

て述べる。所属機関は、クリニック (149 名)、大学病院を含む総合病院 (281 名)、単科精神病院 (81 名)、小児専門病院 (40 名)、その他 (149 名) だった。専門領域は、精神科 (200 名)、児童青年期精神科 (155 名)、小児科 (130 名)、小児神経科 (203 名)、その他 (7 名) で、精神科医師は 51%、小児科医師は 49% とほぼ同数だった。経験年数は、10 年未満 (37 名)、10~20 年未満 (158 名)、20~30 年未満 (181 名)、30~40 年未満 (66 名)、40 年以上 (18 名) で、回答が得られた医師の平均経験年数は 20.7 年だった。主な診療機関は、クリニック (123 名)、大学病院を含む総合病院 (270 名)、単科精神病院 (51 名)、小児専門病院 (50 名)、その他 (100 名) だった。

2) ADHD の子どもに対する薬物療法について :

①併存障害のない ADHD への薬物療法 :

併存障害のない ADHD への第一選択薬は Methylphenidate という回答は 510 名で、有効回答 530 名のうち 96.2% を占めていた。第二選択薬は、Carbamazepin (50 名)、Risperidone (28 名)、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI : 23 名)、三環系抗うつ薬 (22 名)、Haroperidol (18 名) という順で多かった。

②チックを伴う ADHD への薬物療法 :

チックを伴う ADHD への第一選択薬は、Methylphenidate (116 名)、Haroperidol (95 名)、Risperidone (31 名) という順で多かった。

③不安、抑うつを伴う ADHD への薬物療法 :

不安、抑うつを伴う ADHD への第一選択薬は、Methylphenidate (178 名)、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI : 81 名)、三環系抗うつ薬 (21 名) という順で多かった。

④攻撃的な問題行動の著しい ADHD への薬物療法 :

攻撃的な問題行動の著しい ADHD への第一選択薬は、Methylphenidate (196 名)、Haroperidol (60 名)、Risperidone (56 名)、Carbamazepin (40 名) という順で多かった。

D. 考察

「注意欠陥/多動性障害 (ADHD) の診断および治療に関する調査」における ADHD の子どもへの薬物療法についての結果を次のようにまとめることができるだろう。

①併存障害のない ADHD への第一選択薬は Methylphenidate という回答は 510 名で、有効回答 530 名のうち 96.2% を占めていた。

②チック、不安および抑うつ、攻撃的な問題行動を伴う ADHD への第一選択薬はいずれも Methylphenidate だった。

③その他に用いられる薬物は、Carbamazepin などの「気分安定薬」、Haroperidol、Risperidone などの「抗精神病薬」、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)、三環系抗うつ薬などの「抗うつ薬」の三種類の薬物だった。

欧米およびわが国における ADHD の治療ガイドラインを概観すると、米国児童青年精神医学会 (AACAP) が 1997 年に公表した臨床指針は薬物療法を治療法の第一にあげており、行動修正法、行動療法的観点からの学校での介入、ペアレント・トレーニング、家族療法やソーシャルスキル・トレーニング (SST)、個人精神療法、認知行動療法療法などの心理社会的治療・援助法についてもその治療的意義を認めた記載を行っている。しかし各技法の選択に関する指針を示していない。

米国小児科学会 (AAP) が 2001 年に発表した「ADHD の臨床的・実践的治療ガイドライン」は、中枢刺激薬を第一選択薬とする薬物療法と行動修正のための行動療法を主たる治療技法として推奨している。

わが国においては、2003 年に「注意欠陥/多動性障害 (ADHD) 評価/治療ガイドライン (上林版ガイドライン)」が発刊され、そこでは薬物療法およびペアレント・トレーニングに重点が置かれ、薬物療法では特に Methylphenidate が大きく取り上げられているが、Methylphenidate が第一選択薬とは記載されていない。その他の薬物として、Pemoline、抗うつ薬、気分安定薬、抗精神病薬、Clonidine があげられているが、薬物治療アルゴリズムには言及されていない。

Methylphenidate 以外の薬物を含めた薬物療法に関しては、Pliszka らが発表した ADHD の薬物療法アルゴリズムがある。このアルゴリズムでも第一選択薬は Methylphenidate となっている。さらに Methylphenidate 無効例や十分な効果を示さない症例において、①併存障害のない ADHD、②気分障害を伴う ADHD、③チックを伴う ADHD、④間歇性爆発性障害を伴う ADHD に分類して、そのアルゴリズムを示している。

我々の調査結果から、わが国の薬物療法の現状に関して、

① ADHD の子どもへの薬物療法では、第一選択薬となっているのは Methylphenidate であること、

② Methylphenidate の単独投与によって十分な効果が得られない時や併存障害があった場合には、「気分安定薬」、「抗精神病薬」、「抗うつ薬」を単独で、あるいは Methylphenidate と併用して用いられていること、

③ 「気分安定薬」「抗精神病薬」「抗うつ薬」の三

種類が使用されることが多いが、現在のところでは第二選択薬の三種類に使用順位はつけ難いこと、とまとめられると考えられる。

E. 結論

- 1) わが国における注意欠陥/多動性障害 (ADHD) の子どもへの診断・治療に関する現状を調査する目的で、日本小児神経学会の学会専門医および日本児童青年精神医学会の医師会員を対象に「注意欠陥/多動性障害 (ADHD) の診断・治療に関する調査」を行った。
- 2) 「注意欠陥/多動性障害 (ADHD) の診断・治療に関する調査」のうち、薬物療法に関する質問項目についての結果を報告した。
- 3) ①併存障害のない ADHD への第一選択薬は Methylphenidate という回答は 510 名で、有効回答 530 名のうち 96.2% を占めていた。第二選択薬は、Carbamazepin、Risperidone、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)、三環系抗うつ薬、Haloperidol という順で多かった。
②チック、不安および抑うつ、攻撃的な問題行動を伴う ADHD への第一選択薬はいずれも Methylphenidate だった。
③その他に用いられる薬物は、Carbamazepin などの「気分安定薬」、Haloperidol、Risperidone などの「抗精神病薬」、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)、三環系抗うつ薬などの「抗うつ薬」の三種類の薬物だった。
- ④わが国における ADHD の子どもへの薬物療法では、第一選択薬となっているのは Methylphenidate だった。
- ⑤Methylphenidate の単独投与によって十分な効果が得られない時や併存障害があった場合には、「気分安定薬」、「抗精神病薬」、「抗うつ薬」を単独で、あるいは Methylphenidate と併用して用いられているという結果が得られた。「気分安定薬」「抗精神病薬」「抗うつ薬」の三種類が使用されることが多いが、現在のところでは第二選択薬の三種類に使用順位はつけ難いといえる。

F. 参考文献

- 1) American Academy of Pediatrics: Clinical practice guideline: Treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics, 108:1033-1044, 2001.

- 2) Dulcan M: Practice parameters for assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. A merican Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36 (10 Suppl):85S-121S.
- 3) 上林靖子, 齊藤万比古, 北道子編: 注意欠陥/多動性障害-AD/HD-の診断・治療ガイドライン. じほう, 東京, 2003.
- 4) 齊藤万比古: 注意欠陥/多動性障害の診断・治療ガイドラインについて・精神神経学雑誌 107 (2):167-179, 2005.
- 5) 宇佐美政英, 齊藤万比古 (2005): 注意欠陥/多動性障害の薬物療法-9 才男児の治療経過と治療ガイドラインの現状について-. 臨床精神薬理 8 巻 6 号; 899-903
- 6) Pliszka SA, Greenhill LL, Crismon ML et al.: The Texas children's Medication Algorithm Project: report of the Texas Conference Panel on Medication Treatment of childhood Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Part I.: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39:908-919, 2000.

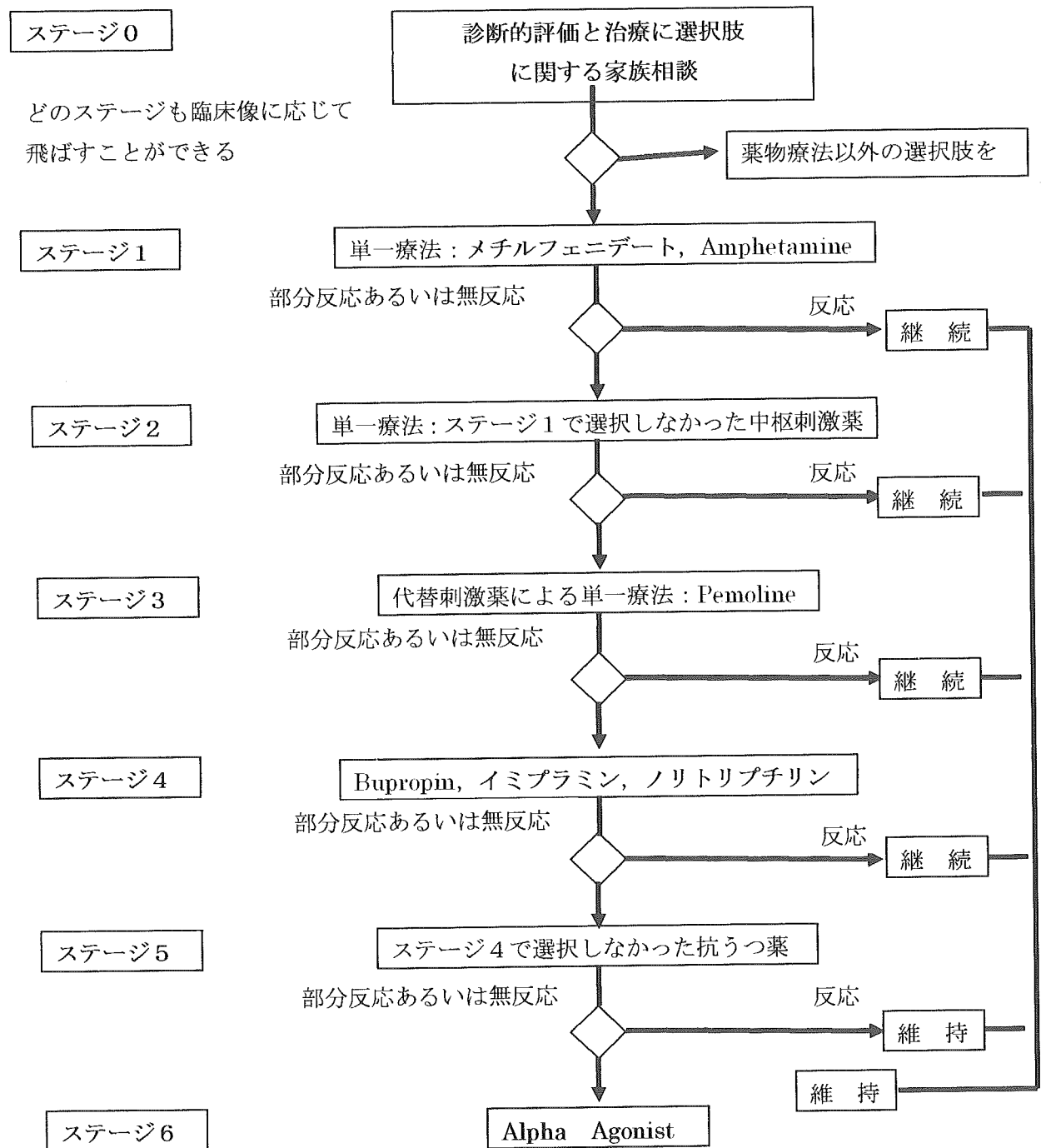
G. 健康危険情報 特に該当無し

H. 研究発表

1. 発表論文・著作
 - 1) 齊藤万比古 (2005): 思春期・青年期の精神医療行政の現状と今後の課題. 坂田三允, 根本英行; 精神看護エクスパート 15, 思春期・青年期の精神看護. 中山書店. 東京. 136-143.
 - 2) 齊藤万比古 (2005): 子どもの診察・診断の仕方. 上島国利, 市橋秀夫 他; 精神科ニューアプローチ 7, 児童期精神障害. メジカルビュー社. 東京. 2-13.
 - 3) 齊藤万比古 (2005): 不登校. 萱間真美, 櫻庭繁 他; 精神看護エクスパート 12, 子どもの精神看護. 中山書店. 東京. 202-213.
 - 4) 齊藤万比古 (2005): 精神科医療と発達障害. 日本精神科病院協会雑誌 24 巻 11 号; 11-19
 - 5) 齊藤万比古 (2005): 児童精神科における入院治療. 児童青年精神医学とその近接領域 46 巻 3 号; 231-240
 - 6) 齊藤万比古 (2005): 思春期: 集団と個の桎梏を越えて. 思春期青年期精神医学 15 巻 1 号;

2-14

- 7) 齊藤万比古(2005) : 思春期の心の発達とその問題. 小児科診療 68 巻 6 号 ; 989-998
- 8) 齊藤万比古(2005) : 思春期の病態理解. 臨床心理学 5 巻 3 号 ; 355-360
- 9) 宇佐美政英, 齊藤万比古(2005) : 注意欠陥 / 多動性障害の薬物療法-9 才男児の治療経過と治療ガイドラインの現状について-. 臨床精神薬理 8 巻 6 号 ; 899-903
- 10) 渡部京太, 齊藤万比古 (印刷中) : ADHD の長期転帰. そだちの科学 6, ADHD-軽度発達障害とそだち 2. 日本評論社.



注) 薬物名の太字はわが国での使用可能な薬物を示している。

図1 併存障害のないADHDの薬物療法アルゴリズム

(Pliszka SA, Greenhill LL, Crismon ML, et al.: The Texas children's Medication Algorithm Project: report of the Texas Conference Panel on Medication Treatment of childhood Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Part I.: 2000.)

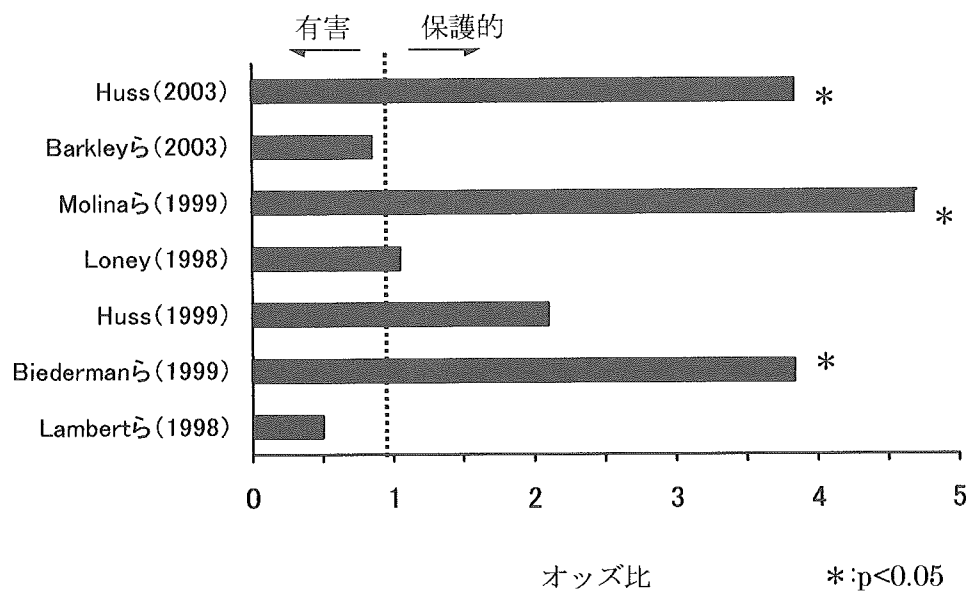


図2 ADHD薬物療法と物質乱用の関係
Faraoneらの論文より引用

研究成果の刊行に関する一覧

書籍

- 齊藤万比古(2005)：思春期・青年期の精神医療行政の現状と今後の課題。坂田三允，根本英行；精神看護エクスペール 15，思春期・青年期の精神看護。中山書店。東京。136-143.
- 齊藤万比古(2005)：子どもの診察・診断の仕方。上島国利，市橋秀夫 他；精神科ニューアプローチ 7，児童期精神障害。メジカルビュー社。東京。2-13.
- 齊藤万比古(2005)：不登校。萱間真美，櫻庭繁 他；精神看護エクスペール 12，子どもの精神看護。中山書店。東京。202-213.

雑誌

- 齊藤万比古(2005)：精神科医療と発達障害。日本精神科病院協会雑誌 24 巻 11 号；11-19
- 齊藤万比古(2005)：児童精神科における入院治療。児童青年精神医学とその近接領域 46 巻 3 号；231-240
- 齊藤万比古(2005)：思春期：集団と個の桎梏を越えて。思春期青年期精神医学 15 巻 1 号；2-14
- 齊藤万比古(2005)：思春期の心の発達とその問題。小児科診療 68 巻 6 号；989-998
- 齊藤万比古(2005)：思春期の病態理解。臨床心理学 5 巻 3 号；355-360
- 宇佐美政英，齊藤万比古(2005)：注意欠陥／多動性障害の薬物療法－9 才男児の治療経過と治療ガイドラインの現状について－。臨床精神薬理 8 巻 6 号；899-903
- 渡部京太，齊藤万比古（印刷中）：ADHD の長期転帰。そだちの科学 6，ADHD－軽度発達障害とそだち 2。日本評論社。

厚生労働科学研究費補助金（小児疾患臨床研究事業）
分担研究報告書

ADHD 児の転帰に関する研究
－我が国における予後調査に向けて－

分担研究者

宮本信也 筑波大学人間科学総合研究科教授

研究協力者

岩崎信明 茨城県立医療大学小児科助教授

絹笠英世 同 助手

田中竜太 筑波大学人間科学総合研究科助手

研究要旨

ADHD 児の長期予後については ADHD に行為障害、家族問題、他の発達障害などを合併・併存している場合に反社会的行動や精神障害が合併しやすいことを指摘するものが多い。ADHD の症状は環境要因にも関係することから、我が国における ADHD の予後に関する調査が必要である。今回、ADHD と診断された患者の予後を検討するための調査票を作成して検討した。今後、さらに予後調査を充実していくことは ADHD 児とその家族に対する包括的支援のための手引きを作成する上での重要な知見を得るために重要であると考えられた。

1. はじめに

注意欠陥・多動性障害 (attention-deficit/hyperactivity disorder, 以下 ADHD) の基本症状 (注意力障害、多動性、衝動性) は、10 代前半までにある程度コントロールできるようになるとされている。しかし、高校生・大学生の青年期では 60~80% が、成人になっても 30~50% が何らかの症状を残すとされている (Hart et al, 1995)。

ADHD 児の転帰に関する調査は、海外のものが多く、本邦における調査は少ない。ADHD の症状が環境に大きく影響されることから、海外の研究結果をそのまま我が国に当てはめることは慎重である必要がある。したがって、

我が国における転帰の調査し、長期の経過と、その経過に影響を与えた要因を検討することは、本研究班の行う ADHD 児の診療ガイドライン作成において、極めて重要な情報を与えると思われる。

以上から我が国の ADHD 児の転帰調査の必要であると考えられた。

本研究ではわが国における ADHD の長期予後を明らかにするために、基本症状の経過、合併症の経過、生活障害状況、非対応状況について調査をおこない、過去の対応状況と予後との関連性を明らかにすることを目的とした。

2. 研究方法

対象は分担研究者ならびに研究協力者が係る医療機関を受診し、調査時点での年齢が16歳以上となっている7名を対象とした。男性4名、女性3名で、調査時の年齢は16~22歳(18.4±2.7歳)であった。ADHDの診断は混合型が6名、不注意優勢型が1名であった。調査は主治医と家族ないし本人に対してアンケート形式によっておこなった。

家族への質問紙には生活状況、治療経過と現在の治療、教育経過、職業、相談状況、告知の有無について31項目、さらに、本人の状況についても基本症状、合併症状、生活障害程度に関して38項目の質問を5段階で設定した。

基本症状についてはDSM-IV、ICD-10におけるADHDの診断基準とともに、成人ADHDの診断基準として提唱されたHallowellらおよびUtahの診断基準も参考にした。多動、不注意、衝動性、課題への取り組み、行動様式、本人の気分についての質問項目を有し4段階に評価した。

ADHDの合併症・依存症として頻度の高いものについて発達性協調運動障害、青年期以降に問題となる行動・精神面の行動強迫性障害、反抗性挑戦障害・行為障害、不安障害ならびに身体面でのチックを含む項目に関する質問を設定した。

生活障害程度については最終学歴、成績、就業の有無、就業ないし通学の状況、結婚の有無などを設定した。

本人へは「心身の健康状態」について6つの大項目からなる31の小項目について回答を5段階で質問を設定した。子どものQOL調査票を基に、1. 身体的健康、2. 自分の気持ち、3. 自己評価、4. 家族との関係、5. 友人との関

係、6. 生活場面でのADHDの症状についての質問を作成した。

主治医には初診時の年齢、診断、投薬の有無と内容、教育機関との連携の有無に関する質問を設定した。

倫理面への配慮として実際に分析する際には個人が特定できないよう本研究だけの登録ID番号を設定した。なお、本研究は筑波大学の医の倫理委員会の承認を得た。

「注意欠陥/多動性障害の長期予後の影響」に関する調査票

- (1) 家族用 (別添参照)
- (2) 本人用 (別添参照)
- (3) 主治医用 (別添参照)

3. 結果

ADHDと診断された時期は小学5,6年から高校1年までであった。初診の理由はADHDの症状としての不注意・多動の以外に、学習障害、問題行動と多義にわたっていた。

初等・中等教育では全例普通学校に在籍し、普通学級が7名中6名、1回/週の情緒学級への通級が1名であった。学歴としては全例で年齢相当の学校に在籍ないし卒業していた。高校を卒業した3名中2名が大学に進学していた。

全例で現在も医療機関への通院がなされており、小児科が5名、精神科が2名(18歳、22歳)であった。

合併症として反抗性挑戦障害が4名、学習障害が2名、発達性協調運動障害が1名にみられた。知能は1例の軽度遅滞を除き全例正常範囲であった。

治療として薬物療法ではメチルフェニデート(商品名リタリン)がいずれかの時期に全例で用いられていた。投与開始時期は10歳か

ら22歳で、投与量は1日10～60mgであった。5名で現在も内服が続けられていた。投与開始理由としての臨床症状は注意欠陥が4名であった。3名では多動・衝動性や攻撃行動を含めて用いられていた。メチルフェニデートに対しては3名で特に効果的であったと家族が判断し、効果の速効性を理由に挙げていた。メチルフェニデート以外の内服は反抗性挑戦障害を合併した1例にリスペリドンが、22歳で精神科を受診している症例にクロルプロマジンが処方されていた。

他の治療としては、合併症の学習障害（書字障害）に対する学習指導、ソーシャルスキルトレーニング（SST）、カウンセラーによる面接がそれぞれ1名になされ、学習指導とSSTに対して家族から効果的であったと判断されていた。

告知は全例でおこなわれれており、告知した年齢は10～15歳で、理由として薬物療法を理解させるため、トラブルの原因理解のため、本人自身が望んだため、カウンセラーから指示されてなどであった。告知時点での反応としてはその場では理解できなかつたが4名と多く、受け入れた2名、受け入れられなかつた1名であった。

家族から学校への説明も全例でおこなわれれており、その理由として教師の理解を求めている。学校の対応への評価としては全く不十分から十分までとさまざまであった。

現在においても認められているADHDの基本症状を家族からのアンケート結果を基に検討した。DSM-IVにおける診断項目の不注意の9症状のうち0-3症状が3名、4-6症状が4名、7症状以上0名で、多動・衝動性の9症状のうち0-3症状が3名、4-6症状が2名、7症状以上が2名に認められた。

ADHD基本症状への回答を、ときどき1点、しばしば2点、大変しばしば3点到点数化し、基本症状の18項目について加算した。点数は2～27点に分布し、7点以下の4名（改善群）と17点の1名、25点以上の2名（高度残存群）に3群に分類された。

17点であったのはADHDと当初診断されていたが、次第に症状がそろいアスペルガー障害と最終診断されたケースで、適応障害、反抗性挑戦障害を合併していた。アスペルガー障害による社会性が低いために生じた症状が、不注意や多動・衝動性といったADHDの症状としてとらえられていた。

高度残存群の1名は15歳で初めて診断され内服薬が開始された。両親の不仲もあり、親子関係が悪く、また、受診時には既に友人関係にも問題を生じていた。高校3年になり受験体制に伴って孤立が深まり、家出やリストカットなどの行動もみられた。他の1例は中学生で診断されたが、薬物療法は当初なされておらず、大学時代からメチルフェニデートが開始された。

改善群において治療が開始された時期は小学生が2名、中学生が1名、高校生が1名であった。中学生・高校生で開始したケースは家族の理解が高く、1例はLD親の会への参加、1例は母親のADHDへの治療がなされていた。

成人期のADHDの症状として「物事を先延ばしにする、あるいは、いつもとりかかるのが遅れる」は7名中6名に、「種々の計画を進めるが、大部分は最後までやり遂げられない」7名中5名、「頻繁に強い刺激を求める」7名中3名、「のめりこむ傾向がある（アルコール、ギャンブル、食事、仕事なども含めて）」7名中4名に認められた。高度残存群の2名とともに、改善群の中にも成人期のADHDの症

状を呈する症例がみられた。

本人用のアンケートでは「身体的健康」「自己評価」については、症例毎の差異が少なかった。それに対して、「自分の気持ち」「生活場面での ADHD の症状」は症例間での差異がみられ、基本症状や成人期の症状の残存している症例において、問題症状を自覚していることが多かった。

4. 考察

「注意欠陥/多動性障害の長期予後の影響」に関する調査票を用いて青年期以降の ADHD の経過に関する調査をおこなった。

ADHD の予後についての報告では小児期に ADHD と診断された児の 1/4~1/3 では、青年期に反社会的問題を呈した (Mannuzza S. et al., 2000)。平均年齢 31 歳での調査では 22.6%が精神科での入院治療歴を持っていた (Dalsgaard S·en et al., 2002)。

そして、表 1 に示すような種々の行動や精神面の問題が、思春期以降に生じるとされている。今回の 7 例中 4 名にみられた反抗性挑戦障害は、ADHD の 50~60%にみられる。

これらの精神行動面の合併症・併存症は、年齢が上がるにつれ増加する傾向があり、今回はみられなかったものの、反抗挑戦性障害から行為障害、そして、反社会的行動障害と、破壊的行動が年齢ともに憎悪することがあり、このことを齋藤 (1999) はアレルギーマーチになぞらえて DBD マーチ (disruptive behavioral disorders march) と呼んでいる。このような問題行動は行為障害を呈する場合、家族の問題がある場合 (Biederman J. et al, 2001)、発達性協調運動障害の合併 (Rasmussen P. et al, 2000)、知能障害、虐待環境、保護者の精神障害の合併 (WHO, 1992)

があった場合に多いとする報告がある。

このように、ADHD の予後は必ずしも良好ではない。そして、ADHD 児の長期予後は合併・併存する行動・精神面の問題の有無と質・程度に大きく影響されることが推察される。

今回検討した 7 例では反抗性挑戦障害を認めるものの行為障害や反社会的行動障害の合併はなかった。しかしながら、ADHD の症状の残存があったり、内服薬の治療が続けられたり、精神科の受診がおこなわれているケースである。このように破壊的行動を呈することはないが、ADHD の予後として思春期を越えても完全治癒には至らない場合があることが明らかになった。

また、基本症状の改善は見られるものの、成人期特有の ADHD の症状が残存した症例もみられた。

どのような場合に基本症状が残存したりう、反抗性挑戦障害などが合併症するかについては症例が少ないため明確ではないが、今回の症例では診断・治療の開始時期が中学・高校と遅く、家庭環境などに問題のある場合に問題がみられた。したがって、これまでもいわれているように早期診断と早期の治療的な介入の有用性が考えられた。

5. 結論

本年度は昨年度作成した「注意欠陥/多動性障害の長期予後の影響」に関する調査票を用いて ADHD の予後に関する調査をおこなった。

今後さらに症例を蓄積することによって、ADHD の治療、教育経過と長期予後との関係がさらに明らかにし、適切な治療・教育を含めた対処方法が確立されるものと考えられる。

最後にアンケート調査にご協力いただきました、ご本人やご家族の方々、並びに、久留

米大学小児科山下裕史朗先生、東京医科大学
小児科宮島祐先生に深謝いたします。

表1 ADHDの合併症・併存症

1. 発達・認知面

- 1) 発達性言語障害
- 2) 発達性協応運動障害
- 3) 学習障害 (15~92%)

2. 行動・精神面

- 1) 反抗挑戦性障害・
行為障害 (50~60%)
- 2) 適応障害：不登校など
- 3) 神経症性障害：不安障害 (25~40%)、
強迫性障害
- 4) 気分障害 (15~75%)
- 5) 薬物嗜癖
- 6) 反社会性人格障害

3. 身体面

- 1) チック障害 (30~50%)
- 2) てんかん

※ () は報告された合併頻度

文献

Biederman J. et al.: Patterns of remission and symptom decline in conduct disorder: a four-year prospective study of an ADHD sample, J. Am. Acad. Child Adoles Psychiat. 40:290-298, 2001.

Dalsgaard S·en et al. : Conduct problems, gender and adult psychiatric outcome of children with attention-deficit hyperactivity disorder, Brit. J. Psychiat. 181:416-421, 2002.

Hart EL, Lahey BB and Loeber R et

al. :Developmental Change in Attention-Deficit Hyperactivity disorder in Boys:A Four-year Longitudinal Study, J Abnorm Child Psychol 23:729-749, 1995.

Mannuzza S. et al. : Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder, Child Adoles Psychiat Clin North Am. 9:711-726, 2000

Rasmussen P. et al.: Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study, J. Am. Acad. Child Adoles Psychiat. 39:1424-1431, 2000.

WHO: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders -Clinical descriptions and diagnostic guidelines, WHO, 1992 (融道男、中根允文、小見山実監訳：ICD-10 精神および行動の障害－臨床記述と診断ガイドライン－、医学書院、268-271、1993)

斉藤万比古：反抗挑戦性障害。精神科治療学 14:153-159, 1999

整理番号 (—)

「注意欠陥/多動性障害の長期予後の影響」に関する調査 (家族用)

アンケートの記入上の注意

回答は質問ごとに該当する番号の1つに○印をつけて下さい。または、()があるものは、内容を選択しないしご記入ください。複数回答可と記入してある場合にはいくつでもお選び下さい。

【I】 基本的事項

Q1 ご記入されているのはどなたですか。	1. 母親 2. 父親 3. その他 ()
Q2 現在の年齢をお教えてください。	() 歳 () ヶ月
Q3 性別をお教えてください。	1. 男性 2. 女性

【II】 お子様の現在の状態についてお教えてください

Q4 現在、何をなさっていますか。	1. 学生 (高校生、専門学校生、大学生、大学院生) 2. 働いている (定職、アルバイト) 3. 無職 4. その他 ()
Q5 ご結婚なさっていますか。	1. はい 2. いいえ
Q6 生活形態をお教え下さい。	1. 一人暮らし 2. 両親と 3. 配偶者と
Q7 現在医療機関を受診されていますか。	1. はい 2. いいえ
Q8 Q7で「1. はい」を選択された方にお聞きします。受診している診療科をお教えてください。	1. 小児科 2. 心療内科 3. 児童精神科 4. 成人の精神科 5. その他 ()
Q9 Q7で「1. はい」を選択された方にお聞きします。通院されている理由をお教えてください。	1. ADHDの症状が持続しているため 2. 合併症 ()のため 3. なんとなく不安で 4. その他 ()
Q10 Q7で「1. はい」を選択された方にお聞きします。現在受けている治療はありますか。	1. ない 2. 薬物療法 (薬の名前をご記入ください) () 3. 心理療法 4. その他 ()
Q11 小学校、中学校時代の在籍状況をお教え下さい。	小学校 1. 普通学級 2. 普通学級・特殊学級の併用 3. 特殊学級の在籍もあり () 年生 中学校 1. 普通学級 2. 普通学級・特殊学級の併用 3. 特殊学級の在籍もあり () 年生
Q12 学歴についてお教え下さい	1. 高校 (在学中、中退、卒業) 2. 専門学校 (在学中、中退、卒業) 3. 大学 (在学中、中退、卒業) 4. 大学院 (在学中、中退、卒業)

Q13 学校での成績はどうでしたか。	1. 良いほうであった 2. 普通 3. 悪いほうであった
Q14 留年したことはありますか。	1. はい 2. いいえ

【III】 これまでのADHDに関する相談や治療についてお聞きします。

Q15 ADHDについてお子様に告知されましたか。告知された方はお子様の年齢、告知者もお教えてください。	1. はい お子様の年齢 () 歳頃、告知者 () 2. いいえ
Q16 Q15で「1. はい」を選択された方にお聞きします。告知された理由をお教え下さい(複数回答可)。	1. 子どもから尋ねられた。 2. 子どもがいじめにあった。 3. 子どもから自己否定的なことをいわれた。 4. その他 ()
Q17 Q15で「1. はい」を選択された方にお聞きします。その時のお子様の反応はどうでしたか。	1. 素直に受け入れた。 2. その場では理解できないようだった。 3. 受け入れられないようだった。 4. 特に反応はなかった。 5. その他 ()
Q18 これまでどんな治療や対応がおこなわれましたか。また、その時期についてもお教えてください(複数回答可)。	1. 薬物療法(時期) () 2. 学校でのADHDに対するプログラム(時期) () 3. ソーシャルスキルトレーニング(時期) () 4.ペアレントトレーニング(時期) () 5. 感覚統合訓練(時期) () 6. 言語訓練(時期) () 7. その他 () (時期) () 8. 特に専門の指導や治療はされていない
Q19 これまでお受けになった治療や対応でお子様にとって良かったと思われるものを理由も含めてお教えてください(複数回答可)。	1. 薬物療法(理由) () 2. 学校でのADHDに対するプログラム(理由) () 3. ソーシャルスキルトレーニング(理由) () 4. ペアレントトレーニング(理由) () 5. 感覚統合訓練(理由) () 6. 言語訓練(理由) () 7. その他 () (理由) () 8. 特に専門の指導や治療はされていない
Q20 Q19で薬物療法を選択されたかたにお聞きします。薬の名前をご存知ならご記入下さい(複数回答可)	1. リタリン 2. オーラップ 3. リスパダール 4. セレネース 5. その他 ()
Q21 ADHDのお子さんを育てられて困ってアドバイスや対応が欲しいと感じられたことはどのようなことでしょうか(複数回答可)。お子様の問題についてお教えてください。	1. 自宅外の場での多動 2. 友達とのケンカ 3. 学業不振 4. 登校しぶり 5. 反抗的態度 6. 気分の落ち込み 7. 自己否定的言動 8. 非行 9. その他 ()

以下の項目については5段階で評価するとどこにあたりますか。当てはまる数字を○で囲んでください。

【1】 現在のお子様の症状についてお聞きします	か っ た ほ と ん ど な	た ま に あ っ た	と き ど き あ っ た	っ た し ば し ば あ	非 常 に し ば し ば あ っ た
① 手足をそわそわ動かす、着席していてももじもじする、指で物をとんとん叩くなどがみられる。	1	2	3	4	5
② 授業中や座っているべき時に席を離れてしまう。	1	2	3	4	5
③ 過度に走り回ったりよじ登ったりする。	1	2	3	4	5
④ 遊びや余暇活動でおとなしく参加することが難しい。	1	2	3	4	5
⑤ じっとしていない、または何か駆り立てられるように活動する。	1	2	3	4	5
⑥ 過度にしゃべる。	1	2	3	4	5
⑦ 学校や職場で細かいところまで注意を払わなかったり、不注意な間違いをしたりする。	1	2	3	4	5
⑧ 課題や遊びの活動で注意を集中し続けることが難しい。	1	2	3	4	5
⑨ 面と向かって話かけられているのに、聞いていないようにみえる	1	2	3	4	5
⑩ 気が散りやすい。	1	2	3	4	5
⑪ 読書や会の最中などに他の事を考え上の空になる。	1	2	3	4	5
⑫ 衝動的である（金銭をつかうとき、計画を変更する時、新しい企画や職業を選択する時などに）。	1	2	3	4	5
⑬ 順番を待つことが難しい。	1	2	3	4	5
⑭ 頭に浮かんできたことを状況を考えずに口に出す。質問が終わらないうちに出し抜けに答えてしまう。	1	2	3	4	5
⑮ 他の人が行っていることを遮ったり、邪魔をしたりする。	1	2	3	4	5

【2】 現在のお子様の行動についてお聞きします。	か っ た ほ と ん ど な	た ま に あ っ た	と き ど き あ っ た	っ た し ば し ば あ	非 常 に し ば し ば あ っ た
① 課題や活動を決められたやり方や“適切な”手順で行うことが難しい。	1	2	3	4	5
② 指示に従わず、また、やるべき仕事を最後までやり遂げない。	1	2	3	4	5
③ 種々の計画を進めるが、大部分は最後までやり遂げられない。	1	2	3	4	5
④ 精神的な努力を続けなければならない課題（学校での勉強や宿題など）を避ける。	1	2	3	4	5
⑤ 物事を先延ばしにする、あるいは、いつもとりかかるのが遅れる。	1	2	3	4	5
⑥ 日々の活動で忘れっぽい。	1	2	3	4	5
⑦ 課題や活動に必要なものをなくしてしまう。	1	2	3	4	5
⑧ 頻繁に強い刺激を求める。	1	2	3	4	5
⑨ 際限なく不必要な心配をする、しかし、実際の危険に対しては注意をはらわなかったり軽視したりする。	1	2	3	4	5
⑩ のめりこむ傾向がある（アルコール、ギャンブル、食事、仕事なども含めて）。	1	2	3	4	5
⑪ しばしば創造性や直感、高い知性を示す。	1	2	3	4	5

【3】その他の現在の症状についてお聞きします。	か つ た ほ と ん ど な	た ま に あ つ た	と き ど き あ つ た	つ た し ば し ば あ	し が あ つ た 非 常 に し ば
① 手を洗う、順番をそろえる、点検するなどの行為をこだわって繰り返し行う。	1	2	3	4	5
② ひどく興奮しやすい、癇癢爆発させる、よく喧嘩をする。	1	2	3	4	5
③ 友人や兄弟を馬鹿にする。	1	2	3	4	5
④ 自分の要求を通そうと強引である。	1	2	3	4	5
⑤ 他人をいじめる、脅迫する、威嚇する。	1	2	3	4	5
⑥ 非行をおこなった。	1	2	3	4	5
⑦ 恐怖や不快を感じて、動悸、発汗、身震い、息切れ、窒息感、胸部や腹部の不快感を訴えた。	1	2	3	4	5
⑧ 不器用である。	1	2	3	4	5

【4】その他の過去の症状についてお聞きします。	か つ た ほ と ん ど な	た ま に あ つ た	と き ど き あ つ た	つ た し ば し ば あ	し が あ つ た 非 常 に し ば
① 「チック」といわれた。	1	2	3	4	5
② 「どもって」いた。	1	2	3	4	5
③ 「けいれん」を起こした。	1	2	3	4	5
④ 睡眠に問題があった。	1	2	3	4	5

その他、ADHDのお子さんを育てるということに関連してお感じられたことや、医療機関に対するご要望などお気づきの点がありましたらご自由にご記入下さい。

ご協力いただきまして誠に有難うございました。

この調査研究は東京医科大学小児科宮島祐が主任研究者となっており行われているものです。調査研究の分担は筑波大学人間総合科学研究科宮本信也、茨城県立医療大学小児科岩崎信明が担当しております。調査につきましてのご質問・ご意見等がございましたら、何でもご遠慮なく下記までお問い合わせ下さい。

厚生労働省 効果的医療技術の確立推進臨床研究委託事業「小児における注意欠陥/多動性障害に対する診断ガイドライン作成に関する研究」調査研究 研究分担者:筑波大学人間総合科学研究科 宮本 信也

連絡先 〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町大字阿見 4669-2

茨城県立医療大学小児科 岩崎信明(いわさき のぶあき)

電話 029-840-2968(研究室、FAX 兼用)、029-888-9200(付属病院、呼出)

e-mail:iwasakin@ipu.ac.jp

心身の健康状態に関する調査 (本人用)

このたびは、アンケートにご協力いただきまして有難うございます。この調査は以前に病院に受診した事のある方の現在の身体や心の状態についてお聞きするものです。さしつかえない範囲でアンケートにご協力いただけますようお願い申し上げます。

この 1週間のあなたについて以下の項目について5段階で評価するとどこにあたりますか。当てはまる数字を○で囲んでください。

【1】 あなたの健康についてお聞かせください。	ぜんぜん なかった	たまに あった	ときどき あった	よく あった	いつも だった
①病気ではないかなと思ったことがあった。	1	2	3	4	5
②頭痛、腹痛があった。	1	2	3	4	5
③疲れてぐったりすることがあった。	1	2	3	4	5
④元気だった。	1	2	3	4	5

【2】 あなたの気持ちについてお教えてください。	ぜんぜん なかった	たまに あった	ときどき あった	よく あった	いつも だった
①楽しかった、よく笑った。	1	2	3	4	5
②退屈な状態に我慢できない。	1	2	3	4	5
③孤独であった	1	2	3	4	5
④不安であった	1	2	3	4	5
⑤実力をはっきできていない。ないし、目標を達成できないという感覚がある。	1	2	3	4	5
⑥ストレスや欲求不満に耐えられない。	1	2	3	4	5
⑦ころろがなんとなく不安定である。	1	2	3	4	5
⑧気分が揺れやすく、変わりやすい。	1	2	3	4	5
⑨なやみは多かった。	1	2	3	4	5
⑩精神的に充実している。	1	2	3	4	5
⑪趣味をもち満足している。	1	2	3	4	5

【3】 自分のことをどのように感じていますか。	ぜんぜん なかった	たまに あった	ときどき あった	よく あった	いつも だった
①自分はすばらしい (よくやった) と思った	1	2	3	4	5
②自分はなんでもできると感じた。	1	2	3	4	5
③学校生活や職場での仕事に満足している。	1	2	3	4	5
④自宅での生活に満足している。	1	2	3	4	5
⑤生活全体に満足している。	1	2	3	4	5

【4】あなたと家族について聞かせてください。	ぜんぜん なかった	たまに あった	ときどき あった	よくあった	いつも だった
①ご家族と仲良くしていた	1	2	3	4	5
②家で気持ち過ごした。	1	2	3	4	5
③家で家族とけんかした	1	2	3	4	5
④家族から自由にさせたもらっていない。	1	2	3	4	5

【5】あなたの友だちとのようすを聞かせてください。	ぜんぜん なかった	たまに あった	ときどき あった	よくあった	いつも だった
①友だちとよく遊んだり、つきあった。	1	2	3	4	5
②友人から自分は好かれていると思う。	1	2	3	4	5
③仲の良い友だちと楽しく過ごした。	1	2	3	4	5
④他の人間と自分とは異なっていると感じる。	1	2	3	4	5
⑤多くの友人をもっている。	1	2	3	4	5
⑥自分を理解してくれる友だちがいる。	1	2	3	4	5
⑦友人関係に満足している。	1	2	3	4	5

【6】あなたの活動についてお教えてください。	ぜんぜん なかった	たまに あった	ときどき あった	よくあった	いつも だった
①日々の活動で忘れっぽかった。	1	2	3	4	5
②課題に活動に必要なものをなくしてしまうことが多かった。	1	2	3	4	5
③強い刺激を求めることが多かった。	1	2	3	4	5
④不必要な心配をすることが多かった。	1	2	3	4	5
⑤アルコール、ギャンブル、食事、仕事などにのめりこむことがあった。	1	2	3	4	5

お気づきの点がありましたらご自由にご記入下さい。

ご協力いただきまして誠に有難うございました。

「注意欠陥/多動性障害の長期予後の影響」に関する調査（主治医用）

注意欠陥/多動性障害の長期予後に関する調査に関するご協力をお願い

初秋の候 先生には益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

昨今、児童精神に関する問題が社会的にも関心を集めており、特に注意欠陥/多動性障害（ADHD）は予後や薬物療法の適応を含め社会的に大きな関心を集めています。今回、日本における ADHD の成人期の状態を調査することによって、その長期予後を明らかにし、ADHD に対する医療・教育・薬物治療の適応を明確にすることです。このための基礎資料としてアンケート調査を計画しました。先生方にはお忙しい中大変申し訳ありませんが、このアンケートの主旨を理解いただき、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

アンケートの記入上の注意

本用紙は主治医の先生方へのアンケートです。回答は質問ごとに該当する番号の1つに○印をつけて下さい。または、()があるものにはご記入してください。複数回答可と記入してある場合にはいくつでもお選び下さい。

【I】 基本的事項	
Q1 初診時の年齢をお教えてください。	() 歳 () ヶ月
Q2 初診時の来院の理由は何でしょうか。	1. 多動 2. 学業の遅れ 3. 問題行動 4. その他 ()
Q3 ADHDと診断された時期をお教えてください。	1. 幼児期 2. 小学校1,2年 3. 小学校3,4年 4. 小学校5,6年 6. 中学生
Q4 ADHDの診断についてお教え下さい。	1. 混合型 2. 不注意優勢型 3. 多動—衝動性優勢型

【II】 診断についてお聞きします。	
Q5 併存障害はみられましたか。	1. あり 2. なし

