

# 文献検討からみた心理学系大学院生の ADHD 薬物療法に対する認識

小野 久江・徳山 周司  
後藤 涼子・野中 由花

抄録：ADHD の治療は、子どもとの面接・薬物療法・学校との連携・親ガイダンスを組み合わせることが一般的であることから、心理専門家・医師などから構成される治療チーム内での基本的知識の共有が望まれる。そこで今回、心理専門家における ADHD の薬物療法に対する認識を調べるため、心理学系大学院生、大学生および小児精神神経学会に所属する医師を対象とした3報告を比較検討した。その結果、ADHD の薬物療法を肯定的に捉えたのは、心理系大学院生 57.1%、大学生 28%、日本小児精神神経学会の医師会員 97.7% であった。逆に、否定的に捉えたのは、心理系大学院生 42.9%、大学生 47%、日本小児精神神経学会の医師会員 0.9% となり、対象により認識が大きく異なることが示された。また、心理系大学院生のもつ ADHD 治療薬についての知識は少なく、かつ古いものであることが示された。以上より、心理専門家の育成には、基本的薬物療法の知識を得る機会をより増やすとともに、知識の更新が継続的にできるような教育システムが必要と考えた。

キーワード：ADHD, Medication, Recognition

## I. はじめに

### 1) ADHD の概念の変遷について<sup>6)</sup>

注意欠如・多動性障害 (ADHD: attention-deficit/hyperactivity disorder) の症状を持つ子どもの存在は、歴史的にはかなり以前から知られていた。しかし、その概念が学術雑誌に初めて登場したのは、1902年のStillの「攻撃的で反抗的になりやすい43例の子どものについて」の論文である。Stillの論文発表後、早くも1908年には、「早期に発症した軽度で検出されていない脳損傷」という原因仮説がTredgoldにより発表され、以降、原因仮説に基づいた概念の変遷がみられた。

原因仮説は、流行性脳炎と脳炎後遺症の研究を経て発展し、1947年にはStraussとLehtinenらにより「脳損傷児 brain-injured child」の概念提唱に至る。1959年にはKnoblochとPassamanickが「微細脳損傷 minimal brain damage (MBD)」という概念を、1962年には「微細脳機能障害 minimal brain dysfunction (MBD)」という名称が提唱された。しかし、当時の医学水準では脳機能障害を同定することが困難な状態が続き、概念自体も衰退していった。

1960年代に入ると原因よりも症状に焦点が移り始めた。1968年には、米国精神医学会が発表した「精神障害の概念と診断基準集の第2版: DSM-II」に「多動 hyperactivity」として初めてその症状が記載された。そ

の後、1980年に作成されたDSM-IIIでは「注意欠陥障害 attention-deficit disorder ADD」の名称となり、「多動を伴うもの」「多動を伴わないもの」の2種類の下位分類に分けることが提唱された。続く1987年の改定DSM-III-Rでは、「多動を伴うもの」だけに限定され、名称も「注意欠如・多動性障害: attention-deficit/hyperactivity disorder ADHD」に変更された。1994年作成のDSM-IVからは、不注意、多動性、衝動性という主症状の組み合わせによる規定が加わったものの、DSM-IV-TRにおいてもその障害概念に変更はなく現在に至っている。

なお、1992年に公開されたWHOの診断基準であるICD-10では、「多動性障害 hyperkinetic disorder」という概念でこの障害を規定している。

### 2) 日本におけるADHDの診断・治療のガイドライン<sup>1)</sup>

日本では、臨床現場において、ADHDの症状を持つ患者に対して個別の努力が行われてきた。そのような中、ようやく1999年に、厚生労働省精神・神経疾患研究委託費によるADHDの診断・治療ガイドライン作成を目指した研究班が発足し、2003年に「注意欠陥/多動性障害-AD/HD-診断・治療ガイドライン」が初めて作成された。その後、2006年には「改訂版 注意欠陥/多動性障害-AD/HD-診断・治療ガイドライン」が発刊された。

2007年末に、適応外使用ではあったがADHDの日本

における標準治療薬剤であった塩酸メチルフェニデート速放剤（リタリン<sup>®</sup>）が処方禁止となり、替わって塩酸メチルフェニデート徐放剤（コンサータ<sup>®</sup>）が日本で初のADHD薬剤として承認された。さらに、2008年6月には日本精神神経学会が、DSM-IV-TRのattention-deficit/hyperactivity disorderの訳語を「注意欠陥／多動性障害（略語はAD/HD）」から「注意欠如・多動性障害（略語はADHD）」へと修正した。これらを受け、2008年11月には「第3版 注意欠陥／多動性障害－ADHD－診断・治療ガイドライン」が発刊され、2012年1月現在における最新のガイドラインとなっている。

なお、日本の発達障害者支援法ではADHDを発達障害を構成する一障害と位置付けているが、DSM-IV-TR、ICD-10はどちらもADHDを発達障害とは扱っていない。

### 3) 日本におけるADHDの薬物治療<sup>1)</sup>

ADHDの治療・支援はあくまでADHDの確定診断を前提におこなわれなければならない。ADHDの診断は、DSM-IV-TRに準拠した診断アルゴリズムを遵守することが必須であり、さらに確実に安定した診断を得るためには、「ADHDの臨床面接フォーム」による半構造化面接や各種のチェックリスト、評価尺度を用いることが推奨される。また、ADHDには多彩な併存障害を認めることも多いため、専門医による診断が望ましい。

治療・支援内容は、子どもとの面接・薬物療法・学校との連携・親ガイダンスを組み合わせることが一般的である。治療ガイドラインでは、GAF値（DSM-IV-TRの第5軸にある「機能の全体的評定尺度」）が50以下の「重大な症状が現われている」場合は、積極的に薬物療法を検討し、併せて心理社会的な治療・支援を組み合わせるとしている。GAF値が51-60の「変動しやすい中等度の症状が存在」する場合は、心理社会的療法を主とした上で不適応状態が数か月間不変あるいは悪化するような際に薬物療法を検討するとしている。GAF値が61以上の水準では、基本的に心理社会的療法に対応し、特殊なケースに対して例外的に薬物療法を実施するとしている。

このようにガイドラインにおいても、ADHDの薬物療法は有効な治療法として位置付けられているが、その根拠としては、ADHD患者の前頭葉のドーパミン系の神経伝達が不十分であることが挙げられる。2012年1月現在、日本においてADHDに適応をもつ薬物は、塩酸メチルフェニデート徐放剤（コンサータ<sup>®</sup>）とアトモキセチン（ストラテラ<sup>®</sup>）の2剤であるが、このどちらも前頭葉のドーパミン系の神経伝達に作用してADHDの症状を改善すると考えられている。

塩酸メチルフェニデート徐放剤（コンサータ<sup>®</sup>）は

2007年12月に上市された中枢刺激薬である。神経終末のドーパミン再取り込み部位に結合して脳内のドーパミンやノルアドレナリンの濃度を上昇させることで、年齢にしては低下している前頭部の脳機能を活性化することによって注意集中が改善されると推定されている<sup>5)</sup>。

アトモキセチン（ストラテラ<sup>®</sup>）は、2009年6月に上市された選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害剤である。前頭葉では、ドーパミンの再取り込み部位が神経終末に存在せず、主にノルアドレナリン再取り込み部位からドーパミンが再取り込みされていると考えられているため、選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害剤が中枢刺激薬と同様に注意集中を改善させると考えられている<sup>4)</sup>。

以上のように、ADHDの治療に於いて薬物療法は主要な治療法であるがの一つであるが、その認識が心理専門家、医師、教育関係者、親などに共有されているかどうかは疑問である。2011年に徳山によって心理学系大学院生を対象としたADHDの薬物療法についての意識調査が行われた<sup>7)</sup>。2010年には大学生を対象とした同様の調査<sup>2)</sup>が、また2009年には小児精神神経学会に所属する医師を対象としたADHDの薬物療法意識調査が報告されている<sup>3)</sup>。そこで、本稿ではこれら3調査結果を紹介するとともに、心理専門家の育成に必要な情報を得ることを目的として、心理系大学院生、大学生および小児精神神経学会に所属する医師のADHDの薬物療法の認識を比較検討した。

## II. 心理系大学院生、大学生および小児精神神経学会に所属する医師におけるADHDの薬物療法の認識についての3調査の紹介

### 1) 心理系の大学院生を対象としたADHDの薬物療法についての意識調査<sup>7)</sup>

2011年に、A大学心理科学研究室に所属する大学院生および研究員21名（男性7名、女性14名平均年齢±標準偏差：25.7±7.2歳）を対象として調査が行われた。回答者全員が、ADHDという言葉を知ったことがあり、主要原因として脳の神経伝達物質の異常をあげており、ADHDについての基礎的な知識がある集団と考えられた。

ADHDの薬物療法については、4名（19.0%）が「是非必要である」、8名（38.1%）が「できれば使用したい」、9名（42.9%）「できれば避けたい」と回答した（図1）。

ADHDの治療薬については、10名（47.6%）が「知っている薬剤はない」と回答し、最多であった。知っている回答された薬剤名は、8名（38.1%）が塩酸メチルフェニデート徐放剤（コンサータ<sup>®</sup>）、6名（28.6%）

が塩酸メチルフェニデート速放剤（リタリン®）であった。アトモキセチン（ストラテラ®）を挙げたものは0名（0%）であった。

2) 大学生を対象として行われたアンケート調査<sup>2)</sup>

2010年に、大学生228名（男性59名、女性162名、不明7名。平均年齢±標準偏差：19.4±3.3歳）を対象として調査が行われた。心理・福祉・教育医療系の学部の大学生（心理系学生）が180名、その他の学部の大学生が48名であり、ADHDという言葉を知ったことある回答者数は58%であった。

ADHDの薬物療法についての有効回答は126名で、そのうち10名（8%）が「是非必要である」、25名（20%）が「できれば使用したい」、55名（44%）が「できれば避けたい」、4名（3%）が「必要ない」、32名（25%）が「わからない」と回答した（図2）。

ADHDの治療薬についての有効回答は121名で、そのうち96名（79%）が「知っている薬剤はない」と回答した。知っていることされた薬剤名は、14名（12%）

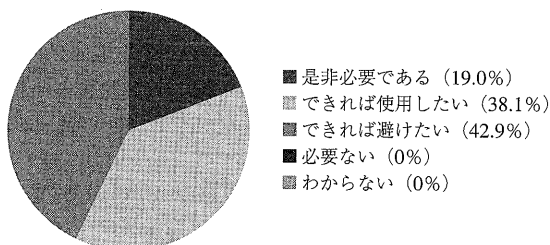


図1 心理系大学院生の ADHD 薬物療法についての認識<sup>7)</sup>

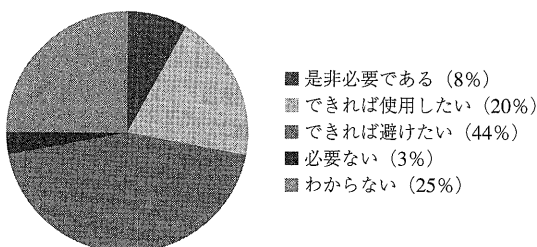


図2 大学生の ADHD 薬物療法についての認識<sup>2)</sup>

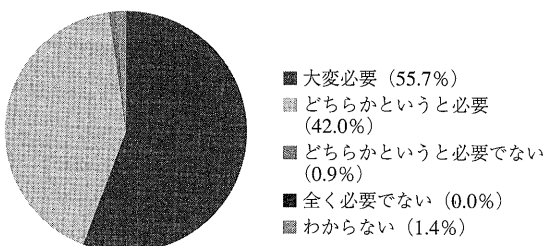


図3 日本小児精神神経学会の医師会員の ADHD 薬物療法についての認識<sup>3)</sup>

が塩酸メチルフェニデート速放剤（リタリン®）、8名（7%）が塩酸メチルフェニデート徐放剤（コンサータ®）、3名（2%アトモキセチン（ストラテラ®）であった。

3) 日本小児精神神経学会の医師会員を対象として行われたアンケート調査<sup>3)</sup>

2009年に行われた日本小児精神神経学会の医師会員を対象としたアンケート調査では、有効回答212名中、118名（55.7%）の医師が「大変必要」と答え、89名（42.0%）の医師が「どちらかという必要」と答え、207名（97.7%）の医師が薬物療法を支持する結果となっており、薬物療法の果たす役割は大変大きいものと考えられていた（図3）。

さらに197名（92.9%）が第一選択薬として塩酸メチルフェニデート徐放剤（コンサータ®）を挙げ、134名（63.2%）が第二選択薬としてアトモキセチン（ストラテラ®）を挙げた。10名（4.7%）が、塩酸メチルフェニデート速放剤（リタリン®）の使用の復活が治療の可能性の幅を広げると意見を述べていた。

III. 心理系大学院生、大学生および日本小児精神神経学会の医師会員における ADHD の薬物療法について認識の比較考察

3調査に示された ADHD の薬物療法の認識は、心理系大学院生、大学生および日本小児精神神経学会の医師会員で大きな違いが示された。

薬物療法を肯定的に捉える意見は、心理系大学院生では「是非必要である」と「できれば使用したい」の計57.1%、大学生では「是非必要である」と「できれば使用したい」の計28%、日本小児精神神経学会の医師会員では「大変必要」と「どちらかという必要」の計97.7%であった。薬物療法を否定的に捉えたのは、心理系大学院生では「できれば避けたい」の42.9%、大学生は「できれば避けたい」と「必要ない」の計47%、日本小児精神神経学会の医師会員では「どちらかという必要ない」の0.9%であった（図4）。

これらより、心理系大学院生は、大学生よりは薬物療法に対して肯定的意見を持つが、日本小児精神神経学会の医師会員と比較すると薬物療法に対して否定的な考え方が強く、大きく認識が異なっていると考えられた。

ADHD の治療薬についても、心理系大学院生、大学生および日本小児精神神経学会の医師会員では大きな違いがみられた。心理系大学院生では、「知っている薬剤はない」と回答したのは47.6%と約半数に及んだ。さらに「知っている」と回答した薬剤についても、2007年12月に処方禁止となった塩酸メチルフェニデート速放剤（リタリン®）の名前が挙げられ、逆に2009年6月

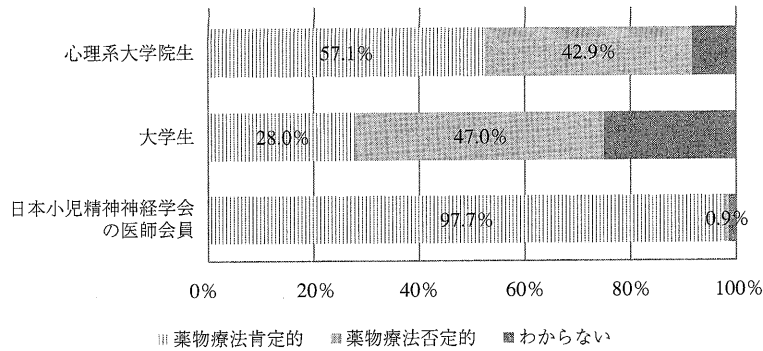


図4 心理系大学院生，大学生，日本小児精神神経学会の医師会員における ADHD 薬物療法についての認識

から上市されているアトモキセチン（ストラテラ<sup>®</sup>）の名前は挙げられず，知識の更新が行われていない可能性が考えられた。大学生では，「知っている薬剤はない」との回答はさらに多くなり79%を占めた。非医療系の学部の学生が対象であることから，薬剤名を知らないのは当然とも考えられるが，2%がアトモキセチン（ストラテラ<sup>®</sup>）の名前をあげており，一部の学生は講義等で最新の知識を得ている可能性が示唆された。また，日本小児精神神経学会の医師会員では，塩酸メチルフェニデート徐放剤（コンサータ<sup>®</sup>）とアトモキセチン（ストラテラ<sup>®</sup>）がそれぞれ第一，第二選択薬として挙げられており，この2剤を主として薬物療法が行われている実態が示された。

今回比較対象とした心理系大学院生数は21名と少数であり，回答に偏りが生じている可能性は否定できない。しかし，アンケートの他項目の回答から判断すると，薬物療法以外のADHDに関する正しい知識やADHDの臨床経験も有しており，若手心理専門家を代表する集団と考えうる。よって，今回の比較検討の結果より，若手心理専門家のADHDの薬物療法に対する認識は，大学生よりも知識量は多いものの，医師とは大きく異なることが示唆された。ADHDの治療においては，心理専門家も含めたチーム医療が求められる。チーム内で基本的な知識や認識を共有することは円滑な治療に必要である。今回の結果から，ADHDにかかわる心理専門家の育成には，基本的な薬物療法の知識を得る機会をより増やすとともに，最新の薬物療法の知識が更新できるような継続的な教育システムが必要と考えた。

#### 参考文献

- 1) ADHDの診断・治療指針に関する研究会：子どもの注意欠如・多動性障害（ADHD）の診断・治療ガイドライン：第3版注意欠如・多動性障害－ADHD－の診断・治療ガイドライン（齊藤万比古 渡辺京太編），pp.1-27，じほう，東京，2009.
- 2) 後藤涼子，野中由花，小野久江：大学生におけるADHDの認知度調査．臨床教育心理学研究，37：19-22，2011.
- 3) 宮地泰士，宮島裕，石崎優子他：わが国における注意欠陥多動性障害（AD/HD）児に対する薬物療法実態調査．小児の精神と神経，50：419-427，2010.
- 4) 根来秀樹，飯田順三：児童期のAD/HDに対するノルアドレナリン再取り込み阻害薬のエビデンス，臨床精神薬理，11，637-642，2008
- 5) 岡田俊：児童期のAD/HDに対するmethylphenidate速効錠・徐放錠のエビデンス，臨床精神薬理，11，609-620，2008
- 6) 齊藤万比古：ADHDの概念の形成史について：第3版注意欠如・多動性障害－ADHD－の診断・治療ガイドライン（齊藤万比古 渡辺京太編），pp.31-38，じほう，東京，2009.
- 7) 徳山周司：注意欠陥・多動性障害（AD/HD：Attention Deficit/Hyperactivity Disorder）の薬物療法について．臨床教育心理学研究，38：卒業論文要旨（投稿中）
- 8) 渡辺京太，齊藤万比古：薬物療法：第3版注意欠如・多動性障害－ADHD－の診断・治療ガイドライン（齊藤万比古 渡辺京太編），pp.145-159，じほう，東京，2009.