

注意欠如多動症（Attention-deficit/hyperactivity disorder : ADHD）

1. 疾患名ならびに病態

注意欠如多動症（Attention-deficit/hyperactivity disorder : ADHD）

注意欠如多動症（以下 ADHD と略）は不注意・多動・衝動性といった行動上の特性によって特徴づけられる神経発達症（発達障害）の一つである。この障害は典型的には発達期早期、しばしば就学前に明らかとなり、個人的、社会的、学業、または職業における機能の障害を引き起こす発達の欠陥あるいは脳内プロセスの差異により特徴づけられる。ADHD では遺伝や脳機能の問題といった生物学的要因、環境要因、心理的要因、など様々な要因が絡み合い、実行機能及び報酬系が障害されて症状を呈する。

小児期の有病率は約 5%とされるが、国によって児童や青年の有病率は 0.1~10.2%と大きく異なる。国際比較のメタ解析では、成人の 2.5%に注意欠如多動症が起こることが示されている。

2. 小児期における一般的な診療

◇ 主な症状

- ①不注意：気が散りやすく集中が続かない、うっかりミスや忘れ物が多い、話しかけられても聞いていないように見える、時間や予定の管理が出来ない、など
- ②多動性：じっとしてられない、授業中など座っていないといけない場で立ち歩いたり走り回ったりする、しゃべりすぎる、など
- ③衝動性：順番が待てない、他人の会話に割り込む、衝動的に行動する、人の邪魔をしてしまう、など

◇ 診断の時期と検査法

ADHD の症状は幼児期から認められ、就学前後で問題視されることが多いが、多動-衝動性が目立たないため思春期や成人になって気づかれることもある。

診断は生育歴・発達歴など面接から得られる情報と行動観察、学校等の評価（連絡帳、テストなど）や集団場面の行動特徴などから、アメリカ精神医学会が作成した DSM-5-TR（精神疾患の診断・統計マニュアル）に準じ、以下の A~E のすべてを満たす場合に診断する。併せて知能検査などの心理検査や医学的検査（脳波・脳画像検査・血液検査等）を行い他の病態の除外を行う。

- A・不注意症状 9 項目中 6 つ以上、および/または、多動・衝動性症状 9 項目中 6 つ以上を 6 か月以上認める
- B・症状は 12 歳より以前から存在する
- C・家庭、学校、友人同士など 2 つ以上の状況で症状がある
- D・学業や社会的機能（親子関係・友人関係など）の悪化・低下をもたらしている

E・ADHD 以外の精神疾患によるものではない

◇ 治療法

ADHD の治療・支援は心理社会的治療から開始することが原則である。子どもの特性を周囲の大人が理解し、子ども達がやりやすい対応を取るために、環境調整と保護者へのガイダンス、ペアレントトレーニング、学校など関連機関との連携が必要である。また、子ども本人に療育や認知行動療法などのアプローチが出来る場合もある。

ADHD の症状は年齢が上がると軽減してくることが多い。症状が強く周囲との関係が悪化する場合や、次項の二次障害の恐れがある場合には、薬物療法を選択する。4 種類の ADHD 治療薬や漢方薬等を処方する。ADHD 治療薬は一般の小児科医・成人科医が処方可能なもの（アトモキセチン、guanfacine 塩酸塩）と ADHD 適正流通管理システム登録医師のみが処方できるもの（メチルフェニデート徐放錠、リスデキサメフェタミン）がある。

◇ 合併症および障がいとその対応

ADHD では自閉スペクトラム症（ASD）や限局性学習症（SLD）との合併が多くみとめられる。LD は ADHD のおよそ 4 割にみられ、学業不振や不登校といった二次障害を増長させる要因となるが、ADHD 特性に注目されて見落とされることが多いため注意が必要である。合理的配慮等、教育機関との連携・調整が求められる。

また、ADHD ではその特性から学習や対人場面・社会集団場面で注意・叱責されることが多く、不満や不全感、不安感を抱きやすい。上手くコントロール出来ずに不適応が悪化する悪循環を招き、内在化障害（抑うつや、不安症など）、外在化障害（反抗挑発症や素行症、依存症）などに変遷してゆく場合には精神科など専門機関での対応が必要となる。

3. 成人期以降も継続すべき診療

◇ 移行・転科の時期のポイント

成人期には多動性が軽減した場合でも、不注意や落ち着きのなさと同時に、衝動性が問題として残存することがある。成人期以降（高校卒業後に相応する年代）にも症状による困り感が持続し、薬物療法などの治療継続が必要な場合には、心療内科や精神科への移行が必要になる。

◇ 成人期の診療の概要

成人期の ADHD も DSM の診断基準に基づいて診断される。二次的な内在化障害や外在化障害への対応を求められることが多くなるため、心療内科や精神科が適切である。外来診療は自立支援医療の対象となり得るため、指定医療機関での診療がのぞましい。

4. 成人期の課題

◇ 医学的問題

発達特性そのものというより、二次的な精神症状への対応の比率が高くなると思われる。発達特性に気付かれなかったり、進学や就職などで生活環境が変わっても必要な環境調整がされなかったり、心理社会的な対応や支援がおろそかになることが危惧される。また、ADHD 治療薬で ADHD 適正流通管理システム登録が必要な薬を処方している場合、紹介先に登録医がいることを確認することも必要になる。

◇ 生殖の問題

特になし

◇ 社会的問題

ADHD に対する社会の認知度や理解は増しているが、小児期・学童期になされていた対応や支援（合理的配慮）がなくなることで、困り感が出現し合併症に至ることもある。移行の際には、改めて本人に疾患ガイダンスを行い、特性を含めた自己理解を促し、必要な支援が求められるような心理教育が必要と考える。また、就労に際し、障がい者枠での就労で合理的配慮を求めることを検討し得る場合もある。

5. 社会支援

◇ 医療費助成

自立支援医療費（精神通院）の対象となり得る。

◇ 生活支援・社会支援

精神障害者保健福祉手帳の対象となり得る。

【参考文献】

DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル：医学書院、2023

注意欠如・多動症—ADHD—の診断・治療ガイドライン 第5版：じほう、2022

【文責】

日本小児精神神経学会 移行期支援委員会