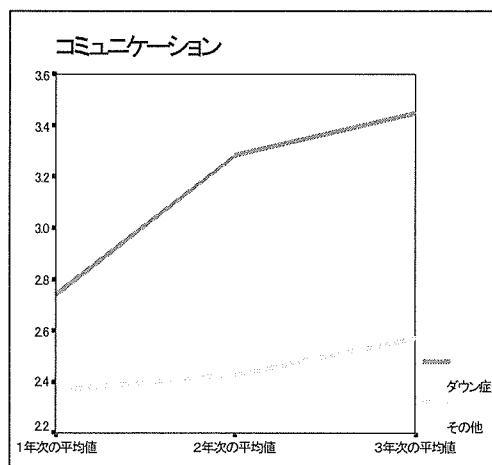
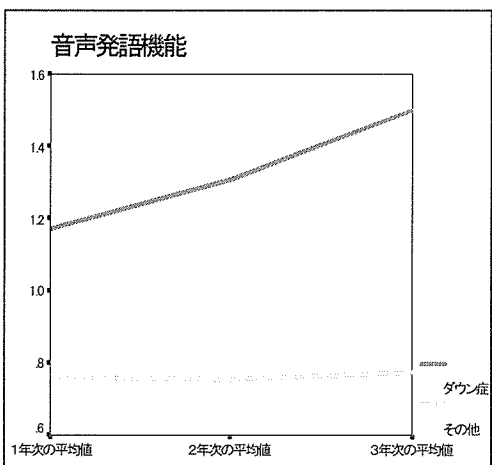
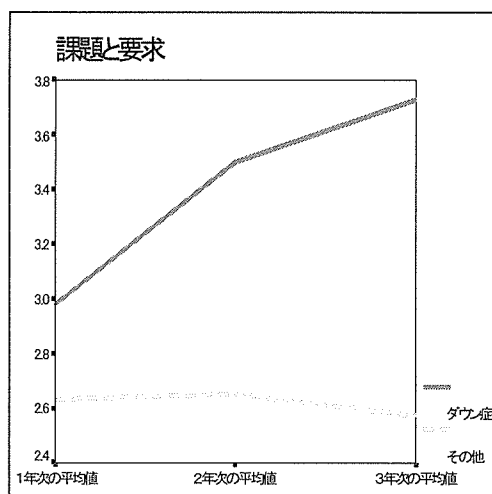
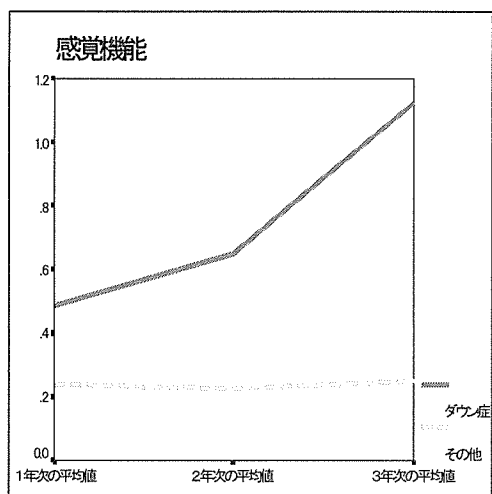
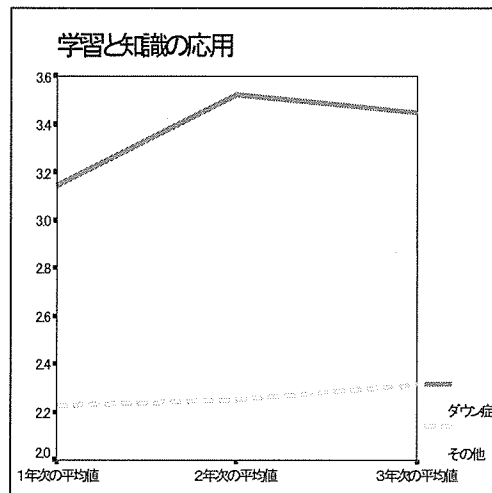
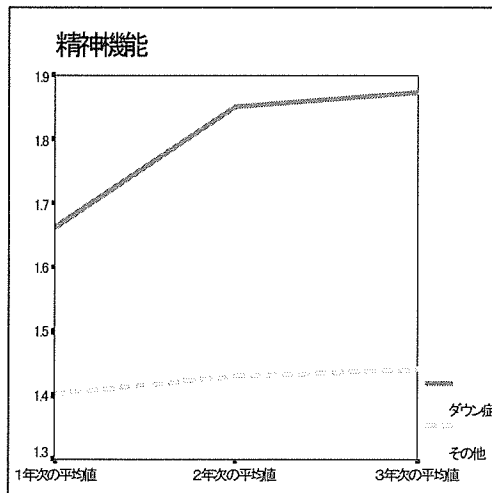


図2 参加者(Down症候群と非Down症候群)の3年間の変化

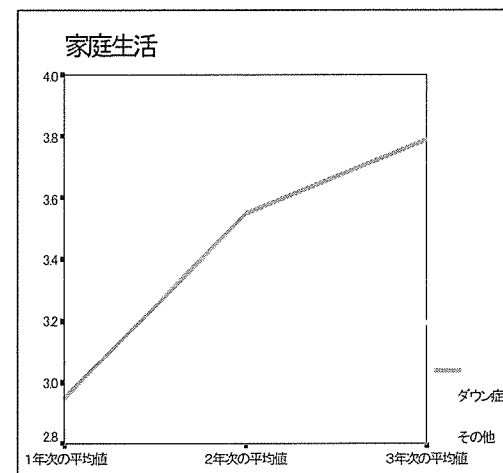
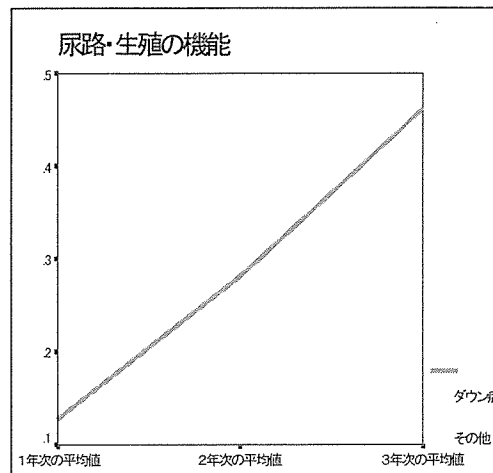
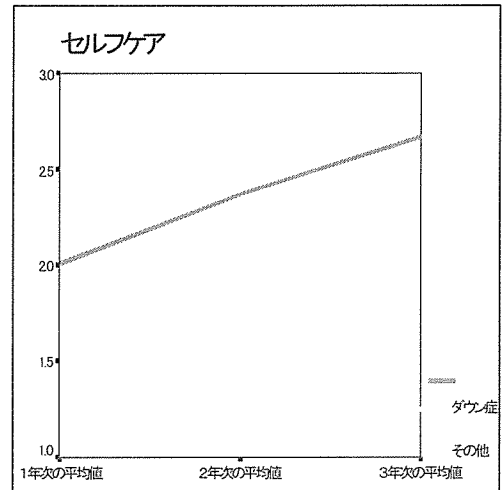
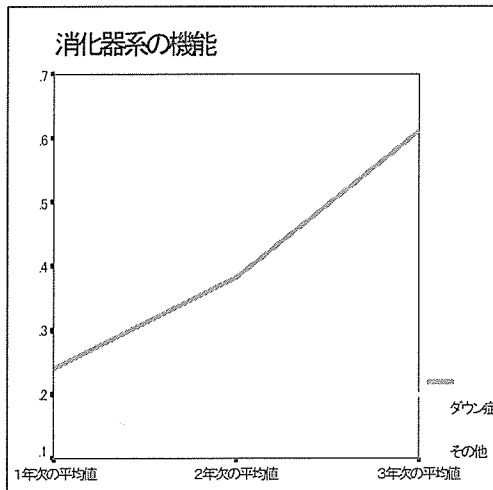
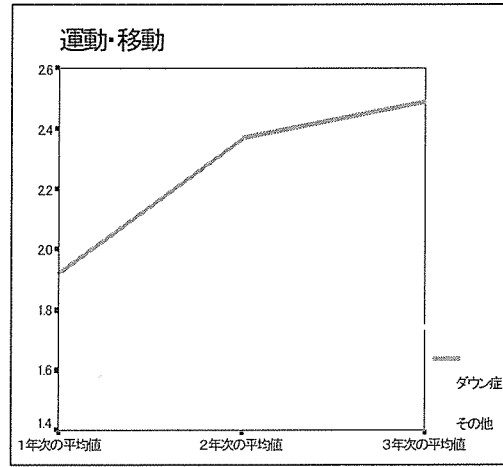
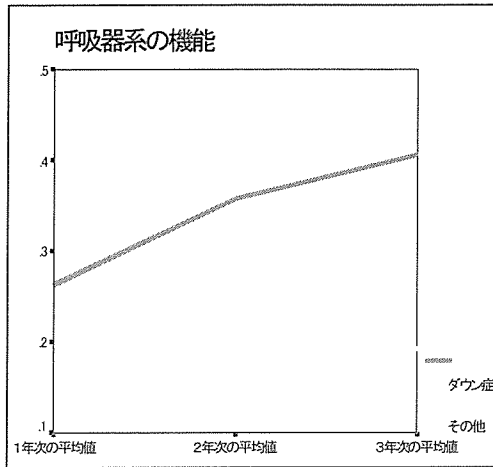
a 機能障害

b 活動と参加

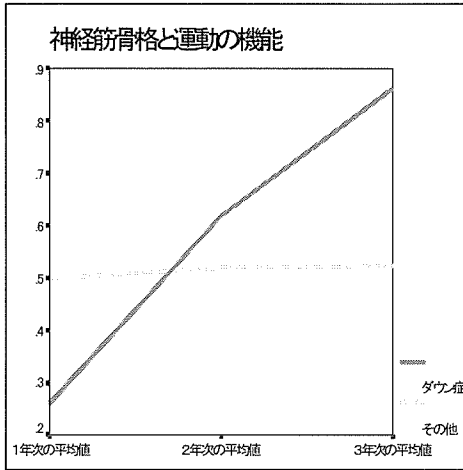


a 機能障害

b 活動と参加



a 機能障害



b 活動と参加

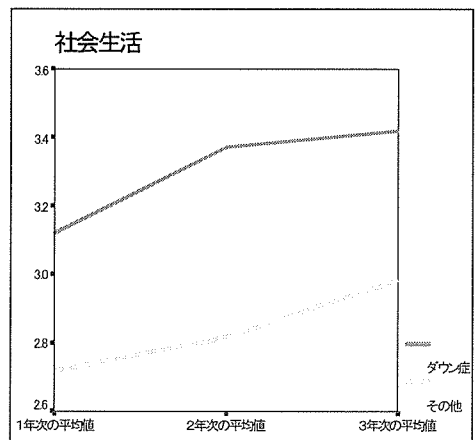
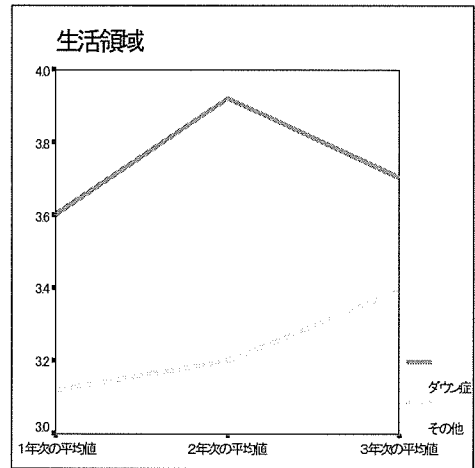
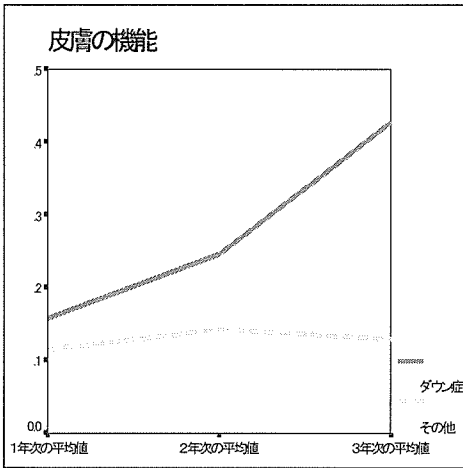
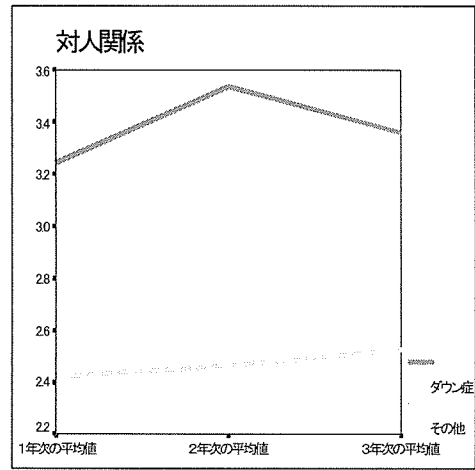
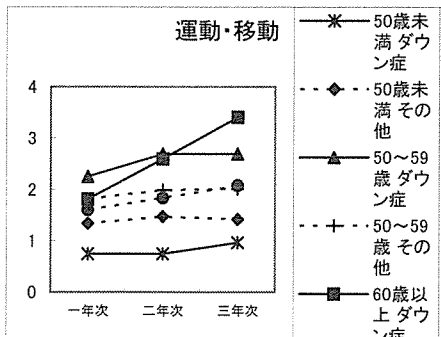
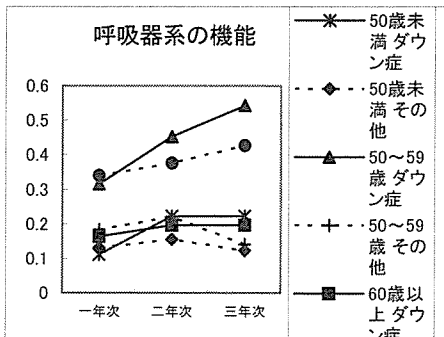
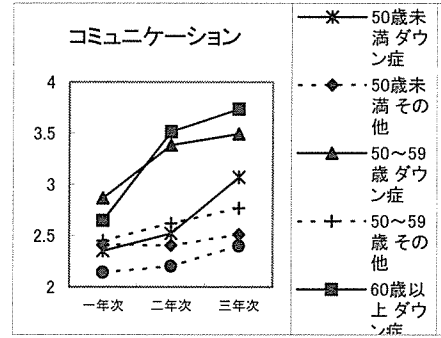
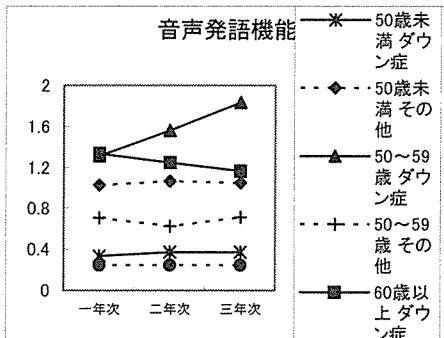
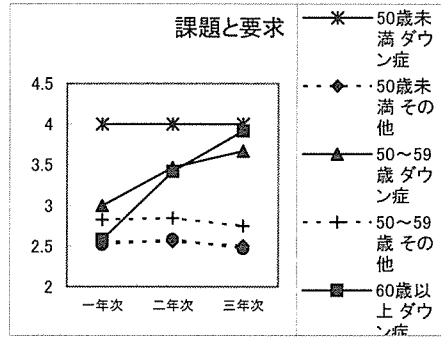
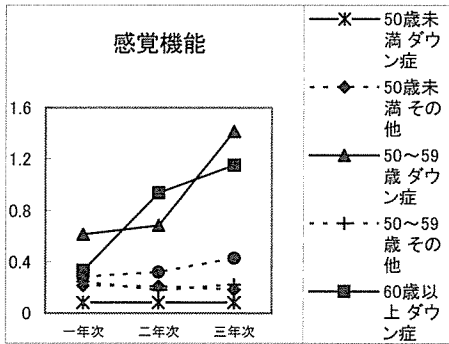
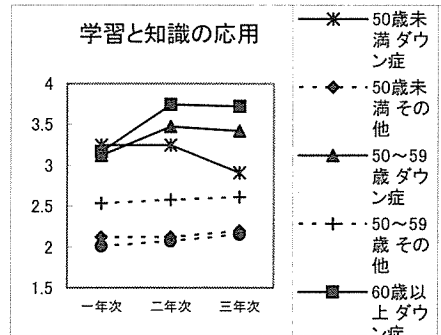
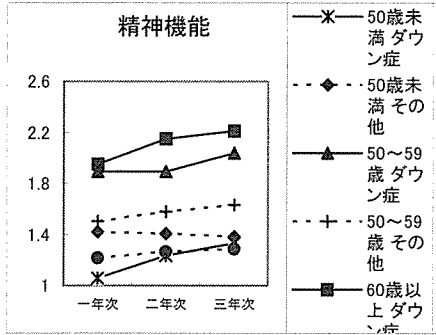
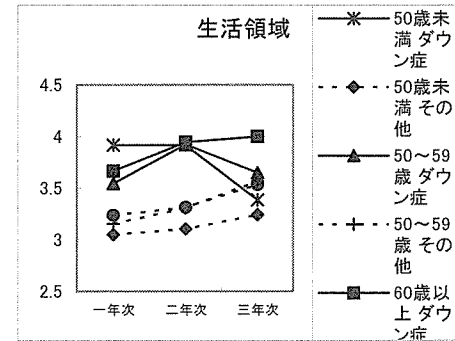
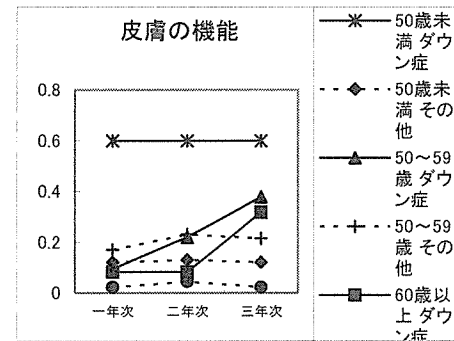
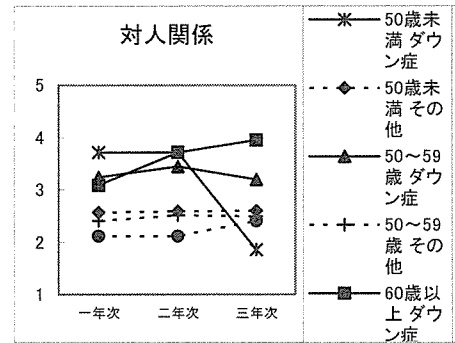
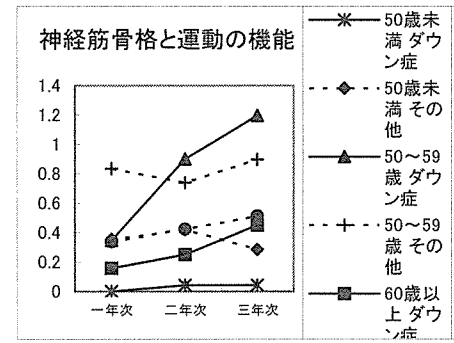
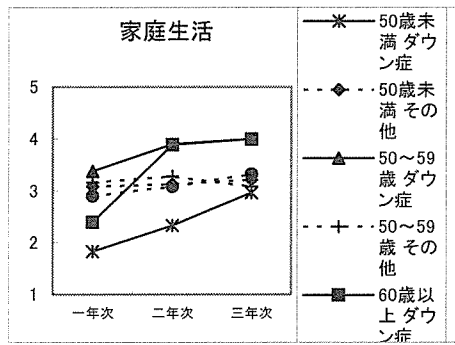
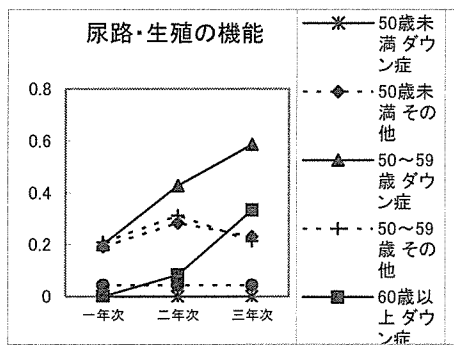
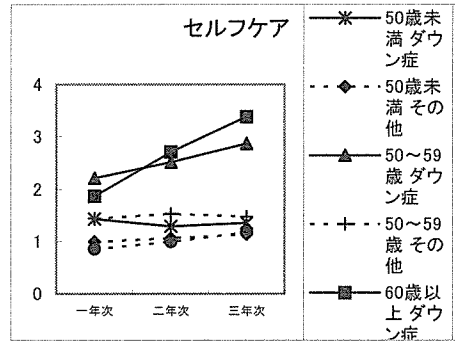
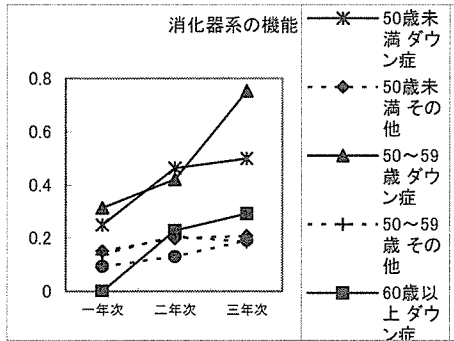
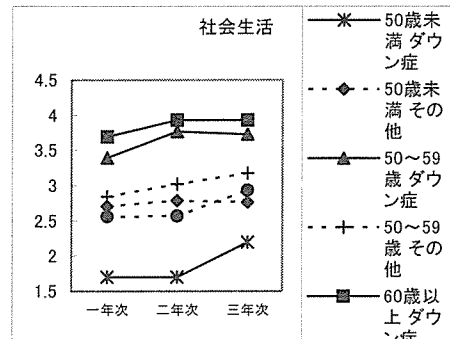


図3 Down症候群の年齢群による3年間の変化







Ⅱ. 分担研究報告

5. 知的障害児施設における機能退行の実態調査
—地域社会に根ざしたリハビリテーション (CBR;
Community-Based Rehabilitation) の育成と実践

西脇俊二

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

知的障害児施設における機能退行の実態調査

—地域社会に根ざしたリハビリテーション（CBR; Community-Based Rehabilitation）の育成
と実践

分担研究者 西脇俊二

国立秩父学園 医務課医長

研究要旨：行動障害ゆえに地域での生活が困難になることがある自閉症児者の地域生活を支える上で、適正な支援が行われることが重要課題となっている。また、支援内容は自閉症児者のライフステージや生活環境の変化に対して適切なものでなければならない。

平成 17 年度は、知的障害者でしばしば経験される退行症状の実態と要因を明らかにするため、国際生活機能分類(ICF)をもとに作成した調査票を用いて、知的障害児施設における機能障害と活動と参加状況について調査した。最重度な知的障害を有する平均年齢 27 歳の対象者 50 名の一人当たりの機能障害該当項目は平均 18 項目で、「精神機能」「音声・発話に関する機能」に障害が多かった。現在の活動については 5 割以上の項目に制限を認め、「セルフケア」、「一般的な課題と要求」、「学習と知識の応用」に多かったが、6 割以上の項目でよりよい支援があればもっとできそうと考えられており、今後の可能性が示唆された。機能障害や活動制限には個別の障害に起因することもあるが、二次的な要因によるものもあり、予防可能なものもあると思われた。

平成 18 年度は発達外来利用中の知的障害児者が利用中の入所施設に対し、療育の専門職（専門医、心理療法士）が訪問各施設のキーパーソンとなる職員、家族へ講演会や個別の指導を通して療育に必要な知識や技術を提供し、スーパーバイザーとして関わることで各施設内での個々の事例に対応するための個別指導計画の作成やその実施が行えるように指導を行った。知識の提供については、講義（①自閉症概論、②診断&評価、③構造化された指導法、④感覚の問題について、⑤問題行動への対処法）を行い、技術の習得については、個別指導（OJT）を通して行った。また、スーパーバイズも併用しながら、個別支援計画作成方法の指導を行い、症例検討を実施して評価と目標の再設定について指導した。その結果、各施設利用者の行動問題に改善が認められた。

A. 研究目的

発達外来利用中の知的障害児者が利用中の入所施設に対し、療育の専門職（専門医、心理療法士）が訪問各施設のキーパーソンと

なる職員、父兄への講演会や個別の指導を通して療育に必要な知識や技術を提供し、スーパーバイザーとして関わることで各施設内での個々の事例に対応するための個別指導

計画の作成やその実施が行えるように指導を行い、地域に根ざしたリハビリテーション（CBR, Community-Based Rehabilitation）の育成や実施の方策について研究を行い、個々の機能障害を予防し、活動制限を軽減していくための検討をおこなった。

B. 研究方法

発達外来利用中の知的障害児者が利用中の入所施設に対し、療育の専門職（専門医、心理療法士）が訪問各施設のキーパーソンとなる職員へ療育に関する講演会や個別の指導を通して必要な知識や技術を提供し、スーパーバイザーとして関わることで各施設内での個々の事例に対応するための個別指導計画の作成やその実施が行えるように指導を行った。知識の提供については、講義（①自閉症概論、②診断&評価、③構造化された指導法、④感覚の問題について、⑤問題行動への対処法）を行い、技術の習得については、個別指導（OJT）を通して行った。また、スーパーバイズも併用しながら、個別支援計画作成方法の指導を行い、症例検討を実施して評価と目標の再設定について指導した。

CBR 実施期間は3ヶ月（A施設）・4ヶ月（B施設）、頻度は月に2～4回、訪問時の指導時間は2～3時間/回、訪問者は医師1名・心理療法士1名、対象者は各施設各々指導員4名で、講義は各施設で4回施行し参加者は20～40名であった。

今回2カ所の入所施設をCBRの対象とし、各施設から1名の利用者を選定してもらい、その担当として4名の施設職員を選定してもらい、彼らに個別支援に関する指導を行った。A施設は成人の入所厚生施設で総利用者数は61名、施設職員は指導員40名、看護師

1名で、B施設も成人の入所厚生施設で総利用者数は72名、施設職員は指導員44名、看護師1名であった。

A施設の調査対象者は24歳、女性で、診断は知的障害（最重度）、自閉症で①こだわり、②奇声、③他害（つかみかかり、つねり）、④睡眠障害などの行動問題を示していた。またB施設の調査対象者は34歳、女性で、診断は知的障害（最重度）、自閉症、てんかんで、①こだわり、②他害、③自傷、④破衣、睡眠障害が問題となっていた。両名とも抗精神病薬、睡眠薬を服用中で、B施設利用者は抗てんかん薬も服用中であった。

C. 研究結果

A施設、B施設の各利用者について、その行動問題について1点：なし、2点：軽度、3点：中等度、4点：重度、5点：最重度で採点した。

CBR実施前ではA施設利用者①こだわり5点、②奇声4点、③他害5点、④睡眠障害4点、B施設利用者は①こだわり5点、②他害4点、③自傷4点、④破衣5点、⑤睡眠障害4点となっていた。これらは1ヶ月後にはA施設利用者①拘り4点、②奇声4点、③他害4点、④睡眠障害3点、B施設利用者は①こだわり4点、②他害3点、③自傷3点、④破衣3点、⑤睡眠障害3点となっていた。2ヶ月後はA施設利用者①こだわり4点、②奇声3点、③他害3点、④睡眠障害3点、B施設利用者は①こだわり5点、②他害5点、③自傷4点、④破衣4点、⑤睡眠障害4点となっていた。3ヶ月後はA施設利用者①こだわり3点、②奇声2点、③他害2点、④睡眠障害1点、B施設利用者は①こだわり5点、②他害4点、③自傷4点、④破衣4点、⑤睡

眠障害 4 点となっていた。4 ヶ月後は B 施設のみであるが①こだわり 3 点、②他害 2 点、③自傷 2 点、④破衣 2 点、⑤睡眠障害 2 点となった。

CBR 実施前と実施後（A 施設は 3 ヶ月、B 施設は 4 ヶ月）では A 施設利用者では①拘り 5 点→3 点、②奇声 4 点→2 点、③他害 5 点→2 点、④睡眠障害 4 点→1 点、B 施設利用者では①拘り 5 点→3 点、②他害 4 点→2 点、③自傷 4 点→2 点、④破衣 5 点→2 点、⑤睡眠障害 4 点→2 点と改善が認められ、服薬も減量された。

D. 考察

平成 17 年度は知的障害者でしばしば経験される退行症状の実態と要因を明らかにするため、国際生活機能分類(ICF)をもとに作成した調査票を用いて、知的障害児施設における機能障害と活動と参加状況について調査した。最重度な知的障害を有する平均年齢 27 歳の対象者 50 名の一人当たりの機能障害該当項目は平均 18 項目で、「精神機能」「音声・発話に関する機能」に障害が多かった。現在の活動については 5 割以上の項目に制限を認め、「セルフケア」、「一般的な課題と要求」、「学習と知識の応用」に多かったが、6 割以上の項目でよりよい支援があればもっとできそうと考えられており、今後の可能性が示唆された。機能障害や活動制限には個別の障害に起因することもあるが、二次的な要因によるものもあり、予防可能なものもあると思われた。

これらの機能障害や活動制限の改善や予防のために、これまでは専門家（医師、心理士、指導員）が外部に出向いて指導・助言を行うアウトリーチ事業を施行し、一定の効果

を上げてきた。しかしながら、アウトリーチのサービス提供に際しては提供できるサービス受益者の数が限られ、コストが高くなってしまっているのが現状である。また、地域社会が関与する場面が少ないため社会的変革も期待できない。そこで平成 18 年度は、地域社会に根ざしたリハビリテーション(CBR)の育成を支援することで、障害児者と家族を含めた地域社会が主体となって行うリハビリテーションの発展やサービス提供のシステムについての研究を行った。

今回 A 施設、B 施設において CBR による医師・心理士の訪問を行い、各施設利用中の知的障害児者に関わる指導員に対し療育に関する講演会や個別の指導を通して必要な知識や技術を提供し、スーパーバイザーとして関わることで各施設内での個々の事例に対応するための個別指導計画の作成やその実施が行えるように指導を行った。その結果、各施設利用中の知的障害児者が抱える行動問題に改善が認められた。B 施設の利用者において CBR2～3 ヶ月目に各行動問題の増悪が認められたが、これらは個別指導による利用者への関わり・干渉が増えたために却って利用者を混乱させてしまったためと思われた。その後、コミュニケーションレベルや関わりを適切なものに変更することで 4 ヶ月目には行動問題に改善が認められた。

医療・福祉のリハビリテーション領域においては、専門家や専門機関に支援を一任する方法を「施設中心型リハビリテーション (IBR; Institution-Based Rehabilitation)」と呼び、この方法論は専門家や線も機関が十分に確保できた先進国において発展してきたものである。それに対し、専門家や専門機関を十分に確保できない途上国においては、地域

で当事者や専門家以外の者も関わって支援体制を構築する「地域に根ざしたリハビリテーション(CBR; Community-Based Rehabilitation)」が発展してきた。この CBR は、「場所が地域、人が非専門家も含む」という形式的な側面だけでなく、当該地域の独自性や文化を重んじ、障害者の真の自立や人間としての尊厳を重視するといった価値観的な側面も内包している。

今回はこの CBR の概念を入所施設利用中の知的障害児者に適用する試みを行い行動問題の改善が得られた。しかし、期間が3～4ヶ月と短期間であったため真の意味での CBR の実践には至っていない。今後は十分な時間をかけて地域の独自性を活かしたりリハビリテーションを行うことで、知的障害児者の機能障害や活動制限の改善や予防がなされるものと考えられた

E. 結論

知的障害児者の機能退行からの回復や予防に対し、アウトリーチは有効であったが、さらにサービス受益者を増やすために地域社会に根ざしたリハビリテーション(CBR)の育成と実施が重要と考えられた。2施設(入所)への CBR 実施により、行動問題を示していた知的障害児者への施設職員による対処力が向上し、行動問題の改善を認めた。十分な時間をかけて地域の独自性を活かしたりリハビリテーションを行うことで、発達障害児者の機能退行からの回復や予防が更に促進されるものと考えられた。

F. 研究発表

論文

1) 西脇俊二. 自閉症の医療と療育. 発達障

害研究 25, 2003

2) 西脇俊二. 成人自閉症の診断と治療の考え方. 医師のための発達障害児・者診断治療ガイドー最新の知見と支援の実際、2006

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文 タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社 名	出版 地	出版 年	ページ
井上祐紀、 加我牧子	AD/HD の 診 断 評価	稲垣真澄、 加我牧子	発達障害児・ 者診断治療ガ イド	診断と 治療社	東京	2006	100-109
稲垣真澄	健康生活支援ノ ートのできるま で	稲垣真澄、 加我牧子	発達障害児・ 者診断治療ガ イド	診断と 治療社	東京	2006	223-229
杉江秀夫	行政への対応と 連携の実際	加我牧子、 稲垣真澄	発達障害児・ 者診断治療ガ イド	診断と 治療社	東京	2006	186-192

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
小穴信吾、稲垣真澄、鈴木聖子、堀本れい子、加我牧子	刺激モダリティ別事象関連電位 N400 の発達と読字障害における特徴：意味カテゴリー一致判断課題による検討	脳と発達	38	431-438	2006
稲垣真澄、羽鳥誉之、井上祐紀、加我牧子	発達障害のモダリティ別事象関連電位：自閉症スペクトラムにおける特徴	臨床脳波	49	12-17	2006
杉江秀夫、杉江陽子	主なミトコンドリア脳筋症：電子伝達系異常症	Clinical Neuroscience	24	674-677	2006
Sugie H, Sugie Y.	A boy who is an amazing artist.	Brain Dev	29	56	2007
石川貴充、福家辰樹、夏目博宗、杉江秀夫、大関武彦	重度精神運動発達遅滞児に発症した慢性炎症性脱髄性多発根神経炎（CIDP）	小児科臨床	59	67-71	2006
阿部敏明	知能の発達	Brain Medical	18	250-258	2006
阿部敏明	セロトニン症候群	小児科診療	153	1081-1082	2006

岡田剛、西村淳、 道廣成美、椎原弘 章、原澤孝夫、岸 岡博文、阿部敏明	Risperidone 投与中にセロトニ ン症候群を発症したと思われ る自閉性障害を伴う Down 症候 群の一例	新薬と臨床	55	246-250	2006
阿部敏明、Kraijer DW、樋口幸子、 原 隆、尾内雅 子、池澤泰典	知的障害をもつ広汎性発達障 害児・者の新しい診断スケール の使用に関する研究	サポート	9	48-56	2006

IV. 研究成果の刊行物・別冊

1 AD/HD の診断・評価

国立精神・神経センター精神保健研究所知的障害部 井上祐紀・加我牧子

II 注意欠陥/多動性障害(AD/HD)概念の整理

1990年代後半以降、不注意、多動、衝動性を特徴とする注意欠陥/多動性障害(以下、AD/HD)が急速に社会的な注目を浴びるようになり、不注意・多動を主訴として小児神経科・児童精神科を受診するケースが急増している。親・教師たちによってはじめからAD/HDを疑われている場合も多く、それだけ子どもの行動の問題と発達障害に関する関心が高まっているといえよう。一方、医療側には戸惑いが少なくない。AD/HDの概念自体が現在の形になってようやく10年と少しが過ぎたばかりで、AD/HDの概念についての混乱が残っているためである。適切に診断するためにも今一度AD/HD概念の変化の歴史と、現存する診断基準間での特徴の相違を整理する必要がある。

1. AD/HD概念の変化の歴史

AD/HDの概念は1902年に小児科医Stillが「道徳的統制の欠陥」を基本特徴とするStill氏病として報告してから現在に至るまで変化し続けてきた(表1)。1960年代には、小児の多彩な行動異常・学習の障害などを呈し、明らかな神経病理学的な所見のない症例が「微細脳機能障害; Minimal Brain

Dysfunction」として記載されて、病因としては胎児期・周産期における軽度の脳障害が想定された。しかし、あまりにも多様な症状が含まれすぎているという批判のもと、過活動を中心的な障害として記述したのが「多動性症候群」である。この概念は器質的な脳損傷の存在を想定しない精神疾患としてののはじめての記述と考えられる。

1968年にはアメリカ精神医学会が提唱した診断基準DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 「精神疾患の診断・統計マニュアル」)に発達障害としてはじめて「多動性反応」が採用され、1980年のDSM-IIIでは注意欠陥と衝動性に対してより重点を置いた形で「注意欠陥障害; attention deficit disorder」として記載されている。さらに注意欠陥・多動・衝動性を区別せずに14項目の症状リストを用いて記載されたのが、DSM-IIIの中間改訂版であるDSM-III-R (1987)における「注意欠陥/多動性障害; attention deficit/hyperactive disorder」である。この診断基準は1994年のDSM-IV¹⁾ではさらに改訂され、多動性が目立たなくてもAD/HDと診断できるようになっている。AD/HDは多動性・衝動性優勢型、不注意優勢型、そしてその両方の特徴を兼ね備える混合型という3つのサブグループに分類され、現在のAD/HDの

表1 ○ AD/HD 概念の変化の歴史

	主な特徴	想定される病因
Still 氏病(1902)	道徳意識・抑制意志の欠如	脳障害 遺伝 環境要因
微細脳機能障害(1962)	行動異常 学習の障害	胎児期・周産期の脳障害
多動性症候群(1960)	過剰な活動	脳障害のない精神疾患
多動性反応(1968: DSM-II)	多動・過剰な活動	同上
注意欠陥障害(1980: DSM-III)	注意の持続 衝動統制の障害	病因を特定しない立場
注意欠陥/多動性障害(1987: DSM-III-R)	注意欠陥, 衝動性, 多動の3つを 区別しない症状リストで診断	同上
注意欠陥/多動性障害(1994: DSM-IV)	不注意優勢型, 多動性・衝動性優 位型, 混合型のサブタイプに分類	同上

診断基準として臨床・研究に用いられている。

Ⅱ ICD-10における「多動性障害」とはど う違うのか

WHOの診断基準であるICD-10²⁾に記載されている「多動性障害; hyperkinetic disorder」は、DSM-IVにおけるAD/HDよりもさらに限定された概念をもつ診断基準である。ICD-10ではこの障害を“不注意と持続した課題の遂行ができないことを伴った調節不良な多動”によって特徴づけられるとしており、あくまで多動性を必須事項とした診断基準となっている。注意欠陥については“中心的な特徴を構成する”としながらも、障害の名称に含めることをしていない。「注意欠陥」という名称が不安な、没頭した、夢想的な、または無気力な小児を含むことを示唆するというのがその理由として挙げられている。一方DSM-IVでは不注意と多動・衝動性に均等に重みづけをしてそのいずれかが満たされなくてもAD/HDと診断する、つまり多動性が診断に必須でないため、より多くのケースが診断の対象となりうる。AD/HDの研究を

主導してきたアメリカ(DSM-IV派)に対し、元来多動を示す小児を比較的まれな障害として診断してきたヨーロッパとの考え方(ICD-IV派)との違いが二つの診断基準の差異に現れていると考えられる。

Ⅲ どういう手順で診断して いくか

ここからは実際の診療における診断のための具体的な手続きの一例を紹介する。DSM-IVの使い方や症状評価・スクリーニングの方法など、まだ試行錯誤の段階ではあるが読者のご参考になれば幸いである。

1. 行動観察・本人との面接

行動観察はAD/HDの診断において最も重要な要素の一つである。初診医(予診医を含む)は診察室にはじめて入ってくるときの親子の様子から行動観察をスタートしている。診察室にはおもちゃをある程度用意し、壁に他の患児の絵やキャラクターのポスターなどを貼り、多少の新奇刺激を提示しておく。予診医は自己紹介を済ませて

から、親の面接をはじめの前に少しの間、子どもとかかわるようにする。子どもを予診医に慣れさせておくと、本診察のときに行動観察がスムーズであるし、よそいきの顔をしておとなしくしている子どもの本来の姿を引き出すことにもつながる。というのも、診察室などの1対1の場面ではAD/HDの症状は最小限まで観察されにくくなると指摘されているからである¹⁾。基本的な治療関係を構築しながら、問題になっている症状・行動がどのような状況・きっかけで起こっているのか、その結果どんなことが起こっているのかを聞きだすことができると情報量が多くなる。また、AD/HD症状の結果、本人が感じている困難・苦痛を知ることができれば、診断・治療についての本人に対する説明をより説得力のあるものにすると思われる。

2. 親との面接

親との面接では最初に、親が最も問題と感じている症状・行動について聞く。細かい発達歴なども聞かなくてはならないが、まずは親が聞いてほしいと思っている内容から話題にしたほうがより詳しい情報を得られる可能性がある。家庭環境に関する情報はAD/HDのリスク要因としても重要であるが、面接前半でいきなり質問しないほうがより実態に即した内容を聴取できることが多い。多くの場合親たちは、周囲の大人からの激しい非難や子どもの攻撃性にさらされており、疲弊している。親たちが子どもの行動に戸惑いながらも育児に奮闘してきたことに配慮しながら面接を進めていく必要がある。

3. DSM-IVに沿って症状をスクリーニングする

アメリカ小児科学会のガイドライン^{3,4)}では、プライマリケア医がAD/HDの中核症

状の一部を呈している小児を診療する場合、DSM-IVに基づいた症状評価スケールを用いて親と教師の両方から情報を集めることを勧告している。残念ながら現在のわが国ではDSM-IVに基づいて和訳されたAD/HD症状評価スケールで使用可能なものがない。AD/HD症状のスクリーニングについては、面接の中で直接親と教師から聴取することが望ましい。この場合、情報のソースは母親だけでは不十分であり、診断のためには家庭以外の状況についての情報が不可欠となる。不注意・多動性-衝動性の症状群ごとに9つずつの症状リストがあるが、それぞれの項目の具体例をできるだけ詳しく記しておくとい。症状は小学生の時期が最も多彩で程度も強いが、ライフステージごとに表現型が変わってくるため、それぞれの年代別にも具体例のイメージを頭に入れておく必要がある。表2にDSM-IVの診断基準を示しておく。

a. 不注意

不注意症状は就学前には気づかれない傾向がある。それは家庭や幼稚園で要求される課題のレベルがまだ高くないためであろう。しかし表2の基準A1-cのような話しかけに対する反応の乏しさや、基準A1-dのように指示に従うことの困難さは未就学児でも観察される可能性が高い。就学後には文房具や持ち物を自分で管理することになり、基準A1-g, iのような問題が増える。典型的例では忘れ物がクラスでトップになり、あまりにも落とし物が多いので、教室の隅に本人専用の“落とし物箱”を作られるケースもある。基準A1-aのようなケアレスミスはテストのとき名前を書き忘れてたりするような単純なミスが何度も繰り返されたりすることで明らかになる。これは大事なときほど、たとえば入学試験のときなどに認められることがある。基準A1-bのような集中困難があると、授業

表 2 ○ DSM-IV 診断基準

■ 注意欠陥 / 多動性障害

A. (1)か(2)のどちらか

- (1) 以下の不注意症状のうち6つ(またはそれ以上)が少なくとも6ヶ月間持続したことがありその程度は不適応的で発達の水準に相応しないもの

不注意

- (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、または不注意な間違いをする。
- (b) 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。
- (c) 直接話しかけられたときにしばしば聞いていないように見える。
- (d) しばしば指示に従えず、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(反抗的な行動、または指示を理解できないからでなく)。
- (e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。
- (f) (学業や宿題のような)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) 課題や活動に必要なもの(例:おもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、または道具)をしばしば失くしてしまう。
- (h) しばしば外からの刺激によってすぐ気が散ってしまう。
- (i) しばしば日々の活動で忘れっぽい。

- (2) 以下の多動性-衝動性の症状のうち6つ(またはそれ以上)が少なくとも6ヶ月間持続したことがあり、その程度は不適切で、発達水準に相応しない

多動性

- (a) 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。
- (b) しばしば教室や、その他、座っていることを要求される状況で席を離れる。
- (c) しばしば、不適切な状況で、余計に走り回ったり高いところに上ったりする(青年または成人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)。
- (d) しばしば静かに遊んだり余暇活動につくことができない。
- (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。
- (f) しばしばしゃべりすぎる。

衝動性

- (a) しばしば質問が終わる前に出し抜けて答え始めてしまう。
- (b) しばしば順番を待つことが困難である。
- (c) しばしば他人を妨害し、邪魔する(例:会話やゲームに干渉する)。

- B. 多動性-衝動性または不注意症状のいくつかが7歳以前に存在し、障害を引き起こしている。
- C. これらの症状による障害が2つ以上の状況 [例:学校(または職場)と家庭] において存在する
- D. 社会的、学業的、または職業的機能において、臨床的に著しい障害が存在するという明確な証拠が存在しなくてはならない。
- E. その症状は広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではなく、他の精神疾患(例: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。

▼病形に基づいてコード番号をつけよ

- 314.01 注意欠陥 / 多動性障害、混合型: 過去6ヶ月間 A1 と A2 の基準をともに満たしている場合
- 314.00 注意欠陥 / 多動性障害、不注意優勢型: 過去6ヶ月間、基準 A1 を満たすが基準 A2 を満たさない場合
- 314.01 注意欠陥 / 多動性障害、多動性-衝動性優勢型: 過去6ヶ月間、基準 A2 を満たすが基準 A1 を満たさない場合

*コード番号をつける上での注意 (とくに青年および成人で) 現在、基準を完全に満たさない症状をもつ者には“部分寛解”と特定しておくべきである。