

第13回日本うつ病学会総会

うつ病治療GL2016年版の普及を図り 有用性をEGUIDE研究により検証

第13回日本うつ病学会総会で公表された「日本うつ病学会治療ガイドラインⅡ. うつ病(DSM-5)/大うつ病性障害2016(以下、GL2016年版、[1ページ参照](#))」は、2013年の米国精神医学会の精神疾患の診断分類改訂第5版(DSM-5日本語版)の診断名に準拠した上で、多様化する病態に応じて治療場面を設定し、円滑な診療を実践できることを目的とした「うつ病治療計画の策定」に力点

うつ病の定義は DSM-5の診断基準に準拠

GL2016年版のうつ病の定義は、DSM-5の診断基準である「major depressive disorder」(うつ病(DSM-5)/大うつ病性障害)に準拠した。

うつ病は多様性が顕著な疾患領域であるため、GL2016年版ではDSM-5の診断基準に合致した場合、さらに患者の特性(個別性)を十分に考慮した治療計画を立てて適切な診療を実践する重要性が強調されている。

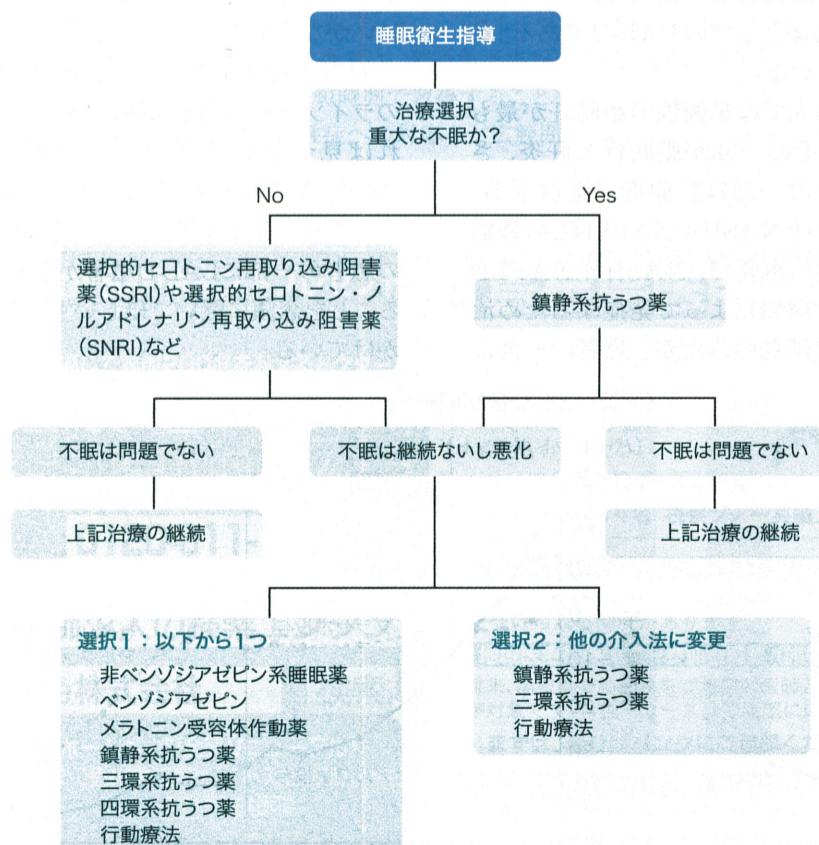
児童思春期は発達的な側面を重視

かつて、児童思春期のうつ病は国際的にその存在自体が否定されていた。だが、近年、海外の疫学調査で有病率が約5~8%あり、加齢に伴いその割合が増加することなどが報告されている。日本でも小学生の7.8%、中学性の22.8%に抑うつ症状が認められたとのデータもある。北海道大学大学院児童思春期精神医学講座特任教授の齊藤卓弥氏は「児童思春期のうつ病は決してまれではなく、



齊藤 卓弥氏

[\(図\) うつ病の不眠治療アルゴリズム](#)



「日本うつ病学会治療ガイドラインⅡ. うつ病(DSM-5)/大うつ病性障害2016」

を置き、「児童思春期のうつ病」と「うつ病の睡眠障害とその対応」に関する解説を新たに追加した。さらに、「精神科医療の普及と教育に対するGLの効果に関する研究(EGUIDE研究*)」で、GL2016年版を用いた教育プログラムを実施し、適正な診療の普及を図っていくという。

*Effectiveness of Guideline for Dissemination and Education in psychiatric treatment

成人と同様に注目すべき」と指摘。

ただ一方で、児童思春期のうつ病では注意欠如・多動症(ADHD)などの合併疾患と症状が重複したり、抑うつ症状の表出が年齢によって異なったりと、診断が困難である。GL2016年版では、DSM-5の成人におけるうつ病の診断基準を採用。成人と異なる点として①「抑うつ気分」の代わりに「易怒的な気分」が含まれること②体重減少の代わりに期待される体重増加が見られないことなど、児童思春期における発達がうつ病の症状表出に与える影響を考慮して診断することが強調された。

また、児童思春期のうつ病では、不適切な抗うつ薬治療で自殺リスクが上昇することも指摘され、議論的になっていた。この点についてGL2016年版では、児童思春期のうつ病に対する抗うつ薬治療の日本での臨床試験データがないことから、個別の抗うつ薬を対象とした海外の臨床試験・治験データの一覧を記載し、有効性の有無などを紹介。今後、日本でも臨床試験において抗うつ薬の有効性および安全性を検証することの必要性にも触れた。さらに、治療介入については全例に行うべき基礎的な介入が強調され、推奨された。

い治療薬や必要に応じて選択される治療法などが明示された。

不眠治療にアルゴリズム示す



内山 真氏

不眠や過眠に代表される睡眠障害は、うつ病の臨床症状の1つとされてきた。しかし、日本大学精神医学系主任教授の内山真氏によると、諸外国の主なうつ病治療関連ガイドラインでは睡眠障害への対応を扱ったものではなく、「GL2016年版が世界初になるのではないか」と言う。実際の作成に際しては、「日本睡眠学会のガイドライン委員会とも議論を重ねた」と説明した。

うつ病における睡眠障害では、入眠潜時の延長、睡眠持続性的低下、深睡眠の減少、レム睡眠潜時の短縮といった特徴があるが、それらの一部は双極性障害や統合失調感情障害などとも共通する。加えて、睡眠時無呼吸症候群やストレスレッグス症候群などの合併も考えられるところから、GL2016年版では十分な鑑別診断を行うことの重要性が示された。

同氏は、実際に適正診断が行われなかつた症例を提示し、「誤診断による睡眠薬の多剤大量投与が多く見受けられる」と指摘した。また、かつてはうつ病患者の睡眠障害は、うつ病の症状改善に伴い改善するとされていたが、近年はうつ病の寛解後も残遺不眠が続き、それがうつ病の再発リスクになるというデータを紹介。「苦痛を伴った不眠がある場合には、積極的に不眠の治療をすべき」とGL2016年版に明記した」と述べた(図)。

その他、過量服薬による呼吸抑制が致死的となる可能性があることからバルビツール酸系薬・非バルビツール酸系薬の使用や、同一作用機序を有する睡眠薬の合理性のない多剤併用などを「推奨されない治療」と位置付けた。

また、「特に注意すべき有害作用」の項目も設け、抗うつ薬による不眠の悪化やベンゾジアゼピン受容体作動薬の多剤併用による高齢者や小児での奇異反応、鎮静系抗うつ薬によ

適正なうつ病医療の普及を目指す

同学会総会の会期中に開催された記者会見で、同学会会长で名古屋大学大学院精神医学/精神生物学主任教授の尾崎紀夫氏は「GLは2012年に初版が発行された。当時、国内で医学的知見に裏打ちされていない『新型うつ病』の議論がなされ、DSMをチェックリストとして使用し安易に『うつ病』を診断するなど、診断上の混乱が生じた。また、わが国独自の多剤処方、世界的に抗うつ薬の副作用が問題視されたこと、多くの新薬が実臨床の場に登場したことで適正なうつ病医療の指針を提供する必要性が生じた結果、GLを策定することとなった。その後、2013年に小改訂版、そして社会的要請とDSM-5を受けて今回、GL2016年版を策定した」と言う。

る心血管系への影響などが盛り込まれた。

EGUIDE研究でGLの教育プログラムを実施、有用性を検証

同学会では、GL2016年版の普及を目的として、精神科医に対する教育プログラムを行いGLの有用性を検証するEGUIDE研究を実施する。



橋本 亮太氏

GL2016年版の教育プログラム(EGUIDE講習)は、推奨事項に関する講義を受けた後、ケースディスカッションによりGLの臨床現場での活用方法を丸1日かけて学ぶ。

例えば、うつ病(DSM-5)/大うつ病性障害における軽症例に関する講義では、薬物療法や精神療法のエビデンスが十分でないことから、GL2016年版に沿った治療計画として、患者背景や病態の理解に努めた上で支持的精神療法と心理教育を基礎的介入として行うべきとしている。

ケースディスカッションの例では、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)無効の重症うつ病患者に対し、診断のための評価、薬物療法無効例への治療方針、さらに治療方針の妥当性についてGL2016年版を活用してディスカッションし、治療計画を作成していく。

大阪大学大学院連合小児発達学研究科准教授の橋本亮太氏は「EGUIDE研究は、統合失調症薬物治療GLとGL2016年版に関して、全国22施設でEGUIDE講習を10月から開始し、10年間にわたって継続する」とし、「2013年のDSM-5に準拠して、うつ病全体の治療について対応可能となったGL2016年版は、学会ホームページから無償でダウンロードできる。さらに、EGUIDE研究により適切な精神科医療を広く普及させていくとともに、GLが実臨床で役立っているのかどうかを検証していきたい」と展望している。