

情緒障害児短期治療施設入所児童における

ADHD 症状と併存症

木村 拓磨
鈴木 太

摘要

本研究は、情緒障害児短期治療施設（以下、情短施設）に入所している児童の注意欠陥多動性障害（attention-deficit/hyperactivity disorder : ADHD）の症状について把握し、ADHD とその併存症を明らかにすることを目的とした。

A 情短施設に入所している児童 30 名（男性 20 名、女性 10 名）に関して、児童精神科による診断名を整理し、児童の施設担当職員、および入所児童が通う分校の担当教員に調査協力を求め ADHD Rating Scale（ADHD-RS）を実施した。その結果、情短施設に入所している児童において、ADHD と診断された児童は 33%（10 名）であり、そのうちの 70%（7 名）に併存症が確認された。また、A 情短施設に入所している児童は ADHD-RS では高得点を示し、ADHD の症状からみても特別なケアを要すると推察された。これらのことから、情短施設では、適切な投薬治療および、行動療法的なアプローチが必要であると考えられた。今後は、ADHD 症状やその併存症とともに、児童の心理社会的背景をとらえ、より多角的に情短施設に入所している児童の臨床像を把握し、臨床に活かしていくことが必要である。

キーワード：情緒障害児短期治療施設、ADHD、併存症

はじめに

情緒障害児短期治療施設（以後情短施設と略す）は、児童福祉法第 43 条の 2 に、軽度の情緒障害を有する児童を、短期間入所させ、又は保護者の下から通わせて、その情緒障害を治し、あわせて退所した者について相談その他の援助を行うことを目的とする施設とされている。全国情緒障害児短期治療施設協議会によると、情短施設は、心理的困難や苦しみを抱え、日常生活の多岐にわたって生き辛さを感じて心理治療を必要とする子どもたちを、入所あるいは通所させて治療を行う施設である。情短施設は 2015 年には全国で 43 か所開設されている。下高呂ら（2013）によると 2013 年度の全国情緒障害児短期治療施設における児童の臨床統計では、情短施設に入所する児童のうち 75.7%が被虐待経験を持っている。また、15.9%の児童が多動性障害であると

診断されている¹⁾。つまり、多動性障害 (Hyperkinetic Disorders) と見られる児童は、40名定員の施設ならば、6から7名見られ、そのうちのほとんどは被虐待経験を持っていると考えられる。そのような情短施設では、施設入所児童が起こす問題行動が後を絶たず、最悪の場合、児童の問題行動のため施設運営が成り立たなくなり、いわゆる施設崩壊に陥ることもある。多動性障害とは International Classification of Diseases-10 (ICD-10) による診断名であり²⁾、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) による attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)³⁾ とほぼ同一概念である。下高呂 (2013) の調査結果からも情短施設入所児童の心理的なケアとして、被虐待経験へのケア及び、ADHD に対するケアが重要であることがうかがえるが、情短施設において入所児童の ADHD 症状を調査した研究は少ない。

I. 研究目的

「授業中に座っているべきときに席を離れてしまう」、「課題や活動を順序立てて行うことがむずかしい」、「気が散りやすい」、などといった行動特徴を示す子どもたちへの支援に多くの関心が向けられている。このような「不注意および、または多動性・衝動性の持続的な様式で、機能または発達の妨げとなっているもの。12歳以前からみられ、2つ以上の状況において存在し、6か月以上持続している。それが社会的、学業的あるいは職業的不適応の原因と考えられ、他の疾患や環境因では説明できないもの」²⁾ と定義されるものは注意欠陥多動性障害 (ADHD) と言われている。ADHD の疫学調査において、アメリカの2011年の統計データでは、4から17歳児童の約11% (640万人) が ADHD と診断されている (Visser et al, 2014)⁴⁾。日本においては、文部科学省が52,272名 (小学校: 35,892名、中学校: 17,990名) を対象とした「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童に関する調査」を行っている (文部科学省、2013年)。その結果、通常学級に在籍する児童のうち、知的な遅れは見られないものの、「不注意」又は「多動性 - 衝動性」の問題を著しく示す児童は3.1%見られ、「不注意」の問題を著しく示す児童は2.7%、「多動性 - 衝動性」の問題を著しく示す児童は1.4%見られた⁵⁾。これは、通常学級に在籍しかつ、知的な遅れは見られない児童を対象としているため、実際にはもっと多くの児童に ADHD の特徴がみられると考えられる。また、相馬 (2006) は就学前の子どもの ADHD の調査を実施している。新潟市の保育園、幼稚園にて、3歳児 (3,223名)、4歳児 (3,333名)、5歳児 (3,400名) に対して DSM-III-R を用い、保育士、幼稚園教諭による自記式調査を実施した結果、3歳児では5.6%、4歳児は4.5%、5歳児では3.0%の幼児に ADHD の特徴が確認された。これらのことから、ADHD は極めて有病率の高い障害であることがいえる⁶⁾。

ADHD は異種性の高い障害であると考えられている。多くの ADHD 児は、その行動特徴から教員や親からの叱責を受け易い (斎藤、青木、2010)。そのため、自尊心の低下や気分の落ち込み、攻撃的反抗などの二次障害 (併存症) が生じやすいと言われている⁷⁾。二次障害 (併存症) とは、対象としている障害あるいは病気とは異なる障害あるいは病気を併発していることである。

野田ら (2013) は、通常学級に在籍する小中学生児童計 6675 名に対して、不注意および、多動・衝動的行動傾向と攻撃性、抑うつとの関連を調査している。その結果、不注意および多動・衝動的行動傾向と攻撃性や抑うつとの関連が見いだされた⁸⁾。攻撃性に関しては、多動・衝動的行動が高い児童ほど、破壊的行動障害を併存しやすいことが明らかとなっている (Takahashi et al, 2007)⁹⁾。併存する症状について、鈴木 (2005) は学童期の ADHD の児童はなんらかの併存症を高確率 (95%) で有しており、素行障害、反抗挑戦性障害患児の 95% が何らかの併存症を伴い、50% は反抗挑戦性障害、30% はチック障害、30% は特定の恐怖症、20% は遺尿症、15% は素行障害、15% は特定不能の破壊的行動障害、10% は全般性不安障害、10% は強迫性障害、5% は適応障害、5% は分離不安障害の診断基準を満たしていることを明らかにし、さらに、15% は虐待を経験していた¹⁰⁾。

杉山 (2007) は ADHD と非行行動、児童虐待との関連性も示し、ADHD の診断基準を満たした児童のうち、非行がみられた児童の 94.7% は被虐待の経験を持っていた。一方、虐待の絡まない ADHD の場合にはむしろ抑うつなどの特徴を示す児童が多く、非行へ向かう児童はそれほど認められなかった¹¹⁾。このように ADHD の診断基準満たす児童は様々な問題を呈することが明らかとなっている。

近年の研究により、ADHD の生物学的基盤が徐々に明らかになりつつある。しかしながら、未だに ADHD の診断の基本は行動に基づく判断基準に頼っている。ADHD 固有の決定的な生物学的マーカーが存在しないことから、ADHD を規定する難しさがつきまとうといえる (斎藤, 2009)¹²⁾。併存する症状が多く、虐待など社会的な環境の影響もあり、ADHD を正確にとらえる判断基準は難しい。しかしながら、ADHD の特性から起こる問題行動に対して、二次障害を併発しないように子どもの支援にあたることは重要であるといえる。そのためには、ADHD の症状を把握し、併存症を明確にすることが必要であると考えられる。本研究では、心理的な困難や苦しみを持っている児童が入所する情短施設である A 施設 (以下 A 情短施設とする) にて、入所している児童の ADHD 症状について把握し、ADHD とその併存症を明らかにすることを目的とした。

II. 倫理的配慮

本研究は情短施設という性質上、対象となっている児童と保護者の同意を得ることは取得できなかった。しかしながら、虐待と関連の深い施設での調査であり、社会的な意義があると思われる。ADHD-RS は研究を目的として使用したものではなく、日常臨床で使用している尺度であった。倫理的配慮として日常臨床で使っている尺度を *retrospective* に解析し、児童の個人が特定できないようデータの入力、保管および個人情報保護について十分な配慮をした。

Ⅲ. 対象と方法

1.対象

A 情短施設へ入所中でかつ、隣接する分校へ通学中の児童 30 名（男性 20 名、女性 10 名）を対象として、児童が通学している分校の担当教員及び情短施設の担当職員に回答を依頼した。A 情短施設に入所している児童は、地域の小学校や中学校の分校に通学していた。分校には、A 情短施設に入所している児童のみ当校し、クラスの規模としては 8 人以下の少人数クラスであった。A 情短施設に入所している 30 名全員のデータを分析対象とした。対象児童の年齢は 7 歳から 15 歳^{注)} であり、平均年齢は男児 12.10±1.94 歳、女児 12.70±2.50 歳であった。本調査期間は平成 25 年 11 月から平成 25 年 12 月までであった。また、入所児童は全員、A 情短施設にて児童精神科医の診察を受けていた。

2.質問紙

DuPaul ら (1998) が作成した ADHD Rating Scale(ADHD-RS)の日本語版を用いて ADHD 症状を測定した。この尺度は DSM-IV の診断基準をもとに作成され、ADHD の主な特徴である「不注意(9 項目)」と「多動性・衝動性(9 項目)」の 2 下位尺度から構成されている。得点が高いほど不注意および多動・衝動的行動傾向が強いことを示す¹³⁾。ADHD-RS の日本語版の妥当性と信頼性については、先行研究で確認されている (Ohnishi, Okada, Tani, Nakajima, & Tsujii, 2010; Tani, Okada, Ohnishi, Nakajima, & Tsujii, 2010)^{14) 15)}。本研究では、各評定者の因子ごとに項目の合計得点を下位尺度得点として算出した。教員は担当クラスの児童全員について、情短施設職員は、担当している児童全員について、各質問項目の特徴がどれほどあてはまるかを「ない、もしくはほとんどない (0 点)」「ときどきある (1 点)」「しばしばある (2 点)」「非常にしばしばある (3 点)」の 4 件法で回答を行った。

3.手続き

調査期間中に児童精神科医によって診断されている内容について、診断記録をもとに整理した。

調査者が分校教頭へ調査の依頼および調査用紙の配布を行った。その後、調査者から担当教員に調査内容の説明と依頼を行い、実施した。施設の担当職員に対しては、調査者が調査内容の説明と依頼を行い、直接調査用紙を配布し実施した。また、回収は全て調査者が実施し、回収率は 100%であった。

4.尺度の構成

ADHD-RS の下位尺度ごとの α 係数を算出した。教員評定では不注意が 0.93、多動性・衝動性が 0.96、職員評定では不注意が 0.82、多動性・衝動性が 0.79 と概ね高い信頼性を有することが示された。そのため、評定者ごとの各項目の合計得点を下位尺度得点とした。また全項目の合計

得点を ADHD 症状得点とした。ADHD 症状得点に関する教師評定の α 係数は 0.96、職員評定の α 係数は 0.89 であった。

5. 分析方法

児童の ADHD 症状に対する教員評定と職員評定との一致度を検討するために、まず評定者間での相関係数を算出した。次に、評定者間の得点差について、 t 検定を用いて検討した。また、Ohnishi ら (2010) は教師が評価した ADHD-RS を用いて、特別な支援を要さない児童と要する児童の比較を行っている。そのデータを参考にし、本研究により得られたデータを検討した。

IV. 結果

1. 対象者の診断名

対象となった児童の児童精神科医師による診断名を表 1 に示した。ADHD のみ診断された児童は 3 名 (男性 2 名、女性 1 名)。ADHD と ASD (Autistic Spectrum Disorders : 自閉症スペクトラム障害) と診断された児童は 3 名 (すべて男性)。ADHD と ODD (Oppositional Defiant Disorder : 反抗挑戦性障害) と診断された児童は 2 名 (すべて男性)。ADHD と CD (Conduct Disorder : 素行障害) と診断された児童は 1 名 (男性)。ADHD と境界知能と診断されたのが 1 名 (女性) であった。

表 1. 対象児童の診断名

診断名	人数(名)
ASD	13
ADHD	10
CD	4
ODD	3
軽度MR(境界知能含む)	3
反応性愛着障害	2
社交不安障害	1
LD	1
適応障害	1
診断なし	2

※重複診断あり

2. 評定者間の関連性

教員評定と職員評定について、*pearson* の積率相関係数を求めた。その結果、不注意が $r = 0.46$ ($p = 0.01$)、多動性・衝動性は $r = 0.59$ ($p < 0.01$)、ADHD 症状得点は $r = 0.54$ ($p < 0.01$) と比較的高い相関係数が得られた。

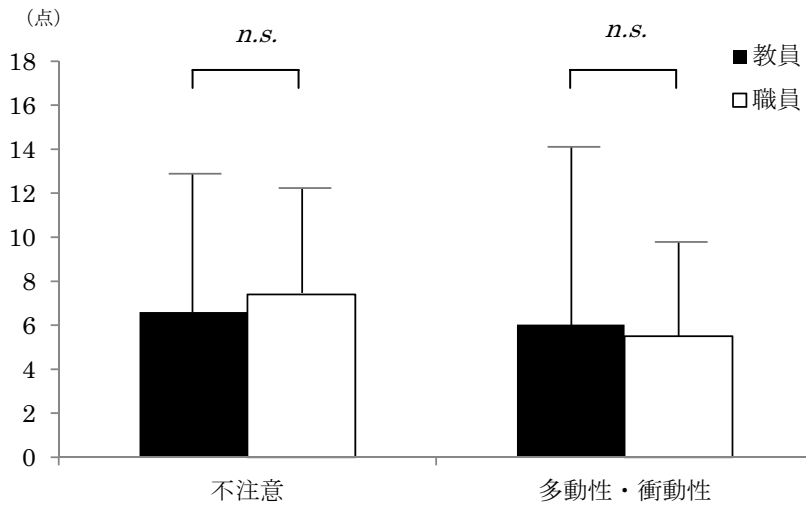


図 1. ADHD-RS の下位尺度に関する教員および職員による平均得点

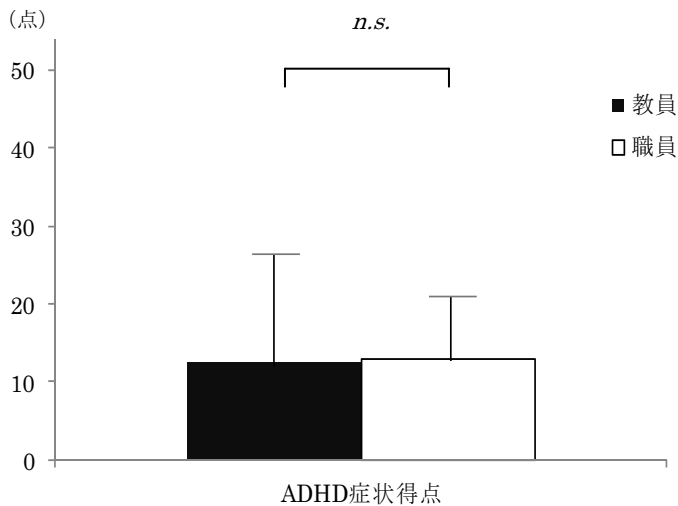


図 2. 教員および職員による ADHD-RS 合計の平均得点

3. ADHD-RS の記述統計

教員評定および職員評定の結果を図 1 に示した。教員評定における不注意の平均得点は 6.60 ± 6.77 、多動性・衝動性は 6.03 ± 7.98 であった。また、職員評定における不注意の平均得点は 7.40 ± 4.72 、多動性・衝動性は 5.50 ± 4.33 であった。ADHD-RS 症状得点は教員評定が 12.63 ± 13.95 、職員評定は 12.90 ± 8.58 であった。また評定者間の平均値については、不注意 ($t(29) = 0.71, n.s.$)、多動性・衝動性 ($t(29) = 0.45, n.s.$) とも評定者間に有意な差は確認されなかった。ADHD 症状得点 ($t(29) = 0.90, n.s.$) においても評定者間に有意な差は確認されなかった。

V. 考察

1 情短施設入所児童における ADHD と併存症

本研究の結果、A 情短施設に入所中の児童のうち、33% (10 名) が ADHD の診断を受けていることが明らかとなった。これは、全国の情短施設に入所している児童の割合と比較すると高い値になっていると思われる。A 情短施設にて ADHD と診断された児童が割合的に多かった理由は 2 つ考えられた。1 つは、情短施設にて ADHD-RS を用いた研究は他では確認されず、情短施設入所児童に対して ADHD 症状に注目されていない可能性は考えられた。本研究を行う上で A 情短施設では ADHD-RS を入所児童全員に実施しており、ADHD に対して施設として感度が高かった可能性がある。2 つ目は本研究を行った A 情短施設において偶発的に ADHD 児が多かった可能性である。本研究からは ADHD 児の割合が高くなった要因は明確にはならないが、ADHD の特性から家庭や学校において問題行動を引き起こしてしまっている児童が割合的に多いと思われた。いずれにせよ、情短施設において初めて ADHD-RS を用い、入所児童の ADHD 症状を明らかにしたことは意義があると思われた。さらに、ADHD と診断された 10 名のうち 7 名に併存症が確認された。鈴木 (2005) では精神科に通院している児童期 ADHD 患児の 95% に併存症を確認している。本研究においては 95% とまではいかないが、A 情短施設に入所している児童で ADHD と診断されている児童の多くは併存症を有しているといえる。また、鈴木 (2005) では、ASD を併存した症例は除外されていた¹⁰⁾。しかし、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) から ADHD の除外診断として ASD は記載されなくなっている³⁾。また本研究では、施設に入所している児童全員の特徴を把握したいため、ASD の診断を受けている児童も分析の対象とした。その他の併存症では、ODD や CD、境界知能と診断された児童が確認された。情短施設には、虐待を受けた児童が多く、心理的困難や苦しみを抱えている児童が多く入所している。鈴木 (2005) では、ODD や CD を有した児童の家庭には実父が同居していない割合が高いという結果がみられた⁹⁾。本研究の対象児童も多くは離婚家庭や一人親家庭であり、さらに虐待を受けていた児童は多くみられる。そのため、併存症も多くなると考えられ、それぞれの心理社会的な背景を確認していくことが重要であるといえる。今後は、離婚家庭や、一人親家庭、虐待の有無による ADHD 症状得点の違いや、併存症を比較することで、より

情短施設に入所している児童の臨床像を明確にできると考えられた。

2. 教員評定と施設職員評定

岡田ら（2011）によると、ADHD-RS の教員評定と保護者の評定とでは、保護者の方が有意に高い得点を付けることが明らかとなっていた¹⁶⁾。本研究では、施設職員と教員とでは評定間に差は見られなかった。これには、2 つの理由が考えられた。1 つ目は、施設では、学校と同様に日常生活が構造化されている。毎日定刻になると起こされ、ご飯を食べ、就寝する。このような環境では、児童らは次に何をすればよいのか容易に理解でき、予測外の事柄は起こりにくい。そのため、不注意や多動性、衝動性といった特性はある程度鎮静化するためだと考えられた。2 つ目は、施設職員も学校の教員も同一の評価基準を持っている可能性である。施設では、いくら児童の担当の職員といえ、業務上担当の児童だけと関わることはできず、複数の児童をケアする中で担当児童とのかかわりとなる。このような環境は我が子だけをみる家庭より、学校に近いものと考えられる。施設では集団生活が余儀なくされ、集団生活の和を乱さなければ、不注意や多動性、衝動性は高く評価されない可能性がある。また、自分の担当児童よりも不注意や多動、衝動的な児童がいれば比較対象となる。教員評定と職員評定が一致する理由を明らかにするためにも、同一の環境内で評定することが必要である。しかし、1 つ目の理由として考えられた環境的な要因が大きければ、家庭でも日常生活を構造化することで、不注意や多動性、衝動性の高い傾向にある子どもは特に、落ち着きやすくなると考えられた。つまり、家庭においても、食事の時間や起床、就寝時間、自由時間をできるだけ一定にすることなどが有用だと推察された。

3. 特別なケアを要さない児童と要する児童との比較

Ohnishi ら（2010）による、特別なケアを要さない児童と要する児童の教員評定による ADHD-RS の平均得点と本調査から得られた A 施設入所児童の担当教員による評定を比較した。Ohnishi ら（2010）によれば、小学校 1 年生、2 年生の通常学級において、担当教員が特別なケアを要さない児童の不注意の平均得点 1.37 ± 3.21 、多動性・衝動性は 0.66 ± 2.03 で、ADHD 症状得点の平均は 2.03 ± 4.84 であった¹⁴⁾。また同学年において、担当教員が特別なケアを要する児童の不注意の平均得点は 9.60 ± 6.95 、多動性・衝動性は 5.79 ± 6.16 で、ADHD 症状得点の平均は 15.39 ± 11.68 であった¹⁴⁾。

これらの結果と A 情短施設入所児童の平均得点を比較したところ、A 施設の入所児童は不注意、多動性・衝動性に関して特別なケアを要さない児童よりも高い得点であった。特別な支援を要する児童よりも、不注意の得点に関しては若干低い、多動性・衝動性の得点は同程度の得点であると推察された。しかし、ADHD-RS は cutoffpoint が定められておらず、ある得点以上だと ADHD であるとするような質問紙ではない。さらに、本研究では統計的な処理を行っておらず、対象の年齢も統一されていない。そのため、今後情短施設に入所している児童とそうではない児童と比較し、年齢も統制した上で明らかにしていく必要がある。しかしながら、情短施設入所児童に関

して、特別なケアを要さない児童よりも、特別なケアを要する児童に得点は近く、特に、多動性・衝動性に関しては、特別なケアを要すると推察された。American Academy of Pediatrics (AAP) では、ADHD 児に対しては家族や教員による行動療法的な支援に効果があるというエビデンスが出されている¹⁷⁾。情短施設入所児童に対しても、施設職員や、教員による行動療法的な支援に効果があると期待される。

4.精神科医療と教員及び施設職員との連携

本調査を行った A 情短施設では、児童精神科医が月に 1 度の診察を行っている。全国的に児童精神科医の人材不足が問題に挙げられており、医療施設ではない情短施設では、児童精神科医の確保も難しい状況であると考えられる。さらに、診察の時間は限られており、児童の日常生活や学校生活の様子全てを、あるいは要点をまとめたとしても、全員分把握することは非常に困難であると考えられる。そのため、簡易な質問紙で、学校生活および日常生活において、非行行動との関連の深い、児童の多動性・衝動性といった特性や、抑うつと関連しやすい不注意の特性をとらえ、治療を行えることは非常に有意義なものであると考えられた。学齢期以降の ADHD 児童において投薬の効果には高いエビデンスが認められている¹⁷⁾。情短施設に入所する子どもの多くは小中学生である。このことから、継続して ADHD-RS を実施し、縦断的に ADHD-RS の得点の推移が把握できれば、ADHD 児に対する投薬の効果を測れる可能性があると考えられた。例えば、ADHD-RS の得点が、学校場面、日常生活場面の両方で高得点であれば薬が必要あるいは増量が必要であると考えられ、逆に両場面において得点が下がってくれば、薬が不必要となったり、減量を考える指標になるとも考えられる。このように、子どもの行動について体系的な評価を行うことで、施設入所児に対する医療的な支援を側面からサポートできると考えられた。

VI. まとめ

本研究では、情短施設である A 施設に入所している 30 名の児童を対象に、児童精神科医による診断を整理し、ADHD-RS を実施した。情短施設に入所している児童を対象に、ADHD-RS を実施した研究は見られず、本論文が初めてであるといえる。

本研究は、1 つの情短施設のみで実施されたため、結果の一般化には一定の限界を有する。しかしながら、先行研究と同様に ADHD と診断された児童および、ADHD と診断されながらもさらに併存症も認められたケースは高率で認められた。

ADHD-RS の得点からも、情短施設に入所している児童の ADHD 症状は高く、施設でのケアを効果的にするためにも行動療法的なケアを視野に入れることが重要であると考えられた。今後は、縦断的に ADHD-RS のデータを蓄積し、施設での治療効果の検討および、児童一人一人の心理社会的な背景を捉えていくことが必要であると考えられた。

謝辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力いただいた情短施設の施設長ならびに、職員方、および、分校の教頭、教員方に対して感謝いたします。記して謝意を表す次第である。

注)

本研究の対象は13歳から15歳の青年も含まれているが、児童福祉法に基づき、本研究では18歳までを児童とした。

【文献】

- 1) 下高呂陽子、野村亮介、西尾哲也、西田篤 (2013) 平成23年度全国情緒障害児短期治療施設における児童の臨床統計、心理治療と治療教育 - 全国情緒障害児短期治療施設紀要 -, 第24号, 103-106.
- 2) World Health Organization (1993) ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research. Geneva, *World Health Organization*, (融道男, 小見山実, 大久保善朗, 中根允文, 岡崎祐士 (監訳), (2005) 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, 東京, 医学書院).
- 3) American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders Fifth Edition (DSM -V) , Washington. DC, *American Psychiatric Association*, (高橋三郎, 大野裕 (監訳), 染矢俊幸, 神庭重信, 尾崎紀夫, 三村将, 村井俊哉 (訳) (2014) DSM -5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 東京, 医学書院).
- 4) Visser, S. N., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., Ghandour, R. M., Perou, R., Stephen, J. B., (2014) Trends in the parent-report of healthcare provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder : United States, 2003–2011. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53, (1), 34–46.e2.
- 5) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 (2012) 通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について, 文部科学省.
- 6) 相馬行男 (2006) 就学前の子どもの注意欠陥多動性障害 (ADHD) の研究—保育園児と幼稚園児の調査を通して—, 新潟医学会雑誌, 第120巻, 第6号, 324-328.
- 7) 齊藤万比古、青木桃子 (2010) ADHD の二次障害, *精神科治療学*, 25, 787-792.
- 8) 野田航、岡田涼、谷伊織、大西将史、望月直人、中島俊思、辻井正次 (2013) 小中学生の不注意および多動・衝動的行動傾向と攻撃性、抑うつとの関連, *心理学研究*, 第84巻, 第2号, 168-174.
- 9) Kazuhiro Takahashi, Dai Miyawaki, Futoshi Suzuki, Akiko Mamoto, Noriaki Matsushima, Hisashi Tsuji, Akemi Horino, Paul a,Ballas, Nobuo Kiriike.(2007) Hyperactivity and comorbidity in Japanese children with attention-deficit/hyperactivity disorder, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 255-262.

【論文】情緒障害児短期治療施設入所児童における ADHD 症状と併存症

- 10) 鈴木太 (2005) 学童期の注意欠陥多動性障害児における併存症, 児童精神医学とその近接領域, 46, 1, 35-48.
- 11) 杉山登志郎 (2007) 子ども虐待という第四の発達障害, 学習研究社.
- 12) 齊藤万比古 (2009) 注意欠如・多動性障害－ ADHD－の客観的指標に基づく診断・治療指針の作成に関する研究 (No. 21 指 127), 独立行政法人 国立国際医療研究センター.
- 13) DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998) ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation. New York, US: Guilford Press.
- 14) Ohnishi, M., Okada, R., Tani, O., Nakajima, S., & Tsujii, M., (2010) Japanese version of school form of the ADHDRS: An evaluation of its reliability and validity. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1305–1312.
- 15) Tani, I., Okada, R., Ohnishi, M., Nakajima, S., & Tsujii, M., (2010) Japanese version of home form of the ADHD-RS: An evaluation of its reliability and validity, *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1426–1433.
- 16) 岡田涼、大西将史、谷伊織、中島俊思、辻井正次 (2011) 日本の小中学生における ADHD 傾向：教師評定と保護者評定の違い, 精神医学, 第 53 卷, 第 3 号, 249-255.
- 17) American Academy of Pediatrics (2011) ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents, *American Academy of Pediatrics*, 128, 5, 1-16.

木村拓磨 (名古屋経営短期大学子ども学科 講師)

鈴木 太 (名古屋大学医学部付属病院親と子どもの心療科 助教)