

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[®]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[®]（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[®]を試してみたが、頭痛が出現し効果もないため、すぐに服用を中止した。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傾向、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、彼女の成育歴は、仮にだらしないとしても、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。親しみやすくて礼儀正しく、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、表情も普通で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)”, CAARSTM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刊)。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、および精神病性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ばらつきがあり、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、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ったが、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）、そして注意力と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った。

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い評価尺度を同封、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**：DMS-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て、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）。

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は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



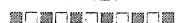
中村和彦

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 1770 Victoria Park Avenue, Toronto, Ontario M2H 3M6, Canada. Japanese edition translated, adapted and published by Kaneke Shoho Co. Ltd. under license from Multi-Health Systems Inc.

本冊子を無断で複製・複写し使用すると法律により処罰されます。

背景情報

氏名： _____

年齢： _____ 歳 性別： 男 女

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

現住所： _____

記入年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

管理用欄：

患者番号： _____

面接者氏名： _____

あなたが自分のことを注意欠如・多動性障害、すなわち ADHD だと思うようになったのは、これまでにどのようなことがあったからですか。

小児期

あなたは子どものころ、誰と一緒に住んでいましたか。

| あなたとの関係 | 氏名 | 現在の年齢 |
|---------|----|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

どこに住んでいましたか。

お父さんの職業は何でしたか。

お母さんの職業は何でしたか。

あなたは養子ですか。

はい

いいえ

「はい」と答えた方は、養子になったとき何歳でしたか。

歳

妊娠期の危険因子

あなたのお母さんがあなたを妊娠中に、次のようなことがあったと、誰かから聞いた、または誰かが話しているのを聞いたことがありますか。

| | | |
|----------------------------|----|-----|
| お母さんは病気だった（妊娠中毒症や貧血） | はい | いいえ |
| お母さんは薬を飲んでいました | はい | いいえ |
| お母さんはタバコを吸っていた | はい | いいえ |
| お母さんは飲酒をしていた | はい | いいえ |
| お母さんは違法薬物（シンナーや大麻など）を使っていた | はい | いいえ |
| 早産だった | はい | いいえ |

このほかに、お母さんが妊娠しているとき、普通と違うことがありましたか。

はい ــــــــــــــــ いいえ

「はい」と答えた方は、どのようなことがあったのか下に書いてください。

出産時の危険因子

あなたが生まれたとき、次のようなことがありましたか。

| | | |
|---------------------------|----|-----|
| 仮死状態 | はい | いいえ |
| 低体重（2000g未満） | はい | いいえ |
| 逆子で鉗子 ^{かんし} を使った | はい | いいえ |
| 予定より長く入院した | はい | いいえ |
| 無酸素症（酸素欠乏、チアノーゼ） | はい | いいえ |

このほかに、あなたが生まれたとき、普通と違うことがありましたか。

はい ــــــــــــــــ いいえ

「はい」と答えた方は、どのようなことがあったのか下に書いてください。

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

5