注意欠如多動症の認知行動療法マニュアル

目次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
第I章　注意欠如多動症の認知行動療法の概略
1-1　注意欠如多動症の認知行動療法の概略・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
1-2　注意欠如多動症の基礎理解・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
1-3　注意欠如多動症の認知行動療法モデル・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
1-4　注意欠如多動症の治療が目指すもの・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
1-5　セッション構造の特徴・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
第II章　概念化と治療計画・認知行動療法の導入
2-1　注意欠如多動症の認知行動療法の導入までのプロセス・・・・・・・・・・16
2-2　事前の情報収集とアセスメント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22
2-3　概念化と治療計画・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・30
第III章　必修ワーク（1-4 回目）
3-1　問題の把握と目標設定（ワーク 1）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・35
3-2　心理教育（ワーク 2）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・44
3-3　概念化と選択ワークの選び方（ワーク 3）・・・・・・・・・・・・・・・・49
3-4　問題解決法（ワーク 4）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・55
第IV章　選択ワーク：時間管理モジュール
4-1　時間管理ツールの導入（ワーク 5）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・60
4-2　生活リズムを整える（ワーク 6）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・64
4-3　約束した時間に間に合う（ワーク 7）・・・・・・・・・・・・・・・・・・70
4-4　ToDo リストの活用（ワーク 9）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・72
4-5　ロジックツリーToDo リスト（ワーク 10）・・・・・・・・・・・・・・・・76
4-6　計画立て（ワーク 11）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・80
4-7　優先順位づけ（緊急性）（ワーク 12）・・・・・・・・・・・・・・・・・・86
4-8　優先順位づけ（重要性）（ワーク 13）・・・・・・・・・・・・・・・・・・91
第V章　選択ワーク：感情調節モジュール
5-1　感情調節（ワーク 17）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・97
5-2　認知再構成法（ワーク 18）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・100
第VI章　その他の選択ワーク
6-1　自己報酬マネジメント（ワーク 8）・・・・・・・・・・・・・・・・・・103
6-2　整理整頓（ワーク 14）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・107
6-3　注意持続訓練　（ワーク 15）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・112
6-4　環境調整　（ワーク 16）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・116
6-5　過集中対策（ワーク 19）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・120
6-6　余暇の過ごし方　（ワーク 20）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・123
第VII章　必修ワーク：まとめ
7-1　これまでのまとめと今度の対策（ワーク 21）・・・・・・・・・・・・・126

第VIII章　その他

8-1　薬物療法との関係・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・131
8-2　併存疾患の影響・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・133
8-3　家族やパートナー（重要な他者）との連携について・・・・・・・・・・・135
8-4　復職支援・就労支援との連携について（職場との連携）・・・・・・・・・136
8-5　その他の役に立つツールやスキル　・・・・・・・・・・・・・・・・・・137
参考文献・サイト・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・139
別添資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・141
編著者一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・143
利益相反・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・144

1. はじめに

認知行動療法（CBT: Cognitive Behavior Therapy）とは、人間の気分や行動が物事のとらえ方や考え方に影響されるため、認知や行動の変化を通して問題解決を助けることで抑うつ症状を治療する精神療法の一つとしてアメリカの精神科医アーロン・ベックにより開発された。日本では 2010 年から医師による CBT が保険診療として認められ、最近では、過敏性腸症候群、非特異的腰痛症、糖尿病などの身体疾患や、がん領域においても応用されている。注意欠如多動症（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD）に関しては、1990 年代後半に CBT が適用され始め、そこで ADHD 独自の技法も生み出された。しかしながら、どの技法が成人期の ADHD に有効であるか、どのような心理的支援を実施すべきかについては、国際的な治療ガイドラインにおいても一致した見解はみられているとは言い難い。欧米では、2010 年前後から成人期の ADHD の CBT の効果研究が多数報告されてきたが、我が国におけるエビデンスはまだ少ないのが実情である。したがって、AMED 研究班による文献的レビューや我が国の実情を鑑みた上で、有識者による検討を重ねマニュアルを作成した。マニュアルに沿った基本的な型を身につけておくことは言うまでもないが、マニュアルで取り上げられているものはあくまでもガイドであり、その時にどのような方略（スキル）を使うかは、患者の状態を見ながら、そして症例の概念化（ケースフォーミュレーション）に基づきながら柔軟に決めていく必要がある。CBT では、患者の気づきが広がり深まるように手助けをしていくが、その時の関わり方を「ガイデッドディスカバリー」と呼ぶ。つまり、治療者（セラピスト）は、患者を一方的に説得するのではなく、患者が体験を通じて理解したり問題を解決したりできるように手助けをしていく。今後の成人期 ADHD の臨床でお困りの際に、本マニュアルを参考に活用いただきたい。

2. 治療の対象疾患

本マニュアルが主に想定する対象疾患は、国際疾病分類の第 11 回改訂版（ICD-11）における、注意欠如多動症に該当する人々である。

3. 本マニュアルにおける CBT の構造

本マニュアルにおける CBT の構造は、個人 CBT として、治療者と対象者が 1 対 1 でセッションを行うことを想定している。1 回のセッションの時間は 40-50 分程度、週に 1 回の頻度で、合計 12-16 回程度、最長で 25 回程度で実施されることを想定しており、ブースターセッションは、実施施設や対象者の個別的な状況に応じて検討可能である。

4. 本マニュアルを実施する治療者の要件

本マニュアルの CBT は、患者の主治医が CBT の治療者として通常治療に加えて実施することもあるが、その他にも、主治医以外の医師、看護師、公認心理師、作業療法士、精神保健福祉士などの専門職が主治医である医師の指示を受けた上で、心理的支援のひとつとして実施することも想定している。

本マニュアルに基づいて CBT を実施する治療者は、成人期の ADHD に対する臨床

経験が一定以上ある専門職の利用を想定する。さらに、一般的な CBT についての基本的な知識やスキルを持つことが求められる。具体的には、「認知行動療法の共通基盤マニュアル」で求められるスキルを実施することが可能であり、実際に構造化された CBT を患者に適用し、スーパービジョンを受けた経験があることが望ましい。

また、主治医以外の専門職が CBT を実施する場合であっても、主治医は治療を指示する立場として CBT の技法、適応、限界をある程度理解している必要があり、CBT の治療者は医師の指示の下で心理的支援としての CBT を実施する。

5. 本マニュアルの使用環境

本マニュアルにおける CBT は、成人期の ADHD に対して単独で用いられる治療法ではなく、生物－心理－社会的な包括治療の選択肢の一つとして、薬物療法を含めたその他の治療法に付加して行われるものであり、成人期の ADHD に対する第一選択の治療法ということではない。

本マニュアルは、外来において個人セッションで行う CBT を想定し作成されている。CBT そのものは、適用の仕方によって、外来における個人セッション以外にも、入院やアウトリーチで実施したり、集団で行ったりなど、さまざまな環境や設定で実施することができる。後述するようなセッションの時間や頻度、全体の回数などについても、CBT を実施する環境や設定に応じた修正は可能である。

6. 本マニュアルの適応

本マニュアルでは、外来において定期通院が可能な、比較的安定した患者を対象とすることを想定しており、治療の構造的な枠組みや記載内容もこうした患者に合わせたものになっている。但し、病状の安定性や重症度は相対的なものであり、適用法の工夫によって本マニュアルをさまざまな病状の患者に適用することは可能である。しかし、以下のような状態の患者に対しては、本マニュアルの適用は想定されていないことにご留意願いたい。

1) 自傷性や他害性に伴う危険な行動のリスクが著しく高まっている状態
2) 精神症状のために患者・治療者の安全・安心が脅かされる状態
3) アルコールを含めた精神作用物質の影響下にある状態
4) 急を要する深刻な経済・住居の問題、重篤な身体的健康問題などがある状態
5) 定期通院が困難、面接構造を保つことが困難な状態
6) 本人がCBTによる治療を望んでいない状態

7. 認知行動療法基盤マニュアル

成人期の ADHD に対する CBT は、一般的な CBT と原理や用いるスキルは共有しており、これを成人期の ADHD に適用したものである。このため、上述した通り「認知行動療法の共通基盤マニュアル」で求められる知識とスキルをもつことが、本マニュアルに沿った CBT を行うための要件となる。従って、本マニュアルは、「認知行動療法の共通基盤マニュアル」で

解説されている内容については、最小限の記載にとどめ、成人期の ADHD への適用に際して必要性、有用性、重要性があると考えられる点を強調する形で解説されている。

第I章　注意欠如多動症の概略

1-1　注意欠如多動症の認知行動療法の概略

ADHD は不注意、多動性・衝動性を主要な特徴とする発達障害である。現行の成人期の ADHD 患者に対する国際的な治療ガイドライン（National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2018; Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance [CADDRA], 2018 など）の多くでは、心理教育と、薬物療法と CBT が共通して推奨されている。

ADHD の CBT では、もともと持っている ADHD の症状そのものにアプローチにするのではなく、（1）ADHD に関する心理教育を実施し自己理解を促し、自信を回復し、（2）特性に合うような環境を調整したり、その特性を持ちながら適応できるような技能を習得したり、（3）これまでの経験から身につけた自動思考やスキーマを見直すことで気分への影響を減らしたりすることを目指す。

これまで ADHD の成人を対象に行われてきた CBT の効果研究は、2000 年前後から始まり、集団形式で行うもの（Solanto et al., 2010; Emilsson et al., 2011; Zylowska et al., 2008; Virta et al., 2008 など）と個別に行うもの（Safren et al., 2005; Safren et al., 2010; Moell, 2015; Dittner, 2018; Gu, 2017; Corbisiero, 2018）が報告されている。コクランレビューでは、CBT の効果について複数の観点から報告がなされている（Lopez et al., 2018）。まず、CBT と支持的精神療法を比較した場合、臨床家評価で得られた ADHD 症状の改善に対して CBT は小さな効果量を示したものの、自己評価による ADHD 症状の改善では両療法間に有意な違いはみられなかった。一方、CBT と待機群を比較した場合、臨床家評価および本人評価の両方において、ADHD 症状の改善に対する大きな効果量が得られている。さらに、薬物療法に CBT を併用した場合の効果も検討されている。薬物療法単独と比較して、CBT の併用は臨床家評価と本人評価による ADHD 症状に対してより効果的であることが示された。加えて、ADHD 患者に一般的にみられるうつ病、不安、怒りなどの併存障害についても、CBT の併用がその改善に寄与する可能性が報告されている。しかし、我が国におけるエビデンスはまだ少ない状況 （金澤, 2014; 中島ら, 2019; Nakashima et al., 2022）である。

1-2　注意欠如多動症の基礎理解

ADHD は、学齢期の児童においては約 5%、成人においても約 2.5%程度の有病率であると報告されている。国際的な診断基準である精神疾患の診断・統計マニュアル（DSM-5-TR）では、不注意と多動性–衝動性のそれぞれの 9 項目において 6 項目以上（17 歳以上では 5 項目以上）に該当し、その症状が少なくとも 6 ヶ月持続しているかどうかを評価する。そして、これらの特徴が 12 歳以前から存在すること、2 つ以上の状況（例：家庭、学校、職場、友人や親戚といるとき、等）において存在し、社会的・職業的機能を低下させていることが診断基準として設定されている。年齢を重ねるごとに多動性–衝動性は目立たなくなることも多いが、不注意の症状は持続しやすいことが報告されている。

国内外の治療のガイドラインにおいては、薬物療法に加えて非薬物療法、心理社会的支援の重要性が強調されている。英国の NICE のガイドライン（2018）では、成人 ADHD

の支援として、1）環境調整を実施しても生活の一つ以上の領域において重大かつ持続的な障害を呈している場合には薬物療法を検討すること、2）薬物療法を希望しない場合、服薬遵守が難しい場合、薬物療法への忍容性不良、薬物療法の効果不良・不十分（薬物療法を行っても 1 つ以上の領域において重大な障害が残存）の場合には非薬物療法を実施すること、3）非薬物療法としては、ADHD に焦点を当てた構造化された支持的な心理的介入と定期的なフォロー、そして CBT が推奨されている。ADHD は ASD（自閉スペクトラム症）などのその他の神経発達症を併存する可能性があり、さらに二次性併存症（不安症群、うつ病、パーソナリティ障害群、強迫症）や養育環境に由来する問題などが重なり、複雑な病態を呈しうるため、臨床的全体像を適切にとらえた上での治療・支援計画の策定が必要となる。

1-3　注意欠如多動症の認知行動モデル

CBT の基本的発想は、患者の個人内要因として気分や情緒、行動、思考、身体という要素があり、個人外要因として環境要因が想定され、それぞれ相互に影響を与え合う。そこに何らかの刺激や情報（出来事）が、「認知」というフィルターを通過して（解釈されて）入力されるというものである。成人期の ADHD では、この基本的発想を基に、特に幼少期から成人期に至るまでの長い間の（多くは否定的である）出来事や経験を考慮して患者の状態や状況を把握することが有益である。

CBT は疾患特有の問題や症状の維持モデルに基づいており、成人の ADHD に特化した認知行動モデル（Safren et al., 2004；ワークシート 9 ページ参照）も開発されている。このモデルでは、ADHD 症状が機能障害（日常生活の支障）に至る過程を二つの経路で説明している。一つは、さまざまな行動的対処法である補償方略を有効に活用できないことによるもの、もう一つは、ADHD 症状によって幼少期から失敗経験を繰り返すために非機能的な認知や信念を抱えやすくなり、その結果として抑うつ、不安、怒りなどのネガティブな気分状態に陥りやすくなることによるものである。これらが相互に影響し合い、機能障害を引き起こすと、それ自体が失敗経験となり悪循環を形成する。このアプローチでは、薬物療法で ADHD 症状を抑制しつつ、CBT で補償方略の習慣化と非機能的な認知の修正を行い、機能障害の緩和を図る。このモデルは心理教育にも活用され、治療目標の共有に役立つ。

一方、ADHD の triple pathway model（Sonuga-Barke et al., 2010）は、ADHD の行動特性が複数の脳領域の機能障害に起因し、個人差が大きいことを示している。このモデルは「抑制制御」、「報酬遅延」、「時間処理」の 3 つの機能障害を提示し、各障害が異なる脳領域と関連していることを明らかにした。

ADHD の CBT では機能分析も重視される。これは患者の特定の行動のきっかけや前提条件、行動、結果の関連を明らかにすることにより、行動を変化させるための手がかりを得るためのものである。治療者は患者とともにこの分析を行い、治療終了後も患者自身が行動を整理できるようにすることで、長期的な生活の質の向上を目指す。

1-4　注意欠如多動症の治療が目指すもの

ADHD の患者は失敗や叱責されるなどの経験が積み重なり、自己評価が低くなりやすい。Kessler らの研究によると、ADHD をもたない人よりも、気分障害（38.3%）、不安障害（47.1%）などのさまざまな精神科的併存疾患を患う確率が高い（Kessler et al., 2006）。そのため治療の目的としては、短期的には ADHD 症状や併存する不安症状や抑うつ症状の軽減であるが、長期的には症状の改善を含めた生活上の困難さを可能な限り緩和すること、あるいは患者の潜在能力を最大限発揮できるように補助をすることとなる（Weiss et al., 2008）。

成人期の ADHD に対する治療法としては、欧米においては心理教育、薬物療法、CBT、コーチングが推奨されている（Kooij et al., 2019）。薬物療法によって ADHD 症状に改善がみられたとしても、それが直接的に日常生活上の問題の改善に繋がるとは限らないため、日常生活を支える対処法の習得や、併存する抑うつや不安を自己管理する目的で CBT（例えば、Safren et al., 2005）などの精神療法を付加することが推奨されている。わが国の治療ガイドラインでは、児童期の ADHD では「臨床重症度が軽度の場合は基本的に環境調整および心理社会的治療が中心、中程度では環境調整および心理社会的治療を一定期間（少なくとも 3 か月以上）試み、それでも改善が得られないと判断したケースで薬物療法を開始する」と明記されている（齋藤・飯田，2022）。上記のガイドラインは児童期についてであるが、成人期の ADHD 患者に対しても、本プログラムで紹介されている CBT を中心とした心理社会的治療を患者の機能障害に合わせて選択することが可能となる。

本プログラムでは優先順位付けや計画性への対応などの ADHD への対処法が多く紹介されている。それらの対処法はもちろん効果が見込まれるが、ADHD 患者に対処法を用いて短所や苦手な事をゼロにすることのみを目標にすると治療動機が低下する恐れがある。ADHD 患者への CBT では実践することが本人の役に立つのか、本人の価値と関連するのかを本人に理解・納得してもらいながら進めることが重要となる。このように本人の自発的な動機付けが高まっている中で対処法などの反復練習をすることが大切である。これらを維持することで ADHD の治療が目指す長期的な生活上の困難さを緩和することができる。

*参考：典型的な ADHD の認知行動療法の技法リスト
（Safren et al., 2005; Safren et al., 2010; Moell et al., 2015; Corbisiero et al., 2018; Gu et al., 2017; Dittner et al., 2018; Solanto et al., 2011 を基に作成）

1) 物の整理（整理整頓）
2) 環境調整
3) 注意持続訓練
4) リマインダーの使用
5) 衝動性（特に感情）のコントロール
6) 生活リズムを整える（睡眠、過集中の切り上げ方など）
7) 金銭管理

8) 心理教育（ケースフォーミュレーションや機能分析を含む）
9) 時間管理（計画立て）
10) 問題解決技法
11) 先延ばしへの対処（利益・不利益比較を含む）
12) 認知再構成
13) マインドフルネス
14) ToDoリストの作成と優先順位づけ
15) 近しい関係におけるコミュニケーションの改善と問題解決
16) 自己報酬マネジメント
17) 再発予防

1-5 セッション構造の特徴

1.5.1 個別の認知行動療法

このマニュアルでは、個別に実施する CBT について解説している。
個別に実施することで、次の 3 つの効用が期待できる。

1) **多様な困りごとに沿ってテーラーメイドできる**
成人期のADHDの方の困りごとは、多岐にわたる。仕事の有無、配偶者や子どもの有無、住む地域の文化などが小児期よりも幅広く複雑になるからである。また、この年齢までに身につけている対処法と、学習されないままになっていた対処法の落差が大きいことも特徴である。こうした多様な困りごとや個人の対処能力の差に柔軟に対応したテーラーメイド（*後ほどこれについては詳細に述べる）のプログラムを提供できるのが個別のCBTの強みである。
2) **場所とマンパワーの実施の問題を解決する**
多くの ADHD の成人の方は、入院治療ではなく都心部のクリニックに通院して治療を受けていることが多いことがわかっている。クリニックで集団形式の CBT を提供しようとする場合、複数人が入る部屋がないことやマンパワーの不足が障壁となり実施が困難になることが予想される。こうした問題を解決するために、まずは個別形式の CBT についてマニュアルにまとめる。
3) **動機づけと価値観を重視したプログラム設計**
ADHDの方の治療からの脱落率の高さを考慮し、本プログラムでは動機づけと価値観を重視している。アクセプタンス＆コミットメント・セラピー（ACT）の理念を取り入れ、患者自身が大切にしている価値を明確にすることで、ADHD症状に囚われることなく自分らしい生活を送れるよう支援する。これにより、治療の継続性を高め、より効果的な介入を目指している。

*テーラーメイドの認知行動療法とは
本 CBT プログラムは、患者全員が取り組む必修ワークと、ケースフォーミュレーションと

患者の目標や困りごとに応じて選ぶことができる選択ワークから構成されている。患者毎に選択ワークを選んでテーラーメイドのプログラムを作ることができる。

1.5.2 治療全体の流れ

必修・選択	セッション	目的	アジェンダ	学ぶスキル
必修	1	目標を設定する	困っている場面 価値の明確化 目標設定	価値に気づく
必修	2	心理教育	ADHD の特性を知る よくある困りごと あなたの困りごとと ADHD の関係	困りごとと ADHD の関係 ADHD の認知行動モデルの理解
必修	3	ケースフォーミュレーション	どのプロセスでつまずいているかワーク選択	実行機能モデルとつまずいたステップの理解
必修	4	問題解決法	問題困りごとの解決法のキホンを学ぼう 解決法を用いて困りごと解決法を学ぶ	問題解決法
選択	5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13	時間管理モジュール	時間管理がうまくいかないのはなぜ 時間を意識するには睡眠を見直そう 朝の準備 約束の時間に間に合わないのはなぜ 時間の逆算 やるべきことを忘れるのはなぜ ToDo リストの書き方 ToDo リストのうまくいかない理由 ロジックツリーToDo リストの作り方 なぜ計画倒れになるのか、計画立て、すき間時間の活	時間管理ツールの導入 生活リズムを整える 時間の逆算 ToDo リストの活用 ロジックツリーToDo リスト 計画立て

			用、１週間の計画立て 優先順位づけが難しい理由、緊急性で優先順位づけなぜキャパオーバーになるのか、重要性と緊急性での優先順位づけ、自己流の罠	優先順位づけ（緊急性） 優先順位づけ（重要性）
選択	8	自己報酬マネジメント	やる気の出る仕組み やる気を出す作戦	自己報酬マネジメント
選択	14	整理整頓	なぜ物がなくなるのか、管理するコツ	整理整頓
選択	15, 16	環境調整	集中力が切れるのはなぜ、集中力が切れる場面の抽出、注意持続訓練 私が居づらいのはなぜ？必勝法に気づこう、職歴の振り返り	注意持続訓練 適職探し
選択	17, 18	感情に対処する	感情の波が激しいのはなぜ、対処の比較、感情調節 人間関係がつらいのはなぜ、自動思考と感情を分ける、別の思考を考える	感情調節 認知再構成法
選択	19	過集中の切り上げ方	過集中しやすいのはなぜ、過集中への対処	過集中の切り上げ方
選択	20	休日の過ごし方	休日に休めないのはなぜ、休日の過ごし方	余暇の過ごし方
必修	21	まとめ	目標の振り返り 学んだ技法の復習今後の課題	再発予防

1.5.3 必修ワークとは

本プログラムでは、セッション 2 および 3 において二段階のケースフォーミュレーションを行い、その結果や患者の目標に応じて必要なセッションを選択する。

・必修ワーク：全員が共通して取り組むセッション
「セッション 1: 目標を設定する」
「セッション 2: 心理教育」

「セッション 3: ケースフォーミュレーション」
「セッション 4: 問題解決法」
「セッション 21: まとめ」

・選択ワーク：選択して取り組むセッション
「セッション 5: 時間管理ツールの導入」
「セッション 6: 生活リズムを整える」
「セッション 7: 時間の逆算」
「セッション 8: 自己報酬マネジメント」
「セッション 9: ToDo リストの活用」
「セッション 10: ロジックツリーToDo リスト」
「セッション 11: 計画立て」
「セッション 12: 優先順位づけ（緊急性）」
「セッション 13: 優先順位づけ（重要性）」
「セッション 14: 整理整頓」
「セッション 15: 注意持続訓練」
「セッション 16: 環境調整」
「セッション 17: 感情調節」
「セッション 18: 認知再構成法」
「セッション 19: 過集中対策」
「セッション 20: 余暇の過ごし方」

*ケースフォーミュレーション : 症例の概念化と同義である。セッション 2 においては、全体像を Safren (2005) の認知行動モデルで把握し、セッション 3 においてはさらに実行機能に焦点を当てて、実行機能モデル（Zelazo et al.,1997）で分析する。セッション 2、3 でケースフォーミュレーションがメインのアジェンダになっているのは、その結果に基づいて必要なワークを選ぶためである。これらのセッションで実施して完成させるのではなく、その後も面接の内外で新しい情報が入ればその都度、更新する。

*選択ワークの選び方：最大 11 のワークを選ぶことができる。



1.5.4 選択ワークの選び方

1) 必修ワーク3ケースフォーミュレーション「うまくいかないのはなぜかを分析しよう」において、実行機能モデルで明らかになった、つまずいているステップや、解決したい困りごとや目標に合わせて選択する。
2) 場所とマンパワーの実施の問題を解決する。いくつか取り組みたいワークのある場合には、優先順位をつける。例えば、以下のような順序である（詳細はワークシートの必修ワーク3（p11-12）を参照していただきたい）。

   過集中→自己報酬マネジメント→時間管理→整理整頓→環境調整→感情対処→余暇の過ごし方

3) 1セッション（約30-45分間）で１ワークを進めるのが目安だが、個人差もある。１ワークを2セッションに分けて行うこともできる。
4) 時間管理に関するワークは全部で8個ある。難易度に違いがあり、それによって取り組む順番も異なる。詳しくは「ワークの選び方シート」を参照して基礎的なスキルが身についているかを確認し、上位のワークを選ぶ。
5) 1セッション目で話題にした「人生において何を大切にしていきたいか」（価値）や「どのようになりたいか」（目標）に沿ってワークを選ぶことで、患者のモチベーションや治療への満足度を上げることが期待される。
6) 別添資料1（巻末）には、3つのモデルケースを紹介する。

1.5.5 セッションの進め方

1) 開始15分前に来てCAARS とQIDS-Jに記入してもらう （研究バージョン）
2) まとめのシートを使って前回学んだこと、あれからやってみたアクションプランをふりかえる
3) 今回のアジェンダについて話し合う
4) まとめシートに今日学んだことをまとめて、次までにできそうなことを話し合う
5) フィードバックをもらう



*始めは治療者主導 → 徐々に患者主導にしていく。

*まとめのシート：

- プログラムで学んだ技法と具体的実践記録を概観するもの。
- ADHD の記憶の障害に対応し、脱線を防ぐものでもある。
- プログラム全体が終了した後にも、まとめのシートをみただけで患者が「どんなスキルを学んだか」「自分のどの生活場面で、具体的にどんなふうに用いたか」（アクションプラン）を振り返ることができることを目指したものになる。
- ワークシートの構成：必修ワーク 1 の STEP1「困っている場面はどこ？」でチェックした日常生活チェックリストと同じ構造の目標リストと、解決したい困りごとの具体例、それに対して技法をどのように使ったか、その結果どうなったか、お役立ち度から構成されている。
- セッションの終わりに（手順の 3）、まとめシートを見ながら、今回学んだ技法がどのように使えそうかを話し合っておき、次のセッションの冒頭で実際使ってみた結果を書き加える。
- 必修 1、2、3 および 21 を除く毎セッションで記入する。
- アクションプランでは、面接で話し合ったことを実生活で検証しつつ認知の修正を図る。観念的な議論ではなく、あくまでも現実に目を向けた検証を基本とする点に特徴があり、日常生活が治療の場になることを目指す。

1.5.6 マニュアル使用にあたっての注意

本プログラムはマニュアルに準じて治療を進めるが、記載されたセッション番号は目安であり、患者の理解度と治療関係の維持を重視する。

【治療における優先事項】 下記のテーマが話題にあがった場合は、マニュアルの進行度によらず、優先して話しあうことを検討する。

1) 自殺・自傷に関連する問題 → 危険性を評価する。
2) 治療の継続に影響しうる現実上の大きな問題（例：セッションに遅刻する、欠席する、アクションプランの不履行、期限のある決定事項、経済的な問題、身体的健康問題、被虐待など）
3) 治療や治療者に対する陰性感情

【治療の中で同じスキルの繰り返しが多いと言われた場合】　このプログラムは一度学んだスキルは基本的には継続して使い続けてもらい、その上に新しいスキルが重なっていくように作成されている。患者が実際に使用して全く役立たなかったスキルは使い続ける必要はなく、役立ったものについては、使用を続けてもらうことで、スキルが定着する。スキルの定着のために繰り返し練習が必要であることを伝え、アクションプランを立てる。

参考文献

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

BAP: The British Association for Psychopharmacology (2014). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: Update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. https://www.bap.org.uk/pdfs/BAP_Guidelines-AdultADHD.pdf, (accessed on 2023/06/25).

Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. Am J Psychiatry. 2000 May;157(5):816-8. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.816. PMID: 10784477.

CADDRA : The Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance. (2018). *Canadian ADHD practice guidelines.* https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition-Feb2018.pdf, (accessed on 2023/06/25).

Corbisiero, S., Bitto, H., Newark, P., Abt-Mörstedt, B., Elsässer, M., Buchli-Kammermann, J., Künne, S., Nyberg, E., Hofecker-Fallahpour, M., and Stieglitz, R. (2018). A Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Pharmacotherapy vs. Pharmacotherapy Alone in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)—A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, November 2018, Volume 9, Article 571. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00571

Dittner, A. J., Hodsoll, J., Rimes, K. A., Russell, A. J., Chalder, T. (2018). Cognitive–behavioural therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder: a proof of concept randomised controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavia,* 137, 125–137. DOI: 10.1111/acps.12836

Emilsson, B., Gudjonsson, G., Sigurdsson, F. J., Baldursson, G., Einarsson, E., Olafsdottir, H., & Yong, S. (2011). Cognitive behavior therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized control trial. *BMC Psychiatry*, **11**, 116. doi: 10.1186/1471-244X-11-116

Gu, Y., Xu, G., and Zhu, Y. (2017). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for College Students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1-12.

金澤潤一郎. (2014). 成人期の ADHD 者に対する補償方略の獲得をターゲットとした心理療法の検討. 平成 25 年度北海道医療大学大学院心理科学研究科博士論文.

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C., Delmer, O., Faraone, S., Greenhill, L., Howes, M., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T., Walters, E., & Zaslavsky, A. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Result from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*, **164**, 716-723.

Kooij, J., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filip, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas,M., Bobes, J., Mccarthy, J., Richarte, V., Kjems Philipsen, A., Pehlivanidis, A., … Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 56, 14-34.

Lopez, P. L., Torrente, F. M., Ciapponi, A., Lischinsky, A. G., Cetkovich-Bakmas, M., Rojas, J., Romano, F. M, Menezes de Padua, C., Perini, E., & Junqueira, D. (2018). Cognitive-behavioural interventions for

attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews.*

Moëll, B., Kollberg, L., Nasri, B., Lindefors, N., Kaldo, V. (2015). Living SMART — A randomized controlled trial of a guided online course teaching adults with ADHD or sub-clinical ADHD to use smartphones to structure their everyday life. *Internet Interventions*, 2, 24–31. http://dx.doi.org/10.1016/j.invent.2014.11.004

中島美鈴・稲田尚子・谷川芳江・山下雅子・前田エミ・高口恵美・矢野宏之・猪狩圭介・久我弘典・織部直弥・要　斉・原田剛志・上野雄文・皿田洋子・黒木俊秀 (2019). 成人注意欠如・多動症の時間管理に焦点を当てた集団認知行動療法の効果の予備的検討. *発達心理学研究,* **30**, 23-33.

Nakashima, M., Inada, N., and Tanigawa, Y. et al. (2021). Efficacy of Group Cognitive Behavior Therapy Targeting Time Management for Adults with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder in Japan: A Randomized Control Pilot Trial. *Journal of Attention disorders.* **26**, 377-390. doi: 10.1177/1087054720986939

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: the NICE guidelines on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults.* London: National Institute for Health and Care Excellence.

齊藤万比古・飯田順三 (編) (2022). 第 5 版 注意欠如/多動性障害-AD/HD-の診断・治療ガイドライン じほう, 東京

坂野雄二 (1995). 認知行動療法　日本評論社

Safren, S. A., Sprich, S., Chulvick, S., & Otto, M. W. (2004). Psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Psychiatric Clinics of North America, 27, 349-360.

Safren, S. A., Perlman, C. A., Sprich, S., & Otto, M. W. (2005). *Mastering your adult ADHD: A cognitive behavioral treatment program. Therapist guide.* New York: Oxford University Press.

(坂野雄二 (監訳) (2011). 大人の ADHD の認知行動療法-セラピストガイド-　日本評論社)

Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E., Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 831–842. doi:10.1016/j.brat.2004.07.001

Safren, S. A., Sprich, S., Mimiaga, M. J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M., Otto, M. W. (2010). Cognitive Behavioral Therapy vs Relaxation With Educational Support for Medication-Treated Adults With ADHD and Persistent Symptoms A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, August 25, Vol 304, No. 8, 875-880.

Solanto, M. V., Marks, D. J., Wasserstein, J., Mitchell, K., Abikoff, H., Alvir, J. M. J., & Kofman, M. D. (2010). Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *American Journal of Psychiatry*, **167**, 958-968. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081123

Sonuga-Barke, E., Bitsakou, P., & Thompson, M. (2010). Beyond the dual pathway model: evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49(4), 345–355.

Virta, M., Vedenpää, A., Grönroos Esa Chydenius, N., Partinen, M., Vataja, R., Kaski, M., & Iivanainen, M. (2008). Adults with ADHD benefit from cognitive-behaviorally oriented group rehabilitation A study of 29 participants. *Journal of Attention Disorders*, **12**, 218-226. doi: 10.1177/1087054707311657

Weiss, M., Safren. S. A., Solanto, M. V., Hechtman, L., Rostain, A. L., Ramsay, J. R., & Murray, C. (2008).

Research forum on psychological treatment of adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, **11**, 642-651.

Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell. J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., Pataki, C., & Smalley, S. L. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD. A feasibility Study. *Journal of Attention Disorders*, **11**, 737-746. doi: 10.1177/1087054707308502

第II章　概念化と治療計画・認知行動療法の導入

2-1　注意欠如多動症の認知行動療法の導入までのプロセス

ADHD の認知行動療法において、症例の概念化は個々の患者の症状パターンと背景要因を明確化し、効果的な治療戦略の立案を可能にする重要な第一歩である。適切な概念化により、治療者は患者の固有の課題に焦点を当てた個別化された介入を設計することができる。

1. ADHD の CBT 導入までのプロセス

ADHD の CBT 導入までのプロセスにおいて達成したい治療者の課題を表 1 に示す。

表 1. ADHD の CBT 導入までのチェックリスト

統合失調症／精神症の認知行動療法マニュアル CBT for Psychosis: CBTp および Cognitive-Behavioral Therapy for Adults ADHD (J. Russel Ramsay and Anthony L. Rostain, 2007 を参考に作成

□ 治療者の自己紹介と面接の枠組みの説明
□ 患者の主訴の理解（患者の日常生活での困りごとを確認し、理解する）
□ 事前の情報収集（精神医学的、心理学的、社会的、薬物療法）
□ 患者が期待していることの確認 （患者が ADHD の CBT に期待していること、治療を通してどのように変化したいと考えているか、 患者が大事にしている価値とは何か、将来の希望・期待）
□ 情報の共有（主治医や他職種との情報共有、紹介機関・職場・学校からの情報の確認）
□ 暫定的な概念化
□ 治療計画の想定
□ 治療可能性の検討
□ 患者に ADHD の CBT の紹介と動機付け（関心がなければ主治医による通常治療へ。 関心があれば ADHD の CBT のインテーク面接へ進む）
□ インテーク面接（情報収集、面接内容の共有、方針の共有） 開始希望があれば導入へ。開始希望が得られない場合は、保留または動機付け面接へ。
□ 主治医による通常治療との連携（方針の共有、CBT への反応、症状・状態の変動）

2. 成人期 ADHD に対する CBT の紹介と動機づけ

通常治療内の適切なタイミングで以下のやりとりを行う。患者の反応を見ながら、複数回に分けたり、間を開けたりしながらやりとりを行ってもよい。患者の動機が高まった状態になってからインテーク面接に進む。この段階は、通常治療の中で主治医が行うことになることが多い。患者への事前の説明と動機づけの概要を表 2 に示す。

表 2. ADHD 患者への事前の説明と動機づけの概要

□ ADHD の CBT に関する簡単な情報提供 （治療の枠組み、具体例を用いた基本理論の説明など）
□ 患者の困りごとの解決や目標とする生活に、 ADHD の CBT がどのように役立つのかを説明
□ 変化に対する患者の期待を確認しつつ、動機を高める働きかけを行う
□ 安全な治療環境を明示

3. インテーク面接

1) 事前の準備

インテーク面接のスムーズな進行のためには、主治医の診察や事前の情報収集で得られた精神医学的／心理学的／社会的情報を総合的に確認・整理しておくこと、治療の焦点となる可能性が高いいくつかの症状や生活上の困りごとを事前に把握しておくことが望ましい。また、ADHD の CBT に関する患者の理解を促すためには、患者が気にかけている症状や生活上の困りごとに対して、目標となる行動や価値に向けた CBT の活用例や比喩を準備しておくことが役立つ。生きていく上で患者が大事にしたいと考える価値や、目標とする行動に着目することで、治療に対する患者の期待や動機づけが促される。可能であれば、事前の情報に基づいて患者に関する大まかな概念化と治療計画を想定しておくと有用である。ADHD の CBT を実施する治療者が決まっている場合には、その者がインテーク面接を担当することが望ましい。

ADHD の CBT は、患者の困りごとに合わせて新しい行動スキルの習得を求めるため、患者にとってはより要求度の高いセッションとなり得ることを理解しておく。例えば ADHD の症状の特徴上、予約時間に遅刻したり、アクションプランを忘れたりなどタスクの実行に困難を示し、他の精神疾患よりも潜在的に脱落率が高くなる可能性を含んでいる。患者が ADHD の症状を抱えながらも来談し、困りごとに向き合おうとしている事実をまず労う心構えで患者と出会い、関わっていくことを理解しておくと、次の来談行動を促すだけでなく、要求度の高い患者との関係構築においても役立つ。

2) インテーク面接の具体的な流れ

1. 導入

- 初対面の場合には自己紹介をし、治療者の立場を正しく相手に理解してもらう。
- 問題解決と目標達成に協力したいという治療者の姿勢を伝える。
- 互いの合意の上で進行するという基本姿勢を伝える。
- 内容の守秘について説明し、抵抗感や緊張感にも配慮する。
- インテーク面接の目的、時間の長さ、大まかな話の流れを説明して合意を得

る。

・　メモを取る場合には予め知らせて患者の了承を得ておく。

2.　患者からの情報収集

・ 主訴 : 患者が日常生活で困っていること確認し、理解する。最も困っていること、現在困っていることは何かを把握する。

・ 来談経緯：なぜこのタイミングで来談したかについて受診のきっかけとなったエピソードや患者の考えを聴取する。

・ 現病歴 : 問題の経緯と、その問題が患者の日常生活にどのような影響を与えているのか、可能な場合はこれまでの対処方法を確認する。また、ADHD という診断に関する患者の私見や、ADHD が現在の困りごととどのように関連していると考えているのかについて質問する（Ramsay et al., 2012）。

・ 身体的・精神科的既往歴 : 身体疾患や頭部外傷が不注意や衝動性についての訴えに影響を与えている可能性を除外する際に有用となる（Ramsay et al., 2012）。治療歴がある場合は、疾患名と診断や治療の時期、薬物療法やその他の治療への反応性を問診しておく。

・ 家族歴：現在の家庭環境や患者に影響を与えうる家庭内の葛藤などがこれまでになかったかどうかを確認する。ジェノグラムを作成し、患者と同じような困難をもつものが家族内にいるかや、医学的疾患あるいは精神障害の遺伝的な素因がないかを把握することは重要である（Ramsay et al., 2012）。

・ 発達歴 : 妊娠・出産時・三歳児健診など幼少期の健診において問題の指摘や親から見て育てづらさはなかったか、確認する。母子手帳があれば持参してもらうと良い。

・ 生育歴 : 出生地、学校ではどのような子どもであったか、対人面、学習面、運動面、部活、子ども時代についての患者の捉え方などを総合的に確認する。

・ 教育歴 : 最終学歴と就学年数を確認する。私立・国立、学校名、専門分野などももしも可能であれば確認しておくと、興味・関心や知的面、経済面についての情報として役立つ。出席状況や課題の提出状況、特別なサポートを受けていたかも聴取する。

・ 職歴 : 社会人の場合は仕事に遅刻するなどの時間管理の問題や、職場の人間関係の問題など職業上の困難がないか確認する。自営業の場合は、自らの選択なのか他になかったのかを把握しておけると良い。

・ 治療への期待：患者が ADHD の CBT に期待していることを確認する。また、ADHD の CBT を通してどのような変化を望んでいるのかを確認し、治療後に期待する変化や目標、治療への意欲を把握する。治療者と患者相互の合意をみる。

・ 精神疾患および、薬物療法や精神科治療の必要性に関する患者の解釈を把握する。

・ 枠組みの確認：患者に ADHD の CBT の枠組みを説明し、理解を確認する

（セッションごとにアジェンダを設定すること、セッション数が限られていること、アクションプランがあることなど)。実際とのずれがあれば、すり合わせる。

- 患者の精神療法に対するイメージや ADHD の CBT のイメージ: 患者によっては、既にどこかで精神療法を受けたことがあるという人や、別の疾患に対する CBT を受けたことがあるという人がいる。ADHD の CBT 導入前に確認しておくと、患者の期待と ADHD の CBT の実際とのすり合わせに役立つ。
- 心理教育：ADHD の症状の理解を促す。患者の ADHD の症状が日常生活での困りごとにどのように影響しているかをアセスメントする。適切なタイミングで ADHD の認知行動モデルを用いて患者と共有し、患者の洞察を促す。患者が新たな自己認識を得る過程で、ADHD の症状を明確に説明する（Ramsay et al., 2012)。
- 患者に ADHD の CBT における明確で具体的な治療目標を提案し、同意を得て治療契約を結ぶ。

このように、ADHD の CBT 導入までのインテーク面接においては現在の身体面の健康状態の評価、既往歴、家族歴、心理・社会的要因を確認し、全ての要因を含めた時、治療のターゲットとなる行動（困りごと）がどのような機序で維持されているのかのアセスメントを行い、総合的に患者の問題を理解していく。また、併存症や既往歴、今まで受けてきた治療についても留意する。併存症の詳細は第VIII章 8－2「併存疾患の影響」を参照して頂きたい。

<u>暫定的な概念化と治療計画の想定</u>

ADHD の中核である神経精神医学的な障害は、幼少期から始まり、それらの ADHD の症状は効果的な対処行動の学習を妨げる。それは成人期にまでわたって患者を苦しめることや、失敗や課題を達成できないという結果を生じさせるだけでなく、患者の否定的な思考や信念を招き、それらの思考や信念が気分の問題や更なる回避を引き起こすことが指摘されている（Safren et al., 2005)。そのため、事前の情報収集とアセスメントを行う際には、治療者は患者の日常生活での困りごとが ADHD の症状によって、どのような機序で維持されているかについて理解すると共に、現在の困りごとがどのような経緯で生じてきたのか、また患者が今までどのように対処してきたのかを詳細に情報収集を行い、生理・心理・社会面から総合的にアセスメントする。心理面においては、患者の困りごとの背景にある、感情、思考、信念などの認知や行動を同定し、ADHD の認知行動モデル(Safren et al., 2005）を用いて、どのようにそれらの認知や行動が患者の困りごとを維持しているのかを理解する。特に様々な状況で瞬間的に浮かんでくる非適応的な思考パターンを特定して修正することが、成人期の ADHD の CBT では最優先事項であると指摘されている（Ramsay et al., 2012)。ADHD の認知行動モデル

についての詳細は第I章 1-3「注意欠如多動症の認知行動モデル」を参照して頂きたい。

一方で、治療者は ADHD による困りごとは遺伝的・神経心理学的要因が複雑に影響し合った結果であり、ADHD の臨床においては必ずしも思考と信念といった認知が、患者の感情や行動を引き起こすとは限らない（Ramsay et al., 2012）ことを理解しておく必要がある。例えば、感情プロセスがまず生じる場合や、衝動性から深く考えずに行動している場合もある。その場合には、問題とされる行動が、どのような機能をもっているかに焦点をあててアセスメントしていく。この部分については、機能分析が役立つ。

社会面においては、家族と同居しているのか、職場に理解のある同僚や上司はいるか、学校でサポートをしてくれる教員や専門家がいるかどうかを聴取し、周囲の重要な他者からどの程度サポートが得られそうかをアセスメントしていく。

患者の困りごとが家庭、学校、職場などの集団場面で生じている場合には、家族や教員、職場の直属の上司などから患者をサポートしてもらえることはとても有用である。重要な他者に対しては、ADHD の CBT セッションの適切なタイミングで同席してもらうことや、連携を図るなどして周囲に患者の症状理解を促すだけでなく、今後の治療においてお願いしたい役割（リマインダーを患者に出す、仕事のタスクをスモールステップにすることを助ける、職場での指示系統を明確にする等）も明確に共有しておくと、その後のセッションがスムーズになる可能性が高まる。本マニュアル「第 8 章 3 家族やパートナー（重要な他者）との連携について」も参照されたい。

ADHD の症状理解および治療に関する心理教育の重要性

ADHD の症状や治療について、患者やその家族に対する心理教育は、ADHD の症状による生活上の困りごとを最小限にするために必要不可欠であると共に、患者が治療に取り組む上での意思を適切に引き出す上で決定的な要因とされている（Brown, 2013）。

心理教育での治療目標は、患者の ADHD についての誤解や、治療・症状が患者の生活に与える影響をわかりやすく説明することであり、患者が過去の出来事について、ADHD の症状が影響していたという新たな洞察と自己認識を得る過程で、明確に ADHD についての心理教育を行っていくことが治療の第一段階とされている（Ramsay et al., 2012）。ADHD の患者の中には、学業での挫折や仕事、家庭、子育てでの失敗など過去の大事な人生の局面における失敗体験から、患者は自分の頭が悪いからであるとか、性格が怠け者であるからだとか、私には到底出来ないのだといった自尊感情の低さを抱えていることがある。そのため、ADHD は知的な問題から生じるものではないことや（自分の頭が悪いせいだと考えている患者も多い）、症状が患者の困りごとにどのように影響を与えてきたかについ

て明確に理解を促すことは、その後の治療への取り組みに対する患者の動機付けを支える。自己認識を更に高めるために、信頼できるオンライン上の情報源で、成人期で生じやすい問題を調べてみるよう促すことも役立つ場合がある（Ramsay et al., 2012）。心理教育についての詳しい手順は、第III章必修ワークの 3-2「心理教育」を参照。

3. インテーク面接担当者からの情報提供

- ADHD の CBT の一般的説明：ADHD の CBT の対象となる症状や問題、効果について一般的な説明を行う。
- ADHD の CBT 治療概要の説明：治療内容を紹介する。
- 2.で述べられた患者の問題を参照するなどして ADHD の認知行動モデルの活用例を説明し、患者の問題解決や目標達成に ADHD の CBT が貢献する可能性に触れる。

面接構造の説明：面接時間・治療期間・回数の大まかな見通しを説明し、アクションプランや治療者との協働作業の必要性を伝える。継続すること、あるいは習慣にすることの大切さを伝える。

4. 面接内容の共有

- 面接内容を要約し、疑問や誤解がないかを確認をする。
- 面接者の対応やコメント、情報提供に対する患者の理解や感想を尋ねる。
- 上記の「要約」「反応の確認」は面接内容の区切りが良いタイミングで適宜行う（藤澤ら, 2023）。

5. 方針の共有

- 患者・治療者・主治医でよく話し合い、患者の合意に基づき開始決定することを伝える。
- 人によってさまざまな反応が起こりうる（例：開始希望、やりたくない、家族に相談したい、保留、もう少し詳しく話を聞いてから決めたい等）ことを示し、率直な反応が大切であることを事前に伝えておく。
- 現時点での患者の考えを確認して、返答に応じた対応を取る。開始に至らない場合でも、患者の意志表示を丁重 に扱った上で面接を閉じる（藤澤ら, 2023）。

3) **留意点**

インテーク面接で大事なことは、1.患者にとって重要で価値の高い問題や目標の大枠を見つけて焦点を当て、2.ADHD の CBT 治療に対する期待につなげ動機付けを高めるという二点である。そのためには、患者の困りごとや目標を丁寧に確認し、それらの解決に CBT がどのように貢献するかをわかりやすく伝えることが役立つ。また、ADHD 症状の影響のために、インテーク面接においてまとまった時間に集中を保つことや予約時間に間に合うこと自体が難しい場合もある。必要な場合にはインテーク面接は複数回に分けて行う。

ADHD 患者との間に生じやすい治療者の陰性感情

治療者は、セッションで患者に関わる中で患者に対する自身の影響力の大きさを認識しておくことにも留意する（Ramsay et al., 2012）。治療が進むにつれ、あるいは第一回セッションの最初から患者の話題が転々とするために治療課題を定めにくく感じることや、患者が毎回セッションに遅れてくる、アクションプランを実行してこない、頻繁にワークシートを忘れるなどして、治療者は患者が本当に困っているような感覚が得られないと感じることがあるかもしれない。そのような場合には、治療者は患者に対して陰性感情を抱きやすく、セッションの経過にマイナスの影響を与える可能性がある（Ramsay et al., 2012）。患者も面接場面を回避するようになっていくことがある。

治療者は治療者と患者との間で起きていることを丁寧に観察し、自身の陰性感情がセッションにどのような影響を与えるのか意識しながら関わっていくことが必要である。また、時には治療の質を保つためにスーパービジョンを受けるなどして（Ramsay et al., 2012）、治療の構図について患者への関わりを軌道修正していくことが望ましい。

4. インテーク面接から ADHD の CBT 導入まで

患者の意向を確認し、開始希望の場合には主治医に連絡し、ADHD の CBT の導入に進む。患者が ADHD の CBT を希望しない場合や、判断が保留となった場合には患者の意思表示を丁重に扱い、必要に応じて動機づけやインテーク面接を追加する、時期を改めて ADHD の CBT 開始を提案する、などの対応を行う。

治療可能性の検討～治療同盟を結ぶまで

導入にあたって治療者は、患者が抱えている困りごとについて、ADHD の CBT で扱える問題であるかどうかを検討することが重要である。適切ではないと判断した場合や、治療者と患者が同一の目標について取り組んでいくことの合意が得られない場合には、患者と治療契約を結ぶことは難しいことを患者や主治医に説明する。

次に、患者がこれから始まる ADHD の CBT に期待することについて丁寧に聴きとり、その期待が現実的なものであり、ADHD の CBT の治療ターゲットとなり得るものであるかを評価する。その評価の結果を患者と共有し、治療者が理解したことを明確に伝える。

さらに、治療者は患者の問題の全体像を把握するためのケースフォーミュレーションを行う。同時に、患者の経験や感情に共感的に寄り添い、信頼関係を築く努力をする。これらの作業を導入の部分で丁寧に行うことで、治療者は患者の問題を深く理解し、共感的な関係性を構築することができる。その結果、その後に続くセッションでの患者と治療者の理解のずれを最小限に留めることが可能となり、より効果的な治療の実施につながる。

2-2　事前の情報収集とアセスメント

1. 事前の情報収集とアセスメントとは？

ADHD の CBT の導入を検討するために事前に行われる情報収集とアセスメントであり、インテーク面接の前の段階で行われる。例えば主治医の診察での情報や、他職種からの情報、他医療機関からの紹介状、患者の学校関係者や職場の上司などからの情報などがあればそれも収集する。その上で、ADHD の CBT が患者にとって治療法として適切なのか、もし治療をするとしたらどのような課題や目標に取り組むことになりそうなのか、患者は CBT に関心をもちそうなのか、いつの時期に実施するのがよいのかなどについて可能な範囲で事前に情報を収集し、必要に応じたアセスメントを行う。CBT の導入の見込みがありそうであれば、この段階から患者が治療動機を高めていけるよう主治医と協働的に関わっていくことが望ましい。

2. いつ行うのか？

インテーク面接より前に行われる。主治医による通常の診療の枠組みの中で検討が開始されることもあれば、主治医の他にも、看護師、精神保健福祉士、心理士など多職種との日常の情報交換の中で検討されることもある。また、多職種でのケースカンファレンスのような場がある場合には、そうした場で検討されることもある。治療施設が ADHD の CBT を実施できない場合には、ADHD の CBT を実施できる医療機関に紹介するための情報収集が必要となる。

3. 具体的な内容

1） 誰が行うのか？

他精神疾患に対する CBT と同様に ADHD の CBT においても、治療全体の枠組みの中で位置づけていく医療側の舵取りの役割は主治医にある。主治医との治療は CBT の導入前から終結後も継続されるため、治療全体を包括的に見通した上で CBT を治療の中に位置づける。治療施設が多職種で構成されている場合には、元々関わりのある多職種と共にケースカンファレンスなどの場で ADHD の CBT 導入の可能性について検討したり、主治医の指示で必要な情報収集やアセスメントを実施することもある。

2） 収集する情報について

CBT 導入前に事前に収集したい情報についてのチェックリストを表 3 に示す。

表 3. 収集する情報についてのチェックリスト

□ 一般事項（□年齢 □性別 □病前性格 □精神科初診日 □入院既往の有無/回数）
□ 主訴
□ 来談経緯
□ 現病歴
□ 既往歴（□ほかの精神疾患の併存 □身体疾患）
□ 家族歴
□ 生育歴・生活歴（□家族関係 □神経発達課題 □職歴 □トラウマに関わる体験）
□ 現病歴
□ 薬物療法・服薬態度
□ 利用できる社会資源
□ 家族の状況 （□家族と同居・独居、□婚姻状況、□子どもの有無）
□ リスク評価（自殺リスク・暴力リスク）
□ 社会機能
□ 患者の強み
□ 事前に把握されている患者の現在の問題と目標
□ ADHD の CBT に対する患者の関心、動機、理解の程度

薬物療法についての患者のイメージや考え、服薬態度に関する情報収集

ADHD の治療において、環境調整や心理社会的支援と共に薬物療法も ADHD 治療の主要な選択肢として位置づけられている。ADHD の症状が生活能力と併存症の発症率に影響を与えることから、適切に実施された薬物療法は、多くの患者に有益となりうる。

CBT の実施においても、薬物療法との併用効果が注目されている（Safren et al., 2005 ; Ramsay et al., 2012）。特に Safren et al.（2005）は、薬物療法を受けていない患者への CBT 導入がより困難になる傾向を指摘している。このため、CBT 開始時に、患者の薬物療法に対する態度や服薬状況を把握することが重要である。この情報は、CBT の効果予測に役立つだけでなく、ADHD 症状による治療中断のリスクの軽減にも寄与する。結果として、患者の自信喪失や精神的負担を防ぎ、より効果的な治療につながる可能性がある。治療者は、これらの要素を総合的に考慮し、各患者に最適な治療アプローチを検討することが求められる。

患者によっては、メチルフェニデートやアトモキセチンなどの ADHD に適用される中枢神経刺激薬に慎重さや抵抗を示す場合や、併存する精神疾患も含めた全ての薬物療法に不安を抱えている場合もある。また、CBT のみで ADHD の症状を改善出来ればという強い期待をもってカウンセリングに来談するケースも多く見られる。そのため、ADHD の CBT を導入する際には、医療機関で他の精神療法を導入する時と同

様に、薬物療法に対して患者がもっているイメージを丁寧に聴きとっておくことも役立つ。例えば、患者の中には“中枢神経刺激薬を飲むと脳に何か悪いことが起きるのではないか”、“依存的になってやめられなくなるのではないか”という不安や慎重さを抱えている場合もあれば、“自分はどうせ変わらないので薬物療法に頼らなくて良い”、“そこまで重症ではないはずだ”などの考えから薬物療法に対して前向きではない場合もある。前者であれば薬物療法に対する正しい知識を促す心理教育が必要になるだろうし、後者であれば患者の変化への準備性（Ramsay et al., 2012）のアセスメントが必要となる。このような部分にも十分な時間を取り、患者の治療のペースに合わせて進めていくことは今後の治療へのコンプライアンスを高めるとされている（Ramsay et al., 2012）。薬物療法の詳しい医学的説明については、第VIII章 8-1「薬物療法との関係」を参照して頂きたい。変化への準備性については Ramsay et al.（2012）の第 5 章「治療を困難にする要因」に詳しく述べられている。

ADHD に適応される中枢神経刺激薬を服用することで集中を手助けすることは出来ても、先延ばしをしなくなったり、自信がつくということではない（Ramsay et al., 2012; Safren et al., 2005）。先延ばしを防ぐための複数の行動を組み合わせて実行するというスキルは、CBT の治療プロセスの中で繰り返し練習し、習慣化することによって新しい行動が形成され、改善が期待できることを説明していく。そして、このような治療プロセスの実際について、患者の理解や感想を確認しておくことが望ましい。

4. アセスメントツールの利用

患者の症状や機能を客観的に評価する目的で構造化面接や複数の評価尺度が用いられることがある。ADHD の臨床や研究で見られる代表的な尺度のリストを表４にまとめた。各アセスメントツールの略語一覧は表５を参照頂きたい。これらのアセスメントツールは、CBT 導入についての検討を行ったり、治療のアウトカムに用いたりするために有用である。一つの質問紙だけの結果をもとに診断的な判断を下すのではなく、適切なテストバッテリーを組み、面接で得た内容と総合的に判断することが望ましい。これらのアセスメントツールでテストバッテリーを組み実施する際には、患者の負担にならないように、実施時間や内容の負荷について留意する。神経心理学的検査の結果の解釈においては、成人期になると、個人は適当な補償方略や認知スキルを獲得しているため、明らかに ADHD の臨床的な症状のある成人でも比較的短時間の検査の間であれば実行機能に関連する多くの検査で正常値をとることがあり得ることに留意する（Ramsay et al., 2012）。

表 4. ADHD の臨床や研究で見られる代表的な尺度
下記の尺度のうち、SCID-5-RV、CAARS、AQ、QIDS-J を用いて評価を行った。

	検査	内容
診断 症状全般	SCID-5- RV	主要な DSM-5 診断を行うための構造化面接。

		K.外在化障害群にて ADHD のスクリーニングが可能。 所要時間：60-90 分。
	DIVA	成人用 ADHD 構造化面接。DSM-IV の診断基準に基づき、小児期および成人期 ADHD の診断基準 18 項目それぞれの症状の有無と評価が可能。インターネット上で公開されている。
ADHD 症状	CAARS	ADHD の症状を広い範囲で評価できる自己記入式尺度。66 項目 4 件法。簡略版、スクリーニング版、観察者評価もある。
	ADHD-RS-IV with adult prompts	DSM-IV の診断基準に基づき、18 項目の質問で構成された成人期 ADHD の症状評価ツール。具体的な面接用質問により症状を適切に評価できる。
	ASRS-J	成人期 ADHD の自己記入式スクリーニング検査。全 18 項目。国内外の医療機関で広く使用されている。
	HASCAP	ADHD の診断補助ツールとして活用可能な 25 項目から成る自己記入式質問紙。
	QAD	成人期の ADHD 症状の治療反応性を見るための自己記入式検査。19 項目 4 件法。
	BRIEF-A	9 つの臨床尺度に 75 の項目が含まれている： 抑制、シフト、情動制御、セルフモニタリング、開始、ワーキングメモリー、計画、タスクモニタリング、整理。
	CAADID	成人期 ADHD 関連の症状を診断するための面接ツール。成人期と小児期の両方における症状から評価。所要時間 60-90 分間。
	BADDS 成人版	検査者が施行する標準化尺度。40 項

		目から構成。実行機能に関わるADHDの症状を広い範囲で評価。日本語版はまだない。
ADHD症状に関連したQOL	AAQoL	QOL を評価するためにデザインされた29項目の質問票。海外の研究で利用されている。国内では治験で利用されたが、標準化された日本語版はまだない。
認知機能	SRT	聴覚性ワーキングメモリー検査。記銘、記憶想起、記憶の定着を測定可能。1 セット 12 単語からなるリストを患者に読み上げた後、自由再生してもらう。標準化された日本語版はない。
	CPT-II	持続的注意と覚醒度を測定するコンピュータ化された課題。被検者は掲示される間隔が変化する刺激を視覚的にモニター。日本語版は「改訂版 標準注意検査法・標準意欲評価法」
	WAIS-III	標準化された知能検査。言語性スキル、非言語性の問題解決能力、数字に対する聴覚性のワーキングメモリー、認知処理速度の検査として「単語」「積み木模様」「数章」「符号」尺度が有用（Ramsay et al., 2012）。
自閉症状	AQ	ASD の自己記入式スクリーニング検査。50項目で構成。国内外の研究や臨床で広く利用。短縮版もある（AQ-J-10）
	PARS-TR	ASDの発達･行動症状について母親または他の主養育者に半構造化面接を行い､ASDの症状の程度と支援ニーズを評価する。57項目。短縮版もある。
	ADOS-2	ASD の評価のための半構造化観察検査。検査用具や質問項目を用い

		て、ASD に関連する行動を領域ごとに整理して評価。DSM の診断モデルに基づく判定と ASD 症状の程度の把握が可能。
抑うつ 症状	BDI-II	DSM-IV における過去 2 週間の抑うつ症状の重症度を評価する自記入式尺度。21 項目。所要時間 5-10 分。
	QIDS-J	16 項目の自己記入式の評価尺度。うつ病の重症度を評価。DSM-IV の大うつ病性障害の診断基準に対応。
	ODSIS	抑うつ症状の頻度と強さ、および抑うつによる機能的障害を評価するための 5 項目の簡潔な自己記入式尺度。
不安症状	STAI	不安状態の主観的評定に用いられることが多い。20 項目 4 段階評定の自己記入式尺度。
	OASIS	不安の頻度および強度、ならびに不安の行動的および機能的側面を包含する、簡潔な自己記入式尺度。
社会機能 生活全般機能	SDISS	仕事/学校、社会、家族の 3 領域での主観的障害度を測定する自己記入式尺度。
	GAF	DSM-IV-TR における全般機能の他者評価尺度。症状の重篤度および社会的・職業的機能を、それぞれ 0 から 100 点のスケールで評価する。所要時間は約 5 分。
	EQ-５D-５L	健康関連 QOL を測定するために開発された包括的な自己記入式尺度。５項目で簡便に実施可能。日本語版もある。
	SF36	健康関連 QOL を測定する自己記入式尺度。短縮版もある。
自己効力感	GSES	セルフ・エフィカシーの強さを測定。16 質問項目、回答は「はい」「い

		いえ」の 2 件法。
患者満足感	CSQ-8	国内外で広く使用されている患者満足度測定尺度の日本語版。8 項目で簡易に実施可能。

表 5. 評価尺度略語一覧

注）日本語版なしの記載については、2024 年 3 月 9 日時点での情報。

略語	正式名称	日本語名
SCID-5- RV	Structured Clinical Interview for DSM-5	DSM-5 のための構造化面接
DIVA	Diagnostic Interview of ADHD in Adults	成人用 ADHD 診断面接
CAARS	Conners' Adult ADHD Rating Scales	CAARS 日本語版
ADHD-RS-IV	ADHD Rating Scale-IV Checklists	ADHD 評価スケール ADHD-RS
ASRS-J	Adult Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) Self-Report Scale	成人注意欠陥多動性障害(ADHD) 自己報告尺度
HASCAP	Hokkaido ADHD Scale for Clinical Assessment in Psychiatry	成人期 ADHD 症状評価スケール
QAD	Questionnaire Adult ADHD with Difficulties	成人期 ADHD 日常生活チェックリスト
BRIEF-A	Behavior Rating Inventory of Executive Function -Adult Version	日本語版はなし
CAADID	Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview For DSM-IV	CAADID 日本語版
BADDS	Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview For DSM-IV	日本語版はなし
AAQoL	Adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life scale	日本語版はなし
SRT	Selective Reminding Test	日本語版はなし
CPT-II	Conners’ Continuous Performance Test-II	改訂版 標準注意検査法・標準意欲評価法
WAIS-III	Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition	ウェクスラー成人用知能検査 3 版

AQ	Autism-Spectrum Quotient	自閉症スペクトラム指数
PARS-TR	Parent-interview ASD Rating Scale-Text Revision	親面接式自閉スペクトラム症評定尺度
ADOS-2	Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition	自閉症診断観察検査第 2 版
BDI-II	Beck Depression Inventory	BDI-II ベック抑うつ質問票
QIDS-J	Quick Inventory of Depressive Symptomatology	自己記入式簡易抑うつ尺度
ODSIS	Overall Depression Severity and Impairment Scale	抑うつの重症度と生活障害の全般尺度
STAI	State-Trait Anxiety Inventory	STAI 状態・特性不安検査
OASIS	Overall Anxiety Severity and Impairment Scale	不安の重症度と生活障害の全般尺度
SDISS	Sheehan Disability Scale	シーハン障害尺度
GAF	Global Assessment of Functioning	機能の全体尺度
EQ-５D-５L	EuroQol 5-dimensions 5-levels	EQ-5D-5L 日本語版
SF36	Short Form Health Survey	SF36 日本語版
GSES	General Self-Efficacy Scale	一般性セルフ・エフィカシー尺度
CSQ-8	Client Satisfaction Questionnaire	CSQ-8J

2-3　概念化と治療計画

1. 成人期の ADHD の CBT における症例の概念化とは

概念化とは、患者が現在抱えている問題や臨床的問題がどのように起きているかを明らかにするために、生育歴や現在の状況、将来の生活機能の合理的な指針を総合的に理解することを指す。症例の概念化を行うことで、患者が援助を求める臨床的問題の明確化と優先順位の決定を促進することができる。

症例の概念化は、治療計画と介入の選択の指針になるとともに、治療者が CBT の経過の中で、どの問題を取り扱うかや、CBT の経過をどう評価するかについての無数の臨床的問題を理解する手段となる。症例の概念化は、治療者の頭の中だけに留めておくのではなく、患者と協働して共有しながら進める。

症例の概念化では、新たに得る情報によって修正を重ねていき、患者が感じる困難さに関しての悪循環を少しずつ明確にしていく。そして、個人が直面している特有な問題の発生と維持に影響する要因についての様々な仮説を立てる。症例の概念化は、絶えず仮説として検証されるべきものであり、治療者は柔軟な姿勢で必要な修正を患者と一緒

に取り組んでいく。

2. いつ、誰が行うのか？

広義の症例の概念化は CBT 導入前から既に始まっている。CBT は治療手段の選択肢の一つであり、主治医はこの治療法を選択するための目的や仮説をもつことが必要であり、CBT の枠に留まらない包括的な概念化を行う。インテーク面接の段階では、治療者と患者が CBT 開始の合意形成を行うためにも暫定的な症例の概念化が必要である。

CBT のセッションが開始されてからは、最初のセッションから症例の概念化が始められる。ここからの概念化は、ADHD の認知行動モデルに基づき、治療者が患者と協働的に作業を進めていく。患者との共有は、患者が理解できる範囲のなかで、少しずつ進められていく。症例の概念化はその後に情報が増えることによって随時更新されていく。

3. 症例の概念化の作成と認知行動モデル

1) **概念化の作成**

CBT の基本的な考え方は、その認知（自動思考）が、気分（感情）、行動、身体反応に影響するというものである。共有された問題と目標に関連した最近の具体的な特定の状況について、出来事－認知（自動思考）－気分（感情）－行動－身体反応という点から、これを維持している循環を含んだ横断的な概念化が作られる。この作業を患者と協働的に行うことは認知行動モデルへのソーシャライズにも役立つ。さらに、人がある出来事に出会った際にどのように反応するかは、遺伝や性格、それまでに身に付いた態度によるところが大きい。人生史を含んだ縦断的な概念化は、患者の人生早期からの体験を含んだものとなり、患者を全人的に理解することに役に立つ。

2) **症例の概念化と認知行動モデル**

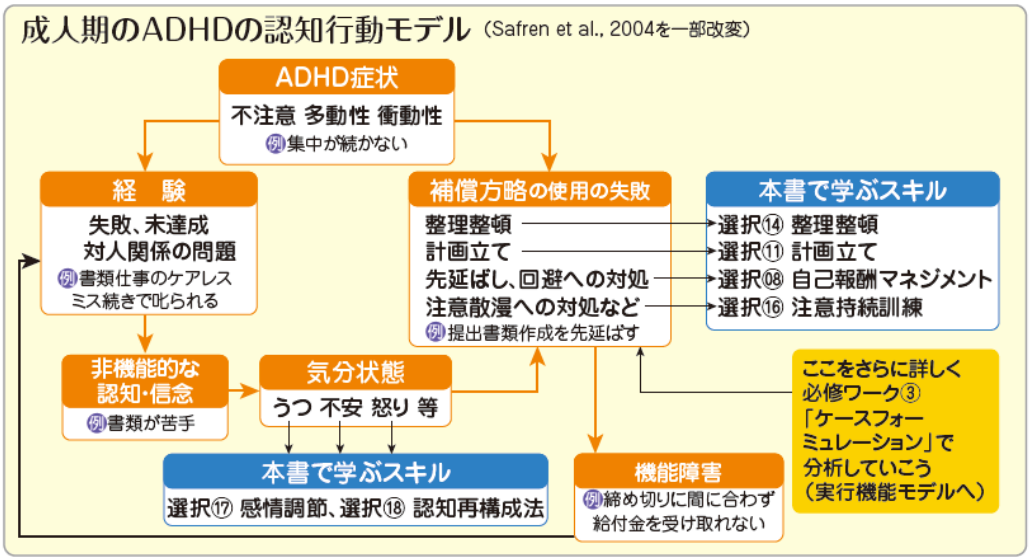
ADHD は不注意と多動性–衝動性を症状とする神経発達症で、不注意型・多動/衝動型・混合型の 3 つに分類される。この特性は幼少期から一貫して見られるが、成人期には抑うつや不安などの二次的な精神症状を伴うことも多い。

例えば、時間管理に苦心する成人期 ADHD の患者が約束の時間に遅刻した場合、「自分は嫌われてしまった」「自分はダメな人間だ」といった否定的で破滅的な思考が生じやすい。これらの思考に伴い、抑うつ、不安、焦りなどの感情が喚起される。こうした感情や思考への対処として、「引きこもり」や「活動に参加しない」などの回避行動が見られることがある。

これらの反応パターンは、実際の経験を超えた結論を導き出し、効果的な対処を妨げる可能性がある。さらに、こうした反応が習慣化すると悪循環を生み出し、ADHD の本来の症状に加えて、二次的な問題を引き起こす可能性がある。したがって、治療においては、ADHD の症状への対応だけでなく、これらの認知・感情・行動パターンにも注目し、適切な介入を行うことが重要となる。

4. Safren による精神症の認知行動モデルの紹介

成人期の ADHD の代表的な認知行動モデルである Safren らのモデル（2004）をここで紹介する。このモデルでは、神経心理学的障害を基盤とした ADHD 症状が機能障害に直接的に影響を与えるのではなく、ADHD 症状が機能障害に与える影響を認知行動的変数が媒介するという認知行動モデルに基づいている。不注意、多動性–衝動性などの ADHD 症状と、ADHD 症状に起因する幼少期からの失敗経験が、抑うつ・不安・怒りなどの認知的変数を増幅させることによって、成人の ADHD 患者が日常生活を支障なく過ごすための補償方略を用いることを失敗させる。そして最終的に機能障害に悪影響を与える。



参考文献

Brod, M., Johnston, J., Able, S., & Swindle, R. (2006). *Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life scale (AAQoL): A disease-specific quality-of-life measure*. *Quality of Life Research*: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation, 15(1), 117–129.

doi: 10.1007/s11136-005-8325-z.

Brown, T.E.(2013). *A new Understanding of ADHD in Children and Adults. Executive Function Impairments.* UK: Routeledge.

Brown, T.E. (1996). *Brown Attention-Deficit Disorder Scales*: Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Buschke, H. (1973). *Selective reminding for analysis of memory and learning*.

Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, 12, 543–550.

C. Lord, M. Rutter, P.C. DiLavore, S. Risi, K. Gotham, S.L. Bishop, R.J. Luyster, & W. Guthrie.(2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition*. Los Angeles, CA: Western psychological services. *ADOS-2 日本語版マニュアル*. 黒田美保・稲田尚子,監修・監訳.）東京：金子書房.

Conners, C.K. (2004). *The Conners' Continuous Performance Test-II.* North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid, Robert(1998). *ADHD Rating Scale-IV Checklists, Norms, and Clinical Interpretation, The Guliford press.* *(診断・対応のための ADHD 評価スケール ADHD-RS【DSM 準拠】チェックリスト, 標準値とその臨床的解釈,* (田中康雄・市川宏伸監修・坂本律, 訳) 明石書店.

Fukuhara S, Bito S, Green J, Hsiao A, Kurokawa K. (1998)*Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan.* J Clin Epidemiol ; 51: 1037-44.

Fukuhara S, Ware JE, Kosinski M, Wada S, Gandek B.(1998). *Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 Health Survey.* J Clin Epidemiol; 51: 1045-53.

AMED 研究課題「各精神障害に共通する認知行動療法のアセスメント、基盤スキル、多職種連携マニュアルの開発」研究班. うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル(2023). 日本認知療法・認知行動療法学会. http://jact.umin.jp/manual/,（2024. 0309）

藤澤大介・中川敦夫・田島美幸・佐渡充洋・菊地俊暁・射場麻帆・渡辺義信・山口洋介・舳松克代・衛藤理沙・花岡素美・吉村公雄・大野裕.（2010）. *日本語版自己記入式簡易抑うつ尺度（日本語版 QIDS-SR）の開発.* ストレス科学 25(1), 43–52.

Hiroshi Kurita・Tomonori Koyama・Hirokazu Osada. (2005). *Autism-Spectrum Quotient–Japanese version and its short forms for screening normally intelligent persons with pervasive developmental disorders*. Psychiatry and Clinical Neurosciences 59, 490–496 Blackwell Science, Ltd Oxford.doi: 10.1111/j.1440-1819.2005.01403.x

市川 宏伸, 齊藤 万比古, 齊藤 卓弥, 仮屋 暢聡, 小平 雅基, 太田 晴久, 岸田 郁子, 三上 克央, 太田 豊作, 姜 昌勲, 小坂 浩隆, 堀内 史枝, 奥津 大樹, 藤原 正和, 岩波 明 (2018). *成人用 ADHD 評価尺度 ADHD-RS-IV with adult prompts 日本語版の信頼性および妥当性の検討.* 精神医学,60(4).doi: https://doi.org/10.11477/mf.1405205577

池田俊也・白岩 健・五十嵐中・能登真一・福田敬・齋藤信也・下妻晃二郎.（2015）.*日本語版 EQ-5D-5L におけるスコアリング法の開発.* 保健医療科学 64 : 47-55.

Masaya Ito・Kate H Bentley・Yuki Oe・Shun Nakajima・Hiroko Fujisato・Noriko Kato・Mitsuhiro Miyamae・Ayako Kanie・Masaru Horikoshi・David H Barlow.（2015）. *Assessing depression related severity and functional impairment: the Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS).* doi : 10.1371/journal.pone.0122969

Masaya Ito・Yuki Oe・Noriko Kato・Shun Nakajima・Hiroko Fujisato・Mitsuhiro Miyamae・Ayako Kanie・Masaru Horikoshi・Sonya B Norman.（2015）. *Validity and clinical interpretability of Overall Anxiety Severity And Impairment Scale (OASIS)*.doi: 10.1016/j.jad.2014.08.045

一般社団法人 発達障害支援のための評価研究会,編著 *Parent-interview ASD Rating Scale-Text Revision（パース・ティーアール）. 親面接式自閉スペクトラム症評定尺度 テキスト改訂版.* 金子書房

井上 清子（2019）. *成人期 ADHD 日常生活チェックリスト（QAD）の信頼性と妥当性についての一考察.* 生活科学研究,41,9-16.

Russell Ramsay, J., & Rostain, A. L. (2007). 成人の ADHD に対する認知行動療法. (武田俊信・坂野雄二 監訳, 武田俊信・金澤潤一郎 訳). 東京: 金剛出版. (2012). (原著: Cognitive Behavioral Therapy for Adult ADHD: An integrative Psychosocial and Medical Approach).

Matza LS・Johnston JA・Faries DE・Malley KG, Brod, M. (2007). *Responsiveness of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality of life scale (AAQoL). Qual Life Res.* 16(9): 1511–1120.

日本高次脳機能障害学会 Brain Function Test 委員会, 著, 日本高次脳機能障害学会,編集 (2022).*改訂版 標準注意検査法・標準意欲評価法 Clinical Assessment for Attention-Revised（CAT-R）・Clinical Assessment for Spontaneity（CAS）[略称 Clinical Assessment for Attention and Spontaneity (CATS)]*

Roth, R. M., Isquith, P. K., & Gioia, G. A. (2005). *Behavior Rating Inventory of Executive Function-Adult Version (BRIEF-A).* Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.

Safren, S. A., Perlman, C. A., Sprich, S., & Otto, M. W. (2005). *Mastering your adult ADHD: A cognitive behavioral treatment program. Therapist guide.* New York: Oxford University Press.

坂野 雄二・東條 光彦.（1986）.*一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み(原著論文)*行動療法研究,12 (1), 73-82. https://doi.org/10.24468/jjbt.12.1_73

Spreen, O.; Strauss, E. (1991).*A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary.* New York, NY: Oxford University Press.

立森久照・伊藤弘人.（1999）. *日本語版 Client Satisfaction Questionnaire８項目版の信頼性および妥当性の研究.* 精神医学, 4, 711-717.

館農 勝・中野 育子・白木 淳子・館農 幸恵・金澤 潤一郎・白石 将毅・河西 千秋 (2018). *成人期 ADHD 症状評価スケール Hokkaido ADHD Scale for Clinical Assessment in Psychiatry(HASCAP)について.* 精神医学,60(12).https://doi.org/10.11477/mf.1405205738

Toshinobu Takeda, Yui Tsuji, Hiroshi Kurita. (2017). *Psychometric properties of the Japanese version of the Adult Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) Self-Report Scale (ASRS-J) and its short scale in accordance with DSM-5 diagnostic criteria.*doi: 10.1016/j.ridd.2017.02.011.

遠山尚孝・千葉良雄・末広晃二.（1976）. *不安感情－特性尺度（STAI）に関する研究.* 日本心理学会第 40 会大会発表論文集. 891-892.

吉田卓史, 大坪天平, 土田英人, 和田良久 , 上島国利 , 福居顯二. (2004): Sheehan Disability Scale (SDISS) 日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討. 臨床精神薬理, 7, 1645-1653.

第Ⅲ章　必修ワーク（1-4 回目）

3-1　問題の把握と目標設定（ワーク 1）

3.1.1　　第 1 セッションの目標

目的

1. 困りごとを具体的な困りごととして描く
2. 価値に気づく
3. 治療の目標を立てる

3.1.2 第 1 セッションのアジェンダ

☐ チェックイン（自己紹介と治療構造の説明）（5 分）
☐ Step 1： 困っている場面はどこ？（10 分）
☐ Step 2： その困りごとが解決するとしたら、何を大切に生きていきたい？（10 分）
☐ Step 3： このプログラムの目標設定（10 分）
☐ まとめ（5 分）



01 価値に気づく 今困っていることの地図を描こう

必修ワーク

Step 1 困っている場面は、どこ？

今のあなたが抱えている困りごとはなんですか？
そして困りごとが解決することで、どんな自分に変わっていきたいと思っていますか？
あなた自身を客観的にとらえるためのレッスンです。

チェック 日常生活チェックリスト 「できない」「たまにできている」「いつもだいたいできている」いずれかに□をつける。

時間帯	番号		できない（0点）	たまにできている（1点）	いつもだいたいできる（2点）
朝	1	朝起きてから、家を出るまでの準備が間に合う			
	2	忘れ物なく出発できる			
昼	3	仕事や家事を先延ばさずにする			
	4	仕事や家事を始める前に、計画を立てる			
	5	やるべきことを忘れずにこなす			
	6	印鑑や書類など必要なものを失くさない			
	7	やるべきことに優先順位をつけて取り組む			
	8	約束の時間までに到着する			
	9	ケアレスミスはほとんどなく集中して取り組む			
	10	期限までに用事を済ませる			
夜	11	疲れているときには、スマホやネット、ゲームなどに没頭せずに切り上げて休む			
	12	翌日に響かない時間に眠りにつく			
時間帯を問わず	13	イライラしたり、落ち込んだり、不安になったりしすぎずに過ごす			
	14	長い目で見ても、お金と健康と安全と対人関係がうまくいく生活を送る			
	15	何かトラブルが起きても、なんとか解決する			
			合計		点

上記の困っている場面で起きている具体的な「困りごと」は、「あなたのまとめシート」に記入しよう。



必修ワーク 実施日：　年　月　日（　）

Step 2 あなたが生きていく上で大切にしたいことは何？

今困りごとのせいで実際には大切にできていないけれど、大切にしたいものを下の言葉を参考にして考えてみましょう。

価値：人生を歩む原動力になる趨向、方向性のこと

チェック 価値のリスト 大切にしたいことに○をつけて、なぜそれが大事なのか話してみましょう。

愛	明るさ	暖かさ	安全	安定	継続
いたわり	悲しみ	話す	穏やか	思いやり	落ち着き
回復力	解決	学ぶ	元気	感謝	寛大
調和	共感	協力	健康	築く	認める
平等	向上心	幸せ	最善	気遣う	個性
親しみ	助ける	信じる	伸びる	自然	自由
考える	自律	柔軟性	受け入れる	集中	正直
親切	楽しむ	誠実	清潔	慎み	賢さ
知恵	支える	責任	信頼	直感	聞く
注意深さ	つながり	関わる	支える	バランス	無執着
やすらぎ	優しさ	友情	ユーモア	平和	前向き
ゆるし	努力	和	柔らかさ	勇気	豊かさ

※どれもピンとこない人は、これまで夢中になったこと、好きなことを話しましょう。

Step 3 このプログラムの目標設定

ここではStep1の困りごとを解決したり、Step2の価値を大切にした生き方を応援したりします。

例
・私は朝起きる場面（Step1でチェックした場面）で速やかに起きれるようになって、人生で創造性（Step2で○をつけた価値）を大切にして生きたい！
・私はその日の仕事をその日のうちに終わらせて、家族との時間を大切にしたい。

チェック 記入 あなたの目標を記入しましょう



01 価値に気づく 今困っていることの地図を描こう
必修ワーク

Step 1 困っている場面は、どこ?

今のあなたが抱えている困りごとはなんですか?
そして困りごとが解決することで、どんな自分に変わっていきたいと思っていますか?
あなた自身を客観的にとらえるためのレッスンです。

チェック 日常生活チェックリスト 「できない」「たまにできている」「いつもだいたいできている」いずれかに○をつける。

時間帯	番号		できない (0点)	たまにできている (1点)	いつもだいたいできる (2点)
朝	1	朝起きてから、家を出るまでの準備が間に合う			
	2	忘れ物なく出発できる			
昼	3	仕事や家事を先延ばしにする			
	4	仕事や家事を始める前に、計画を立てる			
	5	やるべきことを忘れずにこなす			
	6	印鑑や書類など必要なものを失くさない			
	7	やるべきことに優先順位をつけて取り組む			
	8	約束の時間までに到着する			
	9	ケアレスミスはほとんどなく集中して取り組む			
	10	締切までに用事を済ませる			
夜	11	疲れているときには、スマホやネット、ゲームなどに没頭せずに切り上げて休む			
	12	翌日に響かない時間に眠りにつく			
時間帯を問わず	13	イライラしたり、落ち込んだり、不安になったりしすぎずに過ごす			
	14	長い目で見ても、お金と健康と安全と対人関係がうまくいく生活を送る			
	15	何かトラブルが起きても、なんとか解決する			

合計 点

上記の困っている場面で起きている具体的な「困りごと」は、「あなたのまとめシート」に記入しよう。

7 大人のADHDのための認知行動療法ワークシート

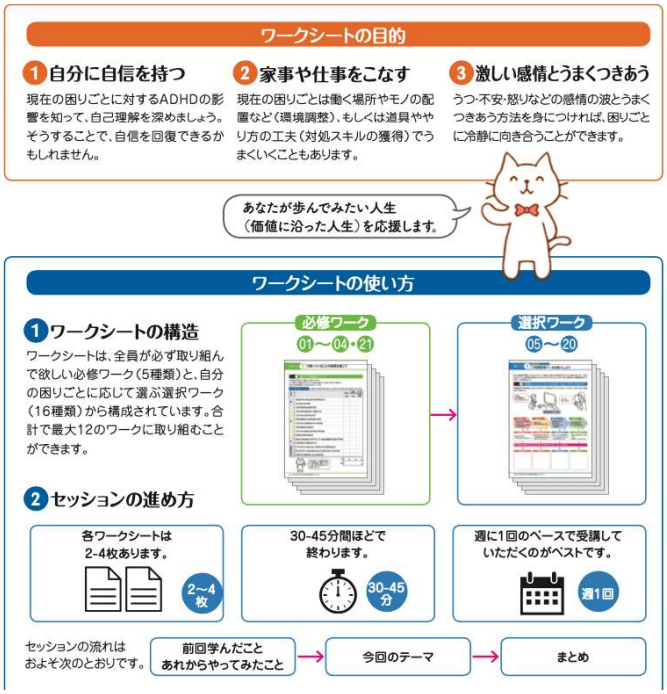
3.1.3 自己紹介と治療構造の説明

・　自己紹介をする
「はじめまして。このプログラムを担当する○○です。」

・　今日の構造を示す
「今日は初回ですので大きく３つのことをします。」
「はじめに、○○さんが今どのようなことでお困りかをうかがって、 どんなお手伝いができるか考えていきたいと思います。」
「次に、○○さんが大切にされていることについてうかがっていきます。」
「その上で、治療目標を立てていきましょう。」

・　全体の構造を説明する
ワークシートの P2 を開いて示しながら、以下のように説明する。
「このワークシートの目的は、○○さんが自分に自信が持てるようになったり、家事や仕事などのやるべきことがこなせるようになったり、激しい感情に悩まされているような場合には、うまくつきあうことです。」
「治療は毎週 1 回 （約 30-45 分間）、計 16 回(場合によってはそれ以上)行います。もっとたくさん話したいときもあるかもしれませんが、時間を上手に使って話すことも、優先順位づけながらお話できるようになるためにも大切ですのでご理解下さい。」
「話をしていて、時々別の話題に脱線してしまうこともあるかもしれません。そのときにはこちらからも元に戻りましょうかとお声掛けすると思います。一緒に気をつけていきましょう。」
「セッションの内容を忘れてしまうこともあるでしょう。そのためにこのシートを使っていきます。ここに大事なことを書くようにしていきましょうね。毎回シートが増えていきますので、このファイルを持ってきてください。もし忘れそう、無くしそうという心配がある場合には、こちらでお預かりしておくこともできます。」

*ワークシートの渡し方は治療者と患者で話し合って、始めにすべて渡す、または毎回使用する分を渡す、などより適切な方法で行ってよい。



3.1.4「Step 1: 困っている場面はどこ？」の進め方

「既に概略はうかがってはいますが、〇〇さんの現状について、もう一度どの場面でどのように困っているのか具体的に見ていきましょう。」

- 患者に筆記用具を渡して、P7 の日常生活チェックリストに記入してもらう。
- 集中力保ち、一定のスピードで実施できるよう、各項目を治療者が適宜要約しながら読み上げる。



3.1.4.1 「Step 1: 困っている場面はどこ？」のポイント

- それぞれの場面について詳細に話そうとする患者も多いが、時間が足りなくなるため早めに優しく次のように遮りチェックに専念するよう伝える。
  「ここではまず全体をチェックするのですよ」
- 「できない」ところだけに焦点づけすると、治療に対するモチベーションを下げやすい。「いつもだいたいできる」ではどのような工夫をしているのかについても時々尋ねてメモしておくと他の場面にも応用できる。

3.1.5 「Step 2： その困りごとが解決するとしたら、何を大切に生きていきたい？」の進め方

- P8 の価値のリストを示して、これまで大切にしてきた価値観について丸をつけてもらう。
  「これらは人生で大切にされることが多い価値観のリストです。〇〇さんがこれまで大切にされてきたものはありますか？丸をつけてみましょう。」
- 丸のついた価値について、なぜそれが大事なのか、どのような場面で大事にしてきたのかエピソードを語ってもらう。
  治療者：「*共感を大切にされてきたのですね。どんなエピソードがありますか？*」
  患者：「*そうですね。学生の頃から、友達が困っていると放って置けないタイプで、試験前でもその子のために悩みを聞いてあげていました。*」
- エピソードを聞いて、最後に次のようなまとめをして記憶に残るよう強調する
  「*〇〇さんにとって、“××”がキーワードなんですね。*」



3.1.5.1 「Step 2： その困りごとが解決するとしたら、何を大切に生きていきたい？」のポイント

- 患者の価値を明確化することが重要なステップとなる。しかし、抽象的な概念である「価値」を具体化することは、多くの患者にとって難しい場合がある。
- 丸のついた価値があまりに多いときには、次のような声掛けをして絞っていく。
  「*特に大切なものに二重丸をつけてもらえますか*」

- 抽象的な言葉がピンとこない場合には、具体的な例を挙げてイメージを膨らませたり、「*これをしているときはワクワクする、自分らしいと感じるのはどんなときですか？*」といった質問を投げかけたりするのが有効である。
- 「価値なんてわからない」と言う患者も多い。そのような場合、抽象的な言葉でなくても「我が子が大事」「絶対にパソコンは苦手」「片付けたい」「とにかく親友が欲しい」などの具体的な希望を引き出すことでもよい。これらが当面の目標となる。
- 経過の中で下向き矢印法的な質問を繰り返して抽象的な概念にまで昇華させていくと、具体的な目標のような達成するとそれで終わるような通過点ではなく、この方向性に生きていきたいという継続する価値に気づくことができる。例えば、「人とのつながりが大事」という表現から始め、「アナログな関係がいい」「対面で人と会いたい」という具体的な希望を掘り下げていく。さらに「なぜそれが大切か」を問いかけることで、「人との深い理解と温かいつながり」といったより普遍的で持続的な価値観を見出すことができる。このように段階的に掘り下げることで、患者自身の本質的な価値観を明確化することが可能となる。
- たとえば、次のようなことを患者が口にした場合を考える。
  「*YouTuber になってインフルエンサーになりたい。*」
  YouTuber になることは具体的な行動の目標となる。その目標に向かって行動計画を立てていくのもよい。しかし、ここではさらに、次のような問いかけをしてこの人の人生の方向性の理解に努める。
  「なぜ YouTuber になってインフルエンサーになりたいのか。」
  「インフルエンサーになって何をしたいのか。」
  その結果、長期的な視点で大切にしたいことが明らかになる。例えば、次のような返答があるかもしれない。
  「権力を得たい。」
  「有名になって周囲から愛されたい。」
  「たくさんの富を築いて豊かになって安心したい。」
  「社会問題について発信して困っている誰かに貢献したい。」
  これらがこの患者にとって本当に大切にしたいこと（価値）であり、「インフルエンサーになる」ことは手段であるといえる。価値に気づけば、インフルエンサーになれなくても、事情があって YouTube を続けることができなくなっても（行動のカタチが変わっても）、「権力が得られるようなポジションにつく」とか、「会社を起こして有名になる」、「投資で巨額の富をなす」、「ボランティアで社会貢献」などの別の手段をとってもその価値は叶えられることになる。
- 本プログラムで価値について検討するのは、ADHD 症状を持つ少数派が、社会適応のために多数派に「合わせることを強いられる」だけのプログラムにしないためでもある。患者の人生で大切にするものを明らかにし、内発的動機づけを高め、その実現のための行動についてプランを立てることができる。たとえば、「普通に遅刻しないためにがんばる」よりは、「周囲の人への愛を大切にして生きたいので、遅刻して相手の時間を奪うようなことはしたくない」と思えた方がやる気を持ちやすい。
- 上記のように価値を明らかにした上で、短期的な目標を立ててプログラムで取り組んでいくと、手応えも感じやすい。
- 「価値」という言葉がピンとこない患者は多いため、「生きがい」「どうなりたいか」「やりがい」という言い換えも用いながら、まずは具体的な事象を挙げてもらい、徐々に抽象度をあげていくとよい。
- 次のような表現が響く患者も多くいる。
  「*何を大切にして生きていきたいですか*」

「*生きる上で大切にしているものは何ですか*」

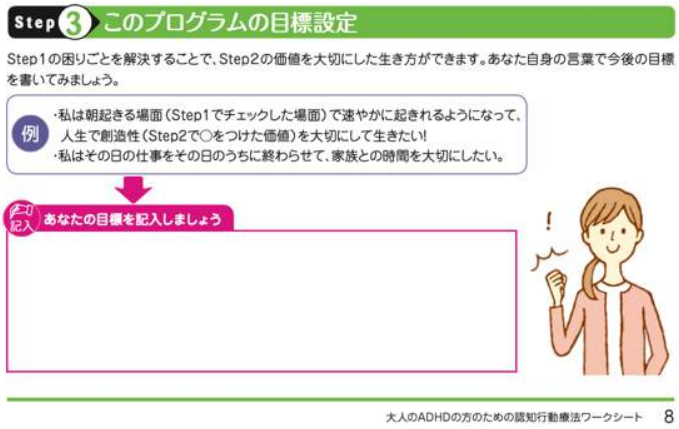
3.1.6 「Step 3： このプログラムの目標設定」の進め方

- P7 の Step 1 で明らかになった、困っている点について整理し、患者にフィードバックする。

  「○○さんのお辛い状況が分かりました。次のような問題があると思います。第一に・・・・、次に・・・・、そして・・・。これらの解決を目指していきましょう。」
- 抽象的な指摘ではなく、あくまで生活場面の具体的な困りごとを２、３つ話題にする。
- 各場面で共通して障害となっている症状がある場合には「計画を立てるのが苦手なこと」や「つい先延ばししてしまうこと」などまとめて言うようにしてもよい。
- P8 の価値のリストで丸のついた項目についても話題にして、目標に入れるように提案する。

  「○○さんは共感を大切に生きてこられていましたから、これからの人生でもそれがキーワードですかね。ぜひ目標に入れてみましょう。」

  「このプログラムが終わる頃（4 ヶ月後頃）までに、先ほどチェックした日常生活の場面がどのようになることが目標にできそうでしょうか。また、自分がこの先大切にしていきたいことで、何かやれそうなことは何でしょう。具体的に書いてみましょうか。」



3.1.6.1 「Step 3： このプログラムの目標設定」のポイント

- 現在困っていることの解決を目指しながらも、価値を大切にした生き方はできることを伝える。

  「ADHD の方の中には、やるべきことができなくて、それができるようになるまでは自分のしたいことや価値に沿うような人生を送るべきではないとあきらめてしまっている方もいます。そうではなくて、自分の大切にしたいことに目を向けて、生きていくのがベースで、その実現のために症状が邪魔するようならば、どう対処するかを練習していくのがこのプログラムのあり方です。それが自分らしさにつながるのではないでしょうか。」
- 目標は行動上の目標で、具体的かつ測定可能なものにする。
- 目標を立てることで、治療への期待が引き出せるだけでなく、治療の経過で効果を患者、治療者双方が確認するのにも役立つ。

・　「家族がこうなってくれたらいい」、「上司がこうなればいい」、「仕事がみつかればいい」などの主語が自分ではない目標が語られた場合には、Step 1 や Step 2 を指し示しながら、次のように話してみる。

「ここでは自分ができることを考えていくのが最もお力になれそうです。自分を主語にした目標にしてみましょうか。」

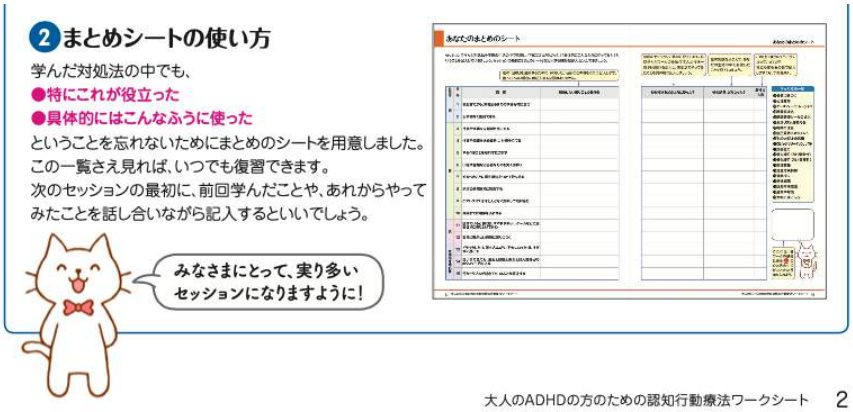
それで抵抗がある場合には、目標設定を急がず、次回以降に繰り越しながら次のように話し合って徐々に目標を明確にしていくとよい。

「家族や上司のどの点に不満があるのか。もしそれが解決したときに、自分はどのような行動をしていそうか。」

3.1.7 まとめシートの導入

・　P2 を示しながら、説明する。

「アクションプランやセッションで学んだことを書き留めておくために、“まとめのシート”というものを使っていきます。」



・　P3-4 のまとめシート（記入例）を示しながら説明する。

「このシートは、今回のセッションでみていった、どの生活場面で困っているかの一覧です。」

「まずはお困りの場面ごとに、（「解決したい困りごとの具体例」を指しながら）具体的に何で困っているのかを書きます。」

「その場面をうまく切り抜ける方法をいくつも（「学んだ技法一覧」を指しながら）ご紹介していきますから、（「学んだ技法一覧」から「どの技法をどのように使った」の欄に指をスライドさせて）この場面ではどの技法をどういうふうに使うとよさそうかを話し合っていきます。セッション中に話し合ったことをここに書いておくと忘れないですね。」

「でも、実際に使ってみないと、その技法が役立つかどうかはわかりません。実際にやってもらって、次のセッションで役に立ったかどうかをお聞かせください。それを書いておくのがここ（「その結果、どうなった？」と「役立ち度」を指で指して）です。なので、次のセッションの最初にここを書きます。」

「そうすると、プログラムが全て終わったときに、このシートさえみれば、どの生活場面で何をすれば生きやすくなるか、自分らしく生きられるかがわかるのです。プログラム終了後は、せっかく学んだ技法を忘れないために目につく場所に貼っておくのもいいでしょうね。」


まとめのシート(記入例)

まとめのシート(記入例)

これは「あなたのまとめシート」の記入例です。以下の例などを参考にしながら記入していきましょう。この記入例と「あなたのまとめシート」は毎回セッションの最初に使いますので、必ず持ってきてください。

左の「目標」を達成するために、解決したい困りごとの例をここに記入します。困っていない場合には記入する必要はありません。

時間帯	番号	目標	解決したい困りごとの具体例
朝	1	朝起きてから、家を出るまでの準備が間に合う	いつも二度寝して、服を選ぶのに時間がかかって遅刻
	2	忘れ物なく出発できる	スマホと財布と鍵を忘れる
昼	3	仕事や家事を先延ばしにしない	書類仕事はだいたい先延ばし
	4	仕事や家事を始める前に、計画を立てる	
	5	やるべきことを忘れずにこなす	シャンプーを買い忘れる
	6	印鑑や書類など必要なものを失くさない	いつも年末調整の書類がない
	7	やるべきことに優先順位をつけて取り組む	
	8	約束の時間までに到着する	友達との待ち合わせに遅刻
	9	ケアレスミスはほとんどなく集中して取り組む	どうしてもミスばかりで職場のみんなに引かれている
	10	期限までに用事を済ませる	仕事の締め切り前にはいつも徹夜
夜	11	疲れているときには、スマホやネット、ゲームなどに没頭せずに切り上げて休む	早く寝たらいいのに当日でスマホ2時間
	12	翌日に響かない時間に眠りにつく	スマホのせいで睡不足
時間帯を問わず	13	イライラしたり、落ち込んだり、不安になったりしすぎずに過ごす	
	14	長い目で見ても、お金と健康と安全と対人関係がうまくいく生活を送る	彼氏が電話に出ないとイライラして、いつも大喧嘩してしまう
	15	何かトラブルが起きても、なんとか解決する	解決できず、仕事を辞める

毎回のセッションの最初に記入します。前回学んだワークの技法(「学んだ技法一覧」)を参照)を記入し、実生活でやってみたことを具体的に記入しましょう。

左の実践をふまえて、あなたの生活の中で変化したことを記入しましょう。

この技法はどのくらい役に立っていますか?役立ち度を★の数で記入します(★3つが最高)。

どの技法をどのように使った?	その結果、どうなった?	お役立ち度
●時間管理ツールの導入: 通勤服セットを5つ作った。シリアルバー	朝起きるのがおっくうでなくなった。が、スマホで睡眠不足。	★★☆
●時間管理ツールの導入: バックインバッグに財布と鍵い傘を常備	忘れなくなったが、現金が入っていない。	☆☆☆
●自己報酬マネジメント: 書類仕事を小分けにしてToDoリストに書く	前より取りかかりが早くなった	★★☆
		☆☆☆
●ToDoリストの活用: 1年分まとめ買いした	楽になった	★★★
●整理整頓: フタのない年末調整ボックスの設置	失くさなくなった	★★★
		☆☆☆
●時間の逆算: 移動にかかる時間を逆算した	逆算する習慣がついて間に合った	★★★
●整理整頓: 机の上を整理、雑念はメモへ	集中できた	★★★
●計画立て: タイムログに基づいて計画を立てた	計画が甘いにくくなった。でも遊べてない。目標高すぎ。	★☆☆
●誘惑中対策: スクリーンタイムを設定した	スクリーンタイムの通知を無視してゲームしまくった	☆☆☆
●誘惑中対策: スクリーンタイムを設定変更		☆☆☆
		☆☆☆
●感情調節:電話がつながらないときには、風呂に入り、美味しいものを食べてやり過ごす	翌日には少し冷静になって彼氏と話せるように。精神減った。	★★★
●問題解決法: 仕事でのケアレスミスとぎりぎりを解決	すいぶん気心地よくなった	★★★

学んだ技法一覧

●価値に気づく
●心理教育
●ケースフォーミュレーション
●問題解決法
●時間管理ツールの導入
●生活リズムを整える
●時間の逆算
●自己報酬マネジメント
●ToDoリストの活用
●ロジックツリーToDoリスト
●計画立て
●優先順位づけ(緊急性)
●優先順位づけ(重要性)
●整理整頓
●注意持続訓練
●週間探し
●感情調節
●認知再構成法
●週集中対策
●余暇の過ごし方

忘れ者じゃないの、やる気スイッチが違うだけ

ここには、各ワークの最後にある のひと言の中でピンときた言葉を入れよう。

3 大人のADHDの方のための認知行動療法ワークシート

大人のADHDの方のための認知行動療法ワークシート 4

3.1.7.1 アクションプランの設定

アクションプランとは、セッションで得られた気づきや学びを実際の生活に活かすための具体的な行動計画である。これは、あらかじめ決められた課題をこなすものではなく、その日のセッションで扱った内容や、患者さんの現在の状況を踏まえて、一緒に考えながら決めていくものである。認知（考え方や気づき）の変化を、具体的な行動の変化につなげていくための橋渡しとなる。

＜初回および必要に応じて繰り返し伝える＞

- アクションプランの理論的根拠を説明する。
  「毎回、面接の最後に、次のセッションまでの間にやってくることを決めます。アクションプランと言います。」
  「これはとても大切で、面接で話し合うだけでは、治療は 1 週間に 35-40 分間しかできませんが、面接までにいろいろやってくるようにすると、その間も治療を受けているのに似た状態になって治療の効果が出やすくなります。」
- アクションプランの意義を説明する。
  「これからの治療では、このように、治療と治療の間にも、少しだけアクションプランをやっていただきたいのです。」
  「アクションプランには、 ①治療セッション以外の時間も治療に生かせる、②日々に困ったことを一緒に話し合う助けになるというメリットがあります。」

＜2 回目以降＞

- アクションプランを設定して患者の反応を引き出す。
  「これから次のセッションまでに、今日取り組んだことを日常生活の中で取り入れて実践してみれることはありますか？どのようなことができると、次回お会いするまでにあなたの役に立ちますでしょうか？それを行うにあたり難しそうだと感じるものは何かありますか？また、それはできそうでしょうか？」
- アクションプランに対する反応を引き出す。

「アクションプランは話し合って決めましょう。治療に役立つアクションプランを一緒に考えて決めていきたいと思いますが、無理強いはしませんので、できそうかどうか、やる気がするかどうか、遠慮なくおっしゃって下さい。」

3.1.8 セッションをまとめ、フィードバックを求める

- セッションのまとめとフィードバックを引き出す。
  「以上が、今日の内容です。今日は●●について取り扱いましたね。何か言い忘れや、やっぱりまだちょっとしっくりきていない感じがあるかもしれません。いかがですか？」
- 以下のような言葉かけでまとめながら、患者のフィードバックを引き出す。
  「これで第1回目は終わりです。いろいろ話して、ご感想・ご気分はどうですか?」
  「役に立ったこと、気づいたことはありますか?」
  「わからないこと、納得いかないことはありますか?」
  「他にうかがっておいたほうがいいことはありますか?」
  「次回話し合いたいことがらはありますか?」
  「これから先も、疑問な点は遠慮なく言って下さい。」
  「今日はいろいろお話していただいて、○○さんのことがよくわかって良かったです。」

3.1.9 次回への橋渡し

以下のような声掛けで次回への橋渡しを行う。

「面接が始まる前に、ADHD 症状のアンケート（CAARS）と QIDS-J をつけて下さい。」*

「時間を有意義に使うために、面接の始めに、35-40 分の間にどのようなことを話しあうかを、一緒に話し合って決めましょう。○○さんが特に話されたいことがあればその都度おっしゃって下さい。」

「わからないこと、腑に落ちないことがあれば、次回また教えてください。」

*注釈：一般臨床では毎回包括的な評価尺度を使用することは稀ではあるが、何らかの客観的な心理検査を定期的に実施することには大きな利点がある。数値化された指標の継続的な取得により、症状推移の正確な把握と治療効果の客観的評価が可能となる。また、患者自身にとっても自己の状態変化を可視化でき、効果的なセルフモニタリングツールとなる。定期的な評価は治療への動機づけを維持し、患者と治療者の協働の基盤となる。したがって、CAARS や QIDS-J のような包括的な尺度でなくとも、簡易版の症状チェックリストや生活機能評価スケールなど、治療目的に合わせた適切な評価ツールを選択し、定期的に実施することが推奨される。

3-2　心理教育（必修ワーク 2）

3.2.1　　第 2 セッションの目標

目的

1. ADHD の特徴を知る
2. よくある困りごとと ADHD の関連を知る
3. 自分の困りごとを ADHD で説明する

3.2.2 第 2 セッションのアジェンダ

☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）
☐ Step 1：困っている場面はどこ？（10 分）
☐ Step 2：よくある困りごとと ADHD の特性（10 分）
☐ Step 3： あなたの困りごとと ADHD の関係（10 分）
☐ まとめ（5 分）

3.2.3「まとめシートに記入しながらチェックイン」の進め方

- チェックインにおける基本姿勢
  - チェックインはセッションの導入として、患者の状態や前回からの変化を簡潔に把握し、今回のセッションで何を取り扱うことが最も有用かを決定する場である。
  - 詳細な検討はチェックインでは行わず、簡潔な情報収集にとどめる。重要な課題があれば、それをアジェンダに含めるかを患者と共に判断する。
  - この共同的アプローチにより、セラピストが一方的に進行を決めるのではなく、患者がセッションの方向性に主体的に関わることができる。

- 評価尺度の確認
  - QIDS-J/CAARS を確認し、顕著な変化がある場合には以下のように話題にする：
    「前回と比べて、気分や症状に変化があるようですが、この間、何かありましたか？」
  - 改善している場合は、効果的だった要因を、悪化している場合は影響した出来事を一緒に整理する。

- 前回のアクションプランの振り返り
  「前回のアクションプランを振り返ってみましょう。まとめシートの『解決したい困りごとの具体例』の記入と、価値や目標の見直しでしたが、いかがでしたか？」

  - 患者によってはまとめシートはある程度試行錯誤の結果が出てまとめて書く方が向いている人もいるため、必ずしも毎回まとめシートを使う必要はない。

  - 「まとめシート」を記入している場合：
    記入内容を肯定的に評価し、感想を尋ねる。
    「各場面で具体的に何に困っていらっしゃるかがよく書き出せていますね。書いてみて何か気づかれたことはありますか？」

  - 「まとめシート」を記入していない場合：
    責めずに理解を示す姿勢で、簡潔に理由を確認する。
    「そうですか。まとめシートは取り組めなかったのですね。どのような状況だったか、簡単に理由を教えていただけますか？」

・ 理由には様々なことが考えられる（忘れていた、方法がわからなかった、負担が大きすぎた、意義が感じられなかったなど）が、チェックインでは詳細に掘り下げず、把握するのみにとどめる。
・ 理由を簡潔に把握したら、この課題をアジェンダに含めるかどうかを患者と相談する。
・ 未実施の理由に基づいた対応（例：実施方法の具体的説明、負担軽減のためのスモールステップへの分割、リマインダーの活用など）は、セッション本体で行う。

・ 必要に応じて、アクションプランの意義を再度説明する
「*アクションプランは治療効果を高めるために重要です。セッションは週に一度ですが、日常での取り組みが変化を促します。*」



3.2.3.1 アジェンダの設定

「今日は、○○さんのお困りごとと ADHD がどのように関係しているのかをみていきたいと思います。」

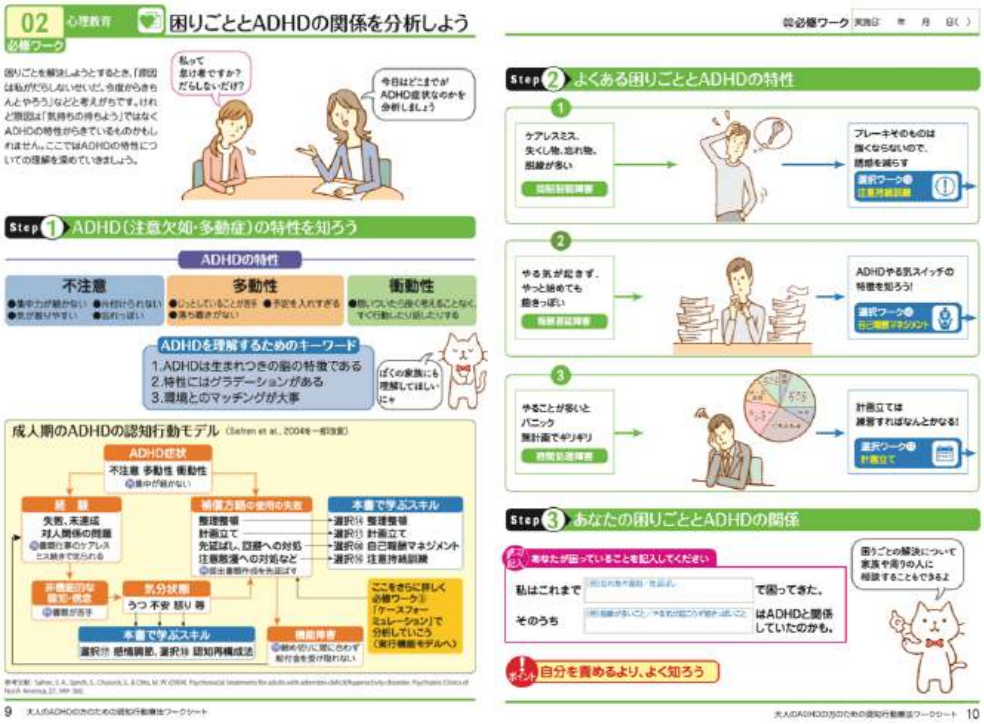
・ 慣れてきて心のゆとりがあれば次のような声掛けでも良い。
「他に話題にしたいことはありますか?」

3.2.4 必修ワーク 2（P9-10）を開く

・ ADHD について話題にし、患者の現状・現在の生活の各領域に ADHD 症状の影響があらわれていることを理解してもらう。
・ ADHD 特性を活かしてうまくいった側面や自分らしさとなっている側面について触れる。
・ ADHD の特性そのものが問題なのではなく、環境（学校、職場、家庭など）とのマッチングがうまくいかなかったときに、適応に支障をきたして、「症状」となることを理解してもらう。
・ 20-30 代の患者においては、アイデンティティを獲得する時期に、自分の一部を ADHD として捉え直すことで、混乱が生じる場合も多くある。自分のすべてが

ADHD の症状ではなく、一部であることや診断を受けたからといって自分が変わってしまうわけではないことを伝える。

・ 二次障害が前面にあり、ADHD 症状との関係が不明瞭になっている場合も多くあると考えられる。その場合、P9 の「成人期の ADHD の認知行動モデル」を用いて時系列に沿って説明しながら、自己理解を促す。



3.2.4.1 「Step 1： ADHD（注意欠如多動症）の特性を知ろう」の進め方

3.2.4.2 ADHD の特性の 3 つおよび ADHD を理解するためのキーワードについて説明する

「これから、ADHD について簡単に説明しますね。不注意、多動性、衝動性が代表的な例ですが、○○さんの場合、まずこの不注意の症状の中で当てはまるものはありますか？」

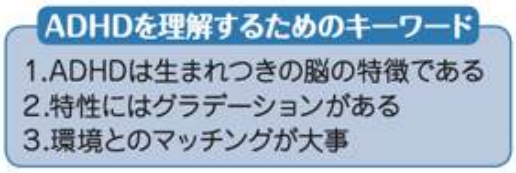


「現在のお仕事でのつまずきは、ADHD の気が散りやすい不注意の症状からケアレスミスが引き起こされて、また、たくさん仕事を入れすぎて処理しきれていないことから生じているのかもしれませんね。」

「これまで○○さんは、ケアレスミスをしたり、仕事がうまく回らないことについて、なぜそうなると思っていらっしゃいましたか？」

「"自分がしっかりしていないからだ"とか"怠け者だ"というふうに捉えていらっしゃったのですね。ここには、"生まれつきの脳の特徴"と書かれていますが、そういわれるといかがでしょうか。」

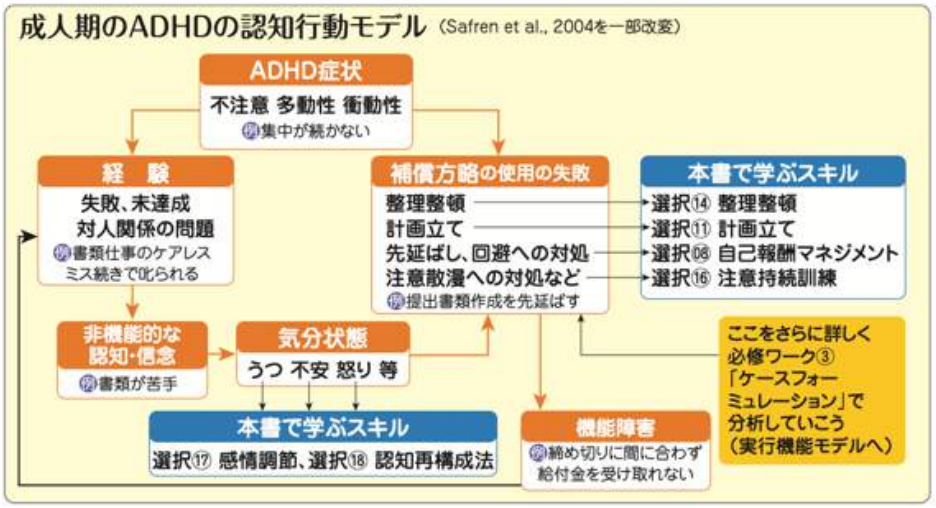
「環境、つまり○○さんに今の職場やお仕事内容や働き方があっていなかっただけという見方もできそうですが、いかが思われますか？」



3.2.4.3 成人期の ADHD の認知行動モデルで自己理解を促す

- 「ADHD 症状」→「経験」→「非機能的な認知・信念」→「気分状態」→「補償方略の使用の失敗」→「機能障害」の順に説明し、現在の問題と ADHD の関連を時系列に理解できるよう示す（時系列については後述）。予め聴取しておいた病歴を参考にしながら、患者の例でたどって説明する。

「○○さんは幼い頃から落ち着きのない怪我の絶えないお子さんだったのですね（ADHD 症状）。それで、学生時代には授業中にじっくり考えるのが苦手でクラスメイトにちょっかいを出したり、時間のかかる宿題を出さなかったりとよく叱られていたんですね（経験）。それで“自分は勉強が嫌いだ”（非機能的な認知・信念）と思うようになり、受験でも就職したあとの課題でも目の当たりにすると“こんなのできそうにない”と不安になっていたのですね（気分状態）。あまりに不安だと人はそれを避けがちです。○○さんは仕事の課題を“先延ばし”して、なんとか不安を鎮めていたのでしょうね（補償方略の使用の失敗）。そこで、今回のように終わっていない仕事が上司に見つかって、叱られた（機能障害）というわけですね。」



3.2.5 「Step 2： よくある困りごとと ADHD の特性」の進め方

- ここでは ADHD 症状がなぜ起こるのかを triple pathway model を用いて説明し、対処策の原則を学んでもらう。
- 不注意や衝動の背景にある抑制制御障害については、抑制する力そのものを増強するのではなく、飛びつきたくなる刺激そのものを減らす環境調整が有効であることを伝える。
- やるべきことに対して意欲を持てないか途中で飽きてしまう報酬遅延障害については、課題を小分けにして、報酬を自分で配置する自己報酬マネジメントを教える。
- 時間の経過や見積もりの体感が不正確である時間処理障害については、自分の体感ではなくアラームなどの外部の道具を使用し、タイムログに基づいて計画を立てることを教える。

・　ここでは、原則に触れる程度にしておく。この後のセッションで対策できることを伝える。

「ここではADHDの症状が適応を邪魔する場合に、どのように対処すればいいかの基本を学びます。〇〇さんがお困りの仕事を先延ばしてしまうのは、ここでいうと②の報酬遅延障害と③の時間処理障害が関係してそうです。それぞれ説明しますね。」

3.2.6 「Step 3： あなたの困りごとと ADHD の関係」の進め方

「いかがでしたか？今日はADHDの症状が今の問題とどう関係しているのか見えてきましたか？ここでちょっと整理してみましょうか。」

・　四角の欄に何が入りそうか尋ねる。すぐに答えられない場合には、例を挙げて説明する。

「たとえば、私はこれまで部屋が片付けられなくて困ってきた。そのうち、片付けにやる気が出ないことや、計画立てて片付けられないことはADHDと関係していたのかもといったかんじです。いかがでしょうか。」

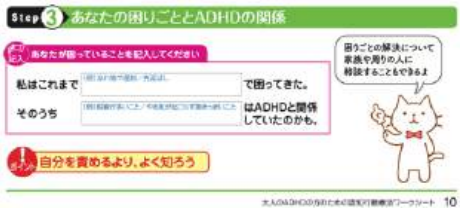
3.2.7 アクションプランの設定

改めてアクションプランの説明を行う。

「毎回、セッションの終わりにアクションプランを一緒に決めます。そのセッションの中で取り組んだことを次のセッションまでに日常生活の中で行ってみます。そして、やってみてどうだったか、次のセッションのはじめに報告していただきます。CBT ではセッションだけではなく、アクションプランを実施することによって、効果が高くなるのです。アクションプランが難しすぎるようなときは、確実にできるような内容にするように一緒に話し合いましょう。」

「今日はあなたの現在のお困りごとが、ADHD 症状とどのように関係しているのかについて話し合ってきました。きっとこの短い時間では、まだまだ足りなかったかと思います。このワークシートをまた読み返してみたり、このまとめシートに書かれた各場面での困りごとのうち、どれかひとつの場面について何がADHD で説明できそうかを考えてきていただきたいのです。いかがでしょうか？」

「アクションプランのあったこと自体を忘れてしまう場合には、ワークシートに付箋をつけて（手渡す）、このことについて考える日時を今決めてしまうという方法もお勧めしています。いかがですか？たとえばこのあとすぐに近くのカフェで考えるとか、次にこちらにいらっしゃる時に少し早めについて待合室で考えるのもいいでしょう。」



3.2.8 セッションをまとめ、フィードバックを求める

「これで今日のセッションを終わりますが、いかがでしたか？」

「どのようなことが学べましたか？」

「まだ疑問の点、納得のいかない点はありませんか？」

3.2.9 次回への橋渡し

3.1.9 参照

3-3　概念化と選択ワークの選び方（ワーク 3）

3.3.1　第 3 セッションの目標

目的

1. 自分のうまくいかないプロセスを実行機能モデルを用いて理解する
2. 実行機能モデルを元に必要なワークを選択する

3.3.2 第 3 セッションのアジェンダ

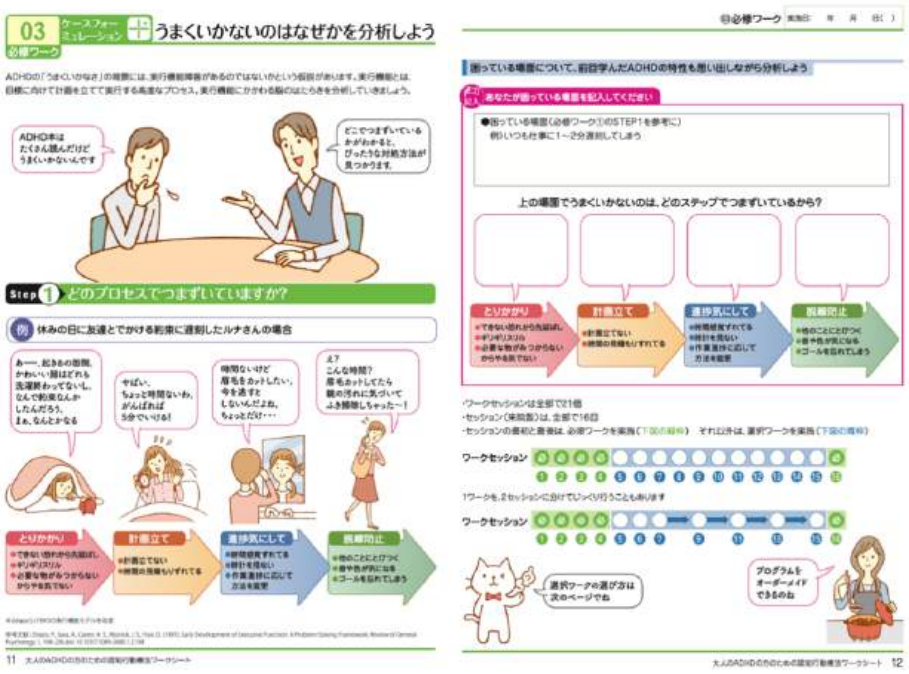
- ☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）
- ☐ Step 1：どのプロセスでつまずいていますか？（10 分）
- ☐ 困っている場面について、前回学んだ ADHD の特性も思い出しながら分析しょう（5 分）
- ☐ 困りごとに対応したワークの選び方（5 分）
- ☐ 時間管理に関連するワークの選び方（5 分）
- ☐ まとめ（5 分）

3.3.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

3.2.3 参照

3.3.3.1 アジェンダの設定

「今日は、〇〇さんのお困りごとを詳細にみていき、今後のプランをたてていきたいと思います。」



3.3.4 必修ワーク 3 （p11-12）を開く。

「今日はうまくいかないのはなぜかを詳しく分析していきます」



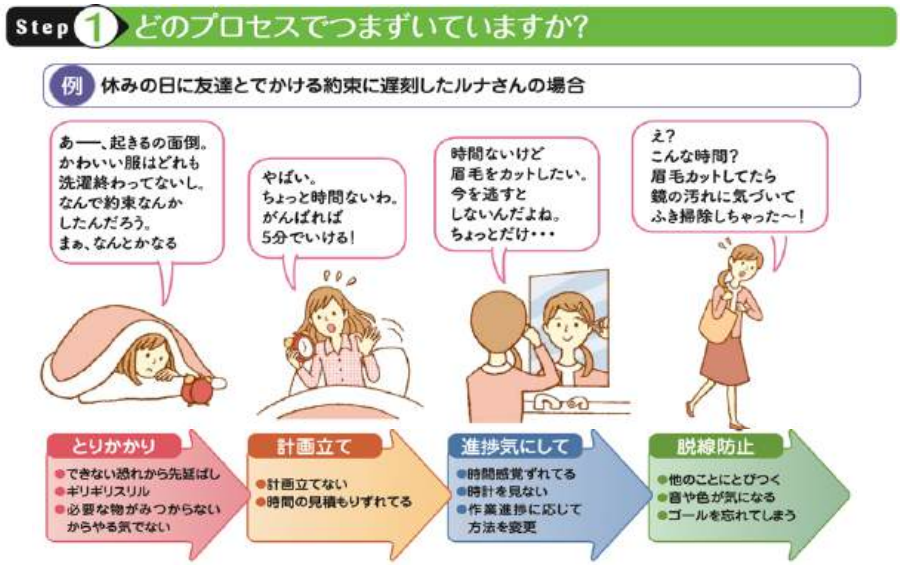
3.3.4.1 「Step 1： どのプロセスでつまずいていますか？」の進め方

- 実行機能モデルとは、目標達成のための思考や行動を制御するプロセスを説明する枠組みである。一般的に、問題の表象、計画立案、計画の実行、結果の評価という 4 つの段階で構成される（Zelazo et al., 1997）。このモデルは、複雑な課題の遂行や新しい状況への適応に必要な高次認知機能を理解するのに役立つ。ADHD などの発達障害における実行機能の困難を理解し、支援方法を考える際にも活用されている。
- とりかかり→計画立て→進捗気にして→脱線防止の順に指を差しながら例の説明をする。

  「これは、遅刻に至るプロセスを示したものです。ADHD は実行機能の障害と呼ばれていて、計画立てて物事を進めていくのが苦手なのだそうです。」

  「実行機能はおおまかにいうとこの 4 つのステップで進んでいます。この例をみていきましょう。」

3.3.4.2 「Step 1： どのプロセスでつまずいていますか？」のポイント



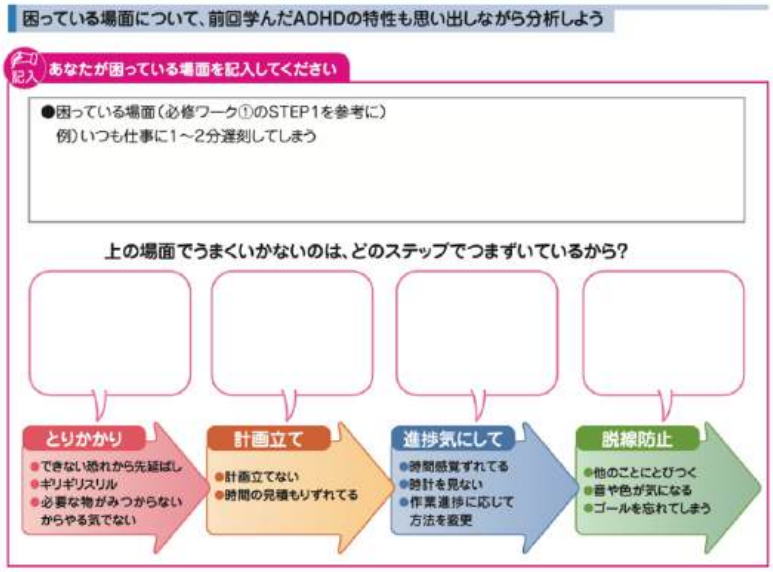
- ADHD の人だけがつまずくわけではなく、誰しもやってしまいがちな失敗であることを伝えてノーマライゼーションを心がける。
- 患者が自分に当てはめながら例を聞いているかを確認する。まるで当てはまらないようならば、次のようにその患者が必修ワーク 1 でつまずいていると回答した場面を想起しながら、自分に当てはめやすいよう言い換える。

「遅刻以外の場面、たとえば、帰宅後ちょっと休憩するつもりでソファーでひとやすみしたら、いつのまにか2 時間過ぎてたみたいなことはありますか？」

3.3.5 「困っている場面について、前回学んだ ADHD の特性も思い出しながら分析しよう」の進め方

「次は、あなたの番です。あなたの困っている場面を分析してみましょう。」
「まずは今一番困っている場面について簡単に書いてみましょう。」
「時系列で思い出してみましょうね。まず、とりかかろうとしましたか？」
「計画立てましたか？」
「次はそれをしてる最中、時計を気にしてましたか？」
「脱線はしませんでしたか？」

- 記入を終えた後には次のような声掛けをしてみる。
  「分析されて気づいたことはありますか？」
- 困っている場面を四角の中に書き入れる。
- 各プロセスに沿って、患者の行動を治療者が記入する。



3.3.5.1 「困っている場合について、前回学んだ ADHD の特性も思い出しながら分析しよう」のポイント

- 困っている場面がすぐに思い浮かばない場合には、ワーク１で「できない」にチェックのついた場面の中から選んでもらう。
- 場面について書き出すと長文になって時間がかかってしまう場合には、治療者が代わりに記入する。患者にはその場面を想起してもらうことに集中してもらう。
- うまくいかない時には、自分を責める代わりに、どのプロセスでつまずいたかを分析した方が改善策を立てやすいことを伝える。

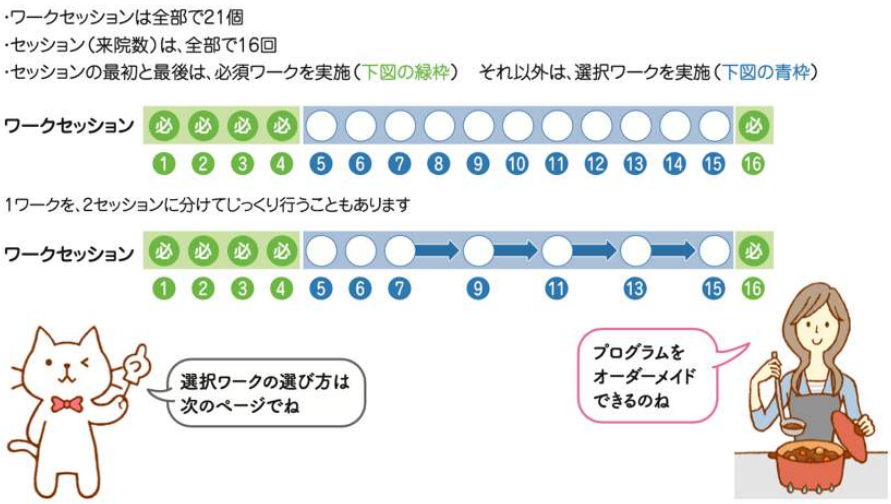
3.3.6 「ワークの選び方」

3.3.6.1 「ワークの選び方」の進め方

「今日の後半は、これからどんな治療プランにするかを話し合います。」
「このプログラムでは、次々回以降、あなたのお困りごとに応じて、ワークを選ぶことができます。 全部で１１の選択ワークが選べるのです。」

「じっくり取り組みたい方は、2 回分の時間を使って、ワークを 1 つ進めることもできます。」
「こうして、あなたの困りごとや達成したい目標にぴったりなプログラムをオーダーメイドできるのです。」

・　イラストの水色の部分を指し示して説明する。



3.3.6.2　「ワークの選び方」のポイント

・　患者のモチベーションが上がっているかどうかを観察しながら進める。
・　もしも、多くのワークに圧倒されてモチベーションが上がっていない場合には、このセッションでワークを無理して決定する必要はなく、時間をかけていいことや、次回の問題解決法を体験してみて考えてもよいことを伝える。
・　多くのワークを盛り込もうとしすぎる患者には、治療の積極性を評価しつつ、ワークシートを予め読んできてもらうことで、より効率の良いセッションとなること、優先順位をつけてワークの順番を決めていくことを提案する。

3.3.7　「困りごとに対応したワークの選び方」の進め方

ワーク 1 の Step 1 および Step 3 のページをめくりながら思い出してもらう。
「これはワーク 1 で行った日常生活チェックリストです。お困りの場面に応じて、役立ちそうな選択ワークを並べています。最も困っている場面にあてはまるワークを選ぶのもいいですね。」
「ワーク 1 で立てた目標を覚えていますか？それを達成するために必要なワークを選ぶのもいいですね。」
「ワークを選びきれない場合には、この順で進めるとうまくいきやすいという順番の例を示しています。ワークの色ごとに分けていますので参考にしてみてください。」
「何か気になるものはありますか？こちらでもあなたに必要そうなものを提案してみます。」

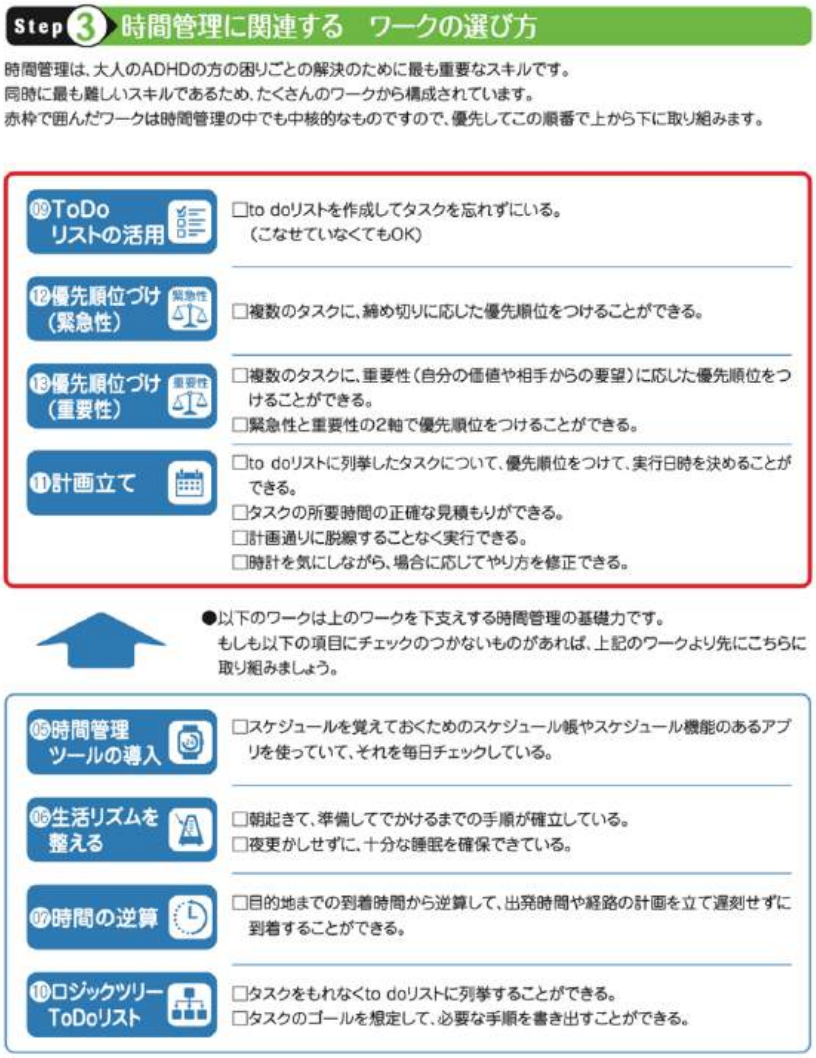
3.3.7.1　「困りごとに対応したワークの選び方」のポイント

患者と共に協働的にワークを選んでいく。

3.3.8　「時間管理に関連するワークの選び方」の進め方

「水色のワークは時間管理に関するワークです。これは難易度がそれぞれ違うので、この順に取り組むとやりやすいと思われます。」
「日頃時計は身につけます？スケジュール帳はどうでしょう？」
「生活リズムは整っていますか？」
「到着時間から逆算して出発できていますか？」
「ToDo リストに抜けがあることがありますか？」
（すべて Yes なら）「日頃 ToDo リストは使われていますか？」
「いくつかやることがある時に、優先順位づけができていますか？」

・　ページの下半分（時間管理ツールの導入以下）から指を差して尋ねる。
（下半分に No があれば）その選択ワークを選ぶよう提案する。
（下半分が全て Yes なら）上の赤枠の選択ワークを選ぶよう提案する。



3.3.8.1　「時間管理に関連する困りごとに対応したワークの選び方」のポイント
患者と共に協働的にワークを選んでいく。

3.3.9 アクションプランの設定
3.1.7.1 参照

3.3.10 セッションのまとめとフィードバック

3.2.8 参照

3.3.11 次回への橋渡し

3.1.9 参照

3-4　問題解決法（必修ワーク 4）

3.4.1 ワーク 4 の目標

目的

1. 問題解決法を知る
2. 問題解決法を用いて自分の困りごとの解決策を探る
3. 案出した解決策を用いてアクションプランを設定、実施、振り返る

3.4.2 ワーク 4 のアジェンダ

☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）
☐ Step 1：問題解決ワークシートの使い方を知ろう（10 分）
☐ Step 2：問題解決ワークシートを使って、解決策を探してみよう（20 分）
☐ まとめ（5 分）

*Step 1「問題解決法ワークシートの使い方を知ろう」と Step 2「問題解決法ワークシートを使って、解決策を探してみよう」をここでは分けていますが、Step 1 の説明と Step 2 の取り組みを同時に行っても構いません。 問題解決法の詳細は、認知行動療法の共通基盤マニュアル[1]、1−9 問題解決（p100〜104）をご参照ください。

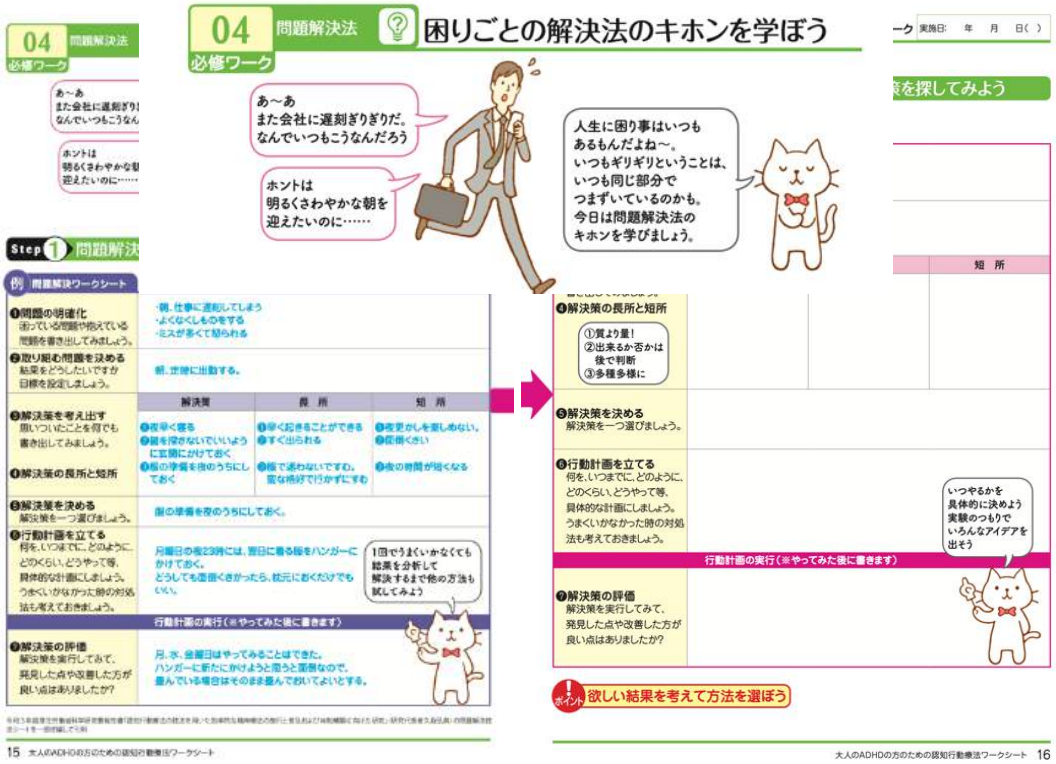
3.4.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

3.2.3 参照

3.4.4 アジェンダの設定

「今日は、日常生活での困りごとを解決する方法を一緒に学びたいと思います。○○さんが、今解決したい問題もこの方法を使って解決できます。」

3.4.4.1 必修ワーク 4（p15-16）を開く。



「この絵のように、〇〇さんが解決したいと思うような困り事がありますか？この問題解決法は、どこから手をつければいいかわからないと感じるような困った問題でも、手順を追って取り組むことで解決策を探す方法です。これから困ったことに出会う度にいかせる方法です。一緒にやっていきましょう。」

3.4.5 「Step 1: 問題解決ワークシートの使い方を知ろう」の進め方

①～⑦の黄色部分を読みながら問題解決の手順を簡単に説明する。

「まずは、問題解決法のやり方をみていきましょう。」



Step 1 問題解決ワークシートの使い方を知ろう

例 問題解決ワークシート

❶問題の明確化 困っている問題や抱えている問題を書き出してみましょう。	・朝、仕事に遅刻してしまう ・よくなくしものをする ・ミスが多くて怒られる		
❷取り組む問題を決める 結果をどうしたいですか 目標を設定しましょう。	朝、定時に出勤する。		
❸解決策を考え出す 思いついたことを何でも書き出してみましょう。 ❹解決策の長所と短所	解決策	長 所	短 所
	❶夜早く寝る ❷鍵を探さないでいいように玄関にかけておく ❸服の準備を夜のうちにしておく	❶早く起きることができる ❷すぐ出られる ❸服で迷わないですむ。変な格好で行かずにすむ	❶夜更かしを楽しめない。 ❷面倒くさい ❸夜の時間が短くなる
❺解決策を決める 解決策を一つ選びましょう。	服の準備を夜のうちにしておく。		
❻行動計画を立てる 何を、いつまでに、どのように、どのくらい、どうやって等、具体的な計画にしましょう。うまくいかなかった時の対処法も考えておきましょう。	月曜日の夜23時には、翌日に着る服をハンガーにかけておく。 どうしても面倒くさかったら、枕元におくだけでもいい。	1回でうまくいかなくても結果を分析して解決するまで他の方法も試してみよう	
行動計画の実行（※やってみた後に書きます）			
❼解決策の評価 解決策を実行してみて、発見した点や改善した方が良い点はありましたか?	月、水、金曜日はやってみることはできた。 ハンガーに新たにかけようと思うと面倒なので、畳んでいる場合はそのまま畳んでおいてよいとする。		

令和3年度厚生労働省科学研究費報告書「認知行動療法の技法を用いた効率的な精神療法の施行と普及および抽出模索に向けた研究」（研究代表者久我弘由）の問題解決技法シートを一部改編して引用

15 大人のADHDの方のための認知行動療法ワークシート

3.4.5.1 「Step 1: 問題解決ワークシートの使い方を知ろう」のポイント

手順を踏むと、解決策が出せることを説明する。



3.4.6 「Step 2: 問題解決ワークシートを使って、解決策を探してみよう」の進め方

①問題の明確化

- 問題をリストアップする。
  「では、具体的に○○さんの解決したい困りごとを解決してみましょう。これが解決すると日常生活がよくなるとか、目標達成のために妨げになっていて解決したいというようなことはありますか。」
- 患者から具体的に解決したいことが出ない場合は、治療者から、概念化に基づき、チェックインで出てきた話題やこれまでの困りごとの中で問題解決法によって解決可能な課題があれば提案しても構いません。

②取り組む問題を決める

患者が大事にしている価値観や問題の重要性、緊急性に応じて優先順位を決める。次のような声掛けを参考にしながら解決像を描いて目標を設定する。

「今困っていることの中で、今日はどれに取り組みましょうか。」
「では、今日は○○について取り組もうと思いますが、この問題が解決してどんな結果になるといいですか?」

③解決案の案出

ADHD 特性を持つ方が得意とする、自由な発想、創造力を活かして、解決策が出るように治療者もアイデアを出しながら楽しく自由な雰囲気で行うとよい。

「ではこれから解決策を出していきましょう。解決案を出す際には、出来るか否かの判断は脇に置き、できるだけ沢山出してみることが大切です。自分だったらあんまりやらないなと思うようなものも出してみるといいですよ。」

④解決策の長所と短所

それぞれの解決策について長所と短所を訊いていく。

「出てきた解決策の長所と短所を挙げていきましょう。①の解決策の長所は何ですか？短所は何ですか？」

⑤解決策を決める
理想の解決策ではなく、次のセッションまでに実行可能な解決策を選択するよう励ます。

「解決策の長所と短所を検討してみた結果で一つ実際に行う解決策を決めたいと思います。この中から一つ選んでもいいですし、もしくは、ここまで出た解決策の中から組み合わせて解決策を決めても構いません。何を解決策としましょうか。」

⑥行動計画を立てる

- 計画実行の妨げとなる問題を同定し、必要に応じて、手帳に書く、アラーム機能を使うなどの防止策を立てる。
  「では、実際に行うための行動計画を立てましょう。いつ、どこでどのように行いましょうか。」
- 計画を立てて、書き込む
  「実際行おうとするときに妨げとなるようなことがありますか？例えば、計画自体を忘れてしまうとか、いざやろうとすると躊躇してしまうなど。もし、あるようなら予防策も一緒に立てましょう。」
- 次回までに確実に出来そうか尋ね、難しすぎるときは課題を分解して実施しやすくする。
  「次回までにできそうですか。」

⑦解決策の評価

「計画を実施してみてどうだったか、次回までにここに書いてきていただけますか。これは実験なので、この解決策をやってみてどうだったかということを振り返ることがとても大事です。次回書いてきていただいて一緒に振り返りたいと思います。うまくいけばこの方法を継続していけばいいですし、うまくいかなかったら他の解決策をまた試してみることができます。」

3.4.6.2「Step 2: 問題解決ワークシートを使って、解決策を探してみよう」のポイント

- 想像上の問題ではなく、現実的な困りごとについて使用する。
- 一度で完璧な解決策を出すのではなく、試行錯誤して、自分に合った解決策をみつけていくことを示す。
- 患者が治療終結後も自分で問題解決が行えるように、このセッション一回に限らず、今後、現実的な問題がアジェンダとなるときは繰り返し使用する。

3.4.7 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

問題解決ワークシート⑥に書いた行動計画に基づいて、次回までの間に実行することを促し、次のセッションで解決策の評価を確認することを伝える。

3.4.8 セッションのまとめとフィードバック

3.2.8 参照

3.4.9 次回への橋渡し

3.1.9 参照

参考文献

日本医療研究開発機構（AMED）障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）．”認知行動療法の共通基盤マニュアル” http://jact.umin.jp/manual/（参照 2024-03-17）

Zelazo, P. D., Carter, A., Reznick, J. S., & Frye, D. (1997). Early development of executive function: A problem-solving framework. *Review of General Psychology, 1*(2), 198–226.

第IV章　選択ワーク：時間管理モジュール

4-1　時間管理ツールの導入（ワーク 5）

4.1.1 ワーク 5 の目標

目的

1. 時間管理がうまくいかないプロセスを実行機能モデルを用いて振り返る
2. 1.の分析結果に応じた時間管理ツールを決める

4.1.2 ワーク 5 のアジェンダ

☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）
☐ Step 1：時間を意識しているつもりなのにうまくいかないのはなぜ？（15 分）
☐ Step 2：ADHD の人が時間を意識するには？（10 分）
☐ まとめ（5 分）感想を聞く。次の面接の日時とそれまでにしてみたいことを確認。

4.1.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

3.2.3 参照

4.1.4 アジェンダの設定

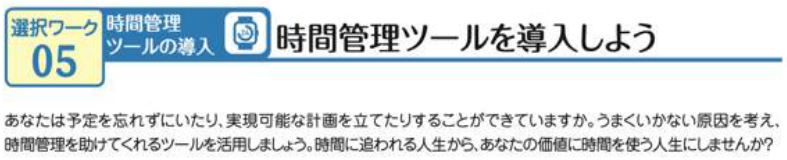
「今日は時間管理がうまくいかない原因を一緒に考えて、時間をうまく使って味方につけるための方法を選んでいきます」

選択ワーク 5（p17-18）を開く。





「今日は、時間を味方につけるためにもこれまでの時間との付き合い方を分析して、○○さんに合った時間管理を助けてくれるツールを選ぶことと、続けて活用する方法を一緒に考えていきましょう。」



4.1.5 「STEP1: 時間を意識しているつもりなのにうまくいかないのはなぜ？」(p17)



4.1.5.1 「STEP1: 時間を意識しているつもりなのにうまくいかないのはなぜ？」の進め方

「まず最初に○○さんが時間を意識しているつもりなのにうまくいかない時は、どんなことが起きているのかを一緒に検討していきたいと思いますので、時間管理で困っている場面を教えてください。」

- ワークシートの例を読み、時間感覚が不正確な原因を知ってもらう
- 患者より出された場面を実行機能モデルに沿って振り返り、要因を理解する

4.1.5.2 「STEP1 時間を意識しているつもりなのにうまくいかないのはなぜ？」のポイント

- 実行機能モデルをもとに、とりかかり→脱線防止までに分けて整理しながら、自己理解を促す。これは“とりかかり”に分類されるべきか、“計画立て”に分類されるべきかが分かりにくい場合には、厳密に分類しようとせずに、つまずきの原因がわかったことの方が重要である旨を伝える。あくまでここでは、分類が目的ではなく、つまずくプロセスがわかり、そこに対処できることが目的であることを忘れない。各段階での困難を特定することで、より効果的な対策を立てやすくなる。
- 時間を意識する必要性を理解してもらう。時間を意識して遅刻しないとか時刻までに作業を終わらせるなどの目標も大切だが、それらはあくまで“価値”に沿った人生を実現させるためのことだと説明することで、動機付けを維持することができる。この価値との結びつきを常に意識することで、時間管理の取り組みがより意味深く、持続可能なものとなる。

4.1.6「STEP2 ADHD の人が時間を意識するには？」(p18)



4.1.6.1 「STEP2 ADHD の人が時間を意識するには？」の進め方

「自分の頭の中だけで、時間を管理していくことはとても難しいことです。○○さんの生活にあった時間管理ツールを一緒に考えていきましょう。」

- ワークシートに沿ってこれまで行ってきた取り組みや工夫を確認する（時計や手帳、アプリなど、これまで患者が使用した時間管理ツールを把握して、分析することでより使いやすいツールを特定する）
- 時間管理ツールの種類を紹介して、それぞれのメリットやデメリットを話し合う（利益・不利益比較）
- 時間と付き合っていくためのツールを選択し、すぐに使い始めることができるような具体策を立てていく
- 工夫でつまずく患者も多いため治療者から以下のような例示をすることも有効。
- 時間管理ツールはは常に携帯する（バッグインバッグを準備する）
- 手帳を定期的に確認することを習慣化するためには、すでに習慣になっているコーヒータイム、歯磨きや昼食など、日常的な活動と連携させる。また、朝、昼、就寝前など、1 日に複数回プランナーを確認する習慣をつける。

4.1.6.2 「STEP2　ADHD の人が時間を意識するには？」のポイント

- クライアントの仕事や生活にあった時間管理ツールを選択できるよう一緒に考える。こちらが決して押し付けないようにした方が、結果的に長くツールを使い続けてくれるものである。
- 「手帳に書かれていないことは存在しない」という標語を紹介し、時間に関する情報を一元化できるように支援する。
- 時間管理ツールを継続して使用できるように、生活場面（仕事場面）を共有しイメージを具体化した上で工夫を考える。このセッションのみに限らず、今後も時間管理ツールが活用できているか、活用できていなければ何が障壁になっているか特定し、継続して使用できるように奨励する。

4.1.7 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

4.1.8 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める

3.2.8 参照

・次回への橋渡し

3.1.9 参照

4-2　生活リズムを整える（ワーク 6）

4.2.1 ワーク 6 の目標

目的

1. 睡眠の重要性を知る
2. 夜更かしの原因を知り、睡眠を増やす計画を立てる
3. 朝起きてから出発するまでの時間にすることや順番を見直して、遅刻や忘れ物をしないようにする

4.2.2 ワーク 6 のアジェンダ

☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）
☐ Step 1：睡眠を見直そう（5 分）
☐ Step 2：朝起きてから出発するまでにやることの整理（20 分）
☐ まとめ（5 分）感想を聞く。次の面接の日時とそれまでにしてみたいことを確認。

4.2.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

3.2.3 参照

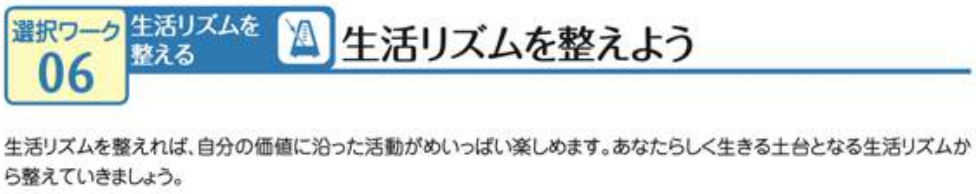
4.2.4 アジェンダの設定

「今日は、○○さんの生活リズムについて一緒に振り返って、土台となる生活リズムの整え方を具体的に考えていきたいと思います。」

選択ワーク 6（p19-20）を開く。



「今日は、生活リズムの中でも特に重要な睡眠と朝の時間について考えていきましょう。ADHD の方は、睡眠よりも好きなことを優先してしまったり、好きなことを途中でやめることが難しく夜更かしになりがちです。睡眠が不足すると昼間の活動に影響が出てしまい日中のパフォーマンスが落ちてしまいます。ご自身の能力を発揮するためにも睡眠や生活リズムを整える工夫を一緒に考えていきましょう」



4.2.5 「STEP1: 睡眠を見直そう」(p19)



4.2.5.1 「STEP1: 睡眠を見直そう」の進め方

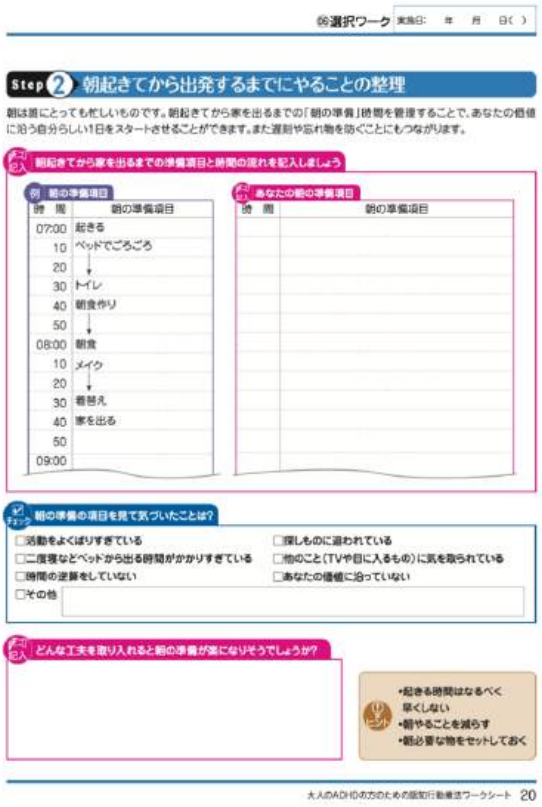
「最初に今の睡眠について見直し○○さんに必要な睡眠について考えていきましょう」

- Step 1 を読み、現在の睡眠について尋ねながら記入してもらう。
- 夜更かしをする原因と対処法を読み、患者に該当する箇所で参考にできそうな対処法を探っていく。

4.2.5.2 「STEP1: 睡眠を見直そう」のポイント

- 睡眠を優先する必要があることが腑に落ちるよう、価値をもとに考える
- 決まった時間に就寝、起床ができるようになると体が自然と眠れるサイクルになりやすくなることを伝え、習慣を作っていくことの重要性を理解していただく
- 理想的になりすぎないように、今の生活の中でできる目標（睡眠のまとめ）となるように気をつける

4.2.6「STEP2: 朝起きてから出発するまでにやることの整理」(p20)



◎選択ワーク 実施日: 年 月 日( )

Step 2 朝起きてから出発するまでにやることの整理

朝は誰にとっても忙しいものです。朝起きてから家を出るまでの「朝の準備」時間を管理することで、あなたの価値に沿う自分らしい1日をスタートさせることができます。また遅刻や忘れ物を防ぐことにもつながります。

書く 朝起きてから家を出るまでの準備項目と時間の流れを記入しましょう

例 朝の準備項目

時	間	朝の準備項目
07:00		起きる
	10	ベッドでごろごろ
	20	↓
	30	トイレ
	40	朝食作り
	50	↓
08:00		朝食
	10	メイク
	20	↓
	30	着替え
	40	家を出る
	50	
09:00		

書く あなたの朝の準備項目

時	間	朝の準備項目

チェック 朝の準備の項目を見て気づいたことは?

- □活動をよくばりすぎている
- □二度寝などベッドから出る時間がかかりすぎている
- □時間の逆算をしていない
- □探しものに追われている
- □他のこと（TVや目に入るもの）に気を取られている
- □あなたの価値に沿っていない
- □その他

書く どんな工夫を取り入れると朝の準備が楽になりそうでしょうか?

ヒント
- 起きる時間はなるべく早くしない
- 朝やることを減らす
- 朝必要な物をセットしておく

4.2.6.1 「STEP2: 朝起きてから出発するまでにやることの整理」の進め方

「朝家を出るまでバタバタで、遅刻や忘れ物で困っていませんか？朝からパニックになって慌てることなく朝の過ごし方を見直し、効率的に準備できるような計画を立てましょう」

- 準備項目に記入を求める（記入の仕方が分からないようなら、最初は治療者が記入してみせて、徐々に患者に書いてもらう）。その度、気づくことを一緒に確認する。（例：「思ったよりメイクに時間がかかってたなぁ」「先にお湯を沸かせばコーヒーも飲めたかも」など）。
- 朝準備に関する工夫の具体策をあまり思いつかない場合は、治療者がいくつか例を出し提案する。（例：TV に気を取られる人は朝の時間はラジオにする。朝準備セットを作る。やるべきことが多い場合には、別の時間に移動できないか、誰か

に頼んだり協力を依頼できないか。部屋の動線を考え効率的に動けるような工夫など）。

4.2.6.2 「STEP2: 朝起きてから出発するまでにやることの整理」のポイント

- 朝の過ごし方について患者自身が現状把握できるように、できるだけ正確に聞き出す。例えば患者が「何故かだらだらしてしまいます。気づいたら〇分経ってます」のように曖昧に言う場合には、その時に何をしているか（例：TV を見ながら朝食を食べている）、何時から何時まで何をしているか（例：7 時 10 分から 7 時 30 分まで朝ごはんを作りながらも洗濯機をまわしたり、スマホを触ったりしている）などを尋ねたり、次までに観察してきてもらうとよい。
- 朝起きてから家を出るまでにすることは、他の時間帯に比べて仕事やその日の用事、家族の予定などの影響を最も受けにくく、いつも同じことを同じだけするのに適した時間帯である。そのため「朝のルーチン」として、すること、かける時間、する順番をなるべく固定しておくようにすることで、効率よく動くことができる。
- 多くの患者が「もっと早起きできたら、全部こなせて遅刻することもないのに」と口にするが、当面の間、早起きは勧めないでおく。失敗のリスクが高い課題だからである。それよりは、今の起床時間のまま限られた時間にすることを優先順位をつけて入れてもらい、他の時間帯に回すようにする。こうしてまずは小さく成功することを目指す。

4.2.7 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

4.2.8 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める

3.2.8 参照

・次回への橋渡し

3.1.9 参照

4-3　約束した時間に間に合う（ワーク 7）

4.3.1 ワーク 7 の目標

目的

1. 約束に間に合わないプロセスを実行機能モデルに沿った例で振り返る
2. 自分が約束に間に合わないプロセスを実行機能モデルで分析する
3. 時間の逆算の方法と脱線防止の方法を知る
4. 自分が遅刻しないためにできる方法を計画する

4.3.2 ワーク 7 のアジェンダ

☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）
☐ Step 1：なぜ約束の時間に間に合わないか？（15 分）
☐ Step 2：時間の逆算と脱線防止（10 分）
☐ まとめ（5 分）感想を聞く。次の面接の日時とそれまでにしてみたいことを確認。

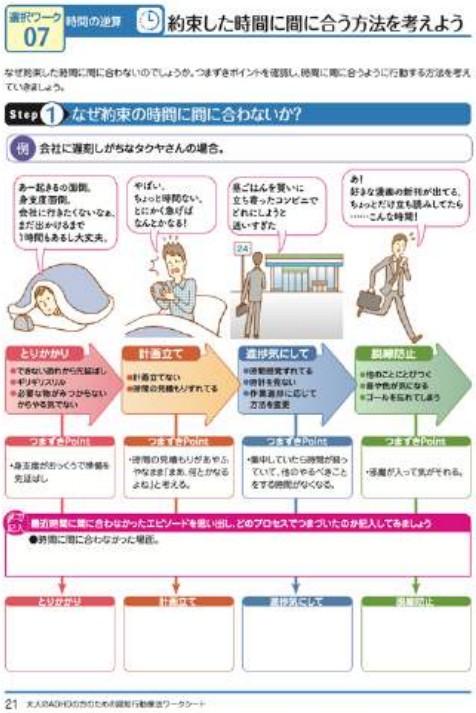
4.3.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

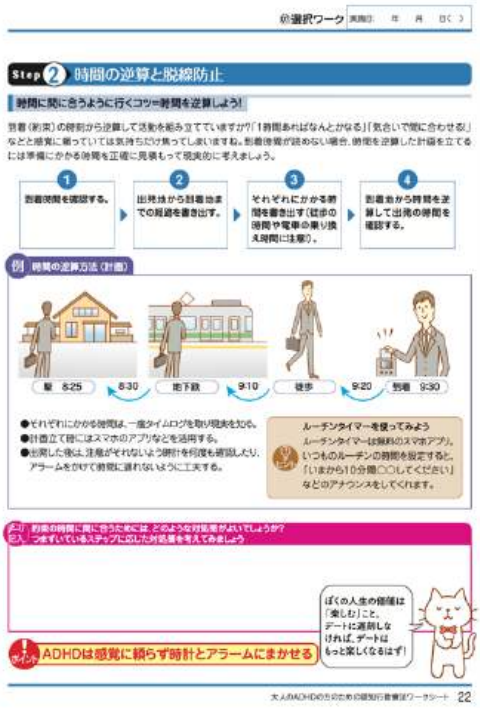
3.2.3 参照

4.3.4 アジェンダの設定

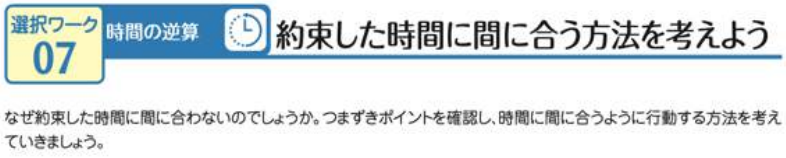
「今日は、○○さんが約束した時間に間に合うようにするための方法について一緒に考えていきたいと思います」

選択ワーク 7（21-22）を開く。

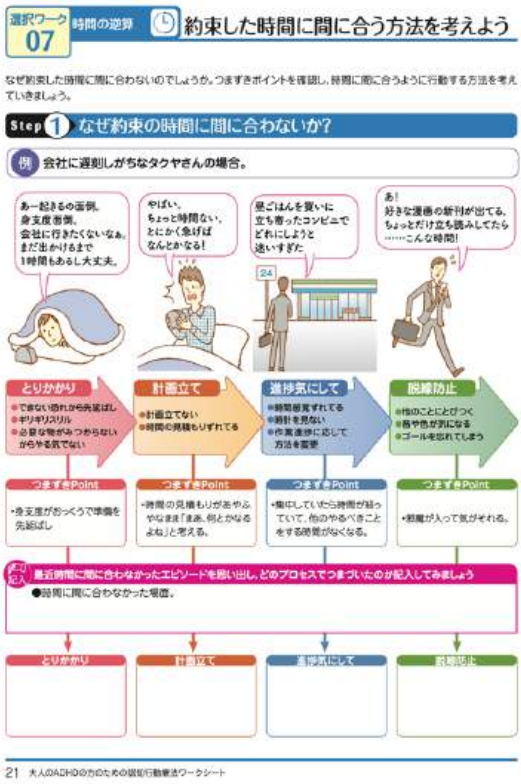




「約束の時間に間に合うことは信用を得ることにつながります。時間に間に合わない原因を分析して、その対策を一緒に考えていきましょう。」



4.3.5 「STEP1: なぜ約束の時間に間に合わないのか？」(p21)



4.3.5.1 「STEP1: なぜ約束の時間に間に合わないのか？」の進め方

「最初に約束の時間に間に合わない原因を振り返っていきたいと思いますが、具体的にどんな場面だったかを教えてください。」

- ワークシートの例について実行機能モデルの「とりかかり」からひとつずつ説明を行う。

  「このイラストは仕事に遅刻してしまう人の例です。この人の場合、まず“とりかかり”のところでは、“あー起きるの面倒、・・（略）・・”と思って布団から抜け出さずに朝の準備にとりかかっていませんね。・・・（略）」
- 患者の最近時間に間に合わなかったエピソードについて尋ね、実行機能モデルに沿ってうまくいかない要因を振り返っていく。

「今度は○○さんの時間に間に合わなかったエピソードを教えてください。まず、いつのことでしたか？・・・このとりかかりのステップにあてはまることはありましたか？・・・次に計画立てはどうしましたか？・・・（略）。」

4.3.5.2 「STEP1: なぜ約束の時間に間に合わないのか？」のポイント

- “計画立て”でつまずく患者は多く、未来の予定に向けて「目的地までの経路検索をする」ことを含めた想像する時間を持つことができていないようである。「今のことで精一杯で未来のことまで思考が回らない」と言う。患者の夜のルーチン（風呂や寝る前、歯磨きの時間など）とスケジュールを確認する時間をセットにしておき、「明日はどこにいくのかな。何時に家を出たら間に合うだろうか。何をもっていけばいいだろうか」と想像する時間をもつよう勧めてみるとよい。ここでつまずいている時には、次の項の「時間の逆算」が有用である。
- “進捗気にして”でのつまずきは、時間を守ることよりも目の前の別のことへのこだわりが強く出てしまう患者によくみられる。治療者はこのとき、「○○さんがこだわっているタスク（例：どうしても瞑想したい、洗濯物を干したいなど）よりも遅刻しない方が大事でしょう。」などとこちらの価値観でひっぱりすぎないことが大切である。あくまで、患者が「遅刻するのかしないのか」「そのためにどれを優先するのか、しないのか」を選択できるよう支援する。

4.3.6「STEP2: 時間の逆算と脱線防止」(p22)



4.3.6.1 「STEP2: 時間の逆算と脱線防止」の進め方

「時間に間に合うようにするには、時間を逆算して計画を立てることがポイントになります。逆算の練習をしてみましょう。」

- ワークシートを読み、逆算方法について①～④を説明
- step1 の間に合わなかったエピソードを用いて（または、家から職場や待ち合わせ場所、病院まで、駅までなど）、遅刻しない計画を一緒に立てる。
- 計画実行中の脱線防止の方法例を説明し、患者自身ができそうな工夫を見つける。
- （患者が希望すれば）計画したものをルーチンタイマー（無料のスマホアプリ）に入れて次のセッションまでに実際にためしてきてもらう。その場で入力する。

4.3.6.2 「STEP2: 時間の逆算と脱線防止」のポイント

- 感覚や気合に頼らず、現実をもとに計画を立てる必要を理解してもらう（可能ならば事前にタイムログと取ってきてもらうと、より正確な計画が立てられる）。
- 計画を立てる際は、家を出た後に注意がそれない工夫や障壁となることを事前に確認しその対策や工夫まで考えておく。
- 計画を立てる際、現実的で少し余裕を持った計画を立てるようにサポートする。経路検索の結果表示される徒歩〇分などの情報を鵜呑みにしないように伝える。

4.3.7 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

4.3.8 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める

3.2.8 参照

・次回への橋渡し

3.1.9 参照

4-4　ToDo リストの活用（ワーク 9）

4.4.1 ワーク 9 の目標

目的

1. ADHD の記憶の問題について実行機能モデルを用いて理解する
2. 忘れないための対策を知る
3. 実際に本日の ToDo リストを作成する

4.4.2 ワーク 9 のアジェンダ

☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）
☐ Step 1：なぜやるべきことを忘れてしまうのかを理解しよう（15 分）
☐ Step 2：忘れないための対策を立てよう（10 分）
☐ まとめ（5 分）感想を聞く。実際にクライエントのスケジュール帳もしくはメモ帳に今日の ToDo リストを作成する。次の面接の日時とそれまでにしてみたいことを確認。

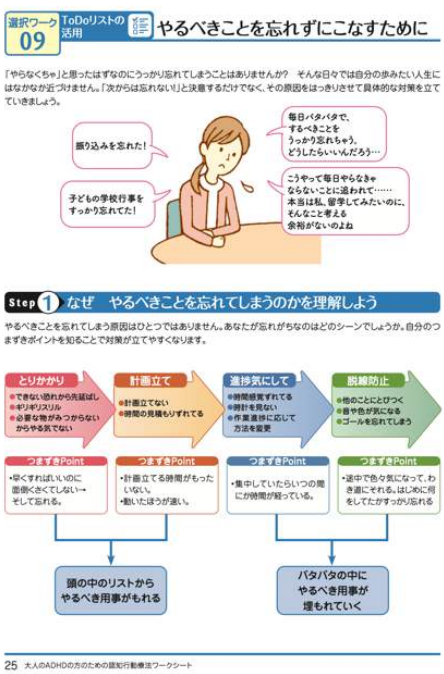
4.4.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

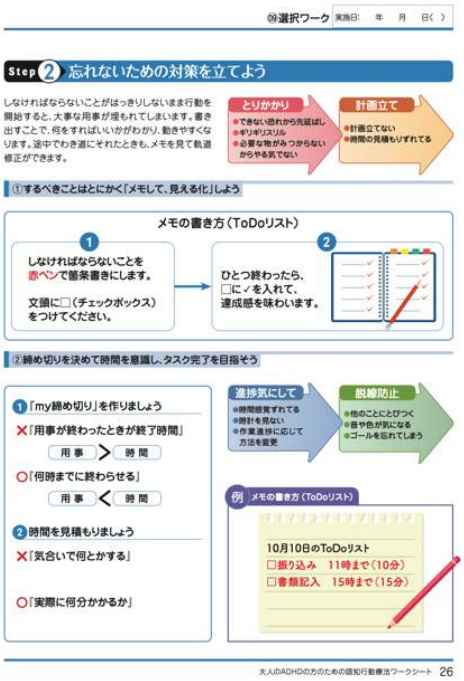
3.2.3 参照

4.4.4 アジェンダの設定

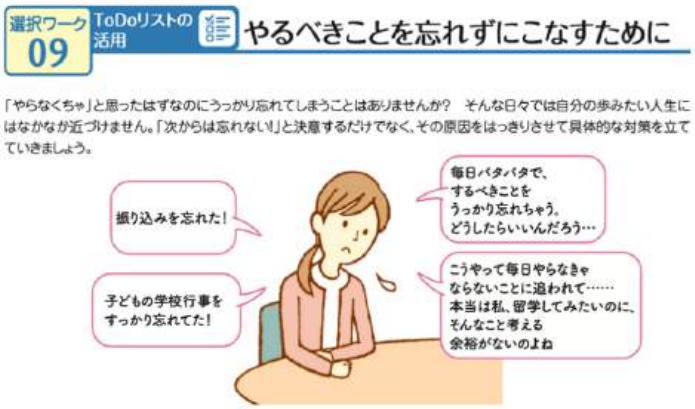
「今日は、ToDo リストを活用して、やるべきことを忘れずにこなすための方法を一緒に考えていきましょう」

選択ワーク 9（p25-26）を開く。

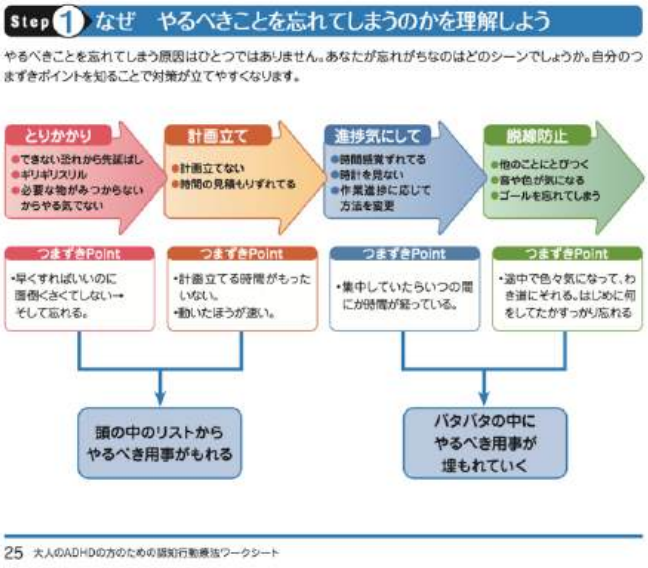




「やるべきことを忘れずにできると、生活にゆとりができて、本当にやりたいことにも時間を使えるようになります。それを目標に、一緒に学びましょう」



4.4.5 「STEP1: なぜやるべきことを忘れてしまうのかを理解しよう」(p25)



4.4.5.1 「STEP1: なぜやるべきことを忘れてしまうのかを理解しよう」の進め方

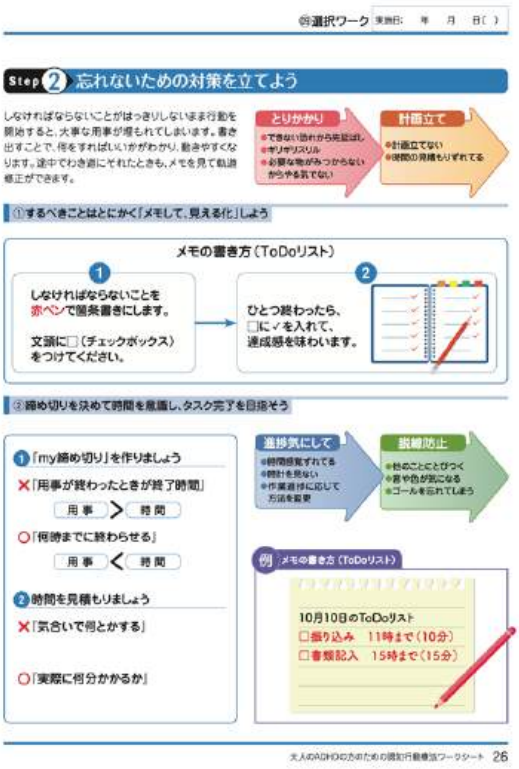
「まず、やるべきこと忘れてしまうときに、どの段階でどんなことが起きているのか、この例を参考にしながら、ふりかえりましょう」

- ワークシートを読み上げながら説明。
- 患者に、どこか自分には当てはまるところがあるかを尋ねる
  「ご自身がやるべきことを忘れてしまうパターンと似ているところはありましたか？どこですか？」
- すでに ToDo リストを書く習慣のある人や書いたことがある人には、うまくいっているかどうか、困っていることはあるかを尋ねる。

4.4.5.2 「STEP1: なぜやるべきことを忘れてしまうのかを理解しよう」のポイント

- 「思いついたら計画を立てずにすぐに動く」など“取りかかり”や“計画立て”の段階でつまづくのか、「計画を立てるが、他のことに気がそれたり時間がかかりすぎて計画通りに行かない」など、“進捗気にして”もしくは“脱線防止”の段階でつまづくのか、患者のパターンを具体的に理解する。

4.4.6「STEP2: 忘れないための対策を立てよう」(p26)



4.4.6.1 「STEP2: 忘れないための対策を立てよう」の進め方

「やるべきことを忘れてしまいやすいところが分かってきたので、次は、○○さんに合う対策を一緒に考えましょう」

「では、～さんの ToDo リストをこれから一緒に書いてみましょう」

- ワークシートにそって説明し、理解できるかどうかや疑問点を尋ねる
- 「今日の帰宅後」「明日」など場面を決めて患者の ToDo リストを作る。手帳、スマホ、タブレットなど患者のスケジュール管理ツールを使う。
- 持っていないときは、メモ紙、携帯電話のメモ機能で代用する。ワークシートの手順をふまえられているか確認し、「締め切りはありますか？（決まっていない場合は）いつがよさそうですか」「どのくらい時間がかかりそうですか」などと尋ねてサポートする。

4.4.6.2 「STEP2: 忘れないための対策を立てよう」のポイント

- ToDo リストを書いたことがない人は、治療者と一緒に実際にリストを書いてみるだけでも、頭が整理されるなどの効果を感じられるかもしれない。さらに、ToDo リストに挙げたことをアクションプランでやってみて、効果があるかどうかを確かめてもらう。
- 「ToDo リストを書いているが、うまく活用できない」という人は、締め切りを決めることや所要時間を見積もることで、より実行しやすくなるかもしれない。アクションプランをして確かめてもらう。
- 中には、ToDo リストを際限なく書き連ねる患者もいる。その時には優しく「いつもしていることは書き出すときりがないので、今日の特別にすること 5 個以内に集中できるように書いてみましょうか」などと誘導する。

4.4.7 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

4.4.8 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める

3.2.8 参照

・次回への橋渡し

3.1.9 参照

4-5　ロジックツリーToDo リストの活用（ワーク 10）

4.5.1 ワーク 10 の目標

目的

1. ToDo リストの失敗しやすい点を実行機能モデルに沿って理解する
2. カレーライスを作る例の ToDo リストが失敗している原因を分析する
3. ロジックツリーToDo リストを作成する

4.5.2 ワーク 10 のアジェンダ

☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）
☐ Step 1：ToDo リストを作ってもうまくいかない理由は？（5 分）
☐ Step 2：漏れのない ToDo リストの作り方（20 分）
☐ まとめ（5 分）感想を聞く。次の面接の日時とそれまでにしてみたいことを確認。

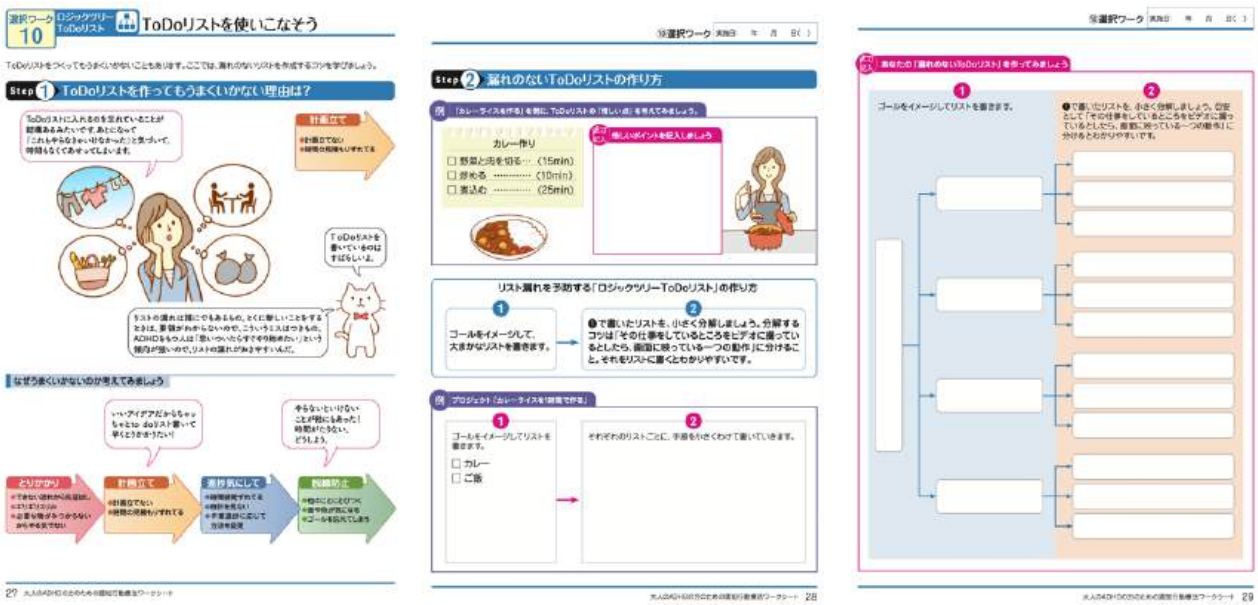
4.5.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

3.2.3 参照

4.5.4 アジェンダの設定

「今日は、ロジックツリーToDo リストという方法を学びます。ToDo リストをもっとうまく使えるようになります」

選択ワーク 10（p27-29）を開く。



「ToDo リストを作ってもうまくいかないという問題に対して、今日学ぶ内容が役立ちます」

4.5.5 「STEP1: ToDo リストを作ってもうまくいかない理由は？」(p27)



4.5.5.1 「STEP1: ToDo リストを作ってもうまくいかない理由は？」の進め方

「最初に、ToDo リストを作ってもうまくいかない場面について、この例を参考に、一緒に振り返りましょう」

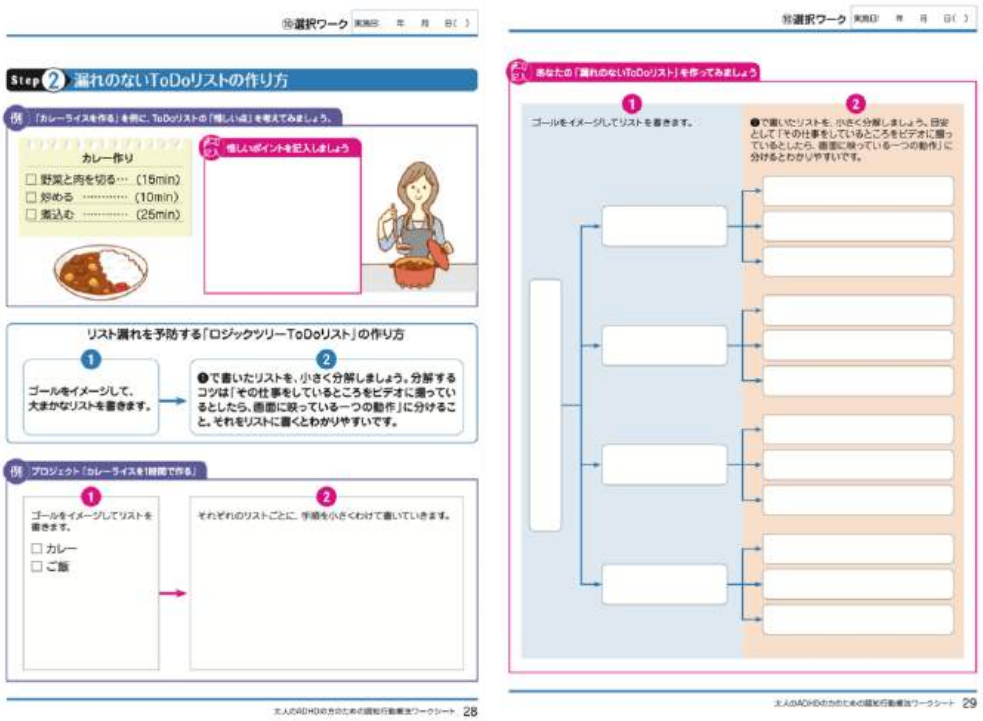
- ワークシートの例について実行機能モデルの「とりかかり」からひとつずつ説明を行う。

  「このイラストは ToDo リストを作ってもうまくいかない人の例です。この人の場合、“計画立て”のところでは、“いいアイデアだからちゃっちゃと ToDo リストに書いてとりかかりたい”といって、最も効果的な方法を考えたり、段取りを考えたりといった計画をきちんと立てませんでした。それで実際その作業を進めながらも、見逃していた ToDo が次々に見つかっていき、“あれもしなくちゃ”“これもしなくちゃ”と焦って、時間がかかっているようです。また、この人は“脱線防止”のところでは、今している作業の他にもやりたいことが見つかってしまい、その作業を未完了でやめてしまうこともあるかもしれませんし、手元に集中することができなくなってミスをしてしまうかもしれません。」
- 患者に当てはまることがあるかどうか尋ね、具体的なエピソードもあれば聞き取る。

4.5.5.2 「STEP1: ToDo リストを作ってもうまくいかない理由は？」のポイント

・　患者が ToDo リストを書いていることを称賛する。先を急ぐ治療者ほど、できていることをまず受け止めることなく、「ここでつまずいているんですね。そこを解決するには、こうですよ」と問題点を指摘しがちになる。
・　つまずいているポイントがわからないと話す患者もいる。治療者の側からよくある例（「ToDo リストに書くべきことが抜けている」「関係者に確認しないで進めて、あとから指摘を受ける」など）を挙げて、当てはまるものはないか考えてもらうようにする。

4.5.6「STEP2: 漏れのない ToDo リストの作り方」(p28-29)



4.5.6.1 「STEP2: 漏れのない ToDo リストの作り方」の進め方

「例題を使って考えていきましょう。これはカレー作りの ToDo リストですが、このリストには不十分なところがあります。どんなリストを加えるとよさそうですか？」

・　「例　惜しいポイントを記入しましょう」の欄に記入してもらう。
・　ロジックツリーToDo リストの作り方を、資料を読みながら説明する。
・　「例」②に、①のリストを分割した小さなリストを書いてもらう。

29 ページでは、以下のように声かけする：

「次は○○さんのロジックツリーToDo リストを書いてみましょう」

・　患者の生活で題材になりそうな用事、例えば「部屋の片づけ」「書類提出」などを取り上げる。「ゴール、つまり、その用事が完了したときの様子をイメージし

て、まず大きなリストを作る」→「大きなリストを小さく（具体的な一つ一つの動作に）分割する」という手順に沿って記入してもらう。

- 仕事をはじめとして、一人で完結できず他者が関わるタスクの計画を立てる場合には、「ToDo リストを関係者に見てもらい、了承を得る」ということもリストに加えるよう伝える。

4.5.6.2 「STEP2: 漏れのない ToDo リストの作り方」のポイント

- 思いついたことをそのままリストに書くのではなく、「ゴールを具体的に考え、そこから逆算して、作業中の様子をイメージしながら行動上のリストを作る」というやり方を知ってもらうことを目標とする。
- 大まかなリストの①と、①をより細分化した②の区別が難しいと感じる患者もいる。次のように説明する。

  「①は、以前習った問題解決法の「問題の明確化」にあたります。そのタスクの完了したときの状態（ゴールイメージ）をイメージすると書きやすいでしょう。ここでは、カレーとご飯が完成していればいいですので、「□カレー、□ご飯」とリストアップします。」

  「②は、①で立てた目標に到達するための手段（開始から完了までの流れ）を書きます。ここでは、材料や器具の準備、実行、片づけなどが含まれますね。」

4.5.7 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

4.5.8 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める

3.2.8 参照

・次回への橋渡し

3.1.9 参照

4-6　計画立て（ワーク 11）

4.6.1 ワーク 11 の目標

目的

1. ADHD の人が計画倒れになるプロセスを実行機能モデルを用いて理解する
2. 実行機能モデルに沿って計画立てのコツを理解する
3. すきま時間の活用方法について知る
4. 実際に 1 週間の計画を立てる

4.6.2 ワーク 11 のアジェンダ

- ☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）
- ☐ Step 1：なぜ計画倒れになるのか（3 分）
- ☐ Step 2：使える時間を把握して、現実的な計画をたてよう（3 分）
- ☐ Step 3：すき間時間を活用しよう（4 分）
- ☐ Step 4：一週間の計画立てにチャレンジ！（15 分）
- ☐ まとめ（5 分）感想を聞く。計画立てが時間内に終わらない場合には、続きをいつ、どこで、どんなふうにやる気を出してできそうかを話し合う。次の面接の前に「ふりかえり」を書いておくよう伝える。

4.6.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

3.2.3 参照

4.6.4 アジェンダの設定

「今回は、○○さんに合う計画の立て方について、一緒に考えましょう」

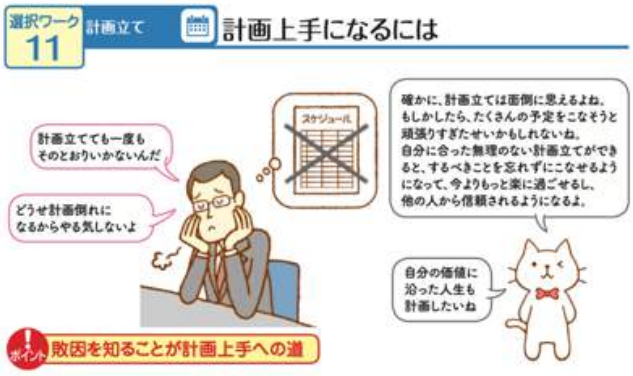
選択ワーク 11（p30-31）を開く。





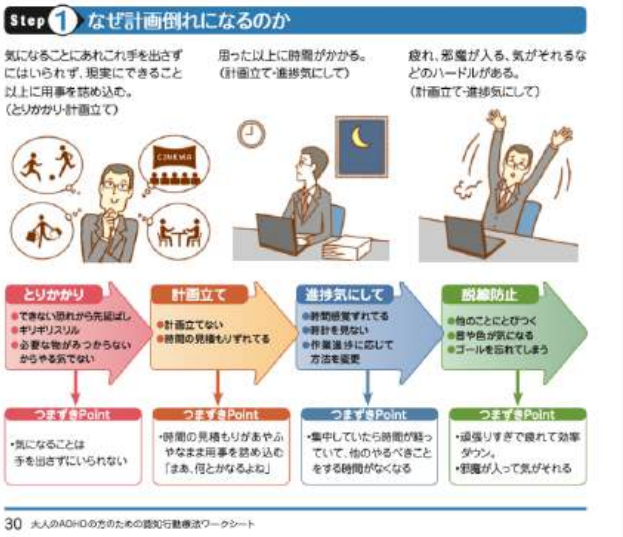
「計画を立てて進めるのは面倒に思えるかもしれませんが、自分に合う、無理のない計画の立て方ができると、仕事がやりやすくなります」

4.6.5「STEP1: なぜ計画倒れになるのか」(p30)



4.6.5.1「STEP1: なぜ計画倒れになるのか」の進め方

「最初に、計画を立ててもうまくいかない場面について、資料を参考に、振り返りましょう」



- ワークシートの例について実行機能モデルの「とりかかり」からひとつずつ説明を行う。

  「このイラストは計画だおれになる人の例です。この人の場合、“とりかかり”にところでは、先延ばしはしてませんが、あれもこれもしたいと飛びついてしまうようですね。それで“計画立て”のところでは、まあなんとかなるさと詰め込みすぎたようですね。“進捗気にして”では、集中しすぎて時間の経過を見ておらず、“脱線防止”では頑張りすぎて疲れるとより効率も落ちるし、より脱線しやすくなって、急ぎでもない新着メールに返事を書き始めてしまいました。」
- 当てはまることがあるかどうか尋ね、患者がどのような場面で困るのかを把握する。

4.6.5.2「STEP1: なぜ計画倒れになるのか」のポイント

- 計画を立てないで（衝動的に）取りかかるのか、計画を立てるが詰め込みすぎや脱線で困るのかなど、患者のつまづくポイントを把握する。
- ToDo リストを書く（選択ワーク９）など部分的にできていることがあれば称賛する。
- 患者の中には、“進捗気にして”のところで、つまずき、「どうしてもこのやり方で時間を無視してでもやりたい」などのこだわりが強く出ている場合には、選択ワーク 13「重要性にもとづく優先順位づけ」の実施も検討する。

4.6.6「STEP2: 使える時間を把握して、現実的な計画を立てよう」(p31)



4.6.6.1「STEP2: 使える時間を把握して、現実的な計画を立てよう」の進め方

「○○さんが計画立てについて困りやすい場面が分かってきたので、次は、自分に合う無理のない計画の立て方を、資料を参考にして一緒に考えていきましょう」

- ワークシートを読み上げる。

- 記入例を示し、手順「ルーティンをスケジュール表に書き込む」→「ToDo リスト、やりたいことリストを書く（それぞれ３つくらいまで）」→「スケジュール表に当てはめる」を説明する。
- 患者自身の計画を 1 日分立てる。手持ちのスケジュール管理ツールに、手順に沿って記入する。

4.6.6.2「STEP2: 使える時間を把握して、現実的な計画を立てよう」のポイント

- バーチカルのスケジュール表を使う意義は、「時間の長さを視覚的に示すことで、どの用事にどのくらい時間を使えるか把握でき、計画をイメージしやすい」という利点があることを理解してもらう。
- 患者の計画は、無理のない現実的な内容にできるよう、準備と片づけ、移動などにかかる時間と、休憩時間を忘れずに入れるよう声かけする。

4.6.7.1「STEP3: すき間時間を活用しよう」の進め方

「すき間時間を活用する方法を一緒に見て、役に立ちそうなことがあれば取り入れてみましょう。」

- ワークシートの例をいくつか読む。
- 患者のすき間時間、小さな用事をそれぞれ考えてもらい記入欄に書いてもらう。
- 患者の手帳やスマホに転記してもらう。

4.6.7.2「STEP3: すき間時間を活用しよう」のポイント



・ Step3 のすき間時間の活用は、することの内容が小さく、時間が短いという点で、比較的ハードルが低い。患者にとって Step2（1 日の計画）や Step4（一週間の計画）が難しく感じられる場合は、Step3 を試すことから始めるのも良い。

4.6.8 「STEP4: 一週間の計画立てにチャレンジ」


⑪選択ワーク 実施日: 年 月 日( )

Step 4 一週間の計画立てにチャレンジ!

1週間の予定表にルーティンやToDoを書きます。
予定通りに実行できた項目には赤ペンで✓を記入しましょう。
予定外の仕事、延長したもの、キャンセルになったものなどを赤ペンで記録します。

記入しましょう

時間	月	火	水	木	金
08:00					
09:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					

ふりかえり

計画通りに過ごすことはできましたか? 予定と実際はどのくらいの違いがありましたか?
違いが大きかった場合は、なぜだったのかを分析して、次に活かしましょう。

□ 実際にできる以上の予定を入れた →対策
□ 思ったよりも時間がかかった →対策
□ 予想外のことが起きた
→□ 邪魔が入った →対策
→□ 疲れて集中できなくなった →対策
→□ その他( ) →対策

大人のADHDの方のための認知行動療法ワークシート 33

4.6.8.1「STEP4: 一週間の計画立てにチャレンジ」の進め方

「1 日の計画の立て方がわかったら、次は、一週間の計画にチャレンジしましょう。」

・ ワークシートに Step2 の手順「スケジュール表にルーティンを先に書き込む」→「ToDo リストとやりたいことリストをそれぞれ書く」→「スケジュール表に当てはめる」にしたがって、計画を書いてもらう。手順を確認しながらサポートする。
・ ワークシートに書き込めたら、患者のスケジュール管理ツール（手帳、スマホ、タブレットなど）に転記してもらう。
・ 「ふりかえり」の部分は、「こうして計画立てても、予想外のことは起きがちで、実際にはちょっとずつ違う過ごし方になることはよくあることです。次回までに計画を立てて過ごして見られて、実際はどのぐらいそれどおりにいくのかを見てきてください。もしかするとここ（□実際にできる以上の予定を入れた…などを指さし

て）に書かれているようなことがあるかもしれません。次回教えていただければうれしいです。」と説明して、次回の冒頭に振り返ることを予告する。

4.6.8.2「STEP4: 一週間の計画立てにチャレンジ」のポイント

- STEP2 と同様、無理のない計画にするため、準備や片づけや移動の時間、休憩の時間を忘れずにとるよう声かけする。
- すでにバーチカルタイプのスケジュール帳を使用している患者の場合には、ワークシートではなく直接手持ちのスケジュール帳に書き込んでもらう方がよい。

4.6.9 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

4.6.10 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める

3.2.8 参照

・次回への橋渡し

3.1.9 参照

4-7　優先順位づけ（緊急性）（ワーク 12）

4.7.1 ワーク 12 の目標

目的

1. ADHD の人が優先順位づけが難しくなるプロセスを実行機能モデルを用いて理解する
2. 締め切りまでの期間（緊急性）で優先順位をつける方法を知る
3. 「会議に間に合わない」例において緊急性に基づいて優先順位をつけた計画を立てる

4.7.2 ワーク 12 のアジェンダ

☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）
☐ Step 1：優先順位づけが難しい理由（5 分）
☐ Step 2：締め切りで優先順位をつける方法（15 分）
☐ まとめ（5 分）感想を聞く。次の面接の日時までにやることの優先順位づけができそうか、なにかしてみたいことはあるかを確認。

4.7.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

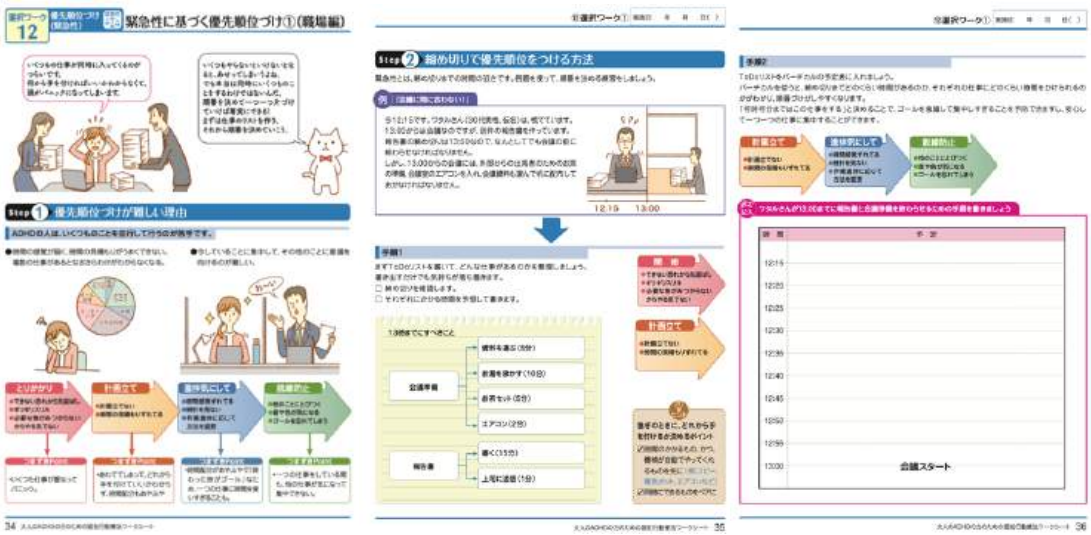
3.2.3 参照

4.7.4 アジェンダの設定

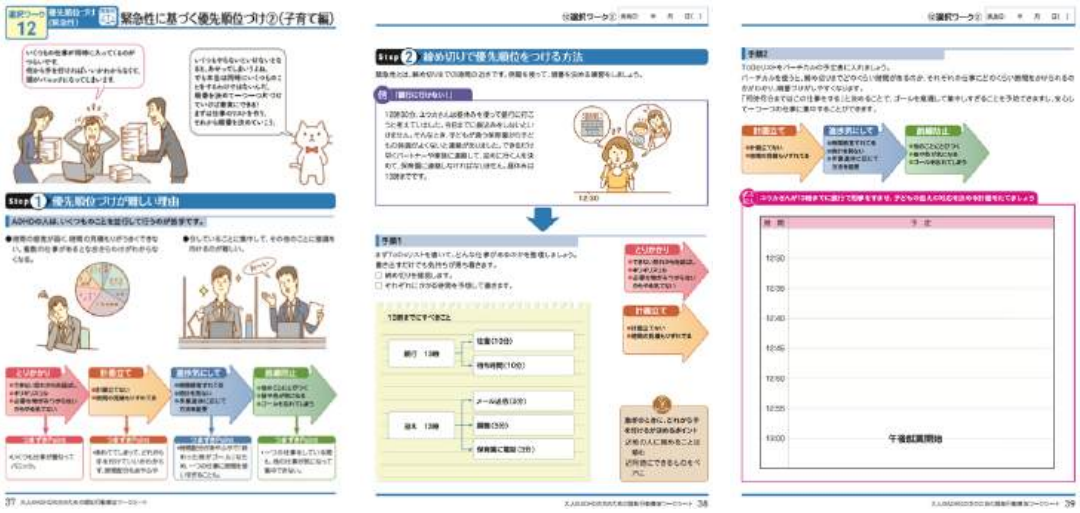
「今日は、いくつか用事があるときの優先順位づけについて学びましょう」
クライエントの就労・家庭の状況に応じて以下の３場面を用意している。近いものを選択して取り組む。

選択ワーク 12（p34-36）を開く。

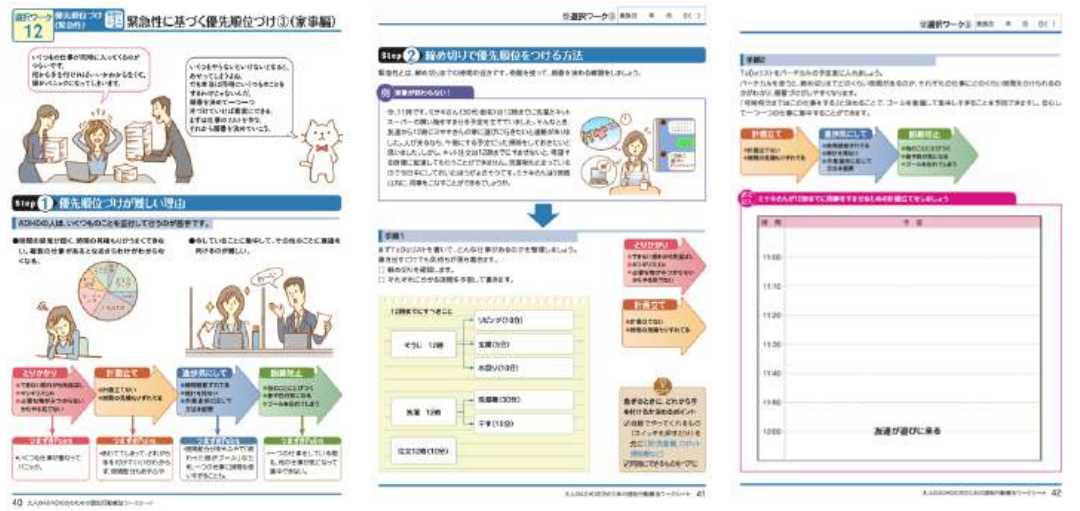
（職場編）（P34-36）



（子育て編）（P37-39）

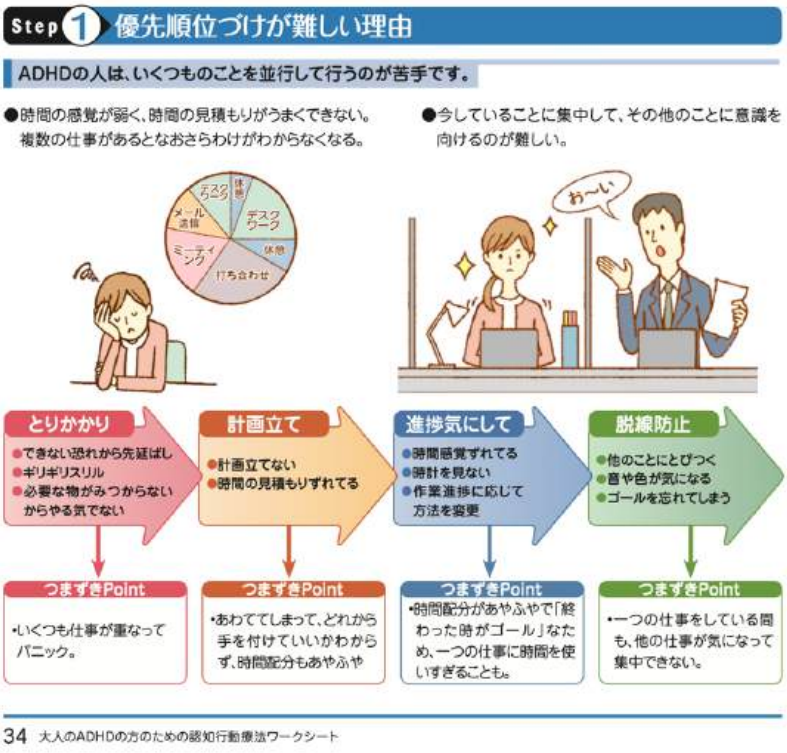


（家事編）（P40-42）



4.7.5 「STEP1: 優先順位づけが難しい理由」(p34)

「緊急性、つまり締め切りまでの時間で優先順位をつける方法を学びます。いくつもやるべきことが重なって、焦ってしまうときでも、順番を決めて一つ一つ行っていくと着実にできます」



4.7.5.1 「STEP1: 優先順位づけが難しい理由」の進め方

「まず、優先順位づけが難しい理由を振り返りましょう。当てはまることはありますか？」

- ワークシートの例について実行機能モデルの「とりかかり」からひとつずつ説明を行う。

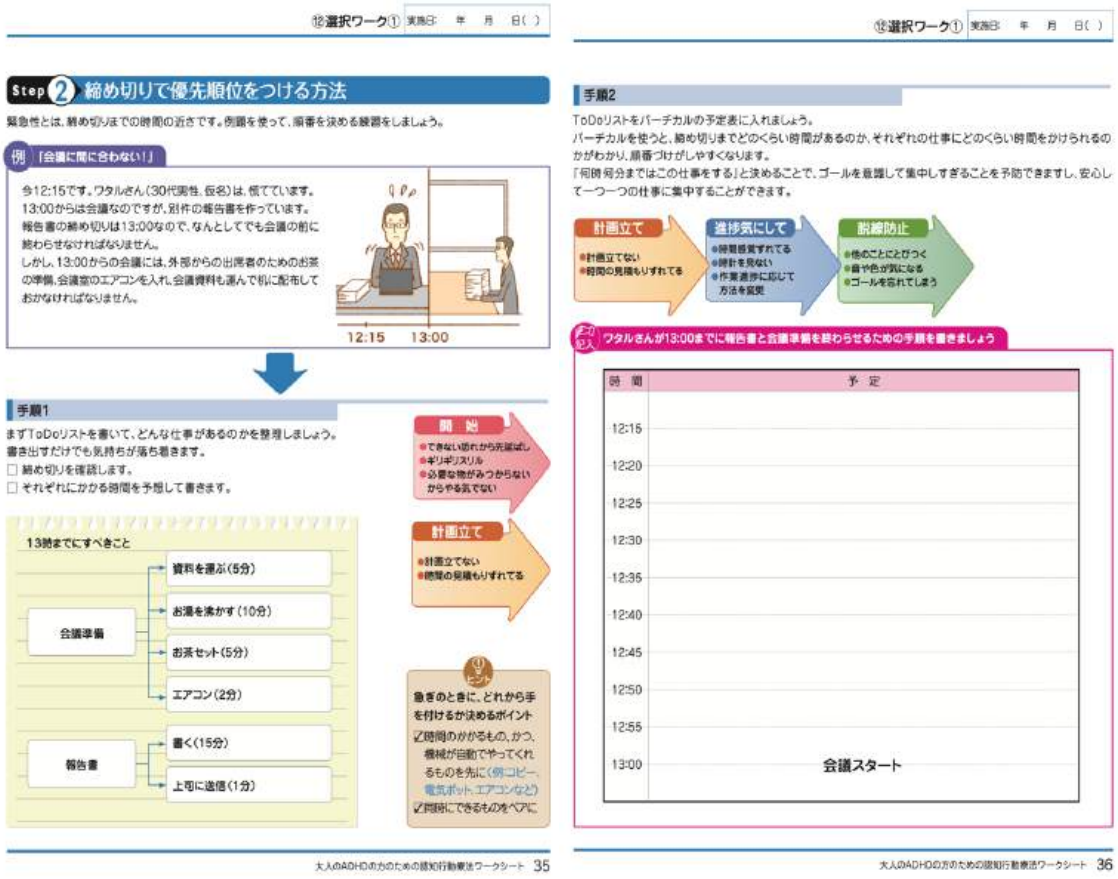
  「このイラストは優先順位をつけられない人の例です。この人の場合、“とりかかり”にところでは、いくつも仕事があるので圧倒されて“手に追えない”と先延ばしたようです。次に“計画立て”のところでは、期限も迫っているので計画も立てられてないようです。“進捗気にして”では、そもそも計画も立ててないのでひとつひとつにかけていい時間の目安がわからないので進めにくいし、“脱線防止”では今していること以外のタスクも気になって集中できていないようですね。」
- 資料の内容を参考にして患者に話してもらい、つまづきやすいところを把握する。

  「○○さんにも似たようなことがありますか？」

4.7.5.2 「STEP1: 優先順位づけが難しい理由」のポイント

- タスクが多いことや複雑なことで混乱してしまうのか、集中しすぎや脱線で時間配分がうまくいかないのかなど、患者のつまづいているところを具体的に把握する。
- 「優先順位のつけ方が周囲とずれている」「先延ばし」などの問題がある場合もある。ここでは、緊急性による優先順位づけを紹介することに焦点づけ、それらの問題については、それぞれ該当する他の選択ワークで対応することも考える。

4.7.6「STEP2: 締め切りで優先順位をつける方法」(p34-36)



4.7.6.1 「STEP2: 締め切りで優先順位をつける方法」の進め方

「締め切りで優先順位をつける方法を、まず、具体的な事例で練習します。それから、○○さんの生活の中にある場面を１つ取り上げて、優先順位づけの練習をしましょう」

- 事例を読む。
- 手順 1 では、まず ToDo リストを書くことを説明し、手順 2 では、患者に事例の ToDo リストをバーチカルに当てはめてもらう。正解はなく、自由に考えてもらい、どんなアイデアでも支持する。患者が困っていれば、33 ページのポイントを示しながらサポートする。
- 患者の生活で、いくつかの用事が重なる忙しい場面を 1 つ取り上げ、事例と同じ手順で優先順位をつける。（ToDo リストを書く→同時にできるものをまとめる・自動でできるものを優先→バーチカルのスケジュール表に当てはめる）

4.7.6.2 「STEP2: 締め切りで優先順位をつける方法」のポイント

- 事例を使った練習は、パズルをするような感覚で気楽に取り組んでもらえるよう声がけするとよい。そのために、患者が出したアイデアはどんなものでも支持する。

- 「スケジュール表で時間を視覚的にとらえ、ToDo リストを当てはめる」という手順は、選択ワーク 11（計画立て）で扱っているので、患者がすでに学んでいることの復習になることもある。
- 患者自身の取り組みの計画を考えるときは、無理せず落ち着いて取り組めるよう、用事は多くても 3 つくらいまでにする。

4.7.9 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

4.7.10 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める

3.2.8 参照

・次回への橋渡し

3.1.9 参照

4-8　優先順位づけ（重要性）（ワーク 13）

4.8.1 ワーク 13 の目標

目的

1. ADHD の人がキャパオーバーになるプロセスを実行機能モデルを用いて理解する
2. 緊急性と重要性に基づいた優先順位をつける方法を知る
3. 実際に自分の持っている仕事の優先順位をつける
4. 他の人（職場）にとっての重要性と自分にとっての重要性をすり合わせる必要性を知る

4.8.2 ワーク 13 のアジェンダ

☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）
☐ Step 1：なぜキャパオーバーになるのか（5 分）
☐ Step 2：緊急性×重要性の優先順位のつけかた（15 分）
☐ Step 3：他の人（職場）にとっての重要性を確認しよう（5 分）
☐ まとめ（5 分）感想を聞く。次の面接の日時とそれまでにしてみたいことを確認。

4.8.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

3.2.3 参照

4.8.4 アジェンダの設定

「今日は、○○さんにとって大事なことに集中するための優先順位づけの方法を一緒に学びましょう」 」

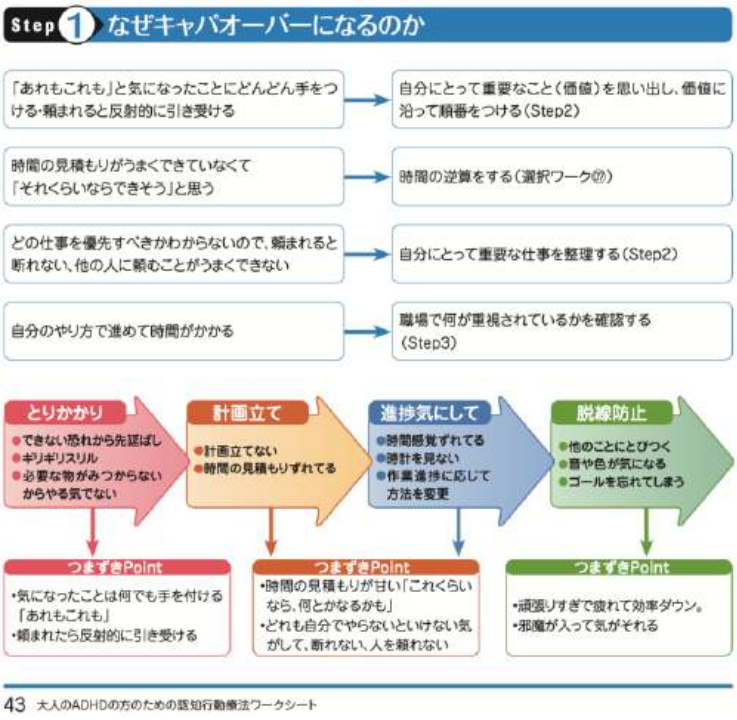
選択ワーク 13（p43-44）を開く。





「重要性に基づく優先順位づけを学びます。自分や周りの人にとって重要なことは何かを考えて、重要なことに時間を使えるようになることを目指します」

4.8.5 「STEP1: なぜキャパオーバーになるのか」(p43)





4.8.5.1 「STEP1: なぜキャパオーバーになるのか」の進め方

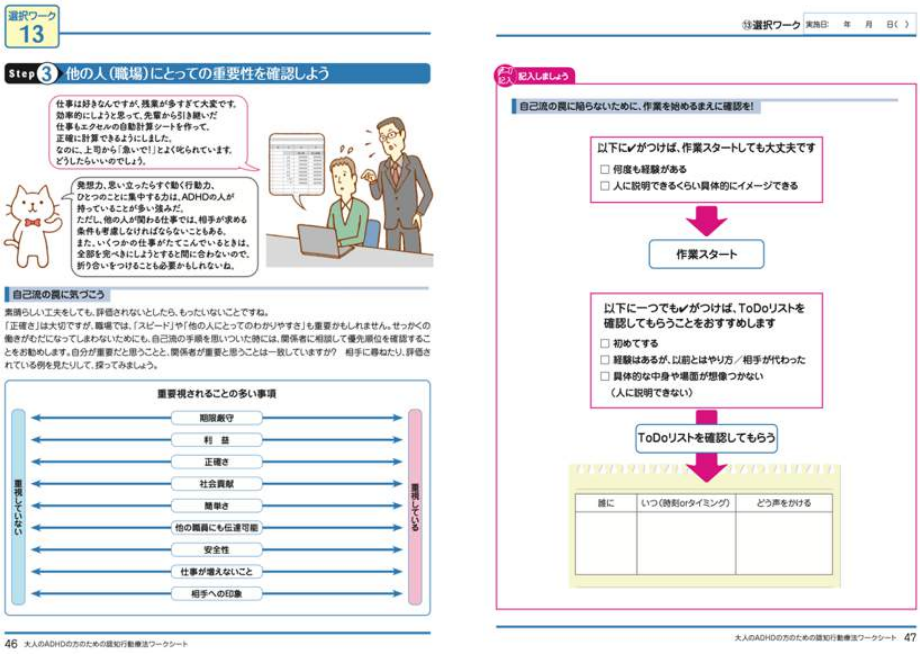
「ADHD タイプの人は、やるべきことが重なることが苦手な人が多く、いくつか要因があります。一つずつ見ていきましょう」

- ワークシートの例について実行機能モデルの「とりかかり」からひとつずつ説明を行う

「このイラストはキャパオーバーになる人の例です。この人の場合、“とりかかり”にところでは、気になったことは何でも手をつけるし、頼まれたら引き受けてしまうようですね。とりかかりすぎといえます。次に“計画立て”のところでは、「このくらいなんとかなるかも」という見積もりの甘さが目立ちますし、そうなると計画が不正確になりますね。 これが“進捗気にして”でも計画もないので、いつ終わるかわからないわけです。“脱線防止”では、そもそもキャパオーバーな量をこなしているので疲れて効率が落ちるし、そうしている間もあれもこれもと他のものに飛びついてしまうこともあるのです。」

- 「○○さんはどうですか」と尋ねて、つまずきやすいところ、エピソードなどを聞き取る。

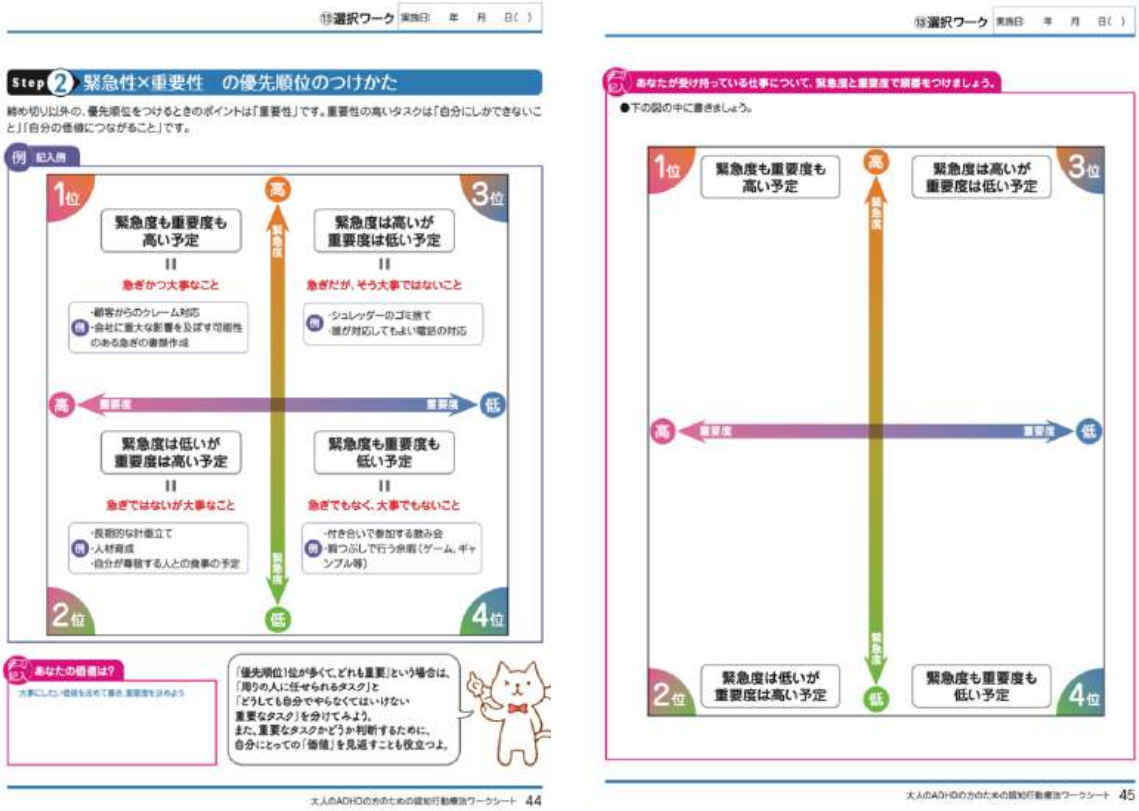
4.8.5.2 「STEP1: なぜキャパオーバーになるのか」のポイント



- 時間管理に関する症状だけでなく、「断れない」「人を頼れない」など対人関係やコミュニケーションの課題が関わっていることが多いので、つまずきの背景にある患者の心情に寄り添うようにする。

  「職場で仕事をふられたら、断りにくいですよね。確かに。」
- その上で、断る or 何も言わずに無条件に引き受けるの二択ではないこと、期限の延長や手伝ってくれる人を増やすこと、手順の簡略化、他の人への依頼などの交渉の余地があることを伝える。

4.8.6「STEP2: 緊急性×重要性の優先順位のつけかた」(p44-45)



4.8.6.1 「STEP2: 緊急性×重要性の優先順位のつけかた」の進め方

「優先順位には緊急性、つまり締め切りが関わりますが、もう一つ、重要性という要素があります。緊急性と重要性を合わせて、優先順位を考えます」

・ 資料を読み、優先順位 1 位～4 位までを説明する。

「これは緊急性と重要性の両方に基づいて優先順位をつけることで、どれから着手すべきかを考えるための図です。横軸が重要性の高低、縦軸が緊急性の高低です。左上が緊急度が高くかつ重要度が高いものになります。たとえば顧客からのクレーム対応などです。これは急がねばならないし、重要ですね。なので最も優先して手をつけます。次に左下をみてください。ここは重要度は高いけれど、緊急度は低いものです。例えば自分が尊敬する人との食事の予定などです。これは締切があるものではありませんが、自分の人生にとってとても大切なものだったりしますね。ついついここはあとまわしになりがちですが、こここそ、着手は 2 番目にするのです。次は右上です。ここは重要ではないけど急ぎのことが入ります。誰が対応してもいい電話対応などです。でもこれは誰かしないといけないし、いますぐしないとだめなので 3 番目に着手します。最後に、緊急度も重要度の低いのが右下です。付き合いで参加する飲み会などがこれにあたり、これはついつい惰性で行きがちですが、こんなに優先順位が低いのです。いかが思われましたか？」

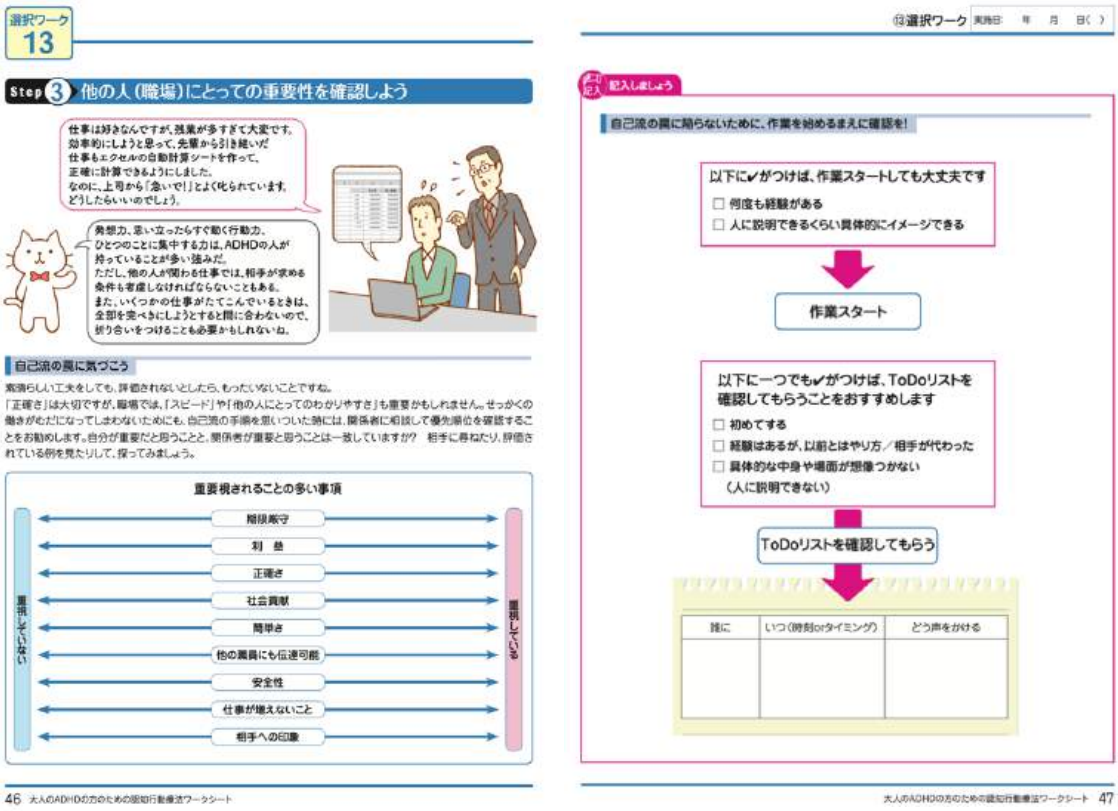
4.8.6.2 「STEP2: 緊急性×重要性の優先順位のつけかた」のポイント

- 優先順位 2 位では、緊急性よりも重要性が優先されることに賛成できないという人が少なくないようだが、「今は緊急性が低くても、後回しにすると、段々締め切りが近づいて緊急性が高まる」と説明する。
- 患者が、重要性よりも緊急性を優先するときは、「職場にとって急ぎの仕事を引き受けることで、人間関係がよくなる」などのメリットがあるかもしれない。そのため、そのことは支持しながら、下記のような声かけをして考えてもらう。

  「大事にしたい価値（必修1）とのバランスは取れそうですか？」

  「毎回〇〇さんがする方がいいのでしょうか？他の人と分担することはできますか？」

4.8.7「STEP3: 他の人（職場）にとっての重要性を確認しよう」(p46-47)



4.8.7.1 「STEP3: 他の人（職場）にとっての重要性を確認しよう」の進め方

「次は、他の人にとっての重要性について考えます。職場など人と一緒に何かをするときは、他の人たちにとって重要なことは何かを理解することも大切です。期待されていることを的確に理解して行うことで、○○さんへの評価にもつながります」

- 資料を読み上げ、「自分なりのやり方でやっていたら、時間がかかってしまったり、やっていることの意義をなかなか理解されないことはありますか？」と尋ねて、聞き取る。

- 44 ページの図の事項について、患者がどのくらい重視するか印をつけてもらう。その後、他の人がどのくらい重視していると思うか考えて、印をつけてもらう。一致しているところや違うところを見て、感想を聞く。
- 45 ページで ToDo リストを確認してもらうことが必要であるときは、記入欄を埋めてもらう。

4.8.7.2 「STEP3: 他の人（職場）にとっての重要性を確認しよう」のポイント

- 自分の価値にそった重要性（STEP2）も大切であるが、他の人にとっての重要性（STEP3）も大切であること、どちらを優先するとよいかは状況によって異なることを理解してもらえるとよい。
- ４５ページについて、周りと協調しながら本人がのびのびと働けるようにするために、コミュニケーションを取ること（自分のアイデアを ToDo リストという形で表現し、相手に確認すること）が大切であると理解してもらえるとよい。

4.8.8 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

4.8.9 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める

3.2.8 参照

・次回への橋渡し

3.1.9 参照

第V章　選択ワーク：感情調節モジュール

5-1 感情調節（ワーク 17）

5.1.1 ワーク 17 の目標

目的

1. ADHD の人の感情の悩みが激しくなる場面を切り出し、状況を特定して理解する
2. 反すうした場合と、気晴らししてから問題解決をする場合の両方の結果について分析する
3. 自分の現在抱えている感情を刺激する困りごとについて、問題解決法を用いた解決策を考える

5.1.2 ワーク 17 のアジェンダ

☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）

☐ Step 1：感情の波が激しいのはなぜ？（7 分）

☐ Step 2：イヤな出来事をくよくよ考える？気晴らしして解決法を考える？（10 分）

☐ Step 3：感情調節のための問題解決法を活用しよう！（10 分）

☐ まとめ（3 分）感想を聞く。次の面接の日時とそれまでにしてみたいことを確認。

5.1.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

3.2.3 参照

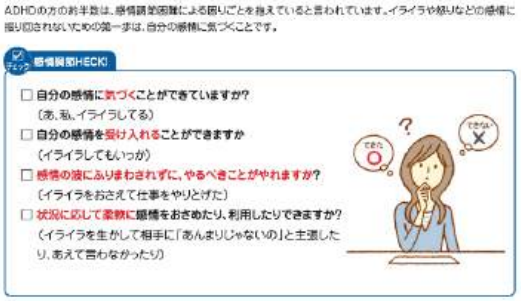
5.1.4 アジェンダの設定

「今日は、○○さんが自身の感情に振り回されてしまう場面について、どのように付き合っていけばよいか一緒に考えていきましょう」

選択ワーク 17（p58-59）を開く。



5.1.5「Step1: 感情の波が激しいのはなぜ？」(p58)





5.1.5.1「Step1: 感情の波が激しいのはなぜ？」の進め方

「感情の波が激しくなりやすい（不安でいっぱいになったり、怖くなったりして行動できなくなる、など）という場面を振り返ってみましょう」

- 感情調節 CHECK！のリストに沿って、当てはまるものについて一緒に確認。
- 感情の波が激しくなりやすい場面について、具体例を出してもらい、実際に記入してもらう。

  「そのときの状況（きっかけなど）・様子、自身の体調はどうですか？」

  「その感情が起こるのは、誰に対してですか？」

  「その場面で、どんなことが必要ですか？〇〇さんにとって大事なことは？」

5.1.5.2「Step1 感情の波が激しいのはなぜ？」のポイント

- 感情調節困難：ADHD の特徴の１つとして挙げられ、感情の衝動性、不安定性などがある。
- くよくよ考え始めてしまうきっかけ、場面について整理していく

5.1.6「Step2: イヤな出来事をくよくよ考える？気晴らしして解決法を考える？」(p59)



5.1.6.1「Step2: イヤな出来事をくよくよ考える？気晴らしして解決法を考える？」の進め方

「step2 では、イライラや怒りなどの感情（くよくよ）がおさまらないのはなぜか、どうしたらよいのか、ということについてみていきます」

「この場面で、どんな考えが○○さんをΔΔな気持ち・状態（くよくよ）にさせますか？」

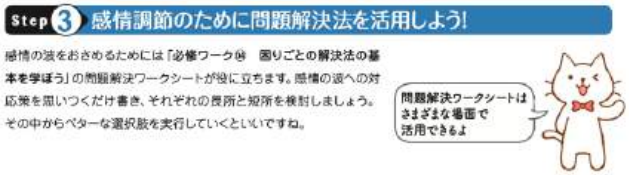
- Step2 について、ワークをもとに“反すう”について説明し、患者の普段のパターンを確認する。

・　例を用いて、出来事・反すう的考え方・気晴らし⇒問題解決的考え方について説明し、実際に患者の具体例をそれぞれの項目に分けて記入してもらう。
・　気晴らしの例として以下のようなものが挙げられる：コーヒーを入れる、料理をする、音楽を聞く、友人とのおしゃべり（雑談）。

5.1.6.2「Step2:イヤな出来事をくよくよ考える？気晴らしして解決法を考える？」のポイント

・　原因や解決には繋がらないだろうことについてぐるぐる考えるのではなく、“いま・これから”について考える。
・　いきなり問題解決的考え方を行うことは難しいため、気晴らしを挟むことで気持ちを落ち着かせて苦痛を和らげてから、考えに移る。

5.1.7 「Step3: 感情調節のために問題解決法を活用しよう！」(p59)



5.1.7.1 「Step3: 感情調節のために問題解決法を活用しよう！」の進め方

「必修ワーク４で行った問題解決法を覚えていらっしゃいますか。今回の感情調節の場面でも、活用することができます」
「選択肢（アイデア）を狭めずに、とにかくたくさん解決策を出していくことが大切です。たくさんの選択肢を出した後で、一番よさそうなものを実行してみてください」

・　問題解決法が今回のワークとつながっていることを説明する。
・　時間があれば必修ワーク４で行った問題解決法と同様に、Step2 で出した問題解決的な考え方について長所と短所を検討（利益・不利益比較）。もしくはアクションプランとして提案する。

5.1.7.2 「Step3: 感情調節のために問題解決法を活用しよう！」のポイント

・　解決するかどうかが大事なのではなく、色々な視点から多くの考えや他の行動を考え出す、その過程が大事。この過程を身につけてもらうことが目的。
・　１つだけではなく、できるだけたくさん解決策を出してもらう。解決策を選ぶ際には、有効性（長所）、実行可能性・実践難易度（短所）を%など数値化すると選びやすい。

5.1.8 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

5.1.9 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める
学んだ方法のうち、使ってみたいものを選んでもらい、行動計画を立てる。
・次回への橋渡し
3.1.9 参照

5-2　認知再構成法（ワーク 18）

認知再構成とは、自動的に生じる非機能的な思考パターンを識別し、より客観的で適応的な視点に置き換える技法である。日常生活で経験する出来事に対して、私たちは瞬時に様々な思考や感情を抱くが、特に ADHD の患者は否定的な自動思考に陥りやすい傾向がある。この技法では、そうした思考を捉え、その妥当性を検証し、より建設的な解釈を見出すことを目指す。これにより、気分の改善や行動の変容をもたらすことができる。ただし、認知が適切な場合は、他のスキルや対処法を用いることが効果的である。認知再構成の詳細は、認知行動療法の共通基盤マニュアル 1、1－6 認知再構成（p88～94）参照。

5.2.1 ワーク 18 の目標

目的

1. 人間関係がつらいときに起こる自動思考の特徴について知る
2. 自分のつらい出来事における自動思考と感情を書き出して客観的にとらえる
3. 別の自動思考を考えて、感情が変化するか観察する

5.2.2 ワーク 18 のアジェンダ

- ☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）
- ☐ Step 1：人間関係がつらいのはなぜ？（7 分）
- ☐ Step 2：自動思考と感情を分ける（10 分）
- ☐ Step 3：別の自動思考を考えてみて、感情が変化することを実感してみましょう（10 分）
- ☐ まとめ（3 分）感想を聞く。次の面接の日時とそれまでにしてみたいことを確認。

5.2.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

3.2.3 参照

5.2.4 アジェンダの設定

「今日は、○○さんのお困りごとの人間関係の中でも、認知という、ものの考え方や捉え方に焦点をあてて考えていきたいと思います。」

選択ワーク 18（p60-61）を開く。





「今日はつらい気持ちになったときに考えを整理して気分を改善する方法について学びます」

5.2.5「STEP1: つらい気持ちになるのはなぜ？」(p60)

「人間関係がつらいとき」には、これまでに学んだモジュールも活用できます。
ここでは、自動思考を用いた解決方法を学んでいきましょう。

5.2.5.1「Step1: つらい気持ちになるのはなぜ？」の進め方

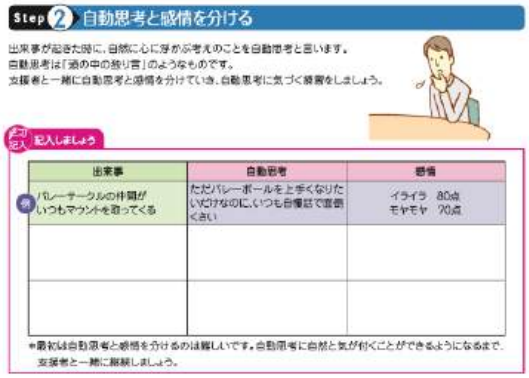
「人間関係についてぐるぐると考えてしまうときに繰り返し出てくる言葉はありますか」

- 自動思考のクセの一例を読み、例を提示する
- 患者の語る辛さを傾聴し、本来大切にしたい価値を確認し照らし合わせていく

5.2.5.2「Step1 つらい気持ちになるのはなぜ？」のポイント

まずは自動思考のクセに気づけるようになることが大きな前進

5.2.6「STEP2: 自動思考と感情を分ける」(p61)


Step 2 自動思考と感情を分ける

出来事が起きた時に、自然に心に浮かぶ考えのことを自動思考と言います。
自動思考は「頭の中の独り言」のようなものです。
支援者と一緒に自動思考と感情を分けていき、自動思考に気づく練習をしましょう。

書き込み 記入しましょう

出来事	自動思考	感情
例 バレーチームの仲間がいつもマウントを取ってくる	ただバレーボールを上手くなりたいだけなのに、いつも自慢話で面倒くさい	イライラ 80点 モヤモヤ 70点

＊最初は自動思考と感情を分けるのは難しいです。自動思考に自然と気が付くことができるようになるまで、支援者と一緒に継続しましょう。


Step 1 つらい気持ちになるのはなぜ?

気持ちがつらくなる原因のひとつに、自動思考のクセがあります。ここでいうクセとは、いくつかの出来事に対していつも同じように考えてしまうことです。
以下に、代表的な自動思考のクセを示します。

こんなにイライラしよくするのは私らしくない。
私は「思いやり」を大切に生きたいから、
このクセを克服するぞ。

例 自動思考のクセの一例 あてはまるものにつけてみましょう。

- 黒か白か思考 日常生活の些細なことができないなんてダメ人間だ。
- 破局思考 失敗し続けてきたし、今後も失敗を繰り返してしまうだろう。
- 一般化のしすぎ 重箱のミスを指摘されると、「こんなこともできない私は人間失格」と広くとらえすぎること。
- 全か無か思考 片づけるならおしゃれなインテリアにしたい。どうせおしゃれにできないのなら、最初からしない。
- すべき思考 もっといいお母さんでいるべきなのに。おしとやかでいるべきなのに。

60 大人のADHDのための時間管理術認知行動療法ワークシート

5.2.6.1 「Step2: 自動思考と感情を分ける」の進め方

「その時のことを出来事と自動思考、感情に分けてみましょう。」

- 記入例をもとに、出来事と自動思考、感情を分けて書くことを説明する
- 患者の記入を補助し、出来事や自動思考を分けることを助ける

5.2.6.2 「Step2: 自動思考と感情を分ける」のポイント

- 出来事は一つの場面をきりとる
- 自動思考はセリフや文章、感情は単語で表現されやすい

5.2.7 「Step3: 別の自動思考を考えてみて、感情が変化することを実感してみましょう」(p61)



5.2.7.1 「Step3: 別の自動思考を考えてみて、感情が変化することを実感してみましょう」の進め方

「この出来事を客観的に捉えてみると、ほかにはどんなことが考えられますか？」

- 患者と共に、その他の自動思考を考えてみる

  「親しい人にこの出来事を相談されたら、なんと返しますか？」

  「自分がその出来事を別の状況で見たり聞いたりしたらどう思いますか？」

5.2.7.2 「Step3: 別の自動思考を考えてみて、感情が変化することを実感してみましょう」のポイント

- 患者の感情体験を大事にする
- 別の思考ができるようになることではなく、認知を振り返ったり状況を整理することで、気分や感情の変化が起こることを体験してもらう

5.2.8 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

学んだ方法のうち、使ってみたいものを選んでもらい、行動計画を立てる。

5.2.9 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める

・次回への橋渡し

3.1.9 参照

第VI章　その他の選択ワーク

6-1　自己報酬マネジメント（ワーク 8）

6.1.1 ワーク 8 の目標

目的

1. ADHD の報酬遅延勾配が急であることを知る
2. ADHD の動機付けに有効な方法を知る
3. 自分の先延ばしにしている課題について報酬遅延障害を考慮した行動計画を立てる

6.1.2 ワーク 8 のアジェンダ

☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）

☐ Step 1：やる気の出る仕組みを知ろう（5 分）

☐ Step 2：あなたのやる気を出す作戦を立てよう（20 分）

☐ まとめ（3 分）感想を聞く。次の面接の日時とそれまでにしてみたいことを確認。

6.1.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

3.2.3 参照

6.1.4 アジェンダの設定

「今日は、〇〇さんが後回しにしてしまうこと、やらなくてはいけないことにやる気を出す方法を考えていきましょう」

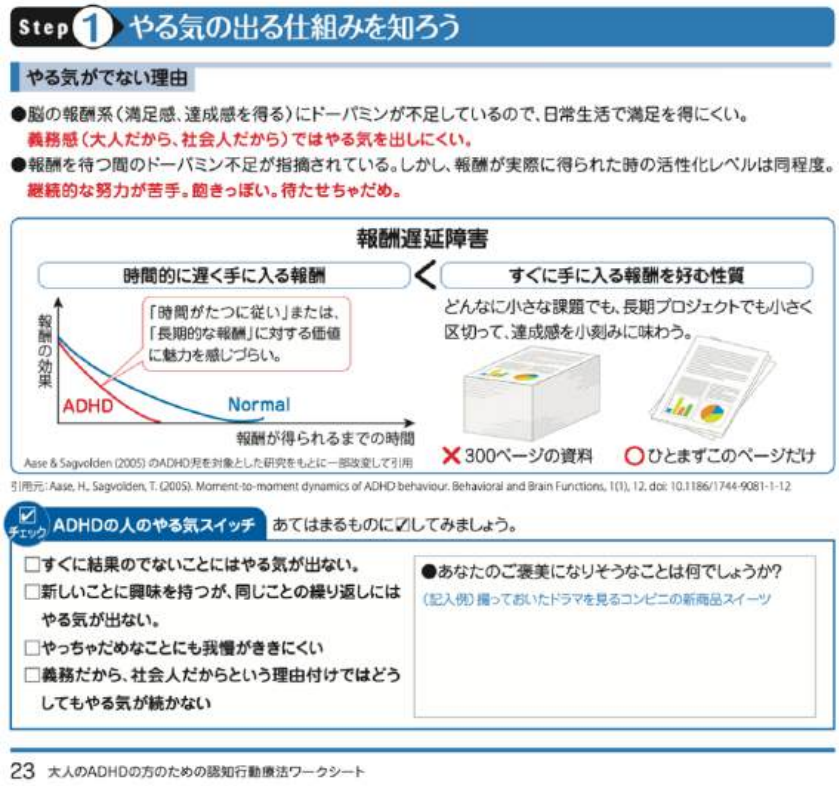
選択ワーク８（p23-24）を開く。





「今日はやる気を出すコツを詳しく分析して、〇〇さんのやる気を引き出すための作戦を立てたいと思います。」

6.1.5「STEP1: やる気の出る仕組みを知ろう」(p23)



6.1.5.1「STEP1: やる気の出る仕組みを知ろう」の進め方

「ADHD の人にとって繰り返しの単調な仕事、長期的に取り組む仕事などは特に困難だといわれています。大人だからできて当然という義務で行うことはやる気を引き出すことができません。〇〇さんに合ったやる気を出すコツについて最初に知っていきましょう。」

- ワークシートを読み、患者にも同じような体験ややるべきことを先延ばしすることで困っていることがないかについても話題にする。
- 患者のやる気スイッチについてチェックを行いながら、特に報酬になりそうなものを話し合う

6.1.5.2「STEP1 やる気の出る仕組みを知ろう」のポイント



- 怠けによってやる気がでないのではなく、自分の脳に合った動機づけの方法があることを理解してもらう

・　困難なことを終えた自分自身に報酬を与える。報酬は、好きなこと（友人とのランチ、趣味）、自然発生する強化子（退屈と面白いことを１日の中で交互に入れるなど）、いやなことと楽しいことをペアにして行うとよい。例えば患者が「やりたいことは今の生活でもできているので、報酬が思いつかない」と言う場合、「やるべきことを終えた後に行ういつもの好きな活動は、普段よりも満足感が高く楽しめると思いませんか？」と、普段から行っている好きな活動の前にやるべきことを行うような計画立てを提案する。

6.1.6「STEP2 あなたのやる気を出す作戦を立てよう」(p24)



6.1.6.1「STEP2 あなたのやる気を出す作戦を立てよう」の進め方

「ステップ1を踏まえて、○○さんのやる気を出す作戦を立てていきたいと思います。」

・　やりたくないことに重い腰を上げるコツについて説明
・　今、先延ばしにしていることについて挙げてもらい、その理由を一緒に検討する。
・　あとまわしへの行動計画を一緒に立てる。行動計画の③はやらざる得ない状況を設定する

6.1.6.2「STEP2　あなたのやる気を出す作戦を立てよう」のポイント

・　行動計画を立てる際は、次のセッションまでに取り組めるような課題を選ぶとよい
・　特に最初のステップを小さくできるようにサポートする
・　行動計画の③にはご褒美（報酬）を入れてもよい

・　先延ばしの要因を明確にして、要因に合わせた対策を考える。心理的に集中を妨げるものがある場合は、思考を評価して反論を進める。必要な場合は別のセッションで時間を取って扱う。

6.1.7 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

6.1.8 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める
3.2.8 参照
・次回への橋渡し
3.1.9 参照

6-2　整理整頓（ワーク 14）

6.2.1 ワーク 14 の目標

目的

1. ADHD の人が物を失くすパターンを理解する
2. 物を管理するコツを知る
3. そのつど断捨離方式について知る
4. 物を増やさないコツを知る
5. 実践してみたい方法を選んで行動計画を立てる

6.2.2 ワーク 14 のアジェンダ

- ☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）
- ☐ Step 1：なぜ物が失くなるのか？（5 分）
- ☐ Step 2：物を管理するコツ（5 分）
- ☐ Step 3：「そのつど断捨離方式」を実践しよう（5 分）
- ☐ Step 4：物を増やさないコツ（5 分）
- ☐ まとめ（3 分）感想を聞く。学んだ方法のうち、使ってみたいものを選んでもらい、行動計画を立てる。

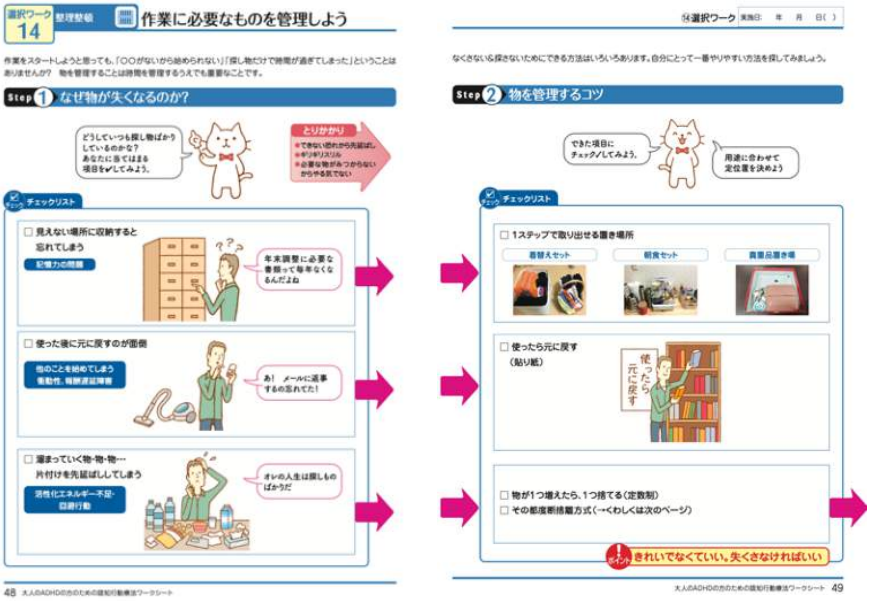
6.2.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

3.2.3 参照

6.2.4 アジェンダの設定

「今日は、〇〇さんが整理整頓で困っていることについて詳しくみていきたいと思います。どのような工夫ができそうか、今後のプランを考えていきましょう。」

選択ワーク 14（p48-49）を開く。



6.2.5「STEP1: なぜ物が失くなるのか」(p48)



6.2.5.1「STEP1: なぜ物が失くなるのか」の進め方

「まずは、物がなくなる原因について探っていきましょう。○○さんはどれがあてはまりますか」

- 患者に、最近の請求書の支払い状況や整理整頓で困っている場面を尋ねる。
- 整理整頓のどの部分につまずきがあるかについて患者と検討する。

6.2.5.1.2「STEP1 なぜ物が失くなるのか」のポイント

- 患者にとって整理整頓という習慣がストレスフルであることを理解しておく。

6.2.6「STEP2: 物を管理するコツ」(p49)



6.2.6.1「STEP2 物を管理するコツ」の進め方

「どのようなルールがあると、簡単に仕分けができそうでしょうか」
「どの工夫からであれば、試してみることができそうでしょうか」

- 患者に整理整頓のルールを考えてもらい、整理整頓が上手く出来た時のメリットについて考えてもらう。整理整頓に必要な道具や、どの工夫からであれば試せそうかを話し合う。
- 患者と検討したルールを実行する上で、今まで学んだどのスキルが活かせそうかを振り返り、具体的な方略を検討する。また、それをどの程度実現可能であると患者が見積もっているかを確認する。（目標のスモールステップ化・対処方略の具体化、実現可能性の確認）

6.2.6.2「STEP2　物を管理するコツ」のポイント

- 患者が仕分けのための道具を新しく購入しようと考えている場合には、そのための対処方略や実現可能性の程度を患者と共に検討する。患者によっては、魅力的な道具を揃えることに拘ってしまうなどして道具を使うステップまで進まず躓くことがあることを理解しておく。
- 書類については、今すぐに必要な書類と請求書等の次のアクションが必要になるような重要な書類以外は捨てるか、写真を撮って書類自体は捨てるよう助言する。
- 今の状態に留まった場合と、行動が変化した場合とでのメリットとデメリットを分析（利益・不利益比較）して共に検討し、患者の動機付けを支える。やる気を出すための練習（Safren et al., 2005; Beck 2020）参照。

6.2.7「STEP3 そのつど断捨離方式」を実践しよう」(p50)



6.2.7.1 「STEP3　そのつど断捨離方式」の進め方

「ここでは郵便物やプリントなどの仕分けと処理の方法を考えましょう」

- 家の中で目立つ場所あるいは、よく使う場所（手帳でも良い）に書類の保管場所を作り、郵便物や請求書などの書類はすぐに仕分けしてそこに保管するよう教示する。
- 仕分けの際に“後でやろう”と回避的に思考する傾向が見られる場合には、必要に応じて ADHD の認知行動モデルを用いて悪循環の機序を振り返り、心理教育を行う。
- 患者に現在仕分けの際に浮かぶ認知を同定してもらい、新しい行動のバリエーションを増やすための別の考えを考えてもらう（例：鮮度が命、急がば回れ、等）。

6.2.7.2「STEP3　そのつど断捨離方式」のポイント

- 書類の仕分けの際に、「後で使うかもしれない」等と考え、溜め込むことがあるが、どうしても必要なもの以外は捨てるように患者に教示する。
- 患者は請求書の支払いを早めに済ますことに躊躇いを感じていることがあることを理解する。例えば、“後でやった方がお金を早くに失わないで済む”という認知や感覚を持っていることがある（Safren et al., 2005）。その場合は支払いが遅延することによるデメリットや支払いが間に合うことのメリットについて話し合う（利益・不利益比較）。
- 短期的にはこの構造化された方式を継続させることが難しくても、長期的にはより負担なく、やり易くなっていくことを強調する。また、整理整頓システムを長期的に継続することで、どのような長期的なメリットがありそうかを患者と話し合う。

6.2.8「STEP4: 物を増やさないコツ」(p51)



6.2.8.1「STEP4　物を増やさないコツ」の進め方

「ここでは物を増やさないための買い物のルールを見ていきましょう」

- 患者が定数制のルールにすることについて、どのような感想や見通しを抱いているかを確認し、患者にとって課題を困難に思わせている認知がどのようなものかを検討し話し合う。

6.2.8.2「STEP4　物を増やさないコツ」のポイント

- 患者は、新規刺激を好み、新しい服を買うなどの魅力的な行動や、偶然見つけた買い置きアイテムをとりあえず買っておくといった報酬がすぐに得られる行動は得意であるが、持っているものと類似した服は我慢する、家で在庫を確認してから買うなどの、報酬が遅延する魅力的ではない行動が苦手であるということを治療者は理解しておく。
- ADHD 患者は優先順位づけに困難を抱えやすいということを治療者は理解しておく。患者は新しく服や靴を買う際に、どの服や靴を捨てるかを選ぶことについて、多くの時間を要するかもしれない。その場合には「直近〇か月間以内あるいはこの一年間使用しなかった靴や服は捨てる」といったルールを設定し、このルールをワークシートの「その他のルール」の部分に追加で記入することを話し合う。

6.2.9 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

学んだ方法のうち、使ってみたいものを選んでもらい、行動計画を立てる。

6.2.10 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める

・次回への橋渡し

3.1.9 参照

参考文献

Safren, S. A., Sprich, S., Perlman, C. A., & Otto, M. W. (2005). *Mastering your adult ADHD: A cognitive behavioral treatment program. Therapist guide.* New York: Oxford University Press.

（坂野雄二（監訳）. (2011). *大人の ADHD の認知行動療法: 本人のためのワークブック*. (pp. 40–42)日本評論社）Safren, S. A., Perlman, C. A., Sprich, S., & Otto, M. W. (2005). Mastering your adult ADHD: A cognitive-behavioral treatment program. Therapist guide. New York: Oxford University Press.

（坂野雄二（監訳）. (2011). *大人の ADHD の認知行動療法: セラピストガイド*(p.31). 日本評論社）

Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). New York: Guilford Press.(伊藤絵美 & 藤澤大介 (訳) (2023). *認知行動療法実践ガイド: 基礎から応用まで 第 3 版 -ジュディス・ベックの認知行動療法テキスト*. 東京: 星和書店.

6-3　注意持続訓練（ワーク 15）

6.3.1 ワーク 15 の目標

目的

1. ADHD の人の集中力が続かないプロセスを実行機能モデルを用いて理解する
2. 自分の集中力が続かない場面について原因を分析し、対策を考える

6.3.2 ワーク 15 のアジェンダ

☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）

☐ Step 1：集中力がきれるのはなぜ？（5 分）

☐ Step 2：あなたが集中できずに困っている場面を思い出してみましょう（20 分）

☐ まとめ（3 分）感想を聞く。次の面接の日時とそれまでにしてみたいことを確認

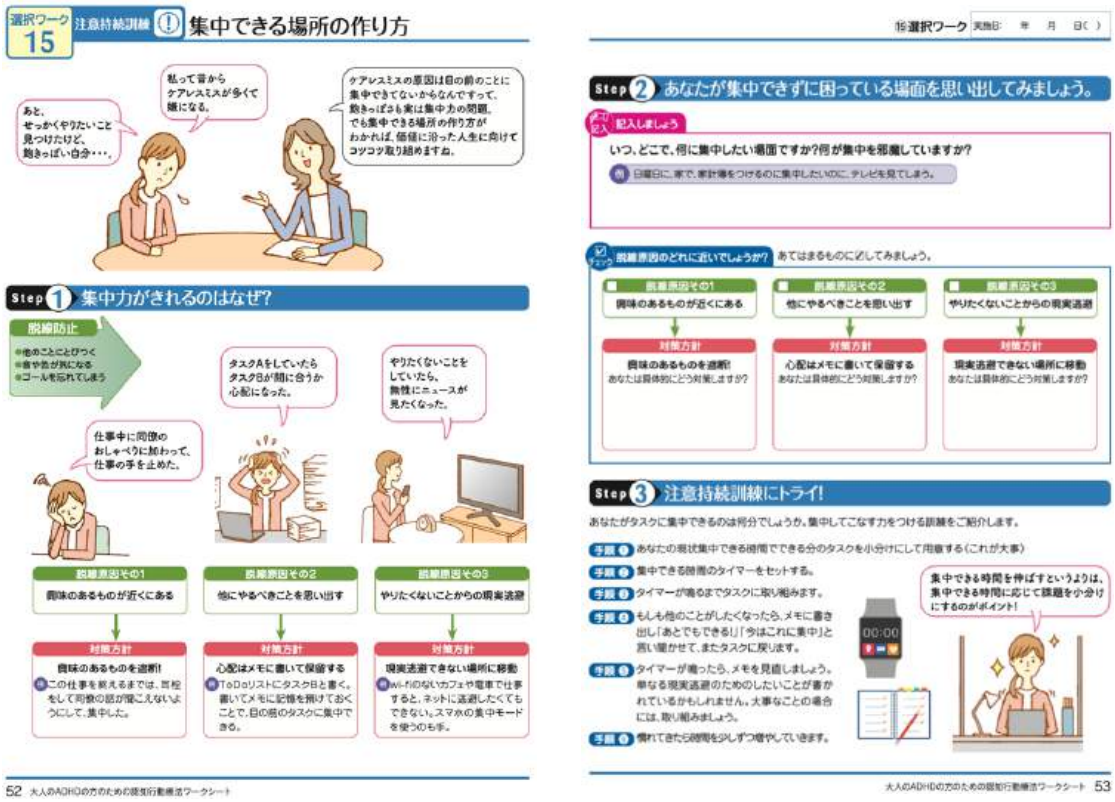
6.3.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

3.2.3 参照

6.3.4 アジェンダの設定

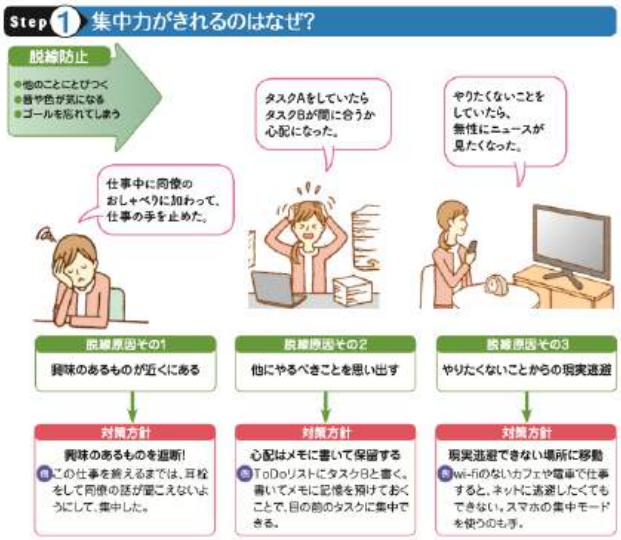
「今日は、〇〇さんが目の前の課題に集中する力を伸ばす方法についてお伝えします」

選択ワーク 15（p52-53）を開く。



6.3.5「STEP1: 集中力がきれるのはなぜ？」(p52)





6.3.5.1「STEP1: 集中力がきれるのはなぜ？」の進め方

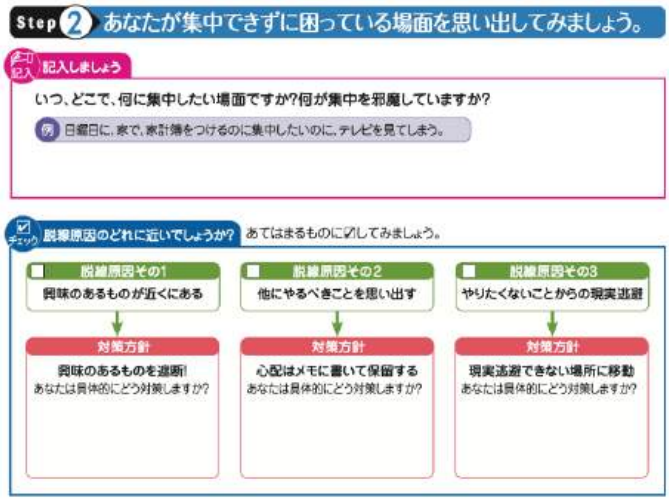
「まずは集中力が続かない原因について探っていきましょう。○○さんはどれがあてはまりますか」

- イラストの吹き出しを読んで、どれに近いか問う（行動）
- 当てはまるという脱線原因と対策方針を読む（行動）

6.3.5.2「STEP1: 集中力がきれるのはなぜ？」のポイント

- このセッションで扱う脱線原因は以下のように分類される。あらかじめ治療者が認識しておくことで、円滑に進めることができる。
- 脱線原因１は、抑制制御障害によるもので、抑制の力を増やす方向での働きかけではなく、誘惑になるような刺激を物理的に減らすことで対処するのが基本となる。
- 脱線原因２は、不注意で頭の中の整理がつかない状態によるものである。対処としては、頭に浮かんだアイデアや関係のない思考をメモに書くなどして一旦外在化して「おいておく」ことを目指す。外在化した上で、あとから優先順位をつけて ToDo リストに挙げて実行することもできることを保証すれば、患者の不安を低減することもできる。
- 脱線原因３は、現実逃避（先延ばし）によるものである。やるべきことから逃避するために、関係のないことを始めてしまう状態を示している。対処としては、ここでは脱線（現実逃避）しようのない環境に移動し、そこで作業を始める方法を紹介した。しかし、患者によっては、現実逃避の利益・不利益比較を行うなどのアプローチが有効かもしれない。

6.3.6「STEP2: あなたが集中できずに困っている場面を思い出してみましょう。」(p53)



6.3.6.1「STEP2: あなたが集中できずに困っている場面を思い出してみましょう。」の進め方

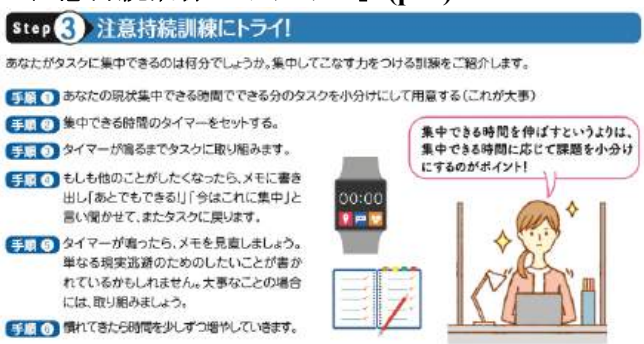
「次は○○さんが集中したいタスクについてお聞かせください。どんな場面ですか？」

- 「記入しましょう」の欄に患者が現在集中できずに困っている場面をひとつ切り出してもらって、いつ、どこで、何に集中したいのかを書く（患者が書ければベスト）
- 記入した場面について、3 つの脱線原因のうち、患者にあてはまるものを選んでもらい、対策を具体的に書く。

6.3.6.2「STEP2: あなたが集中できずに困っている場面を思い出してみましょう。」のポイント

- 脱線原因が「わからない」という患者もいることが予想される。最近の具体的な場面を思い出してもらい「近くに誘惑になるような話し声、スマホなどがなかったでしょうか？」「作業中に他のことを考えたりしませんでしたか？」「どうしてもやりたくないときに、別のさも有意義なこと（メールチェックや PC のファイルの整理など）をみつけて始めたりしませんでしたか」などと尋ねて思い出せるよう支援する。
- 脱線原因が「仕事の横入り」「窓口対応」「電話対応」「同僚からの質問」「子どもの邪魔」といった完全には物理的に避けるのが難しいものの場合、一度は脱線して対応した後に、いかに元の作業に戻るかについて話し合うとよい（例：作業を中断する時には資料や作業中のパソコン画面に付箋をつけておく、きりのよいところまで相手に待ってもらうなど）。

6.3.7「STEP3: 注意持続訓練にトライ！」(p53)



6.3.7.1 「STEP3:　注意持続訓練にトライ！」の進め方

「ここでは集中力を伸ばす訓練の方法をお伝えします。」

- 手順１から６まで読むか患者に読んでもらう
- 患者がやってみたい課題、できそうな時間帯について尋ねる。乗り気なかんじなら、実行計画を立てる（アクションプランの作成）。

6.3.7.2 「STEP3:　注意持続訓練にトライ！」のポイント

- 文章で読んだだけでは、手順がわかりにくい患者も多いので、治療者が実際に「ここにメモ帳をおいて、ここに課題をおいて、こうやってするんですよ」とやってみせるとうまくいく。
- 「現状集中できる時間がよくわからない」という患者も多いと思われる。「次に何かに取り組む時に、何分ぐらいで一旦集中が途切れるのか観察してみるとよいですね」とまずは現状把握を進める。
- その上で、集中できる時間（たとえば 10 分間）でできる課題量はどのぐらいかを実際に測ってもらい、一定時間に集中できればやりきれる量を設定し、達成感を味わいやすくする。ここで、楽観的で高い目標「やる気をだせば 15 ページは進められるかも！」を設定してしまうと、「せっかく集中したのにやりきれなかった」という不全感が募るため注意が必要である。

6.3.8 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

6.3.9 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める
学んだ方法のうち、使ってみたいものを選んでもらい、行動計画を立てる。
・次回への橋渡し
3.1.9 参照

6-4　環境調整（ワーク 16）

6.4.1 ワーク 16 の目標

目的

1. ADHD の人が自分の特徴に合う環境を選ぶことの重要性を理解する
2. 自分史から自分の強みを知る
3. これまでの仕事や役割から自分の得意・不得意を分析する

6.4.2 ワーク 16 のアジェンダ

☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）

☐ Step 1：私が居づらいのはなぜ？（5 分）

☐ Step 2：必勝法に気づこう！（10 分）

☐ Step 3：働いていた場所、役割を振り返ろう！（10 分）

☐ まとめ（5 分）感想を聞く。次の面接の日時とそれまでにしてみたいことを確認

*この章は内容が多いので、患者の進捗によっては、Step 2 までと 3 以降で 2 回に分けて実施してもよい。

6.4.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

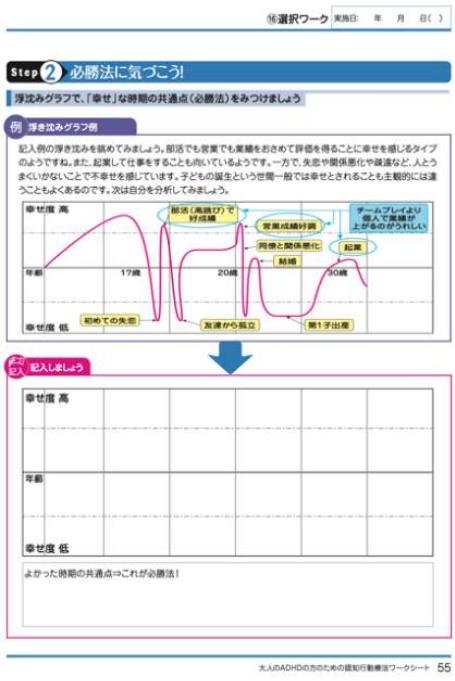
3.2.3 参照

6.4.4 アジェンダの設定

「今日は、〇〇さんがどんな場所、役割が合っていて、力を発揮できるのか考えていきましょう。」

選択ワーク 16（p54-55）を開く。





「〇〇さんの得意、不得意や好きなこと、大切にしていることを振り返る中で、自分に合った場所を探していきましょう。」

「〇〇さんはこういう気持ちをもったことはありますか？」

6.4.5「STEP1: 私が居づらいのはなぜ？」(p54)



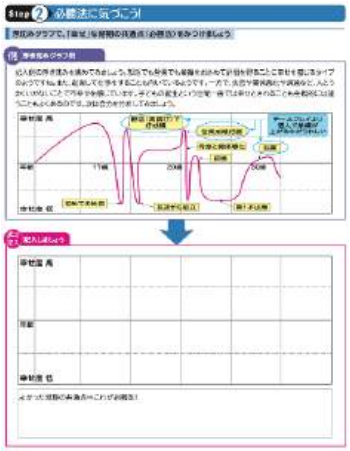
6.4.5.1「STEP1: 私が居づらいのはなぜ？」の進め方

- 得意を活かすことについて説明する
  「発達障害の特徴として、得意なことと苦手なことの差が大きいことがあります。苦手なことをカバーすることも大切ですが、弱点を克服することよりも得意を活かすことが重要なのです。」
  「今いる場所、役割を一か所決めたいと思いますが、どこについて考えましょうか。」
- 就労中の場所があれば、休職していてもそこについて考えるとよい。
- 患者が学生の場合はサークルやバイト、ゼミなどでの役割を考える。
- 現在就労中ではない場合は、就労時の体験や、子育て中心の方であれば、家庭における役割や子ども会やＰＴＡなどの活動を考えてもよい。
- その場所を選んだのは誰か訊く。
- 患者の設定した場面と背景を踏まえた質問をする。
  「今いる場所は、ご自分で選ばれたのですか。それとも、他の方、例えば親御さんから勧められたり、会社から決められたり、くじで選ばれたなど、どのような経緯で決めることになりましたか。」

6.4.5.2「STEP1: 私が居づらいのはなぜ？」のポイント

- 患者の価値観を再確認する。
- 今いる場所の選択が他者の価値観に沿ったものでないか確認する。

6.4.6「STEP2: 必勝法に気づこう！」(p55)



6.4.6.1「STEP2: 必勝法に気づこう！」の進め方

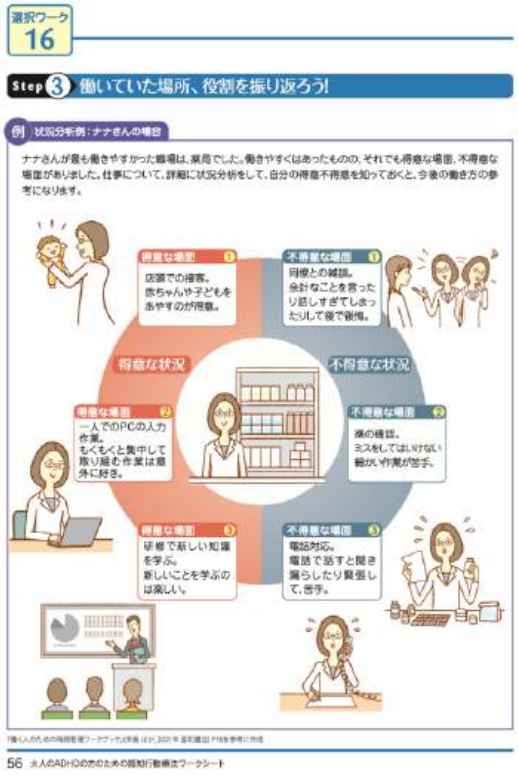
「これまでの人生の浮き沈みをグラフで表現して必勝法を探ります。」

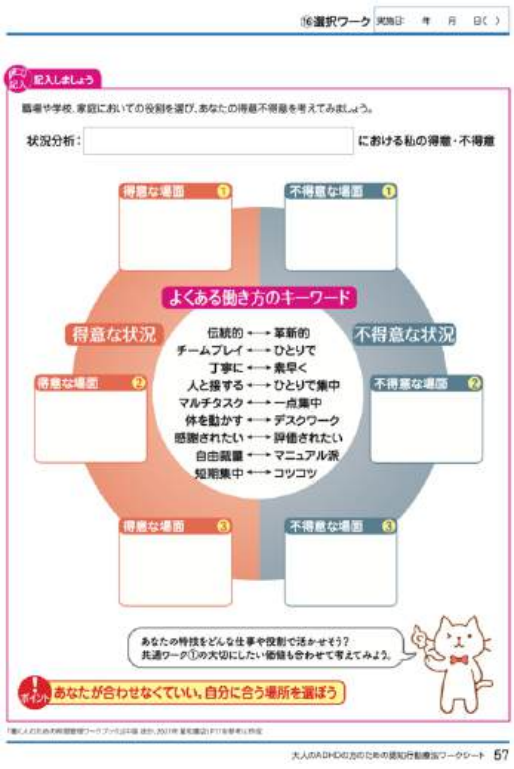
- 記入例の説明文を読みながら書き方を説明する。
  「グラフ例を見てみましょう。」
  「次は、あなたの番です。0 歳から今までの人生の浮き沈みを線で表現しましょう。」
- グラフを描けたあとは下記のような声かけをする。
  「沈んでいるときの共通点は何かありますか。」
  「うまくいっているときの共通点は何でしょうか。」
- 描かれた線のうち落ち込んでいることの共通点を探り苦手なことを同定する。
- 描かれた線のうち上がっていることの共通点について患者に質問したり、気づいたことを出し合って、得意なことや頑張れること、患者にとって価値があることを同定する。

6.4.6.2「STEP2: 必勝法に気づこう！」のポイント

- 必修ワーク 1 で患者があげた大切にしたい価値や目標との関連性も振り返りながら考える。
  「最初のワークで○○さんは△△、□□を大切にしたいとおっしゃっていましたが、その価値観と考えると今の場所でその価値観は大事にできていそうですか？」
- よかった時期の共通点が、患者の得意が発揮でき、価値を置いていることが実現できる必勝法である。

6.4.7「STEP3: 働いていた場所、役割を振り返ろう！」 (p56,57)





56 大人のADHDのための認知行動療法ワークシート

大人のADHDの方のための認知行動療法ワークシート 57

6.4.7.1 「STEP3: 働いていた場所、役割を振り返ろう！」の進め方

「これまでの働いていた場所を一か所決めて、振り返ってみましょう。」

- 状況分析例のナナさんの得意な場面と不得意な場面を読み上げながら、薬局で働くという一つの仕事の中でも得意な部分と不得意な部分があることを説明する。
- 分析の対象とする場所を一か所決める。現在仕事をしていればその職場を対象にするとよい。今は働いていなければ過去の職場、バイト、サークル、家庭での母、父親業など、ステップ２の浮き沈みグラフで描いた出来事をヒントに一つの役割を決める。
- 状況分析の空欄を患者に書いて埋めるよう促すか、治療者が訊いて埋めていく。
- よくある働き方のキーワードは、得意と不得意を分析するためのヒントにする。
- これからの働き方にどう生かしていけるか話し合う。
  「今日話し合ったことを通して、ご自分の得意不得意の活かし方について、気づいたことはありますか」
- セッション全体を通しての気づきをまとめる。

6.4.7 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

6.4.8 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める
・次回への橋渡し
3.1.9 参照

6-5　過集中対策（ワーク 19）

6.5.1 ワーク 19 の目標

目的

1. ADHD の人が過集中になるプロセスを実行機能モデルを用いて理解する
2. 実行機能モデルの各プロセスにおいて過集中に対する効果的な対処法の例を知る
3. 自分に適した過集中への対処法を見出し、集中力を適切に活用する方法を案出する

6.5.2 ワーク 19 のアジェンダ

☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）

☐ Step 1：過集中しやすいのはなぜ？（5 分）

☐ Step 2：過集中への対処（20 分）

☐ まとめ（5 分）感想を聞く。次の面接の日時とそれまでにしてみたいことを確認

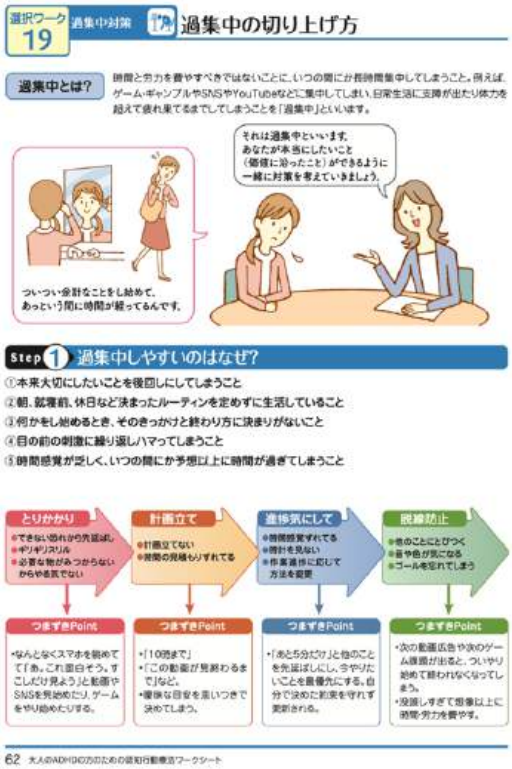
6.5.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

3.2.3 参照

6.5.4 アジェンダの設定

「今日は、○○さんのつい過集中してしまうことを具体的に確認して、今後の対策をたてていきたいと思います。」

選択ワーク 19（p62-63）を開く。

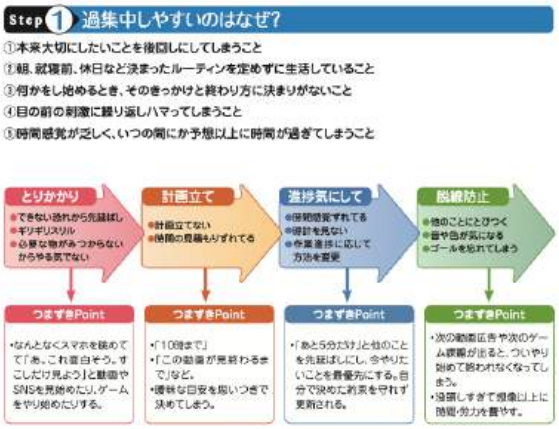




「まずは過集中について知りましょう。いつの間にか自分自身がやってしまう過集中を具体的に分析していきましょう。」

6.5.5 「STEP1: 過集中しやすいのはなぜ？」(p62)





6.5.5.1「STEP1: 過集中しやすいのはなぜ？」の進め方

「まずは、過集中とはどのような状態なのかをお伝えします。」

- ①～⑥を読み上げ、具体例を出しながら、患者の過集中について確認する。
  例）家事や課題を後回しにしてＳＮＳを見ていないか、そもそも思いついたことを思いついたままに過ごしていないか、家事や課題をやる気や気分次第にしていないか、など。
- とりかかり→計画立て→進捗気にして→脱線防止別に集中してしまう状況を確認する。

6.5.5.2「STEP1: 過集中しやすいのはなぜ？」のポイント

- 本来大切にしたいこと、本来は別にしなくてもいいことを患者と共有する。
- 本来別にしなくてもいいことは、いつ、どこで、何をしてしまうのかを確認する
- 本来別にしなくてもいいことを、始めてしまうきっかけは何か、それをやめるきっかけは何かを確認する。

6.5.6「STEP2: 過集中への対処」(p63)



6.5.6.1「STEP2: 過集中への対処」の進め方

「つい過集中してしまう状況とその対処を考えていきましょう。」

- まず、よく何にどれくらい過集中するか、どこで起こるのかを確認する。
- 本来は、その時間に何を大切にしたいと考えていますか？まずは必修ワーク①で確認した「価値」を確認する。
- 「価値」を大切にできることは何か
- 「価値」を大切にするために、今日からしようと思うことは何かを確認する。
- どこでそれをしようと思うか。
- また、ついやってしまうか集中をしてもいい場所を決め、過集中に対する工夫を考える。

6.5.6.2「STEP2: 過集中への対処」のポイント

- 過集中する場所、時間を明確にする。
- 過集中は本来大切にしていないことに集中することなので、本来集中したいことをできるための工夫を考える。
- 場所、時間、始めるきっかけ、終えるきっかけを明確にするとよい。

6.5.7 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

6.5.8 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める
学んだ方法のうち、使ってみたいものを選んでもらい、行動計画を立てる。

・次回への橋渡し
3.1.9 参照

6-6　余暇の過ごし方（ワーク 20）

6.6.1 ワーク 20 の目標

目的

1. ADHD の人が休日に休めないプロセスを実行機能モデルを用いて理解する
2. 実行機能モデルの各プロセスにおいて有効な対処の例を知る
3. 自分の休日の休み方を案出する

6.6.2 ワーク 20 のアジェンダ

- ☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）
- ☐ Step 1：ADHD の人が休日に休めないのはなぜ？（5 分）
- ☐ Step 2：休日の過ごし方（20 分）
- ☐ まとめ（5 分）感想を聞く。次の面接の日時とそれまでにしてみたいことを確認

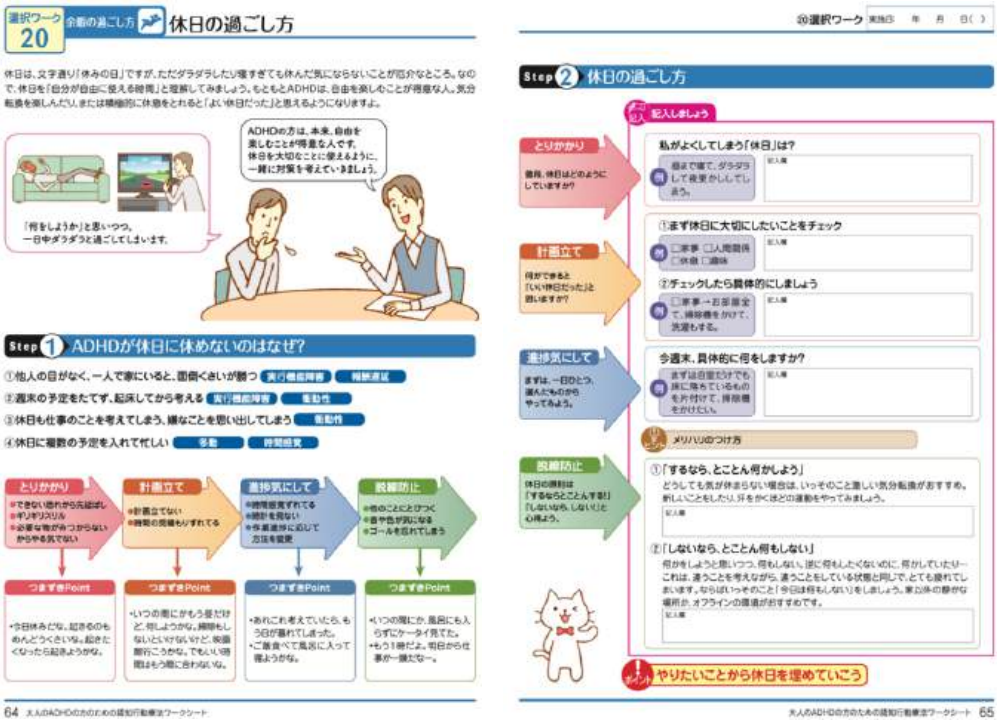
6.6.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

3.2.3 参照

6.6.4 アジェンダの設定

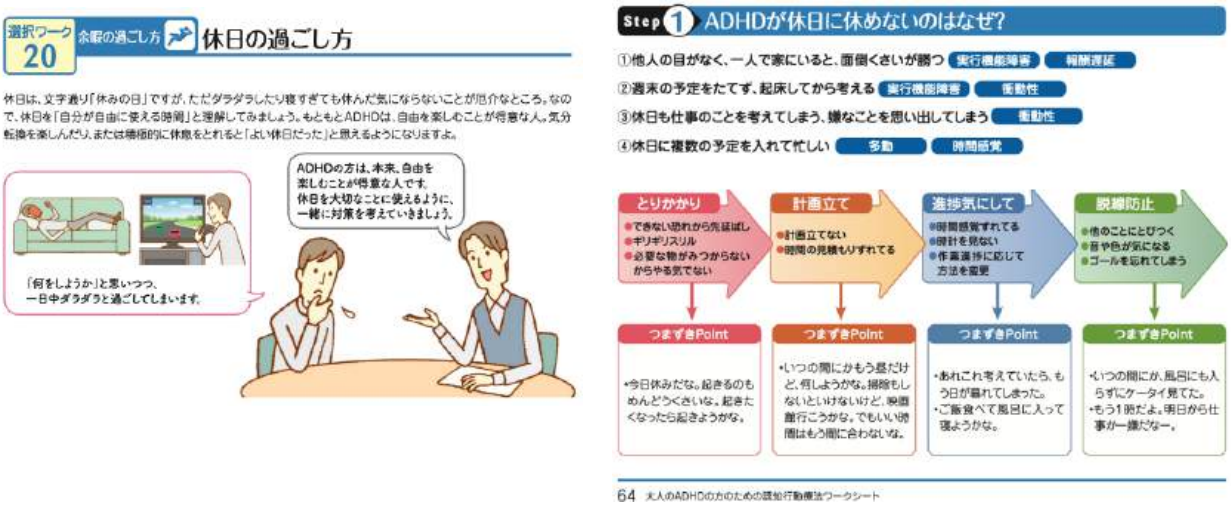
「今日は、〇〇さんの余暇の過ごし方を確認し、どうすれば余暇を有意義な時間にできるのかを一緒に考えましょう。」

選択ワーク 20（p64-65）を開く。



「今日は余暇の過ごし方について詳しく分析していきます。ADHD の方は、仕事おわりに夜更かしをしてしまったり、休日にダラダラ過ごしてしまったりして、休んだ気にならずに仕事に支障となることがあります。今日は本当はどのような休日を過ごしたいのかを一緒に考えていきましょう。」

6.6.5「STEP1: ADHD の人が休日に休めないのはなぜ？」(p64)


選択ワーク 20 余暇の過ごし方 休日の過ごし方

休日は、文字通り「休みの日」ですが、ただダラダラしたり寝すぎても休んだ気にならないことが思介なところ。なので、休日を「自分が自由に使える時間」と理解してみましょう。もともとADHDは、自由を楽しむことが得意な人。気分転換を楽しんだり、または積極的に休息をとれると「よい休日だった」と思えるようになりますよ。

「何をしようか」と思いつつ、一日中ダラダラと過ごしてしまいます。

ADHDの方は、本来、自由を楽しむことが得意な人です。休日を大切なことに使えるように、一緒に対策を考えていきましょう。

Step 1 ADHDが休日に休めないのはなぜ?

①他人の目がなく、一人で家にいると、面倒くさいが勝つ 実行機能障害 報酬遅延
②週末の予定をたてず、起床してから考える 実行機能障害 衝動性
③休日も仕事のことを考えてしまう、嫌なことを思い出してしまう 衝動性
④休日に複数の予定を入れて忙しい 多動 時間感覚

とりかかり
●できない切れから先延ばし
●ギリギリスリル
●必要な物がみつからないからやる気でない

つまずきPoint
•今日休みだな。起きるのもめんどうくさいな。起きたくなったら起きようかな。

計画立て
●計画立てない
●時間の見積もりずれてる

つまずきPoint
•いつの間にかもう昼だけど、何しようかな。掃除もしないといけないけど、映画館行こうかな。でもいい時間はもう間に合わないな。

進捗気にして
●時間感覚ずれてる
●時計を見ない
●作業選択に応じて方法を変更

つまずきPoint
•あれこれ考えていたら、もう日が暮れてしまった。
•ご飯食べて風呂に入って寝ようかな。

脱線防止
●他のことにとびつく
●音や色が気になる
●ゴールを忘れてしまう

つまずきPoint
•いつの間にか、風呂にも入らずにケータイ見てた。
•もう1時だよ。明日から仕事が一嫌だなー。

64 大人のADHDの方のための認知行動療法ワークシート

6.6.5.1「STEP1: ADHD の人が休日に休めないのはなぜ？」の進め方

「まずは、どのような休日になりやすいか、その原因も確認しましょう。」

- ①～④を読み上げる。
- とりかかり→計画立て→進捗気にして→脱線防止のつまずきポイントを読み上げる。

6.6.5.2「STEP1: ADHD の人が休日に休めないのはなぜ？」のポイント

- 余暇は、自分のための時間。自分が自由にすることを決める時間。
- 家事やセルフケアを保つためのルーティンがあるのかどうかを確認する。
- ダラダラと 1 日を過ごしてしまう人は、ルーティンと予定を作ること。
- 予定を入れすぎてしまう人は、一つに焦点化すること。

6.6.6「STEP2: 休日の過ごし方」(p65)


②選択ワーク 実施日 年 月 日( )

Step 2 休日の過ごし方

書き込みましょう

とりかかり
書き込みましょう

私がよくしてしまう「休日」は?
例 昼まで寝て、ダラダラして後悔がしてしまう。

計画立て
何ができると「いい休日だった」と思いますか?

①まず休日に大切にしたいことをチェック
例 □家事 □人間関係 □休息 □趣味

②チェックしたら具体的にしましょう
例 □家事→お部屋全て、掃除機をかけて、洗濯もする。

進捗気にして
まずは、一日ひとつ、選んだものからやってみよう。

今週末、具体的に何をしますか?
例 まずは自室だけでも床に落ちているものを片付けて、掃除機をかけたい。

メリハリのつけ方

脱線防止
休日の過ごしは「するならとことんする」「しないなら、しないで」と心掛よう。

③「するなら、とことん何かしよう」
どうしても気が休まらない場合は、いっそのこと楽しい気分転換がおすすめ。新しいことをしたり、汗をかく程よの運動をやってみましょう。

④「しないなら、とことん何もしない」
何かをしようと思いつつ、何もしない、逆に何もしたくないのに、何かしていたり…これは、違うことを考えながら、違うことをしている状態と同じで、とても疲れてしまいます。ならばいっそのこと「今日は何もしない」をしましょう。家以外の場所が、オフラインの環境がおすすめです。

ポイント やりたいことから休日を埋めていこう

大人のADHDの方のための認知行動療法ワークシート 65

6.6.6.1 「STEP2: 休日の過ごし方」の進め方

「休日にやりたいことができ、やりたくないことをしないように対策を一緒に考えましょう。」

- まずは、どのように過ごしているのかを確認する。
- 本当はどのように過ごしたいか？そのためにまず「価値」の確認をする。
- 「価値」を大切にできるために、まず今週末何かできそうなことを一つ挙げる。
- 気分転換とリラックスできることを明確すること。

6.6.6.2「STEP2: 休日の過ごし方」のポイント

- まずは、本人の現状の確認。
- 次に必修ワーク①で確認した価値を確認。
- あれこれしようとせず、簡単にできそうなことを一つだけに絞る。
- やってみようと思ったことを、宿題とする。

6.6.7 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

6.6.8 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める
学んだ方法のうち、使ってみたいものを選んでもらい、行動計画を立てる。
・次回への橋渡し
3.1.9 参照

第VII章　必修ワーク：まとめ

7-1 これまでのまとめと今度の対策（ワーク 21）

7.1.1 ワーク 21 の目標

目的

1. プログラム開始前と現在の自分の変化に気づく
2. 目標を振り返る
3. 自分にとって有効な技法を明確にして、今後も使い続ける意欲を高める
4. 自分にとって残された課題を明確にして、今後の対策を講じる

7.1.2 ワーク 21 のアジェンダ

☐ まとめシートに記入しながらチェックイン（10 分）

☐ Step 1：困りごとについて以前と現在を比べてみよう（10 分）

☐ Step 2：設定した目標のふりかえり（10 分）

☐ Step 3：学んだ技法の復習と今後の課題（10 分）

☐ まとめ（5 分）感想を聞く。今後また必要になったときには再度申し込んでよいことを伝える。

7.1.3 まとめシートに記入しながらチェックイン

3.2.3 参照

7.1.4 アジェンダの設定


21 これまでのまとめと今後の対策
必修ワーク
Step 1 困りごとについて以前と現在を比べてみよう
困りごとが改善したかどうかを知るために、日常生活チェックリストで以前と現在とを比べてみましょう。必修ワーク01と今回とで変化した場面はどこでしょうか。どのように変化したかや、なぜ変化したかも考えてみましょう。また、あまり変わらなかった場面はあったでしょうか。
チェック 日常生活チェックリスト 「できない」「たまにできている」「いつもだいたいできている」いずれかに○をつける。
時間帯	番号		できない (0点)	たまにできている (1点)	いつもだいたいできる (2点)
朝	1	朝起きてから、家を出るまでの準備が間に合う			
	2	忘れ物なく出発できる			
昼	3	仕事や家事を先延ばしにしない			
	4	仕事や家事を始める前に、計画を立てる			
	5	やるべきことを忘れずにこなす			
	6	印鑑や書類など必要なものを失くさない			
	7	やるべきことに優先順位をつけて取り組む			
	8	約束の時間までに到着する			
	9	ケアレスミスはほとんどなく集中して取り組む			
	10	期限までに用事を済ませる			
夜	11	疲れているときには、スマホやネット、ゲームなどに没頭せずに切り上げて休む			
	12	翌日に響かない時間に眠りにつく			
時間帯を問わず	13	イライラしたり、落ち込んだり、不安になったりしすぎずに過ごす			
	14	長い目で見ても、お金と健康と安全と対人関係がうまくいく生活を送る			
	15	何かトラブルが起きても、なんとか解決する			
		合計			点
66 大人のADHDのための認知行動療法ワークシート
必修ワーク 実施日 年 月 日( )
記入しましょう
必修ワーク01 点　今回 点
一番変化したこと　あまり変わらなかったこと
Step 2 設定した目標のふりかえり
必修ワーク01のStep3で設定した目標について、この2か月半でどのくらい目標を達成することが出来たかふりかえりましょう。
例 ●私はお昼までに起きて、ピアノの練習や部屋の模様替えが出来るようになり、人生で創造性を楽しむ時間が出来た。
●私はその日の仕事に優先順位をつけられるようになり、週に3回は家族と一緒に夕食をとれるようになった。
あなたの目標をふりかえりましょう
大人のADHDのための認知行動療法ワークシート 67

「いよいよまとめの回になりました。途中にアクションプランがうまくいかない時があっても、最後まで取り組み、よく頑張ってこられたと思います。」

「今日一緒にまとめの回を迎えることが出来て、とても嬉しく思います。ここでは、以前と現在とでどのように変化したか、またどの部分にまだ難しさがあるかを一緒に振り返り、〇〇さんが今後どのような点を心掛けていくと良さそうかを話し合いましょう。」

- 患者が本プログラムを通して ADHD による困難な状況に向き合ってきたことを労う。
- 治療者として患者とのセッションがどのようなものだったかをフィードバックする。
- まとめの回で現在までの変化の振り返りと今後の見通しについて話し合うことを伝える。

7.1.5「STEP1: 困りごとについて以前と現在を比べてみよう」(p66)


21 これまでのまとめと今後の対策
必修ワーク
Step 1 困りごとについて以前と現在を比べてみよう
困りごとが改善したかどうかを知るために、日常生活チェックリストで以前と現在とを比べてみましょう。必修ワーク①と今回とで変化した場面はどこでしょうか。どのように変化したかや、なぜ変化したかも考えてみましょう。また、あまり変わらなかった場面はあったでしょうか。
日常生活チェックリスト 「できない」「たまにできている」「いつもだいたいできている」いずれかに○をつける。
時間帯 / 番号 / できない (0点) / たまにできている (1点) / いつもだいたいできる (2点)
朝 1 朝起きてから、家を出るまでの準備が間に合う
朝 2 忘れ物なく出発できる
昼 3 仕事や家事を先延ばしにする
昼 4 仕事や家事を始める前に、計画を立てる
昼 5 やるべきことを忘れずにこなす
昼 6 印鑑や書類など必要なものを失くさない
昼 7 やるべきことに優先順位をつけて取り組む
昼 8 約束の時間までに到着する
昼 9 ケアレスミスはほとんどなく集中して取り組む
昼 10 期限までに用事を済ませる
夜 11 疲れているときには、スマホやネット、ゲームなどに没頭せずに切り上げて休む
夜 12 翌日に響かない時間に寝りにつく
時間帯を問わず 13 イライラしたり、落ち込んだり、不安になったりしすぎずに過ごす
時間帯を問わず 14 長い目で見ても、お金と健康と安全と対人関係がうまくいく生活を送る
時間帯を問わず 15 何かトラブルが起きても、なんとか解決する
合計 点
66 大人のADHDの方のための認知行動療法ワークシート
㉑必修ワーク 実施日: 年 月 日( )
メモ記入 記入しましょう
必修ワーク① 点
今回 点
一番変化したこと
あまり変わらなかったこと

7.1.5.1「STEP1: 困りごとについて以前と現在を比べてみよう」の進め方

「日常生活チェックリストを使って、どのように困り事が変化したか、プログラムの前後で比較してみしょう。次に、必修ワーク①と今回のまとめの回とで合計得点がどのように変化したかも比較してみましょう。」

「困りごとについて、本プログラムの前と後で一番変わったと思う場面は何でしょうか。また、あまり変わらなかったと思う場面は何でしょうか。」

- ワークシート 66 ページの日常生活チェックリストを用いてプログラムの前後で患者の日常生活における困りごとがどのように変化したかを患者と治療者で共有する。
- 得点が大きく変化した場面があれば、何がきっかけで変化が生じたかを話し合う。
- あまり変わらなかったと患者が評価した場面については、アクションプランの実行において患者がどのような部分に困難を感じているかを話し合う。
- 患者の困りごとがまだ軽減されていない場合には、まだ効果が十分ではないと思われるスキルを同定し、関連するワークの振り返りを行う。

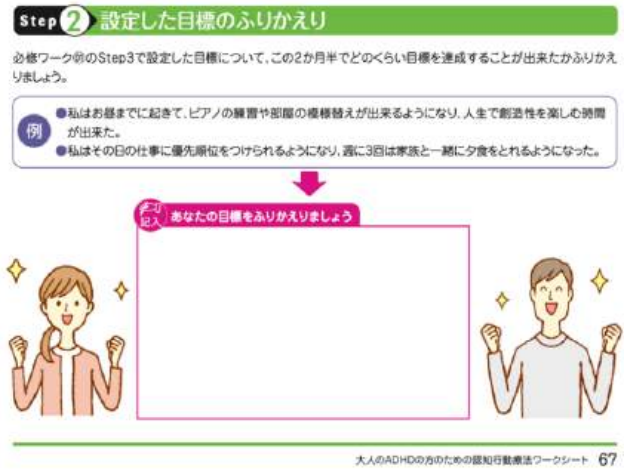
7.1.5.2「STEP1: 困りごとについて以前と現在を比べてみよう」のポイント

「はじめて自転車（車やピアノなどの楽器でも良い）に乗った時のことを思い出してみてください。最初は上手に出来なくても、そのうち出来るようになった経験は

ありますか。新しい行動を身に着けるのは簡単ではありませんが、練習することで習慣化され、繰り返し練習する間に自動的に出来るようになっていきます。」
「この CBT の行動スキルを繰り返し練習することであなたの困り事を改善し続けることが出来ます。今までに学んだアクションプランの○○を実行するのにかかる所要時間はおよそ最大たったの 15 分間ですが、その見返りに今後の人生においてもっと大きな改善を手に入れることが出来るということです。」（Safren et al., 2005）

- 挑戦出来ても繰り返し練習することに躊躇がある場合、動機付けのために比喩を用いて説明しても良い。
- 「全か無か思考」などの認知の歪みによって、患者が自身の変化やアクションプランの結果について低く評価を見積もる傾向があることを治療者は理解しておく。
- 患者は出来ていないことや今まで出来なかったことにより多く注目し、新しいスキルを習得できていないと訴えることがある。必要に応じて ADHD の認知行動モデルを再度共有し、本プログラムで学んだスキルを繰り返し練習することで出来ることが増えると自己評価の低さも改善し得ることを話し合っても良い。

7.1.6「STEP2:設定した目標のふりかえり」(p67)



7.1.6.1「STEP2:設定した目標のふりかえり」の進め方

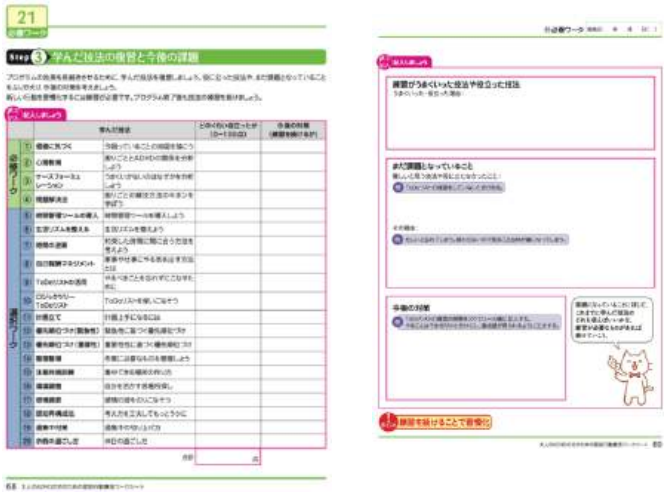
「○○さんが本プログラムに期待していたことは何でしたでしょうか。このプログラムに取り組みたいとお考えになったきっかけをもう一度思い出してみましょう。」

- 必修ワーク①で患者が記入した内容を振り返り、患者の価値に沿った行動変容が促されているかを確認する。また、患者が目標を達成し、今後生じうる困りごとについて、自分で対処できそうだという見通しを持っていることを確認する。
- 患者が自分の変化にメリットを感じていることを確認する。
- 患者が今後は治療者の代わりになって新しく身に着けた行動を繰り返し練習し維持していくことの重要性を話し合う（Safren., et al.，2005）。

7.1.6.2「STEP2:設定した目標のふりかえり」のポイント

- 患者が本プログラムを完了させたことを治療者として一緒に喜んでいることを素直に伝えて良い。本プログラムは患者にとって、新しい行動の習得という要求の高い内容であったことを治療者として理解しておく。

7.1.7「STEP3: 学んだ技法の復習と今後の課題」(p68-69)



7.1.7.1 「STEP3: 学んだ技法の復習と今後の課題」の進め方

「これまでに、様々なスキルを組み合わせて取り組んでこられました。このシートの空欄に、それぞれのスキルがどの程度役に立ったかを思い出しながら 0 から 100 点で評価して下さい。0 が全く役に立たなかった、100 が今までの人生で最も役に立ったという基準で評価します。」

「どのスキルについて、よく練習出来たと思いますか？」

「どのような部分に難しさを感じていましたか？」

「あなたの日常生活での困りごとを本プログラムの中で最も関連のあるワークに関連づけることが出来ますか？」

「それらのスキルをもう一度試してみる必要がまだありそうでしょうか？」

- 本プログラムで学んだスキルを一通り振り返り、各スキルが患者にとってどのくらい役に立ったと思うか（あるいは役に立たなかったか）を患者に考えてもらう。
- どのセッションが患者にとって最も役に立ったかを話し合う。
- モデルを使って患者が自身の症状を理解しスキルとマッチさせ、本プログラムの中で学んだことを次にやってくる困りごとにおいても使いこなせるように促す。
- 家族や友人、職場の上司や同僚など利用可能なソーシャルサポートがどの程度あるかを患者と共に検討する。

7.1.7.2 「STEP3: 学んだ技法の復習と今後の課題」のポイント

- まとめのセッションの時点でも残っている困りごとがあれば、問題解決法（必修ワーク④）を再度おさらいし、より詳しくみていく。
- もしも本プログラムの中で実施したセッションの効果が患者の困りごとを軽減するのに十分ではないと思われる場合には、ブースターセッション（追加のセッション）の必要性についても話し合っても良い。

7.1.8 アクションプランの設定

3.1.7.1 参照

7.1.9 セッションのまとめとフィードバック

・セッションをまとめ、フィードバックを求める

3.2.8 参照

・次回への橋渡し

3.1.9 参照

参考文献

Safren S.A., Sprich, S., Perlman, C.A., & Otto, M.W. (2017). *Mastering Your Adult ADHD: A Cognitive-Behavioral Treatment Program, second edition.* New York: Oxford University Press.
Safren S.A., Sprich, S., Perlman, C.A., & Otto, M.W. (2017). *Mastering Your Adult ADHD: A Cognitive-Behavioral Treatment Program, Client Workbook, second edition*. New York: Oxford University Press.

第VIII章　その他

8-1 薬物療法との関係

ADHD の治療において、薬物療法は重要な役割を果たし、非薬物療法、心理社会的支援と共に主要な治療選択肢の一つとして位置づけられている。ただし、すべての患者に薬物療法が必要というわけではなく、個々の状況や症状の程度に応じて、適切な治療法を選択することが重要である。本邦で承認されている ADHD 治療薬は、中枢神経刺激薬のメチルフェニデートとリスデキサンフェタミン、非中枢神経刺激薬のアトモキセチンとグアンファシンの 4 剤である。成人の ADHD に対して保険適応で使用可能なのは、リスデキサンフェタミンを除いた 3 剤になる。

中枢神経刺激薬は諸外国の代表的なガイドラインで治療の第一選択肢である。中枢神経刺激薬は興奮性シナプスに作用してドパミン及びノルアドレナリンやセロトニンの濃度を上昇させる。薬物依存や不正使用の懸念のため本邦では統制薬に指定され、処方の際には『ADHD 適性流通管理システム』に登録を必要とする。米国では様々な錠型のメチルフェニデートが使用可能なものの、本邦ではメチルフェニデート徐放錠のコンサータ®のみが成人の ADHD に対して使用可能である。

非中枢神経刺激薬はノルアドレナリン再取り込み阻害薬のアトモキセチンと、α_2-アドレナリン受容体作動薬のグアンファシンがある。

治療効果を報告したネットワーク・メタ解析（Cortese et al., 2018）では、ADHD 治療薬の効果がプラセボと比較して評価されている。効果の大きさは標準化平均差（SMD）で表され、マイナスの値が大きいほど高い効果を示す。小児 ADHD では、メチルフェニデート（SMD -0.78）が最も高い効果を示し、次いでグアンファシン（-0.67）、アトモキセチン（-0.56）の順であった。成人 ADHD では、メチルフェニデート（-0.49）とアトモキセチン（-0.45）の効果が報告されているが、グアンファシンのデータは得られていない。ただし、成人期における薬物療法の比較試験データは十分ではなく、実際には小児期の知見から有効性を推測している部分があることに留意する必要がある。

副作用として、メチルフェニデートは食欲低下、睡眠障害、成長抑制や依存リスクがあり、また、チックを併存した ADHD では禁忌となっている。グアンファシンの副作用としては傾眠、血圧低下、徐脈、頭痛が挙げられる。アトモキセチンの副作用は消化器症状が挙げられるものの、その程度は他の薬物と比較すると軽度で忍容性が比較的高いことが利点とされる。

ADHD の治療においては、患者の個別の状況や希望に応じて、CBT や薬物療法などの様々なアプローチを検討することが重要である。CBT を実施する際には、治療効果の評価を明確にするため、すでに行われている治療（薬物療法を含む）は基本的に変更しないことが推奨される。

一方で、薬物療法に対して懸念や抵抗感を持つ患者も少なくない。そのような場合、CBT のセッションは薬物療法について患者の考えや感情を探る貴重な機会となる。心理教育の一環として、または特定のアジェンダとして、薬物療法に関する正確な情報提供や患者の懸念事項の検討を行うことができる。これにより、患者が自身の治療選択肢について

より良い理解を得て、協同的に決定を行うことが可能となる。

薬物療法を受けている患者に対しては、CBT のチェックインの際に服薬アドヒアランスの確認を行うことが特に重要である。服薬ができているか、できていない場合は何が問題となっているのかを話し合い、確認する。内服薬の紛失や飲み忘れを理由に服薬ができていない場合、問題解決法や、整理整頓及び計画立てを始めとする ADHD 個別の技法やスキルを身につけることをアジェンダに設定することが必要となる。これらは、その時点での治療状況やニーズに応じて優先順位をつけて取り組むべき課題の一つである。

CBT と薬物療法の統合的アプローチは、相乗効果が期待される場合もあるが、どのような治療法の組み合わせが最適かは、個々の患者の症状、生活状況、希望などを総合的に考慮して決定すべきである。CBT は、薬物療法の有無にかかわらず、患者の ADHD 症状管理や生活の質の向上に貢献できる重要なツールである。

参考文献

ADHD 適正流通管理システム事務局. (n.d.). ADHD 適正流通管理システム. Retrieved February 21, 2024, from https://www.adhd-vcdcs.jp/apply_login

Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Jensen, C. M., Hayes, A., Carucci, S., Atkinson, L. Z., Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbui, C., Purgato, M., Steinhausen, H. C., Shokraneh, F., Xia, J., & Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet Psychiatry, 5(9), 727–738. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30269-4

8-2 併存疾患の影響

ADHD は併存症と合併症がきわめて多い疾患である。併存症（comorbidity）とは定義上、最初から併存する障害を示し、合併症（complication）はその進行や経過によって生じる二次的な障害を指す。その中でも ADHD の併存症としては ASD、学習障害、てんかんやチック症が、合併症としては反抗挑発症（ODD）、素行症（CD）、不安症やうつ病が知られる。併存症と合併症を厳密に分けることは困難なため、しばしば両者を一つにまとめて報告する場合がある。

ADHD の併存・合併症の有病率はライフステージにおける年齢によっても異なるが、成人期ではより多彩な疾患が高い割合で報告される。若年成人（18-19 歳）における頻度の高い合併症として全般不安症（24.9%）、社交恐怖症（20.2%）、うつ病（13.6%）がある（Caye et al., 2016）。成人期の 65-89%が何らかの精神疾患を合併し、その中でも抑うつ症群、不安症、物質関連症群、パーソナリティ症が多いことが報告されている（Sobanski et al., 2006）。別の報告でも 94.98%が何らかの精神疾患を、62.79%が何らかのパーソナリティ症を合併し、アルコール依存症（38.93%）、双極症（33.56%）、うつ病（26.39%）、全般不安症（25.99%）、社交恐怖症（22.82%）が頻度の高い合併症として報告された（Bernardi et al., 2011）。

成人期の ADHD 治療において重要なのは、これらの併存・合併症に十分留意し、双方向でそれぞれの鑑別と対応を行うことにある。ADHD 及びその併存・合併症がどのように影響し合っている結果、心理社会的機能障害につながっているかを理解するために情報整理が不可欠である。同時に、これらに基づいて対応の優先順位をつけることも大切になる。

成人期の ADHD 診断においては、初診時に小児期の ADHD と重なる症状が多く報告されている（Faraone et al., 2004）。具体的には、集中困難、計画性の乏しさ・整理整頓の困難さ、仕事を未完成のままにしてしまう傾向、不注意の症状が多く見受けられる。このように ADHD を疑う明示的な手がかりがある場合や自発的に ADHD を疑って受診される場合を除けば、ADHD らしい主訴を持ち込まないケースも臨床感覚として少なくない。逆境体験によるうつや不安を契機に発達特性が顕在化することもあるため、ADHD 診療では併存・合併症を意識した幅広い対応と見逃さない姿勢が重要である。

参考文献

Bernardi, S., Faraone, S. V., Cortese, S., Kerridge, B. T., Pallanti, S., Wang, S., & Blanco, C. (2011). The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Psychological Medicine, 42(4), 875–887. https://doi.org/10.1017/s003329171100153x

Caye, A., Rocha, T. B., Anselmi, L., Murray, J. A., Menezes, A. M. B., Barros, F. C., Gonçalves, H., Wehrmeister, F. C., Jensen, C. M., Steinhausen, H., Swanson, J. M., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2016). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder trajectories from childhood to young adulthood. JAMA Psychiatry, 73(7), 705. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0383

Faraone, S. V., Spencer, T., Montano, C. B., & Biederman, J. (2004). Attention-Deficit/Hyperactivity

disorder in adults. Archives of Internal Medicine, 164(11), 1221. https://doi.org/10.1001/archinte.164.11.1221

Sobanski, E. (2006). Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256(S1), i26–i31. https://doi.org/10.1007/s00406-006-1004-4

8-3 家族やパートナー（重要な他者）との連携について

本マニュアルに記載されている ADHD の CBT は基本的に個人療法として実施することが想定されているが、CBT 実施前のインテークや CBT のセッションに家族やパートナーが同席することがあれば、それは治療に有用である。家族やパートナーから患者に関する情報を得られるだけでなく、診察室において患者と家族・パートナーの関係性を観察できる機会となる。また、必要に応じて、家族やパートナーに対して ADHD に関する心理教育を行うとよい。すなわち、患者の不注意や多動性–衝動性は患者のパーソナリティや人間性の問題ではなく ADHD の症状だと理解してもらうことが重要である。その際には、患者の主治医が行っている疾患教育と矛盾しないように注意する。また、家族やパートナーは患者の ADHD 症状にストレスを感じたり疲弊していたりすることもあり、その大変さを労うことも重要である。

ADHD の症状を持つ成人では離婚率が高いことが知られている（Soares et al. 2021）。患者と家族やパートナーとの関係性に問題が生じ、家族機能に影響を与えている場合（例：不注意により患者が家族の話を聞けていない。患者が衝動的に行動するため家族が振り回される。）、治療上の重要なテーマとなりえる。患者と協同して CBT の中でその問題を扱うことを検討するとよい。また、家族を治療に関与させる際には、Safren（2011）の「家族の関与」が参考になる。

参考文献

Safren, S. A., Sprich, S., Perlman, C. A., & Otto, M. W. (2005). Mastering your adult ADHD: A cognitive behavioral treatment program. Therapist guide. New York: Oxford University Press.

（坂野雄二（監訳）. (2011). *大人の ADHD の認知行動療法: 本人のためのワークブック*. 日本評論社）

Soares LS, Alves ALC, Costa DS, Malloy-Diniz LF, de Paula JJ, Romano-Silva MA, de Miranda DM (2021) Common Venues in Romantic Relationships of Adults With Symptoms of Autism and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Front Psychiatry, 2021 Jun 18;12:593150. doi: 10.3389/fpsyt.2021.593150.

8-4 復職支援・就労支援との連携について（職場との連携）

厚生労働省の令和 4 年度労働安全衛生調査（実態調査）によると、メンタルヘルス不調により連続 1 か月以上休業した労働者又は退職した労働者がいた事業所の割合は 13.3%である。また、連続 1 か月以上休業した労働者の割合は 0.6%、退職した労働者の割合は 0.2%となっている（厚生労働省, 2023）。成人の ADHD では、メンタルヘルスの問題が就労に悪影響を与えることが多く、これが重要な課題となっている（Admou et al., 2013）。

成人の ADHD 患者に対しては、医療的支援（薬物療法や精神療法など）に加えて、復職支援や福祉的支援（就労移行支援、相談支援事業所、就労継続支援事業、ハローワーク、若者サポートセンターなど）を活用することがある。CBT の基礎理論である機能分析では、環境、行動、結果の関係性を分析する。この観点から、就労に関する支援や職場環境を理解することも CBT の重要な一環となる。

職場との連携においては、可能であれば直接、職場の上司などと連携することが望ましい。しかし、それが難しい場合でも、患者の周囲の職員の職歴、性格、仕事内容、本人との関係性などを把握することで、環境要因の理解を深めることが可能である。これは機能分析における環境の把握に繋がり、より効果的な介入計画の立案に役立つことが多い。もちろん患者の視点での周囲の職員の情報収集となるため正確な情報とは限らず、あくまで主観的な情報として活用すべきである。

復職支援や就労支援を活用する際には、福祉職員などと連携して治療を継続することが望ましい。例えば、就労移行支援事業所での訓練内容を十分に理解できない、あるいはカリキュラムを上手く進められない場合がある。このような状況で、CBT のセッションにおいて訓練の進展を妨げている要因を分析し、改善策を検討することで、福祉的支援の効率を高めることができる。

CBT は通常 1 週間に 1 度から 1 か月に 1 度の頻度で行われるが、福祉的支援はより高頻度（週に数回～平日毎日）で利用されることが多い。しかし患者は福祉的支援を受けながらもそこで学ぶべき事柄を十分に習得していないことがある。そのため、福祉的支援で体験したことや成功や失敗についてカウンセリングの中で認知行動理論に基づいて整理して理解しやすくするなり、学びを深めることが可能である。福祉的支援の職員との連携の度合いは、ケースごとに適切に調整する必要がある。利用者本人の特性、福祉的支援での理解度、福祉職員の発達障害や CBT に関する知識など、多角的な視点から最適な連携の深さを判断することが求められる。

参考文献

労働安全衛生調査 (2023). 厚生労働省　https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/r04-46-　50b.html

Adamou, M., Arif, M., Asherson, P., Aw, T., Bolea, B., Coghill, D., Guðjónsson, G., Halmøy, A., Hodgkins, P., Müller, U., Pitts, M., Trakoli, A., Williams, N., & Young, S. (2013). Occupational issues of adults with ADHD. *BMC Psychiatry*,13:59.

https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-59.

8-5 その他の役に立つツールやスキル

本マニュアルの ADHD-CBT プログラムは、ADHD の症状をもつ患者に役立つスキルを中心に構成されている。紙面の都合上、プログラムには入っていないが、他にも CBT を行う中で役立つスキルは多くあるため、役立つスキルとツールについて簡易に紹介する。

認知行動療法の基本について

まず、本プログラムは、治療者がすでに、CBT の基本を学んでいることを前提としている。そのため、もし、本プログラムを実施するにあたり、CBT の基本が未習得であれば、厚生労働省認知行動療法研修事業等[1]を活用して CBT の基本を学ぶことを推奨する。また、本マニュアルを学ぶ中で、概念化や目標設定、問題解決法や認知再構成法などの CBT の基盤となる用語やスキルの詳細な説明については、「認知行動療法の共通基盤マニュアル」[2]をダウンロードし、学ぶことができる。

セッションの時間を効率的に行うために

チェックインの時間を節約するために、事前に患者が自分でセッションの振り返りやその日のアジェンダを検討することができる「はじまりとおわりのシート」がある。ウェブサイト「認知行動療法マップ」[3]からダウンロードできる。

気持ちを上手に伝えるアサーション

ADHD 症状をもつ患者の苦手さを補うために、遅刻の連絡や、提出期限の延長の交渉、援助希求、タスク過多の際の断り方、感情的にならずに自分の意見を適切に伝えるなどのスキルが必要なことがある。もし、それらの自己主張のスキルが不足しているときには、アサーションが役に立つ。「気持ちを上手に伝えるワークシート」[3]を活用してアサーションについてセッションで取り組んだ後に、「気持ちを上手に伝える」の動画[3]をアクションプランで患者がみて、知識の定着を図ることができる。

ウェブサイト「認知行動療法マップ」３にてダウンロードできるワークシートと動画

上記で説明した以外に、下記の CBT のスキルのワークシートがダウンロードでき、動画が閲覧できる。それぞれの患者の概念化に基づき、必要なスキルを適宜検討しながら追加して実施できるように紹介する。

- 目標設定のための①目標を決めるワークシート
- 行動への工夫を促す行動活性化のための②週間活動記録表③行動を振り返る④気分を楽にする 100 のアイディアシートと動画「行動を活性化させる」
- 問題解決のための⑥問題を解決するワークシートと動画「問題を解決する」
- 認知再構成のための考え方の工夫を促す⑤6 つのコラム⑧心の法則リスト⑨中核的な考え方のクセに気づく（下向き矢印法）⑪「認知のかたより」に注目するワークシートと動画「考えを工夫する（適応的思考の導き方）」「考えを工夫する（6 つのコラム）」

・治療終結の準備のための⑩治療の終結に向かうワークシート

参考文献

厚生労働省認知行動療法研修事業.「厚生労働省認知行動療法研修事業」https://mhlw-cbt-training.ncnp.go.jp/index.html（参照 2024 年 3 月 17 日）

日本医療研究開発機構（AMED）各精神障害に共通する認知行動療法のアセスメント、基盤スキル、多職種連携マニュアルの開発に関する研究班.「認知行動療法の共通基盤マニュアル」 http://jact.umin.jp/manual/（参照 2024 年 3 月 17 日）

厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「認知行動療法の技法を用いた効率的な精神療法の施行と普及および体制構築に向けた研究（課題番号：20GC1801 研究代表者：久我弘典）」.「認知行動療法マップ」https://cbtmap.jp（参照 2024 年 3 月 17 日）

＊＊＊＊参考文献・サイト＊＊＊＊

1. CBT を学べるサイト

・NCNP　CBT センターHP…https://cbt.ncnp.go.jp/

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター（NCNP）に設置されている CBT の臨床研究、人材育成及活動支援と連携を行う機関、CBT センターのホームページであり、CBT に関する研究、研修、CBT マテリアルについて情報発信している。

・認知行動療法マップ…https://cbtmap.jp/movie/

CBT のスキルである行動活性化、問題解決法、認知再構成などの動画の閲覧、CBT に関する各種マテリアルであるワークシートやマニュアルをダウンロードできる。

・日本認知療法・認知行動療法学会 HP…https://jact.umin.jp/manual/

CBT の心理教育、導入に役立つ支援ツール、認知行動療法の基盤マニュアルがダウンロードできる。

・こころコンディショナーチャンネル（認知行動変容アプローチを使ってウェルビーイングに生きる）…https://www.youtube.com/channel/UC47pR36mUzgu8IkToQqtGtQ

大野裕先生によるユーチューブでの認知行動療法解説チャンネルである。

・一般社団法人認知行動療研修開発センターHP…https://cbtt.jp/videolist/

大野裕先生による認知行動療法 e-ラーニング、研修等のサイトである。

・厚生労働省「こころの耳」/15 分でわかる認知行動変容アプローチ
…https://mhlw.go.jp/e_cba/

メンタルヘルスケアに関するさまざまな情報や相談窓口を提供している HP であり、認知行動変容アプローチの e-ラーニングページもある。

・厚生労働省認知行動療法研修事業…https://mhlw-cbt-training.ncnp.go.jp/

厚生労働省認知行動療法研修事業が案内されている。

2. ADHD のガイドライン

・ADHD の診断・治療指針に関する研究会 (編集). 齊藤万比古 (編集). 飯田順三 (編集).(2022).注意欠如・多動症－ADHD－の診断・治療ガイドライン　第 5 版

・CADDRA…https://www.caddra.ca/

カナダにおける ADHD の分野に関心のある医療、ヘルスケア、研究の専門家のための独立した非営利リソース組織。実践ガイドライン（PDF 版）が無料でダウンロード可能。

・NICE…https://www.nice.org.uk/guidance/ng87

イギリスにおける、子供、若者及び成人の ADHD に対する認識、診断及び管理を対象としたガイドラインである。

・日本 ADHD 学会…https://www.js-adhd.org/

ADHD の正しい理解と適切な診断・治療の普及と啓発を目指した学会。

3. 大人の ADHD の CBT に関する書籍

・中島美鈴 稲田尚子. (2017). ADHD タイプの大人のための時間管理ワークブック: なぜか「間に合わない」「時間に遅れる」「約束を忘れる」と悩んでいませんか. 東京: 星和書店.

・中島美鈴, 稲田尚子, 谷川芳江, 山下雅子, 高口恵美. (2020). ADHD タイプの大人のための時間管理プログラム: スタッフマニュアル. 東京: 星和書店.

・Safren, S. A., Sprich, S., Perlman, C. A., & Otto, M. W. (2005). *Mastering your adult ADHD: A cognitive behavioral treatment program. Therapist guide.* New York: Oxford University Press.（坂野雄二（監訳）. (2011). *大人の ADHD の認知行動療法: 本人のためのワークブック*. 日本評論社）

・Safren, S. A., Perlman, C. A., Sprich, S., & Otto, M. W. (2005). Mastering your adult ADHD: A cognitive-behavioral treatment program. Therapist guide. New York: Oxford University Press.（坂野雄二（監訳）. (2011). *大人の ADHD の認知行動療法: セラピストガイド*. 日本評論社）

・J.Russell Ramsay and Anthony L. Rostain. (2007). Cognitive Behavioral Therapy for Adult ADHD: An integrative Psychosocial and Medical Approach.（武田俊信・坂野雄二,監訳,武田俊信・金澤潤一郎訳）.(2012) *成人の ADHD に対する認知行動療法*..東京：金剛出版.

＊＊＊＊＊別添資料１＊＊＊＊＊

この資料は、いくつかのモデルケースを挙げて、どのような方にどのような選択ワークの選び方が役立つかをイメージすることを目的とする。

モデルケースでは、選択ワークを複数挙げ、ワーク番号の少ない順に並べているが、必ずしもこの順に実施するものではなく、患者と話し合い現状に応じて優先順位をつけて実施していただきたい。

＊モデルケース１：遅刻を繰り返す時間管理に問題がある A さん

主訴：夜にスマホでマンガを読んで夜更かしし、生活リズムが整わず朝起きられず遅刻。朝もバタバタして、よく忘れ物を取りに帰るのでさらに遅刻する。

必修ワーク 4 つの後に、5 つのワークに取り組んだ。
「セッション 05: 時間管理ツールの導入」
「セッション 06: 生活リズムを整える」
「セッション 07: 時間の逆算」
「セッション 14: 整理整頓」
「セッション 19: 過集中対策」

＊モデルケース２：期限までに仕事を終えられない B さん

主訴：複数の仕事が重なると、優先順位がつけられずパニック。期限までに間に合わない。仕事をしながら時間の経過を気にすることができず、一部にこだわってしまう。一方ケアレスミスも。

必修ワーク 4 つの後に、8 つのワークに取り組んだ。
「セッション 08: 自己報酬マネジメント」
「セッション 09: ToDo リストの活用」
「セッション 10: ロジックツリーToDo リスト」
「セッション 11: 計画立て」
「セッション 12: 優先順位づけ（緊急性）」
「セッション 13: 優先順位づけ（重要性）」
「セッション 15: 注意持続訓練」
「セッション 19: 過集中対策」

＊モデルケース３：うつ病で受診して、ADHD と診断された C さん

主訴：事務職として勤務していたが、ミスを繰り返してうつ状態に。書類の紛失、感情の波の問題あり。休みの日は布団から出ずに、ずっとゲームをして現実逃避。

必修ワーク 4 つの後に、7 つのワークに取り組んだ。
「セッション 16: 適職探し」
「セッション 17: 感情調整」
「セッション 18: 認知再構成法」

「セッション 19: 過集中対策」
「セッション 20: 余暇の過ごし方」
「セッション 14: 整理整頓」
「セッション 15: 注意持続訓練」

＊＊＊＊編集者一覧＊＊＊＊

・久我　弘典（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター、担当執筆：はじめに、第II、VIII章監修、第II章 2-3）

・梅本　育恵（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター、担当執筆：第V章監修、第III章 3-4, 第VI章 6-4, 第VIII章 8-5）

・高松　直岐（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター、担当執筆：第III章監修、第VIII章 8-1, 8-2）

・千葉　裕之（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター、担当執筆：参考文献・サイト）

・松浦　桂（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター、担当執筆：第II章 2-1, 2-2, 第VI章 6-2, 第VII章 7-1）

・近藤　真前（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター、担当執筆：第VI章およびVII章監修、第VIII章 8-3）

・中島　美鈴（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター臨床研究部、担当執筆：第I章 1-1,1-5,第III章 3-1, 3-2, 3-3,第IV章監修、第VI章 6-3、別添資料）

・中尾　智博（九州大学大学院医学研究院精神病態医学、担当執筆：第I章監修）

・豊見山　泰史（九州大学大学院医学研究院精神病態医学、担当執筆：第I章 1-2）

・首藤　愛佳（九州大学大学院医学研究院精神病態医学、担当執筆：第V章 5-1）

・金澤　潤一郎（北海道医療大学心理学部、担当執筆：第I章 1-3,1-4,第VIII章 8-4）

・牧野　加寿美（医療法人要会かなめクリニック、担当執筆：第IV章 4-4, 4-5, 4-6, 4-7, 4-8）

・前田　エミ（医療法人要会かなめクリニック、担当執筆：第IV章 4-1, 4-2, 4-3）

・金織　来多（うえむらメンタルサポート診療所、担当執筆：第VI章 6-5, 6-6）

・神前　洋帆（うえむらメンタルサポート診療所、担当執筆：第V章 5-2）

＊＊＊＊利益相反＊＊＊＊

AMED 障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）「研究開発課題名：成人期の注意欠如・多動症に対する個人認知行動療法の統一プログラムの開発（課題管理番号：21dk0307100h0001）」研究班は、「成人期の ADHD の認知行動療法マニュアル」編著者一覧掲載者と製薬企業との間の経済的関係につき、以下の基準で過去 3 年間の利益相反状況の申告を得た。

編著者一覧掲載者とその配偶者と 1 親等親族または収入・財産的利益を共有する者および所属組織、部門の長はすべて「成人期の ADHD の認知行動療法マニュアル」の内容に関して、関連疾患の医療・医学の専門家として、科学的および医学的公正さと妥当性を担保して編集作業を行った。利益相反の扱いに関しては、日本医学会「COI 管理ガイドライン」（2022 年）に従った。

以下の項目に該当する著者はみられなかった（対象期間は 2021 年 1 月 1 日～2023 年 12 月 31 日）。

1）企業・組織や団体が提供する研究費については，1 つの企業・団体から， 医学系研究（共同研究，受託研究，治験など）に対して実質的に使途を決定し得る研究契約金の総額が年間 1,000 万円以上である。

2）企業・組織や団体が提供する寄附金については，1 つの企業・団体から， 申告者が所属する所属機関・部門そのものあるいは所属機関・部門の長に対して，実質的に使途を決定し得る寄附金で実際に割り当てられた総額が 年間 200 万円以上である。

3）その他として，申告者所属の研究機関，部門あるいはそれらの長（過去 3 年以内に共同研究，分担研究の関係）が株式保有（全株式の 5%以上）， 特許使用料，あるいはベンチャー企業への投資などがある。