

# 小児科診療 UP-to-DATE

2013年6月12日放送

## 注意欠陥多動性障害へのアプローチ

東京医科大学 小児科学講座  
臨床准教授 宮島 祐

本日お話しさせていただくに当たり、小児科医として「子どもにかかわる全ての人に気づきと伸ばす喜びを」というスタンスで皆様にお話ししたいと思っております。

### 【発達障害の用語について】

このようなお話をするとき、「発達障害」という用語の問題があります。注意欠陥多動性でも「障害」という言葉がついております。この「障害」という言葉にどのような思いを当事者は持っているでしょう。我々が何げなく使い過ぎていないでしょうか。

「障害」には、「妨げになるもの」「害」という意味があります。最近、「障害」をかな文字にしたり、「害」をかな、あるいは「発達凸凹（でこぼこ）」などと表現されることもあります。平成25年5月のDSM-5において、その日本語訳では「症」を用いる方向性になっています。すなわち、Autism Spectrum Disorder=自閉スペクトラム症、ADHD=注意欠陥（欠如）多動症と表現されます。ただし、今回のお話は便宜上、注意欠陥多動性障害としてお話を進めさせていただきます。

### 【小児医療における発達の遅れとの関わり】

小児医療において、発達の遅れとの関わりは、従来は脳性麻痺の早期発見が求められていましたが、当時から1~3歳ぐらいの時は言葉の遅れを主訴に来院されていた方が極めて多いことはご存じのとおりです。ただし、保健センターなどで「言葉がしゃべれたら大丈夫」と言われて経過観察が終了していたことも少なくありません。その一方で、近年、「落ちつきがない」「集団で行動ができない」「授業についていけない」などが、言葉の遅れと併せて発心配で受診されることが増えています。

3歳前で多動でも活発な子と言われていたのに、6歳だから問題になるのはなぜでしょう。「集団で行動できるのが当たり前」の要求レベル、この背景には社会的に核家族や、少子化、子ども同士で遊ぶ環境の少なさなど、経験の少ない家族、子どもたちがいるのではないのでしょうか。保護者が心配？ 保育園や幼稚園、学校で問題でしょうか。大人の立場では「座ってられない」「目が離せない」「落ちつきがない」など、何をするかわからない子。子ども自身の立場からは、「座っているより楽しいこと」「親はそばにいてくれるんじゃないかと思いついてる」「おもしろそうなこといっぱい」など、何をしてもよいかわからない。このような行動のときに、どちらの目線に立ち、正しいルールを学ぶことが大事でしょうか？やはり子どもの立場に立っているこ

### 「発達障害」の用語問題

#### 「注意欠陥多動性障害」

- 文字の持つ意味はどのような思いを抱かせるのか？
  - 我々医療者が「障害」を何気なく使っているのでは？
  - 「妨げになるもの」「害」  
⇒「しょうがい」「障がい」「発達凸凹」などと表現されることもあります。
- 平成25年5月DSM-5の日本語訳では「症」を用いる方向性  
~Autism Spectrum Disorder=自閉スペクトラム症  
~ADHD=注意欠陥（欠如）多動症

とが大事ではないでしょうか。

### 【日常生活の中で気づけること】

小児科外来で気づくことがあります。日常の診療の中で、赤ちゃんをだっこしてお母さんが入ってきても、じっとしていない赤ちゃんや抱きにくい子、歩き始めると相手を見ずにいすを回したり、おもちゃに手を出したり、手をつながないとどこかへ行ってしまふような、事故に遭いそうな子、保護者と話をしているとその間に割り込んできて、車や新幹線、恐竜の話など、自分の興味あることに夢中になってしまう子などしばしば見受けられます。

その一方で、聴診器が触れるのを極端に嫌がったり、舌圧子や耳鏡を極端に嫌がって大騒ぎになったり、このような子どもたちは、単にADHDかどうか以外にも、コミュニケーションの問題など広く発達障害の観点で診る必要が出てきます。

さらには、保健センターなどでよくお母さんの心配し過ぎと言われたということを知ることがあります。いら立ち、不安を感じている親の目に映っている子どもを理解するのに、我々はどこまで行動を理解しているでしょう。「心配し過ぎ」と言う前に、子どもの行動観察を診察室で行うように心がけましょう。

周囲から言われて、親としては不同意ながら病院に来た場合、我々が質問すると、「いいえ、違います」などと、ほとんどその行動特性を認めない、あるいはチェックリストなどに記入していただくと、その文字がきちょうめんであったり、非常に乱雑であったり、さまざまな記入した大人の気質が見えてくるのではないのでしょうか。

### 【注意欠陥多動性障害について】

きょうのテーマである注意欠陥多動性障害は、Minimal Brain Dysfunction（微細脳機能障害）からの変遷として知られています。そのさらに以前に、1902年、英国のStill氏が、道徳・抑制意思の欠如としてまとめたことに端を発します。その後、1962年には、微細脳機能障害（Minimal Brain Dysfunction）＝行動異常、学習の障害として認められています。1968年にDSMがまとめられていますが、余り関心を持たれず、1994年、DSM-IVになって注意欠陥多動性障害が広く知られるようになってきています。不注意優勢、多動・衝動性優勢、混合型の3型にこのとき分類されていますが、広汎性発達障害は除外されるという一文がついておりました。

それに対して、本年5月のDSM-5では、ADHDの項目数の増加とともに、広汎性発達障害（Autism Spectrum Disorder）の併存が認められるようになってきました。

ADHDの診断として大事なことは、7歳以前から症状があること、6カ月以上持続していること、2カ所以上、すなわち自宅と学校、幼稚園などの2カ所以上の状況で出現するということが大事だと記載されています。

不注意としてしばしば起こっていることが大事です。不注意の間違いや注意を集中し続けることが難しいなど、不注意のためにいろいろな問題の発生することが一つのポイントになります。

多動でも、同じように「しばしば」ということが問題になります。いすに座っても、もじもじしている、いすから離れて動き回ったり、高いところに上ったり、過度にしゃべったりする、衝動性でもだしぬけに答えたり、順番を待つことが難しいなど、コミュニケーションすなわち社会的に暮らしていく中で不都合が発生する問題が上げられています。

#### 小児科外来で気づくことは？

##### ＝日常生活の場で気づけること！

#### 1. 診察室に入ったら

- ▶ 乳児：お母さんに抱っこされていてもじっとしていない。  
⇒「抱きにくい子」
- ▶ 幼児：相手を見ずに椅子を回す、おもちゃに手を出す？  
⇒「手を繋がないとどこかへ行ってしまふか」  
「事故に会いそう」
- ▶ 保護者と話していると割り込んでくる？  
⇒「車・新幹線・恐竜の話は夢中」
  
- ▶ 聴診器が触れるのを嫌がる？  
⇒「好みの洋服が決まっている」「長袖がイヤ」  
「帽子がイヤ」
- ▶ 舌圧子・耳鏡を嫌がる？  
⇒「予防注射で大騒ぎ」「耳鼻科の診察抑え込み」

##### 小児科外来で気づけることは？＝日常生活の場で気づけること！

#### 2. 「お母さんの心配し過ぎ」???

- ⇒保健指導の現場でよく聞く言葉???
- ▶ 苛立ち・不安を感じている親の目に映っている子どもとは・・・
- ▶ 「子どもの行動を理解できない」「（親の）思い通りにならない」「他の子（きょうだい）と違う」
- ▶ 「心配し過ぎですよ」の前に・・・「**子どもの行動観察**」

#### 3. 周囲（園・学校）から言われ、親としては不同意ながらの来院のとき

- ▶ 質問のやり取りで「いいえ、違います」などほとんど否定する
- ▶ チェックリストなどに記入していただくと、その文字・記号から読み取れることは・・・  
「**記入したヒトの気質**」が見えてくる

DSM-5では、診断をより明確にする方向が出されています。お手元のDSM-5の成書をぜひごらんいただければと思います。

### 【ADHDの診断は過剰か否か】

「ADHDの診断は過剰か否か DSMの功罪」という本さえあります。DSM-IVが広く知られるようになってから、ADHDの診断数が増えていると言われていています。果たしてこれほどのような意味を持っているのでしょうか。一番に考えられるのは、診断しやすくなったことがあると思います。ただしそれは、行動特性に気づいた診立ての大事さを示していると考えられます。俗にグレーゾーンなどと言われる状態の子どもも含まれるのではないのでしょうか。

誰が治してほしい症状なのか、誰のための治療なのか、診断したら薬物療法で治すことが医療に求められることなのか。我々は薬物療法をするだけでいいのでしょうか。的確な治療ということは重要ですが、安易な薬物療法をしないという心構えも必要であり、早期介入による改善が求められることではないでしょうか。

### 【落ちつきがない子ども】

落ちつきがない子どもとして、やはり私たち親からもらった気質というのは否定できません。その一方で、障害となるような問題行動などはADHDや広汎性発達障害など、やはりさまざまな問題があることも事実です。その一方で、我々一般臨床医としては、アトピー性皮膚炎や甲状腺機能亢進症など、身体疾患を見落とさないこと、フェノバルビタールやぜんそく治療薬など服薬による落ちつきがない子どもたちがいるというのも知られています。また、神経疾患なども初診の段階で鑑別する姿勢を持つことが大事です。

その一方で不安障害や気分障害などさまざまな精神疾患や反抗挑戦性障害など、一見ADHD様でも実はさまざまな背景がある場合、これらは専門医との連携が必要な領域とご理解いただければと思います。

### 【発達障害の二次障害】

発達障害の二次障害として、子どもの個性や性格が理解されない場合、心の傷つきということが問題になり、情緒や行動の問題が大きくクローズアップされてきます。DBDマーチとして、外在化とすると、反抗挑戦性障害や行為障害、反社会的人格障害など、一見小児期にはAD/HD様に見えても、さまざまな社会的な問題があったり、不登校、引きこもりなど内在化の問題などが出てきます。発達障害を早期診断するメリットは、障害を見つけるためでしょうか？診断名を告げ、診断したら薬物を処方すればいいのでしょうか。あるいは早期診断することで、親の質問は「普通になりますか」ということをしばしば聞きます。親の望みとは何でしょう。本人が年長、反抗期になり心が傷つく、すなわち二次的障害の前にかかわれるのが我々小児医療の現場ではないのでしょうか。

### 【小児精神神経領域での小児適応薬】

我々小児医療の場合に、小児適応薬とは一体何でしょう。昭和40年代に小児自閉症にピモジドが適応となって以来、長く適応薬はありませんでした。平成19年に小児ADHDに対してメチルフェニデート徐放剤、さらには21年に同じくアトモキセチンが小児ADHDの適応になりました。その後、キャリアオーバーである18歳以上のADHDも治療が可能になり、現在、成人

### ADHDの診断は過剰か否か DSMの功罪？

- ADHDの診断は1994年DSM-IVが広く知られるようになってから
- DSMの功罪が話題になる理由？  
○診断しやすくなった？・・・  
行動特性に気づき「診立て」の大事さ
- 誰が「治してほしい」症状なのか、誰のための治療
- 診断したら薬物療法で治すことが医療に求められることなのか
- 病院の「治療」とは薬物処方のみなのか  
○安易な薬物治療をしない姿勢⇔早期介入による改善

### 発達障害～ADHD 早期診断のメリットは？

- 「障害」を見つけるため？  
診断名を告げる？・・・その後の対処は？  
診断したら薬で治る？・・・薬物処方？
- 親の質問は「普通」になりますか？  
普通とは？  
親の望みとは？
- 年長・反抗期になり心が傷つく(二次的障害)前に  
関われるのが小児医療の現場ではないでしょうか

期に診断されたADHDも治療が可能になりつつあります。

これらADHDの治療に対して、心理社会的治療というのは極めて重要です。ADHDは実行機能不全の問題であり、報酬系の問題であるという二つの軸と、処理速度の問題ということが考えられ、これらを安定した状況の中で治療するために、子どもの特性を理解した心理社会的環境の調整ということは極めて重要です。それをさらに促進する上で薬物療法が有用だということをお考えください。やる気があるけど集中できない子に極めて有用なのがこれら治療体系とご理解いただければいいかと思います。

### 【ADHDの治療目標】

ADHDの治療目標は不注意・多動・衝動性の3主症状が完全になくなることに置くのではなくて、ADHD症状がある子どもが自分というのはやればできるんだという、セルフエスティームが向上するようにすることに置くべきだと考えられています。さらにその治療期間は、子どもの心の発達に必要にして十分な長さでなければならない。安易に短くして治療を終結というのではなくて、長い目で子どもの成長とつき合うことが大事だとご理解ください。

### 【まとめ】

障害のレッテル張りではなく、本人の特徴に気づき、伸ばす環境づくりのキーパーソンが我々医療者と自覚を持つべきです。そして、保護者、家族の理解と受容の促進、心理職やコメディカルなどの包括的医療のチームづくりのキーパーソンです。そして包括的医療を実践する上で、行動療法やソーシャルスキルトレーニングなど実践の場を知り連携すること、小児適応薬の特徴を理解すること、さらには内在化、外在化を含めた二次的問題への対応として、児童精神科などの専門医との連携が不可欠と考えております。

今日お話したことが皆様のこれからの診療にお役に立てば幸いです。

**ADHDの治療目標**

ADHDの診断・治療ガイドライン第3版 齊藤万比古、渡部京太 編より抜粋

治療目標は、決してADHDの3主症状が完全になくなることに置くのではなく、それら症状の改善に伴い学校や家庭における悪循環的な不適応状態が好転し、**ADHD症状を自己の人格特性として折り合えるようになる**ことに置くべきである。

この段階におおむね達したら、治療はそれまでの積極的な治療から、薬物療法としては維持療法、心理社会的治療としては継続的発達支援への変更すべきときである。

諸症状の安定と社会的適応の改善した水準が持続できている**維持療法期間は、子どもの心の発達に必要にして十分な長さ**でなければならない。

維持療法の段階を経て、試験的な休薬などにより治療なしでも臨床症状や社会適応上の悪化が生じないことを確認したうえで、治療の終結を慎重に決定しなければならない。

「小児科診療 UP-to-DATE」

<http://medical.radionikkei.jp/uptodate/>