

1970名に対してアンケートを郵送し、回答を求めた。アンケートの内容は、向精神薬の適応外使用の有無、また適応外使用について親または患児に対して説明を行っているか、さらに適応外使用を行った薬剤についてなどである。本研究のアンケート調査にあたり、倫理面の配慮として、回答者の匿名性には最大限に配慮し、個人を特定できないようにし、アンケートの内容も患者の個人情報と同定し得るものを含まないように配慮した。

15. 自閉スペクトラム症 (ASD) 診断を受けている18歳以下の子どもの保護者で、当事者団体の会員 (N=19) を対象として、診断内容および薬物療法 (薬物療法の経験、副作用と思われる/疑われる経験、薬物療法に対する抵抗感) に関する予備的な調査 (自由記述式) を実施した。今後、予備的調査結果を基に質問紙を作成し大規模な量的調査を実施していく予定である。倫理面の配慮としては、当事者団体であるアスペ・エルデの会倫理委員会で調査実施が承認され、倫理面での問題がないことが認められている。当事者家族に対する十分な配慮のもとで調査は実施された。今後、量的調査実施に向けて、浜松医科大学倫理委員会の審査を受ける予定である。

③少量薬物治療の検討

16. 発達障害の児童症例に対する少量薬物療法の有効性についてエキスパートによる症例報告と概説を行った。倫理面への配慮として、症例の匿名性に十分配慮した。

C. 研究結果

①薬物ごとのガイドライン作成

1. 児童・青年期のうつ病においては、三環系抗うつ薬は、種々の二重盲検比較試験においてプラセボに対して明らかな有効性を示すことができなかった。また、児童・青年期の大うつ病性障害に対するSSRIの有効性を示す、プラセボとの二重盲検比較試験は、1) 1997年のEmslieらのfluoxetineの有効性の報告、2) 2003年のWagnerらによるsertralineの有効性、3) 2004年のWagnerらによるcitalopramの有効性の3つである。さらに、SSRIと自殺行動増加の問題について、SSRIを児童・青年に用いた時自殺行動の増加が報告されている。FDAは自殺関連事象をactivation syndromeとして、不安、焦燥感、パニック発作、不眠、易刺激性、敵意、衝動性、アカシジア、軽躁状態、躁状態の10項目をあげている。児童・青年期のうつ病患者にSSRIを使用す

る際には、activation syndrome を含めた副作用の正確な情報を、子どもと保護者に伝えることが重要である。また、とくに服薬開始後 2 週間の慎重な経過観察を行うことが必要である。

2. データベース検索の結果、子どもの双極性障害に対してプラセボ対照を用いた臨床試験は、薬物療法については 11 報告あった。子どもの双極性うつ病に関しては有効性を示すプラセボ対照試験は 1 つ報告された。必ずしも児童思春期では成人期と同様の薬物反応が双極性障害においては認められなかった。また、気分調整薬のエビデンスが成人に比べて低かった。

3. 今回海外のエビデンスを確認した、クロザピン、リスペリドン、オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾール、パリペリドンの 6 剤は、それぞれの研究の規模や方法は異なるものの、統合失調症、双極性障害、トゥレット障害、自閉症スペクトラム症における衝動行為など、いずれも本邦での適応外使用の際に頻度が高いと考えられる診断名について検討されていた。

4. 症例 164 例（男性 134 例、女性 30 例、平均年齢 11.0 歳、平均 IQ 93.1）のうち、第 1 選択薬が MPH であったものは 128 例、ATX であったものは 36 例であった。各投与群の年齢、知能、投与前、投与後の ADHD-RS スコアを示す。

・年齢、知能

| | 年齢 | IQ |
|-------|------|------|
| MPH 群 | 10.9 | 91.4 |
| ATX 群 | 11.2 | 98.8 |

・ADHD-RS スコア（投与前）

| | 合計 | 多動・衝動 | 不注意 |
|-----|------------|-------|------|
| MPH | 35.2(60 例) | 13.3 | 19.2 |
| ATX | 27.6(24 例) | 10.8 | 16.8 |

・ADHD-RS スコア（投与後）

| | 合計 | 多動・衝動 | 不注意 |
|-----|-----------|-------|------|
| MPH | 13.3(4 例) | 3.5 | 9.8 |
| ATX | 21.2(9 例) | 6.7 | 14.6 |

また、副作用による投与中止は MPH 投与群で 21.9%、ATX 投与群で 5.6%であった。

5. 不安障害の子どもへの RCT デザインの薬物療法や精神療法（主に CBT）との組み合わせによる治療の効果をレビューすると、①不安障害の子どもへの薬物療法の first-line は SSRI であること、②CBT と薬物療法の併用療法は CBT 単独、薬物療法単独よりも有効で、併用療法の治療効果は持続していること、とまとめられる。Kodish らによる子どもの不安障害への薬物療法のアルゴリズムでは、2 種類の SSRI やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）である *velafaxine XR* の投薬を試した上で、さらに効果がない時にセロトニン作動性抗不安薬である *bupirone*、あるいはノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬(NaSSA)である *mirtazepine* を単独、もしくは *augmentation* として投薬し、様々な試みで効果がない時にベンゾジアゼピン系抗不安薬で急速な症状軽減をめざすとなっている。国内外を問わず現時点において子どもの睡眠障害の薬物治療に関するガイドラインは存在しない。米国では、小児睡眠薬使用に関して、①アメリカ食品医薬品局（FDA）が小児に推奨している睡眠薬は存在しない。②小児の睡眠障害の治療はまずその診断が重要である。③乳児や幼児の場合に薬剤治療を開始することは極めて稀である。④睡眠薬が治療の第 1 選択になることはなく、唯一の治療選択でない。⑤薬物治療は必ず他の非薬物治療と

合わせて行う。⑥睡眠衛生の見直しは薬物療法の前に必ず行うといった提言がなされている。米国での調査では、発達障害の中では ADHD が睡眠薬の処方を受ける場合が多く、その内訳は α -受容体作動薬、*trazodone*、鎮静系抗うつ薬となっている。それ以外の疾患（不安障害や気分障害）では睡眠薬処方の割合は高いものの、処方内容は鎮静系抗うつ薬や *trazodone* が主体となっており、 α -受容体作動薬の割合は減少する。

6. 子どものチック症及び OCD の治療全体の構成としては、薬物療法以外に心理教育や認知行動療法なども含めた包括的治療であること、併発症についても考慮することが指摘されていた。薬物療法は、心理教育や認知行動療法への反応が不十分な場合に付加することとされていた。チック症に対する薬物療法の中心は抗精神病薬であり、2014 年 12 月に FDA から認可された *Aripiprazole* の比重が高まっていた。OCD に対する薬物療法の中心はセロトニン再取り込み阻害薬であった。

7. 素行障害については、2013 年に発表された NICE ガイドラインで、18 歳以下の素行障害の患者に対する薬物療法の効果、副作用に関する RCT についてメタアナリシスを行っている。結果としてはリスペリドンと抗 ADHD 薬（メチルフェニデート、混合アンフェタミン塩、アトモキセ

チン) は有効性におけるエビデンスが多かった。独自のレビューでは、CD、ODD に対する薬物療法について、過去にはリチウム、最近ではリスペリドンと抗 ADHD 薬に対するエビデンスが多く報告されているが、研究方法の問題として、ADHD 併存の児がサンプルに入っている研究がほとんどであり、またその割合も多いことから、純粋な CD、ODD に対する薬物療法の効果についてのエビデンスは得られにくいと考える。神経性無食欲症、パーソナリティ障害の NICE ガイドラインでは、児童思春期患者を対象としたシステマティックレビュー、メタアナリシスは行われていない。また独自のレビューにおいても薬物療法の確立したエビデンスは認められなかった。依存症については、アルコール依存の NICE ガイドライン内で、若年患者に対する薬物療法のシステマティックレビューが行われ、3 件の RCT 予備研究のみレビューに合致。各 RCT は、アカンプロセート、ナルトレキソン、ジスルフィラムが、プラセボ群に対し断酒時間が有意に長かったことを示している。

8. 乳幼児における抗精神病薬の使用状況では、調査方法の違いがあり比較はできないものの、近年 ASD を中心に幼児期の薬物療法の実態が報告され、アメリカにおいて増加が報告されている。また、乳幼児期の自閉症スペクトラムに対する薬物療法の

効果では、2012 年の Carolyn A らによる報告では、乳幼児を含む RCT 研究は、ASD こだわり行動に対する SSRI で 3 件、過敏・易刺激性に対する抗精神病薬で 6 件のみが該当した。さらに、妊娠期・授乳期の薬物療法の乳幼児期の発達への影響では、胎生期の暴露に対する、児の発達への影響はここ数年報告数が増加している。胎生期・授乳期の抗てんかん薬の暴露が幼児期の知能発達および運動機能や社会性の障害のリスクを上げることが報告されている。

9. 現時点(平成 27 年 3 月)までに、抗精神病薬、抗うつ薬についてのレビューがほぼ完成しており、抗精神病薬では有効性よりも安全性・副作用のプロフィールにおいて各薬剤の違いが際立ったという点、抗うつ薬においては希死念慮および自殺企図の増悪の報告がある点、などが重要であった。またアトモキセチンは児童・青年期患者の QTc に大きな影響を与えないこと、本邦では向精神薬を処方されている外来児童・青年期患者に十分な副作用モニタリング検査が行われていないこと、などが分かった。

10. 本年度は DIEPSS ドイツ語版(逆翻訳による linguistic validation 完了)、スペイン語版およびセルビア・クロアチア・ボスニア・ヘルツェゴビナ語版の翻訳が行われた。

1 1. わが国および英語圏等で承認されている各向精神薬の添付文書、インタビューフォーム、既存の薬物療法に関する各種治療ガイドライン・アルゴリズムや向精神薬一覧解説集 (Psychotropic Directory)、小児薬物療法に関する総説、研究報告、症例報告、RCT、メタ解析等の論文を収集し、網羅的に調査し、日本および一部海外の添付文書・インタビューフォームに記載されている児童・青年期における適応とその投与量について表示した。児童思春期の精神障害患者に使用する向精神薬およびその近縁化合物で、わが国で承認されている抗精神病薬 32 剤、抗パーキンソン薬 23 剤、抗うつ薬 21 剤、気分安定薬 4 剤、睡眠薬 26 剤、抗不安薬 19 剤、中枢神経刺激薬 6 剤、抗てんかん薬 22 剤、その他 8 剤について、わが国の添付文書および一部の海外の国々の添付文書に記載されている児童・思春期における薬剤適応疾患、投与方法、投与量に関する記載を抽出し、9つの表にまとめた。その結果、ほとんどの薬剤で記載されている内容は「出生体重児、新生児、乳児、幼児又は小児に対する安全性は確立していない (ので投与しないこと)」「使用経験が少ない」「使用経験がない」等であった。

1 2. 患者の自己決定を尊重する動向の中で、治療選択においても、保護者の代諾だけでなく、年齢や理解能力に応じた説明

をうけ、その理解のもとにアセント、すなわち積極的同意を取得することが求められるようになった。児童・思春期患者においても一定のアセント能力があることを前提としているが、保護者によるインフォームド・コンセントと、児童・思春期患者によるアセントは完全独立に成立し得ない。保護者による子の意思の代行や家族による意思決定を重視する立場もあるが、虐待事例のように保護者の意思が子の利益と相反する可能性もある。児童・思春期患者のアセント能力は、年齢や知能指数のみで推し量ることができず、同意能力の個別的な評価と、現在、アセントが求められる事項について求められる能力とを勘案して評価する必要がある。アセント能力の評価については、研究同意と治療同意の双方において検討されているが、日本では児童の治療同意に関するアセント能力の評価のために作成されたテスト・バッテリーは未開発である。また、アセントの前提となる理解を促進するためのツールについても検討は不十分である。

②自閉症スペクトラム障害のガイドライン

1 3. 欧米の ASD 診療ガイドラインの検証を、主に薬物療法の位置づけの観点から行った。検証の結果、現在欧米ではいくつかの「ASD 診療ガイドライン」が出版されており、そのいずれにおいても、薬物療法のみの特化した治療ガイドラインはな

く、ASD 児・者が呈する様々な臨床症状の評価・介入に関するガイドラインの一部として薬物治療が位置づけられていることが明らかとなった。すなわち、ASD に関連した諸症状への介入を検討する際、標的とする問題について、その背景にある etiology を極力明確にし、適切な環境調整や行動面からのアプローチの有用性を十分検討した上で、包括的支援の枠組みの中で薬物療法の必要性を検討する重要性が強調されていた。上記を考慮し、包括的支援の観点からの「ASD の薬物療法ガイドライン」作成に導入すべき下記 7 項目と項目ごとの現時点での問題点を呈示した。1. 薬物療法の検討をする際の診療体制の構築、2. 薬物療法の標的症状と評価、3. 薬物療法施行時の留意点（薬物療法開始前の評価、治療中のモニタリング(効果・副作用)）、4. 実際に使用される薬物療法とその標的症状、5. 代替治療または補完的治療法について、6. 家族・養育者への説明、7. 専門家からプライマリケアへの移行。

1 4. ADHD と ASD の併存症例に対する MPH および ATX による薬物療法においては、プラセボ対照二重盲検クロスオーバー試験にて有効性が認められるが、主に多動性に対する有効性であった。しかし、ADHD 単独例と比較して、有効率は低く、有害事象も出現しやすいという結果で

あった。さらに、ASD の中核症状に対する効果を認めたという報告もあるが、容量設定や評価尺度もさまざまであった。この他にも risperidone, fluoxetine および valproate sodium による薬物療法においてもプラセボ対照二重盲検試験にて有効性が示された。また、医師会員 1970 名にアンケート調査を実施し、696 名から回答を得た（有効回答率 35.3%）。対象者の 91.0%（633 名）が向精神薬の適応外使用について「したことがある」と回答し、そのうち 81.0%（513 名）が「親（保護者）に説明する」と回答し、33.6%（213 名）が「子どもに説明する」と回答した。34.3%（217 名）が向精神薬の適応外使用について説明をすることで、その処方を望まなかった経験をし、親（保護者）のみに説明するときよりも、親（保護者）と子どもに説明をするとき、適応外使用を望まれないことを経験する割合が高かった。

1 5. 調査に参加した 19 名のうち 16 名が服薬経験について、“経験有り”と回答し、3 名が“経験無し”と回答した。薬物療法の経験のあると答えた保護者 16 名の、薬物療法の開始時期については、多くは就学後に服薬が開始されている（就学前後 3 歳以下 - 3 名、4-6 歳頃 - 4 名、7 歳 - 3 名、9 歳以上 - 6 名）。また、16 名のうち、11 名が副作用を体験していた。症状としては、暴力的行為（“興奮時の家族

への暴力”，“暴れる”など4ケース），多動（7ケース）が薬物療法の開始理由として多かった。服薬の効果に関して，ほとんどの保護者（15名）が服薬の効果を実感しており，服薬の効果がないと回答したのはわずか1名であった。

③ 少量薬物治療の検討

16. 発達障害の併存症に対して抗精神病薬、気分調整薬、および抗うつ薬の少量投与と精神療法の併用が有効であった知見を複数提示し、少量処方がある併存症の特徴と類型化の試みを提案した。

D. 考察

①薬物ごとのガイドライン作成

1. 児童・思春期のうつ病に対する抗うつ薬の中で、プラセボとの二重盲検比較試験において、プラセボに対して有意に反応率が高かったと報告されたSSRIは、フルオキセチン、シタロプラム、セルトラリン、エスシタロプラムの4剤である。児童・思春期の患者にSSRIを使用する際には、activation syndromeを含めた副作用に十分な注意が必要である。

2. 薬物療法に関しては成人と比較し、子どもの双極性障害の躁病相では非定型抗精

神病薬の有用性が高く、古典的な気分安定薬の有効性が低いことが示唆されている。現時点では子どもの双極性うつ病に関しての有効なエビデンスを示す薬物はなく成人の双極性うつ病に準じて慎重に行う必要がある。

3. 現段階では、児童・思春期における抗精神病薬の使用について、それぞれの研究のコンセンサスを形成することは困難であると考えられた。

4. 今回の調査では、第一選択薬としてMPHがATXより多く選択されていた。MPHは、ATXより知能指数が低めで、投与前ADHD-RSスコアが高い症例に処方される傾向があった。投与後のスコアの低下もMPH投与群の方がATX投与群に比べ大きいことが示唆されたが、有害事象の出現頻度が高く、投与中に至る可能性が高いことも示唆された。

5. 子どもの不安障害への薬物療法のアルゴリズムでは、様々な試みで効果がない時にベンゾジアゼピン系抗不安薬で急速な症状軽減をめざすとなっており、ベンゾジアゼピン系抗不安薬の位置づけは最終手段となっている。ベンゾジアゼピン系抗不安薬の位置づけが低くなっているのは、ベンゾジアゼピン系抗不安薬の特徴である①鎮静や眠気により認知機能を低下させ学業をはじめとする日常生活の質を低下させる可能

性があること、②子どもへの抗不安薬の投与が奇異反応をもたらし、不安、攻撃性、脱抑制などを呈することがあること、③抗不安薬は作用時間が短時間で、かつ効果が強いものほど依存を招きやすいこと、と関連している。子どもの不安症状へのベンゾジアゼピン系抗不安薬を対症療法として投薬することは必要最低限にとどめるというのがコンセンサスといえるだろう。子どもの睡眠障害に対する薬物療法については、子どもの睡眠薬投薬における RCT 研究もほとんどなかった。米国における全国調査では、①発達障害の中では ADHD が睡眠薬の処方を受ける場合が多く、その内訳は α -受容体作動薬、trazodone、鎮静系抗うつ薬となっていること、②不安障害や気分障害では睡眠薬処方の割合は高いものの、処方内容は鎮静系抗うつ薬や trazodone が主体となっており、ベンゾジアゼピン系睡眠薬が第一選択薬ではないことがうかがわれた。

6. 子どものチック症及び OCD の治療にあたっては、心理教育や認知行動療法を含めた包括的な治療の中で薬物療法が役割を果たすことが確認された。同時に、チック症及び OCD は、お互いをはじめとして多様な併発症を有することがあり、薬物療法の検討にあたってはそれらを考慮することも重要と思われた。DSM-5 では、チック関連 OCD が特定されるようになってい

るが、子どもで薬物増強法も含めてチック関連 OCD にどれだけ特異的な治療が必要かの検討を進める必要がある。

7. 今回対象となった素行障害、神経性無食欲症、パーソナリティ障害、依存症はいずれもその第一治療法が心理療法や行動療法とされており、薬物療法は補助的な役割として使用されることが原則となっていた。素行障害以外の疾患では、児童思春期を対象とした研究は少なく、これらの疾患における児童思春期患者の薬物療法に関しては、有効なメタアナリシスによって確立されたエビデンスはほとんどない。いずれの疾患においても、アウトカムの多岐性、合併症の問題などから、有効なメタアナリシスが行われにくいものと考えられる。また今回調査した疾患に特異的な副作用の研究はほとんど行われておらず、これは、アルコール依存の断酒薬を除いては、いずれの疾患についても、使用されている薬物が、本来は他疾患に対する薬物であることが原因の一つと考えられる（抗精神病薬、抗 ADHD 薬、抗うつ薬）。

8. 乳幼児期の精神科薬物療法の現状については、欧米の文献によれば、乳幼児への抗精神病薬などの薬物療法は自閉症をはじめとする発達障害に対しての使用を中心に増加していると言える。日本の調査では、他の年齢と比べて使用頻度は少ないが、抗精神病薬や抗不安薬・睡眠薬の使用が報告

されているが、調査の限界から用途については検証できていない。乳幼児の薬物療法は有効性と安全性のエビデンスが少ないことから、使用においては治療期間や有害事象報告などの具体的対応策が必要であると言える。また、薬物療法の長期的な影響の解明が急がれる。短期的、長期的な視点で薬物療法のリスク・ベネフィットを検証していく必要がある。乳幼児薬物療法の基礎知識については、小児においては、特に新生児から乳児期に薬物代謝や排泄に関係する肝・腎機能に大きな発達変化が生じるため成人の薬物療法にもまして臨床薬理学的な観点に基づいたアプローチが重要である。乳幼児期における薬物療法の必要性については、DSM-5において初めてASDとADHD、DCDなどの併記が可能になった。今後は、薬物療法の対象となりうる併存障害の程度や薬物療法以外の治療法との比較などを含め、実態調査が必要と考える。

9. 児童・青年期患者に向精神薬を投与する際には、頻度の高い副作用や頻度は低くても危険度の高い副作用に注意を要する。身長、体重などの生理学的所見から、血液検査や心電図などの検査所見を含む、適切な副作用モニタリングを行いながら、常にリスクとベネフィットを検討し、投与薬剤の継続・変更・中止などを判断すべきである。

10. これまで精神科領域で使用されてきた評価尺度は主として欧米で開発されたものが日本語版に翻訳して取り入れられてきたことから、日本の文化や社会システムに必ずしも受け入れられるものばかりではなかったが、薬原性錐体外路症状評価尺度 DIEPSS は分担研究者が米国ハーバード大学精神科マックリーン病院に留学中の1994年に日本語版・英語版を同時開発したもので、これまでに中国語版、韓国語版、台湾語版、ロシア語版、ウクライナ語版にも翻訳され、日本人により開発された精神科領域の評価尺度の中では国際的に普及しつつある尺度の一つに位置づけられているが、今年度新たに上記のドイツ語、スペイン語、セルビア・クロアチア・ボスニア・ヘルツェゴビナ語の3言語版への翻訳が行われた。現在はさらに、チェコ語、スロバキア語、リトアニア語への翻訳がすすめられている。これらの翻訳版の中から、平成27年度は、セルビア・クロアチア・ボスニア・ヘルツェゴビナ語版の信頼性及び妥当性の検証をセルビア国ベオグラード市の精神科医師の協力を得て実施する予定である。翻訳版の信頼性及び妥当性が確立すると、簡素で鋭敏で信頼性の高い評価手法であることが示されている薬原性錐体外路症状評価尺度 DIEPSS が、母国語版を用いることにより綿密な評価が日常臨床でも可能になることから、DIEPSSの国際標準化に貢献するものと考えられる。

1 1. 児童・思春期領域における薬物療法のエビデンスはきわめて限られており、添付文書に記載されている使用上の留意点を忠実に遵守して薬物療法を行うとすれば、事実上、有効な薬物療法の実施はきわめて困難であると考えられる。薬物療法に関する良質なエビデンスを適切な臨床試験を行うことなどが必要であり、決して短期間に良質なエビデンスが形成される状況にはなく、また成人におけるエビデンスをそのまま踏襲できるものばかりではないと考えられる。したがって、日常臨床において児童思春期の精神障害者に対して現実的な薬物療法ができるような、参考となるガイドラインの策定が必要と考えられた。

1 2. 児童・思春期患者におけるアセントの実態を明確にするともに、アセント能力を評価するテスト・バッテリーと心理社会的状況の評価するツールの開発、アセントの前提となる理解を助けるためのツール作成が必要であると思われる。

②自閉症スペクトラム障害のガイドライン作成

1 3. 7項目にわけて「ASDの薬物療法ガイドライン」の記載事項の提案を行ったが、問題点や課題が多く残る。これらの問題点や課題を文献的 review や調査研究によって可能な限り明らかにし、本邦におけ

る「ASDの薬物療法ガイドライン」作成を行っていく必要があると考えられる。

1 4. ASDに伴うADHDの症状に対してエビデンスを概観し、ASDに伴うADHDの症状に対してMTXおよびATXは有効であり、また易刺激性や興奮性に対してrisperidoneが有効であることが示唆された。実際の臨床においては、本邦の臨床に則した調査が必要であると考えられた。諸外国の報告に比べて適応外使用の経験を有する割合は高く、この理由として本邦では「ドラッグ・ラグ」が未だ存在し、小児での開発はさらに遅れることから適応外使用とならざるを得ないことが挙げられた。また、適応外使用について親（保護者）のみに説明するときよりも、親（保護者）と子どもに説明をするときにより、適応外使用を望まれない経験をする割合が高く、このことは適応外使用であることの説明のあり方、ならびに、患者、患者家族とのshared decision makingのあり方を考える上でも重要であると考えられた。

1 5. 結果から、ASDの診断を受けている児について、服薬により、服薬前の不適応状態がある程度緩和したことが示された。一方で、薬物療法を体験した参加者の多くが副作用を経験し、薬の変更、調整を行いながら服薬を行っていることが窺えた。

③少量薬物治療の検討

16. 少量薬物療法が有効であった症例と適応となる病態像の的確な診断の重要性について指摘することができたが、薬物動態は不明であり、エビデンスの確立には至っていない。

E. 結論

①薬物ごとのガイドライン作成

1. 欧米の論文およびガイドラインを参考にして、早急にわが国独自の児童・思春期のうつ病に対する治療ガイドラインを作成すべきである。
2. 本邦では、適応を持つ双極性障害に治療薬が児童思春期においては存在せず今後適切な臨床試験によるエビデンスの蓄積が求められる。
3. 国内外を問わず現在までになされている研究により、児童・思春期における抗精神病薬の使用についてのガイドラインを作成することは困難であり、現時点では作成可能なものとしてエキスパートコンセンサスガイドラインあるいは、PRACTICE PARAMETER に相当するものと考えている。
4. 本研究を施行した当院では ADHD の薬物療法の第一選択薬に MPH が選ばれ

ることが多く、その効果は ATX に比べ高い可能性が示唆されたが、有害事象も多く、その適否には検討を要する。今後は、さらに調査項目を増やすとともに、様々な角度から統計学的解析を加えていく予定である。

5. 子どもの不安障害へのベンゾジアゼピン系抗不安薬の忍容性や依存について十分な研究は行われていないのが現状である。Kodish らによる子どもの不安障害への薬物療法のアルゴリズムでは、様々な試みで効果がない時にベンゾジアゼピン系抗不安薬で急速な症状軽減をめざすとなっており、ベンゾジアゼピン系抗不安薬の位置づけは最終手段となっている。子どもの不安症状へのベンゾジアゼピン系抗不安薬を対症療法として投薬することは必要最低限にとどめるというのがコンセンサスといえるだろう。子どもの睡眠障害に対する薬物療法については、子どもの睡眠薬投薬においての RCT 研究もほとんどなかった。米国における全国調査では、①発達障害の中では ADHD が睡眠薬の処方を受ける場合が多く、その内訳は α -受容体作動薬、trazodone、鎮静系抗うつ薬となっていること、②不安障害や気分障害では睡眠薬処方の割合は高いものの、処方内容は鎮静系抗うつ薬や trazodone が主体となっており、ベンゾジアゼピン系睡眠薬が第一選択薬ではないことがうかがわれた。子どもへ

の抗不安薬、睡眠薬に関する薬物ごとのガイドラインを作成する時に、ベンゾジアゼピン系抗不安薬や睡眠薬が子どもの不安障害、睡眠障害の第一選択薬ではないという現状を踏まえる必要があると考えられた。

6. 子どものチック症及び OCD の治療に関する国内外の知見を検討したところ、包括的な治療の中で、心理教育や認知行動療法が十分な効果を上げずに生活の支障や苦痛を来す場合に薬物療法を行うこと、チック症では抗精神病薬が、OCD ではセロトニン再取り込み阻害薬が薬物療法の中心であることが確認された。DSM-5 でチック関連 OCD が特定されるようになり、チック症と OCD との併発を含めて併発症に留意して我が国の薬物療法の実態把握を進めて、ガイドラインの作成を目指すことが重要と思われた。

7. 児童思春期患者における素行障害、神経性無食欲症、パーソナリティ障害、依存症において、薬物療法は第一の治療法である心理療法に付加的に行うものとされており、本邦でのガイドライン作成においても、このことは明記するべきと考える。素行障害に対するリスペリドン、抗 ADHD 薬の効果にはエビデンスが存在し、本邦でのガイドライン作成の参考とできる。しかし、その他の疾患に関しては、主症状への効果のエビデンスが確立された治療薬は存在せず、更なる研究が望まれる。

8. 乳幼児における薬物療法ガイドライン作成については、日本において、欧米同様、薬剤使用実態調査及び RCT が必要であり、それに基づいて、薬剤の適正使用に関するガイドラインを整備する必要がある。

9. 児童・青年期患者に対する向精神薬投与に関しては、まだ十分なエビデンスの蓄積がなく、安全性が確立していない部分も多く、リスクとベネフィットを十分に検討したうえで、患者および家族への十分な説明と同意のもとに投与されるべきである。また今後も引き続き、児童・青年期患者への向精神薬投与の有効性・安全性に関する新規のエビデンスの構築・蓄積が必要である。

10. 薬原性錐体外路症状評価尺度

DIEPSS の多言語化とその信頼性・妥当性を確立することにより、世界の多くの国々で DIEPSS 母国語版を用いた評価が可能となり、DIEPSS の国際標準化がすすみ、わが国の精神科医が開発した精神科領域の医療技術が国際社会へ普及することから、この分野におけるわが国の世界への貢献が期待される。

11. 精神科領域における児童・思春期の患者に対する薬物療法のエビデンスは、成人でのエビデンスに比べてきわめて希薄であり、薬剤投与量の決定に際しては、参考

となる有用な薬物療法ガイドラインの必要性が示唆された。

1 2. 児童・思春期患者によるアセスメント能力は個別的に評価されるべきであり、同時に、その意思決定を取り巻く心理社会的状況も評価する必要がある。加えて、アセスメントの前提となる理解を支えるツール開発も求められる。

② 自閉症スペクトラム障害のガイドライン作成

1 3. NICE clinical guideline を中心とした代表的な「ASD 診療ガイドライン」の主に薬物療法に関する指針の検証を通し、包括的支援の観点からの「ASD の薬物療法ガイドライン」作成に導入すべき項目と項目ごとの問題点を呈示した。今後、これらの問題点を文献的 review や調査研究によって可能な限り明らかにし、実臨床に役立つ「ASD の薬物療法ガイドライン」を作成していく必要があると考えられる。

1 4. ADHD と ASD が併存した児童青年期患者に対する薬物療法の標準化を行う際に参考とすべく、最近の国際的に標準的な情報の収集と検討を行った。今後は、本邦における実態を把握するためにアンケート調査を実施し、両者を踏まえた上で、本邦の実態に適した薬物治療の標準化を目指す。また、既に実施した本邦での児童青年

精神科領域においても向精神薬の適応外使用に関するアンケート調査では、向精神薬の適応外使用が広く行われている実態が明らかになった。適応外使用やその際に求められる説明や配慮への指針に加え、向精神薬の使用について本邦におけるエビデンスの蓄積、構築が望まれた。

1 5. 量的調査より、自閉症と診断された児に対する薬物療法にはある程度の副作用を経験する可能性があることが示された。また、今後、薬物療法に対する抵抗感を減らすためには、医師による薬物療法についての十分な説明や知識、当事者の体験に基づく情報提供などが必要であることが明らかになった。一方で、薬物療法の位置づけとして、発達障害児者支援のシステムが成熟し、確立されるならば、薬物療法は最低限なものであるべきという意見などもみられた。今後は、薬物療法とその他の発達障害の支援システムとの関連や連携についても議論する必要性が示された。

③ 少量薬物治療の検討

1 6. 国内外における発達障害の薬物療法のエキスパートが少数であり、先行研究が見当たらない状況である。エキスパート・オピニオンの集積が望ましい。

F. 健康危険情報

: SSRI と自殺行動増加の問題

2003年5月、英国医薬品庁（MHRA）は paroxetine の児童・青年期うつ病への臨床試験において、自傷行為や情動不安定などの自殺関連事象が発現頻度 2%以上かつプラセボの頻度の 2 倍以上で報告されたことから、18 歳未満の大うつ病性障害患者への paroxetine の投与を禁忌とする勧告を発表した。わが国でも 2003 年 8 月、厚生労働省は英国の措置を受けて、18 歳未満の大うつ病性障害患者に対する paroxetine の使用禁忌の勧告を出した。

一方、FDA は 2004 年 9 月、すべての抗うつ薬について、「小児や思春期の患者に使用すると自殺関連事象のリスクが増加する可能性がある」という警告表示をするように勧告したが、いずれの抗うつ薬も使用禁止の措置はとらなかった。これを受けて、欧州諸国もパロキセチンを禁忌から警告へ変更した。わが国でも 2006 年 1 月、若年者のうつ病に対するパロキセチンの使用について、禁忌を解除し、警告へ変更した。FDA は自殺関連事象を activation syndrome として、不安、焦燥感、パニック発作、不眠、易刺激性、敵意、衝動性、アカシジア、軽躁状態、躁状態の 10 項目をあげている。これは SSRI だけではなく他の抗うつ薬にも共通して見られる問題である。また、小児だけではなく成人にも同様の症状は出現する。この問題は、初期用量を最少量にし、少しずつ増量して、慎重に観察することで、深刻な事態にいたる前

に未然に防ぐことが可能であると考えられる。

児童・青年期のうつ病患者に SSRI を使用する際には、activation syndrome を含めた副作用の正確な情報を、子どもと保護者に伝えることが重要である。また、とくに服薬開始後 2 週間の慎重な経過観察を行うことが必要である。

G. 研究発表

① 論文発表

- 1) 大澤茉莉恵, 井上貴雄, 安井勇輔, 傳田健三: 一般市民における抑うつ傾向—自殺予防対策としてのうつスクリーニング事業から—。臨床精神医学, 43(2): 249-257, 2014 年 2 月
- 2) 大宮秀淑, 山家研司, 松本 出, 松井三枝, 傳田健三: 慢性統合失調症患者に対する認知機能改善療法 (CRT) の効果研究—前頭葉/実行機能プログラム (FEP) による症例報告—。精神科治療学, 29(6): 811-816, 2014 年 6 月
- 3) 安井勇輔, 西川瑞枝, 長谷川理絵子, 善養寺圭子, 傳田健三: 電話・面接相談の相談内容と社会情勢との関連—北海道家庭生活総合カウンセリングセンターの実態から—。こころの健康, 29(1): 96-104, 2014 年 6 月

- 4) 傳田健三：発達障害をもつ若者に対する支援－児童精神科医として，大学教員として－. こころの健康, 29(1): 67-68, 2014年6月
- 5) 船越俊一, 大野高志, 小高 晃, 奥山純子, 本多奈美, 井上貴雄, 佐藤祐基, 宮島真貴, 富田博秋, 傳田健三, 松岡洋夫：自然災害の諸要因が高校生の心理状態に及ぼす影響の検討－東日本大震災から1年4ヶ月後の高校生実態調査－. 精神神経学雑誌, 116(7): 541-554, 2014年7月
- 6) 傳田健三：子どもの気分障害をめぐる. 発達, 139: 20-25, 2014年7月
- 7) 傳田健三：DSM-5における発達障害の理解. Depression Strategy, 4(3): 4-6, 2014年9月
- 8) 大宮秀淑, 山下聖子, 宮田友樹, 畠山雪恵, 山家研司, 松本 出, 松井三枝, 豊巻敦人, 傳田健三：統合失調症患者に対する前頭葉／実行機能プログラム (FEP) を用いた認知機能改善療法 (CRT) に関する実践的研究. 臨床精神医学, 43(10): 1525-1532, 2014年10月
- 9) 傳田健三：子どものうつへの精神療法的アプローチ. 北海道児童青年精神保健学会誌, 28: 94-104, 2014年12月
- 10) 安井勇輔, 四日谷利子, 傳田健三：うつ病により休職した地方公務員に対する職場復帰支援プログラムの検討. 臨床精神医学 (印刷中)
- 11) 傳田健三 (単著)：子どものうつ 心の治療－外来診療のための5ステップアプローチ. 総頁数 152 ページ, 新興医学出版社, 東京, 2014年10月
- 12) 傳田健三 (分担)：薬物療法：抗うつ薬. 子どもの心の処方箋ガイド (齋藤万比古編). Pp131-132, 中山書店, 東京, 2014年4月
- 13) 傳田健三 (分担)：大うつ病性障害. 子どもの心の処方箋ガイド (齋藤万比古編). Pp268-271, 中山書店, 東京, 2014年4月
- 14) 傳田健三 (分担)：子どものうつにはどのように対応したらよいのか. 子どものこころの医学 (中村和彦編). Pp154-163, 金芳堂, 京都, 2014年7月
- 15) 傳田健三 (分担)：重篤気分調節症 Disruptive Mood Dysregulation Disorder. DSM-5 を読み解く－伝統的精神病理, DSM-IV, ICD-10 をふまえた新時代の精神科診断－ (神庭重信編). Pp138-144, 中山書店, 東京, 2014年11月
- 16) 傳田健三, 阿部隆明, 岡田 俊：小児のうつ病. DEPRESSION JOURNAL, 2(1): 9-13, 2014年4月
- 17) 傳田健三 (訳)：第37章 児童・青年期のうつ病性障害. 新版 児童青年精神医学 (長尾圭造監訳), 明石書店, pp761-795, 2014. Depressive disorders in childhood and Adolescence. In: Rutter's

- Child and Adolescent Psychiatry, Fifth Edition, Blackwell Publishers Limited, Oxford, UK, 2009.
- 18) 渡部京太：ADHDの長期予後. 臨床精神医学. 43(10):1469-1474. 2014
 - 19) 渡部京太他：子どものグループの始め方. 集団精神療法. 30(2):182-188. 2014
 - 20) 渡部京太：子どもを見つけだすこと、そしてグループを信じられる経験を提供すること. 児童青年精神医学とその近接領域. 55(4)417-423. 2014
 - 21) 金生由紀子：3. チックおよびトゥレット症. 精神科治療学, 第29巻増刊号: 409-414, 2014.
 - 22) 成瀬栄一, 金生由紀子：吃音. 小児内科, 46(11): 1672 -1675, 2014.
 - 23) 稲井彩, 金生由紀子：発達障害としてのチック障害- その病態と治療. 小児科診療, 77(12): 1819-1824, 2014.
 - 24) 梶 奈美子, 金生由紀子：トゥレット症候群. 臨床精神医学, 44(2): 259-265, 2015.
 - 25) Sugimoto A, Suzuki Y, Endo T, Matsumoto K, Sugiyama T, Someya T: Efficacy of atomoxetine for symptoms of attention-deficit/hyperactivity in children with a history of child abuse. J Child Adol Psychopharmacol (in press).
 - 26) Yamanouchi Y, Sukegawa T, Inagaki A, Inada T, Yoshio T, Yoshimura R, Iwata N: Evaluation of the individual safe correction of antipsychotic agent polypharmacy in Japanese patients with chronic schizophrenia: validation of safe corrections for antipsychotic polypharmacy and the high-dose method. Int J Neuropsychopharmacol. 2014 Dec 11. pii: pyu016. doi: 10.1093/ijnp/pyu016. [Epub ahead of print]
 - 27) Sukegawa T, Inagaki A, Yamanouchi Y, Inada T, Yoshio T, Yoshimura R, Iwata N: Study protocol: safety correction of high dose antipsychotic polypharmacy in Japan. BMC Psychiatry 14(1): 103, 2014.
 - 28) 稲田俊也：アカシジア. 別冊日本臨床新領域別症候群シリーズ 30: 568-572, 2014.
 - 29) 山本暢朋, 稲田俊也：エビデンスと実臨床の乖離の現状：エビデンスをいかに実臨床で活用するか？ 臨床精神薬理 18(3): 231-239, 2015.
 - 30) Inada T, Inagaki A: Psychotropic Dose Equivalence in Japan. Psychiatr Clin Neurosci. 2015 Jan 19. doi: 10.1111/pcn.12275. [Epub ahead of print]
 - 31) 稲田俊也, 岩本邦弘, 山本暢朋：観察者による精神科領域の症状評価尺度ガイド 改訂第3版. じほう, 東京, pp1-174, 2014.
 - 32) 稲田俊也 (編著), 稲田俊也, 佐藤康一, 山本暢朋, 稲垣 中, 八木剛平, 中根允文 (著): HAMDを使いこなす. ハミルトンうつ病評価尺度 (HAMD) の解説と利用の手引き. 星和書店, 東京, 2014.
 - 33) 稲田俊也, 山本暢朋, 遠藤 洋: 精神科領域の評価尺度を使いこなす 第10回 抗精神病薬の有害事象の評価: 薬原性錐体外路症状評価尺度DIEPSS. 月刊薬事 56(1): 124-125, 2014.
 - 34) Xing J, Wang C, Kimura H, Takasaki Y, Kunimoto S, Yoshimi A, Nakamura Y, Koide T, Banno M, Kushima I, Uno Y, Okada T, Aleksic B, Ikeda M, Iwata N, Ozaki N. Resequencing and association analysis of PTPRA, a possible susceptibility gene for schizophrenia and autism spectrum disorders. PLoS One.9(11):e112531. 2014年11月

- 35) Kimura H, Tsuboi D, Wang C, Kushima I, Koide T, Ikeda M, Iwayama Y, Toyota T, Yamamoto N, Kunimoto S, Nakamura Y, Yoshimi A, Banno M, Xing J, Takasaki Y, Yoshida M, Aleksic B, Uno Y, Okada T, Iidaka T, Inada T, Suzuki M, Ujike H, Kunugi H, Kato T, Yoshikawa T, Iwata N, Kaibuchi K, Ozaki N. Identification of Rare, Single-Nucleotide Mutations in NDE1 and Their Contributions to Schizophrenia Susceptibility. *Schizophr Bull* (in print) 2014 年 10 月
- 36) Kubota C, Okada T, Aleksic B, Nakamura Y, Kunimoto S, Morikawa M, Shiino T, Tamaji A, Ohoka H, Banno N, Morita T, Murase S, Goto S, Kanai A, Masuda T, Ando M, Ozaki N. Factor structure of the Japanese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the postpartum period. *PLoS One*. 9(8):e103941. 2014 年 8 月
- 37) Wang C, Koide T, Kimura H, Kunimoto S, Yoshimi A, Nakamura Y, Kushima I, Banno M, Kawano N, Takasaki Y, Xing J, Noda Y, Mouri A, Aleksic B, Ikeda M, Okada T, Iidaka T, Inada T, Iwata N, Ozaki N. Novel rare variants in F-box protein 45 (FBXO45) in schizophrenia. 2014 年 8 月
- 38) 岡田俊 薬物療法 精神科治療学 29 増; 277-282. 2014 年 10 月
- 39) 岡田俊 児童青年期の統合失調症の薬物療法 臨床精神薬理 17 (5) : 643-648. 2014 年 5 月
- 40) 岡田俊 自閉スペクトラム症の薬物療法 臨床精神医学 44(1) : 101-107. 2015 年 1 月
- 41) 岡田俊 Methylphenidate 徐放錠と atomoxetine の成人への適応 臨床精神薬理 17(7) : 979-989. 2014 年 7 月
- 42) 岡田俊 児童・青年期精神疾患患者における aripiprazole の有効性と安全性 臨床精神薬理 17(7) : 1035-1055. 2014 年 7 月
- 43) Asano M, Ishitobi M, Kosaka H, Hiratani M, Wada Y. Ramelteon Monotherapy for Insomnia and Impulsive Behavior in High-Functioning Autistic Disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 34(3) 402-403, 2014 Jun.
- 44) Fein D, Kamio Y Editorial: Commentary on The Reason I Jump by Naoki Higashida. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2014 Oct.
- 45) Hidetsugu Komeda., Hiroataka Kosaka., Daisuke N. Saito., Yoko Mano., Minyoung Jung., Takeshi Fujii., Hisakazu T. Yanaka., Toshio Munesue., Makoto Ishitobi., Makoto Sato., Hidehiko Okazawa. "Autistic empathy toward autistic others" *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2014 Oct 20.

- 46) Ishitobi M, Kawatani M, Asano M, Kosaka H, Goto T, Hiratani M, Wada Y. Quetiapine responsive catatonia in an autistic patient with comorbid bipolar disorder and idiopathic basal ganglia calcification. *Brain Dev.* 36:823-825, 2014 Oct.
- 47) 石飛信, 荻野和雄, 高橋秀俊, 神尾陽子 自閉症の症候 *神経内科* 81 (4), 375 - 380, 2014
- 48) 石飛信、荻野和雄、高橋秀俊、原口英之、神尾陽子 自閉スペクトラム症と精神科的併存症 *臨床精神医学*, 第44 卷 1 号, 2015. 1.
- 49) Jung, M., Kosaka, H., Saito, D. N. Ishitobi, M., Morita, T., Inohara, K., Asano, M., Arai, S., Munesue, T., Tomoda, A., Wada, Y., Sadato, N., Okazawa, H., Iidaka, T. Default mode network in young male adults with autism spectrum disorder: relationship with autism spectrum traits. *Molecular Autism.* 11;5:35. doi: 10.1186/2040-2392-5-35. 2014 Jun.
- 50) Kitamura S, Enomoto M, Kamei Y, Inada I, Moriwaki A, Kamio Y, Mishima K. Association between delayed bedtime and sleep-related problems among community-dwelling 2-year-old children in Japan. *Journal of Physiological Anthropology.* (In Press).
- 51) Matsuo J, Kamio Y, Takahashi H, Ota M, Teraishi T, Hori H, Nagashima A, Kinoshita Y, Ishida I, Hiraishi M, Takei R, Higuchi T, Motohashi N, Kunugi H. Autistic-like traits in adult patients with mood disorders and schizophrenia (In Press).
- 52) Naomi Matsuura., Makoto Ishitobi., Sumiyoshi Arai., Kaori Kawamura., Mizuki Asano., Keisuke Inohara., Tadamasu Narimoto., Yuji Wada., Michio Hiratani., Hirotake Kosaka Distinguishing between autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder by using behavioral checklists, cognitive assessments, and neuropsychological test battery. *Asian Journal of Psychiatry.* 2014 (In Press)
- 53) Takei R, Matsuo J, Takahashi H, Uchiyama T, Kunugi H, Kamio Y Verification of the utility of the Social Responsiveness Scale for Adults in non-clinical and clinical adult populations in Japan. *BMC Psychiatry.* 2014 Nov.
- 54) Yuko Okamoto., Ryo Kitada., Hiroki C. Tanabe., Masamichi J. Hayashi., Takanori Kochiyama., Toshio Munesue., Makoto Ishitobi., Daisuke N. Saito., Hisakazu T. Yanaka., Masao Omori., Yuji Wada., Hidehiko Okazawa., Akihiro T. Sasaki., Tomoyo Morita., Shoji Itakura., Hirotake Kosaka., Norihiro Sadato. Attenuation of the contingency detection effect in the extrastriate body area in Autism Spectrum Disorder. *Neuroscience Research.* 87:66-76, 2014

- 55) 神尾陽子 DSM-5 と発達障害 小児科臨床ピクシス改訂第2版. 発達障害の理解と対応. pp.158-162, 2014. 8.
- 56) 神尾陽子 発達障害へのアプローチ—最新の知見から. 発達障害のアセスメント 精神療法, 40 (3), 445-450, 2014. 6.
- 57) 神尾陽子 発達障害児の子育てを支援する 途切れない発達障害支援. 子育て支援ガイドブック:「逆境を乗り越える」子育て技術. 橋本和明編, pp33-44, 金剛出版, 2014. 8.
- 58) 神尾陽子 発達障害の概念・分類とその歴史の変遷. 発達障害ベストプラクティス—子どもから大人まで— 精神科治療学, vol. 29, 増刊号, pp10-13 2014. 10. 26.
- 59) 神尾陽子 児童精神医学の診断概念と DSM-IV 以降 DSM-5 を読み解く: 伝統的精神病理, DSM-IV, ICD-10 をふまえた新時代の精神科診断 pp24-33, 総編集 神庭重信, 編集 神尾陽子, 中山書店, 2014. 10. 10.
- 60) 神尾陽子 自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害 DSM-5 を読み解く: 伝統的精神病理, DSM-IV, ICD-10 をふまえた新時代の精神科診断, pp68-74, 総編集 神庭重信, 編集 神尾陽子, 中山書店, 2014. 10. 10.
- 61) 神尾陽子 自閉症, 情緒・行動関連の評価 特集: 小児の言語発達とその障害. 小児内科, vol46, No. 11, pp. 1623-1627, 2014. 11. 1.
- 62) 神尾陽子 自閉症スペクトラムの縦断的発達研究 臨床心理学, 14 (3), 378-381, 2014. 5.
- 63) Increased prefrontal hemodynamic change after atomoxetine administration in pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder as measured by near-infrared spectroscopy Toyosaku Ota, Junzo Iida, Yoko Nakanishi, Masayuki Sawada, Hiroki Matsuura, Kazuhiko Yamamuro, Shotaro Ueda, Mitsuhiro Uratani, Naoko Kishimoto, Hideki Negoro, Toshifumi Kishimoto Psychiatry and Clinical Neurosciences 2014
- 64) Paliperidone extended release for the treatment of pediatric and adolescent patients with Tourette's disorder Kazuhiko Yamamuro, Manabu Makinodan, Toyosaku Ota, Junzo Iida, Toshifumi Kishimoto Annals of General Psychiatry 13 2014
- 65) Levetiracetam improved disinhibitory behavior in Non Convulsive State Epilepticus Kazuhiko Yamamuro, Hiroki Yoshino, Kentaro Tamura, Toyosaku Ota, Toshifumi Kishimoto Annals of General Psychiatry 13 2014
- 66) 大人の ADHD 山室 和彦, 飯田 順三 精神科 25(3) 320-325 2014

- 67) 日本における広汎性発達障害の診断・治療の標準化 太田 豊作, 飯田 順三, 岩坂 英巳 臨床精神医学 43 (6) 927-942 2014
- 68) DSM-5 を理解するための基礎知識 第3回 神経発達症群/神経発達障害群と秩序破壊的・衝動制御・素行症群 齋藤 卓弥, 岡田 俊, 田中 究, 本城 秀次, 飯田 順三, 松本 英夫 精神神経学雑誌 116 (4) 332-338 2014
- 69) 成人期 ADHD の薬物療法 飯田順三 日本医師会雑誌 143 (7) 1462 2014
- 70) 神経化学と統合失調症 山室 和彦, 牧之段 学, 岸本 年史 精神科 25 (6) 587-592 2014
- 71) 子どもの統合失調症について 山室 和彦, 飯田 順三 健康教室 771 (2) 80-82 2015
- 72) アスペルガー症候群の子どもたち その病像論の誕生から消滅まで 飯田 順三, 太田 豊作, 山室 和彦 合同出版 2014
- 73) 辻井 正次. 発達障害研究の展望と意義 : 社会的側面を中心に (特集 シリーズ・発達障害の理解(3)発達障害研究の最前線). 臨床心理学, 14(3), 331-336, 2014.
- 74) 辻井 正次. 特集発達障害 障害特性に応じた支援のあり方—地域連携ネットワークによる支援. 公衆衛生, 78, 6, 378-381, 2014.
- 75) 辻井 正次. 発達障害と身体運動 : 発達性協調運動障害という視点から (発達性発達とバイオメカニクス). バイオメカニクス研究, 18, 1, 31-37, 2014.
- 76) 辻井 正次. 成人になった発達障害の人たちが抱える課題と可能な支援 (特集 シリーズ・発達障害の理解(5)成人期の発達障害支援). 臨床心理学, 14, 5, 617-621, 2014.
- 77) 杉山登志郎. 発達障害への少量処方. そだちの科学, 22, 54-62, 2014.
- ② 学会発表
- 1) 大会長講演: 傳田健三: 若者のうつと自殺に傾く心理—その実態と対策について—. 第30回日本精神衛生学会 (2014. 11. 1-2, 札幌市)
- 2) パネルディスカッション: 傳田健三: 若者の現在、そしてこれから. 第30回日本精神衛生学会 (2014. 11. 1-2, 札幌市)
- 3) シンポジウム: 傳田健三, 安井勇輔: 地方公務員のうつ病休職者にどのように対応するのか—リワークの意義について—. シンポジウム: 医療と職場, 各立場からのリワーク論議. 第7回うつ病リワーク研究会年次研究会 (2014. 5. 30-6. 1, 札幌市)
- 4) シンポジウム: 傳田健三: DMDD と青年成人期の精神疾患. シンポジウム: 発達障害と青年成人期の精神疾患. 第34回日本精神科診断学会 (2014. 11. 13-14,