令和 7 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
医療観察法における円滑な社会復帰を促進するための
連携等の方策を推進するための研究
分担研究報告書

医療観察法医療の効果検証と系統的教育・研修モデルの構築
（その 1）医療観察法における薬物療法・心理社会療法の効果検証

研究分担者　賀古　勇輝　　北海道大学病院附属司法精神医療センター

研究要旨：

本研究は、医療観察法における薬物療法や心理社会療法の実態を把握し、効果を検証することを目的としている。医療観察法入院医療におけるクロザピンをはじめとする抗精神病薬の有効性に関する医療観察法データベースなどを用いた検証、注意欠如多動症（Attention-Deficit Hyperactivity Disorder：以下、ADHD）の診断や ADHD 治療薬の使用状況の調査、内省プログラムの効果指標となる触法行為の原因帰属と精神症状との関連の調査、作業療法（Occupational Therapy：以下、OT）の実態調査と効果検証などを令和 9 年度までの達成目標としている。

令和 7 年度は、ADHD の診断や ADHD 治療薬の処方状況を調査する横断研究（以下、ADHD 研究）を実施した。また、クロザピンの有効性を検証するためのミラーイメージ研究（以下、クロザピン研究）、触法行為の原因帰属と精神症状との関連を調査する横断研究（以下、原因帰属研究）、入院処遇における OT の実態調査（以下、OT 研究）を令和 8 年度のデータ収集に向けて計画立案した。

ADHD 研究では、全国 35 の指定入院医療機関を対象に横断調査を実施し、17 施設（48.6%）、総入院者数 371 名を解析対象とした。ADHD の診断を受けている患者は 13 名（3.5%）であり、海外の司法精神医療病棟における報告（約 15%）と比較して低く、ADHD が過小診断されている可能性が示唆された。ADHD 治療薬の処方を受けている入院者は 15 名（4.0%）であった。ADHD 診断者に対する治療薬処方率は 61.5%であり、約 4 割の診断例が未治療であることが明らかとなった。ADHD 治療薬の処方率は、DSM-5 並びに DSM-5-TR 使用施設で 5.6%、ICD-10 使用施設で 1.4%であり、有意差は認められなかったものの、ICD-10 使用施設で処方率が低い傾向が示された（p=0.058）。ADHD 治療薬としてはグアンファシンが最も多く使用されており（10 名）、次いでアトモキセチン（6 名）であった。

クロザピン研究では、医療観察法データベースを用いて、クロザピン導入前後 6 ヵ月の行動制限や暴力行為、改訂版共通評価項目等を比較するミラーイメージデザインの解析を行う予定である。

原因帰属研究では、GBAI-RJ（Gudjonsson Blame Attribution Inventory-Revised 日本語版：以下、GBAI-RJ）で測定する帰属の得点と、PANSS（陽性・陰性症状評価尺度：以下、PANSS）で測定された精神症状との関連を横断研究で調査する予定である。

OT 研究では、指定入院医療機関で勤務する作業療法士（Registered Occupational Therapist：以下、OTR）を対象にアンケート調査を実施し、OT プログラムの内容等について調査する予定である。

研究協力者（順不同、敬称略）
荒川育子　東京都立松沢病院*
山元直道　国立精神・神経医療研究センター病院*
静川憲一　北海道大学病院附属司法精神医療センター*
國田幸治　同上
駿河勇太　同上
曳田憲昭　同上
石岡俊之　神戸大学
*: 執筆者

A．研究目的

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」に基づく入院医療では、薬物療法やさまざまな心理社会療法が行われているが、それぞれの効果については十分検証されていない。抗精神病薬としては治療抵抗性統合失調症治療薬であるクロザピンが積極的に使用されているが、その有効性も十分検証できていない。心理社会療法に関しては各施設で内容が十分統制されていないことや、同時並行でさまざまな治療プログラムが実施されることなどから効果を検証するための研究を実施することの困難さもある。

1）ADHD 研究

ADHD の併存や ADHD 治療薬の併用は、医療観察法入院処遇対象者の治療経過に影響しうるが、その診断や治療の実態は体系的に把握されていない。本研究は、医療観察法病棟における ADHD 診断、評価尺度の使用状況および ADHD 治療薬の処方実態を調査し、今後の診断や治療の質的向上に資する知見を得ることを目的にしている。

2）クロザピン研究

クロザピンは治療抵抗性統合失調症に対して唯一有効性が確認されている抗精神病薬である。医療観察法入院処遇対象者においては、統合失調症患者の 3 割以上で使用されており、有用な薬剤であると思われるが、医療観察法医療において量的研究で効果を検証した報告は皆無である。

本研究では、医療観察法入院処遇対象者においてクロザピン導入前後の行動制限や暴力行為を比較し、その効果を明らかにすることを目的としている。

3）原因帰属研究

医療観察法入院処遇では、再他害行為の防止のための取り組みの一つとして、内省プログラムを行うことが多い。内省はさまざまな要素で構成されるが、重要な要素の一つとして、病気が社会的な行動にどのような影響を与えるか、特に触法行為との関係についての洞察がある。研究協力者の荒川らは、自身の触法行為に関する帰属を測定する尺度である GBAI-R[1] の日本語版（GBAI-RJ）を開発した[2,3]。

本研究では、GBAI-RJ で測定する帰属の得点と、PANSS による精神症状との関係を探索的に解析することを目的とする。

4）OT 研究

医療観察法下における OT は、退院後の地域生活を見据えた日常生活・社会生活の再体験を通じて生活技能を再獲得させ、意味ある作業・役割の回復を促すことで、地域生活再建と再他害行為の防止を目指す重要な支援である。しかし、介入内容や評価尺度、評価プロセスが統一されていないことや OTR 向けの系統的な教育・研修モデルが未整備であることなどから、量的研究で効果を検証した研究は十分ではない。

本研究の目的は、指定入院医療機関の OTR に対してアンケート調査を行い、実施されている OT の現状を把握することである。これを基に医療観察法における OT の実践基盤を整備し、効果検証を可能にする

ための環境の構築を見据えている。

B．研究方法

1．調査対象

1）ADHD 研究

対象は、医療観察法病棟入院患者の診療に従事する常勤の精神科医（1 機関につき 1 名)、また、本調査に同意した精神科医が勤務する指定入院医療機関に入院中の対象者のうち、ADHD と診断されている、または、ADHD 治療薬を内服中の者である。

2）クロザピン研究

医療観察法データベース（指定入院医療機関 35 施設の月次データ）を利用し、データベース登録時に 20～59 歳で、ICD-10（International Classification of Diseases Version 10：以下、ICD-10）で統合失調症と診断され、入院中にクロザピン治療を受けた経験がある者とする。重篤な身体合併症を有する者、入院日からクロザピン導入までの期間が 6 ヶ月未満の者は除外する。症例数として 200 名以上を目指す。

3）原因帰属研究

対象は、医療観察法病棟の入院患者のうち、20 歳以上で同意が得られた者とする。中等度・重度知的障害者や自由意思の表明が十分にできないと判断された者は除外し、100 名以上を目指す。

4）OT 研究

対象は、指定入院医療機関に勤務している OTR と、司法精神科作業療法メーリングリストに登録している医療観察法入院医療の経験が 3 年以上ある OTR とする。

2．調査項目

1）ADHD 研究

1-1）当該指定入院医療機関に関する項目

医療観察法病棟の総入院患者数、ADHD の診断を受けている入院患者数、ADHD 治療薬を内服している入院患者数、ADHD の診断で主に用いる診断基準、診断補助に用いる評価尺度、診断補助に用いる診断面接ツール、ADHD の診断には至らないが、不注意・多動性・衝動性等に対して ADHD 治療薬が処方されているケースの有無

1-2）個々の入院処遇対象者に関する事項

ADHD の診断が確定した時期、主診断、ADHD 以外の併存診断、性別、調査時年齢、入院時年齢、入院日、ADHD 治療薬の処方の有無、ADHD 治療薬の薬剤名、投与量。

2）クロザピン研究

医療観察法データベースから以下の情報を抽出する。基本情報（年齢、性別、診断、対象行為、犯罪歴、薬物・アルコール問題、身体合併症)、処方、隔離・身体的拘束、院内暴力、評価尺度（改訂版共通評価項目、GAF（機能の全体的評定尺度))。

3）原因帰属研究

GBAI-RJ（総得点、下位因子得点（罪悪感因子、外部帰属因子、精神要素帰属因子))、PANSS（総得点、下位因子得点（陽性尺度、陰性尺度、総合精神病理尺度))、人口統計学的データ（年齢、性別、教育歴、飲酒歴、精神作用物質の使用歴)、臨床的データ（入退院日、主診断、併存診断、知能指数、医療観察法入院処遇における治療ステージ、GAF 得点、内省プログラム施行の有無)、触法行為のデータ（事件日、罪種、責任能力、法的ステイタス、以前の犯歴)。

4）OT 研究

OTR の基本属性（施設名、年齢、性別、医療観察法経験年数、総臨床経験年数等)、自施設の OT プログラムの内容、使用している評価尺度など。

3．調査方法

1）ADHD 研究

全国の指定入院医療機関に依頼し、各施設から常勤精神科医 1 名に Google フォーム®によるアンケート調査への協力を依頼

した。取得されたデータは、回答順に通し番号で管理するとともに、患者情報については研究用 ID を付与して取り扱い､氏名、住所等の直接識別子を含まない形で収集した。アンケート回答の確認、回答不備の連絡、同意撤回機会の保障を目的として、精神科医の氏名、メールアドレス、所属医療機関名を収集した。収集された情報は北海道大学病院附属司法精神医療センターにおいて適切に管理し、解析を行った。

2）クロザピン研究

国立精神・神経医療研究センターが保有する医療観察法データベースを利用し、クロザピン導入前後 6 ヶ月の評価項目を比較する（ミラーイメージデザイン)。

3）原因帰属研究

各研究協力機関で研究参加の同意を書面で取得する｡研究参加者 1 名につき 1 回、GBAI-RJ を施行するが、自記式質問紙であり、研究参加者の診療に直接携わらない研究協力者によって回収を行う。各研究協力機関で氏名等の個人情報を削除して匿名化した上で、収集したデータを入力した電子ファイルを、パスワードを設定して東京都立松沢病院に送付し、データ解析を行う。

4）OT 研究

令和 8 年度に全国の指定入院医療機関に勤務している OTR と司法精神科作業療法メーリングリストに登録している OTR に対して、Google フォーム®を用いたアンケート調査を実施する。電子データは国立精神・神経医療研究センター病院の精神科リハビリテーション部受付の施錠付き書庫で保管をし、施錠して管理をする。データを匿名化し、解析を行う。

4.データ解析

1）ADHD 研究

指定入院医療機関における ADHD の診断率､ADHD 治療薬の処方率などについて解析を行った。解析には SPSS®を用いた。統計上、$p<0.05$ を有意とした。ADHD の診断基準・評価尺度・診断面接ツールの使用状況と ADHD 診断率･治療薬処方率との関連、患者属性と ADHD 治療薬の処方有無との関連、治療薬の投与量などについて検討した。

2）クロザピン研究

クロザピン導入前後での行動制限の回数・日数や暴力行為、改訂版共通評価項目の変化量について解析を行う。各変数の正規性を Shapiro-Wilk test 等で確認し、対応のある t 検定と Wilcoxon 順位和検定を適宜用いる。カテゴリカル変数に関しては、McNemar 検定を用いる。交絡因子の影響を調整するため、一般化線形混合モデルの使用を検討する。

3）原因帰属研究

GBAI-RJ の各下位因子のそれぞれにおいて、PANSS の得点を比較するにあたり群間要因を 2 グループ（GBAI-RJ の高得点群と低得点群)、群内要因を PANSS の各下位因子として分散分析を実施する。

4）OT 研究

各データの記述統計分析を行う。

（倫理面への配慮）

1）ADHD 研究

北海道大学病院生命・医学系研究倫理審査委員会より承認を得て実施している（承認番号：指 025-0321)。

2）クロザピン研究

北海道大学病院生命・医学系研究倫理審査委員会より承認を得て実施している（承認番号：指 025-0269)。

3）原因帰属研究

東京都立病院機構の倫理委員会より承認を得る予定である。

4）OT 研究

国立精神・神経医療研究センター倫理

委員会より承認を得る予定である。

C．研究結果

1) ADHD 研究

1-1) 回答施設の概要・基本集計(表 1)

18 施設から回答が得られ、研究参加への同意が得られた施設は 17 施設(48.6%)であった。総入院患者数は 371 名であった。このうち、ADHD の診断を受けているのは 13 名(3.5%)、ADHD 治療薬の処方を受けているのは 15 名(4.0%)であった。ADHD 診断者に対する治療薬処方の割合は 61.5%(8/13)であった。

1-2) ADHD 診断基準の使用状況(表 2)

主に用いられている ADHD 診断基準は、DSM-5-TR（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision:以下、DSM-5-TR）が 9 施設(52.9%)と最も多く、次いで ICD-10 が 7 施設(41.2%)、DSM-5（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition：以下、DSM-5）が 1 施設(5.9%)の順であった。

1-3) ADHD 診断補助尺度の使用状況(表 3)

ADHD 診断補助尺度を使用している施設は 15 施設(88.2%)であった。使用している尺度は、CAARS（Conners' Adult ADHD Rating Scale：以下、CAARS）が 15 施設(88.2%)と最も多く、次いで ASRS（Adult ADHD Self-Report Scale：以下、ASRS）が 4 施設(23.5%)、ADHD-RS（ADHD Rating Scale:以下、ADHD-RS）が 3 施設(17.6%)、WURS（Wender Utah Rating Scale：以下、WURS）が 1 施設(5.9%)の順であった。

1-4) ADHD 診断面接ツールの使用状況(表 4)

ADHD 診断面接ツールを使用している施設は 2 施設(11.8%)であった。使用しているツールの内訳は、DIVA（Diagnostic Interview for ADHD in adults:以下、DIVA）が 1 施設(5.9%)、CAADID（Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-Ⅳ：以下、CAADID）が 1 施設(5.9%)であった。

1-5) 評価尺度・診断面接ツール使用の有無と ADHD 診断率・処方率の関連(表 5)

評価尺度使用の有無別では、尺度使用あり群の ADHD 診断率は 3.4%(12/348)、尺度使用なし群は 4.3%(1/23)であり、有意差はなかった。治療薬処方率は、尺度使用あり群 3.7%(13/335)、尺度使用なし群 8.7%(2/21)であり、有意差はなかった。

診断面接ツール使用の有無別では、使用あり群の ADHD 診断率は 3.2%(1/31)、使用なし群は 3.5%(12/340)であり、有意差はなかった。治療薬処方率は、ツール使用あり群 6.8%(2/29)、使用なし群 3.8%(13/327)であり、有意差はなかった。

診断基準別(DSM 系 vs ICD-10)では、DSM 系使用施設の ADHD 診断率は 3.9%(9/233)、ICD-10 使用施設は 2.9%(4/138)であり、有意差はなかった。治療薬処方率は、DSM 系使用施設 5.6%(13/220)、ICD-10 使用施設 1.4%(2/136)であり、有意差は認められなかったが、ICD-10 使用施設で処方率が低い傾向が認められた(p=0.058)。

1-6) 対象者の属性と ADHD 治療薬処方有無の関連(表 6)

ADHD の診断を有する患者 13 名を対象に解析した。このうち ADHD 治療薬処方あり群は 8 名、処方なし群は 5 名であった。

平均年齢は処方あり群で 46.4±10.6 歳、処方なし群で 42.4±10.4 歳であり、有意差はなかった。性別は、処方あり群で男性 6 名(75.0%)、処方なし群で男性 4 名(80.0%)であり、有意差はなかった。

主診断カテゴリ(統合失調症 vs その他)では、処方あり群で統合失調症 6 名(75.0%)、処方なし群で統合失調症 4 名

(80.0%)であり、有意差はなかった。

1-7) ADHD 治療薬の種類別投与量(表 7)

ADHD 治療薬の処方内容が確認できた 16 件(併用 1 例を含む)を対象とした。

薬剤別では、グアンファシンが 10 名、アトモキセチンが 6 名であった。グアンファシンの 1 日投与量は平均 4.0±1.9mg、中央値 4.5mg、アトモキセチンは平均 100.0±21.9mg、中央値 100.0mg であった。

D．考察

1) ADHD 研究

1-1) 過去の研究結果との比較

本研究で得られた ADHD 診断率 3.5%は、一般成人における ADHD 有病率(2.58-6.76%)[4]と同程度である。しかし、日本の医療観察法病棟に相当する海外の司法精神医療病棟における ADHD 有病率は約 15%[5,6]と報告されており、本研究の結果は海外の知見と比較して著しく低い。この乖離は、医療観察法入院患者において ADHD が過小診断されている可能性を示唆している。

診断基準別の検討では、ICD-10 使用施設において ADHD 治療薬処方率が低い傾向が認められた(p=0.058)。先行研究において、ICD-10 よりも DSM-IV 診断基準を用いた場合に精神病性障害患者における ADHD の有病率が高くなることが報告されており[7]、DSM-5 がより広範な症状スペクトラムを包含する診断基準であることが、この傾向に関連している可能性がある。

1-2) 低い ADHD 診断率の背景要因の検討

ADHD 診断率の低さには、複数の背景要因が関与していると考えられる。第一に、医療観察法入院患者の主診断の多くは統合失調症であり、統合失調症による精神症状と ADHD による精神症状との明確な区別が困難であること、また、統合失調症と ADHD の併存例に関する臨床ガイドラインが存在しないことから、ADHD 症状が主診断の付随症状や薬剤の副作用として解釈されている可能性がある。第二に、精神科専門医研修プログラムの教育課程において、成人期 ADHD を含む神経発達症の診断・治療に関する教育、および司法精神医学に関する専門的な臨床訓練や継続教育の機会が不足している可能性がある。第三に、成人の自己報告による回想精度は低く、特に司法精神医学領域においては他の精神疾患により精神症状が説明可能と判断される場合、既に ADHD と診断されていた症例においても診断が他の精神疾患に変更される可能性がある。第四に、構造化診断面接ツールの使用率の低さ(11.8%)が、診断精度に影響を及ぼしている可能性が考えられる。CAARS 等の評価尺度は多くの施設で広く使用されているものの、これらは本来スクリーニングツールとして位置づけられており、併存する精神疾患が存在する場合の鑑別診断や確定診断に対する感度・特異度は不十分であることが指摘されている[8]。一方、構造化診断面接ツールである DIVA の感度・特異度はそれぞれ 91.3%・93.6%と高い値が報告されており[9]、このような診断精度の高いツールの普及不足が、本研究における診断率の低さに寄与している可能性が示唆される。

1-3) ADHD 治療薬の選択

ADHD 治療薬の選択に関しては、本研究では非中枢刺激薬であるグアンファシンとアトモキセチンのみが使用されていた。これは、統合失調症患者においては中枢刺激薬による幻覚妄想の増悪リスクへの懸念のため、安全性を優先した臨床判断を反映していると考えられる。

1-4) 研究の限界点

本研究にはいくつかの限界点が存在する。第一に、横断研究であるため、因果関

係を推定することができない。第二に、サンプルサイズの限界が挙げられる。特に、ADHD 診断を有する患者は 13 名と少数であり、統計解析において有意差の検出力が不足していると考えられる。第三に、治療効果や予後に関するデータが含まれていない点である。ADHD 治療薬の投与が、実際に衝動性の改善や暴力行為の減少、再犯予防に寄与しているかについては、後向きまたは前向き研究による検討が必要である。

Ｅ．結論

1）ADHD 研究

本研究により、医療観察法入院患者における ADHD 診断率は 3.5%、ADHD 治療薬処方率は 4.0%であることが明らかとなった。この診断率は海外の司法精神医療病棟における報告(約 15%)と比較して著しく低く、過小診断の可能性が強く示唆された。また、ADHD 診断例の約 4 割が未治療である実態も明らかとなった。診断ツールの使用状況としては、評価尺度は広く普及している一方で、構造化診断面接ツールの使用は限定的であった。

本研究はサンプル数の制約により統計的検出力が不足しており、評価ツールの使用と診断率・処方率との関連について有意な差を検出することが困難であった。本研究は現在進行中の調査の中間報告であることを踏まえ、今後も継続的に全国の医療観察法指定入院医療機関からの協力を得ながらデータ収集を進める必要がある。また、ADHD 診断や ADHD 治療薬の投与が治療経過や予後に与える影響を明らかにするためには、長期的な追跡調査を含む更なる研究が必要である。

Ｆ．健康危険情報

なし

Ｇ．研究発表

1．論文発表

Shizukawa K, Thanetnit C, Dendumrongkul P, Lee W, Ohki E: Forensic psychiatric systems for mentally disordered offenders in East Asia: A comparative narrative review of Japan, South Korea, and Thailand. Asian J Psychiatr, 2026; 116: 104843

2．学会発表

1) 賀古勇輝，直江亮，國田幸治，駿河勇太，曳田憲昭，本間龍介，高張陽子，杉山正記，榊原則寛，作間真一，生田真弥，中村郁哉，芳賀司，工藤美紀，藤井絵理奈，佐々木勇人，苫米地淳子，高信径介，三井信幸：クロザピンと ADHD 治療薬の併用が奏効した ADHD、ASD を併存した治療抵抗性統合失調症の 2 症例，第 19 回日本統合失調症学会，大阪，2025.4.26
2) 賀古勇輝，高信径介，木村憲一，榊原則寛：クロザピンと他の向精神薬との併用療法についての検討．第 20 回医療観察法関連職種研修会，長崎，2025.7.5
3) 賀古勇輝：対談 1「治療抵抗性統合失調症の治療」を深く考える～精密な診断・評価と治療の洗練～，第 21 回日本司法精神医学会大会，岡山，2025.9.26
4) 賀古勇輝：教育講演 1　触法精神障害者の未来を「ともにつくる」～総力戦でリカバリーを追及する～，日本精神障害者リハビリテーション学会第 32 回札幌大会，札幌，2025.10.25（口演）
5) Kimura K, Thanetnint C, Lee W, Ohki E: Case Conference: Approaches to Treatment-Resistant Schizophrenia

in Patients Who Have Committed Criminal Acts. PRCP and WACP 2025 Joint Congress, Tokyo, 2025.9.26.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 謝辞

ADHD 研究における調査にあたり多大なる御協力をいただいた全国の医療観察法指定入院医療機関の先生方に深く御礼申し上げます。

参考文献

1) Gudjonsson GH, Singh KK: The revised Gudjonsson blame attribution inventory. Pers Individ Dif, 1989; 10(1): 67-70
2) Arakawa I, Sekiguchi Y, Takeda K, et al: Assessing attribution in the criminal behavior of mentally disordered offenders: developing a Japanese version of the Gudjonsson blame attribution inventory-revised. PCN Rep, 2023; 2(3): p.e134
3) Arakawa I, Kuroki N, Takahashi H, et al: Association of self-rated attribution of blame for criminal acts and of psychiatric symptoms among patients undergoing specialist forensic psychiatric treatment in Japan. Crim Behav Ment Health, 2025; 35(3): 153-160
4) Song P, Zha M, Yang Q, et al: The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. J Glob Health, 2021; 11: 04009
5) Woon LSC, Zakaria H: Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a Malaysian Forensic Mental Hospital: a Cross-sectional Study. East Asian Arch Psychiatry, 2019; 29(4): 118-123
6) Walker F, Murphy D, Gröger L, et al: Prevalence of Neurodiversity in a UK High Secure Psychiatric Hospital Cohort: A Records Study. Crim Behav Ment Health, 2025; 35(3): 170-178
7) Cheng N, Bryce S, Takagi M, et al: The Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Psychotic Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. Schizophr Bull, 2025; 51(6): 1514-1528
8) Grogan K, Gormley CI, Rooney B,et al: Differential diagnosis and comorbidity of ADHD and anxiety in adults. Br J Clin Psychol, 2018; 57(1): 99-115
9) Hong M, Kooij JJS, Kim B, et al: Validity of the Korean Version of DIVA-5: A Semi-Structured Diagnostic Interview for Adult ADHD. Neuropsychiatr Dis Treat, 2020; 16: 2371-2376

表1 基本集計

解析対象施設数	17施設
総入院者数	371名
ADHD診断者数	13名
ADHD治療薬処方者数	15名
ADHD診断率	3.5%(13/371)
ADHD治療薬処方率	4%(15/371)
診断者に対する処方割合	61.5%(8/13)

表2 主に用いるADHD診断基準の内訳 n=17

	施設数	%
DSM-5-TR	9	52.9
ICD-10	7	41.2
DSM-5	1	5.9
計	17	100

DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision

ICD-10: International Classification of Diseases Version 10

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

表3-1 ADHD診断補助尺度の使用有無　n=17

	施設数	%
尺度使用あり	15	88.2
尺度使用なし	2	11.8
計	17	100

表3-2　使用尺度の内訳（複数選択可）n=17

	施設数	%
CAARS	15	88.2
ASRS	4	23.5
ADHD-RS	3	17.6
WURS	1	5.9

CAARS: Conners' Adult ADHD Rating Scale

ASRS: Adult ADHD Self-Report Scale

ADHD-RS: ADHD Rating Scale

WURS: Wender Utah Rating Scale

表4-1 ADHD診断面接ツール使用有無　n=17

	施設数	%
使用あり	2	11.8
使用なし	15	88.2
計	17	100

表4-2 ツール内訳　n=17

	施設数	%
DIVA	1	5.9
CAADID	1	5.9

DIVA: Diagnostic Interview for ADHD in adults

CAADID: Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-Ⅳ

表5 評価尺度・診断面接ツール使用の有無とADHD診断率・処方率の関連

	評価尺度		診断面接ツール		診断基準	
項目	使用あり(n=348)	使用なし(n=23)	使用あり(n=31)	使用なし(n=340)	DSM-5・DSM-5-TR(n=233)	ICD-10(n=138)
ADHD診断あり	12	1	1	12	9	4
ADHD診断なし	336	22	30	328	224	134
診断率(%)	3.4	4.3	3.2	3.5	3.9	2.9
p値（診断）	0.571		1.000		0.774	
処方あり	13	2	2	13	13	2
処方なし	335	21	29	327	220	136
処方率(%)	3.7	8.7	6.8	3.8	5.6	1.4
p値（処方）	0.236		0.362		0.058	

*Fisherの正確確率検定（期待度数<5のセルがあるため）

表6 ADHD患者の属性とADHD治療薬処方有無の関連　n=13

項目	処方あり(n=8)	処方なし(n=5)	p値
年齢 (平均±SD)	46.4±10.6歳	42.4±10.4歳	0.833
性別 (男性)	6 (75.0%)	4 (80.0%)	1.000
主診断 (統合失調症)	6 (75.0%)	4 (80.0%)	1.000
計	8	5	

*年齢は*Student*の*t*検定　*性別、主診断は*Fisher*の正確確率検定

表7 ADHD治療薬の種類別投与量

薬剤名	n	平均±SD	中央値
グアンファシン	10	4.0±1.9	4.5
アトモキセチン	6	100.0±21.9	100
計	16		

*併用1名を含む。