

厚生労働科学研究費補助金

医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業

**小児における精神疾患治療薬の使用実態の把握と安全性評価に
関する薬剤疫学研究に基づく適応外使用是正のための研究**

(H24-医薬-若手-011)

平成 25 年度 総括・分担 研究報告書

平成 26 年 3 月

研究代表者 小原 拓

(東北大学 東北メディカル・メガバンク機構 予防医学・疫学部門)

目 次

I. 総括研究報告

小児における精神疾患治療薬の使用実態の把握と安全性評価に関する薬剤疫学研究に基づく適応外使用是正のための研究	1
--	---

II. 分担研究報告

A. レセプトデータに基づく検討

1. 抗精神病薬と高血糖・糖尿病発症の関連	9
2. 注意欠陥・多動性障害治療薬と脳心血管疾患発症の関連	18

B. 既存の出生コホートに基づく検討

児における医薬品使用の実態	27
---------------	----

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

. 研究成果の刊行物・別冊	
---------------	--

**「小児における精神疾患治療薬の使用実態の把握と安全性評価に関する
薬剤疫学研究に基づく適応外使用是正のための研究」**

研究代表者 小原 拓 東北大学東北メディカル・メガバンク機構 予防医学・疫学部門

研究要旨

昨年度は、日本医療データセンターが有するレセプトデータ等から、2005年から2010年の間にPDDおよびADHDの診断名を新規に有した18歳未満の小児患者を抽出し、ATC分類で“神経系”に属する医薬品処方を抽出し、その年次推移を捉えた。その結果、ADHDおよびPDDを有する本邦の小児患者に対する医薬品処方状況が明らかとなった。また、適応外使用の可能性が考えられる各種薬剤の処方も増加していた。今年度は、「レセプトデータに基づく検討」として、発達・行動・情緒障害を有する本邦の小児患者における、抗精神病薬とその代表的な副作用である高血糖・糖尿病発症との関連、および、ADHD治療薬と脳心血管疾患の関連を、レセプトデータに基づいて検討し、「既存の出生コホートに基づく検討」として、既存の出生コホート研究における小児の医薬品使用状況の実態解明を行った。「レセプトデータに基づく検討」からは、抗精神病薬服用と高血糖・糖尿病発症との間に正の関連の傾向(ハザード比[95%信頼区間]: 2.48 [0.89 - 6.95], $P = 0.08$)、およびADHD治療薬服用と脳心血管疾患発症との間に有意な関連は認められなかった(ハザード比[95%信頼区間]: 3.94 [0.45 - 34.78], $P = 0.2$)。また、「既存の出生コホートに基づく検討」からは、エコチル調査における児の薬剤使用状況に参加し、産後12ヶ月時点の薬剤詳細調査のデータ入力完了している260名において、神経系に分類される薬剤の使用者は82名(31.5%)であり、その内、精神抑制薬に分類される薬剤は2名(共にジアゼパム)において使用されていたことが明らかとなった。本研究の結果、発達・行動・情緒障害の診断を有する日本の小児患者において、抗精神病薬が高血糖・糖尿病発症と関連する傾向が認められ、ADHD治療薬の服用は脳心血管疾患の発症とは関連しない可能性が示唆された。また、本研究によって、本邦では類を見ない規模の児の薬剤使用における安全性評価のための基盤が構築されることが期待されることから、今後、小児における精神疾患治療薬の使用実態の把握と安全性評価に関する薬剤疫学研究に基づく適応外使用是正のための研究が推進されることが期待される。

研究協力者

大場延浩 東京大学大学院 医学系研究科 薬剤疫学講座
森川和彦 東京都立小児総合医療センター 臨床試験科
佐藤倫広 東北大学病院 薬剤部

A. 研究目的

広汎性発達障害 (PDD: pervasive developmental disorders)は、自閉症スペクトラム障害とも称される自閉的な発達障害群の総称であり、核症状として Wing の三つ組みである社会性・コミュニケーション・想像力の障害が知られている。PDD の有病率は、小児の 1~2%であり、成人を含めると日本では 120 万~250 万人に及ぶと推定されている。核症状を治療する薬剤は存在しないが、二次症状である繰り返し行動、強迫症状、多動、衝動行為、興奮、攻撃性、不眠・夜間覚醒、不安、自傷行為、あるいは抑うつなどに対して薬物治療が行われる。我々のこれまでの検討の結果、本邦の PDD 小児患者に対する抗精神病薬の処方割合が 2005 年から 2010 年にかけて増加している可能性が示されている。同時に、PDD 小児患者に対して処方される抗精神病薬は、主としてリスペリドンおよびアリピプラゾールであったことも示しているが、これらの抗精神病薬は PDD 小児患者に対して適応外の薬剤である。しかしながら、発達・行動・情緒障害を有する

小児患者における抗精神病薬の安全性は確立されていない。抗精神病薬の副作用としては、高血糖・糖尿病発症が報告されており、これらが小児患者においても引き起こされている可能性が考えられる。

注意欠陥・多動性障害 (ADHD: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)とは、多動性、不注意、および衝動性の 3 つの症状が組み合わさることで生じる疾患とされている。過去の我々の報告より、小児 ADHD 患者において、ADHD に対する適応薬であるメチルフェニデートおよびアトモキセチンの処方割合が、2005 年から 2010 年にかけてそれぞれ 13.4% から 31.2% および 3.8% から 13.0%まで増加していたことが示されている。一方で近年、ADHD 治療薬服用中に突然死、心筋梗塞、脳卒中に至った小児のケースが憂慮すべき事象としてカナダと米国で報告された。米国食品医薬品局 (FDA: Food and Drug Administration)と米国医療研究品質局 (AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality)の発表では、統計学的有意差は得られなかったものの、ADHD 治療薬使用により脳心血管疾患リスクが約 2 倍高まる可能性は否定できないとされている。しかし、本邦の小児における ADHD 治療薬と脳心血管疾患の関連は検討されていない。

出生後間もない乳幼児における医薬品・

サプリメント使用は、その期間の児の脳の発達に影響を及ぼす可能性がある。さらに、児における医薬品・サプリメント使用もまた、その後の精神・身体発達に影響を及ぼす可能性がある。これまでに、アスピリン、クロニジン、グルココルチコイド、ヒダントインなどの服用が精神発達障害と関連している可能性が報告されている。しかしながら、児に対する医薬品使用の中には適応外使用も多く、多くの医薬品・サプリメントに関して、児における安全性に関するエビデンスの創出は困難である。乳幼児・小児における医薬品・サプリメントの使用状況については、海外のコホート研究についていくつか報告されているが、本邦における報告は、保育園・幼稚園に通う児に関する小規模な調査のみであり、児における医薬品・サプリメントの有効性・安全性などを評価する基盤も存在しない。そこで、我々は、環境要因が子どもたちの成長・発達にどのような影響を与えるのかを明らかにすることを目的とした大規模妊婦コホートである、環境省の『子どもの健康と環境に関する全国調査(エコチル調査)』において、児の医薬品使用状況を把握するための追加調査を計画した。エコチル全体調査においては、児における医薬品使用状況の詳細に関する調査は予定されていないため、我々の追加調査においては、医薬品・サプリメントの商品名、入手方法、使用期間、および使用のきっかけを把握することができるような薬剤調査票を作成し、対象者に配布することと

した。

本研究の目的は、発達・行動・情緒障害を有する本邦の小児患者における抗精神病薬と高血糖・糖尿病発症との関連と、発達障害または行動・情緒障害の診断を付与された小児患者における ADHD 治療薬と脳心血管疾患発症との関連を、本邦のレセプトデータに基づいて検討すること、およびエコチル全体調査に対する追加調査として平成 25 年 5 月から開始されている児の薬剤詳細調の進捗状況の把握および、平成 26 年 2 月 28 日時点でデータ入力を終えている対象者における医薬品の使用状況を評価することである。

B. 研究方法

「レセプトデータに基づく検討」

研究デザイン

レセプトデータを用いた後ろ向きコホート

対象者

これまでの検討において、株式会社日本医療データセンターのレセプトデータ等を用いて、PDD および ADHD の診断名を新規に有した 18 歳未満の小児患者に対する ATC 分類で“神経系”に属する医薬品処方 of 年次推移を捉えた。

本研究においては、国際疾病分類第 10

版 (ICD-10: International Classification of Diseases)で F80-F89 (心理的発達障害) および F90-F98 (小児期および青年期に通常発症する行動および情緒障害)の診断を有する2~18歳のレセプトデータを抽出し、「抗精神病薬と高血糖・糖尿病発症の関連」の検討においては、そのうち、診断が付与された以前または抗精神病薬が処方された以前に高血糖・糖尿病の診断を有していた16名、1機会の受診データしか得られなかった392名を除外し、最終的に7,551名を解析対象者とした。また、「注意欠陥・多動性障害治療薬と脳心血管疾患発症の関連」の検討においては、診断が付与された以前またはADHD治療薬が処方された以前に脳心血管疾患の診断を有していた26名、追跡期間が0日であった391名を除外し、最終的に7,546名を解析対象者とした。

データ収集

本研究では、病院などの医療機関を受診したときに発行される医科入院・入院外レセプトデータ、および薬局にて処方箋を元に調剤がなされたときに発行される調剤レセプトデータを用いている。

薬剤の定義

抗精神病薬は、WHO-ATC分類で“非定型抗精神病薬”および“その他の抗精神病薬”に属する全薬剤と定義し、ADHD治療薬は、メチルフェニデートおよびアトモキセ

チンと定義した。

F80-F89/F90-F98の診断を付与された日から1年の間に各対象薬剤を処方されたものを各対象薬剤の服用群とし、処方されなかったものを非服用群と定義した。

アウトカムの定義

ICD10分類に基づき、「抗精神病薬と高血糖・糖尿病発症の関連」の検討においては、高血糖・糖尿病発症を血糖上昇(R73)または糖尿病(E11-E14)と定義した。また、「注意欠陥・多動性障害治療薬と脳心血管疾患発症の関連」の検討においては、脳心血管疾患を、虚血性心疾患を示すI20-I25(I20、狭心症; I21、急性心筋梗塞; I22、再発性心筋梗塞; I23、急性心筋梗塞の続発合併症; I24、その他の急性虚血性心疾患; I25、慢性虚血性心疾患)および脳血管疾患を示すI60-I69(I60、くも膜下出血; I61、脳内出血; I62、その他の非外傷性頭蓋内出血; I63、脳梗塞; I64、脳卒中・脳出血又は脳梗塞と明示されないもの; I65、脳実質外動脈の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの; I66、脳動脈の閉塞及び狭窄・脳梗塞に至らなかったもの; I67、その他の脳血管疾患; I68、他に分類される疾患における脳血管障害; I69、脳血管疾患の続発・後遺症)と定義した。

追跡期間

追跡開始日は、各対象薬剤服用群では、

各対象薬剤の処方日、非服用群では F80-F89/ F90-F98 の診断を付与された日と定義した。追跡期間は、追跡開始から各アウトカムの初発までとし、発症しなかったものは最終診療月の1日で打ち切りと定義した。

統計解析

各対象薬剤服用群と非服用群間の基礎特性を比較する際には、t 検定および² 検定を用いた。各対象薬剤と各アウトカムの発症との関連を、性別および F80-F89 /F90-98 診断時の年齢を補正項目とした Cox 比例ハザードモデルを用いて解析した。

「既存の出生コホートに基づく検討」

「児における医薬品使用の実態」

対象者

エコチル宮城ユニットセンター独自の児の薬剤に関する追加調査に参加した母児。

データ収集

産後 12 ヶ月を迎える対象者へ薬剤調査票を郵送で送付し、回答の上、郵送での回収を依頼した。

集計

得られた薬剤に関する回答を WHO-ATC 分類に基づいて分類した上で集計した。

(倫理面の配慮)

株式会社日本医療データセンターから提供を受けたレセプトデータは匿名化されており、個人を識別可能な情報は含まれていないが、データの提供および提供されたデータを用いた解析に関しては、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会より承認を受けている。また、薬剤詳細調査を含むエコチル調査の実施に関しては、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会および協力医療機関において承認を受けており、研究対象者に対しては十分な説明を行った上で同意を得ている。

C. 研究結果

「レセプトデータに基づく検討」

「抗精神病薬と高血糖・糖尿病発症の関連」

全対象者 7,551 の平均年齢は 7.3 ± 3.5 歳、男児は 5,539 名 (73.4%) であった。抗精神病薬服用者 405 名 (5.4%) は、非服用者 7,146 名に比べ、年齢が高値であったが (9.9 ± 4.1 vs. 7.1 ± 3.3 歳、 $P < 0.0001$)、男児の割合に差は認められなかった (73.4% vs. 72.6%、 $P = 0.7$)。非服用者 7,146 名のうち、169 名 (2.4%) が F80-F89/F90-F98 の診断 1 年後以降に抗精神病薬を服用開始していた。平均追跡期間 2.4 ± 1.7 年 (中央値 2.0 年) のうち、高血糖・糖尿病は 29 例 (0.4%) に認

められた。性別・年齢で補正後、抗精神病薬服用は、高血糖・糖尿病発症と正に関連する傾向が認められた。観察期間中における抗精神病薬服用の新規開始の有無を補正した場合、抗精神病薬服用による高血糖・糖尿病発症ハザード比(95%信頼区間)は 2.57 (0.91 - 7.24)と、同様の傾向が認められた ($P = 0.07$)。

「注意欠陥・多動性障害治療薬と脳心血管疾患発症の関連」

全対象者 7,546 の平均年齢は 7.3 ± 3.5 歳、男児は 5,536 名 (73.4%) であった。ADHD 治療薬服用者 431 名 (5.7%) は、非服用者 7,115 名に比べ、年齢 (9.6 ± 2.7 歳 vs. 7.1 ± 3.4 歳)、および男児の割合 (89.3% vs. 72.4%) がともに高値であった ($P < 0.0001$)。非服用者 7,115 名のうち、134 名 (1.9%) が F80-F89/ F90-F98 の診断 1 年後以降に ADHD 治療薬を服用開始していた。平均追跡期間 2.4 ± 1.7 年 (中央値 2.0 年) のうち、脳心血管疾患は 10 例に認められた。性別・年齢で補正後、ADHD 治療薬服用と脳心血管疾患発症との間に有意な関連は認められなかった ($P=0.2$)。観察期間中の ADHD 治療薬服用の新規開始を補正した場合、ADHD 治療薬服用による脳心血管疾患発症ハザード比(95%信頼区間)は 4.33 (0.48 - 38.81)と、有意差は認められなかった ($P = 0.2$)。

「既存の出生コホートに基づく検討」 「児における医薬品使用の実態」

平成 26 年 2 月 12 日現在で、9,027 名の妊婦が宮城ユニットセンターを通してエコチル調査に参加し、本研究課題で実施している薬剤詳細調査に関しては、6,069 名に対して調査の説明を実施し、3,657 名が同意している。児の薬剤使用状況についてのデータ入力を終えている対象者 260 名において、産後 12 ヶ月時点で最も多く使用されている薬剤は、WHO-ATC 分類第一レベルに基づくと、呼吸器系(192 名、73.8%)であり、次いで全身用抗感染薬(139 名、53.5%)、皮膚科用薬(131 名、50.4%)、消化管と代謝作用(113 名、43.5%)の順であった。WHO-ATC 分類薬剤分類名に基づくと、カルボシステイン(158 名、60.8%)、チペピジン(110 名、42.3%)、シプロヘプタジン(92 名、35.4%)、パラセタモール(80 名、30.8%)の順であった。なお、対象児の使用薬剤の種類は平均は 7.2 種類(0 - 34 種類)であり、1~5 種類が 107 名 (41.2%)、6~10 種類が 104 名 (40.0%) であった。また、神経系に分類される薬剤の使用者は 82 名 (31.5%) であり、その内、精神抑制薬に分類される薬剤は 2 名 (共にジアゼパム) において使用されていた。

D. 考察

「レセプトデータに基づく検討」

「抗精神病薬と高血糖・糖尿病発症の関連」

本研究の結果、発達障害や行動・情緒障害の診断を有する小児患者において、抗精神病薬の服用が高血糖・糖尿病発症と関連する傾向が認められた。抗精神病薬は体重増加、血糖値上昇、およびインスリン抵抗性と関連することが示唆されており、これらの代謝異常が本邦の小児患者においても生じている可能性を否定できない。成人を対象とした研究においても、抗精神病薬の服用が体重増加や糖尿病発症と関連することが数多く報告されている。したがって、小児患者において抗精神病薬服用を継続する場合、定期的な血糖および体重のモニタリングが糖尿病発症予防の点から重要と考えられる。

「注意欠陥・多動性障害治療薬と脳心血管疾患発症の関連」

本研究の結果、ADHD 治療薬と脳心血管疾患発症との間に有意な関連は認められなかった。脳心血管疾患の発症率は、非服薬群に比べ、ADHD 治療薬服用群で高率であったが、イベント数は全体で10例と少数に限られていた。ADHD 治療薬が脳心血管疾患発症の一因とされる理由と

して、ADHD 治療薬が有する交感神経活性化作用、さらにカテコラミンによる中枢および末梢血管への作用が考えられている。したがって、ADHD 治療薬による治療を受けている患者に対しては、血圧および脈拍の定期的なモニタリングが必要と考えられる。

レセプトデータに基づく検討にはいくつかの研究限界が存在する。日本のレセプトデータに含まれる傷病名には、保険傷病名が含まれている可能性がある。したがって今後、日本のレセプトデータにおける保険傷病名に関するバリデーションが必要である。しかしながら、より多くのイベント数に基づく検討を行うことで、薬剤と副作用発症の一定の傾向を捉えることは可能と考えられる。また、検査や薬剤の投与を伴うことが少ない、例えば奇形の発症などを捉える際には、レセプトデータに基づく薬剤の安全性評価が有用と考えられる。本研究では剤型、用量、および投与日数が考慮されていない。したがって、イベントが高頻度で認められるデータベースを用い、用量などの詳細な薬剤情報を考慮した検討が必要と考えられる。また、本研究では医科・調剤レセプトデータベースに基づいているため、ベースライン時の血糖、血圧、体重などのパラメーターを捉えることができない。今後、診療情報等とのリンクにより、より詳細な情報を考慮した解析が可能となること

が期待される。

「既存の出生コホートに基づく検討」

「児における医薬品使用の実態」

本調査の結果、エコチル調査における児の薬剤使用状況に関する詳細調査は順調に拡大・継続されていることが確認できた。現在、収集された薬剤使用に関する情報の電子化、および児の発達・発育等に関する情報の収集を進めている。

E. 結論

本研究の結果、発達・行動・情緒障害の診断を有する日本の小児患者において、抗精神病薬が高血糖・糖尿病発症と関連する傾向が認められ、ADHD 治療薬の服用は脳心血管疾患の発症とは関連しない可能性が示唆された。また、本研究によって、本邦では類を見ない規模の児の薬剤使用における安全性評価のための基盤が構築されることが期待されることから、今後、小児における精神疾患治療薬の使用実態の把握と安全性評価に関する薬剤疫学研究に基づく適応外使用是正のための研究が推進されることが期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1. 佐藤倫広、小原拓、大場延浩、森川和彦、石黒真美、目時弘仁、西郡秀和、菊谷昌浩、眞野成康、栗山進一。広汎性発達障害小児患者における精神疾患治療薬の安全性評価：レセプトデータに基づく検討。第 52 回日本薬学会東北支部大会(仙台)、2013.9.21.
2. 佐藤倫広、小原拓、大場延浩、森川和彦、西郡秀和、眞野成康。注意欠陥・多動性障害治療薬と脳心血管疾患発症の関連：レセプトデータに基づく検討。第4回日本病院薬剤師会東北ブロック大会(仙台)、2014.5. 発表予定。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成 25 年度

厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)

分担研究報告書

A. レセプトデータに基づく検討

1. 抗精神病薬と高血糖・糖尿病発症の関連

小原 拓(研究代表者) 東北大学東北メディカル・メガバンク機構予防医学・疫学部門

大場延浩(研究協力者) 東京大学大学院 医学系研究科 薬剤疫学講座

森川和彦(研究協力者) 東京都立小児総合医療センター 臨床試験科

佐藤倫広(研究協力者) 東北大学病院 薬剤部

研究要旨

【目的】過去に我々は、小児の広汎性発達障害に対して抗精神病薬が適応外使用されている可能性を報告しているが、小児における抗精神病薬の安全性は確立されていない。本研究の目的は、発達・行動・情緒障害を有する本邦の小児患者を対象に、抗精神病薬とその代表的な副作用である高血糖・糖尿病発症との関連を、レセプトデータに基づいて検討することである。【方法】本研究は、日本医療データセンターが有する医科・調剤レセプトデータに基づく後ろ向きコホート研究として実施された。心理的発達の障害(国際疾病分類第 10 版[ICD10]: F80-F89)、および小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害(ICD10: F90-F98)の診断を有する 2~18 歳の 7,551 名を対象とした。抗精神病薬と高血糖(R73)・糖尿病(E11-E14)発症との関連を、性別および F80-F89/F90-98 診断時年齢を補正項目とした Cox 比例ハザードモデルを用いて解析した。【結果】全対象者の平均年齢は 7.3 ± 3.5 歳、男児は 5,539 名(73.4%)であった。平均追跡期間 2.4 ± 1.7 年(中央値 2.0 年)のうち、高血糖・糖尿病発症は 29 例(0.4%)に認められた。性別・年齢で補正後、抗精神病薬服用は、高血糖・糖尿病発症と正に関連する傾向が認められた(ハザード比[95%信頼区間]: 2.48 [0.89 - 6.95], $P = 0.08$)。【考察】統計学的な有意差は認められなかったものの、発達・行動・情緒障害の診断を有する日本の小児患者において、抗精神病薬が高血糖・糖尿病発症と関連する傾向が認められた。小児患者においても、抗精神病薬服用後の血糖値の定期的なモニタリングが重要である可能性が考えられる。

A. 研究目的

広汎性発達障害 (PDD: pervasive developmental disorders)は、自閉症スペクトラム障害とも称される自閉的な発達障害群の総称であり、核症状として Wing の三つ組みである社会性・コミュニケーション・想像力の障害が知られている[1-5]。PDD の有病率は、小児の 1~2% であり[1,2]、成人を含めると日本では 120 万~250 万人に及ぶと推定されている[1]。核症状を治療する薬剤は存在しないが、二次症状である繰り返し行動、強迫症状、多動、衝動行為、興奮、攻撃性、不眠・夜間覚醒、不安、自傷行為、あるいは抑うつなどに対して薬物治療が行われる[6]。我々のこれまでの検討の結果、本邦の PDD 小児患者に対する抗精神病薬の処方割合が 2005 年から 2010 年にかけて増加している可能性が示されている [7]。同時に、PDD 小児患者に対して処方される抗精神病薬は、主としてリスペリドンおよびアリピプラゾールであったことも示しているが [7]、これらの抗精神病薬は PDD 小児患者に対して適応外の薬剤である。しかしながら、発達・行動・情緒障害を有する小児患者における抗精神病薬の安全性は確立されていない。抗精神病薬の副作用としては、高血糖・糖尿病発症が報告されており、これらが小児患者においても引き起こされている可能性が考えられる。

近年レセプト(診療報酬明細書)に含まれ

る診療・医薬品データを、大規模かつ網羅的な医療安全対策へ有効利用することが期待されている。レセプトには傷病名と傷病名が付与された日付、および薬剤に関する情報が含まれる。したがって、レセプトデータを用いて薬剤の安全性の評価が可能と考えられるが、レセプトに基づく薬剤疫学的検討の実施可能性については十分に検討されていない。

本研究の目的は、発達・行動・情緒障害を有する本邦の小児患者における抗精神病薬と高血糖・糖尿病発症との関連を、レセプトデータに基づいて検討することである。

B. 研究方法

研究デザイン

レセプトデータを用いた後ろ向きコホート

対象者

株式会社日本医療データセンター (JMDC: Japan Medical Data Center)の有するレセプトデータ[6]を用いた。2005 年 1 月 1 日から 2011 年 6 月 30 日の間に健康保険に加入していた 3,667,503 名のうち、レセプトが発生した 2,844,948 名 (77.6%)のレセプトデータから、レセプトが発生した 20 歳未満の 823,354 名を抽出し、国際疾病分類第 10 版 (ICD-10: International Classification of Diseases)で F80-F89 (心理的発達の障害)

および F90-F98 (小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害)の診断を有する 2~18 歳のレセプトデータを用いた。本研究では F80-F89 または F90-98 の診断を付与された時点で年齢が 2~18 歳であった 7,963 名を抽出し、そのうち、診断が付与された以前または抗精神病薬が処方された以前に高血糖・糖尿病の診断を有していた 16 名、1 機会の受診データしか得られなかった 392 名を除外し、最終的に 7,551 名を解析対象者とした。1 型糖尿病 (E10) の傷病名が付与された患者は存在しなかった。

データ収集方法

本研究では、病院などの医療機関を受診したときに発行される医科入院・入院外レセプトデータ、および薬局にて処方箋を元に調剤がなされたときに発行される調剤レセプトデータを用いた。傷病名、ICD10 分類、および診療年月は、医科入院・入院外レセプトデータから抽出された。薬剤に関しては、商品名、一般名、用法・用量について、医科入院・入院外レセプトデータおよび調剤レセプトデータから抽出した。調剤レセプトデータからは処方年月日を抽出可能であるが、医科入院・入院外レセプトデータには処方日が存在しないため、処方日を診療年月の 1 日と定義した。このため、処方日の情報が調剤レセプトデータと医科入院・入院外レセプトデータで重複した場合、調剤レセプトデータを優先して用いた。なお、各薬剤に対して

は、WHO の医薬品統計法共同開発センター (Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology) によって、1976 年から発行が開始された解剖治療化学 (ATC: Anatomical Therapeutic Chemical) 分類法: WHO-ATC コードが振られている[9]。

薬剤の定義

抗精神病薬を、WHO-ATC 分類で“非定型抗精神病薬”および“その他の抗精神病薬”に属する全薬剤と定義した。なお剤型、用量、および投与日数は考慮しないものとした。

F80-F89/F90-F98 の診断を付与された日から 1 年の間に抗精神病薬を処方されたものを抗精神病薬服用群とし、処方されなかったものを非服用群と定義した。

アウトカムの定義

ICD10 分類に基づき、高血糖・糖尿病発症を血糖上昇 (R73) または糖尿病 (E11-E14) と定義した。ただし、“疑い”の診断は保険傷病名である可能性が高いため、アウトカムに含めないことにした。

追跡期間

追跡期間の定義を図に示す (図 1)。追跡開始日は、抗精神病薬服用者では抗精神病薬の処方日、非服用者は F80-F89/F90-F98 の診断を付与された日と定義した。追跡期間は、追跡開始からアウトカムである

高血糖・糖尿病の初発までとし、発症しなかったものは最終診療月の1日で打ち切りと定義した。この理由は、医科レセプトの性質上、診療日ではなく、診療月としての情報に限られるためである。

統計解析

抗精神病薬服用群と非服用群間の基礎特性を比較する際には、t 検定および² 検定を用いた。抗精神病薬と高血糖・糖尿病発症との関連を、性別および F80-F89 /F90-98 診断時の年齢を補正項目とした Cox 比例ハザードモデルを用いて解析した。

解析には SAS ver 9.3 (SAS institute)を用いた。表記がない場合、値は平均値 ± 標準偏差として示している。統計学的有意水準は $p < 0.05$ とした。

(倫理面の配慮)

株式会社日本医療データセンターから提供を受けたレセプトデータは匿名化されており、個人を識別可能な情報は含まれていないが、データの提供および提供されたデータを用いた解析に関しては、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会より承認を受けている。

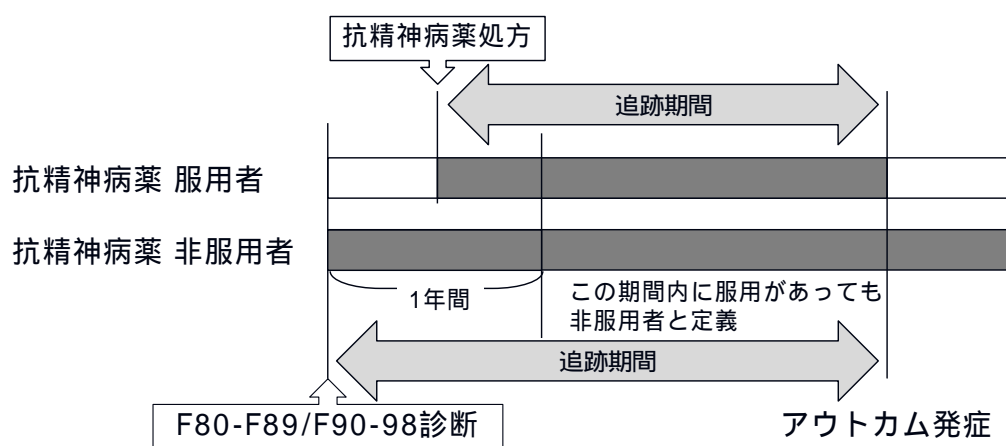


図 1. 本研究における追跡期間の定義

C. 研究結果

全対象者の平均年齢は 7.3 ± 3.5 歳、男児は 5,539 名 (73.4%) であった。抗精神病薬

服用者 405 名 (5.4%) は、非服用者 7,146 名に比べ、年齢が高値であったが (9.9 ± 4.1 vs. 7.1 ± 3.3 歳, $P < 0.0001$)、男児の割合に差は認められなかった (73.4% vs. 72.6%, $P =$

0.7)。非服用者 7,146 名のうち、169 名 (2.4%) が F80-F89/F90-F98 の診断 1 年後以降に抗精神病薬を服用開始していた。

平均追跡期間 2.4 ± 1.7 年 (中央値 2.0 年) のうち、高血糖・糖尿病は 29 例 (0.4%) に認められた。図 2 に各群の高血糖・糖尿病の累積発症率を示す。抗精神病薬服用群で高血糖・糖尿病疾患の累積発症率が高値

であった (図 2)。性別・年齢で補正後、抗精神病薬服用は、高血糖・糖尿病発症と正に関連する傾向が認められた ($P = 0.08$) (表 1)。観察期間中における抗精神病薬服用の新規開始の有無を補正した場合、抗精神病薬服用による高血糖・糖尿病発症ハザード比 (95%信頼区間) は 2.57 (0.91 - 7.24) と、同様の傾向が認められた ($P = 0.07$)。

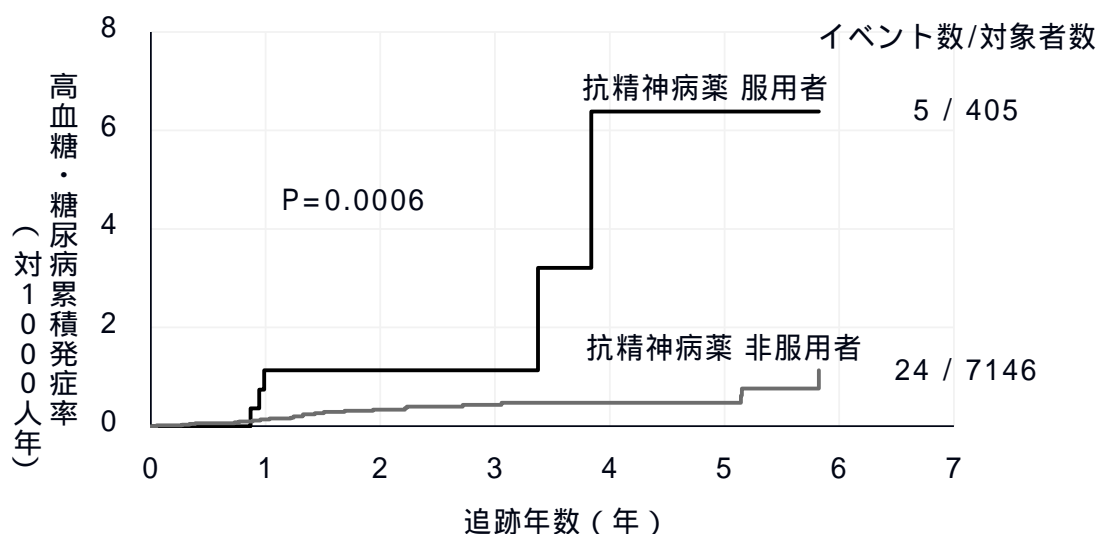


図 2. 抗精神病薬服用群および非服用群の高血糖・糖尿病疾患累積発症率

表 1. 性別・年齢補正後の抗精神病薬と高血糖・糖尿病発症の関連

	高血糖・糖尿病発症 ハザード比	95%信頼区間	P
男児	1.01	0.45 - 2.29	1.0
F80-F89/F90-98 診断時年齢 (1 歳上昇毎)	1.30	1.17 - 1.44	< .0001
抗精神病薬服用	2.48	0.89 - 6.95	0.08

性別、F80-F89/F90-98 診断時年齢、および抗精神病薬服用の有無を同時にモデルに投入した結果を示す。F80-F89 は心理的発達の障害を、F90-F98 は小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害を示す。

D. 考察

本研究の結果、発達障害や行動・情緒障害の診断を有する小児患者において、抗精神病薬の服用が高血糖・糖尿病発症と関連する傾向が認められた。本研究は、日本の小児患者を対象に抗精神病薬と高血糖・糖尿病発症との関連をレセプトデータを用いて初めて検討した研究である。近年、米国の小児患者 43,287 名を対象に、後ろ向きコホートデザインによって検討を行った報告では、抗精神病薬非服用群の 2 型糖尿病発症率が 1,000 人年あたり 0.8 例であった一方、抗精神病薬服用群では 2.4 例と約 3 倍高いことが示されている[10]。本研究においても、性別・年齢補正後に統計学的な有意差は認められなかったものの、抗精神病薬服用が高血糖・糖尿病発症と正に関連する傾向が認められた。抗精神病薬は体重増加、血糖値上昇、およびインスリン抵抗性と関連することが示唆されており[11]、これらの代謝異常が本邦の小児患者においても生じている可能性を否定できない。成人を対象とした研究においても、抗精神病薬の服用が体重増加や糖尿病発症と関連することが数多く報告されている[12-14]。したがって、小児患者において抗精神病薬服用を継続する場合、定期的な血糖および体重のモニタリングが糖尿病発症予防の点から重要と考えられる。

海外の自閉症スペクトラム児では、30～

60%が最低でも一つの向精神薬を服用している実態が報告されている[15-19]。本邦の向精神薬の服用率は低率であると考えられる。一方で、我々の過去の報告では、日本の PDD 小児患者において、向精神薬の処方割合が 2005 年 (5.8%) から 2010 年 (17.6%) までに約 3 倍に増加していることを明らかにしており[7]、小児患者における向精神薬の安全性の確立は急務と考えられる。しかしながら、本邦において、小児を対象として医薬品の安全性を評価する基盤は限られている。したがって、小児における医薬品の安全性評価のためのレセプトデータの利用可能性を検討した本研究は意義のあるものと考えられる。

本研究にはいくつかの研究限界が存在する。日本のレセプトデータに含まれる傷病名には、保険傷病名が含まれている。抗精神病薬服用群における高血糖・糖尿病の傷病名は、副作用管理の目的で行う HbA1c 検査に対する保険傷病名として付与された可能性がある。今後日本のレセプトデータにおける高血糖・糖尿病の傷病名それぞれに関するバリデーションが必要である。また、本研究では医科・調剤レセプトデータベースに基づいているため、ベースライン時の血糖や体重などのパラメーターを捉えることができない。今後、診療情報等とのリンクにより、詳細な情報を考慮した解析が可能となることが期待される。最後に、本研究では剤型や用量、薬剤の一般名別の検討を行っていない。

今後、対象者数、イベント数がより多く得られるデータベースを用いて詳細な検討を行う必要があると考えられる。

E. 結論

発達・行動・情緒障害の診断を有する日本の小児患者において、抗精神病薬が高血糖・糖尿病発症と関連する傾向が認められた。したがって、小児患者であっても抗精神病薬服用中は、血糖値および体重の定期的なモニタリングが重要である可能性が考えられる。しかし、今後さらに大規模なレセプトデータベースを用いて詳細な検討が必要である。

F. 参考文献

1. Kawamura Y, Takahashi O, Ishii T. Reevaluating the incidence of pervasive developmental disorders: impact of elevated rates of detection through implementation of an integrated system of screening in Toyota, Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008; 62: 152-59.
2. Fombonne E, Zakarian R, Bennett A, Meng L, McLean-Heywood D. Pervasive developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada: prevalence

and links with immunizations. *Pediatrics*. 2006; 118: e139-50.

3. Janca A, Ustun TB, Early TS, Sartorius N. The ICD-10 symptom checklist: a companion to the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1993; 28: 239-42.
4. Johnson CP, Myers SM. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2007; 120: 1183-215.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision (DSM-IVTR)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc; 2000.
6. Posey DJ, Stigler KA, Erickson CA, McDougle CJ. Antipsychotics in the treatment of autism. *J Clin Invest*. 2008; 118: 6-14.
7. 小原 拓、大場 延浩、森川 和彦、佐藤 倫広。広汎性発達障害児における薬物治療状況：レセプトデータに基づく検討。厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)[分担研究報告書]。平成 25 年 3 月;11-21.
8. Taguchi N, Higaki Y, Inoue S, Kimura H, Tanaka K., Effects of a 12-month multicomponent exercise program on physical performance, daily physical

- activity, and quality of life in very elderly people with minor disabilities: an intervention study., *J Epidemiol.* 2010;20(1):21-9
9. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2013. http://www.whooc.no/atc_ddd_index/
 10. Bobo WV, Cooper WO, Stein CM, Olfson M, Graham D, Daugherty J, Fuchs DC, Ray WA. Antipsychotics and the risk of type 2 diabetes mellitus in children and youth. *JAMA Psychiatry.* 2013 ;70: 1067-75.
 11. Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs.* 2005; 19 (suppl 1): 1-93.
 12. Kessing LV, Thomsen AF, Mogensen UB, Andersen PK. Treatment with antipsychotics and the risk of diabetes in clinical practice. *Br J Psychiatry.* 2010; 197: 266-71.
 13. Lambert BL, Cunningham FE, Miller DR, Dalack GW, Hur K. Diabetes risk associated with use of olanzapine, quetiapine, and risperidone in veterans health administration patients with schizophrenia. *Am J Epidemiol.* 2006; 164: 672-681.
 14. Nielsen J, Skadhede S, Correll CU. Antipsychotics associated with the development of type 2 diabetes in antipsychotic-naïve schizophrenia patients. *Neuropsychopharmacology.* 2010; 35: 1997-2004.
 15. Aman MG, Lam KS, Van Bourgondien ME. Medication patterns in patients with autism: temporal, regional, and demographic influences. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2005; 15: 116-26.
 16. Green VA, Pituch KA, Itchon J, Choi A, O'Reilly M, Sigafoos J. Internet survey of treatments used by parents of children with autism. *Res Dev Disabil.* 2006; 27: 70-84.
 17. Oswald DP, Sonenklar NA. Medication use among children with autism spectrum disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2007; 17: 348-55.
 18. Rosenberg RE, Mandell DS, Farmer JE, Law JK, Marvin AR, Law PA. Psychotropic medication use among children with autism spectrum disorders enrolled in a national registry, 2007-2008. *J Autism Dev Disord.* 2010; 40: 342-51.
 19. Witwer A, Lecavalier L. Treatment incidence and patterns in children and adolescents with autism spectrum disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2005; 15: 671-81.

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1. 佐藤倫広、小原拓、大場延浩、森川和彦、石黒真美、目時弘仁、西郡秀和、菊谷昌浩、眞野成康、栗山進一。広汎性発達障害小児患者における精神疾患治療薬の安全性評価：レセプトデータに基づく検討。第 52 回日本薬学会東北支部大会(仙台)、2013.9.21.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成 25 年度

厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)

分担研究報告書

A. レセプトデータに基づく検討

2. 注意欠陥・多動性障害治療薬と脳心血管疾患発症の関連

小原 拓(研究代表者) 東北大学東北メディカル・メガバンク機構 予防医学・疫学部門

大場延浩(研究協力者) 東京大学大学院医学系研究科 薬剤疫学講座

森川和彦(研究協力者) 東京都立小児総合医療センター 臨床試験科

佐藤倫広(研究協力者) 東北大学病院 薬剤部

研究要旨

【目的】近年、注意欠陥・多動性障害 (ADHD) 治療薬服用中に突然死、心筋梗塞、脳卒中に至った小児のケースが憂慮すべき事象としてカナダと米国で報告されたが、日本において、これら副作用に関する検討はなされていない。本研究の目的は、本邦の小児患者における ADHD 治療薬と脳心血管疾患の関連を検討することである。【方法】本研究は、日本医療データセンターが有するレセプトデータに基づく後ろ向きコホート研究である。心理的発達障害 (国際疾病分類第 10 版[ICD10]: F80-F89)、および (小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 (ICD10: F90-F98) の診断を有する 2~18 歳の 7,546 名を対象とした。ADHD 治療薬と脳心血管疾患発症との関連を、性別および F80-F89/F90-98 診断時年齢を補正項目とした Cox 比例ハザードモデルを用いて解析した。【結果】全対象者の平均年齢は 7.3 ± 3.5 歳、男児は 5,536 名 (73.4%) であった。平均追跡期間 2.4 ± 1.7 年 (中央値 2.0 年) のうち、脳心血管疾患 (I20-I25, I60-I69) の発症は 10 例 (0.1%) に認められたが、ADHD 治療薬服用群における発症数は 1 例と限られていた。性別・年齢で補正後、ADHD 治療薬服用と脳心血管疾患発症との間に有意な関連は認められなかった (ハザード比 [95%信頼区間]: $3.94 [0.45 - 34.78]$, $P = 0.2$)。【考察】本邦の小児における ADHD 治療薬の服用が脳心血管疾患とは関連しない可能性が示唆された。海外においても、小児における ADHD 治療薬による脳心血管疾患発症の絶対リスクが極めて低いことが示されている。しかし、ADHD 治療薬による血圧および脈拍上昇作用が報告されていることより、循環器疾患に関する定期的な管理は重要と考えられる。

A. 研究目的

注意欠陥・多動性障害 (ADHD: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) とは、多動性、不注意、および衝動性の 3 つの症状が組み合わさることによって生じる疾患とされている [1]。過去の我々の報告より、小児 ADHD 患者において、ADHD に対する適応薬であるメチルフェニデートおよびアトモキセチンの処方割合が、2005 年から 2010 年にかけてそれぞれ 13.4% から 31.2% および 3.8% から 13.0% まで増加していたことが示されている [2]。一方で近年、ADHD 治療薬服用中に突然死、心筋梗塞、脳卒中に至った小児のケースが憂慮すべき事象としてカナダと米国で報告された [3,4]。米国食品医薬品局 (FDA: Food and Drug Administration) と米国医療研究品質局 (AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality) の発表では、統計学的有意差は得られなかったものの、ADHD 治療薬使用により脳心血管疾患リスクが約 2 倍高まる可能性は否定できないとされている [5]。しかし、本邦の小児における ADHD 治療薬と脳心血管疾患の関連は検討されていない。

近年レセプト (診療報酬明細書) に含まれる診療・医薬品データを、大規模かつ網羅的な医療安全対策へ有効利用することが期待されている。レセプトには傷病名と傷病名が付与された日付、および薬剤に関する情報が含まれる。したがって、レセプトデータを

用いて薬剤の安全性の評価が可能と考えられるが、レセプトに基づく薬剤疫学的検討の実施可能性については十分に検討されていない。

本研究の目的は、発達障害または行動・情緒障害の診断を付与された小児患者における、ADHD 治療薬と脳心血管疾患発症との関連を、本邦のレセプトデータに基づいて検討することである。

B. 研究方法

研究デザイン

レセプトデータを用いた後ろ向きコホート

対象者

株式会社日本医療データセンター (JMDC: Japan Medical Data Center) の有するレセプトデータ [8] を用いた。2005 年 1 月 1 日から 2011 年 6 月 30 日の間に健康保険に加入していた 3,667,503 名のうち、レセプトが発生した 2,844,948 名 (77.6%) のレセプトデータを使用した。本研究を遂行するに当たり、レセプトが発生した 20 歳未満の 823,354 名のうち、国際疾病分類第 10 版 (ICD-10: International Classification of Diseases) で F80-F89 (心理的発達の障害) および F90-F98 (小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害) の診断を有する 2~18 歳のレセプトデータを使用した。本研究では F80-F89 または F90-98 の診断を

付与された時点で年齢が 2～18 歳であった 7,963 名を抽出し、そのうち、診断が付与された以前または ADHD 治療薬が処方された以前に脳心血管疾患の診断を有していた 26 名、追跡期間が 0 日であった 391 名を除外し、最終的に 7,546 名を解析対象者とした。

データ収集方法

本研究では、病院などの医療機関を受診したときに発行される医科入院・入院外レセプトデータ、および薬局にて処方箋を元に調剤がなされたときに発行される調剤レセプトデータを用いた。傷病名、ICD10 分類、および診療年月は、医科入院・入院外レセプトデータから抽出された。薬剤に関しては、商品名、一般名、用法・用量について、医科入院・入院外レセプトデータおよび調剤レセプトデータから抽出した。調剤レセプトデータからは処方年月日を抽出可能であるが、医科入院・入院外レセプトデータには処方日が存在しないため、処方日を診療年月の 1 日と定義した。このため、処方日の情報が調剤レセプトデータと医科入院・入院外レセプトデータで重複した場合、調剤レセプトデータを優先して用いた。なお、各薬剤に対しては、WHO の医薬品統計法共同開発センター (Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology) によって、1976 年から発行が開始された解剖治療化学 (ATC: Anatomical Therapeutic Chemical) 分類法:

WHO-ATC コードが振られている[7]。

薬剤の定義

ADHD 治療薬を、メチルフェニデートおよびアトモキセチンと定義した。一般名に基づき、メチルフェニデートを“塩酸メチルフェニデート散・錠”または“塩酸メチルフェニデート徐放錠”、アトモキセチンを“塩酸アトモキセチンカプセル”と定義した。なお、剤型、用量、および投与日数は考慮しないものとした。

F80-F89/F90-F98 の診断を付与された日から 1 年の間にメチルフェニデートあるいはアトモキセチンを処方されたものを ADHD 治療薬服用群とし、処方されなかったものを非服用群と定義した。

アウトカムの定義

ICD10 分類に基づき、脳心血管疾患を、虚血性心疾患を示す I20-I25 (I20、狭心症; I21、急性心筋梗塞; I22、再発性心筋梗塞; I23、急性心筋梗塞の続発合併症; I24、その他の急性虚血性心疾患; I25、慢性虚血性心疾患) および脳血管疾患を示す I60-I69 (I60、くも膜下出血; I61、脳内出血; I62、その他の非外傷性頭蓋内出血; I63、脳梗塞; I64、脳卒中・脳出血又は脳梗塞と明示されないもの; I65、脳実質外動脈の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの; I66、脳動脈の閉塞及び狭窄・脳梗塞に至らなかったもの; I67、その他の脳血管

疾患; I68、他に分類される疾患における脳血管障害; I69、脳血管疾患の続発・後遺症)と定義した。ただし、“疑い”の診断は保険傷病名である可能性が高いためアウトカムに含めないことにした。また、脳心血管疾患について、脳軟化症(またはこれに類する傷病名)および外傷性脳出血は、アウトカムから除外した。

追跡期間

追跡期間の定義を図に示す(図1)。追跡開始日は、ADHD治療薬服用者ではADHD治療薬の処方日、非服用者ではF80-F89/F90-F98の診断を付与された日と定義した。追跡期間は、追跡開始からアウトカムである脳心血管疾患の初発までとし、発症しなかったものは最終診療月の1日で打ち切りと定義した。最終診療月の1日と定義した理由は、医科レセプトの性質上、診療日ではなく診療月までの情報に限られるためである。

統計解析

ADHD治療薬服用群と非服用群の間の基礎特性を比較する際には、t検定および²検定を用いた。ADHD治療薬服用と脳心血管疾患の関連を、性別およびF80-F89/F90-98診断時の年齢を補正項目としたCox比例ハザードモデルを用いて解析した。解析にはSAS ver 9.3 (SAS institute)を用いた。表記がない場合、値は平均値±標準偏差として示している。統計学的有意水準は $p < 0.05$ とした。

(倫理面の配慮)

株式会社日本医療データセンターから提供を受けたレセプトデータは匿名化されており、個人を識別可能な情報は含まれていないが、データの提供および提供されたデータを用いた解析に関しては、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会より承認を受けている。

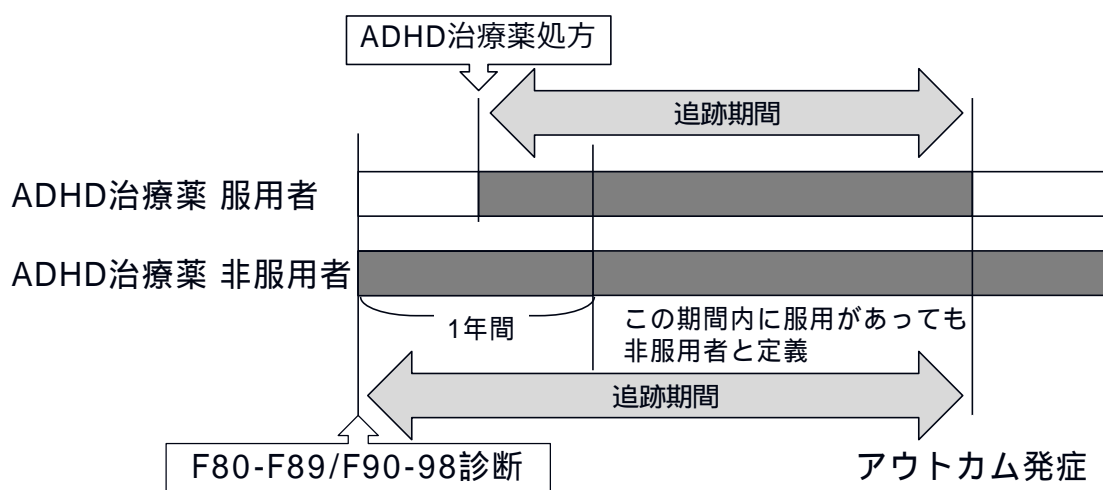


図1. 本研究における追跡期間の定義

C. 研究結果

全対象者の平均年齢は 7.3 ± 3.5 歳、男児は 5,536 名 (73.4%) であった。ADHD 治療薬服用者 431 名 (5.7%) は、非服用者 7,115 名に比べ、年齢 (9.6 ± 2.7 歳 vs. 7.1 ± 3.4 歳)、および男児の割合 (89.3% vs. 72.4%) がともに高値であった ($P < 0.0001$)。非服用者 7,115 名のうち、134 名 (1.9%) が F80-F89/F90-F98 の診断 1 年後以降に ADHD 治療薬を服用開始していた。

平均追跡期間 2.4 ± 1.7 年 (中央値 2.0 年) のうち、脳心血管疾患は 10 例 (レセプト傷病名 [ICD10 code] 別: 狭心症 [I209]、2 例; 狭心症症候群 [I209]、1 例; 虚血性心筋症 [I255]、1 例; 脳出血 [I619]、2 例; 右

脳出血 詳細不明 [I619]、1 例; 硬膜下出血 [I620]、1 例; 脳梗塞 [I639]、1 例; 脳血管障害 [I679]、1 例) に認められた。図 2 に各群における 1,000 人年あたりの脳心血管疾患の累積発症率を示す。ADHD 治療薬服用群で脳心血管疾患の累積発症率が高値であったが、発症数は 1 例と限られており、有意差は認められなかった ($P=0.4$) (図 1)。性別・年齢で補正後、ADHD 治療薬服用と脳心血管疾患発症との間に有意な関連は認められなかった ($P=0.2$) (表 1)。観察期間中の ADHD 治療薬服用の新規開始を補正した場合、ADHD 治療薬服用による脳心血管疾患発症ハザード比 (95% 信頼区間) は 4.33 (0.48 - 38.81) と、有意差は認められなかった ($P = 0.2$)。

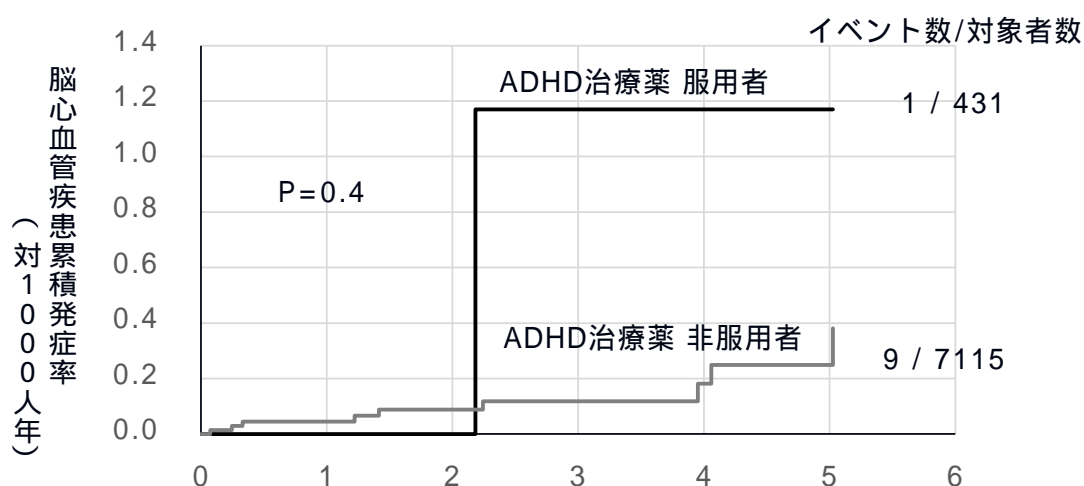


図 2. ADHD 治療薬服用群および非服用群の脳心血管疾患累積発症率

表 1. 性別・年齢補正後の ADHD 治療薬と脳心血管疾患の関連

model	脳心血管疾患発症 ハザード比	95%信頼区間	P
男児	0.33	0.09 - 1.15	0.07
F80-F89/F90-98 診断時年齢 (1 歳上昇毎)	1.06	0.88 - 1.27	0.5
ADHD 治療薬服用	3.94	0.45 - 34.78	0.2

F80-F89/F90-98 診断時年齢、性別、および ADHD 治療薬服用の有無を同時にモデルに入れた結果を示す。*F80-F89 は、心理的発達の障害を、F90-F98 は小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害を表す。

D. 考察

本研究の結果、ADHD 治療薬と脳心血管疾患発症との間に有意な関連は認められなかった。脳心血管疾患の発症率は、非服薬群に比べ、ADHD 治療薬服用群で高率であったが、イベント数は全体で 10 例と少数に限られていた。

2-24 歳の 120 万名を対象とした海外の後ろ向き調査の報告では、ADHD 治療薬使用により脳心血管疾患発症リスクが約 2 倍高まる可能性は否定できないとされている一方、ADHD 治療薬服用と脳心血管疾患発症との間に有意な関連は認められていない(調整後のハザード比:0.75、95%信頼区間:0.31 - 1.85)[5]。同時に、重篤な脳心血管疾患の発生率は 10 万人年あたり 3.1 件であることが示されており、リスク上昇があったとしても、絶対リスクは低いとされている[7]。6-17 歳の 17 万人のレセプトデータに基づく米国の報告では、ADHD 治療薬と脳心血管疾患の関連は認められておらず、さらに心疾患の新

規発症率も 10 万人年あたり 3.08 例と少数であることが示されている[8]。本研究の結果から、日本の小児患者を対象とした場合においても ADHD 治療薬と脳心血管疾患発症との間には関連が認められない、または非常に弱い関連である可能性が考えられる。

ADHD 治療薬が脳心血管疾患発症の一因とされる理由は、ADHD 治療薬が血圧上昇および心拍上昇作用を有しているためである。6-13 歳の 432 名を対象とした観察研究[9]、および 6-12 歳の 580 名を対象とした無作為化比較試験[10]において、ADHD 治療薬の服用によって収縮期血圧が 3.5 mm Hg、脈拍が 3.5 bpm 上昇したことが示されている。成人を対象とした 10 の研究に基づくメタ分析の結果においても同様に、ADHD 治療薬が血圧・脈拍上昇をもたらすことが示されている[11]。機序として、ADHD 治療薬が有する交感神経活性作用、さらにカテコラミンによる中枢および末梢血管への作用が考えられている[12, 13]。したがって、ADHD 治療薬による治療を受けている患者に対して

は、血圧および脈拍の定期的なモニタリングが必要と考えられる。

本研究にはいくつかの研究限界が存在する。日本のレセプトデータに含まれる傷病名には、保険傷病名が含まれている可能性がある。したがって今後、日本のレセプトデータにおける脳心血管疾患の傷病名に関するバリデーションが必要である。しかしながら、より多くのイベント数に基づく検討を行うことで、薬剤と副作用発症の一定の傾向を捉えることは可能と考えられる。また、検査や薬剤の投与を伴うことが少ない、例えば奇形の発症などを捉える際には、レセプトデータに基づく薬剤の安全性評価が有用と考えられる。本研究では剤型、用量、および投与日数が考慮されていない。したがって、イベントが高頻度で認められるデータベースを用い、用量などの詳細な薬剤情報を考慮した検討が必要と考えられる。また、本研究では医科・調剤レセプトデータベースに基づいているため、ベースライン時の血圧や体重などのパラメーターを捉えることができない。今後、診療情報等とのリンクにより、より詳細な情報を考慮した解析が可能となることが期待される。

E. 結論

本研究の結果、本邦の小児における ADHD 治療薬の服用は脳心血管疾患の発

症とは関連しない可能性が示唆された。また、レセプトデータを用いた、薬剤と副作用発症との関連に関する薬剤疫学的検討の実施可能性が明らかとなった。

F. 参考文献

1. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet. 2005; 366: 237-48.
2. 小原 拓、大場 延浩、森川 和彦。注意欠陥・多動性障害児における薬物治療状況:レセプトデータに基づく検討。厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)[分担研究報告書]。平成25年3月;23-36。
3. Food and Drug Administration. Drug Safety and Risk Management Advisory Committee Meeting, February 9 and 10, 2006. (http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4202_00_TOC.htm).
4. Nissen SE. ADHD drugs and cardiovascular risk. N Engl J Med. 2006; 354: 1445-8.
5. Cooper WO, Habel LA, Sox CM, Chan KA, Arbogast PG, Cheetham TC, Murray KT, Quinn VP, Stein CM, Callahan ST, Fireman BH, Fish FA,

- Kirshner HS, O'Duffy A, Connell FA, Ray WA. ADHD drugs and serious cardiovascular events in children and young adults. *N Engl J Med.* 2011; 365:1896-904
6. Kimura S, Sato T, Ikeda S, Noda M, Nakayama T. Development of a database of health insurance claims: standardization of disease classifications and anonymous record linkage. *J Epidemiol.* 2010; 20:413-9.
 7. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2013. http://www.whocc.no/atc_ddd_index/
 8. Olfson M, Huang C, Gerhard T, Winterstein AG, Crystal S, Allison PD, Marcus SC. Stimulants and cardiovascular events in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012; 51: 147-56.
 9. Wilens TE, Biederman J, Lerner M; Concerta Study Group. Effects of once-daily osmotic-release methylphenidate on blood pressure and heart rate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a one-year follow-up study. *J Clin Psychopharmacol.* 2004; 24: 36-41.
 10. Findling RL, Biederman J, Wilens TE, Spencer TJ, McGough JJ, Lopez FA, Tulloch SJ; SLI381.301 and .302 Study Groups. Short- and long-term cardiovascular effects of mixed amphetamine salts extended release in children. *J Pediatr.* 2005; 147: 348-54.
 11. Mick E, McManus DD, Goldberg RJ. Meta-analysis of increased heart rate and blood pressure associated with CNS stimulant treatment of ADHD in adults. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013; 23: 534-41.
 12. Ballard JE, Boileau RA, Sleator EK, Massey BH, Sprague RL. Cardiovascular responses of hyperactive children to methylphenidate. *JAMA.* 1976; 236: 2870-4.
 13. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Molina PE, Logan J, Gatley SJ, Gifford A, Ding YS, Wong C, Pappas NR, Zhu W, Swanson JM. Cardiovascular effects of methylphenidate in humans are associated with increases of dopamine in brain and of epinephrine in plasma. *Psychopharmacology (Berl).* 2003; 166: 264-70.

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

佐藤倫広、小原拓、大場延浩、森川和彦、西郡秀和、眞野成康。注意欠陥・多動性障害治療薬と脳心血管疾患発症の関連：レセプトデータに基づく検討。第4回日本病院薬剤師会東北ブロック大会（仙台）、2014.5.発表予定。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成 25 年度

厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)
分担研究報告書

B. 既存の出生コホートに基づく検討

児における医薬品使用の実態

小原 拓(研究代表者) 東北大学東北メディカル・メガバンク機構 予防医学・疫学部門

研究要旨

【背景・目的】環境省「子どもとの健康と環境に関する全国調査(エコチル調査)」へ、児の服薬と発育との関連を検討するための追加調査として、平成 25 年 5 月から薬剤詳細調査を実施している。【方法】平成 26 年 2 月 28 日時点における薬剤詳細調査への参加状況の評価を行い、データ入力を終えている対象者について、産後 12 ヶ月時点における児の医薬品の使用状況を WHO-ATC 分類に基づいて評価した。【結果】平成 26 年 2 月 12 日現在で、9,027 名の妊婦が宮城ユニットセンターを通してエコチル調査に参加し、本研究課題で実施している薬剤詳細調査に関しては、6,069 名に対して調査の説明を実施し、3,657 名が同意している。児の薬剤使用についてのデータ入力を終えている対象者 260 名において、薬剤使用状況を集計した結果、産後 12 ヶ月時点で最も多く使用されている薬剤は、WHO-ATC 分類第一レベルに基づくと、呼吸器系(192 名、73.8%)であり、次いで全身用抗感染薬(139 名、53.5%)、皮膚科用薬(131 名、50.4%)、消化管と代謝作用(113 名、43.5%)の順であった。WHO-ATC 分類薬剤分類名に基づくと、カルボシステイン(158 名、60.8%)、チペピジン(110 名、42.3%)、シプロヘプタジン(92 名、35.4%)、パラセタモール(80 名、30.8%)の順であった。また、神経系に分類される薬剤の使用者は 82 名(31.5%)であり、その内、精神抑制薬に分類される薬剤は 2 名(共にジアゼパム)において使用されていた。【結論・展望】エコチル調査における児の薬剤使用状況に関する詳細調査を順調に拡大・継続した。現在、収集された薬剤使用に関する情報の電子化、および児の発育等に関する情報の収集を進めている。平成 26 年 3 月 18 日時点で、宮城ユニットセンターを通してエコチル調査へ参加した妊婦は 9,200 名を超え、本課題で実施している追加調査への更なる対象者の参加が見込まれる。本研究によって、本邦では類を見ない規模の児の薬剤使用の安全性評価のための基盤が構築され、児における薬剤使用実態の把握と安全性評価に関する薬剤疫学研究に基づく適応外使用是正のための研究が推進されることが期待される。

A. 研究目的

出生後間もない乳幼児における医薬品・サプリメント使用は、その期間の児の脳の発達に影響を及ぼす可能性がある。さらに、児における医薬品・サプリメント使用もまた、その後の精神・身体発達に影響を及ぼす可能性がある[1]。これまでに、アスピリン[2]、クロニジン[3]、グルココルチコイド[4]、ヒダントイン[5]などの服用が精神発達障害と関連している可能性が報告されている。しかしながら、児に対する医薬品使用の中には適応外使用も多く、多くの医薬品・サプリメントに関して、児における安全性に関するエビデンスの創出は困難である。乳幼児・小児における医薬品・サプリメントの使用状況については、海外のコホート研究についていくつか報告されているが[6,7]、本邦における報告は、保育園・幼稚園に通う児に関する小規模な調査のみであり[8]、児における医薬品・サプリメントの有効性・安全性などを評価する基盤も存在しない。そこで、我々は、環境要因が子どもたちの成長・発達にどのような影響を与えるのかを明らかにすることを目的とした大規模妊婦コホートである、環境省の『子どもの健康と環境に関する全国調査(エコチル調査)』[9]において、児の医薬品使用状況を把握するための追加調査を計画した。

エコチル全体調査においては、児における医薬品使用状況の詳細に関する調査は予定されていないため、我々の追加調査においては、医薬品・サプリメントの商品名、入手方法、使用期間、および使用のきっかけを把握することができるような薬剤調査票(図1)を作成し、対象者に配布することとした。

本研究の目的は、エコチル全体調査に対する追加調査として平成25年5月から開始されている児の薬剤詳細調の進捗状況の把握および、平成26年2月28日時点でデータ入力を終えている対象者における医薬品の使用状況を評価することである。

B. 研究方法

対象者

本研究対象者は、エコチル宮城ユニットセンター独自の児の薬剤に関する追加調査に参加した母児である。

薬剤調査の実施

【薬剤調査票の配布・回収】

産後12ヶ月を迎える対象者へ薬剤調査票を郵送で送付し、回答の上、郵送での回収を依頼した。

お子様の医薬品・サプリメント使用の状況について教えてください

【例1】お子様は、過去6か月間に、病院でもらったお薬や、薬局・ドラッグストア等で買ったお薬を使用したことがありますか？ 飲み薬だけでなく、塗り薬、貼り薬、点眼薬、注射薬の薬名などについてお答え下さい。

はい / いいえ

【例2】過去6か月間に使用したお薬についてそれぞれ記載して下さい。「商品・成分名」欄は薬の箱やお薬表紙の記号などを用いてお答えください。記載欄は用意がありますが、足りないときは別紙に記載して、一緒に提出してください。

商品・成分名	入手方法	使用期間	使用のきっかけ
昭和薬品化工株式会社 カロナール200 アセトアミノフェン	<input type="checkbox"/> 医師の処方箋 <input type="checkbox"/> 薬局で処方 <input type="checkbox"/> 2C・2D2D2F <input type="checkbox"/> 通販（V-P-N） <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 1日のみ・稀薄 <input type="checkbox"/> 数日間 <input type="checkbox"/> 1～2週間程度 <input type="checkbox"/> 数週間以上	<input type="checkbox"/> 熱のこらえて <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬物酔・薬物酔等 <input type="checkbox"/> 薬物・処方 <input type="checkbox"/> その他

ここから記載をお願いします

商品・成分名	入手方法	使用期間	使用のきっかけ
	<input type="checkbox"/> 医師の処方箋 <input type="checkbox"/> 薬局で処方 <input type="checkbox"/> 2C・2D2D2F <input type="checkbox"/> 通販（V-P-N） <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 1日のみ・稀薄 <input type="checkbox"/> 数日間 <input type="checkbox"/> 1～2週間程度 <input type="checkbox"/> 数週間以上	<input type="checkbox"/> 熱のこらえて <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬物酔・薬物酔等 <input type="checkbox"/> 薬物・処方 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 医師の処方箋 <input type="checkbox"/> 薬局で処方 <input type="checkbox"/> 2C・2D2D2F <input type="checkbox"/> 通販（V-P-N） <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 1日のみ・稀薄 <input type="checkbox"/> 数日間 <input type="checkbox"/> 1～2週間程度 <input type="checkbox"/> 数週間以上	<input type="checkbox"/> 熱のこらえて <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬物酔・薬物酔等 <input type="checkbox"/> 薬物・処方 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 医師の処方箋 <input type="checkbox"/> 薬局で処方 <input type="checkbox"/> 2C・2D2D2F <input type="checkbox"/> 通販（V-P-N） <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 1日のみ・稀薄 <input type="checkbox"/> 数日間 <input type="checkbox"/> 1～2週間程度 <input type="checkbox"/> 数週間以上	<input type="checkbox"/> 熱のこらえて <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬物酔・薬物酔等 <input type="checkbox"/> 薬物・処方 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 医師の処方箋 <input type="checkbox"/> 薬局で処方 <input type="checkbox"/> 2C・2D2D2F <input type="checkbox"/> 通販（V-P-N） <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 1日のみ・稀薄 <input type="checkbox"/> 数日間 <input type="checkbox"/> 1～2週間程度 <input type="checkbox"/> 数週間以上	<input type="checkbox"/> 熱のこらえて <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬物酔・薬物酔等 <input type="checkbox"/> 薬物・処方 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 医師の処方箋 <input type="checkbox"/> 薬局で処方 <input type="checkbox"/> 2C・2D2D2F <input type="checkbox"/> 通販（V-P-N） <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 1日のみ・稀薄 <input type="checkbox"/> 数日間 <input type="checkbox"/> 1～2週間程度 <input type="checkbox"/> 数週間以上	<input type="checkbox"/> 熱のこらえて <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬物酔・薬物酔等 <input type="checkbox"/> 薬物・処方 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 医師の処方箋 <input type="checkbox"/> 薬局で処方 <input type="checkbox"/> 2C・2D2D2F <input type="checkbox"/> 通販（V-P-N） <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 1日のみ・稀薄 <input type="checkbox"/> 数日間 <input type="checkbox"/> 1～2週間程度 <input type="checkbox"/> 数週間以上	<input type="checkbox"/> 熱のこらえて <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬物酔・薬物酔等 <input type="checkbox"/> 薬物・処方 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 医師の処方箋 <input type="checkbox"/> 薬局で処方 <input type="checkbox"/> 2C・2D2D2F <input type="checkbox"/> 通販（V-P-N） <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 1日のみ・稀薄 <input type="checkbox"/> 数日間 <input type="checkbox"/> 1～2週間程度 <input type="checkbox"/> 数週間以上	<input type="checkbox"/> 熱のこらえて <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬物酔・薬物酔等 <input type="checkbox"/> 薬物・処方 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 医師の処方箋 <input type="checkbox"/> 薬局で処方 <input type="checkbox"/> 2C・2D2D2F <input type="checkbox"/> 通販（V-P-N） <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 1日のみ・稀薄 <input type="checkbox"/> 数日間 <input type="checkbox"/> 1～2週間程度 <input type="checkbox"/> 数週間以上	<input type="checkbox"/> 熱のこらえて <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬物酔・薬物酔等 <input type="checkbox"/> 薬物・処方 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 医師の処方箋 <input type="checkbox"/> 薬局で処方 <input type="checkbox"/> 2C・2D2D2F <input type="checkbox"/> 通販（V-P-N） <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 1日のみ・稀薄 <input type="checkbox"/> 数日間 <input type="checkbox"/> 1～2週間程度 <input type="checkbox"/> 数週間以上	<input type="checkbox"/> 熱のこらえて <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬物酔・薬物酔等 <input type="checkbox"/> 薬物・処方 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 医師の処方箋 <input type="checkbox"/> 薬局で処方 <input type="checkbox"/> 2C・2D2D2F <input type="checkbox"/> 通販（V-P-N） <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 1日のみ・稀薄 <input type="checkbox"/> 数日間 <input type="checkbox"/> 1～2週間程度 <input type="checkbox"/> 数週間以上	<input type="checkbox"/> 熱のこらえて <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬物酔・薬物酔等 <input type="checkbox"/> 薬物・処方 <input type="checkbox"/> その他

図1. 薬剤調査票

集計

産後 12 ヶ月時点の児の医薬品使用に関する回答について、世界保健機関(WHO: World Health Organization) の医薬品統計法共同研究センター (Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology) によって1976 年から発行が開始された ATC 分類 (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System): WHO-ATC 分類[10] に基づいて集計した。WHO-ATC 分類とは、医療用医薬品の分類方法の一つであり、医薬品が効果をもたらす部位・器官、および作用能・化学的特徴によっていくつかのグループに分けられる。WHO-ATC 分類は 5 つのレベルに基づいている。第一レベル: 解剖学

的部位に基づいた分類で、アルファベット 1 文字で表される。14 のメイングループからなる。第二レベル: 治療法メイングループによる分類で、2 個の数字で示される。第三レベル: 治療法・薬学サブグループによる分類で、1 個のアルファベットで示される。第四レベル: 化学・治療法・薬学サブグループによる分類で、1 個のアルファベットで示される。第五レベル: 化学構造サブグループによる分類で、2 個の数字で示される。集計は WHO-ATC 分類の第一レベル(A: 消化管と代謝作用、B: 血液と造血器官、C: 循環器系、D: 皮膚科用薬、G: 泌尿生殖器系と性ホルモン、H: 全身ホルモン製剤、性ホルモンとインスリンを除く、J: 全身用抗感染薬、L: 抗悪

性腫瘍薬と免疫調節薬、M:筋骨格系、N:神経系、:抗寄生虫薬、殺菌剤と防虫剤、R:呼吸器系、S:感覚器、V:その他)および、薬剤名分類それぞれに基づいて行った。

(倫理面の配慮)

薬剤詳細調査を含むエコチル調査の実施に関しては、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会および協力医療機関において承認を受けており、研究対象者に対しては十分な説明を行ったうえで同意を得ている。

C. 研究結果

平成 26 年 2 月 12 日現在で、9,027 名の妊婦が宮城ユニットセンターを通してエコチル調査に参加し、本研究課題で実施している薬剤詳細調査に関しては、6,069 名に対して調査の説明を実施し、3,657 名が同意している。児の薬剤使用状況についてのデータ入力を終えている対象者 260 名において、薬剤使用状況を集計した。

集計の結果、産後 12 ヶ月時点で最も多く使用されている薬剤は、WHO-ATC 分類第一レベルに基づくと、呼吸器系(192 名、73.8%)であり、次いで全身用抗感染薬(139 名、53.5%)、皮膚科用薬(131 名、50.4%)、消化管と代謝作用(113 名、43.5%)の順であった(表 1)。

表1. WHO-ATC分類第一レベル別使用頻度(n=260)

WHO-ATC分類第一レベル		n	%
記号	分類名		
R	呼吸器系	192	73.8
J	全身用抗感染薬	139	53.5
D	皮膚科用薬	131	50.4
A	消化管と代謝作用	113	43.5
N	神経系	82	31.5
B	血液と造血器官	60	23.1
S	感覚器	42	16.2
不明		41	15.8
C	循環器系	36	13.8
H	全身ホルモン製剤、性ホルモンとインスリンを除く	15	5.8
V	その他	7	2.7
M	筋骨格系	5	1.9
薬剤使用なし		2	0.8
G	泌尿生殖器系と性ホルモン	0	0.0
L	抗悪性腫瘍薬と免疫調節薬	0	0.0
P	抗寄生虫薬、殺虫剤と防虫剤	0	0.0

WHO-ATC 分類薬剤分類名に基づくと、カルボシステイン(158 名、60.8%)、チペピジン(110 名、42.3%)、シプロヘブタジン(92 名、

35.4%)、パラセタモール(80 名、30.8%)の順であった(表 2)。

表2. WHO-ATC分類 日本語記名別使用頻度 (n=260)

薬剤名	n	%	薬剤名	n	%
カルボシステイン	158	60.8	三価鉄:経口製剤	4	1.5
チペピジン	110	42.3	他の止痒薬	4	1.5
シプロヘブタジン	92	35.4	イブプロフェン	3	1.2
パラセタモール	80	30.8	エノキソロン	3	1.2
メキタジン	67	25.8	オキサトミド	3	1.2
乳酸菌	66	25.4	コデイン	3	1.2
止瀉微生物	64	24.6	ピサコジル	3	1.2
トラネキサム酸	55	21.2	ビホナゾール	3	1.2
アモキシシリン	53	20.4	ロメフロキサシン	3	1.2
ブロカテロール	51	19.6	抗生物質	3	1.2
ジメメルファン	44	16.9	洗浄液を含む溶媒と希釈液	3	1.2
他の皮膚軟化薬と保護薬	43	16.5	アルファカルシドール	2	0.8
薬剤名不明	41	15.8	エピナスチン	2	0.8
ベタメタゾン+抗生物質	35	13.5	クレマスチン	2	0.8
クラリスロマイシン	32	12.3	クロトリマゾール	2	0.8
オルガノヘパリノイド	31	11.9	ジアゼパム	2	0.8
ヒドロコルチゾン	31	11.9	ジフルコルトロン	2	0.8
酪酸ヒドロコルチゾン	31	11.9	スプロフェン	2	0.8
クロベタゾン	27	10.4	セファレキシム	2	0.8
ツロプテロール	26	10.0	セフメノキシム	2	0.8
برانルカスト	26	10.0	トリアムシノロン	2	0.8
エリスロマイシン	25	9.6	パラセタモールの精神安定薬を除く組み	2	0.8
ゲンタマイシン	25	9.6	ピオチン	2	0.8
亜鉛製剤	24	9.2	フジジン酸	2	0.8
セフトレム	23	8.8	ポビドンヨード	2	0.8
ケトチフェン	22	8.5	リゾチーム	2	0.8
他の腸内吸着薬	22	8.5	レボカルニチン	2	0.8
セフジニル	20	7.7	他の抗アレルギー薬	2	0.8
デキサメタゾン	20	7.7	他の治療製剤	2	0.8
クロルフェナミン	19	7.3	炭水化物	2	0.8
セフカペン	19	7.3	乳酸カルシウム	2	0.8
アンブロキシオール	18	6.9	乳酸菌の組み合わせ	2	0.8
ホスホマイシン	18	6.9	薬剤使用なし	2	0.8
ブレドニゾロン	15	5.8	アジスロマイシン	1	0.4
ベクロメタゾン	15	5.8	アモキシシリン+酵素阻害薬	1	0.4
ベタメタゾン	13	5.0	アルブロスタジル	1	0.4
ジフェンヒドラミン	10	3.8	オセルタミビル	1	0.4
チラクターゼ	9	3.5	オロパタジン	1	0.4
ペラドンナ総アルカロイド	9	3.5	カルババネム系	1	0.4
レボフロキサシン	9	3.5	カルバマゼピン	1	0.4
セファクロル	8	3.1	カルバミド	1	0.4
酵素製剤	8	3.1	クエン酸第二鉄ナトリウム	1	0.4
グアiazレン	7	2.7	クロラムフェニコール	1	0.4
ケトコナゾール	7	2.7	ジョサマイシン	1	0.4
ドンペリドン	7	2.7	スルファジアジン銀	1	0.4
フルオロメトロン	7	2.7	スルファメトキサゾール+トリメトプリム	1	0.4
他のベータラクタム系抗菌薬	7	2.7	セフォタキシム	1	0.4
第三世代セファロスポリン系	7	2.7	セフロキサジン	1	0.4
アムクロビル	6	2.3	セロトニン受容体に作用する薬剤	1	0.4
イミダゾールとトリアゾール誘導体	6	2.3	デキストロメトルファン	1	0.4
ジフルブレドナート	6	2.3	ナファゾリン	1	0.4
ミノサイクリン	6	2.3	バシトラシン	1	0.4
メチルブレドニゾロン+抗感染薬	6	2.3	フェノバルビタール	1	0.4
他の抗感染薬	6	2.3	ブテナフィン	1	0.4
セフボドキシム	5	1.9	ブロムヘキシム	1	0.4
ピコスルファートナトリウム	5	1.9	モンテルカスト	1	0.4
アルクロメタゾン	4	1.5	レボカバステチン	1	0.4
オフロキサシン	4	1.5	レボチロキシナトリウム	1	0.4
サリチル酸	4	1.5	酸化マグネシウム	1	0.4
さ瘡治療用抗感染薬	4	1.5	他の全身性抗ヒスタミン薬	1	0.4
フルオロキノロン類	4	1.5	他の全身性閉塞性気道疾患用薬	1	0.4
ラクツロース	4	1.5	他の皮膚用薬	1	0.4
塩酸ロメフロキサシン液	4	1.5			

なお、対象児の使用薬剤の種類数の平均は 107 名 (41.2%)、6～10 種類が 104 名 (40.0%) であり、1～5 種類が 107 名 (41.2%) であった(図 1)。

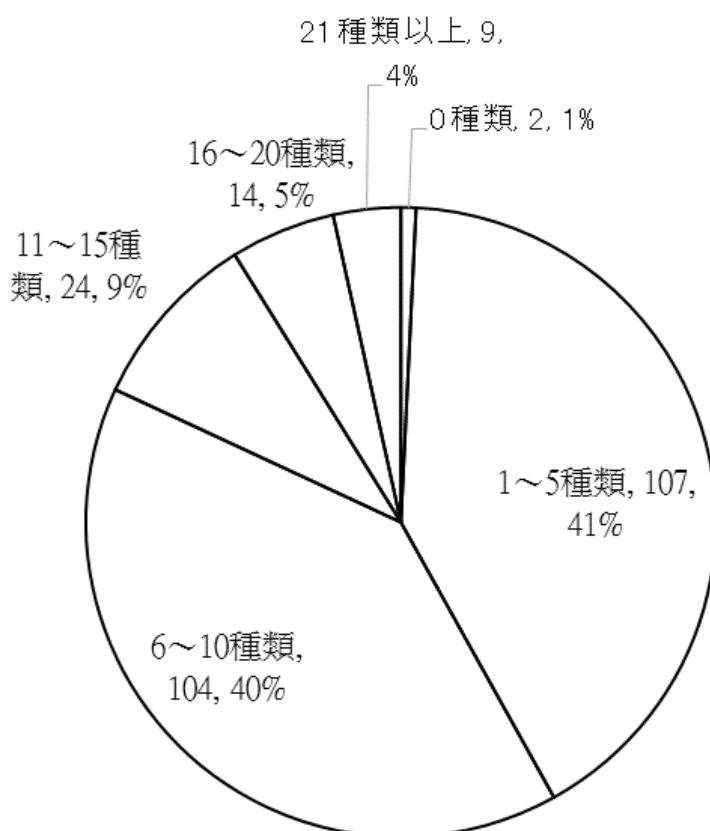


図1. 使用薬剤の種類数の内訳 (n=260)

また、神経系に分類される薬剤の使用者は 82 名 (31.5%) に分類される薬剤は 2 名 (共にジアゼパム)

表3. 神経系薬剤中のWHO-ATC分類_薬剤名別使用頻度 (n=86)

薬剤名	n	%
パラセタモール	80	93.0
ジアゼパム	2	2.3
パラセタモールの精神安定薬を除く組み合わせ	2	2.3
カルバマゼピン	1	1.2
フェノバルビタール	1	1.2

82 名 (31.5%) であり、その内、精神抑制薬 2 名 (共にジアゼパム) において使用されていた(表 3)。

D. 考察

本調査の結果、エコチル調査における児の薬剤使用状況に関する詳細調査は順調に拡大・継続されていることが確認できた。

現在、収集された薬剤使用に関する情報の電子化、および児の発達・発育等に関する情報の収集を進めている。

E. 結論

平成 26 年 3 月 18 日時点で、宮城ユニットセンターを通してエコチル調査へ参加した妊婦は 9,200 名を超えており、本研究課題で実施している追加調査への更なる対象者の参加が見込まれる。本研究によって、本邦では類を見ない規模の児の薬剤使用における安全性評価のための基盤が構築され、小児における精神疾患治療薬の使用実態の把握と安全性評価に関する薬剤疫学研究に基づく適応外使用是正のための研究が推進されることが期待される。

参考文献

1. Dobbing J. Vulnerable periods in developing brain. In Brain behaviour and iron in the infant diet ed Dobbing J. London: Springer-Verlag. 1990; 43-57.
2. Streisguth AB, et al. Aspirin and acetaminophen use by pregnant women and subsequent IQ and attention decrements. *Teratology* 1987; 35:211-219.
3. Huisjes HJ, et al. Is clonidine a behavioural teratogen in the human? *Early Human Development* 1986; 14:43-48.
4. Benesova O, et al. Perinatal treatment with glucocorticoids and the risk of maldevelopment of the brain. *Neuropharmacology* 1989; 28:89-97.
5. Hanson JW, et al. Risks to the offspring of women treated with hydantoin anticonvulsants, with emphasis on the fetal hydantoin syndrome. *J Pediatr* 1976; 89:662-668.
6. Headley J, et al. Medication administered to children from 0 to 7.5 years in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Eur J Clin Pharmacol.* 2007; 63:189-195.
7. Vernacchio L, et al. Medication use among children <12 years of age in the United States: results from the Slone Survey. *Pediatrics.* 2009; 124:446-454.
8. Sato Y, et al. Use of Dietary Supplements among Preschool Children in Japan. *J Nutr Sci Vitaminol.* 2009; 55:317-325.
9. 環境省『子どもの健康と環境に関する全国調査』ホームページ (<http://www.env.go.jp/chemi/ceh/>)

10. WHO Collaborating Centre for drug
Statistics Methodology.
<http://www.whocc.no/>.

F. 研究発表

1. 論文発表

1. なし

2. 学会発表

1. なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

- なし

2. 実用新案登録

- なし

3. その他

- なし

・ 研究成果の刊行に関する一覧表

該当なし

・ 研究成果の刊行物・別冊

該当なし