



ADHD児における薬物療法の現状と効果

辻村, 千代子
高田, 哲
中林, 稔堯
鎌江, 伊三夫

(Citation)

神戸大学都市安全研究センター研究報告, 8:269-274

(Issue Date)

2004-03

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(JaLCD01)

<https://doi.org/10.24546/00422489>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/00422489>



ADHD児における薬物療法の現状と効果

Present state of the drug treatment for the children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and its effects

辻村 千代子¹⁾

Chiyoko Tsujimura

高田 哲²⁾

Satoshi Takada

中林 稔堯³⁾

Toshitaka Nakabayashi

鎌江 伊三夫⁴⁾

Isao Kamae

概要: 近年、学校現場では、行動の問題を主訴として医療機関を受診する児童生徒が増えている。このような子どもたちの中には、ADHDという診断を受け、薬物療法の適応となる子どもも多い。そこで、神戸市近郊の小児神経学会認定医、小児科学会認定医77名にアンケート調査を行なったところ、医療機関でADHDと診断された小中学生では、50%以上が投薬を受けていた。さらに、実際に投薬を受けている7名の児童生徒の保護者に面接して治療効果をどのように感じているか調査したところ、全員が多動と集中力が大きく改善したと答えた。一方、投薬の効果を認め、良かったと感じているものの、多くの家族は「将来、薬なしでもやっていけるようになるのか」ということについて不安を感じていた。これらの不安を軽減し、薬物への依存を少なくするためには、教員が薬物療法をよく理解し、適切な教育的援助をしていくことが重要であると思われた。

キーワード: 薬物療法、ADHD、スコア評価、教育的援助

1. はじめに

近年、小中学校の教育現場では、「授業中、座ってられない」「不注意が目立つ」「我慢できない」など、行動に問題を抱え、集団になじめない児童生徒が増えている¹⁾。これらの子ども達では、早期に適切な対応がなされない場合、自尊感情の低下を招き、反社会的な行動に走ることがしばしば認められる。近年、わが国でも非行や少年犯罪の増加が深刻な問題となってきた。社会の安全性を確保するためにも早急な教育的対応が望まれている。

一方、最近では、このような子どもたちは学校を通じて医療機関に紹介される機会が増えて来た、医療機関において、注意欠陥／多動性障害(以下ADHD)という診断を受け、薬物療法の適用になる例も少なくない。ADHDの薬物療法においては、メチルフェニデートという薬剤がよく知られるようになってきている。しかしその一方で、メチルフェニデートが覚醒作用のある薬剤であることや、適用外使用されていることはあまり知られていない。また、薬物依存についてもさまざまな情報が飛び交っており、薬物療法について正しく認識されているとはいえない状況である。教育現場においても、薬物療法という言葉は知られていても、実際の効果に関する情報は少なく、関心も薄いように思われる。しかし、多くの子ども達が服薬している現状を考えると、教師が薬物療法に関してある程度の知識を持つておくことは必要である。

そこで、本研究では、最初に、医師にアンケート調査を行い、実際にどのくらい子どもたちが薬物療法を受けているのかということ調べた。次に、薬物療法を受けているADHD児の保護者に面接とアンケート調査を行い、実際の効果や副作用、不安に思っていることなどについて検討した。

2. 対象並びに方法

(1) 調査対象

医師を対象とした調査では、神戸市近郊で勤務あるいは開業している小児神経学会認定医及び小児科学会認定医計77名を対象とした。また、神戸大学医学部付属病院外来で薬物療法を受けているADHD児とADHDの親の会に所属している保護者のうち、本人及び保護者の同意が得られた7家族に面接とアンケート調査を行った。面接にて得られた結果は厳密に保管し、個人のプライバシー保護に十分な配慮を払った。

(2) 調査方法

医師へのアンケートでは、診療科目と、年齢別のADHD児の診療数及び投薬数を調査した。また、保護者へのアンケートでは、投薬による行動の変化と効果、副作用、投薬への不安について尋ねた。投薬前後の行動の変化は、具体的に26のチェック項目を設け、ポイント化して変化の大きさを数値化できるようにした。

(3) 調査手続き

質問紙により回答を求めた。医師については質問紙への回答を無記名とし、往復ともに郵送とした。保護者については質問紙に基づいて、研究者(C.T.)が聞き取りを行なった。

3. 結果

(1) 医師へのアンケートから

ADHD児の診察数および投薬数

アンケートに協力いただいた医師の昨年1年間のADHD診察数及び投薬数の合計と投薬の割合を以下の表1に示した(送付数77件、回収数38件、該当なし19件、有効回答数19件)。診察数の合計は266名で、その年齢別の内訳を見てみると、小学生が136名と半数以上であった。投薬の割合は約40%で、小中学生では50%を超えた。また、小学生未満でも14%に投薬されていた。

表-1 診察数および投薬数の合計と投薬の割合

	診察数	投薬数	投薬の割合
小学生未満	72 (27.1%)	10 (8.9%)	13.9%
小学生	136 (51.1%)	72 (64.3%)	52.9%
中学生	58 (21.8%)	30 (26.8%)	51.7%
合計	266 (100.0%)	112 (100.0%)	42.1%

(2) 保護者へのアンケートから

a) 投薬の効果

メチルフェニデート(リタリン)を服用している児童の保護者7名に面接を行なうことができた。対象児童の年齢は7歳から9歳10ヶ月で、服薬期間は4名が1年以上にわたっていた。5名が学校でのトラブルを主訴として受診し、服薬開始時、4名の保護者が、不安を抱かずむしろ効果に期待した、と答えた。

投薬がどのような行動に効果があるのかを見るために、25の項目を設け、ポイント化して比較した(表2)。各項目の0(まったくない)から3(非常によくある)の評価をポイントとし、表の上段に服薬前のポイント、下段に変化したポイントを記した。変化したポイントの平均値は、もともとその症状がなかったもの(服薬前が0ポイント)は除外して計算した。顕著に症状があるもの(服薬前のポイントの平均が2.5以上)に◎、服薬後、顕著に改善したもの(服薬前の平均が2ポイント以上で、変化したポイントの1.5ポイント以上)に↑、あまり改善しなかったもの(服薬前の平均が1.5ポイント以上で、変化したポイントの平均が1ポイント以下だったもの)に△をつけている。

各項目をポイント別に分類した(表3)。服薬前のポイントは、その平均がほとんどの項目で2ポイントを超えた。そのうち、服薬前のポイントの平均が2.5ポイント以上で、7名のうちの多くが「非常によくある」と答えたのは9項目で、不注意と集中力に関する項目と多動に関する項目が多かった。変化したポイントを見ると、16項目で平均1ポイント以上の改善が見られた。そのうち、1.5ポイント以上改善したのは7項目で、集中力と多動において大きく改善が見られた。算数が理解できない、と答えたのは2名であったが、両者とも大きく改善していた。変化したポイントが0.9以下だったものは9項目あった。すなわち、不注意や衝動性は比較的改善の幅が小さく、不器用、こだわり、自傷などではあまり改善が見られなかった。

表-2 ADHD児の各項目の評価と投薬による変化

項 目	A	B	C	D	E	F	G	合計	平均
(1) 怒りっぽくすぐに腹を立てる	1 0	2 1	3 1	2 1	3 1	3 0	2 1	16 5	2.3 △0.7
(2) よくけんかをする	1 0	1 1	3 1	2 1	3 2	3 1	1 0	14 6	2.0 △0.9
(3) かんしゃく(あるいはパニック)を起こす	3 2	1 1	2 0	1 1	3 2	3 0	3 2	16 8	2.3 1.1
(4) いらいらしやすい	3 2	2 1	3 1	2 1	3 2	3 0	3 2	19 9	◎2.7 1.3
(5) 課題を最後までやり遂げることができない	3 0	2 1	3 2	2 1	3 2	3 2	2 1	18 9	◎2.6 1.3
(6) 不注意なミスを犯す	3 0	2 1	3 1	2 1	3 2	3 2	2 0	18 7	◎2.6 1.0
(7) 日々の活動を忘れてしまう	3 0	 	2 1	 	3 1	3 1	3 2	14 5	◎2.8 1.0
(8) よく忘れ物をする	0 0	1 0	3 1	2 1	3 1	3 1	 	12 4	2.0 △0.8
(9) 算数が理解できない	0 0	0 0	2 2	0 0	0 0	3 2	 	5 4	0.8 2.0
(10) 字がうまくかけない	3 0	1 1	3 1	0 0	0 0	3 2	 	10 4	1.7 1.0
(11) 必要なものをよくなくす	3 1	1 0	2 1	2 1	3 2	3 1	 	14 6	2.3 1.0
(12) 授業に集中することが難しい	3 0	2 1	3 2	2 2	3 2	2 2	3 2	18 11	◎2.6 ↑1.6
(13) 勉強や宿題をやろうとしない	3 0	2 0	3 1	2 1	3 1	3 0	2 1	18 4	◎2.6 △0.6
(14) いつもじっとしていない	3 2	2 1	 	3 2	3 1	3 2	3 3	17 11	◎2.8 ↑1.8
(15) からだをもぞもぞさせて落ち着きがない	3 2	2 1	3 1	3 2	3 1	3 2	3 3	20 12	◎2.9 ↑1.7
(16) 食事中や授業中席を立ってうろうろする	3 2	2 0	3 3	1 1	3 3	3 2	0 0	15 11	2.1 ↑1.8
(17) かっとなるとすぐに手が出てしまう	0 0	2 0	3 1	3 3	3 1	3 0	2 1	16 6	2.3 1.0
(18) 気が散りやすい	3 1	2 1	3 1	3 2	3 1	3 2	3 3	20 11	◎2.9 ↑1.6
(19) 注意の持続時間が短い	0 0	2 1	2 0	2 1	3 2	3 2	3 3	15 9	2.1 ↑1.5
(20) 興奮しやすい	3 1	1 0	3 1	1 1	3 1	3 2	3 3	17 9	2.4 1.3
(21) 要求がすぐに叶えられないと気がすまない	3 0	2 0	3 1	1 1	3 2	3 0	2 1	17 5	2.4 △0.7
(22) 縄跳びや平均台がうまくできない	3 1	1 0	2 0	0 0	0 0	 	 	6 1	1.2 0.3
(23) こだわりがある	3 0	1 0	2 1	1 0	0 0	3 1	 	10 2	1.7 △0.4
(24) 自傷がある	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	3 0	0 0	3 0	0.4 0.0
(25) その人に腹が立っているというわけではなく危害を加える	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	3 0	1 1	4 1	0.6 0.5
合計	53 14	34 12	59 24	37 24	57 30	71 27	41 29	— —	— —

上段：服薬前のポイント 下段：服薬により改善したポイント値

表-3 服薬前と服薬後のポイント別の分類

服薬前の平均が2.5 P以上の項目	服薬前の平均が2.4 P-2.0 Pの項目	服薬前の平均が1.9 P以下の項目
(4)いらいらしやすい (5)課題を最後までやり遂げることができない (6)不注意なミスを犯す (7)日々の活動を忘れてしまう (12)授業に集中することが難しい (13)勉強や宿題をやろうとしない (14)いつもじっとしていない (15)体をもぞもぞさせて落ち着きがない (18)気が散りやすい	(1)怒りっぽくすぐに腹を立てる (2)よくけんかをする (3)かんしゃく(あるいはパニック)を起こす (8)よく忘れ物をする (11)必要なものをよくなくす (16)食事中や授業中席を立ってうろろする (17)かっとなるとすぐに手が出てしまう (19)注意の持続時間が短い (20)興奮しやすい (21)要求がすぐに叶えられないと気がすまない	(9)算数が理解できない (10)字がうまくかけない (22)縄跳びや平均台がうまくできない (23)こだわりがある (24)自傷がある (25)その人に腹が立っているというわけではなく危害を加える
1.5 P以上改善した項目	1.4 P-1.0 P改善した項目	改善したのが0.9 P以下の項目
(9)算数が理解できない (12)授業に集中することが難しい (14)いつもじっとしていない (15)体をもぞもぞさせて落ち着きがない (16)食事中や授業中席を立ってうろろする (18)気が散りやすい (19)注意の持続時間が短い	(3)かんしゃく(あるいはパニック)を起こす (4)いらいらしやすい (5)課題を最後までやり遂げることができない (6)不注意なミスを犯す (7)日々の活動を忘れてしまう (10)字がうまくかけない (11)必要なものをよくなくす (17)かっとなるとすぐに手が出てしまう (20)興奮しやすい	(1)怒りっぽくすぐに腹を立てる (2)よくけんかをする (8)よく忘れ物をする (13)勉強や宿題をやろうとしない (21)要求がすぐに叶えられないと気がすまない (22)縄跳びや平均台がうまくできない (23)こだわりがある (24)自傷がある (25)その人に腹が立っているというわけではなく危害を加える

b) 服薬による副作用

重大な副作用を感じた保護者はいなかったが、3名が「副作用があった」としていた。内容は、E「給食が食べられなくなった」、K「食欲がなくなった。元気がなさ過ぎる」、J「元気がなくなり子どもらしくなくなった」というものであった。Eは2、3ヵ月後に症状が消失し、Jは服薬量を調整することで改善した。

c) 薬物療法への保護者の思い

薬物療法について、5名の保護者が「非常に効果があった」と感じ、2名が「ある程度効果があった」としていた。また、5名の保護者が「投薬を受けてよかった」とし、2名は「わからない」と答えた。

投薬を受けてよかったと思う理由を図-1にまとめた。「教室にいられるようになった」「落ち着いて授業を受けられるようになった」など、多動の改善を挙げている保護者が3名いた。「集中して授業が聞けるようになった」とする保護者は3名おり、そのうち2名は、集中して聞けるようになったことから「勉強がわかるようになった」と学力の向上を記述していた。また、「先生や友達にほめてもらえるようになった」「友達と楽しく遊べるようになった」など、周囲との関係の向上を挙げている保護者が2名おり、そのことから「自信がついた」と述べていた。「叱られることが減り、いらいらしなくなった」と精神面の安定を挙げている保護者もいた。

「わからない」と答えた理由は、「服薬期間が短いのでまだわからない。」「落ち着いたが、そのぶん人とかかわりを持つとすることが少なくなった。本人らしさがなくなったように思う。」というものであった。

さらに、薬物療法について不安に思うことがあるかどうか尋ねた。4名が「ある」と答え、その内容は、4名とも「いつまで薬を飲み続けなければならないのか」「薬をやめたときどうなるのか」というものであった。また、将来の身体への影響を心配する記述も見られた。

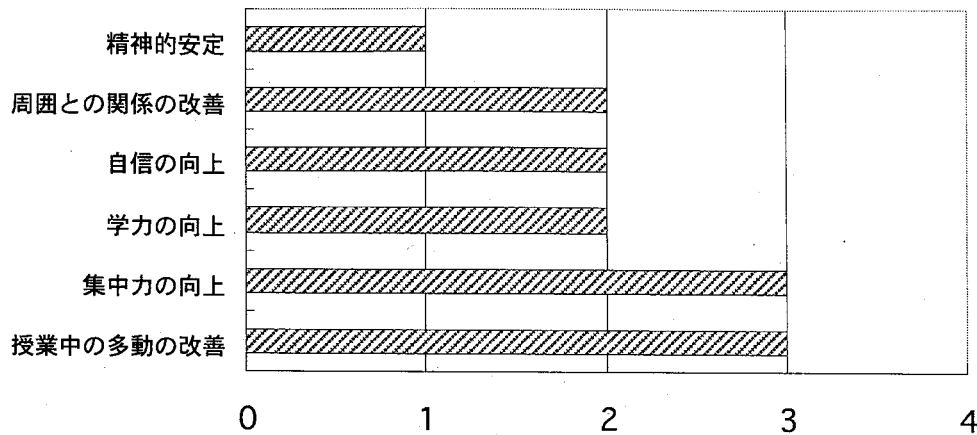


図-1 薬物療法を受けてよかったと考える理由

4. 1 事例を通してみた薬物療法

薬物治療を始めるにあたり、学校に出向いて服薬前後の行動観察を行なった小学 1 年生男児(前出の A 児)の様子について報告する。

(1) 現病歴及び臨床経過

入学当初から、チャイムがなっても教室に戻ることができなかった。教室に入っても教室をうろうろしたり出て行ってしまふことが頻繁にあったため、学校が教育委員会に相談、保護者に受診を勧めた。保護者とともに大学病院を受診し、ADHD と診断された。学校では、登校しぶりもみられたが、手の空いた教員が個別に関わることにより、楽しく登校できるようになった。また、2 学期から週に 3 回学生ボランティアがつくことになったが、それでも教室を出て保健室や個別教室で過ごす時間が日に 2, 3 時間はあった。また、大声を出して友達の邪魔をするようなこともしばしば観察された。症状が顕著で家族や本人も困っている様子なので投薬を開始した。

(2) 投薬前の学校での様子 (著者 C.T. の観察記録より)

登校後、黒板に落書きをし、友達にそれを注意されてけんかになった。そのため、その後の全校朝会では疲れて座り込んでいた。朝の会の歌の時間は、歌わずに机の間を歩き回り、友達をつついて回っていた。漢字の練習が始まると、教室内に設置されたダンボールの休憩ルームに入ってごそごそしていた。後半は休憩ルームの中で漢字練習をした。音楽会の練習では、2、3 分壇上に立っただけであとは体育館の後ろで遊んでいた。その他の時間は、手の空いている教師と図書室などで本を読んだりプリント学習に取り組んだりした。誰もいないところで 1 対 1 で関われば落ち着いて学習に取り組んでいた。給食前に保健室へ行き、ベッドにもぐりこんで出てこようとしなかった。その後、ダンボールの休憩ルームの中で給食を食べた。

担任から、学生ボランティアとうまく人間関係が結ばず反抗的な態度をとることや、「ぼくはいないほうがいい」と本人が言うことがあり、自己評価の低下が気になることなどが報告された。

(3) 投薬後の学校での様子(服用開始 1 ヶ月後 朝 1 錠 10mg 服用)

全校朝会では、座り込んで砂遊びをしていたが、列から離れることはなかった。朝の会の歌の時間は歌いはしなかったが席に座っていた。どの授業のときも、周りの子どもたちが座っているときには席を立つことはなかった。また、文章を書いたり、観察の絵を描いたりすることはなかったが、漢字を書いたり連絡帳を書いたり、視写するような活動では、黒板を見たり隣の友達を見たりしながら最後まで書くことができた。グループでの話し合い活動にもその場から離れることなく参加することができた。休み時間には友達と遊びに行き、チャイムがなると仲良く戻ってきた。吊り輪で遊んだときには、順番に並ぶこともできていた。給食後の清掃にはほとんど参加できず、ふざけたり遊んだりしていることが多かった。その後、午後の授業でも離席は見られなかった。

服薬を始めてから、授業中に教室を出て行くことはなくなり、ほとんどの時間自分の席に座っていられるということであった。また、学生ボランティアともうまく人間関係が結べるようになり、学習にも意欲を見せるようになった。ゲーム的な活動にも、ルールを理解して参加できるようになった、などということが報告された。

(4) まとめ

リタリンが非常に有効に働いたケースであるが、学校側の取り組みも経過が良好であった要因のひとつであると考えら

れた。担任は非常に熱心で、保護者の通院に同伴して説明を聞いたり、毎日学校での様子をプリントで知らせたりなど保護者と連絡を密にとっていた。また、学校は、学校全体の問題としてとらえ、校内の支援体制が整っていた。教育委員会にも協力を求め、支援システムを活用していた。保護者と学校、医療の連携がスムーズに行なわれ、早期に対応することができた。

学校での行動が大きく変化した様子が観察されたが、その中でも、離席がなくなったことと、黒板に書いてあることや友達のしていることに注意を向け、しなければならぬことに集中して取り組んでいる様子が印象的であった。

5. 考察

米国では、ADHDと診断された児童の9割、あるいは就学児童の3%が薬物療法を受けているという報告がある²⁾。わが国でも、学齢期のADHDでは、4割から5割が投薬を受けているといわれている。本研究でもそれに一致する結果が得られた。ADHDの有病率は、100人に3～5人といわれており、すべてが診断を受けているわけではないが、各学校に1人ないし2人がADHDで投薬を受けていると考えてもおかしくない値であると思われる。

服薬を始める際に保護者は、不安や抵抗よりもむしろ服薬の効果に期待していた。行動面に、いろいろな問題を抱えている児童の保護者は、「しつけが悪い」などという周囲からのプレッシャーや、他の子どもたちに与える影響や学習の遅れへの不安、毎日我が子の問題行動に対応していかなければならない疲労など、大きなストレスを抱えている。薬に対する不安より、「なんにでも助けてもらいたい」「効果があるのなら」という思いが勝り、精神的、身体的に追い詰められている保護者も少なくないのではないかと。薬物療法は、もちろん児本人の症状に合わせて行なわれるべきものではあるが、本人と同時に保護者の状況や周囲の環境も考慮する必要がある。

今回、対象となった7例は、いずれも知的には正常で、典型的なADHD児と考えられた。7例のすべてにおいて、多動、集中力に大きな改善が見られた。そのことから、「学力の向上」「自信の回復」などといった二次的な効果がもたらされ、児にとってよい循環が生まれていた。このような点から、多くの保護者が投薬を受けて良かったと感じているが、その一方で、「いつまで薬を飲み続けなければならないのだろうか。」「薬がなくても適切な行動ができるようになるのだろうか。」という不安を持っていた。薬物治療を始めても、引き続き教育的指導や環境調整を行っていくことは重要なことである³⁾。ADHDの治療や教育は、自尊感情を高めていくことが重要であるとよく言われる。リタリンは、ADHDの衝動性や不注意、多動性を抑えることはできるが、社会性を高めたり、自尊感情を高めたりすることはできない。児が薬の力を借りてできたことを賞賛し、あるいはトークンなどのご褒美を与えることにより動機付けを行い、適切な行動を体得させていく。さらに、そのようなよい経験を積むことにより、自尊感情を高めていく。薬を処方するのは医師であるが、日常そのような関わりをしていくのは保護者であり、教師である。薬物療法の効果を十分に発揮するには、三者が連携を密にし、情報交換を行っていくことが重要である。そのことが、保護者の不安を取り除いていくことにもなると考える。

ともすれば教師は、薬物療法に対し否定的であったり、医療の分野のことであるからと任せっきりになってしまったりすることが多い。しかし、ADHDの薬物治療を受けている児童の数は急速に増加している。教育関係者も、薬物治療の効果と限界について正しく認識し、指導にあたっていかなければならない。

ADHDに対し、適切な介入がされない場合、その一部はDBDマーチといわれる状態に進んでいくという⁴⁾。すなわち、ADHDの半数がODD(反抗挑戦性障害)を示すようになり、そこで適切な援助を得られなかったケースの一部はCD(行為障害)を示すようになり、さらにその一部が反社会性人格障害といった状態を示すようになって常習的に犯罪を犯すようになるというのである。また、攻撃性が内在化していく場合、不安や抑うつ症状などを示すようになり、ひきこもり、不登校など、非社会的な方向に展開していく場合もある。このような事態を防ぐために、早期に介入し、適切に対応をしていくことは非常に重要である。

参考文献

- 1) 市川宏伸：多動性障害(注意欠陥多動性障害)の臨床と生物学的背景，精神医学，Vol. 42，No. 7，pp. 676-687，2000。
- 2) アリソン・マンデン、ジョージ・アーセランス 市川宏伸、佐藤泰三 監訳 ADHD 注意欠陥？多動性障害 東京書籍 東京 2000
- 3) 石崎朝世，洲鎌倫子：多動性障害および多動性を有する広汎性発達障害141例に対する methylphenidate による治療経験，脳と発達，Vol. 33，pp. 323-328，2001。
- 4) 斉藤万比古：注意欠陥／多動性障害(ADHD)とその併存障害 ―人格発達上のリスク・ファクターとしてのADHD―，小児の精神と神経，Vol. 40，No. 4，pp. 243-254，2000。

筆者：1) 辻村千代子、神戸市立青陽東養護学校、教諭(平成15年度神戸大学発達科学部、医学部保健学科研究生)；2) 高田 哲、神戸大学医学部保健学科 教授；3) 中林稔堯、神戸大学発達科学部 教授；4) 鎌江伊三夫、神戸大学都市安全研究センター都市安全医学研究分野 教授

State of the drug treatment for the children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and its effects

Chiyoko Tsujimura

Satoshi Takada

Toshitaka Nakabayashi

Isao Kamae

ABSTRACT

The number of the children who visit the medical office complaining of the behavioral problems has been increasing. Some of them are made of a diagnosis of ADHD and are recommended to have drug treatment. We asked 77 pediatric neurologists and pediatricians in and around Kobe city about medication for ADHD. Totally 266 children with ADHD were being followed at their clinics. (children of school age:194 cases, children under school age:72 cases). More than half of the children of school age were on medication. Furthermore, we had a interview with 7 parents of the children with ADHD. They replied that the behavioral problems of their children were significantly improved by the medication, especially hyperactivity and attention deficits. Although they evaluated the effect of the drug treatment on behavioral problems, most of them were worrying about the drug dependency in future. School teachers are required not only to have knowledge of the medication but also to provide educational support in order to relieve anxiety of the parents and to prevent drug dependency.

