

201027014A

厚生労働科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

成人期注意欠陥・多動性障害の疫学、
診断、治療法に関する研究

平成22年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 中村 和彦

平成23(2011)年4月

目 次

I. 総括研究報告書

- 成人期注意欠陥・多動性障害の疫学，診断，治療法に関する研究 …………… 1
中村和彦

II. 分担研究報告書

1. 成人期 ADHD の疫学調査—中間結果の報告（その 2）1 次調査の最終結果— …… 17
中村 和彦， 森 則夫， 辻井 正次， 尾内 康臣， 武井 教使， 大西 将史
2. 成人期 ADHD の疫学調査—中間結果の報告（その 3）2 次調査の中間結果— …… 28
中村 和彦， 森 則夫， 辻井 正次， 尾内 康臣， 武井 教使， 竹林 淳和，
大西 将史， 内山 敏
3. 成人期 ADHD 用のアセスメントツール CAARS 日本語版の予備調査 …… 37
辻井 正次， 大西 将史
4. 成人期注意欠陥・多動性障害の疫学，診断，治療法に関する研究：
実態把握と診断・治療の指針作成に関する研究（2） …… 59
齊藤万比古， 渡部 京太， 小平 雅基， 宇佐美政英， 岩垂 貴喜， 宮崎 央桂，
黒江美穂子， 大西 豊史， 青木 桃子， 永田 真由， 勝見 千晶
5. 成人期注意欠陥・多動性障害の疫学，診断，治療法に関する研究：
AD/H/D の下位分類による予後の比較検討 …… 72
市川 宏伸， 中山 淑子， 富永 卓男， 須山 聡 ， 佐藤 真菜
6. 被虐待児の父親に関する ADHD 調査について …… 76
杉山登志郎， 山村 淳一
7. 成人期注意欠如・多動性障害の疫学，診断，治療法に関する研究：
ADHD の診断基準の国際的な動向と併存症 …… 80
齊藤 卓弥

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 …… 83

IV. 研究成果の刊行物・別刷り …… 84

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

総括研究報告書

成人期注意欠陥・多動性障害の疫学，診断，治療法に関する研究

主任研究者 中村 和彦 浜松医科大学精神神経医学講座 准教授

研究要旨

ASRS-Screener を用いて、静岡県浜松市の 18 歳から 49 歳の男女 10000 人を対象として疫学調査を行った。その結果、3910 名から調査協力が得られ、回収率は 39.1%であった。調査協力者のうち 196 名が Screening において陽性となり、成人期 ADHD の疑いがある陽性群となった。この陽性群と陰性群について、様々な観点から比較を行ったところ、性別、年齢家族構成、結婚歴、職業、世帯の合計年収、現在の健康状態、通院の有無、過去 1 年での悩み事やストレスの有無において有意差が認められ、いずれの項目についても、陽性群の方が顕著に否定的な特徴がみられた。この陽性群の中で、2 次調査への参加意思のあった 102 名の調査協力者に対して、面接調査を依頼し、22 名の協力を得た。Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) を用いた診断面接を行ったところ、9 名が成人期 ADHD の診断が下りることが明らかになった。この結果から算出される有病率の推定値は、2.09% (95%信頼区間=1.64-2.54) であった。

治療の上で重要なアセスメントツールに着目し、成人期の注意欠陥多動性障害 (ADHD) の診断ツールとして欧米で広く使用されている Conners, C. K.による Conners' Adult ADHD Rating Scale (CAARS) の日本語版を作成し、日本人青年を対象とした予備調査を実施した。自己評定として、218 名の大学生と、観察者評定として大学生の保護者 179 名に質問紙への回答を分析した。その結果、CAARS 日本語版は、自己評定、観察者評定ともに全般的には内的整合性という面で十分な信頼性が認められたが、一部の項目においては十分な値が得られなかった。このことから、それらの項目については、日本語の表現を修正する必要があることが示唆された。

現状では、成人期 ADHD の診断は DSM, ICD の診断基準に沿って診断されているのが一般的であるが、DSM-IVの診断基準は、成人期 ADHD の診断を行う上では実用上問題があることが指摘されている。成人期 ADHD の診療の現状を調査するために、成人期 ADHD を診断するために使用している診断基準、アセスメント・ツール、検査などについてのアンケート調査を実施した。1) 成人期 ADHD の診断に際しては、DSM-IV-TR や ICD-10 の診断基準が使用されていることが多かったが、DSM に準拠した「ADHD の臨床診断面接フォーム」や「Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)」といった半構造化面接が行われることが少ないこと、成人期 ADHD 症状の評価尺度である「Conners' Adult ADHD Rating Scale (CAARS)」が使用されることも少ないこと、そ

して対象の多くが「医師の経験に基づく通常の診断面接」によって成人期 ADHD 患者の診断を行っていることが示された。2) 調査対象のおよそ半数が診断の決め手となるとして選択した診断基準の項目は、①DSM-IV-TR では「不注意な間違い」、②DSM-5 では「不注意な過ちをおかす」、「課題や活動を順序立てることが困難」、「考えずに行動する傾向」、③Barkley らが提案している成人期 ADHD の診断基準では認めなかったという結果が得られた。3) 成人期 ADHD の診断の際に行われる医学的検査や心理発達検査として、脳波検査、頭部 MRI 検査、頭部 CT 検査といった脳画像検査、甲状腺ホルモンを含めて血液検査、心電図検査、WAIS-III といった知能検査がよく行われていた。今後、「CAADID」や「CAARS」といった(半)構造化面接や評価尺度が普及し使用しやすくなることが期待される。

注意欠陥多動性障害(ADHD)は、7歳未満に認められる不注意・多動・衝動性という行動上の特性により診断される発達障害である。以前は経年的な変化により成人になるにつれて症状の軽快を認めるという考えがあったが、近年成人期のADHDの存在や経過中に他の発達障害の症状が顕在化するなど、その予後の多様さが知られるようになってきた。アメリカでは1990年代を中心にNew York Study やBiederman Studyなどいくつかの大規模な予後研究がなされてきたが、わが国では成人期まで継続した十分な予後調査がなされていないのが現状である。東京都梅ヶ丘病院(現東京都立小児総合医療センター)外来年間初診患者数1600名中、初診時診断がADHDである者は10%程度(10年前は25%)である。臨床での経過をみていくと、ADHDの多動・衝動性優勢型、不注意優勢型、混合型それぞれの下位分類(subtype)において、予後が異なることが推測される。今回我々は1年目の調査の結果を踏まえ、さらに全体数を増やしてADHDの下位分類による予後の違いを検討するため、平成16年～平成18年の3年間に東京都立梅ヶ丘病院(現東京都立小児総合医療センター)を受診した初診時ADHDの患者を対象に、主治医への調査及びカルテ調査を実施した。それにより、subtypeや性別、GAFスコア、併存疾患、服薬等に分類し、比較検討した。その結果、subtypeでは混合型が最も多く、加療期間中にsubtypeの変化を認めたのは5名であった。併存疾患として行為障害が存在すると薬物加療への導入率などが高く、ADHD単発群に比べ加療の困難さを認めた。各subtypeにおいて、最終GAFと初診時GAFの改善に統計上有意な差はみられなかった。今回の研究でADHDのsubtypeによる予後の明確な相違は認められなかった。今後は更なる症例の蓄積を行い、予後へ影響を与える各々の因子について詳細に検討していく予定である。

被虐待児に見られる ADHD と ADHD 様症状の鑑別のため、その父親の ADHD 的素因の有無に関して、アンケート調査(ASRS と CARRS)を行った。結果は、ASRS で 25%、CARRS で 62.5%に ADHD 的素因が認められた。従って、ADHD 診断の被虐待児の父親には、ADHD の基盤を持つ者と待たない者の混在が示唆された。

注意欠如・多動性障害(ADHD)は、小児期に発症する疾患である。しかし、近年慢性的な経過をとり、従来とは異なり成人の約 2 から 6%に ADHD の診断がされると推定されている。一方で、従来の診断基準では発達面での配慮がされておらず、成人の ADHD の診断は困難であると同時に不正確であった。現在、DSM システム・ICD システムでも診断・分類基準の改訂期にあたり成人 ADHD の診断の

概念や基準の変化とともに大きな転機にあり、現在成人の ADHD の診断基準の作成が行われている。今後、本邦での診断の標準化のためにも現在の成人の ADHD の診断基準の国際的な動向について明確することは重要である。現在、改訂中の DSM-5 の草案では、ADHD を神経発達障害と位置づけ、発達の段階を考慮し成人の ADHD を定義している。成人の ADHD の定義が明確にされることにより、今後気分障害を含めた併存障害の合併率や治療への働きかけに対しても大きな影響があると考えられる。

分担研究者

齊藤万比古 国立国際医療センター国府台病院児童精神科
松本 英夫 東海大学医学部専門診療学系精神医学
齊藤 卓弥 日本医科大学精神医学教室
森 則夫 浜松医科大学精神神経医学講座
辻井 正次 中京大学現代社会学部
尾内 康臣 浜松医大メディカルフォトニクス研究センター
杉山登志郎 浜松医科大学医学部児童青年期精神医学講座
市川 宏伸 東京都立小児総合医療センター
神尾 陽子 国立精神・神経医療研究センター
武井 教使 大阪大学・金沢大学・浜松医科大学連合大学院小児発達学研究科
田中 康雄 北海道大学大学院
大西 将史 浜松医科大学子どものこころの発達研究センター
谷 伊織 浜松医科大学子どものこころの発達研究センター

A.研究目的

1, 2. 欧米での成人期 ADHD の有病率は 4% 程度とされており (Kessler et al., 2006; Resnick, 2000), 成人期においても決して希な障害ではない。このことから、近年では、ADHD は児童期のみの問題ではなく、生涯を通じた問題という認識が一般化しつつある。このように、欧米では児童期だけでなく、成人期の ADHD も注目され、有益な知見が蓄積されつつある。しかしながら、我が国においては、成人期 ADHD に関して言えば、欧米の知見が紹介されているにすぎず、組織的な研究は存在しない。そのため、どの程度の有病率で、どのような経過をたどるのかといったことは明確にはされておらず、臨床現場での経験に頼る

部分が多い。そこで、本研究では、欧米の研究と比較可能な規模での成人期 ADHD の有病率に関する疫学調査を実施した。

3. 我が国では、現在のところ成人期 ADHD をアセスメントする上で必要なツールは十分に整備されていない。本研究班の最終的な目的の一つとして、成人期 ADHD の診断・治療に必要なアセスメントツールを整備することがある。そこで、本研究では、成人期 ADHD のアセスメントツールに関するレビューにもとづき、欧米の研究および臨床場面において広く使用されている **Conners' Adult ADHD Rating Scale (CAARS)** の日本語版を作成し、日本人青年を対象とした予備調査を実施した。CAARS には因子分析にもと

づく4つの下位尺度と、DSM-IVの診断基準にもとづく2つの下位尺度などから構成される。本研究では予備調査のデータから、これらの下位尺度の特徴について検討を行う。

4. 昨年度われわれは、成人期ADHDの先行研究をレビューし、成人期ADHDの疾患概念について検討し、BarkleyらがDSM-5にむけて提案している成人期ADHDの診断基準を紹介した。今年度は、成人期ADHDの診療の現状を調査するために、日本ADHD学会会員、日本児童青年精神医学会の認定医、評議員およびその周辺の児童精神科医、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院の児童精神科医、過去5年間に思春期・成人期のADHDや広汎性発達障害に関する論文を執筆者でそのうち医師だった者を対象に、成人期ADHDを診断するために使用している診断基準、アセスメント・ツール、検査などについてのアンケート調査を実施し、その結果の一部を報告する。

5. ADHDの下位分類(多動・衝動性優勢型、不注意優勢型、混合型)において、予後の相違を調査することを目的とした。

6. 被虐待児でADHDを呈する児には、ADHDが基盤にあって虐待を受けた者と、虐待によってADHD様症状がみられる者の2つの型が存在すると考えられる。これら2つの型において、後者では、抗ADHD薬の無効例が多く、治療上、鑑別が重要となってくる。今回我々は、実際に被虐待児でADHD様症状のみられる患児達の父親の調査を、実際のADHD評価尺度を用いて行う事にした。被虐待児の父親を調査し、そのADHD的素因の有無を検討し、加虐側の病理検討を試みた。

7. ADHDの診断基準の改訂とともに明確になってきている、成人のADHDの診断に関する基本的な概念を検討し、今後の気分障害についての併存についての調査への影響について検討を行う。

B. 研究方法

1, 2. 静岡県浜松市を研究フィールドとした。浜松市は、人口約81万人の政令指定都市であり、本研究では、浜松市に在住する18歳から49歳までの男女の中から、無作為に10,000人を抽出し、調査対象者とした。その際、3歳刻みの8つの年齢帯および性別から16のグループを構成し、各グループの人数を住民基本台帳の人口按分をもとに算出した。1次調査のスクリーニングにおいて陽性となった196名と、陰性となった3715名の一部を調査対象者とした。Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) CAADIDは、Conners, C. K.らによって作成されたDSM-IVにもとづく診断用の半構造化面接形式の評価尺度である(Epstein, Johnson, & Conners, 2001)。Part IとPart IIから構成され、約90分の面接時間を要する。(1)スクリーニング陽性者への調査: 1次調査においてスクリーニング陽性となった196名のうち、2次調査に協力する意思のあった103名に対して、2次調査への協力を依頼した。承諾の得られた者に対して、CAADIDを実施した。CAADID実施の約1ヶ月後に、1回目の面接結果を知らない別の面接者がDSM-IVにもとづく診断面接を実施した。(2)スクリーニング陰性者への調査: 1次調査においてスクリーニング陰性となった3715名のうち、2次調査に協力する意思のあったのは1328名であった。この中から、スクリーニング陽性者の2次調査協力者と性別・年齢帯をマッチングさせた者を抽出し、2次調査への協力を依頼した。承諾の得られた者に対して、DSM-IVにもとづく診断面接を実施した。

3. 本研究班の分担研究者が担当している東海地方の4年制大学の学生に調査への協力を求めた。人数は、218名(男74名、女144名、平均年齢20.32歳、SD=3.3)であった。また、大学生の普段の行動などについてよく知るInformant 179名(男32名、女143名、不明4名、平均年齢45.55

歳, SD=10.04)にも調査への協力を求めた。Informant と対象者との関係の内訳は, 親 153 名, 兄弟姉妹 8 名, 友人 7 名, 配偶者・恋人 6 名, 祖母・伯父 2 名, 不明 3 名)であり, ほとんどが親であった。CAARS は, Conners, C. K.らによって作成された自己記入式の評価尺度である (Conners, Erhardt, & Sparrow, 1999)。項目の内容は, DSM-IV の診断基準にもとづいている。本研究では, CAARS Long Forms を用いた。Long Form は, 66 項目あり, そこには, 因子分析にもとづく 4 つの下位尺度と, DSM-IV の診断基準に則った DSM-IV ADHD Symptom Subscale (2 下位尺度とそれらの合計), 成人期 ADHD を非精神疾患群から弁別するのに適した ADHD Index, さらに被調査者の回答が信頼できるものか判断する材料となる Inconsistency Index から構成される。因子分析にもとづく 4 つの下位尺度は, ①Inattention/Memory Problems (12 項目), ②Impulsivity/Emotional Lability (12 項目), ③Hyperactivity/Restlessness (12 項目), ④Problems with Self-Concept (6 項目)である。DSM-IV ADHD Symptom Subscale には, Inattention Symptoms (9 項目)と, Hyperactive-Impulsiveness Symptoms (9 項目), さらにこれらを合算した Total ADHD Symptoms がある。ADHD Index は, 12 項目の単一の尺度で, 一部他の下位尺度を構成する項目が重複して含まれている。Inconsistency Index は, 互いに内容の類似した 2 項目を 8 組選定し, それぞれの項目得点の差得点の絶対値を合計して算出される。この値が 8 点以上であれば, 評定者の回答にムラがあることを示唆し, 他の尺度得点の解釈に注意が必要となる。自己報告版, 観察者報告版とも, 項目の内容が当てはまる程度を 4 段階 (0~3 点)で評定する。分担研究者が講義時間を利用して学生に本研究の目的と内容を説明し, 同意の得られた者に調査用紙を配布した。自己評定版は学

生自身に記入を依頼し, 観察者版は, 学生の保護者などが記入した。

4. 本研究では, 成人期 ADHD を 18 歳以上の『ADHD の症状を持つ成人, あるいは ADHD の児童が成人後もその症状を残存している状態』と定義した。そして, 『成人期 ADHD の診断・治療に関するアンケート調査票』を作成した。この調査票は, ①成人期 ADHD を診療する時に使用する診断基準, ②米国精神医学会の診断基準である DSM-IV-TR, 2010 年 2 月上旬に発表された DSM-5 のドラフトにおける ADHD の診断基準, および Barkley らが DSM-5 にむけて提案している成人期 ADHD の診断基準の項目のうち, 成人期 ADHD の患者の症状としてよくみられる項目, そして診断の決め手となる項目, ③成人期 ADHD を診断する時に施行されるアセスメント・ツールや検査などについて質問する形式になっている。①, ③は, 「必ず使う (日常的に必ず使う)」「しばしば使う (日常的によく使う)」「ときどき使う (日常的にたまに使う)」「ほとんど使わない (日常的に使わない)」の 4 段階評価で回答してもらった。②は, それぞれの診断基準の項目について, 成人期 ADHD 患者の症状として「よくみられるものか」, そして成人期 ADHD の診断の決め手となる項目になるのはどの項目かをいくつでも選択できる形式になっている。日本 ADHD 学会医師会員, 日本児童青年精神医学会の認定医, 評議員およびその周辺の児童精神科医, 全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院で診療している児童精神科医, 過去 5 年間に思春期・成人期の ADHD や広汎性発達障害に関する論文を執筆者のうち医師を対象とした。なお, 過去 5 年間に思春期・成人期の ADHD や広汎性発達障害に関する論文は, 医学中央雑誌刊行会の「医中誌 web」を思春期, 青年期, 注意欠如・多動性障害 (ADHD), 広汎性発達障害, アスペルガー障害, 発達障害という key word で検索を行った。今回の報告では,

日本 ADHD 学会の医師会員、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院で診療している児童精神科医、過去 5 年間に思春期・成人期の ADHD や広汎性発達障害に関する論文を執筆者のうち医師からの回答を解析対象とした。

5. 平成 16 年度～平成 18 年度の連続した 3 年間に梅ヶ丘病院(現東京都立小児総合医療センター)を受診した患者のうち、初診時診断 ADHD の患者 244 名を対象とした。主治医調査、カルテ調査を行い、subtype、性別、初診時年齢、加療期間、初診時及び最終の GAF、併存疾患、服薬の有無等についての調査を行った。

6. 被虐待児 25 名の母に対し、郵送にてアンケート記入による調査を依頼した。アンケート内容は、父について、成人期 ADHD の自己チェックリストによるスクリーニング (ASRS-V1.1) と成人期の ADHD 症状評価尺度 CARRS 観察者詳細バージョン (CARRS-O:I) の 2 つである。

C. 研究結果

1. 10000 人を無作為抽出して選んだ調査対象者のうち、協力を得られたのは 3911 名であった。したがって、回収率は 39.1% である。カットオフ値となる 4 点では 132 名 (3.4%)、5 点では 51 名 (1.3%)、6 点では 13 名 (0.3%) が該当していた。よって、カットオフ値 4 点以上であり Screening 陽性となった者は 196 名 (5.0%) であった。

Screening において陽性になった者の特徴。

1) 性別、年齢帯、居住地域

性別と年齢帯が screening における陽性/陰性と関連があることが示唆された。性別については、男性に多かった。年齢帯については、どの年齢帯において人数比に差がみられるかを検討するために残差分析を行ったところ、「22～25 歳」と、「26～29 歳」において陽性群の度数が有意に期待度数よりも大きく、「46～49 歳」においては、有意に

小さいことが明らかになった。すなわち、20 歳代の比較的若い層においては陽性群が多く、40 歳代の比較的高年齢層においては少ないことを示唆している。居住地域については、 χ^2 値は有意とならず、関連がないことが示唆された。

2) 結婚歴、家族構成、職業、世帯の合計収入

残差分析の結果、家族構成においては「ひとり暮らし」と「あなた(あなた夫婦)と親」においては、陽性群の度数が期待度数よりも多く、「あなた(あなた夫婦)と子」においては小さいことが明らかになった。このことから、陽性群ほどひとり暮らしや調査協力者(調査協力者夫婦)と親の家族形態である率が高く、子ども(と夫婦)と暮らしている家族形態である率が低いことが示唆された。結婚歴においては、「未婚」において陽性群の度数が有意に期待度数よりも大きく、逆に「既婚」において小さかった。このことから、陽性群ほど未婚者である率が高く、既婚者である率が低いことが示唆された。職業については、「勤めている」と「無職」において陽性群の度数が期待度数よりも有意に大きく、「パート・アルバイト」と「専業主婦・主夫」においては小さいことが明らかになった。このことは、陽性群であるほど勤めているか無職である率が高く、パート・アルバイトとして働いていたり、あるいは結婚して主婦や主夫として家庭に入っていたりする率が低いことを示唆している。世帯の合計収入については、「200 万円未満」において陽性群の度数が有意に期待度数よりも大きく、「700～1000 万円未満」において小さいことが明らかになった。このことは、陽性群に低所得者層が多く、比較的高い所得の層には少ないことを示唆している。

3) 飲酒・喫煙習慣、現在の健康状態、過去一年間での悩み事やストレス、通院状況

通院状況については、陽性群に通院している人が多いことが示唆された。現在の健康状態と過去一年間での悩み事やストレスについては残差分析

の結果、「あまり健康ではない」と「健康ではない」では陽性群の度数が有意に期待度数よりも大きく、「健康である」では小さかった。このことから、陽性群ほどより不健康な状態にあると感じていることが示唆された。「よくあった」において通過群の度数が有意に期待度数よりも大きかった。また、過去一年間での悩み事やストレスでは、「よくあった」において陽性群の度数が有意に期待度数よりも大きく、「あまりなかった」と「たまにあった」において小さかった。このことから、陽性群ほど悩み事やストレスを多く抱えている傾向があることが示唆された。

2. (1) 1次調査と2次調査の結果の概要

1次調査においてスクリーニング陽性となった196名のうち、2次調査に協力する意思のあった103名に対して、2次調査への協力を依頼した。その結果、22名から承諾の得られて、CAADIDを用いた面接を実施した。また、1次調査においてスクリーニング陰性となった3715名のうち、2次調査に協力する意思のあった1328名の中から、スクリーニング陽性者の2次調査協力者と性別・年齢帯をマッチングさせた者48名を抽出し、2次調査への協力を依頼した。承諾の得られた46名に対して、DSM-IVにもとづく診断面接を実施した。

(2) スクリーニング陽性者に対する2次調査の結果

スクリーニング陽性者で2次調査に協力の得られたのは22名であった。このCAADID面接を実施したところ、9名が成人期ADHDの診断がつくことが明らかになった。サンプル数が22と少ないこともあり、いずれの変数においても、成人期ADHDの診断がついた協力者とつかなかった協力者において有意差は見られなかった。

(3) 有病率の推定

1次調査のスクリーニング得点ごとに診断のついた人数、割合、全体の有病率の推定値を算出した。その結果、全体の有病率の推定値は、2.09%

であった。標準誤差(SE)の値は.023であり、有病率の推定値の95%信頼区間は、1.64-2.54(%)であった。この結果は、Kesslerら(2006)によるアメリカの疫学調査において見いだされた4.4%(SE=0.6)という値に比べて低い値であった。

3. 下位尺度の構造についての検討

(1) 因子分析にもとづく下位尺度の検討

1) 因子分析とI-T相関

自己評定と観察者評定それぞれについて、全66項目のうち、因子分析にもとづく4対の下位尺度を構成する項目の確認的因子分析を行った。また、尺度の内的整合性を意味するItem-Total Correlation(I-T相関)を求めた。その結果、ほとんどの項目においてI-T相関が.30以上の値を示しており、内的整合性が高いことを示している。

ただし、多動性のNo.1「likes to be doing active things」(活動的なことをするのが好きだ)の自己評定と観察者評定において、確認的因子分析の因子負荷量の値とI-T相関の値がともに低かった。

衝動性のNo.30「is set of easily by many things」(色々なことにとびついてすぐにやってみようとする)の自己評定においても、確認的因子分析の因子負荷量とI-T相関の値が低かった。

2) 代替項目の検討

この2項目については、代替項目を作成し、その結果について検討した。

No.1「likes to be doing active things」については、「(家にいるより)外に出て活発に行動する方が好きだ」という表現にした。自己評定においては、I-T相関の値が.26から.44になり、改善がみられた。しかし、観察者評定においては、.20から-.10となり、逆に値が低くなった。また、自己評定の確認的因子分析における因子負荷量の値は低く、改善はみられなかった。No.30「is set of easily by many things」については、「色々なことをすぐに試してみようとする」という表現にした。自己評定においては、I-T相関の値が.07から.14

になり、若干の改善がみられた。しかし、観察者評定においては、.33 から.14 となり、逆に値が低くなった。また、自己評定の確認的因子分析における因子負荷量の値は低く、改善はみられなかった。従って、以下では全て原項目を用いて分析を行った。

(2) DSM-IV にもとづく下位尺度の検討

DSM-IV にもとづく 2 つの下位尺度について、下位尺度内の I-T 相関と、2 つの下位尺度全体の I-T 相関を検討した (Table 7)。I-T 相関の値はほとんどの項目において.30 以上の値を示しており、内的整合性が高いことが示唆された。

(3) ADHD Index 各項目の検討

ADHD Index の I-T 相関を検討した。その結果、自己評定と観察者評定ともに、ほとんどの項目において.30 以上の値を示しており、内的整合性が高いことが示唆された。

4. 1) 調査対象：回答が得られた対象は 80 名だった。

①成人期 ADHD 患者を主に診療している機関は、クリニック 8 名、総合病院 42 名、単科精神病院 20 名、小児専門病院 3 名、その他 7 名だった。

②調査対象の専門領域は、精神科 24 名、児童精神科 53 名、小児科 1 名、小児神経科 2 名だった。

③調査対象 68 名 (12 名は未記入だった) の臨床経験年数は 3 年から 36 年に分布しており、68 名の平均臨床経験年数 (\pm 標準偏差) は 15.8 (\pm 8.4) 年だった。

④調査対象の成人期 ADHD 患者の診療経験については、16 歳から 41 歳以上に及ぶ広い年齢層の ADHD 患者を診療していることがうかがえる。

2) 成人期 ADHD を診断する際に使用される診断基準については、DSM-IV-TR や ICD-10 がよく使用されていた。Hallowell and Ratey の成人期 ADD 診断基準 (1994) や Wender の成人期 ADHD 診断基準 (1998) はあまり使用されていなかった。

3) 成人期 ADHD の診断の決め手となる DSM といった診断基準の項目について

①DSM-IV-TR の診断項目について

i) <不注意>

成人期 ADHD 患者によくみられる症状として、「不注意な間違い」(57 名)、「ものをなくす」(47 名)、「順序立てることが困難」(46 名)、「注意集中困難」(40 名)、「義務をやりとげられない」(38 名)、「気が散ってしまう」(38 名) の順で多かった。成人期 ADHD の診断の決め手となる症状は、「不注意な間違い」(40 名)、「順序立てることが困難」(31 名)、「ものをなくす」(24 名) の順で多かった。

ii) <多動性・衝動性>

成人期 ADHD 患者によくみられる症状は、「しゃべりすぎる」(45 名)、「出し抜けに答え始める」(29 名)、「順番を待てない」(25 名) の順で多かった。成人期 ADHD の診断の決め手となる症状は、「出し抜けに答え始める」(18 名) が最多だった。

②DSM-5 ドラフトの診断項目について

DSM-IV-TR の ADHD の診断基準における問題点は、不注意の症状のみの診断ができないこと、衝動性の症状が軽視されていること、発症年齢の問題、広汎性発達障害との合併が許されないこと、成人期の症状をとらえにくいことなどがあげられている。

i) <不注意>

成人期 ADHD 患者によくみられる症状は、「不注意な過ち」(60 名)、「順序立てることが困難」(60 名)、「ものをなくす」(53 名)、「義務をやりとげられない」(51 名)、「毎日の活動を忘れてしまう」(46 名)、「注意集中困難」(40 名) の順で多かった。成人期 ADHD の診断の決め手となる症状は、「不注意な間違い」(41 名)、「順序立てることが困難」(39 名)、「義務をやり遂げることができない」(33 名) の順で多かった。

ii) <多動性・衝動性>

成人期 ADHD 患者によくみられる症状は、「考えずに行動する傾向」(55名)、「せっかちである」(41名)、「しゃべりすぎる」(40名)の順で多かった。成人期 ADHD の診断の決め手となる症状は、「考えずに行動する傾向」(36名)、「せっかちである」(25名)、「たとえリスクがあるとしても、誘惑や機会に抵抗することが難しく感じる」(24名)の順で回答が多かった。

③Barkley らが提案している成人期 ADHD の診断基準の診断項目について

Barkley らが DSM-5 にむけて提案している成人期 ADHD の診断基準を紹介したが、その診断基準では3つの DSM-IV-TR の診断項目を含んでいる。

成人期 ADHD 患者によくみられる症状は、「適切な順番や順序で物事を行うことが困難」(53名)、「衝動的に意志決定を行う」(50名)、「計画や課題を注意して指示を読んだり聞いたりすることなく始める」(47名)、「計画することが困難」(46名)、「注意集中困難」(40名)の順で多かった。成人期 ADHD の診断の決め手となる症状は、「計画することが困難」(31名)、「計画や課題を注意して指示を読んだり聞いたりすることなく始める」(28名)、「適切な順番や順序で物事を行うことが困難」(28名)、「衝動的に意志決定を行う」(27名)の順で多かった。

4) 成人期 ADHD の診断に際して使用されるアセスメント・ツールや検査

①ADHD の診断を目的とした評価尺度

『第3版 注意欠如・多動性障害-ADHD-の診断・治療ガイドライン』では、DSM-IV-TR に準拠した「ADHD の臨床診断面接フォーム」を使用した半構造化面接が推奨されている。「Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)」は、Conners らによって作成された DSM-IV に準拠した半構造化面接である。

「ADHD の臨床診断面接フォーム」を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 79 名のうち 8 名 (10.1%)、「CAADID」を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 74 名のうち 4 名 (5.4%) だった。そして、対象の多くが「医師の経験に基づく通常の診断面接」によって成人期 ADHD 患者の診断を行っていることが示された。

②ADHD の症状の程度を測定する評価尺度

主な評価尺度としては「ADHD 評価スケール (ADHD-RS)」や「CAADID」と同様に Conners らによって作成された「Conners' Adult ADHD Rating Scale (CAARS)」がある。「ADHD-RS」を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 78 名のうち 42 名 (53.8%)、「CAARS」を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 78 名のうち 11 名 (14.1%) だった。

③併存障害の評価を含む精神医学的診断面接

成人の精神症状を広く評価するための (半) 構造化面接として、SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia), M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview : 精神疾患簡易構造化面接法), SCID-IV (Structured Clinical Interview For DSM-IV-TR Axis I Disorders: 精神科診断面接マニュアル) があげられる。「M.I.N.I.」を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 80 名のうち 10 名 (12.5%)、「SCID-IV」を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 80 名のうち 8 名 (10%) だった。

『第3版 ADHD の診断・治療ガイドライン』では、ADHD の併存障害の評価には「ADHD 併存障害診断・評価用オプション・フォーム」を使用することを推奨しているが、「ADHD 併存障害診断・評価用オプション・フォーム」を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 79 名のうち 10 名 (12.7%) だった。

④心理発達検査や質問紙調査

WAIS-IIIといった知能検査を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 80 名のうち 71 名 (88.8%) だった。ロールシャッハ・テストを「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 80 名のうち 15 名 (18.8%), Minnesota Multiphasic Personal Inventory (MMPI) を「必ず使う」「しばしば使う」と回答した対象は有効回答者 80 名のうち 8 名 (10%) だった。

⑤医学的検査

成人期 ADHD の診断の際に行われる医学的検査については、脳波検査、頭部 MRI 検査、頭部 CT 検査といった脳画像検査、甲状腺ホルモンを含めて血液検査、さらに心電図検査などの検査がよく行われていた。

5. 対象は男子 221 名、女子 23 名であった。初診時年齢は平均 9.4 歳 (男子 9.3 歳、女子 10 歳) であり、初診理由では多動、暴力、パニック、不注意等が多かった。受診理由としては、診断、セカンドオピニオン、治療、療育の希望等であった。初診時 GAF は 58.3 (男子 55.9、女子 63.8)。初診時 subtype は、多動衝動性優勢型が 33 名 (男子 29 名、女子 4 名)、不注意優勢型 66 名 (男子 58 名、女子 8 名)、混合型は 145 名 (男子 134 名、11 名) であった。その中で、初診時に AD/HD との併存診断があったのは 110 名であり、広汎性発達障害や精神遅滞、学習障害、行為障害、反抗挑戦性障害、うつ病、強迫性障害などの併存がみられた。また、薬物療法を用いたことがあるのは 114 名であった。

経過中に subtype の変更があったのは 5 名おり、混合型から不注意優勢型への変更が 2 名、不注意優勢型から混合型への変更が 1 名、多動衝動性優勢型から不注意優勢型への変更が 1 名、多動衝動性優勢型から混合型への変更が 1 名であった。

加療期間については、4 ヶ月未満が 130 名おり、

4 ヶ月～12 ヶ月未満が 40 名、12 ヶ月～24 ヶ月未満が 22 名、24 ヶ月以上が 52 名であった。男性の初診時 GAF は 58.1、終診時 GAF 64.4 であり、女性の初診時 GAF 61.1、終診時 GAF は 65.6 であった。

併存疾患として行為障害が存在すると薬物加療への導入率は高く、治療への困難さが伺われた。

6. 16 名からの回答を得て、匿名で未記入の回答が 1 名、記名ながら、夫の暴力を思い出したくないとの理由から未記入の回答が 1 名であり、総回答のうち同封忘れや未記入、ご回答をのぞくと 8 例であった。そのうち ASRS において、25% はグレーゾーンであった。また、CAARS においては、8 名中 5 名の ADHD Index が 50 を越えていた。ただし、回答にムラのある者が 2 名いて、その 2 名とも、50 を越えていた 5 名に含まれていたが、ASRS のグレーゾーン者と一致していた。

7. 1) 全体的な ADHD の診断概念の変化: ADHD 全体の診断概念の中で ADHD はより慢性的な疾患として位置づけられ、症状も発達に応じて変化していくことが DSM-5 の中ではより明確にされている。また、複数の場面での機能的な障害が求められているのは変わらないが、より直接的な情報を複数の場面で求めることを強く推奨している。また、症状は置かれている環境や状況で変化することが示され、いらいらや癩癩は ADHD によく観察される問題であるとともに、持続した気分障害は ADHD の症状としてとらえるべきではないとし、気分障害と ADHD の症状の一部として考えられる情緒制御の問題を区別しようとする姿勢が地よくみられる。また、従来の診断基準では不注意項目数と多動・衝動性の項目数の間に大きな差があり、特に衝動に関する項目は DSM-IV-TR では 3 項目であったものが多動・衝動性に項目として数を増やした。一方で、それぞれのクライテリアを満たすための項目数は 6 項目と従来から変更はされなかった。従って、全体の項目数が増え

たことから診断の閾値に変化が起きる可能性がある。クライテリアとして最低6か月以上症状が持続する必要性については変化が加えられなかった。また、ADHDの診断のためには重症度あるいは機能の障害の有無を明らかにする必要なあり、今後の確に評価する点の尺度を開発していく予定である。診断基準の各項目に発達に応じた症状表現の例を多数示し、年齢に応じた診断の困難さを解決しようとしている。さらに、従来の下位分類に加えて不注意に局限したサブタイプを新しく設けた。さらに大きな変更としては、従来の発症年齢を7歳から12歳以前に変更したこと、また、広汎性発達障害を除外診断から排除したことである。このことによって併存症が増加する可能性があるものの、NOS診断(特定不能のADHD)を減らす効果があると考えられる。また、今回の改訂では成人の診断基準が示され17歳以上では成人診断基準を用いることが推奨されている。

2) 成人におけるADHD診断: 前述したようにDSM-5では、成人(17歳)の診断が新しくくわえられた。基本的な診断の構造は変わらないがそれぞれの「多動・衝動性」「不注意」の症状群を満たすため必要項目数が異なるように定義された。

各項目の中には成人のADHDの症状を発達あるいは環境に合わせた言葉での表現例が具体的に記述されており、従来明確ではなかった成人のADHDの診断に大きな信頼性を加えることになると考えられる。

3) 成人のADHDと気分障害

ADHDの研究の中でADHD患者の特徴として実行機能障害などの一部として情緒の不安定を考えることも多くなっている。ADHDと双極性障害の合併は最近大きな論議を呼んでいる。従来、ADHDを持つ子どもの11-23%に双極性障害が合併し、双極性障害を持つ子どもの41-91%にADHDが合併していると報告されていたが、新しい診断の中で併存障害のとらえ方が多きく変化していく可能

性がある。特に、子どもの領域では、うつ病の中にDisruptive Mood Dysregulation Disorderが加えられ、小児期にいらいらが顕著で気分の変動が著しい群とADHDの合併群は将来的にうつ病圏の疾患ととらえられる傾向になり、従来の双極性障害とADHDの併存のとらえ方に変化が認められている。このことは、特に、成人ADHDの併存症を考えるうえでも大きな変化を引き起こすと考えられる。

D. 研究考察

1. デモグラフィック情報と健康状態について、Screening陽性群と陰性群の度数の比較を行ったところ、デモグラフィック情報については、性別、年齢、家族構成、結婚歴、職業、世帯の合計年収において有意差がみられ、健康状態については、過去1年での悩み事やストレスの有無、現在の健康状態、通院の有無において有意差がみられた。そして、いずれの項目についても、成人期ADHDである疑いの高い陽性群においてより顕著な否定的特徴がみられた。

これらの特徴は、欧米の先行研究において指摘されてきた特徴と多くが一致すると考えられる。例えば、結婚歴において未婚者が多いことは、ADHDを抱える成人が対人面でトラブルを起こしやすく、パートナーと親密な関係を築くことが難しいという指摘と符合する。また、職業において、無職が多いことは、同じく対人面でのトラブルや、不注意傾向や多動性・衝動性のために労働遂行能力が低くなってしまいうという指摘と符合するものである。そのような職業上の問題は、世帯の合計収入にも影響を及ぼしているとともに、健康状態や悩み事、ストレスを高めることにつながるといえる。これらの結果は、成人期ADHD患者において、気分障害の合併が多いこととも符合するといえよう。

2. 現段階での有病率の推定値を算出したところ、

2.09% (95%CI=1.64-2.54) であった。

ただし、今回算出した有病率の推定値については、慎重に取り扱う必要がある。本研究では、浜松市の全人口から 10000 人を抽出したサンプリング調査を実施したが、1 次調査の回収率は 39.1%であり、さらにスクリーニング陽性者 196 名の内、2 次調査への協力意思を示した者が 103 名、実際に 2 次調査を実施できた者が 22 名となった。調査の実施が調査協力者の意思に頼らざるを得ないを得ない本研究のデザインのために、ターゲットとなるスクリーニング陽性者 196 名全員に 2 次調査を実施できていないことから、2 次調査を実施できなかった者と実施できた者が等質であると必ずしも言えない。1 次調査においても同様の問題を抱えている。すなわち、実施できなかった者の中に、成人期 ADHD の診断つく者が有意に多く含まれている可能性は否定できないため、現時点で得られた有病率の推定値が真の値よりも低く見積もられている危険性は否定できない。

この数値をアメリカにおける有病率 4.4% と比較すると、やや小さい値であった。また、Simon ら (2009) による欧米での研究における有病率のメタアナリシスによると、欧米においても成人期 ADHD の有病率は 0.5%程度から 4.6%程度まで幅があり、これらから推定された pooled prevalence の値は 2.5% (95%CI=2.1-3.1)であった。

ただし、日本人の児童における有病率の推定値が約 5%程度という研究 (田中, 2004) があり、児童期の ADHD の 3 分の 2 程度が成人期 ADHD に移行するという指摘 (Resnick, 2000) と合わせて考えると、日本における成人期 ADHD の有病率はおよそ 3.3%程度と見積もることもできる。この値に比べると、本研究で得られた値はやや低いかもしれない。

3. 1) 項目得点について、尺度項目の得点は低く、観察者評定において床効果のみられるものが多かった。本研究の対象者が一般大学生であるた

め、全体に得点が低くなったものと考えられる。

2) 下位尺度の構造について、因子分析にもとづく 4 つの下位尺度については、確認的因子分析を行ったところ、若干適合度指標の値が低かった。また、 α 係数は満足できる値であったものの、一部の項目において因子負荷量と I-T 相関の値が低く、下位尺度を構成する項目としての内的整合性に問題が見られた。これらの項目については、日本語表現を変えた代替項目を作成したものの、因子負荷量と I-T 相関の値の改善は見られなかった。よって、これらの項目については、より適切な日本語の表現に改める必要があると考えられる。DSM-IV の不注意、多動性/衝動性の 2 下位尺度および ADHD-Index については、I-T 相関、 α 係数ともに満足できる値であり、内的整合性という面では信頼性が確保されていると言える。

3) 下位尺度それぞれについて、自己評定と観察者評定で得点の比較を行ったところ、男女込みおよび男女別々いずれにおいても、自己評定の方が観察者評定よりも有意に得点が高かった。特に他者から観察されにくい自己概念においてその傾向が顕著であった。アメリカのデータにおいては、自己評定と観察者評定に大きなずれがみられないことから、この結果が本研究における調査協力者の特徴であるのか、あるいは日本人共通する文化的な特徴であるかは、今後日本全国での大規模なデータ集を行って検討する必要がある。

4. (半) 構造化面接は、まだ十分に普及していないこと、日常の診療では時間が要するため行いにくいことがあって、診断面接の際に使用しにくいことがあるのかもしれない。今後、「CAADID」や「CAARS」といった (半) 構造化面接や評価尺度が普及し使用しやすくなることが期待される。調査対象のおよそ半数が診断の決め手となるとして選択した診断基準の項目は、①DSM-IV-TR では「不注意な間違い」、②DSM-5 では「不注意な過ちをおかす」、「課題や活動を順序立てることが

困難]、「考えずに行動する傾向」、③Barkley らが提案している成人期 ADHD の診断基準では認めなかったという結果が得られた。ADHD や広汎性発達障害にしろ、発達障害そのものの特徴は成人になっても残っている一方で、表面に表れる症状は児童期に比べると目立たなくなっている症例は多いと考えられる。気分障害、不安障害、そしてパーソナリティ障害といった疾患の背景にある ADHD といった発達障害は覆い隠され、注意深く観察しないと認めにくいということが起こりえる。通常の治療や支援に反応しにくい場合には、発達障害を疑ってみることが必要になるだろう。その場合には、上記のような診断基準の項目を具体例をあげながら注意深く問診していくことが必要になると考えられる。さらにどのような認知機能検査、心理発達検査を組み合わせで行うのがよいかを検討していくことが今後の課題としてあげられる。

5. 今回我々は ADHD の経年的な症状変化を研究することにより、その予後に影響を及ぼす因子を明らかにしようと試みた。

一定期間における症状の変化を観察した結果、初診時の subtype による予後の相違は認めず、加療期間中に subtype が変化したものも少数であった。

各 subtype において、最終 GAF と初診時 GAF の改善に統計上有意な差はみられなかった。

6. 8 名中、2 名に ASRS のグレーゾーン者がいたが、この 2 名は、CARRS における回答にムラがある者に一致しており、そのままグレーゾーンとするには注意が必要と思われた。ただ、その 2 名を除いたとしても、6 名中 3 名では CARRS の ADHD Index は 50 以上であり、50%の父親に ADHD の基盤を持つ者が少なからず存在することが示唆された。また、今回は母親にアンケート調査依頼したわけだが、未記入や誤答（父ではなく、患児本人について記入）もみられ、母にも

ADHD の基盤がある事が十分予想され、アンケート調査ではなく、面接による聞き取りが必要かと思われた。ただ、虐待ケースであり、父親に対しての直接的な聴取が困難であり、この点が本調査を困難にして来ることが予想された。

E. 結論

1. ASRS-Screener を用いて、18 歳から 49 歳の男女 10000 人を対象として疫学調査を行った。その結果、3910 名から調査協力が得られ、196 名が Screening において陽性となり、成人期 ADHD の疑いがある陽性群となった。この陽性群と陰性群について、さまざまな観点から比較を行ったところ、性別、年齢家族構成、結婚歴、職業、世帯の合計年収、現在の健康状態、通院の有無、過去 1 年での悩み事やストレスの有無において有意差がみとめられ、いずれの項目についても、陽性群の方が顕著に否定的な特徴がみられた。

2. 陽性群の中で、2 次調査への参加意思のあった 102 名の調査協力者に対して、面接調査を依頼し、22 名の協力を得た。Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) を用いた診断面接を行ったところ、9 名が成人期 ADHD の診断が下ることが明らかになった。この結果から算出される有病率の推定値は、2.09% (95%信頼区間=1.64-2.54) であった。

3. CAARS 日本語版を作成して予備的な検討を行った結果、本研究で作成した CAARS 日本語版の項目表現の一部は修正する必要がある。修正した尺度を用いて大規模サンプルにもとづく標準化と、成人期 ADHD 患者やその他の臨床群での検討を行う必要がある。

4. 日本 ADHD 学会の医師会員、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院で診療している児童精神科医、過去 5 年間に思春期・成人期の ADHD や広汎性発達障害に関する論文を執筆者のうち医師を対象として、成人期 ADHD

を診断するために使用している診断基準、アセスメント・ツール、検査などについてのアンケート調査を実施した。

1) 成人期 ADHD の診断に際しては、DSM-IV-TR や ICD-10 の診断基準が使用されていることが多かったが、DSM に準拠した「ADHD の臨床診断面接フォーム」や「CAADID」といった半構造化面接が行われることが少ないこと、成人期 ADHD 症状の評価尺度である「CAARS」が使用されることも少ないこと、さらに併存障害を評価するための(半)構造化面接が行われることが少ないこと、そして対象の多くが「医師の経験に基づく通常の診断面接」によって成人期 ADHD 患者の診断を行っていることが示された。

2) 調査対象のおよそ半数が診断の決め手となるとして選択した診断基準の項目は、①DSM-IV-TR では「不注意な間違い」、②DSM-5 では「不注意な過ちをおかす」、「課題や活動を順序立てることが困難」、「考えずに行動する傾向」、③Barkley らが提案している成人期 ADHD の診断基準では認めなかったという結果が得られた。

3) 成人期 ADHD の診断の際に行われる医学的検査や心理発達検査として、脳波検査、頭部 MRI 検査、頭部 CT 検査といった脳画像検査、甲状腺ホルモンを含めて血液検査、心電図検査、WAIS-III といった知能検査がよく行われていた。

5. 今回の研究で ADHD の subtype による予後の明確な相違は認められなかった。ADHD の予後改善のためには、併存疾患も含めた確かな診断に基づく適切な環境設定を行い、薬物加療や対人関係能力の向上などを目的とした加療やサポートが重要であると考えられる。

6. ASRS, CARRS の結果から、ADHD 診断の被害児の父親には、ADHD の基盤を持つ者と待たない者の両者が混在することが示唆された。

また、虐待における加害側の調査であり、アンケート調査では難しい点も多いことがうかがわれ

た。加えて、母にも ADHD 症状が存在する可能性は大きく、調査方法の検討が考慮された。

7. 2013 年の DSM-5 の改訂に伴い、ADHD の診断に大きな変化が予想されている。特に、成人の ADHD が診断基準に加えられたことで、診断の信頼性が高まるとともに、同時に現在よりも症状項目数が増え、一方で成人での診断に必要な症状の数が 6 から 4 に減ったことで成人 ADHD の罹患率に変化が起きることが想定される。従って、寛解の頻度にも変化が起きることが予想される。症候的寛解、症状的寛解が減少し、機能的寛解のラインに近づくことが予想される。今後、DSM-5 により気分障害の併存の診断にどのような影響があるのかについての検討を ADHD の実行機能障害による情緒不安定との鑑別についての指針を作成していくことも検討する必要がある。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

論文発表

1. 齊藤万比古: 特集 ADHD をめぐって 現状と課題. 児童青年精神医学とその近接領域 51(2): 67-76, 2010.
2. 牛島洋景, 齊藤万比古: 注意欠如多動性障害における衝動性と薬物療法. 臨床精神薬理 13(6): 1133-1141, 2010.
3. 齊藤万比古, 青木桃子: ADHD の二次障害. 精神科治療学 25(6): 787-792, 2010.
4. 齊藤万比古, 永田真由: ADHD 治療のアルゴリズム. 精神科治療学 25(7): 867-873, 2010.
5. 齊藤万比古: ADHD と二次障害をどう理解するか. 臨床心理学増刊第 2 号: 43-48, 2010.

6. 杉山登志郎, 山村淳一: ADHD と子ども虐待. 精神科治療学, 25(6), 803-808, 2010.
7. 杉山登志郎: ADHD に対するアトモキセチンの臨床. 脳21, 13(2), 186-191, 2010.
8. Ohnishi M, Okada R, Tani I, Nakajima S, Tsujii M. Japanese version of school form of the ADHD-RS: an evaluation of its reliability and validity. Res Dev Disabil. Nov-Dec;31(6):1305-12, 2010.
9. Tani I, Okada R, Ohnishi M, Nakajima S, Tsujii M. Japanese version of home form of the ADHD-RS: an evaluation of its reliability and validity Res Dev Disabil. Nov-Dec;31(6):1426-33, 2010.
10. 岡田 涼, 大西 将史, 谷 伊織, 中島俊思, 辻井正次. 日本の小中学生におけるADHD傾向-教師評定と保護者評定の違い. 精神医学 53(3), 249-255, 2011.
11. Kuroda M, Wakabayashi A, Uchiyama T, Yoshida Y, Koyama T, Kamio Y: Determining differences in social cognition between high-functioning autistic disorder and other pervasive developmental disorders using new advanced "mind-reading" tasks. Research in Autism Spectrum Disorders, 5, 554-561, 2011.
12. 神尾陽子: 望ましい子どものこころの育ちと環境を実現するために. 学術の動向, 15, pp.7, 2010.
13. 神尾陽子: 発達障害の子どものさまざまな育ちを支える. 学術の動向, 15, 58-63, 2010.
14. 神尾陽子: いま発達障害をどうとらえるか. 地域保健, 41(9), 24-31, 2010.
15. 神尾陽子: カレント・トピックス 発達障害対策はどのようにすすめられているか. 精神科治療学, 26(1), 113-116, 2011.
16. 田中康雄: ADHD 概念の変遷と今後の展望 精神科治療学 25 p709-717, 2010.
17. 田中康雄: ADHD の包括的支援のあり方. 精神科治療学 25 p853-859, 2010.
18. 田中康雄: ADHD の地域におけるケアシステム 精神科治療学 25p955-960, 2010.
19. 田中康雄: 発達障害への実践的取り組み ー初回から数回の面接についてー 児童青年精神医学とその近接領域 51 p319-324, 2010.
20. 田中康雄: ADHD 評価スケール 子育て支援と心理臨床 2 p103-105, 2010.
20. 第10章-1.多動性障害 精神科治療学 25 増刊号 p272-275, 2010.
21. 発達障害のある子どもの家族を支援するこころの科学 155 p20-24, 2010.
22. 発達障害が示す特性を日常生活で活用すること 子どもと福祉 3 p92-101, 2010.
23. 田中康雄: 職場における発達障害へ現状と課題へ 産業精神保健 19 p3-7, 2011.
24. 齊藤卓弥 ADHD の薬物療法の効果と限界 精神科治療学 25 (7) 875-88, 2010.
25. 齊藤卓弥 児童期のうつ病性障害の非定型性 精神医学 52 (5) 433-438, 2010.
26. 川島義高, 伊藤敬雄, 成重竜一郎, 大高靖史, 齊藤卓弥, 大久保善朗 思春期の自殺 救命救急センターでの取り組み 臨床精神医学 39 (11) 1397-1404, 2010.
27. 齊藤卓弥 児童青年期双極性障害に対する抗うつ薬の使用とその影響: 臨床精神薬理 13 (5) 907-912, 2010.
28. 齊藤卓弥 成人期の発達障害と心身医療 気分障害と発達障害, および米国における成人発達障害の取り組み 心身医学 (4) 303-311, 2010.
29. Suzuki K, Genichi G, Ouchi Y, Nakamura K, Tsujii M, Futatsubashi M, Iwata Y, Tsuchiya K, Matsumoto K, Takebayashi K, Wakuda T, Yoshihara Y, Suda S, Kikuchi M, Takei N, Sugiyama T, Irie T, Mori N. Reduced acetylcholinesterase activity in the fusiform gyrus in

adults with autism spectrum disorders
Arch Gen Psychiatry. 2011;68:306-313, 2011.

学会発表

1. 大西将史, 中村和彦, 内山 敏, 谷 伊織, 辻井正次, 森 則夫. 青年期および成人期 ADHD の疫学調査—スクリーニング陽性者の特徴—, 日本児童青年精神医学会第 51 回総会発表論文集, 2010.
2. Takuya Saito Models of training in child and adolescent psychiatry in Japan The 19th World Congress of IACAPAP 2010 年 5 月 北京
3. 齊藤卓弥 精神科外来での発達障害併存症例へのアプローチ 精神科外来における発達障害併存例への治療的なかかわり 第 10 回日本外来精神医療学会総会 2010 年 10 月 東京
4. 齊藤卓弥 子どもの精神疾患の薬物療法の将来第 51 回日本児童青年精神医学会総会 2010 年 10 月 群馬
5. 齊藤卓弥 児童青年精神科と精神科の接点: さまざまな疾患を中心に 気分障害について 第 106 回日本精神神経学会 2010 年 5 月 広島
6. 齊藤卓弥 子どものうつ病とその背景 第 8 回関東子ども精神保健学会 2011 年 3 月 東京
7. Kamio, Y.: The Utility of the Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) in the community-based health check-up at 18 months of age in Japan: From 5-years prospective study. Symposium “Early detection and interventions for the children of pervasive developmental disorders” The 19th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions/ The 6th Congress of the Asian Society for

Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. June 4, 2010. Beijing.

8. 神尾陽子: 成人期の発達障害の臨床的問題.NCNP 精神科定例カンファレンス, 東京, 2010.11.16.
9. 神尾陽子 (教育講演): 児童期から成人期へ: レジリエンスという視点. 第 51 回日本児童青年精神医学会総会, 前橋, 2010.10.28.
10. 神尾陽子: 学会企画シンポジウム「特殊教育学」の更なる広がりと深化をめざして(Ⅰ)-特殊支援教育時代の「特殊教育学」の役割と関連科学・領域からの期待と提言 - 児童精神医学の立場から: 特別支援教育へ寄せる期待と提言. 日本特殊教育学会第 51 回大会, 長崎, 2010.9.19.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
特になし
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
特になし

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

成人期 ADHD の疫学調査

—中間結果の報告（その2）1次調査の最終結果—

分担研究者 中村 和彦 浜松医科大学精神神経医学講座
森 則夫 浜松医科大学精神神経医学講座
辻井 正次 中京大学現代社会学部
尾内 康臣 浜松医科大学メディカルフォトリクス研究センター
武井 教使 大阪大学・金沢大学・浜松医科大学連合大学院小児発達学研究所
大西 将史 浜松医科大学子どものこころの発達研究センター
研究協力者 内山 敏 大阪大学・金沢大学・浜松医科大学連合大学院小児発達学研究所

研究要旨

ASRS-Screener を用いて、静岡県浜松市の 18 歳から 49 歳の男女 10000 人を対象として疫学調査を行った。その結果、3910 名から調査協力が得られ、回収率は 39.1%であった。調査協力者のうち 196 名が Screening において陽性となり、成人期 ADHD の疑いがある陽性群となった。この陽性群と陰性群について、さまざまな観点から比較を行ったところ、性別、年齢家族構成、結婚歴、職業、世帯の合計年収、現在の健康状態、通院の有無、過去 1 年での悩み事やストレスの有無において有意差がみとめられ、いずれの項目についても、陽性群の方が顕著に否定的な特徴がみられた。

A. 研究目的

欧米での成人期 ADHD の有病率は4%程度とされており (Kessler et al., 2006; Resnick, 2000), 成人期においても決して希な障害ではない。このことから、近年では、ADHD は児童期のみの問題ではなく、生涯を通じた問題という認識が一般化しつつある。このように、欧米では児童期だけでなく、成人期の ADHD も注目され、有益な知見が蓄積されつつある。

しかしながら、我が国においては、成人期 ADHD に関して言えば、欧米の知見が紹介されているにすぎず、組織的な研究は存在しない。そのため、どの程度の有病率で、どのような経過をた

どるのかといったことは明確にはされておらず、臨床現場での経験に頼る部分が多い。

そこで、本研究では、欧米の研究と比較可能な規模での成人期 ADHD の有病率に関する疫学調査を実施した。ここでは、その調査の screening 検査の結果を分析し、screening において陽性となった調査協力者の特徴について明らかにする。

その際に、本研究では、成人期 ADHD のスクリーニング尺度として、Kessler et al.(2005)によって作成された Adult ADHD Self Report Scale-Screener (ASRS-Screener)を使用した。ASRS-screener は、6 項目の簡便な尺度であり、本研究の目的に適していると考えられるからであ

る。

なお、ここで報告するのは、実施された大規模疫学調査の中の一時調査（質問紙調査）の結果であり、中間報告という位置づけとなる。

B. 研究方法

調査協力者

静岡県浜松市を研究フィールドとした。浜松市は、人口約 81 万人の政令指定都市であり、主要産業都市は楽器、オートバイ、自動車部品、繊維などの製造を中心として、農業（茶、みかん、菊など）、漁業（ふぐ、うなぎなど）が盛んな都市である。本研究では、浜松市に在住する 18 歳から 49 歳までの男女の中から、無作為に 10,000 人を抽出し、調査対象者とした。その際、3 歳刻みの 8 つの年齢帯および性別から 16 のグループを構成し、各グループの人数を住民基本台帳の人口按分をもとに算出した。

調査内容

調査は、市の行う健康調査と、成人期 ADHD の調査の 2 部構成となっている。また、対象者の基礎的情報を尋ねる項目も設定した。

(1) デモグラフィックデータ

性別、年齢（18 歳から 49 歳を 3 歳刻みで 8 区分にした）、居住地域（区）、家族構成、結婚歴、職業、世帯の合計年収（200 万未満～1000 万以上を 5 段階に区切ったものと「分からない」）の 7 項目である。

(2) Adult ADHD Self Report Scale-Screener (ASRS-Screener)

ASRS-Screener は、Kessler et al.(2005)によって、WHO の尺度として開発されたものであり、日本を含む多くの言語に翻訳されており、無償で使用することができる尺度である。DSM-IV の診断基準 A に準拠した内容の 6 項目から構成される。対象者が自身の過去 6 ヶ月を振り返り、どの程度の

頻度でそれぞれの項目に記述された症状を経験しているかを 5 段階（0～4 点）で評定する形式である。

Screener は、項目ごとに基準となる頻度が設定されており、基準を超えている項目数を加算して Screening 得点を算出する。Screening 得点は 0～6 点の間をとる。それがカットオフ値である 4 点以上であれば、成人期 ADHD の可能性があり、さらに詳細な検討をおこなう必要があることを示唆する (Kessler et al., 2005)。具体的には、項目 1～3 までは、それぞれ、時々、頻繁、非常に頻繁という回答である場合にその数をカウントし、項目 4～6 の場合は、頻繁、非常に頻繁という回答である場合にその数をカウントすることになる。例えば、項目 1 に「時々」、項目 2 に「頻繁」、項目 3 に「時々」、項目 4 に「めったにない」、項目 5 に「全くない」、項目 6 に「頻繁」となる場合は、4 つが該当することになり、Screener に陽性 (positive) と判断されることになる。

(3) 健康についての質問項目

現在の健康状態（4 段階）、現在の通院の有無、通院している病気の種類（複数回答）、飲酒と喫煙の状況、過去 1 年間での悩み事やストレス（4 段階評定）、悩みやストレスの内容の 6 項目を尋ねた。

手続

以上の調査内容を記載した調査用紙を作成し、調査対象者の自宅に郵送した。回収は、本研究班の主任研究者が勤務する浜松医科大学が行った。

倫理面への配慮

調査用紙に調査の趣旨や内容について十分に説明した文面を記載し、インフォームドコンセントに配慮した。また、本調査は浜松市と共催で実施し、得られた回答は調査の目的以外では使用せず、市の成人期 ADHD 対策の推進に活用される事も記載した。さらに、調査協力者に結果を還元する