

児童と青年の行動、情緒、社会性の問題に 関する臨床体系

CLINICAL MODELS FOR CHILD AND ADOLESCENT BEHAVIORAL, EMOTIONAL AND SOCIAL PROBLEMS

Thomas M Achenbach & David M Ndetei



Thomas M Achenbach PhD

Professor of Psychiatry and Psychology, University of Vermont, Burlington, Vermont, US.

Conflict of interest: President of the nonprofit Research Center for Children, Youth, and Families, which publishes the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA).

David M Ndetei MD

Professor of Psychiatry, University of Nairobi, Nairobi, Kenya.

Conflict of interest: Director of the nonprofit Africa Mental Health Foundation, which promotes mental health services, training, and research in Africa.

日本語版監訳 (Translation) : 稲垣貴彦 (Takahiko Inagaki・滋賀医科大学精神医学講座) 上野千穂 (Chiho Ueno・京都市児童福祉センター) 岡田俊 (Takashi Okada・名古屋大学医学部附属病院親と子どもの心療科) 阪上由子 (Yuko Sakaue・滋賀医科大学小児発達支援学講座) 佐藤寛 (Hiroshi Sato・関西学院大学文学部) 館農勝 (Masaru Tateno・ときわ病院/札幌医科大学医学部神経精神医学教室) 田中恒彦 (Tsunehiko Tanaka・新潟大学教育学部) 中林孝夫 (Takao Nakabayashi・滋賀医科大学医学部附属病院精神科) 藤田純一 (Junichi Fujita・横浜市立大学附属病院) 福地成 (Naru Fukuchi・みやぎ心のケアセンター) 小野善郎 (Yoshiro Ono・和歌山県精神保健福祉センター)

この公表文献は、精神保健分野で研修または診療を行う専門家が対象で、一般向けではありません。述べられている意見は著者の意見であり、必ずしも編集者やIACAPAPの見解を表すものではありません。

本文献は、執筆時点で利用できる著者が評価した科学的エビデンスに基づく最善の治療薬や手法を記述することに努め、新たな研究結果により変わる場合があります。読者は、各国の診療ガイドラインや法律に従って、患者にこの知識を適用する必要があります。一部の薬剤が市販されていない国もあり、すべての用量や好ましくない影響について述べられているわけではないため、読者は特定の薬剤の情報を調べる必要があります。問題の説明のため、またはさらなる情報源として、組織や刊行物、ウェブサイト引用したり、リンクしたりしています。これは、著者や編集者、IACAPAPがそれらの内容を保証あるいは推奨するという意味ではなく、読者が批判的に評価すべきという意味です。ウェブサイトは変更されたり、削除されたりする場合があります。

©IACAPAP 2012. これは、[Creative Commons Attribution Non-commercial License](#) の管理下でオープンアクセスの公表文献です。本文献の使用、配布、複製は、媒体を問わず、事前の許可なく行うことが認められていますが、ただし元の文献が適正に引用され、商業的利用でない場合に限りです。この e ブックやその章の内容に関するコメントは、jmreyATbigpond.net.au にお送りください。

引用例：Achenbach TM, Ndeti DM. Clinical models for child and adolescent behavioral, emotional, and social problems. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (日本語版監訳：稲垣貴彦，上野千穂，岡田俊，阪上由子，佐藤寛，館農勝，田中恒彦，中林孝夫，福地成，藤田純一，小野善郎)Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

利益相反：原著に関わる利益相反はありません。

謝辞：翻訳にあたりご寄附を下された、以下の方々を含め全ての方に感謝します。

ヤンセンファーマ株式会社

この章では、児童に現れるさまざまな行動、情緒、社会性の問題を見分けるための体系を紹介します(簡潔に示すために、出生から18歳までを含めて「児童(child, children)」「児童期(childhood)」を用います)。「体系」という言葉は、公式な疾病分類学(疾患の分類)である、世界保健機関(WHO)の「国際疾病分類(ICD)」(1992年)や、米国精神医学会の「精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM)」(2000年)を含みます。また、*Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Revised* (DC:0-3R ; Zero to Three, 2005)などの代替的な疾病分類や、多数の児童症例のデータから導き出される経験的な分類にも、「体系」という言葉を用います。

「体系」という言葉は、起こっていること(現象)を系統的に表現するために、広く用いられるようになってきました。これは、特定の現象が、複数の形で表現され得る(体系化され得る)ことを意味します。これはまた、ある体系が正しく、異なる体系が誤りである、とすることを無理やり選ばせるものではなく、ある特定の目的において役立つならば、ひとつの現象について異なる体系を用いても良い、という事を示しています。このため、例えば注意の問題について、DSM体系とICD体系とでは異なる用語と基準が用いられる場合がありますが、どちらも、異なる目的あるいは異なる診療体系のそれぞれにおいて役に立つと考えられます。

ある体系は、特定の現象どうしの関連について、現象の原因を示すことなく表現するように作成されています。また、現象の原因を表現するように作成されている体系もあります。現段階において、この章で紹介する臨床体系には、行動、情緒、社会性の問題の具体的な原因は含まれていません。(この章では、遺伝的病因やその他の身体的病因が十分に確認された、ダウン症候群、プラダー・ウィリー症候群、ウィリアムズ症候群、フェニルケトン尿症などの知的障害(精神遅滞)または障害は取り上げません—Chapter C.1を参照してください。) 遺伝的因子やその他の身体的因子は、多くの行動、情緒、社会性の問題に影響を及ぼしそうですが、特定の要因と問題との因果関係に関する研究結果が乏しいため、臨床的な体系においては、治療者が特定でき、また取り組むことのできるような表現された特徴に焦点を合わせなければならない、ということになります。現場の医師と協力して病因、治療効果、転帰に関する理解を深めるために、研究者も、同様の表現型体系を用いて、みずからの研究を医師が診療を行う症例に結び付ける必要があります。

ICD と DSM¹

疾病分類のICD-11とDSM-5はまだ策定の途中であるため、それらの構成、カテゴリ、あるいは分類基準について詳細に述べることはできません。したがって、

¹本稿の原文は2012年に刊行されています。DSM-5は2013年に刊行され、2014年に日本語版が出版されています。

ここでの紹介は、既存の ICD および DSM 体系のうち、作成中の版にも存続すると考えられるいくつかの側面に基づいて行わなければなりません。

ICD および DSM 体系は、専門家の委員会が、用いるべき診断カテゴリーと、各カテゴリーで体系化された診断に、ある個人が該当するかどうかを判断するために規定すべき基準について、協議によって得られた意見に基づいています。専門家は、臨床、行政、公衆衛生、研究経験といった幅広い分野に及びます。提案されたカテゴリーと基準の草案は、幅広く回覧されてコメントを集め、それらのコメントに基づいて改訂されます。基準を検証するために、フィールド・トライアルが行われる場合もあります。DSM-IV-TR における児童用診断カテゴリーは、主に行動、情緒、社会性の問題（例えば、注意の問題、素行の問題、反抗挑発性の問題、不安、抑うつなど）を主に定義していますが、その基準は、症状のリストと、診断閾値（診断の正当性を示すために、存在すると判定されなければならない症状のリスト上の数）が含まれています（American Psychiatric Association, 2000）。追加の基準として、症状の持続期間、発症年齢、機能不全などがあげられています。基準は、年齢、性別を区別することなく同様です。親や教師、児童の報告、検査、臨床的観察結果などの、異なる情報源から得た情報についても、基準は同様です。異なる情報源の間で不一致や矛盾がある場合は（例えば、教師が注意の問題を報告し、親と子は報告していない場合）、医師が、各診断基準を満たすかどうかについて、最終的にイエスかノーか二者択一の判断を下さなければなりません。医師は各基準に対する判断に引き続き、その児童が診断に該当するかどうかを、二者択一で判断しなければなりません。

エミール・クレペリン (1856-1926) 精神科疾病分類学の父といわれる人物

エミール・クレペリンは、精神科疾病分類の基礎となった精神病理学の臨床体系を構築したことで、高い評価を得ています。1870年代にライプチヒ大学で医学研修を受けていたクレペリンは、実験心理学の創始者とされるヴィルヘルム・ヴントの門弟になりました。患者の心理学的機能を調べるためのヴントの実験法を用いて、クレペリンは、心理学的特性を臨床体系に組み込み、精神医学における心理学の位置付けについて博士論文を執筆しました。



クレペリンは当初、さまざまな精神病理学的表現型を綿密に記録することで、最終的に、各表現型の基礎にある特定の脳疾患の発見が導かれるのではないかと考えていました。1883年に、クレペリンは著書「精神医学提要 (Compendium der Psychiatrie)」のごくささやかな初版を出版しました。この本は、その後43年間で次第に影響力を増しながら、さらに8版が出版されました。そのほかの功績として、クレペリンは、1つのカテゴリーにまとめられていたすべての精神病を、躁うつ病と、dementia praecox/ early dementia (かつては早発性痴呆と訳されていた：後に「統合失調症」に改められる) という別個のカテゴリーに分けたことでも評価されています。著書「提要」の後期の版には、心因性の障害が追加され、さらに、疾患とよくある特異な性格の境界線上にあると彼が考えていた、パーソナリティ障害が追加されました。

クレペリンが描いた風刺画にみられるように、彼は精神科診断をあまりにも深刻に受け止めるべきではないと考えていました。1896年のBierzeitung (ビール新聞)から転載した下の風刺画には、「ヨーロッパの精神科医よ！ おまえたちの神聖なる診断を守るがいい！」というキャプションが付いています(英訳文を和訳)。クレペリンはこうして、診断を過剰に恐れるようになることに警告を發しました。



DSM のディメンショナルな診断基準²

DSM-5 の作成にあたり、米国精神医学会は、「ディメンショナルな」（定量的な）診断基準の可能性を検討するための作業部会を設置しました。作業部会は、児童および成人の多くの種類の診断について、基準のディメンジョン化を大いに支持することを公表しています (Helzer et al, 2008)。しかし、DSM-5 基準がディメンジョン化されるかどうか、あるいはその方法については、本稿執筆の時点で不明です。1つの可能性として、臨床診断の基準は DSM-IV-TR の診断の有無を二者択一する形式が保たれる一方、別の研究用診断基準に、ある種のディメンジョン化が取り入れられるのではないかと考えられます。

ICD-10 研究用診断基準

「ICD-10 精神および行動の障害：DCR 研究用診断基準 (ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research)」(World Health Organization, 1993) では、それまでに公表されていた臨床診断用の基準 (World Health Organization, 1992) に、研究用の基準が追加されました。ICD-10 研究用診断基準は、その有無を二者択一で判断しなければならない症状やその他の特徴を規定しているという点で、DSM-IV-TR 基準に類似しています。使用者は各基準について二者択一で判断した後、児童が特定の診断に該当するかどうかを、二者択一で判断しなければなりません。

ICD-10 と DSM の臨床診断基準の差異

ICD-10 臨床診断基準 (World Health Organization, 1992) は、児童が特定の診断に該当するかどうかを二者択一で判断するための具体的な症状、その他の特徴、決定に至る手順の明確な記述がないという点で、DSM-IV-TR 基準と異なります。

ICD-10 と DSM-IV-TR は、診断カテゴリーの記述が、いくつかのカテゴリーについてはカテゴリーそのものも、かなり異なります。例えば、ICD-10 には「同胞葛藤症」「多動性行為障害」「脱抑制性愛着障害」の診断カテゴリーがありますが、DSM-IV-TR にはそれらに相当するカテゴリーはありません。

ICD-10 と DSM-IV-TR はさらに、特定の診断カテゴリーの下位区分についても異なります。例えば、DSM-IV-TR では「注意欠如・多動性障害 (ADHD)」のカテゴリーが、不注意優勢型、多動性 - 衝動性優勢型、混合型に分けられています。

対照的に、ADHD に最も近い ICD-10 カテゴリーは「多動性障害」と呼ばれ、DSM-IV-TR のような下位区分はありません。その一方で、ICD-10 では、「素行障害」が「家庭限局性行為障害」「個人行動型素行障害」「集団行動型素行障害」にさらに分けられています。DSM-IV-TR Appendix H に、多数の DSM 診断カテゴリーに対する ICD-10 コード番号が記載されていますが、医師は、DSM 診断と ICD 診断のコード番号が同じであっても、同一の児童について下される特定の DSM 診断と ICD 診断がほぼ一致すると期待すべきではありません。

ICD-10 は、児童が特定の診断に該当するかどうかを二者択一で判断するための具体的な症状、その他の特徴、決定に至る手順の明確な記述がないという点で、DSM-IV と異なります。



DSM-5: The Future of Psychiatric
Publication of the fifth edition of Diagnostic and Statistical (DSM-5) in May 2013 will mark one of the most anticipated fields. As part of the development process, the preliminary

写真をクリックすると、分類とそれらの原理に提案されている変更の詳細を示した DSM-5 のウェブサイト にアクセスできます。

²本稿の原文は 2012 に刊行されています。DSM-5 は 2013 に刊行され、2014 に日本語版が出版されています。

乳幼児期向けの診断分類

Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-3) は、1994年に初版、2005年に改訂版 (DC:0-3R) が出版されました (Zero to Three, 1994, 2005)。主要な目的は、「DSM 体系の不足部分に対処し、(1) 臨床的注意が必要な幼児期の症候群への十分な対応、または (2) 早期障害の発達上の特徴の十分な検討を取り入れること」でした (Zero to Three, 2005, p 4)。DSM および ICD と同様に、DC:0-3 は、専門家による診断カテゴリーと基準の協議を経て作成されました。

DC:0-3R の軸

DC:0-3R には以下の 5 つの軸が含まれます：

- I. 臨床的障害
- II. 関係の分類
- III. 身体および発達の障害と疾患
- IV. 心理社会的ストレス因
- V. 情緒および社会的機能

I 軸「臨床的障害」の一部である、「しんできがいしやう心的外傷後ストレス障害」「ぶんりふあんしやう分離不安症/分離不安障害」「ぜんぱんぜんぱんせいふあんしやうがい全般/全般性不安障害」などは、DSM-IV-TR に対応する障害があります。しかし、DC:0-3R の基準は 0～3 歳向けに作成されているため、DSM-IV-TR の基準とまったく異なり、0～3 歳児の臨床症例を用いて示されています。それ以外の DC:0-3R の障害には、明確に対応する障害が DSM-IV-TR にありません。例をあげると、「りやく剥奪または虐待を背景に発生する『愛情遮断/不適切な養育障害』」(p 17)；「ちがう長期化した死別/悲哀反応」；「2 週間以上にわたり、発達上適切な範囲および強さの感情の表出が困難であることを特徴とする『感情表出の混合性障害』」(p 27)；こうはんせい感覚刺激に対する過敏性を指す「過敏」などです。マルチシステム発達障害と呼ばれる診断カテゴリーは、DSM-IV-TR においてこうはんせい広汎性発達障害について規定されたものと同様の問題を呈する、2 歳未満の児童向けに作成されています。

DC:0-3 は、DSM 体系に幼児期の症候群およびそれらの発達上の特徴が十分に取り上げられていないことに対処するために、作成されました。

DC:0-3R の II 軸「関係の分類」は、DSM-IV-TR に対応する項目がありませんが、幼児にはとくに重要であると考えられます。関係を分類するための基礎として、DC:0-3R では、臨床家が親子関係を評価する際に用いる、100 ポイントの Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIR-GAS) が提供されています。PIR-GAS の評価 81～100 は「適合した関係」であること、41～80 は「問題のある関係の特徴」が認められること、0～40 は「問題のある関係」であることを示します。DC:0-3R では、臨床家が親子関係の次のような質を評価するための Relationship Problems Checklist も提供されています：過剰な関与、過少な関与、不安/緊張、怒り/敵対、言語的虐待、身体的虐待、性的虐待。これらの質それ

それぞれについて、臨床家は、交流、感情的緊張、心理学的関与の行動の質に対するみずからの判断に基づき、証拠なし、さらなる検討を要するいくつかの証拠あり、重大な証拠ありのいずれであるのかを示します。

DC:0-3R の V 軸「情緒および社会性の機能」は、DSM-IV-TR の V 軸「機能の全体的評定」にある程度類似していると考えられます。しかし、DSM-IV-TR の V 軸は、心理的、社会的、職業的機能を評価する単一の 100 ポイント尺度によって評価されます。一方、DC:0-3R の V 軸は、情緒および社会性機能の下記の複数の能力に対する臨床家の 6 ポイント評価で構成されます (p. 62) :

- ・ 注意と調節
- ・ 関係／相互的関わりの構築
- ・ 意図的な双方向のコミュニケーション
- ・ 複雑な身ぶりと問題解決
- ・ シンボルを用いた思考／感情の表現
- ・ 論理的な記号の組み合わせ／抽象的思考

DC:0-3R の III 軸「身体および発達の障害と疾患」および IV 軸「心理社会的ストレス因」は、DSM-IV-TR の III 軸「一般身体疾患」および IV 軸「心理社会的および環境的問題」とほぼ類似していますが、DC:0-3R の軸の内容と臨床症例は 0～3 歳に限定されます。

乳幼児を受け持つ医師のために、DC:0-3R では、ICD または DSM-IV-TR と比べて、機能、問題、論点のさらに多くの関連する側面に、確実に言及しています。しかし、DC:0-3R の 5 本の軸を適切に使用するためには、医師は広範囲にわたる訓練を受けるとともに、複数の状況下でそれぞれの児童およびその保護者と幅広く交流しなければなりません。十分な信頼性、妥当性、有用性をもって DC:0-3R を使用できるように医師を訓練する方法を検討するために、さらなる研究が必要です。

疾病分類学的体系と臨床評価の相違

ICD、DSM、DC:0-3R の疾病分類は、多くの専門家による意見から抽出された、障害の概念を具体化することを意図したものです。児童が知的障害（精神遅滞）または学習障害の診断基準に適合するかどうかを判定するために標準化された認知機能検査を用いる場合を除いて、これらの疾病分類では、特定の障害の診断を下す際の各基準の判断のよりどころとなる、臨床評価の方法は特定されていません。一例として、DSM-IV-TR の ADHD 基準には、不注意の症状 9 項目（「しばしば日々の活動で忘れっぽい」など）と、多動性 - 衝動性の症状 9 項目（「しばしばしゃべりすぎる」など）がリストアップされています。その児童が ADHD の診断基準を総合的に満たすと判断するために、医師は、少なくとも不注意もしくは多動性 - 衝動性のいずれか一方のリストの症状 9 項目中 6 項目以上が、「少

なくとも6ヵ月間持続したことがあり、その程度は不適応的で、発達水準に相応しない」ことを判断しなければなりません。医師はさらに、症状のいくつかが7歳以前に障害を引き起こしたこと、症状が現在、2つ以上の状況（例：家庭と学校）において障害を引き起こしていること、「社会的、学業的、または職業的機能における、臨床的に著しい障害」の明確な証拠が存在することも、判断しなければなりません（American Psychiatric Association, 2000, pp92-93）。

児童の診断において医師は、当てはまる可能性のあるすべての障害の各基準を二者択一で判断するためにどのような情報を、どのようにして、そして誰から入手するかを決定しなければなりません。ほとんどの場合、医師は、児童と共に少なくとも1人の親（または養育者）の面接を行いたいと考えます。しかし、面接の時間は貴重であり、該当の可能性がある症状基準すべてを評価するのに十分な時間が取れることは、めったにありません。医師に報告されるそれぞれのADHD症状について、児童と親は、症状が7歳以前³に障害を引き起こしたかどうか、現在2つ以上の状況において障害を引き起こしているかどうかを、正確に話せない場合があります。



児童が入った郵便袋を持つ制服姿の郵便配達員（c 1900）

この郵便配達員は、幼い男の子を郵便袋に入れ、面白い写真のつもりでポーズを取りました。米国で1913年に小包郵便事業が導入された後、少なくとも2人の子どもが、このサービスによって送られました。衣服に切手を貼った子どもは、鉄道と都市の郵便配達員によって目的地に運ばれました。郵政公社総裁は、それらの事例を聞いた後すぐに、子どもを郵便で送ることを禁じる規則を発表しました（National Postal Museum, US）。

児童が学校に通っている場合、医師は通常、学校での児童の機能の状況を知るために、その子の教師から情報を入手したいと考えます。実際に、ADHDの基準を

³ DSM-5 では12歳以前
Clinical models A.3

満たすかどうかを判断するためには、医師は通常、一方または両方のリストに記載された9項目中6項目以上の症状によって、学校で機能不全が引き起こされているかどうかを知る必要があります。教師は助けを求めて児童を紹介することに熱心になっていることが多く、児童の問題の多くは学校での機能を妨げるため、教師からの情報は、特定の症状が学校で機能不全を引き起こすかどうかを判断するために必要であるだけでなく、さまざまな形で有用となります。医師が教師の面接を行う機会はめったにないため、教師から情報を得るためのその他の方法が必要です。

評価方法が何であれ、診断に必要な基準に関して、親、教師、児童からの報告が異なる場合が多々あります (De Los Reyes, 2011)。その結果、医師は、異なる提供元からの矛盾する情報によって、二者択一の診断的判断を下すことは難しいと思う場合があります。疾病分類には異なる状況における行動、情緒、社会性の問題を評価するための方法が規定されていないことや、親、教師、児童が報告できる内容と、二者択一の判断という診断上の必要性にずれがあることによって、医師は困難な状況に陥ることも考えられます。したがって医師は、児童の問題を複数の状況において評価するための、そして、異なる情報源の間の不一致に対処するために、実用的方法を必要とします。

標準化された診断面接

診断の基準に適合するかどうかを判定するために、情報提供者から評価データを得る方法として、さまざまな標準化された診断面接 (Standardized diagnostic interviews; SDI) が開発されています。いくつかの SDI には、児童に用いることができる児童版と、その親に用いることができる親版がありますが、児童と親の面接から下される診断の一致度は、通常は低くなります。

児童の診断のための SDI の中で、おそらく最も広く使用されているのは、*Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC ; Shaffer et al, 2000) です。DISC は高度に構造化されています。つまり、それぞれの DSM 診断基準に適合するかどうかについて二者択一の答えを得るための、的を狭く絞った質問で構成されているということです。回答者の二者択一の答えが、各基準に適合するかどうかを判断する材料になるため、DISC のような高度に構造化された SDI は、「自己評価式」面接と呼ばれます。DISC の実施に、臨床的スキルや臨床的判断は必要ありません。しかし、適切に質問する方法、答えを記録する方法、答えがイエスかノーに明確に決定できない場合に柔軟に対応する方法を学ぶために、十分な訓練が必要です。児童に関連するすべての DSM 診断について、症状、機能不全、複数の状況における発生、持続期間、発症年齢などのすべての基準に対応するために、DISC には数千項目の質問が含まれています。いくつかの診断について、児童が基準に適合しないであろうと考えられる場合は、それに関する質問を飛ばす、「スキップアウト」の選択肢もあります。しかし、DISC を実施するには通常、情報提供者 1 人につき (例えば、親と児童それぞれに) 1 時間以上かかり、多くの問

題を抱えて病院に紹介される児童に関する面接は、数時間に及ぶ場合があります。

DISC などの自己評価式の SDI のほかに、第 2 のタイプの SDI が「他者評価式」として知られています。これらの SDI は、その半構造化された質問を、被面接者それぞれに適した形で言葉に表すことができる、臨床的に訓練を受けた面接者が実施しなければなりません。面接者は、被面接者の回答が、児童が各診断の各基準に適合することを示しているのか、適合しないことを示しているのかを判断するための訓練も受けていなければなりません。他者評価式の SDI として最も広く用いられているのは、*Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (K-SADS ; Kaufman et al, 1997) です。

第 3 のタイプの SDI は、自己評価式の SDI と他者評価式の SDI の特徴を組み合わせたものです。その一例が、*Development and Well-being Assessment* (DAWBA ; Goodman et al, 2000) です。DAWBA には、親と 11~16 歳児を対象に実施する構造化面接が含まれています。DAWBA の面接には、構造化された質問に対する被面接者の回答を追跡するための、開かれた質問がいくつか含まれています。教師から情報を収集するために、簡単な質問紙も使用されます。コンピュータプログラムによって、親、教師、若者から得たデータがまとめられ、推定される診断が生成されます。続いて、経験豊富な臨床評価者がコンピュータのアウトプットを見て、コンピュータによって生成された診断を受け入れるか、棄却するかを決定します。

標準化された診断面接と臨床診断の関連

SDI は現在、児童と成人の両方の障害に関する研究において、広く用いられています。そのため、診断とその他の特性の間の関連について公表されている知見の多くは、SDI を用いて下された診断に基づいています。しかし、面接者の訓練と SDI の実施には費用と時間が必要であるため、臨床診療で用いられることはまれです。そのため、SDI によってひとつの診断を受けた児童が、臨床評価においても同じ診断を受けるかどうかを調べなければなりません。この疑問に答えるために、同一患者の SDI による診断と臨床評価による診断の一致度を報告した 38 試験のデータを対象に、メタ解析が行われました (Rettew et al, 2009)。一致度は、SDI と臨床評価によって同一の診断を受けた患者の割合として表されました。 κ 統計量 (Cohen, 1960) により、偶然の一致について補正が行われました。児童の SDI 診断と臨床評価による診断の一致率は、偶然について補正後、平均 39% でした。言い換えると、SDI と臨床評価によって、児童の 39% では同じ診断が得られましたが、61% では診断が異なったということです。一致率は診断ごとに大幅に異なり、^{ぜんぱんふあんしょう}全般不安症 / ^{ぜんぱんせいふあん}全般性不安では 19% と低く、^{しんけいせい}神経性やせ症 / ^{しんけいせい}神経性無食欲症では 86% と高くなりました (十分に大きな数を得るために、これらの割合の算出時には児童と成人のデータが統合されました)。^{しんけいせい}神経性やせ症 / ^{しんけいせい}神経性無食欲症などの一部の障害については、高い一致率から、SDI 診断の結果を臨床診断に適用できることが示されています。一方、^{ぜんぱんふあんしょう}全般不安症 / ^{ぜんぱんせいふあん}全般性不安

障害などのそれ以外の診断については、一致率が低いことから、SDIによる結果を臨床診断に適用できないということになります。

公表された研究における診断は種々のSDIによって得られているため、各児童が、異なるSDIによって同じ診断を受けるかどうか調べる必要があります。驚くべきことに、この重要な疑問について発表している研究はほとんどありません。最も広く用いられているSDIによる児童の診断の一致度について、唯一と考えられる公表されている研究では、児童とその親のDISC面接から得られた診断のうち、同じ児童と親のK-SADS面接によって得られた診断と一致したのは、わずか3%でした (Cohen et al, 1987)。したがって、多くの児童において、異なるSDIから同一の診断が得られることや、SDIによって臨床評価と同一の診断が得られることは、期待できません。

児童の問題を評価するための評価法

医師が親、教師、児童から情報を得るのを補佐するために、さまざまな標準化評価法が開発されています。そのような評価法の多くは、識字可能な人々が自分で実施できるように作られているだけでなく、非専門家の面接者が項目を声に出して読み、回答者の答えを評価紙に記入またはコンピュータのキーボードで入力して、実施することもできます。1人または複数の親（または養育者）が回答した評価法の結果を調べれば、医師は、結果によって明らかになった問題領域や、評価法では引き出されなかった論点を中心に、貴重な面接の時間を調整することができます。親（または養育者）、教師、児童からの回答が並行して得られる評価法を用いることにより、医師は、結果を比較し、一致と不一致を特定することができます。医師はそれから面接や他の手段を用いて、さらに検討を行います。親、教師、児童から回答を得る並行評価法を用いることにより、医師は、診療時間をほとんど犠牲にすることなく、複数の情報提供者から多量の情報を入手し、比較することができます。保育所・託児所や、教室などの集団の環境における児童の行動を評価する観察者、臨床的面接あるいは標準化された能力検査を実施する医師が回答する評価法もあります (Achenbach, 2009)。

一部の評価法の項目は、公式の疾病分類に盛り込まれている症状基準に近付けることを目的として作られています。その一例が *ADHD Rating Scale* (DuPaul et al, 1998) であり、これは、DSM-IV-TR の ADHD 基準における不注意症状 9 項目と多動性 - 衝動性症状 9 項目に合わせた、18 項目で構成されます。ただし、DSM-IV-TR 基準と異なり、*ADHD Rating Scale* の各項目は、「0=まったくまたはほとんどない」「1=ときどきある」「2=しばしばある」「3=非常にしばしばある」のいずれかで評価されます。評価は合算され、不注意項目と多動性 - 衝動性項目で構成される尺度にそれぞれ別個のスコアが与えられます。米国の児童症例に対する親および教師の評価から得られた尺度スコアの分布について、臨床的カットポイントが確立されています。したがって、項目は DSM-IV-TR の症状基準に似ていますが、評価者が二者択一で回答する必要はなく、医師は、尺度スコアが、

その標準分布と比較して、またその分布のカットポイントと比較してどうであるのかを調べることができます。

その他の評価法には、ADHD などの特定の診断カテゴリーに主に重点を置きながら、追加的な問題も同様に組み入れているものがあり、*Conners Rating Scales-Revised* (CRS-R ; Conners, 2001) がその一例です。さらに別の評価法には、ひとつの尺度にどの項目を割り当てるかに関する、統計的解析と検査者の評価の組み合わせによって構成された尺度を点数化した、更に多様な項目が含まれています。例えば、*Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ ; Goodman, 1997) は、作者が作成した 5 つの尺度でスコア化される 25 項目で構成されています。*Behavior Assessment System for Children-2* (BASC-2 ; Reynolds & Kamphaus, 2004) は、はるかに長い評価法で、統計解析と、ひとつの尺度にどの項目を割り当てるかに関する著者の判断との組み合わせに基づく、多数の尺度で点数化されます。ADHD Rating Scale、CRS-R、SDQ、BASC-2 などの評価法は、種々の問題に対する情報提供者の評価を得るのに有用ですが、臨床評価と疾病分類学的体系の間の差異を埋めることができないのは、SDI と同様です。

児童の問題に対する評価から導出される臨床体系

疾病分類学的体系は、主に「トップダウン」の手法によって構築されています。言い換えるならば、疾病分類学的体系の構築は、専門家が提案する診断カテゴリーにより「トップから」始まります。その後、各カテゴリーについて、児童の問題がカテゴリーに適合するかどうかを判断するための基準を、専門家が提案しています。他の専門家の意見や実地試験から得られる情報が、一部の基準の調整に用いられていますが、診断カテゴリーと基準は、児童の実例に関するデータから導出されているわけではありません。さらに、診断基準は、性別、年齢、情報源、社会を問わず、同一です。

複数の疾病分類学的体系が共存する場合があるのと同じように、別の種類の体系が疾病分類学的体系と共存する場合があります。代替的体系の 1 つは、「ボトムアップ」の手法を用いて、多数の児童の評価から臨床体系を導き出すものです。これは、精神科医療サービスに紹介された児童数千人と、一般集団からサンプリングされた児童数千人について、0=当てはまらない、1=多少またはときどき当てはまる、2=その通りまたは大体当てはまる、として、さまざまな問題を親、教師、児童に評価してもらうことによって実行されています (Achenbach & Rescorla, 2000; 2001)。項目は、精神科医療に関連する現場の医師からの意見、精神科医療サービスに紹介された児童について報告された問題の調査による情報、評価法の一連のパイロット版において親、教師、児童から得られた評価および提案を解析したデータに基づき、取捨選択と改良が繰り返されました。最終の一連の項目は、専門家の診断概念に基づき選択されるのではなく、精神科医療または特別教育サービスに紹介された児童と、それらのサービスに紹介されていない、

人口統計学的に類似した児童とを有意に識別できるかどうかに基づいて選択されています。問題の項目が保持されるための重要な基準は、(a) 親、教師、あるいは児童が理解し、評価することができること、および (b) 紹介された児童において、人口統計学的に類似した紹介されていない児童と比べて、評価が有意に高くなること、でした。

項目の多くは、疾病分類学的基準に対応する項目がありますが、疾病分類学的基準に含まれていなくても、紹介された児童と紹介されていない児童とを識別することが判明した項目もありました。同様に重要な点として、各項目が、疾病分類学的基準における、親、教師、児童が理解できない場合もある表現ではなく、親、教師、児童が評価できるような言葉で表されました。評価法の最終版は約 15 分で完了し、問題だけでなく能力の評価も行うことができます。そのような評価法としては、子どもの行動チェックリスト (*Child Behavior Checklist*) 1 歳半～5 歳用および 6～18 歳用、*Caregiver-Teacher Report Form* 1 歳半～5 歳用、*Teacher's Report Form* 6～18 歳用、*Youth Self-Report* 11～18 歳用などがあります (Achenbach & Rescorla, 2000; 2001)。

症候群体系

評価法が作成された後、数千人の児童の評価が統計学的に解析され、同時に発生する傾向のある問題の実際のパターン (すなわち症候群) が特定されました。症候群には、その構成要素となる問題を要約した名前が付けられました。6～18 歳用では、症候群は「不安／抑うつ」「引きこもり／抑うつ」「^{しんたいしゅうそ}身体愁訴 (明らかな医学的根拠がある場合を除く)」「社会性の問題」「思考の問題」「注意の問題」「非行的行動」「攻撃的行動」と指定されています。1 歳半～5 歳用には、これらの症候群のいくつかに対応するものだけでなく、「情緒的な反応性」「睡眠の問題」と呼ばれる症候群もありました。各症候群に関する児童のスコアは、その症候群の項目に対する 0-1-2 評価を合計することによって算出されます。医師が、精神科医療サービスに紹介された児童を紹介されていない同等の児童と比較しやすいように、症候群スコアは、その児童の年齢および性別、情報提供者の種類 (親、教師、自身)、関連する社会 (後述) に応じた標準と関連付けてプロフィールに表示されます。

さらなる統計解析によって、「内在化」(不安、抑うつ、^{しゃかいてきりだつ}社会的離脱、^{しんたいしゅうそ}身体愁訴) および「外在化」(非行的行動、攻撃的行動) と呼ばれる症候群のサブセット間に、関連が見出されています。「内在化」と「外在化」のスコアは、これらの大まかな分類を構成する各項目の 0-1-2 評価を合計することによって算出されます。全体スコアも、質問紙に記されたすべての問題項目の 0-1-2 評価を合計することによって、算出されます。内在化、外在化、全体のスコアは、その児童の年齢および性別、情報提供者の種類、関連する社会に応じた標準と関連付けてプロフィールに表示されます。

DSM 準拠尺度

評価法の各項目は、診断カテゴリーから始まるトップダウンの手法ではなく、児童の評価から始まるボトムアップの手法によって選択されました。それでも、問題項目の一部は、診断基準の中に対応する項目があり、統計学的に特定された症候群の一部は、特定の診断カテゴリーに含まれるものと類似した問題で構成されています。例えば、「注意の問題」症候群には、ADHD の症状基準に類似した問題項目が多数含まれています。さらに、特定の診断と、特定の症候群に関する高スコアとの間に、有意な関連が見出されています (Achenbach & Rescorla, 2001)。

医師が、診断カテゴリーと、評価法によって得られたデータの関連を調べられるように、多様な文化を背景にもつ専門の精神科医と心理学者が、DSM-IV-TR の診断カテゴリーとよく一致すると考えられる、評価法項目を特定するように依頼されました。続いて、特定の診断カテゴリーについて、大多数の専門家によって特定された項目が、診断カテゴリーに対応する DSM 準拠尺度にまとめられました。6～18 歳用では、DSM 準拠尺度は「情緒の問題」「不安の問題」「身体的問題」「注意欠如・多動の問題」「反抗挑発性の問題」「素行の問題」と呼ばれます。1 歳半～5 歳用では、専門家の判断により、6～18 歳用と同様のいくつかの DSM 準拠尺度だけでなく、「広汎な発達の問題」と名付けられた尺度も生み出されました (Achenbach & Rescorla, 2000)。この尺度により、自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害と診断される児童が特定されることがわかっています (Muratori et al, 2011 ; Sikora et al, 2008)。各 DSM 準拠尺度での児童のスコアは、尺度を構成する問題項目の 0-1-2 評価を合計することによって算出されます。16 歳のリチャード (仮名) による自己評価を示した図 A.3.1 の通り、医師が精神医療サービスに紹介された児童のスコアを紹介されていない同等の児童のスコアと比較できるように、尺度スコアは、その児童の年齢および性別、情報提供者の種類、関連する社会に応じたスコアと関連付けてプロフィールに表示されます。こうして、DSM 準拠尺度、症候群尺度と、それぞれのプロフィールから、同一の評価法における児童の行動、情緒、社会性の問題に対する情報提供者の評価を理解し、利用するための、代替的な体系が得られます。

情報提供者間の比較

親、教師、児童は、児童の機能の違った側面を認識しているため、それぞれの情報提供者から報告される問題が一致しないことが多くあります。不一致が認められる場合には、一方の情報提供者が正しく、もう一方は誤っていると結論付けたくなくなるものです。しかし、異なる情報提供者が、児童が異なる状況で異なる人々と機能する際の違いについて、有用な情報をもたらす場合があります。情報提供者からの報告の不一致は、児童の機能に対するその情報提供者の認識と評価の差異を反映している場合もあります。児童に精神医療サービスが必要かどうか、どのようなサービスが必要か、親や教師、児童はサービスにどのように関与すると考えられるかを判断する際には、これらの不一致を考慮に入れなければなりません。

YSR/11-18 - DSM-Oriented Scales for Boys Scored Using T Scores for Society K

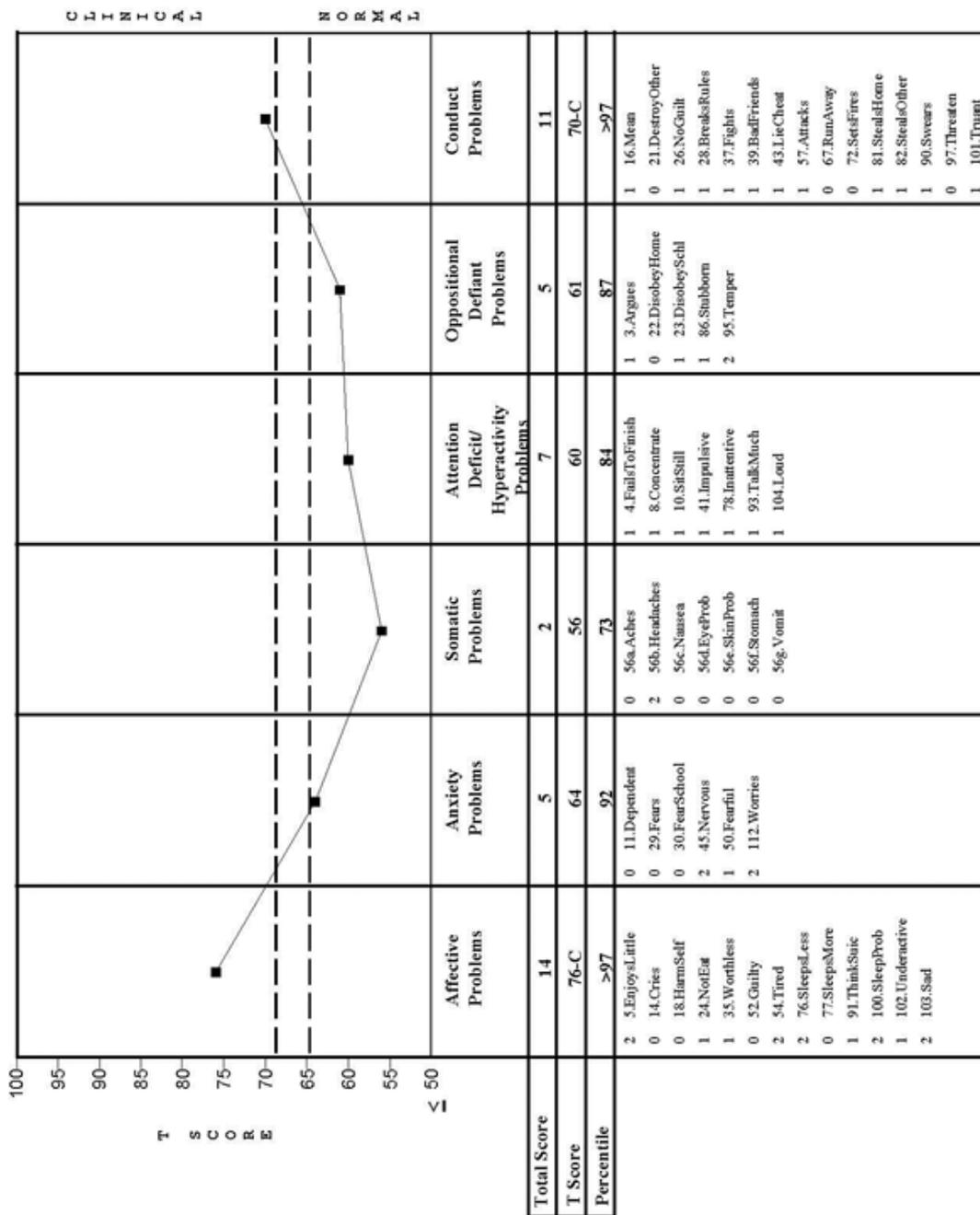
Informant: Self
Relationship: Self

Clinician:
Agency: Court

Date Filled: 10/12/06
Birth Date: 05/05/90

Gender: Male
Age: 16

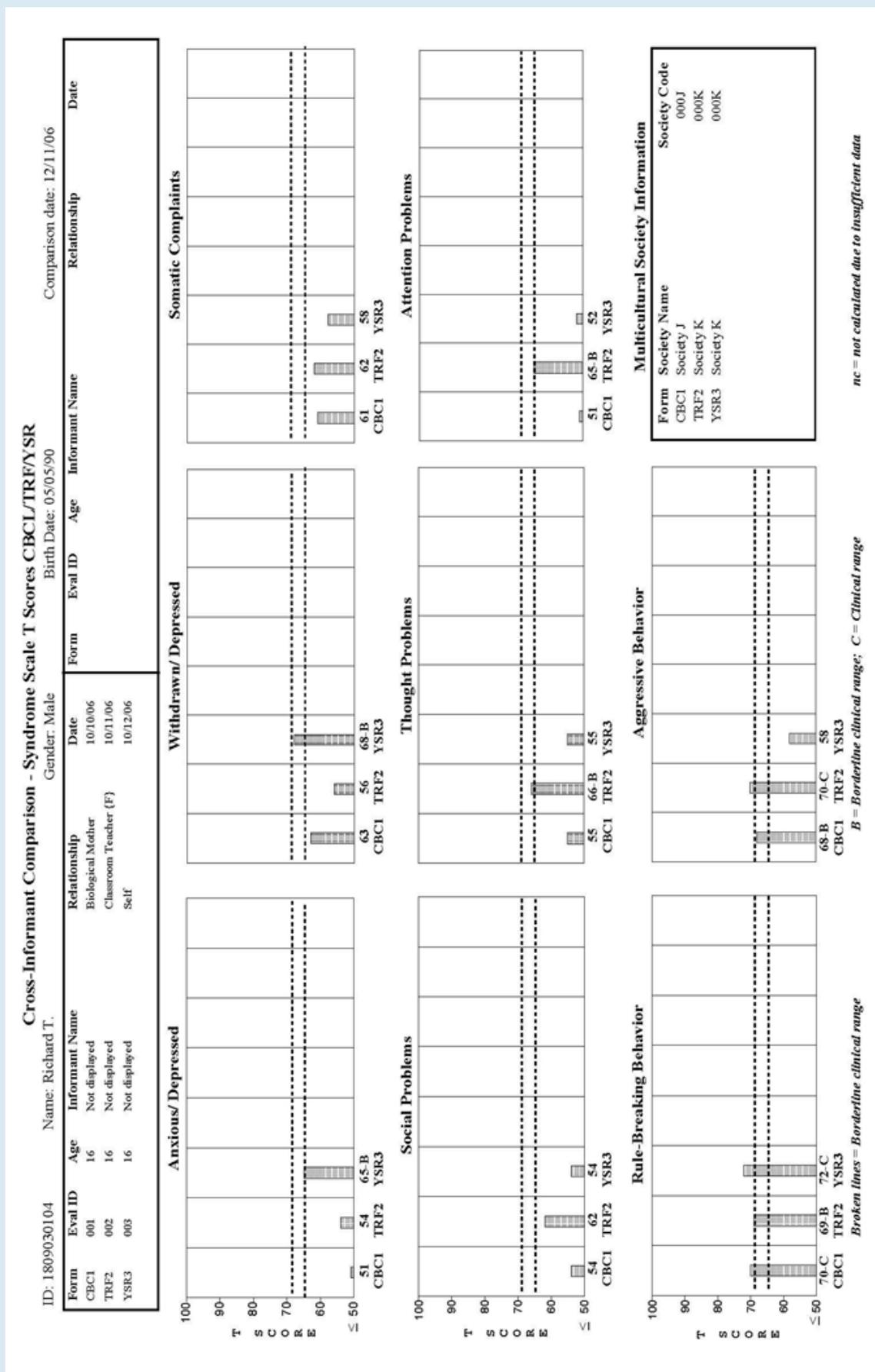
ID: 1809030104-003
Name: Richard T.



B = Borderline clinical range; C = Clinical range
Broken lines = Borderline clinical range

図 A.3.1
リチャードの
DSM 準拠 YSR
尺度のプロフ
ファイル
(Achenbach
& Rescorla,
2007 より)

図 A.3.2 CBCL の Society J の標準、TRF および YSR の Society K の標準との関連からみた症候群尺度におけるリチャードのスコアの情報提供者間比較 (Achenbach & Rescorla, 2007 より)



医師が、親、教師、児童から報告された問題の類似点と差異を簡単に見つけられるように、評価法を用いるためのコンピュータソフトウェアでは、最大 8 人の情報提供者の任意の組み合わせによる、各問題項目の 0-1-2 評価が並べて表示されます。項目評価が並べて表示されることにより、医師は、すべての情報提供者によって支持されている問題、どの情報提供者にも支持されていない問題、一部の情報提供者によって支持されている問題を、すばやく特定することができます。一例として、ある問題が教師のみに支持されている場合には、それらの問題が学校の環境に特異的なものであることが示唆されます。一方、ある問題が親のみに支持されている場合は、それらの問題が家庭の環境に特異的なものであることが示唆されます。

問題評価の並列表示に加えて、コンピュータソフトウェアでは、各情報提供者の評価によりスコア化された症候群や DSM 準拠尺度の棒グラフも表示されます。一例として、図 A.3.2 に、16 歳のリチャードの母親、教師、リチャード自身による、彼に関する評価からスコア化された、DSM 準拠尺度の棒グラフを示します。棒グラフを調べることによって、医師は、スコアが境界臨床域 (2 本の破線の間) にあるのか、臨床範囲 (上の破線を超えた部分) にあるのかを、すばやく知ることができます。医師は、異なる情報提供者から得られたスコア間に重要な差があるかどうかを調べることもできます。

多文化への適用

ICD、DSM、DC:0-3R の体系は、ひと握りの社会の枠を超えて幅広く検証されてきたわけではありません。そのため、それらの症状基準、診断閾値 (診断に必要な症状の数) やその他の特徴が、疾病分類学的体系が検証されていない多くの社会の児童に、どのくらいよく当てはまるのかについて、知らなければならないことがたくさん残っています。ICD-11 と DSM-5 では大きな変更が加えられる可能性が高いことから、新しい基準の草案は、最終決定の前に、さまざまな文化で検証されることが望まれます。

その一方、1 歳半～18 歳で評価した問題に関するデータから導出された臨床体系が、47 の社会で検証されており、評価法は表 A.3.1 に記した 86 の言語に翻訳されています。症候群体系は、親、教師、保育士、そして児童自身 (11～18 歳) による数万人の児童に対する評価の統計解析によって検証されました (Achenbach & Rescorla, 2012)。ほぼすべての解析において、もともとはオーストラリア、ジャマイカ、英国、米国の英語を話す児童を対象とした評価から作成された症候群体系が、支持されました。この結果は、親、教師、自身が評価する手法によりスコア化された症候群に盛り込まれている、同時に発生する問題のパターンが、他の社会においても認められたことを意味しています。

47 の社会の児童に適した標準を提示するために、全体スコアの分布が、すべての社会の児童症例において比較されました。これらの比較に基づき、問題スコア



写真をクリックすると、ASEBA のウェブサイトアクセスすることができます。

が比較的低い社会、中程度の社会、高い社会が特定されました。医師が、児童のスコアを、適合する社会の同等の児童から得られるスコアと比較できるように、低スコア層、中スコア層、高スコア層向けの標準が構築されています。児童の症候群、DSM 準拠、内在化、外在化、全体のスコアを、児童の年齢および性別、情報提供者の種類に応じた標準だけでなく、適合する社会の標準と関連付けて表示できる、コンピュータスコアリングソフトウェアにおいて、これら3セットの多文化標準が利用可能です。

表 A.3.1 Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) 質問紙の翻訳版^a

アフーン・オロモ語 (エチオピア)	ゲルジア語	ポルトガル語 (ブラジル)
アフリカンス語	ドイツ語	ポルトガル語 (ポルトガル)
アルバニア語 (アルバニア、コソボ)	ギリシャ語	クレオールポルトガル語
アメリカ手話	グジャラート語 (インド)	パンジャブ語 (インド)
アムハラ語 (エチオピア)	ハイチ語	ルーマニア語
アラビア語	ヘブライ語	ロシア語
アルメニア語	ヒンディー語	サモア語
オースラン (オーストラリアハンガリー語)		セペディ語 (北ソト語、南アフリカ)
インドネシア語 (バハサイ)	アイスランド語	セルビア語
マレーシア語 (バハサマレーシア)		セソト語 (南ソト語、南アフリカ)
ベンガル語 (バングラデシュ)	日本語	シンハラ語 (スリランカ)
ベンガル語	カンナダ語 (インド)	スロバキア語
ボスニア語	クメール語 (カンボジア)	スロベニア語
ブライユ点字	エンブ語 (ケニア)	ソマリ語
イギリス手話	スワヒリ語 (ケニア)	スペイン語 (カスティリヤ語)
ブルガリア語	韓国語	スペイン語 (ラテン系)
カタルーニャ語 (スペイン)	ラオス語	スウェーデン語
中国語	ラトビア語	タガログ語 (フィリピン)
クロアチア語	リトアニア語	タミル語 (インド)
チェコ語	マケドニア語	テルグ語 (インド)
デンマーク語	マレー語	タイ語
オランダ語 (オランダ、フマラヤラム語 (インド)		チベット語
ランドル)		
エストニア語	マルタ語	トルコ語
ペルシア語 (ペルシア、イマラーティー語 (インド)		ウクライナ語
ラン)		
フィンランド語	ネパール語	ウルドゥー語 (インド、パキスタン)
フランス語 (ベルギー)	ノルウェー語	ベトナム語
フランス語 (パリ)	パピアメント語 (キュラソー)	ビサヤ語 (フィリピン)
フランス語 (ケベック)	パシュトー語 (アフガニスタン、パキスタン)	コーサ語 (南アフリカ)
ガー語 (ガーナ)	ポーランド語	ズールー語

^a1 つ以上の ASEBA 質問紙が翻訳されている言語 (Achenbach & Rescorla, 2012 より)。

臨床体系の概要

さまざまな種類の行動、情緒、社会性の問題を見分けるための、いくつかの体系を紹介してきました。メンタルヘルス・サイエンスは発達段階で、どれか1つの体系が完全に正しく、それ以外は誤りであるとみなすことはできません。そうではなく、さまざまな体系が、異なる目的で、それぞれに長所と短所をもつと考えられます。したがって、しばらくの間は、エビデンスに基づく診療のための臨床データの収集と使用の指針として、複数の体系で考えることが役立つかもしれません。

児童期の行動、情緒、社会性の問題に関する ICD および DSM 体系は、生涯にわたる多種多様な問題を対象とする疾病分類学の構成要素です。他の年齢層の体系と同様に、児童の問題に関する体系は、専門家が提案した診断カテゴリーで構成され、続いて、専門家は児童の問題がどのカテゴリーに適合するのかを判断するための基準を規定します。基準では、児童の性別、年齢、文化的背景にかかわらず、また、異なる情報源から得たデータについても、同じ二者択一の判断が求められます。DSM-IV および ICD-10 の評価において、世界で最も有名な児童精神科医であるマイケル・ラター（2011）は、「診断があまりにも多く、併存疾患とされる病態の発生率がおかしなくらい高い」（p. 647）、そして「ディメンジョンを用いることによって、誤解を招くような、併存疾患とされる病態の範囲は小さくなる可能性がある」（p. 655）と結論付けました。

「診断があまりにも多く、併存疾患とされる病態の発生率がおかしなくらい高い」
「ディメンジョンを用いることによって、誤解を招くような、併存疾患とされる病態の範囲は小さくなる可能性がある」
マイケル・ラター
(2011, p 655)

ICD や DSM と同様に、DC:0-3R は、専門家がカテゴリーを提案し、続いて、児童の問題が適合するカテゴリーを判断するための基準を規定した疾病分類です。ただし、ICD や DSM と異なり、DC:0-3R は、幼児期の症候群と発達上の特徴によりよく対応するように作成されました。さらに ICD や DSM と異なる点として、DC:0-3R は、非常に若い児童の問題を理解するためにとくに重要と考えられる、親子関係に関する評価尺度を提供しています。

ICD および DSM では、行動、情緒、社会性の問題を評価するための方法が規定されていない欠点があることから、さまざまな SDI の開発が進んでいます。児童からのデータとともに親からのデータが必要であることが認識され、児童の診断のために作成された SDI には、親の面接が含まれています。教師向けの質問票を提供している SDI もあります。しかし、親、教師、児童からの報告に差異があると、各診断基準について二者択一の結論を導き出すことが困難になります。

SDI は研究目的で診断に広く用いられていることから、多くの出版物では、SDI を用いて下された診断に関する結果が報告されています。しかし、SDI を実施するには広範囲にわたる訓練とまとまった長い時間が必要であるために、臨床診療での使用は限られます。したがって、SDI によって下された診断に関する研究結

果を、臨床評価によって下された診断に当てはめることができるのかが問われます。メタ解析では、^{しんけいせい}神経性やせ症 / ^{ししょう しんけいせいむしょくよくししょう}神経性無食欲症などの特定の診断については、SDIによる場合と臨床評価による場合とで良好な一致度が認められる一方、^{ぜんぱんふあんししょう}全般不安症 / ^{ぜんぱんせいふあんししょうがい}全般性不安障害などのよくある診断のいくつかについては、一致度が低いことが示されています。メタ解析に含まれたすべての診断において、偶然について補正後、児童患者の39%ではSDIと臨床評価によって同一の診断が得られましたが、61%では診断が異なりました。

診断基準について二者択一の判断をもたらすSDIに加えて、児童の問題を評価するためのさまざまな評価法が開発されています。評価法の中には、ADHDなどの特定の診断カテゴリーの症状基準に合わせた項目で構成されるものもあります。また、特定の診断基準に近いと考えられる、より多様な項目が含まれるものの、診断カテゴリーと1対1で対応する項目は含まないものもあります。

臨床体系を構築するもう1つの方法は、数千人の児童を対象にさまざまな問題項目の情報提供者の評価から開始する、ボトムアップによる作業です。続いて評価を統計学的に解析し、同時に発生する問題の症候群を特定します。臨床評価に用いるために、児童の症候群スコアは、各症候群を構成する項目の評価を合計することによって算出されます。スコアが正常域、境界臨床域、臨床域のいずれにあるのかを医師が判断できるように、症候群尺度は、児童の年齢および性別に応じた標準や、親、教師、児童自身などの情報提供者の種類に応じた標準と関連付けて、プロフィールに表示されます。児童について報告される問題の異なる社会間の差異を考慮に入れるために、医師は、多様な社会から得られた多文化データに基づいて、何を標準とするか選択することができます。さらに、医師が情報提供者間の比較を行えるように、複数の情報提供者による項目および尺度スコアを、並べて表示することが可能です。各情報提供者による尺度スコアは、児童の年齢および性別、情報提供者の種類、医師により選択された多文化的標準集団について標準化されます。

統計学的に導出された症候群により、児童の問題を理解するための、ボトムアップの体系が提供されています。しかし、多様な文化を背景にもつ専門家による臨床判断に基づくDSM準拠尺度という形で、同じ評価法でスコアリングするためのトップダウンの体系も提供されています。



ケニアの8歳の男児が、地元の診療所に母親に連れて来られました。約2年前に母親は、息子が非常に落ち着きのないように見え、ほかの子どもが息子と遊びたがらないことに気付きました。男児は、非常に注意散漫で、片時も目が離せませんでした。母親が雇ったホームヘルパーが、彼に我慢できないという理由で辞めてしまうことがよくありました。男児は、打撲や骨折、熱傷などのけがが絶えませんでした。教師は、彼が非常に不注意で、字が汚く、作業を完了させないと苦情を言いました。男児は、当てられていないときに思わず答えを口走り、授業をひどく妨害しました。彼は利口そうに見えましたが、気が散りやすく、遊び時間にはけんかっ早く、あらゆる児童の活動で目立ちたがっていました。大事な学用品を紛失し、母親は、遺失物を捜すために、また懲罰会議に出席するために、学校を訪れることがしょっちゅうでした。

体系に基づく評価のデータを提供するために、母親は、Conners Parent Rating Scale (CPRS) に回答するよう依頼されました。複数のCPRS問題尺度でのスコア上昇、母親の面接の報告、男児との短いセッションに基づき、診療所の医師は、地域の診療所で行うのが難しい、より幅広い評価を受けるために、精神科医の診察を受けるよう勧めました。

精神科医が男児を評価したとき、医師は男児の身なりはよいものの、それぞれに治癒の具合が異なる複数のあざがあることに気付きました。あざは、転倒や物にぶつかることによってできたもので、第三者に負わされたものではないように見えたのですが、男児は、自分の振る舞いのせいで、家で罰を受けることが多いと言い、こうした罰について両親と話してほしいと医師

に頼みました。精神状態の検査では、時間と場所の見当識は良好、記憶力は良好で、認知障害の所見はありませんでした。しかし、気が散りやすく、何度も場違いな音を立てました。じっと座っていることができず、部屋の中を歩き回り、診察室の壁にかけられた絵について医師に質問しました。言語能力が十分に発達しておらず、考えを明確に表現できませんでした。

男児担当の小児科医から送られたCPRSの結果を検討し、精神科医は、複数の尺度でスコアが上昇し、ADHD Indexのスコアがとくに高いことがわかりました。男児は複数の分野で助けを必要としていることが明らかでしたが、精神科医は、ADHDに関する高スコアから、薬物療法を試行し、不注意と多動の問題が十分に軽減され、その他の問題に対する支援を受けられるようになるかどうかを確かめることが支持される、との結論に達しました。

この結論を男児の母親と話し合ったとき、精神科医は、母親がすでに、同様の問題を抱えた子をもつ友人から、ADHDについて学んでいたことを知りました。そのため、母親は精神科医の結論に驚くことはなく、薬物療法の試行を進んで受け入れました。母親の許可を得て、精神科医は、みずからの結論と計画を、同じく男児の行動について心配していた男児の教師にも伝えました。精神科医はメチルフェニデート10mg1日2回を処方し、母親と教師に月1回の間隔でCPRSに回答するよう依頼して、治療への反応を評価するとともに、考えられるさらなる介入に関する決定の根拠とすることにしました。母親には、ADHDに関する情報と、より適切なしつけの手段に関する情報も提供されました。

発展途上国における体系に基づく評価の必要性

発展途上国または低所得国における精神医療サービスの必要性は、先進国と少なくとも同じくらいに大きい傾向がありますが、低所得国では、スキルをもった精神医療従事者がはるかに少ない状況です。写真は、著者の1人が低所得国のある診療所にいるところです。この診療所では、児童が看護師に診てもらうために待っており、看護師はあまりにも多くの患者に圧倒されています。そのため、過重労働の医療提供者を支援するような、評価法を用いることが急務です。それらの評価法により、親や—可能である限り—教師、そして児童自身から、信頼度の高

い情報を得ることができるはずでず。そのような評価法は、少なくとも以下の目的にかないます：(a) 児童の精神障害に関する認識を高めること；(b) これらの問題に関するデータを医療情報システムに組み込むこと；(c) 必要に応じて、専門家に紹介する症例の特定を補助すること。上記の臨床記述は、発展途上国における体系に基づく評価を説明したものです。

REFERENCES

- Achenbach TM (2009). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach TM & Rescorla LA (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach TM & Rescorla LA (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach TM & Rescorla LA (2012). *Multicultural Guide for the ASEBA Forms & Profiles for Ages 1½-18* (2nd ed). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, text revision. Washington, DC: Author.
- Cohen J (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20:37-46. doi:10.1177/001316446002000104
- Cohen P, O'Connor P, Lewis S et al (1987). Comparison of DISC and K-SADS-P interviews of an epidemiological sample of children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26:662-667. doi:10.1097/00004583-198709000-00009
- Conners CK (2001). *Conners' Rating Scales-Revised Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- De Los Reyes A (2011). More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40:1-9. doi:10.1080/15374416.2011.533405
- DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD et al (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation*. New York: Guilford.
- Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:581-586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodman R, Ford T, Richards H et al (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41:645-655. doi:10.1111/j.1469-7610.2000.tb02345.x
- Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (Eds) (2008). *Dimensional Approaches in Diagnostic Classification: Refining the Research Agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D et al (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:980-988. doi:10.1097/00004583-199707000-00021
- Muratori F, Narzisi A, Tancredi R et al (2011). The CBCL 1.5-5 and the identification of preschoolers with autism in Italy. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20:329-338. doi:10.1017/S204579601100045X
- Rettew DC, Doyle A, Achenbach TM et al. (2009). Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18:169-184. doi:10.1002/mpr.289
- Reynolds CR & Kamphaus RW (2004). *Behavior Assessment System for Children* (2nd ed). Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Rutter M (2011). Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52:647-660. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02367.x
- Shaffer D, Fisher P, Lucas CP et al (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39:28-38. doi:10.1097/00004583-200001000-00014
- Sikora DM, Hall TA, Hartley SL et al (2008). Does parent report of behavior differ across ADOS-G classifications: Analysis of scores from the CBCL and GARS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38:440-448. doi:10.1007/s10803-007-0407-z
- World Health Organization (1992). *Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the Tenth Revision of the International Classification of Diseases* (10th ed). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva, Switzerland: Author.
- Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers, and Families (1994; 2005). *Diagnostic Classification 0-3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood* (1st edition, revised edition). Washington, DC: Author.