

(1) 反応数

反応数の平均 (SD) については、最も少なかったのが赤黒色図版で3.97個 (2.47) で、次いで全色彩図版で6.13個 (4.20)、最も多かったのが無彩色図版で11.70個 (8.35) であった。

(2) 初発反応時間

初発反応時間の平均 (SD) については、全色彩図版で28.43秒 (32.48) と最も長く遅れが目立ち、次に無彩色図版で22.89秒 (24.47)、最も短かったのが赤黒色図版で17.18秒 (19.77) という結果が得られた。この結果から、ロ・テスト図版の中で色の多様さという点で複雑な刺激となる全色彩図版で遅れが見られた一方で、色使いの多様さ/簡素さの順で、初発反応時間が遅れるわけではないことがわかった。

反応数と合わせてみると、色彩に目を奪われて反応産出が遅れやすく反応数は抑制されてしまい、単色 (黒色) の無彩色図版では比較的安定して反応することがうかがえる。

(3) W%

HPDD群で、W反応が高値であることは、繰り返し述べてきたが、色彩の違いという要因が全体反応産出に及ぼす影響を検討した。なお、ここでは、便宜上、W%と表記しているが、各図版群ごとのW反応の個数を各図版群ごとの反応数で除した百分率のことである。

その結果、最も全体反応が少なかったのが赤黒色図版で9.65 (7.59)、次いで、全色彩図版で16.59 (10.23)、最も全体反応が多かったのは無彩色図版で45.33 (11.38) という値を示した。

全体反応にしようとしても、色彩の混入が影響を与えていること、その一方で、同じ色彩図版でも、全色彩図版では幾分赤黒色図版よりもW反応が多く与えられているため、赤黒色図版と全色彩図版とで、HPD群が情報処理に際してその刺激価の違いを反映させて反応を産出させている可能性がうかがえる。

(4) 形態水準

以下に、FL (+) %、FL (0.5&0.0) %、FL (-) %という百分率を用いたが、これらはKlopper法の正規の量的分析の指標ではなく、今回の研究で、色彩という図版の特性の影響を調べるために便宜的に用いたものである。

①FL (+) %

各図版群ごとに良質形態水準 (Klopper法形態水準評定点1.0点以上のプラスの値) を与えた反応をその図版群に与えられた反応総数で除した百分率を示す。最も低値を示したのは全色彩図版で6.73 (6.68) で、次に赤黒色図版で8.21 (7.38)、無彩色図版が22.81 (13.91) 相対的に高い値を示したが、そもそもが低い値となっている。

色彩という点に限って最も刺激価が複雑になる全色彩図版では、HPDD群は良質形態水準の反応が産出しにくくなっていることがわかる。それに続いて、二色からなる赤黒色図版で幾分値が高くなり、単色の無彩色図版が相対的に良質形態水準の反応につながりやすいことがうかがえる。

②FL (0.5&0.0) %

Klopper法の形態水準評定点の内、0.5点は二次形態反応ないし半確定形態概念の反応（xFと表記すると、このxに色彩や濃淡などが入る）に対して用いる。図版刺激自体がそもそも曖昧なインクのシミであることから、どのような形でも取ることができる「雲」「煙」「血液・血痕」などがこれに該当する。また、0.0点は無形態反応で、全く形態の関与のない反応に当たる。このように、曖昧な刺激に対して、曖昧に答えるという姿勢を反映する指標と考えられる。

結果については、上でCFが少ないことを述べたが、全体的に0.5点及び0.0点の反応自体が少ない。その中で、無彩色図版で0.33 (1.11)、赤黒色図版で0.99 (3.09)、全色彩図版で3.27 (6.15) という値を示した。色彩の影響で、HPDD群が若干この二次形態反応を産出しやすくなっていることがうかがえる。

③FL (-) %

Klopper法の形態水準評定点で-0.5以下のマイナスの評定を行った反応群について調べた。色彩という図版の特性ごとで、HPDD群がプロットと概念の適合に失敗しやすいかどうかを調べた。

その結果、最も値が高かった、すなわちプロットと概念との適合に問題が見られたのは、無彩色図版で29.85 (14.07)、次いで全色彩図版で17.59 (11.72)、最も値が低く、プロットと概念との適合の問題が相対的に低いと考えられるのは、赤黒色図版で9.42 (8.03) という結果が得られた。

以上、得られた結果を受けて、ロ・テストにおいて反応をするという課題処理に見られるHPDD群の問題点を検討していくことにするが、単純に色の多さ／少なさが一次関数的に対応しているわけではないことがわかった。そのため、反応数に反映されてくる側面、初発反応時間に反映されてくる側面、形態水準に反映されてくる側面を総合して、HPDD群が色彩という刺激価の違いをどのように情報処理し、そこで生じやすい問題について、考察を行っていくことにする。

5. 考察

1) 他の群との比較を通して見えてくるHPDD群のロ・テスト上の特徴

辻井・内田 (1999) では、高橋・北村 (1981) の資料を用いて、健常成人とHPDD群との比較を行ったが、今回は、さらに、犯罪者群、神経症群、統合失調症群との比較も行った。

初発反応時間については、無彩色図版、有彩色図版ともに、極端に短い者、極端に長い者がそれぞれ20%程度で、極端な逸脱は見られない。この点で、提示された図版という刺激に対して、反応するという課題への取り掛かりは、健常成人に近く、むしろ比較群で用いた臨床群とは異なることがわかった。辻井・内田 (1999) で述べた反応拒否が少ないことと合わせて、積極的な課題関与への姿勢、与えられた刺激に対して興味関心を示して接触を持とうとすることがうかがえる。

全体反応が極端に多いこと、また、形態水準が低いことについては、後述するように、反応産出機制上の問題が示唆される。

しかしながら、VIIIIX %については、極端に反応数が低下しており、複雑な刺

激価ですくんでしまうことがうかがえる。この点は、時折、他の臨床群で見られる色彩刺激により内界が賦活されて混乱して、急激に反応数が増えて、収拾がつかない事態とは、明らかに異なっている。また、色彩反応そのものが極端に少ないことと併せ見ると、色彩刺激を避けて反応することもうかがえる。これらの特徴は、教科書的に、カラーショックと記述される事態とは、ずいぶん異なった様相を示しており、検査実施の反応のニュアンスを併せ見ると、経験的に、HPDD群独特の口・テスト特徴があると考えられる。

2) HPDD群の資料から見えてくる特徴

次に、他の群との比較ではなく、集められたHPDD群の資料そのものから見えてくることについて述べる。

(1) HPDD群の反応産出全般に関わること

まず、全体反応が極端に多い点については、図版を何か一つの「モノ」として見てしまう傾向があると考えられる。これに付随して、図版の色彩という特性に関係なく、極端にFL (0.5+0.0) %が低かったことは、曖昧な図版を見て曖昧に応えるという対応をせず、何か具体的で確定的な形態を持ったものに当てはめることに終始したといえる。この点を日常生活になぞらえると、曖昧な状況下、どう判断して良いか明確でない場面で、何となくその場に合うように曖昧な回答をする、曖昧なままに置いておくことができないことにつながる。

また、今回、データとして示さなかったが、反応に際して、断定的で、「○○に決まり切っている」という反応態度であったことは、注目に値する。すなわち、口・テストでは、図版を見て“それが何に見えるか”を問われる課題であるが、いくらI図版がコウモリに似ていても、コウモリそのものではなく、図版をコウモリになぞらえてみたということになる。しかしながら、HPDD群では、断定的で、なぞらえてみたという姿勢に乏しい。「図版は○○そのものではないがなぞらえて言えば、○○に似ている」という図版と着想した概念との間に距離やアソビ、ズレがあることに気づいているかどうかは、解釈上重要な視点となる。

辻・福永(1999)によれば、HPDD群に見られた反応態度は、反応の語尾において言い切りや断定の形を取ることから、AS (Assertive Sentence) に当たり、「現実に存在するそのものを見た場合には適切な表現であるが、『なぞらえて見る』ことの気づきが不確実である。児童の場合には現実に存在している外界の事象と、なぞらえて見るという自分の内界での事象との区別気づいていないとしても普通である」と述べている。これに対して、HPDD群ではあまり見られず、健常成人で普通に見られる表現として、CS (Critical Sentence) があり、これは、上記の「図版は○○そのものではないがなぞらえて言えば、○○に似ている」という姿勢であり、「自分の表現や反応に対して冷静に客観性を持たせようとする態度の反映」と考えられている。

このように、図版を一つの固まりとして全体反応にしてしまうこと、曖昧な図版に曖昧に答えず具体的なないし確定的形態を有したモノとしてとらえやすいこと、反応時に断定的な表現をとり、図版が思いついた概念そのものではなく、概念に似ているがズレも含んでいて、そのズレを自分の中で消化した上で、自己責

任のもとに反応することができていないこと、が特徴としてあげられるが、こうした特徴について、辻（1997）は、「具象しぼり」という概念を用いている。その説明として、「具象しぼりにある主体は、目に見えない心の働きを認知することが困難で」あることを述べている。これは、目に見えず、形が無く、移ろいやすいという性質を持った心の問題に対して、目に見える実体があり、固定的で変動しない物体に接するストラテジーと同じ働きかけをすることにつながってくる。こうした口・テスト上の特徴は、HPDD群が示す臨床像、日常生活の社会的な問題と重ねてみることができるだろう。

(2) 色彩という図版の特性に関連して見えてくるHPDD群の口・テスト上の特徴

図版は黒単色であれば、一つの固まりとして認識されやすいが、色彩が入ることによって自然と「赤の部分」「黒の部分」という区別が生じてしまう。これは、知的機能に関係なく、色覚異常がなければ、そのように知覚されてしまう性質である。

赤黒図版では赤と黒のコントラストが明瞭となるが、多彩色図版では、Schachtel（1966）が広告のネオンを例にして、多彩色では「眼に、寄り集まりの混沌とした効果を与え、各々は他を抜きん出んとするが、結局は全体的な『雑音』となって行人の眼を射ることになる」と説明している。このように、単に色の数によって複雑さが増すというだけではなく、様々な色があることによって、かえって総体的に、全体としてまとまってしまふという性質がある。

こうした図版の特性を受けて、HPDD群は、そもそも全体反応への親和性が高いという特徴がどのように影響されるかを検討してみる。色別に分けた各図版群ごとのW%からは、赤黒色図版で最も全体反応が少なく、赤と黒のコントラストから部分に分割されて、部分反応となりやすかったことがうかがえる。次いで、全色彩図版でのW%の値が高かったが、無彩色図版での値の半分以下であり、全体反応優位ではない。赤黒図版に比べれば、相対的に全体反応が多くなったのは、上記のSchachtel（1966）の記述のように、色が多いことが寄り集まりの混沌と見られたことにつながっていると考えられる。また、FL（0.5+0.0）%が幾分全色彩図版で見られたのは、この混沌とした性質によることがうかがえる。

一方、無彩色図版では、約半数が全体反応となっており、一つの固まりとして認識されやすかったと考えられる。このように、おしなべて同じ側面を持つ場合には、単純で未熟なHPDD群の処理で対応しやすいと思われるが、色の違いに代表されるようなおしなべて同じとは言えず、最初から質の違うものが共存する事態に対して、統合力が低下することが、色彩図版での全体反応の低下から読み取れる。

形態水準に目を移すと、W%の増減と同じパターンで、FL（-）%が増減しており、具体的には、FL（-）%の最も値が高かった、すなわちプロットと概念との適合に問題が見られたのは、無彩色図版であった。

このように、全体反応が産出しやすいといっても、プロットと概念との適合に問題は見られるという点については注目に値する。良質の形態水準の反応を産出

する要件として、辻（1997）は「被検者が良質に課題をこなそうとすれば、まずできるだけ細部に及ぶ考慮を払い、そうすればするほど細部的不一致が増大する中で、①まず、押さえるべき箇所的一致を押さえて、残りの不一致を許容する柔軟性、②いまひとつは、一致の箇所と許容する不一致の選択に、要請される一般妥当性をクリアしていなければならない」と述べている。

HPDD群は、図版を一つの固まりとして全体反応にしてしまう情報処理をするのだが、全体反応にする場合は、そもそもプロットそのものが何かを模したものではないため、何かに似ているようだが、その何かそのものではないので、その何かと反応しようとする、必ず一致しない部分が生じてしまう、という問題を含んでいる。そこで、葛藤や認知的不協和は生じることにもなるが、被検者本人が主体的に課題に取り組むことで、自分なりに治まりをつけて、反応することが要求される。

しかしながら、内田・辻井（2003）で検討したように、プロットの一部の眼に付いた特徴だけからある概念を思いついて、十分に検討することなく、その概念を断定的に言い放ってしまうために、形態水準は低下してしまうと考えられる。

また、先述したように、曖昧な図版に曖昧に答えず具体的ないし確定的形態を有したモノとしてとらえやすいこと、反応時に断定的な表現をとり、図版が思いついた概念そのものではなく、概念に似ているがズレも含んでいて、そのズレを自分の中で消化した上で、自己責任のもとに反応することができていないこと、が特徴としてあげられる、こうした態度も辻（1999）の記述に見られる「不一致を許容すること」や「一致部と不一致部の選択」など良質形態水準を産出する上での問題と関連してくる。

上で、プロットの一部の眼に付いた特徴だけからある概念を思いついて、十分に検討することなく、その概念を断定的に言い放ってしまうために、形態水準は低下してしまうことを述べたが、一部の目立った特徴という性質は、色彩刺激にも当てはまる。しかし、色の違いがあるために、おしなべて同じ性質と認識されないために、全体反応にはなりにくい。また、色に目がつられてしまうけれども、赤黒図版では、面積比として圧倒的に黒色が占める割合が大きいために、より大きな黒色部の方が全体に近いことで、たとえ赤に目を奪われても、それが何であるか意味付けできなくなれば、赤色部は避けて、黒色部の方に反応してしまうと考えられる。赤色部を避けていることは、決定因として色彩反応が極端に少ないこととして確認できる。具体的に、赤黒図版であるⅡ・Ⅲ図では、赤を避けて黒色部に目を移すと、P反応を有しており、比較的反応しやすい図版となっている。このことはまた、全色彩図版よりも若干FL（+）%の値が高くなっていることと関連していると考えられる。

6. おわりに

ロ・テストから見たHPDD群の様子を列挙したが、一部の目立った印象から全体をよく検討せず反応してしまうことは、対人関係の中では、一方的な態度となりやすく、また、形態水準の低下に見るような現実適応上の問題が含まれていても、

本人が問題を自己責任に関わることとして省みることにはつながりにくい。しかしながら、妄想的に客観的に実在しないことを手掛かりにしているのではなく、図版上によく見れば確かにある材料を用いているため、検査者が確認することができる。日常生活でも同じような情報処理をしていることが考えられるので、何故そのような判断になったのか、よく状況を検討すれば家族や援助者にも追体験できる可能性が示唆される。

今後、さらに、図版の特性をどのように用いるか、という点から、HPDD群の情報処理のあり方を検討していくことにする。また、今回一部指摘したような、反応態度や反応産出機制上の問題についても検討を加えていきたい。

【文献】

- Fox, J. : The Psychological Significance of Age Patterns in the Rorschach Records of Children. Klopfer, B. et al. (ed.) Developments in the Rorschach Technique Vol II : Fields of Application. Harcourt, Grace & World, 1953.
- Meili-Dworetzki, G. : The Development of Perception in the Rorschach. Klopfer, B. et al. (ed.) Developments in the Rorschach Technique Vol. II : Fields of Application. Harcourt Brace & World, 1956.
- Schachtel, E. G. : Experiential Foundations of Rorschach's Test. Basic Books, 1966.
- 空井健三・上芝功博訳：ロールシャッハ・テストの体験的基礎。みすず書房、1975.
- 高橋雅春・北村依子：ロールシャッハ診断法Ⅰ・Ⅱ。サイエンス社、1981.
- 辻悟：ロールシャッハ検査法：形式・構造解析に基づく解釈の理論と実際。金子書房、1997.
- 辻悟・福永知子：ロールシャッハ・スコアリング：阪大法マニュアル。金子書房、1999.
- 辻井正次・内田裕之：高機能広汎性発達障害のロールシャッハ反応(1)：量的分析を中心に。ロールシャッハ法研究 3；12-23、1999.
- 内田裕之・辻井正次：高機能広汎性発達障害のロールシャッハ反応内容(1)：Ⅰ図版の特性との関連。中京大学社会学部紀要 17；95-111、2003.

半構造化面接KIDDIE-SADS-PLの日本語版の作成 —発達障害関連の鑑別診断のために—

山崎晃資（東海大学医学部精神科）

1. はじめに

最近、発達障害の研究には、動物実験を含めてあらゆる角度からの膨大な成果が蓄積されてきた。これまでの研究では、発達障害の症状形成過程には、①生まれながらに持っている子どもの行動パターン（気質）、②養育環境の問題（親の性格、育て方、政治・経済状況など）、③中枢神経系の機能障害（遺伝子レベルの異常、乳幼児期の疾病、頭部外傷、環境汚染など）など、さまざまな要因が複合的に関与し、それぞれの年齢段階で特有な症状を形成していると考えられている。生物学的要因が主役を演じていることは間違いないが、未だに原因および部位を特定することはできない。

とくに、高機能広汎性発達障害（以下、HPDDと略す）およびAsperger症候群（以下、ASと略す）については、欧米では次々と著書が刊行され、わが国においてもいくつかは訳出されているが、概念および臨床診断には問題点が残されている。

児童青年精神医学における臨床診断は、おおよそ次の手順で進められる。

①周生期障害の有無、乳幼児期からの発達歴、生活歴を詳細に調べ、②幼稚園・保育園・学校における様子を聴取し、保母・教師による行動評価（行動記録や種々の行動評価尺度を用いる）を得て、③診察場面での行動を数度にわたり慎重に評価し、④鑑別診断を行った後に伝統的な総合診断を行う。そして、⑤伝統的な総合診断を行った後に、DSM-IVまたはICD-10の国際診断基準と照合して診断分類を行うことになる。このような診断手続きを経ずに、操作的診断分類を安易に行ってはならないことは、いうまでもないことである。

一方、従来から検討されてきた新薬の臨床試験に象徴される臨床の国際化の問題がある。周知のごとく、米国では、1962年のサリドマイド事件後に食品薬品法のKefauver修正案が提出され、医薬品メーカーが受ける各種の規制が増加し、そのために子どもを対象とする臨床試験がなされなくなり、“therapeutic orphan”（治療上の孤児）の問題が生じてきた。その結果、わが国でも小児科領域における適応外使用が大きな社会問題となっており、藤村らによると、わが国では子どもに処方されている医薬品234品目のうち、子どもの用法・用量などが明記されていない医薬品が65%に達しているという。そして、医師が適応外使用をすること自体は違法ではないが、薬事法の定める一連の安全性確保システムの対象とならず、医薬品による健康被害補償制度の適用も受けられない。このような状況の中で、1991年11月よりはじめられた日米EU医薬品規制整合化国際会議（ICH）は、2000年7月、「小児集団における医薬品の臨床試験に関するガイダンス」（ICHE11）を三極（US/EU/日本）で合意した。この

ガイドランスは、わが国では2000年12月15日に日医薬審第1334号（医薬安全局審査管理課長通知）として通達され、2001年4月に施行された。

このような国際的な動きに関連して、外国で実施された臨床試験のデータを活用して、わが国でも可及的速やかに承認を得るようにすべきであるという意見が多くなり、「ブリッジング試験」の導入が急がれている。ブリッジング試験は、外国で行われた臨床試験のデータを可能な限り活用してわが国における臨床試験を簡略化しようとするシステムである。これはICHで1998年2月に三極合意されたICHE5ガイドランス（外国臨床データを受け入れる際に考慮すべき民族的要因について）に基づく考え方である。わが国は、2001年4月に施行している。ICHE5ガイドランスで最も問題とされていることは、民族的要因である。民族的要因は、厳密には民族性（ethnicity）と区別され、共通の特性や習慣に基づいてグループ分けされる人種または住民集団に関係する要因と定義されている。民族的要因は、外因性と内因性に分けられ、外因性民族的要因には医療習慣、食事、喫煙、飲酒、環境汚染や日光への暴露、社会経済的地位、処方された薬の服用遵守などが含まれ、内因性民族的要因には遺伝多型、年齢、性、身長、体重、除脂肪体重、臓器機能不全などが含まれている。

HPDDやASの臨床においても、行為障害、パニック障害、強迫性障害、感情障害、統合失調症、人格障害などの鑑別が重要となっており、さらに国際的なレベルで議論をすることを可能とするためには、前述した臨床診断の手順をふまえた後に、半構造化面接法を導入することが必要とされている。そこで今年度は、“The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)”（小児期・青年期の感情障害および統合失調症に関する診断スケジュール：生涯バージョン）の訳出を行った。

2. K-SADS-PLについて

K-SADSは、成人用の“Edicott and Spitzer’s Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)”をもとに、1977年、Chambersらが6～18歳の子どもを対象とする半構造化面接評価尺度として発展させたものである。この評価尺度の目的は、子どもと保護者に直接面接することによって、過去および現在の精神病理学的エピソードと、DSM-III-RおよびDSM-IVの診断基準に準じて診断分類を明確にすることである。その後、K-SADSは、K-SADS-IVR (Ambrosini & Dixon, 1996)、K-SADS-PL (Kaufmanetal., 1997)、K-SADS-L、K-SADS-E-IVなど、いくつかのバージョンが刊行されている。

K-SADS-PLは、6～18歳の子どもの精神病理学的エピソードについて、現在と過去にわたって、DSM-III-RおよびDSM-IVの診断基準に準じて診断分類を明確にするようにデザインされた半構造化面接評価尺度で、個別の症状を評価するために、質問と客観的基準が設けられている。K-SADS-PLで評価される主な診断には、次のものがある：

①大うつ病

- ②気分変調症
- ③躁病・軽躁病
- ④気分循環症
- ⑤双極性障害
- ⑥統合感情障害
- ⑦統合失調症
- ⑧統合失調症様障害
- ⑨短期反応性精神病
- ⑩パニック障害
- ⑪広場恐怖症
- ⑫分離不安症
- ⑬小児期および青年期の回避性障害
- ⑭単一恐怖症
- ⑮社会恐怖症
- ⑯過剰不安障害
- ⑰全般性不安障害
- ⑱強迫性障害
- ⑲注意欠陥/多動性障害
- ⑳行為障害
- ㉑反抗挑戦性障害
- ㉒遺尿症
- ㉓遺糞症
- ㉔神経性無食欲症
- ㉕大食症
- ㉖一過性チック障害
- ㉗トウレット障害
- ㉘慢性運動性または音声チック障害
- ㉙アルコール乱用
- ㉚物質乱用
- ㉛外傷後ストレス障害
- ㉜適応障害

K-SADS-PLは、保護者（P）と子ども（C）に対する面接を行い、最終的にすべての情報を総合して「サマリー評価」（S）を出す。青年期前の子どもに面接する場合には、保護者から面接をはじめめる。情報提供者の間で反応に矛盾があるケースでしばしばみられるのは、ある症状の有無について保護者は知らないが、子どもはかなり明確に反応するような主観的現象に関する項目である。とくに、「非行、絶望、断続的睡眠、幻覚、自殺念慮」などの項目で、保護者との反応と異なる結果になることが多い。親子間の不一致が観察可能な行動（例えば、無断欠席、放火、衝動性慣習）に関係している場合には、保護者と子ども

もに対して、矛盾する情報についての面接を重ねる必要がある。不一致が解消できない場合には、保護者と子どもを同席させて、不一致の原因を議論することが有用である。

3. K-SADS-PL日本語版の作成

今回の訳出に当たっては、本研究のメイン・テーマであるHPDDおよびASを視野に入れて、原著者Kaufman, J. の諒解を得て、K-SADS-PLのオリジナル版を組み替え、①解説（4ページ）、②注意欠陥/多動性障害（10ページ）、③反抗挑戦性障害（5ページ）、④行為障害（9ページ）、⑤パニック障害（6ページ）、⑥分離不安障害（6ページ）、⑦回避性障害/社会恐怖（9ページ）、⑧過剰不安障害/全般性不安障害（5ページ）、⑨強迫性障害（8ページ）、⑩うつ病性障害（22ページ）、⑪躁病（7ページ）の合計91ページとした。さらに、「アンサーシート」として28ページを添付した。

まず、DSM-IVの日本語訳（医学書院版）に準じて日本語への翻訳（J第1案）を行った。第1案の各部分を、評価尺度の翻訳の経験を有する2人専門家（精神科医と小児科医）にそれぞれ郵送し、専門的用語および臨床場面における慣用的な語句についての点検・修正を依頼した。そこで得られた「J第2案」を山崎が最終的にチェックし、日本語版の最終案（J第3案）を作成した。この「J第3案」を、DSM-IV日本語版を読んだことのない翻訳者にBack-Translationを依頼した。英訳の過程で問題となった日本語訳について、山崎が中心となって何度も検討を繰り返し、「Back-Translation第1案（B第1案）」を作成した。この「B第1案」を米国イーライ・リリー本社のMedical Staff(2名)に送り、英文のオリジナル版との差異についての点検を依頼した。「B第1案」の米国人Medical Staffによる点検作業をすすめる過程で問題となった箇所については、随時、翻訳者、Medical Staff、山崎との間でインターネットによる連絡を頻繁に行い、「B第2案」を作成し、Kaufman, J. の承認を得た。これらの諸手続きがすべて終了した後に、「K-SADS-PL日本語版」を完成させた。

K-SADS-PLの翻訳およびBack-Translationの過程で、DSM-IV日本語版の訳出上の誤りを見出し、その一覧表を医学書院担当者に郵送した。

本報告書では、K-SADS-PL日本語版は膨大な量に及ぶために、すべてを添付することはできず、注意欠陥/多動性障害、反抗挑戦性障害、行為障害のみを資料として添付する。

4. K-SADS-PL日本語版の使用経験

AD/HDの2例について、試験的にK-SADS-PL日本語版による評価を試みた。

①Case 1：11歳、男児。IQ96（鈴木ビネー）。ADHDRS-IV日本語版の評価：学級担任11ポイント（不注意：10ポイント、多動/衝動性：1ポイント）。

K-SADS-PL日本語版による評価では、母親との面接では、閾値レベルの症状が不注意で7項目、多動/衝動性で4項目あり、AD/HDの不注意優勢型および反抗挑戦性障害と評価されたが、行為障害では閾値レベルの症状は認められず、

他の診断分類にも該当しなかった。ついで、子どもとの面接を試みたが、飽きてしまっており、反応を得ることは困難であった。著者にとっても初めての試みであったために、母親との面接は、導入も含めて2時間を要した。

②Case 2：8歳、女兒。IQ88（鈴木ビネー）。ADHDRS-IV日本語版の評価：母親31ポイント（不注意：15ポイント、多動／衝動性：16ポイント）、学級担任32ポイント（不注意：16ポイント、多動／衝動性：16ポイント）。K-SADS-PL日本語版による評価では、AD／HDに関して閾値レベルの症状が不注意で9項目、多動／衝動性で3項目あり、不注意優勢型と評価され、さらに反抗挑戦性障害の基準にも合致した。しかし、行為障害およびその他の疾患には該当しなかった。このケースも、子どもとの面接は困難であり、面接を別の日に設定することを考えざるを得ないものと思われた。なお、所要時間は80分であった。

5. おわりに

ブリッジング試験の導入に象徴されるように、児童青年精神科医療における国際化は急激に進んでいる。広汎性発達障害を中心とする発達障害児・者の療育においても、客観的な資料に基づく診断・評価と効果判定が厳しく問われるのは間近であろう。国際的標準を積極的に導入しながら、さらに日本の文化と国民性を十分に考慮した療育指導プログラムの作成は急務である。

参考文献：

- 藤村正哲、梶原真人、板橋家頭夫：子どものための医薬品—現状と課題。日本医事新報 第3860号：73-77、1998。
- 厚生省医療安全局審査管理課長：外国臨床データを受け入れる際に考慮すべき民族的要因について。医薬審 第672号、1998年8月11日。
- 厚生省医療安全局審査管理課長：小児集団における医薬品の臨床試験に関するガイダンス。医薬審 第1334号、2000年12月15日。
- 中村秀文：国際的な小児臨床試験の動きと国内の展望.PHARMSTAGE 1；1-8、2001。
- 山崎晃資、設楽雅代、水野和子、三国雅彦、安藤公、諏訪誠三：児童精神科薬物療法の諸問題—PimozideのOpentrialから—。9；1255-1268、1980。
- 山崎晃資：AD／HDの薬物療法—課題—。精神科治療学 17；179-188、2002。

注意欠陥／多動性障害

注：AD／HDのスクリーニングと追加質問の双方を実施すること。

注意欠陥/多動性障害

明らかなAD/HD症状が認められた最初の発症年齢を確定する。症状が幼児期から持続している場合は、過去の最も強い症状の重症度を、現在の評価として記録する。以前症状が見られた後、6ヵ月またはそれ以上、AD/HDの問題がなかった期間が認められた場合は、過去の症状欄を「閾値レベル未満」または「閾値レベル」のスコアとすること。

プローブ：___はどれくらいの間問題だったの？幼稚園の時から問題だった？1年生から？それとももっと前から？

PCS

1. 課題や遊びの活動で注意を集中し続けることが難しい

0 0 0 情報なし

1 1 1 症状なし

学校で注意を払うことが難しかった時があるか？

それは学校の勉強に影響したか？

2 2 2 閾値レベル未満：時々課題や遊びの活動で注意を集中し続けることが難しい。機能障害はごくわずか。

このために叱られたりしたことがあるか？

宿題をしている時、気持ちがあっちに行ったり、こちに行ったりしたか？

ゲームで遊んでいる時はどうか？

3 3 3 閾値レベル：しばしば注意を集中し続けることが難しい。機能障害は中等度～重度。

自分の番を忘れていたりしたか？

注：情報提供者から報告されたデータ、観察データに基づいて評価すること。

過去： P C S

2. 気が散りやすい

0 0 0 情報なし

ちょっとしたことで自分がしていることに注意を集中するのがとても難しくなったことはあるか？

1 1 1 症状なし

クラスみんなが静かに勉強をしている時に、誰かが教師に質問した時などは、自分の仕事に集中するのが難しかったことがあるか？

2 2 2 閾値レベル未満：時々気が散る。機能障害はごくわずか。

何かしている時に電話が鳴ったりして邪魔が入った時、それまでしていたことに戻るのが難しかったか？

3 3 3 閾値レベル：ほかの子供は無視することができるくらいの、ささいなことでしばしば注意がそらされる。機能障害は中等度～重度。

自分のしていることに集中できたり、小さな音や物音に邪魔されたりしなかったことがあったか？

どれくらいの頻度でそれらは問題だったか？

注：情報提供者から報告されたデータ、観察データに基づいて評価すること。

過去： P C S

3. 座っていることが難しい

0 0 0 情報なし

学校で授業中に何度も席を立ったことがあるか？

1 1 1 症状なし

このために叱られたりしたことがあるか？

学校では席に座っているのが難しかったか？

2 2 2 閾値レベル未満：時々そうすべき時に座っていることが難しい。機能障害はごくわずか。

夕食の時はどうか？

注：情報提供者から報告されたデータ、観察データに基づいて評価すること。

3 3 3 閾値レベル：しばしばそうすべき時に座っていることが難しい。機能障害は中等度～重度。

過去：

P C S

4. <u>衝動性</u>	0 0 0	情報なし
考える前に行動するか、考えてから行動するか？ こういう行動で以前に叱られたりしたことがあるか？ 例えばどんなことか？	1 1 1	症状なし
	2 2 2	閾値レベル未満：時々衝動的である。機能障害はごくわずか。
	3 3 3	閾値レベル：しばしば衝動的である。機能障害は中等度～重度。
	過去：	$\bar{P} \quad \bar{C} \quad \bar{S}$

__上記項目の現在の評価のいずれかでスコア3が存在する場合は、スクリーニング面接終了後、追加質問 # 4 「行動障害」の「注意欠陥/多動性障害」(現在)の項を完了すること。

__上記項目の過去の評価のいずれかでスコア3が存在する場合は、スクリーニング面接終了後、追加質問 # 4 「行動障害」の「注意欠陥/多動性障害」(過去)の項を完了すること。

__注意欠陥/多動性障害の証拠なし。

注：(現在および過去の注意欠陥/多動性障害のおおよその日付を記録すること)

注意欠陥/多動性障害の追加質問

(子供がAD/HDの薬物治療中の場合は、薬物を服用していない時の行動を評価すること)

PCS

1. <u>しばしば不注意な間違いをする</u>	0 0 0	情報なし
学校でしばしば不注意な失敗をするか？ 試験問題の説明文をちゃんと読まなかったために、 しばしば悪い点をとることがあるか？ 過って問題を飛ばして、しばしば空欄のままにすることがあるか？ 試験用紙の両面とも問題をし忘れることがあるか？ こうしたことはどのくらいの頻度で起こるか？ もっと細かいところに注意するように、教師から言われたことがあるか？	1 1 1	症状なし
	2 2 2	閾値レベル未満：時々不注意な間違いをすることがある。機能障害はごくわずか。
	3 3 3	閾値レベル：しばしば不注意な間違いをする。機能障害は中等度～重度。
	過去：	$\bar{P} \quad \bar{C} \quad \bar{S}$
2. <u>聞いていない</u>	0 0 0	情報なし
両親や教師が言うことを覚えているのは難しいか？ 両親や教師から、話をしている時にちゃんと聞いていないことで文句を言われるか？ 人のことを無視するか？ 人の話を聞かないために叱られたりしたことがあるか？	1 1 1	症状なし
	2 2 2	閾値レベル未満：時々聞いていない。機能障害はごくわずか。
	3 3 3	閾値レベル：しばしば聞いていない機能障害は中等度。
情報提供者から報告されたデータ、観察データに基づいて評価すること。	過去：	$\bar{P} \quad \bar{C} \quad \bar{S}$

3. 指示に従うことが難しい

教師から、指示に従わないことで文句を言われるか？
両親や教師から何かをするように言われた時、時々何を言われたか思い出せないことがあるか？
そのために叱られたりしたことがあるか？
指示に従わなかったり作業を完了しなかったため、評価が下がったか？
宿題をするのを忘れて、提出するのを忘れるか？
家の手伝いや両親から頼まれたことをしないために叱られたりしたことがあるか？
どのくらいの頻度で起こるか？

0 0 0 情報なし
1 1 1 症状なし
2 2 2 閾値レベル未満：時々指示に従うことが難しい。機能障害はごくわずか。
3 3 3 閾値レベル：しばしば指示に従うことが難しい。機能障害は中等度～重度。
過去：
P C S

4. 課題を順序だてて行うことが難しい

学校の机やロッカーは散らかっているか？
必要なものがすぐに見つからなかったりするか？
教師から課題がきれいでないとか整理されていないことで文句を言われるか？問題を解く時、たいてい最初から順番に全ての質問に答えるか、それとも問題をとびとびにするか？
問題をやり忘れることがしばしばあるか？
朝学校へ行く準備に手間取るか？

000 情報なし
111 症状なし
222 閾値レベル未満：時々順序だてていない。機能障害はごくわずか。
333 閾値レベル：しばしば順序だてていない。機能障害は中等度～重度。
過去：
P C S

5. 注意を要する課題を嫌う/避ける

授業の中で特に嫌いな事はあるか？
それは何か？なぜか？
___の課題をしないで済ませようとするか？
課題を避ける、および/または、軽度の嫌悪/
___の宿題をしないで済ませるために忘れたふりをするか？
1週間にだいたい何回ぐらい___の宿題をやらないのか？

0 0 0 情報なし
1 1 1 症状なし
2 2 2 閾値レベル未満：時々注意の持続を要する課題を避ける、および/または、中等度の嫌悪感を示す。機能障害はごくわずか。
3 3 3 閾値レベル：しばしば注意の持続を要する課題を避ける、および/または、中等度の嫌悪感を示す。機能障害は中等度～重度。
過去：
P C S

6. ものをなくしてしまう

しばしばものをなくすか？
学校で使っている鉛筆は？
宿題は？
家のものは？
だいたいどのくらいの頻度でなくすのか？

0 0 0 情報なし
1 1 1 症状なし
2 2 2 閾値レベル未満：時々ものをなくしてしまう。機能障害はごくわずか。
3 3 3 閾値レベル：しばしばものをなくしてしまう（例：週に1回またはそれ以上）。機能障害は中等度～重度。
過去：
P C S

7. <u>日々の活動で忘れっぽい</u>	0 0 0	情報なし
家に宿題を置いてきたり、バスに本や上着を忘れることがしばしばあるか？	1 1 1	症状なし
自分のモノを過ぎて外に置いてきたりするか？	2 2 2	閾値レベル未満：時々忘れっぽい。機能障害はごくわずか。
こうしたことはどのくらいの頻度で起こるか？	3 3 3	閾値レベル：しばしば忘れっぽい。機能障害は中等度～重度。
あまりにも忘れっぽいと、誰かに文句を言われたことがあるか？		
	過去：	P C S
8. <u>そわそわする</u>	0 0 0	情報なし
まだ座っていないさいとか、動かないようにとか、席でもじもじしないように、としばしば人から言われるか？ 教師から？ 両親から？	1 1 1	症状なし
席でもじもじしたり机の上で小物で遊んで、時々叱られたりしたことがあるか？	2 2 2	閾値レベル未満：時々手足をそわそわと動かし、またはいすの上でもじもじとする。機能障害はごくわずか。
手足をじっとしているのがつらいか？	3 3 3	閾値レベル：しばしば手足をそわそわと動かし、またはいすの上でもじもじする。(例：少なくとも時間の半分以上)。機能障害は中等度～重度。
どのくらいの頻度で起こるのか？		
情報提供者から報告されたデータ、観察データに基づいて評価すること。	過去：	P C S
9. <u>過度に走ったりよじ登ったりする</u>	0 0 0	情報なし
学校の廊下を駆け降りて叱られたりしたことがあるか？ 母親と一緒に外出する時、走らないで歩くようにとしばしば注意されるか？登ってはいけない物に登って、両親や教師から文句を言われるか？	1 1 1	症状なし
どんな種類の物に登るか？	2 2 2	閾値レベル未満：時々過度に走り回ったりよじ登ったりする。機能障害はごくわずか。(青年では、落ち着かない感じの自覚のみに限られるかもしれない。)
こうしたことはどのくらいの頻度で起こるのか？	3 3 3	閾値レベル：時々過度に走り回ったりよじ登ったりする。機能障害は中等度～重度。(青年では、落ち着かない感じの自覚のみに限られるかもしれない。)
青年では：しばしば落ち着かない感じがするか？動き回らないといけないとか、ひとつの場所に留まっていることがつらいと感じるか？		
情報提供者から報告されたデータ、観察データに基づいて評価すること。	過去：	P C S
10. <u>じっとしていない/何かに駆り立てられるように活動する</u>	0 0 0	情報なし
ペースを落とすのは難しいのか？	1 1 1	症状なし
長時間1カ所にいられるか、それともいつも動き回っているのか？	2 2 2	閾値レベル未満：時々起こる。機能障害はわずか。
何時間ぐらい座ってテレビを見たりゲームをできるか？	3 3 3	閾値レベル：しばしば「何かに駆り立てられる」ように活動する。機能障害は中等度～重度。
ペースを落とすように、人から何度も言われるか？		
	過去：	P C S

11. <u>おとなしく遊ぶことが難しい</u>	0 0 0	情報なし
遊んでいる時はおとなしくするように、両親や教師からしばしば言われるか？	1 1 1	症状なし
おとなしく遊ぶのは難しいか？	2 2 2	閾値レベル未満：時々おとなしく遊ぶことが難しい。機能障害はごくわずか。
	3 3 3	閾値レベル：しばしばおとなしく遊ぶことが難しい。機能障害は中等度～重度。
	過去：	$\bar{P} \quad \bar{C} \quad \bar{S}$
12. <u>出し抜けに答えてしまう</u>	0 0 0	情報なし
学校で、時々指される前に大声で答えてしまうか？	1 1 1	症状なし
家で時と場所をわきまえずに話をするか？	2 2 2	閾値レベル未満：時々時と場所をわきまえずに話をする。機能障害はごくわずか。
両親が兄弟に聞いたことを、自分が答えるか？	3 3 3	閾値レベル：しばしば時と場所をわきまえずに話をする（例：毎日、またはほとんど毎日）。機能障害は中等度～重度。
どのくらいの頻度で起こるのか？	過去：	$\bar{P} \quad \bar{C} \quad \bar{S}$
13. <u>順番を待つのが難しい</u>	0 0 0	情報なし
ゲームの順番を待つのは難しいか？	1 1 1	症状なし
カフェテリアや水飲み場で列に並ぶのはどうか？	2 2 2	閾値レベル未満：時々自分の順番を待つのが難しい。機能障害はごくわずか。
	3 3 3	閾値レベル：しばしば自分の順番を待つのが難しい。機能障害は中等度～重度。
	過去：	$\bar{P} \quad \bar{C} \quad \bar{S}$
14. <u>さえぎったり、邪魔したりする</u>	0 0 0	情報なし
学校で時と場所をわきまえずに話をして、叱られたりしたことがあるか？	1 1 1	症状なし
両親、教師、または知りあいの子供が話をしている時に、君が割り込むことについて、彼らから文句を言われるか？	2 2 2	閾値レベル未満：時々他人をさえぎったりする。
ゲームに割り込むことについて、子供から文句を言われるか？	3 3 3	閾値レベル：しばしば他人をさえぎったりする。
こうしたことはしばしば起こるのか？	過去：	$\bar{P} \quad \bar{C} \quad \bar{S}$
情報提供者から報告されたデータ、観察データに基づいて評価すること。		
15. <u>(未完成のまま) 次にうつる</u>	0 0 0	情報なし

遊んだり何かをしている時、もっとやりたい他のことを考えてしまい、しばしば手を休めるか？
1つのことを続けるのに苦勞するか？
(多数の項目について調査すること。例：食卓の準備、その他家事の手伝い、授業、ビデオゲーム)
他の人から、そんなふうだと言われたことがあるのか？ 教師は？ 母親は？

1 1 1 症状なし
2 2 2 閾値レベル未満：時々やることを次々とうつし、最後までしない。
3 3 3 閾値レベル：しばしばやることを次々とうつし、最後までしない。

過去：
 $\bar{P} \quad \bar{C} \quad \bar{S}$

16. 過度にしゃべる

しゃべり過ぎと人から言われるか？
学校でしゃべってはいけない時におしゃべりをして叱られたりしたことがあるか？
家の人から、しゃべり過ぎだと文句を言われることがあるか？

0 0 0 情報なし
1 1 1 症状なし
2 2 2 閾値レベル未満：時々過度にしゃべる。
3 3 3 閾値レベル：しばしば過度にしゃべる。

情報提供者から報告されたデータ、観察データに基づいて評価すること。

過去：
 $\bar{P} \quad \bar{C} \quad \bar{S}$

17. 身体的に危険な行動をとる

ちゃんと見ないで道路に飛び出すことが時々あるか？
自転車に乗っている時、まわりの往来に注意するのを忘れるか？
高い所から飛び降りるなど、両親が危険だと思うことをするか？ しばしば？
向こう見ずだと誰かに言われたことがあるか？ どうしてか？

0 0 0 情報なし
1 1 1 症状なし
2 2 2 閾値レベル未満：時々身体的に危険な行動をとる。
3 3 3 閾値レベル：しばしば身体的に危険な行動をとる。

過去：
 $\bar{P} \quad \bar{C} \quad \bar{S}$

18. 持続期間

どのくらいの期間、調子が悪かったか？ (「あり」と判断される症状をリストする)

基準	親のCE	親のMSP	子供のCE	子供のMSP	サマリーCE	サマリーMSP
6ヵ月またはそれ以上	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

19. 発症年齢

最初に病気が始まった時、いくつだったか？ (症状をリストする)
幼稚園の時にこうした問題を抱えていたか？ 年少組の時？

7歳以前に発症状	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
----------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

特定する： _____

20. 障害

a. 社会的に (同年代の子供と)

	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------

b. 家族と		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
C. 学校で		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
21. <u>ADHDの証拠</u> (DSM-III-R)	サマリー CE	サマリー MSP					
A. 以下の症状のうち、少なくとも8つの基準を満たす。 1) 課題や遊びの活動で、注意を集中し続けることが難しい 2) 聞いていない 3) 指示に従うことが難しい 4) ものをなくしてしまう 5) 気が散りやすい 6) そわそわする 7) 座っていることが難しい 8) おとなしく遊ぶことが難しい 9) 出し抜けて答えてしまう 10) 順番を待つのが難しい 11) さえぎったり、邪魔したりする 12) (未完成のまま) 次にうつる 13) 過度にしゃべる	0 1 2	0 1 2					
B. 症状の持続期間が6ヵ月またはそれ以上。							
C. 7歳以前に発症							
D. 広汎性発達障害の基準を満たさない。							
22. <u>AD/HDの証拠</u> (DSM-IV)							
A. 次の i か ii のどちらか。							
<u>不注意</u>	0 1 2	0 1 2					
i. 次の9つのうち、少なくとも6つの基準を満たす。 1) しばしば不注意な間違いをする 2) 課題や遊びの活動で、注意を集中し続けることが難しい 3) 聞いていない 4) 指示に従うことが難しい 5) 課題を順序だてて行うことが難しい 6) 注意を要する課題を嫌う／避ける 7) ものをなくしてしまう 8) 気が散りやすい 9) 日々の活動で忘れっぽい							
あるいは、 <u>多動性／衝動性</u>							
ii. 以下の9つのうち、少なくとも6つの基準を満たす。 1) そわそわする 2) 座っていることが難しい 3) 過度に走ったりよじ登ったり							

<p>する</p> <p>4)おとなしく遊ぶことが難しい</p> <p>5)じっとしていない／何かに駆り立てられるように活動する</p> <p>6)過度にしゃべる</p> <p>7)出し抜けて答えてしまう</p> <p>8)順番を待つのが難しい</p> <p>9)しばしばさえぎったり、邪魔したりする</p> <p>B. 症状の持続期間が6ヵ月またはそれ以上。</p> <p>C. 障害を引き起こしたいくつかの症状が、7歳以前に存在。</p> <p>D. 症状に起因する障害が、2つ以上の状況（例：学校と家）で生じたと考えられる。</p> <p>E. 臨床的に著しい障害が存在する。および、</p> <p>F. 広汎性発達障害の基準を満たさない。</p>			
<p>23. <u>不注意優勢型</u></p> <p>過去6ヵ月間、基準A_iを満たすが、基準A_{ii}を満たさない場合。</p>	0 1 2	0 1 2	
<p>24. <u>多動性・衝動性優勢型</u></p> <p>過去6ヵ月間、基準A_{ii}を満たすが、基準A_iを満たさない場合。</p>	0 1 2	0 1 2	
<p>25. <u>混合型</u></p> <p>過去6ヵ月間、A_iとA_{ii}の基準をともに満たしている場合。</p>	0 1 2	0 1 2	
<p>26. <u>特定不能の注意欠陥／多動性障害</u></p> <p>不注意または多動性・衝動性の症状が優勢であるが、注意欠陥／多動性障害の基準を満たさないような障害。</p>	0 1 2	0 1 2	