特集：青少年暴力の原因究明と対策

ＡＤＨＤの実態と診療体制について

内山有子，田中哲郎

国立保健医療科学院生涯保健部

Research on Actual Condition of ADHD and Medical Treatment

Yuko UCHIYAMA, Tetsuro TANAKA

Department of Health Promotion and Research, National Institute of Public Health

抄録

小学校，小児科，精神科に対しＡＤＨＤの実態と医療現場での対応について調査を行った結果，小学校の養護教諭がＡＤＨＤと考えている児童は1,000人当たり3.7人で，その内医療機関で確定診断されているものは1.2人であった．学年別では１～２年生が4.7人（確定診断1.4人），３～４年生が4.1人(1.1人)，５～６年生が2.4人(1.1人)で，学校１校当たりでは1.31人(確定診断0.42人)であった．

日本小児科学会研修指定病院におけるＡＤＨＤの平均新患者数は7.2人，フォローアップ患者数は10.6人であり，医学部の精神医学講座での平均新患者数は16.2人，フォローアップ患者数は26.8人であった．この患者数は平成10年に比べ増加していると答えた小児科の施設は28.9%，精神科は45.1%で，その理由は世間の関心の高さよりとする回答が最も多かった．しかし真の患者の増加との回答が小児科で6.6%，精神科で11.8%であった．また，大学精神医学講座の児童精神科医は現役が平均2.3名，ＯＢが4.9名で，更に数名が必要との回答が多かった．最近の子どもがキレやすい要因として考えられることとして，小児科，精神科医共に家庭機能の弱体化，小さい時のしつけ，社会規範の低下を50%以上があげており，今後は専門医のいち早い養成を期待するとともに，小児科医や学校医，養護教諭などの研修の機会を設ける，保健所と学校，地域が連携をとるなどの対応策を講じる必要があると思われる．

キーワード：注意欠陥多動障害，キレる，少年犯罪，児童精神科

Abstract：

The purpose of this study was to investigate the actual condition of ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder) and current medical treatment for it. At the elementary schools, 3.7/1000 children were suspected to have ADHD by the school nurses. Of those children, 1.2 children were diagnosed as ADHD at medical institution. At the pediatry, 7.2 children on the average were newly diagnosed as ADHD per year, and the pediatry was following up 10.6 ADHD children. At the psychiatry, 16.2 children on the average were newly diagnosed as ADHD per year, and the psychiatry was following up 26.8 ADHD children.Also, pediatrician and psychiatrist thought the number of ADHD child increasing for three years from 1998 to 2001.

The average number of child psychiatrist on active service at the university hospitals was 2.3. We need to understand the characteristics of ADHD to help an early diagnosis and treatment for ADHD. Additionally, it is important not only for pediatrician and psychiatrist but also for other medical and school staffs who take care of children to enhance knowledge of ADHD.

Keywords： ADHD, violent emotion, juvenile offenses, child psychiatrist

〒351-0197　埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6 Minami Wako, Saitama-ken, 351-0197, Japan.

はじめに

わが国は少し前までは世界でも最も安全な国とされていたが，近年，国際化などによりこの実感も薄らぎ，特にこの1～2年は悪質な凶悪犯罪についてマスメディアなどを通じて見聞きする機会が多い．また，最近ではこのような凶悪犯罪に青少年が関与している事件がみられるようになり，その実態と解決に多くの国民の関心が寄せられ，早急の対応が求められている．

これらの背景を明らかにするため文部科学省，警察庁，最高裁判所などでも取り組みをはじめているが，その全体像は未だ不明な点が多く，また，少年の凶悪犯罪の一部に注意欠陥・多動障害 (ADHD：attention- deficit/ hyperactivity disorder) との関連が言われているものの，わが国ではＡＤＨＤの実態やそれらに対する医療体制については明かでない．以上のことよりＡＤＨＤの実態や医療現場での対応などについて小学校，小児科，精神科を対象として検討を行った．

ＡＤＨＤの実態調査

小学校に対する調査は，地域的な偏りをなくすように都道府県別に学校数に応じて調査対象学校数を決め，その中で無作為に抽出した全国1,000校とし，子どもの健康状態を最も把握していると思われる養護教諭を対象とした．回答は563校の養護教諭より得られた(回答率56.3%)．小児科に対する調査は小児診療の一般的な基幹病院と考えられる全国531の日本小児科学会研修指定病院とし，回答は責任者または専門外来の担当者に依頼し，305施設より回答が得られた(回収率57.4%)．精神科に対する調査は，全国80の医学部の精神医学講座とし，回答は教授または医局長とし51講座より回答が得られた（回収率63.8%）．

調査はいずれも郵送にて自記式調査用紙への記入を依頼し郵送にて回収する方法で，平成13年2月～3月にかけて実施した．

小学校におけるＡＤＨＤ児童数と発生率

1. 学年別ＡＤＨＤ児童数と発生率

回答の得られた小学校563校の総児童数は174,304名，その内養護教諭によりＡＤＨＤではないかと疑われる児童は648名で，児童千人当たり3.7であった．この内，医療機関においてＡＤＨＤと確定診断の得られている児童は207名で，児童千人当たり1.2であった．

学年別にみると，1～2年生は総児童数が56,745名で，ＡＤＨＤと疑われる児童は265名(児童千対4.7)，その内確定診断されたＡＤＨＤの児童は77名 (1.4)，3～4年生は総児童数が57,251名で，ＡＤＨＤと疑われる児童は236名 (4.1)，確定診断された児童は64名 (1.1)，5～6年生は総児童数が60,308名で，ＡＤＨＤと疑われる児童は147名 (2.4)，確定診断された児童は66名 (1.1) であった (表1)．

ＡＤＨＤの発生率については，米国で2～7%[1-2]，欧州では0.5%程度との報告[3]が得られており，わが国ではSugawaraら[4]が7～9歳の114名の調査により10.5%と報告している

表1　学年別児童数・ADHD数

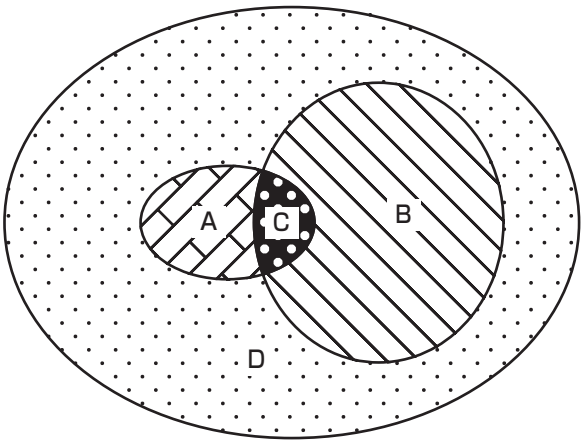
	小学校全体		1～2年生		3～4年生		5～6年生	
	実　数（名）	1000人当たりの人数	実　数（名）	1000人当たりの人数	実　数（名）	1000人当たりの人数	実　数（名）	1000人当たりの人数
総児童数	174,304	―	56,745	―	57,251	―	60,308	―
ADHDと思われる児童数	648	3.7	265	4.7	236	4.1	147	2.4
医療機関にて確定診断されている児童数	207	1.2	77	1.4	64	1.1	66	1.1

表2　居住地域別児童数・ADHD数

	小学校全体		政令市・特別区		中核市		市部		町村部		不明	
	実　数（名）	1000人当たりの人数	実　数（名）	1000人当たりの人数	実　数（名）	1000人当たりの人数	実　数（名）	1000人当たりの人数	実　数（名）	1000人当たりの人数	実　数（名）	1000人当たりの人数
総児童数	174,304	―	20,392	―	10,709	―	77,080	―	43,586	―	22,537	―
ADHDと思われる児童数	648	3.7	56	2.7	35	3.3	274	3.6	204	4.7	79	35
医療機関にて確定診断されている児童数	207	1.2	14	0.7	15	1.4	109	1.4	46	1.1	23	1.0

表3　ADHD児童数の増減

	総数		政令市・特別区		中核市		市部		町村部		不明	
	実　数（名）	構成割合（%）	実　数（名）	構成割合（%）	実　数（名）	構成割合（%）	実　数（名）	構成割合（%）	実　数（名）	構成割合（%）	実　数（名）	構成割合（%）
増加している	103	18.3	3	6.4	9	39.1	49	25.0	28	12.8	14	17.9
不変	39	6.9	3	6.4	1	4.3	15	7.7	13	5.9	7	9.0
減少している	2	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.5	1	1.3
わからない	98	17.4	13	27.7	5	21.7	40	20.4	27	12.3	13	16.7
その他	8	1.4	3	6.4	0	0.0	3	1.5	2	0.9	0	0.0
不明	313	55.6	25	53.2	8	34.8	89	45.4	148	67.6	43	55.1
総数	563	100.0	47	100.0	23	100.0	196	100.0	219	100.0	78	100.0



A＝ADHD多動性障害ー衝動性優勢型
B＝ADHDー不注意優勢型
C＝ADHDー混合型
D＝ADHD（DSMーⅣ）診断基準の広範囲診断

図1

が，本調査のＡＤＨＤと思われる児童が1,000人当たり3.7人というのは，米国の2～7%に比べ10分の1程度，欧州の2/3程度との低い値である．しかし，記入者の養護教諭の中にはＡＤＨＤと疑わしいがよくわからないため回答をしなかった教諭もみられることより，これより若干多いことも考えられた．諸外国とわが国の発生率の差については今後の検討が必要であるが，現在のＤＳＭ-ⅣのＡＤＨＤの診断が除外診断によることより，あまり強い症状等がなくてもＡＤＨＤと診断され高い値になることも考えられる．また今回はＡＤＨＤを「注意欠陥・多動障害（ＡＤＨＤ）とは，精神年齢に比して不適当な注意力障害，衝動性・多動性を示す行動障害として認めているもの」と定義して調査を行ったが，養護教諭という立場から学校において何らかの問題行動を起こした人をＡＤＨＤとして捉えている可能性がある．特にＡＤＨＤの内，不注意優性型は学校であまり問題とならないことより，これらが除かれたことによることも考えられる（図1）．また，ＡＤＨＤと疑われる児童数が1～2年生で1,000人当たり4.7人，3～4年生で4.1人，5～6年生で2.4人と減少傾向にあり，成長と共に自然に改善する傾向があるとの考え方[5]と一致している．

2. 地域別ＡＤＨＤ児童数と発生率

児童の居住している地域を政令市・特別区，中核市，市部，町村部の4つに分けてＡＤＨＤ児童数についてみると，政令市・特別区が総児童数20,392名で，ＡＤＨＤと疑われる児童が56名（児童千対2.7），確定診断された児童は14名（0.7），中核市は総児童数が10,709名で，ＡＤＨＤと疑われる児童は35名（3.3），確定診断された児童は15名（1.4），市部は総児童数が77,080名で，ＡＤＨＤと疑われる児童は274名（3.6），確定診断された児童は109名（1.4），町村部は総児童数が43,586名で，ＡＤＨＤと疑われる児童は204名（4.7），確定診断された児童は46名（1.1）であった（表2）．

また，平成13年の調査時に3年前と比較しＡＤＨＤらしき児童が増加していると考えている養護教諭は103名（18.3%），不変が39名（6.9%），減少が2名（0.4%），わからないが98名（17.4%）であった（表3）．

3. 学校当たりのＡＤＨＤ児童数

学校一校当たりのＡＤＨＤと疑われる児童数は1.31人，その内確定診断された児童が0.42人であった．学年別ではＡＤＨＤと疑われる児童は1～2年生が0.53人，3～4年生が0.48人，5～6年生が0.30人であった．また，確定診断されたＡＤＨＤ児童数は1～2年生が0.16人，3～4年生が0.13人，5～6年生が0.13人であった．

地域別にみると，ＡＤＨＤと疑われる児童数は，政令市・特別区が1.40人，中核市が，1.67人，市部が1.60人，町村部が1.03人であった．その内確定診断されたＡＤＨＤ児童数は，政令市・特別区が0.35人，中核市が0.71人，市部が0.64人，町村部が0.23人であった（表4）．

医療施設におけるＡＤＨＤ患者数

1. 1年間の新患患者数

日本小児科学会研修指定病院305施設における1年間のＡＤＨＤ新患患者数は，0～4人が154施設（50.5%），5～9人が41施設（13.4%），10～14人が33施設（10.8%），15～19人が5施設（1.6%），20～29人が9施設（2.9%），30～49人が10施設（3.3%），50～99人が5施設（1.6%），100人以上が1施設（0.3%），不明が47施設（15.4%）で，平均7.2人であった．

一方，医学部精神医学講座では，0～4人が11講座（21.6%），5～9人が10講座（19.6%），10～14人が6講座（11.8%），15～19人が1講座（2.0%），20～29人が4講座（7.8%），30～49人が4講座（7.8%），50～99人が3講座（5.9%），100人以上が1講座（2.0%），不明が11講座（21.6%）で，平均16.3名であった（表5）．

2. フォローアップ患者数

ＡＤＨＤとの診断を出しフォローアップを行っている患者数は，小児科では0～4人が150施設（49.2%），5～9人が38施設（12.5%），10～14人が24施設（7.9%），15～19人が8施設（2.9%），20～29人が16施設（5.2%），30～39人が9施設（3.0%），50～99人が8施設（2.6%），100～149

表4　学校当たりのADHD児童数

	小学校	1～2年生	3～4年生	5～6年生	政令市・特別区	中核市	市部	町村部	不明
ADHDと思われる児童数	1.31	0.53	0.48	0.30	1.40	1.67	1.60	1.03	1.22
確定診断された児童数	0.42	0.16	0.13	0.13	0.35	0.71	0.64	0.23	0.35

人が 2 施設 (0.7%)，150 人以上が 4 施設，不明が 46 施設で，平均で 10.6 人の患者をフォローアップしていた．

一方，精神医学講座では 0 ～ 9 人が 19 講座 (37.3%)，10 ～ 19 人が 11 講座 (21.6%)，20 ～ 49 人が 6 講座 (11.8%)，50 ～ 99 人が 2 講座 (3.9%)，150 ～ 199 人が 1 講座 (2.0%)，200 人以上が 2 講座 (3.9%)，不明が 10 講座 (19.6%) で，平均フォローアップ数は 25.8 人であった（表 6)．

表 5　1 年間の ADHD 新患患者数

患者数（人）	小児科		精神医学講座	
	実数（施設）	構成割合（%）	実数（施設）	構成割合（%）
0 ～ 4	154	50.5	11	21.6
5 ～ 9	41	13.4	10	19.6
10 ～ 14	33	10.8	6	11.8
15 ～ 19	5	1.6	1	2.0
20 ～ 24	8	2.6	2	3.9
25 ～ 29	1	0.3	2	3.9
30 ～ 39	7	2.3	3	5.9
40 ～ 49	3	1.0	1	2.0
50 ～ 99	5	1.6	3	5.9
100 以上	1	0.3	1	0.2
不明	47	15.4	11	21.6
総数	305	100.0	51	100.0
平均患者数	7.2 人		16.3 人	
	総患者数　1,860 名		総患者数　652 名	

表 6　フォローアップしている患者数

患者数（人）	小児科		精神医学講座	
	実数（施設）	構成割合（%）	実数（施設）	構成割合（%）
0 ～ 4	150	49.2	12	23.5
5 ～ 9	38	12.5	7	13.7
10 ～ 14	24	7.9	10	19.6
15 ～ 19	8	2.6	1	2.0
20 ～ 24	12	3.9	0	0.0
25 ～ 29	4	1.3	0	0.0
30 ～ 39	9	3.0	5	9.8
40 ～ 49	0	0.0	1	2.0
50 ～ 99	8	2.6	2	3.9
100 ～ 149	2	0.7	0	0.0
150 ～ 199	4	1.3	1	2.0
200 以上	0	0.0	2	3.9
不明	46	15.1	10	19.6
総数	305	100.0	51	100.0
平均患者数	10.6 人		25.8 人	
	総患者数　2,750 名		総患者数　1,058 名	

3. ＡＤＨＤ患者数の増減

平成 10 年から 13 年の 3 年間に診断基準を同じくしてＡＤＨＤ患者数の変化を尋ねた．

小児科では，増加との回答は 88 施設 (28.9%)，不変が 130 施設 (42.6%)，その他が 46 施設 (15.1%) で，増加と回答した 88 施設についてその理由を尋ねたところ，真の患者の増加との回答が 20 施設 (6.6%)，世間の関心の高まりが 74 施設 (24.3%)，診断基準の明確化の影響が 25 施設 (8.2%) などであった．

精神医学講座では，増加との回答が 23 講座 (45.1%)，不変が 10 講座 (19.6%)，わからないが 16 講座 (31.4%) で，増加の理由としては，真の患者の増加との回答が 6 講座 (11.8%)，世間の関心の高まりが 22 講座 (43.1%)，診断基準の明確化の影響が 11 講座 (21.5%)，その他 4 講座 (7.8%) であった．また，小児科・精神医学講座ともにこの 3 年間で患者数が減少との回答はみられず，両科においてＡＤＨＤは増加傾向にあることが示唆された (表 7)．

表 7　ADHD 患者数の増減

	小児科		精神医学講座	
	実数（施設）	構成割合（%）	実数（施設）	構成割合（%）
増加	88	28.9	23	45.1
真の患者の増加	20	28.9	23	45.1
世間の関心の高まり	74	24.3	22	43.1
診断基準の明確化	25	8.2	11	21.6
その他	10	3.3	4	7.8
不変	130	42.6	10	19.6
減少	0	0.0	0	0.0
わからない	―	―	16	31.4
その他	46	15.1	1	2.0
不明	41	13.4	1	2.0
総数	305	100.0	51	100.0

また，増加の程度は平成 10 年の患者数を 100 として，小児科では 101 ～ 109 が 7 施設 (増加 88 施設に対する割合：8.0%)，111 ～ 120 が 19 施設 (21.6%)，121 ～ 130 が 2 施設 (2.3%)，141 ～ 150 が 21 施設 (21.9%)，151 ～ 200 が 18 施設 (20.5%)，201 ～ 400 が 9 施設 (9.1%)，501 以上が 4 施設 (4.5%) で，精神医学講座では 101 ～ 150 が 8 講座 (34.8%)，151 ～ 200 が 7 講座 (30.9%)，201 ～ 300 が 7 講座 (30.4%)，301 以上はみられなかった (表 8)．

表 8　増加の程度

	小児科		精神医学講座	
	実数（施設）	構成割合（%）	実数（施設）	構成割合（%）
101 ～ 119	7	8.0	0	0.0
111 ～ 120	19	21.6	1	4.3
121 ～ 130	2	2.3	1	4.3
131 ～ 140	0	0.0	0	0.0
141 ～ 150	21	23.9	6	26.1
151 ～ 200	18	20.5	7	30.4
201 ～ 250	1	1.1	0	0.0
251 ～ 300	7	8.0	7	30.4
301 ～ 400	1	1.1	0	0.0
401 ～ 500	0	0.0	0	0.0
501 以上 4	4.5	0	0.0	
不明	8	9.1	1	4.3
総数	88	100.0	23	100.0

ＡＤＨＤの診療体制

1. ＡＤＨＤの担当診療科

ＡＤＨＤをどこの診療科でみるのがよいか尋ねたところ，小児科医は，小児科と精神神経科が 128 施設 (42.0%)，小児科が 118 施設 (38.7%)，精神神経科が 22 施設 (7.2%)，その

他が23施設(7.5%)で，小児科で対応が可能かについて尋ねたところ，完全に対応可能が14施設(4.6%)，ほぼ可能だが時に精神神経科の専門医が必要が107施設(35.1%)，不可能が91施設(29.8%)，どちらとも言えないが68施設(22.3%)であった(表9).

表9　ADHDの診療は小児科で対応可能か

ADHDへの対応	実数（施設数）	構成割合（%）
完全に対応可能	14	4.6
ほぼ可能だが時に精神神経科の専門医が必要	107	35.1
不可能	91	29.8
どちらとも言えない	68	22.3
その他	24	7.9
不明	6	2.0
総数	305	100.0

また，同施設に常勤の児童精神科医のいる施設が45施設(14.8%)，非常勤のいる施設が29施設(9.5%)，勤務していない施設が229施設(75.1%)であった(表10).

表10　対象小児科内の児童精神科医の有無

児童精神科医の有無	実数（施設数）	構成割合（%）
児童精神科医（常勤）	45	14.8
児童精神科医（非常勤）	29	9.5
児童精神科医なし	229	75.1
その他	3	1.0
総数	305	100.0

精神医学講座ではＡＤＨＤを診療している施設が37施設(72.5%)，診療していない施設が12施設(23.5%)であった(表11).

表11　ADHDの診療の有無

ADHDの診療	実数（施設数）	構成割合（%）
診療している	37	72.5
診療していない	12	23.5
その他	2	3.9
総数	51	100.0

2. 児童精神科医

精神医学講座における児童精神科医は，現役が1名が14講座(27.5%)，2名が14講座(27.5%)，3名が7講座(13.7%)，

表12　現役児童精神科専門医数

児童精神科医数（名）	実数（施設数）	構成割合（%）
1	14	27.5
2	14	27.5
3	7	13.7
4	2	3.9
5	0	0.0
6	0	0.0
7	1	2.0
8	0	0.0
9	0	0.0
10以上	1	2.0
不明	12	23.5
総数	51	100.0

合計医師数　89名　　平均医師数　2.3名

表13　OBの児童精神科医数

児童精神科医数（名）	実数（施設数）	構成割合（%）
0～4	23	45.1
5～9	6	11.8
10～14	3	5.9
15～19	0	0.0
20～24	1	2.0
25～29	0	0.0
30以上	1	2.0
不明	17	33.3
総数	51	100.0

合計医師数　166名　　平均医師数　4.9名

4名が2講座(3.9%)，7名が1講座(2.0%)，10名以上が1講座(2.0%)で，合計89名の平均2.3名であった(表12)．ＯＢの児童精神科医数は，0～4名が23講座(45.1%)，5～9名が6講座(11.8%)，10～14名が3講座(5.9%)，20～24名が1講座(2.0%)，30名以上が1講座(2.0%)で，合計166名の平均4.9名であった(表13)．これらの児童精神科医で対応については，十分可能と答えた講座はなく，ほぼ可能が5講座(9.8%)，不十分が41講座(80.4%)であった(表14).

表14　現在の児童精神科医数で対応は十分可能か

対応	実数（施設数）	構成割合（%）
十分可能	0	0.0
ほぼ可能	5	9.8
不十分	41	80.4
その他	4	7.8
不明	1	2.0
総数	51	100.0

今後，どの位の人数の児童精神科医が必要かについては，0～1名が2講座(3.9%)，2～3名が26講座(51.0%)，4～5名が10講座(19.6%)，10名以上が3講座(5.9%)であった(表15).

表15　更にどの位の児童精神科医が必要か

児童精神科医数（名）	実数（施設数）	構成割合（%）
0～1名	2	3.9
2～3名	26	51.0
4～5名	10	19.6
6～7名	0	0.0
8～9名	0	0.0
10名以上	3	5.9
不明	10	19.6
総数	51	100.0

合計医師数　3.6名

ＡＤＨＤの診療体制では，多くの患者が小児科の専門外来を受診しているようであり，小児科で対応がほぼ可能とし，時に精神神経科の専門医を必要とする考えが1/3を占め，不可能が3割弱であった．しかし，児童精神科医の勤務する施設は小児科学会の研修指定病院で比較的規模が大きな病院でさえ常勤が15%，非常勤が10%弱で，児童精神科医のいない病院が3/4以上を占めており，また，精神医学講座においても児童精神科医は少なく1講座当たり現役が2.3名，ＯＢが4.9名程度であり，更に数名の専門医が必要と考えている講座が多かった．

表 16　子どものキレる問題に影響している主な要因

	小児科		精神科	
	実数（施設）	構成割合（%）	実数（施設）	構成割合（%）
家庭機能の弱体化	254	83.3	39	76.5
小さい時のしつけ	210	68.9	30	58.8
社会規範の低下	194	63.6	33	64.7
社会的結びつきの低下	157	51.5	21	41.2
学校教育の問題	143	46.9	24	47.1
バーチャルと現実がわからない子どもの増加	127	41.6	18	35.3
ゲームの影響	113	37.0	17	33.3
メディアの有害情報の垂れ流し	109	35.7	20	39.2
社会の金権体質	49	16.1	7	13.7
精神病治療体制の立ち後れ	37	12.1	10	19.6
行為障害・精神異常者などの増加	24	7.9	5	9.8
その他	38	12.5	11	21.6
不明	2	0.7	4	7.8
総数	305	100.0	51	100.0

複数回答

子どものキレる問題に影響している要因

子どものいわゆるキレる問題に影響していると考えられる要因について尋ねた.

小児科医の考え方は，家庭機能の弱体化が 254 名 (83.3%)，小さい時のしつけが 210 名 (68.9%)，社会規範の低下が 194 名 (63.6%)，社会的結びつきの低下が 157 名 (51.5%)，学校教育の問題が 143 名 (46.9%)，バーチャルと現実がわからない子どもの増加が 127 名 (41.6%)，ゲームの影響が 113 名 (37.0%)，メディアの有害情報の垂れ流しが 109 名 (35.1%) などであった.

精神科医では，家庭機能の弱体化が 39 名 (76.5%)，社会規範の低下が 33 名 (64.7%)，小さい時のしつけが 30 名 (58.8%)，学校教育の問題が 24 名 (47.1%)，社会的結びつきの低下が 21 名 (41.2%)，メディアの有害情報の垂れ流しが 20 名 (39.2%)，バーチャルと現実がわからない子どもの増加が 18 名 (35.3%)，ゲームの影響が 17 名 (33.3%)，精神病治療体制の立ち後れが 10 名 (19.6%) などであった（表 16).

まとめ

ＡＤＨＤと犯罪の関連については多くの報告より，非ＡＤＨＤに比べ触法行為の割合が高いとされている[6-9]．しかし，わが国におけるＡＤＨＤの実態は明かでないことより，小学校の児童を対象にＡＤＨＤと疑われる又は診断されている児童数について実態調査を行った.

また，最近の子どものキレることに影響している要因については，小児科医，精神科医共に家庭機能の弱体化，小さい時のしつけ，社会規範の低下や社会的結びつきの低下をあげており，青少年犯罪とＡＤＨＤ，そしてキレる子どもとの関連性を今後とも経過を追いながら調査研究していく必要性が示唆された.

このような背景をうけ，ＡＤＨＤとの診断を受けたり，ＡＤＨＤの可能性が疑われる子どもたちとのつきあい方や育て方，トレーニングについての書籍[10-15]やガイドブック[3),17)]も近年多く見られるようになり，また，厚生労働省が子どもの心の専門医として児童精神科の養成を検討し始めたこともあり[18]，専門医のいち早い養成を期待するとともに，子どもの健やかな心の発育・発達を促すために小児科医や学校医，養護教諭などの研修の機会を設ける，保健所と学校，地域が連携をとるなどの対応策を講じる必要があると思われる.

文献

1) McCracken JT. Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Neuropsychiatric aspects. In: Coffey E, Brumback RA, editors. Textbook of pedeatric neuropsychiatry. Washington, D.C. : American Psychiatric Press, 1998.p.483-501.

2) Cohen P, Cohen J, Kasen S, et al. An epidemiological study of disorders late childhood and adolescence- age- and gender- specific prevalence. J Child Psychol Psychiatry 1993;34:851-867.

3) アリソン・マンデン，ジョン・アーセラス．市川宏伸ら訳．ＡＤＨＤ，注意欠陥・多動性障害，親と専門家のためのガイドブック．東京：東京書籍；2000.

4) Sugawara M, et al. Psychiatric disorders among Japanese children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:444-452.

5) 宮本信，他．注意欠陥・多動障害．小児の精神と神経 2000;40(4):255-264.

6) Cantwell D. Genitic factors in the hyperkinetic syndrome. Journal of American Academy of Child Psychiatry 1976;15 (2):214-223.

7) Moffitt TE, Silva PA. Self-reported delinquency, neuropsychological deficit, and history of attention deficit disorders. Journal Abnormal Child Psychology 1988;16(5):553-569.

8) Nylander I. A 20-year prospective follow-up study of 2,164 cases at child guidance clinics in Stockholm. Acta Paediatrica Scandinavia 1979;276:1-45.

9) 杉山登志郎．注意欠陥多動性障害と非行．小児の精神と

神経 2000;40(4):265-277.
10) 青木和雄．Ｈｅｌｐ！キレる子どもたちの心の叫び．東京：金の星社；2000.
11) 田中康雄．ＡＤＨＤの明日に向かって認め合い･支えあい･赦しあうネットワークをめざして．東京：星和書店；2001.
12) リンダ・Ｊ・フィフナー．上林靖子，監訳．ＡＤＨＤをもつ子の学校生活　こうすればうまくいく．東京：中央法規出版；2000.
13) シンシア・ウィッタム．上林靖子，訳．中田洋二郎，監訳．読んで学べるＡＤＨＤのペアレントトレーニング　むずかしい子にやさしい子育て．東京：明石書店；2002.
14) 白井由佳．オロオロしなくていいんだね！ＡＤＨＤサバイバル・ダイアリー．東京：花風社；2002.
15) 岡野高明，ニキ・リンコ．教えて私の「脳みそ」のかたち大人になって自分のＡＤＨＤ，アスペルガー障害に気づく．東京：花風社；2002.
16) 岩坂英巳，他．ＡＤ／ＨＤ児へのペアレントトレーニングガイドブック家庭と医療機関･学校をつなぐ架け橋．東京：じほう；2004.
17) 週刊保健衛生ニュース．2005; 第 1300 号 :3.