(c) SSRI(例：ルボックス、デプロメール、パキシル：以下同) 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (203)
(d) SNRI(例：トレドミン：以下同) 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (204)

(3) 精神療法の選択について
(a) 認知療法・認知行動療法 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (205)
(b) 対人関係療法 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (206)
(c) 支持的精神療法 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (207)
(d) 精神分析的精神療法 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (208)

＜気分変調性障害＞

Q15 気分変調性障害患者の初診時に、どのような治療法が最も望ましいと思われますか。先生が実際に行われるかどうかは別にして、以下にあげる各治療法の望ましさの程度について、上記の9段階の当てはまる段階で選んで下さい。

(1) 治療法について
(a) 抗うつ薬のみ 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (209)
(b) 抗不安薬のみ 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (210)
(c) 抗精神病薬のみ 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (211)
(d) 抗うつ薬と抗不安薬の併用 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (212)
(e) 抗うつ薬と抗精神病薬の併用 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (213)
(f) 抗うつ薬、抗不安薬、抗精神病薬の併用 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (214)
(g) 抗不安薬、抗精神病薬の併用 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (215)
(h) 電気けいれん療法 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (216)
(i) 環境調整 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (217)

(2) 抗うつ薬の選択について
(a) 三環系抗うつ薬 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (218)
(b) 四環系抗うつ薬 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (219)
(c) SSRI(例：ルボックス、デプロメール、パキシル：以下同) 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (220)
(d) SNRI(例：トレドミン：以下同) 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (221)

(3) 精神療法の選択について
(a) 認知療法・認知行動療法 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (222)
(b) 対人関係療法 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (223)
(c) 支持的精神療法 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (224)
(d) 精神分析的精神療法 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (225)

＜その他のうつ病＞

Q16 気分が動揺しやすく、過眠、過食が見られる非定型の特徴を伴ううつ病性障害患者の初診時に、どのような治療法が最も望ましいと思われますか。先生が実際に行われるかどうかは別にして、以下にあげる各治療法の望ましさの程度について、上記の9段階の当てはまる段階で選んで下さい。

(1) 治療法について
(a) 抗うつ薬のみ 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (226)
(b) 抗不安薬のみ 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (227)

(c) 抗精神病薬のみ 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (228)
(d) 抗うつ薬と抗不安薬の併用 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (229)
(e) 抗うつ薬と抗精神病薬の併用 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (230)
(f) 抗うつ薬、抗不安薬、抗精神病薬の併用 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (231)
(g) 抗不安薬、抗精神病薬の併用 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (232)
(h) 電気けいれん療法 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (233)
(i) 環境調整 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (234)

(2) 抗うつ薬の選択について
(a) 三環系抗うつ薬 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (235)
(b) 四環系抗うつ薬 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (236)
(c) SSRI(例：ルボックス、デプロメール、パキシル：以下同) 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (237)
(d) SNRI(例：トレドミン：以下同) 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (238)

(3) 精神療法の選択について
(a) 認知療法・認知行動療法 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (239)
(b) 対人関係療法 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (240)
(c) 支持的精神療法 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (241)
(d) 精神分析的精神療法 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (242)

＜薬物増量と変更＞

Q17 大うつ病エピソードの患者に対して最初に選択した薬物を最大容量まで増量するまでの期間はどのくらいが適当でしょうか。
＿＿＿＿週 (243) (244)

Q18 適切だと判断した量の抗うつ薬を使用しても効果が認められない場合、開始後どのくらいの期間その抗うつ薬を使用し続けるのが最も望ましいと思われますか。各項目について、上記の9段階の当てはまる段階で選んで下さい。
(a) 2週間以内 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (245)
(b) 2週間から4週間 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (246)
(c) 4週間から8週間 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (247)
(d) 3ケ月以内 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (248)
(e) それ以上 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (249)

Q19 中等度から重症のうつ病性患者に適切だと判断された量の抗うつ薬を使用しても<u>まったく</u>効果が認められない場合、どのように対応するのが最も望ましいと思われますか。各項目について、上記の9段階の当てはまる段階で選んで下さい。
(a) 同じ系統の抗うつ薬に変更する(例：三環系→三環系、SSRI→SSRI) 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (250)
(b) 別の系統の抗うつ薬に変更する(例：三環系→SSRI、SSRI→三環系) 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (251)
(c) 同じ系統の抗うつ薬を追加する 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (252)
(d) 別の系統の抗うつ薬を追加する 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (253)
(e) リチウムを追加する 1−2−3−4−5−6−7−8−9 (254)

(g) 甲状腺末を投与する 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (255)
(h) MAO阻害薬を投与する 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (256)
(i) 抗不安薬を追加する 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (257)
(j) 抗精神病薬を追加する 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (258)
(k) バルプロ酸ナトリウムを追加する 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (259)
(l) カルバマゼピンを追加する 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (260)
(m) 電気けいれん療法を行う 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (261)
(n) 一定時間を決めた精神療法 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (262)

Q20 中等度から重症のうつ病性患者に適切だと判断された量の抗うつ薬を使用しても部分的にしか効果が認められない場合、どのように対応するのが最も望ましいと思われますか。各項目について、上記の9段階の当てはまる段階で選んで下さい。

(a) 同じ系統の抗うつ薬に変更する(例：三環系→三環系、SSRI→SSRI) 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (263)
(b) 別の系統の抗うつ薬に変更する(例：三環系→SSRI、SSRI→三環系) 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (264)
(c) 同じ系統の抗うつ薬を追加する 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (265)
(d) 別の系統の抗うつ薬を追加する 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (266)
(e) リチウムを追加する 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (267)
(g) 甲状腺末を投与する 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (268)
(h) MAO阻害薬を投与する 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (269)
(i) 抗不安薬を追加する 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (270)
(j) 抗精神病薬を追加する 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (271)
(k) バルプロ酸ナトリウムを追加する 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (272)
(l) カルバマゼピンを追加する 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (273)
(m) 電気けいれん療法を行う 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (274)
(n) 一定時間を決めた精神療法 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (275)

Q21 初発の中等度のうつ病性患者に抗うつ薬を投与したところ症状が消失しました。その後、どのくらいの期間抗うつ薬を続けるのが最も望ましいと思われますか。各項目について、上記の9段階の当てはまる段階で選んで下さい。

A 投与量
(a) すぐに中止する 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (276)
(b) 減量後、中止 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (277)
(c) 同量維持後、中止 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (278)
(d) 減量後、継続 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (279)
(e) 同量維持後、継続 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (280)

B 上記の治療維持／継続期間
(a) 2週間以内 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (281)
(b) 1ヶ月以内 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (282)
(c) 3ヶ月以内 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (283)
(d) 半年以内 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (284)
(e) 1年以内 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (285)
(f) それ以上 1－2－3－4－5－6－7－8－9 (286)

Q22 3回目のエピソードの中等度のうつ病性患者に抗うつ薬を投与したところ症状が消失しました。その後、どのくらいの期間抗うつ薬を続けるのが最も望ましいと思われますか。各項目について、上記の9段階の当てはまる段階で選んで下さい。

A 投与量

(a) すぐに中止する	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(287)
(b) 減量後、中止	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(288)
(c) 同量維持後、中止	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(289)
(d) 減量後、継続	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(290)
(e) 同量維持後、継続	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(291)

B 上記の治療維持／継続期間

(a) 2週間以内	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(292)
(b) 1ヶ月以内	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(293)
(c) 3ヶ月以内	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(294)
(d) 半年以内	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(295)
(e) 1年以内	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(296)
(f) それ以上	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(297)

Q23 ある抗うつ薬から別の抗うつ薬に変更する場合、どのような方法をとるのが最も望ましいと思われますか。各項目について、上記の9段階の当てはまる段階で選んで下さい。

A 最初の薬剤

(a) 同量維持—中止	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(298)
(b) 同量維持ー漸減ー中止	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(299)
(c) 漸減ー中止	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(300)
(d) 漸減ー低量維持	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(301)
(e) 中止	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(302)

B 新規に導入する薬剤

(a) Aにかかわらず初回より目標量	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(303)
(b) 最初の薬剤中止後切り替えて目標量	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(304)
(c) 最初の薬剤中止後切り替えて漸増	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(305)
(d) 最初の薬剤継続中低量ーA中止で目標量	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(306)
(e) 最初の薬剤継続中低量ーA中止で漸増	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(307)
(f) とりあえずずっと併用	1−2−3−4−5−6−7−8−9	(308)

ご協力ありがとうございました

電気けいれん療法のガイドライン策定に関する研究

分担研究者　本橋伸高　東京医科歯科大学大学院
栗田主一　東北大学大学院

研究要旨：わが国の電気けいれん療法 electroconvulsive therapy (ECT) を標準化するための研究を行っている。今年度の大きな動きとして、短パルス矩形波（パルス波）治療器が認可されたことがあげられる。これによりわが国の ECT 治療器が欧米に追いつくことになる。また、電気けいれん療法についての講習会が行われるようになった。しかしながら、全身麻酔管理下の ECT を標準化するためには、いくつかの問題点がある。総合病院以外で ECT を行うには、麻酔科医の確保についての検討が必要になる。

研究目的

薬物療法の進展とともに ECT は一般的な治療とは考えられなくなっていた。しかし、薬物治療に抵抗を示す患者や救急対応が必要になる患者が問題となる中で、安全に行うという条件で ECT が再評価されている。わが国でも最近になり、麻酔科医の協力のもとで筋弛緩薬、静脈麻酔薬と十分な酸素投与を用いる修正型 ECT が総合病院を中心に広く行われている(1)。しかしながら、欧米では1970年代からガイドラインが学会を中心に発表され改訂されてきたのに対し(2, 3)、わが国では ECT を標準化する作業がほとんど行われておらず、日本総合病院精神医学会と日本臨床麻酔学会による試案があるだけである(4)。ECT の手技、適応、説明と同意などについてのガイドラインを作成し、有効な治療法である ECT を安全に実施可能とすることが本研究の目的である。

本年度の成果

1. 「米国精神医学会タスクフォースレポート」の翻訳出版

American Psychiatric Association による Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging, 2nd ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2001 を翻訳し、2002年5月に医学書院から出版した(3)。

2. パルス波治療器の認可：2002年6月および12月

パルス波治療器の認可を求める動きは、日本精神神経学会、日本生物学的精神医学会および日本総合病院精神医学会からの要望書などのかたちで推進された。そして、2002年6月に Thymatron DGx がようやく認可された。しかしながら、認可過程で治療器が新型の Thymatron System IV に改良されたため、2002年12月にこの最新型のパルス波治療器が追加で認可された。これによりわが国においてもパルス波治療器が一般臨床で使用可能となった。

3. 電気けいれん療法ガイドライン作成にあたって

うつ病に対する ECT の有効性については、系統的な総説が最近発表された(5)。ECT の推奨事項の検討に際しては、以下の問題点がある。

1) 安全性を高める必要性の強調

麻酔薬と筋弛緩薬なしの ECT（非修正型 ECT）については、1980年代に英国で問題となった(6)。欧米のガイドラインでは非修正型 ECT についての記載はなく、インドでも2002年になりこうした ECT を禁止しようという動きがある(7)。わが国においても全身管理下の ECT（修正型 ECT）を原則化し、パルス波治療器の使用を推奨する。また、わが国では比較的軽視されていた火傷、口腔内損傷の予防のための刺激電極やバイトブロックの使用も推奨する。さらには、インフォームドコンセントの徹底については、義務化する必要がある。

2) 施設基準について

ECT に習熟した精神科医の存在が必要であり、全身管理下の ECT が可能な施設で行うことが推奨される。ここで問題となるのは麻酔担当医の確保であり、総合病院以外では ECT の実施が困難となる。したがって、一定の麻酔科研修を受けた医師による麻酔管理を可能とする必要がある。ちなみに、英国では最低限1年間の麻酔経験が要求されている(2)。

3) 講習

本年度日本総合病院精神医学会ではパルス波治療器

によるECTの講習会が行われた。今後も各学会が共催でECTの講習会を定期的に行う必要がある。

今後の課題

ECTの推奨事項については、次年度までにまとめる予定である。英国では学会の推奨事項に対する査察が行われているものの、現実的にはなかなか守られていないようである(8)。また、米国にあっても、一定の基準を満たしていない施設が多いとされている(9)。したがって、わが国においてもECTの標準化にある程度の時間を要すると考える必要がある。

文献

1. 本橋伸高：ECT マニュアル―科学的精神医学をめざして．医学書院，東京，2000.
2. Royal College of Psychiatrists: The ECT Handbook: The Second Report of the Royal College of Psychiatrists' Special Committee on ECT. Royal College of Psychiatrists, London, 1995.
3. American Psychiatric Association. Task Force on Electroconvulsive Therapy: The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging, Second Ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2001. （日本精神神経学会電気けいれん療法の手技と適応基準の検討小委員会訳：ECT実践ガイド．医学書院，東京，2002.）
4. 日本総合病院精神医学会・日本臨床麻酔学会電気けいれん療法研究合同小委員会編：精神科電気けいれん療法の実践指針（第2次試案）．総合病院精神医学 14: ss3-ss14, 2002.
5. The UK ECT review group: Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. Lancet 361: 799-808, 2003.
6. 本橋伸高：電気けいれん療法の安全性を高めるために．救急精神医学，印刷中．
7. Mudur G: Indian group seeks ban on use of electroconvulsive therapy without anaesthesia. Br Med J 324: 806, 2002.
8. Eranti SV, McLoughlin DM: Electroconvulsive therapy - state of the art. Br J Psychiatry 182: 8-9, 2003.
9. Prudic J, Olfson M, Sackeim HA: Electroconvulsive therapy practices in the community. Psychol Med 31: 929-934, 2001.

研究発表

1. 著書

Motohashi N, Takano H, Uema T, Ogawa K, Nishikawa M, Ohnishi T, Matsuda H: Mechanisms of action of electroconvulsive therapy: Investigations with PET and SPECT. In: Okuma T, Kanba S, Inoue Y eds. Recent Advances in the Research of Affective Disorders in Japan. Elsevier Science, Amsterdam, pp 185-194, 2002.

日本精神神経学会電気けいれん療法の手技と適応基準の検討小委員会（委員長：本橋伸高）監訳：米国精神医学会タスクフォースレポート　ECT実践ガイド．医学書院，東京，2002.

岡本長久，本橋伸高：電気けいれん療法．樋口輝彦，神庭重信編，双極性障害の治療スタンダード，星和書店，東京，pp 128-136, 2002.

新垣浩，本橋伸高：電気けいれん療法．上島国利編，最新医学別冊，新しい診断と治療のABC9，躁うつ病，最新医学社，東京，pp 148-154, 2003.

2. 論文発表

Awata S, Konno M, Kawashima R, Suzuki K, Sato T, Matsuoka H, Fukuda H, Sato M: Changes in regional cerebral blood flow abnormalities in late-life depression following response to electroconvulsive therapy. Psychiatry Clin Neurosci 56: 31-40, 2002.

Awata S, Suzuki K, Matsuoka H: Short- and long-term efficacy of electroconvulsive therapy for late-life depression: a pilot study. Psychogeriatrics 2: 93-102, 2002.

粟田主一：電気けいれん療法の適応と今後の課題．精神医学 44:480-490, 2002.

本橋伸高：治療ガイドラインと薬物療法「気分障害」．日本社会精神医学会雑誌 11:74-76, 2002.

本橋伸高：電気けいれん療法．精神科治療学 17（増刊）: 191-196, 2002.

本橋伸高：パルス波治療器による電気けいれん療法．日本医事新報 4083: 141-142, 2002.

本橋伸高：内科医が知っておくべき他科の知識：躁うつ病．Medical Practice 19: 705-709, 2002.

本橋伸高：双極性障害の急性期における治療アルゴリズムと炭酸リチウム．Lithium up date 1: 3-11, 2002.

竹内崇，本橋伸高：ECTの実際と施行上の留意点．臨

床精神医学，32：253-258，2003.

3. 学会発表

長谷川崇，山本敏之，梶村尚史，藤巻純，中村真人，本橋伸高，斉藤治，裏多重治郎，高橋清久：遅発性ジスキネジアに mECT が著効した慢性精神分裂病の一例. 第24回生物学的精神医学会，さいたま，2002.4.

本橋伸高：わが国の ECT の問題点と今後の対策. 第5回有床総合病院精神科フォーラム，パネルディスカッション，m-ECT—現場からの提言—，広島，2002.5.

鈴木一正，粟田主一，高野毅久，岩崎斉，松岡洋夫：中高齢期の緊張型精神分裂病に対する継続 ECT の寛解維持効果. 第17回日本老年精神医学会，金沢，2002.6.

高野毅久，粟田主一，鈴木一正，岩崎斉，松岡洋夫：中高齢期のうつ病に対する継続 ECT の寛解維持効果. 第17回日本老年精神医学会，金沢，2002.6.

本橋伸高：高齢期うつ病の薬物療法と難治性うつへの対応. 第2回日本外来精神医療学会大会，ミニシンポジウム，老年精神科外来治療　痴呆とうつへの対応，東京，2002.7.

Motohashi N: Development of revised algorithm for the treatment of mood disorders in Japan. Symposium S-108, Development and verification of algorithm for the treatment of mood disorders and schizophrenia, XII World Congress of Psychiatry, Yokohama, 2002.8.

Motohashi N: Japanese Psychopharmacology Algorithm Project. PAP Joint Meeting: IPAP, CPAP, KPAP & JPAP. Yokohama, 2002.8.

梶原俊彦，鈴木一正，粟田主一，松岡洋夫：自殺企図が著明な初発の分裂病に急性期 ECT および継続 ECT が有効であった一例. 第56回東北精神神経学会，山形，2002.9.

本橋伸高：電気けいれん療法の安全性を高めるために. 第10回日本精神科救急学会総会，シンポジウム，精神科急性期治療の新しい展開，大阪，2002.11.

本橋伸高：定電流短パルス矩形波治療器使用の実際. 第15回日本総合病院精神医学会総会，教育プログラム実技講習会，定電流短パルス矩形波治療器を用いた電気けいれん療法の実際—安全性追求のために—，東京，2002.11.