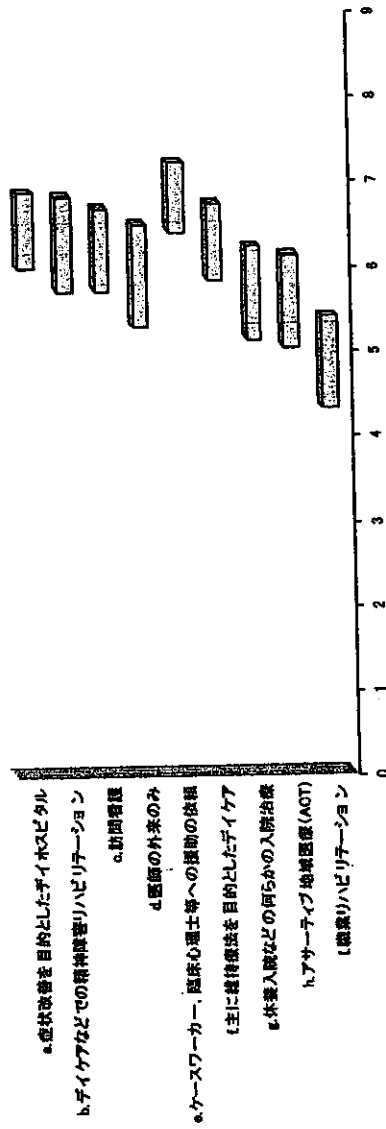


維持期：  
(2) 精神医療・保健・福祉サービスの提供



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 (1.6)	9	51	42	8
6.3 (2.0)	8	60	27	13
6.2 (1.7)	10	47	45	8
5.9 (2.2)	11	49	30	21
6.8 (1.5)	15	58	42	0
6.3 (1.6)	6	53	40	8
5.7 (2.0)	4	42	38	19
5.5 (1.9)	4	38	47	15
4.8 (2.0)	2	19	58	23

\* 米国のガイドラインとは項目が若干異なるため単純な比較はできないが、わが国ではいずれの項目も「二次選択治療」に分類され、突出した項目はない。米国との差異を挙げると、米国では集中的な部分的入院が「三次選択治療」に分類され、選択されにくい項目であるのに対して、わが国では休養入院などの何らかの入院治療が「二次選択治療」として比較的高い評価を得ている点であろう。

維持期:

(3) 接触頻度

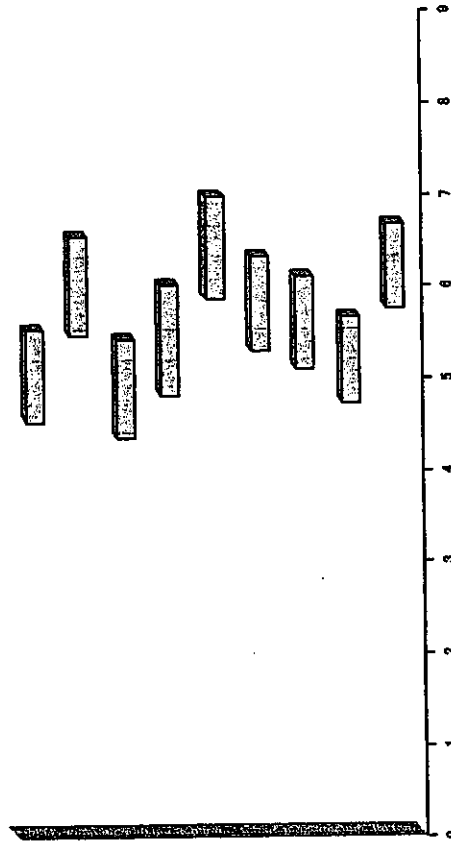
- a. 毎週1~5回(またはそれ以上): 高頻度
- b. 毎月3~4回: 中頻度
- c. 30日に1回, または必要時の接触: 低頻度



維持期:

(4) 地域ケア

- a. 探訪業, グループホームなどの居住施設
- b. 地域生活支援センター
- c. 障害者職業センター
- d. 小規模作業所, 通所作業施設
- e. 保健所などによる訪問指導
- f. ホームヘルプサービス
- g. 一時的な入所(レスパイトケア)
- h. クラブハウス
- i. ケースマネージメント



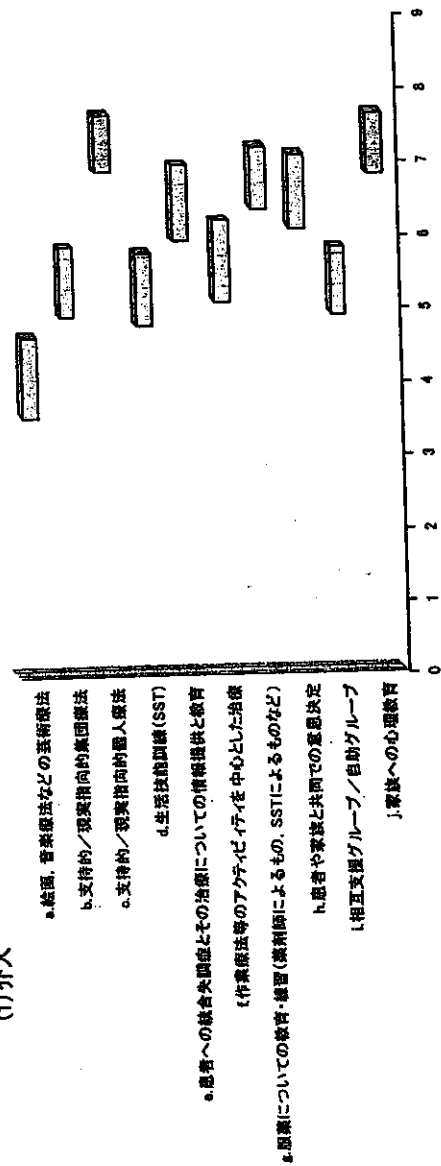
平均 (SD)	最善の治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
5.8 (1.8)	6	43	49	8
7.5 (1.7)	34	79	17	4
3.5 (1.9)	0	8	40	53

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
5.0 (1.8)	0	25	58	17
6.0 (1.9)	8	45	43	11
4.8 (1.9)	0	19	58	23
5.4 (2.2)	4	38	40	21
6.4 (2.0)	10	60	29	12
5.8 (1.9)	4	36	49	15
5.6 (1.8)	4	31	56	13
5.2 (1.7)	0	25	56	19
6.2 (1.7)	17	73	23	4

\* 接触頻度については, わが国では毎月3~4回, すなわち週に1~2回程度が適当と考えられているが, 米国では評価が分かかれ, いずれも「二次選択治療」に分類されている。地域ケアについては評価が分かれているが, おそらく患者情報が不十分のために明らかな選択が困難だったためであろう。

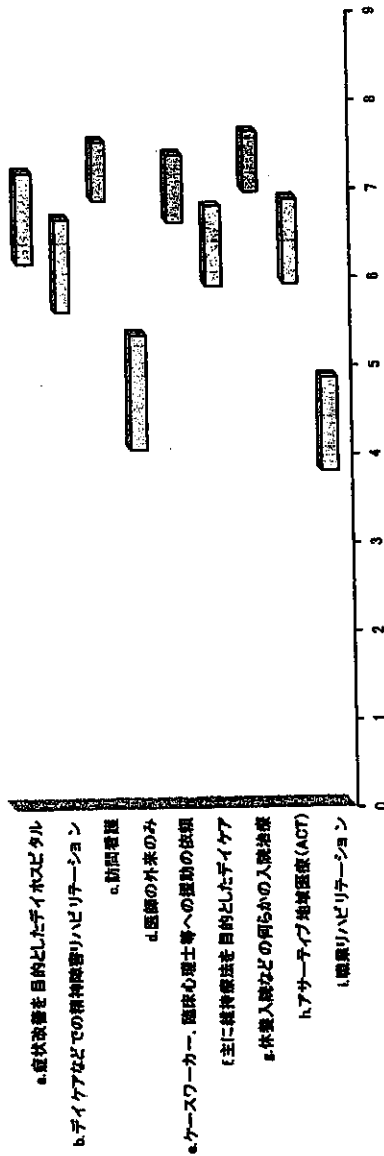
2. 経過の不安定な重症患者：重症で経過の不安定な状態の統合失調症患者に対する下記の外来治療要素の重要性を評価してください。

維持期：  
(1) 介入



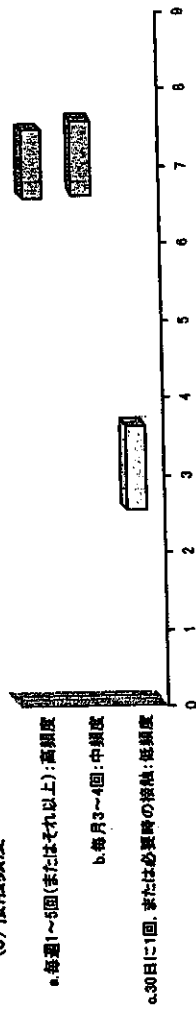
\* 米国のガイドラインとは項目が若干異なるため単純な比較はできないが、米国では、ここに挙げられた項目のうち、患者と共同での意思決定が「最善の治療」に分類されている。わが国では、初発エピソードの患者に対するのと同様に、支持的/現実指向的精神療法、家族への心理教育が「一次選択治療」に分類され、重視されていることが示唆される。

維持期：  
(2) 精神医療・保健・福祉サービスの提供

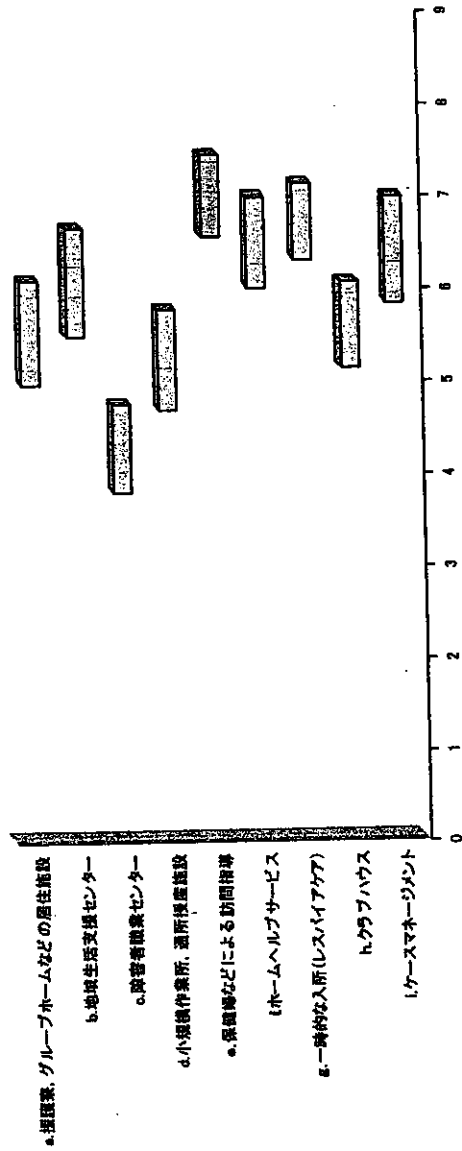


\* 米国のガイドラインとは項目が若干異なるため単純な比較はできないが、米国ではケースマネージメントが「最善の治療」に分類されているが、わが国では「最善の治療」に分類される項目はなく、訪問看護、ケースワーカー、臨床心理士等への援助の依頼、休業入院などの何らかの入院治療が「一次選択治療」に分類されている。ここでも米国と比較して、わが国では入院治療の評価が高いことが窺われる。

維持期:  
(3) 接触頻度



維持期:  
(4) 地域ケア



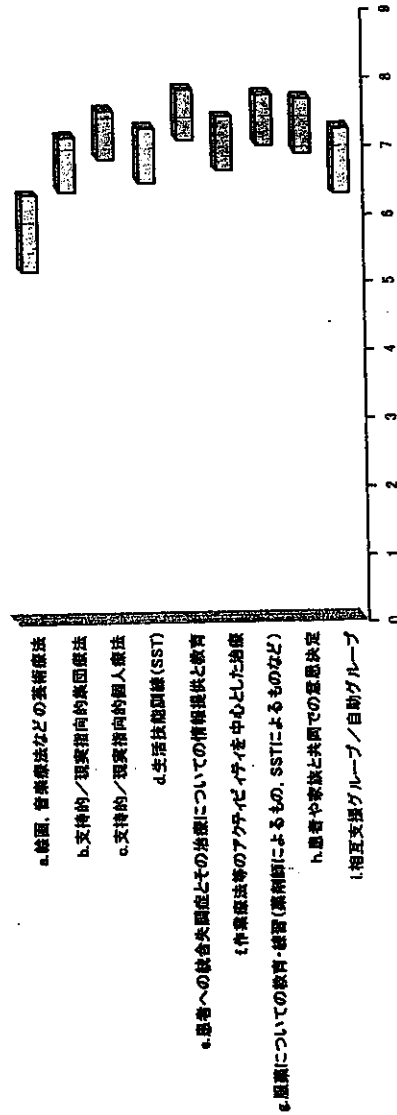
平均	最善	一次	二次	三次
7.0 (1.6)	19	68	28	4
7.1 (1.7)	21	70	25	6
3.0 (2.0)	0	8	27	65

平均	最善	一次	二次	三次
5.5 (2.1)	8	40	45	15
6.1 (2.1)	15	49	38	13
4.3 (1.7)	2	13	48	38
5.2 (2.0)	4	28	55	17
7.0 (1.6)	15	70	25	6
6.5 (1.7)	12	55	39	6
6.7 (1.5)	12	58	40	2
5.6 (1.7)	0	33	57	10
6.4 (2.1)	12	54	37	10

\* 接触頻度については、米国では毎週1~5回が最も高い評価を受けているが、「二次選択治療」に止まるが、わが国では毎月3~4回も評価がほぼ同等である。地域ケアについては、保健室などによる訪問指導が「一次選択治療」に分類された。

3. 経過が断続的に安定している中等症患者：中等症で経過が断続的に安定している統合失調症患者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。

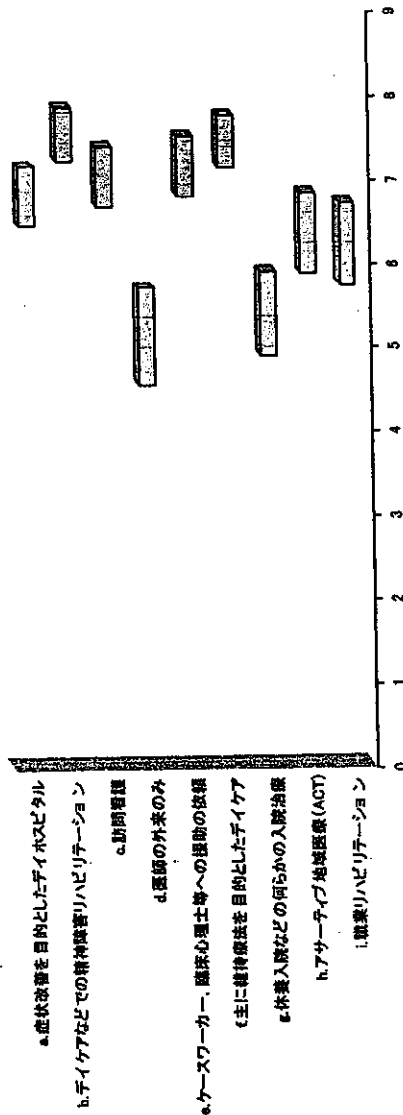
維持期：  
(1) 介入



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
5.7 (2.0)	4	46	38	15
6.7 (1.4)	9	66	32	2
7.2 (1.3)	15	74	25	2
6.8 (1.5)	13	66	32	2
7.4 (1.3)	25	79	21	0
7.0 (1.4)	15	69	29	2
7.3 (1.4)	19	79	21	0
7.2 (1.4)	23	74	25	2
6.7 (1.7)	13	62	30	8

\* 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、米国では患者と共同での意思決定が「最善の治療」に分類され、ここに挙げられた項目のうち、患者と家族に対する教育が「一次選択治療」に分類されている。わが国では、支持的/現実指向的個人療法、患者への統合失調症とその治療についての情報提供と教育、作業療法等のアクティビティを中心とした治療、服薬についての教育・練習、患者や家族と共同での意思決定がいずれも「一次選択治療」に分類されているが、芸術療法を除いていずれの項目も大きな差異はない。

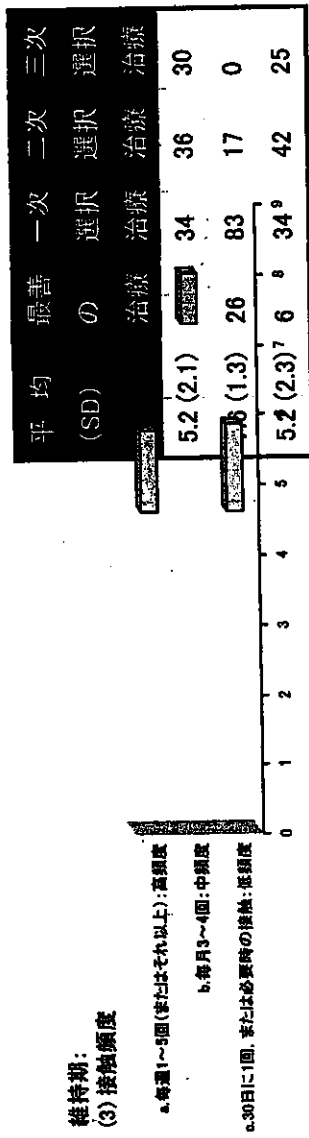
維持期：  
(2) 精神医療・保健・福祉サービスの提供



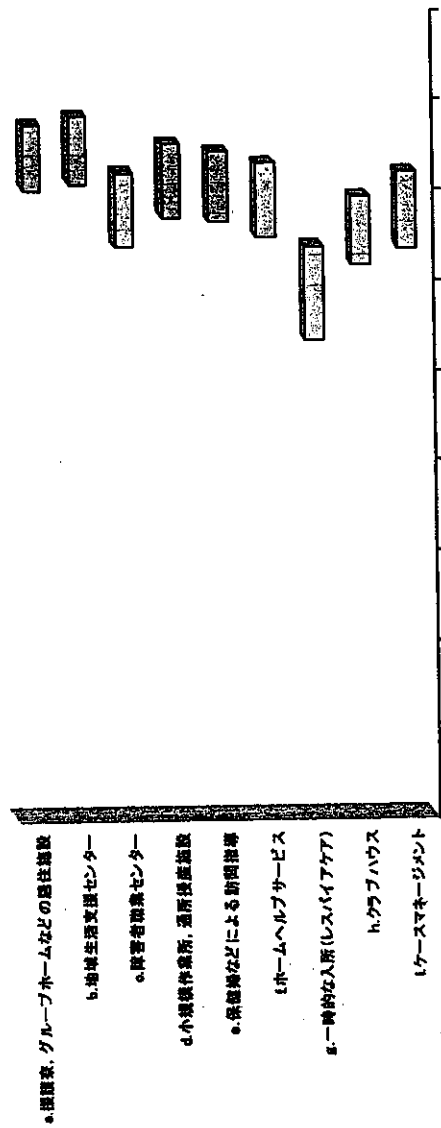
平均 (SD)	最善の 治療	一次 選択 治療	二次 選択 治療	三次 選択 治療
6.8 (1.3)	11	60	40	0
7.5 (1.2)	25	89	11	0
7.0 (1.3)	13	70	30	0
5.1 (2.1)	8	23	53	25
7.1 (1.3)	13	74	26	0
7.4 (1.1)	19	79	21	0
5.4 (1.8)	4	27	54	19
6.3 (1.7)	11	49	43	8
6.2 (1.8)	9	49	43	8

\* 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、米国ではケースマネージメント、医師以外の外来臨床スタッフと連携した医師の診察予約、精神的リハビリテーション、心理社会的リハビリテーションが「一次選択治療」に分類されており、わが国ではデイケアなどでの精神障害リハビリテーション、訪問看護、ケースワーカー、臨床心理士等への援助の依頼、主に維持療法を目的としたデイケア、と項目は異なるが、内容的には米国と同様の項目が「一次選択治療」に分類された。

維持期:  
(3) 接触頻度



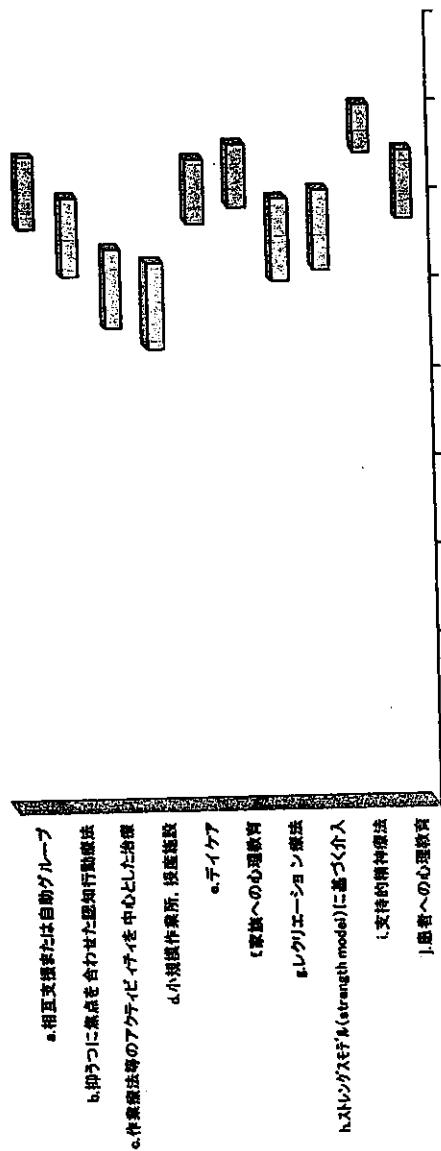
維持期:  
(4) 地域ケア



\* 接触頻度については, 両国とも同様の結果であったが, 米國ではいずれの項目も「一次選択治療」に達しなかった。地域ケアについては, 看護家, グループホームなどの居住施設, 地域生活支援センター, 小規模作業所, 通所授産施設, 保健婦などによる訪問指導が「一次選択治療」に分類されたが, いずれの項目についても大きな差異はなかった。



4.統合失調症患者が抑うつ状態に陥り、将来への希望が殆ど持たずにいます。患者は果たせなかった目標に思いをめぐらせ、病気のために失った年月や役割、大切な人間関係などをクヨクヨ考えています。下記の心理社会的介入(精神薬理学的ストラテジー)を追加して、またはそれに代わるものとしての重要性を評価してください。

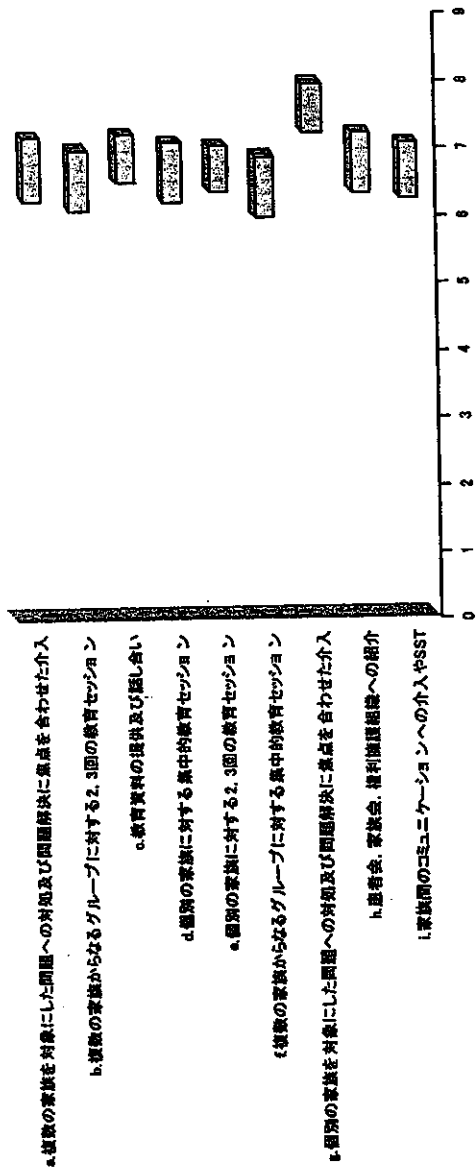


[ス特朗グモデルとは、サービスの紹介と共に直接介入を行うケーススタディのうちのやり方で、患者さんの出来ない事や問題点を改善するのではなく、希望や、もともと持っている長所や能力を伸ばすための援助を行い、結果的に社会的能力の改善や回復の促進を目指すもの。米国で始まり、わが国にも紹介され、ことに社会福祉の分野で支持されるようになってる。]

\*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、米国では患者の教育、精神医学的リハビリテーション、相互支援グループまたは自助グループの順に「一次選択治療」に分類されていたが、わが国では支持的精神療法、家族への心理教育、テイクア、相互支援または自助グループ、患者への心理教育がそれぞれ「一次選択治療」に分類され、内容的には両国間で類似性が示唆された。

平均 (SD)	最善 の		一次 選択		二次 選択		三次 選択	
	治療	治療	治療	治療	治療	治療	治療	治療
7.0 (1.4)	15	72	26	2	2	2	2	2
6.5 (1.6)	9	53	43	4	4	4	4	4
5.9 (1.6)	2	33	58	10	10	10	10	10
5.7 (1.7)	2	36	53	11	11	11	11	11
7.0 (1.3)	12	69	31	0	0	0	0	0
7.1 (1.3)	17	71	29	0	0	0	0	0
6.4 (1.7)	8	57	36	8	8	8	8	8
6.5 (1.7)	11	55	40	6	6	6	6	6
7.6 (1.0)	23	87	13	0	0	0	0	0
7.0 (1.4)	15	64	36	0	0	0	0	0

5. 家族と積極的な触れ合いや係わり合いを持つている統合失調症患者に対する外来での家族療法のアプローチが以下にあげてあります。各アプローチの重要性を評価してください。

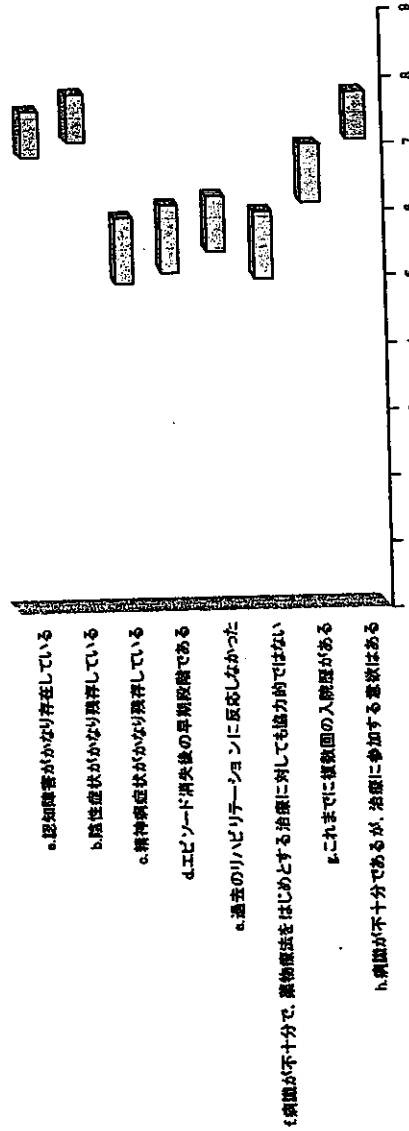


\* 米国のガイドラインと項目が若干異なるため単純な比較はできないが、米国では問題への対処および問題解決に焦点を合わせたセラピー、家族のサポートグループ/代弁者（患者権利擁護者）グループへの紹介が「一次選択治療」に分類され、わが国では個別の家族を対象とした問題への対処及び問題解決に焦点を合わせた介入が「一次選択治療」に分類され、内容的には米国と同様の傾向を示した。

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
6.7 (1.7)	10	67	25	8
6.5 (1.6)	8	56	38	6
6.8 (1.3)	12	62	37	2
6.6 (1.6)	14	59	37	4
6.6 (1.3)	6	61	37	2
6.4 (1.6)	6	52	40	8
7.5 (1.3)	27	83	15	2
6.7 (1.6)	13	62	33	6
6.6 (1.5)	8	65	29	6

6. 精神障害リハビリテーションを提供するための、下記の状態の適切性を評価してください。

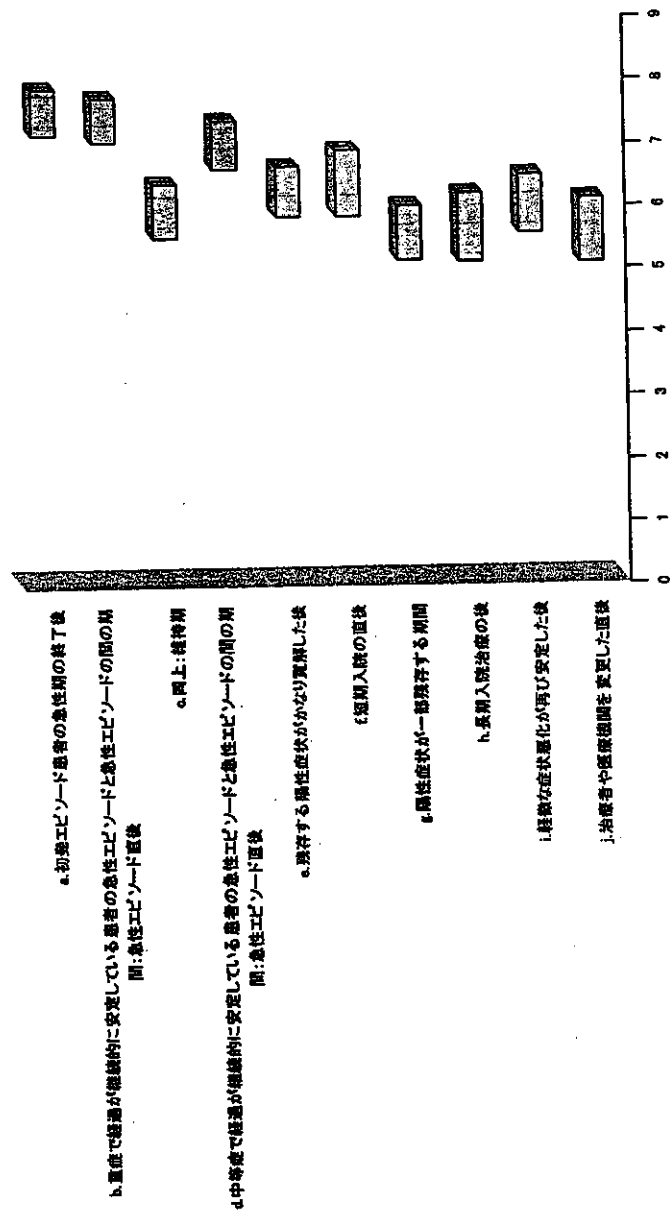
患者が下記のような状態にある



\* 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、競争的雇用を目標にしている場合が「最善の治療」、長期回復期および維持期にある、競争的雇用を経験したことがある場合が「一次選択治療」に分類されているのに対して、わが国では認知障害がかなり存在している、陰性症状がかなり残存している、病歴が不十分であるが、治療に参加する意欲はある場合が「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
7.2 (1.3)	13	73	25	2
7.4 (1.3)	15	85	14	2
5.4 (1.8)	4	27	56	17
5.5 (1.8)	6	33	49	18
5.7 (1.5)	4	35	57	8
5.4 (1.8)	2	35	46	19
6.5 (1.5)	4	54	42	4
7.3 (1.3)	19	75	23	2

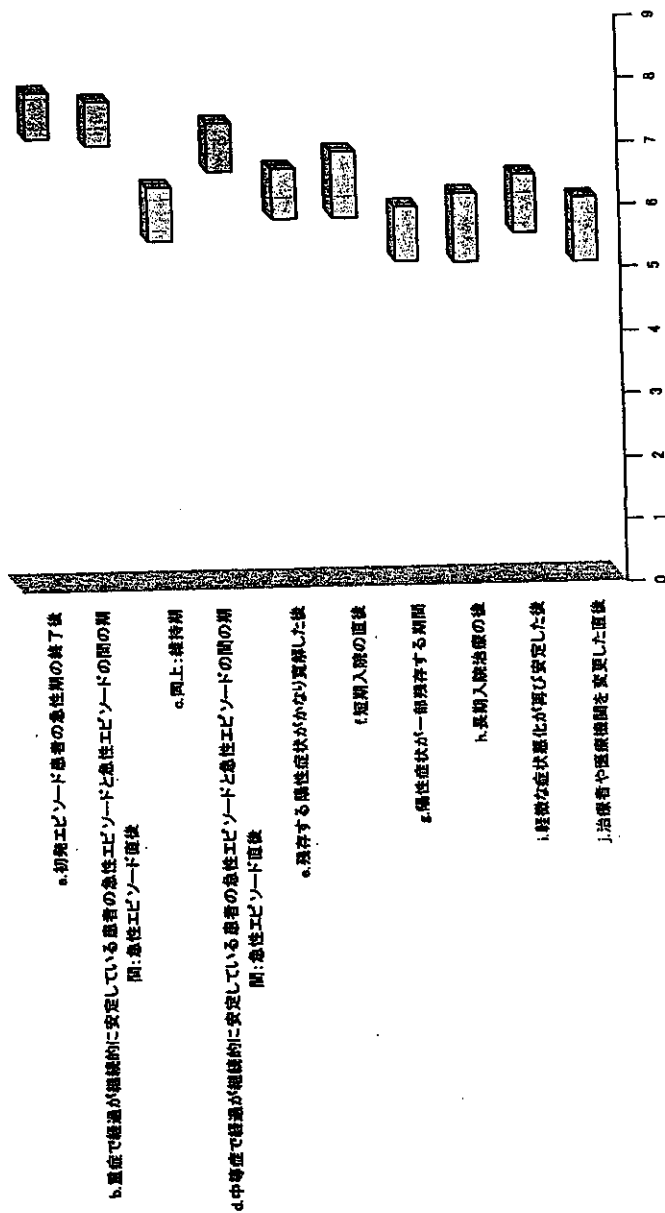
7. 回復過程のある時期に、回復を確実なものとする為、ヒーリングの期間 (a healing period) または「sealing over (外からの刺激から保護する)」期間を設けることの是非については多少の論争があります。こうした期間には支援的／維持的医療サービスが提供されることがあり、その後、通常は患者が社会的、職業的、または教育的機能レベルを高めるのを援助する為にデザインされた心理社会的介入を行います。下記の回復期間中に「sealing over」期間を設けることの適切性を評価してください。



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
7.5 (1.2)	22	86	12	2
7.3 (1.2)	20	78	22	0
5.9 (1.5)	2	35	58	6
6.9 (1.3)	10	71	27	2
6.2 (1.4)	2	51	45	4
6.3 (1.8)	6	54	40	6
5.5 (1.5)	0	29	60	10
5.6 (1.8)	2	38	42	21
6.0 (1.6)	0	44	46	10
5.5 (1.8)	2	39	47	14

\* 米国では、すべての項目が「二次的選択治療」に分類されていたが、わが国では初発エピソード患者、中等症あるいは重症で経過が継続的に安定している患者の急性期後が「一次選択治療」に分類されており、むしろわが国で急性期の終了後に「sealing over」期間を設けることの適切性が重視されている。

7. 回復過程のある時期に、回復を確実なものとする為、ヒーリングの期間(a healing period)または「sealing over(外からの刺激から保護する)」期間を設けることの是非については多少の論争があります。こうした期間には支援的/維持的医療サービスが提供されるべきであり、その後、通常は患者が社会的、職業的、または教育的機能レベルを高めるのを援助する為にデザインされた心理社会的介入を行います。下記の回復期間中に「sealing over」期間を設けることの適切性を評価してください。

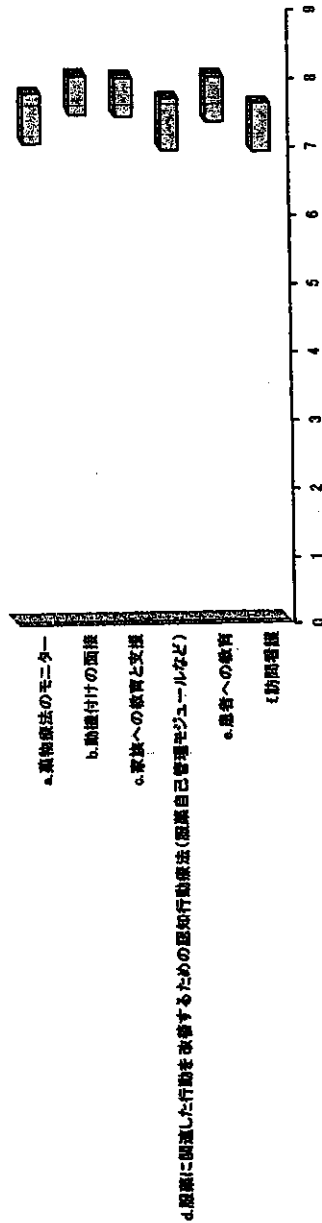


\* 米国では、すべての項目が「二次的選択治療」に分類されていたが、わが国では初発エピソード患者、中等症あるいは重症で経過が継続的に安定している患者の急性期後に「一次選択治療」に分類されており、むしろわが国で急性期の終了後に「sealing over」期間を設けることの適切性が重視されている。

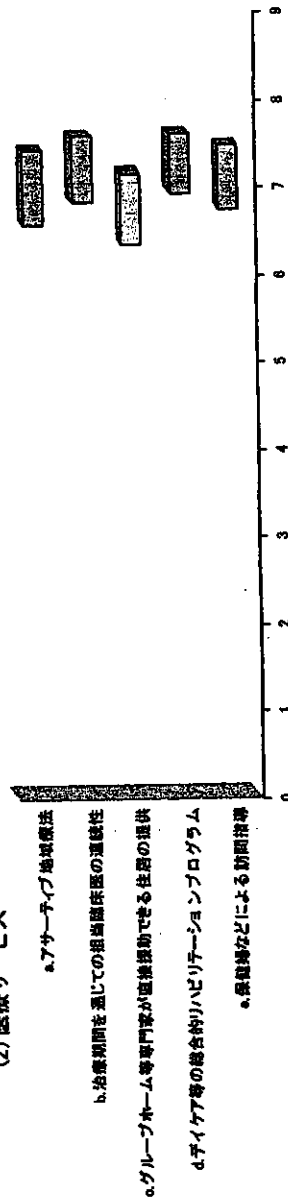
平均 (SD)	最善の治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
7.5 (1.2)	22	86	12	2
7.3 (1.2)	20	78	22	0
5.9 (1.5)	2	35	58	6
6.9 (1.3)	10	71	27	2
6.2 (1.4)	2	51	45	4
6.3 (1.8)	6	54	40	6
5.5 (1.5)	0	29	60	10
5.6 (1.8)	2	38	42	21
6.0 (1.6)	0	44	46	10
5.5 (1.8)	2	39	47	14

8. 長期にわたる服薬不遵守歴のある患者に対する心理社会的治療をデザインおよび実施する際の、下記の各要素の重要性を評価してください。

(1) 介入



(2) 医療サービス



\* 介入については、いずれの国でも全項目が「一次選択治療」に分類されていたが、米国では、介入として薬物療法のモニター、家族への教育と支援、家族への教育が「最善の治療」に分類されていた。医療サービスについては米国のガイドラインと項目が異なるため単純な比較はできないが、米国ではアサーティブ地域療法が「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」に分類され、項目間で大きな差異は認められなかった。

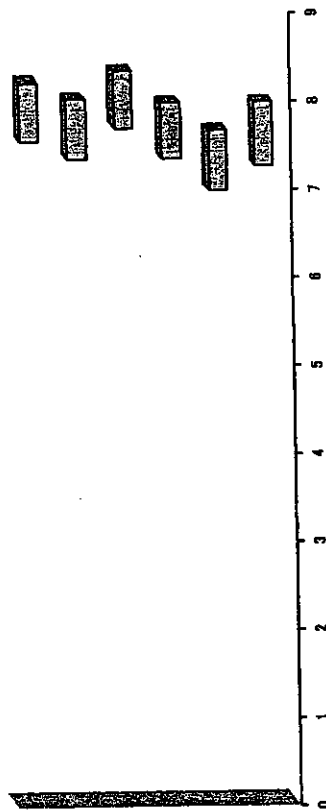
平均 (SD)	最善の治療	一次選択治療	二次選択治療	三次選択治療
7.4 (1.3)	21	79	21	0
7.7 (1.0)	29	88	12	0
7.7 (1.1)	29	85	15	0
7.3 (1.3)	21	77	23	0
7.7 (1.2)	31	88	12	0
7.2 (1.3)	15	73	27	0

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)	17	62	37	2
7.2 (1.4)	23	71	29	0
6.7 (1.5)	12	58	40	2
7.2 (1.2)	17	75	25	0
7.1 (1.3)	13	67	31	2

9. 心理社会的治療計画をデザインおよび実施する際の、各過程の重要性を評価してください。

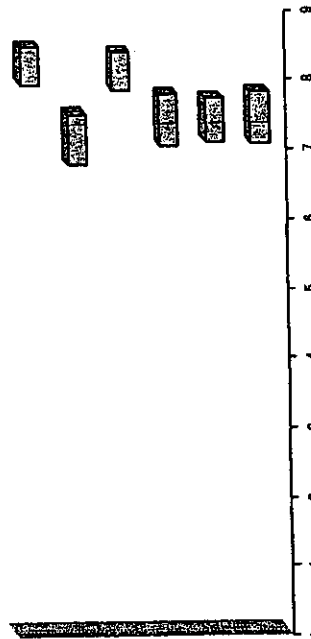
(1) 病歴および評価

- a. 病歴及び生計・生活圏についての情報収集
- b. 治療問題を築くこと
- c. 患者をとりまく環境についての情報収集
- d. 障害状態、技能、支援の状況の評価
- e. 過去の心理社会的介入への反応の評価
- f. 本人及び家族の希望の重視



(2) 介入の開始と評価

- a. 患者や家族との協力
- b. 担当臨床医の連続性の確保
- c. 介入計画を、関連する援助者、患者、家族と合意すること
- d. 効果の効果を同時に実施しないこと
- e. 介入の段階的導入
- f. 定期的に計画の実施状況をモニターし、また介入効果の評価を行うこと

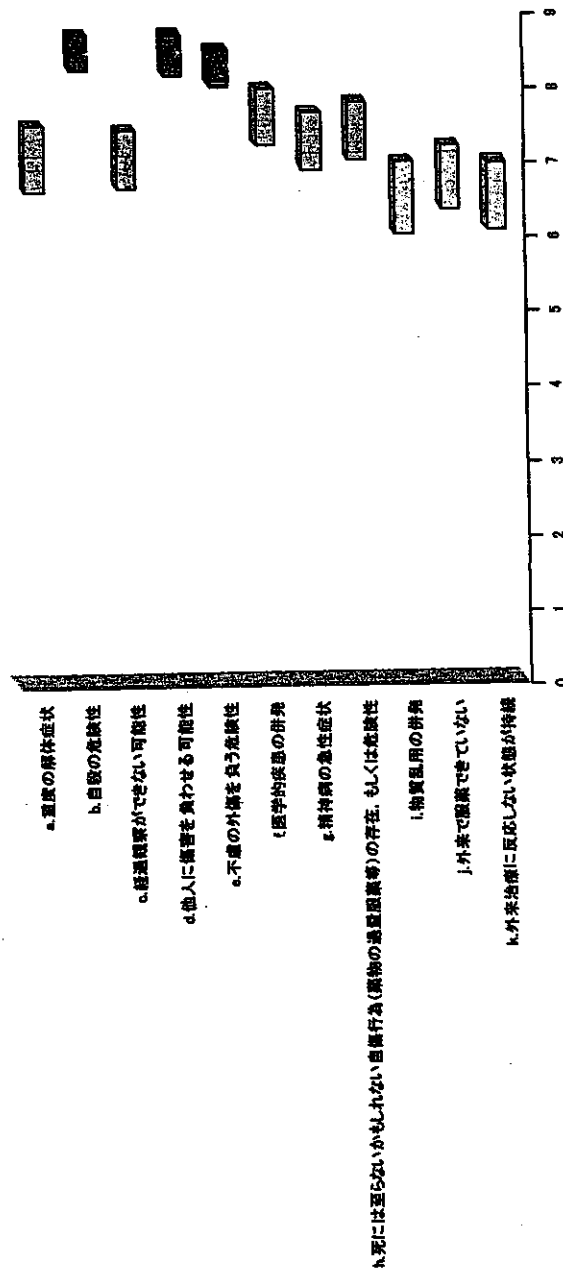


\* 病歴および評価についてはいずれの国でもすべての項目が「一次選択治療」に分類されていた。米国では二一評価の実施が「最善の治療」に分類されていたが、今回の調査ではそうした項目は含まれていない。介入の開始と評価については、米国では患者や家族との協力が「最善の治療」に分類されていたが、わが国ではわずかに及ばず、「一次選択治療」に分類されていた。わが国ではその他の項目も「一次選択治療」に分類されていた。

平均 (SD)	最善	一次治療	二次治療	三次治療
7.4 (1.3)	21	79	21	0
7.7 (1.0)	29	88	12	0
7.7 (1.1)	29	85	15	0
7.3 (1.3)	21	77	23	0
7.7 (1.2)	31	88	12	0
7.2 (1.3)	15	73	27	0

平均 (SD)	最善	一次治療	二次治療	三次治療
8.2 (1.0)	48	94	6	0
7.1 (1.3)	21	67	33	0
8.1 (1.0)	44	94	6	0
7.4 (1.3)	25	73	27	0
7.4 (1.2)	19	79	21	0
7.4 (1.3)	27	79	21	0

10. 統合失調症患者を入院させるための各適応の適切性の評価。



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 (1.6)	20	69	29	2
8.5 (0.9)	65	96	4	0
7.0 (1.4)	12	68	30	2
8.4 (1.0)	67	96	4	0
8.3 (0.9)	51	96	4	0
7.6 (1.4)	29	82	18	0
7.3 (1.4)	15	75	23	2
7.4 (1.4)	19	79	19	2
6.5 (1.7)	8	58	35	8
6.7 (1.5)	10	67	29	4
6.5 (1.6)	4	63	31	6

\* 米国では、他人に傷害を負わせる危険性、自殺の危険性がいずれも「最善の治療」に分類され、わが国と同様であったが、米国ではその他の項目はいずれも「二次選択治療」以下に分類され、わが国と好対照であった。米国では入院の適応がわが国と比較してかなり限定されていることが示唆された。



## 【臨床状況別の治療法に関するコンセンサス勧告】

## 【急性期の治療中の介入】

- ・初発の精神病エピソード：
  - \*陽性症状が優勢な場合→非定型抗精神病薬または従来型の抗精神病薬
  - \*陽性、陰性症状共に優勢な場合→非定型抗精神病薬
  
- ・コンプライアンス不良の休薬による急性増悪：
  - \*デポ剤への変更
  
- ・治療抵抗性：
  - \*従来型による適切な初期治療に対する反応が不十分
    - 残存する陽性症状→従来型の増量または非定型に変更（一次選択なし、二次）
    - 残存する陰性症状→非定型への変更（一次）薬物変更せず心理社会的治療を強化（二次）
  - \*従来型の適量を服薬遵守しているにもかかわらず急性増悪
    - 速効性の抗精神病薬の注射剤を用いる（二次）または従来型を常用量以上に増量（二次）または非定型に変更（二次）
  - \*非定型による適切な初期治療に対する反応が不十分
    - 顕著な陽性症状→非定型の増量
    - 顕著な陰性症状→他の非定型に変更
  - \*従来型から非定型の適切な投与に切り替えたが反応不十分な場合
    - 顕著な陽性症状→非定型の増量または他の非定型に変更
    - 顕著な陰性症状→他の非定型に変更
  
- ・従来型の服薬不遵守による急性増悪：
  - デポ剤への変更

【併発症状に対する対応（適切な抗精神病薬と補助薬物療法）】

	抗精神病薬	補助薬物療法
焦燥／興奮	高力価の従来型（一次）	カルバマゼピン（一次）
攻撃性／暴力	高力価の従来型（一次）	カルバマゼピン（一次）
不眠	低力価の従来型（二次）	ベンゾジアゼピン（一次）
不機嫌	高力価の従来型または リスペリドン（二次）	カルバマゼピン、バルプロ酸 などの抗てんかん薬
認知の問題	非定型（一次）	SSRIの追加

【継続および維持薬物療法中の介入】

- ・ 精神病後抑うつに対する治療薬→スルピリドまたはSSRI（二次）
- ・ 精神病後抑うつに抗うつ薬が有効であった場合の投与期間→6か月
- ・ 錐体外路症状を避ける→クエチアピン（一次）  
オランザピン（一次）
- ・ 注意・記憶・遂行などの認知機能を落とさない→非定型（一次）
- ・ 持続性の鎮静を回避→非定型または従来型（二次）
- ・ 体重増加を回避→オランザピンは使用しない（二次）
- ・ 抗コリン性の副作用を回避→クエチアピン（一次）  
オランザピン、ペロスピロン、リスペリドン（二次）
- ・ 月経障害を回避→クエチアピン（一次）  
オランザピン、ペロスピロン、リスペリドン（二次）
- ・ 性功能に関連した副作用を回避→非定型（二次）
- ・ 心血管系の副作用を回避→リスペリドン（一次）  
他の非定型（二次）
- ・ 遅発性ジスキネジアの予防→クエチアピン、オランザピン、ペロスピロン（一次）

Guideline 1 急性期の薬理学的マネジメント

1 A: 抗精神病薬の選択

	初発エピソード の陽性症状	初発エピソード の陽・陰性症状
一次選択	<ul style="list-style-type: none"> <li>・非定型(7.5)</li> <li>・従来型(7.0)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・非定型(7.8)</li> </ul>
二次選択	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従来型2種類</li> <li>・デポ剤への変更を意図した フルメツソ、ハロペリドール の類</li> <li>・従来型と非定型</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従来型</li> <li>・従来型2種類</li> <li>・従来型と非定型</li> <li>・デポ剤への変更を意図した フルメツソ、ハロペリドール の類</li> </ul>

Guideline 2 従来型抗精神病薬治療に対する不十分な反応

	残存する陽性症状	残存する陰性症状
一次選択		<ul style="list-style-type: none"> <li>・非定型へ変更(7.6)</li> </ul>
二次選択	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従来型の増量(6.8)</li> <li>・非定型へ変更(6.7)</li> <li>・他の従来型への変更</li> <li>・従来型と非定型の併用</li> <li>・従来型2種類の併用</li> <li>・ECT</li> <li>・リチウム追加</li> <li>・抗けいれん薬追加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬物変更せず心理社会的治療を強化</li> <li>・従来型と非定型の併用</li> <li>・従来型の減量</li> <li>・他の従来型へ変更</li> </ul>

Guideline 2-2 従来型の適量を服薬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

一次選択	
二次選択	<ul style="list-style-type: none"> <li>・速効性の抗精神病薬の注射剤を用いる</li> <li>・従来型を常用量以上に増量</li> <li>・非定型への変更</li> <li>・他の従来型に変更</li> <li>・2種類の従来型の併用</li> <li>・従来型と非定型の併用</li> </ul>