

200/0335

厚生労働科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

精神疾患治療ガイドラインの策定に関する研究

平成13年度

総括・分担研究報告書

平成14（2002）年3月

主任研究者 鹿島 晴雄

平成13年度厚生科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

精神疾患治療ガイドラインの策定に関する研究

目次

I. 総括研究報告

精神疾患治療ガイドラインの策定に関する研究……………1

鹿島 晴雄 (慶應義塾大学医学部)

II. 分担・協力研究報告

1. 精神分裂病の治療ガイドライン策定に関する研究……………4

樋口 輝彦 (国立精神・神経センター国府台病院)

中込 和幸 (昭和大学医学部)

2. 気分障害の治療ガイドライン策定に関する研究……………6

大野 裕 (慶應義塾大学医学部)

3. 電気けいれん療法のガイドライン策定に関する研究……………21

本橋 伸高 (国立精神・神経センター武蔵病院)

栗田 圭一 (東北大学医学部)

4. 臨床心理技術者の資格のあり方に関する研究……………23

鈴木二郎 (山王病院)

精神疾患治療ガイドラインの策定に関する研究

主任研究者	鹿島 晴雄	(慶應義塾大学医学部)
分担研究者	樋口 輝彦	(国立精神・神経センター国府台病院)
	鈴木 二郎	(山王病院)
	大野 裕	(慶應義塾大学医学部)
	本橋 伸高	(国立精神・神経センター武蔵病院)
	栗田 主一	(東北大学医学部)
	中込 和幸	(昭和大学医学部)

研究要旨

精神疾患の治療法の進歩はめざましく、多様な治療法が生まれているが、また治療法の不統一という問題も生じ、近年、精神科治療ガイドラインの必要性がいわれている。これまでに主にevidence-basedなガイドラインが作成されてきたが、厳密な研究に基づいてはいるが、反面必ずしも実際の臨床にはそぐわない部分も多い。こうした点を受け、米国ではエキスパートコンセンサスガイドラインの必要性が指摘され、実際にいくつか作成されているが、我が国にはまだそうしたものは存在しない。そこで本研究では、まず2大精神障害である精神分裂病と気分障害についての治療ガイドラインを作成する。また電気けいれん療法は重要な身体療法であるが、種々の意見もあり、精神科の治療法の中では、特に早急に治療ガイドラインが望まれるものの一つである。今回の研究では、電気けいれん療法の手法に関する推奨マニュアルの作成も目指す。また「臨床心理技術者の資格のあり方に関する研究」の成果に沿い、臨床心理技術者の資格のあり方に関する研究をする。

A 研究目的

本研究では、まず2大精神障害である精神分裂病と気分障害についてのガイドラインを策定する。また、薬物以外の身体療法のひとつとして、電気けいれん療法がある。電気けいれん療法に関しては種々の意見があり、また誤解もあるが、症状によっては有効な治療法であることも確かであり、特に他の治療法が奏功しない場合には非常に重要な治療方法がある。したがって、精神科の治療法の中では、特に早急に治療ガイドラインが望まれるものの一つである。今回の研究では、この電気けいれん療法の手法に関する推奨マニュアルの作成を目指す。以上、本研究では精神分裂病、気分障害についての治療ガイドライン、及び電気けいれん療法の手法に関する推奨マニュアルの三つを策定する。これらが作成され普及されれば、精神医療全体の質の向上に寄与するだけでなく、今後

より良い治療法の開発へのステップとなることが期待される。また厚生科学研究障害保健福祉総合研究事業「臨床心理技術者の資格のあり方に関する研究」の成果に沿い、臨床心理技術者の資格のあり方に関する研究をする。

B 研究方法

研究方法は、研究班を組織して、分裂病のガイドライン作成（分担研究1）、うつ病に関するガイドライン作成（分担研究2）、電気けいれん療法のガイドライン作成（分担研究3）、のための基礎的準備を行うとともに、臨床心理技術者の資格のあり方に関する研究（分担研究4）を行った。以下に具体的な実施経過を示す。

（分担研究1）樋口輝彦分担研究者を中心とした研究グループ（以下樋口研究班とする）では、まず米国で作成されたエキスパート・コンセン

サス・ガイドラインの基となったアンケート調査項目を参考に、とりあえず約100項目の質問項目（薬物治療に関する項目；33項目、心理社会的治療に関する項目；65項目）を作成した。これを研究協力者に送付し、不適切な項目および不足している項目の指摘を得た。これらの指摘を基に修正したものを再度研究協力者に送付し、パイロット的に全項目への回答と問題点のリストを回収した。そして最終的に薬物療法に関する質問項目23項目、心理社会的治療に関する質問項目19項目、合計42項目から成るアンケート用紙を作成した。日本精神神経学会評議員を対象にアンケート用紙の送付し、回収中である。

（分担研究2）大野裕分担研究者を中心とした研究グループ（以下大野研究班）では、米国の精神科治療ガイドラインの一つであるエキスパート・コンセンサス・ガイドライン作成に用いられたエキスパート・コンセンサス法を使って、アンケートの作成が行われた。その方法においては、まず第1段階で、問題点の整理、第2段階で質問票の作成、第3段階でエキスパートの選択、第4段階でデータの収集と結果の分析、第5段階でガイドラインの作成、と進むが、平成13年度においては第1段階の問題点の整理と、第2段階の質問票の作成を行い、さらに日本精神神経学会の評議員ら500名を対象に予備的な調査を行ない、質問票の改善すべき点を検討した。現在、この改善した質問票を日本精神神経学会評議員を対象にアンケート用紙の送付し、回収した結果を分析した。

（分担研究3）本橋伸高分担研究者を中心とした研究グループ（以下本橋研究班）では、本年度は欧米のガイドラインを検討することで、わが国のガイドライン作成の参考資料とした。特に米国精神医学会が2001年に発表したECTに関するタスクフォースリポートは重要であるため、これを翻訳し「ECT実践ガイド」として刊行を予定している。

（分担研究4）鈴木二郎分担研究者を中心とした研究グループ（以下鈴木研究班）では、本年度第1回会議の決定により、アンケート調査を実施することになった。調査用紙作成のため、5人のワーキンググループが構成された。本グループは3回会合を開き、調査用紙を構成し、全班員に送付して意見を求め、また1人の班員の下で、試行した上で最終案を決定した。その上で、各班員に30通ずつ、配布し、各員の周辺の心理技術者、医師等に記入を依頼した。その結果は、坂野班員の教室に集計を依頼した。即全回答がそろえるのは困難であったため、逐次集計された。その結果は第2回会議で報告検討

された。しかしまた基本的問題が出されたため、第3回目の会議が開かれ、アンケートの最終報告がされた上で、臨床心理業務と医行為の関係が論議された。また国家資格の要件、あるいはそのためのカリキュラムも検討された。そこでは、最終報告書の主要部分の原案に基づいて検討が行われた。

C 研究結果

本年度の研究成果は次のとおりである。

樋口研究班では、精神分裂病の治療ガイドラインのひとつであるコンセンサス・ガイドラインを作成する目的で、初年度である平成13年度においては、その基礎資料となるアンケートの質問項目を検討し、薬物療法に関する質問項目23項目、心理社会的治療に関する質問項目19項目、合計42項目から成るアンケート用紙を作成した。現在、日本精神神経学会評議員を対象にアンケート用紙の送付を開始したところである。

大野研究班では、以下の「研究の実施経過」で述べるような方法により、うつ病治療のガイドラインを作成する目的で、計26問から構成される質問表を作成し、日本精神神経学会評議員150名に対して最も望ましい治療方法についての解答の記入と、質問紙自体の問題点について指摘してもらうように依頼した。その結果、55人の評議員から回答が寄せられ、おおむね妥当な質問の構成であることが示された。

本橋研究班では、わが国のECT (electroconvulsive therapy, ECT) ガイドラインを作成する際の参考として、欧米で発表されているECTのガイドラインを検討し、米国精神医学会が2001年に発表したECTに関するタスクフォースリポートを翻訳した。その結果、わが国のECTガイドラインを作成するに際し、修正型ECTを標準化し、治療器も短パルス矩形波のものに変更する必要があるとされた。

鈴木研究班では、臨床心理技術者の国家資格化は喫緊の必要性があるとの意見の一致をみた。また臨床心理技術者の業務として a) 臨床インテーク、心理相談、援助業務、b) 心理査定、c) 心理療法が挙げられた。また、臨床心理業務と医行為の関係及び業務現場の実状についても検討し、さらに国家資格化の方向性についての意見がまとめられた。

D 考察

樋口班では、精神分裂病治療のガイドライン作成のためのアンケートを米国で作成された質問項目を参考に作成したが、両国間の治療薬や心理社会的治療法の違いにより、わが国の実態に合わせる必要が生じた。また実施上の問題から更に短縮版

を作成して、今後のアンケートに用いることとした。

大野班では、今後の調査対象者（うつ病の治療の専門家（エキスパート））の選択について以下の基準を検討した。①講座担当者会議によるうつ病治療ガイドライン作成に携わった専門家、②世界保健機関との共同によるプライマリケア医に対するうつ病治療のガイドライン作成に取り組んでいる専門家、③治療アルゴリズム作成に参加している専門家、④その他（日本精神神経学会の治療ガイドライン作成に取り組んでいる専門家、等）。また調査施行に当たっては、調査の趣旨を十分に説明し、協力率を高めるように努力し、最終的には、専門家の結果を解析し、昨年度の結果も参照しながら、わが国で適切と考えられるうつ病性障害を治療するためのガイドラインを作成するとされた。

本橋班ではわが国の精神科臨床においてははまだ修正型の ECT が原則化されておらず、また施設基準や教育プログラムも検討されていないことが課題であることが明らかとなった。

鈴木班において議論されたのは主に次の 4 点であった。1、臨床心理技術者の国家資格を、横断的な広範なものにするか、医療等の限定されたものにするか。2、臨床心理業務と医行為の関係。3、医師の指示と指導。4、国家資格試験受験資格について。

E 結論

樋口班と大野班で得られつつあるアンケート結果は、わが国の精神分裂病とうつ病に関するコンセンサス・ガイドラインを作成する上での基礎資料となる。

本橋班では代表的な米国精神医学会の最新版ガイドラインを翻訳した。鈴木班では、臨床心理技術者の国家資格を、医療・保健のお分野で、医療保健心理士として名称独占の形で提案することとなった。

－精神疾患治療ガイドラインの策定等に関する研究－

精神分裂病治療のガイドライン作成

分担研究者 樋口 輝彦 国立精神・神経センター国府台病院 院長

研究要旨：精神分裂病の治療ガイドラインのひとつであるコンセンサス・ガイドラインを作成する目的で、初年度である平成13年度においては、その基礎資料となるアンケートの質問項目を検討し、薬物療法に関する質問項目23項目、心理社会的治療に関する質問項目19項目、合計42項目から成るアンケート用紙を作成した。現在、日本精神神経学会評議員を対象にアンケート用紙の送付を開始したところである。

分担研究者：

中込 和幸 昭和大学医学部精神医学教室
助教授

研究協力者：

池淵 恵美 帝京大学医学部精神医学教室
教授

早川 達郎 国立精神・神経センター国府台
病院 精神科 医長

武田 俊彦 慈圭病院 精神科 医師

水野 雅文 慶應義塾大学医学部精神医学
教室 精神科 助手

アンケート調査を行うものである。

B. 研究方法

米国で作成されたエキスパート・コンセンサス・ガイドラインの基となったアンケート調査項目を参考に、とりあえず約100項目の質問項目（薬物療法に関する項目；33項目、心理社会的治療に関する項目；65項目）を作成した。これを研究協力者に送付し、不適切な項目および不足している項目の指摘を得た。これらの指摘を基に修正したものを再度研究協力者に送付し、パイロット的に全項目への回答と問題点のリストを回収した。

A. 研究目的

精神疾患の治療法の進歩はめざましく多様な治療法が生まれているが、同時に多様さは治療者や施設による治療法の不統一という問題も生じさせている。そのため治療ガイドラインあるいは治療アルゴリズムの必要性が叫ばれ、米国を中心としていわゆる evidence-based のガイドラインあるいはアルゴリズムが作成され、翻訳もされてきた。しかし、これらは主として薬物療法に関するものであり、厳密な研究に基づいてはいるが、必ずしも実際の臨床にはそぐわない部分も多く、臨床の実際に則した expert consensus ガイドラインの必要性が指摘されている。本研究はわが国の実情を反映した精神分裂病に関する expert consensus ガイドラインを策定する目的で、ア

C. 研究結果

最終的には42項目からなる質問紙（別添）を完成し、これを日本精神神経学会評議員149名に送付した。現在、回収中である。

D. 考察

アンケートの質問項目は米国で作成された質問項目を参考に作成したが、両国の間には治療薬あるいは心理・社会的治療法に違いがあるため、その部分についてはわが国の実態に合わせる必要があった。これに加えて更に必要な情報を得るための質問項目を追加し、合計100項目の質問項目を作成した。しかし、実際にこのアンケートを研究分担者および協力者に実施してもらった結果、膨大な時間を要し、とても高い回収率は望めないことが判明した。そこで、薬物療法につい

ては10項目を減じ、また心理社会的治療については維持期のみを対象に19項目の質問に限ることとし、合計42項目のアンケート用紙が完成した。

E. 結論

本アンケートはコンセンサス・ガイドラインを作成するための基礎資料となる。回収したアンケートは目標の回収率に達した段階で統計処理を行い、コンセンサスが得られた事項の整理を始める予定である。

F. なし

G. なし

平成13年度厚生科学研究費補助金補助金（障害保健福祉総合研究事業）

精神疾患治療ガイドラインの策定等に関する研究

分担研究報告書

うつ病のコンセンサス・ガイドライン作成

分担研究者 大野 裕 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室

研究協力者 栗田主一 東北大学

鹿島晴雄 慶應義塾大学

神庭重信 山梨医科大学

坂元 薫 東京女子医科大学

佐藤光源 東北福祉大学

中川敦夫 桜ヶ丘記念病院

西村由貴 科学警察研究所

樋口輝彦 国立精神・神経センター国府台病院

本橋伸高 国立精神・神経センター武蔵病院

研究要旨：米国で開発されたエキスパート・コンセンサス・ガイドラインは、臨床試験の知見と日常的な経験とのこうしたギャップを埋めながらよりよい治療方針を立てるためのガイドを提供する目的で、困難な治療の局面における専門家の判断を実証的に調査して開発されたものである。そうした理解にたつて、我々も、ある特定の状況ですぐれた専門家（エキスパート）が行う治療を数量的に評価し、日常臨床に役立つような治療ガイドラインの作成への取り組みを行うことにした。我々は、日本精神神経学会の評議員149人に対して、最も望ましい治療法についての回答の記入と、質問紙自体の問題点について指摘してもらうように依頼し、55人の評議員から回答が寄せられた。その結果、①うつ病のタイプによって治療法に大きな違いは認められなかった。②生物学的治療、心理的治療、社会的治療（環境調整）がともに高く評価された。③薬物療法では、基本的に多剤併用は支持されず、抗うつ薬単独療法が高く評価され、抗うつ薬・抗不安薬併用療法がそれに続いた。ただし、幻覚妄想を伴う重症の大うつ病性障害の薬物療法では抗うつ薬と抗精神病薬の併用療法が高く評価された。④抗うつ薬の種類としては、SSRIとSNRIがきわめて高く評価され、ついで三環系抗うつ薬、さらに四環系抗うつ薬がそれに続いた。⑤精神療法の種類に関しては、支持的精神療法に続いて認知（行動）療法、対人関係療法が評価された。精神分析的な精神療法はほとんど評価が得られなかった。⑥電気けいれん療法の評価は分かれた。

A. 研究の目的

最近、医学の各分野でエビデンスに基づく医学 evidence based medicine (EBM) が強調されるようになってきている。これほどまでに EBM が強調されるのは、精神療法はもちろん薬物療法にしてもこれまで、治療選択が一人の医師の経験やカンに左右されることがあまりに多すぎたためであろう。これでは治療成績が医師の資質の影響を受けすぎるし、危険でさえある。その意味では、いわゆる科学的根拠に基づいた治療法を把握しながら治療に当たる必要があることは言うまでもない。

しかし、これまで行われてきた治療効果に関する研究成果（エビデンス）と現実の臨床実践の間に開きがあるのも事実である。研究者があまりに科学的で客観的であろうとしすぎると臨床の現実から離れていってしまうという危険をはらんでいる。とくに、私たち臨床家が判断に迷うような困難な状況ではその危険性が高くなる。

これも最近、臨床試験で認められた efficacy（効力）だけでなく、現実の臨床場面で認められた effectiveness（有効性）およびそのために必要な条件を評価した efficiency を考慮に入れることが重要であると指摘されている。臨床試験では、あるひとつの治療法の効果を実証しようとするためには、対象や治療場面、治療技法をきびしく限定しなくてはならない。二つの治療法の効果を比較検討するためには、治療経過に影響を与える可能性のある要因を可能な限り排除して、通常臨床場面とは異なる「純粋な」環境を作り出さなくてはならない。その上で、薬物療法であっても精神療法であっても、細かく規定されたマニュアルに沿って治療を進めていく必要がある。

こうした研究の結果として efficacy が明らかにされるが、実際の臨床ではそうした「純粋な」

患者を「純粋な」アプローチで治療できることはほとんどない。現実にはいろいろな要素が様々に影響しあう複雑な環境のなかで治療をしていくしかなく、治療ガイドラインが必要となるような困難な治療の局面はとくにそうである。そして、こうした治療状況では「純粋な」治療状況では劣るとされていた治療法がすぐれた効果を現すことが珍しくない。また、薬物療法であっても、治療者の考え方やアプローチの仕方によってその効果に違いが生じてくる可能性がある。しかも、統計的手法によって劣るとされた治療法であっても、改善した例は確実に存在している。さらに、現実の治療を効果的に行うためには、経済的な要因や受診のための地理的条件などを考慮に入れることも重要になる。臨床的には、こうした多様な要因まで評価した effectiveness や efficiency を重視する必要があるのである。

米国で開発されたエキスパート・コンセンサス・ガイドラインは、臨床試験の知見と日常的な経験とのこうしたギャップを埋めながらよりよい治療方針を立てるためのガイドを提供する目的で、困難な治療の局面における専門家の判断を実証的に調査して開発されたものである。その基本的な発想は、私たちが臨床で出会って困るような状況ですぐれた専門家がどのような判断を下すかを客観的な形で提示する点にあった。私たちは臨床を通して患者さんから教わることが何よりも大切だということを繰り返し教えられてきたし、たしかにそうだと実感もしている。しかし、すぐれた先輩に教わることがそれと同じくらいに大切だということも明らかだ。私自身も、幸いなことに、大学病院でも研修病院でも、そして留学先でもすばらしい先輩や仲間に出会っていろいろなことを教わってきた。また、若干の経験を積んだ今でも困った状況に

出会うことは多く、そうしたときにはまわりの人たちとの議論や意見に助けられている。

しかし、そうしたことがいつも可能だとは限らない。そのようなときに、ある特定の状況ですぐれた専門家がどのように判断し対処しているかを知ることが興味があるし、臨床の手助けにもなる。その点で、治療状況を中心に質問を組み立て、その結果をもとにガイドラインを作成するという本シリーズの構成はきわめて臨床的である。広く使われている米国精神医学会の『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル』（日本語版は医学書院発刊）でもそうだが、診断基準やガイドラインは、その使い方によってはもちろん私たちの臨床活動が型にはまった硬直したものになってしまう危険性がある。しかし、その一方で、他の専門家の意見を知ることが、臨床場面での私たちの視野を広げるものにもなる。

そうした理解にたつて、我々も、ある特定の状況ですぐれた専門家（エキスパート）が行う治療を数量的に評価し、日常臨床に役立つような治療ガイドラインの作成への取り組みを行うことにした。

（参考資料）

エキスパートコンセンサスガイドラインシリーズ

精神分裂病と双極性障害の治療（大野裕訳：ライフサイエンス）

精神分裂病の治療 1999（大野裕訳：ライフサイエンス）

痴呆性老人における焦燥の治療（大野裕訳：ライフサイエンス）

精神科救急治療（大野裕訳：アルタ出版）

B. 研究方法

対象

日本精神神経学会の評議員149人に対して、最も望ましい治療法についての回答の記入と、質問紙自体の問題点について指摘してもらうよ

うに依頼し、55人の評議員から回答が寄せられた。

ちなみに米国では、以下のような選択基準によって専門家を選択している；①DSM-IV 作成委員会の対象疾患のセクションの委員、②対象疾患に関する何らかの診療ガイドラインの作成メンバー、③対象疾患に関する研究を最近発表している研究者、④対象疾患に関する最新の研究に対して米国国家または業界から助成金を受けた研究者（Frances A, Kahn DA, Carpenter D, Ross R, Docherty JP: The Expert Consensus Practice Guideline Project: a new method of establishing best practice. Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health 1996; 5:295-306）。

研究の実施経過

本研究は、米国の精神科治療ガイドラインの一つであるエキスパート・コンセンサス・ガイドライン作成に用いられたエキスパート・コンセンサス法を使って、わが国におけるうつ病性障害の治療ガイドラインを作成する目的で、エキスパートの意見を集約した。

エキスパート・コンセンサス法は、第1段階：問題点の整理、第2段階：質問票の作成、第3段階：エキスパートの選択、第4段階：データの収集と結果の解析、第5段階：ガイドラインの作成、という5段階のステップを踏むが、本年度は第1段階の問題点の整理と、第2段階の質問票の作成を行い、さらに日本精神医学会の評議員を対象に予備的な調査を行い、質問票の改善すべき点を検討した。

まず、第1段階の問題点の整理の段階では、米国の女性のうつ病に関するエキスパート・コンセンサス・ガイドラインの内容や、種々の治療ガイドラインの内容、さらにはうつ病治療ガ

イドライン作成に関する先行研究、教科書、等
を子細に検討し、問題になる臨床場面を選び出
し、それに対して行われる可能性のある治療法
を選び出す作業を行った。

その上で、第2段階の質問票を作成する段階
に入ったが、最終的な設問は前述の「研究結果
の概要」で述べた項目に沿ったものとなったが、
その際にできる限り具体的な場面を想定するこ
とにした。

次に各質問に対して、エキスパートは、次の
ような9段階評価法で答えるが、その際に「こ
の評価を行なう際、費用を考慮に入れず、また
先生が勤務されている施設で実施可能かどうか
を判断にいかずに、望ましい治療法かどうかに
ついてご検討下さい。」と記載して、将来の治療
選択に利用できるような理想的と考えられる治
療法が選ばれるようにした。

9段階評価は以下のようになる。

- 1：不適切、自分なら決して行なわない
- 2：通常不適切、自分なら減多に行なわない
- 3：やや不適切、三次選択くらい
- 4：どちらともいえない、二次選択に使う事がある
- 5：どちらともいえない、1次不奏功時二次選択に時に使う
- 6：どちらともいえない、1次不奏功時二次選択に頻繁に使用
- 7：やや適切、1次選択にかなり使う
- 8：ほぼ適切、1次選択にほとんど使う
- 9：極めて適切、最善の治療といえる

次に、こうして作成された質問票を評議員に
配布して、最も望ましい治療法についての回答
の記入と、質問紙自体の問題点について指摘し
てもらおうように依頼し、そこで回収されたデー
タを解析して、さらに改善された質問票を作成
する資料を集めた。

調査票（計26問）の概略

1. 臨床的背景

性別、年齢、職業、精神科医になった年、精神
科医歴、主な勤務先、最近1週間で診察したう
つ病性障害の患者数

2. 大うつ病に至らないうつ病

こうした状態に対する治療方法に関しては、①
治療法の選択（薬物療法、精神療法、環境調整）、
②各種の身体的治療の適切性、③抗うつ薬の選
択、④各種の精神療法の適切性について

3. 大うつ病エピソード

抑うつ症状、意欲の低下、不安焦燥、重症の大
うつ病性障害（精神症状を伴わない）、重症の大
うつ病性障害（精神症状を伴う）

4. 女性のうつ病

妊娠中、出産後、月経前不快気分症状

5. 気分変調性障害

6. その他のうつ病

非定型の特徴を伴ううつ病性障害

7. 薬物増量と変更

薬物を最大容量まで増量するまでの期間、抗う
つ薬の効果が認められない場合の変更の時期、
症状消失後の抗うつ薬投与期間、抗うつ薬の変
更方法

C. 研究結果

本年度は、大うつ病にいたらないうつ病、大
うつ病エピソード気分変調性障害を中心に解析
した。その結果を以下に示す。

1) うつ病のタイプによって治療法に大きな違
いは認められなかった。

ただし、妊娠中のうつ病では精神療法がやや
高く評価された。

2) 生物学的治療、心理的治療、社会的治療（環
境調整）がともに高く評価された。

3) 薬物療法では、基本的に多剤併用は支持されず、抗うつ薬単独療法が高く評価され、抗うつ薬・抗不安薬併用療法がそれに続いた。ただし、幻覚妄想を伴う重症の大うつ病性障害の薬物療法では抗うつ薬と抗精神病薬の併用療法が高く評価された。(資料1)

4) 抗うつ薬の種類としては、SSRIとSNRIがきわめて高く評価され、ついで三環系抗うつ薬、さらに四環系抗うつ薬がそれに続いた。(資料2)

5) 精神療法の種類に関しては、支持的精神療法に続いて認知(行動)療法、対人関係療法が評価された。精神分析的な精神療法はほとんど評価が得られなかった。(資料3)

6) 電気けいれん療法の評価は分かれた
なお、質問紙それ自体に対して若干の内容に関する指摘(*)はあったものの、おおむね妥当な質問の構成であることが示された。

(*) 治療選択薬に気分安定薬を追加すべきである、誤植(精神病症状が精神症状に)

D. 考察

今回の結果から、回答に比較的安定した傾向が認められ、さらにデータを積み重ねることでよりよい治療ガイドラインを作成できる可能性が高いと判断できた。次の段階では、まず今回得られたデータを解析して全体の傾向を検討し、さらに質問紙の信頼性、妥当性を検証するとともに、評議員の意見を取り入れて質問紙を改訂し、それをもとにうつ病の治療の専門家(エキスパート)の意見を集約する。エキスパートの選択は以下の基準で行う。

- ① 講座担当者会議によるうつ病治療ガイドライン作成に携わった専門家
- ② 世界保健機関との共同によるプライマリケア医に対するうつ病治療のガイドライン作成に取

り組んでいる専門家

- ③ 治療アルゴリズム作成に参加している専門家
- ④ その他(日本精神神経学会の治療ガイドライン作成に取り組んでいる専門家、等)

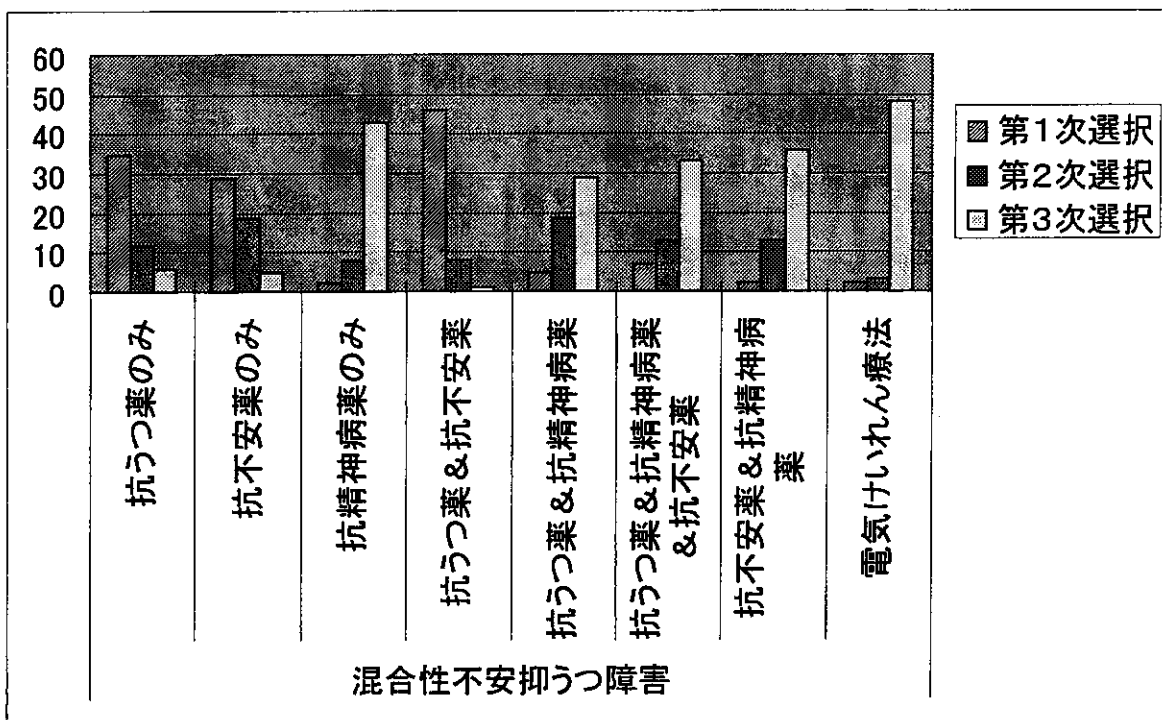
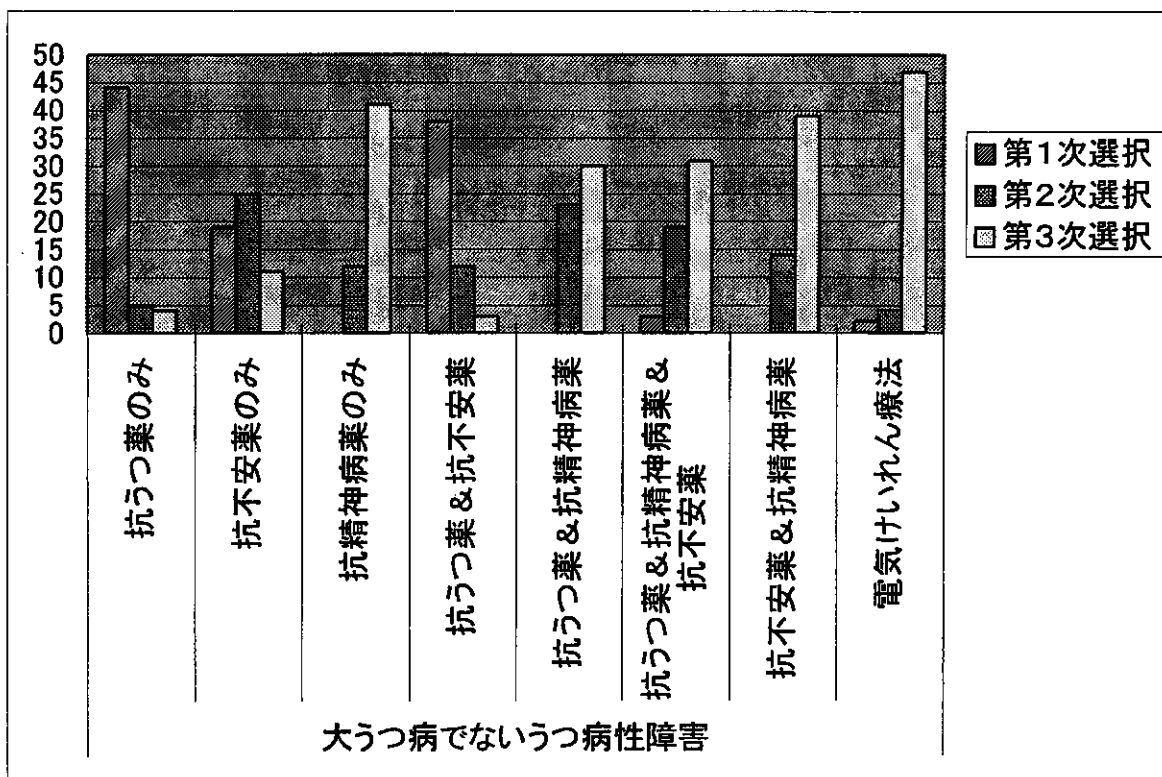
調査施行に当たっては、調査の趣旨を十分に説明し、協力率を高めるように努力する。

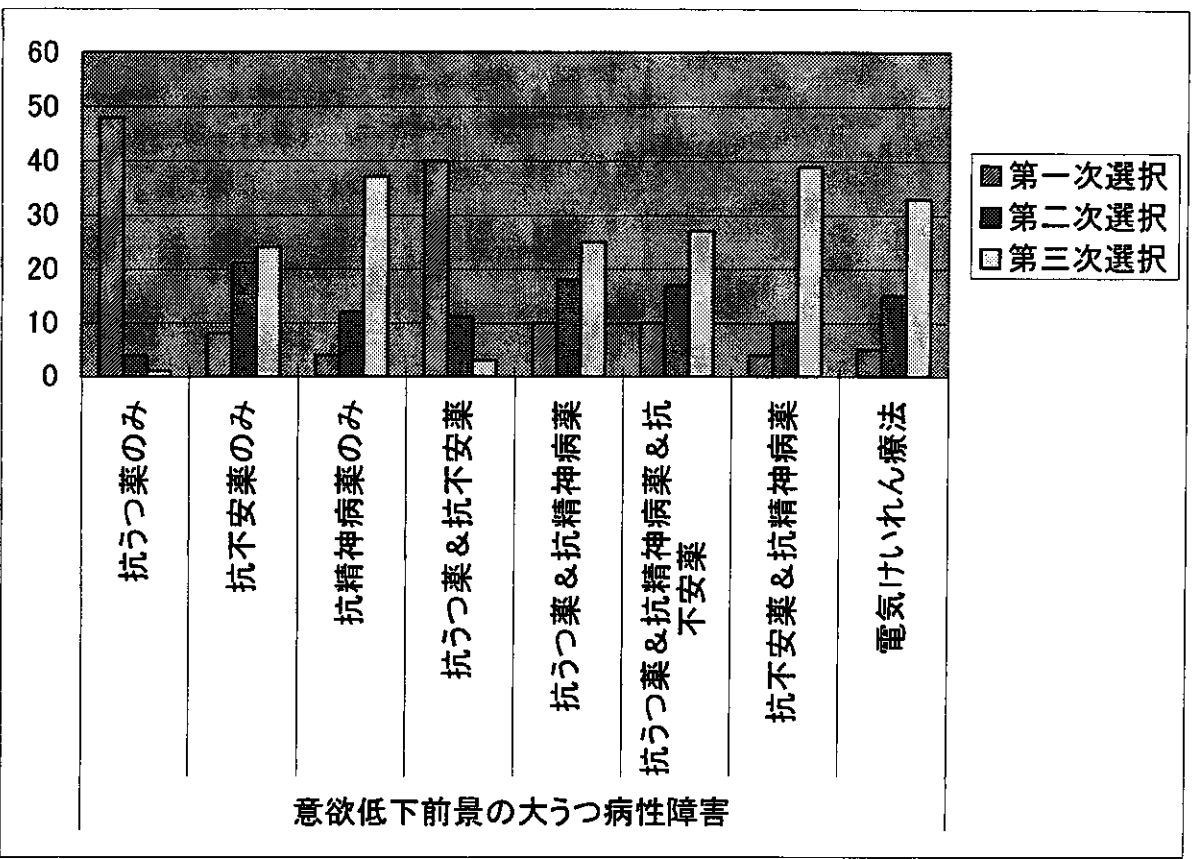
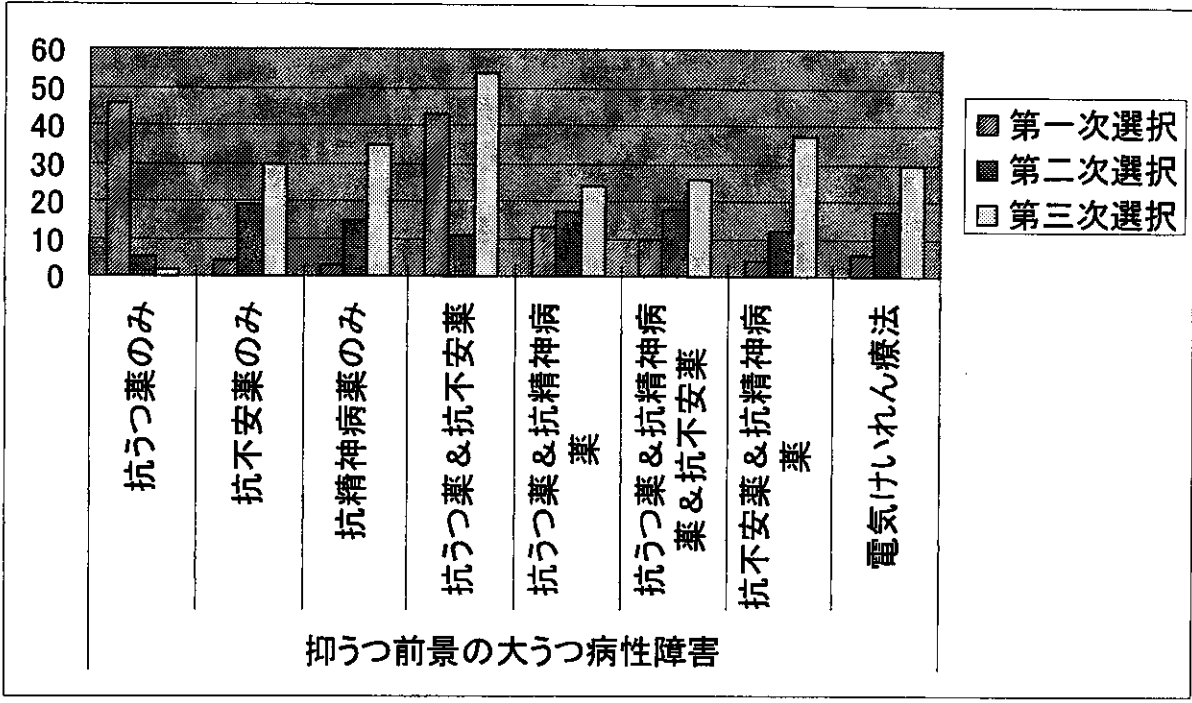
最終的には、専門家の結果を解析し、昨年度の結果も参照しながら、わが国で適切と考えられるうつ病性障害を治療するためのガイドラインを作成する。

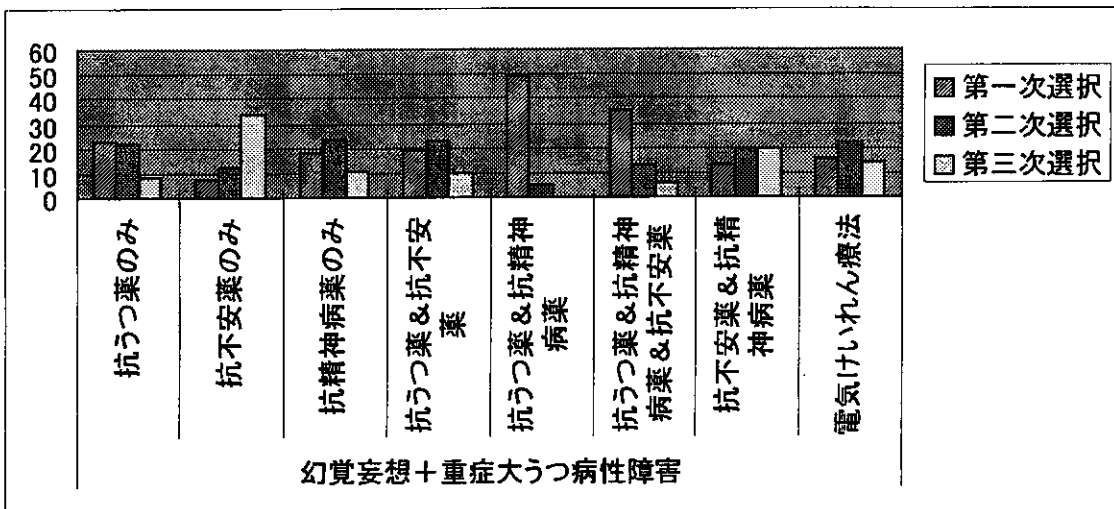
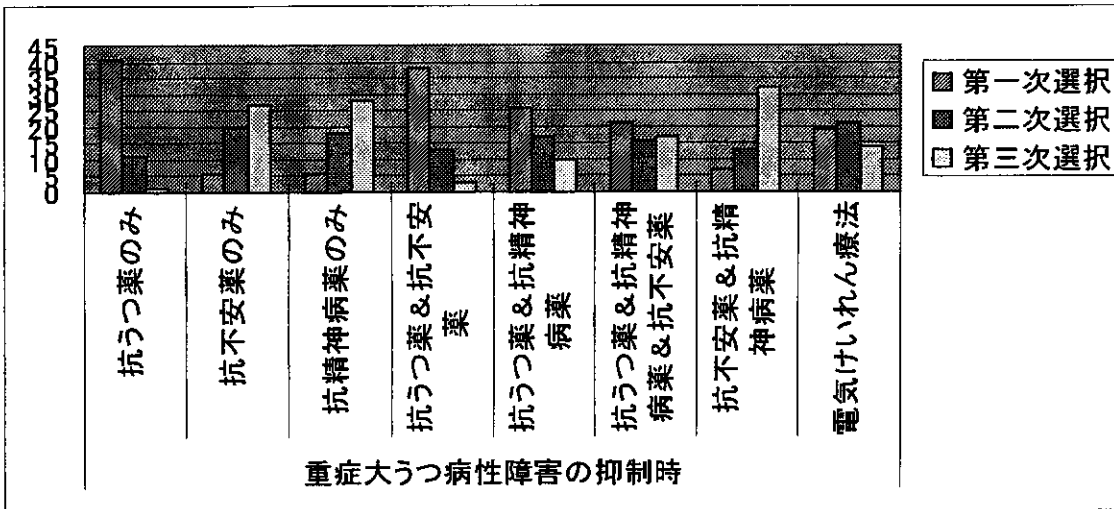
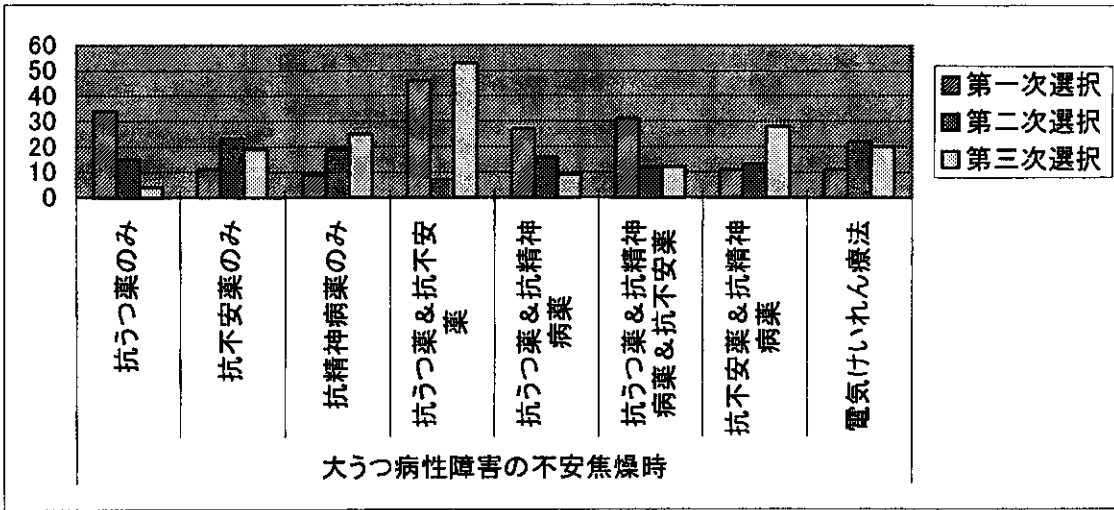
E. 結論

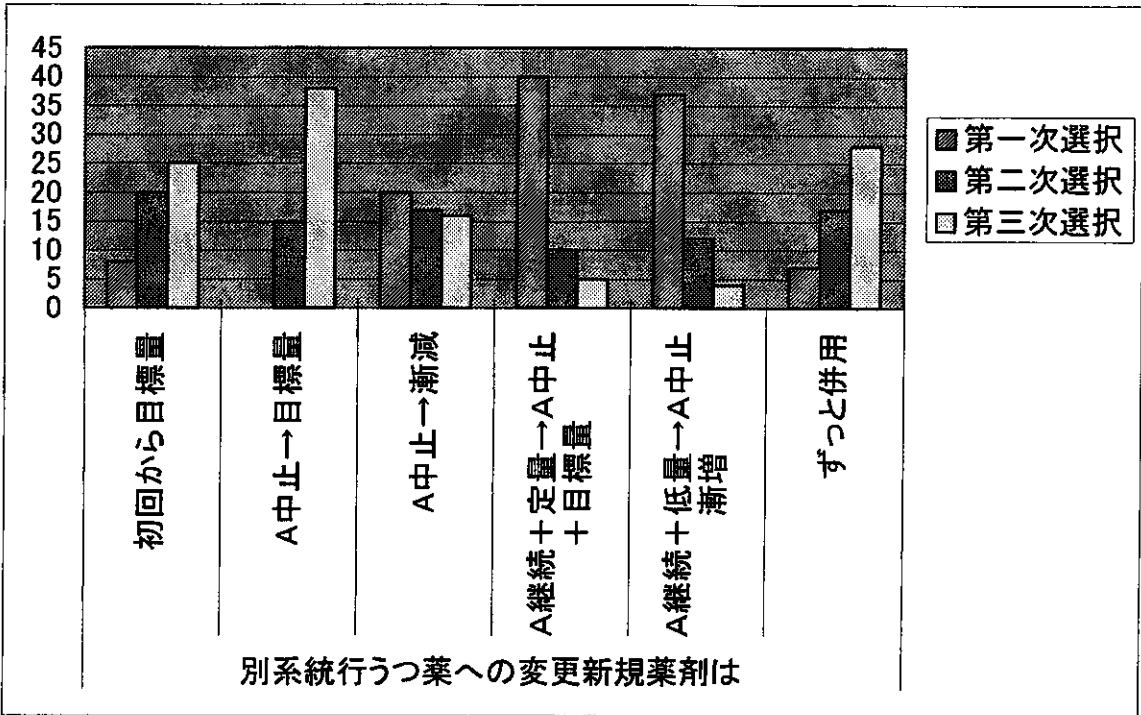
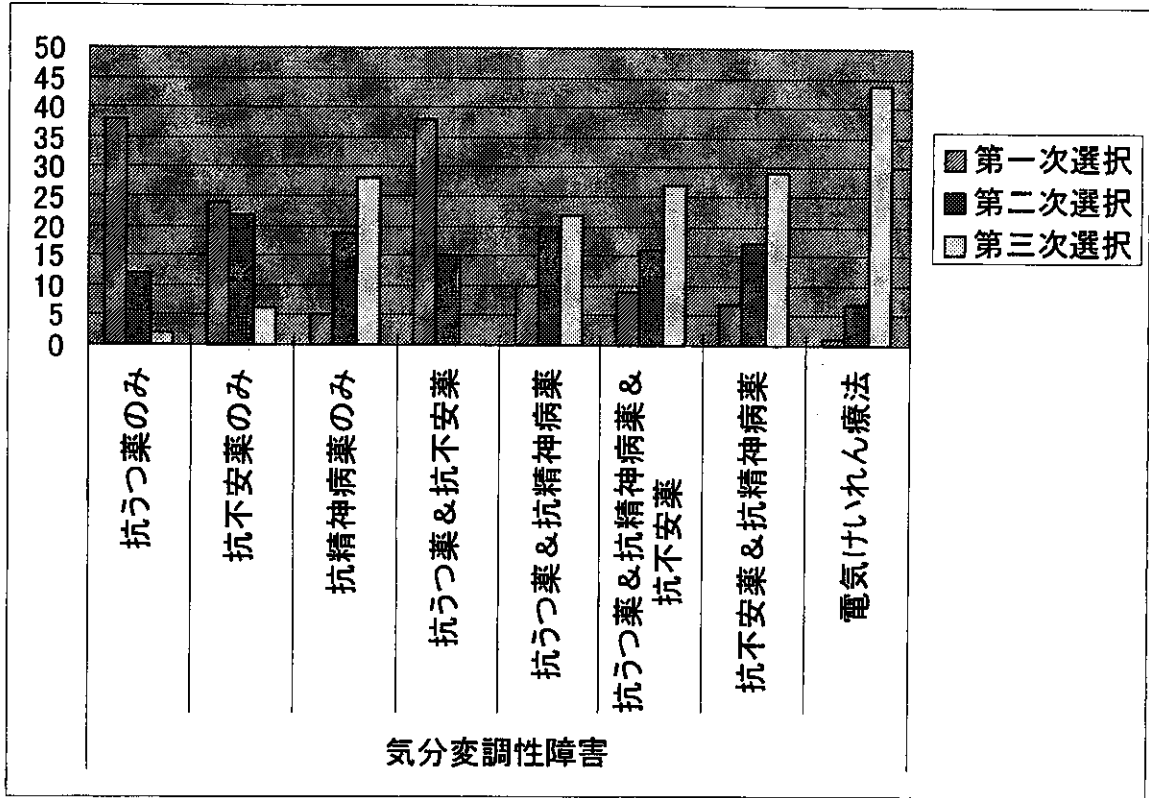
回答に比較的安定した傾向が認められ、さらにデータを積み重ねることでよりよい治療ガイドラインを作成できる可能性が高いと判断できた。

(資料1：薬剤の使用法)

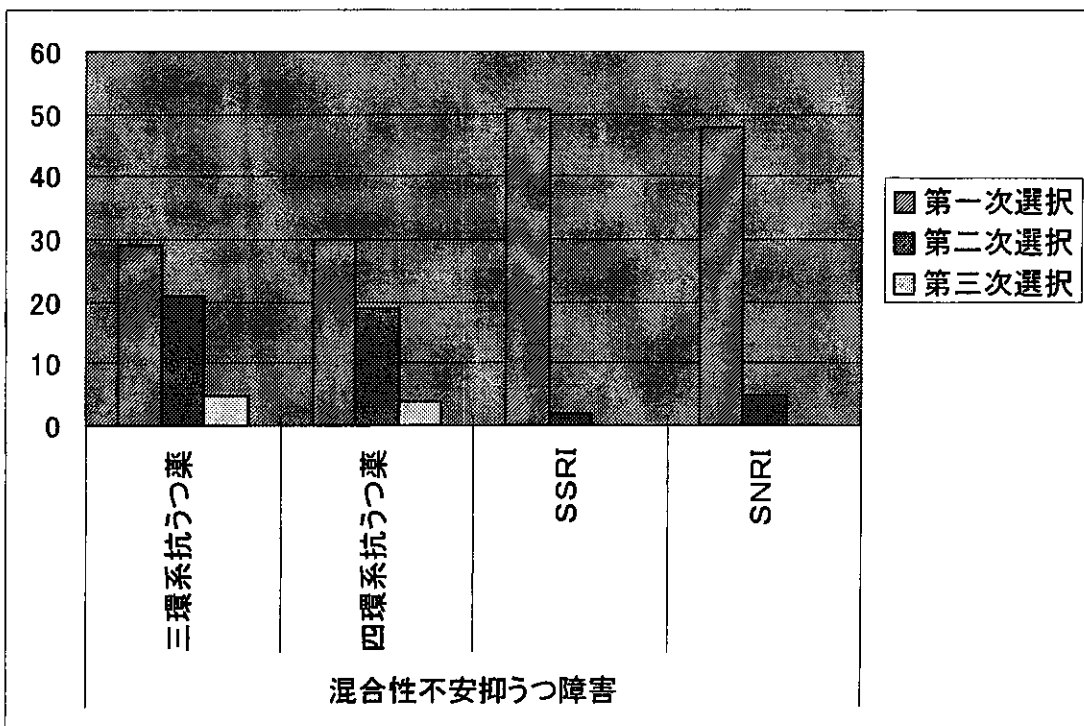
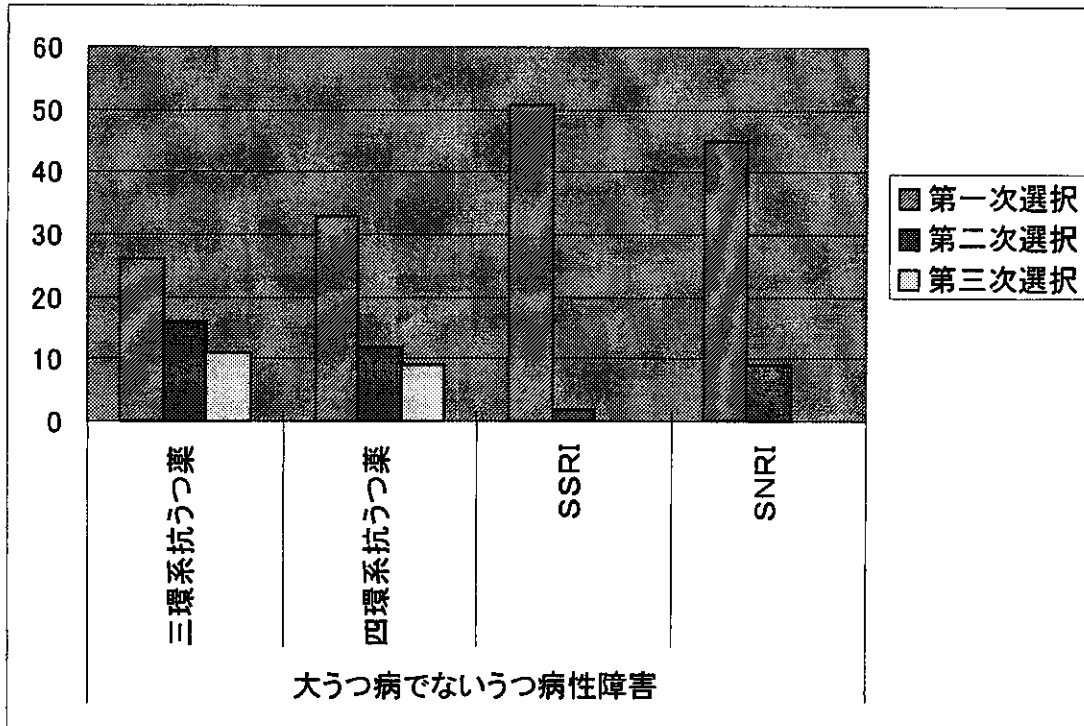


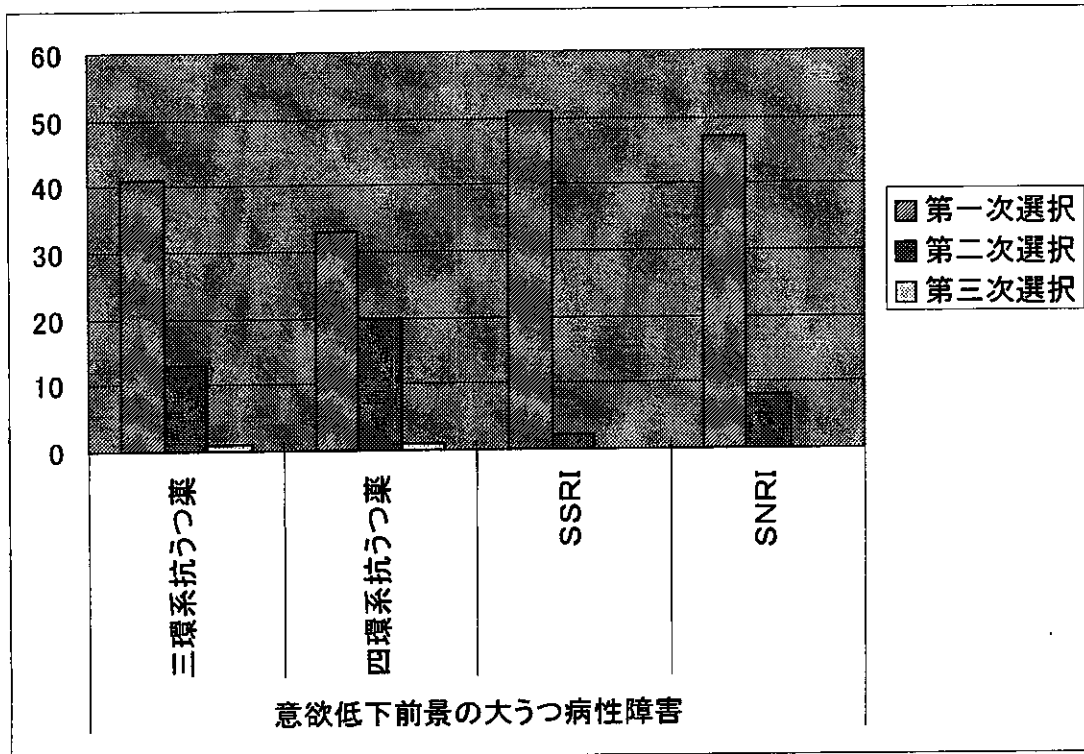
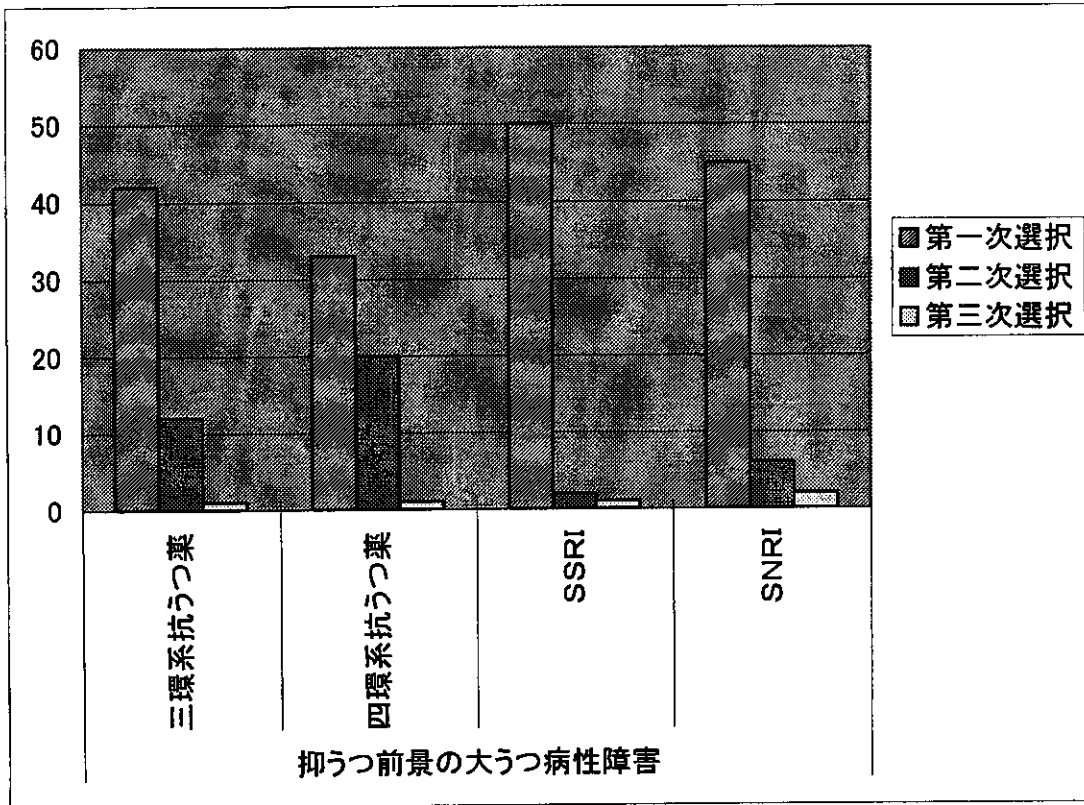


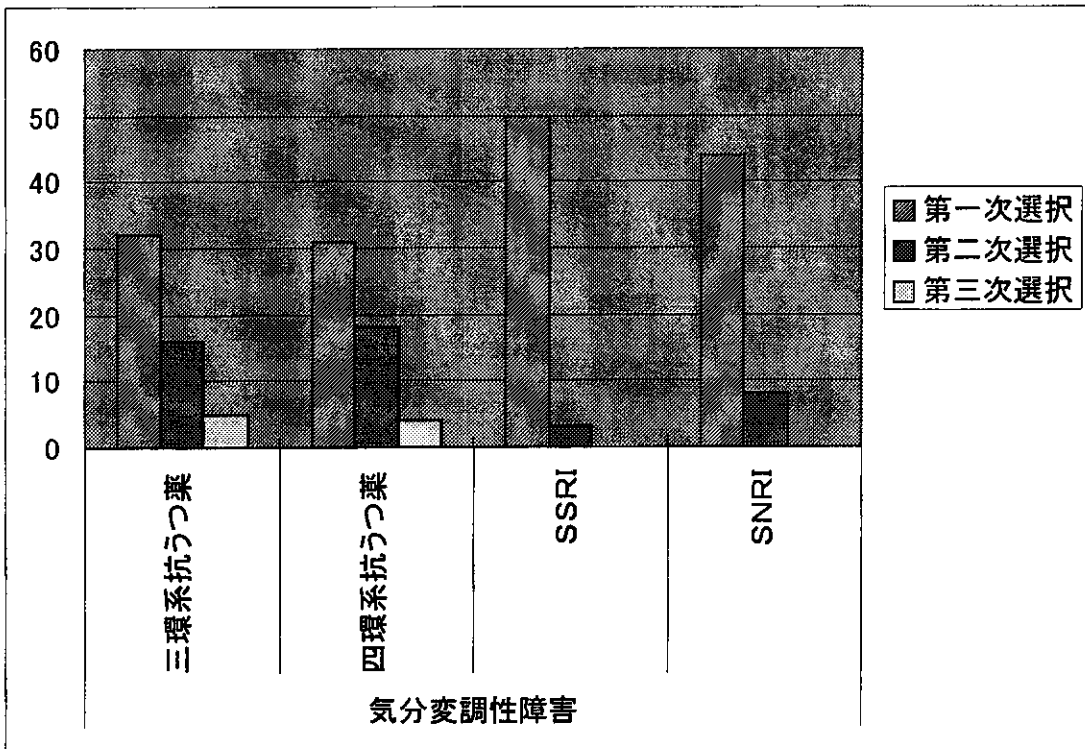
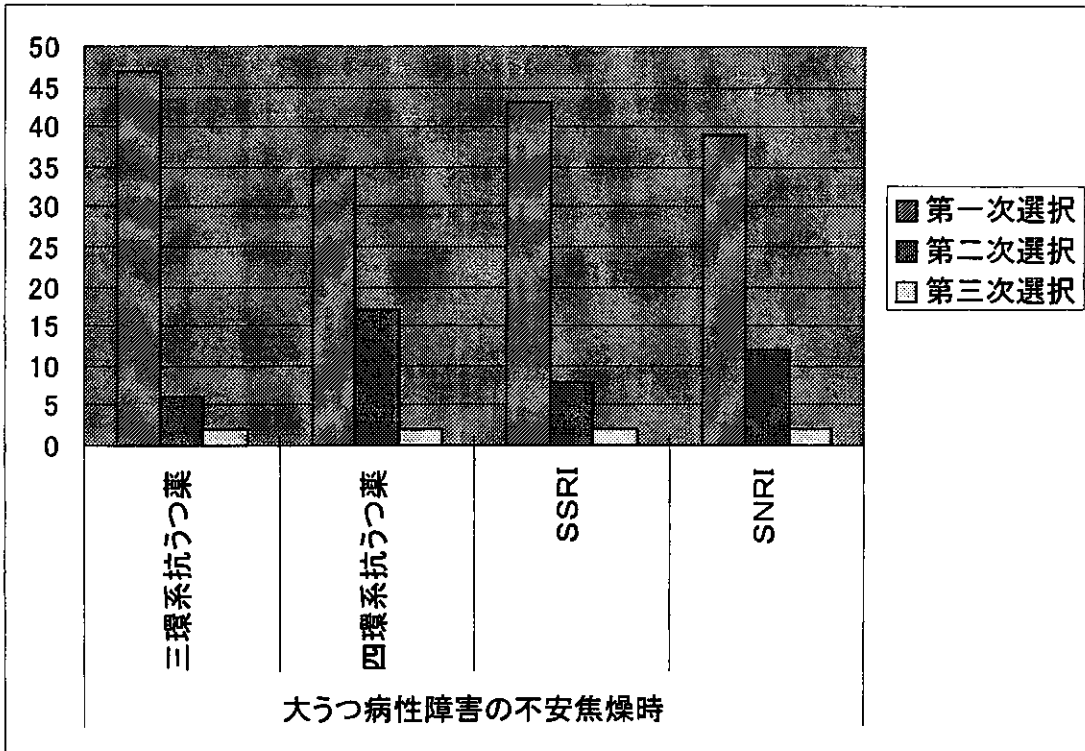




(資料2：薬物療法)







(資料3：精神療法)

