

## —ADHD 疑いで受診した 6 歳男児—

6067 野村 嘉美、指導教員 吉岡 章(小児科)

症例) 6 歳の男児

現病歴) 1 年半前、保育所の健診で保健師が落ち着きのないことに気づいたが、何とも言えないということで半年間経過観察されていた。半年後には落ち着きもあり話もしっかり聞いているということでその後は放置していたが、来春から小学校に入学するが 4 5 分間じっと座ることに耐えられるのかが不安で当科を受診した。

保育所では友達にちょっかいを出されたときにすぐ怒るといふ。父はいなくて母は週に 2 回、17 時~22 時の間、福祉の仕事をしていて、その間は祖母に預けられている。

平成 17 年 12 月 22 日 (初診時)

指示をすれば視線を合わせる。

応答は順調で質問にはきちんと答えられる。

出生時に母親は父親と離婚しており、生後は母親が育ててきた。生後しばらくは母親と 2 人暮らしをしていたが、現在は母親の実家で祖父と同居しており、子供にとっては祖父が父代わりである。同居を始めた頃から母親が仕事を始め、その頃から症状が増悪してきたような印象がある。

検査所見)

血液、尿、生化学; いずれも特記すべきことなし

MRI; 撮像時に体動がかなり目立ち、何とか撮像はできたが、全体的に画像の劣化が目立つ。脳に明らかな異常所見は認めない

平成 18 年 3 月 16 日

診察中はいすに座り、指示にも従えた。

医師と母親が会話している間はいすを回したり、いすから降りてしゃがんだりするが、辺りをうろうろしたり、物を取ったりする様子もなかった。

ADHD の場合、目を合わせていすに座っている

時間がこんなに長くはない。ADHD の可能性は低い。学校に入れば、周囲に比べてじっとしてられる時間は普通より短いかもしれないし、注意を受けることも多いかもしれないが、周囲が意識的に我慢することを覚えさせていくよう指導する。(経過観察)

### ●ADHD attention deficit hyperactivity disorder 注意欠陥多動性障害

ADHD (注意欠陥多動性障害) とは、精神年齢に比して不適当な注意力障害、衝動性、多動性を示す行動障害である。\*有病率 学童期におおよそ 3%

\* 女児に比べ男児に数倍多い。

\* 3 つの型に分類される。すなわち、混合型、不注意優勢型、多動性衝動性優勢型で占める割合はこの順に多い。

\* 遺伝が大きく関与している。

\* 多動性 (反応抑制機構の障害) は前頭連合野の機能障害であり、注意障害は左前頭葉機能である内的提示 (前提条件の表象) 機能の低下と考えられている。

\* 鑑別診断は精神遅滞、学習障害、広汎性発達障害

\* 一般的に多動性は 8~10 歳、注意力障害と衝動性は 12 歳までにある程度コントロールされていく

\* 治療薬は中枢神経刺激薬の塩酸メチルフェニデート、三環系抗うつ薬、カルバマゼピン

### ●集団生活 (学校) での ADHD 児への配慮

一言で言うならば「何をどこでどうするのか」が明確な環境作りを心がけ、それには以下の 5 つのポイントが挙げられる。

1. 環境統制・構造化
2. 行動変容
3. 枠組み変更
4. 周囲の援助システム再構築

## 5. 患児の対処能力の向上

患児の行動が気になるとはいえ、強い叱責や強制では意味をなさず、それどころか叱責が幾度も繰り返されることで患児の自己評価が低くなり、二次的障害（反抗挑戦障害、行為障害、不安、適応障害）の引き金ともなりうる。だからといって叱ってはいけないということではなく、他人・周囲や自分に危害が及ぶような事柄をしたときに短い言葉でその行動が認められないものであることを端的に示すことが重要である。

### ●ADHD 児を持つ家庭

母親のストレスが最も大きい問題となるが、その要因として児の病気そのものだけでなく不適切な夫婦・家族関係、養父母との協力関係の欠如、低い社会的支援が挙げられる。それによって引き起こされるうつのレベルが高い母親では、子供に対する否定的なかかわりが慢性的に持続するために、親子関係にゆがみを生じ思春期にはリスクの高い親子関係に発展しうる。

（子供への二次的影響）

また、ADHD 素因のある母親である可能性も高く養育能力不足または欠如を認めたり、心理的虐待や身体的暴力を行うこともある。これらの問題を解決すべく現在取り入れられている方法が「ペアレントトレーニング」である。

### ●まとめ

ADHD 児への医療のかかわりは「治療」というよりは「療育」の分野であり、たえず成長し続ける子供にとって「療育」の存在とそのあり方は大きな意味を持つ。また、日常生活で子供を取り巻く環境、多くは家庭と学校がこの「療育」という面で大きな役割を担うことはいうまでもない。ではこの状況で医師は何をすべきであり、何ができなければいけないかという適切な診断と必要に応じた投薬はもちろんのこと、それに加えて以下の2点を挙げる。

**1. ADHD という病気の正しい知識と、家庭・学校での対応や教育の仕方を助言できること。**

**2. 患児を含めその家族に二次的障害が出たときにそれを見逃さずに適切な対処ができること。**

### ●終わりに

この患児は今年小学校に上がるだけなので「学校」という場面でどのような障害を引き起こすかはまだ分からないが、外来受診の様子を見るとそれほど問題はないように思われた。一方、私が気になったのはむしろ母親のほうである。母親と祖母とが付き添っていたのだが、子の様子を話したり、医師と会話をしているのは殆ど祖母であり、母親は黙って医師の話を聞いているだけのように思えた。また、子がいすから降りたり母親のほうを見たりしたときの母親の対応は、表情1つ変えず子に一瞬目をやってすぐに視線をはずすような感じで、いささか冷たい印象を受けた。もしかしたら、育児や生活の疲れと、児の行動への不安とでストレスを抱えていたかもしれない。

### ●吉岡教授のコメント

この ADHD 疑いの 6 歳男児例は、2 回の外来受診(他に検査受診あり)のみで、ADHD でないとも ADHD の疑いがあるとも未だ診断は確定していない。ADHD の診断基準(DSM-IV)からは患児は現時点では ADHD には該当しない。しかし、たった 2 回の外来受診だけでは、観察や問診も十分ではなく、また、経過を長期(半年以上)にわたって観察しないので、明確な診断は不能である。家庭環境の整備、特に日常の母親の患児への接し方や介入の仕方を含め、フォローを続けることが大切である。ADHD は頻回に社会的に取り上げられることから、病名が先行している。また、本疾患周辺の鑑別すべき疾患も多く、より慎重に診断を進める必要がある。

-----

最後に、吉岡教授、的確なご指導ありがとうございました。