

富田委員（日本小児心身医学会）

提出資料

小児科医のための 不登校診療ガイド

不登校とは「何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因や背景により、児童生徒が登校しない、あるいはしたくともできない状況にあること」をいいます。不登校は診断ではなく状態（症状）ですから、背景にはさまざまな要因があり、決して同一ではありません。一般的な不登校は、① 身体症状を訴えて欠席が増加する時期、② 学校を休むことで身体症状が消失し、家庭内で安定する時期（この時期、意欲低下や暴力が出現することもあります）、③ 社会適応（再登校）に向けて回復していく時期、という経過を示します。15歳の時点で不登校だった子どもの7割は、社会復帰できると言われています。

対応については、さまざまな考え方がありますが、子どもが登校できないことに悩み、何らかの相談を希望している場合、小児科医も、子どもの心身の健康な発達を担うという立場から、相談に乗っていくことが必要です。この際、小児科医に求められるのは、① 身体的不定愁訴を訴える子どもを「不登校」の視点で理解する、② 不登校症状の背景にある問題を見落とさない、③ 子どもと家族に正確な情報を提供し、長期的に相談を継続する、または相談機関へ紹介する、の三点です。不登校の初期ほど小児科医への相談は多いので、親子が安心できるように対応しましょう。

不登校の初期には、「登校したいが登校できない」という心理的葛藤から、各種の自律神経失調症状が出現します。全身倦怠感、具合が悪い、頭痛や腹痛などの多彩な症状が見られます。適切な検査や治療で説明が付かない症状が持続する場合、親子に登校の様子を聞くことを忘れないようにしましょう。

I. どういった症状から不登校の存在を疑うか

不登校診療の第一歩は、まず不登校の存在を疑うことから始まります。診察の中で、症状に次にあげる特徴のうち1項目でもみられる場合には不登校の存在を疑い、次のステップに進みます。

- 症状の程度や場所が移動しやすい。
- 症状が多彩である。
- 訴えのわりに重症感がない。
- 理学的所見と症状があわない。

↓ 不登校の存在を疑い、次の質問をしてみましょう

学校にはどのくらい行けていますか（保健室にはどのくらいお世話になりますか、遅刻や欠席はどのくらいありますか）。

↓ 欠席や遅刻、早退、保健室利用が多い場合、以下のような傾向がみられれば、不登校に伴う身体症状の可能性が高いと考えます。

- 昼からは比較的元気で、夜は特に調子がよい。
- 土日は非常に元気である。
- 学校に欠席の連絡をすると症状が緩和される。

II. 親の気づきをうながす手順

1. 体調不良があれば、必要な検査（血液検査、起立試験、画像診断、その他）をすすめます。ただし、不登校を疑うときには、できるだけ子どもに負担のかからない検査を最小限行います。
2. 訴える身体症状に対しては、一般的な治療を行います。

↓ 検査で大きな異常がない／なかなか症状がとれない

親のみを診察室に入れ、次の説明をします。
症状の原因となるような重大な疾患はなく「学校に行きたくない」という気持ちが関係している可能性があります。思い当たることはありませんか？

もう少し検査、治療を進める。

親の気づきなし

↓ 親の気づきあり

不登校として経過観察を始める

ただし子どもには不登校に伴う症状であることをまだ告げないようにします。

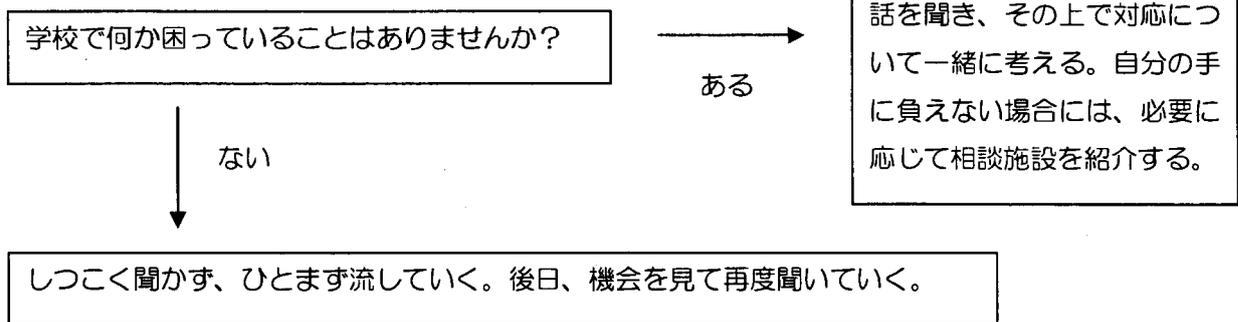
注意：検査値のわずかな異常をあたかも症状の原因のように説明し、侵襲的な検査をすすめるのは、結果的に親の気づきを遅らせ、子どもを傷つけることにつながります。気をつけましょう。

Ⅲ. 子どもに対する説明

子ども自身は「行きたいのに、症状があって行けない」と考えていることが多いため、当初から不登校に伴う症状であるという説明はしません。「精神的なものだから」と片づけてしまわず、以下のように説明していきます。

1. 生命に関わるような大きな病気はありません。ただ、原因ははっきりしなくても、症状が続くことはしばしばあるのです。そのような症状はすぐには治らないけれども、少しずつ調整し、軽くしていくことはできます。あきらめず、その方法を一緒に考えていきましょう。
2. 登校は、できる範囲で続けるようにしましょう。

また、学校生活について質問をしてみましょう。



Ⅳ. 考慮すべき疾患と、その対応

不登校の背景に、下記のような疾患（問題）がある場合、こちらへの対応が優先されます。

1. 身体疾患

貧血、甲状腺疾患、起立性調節障害、過敏性腸症候群、片頭痛などが背景にあり、登校できなくなっている場合があります。一般的な検査（血液検査、尿・便検査）の他に、このような疾患を念頭に置いて問診や検査（起立試験など）を行いましょう。成長曲線の記入や二次性徴の評価も必要です。

2. 発達障害

発達の遅れや偏りが基礎にあると、社会適応に困難が生じます。極端な成績不良は軽度精神遅滞や学習障害の存在を、学校でのトラブルの多さは、注意欠陥／多動性障害や広汎性発達障害（高機能自閉症、アスペルガー症候群）の存在を疑ってみる必要があります。生育歴で乳幼児期から「育てにくかった」「しつけが難しかった」「友だちと遊べなかった」などの情報を集めましょう。疑いが強い場合には、地域の療育施設、発達障害を専門とする医療機関等への紹介が必要です。

3. 精神疾患

こだわりが強く同じ動作を繰り返す（強迫行動）、意欲が低下し睡眠障害・食欲低下がある（うつ状態）、幻聴・極端な不安緊張・感覚過敏・いつも誰かに見られている感じがある（統合失調症の疑い）、などの症状は精神疾患の存在が疑われます。児童思春期を専門とする精神科病院を紹介しましょう。リストカットなどの自傷行為や家庭内暴力がひどい場合も同様です。

4. 児童虐待（ネグレクト）や学校でのいじめなど

家庭で適切な養育がなされていない場合、登校できるだけの準備が整いません。疑いが強い場合には、児童相談所への通告が必要です。また、学校でいじめなどのトラブルが発生していれば、無理に登校させることが逆効果になります。いじめなどのトラブルに関しては、学校での対応がまず求められます。

V. フォローアップの要点（治療目標）

誰も不登校を「治す」ことはできません。不登校状態から抜け出し、再スタートを切るのは子ども自身です。周囲ができるのは、そんな子どもを温かく見守っていくことだけなのです。小児科医の役割は、子どもを見守るメンバーの一員として、身体症状に付き合うことを通じ、根気よく子どもと関わっていくことです。劇的な変化を期待してはいけません。あきらめずに見守り続けることによって、子どもは少しずつ心を開いてくれます。そして、そのような関わりが、いつか子どもに再スタートを切る勇気を与えていくのです。

1. 穏やかな表情で日々を送れることが大切です。
2. 背伸びしてよりよい状態を目指すのではなく、ほどよい状態を維持するようにしましょう。

VI. 経過観察のしかた

1. 初期1ヶ月は1週間に1回、それ以後は2週に1回の割合で定期的な受診をすすめます。
2. 経過観察中、① 不機嫌で家族ともほとんど会話をしない状態や、② ひどい昼夜逆転（朝方眠りについて夕方まで寝ている状態）が、3ヶ月以上続く場合には、不登校児をより多く診療している施設（専門施設）への受診をすすめます。

子どもの状態を見ながら、当面の目標を決めていきましょう。

- ① 家庭生活が安定しない時期は、登校をうながすことはやめて、まず生活リズムの改善を図ります。この時期は、先生や友だちに会うことを子どもが拒否しても心配せず、家族のつながりを維持しておくことが大切です。
- ② 家庭で退屈して学校のことが気になり始めたら、部分的な登校を提案します。まずは1～2時間だけ登校したり、保健室・相談室などの別室を利用する方法があります。学校の先生に相談するよう指示しましょう。この時期には、本人のペースを確認せずに周囲が期待してしまいやすい時期です。早く普通の状態に追いつかせようとするのではなく、まず行動の変化が始まったことを評価します。
- ③ 学校で生活する時間が増えてくると、友だちや先生との間で問題が発生し、子ども自身のもつ課題がはっきり見えてきます。対人関係や学習など、子どもが困っていることに対するアドバイスを続けます。ただし、この時期に子どもに対して有効な提案をできるのは、個をみる小児科医よりも、むしろ集団をみる学校の方です。学校での相談を中心にし、家族や小児科医はサポーター役に回るようにします。

VII. 学校・教育機関との連携

現在、多くの学校には相談室が完備されており、定期的にスクールカウンセラーが派遣されています。まず家族に依頼して、その学校で利用できる資源の情報を集めましょう。また、教育委員会に問い合わせると、その地域に不登校児に対してどのような支援体制があるか（自治体が運営する適応指導教室など）を教えてください。

なお、経過を見ていくにあたり、学校との連携は重要ですが、守秘義務には留意し、必ず家族の同意を得てから情報提供を行うようにします。学校との連携の目的は、① 学校での子どもの状態について、具体的な情報を得る、② 現在の子どもの状態について情報を提供する、③ 治療に関する役割分担を行う、の三点です。要点を絞って連絡をしましょう。

小児科医のための

<不登校診療ハンドブック>

目次：

I. はじめに

II. 基本的事項

- (1) 不登校に対する基本的考え方
- (2) 小児科医としての不登校への関わり方
- (3) 不登校のタイプと小児科医が関わるべき不登校
- (4) 不登校状態のレベル分類
- (5) 不登校傾向に対する、おおまかな診療の流れ

III. 初診段階での診察手順

- (1) どういった症状から不登校傾向を疑うか
- (2) 不登校傾向を疑った場合にまず聞くべきこと
- (3) 不登校傾向の子どもにまず行うこと

IV. 初診から1ヶ月間の経過観察

V. 基礎的な情報収集

- (1) 生活の様子や生育歴について、家族からくわしく情報収集する
- (2) 基礎疾患の存在について検討し、疑わしい場合には家族に説明する

VI. 1ヶ月を過ぎた後の経過観察

- (1) 長期的な経過観察の基本
- (2) 再評価のしかた
- (3) 毎回の受診時に聞くべきこと
- (4) 保険診療についての知識

VII. レベルに応じた対応の要点

VIII. 学校との関わり

- (1) 学校との情報交換の手順
- (2) 学校の先生と話すときの注意
- (3) 子どもと学校とのつながりをどうするか

IX. 薬剤の使用について

X. よくある質問

付録1～5

I. はじめに

不登校とは「何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因や背景により、児童生徒が登校しない、あるいはしたくともできない状況にあること」をいいます。その原因はさまざまですが、学校生活に参加できない状態は、子どもの社会的成長を阻害し、今後の社会生活に大きな支障（将来の社会不適応、ひきこもりなど）をもたらす可能性があります。そのため、できるだけ子どもを不登校に陥らせず、陥った場合には早期から社会復帰への援助をしていくことが必要です。

このプログラムは、小児科医が外来で不登校児にどのように対応するかを示したものです。前半部分では、初期の段階で一般の小児科医がどのような症状から子どもの「不登校傾向」を読み取り、対応するかについて、後半部分では、より専門的に不登校児を診ていく場合のガイドラインについて示しています。日常診療の中で、できるだけ無理なく利用できるように記載していますので、積極的にご利用いただければ幸いです。

II. 基本的事項

(1) 不登校に対する基本的考え方

不登校は「心が疲れている状態」から生じます。体調を崩して自分の身体に自信をなくした場合も、いじめや友だち関係のトラブルによって不安が高まった場合も、勉強がわからなくて学校がつまらない場合も、単に「面倒くさい」という場合も、社会的逸脱行動（不良行為）に走る場合も、将来に対して希望を持ち、意欲を持って前向きに生きることができない状態という観点からは、同じ「心の疲れ」です。不登校傾向の治療は、そういった「心の疲れ」を緩和し、意欲を高めることにあります。疲れが激しい場合には十分に休ませ、その上で、子どもが意欲を持って取り組みそうなことを、家族と一緒に考えていく姿勢が大切です。どんな子どもでも「何かに取り組んで、自分を磨きたい」という思いをどこかに秘めているものです。そのことを信じ、動き出すきっかけを家族とともに探しながら、日々を過ごしていくようにしましょう。

また、意欲が生まれるためには自信が必要です。そして、自信は「よい経験」すなわち「成功し、周囲から認められた体験」から生まれます。ほんのちょっとしたことでいいのです。「できた」という経験をさせ、それを周囲が認めていくことの繰り返しが大切です。子どもの状態にあわせて、少しだけ頑張ればできそうな目標を立て、到達できたらほめる。それを家族と協力しながら根気よく続けていきます。人の気持ちは簡単には変わりませんから、変化を及ぼすには長い時間がかかります。ときには本当に意味があるのか不安になることもあるでしょうが、信じて待つ姿勢が大切です。

文部科学省による定義です。

登校させることだけにこだわることはありません。家族以外の人たちとの関わりを少しずつすすめていくことが社会復帰につながっていきます。

ここでいう「不登校傾向」とは、登校に際して何らかの心理的負担（おっくうだ、不安だ、行きたくない、行きたくても行けない、という気持ち）を抱え、援助あるいは経過観察を必要とする状態をいいます。

具体的には「最近1ヶ月の間に、週1回以上の保健室利用、あるいは欠席がみられる場合」と考えればよいでしょう。しかし、欠席がなくとも学校に向かうのに心理的負担が感じられる場合には、不登校傾向に陥る可能性があると考え、注意してみいく必要があります。

成長欲求：子どもには、どんな場合にも基本的には「成長したい」という欲求があるのだと考えます。

自己肯定感：「こんな自分でもいいんだ」と自分に対してOKを出すことができる、「自分は何とかなる」と漠然と信じられる思いで、子どもが心理的に安定した大人に成長していくためには非常に大切です。

(2) 小児科医としての不登校への関わり方

不登校の初期、多くの子どもはさまざまな身体症状を訴えて小児科を受診します。そのとき小児科医としては、まず、きちんと子どもの「心と身体の辛さ」を受け止め、その緩和に取り組むことが必要です。その作業を行うことで、子どもとの信頼関係が形成されていきます。学校に関しては、子どもの心と身体の状態に合わせ、できる範囲で復帰をすすめます。ただし、学校への復帰を第一目標とはしますが、子どもの状態に合わせて登校させることだけにこだわらない姿勢が大切です。

(3) 不登校のタイプと小児科医が関わるべき不登校

不登校には大きく分けて、次のようなタイプがあります。

A. 適応障害型

A1. 外因主体型：学校でのいじめや先生とのトラブルによって登校できなくなったもの。所属する学校・クラスに対して拒否感をもつ場合が多く、強い身体・精神症状は訴えない。

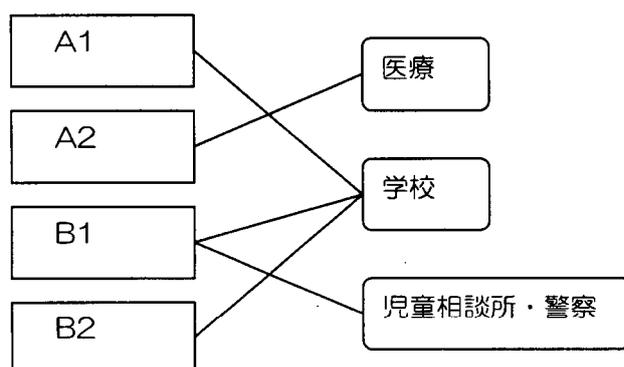
A2. 内因主体型：強い身体症状（心身症）、不安や抑うつなどの精神症状、精神疾患、あるいは発達障害を基礎にもつもの。

B. 未熟・回避型

B1. 外向型：積極的なサボりや学校外での活動、あるいは社会的逸脱行動に伴い不登校となっているもの。

B2. 内向型：消極的で意欲のなさが目立ち、面倒くさいからという訴えで何となく不登校になっているもの。

このうち、小児科医が積極的に関わるべき不登校は A2 です。



学校以外の社会参加の場としては、公的機関による不登校児の適応指導教室、民間のフリースクール、学習塾、アルバイトなどが考えられます。学校への拒否感が強い場合には、学校関係者および家族と相談した上で、以上のような社会資源の利用も積極的に考えましょう。ただし、施設によっては学校に対して極端に否定的な感情を持つところがありますので注意が必要です。

小児科医として大切なことは、身体症状を伴い、不登校傾向に陥りつつある子どもに対して適切に対応し、状態の悪化を防ぐことです。その他の不登校に対しては、まず学校の先生、スクールカウンセラー、教育相談所、児童相談所などに相談するようすすめましょう。

(4) 不登校状態のレベル分類

不登校状態を次のような尺度でレベル分けします。レベル1以降を不登校傾向ありと判断しますが、レベル0でも登校に対する心理的負担が感じられる場合には、注意して経過を追う必要があります。経過観察時はこのレベルを参考に対応を考えていきます。

初診時の問診で、不登校傾向を疑わせる所見が少しでもある場合には、登校に対する心理的負担があると考えます。

レベル0：登校に対する心理的負担を抱えつつも、現時点では毎日登校できている状態。

レベル1：週1～2日休む程度で登校できている。または、登校できているが、早退や遅刻が週のうち半分以上。または、保健室や相談室にしばしば顔を出す状態。

レベル2：週3日以上休むペースで登校している。または、登校しているが保健室・相談室登校が半分以上の場合。

レベル3：登校はしていないが、学校以外の場所（フリースペースや塾、アルバイトなど）に定期的に通うことができている場合。

レベル4：登校はしておらず、定期的に通える場所もありますが、比較的自由に外出はできる状態。

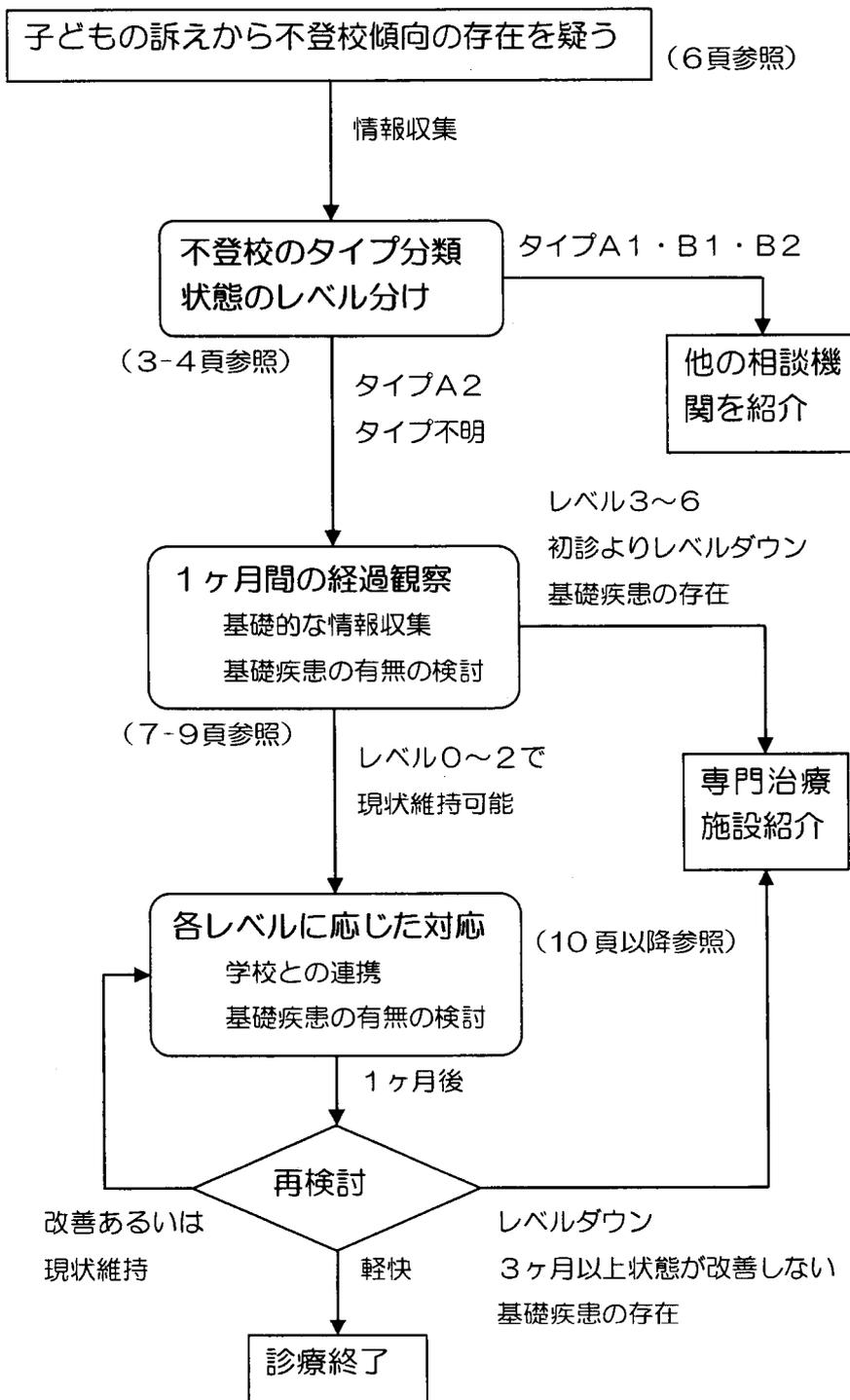
レベル5：登校できていないが、家では落ち着いた生活ができています。外にはほとんど出ることがありませんが、家庭内では居間に出て、家族と関わる事が可能。

レベル6：登校できず、家でもほとんど自室から出ず、家族と関わることもほとんどありません。心理的に不安定で、生活リズムの乱れ（昼夜逆転）も大きい状態。

			レベル0	毎日登校している	登校できる
			レベル1	週1～2日欠席 ----- 遅刻／早退が半分以上 ----- 保健室にしばしば行く	
				レベル2	
			レベル3		学校以外の場所には定期的に通っている
			レベル4	定期的に通える場所はないが、比較的容易に外出はできる	
			レベル5	外出はほとんどできないが、家庭内では安定した生活をし、家族とも穏やかに関係がとれる	外出できない
レベル6				家庭内でもイライラして不安定で、家族ともほとんど顔を合わさない／昼夜逆転がひどい	

(5) 不登校傾向に対するおおまかな診療の流れ

不登校傾向に対する診療の流れをおおまかに示します。



まずは子どもの訴えから、不登校傾向の存在を疑う目をもつことが大切です。

問診を通じて子どもの状態を把握し、それに基づいてタイプ分類とレベル分けを行います。小児科医として積極的に関わるべき不登校はタイプA2です。その他のタイプについてはしかるべき相談機関を紹介します。しかし、タイプがわからない場合もしばしばです。その場合にはひとまず経過を見ていくようにしましょう。

レベルにかかわらず、当初1ヶ月間は経過を追ってみます。1ヶ月後の様子で治療を継続するが、専門の治療施設に紹介するかを決めます。

経過を追う場合は、1ヶ月ごとに状態を再検討します。改善が見られる場合には、そのまま治療を続けましょう。レベルダウンするか、3ヶ月以上も状態が改善しない場合は専門治療施設に紹介します。

Ⅲ. 初診段階での診察手順

(1) どういった症状から不登校傾向を疑うか

一般外来にはいろいろな症状をもつ子どもが受診しますが、診察をしていく中で、その症状に次にあげる特徴のうち1項目でもみられる場合には、不登校傾向の存在を疑います。

- 症状の程度や場所が移動しやすい。
- 症状が多彩である。
- 昼からは比較的元気で、夜は特に調子がよい。
- 土日は非常に元気である。
- 学校に欠席の連絡をすると症状が緩和される。
- 訴えのわりに重症感がない。
- 理学的所見と症状があわない。

(2) 不登校傾向を疑った場合にまず聞くべきこと

不登校傾向を疑ったときには、まず以下の項目について話を聞いてみましょう。

不登校傾向を疑った場合に聞くべきこと：

1. いま訴えている症状の他に、次のような症状（頭痛、腹痛、立ちくらみ、疲労感、微熱、不眠、食欲不振）はありませんか。ある場合には、それぞれの症状の程度や一日のうちでの経過（変動）について、教えてください。
2. 学校にはどのくらい行けていますか（保健室にはどのくらいお世話になりますか、遅刻や欠席はどのくらいありますか）。
3. 日々の生活リズムについて教えてください（朝何時に起きて、夜は何時に寝るか、食事はちゃんととっているか、学校を欠席したときの日中の生活など）。
4. 不安、元気が出ない、イライラするなどの状態はありませんか。
5. 学校生活で、何か困っていることはありませんか。
6. これまでにも、今回のように体調が悪くなったことや、学校を休みがちになったことはありませんでしたか。

これらの情報をもとに、不登校のタイプ分類とレベル分けを行う。

初診時に子どもの訴えを聞く場合、事前に問診票を作成しておくとう便利です。

(→付録1参照)

問診には時間がかかります。できれば15分程度は確保しましょう。

思春期の子どもには、「一人で話したいか、家族と一緒にがよいか」を尋ねて希望に沿うことも必要です。

なかなか話をしてくれない子どももいます。そのときに、あまり問い詰める必要はありません。しばらく待って答えが返ってこなければ、家族の方に答えを求めましょう。ただし、はじめから家族の方が答えようとする場合には、少しだけ制止し、子どもに対して問いかけるようにします。

状態を聞けばレベル分けは可能ですが、タイプ分類は初診時の情報だけではわからない場合があります。経過をみる中で少しずつ検討していくことが大切です。

(3) 不登校傾向の子どもにまず行うこと

初診時にしておくこと：

1. 体調不良があれば、必要な検査（血液検査、起立試験、画像診断、その他）をすすめます。ただし、不登校傾向を疑うときには、できるだけ子どもに負担のかからない検査を最小限行います。
2. 身体症状に対しては、一般的な薬物治療を行います。決して「精神的なものだから」と片付けてしまわないようにしましょう。
3. 「できれば継続して経過を見たい」と伝え、次回の予約をとります。その場合、比較的外来が少ない時間帯や、診察後の時間などを設定し、次回から、少しゆったりと診察できるように配慮をします。

不登校に伴う身体症状の治療に有用な心身症の知識：

1. 起立性調節障害（→付録2、付録3参照）

立ちくらみ、めまい、頭痛、嘔気などを主症状とする思春期の自律神経失調状態です。起立性低血圧が基礎にある場合が多く、起立試験を診断の補助として用います。起立試験で陽性の場合には、昇圧薬を使用した治療を行います。

2. 過敏性腸症候群

腹痛と下痢、便秘を繰り返す機能性の腸疾患です。体質的な面も大きく、ストレスとは関わりなくこのような症状を繰り返す子どもも多く見られます。しかし、確かにストレス場面では症状の悪化を起こしやすいようです。整腸薬、腸運動調律薬、抗コリン薬などの薬物治療および生活指導、食事指導が大切です。

3. 機能性頭痛

子どもに見られるものでは、片頭痛と緊張型頭痛が代表的です。前兆を伴い拍動性の頭痛が発作的に生じるのが片頭痛、締め付けられるような痛みが持続するのが緊張型頭痛です。両者が混合する混合型頭痛もあります。最近、周期性嘔吐症は片頭痛の亜型であると考えられています。一般的な鎮痛薬が効かない片頭痛にはトリプタン製剤を使用します。緊張型頭痛の治療には、鎮痛薬の他、筋弛緩薬、抗不安薬などを予防的に投与すると効果的です。

不登校傾向に伴う身体症状は機能性が多く、一般的な検査で異常が出ることは多くありません。「何か異常があるはずだ」と躍起になりすぎると、異常値を見つけるためにどんどん検査するという悪循環に陥ってしまいます。過剰な検査にはくれぐれも注意しましょう。

少なくとも診察の初期段階から、子ども自身に「これは不登校からくる症状だ」と伝えることはやめましょう。ただし、家族には、不登校傾向の可能性を伝えておく必要があります。

心身症の症状は、内科的諸検査で異常を呈することも少なく、また状況によって変動するため、つい「気の持ちよう」だと思われてしまいます。しかし、子どもにとって辛い症状であるのは事実です。症状を抱えた辛さをきちんと認め、ともに症状の軽減を目指すようにしましょう。

身体症状の緩和のためには、心身症での薬の使い方、生活指導の仕方が役に立つはず です。

IV. 初診から1ヶ月間の経過観察

レベルに関わらず、まずは週1回の受診を、1ヶ月をめどに継続してもらいます。子どもの状態がそれほど悪くない場合には、適切な対応によって何らかの改善がみられるはずですが、改善が見られない、あるいはレベルダウンしていく場合には、治療自体にもっと時間がかかるということを示します。専門的に経過を追える施設への紹介を考えましょう。

また、当初1ヶ月の間に、基礎的な情報収集を行い、基礎疾患の有無について検討する必要があります。

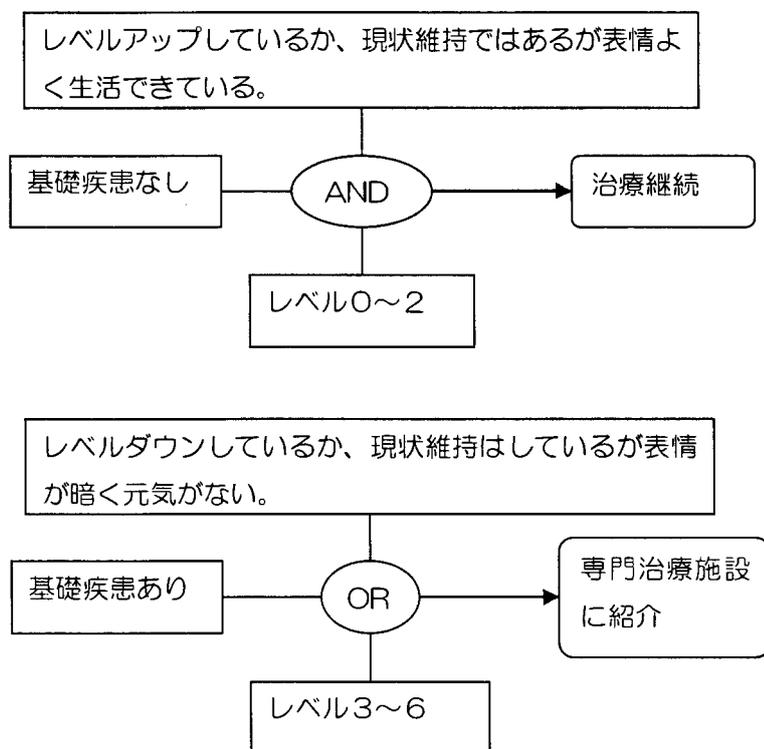
毎回の受診で確認すべきこと：

1. 症状の経過
2. 登校の様子、生活リズム
3. イライラしたり、落ち込んだりしていないか

指示の要点：

1. 悪化していなければ、それでよしとする。
2. 具合が悪いなりに努力していることを認め、ねぎらう。
3. 自分の症状の程度に合わせ、できる範囲での登校をすすめる。

1ヵ月後の評価：



抑うつ傾向が強い、自傷行為や暴力行為があるなどの場合は、たとえ家族が治療継続を希望しても専門医への紹介が必要です。

専門的な治療施設としては、小児心身医学（心療内科）や児童思春期精神医学を担当する医師、あるいは臨床心理の専門家が在籍している医療機関を念頭に置けばよいでしょう。

ただし、紹介先が身近にない場合には、そのまま小児科医が家族の相談にのっていかざるを得ません。そのときには、小児科医自身が相談できる場所をさがしていくようにしましょう。

V. 基礎的な情報収集

不登校傾向について経過を追っていく場合には、次の2つの事項について情報収集および検討を行います。これらは初診時でなくても構いませんが、診療開始後できるだけ早いうち（当初1ヶ月以内）に行いましょう。

- 生活の様子や生育歴について、家族からくわしく情報収集する。
- 基礎疾患について検討し、疑わしい場合には家族に説明する。

(1) 生活の様子や生育歴について、家族からくわしく情報収集する

受診の経過の中で、一度、家族のみで受診してもらうか、子どもには席をはずしてもらい、家族のみで話を聞く機会を作りましょう。できるだけ早い時期（初診時でもよい）がよいのですが、決してあせらないようにします。また、一度にすべてを聞こうとせず、何度かに分けて聞いても構いません。

家族から聴取すべき情報：

1. 学校で何か変わったことがあったと聞いていませんか（友だちや先生とのトラブル、クラス全体の様子など）。
2. 家庭内で変わったことはありませんか。
3. 学校の成績は、どのくらいでしょうか。
4. 子どもの性格について教えてください。
5. 乳児期から保育所（幼稚園）、小学校（中学校）での様子を教えてください（特に、当時、学校の先生から何か指摘を受けたことや、友だち関係で問題となったことはないですか）。

(2) 基礎疾患の有無について検討し、疑わしい場合には家族に説明する

1. 発達障害（→付録4参照）

極端な成績不良は軽度精神遅滞や学習障害の存在を、また、学校でのトラブルの多さは、注意欠陥／多動性障害や広汎性発達障害（自閉傾向）の存在を疑ってみる必要があります。発達障害の可能性についてもさりげなく説明し、親にも「実は気になっている…」という認識があるようなら、知能検査などの諸検査をすすめたり、専門の施設を紹介するようにします。

2. 統合失調症などの精神科疾患

幻覚、妄想、あるいは何となく疎通性が悪いなど、統合失調症の疑いがある場合には、精神科での治療が必要であることを伝え、受診をすすめます。強い不安や抑うつ状態、混乱がある場合には「当面、小児科での対応も可能ですが、精神科への紹介が必要になる場合もあります」と、あらかじめ伝えておきます。リストカットなど自傷行為を繰り返す場合も同様です。

基礎疾患の有無についての検討は、1ヶ月を過ぎた後も継続して行います。

子どもが席をはずしたくない場合には、無理せず後日、家族のみ受診してもらって聞くようにしましょう。

学校での問題や家庭内の問題は、積極的に話す気持ちがあれば聞きますが、認識がなかったり、隠しておきたいようであれば、あまりしつこく聞かないようにします。また、話が出ても当面は聞くだけにとどめ、「今後、対応を考えていきましょう」と伝ええます。問題のとらえ方は立場によって大きく違うものです。学校批判に対しては、後日、学校側の意見を聞いてみることも必要です。家庭内の問題も、話を聞いた以外の人からの意見を聞いて判断することが必要です。いろんな問題があることを知っておくことは大切ですが、はじめからそれにこだわってしまうことなく、治療の経過の中で少しずつ話し合っていくようにしましょう。

発達障害の存在は、家族にとっては大きなショックです。可能性を感じていてもすぐには伝えず、子どもの状態が少し落ち着き、信頼関係ができてから話を切り出す方がよいでしょう。

精神科受診は、現状ではまだ、一般には身近なものとなっていないため、大きな不安を伴います。たとえ精神科に紹介したとしても、小児科にも並行して受診してよいことを伝えます。

VI. 1ヶ月を過ぎた後の経過観察

(1) 長期的な経過観察の基本

2週間に1回の定期受診を基本とします。ただし、状態が安定しないときには1週間に1回、初診時からの時間が経過し、状態が安定しているときには1ヶ月に1回程度にします。あきらめずに経過をみながら、少しずつレベルアップを図っていきましょう。

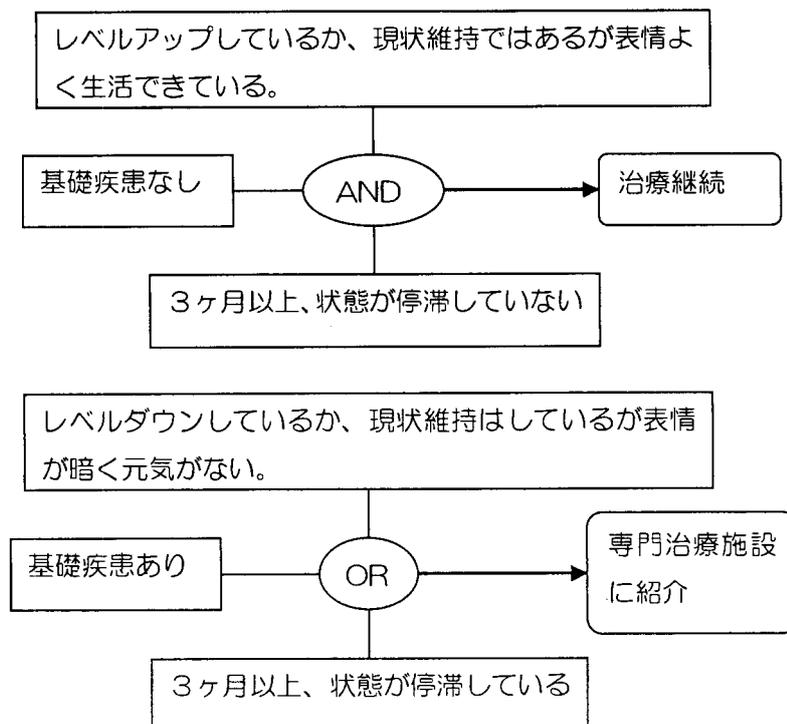
レベル0まで到達しても、すぐには終了せず、2～3ヶ月に1回程度の受診で、しばらくは経過を追うようにします。学校に行きだして忙しくなり、子どもが受診できなくなれば家族だけの受診でも構いません。あまり急に終了すると不安が強くなるようです。「もう大丈夫だろう」と子どもと家族が納得した時点で一旦終了ということにしましょう。

子どもが受診を拒否する場合には、家族のみでの受診で構いません。子どもの周囲を支えることに、大きな意味があるのです。周囲が変わることによって子どもは変わっていきますし、家族が根気よく受診を続けていると、子どもはその変化を感じ取り、いつか来てくれるようになります。原則的には、相談に行っていることを隠さず、再診時には「病院に行ってくるよ」「お医者さんが、できれば来てほしいと言っていたよ」と声をかけて出てくるようにしてもらいます。

また、子どもの周囲を支えるという意味では、学校の先生方との協力も大切です。積極的に学校との連携を取っていくようにします。

(2) 再評価のしかた

1ヶ月ごとに子どもの状態を評価し、治療継続の是非を検討します。



子どもを連れて来るときにも、嘘をついてだましたりせず「学校へ行かせるためではなく、いろんなことを相談できるから行ってみよう」と話し、はっきり病院に行くことを伝えて来てもらうことが大切です。

「叱られる／怒られる」「いろいろ聞かれる」と不安をもっている場合もありますから、そのような場ではないことも伝えてもらいます。

継続的に診た後、他の治療施設に紹介する場合は、子どもや家族がなかなか離れたがないことがあります。しかし小児科医が引きずると、子どもの成長を妨げたり、紹介先の先生との信頼関係がなかなか結べなくなるなどの弊害が生じます。「紹介先の先生を信頼して受診しなさい」と、背中を押すようにします。ただ、不登校などの心理治療には相性があり、紹介したつもりが治療中断になっている場合もあります。「相性が合わなかったら、また他の先生を紹介するから戻っておいで」とだけはあらかじめ伝えておきましょう。

(3) 毎回の受診時に聞くべきこと

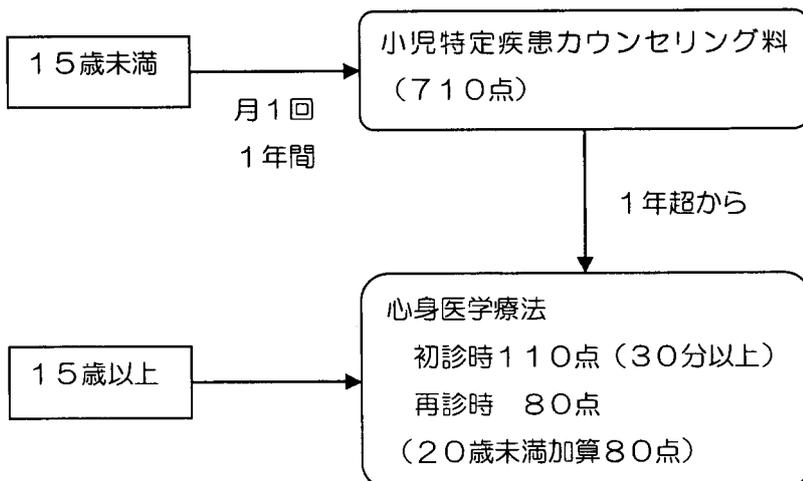
子どもが受診してくれたら、まずは「よく来てくれたね、顔が見られてよかった」など、受診に対するねぎらいの言葉をかけ、その後、次のような質問をしていくようにします。質問事項については全レベル共通ですが、状態をどう評価し、どのような指示をするかについては、各レベルに応じて変えていきます。

受診時の質問事項（全レベル共通）：

1. 何か変わりはないですか。
2. 体調はどうか、症状に変化はありますか。
3. イライラしたりしていませんか。
4. 朝は何時頃起きていますか、目覚めはいいですか。
5. 夜は何時頃寝ていますか、よく眠れますか。
6. 食事はちゃんととっていますか。
7. 外出はできていますか。
8. 学校から、何か連絡はありましたか。
9. 楽しかったこと、ありますか。
10. 何か言い忘れたこと、ありませんか。
11. 次回までの小さな目標を決めましょう。
12. 次の受診はいつにしますか（予約をとる）。

(4) 保険診療についての知識

不登校の子どもの診療には、手間と時間がかかります。十分とはいえませんが、保険診療上の手当てもありますので、きちんと請求しましょう。



変わりが無い場合にも、「変わりが無いということは、うまくやれているということだよ」と伝えます。

できるだけ日々の生活の記録をつけてもらうようにしましょう。その中から小さな変化を見つけていくことができるはずですよ。

比較的いい状態で生活ができていいるなら、「うまくやれたね」と子どもをほめてねぎらい、「どうしてそんなにうまくやれたのかな？」と工夫したこと、努力したことを聞き出して（振り返らせて）みるようにします。

「楽しかったことなんてない」と子どもが答えても、「ちょっとしたことでいいから何かない？」と食いが下がります。楽しかったことを見つける努力が必要です。

小児特定疾患カウンセリング料は小児科のみを専任とする医師が、小児心身症・神経症の子どもに療養上必要なカウンセリングを行った場合、月1回、1年間に限り算定できます。

小児特定疾患カウンセリング料、心身医学療法とも、家族のみの受診では算定できません。

質問紙による不安検査、性格検査などを施行した場合は80点、描画テスト、知能検査など、手間のかかる心理検査を施行した場合には280点が請求できます（医師自身が施行、説明したときのみ）。