

小児診療
Knowledge & Skill

4

子どもの こころの診療

—小児科医が挑む子どものこころの臨床

総編集●加藤元博 東京大学

専門編集●田中恭子 順天堂大学

中山書店

序

このたび、『小児診療 Knowledge & Skill』シリーズの第4巻として、『子どものこころの診療—小児科医が挑む子どものこころの臨床』を世に送り出す運びとなりました。総編集の加藤元博先生（東京大学）をはじめ、本シリーズの刊行に多大なるご尽力をいただいた中山書店の日下美由紀様、ほかすべての関係者の皆様に、心より感謝申し上げます。

また、本書の企画と編集を共に推進し、中核を担ってくださった共同編集者の岡田俊先生、金生由紀子先生、石崎優子先生、永光信一郎先生をはじめ、すべての執筆者の皆様の熱意とご協力に、改めて心より感謝の意を表します。皆様の献身的な参画なしに、本書の完成はありえませんでした。

現代社会における小児医療の新たな責務

子どものこころの問題は、現代の小児医療において避けて通ることのできない、きわめて重要なテーマです。社会状況の変化に伴い、小児科外来には神経発達症、心身症、気分症など、「こころ」の健康に関する相談が年々増加し続けています。

この潮流のなか、2023年にこども家庭庁が始動し、子どもの権利を尊重した切れ目のない支援の構築が国家的な課題となりました。特に、子どもアドボカシーの重要性が高まるにつれ、医療の場においても、子どもが自らの声を上げ、その意見が尊重される環境整備が求められています。小児科医には、身体的な健康を守るだけでなく、子どもたちのウェルビーイング全体を支え、権利を擁護する役割が強く期待されています。

連携と専門性に基づく「知」と「技」の結集

しかし、「こころ」の診療は専門性が高く、多岐にわたる知識と技術が求められます。子どものこころの診療もまた、子どもの発達科学と精神医学の最新の知見に基づいた、「体系的な「知識 (Knowledge)」と「技術 (Skill)」」が不可欠です。本巻は、この切実なニーズに応えるべく、「知識と技術に裏づけされた自信を日常診療に」という本シリーズの理念に基づき企画されました。

本書では、「子どものこころ」の臨床に携わる小児科医と精神科医のエキスパートが結集し、実際に日々の診療で活用できるポイントを主軸に原稿を執筆していただきました。内容は、以下の広範な領域を網羅しています。

- 子どものこころの発達と検査、治療の枠組み
- 神経発達症
- 心身症
- 気分症・精神病圏
- 逆境体験とトラウマ
- 子どものコンサルテーション・リエゾン

-
- 一般外来での対応から専門外来への連携
 - 予防と連携（特に5歳児健診を中心に）

私たちが目指したのは、エビデンス（根拠）とエクスペリエンス（経験）を融合させた「知」と「技」を提供し、小児科医が目前の子どもの状態を深く理解し、最適な方針を決定できるようになることです。

専門家同士の協働の推進

この第4巻に込めた最も強いメッセージは、「専門性を活かした連携の必須性」です。子どものこころの診療における専門性担保のため、今、一般社団法人子どものこころ専門医機構の設立が進められてきました。これは、小児科医、精神科医がそれぞれの強みを活かし、専門家として質の高い診療を提供するための大きな一歩です。本書は、個の優位性を誇示するのではなく、小児科医がすでにもっている「子どもの全体像を診る力」や「身体疾患への専門性」を土台としつつ、精神科医療の専門性と効果的に協働するための指針を提供します。

特に、地域で活動する公益社団法人日本小児科医会「子どもの心相談医」との連携は、子どもたちを身近で支えるうえできわめて重要です。また、子どもの心身の問題の早期発見・早期支援の要となる5歳児健診において、小児科医が積極的な役割を果たし、専門的な視点から健診の質を高める責務を果たすことも、本書の重要なメッセージの一つです。

本書が、小児医療の現場に「こころ」の臨床をしっかりと根付かせ、専門家同士の緊密で心優しい連携を促進する「羅針盤」となり、子どもたちの権利を守り、健やかな成長を支える未来を築くための一助となることを確信しています。読者の皆様の熱心なご活用を期待し、序文とさせていただきます。

2026年1月

田中恭子

順天堂大学医学部小児科学講座 准教授

CONTENTS

1章 子どものこころの発達，検査

小児科医が担う子どものウェルビーイング	田中恭子	2
子どものこころの発達の特徴	永田雅子	7
小児科診療における BPS フォーミュレーションの重要性と実践	田中恭子	12
心理検査	松寄くみ子，傍田彩也子	16
生物学的検査	北島 翼	20

2章 治療の枠組み

薬物療法

向精神薬を用いた薬物療法	岡田 俊	26
小児心身症における薬物療法	石崎優子	31

心理社会的治療

トラウマインフォームドアプローチとトラウマ焦点化治療	亀岡智美	35
認知行動療法／行動療法，対人関係療法	池田真希子	39
遊戯療法・箱庭療法	大堀彰子	44
支持的精神療法の実際	生田憲正	49
親ガイダンスと養育支援	金生由紀子	54
親子の関係性に働きかける心理社会的治療と介入 (公衆衛生モデル，PCIT，CARE)	加茂登志子	60
ペアレント・トレーニング	石井礼花	68
環境調整と地域・多機関連携	小川知子	73
コラム①クリニックでできる心理療法：小児科医編	秋山実季，秋山千枝子	77
コラム②クリニックでできる心理療法：看護師編	江崎陽子	78

精神科医との連携

小児科医から	岡田あゆみ	79
精神科医から	桑原 斉, 横山 香, 山内秀雄	84
かかりつけ医とところの診療を専門とする小児科医との連携	作田亮一	88
コラム③小児科医会「子どもの心」相談医の活躍	本田真美	92

3章 子どものこころの診療

神経発達症

自閉スペクトラム症	広瀬宏之	93
注意欠如多動症 (ADHD)	岡田 俊	97
知的発達症	汐田まどか	101
学習障害 (限局性学習症)	岡 牧郎	107
運動症 (発達性協調運動症, チック症)	金生由紀子	111

心身症

起立性調節障害	山分銀六, 吉田誠司	117
摂食症	大谷良子	123
慢性疼痛症	永井 章	129
身体症状症と解離症	宮本信也	134
習癖異常	櫻井優子	140

神経症圏と適応反応症

不安症群	渡部京太	144
強迫症	小平雅基	149
適応反応症	牛田美幸	153

精神病・気分障害圏

統合失調症と初期対応・ARMS (At Risk Mental State)

..... 松本 峻, 藤田純一 158

うつ病・抑うつ状態と初期対応 宇佐美政英 163

双極症と初期対応・ADHD・思春期の周期性精神病との鑑別

..... 辻井農亜 168

抗 NMDA 受容体脳炎, てんかんに伴う精神症状

..... 和久田智靖, 中村佳夏 172

児童虐待と子どものメンタルヘルス

小児期逆境体験と子どもの発達 山崎知克 178

プライマリケアでの被虐待児のケア 田中 哲 183

愛着障害 五月女友美子 188

PTSD (心的外傷後ストレス症) 八木淳子 193

4章 小児科身体治療とメンタルヘルス

小児がんの心理社会的支援 江崎陽子, 田中恭子 199

移植医療におけるメンタルヘルスと意思決定支援

..... 小林まどか, 田中恭子 204

早産・低出生体重児における発達とメンタルヘルス 細澤麻里子 210

リエゾンチームと多職種連携・地域連携 藤井義之 216

その他の慢性疾患と自立支援 落合亮太 222

小児コンサルテーション・リエゾン 田中恭子 227

5章 一般外来での対応と専門外来への紹介

不登校 黒神経彦 232

自傷行為と自殺企図 中村俊一郎 238

デジタルゲーム・インターネット嗜癖の状態像とケア	吉川 徹	244
睡眠障害	井上 建	249
性的逸脱・性化行動	上野千穂	255
ヤングケアラー，子どもの貧困	門田行史	261

6章 予防と連携

乳幼児健診と事後指導	小倉加恵子	266
5歳児健診の方向性	永光信一郎	271
地域連携：子どものSDH（健康の社会的決定要因）の視点から	小林穂高，向原千夏	275
拠点病院事業	児島正樹	283
コラム④お子さんの居場所支援：「川崎市子ども夢パーク」	西野博之	287
付表		288
付表①主な心理検査の種類と概要		
索引		298

1章 子どものこころの発達, 検査

小児科診療におけるBPSフォーミュレーションの重要性と実践

BPS : Bio-Psycho-Social

なぜ小児科でBPSフォーミュレーションが必要なのか

- 小児科の日常診療において、腹痛、頭痛、めまいなどの身体症状を訴える子どものなかには、医学的な検査だけでは原因が特定できない、あるいは心理社会的要因が深く関与しているケースが多くみられる。
- 子どものメンタルヘルスにおいては、発達段階上、こころのストレスを言語化することが苦手であり、その結果、身体化という防衛機制が生じ、身体症状としてこころのSOSを訴えることが多い。これらの症状の要因は、約80%以上が生物学的因子に帰着できるものではなく、さまざまな心理社会的因子が、症状の誘発因子や持続因子となっていることが指摘されている。
- 子どものこころの不調は、一つの原因ではなく、複数の因子（素因、誘発因子、持続因子、保護因子など）の組み合わせやつながりにより生じることが多いため、単に症状を治療するだけでなく、その背後にある複雑な要因を包括的に理解し、アプローチすることが不可欠である。
- BPSフォーミュレーションは、患者が問題を抱えて受診するに至った複数の要素を包括的にまとめ、簡潔に伝えるための枠組みであり、個別化された治療計画を理論化する作業仮説を提供する。これは、小児科医が、目の前の子どもを単なる「疾患」としてではなく、「個人」として、その背景にある「重要な人々や出来事」を含めた物語として理解し、多機関および多職種連携を円滑にするための共通言語・社会的処方箋となる。

BPSフォーミュレーションの構成要素

- BPSフォーミュレーションは、以下の3つの主要な領域と、それらを発達の文脈でとらえる視点から構成される。

■生物学的要因：Bio

- 先天性疾患、家族の遺伝的素因（精神疾患など）、神経発達の遅れや凸凹（自閉スペクトラム症 [ASD] や注意欠如多動症 [ADHD] 特性など）、急性および慢性の身体疾患（代謝内分泌性疾患、染色体異常、炎症、糖尿病、起立性低血圧など）の生物学的結果、使用している薬の影響などが含まれる。

ASD : autism spectrum disorder

ADHD : attention-deficit/hyperactivity disorder

■ 心理的要因：Psycho

- 患者の精神状態、病気やケアプランの理解度や受容、気質・性格的特徴や防衛機制（特に抑圧）、ストレスやトラウマ、苦痛に対する耐性、ストレス耐性など自己調整や問題解決の能力、ライフステージ（思春期心性など）が含まれる。子どもの場合は、言語化が難しいため、抑圧などの防衛機制として身体症状が現れることが多い点に留意が必要である。

■ 社会的要因：Social

- 家族や友人などの利用可能な社会的支援、家族や友人が患者の病気や問題をどのように理解しているか、経済的ストレス要因、地域社会・学校・職場での対応、文化的背景などが含まれる。子どもは環境要因により心理的ストレスを増大させやすいため、家庭内不和や学校環境の変化などが重要な要因となりうる。

■ 発達の視点：Developmental

- 上記の生物学的、心理的、社会的要因は、すべて発達の文脈において考慮されなければならない。Erikson の 8 つの発達段階における発達課題の理解は、ケアの方針に役立つ。

BPS フォーミュレーションを深める 4 つの P (4P)

- BPS フォーミュレーションをより構造的かつ焦点の定まった治療計画に落とし込むために、「4 つの P」の要因を考慮する。

素因 (Predisposing)

- 現在の問題に影響を与えているもともと脆弱性や行動パターンである。

誘発因子 (Precipitating)

- 問題の原因やきっかけとなっていると思われる現在または最近のストレス要因である★¹。

持続因子 (Perpetuating)

- 現在の問題を維持する要因である★²。

保護因子 (Protective)

- 現在の問題の結果に「影響を与える可能性のある支援や回復力(強み)」である★³。

BPS フォーミュレーションの臨床への応用と効果

■ 介入の基礎としての BPS フォーミュレーション

- 正確な BPS フォーミュレーションは、患者とその家族、さらには多職種医療従事者に対する患者理解に通じる心理教育の基礎となる。フォーミュレーションを通じて、「なぜこのようなことを心配しケアが必要なのか」という疑問に答え、治療法の論理的根拠を簡潔に提示することができる。効果的なフォーミュレーションは、以下の点で特

★ 1

例：胃腸炎などの急性医学的経過、思春期というライフステージへの移行、学校でのいじめや人間関係の解消など。

★ 2

例：痛みの要因に対する理解の浅さ、抑うつ気分、持続する家庭内不和など。

★ 3

例：献身的で思いやりのある両親、良好な友人関係、援助希求性、かかりつけ医との関係性など。

2章 治療の枠組み

心理社会的治療

ペアレント・トレーニング

ADHD : attention-deficit/hyperactivity disorder

- ペアレント・トレーニングは、幼児期、学童期における ADHD の心理社会的治療の中で、国際的に最も行われている。また、エビデンスレベルが高く、欧米のガイドラインで推奨されている¹⁾。
- 行動療法の理論を基本とし、親を対象としたトレーニングであり、親の目の前で出る子どもの行動に焦点を当て、「してほしい行動」には肯定的な注目（ほめる）をし、「してほしくない行動」については、注目を与えない（取り去る）という手法を中心として、さらに適切な指示の出し方を学ぶ。
- 週に1回、または隔週に1回のペースのセッションを10回程度実施する。セッション中にはロールプレイを体験し、家で宿題として実践する形式であることが多い。
- 本項においては、このような形式のペアレント・トレーニングを行動療法的ペアレント・トレーニング（BPT）とする。

BPT : Behavioral Parent Training

BPTの目的は何か？

- BPTの目的は、子どもの行動変容、すなわち「してほしい行動」を増やし、「してほしくない行動」を減らすための技術を親が習得することである。ペアレント・トレーニングのスキルを使って、親が子どもにかかわることによって、親子関係がより温かみのあるものとなり、親子のやりとりがスムーズになる。
- 親からほめられることを通して、子どもの自己肯定感が上がり、意欲が増すなどの効果もあり、そのような子どもの変化をみた親もまた、自信を回復していく。

BPTの理論はどのようなものか？

- ペアレント・トレーニングは、社会学習理論を基盤とし、オペラント条件づけなどの原理を含むものである。
- 先行子テクニクには、明確な指示、および、ある特定の状況にはどのような行動が合っているかを明確にする構造化が含まれている。
- 結果ベーステクニクとしては、ある行動に対して、ほめる、注目を取り去るなどが含まれる。
- 親の注目の力を使う。ほめる、認める、興味や関心を示す、そっと肩に触れるなどの肯定的注目と、注意する、叱る、怒鳴る、お説教する、ため息をつく、眉間にしわを寄せるなどの否定的注目のどちらも子ど

もの行動を強化する（増やす）力をもっている。

- 行動の理解、ほめ方、環境調整、不適切な行動への対応などについて親が学び、ロールプレイを含んだグループワークや宿題を通して実践するものである。親の育児ストレス改善や子どもの問題行動の低下への効果のエビデンスがある。
- 標準的には、全10回のプログラムであり、実施者も専門的な技術を習得して行う必要がある。コアエレメントなどを定めたものが厚労省のHPにガイドブックとして提供されている²⁾。

厚生労働省の求める基本プラットフォーム²⁾

- 厚生労働省はペアレント・トレーニングの基本プラットフォームを以下のように2016年に定めている^{★1}。
- コアエレメントの内容：①子どもの良いところ探し&ほめる、②行動理解（ABC分析^{★2}）、③環境調整（行動が起きる前の工夫）、④子どもの行動の3つのタイプ分け、⑤子どもが達成しやすい指示、⑥子どもの不適切な行動への対応。
- 運営の原則：①全5回以上、概ね隔週^{★3}。1回の実施時間は参加者の人数によるが、90～120分程度を目安としている。②原則として、すべての回に出席することを求められる。③講義で知識を得ながら、演習やロールプレイを体験し、家庭での取り組みを振り返る。④親が子どもへの関わりを修正していくプロセスが重要である。⑤参加者の人数は、1グループにつき4～8人が運営しやすい。
- 実施者の専門性：①コアエレメントの内容を理解して親に助言できること。②親のこれまでの関わり方を否定せずに子どもに適した関わり方を提案できること。③子どもの成長や親の養育スキル獲得を、小さなことから発見してフィードバックできること。

BPTの治療の枠組み

- 行動療法の理論を基本とし、親を対象としたトレーニングであり、親の目の前で出る子どもの行動に焦点を当てる。
- 「してほしい行動」は、肯定的な注目（ほめる）をして増やし、「してほしくない行動」については、注目を与えない（取り去る）ことで減らすという手法が核となる。また、子どもに伝わりやすい適切な指示の出し方を学ぶ。
- 毎週、もしくは隔週で行われるセッションを概ね10回程度積み上げていく^①。前の回が次の回の土台となるため、基本的にはすべての回に出席することを求める。
- セッション中は各回のテーマに沿ったロールプレイを参加している親同士で体験し、家で宿題として自分の子どもに対して実践する形式であることが多い。

★1

令和元年度障害者総合福祉推進事業。ペアレント・トレーニング実践ガイドブック。発行日2020年3月31日。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000653549.pdf>

（作成：一般社団法人 日本発達障害ネットワーク JDDnet 事業委員会、協力：日本ペアレント・トレーニング研究会）



★2 ABC分析

A：先行事象（Antecedents）

B：行動（Behavior）

C：結果（Consequences）

行動（B）を、その行動のきっかけとなった先行事象（A）とその結果（C）で分析する。

★3

ADHD治療ガイドラインでは、医療機関で行うものに関しては、概ね全10回で隔週か週1回を推奨³⁾。

2章 治療の枠組み

精神科医との連携

精神科医から

★1 クオリティスタンダード

製品やサービスの品質を一貫して保ち、顧客の期待を満たすために定められた基準や要件のことであり、本項では専門医が提供できる医療サービスの基準という意味で用いている。

★2

本項では精神科専門医は行動制限下での治療を行うことができる精神保健指定医の資格ももつものとして議論した。

★3 DSM-5-TR
19のカテゴリー

- 1 神経発達症群
- 2 統合失調スペクトラム症及び他の精神症群
- 3 双極症及び関連症群
- 4 抑うつ症群
- 5 不安症群
- 6 強迫症及び関連症群
- 7 心的外傷及びストレス関連症群
- 8 解離症群
- 9 身体症状症及び関連症群
- 10 食行動症及び摂食症群
- 11 排泄症群
- 12 睡眠・覚醒障害群
- 13 性機能不全群
- 14 性別違和
- 15 秩序破壊的・衝動制御・素行症群
- 16 物質関連症及び嗜癖症群
- 17 神経認知障害群
- 18 パーソナリティ症群
- 19 パラフィリア症群

DSM-5-TR: diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision

概要

- 国内では複数領域の専門医が子どものこころの診療に従事するが、初診の待機期間は長い。
- 医療資源を効率よく配分するためには、各専門医の診療範囲についてクオリティスタンダード★1を提案する意義があるものと考え、小児科医の意見をふまえて精神科医の立場から整理を試みた。
- 本項で診療範囲を検討した専門医は、小児科専門医、小児科専門医（+子どものこころ専門医）、精神科専門医、精神科専門医（+子どものこころ専門医）である★2。
- 診療範囲の検討をするうえで、精神疾患の分類についてはDSM-5-TRの19のカテゴリー★3を参照した。
- 診療範囲の検討をするうえで精神疾患によって生じる問題については、子どものこころ専門医研修の到達目標である領域「D:多様な背景によって生じる問題」の4つの項目★4を参照した。

小児科専門医にみてほしい病態

- 「小児科医の到達目標—小児科専門医の教育目標—」によると、「領域21:精神・行動・心身医学」の診療・実践能力について「良く遭遇するため対応できるようになっておくべき内容・疾患」として、①のリストが提示されている。
- ①のリストは、DSM-5-TRでは概ね「1神経発達症群」、「9身体症状症及び関連症群」、「10食行動症及び摂食症群」、「11排泄症群」、「12

① 良く遭遇するため対応できるようになっておくべき内容・疾患

● 心因性頻尿	● 慢性頭痛（緊張型頭痛、片頭痛）
● 夜尿症（単一症候性）	● 過換気症候群
● チック症	● 神経性やせ症
● 夜泣き・夜驚症	● 回避・制限性食物摂取症
● 習癖異常（指しゃぶり、爪かみ、性器いじり）	● 周期性嘔吐症
● 反復性腹痛	● 知的発達症
● 過敏性腸症候群	● 自閉スペクトラム症
● 起立性調節障害	● 注意欠如・多動症

睡眠・覚醒障害群」に相当する。

- 「1 神経発達症群」の診療では、診断と心理教育、環境調整★⁵、薬物療法★⁶に関する知識・技能が必要である。
- 「9 身体症状及び関連症群」, 「10 食行動症及び摂食症群」, 「11 排泄症群」, 「12 睡眠・覚醒障害群」については、身体疾患に関する知識・技能が必要であり、少なくとも初期の評価は身体疾患を見逃す可能性がある精神科専門医より小児科専門医は優位だと考える。
- 「10 食行動症及び摂食症群」で、本人が治療を拒否する場合には行動制限下で治療を実施せざるをえないことがあり、体重が直線的に減少するときには電解質・心電図異常などが生じる前の、精神科専門医が身体管理できる状態のうちに精神科専門医にリファーすることが望ましい。
- 診療経過で「D-1 不登校・ひきこもり」, 「D-2 自傷・自殺」, 「D-3 非行」が生じることがある。その段階では併存する精神疾患の評価と介入が必要になるが、これは次節で述べる小児科専門医（+子どものこころ専門医）の診療範囲だと考える。
- 「D-4 児童虐待」については、子どもの医学的な問題ではなく養育者の司法的な問題である。本項で議論する診療範囲とは観点が異なり、どの専門医でも虐待が疑われたら法律に沿って遅滞なく児童相談所などに通告するべきである。

小児科専門医（+子どものこころ専門医）に みてほしい病態

- 小児科専門医と異なるのは、「D-1 不登校・ひきこもり」, 「D-2 自傷・自殺」, 「D-3 非行」の背景にある精神疾患（と生活機能）について評価・介入できる点であり、このとき DSM-5-TR の 1~19 のカテゴリーすべての精神疾患の評価ができる知識・技能が必要である。
- 前節で述べた精神疾患以外で有病率が高いのは、抑うつ・不安を主とする「4 抑うつ症群」, 「5 不安症群」, 「6 強迫症及び関連症群」, 「7 心的外傷及びストレス因関連症群」と、攻撃的行動を主とする「15 秩序破壊的・衝動制御・素行症群」である。
- これらの精神疾患を治療する心理療法としては、抑うつ・不安に対する認知行動療法、攻撃的行動に対する行動分析が標準的である。医師が心理療法を実施できないとしても、診療チームにスキルをもった心理師を配置することが必要である。
- 薬物療法は原則、心理療法のみでは効果が不十分な場合に実施される。抑うつ・不安に対する抗うつ薬の使用にあたっては、利益を担保する正確な診断と自殺念慮のリスク増加をマネジメントする能力が必要である★⁷。
- 「17 神経認知障害群」（せん妄や外傷性脳損傷による認知症、他の医

★4 「D:多様な背景によって生じる問題」の4つの項目

D-1 不登校・ひきこもり
D-2 自傷・自殺
D-3 非行
D-4 児童虐待

一般社団法人子どものこころ専門医機構「研修制度の概要」



★5

特別支援教育、合理的配慮、児童発達支援事業所、放課後等デイサービスなどの利用を含む。

★6

併存する入眠困難に対するメラトニン、注意欠如多動症に対するメチルフェニデート、リスデキサンフェタミン、グアンファシン、アトモキセチンがある。

★7

また、攻撃的行動に対して抗精神病薬を使用することがあるが、利益-リスクを心理療法の進捗に沿って経時的に評価する能力が必要になる。