大学生を対象としたASRS-screener（成人期ADHD自己記入式スクリーニングテスト）の妥当性と信頼性についての一考察

井上　清子*

A Study on the Reliability and Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale in College Students

Kiyoko INOUE

要旨　大学生に対するASRS-screenerの信頼性と妥当性を検討するために，大学生431人を対象として，質問紙調査を行った．ASRSの内的整合性による信頼性を検討するため，クロンバックのα係数を求めたところ，$\alpha = .65$であった．93人を対象として，４週間後に２回目の調査を行った．再テスト法による信頼性相関係数は$\rho = .69$で，ある程度の信頼性が確認された．一方で，大学生の適応状況や自己評価の不安定さも考慮する必要性が示唆された．ASRSの妥当性を検討するために，ASRSの合計得点とCAARS日本語版の９つの下位尺度項目について，相関分析を行った．ASRS合計得点は，CAARSの「自己概念の問題」のみ弱い正の相関であったが，「不注意・記憶の問題」「多動性・落ち着きのなさ」「衝動性・情緒不安定」「DSM-Ⅳ不注意症状」「DSM-Ⅳ多動性・衝動性症状」「DSM-Ⅳ総合ADHD症状」「ADHD指標」のいずれにおいても中程度の正の相関がみられた．本調査では，ASRS-screenerで13.2％が陽性で，擬陽性が多く含まれているものと推測された．自覚的には，不注意や多動性・衝動性などのための困難感や不適応感を抱いているものが少なくないことが推察され，その気持ちに寄り添う支援の第一歩としてASRSは有用であると思われた．

キーワード： ADHD　ASRS　大学生　発達障害　注意欠如・多動性障害

Ⅰ　はじめに

注意欠如・多動性障害（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: AD/HD以下ADHDと記す）は子どもの時から生じる障害であるが，大人になっても一部は症状が継続し，その他の様々な問題を引き起こすと考えられている（Spencer 2008）．成人期のADHDの有病率については，様々な方法論に基づく報告がある．Barkley（1998）による疫学調査では4.7％と報告されている．Weissら（1999）は，ADHD児の３分の２が成人になっても症状が残ると仮定し，かつ子どもの有病率を３～６％であるとすると，小児期のADHDが成人になっても続く症例の割合は，２～４％としている．Kesslerら（2006）は，USAにおいて成人期ADHDの有病率は，4.4％と報告している．その他の国における成人期ADHDの有病率研究では，ベルギー4.1％，コロンビア1.9％，フランス7.3％，ドイツ3.1％，イタリア2.8％，レバノン1.8％，メキシコ1.9％，オランダ5.0％，スペイン1.2％，USA5.2％で，これらを総合すると3.4％という報告がある（Fayyadら 2007）．我が国においては，成人期ADHDの

* いのうえ　きよこ　文教大学教育学部心理教育課程

有病率に関していえば，その報告はまだ少ない．日本の児童期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）と併せて考えると，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．内山ら（2012b）が成人（18 ～ 49歳）の男女3910人を対象とした調査研究からは，有病率の推定値は2.09％であった．

成人期のADHDの有病率の難しさの要因の一つとして，行動面の問題を伴う多動性や衝動性が発達に伴い減じることによって，診断されるべき人が低く見積もられてしまうという報告が多くある．（Hellengensteinら 1998，Mannuzzaら 1998）

子どもの時の不注意の症状（注意を払うことが難しく，聞いていなかったり，最後までやり遂げられず，整理できず，物を忘れたり，気が散りやすいなど）は，大人になると，時間の管理の問題，仕事を始めたり終わらせたりすることの困難さ，複数の仕事ができない，怠慢，注意を要する活動を避けるなどとなって現れる（中村　2016）．さらに小児期に適切な治療や支援を受けられなかった子どもは，成人する頃には，自信や自己効力感を失うような負の体験を重ねていることが多いため，これらの体験が内在化されれば，抑うつ・不安を呈するようになる．また，衝動性の高さが外に向かっていけば，素行障害から反社会性パーソナリティ障害，依存症として問題となる可能性もある（田中　2010）．

大人のADHDの診断の基準となっているのは，子どもの場合と同様に，DSM-5（APA 2013）あるいはICD-10（WHO 1992）である．しかし大人の場合，症状による困難があっても，それを補うような人付き合いの方法を身につけている可能性がある．（Rensnick 2000）また，子どもに比べて生活場面が多様であるため，症状による困難の度合いを評価することが難しい（Weissら 1999）．さらに大人のADHDの主訴には，物事を先延ばしにする傾向，慢性的な挫折感，同時に多数のものに手をつけてどれ一つとして達成できない傾向，時間の管理ができないなどのDSMには挙げられていない問題が存在する（Resnick 2000）．

このような問題を踏まえて，これまでのDSMの診断基準を補完するような独自の診断基準，あるいはDSMに準拠しながらも，大人のADHDの症状を具体的かつ詳細に記述した評価尺度が作成されている．Wender, P.H.のUtah基準（Wender 1995），Conner's Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-Ⅳ（CADID™）（Epsteinら 2001），Barkley, R.A. & Murphy, K.の成人ADDの診断基準（Hallowell・Ratey 1994），Brown ADD scale Diagnostic Forms（Brown 1996）などがある．

さらに，ADHDの症状やそれに由来する様々な困難性を量的に把握する評価尺度として，Wender-Utah Rating Scale（WURS）（Wardら1993），Wonder-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale（WRAADDS）（Reimherrら2006），Conner's Adult ADHD Rating Scale（CAARS™）（Connersら1998），Adult ADHD Self Report Scale-v1.1（ASRS-v 1.1）（Kesslerら 2005），Brown ADD scale（Brown 1996）などがある．

大学においても，発達障害の学生への支援の必要性が高まっている．日本学生支援機構（2019）による大学785校（在籍学生3,947,849名）を対象とした調査では，診断書を有し支援を行っている発達障害の大学生は，3,763名で増加傾向にある．そのうち，自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorder: ASD）の学生は2,436名，ADHDの学生は1,496名であった．さらに，診断書はないが発達障害であることが推察され教育上の配慮を行っている大学生もASDは1,496名，ADHDは532名いる．ASDの有病率は１～２％（市川　2010）と言われており，本来ADHDの有病率の方が高いことから考えると，診断や支援を受けていないより多くのADHD学生がいるもの

と推察される．

2016年に施行された「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（障害者差別解消法）」においては，「障害者から現に社会的障壁の除去を必要としている旨の意志の表明があった場合」に合理的配慮義務が生じると記されているように，本人の「配慮を求める意志」が支援には重要な意味を持つ．

そこで，インターネットなどから無償で利用できる簡便なADHDのチェックリストなどは，大学生活に困難を感じながらも，その原因がわからず，相談を迷っている学生にとっても，支援への一歩を踏み出すきっかけとなるかもしれない．あるいは，大学内で教職員が学生から相談を受けたとき，簡易なチェックリストに一緒に回答していくことで，その困り感に寄り添い目に見える数値として確認することで，専門家へとつなげられる可能性があると思われる．

インターネットで利用できる成人期ADHDのチェックリストの一つに「ASRS-screener（Adult ADHD Self Report Scale-Screener: 成人期ADHD自己記入式チェックリスト，以下ASRS）」がある．ASRSは，Kesslerら（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（内山　2012a）．DSM-Ⅳの基準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ヶ月間を振り返り，どの程度の頻度でそれぞれの項目に記載された症状を経験しているかを５段階（０：全くない・１：めったにない・２：時々・３：頻繁・４：非常に頻繁）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，カットオフ値である４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行う必要が示唆される陽性群となる．自己記入式で回答数が６問と少ないため回答者の負担が少なく，判定も簡便明快なものである．

本研究では，今後，大学生への積極的な活用をすすめるために，大学生に対するASRSの妥当性や信頼性について検討する．

Ⅱ　研究方法

１　対象

研究の目的と方法について説明し質問紙調査に同意が得られ，欠損値の無かった３学部（教育・人間科学・文学）の大学生431人（男性94人，女性337人）．年齢18 ～ 24歳，平均19.41±1.45歳．

２　方法

（１）調査時期

2018年４月～７月．

（２）手順

大学の複数の授業時に質問紙を配布し，質問紙調査の目的と方法，および倫理的配慮について説明し，同意が得られた者のみ質問紙を受け取り回答し，回収箱に提出するよう依頼した．

回答は，原則無記名で行ったが，１クラスについては，信頼性を検討するための再検査に協力可能な場合には，４桁の暗証番号をフェイスシートの所定欄に記入するように指示し，１・２回目で一致を確認した．

（３）質問紙の構成

（４週間後の再検査時は①②③のみ）

①フェイスシート：所属・性別・年齢・（暗証番号）．

②ASRS-screener：６項目に５段階評定（全くない・めったにない・時々・頻繁・非常に頻繁）で回答を求めた．

③ASRS-screenerの５段階評定の「時々」「頻繁」「非常に頻繁」はどの程度の頻度を想定したかを（年に・月に・週に）と（１～２・３～４・５～６・７）の選択肢から各１つずつ選択を求めた．

④CAARS日本語版（中村ら　2012）：９つの下位尺度からなる66項目に４段階評定（まったくない・ときどきある・しばしばある・とても頻繁にある）で回答を求めた．

Ⅲ　結果と考察

1　大学生を対象としたASRSの信頼性

（1）内的整合性による信頼性

ASRSの内的整合性による信頼性を検討するため，各項目の粗点からクロンバックのα係数を求めたところ，α =.65であった．高いとは言えないが，項目数が6であることや，修正済み項目合計相関ですべての項目間で正の相関がみられたこと，項目が削除された場合のクロンバックのαが高くなるものが無かったことから，ある程度の内的整合性があるものと考えられた．

18歳～ 49歳の男女3,910人を対象とした内山ら（2012a）の調査では，α =.77であった．本研究では，成人期初期の18 ～ 24歳の大学生（平均年齢19.41歳）を対象としていることから，子どもから大人への症状の移行期であることに加え，青年期の同一性（自己評価）の不安定性や不確実性もα係数が低下した一因として考えられた．

（2）再テスト法による信頼性

再調査に同意が得られた大学生93人（男性12人，女性81人），年齢18.16±.45を対象として，1回目の調査から4週間後に2回目の調査を行った．ASRSの合計得点の再テスト法による信頼性相関係数はρ =.69で，合計得点についてある程度の信頼性が確認された．

平均点が1回目8.86，2回目10.58とあがっていることからも，今回は，再テストを大学生1年生のクラスで行ったため，一部の学生の大学生活への慣れ（気の緩み）による頻度の増加や，自己同一性や自己評価の不安定性や不確実性による影響が信頼性の低下に影響していることも考えられた．

2　大学生を対象としたASRSの妥当性

ASRSの妥当性を検討するために，ASRSの合計点とCAARS日本語版の9つの下位尺度項目点について，相関分析を行った結果を表1に示した．ASRS合計点は，CAARSの「D. 自己概念の問題」のみ，r=.35とやや弱かったが，「A. 不注意・記憶の問題」（r=.56），「B. 多動性・落ち着きのなさ」（r=.46），「C. 衝動性・情緒不安定」（r=.48），「E. DSM-Ⅳ不注意症状」（r=.60），「F. DSM-Ⅳ多動性・衝動性症状」（r=.49），「G. DSM-Ⅳ総合ADHD症状」（r=.60），「H. ADHD指標」（r=.60）のいずれにおいても有意な正の相関がみられた．

「自己概念の問題」については，ADHDに二次的に現れる可能性のある問題であり，青年期においてはADHDの傾向とは関係なく自己概念の問題を抱えている場合も少なくないため，相関としては弱くなったものと考えられた．

これらの結果から，ASRSは，成人期のADHD症状スクリーニングテストとして，一定の基準関連妥当性を有していることが確認された．

3　対象とした大学生のASRSの特徴

（1）大学生のASRSの各項目得点および合計点

今回の調査対象者である大学生431人のASRSの合計点の平均は8.79，標準偏差は3.44，最小値は0，最大値は20，中央値9，最頻値9であった．合計点の分布を図1に示した．18 ～ 49歳を対象とした内山ら（2012a）の調査では，合計点の平均は，6.18，標準偏差3.56であった．これは，本研究の対象であった大学生は，日々長時間の授業やレポートなどに取り組んでおり，注意集中や

表1　ASRS合計点とCAARS下位尺度点との相関分析

	CAARS下位尺度点							
	A合計点	B合計点	C合計点	D合計点	E合計点	F合計点	G合計点	H合計点
ASRS合計点	.579**	.501**	.495**	.351**	.601**	.513**	.616**	.598**

** p <.01

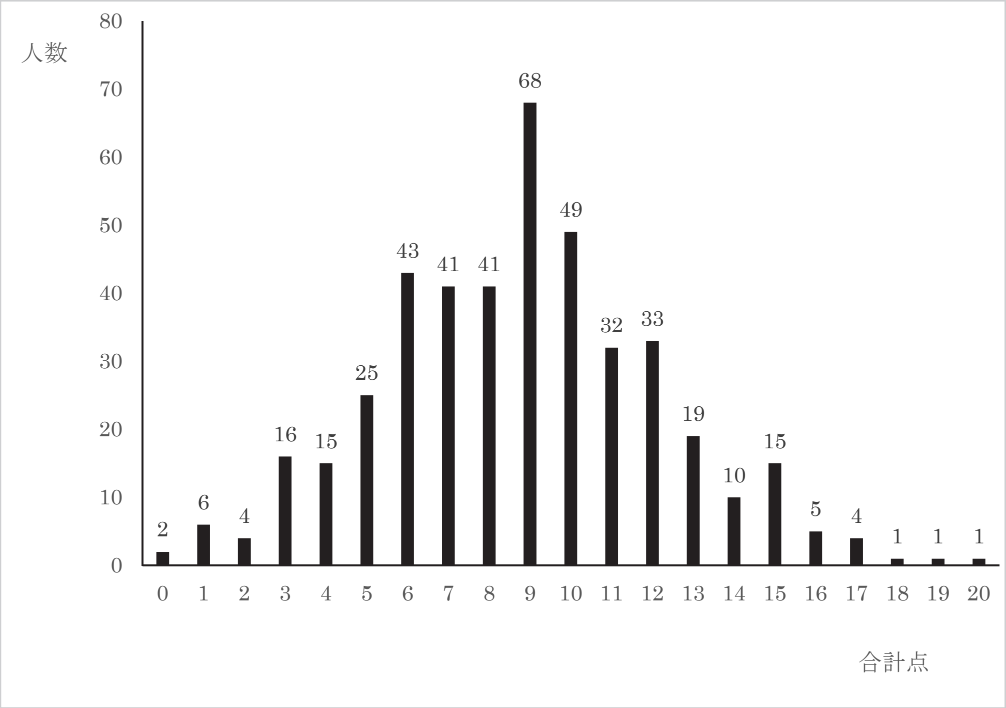

図１　対象大学生のASRSの合計点の分布

苦手な課題の遂行に困難を自覚する機会が多いため平均的に高くなったのではないかと推測された.

ASRSの各項目点および合計点に男女差があるかを調べるために t 検定を行った結果を表２に示した.「１. 物事を行うのにあたって, 難所は乗り越えたのに, 詰めが甘く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すか」($p<.05$),「２. 計画性を要する作業を行う際に, 作業を順序だてるのが困難だったことがどのくらいの頻度でありますか」($p<.05$),「３. 約束やしなければばらない用事を忘れたことが, どのくらいの頻度でありますか」($p<.05$),「５. 長時間座っていなければならない時に, 手足をそわそわと動かしたり, もぞもぞしたりすることが, どのくらいの頻度でありますか」($p<.01$) の４項目と合計点が ($p<.05$), 有意に男性の方が高かった. 本研究から, 大学生においては, ASRSの得点は, 男性の方が高いことが示された.

（２）大学生のASRSの各項目の頻度

対象者である大学生のASRSの各質問項目について選択した頻度の人数（割合）と各項目のScreening基準該当者を表３に示した.

ASRSでは, 基準値が, 項目１～３では「時々」以上, 項目４～６では「頻繁」以上がカウントされる. 各項目の基準値以上に該当した学生の割合は以下の通りである.

「１. 物事を行うのにあたって, 難所は乗り越えたのに, 詰めが甘く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すか」57.9％,「２. 計画性を要する作業を行う際に, 作業を順序だてるのが困難だったことがどのくらいの頻度でありますか」55.2％,「３. 約束やしなければばらない用事を忘れたことが, どのくらいの頻度でありますか」26.4％,「４. じっくり考える必要のある課題に取りかかるのを避けたり, 遅らせたりすることが, どのくらいの頻度でありますか」33.4％,「５. 長時間座っていなければならない時に, 手足をそわそわと動かしたり, もぞもぞしたりすることが, どのくらいの頻度でありますか」11.4％,「６. まるで何かに駆り立てられているように過度に活動的になった

表２　ASRSの各項目点および合計点

質問項目	性別	平均点	標準偏差	t 値
1．物事を行うにあたって、難所は乗り越えたのに、詰めが甘く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すか。	女	1.54	0.77	-2.38**
	男	1.76	0.79	
2．計画性を要する作業を行う際に、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すか。	女	1.64	0.89	-2.39**
	男	1.9	1.07	
3．約束や、しなければならない用事を忘れたことが、どのくらいの頻度でありますか。	女	1.01	0.8	-2.55**
	男	1.29	0.95	
4．じっくりと考える必要のある課題に取りかかるのを避けたり、遅らせたりすることが、どのくらいの頻度でありますか。	女	2.12	0.93	0.35
	男	2.09	1.14	
5．長時間座っていなければならない時に、手足をそわそわと動かしたり、もぞもぞしたりすることが、どのくらいの頻度でありますか。	女	1.06	1.02	-4.23**
	男	1.61	1.14	
6．まるで何かに駆り立てられるかのように過度に活動的になったり、何かせずにいられなくなることが、どのくらいの頻度でありますか。	女	1.09	1.02	-1.6*
	男	1.3	1.16	
合計得点	女	8.47	3.12	-3.74*
	男	9.94	4.17	

*p <.05, **p <.01

表３　ASRSの選択肢への回答者数（割合）とScreening基準該当者数（割合）

質問項目	選択肢への回答者数（%）					スクリーニング基準該当者
	全くない	めったにない	時々	頻繁	非常に頻繁	
1．物事を行うにあたって、難所は乗り越えたのに、詰めが甘く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すか。	36 (8.4%)	146 (33.9%)	211 (49.0%)	36 (8.4%)	2 (.5%)	249 (57.9%)
2．計画性を要する作業を行う際に、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すか。	40 (9.3%)	140 (32.5%)	173 (40.1%)	65 (15.1%)	13 (3.0%)	251 (55.6%)
3．約束や、しなければならない用事を忘れたことが、どのくらいの頻度でありますか。	108 (25.1%)	209 (48.5%)	91 (21.1%)	20 (4.6%)	3 (.7%)	114 (26.4%)
4．じっくりと考える必要のある課題に取りかかるのを避けたり、遅らせたりすることが、どのくらいの頻度でありますか。	21 (4.9%)	86 (20.0%)	180 (41.8%)	110 (25.5%)	34 (7.9%)	144 (33.4%)
5．長時間座っていなければならない時に、手足をそわそわと動かしたり、もぞもぞしたりすることが、どのくらいの頻度でありますか。	141 (32.7%)	135 (31.3%)	106 (24.6%)	36 (8.4%)	13 (3.0%)	49 (11.4%)
6．まるで何かに駆り立てられるかのように過度に活動的になったり、何かせずにいられなくなることが、どのくらいの頻度でありますか。	143 (33.2%)	135 (31.3%)	106 (24.6%)	36 (8.4%)	13 (3.0%)	49 (11.4%)

り，何かせずにいられなくなることが，どのくらいの頻度でありますか」11.4％であった．これらの結果から，１～４の不注意の項目には該当する学生が多く，５，６の多動性・衝動性の項目には該当する学生が少ないことが確認された．大学生157人を対象としてARSRを行った三宅ら（2016）の先行研究では，割合としては全項目とも本研究よりも高かったが，比較的，不注意項目の該当者が多く，多動性・衝動性項目は少ないことは，共通していた．これは，行動面で目立つ粗大な多動

は加齢に伴い軽減していくが，青年期以降も不注意や衝動性の症状は残存しやすく，形を変えながら一生続く（Achenbachら 1995）という従来の報告と合致する．

18歳～49歳の男女3,910人を対象としてASRSを行った内山ら（2012a）の結果と比較すると，「３．約束やしなければばらない用事を忘れたことが，どのくらいの頻度でありますか」が基準値以上であった者は同程度（本調査26.4％，内山ら26.1％）だったが，それ以外は，本調査が倍以上の高い割合を示していた．高校生までには，メモなど何かしらのリマインド方法を身につけ，約束や用事を忘れることは少なくなるが，それ以外の不注意や多動性症状に対しては，大学生ではまだ充分な対応方法や対策が取られていない者も多い可能性が推察された．また，内山ら（2012a）の調査では，基準値を超えた者が8.5％であった「４．じっくり考える必要のある課題に取りかかるのを避けたり，遅らせたりすることが，どのくらいの頻度でありますか」が本調査では33.4％と多かった．三宅ら（2016）の調査でも43.3％と多かったことから，大学生では特に勉強など「じっくり考えなければならない作業がある」機会が多く，「その作業に取りかかるのを避けたり遅らせようとしたりしたこと」が自覚されやすいものと考えられた．

（３）大学生のASRSの陽性率

基準を超えている項目数を加算して，カットオフ値である４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行う必要が示唆される陽性群となる．本調査で，６項目中４項目が基準値を超えていた学生は44人（10.2％），５項目が12人（2.8％），６項目が１人（.2％）であった．すなわち，４項目以上が基準値を超えたASRS陽性の学生は13.2％であった．

再テストを行った者のみをみると，一回目の陽性者は14.0％と全体と大きな差は無かったが，２日目の陽性者は，25.8％と増加していた．（表４）

表４　再テストによる陽性率・陰性率

１回目	２回目	
	陰性	陽性
陰性	63（67.7％）	17（18.3％）
陽性	6（6.5％）	7（7.5％）

１回目２回目で判定結果が変わらなかった者は，75.2％であった．しかし，陰性から陽性に変わった者が18.3％，陽性から陰性に変わった者が6.5％おり，大学生の適応状況や自己評価の不安定さや可変性を考慮することが，大学生にASRSを施行するうえで重要であることが示唆された．一方，ASRSを間隔をおいて複数回施行することで，困り感に寄り添いその時々に必要な支援（困難が継続的であれば継続的な支援）を考える一助となるものと思われた．

男女別では，女性31人（9.2％），男性26人（27.7％）が陽性であった．x^2検定を行ったところ，有意に男性の方が陽性者が多かった．ADHDの性差については，学齢期の子どもでは，およそ２：１から９：１と男児優勢であるが，成人では１：１に限りなく近づくとも言われている．（田中　2008）しかし，内山ら（2012a）の調査と同様，本研究でも，ASRS陽性者は男性に有意に多いことが確認された．

18歳～49歳の男女3,910人を対象とした内山ら（2012a）の調査では，４項目3.4％，５項目1.3％，６項目.3％，陽性者は5.0％であった．大学生157人を対象とした三宅ら（2016）の調査では，４項目29.3％，５項目7.6％，６項目4.5％，陽性者は41.4％とかなり高かった．大学生124人を対象としてWURS（Wender Utah Rating Scale）を施行した糸井ら（2016）の調査では，陽性率は，30.6％であった．内山ら（2012a）の調査でも，22～25歳と26～29歳において有意に陽性群が多いことが報告されているが，18～22歳においては，有意差はみられなかった．しかし，本調査を含め，大学生を対象とした他の調査（三宅ら2016；糸井ら　2016）でも，大学生の自己記入式

スクリーニングテストでは陽性率が高くなる可能性が示唆された．その理由としては，前述した大学という学びの環境やモラトリアムという自己概念や同一性が不安定で自意識過剰になりやすいことなどが考えられるが，自覚的には不注意や多動性・衝動性による困難感や不適応感，失敗などを自覚している大学生が少なくないことが推察された．大学生の自己評価の不安定さを念頭に置き，ASRSのカットオフ値によって自他ともにレッテルを貼ってしまうことがないように留意しながらも，学生のその時々の自覚的な困り感に寄り添い，適切な支援を行うための一歩として，ASRSは有効であると思われた．

Ⅳ　おわりに

大学生に対するASRS-screenerの信頼性と妥当性を検討するために，大学生431人（男性94人，女性337人，平均年齢19.41±1.45歳）を対象として，質問紙調査を行った．各項目の粗点からクロンバックのα係数を求めたところ，α =.65であった．93人に4週間後再テストを行ったところ，ASRSの合計得点の信頼性相関係数はρ =.69であった．内的整合性および再テスト法により，ある程度の信頼性が確認された．ASRSの合計得点とCAARS日本語版の9つの下位尺度項目について，相関分析を行ったところ，全ての項目について有意な正の相関がみられたことから，ある程度の妥当性が確認された．対象者の13.2%が陽性で，擬陽性が多く含まれているものと推測された．大学生は，ASRSの各項目の頻度を高く回答したり，数週間で変化する傾向がみられ，適応状況や自己評価の不安定さによるものと考えられた．自覚的には，不注意や多動性・衝動性などのための困難感や不適応感を抱いているものが少なくないことが推察され，その気持ちや状況を理解し寄り添う支援の第一歩としてASRSは有効であると思われた．

引用文献

Achenbach TN, Howell CT, et.al（1995）Six-year predictors of problems in a national sample of children and youth: 1 Cross-informant syndromes, Journal of the American Academy of Child and Adrescent, Psychiatry 34, 336-347.

American Psychiatric Association（2013）Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders 5th ed, APA.

Barkley RA（1998）Attention deficit hyperactivity disorder, A handbook for diagnosis and treatment（2nded）, Guilford Press.

Mannuzza, Klein, Bessler, et.al（1998）Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up, American Journal of Psyciatry 155, 493-498.

Brown TE（1996）Attention-Deficit Disorder Rating Scale for Adult, the Psychological Corporation.

Conners CK, Erdhardt D, Sparroe E（1998）Conner's adult ADHD rating Scales（CAARSTM）Multi-Health Systems, 中村和彦（監修），染木史織・大西將史（監訳）(2012) CAARSTM日本語版，金子書房.

Epstein J, Johnson DE, Conners CK（2001）Conner's Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-Ⅳ TM（CAADIDTM）, Multi-Health Systems, 中村和彦（監修），染木史織・大西將史（監訳）(2012) CAADIDTM日本語版，金子書房.

Fayyad J, Graaf RDE, et al（2007）Cross-national prevalence and correlates of adult attention deficit hyperactivity disorder, British Journal of Psychiatry 190, 402-409.

Hallowell EM, Ratey JI（1994）Driven to distruction, Ballantine.

Heilengenstein E, Conyers LM, et.al（1998）Preliminary normative data on DSM-Ⅳ

attention deficit hyperactivity disorder in college students, Journal of American College Health 46, 185-188.

市川宏伸（2010）子どもの精神科と精神症状，臨床家が知っておきたい「子どもの精神科」第２班，医学書院.

糸井千尋・花塚優貴（2016）一般大学生における発達障害の傾向について―AQ，WURS，学習面の困難状況指標を用いた予備的調査，人文研紀要83，131-143.

Kessler RC, Adler L, Thomas S（2005）The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale（ASRS); a short screening scale for use in the general papuration, Psychological Medicine 35, 245-256.

Kessler RC, Adler L, et al（2006）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.

三宅典恵・岡本百合・永澤一恵ら（2016）大学生におけるADHD傾向の調査―早期支援に向けて―，総合保健科学 32, 1-8.

内閣府（2016）障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（障害者差別解消法）.

中村和彦（2016）大人のADHD―アセスメントから治療まで，金子書房.

日本学生支援機構（2019）平成30年度（2018年度）大学，短期大学及び高等専門学校における障害のある学生の修学支援に関する実態調査結果報告書.

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

Rensnick RJ（2000）The hidden disorder, A clinician's guide to attention deficit hyperactivity disorder in adults, American Psychologycal Association, 大賀健太郎・霜山孝子（監訳），紅葉誠一（訳）(2003）成人のADHD臨床ガイドブック，東京書籍.

Reimherr FW, Marchant BK, Strong RE, et al（2005）Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine, Psychiatry Research 30（143), 293-297.

Spencer TJ（2008）The epidemiology of adult ADHD. CNS Spectrums 13, 6-8.

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.

田中康雄（2008）注意欠陥/多動性障害，精神科治療学 23，203-208.

田中康雄（2010）ADHDの包括的支援の在り方，精神科治療学 25，853-859.

内山敏・大西将史・中村和彦ら（2012a）日本における成人期ADHDの疫学調査―Adult ADHD self report scale-screener（ASRS-screener）陽性群の特長について―，子どものこころと脳の発達３（１），23-33.

内山敏・大西将史・中村和彦ら（2012b）日本における成人期ADHDの疫学調査―成人期ADHDの有病率について―，子どものこころと脳の発達３（１），34-41.

Ward MF, Wender PH, Reimherr FW（1993）The Wener Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, American journal of Psychiatry 150, 885-890.

Weiss M, Hechtman LT, Weiss G（1999）ADHD in adulthood: A guide to current theory, diagnosis, and, treatment, Johons Hopkins University Press.

Wender PH（1995）Attention Deficit Hyperactivity Disorder in adults, Oxford University Press.

World Health Organization（1992）The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, WHO.