

ために、希望者に結果の報告と無料相談を実施することも記載した。

実施時期

調査は、2010年1月から3月の期間に行った。

C. 研究結果

(1) 調査協力者の人数

10000人を受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。

(2) 標本の代表性の確認

標本の代表性を確認するため、調査対象者の母集団である浜松市における性別の割合と標本における性別の割合の比較を行った (Table 1)。なお、年齢情報に欠損のみられた者が11名いたため、その11名は分析から除外した。その結果、母集団では男性の方が女性よりも割合が若干多いのに対して、標本ではその割合が逆転し、女性の方が男性よりも有意に多かった ($\chi^2(1)=138.2$ ($p<.001$))。このことから、本研究で得られたデータは、母集団の人口割合と比べて女性の割合が若干多いデータであるといえる。

次に、年齢帯および居住区について、母集団における割合と標本における割合の比較を、性別ごとに行った (Table 2)。その結果、年齢帯については、男女ともに χ^2 値が有意となり、母集団と標本では年齢帯の割合に差があった。どの年齢帯にお

いて期待度数からの差が大きいかを検討するために残差分析を行ったところ、男性では22-25歳と26-29歳において標本の割合が小さく、46-49歳において標本の割合が大きかった。女性では、18-21歳と22-25歳において標本の割合が小さく、38-41歳と46-49歳において標本の割合が大きいう結果であった。ただし、 χ^2 値はデータ数が多いことによって些細な割合の偏りでも有意となる傾向があるため、年齢帯における母集団と標本とのずれはそれほど極端なものではない。実際に、男女とも各年齢帯の割合は極端に偏っているわけではなく、連関係数 ϕ の値も極めて小さいものであった ($\phi=.02$)。

同様に居住区についても男女ごとに分析を行ったところ、男性では χ^2 値が有意とならず、居住区の割合において母集団と標本には差がなかった。女性では、 χ^2 値が有意となり、母集団と標本に差がみられた。残差分析の結果、天竜区のみにおいて標本の度数が母集団の割合の期待度数よりも有意に低かった。ただし、年齢帯の場合と同様に、居住区においても母集団からの極端な偏りはみられず、連関係数 ϕ の値も極めて小さいものであった ($\phi=.00$)。この結果から、本研究で分析対象とするデータは、性別においては母集団と比較して女性の割合が若干多いものの、年齢帯および居住区においては、母集団をほぼ代表するデータとして扱うことができる。

Table 1 性別ごとの調査市母集団と標本の内訳と比較

	男	女	合計
母集団	166940 (51.9)	154651 (48.1)	321591 (100)
標本	1655 (42.4)	2244 (57.6)	3899 (100)
$\chi^2(df)$	138.2(1)***		
ϕ	.02		

上段:度数(人), 下段:(%)

*** $p < .001$

Table 2 性別・年齢帯ごとおよび性別・居住区ごとの調査市母集団と標本の内訳と性別ごとの比較

		男			女			合計	
		母集団	標本	残差分析	母集団	標本	残差分析	母集団	標本
年齢帯	18-21歳	16698 (10.0)	155 (9.4)	<i>n.s.</i>	15804 (10.2)	180 (8.0)	↓↓	32502 (10.1)	335 (8.6)
	22-25歳	18317 (11.0)	135 (8.2)	↓↓	17024 (11.0)	194 (8.7)	↓↓	35341 (11.0)	329 (8.5)
	26-29歳	20186 (12.1)	159 (9.6)	↓↓	18262 (11.8)	256 (11.4)	<i>n.s.</i>	38448 (12.0)	415 (10.7)
	30-33歳	23569 (14.1)	224 (13.6)	<i>n.s.</i>	21814 (14.1)	302 (13.5)	<i>n.s.</i>	45383 (14.1)	526 (13.5)
	34-37歳	24366 (14.6)	251 (15.2)	<i>n.s.</i>	22611 (14.6)	356 (15.9)	<i>n.s.</i>	46977 (14.6)	607 (15.6)
	38-41歳	22938 (13.7)	243 (14.7)	<i>n.s.</i>	21120 (13.7)	342 (15.3)	↑↑	44058 (13.7)	585 (15.0)
	42-45歳	20920 (12.5)	225 (13.6)	<i>n.s.</i>	19221 (12.4)	294 (13.1)	<i>n.s.</i>	40141 (12.5)	519 (13.3)
	46-49歳	19946 (11.9)	260 (15.7)	↑↑	18795 (12.2)	315 (14.1)	↑↑	38741 (12.0)	575 (14.8)
	合計	166940 (100)	1652 (100)		154651 (100)	2239 (100)		321591 (100)	3891 (100)
	$\chi^2(df)$	43.6(7) ***			36.4(7) ***				
ϕ	.02			.02					
居住区	中区	122757 (30.7)	485 (29.3)	<i>n.s.</i>	122196 (30.2)	703 (31.4)	<i>n.s.</i>	244953 (30.5)	1188 (30.5)
	東区	62910 (15.7)	264 (16.0)	<i>n.s.</i>	62833 (15.5)	360 (16.1)	<i>n.s.</i>	125743 (15.6)	624 (16.0)
	南区	51734 (12.9)	216 (13.1)	<i>n.s.</i>	51508 (12.7)	266 (11.9)	<i>n.s.</i>	103242 (12.8)	482 (12.4)
	西区	54303 (13.6)	250 (15.1)	<i>n.s.</i>	55603 (13.8)	329 (14.7)	<i>n.s.</i>	109906 (13.7)	579 (14.9)
	北区	46984 (11.8)	189 (11.4)	<i>n.s.</i>	48846 (12.1)	274 (12.2)	<i>n.s.</i>	95830 (11.9)	463 (11.9)
	浜北区	42996 (10.8)	178 (10.8)	<i>n.s.</i>	43842 (10.8)	248 (11.1)	<i>n.s.</i>	86838 (10.8)	426 (10.9)
	天竜区	18020 (4.5)	73 (4.4)	<i>n.s.</i>	19500 (4.8)	62 (2.8)	↓↓	37520 (4.7)	135 (3.5)
	合計	399704 (100)	1655 (100)		404328 (100)	2242 (100)		804032 (100)	3897 (100)
	$\chi^2(df)$	4.1(6)			23.8(6) **				
	ϕ	.00			.01				

上段:度数(人), 下段:(%)

*** $p < .001$, ** $p < .01$

↑ 標本の度数が母集団の人口按分にもとづく期待度数よりも大きいことを意味する。

↓ 標本の度数が母集団の人口按分にもとづく期待度数よりも小さいことを意味する。

(3) ASRS-screener の結果

まず、ASRS-screener が尺度としての信頼性を有しているかを検討するために、各項目の粗点から Cronbach の α 係数を算出した。その結果、 $\alpha=0.77$ であり、Kessler et al. (2007)と同様に、6項目という比較的少ない項目数ながら満足しうる値が得られた。よって、本研究においても、ASRS-Screener は内的整合性という面での信頼性を備えていることが明らかになった。そこで、ASRS-Screener の粗点を合計した ASRS-Screener 尺度得点とその平均値を算出したところ、平均値=6.18点 ($SD=3.56$)であった。

次に、ASRS-Screener への回答と、各項目の Screening 基準を満たした者の度数を Table 3 に示した。前述したように、ASRS-Screener は、項目

によって異なる Screening 基準を設定している。

各項目の基準を満たした者の人数に着目すると、本研究では、項目 (1) ~ (3) においては、いずれも 1000 人以上 (26.2%~27.5%) であった。一方、項目 (4) ~ (6) の基準を満たした者はそれぞれ、332名 (8.5%)、210名 (5.4%)、176名 (4.5%) であった。

各調査協力者について、ASRS-Screener の各項目に設定された基準を満たした数を合計し、Screening 得点を算出した (Table 4)。Screening の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。

Table 3 調査協力者のASRS-Screenerへの回答と各項目のScreening基準該当者の人数

	選択肢への回答 ^{1,2}					全体	各項目の Screening 基準該当者
	全くない	めったに ない	時々	ひんぱん	非常に ひんぱん		
(1) 物事を行うにあたって、難関は乗り越えたのに、最後の詳細をまとめて仕上げるのが困難だったことが、どのくらいの頻度でありましたか。	941 (24.3)	1907 (49.2)	872 (22.5)	127 (3.3)	30 (0.8)	3,877 (100)	1029 (26.5)
(2) 計画性を要する仕事を行う際に、作業を順序立てるのが困難だったことが、どのくらいの頻度でありましたか。	1016 (26.1)	1802 (46.4)	861 (22.2)	166 (4.3)	41 (1.1)	3,886 (100)	1068 (27.5)
(3) 約束や用事を忘れたことが、どのくらいの頻度でありましたか。	914 (23.5)	1960 (50.4)	889 (22.8)	100 (2.6)	29 (0.7)	3,892 (100)	1018 (26.2)
(4) じっくり考えなければならない作業がある際に、その作業に取りかかるのを避けたり遅らせようとしたことが、どのくらいの頻度でありましたか。	690 (17.8)	1544 (39.7)	1321 (34.0)	266 (6.8)	66 (1.7)	3,887 (100)	332 (8.5)
(5) 長時間座っていなければならない時に、手足を揺すったり身もだえしたりしたことが、どのくらいの頻度でありましたか。	1641 (42.2)	1423 (36.6)	616 (15.8)	163 (4.2)	47 (1.2)	3,890 (100)	210 (5.4)
(6) まるでモーターに動かされているように、異常に活動的だったり、何かしなければという衝動に駆られたりしたことが、どのくらいの頻度でありましたか。	1855 (47.7)	1309 (33.7)	550 (14.1)	135 (3.5)	41 (1.1)	3,890 (100)	176 (4.5)

¹上段:度数/下段:(%)

²ボールドは、Screeningの際に回答者のチェックをカウントする箇所

Table 4 調査協力者のScreening得点と基準を満たした者の度数(%)

ASRSのScreening得点(点)	度数(人)	(%)
0	1932	(49.4)
1	903	(23.1)
2	573	(14.7)
3	306	(7.8)
4	132	(3.4)
5	51	(1.3)
6	13	(0.3)
合計	3910	(100)
Screening基準を満たす者	196	(5.0)

(4) Screening 陽性者の特徴

Screening において陽性になった者の特徴を明らかにするため、デモグラフィックデータや健康調査項目について、陽性群と陰性群の人数比の比較を行った。

1) 性別、年齢帯、居住地域

性別、年齢帯および居住地域と Screening 結果（陽性/陰性）との関連を検討した結果を Table 5 に示した。 χ^2 検定の結果、性別において 0.1%水準で有意、年齢帯においては 1%水準で有意となり、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

結婚歴、家族構成、職業および世帯の合計収入についても同様に検討した結果を Table 6 に示した。いずれにおいても、 χ^2 値は有意となり、結婚歴、家族構成および世帯の合計収入においては 0.1%水準で有意、職業においては 1%水準で有意となり、関連があることが示唆された。

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

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および通院状況についても同様に検討した結果を Table 7 に示した。現在の健康状態と過去一年間での悩み事やストレスにおいて χ^2 値が 0.1%水準で有意となり、通院状況においては 5%水準で有意となったことから、これらの変数と screening 結果との間に関連が示唆された。飲酒・喫煙状況においては χ^2 値は有意とならず、関連はみられなかった。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。

D. 考察

本研究では、対象となった10000人の一般市民の中から、3910名の協力を得てASRS-Screenerおよび健康状態を調査した。分析の結果、そのうち、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。

1) Screening 陽性群の特徴について

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(Barkley, 2007; Resnick, 2000; Wender, 1995)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(Kessler et al., 2009; Resnick, 2000)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。

ただし、性別や年齢については、より詳細な検討を必要とする結果といえるかもしれない。すなわち、性別については、児童期のADHDでは男子に多いということが一般的な認識となっているものの、成人期においてはそのような性差がみとめられなくなるという指摘もあるからである(Resnick, 2000)。しかし、本研究の結果は、あくまでScreeningにおいて陽性となった成人期ADHDの疑いがある群とそうでない群の比較結果であるため、実際に診断を行った場合には男女比が変化する可能性もある。

一方、年齢については児童期を除くと特定の年齢において症状が顕著になるといった指摘はみられない。本研究において、20歳代において陽性群が多く、40歳代において少ないという結果は、ConnersによるCAARS(Conners, Erhardt, & Sparrow, 1999)の標準得点が性別と年齢帯によって異なっており、年齢帯が高くなるほど、より低得点でもT-score(偏差値)が高くなるということと関連しているかもしれない。しかし、これについても、診断を行ったうえで先行研究との比較を行う必要がある。

2)今後の課題

今後の検討課題としては、成人期ADHDを疑われる陽性群について、より詳細な調査を行うことが挙げられる。すなわち、陽性群についてConners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV(CAADID: Epstein, Johnson, & Conners, 2001)を用いた診断面接を行って実際の有病率を検討するとともに、CAARSを用いて症状の量的把握を行う。

また、本研究で採用した米国でのscreening基準(Kessler, et al., 2005)についても、我が国のデータにおいても適切なカットオフ値であるかどうか検討する必要がある。4点を超えなかった3点の

調査協力者に対しても第2段階の調査に協力を要請し、診断面接を症状の量的把握を行う予定である。これにより、我が国における ASRS-Screener

のカットオフポイントの妥当性について検討を行う。

Table 5 性別, 年齢帯, 居住区における Screening 陽性群と陰性群の比較

		陰性	陽性	合計	χ^2 (df)	調整済み残差
性別	男性	1540	115	1655	22.24 *** (1)	—
		(93.1)	(6.9)	(100)		
	女性	2163	81	2244		
		(96.4)	(3.6)	(100)		
	合計	3703	196	3899		
		(95.0)	(5.0)	(100)		
年齢帯	18-21歳	312	23	335	22.09 ** (7)	<i>n.s.</i>
		(93.1)	(6.9)	(100)		
	22-25歳	305	25	330		2.21 †
		(92.4)	(7.6)	(100)		
	26-29歳	384	33	417		2.85 †
		(92.1)	(7.9)	(100)		
	30-33歳	502	24	526		<i>n.s.</i>
		(95.4)	(4.6)	(100)		
	34-37歳	578	30	608		<i>n.s.</i>
		(95.1)	(4.9)	(100)		
38-41歳	561	25	586		<i>n.s.</i>	
	(95.7)	(4.3)	(100)			
42-45歳	501	18	519		<i>n.s.</i>	
	(96.5)	(3.5)	(100)			
46-49歳	558	18	576		-2.27 †	
	(96.9)	(3.1)	(100)			
	合計	3701	196	3897		
		(95.0)	(5.0)	(100)		
居住区	中区	1128	60	1188	3.38 <i>n.s.</i> (6)	<i>n.s.</i>
		(94.9)	(5.1)	(100)		
	東区	593	32	625		<i>n.s.</i>
		(94.9)	(5.1)	(100)		
	南区	462	23	485		<i>n.s.</i>
		(95.3)	(4.7)	(100)		
	西区	551	30	581		<i>n.s.</i>
		(94.8)	(5.2)	(100)		
	北区	435	28	463		<i>n.s.</i>
(94.0)		(6.0)	(100)			
浜北区	411	15	426		<i>n.s.</i>	
	(96.5)	(3.5)	(100)			
天竜区	127	8	135		<i>n.s.</i>	
	(94.1)	(5.9)	(100)			
	合計	3707	196	3903		
		(95.0)	(5.0)	(100)		

上段:度数(人), 下段:(%)

*** $p < .001$, ** $p < .01$

†陽性者の度数が期待度数よりも大きいことを意味する。

‡陽性者の度数が期待度数よりも小さいことを意味する。

Table 6 結婚歴、家族構成、職業、収入におけるScreening陽性群と陰性群の比較

		陰性	陽性	合計	χ^2 (df)	調整済み残差	
結婚歴	既婚(同居)	2172 (96.3)	83 (3.7)	2255 (100)	24.18 *** (5)	-4.44 †	
	既婚(別居)	112 (94.9)	6 (5.1)	118 (100)		n.s.	
	未婚	1259 (92.7)	99 (7.3)	1358 (100)		4.78 †	
	死別	11 (100.0)	0 (0.0)	11 (100)		n.s.	
	離別	135 (95.7)	6 (4.3)	141 (100)		n.s.	
	同居	12 (92.3)	1 (7.7)	13 (100)		n.s.	
	合計	3701 (95.0)	195 (5.0)	3896 (100)			
家族構成	ひとり暮らし	289 (91.5)	27 (8.5)	316 (100)	26.38 *** (5)	2.99 †	
	夫婦のみ	314 (95.2)	16 (4.8)	330 (100)		n.s.	
	あなた(あなた夫婦)と親	700 (92.5)	57 (7.5)	757 (100)		3.51 †	
	あなた(あなた夫婦)と子	1355 (96.5)	49 (3.5)	1404 (100)		-3.29 †	
	あなたを含めて三世代	798 (95.8)	35 (4.2)	833 (100)		n.s.	
	その他	248 (95.4)	12 (4.6)	260 (100)		n.s.	
	合計	3704 (95.0)	196 (5.0)	3900 (100)			
職業	勤めている(常勤)	1934 (94.3)	117 (5.7)	2051 (100)	24.74 ** (6)	2.03 †	
	パート・アルバイト	621 (97.2)	18 (2.8)	639 (100)		-2.80 †	
	自営業	180 (95.2)	9 (4.8)	189 (100)		n.s.	
	自由業	16 (88.9)	2 (11.1)	18 (100)		n.s.	
	専業主婦・主夫	522 (97.4)	14 (2.6)	536 (100)		-2.76 †	
	無職	149 (90.9)	15 (9.1)	164 (100)		2.46 †	
	学生	279 (93.0)	21 (7.0)	300 (100)		n.s.	
	合計	3701 (95.0)	196 (5.0)	3897 (100)			
収入 (世帯合計)	200万円未満	215 (90.0)	24 (10.0)	239 (100)	23.58 *** (5)	3.69 †	
	200~400万円未満	839 (95.1)	43 (4.9)	882 (100)		n.s.	
	400~700万円未満	1341 (95.4)	64 (4.6)	1405 (100)		n.s.	
	700~1000万円未満	637 (97.3)	18 (2.7)	655 (100)		-2.90 †	
	1000万円以上	295 (93.9)	19 (6.1)	314 (100)		n.s.	
	わからない	360 (93.3)	26 (6.7)	386 (100)			
	合計	3687 (95.0)	194 (5.0)	3881 (100)			

上段:度数(人), 下段:(%)

*** $p < .001$, ** $p < .01$

†陽性者の度数が期待度数よりも大きいことを意味する。

‡陽性者の度数が期待度数よりも小さいことを意味する。

Table 7 飲酒・喫煙習慣, 1年間での悩み事やストレス, 健康状態, 通院状況
 におけるScreening陽性群と陰性群の比較

		陰性	陽性	合計	χ^2 (df)	調整済み残差	
飲酒, 喫煙習慣	飲酒のみ	1344 (95.8)	59 (4.2)	1403 (100)	6.16 <i>n.s.</i> (3)		
	喫煙のみ	291 (93.9)	19 (6.1)	310 (100)			
	飲酒と喫煙両方	529 (93.3)	38 (6.7)	567 (100)			
	飲酒・喫煙はしない	1528 (95.1)	79 (4.9)	1607 (100)			
	合計	3692 (95.0)	195 (5.0)	3887 (100)			
1年間での 悩み事やストレス	まったくなかった	58 (98.3)	1 (1.7)	59 (100)	85.12 *** (3)	<i>n.s.</i>	
	あまりなかった	599 (97.6)	15 (2.4)	614 (100)			-3.18 †
	たまにあった	1648 (97.6)	41 (2.4)	1689 (100)			-6.46 †
	よくあった	1393 (91.0)	138 (9.0)	1531 (100)			9.22 †
	合計	3698 (95.0)	195 (5.0)	3893 (100)			
健康状態	健康である	2070 (96.7)	70 (3.3)	2140 (100)	81.66 *** (3)	-5.52 †	
	まあまあ健康である	1427 (94.1)	89 (5.9)	1516 (100)			<i>n.s.</i>
	あまり健康でない	167 (87.9)	23 (12.1)	190 (100)			4.58 †
	健康ではない	43 (75.4)	14 (24.6)	57 (100)			6.80 †
	合計	3707 (95.0)	196 (5.0)	3903 (100)			
通院状況	通院している	852 (93.6)	58 (6.4)	910 (100)	4.71 * (1)	—	
	通院していない	2853 (95.4)	137 (4.6)	2990 (100)			
	合計	3705 (95.0)	195 (5.0)	3900 (100)			

上段:度数(人), 下段:(%)

*** $p < .001$, * $p < .05$

†陽性者の度数が期待度数よりも大きいことを意味する。

‡陽性者の度数が期待度数よりも小さいことを意味する。

文献

Barkley, R. A. (2007). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford Press.

Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, D., (1999). *CAARS Adult ADHD Rating Scales*. New York: Multi-Health Systems.

Epstein, J., Johnson, D. E., & Conners, C. K. (2001). *Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)*. New York: Multi-Health Systems.

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O. Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E.E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245-256.

Kessler, R. C., Lane, M., Stang, P. E., & Van Brunt, D. L. (2009). The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychological Medicine*, 39, 137-147.

Resnick, R. J. (2000). *The hidden disorder : a clinician's guide to attention deficit hyperactivity disorder in adults*. Washington, DC: American Psychological Association. (レズニック, R. J. 紅葉誠一 (訳) 成人の ADHD : 臨床ガイドブック 東京書籍.)

Wender, P. H. (1995). *Attention deficit hyperactivity disorder in adults*. New York: Oxford University Press. (ウェンダー, P. H. 福島 章・延与和子 (訳) 成人期の ADHD—病理と治療— 新曜社, 2002)

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

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.

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3）2次調査の中間結果—

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ニクス研究センター
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科
竹林 淳和 浜松医科大学子どものこころの発達研究センター
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科

研究要旨

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い、3910名から調査協力が得られた。その調査協力者のうち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。

A. 研究目的

我が国においては成人期ADHDの疫学データが存在しないため、本研究班で静岡県浜松市から抽出した10000人を対象に疫学調査を実施している。1次調査で自己記入式の質問紙調査を行い、Adult ADHD Self Report Scale-Screener (ASRS-Screener: Kessler et al., 2005)を用いて成人期ADHDのスクリーニングを行っている。1次調査には3910名の協力が得られ、そのうちスクリーニングにおいて陽性となったのは196名であった。

本報告では、2次調査を実施した結果を報告す

る。なお、ここで報告するのは、2次調査の中の途中経過であり、2次調査における中間報告という位置づけとなる。

B. 研究方法

調査対象者

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。

調査内容

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。

Part I は, 患者の成育歴についての項目であり, 小児期と成人期の II 部構成となっている。

Part II は, Diagnostic Criteria Interview であり, Part I で得られた情報を DSM-IV の基準に照合するための項目が用意されている。基本的には, DSM-IV の A~E の診断基準について, 面接者が患者に対して順に質問していく形式である。

手続

(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。

倫理面への配慮

2 次調査への協力の意思のある者に対してのみ調査依頼をした。その際, 調査目的や内容, データの保管・使用方法について説明し, 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ことを説明した。さらに, 調査協力者に結果を還元するために, 希望者に結果の報告と無料相談を実施することも伝えた。

実施時期

調査は, 2010 年 11 月から始めた。

C. 研究結果

(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。

調査の実施手続きと結果を Figure 1 に示した。また, 1 次調査と 2 次調査の対象者の内訳を Table 1 に示した。

(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。面接協力者の成人期 ADHD の診断結果と性別, 年齢帯, 居住区, 結婚歴, 家族構成, 職業, 収入, 飲酒・喫煙習慣, 1 年間での悩み事やストレス, 健康状態, 通院状況の集計結果を Table 2, Table 3, Table 4 に示し

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。

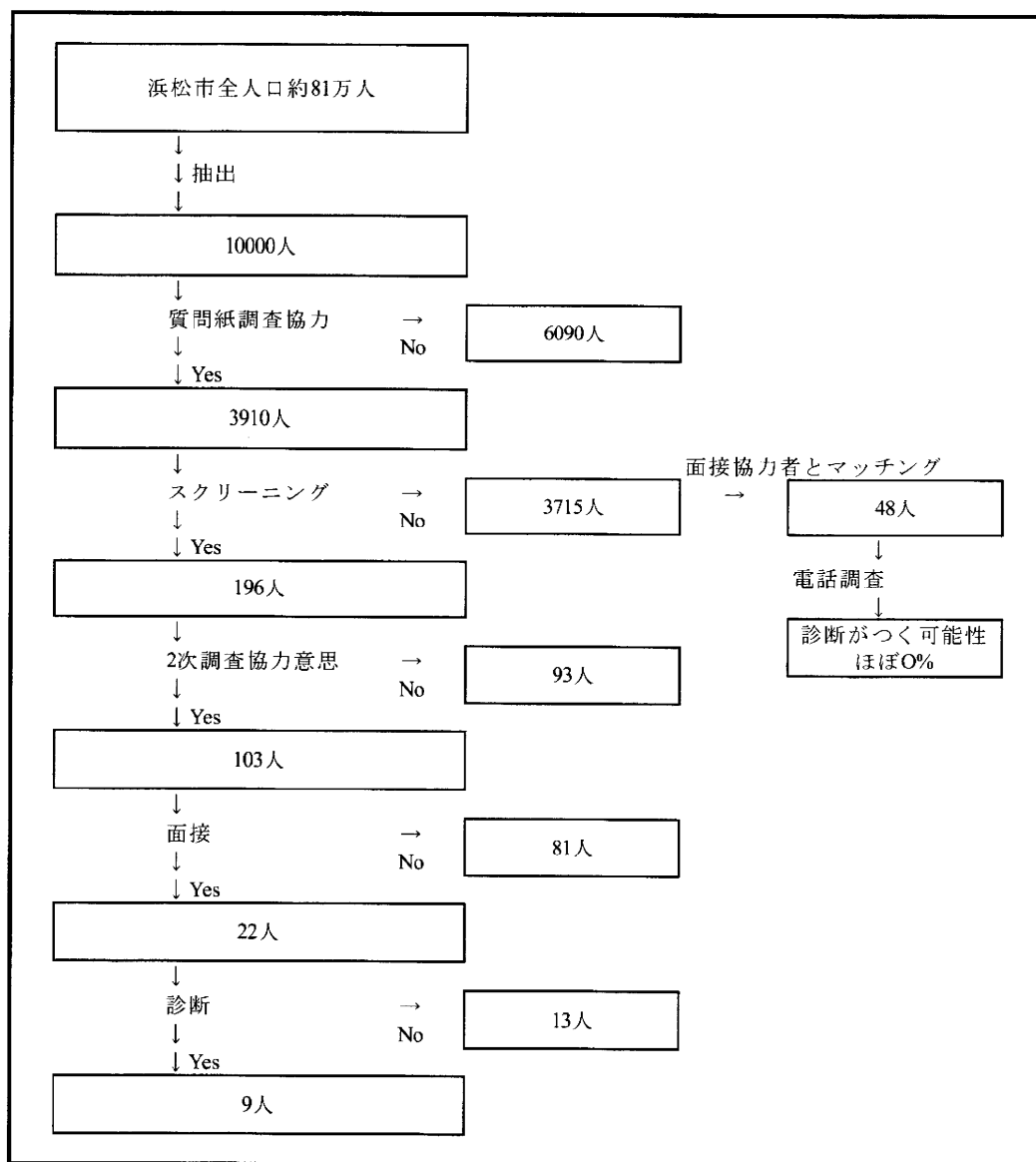


Figure 1 本調査の結果の概要

(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 (Table 5)。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。

Table 1 1次調査の結果と2次調査の対象者の内訳

ASRSのScreening結果	得点(点)	2次調査への参加意思			2次調査の実施			診断		
		なし	あり	全体	なし	あり	全体	なし	あり	全体
陰性	0	1335 (56.0)	597 (45.0)	1932 (52.0)	585 (45.7)	12 (25.0)	597 (45.0)	12 (25.0)	0	12 (25.0)
	1	540 (22.6)	363 (27.3)	903 (24.3)	351 (27.4)	12 (25.0)	363 (27.3)	12 (25.0)	0	12 (25.0)
	2	336 (14.1)	237 (17.8)	573 (15.4)	225 (25.0)	12 (25.0)	237 (17.8)	12 (25.0)	0	12 (25.0)
	3	175 (7.3)	131 (9.9)	306 (8.2)	119 (9.3)	12 (25.0)	131 (9.9)	12 (25.0)	0	12 (25.0)
	合計	2386 (100)	1328 (100)	3714 (100)	1280 (100)	48 (100)	1328 (100)	48 (100)	0	48 (100)
陽性	4	65 (69.9)	67 (65.0)	132 (67.3)	53 (65.4)	14 (63.6)	67 (65.0)	6 (46.2)	8 (88.9)	14 (63.6)
	5	20 (21.5)	31 (30.1)	51 (26.0)	23 (28.4)	8 (36.4)	31 (30.1)	7 (53.8)	1 (11.1)	8 (36.4)
	6	8 (8.6)	5 (4.9)	13 (6.6)	5 (0.0)	0	5 (4.9)	0	0	0
	合計	93 (100)	103 (100)	196 (100)	81 (100)	22 (100)	103 (100)	13 (100)	9 (100)	22 (100)

上段:度数(人), 下段:(%)

D. 考察

本研究では、対象となった10000人の一般市民の中から、3910名の協力を得てASRS-Screenerおよび健康状態を調査した。分析の結果、そのうち、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。その196名の内、2次調査に協力意思のあった103名に調査を依頼し、22名から協力を得た。この22名にCAADIDを用いた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。性別、年齢帯、居住区、結婚歴、家族構成、職業、収入、飲酒・喫煙習慣、1年間での悩み事やストレス、健康状態、通院状況について、診断のついた9名とつかなかった13名の比較を行ったところ、サンプル数が少ないこともあり、いずれの変数においても有意差が見られなかった。

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

Table 2 性別, 年齢帯, 居住区における成人期ADHDの診断結果の比較

		なし	成人期ADHD	合計	χ^2 (df)	
性別	男性	6 (46.2)	3 (33.3)	9 (41)	0.36 (1)	n.s.
	女性	7 (53.8)	6 (66.7)	13 (59)		
	合計	13 (100)	9 (100)	22 (100)		
年齢帯	18-21歳	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (5)	6.31 (6)	n.s.
	22-25歳	3 (23.1)	0 (0.0)	3 (14)		
	26-29歳	1 (7.7)	3 (33.3)	4 (18)		
	30-33歳	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
	34-37歳	5 (38.5)	3 (33.3)	8 (36)		
	38-41歳	1 (7.7)	1 (11.1)	2 (9)		
	42-45歳	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (5)		
	46-49歳	1 (7.7)	2 (22.2)	3 (14)		
	合計	13 (100)	9 (100)	22 (100)		
居住区	中区	6 (46.2)	3 (33.3)	9 (41)	2.56 (5)	n.s.
	東区	0 (0.0)	2 (22.2)	2 (9)		
	南区	3 (23.1)	2 (22.2)	5 (23)		
	西区	2 (15.4)	1 (11.1)	3 (14)		
	北区	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (5)		
	浜北区	1 (7.7)	1 (11.1)	2 (9)		
	天竜区	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
	合計	13 (100)	9 (100)	22 (100)		

上段:度数(人), 下段:(%)

Table 3 結婚歴, 家族構成, 職業, 収入における成人期ADHDの診断結果の比較

		なし	成人期ADHD	合計	χ^2 (df)	
結婚歴	既婚(同居)	5 (38.5)	5 (55.6)	10 (45)	2.63 (5)	n.s.
	既婚(別居)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
	未婚	8 (61.5)	3 (33.3)	11 (50)		
	死別	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
	離別	0 (0.0)	1 (11.1)	1 (5)		
	同居	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
	合計	13 (100)	9 (100)	22 (100)		
	家族構成	ひとり暮らし	4 (30.8)	1 (11.1)		
夫婦のみ		2 (15.4)	2 (22.2)	4 (18)		
あなた(あなた夫婦)と親		3 (23.1)	2 (22.2)	5 (23)		
あなた(あなた夫婦)と子		2 (15.4)	3 (33.3)	5 (23)		
あなたを含めて三世代		1 (7.7)	1 (11.1)	2 (9)		
その他		1 (7.7)	0 (0)	1 (5)		
合計		13 (100)	9 (100)	22 (100)		
職業		勤めている(常勤)	7 (53.8)	5 (55.6)	12 (55)	5.11 (6)
	パート・アルバイト	1 (7.7)	2 (22.2)	3 (14)		
	自営業	0 (0.0)	1 (11.1)	1 (5)		
	自由業	1 (7.7)	0 (0)	1 (5)		
	専業主婦・主夫	1 (7.7)	1 (11.1)	2 (9)		
	無職	1 (7.7)	0 (0)	1 (5)		
	学生	2 (15.4)	0 (0)	2 (9)		
	合計	13 (100)	9 (100)	22 (100)		
	収入 (世帯合計)	200万円未満	4 (30.8)	1 (11.1)	5 (23)	
200~400万円未満		3 (23.1)	3 (33.3)	6 (27)		
400~700万円未満		4 (30.8)	4 (44.4)	8 (36)		
700~1000万円未満		0 (0.0)	1 (11.1)	1 (5)		
1000万円以上		1 (7.7)	0 (0)	1 (5)		
わからない		1 (7.7)	0 (0)	1 (5)		
合計		13 (100)	9 (100)	22 (100)		

上段:度数(人), 下段:(%)

Table 4 飲酒・喫煙習慣, 1年間での悩み事やストレス, 健康状態, 通院状況
における成人期ADHDの診断結果の比較

		なし	成人期ADHD	合計	χ^2 (df)	
飲酒, 喫煙習慣	飲酒のみ	5 (38.5)	1 (11.1)	6 (27)	4.42 (3)	<i>n.s.</i>
	喫煙のみ	2 (15.4)	0 (0)	2 (9)		
	飲酒と喫煙両方	1 (7.7)	1 (11.1)	2 (9)		
	飲酒・喫煙はしない	5 (38.5)	7 (77.8)	12 (55)		
	合計	13 (100)	9 (100)	22 (100)		
1年間での 悩み事やストレス	まったくなかった	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5.45 (2)	<i>n.s.</i>
	あまりなかった	0 (0)	1 (11.1)	1 (5)		
	たまにあった	5 (38.5)	0 (0.0)	5 (23)		
	よくあった	8 (61.5)	8 (88.9)	16 (73)		
	合計	13 (100)	9 (100)	22 (100)		
健康状態	健康である	5 (38.5)	1 (11.1)	6 (27)	3.25 (3)	<i>n.s.</i>
	まあまあ健康である	5 (38.5)	5 (55.6)	10 (45)		
	あまり健康でない	3 (23.1)	2 (22.2)	5 (23)		
	健康ではない	0 (0)	1 (11.1)	1 (5)		
	合計	13 (100)	9 (100)	22 (100)		
通院状況	通院している	6 (46.2)	4 (44.4)	10 (45)	0.01 (1)	<i>n.s.</i>
	通院していない	7 (53.8)	5 (55.6)	12 (55)		
	合計	13 (100)	9 (100)	22 (100)		

上段:度数(人), 下段:(%)

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。

この研究と比較しても本研究で得られた値は若干小さいといえるが, これについては, 上でも述べ

たように, 本研究の研究デザインによるものであるのか, 欧米との文化差によるものなのかをここで判定することはできない。

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,

Table 5 1次調査と2次調査の結果

ASRSのScreening結果	得点(点)	診断のついた割合(%)	診断のついた人数(人)	有病率の推定値(%)
		(面接実施者22名あたり)	(スクリーニング陽性者196名中)	(調査協力者3910人あたり)
陰性	0	0	0	
	1	0	0	
	2	0	0	
	3	0	0	
	全体	0	0	
陽性	4	57.14	75.43	
	5	12.50	6.38	
	6	0.00	0.00	
	全体	23.21	81.80	2.09

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ができる。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。

今後の検討課題としては、スクリーニング陽性群で 2 次調査に協力意思があったがまだ 2 次調査を実施できていない 81 名について、研究への協力を要請し、2 次調査を実施することが挙げられた。また、今回得られた有病率の推定値の幅に影響を及ぼしているであろう要因を同定することも必要である。

また、本研究で採用した米国での screening 基準 (Kessler, et al., 2005) について、我が国のデータにおいても適切なカットオフ値であるかどうか検討する必要がある。4 点を超えなかった 3 点以下の調査協力者 48 名に対しても 2 次調査を実施したところ、成人期 ADHD の診断がついた者がいなかったことから、偽陰性となる率は非常に低いと考えられるが、擬陽性となる率についても、2 次調査の協力者を増やし、検討する必要がある。

文献

Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, D., (1999). CAARS Adult ADHD Rating Scales. New York: Multi-Health Systems.

Epstein, J., Johnson, D. E., & Conners, C. K.

(2001). Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID). New York: Multi-Health Systems.

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E.E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245-256.

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., M.P.H., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2009). The prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716-723.

Resnick, R. J. (2000). The hidden disorder : a clinician's guide to attention deficit hyperactivity disorder in adults. Washington, DC: American Psychological Association.

(レズニック, R. J. 紅葉誠一 (訳) 成人の ADHD : 臨床ガイドブック 東京書籍.

Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 194, 204-211.

田中康雄 (2004) : 注意欠陥／多動性障害の現状と支援. *精神保健研究*, 50, 25-35.

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

特になし

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 用のアセスメントツール CAARS 日本語版の予備調査

分担研究者 辻井 正次 中京大学現代社会学部

分担研究者 大西 将史 浜松医科大学子どもこころの発達研究センター

分担研究者 染木 史緒 浜松医科大学子どもこころの発達研究センター

研究要旨

本研究では、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。評定者間での下位尺度の比較を予備的に行ったところ自己評定よりも観察者評定の方が有意に得点が低かった。同様に男女間の比較を行ったところ、男性の方が女性よりも得点が高い傾向がみられた。下位尺度間の相関では、男女ともに全般的に有意な正の相関がみられた。

A. 研究目的

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。

B. 研究方法

1. 調査協力者

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。

2. 倫理面への配慮

調査協力者には、調査の趣旨や内容について十分に説明し、調査への協力は任意であることを伝え、インフォームドコンセントに配慮した。調査への協力を同意が得られた者のみを対象として質問紙調査を実施した。

3. 調査内容

Conners' Adult ADHD Rating Scale (CAARS)

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。

CAARS には、自己報告版 (Self-report: S) と、観察者報告版 (Observer-report: O) があり、両方とも項目の内容は同じである。また、CAARS には、2 種類の報告者についてそれぞれ項目数の異なる Long Form, Short Form, Screening Form の 3 タイプがある。したがって、全部で 6 種類あるということになる。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、① Inattention/Memory Problems (12 項目)、

② Impulsivity/Emotional Lability (12 項目)、③ Hyperactivity/Restlessness (12 項目)、④ Problems 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。

4. 手続

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。

5. 実施時期

調査は、2010 年 10 月に行った。

C. 研究結果

1. 項目の基礎統計量

(1) 全体での検討

自己評定と観察者評定それぞれ項目の基礎統計量を算出した (Table 1, Table 2)。

自己評定では、得点の範囲は全項目で 0~3 点であった。項目ごとの平均値は 0.22~1.86 であり、全体的に低めであった。項目ごとの SD は、0.50 から 1.00 であった。床効果の見られた項目は、