

最終講義～逍遙の小径～

奈良県立医科大学医学部看護学科 人間発達学
飯田順三

The Last Lecture – A wondering Way –

Junzo Iida

Nara Medical University Faculty of Nursing Human Development

医学科から看護学科への転身

20世紀も終わる1999年12月に突然、精神医学講座の岸本年史教授から、病態医学の島本郁子教授が定年退官されるために看護短期大学部教授が公募されているので応募しないかと声をかけて頂いた。当時私は精神医学講座の助教授であったが、岸本教授と同年齢であったので、いずれどこかに出ていかななくては行けないと感じていた。筆者は看護についてほとんど何も知らなかったのであるが、奈良医大に残れるのならありがたいと思った。発展しつつあった児童精神医学グループが継続できると思ったのである。

立候補者は2人であり、筆者は年末年始、正月抜きで自分なりに看護学を勉強して講演を行なった。看護学の勉強をしている間に、根底に流れている思想や哲学は精神医学によく似ていると感じ、その部分を強調した講演原稿を作成した。当時はスライドはなかった。その講演に共感頂いたのかどうかはわからないが、教授になることができた。

看護短期大学部での仕事は予想を超えて多かった。授業時間数が多く、病態医学120時間、人間発達学30時間、人間と性15時間、精神看護学10時間、老年看護学4時間であった。その他各種委員会の委員や紀要委員長の仕事があり、また4年制大学化への取り組み、学生相

談などの仕事もあった。しかし何より気を遣ったのは教員間の人間関係であった。いくつかのグループがあり、軋轢を生じていた。その中でも平成16年(2004)に4年制大学の看護学科に改組された。筆者自身はその複雑な人間関係の渦に巻き込まれないように傍観者の立場をとっていた。

看護学科長としての覚悟

しかし大学が独立行政法人化された翌年の平成20年に当時の吉田修学長に呼ばれ、看護学科内の現状を打破するためにどうすべきか、自分自身はどうあるべきかと問われた。もう傍観者ではいられない、軋轢の渦の中に入っていくしかないと感じた。そして看護学科が運営しやすくなるようにとの配慮で看護学科長が新設され、筆者が看護学科長に選任された。また当時医師は筆者のみであったが、医学科との連携や看護学科内での組織の脆弱性や軋轢を考慮して、看護学科内にもう一人医師である教授を配置することが決まり、筆者は病態医学から人間発達学の教授となり、新たに臨床病態医学教授として濱田薫先生が就任した。

看護学科長になるにあたって、吉田修学長、榊壽右病院長、次期吉岡章学長から多くの宿題を頂いた。第一に看護学科内の軋轢が多く、まとまっていないことを指摘された。このことに

については、筆者の恩師である精神科の井川玄朗教授を手本にした。私が精神科に入局した頃の精神科は大学紛争で崩壊直後の医局であったために、井川先生は新たにさまざまな大学から来られた医局員をまとめて教室を一枚岩にするのにご苦労されていた。井川先生はとにかく医局員の話をよく聴き、常になごやかに笑顔で接し、相手の立場を理解しようと努めておられた。私もそれを見習おうと思った。そのためかどうかは分からないが、看護学科内のとげとげしい雰囲気は少しずつ改善し、また教員が退職したり、新たな教員が就任することを繰り返す間に教員間に和やかな雰囲気が醸成されていった。また看護学科教員数を増やすことにも尽力した。当時の国公立大学の教員一人当たりの学生数を調べ、教員数の増加を認めてもらった。

第二に当時は学生の休学者、退学者が非常に多かったことがある。これも教員間の和やかな雰囲気とともに徐々に減ってきていたが、それだけでは問題は解決されなかった。まずなるべく丁寧にアドバイザー担当の教員に話を聞いてもらい、どのような悩みがあるかを学生と共有し、解決方法について一緒に考えてもらうようにした。さらにメンタルヘルスの問題であれば、筆者自身が介入するようにした。また入試制度改革に着手することにした。まず編入制度から見直した。当初は編入学生は年齢も高く他の学生の手本にもなっていたのだが、その後、年を経るにつれて学力が追いついていないことが明らかになってきた編入試験を廃止した。次に後期入試を廃止した。これは後期合格者の多くが、本学の前期入試で落ちた者であったからである。また編入試験と同様の理由で社会人入試も廃止した。そして推薦入試では高校における長期欠席者について注意するようにした。そのように入試制度を改革して、休学者、退学者は激減したのであるが、昨今はまたコロナ禍で学生の孤立化による不安やストレス亢進がみられ、学生のメンタルヘルスは決してよくないために細やかな配慮が必要になっている。

第三に病院看護部と看護学科との関係の改善である。当時はお互いを尊重していないこと

があり、看護学科の教員の中には学生に「この大学病院のレベルは低い」と平然と言うこともあった。そこで関係改善のために、連携を強化する必要があると感じ、看護部・看護学科ワーキング会議を設置し、共同研究や一緒に学生教育にあたることや附属病院看護部に教育講師の称号を新たに設置するなどを行った。その後、歴代の看護部長をはじめとして、病院看護部の多大な協力があり、学生実習でも優先的に配慮してもらうようになり、関係は改善された。そして看護実践キャリア支援センターを設置することができた。

第四に卒業生の附属病院への就職を増やすことである。当時は卒業生の30%しか附属病院に就職していなかった。この当時は全国的にも同様の傾向が見られていたが、看護師不足に難渋している附属病院として喫緊の課題であった。看護部と看護学科の関係が改善するにつれ、学生の就職率も上がっていったが、それだけでは伸び悩んでいたために、就職支援金という制度を作っていただき、最終年度に60%まであげることができた。

最後に実はこれが最も重要なことであったが、大学院修士課程の設置である。数年前に指導教員の数が満たされずに設置が認められなかったことを踏まえ、教員採用時に業績を重視した。しかし初めに文部科学省の担当者との面談では「本当に設置する気があるのか、貴学の大学院の特性が何もでていない。これでは次年度には間に合わないのではないかと」厳しい評価をされ、それまでに作成していた大学院設置の目的や特性などについて初めから作成し直さなければならなかった。当時一緒に文部科学省へ面談に行った脇田真理子教育部長と松村教育支援課課長補佐(当時)と3人ともに帰りの新幹線で意気消沈していたのを思い出す。大学に戻り、すぐに大学院の特性の柱を作るために何度も会議を開いて方向性が見えてきた段階で筆者が作文を行った。しかしいわゆる〇合という指導教官が最低6名揃っているかについては確証がなかった。何度も文科省の担当官に相談している間に少しずつ親しくなり、最後の

面談でそのことについて訊ねると、医学科の教員も含めてよいらしいという示唆をもらった。そこで、急いで吉岡学長と相談し、小林浩教授(産婦人科学)、高橋幸博教授(総合周産期母子医療センター)、吉川正英教授(病原体・感染防御医学)に大学院の講義を受け持ってもらいカリキュラムを作成し、3人の先生に書類の作成をお願いした。締め切りまで2週間しかなく、先生方には本当に御迷惑をおかけした。大学院設立が正式に文科省から承認されたときは本当に肩の力が抜けるほどほっとした。結局〇合は12名認められていた。その後看護学科の大学院はCNSコースなども立ち上げて発展している。特に助産師コースは全国でも初期の頃から大学院で助産師を取得するようにしたために優秀な人材が集まり、有名になっている。

以上のような宿題を学長や病院長からいただき、自分なりに何とか応えてきたつもりであるが、これは筆者一人の力ではできないことは言うまでもない。看護学科教員が一丸となって協力していただき、また附属病院看護部や教育支援課を初めとする事務職の方々が全面的に支援していただいたおかげである。むしろ筆者が頼りないので手伝ってあげなくてほっとしてもらえたのかもしれない。とにもかくにも筆者は周囲の人に恵まれた。そのおかげで看護学科長という重責を2008年～2014年、2016年～2018年の8年間に渡って果たせたのだと思う。支援していただいた皆様にあらためて感謝したい。

児童精神科医を目指したわけ

筆者がこれまでに児童精神科医として貢献できたことは微々たるものであるが、唯一誇れるのは奈良県という全く児童精神科医がいなかった一地方で、児童精神科医を始めてから多くの仲間を作り、多数の児童精神科医が養成され、奈良県に児童精神科医療が根付いたことである。

大学時代に自閉症児と遊ぶサークル活動をしていて、自閉症児の行動に非常に魅せられたのだが同時に親御さんの苦勞が並大抵でないことを知った。その頃自閉症児が絶食絶食状態

になり自宅で死亡したという事件があり、親が子どもを見殺しにしたと責められた事件があった。筆者はその親御さんも大変だったろうなと思い、一方的に責める風潮にあまり同調できなかった。そして精神科の講義で教授が物事を一方的に短絡的にみているはいけない。家族の苦惱も理解しなければいけない。精神医学は本人だけでなく、本人を取り巻く家族、社会などの環境もみていくことが必要であると話されていて、精神科に入局することを決めた。

児童精神科医療事始めから仲間づくりまで

入局後、恩師の井川教授に児童精神医学をしたいことをお願いすると、「ぜひ、してください。これから大事な分野になると思う、ただ教えらる人は誰もいないので、自分で頑張ってください」と言われた。奈良県下に児童精神科医はいなかったのである。独学で児童精神医学の書物を読み漁った。

また養護学校の嘱託医を始めてから、保護者から子どもの夜尿、多動、異食、夜驚などさまざまな問題行動について相談を受けた。しかしてんかん発作以外はどれも明確な返答はできなかった。それどころか親や教師が問題行動として捉えているものが、本当に治療を必要とするものなのか、あるいは発達過程における一時的な行動であるのかを判断することも容易ではなかった。健常児の問題行動については阿部(1982)の名著「小児の問題行動と自閉症状」があるが、発達障害児(知的能力障害児を含む)の問題行動についての報告はきわめて少なかった。それらの相談を受けながら、自分には健常な発達の知識が乏しいことに気づき、フロイト、ピアジェ、エリクソン、マラー、ボウルビィ、ウニコット、スターンなどの発達の理論を学習した。

医師になって7年目の1987年に漸く独りで児童思春期外来を開設した。外来を開設すると患者は集まり、学校や行政などからの相談も増えていった。仕事量もさることながら独りでの活動は寂しく、頼りなかった。1989年に浜松で開催された第30回日本児童青年精神医学会では親

交のあった浜松医大の松本英夫先生(現東海大学精神神経科教授)が事務局長として学会を運営し、浜松医大の児童グループのリーダーとして活躍しておられ、児童グループが活発に活動している様子はとても羨ましく、奈良医大も将来そのようになりたいと思った。まず仲間を作らなくてはいけないと思い、1990年の京都での国際児童青年精神医学会に入局4年目の後輩の岩坂英巳先生(現信貴山病院ハートランドしぎさん子どもと大人の発達センターセンター長)と平尾文雄先生(現上野病院院長)を誘い、そこで熱心に勧誘した結果仲間に入ってもらえることになり、漸く3人の児童思春期班が結成され、児童思春期勉強会を始めた。その後、この2人の後輩のおかげで順調に仲間は増えていき、現在は臨床心理士3名を含み約50名のグループになっている。

このように奈良県立医大精神科の児童思春期班が大きなグループになっていったのには上記の岩坂・平尾両先生の人柄によるところも大きい。第一に井川玄朗前教授と岸本年史現教授が児童思春期精神医学に対して深い理解があったことである。日本の大学において精神医学講座の教授がどのような姿勢であるかは大きな影響力を持つ。今後各大学の教授が更なる理解が進むことを期待する。第二に他職種との連携である。奈良県下において児童精神科医療を根付かせるためには他職種と協同して症例を検討し、治療方針や対応を考えていく中で信頼を得ることが必要である。第三に行政に対する支援である。奈良県を始め各市町村自治体からの依頼は断らずに丁寧に対応していくことを心掛けた。他職種や行政からの信頼を得ることで奈良県において児童精神科医が評価され根付いていくのである。そして他職種や行政職の人と一層親交を深めるために研究会を発足させた。奈良県下において医療・教育・福祉・行政に関わる人たちが一堂に会して1泊2日の研究会を行うようにした。児童精神科医、小児科医、臨床心理士、看護師、作業療法士、児童福祉司、児童指導員、社会福祉士、教員、教育委員会の人たち

が集まっている。「奈良県子どもの心研究会21」と称し平尾先生が幹事となって年1回開催し、今年で20回目となるが、毎年60名程度の参加者があり盛会である。第四に研究である。大学人であるからには研究すべきであり、できれば学位取得を目指すべきであると私は考えている。また研究することがグループの活力を生み発展につながることに思う。

児童思春期精神医学における臨床研究

私たちは児童精神科医であるゆえ、当然その研究は臨床における疑問から根差したものであるべきである。そしてその疑問をもつために日頃から丁寧な臨床を行い、常にその症例に興味を持つべきである。筆者が主催したときの日本児童青年精神医学会のテーマは普遍性と個別性のバランスである。研究するには丁寧に個別の症例を見るなかで疑問点に着眼して、個別の積み重ねの中から普遍性を導き出す姿勢が必要である。そのような意味では丁寧に症例報告を行うことも重要である。さらになるべく多額な研究費が必要でなく、しかもこれまであまり行われていない領域で、結果が明確になりやすいテーマを扱うほうがよいと考えた。

1. 知的能力障害の問題行動に関する研究

先述したように養護学校の嘱託医として問題行動の相談を受けてもエビデンスのある返答は全くできなかった。児の行動が発達途上の一過性のもので発達とともに減少するのか、治療が必要なものであるのかさえ分からなかった。健常児の問題行動については阿部の有名な研究があるが、知的能力障害児については世界的に見てもエビデンスは極めて乏しかった。そこで私たちはまず、嘱託医をしている2つの養護学校で保護者にアンケート調査を行った(飯田ら,1992)。その結果、知的能力障害児でも定型発達児と同じように加齢とともに減少する行動とそうでない行動があることがわかった。それでさらに詳細な研究を行うこととした。一養護学校児童全員の小学1年～高校3年までの3年間の前方視的追跡を行った。対象児は84名でDQは平均22~33であり重度知的障害児が多かつ

た。そして問題行動と関係する因子として養育環境、てんかん発作の有無、年齢、DQ などが見いだされた(岩坂, 1995)。

そして私たちはさらに知的能力障害児でもDQにより問題行動が変化することに注目し、認知発達と問題行動の関係について詳細に調査した(Hashino et al, 1997)。その際認知発達については太田昌孝が提唱している太田の Stage を使用した(太田, 1992)。太田の Stage では Stage1がシンボル機能が認められない段階であり、物に名前があることがわかっていない段階である。Stage2はシンボル機能の芽生えの段階であり、物に名前があることがわかり始めているが、物の理解はまだ一義的理解にとどまる段階である。Stage3-1 はシンボル機能がはっきりと認められる段階で、物に名前があることがはっきり理解でき、言語の機能を獲得する段階であるが比較の概念は成立していない。Stage3-2 は概念形成の芽生えの段階であり、基本的な比較の概念ができはじめた段階である。Stage を評価するテストによって児の Stage がわかる。この太田の Stage により中等度から重度の知的障害であっても認知の発達段階が区分される。私たちはまずこの太田の Stage とDQ が正の相関をすることを確認し、模倣が太田の Stage と正の相関をすることを明らかにした。その上で太田の Stage 別に児の問題行動を調査した。その結果異食は Stage1のみにみられ、遺尿や夜尿は Stage1, 2に多く見られ、Stage3になると減ることがわかった。常同運動もほとんどが Stage1と2にみられることがわかった。噛まないで食べる行動も Stage が上がるにつれ減少した。しかし、儀式行為や強迫行動は Stage が上がるにつれ増加していた。このような結果から認知の発達とともに減少する行動と増加する行動と認知の発達とは無関係な行動があることを明らかにして、保護者の相談に幾分返答できるようになった。

2. 児童思春期発症統合失調症の研究

児童期の強迫性障害を診ていると、強迫症でとどまるものと統合失調症に移行していくものがある。その差異は何であるかに関心を持ちさまざまな研究を行ったが、結局見出すことができ

なかった。しかし今度は前駆期に強迫症状を呈する統合失調症と強迫症状を呈さない統合失調症では差異があるのではないかと考え研究を行った。臨床症状では前駆期に強迫症状を呈する群は男子が多く、潜行性発症が多く、陰性症状が強く見られ、幻聴や妄想などの陽性症状が少なかった。また脳構造をMRIで比較すると、前駆期に強迫症状を呈する群は健常群や強迫症状を呈さない群に比べて左右の海馬が小さいことがわかった(Aoyama et al, 2000)。

また児童思春期発症と成人期発症の差異について調査した。臨床症状の差異についてはすでに松本らの報告がある。私たちは当時報告が散見されるようになった身体小奇形(Minor Physical Anomalies)について調査し、児童思春期発症群は成人期発症群より Waldrop scale total score にて有意に得点が高く、身体小奇形が多いことがわかった(Hata et al, 2003a)。またその得点と側脳室の大きさが正の相関が認められることも報告した(Hata et al, 2003b)。

3. 注意欠如・多動症(ADHD)と事象関連電位の研究

1995年頃から児童思春期外来に発達障害の症例が増加するようになった。自閉スペクトラム症も多かったが、ADHDの方が症状が一様で把握しやすく、有効な薬物も存在し、研究する上で生物学的アプローチがしやすいと考えた。臨床的には不注意や多動・衝動性などは健常な子どもでも認められることであり、どの程度その症状が強いのか、つまり客観的に量的な症状を把握しなければ正確な診断はできないのではないかという疑問があった。DSM診断では症状があるかないかを判断するだけであり、重症度を判定するものとしては教師や親の観察によるADHD-RSのみであった。

そこで客観的に症状を把握できるツールはないかを検討した。当時統合失調症やうつ病の事象関連電位の研究が盛んな時期であり、当教室にも機器は購入されていたが、未使用のまま放置されていた。そこでADHDも事象関連電位で症状を捉えられないかと考え、丹羽らの「事象関連電位」を熟読し、また直接丹羽先生

に相談させていただき、P300、mismatch negativity(MMN)を測定することにした。当初課題をどうするか、ADHD 児にどうやってしばらくじっとしてもらうか、集中して課題をこなすかなどについて、試行錯誤を繰り返しながら半年かけて漸く信頼できる検査値を得られるようになった。本学会では1997年頃から少しずつADHDに関する発表がされるようになっていたが、私たちは1997年に初めて本学会でADHDの事象関連電位について発表を行った。

事象関連電位とはある事象に反応して生じる一過性の微弱な電気活動であるが、P300は感覚刺激を遂行する際に誘発される、頂点潜時を300msecあたりにもつ陽性電位であり、作業記憶や注意などの認知処理を反映する電位として、情報処理の最終段階に関係しているとされる。MMNは先行刺激の感覚記憶を利用して行う刺激弁別課程で、特に意識野以外の変化を素早く検出する機構であり、無意識的な自動処理を行っている。例えば健常児では授業中に様々な雑音があっても、それを無視して教師の話の音に集中できるが、ADHD児では雑音と教師の話の音の刺激が同じ重みづけで頭に入ってくるために、雑音の方にすぐに気がそれてしまうことになる。その様子をMMNで把握するというわけである。

平均8.2歳のADHD児群39名と年齢、性、IQをマッチさせた健常児群を比較する研究を行った結果、ADHD児は健常児に比べて、P300とMMNで有意に振幅が低下していた(Ito et al, 2003)。

またADHDの症状重症度について研究を行った。ADHD-RSの不注視サブスケールとP300の潜時に正の相関があり(Yamamuro et al, 2016a)、ADHD-RSの多動・衝動性サブスケールとMMNの潜時に正の相関があり、振幅に負の相関がみられた(澤田ら, 2006)。つまり不注意症状が強いほどP300の潜時が延長し、多動・衝動性が強いほどMMNの潜時が延長し、振幅が低下していた。このことから事象関連電位が症状重症度の指標になる可能性が示唆された。

次いで事象関連電位が薬物の有効性を評価する指標となりえないかを検討した。徐放性メチルフェニデートの服用前後で検討した結果、有効性が認められた10例では服薬後にP300とMMNの振幅が有意に増大した。またアトモキセチンの服用前後における検討では、効果がみられた14例の服用後においてP300の潜時が短縮し、MMNの振幅が増大した(Yamamuro et al, 2016b)。

さらにADHD児を対象に行っているソーシャルスキル・トレーニング(SST)においても効果が認められた児はMMNの振幅が増大していることがわかった(浦谷ら, 2016)。SSTの有効性が注意・認知機能と関連していることが示唆された。

4. ADHD児に対するペアレント・トレーニングの有効性の研究

岩坂が米国UCLAに留学し、ペアレント・トレーニングを学んで帰国し、それを日本にあつた形に改編し、「奈良医大ペアレントサポートクラス」として2000年2月より開始した。そしてその有効性について検証した。その結果、ADHD-RS、子どもの気分尺度、親の自信度、親のGHQが改善し、日本においても米国と同様にペアレント・トレーニングは有用であることがわかった(岩坂ら, 2002)。親の自信度とGHQが改善することで、子どもの症状や気分も改善し、さらに子どもの症状が改善することで親の自信度とGHQが改善するという良循環が起こることがわかった。またこの効果はペアレント・トレーニング終了後1年を経過しても効果は持続し、普段の生活に汎化していた。

5. ADHD児と近赤外線スペクトロスコピー(NIRS)の研究

事象関連電位はADHD症状を客観的に評価できる有用な手段であるが、さらに簡便で侵襲性がない検査を模索した。そこでこれも以前に成人のうつ病や統合失調症の研究のために当教室で購入されていたNIRSに目をつけた。これまで世界的に数本の報告があつたが日本ではまだ報告はなかつた。NIRSは非侵襲的な近赤外線散乱光を用い、ヘモグロビン濃度を測定することで、主に大脳皮質における脳血流量

の変化を知ることができる技術である。小型かつ安価で、ランニングコストが低廉で測定することが可能である。NIRS においても課題を何にするかは大きな問題であったが、私たちは stroop 課題を若干改編することで有意なデータを得られることができた。20 名の未投薬の ADHD 児群と年齢、性別、IQ をマッチさせた 20 名の健常児群を比較した結果、ADHD 群の oxy-Hb の変化量は健常児群より有意に少なく、その差は前頭眼窩部で大きかった(Negoro et al, 2010)。つまり ADHD 児は課題中に前頭葉の一部で脳血流量が増加していないことがわかった。

さらに抗 ADHD 治療薬の有効性について検討した。アトモキセチンにより症状が改善した 10 例の平均年齢 9.90 歳の ADHD 児について投与前後の NIRS を比較した結果、投与後に前頭葉の背外側、眼窩部、前頭極などで脳血流が増加した(Ota et al, 2015)。しかし徐放性メチルフェニデートでは投与後に脳血流量が増加しない傾向がみられた。そこでアトモキセチン投与群とメチルフェニデート投与群で性、年齢、IQ、症状の改善度をマッチして比較したが、やはりアトモキセチン群で脳血流量が増加する部位でメチルフェニデート群では増加しなかった(Nakanishi et al, 2017)。このことからアトモキセチンは task-positive network の強化に関与し、メチルフェニデートはデフォルトモードネットワークの抑制となる task-negative network に関与するのではないかと示唆された。

終わりに

精神医学は脳を対象とするだけでなくこころを扱っている。脳とこころはどう違うのだろうか。こころでは一人ひとりの別々の脳の中で起きている主観の世界でありながら、ほかの人たちの主観との間で共有可能な共同の世界であるという性質をもっている。個々の脳内部の体験世界でありながら、その脳の外部に深いつながりと広がりをもった共同の世界である。こころとは共同性(関係性)をはらんだ働きであり、他者との相互作用のダイナミズムとして生起している。こころとは個人の脳の内側ではなりたたない現象な

のである。この意味で「精神機能＝脳機能」ではない。精神医学は常に関係性を考慮する必要がある、それだけ深遠な学問である。

児童思春期を中心にそのような精神医学に関する臨床と研究に携わることができたことは幸せであった。また多くの素晴らしい恩師、諸先輩にご指導いただき、良き仲間を支えられたことに深く感謝してこの稿を終えたいと思う。

引用文献

- 阿部和彦(1982):小児の問題行動と自覚症状. 東京. 金剛出版.
- Aoyama F, Iida J, Inoue M et al. (2000): Brain imaging in childhood-and adolescence-onset schizophrenia associated with obsessive-compulsive symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 32-37.
- Hashino K, Iida J, Iwasaka H et al. (1997): A study of cognitive development and behavior problems in mentally retarded children. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 51, 57-65.
- Hata K, Iida J, Iwasaka H, et al. (2003): Minor physical anomalies in childhood and adolescent onset schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 17-21.
- Hata K, Iida J, Iwasaka H, et al. (2003): Association between minor physical anomalies and lateral ventricular enlargement in childhood and adolescent onset schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 147-151.
- Iida J, Iwasaka H, Hirao F et al. (1995): Clinical features of childhood-onset schizophrenia with obsessive-compulsive symptoms during the prodromal phase. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 49, 201-207.
- 飯田順三, 岩坂英巳, 平尾文雄ほか(1993):精神遅滞児の問題行動—養護学校におけるアンケート調査より—。小児の精神と神経, 33, 43-51.
- Ito N, Iida J, Iwasaka H, et al. (2003): Event-Related Potentials in Attention-

- Deficit/Hyperactivity Disorder. Japanese Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 44 Supplement, 101-111.
- 岩坂英巳(1995):精神遅滞児の問題行動に関する研究, 奈良医学雑誌, 46, 114-126.
- 岩坂英巳, 清水千弘, 飯田順三他(2002):注意欠陥/多動性障害(AD/HD)児の親訓練プログラムとその効果について. 児童青年精神医学とその近接領域,43, 483-497
- KannerL(1980):カナー児童精神医学第2版. 黒丸正四郎 牧田清(訳), 東京, 医学書院.
- 松本英夫(2009):統合失調症Ⅰ. 概念・症候学・診断基準と病因仮説. 松本英夫, 飯田順三(編):子どもの心の診療シリーズ8 子どもの精神病性障害—統合失調症と双極性障害を中心に—(pp2-18). 東京 中山書店
- Nakanishi Y, Ota T, Iida J, et al. (2017): Differential therapeutic effects of atomoxetine and methylphenidate in childhood attention deficit/hyperactivity disorder as measured by near-infrared spectroscopy. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 11:26
DOI10.1186/s13034-017-0163-6
- Negoro H, Swada M, Iida J, et al. (2010): Prefrontal Dysfunction in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder as Measured by Near-Infrared Spectroscopy. Child Psychiatry Human Development, 41, 193-203.
- 太田昌孝 永井洋子(編著)(1992):自閉症治療の到達点 認知発達治療の実践マニュアル. 東京, 日本文化科学社.
- Ota T, Iida J, Nakanishi Y, et al. (2015): Increased prefrontal hemodynamic change after atomoxetine administration in pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder as measured by near-infrared spectroscopy. Psychiatry and Clinical Neurosciences,69, 161-170
- 澤田将行, 飯田順三, 根来秀樹他(2006):注意欠陥/多動性障害(AD/HD)の衝動性と mismatch negativity(MMN). 精神科治療学,21, 987-991.
- Sawada M, Ota T, Iida J, et al. (2010): Effects of osmotic-release methylphenidate in attention-deficit/hyperactivity disorder as measured by event-related potentials. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 64, 491-498
- 浦谷光裕, 岩坂英巳, 太田豊作他(2016):ソーシャルスキルトレーニング前後の注意欠如・多動症の事象関連電位. 児童青年精神医学とその近接領域,57, 438-44
- 若林慎一郎(編)(1983):児童期の精神科臨床. 東京, 金剛出版.
- Yamamuro K, Ota T, Iida J, et al. (2016): Event-Related Potentials Correlates with the Severity of Child and Adolescent Patients with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Neuropsychobiology, 73, 131-138.
- Yamamuro K, Ota T, Iida J, et al. (2016): Event-related potentials reflect the efficacy of pharmaceutical treatments in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. Psychiatry Research, 242, 288-294.