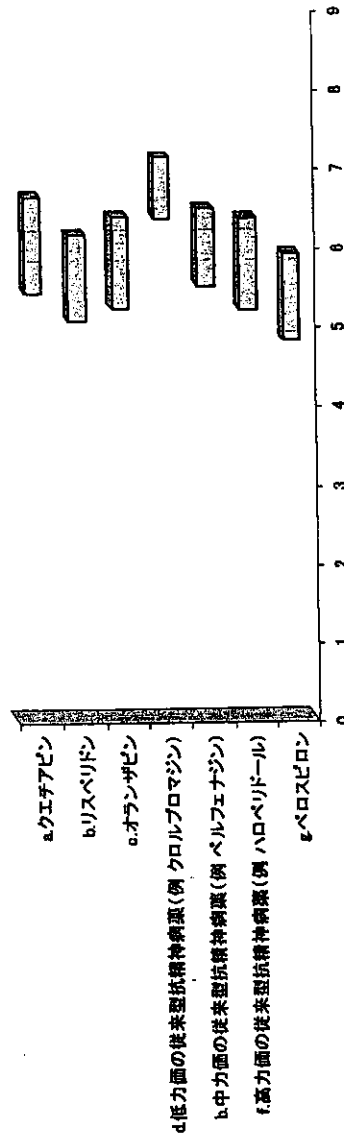
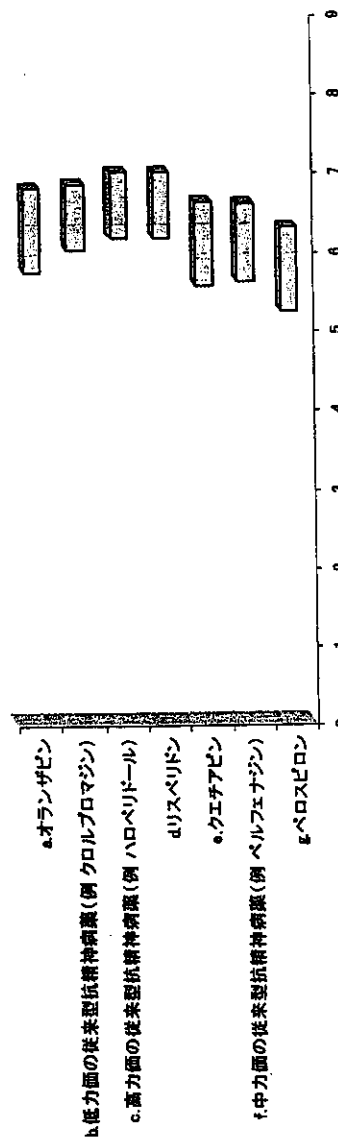


不眠



不機嫌

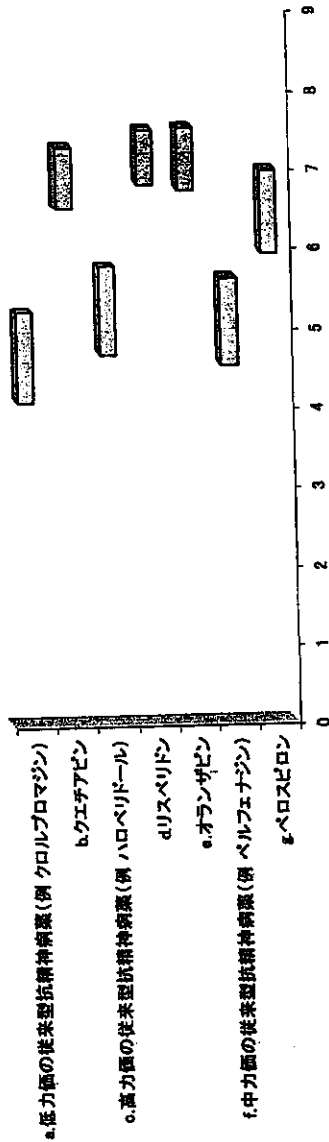


* 不眠、不機嫌とも二国が国では、各薬剤はいずれも「二次選択治療」に分類されるが、米国ではいずれもオランザピンが「一次選択治療」に分類されている。

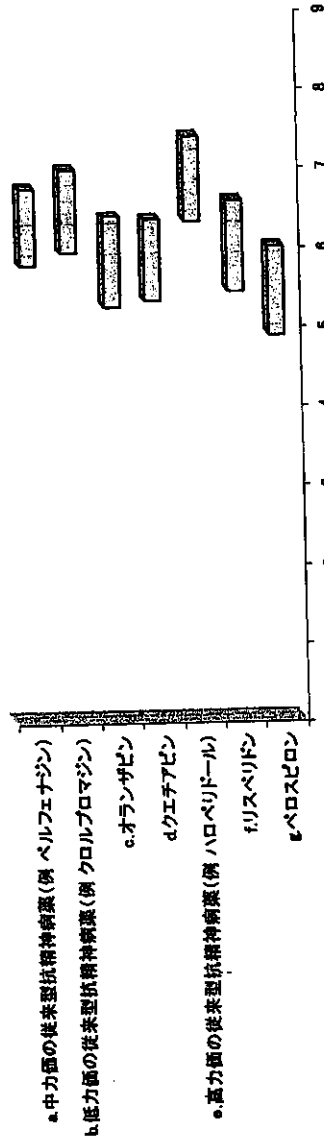
平均 (SD)	最善		一次		二次		三次	
	治療	選択	治療	選択	治療	選択	治療	選択
6.0 (2.2)	10	52	32	16				
5.6 (2.0)	4	43	39	18				
5.8 (2.1)	2	50	32	18				
6.7 (1.4)	10	63	37	0				
6.0 (1.8)	4	43	49	8				
5.8 (2.1)	12	33	49	16				
5.9 (2.0)	2	39	41	20				

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
6.2 (1.9)	4	62	28	10				
6.4 (1.5)	6	62	28	10				
6.6 (1.5)	14	56	42	2				
6.6 (1.5)	2	65	29	6				
6.1 (1.8)	4	53	39	8				
6.1 (1.7)	4	47	47	6				
5.7 (1.9)	2	42	48	10				

認知の問題



自殺行為

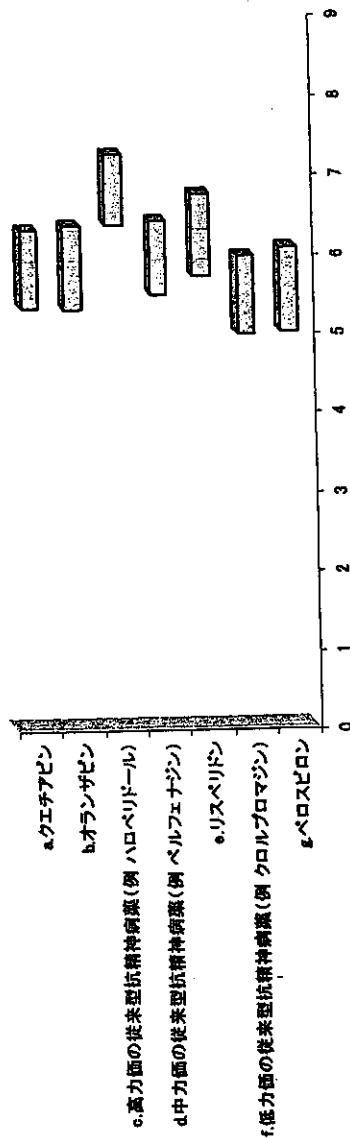


平均 (SD)	最善の 治療	一次 選択 治療	二次 選択 治療	三次 選択 治療
4.6 (2.0)	2	22	51	27
6.9 (1.4)	8	74	24	2
5.2 (2.0)	2	29	49	22
7.1 (1.2)	10	75	25	0
7.1 (1.4)	4	76	22	2
5.1 (1.9)	0	26	52	22
6.4 (1.8)	6	66	28	6

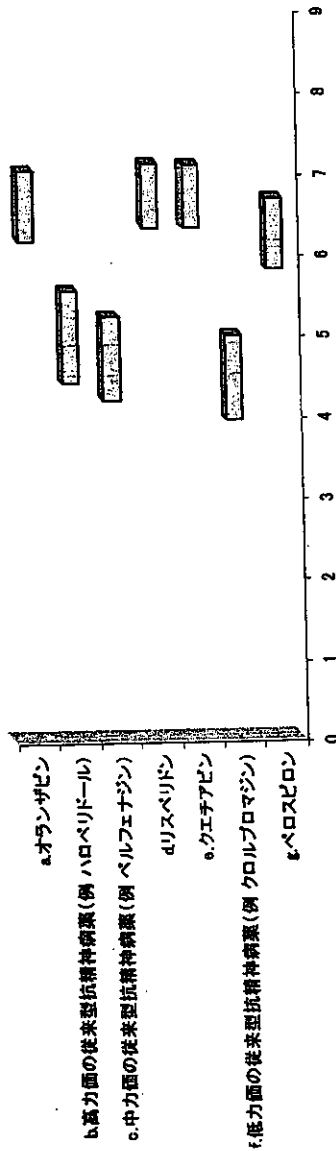
平均 (SD)	最善の 治療	一次 選択 治療	二次 選択 治療	三次 選択 治療
6.2 (1.7)	6	47	45	8
6.4 (1.8)	16	51	43	6
5.8 (2.0)	4	46	42	13
5.8 (1.8)	2	48	44	8
6.8 (1.9)	20	67	25	8
6.0 (2.0)	2	58	27	15
5.4 (1.9)	2	33	51	16

* 認知については、わが国では非定型抗精神病薬はほぼ同様に「一次選択治療」に分類されているが、米国ではリスベリドン、オランザピンは「一次選択治療」、クエチアピンは「二次選択治療」と評価が分かれている。自殺行為については、わが国では各薬剤間で差がなく、「二次選択治療」に分類されているが、米国ではオランザピンが「一次選択治療」に分類されている。

物質乱用の合併



強迫飲水

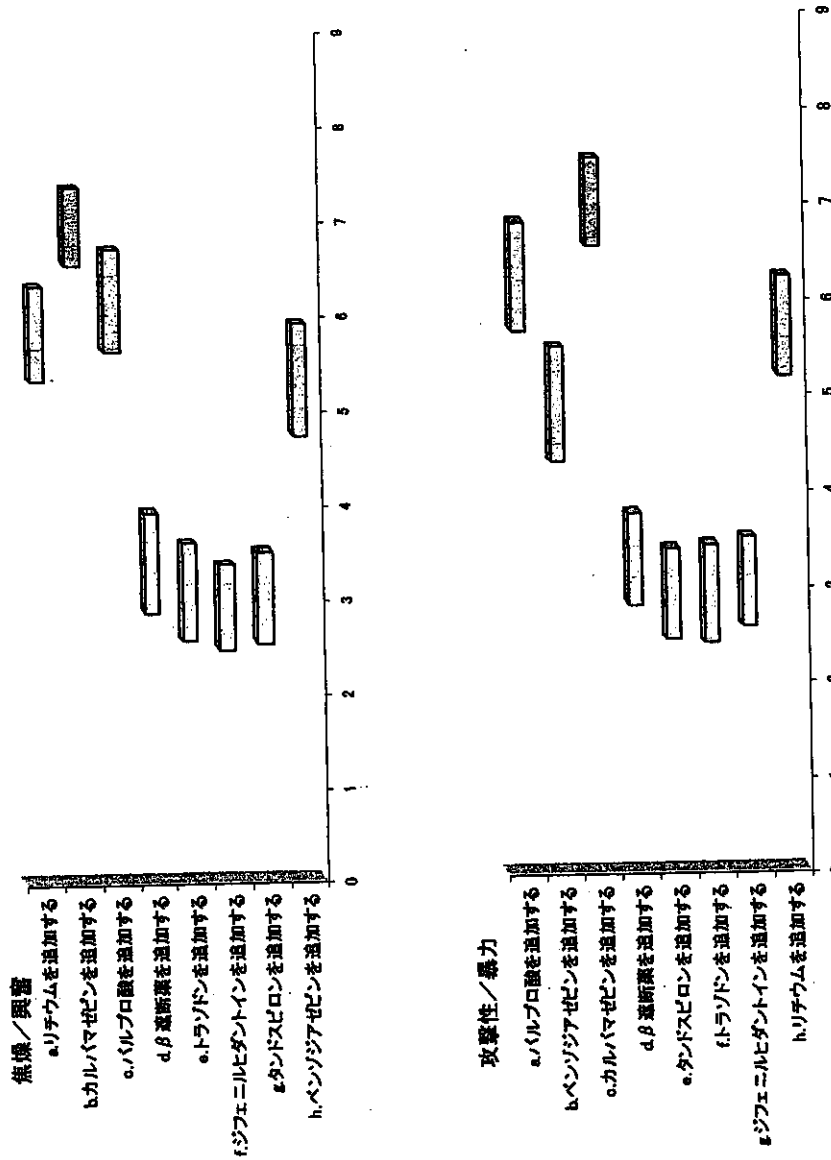


平均 (SD)	最善の		二次選択		三次選択	
	治療	選択	治療	選択	治療	選択
5.8 (1.7)	6	35	59	6	6	6
5.8 (1.8)	4	41	51	8	8	8
6.8 (1.6)	10	62	34	4	4	4
5.9 (1.6)	4	38	52	10	10	10
6.2 (1.8)	8	50	42	8	8	8
5.4 (1.7)	2	34	52	14	14	14
5.5 (1.9)	2	32	56	12	12	12

平均 (SD)	最善の		二次選択		三次選択	
	治療	選択	治療	選択	治療	選択
6.6 (1.4)	4	65	33	2	2	2
5.0 (1.9)	0	33	37	30	30	30
4.7 (1.8)	4	13	60	28	28	28
6.7 (1.3)	4	66	30	4	4	4
6.7 (1.3)	6	62	36	2	2	2
4.5 (1.8)	0	15	57	28	28	28
6.2 (1.5)	2	49	47	4	4	4

*わが国では、物質乱用の合併、強迫飲水ともいずれの薬剤も「二次選択治療」に分類されている。一方、米国でもクロザピンが強迫飲水の「一次選択治療」に分類されている以外は、わが国と大きな差異はない。

12. 統合失調症患者が最適な抗精神病薬の適量投与を受けていますが、補助薬物療法を必要とする下記のような併発症状が多少持続しています。雖体外路系の副作用は認められません。これらの各問題に対する下記の補助治療の適切性を評価してください。

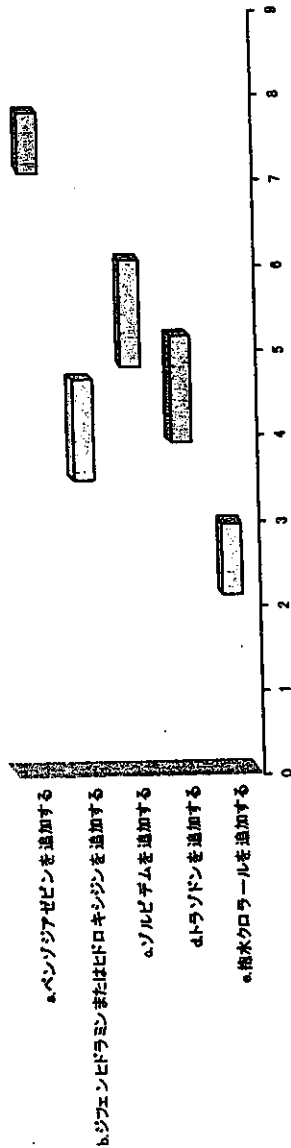


* 米国とわが国の間で異なる点は、米国で焦燥/興奮、攻撃性/暴力のいずれに対してもバルプロ酸が「一次選択治療」であるのに対して、わが国ではカルバマゼピンが「一次選択治療」に分類されている点である。

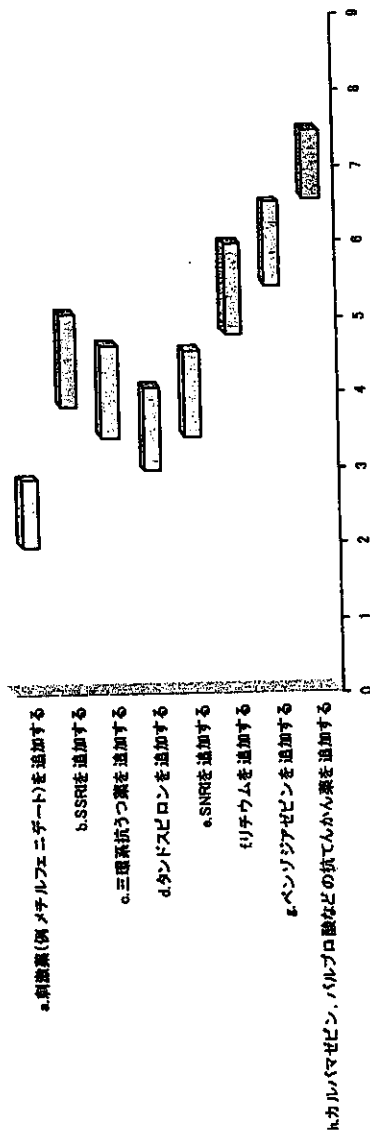
平均 (SD)	最善の治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
5.8 (1.8)	0	49	38	13
6.9 (1.5)	11	72	25	4
6.2 (2.0)	9	47	43	9
3.4 (1.9)	0	8	35	58
3.1 (1.9)	2	2	27	71
2.9 (1.6)	0	2	29	69
3.0 (1.8)	0	6	23	71
5.3 (2.1)	8	31	44	25

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
6.2 (2.0)	10	54	35	12
4.9 (2.2)	6	27	43	30
7.0 (1.7)	19	72	23	6
3.3 (1.7)	0	2	38	60
2.9 (1.7)	0	4	23	73
2.9 (1.8)	2	4	20	76
3.0 (1.7)	0	4	25	71
5.7 (1.9)	2	43	40	17

不眠



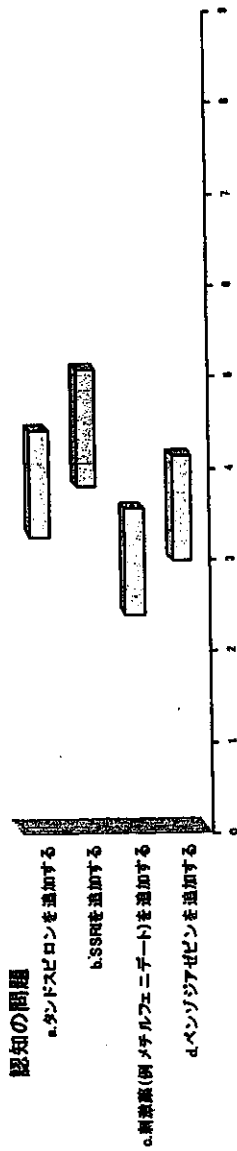
不機嫌



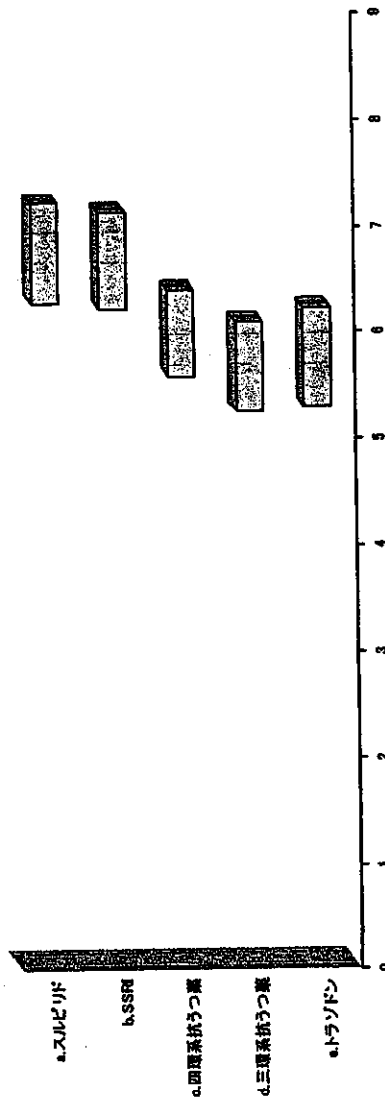
* 米国では不眠については、物質乱用の既往の有無によって分けており、既往がない場合は、わが国同様ベンゾジアゼピンが「一次選択治療」に分類されるが、既往がある場合は「三次選択治療」に分類されている。不機嫌に対しては、米国では SSRI が「一次選択治療」に分類されている（抗てんかん薬追加は項目にない）。

平均 (SD)	最善治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
7.4 (1.3)	17	87	11	2
4.0 (2.1)	0	14	37	49
5.4 (2.3)	0	44	29	27
4.5 (2.2)	2	27	33	40
2.5 (1.5)	0	2	21	77

平均 (SD)	最善治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
2.4 (1.6)	0	2	18	80
4.4 (2.2)	2	19	39	41
4.0 (2.2)	2	17	33	50
3.5 (2.0)	0	10	36	54
3.9 (2.0)	2	12	40	48
5.3 (2.1)	0	42	35	23
5.9 (2.0)	2	44	40	15
7.0 (1.6)	17	73	21	7



13. 統合失調症患者の精神病後抑うつに対する治療薬である下記の各抗うつ薬を評価してください。面接や検査では錐体外路系は認められず、陽性症状も陰性症状も顕著ではありません。

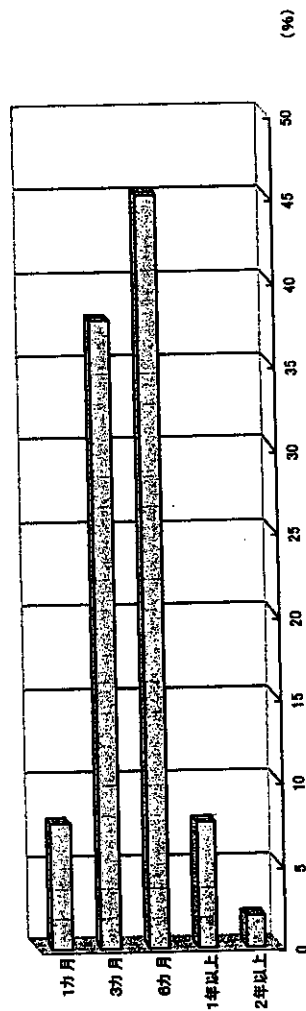


* 認知の問題については、米国、わが国とも「一次選択治療」に分類される項目は認められなかった。精神病後抑うつについては、米国では SSRI が「最善の治療」に分類されているが、わが国では「一次選択治療」に止まる。一方、わが国ではスルピリドが SSRI とほぼ同等の評価を得ているのが特徴的である（米国のガイドラインの項目には含まれていない）。

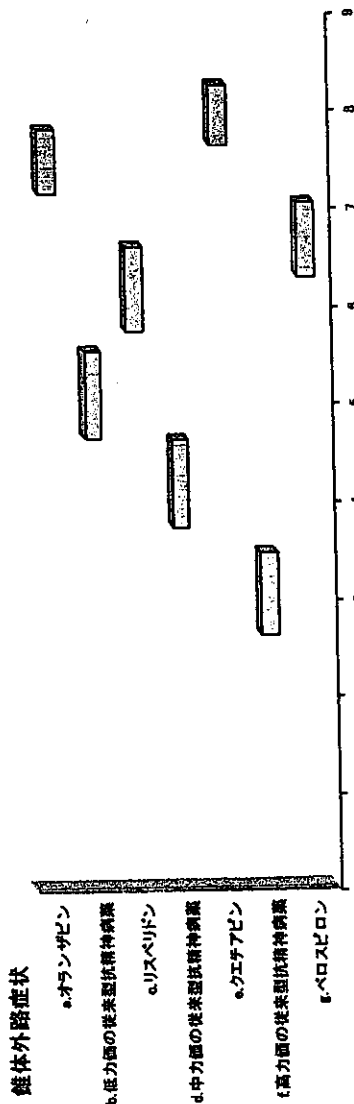
平均 (SD)	最善の治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
3.8 (2.0)	0	8	40	52
4.4 (2.2)	4	20	42	38
2.9 (2.0)	2	6	24	70
3.5 (2.0)	2	4	36	60

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
6.7 (1.7)	13	66	28	6
6.6 (1.6)	6	67	27	6
5.9 (1.5)	2	43	53	4
5.6 (1.5)	2	36	58	6
5.7 (1.7)	4	36	54	10

14. 統合失調症患者が維持療法期間中に抑うつ状態に陥り、抗うつ薬を追加したところ、反応を示しています。あなたは、反応が認められた時点からのどのくらいの期間投与を継続した後に、抗うつ薬を漸減、中止しますか。



15. 下記の副作用を避けなければならない患者に対する各種抗精神病薬の適切性を評価してください。これらの問題を最も引き起こしにくい薬物に最高点をつけてください。患者は平均的な治療用量の抗精神病薬療法を受けているものと仮定します。

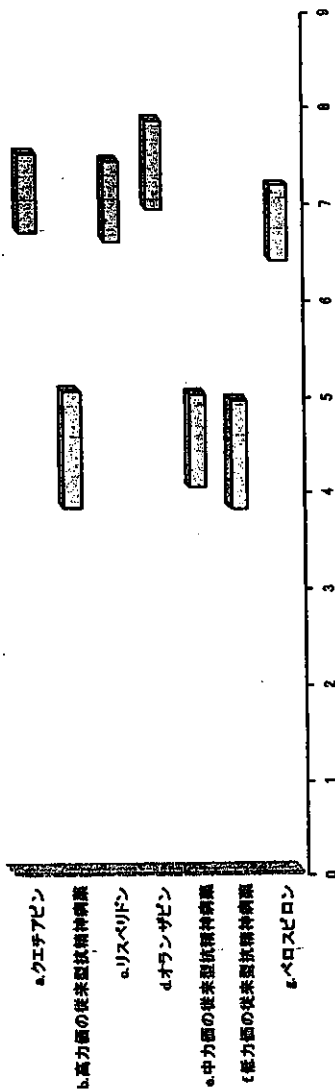


* 統合失調症における抑うつ症状に対する抗うつ薬の投与期間については、米国では最長 16.3±10.0 ヶ月、最短期間でも 6.6±4.7 ヶ月とわが国での分布と比較して、長期間にわたって投与する傾向が示された。躯体外路症状を回避するための薬物選択（オランザピン、クエチアピン）は両国とも同様であった。

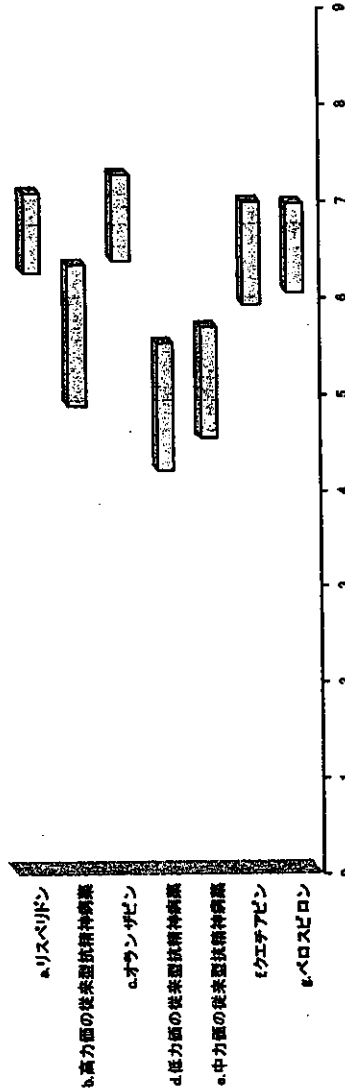
割合 (%)
7.5
37.7
45.3
7.5
1.9

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	
	割合	患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合	患者数
7.5 (1.1)	12	88	10	2	10	2	10	2
5.1 (1.5)	0	18	60	22	60	22	60	22
6.2 (1.5)	4	46	46	8	46	8	46	8
4.2 (1.6)	0	10	54	36	54	36	54	36
7.9 (1.1)	42	90	10	0	10	0	10	0
3.0 (1.5)	0	2	33	65	33	65	33	65
6.6 (1.3)	2	68	30	2	30	2	30	2

注意・記憶・遂行などの認知機能に関する副作用



持続性の鎮静作用

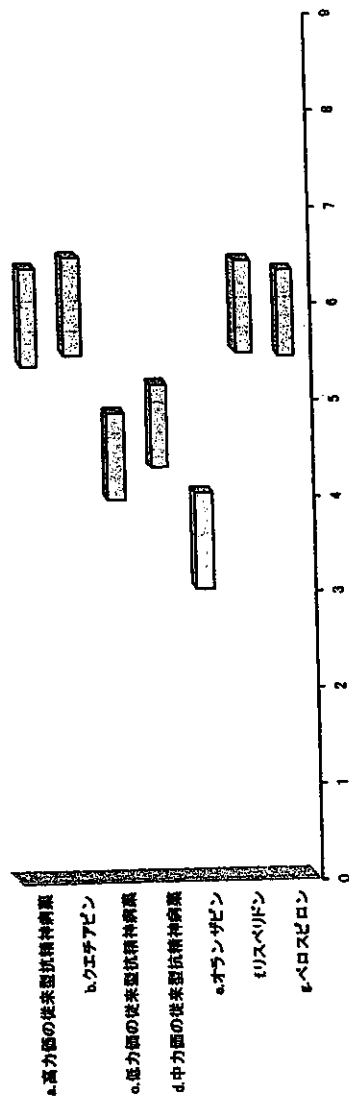


* 認知機能に関する副作用回避については、非定型抗精神病薬がいずれも「一次選択治療」に分類され、米国と同様であった。持続性の鎮静作用回避については米国ではリスベリドンが「一次選択治療」に分類されているのに対して、わが国ではいずれの薬剤も「二次選択治療」に分類された。

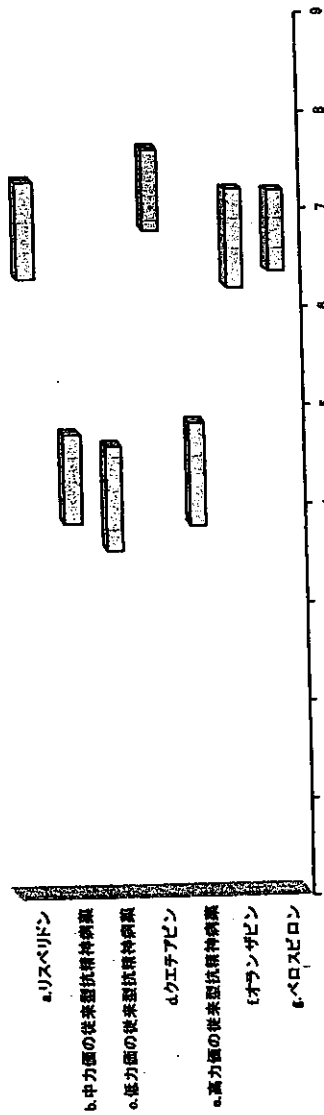
平均 (SD)	最善の治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
7.1 (1.4)	15	72	26	2
4.4 (2.0)	4	13	57	30
7.0 (1.4)	13	72	26	2
7.4 (1.6)	28	81	17	2
4.5 (1.6)	0	9	64	27
4.4 (1.9)	2	13	51	36
6.8 (1.3)	6	66	32	2

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
6.6 (1.5)	8	68	26	6
5.6 (2.6)	16	42	32	26
6.8 (1.6)	10	65	29	6
4.8 (2.3)	4	30	36	34
5.1 (2.0)	2	29	49	22
6.4 (1.8)	10	60	27	13
6.5 (1.6)	6	61	29	10

体重増加



抗コリン作用性の副作用

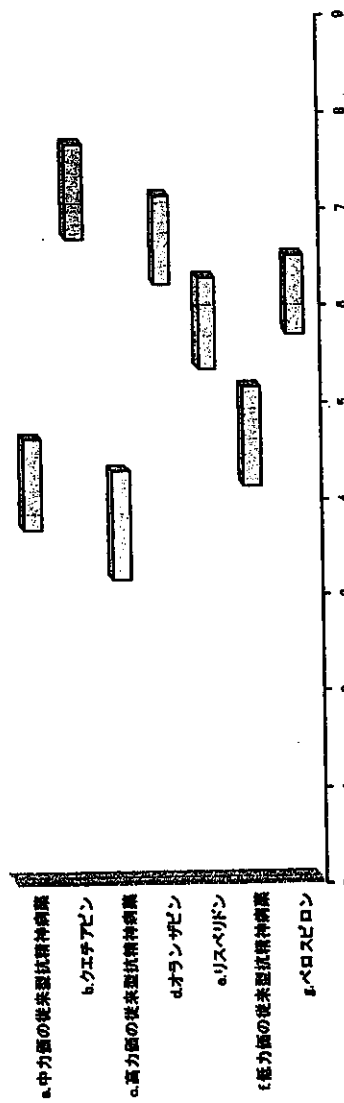


* 体重増加については、いずれの国でもオランザピンが「三次選択治療」として回避する必要性が示唆された。抗コリン作用性の副作用回避については、米国では「一次選択治療」にリスペリドンが分類されたのに対して、わが国ではクエチアピンと両国間で相違が認められた。

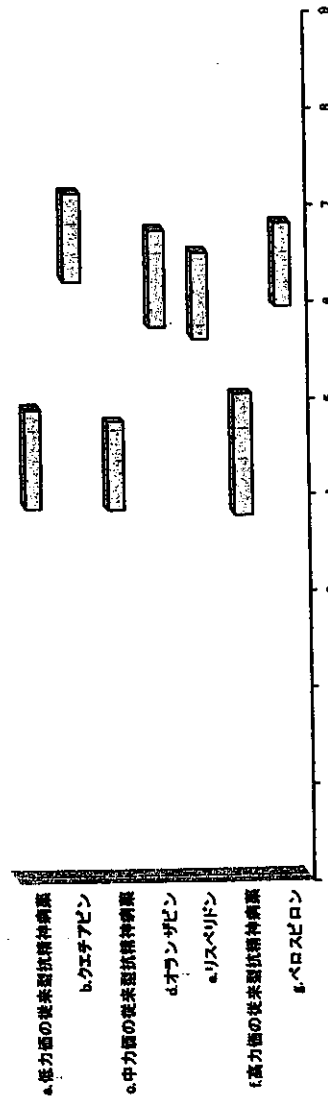
(SD)	最善		二次		三次	
	治療	選択	治療	選択	治療	選択
5.9 (1.8)	10	37	53	10	10	10
6.0 (1.7)	4	40	53	7	7	7
4.4 (1.6)	2	8	60	31	31	31
4.7 (1.5)	0	9	72	19	19	19
3.5 (1.7)	2	6	38	56	56	56
5.9 (1.7)	10	35	59	6	6	6
5.9 (1.5)	4	32	66	2	2	2

(SD)	最善		二次		三次	
	治療	選択	治療	選択	治療	選択
6.8 (1.7)	16	63	31	6	6	6
4.3 (1.5)	0	6	68	35	35	35
4.0 (1.8)	2	8	51	41	41	41
7.2 (1.4)	19	77	21	2	2	2
4.3 (1.8)	0	15	50	35	35	35
6.7 (1.7)	9	62	30	9	9	9
6.7 (1.4)	6	69	27	4	4	4

月経障害



性機能に関連した副作用

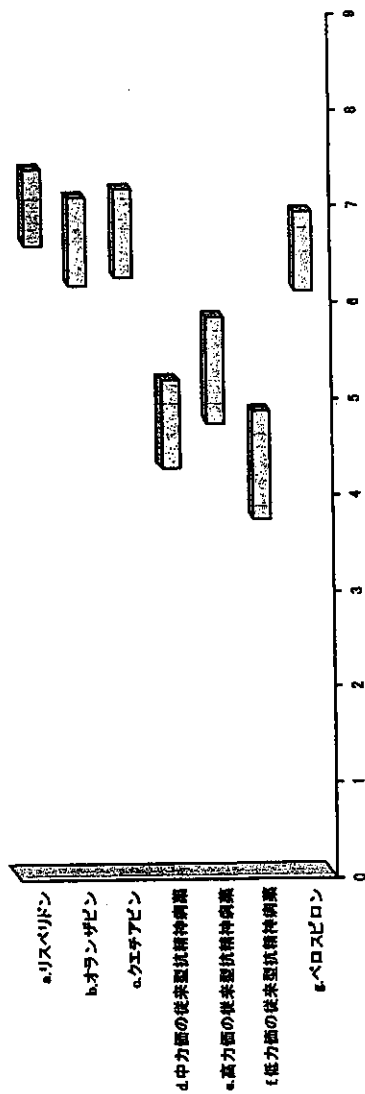


平均 (SD)	最善の治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
4.1 (1.6)	2	6	58	35
7.1 (1.7)	26	70	28	2
3.7 (1.9)	2	8	38	54
6.6 (1.5)	9	64	31	4
5.8 (1.6)	4	37	52	11
4.6 (1.7)	2	15	57	28
6.1 (1.3)	0	44	51	4

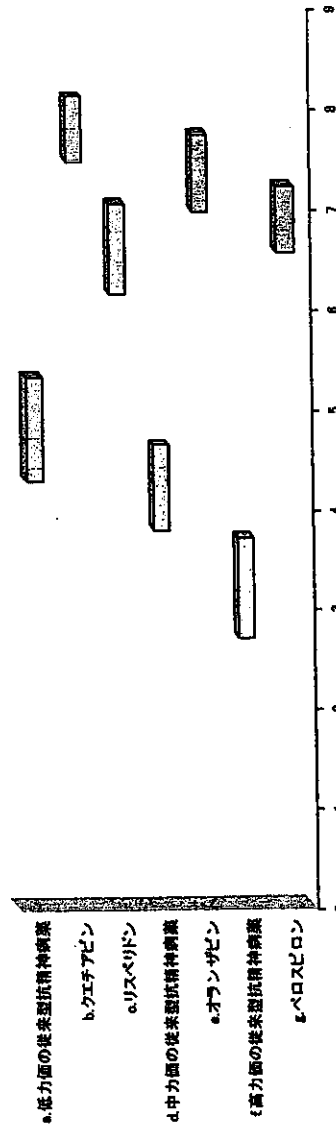
平均 (SD)	最善の治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
4.3 (1.7)	2	9	57	35
6.6 (1.5)	14	59	39	2
4.3 (1.5)	0	7	60	33
6.2 (1.7)	7	48	48	5
6.0 (1.5)	7	37	57	7
4.4 (2.1)	4	15	47	38
6.3 (1.4)	5	47	52	2

*わが国では、月経障害の回避についてはクエチアピンが「一次選択治療」、性機能障害については「二次選択治療」に分類された。米国では、高力価の従来型抗精神病薬が性・生殖機能に関連した副作用（まとめて）回避において、「三次選択治療」に分類された。

心血管系の副作用



選発性ジスキネジア (TD) の予防

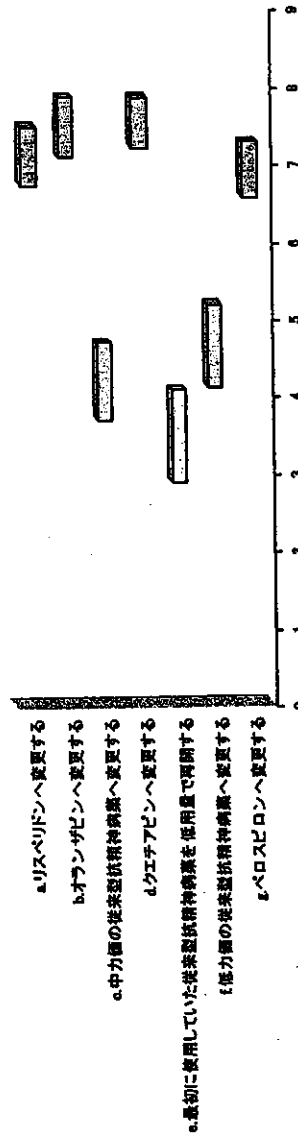


* 心血管系の副作用回避については、いずれの国でもリスベリドンが「一次選択治療」に分類された。選発性ジスキネジアの回避についても、ともにオランザピン、クエチアピンが「一次選択治療」に分類され、わが国ではさらにペロスピロンも「一次選択治療」に分類された。

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	
	治療	回数	治療	回数	治療	回数	治療	回数
7.0 (1.3)	13	70	28	2				
6.6 (1.5)	9	59	36	5				
6.7 (1.6)	9	60	36	4				
4.7 (1.6)	0	11	68	21				
5.3 (1.9)	4	28	57	15				
4.3 (1.9)	2	13	49	38				
6.5 (1.4)	2	57	39	5				

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	
	治療	回数	治療	回数	治療	回数	治療	回数
4.8 (1.8)	2	17	58	25				
7.8 (1.2)	32	88	12	0				
6.6 (1.6)	8	59	37	4				
4.2 (1.5)	0	6	60	33				
7.3 (1.3)	10	84	14	2				
3.2 (1.7)	0	2	35	63				
6.9 (1.1)	7	70	28	2				

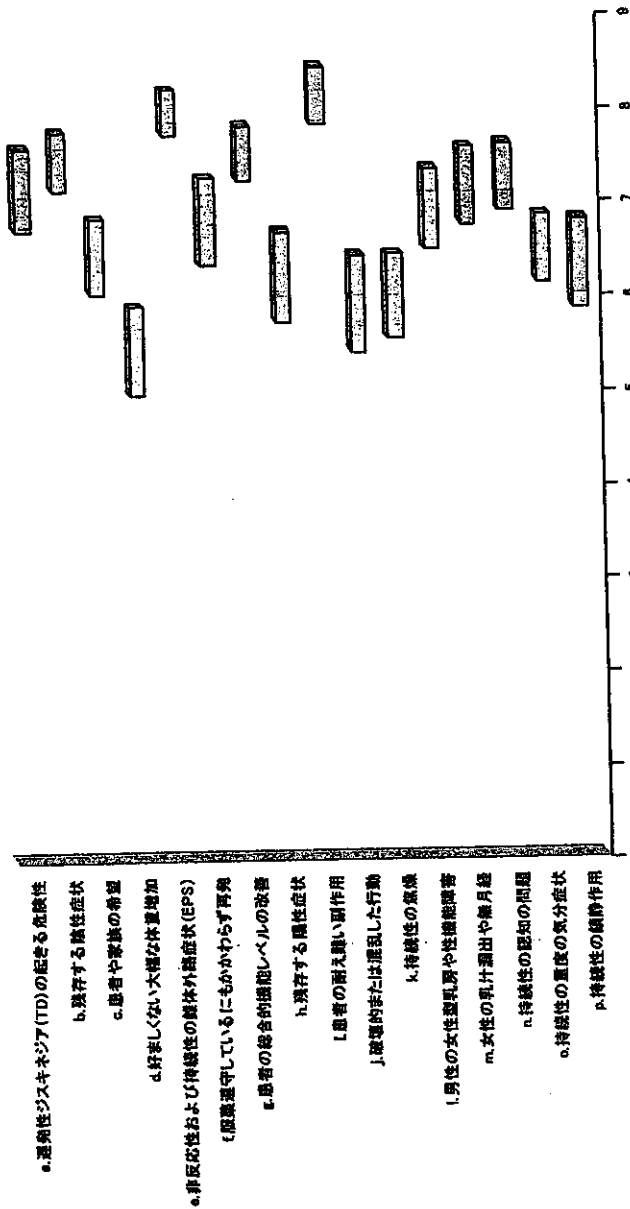
16. 慢性統合失調症患者が高力価の従来型抗精神病薬による治療中に悪性症候群(NMS)を発現しました。従来型抗精神病薬を中止したところ、患者はNMSのエピソードから回復しました。しかし、再び精神病を発症し始めています。この患者に対する各治療ストラテジーを評価してください。



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
7.1 (1.4)	13	81	15	4
7.5 (1.4)	14	86	12	2
4.2 (1.8)	0	10	53	37
7.5 (1.2)	22	88	12	0
3.5 (2.1)	0	12	33	56
4.6 (1.9)	2	17	54	29
6.9 (1.2)	6	76	20	4

* 米国ではオランザピンが「一次選択治療」、クエチアピン、リスペリドンは「二次選択治療」と評価が分かれたのに対して、わが国ではペロスピロンを含めた非定型抗精神病薬はいずれも「一次選択治療」に分類された。

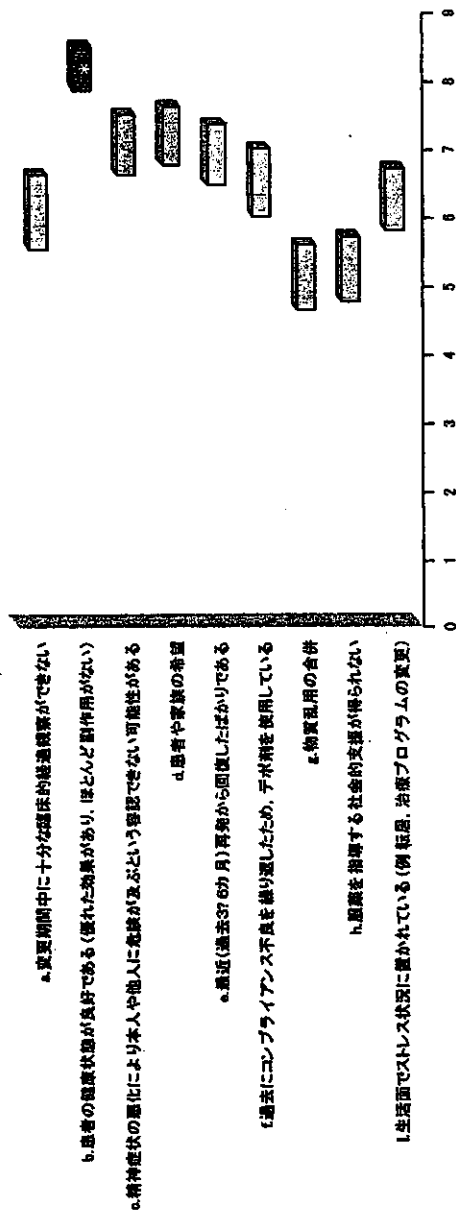
17. 統合失調症患者の治療薬を従来型抗精神病薬から非定型抗精神病薬に変更するための理由が以下にあげてあります。各理由の重要性を評価してください。なお、最適な治療用量の従来型抗精神病薬が処方され、患者はそれを指示通りに服用しているものと仮定します。



* 米国では、非反応性および持続性の錐体外路症状、患者の総合的機能レベルの改善が「最善の治療」に分類されたが、わが国で「最善の治療」に分類された項目はなく、両項目は「一次選択治療」に分類された。「一次選択治療」項目については、両国とも選発性ジスキネジアの危険性、残存する陰性症状、耐え難い副作用、女性の乳汁漏出や無月経、持続性の認知の問題が分類され、米国ではさらに患者や家族の希望、服薬遵守しているにもかかわらず再発、残存する陽性症状、男性の女性型乳房や性機能障害についても、「一次選択治療」に分類され、より多くの理由から非定型抗精神病薬へ変更される傾向が示された。

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
7.2 (1.6)	21	79	17	4
7.5 (1.1)	21	81	19	0
6.4 (1.4)	6	51	49	0
5.4 (1.7)	4	23	52	15
8.0 (0.9)	33	98	2	0
6.8 (1.7)	10	62	35	4
7.5 (1.1)	17	85	15	0
6.2 (1.7)	2	52	40	8
8.1 (1.1)	42	94	4	2
5.9 (1.8)	8	38	50	12
6.0 (1.6)	8	33	60	8
6.9 (1.5)	15	71	23	6
7.2 (1.5)	17	75	23	2
7.2 (1.3)	15	81	17	2
6.5 (1.3)	6	53	45	2
6.3 (1.7)	8	48	48	4

18. 統合失調症患者の治療薬を従来型抗精神病薬から非定型抗精神病薬に変更しない理由が以下にあげてあります。各理由の重要性を評価してください。なお、最適な治療用量の従来型抗精神病薬が処方され、患者はそれを指示通りに服用しているものと仮定します。

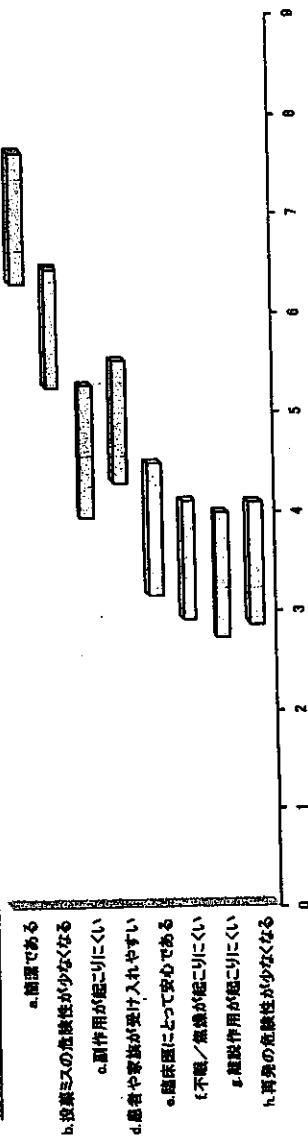


平均 (SD)	最善の治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
6.1 (1.9)	10	51	37	12
8.2 (1.2)	51	91	9	0
7.0 (1.5)	18	69	29	2
7.2 (1.5)	21	74	26	0
6.9 (1.6)	13	63	31	6
6.5 (1.7)	12	54	38	8
5.1 (1.7)	2	21	63	15
5.2 (1.7)	0	24	58	18
6.2 (1.7)	11	45	49	6

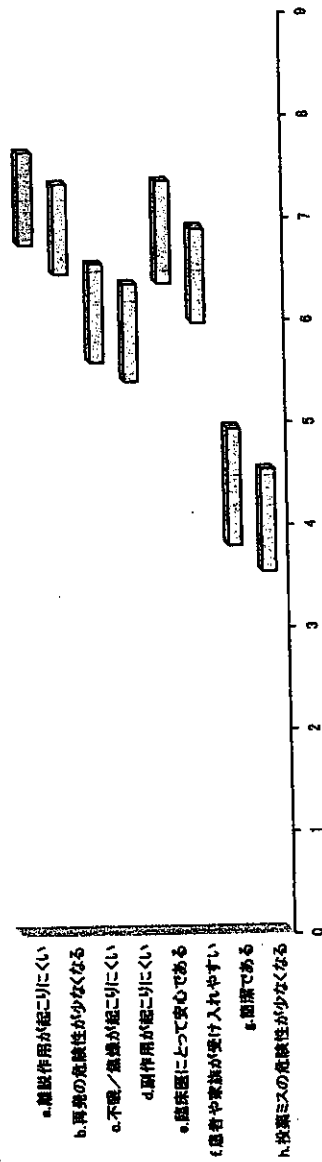
*わが国でも米国同様、患者の健康状態が良好であるという項目は非定型抗精神病薬へ変更しない理由として「最善の治療」に分類される。また、精神症状の悪化により本人や他人に危険が及ぶという容認できない可能性がある、患者や家族の希望といった項目は両国とも「一次選択治療」に分類されている。米国では、さらにコンプライアンス不良による予病剤使用の場合にも変更しない理由として「一次選択治療」に分類されている。

19. ある抗精神病薬を他の抗精神病薬に変更する際に使用できる3種類の方法が、次にあげてあります。各変更ストラテジーの利点と考えられる項目に最高点を付けてください。なお、下記の定義を確認してから回答してください。(各変更ストラテジーの中で、最高点を付ける項目は一つだけにして下さい)

旧薬の中止／新薬の開始(最初の薬物療法を中止した後、第2の薬物療法を始める)



交叉一用量設定(最初の薬量を漸減しながら、同時に第2の薬量を漸増する)

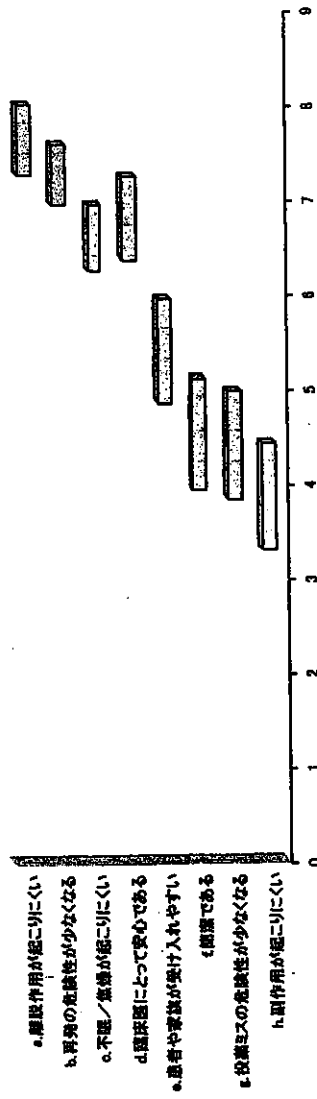


* 旧薬の中止／新薬の開始についての利点として、米国では簡潔であることが「最善の治療」、投薬ミスが少なくなるといった項目が「一次選択治療」に分類され、逆にそれらは交叉一用量設定の場合の「三次選択治療」に分類されているが、わが国ではそうした要因は米国ほど重視されていない。交叉一用量設定で離脱作用が起こりにくいという項目は両国とも「一次選択治療」に分類されている。

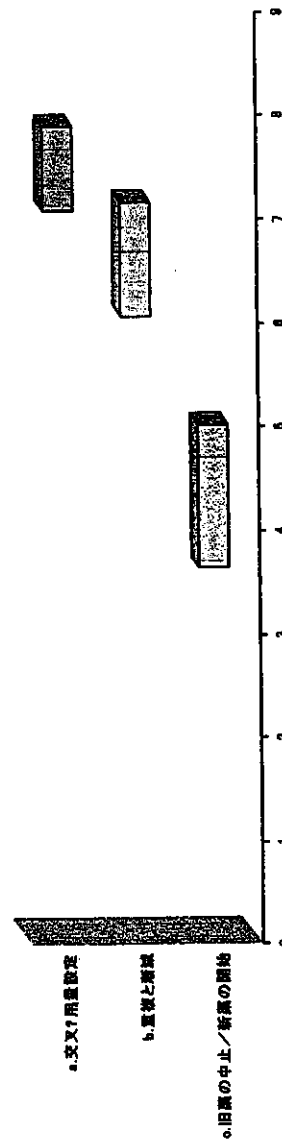
(SD)	最善		一次		二次		三次	
	治療	選択	治療	選択	治療	選択	治療	選択
6.9 (2.3)	30	72	18	10				
5.8 (2.0)	9	45	40	15				
4.6 (2.4)	4	24	36	40				
4.9 (2.1)	6	23	44	33				
3.8 (2.3)	4	17	25	58				
3.5 (2.0)	2	8	31	60				
3.3 (2.2)	2	8	27	65				
3.4 (2.1)	0	13	29	58				

(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
7.2 (1.6)	22	74	22	4				
6.9 (1.5)	12	61	35	4				
6.1 (1.6)	4	48	44	8				
5.9 (1.7)	4	43	47	10				
6.8 (1.8)	16	68	26	6				
6.4 (1.6)	10	50	46	4				
4.4 (2.0)	0	19	42	40				
4.0 (1.7)	0	8	50	42				

重複と漸減(最初の薬剤の用量を変えずに継続投与しながら、第2の薬剤を治療用量まで漸増し、その後、最初の薬剤を漸増する)



20. 抗精神病薬の3つの変更方法を総合的な好みで評価

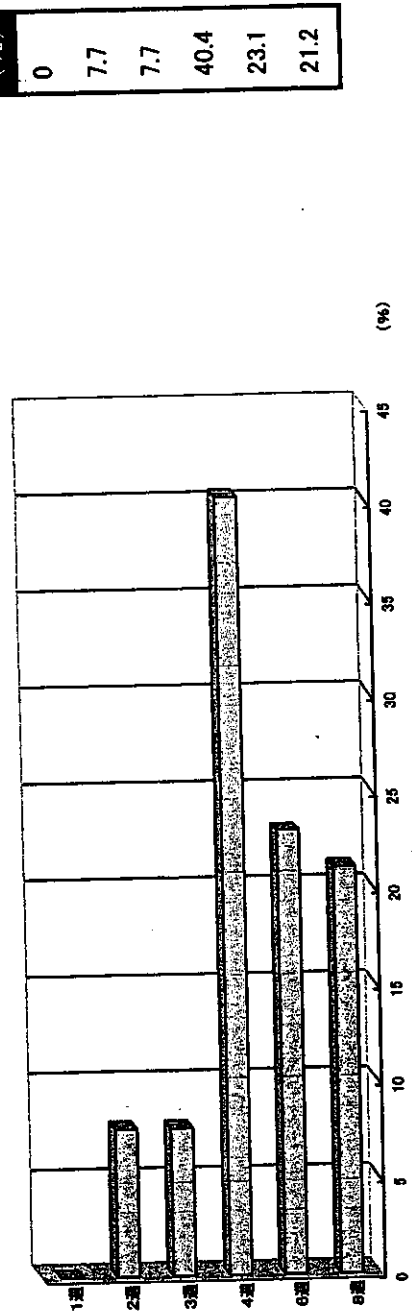


* 重複と漸減については、米国では再発が起こりにくいことが「最善の治療」、離脱作用が起こりにくい、不眠/焦燥が起こりにくいといった項目が「一次選択治療」に分類されているが、わが国では、前2者がいずれも「一次選択治療」に分類され、副作用が起こりにくいことが「三次選択治療」に分類され、その危険性を危惧する見方がやや強い。3つの変更方法の評価については、いずれの国においても同様の結果であった。

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
7.6 (1.3)	36	79	21	0
7.3 (1.1)	12	78	22	0
6.6 (1.2)	4	57	41	2
6.8 (1.5)	12	67	29	4
5.4 (1.9)	4	33	48	19
4.5 (2.0)	0	25	35	40
4.4 (2.0)	0	19	42	40
3.9 (1.9)	0	13	38	50

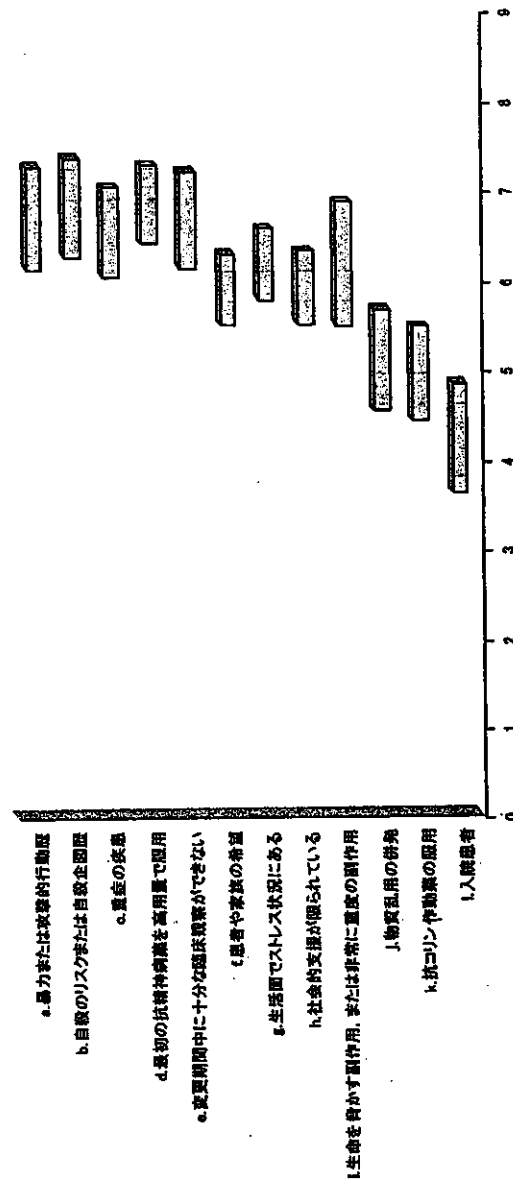
平均 (SD)	最善の治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
7.4 (1.5)	30	77	21	2
6.5 (2.0)	15	54	36	10
4.3 (2.5)	8	23	31	46

21. ある抗精神病薬から他のものへ完全に切り替えるのに要する期間は、平均何週間程度が望ましいと思えますか。



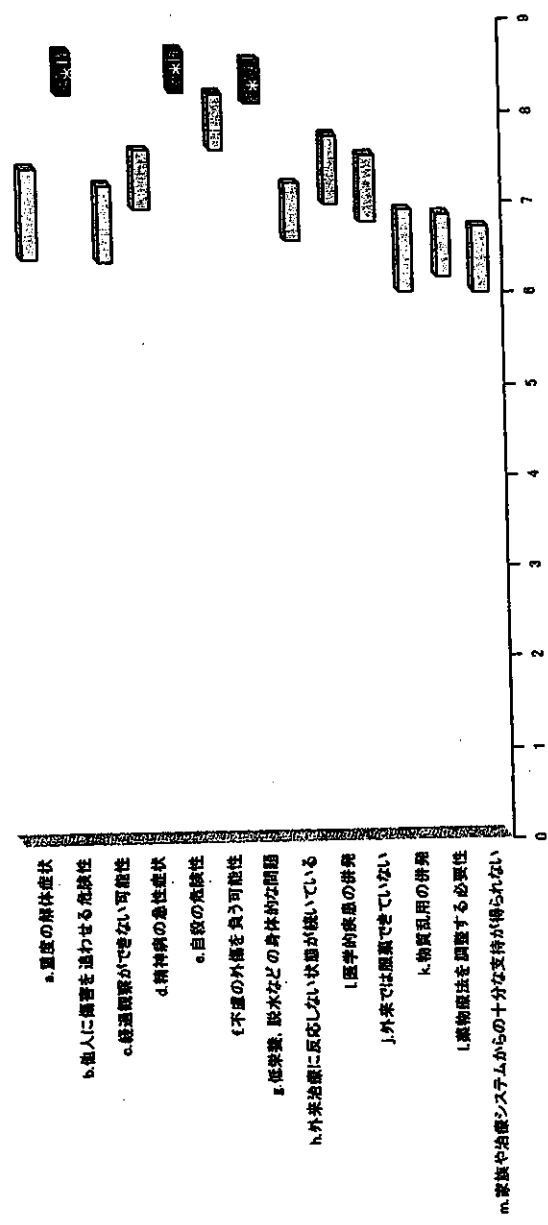
* 米国では (クロザピンを含まない場合)、切り替えるのに要する期間として平均 4.4±3.4 週とされている。わが国でも平均値を計算すると、4.4±1.1 週とほぼ一致した値を示した。

2.2. 抗精神病薬の変更にとどの程度の時間をかけるかという問題については、かなり意見の食い違いがみられます。あなたは、通常よりも時間をかけて他の抗精神病薬に変更しようとする場合、次の各要素からどの程度影響を受けますか。緩徐な変更を選択させる要素に最高点をつけてください。(最高点をつける項目は一つとしてください)



* 米国では、自殺のリスクは「最善の治療」、暴力または攻撃的行動歴、重症の疾患、最初の抗精神病薬を高用量で服用、が「一次選択治療」に分類されたのに対して、わが国ではいずれの項目も「二次選択治療」に分類され、かなりのばらつきがみられた。

23. 統合失調症患者を入院させる場合の各適応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
6.9 (1.8)	21	55	25	10
8.5 (0.9)	66	96	4	0
6.8 (1.5)	6	65	29	6
7.3 (1.2)	13	75	25	0
8.5 (0.8)	60	98	2	0
7.9 (1.1)	40	89	11	0
8.3 (0.9)	51	96	4	0
6.9 (1.2)	4	73	25	2
7.3 (1.4)	24	78	22	0
7.1 (1.3)	13	71	27	2
6.4 (1.6)	6	55	38	8
6.5 (1.2)	2	48	52	0
6.3 (1.3)	2	54	42	4

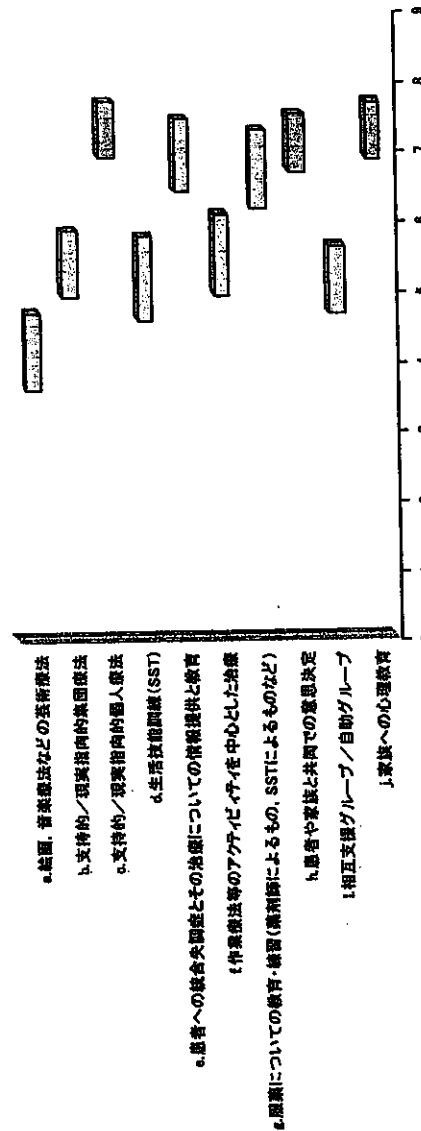
* いずれの国でも、他人に傷害を負わせる危険性、自殺の危険性は「最善の治療」に分類されている。わが国で、さらに「最善の治療」に分類されている、低栄養、脱水などの身体的な問題、は米国のガイドラインの項目に含まれていない。また、米国では重度の解体症状、精神病的急性症状、不慮の外傷を負う危険性が「一次選択治療」に分類され、入院適応と考えられているのに対して、わが国では解体症状は「二次選択治療」に分類される一方で、上記の他に外来治療に反応しない、医学的疾患の併発、外来で服薬できていない、などより多くの項目が「一次選択治療」に分類されており、比較的入院適応とされるケースが多いことが示唆された。

(心理社会的治療に関する調査の10.と重複する)

2. 心理社会的治療に関する調査

1. 初発エピソードの患者：初発エピソードを発現している統合失調症に対する下記の外来治療要素の重要性を評価してください。

維持期：
(1) 介入



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
4.1 (1.9)	2	12	46	42
5.4 (1.7)	2	27	56	17
7.3 (1.4)	25	75	23	2
5.2 (2.2)	4	34	45	21
6.9 (1.9)	17	68	28	4
5.5 (2.1)	4	39	43	18
6.7 (2.0)	19	65	25	10
7.1 (1.5)	21	72	26	2
5.1 (1.7)	0	25	55	21
7.2 (1.5)	23	74	23	4

* 米国のガイドラインと項目が若干異なるため単純な比較はできないが、米国では、家族と共同での意思決定、患者と家族に対する教育、薬物療法および症状のモニタリングが「最善の治療」に分類されるが、わが国では「最善の治療」に分類される項目はなく、支持的/現実指向的個人療法、患者や家族との共同での意思決定、家族への心理教育が「一次選択治療」に分類され、比較的重視される傾向が示された。