

平成 24 年 3 月 1 日

不安障害専門医制度の必要性について

英国全土で、不安障害とうつ病に対して、2008 年からの当初 3 年間で 363 億円を投じ、IAPT (Increasing Access to Psychological Therapies) という政策が開始されています。「個人認知行動療法をもっと身近にする」ために、認知行動療法セラピストを 7 年で 1 万人養成する国家政策プロジェクトです。養成された 1 万人のセラピストによって、90 万人の不安障害とうつ病の患者が認知行動療法を受けられるようになり、そのうちの半分の 45 万人が回復することが期待されています。実際、2008 年 10 月から 2009 年 9 月までの 1 年間で、IAPT に 137,285 人が紹介され、79,310 人にアセスメントが行われ、41,724 人のエピソードが終結に至りました。このうち、26,870 人が複数回の治療(42.3%が低強度セラピー、27.5%が高強度セラピー)を受け、12,396 例の完遂例で、effect size は、0.97(Dropout を含む 23,163 例全体では、0.69)という非常に高い数値で、個人認知行動療法の普及の効果を示しました。不安の評価尺度である GAD-7 は、治療前後で、11.75(±5.52)から 6.09(±5.47)へと半減、うつの評価尺度である PHQ-9 は、治療前後で、12.97(±6.57)から 6.77(±6.38)へと半減しました。英国全土をコンピュータで結んでの治療効果データ集積の成果です。この明確な数値の変化により、英国 IAPT は、さらなる予算的措置を得て、推進されていくのです。

日本不安障害学会では、英国 IAPT にならい、日本の不安障害の患者様に、「個人認知行動療法をもっと身近にする」ための方策の一つとして、不安障害専門医制度を創設したいと考えております。不安障害専門医は、治療ガイドラインの第一選択にあるように、薬物療法あるいは認知行動療法のどちらかを患者様に選択してもらえような治療計画ができ、個人認知行動療法の治療成績を GAD-7 と PHQ-9 で収集していきます。

簡単なデータ収集は、コンピュータ技術の進歩により、手軽になりましたので、日本不安障害学会でも、なるべく早い時期に、個人情報を含まない治療効果データを、簡単に WEB 上で登録できるシステムを導入していくつもりです。日本の不安障害に苦しむ患者様を一人でも多く助けるためにも、個人認知行動療法を選択肢の一つとできる、不安障害専門医の実践する診療が非常に効果的であることを広く国民に数字で訴えていくことが必要になっております。

日本不安障害学会の会員の先生方には、別紙の不安障害専門医制度(案)をご覧ください、不安障害専門医制度の創設にご理解とご意見を賜りますように、なにとぞよろしくお願い申し上げます。

日本不安障害学会 理事長 久保木富房 (東京大学名誉教授)

評議員長 貝谷久宣 (医療法人和楽会、パニック障害研究センター)

担当理事 清水栄司 (千葉大学)、佐々木司 (東京大学)、熊野宏昭 (早稲田大学)

日本不安障害学会 (JSAD) 不安障害専門医制度 (案) 2012年3月8日 ver3.3

日本不安障害学会は、下記の11の要件を満たす者を不安障害専門医とする

- 1、日本不安障害学会会員であること
- 2、医師免許を有すること
- 3、不安障害（パニック障害、広場恐怖、特定の恐怖症、社交不安障害、全般性不安障害、強迫性障害、PTSD など）および合併する頻度の高い精神疾患（大うつ病性障害、気分変調症性障害、パーソナリティ障害、広汎性発達障害など）を DSM-IV に従って診断でき、リスク・アセスメントが行えること
- 4、不安障害に対するエビデンスに基づいた第一選択の治療（認知行動療法、薬物療法など）を、治療同盟、心理教育、環境調整、社会的支援とともに、患者に提供するための治療計画をたて、医療チームを管理指導できること（認知行動療法は、チーム医療として医療従事者が実践する1セッション30分から50分程度、毎週1回で合計16セッション程度の個人認知行動療法を含める）
- 5、単一の不安障害が主診断であり、他に重篤な合併精神疾患を有しない患者を、治療の標準適応であると判定できること
- 6、不安障害が主診断であるが、複数の不安障害を合併していたり、大うつ病性障害を有していたりなど、他に重篤な合併精神疾患を有する患者を、治療の拡大適応（標準適応でない）であると判定できること
- 7、不安障害の重症度を自己記入式 GAD-7(JSAD 版)を用いて評価し、治療前後の改善を判定できること
- 8、不安障害に合併する大うつ病性障害の重症度を自己記入式 PHQ-9 (JSAD 版) を用いて評価し、治療前後の改善を判定できること（他の尺度についても可とする）
- 9、初期治療の終結時に、評価者による最終全般改善度 (CGI-C) を用い、また、DSM-IV の不安障害の診断基準を満たさなくなったかどうかを診断し、その後の再発防止、治療のモダリティ変更、紹介など続く治療管理計画を適切にたてることのできる事
- 10、 個人情報を除いた形で、不安障害の個人認知行動療法の治療効果成績のまとめ (GAD-7 の変化、PHQ-9 の変化、CGI-C など) を、毎年1回指定された方法により、日本不安障害学会に提出できること (WEB での電子提出も将来的に検討する)
- 11、 上述された不安障害専門医についての必要な要件について、日本不安障害学会の指定する不安障害専門医講習を受けていること (WEB 講習も将来的に検討する)

日本不安障害学会 理事長 久保木富房 (東京大学名誉教授)

評議員長 貝谷久宣 (医療法人和楽会、パニック障害研究センター)

担当理事 清水栄司 (千葉大学)、佐々木司 (東京大学)、熊野宏昭 (早稲田大学)

(資料) PHQ-9,GAD-7日本語版は村松公美子、宮岡等、上島国利らにより再翻訳法を経て作成されました。日本不安障害学会会員は、PHQ-9(JSAD版), GAD-7(JSAD版) を臨床使用、複写できます。