

の学習の様子』)。小児期に精神医学的病歴はない（「小児期」の「精神医学的病歴」）。家族には精神医学的病歴があり、診断を受けたことはないが兄に ADHD 様の行動があり、兄の娘は ADHD と診断され治療を受けている。ジェームズの息子も ADHD の治療を受けている。彼の家族の病歴を調べてみると、祖母に不安症状があり、父親はアルコールを乱用、兄には子どものころに行動の問題があり窃盗で一度逮捕されている。また、ジェームズの息子と姪には学習の問題がある（「家族の病歴に関する危険因子」）。

成人後、ジェームズは3つの大学に7年以上通い、専攻を何回か変えたが、最終的には GPA（評定平均）2.4で心理学の学士号を取得した（「成人期」の「学歴」）。卒業後間もなく、25歳で結婚。ちょうど法科大学院を修了したばかりの妻の就職先であるノースカロライナ州に引っ越した（「成人期」の「社会性・人間関係」）。その後彼は社会福祉学の修士課程に入学したが、単位が取れないクラスが多かったこともあり、最長修業年数（6年）をかけて GPA2.9でプログラムを修了した（「成人期」の「学歴」）。

ジェームズは様々な職に就いたが、その大部分はパートタイムの仕事で、在学中のものである。現在は薬物乱用カウンセラーとして地域の精神保健施設に勤務し、プログラムの開発やクライアントとの面談、プログラムの評価などに当たっている。この仕事に就いて1年になる。常勤の職員となったのは修士号取得以降、これが2度目である。最初の職は企業内の従業員支援プログラムだったが、書類が期間内に作成できなかったため半年後に離職した（「職歴」）。

ジェームズは妻と3人の息子（9歳、7歳、3歳）と分譲マンションに住んでいる。結婚して10年になる（「成人期」の「社会性・人間関係」）。比較的健康で、アルコールは最低限の量しか飲まない。子どものころから副鼻腔炎があるが、合併症もなく薬も服用していない（「成人期」の「既

往歴」）。また、協力的な妻と結婚して幸せであると語っている。勉強法を学ぶために大学のカウンセリングセンターの心理士のもとを5回訪ねた以外は、成人期の精神医学的病歴はない（「成人期の心理的・精神医学的病歴」）。現時点ではうつ症状や不安症状はなく、食事の問題もないと報告している（「成人期併存障害について」）。成人後はコーヒーを1日に4杯飲み、スピード違反の切符を6回切られ、5回自動車事故にあった（そのうち一度は一晩入院）。主な日常生活のストレス要因は彼と妻が税金の申告をずっとしていないことで、これは妻が3番目の息子の出産と他の子どもたちの世話で忙しかったためにこの2年間は彼が税金の申告をしなければならなかったからである（「生活歴」の最後にある質問——薬物および嗜好品の摂取、犯罪歴、交通違反・事故歴、情緒不安定と欲求不満耐性、そして現在のストレス要因）。

## 診断

ジェームズの小児期は DSM-IV の「(314.01) ADHD, 混合型」、成人期は「ADHD, 不注意優勢型」の診断基準を満たす。その根拠として、小児期に不注意の9つすべての行動が（同年齢の子どもに比べて）頻繁にみられたこと（パート II の基準 A）、6歳から症状があること（パート II の基準 B）、そして学校と家庭、スポーツやクラブ活動など広範囲で症状がみられたこと（パート II の基準 C）が挙げられる。さらに、多動性・衝動性の9つのうち7つの行動も（同年齢の子どもに比べて）頻繁に、4歳から学校と家庭、スポーツやクラブ活動など広範囲でみられている。これらの ADHD の行動が小児期の障害を引き起こし、4つすべての機能領域——学校（成績と素行）、家庭（家庭での行動）、社会（余暇活動）、そして自己評価に関すること——に及んでいる（パート II の基準 D）。4つの機能領域すべてに障害があったことから、この障害は「重度」と判定される（検査用冊子パート II, p.25）。さらに、これらの行動は他の小児期の診断ではうまく説明できない（SCID の実施により確認；パート II の基準 E）。

現在のジェームズは DSM-IV の「ADHD, 不注意優勢型」の診断基準を満たす。9つの不注意行動のうち7つが小児期から軽減することなく続き (パート II の基準 A), 9つの多動性-衝動性行動のうち3つのみが継続している。これらの ADHD の行動は学校と家庭, その他の活動など広範囲で継続され (パート II の基準 C), 成人後は大学においてもみられている。これらの症状は4つすべての領域——学業, 仕事, 家庭 (生活の維持), 社会的活動 (余暇) ——のすべてに影響を与えているため, 重度の障害を引き起こしている (検査用冊子パート II, p.25参照) (パート II の基準 D)。SCID (First, Gibbon, Williams, & Spitzer, 1997) の結果から, DSM-IV の I 軸と II 軸のどの障害でも現在の問題は説明がつかない (パート II の基準 E)。

## 考察

面接者は最初の質問によって患者とラポールを形成し, 自由回答の質問に患者がどう答えるかを観察し, 患者からの自発的な情報を得ることができる。まずは不注意と多動性, 衝動性についての主訴を把握し, これらの行動について話を聞くことは重要である。ジェームズは気の散りやすさと仕事が終えられないこと, だらしなさ, 持続的な注意が必要な仕事を避けること, 忘れっぽさ, ずっと座ってられないことを訴えた。あきやすさなどの二次的症狀も ADHD を示唆している。また, ジェームズは ADHD の人によくみられる特徴をいくつか報告している。まず1つ目は ADHD と診断された子どもがいて, ADHD について自ら学ぶにつれて自分自身の同じ症状に気付いたことである。2つ目は自分本来の力を発揮できなかったことがなく, その理由がまったくわからなかったことで, 3つ目は彼の妻も彼が ADHD をもつと考えていることである。患者本人が自分自身に感じるよりも多くの不満を, 身近な人が患者本人に抱いていることは珍しいことではない。

彼の息子と姪が ADHD と診断され, 彼の異父兄にも ADHD と学習の問題が疑われることか

ら, 小児期の成育歴には家族歴 (遺伝的リスク) の問題を含むいくつかの危険因子の存在が認められる。父方の家族歴は不明だが, 困難があったことを示唆している。さらに, 以下のような他の危険因子が存在する可能性もある。

- ニコチンとアルコールの両方, またはいずれかの子宮内曝露の可能性 (「妊娠期の危険因子」)
- 出生時の無酸素症 (「出産時の危険因子」)
- 過活動
- 乳幼児期の不器用さと内気さ (「気質上の危険因子」)
- 小学校2年生までの夜尿症 (「発育上の危険因子」)
- 小児ぜんそく (「病歴に関する危険因子」)

環境上の危険因子としては, スラム街にある経済的に困窮した家庭に育ち, 過密状態の学校に通ったことが挙げられる。ただし, 注意しなくてはならないのは, これらの要因が ADHD を引き起こすわけではないことである。むしろ, これらの要因は ADHD をもつ場合にその現れ方に何らかの影響を与える。同様に, 保護因子も ADHD の現れ方を左右する。ジェームズの場合は, 高い知的能力や優れたユーモアのセンス, 人に好かれる性格, そして学校に通い, 社会活動を続けるように働きかける手本となるような人物がいたことがそれにあたる。ジェームズは子どものころに ADHD と診断されたことはなかった。

## 50歳, 女性, 飽きやすく, 何事にも無関心

アリス (50歳) は既婚の白人女性で, 離れて住む2人の成人した娘がいる。修士号を持ち, 州の公衆衛生委員会の広域地域責任者として働いている。彼女の主訴 (パート I の最初の質問を参照) は何事にも興味をもてないことである。彼女は高望みをしすぎて, 達成可能な目標を思い描くことができないという問題をずっと抱えてきた。持ち

物を整理整頓する方法がわからず、書類を山積み  
にしている。彼女は決めたことをよく覆す。また、  
意思決定がなかなかできない。朝起きると憂  
うつになるが、これは彼女には珍しい。なぜな  
ら、気が散りやすくてだらしのないもの、今まで  
は常に日々の生活には関心があったからだ。飽き  
やすく、居眠り運転を何度もしている。

### 精神状態

アリスは予約時間通りに来所した。中肉中背  
で、きちんとした仕事用の服を着ていた。親しみ  
やすく、礼儀正しく、聡明で自分の考えや物事を  
的確に表現できる。平均以上の知的能力をもつよ  
うに見え、話しやすい。考えは目標志向的で明確  
である。思考内容は適切である。ややゆっくりと  
話す。悲しそうで、面接中に二度涙ぐんだ。気分  
は落ち込んでいる。面接中はずっと静かに座って  
いた。

### 追加の情報とアセスメント

現在のアリスの行動に基づき、アリスと夫に  
CAARSを記入してもらった。CAARSは自己記  
入式用紙（アリスが記入）と観察者評価式用紙  
（夫が記入）からなり、その得点は他の同年代の  
女性と比較された。T得点が65以上の場合は臨  
牒的に有意とされる。ADHD行動の頻繁さにつ  
いては、アリスと夫の報告のいずれにおいても、  
臨牒的に高い値ではなかった。得点を表6-2に示

表6-2 アリスのCAARSのT得点

因子	自己記入式	観察者評価式
不注意／記憶の問題	62	48
衝動性／情緒不安定	50	53
多動性／落ち着きのなさ	56	46
自己概念の問題	61	50
DSM-IV 不注意症状	59	47
DSM-IV 多動性-衝動性症状	53	44
DSM-IV ADHD 症状総合	54	50
ADHD 指標	54	52

す。

アリスにはさらに、DSM-IVの他のI、II軸の  
障害を除外するためにコンピューター式の自己報  
告版 SCID (First, Gibbon, Williams, & Spitzer,  
1997) (日本語版は未対応) を実施した。

### 成育歴

フロリダ州タンパで育つ（「小児期」の最初に  
記載）。原家族はエンジニアとして働く父親、専  
業主婦の母親、兄、そして妹である。現在両親は  
亡くなり、兄が52歳、妹は47歳である。妊娠期間  
と出産について特記に値することはない（「妊娠  
期の危険因子、出産時の危険因子」）。乳幼児のこ  
ろに何か変わったことがあったと聞いた覚えはな  
いという。かなり小さいころから忘れっぽかった  
が、よく冗談を言い、ユーモアのセンスがあった  
と報告している（「気質上の危険因子」）。発達指  
標で特に遅れたものはなかった（「発育上の危険  
因子」）。育った家庭環境については、父親から身  
体的虐待を受け、また母親や兄妹が父親から虐待  
を受けるのを目撃したと報告している（「小児期」  
の「環境上の危険因子」）。小児期の病歴としては  
連鎖球菌性咽頭炎を繰り返し患ったが、それ以外  
は健康な子どもだった（「小児期」の「病歴の危  
険因子」）。

学業面では、小学校での成績はA～B評価で、  
算数だけは苦手だったが成績はAかBだった。  
ある年は厳しい算数の先生に教室で恥をかかされ  
たため、不安だったという（「小学校での学習の  
様子」）。中学校、高校では優等生で（GPA<sup>2</sup>は  
3.8）、苦手科目はなかった（「中学校・高校での  
学習の様子」）。子どものころの精神医学的病歴は  
ない（「小児期」の「精神医学的病歴」）。娘の1  
人がトゥレット症候群である以外は、家族に精神  
医学的病歴はない。妹と兄はだらしがないが、  
「ADHDのようにではない」といい、父親は抑え

2 Grade Point Averageの略。A=4、B=3、C=2、D=1、F=0として各成績評価を点数化し、1単位あたりの平均を算出  
したもの。そのため、日本の評定平均値（通常5.0が最高）と異なり、最高値はGPA4.0となる。

が利かなくなると激怒したと報告している（「家族の病歴に関する危険因子」）。

アリスは高校を卒業するとすぐに大学に入学し、4年後に化学の学士号を取得して卒業した。GPAは3.2（「成人期」の「学歴」）。その後、高校で理科を4年間教え、その間に現在の夫と知り合い、結婚。1975年、長女の出産を機に教師を辞め、1990年まで専業主婦となる。娘は2人いる。1990年に2年間の修士課程に入学し、GPA4.0で公衆衛生行政学の修士号を取得した。その後、州の公衆衛生委員会に職を得て、7年間で地区責任者の行政補佐官を経て現在の広域地域責任者まで昇進した（「職歴」, 「成人期」の「社会性・人間関係」）。

結婚して25年になる夫とタンパに住む。娘たちは25歳と23歳になり、独立して住んでいる（「成人期」の「社会性・人間関係」）。比較的健康状態はよく、半年前の健康診断でも問題はなかった。甲状腺ホルモン値も正常だった（「成人期」の「既往歴」）。成人期の精神医学的病歴に関しては、昨年、不注意症状と気分の問題で精神科医の診察を受けている。ADHDおよびうつ病と診断されリタリン<sup>®</sup>を処方されたが、頭痛が出現し、また薬の効果がみられなかったために服用を中止した。その後ウェルプトリン<sup>®</sup>（処方量は不明）を処方されたが、3か月経っても効果が現れなかった。そのため、次にデキセドリンSR<sup>®</sup>を試してみたが、頭痛が出現し効果もないため、すぐに使用を中止した。現在は薬を服用していない（「成人期」の「心理的・精神医学的病歴」）。アルコールは月にグラス1杯、コーヒーは1日に2杯程度飲むという。アリスは最近の2年間は気持ちが沈みがちで悲しい気持ちになり、以前は楽しめたことを楽しめないと語った。現在の生活にストレス要因はないと言っている（「生活歴」の最後にある残りの質問——薬物および嗜好品の摂取、犯罪歴、交通違反・事故歴、情緒不安定と欲求不満耐性、そして現在のストレス要因）。

## 診断

アリスはDSM-IVによるADHDの診断基準に、小児期も現在も当てはまらない。小児期に頻繁に起こったADHDの不注意症状は9つのうち2つである。その2つのうち、だらしなさはずっと続いているが、物をなくすことは中学校の時からそれほど多くなかった。現在の不注意症状はだらしなさ、注意の持続困難、話を聞いていないように見える、注意の持続が必要な仕事を避けるの4つである（パートIIの基準A）。だらしなさ以外の不注意行動は気分が落ち込むようになった2年前に始まった。多動性-衝動性の行動では口数が多いことだけが当てはまり、それはこれまでずっと続いている。現在、該当する行動は6つに満たないので、成人期のADHDの診断基準を完全には満たさない。

アリスはDSM-IVの「大うつ病エピソード、単一エピソード、中等度」の基準を満たす。SCIDの結果は、DSM-IVの基準による「単一うつ病エピソード」が2年前に発症していることを示唆している。不注意行動の出現（だらしなさを除く）はうつ症状が始まった時期と一致している。このように、彼女の現在の困難は気分障害により説明でき、ADHDの慢性経過や広汎性ではうまく説明できない（パートIIの基準E）。

## 考察

アリスの成育歴において、ADHDの危険因子はそれほど多くない。彼女は、父親による自分と家族への身体的虐待を経験・目撃している。これは子どもが他の困難に対しても脆弱になる可能性を引き起こす心的外傷経験である。また、娘の1人がADHDと併存する可能性のあるトゥレット障害をもつという家族内の危険因子がある。こうした危険因子自体はADHDの診断を裏付けるものではないが、ADHDに対する脆弱性は示唆している。小児期の成育歴に目立った問題はない。初等教育の場は落ち着いていて、成績もよかった。父親の虐待を除けば家庭生活も安定していた。現在は自分の目標を定めることができないと

報告しているが、成人してからも学業面は非常に優秀で、ずっと目的を達成してきている。彼女は教師として、母親として、主婦として立派に働き、公衆衛生行政の分野では7年間で3度も昇進している。夫とは25年連れ添っている。医学的な面では、ホルモンバランスの乱れはあるものの、甲状腺は原因から除外されており、それ以外は健康であると報告されている。昨年、中枢刺激薬にもウェルブトリン（正確な服用量は不明）にも効果を示さなかった。

診断面接の際、同年齢の子どもたちより頻繁に起こり、発症が7歳以前だった不注意または多動性-衝動性行動が6つ以上あったことは認められなかった。だらしなさとおしゃべりなことは、幼いころから現在まで続いているというが、彼女の成人歴は、仮にだらしなしいとしても、これまで、また現在だらしなさにより機能が妨げられてはいないことを示している。面接中に口数の多さは認められなかった。障害に関しては、ADHD 症状に起因する障害のみを評価することが重要である。成人期には社会的な引きこもり、余暇活動に関心を持ち続けられない、また自分に厳しいことを報告しているが、これらの障害はこの2年間のみのもので、かつ気分障害に関連しているようなのでADHDによる障害ではない。職場と家庭での障害については気分障害によるものか、あるいはADHDに関連するものなのかを識別するのはそれほど容易ではない。しかし彼女はADHDの診断基準を満たしていないので、どちらの障害かを判断する必要はない。SCIDの面接により、現在の不注意行動の発症は2年前のうつ病エピソードの発症に一致し、うつ病は現在も続いていることが確認された。慢性的な経過、広汎性は認められない。

## 21歳、男性、集中できない

チャールズ（21歳）は独身の白人男性で、大学2年生まで終えている。ADHDの診断評価を受けるために、自ら注意欠如障害プログラムに来所し

た。彼の主訴は、幼いころからずっと宿題や他の課題に集中して完遂することができないことと、気が散りやすいことである（パートIの最初の質問を参照）。現在2度目の大学生活を送っていて、前学期は2科目の単位を落とした。チャールズはその原因として、いくつかの授業が退屈で出席しなくなったこと、新しいガールフレンドができたので毎週末会いに行っていたこと、そして少し前まで平日に大量に飲酒していたことを挙げている。

### 精神状態

チャールズは予約時間通りに来所した。背が高く痩せていて、長い髪を頭の後ろで束ねている。だぶだぶのジーンズとTシャツというカジュアルな服装。親しみやすく礼儀正しく、話しやすい。平均的な知的能力がうかがえた。彼は自分が「知的な思索家」で、教師や友人からいつも「想像力豊か」で「自立的」に物事を考える人だと言われると述べた。思考内容は適切だったが、面接が進むにつれ説明が冗長になった。面接の最初に行う自由回答の質問には最小限の単語で即答したが、パートIIの面接が終わるころにはまとまりのない話になり脈絡がなくなった。話し方の速さや口調は平均的で、表情も普通に話し方と釣り合っている。少しゆっくり、あるいは疲れているように見えたのでそのことを尋ねると、予約の時間（正午）の直前に起きたからとの返事だった。

### 追加の情報とアセスメント

面接の前に、チャールズは以下のものを記入して郵送してきていた。具体的には“Conners' Adult ADHD Diagnostic History (Part I; Conners, 1994)”, CAARS<sup>TM</sup>自己記入式用紙 (Conners, 1999), CAARS 観察者評価式用紙 (ルームメイトの記入による) (Conners, 1999), “Conners' Parent Rating Scale-Revised (CPRS): Long Version” (小児期をさかのぼってアセスメントする尺度: 母親が記入; Conners, 1997b) である (CAARS 以外は日本語版は未公開)。これらの評価尺度はアセスメント面接の前にあらかじめスコアリングし、目を通してある。チャールズが来所し

た後、面接を始める前にコンピューター式の自己報告版 SCID (First, Gibbon, Williams, & Spitzer, 1997) (日本語版は未対応) と「コナーズ持続性注意遂行テスト (Conners' Continuous Performance Test (CPT); Conners, 1995) (日本語版は未公開) を実施した。

CPRS は母親が記入した。チャールズの7~15歳のころの行動について評価を記入してもらうよう指示した。CPRS は過去をふり返って実施するアセスメントとしては標準化されていないが、CPRS への回答によって、小児期の症状の頻度や「顕著だったと思われる」因子についての情報を得ることができる。粗点が高い領域は「認知の問題/不注意」(不注意で、整理整頓や仕事の完遂、集中力に問題がある可能性が高い) と「身体化症状」(目立った痛みの訴え) である。また、それほど高い値ではないが、「不安/内気」(目立った心配や恐れがあり、批判に対して感情的で神経質になりやすく、不慣れな状況で不安になり、内気で引きこもっている) も認められた。DSM-IV の ADHD 診断基準については、9つの不注意行動のうち6つが当てはまり、多動性-衝動性行動はどれにも当てはまらなかった。

現在の症状については、チャールズと彼のルームメイトにそれぞれ CAARS を記入してもらった。自己報告と親しい人からの報告からなる CAARS は、18~29歳の男性の標準化サンプルか

表6-3 チャールズの CAARS の T 得点

因子	自己記入式	観察者評価式
不注意/記憶の問題	69	71
衝動性/情緒不安定	43	58
多動性/落ち着きのなさ	40	46
自己概念の問題	44	46
DSM-IV 不注意症状	68	68
DSM-IV 多動性-衝動性症状	41	43
DSM-IV ADHD 症状総合	40	43
ADHD 指標	65	64

ら得られた因子で構成されている。「不注意」と「多動性-衝動性」症状について、同年代の男性の自己評価とその観察者の評価に対し、チャールズ自身の自己評価とルームメイトの評価を比較する。T 得点が65以上の場合は臨床的に有意とされる。チャールズの得点を表6-3に示す。

コナーズ持続性注意遂行テスト (Conners' Continuous Performance Test (CPT); Conners, 1995) (日本語版は未公開) では、ほとんどの尺度で注意力の問題は認められなかった (表6-4を参照)。ただし、テストの終盤になると、開始当初に比べ反応が遅くなり、注意力が持続しないことがうかがわれた。また、文字の表示間隔によって反応速度と一貫性が著しく変動し、注意と覚醒の問題を示唆している。彼の反応パターンからのみでは注意力の問題があるとの確証は得られなかったため、他の観察や検査の結果を踏まえて解釈しなくてはならない。

表6-4 チャールズの CPT の得点

評価指標	T 得点	パーセンタイル	評価
見逃し (Omissions)		87	軽度の非定型
お手つき (Commissions)	50	51	平均範囲内
反応時間 (RT)	50	53	平均範囲内
反応時間の標準誤差 (SE)	57	76	平均範囲内
標準誤差のばらつき	55	69	平均範囲内
注意力 (d')	57	78	平均範囲内
注意深さ	60	84	軽度の非定型
時間の経過による反応時間 (Block Change)	61	87	軽度の非定型
時間の経過による反応時間の標準誤差	51	54	平均範囲内
表示間隔の差による反応時間 (ISI Change)	70	98	顕著な非定型
表示間隔の差による反応時間の標準誤差 (ISI Change)	62	89	軽度の非定型

SCIDの結果によると、過去、および現在において気分障害（躁病を含む）、不安障害、摂食障害、身体表現性障害、および精神病的障害は認められなかったが、これまでアルコールを乱用していて、思った以上に飲み過ぎたり、期待する効果を得るためにアルコールの量を増やさざるをえなかったり、飲酒が学習を妨げていることが明らかになった

## 成育歴

カリフォルニア州ロサンゼルスに生まれる（「小児期」の「成育歴」の最初に記載）。10歳上の姉がいて、父親（68歳）は電気技師、母親（60代前半）は銀行の出納係として働いている。両親は離婚している。幼いころ二人が喧嘩していたという記憶はなく、「二人は別々の生活を送っていただけだ」という。両親とはずっといい関係を保ち、両親のおかげで自分は自立的な思考をすることができるようになったという。小児期の発達歴に関する彼の報告によると、妊娠中に母親は何らかの薬を服用し、ずっと喫煙していたという（「妊娠期の危険因子」）。正常分娩だったが、「もう少しで鉗子を使わなければならなかった」という（「出産時の危険因子」）。小児期のころの気質についてチャールズは、活動性がきわめて高い、衝動的、集中力が続かない、疝痛、よくかんしゃくを起こす、睡眠障害などを挙げている（「気質上の危険因子」）。歩けるようになったのも（14か月）、排泄自立も遅かったが、それ以外は発達指標に遅れはなかった（「発育上の危険因子」）。小児期は健康だったと彼は述べている。中学のころから片頭痛がある（現在では頻度も減り、痛みも緩和している）。扁桃と虫垂を切除しており、高校生の時、レスリングで足を骨折した（「小児期」の「病歴に関する危険因子」）。家族の精神医学的病歴に関しては、両親ともにうつ病で、母親はADHDと診断され、姉は不安症状がある（「家族の病歴に関する危険因子」）。

小児期に専門家の診察を2度受けている。10歳の時、「恐怖とうつ」のためカウンセラーのもと

を訪ね、「刺激に対する過敏症」と診断された。彼はこの診断を運動機能にいくつか問題があり、雑音が続くことで集中力が妨げられたということだと解釈している。この感覚・運動機能の問題により作業療法士を紹介された。そこですすめられた治療の1つは、両親に体をさすってもらって過敏性を減らすというものだった（「小児期」の「精神医学的病歴」）。

ロサンゼルスにある公立小学校に通学。成績は学年平均以下ではらつきがあり、本来の力を出しきっていないと言われた。何人かの教師に「人前で馬鹿呼ばわりされ、恥をかいた」。小学校低学年時の教師が、書字とつづりに問題があると言っていた記憶がある。生き生きとした想像力があるとも言われていた（「小学校での学習の様子」）。小学校を卒業後、一家は父親の仕事の関係でオハイオ州の小さい町に引っ越し、チャールズは進歩的な教育を行う中学・高校に通った。この学校には成績評価システムがなく、生徒の長所を伸ばすことに重点を置いていた。チャールズの報告によると、彼は平均を上回る成績で、教師との関係も良好だった。だが、それでも依然として本来の能力には達していないし、学習困難があると言われた。中学のころから集中することや宿題を終えることが困難になり、物事を先送りにし、学校や家で（後には職場でも）気が散りやすくなった。中学では友だちにあまり人気がなく、そのことで悩んでいた（「中学・高校での学習の様子」）。一時、彼は「からかわれて」いたので、学校のカウンセラーに相談したところ、他の生徒たちのいじめのターゲットにされていると言われた。また、中学の時にペットの死により精神的に落ち込んでいた。高校生になると親しい友人が3、4人でき、クラスメートともうまく付き合えるようになった。レスリングをはじめとするスポーツを楽しんだが、部活動は苦手だった。チェスをし、コンピュータゲームや、「ダンジョンズ&ドラゴンズ」のようなロールプレイング・ゲームに興味をもった。

高校卒業後、オハイオ州にある小規模（学生数約850人）の私立大学に入学したが、両親の離婚と良い評定平均を維持できないことが理由で、1年で退学して引っ越した。彼は構造化された授業や成績評価システムに慣れていなかった。半年間母親と一緒に暮らし、コーヒー・ショップで働いた。その後、マサチューセッツ州にある小規模な大学に入学し、非常にうまくやっている（「成人期」の「学歴」と「職歴」）。大学に行っていなかった半年間にチャールズは虫垂の破裂で入院し、回復に数週間かかっている（「成人期」の「既往歴」）。このことは彼にとってトラウマとなった。先学期の成績はF（不合格、大学に入って初めて）が2科目、B+とC+が1科目ずつだった。2科目が不合格だった理由は、1科目は課題を仕上げなかったためで、もう1科目は講師とそりが合わず「上の空」で授業に出なくなったからである（「成人期」の「学歴」）。ルームメイトのせいで気が散ることがとても多い（「成人期」の「社会性・人間関係」）。勉強したり、予定を組むのに苦労している。また、臨時収入を得るためにコンピューター・プログラミングのアルバイトをしている。さらに先学期、オハイオ州にいるところからの知り合いで、現在はマサチューセッツ州内の別の大学に通っている女性と付き合い始め、毎週末に車で彼女に会いに行っている。このことは日常生活や勉強時間、睡眠時間へ負担となっている。大学、仕事、そして車での移動のストレスは著しく、先学期の最後の数週間は落ち込んでいたと述べている。この夏休み、彼はコンピューター・プログラマーとして働いていて、ガールフレンドとの長期間の旅行も計画している。もし彼女が彼の大学に編入できたら、次の学期からルームメイトとして一緒に住むことを考えている（「成人期」の「社会性・人間関係」）。

チャールズは様々な薬物を使用したり、試したことがある。煙草は1日に4分の3箱吸う。これは1日に1箱半吸っていたのを減らしたものである。喫煙は17歳から、カフェイン含有飲料は11歳から飲み始めた。現在は1日に3杯だが、17歳の

時は15杯も飲んでいて、2年前から飲酒もするようになり、週末の夜や、たまには平日の夜も1日に1、2杯飲む。最近は頻繁に飲酒するようになり、時として飲酒量も増え、自分でも心配になるほどである。違法薬物も試したことがある（アヘンと幻覚キノコは1回ずつ、コカインは5回、マリファナは、かつては毎週）。マリファナは16歳の時から常用してきた唯一のドラッグで、週末ごとに1本吸っているが、この5か月間は使用していないという。スピード違反で1回切符を切られているが、法に触れるような問題は起こしてはいない（「生活歴」の最後にある残りの質問——薬物および嗜好品の摂取、犯罪歴、交通違反・事故歴、情緒不安定と欲求不満耐性、そして現在のストレス要因に関連する）。

## 診断

チャールズはDSM-IVの「(314.00) ADHD不注意優勢型」の診断基準を満たす。また、注意を要するアルコール乱用歴がある。現在抱えている不注意の問題はアルコールや薬物の使用にも原因があるかもしれないが、ADHDが幼いころから持続し、アルコールや薬物を断っている時も出現しているという証拠がある。ADHDのDSM-IVの診断基準は5つの条件を満たすことが必要である。

- 9つの不注意症状の6つ以上と、9つの多動性-衝動性症状の6つ以上、またはそのいずれかが過去6か月間続いている。
- いくつかの症状が7歳以前に出現している。
- 症状は慢性的で広汎であり、発達に障害をもたらすほどである。
- 現在、症状に起因する障害が2つ以上の機能領域で存在する。
- うつ病など他の診断によって、症状がうまく説明されない。

ADHDの診断面接では、チャールズには9つのうち6つの不注意行動が（パートIIの基準A）小児期の早い時期から存在し（パートIIの基準

B)、現在までずっと続いていることが確認された。不注意行動として、不注意な誤りをおかす／細部を見落とす、集中できない、指示に従ったり課題を仕上げたりすることができない、だらしない、精神的努力を必要とする課題を避ける、そして気の散りやすさが挙げられた。本人によると小児期には物忘れも多かったが、現在はそれほどではないという。小児期の多動性-衝動性行動については、ずっと座ってられない、走り回る、静かにできない、思ったことをすぐ口に出す／人の話をさえぎるが該当し、さらにしゃべりすぎることも該当する可能性があるが、チャールズはこれらの行動は成人期までは続いていないと報告している。彼の成育歴からは、これらの症状が慢性的かつ広汎で学校や家庭での機能および社会的機能や自尊心の領域に障害を及ぼしているということが明らかになった（パートIIの基準C, D）。

### 考察

このケースは、鑑別診断と併存障害の存在という点で興味深い。チャールズには現在、彼の不注意行動の一因となっている可能性のある薬物使用の問題がある。さらに、ADHDが彼の薬物乱用の危険性を高めたことも事実である。パートIの面接中、彼は自分の薬物使用や過去の使用についての心配、そして友だちの影響で（飲酒や薬物の使用を伴う）パーティに参加してしまうことについて、非常に率直かつ正直に話してくれた。新しいガールフレンドは酒を飲まないで、自分の飲酒量を大幅に減らすことができたのだという。小児期の早い時期（薬物使用以前）、青年期や成人期以降に薬物を断っていた時期、そして薬物使用量が多い場合は現時点で少なくとも2～4週間以上断ってからの、ADHDの症状をそれぞれ評価

することが重要である。チャールズの場合、ADHDの症状は幼い時に始まり、青年期の間も薬物使用の前からずっと続いていた。この半年間もそれは変わらなかったが、飲酒量はそれ以前の大学時代よりも減っていた。チャールズにはADHDと薬物使用の役割についての情報や冊子、そして飲酒量が増えた場合のために薬物乱用治療のための紹介状を渡した。小児期の不安症状と小児期と現在のうつ症状の問題は除外されなければならない。確かに不安症状とうつ症状を裏付けるものがあつたが、診断基準を満たしていなかった。ADHDをもつ人は気分障害および不安障害を発症（併存）する危険性が高いことに加え、ADHDの影響に生涯を通して対処することによるうつ症状や不安症状（自尊心や自己効力感の領域の障害）を起こしやすいことに注意しなければならない。

この事例はまた、小児期の機能（保護者による小児期の行動のさかのぼったアセスメント）、ADHD評価尺度による現在の自己および観察者の報告、他のDSM-IVの診断の有無の判定（SCID, SCIDスクリーニング）、そして注意力和衝動性を診断する客観的尺度（CPT）などの追加情報を得ることの有用性を際立たせている。診断医の役割はすべての情報を統合し、矛盾を解決することにある。チャールズのケースでは、保護者や身近な人の評価が、彼の自己報告と同様に彼の生活歴と一致した。CPTは他のデータを踏まえた上でのみ解釈できるなんらかの注意の問題を示唆していた。チャールズの場合、CPTの検査結果が注意の問題を示唆するものと見なすための他の情報源からの十分なデータがあつた。

## 第7章

# 結びの言葉

CAADID™は複数の情報提供者による包括的で多様式のアセスメントバッテリーの一部として使用することが望ましい。臨床家が関係者に連絡をするのに先がけ、守秘義務を守り、成人ADHDの患者にもそのことを伝えなければならない。アセスメントに先立っては手紙を出して予約日時を確認し、地図と保護者や身近な人に記入してもらって評価尺度を同封、そして追加する資料があれば持参するように依頼をするとよい。完全なアセスメントバッテリーには以下が含まれる。

- **保護者による過去の報告**：保護者による報告は、保護者や法的後見人、あるいは、ADHDをもつ本人の子どもを知っている人から入手できるだろう。後者の場合、情報提供者は当時成人していた、あるいはADHDをもつ本人よりずっと年上のきょうだいである必要がある。保護者による過去の報告は、直接会って面接を行うか、電話や保護者用評価尺度に記入してもらうことで収集する。
- **身近な人による報告**：ADHDをもつ本人の身近な人から本人の行動に関する現在の情報を得るのは大切なことである。身近な人とは、配偶者や恋人、同僚、親友など、本人と接する機会の多い大人である。この情報は直接会って面接を行う、または電話や、成人用ADHD評価尺度に記入してもらうことで収集する。
- **成人用ADHD評価尺度**：DSM-IVにより得られるカテゴリー診断の情報を補うため、ADHD行動の一次元的アセスメントを行わなくてはならない。

- **過去のアセスメント**：ADHDをもつ本人に、ADHDの存在を裏付ける可能性のある追加資料があれば面接に持参するよう依頼するとよい。追加資料とは、過去の心理検査の結果や医学または精神医学の所見、成績表や教師からの手紙、学力試験の結果、最近の健康診断の結果、業務査定などが挙げられるが、これらに限定されるものではない。また、子どものころの写真をもってきてもらうと、患者の発達に関して視覚的な情報を得られる場合が多い。
- **併存障害の診断**：パートIIの面接を終了する前に、本人は包括的なDSM-IVの面接(SCIDなど)を受けるとよい。コンピューター版とテスト用紙版がMHSより出版されている(現在、日本語版はテスト用紙版のみ)。
- **神経心理学的、IQ、学力のアセスメント**：ADHDのアセスメント中に、知能と学力の検査(学習障害を除外するため)や他の神経心理学的検査の資料が必要になるかもしれない。「コナーズ持続性注意遂行検査」(Conners' CPT II)(日本語版は未公開)は、コンピューター上で注意力を要する作業を課し、不注意、および衝動的な行動に関する客観的データを集める神経心理学的検査の一例である。神経心理学的検査の結果自体から結論を出すことはできないが、神経認知機能についての関連情報を得られる可能性がある。

### フィードバックと連絡先について

ADHDの研究が実証されたのはごく最近のことと、成人ADHDのアセスメントに対する関心

は近年、劇的に高まってきている。しかし、成人 ADHD の診断は難しく、入手可能なデータは限られている。そのため、診断の助けとなる実証的な構造化面接の必要性が急速に高まっている。CAADID はそれに応えることができるだろう。CAADID は、子どもの ADHD 診断に推奨されているものと似たアセスメントモデルを使用し、様々な情報提供者とアセスメントツール、評価尺度を利用している。そのため、子どもや青年の診断の助けにもなる。他の評価尺度が成人の ADHD の一次元の診断を提供するのに対し、CAADID は臨床家や研究者が必要とするカテゴリ診断を行うのに役立つ。

CAADID は子どもと青年のために開発された DSM-IV の ADHD の診断基準に準拠しているた

め、この診断基準と成人 ADHD の関連性についての追加データが必要である。このため、CAADID の利用者にはこの検査のさらなる発展と改良のために役立つフィードバックを提供してもらうことが望まれている。興味のある方は、下記のメールアドレスを利用して、著者もしくは出版社宛に意見を提供していただきたい（英語のみ）。皆さまのご意見によって、CAADID は臨床家に高い信頼性と妥当性、関連性を提供するためにさらなる発展を遂げていくことになるであろう。

Eメールの送り先は、MHS Research and Development department 宛（メールアドレス：[r&d@mhs.com](mailto:r&d@mhs.com)）。

## 文 献

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(10) (Suppl.), 85S–121S.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Applegate, B., Waldman, I., Lahey, B. B., Frick, P. J., Ollendick, T., Garfinkel, B., Biederman, J., Hynd, G. W., Barkley, R. A., Greenhill, L., McBurnett, K., Newcorn, J., Kerdyk, L., & Hart, E. L. (1995). *DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder: Factor analysis of potential symptoms*. Chicago, IL: University of Chicago.
- Barkley, R., & Biederman, J. (1997). Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1204–10.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (1995). *Taking charge of ADHD*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A., Murphy, K., & Kwasnik, D. (1996). Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1, 41–54.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Mick, E., & Lapey, K. A. (1994). Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 53(1), 13–29.
- Brown, T. (1995). *Brown attention deficit disorder scales*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Chall, J. & Dale, E. (1995). *Readability revisited*. Cambridge, MA: Brookline.
- Coleman, W., Johnson, T., Schulte, A., & Shaywitz, B. (Eds.). (2001). Expert Consensus Guidelines: Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 4 (Suppl. 1).
- Conners, C. K. (1989, 1990). *Conners' Rating Scales—Revised (Long and short for teachers, parents, and adolescents)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K. (1994). *Conners' Adult ADHD History Form*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K. (1995). *Conners' Continuous Performance Test (CPT)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K. (1997a). *Conners' Global Index*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K. (1997b). *Conners' Rating Scales—Revised: Technical manual*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K. (1999). *Conners' Adult ADHD Rating Scales: Technical manual*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K. (2000). *Conners' Continuous Performance Test II: Computer Program for Windows™ (CPT II)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Conners, C., Erhardt, D., Epstein, J., Parker, J., & Sitarenios, G. (1999). Self-Ratings of ADHD symptoms in adults I: Factor structure and normative data. *Journal of Attention Disorders*, 3, 141–152.
- Conners, C. K., & Erhardt, D. (1998). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. In M. Hersen & A. Bellack (Eds.), *Children and Adolescents: Clinical formulation and treatment (Vol. 5)*. New York: Elsevier Science.
- Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, E. (1999). *Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS) Technical Manual*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.

- Conners, C. K., & Wells, K. C. (1986). *Hyperkinetic children: A neuropsychosocial approach*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Conners, C. K., Wells, K. C., Parker, J. D.A., Sitarenios, G., Diamond, J. M., & Powell, J. W. (1997). A new self-report scale for assessment of adolescent psychopathology: Factor structure, reliability, validity, and diagnostic sensitivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25 (6), 487–497.
- Dale, E., & Chall, J. S. (1948). A formula for predicting readability. Columbus, OH: Ohio State University Bureau of Educational Research. (Reprinted from *Educational Research Bulletin*, 27, 11–20, 37–54).
- Epstein, J. N., Johnson, D. E., Varia, I. M., & Conners, C. K. (in press). Neuropsychological assessment of response inhibition in adults with ADHD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*.
- Erhardt, D., Epstein, J. N., Conners, C. K., Parker, J. D.A., & Sitarenios, G. (1999). Self-ratings of ADHD symptoms in adults II: Reliability, validity, and diagnostic sensitivity. *Journal of Attention Disorders*, 3, 153–158.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hallowell, E., & Ratey, J. (1994). *Driven to distraction*. New York: Pantheon.
- Harrison, C. (1980). *Readability in the Classroom*. Cambridge University Press.
- Hinshaw, S. P. (1994). *Attention deficits and hyperactivity in children*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jensen, P. S., Traylor, J., Xenakis, S. N., & Davis, H. (1988). Child psychopathology rating scales and interrater agreement: Vol. I. Parents' gender and psychiatric symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 442–450.
- Johnson, D. E., Epstein, J. N., Waid, R. L., Latham, P. K., Voronin, K. E., & Anton, R. F. (in press). Neuropsychological performance deficits in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*.
- Klein, R. G., & Mannuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactive children: A review. Special Section: Longitudinal research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (3), 383–387.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50 (7), 565–76.
- March, J. S., Wells, K., & Conners, C. K. (1995). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Part I. Assessment and Diagnosis. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 1 (4), 219–228.
- Murphy, K., & Barkley, R. A. (1995). Preliminary normative data on DSM-IV criteria for adults. *ADHD Report*, 3, 6–7.
- Richters, J. E., Arnold, L. E., Jensen, P. S., Abikoff, H., Conners, C. K., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., Pelham, W. E., & Swanson, J.M. (1995). NIMH collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD: I. Background and rationale. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (8), 987–1000.
- Sallee, F. (1995). *Attention Deficit / Hyperactivity Disorder in Adults*. Champaign, IL: Grotelueschen Associates.
- Seidman, L. J., Biederman, J., Weber, W., Hatch, M., & Faraone, S. V. (1998). Neuropsychological functioning in adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 44, 260–268.
- Shaffer, D. (1994). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 633–638.
- Shekim, W. O., Asarnow, R. F., Hess, E., Zaucha, K., & Wheeler, N. (1990). A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Comprehensive Psychiatry*, 31(5), 416–25.
- Spencer, T., Wilens, T., Biederman, J., Faraone, S. V., Ablon, J. S., & Lapey, K. (1995). A double-blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52(6), 434–43.

Wender, P. H. (1995). *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. (Vol. 295). New York: Oxford Press.

Wender, P. H., Reimherr, F. W., & Wood, D. R. (1981). Attention deficit disorder (minimal brain dysfunction) in adults: A replication study of diagnosis and drug treatment. *Archives of General Psychiatry*, 38(4), 449–456.

Wilens, T. E., Spencer, T. J., & Prince, J. (1997, Spring). Diagnosing ADD in adults. *Attention!* 3, 27–35.

Wender, P. H. (1995). *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. (Vol. 295). New York: Oxford Press.

Wender, P. H., Reimherr, F. W., & Wood, D. R. (1981). Attention deficit disorder (minimal brain dysfunction) in adults: A replication study of diagnosis and drug treatment. *Archives of General Psychiatry*, 38(4), 449–456.

Wilens, T. E., Spencer, T. J., & Prince, J. (1997, Spring). Diagnosing ADD in adults. *Attention!* 3, 27–35.

【日本語文献】

米国精神医学会 [APA] (編), 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸 (訳): DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版, 医学書院, 東京, 2004

C・K・コナーズ (原著), 田中康雄 (監訳), 坂本 律 (訳): Conners 3 日本語版マニュアル, 金子書房, 東京, 2011

C・K・コナーズ, D・アーハート, E・スパロー (原著), 中村和彦 (監修), 染木史緒, 大西将史 (監訳): CAARS 日本語版マニュアル, 金子書房, 東京, 2012

# 資料

## DSM-IV 診断基準

『精神疾患の診断・統計マニュアル第4版』（DSM-IV; APA, 1994）では、注意欠如・多動性障害（DSM-IV では「注意欠陥／多動性障害」）（ADHD）を、「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」の中の、「注意欠陥および破壊的行動障害」の下に分類している。DSM-IV による ADHD 診断には、次の5つの診断基準すべてを満たすことが必要である。

### 基準 A

DSM-IV によると、ADHD の本質的な特徴は、不注意症状と多動性-衝動性症状の両方、あるいは一方が持続し、同程度の年齢で一般的に見られるよりも、その頻度と重症度が高いことである。特に、9つの不注意症状のうち6つ以上と9つの多動性-衝動性症状のうち6つ以上あるいは、そのいずれかが少なくとも6か月以上続いたことがあり、その程度は不適応的で、同性で同年齢の人の発達の水準に相応しないものでなくてはならない。

### 基準 B

症状が何年間も続いてから診断を受ける人は多いが、不注意症状または多動性-衝動性症状のいくつかが7歳以前に存在し、障害を引き起こしていなくてはならない。

### 基準 C

これらの症状による障害のいくつかが、少なくとも2つの状況において（例えば、家庭や職場 [または学校]）存在しなくてはならない。

### 基準 D

発達上適切な社会的、学業的、または職業的機能

を妨げている明確な証拠がある。

### 基準 E

その障害は広汎性発達障害、統合失調症、またはその他の精神病性障害の経過中にのみ起こるのではなく、気分障害、不安障害、解離性障害、または人格障害などの他の精神障害によってうまく説明されない。

注記：DSM-IV において、広汎性発達障害には、アスペルガー障害、自閉症障害（非定型自閉症障害を含む）、小児期崩壊性障害、レット障害、および他の特定不能の障害が含まれる。

## 基準 A のサブタイプ

DSM-IV では、基準 A に基づき、ADHD を3つのサブタイプに分類している。これらのサブタイプへの分類は、基準 B～E を満たしていることが前提となる。サブタイプは次の通り。

### 314.01 ADHD, 混合型

6つ以上の不注意症状と6つ以上の多動性-衝動性症状が、6か月以上続いている場合に用いられる。子どもおよび青年にもっともよく見られるタイプだが、成人に関しても同様であるかどうかは分かっていない。

### 314.00 ADHD, 不注意優勢型

6つ以上の不注意症状が6か月以上続いている場合に用いられる（多動性-衝動性症状は5つ以下）。女性にはこのタイプが多い。

### 314.01 ADHD, 多動性-衝動性優勢型

6つ以上の多動性-衝動性症状が6か月以上続いている場合に用いられる（不注意症状は5つ以下）。不注意症状は顕著な臨床的特徴として表れ

ることが多い。

## DSM-IV 分類の注意点

青年や成人で、特に、現在では ADHD の基準

を完全に満たしていない場合には、「部分寛解」と特定すべきである。また、不注意症状や多動性-衝動性症状が顕著だが、ADHD の基準を完全に満たしていない障害については、「314.9 特定不能の ADHD」という診断を用いる。

# 索引

## か行

- 回答の妥当性 27
- 回答を省略すべき場合 13
- 過去のアセスメント 29
- 過少診断 8
- 過剰診断と誤分類 7
- 寛解の判定 14
- 患者の行動観察 19
- 鑑別診断の分析 28
- 危険因子 27
- 基準 A——ADHD 症状の判断と記録 13
- 基準 B——発症年齢の判断 14
- 基準 C——ADHD 症状の広汎性の判断 15
- 基準 D——ADHD 症状に起因する障害のレベルの判断 15
- 検査の実施とスコアリングに関する注意点 20
- 検査用具 10
- 子どもの ADHD の障害の程度の判断 16
- コナーズ持続性注意遂行検査 (CPT, CPT II) 20
- コナーズ成人 ADHD 診断面接 (CAADID) 3
  - CAADID の解釈 27
  - CAADID の開発 5
  - CAADID の実施とスコアリング 10
  - CAADID の実施方法 10
    - (CAADID) パート I の実施 11
    - (CAADID) パート II の実施 12
  - 検査用冊子パート II 記入例: 4 ページ 21
  - 検査用冊子パート II 記入例: 発症年齢と症状の広汎性 22
  - 検査用冊子パート II 記入例: 障害 23
  - 検査用冊子パート II 記入例: サマリーシートとスコアリングのルール 24, 25, 26
- コナーズ成人 ADHD 評価スケール (CAARS) 20
  - CAARS 自己記入式用紙 29
- このマニュアルの内容 4

## さ行

- サマリーシートとスコアリングのルール 19
- 実施手順 11
- 症状の経過 27
- 症状の診断基準を満たさない場合 27
- 衝動性 1
- 小児期の ADHD 診断という前提 9
- 小児期の ADHD の診断基準の追加 5
- 小児期の行動に基づいた症状の定義 9

- 症例報告 31
  - 39歳, 男性, 注意散漫でだらしない 31
  - 50歳, 女性, 飽きやすく, 何事にも無関心 34
  - 21歳, 男性, 集中できない 37
- 所要時間 10
- 神経心理学的, IQ, 学力のアセスメント 30
- 成育歴の入手 5
- 成育歴を記録する 11
- 成人 ADHD 診断のユタ基準 (ユタ診断基準) 2, 5
- 成人 ADHD の障害の程度の判断 17
- 成人 ADHD の診断面接の必要条件のまとめ 6
- 精神科診断面接マニュアル (SCID) 12
- 精神疾患の診断・統計マニュアル第 4 版 (DSM-IV) 2, 5
  - DSM-IV 診断基準 47
  - DSM-IV 分類の注意点 48
- 成人における症状数の減少 8

## た行

- 多動性 1
- 注意欠如・多動性障害 (ADHD) 1
  - ADHD 症状の存在を判断する際の一般原則 14
  - ADHD 症状をアセスメントするための質問の流れ 13
  - ADHD のアセスメントの問題点 7
  - ADHD の危険因子 11
    - (ADHD の) サブタイプ 47
      - ADHD, 混合型 47
      - ADHD, 不注意優勢型 47
      - ADHD, 多動性-衝動性優勢型 47
  - ADHD の診断プロフィール 27
- 適切な介入や治療方法の決定 30
- 特定不能の ADHD 9, 48

## な行

- 7 歳以前の発症 9
- 入手可能な他の情報と結果を統合する 29

## は行

- パート I の実施 11
- パート II の実施 12
- 背景情報を記録する 11
- 発症年齢 9
  - 発症年齢の基準を満たさない場合 28
- 不注意 1

併存障害	7
併存障害の診断	29
併存障害のスクリーニング	11
報告された問題の背景	27
他の疾患に付随する症状	7
保護者による過去の報告	29

## ま・や・ら行

---

身近な人による報告	29
面接者の訓練	10

有害な環境に起因する症状	8
利用原則	3
利用資格	4

## 英字

---

ADHD	1
DSM-IV	5
CPT, CPTII	20
CAARS	20

**CAADID™** 日本語版 マニュアル

---

2012年6月26日 初版第1刷発行

[検印省略]

定価 本体 8,000 円 + 税

著者 Jeff Epstein, Ph.D., Diane E. Johnson, Ph.D., & C. Keith Connors, Ph.D.

監修者 中村 和彦

監訳者 染木 史緒, 大西 将史

発行者 金子 紀子

発行所 株式会社 金子書房

〒112-0012 東京都文京区大塚 3 - 3 - 7  
TEL 03(3941)0111 (代) FAX 03(3941)0163  
振替 00180-9-103376

<http://www.kanekoshobo.co.jp>

印刷 藤原印刷株式会社 製本 株式会社宮製本所

---

©2012, Kanekoshobo Printed in Japan

# CAADID™ 日本語版

## パート I 生活歴

開発

■  
Jeff Epstein, Ph.D.  
Diane E. Johnson, Ph.D.  
C. Keith Conners, Ph.D.

監修

■  
中村和彦

監訳

■  
染木史緒  
大西将史

### 注意

■□■□■□■□■□■

この検査用冊子は、  
水色の用紙に青色の  
文字が印刷されてい  
るものが正式版です。  
これとは異なる体裁  
のものは違法に複製  
されたものです。

CAADID™ 日本語版 パート I : 生活歴

発行/株式会社 金子書房  
〒112-0012 東京都文京区大塚3-3-7  
TEL 03-3941-0111・Fax 03-3941-0163

For CAADID:

Copyright © 2001, 2012 Multi-Health Systems Inc. International copyright in all countries under the Berne Convention, Bilateral and Universal Copyright Conventions. All rights reserved. Not to be translated or reproduced in whole or in part, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, photocopying, mechanical, electronic, recording or otherwise, without prior permission in writing from Multi-Health Systems Inc. Applications for written permission should be directed in writing to Multi-Health Systems Inc. at 3770 Victoria Park Avenue, Toronto, Ontario M2H 3M6, Canada. Japanese edition translated, adapted and published by Kaneke Shobo Co. Ltd. under license from Multi-Health Systems Inc.

本冊子を無断で複製、謄写し使用すると本館により処罰されます。