5-2. Failure to thrive

Failure to thrive（以下 FTT）は一定の定義がなく、曖昧であるということからも、他の用語を使用することが推奨されている。しかし世界的にも日本国内でもコンセンサスの得られた単語は未だ無い。そのため本手引では、国内で比較的よく用いられている FTT という用語を使用する。他文献における「乳児期の体重増加不良」「発育不良」「poor weight gain」「weight faltering」「faltering growth」「Malnutrition」などの用語を FTT と同義として扱う。

1．FTT の定義

FTT には世界的にコンセンサスが得られた一定の定義は存在しないが、以下の 3 点を認めることが一つの基準となる。早産児では、体重は生後 24 か月、身長は生後 40 か月、頭囲は 18 か月まで、修正月齢で評価を行う。体重が -2SD を下回っていても、成長曲線に沿って成長している場合は FTT とは言わない。

- 低体重　　：体重が年齢・性別の 3% ile または -2SD を下回る、
- 成長率の低下：成長曲線が、標準成長曲線上のパーセンタイル曲線 (3, 10, 25, 50, 75, 90, 95%ile) の 2 本分以上もしくは SD 曲線 1 本を、またいで低下する。
- 痩せ　　：肥満度が -20% 未満、または WHO の Weight-for-length Chart で -10%ile 未満

FTT は診断名ではなく、身体が必要としている栄養が足りていないために、乳幼児期の望ましい体重増加が得られてないという臨床症状である。その進行や持続により永続的な低身長、二次的な免疫不全、中枢神経系への悪影響等があるため、早期発見と対応が必要となる。FTT が数週間から数か月持続すると身長の伸びが低下すると言われている。

2．病態生理による分類と鑑別疾患

FTT は身体が必要とする栄養と、摂取する栄養のアンバランスにより起こる。以下のように 3 つに大別するとわかりやすい。器質的疾患を伴わない栄養摂取量不足が原因であることが多い。以前は、器質的疾患による FTT(Organic FTT) と、非器質的な FTT (non-organic FTT: NOFTT) の 2 つに分類されていた。しかし器質的疾患に加えて不適切な養育が加わって FTT が進行するというケースも多く、また NOFTT が「施設病」「愛情剥奪症候群」と関連付けられた歴史もあり、この二項分類法は時代遅れとされている。

1）栄養摂取不足

①児の要因：食事への意欲の低さ / 偏食、神経発達症、中枢神経疾患、口腔機能・構造異常（口腔感覚過敏、口唇口蓋裂、小顎等）、通過障害（食道狭窄、肥厚性幽門狭窄症、胃軸捻転、胃食道逆流、腸回転異常症等）、便秘

②保護者の要因：母乳不足、誤った知識や指導による栄養不足や偏り（母乳育児への強すぎるこだわり、不適切な調乳方法、過剰なアレルギー除去食等）、育児能力不足、保護者の疲労や抑うつ、ネグレクト、Mecical Child Abuse（いわゆる代理によるミュンヒハウゼン症候群を含む）

③相互関係の要因：哺乳や摂食をめぐる葛藤、食行動へのこだわり、愛着形成障害、不適切な欲求表現（児が食べないことで保護者の気を引こうとする等）

④環境の要因：貧困、子どもが安心出来ない環境、食事に集中出来ない環境、不適切な食器、生活上のストレス（複雑な家族構成、夫婦間・家族間の葛藤、経済的問題等）

2）消化・吸収障害
非 IgE 依存性食物蛋白誘発胃腸症、乳糖不耐症、炎症性腸疾患、膵胆肝疾患、ビタミンやミネラルの不足、短腸症候群

3）代謝亢進・エネルギー利用障害
慢性呼吸器･循環器･腎疾患、慢性感染症、免疫不全症、膠原病、甲状腺機能亢進症、悪性疾患、先天性代謝異常症、染色体・遺伝子異常症、先天感染症

3．FTT の診療手順
1）FTT を認識する
成長曲線をつけることで思わぬことに気がつくことがよくある。小児患者全員にルーチンで、とは言わないが、どんな疾患であれ入院が必要なケースや、症状・患児・保護者等でなにかが気になる場合、成長曲線をつけるべきである。
日々の生活の苦労の中で様々な努力や工夫を行なっているのにも関わらず、体重が増えないことやうまく食べさせられないことで、悩み、罪悪感を感じている保護者も多い。不用意に FTT を指摘して、保護者が責められていると感じることのないように注意する。苦労や努力をねぎらい、課題点や問題点を共有し、子どものために一緒に解決策を探ろうとする姿勢が、医療者と保護者のよりよいパートナーシップ構築のために必要である。

2）緊急度の評価
バイタルサインの異常、乳幼児の持続的な体重減少、極端な体重増加不良、重篤な基礎疾患、子ども虐待、保護者の精神状態の悪化、等々の入院が必要な症例を見逃さない。

3）包括的評価
前川が提唱する FTT の包括的ケアがわかりやすい（図 2）。評価→分析→対応→再評価のサイクルをまわしていく。

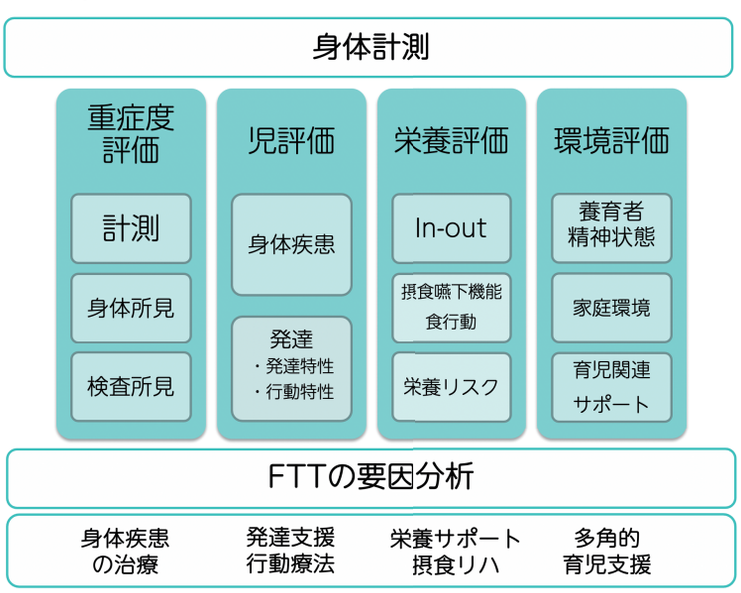

図 2　FTT 包括ケアの概念図
（前川貴伸．体重増加不良．小児科臨床 2019;72:1067-1072）

器質的疾患の多くは、丁寧な病歴聴取、身体診察、スクリーニング検査で分かることが多い。児の器質的疾患の除外にこだわって検査計画だけに注力することなく、栄養評価、養育環境評価も同時に進める。看護師、栄養師、心理士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー等も交えて多角的な評価を行う。食行動については、母からの聴取だけでなく実際の様子を複数回観察し評価することも重要である。養育環境の評価のために、乳幼児健診や保育園等での様子など、保健センターを始めとした地域関係機関との情報共有も積極的に行う。経過に違和感がある場合、Medical Child Abuse（いわゆる代理によるミュンヒハウゼン症候群を含む）も考慮に入れる。

4）FTT の要因分析

包括的評価を基に、器質的疾患や栄養摂取量不足の要因を分析する。要因が複数あることが多い。

5）要因に応じた対応

● 身体疾患への治療

発見された基礎疾患に応じて対応を行う。

● 栄養サポート・摂食リハビリ

何をどれだけ摂取させるべきか」よりも「どうやったら摂取させられるか」が問題になることが多い。助産師による母乳哺育支援、保健師や訪問看護師による家庭訪問での育児支援、ST による具体的な摂食リハビリテーション、入院での経管栄養手技の習得等々、「保護者に指導して頑張ってもらう」だけではない支援が必要なことも多い。

● 発達支援・環境調整

積極的に多職種、他の専門機関と連携をとりながら行っていく。

● 多角的育児支援

保護者支援、家庭環境の調整、育児支援など、多職種多機関による支援が必要になるケースも多い。ネグレクトが FTT の寄与因子であることもあるが、保護者の意図的なネグレクトであることは少ない。児童相談所や地域支援機関への通告や相談を躊躇する必要は全くないが、それは「非難すべき親への最後通牒」ではなく、子どもと家族が安心して過ごして、医療機関への受診を適切に継続出来る環境を整える支援のためになされるべきである。