

I. 一般小児科医に望まれる子どもの心の診療

1. 望まれる範囲

子どもの心の診療体制が十分には構築されていない現在のわが国においては、子どもの心の問題に対するある程度の対応は、いわゆる第一線の小児科医の先生方にも求められているといえよう。第一線の小児科医に求められている心の診療範囲は、次のように考えることができるであろう。

1) 判断と対応ができることが望ましい診療範囲

その問題の適切な評価（診断）と対応方法に関する知識を持ち、それが実際にできることが望ましいと考えられるものである。重症のもの以外は、第一線小児科医が主となって診療できることが望まれるものといえる。基本的には、保護者への対応（助言や環境調整など）を中心とすることで問題の改善が期待できるものである。

(1) 主な対象

乳幼児にみられる心身の問題が中心となる。反応性の身体症状、食行動の問題、習癖などが該当する。育児上の問題も対象となるが、子ども虐待はこの範囲の診療対象というよりは、次の「判断と初期対応ができる」診療対象となる。

(2) 適切な評価

その問題の鑑別診断ができ、かつ、自分が対応できる範囲の問題であるという判断ができることといえる。

(3) 問題の程度

保護者や保健師への助言・指導や、少量の抗不安薬・抗うつ薬で対応できる程度のものである。こうした対応で改善が得られない場合、その状態はこの範囲の診療対象から外れると考えてよいであろう。また、原則として、子ども自身への直接的な心理的対応が必要なものも含まれないと考えてよい。

(4) 必要とされる対応技法

保護者へ助言できるだけの知識。

保護者を安心させられる態度と対話技術。

小児科医にとって一般的な抗不安薬・抗うつ薬に関する知識。

2) 判断と初期対応ができることが望ましい診療範囲

その問題の適切な評価と初診段階での対応方法に関する知識を持ち、それが実際にできることが望ましいと考えられるものである。軽症のものまでは、第一線小児科医が主となって診療できることが望ましいと考えられるものである。薬物療法と数回あるいは短時間の患児への心理的対応で改善が期待できるものといえる。

(1) 主な対象

いわゆる心身症（心理社会的要因が関与している身体疾患）が対象の中心となる。その他、周囲に直接的な支障を来さない（self-limited）行動問題や、合併症・併存症のない発達障害が該当する。

(2) 適切な評価

その問題が身体疾患の症状としてだけ生じているものではないという判断と、自分が対応できる範囲の限界についての判断の両方ができることといえる。

(3) 問題の程度

保護者や周囲の人への助言指導に加え、患児への助言・指導、安心させる対応など、患児自身へのある程度直接的な心理的対応を必要とする程度のものである。長期間にわたる直接的な心理的対応は必要とはしない、あるいは、特別の心理療法的知識や技術を必要としない程度のもので、ということもできるであろう。こうした対応で改善が得られない場合、その状態は軽症ではないと考え、この範囲の診療対象から外れることになる。

(4) 必要とされる対応技法

子どもを緊張させずに対話できる態度と対話技術（子どもの話を一定時間聞いていられる心理的余裕、子どもに理解できることばで話せる語彙や表現力など）。

心身症に対する薬物療法の知識。

3) 判断と適切な紹介ができることが望ましい診療範囲

その問題の適切な評価（疑診）と、やってはいけない対応方法に関する知識を持ち、適切に紹介できることが望ましいと考えられるものである。基本的には、第一線小児科医の診療範囲ではなく、より専門的な機関への紹介ができればよいと考えられるものである。患児、家族への強力で持続的・直接的な心理的対応が必要とされるものともいえる。

(1) 主な対象

行動・精神面の問題が中心となっている状態が対象の中心となる。子ども虐待状況、精神障害の診断名がつく状態、著しい社会逸脱行為などが該当する。

(2) 適切な評価

その問題を疑うことができ、自分が対応できる範囲ではないという判断ができることといえる。

(3) 問題の程度

患児に対して、持続的な向精神薬療法や心理療法が必要とされるものである。家族に対しても、しばしば持続的な心理療法的な対応が必要とされる。

(4) 必要とされる対応技法

他機関への紹介を家族に理解してもらえるような態度と対話技術（家族のニーズを把握し、ニーズに合わせる形で専門機関受診を説得できる表現力など）。

紹介可能な地域資源についての知識。

2. 日常臨床における留意点

一般的に心理社会的要因の関与が疑われる身体症状の特徴は、次のようになる。

- ① 腹痛、気分不快、頭痛の3症状を同時に訴える。
- ② 症状の訴えが動揺しやすい。
- ③ 休日には症状が軽減する傾向。
- ④ 過剰で執拗な症状の訴え。
- ⑤ 家族・友人関係の問題の存在。
- ⑥ 精神的悩みの訴え。
- ⑦ 不眠、抑うつなど精神症状の存在。

このような身体症状の訴えがある場合には、心身症の可能性なども考えて診療に当たる必要がある。なお、④については、子ども自身が訴える場合には心身症や転換性障害の可能性を考えるが、親が訴える場合には子どもを代理としたミュンヒハウゼン症候群（虚偽訴えタイプ）の可能性も考えなければならない。

3. 訴え・所見から考えられる心の問題

保護者や本人からの訴え、身体所見、観察所見から考えられる子どもの心の問題の概略を表に示した。ここでは、心の問題に限定しているが、そうした問題を生じることのある身体疾患を先ず鑑別しなければならないのはもちろんである。

身体疾患と心の問題の鑑別に際して気をつけなければならないことがある。それは、診察や検査で異常所見があっても心身症と考えられるものは少なくないことと、逆に診察や検査で異常所見が見い出されなくても身体疾患である可能性があることである。この両者を鑑別するには、症状の一貫性が参考になることが少なくない。一貫性がある場合は、異常所見がなくても、身体疾患の可能性を再検討していく必要がある。心身症と混同されやすい疾患として気がつかれにくいものとしては、てんかんと脳腫瘍に注意する必要がある。

	内 容	参 照 先
睡眠に関する 訴え	夜泣きがひどくて困ります。 夜中に泣いて起きてしまいます。 寝ぼけがひどくて困っています。	夜泣き 夜驚
排泄に関する 訴え	おねしょが続いています。 おしっこを漏らすことがあります。 おしっこが出るのが分からないようです。 おしっこをがまんしていることが多いです。 うんちを漏らしてしまいます。 うんちが出るのが分からないのでしょうか。	夜尿 昼間遺尿 遺糞 広汎性発達障害

乳幼児期の食行動に関する訴え	<p>トイレに行くのを嫌がります。</p> <p>食が細くて困っています。 やせすぎではないでしょうか。</p> <p>食べてばかりいます。 食べたいときには我慢ができません。 思うように食べられないとかんしゃくを起こしてしまいます。</p> <p>紙（土・石）を食べちゃうのですが。 食べ物でないものでも食べてしまうことがあります。</p>	<p>不適切な養育</p> <p>少食・嫌食</p> <p>過食 不適切な養育</p> <p>異食 不適切な養育 発達障害</p>
年長児の食行動に関する訴え	<p>ごはんを食べません。 どんどんやせてきました。 ダイエットに異常に熱心です。 体重を気にしてばかりいます。 月経が止まっているのですが。</p> <p>一遍にたくさん食べてしまいます。 食べた後、よくトイレに行きます。 前歯の裏側のむし歯。</p>	<p>神経性無食欲症 広汎性発達障害</p> <p>神経性大食症</p>
身体症状に関する訴え	<p>よくお腹を痛がります。 お腹が痛い泣くことが多いのですが。 下痢をしやすいのですが。 お腹を痛がりトイレに行くことが多いのですが。 お腹が痛いといって学校を休みがちです。</p> <p>ちょっとしたことで吐きやすい。 ときどき吐くことがあります。 食べると吐いてしまいます。</p> <p>よく頭を痛がります。</p>	<p>反復性腹痛 分離不安 過敏性腸症候群 不登校</p> <p>周期性嘔吐症 広汎性発達障害 反芻 不適切な養育</p> <p>慢性頭痛</p>

行動問題に関する訴え	顔をしかめて頭を押さえていることが時々あります。	転換性障害
	胸（心臓）を痛がることが時々あります。 胸を苦しがることが時々あります。	特発性胸痛 転換性障害 過換気症候群
	脚（膝）を痛がることが時々あります。 立たなくなりました・立とうとしません。 歩かなくなりました。	四肢痛 起立歩行障害 転換性障害
	学校から肥満といわれました。 動作がのろいのですが。	単純性肥満
	朝起きられないのですが。 朝調子が悪く学校を休むことがあります。 めまい（立ちくらみ）を時々訴えます。	起立性調節障害 不登校 うつ
	息苦しいと騒ぐことが時々あります。 手足のしびれやつっぱりで騒ぐことが時々あります。 気を失って倒れることがあります。 息をハアハアさせることが時々あります。	過換気症候群 転換性障害 起立性調節障害 パニック障害
	髪の毛が薄くなってきました。 頭がはげてきたのですが。	円形脱毛 抜毛
	学校検診で視力が悪いといわれました。 テレビを近くで見るようになりました。 黒板（の字）が見えにくいというのですが。	非器質性視力障害 転換性障害
	指しゃぶりが止みません。 いつも指をくわえています。 指しゃぶりを止めさせたいのです。	指しゃぶり
	爪をしょっちゅう噛んでいます。 爪を噛んで血が滲むことがあります。	爪かみ 発達障害
おちんちんをいじっていることが時々あります。	性器いじり	

	<p>股の所を触っていることが多いのですが。 股をどこかに擦りつけることが時々あります。</p> <p>眼をパチパチさせることが多いのですが。 顔をクシャとさせることが目立ちます。 喉（鼻）をよく鳴らしているのですが。 咳払いをよくします。</p> <p>学校（幼稚園）で返事をしません。 外で話をしないのですが。 みんなと同じようにできない（しない）のですが。 ことばが遅いようなのですが。</p> <p>幼稚園に行きたがりません。 学校を休んでいることが多いのですが。 朝、いつまでも寝ています。</p> <p>落ち着きがありません。 集中力がありません。 忘れ物、なくし物が多いのですが。 話は何を言いたいのか分かりにくいのです。 自分のことばかり一人で話すことが多いのです。 協調性がないといわれます。 一人遊びが多いのですが。 すぐかんしゃくを起こします。 ちょっとしたことで友達とケンカが絶えません。</p> <p>何度も同じことをしないと次のことに移れません。 同じ動作をしょっちゅう繰り返しています。 手が荒れるほど手洗いを繰り返します。 同じことを何度も聞いてきます。</p> <p>学校を休みがちです。 ことば数が少なくなりました。 あまり食べなくなりました。 夜、よく眠れていないようです。</p>	<p>チック障害</p> <p>選択性緘黙 発達障害</p> <p>登園しぶり 分離不安 不登校 起立性調節障害</p> <p>発達障害 不適切な養育</p> <p>強迫性障害 発達障害 チック障害</p> <p>うつ 不登校 統合失調症</p>
--	--	---

<p>子どもの身体所見</p>	<p>勉強が頭に入らないと言います。 死にたいと言っています。</p> <p>しょっちゅうイライラして暴れます。 理由もなく暴力をふるうようになりました。 お風呂にあまり入らなくなりました。 着替えをしないで同じ服で過ごしています。</p> <p>身体が汚れている。 新旧の傷痕の混在。 複数の熱傷痕。 両下腿の複数の内出血斑。 基礎疾患のない成長障害。 多数のむし歯。</p>	<p>統合失調症 不登校</p> <p>不適切な養育</p>
<p>子どもの行動所見</p>	<p>大人への過度の馴れ馴れしさと身体接触。 過度の警戒心。</p> <p>盗みと嘘の繰り返し。 加減をしない暴力。 生き物に対する残酷な行為。 万引き・窃盗。 器物破壊。 家出・徘徊。</p>	<p>不適切な養育</p> <p>行為障害 不適切な養育</p>
<p>保護者の状況</p>	<p>子どもの身体状態が重篤なのに受診が遅い。 子どもの身体状態と親の説明が合わない。 親の説明内容がいろいろ変わる。 自分の子どもについて尋ねられても答えられない。 育児に対するネガティブな発言が多い。 子どもにかけることばが乱暴。 子どもの扱いが乱暴。</p>	<p>不適切な養育</p>

II. 判断・対応ができることが望まれるもの

1. 睡眠障害

1) 夜泣き

(1) 概要

乳幼児が夜中に理由もなく突然泣き出す。

(2) 疫学

生後5か月から1歳半ぐらいにみられる。

(3) 成因

睡眠のリズムの未熟性や、発達段階の一つの過程と考えられているが、原因は明らかではない。

(4) 基本症状

オムツがぬれていたり、空腹のような原因がなく、どうしても泣き止まないものを夜泣きという。

(5) 合併症・併存症

ときに夜泣きが子どもの感受性の過敏さを表していることがある。保護者が精神的な苦痛のために乳幼児虐待につながらないよう注意する。

(6) 診断

医学的な明確な定義はない。

(7) 経過

1歳前後になると少なくなっていく、いずれ時期がくればなくなる。

(8) 対応

① 生活指導

② 保護者へのサポート

③ 薬物療法

抱っこしてあやしたり、静かな音楽や子守唄を聞かせる。日中の生活では夜型から朝型生活に切り替え、日の光を十分浴びて遊ばせる。保護者が睡眠不足などで育児不安を感じていたら、育児サークルなどへの参加も勧める。薬物療法は市販薬（宇津救命丸、樋屋奇應丸）や抗ヒスタミン薬、漢方薬（甘麦大棗湯、抑肝散）を使用する。いろいろ工夫してだめなら、あきらめて徹底的につきあう気持ちでいれば自然に解決していく。

(9) 専門機関への紹介

2歳すぎても夜泣きが続く、発達に遅れがある場合は専門機関へ紹介を考える。

2) 夜驚症

(1) 概要

睡眠中に怖い夢をみて部分的に目が覚めて泣き叫ぶ状態をいう。

(2) 疫学

- ① 有病率：小児の1～6%
- ② 性差：男：女 1.5：1
- ③ 好発年齢：2～10歳に多く発症し、2～6歳が90%を占める。
- ④ 遺伝性・家族性 家族歴を有することが多い。

(3) 発症誘因

- ① 恐怖
- ② 緊張
- ③ 興奮

(4) 基本症状

診断基準の「A B C D」項目の症状

(5) 合併症・併存症

10～20%に焦点棘波や全般性棘徐波などの脳波所見をみることがある。

(6) 診断

診断基準 (DSM-IV、1994)

- A. 睡眠からの突然の覚醒を繰り返す。通常、睡眠全体の最初の1/3の時期に起こり、パニック的な叫び声で始まる。
- B. 強い不安や自律神経系の興奮所見がみられる。例えば、頻脈、早い呼吸、発汗など。
- C. 発作中は落ち着かせようとしてもほとんど反応しない。
- D. 夢の詳細を思い出すことができない。また、発作のことを覚えていない。
- E. 発作により、社会生活や職業上、あるいは、生活上重要な他の活動において著しいストレスや障害が生じている。
- F. 薬物（薬物乱用や何らかの薬）の作用や身体疾患によるものではない。

(7) 経過

多くは6か月以内に消失し、遅くても10歳までにほぼ消失する。

(8) 対応

- ① 家族への精神的サポート
- ② 薬物療法

患児は日常生活に支障をきたさないのが、家族の不安に対するサポートが中心となる。また、緊張や恐怖がきっかけになることはあっても、そのために家族は接し方を変える必要はない。ただし、連日2回以上起きたり、歩行や走行の行動を伴い事故が心配されたり、家族が不安で睡眠が十分とれないときは、ベンゾジアゼピン系薬物（ジアゼパム、ニトラゼパムなど）による治療を行うこともある。

(9) 専門機関への紹介

症状が入眠して2時間以降の深夜から早朝におこり、嘔吐や失禁を伴う場合などの非典型例では、てんかんと鑑別のために専門機関へ紹介する。また、10歳以上での初発で持続する場合は、心理社会的要因が関係していることが多く、専門機関への紹介を考えるとよい。

2. 排泄障害

1) 夜尿

(1) 概要

眠っている時(昼寝も含む)に無意識に排尿することであるが、5歳児で約10%はある。治療は小学生以上を対象とする。

夜尿は、従来、親子関係、心理的問題として扱われているが、約80~90%には何らかの原因があり、その原因に基づいて治療や指導することで解決する。

(2) 疫学

- ① 有病率：5歳児で約10%に認められる。
- ② 性差：小学生低学年には男児が多い。難治例は小学校高学年女児に多い。
- ③ 好発年齢：受診者には小学校入学時と宿泊行事のある高学年との2つのピークがある。

(3) 成因

- ① 夜間の抗利尿ホルモンが多く分泌されるリズムができていない。
- ② 膀胱容量が小さい。
- ③ 原因不明。
- ④ 尿路奇形など泌尿器科的原因。
- ⑤ 腎性尿崩症、糖尿病など内分泌的原因。
- ⑥ 心因性多飲など心理的な原因。

(4) 基本症状

5歳以上の夜間睡眠時(昼寝も含む)の無意識の排尿

(5) 合併症、併存症

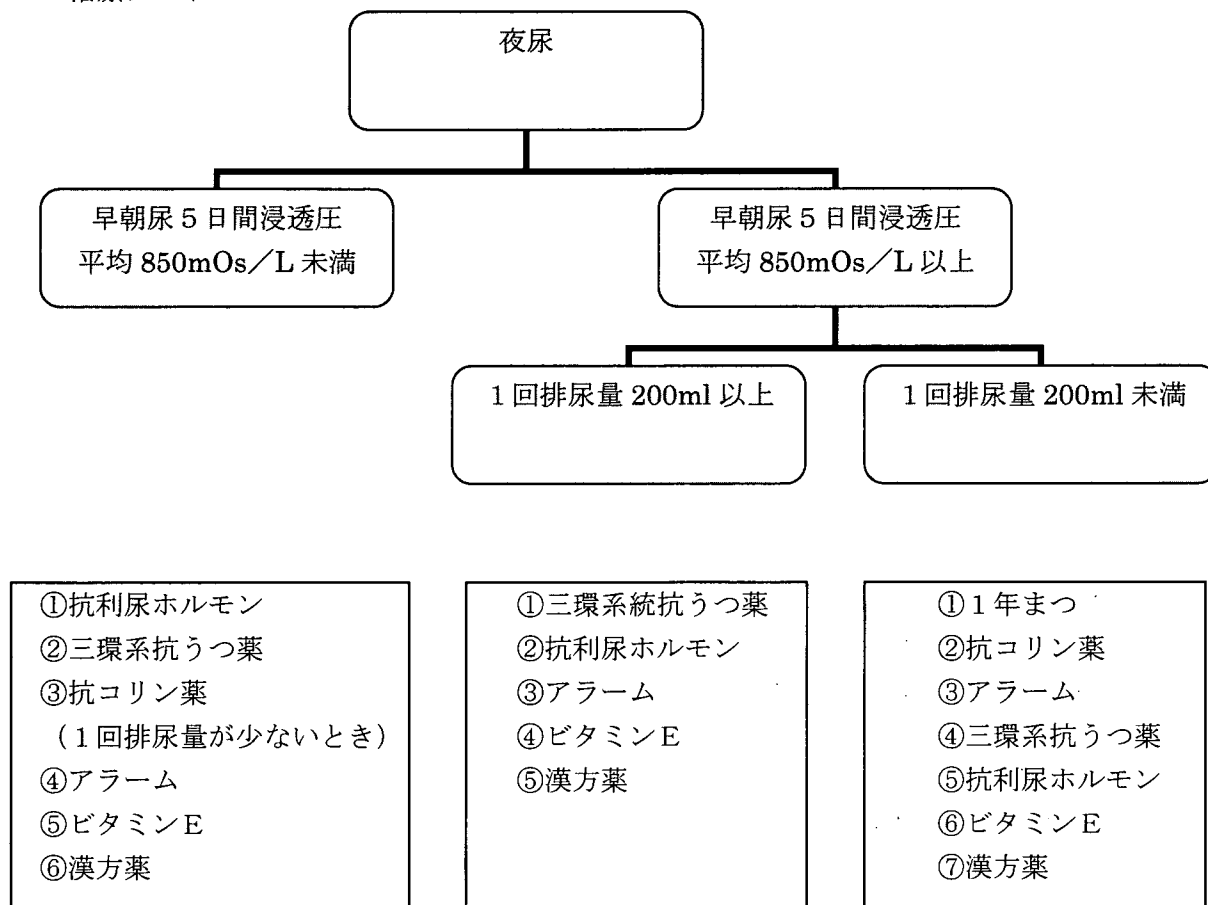
- ① 昼間遺尿や遺糞などの排泄障害
- ② 尿路感染症
- ③ 糖尿病、腎性尿崩症、中枢性尿崩症
- ④ 年齢不相応な排尿訓練
- ⑤ 虐待など心理的問題

(6) 診断

- ① 問診：a. 両親、兄弟で夜尿の有無、b. いったん夜尿が無い時期があったが再び起こる二次性夜尿または生来続いている一次性夜尿か。c. 夏季は無いが冬季には有るか。
- ② 診察
身長、体重、一般的身体所見、時に腰部に多毛の有無の確認(二分脊椎の可能性)
- ③ 調査および検査
 - a. 一日の排尿プロフィール(休日を利用し、二日ないし三日分の昼間の排尿の時間と一回尿量の記録を書いてもらう。連続した日でなくてよい。)
 - b. 連続5日間の早朝尿(夜尿の有無を問わず)の浸透圧測定
 - c. 夜尿日誌の記録
 - d. 来院時検尿(糖、蛋白、潜血、沈渣、浸透圧)
 - e. 来院時採血：血液一般、CRP、血清電解質(Ca, Pも含む)、肝機能、血清浸透圧、BUN、クレアチニン、抗利尿ホルモン(血漿)

(7) 治療

治療プロトコール



薬物療法の適応にならないと判断された場合は、以下の一般的な対応について説明するとよい。

- ①夕食後の水分を控える
- ②塩分摂取を全般的に控える
- ③就寝前に入浴など、身体全体を温めて床につかせる
- ④寒い季節では、寝具を事前に温めておく

(8) 経過

治療開始1～2週後に親のみでよいがノートを持参してもらい、治療効果を聞く。副作用出現の有無の確認も含め、2か月様子を見て変化がなければ原因の再検討をする。膀胱容量が小さい例は、半年毎に1日尿プロフィールの調査をする。6か月経過し改善傾向がない場合には泌尿器科的原因の検索をする。

投薬の中止は、5月から夏にかけて行うのがよい。一般的に夏は夜尿が改善し、秋から冬にかけて増悪するのでこの季節での中止は好ましくない。

半年毎に血液一般、検尿、肝機能、腎機能を検べ、副作用の無いことを確認する。

(9) 専門機関への紹介

6か月治療し改善のない場合、専門機関への紹介を考える。

2) 昼間遺尿

(1) 概要

覚醒時に無意識に排尿（いわゆるお漏らし）をするもので、通常3歳以降をいう。

(2) 疫学

- ① 有病率：夜尿を伴っていることが多いが、単独では4歳児で1%にある。
- ② 性差：はっきりしない。
- ③ 好発年齢：幼児期に多い。

(3) 成因

- ① 膀胱容量が小さい。
- ② 神経因性膀胱
- ③ 不適切な排尿のしつけ
- ④ 二分脊椎、尿路奇形、尿路感染症、外陰部炎などの原因によるもの。

(4) 基本症状

3歳半以降の覚醒時の無意識の排尿

(5) 合併症、併存症

- ① 他の排泄障害（夜尿、遺糞など）
- ② 外陰部炎、慢性膀胱炎、尿路奇形
- ③ 発達障害
- ④ 虐待など心理的問題

(6) 診断

3歳半以降の覚醒時の無意識の排尿

(7) 経過

原因による対応で、多くは予後良好である。

(8) 治療

- ① 膀胱容量が小さい児：①年齢が大きくなるまで待つ（5歳まで）。②1～2時間毎にトイレに連れて行く。③抗コリン薬を使用する。
- ② 外陰部炎、膀胱炎などがある場合は、その治療を行う。
- ③ 神経因性膀胱には抗コリン薬を使用する。
- ④ 尿路奇形などを考える場合は泌尿器科、二分脊椎などを考える場合は整形外科と相談する。

(9) 専門機関への紹介

3か月治療して改善しない場合、発達障害を伴う場合、虐待など心理的問題を考える場合はそれぞれの専門機関へ紹介する。

3) 遺糞

(1) 概要

無意識な排便または排便してはいけない場所での排便、通常4歳以降

(2) 疫学

- ① 4歳以降の遺糞を病的とする。
- ② 性差は男児に多い。

(3) 成因

- ① 不適切な排便のしつけ
- ② 慢性便秘
- ③ 精神的な不安
- ④ 巨大結腸症などの身体疾患が背景にあるもの

(4) 基本症状

診断基準の「A」項目の症状

(5) 合併症・併存症

- ① 身体面：腹痛、便秘、下痢、肛門部の炎症、裂肛など
- ② 他の排泄障害：昼間遺尿、夜尿
- ③ 心理・行動面：不登校、虐待
- ④ 発達障害：知的障害、広汎性発達障害

(6) 診断

診断基準 (DSM-IV, 1994)

- A. 不随意、随意に関わらず、排便してはならない場所（下着の中や床の上など）で繰り返し排便をしてしまうもの。
- B. 毎月1回以上の頻度で3か月以上持続。
- C. 4歳以上（あるいは4歳相当の発達レベル）。
- D. 下痢などの薬物の作用や、器質的疾患による排便異常でないもの。

(7) 経過

適切な対応で比較的良好

(8) 対応

- ① 排便習慣の適切な指導
- ② 薬物療法
- ③ 家族、本人への精神的サポート

早期にトイレトレーニングをすることで、便器やおまるに対する恐怖感をもつことがある。このような事例はあせらず、待つこと。

便秘または固い便をする場合は、浣腸で便を出すことも必要であり、その後、下剤の使用、また、食事内容も検討し、必要に応じて食事指導をする。

定期的に診察し、下剤の量の調節や排便習慣がうまくいっているかを確認すると同時に親の心理的安定に協力する。

(9) 専門機関への紹介

3か月様子をみても改善がみられない場合は、器質的疾患を考える場合小児外科、または発達のチェックを含め専門機関へ送ることを考える。

3. 乳幼児の食行動の問題

1) 少食

(1) 概要

月齢・年齢毎に必要な栄養所要量に比し、実際の摂取量が少ないもの。

(2) 疫学

離乳期の25～40%、幼児期の15～20%の子どもが「食べる量が少ない」と保護者から心配されている。

(3) 成因

発達段階にみあわない離乳食・幼児食を与えたことによる食事嫌い。間食が多く、食事時に空腹感がない。生活リズムの乱れなど。

(4) 基本症状

食事に時間がかかる。口に食物をいれることを嫌がる。短時間のうちに食べることに飽きてしまう。十分な咀嚼ができず、嚥下できない。

(5) 合併症・併存症

身長・体重など身体発育の遅れ。離乳後は貧血をはじめとする栄養障害。

(6) 診断

器質的疾患を否定後、改訂離乳の基本や日本人の栄養所要量に基づき、年齢や発達段階毎の所要量を満たしているか評価する。間食や母乳・ミルクを含む食事、生活リズムの評価。

(7) 経過

適切な食事・栄養指導、生活指導により概ね良好。

(8) 対応

栄養指導：月齢毎に必要な栄養素、食事量を教えるとともに、発達段階に応じた食事の作り方も指導する。また、食事時間を含めた生活リズムを整えるよう指導する。

家族への精神的サポート：多くの母親は子どもが食べるべき食事量を過大評価している。最低限食べれば良い量を示すとともに、栄養バランスは数日の単位で考えれば良いこと、身体の発育・発達が順調であればあまり心配しなくて良いことを説明する。

(食事嫌いを伴っている場合、別項を参照。)

(9) 専門機関への紹介

身体発育不良となる症例では、専門機関への紹介を考える。

予後不良要因

- ① 家族要因：対応に協力的でない、威圧的・罰的な対応が多い
- ② 患児要因：身体的・精神的障害が併存する

2) 過食

(1) 概要

月齢・年齢毎に必要な栄養所要量に比し、実際の摂取量が過剰のもの。

(2) 疫学

乳児期14.4～17.6%、幼児期2.5～5.5%の子どもが「食べ過ぎ」を保護者から心配され

ている。

(3) 成因

一回の食事が多い、常に口に食べ物を入れているなど食物を与えすぎる。
精神的に満たされていないために、食べることで代償しようとする。

(4) 基本症状

食べるのが早い。食べ物に執着する。

(5) 合併症

肥満、う歯

(6) 診断

摂取量を正確に把握し、栄養所要量と比較することで診断する。

(7) 経過

養育者が乳幼児の栄養について理解し、協力した場合には経過は良好。
家族にも過食・肥満がある場合の治療は難航することが多い。

(8) 対応

栄養指導：間食も併せて適切な量の食物を与える。食事・間食の時間を定める。家庭環境として、常に食べ物がテーブルにのっている、冷蔵庫にジュースがあるといった場合に過食になりがちである。また、食事を大皿盛りにすると食べ過ぎに気づきにくいので、銘々盛りにするとよい。

家族への育児支援・精神的サポート：育児不安、家庭内不和などがある場合に有効。

(9) 専門機関への紹介

高度の肥満をとまなう場合には専門医へ。

育児不安が関与している場合には地域の子育て支援センターなどへ。

3) 食事を嫌がる

(1) 概要

摂取量の多寡に関わらず、摂食を嫌がること。

(2) 疫学

乳児期の10～15%

(3) 成因

空腹ではない。食事の時間が苦痛。

(4) 基本症状

食卓につくことを嫌がる。食物を口にに入れることを嫌がる。

(5) 合併症

乳児期は母乳やミルク、幼児期もお菓子やジュースなど好きなものは口にするため、合併症が生ずることは少ない。

(6) 経過

併存する疾患がない場合には概ね良好。

(7) 対応

育児・栄養指導：離乳初期の乳児では、スプーンで固形物を口にに入れるという動作を理解していないために食事を嫌がることもある。家族の食事シーンを見せるなど「目で見て

覚える」ことをさせる。離乳期・幼児期早期では、生歯や咀嚼力の発達にみあわない固さや味付けの食物を強制されることが誘因となる。楽に食べられる食材を提供し、食べられる嬉しさ、満足感を体験させる。幼児期には目で楽しむ・舌で味わって楽しむ・自分で食べられる喜び等を体験できるよう調理を工夫する。食べることを強制しない。食事は銘々盛りにし、子どもに食べれば良い量の総量を示す。食べなかった場合、次の食事までお菓子やジュースなどカロリーのあるものを与えない。

家族への育児支援・精神的サポート：子どもが食事を嫌がり食べないと不安になり、食べてくれるものなら何でもよいと菓子や果物、ジュースを与えがちだが、子どもは空腹であれば食べることをつたえ、家族は楽しい食事の時間になるよう心がけるように指導する。また、最少限食べればよい量を教えておくと保護者の不安が和らぐ。

(8) 専門機関への紹介

養育者（多くは母親）の育児における負担感、不安が基礎にある場合には、育児支援組織（例、子育て支援センターなど）や保健師、カウンセラーに紹介する。児に併存する疾患（広汎性発達障害など）がある場合には、小児精神科へ紹介する。

4. 心身症

1) 反復性腹痛

(1) 概要

子どもの日常活動を障害するほどの腹痛が間欠的に3カ月間に3回以上があること。病名として用いる場合には、通常、機能的あるいは器質的原因が明確にならないものに対して使用する。

(2) 疫学

- ① 有病率：学童 男児 9.5%、女児 12.3%。
幼児 5~15%。小児科外来患者中 3~4%。患者の80~90%が心因性。
- ② 性差：女児と男児の比は4:3であり、女児にやや多くみられる。
- ③ 遺伝・家族性：遺伝は不明で、家族歴が多いとされている。
- ④ 好発年齢：4~5歳未満の小児にはまれで8~10歳に最も多い。女児では4~11歳（平均7.6歳）であるが、思春期の早期に二番目のピークがある。

(3) 成因

90~95%は心因性といわれている。心理的背景としては、強度の緊張感、不安が多い。身近によく腹痛を訴える人がいるという環境要因の影響も考えられている。しかし、消化器系の脆弱性の遺伝性は否定できない。

(4) 基本症状

- ① 腹痛：毎日から過に数回。部位は臍周囲（最も多い）、心窩部、下腹部片側が多く、痛みはさまざまである。通常、徐々に始まり3時間以内に治まる。食事と症状は無関係。朝起床して朝食を摂り終える頃から始まり、学校へ行けないと訴え、保護者が欠席させて様子を見るうちに改善する例がある。家で長時間トイレに入ることによって遅刻し、遅刻が積み重なるうちに欠席するようになることもある。
- ② 身体面：顔面蒼白、嘔気、気分不快、食欲不振、下痢、便秘、倦怠感、頭痛。
- ③ 精神・行動面：凡帳面、敏感、神経質な性格傾向。しばしば不登校。

(5) 合併症・併存症

泌尿生殖系：腎盂炎、水腎症、腎結石、便秘、乳糖不耐性、消化性潰瘍、てんかん、発達障害、他。

(6) 診断

- ① 反復性腹痛の好発年齢に該当する発症年齢。
- ② 3か月以上続く反復する腹痛。
- ③ 理学的所見と検査所見で既存の身体疾患を思わせる所見がない。
心身のストレス状況が認められる場合、疑いが強くなるが、全例にみられるわけではない。

(7) 経過

長期予後：良好 50%、不変 25%、他の痛みに変化 25%。

(8) 対応

- ① 家族・本人への十分な疾患説明（適切な身体的検査も含む）を行う。外出先で腹痛になることを心配して外出を控えたり、学校でトイレに入ることを嫌って登校しなくなる例

がある。腹痛を取り除くだけに主眼をおかず、社会生活の回復も考慮した支援を行う。

② 薬物療法：腹痛発生時に整腸薬＋ロートエキスや抗コリン薬の臭化ブトロピウム、臭化ブチルスコポラミンなどを、便秘を生じないように服用させる。

明らかに不安や緊張が強いようであれば抗コリン薬に抗不安薬(ベンゾジアゼピン系(アルプラゾラムなど)、チエノジアゼピン系(クロチアゼパムなど))を併用する。

③ 精神療法：家庭や園・学校などの環境調整を行い、原因となる環境因を減らし、疾病利得が生じないように親に対処法を指導する。

(9) 専門機関への紹介

次第にうつ状態が強くなったり、症状が改善されず持続する場合は精神科医・心療内科医への紹介が必要となる。また、合併症がある場合も同様。

2) 周期性嘔吐症

(1) 概要

周期的に頻回の嘔吐を繰り返す。上気道炎、過労など心身のストレスが誘因になる。小児にみられる慢性、反復性嘔吐の診断名は、①反復性嘔吐、②周期性嘔吐、③アセトン血性嘔吐、④心因性嘔吐、⑤神経性嘔吐であり、①～③はほぼ同義、④、⑤が同義で使われるが、周期性嘔吐と心因性嘔吐の両者を厳密に区別するのは困難であり、一連の疾患とする立場もある。

(2) 疫学

- ① 有病率：学童期の1.9%にみられる。また、そのうちの50%が輸液を必要とする中等以上の症状を示す。
- ② 性差：男児にやや多いといわれている。
- ③ 遺伝・家族性：82%に片頭痛の家族歴がある。
- ④ 好発年齢：2～8歳(平均5.3歳)

(3) 成因

明らかではないが、身体的・心理的な要因で未熟な嘔吐中枢の刺激がおこりやすいとされている。反復している場合は、嘔吐がちょっとしたことで誘発されやすくなる「条件づけ」も考えられる。

(4) 基本症状

- ① 嘔吐：頻回の嘔吐、胃液や胆汁、血性を伴う。
- ② 身体面：脱水、栄養障害。時に、前駆症状(顔面蒼白、倦怠感、食思不振、頭痛、腹部不快感、興奮、過食など)がある。

(5) 合併症・併存症

思春期以降では摂食障害の自己誘発性嘔吐。

(6) 診断

嘔吐を来す疾患の除外診断をする。特に次のものに関して重要。

- ① 神経系の異常(脳腫瘍、てんかん)
- ② 消化器の異常(腸回転異常、上腸間膜動脈症候群)
- ③ 内分泌・代謝異常(周期性ACTH-ADH分泌異常、ケトン性低血糖、先天性有機酸代謝異常、尿素サイクル異常症)

- ④ ほかの心身症（摂食障害における自己誘発性の嘔吐）、発達障害（知的障害や広汎性発達障害での反芻）

（7）経過

1日～数日で自然に回復することも少なくない。嘔吐が治まると急激に自然に改善する。年に数回起こるが、思春期に入る時点で自然寛解するものが多い。

（8）対応

- ① 身体療法：初期には脱水、電解質異常の補正、糖補給を行う。また、ストレス性の要因がある場合はその軽減と予防のために初期にベンゾジアゼピン系の抗不安薬や、抗ヒスタミン薬を使用、軽症の嘔吐では制吐薬も適応。
- ② 日常対応：安静よりも症状のないときは普通に生活をさせる。
- ③ 家族への対応：家族には子ども特有の病態であり、思春期には改善するのでその回復過程を順調にするため、症状が出現したら早めに対応するよう助言する。心理的ストレス状況が明らかな場合、その環境調整を依頼する。

（9）専門機関への紹介

嘔吐が続き、補液が必要な場合は短期入院を目的で紹介するが、本人や家族の心理的ストレスが強いつきは、長期入院を視野に入れて紹介する。診断の項目で紹介した除外診断に当てはまる場合は専門機関へ紹介を行う。

3) 慢性頭痛

（1）概要

小児の痛みの訴えで2番目に多く、頭痛は何らかの身体的変調を伴わない純粋な「心因性」頭痛よりも、片頭痛や筋緊張性頭痛、それらの複合タイプが多くみられる。

（2）疫学

- ① 有病率：学童の5-8%にみられ、学童期後半に頻出する。
- ② 性差：ほとんどない。ただし、片頭痛に関しては女子に多くみられる。
- ③ 遺伝・家族性：片頭痛では家族歴がある。
- ④ 好発年齢：欧米では7歳40%、15歳75%と、年齢が上がるにつれて頭痛の訴えが多くなる。

（3）成因

- ① 片頭痛：原因はあきらかにされていないが、血管の拡張に伴う拍動痛と考えられている。
- ② 筋緊張性頭痛：心理的・身体的緊張にともなうもので、肩こりを合併することも多い。頭痛の誘引になるものに、チョコレートが知られているが、子どもには果物、睡眠不足、空腹、体操、強い日光がある。

（4）基本症状

- ① 片頭痛：痛みが激しく、腹痛や嘔吐を伴い、前駆症状として視覚症状（眩しい光など）もある。その他、鼻出血や痺れも訴えることもある。
- ② 筋緊張性頭痛：だいたい毎日あるが、生活への支障は少ない。頭痛の部位は一定せず、吐き気や視力が低下することがある。

（5）合併症・併存症

てんかん、脳腫瘍、うつ病、パニック障害

(6) 診断

受診初期に、病歴や診察より、慢性副鼻腔炎などのよくある疾患と、脳腫瘍やてんかんなどの絶対に否定しなければならない疾患を区別することが重要。病歴や診察で頭蓋内圧亢進症状の有無を確認する。

- ① 頭痛の特徴を聞く。
- ② 頭痛の誘引の有無を聞く。
- ③ 日常生活への影響を聞く。
- ④ 偏頭痛の家族歴を聞く。
- ⑤ 心理的なストレスの有無を聞く。

鑑別診断の際に、徐々に症状が増強して他の神経症状の出現がみられるようであれば頭部 CT など精密検査を行い診断する必要がある、またてんかんが疑われるならば脳波検査を行う。

(7) 経過

片頭痛は成人まで持続する。心因性が主な頭痛は、緊張感が持続する環境での緊張レベルの低下または本人の緊張しやすさというパーソナリティの変化がない限りは長期に持続する。

(8) 対応

- ① 薬物療法：片頭痛の場合は酒石酸エルゴタミンを服用させ、暗い部屋で寝かせる。筋緊張性頭痛には筋弛緩薬（塩酸チアニジン）、鎮痛薬（アセトアミノフェン）、抗不安薬（ベンゾジアゼピン系：ジアゼパム；チエノジアゼピン系：エチゾラム）などを適宜使用する。
- ② 環境調整：まず、重大な基礎疾患がないことを伝えて安心させる。子どもの学校や親の仕事での出来事などから、心理的ストレスをもたらす要素を洗い出し、ストレスを軽減させる。
- ③ 理学療法：肩部・頸部のマッサージやホットパックで肩の緊張をほぐすのも効果的。

(9) 専門機関への紹介

てんかんの恐れがある場合、脳腫瘍の可能性がある場合は速やかに専門機関へ紹介する。

4) 特発性胸痛

(1) 概要

痛みの訴えで小児科を受診する患儿の中で、3番目に多い訴え。

(2) 疫学

- ① 有病率：小児科受診患儿中 0.7%。
- ② 性差：男児に多い。
- ③ 遺伝・家族性：不明。
- ④ 好発年齢：5-12歳（平均年齢9歳）。

(3) 成因

心因性 20%、症候性 20%、不明 60%といわれている。誘因としては運動が多いが、誘因がないものも多い。

(4) 基本症状