

20020868

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

精神疾患治療ガイドラインの策定に関する研究

平成14年度

総括・分担研究報告書

平成15（2003）年3月

主任研究者 鹿島 晴雄

平成14年度厚生科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

精神疾患治療ガイドラインの策定に関する研究

目次

I. 総括研究報告

精神疾患治療ガイドラインの策定に関する研究.....1

鹿島 晴雄 (慶應義塾大学医学部)

II. 分担・協力研究報告

1. 統合失調症(精神分裂病)治療のガイドライン作成.....4

樋口 輝彦 (国立精神・神経センター国府台病院)

中込 和幸 (昭和大学医学部)

2. うつ病のコンセンサス・ガイドライン作成のための講座担当者への調査.....67

大野 裕 (慶應義塾大学保健管理センター)

3. 電気けいれん療法のガイドライン策定に関する研究.....83

本橋 伸高 (東京医科歯科大学医学部)

栗田 圭一 (東北大学医学部)

精神疾患治療ガイドラインの策定に関する研究

主任研究者	鹿島 晴雄	（慶應義塾大学医学部）
分担研究者	樋口 輝彦	（国立精神・神経センター国府台病院）
	大野 裕	（慶應義塾大学保健管理センター）
	本橋 伸高	（東京医科歯科大学医学部）
	栗田 圭一	（東北大学医学部）
	中込 和幸	（昭和大学医学部）

研究要旨

精神疾患の治療法の進歩はめざましく、多様な治療法が生まれているが、また治療法の不統一という問題も生じ、近年、精神科治療ガイドラインの必要性がいわれている。これまで主に evidence-based なガイドラインが作成されてきたが、厳密な研究に基づいてはいるが、反面必ずしも実際の臨床にはそぐわない部分も多い。こうした点を受け、米国ではエキスパートコンセンサスガイドラインの必要性が指摘され、実際にいくつか作成されているが、我が国にはまだそうしたものは存在しない。そこで本研究では、まず2大精神障害である統合失調症と気分障害についての治療ガイドラインを作成する。また電気けいれん療法は重要な身体療法であるが、種々の意見もあり、精神科の治療法の中では、特に早急に治療ガイドラインが望まれるものの一つである。今回の研究では、電気けいれん療法の手法に関する推奨マニュアルの作成も目指している。1年目においては、治療における問題状況の設定とその対処ないし解決法に関するアンケートの作成を行い、一部予備的に実施した。2年目においてはエキスパートの選定を行い、アンケートを予備的に実施し、アンケートの実施と回答の分析を行う。

A 研究目的

本研究では、まず2大精神障害である統合失調症と気分障害についてのガイドラインを策定する。また、薬物以外の身体療法のひとつとして、電気けいれん療法がある。電気けいれん療法に関しては種々の意見があり、また誤解もあるが、症状によっては有効な治療法であることも確かであり、特に他の治療法が奏功しない場合には非常に重要な治療方法である。したがって、精神科の治療法の中では、特に早急に治療ガイドラインが望まれるものの一つである。今回の研究では、この電気けいれん療法の手法に関する推奨マニュアルの作成を目指す。以上、本研究では統合失調症、気分障害についての治療ガイドライン、及び電気けいれん療法の手法に関する推奨マニュアルの三つを

策定する。これらが作成され普及されれば、精神医療全体の質の向上に寄与するだけでなく、今後より良い治療法の開発へのステップとなることが期待される。

B 研究方法

研究方法は、研究班を組織して、統合失調症の治療ガイドライン作成（分担研究1）、うつ病に関する治療ガイドライン作成（分担研究2）、電気けいれん療法の推奨マニュアル作成（分担研究3）、のための準備を継続して行ってきた。以下に具体的な実施経過を示す。

（分担研究1）樋口輝彦、中込和幸分担研究者を中心とした研究グループ（以下樋口研究班とする）では、統合失調症の治療ガイドラインのひとつであるコンセンサス・ガイドラインを作成する目的で平成13年度に作成し

た42項目からなるアンケート調査票を用いて日本精神神経学会の評議員149名を対象に調査を行った。回答は53名から得られ、回収率は35.6%であった。今年度はこのうち、薬物療法の部分を解析し臨床状況別の治療法に関するコンセンサス勧告およびガイドラインを作成した。また、個々の項目毎に平均、最善の治療、一次選択治療、二次、三次選択治療を評価すると同時に、米国での結果と対比しコメントを加えた。

(分担研究2) 大野裕分担研究者を中心とした研究グループ(以下大野研究班)では、昨年度は日本精神神経学会の評議員(n=149)を対象に調査を行い、報告を行った。平成14年度は、全国の講座担当者(n=84)を対象に、昨年度と同様に最も望ましい治療法についての回答の記入と、質問紙自体の問題点について指摘してもらうように依頼した。最終的に38名の講座担当者から回答を得た。平成13年度に実施した「治療ガイドラインアンケート調査票 気分障害編」を基本に、改善を指摘された追加薬剤の種類としての「カルバマゼピン」「バルプロ酸ナトリウム」を追加した。また、現在日本人口の高齢化が社会問題となっていることを考慮し「高齢者の気分障害治療」の質問項目を追加した。調査票は、23項目306変数から構成されている。回答形式は、平成13年度調査票同様最も望ましい治療法について9件法(以下参照)で選択を求めた。

(分担研究3) 本橋伸高分担研究者を中心とした研究グループ(以下本橋研究班)では、わが国の電気けいれん療法 electroconvulsive therapy (ECT) を標準化するための研究を行っている。今年度の大きな動きとして、短パルス矩形波(パルス波)治療器が認可されたことがあげられる。これによりわが国のECT治療器が欧米に追いつくことになる。ECTの手技、適応、説明と同意などについてのガイドラインを作成し、有効な治療法であるECTを安全に実施可能とすることが本研究の目的である。

C 研究結果

本年度の研究結果は次のとおりである。樋口研究班では、統合失調症の治療ガイドラインのひとつであるコンセンサス・ガイドラインを作成する目的で、初年度である平成13年度においては、その基礎資料となるアンケートの質問項目を検討し、薬物療法に関する質問項目23項目、心理社会的治療に関する

質問項目19項目、合計42項目から成るアンケート用紙を作成した。149名中53名から回答が得られ、回収率は35.6%であった。回答者の平均年齢は54.4±8.5歳、平均経験年数は28.3±8.3年であった。勤務先別にみると大学病院18名、単科精神病院19名とほぼ等しく、以下精神科診療所9名、大学以外の総合病院2名、研究施設1名、その他4名であった。「エキスパート コンセンサスガイドライン」の調査項目毎の分析結果が示された。この結果をもとに今年度は薬物療法の部分に関して「臨床状況別の治療法に関するコンセンサス勧告」の作成とガイドライン8項目の作成を行った。

大野研究班では、以下の「研究の実施経過」で述べるような方法により、うつ病治療のガイドラインを作成する目的で、質問紙への回答を依頼した。回答者の臨床的背景は全員男性であり、大学が勤務先であった。対象の平均年齢は52.7歳(SD 7.6)であり、最低40歳、最高66歳であった。最近1週間に診察したうつ病性障害の患者数は平均19.1名(SD 13.1)であり、最低1名、最大50名であった。臨床状況による治療選択については別添資料(図表1から28)を参照されたい。また薬物増量と変更については、大うつ病エピソードの患者に対して最初に選択した薬物を最大量まで増量するまでの期間は、平均3.8週(SD 1.6)であり、最低2週、最長8週であった。以下別添資料(図表29から37)も参照されたい。

本橋研究班では、「米国精神医学会タスクフォースレポート」の翻訳出版がなされ、American Psychiatric AssociationによるPractice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging, 2nd ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2001を翻訳し、2002年5月に医学書院から出版した。またパルス波治療器の認可を求める動きは、日本精神神経学会、日本生物学的精神医学会および日本総合病院精神医学会からの要望書などのかたちで推進された。そして、2002年6月にThymatron DGxがようやく認可された。また電気けいれん療法ガイドライン作成にあたってうつ病に対するECTの有効性については、系統的な総説が発表された。

D 考察

樋口班では、今年度は、一応のコンセンサス・ガイドラインをまとめることはできたが、今回の調査で個々の項目を米国の調査結果と比較して明らかになったこととして、わが国の結果からはエキスパートの半数以上が「9点」をつけた項目（これを「最善の治療」と呼ぶ）が一つとしてなかった点であげられる。また一次選択の場合も「最善の治療」と同様であり、一次選択が記載される場合は限られていた。これらの原因を明らかにするためには更に調査対象を拡大し世代間の違いの有無を検討する必要があると考えられた。今後はさらに調査対象を広げて世代間の比較等を行った上でEBMによるガイドラインを補完するものとして活用できるように整備する必要がある。

大野班の研究からは、今回の回答でも比較的安定した傾向が認められたことから、さらにRCT(Randomized Controlled Trial)を補完するコンセンサスデータを積み重ねることによってよりよい治療ガイドラインを作成できる可能性が高いと判断できた。今回の調査だけで統計分析を行うには調査協力者数が38名と少なく年齢や性別に偏りがあることから、さらに協力対象者の幅を広くして、一般的な治療傾向を調査することが今後のガイドライン作成と普及の方針を検討するために有用であると考えられた。

本橋班ではわが国の精神科臨床においてははまだ修正型のECTが原則化されておらず、また施設基準や教育プログラムも検討されていないことが課題であることが明らかとなった。ECTの推奨事項の検討に際しては、1) 安全性を高める必要性の強調 2) 施設基準についていくつかの問題点がある。ECTの推奨事項については、次年度までにまとめる予定である。英国では学会の推奨事項に対する査察が行われているものの、現実的にはなかなか守られていないようである。また米国にあっても、一定の基準を満たしていない施設が多いとされている。したがって、わが国においてもECTの標準化にある程度の時間を要する必要がある。

E 結論

樋口班と大野班で得られたアンケート結果は、わが国の統合失調症とうつ病に関するコンセンサス・ガイドラインを作成する上での基礎資料となるものの、いずれも回答者数が尙少なく、来年度幅広い対象者にさらなる調査協力を依頼してガイドライン作りをすすめる必要がある。本橋班ではわが国におけるECTの標準化には今後なおある程度の時間を要するものと考えられ、推奨事項を更に検討する必要があるとされた。

なお本研究班は以下に記す日本精神神経学会の精神疾患治療ガイドライン策定委員会をもとに構成されているものである。

日本精神神経学会 精神疾患治療ガイドライン策定委員会

委員長：鹿島晴雄

粟田主一 池淵恵美 一瀬邦弘 大野裕 神庭重信 坂元薫 佐々木高伸 佐藤光源
澤温 武田俊彦 中川敦夫 中込和幸 中島一憲 西村由貴 早川達郎 樋口輝彦
水野雅文 本橋伸高 山口登

以上 20 名

気分障害治療ガイドライン策定小委員会

委員長：大野

粟田 鹿島 神庭 坂元 佐藤 中川
西村 樋口 本橋

精神分裂病治療ガイドライン策定小委員会

委員長：樋口

粟田 池淵 大野 鹿島 佐藤 武田
中込 早川 水野 本橋

電気けいれん療法の手技と適応基準の検討小委員会

委員長：本橋

粟田 一瀬 鹿島 佐々木 佐藤 中島
山口

以上

厚生労働省科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

—精神疾患治療ガイドラインの策定等に関する研究—
統合失調症（精神分裂病）治療のガイドライン作成

分担研究者 樋口 輝彦 国立精神・神経センター国府台病院院長
中込 和幸 昭和大学医学部精神医学教室助教授

研究要旨：統合失調症の治療ガイドラインのひとつであるコンセンサス・ガイドラインを作成する目的で平成13年度に作成したアンケート調査票を用いて日本精神神経学会の評議員149名を対象に調査を行った。回答は53名から得られ、回収率は35.6%であった。今年度はこのうち、薬物療法の部分を解析し臨床状況別の治療法に関するコンセンサス勧告およびガイドラインを作成した。また、個々の項目毎に平均、最善の治療、一次選択治療、二次、三次選択治療を評価すると同時に、米国での結果と対比しコメントを加えた。

研究協力者：

池淵恵美 帝京大学医学部精神医学講座助教授
早川達郎 国立精神・神経センター国府台病院
精神科医長
武田俊彦 慈恵病院精神科医師
水野雅文 慶応義塾大学医学部精神医学講座助手

A. 研究目的

精神疾患の治療法の進歩はめざましく多様な治療法が生まれているが、同時に多様さは治療者間や施設間の治療法の不統一という問題も生み出すことになる。そのため治療ガイドラインあるいは治療アルゴリズムの必要性が叫ばれ、米国を中心にいわゆる evidence-based のガイドラインやアルゴリズムが作成され、翻訳もされ紹介されてきた。これらはエビデンスに基づいて作成されている点で高く評価されるが、その反面実際の臨床にそぐわない部分もあり、これを補うものとして臨床の実際に則した consensus guideline の必要性が指摘されている。本研究はわが国の実情を反映した統合失調症に関する consensus guideline を策定する目的でアンケート調査を行うものである。

B. 研究方法

米国で作成されたエキスパート・コンセンサス・ガイドラインの基となったアンケート調査項目を参考に100項目からなる質問項目を作成し、平成13年度に研究協力者を対象にしたパイロット調査研究を施行した。その結果、100項目はアンケート調査としては回答者に負担が大きすぎるものがあきらかになったため、更に質問項目の絞り込みを行い、最終的に42項目の調査票を作成した。これを平成14年度に日本精神神経学会評議員149名に送付した。

調査結果の分析および提示の方法については、アンケート調査結果の冒頭に記載した。

C. 研究結果

149名中53名から回答が得られ、回収率は35.6%であった。回答者の平均年齢は 54.4 ± 8.5 歳、平均経験年数は 28.3 ± 8.3 年であった。勤務先別にみると大学病院18名、単科精神病院19名とほぼ等しく、以下精神科診療所9名、大学以外の総合病院2名、研究施設1名、その他4名であった。別添資料1「エキスパート コンセンサス ガイドライン」が調査項目毎の分析結果である。この結果をもとに今年度は薬物療法の部分に関して「臨床状況別の治療法に関するコンセンサス勧

告」(内容は【急性期の治療中の介入】、【併発症状に対する対応】、【継続および維持薬物療法中の介入】の3つの部分から成る)の作成とガイドライン8項目の作成を行った(資料2)。

D. 考察

今回の調査で個々の項目を米国の調査結果と比較して明らかになったことは、まずわが国の結果からはエキスパートの半数以上が「9点」をつけた項目(これを「最善の治療」と呼ぶ)が一つとしてなかった点である。ちなみに米国ではほとんどの項目において「最善の治療」が記されている。これは何を意味するかを明らかにするためには、更なる分析が必要であるが、考えられることとして1)わが国ではまだ薬物選択の共通認識が成立しておらず、個々の経験を基にバラツキの多い処方が行われている 2)年代による薬物選択の違いがあり平均すると世代別の「最善の治療」が見えなくなる。このいずれか、あるいは他の要因の有無を明らかにするためには更に調査対象を拡大し世代間の違いの有無を検討する必要がある。

一次選択の場合も「最善の治療」と同様であり、一次選択が記載される場合は限られていた。例えば「従来型抗精神病薬治療に対する反応が不十分な場合、残存する陽性症状に対して」一次選択はなく、すべてが二次選択の中に入れられてしまう。要するに、選択の仕方がバラツクためにマジョリティが得られないということである。その原因も「最善の治療」の時と同じと考えられた。一次選択がある項目としてはGuideline 1 急性期の薬理学的マネジメント 1A: 抗精神病薬の選択において「初発エピソードの陽性症状には非定型あるいは従来型を用いる」「初発エピソードの陽・陰性症状には非定型を用いる」、Guideline 2「残存する陰性症状の場合には非定型に変更する」、Guideline 2-3「従来型の服薬不遵守による急性増悪に対してはデポ剤に変更する」、Guideline 3 非定型抗精神病薬に対する反応が不十分で「顕著な陽性症状には非定型の増量」また「顕著な陰性症状には他の非定型に変更」、Guideline 4 従来型から非定型に切り換えたが十分な反応が得られない場合に「顕著な陽性症状に対しては非定型を増量するか他の非定型に変更」「顕著な陰性症状に対

しては他の非定型に変更」といったところが主なものである。これらに共通していることは、いずれも比較的选择の幅が狭いことである。

E. 結論

上記より、一応のコンセンサス・ガイドラインをまとめることはできたが、今後はさらに調査対象を広げて世代間の比較等を行った上でEBMによるガイドラインを補完するものとして活用できるように整備する必要がある。

F. 研究発表

池淵恵美: 統合失調症の心理社会的介入ガイドラインづくりに向けて. 精神・神経疾患委託費合同シンポジウム発表. 2002年12月17日 アルカディア市ヶ谷, 東京

池淵恵美: 統合失調症の心理社会的介入ガイドラインづくりに向けて. 「脳と精神の医学」 in press(第14巻1号に掲載予定)

G. 知的所有権の取得状況

なし

エキスパート コンセンサス ガイドライン

統合失調症の治療

対象：日本精神神経学会評議員のうち、アンケートをお願いし、回答が得られた53名の精神科医（男性52名、女性1名）。

平均年齢：54.4±8.5歳

平均経験年数：28.3±8.3年

勤務先：大学病院18名、大学以外の総合病院2名、単科精神病院19名、精神科診療所9名、大学以外の研究施設1名、その他4名

1週間における統合失調症患者の診察人数（平均）：50.8±40.2人

6

方法：米国の“Treatment of Schizophrenia 1999 (The Journal of Clinical Psychiatry, Volume 60, Supplement 11, 1999)”の邦訳（エキスパート コンセンサス ガイドライン シリーズ 精神分裂病の治療 1999, 大野裕訳）に用いられた質問内容に若干の変更、注釈を加えて転用したアンケート調査。

評価尺度：下記説明をつけて評価尺度を提示した。

1 2 3 4 5 6 7 8 9
きわめて不適切 ← → きわめて適切

9 = きわめて適切：最善の治療

7~8 = 通常は適切：一次選択治療としてしばしば用いるもの


4~6 = どちらとも言えない：ときに二次選択治療として用いるもの（たとえば、患者や家族の希望。あるいは一次選択治療が無効、利用不可能、または不適当である場合）


2~3 = 通常は不適切：自分ならめったに用いない治療

1 = きわめて不適切：自分なら決して用いない治療

調査結果の分析および提示：調査結果の分析では、まず、各項目ごとに平均、標準偏差および信頼区間 (CI) を算出した。CI95%とは統計学的に算出した範囲であり、同様のエキスパートグループを対象として調査を繰り返した場合には、平均得点とその範囲内に入る見込みが 95%であることを示している。各選択治療法の 95%CI は、横のバーで示されている。2つのバーに重なる部分がない場合には、その2つの選択肢の平均得点間に統計学的有意差があることを意味している。平均得点の 95%CI 区間に基づいて、各選択治療法を一次、二次または三次選択治療に分類した。


評点による分類：

 : CI の範囲全体が 6.5 以上のもを一次選択治療として分類した。

 : CI が 3.5~6.49 の間に入るものを二次選択治療として分類した。

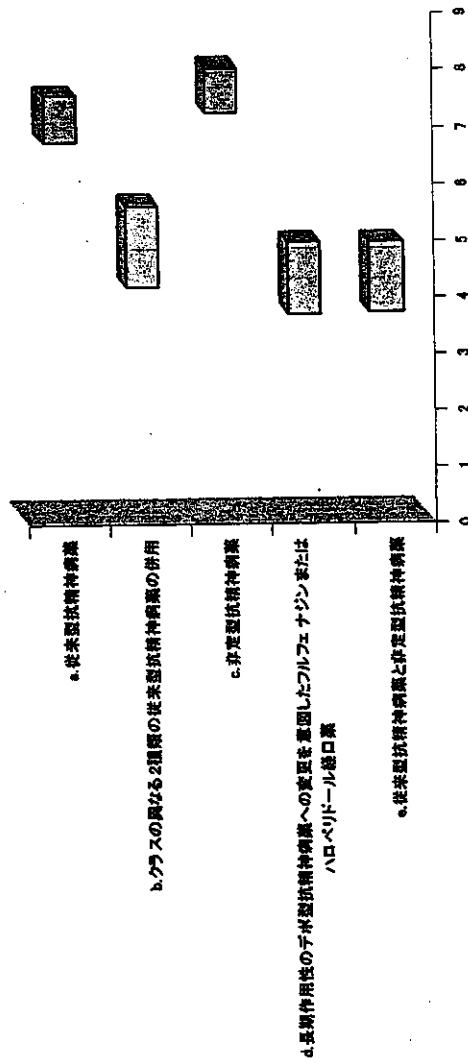
 : CI の一部でも 3.5 以下であれば三次選択治療として分類した。

各項目の分類に際しては、上位ランクへ分類されることの内容厳しい基準を設け、信頼区間が複数のランクに及んだ場合にはそのうち最も低いランクに分類した。たとえば、信頼区間の下限が下のランクとの境界値に重なった場合には、その項目は低いほうのランクに分類した。

 : 最善の治療 (エキスパートの半数以上が「9点」をつけた項目) は * 印で示してあるもので注目していただきたい。

図の隣に、各項目の平均得点、標準偏差、ならびに最善の治療 (9点)、一次選択治療 (7~9点)、二次選択治療 (4~6点)、三次選択治療 (1~3点) に評価したエキスパートの割合を示した表を掲げる (注：一次選択治療の割合には、最善の治療の割合も含まれている)。

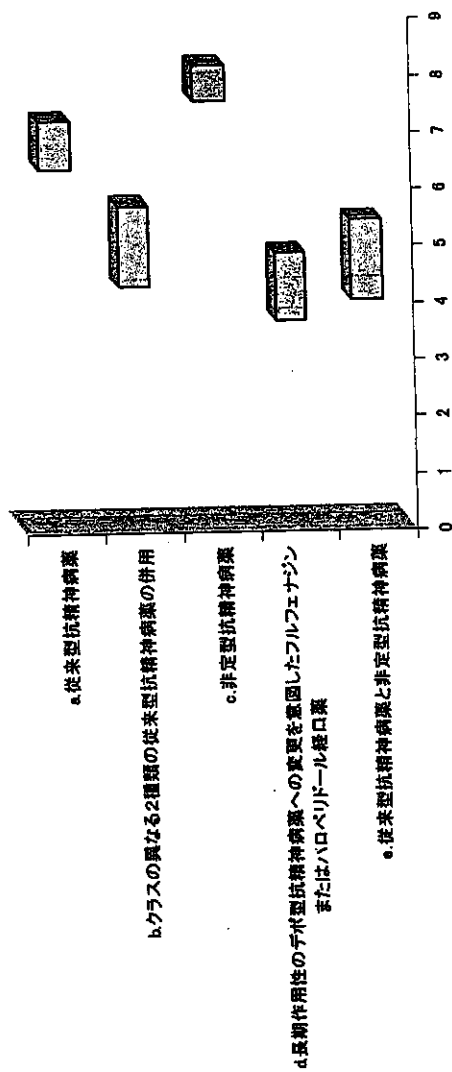
1. 陽性症状が優勢な統合失調症の初発エピソード患者の初期薬物療法に用いる下記各薬剤の適切性を評価してください。



平均 (SD)	最善の治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
7.0 (1.5)	13	67	33	0
4.8 (2.6)	8	33	30	37
7.5 (1.4)	23	85	13	2
4.2 (2.3)	4	25	35	40
4.2 (2.2)	2	17	38	44

* 米国では、すでに非定型抗精神病薬が「最善の治療」に、従来型抗精神病薬は「二次選択治療」に分類されている。わが国では非定型抗精神病薬、従来型抗精神病薬ともに「一次選択治療」に分類されており、陽性症状に対しては依然として従来型抗精神病薬が選択される傾向が示された。

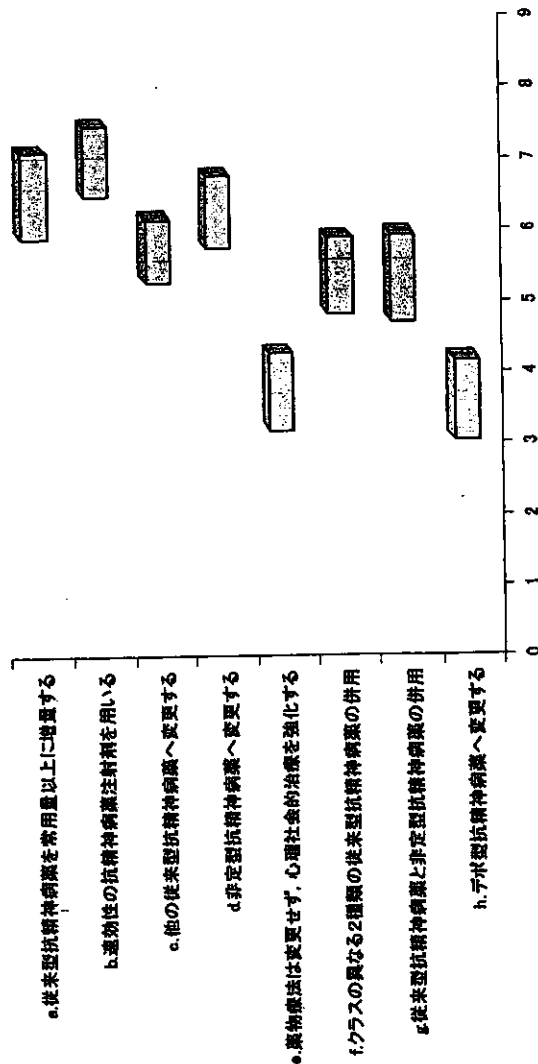
2. 陽性症状も陰性症状も顕著な統合失調症の初発エピソード患者の初期薬物療法に用いる下記薬剤の適切性を評価してください。



平均 (SD)	最善の治療		二次選択治療		三次選択治療	
	治療	選択	治療	選択	治療	選択
6.7 (1.5)	8	67	27	6		
4.9 (2.5)	6	40	25	35		
7.8 (1.1)	23	85	15	0		
4.2 (2.2)	4	17	37	46		
4.6 (2.6)	8	29	31	40		

* 米国では1.と同じ結果が得られているが、わが国では陽性症状とともに陰性症状も顕著なケースでは、従来型抗精神病薬は「二次選択治療」に分類された。わが国では、陰性症状に対して非定型抗精神病薬を選択される傾向が示された。

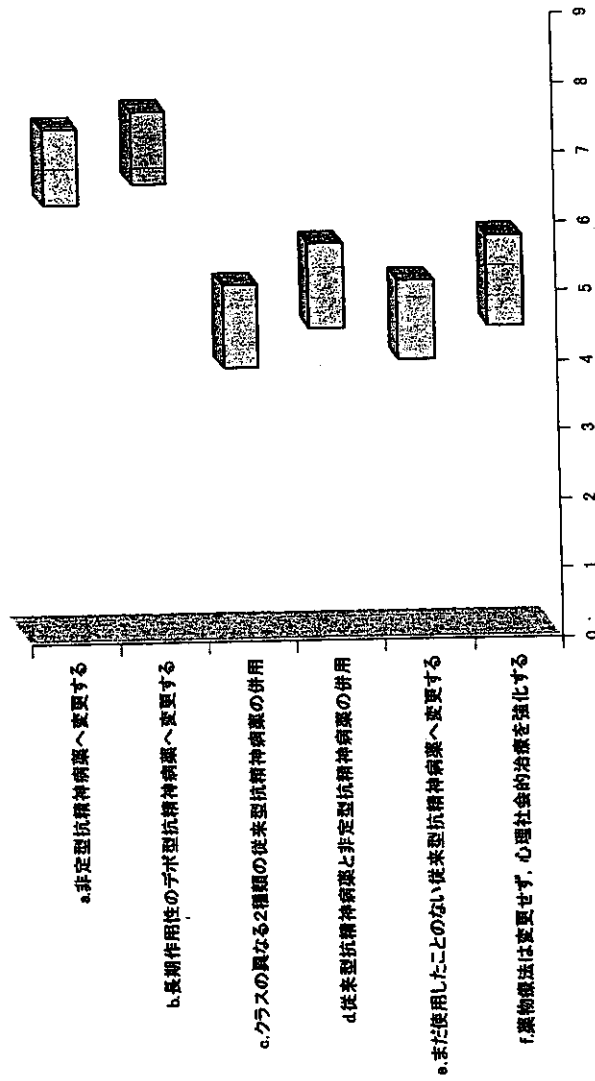
3. 適量の従来型抗精神病薬の服薬を遵守しているにもかかわらず慢性統合失調症が急性増悪した患者に対する下記の治療ストラテジーの適切性を評価してください。



平均 (SD)	最善の 治療	一次 選択 治療	二次 選択 治療	三次 選択 治療
6.4 (2.2)	13	67	19	13
6.9 (1.8)	13	74	21	6
5.6 (1.6)	13	38	51	11
6.2 (1.8)	8	52	38	10
3.6 (2.0)	0	11	38	51
5.3 (1.9)	2	28	49	23
5.2 (2.2)	2	34	40	26
3.5 (2.0)	0	13	35	52

* 米国では、非定型抗精神病薬への変更が「最善の治療」に選択されており、一方、速効性の抗精神病薬注射剤を用いる、薬物療法は変更せず、心理社会的治療を強化する、非定型抗精神病薬へ変更するといった項目は「三次選択治療」に分類されていた。わが国の特徴としては、非定型抗精神病薬への変更は「二次選択治療」に止まり、米国では「三次選択治療」に分類されていた速効性の抗精神病薬注射剤が比較的高得点を示した点であろう。急性期治療ストラテジーに両国間で顕著な差異が認められた。

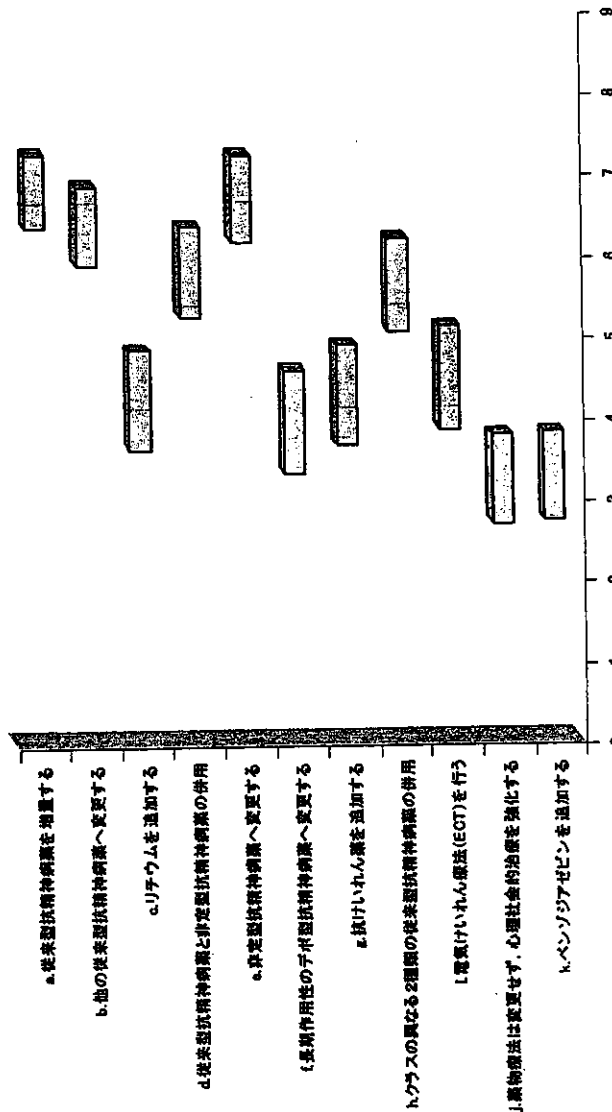
4. 従来型抗精神病薬の服薬不遵守を何度も繰り返し、慢性統合失調症がたびたび増悪している不安定な状態の患者に対する下記治療ストラテジーを評価してください。患者は精神疾患を患っていることを否定しており、錐体外路症状を有していないものとします。



平均 (SD)	最善の 治療	一次 選択 治療	二次 選択 治療	三次 選択 治療
6.8 (2.0)	9	77	13	9
7.0 (1.9)	23	70	23	8
4.4 (2.1)	2	18	47	35
5.0 (2.2)	13	32	42	26
4.5 (2.1)	4	19	49	32
5.0 (2.4)	8	36	32	32

* 服薬不遵守の問題を抱える患者に対する治療ストラテジーには米国と大きな差はなく、米国でもアтипック抗精神病薬への変更が最も高得点で「最善の治療」に分類されている。わが国では一次選択治療に分類されている。非定型抗精神病薬への変更は両国ともに「二次選択治療」に分類された。

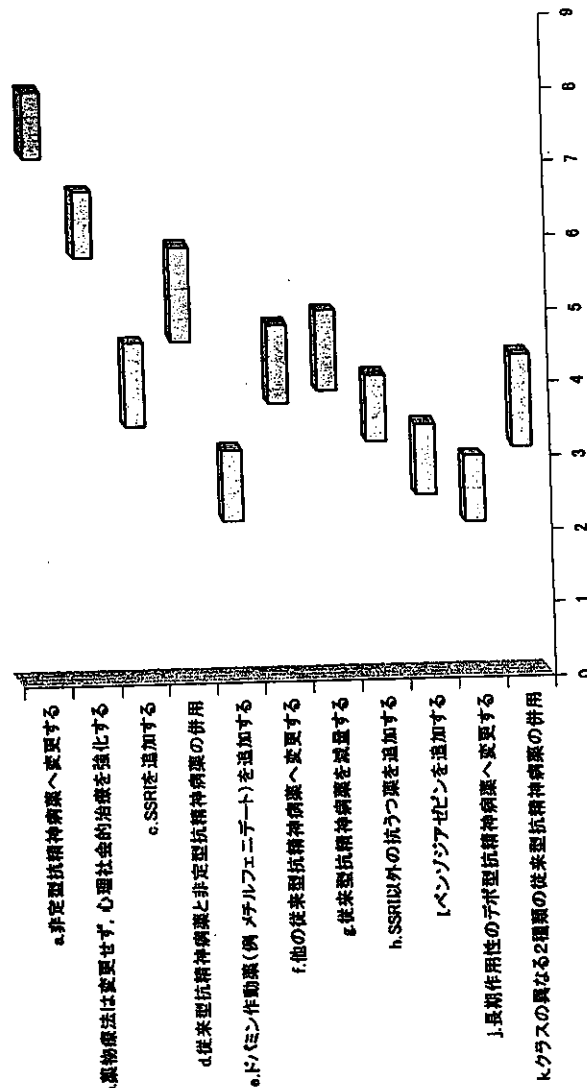
5. 統合失調症の急性増悪に対して従来型抗精神病薬の適切な投与を行いましたが、患者は依然として顕著な陽性症状を示しています。下記の利用可能な各治療ストラテジーの適切性を評価してください。患者は薬物療法に対するコンプライアンスが良好で、物質を乱用していないものと仮定します。



平均 (SD)	最善の 治療	一次 選択 治療	二次 選択 治療	三次 選択 治療
6.8 (1.6)	8	72	20	8
6.4 (1.7)	2	65	25	10
4.4 (2.2)	6	18	39	43
5.8 (2.0)	6	42	42	15
6.7 (1.9)	10	69	23	8
3.9 (2.3)	0	15	37	48
4.3 (2.2)	2	19	31	50
5.6 (2.0)	4	43	37	20
4.5 (2.3)	4	22	39	39
3.2 (2.0)	0	12	20	68
3.3 (1.9)	0	12	18	71

* 米国では非定型抗精神病薬への変更が「最善の治療」に分類されており、陽性症状に対して非定型抗精神病薬を用いる傾向が示されている。また、従来型抗精神病薬の併用は最低点を示し、「三次選択治療」に分類されているのに対して、わが国では二次選択治療として、依然として比較的高い評価を得ている点が対照的である。

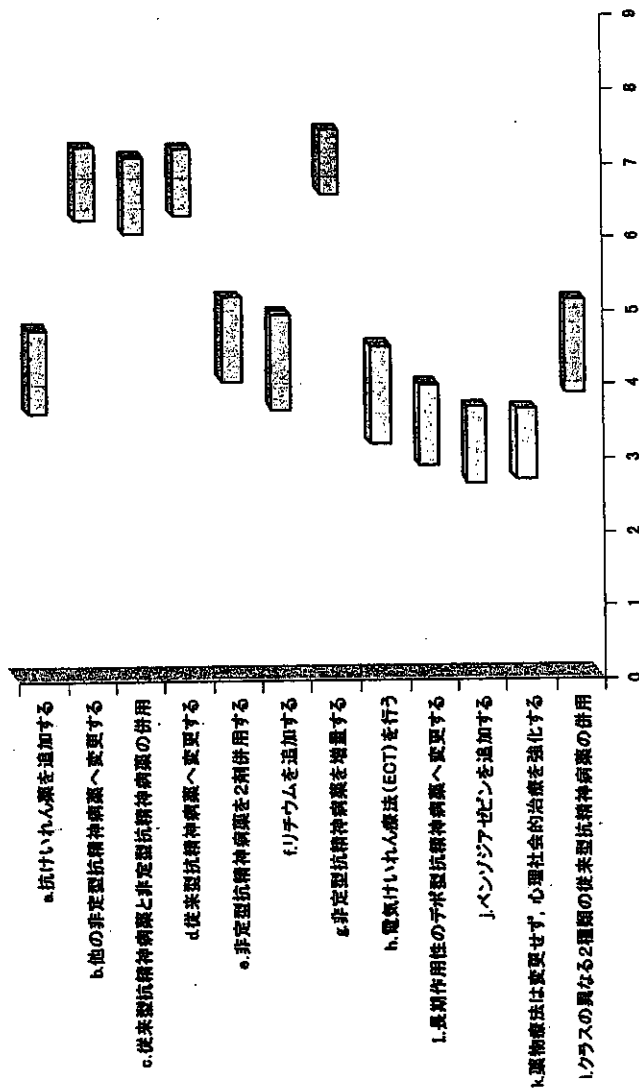
6. あなたが有効であると確信する最低用量の従来型抗精神病薬を服用している患者に、顕著な陰性症状が持続しています。陽性症状も抑うつ症状も顕著ではありません。アキネジアの所見は認められず、陰性症状は抗パーキンソン薬に反応しません。患者は薬物療法に対するコンプライアンスが良好で、物質を乱用していないものと仮定します。下記の利用可能な各治療ストラテジーの適切性を評価してください。



* 米国では、非定型抗精神病薬への変更が「最善の治療」に分類されており、陰性症状に対する非定型抗精神病薬の有効性について、より高い信頼が置かれている。また、陰性症状に対して心理社会的治療の強化が米国では「三次選択治療」に分類されているのに対して、わが国では「二次選択治療」に分類されており、比較的高い評価を得ている。

平均 (SD)	最善の		一次		二次		三次	
	治療	選択	治療	選択	治療	選択	治療	選択
7.6 (1.6)	28	91	6	6	6	6	4	4
6.2 (1.6)	6	49	43	8	43	8	8	8
4.0 (2.0)	0	12	40	48	40	48	48	48
5.2 (2.3)	4	36	38	26	38	26	26	26
2.6 (1.8)	0	6	15	79	15	79	79	79
4.3 (2.0)	0	15	45	40	45	40	40	40
4.4 (2.0)	2	20	43	37	43	37	37	37
3.6 (1.7)	0	8	40	52	40	52	52	52
2.9 (1.7)	0	2	26	72	26	72	72	72
2.5 (1.6)	2	2	24	75	24	75	75	75
3.7 (2.3)	8	17	23	60	23	60	60	60

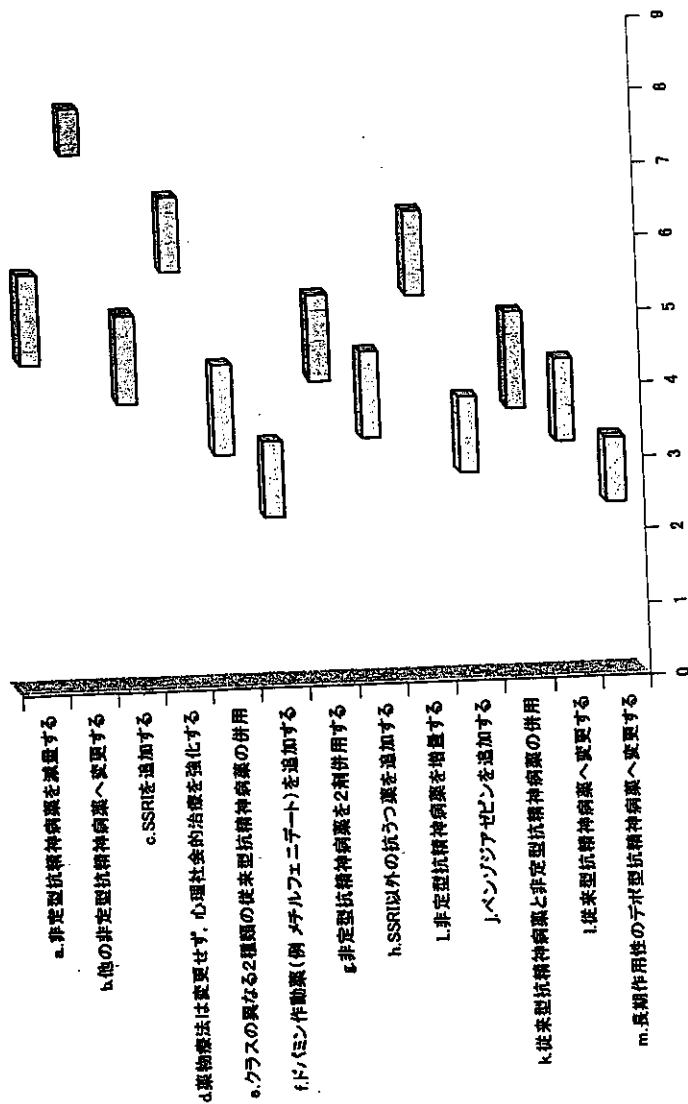
7. 統合失調症の急性増悪に対して非定型抗精神病薬の適切な投与を行いましたが、患者は依然として顕著な陽性症状を示しています。患者は薬物療法に対するコンプライアンスが良好で、物質を乱用していません。以下の利用可能な各治療ストラテジーを評価してください。



平均 (SD)	最善の治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
4.2 (2.0)	2	15	38	46
6.7 (1.8)	13	62	35	4
6.5 (1.9)	9	64	25	11
6.7 (1.6)	8	70	25	6
4.6 (2.0)	6	23	44	33
4.3 (2.3)	8	27	31	42
7.0 (1.5)	10	81	13	6
3.8 (2.4)	4	21	25	54
3.4 (2.0)	2	11	30	58
3.1 (1.8)	2	6	31	63
3.1 (1.7)	0	6	31	63
4.5 (2.3)	0	25	31	44

* 米国では他の非定型抗精神病薬への変更、あるいは非定型抗精神病薬の増量が「一次選択治療」に分類されており、わが国では後者のみ「一次選択治療」に分類されているが、ほぼ同様の傾向を示す。

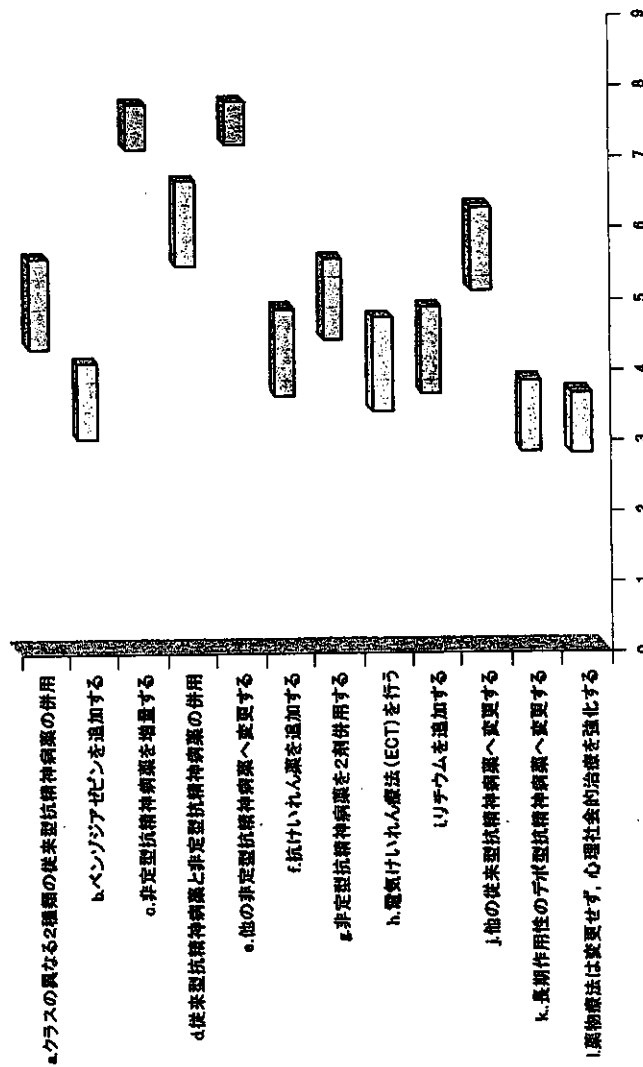
8. 適量の非定型抗精神病薬治療を受けている患者に、顕著な陰性症状が持続しています。陽性症状も抑うつ症状も顕著ではありません。アキネジアの所見は認められず、陰性症状は抗パーキンソン病薬に反応しませんでした。患者は薬物療法に対するコンプライアンスが良好で、物質を乱用していないものと仮定します。下記の利用可能な各治療ストラテジーを評価してください。



* わが国でも米国でも陰性症状に対して新しい非定型抗精神病薬への変更が「一次選択治療」に分類されている点など、同様の傾向を示した。ここでもわが国では心理社会的治療が重視されている。

平均 (SD)	最善		一次		二次		三次	
	の 治療	選択	治療	選択	治療	選択	治療	選択
5.1 (2.2)	2	33	42	25				
7.6 (1.1)	26	92	8	0				
4.5 (2.2)	0	21	46	33				
6.2 (1.8)	6	51	42	8				
3.8 (2.2)	0	15	31	54				
2.8 (1.9)	0	8	15	77				
4.7 (2.1)	0	28	34	38				
3.9 (2.1)	2	10	47	43				
5.8 (2.0)	6	46	37	17				
3.3 (1.9)	2	4	40	56				
4.3 (2.3)	4	21	34	45				
3.7 (2.0)	0	12	35	54				
2.8 (1.6)	0	2	29	69				

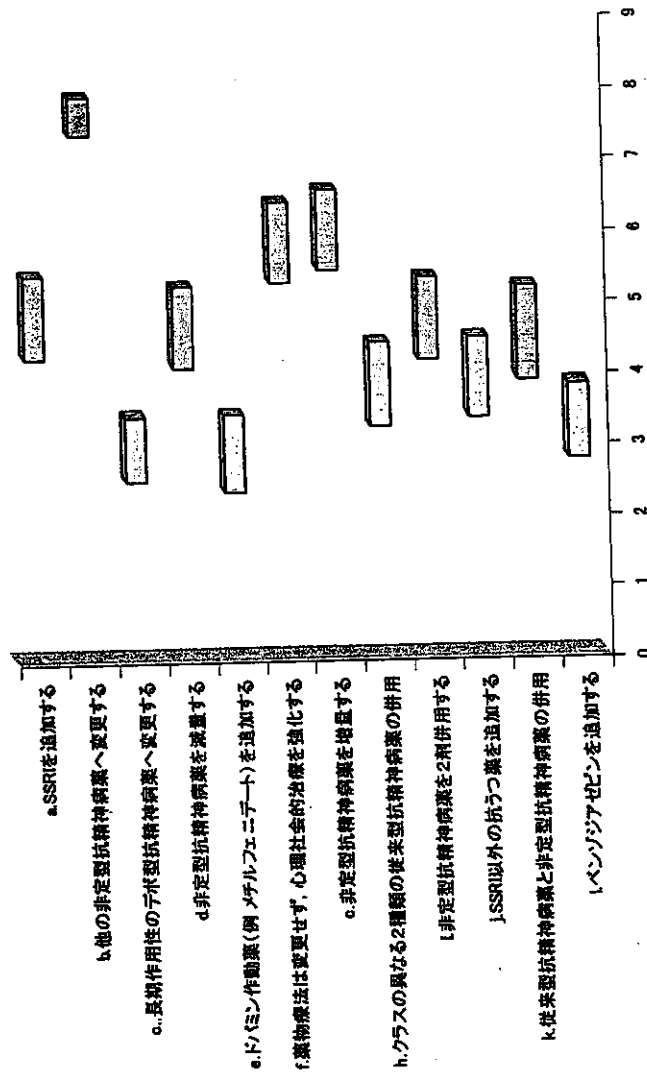
9. 従来型抗精神病薬の適切な投与後、非定型抗精神病薬1剤の適切な投与に切り替えましたが、患者は依然として顕著な陽性症状を示しています。患者は薬物療法に対するコンプライアンスが良好で、物質を乱用していません。下記の利用可能な各治療ストラテジーを評価してください。



平均 (SD)	最善の治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
4.9 (2.2)	0	33	33	33
3.5 (2.0)	2	6	38	56
7.4 (1.1)	17	81	19	0
6.0 (2.2)	9	57	26	17
7.4 (1.1)	17	90	10	0
4.2 (2.2)	0	21	32	47
4.9 (2.0)	0	29	40	31
4.0 (2.4)	4	23	27	50
4.2 (2.2)	0	17	44	38
5.6 (2.1)	4	43	42	15
3.3 (1.8)	0	8	31	62
3.2 (1.5)	0	4	33	63

*米国ではクロザピンへの変更が「最善の治療」に分類されるが、わが国ではクロザピンは市販されていない。それ以外の項目については、新しい非定型抗精神病薬への変更、非定型抗精神病薬の増量が両国とも「一次選択治療」に分類され、同様の結果を示した。

10. 従来型抗精神病薬の適切な投与後、非定型抗精神病薬1剤の適切な投与を行いましたが、患者は依然として顕著な陰性症状を示しています。患者は薬物療法に対するコンプライアンスが良好で、物質を乱用していない場合と仮定します。下記の利用可能な各治療ストラテジーを評価してください。

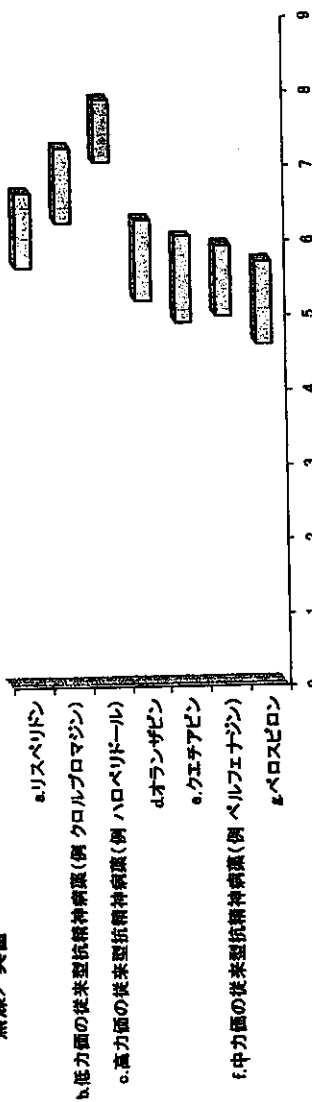


* 米国、わが国とともに他の非定型精神病薬への変更が「一次選択治療」に分類されており、同様の傾向を示した。わが国では、やはり心理社会的治療が比較的高評価であった。

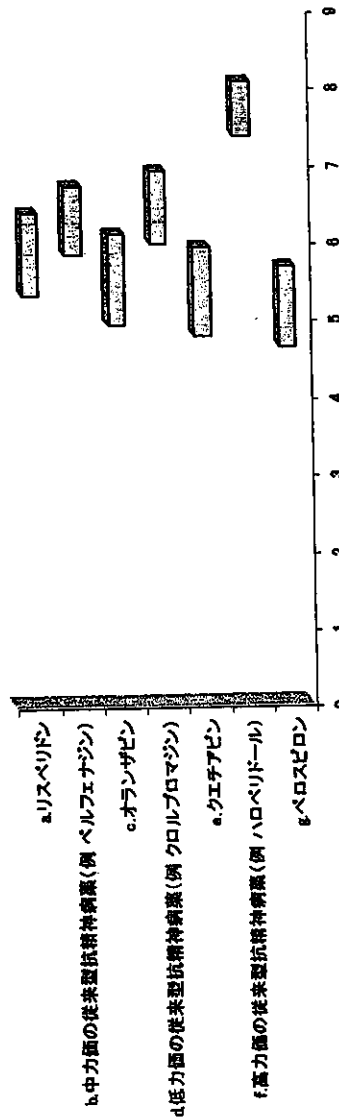
平均 (SD)	最善		一次		二次		三次	
	治療	選択	治療	選択	治療	選択	治療	選択
4.8 (2.0)	2	19	56	25				
7.6 (1.0)	19	91	9	0				
2.9 (1.6)	0	0	35	65				
4.7 (2.0)	0	19	54	27				
2.9 (1.6)	0	8	20	73				
5.8 (2.0)	8	46	40	13				
6.0 (2.1)	6	55	28	17				
3.8 (2.2)	0	15	31	54				
4.7 (2.1)	0	21	43	36				
3.9 (2.0)	2	8	52	40				
4.5 (2.4)	4	25	32	43				
3.3 (1.9)	2	4	38	58				

11. 下記のような併発症状を有している統合失調症患者への各種抗精神病薬の適切性を評価してください。なお、補助治療ストラテジーについては間12で取り上げます。

焦燥／興奮



攻撃性／暴力



* 焦燥／興奮に対しては、米国では各薬剤間でほとんど差がなく、「二次選択治療」に含まれるが、わが国では高力価の従来型抗精神病薬が「一次治療薬」に分類された。攻撃性／暴力については、両国とも高力価の従来型抗精神病薬が「一次選択治療」に分類された。

平均 (SD) の治療	最善の治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
6.1 (1.8)	6	51	38	11
6.7 (1.8)	9	70	23	8
7.5 (1.6)	32	79	17	4
5.7 (1.9)	6	41	45	14
5.4 (2.0)	4	40	36	24
5.4 (1.7)	2	27	60	13
5.1 (2.0)	2	33	41	25

平均 (SD) の治療	最善の治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
5.8 (1.9)	6	40	49	11
6.3 (1.6)	4	49	45	6
5.5 (2.1)	4	40	42	17
6.4 (1.6)	10	53	45	2
5.3 (2.0)	2	37	39	24
7.7 (1.3)	32	89	9	2
5.1 (1.9)	2	31	46	23