

れる状態になる。麻痺は、片麻痺、単麻痺、対麻痺などいずれの型もみられ、麻痺の程度もさまざまである。麻痺がある場合、特定の運動神経の分布に対応するのではなく、ある特定の運動ができないと訴える場合が多い。小児では麻痺したはずの足が、他に注意が向いているときには動くことがよく観察される。年長になるにつれ、症状の持続や表現型が巧妙になる。

(5) 合併症

2次性の関節拘縮や廃用性筋萎縮、けいれん、不随意運動、失声、感覚脱失、反復性疼痛（頭痛、腹痛など）、視覚障害、難聴、過呼吸、頻尿、意識障害、健忘、不登校など。ときに、知的障害などを併存していることもある。

(6) 診断

診断の原則は器質的疾患の除外であるが、多くの場合、病歴と注意深い神経学的診察により、患児の訴える症状と神経学的所見の不一致から診断できる。

(7) 経過

低年齢になるほど、①発症の契機となったストレスの緩和、②保護的な環境の保障、③心因性の病気であることを本人には強く知らせず、リハビリテーションなどを通し、徐々に回復していくことの説明と実際の症状の改善を共に喜べるようにすると、比較的良好な経過をとる。契機となったストレスが重篤で、要因が複雑に絡み合うと長期の経過をとったり、転換障害から身体化障害や虚偽性障害、あるいは人格障害へと移行する場合もある。また、ストレス状況が明確でなく、患児の訴える症状と神経学的所見の不一致のみから本症と診断していると、のちに一般身体疾患から引き起こされた症状が明らかになることがあるので注意を要する。

(8) 対応

- ① レベルⅠでは、まず、しかるべき検査のできる小児科専門医、できれば小児神経科医の受診をすすめる。患児の体質や気質や家族関係あるいは学校の状況などに精通した小児科医で、ストレス状況が明確な場合は、レベルⅠの段階でも対応できる場合があるが、長くても6週間を超えて症状が持続する場合は、レベルⅡ以上の医師へ紹介を考える。
- ② 紹介する場合は、紹介先の医師へ直接連絡をとり、紹介するまでの経緯、患児・家族・学校・地域の状況につき報告する。本症の場合、退院前後の患児の環境調整が再発を防ぐ鍵となり、退院後にもかかりつけであるレベルⅠの小児科医が継続して経過を診ていくことが重要となるからである。

5) 非器質性視力障害

(1) 概要

視力低下や視機能異常を説明しうる原因が存在しないのにも拘わらず、機能的な視機能低下をきたすもの。

(2) 疫学

- ① 有病率：小児眼科患者の1%。
- ② 性差：男：女=1：2～4
- ③ 発症年齢：小・中学生に多く、好発年齢は9～11歳である。
- ④ 遺伝・家族性：何も言われていない。

(3) 成因

① タイプ別の成因

視力低下の自覚症状を訴える転換型と、学校健診などで偶然見つかるが自覚症状のない非転換型とがある。転換型：非転換型=1:9とされる。

a. 転換型：無意識下のストレスが身体の機能障害として現れる、すなわちストレスを身体症状に置き換えて表現したものと考えられる。

b. 非転換型：神経系と感覚機能の発達過程による脆弱さが関連、すなわち視機能が完成に向かう時期で屈折異常や調節の変動も大きく視力が動揺しやすいことが関与する。

② 関連事項

a. 強化：最初に生じた些細な眼症状を本人や周囲が注意集中することにより、症状を強化してしまうこともある。

b. 心理要因：心因の関与の大きなものから小さなものまでさまざまであり、非転換型の場合には心理的誘因を認めないことも多い。精神分析的には「見たくないもの」を回避するために転換症状を発症すると考えることもある。内容は家庭、学校での問題が主である。時に眼鏡願望もある。子どもの性格特性としては、内向的、自信がない、未熟な表現力、周囲の人の目を気にする過敏性があると言われる。

(4) 基本症状

非転換型では、学校健診で見つかるが自覚症状を訴えず、日常生活に支障を来たさないものがほとんどである。転換型では多彩な心身症状を認めることがある。

① 眼科的検査：視力障害(検査ごとに動揺することもある)、視野障害(求心性視野狭窄、らせん状視野、管状視野)、色覚異常など

② その他の症状：頭痛、腹痛、ふらつき、全身倦怠などの身体の不定愁訴、不登校など。

(5) 合併症

頭痛、腹痛、過呼吸などの身体症状、難聴のような他の転換症状、不登校など。

(6) 診断

DSM-IV にのっとり診断すると、転換型は転換性障害もしくは身体化障害とされるが、非転換型は疾患単位としては認められない。いずれにせよ、診断には眼科的検査が有用である。

① 視力検査：視力の変動を認めることが多い。

② 打消し法：凸レンズと凹レンズの組み合わせで0ジオプトリーにしたレンズで視力の改善が見られる。

③ 視野検査：求心性視野狭窄、らせん状視野、管状視野

(7) 経過

非転換型では病態を説明し、不安を軽減し、早い場合は3週間、長くても3か月ほどの時間がたてば治ると保障する。非転換型では専門的な心理療法を要せずに視力の改善が見られるものが多い。一方、多彩な症状を伴う転換型では心理療法が必要になる。一部では成人後に身体化障害や人格障害を呈する。

(8) 対応

① 説明と保証：レベルIでは、まず眼科受診を勧め、非器質性視力性障害もしくは心因性視力障害を疑っていることを明記した紹介状を持たせる。眼科受診し、診断が確定した

ら、病名を告知し、脳や神経に重大な問題はなく機能性の問題であること、仮病ではないこと、成長に伴うもので時間がたてば軽快することを説明し、不安を軽減する。保護者に対しては、視力の変動に周囲が注意を向けすぎないように伝える。

② 経過の確認：2～3週間後に経過を確認し、症状の改善をみれば終了とする。眼症状は改善したが、その他の身体症状を訴えたり、不登校が続く場合、あるいは一旦症状の改善をみたが再度出現する場合は、転換型への移行を考えながら、レベルⅡの医師への紹介を考える。レベルⅠでは、経過観察を長引かせ、背景にある問題を複雑にさせたり、身体症状や行動化の重篤化をきたさないように配慮する。目安として3か月以上症状が続く場合はレベルⅡの医師への紹介を考える。

2. チック障害

(1) 概要

チックとは、突如として起こり、素早くリズムなく繰り返される運動または音声であり、ある程度は随意的に抑制できても抵抗できない不随意運動である。チック障害は、チックを主症状とする症候群である。

(2) 疫学

- ① 有病率：子どもの10～20%が何らかのチックを経験。
- ② 性差：男子に多く、医療機関受診例でその傾向が強い。
- ③ 好発年齢：4～11歳頃の発症が多く、6～7歳頃が最多。
- ③ 遺伝性・家族性：関与が指摘。

(3) 成因

複数の遺伝子と環境要因とが関与する多因子遺伝が想定されている。

親の育て方を始めとする心理社会的因子はチックに影響することがあるが、根本的な原因ではない。

(4) 基本症状

運動チックと音声チックがあり、典型的な単純チックと目的性があるようにみえる複雑チックに分けられる。運動チックには、瞬き、顔しかめ、首振り、肩すくめなどがある。音声チックには、咳払い、鼻鳴らし、ほえるような声などがある。複雑音声チックには、社会的に不適切な言葉を言ってしまうコプロラリア(汚言症)が含まれる。

チックは刺激に誘発されやすく、やらずにいられないとの感覚に伴って起こることがある。緊張が高まる時、緊張がほぐれた時、興奮した時などに増加しやすく、集中して作業している時に減少しやすい。睡眠中にはほとんどみられない。

(5) 合併症・併存症

強迫性障害、注意欠陥／多動性障害(ADHD)に併発しやすい。衝動性や攻撃性、不安、うつなどもしばしば認める。吃音症や抜毛癖など多様な習癖異常も伴いやすい。

(6) 診断

主なチック障害は、チックの種類と持続期間によって、一過性チック障害、慢性運動性または音声チック障害及びトゥレット障害に大別される。一過性チック障害は持続期間が1年未満である。慢性運動性または音声チック障害は、運動チックまたは音声チックの一方のみを有する。トゥレット障害の診断基準は以下の通り(DSM-IV-TR, 2000)。

A. 多彩な運動性チックおよび1つまたはそれ以上の音声チックが、同時に存在するとは限らないが、疾患のある時期に存在したことがある(チックとは、突発的、急速、反復性、非律動性、常同的な運動あるいは発声である)。

B. チックは1日中頻回に起こり(通常、何回かにまとまって)、それがほとんど毎日、または1年以上の期間中間的にみられ、この期間中、3か月以上連続してチックが認められない期間はなかった。

C. 発症は18歳未満である。

D. この障害は物質(例：精神刺激薬)の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患(例：ハンチントン病またはウイルス脳炎後)によるものではない。

(7) 経過

大多数は1年未満で消失するが、その期間内にもチックの種類、頻度などが変動したり、消失と再出現を繰り返すことがある。

トゥレット障害を含めて1年以上持続する場合、チックは変動しながら10歳～10歳代半ば頃をピークとして軽快に転じることが多い。

(8) 対応

a. チック自体、b. チックによる悪影響、c. 併発症状の観点から総合的に重症度を評価して、一人ひとりに合わせた治療を行う。重症であれば薬物療法を行う。

① 家族ガイダンスや心理教育及び環境調整

家族を始めとする周囲の人々及び本人に適切な理解と対応を促すことが基本である。伝えるポイントは以下の通り：

- a. チックの原因は親の育て方や本人の性格ではない。
- b. チックの変動性や経過の特徴を踏まえて、些細な変化で一喜一憂しない。
- c. 家族はチックをやめるように叱らない
- d. 日常生活で支障がない場合には、チックを本人の癖のようなものとして受け入れるように助言する。

② 薬物療法

抗精神病薬（リスペリドンなど）の少量投与がチックにしばしば有効である。ただし、保険外使用となり、その使用は、通常は、一般小児科医の診療範囲を超えると考えてよいであろう。使用経験がある場合でも、一般小児科診療では、0.5～2mg くらいまでにとどめておく。その場合、眠気、だるさなどの副作用に注意する。

(9) 専門機関への紹介

薬物療法を行って数か月経過しても全く軽快しない場合、併発症状への対応を要する場合は、専門医へ紹介する。

3.食行動の問題

1) 異食

(1) 概要

食べ物ではないものを継続して摂取することで、通常それがその者の発達レベルにそぐわない場合である。したがって、乳児が何でも口に入れる行動は含めない。

(2) 疫学

① 有病率：健康な小児ではあまりみられない（重度の精神遅滞では 15%程度）。

② 性差：小児ではなし

③ 好発年齢：年少児と妊婦

④ 遺伝・家族性：時にあり

(3) 成因

知的障害や広汎性発達障害のある子どもが放置されている状況などで生じやすい。その他、鉄・亜鉛・カルシウムなどのミネラルの不足や、味覚・口腔内の触覚の異常、愛着形成の問題などが成因として考えられている。

(4) 基本症状

紙、石、砂、土、毛髪、毛糸、消しゴム、絵の具、チョークなどの食べ物としては通常考えられないものを継続して摂取する。

(5) 合併症・併存症

① ミネラルの異常：鉄欠乏性貧血など

② 消化管障害：閉塞・穿孔、寄生虫感染など

③ 環境要因：ネグレクトや身体的虐待などのマルトリートメント

④ 発達障害：知的障害、広汎性発達障害

⑤ その他：妊娠

(6) 診断基準(DSM-IV)

A. 非栄養物質を食べることが少なくとも1か月の期間持続する。

B. 非栄養物質を食べることが、その者の発達水準からみて不相当である。

C. その摂食行動は文化的に容認される習慣ではない。

D. その摂食行動が他の精神疾患（例：精神遅滞、広汎性発達障害、統合失調症）の経過中にのみ認められる場合、特別な臨床的関与が妥当なほど重症である。

(7) 経過

数か月の症状持続の後、しばしば自然に寛解するが、重度の精神遅滞児では時に持続的である。

(8) 対応

養育者との情緒的交流を増やし、安心・安全感を得られるようにして、発達障害児ではその特徴や対応法についての理解を求める。幼児や精神遅滞児では異物を摂取しにくい環境にするための生活指導を行う。鉄欠乏性貧血が

認められれば鉄剤を投与し、食事からの鉄分摂取を促すように栄養指導を行うが、寄生虫感染や消化管出血の有無を確認するために検便もしておく。

(9) 専門機関への紹介

鉄欠乏性貧血が認められない場合や認められても鉄剤投与に反応しない場合で、環境調節によっても改善が認められない時には専門機関への紹介を考える。

2) 意図的嘔吐（反芻）

(1) 概要

自己誘発的な食後の吐き戻しおよび嘔み直しの繰り返しが継続的にみられることで、通常、以前には正常の食行動ができていたものである。

(2) 疫学

- ① 有病率：健康な小児ではまれ（学習困難児では6～10%）
- ② 性差：男子にやや多い
- ③ 好発年齢：年少児、精神遅滞児では年長児でも
- ④ 遺伝・家族性：言われていない

(3) 成因

精神的ストレスや愛着形成の問題などが成因として考えられている。広汎性発達障害や知的障害児に認められやすい。

(4) 基本症状

自己誘発的な食後の吐き戻しおよび嘔み直しの繰り返しが継続的にみられる。

(5) 合併症・併存症

- ① 栄養障害：体重減少・増加不良
- ② 消化管障害：逆流性食道炎
- ③ 環境要因：精神的ストレスの強い生活、ネグレクトなど
- ④ 発達障害：精神遅滞、広汎性発達障害

(6) 診断基準(DSM-IV)

- A. 正常に機能していた期間の後、少なくとも1か月間にわたり、食物の吐き戻しおよび嘔み直しを繰り返す。
- B. この行動は随伴する消化器系または他の一般身体疾患（例：食道逆流）によるものではない。
- C. この行動は神経性無食欲症、神経性大食症の経過中にのみ起こるものではない。症状が精神遅滞または広汎性発達障害の経過中にのみ起こる場合、その症状は、特別な臨床的関与が妥当なほど重症である。

(7) 経過

年少児ではしばしば自然に寛解するが、精神遅滞をもつ年長児では時に持続的である。

(8) 対応

養育者との情緒的な交流を増やし、安心・安全感を得られるようにして、

他の行動に興味を向ける。食事内容を本人の嚥下能力に合わせていくことも大切で、発達障害児ではその特徴や対応法についての理解を求める。逆流性食道炎を起こすこともあり、制酸薬や消化酵素薬の投与も考慮される。経過が長い場合には、幽門狭窄や胃食道逆流などの消化管の通過障害の有無について検査をする。

(9) 専門機関への紹介

症状が継続し、栄養不良状態が顕著な時には専門機関への紹介を考える。

4. 行動問題

1) 選択性緘黙

(1) 概要

言語を使用できる程度の知能は獲得されており、聴覚は正常、発声も可能であるにもかかわらず会話をしない状態を緘黙という。場面状況により会話をする選択性緘黙（場面緘黙）がほとんどであり、すべての状況で誰とも話さない全緘黙は稀である。

(2) 疫学

頻度は0.1～0.5%と比較的稀であり、男女比は1：1.6と女兒にやや多い。好発年齢は3～11歳であるが3～4歳がピークで、入園や入学を機に顕在化する。おとなしい子として様子をみられていることも多く、教員から指摘されるまで家族は緘黙に気付かないことがある。そのため保護者が受診するのは就学前後が多い。

(3) 成因

生来、不安緊張の高い性格を持ち、自分の言動に対する周囲の反応への過剰な不安のため、言語や身振りを含めた意思表示を控えていると考えられる。何らかの重大な心的外傷をきっかけに話せなくなる失声（転換性障害、PTSD、急性ストレス障害）とは異なる。知的障害や広汎性発達障害が背景にあることもある。

(4) 基本症状

選択性緘黙は家族や親しい特定の人だけがいる状況では流暢に話すが、訪問者が加わった場合や幼稚園・学校などでは全く話さない。その場合には言葉だけでなく、頷く、首を振るなどの意志伝達も控えることがある。人と交流する意欲の程度により社会化欲求型、社会化意欲薄弱型、社会化拒否型という分類がある。社会化欲求型は集団に入りたい意思を持っており、集団行動は取れるし本人はそれなりに楽しんでいる。社会化意欲薄弱型、社会化拒否型は家族との会話も少なく、一人の世界を好むもので、基礎疾患として広汎性発達障害（受動型や拒否型）を有する場合が多い。

(5) 合併症・併存症

基本的には不安・緊張の高い性質を持つ神経症に属し、多くの例で過剰不安障害、分離不安障害、社会恐怖などを合併する。精神遅滞を基礎に持つために集団での緊張が高くなっている場合もある。また、約4割に音韻の障害（例：サ行が稚拙など）を認めており、会話場面での恥ずかしさが誘引となっている場合は補助的に言語療法を行なうこともある。

(6) 診断

診断基準（DSM-IV-TR） 以下のA～Eをすべて満たす。

A. 他の状況では話すことができるにもかかわらず、特定の社会状況（話すことが期待されている状況、例：学校）では、一貫して話すことができない。

B. この障害が、学業上、職業上の成績、または対人的コミュニケーションを妨害している。

C. この障害の持続期間は少なくとも1か月（学校での最初の1か月に限定されない）。

D. 話すことができないことは、その社会状況で要求される話し言葉の楽しさや知識がないことによるものではない。

E. この障害はコミュニケーション障害（例：吃音症）ではうまく説明されないし、また、

広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではない。

(7) 経過

専門的治療の有無にかかわらず、対人スキルが年単位でゆっくりと成長し、新学年などを機に消退することもある。家庭医は身体疾患の診察の機会を通じてあせらずにゆっくりと付き合うことがよい。社会化欲求型は数年の経過で会話可能になり対人交流も広がることが多い。一方、2/3は社会化への意欲に乏しいタイプであり、症状も長期化し対人交流の不足から社会参加ができない。

(8) 対応

学校でも診療場面でも、原則として無理に話させようとしない。話さなくても交流できる体験、話さないまま集団の中に居てもよいという体験を積み重ねて行くことが重要である。また、何かの拍子に話したとしても、さりげなく応答し、大げさに反応してもっと話させようとしてはいけない。話さなくても毎日登校するが、学校での会話を強要することで不登校になることがある。

(9) 専門機関への紹介

発達障害の有無や合併症の評価のため一度はコンサルトすることが望ましい。両親の治療動機が高く長期の通院が可能ならば、遊戯療法のよい適応であり、教育相談所などでも行なわれる。全緘黙は広汎性発達障害や統合失調症の可能性があるため専門機関での診断・治療が必要である。

2) 登園しぶり (保育所・幼稚園)

(1) 概要

家庭と園とでの欲求の充足度合いや安堵感に違いがあることを認識できるようになったために起きるもので、疾患というよりも正常な発達過程で起こる現象と捉えたほうがよい。

(2) 疫学

一過性のものや軽度の行きしぶりを含めるとほとんどの児にみられ、不登校に直結するものは少ない。登園初日からみられるほか、登園1か月頃や長期休み明け、病欠明けなどにもみられる。乳児期から保育園に通っている場合、個々の心理発達の度合いに応じて登園しぶりの時期はまちまちである。また、4、5歳からの幼稚園が初めての集団参加である場合は2つに分かれ、母親との分離が一過性であることを認識できている(母親と離れていてもつながっているという安心感がある)児では軽度であるが、母親との分離により強い不安を来す(分離不安の強い)児では長期化しやすい。

(3) 成因

現代は幼児期から地域での集団遊びの機会が少ない。そのため、入園により初めて同年代の集団に入り、自分の権利をどの程度主張するか、権利を侵害された時どのように対処するかなどの課題にさらされる。そこでうまく対処できない場合、集団は辛い場所となり苦痛を取り除いてくれる母親を求めるようになる。本人が行きたくない理由を話したとしても、それが主因であることは少なく、本人も何故行きたくないか分からない。他児との喧嘩や保育士に注意されたことをきっかけにおこることもあるが、それを原因扱いして母親が保育士への不信感をつのらせると難治化する。

(4) 基本症状

幼児が登園を嫌がり、到着後も泣いて親にしがみつき離れない状態をいう。保育士が引き離れた後、しばらくすると泣き止んで集団に入れることが多い。集団行動が取れず保育士としか関われない、昼食を食べられない、お昼寝ができないなどがあれば併存症を疑う。

(5) 合併症・併存症

以下の併存症をもつ場合、就学後、不登校を続発することがある。

分離不安障害：家庭や愛着をもっている重要人物（母親など）との分離により、過剰な苦痛や再会できないのではないかという過剰な不安（分離不安）が生じる。集団の経験不足から新しい環境に圧倒され、母親と離れることを怖がり分離に抵抗し、時には身体症状を呈する。

広汎性発達障害：環境が変わることによりパニック（痙攣）が起こり、なかなか治まらない。

境界知能、軽度知的障害：集団内で他児と競合することができず、孤立したりいじめられたりする。

(6) 診断

登園しぶり自体は疾患ではないためDSMやICDの診断基準はない。持続的なものは上記の併存症の診断基準を満たすものが多い。

(7) 経過

多くのものは一過性であるが時々再燃する。母が嫌がる児を無理やり預けることに迷いがある場合や母親の保育士への不満や不信が拭いされない場合は預ける親の不安と児の不安が相乗効果となり長期化する。母親が就労のため保育士に預けるしか選択がない場合は長期化しにくい。

(8) 対応

登園時は保育士に抱っこで迎えてもらい、お迎え時には不安ながらも過ごせたことを十分認めてやる。寝る前に母子だけの時間を作り、児の希望することを一緒に行なったり、時には数日間休んで一緒に過ごすことも有効である。保育士は「嫌がってもどうぞ連れてきて、後はお任せください」というスタンスである。親の保育士への不信感（喧嘩の仲裁や叱り方）や児を不憫に思う親の気持ちが子どもの不安を増幅させてしまう。保育士と十分話し合い、児がゆっくり慣れていくことに保育士が付き合ってくれる姿勢であることを確認する。園で過ごす時間を少しずつ増やす方法（脱感作療法）が有効なこともある。

(9) 専門機関への紹介

分離不安が強く長期化する場合や自閉症などの発達障害が疑われる場合、親の不安が強く保育士との連携がうまくいかない場合など、第三者の介入が必要となる場合は教育相談所や児童精神科に紹介する。

3) 抜毛（円形脱毛を含む）

(1) 概要

抜毛とは、自分の髪の毛を強制的に引きぬく、ねじるものであり、習癖のものから、衝動を抑えられない一種強迫的なものまである。円形脱毛症とは、頭皮や他の身体部位で、後天的に円形に急速に脱落していくもので、病態は異なっている。抜毛の場合は心理的な

アプローチが必要であるが、円形脱毛症の場合は、二次的なストレスの軽減のためのアプローチになる。

(2) 疫学

抜毛は成人よりも小児に多い。発生率は女子3%、男子1%で女子に多い。好発年齢は9～13歳である。

円形脱毛症では生涯発生率は人口の1%で、その60%が小児期である。

(3) 成因

基本的には、心理的緊張感の緩和のための行動と考えられる。

年少児では、生活上の変化を契機（両親との関係の問題・母親不在・兄弟関係・学校での問題）として反応性に発症する。

年長児や重症例では、単純な習癖というより、精神病理が関係し、強迫的傾向の場合がある。感情表現の言語化の不良や、家庭、学校でのストレス状況がきっかけとなることが多い。

円形脱毛症は、多因子的であるが、主な要因として自己免疫的異常やアトピー素因も関係していることもある。

(4) 基本症状

- ① 抜毛：境界が不明瞭で不完全な脱毛巣が、本人の手の届く範囲にある。多くは頭髪、その他眉毛、睫毛、稀にひげ、四肢の毛、恥毛もまれにある。（円形脱毛症は境界が明瞭で、完全な脱毛巣で表面は滑らかである）
- ② 特徴：脱毛部分に短い新生毛を認める（円形脱毛症には認めない）。皮膚の炎症所見はない。
- ③ 心理・行動面：抜毛を意識し認める場合、意識しているが認めない場合、無意識に抜毛している場合がある。重症の場合は否定することもある。
- ④ その他：まれに食毛（抜いた毛髪を食べて、胃内に停滞：胃毛石を生じる）。

(5) 合併症・併存症

年少児では、指しゃぶり・爪かみなどが見られることもある。

年長児では、うつ病、境界型人格障害などの合併がみられることがある。

(6) 診断基準

抜毛と円形脱毛症との鑑別診断は上記のごとく、容易である。

抜毛癖の診断基準を以下に示す。（DSM-IV）

- ① 繰り返し体毛を抜き、その結果、体毛の喪失が目立つ。
- ② 抜毛の直前に緊張感がある。
- ③ 抜くことで快感・満足感・開放感を得る。
- ④ 他の精神疾患では説明しきれず、一般身体疾患（例：皮膚疾患）によるものでない。
- ⑤ 臨床的に、著しい苦痛・または社会的、職業的などの機能の障害を引き起こしている。

円形脱毛症は、自己免疫疾患やその他のアトピー性疾患と合併することがある

(7) 経過

年少児の反応型では、治療に対する反応がよい。年長児の神経症型では、一般に動揺しながら一定の期間がかかる。

(8) 対応

① 精神療法：抜毛と診断した場合には、家族に抜毛をしからないようにする。「手が頭にいつてるよ」などと本人に自覚させてあげるような声かけを心がける。手を使うような活動にさりげなく誘導するのもよい。環境要因でストレス状況があれば、その調整を試みる。本人は抜毛部位をかなり意識しているので、「きっと毛が生えてくるよ」と保障しながら行う。

円形脱毛症は、安易にストレスのせいであるという説明はすべきでない。

② 遊戯療法：年少児やストレス状態が明確で感情の表出が不良な場合におこなう。

③ 行動療法：年長児で治療動機づけが高い場合におこなう。毛を抜きたくなったときに、ほかの代替え行動に変える（反応妨害法）とか、自分の習癖になっている行動を自分でモニタリングしていく作業をおこなう。鏡や写真などを利用して、本人にフィードバックしていく。

④ 薬物療法：抜毛に薬物を使用することはすくないが、まれにSSRIが使用される。円形脱毛症には、ステロイド、フロジン液などの外用薬が使用されることがあるが、実際には自然治癒と考えられる例が多い。皮膚科との連携が望まれる。

（9）専門機関への紹介

年少児では、たいてい予後はよいので、経過をみてゆけばよい。年長児で強迫的な行動として身に着けている場合や、家庭内の持続的葛藤など、神経症型や、思春期以降の人格に問題を有している場合には専門機関に任せる。

5. 不登校

(1) 概要・疫学

不登校は疾患名ではなく状態像である。文部科学省は、「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（ただし、病気や経済的な理由によるものを除く）」が、年間30日以上（平成3年以降の定義）欠席した者を不登校としている。

文部科学省の実態報告では不登校の実数は、平成3年度（6万7千人）以降増加し続けたが、平成13年度の13万9千人をピークに、平成17年には12万2千人と、4年連続減少であった。しかし中学生は36人に1人と未だに高い割合が続いている。

不登校児は身体症状を訴えて休み始めることが多く、小児科医・内科医を受診することが多い。そのため不登校児の初期状態をプライマリ・ケア医が接するケースは少なくないはずであるが、実際には身体症状の検査がおこなわれ、異常がないとそのまま受診を打ち切られる場合が多いようである。ここでは不定愁訴を主体で来院した児について不登校としてどのように扱うかについて解説する。

(2) 不登校を疑わせる症候

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う。

- 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、次の質問をする

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。

以上から不登校を疑われれば次のように対応する。

(3) 不登校への初期対応

対応の原則は、①身体症状の治療、②経過観察、③状態によっては専門機関との連携、である。

① 身体症状の治療

身体症状に対しては、その治療をおこなう。検査で異常がないからといって症状を軽視せず、症状をコントロールする方法を工夫する。児は周囲（家族、医師）が思っている以上に症状に対して苦痛を感じているので、その解決に取り組むことが不登校の治療の第一段階になる。

身体症状の取り組みの具体的な方法

- a. 症状に対する適切な投薬をする。心因性だから薬はないなどと決め付けないようにして、各症状に対して鎮痛薬や整腸薬などの投与をおこなう。但し効果がないからと投与量をむやみに増やすことは避ける。
- b. 身体症状について正しい理解をしてもらう。児、家族ともに身体症状が起こるメカニズムとしての心身相関の説明を行う。心身相関とは、「心理的なストレスが身体症状を悪化させ、悪化した身体症状のために生活の質が低下する結果、それがまた心理的なストレスになる」という悪循環である。これを親子が十分に理解することにより身体症状に対する対処方法がとれる。
- c. 身体の安定を目的に「生活リズムを維持すること」、「食事を家族で食べること」、「雑談やお手伝いを通じて会話を増やすこと」などを提案していく。心理的な問題があるからこそ、まず身体の安定を図るという視点が大切である。

このような身体症状への取り組みにより登校の問題のみに執着しがちな親子が新たな共通の目標を持つので、親子関係が改善するなど良い効果を生むこともある。この取り組みのみで症状が軽快して、登校が可能になる場合もある。

② 経過観察

定期的に経過を追っていく。検査などで問題がないから、またはすることがないからと受診を打ち切るようなことはしないようにする。打ち切ると児は見捨てられた感じをもつことが多い。

経過観察のポイント

- a. 学校でのトラブルや家庭内の問題については、問診で表面化することがあるが当面、聞くだけにとどめる。その問題が不登校の主体であると安易に決め付けないようにする。きっかけや悪化因子としては重要であるが、そのことが主体である可能性は低い。また原因を追求しすぎて犯人探しになってしまう可能性が高く、そのことは不登校の治療としては役に立たない。治療の経過の中で少しずつ話し合うつもりで、また必要あれば家族だけでなく学校やその他の人から話を聞く。
- b. 2週間に1回の定期受診を基本とする。状態に応じて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か月に1回程度とする。

③ 専門機関との連携

経過のなかで以下のような場合には専門機関との連携が必要となる。専門機関への紹介は治療者の一方的な判断ではなく、家族によく説明をして、話し合いながら行う。またすぐに手放すのではなく一緒に診ていく姿勢が大切である。

- a. 極端な成績不良は軽度精神遅滞の存在を、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の存在を疑ってみる必要がある。発達障害の可能性につい

て疑われる場合には、専門の施設を紹介する。

b. 幻覚、妄想等の症状がみられる場合には、精神科での治療が必要となる。また強い不安や抑うつ状態、混乱がある場合にも専門機関への相談が必要となる。

c. 特にこれといった問題がなくても治療者側が違和感を感じたり、しっくりいかないことがある場合にも専門機関への相談は積極的におこなう。

なお詳しくは日本小児心身医学会が発行する不登校診療ハンドブックを参照のこと。

6. 発達障害

1) 発達障害の評価

(1) 遅れの評価

① 運動発達の遅れ

運動発達の里程碑の遅れで判断する。おおよその目安として、
粗大運動：9～10 か月で座位ができない、18 か月で未歩行。
微細運動：6 か月で物に手を伸ばさない、18 か月で指差しができない。

② 言語発達の遅れ

言語発達の里程碑の遅れで判断する。おおよその目安として、
発話：18 か月で有意味語がない、3 歳で2 語文が話せない。
言語理解：18 か月で身体部位を示せない、3 歳で簡単な会話が成立しない。

(2) 発達障害を疑わせる行動特徴

- ① 落ち着きのなさ：危険回避が不十分な程度によく動く。思いつくとやらずにはいられないという衝動性を随伴することもある。
- ② 指示の入りにくさ：指示を無視する、聞いていないようにみえる、など。
- ③ かんしゃく：長く続く制止困難な興奮状態。泣き、奇声、自傷、他害の随伴もある。
- ④ 一人遊び：集団での遊びもできるが、一人で遊ぶことを好む。
- ⑤ こだわり：道順や置き場所、やり方などに一定のルールがあり変更ができにくい。
- ⑥ 人への恐れ、逆に人へのなれなれしさ：人と適度な距離感が保てない。
- ⑦ 感覚過敏：音や触られることへの嫌悪表現が著しい。

(3) 「軽度」発達障害とは

この用語は明確に定義された用語ではない。平成 10 年頃より、発達障害医療や障害児教育の分野で使われ始めた通称であり、本邦独特のものである。脳性麻痺や精神遅滞、知的障害のある自閉症といった発達障害に比べると、その障害の程度が軽いという意味合いで対比的に使われ始めたカテゴリー的な総称と考えられる。

次に挙げた疾患をさすことが多い。

- ① 学習障害
- ② 注意欠陥／多動性障害
- ③ 知的な遅れのない広汎性発達障害（いわゆる高機能広汎性発達障害）。これには「知的な遅れのない自閉症（いわゆる高機能自閉症）、アスペルガー障害、非定型自閉症」が含まれる。

小児保健の立場では、健診の場において障害に気づきにくいという意味で「軽度」精神遅滞を含める立場もある。

医学的な用語というよりも、福祉的、教育的な用語という性格が強い。福祉的な意味での「軽度」発達障害は、障害児者に対する福祉施策の狭間に存在していたという意味であると考えられるし、教育的な用語としては特別支援教育のなかで新たに取り入れられた枠組みを示す用語、あるいは通常学級に在籍している発達障害という意味に相当すると考えられる。

2) 知的障害（精神遅滞）

（1）概要

全般的な知的能力が低く、生活上の適応にも困難がある状態。

（2）疫学

- ① 有病率：約 1～2%
- ② 性差：男：女 1：1
- ③ 好発年齢：乳幼児期より気づく。重度ほど早期に発見される。
- ④ 遺伝・家族性：認められるタイプがある。

（3）成因

染色体異常や胎内感染症などのほか、家族性もある。

（4）基本症状

乳幼児期では全般的な発達の遅れ。学齢期では学業の遅れや生活上の適応困難。

（5）合併症・併存症

- ① 精神神経疾患：てんかん、精神疾患
- ② 身体疾患：肥満、糖尿病などの生活習慣病
- ③ 社会的な問題：事故や犯罪被害、二次的な学校不適応（心身症、不登校）など

（6）診断

知的障害（精神遅滞）の診断基準（DSM-IV、1994）

A. 全体的な知的機能の著明な低下：個別に行われた知能検査で 70 以下の知能指数（乳幼児では、臨床的な判断）。

B. 同時に存在する適応能力（その文化圏においてその年齢で期待される平均的能力）の欠如あるいは障害。それは、以下の領域のうち少なくとも 2 領域で認められる。コミュニケーション、自立性、日常生活の行動、社会的活動、社会資源の活用、自己充足性、学業、仕事、余暇活動、健康維持、自己の安全性確保。

C. 18 歳未満の発症。

（7）対応

療育機関や教育相談機関などの地域資源に関する情報提供や活用可能な福祉制度等に関する情報提供を行う。

（8）専門機関への紹介

知能検査が実施できない幼児でも、発達に明らかな遅れがあれば療育機関等へ紹介する。

3) 自閉性障害

（1）概要

社会的能力、コミュニケーション能力、想像力の 3 つに障害があり、生活上の適応にも困難がある状態。

（2）疫学

- ① 有病率：約 0.1～0.2%（広汎性発達障害では約 0.5%）
- ② 性差：おおよそ男：女 5：1
- ③ 好発年齢：幼児期より気づかれる。知的障害合併例では、発見が早い。

④ 遺伝・家族性：認められることがある。とくに知的障害のないタイプに多い。

(3) 成因

結節性硬化症や脆弱X症候群など原因の明らかなこともあるが、多くは不明。

(4) 基本症状

- ① 対人的相互反応における質的な障害：視線の合いにくさ、共感性の乏しさなど。
- ② コミュニケーションの質的な障害：言葉の遅れ、反響言語、独特な言い回しなど。
- ③ 興味や活動の限定的で反復的な様式：限定的な興味、固執、常同的な行動など。

(5) 合併症・併存症

- ① 精神神経疾患：知的障害、てんかん、強迫神経症や気分障害などの精神疾患
- ② 身体疾患：肥満などの生活習慣病、摂食障害
- ③ 社会的な問題：二次的な学校不適応（心身症、不登校、引きこもり）、徘徊など

(6) 診断

自閉症の診断基準（DSM-IV、1994）

A. (1)～(3)の各項目のうち6項目以上に該当する。ただし、少なくとも、(1)の項目から2項目、(2)と(3)の項目から各々1項目を含むこと。

(1)社会的な交流活動の質的障害で、以下の項目のうち少なくとも2項目に該当：

(a)相手の目を見つめる、表情、姿勢、身振りなどの社会的交流を調整するような非言語的な対人行動をとることの著明な障害。

(b)発達段階に応じた適切な友人関係がもてない。

(c)他の人と喜びや関心を共有したり、一緒に一つのことをやり遂げようとしたりすることをしない（例えば、自分が関心を持った物を相手に示したり、持ってきたり、指さしたりしない）。

(d)社会的あるいは情緒的な結びつきが乏しい。

(2)コミュニケーション行動の質的障害で、以下の項目のうち少なくとも1項目に該当：

(a)話しことばの遅れか、完全な欠如（身振りや手振りなど、他の手段で補おうともしないこと）。

(b)ことばがある場合では、自分から話しかけたり、会話を続けたりすることの著明な障害。

(c)常同的なことばや独特のことばの反復使用。

(d)発達段階に応じたごっこ遊びや役割遊びができない。

(3)限定された行動、関心、活動の常同的反復で、以下の項目のうち少なくとも1項目に該当：

(a)常同的で限定された興味に没頭する。興味の程度か対象が異常である。

(b)特異で効率が悪い決まり切ったやり方や儀式的な方法に非常に固執する。

(c)常同的で反復する型にはまった動作（例えば、手や指をひらひらさせたりくねらせたりする、あるいは、全身の複雑な動き、など）。

(d)物の一部分に対する持続的なこだわり。

B. 以下の領域のうち少なくとも1領域における遅れや偏りが3歳以前に見られる：

(1)社会的な相互交流

(2)社会的なコミュニケーションをとるための言語

(3) 象徴的あるいは想像的な遊び

C. レット障害や小児期崩壊性障害によるものではない。

(7) 経過

症状の程度は年齢や環境で大きく変化するが、基本的な症状は成人期以降でも持続する。

(8) 対応

療育機関や教育相談機関などの地域資源に関する情報提供や活用可能な福祉制度等に関する情報提供を行う。養育困難感が強い場合には保護者の支援が不可欠であり、地域担当の保健師などへつなげる。

(9) 専門機関への紹介

疑われる所見があれば早い段階で専門機関へ紹介する。

4) 注意欠陥／多動性障害

(1) 概要

年齢と発達段階を考慮しても不釣り合いな程度の多動、衝動性、集中不良があり、生活上の適応にも困難がある状態。

(2) 疫学

- ① 有病率：約3%
- ② 性差：おおそ男：女 5：1
- ③ 好発年齢：幼児期に気づかれる
- ④ 遺伝・家族性：認められることがある。

(3) 成因

知られていない

(4) 基本症状

過活動、衝動性、不注意の3つ。

多動性－衝動性優勢型、不注意優勢型、混合型の3タイプがある。

(5) 合併症・併存症

- ① 精神神経疾患：学習障害、反抗挑戦性障害、行為障害など
- ② 社会的な問題：怪我や事故のリスク、二次的な学校不適応（心身症、不登校）など

(6) 診断

注意欠陥／多動性障害の診断基準 (DSM-IV、1994)

A. (1)か(2)があること。

(1)以下の注意力障害を示す項目のうち6項目以上が少なくとも6か月以上持続しており、それは日常生活に支障をきたし、かつ、発達段階に不相応なこと。

注意力障害

- a. 勉強や仕事、あるいは、他の活動時に、細かい注意を払うことができなかつたり、ちょっとした誤り (careless mistakes) を起こしたりすることが多い。
- b. 課題や遊びにおいて注意を持続することが困難なことが多い。
- c. 話しかけられていても聞いていないことが多い。
- d. 指示を最後まで聞けず、勉強やちょっとした仕事、あるいは、職場でのやるべき仕事をやり遂げることができないことが多い（反抗や指示の理解不足のためではない）。