

評価スケールの利用は次第に広まり、この尺度を発表した博士の論文は最も引用された回数が多い文献となった。博士の神経心理学分野の初期の研究成果の大半は、妻であるカレン・C・ウェルズ博士との共著“Hyperactivity in Children: A Neuropsychological Approach”（子どもの多動：神経心理学アプローチ）にまとめられている。

現在はデューク大学で ADHD の臨床プログラムを実施するほか、米国国立精神保健研究所（NIMH）による ADHD 児のマルチモダル療法の研究（MTA 研究）に携わっている。この NIMH の研究は、「ADHD, 混合型」の 7～9 歳の子どもへの薬物療法、心理社会的療法、および両者の組み合わせによる効果を比較するものである。臨床医学分野と研究分野の双方で、ADHD の理論と実践の分野に最も貢献してきた一人として世界的に認められているコナーズ博士は、心理学分野の財産と呼ぶに相応しい実績を残している。

# 著者の序文

コナーズ成人 ADHD 診断面接 (CAADID™) は、ADHD 症状のみられる成人のアセスメントに役立てるべく開発された。私たちは他の研究者や臨床家と同様に、妥当性の実証された基準として DSM-IV による ADHD の分類を用いてきた。しかし、多くの臨床家と同様、私たちは ADHD の診断を要する成人の急激な増加に直面し、子どもおよび青年の調査研究に基づいた診断法を、成人患者には最適でないと知りつつ用いることに懸念を覚えた。

様々な年代の多くの成人患者から得た症状の自己報告に基づく実証的研究によると、不注意、多動性、および衝動性は一般的にみられるものの、成人特有の特徴が伴うことが示唆された (Conners, Erhardt, Epstein, Parker, & Sitarenios, 1999; Erhardt, Epstein, Conners, Parker, & Sitarenios, 1999)。だが、こうした新しいデータを取り入れた面接法は開発されていなかった。

子ども用に開発された面接検査 (Conners-March Developmental Questionnaire [CMDQ], Diagnostic Interview for Children and Adolescents [DICA] など) は、診断に関連する小児期の情報を系統立てて収集するには有益だったが、現在の成人としての機能に関してはほとんど情報を得られなかった。中でも生活歴については、青年期や成人期の初めまでの完全な成育歴を十分に把握することができなかった。現在の症状に焦点を絞った面接法もいくつかあったが、それらには過去の症状に関する項目は含まれていなかった。だが、ADHD の診断基準を満たすためには、現在と過去の両方において ADHD の症状が認められることが重要だと私たちは考えている。したがって、成人の ADHD 患者を担当する臨床家と研究者のいずれもが使用可能な、生活歴と診断面接法の開発が必要なのは明らかだった。

私たちは CAADID を自分たちの ADHD 外来における成人患者に対して導入した。通常、患者には診断評価を受ける前に自宅などであらかじめパート I (生活歴) を記入してもらったが、記入上の問題は特に報告されていない (むしろ時間と費用の節約になるという好意的な評価があった)。実際、この作業は患者自身に有益な情報を提供し、また洞察を深める経験であり、これまで経験した様々なことを振り返るよい機会になったと多くの患者が述べている。臨床家にとって、この生活歴によって得られた臨床情報は非常に大切なものである。ADHD 患者には、4つ以上の大学に入学し、10カ所以上就職先を変えるなど、きわめて混乱した生い立ちをもつ者が珍しくない。この生活歴への回答によって、臨床家は患者の ADHD の診断可能性を検討し、鑑別診断を行うことができる。少なくとも、CAADID の生活歴の部分によって、パート II (診断基準) で得られるすべての情報を文脈に沿ってとらえることができるようになる。

CAADID の診断基準の部分は、患者へ診断基準を適用する際に臨床家の案内役を担う臨床ツールである。この尺度を使用する際、臨床家は DSM-IV の診断基準について記憶に頼る必要もなければ、質問に対する患者の回答を記録するための特別な用紙を作成する必要もない。CAADID の診断面接法を実施することにより、あらゆる症状や診断基準が包括的に評価され、

正確に記録される。また、この面接法を用いることで、現在、および小児期の両方の症状が確実に評価できる。

CAADID のもう 1 つの特徴は治療経過を把握できることである。初めに ADHD の診断を行うのに使用するだけでなく、その後の経過を観察するために繰り返し使用することができる。診断面接には「障害」のレベルを特定する項目が設けられている。この障害評定は臨床および研究の場で一般的に使用されている臨床全般印象 (CGI) 尺度と同じように用いることができるが、より正確で特異性が高い。この障害尺度の定期的な利用により、患者への治療効果を確認し、治療法の決定に役立てることができる。

成人の ADHD については目下研究の途上であり、実証的な情報が増えるにつれ、おそらく変化が生じるだろうということははっきりと認識している。しかし、CAADID が、ADHD の症状がみられる成人患者に対する包括的な評価法を構築するための確固たる基盤となることを私たちは願っている。評価尺度や他の情報に加えて CAADID を使用することにより、臨床家は患者と実際に接した様子を踏まえてカテゴリーに基づく分類ができるようになる。これにより、評価尺度から得られる一次元の診断システムを補完できる。CAADID が臨床家、研究者の両者にとって臨床の場で価値のあるツールの 1 つになることを願っている。また、症例報告やまとまったデータの提供、あるいは改善すべき点などをお知らせいただくと幸いである。

ノースカロライナ州ダーラムにて

ジェフ・エプスタイン, Ph.D.

ダイアン・E・ジョンソン, Ph.D.

C・キース・コナーズ, Ph.D.

# 発行者の序文

成人 ADHD のアセスメントに大きな進展をもたらす、DSM-IV 準拠のコナーズ成人 ADHD 診断面接 (CAADID<sup>TM</sup>) をご紹介できて光栄に思います。CAADID は子どもの ADHD 診断に提唱されているのと同様に、様々な情報提供者やアセスメントツール、評価尺度を用いたアセスメントモデルを用いています。他の評価尺度が成人 ADHD の一次元の診断のみを提供するのに対し、CAADID は臨床や研究に必要なカテゴリー診断を可能にします。

成人の注意欠如・多動性障害 (ADHD) の症例が報告されたのはごく最近であり、成人 ADHD の評価への関心は、ここ数年で著しく高まっています。しかし、成人 ADHD の診断には困難が伴い、データも限られているため、診断のための実証に基づいた構造化面接の必要性が非常に高まっていました。CAADID はこれを補うものとなるでしょう。

CAADID は成人 ADHD の診断面接の複数の要件を満たすように開発されました。第一に、成人患者のアセスメントに必要な自己報告が可能な文体と形式を採用しています。第二に、成人患者の包括的な背景情報と成育歴が得られます。第三に、研究者や臨床家に広く採用されている DSM-IV 基準に基づいたカテゴリー診断を提供します。そして最後に、CAADID は成人期と小児期両方の ADHD の診断基準を評価します。ADHD は小児期の早期にはじまる持続的な発達障害なので、最後の点は重要です。そのため、成人の患者が小児期、特に小学校低学年のころに ADHD の問題をもっていたかを決定することが必要です。CAADID はこれらの要件をすべて満たしており、成人の ADHD のスクリーニングに最適なことがわかっていただけると信じています。

使いやすさを考え、CAADID はパート I とパート II の 2 部構成になっており、それぞれの所要時間はおよそ 1 時間半です。患者は臨床家との面接に先立ち、パート I を質問紙として各自で記入できます。この方法には 2 つのメリットがあります。まず、面接全体に要する時間を短縮できます。さらに、臨床家はパート I で該当すると回答した質問に焦点を当てることができます。CAADID のパート I とパート II は検査用冊子を使って簡単に記入できるので、臨床家はすべての関連する情報を集められます。さらに、CAADID にはサマリーシートとスコアリングのルールが含まれており、検査用冊子のスコアリングと収集した情報のまとめが容易に行えます。このマニュアルでは CAADID のスコアリング法を詳しく述べます。

CAADID には ADHD の臨床家であり、研究者としても傑出した実績をもつ C・キース・コナーズ博士の 30 年余りに及ぶ経験が活かされています。コナーズ博士は生涯のテーマとして ADHD 関連の研究を重ね、多数の著作を残してこられたこの分野の第一人者です。博士が独自の研究をもとに発表した最初の ADHD 評価尺度 (コナーズの評価スケール) は、その有効性と簡潔さ、使いやすさから他の ADHD 研究者にも広く採用されています。そして今回、ジェフ・エプスタイン博士、ダイアン・ジョンソン博士と共同で、かねてから求められていた多様式のシンプルな成人 ADHD 面接法を開発されたのです。このプロジェクトに貢献していた

だいたキャサリン・キャンベル, ジャニス・バルボア, ラリー・ガイツケル, マギー・レイズ, リサ・ケネディ, ジェニファー・ブラウントンの各氏に感謝を申し上げます。

CAADID が皆さまにとって効率がよく使いやすい成人 ADHD アセスメントツールとなることを願っています。様々な研究や臨床の場での CAADID の有効性について、皆さまのご意見をいただければ幸いです。

発行者

スティーブン・J・スタイン, Ph.D.

ceo@mhs.com

# 第1章

## はじめに

注意欠如・多動性障害<sup>1</sup> (ADHD) は、一般的に思春期以降は症状が落ちつくといわれていた。だが、1980年代から1990年代初頭に行われた一連の縦断的研究により、ADHDは非常に多くの場合慢性的なものであることが明らかになった(レビューについては、Klein & Mannuzza, 1991; Weiss & Hechtman, 1993 参照)。小児期にADHDと診断された者の多くは、青年期やしばしば成人後もその症状を示す。最近の研究結果によると、ADHDと診断された子どもの50~65%には、成人後も症状がみられることが示されている(Barkley, 1995)。ADHDの症状が継続することに加え、これらの成人には、教育や職業における達成度の低さ、不安定就労、薬物乱用、あるいは反社会的行動のリスクがあることもわかってきた(Barkley, Murphy, & Kwasnik, 1996; Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy, & LaPadula, 1993; Weiss & Hechtman, 1993)。ADHDの問題を示す成人によくある訴えや所見を次の節に挙げる。

### 成人の ADHD によくみられる 訴えと所見

ADHDの成人の症状には、子どもにみられるDSM-IVの多動性、衝動性、および不注意と類似するものがある。それ以外の症状は、気分や社会的要因、あるいは心理的問題に関連するものである。以下に様々な種類の症状を挙げる(Sallee, 1995を改変)。

#### 多動性に関連する症状

- リラックスできない

- 眠りが浅い
- 過剰に活動的なライフスタイル
- 絶えず無意味に手足を動かす
- 強迫的、刺激希求的、あるいは反社会的行動

#### 衝動性に関連する症状

- 抑制が効かない
- アルコール、あるいは他の薬物(特にカフェイン)の乱用
- 家庭内暴力
- 結果をよく考えずに話す、あるいは意思を決定する

#### 不注意に関連する症状

- 物事の整理ができず、非効率的
- 物事を先延ばしにする
- 先の計画を立てられない
- 物忘れをする
- 複数の作業を一度にこなせない
- 作業遂行にかかる時間を読み誤る
- 作業を終えられない
- 気が散りやすい
- 長い説明を理解できない

#### その他の症状

- 急激な気分の変化や過度の興奮性
- 短気
- 自尊心が低い、自己不全感が強い
- 欲求不満耐性が低い、常に荷が重いと感じている
- 頑固
- 運転中の交通違反

1 2008年6月に日本精神神経学会から『精神神経学用語集 改訂6版』が発表され、これまでわが国では「注意欠如/多動性障害」と表記されていた“Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder”の訳語が「注意欠如・多動性障害」へと修正された。

- 仕事や人間関係を継続させるのが困難
- 本来の能力に見合った職業に就くことができない

こうした調査結果から、成人の注意欠如・多動性障害に対する現象学アセスメント、診断、治療に対する関心が近年急に高まってきている。しかし、重要なのは成人の ADHD に関する臨床活動のペースが実証的に裏付けられたアセスメント、診断、および治療法の開発を上まわっている点である。成人の ADHD についての現象学的な理解はまだ始まったばかりである。成人の ADHD の特性についてわかっていることの多くは臨床的印象や事例報告の積み重ねによるものであり (Hallowell & Ratey, 1994)、信頼性と妥当性が確かな実証的評価法 (構造化面接など) が欠けている。

## 成人 ADHD 研究の制約

研究の進歩を妨げる重要な要因の1つは、成人の ADHD の適切な診断基準についてまだコンセンサスが得られていないことである。臨床家や研究者に広く利用されているにもかかわらず、DSM-IV (精神疾患の診断・統計マニュアル第4版; American Psychiatric Association, 1994) の ADHD の診断基準には、いくつかの重大な問題がある。この診断基準は、4~16歳の子どもおよび青年を対象にしたフィールドテストに基づいて作成されている (Applegate et al., 1995 参照)。したがって、成人の ADHD への DSM-IV の診断基準の適用には多くの点で疑問がある。

- ADHD の症状の現象学と機能的影響には加齢に伴う変化があるため (March, Well, & Conners, 1995; Weiss & Hechtman, 1993 参照), DSM-IV の項目には、成人の ADHD の中核症状 (身の回りの管理や計画性, 時間管理など) が適切に抽出されておらず、内容的妥当性に欠ける可能性がある。
- DSM-IV の項目表現が成人には不適切な可能

性がある。

- ADHD を3つのサブタイプ (不注意優勢型, 多動性-衝動性優勢型, 混合型) に分類することの妥当性は成人に関しては不明である。

DSM-IV に代わるものとしては『成人 ADHD 診断のユタ基準 (ユタ診断基準)』 (Wender, 1995; Wender, Reimherr, & Wood, 1981) が広く用いられている。この基準は、成人期の ADHD と、この障害の成人における症状の表現形を特定する研究を促進したという点で発見的価値があるが、やはりいくつかの問題点がある (Conners et al., 1997 参照)。

- 実証的裏付けの不足
- ADHD の古い基準 (DSM-III) と関連している
- 他の障害 (反抗挑戦性障害, 反社会性人格障害など) と重複する症状が含まれている

成人期の ADHD の特性と適切な診断基準の双方が不確かなことを考慮すると、信頼性と妥当性の高い診断手順と尺度がまだ開発されていないのは驚くに値しない。

## 成人 ADHD のアセスメントに関する問題

子どもの ADHD の診断は実施基準 (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997) や妥当性の高い様々な尺度があることと (Barkley, 1998; Hinshaw, 1994), 現在や過去の症状と様々な領域の機能水準について複数の人から情報を提供してもらえることによって支えられている。米国児童青年精神医学会は児童と青年, 成人の ADHD のアセスメントと治療のための指標を示しているが, 成人の ADHD の評価はまだ始まったばかりで, 多くの複雑な問題を抱えている。例えば, 処方制限のある薬剤を入手するための症状の偽装や, 自己診断の流行 (障害についての認知が広がり, メディアで広く報道

された結果、次第に増えてきている)は詐病や誤診につながりかねない。さらに、成人の ADHD の診断は子どもの ADHD よりも難しいと多くの研究者が指摘している (March et al., 1995; Shaffer, 1994)。その理由を以下に示す。

- 現在と小児期の両方に症状が存在することを立証する必要がある
- 当時の学校の記録がない
- 評価尺度の妥当性が乏しい
- 併存障害の出現率の増加
- 成人期の状態に関する知識そのものが限られている

使用される尺度は異なるにしても、成人の ADHD のアセスメントは、子どもの ADHD のアセスメントと同じモデルに則るべきである。つまり、アセスメントには様々な情報提供者と多様な尺度のほか、中核症状と随伴症状の存在や早期の発症、症状が慢性的かつ広汎であることを立証するための詳細な病歴の把握、さらに併存障害を評価し、かつ鑑別診断を行うための系統的な取り組みが必要になる。加えて、アセスメントツールとして面接や評価尺度（自己報告と観察者による報告の両方）、観察、場合によってはさらに知能検査と神経心理学的検査などが用いられる。

すでに、自己記入式あるいは ADHD の子どもをアセスメントする際に使用する保護者用と教師用の評価尺度 (Conners, Erhardt, & Sparrow, 1999; Brown, 1995) のように、同じ項目について複数の人が報告する形式の評価尺度が開発されている。成人 ADHD の評価尺度として信頼性と妥当性が示されているものもあるが (Conners, Erhardt, Epstein, Parker, & Sitarenios, 1999; Erhardt, Epstein, Conners, Parker, & Sitarenios, 1999)、これらの尺度は成人 ADHD を一次元でのみ評価する。しかし、研究や臨床の場ではカテゴリー診断が求められていることが多い。子どもの ADHD をアセスメントする場合、臨床家は臨床面接を主要なアセスメント法として用い評価尺

度など一次元のアセスメントツールをアセスメントの補助とすることが多い。したがって、目標は成人の ADHD のアセスメントに有用なカテゴリー式の面接法を開発することである。

## CAADID の利用

「コナーズ成人 ADHD 診断面接<sup>TM</sup> (CAADID<sup>TM</sup>: Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV<sup>TM</sup>) は、成人にみられる ADHD に関連する症状や行動を複数領域にまたがり測定する手段である。病院外来、居住型治療施設、刑務所、精神科病院、個人診療所など様々な場で、日常的なスクリーニング検査の一環として利用できる。また、治療中の ADHD 症状の変化の観察にも有用である。

CAADID は点数化ができるほか (第 4 章「CAADID の実施とスコアリング」参照)、研究において参加者のグループ分けを定義するのに役立つ診断カテゴリーの情報が得られ、また質的分析のための多様な情報を提供するための研究にも有用である。

CAADID のパート I は、質問事項に正直に答えることを嫌がったり、答えられない者に対しては自己記入方式で使用するのは好ましくない。また、見当識障害や重い障害のある者への使用も避けたほうがよい。読み能力の乏しい者に対しては、実施者が質問項目を読み上げて代わりに回答を記入してもよい。

## 利用原則

CAADID は臨床アセスメントにおいて唯一の情報源として利用することは想定されていない。CAADID は複数の情報源による完全な臨床アセスメントの代わりにはならないのである。これは短い自己報告と面接に基づいた臨床家が総合的な臨床アセスメントの一環として利用すべき尺度である。利用に当たっては、回答者が正確に症状



を報告しない、あるいは面接中に不正確な回答をする原因となるあらゆる要因を考慮しなくてはならない。

## 利用資格

CAADIDのようなアセスメントツールを利用するすべての者は、心理アセスメント、中でもその解釈の基本原則と限界について理解していることが不可欠である。患者にCAADIDをきちんと実施するためには、繰り返し臨床的判断を行う必要があるだろう。このため、CAADIDのパートIIは心理学や精神医学、社会福祉学の専門学位（修士、博士、心理学博士など）を有する専門家や医師が面接を実施しなくてはならない。

CAADIDを利用する者は全員、米国心理学会による心理検査の規範（AERA, APA, & NCME, 1999）をよく理解していなければならない。また、この種の検査を利用する資格条件として、心

理検査の倫理的使用に関する一連の基準を踏襲する専門家団体の会員であることも含まれる。

## このマニュアルの内容

次章以降では、CAADIDの実施やスコアリングの方法、検査結果の解釈と利用法について詳しく説明する。また、CAADIDの背景や開発についても述べる。第2章ではCAADIDの開発について、第3章では成人ADHDのアセスメントにおける重要な問題についての議論を取り上げ、これらの問題への対処法を提案する。第4章ではCAADIDの実施とスコアリングについて詳細に説明し、第5章で検査結果を解釈する手順を述べる。第6章ではCAADIDの解釈例として3件の症例研究を紹介する。第7章では成人ADHDの包括的、多面的アセスメントの一部としてCAADIDを利用することについて、まとめを示す。

## 第2章

# CAADIDの開発

成人 ADHD をアセスメントするための面接形式は、子どものアセスメント形式と本質的に異なる。一番の違いは、子どもの ADHD の面接では診断基準の決定が保護者と教師の報告に依存する点である。ほとんどの場合、子どもは面接の過程に関与しない。しかし、成人のアセスメントの場合は症状の自己報告を患者本人から得る必要がある。もちろん、これは配偶者、友人、あるいは親類からの報告で補う必要がある。だが、面接での主たる情報提供者はおそらく患者本人だろう。したがって成人 ADHD のための面接を開発する第一段階は、保護責任者ではなく患者本人に適した形式と言葉を考えることだった。

### 成人 ADHD の診断基準の選定

患者向けの効率よい面接ができれば、面接を開発するための次の重要なステップは、成人の ADHD を診断する基準を何にするかという問題だった。DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) の ADHD の診断基準は臨床医や研究者に広く利用され、成人の ADHD の診断に携わる専門家にも支持されている (Wilens, Spencer, & Prince, 1997)。前述の通り、DSM-IV に代わる診断基準は「ユタ診断基準」である。DSM-IV と「ユタ診断基準」のそれぞれに長所と短所はあるものの (第1章の「成人 ADHD 研究の制約」に既述)、DSM-IV が研究者や臨床家に最も広く使われている基準であることは明らかである。成人の診断に DSM-IV の基準を用いる利点は次の通りである。

- 同様の行動上の症状を幅広い年齢にまたがって追いかける。
- 診断基準が子どもおよび青年のサンプルによ

って妥当性が十分に確認されている。

- DSM の基準を用いた成人 ADHD の行動的、認知的、および神経心理学的障害の存在が多くの研究により示され (Epstein, Johnson, Varia, & Conners, in press; Johnson, Epstein, Waid, Latham, Voronin, & Anton, in press; Seidman, Biederman, Weber, Hatch, & Faraone, 1998)、この基準をある程度裏付けている。
- 臨床医は DSM-IV の基準をよく知っている。

### 小児期の ADHD の診断基準の追加

成人の ADHD アセスメントに必要なもう1つの要素は、小児期の ADHD 症状の存在の確認である。ADHD は小児早期に始まる持続的な発達障害のため、子どものころ、特に小学校低学年の間に ADHD の問題があったのかどうかを確かめる必要がある。したがって、面接は成人期と小児期の両方について、ADHD の診断基準を査定するものでなければならない。

### 成育歴の入手

面接の最後の要素は、成人患者の背景情報 (年齢・性別など) と成育歴の総合的な情報を得ることである。ADHD の症状は状況に依存する。そのため、学校や仕事、結婚、精神科既往歴などの成育歴を理解することは不可欠である。これは、ADHD 症状の現れ方と ADHD 症状が患者本人に与えた影響の大きさに関与した可能性のある様々な危険因子や保護因子について情報を得ることもなる。また、患者の ADHD 症状の発現に影響を与える可能性のある併存障害の存在についても調べなくてはならない。

## 成人 ADHD の診断面接の必要条件 のまとめ

この面接は、成人 ADHD 診断の一助となる臨床面接の必要性に以下の点から応えるものである。

- 自己報告に適した言葉づかいと形式を用いている。
- 成人患者の背景情報と成育歴を包括的に得られる。
- DSM-IV の基準に準拠したカテゴリー診断を提供する。
- 成人期と小児期両方の ADHD の診断基準をアセスメントする。

## 第3章

# ADHDのアセスメントの問題点

成人 ADHD をアセスメントするにあたり、臨床家は多くの問題点に留意しなくてはならない。この章ではこうした問題を詳しく説明し、それぞれにどう対処すべきかを提案する。

### 過剰診断と誤分類

子どもの ADHD 同様、成人の ADHD のアセスメントにも過剰診断や誤分類の恐れがある。ADHD の症状の多くは障害をもたない人にもよくみられ、健全な発達の範囲内である可能性もある。成人の場合、加齢により ADHD 症状のような行動（集中力が続かないなど）を示すこともある。

#### 解決策：

この面接は、患者への説明の中で、どんな人でもある程度は ADHD 様の行動をするものだとすることを伝えるように作られている。この面接の目的は、患者のこうした行動が同年代の人に比べ、顕著（頻度や度合について）かどうかを判定することにある。患者が症状があると答えた場合には毎回、その症状について「同年代の人より問題があると思う」かどうかたずねる。また、臨床家はその症状の有無を臨床的判断力を用いて見極めるために、それぞれの症状の行動上の現れ方について患者個人の情報を集めるよう指示される。これにより一般的な行動が ADHD の症状として報告あるいは記録されることは減少するだろう。

### 他の疾患に付随する症状

発達的に、ADHD の成人は ADHD の子どもより高い率で併存障害をもっているようである (Biederman et al., 1994)。成人 ADHD は不安障

害や気分障害、物質関連障害の深刻な問題を抱えている場合が多い (Shekim, Asarnow, Hess, Zaucha, & Wheeler, 1990)。ADHD の症状の多くは ADHD 固有の症状ではなく、他の精神病理とも関連している。また ADHD のような症状を示す医学的状態もある。以下に不注意を呈する精神疾患と身体疾患を挙げるが、これらがすべてという訳ではない。

### 注意や秩序立てて物事を遂行することに問題を示す可能性のある精神状態

- 統合失調症
- 双極性障害
- 気分循環症
- うつ病（焦燥を伴う）
- 不安障害
- 反社会性人格障害
- 境界性人格障害
- 演技性人格障害
- アルコール中毒または離脱症状
- 他の物質乱用障害
- 間欠性爆発性障害
- 解離性障害
- 外傷後ストレス障害
- 行為障害
- 学習障害
- 年齢相応の活発さ
- 知的障害
- ストレス、環境

ウェイド、ジョンソン、アントン (Waid, Johnson, & Anton, 1998) を改変。

## 注意や秩序立てて物事を遂行することに問題を示す可能性のある医学的状態

- 頭部外傷
- 認知症
- せん妄
- 腫瘍（前頭葉，頭頂葉，側頭葉）
- トウレット障害
- 脳卒中
- 甲状腺機能亢進症
- 甲状腺機能低下症
- 腎機能障害
- 肝機能障害
- 無酸素性脳症
- ビタミン欠乏症
- 慢性閉塞性肺疾患
- 多発性硬化症
- てんかん，けいれん
- 感覚器障害（難聴など）
- 薬の副作用
- 神経疾患としての不眠症

ウェイド，ジョンソン，アントン（Waid, Johnson, & Anton, 1998）を改変。

### 解決策：

成育歴の項目には，簡単な併存障害のスクリーニングが含まれている。このスクリーニングの目的は，ADHD 以外の疾患，特にうつ病，不安障害，物質関連障害の有無を手短に判断することである。服薬歴は身体化障害や医学的状態の有無を知る手がかりとなる。さらに，併存障害の可能性を効果的に除外するため，CAADID<sup>TM</sup>に加えて他の障害をアセスメントする包括的な面接を行うことが強く望まれる。また，注意深い生活歴の聴取，つまり ADHD の症状と問題の慢性性と広汎性の経過を他の精神障害の出現との関連から記録することは，ADHD を他の精神疾患と識別する有効な方法である。

## 有害な環境に起因する症状

ADHD の症状は有害な環境（混乱した家庭や，力不足の学級運営，心理社会的ストレスなど）の結果である可能性もある。こうした環境は子どものころにも存在するが，日常生活におけるストレス要因は大人になると増加し，ADHD の行動特徴と似た状態を起こす可能性がある。

### 解決策：

背景情報や成育歴を調べる CAADID のパート I では，心理社会的ストレスやその生活への影響をアセスメントする項目がある。もちろん，ADHD 症状の発達の経過を見極めるために，面接全体を通して得た情報を利用することも必要である。例えば，小児期の ADHD の症状の有無や，これまでの症状の消失の有無（パート II）などである。CAADID は ADHD 様の行動の出現が一時的か状況依存的，あるいは反応性のものではなく，一生を通じて現れる安定した行動特徴であることを確認するために，患者の生涯にわたる症状の存在をアセスメントするよう作られている。

## 成人における症状数の減少

DSM-IV の診断基準は子どもに基づいて開発され，成人用の基準は別に設けられていない。マーフィーとバークレー（Murphy & Barkley, 1995）は467人の成人を対象に調査を行い，93%の信頼区間で ADHD の診断を裏付けるには，30～49歳の場合で9項目のうち4つの ADHD を示せばよいほどに，ADHD の行動における項目の該当数が減少することを示した。また，50歳以上の成人については，9項目のうち3つが存在すればよいとした。これは現在の DSM-IV の診断基準が成人 ADHD を実際より少なく過少診断している可能性を示唆している。

**解決策：**

過少診断は、解決までにさらなる研究が求められる重要な問題である。すでにいくつかのグループが、成人の症状基準の特徴に関する研究に着手している。これらの研究によって、将来使用できる正確な標準化データが得られることを願う。今のところは、子ども用に記述された DSM-IV の基準に基づいて従来通り試行錯誤しながら診断を行うしかない。だが、不注意症状と多動性-衝動性症状の両方、あるいはいずれか一方に該当する症状が6項目未満で、DSM-IV の基準 B~E に該当する成人については、「特定不能の ADHD」と診断することが推奨されている。

**小児期の行動に基づいた症状の定義**

もう1つの問題として、不注意症状や多動性-衝動性症状が、多くの場合、小児期の行動という観点で定義されることが挙げられる。唯一の例外は多動で、成人期では落ち着かない感じの自覚に置き換えられる (APA, 1994)。だが、現在の DSM-IV の診断基準には、ADHD の成人に多い「実行機能」の問題（一度に複数の作業ができない、課題遂行にかかる時間を読み違える、事前に計画を立てられないなど）は含まれていない。

**解決策：**

CAADID では、症状について質問する時に DSM-IV の言葉を成人の行動の現れ方にうまく置き換えている。しかし、DSM-IV の表現がそぐわない場合は、DSM の症状基準に沿って成人の行動の現れ方に合うよう質問を修正している。さらに、DSM-IV のそれぞれの症状について、CAADID では症状を反映する行動と考えられる子どもと成人の行動のリストを挙げてある。これは、臨床家が報告された行動とそれぞれの症状の

一貫性を判断する際の助けとなる。こうした行動の例は患者に参考として示してもよい。

**小児期の ADHD 診断という前提**

DSM-IV の診断基準では、成人期の ADHD と診断される前提として、DSM-IV の基準に沿う小児期の ADHD 診断が必要かどうかは明記されていない。この基準を成人期に満たすのはきわめて難しい。なぜなら本人の記憶による生活歴は不確かで、保護者から生活歴について裏付けを得られないかもしれないかもしれず、そして昔は小学校低学年で ADHD の症状を特定する方法が今日ほど広く知られても洗練されてもいなかったからである。

**解決策：**

CAADID は小児期と成人期の ADHD を両方同時に診断できるように開発されている。それらの症状が出現した小児期に ADHD の症状があった場合には、年齢を尋ねる。DSM-IV の ADHD の診断基準 B（発症年齢）は、少なからぬ議論を呼んできた。7歳以前の発症の必要性を裏付ける実証的根拠はほとんどない (Barkley & Biederman, 1997)。成人の診断においては、過去の想起をしなくてはいけないという問題があり、7歳を境界線とすることがさらなる議論の的になってきている。だが、先に述べたように、患者のこれまでの人生を通して症状が存在していることを示す必要があるのは明らかである。DSM-IV の概要に沿って発症年齢に関する基準に従い、A, C, D, E には該当するが発症年齢が7歳以降である成人は「特定不能の ADHD」と診断するのがおそらく最も慎重なやり方だろう。しかし、患者の小学校時代の症状を思い出させるほうがより正確かもしれない。

## 第4章

# CAADIDの実施とスコアリング

CAADID<sup>TM</sup>は、DSM-IVの診断基準の概要を示し、それらの基準について質問する際のガイドラインと捉えるべきである。基準の存在の有無と、複数のアセスメントツールや情報提供者の間に生じた矛盾を解決するには、自分自身の臨床的判断を用いる必要がある。

### 面接者の訓練

すべての面接者は、患者に面接を実施する前にCAADIDの訓練を受けなくてはならない。指導はCAADIDを日常業務で利用している臨床家によることが望ましい。推奨される面接者の指導手順は次の通りである。

1. CAADIDのマニュアルを概説する。
2. 検査用冊子について概説し、質問があればそれに答える。
3. 実際の患者ではない人に面接を実施するロールプレイを行う。
4. 経験豊富な専門家の監督下で患者にCAADIDを実施する。

### 検査用具

CAADIDの実施には専用の検査用冊子を用いる。冊子には実施とスコアリングに必要なすべての情報が盛り込まれている。CAADIDの実施前には、以下のものがあることを確認しておく。

- 未使用のCAADID検査用冊子（回答者1名につき1冊）
- 芯の軟らかい鉛筆かボールペン

### CAADIDの実施方法

CAADIDはパートIとパートIIに分かれており、それぞれがADHDの有無を臨床的に判断するための必須情報を収集する。検査の実施には、2通りの方法がある。

#### 方法1：

パートIとパートIIの両方を臨床面接として実施するが、実施は2回に分ける。パートIを最初の面接でパートIIを2回目の面接で実施する。

#### 方法2：

面接に先立ち、あらかじめ患者にパートIを質問紙として記入してもらう。これにより実施時間を大幅に短縮できる上に、初回の面接でパートIで該当するとされた質問に重点を置くことができる。該当するとされた項目や一般的でない回答について明らかにし、さらに詳しく聞くため、まずはパートIを患者と一緒に再確認する。その上でパートIIを患者に実施する。

### 所要時間

初回面接におけるパートIの所要時間は60～90分、面接前に患者によって検査用冊子に回答が記入されていた場合は内容の再確認に30～60分かかる。

パートIIの所要時間は約60分である。したがって実施に必要な時間は合計で2時間～2時間半となる。パートIを患者があらかじめ回答している場合には、患者に30～60分余計に時間がかかる。

## 実施手順

面接を始める前には、患者のインフォームド・コンセントを得なければならない。その上で、CAADIDの検査用冊子を用いて以下の情報（患者の背景情報、発達に伴うADHD症状の変化、ADHDの危険因子の有無、DSM-IVのADHD診断基準A～Eに合致するかどうか）を収集する。ADHDの症状に関する質問の仕方についての詳細は、この章で後述する「ADHD症状をアセスメントするための質問の流れ」の項を参照されたい。CAADIDの冊子にはパートIIのまとめとスコアリングを行うためのサマリーシートとスコアリングのルールが含まれている。

## パートIの実施

パートIの目的は、妊娠中から現在までの患者の生活歴を簡潔かつ包括的に把握することにある。質問と回答は、簡潔に回答できるような体裁になっている。回答のほとんどは「はい」「いいえ」の形式で示され、臨床データベース化したり、研究目的で利用しやすくなっている。さらなる情報を得るために追加の質問をする必要のある項目も多い。冊子に示されたこれら追加の質問の回答も記録しておくことよい。例えば、複数回入院したことが報告されたら、入院の理由を余白に記入しておく。パートIでは、患者の背景情報、成育歴、ADHDの危険因子、および併存障害のスクリーニングという4つの項目に関して情報を集める。

### 背景情報を記録する

背景情報には、出身地や保護者の職業、患者の現在の職業、家族構成などが含まれる。その目的は、過去および現在の患者の症状の背景を知ることにある。

### 成育歴を記録する

成育歴には、患者の学校時代の様子や職歴、人

間関係についての質問が含まれる。質問に対する回答には、患者の症状の出現の背景を示し、困難を示す領域を特定するという2つの目的がある。例えば、大学に何度も入学する、度重なる夫婦間の問題や再婚の繰り返し、多すぎる転職などは、すべてADHDの行動特徴の表れである。

## ADHDの危険因子

危険因子に関する質問は、図4-1 (p.12) に示したモデルに基づいている。子どもの行動は、遺伝的影響や、新生児期や周産期の脳損傷、正常範囲内の気質の個人差、さらに環境上の危険因子と保護因子といった様々な危険因子の複雑な相互関係の結果として最終的に現れる。ADHDに辿りつく道すじは1つではなく、いろいろな危険因子と保護因子の組み合わせによりADHDの行動が現れる。そのため、以下の7つの危険因子が特定されている。

1. 妊娠中の要因
2. 分娩時の要因
3. 気質的要因
4. 発達上の要因
5. 環境的要因
6. 医学的要因
7. 家族的背景や遺伝的要因

(最後の危険因子である精神病理の併存については、次の「併存障害のスクリーニング」で取り上げる。)

様々な研究によって、こうした要因がADHD症状の発現にかかわっていることが明らかになっている（これらの危険因子の概論については、コナーズとアーハートの論文（Conners & Erhardt, 1998）参照）。

## 併存障害のスクリーニング

併存障害のスクリーニング用の質問（「成人期併存障害について」）は、ADHDとしばしば併存する障害の有無を調べるためのものである。ADHD以外の精神病理のアセスメントが必要な理由は2つある。第一に、前述の通り、ADHD



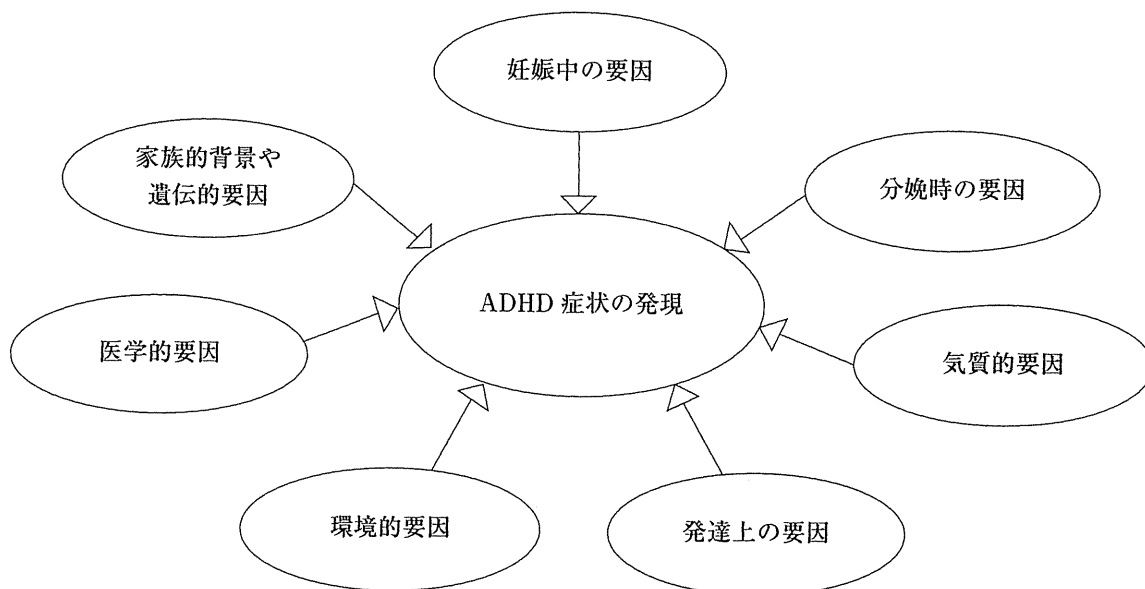


図4-1 小児期の ADHD の危険因子

の診断に必要な症状と重複する併存障害がいくつかある。例えば、不安障害や気分障害、物質関連障害の診断基準には認識機能の障害が含まれている。これらの認識機能の障害は ADHD の症状と間違えられることがある。重要なのは ADHD にみえる症状が関連障害の症状ではないことを見極めることである。第二に、成人の ADHD 患者の多くが ADHD に加え、併存する精神病理をもつことである。こうした併存障害にも治療の必要があるかもしれないので、他にどのような精神病理をもつのか見極めることは不可欠である。

一般に成人の場合、ADHD が最初に現れ、その後併存障害が出現する。

併存障害のスクリーニングの質問に1つでも該当する場合、気分障害のアセスメントを追加する必要がある。例えば、「しばしば憂うつな気分や悲しい気持ちになる」と患者が答えている場合、可能であれば『精神科診断面接マニュアル (SCID)』(Structured Clinical Interview for DSM-IV; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) などの臨床面接を用いて、気分障害の診断基準についてたずねなければならない。特に成人の ADHD 患者でも併存障害の率が高い群に対しては、併存障害のスクリーニングの質問に頼らず、

代わりに他の併存障害を包括的に評価する面接法 (SCID など) を用いることが望ましい。

併存障害のスクリーニングの質問 (あるいは可能な場合は、SCID などの追加で行う包括的な精神病理面接) への患者の回答に基づき、ADHD の症状の現れ方に影響を及ぼす可能性のある別の障害の有無を見極める。この情報は、DSM-IV の ADHD 診断基準 E の判断にも用いられる。

## パート II の実施

パート II の目的は、患者が DSM-IV の ADHD 基準 A~D に該当するかどうかを判断することにある。基準 E については、パート I で取り上げている。

パート II は3つの部分で構成されている。最初の部分では DSM-IV の不注意の症状の有無 (基準 A)、その発症年齢 (基準 B)、および広汎性 (基準 C) を評価する。次の部分では、多動性-衝動性について基準 A~C の評価を行った後、不注意と多動性-衝動性の症状が合わさることで生じる障害 (基準 D) について評価する。最後にパート II のまとめとスコアリングのためのサマリーシートとスコアリングのルールがあり、DSM-IV の診断基準のアセスメントの助けとなる。

### 回答を省略すべき場合

パート II には注記が6箇所ある。これは、患者がその領域には困難がないと報告した場合に省略してよい質問を示している。例えば、患者が小児期に不注意症状がなかったと回答した場合、不注意症状が現れた年齢を質問してはならない。それぞれの注記の指示に従うことで、関係のない不必要な質問をせずにすむ。

### 基準 A—— ADHD 症状の判断と記録

不注意症状と多動性-衝動性の症状の有無は別々に判断する。また、成人期と小児期の症状の有無も別々に判断する。それぞれ「成人期」「小児期」と記された左右2つの欄の上部に主眼となる質問が示される形式になっている（本書 p.21, 図4-2）。成人期の症状の有無を判断するため、「成人期」の欄に書かれた通りに質問を読み上げて患者の回答を促す。患者が該当すると答えた場合、成人してからのそれらの行動の例を尋ね、下の欄に記入しなくてはならない。それぞれの症状について追加の質問をし、どのような行動がその症状に該当するかの指針としていくつかの行動の例が挙げてある。

対象となる行動の存在を確認し、その行動の例を記入したら、その症状が臨床的に顕著であるか判断しなくてはならない。主眼となる最初の質問の下には追加の質問があり、患者が最初の質問に該当すると回答したら追加の質問もしなくてはならない。この追加の質問は書いてある質問文通りに質問をしなくてはならない。それぞれの質問に対する回答は質問文の下の欄に記入する。

各ページの上部に記されている質問は、関連する DSM-IV の診断基準の文章がそのまま示されている。患者の最初の質問への回答とその例、そして追加の質問への回答に基づき、患者の行動が DSM-IV の基準に該当し、症状が存在すると記録すべきか判断しなくてはならない。症状が存在すると判断した場合、「成人期」の欄の一番下にある「成人期に症状が認められますか」という質

問の横の「はい」に丸をつける。症状が認められない場合は「いいえ」に丸をつける。

成人期の症状の有無を判断したら、小児期について同様の質問を繰り返す。しかし、項目の表現は小児期の症状の現れ方に合わせて変えてある。「小児期」の欄にも、小児期の行動と症状の有無を記入する。

### ADHD 症状をアセスメントするための質問の流れ

ADHD の症状の存在を1つずつアセスメントするための標準的な質問の流れは、以下の通りである。

1. 主眼となる最初の質問をする。例：「あなたは細かいことに気を配れなかったり、不注意による間違いをしたりすることがよくありますか」
2. 成人期の行動の例を聴取し、成人期の欄に記入する（必要であれば、検査用冊子にある具体例を利用して、患者の回答を促す）。
3. その症状が臨床上意味をもつかどうかを判断するため追加の質問をする。例：「細かいことに気を配れなかったり、不注意による間違いをしたりすることについて、同年代の人より問題があると思いますか」。そして、回答を記録する。
4. 患者が症状基準に当てはまるかどうかを臨床的に判断して、「成人期に症状が認められますか」という質問のとなりの欄の「はい」または「いいえ」に丸をつける。
5. 成人期の症状の有無にかかわらず、小児期に合うように表現を変えた最初の質問をする。例：「あなたは子どものころ、細かいことに気を配れなかったり、不注意による間違いをしたりすることがよくありましたか」

か」

6. 小児期の行動の例を聴取し、小児期の欄に記入する（必要であれば、用紙にある具体例を利用して患者の回答を促す）。
7. その症状が臨床上意味をもつかどうかを判断するため追加の質問をする。例：「子どものころ、細かいことに気を配れなかったり、不注意による間違いをしたりすることについて、同年齢の子どもより問題があったと思いますか」。そして、回答を記録する。
8. 患者が症状基準に当てはまるかどうかを臨床的に判断して、「小児期に症状が認められますか」という質問のとなりの欄の「はい」または「いいえ」に丸をつける。

#### ADHD 症状の存在を判断する際の一般原則

CAADID を使って患者に ADHD の症状があるか判断する場合、以下の原則が適用される。

- 原則として、ある症状が存在し、かつ臨床上意味をもつとするためには「その症状の引きおこす問題が、他の同年代（同年齢）の人よりも多い」と患者本人が報告することが必要である。つまり、それぞれの症状が存在すると判断するためには、患者が追加の質問にも該当すると答える必要がある。
- ADHD の症状の多くはある程度重複しているが、同じ行動を2つの異なる症状として記録してはならない。そうではなく、その行動が最も当てはまる症状の欄1カ所に記入すべきである。
- 成人期にみられる症状が小児期に存在しなかったことはあり得るし、またその逆もしかりである。そのために、成人期と小児期の症状の有無は別々にアセスメントされる。

- どのような症状についても、小児期の行動の現れ方は成人期のものとはかなり異なることに留意しなくてはならない。検査用冊子にある行動の具体例を参考に患者へ質問を行い、それを踏まえた判断を下す。
- ある症状について最初に患者に質問した時には何の問題も報告しなかったのに、面接を進めていくうちにその症状に該当する行動が報告されることがある。そのような場合、回答欄の記述が患者の口頭での回答内容と矛盾しないよう、症状に関する記録を修正しなくてはならない。

#### 基準 B——発症年齢の判断

この項と次の2つの項では、不注意症状領域について次の3つの要因を判断する過程の詳細を述べる（検査用冊子パート II, p.14）。

- ADHD 症状の発症年齢
- ADHD 症状の寛解
- ADHD 症状の広汎性

多動性-衝動性についても同様の手順で3つの要因を判断する（検査用冊子パート II, p.24）。

不注意（あるいは多動性-衝動性）症状があると認められた後、その発症年齢を見極めるための質問をする（本書 p.22, 図4-3, 「DSM-IV 基準 B」の1参照）。症状があるとされた小児期の不注意症状をすべて書き出し、「発症年齢」の質問（「こうした症状が最初にあらわれたのは、何歳のときですか」など）をする。それぞれの症状領域について発症年齢を記入する。

#### 寛解の判定

次の質問では、ADHD の症状がずっと続いているか、あるいは軽減したことがあるかを尋ねる（本書 p.22, 図4-3, 「DSM-IV 基準 B」の2参照）。この質問および関連する質問は DSM-IV の ADHD の診断基準に含まれているわけではない

が、これらは障害の経過について重要な洞察を与えてくれる上、症状の発現に参与している可能性のある他の併存障害の存在を示唆してくれることもある。

ADHDは完全寛解期のない持続性の障害である。ADHDの症状を訴える成人は、これまでに症状が軽減した時期はあったとしても（認知処理能力があまり要求されない環境に置かれた場合など）、ADHDの症状が完全になくなった時期はないはずである。完全寛解期があったという患者には、その時期を確かめ、それが何らかの環境変化に伴うものかを確認しなくてはならない。もし、ADHD症状の完全寛解が環境変化によるものではないと考えられる場合、その患者はADHDではない可能性が高く、DSMの別の診断を検討しなくてはならない。

#### 基準C——ADHD症状の広汎性の判断

「DSM-IV基準B」の1.発症年齢と2.寛解の可能性のアセスメントに続き、症状の広汎性のアセスメントを行う。これは症状が現れる環境について質問することで明らかになる（本書p.22, 図4-3参照）。この際大切なことは、広汎性は環境についてであって、障害の領域についてではないことである。例えば、「自己概念」はADHDの子どもや成人にとって障害の領域にはなりうるが、環境ではない。そうではなくて、この質問の目的はADHD症状の起きる環境がいくつ存在するのかを判断することで症状の広汎性を判断することである。この広汎性の基準も不注意と多動性-衝動性の領域で別々に適用する。また、小児期と成人期の広汎性も別々に判断される。患者がADHDの症状をもつと報告した環境すべてに「はい」と記録する。

#### 基準D——ADHD症状に起因する障害のレベルの判断

ADHD症状に起因する障害の全体的なレベルを判断する際には不注意と多動性-衝動性の領域を分けることは難しいため、2つの領域を一緒に

して障害の総合的なレベルが決定される（検査用冊子パートII, p.25）。だが、患者に障害を与えているADHD症状の程度を小児期と成人期に分けて判定することは可能である。そのため、障害は患者が小児期に障害されていた特定の領域について思い出してもらうことで査定される（本書p.23, 図4-4参照）。以下の領域が、小児期の領域として査定される。

- 学校での行動
- 家庭での行動
- 社会的な行動
- 自己感覚, 自己概念, 自尊心

最初に、小児期にみられた症状を挙げ、それらの症状がどの程度上記の機能領域に障害をもたらしていたかをたずねる。患者の反応を記録し、それぞれの領域において患者がどの程度障害されていたか、あるいはされていなかったかについて臨床的判断を下す。4つすべての障害領域について決定したら、障害の程度について臨床的に評価する（本書p.23, 図4-4参照）。障害の程度は、「正常, 障害なし」「境界域の障害」「軽度の障害」「中等度の障害」「著しい障害」「重度の障害」「最重度, 非常に深刻な障害」の中のいずれかから決める。以下の説明を参考に、最も適切な障害の程度を決定する。

患者にはDSM-IVの基準において著しい障害を示している必要がある。「軽度の障害」の記述にあげられている内容は、患者の行動が少なくとも1つの領域において正常に機能する能力を阻害していること、介入を要する問題を引き起こしていること、そして、その行動が他者から異常と見なされていることなどの著しい障害を含む。この障害のレベルをカットオフポイントとして使用することで、DSM-IVのADHDの疾病分類の基準Dを満たしているかどうかを正確に判断できるだろう。