

る。

OD 児の中にも攻撃的な性格傾向や反抗挑戦性障害例も稀にある。このようなケースでは悪い交友関係によってさらに行動が悪化し、日常生活リズムが乱れてODがさらに悪化する。保護者や周囲から情報を聴取することが必要である。学力の評価も重要である。OD では座位においても脳血流が低下することから、授業への集中力や思考力が低下する。そのため学力低下、学業不振が生じて心理的ストレスになる。また学業不振を補うために塾通いをして生活リズムの乱れが顕著になることもある。

都心部では通学に通電車を利用するケースが多い。ラッシュアワーでは長時間立たなければならないことも多い。通学途上で気分不良を起こし、結局は不登校を生ずるケースもある。通学に要する時間、利用する公共機関、座っていけるのか、友人と一緒に通学する負担、クラブ活動内容による身体への負担、帰宅時刻など、子どもの生活の一齣一齣のシーンをイメージしながら丁寧に評価することが必要である。

## V.専門的診療の進め方

### 1. 外来における診療の構造

専門医を受診する OD 児の多くは、病初期から数ヶ月、あるいは年単位で症状を患っており、長期欠席、不登校、あるいはひきこもりを伴っていることも少なくない。現行の OD ガイドライン 2005 の治療にある非薬物療法や薬物療法によって簡単に改善しないケースが多い。担当医は、上記の「OD が悪化し、不登校やひきこもりを伴う機序」「心理社会的評価の方法」について理解することが求められる。これらを念頭に入れつつ、子どもや保護者への面接に臨むが、すべての情報を 1 回の診察から得ることは時間的に不可能である。それぞれの担当医の診察時間枠内で、どこまでアプローチするか、優先順位で計画を立てておく必要がある。

診療形態では、子どもと保護者の同席面接とするか、あるいは、別個に面接にするかは、担当医の診療スタイルや個々のケースに応じて判断する。一般的に、親子の力動関係を推定する際には同席面接がよい。思春期以後では別個に面接（あるいは並行面接）の方が親子間の気兼ねがなくなり、面接内容が深まることが多い<sup>29</sup>。

診療においてとくに重要な点は、子ども・保護者との間で患者・医師の信頼関係を築き、良好なラポールを形成することにある。面接では共感的態度で傾聴する、といった心理カウンセリングと共通した部分もあるが、指導・教育・管理という医学的な治療介入を行う点でカウンセリングと治療構造が全く異なる。子どもへの治療の進め方と、保護者へのそれとは全く異なり、また各々の患者の特性に合わせながら、最適な治療の計画を個別に立てる必要がある。

1 回の大まかな診療の流れは、

- (1) 子どもと保護者から情報収集
- (2) 子どもの心身の現状把握と、それに対する心身医学的評価(A)(B)(C)（上記、及び表 1 参照）
- (3) 実施すべき検査の決定（至急か、予約か）
- (4) 暫定的な心身医学的診断、および現時点での総合的評価（保護者の対応、学校などの社会的状況が改善、不変、悪化など）
- (5) 今回の治療、治療的介入の方針決定
- (6) 治療の実践

となる。なお、治療の実際の進め方についての概要は、専門的治療アルゴリズム

ムとして、図1に示した。図の上から下へ、初診から再診へと経時的な治療の流れに沿って、本人と保護者のそれぞれに対する治療手法を具体的に記載した。ドロップアウトがなければ、治療には平均的に2-3年かかり、数年以上の長期に及ぶ場合もある。この治療アルゴリズムのポイントを概説する。

## 2. 初診時診療の実際

### (1) 子ども本人への診療概要

初診では子どもと信頼関係を作ることが大切である。そのためには医療面接に先立ち、受診したことへの労いの言葉をかける。そして問診は身体症状から詳細に聴取し、精神心理状態、学校生活については後にする。例えば、日常生活、心身症状のチェックリスト（付録資料1）などを使って、一項目ずつ質問して症状を丁寧に確認する。これによって身体症状の強さ、日常生活の支障度、登校状態、心理状態などを把握でき、子どもとのコミュニケーションが取りやすくなる。さらに日常生活で行動が制限される不便さ、長期欠席への後ろめたさ、友達からの孤立感、学業の遅れへの焦り、保護者や教師から理解してもらえない怒りや情けなさなどの心の内を理解、共感し、そのような症状はODの子どもほぼ共通の悩みであると伝える。医療面接の詳細なノウハウは、子どもの心の診療医テキスト<sup>30,31</sup>を参考にされたいが、表4に簡単にまとめた。

表4 思春期の子どもへの医療面接の具体的な方法。共感的な態度で行う。

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 負担にならない程度の面接、わかる範囲の情報を積み重ねる。</li><li>2. 子どもの心をさわり過ぎない（心理面の追求をしすぎない）<br/>自分の心理的問題に不用意に直面すると悪化する。</li><li>3. 訴えに関する質問を子どもに：閉じられた質問から始める<br/>日常生活状況（起床時間、就寝時間、食欲など）、半構造化面接も役立つ。<br/>身体症状を詳しく聞くのが、子どもはもっとも話しやすい。</li><li>4. 解答・解決を与えることにこだわらない。<br/>第一目標は、現状維持（悪化させないことを第一に）</li><li>5. 患児の話す内容を、一度は受け入れる。<br/>受け入れにくい内容の話も一旦、聞いておき、後で少しだけ患児に返す。</li></ol> |
|---|

このような心構えの上で、上記の診療の流れ(p21)の(1)-(4)を行う。子どもに身体的再評価を行う必要性を説明し、ODガイドライン2005の診断アルゴリズム(図6)にしたがって、サブタイプ、および重症度の決定を行う。もし、知的障害や発達障害の併存を疑う場合には、発達検査を実施する<sup>32</sup>。OD児は身体的検査については比較的容易に同意する反面、心理検査や発達検査には拒

否感情を持つことが多い。その場合、ODによる脳循環不全による脳機能の低下を評価すると説明する。

次いで、まず身体のだらさを治そうと提案し、治療に関する説明と同意を行い理解が取れたら。上記の診療の流れの(5)(6)を行う。もし、子どもが治療に否定的であれば、ODの病態生理を十分に理解していない可能性がある。これに対してODガイドライン2005の患者・保護者向けガイド(Q&A)を使ってやさしく治療教育を行う。子どもが自分の病名を覚え、また簡単な身体メカニズムを説明できることが望ましい。

専門医を受診する子どもは、前医においてすでに様々な治療を受け、ほとんど治療効果が見られないか、悪化している。その理由にはおもに3つで、治療効果を新起立試験で正確にしていない、薬物療法だけを行い非薬物療法が不十分、心理社会的問題の未解決がある。すなわち、これらについて専門医が丁寧に対応することで治療効果が期待できる。以下に具体的に記載する。

(あ)治療効果は新起立試験(ガイドライン2005、p4)によって定期的に評価する

ODが専門医に紹介される理由には、服薬しても症状改善しない、が多い。子どもによく話をきいてみると、服薬しても効果を感じないので勝手に怠薬したが医師には黙っている、水分摂取などの非薬物療法を怠っている、という。さらに、前の担当医が薬物療法の効果を新起立試験で確認した、というケースは少ない。すなわち、子どもは服薬していない、医師は治療効果を新起立試験で確認していない、という不十分な診療状況で専門医へ紹介されてくるケースが極めて多い。したがって、専門医は子どもの服薬状況の丁寧な確認と、その治療効果の正確な判定を改めて実施する必要がある。非侵襲的連続血圧測定装置を使った起立試験(Finapres起立試験)が実施できない施設では、現時点では新起立試験が唯一の客観的検査法である。この検査法はODをサブタイプに分類できるが、サブタイプは交感神経機能の動態を極めてよく反映しており、この分類は治療の視点からも重要である<sup>33</sup>。同試験は診療報酬が少ないが、治療効果を判定するには定期的に本試験を実施することが大切である。

(い)日常生活改善の強化

薬物療法は日常生活改善を行わなければ(ガイドライン2005では「非薬物

療法」と標記、p13) 効果は表れにくい。OD ガイドライン 2005 で推奨している薬物は、おもに血管収縮に作用して昇圧および血圧低下を防止する。しかし、循環血漿量が少ない OD においては、血管収縮作用だけでは昇圧効果が乏しい。水分摂取(1日 1.5~2リットル)、食塩摂取(10~12g)を毎日継続する必要がある。また、下肢や腹部の筋力を強化し立位での血液貯留を防ぎ心臓への静脈還流量を増加させることが必要である。非薬物療法については、OD ガイドライン 2005 にしたがって進めることが望まれる。

(う)環境調整を再確認し、不十分な点について対応する。

子どもの心理社会的な問題が軽減しなければ OD 症状の改善は期待できない。<II.OD が悪化し、不登校・ひきこもりを伴う機序>の中の<心理社会的機序>に述べた様々な理由が関与するからである。これらの悪化要因の一つずつを修正する方向で丁寧に対応することが必要である。以下に述べる保護者への対応をも参考にされたい。

(え)薬物療法

薬物療法開始に当たっては、服薬は子どもの自己管理を原則とすることが望ましい。子どもの中には薬物療法に消極的な子どもが少なくない。保護者が服用するように指示しても怠薬しがちになる。薬に頼りたくない、薬で自分を変えられたくない、と口にする子どももいる。また、「病気がよくなったら学校に行かなければいけないから」と吐露するケースもある。あるいは、幼児期から保護者の強制的な服薬行為が潜在的な拒否感情を生じている可能性もある。拒否感情を伴ったまま強制的に服薬しても、プラセボ効果が消失し有効性が低下する。したがって、薬物療法の開始に当たっては、医師は子どもに服薬理由を十分に説明し、子どもに服薬の意志を確認し、そのうえで服薬時間、用量、用法、薬の保存は自管理できるように教育することが望ましい。(大量服用などの危険性のあるケースは除く)。

以下に、OD ガイドライン 2005 に記載された初期治療薬を使用した但其の有効性が乏しい場合の対応と、そのような「難治性 OD」に対する薬物療法を以下に記載した。

(a)ガイドライン 2005 掲載薬物の再評価 (ガイドライン 2005、p15-16)

現在、OD、あるいは起立性低血圧に保険適応されている薬物は数が少ない。ミドドリン塩酸塩、アメジニウム硫酸塩、ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩などに限られる。そこで、すでに患者が使用した薬物で効果がなかったとしても、再度、非薬物療法を充分に行ったうえで、これらの薬物を再使用してみる（ODガイドライン2005に掲載の薬物一覧を表5、サブタイプ別の推奨できる処方例を表6に再掲した）。

**表5 薬物療法**  
(ODガイドライン2005による初期治療薬)

	7-9歳	10-12歳	13歳-
塩酸ミドドリン (1錠 2mg) 朝食前と昼or夕食後or眠前、分2	1-2錠	2錠	2-3錠
メシル酸ジヒドロエルゴタミン (1錠 1mg) 朝食前と昼食前 分2	2-3錠	3錠	3錠
メチル硫酸アメジニウム (1錠 10mg) 朝食前と昼、or夕食後or眠前、分2	0.5錠	0.5-1錠	1-2錠
プロプラノロール (1錠 10mg) 朝食前、昼食後、分1-2	1錠	1錠	1-2錠

(注1) メチル硫酸アメジニウムは、起立時頻脈 (>115拍/分)を生ずる可能性があり症状悪化させる場合がある。  
(注2) プロプラノロールの使用は、体位性頻脈症候群に限る(小児での効果の報告はまだ少ない。気管支喘息には禁忌)。  
(注3) ミドドリンの長期使用により効果が減弱する場合には、1週間以上の休薬によって効果が回復すると指摘されている。

表6 推奨できる処方例 (ODガイドライン2005)

起立直後性低血圧

(処方A)
塩酸ミドドリン (メトリジン、メトリジンD錠など) 1回1錠 (2mg) 1日2回 (起床時、夕食後)
午後からも症状が続く場合：1回1錠、1日2回 (起床時、昼食後)
早朝の症状が強い場合：1回1錠、1日2回 (起床時、眠前) (但し、不眠を起こせば中止)

(処方B) 処方A (2週間) で起立試験に改善が得られない場合は増量。
塩酸ミドドリン (メトリジン、メトリジンD錠など) 起床時2錠 (4mg)、夕食後1錠2mg)
午後からも症状が続く場合：起床時2錠、昼食後1錠
早朝の症状が強い場合：起床時2錠、眠前1錠

(処方C) 処方Bで起立試験に改善ない場合は以下のいずれかを使用する。
メチル硫酸アメジニウム (リズミック) 1錠 (10mg) 1回1/2錠、または1錠 (起床時)
メシル酸ジヒドロエルゴタミン (ジヒデルゴッド) 1回1錠 (1mg) 1日2回 (起床時、昼食後)

体位性頻脈症候群

(処方A) 起立直後性低血圧と同じ
塩酸ミドドリン (メトリジン、メトリジンD錠など) 1回1錠 (2mg) 1日2回 (起床時、夕食後)
午後からも症状が続く場合：1回1錠、1日2回 (起床時、昼食後)
早朝の症状が強い場合：1回1錠、1日2回 (起床時、眠前)

(処方B) 処方A (2週間) で起立試験に改善が得られない場合は、βブロッカーを併用する。
プロプラノロール (インデラル) 起床時1回1錠 (10mg) 注) 喘息には禁忌。塩酸ミドドリンと併用も可能であるが、血管収縮、血圧上昇をきたすことがあり、併用に注意すること。

神経調節性失神

起立直後性低血圧や体位性頻脈症候群が基礎にあり、神経調節性失神を生ずる場合、上記の処方に準ずる。OD症状を伴わない神経調節性失神に対しては、現時点で薬物療法は無効であることを本人と家族に十分な説明をした上で、将来にODが発症してこないか経過観察を行う。
--

現時点で日本ならびに海外で多く使用されている薬物は、ミドドリン塩酸塩 (ミドドリン) である。ミドドリンは、体内で緩徐に活性体となり半減期が長く<sup>[34]</sup>、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する。本邦での小児の使用量は1日6mgまでであるが、Mayo ClinicのLow教授が行

った多施設共同の二重盲検では、成人起立性低血圧を対象に1日30mgを6週間使用して、安全かつ有効であったと報告している<sup>[35]</sup>。Grubbは神経調節性失神に対してミドドリンはその発作を抑制したと報告した<sup>[36]</sup>。またHoeldtkeらは、Octreotide(ソマトスタチン) 1.0  $\mu$ /kgとミドドリンの併用によって起立耐性が増加したと報告した<sup>[37]</sup>。欧米では、起立性低血圧の治療の第一選択としてFludrocortisone(後述)、もしくはミドドリンをあげている<sup>[38]</sup>。ミドドリンは本邦でも小児起立性調節障害での有効性が報告されている<sup>[39]</sup>。起立直後性低血圧において起立直後の血圧低下の抑制、起立中の血圧上昇、起立時頻脈の抑制を認め、また体位性頻脈症候群においても頻脈を抑制する効果を認めたが、これは容量血管である静脈系にも作用するという上記の記載と一致して興味深い。ミドドリンは小児においても安全性も高く、使用しやすい薬剤である。効果発現が悪い症例には、欧米のように服薬を増量した方がよいのか、今後の研究課題であろう。

なお、ミドドリン塩酸塩の治療薬としてのエビデンスレベルは本邦では小児ODにおいてclass Ib<sup>40</sup>である。また小児ODサブタイプ別(起立直後性低血圧と体位性頻脈症候群)の治療効果に関する研究はclass IIa、さらに欧米で成人起立性低血圧、体位性頻脈症候群について各々class Ia, Ib<sup>41</sup>、小児体位性頻脈症候群においてはclass IIb<sup>42</sup>である。

アメジニウムメチル硫酸塩は本邦では小児ではIIa、成人ではIbであるが、海外での報告は少ない。エビデンスはないが、メトリジンが無効例で本剤が有効な症例を経験する。

ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩は、過去には本邦では頻用されていた。しかし、海外ではほとんど使用されなかったようでエビデンスは乏しい。効果が無いとした報告も見られる。本邦ではIIaであるが、サブタイプ別の使用経験は報告されていない。

以上より、ミドドリンのエビデンスレベルは高く、ODガイドライン2005では第一選択になっている。本症に効果がある薬物は限られているという現実を踏まえつつ、薬物療法と薬物以外の治療法(日常生活上の工夫など)を上手に使うことが専門医に求められる。

薬物の効果は臨床症状のみで判断せず、起立試験(新起立試験の方が望ましい)でその効果を確認する。もし、前医でODガイドライン2005による【処方A】が処方されたが効果が認められない場合には、非薬物療法を充分に実施

しながら INOH、POTS とも【処方 B】を処方することが望ましい。効果発現は起立試験では、第 1 週目から起立直後血圧低下の改善効果が現れるが、起立時の症状改善と生活活動度の改善においては 4-8 週目に統計学的有意差が出る（個々には 1 週間目に症状改善するケースもある）。さらに全般的な自覚的な疲労感はなかなか改善しないとした研究報告がある（この研究は無作為二重盲検ではないことからさらなる研究が必要である）。すなわち、症状改善の発現が非常に遅く約 1-2 ヶ月もかかり、しかも起立試験をしないと正確に判断できないという特徴を知ったうえで、薬物を使用することが必要である。

(b) 難治性 OD に対する薬物療法

OD ガイドライン 2005 の初期対応治療薬（表 5）によって効果がみられない難治性 OD に対しては、服用量を増やしたり、薬物を併用する方法を行う。以下に処方例を記載し、表 7 にまとめた。また本邦での適応外薬物についても記載した。

**表 7 難治性 OD に対する薬物療法**

<p><b>【服用量を増した処方例】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ミドドリン塩酸塩（1錠2mg） 起床時2錠、昼食後1錠、夕食後（もしくは眠前）1錠（ただし、小児では1日最大使用量は6mg）</li> </ul>
<p><b>【薬物の併用療法の処方例】</b></p> <p>&lt;作用機序が異なる薬剤を組み合わせ&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ミドドリン塩酸塩（1錠2mg） 起床時1-2錠、夕食後（もしくは眠前）1錠</li> <li>+ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩（1錠1mg） 起床時1錠、昼食後1錠</li> </ul> <p>&lt;一方の薬剤の効果を補う組み合わせ&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ミドドリン塩酸塩（1錠2mg） 起床時1-2錠、夕食後（もしくは眠前）1錠</li> <li>プロプラノロール塩酸塩（1錠10mg） 起床時1-2錠</li> <li>・メチル硫酸アメジニウム1錠（10mg） 1日1-2回、1回1/2-1錠、起床時と夕食後</li> <li>+プロプラノロール塩酸塩（1錠10mg） 起床時1-2錠</li> </ul>
<p><b>【適応外薬剤】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・dD-AVP（デスマプレシン）</li> <li>・ドロキシドパ L-threo-3,4-dihydroxy-phenylserine（ドプス）</li> <li>・酢酸フルドロコルチゾン（フロリネフ）</li> </ul>
<p><b>【睡眠リズムの調整】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・メラトニン</li> <li>・ラメルテオン</li> </ul>

### 【服用量を増した処方例】

ミドドリン塩酸塩（1錠 2mg） 起床時 2錠、昼食後 1錠、夕食後（もしくは眠前）1錠

解説：ミドドリン塩酸塩は 8mg(4錠)にまで増量可能である。ただし、小児では 1日最大使用量は 6mg（3錠）。なお、ミドドリンの長期使用成人例では、tachyphylaxis による薬効低下がみられる。この場合、週 5日間服用（金曜夜～日曜朝までの休薬）で耐用性が改善する。

### 【薬物の併用療法の処方例】

一種類の薬物で効果が得られないときには、複数の薬物を併用する方法が考えられる。併用療法の基本原則として、作用機序が異なる薬剤を組み合わせる、あるいは、一方の薬剤の欠点を補う組み合わせを行うことである。過去に研究はなく、エビデンスレベルは class IV である。

#### <作用機序が異なる薬剤を組み合わせ>

・ミドドリン塩酸塩（1錠 2mg） 起床時 1-2錠、夕食後（もしくは眠前）1錠

+ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩（1錠 1mg） 起床時 1錠、昼食後 1錠

解説：起立直後性低血圧に対して、血管平滑筋  $\alpha$  受容体とエルゴタミン受容体に別に作用する、あるいはエルゴタミンが  $\alpha$  受容体へのノルアドレナリンの作用を増強すると言われている。

#### <一方の薬剤の効果を補う組み合わせ>

・ミドドリン塩酸塩（1錠 2mg） 起床時 1-2錠、夕食後（もしくは眠前）1錠

+プロプラノロール塩酸塩（1錠 10mg） 起床時 1-2錠

・メチル硫酸アメリニウム 1錠（10mg） 1日 1-2回、1回 1/2-1錠、起床時と夕食後

+プロプラノロール塩酸塩（1錠 10mg） 起床時 1-2錠

解説：体位性頻脈症候群に対して、ミドドリンの  $\alpha$  受容体刺激作用で下肢のプーリングを阻止し、プロプラノロールの  $\beta$  受容体遮断作用で心拍増加をさらに抑制する。アメリニウムとプロプラノロールの組み合わせも同様の効果がある。

(e) 適応外薬剤

これまでに効果が報告されているものを列記するが、使用を推奨するものではない。担当医の判断に委ねられる。

- ・ dD-AVP (デスモプレシン)

尿崩症の治療薬であるが、成人起立性低血圧ではエビデンスのある治療法である。夜間に多量に排尿する自律神経変性疾患では翌朝の循環血漿量が低下し、起立性低血圧を生ずる。OD の中にも夜間に多量に排尿するタイプがある。近年、デスモプレシンは夜間多尿型夜尿に保険適応された（用法、用量が尿崩症と異なる）。就寝後から翌朝にかけての尿量が 500ml を越す OD で、夜尿を伴っていれば治療適応があると考えられる。眠前に 1 回(10 $\mu$ g)、鼻腔内に噴霧する。水中毒に注意が必要である。

- ・ ドロキシドパ L-threo-3,4-dihydroxy-phenylserine (ドプス)

ノルアドレナリンの前駆体であり、体内で decarboxilation されてノルアドレナリンに変換され効果を発揮する。脳内に移行して起立時の筋交感神経活動を上昇させる機序も推定されている。本邦では小児への前向き研究<sup>43</sup>がありエビデンスレベルは class IIb、欧米では成人のみであるが class Ia である。本邦の OD への使用研究では、朝 1 回服用（体重 40kg 未満 100mg、40kg 以上 200mg）でかなり効果が上がる。

- ・ 酢酸フルドロコルチゾン (フロリネフ)

Mineral corticoid 作用を強くもつ鉱質コルチコイドである。循環血漿量を増やし心拍出量を増大させる。本邦での起立性低血圧に対する使用報告がある。欧米でエビデンスレベルは class III である。

フロリネフ錠 (0.1 mg) を粉砕して、1 日 0.02~0.1 mg を 2~3 回に分けて服用する。低K血症、うっ血性心不全を起こしやすいので注意する。

#### (f) 睡眠リズムの調整

OD に高頻度に伴う難治性の症状として、入眠困難と朝の覚醒困難がある。これに対して、睡眠導入剤を使う場合が少なくない。現時点で OD の睡眠障害に対する薬物使用に関するエビデンスはない。一般的な小児の睡眠障害の治療に準ずるのが望ましい。現時点では、メラトニンが唯一、エビデンスが明確になっている(class II)<sup>44</sup>。メラトニン 5mg が 1 カ月の短期投与では、RCT で効果

が認められている<sup>45</sup>。本邦では、ラメルテオン（商品名：ロゼレムが発売されているが、小児に対する安全性は確立していない。

#### (d) 漢方薬に関して

これまでに効果が報告されている漢方薬には、半夏白朮天麻湯、補中益気湯、小建中湯、真武湯、苓桂朮甘湯などがある。これらの薬物に対して有用性を検討したランダム化比較試験、二重盲検の研究報告はないが、過去に 10 症例以上での有効性を検討した集積研究があったことから、ガイドライン 2005 にその用量、用法を含めて掲載した経緯がある（ガイドライン 2005、p50）。その他にも、柴胡桂枝湯や黄耆建中湯の有効性や、あるいは証に合わせた処方の効果についてのケースリポートが報告されている。しかし、現時点でガイドラインとして優先順位や推奨度を判断するには十分なエビデンスがあるとは言えないとする報告もある<sup>46</sup>。漢方薬の処方については、専門医が各々の判断で使用するのが適切だと考えられる。

#### (e) 点滴静脈注射による治療

欧米の研究によると POTS では循環血漿量の低下が指摘されている。これに対して、生理食塩水の点滴静注は、1-2 時間で起立時の心拍増加を抑制する効果があると報告されている<sup>47</sup>。循環血漿量の増加によって血圧が維持され交感神経系の過剰興奮を正常化することも症状改善をもたらすと考えられる。食欲がなく食事が採れない時や、疲れて水分摂取が少なく症状が強い時などは、緊急的な治療の選択肢となる。用量については、欧米では 1 時間に 1 リットルを輸液するが、日本の子どもでは体重も異なるため、通常脱水治療と同等に 1 時間 360ml/m<sup>2</sup> の速度で、1 回輸液量は 500ml が妥当と考えられる。

#### (2) 保護者との初回面接時の注意点

保護者との面接は、子どもとの面接だけでは明らかにならない重要な情報（日常生活の活動性やその変動）を聴取するのが第一の目的である。さらに保護者と医師との信頼関係を築き、子どもの体調不良の原因は OD による循環不全であるとの理解を深め適切な対応を理解してもらい、家庭での接し方を適正化するという教育的な目的もある。そのためにも保護者の心理状態、精神状態を把握しておくことは重要である。前述のしたように、難治性 OD 児の保護者は精

神不安定になっていることが少なくない。我が子が怠けているのではないか、という苛立ち、ひきこもりへの不安感があり、悲観的な性格の保護者は、一層その傾向が強い。すでに保護者が精神科等に受診をしている場合もあり、「ご自身はどこかの医療機関を受診されていますか」と確認する。保護者との信頼関係を築き、治療者の指導を受け入れてもらうことが初診時の重要な作業である<sup>48</sup>。

### 3. 再診時診療の実際

#### (1) 子ども本人への診療

##### (あ) 再診時の基本的事項

再診時の診療形態は、子どもと保護者の同席面接、あるいは、別個に面接する。診察時間、診察室、スタッフに余裕があれば、別個の面接を加える。

再診時には、再度通院してくれたことを労う。毎回、丁寧な面接と身体診察を通して子どもの身体症状と精神症状を把握し、日常生活状況を聴取する（チェックリスト（付録資料）などを参考）。OD 症状だけではなく、起床・就寝時刻、入眠障害や覚醒困難、食欲低下、いらいらや落ち込み気分について聴取し、心身両面の評価の参考にする。また非薬物療法や薬物療法を指示通りにできているかを確認する。

とくに再診 2-3 回目においては、薬物療法の効果を評価し、OD ガイドライン 2005 に準じて第 1 選択薬から第 2, 3 選択薬へと変更する。非薬物療法を子どもが忘れていないか確認する。同時に子ども自身の治療意欲についても推測する。難治性 OD の治療で重要な点は、子どもの自主的な治療行動が少しずつ促されるように教育することである。「子どもの自主的な治療行動」を言い換えると、子ども自身が疾病の原因、機序、増悪させる要因を理解し、治療に対する意欲を持ち、自主的に治療を実行できる（自分で服薬を守れるなど）、ということである。これが重要な理由は、本症が小児期後期、思春期、青年期へと長期に持続する疾患であり、しかも心身相関があり、治療意欲と実行する努力の程度によって予後が大きく影響されるからである。その点は、他の慢性疾患と共通することもあるが、OD は心身相関が強い病態であるが故に、より一層、子ども自身の治療意欲が予後を左右する。しかしながら、初期段階では治療に積極的でない子どもも多いことから、徐々に治療意欲がもてるように、寄り添いながら支援し教育することが必要である。

子どもの積極的な治療意欲を増進させるためには、以下のような工夫がある。

(a) 自分の病名、病気が生ずるメカニズムを理解する

疾患のメカニズムが理解できると、治療意欲が高まり生活習慣の軌道修正など非薬物療法の実行や自主的な服薬行動が円滑に進むことが多い。子どもが治療行動を持続できるように、子どもが自分の疾患病名や病態について簡単に説明できるか、ロールプレイなどを通じた治療教育を行う。

(b) 行動療法的な対応

子どもが実施すべき非薬物療法の種類は多い（水分や塩分摂取、生活動作上の工夫、可能な程度の早寝早起き、日中は身体を横にしない、毎日の散歩）。しかし、毎日実践するのは困難である。そこで、再診時には非薬物療法の種類やどれくらい実践しているかを問いかけてみる。例えば、「どんなことを守らないといけなかったかな？」もし、答えることができたなら、賞賛することを忘れない。またどの程度できているか、問いかけと賞賛をくり返して、行動療法的に自主的な治療行動が高まるように教育する。

(c) 治療を遵守できなくても叱らない

思春期の子どもに自主的な治療行動を育てるには、頭ごなしに叱らないことである。非薬物療法や服薬が半分程度もできていれば、平均点以上と考えて褒めてあげるようにする。できていない部分に対しては、その都度、指摘しなければいけないが、守れた部分に対しては高く評価することが重要である。

(い) 再診の間隔

身体症状や精神症状が悪化している状態では、短期間（約1週間）の間隔で診察を行う。診察毎の治療で症状に大きな変動がみられないときには、2~4週の間隔がよい。身体症状が安定していれば2ヵ月の間隔でもよい。

難治性 OD では長期的な経過をとる。一般的に春・夏に症状が悪化し、秋・冬に改善する子どもが多いが、逆のケースもある。また症状改善時に登校再開を行ったために症状が再度悪化することもある。しかし、通院を続けている子どものほとんどは、改善、再発を繰り返しながらも徐々に回復していく。

なお、不登校が持続するケースでは、『日本小児心身医学会 不登校診療ガイドライン』に掲載の「不登校の状態評価」「不登校の回復過程」を参考に診療を行う<sup>15</sup>。

## (2) 心理療法

### (あ) 心理カウンセリング導入の 目安

外来診療における一般心理療法から、心理士などの専門職によるカウンセリングに移る際を目安を表8に示す。

起立試験上、循環動態の改善を認めるにも関わらず、子どもの訴えや集団適応の問題が改善しない場合には、身体症状の背後にある心因へのアプローチが必要になる。その場合、ODを心身症という身体疾患としてみる担当医と心理的な訴えを受け止める心理士とが異なった専門的立場から協力して児を支えるという共通の認識が必要である。

次に保護者と子どものモチベーションを確認する。心理カウンセリングはただ心理士と話したり、遊んだりするものではなく、子どもが困っている問題を解決するために心理士が協力する。すなわち、子ども自身が何らかの困ったこと自覚していることが望ましい。

心理カウンセリングの効果をどの程度期待できるのか、その見通しを開始当初に立てておくことも重要である。難治性ODは経過が長いので、保護者は心理カウンセリングに過大な期待をかけがちで、即効的な効果がでることを期待して複数の機関に相談することも少なくない。しかし心理カウンセリングを開始すると、子どもが心理的葛藤に直面化して不安定になり、攻撃的になったり

表8 心理カウンセリングを行うための要件、実施の目安、治療法

<b>1. 要件</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ODの治療を2～4週間以上行い、起立試験上、改善が認められるが、身体症状、精神症状が改善しない。</li> <li>・本人、および保護者がカウンセリングを希望している。</li> <li>・担当医が心理カウンセリングで効果があると判断できる</li> </ul>
<b>2. 実施の目安</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・不登校が1ヵ月以上続いている</li> <li>・家庭内・学校内での心理社会的問題を有し、問題解決が必要な場合</li> </ul>
<b>3. 実施上の留意点</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・不安や抑うつ傾向の併存例では、情緒が揺れ動いているときを避ける</li> <li>・家庭内暴力、リストカットなどの自傷行為、パニックなどの精神不穏状態をくり返すなどの行動上の問題に関しては、向精神薬治療により小康を得ているときには心理カウンセリングを考慮する。精神状態が極めて不安定な場合には、精神科紹介を考慮する。</li> </ul>
<b>4. 適応可能な治療法（各施設の人的資源、設備に応じて実施）</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般心理療法（小児科医に可能）</li> <li>・親子並行面接</li> <li>・家族療法</li> <li>・認知行動療法</li> <li>・その他（メンタルフレンド、スクールカウンセラーなど）</li> </ul>

退行したりすることもあるので、それを受け入れられる家族かどうかを確認する。子どもが不安定になると育児放棄や虐待的な対応を行うかもしれない家庭では、心理カウンセリングの開始は慎重に検討するべきである。

#### (い) 外来診療における心理カウンセリングの種類

外来における心理カウンセリングは、枠、対象者、担当者により以下に分けられる。

(a) 外来の専門性：一般外来/専門外来(一般外来とは別枠)

(b) 担当者の職種：小児科医/心理士/その他（ソーシャルワーカー、相談員など）

(c) 対象者：子ども/家族

(d) 人数：1 対 1/1 対複数（母子同時面接、家族面接など）

(e) 集団：個人/集団

カウンセリング方法の選択においては、子どものモチベーション、家族の許容力、社会経済的環境、実施施設の特徴、スタッフの専門性を考慮して、医療者・患者ともに無理なく継続できる方法を見定める。

#### (う) 各種心理療法の技法と概説

##### (a) 一般心理療法<sup>4,9)</sup>

一般心理療法とは、「精神科以外の臨床各科の実地医家でも、心理療法について学んで、その一般的知識を持てばできるもの」で「受容、支持（support）、保証（reassurance）の3原則に基づいて行う基本的な心理療法」である。比較的軽症の場合には、一般心理療法で症状が軽快することも多い。また一般心理療法で子どもの精神病理を悪化させはしないので、この態度を守って子どもや保護者に誠実に接する。

##### 1) 受容（accept）

受容とは相手の話に耳を傾け（傾聴 listening）、全人的に理解しようとするものである。相手の立場に立って相手と同じように感じようと試みると悩みやつらさに対する共感（empathy）が生まれ<sup>2)</sup>、かける言葉は「そうだったのか」「つらかったね」といったものになる。子どもの言動の正否を問うものではなく気持ちに寄り添うものである。

## 2) 支持 (support)

相手の話を聞き、その内容を整理し、「そう思うのは当然だね」、「そうせざるをえなかったんだね」と理解を示す。理解することと、正しくない言動を容認することとは異なる。また「支持」は「指示」ではないので、先に「～すればよかったね」とは言わない。

## 3) 保証

子どもを受容し支持した上で病態や問題のあらましを説明して、「大丈夫、必ず良くなる」、「この状態はいつまでも続くものではない」と保証する。ODの症状は軽快と悪化をくり返しながらか、慢性の経過をとるために、保証するには治療者側にもそれ相応の覚悟が必要である。「私が治してあげる」と言うのではなく、子どもが症状と付合うのに伴走するというスタンスをとる。

以下の(b)～(e)は心理士などの他の専門職との連携が必要となる。

### (b) 親子並行面接

保護者と子どもが別々の担当者と面接を行う。保護者と子どもとをわけて面接することで、同席では見えなかった問題が明らかになることが多い。親子並行面接を始める際に、子どもには「心理カウンセリングで語ったことは担当者と子どもとの間の秘密であるが、命に関わる問題（自殺企図など）に関わる問題は別である」、保護者には「心理カウンセリングで語った内容を他者に知らせることはないし、保護者の意図を心理士を通じて伝えることはない」ことを明らかにしておく。

### (c) 家族療法

子ども、もしくは保護者個人への心理カウンセリングではなく、家族を一つの単位として家族を治療対象と考える。家族は構成員個人の総和以上のものであり、家族としてのシステムの変化が構成員各自の変化につながると考える。学派や技法はさまざまであるが、共通している点として、家族構成員の適切なコミュニケーションと交流をうながし、世代間の境界線のあり方を調整し、家族が本来持つ機能を果たせるようにする。

### (d) 認知行動療法<sup>50</sup>

認知行動療法は、患者のもつ歪んだ認知・行動に働きかけて認知と行動変容

を促し、患者が当面の問題に対する効果的な対処法を習得することを目的としている。例をあげると、心身症・精神疾患の患者では、極端な全か無か思考や悲観的な考え方をしがちである。治療者は患者に対して、その考え方は、間違っているというのではなく、まず子ども自身がその認知・考え方の特徴に気づくようにすすめ、ついでそう考えるに到ったきっかけや理由についての理解を促し、他の考え方は内科という可能性を探る。認知行動療法は OD において、身体症状の治療というよりも「OD があるために～できない」という極端で悲観的な考え方から脱却し、OD 症状があってもできることを模索する上で役立つ。

#### (e) その他（メンタルフレンド、スクールカウンセラーなど）

難治性 OD 児では、家庭、学校、子どもの連携がうまく機能せず、学校と家庭が反発し合っていたり、必要な情報を交換できなかつたりすることも多い。そのような場合、学校や教育委員会の派遣によるメンタルフレンドやスクールカウンセラーの役割が重要になる。メンタルフレンドは子どもにとって、学校の先生でも病院の医師でも家族でもない立場の大人であり、人生の少し先を歩く先輩である。特に自宅に閉じこもりがちな子どもでは、定期的に家庭を訪問してくれるメンタルフレンドは児と社会との接点となる。親と子の緊張関係の中に入ってきてくれる存在として、保護者の緊張緩和にも役立つ。

### (3) 保護者との面接と注意点

再診時の保護者への面接は基本的にはカウンセリングのスタイルをとるが、以下に述べる 2 点について情報収集を行い、子どもの身体・心理・社会的状況を全体的に分析し、前回診察時の「自宅での具体的対応の指示」が実践されているか判断し、それに基づいて今回の治療的介入（前回の指示の継続や新しい指示）を提案する。確認すべき主要事項の 2 点について述べる。

#### (あ) 子どもの日常生活状況の確認

子どもから日常生活について聴取した情報が正しいか（実際は欠席しているのに、登校している、ゲームをやり過ぎていないなどを虚偽報告することがある）、あるいは本人から確認しにくい事項（時に暴れるなどの家庭での精神安定性、感情のコントロール、活動性）について聞き取って確認することが重要である。とくに抑うつ状態の確認は重要である。診察が午前中の場合には子ども

の OD 症状が強く、無力的で抑うつ様に見える。うつ病と見間違えることもある。そこで保護者に対して、「夕方から夜にかけては、子どもの元気が回復し、好きなゲーム、あるいは好きなテレビ番組をみて楽しそうに笑ったりしていますか？」と質問する必要がある。もし、夜になっても午前中の体調不良が回復せず、好きなゲームもしないなど、気分の落ち込みが疑われるときには、うつ病を疑い、再度、子どもの診療を行う。

(ii) 保護者自身の疾患理解度や子どもへの対応は適切か

一般的に保護者は子どもが登校時刻になっても起床できないと、叱りつけて起床させる。身体的重症度（OD ガイドライン 2005 分類）が軽症の場合には起床が可能であり、強制的な離床行為は効果がある。しかし重症度が中等症以上になると、一般的に午前中の覚醒が困難になる。親が一所懸命に起こしても子どもが起こされたことを覚えていないこともある。もし、起きたとしても座位や起立での循環調節不全のために（起立時の血圧低下、頻脈、脳血流の低下が著しい）、食事や水分摂取ができず、着替える、立つ、歩くなどの学校に辿り着くまでに必要とされる生活動作の一つ一つに困難を伴う。すなわち、保護者がいくら叱りつけても効果は全く上がらず、子どもの反発心を招く結果となる。

再診時には、保護者が起床時、就寝時にどのように子どもに対応しているか、保護者自身が焦り、不安を強めていないか、子どもへの対応に自信を喪失していないか、対応に困惑していないか、など、日常の保護者の対応や、保護者自身の心の状態に関心を払う必要がある。保護者に焦りや混乱が見られるのは、保護者が OD を身体疾患として理解が不十分なためであり、担当医はその都度、疾患理解が進むように丁寧に説明する。「登校を焦ってはかえって治癒が遅れる」と保護者が納得できるように、以下のようなアドバイスを与える。

(a) 起床時・就寝時には叱らずに、「いまは何時だよ」と冷静に声かけだけを行うようにする。

(b) 就寝時にいつまでも寝られない場合にも保護者は叱らずに、寝られない理由を聞いてみる。その上で、寝つけなくても部屋を暗くすることで睡眠リズムができることを説明する。

(c) ゲームの時間が数時間にも及ぶ場合には、医師からの指示だから、と叱らずに繰り返す（ガイドラインによると 1 日 1 時間程度まで）。

(d) 保護者が服薬管理をして子どもに強制的に服薬させることは控える。

## VI.教育機関との連携

一般的に教師は OD の知識が少なく、OD 症状を「ただの怠け、だるいのは気持ちの問題」と考える傾向にある。欠席が長期化し医療機関で「どこも悪くない、心因性、あるいは不登校」と指摘されると、OD の身体面への治療は無視され、「身体は大丈夫なのだから」という対応になりやすい。子どもが適切な学校生活を送るために、医療・学校連携を行い OD の起立耐性の特性（例えば、起立耐性の悪さは午前中に強く、午後から回復しやすい、静止状態の起立は軽度の運動よりも起立耐性を悪化する、日によって異なるなど）をよく理解してもらい正しい対応を指導する。診断書の提出、教師への直接指導を行う。

### 1. 診断書の記載について（OD ガイドライン 2005 ダウンロード版 p14 を参考）

診断書は学校の理解を得るために有効である。病名に加えて以下のような学校生活での注意点を詳細に記載する。

- ・静止状態での起立を3~4分以上続けないこと。
- ・起立失調症状などの体調不良が出現したら、すみやかに臥位にする。
- ・夏は、暑気を避け、涼しい室内に待機させる。
- ・適宜、水分補給を行う。
- ・体調不良時は原則として体育は禁止。体調改善時においても競争を要する競技は禁止。

### 2. 子どもの体調に合わせた授業参加

- ・OD は午前中に体調不良が強いので、体調が回復した午後の時間に各学校の不登校児向け相談室、会議室、保健室への登校を勧める
- ・所属校への登校が困難であれば、各市町村教育委員会が主催する適応指導教室への通級、民間のフリースクールを勧める
- ・ひきこもりが続く子どもには、適応指導教室のスタッフによる訪問コーチングが利用できる学校もある。

### 3. 高校進路選択について

重症 OD は、高校進学後も身体症状が強く通学に支障をきたす場合が少なくない。中学校 3 年生に不登校を伴うケースが全日制高校に進学すると、高校 2