

②うつ病ガイドライン2016「第4章 精神病性」検証シート(公開版)

検証 No.	記載 ページ	オリジナルのStatement	修正後のStatement
1	45	気分不一致な精神病性の特徴を有する場合は予後が悪い可能性がある	削除。
2	45	精神病性の特徴はうつ病の15%に見られ	精神病性の特徴はうつ病の15%程度に見られ
3	45	精神病性の特徴は老年期うつ病では45%にのぼる	修正なし。
4	45	精神病性の特徴は入院を要するうつ病では25%に見られる	修正なし。
5	45	非精神病性うつ病と比較すると、再発率が高く、入院回数も多く、エピソードも長く、生活能力の低下が著しく (Basso et al, 1999)、自殺率や死亡率も高い (Basso et al, 1999)。	非精神病性うつ病と比較すると非精神病性うつ病と比較すると自殺率や死亡率も高い。
6	45	自殺率や死亡率も高い (Basso et al, 1999; Thakur et al, 1999; Vythilingam et al, 2003)。	自殺率や死亡率も高い (Thakur et al, 1999; Vythilingam et al, 2003)。
7	45	特に高齢者の場合はレビー小体型認知症などの認知症との鑑別も必要である。	修正なし。
8	46	メタ解析の結果から、プラセボ反応率は非精神病性うつ病で30-40%であるのに対して精神病性うつ病は10%未満であるが、三環系抗うつ薬への反応率は35%であった	文献レビューの結果から、プラセボ反応率は非精神病性うつ病で30-40%であるのに対して精神病性うつ病は10%未満であるが、三環系抗うつ薬への反応率は35%であった
9	46	三環系抗うつ薬が新規抗うつ薬より優れている可能性が示唆されているが (Bruijn et al, 1996; van den Broek et al, 2004; Wijkstra et al, 2005)	三環系抗うつ薬が新規抗うつ薬より優れている可能性が示唆されているが (Bruijn et al, 1996; Wijkstra et al, 2005)
10	46	新規抗うつ薬の単剤治療も比較的高い有用性が示唆されている	新規抗うつ薬の単剤治療も有効性が示唆されている
11	46	日本で精神病性うつ病に使用されることの多い amoxapine は三環系抗うつ薬と定型抗精神病薬の併用と同等の効果がみられ、さらに副作用が少ないという報告がある	日本で精神病性うつ病に使用されることの多い amoxapine は三環系抗うつ薬と定型抗精神病薬の併用と同等の効果がみられるという報告がある。
12	46	過去の臨床研究の反応率の比較では、三環系抗うつ薬単剤は34%、定型抗精神病薬単剤は51%であったのに対して併用療法は77%であった	修正なし。

検証 No.	記載 ページ	オリジナルのStatement	修正後のStatement
13	46	新規抗うつ薬と非定型抗精神病薬の併用も、非定型抗精神病薬単剤あるいはプラセボと比較すると反応率が高い	新規抗うつ薬と非定型抗精神病薬の併用も、非定型抗精神病薬単剤あるいはプラセボと比較すると反応率および寛解率が高いという報告がある。
14	46	2006年に発表されたメタ解析では、抗うつ薬と抗精神病薬の併用の有効性は、抗うつ薬単剤と比べて優越する傾向はあるものの、統計学的有意差にはいたらなかったが	修正なし。
15	46	最近の臨床研究をいくつか追加したメタ解析では、抗うつ薬と抗精神病薬の併用療法がそれぞれの単剤療法よりも有意に有効であることが示された	修正なし。
16	46	上述のように、定型抗精神病薬あるいは非定型抗精神病薬の単剤治療は、それぞれに抗うつ薬を併用した場合に比べ効果が劣る。抗精神病薬単剤と抗うつ薬単剤を比較した試験では有意ではないが抗精神病薬単剤の効果が劣る傾向にある	修正なし。
17	46	精神病性うつ病が、薬物療法よりも ECT に反応するという報告が存在する (Kroessler, 1985 ; Pande et al, 1990 ; Parker et al, 1991)。	精神病性うつ病が、薬物療法よりも ECT に反応するという報告が存在する (Kroessler, 1985)。
18	46	精神病性うつ病は非精神病性うつ病よりも ECT への反応率が高いという報告もある (Petrides et al, 2001)。	精神病性うつ病は非精神病性うつ病よりも ECT への反応率が高いという報告もある (Pande et al, 1990; Petrides et al, 2001)。
19	46	また、ECT は薬物療法に比べて約 2 週間早く反応がみられたという報告もある (Rothschild, 1996)	また、ECT は薬物療法に比べて約 3 週間早く反応がみられたという報告もある (Flint et al, 1998)
20	46	精神病性うつ病患者の追跡研究では退院後 1 年以内に 80%以上の患者が再発しており、最も多かったのは服薬を中止した時や抗精神病薬を減量している時であった	修正なし。
21	46	抗うつ薬と抗精神病薬の併用で寛解した患者に、減量せず維持した 3 ヶ月は再発がなかったが、その後抗精神病薬を減量すると 27%で再発の兆候が見られた。	修正なし。

②うつ病ガイドライン2016「第4章 精神病性」検証シート(公開版)

検証 No.	記載 ページ	オリジナルのStatement	修正後のStatement
22	46	エピソード期間が長い患者、過去の再発回数が多い患者、発症年齢の若い患者で再発しやすい傾向にあった	修正なし。
23	46	抗うつ薬と抗精神病薬の併用で寛解した初回エピソードの患者では、抗精神病薬は数ヵ月、抗うつ薬は少なくとも1年以上継続すべきであるという見解がある	修正なし。
24	46	抗うつ薬と抗精神病薬の併用および抗うつ薬単剤に対する反応例を対象とした4ヵ月間のオープン継続試験では、反応率の維持と寛解率の増加に差は見られなかった	修正なし。
25	46	ECTに反応した精神病性うつ病の再発率が高い (Sackeim et al, 2001 ; Meyers et al, 2001)	ECTに反応した精神病性うつ病の再発率が高い (Spiker et al, 1985; Aronson et al, 1987)
26	46	ECTに反応した精神病性うつ病の再発率が高い (Sackeim et al, 2001 ; Meyers et al, 2001)	ECTに反応した精神病性うつ病の再発率が高い (Spiker et al, 1985; Aronson et al, 1987)
27	46	ECTで症状が改善した患者に抗うつ薬による維持療法を行ったところ、約半数の患者が2年以内に再発した	修正なし。
28	46	ECTで寛解した老年期の精神病性うつ病患者に抗うつ薬による維持療法と抗うつ薬とECTの併用による維持療法を比較した場合、併用療法の再発が有意に少なかった	修正なし。
29	47	緊張病症状は入院患者の約10%に見られる	修正なし。
30	47	基礎疾患は様々であって、44%が気分障害であり28%が統合失調症であったと報告されている	修正なし。
31	47	緊張病を伴ううつ病を対象を限定した臨床研究は少ないが、無言状態や昏迷状態にはベンゾジアゼピンの経口あるいは非経口投与が有効である	緊張病を伴ううつ病を対象を限定した臨床研究は少ないが、ベンゾジアゼピンの経口あるいは非経口投与が有効である
32	47	抗精神病薬の効果に関しては結果が一致しておらず、緊張病症状の悪化や悪性症候群の誘発に注意を促す報告もある	修正なし。
33	47	抗精神病薬の効果に関しては結果が一致しておらず、緊張病症状の悪化や悪性症候群の誘発に注意を促す報告もある	修正なし。

②うつ病ガイドライン2016「第4章 精神病性」検証シート(公開版)

検証 No.	記載 ページ	オリジナルのStatement	修正後のStatement
34	47	症例報告では非定型抗精神病薬の有効性を示すものも多い	修正なし。
35	47	緊張病症状に対するベンゾジアゼピンの反応率が79%に対して、ECTの反応率は85%であった	修正なし。
36	47	ECTは致死性緊張病や悪性症候群を含むすべての緊張病症状に有効であり、小児や妊婦、高齢者や身体合併症のある患者にも有効であることが示されている	修正なし。
37	47	ECTにより改善した緊張病を伴ううつ病患者を追跡すると、抗うつ作用を有する薬物療法を継続していたグループの再入院や死亡が少なかった	ECTにより改善した緊張病を伴ううつ病患者を追跡すると、TCA、リチウム、ブプロピオンまたは高用量のベンラファキシンによる薬物療法を継続していたグループの再入院や死亡が少なかった