

## Ⅷ. 学校との関わり

不登校傾向への対応の中で、学校と情報交換を行い、学校の協力を得ることは非常に大切です。この項では学校との関わりかたについて説明します。

### (1) 学校との情報交換の手順

1. 学校とも情報交換したい旨を家族に伝え、家族が承諾すれば、学校の先生に、家族から口頭で「受診している病院の医師が、できれば話をしたいと言っているのだが、電話してもらってもいいだろうか？(あるいは、病院まで行ってもらってもよいただろうか?)」と伝えてもらう。
2. 学校の先生からのOKがもらえたら、電話していただいて相談する(あるいは相談時間の打ち合わせをする)。

家族の承諾は口頭でも構いませんが、「同意書」がとればよりよいでしょう。

(→付録5参照)

### (2) 学校の先生と話すときの注意

1. 学校を「指導」するのではなく、あくまでも、学校での様子を聞いて、子どもへの理解を深め、学校にも子どもへの配慮をお願いするための「情報交換」です。
2. 家族の、学校・先生に対する評価に左右されず、先入観を持たずに話をしましょう。
3. 何を聞くか、事前に整理しておきましょう。友だち関係、学習の理解度、学校での全般的な生活の様子は、学校の先生から得られる貴重な情報です。
4. 学校の先生自身が子どもと家族への対応に疲れている場合があります。そういった先生の気持ちを理解し、ねぎらうことも大切です。

### (3) 子どもと学校とのつながりをどうするか

子どもが先生を拒否をしても、学校の先生にとっては大切なクラスの一員です。先生の定期的な訪問(あるいは電話連絡)をお願いしましょう。できれば1~2週間に1回、学校の様子を、プリントなどを沿えて伝えに来てもらえるのが理想的です。ただし、そのとき決して無理やり子どもの部屋に上がり込んだり、すきがあれば学校に連れて行こうというような素振りをされないことが大切です。子どもと会えなければ、家族と玄関先で会話するだけで構いません。「自分のことを気にして来てくれている」というメッセージが継続的に伝わっていけばいいのです。

なかなか子どもが会ってくれないと、訪問の効果を疑問視してしまいがちですが、根気よく続けることに意味があります。根負けしないように先生を励ますことも大切です。

機会さえあれば学校に連れて行こう、教室に連れて行こうとする先生がおられます。しかし、そのような焦りは子どもの不安を高め、逆効果となりがちです。事前に「ここまで」と決めた約束は必ず守るという姿勢が大切であることを徹底させましょう。

## IX. 薬剤の使用について

薬剤は、小児科医が使える貴重な治療手段です。子どもの状態に合わせて上手に薬を選択し、子どもと一緒に症状の緩和に取り組みましょう。それが、子どもとの関係作りにも役立ちます。ただし、不登校傾向の子どもは多彩なため、すべての症状を標的にしていると、つい薬の種類が多くなりすぎます。できるだけ薬の種類を少なくする努力は必要です。そのため、今いちばん困っている症状1~2つを取り上げ、「まずは、いちばん困っている症状を軽くしよう」と話し、薬物治療を行うようにします。漢方薬を上手に使うのも、薬の種類を減らすためには有用です。また、抗うつ薬や抗不安薬をタイミングよく使うことが、事態の打開につながることもあります。使用に不安があるようなら、精神科医や小児心身医学の専門医、またはそのような薬剤の使用経験の多い医師に積極的に相談してみましょう。一般的な身体症状に対して使用する薬剤は、一般小児科外来で使用するものと何ら変わりません。使い慣れた薬剤を上手に組み合わせて使うのがいちばんです。その他、薬剤使用のヒントを以下にあげておきます。

### (1) 頭痛

- 塩酸チザニジン（テルネリン）：  
緊張型の頭痛、肩こりに伴う頭痛に。
- 呉茱萸湯（ごしゅゆとう）：  
慢性の頭痛に。
- 五苓散（ごれいさん）：  
頭痛のほか、嘔気にもよく効く。

### (2) 腹痛、下痢

- ポリカルボフィルCa（コロネル、ポリフル）：  
過敏性腸症候群に伴う下痢に（便秘の場合にもよい）。
- マレイン酸トリメブチン（セレキノ）：  
胃・腸運動調律作用、過敏性腸症候群に伴う諸症状に。
- 桂枝加芍薬湯（けいしかしやくやくとう）：  
腹痛、下痢、しぶり腹に。

### (3) 立ちくらみ、めまい

- 塩酸ミドドリン（メトリジン）：  
血中濃度の立ち上がりが早く、半減期も短い薬なので即効性。朝からベッドの中で飲ませ、しばらくしてから起こすようにするとよい。口腔内溶解錠（メトリジンD錠）もある。
- メチル硫酸アメジニウム（リズミック）：  
メトリジンよりも立ち上がりは遅く、半減期も長い。
- メシル酸ジヒドロエルゴタミン（ジヒデルゴット）：  
起立性低血圧および片頭痛に。

ここにあげた薬剤には小児適応がないものがあります。使用に関しては十分な注意が必要です。

小学生以上の子どもに対する薬剤使用量は、あまり体重にこだわらず、7歳で成人の半分、12歳で3分の2を目安に処方すれば十分です。

抗不安薬や抗うつ薬の中には、散剤にすると非常に味が悪くなるものがあります。できるだけ錠剤のまま飲んでもらうようにしましょう。

筋弛緩薬

フルボキサミンとの併用禁

合成高分子化合物

オピオイド作動薬

α刺激薬

間接的交感神経刺激薬

頻脈の副作用あり

エルゴタミン製剤

□ 苓桂朮甘湯（りょうけいじゅつかんとう）：  
起立試験で血圧の変動は目立たないが、立ちくらみや、上気する（ポーッとする）感じがある子どもに。

□ 真武湯（しんぶとう）：  
めまい感、全身倦怠感とともに、胃腸虚弱、顔色の悪さがある子どもに。

#### (4) 全身倦怠感、易疲労感、食欲不振、微熱

□ クエン酸タンソスピロン（セディー）：  
マイルドな抗不安薬で習慣性がない。ストレス性の発熱によい。

□ スルピリド（ドグマチール、アピリット）：  
胃・十二指腸潰瘍にも効果がある。食欲不振や抑うつ状態を目安に使用する。

□ 補中益気湯（ほちゅうえっきとう）：  
消耗して微熱、食欲不振が続いているときに。

□ 小建中湯（しょうけんちゅうとう）：  
緊張が強く、頭痛、腹痛、易疲労感を訴える子どもに。

□ 柴胡桂枝湯（さいこけいしとう）：  
比較的体力のある子どもで、頭痛、微熱などの症状が続くときに。

5-HT1A 受容体部分作動薬

抗うつ薬、抗精神病薬

女児では乳汁分泌の副作用が出ることもあるので、前もって説明しておく。

#### (5) 不眠、睡眠と覚醒のリズム障害

□ 塩酸トラゾドン（デジレル、レスリン）：  
少量では抗うつ作用よりも鎮静作用が強い。睡眠深度を高め、睡眠の質を上げる効果がある。

□ エチゾラム（デバス）：  
短時間作用型の抗不安薬。

□ 甘麦大棗湯（かんばくたいそうとう）：  
鎮静作用。夜泣きにも効果がある。甘いので幼児にも飲みやすい。寝る前に1包（2.5g）を。

抗うつ薬

睡眠導入薬、抗不安薬

依存性、薬剤乱用、大量服薬に注意。

子どもの場合、睡眠導入薬を飲んででもなかなか寝つけないうちに、逆に興奮し「変なものが見える」などと訴えることもある。

#### (6) 不安、パニック、抑うつ状態

□ カルバマゼピン（テグレトール）  
気分安定効果が高い。イライラが激しい子どもに。

□ マレイン酸フルボキサミン（ルボックス、デプロメール）：  
不安、強迫症状、抑うつに効果がある。

□ 塩酸パロキセチン（パキシル）：  
不安、パニック障害、抑うつに効果がある。1日1回投与。

□ 加味逍遥散（かみしょうようさん）：  
不安やイライラを伴う女の子の体調不良に。冷え性、肩こりなどの症状を目安に使用する。

□ 抑肝散（よくかんさん）：  
漢方の抗不安薬と考えて使用する。チックにもよい。

抗てんかん薬

セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）

他の薬との併用に注意が必要。

セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）

子どもに対するSSRIの使用は、自殺企図を高めるなどの報告もあり、基本的に注意が必要。また、飲みはじめに嘔気を訴える場合がしばしばあるので注意。

## X. よくある質問

### Q1：学校の話はしない方がいいのでしょうか？

A1：学校の話は禁句だと決めつけず、一度、話題にしてみるようにしましょう。話題にすることと登校をうながすことは別問題です。登校をうながすのではなく、情報を提供（例えば、何の行事がいつあって、参加は自由だが希望すれば参加が可能なことを伝えるなど）を試みて、怒ったり黙り込んだりしなければ、話題にしているのだと考えます。

### Q2：転校させればうまくいくのではないのでしょうか？

A2：単一の単純な要因で起こった不登校（あの先生だけはダメ、あのクラスメイトにいじめられるから嫌）の場合には、そのストレス要因を排除する（すなわち転校する）ことで復帰できる可能性があります。しかし一般には、ストレスに伴い全般的な不安が高まったり、自信を失くしたりしていることが多く、そのようなエネルギー低下状態のときには、転校しても新たな環境に適應していくだけの余力がないため、失敗に終わる場合が多いようです。そういうときには同じレベルの「学校」ではなく、フリースペースや養護学校のように、適應するのにエネルギーをあまり要しない集団への参加を考慮する方がよいでしょう。

### Q3：友だちや先生に誘ってもらった方がいいのでしょうか？

A3：もうひとつの勇気が足りない場合に、あとひと押しを友だちや先生にしてもらって行けるのであれば、誘ってもらうことに何の問題もありません。しかし、来てもらっても部屋の隅で固まってしまうたり、余計に心理的に不安定になるようであれば、あまり頻繁に来てもらうのは避けた方がよいでしょう。

### Q4：行けたらご褒美をあげるのはどうでしょうか？

A4：人間は一般に賞賛の言葉を受けると喜んで、さらにがんばろうとするものです。そのことを考えれば「よくがんばったね…」というひと言は、有意義に作用すると思われます。また小学生段階の子どもの場合には「がんばって行けたら家族で遊びに行こう」などという報酬があってもよいように考えられます。しかし「行けたら玩具やゲームを買ってあげる」という「モノ」との取引は、原則として避けた方がよいと思われます。

### Q5：保健室登校中に、友だちに来てもらうのはどうでしょうか？

A5：クラスの中に入るの難しくても、保健室登校が可能な場合、子どもの仲のよい数人の子に休み時間などに来てもらって関わりを持たせるのは、対人関係のリハビリという面で有意義だと考えられます。ただし、同意なしに行くと不安が強くなる場合があるため「友だちに来てもらってもいいかな？」と聞き、承諾を得てから始めるようにしましょう。また、子どもによっては嫌と言えずに我慢して会っていることがあります。開始した後、友だちの訪問が苦痛になっていないか、子どもに確認していく必要があります。

### Q6：運動会や修学旅行などの行事にだけ行くのですが…

A6：子どもが学校に行けないのは、集団生活に参加する（立ち向かう）エネルギーが不足しているからです。人間、あまり楽しくないことに取り組むためにはエネルギーが必要ですが、楽しいことに取り組むにはそれほどエネルギーを要しません。子どもにとって教室での学習は一般的に楽しくないことなので、多くのエネルギーがなければ、なかなか参加できません。運動会や修学旅行など、楽しみが加わる行事にのみ参加できるのは、教室に入るだけのエネルギーはないが、楽しいことには参加できる程度のエネルギーが残っていると考えるとよいのです。それでも、参加すること自体には大きな意味があると考えます。

Q7：登校刺激はいつ始めたらいいのでしょうか？

A7：学校の先生や友だちからの働きかけに対する子どもの反応は、大まかに次の5段階に分けられます。このうち、子どもの状態が4あるいは5であれば、一般的にいわれる登校刺激（「学校に行ってみようか」との声かけ）が可能であると考えられます。

1	電話や手紙に対して、逃げたり知らないふりをする。
2	直接は会わないが、電話や手紙には返事をする。
3	学校の話題が出なければ会うことができる。
4	先生や友だちが来るのを楽しみにし、一緒に外出もする。
5	学校に誘われたり、勉強の話になっても拒否しない。

Q8：母親が学校について行くのはどうなのでしょう？

A8：子どもは母親と一緒にだと不安が軽減し、行動範囲が広がります。低年齢児では、まず母親とともに登校し、周囲の環境に慣れた後、徐々に分離を図るのがむしろ効果的です。母子登校で学校に慣れ、担任と話をしたり、友だちと遊べるようになったら、少しずつ母親のいる時間を短くしていきます。小学校低学年の分離不安による不登校の場合、あまり学校と切り離すのは好ましくありません。積極的に母子登校を活用しましょう。

Q9：不登校の予後はどうなのでしょう？

A9：いろいろな報告がありますが、一般に不登校経験者の70%は、20歳の頃には何らかの形で社会参加（学校へ通う、仕事をする）をしています。山に登るのにはいろいろな道があるけれども、どの景色も素晴らしいということでしょうか。保護者はコースを外れたことで将来を悲観的にとらえているので、このような情報を伝えることも大切です。

付録1. 初診時の身体症状に関する問診票

氏名:

記入年月日: 平成 年 月 日

年齢: 歳

性別: 男・女

		よくある	たまに	ない
A	1	「疲れた」と感じる		
	2	風邪をひきやすい		
	3	夏でも手足が冷える		
B	4	頭が痛い(または)重く感じる		
	5	乗り物に酔う		
	6	長く立っていると気を失って倒れる		
	7	めまいがする		
	8	寝つきが悪い		
	9	夜中に目が覚める		
	10	朝、起きづらい		
	11	肩や首筋が凝っている		
	12	背中や腰が痛くなる		
	13	腕や足が痛い(または)だるく感じる		
C	14	物がぼやけて見える		
	15	耳の中で何か音の響く感じがする		
	16	人前に出ると、すぐ顔が赤くなる		
	17	緊張するとひどく汗をかく(または)手がふるえる		
D	18	胸が痛い(または)締めつけられる感じがする		
	19	胸がひどくドキドキする		
E	20	鼻が詰まる(または)鼻水が出る		
	21	咳が出る		
	22	ゼイゼイして息苦しい		
F	23	あまり食欲がない		
	24	ムカムカする(または)嘔吐する		
	25	胃のあたりが痛く、気分が悪い		
	26	便秘気味		
	27	下痢をする		
	28	おならが出る		
	29	お腹が痛くなる		
G	30	オシッコに行く回数が人と比べて多い		
	31	昼間でもオシッコをもらす		
	32	おねしょをする		
G	33	身体がかゆい		
	34	顔や身体、手足にブツブツができる		
	35	冬でも汗をかく		

## 付録2. 起立性調節障害の診断基準

最近2ヶ月の状態をもとに、下記の間診および起立試験を行い判定する。

### 大症状：

- A. 立ちくらみあるいはめまいを起こしやすい。  
 しばしば（そっと立つときも起こる）  
 ときどき（1週間に1度）  
 たまに（上記未満） ※「たまに」以上陽性
- B. 立っていると気持ちが悪くなる。  
 しばしば（1週間に1度）  
 ときどき（1カ月に1度）  
 たまに（2ヶ月に1度） ※「たまに」以上陽性
- C. 入浴時あるいはいやなことを見聞きすると気持ちが悪くなる。  
 しばしば（入浴ごと、または熱い湯に入らずぬるま湯に入る状態）  
 ときどき（入浴回数の半分以上） ※「ときどき」以上陽性  
 たまに（2ヶ月に1度）
- D. 少し動くと動悸あるいは息切れがする。  
 しばしば（少し歩いたときの2/3以上）  
 ときどき（少し動いたときの半分） ※「ときどき」以上陽性  
 たまに（2ヶ月に1度）
- E. 朝起きが悪く午前中調子が悪い。  
 しばしば（1週間に3回以上）  
 ときどき（1週間に1～2回） ※「ときどき」以上陽性  
 たまに（上記未満）

### 診断基準：

以下の症状のうち

- 大症状1つと小症状3つ以上  
 大症状2つと小症状1つ以上  
 大症状3つ以上

の場合を起立性調節障害と診断する。  
 ただし、器質製疾患を除外する。

### 小症状：

- a. 顔色が青白いといわれる  しばしば  ときどき  たまに  
 b. 食欲不振  しばしば  ときどき  たまに  
 c. ヘその周りの痛み  しばしば  ときどき  たまに  
 d. 倦怠あるいは疲れやすい  しばしば  ときどき  たまに  
 e. 頭痛  しばしば  ときどき  たまに  
 f. 乗り物酔い  しばしば（乗車ごと、または車に乗れない場合も含める）  
 ときどき（乗車回数の半分） ※「ときどき」以上陽性  
 たまに（2ヶ月に1度）

しばしば…1週に3回以上  
 ときどき…1週に1～2回  
 たまに…上記未満  
 ※「ときどき」以上陽性

- g. 起立試験で脈圧狭小16mmHg以上  
 h. 起立試験で収縮期血圧低下21mmHg以上  
 i. 起立試験で脈拍数増加が1分間に20以上  
 j. 起立試験で立位心電図のT<sub>I</sub>、T<sub>II</sub>0.2mv以上の減高

※ 起立試験は気分が悪くなったらその時点で中止し  
 中止時間を記録しておく。

起立試験：	収縮期／拡張期血圧 (mmHg)	脈拍数 (/min)
安静10分後	/	
起立直後	/	
起立後5分	/	
起立後10分	/	

### 付録3. 新しい起立試験の方法（血圧回復時間測定起立試験簡易法）

循環器機能異常を認める起立性調節障害においては、次のような起立試験（血圧回復時間測定起立試験簡易法）を行うことで、循環動態について、より詳しく検証することができます。

検査はできるだけリラックスした状態で、午前9:00~11:00の間に行います（緊張状態や午後の検査は偽陰性になりやすいため）。

- ① 安静臥位を10分間保つ。その間に水銀血圧計を右上腕にセットする。
- ② 10分後、聴診法により、収縮期／拡張期血圧を2回測定し、収縮期血圧の平均値を算出する。差が大きい場合には3回測定する。また、脈拍数も測定しておく。
- ③ 算出した収縮期血圧にまで水銀柱を上昇させ、コッヘルで血圧計のゴム管をクリップして固定する（このとき、聴診器ではコロトコフ音がわずかに聴取できるかできないかの状態である）。
- ④ 聴診器を腕に当てたまま（あるいはテープで固定）ストップウォッチをスタートさせ、同時に患者を起立させる。このときにも聴診器は耳に当てておく。
- ⑤ 聴診器でコロトコフ音が一旦聞こえなくなるが、再び聞こえ始めた時点でストップウォッチを止める。その示した時間（秒）が血圧回復時間（recovery time）である。
- ⑥ コッヘルをはずしてエアを開放する。
- ⑦ 起立後3分、7分における収縮期／拡張期血圧と脈拍を測定する。

#### 診断基準：

起立食後の血圧回復時間が25秒以上

→ 起立直後性低血圧（I NOH）

起立後3～7分の収縮期血圧低下が20mmHg以上（あるいは15%以上）

→ 遷延性起立性低血圧

起立時心拍数が115/分以上（あるいは心拍増加が35/分以上）

→ 体位性頻拍症候群

起立中突然の血圧低下と意識レベルの低下が起こる

→ 神経調節性失神



## 付録4. 発達障害を疑ったときのチェックリスト

子どもの状態や家族の話から、子どもに発達障害の存在が疑われる場合には、次にあげるようなチェックリストを活用してみましょう。このチェックリストをもとに家族に対して質問するか、あるいは家族にチェックリストを渡して回答してもらうようにします。

ただし、チェックリストでの陽性が、そのまま診断につながるわけではありません。そのことには注意が必要です。

### (1) 社会性・言語・行動・興味に関するチェックリスト

「対人関係」や「こだわり」に関する27項目から構成されています。

ない=0点、多少=1点、ある=2点でポイントを計算し、22ポイント以上の場合「行動上、高機能自閉的な困難を有する」と判断します。

### (2) 行動面に関するチェックリスト

「不注意」および「多動性-衝動性」に関する各9項目、計18項目から構成されています。奇数番が「不注意」、偶数番が「多動性-衝動性」に関する設問群となっています。

ない、ときどき=0点、しばしば、非常に=1点でポイントを計算し、少なくとも片方の群で6ポイント以上あれば、「行動上に、注意欠陥/多動性障害（ADHD）的な困難を有する」と判断します。

### (3) 学習面に関するチェックリスト

「聞く」「話す」「読む」「書く」「計算する」「推論する」の6領域に、各5問ずつ計30項目から構成されています。

ない=0点、まれに=1点、ときどき=2点、よくある=3点でポイントを計算し、領域ごとの合計で、12ポイント以上の領域がひとつでもあれば「学習上に、学習障害（LD）的な困難を有する」と判断します。また、多くの領域でポイントが高い場合には、基本的に知的な遅れの可能性があると考えられます。

<社会性・言語・行動・興味に関するチェックリスト>

子どもの氏名：

生年月日： 年 月 日 ( ) 歳 性別： 男 ・ 女

記載年月日：平成 年 月 日

記載者： 続柄：

		ない	多少	ある
1	大人びている。ませている。			
2	みんなから「〇〇博士」「〇〇教授」のように思われている（例：カレンダー博士）。			
3	他の子どもは興味をもたないようなことに興味を示し「自分だけの知識世界」をもっている。			
4	特定分野での知識を蓄えているが、丸暗記であり、意味をきちんと理解していない。			
5	含みのある言葉や嫌味を言われてもわからず、言葉通りに受けとめてしまうことがある。			
6	会話のしかたが形式的で、抑揚なく話したり間合いが取れないことがある。			
7	言葉を組み合わせて、自分だけにしかわからない造語を作る。			
8	独特な声で話すことがある。			
9	誰かに何かを伝える目的がなくても、場面に関係なく声を出す（例：唇を鳴らす、咳払い、喉を鳴らす、叫ぶ、奇声をあげる）。			
10	とても得意なことがある一方で、極端に不得手なものがある。			
11	いろいろなことを話すが、そのときの場面や相手の感情、立場を理解しない。			
12	共感性に乏しい。			
13	周りの人が困惑するようなことも配慮しないで言うてしまう。			
14	独特の目つきをすることがある。			
15	友だちと仲良くしたいが、関係をうまく築けない。			
16	友だちのそばにはいるが、よく見ると一人で遊んでいる。			
17	仲の良い友だちがいない。			
18	常識に乏しい。			
19	球技やゲームをするとき、仲間と協力することに考えが及ばない。			
20	動作やジェスチャーが不器用でぎこちない。			
21	意図的でなく顔や身体を動かすことがある。			
22	特定の行動や考えに強くこだわることによって、簡単な日常の活動ができなくなることがある。			
23	自分なりの独特の日課や手順があり、変更や変化を嫌がる。			
24	特定の物に執着がある。			
25	他の子どもたちからいじめられることがある。			
26	独特な表情をしていることがある。			
27	独特な姿勢をしていることがある。			

ポイント合計 ( ) 点

<行動面に関するチェックリスト>

子どもの氏名：

生年月日： 年 月 日 ( ) 歳 性別： 男 ・ 女

記載年月日：平成 年 月 日

記載者： 続柄：

		ない	とき とき	よく ある	非常 に
1	学校の勉強で細かいところまで注意を払わない、不注意な間違いをおかす。				
2	手足をそわそわ動かす、着席しても、もじもじする。				
3	課題や遊びの活動で、注意を集中し続けることが難しい。				
4	授業中や、座っているべきときに席を離れてしまう。				
5	面と向かって話しかけられているのに、聞いていないように見える。				
6	きちんとしていなければならないときに、過度に走り回ったり、よじ登ったりする。				
7	指示に従えず、また仕事を最後までやり遂げない。				
8	遊びや余暇活動におとなしく参加することができない。				
9	学習課題や活動を、順序だてて行うことが難しい。				
10	じっとしていない。または何かに駆り立てられるように活動する。				
11	集中して努力を続けなければならない課題（学校の勉強や宿題など）を避ける。				
12	過度にしゃべる。				
13	学習課題や活動に必要なものをなくしてしまう。				
14	質問が終わらないうちに出し抜けに伝えてしまう。				
15	気が散りやすい。				
16	順番を待つのが難しい。				
17	日々の活動で忘れっぽい。				
18	他人がしていることをさえぎったり、邪魔したりする。				

奇数番のポイント合計( )点

偶数番のポイント合計( )点

<学習面に関するチェックリスト>

子どもの氏名：

生年月日： 年 月 日 ( ) 歳 性別： 男 ・ 女

記載年月日：平成 年 月 日

記載者： 続柄：

		ない	まれに	ときどき	よくある	領域合計
聞	聞き間違いがある(例：「知った」と「行った」)。					
	聞き漏らしがある。					
	個別に言われると聞き取れるが、集団場面では難しい。					
く	指示の理解が難しい。					
	話し合いが難しい(話し合いの流れが理解できず、ついていけない)。					
話	適切な速さで話すことが難しい(たどたどしい、あるいは非常に早口)。					
	言葉に詰まる。					
	単語を羅列したり、短い文で内容的に乏しい話をする。					
	思いつくままに話すなど、筋道の通った話をするのが難しい。					
読	内容をわかりやすく伝えることが難しい。					
	初めて出てきた語や、普段あまり使わない語などを読み間違える。					
	文中の語句や行を抜かしたり、繰り返し読んだりする。					
	音読が遅い。					
む	勝手読みがある(例：「いきました」を「いました」と読む)。					
	文章の要点を正しく読み取ることが難しい。					
書	読みにくい字を書く(大きさが揃わない、まっすぐに書けない)。					
	独特の筆順で書く。					
	漢字の細かい部分を書き間違える。					
く	句読点が抜ける、または正しく打つことができない。					
	限られた量の作文や、決まったパターンの文章しか書けない。					
	学年相応の数の意味や表し方についての理解が難しい。					
計	簡単な計算が暗算でできない。					
	計算にとっても時間がかかる。					
	答えを得るのにいくつかの手続きを要する問題を解くのが難しい(四則混合の計算、2つの立式を必要とする計算など)。					
	学年相応の文章題を解くのが難しい。					
推	学年相応の、量の比較や量を表す単位の理解(単位の換算など)が難しい。					
	学年相応の、図形の模写や作図が難しい。					
	事物の因果関係を理解することが難しい。					
	目的に沿って行動を計画し、必要に応じてそれを修正することが難しい。					
	早合点や、飛躍した考え方をする。					

## 付録5. 学校との情報交換にあたっての同意書の例

学校との情報交換にあたっては、あらかじめ次のような書状を作成し、家族を通じて学校の方に届けていただくとよいでしょう。末尾に、同意書として家族からサインをいただいております。

### ご連絡

学校

先生

平成 年 月 日

病院名：

連絡先：

医師名：

患児氏名：

生年月日：平成 年 月 日生（ 歳）

上記の方は、先日から当院を受診されています。

今後、こちらで経過をみていく予定ですが、子どもの治療においては、診察室での関わり以上に家庭や学校といった生活の場での関わりが大切であると考えています。

そのため、できれば先生に学校での様子をお伺いし、今後の治療に役立てたいと思い本日までご連絡さしあげました。

今回、学校との情報交換を行うに当たり、保護者の方の同意はいただいております。

こちらから希望しておきながら、まことに申し訳ないとは存じますが、一度、こちらの方においでいただけないでしょうか。ご検討のほど、よろしく願いいたします。

なお当日は、担任の先生だけでなく、養護教諭の先生など、子どもと関わっておられる他の先生方も同席していただいております。

### 同意書

医師と在籍校の間で、情報、意見交換することに同意します。

平成 年 月 日

子どもの氏名：

保護者署名：

## 摂食障害の外来治療

\* 心身症の中で最重症のものであるが、それほど多い病態ではない。やせている子どもでは少し食べないと、標準体重の15~20%のやせになるので、直ぐに本症と考えない

### 最低限認識してもらうこと

1. 典型例以外の増加が年少例では多く、柔軟な考えで診る
  - ① 心因反応による軽症例を典型例と同じ扱いをしない
  - ② 典型例（中核群）になりそうなものは早期発見／脅かさないうで経過を診ていく
2. 典型例の場合
  - ① 最も重症な心身症であるが、初期は一般外来で診るべきもの
  - ② 身体的重症度を**雰囲気・理学的所見・必要最小限の検査**から見極める。検査は**状況判断**を優先させ、過剰な検査は行わない

#### 【最低限必要な検査】

一般検血、コレステロール、血糖、蛋白 肝機能 電解質  
内分泌：採血が少ない場合 T3で十分  
頭部CT・MRI、心電図などやせ（低栄養）による身体の二次的変化の検査  
《最重要：脱水があるので貧血など検査値は正常に近い値になっていることもある》

- ③ 身体状態を適切に判断した後に、当初は**食行動異常の是正**を試みない（あるがままを受け入れる）。
- ④ 「子どもが食べなくなった／体重が減った」と過剰な親の不安を鎮める
- ⑤ 「あまり心配していない親（最近では散見する）」には状態を理解させる
- ⑥ 基本にある心理状態は本人の性格（感受性）と家族関係（主に母子）によっているこの部分への介入は一般外来では行わない方がよい

⑦ 150~165cmの身長で35Kg以上あれば身体的に心配ない。30~35kgは症例によって

### 異なる対応

⑦ 30Kgを限度として、強制的に医療介入（初診で30Kg以下はない）

### 考慮しておくこと

1. 患児の年齢や重症度・時期により身体優先、心理優先など適時判断していく
2. 重症例では精神科的疾患が隠れていたり、精神科的疾患に移行したりする例もある
3. DSM-IVの診断基準では体重減少が15%になっているが、小児の場合は直ぐにこの項目は満足するので、患児の性格や家族状況、種々の心身の状態から総合的に診断（やせ気味の子どもでは少し食べないと標準体重の15~20%の減少は直ぐに出現）
4. 鑑別診断：身体疾患の汎下垂体機能低下症（Simmond's disease）・脳腫瘍・血液疾患・悪性腫瘍・結核・との鑑別診断は検査成績と子どもの様子から簡単。腸間膜動脈症候群（SMAS）は二次的に出現することが多い。  
むしろ精神科的疾患（感情障害・人格障害・統合失調症・うつ病）の一症状として摂食異常が出ている例もあると考える。

### 症状の判断

1. 視診で判る身体変化  
極端なやせ（体重の極端な低下）／脱毛／無表情・蒼白で生気を感じない
2. 本人への問診と診察で判る変化  
無月経（前思春期では初潮の遅れ）、低体温、徐脈、うぶ毛の密生  
貧血／甲状腺機能の低下（T3の低下が特徴的）  
高コレステロール血症をはじめ低栄養による変化（低蛋白・低血糖など）

### 3. 親からの情報

食事の摂取量・内容・時間のこだわり／食卓場面の状況（食事と家族関係の特徴）  
家庭や学校での行動変化  
発症までの食事に関する出来事／下剤の乱用／病識の無さ（診療拒否）など  
嘔吐の有無 盗み食い 隠れ食い 初期は活動性亢進→末期には活動低下

### 4. 詳しい観察や経過で見える行動

不登校／家庭内暴力／自傷など  
体重減少による種々の症状

### 5. 心理状態

① 外から判る－病識が無い（医療拒否）／対人関係拒否／うつ状態・気分変動／強迫

② 内部－やせ願望と歪んだ身体イメージ／女性性（成熟）拒否／身体を支配したい／高い理想／母親への隠れた攻撃性

\* 過食症ではやせが顕著でなく自己嫌悪、無力感などが顕著

## 診断

上記の症状がかなり揃っていれば本症の中核群と考えて、専門医に紹介することを念頭において、診て行く

## 初期外来治療

1. 薬物療法・点滴など、身体に物を入れる治療は、体内から異物を出したい患児の心情を理解していない行為である。体重を増やそうとする医療でないことを理解・納得させる。身体内部の器官の機能障害があるので、それを治療していこうと提案する。医療拒否が多いので、入院は緊急時や体重減少が著しいとき以外は行なわない。反発を起させないことが治療の第一歩。
2. 入院治療が必要な場合で、患児が拒否している場合でも「自分の身体を心配してくれている」と感じさせるような外来診療を続けていると、やがて可能になる（緊急時は患児の意思に関わらず医療介入するのは当然）。
3. 食欲増進剤（シプロヘプタジン）や消化剤、あるいはビタミン剤などの処方ほとんど効果がない。精神状態（うつ状態、興奮性など）に対する薬剤（スルピリドやSSRI、SNRIなど）も個人差があり決定的なものではない。  
\* 下剤や利尿剤は自分で勝手に飲んでいる場合があるので注意する
4. 本人が希望すれば点滴・入院を行い、栄養指導や食事の適切な摂取などを指導する。「体重増加」「過食・嘔吐を止める」が治療の主目的ではあるが、手段や方法よりも情緒のこもった関わりをすることで、患児が親や治療者に適切な甘えを出せるようにしていく。
5. 初診段階では軽症にみえていても、重症例があるので、難治・重症例と感じられる場合は早く専門機関に紹介する。専門機関が少ないので診ざるをえない場合もあるが、種々の方法で、専門家の助言を得るよう努力する。