく、それ故に心身の状態が不安定になりやすく、信頼に基づいた治療関係が必要とされる時期でもある。米国における思春期医学科では、思春期の子どもたちの一般小児科診療から思春期という年代の子どもに起こりやすい身体・心理・社会的問題の全般をケアしている<sup>3)</sup>。思春期の子どもに心理的問題が現れる場合、学校、人間関係、生活態度など日常生活全般に問題が及ぶことが多く、一人の医師が解決するのは困難である。そのような場合、小児科医、精神科医、産科医、心理士、看護婦、教師、ソーシャルワーカー、栄養士などが意見交換を行い、協力しながら子どもを支えている。

家庭医（家族のかかりつけ医）が小児・思春期の子どもを見る場合には、家族や地域とのかかわりの中で子どもを見る事が出来るという利点がある。子どもの成長には、両親の遺伝的資質、家族という最小の社会単位での環境要因、加えて子どもを取り巻く地域という環境要因などが影響を与える。これらの要素全てを包括して、子どもを成長という時間軸の中でフォローできるのが、家庭医（かかりつけ医）である。

地域における心身症の三次予防とは、本冊子に述べられているような各種機関について、その地域での活動状況を把握し、日常的に連絡を取り合っ、心身症の子どもたちを地域で見守り、成長を援助することである。臨床医にとっては各所との連携は既に日常業務となっている場合も、認識を新たにさらに活動を深めていただきたい。

### Ⅲ. 三次予防の現状と「健やか親子21」

残念ながら小児心身症の三次予防の整備はほとんどされていない。これは、母子保健行政では子どもの心の健康づくり対策により、主に、いじめや虐待によるこころの問題の対策を推進してきたが、小児心身症に対する対策は事業として具体的には展開されてはこなかったためである。その理由の一つに、当該疾患の実態把握がなされていなかったことがあげられようが、全国実態調査により一般小児科医が関わる機会が極めて多い疾患であることが明らかになり、その対策の必要性の根拠となった。

そこで、2001年に始動した母子保健の2010年までの国民運動計画である「健やか親子21」なかでも対策が盛り込まれることとなった<sup>4)</sup>。この基本理念は健康増進や疾病の予防、さらに障害や慢性疾患をコントロールする能力を高めること及び健康を支援する環境づくりを柱とする公衆衛生戦略であるヘルスプロモーションである。これは単に疾病発生前の一次予防のみならず、疾病後の三次予防の概念も包含するものであると解釈できる。

健やか親子の4つの柱（①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進、②妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援、③小児保健医療水準の維持・向上させるための環境整備、④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減）のうち、小児心身症は妊娠・出産の項目以外はいずれも関連している。

具体的な取組みとしては、心の問題に対応できる医師や専門家の養成、乳幼児健診を利用した親子関係の観察、小児科医が子どものこころの問題に対応できる体制の整備など早期発見早期治療を主とする二次予防体制の充実が中心となっている。一方で、そのケアやフォロー体制にも言及しており、学校保健と地域保健・医療・児童福祉の連携および親への教育・支援の必要性が強調されている。小児科医の取組みとしては、学校医として学校保健委員会での活動、健康管理の専門家として

授業への参加、さらに、地域においては専門医だけでなく、子どもたちの身近にいる一般小児科の役割も指摘されている。

このように、小児心身症の三次予防はこれからの課題である。心身症の子どもたちを地域全体で見守り、再発や悪化を防止し、健やかに育つ環境づくりのためには、現在推進している子どもの心の健康づくり対策で構築された市町村ネットワークに医療機関も加わり連携を組織ぐるみで持つことにより、より強固なサポート体制を構築することが可能であろう。

#### 文献

- 1) U. S. Preventive Services Task Force: Guide to Clinical Preventive Services. Williams & Willkins, Baltimore, xi-xli, 1996.
- 2) 幸田正孝、高久史麿、坪井榮孝、三浦文夫、総監修：WIBA2001年版、523-524、日本医療企画、東京、523-524、2001.
- 3) 石崎優子：米国における思春期医学。治療。83:1227-1233:2000.
- 4) 健やか親子21ホームページ：  
<http://rhino.yamanashi-med.ac.jp/sukoyaka>

## 7. 心身症専門機関における対応

塩川宏郷

自治医科大学小児科学教室

キーワード：プライマリケア、二次医療機関、紹介のタイミング

### I. はじめに

小児の心身症に対応する専門機関は少ない。通常は、一般小児科診療の延長上にある体制でそれぞれが工夫しながら心身症治療を行っているのが現状である。したがって、小児の心身症の治療は、すべてを専門機関が担うということは現実的ではなく、むしろプライマリケアの場面と二次医療機関との役割分担と連携が重要になる。本稿では、小児心身症の専門機関（二次医療機関）が行う対応について概説し、紹介のしかた、紹介のタイミングなどについて記載する。

### II. 専門機関の診療体制

#### 1. スタッフ

すべての専門機関が同じ体制をとっているわけではなく、心身症の診療についてはどの医療機関も試行錯誤を繰り返しているのが現状である。基本的には心身症あるいは心理専門スタッフが配置されているという点が専門機関と言える必要最低限の条件であろう。

スタッフは、医師、心理士が中心になる。医師は小児科医であり心身症診療のトレーニングを受けていることが望ましいが、十分な研修制度を有する教育機関は少ないので、日本小児心身医学会や日本心身医学会が主催する研修会などを利用している。また、必要に応じて一定期間精神科のトレーニングを受けている（児童精神科の研修を受けることが望ましいが、研修できる施設は限られている）。小児の心身症診療についての特別な認定医制度は存在しないので、日本心身医学会の認定医（心療内科医）制度を利用することもある。心理士は小児の発達や思春期のカウンセリングなどに精通している者を配置している。

#### 2. 外来診療

紹介患者は一般外来から専門外来にふりわけられる。専門外来は予約制で医師が臨床心理士と協力して診察を行う。医師は主として薬物療法や精神療法的なかかわり、親に対するガイダンス、学校関係者や他機関との連絡調整などを行う。臨床心理士は児に対する心理療法や家族療法などを行う。低年齢の児には遊戯療法や描画、コラージュ療法など、年長の児に対してはカウンセリングや自律訓練法、動作法などを用いたかかわりを行う。

筆者の関係するある医療機関（以下「当院」）の診療体制をご紹介します。心身症診療は、専門担当医師1名、臨床心理士1名が中心となって行っている。外来診療は予約制になっているが、初診については一般外来で取り扱うことになっている。紹介状を持参している患者さんで心身症が疑われる旨の内容の記載があれば、専門担当医師が診察する。専門医師が不在の場合は必要に応じて専門外来の予約が指示される。専門外来といっても1時間あたり4人の診察を行う体制であり、文字通り一般外来の延長の診療内容になっている。人的なリソースを充実していくことが急務である。心理士は一人あたり30分から1時間の面接時間をとり、カウンセリングや描画療法、コラージュ療法（作業療法の一つ、「切り抜き貼り遊び」とも言われる）などを行っている。週に1回ミーティングを行い、その週の初診患者や現在問題が多い児についての情報交換と役割分担を行っている。また同時に入院治療を行っている児についての短時間のカンファレンスを行うこともある。

#### 3. 入院診療

主として身体管理が必要な児に対して入院

治療が行われる。病棟主治医、研修医と外来主治医、看護スタッフ、心理士がチームで行う。必要に応じて院内学級教師や医療ソーシャルワーカーなども関与する。通常は身体管理や検査が入院治療の目的であり、行動面の問題が大きい場合は、小児科病棟の枠組みではサポートしきれない場合もあるため、精神科との連携が必要になる。入院後や、治療の進行具合によってはスタッフの役割分担を確認したり、今後の方向性について情報を共有するためのカンファレンスを開催する。カンファレンスは通常入院中数回にわたって開催される。

急性疾患を取り扱うことの多い小児科病棟は、心身症治療のための長期入院は現実的ではない。その病院のもつ特徴を生かしながら、なお試行錯誤しているというのが現状であろう。当院においては、通常学童病棟での入院治療を行っている。研修医が病棟主治医になる場合もある。急性期の疾患および悪性腫瘍など長期間入院している児が混在しており、さらに外科系疾患との混合病棟のため看護スタッフの負担が大きいという難点がある。行動化などがみられる児については個室で養育者に協力してもらい管理することもあるが、早期に精神科に関与してもらうことにしている。スタッフ全体のカンファレンスは必要に応じて開催するが、毎週心理士と外来医師のミーティングの際に短時間のカンファレンスを行い治療の方向について情報を共有することになっている。

### III. 二次医療機関の守備範囲

プライマリケア機関との間に明確な区分はないが、基本的には身体管理も含め長期的な治療関与が必要な疾患が中心になる。具体的には、神経性食欲不振症が中心となるが、その他過敏性腸症候群や気管支喘息なども対象となる。また、通常二次医療機関には厳密には心身症といえない行動面の問題をきたしている児が受診していることが多い。すなわち、長期化した不登校や家庭内暴力、学校不適応

をきたしている発達障害児、注意欠陥多動性障害や被虐待児症候群などである。

当院はプライマリケア機関としての役割ももっているため、外来に受診する児の中でもっとも多いのは、心因性の身体症状が疑われる児特に不定愁訴で特定の診断に至らないという例が25%程度を占めている。ついで学校不適応をきたしている発達障害児、不登校、いわゆる心身症（過敏性腸症候群、起立性調節障害など）、注意欠陥多動性障害、摂食障害、神経症圏の障害、その他（虐待や精神病圏の障害の一部）という内訳になっている。

### IV. 紹介のタイミング

小児の心身症の治療において、プライマリケア機関から二次医療機関に橋渡しを行うタイミングは治療の行方を左右することが少なくない。神経性食欲不振症などの摂食障害は、できるだけ早く専門機関と連携することが望ましい。治療の構造が一定にならないと家族や本人の症状も動揺してしまうためである。心身症治療は、治療者の力量（やる気）に拠る部分もあるために、自分なりの紹介するタイミングを決めておくといよい（criteria for referral）。不登校についてはプライマリケアでしっかり関与することで80%が1年以内にその適応レベルが上昇（再登校など）しているという報告もある。心身症についてもその心理社会的な背景に思いをいたしながらも積極的に身体治療を行うこと、心をいじりすぎないことの必要性が言われていることもあり、今後さらにプライマリケアの重要性が増すものと考えられる。表1に紹介のタイミングについて示した。

### V. 紹介の仕方（必要な情報および連携のありかた）

ある程度治療関係を形成してからの紹介は、「すべておまかせします」的な紹介すなわち患児や家族の見捨てられ感を増強しないような形で行うことが望ましい。数ヶ月先に再診の約束をすとか、二次医療機関で開催され

るカンファレンスなどに出席するなどするとよい。

紹介前に集めておくことが望ましい情報を表2に示した。紹介時に必要な情報としては、家族の情報特に両親や祖父母のひととなりが見えるような情報があると役に立つ。またストレスサー（ストレス状況を作り出すもの）となりうる要因や児の持っているリソース要因（ストレスサーに対して拮抗する作用のある資源、家族や周囲のサポートシステムなど）についても整理し、心身症として治療を考える上での「見立て」について言及しておくほうが良い。また、どの期間どのような対応がなされ、それによって児の症状がどのように推移したかについての情報も必要である。

専門機関受診にあたっては、児も親も「心身症」の概念を理解しある程度の動機付けをもって受診することが望ましく、その意味で心身相関についての説明を児と親にしておく必要がある。単に「精神的なもの」という決めつけは好ましくない。また、児本人が受診を拒否している場合は無理強いすべきではない。紹介時の情報がしっかりしていれば、本人の受診がなくても家族を通じたサポートが可能である。

小児心身症の診療を専門に行う機関に限られている状況では、どの医療機関に紹介すればいいかという情報が必要である。小児科学会の地方会などで心身症関連の発表をしている医療機関の情報を得ておくが良い。また、日本小児心身医学会では県別の名簿を作成しているのので、同学会に入会することも情報収集には役に立つと思われる。

## VI. おわりに

小児の心身症の診療はたとえ二次医療機関であっても試行錯誤を繰り返しており、また一般の小児科医同様、一般外来の延長上で診療を行っているのが現状である。考えられるさまざまな場面で情報交換を積極的に行い、役割分担をしていくことが今後の小児の心身症診療に求められる体制である。

## 文献

山下文雄編：子どもの心の問題。小児科MOOK 60、金原出版、1991。

表1 専門機関への紹介のタイミング

- 
- 1) 入院が必要と思われる時
    - (1) 一時的にでも家族と切り離れた方がよい場合（家族関係のゆがみが強い、家族の干渉やプレッシャーが強いなど）
    - (2) 毎日の行動観察が必要な場合（睡眠障害など）
    - (3) 心因性と思われる不明熱が続くとき
    - (4) 院内学級を利用する目的（慢性疾患がある場合）
    - (5) 外来での治療に限界があるとき（摂食障害など）
  - 2) 専門機関からさらに精神科の関与が必要と思われるとき
    - (1) 家庭内で管理できないような行動化（自殺企図、激しい家庭内暴力）
    - (2) 家族の精神疾患が疑われるとき
    - (3) 長期にわたって（概ね3ヶ月程度）病状が変化しないとき
    - (4) 虐待が関連しているとき
  - 3) その他
    - (1) 治療者やスタッフが児または家族に対し否定的な感情を持ち始めたとき
    - (2) 施設単独でのケアが困難なとき（学校や児童相談所などと連携が必要なとき）
- 

表2 紹介前に集めてあるとよい情報

- 
- 1) 患児自身について
    - (1) 両親の考える子どもの現時点の問題点（主訴）、症状の経過および現在の状況
    - (2) 問題行動や症状を悪化させたり改善したりする因子
    - (3) 子どもの状態に対し両親が考える「原因」
    - (4) 受診の動機
    - (5) 行動様式：基本的な日常生活、習慣
    - (6) 問題行動：攻撃性、反社会的行動、非行
    - (7) 他人との相互関係のとりかた（社会技能）
  - 2) 生育歴
    - (1) 発達の経過
    - (2) 医学的な経過
  - 3) 家族因子
    - (1) 家族構成
    - (2) 両親の生育歴：両親の育った家庭の過去と現在の状況、学校および職場への適応状況、職業以外の関心事、両親の医学的・心理社会的な問題
    - (3) 養育環境：しつけの方針、育児態度、親子の仲、両親の教育感、住居の環境、経済状況、両親の性格、近隣との接し方
  - 4) 学校因子
    - (1) 学業成績：成績全般、特に得意なもの・苦手なもの
    - (2) 学校への適応状況：仲間・先生との相互関係のとりかた、クラブ活動などへの適応状況
    - (3) 学校以外の活動状況
    - (4) 教師との相性、学校の方針
-

# 1. 循環器系—起立性調節障害—

田中英高

大阪医科大学小児科学教室

キーワード：起立直後性低血圧、体位性頻脈症候群、神経調節性失神、起立試験、薬物療法

## I. はじめに

起立性調節障害 (OD) は、起立に伴う循環動態の変動に対する生体の代償的調節機構が適切に対応できないことによって生ずる。この機構には、循環血漿流量、心拍出量、末梢血管特性、脳循環調節特性、そしてこれらを調節統合する自律神経機能が含まれる。この中でも自律神経機能の役割は重要であるが、これが心理的ストレスによって非常に強い影響を受けて、その結果、循環動態の調節障害が生じてくる。すなわち、OD は心身症と位置付けて日常診療に当たることが重要である。

OD には、特徴的な循環動態を持つ数種類のサブタイプが存在するが、その中でも、起立直後性低血圧、遷延性起立性低血圧、体位性頻脈症候群、神経調節性失神が重要である (図1)。各々がオーバーラップすることもあるが、発症機序が各々異なるため、治療を含めた対応も異なることに注意する。

## II. 一般小児科医を受診する際の主訴

当然、他の心身症の各疾患にもみられるような自律神経系を介する様々な不定愁訴を伴うが、なかでもとくに、起立時の循環調節障害に基づく身体症状が中心となる (表1)。すなわち、全身倦怠感、立ちくらみやふらつき、失神発作、頭痛、食欲不振、気分不良、動悸、睡眠障害、朝起き不良、顔色不良などがみられる。この中でも、強い全身倦怠感、立ちくらみ、睡眠障害は上記のいずれのタイプでも、7~8割以上に認められる。さらに、起立直後性低血圧では、立ちくらみ、全身倦怠感が、体位性頻脈症候群では、頭痛、全身倦怠感が、神経調節性失神では失神発作が主訴となりやすい。

もっとも多い起立直後性低血圧では、起立直後に血圧低下が強いタイプが多いため、起立後5-10秒で、立ちくらみや気分不良で、座り込んだり、倒れ込んだりすることがある。そうになると、もう一度起き上がるのが恐くなり、なかなか起き上がろうとしない特徴がある。朝であれば、寢床から起き上がらないことにもなる。

一方、精神症状も伴うことが多く、強い不安、抑うつ感情、焦燥感などがみられる。

## III. OD の中で心身症と言えるものがどの程度存在するか。

OD 様の身体症状は、思春期前後に特有な循環器、内分泌系の急激な変化によってもたらされる正常な現象である。その多くは、生体の代償機構によって制御機構が破綻せず、程度が軽く日常生活に大きな支障がない。しかし、生物学的理由から代償機構が不十分であったり、さらに心理社会的ストレスによって自律神経中枢に影響が与えられた結果、自律神経系を介する調節機構がうまく作動なくなり、個人の血管特性や自律神経反射特性によって様々なタイプのODが発症すると考えられる。

OD には神経症的登校拒否 (不登校) を合併することが多く、起立性低血圧、体位性頻脈症候群のいずれにおいても、50-60%に不登校が合併する。そしてこれらの不登校児は、OD が身体的治療によって軽減しても持続し、各種の心理療法が必要となる。また不登校を生じていないODの約半数で、心理社会的問題が明らかであることから、ODの70-80%は心身症と考えられる。

#### IV. 身体所見

OD は、起立時や座位での循環不全があるため、顔色不良であることが多い。また座位での診察では、いずれのタイプも90/分以上の軽度頻脈を認めたり、撓骨動脈の拍動は減弱していることが多い。

起立時には、強く早い心尖拍動が胸壁から観察されることがある。また起立中には、皮膚循環の異常のため、足の色が悪くなったり、足が痒いと訴えることがある。失神発作直前には、冷汗、過呼吸、顔面蒼白となる。

体型では、比較的やせ形が多いと記載した書籍もあるが、正常体型や、やや肥満気味の患者もおり、統計的有意差は明らかでない。胸部レントゲンで小心臓(CTR<40%)は、参考所見となることがある。起立時の心電図にて、T波の減高を認めることがあるが、起立時の頻脈と関係がある。

#### V. 起立試験および評価方法

##### 1. 起立試験法

図1に示しめすような血圧記録は、特殊な測定装置を必要とするので、一般小児科では、従来の起立試験法(シェロングテスト)を行う。臥位と起立時を比較した血圧心拍の変化から、ODのタイプを、概ね決定する。血圧測定は頻回に行うので、医療用もしくは、家庭用自動血圧計を用意する。

安静臥位10分の後に起立位をとり、経時的に血圧心拍を測定する。起立方法には、自分で起立する能動的起立を行う。起立前に臥位は、必ず10-15分間とする。臥位終了時に3回程度測定を行い平均値を算出し臥位血圧とする。その後、起立させ、起立直後と1分-10分後まで1分毎に行う。(低血圧発作による転倒を防止するため、血圧測定は頻回に行う。看護婦または臨床検査技師に十分なトレーニングをすれば、測定は医師でなくとも良い。)起立直後の血圧測定は、起立と同時に測定を開始すると、起立30秒後の血圧測定が可能である。低血圧発作が生ずれば検査を中止し直ちに臥位にする。起立失調症状(ふらつき、

だるさ、冷汗、動悸、気分不良)が出現しなければ、一般的には起立10分で終了する。

測定上の注意点:測定条件や日時によって変動がある。静かな検査室で患者の緊張をときほぐし、検査機材に馴染ませながら実施する。喧噪な外来処置室では疑陽性や偽陰性になりやすいので、可能な限り静かな部屋で実施する。また疾患の特徴でもあるが、日時の変動があるので、1回の検査ですべてを判定しない。

##### 2. 診断の手順

起立血圧試験を参考にした起立性調節障害の診断の手順は、図2に示した。これによって、ODのタイプに合わせた適切な治療を実施できる。

起立直後性低血圧の正確な診断(表2)のためには、特殊な装置を使った起立血圧試験を必要とするが、詳細は他書<sup>1)</sup>を参照されたい。

#### VI. 一般小児科医で可能な治療

ほとんどの患儿が身体不調の改善を望んでいるので、一般小児科医として通常の身体的治療を行っていく。上記のODのサブタイプ別の治療を進めていく。たとえ起立試験で異常が発見できなくても、詳しい問診は、それ事態が治療的信頼関係の構築につながる。睡眠、起床、食事、入浴などの生活リズム、日常のQOLに関する事項(入眠困難、朝起き困難、倦怠感、立ちくらみなどの身体症状)、焦燥感、気分の落込み、易怒性、集中力、学業など、細部にわたり問診する。この時、詳しい問診は、病態把握や薬剤の効果判定のためにも重要な質問であるから、嫌がらずに正直に答えてほしい旨を告げておく。

##### 1. 治療への導入

ODのサブタイプが明らかになれば、その時点で患儿や保護者の同意を得て身体的治療に焦点を当てて開始する。要点を以下にまとめた。

- ODの発症機序を患者ならびに保護者に

十分に理解してもらう。患者本人は、通常、強い身体症状のため不安を抱いている。起立失調症状を生まれて初めて体験する不安、症状が持続することへの不安、学校を欠席することへの焦り、親から仮病扱いされることへの苛立ちなどがある。しかも本疾患を発症するまでにも、親子関係における依存欲求の不満や、学校でのトラブルによる学校不信といった心理的背景が潜在していることが多いからである。

- 患者自身の血圧記録を示して説明すると説得力があり、症状の原因を知ったことにより安心し、治療導入がすみやかとなる。
- 患者本人に対して、少しぐらい辛くても頑張れ、などと叱咤激励しない。
- 保護者に対しては、患者を単なる仮病と見なさないように、説得をする。『決して焦らず、子どもを信じて見守る』ことの重要性を説明する。

## 2. 身体的側面の治療

非薬物療法から開始し、薬物療法も併用する。

①運動療法：OD は起立することが辛く運動が嫌いである。運動の大切さを説明し、毎日15分程度は外での歩行訓練を行う。リハビリが診療施設にあれば、週2-3回の通院をする。臥位での筋力訓練、心拍数が120を越えない運動を行う。

②規則正しい生活：規則正しい生活はODの患者にとって実行が困難な場合が多い。しかし、昼寝はしない、夕方に散歩をする、夜は11:00までにベッドに入る、学校を欠席しても家で横にならないなどを説明する。

③暑気をさける：学校において体育を見学させる時は、必ず保健室などの室内において、座って待機するように指示を与える必要がある。入浴は短い時間とする。

④肉身上的操作：起立時には、臥位から直ちに起立して歩くのではなく、一旦座位になり、2-3分以上かけて、起立する。また歩き始

めは、頭位を前屈させれば、脳血流が低下しないので、歩き始めの失神を予防できる。とくにこの操作は、起立直後性低血圧に有効である。遷延性起立性低血圧、神経調節性失神に対しては、起立時に足踏みをする、下肢をクロスに交叉してお互いに絞る、しゃがみ込むなどは簡単で実用的である。

## ⑤ 下半身圧迫装具 (Compression counter garments)

下半身への血液貯留を抑制するため、弾力ストッキングや加圧式腹部バンドを使用する。とくに、腹部バンドによる血液貯留が多い腹部内臓への血液移動防止効果がある。いずれのタイプのODにも効果がある。

## ⑥大量食塩摂取 (high sodium intake)

OD児は、あまり塩辛いものを好まないし、水分摂取も少ない。また高血圧予防の観点からの食塩摂取が少ない家庭もある。ODには、1日10-12g程度の食塩摂取が必要である。起立直後性低血圧、体位性頻脈症候群に効果がある。

## ⑦薬物療法 (medication)

現時点で日本ならびに海外で共通して多く使用されている薬剤は、Midodrine である。Midodrine は $\alpha$ 受容体刺激剤であり、抵抗血管である細動脈と、容量血管である静脈の両方に作用し、かつ副作用が少ないため使い易い。したがって、すべてのタイプに効果がある。使用法は1回2mg、1日2-3回食後に服用する。薬剤は効果がない場合は二週間程度でdihydroergotamineに変更する。体位性頻脈症候群、遷延性起立性低血圧には効果があると推定されるが、確証はない。L-DOPSは効果があるが保健適用外である。Amesiniumは、頻脈を生ずるODでは悪化することがある。

## VII. 専門機関紹介のタイミングと紹介方法

ODは稀な疾患でない。したがってすぐに専門医を紹介するのではなく、可能な限り一般小児科医での診療を心がける。

A) 治療開始後、1ヶ月で起立試験の改善がみられない場合→ODを専門とする

治療機関（小児循環器外来のある病院）に紹介する。起立直後性低血圧の重症型では、薬剤が効かないこともあるため、投与量を増やす等、再評価が必要。

- B) 治療開始後、1ヶ月で起立試験の改善がみられるが、身体症状が改善しない場合→他の身体的基礎疾患がないか再検査。小児科のある病院に紹介する。
- C) 治療によって身体症状は軽減したが、落ち込んだり、いらいらなどの精神症状が強い場合→小児心身症外来、児童精神科などのある医療機関に紹介。
- D) 治療によって身体症状は軽減して精神的にも安定しているが、不登校が持続する場合→学校生活での心理葛藤によって不登校が生じているため、学校との連携や適応教室などを考慮する。

いずれも、社会復帰には2-3年のスパンを考慮に入れて保護者に焦らないように説明を

する。

## VIII. 予後

何をもって治癒とするかによって予後も変わるが、心身医学的治療を行った場合、1年後の治癒率（薬剤を必要としない状態）は50%、2-3年後には、70-80%になる。しかし、OD症状に限っていうと、数年後の症状保有率は、20-40%とされている。

不登校をともなった難治性ODの1年後の復学率は30%であり、不登校状態の改善率は高くない。

## 文献

- 1) 田中英高: 起立性調節障害の新しい理解. 児心身誌. 8: 95-107, 1999.

表1 起立性調節障害診断基準

### 大症状

- A. 立ちくらみ、あるいはめまいを起こしやすい
- B. 立っていると気持ちが悪くなる、ひどくなると倒れる
- C. 入浴時あるいは嫌なことを見聞きすると気持ちが悪くなる
- D. 少し動くと動悸あるいは息切れがする
- E. 朝なかなか起きられず午前中調子が悪い

### 小症状

- a. 顔色が青白い
- b. 食欲不振
- c. 臍疝痛をときどき訴える
- d. 倦怠あるいは疲れやすい
- e. 頭痛 f. 乗り物に酔いやすい
- g. 起立試験脈圧狭小化 16mmHg 以上
- h. 同収縮期圧低下 21mmHg 以上
- i. 同脈拍数増加1分間 21 以上
- j. 同立位心電図のTIIの0.2mV以上の減高その他の変化

表2 起立直後性低血圧 (INOH) の診断基準

下記の3項目のいずれも満たす。

1. 全身倦怠感、立ちくらみ、失神発作、頭痛、食欲不振、気分不良、動悸、睡眠障害、朝起き不良などの起立失調症状が、1つ以上、1ヶ月以上持続。
2. 起立後血圧回復時間 $\geq 25$ 秒、または血圧回復時間 $\geq 20$ 秒+起立直後血圧低下 $\geq 60\%$ を満たす。
3. 循環調節異常を生ずるような基礎疾患がない。

以上の3項目を満たし、かつ、起立3-7分後において収縮期血圧低下が基礎値の15%以上を持続した場合、severe form とし、そうでないものを mild form とする。  
本診断基準の偽陽性率は4.7%である。

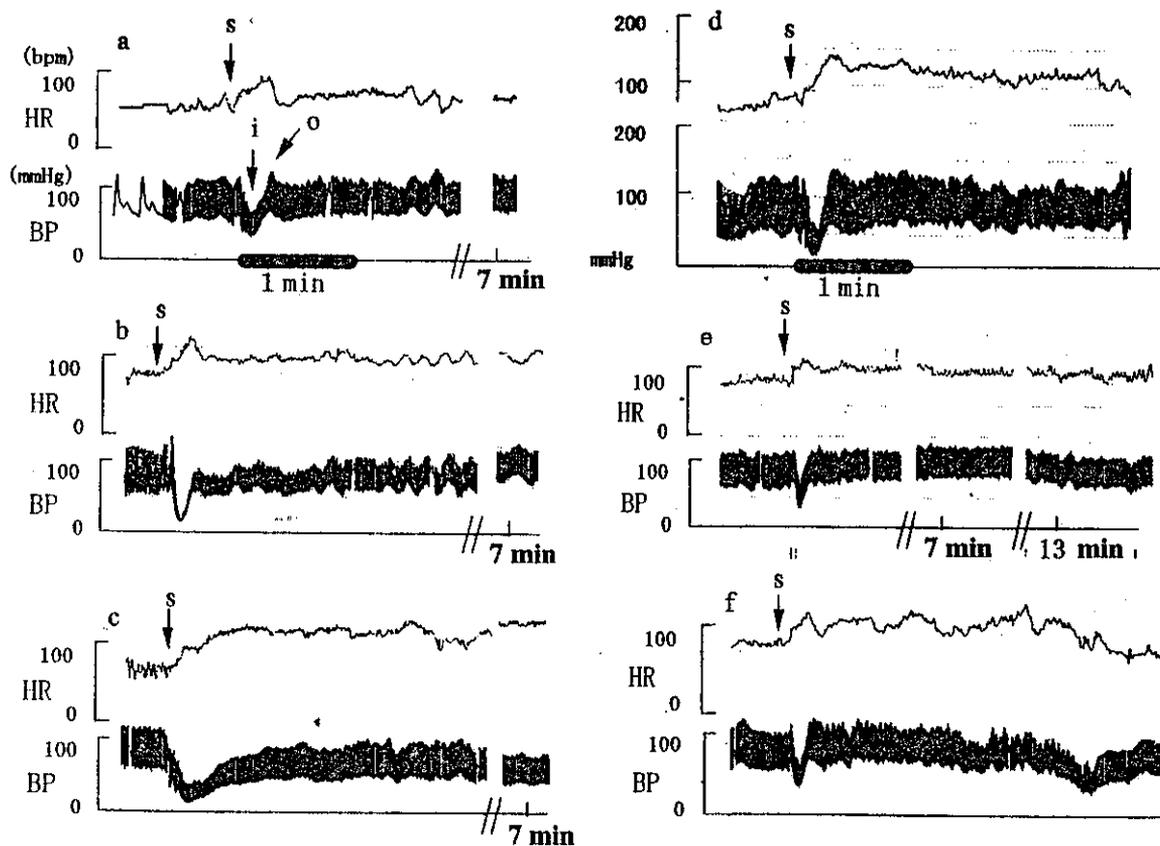


図1 起立時の非観血的連続血圧、脈拍記録 (Finapres) による起立性調節障害のサブタイプ。a) 健常者、b) 起立直後性低血圧 (INOH mild form)、c) 起立直後性低血圧 (INOH severe form)、d) 体位性頻脈症候群、e) 遷延性起立性低血圧 (delayed OH)、f) 神経調節性失神発作 (NMS) を示す。矢印 s は、能動起立時を表す。

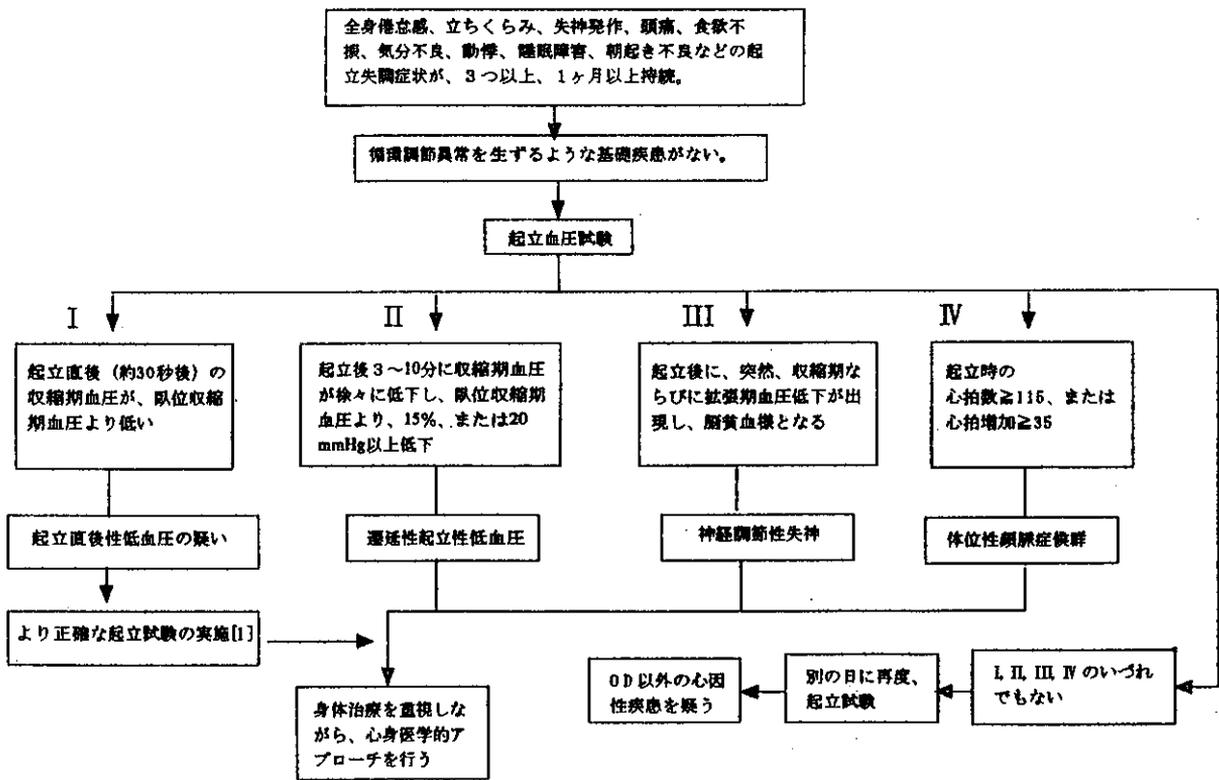


図2 OD症状に対する診断フローチャート