

子どもの ADHD の障害の程度の判断

次に示す症状の程度の判断のためのカテゴリりは一般的なガイドラインを示すためのものであり、すべての例を含んでいるわけではない。患者によってはこれらのカテゴリりに含まれない症状や機能を示すこともある。また、1つ以上のカテゴリりに該当する行動や特徴を示す患者もいるだろう。すべてのカテゴリりの中で全般的に最も近いものを1つ選び、患者の機能水準を推測するために最善を尽くさなくてはならない。

正常，障害なし

- 社会，家庭，または学校において顕著な問題はない。自尊心は高い。
- 友だちを作り，友人関係を維持することが容易にでき，良いソーシャルスキルをもっている。
- 社会的で他人に共感することができ，クラスメートのために思っている。
- 家庭では，おおむね家庭のルールや期待に沿っている。
- 家庭では素直に言うことを聞き，ほとんど，あるいはまったく問題行動を示さない。
- 学業面では，すべて，あるいはほとんどの科目で本人の能力から考えて妥当な成績を示している。
- 課題をきちんと，期限内に終わることができると。
- 教室での態度は模範的である。
- 気分が安定し，ストレスにもうまく対処でき，難しいことにも適切な情緒的反応をする。
- 興味や活動の範囲が広く，課外活動への関与も積極的である。

境界域

- 家庭，学校，社会的機能，自尊心や気分のうち，問題がある事項が1つしかない。
- 友だちを作ったり，友人関係を維持することに多少問題はあがあるが，友だちにはほぼ受け入れられている。

- 友だちといざこざがあったり，仲良くすることや受け入れられることに多少困難があるが，普段は孤立したり拒否されていない。
- 家庭では，些細な行動上の問題や反抗的態度，強情さをみせたり，だらだらしたりするが，おおむね聞き分けがいいほうであり，保護者は問題に対応できている。
- 学力に多少問題がある，または宿題を終えるのに特別な努力が必要だったり，課題を仕上げるのに多少困難を伴ったりするが，最終的にはこなすことができている。
- 教室で些細な問題があり，人や物に手を出したり邪魔をすることがややあるが，たいいていの行動は許容範囲内である。
- 時々不安になったり悲しくなったりと，やや気分の変動がみられるが，いつもは快活で，ストレスをコントロールできている。
- 興味や活動の範囲がやや限定されていて，多くの活動を「退屈だ」と感じているが，ほとんどの活動に参加している。

軽度の障害

- 家庭，学校，社会的機能，自尊心や気分のうち，問題がある領域が1つしかない。
- 障害に起因する介入が必要なレベルの問題があるが，家庭，学校，社会的機能や自尊心あるいは気分を深刻におびやかすほどではない。
- 定期的な治療までは必要なく，短期間のカウンセリングやコンサルテーションによってうまくやっけていける。
- 本人や家族は問題による苦痛をやや感じているかもしれないが，全般的には定期的な治療の必要はないと感じている。

中等度の障害

- 家庭，学校，社会的機能，自尊心や気分の領域において，2つ以上の領域に問題がある。
- 何らかの治療が明らかに必要である。
- 本人，または家族は頻繁かつ強い苦痛を感じている。

- 家庭では行動をコントロールしたり、必要なことを遂行させるのに明らかな困難がある。
- 学校での課題や行動、他人とのかかわりに明らかな困難がある。
- 障害に起因する問題により、成績に大きな問題がある、あるいは留年する可能性が高い。

- 本人は自分自身の行動をコントロールできないために極度の苦痛を感じている。あるいは深刻な結果をもたらすまで自分の行動に意識が向かない。
- 身体拘束を避けるためには治療が必須である。

苦しい障害

- 家庭、学校、社会的機能、自尊心や気分の領域において、3つ以上の領域に問題がある。
- 治療は必要であり、受けることが望ましい。
- 障害の程度は深刻で、家庭、社会、および学校で耐えられないほどのストレスを抱える水準である。
- 権威や家庭、学校の規則に対する明らかな反抗がある、あるいは家庭と学校両方において顕著な破壊的行動がみられる。
- 特別支援教育あるいは行動介入が必要なほど深刻なレベルの学力困難や成績不振がみられる。
- ほとんど、あるいはまったく友だちがおらず、頻繁に仲間から拒否されていたり、仲間外れにされている。あるいは友だちの家に招かれることはめったにない。

重度の障害

- 家庭、学校、社会的機能、自尊心や気分の全4領域に問題を抱えている。
- 2種類以上の治療が必要である。
- 本人自身や、家庭、学校における苦痛は非常に大きく、広範囲にわたる。
- まったく友だちがおらず、友だちを作ったり、友だち関係を維持するのが難しい。

最重度、非常に深刻な障害

- いくつかの領域において、まったく機能できていない（例えば、学校に行っていない、あるいは留年を余儀なくされるなど）。家族は本人を受け入れてくれる施設を必死になって探している。本人はまったく友だちがおらず、社会とのかかわりも一切ない。

小児期の ADHD 症状の障害の程度を判断した後、成人期の ADHD 症状についても同じ手続きを行う。成人の場合には、以下の領域における障害を評価する。

- 学校・職場での行動
- 家庭での行動
- 社会的な行動
- 自己感覚、自己概念、自尊心

成人 ADHD の障害の程度の判断

小児期の場合と同様に、これらのどの領域において障害を抱えているかを判断する（検査用冊子パート II, p.25参照）。患者の成人期における障害の程度についても同様に判断する。

次に示す症状の程度の判断のためのカテゴリーは一般的なガイドラインを示すためのものであり、すべての例を含んでいるわけではない。患者によってはこれらのカテゴリーに含まれない症状や機能を示すこともある。また、2つ以上のカテゴリーに該当する行動や特徴を示す患者もいるだろう。すべてのカテゴリーの中で全般的に最も近いものを1つ選び、患者の機能水準を推測するために最善を尽くさなくてはならない。

正常、障害なし

- 本人が感じる苦痛は最低限、それは同年代で同じ状況にある平均的な成人が経験するものと同程度である。良い時も悪い時もあるが、それは通常の人生の一部としてのものであり、本人の目標を妨げるようなものではない。
- 通常の日課をこなしたり、物事を覚えたり、

よい課題に参加して取り組んだり、業務を遂行したり、判断を下したりできる。自尊心は高い。

- 目標を設定して、それを達成することができる。
- 注意力散漫なところや物忘れはあるが、その程度は年齢相応である。
- 職場でうまく機能できている。学生の場合、本人の能力や背景に見合う水準で機能している。
- 対人関係や家族関係はとてもうまくいっている。衝動をコントロールでき、他人の話をさえぎることはない。判断の誤りはほとんどなく、一貫した自己コントロールの水準を保っている。他人の感情を害するようなことはない。穏やかで、他人にも気を遣う。
- 家族や友人は、本人のことを基本的にすべての生活領域でうまく機能している普通の人とみなしている。

境界域

- 作業に集中することに時折困難を示すが、概してわずかな努力でうまくやれる。
- 鍵や仕事・勉強道具がどこにあるかわからなくなるなどの忘れっぽさはたまにあるが、仕事や学校、社会人としての責務に実害をもたらすほどのものではなく、基本的に少し迷惑になる程度である。
- 講義やコンサート、あるいは集会などでじっと席についているのはやや困難だが、ほとんどの人には気付かれないレベルである。うまくやっているように見えるし、ひどく落ち着きがない人とは思われない。
- たまに不適切なことを言ったり、間違えた判断をするなどの判断ミスをするが、全般的には、一貫した水準の自己コントロールを保っている。
- 家族や親しい知人には、やや変わっていて、落ち着きがなく、衝動的な行動をしようと思われているが、概して深刻に考える必要がない程度の失敗を時々する普通の人と考えられて

いる。

軽度の障害

- 職場や学校、家庭や家族、社会性や人間関係、個人生活や自尊心・気分の領域において問題になっている領域が1つしかない。
- ADHDに起因する治療が必要なレベルの問題があるが、仕事を失う、結婚生活が破綻する、卒業できなくなる、あるいは友人を作ったり友人関係を維持できなくなるなどの深刻な破綻を引き起こすほどではない。本人は治療を希望するかもしれないが、絶対に必要だとは思っていない。
- すべての目標を達成することはできないが、全般的には、本人がさらに努力をすることで、ほとんどの目標を達成することができる。
- 自分の能力を最大限に生かしきれていない。
- 他人からは、少し問題がある人とみなされている。

中等度の障害

- 職場や学校、家庭や家族、社会性や人間関係、個人生活と自尊心・気分の領域において、2つ以上の領域に問題がある。
- 障害は顕著だがひどく深刻なわけではない。仕事の質が下がる、職を失う、友人や家族とよい関係が保てなくなる、学力が下がるなどの恐れはあるが、まだ致命的な状況にあるわけではない。
- 生活の質（QOL）が明らかに低い。

著しい障害

- 職場や学校、家庭や家族、社会性や人間関係、個人生活と自尊心・気分の領域において、3つ以上の領域に問題がある。
- 障害の程度は深刻で、失業、退学、結婚の破綻、あるいは大切な友だちや支援者を失うなど、社会で機能し続けることに問題が生じる可能性のある水準である。
- 落ち着きのなさや衝動的行動、刺激追求、あ

るいは社会的規範の軽視によって、すでにひどく困難な状況に陥っている。

- 家や金銭の管理、育児、家事、および人との約束や病院の予約を守るなどの責任を慢性的に果たすことができない。仕事を始める、または最後まで終えることができないため、常に問題を抱えている。

重度の障害

- 職場や学校、家庭と家族、社会性や人間関係、個人生活と自尊心・気分の全4領域に問題を抱えている。
- 1つ以上の機能領域に相当な問題を抱えており、結婚生活や職業を維持したり、学校に在籍することが非常に困難である。
- かなりの治療が必要であり、治療をしないと問題のある領域の機能がさらに損なわれる可能性がある。
- 深刻な障害があり、支援や治療なしでは（社会的）責任を果たすために行動を変容することができない。

最重度、非常に深刻な障害

- 日常生活のほとんどの領域で著しい困難がある。例えば、仕事を続けることができない、衝動的な行動のためにまったく友人がいない、他人と親しい関係をもつことができない、学校の課題に集中できない、余暇を楽しむのに十分な時間じっと座っていることができない、などの問題がある。
- 衝動性と落ち着きのなさ、あるいは集中できないことにより、ほとんどの機能領域に深刻な影響がでている。
- 頻繁な衝動的行動や制御不能な行動により重篤な障害が生じ、その結果深刻な問題が引き起こされている。あるいは、深刻な結果をもたらすまで自分の行動に意識が向かない。

患者の行動観察

CAADID パート II の27ページには、患者の行動を観察して記録するためのチェックリストがあ

る。面接中、患者はしばしば ADHD の行動特徴と一致する、あるいは一致しない行動をみせる。例えば、多動性-衝動性の症状をもつ ADHD 患者の多くはそわそわしたり、面接中、ずっとは着席していられなかったりする。冊子の最後にはこうした行動特徴を記入するためのスペースがある。この情報は報告書を作成する際に役立つ。

サマリーシートとスコアリングのルール

サマリーシートとスコアリングのルール（検査用冊子パート II, p.28~30。本書 p.24~26, 図 4-5, 4-6, 4-7も参照）には、いくつかの目的がある。第一は、検査用冊子のパート II のスコアリングであり、これは DSM-IV による診断の有無の判断に役立つ。第二は、検査用冊子から得られたデータをまとめることである。これは患者の ADHD の特徴を、口頭あるいは報告書としてまとめるのに非常に役立つ。第三に、ADHD の診断に5つの診断基準すべてが使用されていることを確認する役割がある。

なお、検査用冊子パート II は、記入内容を相互参照しやすいように、すべての項目にアルファベットを用いたコードが割りふられている。

パート II のスコアリング

1. パート II の回答ページの各項目には、コードが割りふられた網掛けの回答欄（「はい／いいえ」の記入欄など）がある。ここに記入された数値や回答を、コードを手がかりに、サマリーシートとスコアリングのルールのページに転記する。
2. DSM-IV の5つの ADHD 診断基準に該当するかどうかを判断するため、サマリーシートのスコアリングの部分の下部にある「はい／いいえ」の質問に回答する。成人期と小児期のそれぞれについて「はい／いいえ」を回答する。
3. 28~29ページで得られた情報を用いて、小

児期，そして成人期に診断基準 A～E が満たされるかどうかを判断する。30ページに，小児期，成人期のそれぞれについて，「はい」または「いいえ」に丸をつける。

4. ADHD 評価の項目で小児期と成人期の両方，あるいはいずれか一方が「はい」に該当した場合，28ページに戻り，不注意症状と多動性-衝動性症状のどちらか，あるいは両方の基準を満たしているかを判断する。その上で，結果に従い，30ページに適切なサブタイプを記入する。

検査の実施とスコアリングに関する 注意点

検査の実施とスコアリングを行う際には，以下の一般的な事項を考慮に入れなくてはならない。

臨床全般障害（CGI）の評定

臨床家や研究者はしばしば，治療の進捗状況をアセスメントするために，複数時点において患者の障害の水準を判断する必要がある。CAADID に含まれる「障害」の項目は，このためのものである。CAADID 全体を実施しなくても，冊子の「障害」の項目の質問を用いて，患者の臨床全般障害（CGI）について臨床的判断を行うことができる。これらの CGI 進捗状況の評定は治療中を通じて比較が可能であり，治療をモニターし，治療指針の決定に利用することができる。もちろん，症状の現れ方についてさらに情報が必要であればパート II の成人に関連する質問を再び実施し，症状の有無，広汎性，および症状により生じている障害についてアセスメントできる。だが，発症年齢と小児期についての質問を繰り返し実施するのは好ましくない。こうした質問への回答は治療の結果によって変動しないはずだからであ

る。

CAADID を他のアセスメントと統合する

どんなアセスメントも面接から得られた情報のみに依存するべきではない。評価尺度や直接観察法，神経心理学的検査などから得た他の情報も含めなくてはならない。

次の 3 種類の検査は補足の情報を得るのに役立つ（現在，日本語版があるのは CAARS のみ）。

「コナーズ持続性注意遂行検査（CPT または CPTII）」

「コナーズ成人 ADHD 評価スケール（CAARS™）」

「コナーズ成人 ADHD 生活歴記入用紙」

コナーズ持続性注意遂行検査 （CPT または CPTII）

ADHD のアセスメントにおける課題の 1 つは，評価尺度によって得られる「主観的」評価を補完する「客観的」アセスメントツールである。CPT では，受検者はコンピューターのモニター上の刺激に直接反応する。CPT のプログラムは患者の注意力の限界を試す課題を含み，注意の問題の妥当なアセスメント法であるとされている（Conners, 1995; Conners, 2000）。

コナーズ成人 ADHD 評価スケール （CAARS）

成人の ADHD をアセスメントする評価尺度は多くない。CAARS は自己記入式と観察者評価式にわかれており，不注意，記憶，多動性，衝動性，対人関係の問題，気分の問題，および実行機能に関する項目が含まれている。また，DSM-IV の ADHD の診断基準に直結している項目もある。

手順

次のような手順で、それぞれの症状の欄に記入していきます。

1. まず、最初の質問をする。「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」。そして、患者から聞いた成人期の行動の具体例を所定の余白に記入する。必要に応じて、下に記されている具体例を利用して、患者の回答を促す。
2. 続いて、症状が臨床水準（域）にあるかを判断するために、次の質問をする。「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、患者の回答を所定の余白に記入する。
3. 患者の症状が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。
4. 成人期の症状の有無にかかわらず、小児期について、最初の質問をする。「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」。そして、小児期の行動の具体例を所定の余白に記入する。必要に応じて、下に記されている具体例を利用して、患者の回答を促す。
5. 続いて、症状が臨床水準（域）にあるかを判断するために、次の質問をする。「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、回答を記入する。
6. 患者の症状が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。

例

DSM-IV 基準 A(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、または不注意な過ちをおかす。	
成人期	小児期
<p>質問 1. 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。 (患者の回答や具体例を記入)</p> <p><u>細かい作業をするのが好きではない。妻が、資金の用意、納税申告、小切手帳の収支を合わせるなど、金銭面の管理を行っている。</u></p> <p>具体例： <input type="checkbox"/>不注意ミス <input type="checkbox"/>作業は早く終わるが、正確さに欠ける <input type="checkbox"/>作業に誤りがないか確認し忘れる <input checked="" type="checkbox"/>細かい作業が苦手である <input checked="" type="checkbox"/>何事にも大ざっぱ（例：銀行の残高を定期的にチェックしない）</p> <p>質問 1 に「はい」と答えた場合、 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。 (患者の回答や具体例を記入)</p> <p><u>このことを「問題」と表現することに不満そうな様子だ。</u></p>	<p>質問 1. 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。 (患者の回答や具体例を記入)</p> <p><u>よく教室で白昼夢を見ていたことを思い出す。不注意については教師や両親から頻繁に指摘されていた。</u></p> <p>具体例： <input checked="" type="checkbox"/>勉強や宿題の不注意ミス <input checked="" type="checkbox"/>よく物をなくした、手順がわからなくて苦労した <input type="checkbox"/>解答を見直さなかった <input type="checkbox"/>じっくりと考えずに、大急ぎで作業を終わらせた</p> <p>質問 1 に「はい」と答えた場合、 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。 (患者の回答や具体例を記入)</p> <p><u>はい。他の生徒や兄に比べてより問題があったようだ。</u></p>
成人期に症状が認められますか。 はい いいえ	小児期に症状が認められますか。 はい いいえ

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 Kaneko Shobo Co. Ltd. under license from Multi-Health Systems Inc.

図 4-2 検査用冊子パート II 記入例：4 ページ

DSM-IV 基準 B : 発症年齢

注 1 : 小児期に不注意症状が認められなかった場合には、下にある注 2 に進む。それ以外はこのまま続ける。

1. あなたには、子どものころにいくつかの不注意症状が見られました (小児期の基準 A (a)から A (i)で認められた症状を挙げること)。

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。

6	In-Age
---	--------

2. このような不注意症状が始まってから、それらの症状がいったんなくなり、またあとで症状があらわれたという時期はありましたか。

はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	In-Stop
----	--------------------------------------	---------

「はい」と答えた場合、

不注意症状がなくなったのは、何歳のときですか。

In-Stop-Age

不注意症状が再びあらわれたのは、何歳のときですか。

In-Return-Age

不注意症状がなくなった理由は何ですか。 _____

DSM-IV 基準 C : 症状の広汎性

あなたが子どものころ、学校生活を送っていた期間に (高校 3 年生まで)、不注意症状はどこで起こりましたか。

学校

家庭

スポーツやクラブ活動

<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	C-In-S
<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	C-In-H
<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	C-In-A

メモ : 家庭と学校の両方で問題が生じ、特にクラブやチームの活動に支障があった。 _____

注 2 : 成人期に不注意症状が認められなかった場合には、15 ページの多動性-衝動性症状に進む。それ以外はこのまま続ける。

あなたには、大人になってから次のような不注意症状が見られました (成人期の基準 A (a)から A (i)で認められた症状を挙げること)。

大人になってから、不注意症状はどこで起こりましたか。

学校 (当てはまる場合のみ)

職場

家庭

スポーツやクラブ・サークル活動

<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	A-In-S
<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	A-In-W
<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	A-In-H
<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	A-In-A

メモ : 時間や書類、日程の管理が難しい。 _____

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 Kaneko Shobo Co. Ltd. under license from Multi-Health Systems Inc.

DSM-IV 基準 D : 障害

注5 : 小児期に ADHD 症状が認められなかった場合には、26ページに進む。それ以外はこのまま続ける。

あなたが子どものころ、いくつかの不注意、多動性-衝動性症状があったことを確認してきました（小児期の症状を挙げること）。ここでは、これらの症状が、子どものころのあなたにどのような問題を引き起こしたのかを質問します。あなたが子どものころ、こうした症状が、次の4つの領域でどのような障害となりましたか。

学校での行動（成績や素行を含む）	障害が認められますか。
<p>白昼夢を見たり、退屈したりすることが多かった。教師の言うことを注意して聞くのが極めて難しかった。座っているのも難しかった。単位を2つ落とした。</p>	<p>C-Imp-Sc</p> <p><input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p>
<p>家庭での行動（宿題、日常生活に必要なスキル、家族との関係を含む）</p> <p>だらしない。宿題をするのに常に声をかける必要があった。家の手伝いや、店で品物を受け取ってくるなど、母親に頼まれたことを忘れる。食事中、席に着いているのが困難で、いつも最初に席を立っていた。</p>	<p>C-Imp-H</p> <p><input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p>
<p>社会的な行動（仲間との相互関係や、クラブ活動、スポーツ、ゲームなど余暇活動を含む）</p> <p>親しい友人関係を築き、それを維持するのが極めて困難。ゲームのルールをすべて覚えるのが難しく、周りの人はイライラしてゲームに参加させてくれなかった。</p>	<p>C-Imp-So</p> <p><input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p>
<p>自己感覚、自己概念、自尊心</p> <p>低い自尊心と「自分本来の力を発揮できないこと」にずっと苦しんできた。充実した社会生活が送れていないことに悩み、このことで常に苦しんできた。</p>	<p>C-Imp-P</p> <p><input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p>
<p>小児期の障害のレベルを総合的に評価して、下記の尺度から適切な数字を選択し、右の網掛けの欄に記入する。</p>	<p>6 C-Imp</p>
<p>1 正常、障害なし 5 著しい障害</p> <p>2 境界域の障害 ⑥ 重度の障害</p> <p>3 軽度の障害 7 最重度、非常に深刻な障害</p> <p>4 中等度の障害</p>	

注：障害についての詳細な説明は、CAADID 日本語版マニュアル第4章16～19ページを参照のこと。

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 Kaneko Shobo Co. Ltd. under license from Multi-Health Systems Inc.

図4-4 検査用冊子パートII記入例：障害

パートⅡ サマリーシートとスコアリングのルール

これまでのページの網掛け部分の回答内容を、下記の表に転記する。網掛け部分には、すべてコードが記されているが、データを正確に転記するために、サマリーシートにも同じコードが記されている。次に、DSM-IVの5つのADHD基準を満たしているかを判定するために、各記入欄の下部にある「はい/いいえ」の質問に回答する。成人期と小児期のそれぞれに、「はい/いいえ」で回答すること。

コードに従って、「はい」または「いいえ」を該当するコードの右側の空欄に記入して、すべての「はい/いいえ」回答を転記する。それぞれの縦列の「はい」の数を合計し、一番下にある「合計」の網掛け欄に記入する。成人期と小児期のそれぞれの列で、この手順に従って記入すること。

A. 症状の判断基準				
不注意症状				
	成人期		小児期	
a) 不注意ミス	A-In-(a)	はい	C-In-(a)	はい
b) 注意の持続が困難	A-In-(b)	はい	C-In-(b)	はい
c) 話を聞いていない	A-In-(c)	いいえ	C-In-(c)	はい
d) 指示に従えない、最後までやり通せない	A-In-(d)	いいえ	C-In-(d)	はい
e) 順序立てることが困難	A-In-(e)	はい	C-In-(e)	はい
f) 精神的努力を要する課題を避ける	A-In-(f)	はい	C-In-(f)	はい
g) 物をなくす	A-In-(g)	はい	C-In-(g)	はい
h) 注意散漫	A-In-(h)	はい	C-In-(h)	はい
i) 忘れっぽい	A-In-(i)	はい	C-In-(i)	はい
不注意症状合計	合計	7	合計	9
不注意 A基準：少なくとも6つの症状がありますか。	(はい)	いいえ	(はい)	いいえ
多動性-衝動性症状				
	成人期		小児期	
a) 手足をそわそわと動かし、落ち着かない	A-HI-(a)	はい	C-HI-(a)	はい
b) 座っていることが難しい	A-HI-(b)	いいえ	C-HI-(b)	はい
c) 走り回る/落ち着きがない	A-HI-(c)	いいえ	C-HI-(c)	はい
d) 静かな活動が苦手	A-HI-(d)	いいえ	C-HI-(d)	はい
e) 「あちこち動き回る」/「エンジンで動かされているように」活動的	A-HI-(e)	はい	C-HI-(e)	はい
f) シャベリすぎる	A-HI-(f)	いいえ	C-HI-(f)	いいえ
g) 出し抜けに答える	A-HI-(g)	いいえ	C-HI-(g)	いいえ
h) 順番を待つことが困難	A-HI-(h)	はい	C-HI-(h)	はい
i) 邪魔をする、または出しゃばる	A-HI-(i)	いいえ	C-HI-(i)	はい
多動性-衝動性症状合計	合計	3	合計	7
多動性-衝動性 A基準：少なくとも6つの症状がありますか。	はい	(いいえ)	(はい)	いいえ

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 Kaneko Shobo Co. Ltd. under license from Multi-Health Systems Inc.

図4-5 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

不注意症状、多動性-衝動性症状のそれぞれが初めて発現した年齢を記入する。

B. 発症年齢			
不注意症状の発症	In-Age	6	歳
多動性-衝動性症状の発症	HI-Age	4	歳
発症年齢 B基準：不注意症状、あるいは多動性-衝動性症状のどちらかが7歳以前に発症しましたか。		(はい)	いいえ

コードに従って、「はい」または「いいえ」を該当するコードの右側の空欄に記入して、すべての「はい/いいえ」回答を転記する。それぞれの縦列の「はい」の数を合計し、一番下にある「合計」の網掛け欄に記入する。

C. 症状の広汎性				
不注意症状				
	成人期		小児期	
学校	A-In-S	はい	C-In-S	はい
職場	A-In-W	はい		
家庭	A-In-H	はい	C-In-H	はい
スポーツやクラブ活動	A-In-A	はい	C-In-A	はい
不注意状況の合計	合計	4	合計	3
多動性-衝動性症状				
	成人期		小児期	
学校	A-HI-S	いいえ	C-HI-S	はい
職場	A-HI-W	はい		
家庭	A-HI-H	いいえ	C-HI-H	はい
スポーツやクラブ活動	A-HI-A	いいえ	C-HI-A	はい
多動性-衝動性状況の合計	合計	1	合計	3
広汎性 C基準：症状が2つ以上の状況で起こっていますか (不注意状況、あるいは多動性-衝動性状況のいずれかの合計スコア>1)。	(はい)	いいえ	(はい)	いいえ

障害評価が3以上の場合は「はい」に、それ以外は「いいえ」に丸をつける。成人期と小児期の両方の欄で行うこと。

D. 障害				
	成人期		小児期	
障害の症状	A-Imp		C-Imp	
障害 D基準：障害を示していますか（障害評価が3以上）。	(はい)	いいえ	(はい)	いいえ

E. 診断基準				
	成人期		小児期	
症状は別の障害の存在によって、うまく説明されますか。	はい	(いいえ)	はい	(いいえ)
「はい」と答えた場合、 DSM-IV 基準での診断は何ですか。	DSM-IV コード：			
	DSM-IV 障害名：			

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 Kaneko Shobo Co. Ltd. under license from Multi-Health Systems Inc.

図4-6 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（続き）

この「評価」のページでは、小児期、成人期のそれぞれで、診断基準 A~E を満たしているかどうか、「はい」または「いいえ」に丸をつける。小児期と成人期の両方、あるいはいずれか一方で、「はい」に丸がついた場合、サマリーシートの最初のページ (28ページ) に戻り、不注意症状と多動性-衝動性症状のどちらの基準を満たしているか、あるいは両方の基準を満たしているかを判定する。その結果に従い、適切な DMS-IV ADHD サブタイプに丸をつける。

小児期の ADHD 評価

小児期の CAADID への回答は、診断基準 A~E のすべてを満たしているか。

はい

いいえ

「はい」と答えた場合、

症状基準は、以下の ADHD サブタイプ (1つ選んで、丸をつける) を満たす。

不注意優勢型

多動性-衝動性優勢型

混合型

成人期の ADHD 評価

成人期の CAADID への回答は、診断基準 A~E のすべてを満たしているか。

はい

いいえ

「はい」と答えた場合、

症状基準は、以下の ADHD サブタイプ (1つ選んで、丸をつける) を満たす。

不注意優勢型

多動性-衝動性優勢型

混合型

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 Kaneko Shobo Co. Ltd. under license from Multi-Health Systems Inc.

第5章

CAADID の解釈

CAADID™を解釈するために、次の6つのステップに従う。

1. CAADID への回答の妥当性をアセスメントする

解釈に関する次のステップに進む前に、検査の妥当性を脅かす要因について考えなくてはならない。「ごみを入れたらごみしか出ない」の格言どおり、回答者からの情報が無効であれば、誤った結果が得られるだろう。この検査は面接に基づいたアセスメント法であるため、有効なデータを得る上で最大の障害は偏った回答である。成人の患者は、職場や学校、家庭の機能の問題を裏付けるために ADHD の診断を求めている場合もある。臨床の現場では、学生が大学で特別な個人指導や試験での配慮を受けるために ADHD と診断されようとするケースも複数あった。このような場合、患者は症状やそれに関連する問題を過大報告することがある。反対に、患者本人は問題があると感じていないのに上司や配偶者、友人などが患者に無理矢理診察を受けさせようとしている場合もある。その結果として、患者が自分の症状を過少報告する可能性がある。患者の回答の妥当性を判断するために最も有効な方法は、同じ内容について他の人からも報告を得ることである（ステップ5の「入手可能な他の情報と結果を統合する」参照）。面接中の質問への回答が正確か、そして患者の真の心理的特徴を正しく反映しているかを見極めるのは臨床家の義務である。

2. 危険因子、症状の経過、および報告された問題の背景を十分に把握する

成人 ADHD は小児期に発症する発達障害であるため、障害の経過を知り、過去から現在までの症状の背景を理解するために、患者の完全な成

歴を把握することが必須である。CAADID のパート I では、患者の小児期と成人期の経験についての情報を得られるようになっている。臨床家は患者の現在の行動上の症状の背景を理解するため、パート II の面接を始める前にパート I の回答にくまなく目を通しておくことが重要である。また、パート I で報告された ADHD の危険因子（家族の ADHD 歴や、幼児期の気質上の問題など）についても考慮することが大切である。

3. サマリーシートを使って ADHD の診断プロフィールを判断する

CAADID のパート II には ADHD に限定した質問が記されている。これらの質問の回答を得て、冊子の最後にある「サマリーシートとスコアリングのルール」に従うことで、DSM-IV の ADHD の診断基準を評価できる。サマリーシートでは ADHD の診断の有無と、ADHD のサブタイプが明らかになる。しかし、ADHD の症状による障害が明らかに存在する患者がいる一方で、症状や発症年齢の基準を満たさないために ADHD の診断基準に当てはまらない人もいる。そのような場合のために、以下のアドバイスを記す。

症状の診断基準を満たさない場合

先に述べたように、成人 ADHD に関してはきちんと定義され、妥当性が確認されて広く受け入れられた診断基準はまだ開発されていない。したがって、成人 ADHD のアセスメントには子どもおよび青年のために開発された DSM-IV の基準が広く使われている。この方法の最大の問題は、DSM-IV の診断基準が必ずしも成人に当てはまるとは限らないということである。特に、症状の基準が成人の集団においても妥当であるかは非常に

疑わしい。DSM-IVでは、ADHDの診断を確定するためには不注意、あるいは多動性-衝動性の領域で、少なくとも6つの症状がなければならないと明記されている。しかし、臨床家は、顕著な障害をもつ成人の多くは必要最低限の6つではなく、4つか5つの不注意症状があると報告することが多いことに気付くだろう。このようなケースをどのように分類すべきかが問題である。DSM-IVの手順と法則に従うと、これらの患者には「特定不能のADHD」という診断が適用される。この診断分類は患者が障害を引き起こす症状を現在示しているが、診断基準を完全には満たしていないことを意味する。この診断を利用することで、臨床家は患者が介入を要する障害をもっていることを示すことができる。

別の例として、小児期は「ADHD、不注意優勢型」の診断基準を完全に満たしていたが、現在は9つの不注意症状のうち4つの症状しか満たさない成人が挙げられる。このような患者の診断は「(314.00) ADHD、不注意優勢型、部分寛解」とするほうが適当である。繰り返すが、まったく診断をつけないより、これらの診断を適用するほうが治療指針を考える上で有益である。

発症年齢の基準を満たさない場合

DSM-IV基準を用いた場合に生じるもう1つの問題は発症年齢に関するものである。DSM-IVでは発症年齢を7歳以前としているが、例えば患者が30歳以降に初めてADHDのアセスメントに訪れた場合、もともとの発症年齢を決定するのは非常に難しい。多くの大人はいつ症状が始まったのか覚えていない。そのため、小児期の問題に関しては外部からの裏付けが必要になる（ステップ5「入手可能な他の情報と結果を統合する」参照）。だが、もしすべての情報が、患者が10歳の時に症状が出現したことを示唆していたら？先に述べたように、DSM-IVの発症年齢の基準の妥当性については、複数の議論がある。臨床家は辛抱強く、患者が小児期にADHDに関する問題をもっていたことを実証する努力をしなければならな

い。もしこれらの問題が7歳以前に発生したのなら、DSM-IVの基準に何の問題はない。だが、小児期に問題が出現したものの、それがもう少し上の年齢であった場合、「特定不能のADHD」という診断を用いることが推奨される。先ほども述べたように、この場合もやはり介入を要する障害の存在を意味する。1つだけはっきりさせておく必要があるのは、大人になってから発症するADHDはないということである。DSM-IVに発症年齢の基準が存在するのには正当な理由がある。ADHDは生涯にわたる発達の問題であり、ADHDの成人には小児期に何らかの問題があったはずである。様々な要因（高知能など）によってそうした問題やそれが引き起こす障害が明らかになったのが7歳より後だった可能性はある。だが、妥当なADHDの診断を受けるには、必ず症状が16歳未満の小児期のある時期に存在していなくてはならない。

4. 鑑別診断の分析

いくつかの診断には、ADHDとの併存診断が認められていない。DSM-IVでは、広汎性発達障害や統合失調症、他の精神病性障害がそれにあたる。また、DSM-IVでは同様にADHDの症状が他の精神疾患（気分障害や不安障害、解離性障害、人格障害など）では、うまく説明できないことも前提として明記している。この最後の点は診断のプロセスを複雑にしている。臨床心理学の一般原理として、1つの障害をもつ患者は複数の障害をもつ可能性が高い。このことはADHDの診断をもつ患者には特に当てはまる。多くのADHD患者はうつ病や不安障害などを併存する。これらの併存障害をアセスメントし、ADHDの症状がこれら他の障害では説明できないものであるかを判断する必要がある。そのためには、他の併存障害が生じる以前、あるいは併存障害が一時的に消失した時期にもADHDの症状とそれに起因する障害が存在していたかどうかをアセスメントするとよい。例えば、不安など増減する症状が併存する場合、患者が不安を感じていない時にADHDの症状が存在するかを判断する。また、

併存障害の発症以前の ADHD の症状について質問することもできる。例えば、患者にうつ症状が出たのが大学生(20歳)の時である場合、高校生時代の ADHD の症状について質問するとよい。

もし ADHD の症状が併存の症状がある時のみ出現する場合、ADHD の症状はもともとある精神疾患の続発症である可能性が高い。例えば、患者が不安な状態にある時のみ ADHD の不注意症状が存在する場合、ADHD は主要な障害ではない。むしろ、その患者は何らかの不安障害と診断されるべきである。

こうした判断を行うために、CAADID のパート I はスクリーニングに使用するとよい。精神病歴や併存障害に関する質問に「はい」と回答があった場合には、包括的な臨床面接や構造化臨床面接(SCID など)を用いて引き続き詳しく調べなくてはならない。併存症状の現況と既往歴について包括的なアセスメントを行って初めて、ADHD が主要な診断であるか、あるいは併存する症状の続発症であるかを判断することができる。

5. 入手可能な他の情報と結果を統合する

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べきである。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う評価尺度を同封、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、あるいは患者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、または電話、保護者用評価尺度(Conners' Parent Rating Scale-Revised, Long or Short (CPRS-R: L; CPRS-R: S; Conners, 1989, 1990), Conners' Global Index-Parent (CGI-P; Conners, 1997a), または Conners' ADHD/DSM-IV Scales Parent (CADSP; Conners, 1997b 参照) など)(いずれも日本語版は未公刊)に記入してもらうことで収集する。

身近な人による報告

アセスメントを受ける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、患者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(例えば、CAARSTM 観察者評価式用紙; Conners, 1999)に記入してもらうことで収集する。

自己記入式の成人用 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(例えば、CAARS 自己記入式用紙; Conners, 1999)を行わなくてはならない。

過去のアセスメント

アセスメントを受ける本人には、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に依頼しなくてはならない。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ってもらうと、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

アセスメントを受ける本人は、CAADID のパート I やパート II をふり返るのに先立ち、包括

的な DSM-IV の面接 (SCID など) を行う必要がある。利用はアナログ版 (手記入) でもコンピューター版でもよい。

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, Conners' CPT II など) (日本語版は未公刊) 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検査である。神経心理学的検査の結果自体から ADHD の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。

上記の情報を可能な限り収集したら, 正確かつ包括的な患者のプロフィールを構築するためにこれらの情報を統合する必要がある。評価尺度によって得た情報が面接の回答と矛盾したり, 同じ項目に関して患者の面接における回答と配偶者の回答が食い違ったりすることは多い。矛盾する情報源を整理するための妥当性に裏付けられたルールはないが, 複数の情報源からのデータを解釈する上で知っておくべきことは2つある。1つ目は, データが客観的であればあるほど, 回答の偏りに影響される可能性が低くなることである。2つ目は, 少なくとも子どもの場合, 外在化した問題 (多動など) については客観的報告が優れている一方で, 内在化した問題については, 自己報告のほうが信頼できるらしいことである (Jensen,

Traylor, Xenakis, & Davis, 1988)。2つ目については, 成人についての報告はされていない。

6. 適切な介入や治療方略の決定

アセスメントの過程は治療過程の最初の一步に過ぎない。確定診断は, 障害の原因となる症状に焦点を当てた何らかの介入や治療の必要性を示唆している。このような介入に関する指針は, 一般的にアセスメントの過程の最後やアセスメントレポートの治療指針の項目への記載, またはその両方によって患者に伝えられる。ADHD には様々な治療法があるが, その多くは十分に管理された臨床試験が行われたわけではないので, その有効性を判断するのは難しい。だが近年, この分野の中心となる臨床家や研究者が協力して, ADHD の治療に関する「専門家の合意によるガイドライン」が作成された (Coleman, Johnson, Schulte, & Shaywitz, 2001)。詳細は出典を参照されたい。

ADHD の子どもに対する治療経験から, 薬物療法と行動主義に基づく心理社会的治療の両方が非常に有効であることがわかっている (Richters et al., 1995)。この2つの治療法のうち, 薬物療法は成人の ADHD 患者でも試され, その有効性が証明されている (Spencer et al., 1995)。その他の介入として, 時間管理を教えるクラス, 瞑想, 怒りのコントロール (アンガー・マネジメント), 支援ツール (訳注: スケジュールや身の回りのものの管理など, ADHD の人が苦手とする領域を支援するコンピューターソフトなどの教材や道具), コーチングなどがある。

第6章

症例報告

CAADID™の様々な利用可能性を示すために3つの症例を紹介する。個人情報保護のため、これらの症例は実在する例ではないが、実際の臨床現場における様々な患者から合成された情報に基づいており、CAADIDの実際の活用例を表している。また、これらは成人ADHDの診断にCAADIDを役立てる方法を示している。臨床現場では精神保健医療の提供者が様々な情報源からの情報を提供するが、これらの症例は実際の臨床によくみられる典型的なものを選んでいる。そのため、これらの情報はCAADIDに用いられる情報の要点のみを示している。

39歳，男性，注意散漫でだらしない

ジェームズ（39歳）はアフリカ系アメリカ人の男性で、著名な弁護士と結婚し3人の息子がいる。修士号を取得し、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ている。最近2番目の息子がADHDと診断され、ADHDの症状について詳しく知るにつれて自分にも同じような行動があることに気付いた。彼の主訴（パートIの最初の質問を参照）は、集中が維持できない、具体的な期限のない仕事を完了できない、予約や約束を忘れてしまう、身の回りの整理ができずだらしないこと、である。書類を作成する代わりに、インターネットで「遊んで」しまうことがよくある。また、飽きやすく、必要なことも主張できない。さらに会議中ずっと着席しているのが難しい。家庭ではだらしない、家や車の中は書類や服であふれかえっていて、子どもを習い事などに送っていく時には時間に遅れてしまう。子どもにADHDの薬を与えるのも忘れてしまう。妻は彼がADHDをもっていると考えている。ジェームズは「基本的に、自分本来の力を発揮できたこと

はない」と述べている。

精神状態

ジェームズは、クリニックに来るのにかかる時間を読み違えた上に道に迷ったため、約束の時間に45分遅れてきた。中肉中背で眼鏡をかけ、カジュアルな服装をしている。親しみやすくて礼儀正しく、すぐ会話が成立する。平均を上回る知的能力がうかがえ、非常に聡明で理路整然としている。それにもかかわらず、構造化されていない質問にも、「はい」か「いいえ」で答える質問にも、状況依存的で非生産的な回答をする。このことについて尋ねると、言いたいことを頭の中でまとめながら話さなくてはならないからだと言った。また、「周りの人からいつも、急げとか要点を絞って話せと言われる」という。また、自分がきちんと質問に答えられたかどうかを何回も確かめたり、質問を繰り返すように頼むことも多かった。思考内容は適切で、話し方の速さや口調は普通であった。感情は快活で話し方と合致している。また、気分は正常範囲内である。面接中ほとんど絶え間なく名札をいじり回し、椅子の上で体を動かしていた。飲み物を飲んだり、電話をかけたり、歩き回るために面接を25～30分ごとに中断している。

追加の情報とアセスメント

ジェームズは教師のコメントの載った小学校と高校の成績表を複数持参した。コメントの内容は以下の情報と一致する。母親とは疎遠で、アセスメントに母親を参加させるのは拒否した。持参した最新の業務査定のコピーは、職場における不注意を裏付けていた。彼の妻に電話で聞いたところ、彼女の印象はジェームズの自己報告と一致していた。

ジェームズには、DSM-IV I軸とII軸の障害を除外するため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。さらに、現在の行動に基づき、ジェームズと妻にCAARS (Conners, Erhardt, & Sparrow, 1999) を記入してもらった。CAARSは自己記入式用紙 (ジェームズが記入) と観察者評価式用紙 (妻が記入) からなり、ジェームズの点数は他の同年代の男性と比較された。T得点が65以上の場合、臨床的に有意 (臨床域) であるとされる。ジェームズの得点を表6-1に示す。

表6-1 ジェームズの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	84	81
衝動性／情緒不安定	52	52
多動性／落ち着きのなさ	69	54
自己概念の問題	56	63
DSM-IV 不注意症状	78	76
DSM-IV 多動性-衝動性症状	63	51
DSM-IV ADHD 症状総合	71	70
ADHD 指標	67	63

この評価尺度は、ジェームズと妻の両方が、ジェームズと同年代の男性とその伴侶によって報告されているよりも、頻繁な不注意行動を観察していることを示している。ジェームズは臨床域に入る数の多動性行動を報告しており、その数は妻の報告よりも多い。これについては、以下の面接項目で詳しく検討する。

成育歴

ジェームズはペンシルベニア州フィラデルフィアで育った (「小児期」の冒頭に記載)。父親については、塗装業者でアルコールを乱用し、多くの子どもがいたと聞いた以外は何も知らない。また、父親は死亡したと報告している。原家族は母親、異父兄、母方の祖母彼が10歳の時死亡である。妊娠期間と出産時には、母親が妊娠期間を通

して喫煙していたこと、妊娠初期に飲酒していたこと、そしてジェームズが出生時に無酸素症であったこと以外は特記することはない。彼は母親と一緒に退院した (「妊娠期・出産時の危険因子」)。

乳児や幼児のころは活動性が高く、不器用で内気だったと聞いたと彼は報告している (「気質上の危険因子」)。小学校2年生まで夜尿症であった以外は、発達指標には標準的に到達している (「発育上の危険因子」)。子どものころの家庭生活に関しては、祖母の死が彼と母親に大きな喪失感をもたらした結果、母親は彼に精神的虐待を加え、彼に対して批判的だったこと、また家族は過度の経済的ストレスに苛まれていたことを報告している。こうした事情にもかかわらず、彼はきちんと食事を取り、安全と思える地域に住んでいたと報告している。ジェームズが小さい時に危険だという理由で家族は住んでいた家から強制退去させられたが、何が安全上の問題となっていたのかはわからない (「小児期」の「環境上の危険因子」)。

小児期の病歴としては、小児気管支ぜんそくと不注意による多くの事故が挙げられる。よく頭をぶつけ、一度腕の骨を折ったこともある。視力が弱かったが、高校に入学するまで視力矯正はしなかった (「小児期」の「病歴に関する危険因子」)。学業の面では、通っていたスラム街の大規模な公立小学校で成績はC評価¹で、けんかのために一度停学処分になっている (「小学校での学習の様子」) (日本語版では「出席停止処分」として記載)。中学校、高校 (いずれもスラム街の大規模公立校) では、代数と英語 (国語にあたる) に苦勞し、単位を取得するために両科目を3度履修しなければならなかった。高校では英語の補習クラスを受講した。成績はC+評価で、単位を落としたり行動上の問題を起こしたりすることはなかった。高校時代はよく学校をさぼった (「中学校・高校で

1 米国での成績評価は主にA, B, C, D, Fの5段階評価で行われる。A (90~100点/秀), B (80~89点/優), C (70~79点/良), D (60~69点/可), F (59点以下/不可) を指す場合が多い。

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わられないこと、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状も 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
は臨床的に有意とされる。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、
臨床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（GPA²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。