

専門医向け 小児起立性調節障害 診断・治療ガイドライン2011（案）

ワーキンググループメンバー

田中英高（大阪医科大学 小児科）
藤田之彦（日本大学 小児科）
石崎優子（関西医科大学 小児科）
村上佳津美（近畿大学 小児科）
梶原荘平（金沢こども医療福祉センター）
数間紀夫（西部総合病院 小児科）
飯山道郎（小児科いいやま医院）

研究協力者

竹中義人（たけなかキッズクリニック）
金 泰子（大阪医科大学 小児科）
松島礼子（済生会吹田病院 小児科）
梶浦貢（済生会茨城病院 小児科）
神原雪子（八尾徳州会病院 小児科）
中尾亮太（第1東和会病院 小児科）
藤井由里（関西医科大学 小児科）
東 佐保子（大阪医科大学 小児科）
岡本直之（昭和病院小児科）

本ガイドライン要約

【本ガイドラインが対象となる起立性調節障害児】

- 一般外来向けの『小児起立性調節障害(OD)診断・治療ガイドライン 2005 (ODガイドライン 2005 と略す)』に沿って診療を行い、4週以上の治療を行ったが改善しない子ども
- OD症状があり、既に1か月以上の不登校やその傾向が続いている子ども
- 精神科に通院中の子どもで、治療を行っても身体的不調が続いている子ども

【心身医学的診断の手順】

- 病状が長期に及んでおり、診療では心身医学的アプローチを行う。
- 身体的診断の再評価、および心理社会的因子の評価を行うが、「子どもへの対応」と「保護者への対応」のそれぞれについて図1を参考に実施する。
- 医療面接では、親子を個別に、あるいは親子同席で行うが、個別面接を加える方が望ましい。
- 身体的診断の再評価は、ODガイドライン2005の診断アルゴリズムに従う(図2)。
- 身体・心理社会的因子の評価は、(A)子ども身体機能、精神発達、性格傾向、(B)家庭生活、(C)学校生活(表1)を参考にするが、診察毎の医療面接で少しずつ情報を収集する。
- すでに不登校やその傾向があり、新起立試験によって起立性調節障害と診断できないケースでは、本学会発行の『不登校診療ガイドライン』を参考に診療を進める。
- ODと診断されても腹痛・頭痛をくり返す場合には、同『くり返す子どもの痛み対応ガイドライン』を参考にする。

【専門的治療】

- 子どもへの専門的治療の基本は、病態理解を深める疾病教育、日常生活改善の強化、薬物の併用療法などがある。
- 子どもへの対応では、医師・子どもの同盟関係を作りながら、子どもが精神的に安定し、自主的に日常生活改善や薬物療法に取り組むような行動変容を目標にする。
- 保護者への対応では、子どもの日常生活や精神状態を確認し、保護者自身

が OD の病態・特徴を習熟し、子どもへの受容性を高めることを目標とする。

- 保護者の子どもに対する受容が進まない場合には、保護者カウンセリングを併用する。
- 学校や教育機関の理解と適切な支援が得られるように、医師は連携と指導を行う。
- 治療効果が少ない場合には、薬物の変更、心理カウンセリング、入院治療、精神科への併診などを段階的に組み込む。
- 中学卒業後にも症状持続が予想される場合には、高校進路選択について事前に適切な医療的指導を行う。
- 高校進学後は、体力が回復し再登校や就労などの社会復帰に対する自信を持てるまで、子どもの希望に応じた継続通院が望ましい。

図1 OD専門的診療 対応アルゴリズム

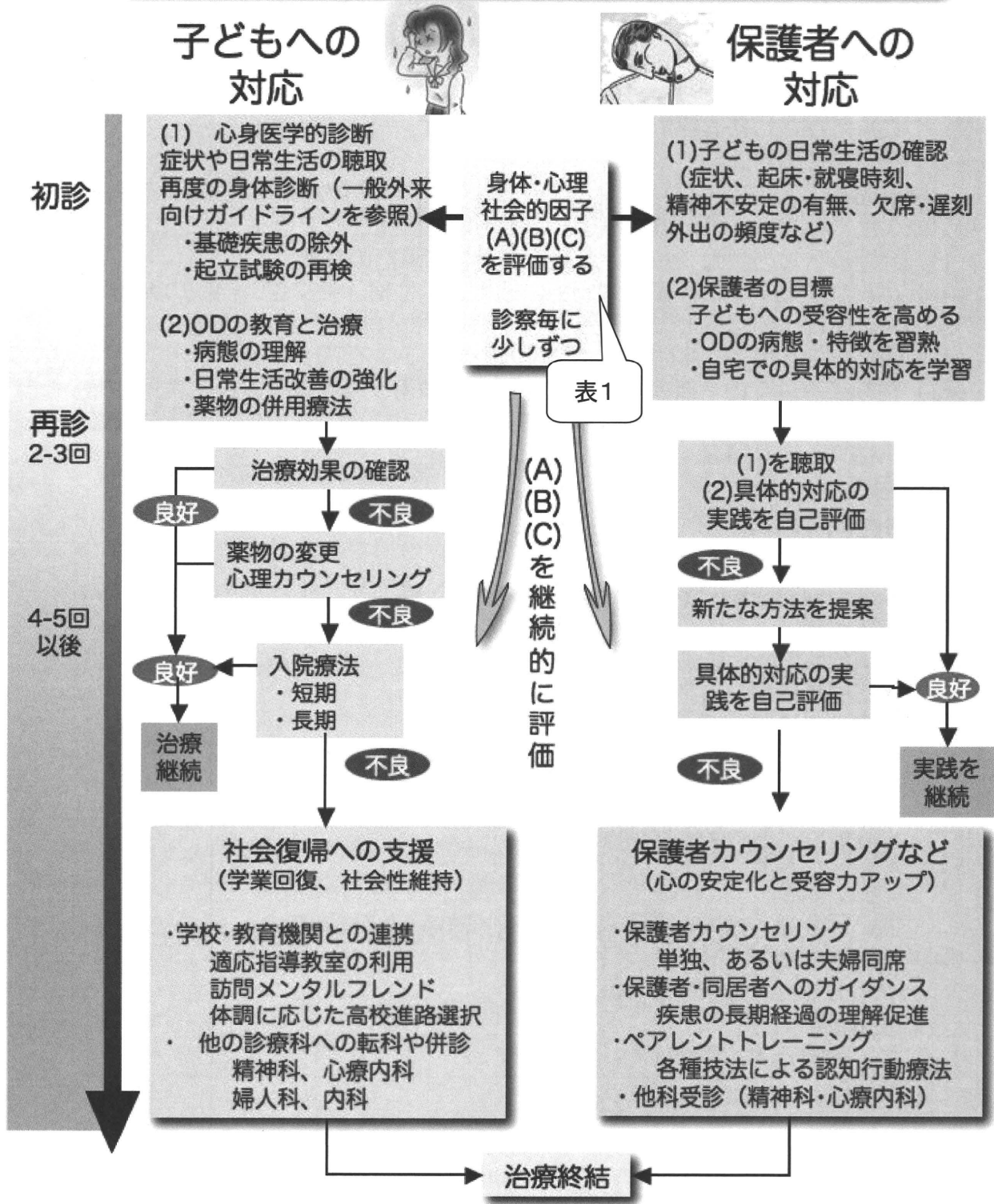


表1 身体・心理社会的因子 (A) (B) (C)

(A) 子ども身体機能、精神発達、性格傾向

- | |
|---|
| <p>(1) 身体機能（自律神経-内分泌-免疫系、季節天候による影響）
これにかかわる遺伝素因や年齢段階の特徴</p> <p>(2) 生活習慣の評価
睡眠時間、テレビ・パソコン・ゲーム・ケータイへの耽溺などによる睡眠リズムの乱れ、食事・水分摂取不足、運動不足、服薬コンプライアンスの評価</p> <p>(3) 発達レベルの評価（知能、発達障害、学習障害の有無）</p> <p>(4) パーソナリティの評価（内向的、過剰適応性格、社交性、自我の発達レベル、幼少時からの養育上の問題）</p> <p>(5) 子どもの学業レベルの評価（学校の授業についていけるか）</p> <p>(6) 精神疾患併存の有無（統合失調症、気分障害、不安障害、身体表現性障害、解離性障害、適応障害、反抗挑戦性障害、行為障害、転換性障害、愛着障害、一過性ストレス障害、PTSDなど）</p> |
|---|

(B) 家庭生活の評価

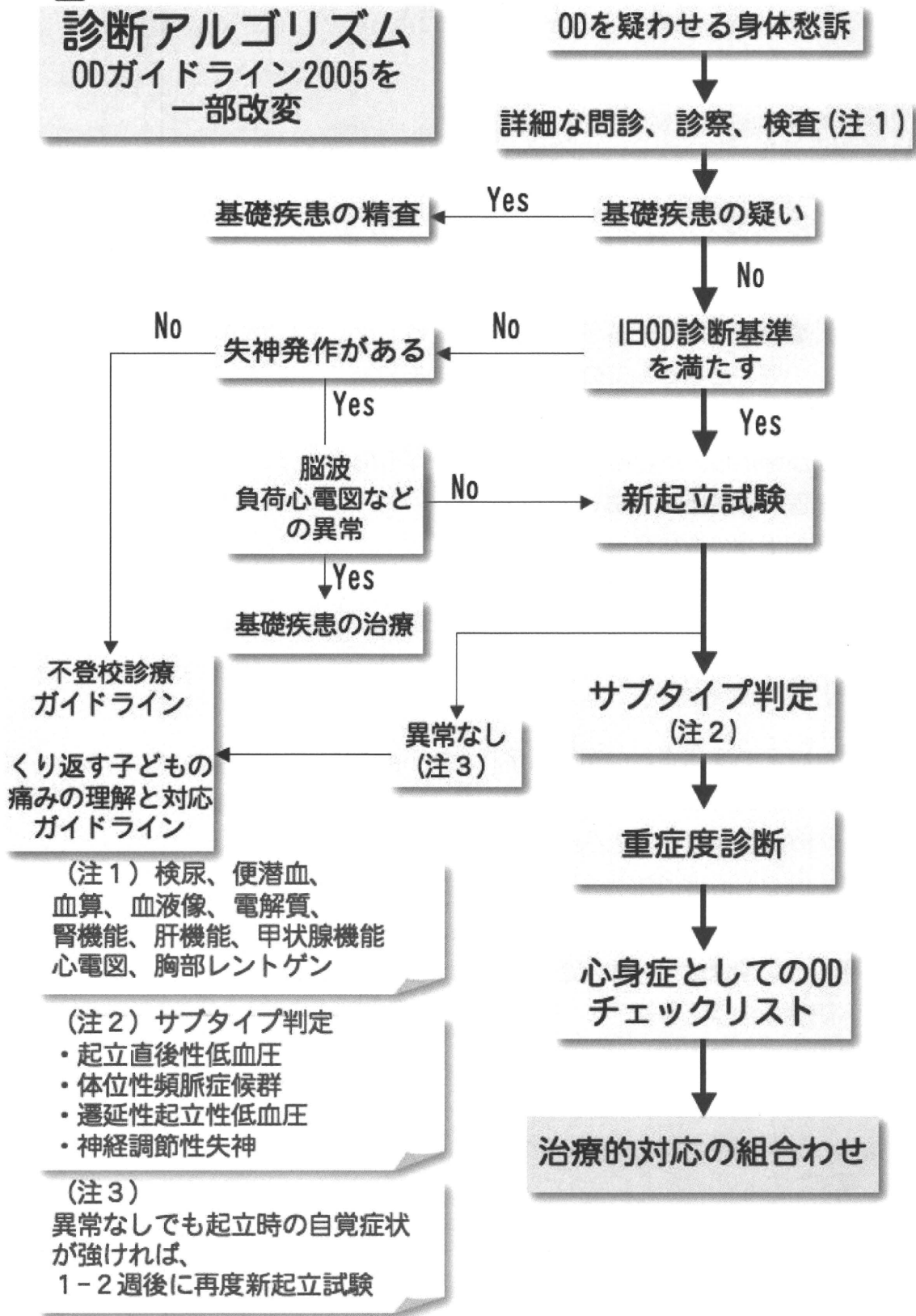
- | |
|--|
| <p>(1) 家族構成員の諸問題
（欠損家庭、兄弟関係、手のかかる同胞の有無、協力的/非協力的存在の有無）</p> <p>(2) 夫婦不和</p> <p>(3) 経済的状況や保護者の過剰な勤務時間</p> <p>(4) 子どもの養育・教育に対する考えと受容性</p> <p>(5) 保護者の精神科疾患や人格的問題</p> |
|--|

(C) 学校生活の評価

- | |
|---|
| <p>(1) いじめの有無、学級崩壊の有無</p> <p>(2) 悪い交友関係の有無</p> <p>(3) 教師の問題
悪い理解度、指導力不足、管理主義的対応/放任の有無</p> <p>(4) 学業上の問題
学業の遅れ、勉強量が多い、頻回の塾</p> <p>(5) 通学状況：
長い通学時間、電車通学、集団登校</p> |
|---|

図 2

診断アルゴリズム
ODガイドライン2005を
一部改変



(図2は、小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン2005より引用、改変)

解説の部

【目次】

- I. 緒言
 - 1. 作成の背景
 - 2. 専門医向けガイドラインの対象となる子どもについて
 - 3. 小児心身症としての専門的診療のあり方
 - II. 難治性 OD の臨床経過
 - III. OD が悪化し、不登校・ひきこもりを伴う機序
 - IV. 心身医学的評価の方法
 - V. 専門的診療の進め方（点滴を含める）
 - 1. 外来における診療の構造
 - 2. 初診時診療の実際
 - (1) 子ども本人への診療概要
 - あ(a)
 - (2) 保護者との初回面接時の注意点
 - 3. 再診時診療の実際
 - (1) 子ども本人への診療
 - (2) 心理療法
 - (3) 保護者との面接と注意点
- VI. 学校との連携強化（高校進路選択を含む）
- VII. 入院治療の適応基準
- VIII. 社会復帰への支援
- IX. 家族への支援
- X. 小児科から精神科への紹介やリエゾンについて
- XI. 精神科から小児科への紹介やリエゾンについて
- XII. 治療終結について

I. 緒言

1. 作成の背景

日本小児心身医学会は、2006年、小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン2005（ODガイドライン2005）を発行した^{1,2}。起立性調節障害（OD）は発症頻度が高く心理社会的背景が関与する疾患であることから、発症初期にプライマリケア医が適切に対応できることを目的に、一般医向けに作成された。ガイドライン2005は初診後4週間の初期対応について示しており、4週間で改善しない場合には専門医に紹介するように記載している。実際に、ODガイドライン2005の身体的重症度分類の中等症ODⁱ（ODサブタイプⁱⁱの基準を満たし、午前中症状が強く、しばしば日常生活に支障があり、週に1~2回遅刻や欠席がみられる）や、重症OD（ODサブタイプの重症の基準を満たし強い症状のため、ほとんど毎日、日常生活、学校生活に支障を来す）では、長期欠席や二次性の不登校状態やひきこもりを生ずることが少なくない^{3,4}。一方、不登校児の約7割が、倦怠、運動機能低下、睡眠リズム障害を持ち、また3~5割にいずれかのODサブタイプを伴うことが報告されている^{5,6}。ODが遷延するケースでは、ODを引き起こす生物学的素因と未解決な心理社会的問題との心身相関によって悪循環を起こし病態が悪化している^{7,8,9}。日本小児心身医学会会員を対象としたアンケート調査結果において¹⁰より専門的な診療指針への要望が多くみられたこと、保護者からもさまざまな要望があることから¹¹、治療に難渋する「難治性OD」児への具体的対応法について明示することを目標にして¹²作成することとなった。

なお本研究は、『厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）平成20-22年度 分担研究 子どもの心身医学的診療（含リエゾン）の標準化に関する研究』との共同研究である。

2. 専門医向けガイドラインの対象となる子どもについて

（1）一般外来向けの『小児起立性調節障害（OD）診断・治療ガイドライン2005（ODガイドライン2005と略す）（心身医学会ガイドライン集に掲載の

ⁱ ODは、新起立試験結果と日常生活状況の程度によって軽症、中等症、重症に分類されている。詳細は、小児起立性調節障害診断・治療ガイドラインを参照。

ⁱⁱ 現時点では、ODのサブタイプには、起立直後性低血圧（軽症型・重症型）、体位性頻脈症候群、神経調節性失神、遷延性起立性低血圧の4種類が確認されている。

OD ガイドラインと同じ)』に沿って診療を行い、4 週以上の治療を行ったが改善しない子ども

(2) OD 症状があり既に 1 か月以上の不登校が続いている子ども

(3) 精神科に通院中で治療を行っても身体的不調が持続する子ども

これらの子どもでは自律神経機能異常が持続しており、解決すべき心理社会的問題と心身相関を形成している。したがって身体的評価（おもに自律神経機能評価）を行い、同時に心理社会的因子の評価を進める必要がある。

なお、不定愁訴を認めながらも複数回の新起立試験によって異常を認めない子どもも数多く診られる¹³が、その場合には、日本小児心身医学会心身症ガイドライン集にある不登校診療ガイドライン¹⁴を参考にした診療が勧められる。

なお、本ガイドラインが対象とする OD は「難治性 OD」とよび、OD ガイドライン 2005 による身体的重症度が重症の OD を「重症 OD」と区別した。

3. 小児心身症としての専門的診療のあり方

小児心身症の専門的診療を行う医師とは、小児心身症を定期的に診療（子どもの心の二次診療医）、あるいは、専らその診療に携わっている（同 三次診療医）医師をおおよそ意味している¹⁵。すでに所属医療機関での外来、および病棟診療を確立し実践中と思われる。しかし、本ガイドラインが主として対象とするのは二次、三次診療医だけに限らず、プライマリケア医（一次診療医）であっても患者を継続的に診療しているファミリードクター、あるいは近隣に二次、三次診療医がいない地域医療に専念している医師も対象にしている。なぜなら、不登校や欠席しがちな OD の頻度は非常に高く、現存の二次、三次診療医の少ない数では対応しきれないからである。そこで、本ガイドラインは必ずしも心理療法などに精通していなくても、ある程度、OD に対して専門的な診療が可能ないように配慮した。たとえば、心理士が勤務していなくても、あるいは、発達検査、心理検査を行う設備等がなくても、診療が可能である。また専門的な心理学用語は使用せず平易な文章とした。しかし、不登校を伴うような OD では、診療に非常に時間がかかることから、上気道感染などの一般外来患者と同時間帯で診察することは、患者と医師双方に心理的にストレスがかかり、好ましい診療状況とは言えない。一般外来とは別の枠を設けて、その施設なりの心療外来を形作ることが望まれる¹⁶。

II. 難治性 OD の臨床経過

OD 発症後の経過に関する報告、とくに高校進学や青年期以後にどのように経過するのか、あるいは学生生活や就労状態などの社会生活への適応はどうなっているのか、に関する研究報告は少ない。過去の報告では、身体症状については成人してからも約4割に何らかの残存症状があるとされているが、実際に満足な社会生活を送っているのか、長期的な経過に関するケース研究は少ない¹⁷。したがって本ガイドラインではエビデンスに基づいた記述はできない。しかし、自律神経機能異常が年余にわたり持続する難治性 OD では生活機能の低下が著しく、高校進学後に中退を余儀なくされ、自宅に引きこもるケースも珍しくないことが、最近の研究で明らかになった¹⁸。実際に専門医がこのようなケースに出会うことは稀ではない。

OD の経過は、重症度や家族を含む周囲の理解やサポートに大きく影響を受けるが、専門施設を受診中の子どもは以下のような経過をとる。

1. OD ガイドラインで分類するところの「軽症 OD」では、適切な治療が行われた場合、数ヶ月以内で改善する。しかし翌年に再発する可能性はあり、再発すると中等症、重症へ悪化するケースがある。
2. 日常生活に支障のある「中等症 OD」では、1年後の回復率は約50%、2~3年後は70~80%である⁵。回復した場合には、症状が残存しても社会生活に大きな支障を伴うことは少ない。本人が自分のやり方で対処していることが多い。
3. 不登校をともなう「重症 OD」の1年後の復学率は30%であり、短期間での復学は困難である⁵。
4. 重症 OD では社会復帰に少なくとも2~3年間を要する。この間に以下の項目<III.OD が悪化し、不登校・ひきこもりを伴う機序>の関与の程度によって、回復が左右される。また、病極期が高校進学時期と重なるとさらに問題が複雑となる。ほとんど不登校状態の子どもであっても体力に見合った高校（週1~3日、午後からの登校のみの通信制や定時制など）に進学した場合、高校2~3学年になると8~9割程度が復学できる。その一方で、通常授業が行われる全日制に進学すると体力的、心理的な負荷が過剰になり約2/3が高校中退するという報告がある¹⁸。
5. 中退、休学などの高校生活の破綻は、その後の心身状態に強い影響を及ぼす。もし、保護者、および周囲の理解と受容が好ましくなければ、昼夜逆転の

生活から長期のひきこもりに陥り、社会復帰は非常に困難となる。その過程でうつを発症することもある。

6. 高校中退や休学に対して保護者や周囲の理解と受容が適切であれば、子どもは心身ともに安定し、緩やかに回復が見られる。心理的に安定すれば、年単位ではあるが睡眠や生活リズム、症状が徐々に回復する。自律神経機能が改善すると体力が回復し暇を持てあますようになる。徐々に外出を始めるケース、年度替わりに単位制や通信制高校に再入学するケース、友人から誘われてバイトを始めるケースなどがあり、その子どもなりの社会復帰が開始される。ODを発症してから5~6年以上の長期間を要して社会復帰することも少なくない。

III. ODが悪化し、不登校・ひきこもりを伴う機序

ODが治療によって改善しない、あるいは悪化して不登校・ひきこもりを生ずる場合には、表2に示したような身体的機序、および心理社会機序が関与する。各々の子どもについてこれらを評価することが必要である。以下に概説する。

1. 身体的機序

(1) 元来の自律神経機能異常が著しい

ガイドライン2005に示したように、ODは新起立試験によって、軽症、中等症、重症の3

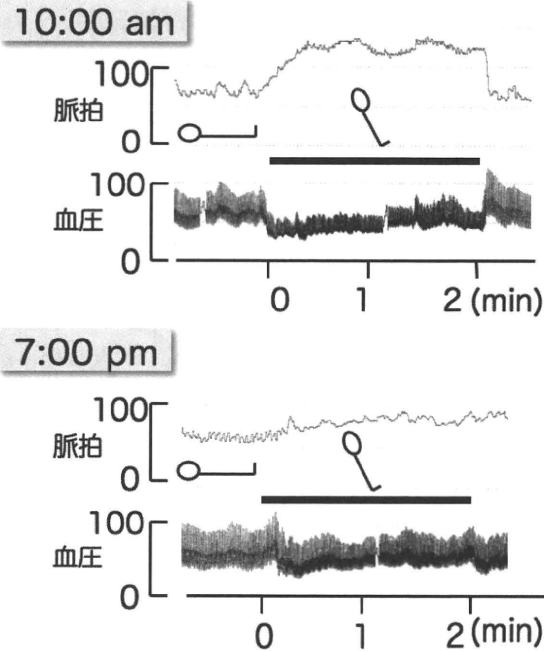
段階に分類される。重症ではとくに自律神経機能不全が著しく^{19,20}、治療抵抗性で起立循環反応が改善しない。重症ODは心因性、身体表現性障害などと診断されることがあるが、身体診断を再度実施することが重要である。すなわち、ガイドライン2005の診断アルゴリズムに沿って、診断の再評価を行うことが推奨される。自律神経機能不全は午前中に強く表れ、夜には軽減することが多い(日内リズムの乱れが著しい場合、稀に午後で悪化することもある)。新起立

表2 ODが遷延、悪化する因子

1. 身体的機序
(1) 元来の自律神経機能異常が著しい
(2) 生活リズムの乱れ、運動不足、食生活に起因する自律神経機能の悪化
(3) 嫌悪刺激による自律神経を介した条件反射形成
2. 心理社会的機序
(1) OD発症以前から存在する未解決な心理社会的問題(発達上の問題、家族関係など)
(2) ODの病態に対する理解不足から生ずる家族関係の悪化
(3) 学校関係者のODへの認識不足から生ずる信頼関係の悪化
(4) 生活機能低下・学業低下から生ずる自尊心の低下
(5) 長期化するひきこもりによる社会復帰の遅れ
(6) 精神科疾患の併存や発症

図3 午前(上段)と午後(下段)の起立試験の差異

午前(10:00am)には、起立時(傾斜台試験, 図中太線で示す)の著しい血圧低下と心拍増加を認めるが、午後(7:00pm)には改善している



試験は午後には偽陰性になりやすく、午前中の早い時間帯に実施する必要がある(図3)。

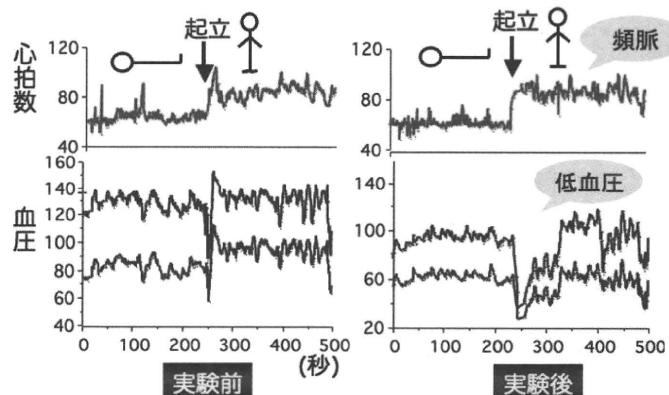
(2) 生活リズムの乱れ、運動不足、食生活に起因する自律神経機能の悪化

ODは午前中に体調不良が強く、夜には回復する特徴がある。いわゆる「宵っ張りの朝寝坊」になりやすく、起床・就寝の睡眠リズムが乱れる。午前中の体調不良は遅刻や欠席の一因となり、生活リズムの乱れを起こす。立ちくらみ、全身倦怠感、動悸のために運動嫌いになり、日常生活で運動量の低

下を招く。これがさらに自律神経機能を悪化させ、ODが重症化する悪循環を形成する。過去の研究によると、11日間のベッドレスト(1日中の寝たきり生活)は、健常大学生に起立直後性低血圧を引き起こし(図4)、また下半身への血液貯留を増加させ起立耐性を悪化させることから²¹、長時間の臥位や運動不足はODを悪化させる。さらに不規則な生活リズムや運動不足は、食事量や水分摂取量を減少させ、循環血漿流量、静脈還流量低下、ひいては血圧低下、心拍増加を引き起こしODが悪化する。難治性ODではこのような複数の身体機序が関与していることを理解し、子ども

図4 健常若年男子に対する11日間ベッドレスト実験前後の起立循環反応の1例

実験前(左)には起立時(図中↓)の心拍数(上段)と血圧反応に異常はなかったが、11日間のベッド上安静(頭部を6°下げる)を保った実験後には起立時に著しい低血圧と頻脈を認めた



と保護者へ指導することが望まれる。

(3) 嫌悪刺激による自律神経を介した条件反射形成

OD 児は不登校児と同じように登校時に気分不良を訴えることが多い。

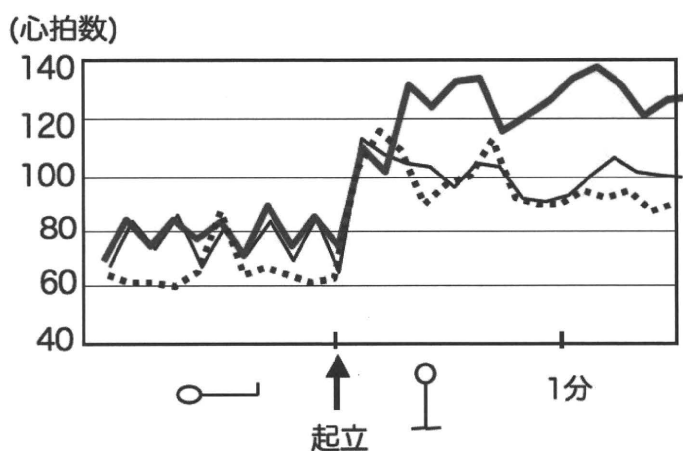
これは、1. で述べたような午前に増強する循環調節不全が主たる原因であるが、さらに登校や通塾が嫌悪刺激となり自律神経を介してODが増悪することがある。登校刺激によって体位性頻脈症候群が引き起こされたケースが報告されている²²

(図5)。これは、嫌悪刺激→自律神経活動の興奮

(または低下)→身体症状発現、という自律神経を介した条件反射が形成された結果と考えられる。嫌悪刺激によって明らかな体調不良が起れば心因反応と診断されるが、このような生物学的な機序が実際に大きく関与していることを理解した上で、患者、保護者、学校関係者へ説明し、理解を求めることが望まれる。

図5 嫌悪刺激により起立性調節障害が誘発された不登校症例

平常では起立試験によって異常を認めなかった(細実線)が、登校刺激により気分不良、起立時頻脈が誘発(太実線)、登校刺激のない気分改善時(4日後)には正常(破線)。診断は体位性頻脈症候群。



2. 心理社会的機序 (図6)

(1) OD の病態に対する理解不足から生ずる家族関係の悪化

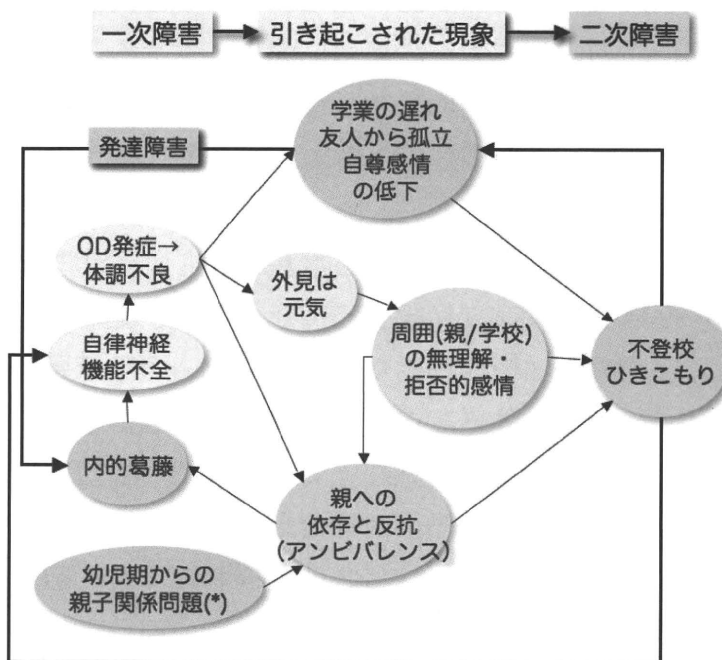
OD の子どもは朝起きが困難である。OD に知識のない保護者は OD 症状を、「ただの怠け、だるいのは気持ちの持ちようではないか」と考えがちになる。さらに医療機関を受診して「どこも悪くない、心因性だろう」と診断されると、「やっぱり、怠けだ。根性がないだけ。

鍛えないといけない」と思うようになり、「早寝早起きをさせて、少々辛くても強制的に登校させ、教室で授業を受けさせよう」という対応をとる。

しかし、親が朝に子どもを起こそうとしても失敗することが多い。たとえ、子

どもが、「朝起こしてほしい」と親に頼んでも、実際は目覚めないことが多く、それが原因で親子喧嘩になることも少なくない。OD 児は入眠困難で夜遅くまでテレビを見たり、携帯やインターネットで遊ぶことが多い。保護者は「朝早く起きないから、夜に寝つけないのだ。夜は夜で遅くまで起きているから、朝起きれないのだ。悪いのはお前だ。」と批判的に、あるいは叱りつける対応になる。子どもは、「本当に体調が悪いのに、なぜ叱られるのか」と反発を感じて心理的ストレスを溜めていく。心理的ストレスは自律神経を介してODをさらに悪化させ、重症化し症状悪化や回復遅延を引き起こすことになる。

図6 ODが悪化し、不登校・ひきこもりを伴う心理社会的機序



(*) OD児は幼少時から過剰適応な性格傾向で、親の手を煩わすことが少なく、依存欲求を満たしていないと指摘されている

(2) OD 発症以前から存在する未解決な心理社会的問題（発達上の問題、家族関係など）

難治性 OD 児には様々な心理社会的背景が関与している²³。これには子ども自身の人格傾向、人格形成に関与する親子関係を含む養育環境、就学後の教育環境・友人関係などが含まれる。人格傾向としては、幼少時から周囲の期待に合致した行動をとるといった過剰適応の性格傾向にあり、子どもが本来持っている依存欲求を長期間にわたり抑圧していることがある。この状態で OD を発症すると、疾患に対する不安感から生ずる親への依存欲求と反抗心という両価性感情によって、非常に不安定な精神状態になる。難治性 OD では精神不安定を伴っていることが多いが、このような心理的メカニズムが働いている。

(3) 学校関係者の OD への認識不足から生ずる信頼関係の悪化

教員は、大学の教員養成課程において OD などの心身症に関連した知識を習得する機会が極めて少ない。そのため、OD 児の症状（午前に症状が強く、夜には回復する）を見て「怠け」と考えがちである。学校嫌いによる不登校と同等に考えて、なんとか登校させようと心理面からのアプローチに終始したり、スクールカウンセラーにすぐに面談させたりなど、子どもの身体面への理解が乏しく、不適切な対応を行うことが少ない。教員の理解不足によって子どもとの信頼関係が破綻し登校への大きな支障となっていることが少なくない。

(4) 生活機能低下・学力低下から生ずる自尊感情の低下

循環調節異常が持続する重症例では、脳機能の低下や運動機能の低下によって日常の生活機能が著しく損なわれ、また欠席によって学力低下を招く。クラスメイトとの連絡が途切れると社会的な孤立感も高まってくる。その結果、自尊感情が低下し無力感が強くなり、抑うつ状態になる場合もある。外出時に友人に出会うと隠れるような行動をとり、友達を避けたり外出を嫌がるようになる。結局、不登校と同じ心理的機制によって自宅にひきこもるようになる。それがますます運動不足を引き起こし、自律神経機能が乱れて日常生活リズムがさらに悪化するという悪循環が生ずる。さらに保護者が子どもの自尊感情を悪くするような発言、例えば、「一体いつになったら学校に行くのだ、ニートになるぞ、ダメな奴だ」などと言ったり「もうこの子は一生、落ちこぼれになる」と不安を募らせると、子どもは敏感に感じ取り、自尊感情をより一層低下させることになる。初期には OD であったのに数年後には長期間のひきこもりを起すケースでは、子どもの自尊感情が極めて低く、これが社会復帰を困難にさせる重要因子となる。

(5) 長期化するひきこもりによる社会復帰の遅れ

自尊感情の低下、および身体機能の低下によってひきこもりが長期化した場合には、つぎのような特徴が見られる。昼夜逆転の恒常化、1 日中ごろごろしている、インターネットへの耽溺、学業にはほとんど手を付けない、保護者が批判すると家で暴れる、保護者の財布からお金を盗む、散髪の拒否による長髪、時には入浴拒否、友人から接触拒否、医療機関への受診拒否などがみられる。

梶原によると、学業や友達関係に対して不安が強い性格は、OD においてひきこもりを長期化させる因子となる可能性があり、しかも身体的要因が強い群では生活リズムの修正の効果は 25%と少なかったという²⁴。適切なアドバイスを受けていない保護者は、子どもがニートになるだけでなく、ニュース報道でみる殺人事件などの大事件を起こすのではないかと不安になり、ますます子どもに対して過干渉、批判的になると、子どもが突然、形相を変えて暴れ出す、といった家庭内暴力もみられる。近所からの視線が気になりさらにひきこもり行動が強化される。高機能広汎性発達障害を伴う OD ではこの傾向がたびたびみられる。

(6) 精神科疾患の併存や発症

難治性 OD 児では、上記(1)～(5)の様々な要因が関与して自尊感情の低下、精神不安定を来し、不安が強くなる。その結果、精神障害を発症することあり、重症 OD の約4割に不安障害を、また約1割にうつ病を発症する。とくに高機能広汎性発達障害の子どもでは、この頻度が高くなる印象がある。精神障害に陥るのは、OD 発症後、少なくとも2年以上は経過しており中学3年生以後で見られる。高校進学後、OD が改善せず中退を余儀なくされたケースに多い。

不安障害の程度は様々であり、全く外出できないケースから、知人のいない場所への外出は可能、保護者同伴なら可能、特定の友人となら可能などがある。身体がだるいという理由で外出を拒むことが多いことから、診断に際しては、外出に際する不安感、人に会うことへの緊張感を確認する必要がある。

IV.心身医学的評価の方法(表1)

ガイドライン 2005 は、一般外来での対応に焦点を合わせているため、簡易な心身医学的評価を掲載した。一方、難治性 OD では詳細な心身医学的評価が必要である²⁵。表 1 に示したように(A)子ども身体機能、精神発達、性格傾向、(B)家庭生活上の評価、(C)学校生活上の評価、などの項目について一つずつ評価することが望まれる。これら項目の評価スコアは現時点ではないが、重要なポイントについて以下に述べる。

(A) 子ども身体機能、精神発達、性格傾向

(1)身体機能の評価：

身体症状が強い場合には、ODの重症度を新起立試験（ODガイドライン参照）によって判定し、薬物療法が適切か、非薬物療法が徹底されているか評価する。女子では甲状腺疾患の併発、妊娠の可能性（生理の有無）にも注意する。春先にODが悪化するケースでは花粉症にも注意する。両親自身のODの既往歴、内分泌、アレルギー疾患の既往歴も確認する。

(2)生活習慣の評価：

自律神経機能に影響を与えるので重要な項目である。起床・就寝時刻、入眠・睡眠の質は診察毎に確認する。長時間のメディア視聴は自律神経機能を悪化させる。また、体調不良が続きひきこもりになると、歩行数が極端に少なくなり下肢の筋力低下をきたす。腓腹筋を触診するとスポンジのように柔らかくなっていることがある。腹筋や下肢筋力の低下は起立時の下半身の血液貯留を増加させ、ODを悪化させる。一たん改善した新起立試験が、再度、悪化した場合には生活の乱れがないかを確認する。

(3)発達レベルの評価

難治性ODの全員に発達レベルの評価を行う必要はない。しかし、ODの発症以前から学校の成績が平均以下であれば、発達検査を実施して知的障害、学習障害を評価する必要がある。また幼少時期における発達障害の症状の有無（こだわりの強さ、指示の通りにくさ、友人とのコミュニケーションの悪さなど）を保護者に確認する。治療的介入を行う場合に重要な情報となる。

(4)パーソナリティの評価（表3）

人格形成には、生来の性格特性と幼少時からの保護者などの養育態度が大きく関与する。難治性ODの性格特性としては、幼少時から周囲の期待に合致した行動をとるなどの過剰適応の性格傾向にある。そのため、内的欲求を言語化する能力が乏しい

表3 子どもの心理面（発達レベル、パーソナリティ）に関する評価

1. 医療面接（本人、保護者、担任教師）
評価項目 不安感、緊張感、抑うつ性、落ち着きの無さ、攻撃性、自我の発達、社会性の発達、コミュニケーション能力
2. 簡単な健康チェックリスト GHQ、SDS、GHQ36など
3. 知能検査 知能（WISC III 知能検査など）
4. 人格検査 質問紙法：矢田部・ギルフォード性格検査 投影法：PFスタディ、文章完成法（SCT） 箱庭、ロールシャハ、 描画テスト（樹木画（バウム）テスト、 家・人・樹木画（HPT）テスト、家族画） 絵画統覚検査（TAT・CAT）
5. 状態不安テスト STAI、GAT

場合が多い。難しい本を読む、学業レベルも平均以上であっても、自分の考えを言語化して表現するのが苦手、嬉しい、悲しい、悔しいなどの感情表出が少なく、失感情症と呼べるケースが少なくない。これらの特性は心身相関によって自律神経機能に悪影響を与える。

社交性が乏しく内向的な OD 児では、友達関係が築けていないことが多く、ひきこもり状態が加速する。保護者にもよく似た傾向性を持つことが多く、それがかえって子どもへの拒否感情に繋がり、親子関係の悪化をもたらすこともある。

(5) 子どもの学業レベルの評価

言うまでもないが、学力・学業レベルの高い子どもでは勉強時のストレスは少なく一般的に自尊感情も高い。OD では脳機能の低下によって集中力・思考力が低下するため、学力・学業レベルが低下する。身体機能の低下と相まって、勉強時のストレスが強くなり自尊感情が低下する。幼少時からの知的な遅れがあれば WISC などの発達検査で評価する。学業がどの程度遅れているのか、学校との連携によって把握しておく必要がある。もし遅れているのであれば、どのようなサポートでキャッチアップを図ればよいのか（学校教員による補習、体調の回復する夜の塾、家庭教師など）プランを立てることによって、子どもの学習不安に対応することができる。

(6) 精神疾患併存の有無

前述したように、不安障害の併存が最も多く約 4 割である。気分障害、とくにうつ病は約 1 割である。注意欠陥多動性障害の併存は少なく、生物学的に OD になりにくい脳内機構があるのかもしれない。その他の精神疾患は一般の罹患率と同等であり、OD について特別に配慮する必要は無い。OD と「うつ」は症状が似ている部分があり、その鑑別には特別の配慮が必要である。また OD の治療中にうつを発症しても気づかれにくいので、少し記載する。

過去のある報道によると、子どものうつスクリーニングで中学生の約 2 割がうつ病のリスクを持ち、さらに医療面接によって約 1 割が軽症も含めてうつ病と判定されたとあった。しかし、親子分離面接、自律神経機能検査を加えた心身医学的診断から検討した他の研究によれば、DSM を用いた診断の偽陽性率は 85%に昇ると報告されている²⁶。さらに偽陽性と診断された子どもの 76%は、起立試験によって OD の最終診断がついた。すなわち、医療面接のみでうつと判定された子どもの 7 割以上は実は OD の可能性が高い。このような偽陽性に

なる理由は、重症 OD は自律神経機能不全や脳循環障害により朝起き困難、無力感、興味の消失、食欲低下などの抑うつ状態が夕方ぐらまで続くために、DSM の診断項目だけでは重症 OD とうつとは鑑別できないからである。たとえ重症であってもその症状は夕方～夜の時間帯になればほとんど消失するというのが OD の特徴であり、この点で、重症 OD とうつとは鑑別できるのである。したがって小児の「うつ」の診断に際しては、うつの診断基準に加えて「ただし、精神活動、および生活行動は夕方～夜にほとんど正常化する者は、OD の可能性があり、その診断を試みる」という除外項目を含めることが必要である。

一方、OD の経過中に症状が夕方～夜の時間帯になっても消失せず、一日中ふさいで横になっているのであれば、積極的にうつの診断を試みる事が必要である。今まで夜に楽しめていたゲームやパソコンをしなくなった、お笑い番組を見て笑うことが無くなった、ちょっとしたことで急に泣き出したりする、あるいはイライラするようになった、食事をあまり取らずに体重減少が 1 ヶ月で 2kg 以上にも及んだ、という場合には「うつ」への注意が必要である。

(B) 家庭生活上の評価

子どもの人格形成の視点から、あるいは治療的介入の視点からもこの評価は必要である。専門診療においては保護者への面接も並行して必要であり、その面接を通して以下の項目について情報収集し、家族関係の問題点を分析し、その保護者に適したアドバイスを行うなどの介入が望まれる。

(1) 家族構成員の諸問題では、表 1 に示した項目について聴取する。手のかかる同胞がいたり、片親家庭での養育環境では過剰適応の性格の子どもはより自我を抑圧しやすくなる。

(2) 夫婦不和が養育に与える悪影響は大きい。婉曲的な質問を用いて評価することが臨まれる。例えば、配偶者は子育てに協力的か、養育方針は配偶者と一致しているか、などを質問すればおおよその夫婦関係が推定できる。可能であれば夫婦不調が生じた背景や時期なども聴取する。

(3) 経済的状況や保護者の過剰な勤務時間

経済的困窮は養育に悪影響を及ぼす。とくに被虐待児では経済的困窮は重要因子である。しかし、OD においては家庭の経済困窮の頻度は高いというエビデンスはない。OD の養育上で問題になるのは、保護者の勤務時間であり養育時間を確保できなければ子どもの依存欲求が満たされないことがある。両親の勤務

形態、勤務時間についても聴取する。

(4) 子どもの養育・教育に対する考えと受容性

保護者の子育てや養育に関する考えは個々様々であるが、一般的には、それが子どもとの関係性において大きな問題を引き起こすに至らないで済むものである。しかし、その関係性において過度に支配的、服従的、過干渉、拒否的となれば、心の発達に大きな影響を与える。もし保護者の養育・教育に対する考えが平均から大きく偏っていないか、あるいは子どもがどのように認識しているか、おおよそを評価する。子どもと保護者の同時面接から親子の力動関係を推定し、別個面接で親と子どもがお互いにどう思っているか知っておく。保護者の受容性の程度（こどもの現状をある程度、受け入れているか、共感的か、あるいは逆に、批判的か、拒否的か）は、子どもの予後に影響を与える。一つの簡易尺度として自記式の親子関係テストがあり思春期以後の子どもであれば実施可能である。保護者自身も自己評価ができる。

(5) 保護者の精神疾患や人格的問題

子どもの精神発達に大きな影響を与えるので面接で聴取する。面接場面で保護者自身の病歴が語られることがあるが、婉曲的に「ご親戚の中で、真面目すぎて、心の病気になられた方や自殺された方などはおられませんか？」などと問診する。保護者の意志疎通性、抑うつ、無力感、不安感、攻撃性などを評価する。難治性 OD では保護者のうつの発症は少なくない。意志疎通が取りにくい保護者も稀でなく、発達障害や統合失調症を疑がわせる。異常があれば、精神科や心療内科の受診を婉曲的に勧める。

(C) 学校生活上の問題の評価

現在の学校生活だけでなく、就学前の集団生活（保育所、幼稚園）に遡って表1に示した項目について聴取する。思春期に初めて心身症を発症した子どもは、一般的に内向的で過剰適応であり集団生活や家庭生活において自己を抑圧する傾向にあり、心理的葛藤を語るが少ないだけに十分に評価することが望まれる。OD児おける「いじめられ経験」は、一般児の約2倍多い²⁷。また荒れた学校や学級崩壊状態は、ODを発症しやすい子どもにとっては強い精神的ストレスとなり、OD発症準備状態を加速すると考えられる。また、ニュース報道にあるように、いじめに教師が荷担しているケースや教師が暴行を働くケースもあり²⁸、面接では学校生活の詳細にわたり慎重に聴取することが必要であ