

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

成人期注意欠陥・多動性障害の疫学，診断，治療法に関する研究

実態把握と診断・治療の指針作成に関する研究（2）

分担研究者 齊藤万比古¹⁾

研究協力者 渡部 京太¹⁾ 小平 雅基¹⁾ 宇佐美政英¹⁾ 岩垂 貴喜¹⁾ 宮崎 央桂¹⁾

黒江美穂子¹⁾ 大西 豊史¹⁾ 青木 桃子¹⁾ 永田 真由¹⁾ 勝見 千晶¹⁾

1) 国立国際医療センター国府台病院児童精神科

研究要旨

現状では，成人期 ADHD の診断は DSM，ICD の診断基準に沿って診断されているのが一般的であるが，DSM-IV の診断基準は，成人期 ADHD の診断を行う上では実用上問題があることが指摘されている。成人期 ADHD の診療の現状を調査するために，成人期 ADHD を診断するために使用している診断基準，アセスメント・ツール，検査などについてのアンケート調査を実施した。

1) 成人期 ADHD の診断に際しては，DSM-IV-TR や ICD-10 の診断基準が使用されていることが多かったが，DSM に準拠した「ADHD の臨床診断面接フォーム」や「Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)」といった半構造化面接が行われることが少ないこと，成人期 ADHD 症状の評価尺度である「Conners' Adult ADHD Rating Scale (CAARS)」が使用されることも少ないこと，そして対象の多くが「医師の経験に基づく通常の診断面接」によって成人期 ADHD 患者の診断を行っていることが示された。2) 調査対象のおよそ半数が診断の決め手となるとして選択した診断基準の項目は，①DSM-IV-TR では「不注意な間違い」，②DSM-5 では「不注意な過ちをおかす」，「課題や活動を順序立てることが困難」，「考えずに行動する傾向」，③Barkley らが提案している成人期 ADHD の診断基準では認めなかったという結果が得られた。3) 成人期 ADHD の診断の際に行われる医学的検査や心理発達検査として，脳波検査，頭部 MRI 検査，頭部 CT 検査といった脳画像検査，甲状腺ホルモンを含めて血液検査，心電図検査，WAIS-III といった知能検査がよく行われていた。今後，「CAADID」や「CAARS」といった（半）構造化面接や評価尺度が普及し使用しやすくなることが期待される。

A. 研究目的

Barkley ら¹⁾ は，ADHD の一次性および中核的障害として行動の抑制性制御の障害を考え，ADHD におけるその他の遂行機能障害を二次的

に説明する包括的理論を提唱しているが，なかでも遂行機能障害に注目し，注意散漫 (distractibility)，衝動性，集中や持続の困難さ，working memory と組織化の問題と関連する項目

がもっとも成人期 ADHD を特徴づけており、多動と関連した項目は成人期 ADHD の特徴を反映していないと考えられると報告している。現状では、成人期 ADHD の診断は DSM-IV-TR あるいは ICD-10 の診断基準に沿って診断されているのが一般的であるが、DSM-IV の診断基準は、成人期 ADHD の診断を行う上では実用上問題があることがしばしば指摘されている。昨年度われわれ²⁾は、成人期 ADHD の先行研究をレビューし、成人期 ADHD の疾患概念について検討し、Barkley ら³⁾が DSM-5 にむけて提案している成人期 ADHD の診断基準を紹介した。

今年度は、成人期 ADHD の診療の現状を調査するために、日本 ADHD 学会会員、日本児童青年精神医学会の認定医、評議員およびその周辺の児童精神科医、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院の児童精神科医、過去 5 年間に思春期・成人期の ADHD や広汎性発達障害に関する論文を執筆者でそのうち医師だった者を対象に、成人期 ADHD を診断するために使用している診断基準、アセスメント・ツール、検査などについてのアンケート調査を実施し、その結果の一部を報告する。

B. 研究方法

本研究では、成人期 ADHD を 18 歳以上の『ADHD の症状を持つ成人、あるいは ADHD の児童が成人後もその症状を残存している状態』と定義した⁴⁾。そして、『成人期 ADHD の診断・治療に関するアンケート調査票』を作成した。この調査票は、①成人期 ADHD を診療する時に使用する診断基準、②米国精神医学会の診断基準である DSM-IV-TR、2010 年 2 月上旬に発表された DSM-5 のドラフトにおける ADHD の診断基準、および Barkley らが DSM-5 にむけて提案している成人期 ADHD の診断基準の項目のうち、成人期 ADHD の患者の症状としてよくみられる項目、

そして診断の決め手となる項目、③成人期 ADHD を診断する時に施行されるアセスメント・ツールや検査などについて質問する形式になっている。

①、③は、「必ず使う（日常的に必ず使う）」「しばしば使う（日常的によく使う）」「ときどき使う（日常的にたまに使う）」「ほとんど使わない（日常的に使わない）」の 4 段階評価で回答してもらった。②は、それぞれの診断基準の項目について、成人期 ADHD 患者の症状として「よくみられるものか」、そして成人期 ADHD の診断の決め手となる項目になるのはどの項目かをいくつでも選択できる形式になっている。

日本 ADHD 学会医師会員、日本児童青年精神医学会の認定医、評議員およびその周辺の児童精神科医、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院で診療している児童精神科医、過去 5 年間に思春期・成人期の ADHD や広汎性発達障害に関する論文を執筆者のうち医師を対象とした。なお、過去 5 年間に思春期・成人期の ADHD や広汎性発達障害に関する論文は、医学中央雑誌刊行会の「医中誌 web」を思春期、青年期、注意欠如・多動性障害 (ADHD)、広汎性発達障害、アスペルガー障害、発達障害という key word で検索を行った。今回の報告では、日本 ADHD 学会の医師会員、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院で診療している児童精神科医、過去 5 年間に思春期・成人期の ADHD や広汎性発達障害に関する論文を執筆者のうち医師からの回答を解析対象とした。

C. 結果

1) 調査対象：

回答が得られた対象は 80 名だった。

①成人期 ADHD 患者を主に診療している機関は、クリニック 8 名、総合病院 42 名、単科精神病院 20 名、小児専門病院 3 名、その他 7 名だった。

②調査対象の専門領域は、精神科 24 名、児童精

神科 53 名, 小児科 1 名, 小児神経科 2 名だった。

③調査対象 68 名 (12 名は未記入だった) の臨床経験年数は 3 年から 36 年に分布しており, 68 名の平均臨床経験年数 (\pm 標準偏差) は 15.8 (\pm 8.4) 年だった。

④調査対象の成人期 ADHD 患者の診療経験については, 図 1 に示した。16 歳から 41 歳以上に及ぶ広い年齢層の ADHD 患者を診療していることがうかがえる。

2) 成人期 ADHD を診断する際に使用される診断基準については, 図 2 に示した。DSM-IV-TR や ICD-10 がよく使用されていた。Hallowell and Ratey⁵⁾ の成人期 ADD 診断基準 (1994) や Wender⁶⁾ の成人期 ADHD 診断基準 (1998) はあまり使用されていなかった。

3) 成人期 ADHD の診断の決め手となる DSM といった診断基準の項目について

①DSM-IV-TR の診断項目について

i) <不注意> (図 3)

成人期 ADHD 患者によくみられる症状として, 「不注意な間違い」(57 名), 「ものをなくす」(47 名), 「順序立てることが困難」(46 名), 「注意集中困難」(40 名), 「義務をやりとげられない」(38 名), 「気が散ってしまう」(38 名) の順で多かった。成人期 ADHD の診断の決め手となる症状は, 「不注意な間違い」(40 名), 「順序立てることが困難」(31 名), 「ものをなくす」(24 名) の順で多かった。

ii) <多動性-衝動性> (図 4)

成人期 ADHD 患者によくみられる症状は, 「しゃべりすぎる」(45 名), 「出し抜けに答え始める」(29 名), 「順番を待てない」(25 名) の順で多かった。成人期 ADHD の診断の決め手となる症状は, 「出し抜けに答え始める」(18 名) が最多だった。

②DSM-5 ドラフトの診断項目について

DSM-IV-TR の ADHD の診断基準における問

題点は, 不注意の症状のみの診断ができないこと, 衝動性の症状が軽視されていること, 発症年齢の問題, 広汎性発達障害との合併が許されないこと, 成人期の症状をとらえにくいことなどがあげられている⁷⁾。DSM-5 ドラフトの ADHD の診断基準は, 表 1 に示した⁸⁾。

i) <不注意> (図 5)

成人期 ADHD 患者によくみられる症状は, 「不注意な過ち」(60 名), 「順序立てることが困難」(60 名), 「ものをなくす」(53 名), 「義務をやりとげられない」(51 名), 「毎日の活動を忘れてしまう」(46 名), 「注意集中困難」(40 名) の順で多かった。成人期 ADHD の診断の決め手となる症状は, 「不注意な間違い」(41 名), 「順序立てることが困難」(39 名), 「義務をやり遂げることができない」(33 名) の順で多かった。

ii) <多動性-衝動性> (図 6)

成人期 ADHD 患者によくみられる症状は, 「考えずに行動する傾向」(55 名), 「せっかちである」(41 名), 「しゃべりすぎる」(40 名) の順で多かった。成人期 ADHD の診断の決め手となる症状は, 「考えずに行動する傾向」(36 名), 「せっかちである」(25 名), 「たとえリスクがあるとしても, 誘惑や機会に抵抗することが難しく感じる」(24 名) の順で回答が多かった。

③Barkley らが提案している成人期 ADHD の診断基準の診断項目について (図 7)

Barkley らが DSM-5 にむけて提案している成人期 ADHD の診断基準を紹介したが, その診断基準では 3 つの DSM-IV-TR の診断項目を含んでいる。

成人期 ADHD 患者によくみられる症状は, 「適切な順番や順序で物事を行うことが困難」(53 名), 「衝動的に意志決定を行う」(50 名), 「計画や課題を注意して指示を読んだり聞いたりすることなく始める」(47 名), 「計画することが困難」(46 名), 「注意集中困難」(40 名) の順で多かった。

成人期 ADHD の診断の決め手となる症状は、「計画することが困難」(31名)、「計画や課題を注意して指示を読んだり聞いたりすることなく始める」(28名)、「適切な順番や順序で物事を行うことが困難」(28名)、「衝動的に意志決定を行う」(27名)の順で多かった。

4) 成人期 ADHD の診断に際して使用されるアセスメント・ツールや検査

①ADHD の診断を目的とした評価尺度

『第3版 注意欠如・多動性障害-ADHD-の診断・治療ガイドライン』では、DSM-IV-TR に準拠した「ADHD の臨床診断面接フォーム」を使用した半構造化面接が推奨されている⁴⁾。「Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)」は、Conners らによって作成された DSM-IV に準拠した半構造化面接である⁹⁾。

「ADHD の臨床診断面接フォーム」を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 79 名のうち 8 名 (10.1%)、

「CAADID」を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 74 名のうち 4 名 (5.4%) だった。そして、対象の多くが「医師の経験に基づく通常の診断面接」によって成人期 ADHD 患者の診断を行っていることが示された。

②ADHD の症状の程度を測定する評価尺度

主な評価尺度としては「ADHD 評価スケール (ADHD-RS)」や「CAADID」と同様に Conners らによって作成された「Conners' Adult ADHD Rating Scale (CAARS)」がある⁹⁾。「ADHD-RS」を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 78 名のうち 42 名 (53.8%)、「CAARS」を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 78 名のうち 11 名 (14.1%) だった。

③併存障害の評価を含む精神医学的診断面接

成人の精神症状を広く評価するための(半)構造化面接として、SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) , M.I.N.I.

(Mini-International Neuropsychiatric Interview : 精神疾患簡易構造化面接法) , SCID-IV (Structured Clinical Interview For DSM-IV-TR Axis I Disorders : 精神科診断面接マニュアル) があげられる。「M.I.N.I.」を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 80 名のうち 10 名 (12.5%)、「SCID-IV」を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 80 名のうち 8 名 (10%) だった。

『第3版 ADHD の診断・治療ガイドライン』では、ADHD の併存障害の評価には「ADHD 併存障害診断・評価用オプション・フォーム」を使用することを推奨している⁴⁾が、「ADHD 併存障害診断・評価用オプション・フォーム」を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 79 名のうち 10 名 (12.7%) だった。

④心理発達検査や質問紙調査

WAIS-III といった知能検査を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 80 名のうち 71 名 (88.8%) だった。ロールシャッハ・テストを「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 80 名のうち 15 名 (18.8%)、Minnesota Multiphasic Personal Inventory (MMPI) を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 80 名のうち 8 名 (10%) だった。

⑤医学的検査

成人期 ADHD の診断の際に行われる医学的検査については、図 9 に示した。脳波検査、頭部 MRI 検査、頭部 CT 検査といった脳画像検査、甲状腺ホルモンを含めて血液検査、さらに心電図検査などの検査がよく行われていた。

D. まとめ

日本 ADHD 学会の医師会員、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院で診療している児童精神科医、過去 5 年間に思春期・成人

期の ADHD や広汎性発達障害に関する論文を執筆者のうち医師を対象として、成人期 ADHD を診断するために使用している診断基準、アセスメント・ツール、検査などについてのアンケート調査を実施した。

1) 成人期 ADHD の診断に際しては、DSM-IV-TR や ICD-10 の診断基準が使用されていることが多かったが、DSM に準拠した「ADHD の臨床診断面接フォーム」や「CAADID」といった半構造化面接が行われることが少ないこと、成人期 ADHD 症状の評価尺度である「CAARS」が使用されることも少ないこと、さらに併存障害を評価するための（半）構造化面接が行われることが少ないこと、そして対象の多くが「医師の経験に基づく通常の診断面接」によって成人期 ADHD 患者の診断を行っていることが示された。

（半）構造化面接は、まだ十分に普及していないこと、日常の診療では時間が要するため行いにくいことがあって、診断面接の際に使用しにくいことがあるのかもしれない。今後、「CAADID」や「CAARS」といった（半）構造化面接や評価尺度が普及し使用しやすくなることが期待される。

2) 調査対象のおよそ半数が診断の決め手となるとして選択した診断基準の項目は、①DSM-IV-TR では「不注意な間違い」、②DSM-5 では「不注意な過ちをおかす」、「課題や活動を順序立てることが困難」、「考えずに行動する傾向」、③Barkley らが提案している成人期 ADHD の診断基準では認めなかったという結果が得られた。

ADHD や広汎性発達障害にしろ、発達障害そのものの特徴は成人になっても残っている一方で、表面に表れる症状は児童期に比べると目立たなくなっている症例は多いと考えられる。気分障害、不安障害、そしてパーソナリティ障害といった疾患の背景にある ADHD といった発達障害は覆い隠され、注意深く観察しないと認めにくいということが起こりえる。通常の治療や支援に反応しに

くい場合には、発達障害を疑ってみることが必要になるだろう¹⁰⁾。その場合には、上記のような診断基準の項目を具体例をあげながら注意深く問診していくことが必要になると考えられる。

3) 成人期 ADHD の診断の際に行われる医学的検査や心理発達検査として、脳波検査、頭部 MRI 検査、頭部 CT 検査といった脳画像検査、甲状腺ホルモンを含めて血液検査、心電図検査、WAIS-III といった知能検査がよく行われていた。どのような認知機能検査、心理発達検査を組み合わせで行うのがよいのかを検討していくことが今後の課題としてあげられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

1) Barkley, RA. : Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD.

Psychol.Bull. 121:65-94,1997.

2) 齊藤万比古：成人期注意・欠陥多動性障害の疫学、診断、治療法に関する研究 実態把握と診断・治療の指針作成に関する研究（1）、厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業 成人期注意・欠陥多動性障害の疫学、診断、治療法に関する研究、平成 21 年度 総括・分担研究報告書、85-92、2010.

3) Barkley, R.A., Murphy, K.R., Fischer, M. :
ADHD in Adults. New York, The Guilford
Press ; 2008

4) 齊藤万比古, 渡部京太編: 第3版 注意欠如・
多動性障害-ADHD-の診断・治療ガイドライン,
東京, じほう, 2008.

5) Hallowell, E.M., Ratey, J. Driven to
distraction: Recognizing and coping attention
with attention deficit disorder from childhood
through adulthood. New York, Pantheon
Books, 1994

6) Wender, P.H. : Attention-deficit
Hyperactivity Disorder in Adults. New York,
Oxford University Press ; 1998.

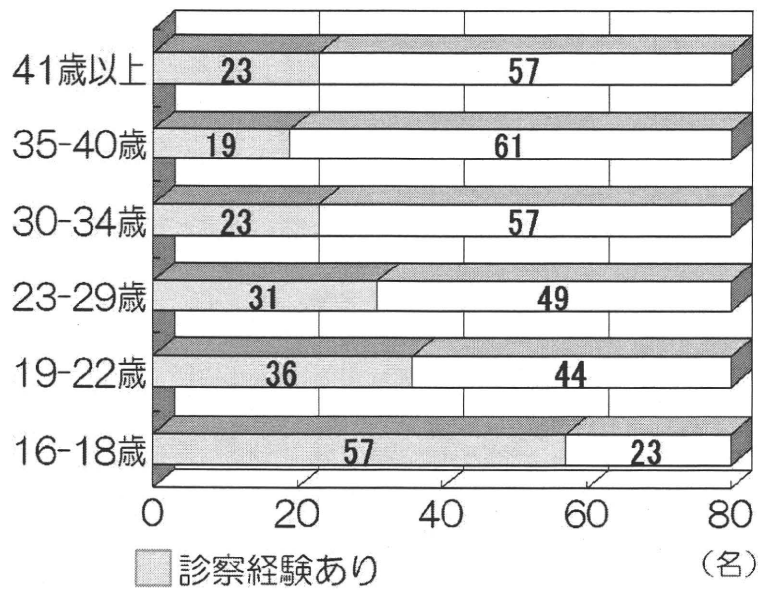
7) 石井礼花, 金生由紀子: ADHDの診断分類の
課題-DSM-5に向けて-精神科治療学, 25 (6),
719-726, 2010.

8)

APA([www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/
proposedrevision.aspx?rid=383](http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=383))

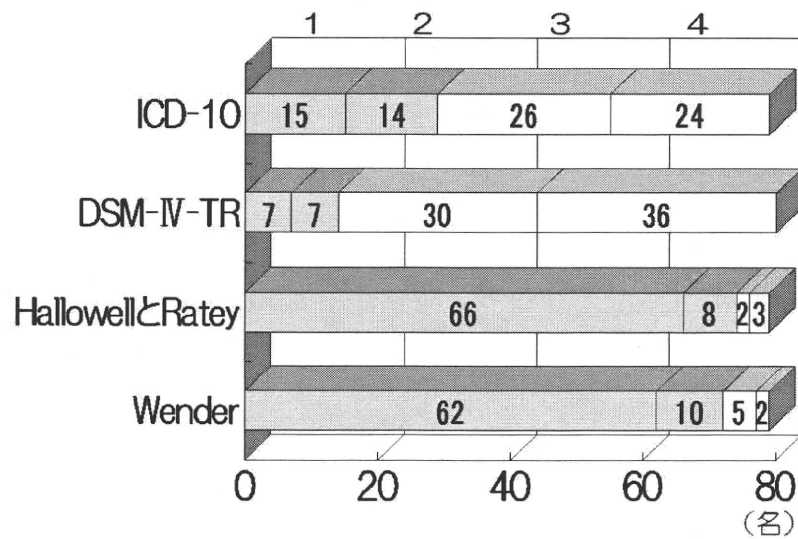
9) 中村和彦, 辻井正次: 成人 ADHD 研究にお
ける評価尺度の使用状況, 厚生労働科学研究費補
助金 障害保健福祉総合研究事業 成人期注意・
欠陥多動性障害の疫学, 診断, 治療法に関する研
究, 平成 21 年度 総括・分担研究報告書, 66-84,
2010.

10) 齊藤万比古 (編著): 発達障害が引き起こす
二次障害のケアとサポート. 学研, 東京, 2009



(N=80)

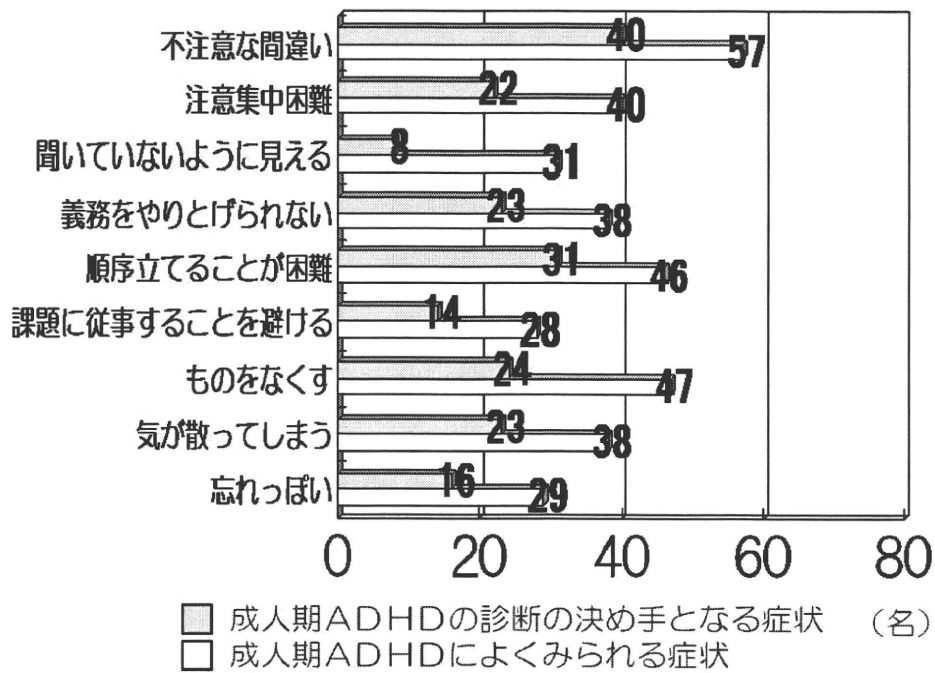
図1 調査対象の成人期 ADHD 患者の診療経験の有無



(N=80)

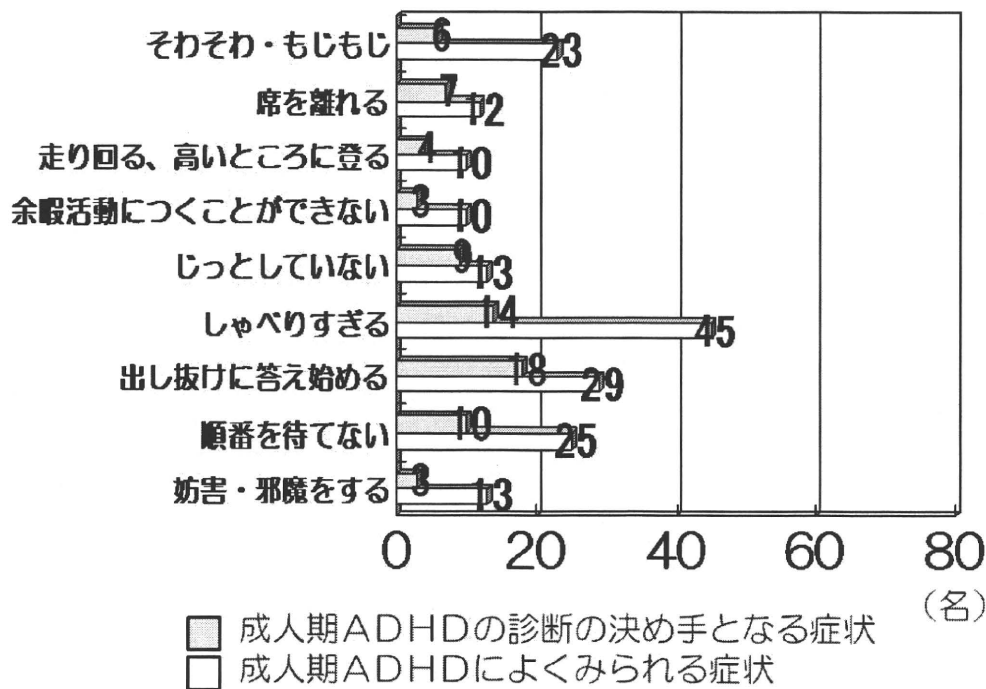
1 : ほとんど使わない, 2 : ときどき使う, 3 : しばしば使う, 4 : 必ず使う

図2 成人期 ADHD の診療において使用される診断基準



(N=80, 複数回答あり)

図3 成人期ADHDの診断の決め手となるDSM-IV-TRの診断項目(不注意)



(N=80, 複数回答あり)

図4 成人期ADHDの診断の決め手となるDSM-IV-TRの診断項目(多動性-衝動性)

表1 DSM-5ドラフトにおけるADHDの診断基準

A. (1)か(2)どちらか

(1) 不注意：以下の症状のうち6つ（またはそれ以上）が少なくとも6ヶ月以上続いたことがあり、その程度は発達の水準に相応しない、そして社会、学業、職業の活動に直接影響しているもの。青年と成人（17歳以上）は4つが必要。症状は反抗・挑戦的な行動、敵意、または課題や指示が理解できていないことが原因ではない。

a) 学業、仕事、またはその他の活動において、しばしば綿密に注意することができない、または不注意な過ちをおかす。（例；詳細を見逃したり、見落としたりする。仕事が不正確である）

b) 課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である。（例；授業、会話、長い文章を読むときに注意を維持するのが難しい）

c) 直接話しかけられた時にしばしば聞いていないように見える。（例；気をそらすものがないにも関わらず、上の空に見える）

d) しばしば指示に従えず、仕事を始めるが、すぐに注意を失い、脇道にそれやすい、そして学業、用事、または職場での義務をやり遂げることができない。

e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。（連続した課題を行うこと、資料や所持品を整理しておくことが困難である。仕事は整理されておらず散らかっている。時間管理が苦手で、しばしば締め切りを守れない）

f) (学業や宿題のような、青年や大人では、書類の作成、入力、長い書類を読むこと)精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う。

g) (例えば学校の宿題、鉛筆、本、道具、財布、鍵、書類、メガネ、携帯電話など)課題や活動に必要なものをしばしばなくす。

h) しばしば外からの刺激によって容易に注意をそらされる。（青年または成人では関係ない考えも含む）

i) しばしば毎日の活動を忘れてしまう。（青年または成人では電話の返事、請求書の支払い、約束を守ること）

(2) 多動性-衝動性：以下の症状のうち6つ（またはそれ以上）が少なくとも6ヶ月以上続いたことがあり、その程度は発達の水準に相応しない、そして社会、学業、職業の活動に直接影響しているもの。青年と成人（17歳以上）は4つが必要。症状は反抗・挑戦的な行動、敵意、または課題や指示が理解できていないことが原因ではない。

a) よく手足をそわそわと動かし、または椅子に座っているときにもじもじする。

b) しばしば他の人が座っている状況で落ち着きがない。（教室や職場など、その他座っていることが要求される状況で席を立ってしまうかもしれない）

c) しばしば、不適応な状況で、余計に走り回ったり家具など高い所へ上がったたりする。（青年または成人では落ち着かない感じや閉じ込められている感じの自覚のみに限られるか

もしれない)

- d) しばしば遊んだり余暇活動のときに、声がとても大きいまたはうるさい。
- e) しばしば“じっとしていない”またはまるで“エンジンで動かされるように”行動する。レストラン、会議などじっとしているのが落ち着かない。落ち着きのなさや、ついていくことへの困難が他の人からも見られる。
- f) しばしばしゃべりすぎる。
- g) しばしば質問が終わる前にだし抜けに答えてしまう。(青年および成人ではフライングするように、人の言葉を遮って会話する)
- h) しばしば順番を待つこと、列を待つことが困難である。
- i) しばしば他人を妨害し、邪魔する。(例えば、会話やゲームに干渉する。人のものを了解なしに使う。青年または成人では他人がしていることを邪魔したり、奪い取る)
- j) 考えずに行動する傾向。(例えば、十分な準備なしに課題を始めたり、指示を読んだり聞いたりすることを避ける。)結果を考えずに話したり、衝動で大切な決断をしてしまう。(例えば、衝動買い、突然仕事を辞める、友達と離別する)
- k) しばしばせっかちである。人を待ったり、人より早く動きたがったり、人に核心に触れてもらいたがったり、運転時に速度を出したり、人より早く行くために車で割り込みをするような、行動に見られるような落ち着きのない気持がある。
- l) 物事をゆっくりと系統的に行うことに不快を感じて、しばしば活動や課題を急いで終わらせる。
- m) たとえリスクがあるとしても、誘惑や機会に抵抗することが難しく感じる。(例えば、子どもの場合、お店の棚からおもちゃを取ってしまう。大人の場合、面識が少なくとも信頼し合った関係を作る、または適切な注意なしに仕事を受けたり、仕事の調整を始めてしまう)

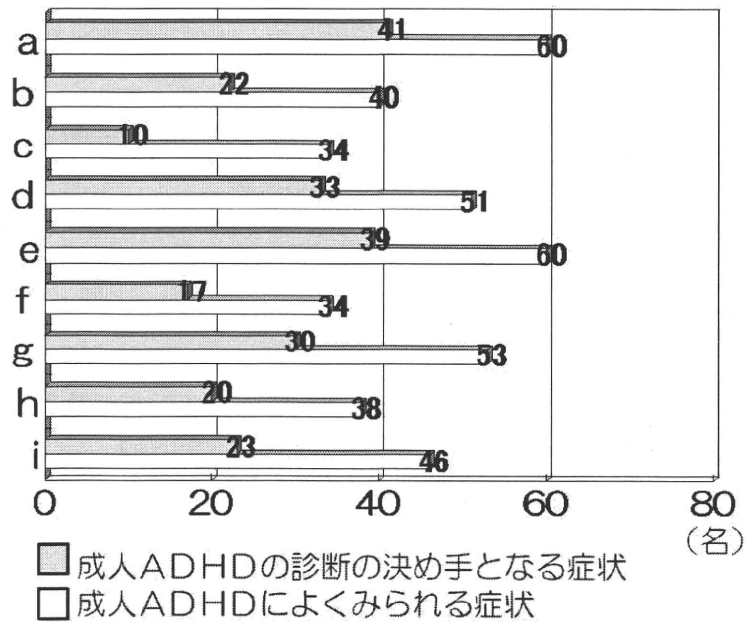
B.不注意多動性または衝動性の著しい症状のいくつかが12歳未満に存在している。

C. これらの症状による障害が2つ以上の状況において(例えば、学校または仕事、友達や家族といるとき、またはその他の活動)存在する。

D. 社会的、学業的または職業の機能的質が、症状によって妨げられているまたは低下させられていることがわかる明確な証拠が存在しなければならない。

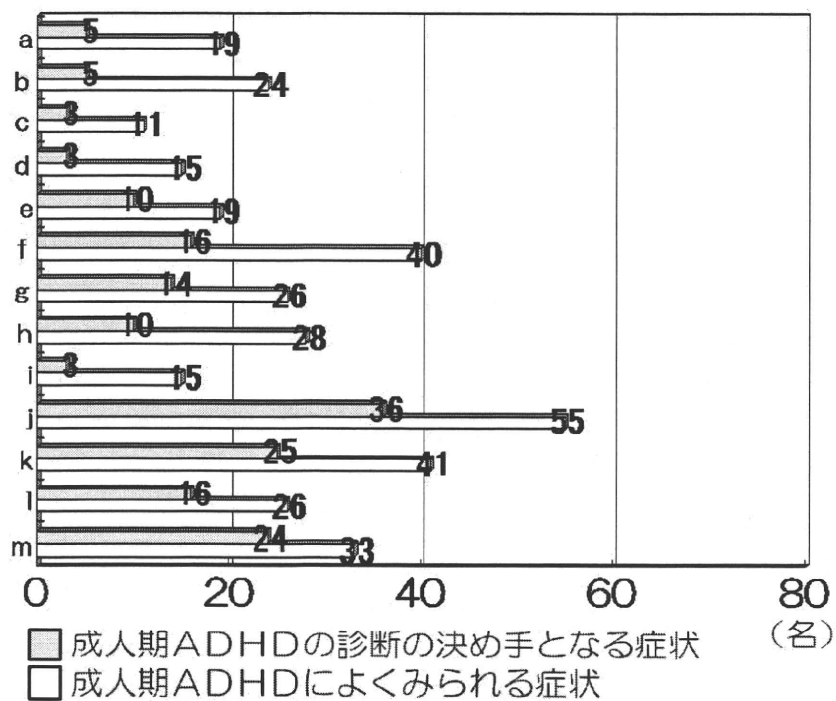
E. その症状は統合失調症、またはその他の精神病性障害の経過中のみ起こるものではなく、他の精神疾患(例えば、気分障害、不安障害、解離性障害、またはパーソナリティ障害)ではうまく説明されない。

(文献8)を参照した)



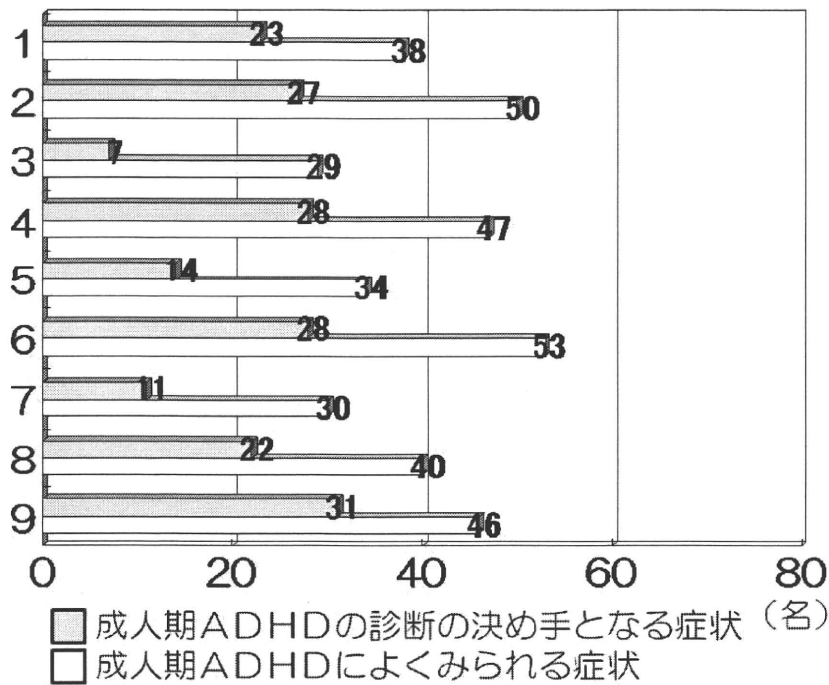
(N=80, 複数回答あり)

図5 成人期 ADHD の診断の決め手となる DSM-5 ドラフトの診断項目 (不注意)



(N=80, 複数回答あり)

図6 成人期 ADHD の診断の決め手となる DSM-5 ドラフトの診断項目 (多動性-衝動性)



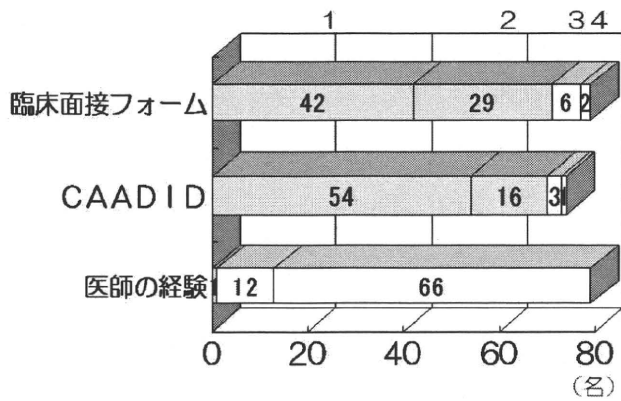
(N=80, 複数回答あり)

図7 成人期ADHDの診断の決め手となるBarkleyらが提案している基準の項目

- 1) しばしば外からの刺激や関係のない思考によって容易に気が散ってしまう。
- 2) しばしば衝動的に意思決定を行う。
- 3) しばしばそうすべき時に作業やふるまいを中断することが困難である。
- 4) しばしば、計画や課題を、注意して指示を読んだり聞いたりすることなく始める。
- 5) 彼あるいは彼女は、他者との約束や契約を守ることがしばしば不十分である。
- 6) しばしば適切な順番や順序で物事を行うことが困難である。
- 7) しばしば自動車他の人よりも非常に速く運転する可能性がある
(行き過ぎたスピード違反)
- 【運転経験のない成人のための代替症状：しばしば余暇活動や楽しい物事に静かに取り組むことが困難である】。
- 8) 課題または遊びの活動で注意を集中し続けることがしばしば困難である。
- 9) 課題や活動を計画することがしばしば困難である。

(下線はDSM-IV-TRの項目と同じ)

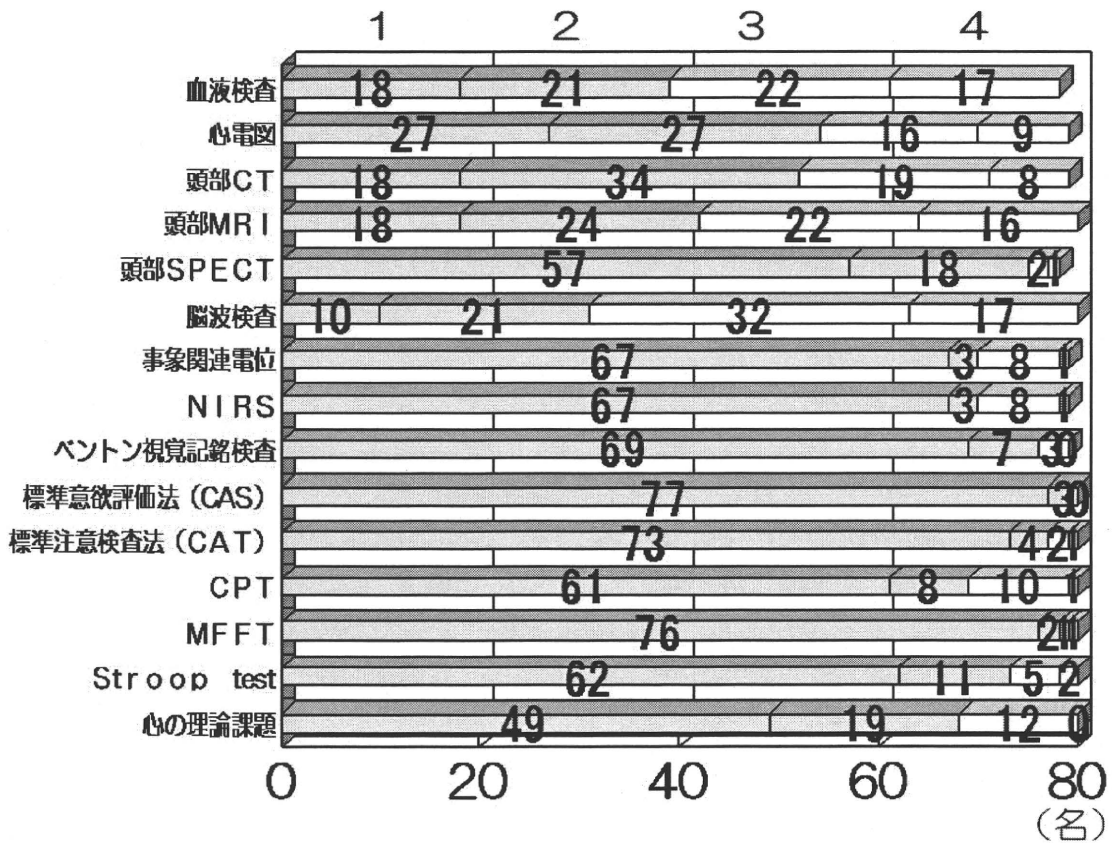
(文献3)を参照した)



(N=80)

1 : ほとんど使わない, 2 : ときどき使う, 3 : しばしば使う, 4 : 必ず使う

図8 ADHDの診断を目的とした評価尺度の使用



(N=80)

1 : ほとんど使わない, 2 : ときどき使う, 3 : しばしば使う, 4 : 必ず使う

図9 成人期ADHDを診断する際に行われる医学的検査

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

成人期注意欠陥・多動性障害の疫学，診断，治療法に関する研究

AD/HDの下位分類による予後の比較検討

分担研究者 市川 宏伸 東京都立小児総合医療センター

研究協力者 中山 淑子 東京都立小児総合医療センター

富永 卓男 東京都立小児総合医療センター

須山 聡 東京都立小児総合医療センター

佐藤 真菜 東京都立小児総合医療センター

研究要旨

注意欠陥多動性障害(AD/HD)は、7歳未満に認められる不注意・多動・衝動性という行動上の特性により診断される発達障害である。以前は経年的な変化により成人になるにつれて症状の軽快を認めるという考えがあったが、近年成人期のAD/HDの存在や経過中に他の発達障害の症状が顕在化するなど、その予後の多様さが知られるようになってきた。アメリカでは1990年代を中心にNew York StudyやBiederman Studyなどいくつかの大規模な予後研究がなされてきたが、わが国では成人期まで継続した十分な予後調査がなされていないのが現状である。

東京都梅ヶ丘病院（現東京都立小児総合医療センター）外来年間初診患者数1600名中、初診時診断がAD/HDである者は10%程度（10年前は25%）である。臨床での経過をみていくと、AD/HDの多動・衝動性優勢型、不注意優勢型、混合型それぞれの下位分類（subtype）において、予後が異なることが推測される。今回我々は1年目の調査の結果を踏まえ、さらに全体数を増やしてAD/HDの下位分類による予後の違いを検討するため、平成16年～平成18年の3年間に東京都立梅ヶ丘病院（現東京都立小児総合医療センター）を受診した初診時AD/HDの患者を対象に、主治医への調査及びカルテ調査を実施した。それにより、subtypeや性別、GAFスコア、併存疾患、服薬等に分類し、比較検討した。

その結果、Subtypeでは混合型が最も多く、加療期間中にsubtypeの変化を認めたのは5名であった。併存疾患として行為障害が存在すると薬物加療への導入率などが高く、AD/HD単発群に比べ加療の困難さを認めた。各subtypeにおいて、最終GAFと初診時GAFの改善に統計上有意な差はみられなかった。今回の研究でAD/HDのsubtypeによる予後の明確な相違は認められなかった。

今後は更なる症例の蓄積を行い、予後へ影響を与える各々の因子について詳細に検討していく予定である。

A. 研究目的

AD/HDの下位分類（多動・衝動性優勢型，不注意優勢型，混合型）において，予後の相違を調査することを目的とした。

B. 研究方法

平成16年度～平成18年度の連続した3年間に梅ヶ丘病院（現東京都立小児総合医療センター）を受診した患者のうち，初診時診断AD/HDの患者244名を対象とした。主治医調査，カルテ調査を行い，subtype，性別，初診時年齢，加療期間，初診時及び最終のGAF，併存疾患，服薬の有無等における調査を行った。

〔倫理面への配慮〕

主治医への調査及びカルテ調査ではプライバシーは特定できないよう配慮し，個人の特定に関わることはない。また患者の不利益も生じない。

C. 研究結果

対象となる244名中，男子221名，女子23名であった。初診時年齢は平均9.4歳（男子9.3歳，女子10歳）であり，初診理由では多動，暴力，パニック，不注意等が多かった。受診理由としては，診断，セカンドオピニオン，治療，療育の希望等であり，セカンドオピニオンでは心理検査を経て診断までで通院が終了となるケースも少なくなかった。初診時GAFは58.3（男子55.9，女子63.8）。初診時subtypeは，多動衝動性優勢型が33名（男子29名，女子4名），不注意優勢型66名（男子58名，女子8名），混合型は145名（男子134名，11名）であった。

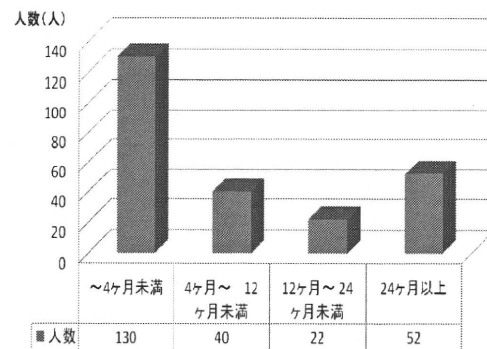
その中で，初診時にAD/HDとの併存診断があったのは110名であり，広汎性発達障害や精神遅滞，学習障害，行為障害，反抗挑戦性障害，うつ病，強迫性障害などの併存がみられた。また，薬物療法を用いたことがあるのは114名であり，AD/HD薬methylphenidateやatomoxetineの他に抗精神病薬

(risperidone, haloperidol, levomepromazine)，抗うつ薬 (paroxetine)，情動安定薬 (carbamazepine, sodium valproate acid) などが用いられていた。

経過中にsubtypeの変更があったのは5名おり，混合型から不注意優勢型への変更が2名，不注意優勢型から混合型への変更が1名，多動衝動性優勢型から不注意優勢型への変更が1名，多動衝動性優勢型から混合型への変更が1名であった。

加療期間については，4ヶ月未満が130名おり，4ヶ月～12ヶ月未満が40名，12ヶ月～24ヶ月未満が22名，24ヶ月以上が52名であった。（表1）この中で，セカンドオピニオンでの受診が多い4ヶ月未満の短期間の通院期間を除いた4ヶ月以上の通院期間で区切り，その比較をまとめた。

（表1）



加療期間4ヶ月以上の114名について男女による相違を比較してみると，男性104名，女性10名となり，初診時年齢では男性9.4歳，女性9.9歳であった。（表2）Subtypeでは，不注意優勢型22名（男性19名，女性3名），多動衝動性優勢型16名（男性15名，女性1名），混合型76名（男性70名，女性6名）であった。男性の初診時GAFは58.1，終診時GAF64.4であり，女性の初診時GAF61.1，終診時GAFは65.6であった。

(表2)

	人数 (人)	初診 年齢 (歳)	Subtype(人)			加療 期間 (月)	初診 GAF	終診 GAF	併存 疾患 (人)	服薬 (人)	継続 加療 (人)
			不注意	多動 衝動性	混合						
男子	104	9.4	19	15	70	27.6	58.1	64.4	52	79	17
女子	10	9.9	3	1	6	13.8	61.1	65.6	3	4	1

初診時subtypeによる各項目に関する相違(加療期間4ヶ月以上)をまとめた。(表3)初診時年齢の平均は不注意優勢型が9.3歳,多動衝動性優勢型が8.6歳,混合型が8.8歳であった。加療期間の平均は不注意優勢型が21.0ヶ月,多動衝動性優勢型が22.7ヶ月,混合型が27.5ヶ月であった。

(表3)

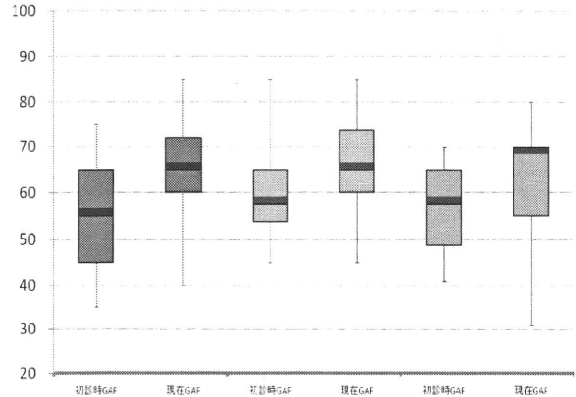
	人数 (人) M男性 F女性	初診時 年齢 (歳)	加療 期間 (月)	IQ	初診 GAF	終診 GAF	服薬 (人)	併存 疾患 (人)	継続 加療 (人)
不注意	22	9.3	21.0	96.7	57.4	65.9	13	5	4
M19							59.1%	22.7%	18.2%
F3									
多動	16	8.6	22.7	92.4	56.9	63.9	14	7	1
M15							87.5%	43.8%	6.3%
F1									
混合	76	8.8	27.5	93.2	56.7	65.6	56	43	13
M70							73.7%	56.6%	17.1%
F6									

Subtype毎の初診時GAFおよび終診時GAFに関して,不注意優勢型の初診時GAFは57.4,終診時GAFは65.9,多動衝動性優勢型の初診時GAFは56.9,終診時GAFは63.9,混合型の初診時GAFは56.7,終診時GAFは65.6であった。

初診時AD/HD患者中,加療期間4ヶ月以上の114名を対象に,SPSSを用い、subtype毎に最終GAFと初診時GAFの差について,Fisherの直接確率法(正確検定)を適用した。その結果,P=0.3213を得た。

(5%水準では有意差なし)不注意優勢型,多動衝動性優勢型,混合型の各subtypeにおいて,最終GAFと初診時GAFを比較した改善の割合に有意な差はみられなかった。(表4)

(表4)



併存疾患による相違(加療期間4ヶ月以上)について併存の多かった広汎性発達障害(PDD),精神遅滞(MR),行為障害(CD)の併存において比較した。(表5)併存疾患として行為障害が存在すると薬物加療への導入率は高く,治療への困難さが伺われた。

(表5)

	人数 (人)	初診 年齢 (歳)	加療 期間 (月)	初診 GAF	終診 GAF	IQ	服薬 (人)	継続 加療 (人)
AD/HD	59	8.7	23.1	52.6	66.3	97.3	28	11
							47%	18.3%
+PDD	22	8.5	34.3	55.7	66.2	98.4	17	4
							77%	18.2%
+MR	7	8.9	28.1	55.0	62.5	60.0	4	1
							50%	12.5%
+CD	10	9.9	26.5	44.0	58.5	84.8	8	1
							80%	10.0%

D. 考察

今回我々はAD/HDの経年的な症状変化を研究することにより,その予後に影響を及ぼす因子を明らかにしようと試みた。

一定期間における症状の変化を観察した結果,初診時のsubtypeによる予後の相違は認めず,加療期間中にsubtypeが変化したものも少数であった。

各subtypeにおいて,最終GAFと初診時GAFの改善に統計上有意な差はみられなかった。

E. 結論

今回の研究でAD/HDのsubtypeによる予後の明確な相違は認められなかった。AD/HDの予後改善のためには、併存疾患も含めた確かな診断に基づく適切な環境設定を行い、薬物加療や対人関係能力の向上などを目的とした加療やサポートが重要であると考える。

今後は更なる症例の蓄積を行い、予後へ影響を与える各々の因子について詳細に検討していく予定である。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

被虐待児の父親に関する ADHD 調査について

分担研究者 杉山登志郎 浜松医科大学医学部児童青年期精神医学講座

研究協力者 山村 淳一 浜松医科大学医学部児童青年期精神医学講座

研究要旨

被虐待児に見られる ADHD と ADHD 様症状の鑑別のため、その父親の ADHD 的素因の有無に関して、アンケート調査（ASRS と CARRS）を行った。結果は、ASRS で 25%、CARRS で 62.5%に ADHD 的素因が認められた。従って、ADHD 診断の被虐待児の父親には、ADHD の基盤を持つ者と持たない者の混在が示唆された。

A. 研究目的

被虐待児で ADHD を呈する児には、ADHD が基盤にあつて虐待を受けた者と、虐待によって ADHD 様症状がみられる者の 2 つの型が存在すると考えられる。これら 2 つの型において、後者では、抗 ADHD 薬の無効例が多く、治療上、鑑別が重要となってくる。今回我々は、それらの鑑別のために、世代間の連鎖も指標にならないかと考え、被虐待児の父親を調査し、その ADHD 的素因の有無を検討し、加虐側の病理検討を試みた。

子ども虐待において、その両親の被虐待歴がリスクファクターとなることが知られている（Belsky, 1993; Egeland, Bosquet, & Chung, 2002; Kotch, Muller, & Blakely, 1999）。さらに幾つかの調査研究では、両親の虐待歴がその子供からさらに子孫への虐待のリスクを高めることも報告している（Dixon, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2005; Egeland et al., 2002; Pears & Capaldi, 2001; Sidebotham et al.,

2001）。ただ、世代間虐待の連鎖率についての記述は多岐にわたっている。あるイギリスの前向き研究では、被虐待歴のある両親の 6.7%が、その子どもが月齢 13 ヶ月までに虐待もしくはネグレクトしていると報告しており、被虐待歴のない両親が虐待する比率は 0.4%であるとも言及している（Dixon, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2005）。一方、アメリカ合衆国での前向き研究では、男の子がいるハイリスク家庭での報告だが、児が 21 歳になるまでに、身体的虐待を受けていた両親の子どもの 23%が虐待されていたと報告している。（被虐待歴のない両親の場合は 10%であるのに対して。Pears & Capaldi, 2001）。これらの報告からも、虐待の世代間連鎖の割合が非常に高い事が分かっている。

また、遠藤らは、本邦での調査研究で、ADHD が基盤にあつて虐待を受けた者と、虐待によって ADHD 様症状がみられる者の間で、唯一有意差が見られた点は、その父親の多動性の有無であり、ADHD

が基盤にある児では、父親の多動性が有意に高かった事を報告している (Endo, Sugiyama, & Someya, 2006)。

以上のような背景から、今回我々は、実際に被虐待児で ADHD 様症状のみられる患児達の父親の調査を、実際の ADHD 評価尺度を用いて行う事にした。

被虐待児の父親を調査し、その ADHD 的素因の有無を検討し、加虐側の病理検討を試みた。

B. 研究方法

被虐待児 25名の母に対し、郵送にてアンケート記入による調査を依頼した。アンケート内容は、父について、成人期 ADHD の自己チェックリストによるスクリーニング (ASRS-V1.1) と成人期の ADHD 症状評価尺度 CARRS 観察者詳細バージョン (CARRS-0:1) の2つである。

C. 研究結果

16名からの回答を得て、匿名で未記入の回答が1名、記名ながら、夫の暴力を思い出したくないとの理由から未記入の回答が1名であり、総回答のうち同封忘れや未記入、ご回答をのぞくと8例であった。そのうち ASRS において、25%はグレーゾーンであった。

また、CAARS においては、8名中5名の ADHD Index が50を越えていた。ただし、回答にムラのある者が2名いて、その2名とも、50を越えていた5名に含まれていたが、ASRS のグレーゾーン者と一致していた。

詳細な結果は表にして、別紙に記載した。

D. 考察

8名中、2名に ASRS のグレーゾーン者がいたが、この2名は、CARRS における回答にムラがある者に一致しており、そのままグレーゾーンとするには注意が必要と思われた。ただ、その2名を除い

たとしても、6名中3名では CARRS の ADHD Index は50以上であり、50%の父親に ADHD の基盤を持つ者が少なからず存在することが示唆された。

また、今回は母親にアンケート調査依頼したわけだが、未記入や誤答 (父ではなく、患児本人について記入) もみられ、母にも ADHD の基盤がある事が十分予想され、アンケート調査ではなく、面接による聞き取りが必要かと思われた。ただ、虐待ケースであり、父親に対しての直接的な聴取が困難であり、この点が本調査を困難にして来ることが予想された。

E. 結論

ASRS, CARRS の結果から、ADHD 診断の被虐待児の父親には、ADHD の基盤を持つ者と持たない者の両者が混在することが示唆された。

また、虐待における加害側の調査であり、アンケート調査では難しい点も多いことがうかがわれた。加えて、母にも ADHD 症状が存在する可能性は大きく、調査方法の検討が考慮された。

今後は、さらに症例数を増やし、被虐待児とそうでない児の2群における、両親の調査を、出来ればインタビュー形式で行うことを検討している。

引用文献

Berlin, L. J., Cassidy, J., & Appleyard, K. (2008).

The influence of early attachments on other relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (2nd ed., pp. 333-347). New York: Guilford.

Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005).

Risk factors of parents abused as children: A meditational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I).

Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46, 47-57.

Egeland, B., Bosquet, M., & Chung, A. L. (2002). Continuities and discontinuities in the intergenerational transmission of child maltreatment: Implications for breaking the cycle of abuse. In K. D. Browne, H. Hanks, P. Stratton, & C. Hamilton (Eds.). Early prediction and prevention of child abuse: A handbook (pp. 217-232). New York: Wiley.

Endo, T., Sugiyama, T., & Someya, T. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder and dissociative disorder among abused children. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60, 434-438

Kotch, J. B., Muller, G. O., & Blakely, C. H. (1999).

Understanding the origins and incidence of child maltreatment. In T. P. Gullotta & S. J. McElhaney (Eds.), Violence in homes and communities: Prevention, intervention, and treatment (pp. 1-38). Thousand Oaks, CA: Sage.

Pears, K. C., & Capaldi, D. M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: A two-generational prospective study of an at-risk sample. Child Abuse & Neglect, 25, 1439-1461.

Sidebotham, P., Golding, J., & The ALSPAC Study Team. (2001). Child maltreatment in the "Children of the Nineties": A longitudinal study of parental risk factors. Child Abuse & Neglect, 25, 1177-1200.

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし