

6-4 病弱養護学校，院内学級

わが国では，入院している病気療養児に対して，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，治療上の配慮を考慮しながら教育を行うことはもちろんのこと，学習効果や心理的な安定を図るうえでも重要である。学齢期の病気療養児のおおよそ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。病弱教育の対象となる児童生徒の疾病分類で「心身症・神経症，不登校，その他の精神行動障害」が16%を占め，その割合が近年増加してきている。

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. 教育の意義

幼児期・前学齢期は，入院し家庭と離れることによって分離不安，情緒不安を示しやすくなる。また，治療や入院にともなう苦痛体験やその過程で感じるさまざまな不安や遊びの欠如などから，ストレスをためやすく，時には退行行動がみられたり，睡眠や食事などに異常を示したりすることもある。不安が増大してくると頭痛，腹痛等の身体症状として出現することもある。これらに対応するには，保護者との面会を容易にする面会時間の自由化，保護者のための部屋の確保などが重要である。また，遊びを通して情緒的な安定を図り，発達を促すうえでも病院内で保育ができる環境作りが重要である。そのためには保母の配置，プレイルームの設置などが必要である。

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。友人との間で競争したり，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，社会性が拡大する時期である。特に，学校生活での適応や成績が大きな意味を持ち，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，学業に遅れがでたり，クラス内で孤立しがちになり仲間から取り残されるといった不安感が高まる。

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・発達が著しい時期で，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持つといたりさまざまな葛藤が起きやすい時期であり，自分の将来の生活について考えを探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さまざまな葛藤を経験する。

学齢期の子どもが，入院中，院内学級等で学校教育とのつながりを持つことは，学習空白や遅れを補完し学力を補償することももちろん，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・社会的発達に極めて重要な意義を持つ。さらに自己管理能力の向上や入院中のQOLの向上等の意義も挙

げられる。

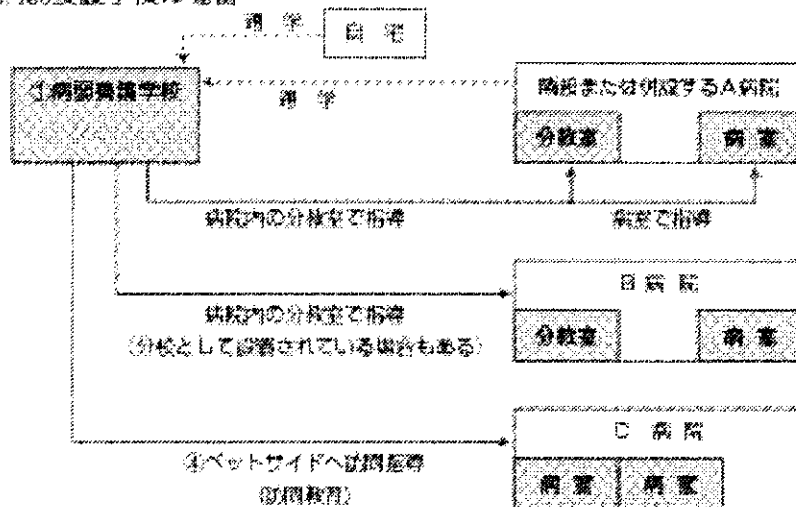
II. 教育の場

病院に併設・隣接または病院内の教育の場としては、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1参照）。

①病弱養護学校（平成12年度に全国で95校）では、隣接または併設する病院から児童生徒が通学して教育を受けたり、教師が病院内の分教室や病

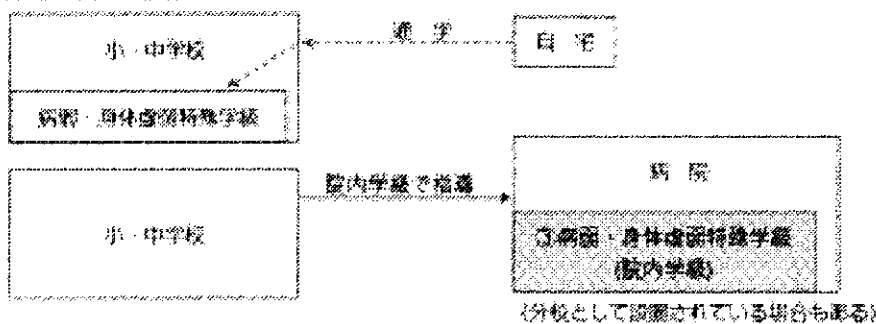
室で指導を行ったりしている。また地域によっては②肢体不自由養護学校、知的障害養護学校の病院内分校、分教室が設置されている場合もある。③小学校や中学校の特殊学級として病弱・身体虚弱特殊学級（平成12年度に全国で801学級）が設置されている。特に、病院内に設置されている特殊学級を院内学級と呼んでいる。④訪問教育では、養護学校から教師が病院に派遣され、ベッドサイドで直接指導がなされる（週2～3回、1回2時間程度）。小学生、中学生、高校生がその対象となる。

●病弱養護学校の場合



①肢体不自由養護学校、知的障害養護学校の病院内の分校・分教室が設置されている場合もある。また、表外不自由、知的障害養護学校から病院内への訪問教育も行われている。

●病弱・身体虚弱特殊学級の場合



（分校として設置されている場合もある）

* [表外]の養育が病院内、または病院に隣接している養育の場

図1 病気療養児の教育の場

III. 教育の内容

基本的には小学校、中学校、高等学校または幼稚園に準じた教育課程が編成されているが、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。

IV. 転出入の手続き

病院で診断が出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、養護学校または院内学級を設置している小・中学校へ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實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、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であれば、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。

V. 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。しかし、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を設け、それぞれの立場から病気や行動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。

文 献

- 1) 武田鉄郎・内部障害・病弱・虚弱者の心理、田中農夫男・池田勝昭・木村進・後藤守編著。障害者の心理と支援 東京：福村出版、2001：105-115.
- 2) 全国病弱養護学校長会編。病弱教育ハンドブック、2000.
- 3) 全国病弱虚弱教育研究連盟・全国病弱養護学校長会。全国病弱教育施設・全国病類調査。2001.

参考サイト

国立特殊教育総合研究所ホームページ：

<http://www.nise.go.jp>

ココロココー病気の子どもを理解するためのデジタル絵

本一：<http://www.nise.go.jp/jigyou>

(武田 鉄郎)

6-5 児童精神科、精神科

子どもの心と行動の障害の診療にあたり、精神科との連携が必要となる場合は、以下の通りである。子どもの要因については、行動上の問題が強い場合、精神症状が強い場合、家族の要因については、家族力動の歪みが治療対象となる場合、家族が精神障害であったりその疑いのある場合、その他については、複雑なケースワークを要する場合、コメディカル職の密な関与が必要な場合がある。精神科との連携にあたっては、治療の方向性とそれに応じた連携の目的を両者間で確認し、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。連携の形態としては、コンサルト、小児科と精神科との併診、精神科への紹介がある。連携先の確保には、日頃から地域の精神科医との交流を心がけるとともに、児童相談所、保健所、精神保健福祉センターなどに相談するという方法がある。

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

◆ 入門編 ◆

I. 子どもの心と行動の障害と精神医療

児童精神医学は、子どもの心と行動の発達の異常を対象とする。子どもの心と行動の障害には、小児期に特異的に発症するものと成人型の障害が小児期に発症するものがある（表1参照）。その中には、小児科で心の問題として認識され、本ガイドブックの対象となる疾患と連続したり重なり合ったりしているものも少なくない。

精神障害の診断と治療は多職種チームや連携を要することが多く、その中で精神科医は重要な役割を担う。治療法には薬物療法を含めた生物学的治療、精神療法、認知・行動療法、家族療法、リハビリテーション、環境調整などがあり、必要に応じて適宜組み合わせられる。精神科医は、脳の機能と関連して心と行動の問題に取り組み、向精神薬による治療を行う点で他の職種から大きく区別される。

子どもは独自の心性と行動様式を有している。

それに対応し、精神科医の中でも心や行動の発達とその異常に関する十分な知識や経験を有する者が児童精神科医である。わが国では、標榜科目や研修体制などの問題もあり、児童精神科医のニーズが高いにもかかわらず質量ともに不十分なのが現状である。成人型の障害の小児期発症、特に中学生以上であれば、一般精神科医でもある程度の対応は可能で、やむを得ず担当することも多い。以下では、精神科（医）とまとめて述べて、特に必要な場合のみ児童精神科（医）と明記した。

II. 小児科で精神科との連携が必要となる場合

少なくとも一般小児科医だけでは対応が困難であり、精神科医による診断や治療を要すると判断される場合である。精神科との連携が必要となる理由を、子どもの要因、家族の要因、その他に分けて考えると分かりやすい。

1. 子どもの要因

1) 行動上の問題が強い場合

①攻撃性が激しいなど外へ向かう問題が強い場

表1 子どもの心と行動の障害

小児期に特異的に発症する障害

精神遅滞

学習障害：読字障害，書字表出障害，算数障害など

運動能力障害：発達性協調運動障害

コミュニケーション障害：表出性言語障害，受容—表出混合性言語障害，吃音症など

広汎性発達障害：自閉症，アスペルガー症候群，レット症候群など

注意欠陥および破壊的行動障害：注意欠陥/多動性障害，反抗挑戦性障害，行為障害

幼児期または小児期早期の哺育，摂食障害：異食症など

チック障害：一過性チック障害，トゥレット症候群など

排泄障害：遺尿症，遺糞症

幼児期，小児期または青年期の他の障害：分離不安障害，選択性緘黙など

成人型の障害の小児期発症

せん妄，痴呆，健忘および他の認知障害

一般身体疾患による精神疾患

物質関連障害

精神分裂病および他の精神病性障害

気分障害：うつ病性障害，双極性障害など

不安障害：強迫性障害，パニック障害，恐怖症，全般性不安障害，外傷後ストレス障害など

身体表現性障害：転換性障害，心気症，身体醜形障害など

虚偽性障害

解離性障害

性障害および性同一性障害

摂食障害：神経性無食欲症，神経性大食症など

睡眠障害

他のどこにも分類されない衝動制御の障害：抜毛症など

適応障害

人格障害：境界性人格障害，反社会性人格障害など

注1) わが国の精神医療で広く用いられている診断基準の1つであるアメリカ精神医学会による「精神疾患の分類と診断の手引き第4版 (DSM-IV)」に準じて記してある。ただし，個々の診断名は一般に使われるものに改変してある場合がある (例：自閉性障害→自閉症)。

注2) DSM-IVは，多軸診断を採用しており，第1軸が臨床疾患，第2軸が人格障害と精神遅滞，第3軸が一般身体疾患，第4軸が心理社会的および環境的問題，第5軸が機能の全体的評定となる。表には，第1軸と第2軸のカテゴリーが含まれている。

合

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，大量服薬をはじ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て言動がまとまらないことも含まれる。

②無気力・引きこもりが著しいなど内にこもる問題が強い場合

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

①了解しにくい精神症状および強い希死念慮を示す場合

了解しにくい精神症状には，幻覚 (現実には存在しないものが聞こえたり見えたりする)，妄想 (現実には起こり得ないことを確信して変更できない)，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) などがある。精神分裂病や気分障害が疑われる。

②その他

強迫症状やパニック発作が激しく，周囲を巻き込んだりして生活に著しい支障をきたす

場合などがある。

3) 精神発達の問題を疑われる場合

言葉の拙さや著しい不器用など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、学習障害、広汎性発達障害（自閉症およびその近縁の障害）を含めた発達障害が基盤にある場合がある。

2. 家族の要因

1) 家族力動の歪みが治療対象となる場合

家族力動とは、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である。たとえば、家族成員が激しく対立していたり家庭内の雰囲気が極めてとげとげしくなっていたりして、そのために子どもの心身症が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。

2) 家族が精神障害であったりその疑いのある場合

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、まずそちらを治療軌道に乗せる必要があることも時にある。また、単に身勝手な親とだけ思っただけで対応し、治療者と親との関係が悪化してしまうことがあるため、注意を要する。特に児童虐待では、人格障害の可能性も念頭に置く。

3. その他

1) 複雑なケースワークを要する場合

子どもをめぐって学校、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ためには、そういう経験の豊富な精神科医があつた方がよいことがある。特に、子どもが低年齢や発達障害をとまなう場合には児童精神科医の関与が望ましい。

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づらかったり、何をどう依頼してよいか分かりにくかったりする。精神科医を経て心理士などに関与してもらった方がよいだろう。

III. 精神科との連携の基本的な考え方

小児科は、何らかの医療的なケアを求める子どもが地域で初めに訪れる窓口であろう。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ドランスを行い、より焦点化した治療へ繋げていくことになる。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、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い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かわり続けるという姿勢を示すことで、患者側の安心と信頼が得られると思われる。

IV. 精神科との連携の実際

連携にあたっては、治療の方向性とそれに応じた連携の目的を精神科との間で確認し、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。

1. 連携の形態

1) コンサルト

小児科での診療継続を前提とする。診断を深める手立てやどのようなになったら精神科へ紹介した方がよいかも相談されるだろう。

2) 小児科と精神科との併診

小児科医の役割は個々の場合でかなり異なる。たとえば摂食障害では、共同で治療方針を立て、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。また、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だろう。

また、小児科医と精神科医との役割分担を明確にする必要がある。見直しの時期の目安もつけておいた方がよいだろう。

3) 精神科への紹介

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り得る。親に精神的な問題があると治療が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知れない。

2. 連携先の見つけ方

日頃から地域で気軽に相談できる精神科医を見つけておくことよいただろう。精神科のある総合病院では院内で可能だろう。そうでなくても最近は精神科クリニックが増加しているため、それほど困難ではないだろう。

わが国の現状では、児童精神科医が児童精神科というように明確な表示をして診療をしているとは限らない。また一般精神科医は、時間の制約もあり成人患者の薬物療法を診療の中心にする場合が多い。したがって、子どもや家族の問題に関心があつてじっくり対応する精神科医、特に児童精神科医が地域のどこで診療しているかもあらかじめ知っておくと便利である。

知り合いの精神科医がいない場合には、児童相談所、保健所、精神保健福祉センターなどに相談するのも1つの方法である。児童相談所や保健所では精神科医は非常勤のことが多いが、地域の精神科医の情報を持っている可能性が高い。年少の子どもに関する相談であれば、児童相談所にまず聞くことよいただろう。攻撃性が激しい場合や引きこもりが著しい場合、特に思春期であれば保健所や精神保健福祉センターもよいただろう。子どもの受診が難しそうであれば、家族のみの相談を受けつけているかを確認する。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知れない。

◆上級編(入門編の補遺として)◆

I. 子どもの心と行動の障害と精神医療

患者側が受診先を選ぶにあたり、身体症状が目立つと小児科に、言動の異常が目立つと精神科という傾向になるのは当然だろう。子どもの心と

行動の障害というのはかなりの広がりを持っており、その中でも精神症状が軽かったり身体症状が強かったりすると小児科を受診する可能性が高くなる。類似の診断名を使用しているも精神科と小児科とでさまざまな差異を生じるのは、疾患の捉え方だけでなく、このような患者の状態や重症度が異なっているためである。

II. 小児科で精神科との連携が必要となる場合

子どもの興奮が激しかったり奇妙な言動が認められる場合、精神科医との連携が必要であると考えるのは自然だろう。子どもの心理が了解できそうである精神科医の関与が望ましい場合の判断が難しい。

1つは、知的に遅れがない、あるいは軽いものの広義の発達障害(自閉症、学習障害、注意欠陥/多動性障害など)が存在する場合である。このような子どもは、認知や情緒の問題があるうえ、たとえばやや奇妙な言動を叱られたりいじめられたりするなど、ストレスがかかりやすい。その結果不適応となり、不定愁訴を示すことも稀でない。幼い時期からずっとかかわっていれば発達の経過が分かるかも知れない。年齢よりも幼い印象が強い場合などは言葉の発達や学習の問題について簡単に確認すると参考になるだろう。

もう1つは、家族関係や家族の人格に問題がある場合である。小児科医は、とにかく子どもを守ろうという気持ちが強いので、家族を冷静に見られずにその葛藤に巻き込まれがちのように思われる。家族の反応が予測と大きく異なったり奇妙であったりする場合には、自らの対応を振り返るとともに精神科医への相談の可能性を検討する。

さらに摂食障害では、小児科医の役割が大きいので、かえって精神科医との連携が取りにくいことがあるかもしれない。身体面のケアをすればすべて治るとしたり、身体面のケアを済ませたら一切かわらないとするのは不適当だろう。早い時期から精神科医との連携を開始し、役割や比重は変化しても長期的に小児科医が関わり続けることが望まれる。

III. 精神科との連携の実際

精神科とのよりよい連携のためには、精神的な問題と関係して不定愁訴を呈し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、それに対する感度を上げることが大切だろう。精神的な問題を含めて子どもをトータルで捉えることができ、親から相談され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っていくとよいのではないと思われる。

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), Oxford:Blackwell Scientific Publications, 1994:1055-1070.
- 2) 金生由紀子著. 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. 第1版. 東京:中山書店, 2000:59-68.
- 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 2001; 105 (12): 1355-1359.
- 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 1998; 51 (2): 189-195.

(金生 由紀子)

6-6 児童福祉施設・児童相談所

児童虐待や触法行為など非行に関連する問題を持つ児とその家族に対する支援として、各自治体で設置されている児童福祉施設や児童相談所との連携が重要である。これらの施設、特に児童相談所では種々の教育機関、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いる。ネットワークを活用した問題の早期発見と早期介入が望まれる。

ネットワーク
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1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、子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。

たとえば、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、それに代わる子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、医療的なかわりを要する不登校児やAD/HD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子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。相談を受けつ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、家庭における子どもの養護に関わること、子どもの健康保健に関すること、障害に関すること、虞犯（その性格または環境に照らして、将来罪を犯し刑罰法令に触れる行為をすること、たとえば家出や家族の金品持ち出しなど、まだ犯罪とまではい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、子どもの育成に関する相談などに分けられる。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子どもを一定期間預かることができる。これによって子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。特に子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子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、子ども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。

児童相談所は子どもが抱える問題に応じて、子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子どもに対しては、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1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子どもの心身の問題に対するネットワークができてきている。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い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。

文 献

北海道中央児童相談所（企画調整室）編．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：北海道中央児童相談所，2002：126-147．

参考サイト

全国の児童相談所一覧

http://www.sheport.co.jp/psychodb_jidou.html

全国の乳児院一覧

<http://www.nyujiin.gr.jp/>（全国乳児福祉協議会）

（氏家 武）

6-7 心身症の三次予防と厚生労働省の取り組み

子どもの心身症の早期発見・早期治療を二次予防，健康教育を一次予防とすると，三次予防すなわち地域におけるリハビリテーションは，地域で活躍する小児科医，学校医，家庭医（かかりつけ医）が担っている．心身症の三次予防に関連して，厚生労働省の「健やか親子21」の理念の関わりを述べ，その果たす役割を概説する．

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

1. 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^{1,2)}．

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・早期治療だけには限らない．専門治療を受けた後に地域に戻った子どもを，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を成人まで見届けることは困難である．しかし，素因や環境要因が複

雑に絡み合っただけで心身症を発症した子どもが1つの問題を乗り越えたからといって，社会的に自立した1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るだろう．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）に求められるだろう．

地域の小児科医やかかりつけ医が小児・思春期の子どもを見る場合の利点として，家族や地域とのかかわりの中で子どもを見ることができるといふことがある．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。これらの要素すべてを包括して、子どもを成長という時間軸の中でフォローできるのが地域に根ざした活動を展開する医師である。地域における心身症の三次予防とは、その地域での各種関連機関の活動状況を把握し、日常的に連絡を取り合って、心身症の子どもを見守り、成長を援助することである。地域で活躍する医師に「心身症の三次予防」という認識を新たにさらに活動を深めていただきたい。

II. 三次予防の現状と「健やか親子21」

しかし残念ながら、小児心身症の三次予防の整備はいまだほとんどされていない。これは、母子保健行政において子どもの心の健康づくり対策により、いじめや虐待による心の問題の対策を推進してきた一方で、小児心身症に対する対策が、事業として具体的に展開されてこなかったためである。その理由の1つに当該疾患の実態把握がなされていなかったことが挙げられるが、全国実態調査により、一般小児科医がかかわる機会が極めて多いことが明らかになり、この調査が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」の中でも対策が盛り込まれることとなった³⁾。この基本理念は健康増進や疾病の予防、障害や慢性疾患をコントロールする能力を高めること、および、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21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・出産以外の項目はいずれも関連している。

具体的な取り組みとしては、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個々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。小児科医の取り組みとしては、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. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996:xi-xii.
- 2) 幸田正孝, 高久史麿, 坪井栄孝他総監修. WIBA2001年版. 東京: 日本医療企画, 2001: 523-524.
- 3) 健やか親子21ホームページ:
<http://rhino.yamanashi-med.ac.jp/sukoyaka>

(山縣然太郎, 石崎 優子)

7

心身症専門機関における対応

子どもの心身症に対応する二次医療機関の現状およびプライマリケアとの役割分担、連携のあり方、紹介のタイミングなどについて概説した。子どもの心身症の治療は二次医療機関においても試行錯誤を続けているのが現状であり、プライマリケアの延長上にあるともいえる。心身症に対する

治療的なアプローチとして、カウンセリングや各種の作業療法、遊戯療法などが行われる。小児科医、精神科医、臨床心理士、作業療法士、病棟保育士などさまざまな職種がそれぞれの役割で治療に関与する体制をとるのが二次医療機関に望まれる機能である。

プライマリケア、二次医療機関、紹介のタイミング、連携、心身医学療法、カウンセリング、遊戯療法、作業療法

I. はじめに

小児の心身症に対応する専門機関は少なく、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、小児心身症の二次医療機関が行う対応について概説し、紹介の仕方、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、十分な研修制度のある教育機関が少ないため、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、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ため、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。また必要に応じて、精神科医との連絡や、保育士、作業療法士などのスタッフも心身症治療に関与することもある。

2. 外来診療

紹介患者は一般外来から専門外来に振り分けられる。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。医師は主に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やカウン

セリング、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。低年齢の児については遊戯療法や描画、コラージュなど、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わりを行う。これらは心身医学療法として診療報酬の請求が可能である。

筆者の関係しているある医療機関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おり、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1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

主に身体管理が必要な児に対し、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病棟保育士、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と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したりする。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。その病院の持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。先に紹介した医療機関においては、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。行動化などが見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、早期に精神科に介入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している。

III. 二次医療機関の守備範囲と限界

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。これらすべての問題に二次医療機関で対応することには限界が生じる。特に児や家族の精神病理が著しい場合、自傷行為や自殺企図などの行動化が激しい場合、他害のおそれがある場合などは、小児科診療の枠から外れることになり、さらに精神科との連携を重視しなければならない。また人的資源も限られていることから、治療のための時間が制約されるという事態も生じる。今後小児の心身症の二次医療機関においては、人的な資源の養成が急務である。

IV. 紹介のタイミング

小児の心身症の治療では、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が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、自分なりの紹介するタイミングを決めておくことよい（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年以内に適応レベルに上昇（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、心理社会的な背景を考慮しながら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いわれており、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方）

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。これらの情報は一度に収集する必要はなく、児とその家族と関係を作り上げていく中で少しずつ整理していくことが大切である。紹介時に必要な情報として、家族の情報、特に両親や祖父母の人となり分かるような情報があると役に立つ。またストレス（ストレス状況を作り出すもの）となり得る要因や児の持っているリソース要因（ストレス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よい。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づけを持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が限られて

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した方がよい場合（家族関係の歪みが強い、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時
 - (4) 院内学級を利用する目的がある時（慢性疾患がある場合）
 - (5) 外来での治療に限界がある時（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時
 - (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時
 - (3) 長期にわたって（おおむね3ヶ月程度）病状が変化しない時
 - (4) 虐待が関連している時
- 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時（学校や児童相談所などと連携が必要な時）

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取り方(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取り方、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

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といよい。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。

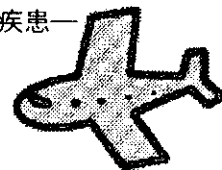
文 献

山下文雄編. 子どもの心の問題 小児科 mook 60. 東京: 金原出版, 1991: 195-213.

(塩川 宏郷)

各論

- 1 循環器系
—起立性調節障害—
- 2 呼吸器系
- 3 消化器系
- 4 泌尿器系
—排泄障害—
- 5 アレルギー疾患
—アトピー性皮膚炎—
- 6 神経・筋疾患
- 7 注意欠陥/多動性障害（AD/HD）とその
辺縁疾患
- 8 摂食障害
- 9 精神科，児童精神科疾患とその近縁
- 10 小児型慢性疲労症候群
- 11 不登校
11-1 不登校 —心因を主とする不登校—
11-2 不登校 —学校保健の立場から—
- 12 心の発達への配慮が必要なその他の諸問題
12-1 乳幼児の心の問題
12-2 思春期の心と身体の問題とその対応
12-3 慢性疾患児と心の問題
12-4 障害児と家族をとりまく問題
12-5 社会精神医学
12-6 災害時の心のケア
- 13 鑑別診断が必要な病態
—見落としてはいけない身体疾患—



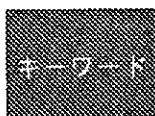
1

循環器系

—起立性調節障害—

起立性調節障害（OD）は、起立にともな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じる。この機構には、循環血液流量、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、その結果、循環動態の調節障害が生じる。すなわちODを心身症と位置づけ、日常診療にあたるのが重要である。



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、二次障害

I. はじめに

ODは、生物学的機能異常（身体）と心理社会的関与（心）が、さまざまな程度に混ぜ合わさった幅広いスペクトラムからなる病態であり（図1参照）、それを理解することはとても大切である。しかし実際の治療を開始するにあたっては、次の2つが重要ポイントとなる。

- (1) 心理社会的関与に注意を払いつつも、まず生物学的機能に焦点をあてた治療を優先すること。
- (2) OD症状から生じる心理社会的な二次障害を最小限に止める配慮を行うこと。

平成11年度厚生科学研究「心身症、神経症などの実態把握及び対策に関する研究」の全国調査によると、一般小児科外来を受診した10～15歳3,316名のうち、281名（85%）が心身症、神経症などと診断された。その中でODは199名と約70%を占め最も多かった。このことから、ODは専門医でなくても小児科医が心身医学的な対応をする必要がある。

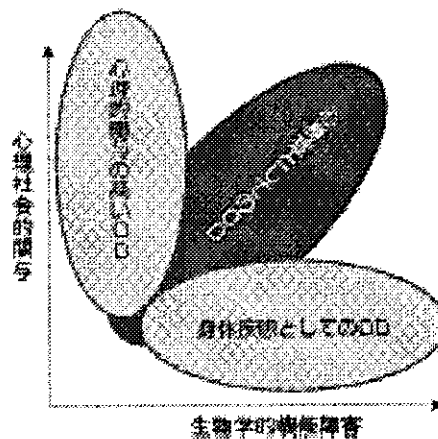


図1. 心身医学的観点から見たODの捉え方

II. 病態生理

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、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ると、自律神経系を介する調節機構がうまく作動せず、個人の血管特性や自律神経反射特性によって、さまざまなタイプのODが発症すると考えられる。

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2参照)。各々がオーバーラップすることもあるが、各々発症機序が異なるため、治療を含めた対応も異なることに注意する。

III. 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見られるような自律神経系を介するさまざまな不定愁訴をとまなうが、中でも特に、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1参照)。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、顔色不良などが見られる。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70~80%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。

最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、寝床から起き上がらないことにもなる。また入浴時にも同じ症状がある。

一般的に午前中に症状が強く、午後からは改善する。しかし重症例では午後にも症状が持続し、1日中横になっていることが多い。睡眠障害は宵っ張りの朝寝坊というレベルを越えており、就床後1時間以上寝つけない者も多い。

また精神症状をとまなうことが多く、強い不安、抑うつ感情、焦燥感、集中力の低下、学力の低下

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IIIの0.2mV以上の減高その他の変化

などが見られる。

IV. ODの中で心身症と言えるものがどの程度存在するか

OD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%が不登校を合併する。そして不登校は、ODが身体的治療によって軽減しても持続し、経過中に各種心理療法が必要となる場合がある。また不登校を生じていないODの約半

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、3つ以上、1ヶ月以上持続。
2. 起立後血圧回復時間 ≥ 25 秒、または血圧回復時間 ≥ 20 秒+起立直後平均血圧低下 $\geq 60\%$ 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。

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。

V. 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、撓骨動脈の拍動が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あり、統計的有意差は明らかでない。胸部レントゲンで

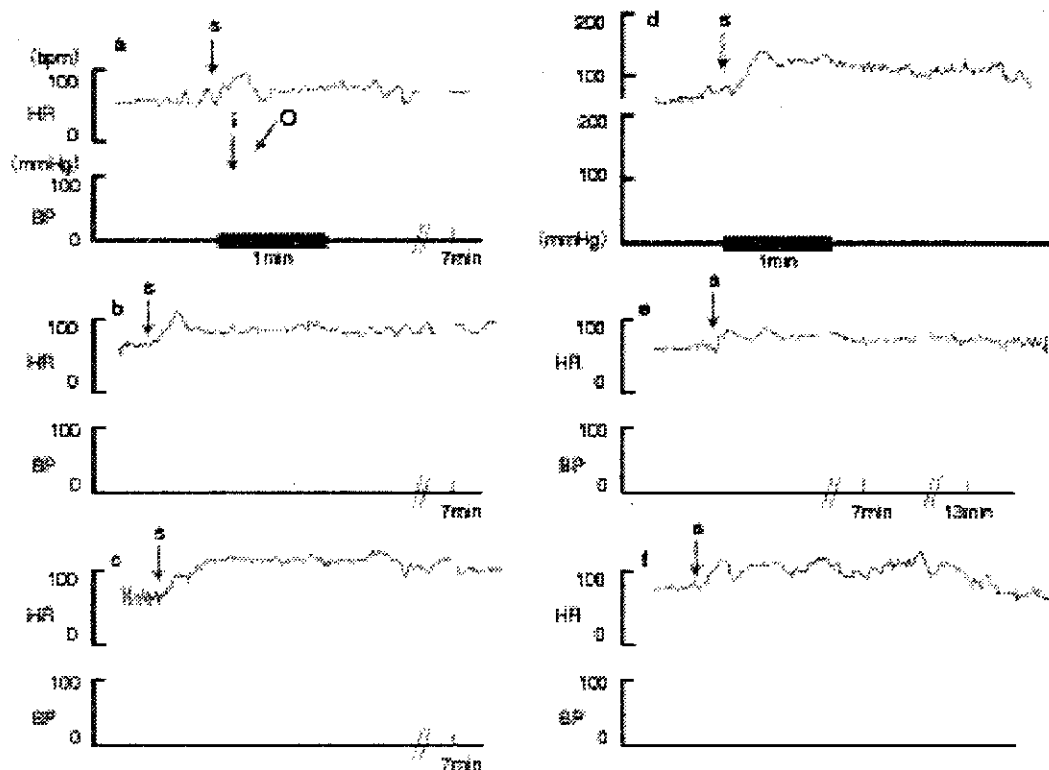
小心臓(CTR<40%)は、参考所見となることがある。起立時の心電図でT波の減高を認めることがあるが、起立時の頻脈と関係がある。

VI. 起立試験および評価方法

1. 起立試験法

図2に示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のタイプをおおむね決定する。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



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。iは起立初期低下 (initial drop), oはovershoot。

図2. 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。

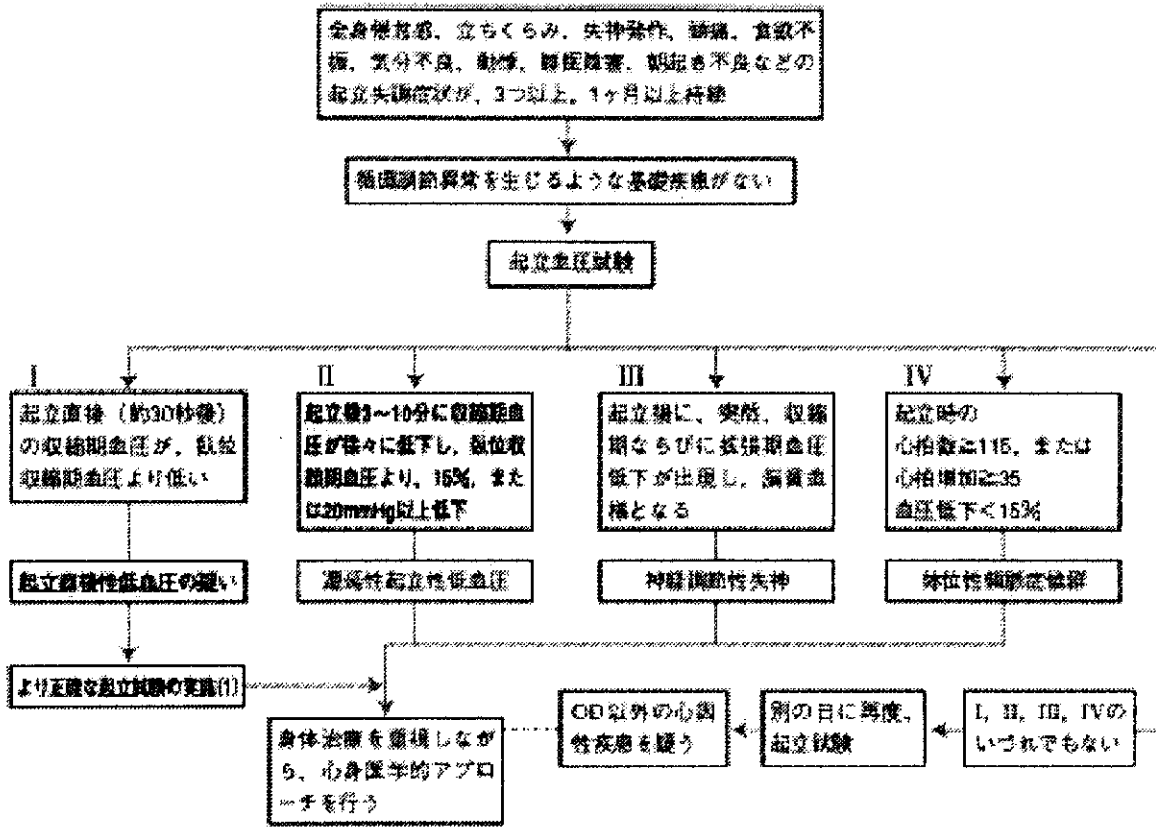


図3. OD症状に対する診断フローチャート

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分ごとに行う。（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。看護師または臨床検査技師に十分なトレーニングをすれば、測定は医師でなくてもよい。）起立と同時に測定を開始すると、起立30秒後の血圧が測定できる。起立中に低血圧発作が生じた場合には、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ため、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、日時の変動があるため、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3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することができる。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、簡易法もあり有用である¹⁾。

VII. どの程度の重症度を治療対象とするべきか

上記の4つのサブタイプに診断できる症例では、通常、身体機能異常は強く身体症状も重い。午前中だけでなく午後も1日中倦怠感が強い重症例は治療対象となる。またサブタイプと診断できない軽症例であっても、IIIで述べた起立失調症状がほぼ毎日あれば治療対象となる。

医師の判断で、OD症状が明らかに軽度であるに