

ADHD 患児とその保護者の服薬アドヒアランス調査

大守 伊織 ・ 南 恭子* ・ 大野 繁** ・ 岡 牧郎***

【目的】注意欠如・多動症（ADHD）の患児とその保護者が薬物治療をどのように評価し、治療に向き合っているのかを明らかにする。【方法】ADHDの診断を受け、メチルフェニデート徐放剤およびアトモキセチンを処方された小1から高3までの患児94人と保護者106人に質問紙調査と半構造化面接を行った。【結果】90%以上で服薬は規則正しく行われており、薬物治療に対する肯定的な評価は、患児・保護者で約80～90%と高かった。一方で、全面的に賛成しているわけではなく、約80%の保護者が否定的な意見も持っていた。否定的評価をする要因は、保護者は副作用を含めた長期的な影響への不安、患児は服薬の煩わしさや胃腸症状が多かった。定期的な薬物治療を続けているにも関わらず、効果と不安等を天秤にかけて治療を継続することへの積極的な支持は、患児・保護者で約50～60%であった。【結論】小児では、低年齢のため客観的に自身の状況を判断し、見通しをもって治療に参加することが難しい場合がある。患児へは胃腸症状への対処を、保護者へは治療の見通しや副作用について丁寧な説明を繰り返すことによって、薬物治療への否定的評価が軽減され、服薬アドヒアランスが向上する可能性がある。

Keywords：注意欠如・多動性症，ADHD，アドヒアランス，メチルフェニデート，アトモキセチン

はじめに

注意欠如・多動症（Attention-deficit / Hyperactivity-disorder, 以下ADHD）は不注意・多動性・衝動性の特徴とする発達障害で、有病率は子どもの約7%とされている¹⁾。ADHDの治療と支援は、まず環境整備に始まり、ソーシャル・スキル・トレーニング、ペアレント・トレーニング等の多様な心理社会的治療を開始し、それらの効果が不十分である場合に薬物治療が併用されている。治療目標は、不注意・多動性・衝動性の3主症状の改善に伴い学校や家庭における悪循環的な不適応状態が好転し、ADHD症

状を自己のパーソナリティ特性として折り合えるようになることに置くべきとされている²⁾。

薬物治療はADHD児の症状を軽減させることで患児の生活の質（QOL, Quality of Life）を改善し³⁾⁴⁾、患児の潜在能力を十分に発揮させるために有効である。外来患者の診療報酬明細書と調剤報酬明細書から、2002～2004年と2008～2010年と比較した調査では、ADHD治療薬の処方率は84%増加している⁵⁾。薬物治療の効果判定には、患児や保護者の評価を収集し、総合的に判断すべきとされているが⁶⁾、当事者である患児や保護者が薬物治療の有効性についてどのように感じているのかという調査や服薬アドヒ

岡山大学大学院教育学研究科 発達支援学系 700-8530 岡山市北区津島中3-1-1

*前 岡山大学大学院教育学研究科修士課程 発達支援学専攻 特別支援教育講座・現りゅうそう放課後ラボ 703-8228 岡山市中区乙多見101-6

**医療法人大野はぐみクリニック院長 700-0026 岡山市北区奉還町1丁目2-11

***岡山大学医学部附属病院小児神経科 700-8558 岡山市北区鹿田町2-5-1

Adherence to Medication among Children with ADHD and their Parents

Iori OHMORI, Kyoko MINAMI*, Shigeru OHNO**, and Makio OKA***

Division of Developmental Studies and Support, Graduate School of Education, Okayama University, 3-1-1 Tsushimanaka, Kita-ku, Okayama 700-8530

*Ex-Division of Developmental Studies and Support, Graduate School of Education (Master's Course), Okayama University, Ryuso Houkago Labo, 101-6 Otami, Naka-ku, Okayama 703-8228

**Ohno Hagukumi Clinic, 1-2-11 Houkan-cho, Kita-ku, Okayama 700-0026

***Department of Child Neurology, Okayama University Medical School, 2-5-1 Shikata-cho, Kita-ku, Okayama 700-0914

アランスについての調査は少ない。特に、患児がどのような気持ちで薬物治療に参加しているのか、子どもに直接調査した文献は検索する限り見つからず、子どもが主体的意思を持って薬物治療に参加することへの関心が高いとはいえない状況にある。薬物治療の有効性を最大限に得るためには、服薬アドヒアランスを高める必要がある。そのためには薬物治療への理解や肯定感、満足感を高めることが重要であると言われている^{7) 8)}。そこで本研究では、患児と保護者が薬物治療の有効性や副作用等についてどのように評価して薬物治療をうけているかを明らかにすることを目的とした。患者および保護者への聞き取り調査は、服薬アドヒアランスの向上に資する資料になると考えられる。

I. 対象・方法

1. 対象者

選択基準は、以下(1)から(5)の全ての項目を満たす者を対象とした。(1) DSM-5診断基準を満たすADHD、(2) 2015年12月31日までに診断を受けている、(3) メチルフェニデート徐放剤(MPH)またはアトモキセチン(ATX)による治療を6ヵ月以上継続的に受け、請薬のため来院している、(4) 小学1年生から高校3年生までの患児とその保護者、(5) 十分なインフォームド・コンセントで賛意/同意がえられる。なお、併存している障害の有無や、MPH、ATX以外の抗精神病薬や睡眠薬等の併用の有無は不問とし、除外基準は設けなかった。

2. 調査方法

2016年6月1日から2017年3月31日までの期間に2つの医療機関において、調査を実施した。調査の手続きとしては、まず、主治医から患者およびその保護者へ研究概要が説明され、賛意及び同意が得られた場合、質問者に紹介された。質問者が岡山大学大学院教育学研究科特別支援教育講座に在籍している大学院生であり医療従事者でないことと、回答内容は個人が同定されるかたちで主治医に開示しない旨を伝え、口頭と書面により研究協力の賛意及び同意を得た。研究対象者に、診察の待ち時間等を利用して院内の別室で質問紙に回答してもらった。患児に対する質問紙は、低年齢児には問いにルビをふりイラストを使用するなど、児の理解度に配慮して3種類の質問紙を用意した。質問紙は無記名で回収し、同日に回収できない場合は返信用封筒を渡し後日郵送してもらった。

3. 評価項目

質問内容は、現在の服薬状況、薬物治療に対する肯定的評価とその内容、薬物治療に対する否定的評価とその内容、副作用等で困っていること、さらに有効性(肯定的評価)と副作用等(否定的評価)を総合的に評価して、薬物治療の継続を希望されているか否か、である。自由記載欄を設け、質問紙の回収後に記載欄の内容や感想等について半構造化面接を行った。

患児及び保護者間の意見の相違や治療薬物間(MPHとATX)の相違については、 χ^2 検定により群間比較を行い、 $p<0.05$ を有意差ありとした。

4. 倫理的配慮

本研究は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づいて研究計画書を作成し、岡山大学生命倫理審査委員会の審査を経て承認後実施した(研1603-058)。

II. 結果

1. 研究対象者

対象の患児と保護者は106人で、患児のうち12人は未回答であったため、有効回答者数は患児94人、保護者106人であった。患児の特性については(表1)にまとめた。

2. 服薬状況

服薬状況については、医師の指示通りに服薬している人は100人(94.3%)、怠薬しがちが4人(3.8%)、自己判断で中断している人が2人(1.9%)であった。

3. 薬物治療に対する肯定的評価(図1)

薬物治療を開始して良いことがあると回答した患児は78.7%、保護者は95.3%であり、大多数が肯定的に評価をしていた。また、患児よりも保護者のほうが有意に肯定的であった。

複数回答を可としてどのような点が良くなったかを問うと、患児では「勉強・授業がよくわかるよう

表1 患児の特性

性別	男90人(84.9%)	女16人(15.1%)
学年	小学生71人(67.0%)	中学生28人(26.4%) 高校生7人(6.6%)
登校状況	問題なし89人(84.0%)	登校しぶり16人(15.1%) 不登校1人(0.9%)
薬剤	MPH40人(37.7%)	ATX43人(40.6%) どちらも使用経験あり23人(21.7%)

になった」、「イライラしなくなった」、「忘れ物が減った」、「友達と仲良くできるようになった」、「ほめられることが増えた」等が各々約30%に認められた。一方、保護者では、「落ち着いて活動できるようになった」、「集中できるようになった」、「指示がよく聞けるようになった」は50%を超えていた。「日常生活がスムーズになった」、「友達関係が改善した」、「イライラしなくなった」、「学力が向上した」、「暴力をふるわなくなった」等も20~30%であった。「その他」の自由記載では「パニックの収束時間が短くなった」、「バランス感覚が向上した」との回答があった。これらの肯定的評価については、薬剤による差は認められなかった。

4. 薬物治療に対する否定的評価 (図2)

薬物治療中、何かしら問題があると回答した患児は35.1%、保護者は80.2%であり、患児よりも保護

者のほうが有意に問題意識を持っていた。

複数回答を可としてどのような点が問題として感じているかを問うと、保護者では、「長期的な影響が心配」、「薬の効果がわかりにくい」、「薬の危険性が心配」、「子どもが薬を飲みたがらない」(味、におい、飲み心地、手間に嫌悪感を示すなど)、「薬効が切れた時の対応が難しい」が20~30%認められた。一方、患児では「薬を飲むのがめんどろ」、「食欲がない」、「よく眠れない」が20~30%に認められ、次いで「疲れやすい」、「頭が痛い」、「なんとなく体調が悪い」、「おなかの調子が悪い」が5%以上10%未満に認められた。

5. 薬物治療を継続することへの積極的支持(図3)

前述の有効性の肯定的評価と否定的評価を踏まえて、薬物治療を継続することの賛意について質問した。患児では、「薬を飲む方が良い」が51.1%、「ど

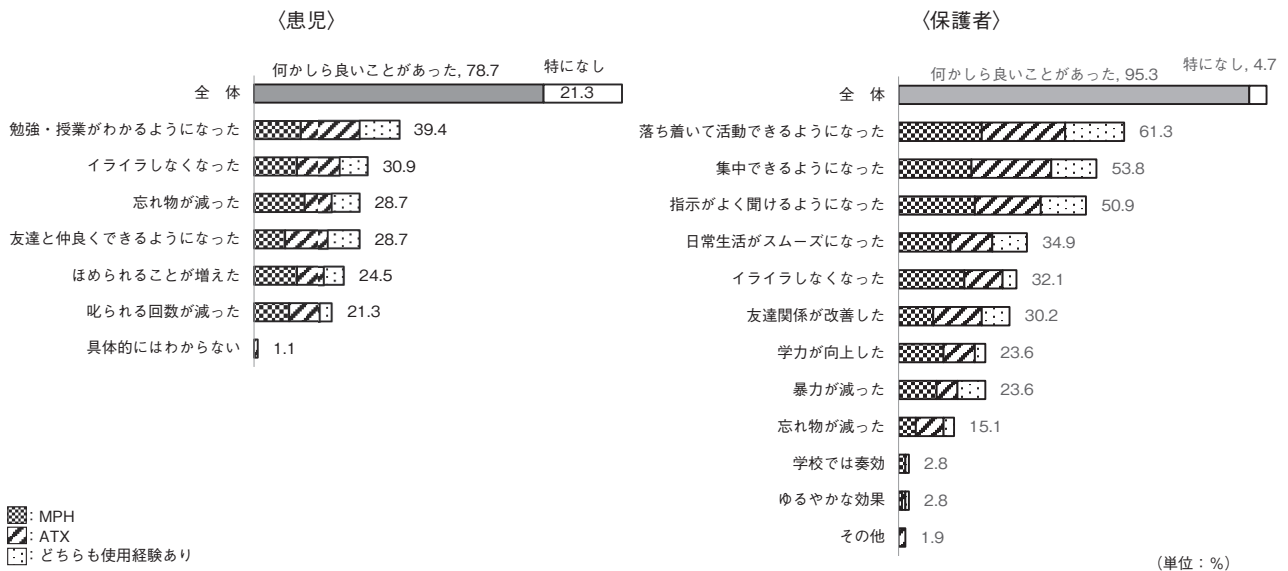


図1 肯定的評価

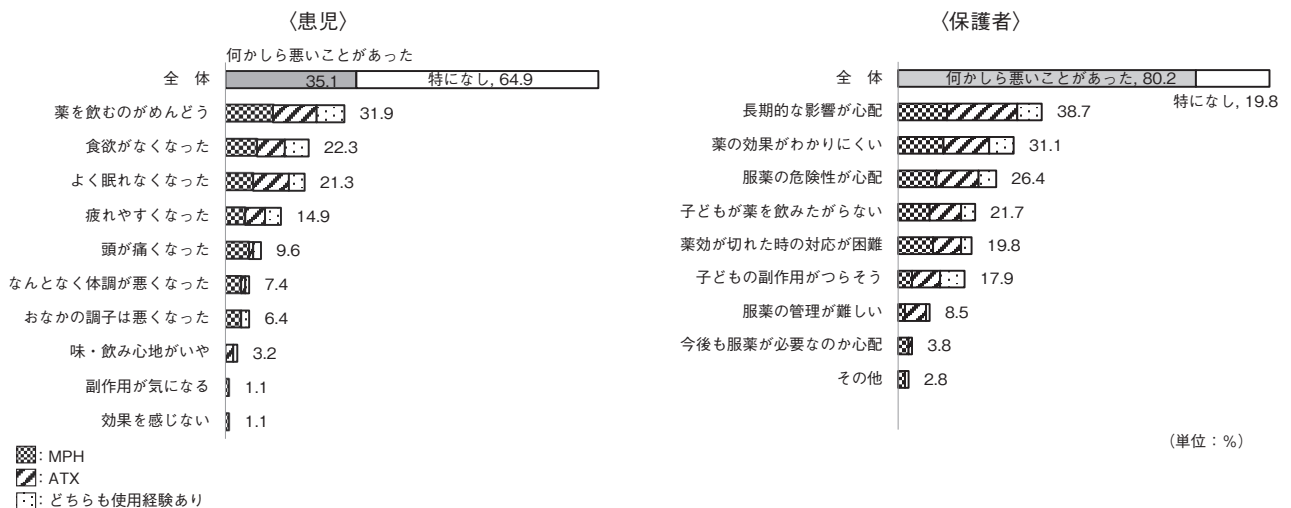


図2 否定的評価

「どちらとも言えない」が34.0%、「いやなことがあるので飲みたくない」が11.7%、無回答が3.2%であった。保護者では、継続を支持している人が64.2%、「どちらとも言えない」29.2%、中止したいと考えている人が4.7%であった。治療薬MPH単剤、ATX単剤で比較検討したが、治療薬剤別の有意差は認められなかった。

6. 半構造化面接による意見聴取

最後に、アンケート内容を確認しながら、半構造化面接を行った。

6.1. 患児の意見

有効性の実感として、「イライラしなくなり楽になった」、「服薬時は調子が良くがんばれる」という直接的な有効性のほか、学習面で宿題が出来るようになったことや書写・書字の上達、友達関係の改善により、「学校が楽しくなった」という副次的に関連する有効性も聞かれた。食欲の低下を訴える子どもでは、「給食が半分しか食べられない」、「ほとんど食べられない」と回答し、学校給食でのつらさを訴えた。

6.2. 保護者の意見

有効性に対する肯定的な評価として、「児の日常生活がスムーズになり安心感が得られる」、「家庭ではあまり効果を実感できないが、学校では服薬時と怠薬時の様子に変化が見られ、担任に薬の飲み忘れを指摘される」、「減薬や中断を試みたことがあるが、児の様子が良くなかったので服薬を継続する方が良いと判断した」という意見があった。一方で、有効性を感じながらも「服薬により児が著しく変化して

不安になった」、「薬効が切れると本来の児に戻る気がする」、「児の本来の才能が抑えられているように感じる」という意見があった。薬物治療を継続することが「どちらとも言えない」とした保護者では、「効き目がゆるやかで劇的な変化がみられるわけではない」、「効果の減弱を感じる」、「児の現状が薬の効果か児の成長によるものかわからない」、「一生飲み続けなければならないのか」という今後の治療の見通しへの不安、向精神薬への漠然とした不安、女兒の場合は妊娠・出産への影響についての不安が聞かれた。「児から“元気なのになぜ飲むの？”と聞かれた」、「服薬しているので自分は病気になるのだ（障害がある）」と児が感じている」という意見もあった。

III. 考察

本研究の方法の特徴は、アンケートおよびインタビュー調査が非医療関係者によって行われ、回答内容を直接主治医に開示しないと約束したことにある。本当のところ、どう思っているのか、子どもや家族の本音が聞き出せた可能性がある。その結果、以下の点が明らかになった。①90%以上で服薬は規則正しく行われている、②薬物治療に対する肯定的な評価は、患児で約80%、保護者で90%以上と両者とも高い、③否定的な評価は、患児は35%とさほど高くないのに、保護者が約80%であり、両者間でかなりの乖離がある、④否定的な評価をする要因は、患児では服薬の煩わしさや胃腸症状、保護者は副作用を含めた長期的な影響への不安が多い、⑤定期的な薬物治療を続けているにも関わらず、治療を継続することへの積極的な支持は、患児は約50%、保護者は約60%に留まり、この割合は治療

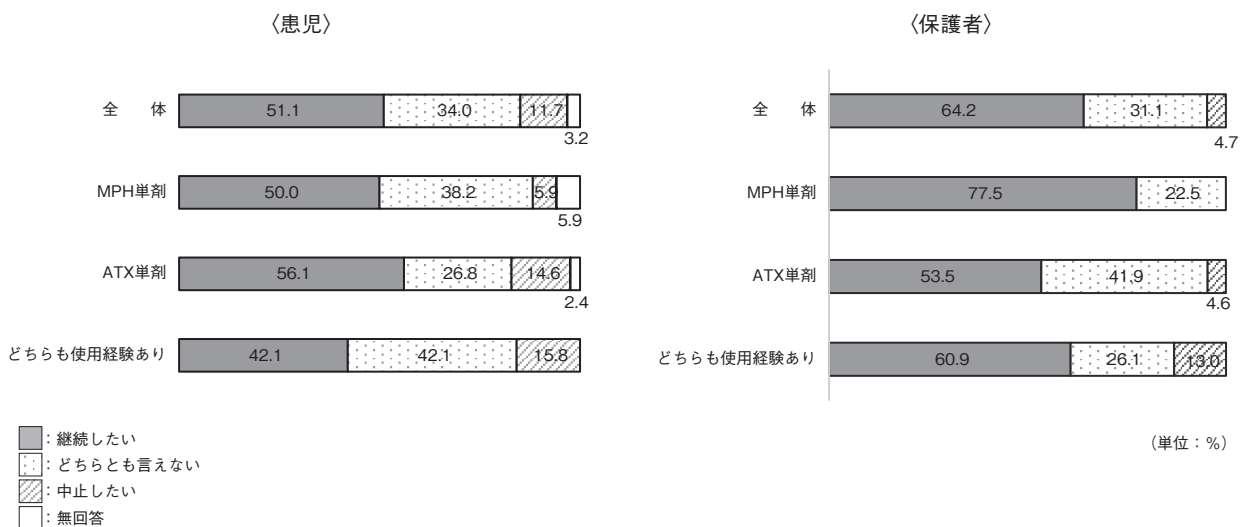


図3 薬物治療を継続することへの積極的支持

薬による有意差はない。

ADHD に対する服薬アドヒアランスは高くなく、13.2～64%が不規則な服薬または服薬中止になると言われている⁹⁾。本研究では、研究対象者の選択基準が定期的な服薬治療を継続している人であったため、医師の指示通りに内服している人が圧倒的に多かった。自己断薬している人がごく僅かに認められた。処方する医師はそのことを常に念頭に置き患児・保護者と向き合う必要がある。一般に、服薬アドヒアランスが影響する要因としては、社会的・経済的要因、医療者と患者間のコミュニケーション、疾病の特性、治療薬の特性等が考えられる。ADHD の服薬アドヒアランスが低下する要因として、副作用への懸念やありのままの児の姿が失われることなどへの懸念があり、これらの懸念に対処することの重要性が指摘されている¹⁰⁻¹⁴⁾。

服薬アドヒアランスを子どもについて考えると、否定的評価の第一位は「薬を飲むのがめんどろ」であり、これはADHDの疾患特性による可能性がある。第二位以降は、食欲低下・不眠・疲れなど薬物の直接的な副作用への不満があり、これらへの対処が重要であることが伺えた。一方、親の否定的評価の要因は、子どもとはやや異なり、向精神薬への漠然とした不安、長期服用における体への悪影響、「一生飲み続けなければならないのか」といった治療の見通しがもてないことへの不安が伺えた。長期内服を継続したときの予後、治療のゴールや中止する目安などの丁寧な説明が求められているのであろう。

本研究で興味深かった点は、薬物治療に対して親が様々な肯定的または否定的評価をしているのに対し、子どもは有意に肯定的・否定的評価ともに低いことであった。子ども自身が薬物治療の決定に関わっていないあるいは関わるのが難しいことも一因かもしれない。小学生では、低年齢のため客観的に自身の状況を判断し、治療に参加することは困難であろう。しかしながら、子どもの成長や理解力に合わせて、適宜分りやすい説明を行い、子ども自身も可能な限り積極的に治療に参加できる環境の整備が望ましい。医師からの説明の他、薬剤師との連携も服薬アドヒアランス向上に有効であろう。

最後に、本研究の限界を述べておきたい。研究対象者は、継続的に薬物治療を行っている子どもとその家族であり、服薬アドヒアランスが良いと思われる人の参加が多くなっている。また、最初に主治医から研究参加の意向を尋ねる方法でリクルートしているため、基本的に患者・医師間のコミュニケーションが良好な症例を集めた研究であることを考慮する必要がある。

IV. 引用文献

- 1) Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 2015;135 (4): e994-1001.
- 2) ADHDの診断・治療指針に関する研究会 斎藤万比古, 編. 注意欠如・多動症 - ADHD - の診断・治療ガイドライン第4版. 東京: じほう, 2016.
- 3) 小枝達也, 平林伸一, 宮本信也, 榎原洋一. ADHDを取りまく医療のあり方について. *脳と発達* 2002; 34 (2): 158-161.
- 4) 後藤太郎, 松井晶子, 大原文裕, 高橋道宏. AtomoxetineとMethylphenidateに関するグローバルエビデンスのレビュー: 特に両薬剤の比較・切り替え・併用について. *臨床精神薬理* 2011; 14 (4): 653-664.
- 5) 奥村泰之, 藤田純一, 松本俊彦. 日本における子どもへの向精神薬処方経年変化 - 2002年から2010年の社会医療診療行為別調査の活用 -. *精神神経学雑誌* 2014; 116 (11): 921-935.
- 6) 牧野和紀, 齊藤万比古, 青島真由, 伊藤千晶, 岩垂喜貴, 宇佐美政英, 小平雅基, 渡部京太. 子どものADHDの診断・治療に関するエキスパート・コンセンサス - 薬物療法編 -. *児童青年精神医学とその近接領域* 2015; 56(5): 822-855.
- 7) Dosreis S, Zito JM, Safer DJ, Soeken KL, Mitchell JW Jr, Ellwood LC. Parental Perceptions and Satisfaction with Stimulant Medication for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental and Behavioral Pediatric* 2003; 24(3): 155-162.
- 8) Coghill D, Soutullo C, d'Aubuisson C, Preuss U, Lindback T, Silverberg M, Buitelaar J. Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on the patient and family: results from a European survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2008; 2(31) doi: 10.1186/1753-2000-2-31.
- 9) Adler LD1, Nierenberg AA. Review of medication adherence in children and adults with ADHD. *Postgrad Med*. 2010; 122(1): 184-191.
- 10) Coletti DJ, Pappadopulos E, Katsiotas NJ, Berest A, Jensen PS, Kafantaris V. Parent Perspectives on the Decision to Initiate Medication Treatment of Attention - Deficit /Hyperactivity

- Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2012; 22(3): 226-237.
- 11) 洲鎌倫子, 石崎朝世. 注意欠陥多動性障害 (ADHD) の薬物治療 - methylphenidate 徐放錠および atomoxetine の継続率等からみた有用性の検討 - . *脳と発達* 2014 ; 46 (1) : 22-25.
- 12) 宮地泰士, 宮島祐, 石崎優子, 大塚頌子, 深井善光, 永井章, 林北見, 石崎朝世, 田中肇. 注意欠陥多動性障害児に対する薬剤の選択と使用に関する実態調査. *日本小児科学会雑誌* 2013 ; 117 (11) : 1804-1810.
- 13) Charach A, Fernandez R. Enhancing ADHD Medication Adherence: Challenges and Opportunities, *Current Psychiatry Reports* 2013; 15(7): 371-378.
- 14) DosReis S, Mychailyszyn MP, Evans-Lacko SE, Beltran A, Riley AW, Myers MA. The meaning of attention - deficit / hyperactivity disorder medication and parents' initiation and continuity of treatment for their child. *Child Adolesc Psychopharmacol* 2009; 19(4): 377-383