

GAD 研究会が提唱する 本邦における『GAD 治療手順』

中込和幸¹⁾ 牛島定信²⁾ 大坪天平³⁾ 木下利彦⁴⁾
 久保木富房⁵⁾ 久保千春⁶⁾ 越野好文⁷⁾ 小山司⁸⁾
 田島治⁹⁾ 中井吉英¹⁰⁾ 中村純¹¹⁾ 丹羽真一¹²⁾
 野村総一郎¹³⁾ 樋口輝彦¹⁴⁾ 村崎光邦¹⁵⁾ 上島国利¹⁶⁾

はじめに

本邦における GAD (全般性不安障害) 薬物治療の比較試験は数少なく, GAD の治療アルゴリズムについてはまだ作成されていない。GAD 薬物治療のエビデンスを補完するものとして GAD 治療のエキスパートによる研究会 (GAD 研究会) において GAD 治療実態アンケートおよび会員のディスカッション, International Psychopharmacology Algorithm Project (IPAP) の治療アルゴリズムを参考にその治療手順について検討を行い, 別紙「GAD Treatment Procedure Pro-

posed by GAD Working Group Japan」: 治療フローおよび以下の治療フローの解説を作成した。

Step. 1 : GAD の診断に際しては DSM-IV および ICD-10 のいずれかの診断基準に基づいて診断を行う。特徴的な症候として「心配 (予期憂慮)」「浮動性不安」「緊張感」「筋緊張・睡眠障害」「自律神経症状」が挙げられ, 治療においては「心配, 不安感の軽減」がポイントになる。GAD はコモビディティが高いことが知られ, 特に大うつ病, 気分変調症, アルコール・薬物依存, 社会不安障害・恐怖症・パニック障害との併存率は高

2008年6月11日受理

1) 鳥取大学医学部統合内科医学講座精神行動医学分野 [〒683-8503 鳥取県米子市西町36-1]

Kazuyuki Nakagome : Division of Neuropsychiatry, Department of Multidisciplinary Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tottori University, 36-1, Nishi-cho, Yonago, Tottori, 683-8503 Japan.

2) 東京女子大学文理学部心理学科 Sadanobu Ushijima : Tokyo Woman's Christian University, College of Arts and Sciences Department of Psychology. 3) 東京厚生年金病院神経科・心療内科 Tenpei Otsubo : Tokyo Kosei Nenkin Hospital. 4) 関西医科大学精神神経科学講座 Toshihiko Kinoshita : Department of Neuropsychiatry, Kansai Medical University. 5) 東京大学名誉教授 Tomifusa Kuboki : Professor Emeritus, Tokyo University. 6) 九州大病院 Chiharu Kubo : Kyushu University Hospital. 7) 粟津神経サナトリウム, いずみ不安・ストレス研究所 Yoshifumi Koshino : Awazu Shinkei Sanatorium, Izumi Anxiety-Stress Research Center. 8) 北海道大学大学院医学研究科神経病態学講座精神医学分野 Tsukasa Koyama : Department of Psychiatry, Hokkaido University Graduate School of Medicine. 9) 杏林大学保健学部健康福祉学科精神保健学教室 Osamu Tajima : Department of Mental Health, Kyorin University School of Health Sciences. 10) 関西医科大学心療内科学講座 Yoshihide Nakai : Department of Psychosomatic Medicine Mind-Body Medicine, Kansai Medical University. 11) 産業医科大学医学部精神医学教室 Jun Nakamura : Department of Psychiatry, School of Medicine University of Occupational and Environmental Health. 12) 福島県立医科大学医学部神経精神医学講座 Shinichi Niwa : Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Fukushima Medical University. 13) 防衛医科大学校精神科学講座 Soichiro Nomura : Department of Psychiatry, National Defense Medical College. 14) 国立精神・神経センター Teruhiko Higuchi : National Center of Neurology and Psychiatry, Japan. 15) CNS 薬理研究所 Mitsukuni Murasaki : Institute of CNS Pharmacology. 16) 国際医療福祉大学 Kunitoshi Kamijima : International University of Health and Welfare.

表1 薬剤選択における主なターゲット症状と目的

BZD	SSRI	Tandospirone
不安の早期解消	心配（予期憂慮）	
身体症状（筋緊張） 不眠	抑うつ症状	身体症状 （消化器症状）
自律神経症状の 早期解消	自律神経症状	副作用に過敏

く、各併存疾患の診断・治療も考慮しながら薬物選択を行う必要がある。

Step.2：薬物療法と共に必要に応じて精神療法（認知行動療法）の併用を行う。また、薬剤選択においては下記の症状に応じて単剤を主体とするが、適宜併用療法も行う。

Tandospirone：心配（予期憂慮）や不安感に対する症状改善を必要とする場合。身体症状のうち消化器症状が強い場合。ベンゾジアゼピン（BZD）や選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）などの向精神薬に対する忍容性が低く、眠気、依存性、健忘、消化器症状等の副作用を訴える場合。

ベンゾジアゼピン（BZD）：不安感が強く、早期に不安を解消する必要がある場合。不眠、自律神経症状や筋緊張などの症状を有する場合。なお、BZDは依存性を考慮して投与量・期間は必要最小限に留めること。

選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）：心配（予期憂慮）や不安感に対する症状改善を必要とする場合。抑うつ症状が強い場合。自律神経症状が強い場合（精神症状の改善に伴い自律神経症状が軽快すると考えられる）（表1）。

Step.3：効果判定においてBZDでは2週間、

SSRI・tandospironeでは忍容性が許す限りの十分量を使用した上で、4～6週間を目安として判断をする。

Step.4：効果判定の結果「有効」の場合は「寛解」を目指して、その治療については12ヵ月以上を目安としてSSRI・tandospironeについては治療用量を維持する。なお、BZDを使用した場合は依存性を考慮して早期の漸減を視野に入れて治療を維持する。

Step.5：効果判定が「やや有効・無効」の場合は薬剤の追加または変更を検討する。追加においては可能な限り薬理メカニズムが異なる薬剤を選択する。

Step.6：Step.3と同様。

Step.7：効果判定の結果、「やや有効・無効」の場合は診断の見直しを行い、GAD以外の診断が疑われる場合、あるいは併存疾患の症状が残存する場合はその疾患の治療手順に従う。

Step.8：GADの診断が確認された場合は、今までの薬剤の無効な要因を検討して他の治療方法を選択する。

【追加事項】

- *一般医がGAD治療を実施して「うつ病・希死念慮」の併存が疑われた場合は専門医へ紹介する。
- *近年GADの患者さんは「副作用にとっても敏感である」という結果がGAD実態調査で得られており、副作用に関する説明も積極的にすべきである。

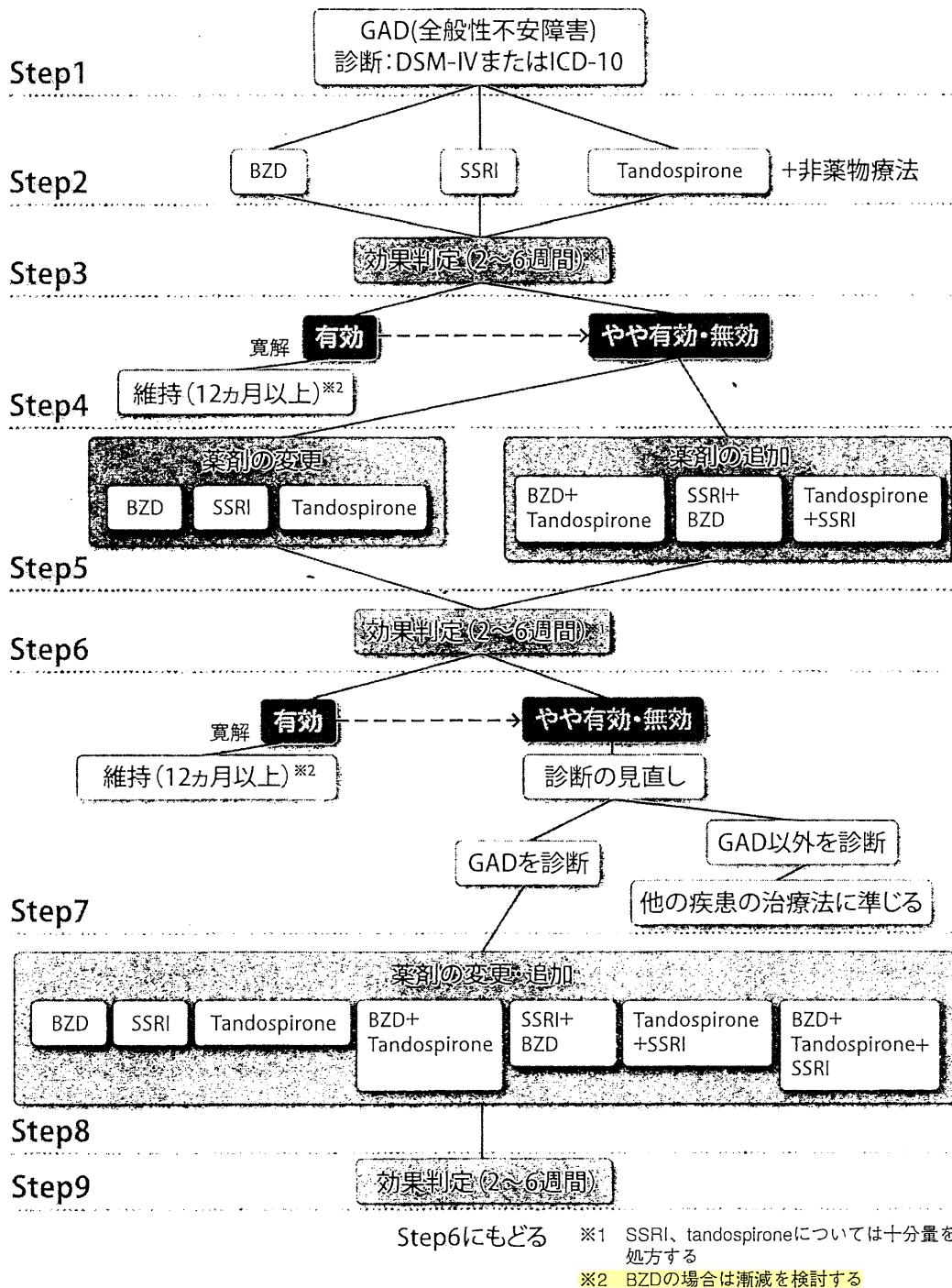


図1 GAD Treatment Procedure Proposed by GAD working Group Japan