

検証 No.	記載 ページ	オリジナルのStatement	修正後のStatement
1	36	外来通院で治療を行うときは、特に自殺念慮が強い患者に向精神薬を処方する場合には、過量服薬の危険性(TCAの過量服薬による致死性不整脈など)について十分に注意する	外来通院で治療を行うときは、特に自殺念慮が強い患者に向精神薬を処方する場合には、過量服薬の危険性について十分に注意する
2	36	ECT 開始の決断が必要な状況として、自殺の危険性が切迫しているとき、栄養学的に生命危機が切迫している場合、精神病性の特徴を伴う場合（「第4章 精神病性うつ病」(p.45)を参照）や薬物治療抵抗性うつ病の場合などが考えられる	ECT 開始の決断が必要な状況として、自殺の危険性が切迫しているとき、精神病性の特徴を伴う場合（「第4章 精神病性うつ病」(p.45)を参照）や薬物治療抵抗性うつ病の場合などが考えられる
3	37	中等症以上のうつ病における抗うつ薬の有効性を疑う立場はほとんどない (Arroll_2009)	削除。
4	37	中等症以上のうつ病における抗うつ薬の有効性を疑う立場はほとんどない (Baghai_2012)	削除。
5	37	新規抗うつ薬間の有効性、忍容性の違いが報告された	変更なし。
6	37	有効性は同程度とする解析もある	変更なし。
7	37	新規抗うつ薬はTCA に比べて抗コリン性有害作用、心・循環器系有害作用は軽減しており忍容性に優れているという考えが主流である (Anderson, 2000)	新規抗うつ薬はTCA に比べて忍容性に優れているという報告がある (Anderson_2000)。
8	37	24歳以下では抗うつ薬投与による自殺関連行動増加の問題が指摘されている	変更なし。
9	37	妊娠後期にSSRIを使用した妊婦から生まれた新生児では遷延性肺高血圧症のリスクが高まる可能性が議論されている	変更なし。
10	37	妊娠後期にSSRIを使用した妊婦から生まれた新生児では遷延性肺高血圧症のリスクが高まる可能性が議論されている	変更なし。
11	37	抗うつ薬の胎児の成長への影響をめぐる議論	変更なし。
12	37	抗うつ薬の胎児の成長への影響をめぐる議論	変更なし。
13	37	早産	変更なし。
14	37	新生児痙攣	変更なし。
15	37	母体の産後出血	変更なし。
16	37	児の自閉スペクトラム症発症のリスク増加	変更なし。
17	37	児の自閉スペクトラム症発症のリスク増加	変更なし。
18	37	妊娠中のSSRI服用と死産、新生児・0歳児死亡には有意な関連がないとする2つの大規模な試験がある	変更なし。
19	37	妊娠中のSSRI服用と死産、新生児・0歳児死亡には有意な関連がないとする2つの大規模な試験がある	変更なし。
20	37	生後1年間の体格に差はなく、SSRIへの暴露は発育不全に関連しないという報告もある	変更なし。
21	37	SSRIへの曝露は児の自閉スペクトラム症の有意なリスク上昇には関連しなかったとする大規模な研究もある	変更なし。
22	37	妊娠第1期の抗うつ薬使用と、出生時の心奇形リスク上昇に、有意な関連は見られなかった、とする研究もある	変更なし。
23	37	65～100歳の60,000以上の症例を検討した研究では、SSRIなどを処方された高齢者では低用量のTCAを処方された場合に比べて、死亡、脳卒中、転倒、骨折などのリスクが高かった。	65～100歳の60,000以上の症例を検討した研究では、SSRIを処方された高齢者ではTCAを処方された場合に比べて、死亡、脳卒中、転倒、骨折などのリスクが高かった。

検証 No.	記載 ページ	オリジナルのStatement	修正後のStatement
24	37	さらに認知症の抑うつに対するセルトラリンまたはミルタザピンの効果を検証した大規模 RCT（HTA-SADD 試験）では、有用性がプラセボに対して差がでなかった一方で、有害作用は有意に増加した。	変更なし。
25	37	認知症の抑うつに抗うつ薬を使用するベネフィットについては支持するデータもある	認知症の抑うつに抗うつ薬を継続使用するベネフィットについては支持するデータもある
26	37	特に TCA の過量内服は SSRI に比べ自殺既遂にいたる確率が高いので、自殺念慮のある症例に TCA を外来処方する場合は特に注意する必要がある	変更なし。
27	38	“TCA は入院患者のような特定の症例には特に有効であるかもしれない”と断り書きを入れている。	変更なし。
28	38	重症例では TCA が治療効果に勝るといふエビデンスがいくつかある	入院例および重症例では TCA が治療効果に勝るといふエビデンスがいくつかある
29	38	同上	同上
30	38	同上	（Barbui and Hotopf, 2001）を削除。
31	38	一方で研究対象を（入院加療が必要な）重症例に限定しても TCA と SSRI/SNRI は有効性の面で同等であるという RCT（Mulsant et al, 2001）やメタ解析（Montgomery, 2001）もある。	一方でTCA と SSRI/SNRI は有効性の面で同等であるという RCT（Mulsant et al, 2001）やメタ解析（Montgomery, 2001）もある。
32	38	同上	同上
33	38	うつ病の重症度を意識しなければ、忍容性はもちろんであるが治療効果（寛解率）においても SNRI が TCA に比べて同等以上であるというメタ解析がある	変更なし。
34		2011 年 8 月米国 FDA は高用量の citalopram 服用時に QT 延長が生じる危険性に関する警告を出し、2012 年 3 月には QT が継続して 500msec を超えている患者には中止すべき、などの改訂を行った	変更なし。
35	38	Castroらは38397症例の検討の結果、citalopram、エスタロプラム、アミトリプチリンで用量依存性のQT 延長が生じる可能性を示唆した	変更なし。
36		デンマークにおける院外心停止 19110 症例の検討では抗うつ薬の服用開始との関連が認められ、リスク上昇は主に citalopram とノルトリプチリンに起因しており、著者らは心停止の有害作用の可能性は TCAだけでなくSSRIでも記載されるべきだと結論した	変更なし。
37	38	抗うつ薬と BZD の併用は治療初期 4 週までは脱落率を低下させるなどの有用性がある	変更なし。
38	39	一般に TCA の増量は有効であると考えられている。	変更なし。
39	39	一般に TCA の増量は有効であると考えられている。	変更なし。
40	39	低用量 TCA と標準量 TCA の反応率に優位差はなく、有害作用は低用量 TCA で少ない。	変更なし。
41	39	SSRI の増量効果に関しては十分なエビデンスがなく、否定的な見解もある。	変更なし。
42	39	SSRI の増量効果に関しては十分なエビデンスがなく、否定的な見解もある。	変更なし。
43	39	SNRI の増量効果を示唆する報告はある。	変更なし。
44	39	fluoxetine 継続群とミアンセリンへの変更群で有意差は認められなかった。	変更なし。
45	39	異なるクラスの抗うつ薬への変更については同じクラスに変更しても別のクラスに変更しても、有効性に差はないという総説がある。	変更なし。

検証 No.	記載 ページ	オリジナルのStatement	修正後のStatement
46	39	異なるクラスの抗うつ薬への変更については同じクラスに変更しても別のクラスに変更しても、有効性に差はないという総説がある。	Ruhe, 2006を削除
47	39	SSRI 非反応例を SSRI へ変更するよりも SSRI 以外のクラスに変更することで寛解を 1症例多く達成するために必要な症例数はおよそ 22 である。	変更なし。
48	39	8 週後、24 週後 QIDS-SRI および HAM-D スコアはベースラインより有意に低下しており、8 週後の反応率は 44%、24 週後の寛解率は 16%だった。	8 週後のQUIDS-SRの反応率、寛解率はそれぞれ、44%、8%、24 週後の反応率、寛解率はそれぞれ 44%、16%だった。
49	39	citalopram以外のSSRIを前薬としてcitalopramとベンラファキシンに割り付けたが、寛解率に有意差が認められなかった。	HAM-D変化量に有意差は認められない
50	39	SSRI による治療に失敗した症例をベンラファキシンか他の新規抗うつ薬（他の SSRI もしくはミルタザピン）に割り付けた結果、寛解率はそれぞれ59.3%と 51.5%であった。	変更なし。
51	39-40	citalopram 無効例に対して、セルトラリン、ベンラファキシン、bupropion の 3群に割り付けたが寛解率に有意差は認められなかった。	変更なし。
52	40	セルトラリン以外の SSRI に反応がなかった症例をセルトラリンとミルタザピンに割り付けた大規模なRCT があるが、寛解率に有意差は認められなかった Thase M. E., Kremer C., Rodrigues H., Mirtazapine versus sertraline after SSRI non-response. The Annual Meeting of the New Clinical Drug Evaluation Unit (NCDEU) of the National Institute of Mental Health, 28-31, 2001.	P73.参考文献を修正 Thase M, Kremer C, Rodrigues H. Mirtazapine versus sertraline after SSRI non-response, (Poster session) European Neuropsychopharmacology Volume 11, Supplement 3, 2001, Page S342.
53	40	ARGOS 試験では反応率・寛解率は他の SSRI と同等であるが、試験のデザイン上統計的に有意かどうかは判定できない。	ARGOS 試験では寛解率はfluoxetine,52%, paroxetine, 51.6%, citalopram, 52%, sertraline, 52.7%, mirtazapine, 44.8% であるが、試験のデザイン上統計的に有意かどうかは判定できない。
54	40	STAR*D試験は2つの抗うつ薬の治療で寛解しない症例を対象にノルトリプチリンとミルタザピンに分け寛解率をみているが、有意差は認められなかった（Fava et al, 2006）。本研究には他のSSRIへの変更という選択肢がないことなどから、SSRIから異なる作用機序の抗うつ薬に変更することが有効なのかどうか解釈できない。	削除。
55	40	唯一の RCT は前掲のfluoxetine 継続群、ミアンセリンへの変更群、両者の併用群の 3 群比較試験である。継続群、変更群に HAM-D 減点数の有意な違いはなかった。	変更なし。
56	40	STAR*D は前述の通り解釈が難しいが、ミルタザピンへの切り替え群とノルトリプチリンへの切り替え群で寛解率に有意差は認められない。	削除。
57	40	イミプラミン無反応例をセルトラリンへ、セルトラリン無反応例をイミプラミンへ変更する RCTを行った。その結果どちらの群でも反応率、寛解率に有意な改善を認めた。	変更なし。
58	40	Li の抗うつ効果増強作用は10本中 8 本の RCT で支持されている。	Li の抗うつ効果増強作用は10本のRCTをまとめたメタ解析で有意な結果が出た。

検証 No.	記載 ページ	オリジナルのStatement	修正後のStatement
59	40	Li併用による再発予防効果を示すメタ解析がある。	変更なし。
60	40	Liの増強効果はTCAで発揮されSSRI/SNRIでは発揮されにくいという報告がある。	Liの増強効果はSSRIよりもTCAでより効果が発揮されたという報告がある。
61	40	一方で citalopram の Li 増強を示した RCT もあり、この試験ではプラセボに比し有害作用の増加はなかったとしている。	変更なし。
62	40	パロキセチンとアミトリプチリンを Li で増強した RCT によれば、有害作用や血中 Li 濃度に差は認めず、パロキセチン+Li 群ではアミトリプチリン+Li 群に比べて抗うつ効果発現が早かったとしている。	削除。
63	40	Li の有害作用に関するメタ解析 McKnight et al, 2012 は腎機能障害、甲状腺機能低下症、血中 Ca 濃度上昇、副甲状腺機能亢進症が特に注意すべき有害作用であることを示した。	変更なし。
64	40	TCA に対する T3/T4 による増強効果は 6 本中 5 本の RCT で支持されている Altshuler et al, 2001 。	変更なし。
65	40	SSRI に対する T3/T4 増強の研究としては STAR*D 研究が挙げられるが、非盲検試験でありプラセボを置いていないのでエビデンスレベルは低い。	削除。
66	40	唯一 SSRI の T3 増強を検証したプラセボ対照比較試験では有意差は認められていない Joffe et al, 2006 。	抗うつ薬で反応しなかった患者を対象に、Li+T3、Liのみ、T3のみ、プラセボの4群比較を行ったRCTで、有効性に関して有意な群間差はなかった。
67	40	急性単極性うつ病においてラモトリギンによるパロキセチンへの増強効果を調べた RCT がある。	急性うつ病エピソードにおいてラモトリギンによるパロキセチンへの増強効果を調べた RCT がある。
68	40	対象集団に（単極性、双極性を区別しない）再発性抑うつエピソードをおいた RCT では、一部 bipolar II の症例を含んでいるものの、fluoxetine とラモトリギンの併用で CGI の改善をみた。本試験は APA ガイドライン 2010 が、ラモトリギンの抗うつ効果増強効果を支持する level A エビデンスとして紹介している。	対象集団に 単極性、双極性を区別しない再発性抑うつエピソードをおいた RCT では、fluoxetine とラモトリギンの併用で fluoxetine のみより CGI が改善した。「本試験は APA ガイドライン 2010 が、ラモトリギンの抗うつ効果増強効果を支持する level A エビデンスとして紹介している。」は削除するか？
69	41	その後薬物治療抵抗性単極性うつ病に対する増強効果を検証した 2 つの RCT が行われ、1 つは否定的であった Santos et al, 2008 。	変更なし。
70	41	最近行われた RCT Barbee et al, 2011 は 10 週の観察でプラセボとの間に有意差が認められなかったが、試験終了者解析や HAM D17 が 25 点以上の重症者に絞った二次解析では有効性が示唆されたとしている。	変更なし。
71	41	Li との比較を試みた研究としては、Schindler の無作為化非盲検試験 (Schindler and Angheliescu, 2007) があり、ラモトリギンの Li に匹敵する効果を示唆しているが、結論するには、Li を実薬対象においた大規模な試験が必要である。	Li との比較を試みた研究としては、Schindler の無作為化非盲検試験 (Schindler and Angheliescu, 2007) があり、ラモトリギンの Li に匹敵する効果を示唆しているが、結論するには、Li を実薬対照においた大規模な試験が必要である。
72	41	ラモトリギン同様、十分な検証を受けているとはいえないが、バルプロ酸 Davis et al, 1996 やカルバマゼピン Steinacher et al, 2002 も増強療法に用いられる可能性がある。	変更なし。
73	41	ラモトリギン同様、十分な検証を受けているとはいえないが、バルプロ酸 Davis et al, 1996 やカルバマゼピン Steinacher et al, 2002 も増強療法に用いられる可能性がある。	変更なし。
74	41	AAP による新規抗うつ薬の増強は精神病症状が確認できない症例でも増強効果が得られることがあり、一定の評価を受けている Papakostas et al, 2007; Spielmans et al, 2013 。	変更なし。
75	41	AAP による新規抗うつ薬の増強は精神病症状が確認できない症例でも増強効果が得られることがあり、一定の評価を受けている Papakostas et al, 2007; Spielmans et al, 2013 。	変更なし。

検証 No.	記載 ページ	オリジナルのStatement	修正後のStatement
76	41	6週間の短期投与試験の反応率、寛解率は3～15mg可変用量群でそれぞれ39.2%、30.4%、3mg固定用量群で42.1%、32.5%、プラセボ群で28.2%、20.5%であった。一方、アカシジアなどの有害作用の頻度は下述する海外での先行研究と同様の傾向にある。最も多かったアカシジアの出現頻度は可変用量群で36.6%、固定用量群で14.2%、プラセボ群で4.1%だった。	変更なし。
77	41	反応率において実薬とプラセボとの間で有意差が認められた（アリピプラゾールの用量は2～20mg）。しかし実薬群でアカシジア、むずむず脚、不眠、易疲労感などの有害作用が出ている。これはアリピプラゾールの用量設定が高すぎたからであろうとも考えられた。	「これはアリピプラゾールの用量設定が高すぎたからであろうとも考えられた。」を削除。
78	41	反応率において実薬とプラセボとの間で有意差が認められた（アリピプラゾールの用量は2～20mg）。しかし実薬群でアカシジア、むずむず脚、不眠、易疲労感などの有害作用が出ている。これはアリピプラゾールの用量設定が高すぎたからであろうとも考えられた。	「これはアリピプラゾールの用量設定が高すぎたからであろうとも考えられた。」を削除。
79	41	反応率において実薬とプラセボとの間で有意差が認められた（アリピプラゾールの用量は2～20mg）。しかし実薬群でアカシジア、むずむず脚、不眠、易疲労感などの有害作用が出ている。これはアリピプラゾールの用量設定が高すぎたからであろうとも考えられた。	「これはアリピプラゾールの用量設定が高すぎたからであろうとも考えられた。」を削除。
80	41	日常良く用いられる2～5mg/dayという用量設定でアリピプラゾールの増強効果が調べられた。しかし、30日のphase1でも続く30日のphase2でも有効性に関してプラセボとの間に有意差を認めなかった。	変更なし。
81	41	増強効果を支持するRCTが2本ある。先行する抗うつ薬治療にquetiapine-XR（クエチアピン徐放製剤、日本未発売）150mg、300mgとプラセボの3群を追加する6週の試験を行い、300mg群でプラセボに比べ反応率に有意差を認めた。どちらの試験でも代謝系の有害作用は実薬群で顕著であった。	変更なし。
82	41	増強効果を支持するRCTが2本ある。先行する抗うつ薬治療にquetiapine-XR（クエチアピン徐放製剤、日本未発売）150mg、300mgとプラセボの3群を追加する6週の試験を行い、300mg群でプラセボに比べ反応率に有意差を認めた。どちらの試験でも代謝系の有害作用は実薬群で顕著であった。	変更なし。
83	41	fluoxetineで治療を開始し、クエチアピンの追加とプラセボの追加に無作為に割り付けたRCTがあるが、反応率に有意差は認められなかった。ただし、この試験では、クエチアピンの用量は平均47.3mgと低めの設定であった。	変更なし。

検証 No.	記載 ページ	オリジナルのStatement	修正後のStatement
84	41	Shelton らは fluoxetine による治療を 6 週間行い、非反応群を fluoxetine+ プラセボ群 (fluoxetine 継続群)、オランザピン+プラセボ群 (fluoxetine 中止群)、および OFC の 3 群に無作為に割り付け 8 週間観察した。反応率は OFC が 10 症例中 6 例、fluoxetine 単剤群が 10 症例中 1 例で反応があったが、統計学的に有意ではない (オランザピン使用量は 5~20mg)。	変更なし。
85	41	続く 2 本の大規模な RCT は否定的な結果となった。	変更なし。
86	41	続く 2 本の大規模な RCT は否定的な結果となった。	変更なし。
87	42	Shelton の 2001 年試験のプロトコルに立ち返り 2 つの大規模な RCT が計画され、データがプールされ解析された。1 回の抗うつ薬治療に成功しなかった症例に fluoxetine を 8 週間投与し、無反応症例を無作為に fluoxetine 単剤、オランザピン単剤、OFC の 3 群に割り付けた。プール結果は反応率で OFC が単剤療法を上回った (オランザピン用量は 6~18mg)。	変更なし。
88	42	併用期間が 4~6 週間の短期 RCT が 2 本ある。先行する抗うつ薬治療に反応しない症例をリスペリドン併用群とプラセボ併用群に無作為に割り付けた。リスペリドンの併用により反応率が有意に改善した (リスペリドン用量は 0.5~3mg)	変更なし。
89	42	併用期間が 4~6 週間の短期 RCT が 2 本ある。先行する抗うつ薬治療に反応しない症例をリスペリドン併用群とプラセボ併用群に無作為に割り付けた。リスペリドンの併用により反応率が有意に改善した (リスペリドン用量は 0.5~3mg)	変更なし。
90	42	リスペリドンの増強効果が長期間にわたるものなのかどうかに関しては、次のような試験がある。 Citalopram に無反応の症例に非盲検で 4~6 週間リスペリドン増強を行い、反応があった 241 名をリスペリドン継続群とプラセボ群に盲検下で無作為に割り付け 24 週間追跡し、うつ病の再燃がない症例の割合を比較したが有意差は認められなかった (リスペリドン用量は 0.25~2mg)	変更なし。
91	42	APA ガイドライン 2010 など、海外のガイドラインでは AAP の増強療法としての位置づけはどちらかといえば慎重である。その理由として、APA は薬剤別に個別なエビデンスを挙げた上で、AAP の増強とプラセボ増強を比較した試験のメタ解析の結果、有害作用による脱落率は 4 倍に及んだことに言及している。また他の増強戦略に比べてコストが高いことから、有害作用を上回るほどの有効性があるのか考慮すべきだとしている。	変更なし。
92	42	AAP による増強よりも、TCA 単剤 への変更や Li の増強療法が優先されるべきである。	Valenstein 2006 は削除。
93	42	AAP による増強よりも、TCA 単剤 への変更や Li の増強療法が優先されるべきである。	変更なし。

検証 No.	記載 ページ	オリジナルのStatement	修正後のStatement
94	42	Carpenter らは十分な抗うつ薬治療に反応しなかった 26 症例をミルタザピン併用群とプラセボ併用群（すなわち単剤継続群）に無作為に割り付け、それぞれ反応率で63.2%、20%、寛解率で 45.5%、13.3%であると報告し、ミルタザピン併用の有効性を示唆した。増強プロトコルの試験は、対象集団が26症例と小規模である、本試験のみである。	変更なし。
95	42	増強プロトコルではないが、治療開始時からミルタザピンと新規抗うつ薬を併用した群と、新規抗うつ薬単剤群を比較した RCT も 2件報告されており、併用群がより有効であった。	増強プロトコルではないが、治療開始時からミルタザピンと新規抗うつ薬を併用した群と、新規抗うつ薬単剤群を比較した RCT も 2件報告されており、併用群がより有効である傾向がみられた。
96	42	増強プロトコルではないが、治療開始時からミルタザピンと新規抗うつ薬を併用した群と、新規抗うつ薬単剤群を比較した RCT も 2件報告されており、併用群がより有効であった。	増強プロトコルではないが、治療開始時からミルタザピンと新規抗うつ薬を併用した群と、新規抗うつ薬単剤群を比較した RCT も 2件報告されており、併用群がより有効である傾向がみられた。
97	42	STAR*D level IV ではベンラファキシンとミルタザピンの併用が選択肢に入っているが、単剤よりも2剤併用が優れているとはいえなかった。	STAR*D level IV ではベンラファキシンとミルタザピンの併用が選択肢に入っているが、MAO阻害薬よりも2剤併用が優れているとはいえなかった。
98	42	STAR*D 研究をリードしてきた Rush らが、Combining Medication to Enhance Depression Outcomes (CO-MED) 研究において、エスシタロプラム単剤、エスシタロプラムと bupropion の併用、およびベンラファキシンとミルタザピンの併用の3群を比較している。彼らはいずれの抗うつ薬併用療法も反応率、寛解率において、エスシタロプラム単剤群を上回ることはなかったとした上で、ベンラファキシンとミルタザピンの併用では有害作用が起こる可能性が高いと結論した。	変更なし。
99	42	fluoxetine単剤、fluoxetineとミアンセリン、fluoxetineとピンドロールの併用の3群を比較した研究では、ミアンセリン併用群がfluoxetine単剤群に比べて有意に有効であった	変更なし。
100	43	否定的なRCTとしては、6週間のfluoxetine治療で反応のなかった104名を、fluoxetine+ミアンセリン、fluoxetine+プラセボ、ミアンセリン+プラセボの3群に無作為に割り付けた試験がある。ミアンセリン併用群はfluoxetine単剤よりは反応率・寛解率が高かったが、ミアンセリン単剤群との間では有意差が認められなかった	変更なし。
101	43	ECTの抑うつエピソード治療における有効性と安全性を示したメタ解析がある	変更なし。
102	43	米国の大規模な多施設共同研究 Consortium for Research in ECT (CORE) からの報告によれば、ECTには即効性と高い反応率・寛解率が期待され	米国の大規模な多施設共同研究 Consortium for Research in ECT (CORE) からの報告によれば、一部精神病的特徴を伴ううつ病も含まれるが、ECTには即効性と高い反応率・寛解率が期待され
103	43	自殺抑制効果がある。	変更なし。
104	43	かつて薬物療法への反応が悪い症例はECTへの反応も悪いと考えられていた時期があった (Sackeim et al. 1990)	かつて薬物療法への反応が悪い症例はECTへの反応も悪いと考えられていた時期があった (Prudic et al. 1990)

検証 No.	記載 ページ	オリジナルのStatement	修正後のStatement
104		Sackeim H. A., Prudic J., Devanand D. P., et al., The impact of medication resistance and continuation pharmacotherapy on relapse following response to electroconvulsive therapy in major depression. J Clin Psychopharmacol 10, 96-104, 1990	引用文献を修正。 Prudic J, Sackeim H. A, Devanand D.P. Medication resistance and clinical response to electroconvulsive therapy. Psychiatry Res 31, 287-296, 1990.
105	43	最近の研究では薬物反応性が悪いことはECTの反応率を低下させないと報告されている	変更なし。
106	43	最近の研究では薬物反応性が悪いことはECTの反応率を低下させないと報告されている	変更なし。
107	43	ただし薬物治療抵抗性うつ病は ECTによる寛解後の再燃が多いとする研究もある。	変更なし。
108	43	最近のノルウェーからの報告（Moksnes, 2011）では1回目のECT後8週で32%、24週で47%の再燃あるいは再発を来している。	変更なし。
109	43	例えばECT後24週におけるプラセボ群、ノルトリプチリン単剤群、ノルトリプチリンとLi併用群の再燃率はそれぞれ84%、60%、39%であったとするRCTがある。	変更なし。
110	43	薬物療法での維持が困難な症例には維持ECTが推奨される。	薬物療法での維持が困難な症例には維持ECTが選択肢の一つとなる。
111	43	明確に確立したスケジュールは示されていないが、例えば週1回からはじめ、翌月には2週に1回と徐々に間隔を開けていく方法がある。	変更なし。
112	43	維持ECTはノルトリプチリンとLi併用による維持療法と同等の再燃予防効果を示した。一切の薬物療法なしに1～2ヵ月に1回のECTで長期間寛解が維持できる症例があるので、過去に何度も薬物による維持療法に失敗している症例や、忍容性の面で抗うつ薬の使用自体が困難な症例では考慮すべきである。	維持ECTはノルトリプチリンとLi併用による維持療法と同等の再燃予防効果を示した。抗うつ薬もしくは気分安定薬なしに1～2ヵ月に1回のECTで長期間寛解が維持できる症例があるので、過去に何度も薬物による維持療法に失敗している症例や、忍容性の面で抗うつ薬の使用自体が困難な症例では考慮すべきである。
113	43	維持ECTと維持薬物療法をどちらも行う考え方がある	維持療法としてECTと薬物療法の併用を行う考え方がある
114	43	その背景には、強力な維持療法と考えられる維持ECTやノルトリプチリンとLiの併用によるECT後の維持薬物療法も、いずれも単独では、再発と試験からのドロップアウトの合計が半年後に50%以上に及んだとする前掲の研究（Kellner et al, 2006）がある。	変更なし。
115	43	ECTや強力な抗うつ薬治療を行っても寛解が維持できない場合において、ECTと抗うつ薬療法の併用へ打開の道を求める期待感がある（Gagne 2000; Navarro 2008）。 GagneらのデータはECTと薬物療法を行う群と薬物療法単独による維持群との比較で2年後再発がない患者はそれぞれ93%と52%、5年後ではそれぞれ73%と18%であった。	変更なし。
116	43	ECTや強力な抗うつ薬治療を行っても寛解が維持できない場合において、ECTと抗うつ薬療法の併用へ打開の道を求める期待感がある（Gagne 2000; Navarro 2008）。	変更なし。
117	43	このような背景からLisanbyら（Lisanby 2008）は再燃再発予防のために薬物療法とECTを柔軟に組み合わせる治療戦略（STABLE intervention）を提案している。	変更なし。

検証 No.	記載 ページ	オリジナルのStatement	修正後のStatement
118	43	APAガイドライン 2010はエビデンスが十分とはいえないとした上で、再燃再発の可能性を減らすためにも考慮すべき治療オプションであると明記している。	削除
119	43	逆にthe National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for depression (NICE) では、両者の併用がECT単独よりも優れているという証拠は不十分であるとして、積極的な推奨を避けており (TA59 Guidance on the use of electroconvulsive therapy 4.1.3) 見解が分かれている。	削除
120	44	薬物療法の場合は、海外で長い歴史を持つ抗うつ薬であっても、国内臨床試験を経て初めて上市される。ましてや、精神療法の場合、他国で開発されたEBPTが、文化社会背景、歴史、風土が異なる日本においても有効であるという保証はない。今後の日本からのエビデンスを期待したい。	引用を削除。