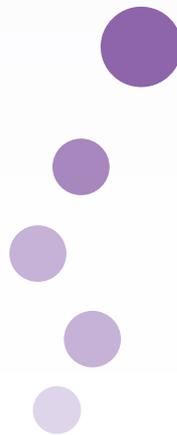


学校精神保健に関する事例とその解説（４）

平成 31 年 3 月
東京都医師会 学校精神保健検討委員会

目 次

はじめに	1
起立性調節障害あるいは起立性調節障害様の症状について	2
起立性調節障害の中学生から大学卒業後までの長期サポート例 ...	4
起立性調節障害の診断が症状の改善につながった一例	8
教室でうずくまっていた発達障害の男児	10
起立性調節障害と自己診断	12
起立性調節障害 —思春期の身体の病気と心の揺らぎ—	14





はじめに

今回は起立性調節障害について、症例を中心に解説する。

起立性調節障害は思春期の子どもに多く、「朝起きられない、倦怠感、頭痛、立ちくらみ、めまい」などの症状が特徴である。中学生のおよそ1割がこの病気で苦しんでいるとされている。一般にあまり認知されておらず、医師の間でも知れ渡っているとは言い切れない。

原因は、自律神経がうまく機能せず、起立時に血圧低下や脳血流の不足が起こることで、思春期は自律神経のバランスが崩れやすいため、症状が出やすい。不登校になっている子どもの3～4割はこの病気だと言われている。治療法は、病気を理解して生活習慣を改善する、心理的ストレスを減らすなどがあり、焦りは禁物である。

しかし、子どもにとってつらいのが、学校に行きたいのに行けないという状態である。先生によって理解や対応が違うことが、問題を深刻にすることもある。また、身体を動かさないと身体機能が上がっていかないので、少しでも登校できるようにしたほうが良い。そのため、学校に診断書を提出することで理解を得られることがある。

本書では次頁以降、タイトル部分を除き、
起立性調節障害を OD と記載します

起立性調節障害あるいは起立性調節障害様の症状について

1. はじめに

今回、子どもの心身の問題として少なくないODとOD様症状を取り上げることになった。学校医の先生をはじめ、子どもを取り巻く方々に、さまざまな状況で起きるこの症状とそれへの対応を知っていただき、子どもにとって、より過ごしやすい学校環境を作っていただきたいと考える。

2. ODとは

立ちくらみ、失神、朝起き不良、倦怠感、動悸、頭痛などの症状を伴い、思春期に好発する自律神経機能不全のひとつである。一般的に症状は一時的で予後は良いと言われているが、重症なものでは自律神経による循環調節が障害され、日常生活が著しく損なわれる。長期にわたる不登校や引きこもりを起し、学校生活やその後の社会参加に大きな支障が起こることがある。

有病率は小学生が約5%、中学生が約10%である。不登校の3～4割がODを併存し、性差は男女比が1：1.5～2、好発年齢は10～16歳で、約半数に遺伝傾向がある。また、70～80%は心身症の側面を持つ。①起立直後性低血圧（起立直後の立ちくらみ、めまい、頭痛などの症状）、②体位性頻脈症候群（起立時に頻脈、頭痛、倦怠感などの症状）、③血管迷走神経性失神（起立中の心臓神経反射が関与する血圧の低下による意識低下や意識消失）、④遷延性起立性低血圧（起立後数分を経過して血圧が低下することによるめまい、倦怠感などの症状）の4つのサブタイプに分ける場合もあり（頻度が高い順に記載）、これらのタイプが重複していることもある。

3. 診断および鑑別診断

別表にあるOD身体症状項目のうち、3つ以上にあてはまるか、あるいは2つであっても症状が強ければODを疑い、アルゴリズムに従って診療する。

すなわち、まずはこのような症状を引き起こす基礎疾患の精査・鑑別を行い、基礎疾患が除外されるか、考えられる基礎疾患があってもそれだけで症状が説明できなければ、新起立試験を行い、ODのサブタイプを判定して治療につなげる。

鑑別診断には鉄欠乏性貧血、心疾患、てんかん、精神疾患、倦怠感を生じうる内科的疾患、副腎、甲状腺疾患などの内分泌疾患が挙げられる。

表 OD身体症状項目

- ①立ち眩みあるいはめまい
- ②立っていると気持ちが悪くなり、ひどければ倒れる
- ③入浴時や嫌なことがあると気持ちが悪くなる
- ④少し動くと動悸、息切れ
- ⑤朝起き不良で、午前中調子が悪い
- ⑥顔色が青白い
- ⑦食欲不振
- ⑧臍疝痛^{さいせんつう}<注>をときどき訴える
- ⑨倦怠あるいは疲れやすい
- ⑩頭痛
- ⑪乗り物に酔いやすい

〈注〉臍疝痛^{さいせんつう}…へそのあたりの強い腹痛のこと

4. その背景にあるもの

遺伝傾向もあることから、まずは持って生まれた体質が背景にあるのであろう。70～80%は心身症の側面を持つということからも分かるように、環境からのストレスが大きな要因になっている場合が少なくない。体質やストレスが関係している場合が少なくないが、生活リズムの問題、あるいは睡眠障害も関与している可能性がある。ゲームやネット依存にも配慮が必要である。

また、根底に発達の問題があつての不適應もありうる。さらにさまざまな要因が重なつての精神神経疾患によつてもOD様症状を起こしうる。

5. おわりに

前述したように、ODあるいはOD様症状は、さまざまな要因が関係して引き起こされる症候群といつてもよいと思われる。複雑に絡み合つた背景にある要因を考えて対応することが大切である。提示する事例と考察が、子どもたちやご家族、支援する方々の役に立てば幸いである。

起立性調節障害の中学生から大学卒業後までの長期サポート例

事例 a 中学 3 年生（15 歳）女子

【主 訴】 朝の体調不良、昼夜逆転、学校に通えない

【家族構成】 父、母（保育士）、妹（4 歳）と同居、ペット（犬 1 匹）

【既往歴・家族歴】 特記事項なし

【現病歴】

幼少期から活発で、小学校では野球クラブに所属していた。小学 5 年生で初経を認め、その後、強い生理痛を伴い、頭痛と腹痛も出現して寝覚めが悪くなった。小児科、婦人科、胃腸科、脳神経外科、心療内科を受診したが改善せず、小学 6 年生から朝の体調不良が悪化し、学校は休みがちとなり、中学 1 年生の冬からはほとんど通えず、昼夜逆転を認めていた。

中学 2 年生の 4 月に児童精神科でうつ病の診断となり、SSRI の処方を受ける。しかし、服用後に極度の恐怖感を感じるようになったため副作用が疑われ、漢方に変更となった。それ以降、薬に対して恐怖心を覚えるようになった。中学 2 年生の 11 月から翌年 1 月まで、遠方の医療機関に睡眠障害の精査治療目的で入院加療となった。OD も疑われ、約 2 か月の入院後に退院したが、再び起床は夕方、就寝は明け方となった。

【経 過】

◆初診時から入院まで

中学 3 年生の 1 学期に当科初診。起床は夕方、就寝は明け方で、精神的に不安となり、夜はイライラして、しばしば気付くとリストカットしていた。

強い眠気が日中も続いていたが、うつ病の診断で処方された抗不安薬や睡眠薬等の影響も考えられた。「起立、礼」でも立ちくらみを認め、OD のサブタイプ、起立直後性低血圧が疑われた。P.2 の「表 OD 身体症状項目」では、11 項目中 10 項目が該当していた。

母親は以前受診していた医療機関で OD の説明を受けていたが、朝の体調不良にもかかわらず、夜は元気であることが理解できず、母子関係は著しく悪化していた。外来でも娘を否定する母親の言葉は多く、無表情にじっと聞いている姿は悲しそうでもあり、怯えているようでもあった。

昼夜逆転のため来院時間は 16 時で、数回の外来診察後、OD の精査と睡眠障害のコントロール、母子関係の改善を含め、中学 3 年生の 7 月に入院加療となった。

◆入院経過

入院中の検査や治療計画として、①ODの診断、②睡眠リズムの調整、③自尊感情の回復、④親子関係の修復、⑤登校についての相談、⑥勉強・進学のための相談を中心に対応することになった。とくに自尊感情の低下が強く、少しずつ前に進もうと話した。

入院時の血液・尿検査で貧血や甲状腺機能を含めて異常を認めず、また、脳波、頭部MRIにも異常はなかった。新起立試験では、サブタイプは起立直後性低血圧と体位性頻脈症候群が該当し、ODと診断して「小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン2015」の身体的重症度では重症とした。また、心身症としてのOD診断チェックリストでは、6項目中5項目が該当し、心身症としてのフォローも必要であった。

ODに対してはあらためて病態を説明し、起床時の注意点（ゆっくり時間をかけて起き上がる）、長時間の立位を避けるなどの日常生活における注意点を説明し、薬物療法として塩酸ミドドリン(メトリジン)を用いた。また、今の状況は本人の努力が足りなかったり、怠けたりしているわけでは決してなく、ODがその原因であり、その疾患に対応していくことが大切であることを話した。今は多くの支えが必要かもしれないが、必ず自立できる日が来ることを伝えた。

入院後4日目までは、朝に一度目を覚まして起きるのは夕方の16時頃であったが、1週間すると午前には起きるようになった。毎朝、検温や朝食の準備で看護師が部屋を訪れる際に朝であることを伝え、夜は22時に消灯とし、あとは本人の自主性に任せた。すると、次第に夜起きている時間は短縮していった。しかし朝、目が覚めて起きても、必ずしも体調不良が改善したわけではなく、何時であれば比較的調子良く起きられるのかを模索した。また、運動不足を考慮し、ときどき主治医と病院の近くを散歩する計画も立て実施した。

学級担任が面会のため来院し、本人に「具合が悪いのはさぼり病だ。先生が何とかしてやる」と熱く話したが、筆者が担任教諭にODの病態と検査結果を説明したところ、「そうなんですか。そのような病気があるとは知りませんでした」と少し驚いたようでもあり、信じられないようでもあった。その後、筆者が学校に赴き、集会でODの解説をして、先生や生徒のODへの理解を深める機会を設けることができた。

本人は学校に行きたい気持ちを持っている一方、勉強の遅れへの不安がかなり強かった。2学期からの登校を目標にフリースクールへの参加を提案し、通うことになった。最初は近所の公園の散歩から始まり、週に2～3回通った。フリースクールに行くと表情も和らぎ、「楽しかった」とその様子を話してくれた。ただ、朝の体調不良は続いていて、ときどき吐き気などを伴い、行けない日もあった。

夏休み期間も終わろうとする頃、2学期の始業式について自ら話してきた。「朝礼などで立っているのは大変、地獄……。合唱大会も苦手。倒れると周りに迷惑をかけるから」と。また、高校受験についても話すようになり、学校見学に行きたいと話し、全日制ではなく定時制なども考えていると話してくれた。

心理的フォローを目的に、臨床心理士のカウンセリングも継続的に行った。母親は自分のやり場の無い不満や不安を娘にぶつけていたようで、面会に来ると震えてパニック症状を認めることもあった。試験外泊当初、自宅に泊まることを著しく恐れていた。

2学期の初日、体調は必ずしも良くなかったが登校した。「学校、楽しかった。『明日も来いよ』と友だちや先生に言われた」と嬉しそうに話してくれた。明るい表情に、学校環境の大切さをあらためて感じた。

その後、毎日に行けなかったが、徐々に登校できるようになっていった。母親に、登校できたこと、頑張っていることを話すと「もっと早くODを知っていれば」と自分を責めて泣いていた。外泊時に母親の手作りプリンを食べ、「母さんのプリンで元気が出た」と話した。筆者も「良かったね。良いお母さんだね」と伝えた。この頃から母親に対する気持ちが少しずつ変化していった。母親の話をしたときの緊張した表情や、面会前の震えなども無くなっていった。

その1か月後、両親が離婚したが、母親を心配し気遣っていた。症状は十分に回復していなかったが、母親との関係は改善傾向にあったことから、12月に退院した。

◆退院後経過

高校受験に際し、受験当日起きられるかどうか不安が募ったが「絶対起きられる」(ODの場合、しばしばイベントの日は朝起きられることが多い)と話し、4年制の定時制高校に見事合格した。卒業式後に面会に来院したが、9か月前の初診時の、不安で自信の無い面影は無かった。本人の目は新たな高校生活に向いていた。ODの症状はまだ続いていたため、高校入学後も外来でフォローすることになった。

◆高校生活

高校入学後、自宅近くのパン屋さんで朝のアルバイトを始めた。しかし、次第に体調に無理が生じ、1か月でやめた。かつては夕方に起きていたが、朝のバイトを自ら選びチャレンジしたことは、主治医としては嬉しかった。本人には、このアルバイト体験が今後の自分自身のライフスタイルを構築するうえでの良い教訓となるよう、体調にあわせたプラン作りを提案した。

もともと音楽が好きなこともあり、立位での練習は不安だったが、あえて合唱部を勧めたところ入部し、4年間続けて部長も務めた。将来、海外留学したいと話すなど、積極性も見られ、自尊感情の低下は徐々に回復に向かっていた。

一方、高校入学後も長い起立で吐き気や頭痛を認めた。学校生活はおおむね順調だったが、当科の臨床心理士と主治医、スクールカウンセラーで連携しながらフォローした。スクールカウンセラーにはODについてあらためて説明し、これまでの経過も伝えた。

大学については、進学するかどうかを含めて悩んでいた。1時間目の授業に通えるか不安だった。通える距離の大学をいくつかピックアップして、オープンキャンパスに出かけた。

外来でも、臨床心理士と相談しながら進学先を決め、調理関連の大学に入学した。臨床心理士はいつも本人の可能性を前向きに捉え、応援していた。困っていることには耳を傾け、親身に相談にのり、「大丈夫だよ」というメッセージを伝えていた。

◆大学生活

自宅から大学までは50分程度で、朝の講義も多かったが、元気に通い始めた。部活にも入り友人関係も良好だったが、ストレスもあり胃痛を訴えることもあった。

しばらくすると、予想以上に講義や実習が大変で、大学のスクールカウンセラー（SC）に相談するようになった。SCからも連絡があり、これまでの経過やODへの対応について話した。当院への受診は2か月に1回で、SCが大きな支えになった。本人が「実習でいつも皆に迷惑をかけている」と話したことがあった。「今は助けてもらっているんだよ。自分にできることを後で返せばいいんだから。その相手は助けてくれた友人でなくてもいいと思う。誰か困っている人がいたら、自分にできることをすればOKなんだよ」と伝えた。

大学生活を終え、就職先も決まり、当科でのフォローは終了（オンデマンド）となった。

【考察】

小学5年生でODを発症したが、診断は中学2年生の2学期だった。その間、「さぼり」と誤解されたり、精神疾患と診断されて向精神薬を処方されたり、ODへの対処が十分に行われず、学校にも通えなくなった。ODを知らない母親からは「怠け」と誤解され、厳しく扱われたことから、次第に母親に恐怖を感じるようになり、パニック症状を認めるようにさえた。そのような状況が続く中、自尊感情は著しく低下していた。

初診時は顔を伏せて目線をあわせられなかったのが、明るく笑って大学生活を送れるようになったのは、教諭、スクールカウンセラー、臨床心理士など、多職種の支えがあったのことと思う。誰もが真剣に本人の辛さ、課題に向き合った。その向き合う気持ちが本人と母親に伝わり、大きなエネルギーにつながったと思われる。病状が強かった中学生の頃は、本人も母親も孤立していたが、信頼できる第三者との出会いが、わずかずつでも自信を取り戻させたと思われる。とくに学校の先生の力は大きく、ODのサポートに必要不可欠である。

起立性調節障害では本例のように、起立時に重度の頻脈を認めても、動悸を感じていないこともしばしば経験される。動悸が無いと答えても、頻脈が無いこととイコールではないことに留意すべきであり、チェックリストの確認後に新起立試験を行い、確定診断することが肝要である。サブタイプを調べたうえで、それぞれの対応を指導することも大切で、事例によってはサブタイプが複数重なることもあるので注意を要する（体位性頻脈症候群と血管迷走神経性失神の合併：頻脈が続いていた途中で突然、低血圧と徐脈を認める）。

ODの診療は全人的な対応が望まれるが、診療にはしばしば時間を要する。中学生の1割に発症するODの受診者は決して少なくないが、限られた外来の診療時間では十分な対応に難渋する場合もある。チェックリストでODが疑われた場合には、専門医への紹介も必要になるが、わが国では、ODを理解していても、ODの診療に十分時間を使える専門外来は少なく、予約がなかなか取れないのが現状であり、懸案事項でもある。

子どもたちにかかわるうえで「あせらず、あきらめず、愛情を注ぐ」ことが必要と考える。

起立性調節障害の診断が症状の改善につながった一例

事例 b 中学3年生（14歳）女子

【主訴】 朝起き不良。朝起きられないため登校できない。

【周産期】 異常なし（出生時体重 2,545g、出生時身長 48.4cm）

【家族歴】 両親と妹の4人家族。

【既往歴】 とくになし。

【現病歴】

小学校では成績もよく、性格も明るく、クラスの中でもムードメーカー的な立場であった。中学校でも同様に友人関係も良好で、明らかな問題もなかった。クラブ活動は吹奏楽部に入り、クラリネットを担当した。本人の話では、当初は楽しく頑張っていた。

中学2年生の頃から、途中から練習に集中すると頭痛が出現し、演奏に集中できなくなることが多くなった。さらに食事の量も以前に比較すると減少し、何をするにも「かったるく疲れやすくなった」と感じるようになった。母親からも「気分転換に」いったん休部してはどうかと言われ、クラブ活動は休んだが症状は軽快しなかった。

体調不良を訴えることがさらに多くなり、朝になっても起床できず、学校も休みがちになった。以前から自家用車以外の乗り物に乗ると、ときどき乗り物酔いを起こすことがみられた。中学校では通学のためにバスを利用できていたものの、吹奏楽部を休部する頃から乗り物酔いも激しくなった。

【経過】

初診時、顔色は良好で、経過を話す際も比較的理路整然とはっきりと、さらに自分の症状を話す際はかえって妙に生き生きと話しているという感じを持った。

治療を始める前に、器質的な疾患（鉄欠乏性貧血、甲状腺疾患など）の除外検査を行った。精神的な要素も大きいとは考えたが、朝起き不良、乗り物酔い、食欲低下、頭痛を強く主張し、起立試験でも血圧低下が認められ、ODを考えた。そのほかのOD診断基準症状の立ちくらみや「嫌なことを見聞きすると」気持ち悪くなるなどの症状はなかった。

その後、一連の検査の結果が判明し、除外診断ができたところで、本人に OD の可能性があると話し、今後さまざまな症状が出現した際には他疾患の可能性が考えられること、その場合には診断のためにさらに検査が必要になる可能性も話した。このとき本人には安心した表情が見られ、「やっぱりそうだったんだ」という発言があった。軽快には数か月かかる可能性があることを話したが、その件も分かっている様子であった。

以上より「自分で診断したんじゃない？ ずいぶんとネットで検索したんでしょ？」と聞いたところ深くうなずいた。

当初、薬剤（塩酸ミドドリン）を投与し、2週間後に再診したが、朝起きも以前より改善したとの発言があり、薬剤も効果があると考えた。1か月後に再診した際に、中学校に提出する OD の診断書を要求され作成した。服薬はおおむね比較的良好で、ときどき飲み忘れると言っていた。その後、1か月ごとに再診を行い、症状が徐々に改善して、だんだんと登校できるようになった。3か月目に受診した際には、どうにか登校できる日数も増え、本人から「もう大丈夫だ」という発言もあったので終診とした。

【考 察】

ところが終診時に以下のことを告白された。

吹奏楽部では中学2年生のときに先輩との折り合いが悪くなり、クラブ活動に参加することが徐々に苦痛になった。その頃から登校することがだんだん困難になり、登校できなかつた」と自己分析しており、薄々これがきっかけであるかもという自覚はあった。

受診前にインターネットで自分の症状が OD に近いと推測していたが、OD の診断を受けたこと、かつ中学校にも診断書が提出されて周囲の理解が得られ、安心できたことなどが症状の軽快につながったと感じていた。さらに、内服により症状が良くなっていったことから、自分が OD であることを確信した。

しかし、たまたま内服し忘れたときも症状の悪化がみられなかったことから怠薬するようになり、最初の3週間はちゃんと服薬していたものの、その後はほとんど内服しなかった。服薬しなくても症状が軽快していることもあり、治療を終了したいと希望した。

本症例は、診断基準を満たす OD 症状を呈していた。しかし、疾病利得とまでは言えないが、自分の症状を OD にあてはめて修飾していた可能性もあると考えた。OD の症状を呈しているからといって器質的疾患の検索はもちろん、そのほかの原因検索なども必要に応じて行うことが肝要であると考えた。

結局、今回の症例は OD の診断が本人の安心を得ることになったのと周囲の理解が得られたことも症状の軽快に寄与したと考えた。

教室でうずくまっていた発達障害の男児

事例 c 中学2年生（14歳）男子

【家族構成】 両親、兄の4人家族。詳細不明だが、兄も集団生活が苦手との情報あり。

【経過】

5歳頃から集団行動困難、やりたくないことはしない、落ち着きがないことを指摘されていた。小学校は通常学級に入ったが、教室を飛び出して授業を受けず、興味がないことには集中せず、切り替えが悪く、聴覚過敏、他児ともかかわりにくく、学校生活には適応困難であった。

8歳で当クリニックを初診し、「自閉スペクトラム症+注意欠如多動症」と診断した。知的発達評価では境界域知能であった。生活指導と言語聴覚士によるコミュニケーション指導を開始したが、集団生活に適応できず、また、学習を受けることもできにくかったため、抗ADHD薬、さらには易怒性、過敏性軽減のため、抗精神病薬の処方も開始した。

小学4年生からは特別支援学級に転入した。多動衝動性や易怒性は軽減するも、なお適応できにくく、集団生活は難しかった。

中学校も理解を得て特別支援学級に通学したが、ゲームにはまり昼夜逆転した。学校に行き渋り、日常生活にも支障大となり、その是正や状態評価、指導のために児童精神科に入院した。退院後は昼夜逆転することはなくなり、毎日通学するようになったが、職員室で寝転がり、昼食はほとんど食べなかった。家では偏食が目立った。また、注意をしないと寝る時間が遅くなりがちであった。

中学2年生になり、本人の意識の向上、家族と学校の十分な連携と指導、また、薬物の調整もあり、生活リズムの是正、情緒の安定がみられ、ほぼ教室にいられるようになった。しかし、授業に参加することは少なく、とくに集団行事への参加は難しかった。

そこで、主治医が学校に行く機会をつくり、本人の様子を観察すると、座席にはいたがうずくまり、顔色は悪く、元気が出ない様子であった。手足も冷えていて、循環障害があると考えられた。吐き気、動悸、車酔い、倦怠感の訴えはなく、典型的な起立性調節障害とはいえなかったが、類似の病態があると推測でき、血液循環を良くすることが期待される漢方薬を処方した。その後、以前よりは寝起きの状態もよく、比較的スムーズに登校でき、教室でも授業に参加できることが多くなった。食欲も出て偏食も少なくなり、血色が良くなって体格もよくなった。しかし、授業では皆と同じことができるわけではなく、集団行事でも共同作業は難しく、独自の役割を与えてもらっての参加であり、発達障害への配慮は不可欠であった。

また、夏休みなど長い休みがあると生活リズムは崩れがちになり、また、意識をさせていないとゲームにも浸りがちになり、体調もすぐれなくなった。ただ、やるべきことは認識してきており、自らもコントロールしようという努力は見られるようになった。

【考 察】

発達障害児の診療をしているなかで、OD 様症状を呈し、午前中の調子の悪さを訴える児は少なくない。要因はさまざまなことが考えられる。

第一には、集団に適応しにくく、ストレスを持ちやすいことが挙げられる。そのためもあり、ゲームへののめり込み、睡眠障害も起こしやすい体質、ゲームへの依存や情緒不安定性に起因した二次的な睡眠障害もその要因に挙げられるであろう。極端な偏食がある子どもも少なくなく、それも体調を崩しやすい要因になりうる。

また、発達障害のある子どもはコミュニケーションが苦手であることから、自分の体調も訴えにくく、自分の内部感覚にもやや鈍感であると思われる。そのため、吐き気や動悸、疲れなどの OD 症状があっても周囲が気づきにくい。

この事例では、外来診療のみでは分かりにくく、学校での様子で、あらためて OD あるいはそれに近い病態を考え、それに対応して学校生活を含めた QOL の改善をみた。うずくまりや寝そべりが OD 症状である場合、それを集団生活の拒否、苦手課目の拒否ととらえて誘導したり、指導したりするだけでは改善は難しい。適応しづらい発達障害の心理的な状況のみではなく、身体的な不調にも注目した対応も重要である。身体症状がありそうときは、状況をしっかり伝えたいうでの医師の見立ても必要である。状況によっては、入院治療も含めた医療の介入も必要である。

ただ、生活リズムの改善、学校生活の改善、意欲の向上、情緒の安定には、特性を理解した家族と学校の連携による「押したり引いたりのかかわり」が最も重要である。さらにその中で、子どもは成長・発達し、変化もしていくという視点も必要である。

起立性調節障害と自己診断

事例 d 小学6年生（11歳）女子 [初診時]

【現病歴】

身体不調と不登校を主訴に、小学6年生の女兒が受診してきた。同胞は、かなり歳の離れた弟がひとり。

もともと友だちは多くないが、小学校の頃から仲の良い友だちには恵まれていて、いじめられたりすることもなかった。皆と運動することはあまり得意ではなく、どちらかというといり静かに本を読んでいるのが好きで、皆はどうあれ自分は自分という考えがあつて、皆がしているからという理由で自分もしたくなることはあまりない、と言う。

5年生の3学期に、とても仲の良かったひとりの女子と些細なことから仲違いをした。その頃に学校に行きたくない気持ちが強くなったが、少し無理をして行っていた。勉強も少し難しくなり始めていた。

6年生の5月下旬に体調を崩して1週間ほど欠席し、その後、体調は持ち直したが、学校に行こうとしても起き出すのがとてもつらく、「ムリって感じ」になってしまう。7月に当院を受診することが決まったが、その前から自分は何の病気なのかがすごく気になっていて、ネットであれこれ調べ、ODの記載にたどり着いたとき、「絶対これだ」と思ったという。

受診時の印象としては、穏やかに淡々と自分の話しをし、コミュニケーションの取りにくさはまったくないが、会話が不安の機微に触れるなど、深いところにたどり着くことはなかった。総じて、行動面では周囲に波長をあわせてやってきたけれど、社会的に親しいやり取りをすることへの志向がとても低い子どもと考えられた。

息の長いかわりになりそうなので、本人に対しては、ずっと耐えてきたストレスに身体が悲鳴をあげているのだと思うから、じっくり話をしながら進めていきましょうと告げた。また、母親に対しては個別に、周囲とのかかわりを持ちにくい子どもさんだと思うので、時間をかけてうまく適応していける環境を整理していきましょうと告げたところ、母子ともにほっとした印象で病院を後にした。

ところがそれから数回、求めに応じて予約日に来院しても、自分が周囲との関係に行き詰まって不適應を起こしているという認識は持てず、通院も途絶えてしまった。もとより本人にとっては、病院に行くことがイメージしていたものとだいぶ違って、通院は自分が想像していたような診断を初回から明確に出してくれて、治療も確立していて、すぐにでも登校を再開できるようになると考えていたものらしいと、後になって母親から聞かされた。残念ながら病院が提供しようとしたものは、それとはまったく違っていただけである。

【考察】

実は、児童精神科領域ではODという診断名をつけることはあまり多くない。これに近い診断名に身体表現性障害があるが、これも身体症状というかたちで表現された心の問題という意味なので、あくまでも焦点は心のほうにあたっているのである。

この事例は典型的な発達障害ではないが、周囲への同調志向がかなり低く、定型的な子どもたちの中では、なかなか自らの位置を見つけにくい子どもで、そのために一般的な理解力において秀でているにもかかわらず、皆の中にいる自分に苦しんでいるという認識が持ちにくかった事例である。本人は不調の要因を自分の身体内部に探そうと懸命になり、自力でODという診断名にたどり着いた。全体の経過からも、身体特徴その他からも、その時点で心身症に造詣のある小児科を受診していたら、本人の望むとおりのODという診断が出ていた可能性も低くはないと想像される。

児童精神科医はここで、身体疾患的な診断が出てしまうことで、本来の心の問題がマスクされてしまうことを懸念するのだが、むしろ身体性に焦点をあててもらうことで（それは正にこの先、年齢を重ねることで大きく変化するものであるから）、自覚することも、まだ覚束ない自分の心も、少なくともイメージの上では問題ない状態に保つことができたかもしれないのである。そのことが、現実には立ち向かうために必要な肯定的な力を与えてくれる場合もある。しかし、もちろん（児童精神科医らが危惧するように）自分の内面への気づきを遅らせてしまう結果になる場合もある。

また、本人は先述のような発達のアンバランスも持ちあわせているように見える。そのことも考えあわせると、現在より生きやすくなるような内面の変化を期待するにしても、今しばらくは時間がかかりそうなことを予想しなくてはならないのである。

このケースについて、どうするのが正解だったのかと結論を急がないでいただきたい。それは彼女が大人になっていく過程でしか分からないことなのだ。

ただ、子どもたちの中にはこの事例のように、自分で診断をつけて深く確信してくるケースも少なくはない。それを鵜呑みにせず、頭ごなしに否定もせず、そのように思っていたかった本人の気持ちを汲みながら、時間をかけて、より大切なことにアプローチしていく姿勢が、医療機関にも学校にも必要なのではないかと思われるのである。

起立性調節障害 —思春期の身体の病気と心の揺らぎ—

ODは思春期の発育に伴う循環器系・自律神経系の不調であり、種々の身体症状が生じることから、不登校や日々の学習、クラブ活動などの困難をもたらすことが多い。また、この時期が心理的な発達のクリティカルな時期でもあるために、不安、不穏、抑うつ気分、睡眠障害など、さまざまな精神症状をもたらすことがあるので、単一の身体疾患ととらえるよりも、心理社会的要素を視野に入れた心身症として理解することが重要である。

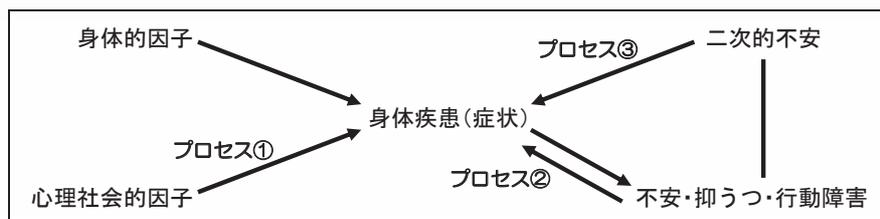
子どもの心身症

日本小児心身医学会では、子どもの心身症を「子どもの身体症状を示す病態のうち、その発症や経過に心理社会的因子が関与するすべてのものをいう。それには、発達・行動上の問題や精神症状を伴うこともある」と定義している。

これは、成人の心身症の定義（日本心身医学会）において「神経症やうつ病など、他の精神疾患に伴う身体症状は除外する」とされているのと比較すると、精神症状の扱いの点で大きな違いがある。

小柳は、子どもの心身症における心と身体をつながりとして、身体的因子以外に考慮すべき心理的プロセスを、心理社会的因子（プロセス①）、不安・抑うつ・行動障害（プロセス②）、二次的不安（プロセス③）と整理している【図1】。

図1 心と身体をつながり



小柳憲司：小児心身医学会ガイドライン集（改訂第2版）P.4

プロセス①は症状発現の誘因になるもので、直接因子と背景因子に分けられ、プロセス②は「症状へのとらわれ」、プロセス③は症状の持続に伴って生ずる「二次的不安」による種々の問題を指しているという。

このような整理は、患児の病態に含まれる心理社会的因子のあり方を理解するのに有用である。とくに重症例においては必須といって良いだろう。また、患児に固有の心理的発達の特徴（たとえば発達障害併存や病前の性格傾向など）を評価することも理解の助けになる。

また、ODにおける心身症としての特徴的な臨床所見をまとめた『心身症としてのOD』チェックリストがあり、参考にすることができる【表1】。

表1 「心身症としてのOD」 チェックリスト

- ・学校を休むと症状が軽減する
- ・身体症状が再発・再燃を繰り返す
- ・気にかかっていることを言われたりすると症状が増悪する
- ・1日のうちでも身体症状の程度が変化する
- ・身体的訴えが2つ以上にわたる
- ・日によって身体症状が次から次へと変化する

以上のうち4項目がときどき（週1～2回以上）見られる場合
「心身症としてのOD」と診断する

小児心身医学会ガイドライン集（改訂第2版）P.65

環境調整と精神療法的接し方

環境のストレス（プロセス①）は、しばしば本人に自覚されていないことがある。また、仮にストレスの自覚があっても「身体の病気」とは無意識に切り離している可能性もある。したがって、そのようなときに心理的な要因を探索することは、なかなか子どもの納得に結びつかず、つまるところは「怠け」や「弱さ」を指摘されているのではないかと考えさせてしまうおそれがある。しかし、たとえば「学校で自分がどう見られているのだろう」という懸念などは比較的よく見られるので、それが確認できれば環境調整（たとえば学校に対する説明）によって、実際的に安心させることが有効であろう。

病態が遷延すると、二次的に勉学の遅れや進学などの不安をもたらす（プロセス③）、隠れた罪悪感が自尊感情を一層毀損することが考えられる。このような複雑化した不安に対しては、精神療法的なかわりが重要になるであろう。とはいっても、難しい特殊技法があるわけではなく、「支持的な寄り添い」や「共感と受容」を心がけることによって信頼関係を結ぶことができれば良い。即効性は期待できないかもしれないが、本人の主体性の確立と自己実現を目指して、時間がかかってもともに歩む姿勢が大切である。

「自分で診断をつけてくる子ども」とインターネット

インターネットの普及により、さまざまな疾患についての知識が手軽に検索できるので、しばしば自己診断を試みる子どもがいる。発達途上の子どもにとっては、自身の身体的あるいは心理的变化を的確に言葉で表すことが容易ではないので、自覚症状の言語化（専門用語化）や病気としての認識を助けるのであろう。これは、プロセス②における不安への知的な防衛に相当すると考えられ、案外それだけで心理的な苦痛が軽減されることもある。

一方で、ネット検索では必ずしも正確な知識・理解が得られるとは限らず、誤解や曲解によってさらに複雑化するおそれがある。不安に対する知的防衛の努力を肯定的に評価するとともに、合理的な判断が可能になるような大人の支えが必要である。

また、ネット上には「整骨や整体などの代替療法」や「サプリメント」の商品情報などが氾濫している事実がある。日本小児心身医学会では、これらの情報には科学的なエビデンスが存在しないとして警鐘を鳴らしている。

《参考文献》

- (1) 日本小児心身医学会編、2015、『小児心身医学会ガイドライン集 日常診療に活かす5つのガイドライン (改訂第2版)』、南江堂
- (2) 日本小児心身医学会、2018、「起立性調節障害 (OD) に対する整骨や整体などの代替療法の効果についての声明」、<http://www.jisinsin.jp/index.htm#alternativetherapy>
- (3) 日本小児心身医学会、2018、「起立性調節障害 (OD) に対する各種サプリメントの効果について」、<http://www.jisinsin.jp/index.htm#od>



執筆者

◎東京都医師会 学校精神保健検討委員会

委員長 岡田 謙 (江東区医師会)
(平成30年5月18日逝去)

副委員長 埴 佳生 (日本橋医師会)

委員 石崎 朝世 (北区医師会)

〃 田中 哲 (東京都立小児総合医療センター)

〃 野津 眞 (東京武蔵野病院)

田中 大介 (昭和大学保健管理センター所長・教授、
昭和大学病院小児科)

学校精神保健に関する事例とその解説 (4)

令和元年6月15日発行

発行責任者	東京都医師会理事 正木 忠明
発行	公益社団法人 東京都医師会 東京都千代田区神田駿河台2-5 TEL: 03-3294-8821 (代)
印刷	合同印刷株式会社 TEL: 03-3624-6111 (代)

