Topics

不登校に潜む身体疾患－小児起立性調節障害

「怠け」,「根性なし」と否定される子供を救いたい

田中英高氏

起立性調節障害（OD）は，起立時に身体や脳への循環が悪化するために体調不良となる，中学生の１～２割に見られる一般的な身体疾患である。しかし，医学的対応を十分に受けていないケースもまれではない。むしろ，朝起きられず，夕方から元気になるため，親や教師に「怠け」，「根性なし」のレッテルを張られ，心まで傷つけられ不登校になる子供が多い。事実，ODの約半数に不登校を伴うという。この状況を改善したいと日本小児心身医学会研修委員会ワーキンググループ（委員長＝大阪医科大学小児科・田中英高准教授）では，一般小児科医向けに「小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン」を作成した。同准教授に，ガイドラインの作成経緯，ポイントなどについて聞いた。

思春期に好発，不登校との鑑別困難

ODは，自律神経機能の働きが悪くなることから，起立時に身体や脳への血流が低下して立ちくらみやめまい，頭痛，腹痛，倦怠感，食欲不振，失神発作などさまざまな症状を呈する身体疾患である。中学生の約１～２割に見られる一般的な身体疾患である。ただし，田中准教授は「従来の診断基準では，ODか否かを判断すること，特に不登校との鑑別が難しかった」と指摘する。

なぜなら，従来の診断基準では特異性の高い客観的検査基準はなく，血圧や心電図の異常が挙げられているが，その特異性は低いからだ。ODの症状だけを見ると，朝はきちんと起きられず，午前中に頭痛，腹痛などの体調不良を訴えるが，夕方になるにつれて元気になり，夜更かしをするというように，不登校の子供と非常に似ている。血圧や心電図に異常があってもODとは言い切れない。ストレスにより症状が増悪するなど心理社会的な問題に影響されるため，評価には多大な時間を要する。時間的余裕のない小児科外来でODを診断すること，ましてODか不登校かを見極めることは難しい。

親や教師，友人の無理解が不登校を伴う重症に

当然，ODへの対応は不十分な場合が多い。ODの子供は，身体の不調の原因がわからず不安な気持を抱えている。ところが，親や教師，友人はその気持を理解するどころか，否定的な見方をする。子供は心を深く傷つけられて症状をますます悪化させ，登校が難しくなる。

田中准教授によると，ODの子供はそもそも周囲に気配りをする性格で，幼いころから過剰適応してきたが，ODによる体調不良と周囲の無理解により，これまで抑圧してきた親への依存感情（甘えたい気持）と反抗したい気持を，不登校や引きこもりにより満たそうとしている。ODに不登校を伴うことは珍しくなく，過去の調査で約半数にのぼるとの報告がある。

同准教授は「ODは適切な対応が行われた場合，軽症例であれば数か月以内に改善する。しかし，不登校を伴う重症例では，１年後の復学率は30％で，社会復帰には少なくとも２～３年はかかる」とし，一般小児科外来におけるODの早期診断と適切な治療を確立することを目的に，『小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン』を作成したと説明した。

新起立試験法でサブタイプを判定

『小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン』では，患者や保護者への説明時に役立つQ&Aガイドが盛り込まれているほか，専門医に紹介する目安として，４週間診療しても症状が全く改善しない場合，初診時に既に１か月以上の長期不登校を伴っている場合，と対応が明示されている。核となる診断手順はアルゴリズム（**図１**），治療は進め方（**図２**）が一目瞭然で示されている。

診断では，朝起き不良，立ちくらみ，全身倦怠感，食欲不振，頭痛などの症状があればODを疑い，次に甲状腺機能亢進症，脳腫瘍，鉄欠乏性貧血，原発性肺高血圧症などの可能性がある基礎疾患を除外し，従来の起立試験に起立後血圧回復時間測定（**図３**）を加えた「新起立試験」を実施し，ODを４つのサブタイプ，すなわち起立直後に低下した血圧の回復が遅延する起立直後性低血圧，起立中に著明な心拍増加が認められる体位性頻脈症候群，起立中に意識低下や失神発作が起こる神経失調性失神，起立３～10分後に著しく血圧が低下する遅延性起立性低血圧に分類する。

重症度と心理社会的関与を評価

ODのサブタイプが決まれば，新起立性試験の結果や症状，日常生活状況から身体的重症度を軽症～重症の３段階で判定し，最後に「学校を休むと症状が軽減する」，「１日のうち身体症状の程度が変化する」など６項目から成る「心身症としてのOD診断チェックリスト」を用いて，心理社会的関与の有無を判定する。

治療は，①説明・説得療法②非薬物療法③学校への指導や連携④薬物療法⑤環境調整⑥心理療法－から成り，①と②を基盤として“身体的重症度”と“心理社会的関与の有無”の組み合わせから，③～⑥を加えていく。ただし，現実に一般小児科外来で対応できるのは①～④である。⑤や⑥が必要な場合，身体機能異常とそこから引き起こされる２次的な心理社会的問題が生じているため，初期段階で臨床心理士などが常在する専門医療機関への紹介が望ましい。

最初は身体面からのアプローチ

田中准教授も「一般小児科外来では，日常的に遭遇する他の身体疾患と同様に，最初は身体面からのアプローチを行う」と話す。

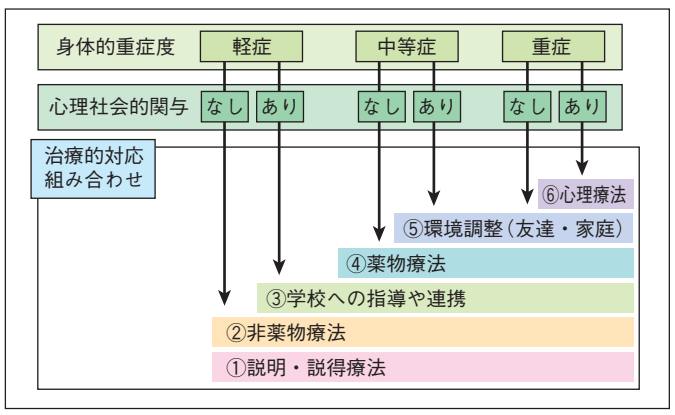
すなわち，まずは説明・説得療法と非薬物療法を行う。前者では，子供と親に対して「ODは身体疾患である」ことを十分に説明し，「Q&Aガイド」を利用するなどして，症状が起きるメカニズムや日内変動，季節変動があることを理解させる。

ところで，ODの症状は気持の問題で起こると考えている保護者は，子供を否定的に見ていることが多い。そのため，心理面にも十分配慮して，子供を叱咤激励せず，親に対しては，「身体の病気なので根性ではなおらない」ことを丁寧に説明することが大切となる。

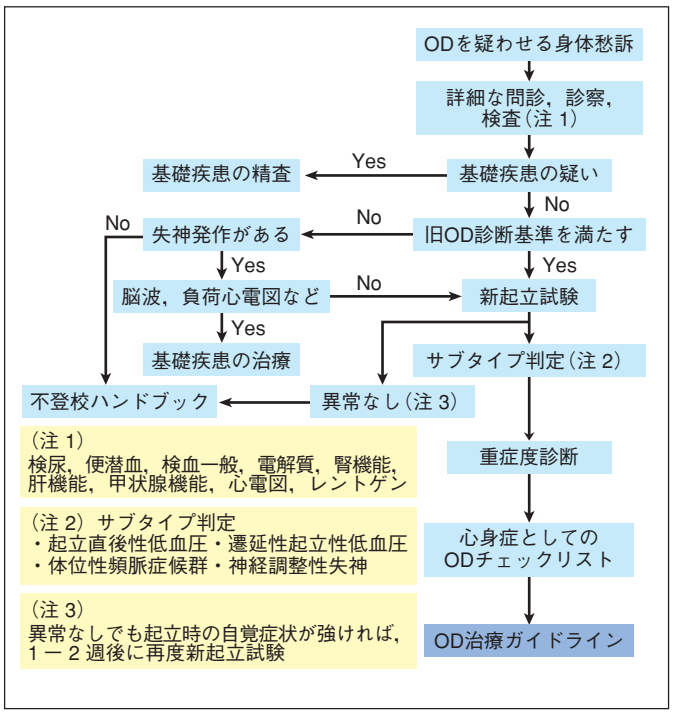
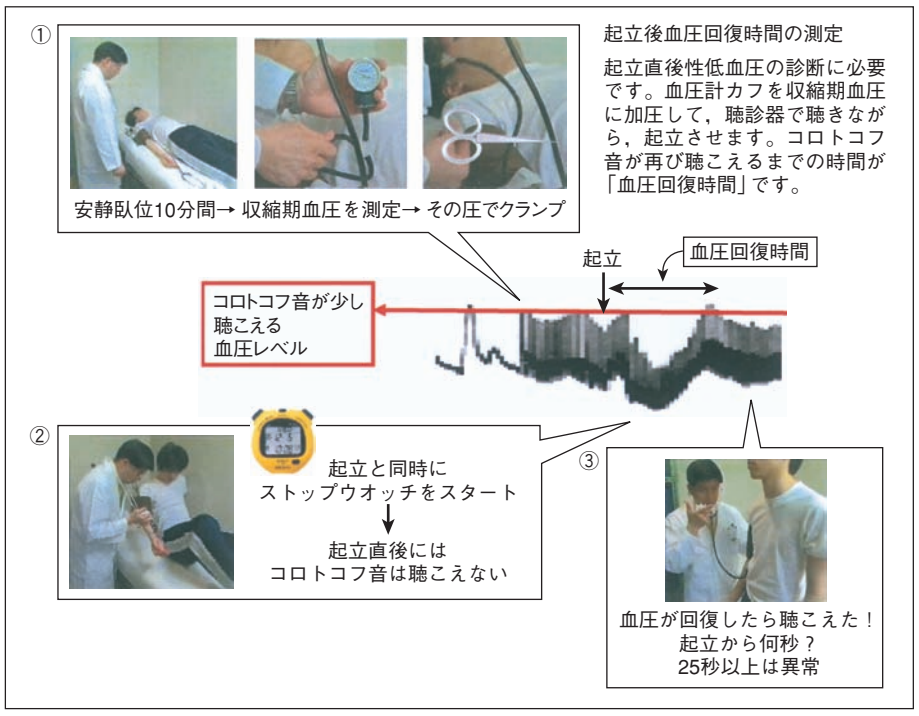
後者の非薬物療法では，症状を軽減するための日常生活の工夫（いきなり立ち上がらない，起立中は足踏みをするなど）や運動療法，食事療法（塩分を多めに取るなど）を具体的に紹介する。そのうえで，必要に応じて学校への指導や連携を図る。教師も親と同様に怠けと見ていることが多く，診断書を提出し，ODは身体疾患であることを医学的に説明するとともに，同級生からの理解も得られるよう配慮して欲しいと働きかけるとよい。中等症以上であれば，非薬物療法だけでは症状の改善は得られにくいため，薬物療法を併用する。

同准教授は「このように病気の説明を十分に行い，親や教師の理解を得ることで子供を安心させ，身体の異常には日常生活の工夫や薬物療法などで対応すれば，ODの多くが救われる」としている。

〈図2〉重症度・心理社会的関与に応じた治療対応の組み合わせ



〈図1〉診断アルゴリズム



〈図3〉起立後血圧回復時間の測定