

年生までに約 7 割が中退や転校を余儀なくされるという報告がある⁵¹。日常生活に支障を生ずるような身体症状は、高校 2 年生～3 年生まで持続することも考慮に入れて、進路指導がなされる必要がある。全日制高校への進学に固執せず、体力に見合った高校選択（定時制や通信制など）が可能となるように、医療的な視点からのアドバイスを行う。最近、進路選択枝が増え高校卒程度認定試験をサポートする予備校などもある。

4. 学校へのアドバイス

難治性 OD 児を初めて担任した教員から以下のような質問（Q）が多いので、それに対するアドバイスを記載した。

Q1：『O君はかなり欠席が多くなっています。登校してきた日には、少々辛くても最後までクラスで授業を受けるように頑張らせています。』

A1：欠席が週に 1～2 回以上の OD 児（重症度が中等症以上）では、座位でも脳血流が低下することが少なくない。長時間座位で授業を受けることが困難である。学校生活上の指導は医師の指示が必要である。あるいは、「今日の体調であれば、何時限目まで授業を受けることが可能か」と事前に子どもと教師が打ち合わせておくことが望ましい。

Q2：『自宅訪問しても本人が出てくるときと出てこないときがあります。生徒に嫌われたのでしょうか？でも、会えた時には、とにかく学校に来なさいと、指導しているのですが、こんな対応でいいですか？』

A2：OD 児の欠席が続くと教員は自宅訪問を行う。教員は子どもが自分に対して拒否的になっているのか気がかりで、熱意のある教員ほど自宅訪問の回数も多い。もし、子どもと会えないと教員はがっかりし、また会えたらコミュニケーションを取ろうとして会話をするが、結局は登校刺激を行っている場合が多くせつかくの訪問が子どもの負担になってしまう。OD 児が訪問教員に会う時と会わない時があるのは、その日の体調や状況に影響されるためである（OD は自律神経機能が不安定であり、そのため、循環調節機能の日内変動が強く、その日の天候や体調に影響されやすい）。子どもとしてはできるだけ体調の良い状態で教員と会いたいと感じており、それが原因となって教員に会う、会わない結果になる。教員の心構えとしては、訪問時に子どもに負担にならないような会話を事前に用意することが望まれる。

Q3：『体育の先生が、「少ししんどいても、がんばらなあかん、人生は根性だ！」

といってくれるのですが。』

A3：これは体育の教員でなくともしばしばみられる発言である。内容的には間違いではないが、子どもは「お前は頑張りが足りない」と受け取るようである。前述したように、難治性 OD 児は過剰適応な性格傾向であり周囲の期待に合致した行動パターンをとるので、頑張れ、という激励に対して圧迫感を持ち、自分は頑張っていない人間だと、自尊感情を低下させることが多い。一般児童生徒と同じように一律に「頑張れ」というのは好ましくない。

Q4：『欠席する日には、安全確認のために毎回学校へ電話連絡するように、保護者に指示しています。』

A4：学校は、子どもが病気等で欠席する場合、通常、保護者に対して、朝に欠席届の電話をするように求めている。この方法に従うと、入院や長期自宅療養を除いては、保護者は毎朝、学校に欠席届の電話をする必要がある。OD ではその日の体調によって、出席、遅刻、欠席とめまぐるしく変わるので、毎朝、保護者が学校に電話連絡する必要がある。もし、欠席が続くなら、保護者は毎朝、欠席の電話をしなければならず大変な心理的負荷となり、「電話ノイローゼ」のような状況になりかねない。そこで、欠席が多い場合には、出席や遅刻する日に保護者が学校に電話連絡する方法を採用することが望ましい。

VII. 入院治療について

上記の治療や対応によって、臨床症状、および新起立試験の改善が得られない場合、かつ子ども自身が改善を望む場合には、入院療法を提案する。入院に関しては表9に示したような施設基準と担当医の基準が必要である⁵²。

入院療法には、短期入院と長期入院があり実際に行われている。短期入院の目的は、身体的診断の確定（外来では午前中に検査ができないため入院して実施する、午前午後の起立試験の比較、入院によって症状を詳細に観察）

表9 入院治療の適応条件

1. 患児の条件
・症状が強く日常生活に支障があり、そのために患児の不安が強く、また患児自身に治療意欲がある ・たびたび欠席するか、不登校状態である
2. 保護者の条件
・患児の疾病の病態を良く理解しており、身体症状の改善を期待している ・登校再開を入院目的としていない ・医療者の治療計画が理解できる ・子どもに過干渉支配的、逆に放任の態度が自分でコントロールできる
3. 専門医療機関側の条件
・専門医が常勤している ・入院目的・治療契約を明確にし、それに応じた入院期間を決めている（通常は2-4週間） ・入院前に治療説明や病室を見学させる

と自宅で困難であった治療実践のための教育的入院（起床就寝時刻の遵守による生活リズムの修正、非薬物療法、および薬物療法の徹底）である⁵³。期間としては1~2週間である。長期入院の目的は、短期入院目的に加えて不登校やひきこもりから社会復帰を目的とした治療的入院である。期間は3-6ヵ月に及ぶ⁵⁴。

さらに入院治療の効果として親子分離により家族や子どもがお互いの関係や環境を見直す機会が提供できることがあげられる⁵⁵。子どもは親もとを離れて生活し他疾患を患う子どもと交わることで、自分自身の病気について、さらに家族との関係や家庭の意味に関して新たな見方ができるようになり、精神的な成長につながる。同様に、家族も子どもが一時でも居なくなることにより子どもとの関わりかたを見直す時間とその空間を得ることができ、子育てに対する新たな視点も生まれ、親としても成長につながるという効果が見られる。ただし、親子分離が長期間に及ぶ場合は親子のかかわりが希薄になってしまうことが懸念されるため、入院期間には十分な注意が必要である。下に短期間入院クリニカルパスのサンプルを示した（図7）。

図7 重症OD短期入院クリニカルパスのサンプル(12日間コース)

Day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
Subjective	}	}	}	}	}	}	}	}	}	}	}	}											
Objective													毎日記録する										
就寝起床時刻																							
体重測定	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○											
1日尿量	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○											
自律神経検査	コチソルリズム 新起立試験 朝				新起立 試験 夜	新起立 試験 朝					新起立 試験夜	新起立 試験朝											
食事/水分量	毎日記録する																						
内服薬						ミドリン	→																
Tilt training		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○											
院内学級						○	○	○	○	○	○	○											
こども説明	○			○		○				○		○											
保護者説明	○					○						○											

VIII.社会復帰への支援

OD に不登校を伴う場合には、2-3 年以上の長期治療が必要となるケースも少なくない。子どもや保護者はいつ頃に症状が軽減し満足できる社会活動が可能となるのか、見通しが立たないために不安が強くなる。患者が腰を据えて治療に専念できるためには、担当医は治療による疾患の経過や、高校進学を含めた将来への見通し、社会復帰への支援などについて説明し患者の不安を軽減する必要がある。さらに具体的には、以下のような支援や対応がある。

1. 高校進路決定へのアドバイス

最も大切なことは、子ども自身が将来の目標を見出し、それに向かった人生設計の一部として最適な高校選択を自らの意志決定で行えるようになることである。さらに医師として子どもの体力に見合った通学状況、授業カリキュラムを勧告し、〈I.遷延するODの臨床経過〉を参考にしてアドバイスを行うことが望まれる。P39 も参照。

2. アルバイトの勧め

アルバイトは利用の仕方によっては、様々な目的性を持たせることができる。職業体験、仕事を通しての人間関係構築、勤労-報酬システムを実体験する、社会システムの一部を垣間見る、日々の時間の構造化による生活リズム促進、自らの稼ぎに基づく収支決算処理、など様々な目的となり得るし、しかもそれらがすべて社会復帰につながっていく。

これらの目的が効果的に達成されるためには、子ども自らの自主性に基づいて、「自らの関心のある領域」でアルバイトの開始を「自己決定」し、「自分で行動」し、「自分が責任を取る」、という3原則を少しずつトレーニングすることであり、その意味からは、保護者の干渉を極力排除することが大切である。OD児は、身体がだるいので、アルバイトなどの労働を避けたがる傾向があり、保護者が指示的にアルバイトをさせようとしても敬遠する。子どもが自らアルバイトをトライできるような周囲の配慮が必要となる。小さな成功体験を子どもとともに喜びながら、自尊感情が培われるように少しずつ寄り添いながらの支援が求められる。実際にアルバイトを開始し上手く進むと、精神的に非常に成長し、かつまたODを克服できるという自信も認められるようになり、効果的な介入と考えられる。

IX. 家族への支援

2~3年以上の長期治療が必要なケースでは、保護者の精神面の安定を図ることと、不登校やひきこもりが続く子どもを受容できる心の力をつけることが望まれる。初診の間もない時期には、医師の説明によって保護者が疾患の病態と子どもへの対応を理解し実践できたとしても、2~3ヵ月以上経過すれば、それらを忘れて子どもに批判的、指示的対応に逆戻りするのが一般的である。経過が長期になればなるほど、保護者の心の安定化と受容力アップが重要となる。担当医は定期的に保護者と医療面接を行い、保護者が精神的に安定しているか、受容的に対応できているか、確認する必要がある。もし、それらが不良であれば、改めて疾患の病態説明や今後の見通しをガイダンスする必要がある。もし保護者が子どもへの対応に自信喪失していれば、担当医や心理士が保護者カウンセリングを実施することが望まれる。

保護者カウンセリングは、母親、父親、両者同時に対して行う形態があり、希望に応じてセッションをくり返すことも必要である。さまざまなカウンセリング技法があるが、子どものポジティブな行動をフィードバックし、また保護者の努力に対して心から労い、保護者が前向きな気持ちになれるように配慮することが必要である。

経過が長期に及ぶと保護者が身内や親戚などから批判されることがあり、保護者自身が抑うつ状態になることがある。意味もなくすぐに涙が出る、全く気がない、不眠、体重減少など訴えがある場合には、精神科や心療内科へ受診するように勧めるなどの医療的アドバイスも必要である。

X. 小児科から精神科への紹介やリエゾンについて

重症OD児の約4割に不安障害、約1割にうつを併発する。前者では、外出時に精神緊張が強くなり、動悸、腹痛、発汗が認められる。前述のように、後者では夕方から夜にかけて体調が回復し精神的にも元気になるというODの特徴的な日内リズムが消失し、一日中、気分のふさいだ状態が続き、自室

表10 小児科から精神科への紹介への基準について

- ・抑うつ状態が一日中持続する
- ・全く外出しない引きこもりが1ヵ月以上持続
- ・くり返す無断外泊や家庭内暴力
- ・リストカットなどの自傷行為
- ・くり返す反社会的行動
- ・他者・動物に対する虐待行動
- ・強迫症状のために日常生活に支障がある
- ・PTSD、あるいはそれに準ずる状態
- ・本人と保護者が希望する

に引きこもって何もしない、一日中食欲が無く体重減少が認められる（OD では午前中の食欲はないが、夜には食欲が回復し、体重減少を認めない）。その他にも、身体表現性障害、適応障害が併発し、重症 OD 児の約 7 割に精神疾患を伴うことから、精神科への紹介、あるいは相談する機会は少なくない。対応困難と判断した場合には、早めに精神科医へのコンサルト、あるいは紹介が望ましい。その基準を表 10 に示した。ただし、精神科に紹介した後も、これまでの担当医に見捨てられたという不安を与えないためにも、身体診察を理由に小児科での継続受診を勧めることが望まれる。

XI. 精神科から小児科への紹介やリエゾンについて

不登校やひきこもりなどの行動上の問題が主たる症状となる子どもの場合、プライマリケア医などの医療機関、あるいは学校などの教育機関から精神科医に紹介されることが少なくない^{56,57}。精神科医は子どもの精神科的視点、心理社会的視点から診たてを行い、治療を行うことになる。しかし、不登校や引きこもりの子どもの中には、精神科的治療を行っても、生活リズムの乱れ、全身倦怠感、ふらつきなどの身体不調を訴え、日常生活機能が改善しないケースが見られる。

それは、『OD が悪化し、不登校・ひきこもりを伴う機序』で述べたように、起困した自律神経機能の悪化によって OD が生じている可能性がある。この場合、OD ガイドライン 2005 の診断アルゴリズムにしたがって、基礎疾患の除外、新起立試験によるサブタイプの決定をすることが望まれる。この両者は医師であれば特殊な技能を習得していなくても実施可能であり、慣れれば精神科外来でも容易にできる。しかし、心疾患を含めて OD 症状を引き起こす可能性のある身体疾患の

表 11 精神科から小児科への紹介やリエゾンの参考事項
以下の項目のいずれかがあれば小児科に紹介し
身体的評価の依頼が勧められる。

<ol style="list-style-type: none"> 1. OD 症状[*]が3つ以上ある 2. 休日であっても、午前中に起床して活動することが困難 3. 半日以上長時間外出の後、非常に疲れて翌日はグッタリして一日中、寝る 4. 生活リズムの乱れ、不登校やひきこもりによる運動不足、食生活の乱れが続く 5. 抗うつ剤が処方された[**]が、身体症状が改善しない、あるいは悪化した
<p>[*]OD 症状：立ちくらみ、失神、朝起き不良、気分不良、動悸、頭痛、食欲不振。これらの症状がとくに午前中に増強 [**]新起立試験等によって OD でないと確認されるまでは、原則的に抗うつ剤の使用は控える</p>

除外について不慣れな場合には、小児科医に紹介する方がよい。その基準を表11に示した。もし、診断アルゴリズムによってODと診断された場合には、精神科と小児科で併診することが望ましい。ODが否定された場合には、精神科単科での診療を進めることができる。

XII. 治療終結について

治療終結は、子どもの条件と医師の条件が整った上で両者の合意によって行う。子どもの条件とは体調回復と社会活動に対する自信が見られることであり、一方の医師の条件とは、ODの改善が医師の診察によって十分に確認されることである。たとえば、分かりやすい例としては、ODが改善して高校在学中に体調不良が少なく、ほぼ全出席できる状態が1年間持続すること、などがあげられる。また、復学していなくても、アルバイトを開始して体調にも影響が出ず、子どもが自分の心身状態に自信が持てたら条件的には整っていると考えられる。

このように条件が整うと、子どもの方から「もう診察に来なくても大丈夫だと思う」などと言う発言がみられたりする。あるいは、医師の方が、「あ、今日で最後の診療にしたい、と告げに来たのかな」と直感することもある。このような阿吽の呼吸とも言える状況でお互いに感じあえた時が、治療終結に好ましい時期である。もし、子どもが躊躇しているのであれば、医師から「もうすっかり大丈夫だと感じているのではないかな？」という提案を行ってもよい。それに対して子どもがずっと同意すれば治療終結できる。

もし、このように好ましい形で治療終結を迎えたならば、最後の機会として、ODが増悪した原因、あるいは登校できなかった理由を、現時点から振り返って子どもがどう解釈しているのか、といった質問をしてみてもよい。おそらく、貴重な価値を持つ面接になると思われる。なぜなら、成長した自己によって、くすぶっている潜在的な感覚を何らかの形で言語化し、それを担当医がさらに肯定的に評価する（褒める）ことによって、潜在的な問題を整理することができる、そしてそれが将来の新しい環境で起こる心理的ストレスから自らの心を守る力にもなるかもしれない。治療終結には少し時間をとって子どもと最後の出会いを惜しむと同時に、また希望があれば受診できることを告げておくことも必要である。

医師は子どもと治療同盟を緩やかに維持しながら、子どもが疾病という経験を通して自立心や自主性を少しでも学ぶことができれば、自らも人間として大

きな収穫を得たと捉えることが望ましい。医師は身体の管理者であり、また一方では良き教師、頼もしいサポーターとして、子どもから信頼を得ること、またそのためにも医師自身が人間的な成長を目指すような心構え〈治療的自我〉を持っておくことが必要である。

日常生活、心身症状チェックリスト(案)と
新起立試験結果記入表

立ちくらみ (2-3/日, 1/日, 1/2-3日, 1/週, 無)
 頭痛 (2-3/日, 1/日, 1/2-3日, 1/週, 無)
 動悸 (2-3/日, 1/日, 1/2-3日, 1/週, 無)
 腹痛 (2-3/日, 1/日, 1/2-3日, 1/週, 無)
 食欲 (よい、ふつう、やや悪い、悪い)
 朝起き (よい、ふつう、やや悪い、悪い)
 起床時間 (~8am, 8-9, 9-10, 10-12, 12-, 15-, バラバラ)
 就寝時間 (~11pm, 11-12, 0-1, 1-2, 2-, 3-, バラバラ)
 寝つき (よい、ふつう、やや悪い、悪い)
 寝つくまで (10分, 30分, 1時間, 2時間, それ以上)
 学校、行けてる? (全部 半分、週1~2回 0)
 いらいらする? ()
 落ち込んだりする? 心配なことある?
 ()
 しんどさ点数 (/10) (普通0、死ぬぐらい10)
 薬はのんでいる? (はい、時々、わすれた)

新起立試験		
10分臥位後	血圧	脈拍
1回目	/	
2回目	/	
3回目	/	
起立後		
血圧回復時間	秒 [*]	
起立1分	/	
臥位3分	/	
臥位5分	/	
臥位7分	/	
臥位9分	/	
臥位10分	/	

[*]
 20秒以上：起立直後性低血圧
 の疑い
 25秒以上：起立直後性低血圧
 と診断

参考文献

- ¹ 田中英高、藤田之彦、石谷暢男、梶原莊平、増谷聡、松島礼子、塩川宏郷、竹中義人、汐田まどか、石崎優子、梶浦貢、本多和雄。日本小児心身医学会・小児起立性調節障害ガイドライン 2005 子どもの心とからだ 2007; 15(2): 89-143
- ² 小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン 小児心身医学会ガイドライン集: 日常診療に活かす4つのガイドライン 日本小児心身医学会編 南江堂 2009年 東京
- ³ 藤田之彦, 藤田ひろ子, 能登信孝, 住友直方, 大久保修, 阿部忠良, 原田研介。起立性調節障害(O.D.)と不登校: O.D.治療により登校可能となった症例の検討。外来小児科 2004; 7: 138-142
- ⁴ 中尾亮太、田中英高、玉井浩。失立・歩行困難を生じた重症起立性調節障害の一例。大阪小児科学会誌 第27巻/第2号 2010年6月 p5
- ⁵ 田中英高、山口仁、竹中義人、岡田弘司、二宮ひとみ、美濃真、玉井浩。登校拒否か?起立性調節障害か?(フィナプレス起立試験法を用いた不登校の心身医学的鑑別診断と治療成績の検討)子どもの心とからだ(日本小児心身医学会雑誌) 1999; 7: 125-130
- ⁶ 梶原莊平、田中英高、樋口重典、斉藤万比古。身体症状を有する不登校と起立性調節障害-フィナプレス簡易法による検討を通じて-児心身誌 2004; 12: 109-115
- ⁷ 田中英高、山口仁、松島礼子、竹中義人、尾崎孝子、玉井浩。神経症的不登校を伴った起立性低血圧(直後型)の病態と治療経過について。心身医学 1999; 39: 429-434
- ⁸ 田中英高、七里元督、松島礼子、竹中義人、金泰子、山口仁、高谷竜三、永井章、神原雪子、玉井 浩不登校を合併した起立性低血圧患者に対する全人的治療プログラム 心療内科 2002; 6: 72-78
- ⁹ 川原恭子、田中英高、二宮ひとみ、玉井浩、寺嶋繁典。起立性調節障害を伴う不登校小児の樹木画。心身医学 2006; 46: 137-143
- ¹⁰ 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。厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)分担研究報告書 H21

¹¹ 起立性調節障害診療に関する保護者、学校関係者を対象とした質疑応答の概要報告。厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）分担研究報告書 H22

¹² 宮島祐。子どもの心の診療医人材育成に関する新しい取り組み とくに卒前・卒後「医師のたまご世代」への教育促進に向けて 2009 年までにラインアップしたガイドラインの使い方 AD/HD、起立性調節障害、摂食障害、不登校、繰り返す痛み(頭痛・腹痛) 日本小児科学会雑誌 2010; 114:163

¹³ 飯山道郎。子どもの心を守るために—小児科医の立場から起立性調節障害を中心に— 日本精神科病院協会雑誌 2008; 27: 36-40

¹⁴ 村上佳津美, 有村秀人, 石谷暢男, 岡田あゆみ, 河野政樹, 小柳憲司, 富田和巳, 深井善光。日本小児心身医学会 小児科医のための不登校診療ガイドライン 編 子どもの心とからだ 2008; 17:173-202

¹⁵ 柳澤正義。子どもの心の診療医養成の背景と展望。Medical Asahi 2007; 50-54

¹⁶ 小児心身医学の臨床 富田 和巳編 診断と治療社 2003

¹⁷ 松島礼子, 田中英高, 玉井浩。全人的サポートにより良好な QOL を得ている重症起立性調節障害の 1 例。自律神経 2009; 46: 112-3

¹⁸ 起立性調節障害ライフサポートブック 田中英高 中央法規出版

¹⁹ 数間紀夫, 大塚邦明, 白瀬江里奈, 松岡郁美, 宮川真紀, 村田光範。起立性調節障害にみられる心拍変動の 24 時間リズムの検討。日児誌 2000; 104: 431-6

²⁰ Tanaka H, Yamaguchi H, Matsushima R, Tamai H. Instantaneous orthostatic hypotension in children and adolescents: a new entity of orthostatic intolerance. *Pediatr Res* 1999; 46: 691-696

²¹ Ishizaki Y, Fukuoka H, Ishizaki T, Kino M, Higashino H, Ueda N, Fujii Y, Kobayashi Y. Measurement of inferior vena cava diameter for evaluation of venous return in subjects on day 10 of a bed-rest experiment. *J Appl Physiol*. 2004;96:2179-8

²² 中尾亮太, 岡本直之, 田中英高, 玉井浩。心理的ストレスにより起立循環反応が悪化した起立性調節障害の 1 例。大阪小児科学会誌 2008;25:7

-
- ²³ 宮本信也。心身相関のメカニズム よくわかる子どもの心身症。星加明德、宮本信也編。p3-14、永井書店、2003年、東京
- ²⁴ 梶原荘平。ひきこもりを伴う起立性調節障害。厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）分担研究報告書 H22
- ²⁵ 石崎優子。診断。心身相関のメカニズム よくわかる子どもの心身症。星加明德、宮本信也編。p41-52、永井書店、2003年、東京
- ²⁶ 田中英高、中尾亮太、松島礼子、東佐保子、神原雪子、梶浦貢、岡本直之、山口仁、玉井浩、稲田泰之。専門的なケアを要する起立性調節障害の診療指針に関する研究—うつなどの精神疾患併存の有無について— 第49回日本心身医学会（札幌）平成22年5月
- ²⁷ 田中英高。不登校と起立性調節障害 小児科臨床ピクシス 不登校・いじめ 総編集 五十嵐隆、専門編集 平岩幹男 中山書店 東京 2010年 p66-73
- ²⁸ 神原雪子。いじめに関する医療教育地域ネットワークの構築事業計画。厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）分担研究報告書 H22
- ²⁹ 藤本保。小児心身医学における診療の流れ。よくわかる子どもの心身症。星加明德、宮本信也編。p29-40、永井書店、2003年、東京
- ³⁰ 塩川宏郷。診断面接 子どもの心の診療医の専門研修テキスト 厚生労働省雇用均等・児童家庭局編 p14-17 2007年
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kokoro-shinryoui.html>
- ³¹ 松田文雄。一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト 厚生労働省雇用均等・児童家庭局編 p25-27
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kokoro-shinryoui.html>
- ³² 汐田まどか 知能検査 子どもの心の診療医の専門研修テキスト 厚生労働省雇用均等・児童家庭局編 p26-28
- ³³ 数間紀夫。起立性調節障害におけるサブタイプの起立試験中にみられる心拍変動。日児誌 2010; 114: 1876-81
- ³⁴ 筒井末春、諏訪俊男、増田直記、皆川俊哉。Midodrine の体内動態。基礎と臨床 1987; 21: 549-561

³⁵ Low PA, Gilden JL, Freeman R, Sheng KN, McElligott. Efficacy of midodrine vs placebo in neurogenic orthostatic hypotension. A randomized, double-blind multicenter study. Midodrine Study Group. *JAMA* 1997;277:1046-51.

³⁶ Grubb BP, Karas B, Kosinski D, Boehm K. Preliminary observations on the use of midodrine hydrochloride in the treatment of refractory neurocardiogenic syncope. *J Interv Card Electrophysiol* 1999;3(2):139-43.

³⁷ Hoeldtke RD, Horvath GG, Bryner KD, Hobbs GR. Treatment of orthostatic hypotension with midodrine and octreotide. *J Clin Endocrinol Metab* 1998;83(2):339-43.

³⁸ Bloomfield DM, Sheldon R, Grubb BP, Calkins H, Sutton R. Putting it together: a new treatment algorithm for vasovagal syncope and related disorders. *Am J Cardiol* 1999;84(8A): 33Q-39Q

³⁹ 大国真彦、阿部忠良。小児起立性調節障害に対するTS-701（塩酸ミドドリン）の臨床的有用性の検討-メチル酸ジヒドロエルゴタミンを対照とした二重盲検群間比較試験。小児内科 1987; 19:591-599

⁴⁰ 大国真彦他：小児内科 19(4):591(1987)

⁴¹ Lahrman H, Cortelli P, M. Hilz³, C. J. Mathias⁴, W. Struhal¹, M. Tassinari¹. FNS guidelines on the diagnosis and management of orthostatic hypotension. *Eur J Neurol* 2006;13: 930-936

⁴² Lai CC, Fischer PR, Brands CK, Fisher JL, Porter CB, Driscoll SW, Graner KK. Outcomes in adolescents with postural orthostatic tachycardia syndrome treated with midodrine and beta-blockers. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2009 Feb;32(2):234-8.

⁴³ Tanaka H, Yamaguchi H, Mino M. The effects of the noradrenaline precursor, L-threo-3,4-dihydroxyphenylserine, in children with orthostatic intolerance. *Clin Auton Res* 1996; 6: 189 - 193

-
- 44 Babineau S, Goodwin C, Walker B.FPIN's clinical inquiries. Medications for insomnia treatment in children.Am Fam Physician. 2008 Feb 1;77(3):358-9.
- 45 Smits MG, Nagtegaal EE, van der Heijden J, Coenen AM, Kerkhof GA.Melatonin for chronic sleep onset insomnia in children: a randomized placebo-controlled trial.J Child Neurol. 2001 Feb;16(2):86-92.
- 46 金田悠子。心身症およびストレス関連疾患に対する漢方治療のエビデンス 起立性調節障害。日本東洋心身医学研究 2009; 23:97-99
- 47 Jacob G, Shannon JR, Black B, Biaggioni I, Mosqueda-Garcia R, Robertson RM, Robertson D.Effects of volume loading and pressor agents in idiopathic orthostatic tachycardia.Circulation. 1997;96:575-80.
- 48 中村伸一 一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト 厚生労働省雇用均等・児童家庭局 p38-39
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kokoro-shinryoui.html>
- 49 久保木富房。一般心理療法。心身医学オリエンテーションレクチャー。pp72-76、金剛出版、東京、1992。
- 50 石崎優子。社団法人日本心身医学会用語委員会編：心身医学用語事典 第2版。pp14.三輪書店、東京、2009。
- 51 田中英高。起立性調節障害の子どもの日常生活サポートブック。中央法規出版 2010 東京
- 52 藤田之彦。入院治療の適応条件。厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）分担研究報告書 H22
- 53 小林穂高、藤井由里、大川薫、内田祐子、石崎優子。短期の入院で心身症を治療する。第26回日本小児心身医学会プログラム・抄録集 p121
- 54 小柳憲司。小児心療科における入院治療の現状。子どもの心とからだ 2009; 18: 117-125
- 55 数間紀夫。ひきこもりを伴う起立性調節障害。厚生労働科学研究費補助金（こ

ころの健康科学研究事業) 分担研究報告書 H23

⁵⁶ 小柳憲司。小児心療科におけるキャリーオーバー症例の検討 子どもの心とからだ 2009; 18: 284-292

⁵⁷ 石崎優子、丸光恵、東野博彦。思春期以降の小児心身症・発達障害患者を何科がフォローするのか? 大学病院小児科心身症外来患者の中学卒業後のフォロー状況からの考察.心療内科 2009; 13: 153-156

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（研究代表者 奥山真紀子）

分担総合研究報告書

子どもの感情障害の診療および自殺企図・せん妄などの危機介入の
標準化に関する研究

分担研究者	齊藤卓弥	日本医科大学
協力研究者	成重竜一郎	日本医科大学
協力研究者	川島義高	日本医科大学

研究要旨

3年間の研究をもとに、子どものうつ病診療パンフレット、子どものせん妄診療パンフレット、子どもの自殺企図診療パンフレットを作製した。

子どもたちへ

こんなことが幾つかあったら「うつ」の相談をして下さい

- ・ いろいろ、気持ち不安定、些細なことでも涙が出てく
- ・ 引きこもってしまう：友達や家族を避ける、普段の活動が面倒
- ・ 自分を責めてしまう、何でも自分のせいに感じられる
- ・ 幸せに感じられない、一人ぼっちに感じる。何をやっても楽しくない。
- ・ 希望が持てない、生きていたくない
- ・ 集中できない
- ・ 自分自身に必要なことができない
- ・ 食欲がない、あるいは食べ過ぎてしまう
- ・ 意欲が出ない
- ・ 眠れない。あるいは起きられない
- ・ 疲れやす。体調が悪い

本パンフレットは、平成22年度成育疾患克服青少年世代育成基盤研究事業「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究」（研究代表者：奥山真紀子）分担研究「子どもの感情障害の診断および自殺企図・せん妄などの危機介入の標準化に関する研究」（研究分担者：青藤卓弥）により作成した。

子どものうつ病



うつに悩むのは大人だけでは
ありません。子どもも
うつにも気づいてあげてくだ
さい。

うつ病の概念

- 約30年前までは、子どもは大うつ病性障害(以下うつ病)を経験することはないと考えられていました。最近の欧米疫学調査では子どもの約5から8%にうつ病がみられ、年齢が高くなるにつれて頻度が増加していることがわかってきました。

疫学

- うつ病の頻度、小児で2%、思春期で4から8%と報告されています。
- 性別は、小児期では1:1ですが、思春期には1:2で女性に多く見られます。
- 18歳までの累積頻度は、20%といわれ、5人の子どもの1人がうつ病を経験します。

うつ病の発見と症状(DSM-IV-TR)

- 中核症状
 - 抑うつ気分(いらいら気分)または興味または喜びの喪失である。
- 関連症状
 - 体重の変化、食欲の障害
 - 睡眠障害
 - 精神運動性の焦燥または制止
 - 易疲労性、または気力の減退
 - 無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感
 - 思考力や集中力の減退、または決断困難
 - 自殺行動

2

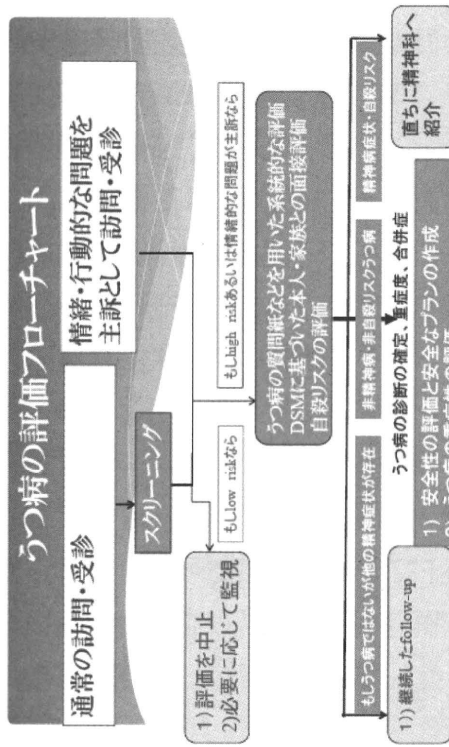
うつ病の診断

- ✓ 子どものうつ病も成人と同じで中核症状の一つと他の症状が5項目以上あることで診断がされます。成人と同様に一日のうちほとんどで症状があり、症状が2週間以上続くことが必要です。
- ✓ 成人のうつ病とは以下の点で違うことがあります。
 - ✓ 抑うつ気分の代わりに、しばしばいらいらが中心の症状となることがあります。成人と異なり周囲のことに無関心にならず些細なことに反応しやすく過敏であったり、反応しやすいくがあります。
 - ✓ 自殺行動が成人より多く見られます。
 - ✓ 幻聴を始めとした精神病症状を伴いこともあります。
 - ✓ 過眠や過食もみられます。
 - ✓ 不安性障害、発達障害など併存する精神疾患が多くみられます。

3

・ うつ病の治療フローチャート

うつ病を疑ったら下のフローチャートに従って評価してください。

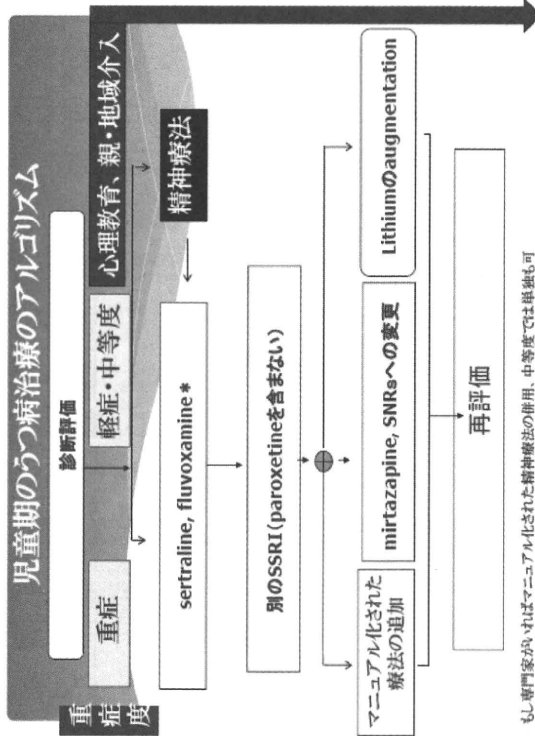


Zuckerbrot, R. A., et al. Pediatrics 120:1299-1312 2007より要要

もし精神症状(幻覚・妄想)がある場合、自殺行動が認められる場合には児童精神科医あるいは子どももの治療経験のある精神科医へ紹介することが望ましい。

重症度の評価には標準化された評価尺度を(パルソン自己記入式抑うつ評価尺度(DSRSS-C)など)を使用するのが、その後の治療への反応を評価するために重要で。

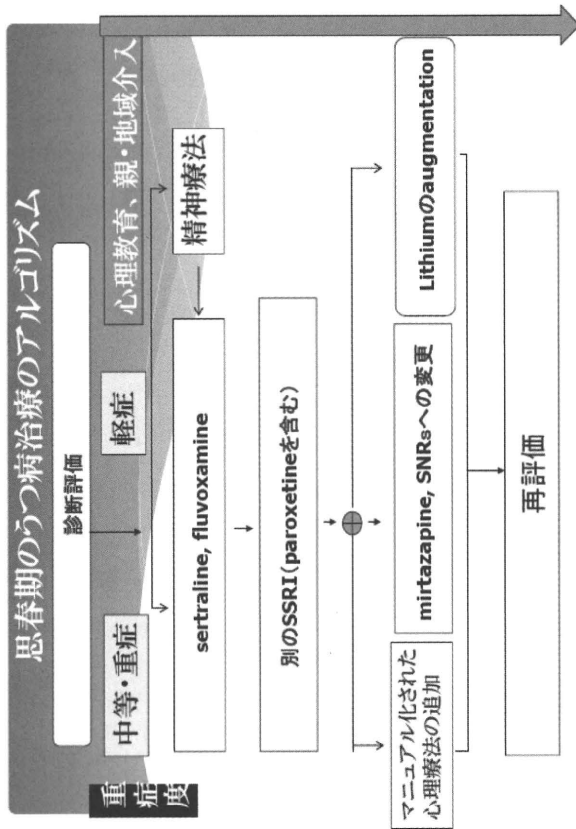
12歳未満の治療マニュアル



もし、専門家が、またはマニュアル化された精神療法の服用、中等度では服薬も可

児童期(12歳未満)のうつ病に関しては、軽症・中等度では心理的介入・親への介入・学校・地域への介入が最初に数週間行われることが望ましいと考えられています。しかし、十分な心理療法を行うことができない状況では中等度でも薬物療法を第一選択に行うことが可能と考えられます。子どもは抗うつ薬の治療としては日本では子どもへうつ病に対して適応を持つ薬物は現時点では存在しませんが、海外の工ビデンスよりSSRIが第一選択として考えられます。しかし、児童期ではparoxetineによる有害事象の報告が多く児童期のうつ病へのparoxetineの使用は同じSSRIでも下位におかれる。児童期の抗うつ薬への反応は思春期より低いと報告されています。精神療法には、認知行動療法や対人行動療法があります。

12歳以上の療マニユアル



思春期(12歳以上)のうつ病への治療では、軽症では心理的介入・親への介入・学校・地域への介入が最初に数週間行われることが望ましい。中等度以上の症例では薬物療法を第一選択に行うことが可能と考えられる。しかし、同時に心理的介入・親への介入・学校・地域への介入が最初に数週間行われることが望ましい。日本では思春期のうつ病に対して適応を持つ薬物は現時点では存在しないが、海外のエビデンスよりSSRIが第一選択として考えられる。精神療法には、認知行動療法や対人行動療法があります。

精神療法・心理的なアプローチ：大人で有効性が示された認知行動療法、対人関係療法が、子どもでも有効であることが報告されている。子どもにこれらの精神療法を用いる際には、子どもでは、生物学的、認知的、社会的、情緒的な発達段階にあり、認知発達過程(計画、思考、他人の立場になり考ええる能力)や社会的要因を精神療法の実施に当っては考慮していくことが必要である。大人で実施されている治療技法よりも家族との関係を積極的に治療の中で取り扱ったり、家族への直接的な関与を含め、視覚的な技法を用い非言語的なアプローチを加えるなどの修正が必要である。