

日本神経精神薬理学会

『統合失調症薬物治療ガイドー患者さん・ご家族・支援者のためにー』

2018年2月27日 公開

序文

A 統合失調症薬物治療ガイド—患者さん・ご家族・支援者のために—作成の経緯

日本神経精神薬理学会では、科学的な根拠に基づく診療ガイドラインである「統合失調症薬物治療ガイドライン」を2015年に作成しました。「統合失調症薬物治療ガイドライン」は、医師と患者さん・ご家族・支援者を支援する目的で作成されており、臨床現場における意思決定の際に、判断材料の一つとして利用することができるものです。「統合失調症薬物治療ガイドライン」は、専門家である精神科医向けに作成されたものであるため、患者さん・ご家族・支援者の方々には難しく、わかりやすいガイドが必要とされました。そこで、『統合失調症薬物治療ガイド—患者さん・ご家族・支援者のために—』を作成することにしました。

B 『統合失調症薬物治療ガイド—患者さん・ご家族・支援者のために—』とは

- 1) 「統合失調症薬物治療ガイドライン」の内容を、患者さん・ご家族・支援者にわかりやすく解説したガイドです。「統合失調症薬物治療ガイドライン」と同じ内容をわかりやすくするために、科学的な根拠などの詳細を省略していますので、疑問点がある場合やより理解を深めたい場合、そしてより新しい情報を知りたい場合には、「統合失調症薬物治療ガイドライン」をお読みいただきますようお願いします。
- 2) 『統合失調症薬物治療ガイド』は、「**統合失調症**」という診断がなされた患者さんを対象にしています（一部は初発精神病性障害も対象）。よって、統合失調症以外の診断を受けている患者さんや、まだ統合失調症と診断が確定していない患者さんなどは対象にしません。また、統合失調症の診断の仕方についても、述べていません。
- 3) 『統合失調症薬物治療ガイド』は、薬物治療に限定して述べていますが、統合失調症の治療は薬物治療だけではありません。心理社会的治療と薬物治療の両方を行うことが統合失調症の治療の大前提です。元の「統合失調症薬物治療ガイドライン」が、薬物治療に限定しているため、本ガイドもそうになっています。統合失調症の治療においては、「**心理社会的療法や医療福祉との協働など包括的な治療が必要であること**」をここで強調して確認したいと思います。心理社会的治療につきましては、他の本などをお読みください。
- 4) 統合失調症の薬物治療の基本は、「**抗精神病薬—種類だけで治療すること＝抗精神病薬単剤治療**」です。まず、基本を知った上で、さまざまな場合についてどうすればよいかをお読みいただけると、よりわかりやすいかと思います。

- 5) ガイドラインは、患者さん・ご家族・支援者と医療者を支援する目的で作成されています。複数の治療選択肢について、益（効果）と害（副作用）を科学的な根拠により評価して、これらを勘案して決めた推奨を示す文書となっています。よって、治療の方針や具体的な内容を定める時に、判断材料の一つとして利用することができます。
- 6) 科学的な根拠は、患者さんにおける臨床試験などの結果に基づいて決められます。一般的な臨床試験では、ある治療を行う患者さんと行わない患者さんにおいて、効果や副作用の平均値の比較を行います。患者さんにおける平均的な効果や副作用の程度や頻度を予測することができます。一方で、個別の患者さんのその後を完全に予測するものではありません。また、臨床試験の対象となる患者さんと、個別の患者さんが完全に一致するものでもないので、その点も注意が必要です。科学的な根拠は、新たな臨床試験によってアップデートされる可能性がありますので、最新版を確認していただくとうまいかと思えます。科学的な根拠に基づいて作られていますので、適応外の薬剤が記載されている場合もあります。
- 7) ある治療を推奨する場合には、科学的に根拠のある効果が示されていることを前提としています。科学的に根拠のある効果（益）と副作用（害）を天秤にかけて、効果が上回る場合に、推奨する方向で評価されます。効果がはっきりしない場合については、副作用が起こる可能性があるため、推奨されません。
- 8) 『統合失調症薬物治療ガイド』は、日本神経精神薬理学会の「統合失調症薬物治療ガイドライン」作成メンバーを中心とした精神科医、関連学会や団体の精神科医、薬剤師、研究者などの専門家だけでなく、当事者、患者家族、看護師、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士、法律家など多様なメンバーが協力して作成しました。そして、それぞれの多様な立場から、『統合失調症薬物治療ガイド』の活用法についてのアドバイスをつけて、よりわかりやすいガイドの作成を行いました。

C 『統合失調症薬物治療ガイド』作成メンバー（氏名 所属 役割）

新井 誠	東京都医学総合研究所（日本神経精神薬理学会/研究者）
飯塚 壽美	全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）（患者家族）
石郷岡 純	CNS 薬理研究所（日本神経精神薬理学会/精神科医）
市橋 香代	東京大学医学部附属病院精神神経科 （日本神経精神薬理学会、当事者・患者家族担当/精神科医）
伊藤 侯輝	北海道大学大学院医学研究院（専門医学系部門）神経病態学分野 精神医学教室（日本神経精神薬理学会/精神科医）
稲田 健	東京女子医科大学医学部精神医学講座（日本神経精神薬理学会/精神科医）

大井 一高 金沢医科大学精神神経科（日本神経精神薬理学会/精神科医）

岡田 久実子 全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）（患者家族）

蔭山 正子 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻（当事者・患者家族担当/保健師）

勝元 榮一 かつもとメンタルクリニック（日本精神神経科診療所協会/精神科医）

加藤 玲 東京都新宿区精神障害者家族会「新宿フレンズ」（患者家族）

栗原 活雄 陽和病院（日本精神保健福祉士協会/精神保健福祉士）

小林 正義 信州大学医学部保健学科作業療法学専攻（日本作業療法士協会/作業療法士）

関村 友一 あさがお年金社会保険労務士オフィス代表
（YPS 横浜ピアスタッフ協会/当事者）

瀧沢 賢広 就労継続支援 B 型シャローム港南（YPS 横浜ピアスタッフ協会/当事者）

武市 尚子 東京女子医科大学 医療安全・危機管理部/法務部（弁護士）

辻野 尚久 東邦大学医学部精神神経医学講座（日本神経精神薬理学会/精神科医）

坪井 貴嗣 杏林大学医学部精神神経科学教室（日本神経精神薬理学会/精神科医）

都甲 令子 国立精神・神経医療研究センター病院家族会「むさしの会」（患者家族）

沼田 周助 徳島大学大学院医歯薬学研究部精神医学分野
（日本神経精神薬理学会/精神科医）

野村 忠良 全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）（患者家族）

橋本 保彦 神戸学院大学薬学部（日本神経精神薬理学会/薬剤師）

橋本 亮太 大阪大学連合小児発達学研究科（日本神経精神薬理学会/精神科医）

畠山 卓也 公益財団法人井之頭病院（日本精神科看護協会/看護師）

堀合 研二郎 就労継続支援 B 型シャロームの家（YPS 横浜ピアスタッフ協会/当事者）

増井 武士 東亜大学大学院総合学術研究科 臨床心理学専攻
（日本心理臨床学会/臨床心理士）

松井 佑樹 藤田保健衛生大学 医学部 精神神経科学（日本神経精神薬理学会/精神科医）

みずめ 一般企業勤務（YPS 横浜ピアスタッフ協会/当事者）

村田 篤信 慧真会協和病院薬剤科（日本神経精神薬理学会/薬剤師）

森 隆夫 あいせい紀年病院（日本精神科病院協会/精神科医）

安田 由華 生きる・育む・輝くメンタルクリニック（日本神経精神薬理学会/精神科医）

山田 浩樹 昭和大学医学部精神医学講座（烏山病院）
（日本神経精神薬理学会/精神科医）

横山 恵子 埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科看護学領域
（当事者・患者家族担当/看護師）

相沢 隆司 地域活動支援センター すぺーす海（YPS 横浜ピアスタッフ協会/当事者）

吉尾 隆 東邦大学薬学部 医療薬学教育センター（日本神経精神薬理学会/薬剤師）

メンバーの役割一覧

YPS 横浜ピアスタッフ協会（当事者） 患者家族	当事者の立場からの読み方の作成 患者家族の立場からの読み方の作成、 全体の編集
当事者・患者家族担当	当事者・患者家族が他のメンバーと 対等に議論できるような環境づくり
日本精神科看護協会（看護師）	看護師の立場からの読み方の作成
日本神経精神薬理学会（薬剤師）	薬剤師の立場からの読み方の作成
日本作業療法士協会（作業療法士）	作業療法士の立場からの読み方の作成
日本心理臨床学会（臨床心理士）	臨床心理士の立場からの読み方の作成
日本精神保健福祉士協会（精神保健福祉士）	精神保健福祉士の立場からの読み方の 作成
日本神経精神薬理学会（研究者）	研究者の立場からの読み方の作成
弁護士	法律家の立場からの読み方の作成
日本精神科病院協会、日本精神神経科診療所 協会、日本臨床精神薬理学会（精神科医師）	精神科医の立場からの読み方の作成
日本神経精神薬理学会（精神科医師）	精神科医の立場からの読み方の作成、 序文・本文の作成、全体の編集
全員	『統合失調症薬物治療ガイド』全体を通 して、より分かりやすいガイドとするた めの提案

D 本ガイドの作成過程

2017年5月20日 日本神経精神薬理学会理事会において本ガイド作成を承認

2017年5月20日 第一回会議：コンベンションルーム AP 品川

患者さん、ご家族、支援者と医療者を支援するために、医師以外の当事者、患者家族、支援者を対象として、「統合失調症薬物治療ガイドライン」をわかりやすくしたガイドを日本神経精神薬理学会の事業として作るという大方針を決定しました。本文の臨床疑問についての担当者を決定しました。実際の作成方法として、日本神経精神薬理学会の精神科医が文章を作成し、それ以外の全員がコメントして、日本神経精神薬理学会の精神科医が

コメントを反映させて修正することを繰り返すことにより、患者さん、ご家族、支援者にわかりやすいものを作成することとしました。対面会議とメール会議を用いることとしました。

第一回の会議におきましては、薬の名前の表記について、特筆すべき議論が行われました。薬の名前には、「一般名」と「商品名」があります。商品名には多数ありますので、見やすいように一部を掲載することを検討しましたが、特定の商品名を記載することはその販売会社の利益となってしまう（利益相反といいます）、ガイドそのものの信頼性を損なう可能性もあります。一方で、本ガイドは、患者さん・ご家族・支援者にわかりやすくするという目的を持っており、なじみのない「一般名」で書かれていても、それがどの薬かわかりにくいことから、かえって本来の目的を達成できないという問題も生じます。この問題について議論が伯仲しましたが、最終的に「この問題点が議論になったことを本ガイドに明記すること」と「**一般名＋（先発品の商品名）**にて記載すること」という合意が得られました。なお、商品名右肩の®は、登録商標マークです。

2017年9月18日 第二回会議：コンベンションルーム AP 品川

ガイドの全体の構成についてコンセンサスを得て、すべての臨床疑問について、全員で検討して修正点などの課題を明らかにしました。序文、目次、それぞれの立場からのアドバイス、薬剤の対照表などの担当を決定し、こちらも担当者が作成したものをそれ以外の全員がコメントをして修正することを繰り返して、作成することとしました。最終的に2018年2月の完成を目指し、その後の書籍化も目指すことになりました。

2018年1月14日 第三回会議：コンベンションルーム AP 品川

前回会議の後、担当者が作成した内容を、メール会議にて修正を重ねたガイドについてコンセンサスを得て、承認を行いました。公開に向けての校正作業や体裁を整える作業については、編集担当に任せることとなりました。その後、日本神経精神薬理学会における理事会承認を行い、公開することになりました。更に、公開後の普及について書籍化を中心に議論を行い、関連団体においてシンポジウム企画などを行って普及に努めることとしました。

E 『統合失調症薬物治療ガイド』作成方法

- 1) 臨床疑問はそのままにして、元のガイドラインの推奨に当たる部分のエッセンスを推奨に記載しました。そして元のガイドラインの推奨の理由となる内容を解説に記載しました。また、臨床疑問や推奨に出てくる専門用語については、解説の冒頭で説明

し、それ以外の専門用語は、用語解説にて詳しく解説しました。

- 2) 一部においては、更に詳しい情報を記載し、わかりやすいように図も使いました。
- 3) 全部を読んでいただくのが望ましいですが、一部だけを読んでもわかるように、用語解説などは、臨床疑問ごとに同じ解説を記載するようにしました。
- 4) 「です」「ます」調でわかりやすく記載することにしました。
- 5) 元のガイドラインの推奨に記載されている根拠のレベルと推奨度を、以下のような基準にて★で示すことにしました。

ガイドの基準	ガイドラインの推奨	意味	
【★★★★】	1 A、1 B	行うことを（が） または	強く推奨します
【★★★】	1 C、1 D、2 A、2 B		推奨します
【★★】	2 C、2 D	行わないことを（が）	望ましいです

- 6) どのページを読めばよいかわかりやすいように、わかりやすい臨床疑問の目次を特別に作成しました。
- 7) 患者さん・ご家族・支援者と一緒に作成したガイドですので、それぞれの立場から、このガイドをどのように活用すればよいかというアドバイスを記載しました。

F 改訂

2018年2月27日 公開

目次

序文	2
<u>わかりやすい目次</u>	10
<u>『統合失調症薬物治療ガイド』の読み方</u>	
・ 当事者の立場から	13
・ 患者家族の立場から	15
・ 看護師の立場から	17
・ 薬剤師の立場から	18
・ 作業療法士の立場から	19
・ 臨床心理士の立場から	21
・ 精神保健福祉士の立場から	22
・ 研究者の立場から	23
・ 法律家の立場から	25
・ 精神科医の立場から	26
<u>本ガイドの読み方解説</u>	27
<u>第1章 初発精神病性障害</u>	
臨床疑問 1-1 初発精神病性障害に対して、好ましい抗精神病薬はどれか？	28
臨床疑問 1-2 初発精神病性障害で最適な抗精神病薬の用量はどのくらいか？	30
臨床疑問 1-3 初発精神病性障害において、抗精神病薬の治療反応を判定する最適な期間はどのくらいか？	30
臨床疑問 1-4 初発精神病性障害の再発予防効果における抗精神病薬の最適な治療継続期間はどのくらいか？	32
<u>第2章 再発・再燃時</u>	
臨床疑問 2-1 統合失調症の再発・再燃時、切り替えと増量のどちらが適切か？	34
臨床疑問 2-2 統合失調症の再発・再燃時、有用性と推奨容量についてのエビデンスのある抗精神病薬は何か？	36
臨床疑問 2-3 統合失調症の再発・再燃時に、抗精神病薬の併用療法は単剤治療と比較してより有用か？	37
臨床疑問 2-4 統合失調症の再発・再燃時に有効性、副作用において、	

第3章 維持期治療

臨床疑問 3-1	維持期統合失調症患者において、抗精神病薬の服薬中止と継続のどちらが推奨されるか？	40
臨床疑問 3-2	維持期統合失調症患者の抗精神病薬治療において、再発率減少や治療継続に好ましい薬剤はどれか？	41
臨床疑問 3-3	抗精神病薬の持効性注射剤（LAI）は経口薬に比して有用か？ どのような患者に対して使用すべきか？	43
臨床疑問 3-4	維持期統合失調症患者において、抗精神病薬の減量は有用か？	45
臨床疑問 3-5	安定した維持期統合失調の経口抗精神病薬薬物治療における適切な投与間隔はどのくらいか？	46

第4章 治療抵抗性

臨床疑問 4-1	治療抵抗性統合失調症におけるクロザピン治療は有用か？	47
臨床疑問 4-2	クロザピンが有効な症例に副作用が生じた際の対処法は何か？	50
臨床疑問 4-3	クロザピンの効果が十分に得られない場合の併用療法として何を選択すべきか？	52
臨床疑問 4-4	クロザピンを使用しない場合、治療抵抗性統合失調症に対して修正型電気けいれん療法（m-ECT）は有用か？	54
臨床疑問 4-5	治療抵抗性統合失調症に対する、クロザピンや ECT 以外の有効な治療法は何か？	56

第5章 その他の臨床的諸問題

臨床疑問 5-1	精神運動興奮状態に対し推奨される薬物治療はどれか？	58
臨床疑問 5-2	統合失調症の緊張病に対し推奨される治療法はどれか？	60
臨床疑問 5-3	統合失調症の抑うつ症状に対してどのような薬物治療が有効か？	62
臨床疑問 5-4	統合失調症の認知機能障害に対して推奨される薬物治療はあるか？	64
臨床疑問 5-5	病的多飲水・水中毒に対して推奨される薬物治療はあるか？	67
臨床疑問 5-6	錐体外路系副作用に推奨される治療法および予防法は？	69
臨床疑問 5-7	悪性症候群に対して推奨される治療法はあるか？	73
臨床疑問 5-8	抗精神病薬による体重増加に対して推奨される治療法はあるか？	75

薬の対照表		77
--------------	--	-----------

わかりやすい目次

★質問：妄想や幻聴なのか意味不明なことを言うなど統合失調症のような症状が、最近初めて出てきました。どのような治療を受けるべきでしょうか？

⇒第1章 初発精神病性障害をお読みください 28

質問：どのような薬がお勧めなののでしょうか？

臨床疑問 1-1 初発精神病性障害に対して、好ましい抗精神病薬はどれか？ 28

質問：薬はどれぐらいの量をどれだけの期間飲めば効いてくるのでしょうか？
また、いつまで飲まなければならないのでしょうか？

臨床疑問 1-2 初発精神病性障害で最適な抗精神病薬の用量はどのくらいか？ 30

臨床疑問 1-3 初発精神病性障害において、抗精神病薬の治療反応を判定する
最適な期間はどのくらいか？ 30

臨床疑問 1-4 初発精神病性障害の再発予防効果における抗精神病薬の最適な
治療継続期間はどのくらいか？ 32

★質問：統合失調症と診断されて、一度はよくなったのですが、また症状が悪化して再発したと言われました。どうしたらよいのでしょうか？

⇒第2章 再発・再燃時をお読みください 34

質問：統合失調症の症状が悪化して、薬を飲まないといけなくなっています。

元々飲んでた薬を飲むべきでしょうか、新しい薬に変えるべきでしょうか？

臨床疑問 2-1 統合失調症の再発・再燃時、切り替えと増量のどちらが適切か？ 34

質問：統合失調症の症状が悪化して、薬を飲まないといけなくなっています。

どの薬をどれぐらいの量服用するのがよいのでしょうか？

臨床疑問 2-2 統合失調症の再発・再燃時、有用性と推奨容量についての
エビデンスのある抗精神病薬は何か？ 36

質問：統合失調症の症状が悪化して、もっと薬を飲まないといけなくなっています。

すでに薬をたくさん飲んでいるのですが、どうしたらよいのでしょうか？

臨床疑問 2-3 統合失調症の再発・再燃時に、抗精神病薬の併用療法は
単剤治療と比較してより有用か？ 37

臨床疑問 2-4 統合失調症の再発・再燃時に有効性、副作用において、
単剤治療と抗精神病薬以外の向精神薬併用とどちらが適切なのか？ 38

★質問：統合失調症で、症状が安定してきたと言われていました。私は、幻覚や妄想などの症状はありません。このように安定してきたら、今までと治療が変わるのでしょうか？

⇒第3章 維持期治療をお読みください 40

質問：症状が安定しているのですが薬をやめても大丈夫でしょうか？

臨床疑問 3-1 維持期統合失調症患者において、抗精神病薬の服薬中止と継続のどちらが推奨されるか？ 40

質問：症状が安定しているので、それに合った薬にしたいのですが、どのような薬がよいのでしょうか？

臨床疑問 3-2 維持期統合失調症患者の抗精神病薬治療において、再発率減少や治療継続に好ましい薬剤はどれか？ 41

臨床疑問 3-3 抗精神病薬の持効性注射剤（LAI）は経口薬に比して有用か？
どのような患者に対して使用すべきか？ 43

質問：症状が安定しているので、薬を減らしたり、調子の悪い時だけ服用するようにしたいのですが、そうしても大丈夫でしょうか？

臨床疑問 3-4 維持期統合失調症患者において、抗精神病薬の減量は有用か？ 45

臨床疑問 3-5 安定した維持期統合失調の経口抗精神病薬薬物治療における適切な投与間隔はどのくらいか？ 46

★質問：統合失調症と診断されて、お薬をきちんと飲んでいるのですが、なかなかよくなりません。服薬調整をするとしたらどのような方法がありますか？

⇒第4章 治療抵抗性をお読みください 47

質問：クロザピンという薬がなかなかよくなりえない統合失調症に効くと聞いたことがあります。本当でしょうか？

臨床疑問 4-1 治療抵抗性統合失調症におけるクロザピン治療は有用か？ 47

質問：クロザピンは副作用が多いと聞いて不安です。大丈夫でしょうか？

臨床疑問 4-2 クロザピンが有効な症例に副作用が生じた際の対処法は何か？ 50

質問：クロザピンがある程度効いたけど十分によくなりえない時には、どうしたらよいのでしょうか？

臨床疑問 4-3 クロザピンの効果が十分に得られない場合の併用療法として何を選択すべきか？ 52

質問：統合失調症がなかなか良くならないので修正型電気けいれん療法を勧められました。本当に効くのでしょうか？

臨床疑問 4-4 クロザピンを使用しない場合、治療抵抗性統合失調症に対して修正型電気けいれん療法（m-ECT）は有用か？ 54

質問：クロザピンや修正型電気けいれん療法以外に、良くならない統合失調症をよくする治療法はないのでしょうか？

臨床疑問 4-5 治療抵抗性統合失調症に対する、クロザピンや ECT 以外の有効な治療法は何か？ 56

★質問：次の症状に困っています。どうしたらいいのでしょうか？

興奮する・急に動かなくなる・気分が落ち込んでいる・水をたくさん飲む

臨床疑問 5-1 精神運動興奮状態に対し推奨される薬物治療はどれか？ 58

臨床疑問 5-2 統合失調症の緊張病に対し推奨される治療法はどれか？ 60

臨床疑問 5-3 統合失調症の抑うつ症状に対してどのような薬物治療が有効か？ 62

臨床疑問 5-5 病的多飲水・水中毒に対して推奨される薬物治療はあるか？ 67

★質問：病気になる前はできていたことができなくなったり、いろんなことがわからなくなってきたり、記憶力が悪くなってきたような気がします。よい薬があるのでしょうか？

臨床疑問 5-4 統合失調症の認知機能障害に対して推奨される薬物治療はあるか？ 64

★質問：統合失調症の薬を飲んでいるといろんな副作用が出ると聞いて不安です。

臨床疑問 5-6 錐体外路系副作用に推奨される治療法および予防法は？ 69

臨床疑問 5-7 悪性症候群に対して推奨される治療法はあるか？ 73

臨床疑問 5-8 抗精神病薬による体重増加に対して推奨される治療法はあるか？ 75

『統合失調症薬物治療ガイド』の読み方：当事者の立場から

統合失調症と向き合っている当事者の皆様こんにちは。今あなたが目にしているこの『統合失調症薬物治療ガイド』は、統合失調症とよりよく付き合うために薬をどのように利用したらよいかの参考にさせていただくために作られました。元々は「統合失調症薬物治療ガイドライン」というタイトルで医師や薬剤師など専門家向けに作られたものでした。ただ専門家だけではなく当事者やそのご家族にも是非知っていただきたいものだったので、基本的な内容はそのままに、表現を分かりやすいものに変えたのがこの『統合失調症薬物治療ガイド』というわけです。

まずはじめに一言お断りしておきますが、このガイドは基本的に統合失調症の治療法の中で薬物治療のみを取り上げたものであり、その他の治療法には言及していません。全ての治療法を網羅したガイドがあるといいなあと私も思いますが、それを作るにはまだまだ時間がかかるようです。

ちなみにガイドとは英語で指針という意味です。私たちが進むべき方向を「指し示す針」だと思ってください。

ではこれから私が当事者の立場として、このガイドをどのように読んだら良いかのアドバイスをさせていただきます。

まず、全てを隅々まで読もうとする必要はありません。始めに目次がついております。統合失調症の当事者が向き合う可能性のある一通りの疑問・質問（臨床疑問）が書いてあります。その中から自分があてはまるものを探して対応するページを見つけてください。ちなみに臨床疑問とは「こんな時にはどうしたら良いか？」という問いだと思ってください。言葉は難しいですが単なる疑問・質問のことです。

一つの臨床疑問で2ページが基本です。プリントアウトして読んでもいいし、画面をそのまま読んでもいいです。

「推奨」と書かれているところは必ず読んでください。その臨床疑問の結論です。

「解説」と書かれているところは余裕があったら読んでください。その結論となった理由や付け足しの説明が書かれています。

特に難しい言葉には「用語解説」が載っています。臨床疑問を理解するためにもここはしっかり読むことをお勧めします。

書かれていることがある程度理解できたら、実際の診察の場面で主治医に疑問・質問を話してみましよう。その際に「『統合失調症薬物治療ガイド』にはこう書いてあったのですが？」と必ず説明してください。プリントアウトした紙を見せながらだとなお良いでしょう。「自分はこの臨床疑問に当てはまると思う。この薬をこのくらいの量飲むことを推奨すると書かれていますが先生いかがでしょうか？」こんな感じで聞いてみてください。

一つ気をつけていただきたいのが、このガイドで推奨されていることが絶対に正しいわけではないということです。あくまで、こういう時にはこういう薬を飲むと良くなる可能性が高いということが、データによって示されているというだけのことなのです。時にはあなたの主治医の方針と一致しないこともあるでしょう。その際にはあなたと主治医とよく話し合うようにしてください。あなたの主治医が真剣にあなたのことを考えてくれている医師であるならば、きっと納得できるような説明をしてくれるはずです。

このガイドは元々は、医師でも読むのが難しいようなすごくわかりにくい専門書でした。それを、私達当事者メンバーも含め色々な職種の人たちが集まって、わかりやすくするにはどうしたらいいかを一生懸命に何度も話し合っただけで作ったのが、今あなたがご覧になっているものです。

わかりやすくするために最大限の努力はしましたが、それでもやはりわかりにくい言葉や言い回しもあるかもしれません。そんな時は一人で悩まずに、周りの人に聞いてみてください。家族、友人、あるいは医療や福祉に従事する専門家など、きっと頼りになる人がいるはずです。他人の力を上手に利用してください。

最後に統合失調症の当事者として一言申し上げます。統合失調症というのはなかなか手強い病気ではありますが、上手く付き合うことができたならそれほど大したことのない病気でもあります。私自身、非常に辛い時期もありましたが今は人生を大いに楽しめるようになるまで回復し、統合失調症と付き合いしております。

あなたがこの『統合失調症薬物治療ガイド』を有効活用し、統合失調症との上手な付き合い方を身につけて、統合失調症を「大したことのない病気」だと思えるようになること。それを心より願っております。

『統合失調症薬物治療ガイド』の読み方：患者家族の立場から

このガイドラインを作成するにあたり、家族も意見を述べる機会が得られて、家族の視点を反映することができたことは、大変に意義深いことと思います。

①わかりやすく読みやすい文章にする、そのためには、②専門用語をなるべく使わない
③わかりにくい用語を使わなければならない場合にはその後に解説文を入れる・・・など、「わかりやすさ」「使い勝手の良さ」を第一に検討を重ねました。

生活を共にしている初期の家族は特に、発症への責任を感じつつ、本人の症状を日々見つめながら、必死になって早期回復を図ろうとしています。発症時から慢性期に至るまでのさまざまな症状を見つめる中で、薬に対する多くの不安や疑問がわいてきます。そのような家族が手にして、できるだけ簡単に知りたい情報にたどりつけることを願いました。

現在、服薬に関しては、コンプライアンス（compliance：医師の指示による服薬遵守）からアドヒアランス（adherence：患者の意思決定による服薬遵守）という考え方に変わりつつあり、SDM(Shared decision making：診療方針決定過程の共有) といって当事者・患者家族は医師と相互理解を図って、治療計画に参画することが求められる時代となりました。そのためには、当事者や患者家族にも正しい薬の情報が必要です。

私が家族会に入った約20年も前では、薬について医師に尋ねることがはばかれる雰囲気があり、不安や疑問を抱えたまま、家族同士の情報交換に頼るほかはありませんでした。保健所や家族会が主催する薬に関する研修会には、部屋に入りきれないほどの参加者が集まったこともありました。

医療機関が処方箋を発行して、薬は薬局で受け取るようになった今、どの薬がどれ位の量出されているのかがはっきりわかるようになり、本やインターネットなどでも詳しく調べることが可能となりましたが、情報の選択肢が増え、正しい情報を得ることの難しさも感じるようになりました。

このガイドを上手に活用することにより、基本となる薬のエビデンス（科学的な根拠）に基づく知識と情報とを得てください。現在服用しているお薬がガイドラインと違っていても、なぜそうなのか理由を尋ね、納得できるまで医師と話し合い協力して、よりよい薬物治療を目指していただきたいと思います。その時には、症状や副作用、気がかりな点などをメモしておくことで、より落ち着いて向き合えることでしょう。“家族による家族学習会”オリジナルテキストを参考に、「主治医に渡すメモ」を掲載します。なお治療には、薬物療法と共に心理社会的療法・リハビリテーションがあり、共に受けることが大切です。

主治医に渡すメモ

このメモは、主治医に今の状態を伝える時の参考に使うものです。この表に書き込んでそのまま渡しても良いですし、メモを見ながら話しても良いです。またすべての項目に書き込む必要はありません。伝えたいことを前もって整理してみましょう。

(記入者名：) 記入年月日 年 月 日

	ことがら	記 入 欄
1	一番困っていること・症状は何か	
2	それはいつからあるか	
3	きっかけまたは原因と思われることはあるか	
4	その困っていること・症状に対して、どのように対応してきたか	
5	その結果はどうだったか	
6	現在の薬はその症状に利点があると思うか	
7	薬による困ったことはあるか	
8	今後の治療について、私の希望	
9	その他	

参考) みんなねっと家族学習会企画プロジェクト委員会：家族による家族学習会オリジナルテキスト。公益社団法人全国精神保健福祉会連合会，2017.

『統合失調症薬物治療ガイド』の読み方：看護師の立場から

看護師は、患者さんの服薬支援の場面に日々関わります。服薬の場面はもちろんのこと、生活援助場面を通して、薬の効果や副作用、飲み心地について患者さんと共有し、患者さんに合った薬物治療がなされるよう働きかけることも含みます。近年では、患者さんの服薬心理教育に看護師が携わる機会も増えてきており、安全に、かつ安心して服薬できるよう支援することは看護師の役割の一つであると考えます。

本ガイドは、統合失調症の病期や治療のプロセスにおける課題、特定の病態像や副作用が発現した時の対応方法について記されていますので、患者さんの服薬支援にかかわる看護師にはぜひおさえてもらいたい内容です。

薬物治療においては、医師は十分な説明を行い、患者さんの了解を得なければなりません。しかし、臨床の中では、患者さんが知りたい情報を十分に得られない、もしくは理解できないまま薬物治療がスタートすることは珍しいことではありません。医師の説明だけでは不十分だった際に、患者さんが安全にかつ安心して服薬できるよう、看護師には、必要な情報を的確に提供していくことが求められます。

薬物治療を継続していて病状が再燃した場合、患者さんやご家族は薬の増量や種類が増えたりすることで不安を覚えるかもしれません。ガイドには、患者さんに現れる治療効果や副作用の観察、患者さんやご家族が感じている疑問について話し合う際に役立つ情報も含まれています。

特に、入院治療においては、看護師は患者さんの生活場面に直接携わることが多く、医師が看護師から得る情報は、薬物治療の判断に大きな影響を与えます。症状にだけ着目するのではなく、患者さんが症状を抱えながらどのように生活しているのか、言い換えると症状がどの程度日常生活に影響しているのかについて観察することが重要です。妄想が良くなるかならないかではなく、妄想があることで患者さんは生活に困っているのだろうかという点からモニタリングすることが重要です。

服薬に伴う副作用の発現は、患者さんの服薬の継続に影響を与えます。また、重大な副作用については生命の危機に直結する可能性があり、服薬支援にかかわる看護師だけではなく、患者さんやそのご家族も知っておいた方がよい知識です。何故ならば、お互いに副作用に対する知識を持っていることで、重大な身体的危機へと発展する前に早期に副作用に対応することができるからです。

看護師は患者の最も身近なところで患者さんの服薬支援に携わるだけではなく、患者さんやそのご家族の生活全般をサポートする専門職です。本ガイドで示されている知識を活用しながら、日々の実践に役立てていただけることを切に願っております。

『統合失調症薬物治療ガイド』の読み方：薬剤師の立場から

統合失調症の治療には、薬物療法だけでなく心理面を支える精神療法や社会的な関わりを支援する社会サポートなどがあります。これらを患者さん一人ひとりの状況に応じて、各職種が最適なものを選択し提供します。その中でこの本は薬物治療に特化したものですが、それ以外の治療法の必要性を除外するものではありません。

抗精神病薬は統合失調症の治療に不可欠ですが、その使われ方は医師によりさまざまです。その理由として、統合失調症には病気の重症度を示す明確な指標が存在しないことや、症状は患者さんによって多様であることなどが挙げられます。そして、精神症状や薬の飲み心地などは医療者には見えにくく、また副作用をどの程度受け入れられるかどうかなどは、患者さん本人でなければ評価をすることができません。医師や薬剤師は患者さんとの対話の中からその患者さんに最も適した薬剤や投与量を考えます。これは患者さんと症状や薬の飲み心地、そして薬物治療に対する考え方を共有することと言えます。

例えば、患者さんから「もう治った」「薬の量が多い」「副作用が嫌だ」などのさまざまな理由から、「薬を飲みたくない」という相談を受けたことのある薬剤師は多いと思われます。「もう治った」に対しては再発予防の観点から薬物治療を続ける重要性を説明する必要があります。また「薬の量が多い」に対しては適切な投与量にすることで「飲みたくない」を解決する糸口になるかもしれません。そして、「副作用が嫌だ」については医療者と患者が互いに話し合うことで、可能な限り対処すると解消できるものであります。

このガイドは、統合失調症の患者さんや家族やメディカルスタッフ向けに作ったものです。薬剤師にとって、この本に記載されている内容は、患者さんや多職種の人たちと薬物治療に関する方針や考え方を共有する手助けになると考えられます。先に示した様に、統合失調症の薬物治療は複雑で、さまざまな職種がかかわります。この本に書かれてある内容を参考にしながら、薬剤師が各職種の業務を支える存在になり得るとも考えられます。例えば、薬剤師が処方医と協働し処方設計を実施する際、また副作用とその対処法に関する内容を踏まえたモニタリングや薬学的な介入を行う場合の手引きとなるでしょう。また、患者さんが薬物治療に対して抱く悩みに対し、薬剤師が一緒に向き合う際に活用できるものであることは言うまでもありません。

現在、継続的に抗精神病薬を使用する治療が精神症状から患者さんを守るためには欠かせないとされています。治療に悩んだ時、自分で判断せず、かかりつけの医師あるいは医療者に相談していただきたいと思います。その際、この本を見ながら今の状況、今後の治療について医師と話し合うことが治療の一助となります。また、薬剤師が患者さんや多職種と治療について相談する際の道具として、この本を使っただけであれば幸いです。

『統合失調症薬物治療ガイド』の読み方：作業療法士の立場から

精神保健領域のリハビリテーションにおいて、作業療法士の利用者への関わりは、入院中の精神科作業療法や SST（社会生活技能訓練）、退院後の精神科デイケア・ショートケア、または訪問作業療法（制度上は訪問看護）の中での関わりが中心になります。

入院中の作業療法では、急性期（安静）後の活動の再開をサポートし、現実感や生活感、生活リズムを取り戻すために、ストレッチ体操、軽い運動、パソコン練習、構成的手工芸などを利用します。そして回復期以降は、外来作業療法やデイケア・ショートケア、訪問作業療法で生活のペース配分を考えたり、買い物、料理、洗濯、掃除、金銭管理、服薬管理、交通機関の利用など、生活行為そのものの練習をしたり、セルフケア、家事、仕事、余暇、地域活動のバランスを整えたり、対人交流技能を練習したり、復学や復職（就労）に向けた準備支援を行ったりします。

このように作業療法では具体的な作業や活動が利用されるため、対象者は、作業の説明を聞き、目で見て、手に触れ、頭で考え、理解し、判断（選択・決定）し、動作・行動する、という一連の作業遂行の過程で心身機能が賦活（活性化）されることとなります。そして、この作業遂行の過程で、対象者は例えば頭がふらふらする、手や足に力が入らない、まっすぐ歩けない、周りがぼやけて感じられる、指先が震える、集中できない、意欲が出ない、眠気が強い、頭が回らない、手順が理解できない、覚えられない、身体が硬い、筋肉がこわばる、心臓がドキドキする、じっと座ってられない、ひどい疲れがあるなど、さまざまな身体不調や違和感を感じ、作業遂行に支障を感じるようになります。

統合失調症の治療では多くの場合抗精神病薬が使用されますが、このような作業遂行によって感じられる身体不調や違和感、支障（作業療法では作業遂行機能の障害と呼びます）の数々が、①病気の回復過程でみられる一時的な現象なのか、②統合失調症という疾患そのものに由来する身体化症状なのか、または、③統合失調症の認知機能障害を背景とする社会機能の低下が表れているのか、あるいは、④服用している薬剤の副作用によるものなのか、の見極めが必要になります。①～③の場合には、服薬を継続しながらしばらく作業療法に通ってもらいと、徐々に心身の状態が整い、作業遂行上の支障は軽減していくことが多いのですが、身体不調や違和感が続く場合や、経過途中でこのような状態が現れる場合には、活動量を調整して様子を見るか、副作用を疑い、主治医に報告し、薬の種類を変えるか用量や用法を変更してもらう必要があるかも知れません。

このため作業療法士は、利用者の回復状態や身体化症状の有無、認知機能障害の影響などを充分考慮しつつ、利用者がどのような薬物をどの程度使用しているか、副作用としてどのような症状が現れる可能性があるか、薬物の増量または減量の計画はあるかなど、医師や看護師、他の関係スタッフと連携し、薬物療法の状況を正しく把握しておく必要があ

ります。このガイドでは、薬剤の有効性のみでなく副作用についても解説されていますので、薬物療法による効果と副作用の有無を検討する際にも大いに役立つと思います。

外来作業療法の利用者や、デイケア・ショートケア、訪問作業療法の中では、本人やご家族から服薬に関する相談を受けることもあります。中には、主治医に対して遠慮があり、薬に対する不安や不満を言い出しにくいという人もいます。このような場合には、手元にこのガイドを置き、「薬剤リスト」を参照しながら利用者の使用している薬剤を探します。そして「わかりやすい目次」を見ながら、利用者の不安や疑問がどれに該当するかを一緒に探します。その後、ガイドの本文を参照したり、必要に応じて主治医への相談の仕方を指導・援助することができます。

言うまでもなく、薬物療法に対して作業療法士を含むコメディカルスタッフが、利用者の訴えに応じて個人的な意見を述べたり、用量や用法を変更したりすることは厳禁です。このガイドを関連するスタッフと利用者が共有することで、方針の統一を図り、服薬に関する過誤を防ぎ、治療・リハビリテーションの有効性を高めることが期待されます。

『統合失調症薬物治療ガイド』の読み方：臨床心理士の立場から

薬物は身体レベルから薬理作用による患者さんの改善を目指し、われわれ臨床心理士は、主に言葉（時には非言語的面接を含む）を用いて心のレベルから患者さんの改善を目指すといえます。当然の事ながら、この役割の相互理解が、患者さんの改善を促進する作業には大切な要件である事は特筆すべきポイントです。

心理・精神療法的事態において、患者さんからよく聞くのは、薬物の不平や服用の拒否です。その時、不平な気持や服用を拒みたい気持の理解は我々の仕事です。また、場合によっては、患者さんが同意ないしは依頼した場合、薬物治療の主治医にその気持を伝える事はできます。しかし、患者さんが主治医に無断で服薬を中止している場合に、その気持を受容して、精神・心理療法のみで対応せざるを得ない場合もあります。しかし、これは、主に以下の点から問題です。

一つは医療法的に、我々は服薬の拒否を同意して決定する資格はない事によります。他の一つとして、我々が心を重視する傾向が強いあまりに、時として持つ薬物への偏見があります。精神・心理療法において、我々は、患者さんにとって意味ある他者ないし事物を知りその治療的活用を考える必要があります。例えば家族やペット、趣味などであり、薬物はその中で最も大きな患者さんの心に作用する事物です。その意味でも、我々は薬物の薬理作用などについて、もっと多くの知識をもつ努力が必要です。この努力が主治医の意図するところの理解に通じ、患者さんの苦慮するところの多面的な理解に通じると思います。これは我々の大切な仕事の一つでもあると考えられます。

『統合失調症薬物治療ガイド』の読み方：精神保健福祉士の立場から

このガイドは、統合失調症に対して推奨される薬物治療とはどのようなものか、治療薬の種類や量、期間などをわかりやすく示しています。初発の場合や再発の場合の治療薬の用法、維持期における治療薬の減量、これまでの治療薬で改善しない場合の治療の選択など、多くの方が聞きたい疑問を Q&A にて、推奨される治療薬の用法を示しています。またその推奨の根拠は、解説や用語解説で補われ、一つ一つの Q&A でその背景全体が見えてくるガイドとなっています。

ところでソーシャルワーカーは、病院や診療所などの医療機関や保健所、地域活動支援センターなどの地域活動をサポートする施設、障害者や高齢者、児童などの相談支援施設、就労を支援する施設などさまざまな場にいます。統合失調症については、初期段階では精神保健の相談や受診相談、その後の治療や生活や社会参加の支援、社会資源の利用支援などでも、関わりの多い疾患です。治療や再発予防については、理解を深める心理教育が、入院治療や外来のデイケアの中で、また地域機関や当事者、家族会でも、盛んに行われています。その中で当事者から薬物治療に関する悩みや心配ごとを伺う機会も多くあります。眠けが残る、のどが渇く、薬が強すぎるなどの悩みから、症状がなくなったがいつまで飲めばいいのか、長期服用での副作用が心配など、暮らしや仕事、社会参加活動への影響なども語られます。このような時に推奨される治療を知っておくと、当事者の治療状況の理解につながり、また主治医に的確に尋ねる指標にもなります。

近年、当事者の治療に対する関心はますます高くなり、医学的な情報の共有も進んでいます。薬や治療の悩みについても当事者を理解し、一緒に検討していくためにも、ソーシャルワーカー自身も共有できる知識を持つことが大切です。このガイド作成にあたっては、当事者や家族、関連団体などに意見を求めて、多くの方が使いやすいよう、工夫されています。当事者や家族関係者らと共に、理解を深めていくために、ぜひ本書を活用して頂ければ願っています。

『統合失調症薬物治療ガイド』の読み方：研究者の立場から

日本神経精神薬理学会は「統合失調症薬物治療ガイドライン」を2015年9月24日に作成・公開し、専門委員による編集のもと科学的な根拠（エビデンス）に基づき、多岐に渡る臨床疑問について、第1章（初発精神病性障害）から第2章（再発・再燃時）、第3章（維持期）、第4章（治療抵抗性）、第5章（その他の臨床的諸問題）の構成で、「臨床疑問・推奨・解説・文献」を詳細に記述しています。記述された高い科学的な根拠（高い信頼度がある研究成果）は、精神科医師が医療行為をする際、その治療方針が妥当性を持ち、かつ、安全性と治療有効性を客観的に判断するための指針（治療選択・薬剤処方）を決める礎となります。信頼度の高い検証データは、「ランダム化比較試験、コホート研究、症例対照研究」と呼ばれる多施設、多検体の臨床的研究の蓄積によりもたらされています。

『統合失調症薬物治療ガイド』は、多くの患者さんやその家族にとって、実生活での医師に処方される抗精神病薬の効果の有無を「知る、尋ねる、学ぶ」に適した情報源（知識と知恵）として活用が期待できます。本来、薬剤選択基準は、基礎実験の検証成果と先述の臨床研究成果から標準化されることが理想的ですが、その治療効果は当事者自身が実生活において経験をしている通り、個々人の状態に応じて揺らぎもあり、単一的に薬剤選択を決定することが難しい面もあります。

現在のところ、序文に書かれているように、多様性を平均してできあがったものがガイドラインであるため、患者さん一人ひとりに対してどの薬剤が有効かということまではわかりません。しかしながら、例えば個別化医療のようにある遺伝子変異の有無が薬剤応答性と関連する事象が証明されれば、あらかじめその変異の有無を測定する手法が理想です。また、現在では多くの研究施設において、患者さん自身の細胞を活用して薬剤応答性への効果を検証するといった事も試みられています。将来的には、このようなゲノム情報や iPS 細胞を駆使した基礎研究の成果によって、個人の効果にまで踏み込んだ治療薬の選択が期待されます。

病を克服するため（真のリカバリー）にも、基礎研究者は、生物学的、薬理的、分子遺伝学的、細胞生物学的研究などを含む相互の研究を実施し、多角的に高度な科学的な根拠を集積して、得られた根拠に基づく治療学的コンセプトを臨床研究者と連携し、臨床試験、心理社会的研究へと発展させ、適切かつ革新的な薬を速やかに世に出す必要があります。これら基礎研究の成果の創出は、統合失調症ばかりでなくさまざまな精神的不調の診断、治療、予防、介入法開発、当事者の QOL（生活の質）や ADL（日常生活動作）の向上に大きく貢献するものです。当事者自身の幸福は精神科における一番の治療目標ですが、これは数値化が困難なために科学的な根拠になりにくい面もあります。さらに、これ

らの主観的な幸福度は、社会的・経済的因子など様々な因子によって規定され、時代に応じて変化しています。この「当事者自身の幸福」は、当事者と医師の間で共有される治療目標ですが、研究者もこれを共有し、研究におけるアウトカム（成果）とすることができれば、疾患に苦しむ当事者の一助となることができるであろうし、今後の良いエビデンスに繋がります。現在の治療戦略を、患者さん、医師、支援者、研究者で共有し、今回の『統合失調症薬物治療ガイド』が、統合失調症のより良い治療法を検討するための架け橋となることを願っています。

『統合失調症薬物治療ガイド』の読み方：法律家の立場から

『統合失調症薬物治療ガイド』は、「統合失調症薬物治療ガイドライン」をよりわかりやすくコンパクトに解説したものです。このガイドを患者さん・ご家族・医療者が共に用いることにより、病気や治療方針に関する理解が高められ、より良い信頼関係のもと、治療を進めていくことが期待されます。本ガイドは、正確性よりわかりやすさを優先した簡略版という位置づけであるから、詳細な内容はガイドラインを参照していただきたいと思っています。

本ガイドは、医療者が診療現場において意思決定する際の支援をするため、そしてその意思決定過程を患者さんやご家族と共有し、より良好な関係のもと治療を進めてもらうために、作成されたものです。本ガイドは、個別の治療についての正解を示すことを目的として作成されたものではなく、まして裁判上の医療水準を定めることを目的として作成されたものではありません。

「統合失調症薬物治療ガイドライン」は、専門家が科学的な根拠（他の専門家の研究成果）を収集しその評価付けを行った結果の集約したものです。新たな研究成果が発表されれば、当然それに伴いガイドラインも見直す必要があります。

しかし、科学的な根拠は個人差のある患者さんを平均して一般化したものですので、個体差のある個別の患者さんや個別の症例には当てはまらないこともあります。したがって、ガイドラインは臨床における「正解」を示すものではなく、個別具体的な診療行為において、ガイドラインに従っているから適切である、従っていないから適切でない、と判断することはできませんし、すべきでもありません。よって、ガイドラインは、個別具体的な診療行為が適切であったかどうかを認定する直接の根拠になるものではありません。ガイドラインやガイドが安易に法的過失と結び付けられると、ガイドライン作成自体に委縮的な影響が生じる可能性がありますので、そうすべきではありません。

『統合失調症薬物治療ガイド』の読み方：精神科医の立場から

近年、医学の世界ではさまざまな分野の診療ガイドラインが作られ、活用されています。ガイドラインが作られているのは、科学的な根拠に基づいた効果の高い標準的な医療を望む、多くの患者さんのニーズがあるためと考えられます。ガイドラインは、科学的な根拠（エビデンス）に基づいて、治療の有益性と有害性を考慮し、推奨できる治療法を記載しており、科学的な根拠に基づいた治療法を提示することにより、医療者と患者の治療方針決定を支援することを目的としています。

「統合失調症薬物治療ガイドライン」は、精神科専門医を対象に作成されました。治療方針の支援という目的を考えると、患者さんや家族にも読みやすいものである必要があると考え、このガイドを作成するに至りました。

精神科医の皆さんのところには、この『統合失調症薬物治療ガイド』を持参して、治療について相談される患者さんやご家族そしてメディカルスタッフなどの支援者が来られるかもしれません。

『統合失調症薬物治療ガイド』は、わかりやすい文章とし、文字数は1項目を2ページ程度に収め、一つの項目だけを読んでも一定の理解ができることを目指しました。このような作成のために、説明が不十分となる危険性があるかもしれません。また一部だけを切り出せば、誤解を生むことになるかもしれません。精神科医としては、『統合失調症薬物治療ガイド』だけではなく、「統合失調症薬物治療ガイドライン」の本文を、全体を通して通読し、理解する必要があります。そして、患者や家族の理解不足な点を補足する必要があります。

たとえば、「標準的な治療」という言葉の意味を、患者さんのなかには、並みの治療、松竹梅でいえば、梅であると考えている方もいるかもしれません。ガイドライン本文を読めばわかることなのですが、ガイドラインにおいて推奨される標準的な治療とは、並みの治療とか、他よりも劣った治療ということではありません。

患者さんと医師が相談をしながら治療方針を決めていくことは、SDM（Shared decision making：シェアード・ディシジョン・メイキング）と呼ばれます。病気は患者さん1人1人にとって、置かれている状況や考え方、重要視する点が異なります。そのため、実際の患者さんの意見も考慮し、その治療法が持つすべての面（効果・副作用・費用など）を総合的に評価した上で、治療方針を決めることが望まれます。本『統合失調症薬物治療ガイド』がSDMの手助けとなることを望んでいます。

本ガイドの読み方解説

一つの臨床疑問を 1-2 ページにまとめて、そこだけ読んでわかるような形にしています。何度も出てくる内容であっても、どのページから読んでわかるように（再掲）として載せています。

臨床疑問とは、ある状態の患者さんにある治療を行うことが勧められるかどうかということを示したものです。

臨床疑問 3-5 安定した維持期統合失調症の経口抗精神病薬薬物治療における適切な投与間隔はどれくらいか？

推奨とは、上記臨床疑問が勧められるか勧められないかについて簡単に答えたものです。【★★★】【★★】【★】の三段階があり、★が多いほど確かな内容ということになります。

推奨

【★★★】 毎日規則的に継続して服薬する継続投与法が強く推奨されます。

解説は、「臨床疑問や推奨の背景の説明」、「推奨の内容の更に詳しい説明」を記載して、これらの内容を理解しやすくしています。

解説

- ① （再掲）統合失調症の病期は、急性期、安定化期、安定期に分類されます。おおまかに急性期は症状が活発で病状が不安定な時期、安定化期は症状が改善し病状が安定しつつある時期、安定期は症状が消失し病状が安定している時期にわけて考えられます。維持期は安定化期と安定期を合わせたものを指します。
- ② 維持期統合失調症において抗精神病薬による副作用を軽減する目的で、毎日きちんと続けて服用するのではなく、間欠的に服用する方法が問題ないか否か、という疑問がこれまで検討されてきました。
- ③ 毎日規則的に継続して服薬する継続投与法は、それ以外の投与法^{*1}と比較して、再発や再入院をすることが減り、長期での治療継続について望ましい結果となっています。

用語解説

用語解説は、わかりにくい医学用語についてさらに詳しく説明したものです。

1. （再掲）毎日規則的に継続して服薬する継続投与法以外の投与法として、**①**継続的な服用を中止し再発が疑われる時点で投与を再開する方法、**②**継続的な服用を中止し再発が明らかな時点で投与を再開する方法、**③**抗精神病薬を服用しない期間を長くしていく方法、**④**週のうち数日間または数週間連続して薬をのまない日をつくる方法、などがこれまで試されてきました。

上記以外に、更に補足する内容として、図や表、|○○|について詳しく」などの項目があります。必要に応じてお読みください。

臨床疑問 1-1 初発精神病性障害*¹ に対して、好ましい抗精神病薬*² はどれか？

推奨

- 【★★】 初発精神病性障害（統合失調症やそれに近い病気のために初めて幻覚や妄想、興奮などの精神病症状が現れたもの）に対しては、第二世代（非定型）抗精神病薬*² を選択することを推奨します。
- 【★】 どの第二世代抗精神病薬を選択するかについては、個々人の病状などのさまざまな要因を検討して選択することが望ましいです。

解説

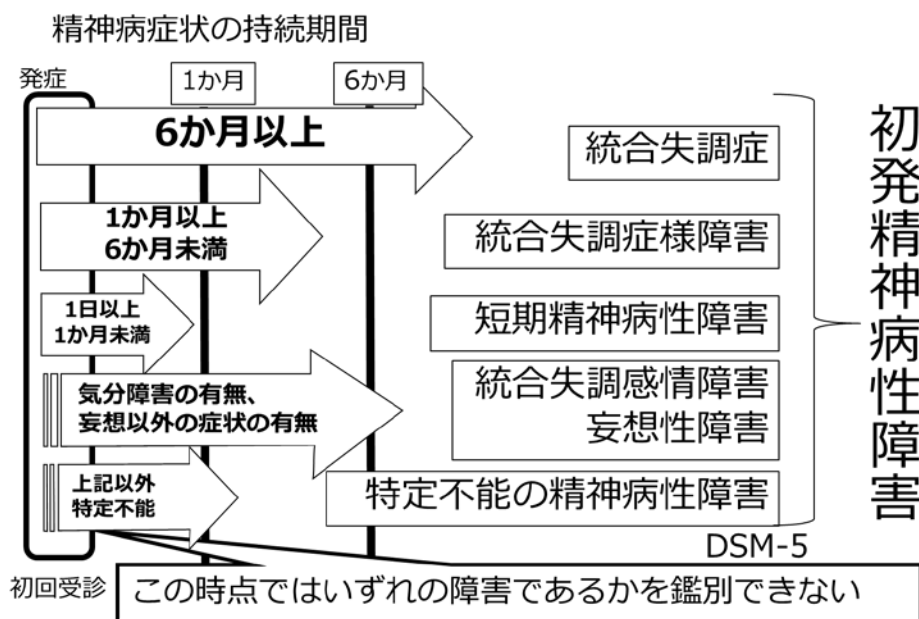
- ① 「統合失調症薬物治療ガイドライン」では原則として統合失調症と診断がはっきりした人を対象としています。しかし、幻覚、妄想、興奮などの精神病症状が初めて出現した初発の時点では、統合失調症と診断することは困難です。DSM-5（精神疾患の診断基準の一つ）では、精神病症状の継続期間や、その他の症状の有無によって、経過を診て診断されます。これまでの多くの臨床研究では、初発の統合失調症を含む、初めて精神病症状が出たものを「初発精神病性障害」として、まとめて研究しています。そのため、第1章では、初発精神病性障害の薬物治療について解説をします（図）。
- ② 幻覚や妄想などの精神病症状の薬として、抗精神病薬は明らかな治療効果と再発予防効果があります。そのため、精神病症状の治療として、抗精神病薬を使用することが推奨されています。
- ③ 抗精神病薬は、開発時期により第一世代（定型）抗精神病薬*² と、第二世代（非定型）抗精神病薬に分類されます。第一世代抗精神病薬と第二世代抗精神病薬とを比較した研究では、短期間（≦13 週）では、第二世代抗精神病薬の方が、薬をやめる人の割合（効果が不十分、副作用、さまざまな全ての理由）が少ないです。長期間（24～96 週）で見ると、再発は、第二世代抗精神病薬のほうが少なく、副作用により薬をやめる人も、第二世代抗精神病薬のほうが少ないです。症状の改善の度合いや治療への反応の割合などは、はっきりとした違いはありませんでした（表）。
- ④ どの第二世代抗精神病薬を選ぶかについては、十分に研究されていないので、順位をつけることはできません。

用語解説

1. 統合失調症は DSM-5（精神疾患の診断基準の一つ）では幻覚、妄想、興奮などの精神病症状が6か月間以上継続し、その他にもいくつかの基準を満たした場合に診断されます。つまり、初めて精神病症状が出た時、その後の経過によって、統合失調症と診断さ

れる場合と、それ以外の病気と診断される場合があります。最初の時点では区別できません。そのため、初めて精神病症状が出現した病気を初発精神病性障害としてまとめて呼びます(図)。

図. 本ガイドで包含した初発精神病性障害の位置づけ



2. 統合失調症に効果のある薬の総称である抗精神病薬は、開発時期により大きく二つのグループの薬剤（第一世代抗精神病薬と第二世代抗精神病薬）に分けられています。主な第一世代抗精神病薬としては、クロルプロマジン（ウインタミン®など）、ハロペリドール（セレネース®など）、フルフェナジン（フルメジン®など）などであり、現在、日本で使用できる第二世代抗精神病薬にはアセナピン（シクレスト®）、アリピプラゾール（エビリファイ®など）、オランザピン（ジプレキサ®など）、クエチアピン（セロクエル®など）、クロザピン（クロザリル®）、パリペリドン（インヴェガ®）、ブロナンセリン（ロナセン®）、ペロスピロン（ルーラン®など）、リスペリドン（リスパダール®など）があります。

表. 初発精神病性障害における第一世代抗精神病薬と第二世代抗精神病薬の比較

有効性・再発率	症状の改善度合い	治療への反応の割合	再発率
短期（13週以内）	はっきりした違いなし	はっきりした違いなし	データなし
長期（24-96週）	はっきりした違いなし	はっきりした違いなし	第二世代が良い
継続率	薬をやめる人の割合の少なさ		
	全ての理由	効果が不十分	副作用
短期（13週以内）	第二世代が良い	第二世代が良い	第二世代が良い
長期（24-96週）	はっきりした違いなし	はっきりした違いなし	第二世代が良い

臨床疑問 1-2 初発精神病性障害*1で最適な抗精神病薬の用量はどのくらいか？

臨床疑問 1-3 初発精神病性障害において、抗精神病薬の治療効果を判定する最適な期間はどのくらいか？

推奨

- 【★】 初発精神病性障害では、抗精神病薬は少ない量で治療を開始し、用量を調整しながら2～4週間経過をみてから、治療の効果を判定することが望ましいです。

解説

- ① (再掲) 「統合失調症薬物治療ガイドライン」では原則として統合失調症と診断がはっきりした人を対象としています。しかし、幻覚、妄想、興奮などの精神病症状が初めて出現した初発の時点では、統合失調症と診断することは困難です。DSM-5 (精神疾患の診断基準の一つ) では、精神病症状の継続期間や、その他の症状の有無によって、経過を診て診断されます。これまでの多くの臨床研究では、初発の統合失調症を含む、初めて精神病症状が出たものを「初発精神病性障害」として、まとめて研究しています。そのため、第1章では、初発精神病性障害の薬物治療について解説をします (図)。
- ② 薬物による治療では抗精神病薬 (統合失調症に効果のある薬の総称) の効果がどれくらいの期間で現れるのかは、薬の用量や薬の種類を変えることを検討する上でとても重要です。ここでは「統合失調症薬物治療ガイドライン」の抗精神病薬の適切な用量についての臨床疑問 1-2 と治療効果判定期間についての臨床疑問 1-3 をまとめて解説します。
- ③ 初発精神病性障害は、慢性期の統合失調症と比べて治療効果も副作用も出やすく、しばしば慢性期の統合失調症に対するよりも、薬の量が少なくても効果が出ることで知られています。その為、少ない量から開始することが望ましいです。用量は、概ね添付文書の維持用量*2の範囲内で効果が出ると考えられます (表)。
- ④ 初発精神病性障害に対して、薬物治療を始めてから、2週目までに35.6%に効果が出たと報告があります。また、これまでの研究からは、2～4週目までに約60～70%で症状が良くなると考えられます。
- ⑤ 薬の量が少なく治療効果が不十分な場合は、2～4週間経っていなくても、副作用に注意しながら増量することが必要です。
- ⑥ 初発精神病性障害に対しては、ハロペリドール (セレネース®など) とリスペリドン (リスパダール®など) は、少量で治療をした群と維持用量で治療をした群と比べても効果に差はありませんでした。一方で副作用は、少量で治療をした群のほうが少ないことが報告されています。
- ⑦ アリピプラゾール (エビリファイ®など) 、オランザピン (ジプレキサ®など) 、クエ

チアピン（セロクエル®など）、パリペリドン（インヴェガ®）については、添付文書における統合失調症に対する維持用量の範囲内で、初発精神病性障害への治療効果があったと報告されています。

用語解説

1. （再掲）統合失調症は DSM-5（精神疾患の診断基準の一つ）では幻覚、妄想、興奮などの精神病症状が6か月間以上継続し、その他にもいくつかの基準を満たした場合に診断されます。つまり、初めて精神病症状が出た時、その後の経過によって、統合失調症と診断される場合と、それ以外の病気と診断される場合があります、最初の時点では区別ができません。そのため、初めて精神病症状が出現した病気を初発精神病性障害としてまとめて呼びます(図)。

2. 薬物療法によって症状が落ち着いたとしても、薬を中止すると症状が再び現れたり悪くなったりする可能性があります。そのため、落ち着いた状態を維持できるだけの薬の用量を継続的に内服します。この用量を維持用量といいます。

図. 本ガイドで包含した初発精神病性障害の位置づけ（再掲）

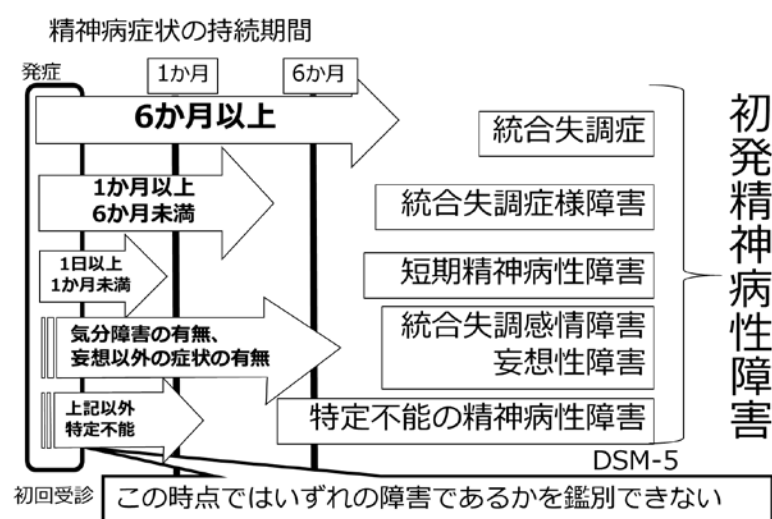


表. 各抗精神病薬の添付文書の用量設定と初発精神病性障害の臨床試験での平均用量

薬剤名	添付文書に記載された用量			初発精神病性障害に対する用量 (mg/日) *
	開始用量 (mg/日)	維持用量 (mg/日)	最大用量 (mg/日)	
アリピプラゾール	6 ~ 12	6 ~ 24	30	9.9 ~ 20.0
オランザピン	5 ~ 10	10	20	8.7 ~ 17.0
クエチアピン	50 ~ 75	150 ~ 600	750	311.4 ~ 506
ハロペリドール	0.75 ~ 2.25	3 ~ 6	記載なし	2 ~ 8
パリペリドン	記載なし	6	12	6.4
リスペリドン	2	2 ~ 6	12	2 ~ 4

*本ガイドラインで検討された初発精神病性障害に対する用量

臨床疑問 1-4 初発精神病性障害*1 の再発予防効果における抗精神病薬の最適な治療継続期間はどのくらいか？

推奨

【★★★】幻覚、妄想、興奮などの精神病症状が初めて起きたもの全般をまとめた、初発精神病性障害の再発を予防するという観点からは、抗精神病薬は少なくとも 1 年間は続けることを強く推奨します。

解説

- ① (再掲) 「統合失調症薬物治療ガイドライン」では原則として統合失調症と診断がはっきりした人を対象としています。しかし、幻覚、妄想、興奮などの精神病症状が初めて出現した初発の時点では、統合失調症と診断することは困難です。DSM-5 (精神疾患の診断基準の一つ) では、精神病症状の継続期間や、その他の症状の有無によって、経過を診て診断されます。これまでの多くの臨床研究では、初発の統合失調症を含む、初めて精神病症状が出たものを「初発精神病性障害」として、まとめて研究しています。そのため、第 1 章では、初発精神病性障害の薬物治療について解説をします (図)。
- ② 抗精神病薬 (統合失調症に効果のある薬の総称) を服用して幻覚や妄想などの精神病症状が良くなっても、再び精神病症状が出現することを再発といいます。この臨床疑問では、再発予防の観点からいつまで薬物治療を続けたほうが良いのかを解説しています。
- ③ 統合失調症を初めて発病した場合、抗精神病薬を服用したほうが服用しないよりも、再発予防効果があることがわかっています (詳細は臨床疑問 3-1 を参照して下さい)。統合失調症を発症して 2 年以内に服薬をやめた場合、1 年で 78%、2 年で 98% が再発するという報告があります。統合失調症では抗精神病薬の継続が推奨されますが、初発精神病性障害ではできるだけ長期間の服薬継続が望ましいものの、「少なくとも 1 年間は続けることを推奨する」とする理由は、少なくとも 1 年間までは再発予防効果があるという科学的な根拠があることと、初発精神病性障害は必ずしも統合失調症に移行するとは限らないからです。ただ、それ以上の期間についての信頼できる研究はありません。
- ④ 初発精神病性障害では、毎日規則的に継続して服薬する継続投与法が勧められます。それ以外の投与法*2 についての研究は不十分で、その他の投与法の良し悪しはわかりません。

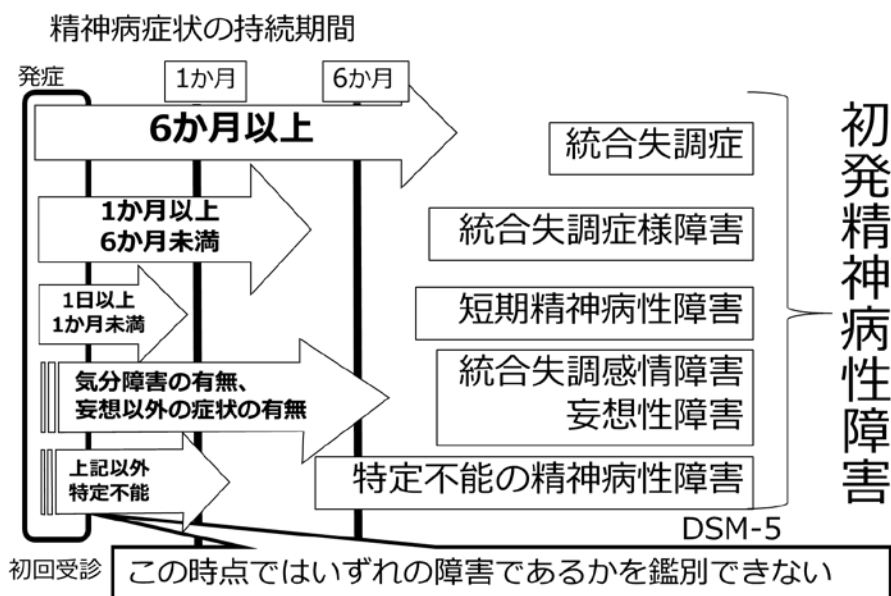
用語解説

1. (再掲) 「統合失調症薬物治療ガイドライン」では原則として統合失調症と診断がはっきりした人を対象としています。統合失調症は DSM-5 (精神疾患の診断基準の一つ)

では幻覚、妄想、興奮などの精神病症状が6か月間以上継続し、その他にもいくつかの基準を満たした場合に診断されます。つまり、その後の経過によって、統合失調症と診断される場合と、それ以外の病気と診断される場合があります。初めて精神病症状が出た時、その区別ができません。そのため、初めて精神病症状が出現した病気を初発精神病性障害としてまとめています(図)。

2. 毎日規則的に継続して服薬する継続投与方法以外の投与方法として、①継続的な服用を中止し再発が疑われる時点で投与を再開する方法、②継続的な服用を中止し再発が明らかな時点で投与を再開する方法、③抗精神病薬を服用しない期間を長くしていく方法、④週のうち数日間または数週間連続して薬をのまない日をつくる方法、などがこれまで試されてきました。

図. 本ガイドで包含した初発精神病性障害の位置づけ (再掲)



臨床疑問 2-1 統合失調症の再発・再燃時、切り替えと増量のどちらが適切か？

推奨

- 【★★】 まずは現在の抗精神病薬の投与量と投与期間が十分か、きちんと服薬できているかを確認することを推奨します。
- 【★★】 服薬しなくなって症状が悪くなった場合には、まずは服薬を再開することを推奨します。その場合は、過去の薬の効き目や副作用を参考に服用する薬を決めることを推奨します。
- 【★】 今の薬に増量の余地があり、副作用が許容できれば、切り替えよりも増量が望ましいです。

解説

- ① 統合失調症は慢性的な病気であり、治療により安定を得られた後も、その多くで症状の悪化を認めることがあります。再発・再燃は症状がいったん良くなって安定している状態が 3～6 か月以上経過した後に症状が悪化することを言います。治療継続中に精神病症状が悪化した時に今の抗精神病薬（統合失調症に効果のある薬の総称）を増やすか別の抗精神病薬にするのかを迷う場面は多く、この臨床疑問が設定されました。
- ② 切り替える前に内服状況や過去の用量や投与スケジュール、切り替え方法が適切であったかなどを検討します。副作用を確認しながら添付文書の最大用量まで増量して、十分期間（2～4 週）観察することを海外の多くのガイドラインが推奨しています。
- ③ 服薬できていない、吸収が悪い、薬の分解や排泄が速いなどの理由により内服薬が十分に体に取り込まれていない可能性があります。その可能性を見極めるために、残っている薬の錠数をカウントする方法や薬物血中濃度^{*1}を含めた血液検査等を行い体内の薬の動きに異常がないか確認する方法、抗精神病薬の持効性注射剤^{*2}を使う方法などが確認の手助けとなります。
- ④ 服薬しはじめて 2 週間以内に 20～25%の症状改善がなければ、その後に反応が得られる可能性は低いとされています（約 80%の確率）。薬の効果が出現するのに 4 週間以上かかることもあります。8 週間以上かかるという報告はありませんので、増量後 2～4 週間は様子を見て、反応がなければ 8 週間までに切り替えを考えます。
- ⑤ 薬の量を急激に増やしたり、添付文書の最大量を超えることは、症状の改善が望めないばかりか副作用を強める可能性があります、お勧めできません。

用語解説

1. ハロペリドール（セレネース[®]など）やブロムペリドール（インプロメン[®]など）は血

中濃度が測定できます。

2. 抗精神病薬の持効性注射剤(long acting injection : LAI)とは、2～4週間に1回、肩やお尻の筋肉に注射することで、その間は服薬しなくても抗精神病薬の作用が持続するものです。内服薬で効果と安全性を確認してから切り替えます（詳しくは臨床疑問 3-3を参照して下さい）。注射の間隔は薬剤によって異なりますが、同じ薬剤でも患者さんごとに異なることがあります。また抗精神病薬の持効性注射剤という言葉が長くて言いづらいので、日常診療ではLAI（エルエーアイ）またはデポ剤という言葉を使用する医師もいるかもしれません。持効性注射剤は比較的値段が高いものも多く、経済的な負担について自立支援医療の利用など、患者さんやご家族とあらかじめ相談する必要があります。

☆主な抗精神病薬の添付文書情報と注射剤の有無（世代ごとに薬品名五十音順で記載）☆

	薬品名	日本における 最初の商品名	開始用 量(mg/ 日)	維持用量 (mg/日)	最大用量 (mg/日)	用法 (1日)	速効 性注 射剤	持効 性注 射剤
第一世代抗精神病薬	クロルプロマジン	ウインタミン®	50	記載なし	450	分割 経口	○	なし
	ハロペリドール	セレネース®	0.75~2.25	3~6	記載なし	経口	○	○
	フルフェナジン	フルメジン®	1	記載なし	10	分割 経口	なし	○
第二世代抗精神病薬	アセナピン	シクレスト®	10	10	20	2回 舌下	なし	なし
	アリピプラゾール	エビリファイ®	6~12	6~24	30	1~2 回	なし	○
	オランザピン	ジプレキサ®	5~10	10	20	1回	○	なし
	クエチアピン	セロクエル®	50~75	150~600	750	2~3 回	なし	なし
	クロザピン	クロザリル®	12.5	200~400	600	2~3 回	なし	なし
	パリペリドン	インヴェガ®	6	記載なし	12	1回 朝食後	なし	○
	ブロナンセリン	ロナセン®	8	8~16	24	2回 食後	なし	なし
	ペロスピロン	ルーラン®	12	12~48	48	3回 食後	なし	なし
リスペリドン	リスパダール®	2	2~6	12	2回	なし	○	

臨床疑問 2-2 統合失調症の再発・再燃時、有用性と推奨用量についてエビデンスのある抗精神病薬は何か？

推奨

プラセボとの比較については有用であるとのエビデンスはありますが、各薬剤間の比較に関しての有用性については、十分なエビデンスはありません。（推奨なし）

解説

- ① 統合失調症は慢性的な病気であり、治療により安定を得られた後も、その多くで症状の悪化を認めることがあります。再発・再燃は症状がいったん良くなって安定している状態が3～6か月以上経過した後に症状が悪化することを言います。抗精神病薬（統合失調症に効果のある薬の総称）には多くの種類がありますが、どの薬を選択してどのくらいの量を使うことが適切であるのか迷うことも多いため、この疑問が設定されました。この項では再発・再燃に限定した研究結果のある薬剤についてのみ記載しています。
- ② 有用性とは、効果と、副作用の出にくさや我慢できる程度から判断したその人にその治療が役立つ程度のことです。症状に対する効果と副作用の程度から、その人にとっての有用性を判断します。副作用は医療者側の評価と、患者さん本人の主観的評価の両方を確認します。
- ③ エビデンスとは、治療の効果や副作用に関する科学的な根拠のことです。プラセボは有効成分を含まない薬のことで、偽薬ともいいます。
- ④ 抗精神病薬同士の比較についてのエビデンスは十分ではなく、患者さんごとの要因を検討する必要があるため、推奨はなしとなっています。

臨床疑問 2-3 統合失調症の再発・再燃時に、抗精神病薬の併用治療は単剤治療と比較してより有用か？

推奨

【★】 抗精神病薬の併用治療を行わないことが望ましいです。

解説

- ① 統合失調症は慢性的な病気であり、治療により安定を得られた後も、その多くで症状の悪化を認めることがあります。再発・再燃は症状がいったん良くなって安定している状態が 3～6 か月以上経過した後に症状が悪化することを言います。治療継続中に精神病症状が悪化した時に、抗精神病薬（統合失調症に効果のある薬の総称）を単剤で治療する場合と、抗精神病薬を 2 剤以上併用する場合のどちらが有用であるのかという疑問から、この臨床疑問が設定されました。
- ② 1 種類の抗精神病薬だけを服用することを抗精神病薬の単剤治療、2 種類以上の複数の抗精神病薬を組み合わせることを抗精神病薬の併用治療と言います。また、有用性とは、効果と副作用の出にくさや我慢できる程度から判断したその人にその治療が役立つ程度のことです。
- ③ 抗精神病薬の併用治療の効果は不確実で、副作用は増強する可能性があるため、単剤治療を勧めます。
- ④ 抗精神病薬の併用治療の問題点としては、服薬の必要量以上の増加、急性あるいは遅発性の副作用の増加、予測不能に 2 種類以上の薬剤が互いに影響を及ぼしあうこと、効果あるいは副作用に関与している薬剤の特定が困難になること、処方通り服薬できないこと、死亡率の上昇、患者さんが負担する医療費の増大などが考えられます。
- ⑤ 特定の抗精神病薬の組み合わせであっても、抗精神病薬の併用治療が単剤治療よりも有効であるという信頼性はなく、併用治療の効果は不確実で副作用が増強する可能性があります。
- ⑥ 抗精神病薬の切り替えの中断や医師の処方習慣など消極的な理由のために、抗精神病薬が併用となっている場合もありますが、行わないことが望ましいです。
- ⑦ 抗精神病薬の併用治療は、効果と副作用の両方の観点から、利点よりも問題点のほうが多く、統合失調症の再発・再燃時は、抗精神病薬の併用治療よりも単剤治療を行うことが望ましいです。

臨床疑問 2-4 統合失調症の再発・再燃時に有効性、副作用において、単剤治療と抗精神病薬以外の向精神薬併用とどちらが適切なのか？

推奨

【★ 】 抗精神病薬以外の向精神薬の併用は行わないことが望ましいです。

解説

- ① 統合失調症は慢性的な病気であり、治療により安定を得られた後も、その多くで症状の悪化を認めることがあります。再発・再燃は症状がいったん良くなって安定している状態が 3～6 か月以上経過した後に症状が悪化することを言います。統合失調症の急性期に、抗精神病薬の単剤治療に加えて抗精神病薬以外の向精神薬（抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、気分安定薬[双極性障害（躁うつ病）の治療に使用されている薬]など）を併用することが日常の診察では多く認められています。しかし、その有効性や安全性についてはよく知られていないため、この臨床疑問が設定されました。
- ② 抗不安薬のうちアルプラゾラム（ソラナックス®など）を併用することは、72 時間というごく短期間に限り有効なことがあります。長期的には死亡率の上昇などの副作用や依存が心配されるため、併用しないことが望ましいです。
- ③ バルプロ酸（デパケン®など）を併用することは、3 週間以内の併用に関しては精神症状の改善効果を期待できるかもしれませんが、長期的には陰性症状を悪化させ、血小板減少、肝機能障害、体重増加などの副作用の心配があることから、長期投与は行わないことが望ましいです。
- ④ リチウム（リーマス®など）、カルバマゼピン（テグレトール®など）など他の気分安定薬または抗うつ薬併用治療の有効性は明らかではないため、併用は行わないことが望ましいです。

☆向精神薬の併用治療のエビデンスと推奨のまとめ☆

併用薬		エビデンス	推奨
ベンゾジアゼピン系	アルプラゾラム (ソラナックス® など)	72時間の短期間のみ有効 中長期についての研究なし	【★】長期的には副作用や依存の観点から併用しないことが望ましい
気分安定薬	リチウム (リーマス® など)	良質な研究なし	【★】併用は行わないことが望ましい
	バルプロ酸 (デパケン® など)	研究により結果が異なる。 3週間の短期投与では精神症状改善。長期投与では陰性症状の悪化。	【★】長期投与は行わないことが望ましい
	カルバマゼピン (テグレトール® など)	否定的な報告	【★】併用は行わないことが望ましい
抗うつ薬		良質な研究なし	【★】併用は行わないことが望ましい

臨床疑問 3-1 維持期統合失調症患者において、抗精神病薬の服薬中止と継続のどちらが推奨されるか？

推奨

【★★★★】維持期統合失調症において、抗精神病薬の服薬継続が強く推奨されます。

解説

- ① 統合失調症の病期は、急性期、安定化期、安定期に分類されます。おおまかに急性期は症状が活発で病状が不安定な時期、安定化期は症状が改善し病状が安定しつつある時期、安定期は症状が消失し病状が安定している時期に分けて考えられます。維持期は安定化期と安定期を合わせたものを指します。
- ② 維持期に抗精神病薬（統合失調症に効果のある薬の総称）を中止した人と継続した人では、その後の病状や生活にどのような違いが報告されているのか、そして総合的に判断して服薬を継続したほうが良いのか、という臨床疑問です。
- ③ もともと統合失調症では、一般人口に比べて 10～15 年寿命が短いと言われています。抗精神病薬の継続は、死亡率を低下させることが報告されています。
- ④ 維持期の統合失調症では、抗精神病薬の服薬を継続することで、再発*¹を予防できる可能性が高くなります。
- ⑤ 抗精神病薬を継続した患者さんでは、中止した患者さんよりも、その後の入院回数が少ないことが報告されています。
- ⑥ 抗精神病薬を継続することで、QOL*²の低下を防ぐことが報告されています。

用語解説

1. 再発とは、おさまっていた病気が再び現れることをいいます。
2. QOL とは、Quality of life の略です。人生の内容の質や社会的にみた生活の質のことを指します。つまり病気が良くなる、悪くなるではなく、ある人がどれだけ人間らしい生活や自分らしい生活を送り、人生に幸福を見出しているか、ということをも尺度としてとらえる概念です。

臨床疑問 3-2 維持期統合失調症患者の抗精神病薬*¹治療において、再発率減少や治療継続に好ましい薬剤はどれか？

推奨

【★★】 第一世代（定型）抗精神病薬*¹よりも第二世代（非定型）抗精神病薬*¹を選択することを推奨します。第二世代抗精神病薬の中では、特に推奨される薬剤はありません。

解説

- ①（再掲）統合失調症の病期は、急性期、安定化期、安定期に分類されます。おおまかに急性期は症状が活発で病状が不安定な時期、安定化期は症状が改善し病状が安定しつつある時期、安定期は症状が消失し病状が安定している時期に分けて考えられます。維持期は安定化期と安定期を合わせたものを指します。
- ② 抗精神病薬（統合失調症に効果のある薬の総称）は、それぞれ体の内に入ってから分解されるまでの時間が異なったり、作用点である受容体の種類が異なったりします。そのため特に再発（おさまっている病気が再び現れたり、悪化したりすること）を防ぐのに優れた薬や、服薬を続けやすい薬があるのか、という臨床疑問です。
- ③ 第二世代抗精神病薬は、再発予防の観点において、第一世代抗精神病薬より優れています。しかし、実はこの差はそれほど大きくはありません。具体的に数字で示しますと、それぞれの薬を服用した 17 人ずつで比較した場合に、第二世代抗精神病薬が 1 名分多く再発を防げる程度です。
- ④ 薬を継続できなくなる理由は沢山あると思いますが、どんな理由であれ、継続できなくなる可能性に関しては、両者に明確な差はありません。そのため、継続できなくなる理由を患者さん、ご家族、医療者でよく話し合う必要があります。
- ⑤ 第二世代抗精神病薬間の比較に関しては、十分な結果が出ていないため、わかりません。そのため患者さん・ご家族・医療者でよく相談して、決めていく必要があります。

用語解説

- 1.（再掲）統合失調症に効果のある薬の総称である抗精神病薬は、開発時期により大きく二つのグループの薬剤（第一世代抗精神病薬と第二世代抗精神病薬）に分けられています。主な第一世代抗精神病薬としては、クロルプロマジン（ウインタミン[®]など）、ハロペリドール（セレネース[®]など）、フルフェナジン（フルメジン[®]など）などであり、現在、日本で使用できる第二世代抗精神病薬にはアセナピン（シクレスト[®]）、アリピプラゾール（エビリファイ[®]など）、オランザピン（ジプレキサ[®]など）、クエチアピン（セロ

クエル[®]など)、クロザピン (クロザリル[®])、パリペリドン (インヴェガ[®])、ブロナンセリン (ロナセン[®])、ペロスピロン (ルーラン[®]など)、リスペリドン (リスパダール[®]など) があります。

臨床疑問 3-3 抗精神病薬の持効性注射剤 (long-acting injection : LAI) *1は経口薬に比して有用か？ どのような患者に対して使用すべきか？

推奨

- 【★】 きちんと服薬を続けることが難しいことにより再発が問題になる場合においては、抗精神病薬の持効性注射剤の使用が望ましいです。
- 【★★】 主治医の勧めに加えて、患者さんが希望する場合には、抗精神病薬の持効性注射剤の使用が推奨されます。

解説

- ① 抗精神病薬（統合失調症に効果のある薬の総称）の持効性注射剤(long acting injection : LAI)とは、2～4週間に1回、肩やお尻の筋肉に注射することで、その間は服薬しなくても抗精神病薬の作用が持続するものです。注射の間隔は薬剤によって異なりますが、同じ薬剤でも患者さんごとに異なることがあります。また抗精神病薬の持効性注射剤という言葉が長くて言いづらいので、日常診療では LAI（エルエーアイ）またはデポ剤という言葉を使用する医師もいるかもしれません。これに対して、経口薬は口から服用して、消化管から吸収されます。
- ② 統合失調症治療において、服薬が不規則であることがしばしば問題となります。持効性注射剤は、2～4週間に1度の注射は必要ですが、毎日の服薬が不要になる可能性があります。そのため、持効性注射剤が経口薬に比べて再発（おさまっている病気が再び現れたり、悪化したりすること）を防ぐ効果は強いのか、薬を続けやすいのか、という臨床疑問です。また持効性注射剤は、以前は服薬が不規則になってしまう患者さんに使用する機会が多かったようですので、ここではどのような患者さんに使用するべきかについても検討しています。
- ③ きちんと服薬している患者さんが多かったと考えられる臨床研究では、抗精神病薬の持効性注射剤と経口薬において再発の予防効果は同等で、薬物治療の継続しやすさも変わらず、副作用に関しても差はみられませんでした。
- ④ きちんと服薬しているかどうか不明確な診療現場での研究においては、経口薬に比べて持効性注射剤の入院予防効果、つまり入院しないですむ場合が多いことが示されています。

用語解説

1. 抗精神病薬の持効性注射剤では、第二世代（非定型）抗精神病薬にはアリピプラゾール（エビリファイ®持続性水懸筋注用：エビリファイ®の持続性注射剤）、パリペリドン

(ゼプリオン®：インヴェガ®の持続性注射剤)、リスペリドン (リスパダールコンスタ®：リスパダール®の持続注射剤)、第一世代 (定型) 抗精神病薬にはハロペリドール (ネオペリドール®/ハロマンズ®：セレネース®の持続注射剤)、フルフェナジン (フルデカシン®：フルメジン®の持続注射剤) があります。

☆抗精神病薬の持効性注射剤の使い方☆

持効性注射剤は経口薬に比べて血液の中で安定した濃度が保たれると言われていています。基本的に、経口剤で効果が十分にあることや副作用がないことを確認してから導入します。筋肉に注射してからまもなく、薬が徐々に血液の中に入っていきますが、中には注射してから3週間程度何も変化しないものもあります。そのため導入の時に、経口薬を併用する必要があるものがあります。一般に、どの持効性注射剤も安定化するまでに初回の注射から5～6週間必要となります。また薬の濃度が安定してから中止する場合には、薬が抜けるまで最後の注射から6～7週間程度時間がかかります。

☆コンプライアンス、アドヒアランス、コンコーダンスとは☆

統合失調症治療において、薬 (抗精神病薬) を規則的に服用することは、とても大事なことです。このことに関して、これまでアドヒアランスという言葉がよく使用されてきました。例えば、服薬アドヒアランスが保たれているとは、患者さんが治療者の考えを支持し、服薬の必要性を理解し、主体的に服薬しているという意味です。しかし実際には、薬をきちんと服薬しているということとアドヒアランスが良いということは同じではありません。例えば、治療者の考えを支持し服薬の必要性を理解していたとしても、認知機能の低下や病状の不安定化によって、服薬が不規則になる場合があります。逆に患者さんの理解が乏しくても、ご家族や訪問看護師などが定期的に服薬を促したり、薬カレンダーや服薬ボックスを利用することで、結果的にきちんとした服薬が維持される場合もあります。このように、統合失調症治療において、きちんと服薬しているかどうか、に関しては本人の能力や病状、環境要因などが複雑に絡み合って起こる重要な問題であると言えます。ちなみに以前はコンプライアンスという言葉が用いられましたが、この言葉は患者さんが医師の指示に従うという意味合いが強かったのであまり用いられなくなりました。また近年ではコンコーダンスという言葉が用いられ始めていますが、これは患者さんと治療者がパートナーシップを築き、患者さんの経験や信念を重視し、患者さんと治療者が同等に薬剤に関する意思決定を行うアプローチを指します。このアプローチにより、患者さんと治療者が治療に関する情報を双方に共有し話し合い、患者さんの好みや価値観に沿った最適な選択を共に行うプロセスである共同意思決定 (Shared decision making: SDM) という考え方が浸透しつつあります。

臨床疑問 3-4 維持期統合失調症において、抗精神病薬の減量は有用か？

推奨

- 【★】 維持期の統合失調症における抗精神病薬の減量が有用か否かは、現時点では結論付けることはできません。減量するかどうかの判断は、個々の患者さんの精神症状を含む状態や副作用に応じて行われることが望ましいです。

解説

- ① (再掲) 統合失調症の病期は、急性期、安定化期、安定期に分類されます。おおまかに急性期は症状が活発で病状が不安定な時期、安定化期は症状が改善し病状が安定しつつある時期、安定期は症状が消失し病状が安定している時期に分けて考えられます。維持期は安定化期と安定期を合わせたものを指します。
- ② 抗精神病薬（統合失調症に効果のある薬の総称）の用量が多いと、一部の副作用*1出現の危険性が高まることが知られています。抗精神病薬の症状に対する効果である有効性と、副作用の出やすさや我慢できる程度を合わせて、その人にその薬が役立つ程度を総合的に判断したものを有用性と言います。維持期の統合失調症治療において抗精神病薬の用量を減量できるかどうかという重要な疑問を有用性について検討しました。
- ③ 抗精神病薬の減量が有用か否かについて、再発や精神症状の悪化、副作用の改善についての研究は行われていますが、その結果は一致していません。
- ④ 急性期治療に必要であった抗精神病薬の用量を維持期治療においても継続すべきかどうかについては、諸外国のガイドラインなどでも推奨が異なっており、統一した見解には達していません。
- ⑤ 維持期において抗精神病薬を減量するかどうかの最終的な意思決定は、患者さん・ご家族・医療者などがお互いに相談して行われるべきと考えられます。

用語解説

1. 用量が多いと出現の危険性が増す抗精神病薬の副作用として、錐体外路症状や心臓突然死、静脈血栓塞栓症、心筋梗塞、認知機能障害があげられます。

臨床疑問 3-5 安定した維持期統合失調症の経口抗精神病薬薬物治療における適切な投与間隔はどれくらいか？

推奨

【★★★】 毎日規則的に継続して服薬する継続投与法が強く推奨されます。

解説

- ① (再掲) 統合失調症の病期は、急性期、安定化期、安定期に分類されます。おおまかに急性期は症状が活発で病状が不安定な時期、安定化期は症状が改善し病状が安定しつつある時期、安定期は症状が消失し病状が安定している時期に分けて考えられます。維持期は安定化期と安定期を合わせたものを指します。
- ② 維持期統合失調症において抗精神病薬による副作用を軽減する目的で、毎日きちんと続けて服用するのではなく、間欠的に服用する方法が問題ないか否か、という疑問がこれまで検討されてきました。
- ③ 毎日規則的に継続して服薬する継続投与法は、それ以外の投与法^{*1}と比較して、再発や再入院をすることが減り、長期での治療継続について望ましい結果となっています。

用語解説

1. (再掲) 毎日規則的に継続して服薬する継続投与法以外の投与法として、**㉑**継続的な服用を中止し再発が疑われる時点で投与を再開する方法、**㉒**継続的な服用を中止し再発が明らかな時点で投与を再開する方法、**㉓**抗精神病薬を服用しない期間を長くしていく方法、**㉔**週のうち数日間または数週間連続して薬をのまない日をつくる方法、などがこれまで試されてきました。

臨床疑問 4-1 治療抵抗性統合失調症におけるクロザピン治療は有用か？

推奨

【★★★】治療抵抗性統合失調症においてクロザピン（クロザリル®）治療は強く推奨されます。

解説

- ① 治療抵抗性統合失調症とは、十分量の抗精神病薬^{*1}（統合失調症に効果のある薬の総称）を2種類以上規則正しく4週間以上服用しても、幻覚や妄想などの症状が続いたり、改善が見られないような統合失調症のことをいいます。治療抵抗性統合失調症に対して有用であるとして適応が認められている薬剤は、クロザピンのみであることから、本臨床疑問では、クロザピンの有用性について述べます。有用性とは、効果と副作用の出にくさや我慢できる程度から判断したその人にその治療が役立つ程度のことです。
- ② 治療抵抗性統合失調症に対する治療には、クロザピンが強く勧められているため、通院している医療機関でクロザピンが使用できない場合でクロザピン治療を希望される場合には、クロザピン治療のための転院を検討します。
- ③ 統合失調症では自殺や死亡の危険性が高いことが知られていますが、抗精神病薬を服用していると死亡率が低くなることが報告されています。クロザピンは他の抗精神病薬と比べて死亡の危険性がさらに低いことが証明されています。特に、自殺の危険性が他の抗精神病薬と比べて低いです。
- ④ 他の抗精神病薬と比べて、患者さんの治療中断は少なく、再発・再入院の可能性が低いとの報告があります。
- ⑤ 精神症状の改善については、クロザピンは少なくとも第一世代（定型）抗精神病薬^{*1}より優れていることが示されています。ただし、他の第二世代（非定型）抗精神病薬^{*1}と比較すると、効果は変わらないという研究結果と、優れているという研究結果があり、一致した見解は得られていません。
- ⑥ クロザピンは、錐体外路症状^{*2}についての副作用は少ないことが示されています。
- ⑦ クロザピンは、無顆粒球症^{*3}という重篤な副作用があります。

用語解説

1. （再掲）統合失調症に効果のある薬の総称である抗精神病薬は、開発時期により大きく二つのグループの薬剤（第一世代抗精神病薬と第二世代抗精神病薬）に分けられています。主な第一世代抗精神病薬としては、クロルプロマジン（ウインタミン®など）、ハロペリドール（セレネース®など）、フルフェナジン（フルメジン®など）などであり、

現在、日本で使用できる第二世代抗精神病薬にはアセナピン（シクレスト®）、アリピプラゾール（エビリファイ®など）、オランザピン（ジプレキサ®など）、クエチアピン（セロクエル®など）、クロザピン（クロザリル®）、パリペリドン（インヴェガ®）、ブロナンセリン（ロナセン®）、ペロスピロン（ルーラン®など）、リスベリドン（リスパダール®など）があります。

2. 錐体外路症状（Extrapyramidal symptom: EPS）とは、ドパミン受容体遮断作用を持つ抗精神病薬の投与によって出現する運動系の副作用です。投与開始時や増量後に出現する急性副作用（パーキンソン症状、急性ジストニア、アカシジア）と、数か月経ってから出現することが多い遅発性副作用（遅発性ジスキネジア、遅発性ジストニア）に分かれます。
3. 無顆粒球症は、白血球にある顆粒球（好中球）が極端に減少し、細菌等に感染しやすくなり、重度の感染症を引き起こすものです。

☆クロザピン治療について解説☆

日本における統合失調症患者さんは70-80万人で、そのうち、20-30%が治療抵抗性と推定されることから、治療抵抗性統合失調症患者さんは約15-25万人と予測されています。日本には、クロザリル患者モニタリングサービス（Clozaril Patient Monitoring Service: CPMS）という血液及び血糖検査の確実な実施と適正な処方支援する仕組みがあります。クロザピン治療は、CPMSに登録された医療機関（<http://www.clozaril-tekisei.jp/iryokikan.html>を参照）、保険薬局、医療従事者、患者さんのみが対象となります。クロザピンの導入は、患者さん・医療者・施設の3者に厳しい基準が設けられており、これらの基準のために処方できる患者さんは限定されています。患者基準では、日本で定められている「治療抵抗性統合失調症」の診断基準を満たしていなくてはなりません。治療抵抗性統合失調症は、反応性不良統合失調症と耐容性不良統合失調症の二つに分けることができます。実際には、診断基準を満たしていない「見かけ上の治療抵抗性統合失調症」患者さんが多く存在するので注意が必要です。

CPMS登録医師がクロザピンの使用が妥当であると判断し、患者さん及び可能な限りご家族などの代諾者が十分な説明を受けて治療に同意し、血液検査の条件を満たした場合に、クロザピン治療を受けることができます。服用を始めるにあたって、原則18週間は入院を続けなくてはなりません。服用開始後26週間までは週に1回採血検査が必要です。その後も少なくとも2週間に1回は必要です。検査結果によっては、それよりも多く検査が必要な場合もあります。

☆治療抵抗性統合失調症診断基準の解説☆

(詳細は担当医師にお問い合わせ、またはクロザリル添付文書を参照下さい)

反応性不良とは、2種類以上の抗精神病薬を、十分量(例:アリピプラゾール 24mg/日、オランザピン 15mg/日、クエチアピン 400mg/日、クロルプロマジンでは 600mg/日、パリペリドン 9mg/日、ハロペリドール 12mg/日、ブロナンセリン 24mg/日、フルフェナジン 12mg/日、ペロスピロン 48mg/日、リスペリドン 6mg/日に相当する)以上を4週以上毎日きちんと服用して、十分に良くなならない(幻覚や妄想が残っている、外出ができず、仕事などができない)統合失調症患者さんのことです。

耐容性不良とは、2種類以上の抗精神病薬を錐体外路症状の副作用の問題で十分な量に増量できずに十分な治療効果が得られなかった患者さんのことです。

臨床疑問 4-2 クロザピン治療が有効な症例に副作用が生じた際の対処法は何か？

推奨

【★★】 クロザピン（クロザリル®）に関連した副作用が生じた際には、まずクロザピンを減量し、重篤な副作用の場合にはいったん中止することが推奨されます。しかし、クロザピンが精神症状改善に効果を示している場合には、相談の上、副作用があっても対処しながらクロザピン治療を継続する場合があります。

解説

治療抵抗性統合失調症とは、十分量の抗精神病薬（統合失調症に効果のある薬の総称）を2種類以上規則正しく4週間以上服用しても、幻覚や妄想などの症状が続いたり、改善が見られないような統合失調症のことをいいます。臨床疑問4-1では、治療抵抗性統合失調症に対してクロザピンが有用であることを述べました。クロザピンでは特徴的な副作用があるため、本臨床疑問では、クロザピンの副作用について述べます。

- ① クロザピンの副作用には、無顆粒球症*1、白血球数減少、心筋炎・心筋症*2、てんかん発作*3、便秘・イレウス*4、体重増加や血糖の上昇や糖尿病、よだれなどがあります。
- ② 白血球数減少・好中球減少の検査結果が得られたら、検査同日に再検査することが勧められます。散歩などの軽度な運動やリチウム（リーマス®など）が効果的な場合があります。ただし、リチウムを併用していても無顆粒球症は予防できません。無顆粒球症が出現した場合には、クロザピンを中止し血液内科医に相談します。
- ③ 心筋炎・心筋症は、早期発見が肝心です。心症状（動悸や呼吸困難など）を認めた場合には循環器内科医に相談することが勧められます。
- ④ てんかん発作が発現した場合は、クロザピン以外の要因でてんかん発作が生じている可能性について検討し、対処することが勧められます。クロザピンにより誘発されたてんかん発作には、抗けいれん薬を併用することが勧められます。
- ⑤ 便秘が生じた場合は、排便状況を確認することが勧められます。クロザピンにより誘発された便秘には、緩下剤（酸化マグネシウムなど）や刺激性下剤（センナなど）を使用します。重症の場合にはイレウス（腸閉塞）に発展することもあり、消化器科医に相談することが勧められます。
- ⑥ 体重増加や耐糖能異常が生じた場合は、食事指導と運動指導が勧められます。糖尿病が強く疑われる場合には、糖尿病専門医に相談することが勧められます。
- ⑦ よだれが生じた場合は、クロザピンを継続していても次第に軽快していくことが多いので、まず経過観察することが望ましいです。

用語解説

1. 無顆粒球症は、白血球にある顆粒球（好中球）が極端に減少し、細菌等に感染しやすくなり、重度の感染症を引き起こすものです。クロザピン投与による無顆粒球症の出現頻度は0.3～1.1%で、投与開始後18週までに出現することが多いと報告されています。一般に、薬剤性の好中球減少時には症状はみられず、無顆粒球症で感染症が続発すると、発熱、咽頭痛、悪寒などが見られます。この重篤な副作用を早期に発見し、生じた時に、より速やかな対処を行うために、クロザピンは「クロザリル患者モニタリングサービス（略称：CPMS）」に登録された重篤な血液障害に対処可能な医療機関において、同登録医療従事者が同登録患者さんにのみ投与し、定期的な血液検査が義務づけられています。
2. 心筋炎は、心臓を動かす筋肉に炎症が起こる病気で、心筋症は、心臓を動かす筋肉に異常が起こる病気であり、どちらも心臓のポンプとしての働きが低下したり（心不全など）、異常なリズム（不整脈など）が発生したりします。クロザピン投与による心筋炎の出現頻度は0.02～1.09%で、投与開始後3週までに出現することが多いと報告されています。心筋炎の初期症状は、かぜ様症状（悪寒、発熱、頭痛、筋肉痛、全身倦怠感）や消化器症状（食欲低下、悪心、嘔吐、下痢）で、その後、数時間から数日の経過で心症状（動悸、不整脈、胸痛、呼吸困難、頻呼吸）が出現します。クロザピン投与による心筋症の出現頻度は0.02～0.1%で、投与開始後2～36週での出現が報告されています。心筋症の初期症状は、全身倦怠感、易疲労感、動悸・頻脈などです。これらの重篤な副作用を早期に発見するため、クロザピン投与開始前と開始後4週間は毎週、心電図検査と血液検査（心筋トロポニンTとCRPなど）の測定が望ましいです。
3. てんかん発作は、自分の意思とは無関係に、全身または部分的な筋肉の収縮（けいれん）、意識を失ったり、発作前の記憶がなくなったり、突然筋肉の緊張がなくなることなどを指します。転倒する場合もあり危険です。クロザピン治療によるてんかん発作の出現頻度は約5%です。クロザピンの添付文書には、クロザピンの量が増えると、脳波変化を生じ、てんかん発作が起こりやすくなることが記載されています。クロザピン治療開始前に脳波検査を行い、症状が出現した際には脳波検査の施行が必要です。
4. イレウス（腸閉塞）は、小腸や大腸がつまり、お腹のものが流れなくなってしまう病気です。クロザピン誘発性の便秘は、イレウスに至り重症化して死亡する危険性が高いことが報告されています。イレウスの臨床症状として、腹部膨満、腹痛、嘔吐などが出現します。クロザピンを使用する際には、便秘の出現や腹部症状の注意深い観察が必要です。

臨床疑問 4-3 治療抵抗性統合失調症に対してクロザピンの効果が十分に得られない場合の併用療法として何を選択すべきか？

推奨

- 【★】 治療抵抗性統合失調症に対してクロザピン（クロザリル®）の効果が十分に得られない場合の併用療法として、電気けいれん療法^{*1}との併用やラモトリギン^{*2}（ラミクタール®）の併用が望ましいです。

解説

- ① 治療抵抗性統合失調症とは、十分量の抗精神病薬（統合失調症に効果のある薬の総称）を2種類以上規則正しく4週間以上服用しても、幻覚や妄想などの症状が続いたり、改善が見られないような統合失調症のことをいいます。治療抵抗性統合失調症に対して有用であるとして適応が認められている薬剤は、クロザピンのみであることから、本臨床疑問では、クロザピンの作用を増強するための併用療法について述べます。
- ② クロザピンと電気けいれん療法の併用がクロザピンに部分的な反応を示す患者さんに有効である可能性が報告されています。しかし、電気けいれん療法終了後に効果が持続することを示した研究はなく、電気けいれん療法併用効果が一過性にとどまる可能性があります。
- ③ クロザピンとラモトリギンの併用が精神症状の改善に有効である可能性が報告されています。しかしながら、報告全体を総合すると、その併用効果は十分ではありません。
- ④ クロザピンと気分安定薬^{*3}、抗てんかん薬、抗うつ薬、睡眠薬などの併用療法の有効性は示されていません。したがって、精神症状の改善を目的としてこれらの薬剤の併用療法は行わないことが望ましいです。クロザピン治療初期のバルプロ酸ナトリウム（デパケン®など）との併用は心筋炎^{*4}を起こしやすくなるので、併用は勧められません。
- ⑤ クロザピンと他の抗精神病薬の併用については、精神症状の弱い改善効果が示されています。しかしながら、日本ではクロザピンは単剤使用が原則と規定されているため、他の抗精神病薬の併用療法は望ましくありません。

用語解説

1. 電気けいれん療法(ECT: Electroconvulsive therapy)とは、頭部に通電することで人為的にけいれん発作を誘発し、精神症状を改善する治療法です。現在では、静脈麻酔と筋弛緩薬を用いてけいれん発作による副作用を軽減した、より安全性と有効性の高い修正型電気けいれん療法(m-ECT: modified-ECT)が行われています。詳細は臨床疑問 4-4 を参照して下さい。

2. ラモトリギンは、双極性障害（躁うつ病）やてんかんの治療に使用されている薬です。投与時に重篤な皮膚障害が現れることがあります。
3. 気分安定薬とは、双極性障害（躁うつ病）の治療に使用されている薬のことです。
4. 心筋炎とは、心臓を動かす筋肉に炎症が起こる病気で、心臓のポンプとしての働きが低下したり（心不全など）、異常なリズム（不整脈など）が発生したりします。詳細は臨床疑問 4-2 を参照して下さい。

臨床疑問 4-4 クロザピンを使用しない場合、治療抵抗性統合失調症に対して修正型電気けいれん療法(m-ECT)は有用か？

推奨

- 【★】 治療抵抗性統合失調症に対する修正型電気けいれん療法は、抗精神病薬との併用では精神症状の改善や再発率低下に一定の有効性が報告されており、行うことが望ましいです。

解説

- ① 治療抵抗性統合失調症とは、十分量の抗精神病薬（統合失調症に効果のある薬の総称）を2種類以上規則正しく4週間以上服用しても、幻覚や妄想などの症状が続いたり、改善が見られないような統合失調症のことをいいます。治療抵抗性統合失調症に対して有用であるとして適応が認められている薬剤は、クロザピンのみです。日本ではクロザピン治療が導入される前には治療抵抗性統合失調症に対して修正型電気けいれん療法がよく用いられていました。そこで、本臨床疑問では修正型電気けいれん療法について、有用性（効果と副作用の出にくさや我慢できる程度から判断したその人にその治療が役立つ程度のこと）について検討しました。
- ② 治療抵抗性統合失調症では、抗精神病薬と修正型電気けいれん療法を併用すると、短期的（6週間未満）に精神症状が改善することが報告されています。
- ③ 治療抵抗性統合失調症では、抗精神病薬と継続的な修正型電気けいれん療法を併用すると、抗精神病薬のみの治療群や継続的な修正型電気けいれん療法のみの治療群より再発率が低いことが報告されています。
- ④ 電気けいれん療法の副作用については、遷延性けいれん、発作後せん妄^{*1}、頭痛、筋肉痛、吐き気などが知られており、対症療法などで軽減することが多いです。死亡率は低く主に心血管系の副作用によると考えられていますが、全身麻酔の危険率にほぼ相当し、薬物療法とも同等のリスクと考えられています。抗精神病薬と電気けいれん療法の併用は抗精神病薬単独と比較し、短期的な記憶障害を起こしやすいことが示唆されています。これらは、治療抵抗性統合失調症に特別なことではなく、電気けいれん療法一般に認められるものです。

用語解説

1. せん妄とは、短期間のうちに現れる意識障害で、幻覚や睡眠障害などを伴うことが多いものです。

☆電気けいれん療法について詳しく解説☆

電気けいれん療法(ECT: Electroconvulsive therapy)とは、頭部への通電によるけいれん発作誘導により精神疾患の改善を図る治療です。古くは、1930年代から行われ、その後、静脈麻酔薬（プロポフォール®など）と筋弛緩薬（サクシニルコリン®など）を使用して電気けいれん療法を行う修正型電気けいれん療法(m-ECT: modified-ECT)が行われるようになり、日本では1980年代以降に広まりました。麻酔薬の使用により患者さんの不安・恐怖感が軽減し、筋弛緩薬の使用により骨折や脱臼などの外傷の防止が可能となりました。我が国では、2002年に定電流短パルス矩形波（パルス波）の治療器 [商品名：サイマトロン®]が認可されました。これまでに使用されていたサイン波治療器と比較してパルス波治療器は、少ないエネルギーで効率的にけいれん発作を誘導でき、電気けいれん療法の副作用の一つである認知機能障害（もの忘れ）を軽減すると言われていています。電気けいれん療法の施行頻度は、間隔をあけて、1週間に2－3回の頻度で行われ、総施行回数（通常1クール10回程度）は、効果と副作用により決められます。電気けいれん療法の治療効果の詳細な機序については未だ明らかになっていませんが、脳内の神経伝達物質や内分泌や神経に関連する物質に影響を与えると考えられています。電気けいれん療法は、統合失調症のうち、急速な改善が必要となる緊張病、薬物治療抵抗性、精神運動興奮状態に対して特に有効である治療であるとされていますが、治療抵抗性統合失調症に対する修正型電気けいれん療法については、現時点では、エビデンスの集積が不十分な状況で、今後、大規模な臨床試験により効果・副作用・継続性が評価されることが期待されます。

臨床疑問 4-5 治療抵抗性統合失調症に対する、クロザピンや電気けいれん療法*1 以外の有効な治療法は何か？

推奨

- 【★】 治療抵抗性統合失調症の精神症状を改善させるために、抗精神病薬とその他の気分安定薬*2、抗てんかん薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬などとの併用は行わないことが望ましいです。

解説

- ① 治療抵抗性統合失調症とは、十分量の抗精神病薬（統合失調症に効果のある薬の総称）を2種類以上規則正しく4週間以上服用しても、幻覚や妄想などの症状が続いたり、改善が見られないような統合失調症のことをいいます。治療抵抗性統合失調症に対して有用であるとして適応が認められている薬剤は、クロザピン（クロザリル®）のみです。日本ではクロザピン治療が導入される前には治療抵抗性統合失調症に対して修正型電気けいれん療法がよく用いられてきました。クロザピンや電気けいれん療法を受けることができない場合もあるため、本臨床疑問ではクロザピンや修正型電気けいれん療法以外の治療法について述べます。
- ② 治療抵抗性統合失調症に対する治療には、クロザピンが強く勧められているため、通院している医療機関でクロザピンが使用できない場合でクロザピン治療を希望される場合には、クロザピン治療のための転院を検討します。
- ③ 抗精神病薬と、気分安定薬、抗てんかん薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬などの薬剤の併用の有効性は示されておらず、逆にこれらの薬と併用することにより、新たな副作用が生じる可能性があります。したがって、これらの薬剤の併用は行わないことが望ましいです。
- ④ クロザピンが使用できず、予後が不良と考えられる場合には、他の抗精神病薬への切り替えを考慮します。
- ⑤ 他の抗精神病薬への切り替えで効果が得られない場合や切り替えが困難な場合は、抗精神病薬の併用を考慮します。統合失調症に対する抗精神病薬多剤併用は、精神症状を改善させる効果についての科学的な根拠は不十分な上、総投与量の増加や、薬同士の相互作用による副作用の増加を招く可能性や、きちんと服薬することが難しくなることもあります。従って、他に方策がない場合にのみ慎重に有効性を測りながら行われます。また、現在受けている治療を継続するという選択肢もあります。患者さん・ご家族・医療者でよく話し合って今後の治療方針を決定することが重要です。
- ⑥ 複数の抗精神病薬を服用していたり、抗精神病薬に気分安定薬、抗てんかん薬、抗うつ

薬、抗不安薬、睡眠薬などの薬剤を併用している場合は、それらの薬剤を減らしたり中止することによって改善する可能性があります。ただし、急な薬の変更は、病状の動揺や離脱症状^{*3}を引き起こす可能性があるため、注意が必要です。

用語解説

1. (再掲) 電気けいれん療法(ECT: Electroconvulsive therapy)とは、頭部に通電することで人為的にけいれん発作を誘発し、精神症状を改善する治療法です。現在では、静脈麻酔と筋弛緩薬を用いてけいれん発作による副作用を軽減した、より安全性と有効性の高い修正型電気けいれん療法(m-ECT: modified-ECT)が行われています。詳細は臨床疑問 4-4 を参照して下さい。
2. 気分安定薬とは、双極性障害(躁うつ病)の治療に使用されている薬のことです。
3. 離脱症状とは、薬を減量や中止した際に現れる症状のことです。離脱症状は必ず起こるとは限らないものですが、薬を急激に減らしたり中止した際に起こりやすくなります。例えば抗不安薬や睡眠薬の場合は、不安や不眠、重症な場合はけいれん発作が起こる場合もあります。抗コリン薬の場合には、吐き気や発汗また幻覚などの精神症状が出現する場合もあります。

臨床疑問 5-1 精神運動興奮状態に対し推奨される薬物療法はどれか？

推奨

- 【★★】 統合失調症の精神運動興奮状態に対する薬物療法は、安全に治療を行うことができるような環境を準備し、治療への協力が得られるような心理的なアプローチを行って、患者さんと意思疎通をはかる努力を続け、できるかぎり経口投与*¹による薬物治療を行うことを推奨します。

解説

- ① 精神運動興奮状態とは、意思の発動や意欲が極度に高まった状態、あるいは抑制が弱まった状態です。しばしば思考の混乱を伴う状態で、このような状態にある統合失調症患者さんは多動や興奮に陥り、突発的に自分や他人を傷つけてしまう危険性があります。
- ② 精神運動興奮状態の患者さんは、差し迫った状況にあると考えられるため、このような状態の患者さんに迅速に対応するためには、普段から患者さんの症状を常によく観察し、安全な環境やスタッフの人数の確保、薬物を投与した後に呼吸状態の悪化などに対応するための道具をそろえておくなどの準備が大切です。
- ③ 経口投与、筋肉注射、静脈注射*¹をどのような順番で行えばもっとも効果が高いかどうかを検討した報告は今のところありません。よって、経口投与を最優先に考えつつも、患者さんの状態に合わせて臨機応変に投与方法を選ぶ必要があります。
- ④ 身体の状態が悪い患者さんがこのような状態を示すこともあるため、可能な限り身体の病気を調べておく必要があります。また、薬物を投与したあとに体の状態が悪くならないか、十分に観察する必要があります。
- ⑤ 研究に参加する同意を得ることが難しい精神運動興奮の患者さんを対象とした報告は、条件の限られた患者さんを対象としたものが多いため、まだわかっていないことも多く、実際の現場では必ずしもガイドライン通りにいかない可能性も想定しておく必要があります。
- ⑥ 経口投与では、アリピプラゾール（エビリファイ[®]など）、オランザピン（ジプレキサ[®]など）、リスペリドン（リスパダール[®]など）が添付文書の用量の範囲で、かつ24時間以内の有効性が報告されているため、これらの投与が望ましいです。
- ⑦ 筋肉注射ではオランザピンの注射を推奨します。
- ⑧ 静脈注射ではハロペリドール（セレネース[®]など）の注射が望ましいですが、心電図や呼吸状態等のバイタルサインの監視を行うなどの注意が必要です。
- ⑨ 薬物療法によって効果が得られない時は、電気けいれん療法*²を検討することが望ましいです。

用語解説

1. 経口投与とは、錠剤、粉末、液剤、舌下錠などの薬を、口腔から投与する方法です。
筋肉注射とは、注射剤を肩、臀部などの筋肉に直接注射して投与する方法です。
静脈注射とは、注射剤を静脈を通して血管内に投与する方法です。
2. (再掲) 電気けいれん療法(ECT: Electroconvulsive therapy)とは、頭部に通電することで人為的にけいれん発作を誘発し、精神症状を改善する治療法です。現在では、静脈麻酔と筋弛緩薬を用いてけいれん発作による副作用を軽減した、より安全性と有効性の高い修正型電気けいれん療法(m-ECT: modified-ECT)が行われています。詳細は臨床疑問 4-4 を参照して下さい。

☆精神運動興奮状態に対する対応について詳しく☆

精神運動興奮状態にある患者さんは多動や興奮に陥り、突発的に自分や他人を傷つけてしまうことにより、周囲の人だけではなく患者さん自身が大けがをする可能性もあるため、迅速な対応が必要です。このような状態にある患者さんに対し病院内で介入するには、できる限り安全に対処するために、十分な人員を確保する必要があります。また同時に、刺激しすぎることによって精神運動興奮から自分や他人を傷つけてしまう行為に発展しないように、刺激しすぎないように適切な距離をとる、落ち着いた言葉で話しかける、協力者であることを説明する、時には静かな環境を与えてクールダウンさせるなど、治療に協力してもらえるように説明、説得を続けながら、薬物療法を行うかどうか判断していくことが大切です。病院内で精神運動興奮に対して薬物療法を行うタイミングは、以下のように考えられます。

- ① 心理的な関わりを続けても、通常の薬物療法や検査を行うことが難しい
- ② 薬物療法を行うことが、患者さんの心理的な苦痛や身体的な被害を減らす可能性が高い
- ③ 治療者を含めた他人に危害が及ぶリスクを減らす可能性が高い

自宅で患者さんが精神運動興奮状態になった場合は、病院のように十分な人員が確保できず、周囲の説得に応じることが難しい場合があるかもしれません。まずはかかりつけの病院に速やかに相談し、服薬させるべきか、病院に連れていくべきか、いずれも不可能な場合はどうするか、などの指示を仰ぐとよいでしょう。夜間や休日に対応できる病院がない場合は、各都道府県に設置されている精神科救急情報センターへの相談が可能です。より差し迫った状況で、速やかに対処しなければ患者さん自身や周囲のご家族に被害がありそうな場合は、警察（生活安全課）に連絡し、保護してもらうことがあります。精神疾患によって自傷や他害につながる可能性が高いと判断された場合は、精神保健福祉法に基づき入院治療（措置入院や医療保護入院）につながる場合があります。

臨床疑問 5-2 統合失調症の緊張病に対し推奨される治療法はどれか？

推奨

- 【★★】 緊張病の治療を行う前に、身体的な検査や全身状態の改善を行うことを推奨します。
- 【★★】 抗精神病薬*1による悪性症候群*2の可能性を考え、悪性症候群が疑われた時は抗精神病薬を中止し、悪性症候群の治療を最優先に行うことを推奨します。
- 【★】 通常統合失調症に沿った薬物療法を行うことが望ましいです。
- 【★】 電気けいれん療法*3は有効性を認めた報告があるため、導入を検討することが望ましいです。

解説

- ① 緊張病では、意識がはっきりしているにも関わらず、自分から行動することが全くできなくなり、身体が固まったかのような状態になる「緊張病性昏迷」と、まとまりのない興奮状態になる「緊張病性興奮」がみられます。統合失調症以外の気分障害、発達障害、薬物中毒、身体疾患などでも生じることがあります。
- ② 緊張病は、統合失調症以外の疾患でもみられ、さらに背景にさまざまな身体疾患が潜んでいることや、脱水など全身状態の悪化がみられることがあります。よって、身体的な検査などによって原因を見極めることと、全身状態を改善させることを優先します。
- ③ 命に関わる可能性のある悪性症候群と症状がよく似ているため、血液検査などで悪性症候群が疑われた場合は、すぐに抗精神病薬を中止し、悪性症候群の治療を最優先で行う必要があります。
- ④ 緊張病についての報告は、統合失調症以外の疾患が含まれているものが多く、統合失調症の緊張病に限定した報告はとても少ないです。現状では積極的に推奨できる特別な薬物療法がないため、患者さんの状態に合わせて慎重に統合失調症の通常薬物療法を行って下さい。

用語解説

1. 抗精神病薬とは、統合失調症に効果のある薬の総称です。
2. 悪性症候群は、高熱、筋肉がこわばる、発汗、頻脈、血圧上昇などの症状とクレアチンキナーゼといった検査数値が上昇し、死亡する可能性もある重篤な抗精神病薬の副作用の一つです。詳細は臨床疑問 5-7 を参照して下さい。
3. (再掲) 電気けいれん療法(ECT: Electroconvulsive therapy)とは、頭部に通電することで人為的にけいれん発作を誘発し、精神症状を改善する治療法です。現在では、静脈

麻酔と筋弛緩薬を用いてけいれん発作による副作用を軽減した、より安全性と有効性の高い修正型電気けいれん療法(m-ECT: modified-ECT)が行われています。詳細は臨床疑問 4-4 を参照して下さい。

臨床疑問 5-3 統合失調症の抑うつ症状に対してどのような薬物治療が有効か？

推奨

- 【★★】 統合失調症の抑うつ症状は、その原因が何であるのかを見極めた上で、それぞれに応じた対応を行うことを推奨します。
- 【★】 統合失調症の抑うつ症状に明らかな効果のある薬剤などは確認されていませんので他の薬剤を併用しないことが望ましい。

解説

- ① 抑うつ症状とは、気分が落ち込んで意欲や興味がなくなる状態のことです。抑うつ症状が出現することで、日常の活動に著しく支障をきたします。統合失調症の抑うつ症状の原因はさまざまです。統合失調症の症状そのものによるもの、病気に対する絶望感、生きにくさや生活のしづらさなどの心理社会的な要因によるもの、あるいは薬の作用（副作用含む）によるもの、またこれらの組み合わせなどが考えられます。それらの原因を見極めた上で、それぞれに応じた対応を行うとよいでしょう。
- ② 統合失調症の症状そのものによる場合は、統合失調症の治療を行います。
- ③ 病気に対する絶望感、生きにくさや生活のしづらさなどが要因の場合は、心理社会的な関わりや、それに対するサポートが必要となります。
- ④ 抗精神病薬^{*1}の作用（副作用含む）による場合は、抗精神病薬を減らすことが望ましいです。しかし、抗精神病薬を減らす場合には精神症状の悪化に注意が必要です。
- ⑤ 抗精神病薬以外の向精神薬（抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、気分安定薬[双極性障害（躁うつ病）の治療に使用されている薬]など）の作用（副作用含む）による場合は、向精神薬を減らしたり中止したりすることが望ましいです。
- ⑥ 抗精神病薬の変更を考慮する時は、ハロペリドール（セレネース[®]など）を服用している場合は、ハロペリドールよりも抑うつ症状を引き起こしにくい第二世代（非定型）抗精神病薬^{*1}へ変えることが望ましいです。
- ⑦ 抑うつ症状を改善させるために抗うつ薬やリチウム（リーマス[®]など）などを使うことは、有効だと言いきれるだけの根拠はありません。逆にこれらの薬を併用することにより、副作用が生じたり、抗精神病薬の効き方が変わってしまったりする可能性があります。
- ⑧ 統合失調症の抑うつ症状に対する電気けいれん療法^{*2}は、抗うつ効果が認められないため行わないことが望ましいです。

用語解説

1. (再掲) 統合失調症に効果のある薬の総称である抗精神病薬は、開発時期により大きく二つのグループの薬剤(第一世代抗精神病薬と第二世代抗精神病薬)に分けられています。主な第一世代抗精神病薬としては、クロルプロマジン(ウインタミン[®]など)、ハロペリドール(セレネース[®]など)、フルフェナジン(フルメジン[®]など)などであり、現在、日本で使用できる第二世代抗精神病薬にはアセナピン(シクレスト[®])、アリピプラゾール(エビリファイ[®]など)、オランザピン(ジプレキサ[®]など)、クエチアピン(セロクエル[®]など)、クロザピン(クロザリル[®])、パリペリドン(インヴェガ[®])、ブロナンセリン(ロナセン[®])、ペロスピロン(ルーラン[®]など)、リスペリドン(リスパダール[®]など)があります。
2. (再掲) 電気けいれん療法(ECT: Electroconvulsive therapy)とは、頭部に通電することで人為的にけいれん発作を誘発し、精神症状を改善する治療法です。現在では、静脈麻酔と筋弛緩薬を用いてけいれん発作による副作用を軽減した、より安全性と有効性の高い修正型電気けいれん療法(m-ECT: modified-ECT)が行われています。詳細は臨床疑問 4-4 を参照して下さい。

臨床疑問 5-4 統合失調症の認知機能障害に対して推奨される薬物治療法はあるか？

推奨

【★★★】統合失調症の認知機能障害を改善するためには、適切な用量の第二世代（非定型）抗精神病薬^{*1}を使って、抗コリン薬^{*2}やベンゾジアゼピン系の薬^{*3}をなるべく一緒に使わないことを強く推奨します。

解説

- ① 認知機能とは、言語や視覚などのさまざまな情報を記憶したり、行動の段取りを効率よく計画し、実行したりする能力などのことであり、日常の社会生活を送っていく上で、とても重要です。統合失調症の約半数程度の患者さんに認知機能の障害が起こることが報告されています。
- ② 統合失調症の認知機能障害に対しては、抗精神病薬のなかでも第二世代抗精神病薬が改善する効果がありますが、その程度は小さく、大きく改善するわけではありません。
- ③ 抗精神病薬の量や使っている種類が多い場合は、少ない場合と比べて、認知機能が悪化しやすいため、適切な用量を使用していく必要があります。しかし、抗精神病薬を減らす場合には精神症状が悪化しないように十分に配慮する必要があります。
- ④ 抗コリン薬やベンゾジアゼピン系鎮静薬は、認知機能を悪くすることから、必要以上に使わないことを推奨します。ただし、抗コリン薬やベンゾジアゼピン系の薬を急激に止めると離脱症状^{*4}を起こす可能性があるため、注意が必要です。
- ⑤ 統合失調症の認知機能障害に、抗精神病薬以外に明らかに効果のある薬は確認できていません。
- ⑥ 統合失調症の認知機能障害には、心理社会的治療も有効であることが知られています。

用語解説

1. （再掲）統合失調症に効果のある薬の総称である抗精神病薬は、開発時期により大きく二つのグループの薬剤（第一世代抗精神病薬と第二世代抗精神病薬）に分けられています。主な第一世代抗精神病薬としては、クロルプロマジン（ウインタミン[®]など）、ハロペリドール（セレネース[®]など）、フルフェナジン（フルメジン[®]など）などであり、現在、日本で使用できる第二世代抗精神病薬にはアセナピン（シクレスト[®]）、アリピプラゾール（エビリファイ[®]など）、オランザピン（ジプレキサ[®]など）、クエチアピン（セロクエル[®]など）、クロザピン（クロザリル[®]）、パリペリドン（インヴェガ[®]）、ブロナンセリン（ロナセン[®]）、ペロスピロン（ルーラン[®]など）、リスペリドン（リスパダール[®]など）があります。

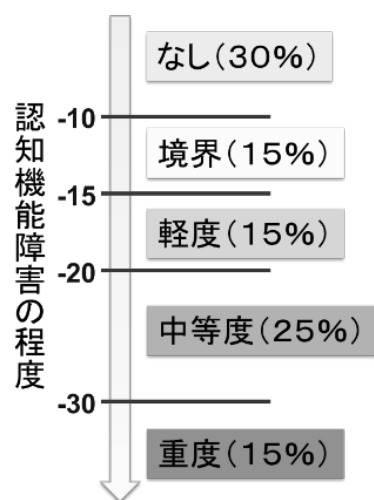
2. (再掲) 抗コリン薬とは、錐体外路症状(臨床疑問5-6を参照)を軽くする可能性のある、ピペリデン(アキネトン®など)、トリフェキシフェニジル(アーテン®など)などの、アセチルコリン受容体を阻害する薬です。パーキンソン病の治療薬として用いられる場合もあり、抗パーキンソン病薬と呼ばれる場合もあります。
3. ベンゾジアゼピン系の薬とは、抗不安薬や睡眠薬のことです。依存性、認知機能障害、抑制が効かなくなるなどの副作用が最近問題視されるようになってきました。
4. (再掲) 離脱症状とは、薬を減量や中止した際に現れる症状のことです。離脱症状は必ず起こるとは限らないものですが、薬を急激に減らしたり中止した際に起こりやすくなります。例えば抗不安薬や睡眠薬の場合は、不安や不眠、重症な場合はけいれん発作が起こる場合もあります。抗コリン薬の場合には、吐き気や発汗また幻覚などの精神症状が出現する場合があります。

☆認知機能障害とその簡易な測定方法とその使い方☆

統合失調症においては約半数の患者さんに認知機能障害が認められることが知られています。認知機能とは、言語や視覚などのさまざまな情報を記憶したり、行動の段取りを効率よく計画し、実行したりする能力などのことであり、日常の社会生活を送っていく上でとても重要な能力です。統合失調症患者さんは日常の社会生活を送ることが困難になる社会機能障害が生じることがありますが、認知機能障害を改善すると、その社会機能が改善すると言われています。

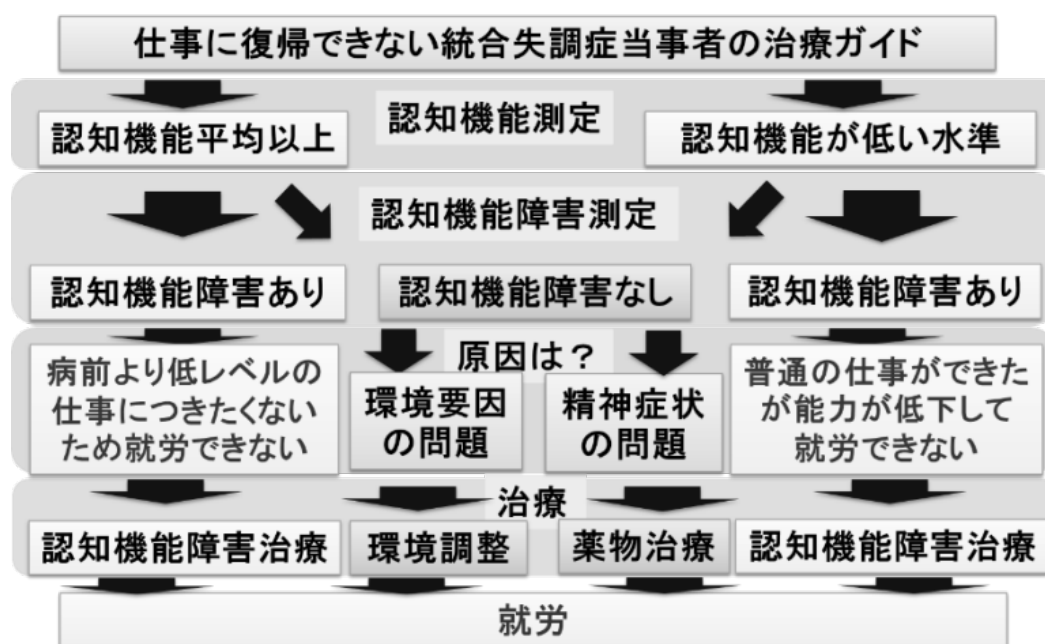
認知機能障害は、病気になる前と比較してどれだけ認知機能が低下したかによって測定しますが、病気になる前に認知機能を測定することはほとんどありません。よって、病気になる前の認知機能を JART-25 推定知能検査、現在の知能をウェクスラー知能検査 III (WAIS-III) の簡略版を用いて測定し、その差を認知機能障害として算出する方法があります。これらの検査は 15 分程度で行うことができますので、簡単に患者さん個人の認知機能障害の程度を測定することができます。WAIS-III の簡略版は、WAIS-III と高い相関が認められ、しかも、日常生活技能や社会機能とも中程度の相関が認められる指標であることが示されています。

統合失調症の認知機能障害の分布



認知機能障害 = 現在の知能 (WAIS-III 簡略版:類似と記号探し - 病前推定知能 (JART-25))

認知機能障害の治療においては、本臨床疑問にある薬物療法と心理社会的療法の有効であることが知られています。薬物療法と心理社会的療法は治療の両輪であると考えられています。心理社会的療法には、作業療法・デイケア・生活技能訓練・認知リハビリテーションなどの精神科リハビリテーションと、就労支援・家族教室・ケアマネージメントなどの社会的サポートと、認知行動療法などの精神療法などがあります。薬物療法にこれらの心理社会療法の組み合わせを併用すると、その効果は薬物療法だけよりも大きいと考えられています。この簡易な認知機能障害の測定法を用いて、認知機能障害の有無と程度を評価することにより、患者さんの状態に合わせた治療を行うことができると考えられています。



認知機能障害の薬物療法と心理社会的療法の効果を検討した過去の研究は、認知機能障害がある患者さんを対象としたものではなく、認知機能障害の有無を測定せずに行ってきました。認知機能障害がある患者さんは約半数と考えられますので、認知機能障害がある患者さんのみを対象に治療を行うと、より大きな効果が得られることが期待されます。

臨床疑問 5-5 病的多飲水・水中毒に対して推奨される薬物療法はあるか？

推奨

- 【★】病的多飲水に対して、第二世代（非定型）抗精神病薬¹による薬物療法を適切に行うことが望ましいです。また、病的多飲水の原因が治療抵抗性統合失調症によるものであるとしたら、クロザピン（クロザリル®）を使用することが望ましいです。

解説

- ① 病的多飲水とは、1日に3リットル以上の水分を摂取し、体重増加をきたす状態をいいます。水中毒とは、急激に大量の水分を摂取することで、体の中の電解質の一つであるナトリウムの濃度が薄まり、その結果、精神症状の悪化、けいれん発作、意識障害などの時に生命の危険をともなう身体症状が出現する状態をいいます。病的多飲水・水中毒は抗精神病薬が登場する以前から報告されており、統合失調症の症状の一部と考えられています。
- ② はっきりと証明はされていませんが、第二世代抗精神病薬が有効であったという報告が多いため、第二世代抗精神病薬による標準的な薬物療法を行うことが望ましいです。
- ③ 病的多飲水・水中毒が重篤で治療抵抗性統合失調症の症状によるものと考えられる場合には、クロザピンを使用することが望ましいです。
- ④ 病的多飲水については、抗精神病薬以外のさまざまな薬による治療効果が調べられていますが、勧められる薬はありません。

用語解説

1. （再掲）統合失調症に効果のある薬の総称である抗精神病薬は、開発時期により大きく二つのグループの薬剤（第一世代抗精神病薬と第二世代抗精神病薬）に分けられています。主な第一世代抗精神病薬としては、クロルプロマジン（ウインタミン®など）、ハロペリドール（セレネース®など）、フルフェナジン（フルメジン®など）などであり、現在、日本で使用できる第二世代抗精神病薬にはアセナピン（シクレスト®）、アリピプラゾール（エビリファイ®など）、オランザピン（ジプレキサ®など）、クエチアピン（セロクエル®など）、クロザピン（クロザリル®）、パリペリドン（インヴェガ®）、ブロナンセリン（ロナセン®）、ペロスピロン（ルーラン®など）、リスペリドン（リスパダール®など）があります。

☆病的多飲水・水中毒についてもっと知りたい☆

血液のナトリウムの濃度は、基準値は 135～145mEq/L 程度です（検査を行う医療機関によって多少基準値は異なります）。これが 130-135mEq/L 程度になってもあまり症状は出ませんが、120-130mEq/L になると軽度の脱力感、疲労、食欲不振、嘔気、110－120mEq/L になると頭痛、嘔気、嘔吐、かすみ目、脱力、110mEq/L 以下でけいれん、意識障害などが出現します。しかし、ご家庭や単科の精神科病院などではすぐに血液検査などでナトリウムを測ることはできません。そこで日内体重変化率という指標が役立ちます。これは朝（午前 7 時）と夕（午後 4 時）に体重を測定し、その増加した割合から血液中のナトリウムの濃度を予測するものです。具体的には、以下のように計算されます。

$$\text{日内体重変化率} = (\text{午後 4 時体重} - \text{午前 7 時体重}) / \text{午前 7 時体重} \times 100$$

日内体重変化率	午前 7 時から午後 4 時までの体重増加量			予測されるナトリウム濃度	出現しやすい症状
	40 kg の場合	60 kg の場合	80 kg の場合		
1.2%以下	0.48 kg以下	0.72 kg以下	0.96 kg以下	正常範囲内	無症状
3-5%	1.2 kg-2 kg	1.8 kg-3 kg	2.4 kg-4 kg	130-133 mEq/L	ほぼ無症状
5-7%	2 kg-2.8 kg	3 kg-4.2 kg	4 kg-5.6 kg	126-129 mEq/L	軽度の脱力、疲労、食欲不振、嘔気
7-10%	2.8 kg-4 kg	4.2 kg-6 kg	5.6 kg-8 kg	120-125 mEq/L	
10%以上	4 kg以上	6 kg以上	8 kg以上	120 mEq/L 以下	頭痛、嘔気、嘔吐、かすみ目、脱力

日々の様子から多飲水行動が観察されたら、このように 1 日 2 回体重測定し、ナトリウム濃度が低下していないかどうかを注意していく必要があります。

また、体重測定だけでなく、具体的にどのくらいの水分を飲んでいるのか、同じコップやペットボトルを利用して、飲水量をチェックし、制限していく必要があります。しかし、制限されることが時に本人にとっては、ストレスや苦痛につながる場合があります。そこで、ただ我慢するのではなく、冷たい水よりも温かい水のほうが一度にたくさん飲みづらいため、なるべく温かい飲み物にすることや喉が渴いたとしてもすぐに水分を飲むのではなく、長く口にとどまる氷をなめることなどが対策として挙げられます。

意識障害、けいれんなどが生じた場合は大変危険な状態になることもありますので、すぐに入院し、身体的な治療を行う必要があります。

臨床疑問 5-6 錐体外路系副作用に推奨される治療法および予防法は？

推奨

【★★】 錐体外路系副作用が出現した時は、原則的には一般的な副作用と同様に、原因と考えられる薬剤を減量し、副作用が重い場合は一度中止することを推奨します。ただし、原因と考えられる薬剤が、精神症状に効いていると考えられる場合には、減量により精神症状が悪化する危険性を考えながら、対処する必要があります。

解説

錐体外路系副作用は、錐体外路症状（Extrapyramidal symptom: EPS）のことで、ドパミン受容体遮断作用を持つ抗精神病薬の投与によって出現する運動系の副作用です。投与開始時や増量後に出現する急性副作用（パーキンソン症状、急性ジストニア、アカシジア）と、数か月経ってから出現することが多い遅発性副作用（遅発性ジスキネジア、遅発性ジストニア）に分かれます。

① 薬剤性パーキンソン症状

【症状】

パーキンソン病に類似した、筋肉を動かしにくくなる、飲み込みが悪くなる、姿勢の調節が難しくなるなどといった副作用です。

【治療】

錐体外路症状を生じやすい、第一世代（定型）抗精神病薬*1を使っていてパーキンソン症状が出現した場合は、第二世代（非定型）抗精神病薬*1への変更を推奨し、それでもパーキンソン症状が問題になる場合には、オランザピン（ジプレキサ®など）、クエチアピン（セロクエル®など）、またはクロザピン（クロザリル®）への変更が望ましく、さらに精神症状を慎重に評価し、減量が可能と判断された場合は抗精神病薬の減量を推奨します。このような方法が行えない場合には、抗コリン薬*2や、パーキンソン病治療薬であるアマンタジン（シンメトレル®など）の併用が望ましいです。

【予防】

第一世代抗精神病薬よりも第二世代抗精神病薬を選択することを推奨し、第二世代抗精神病薬の中での選択としては、オランザピン、クエチアピン、またはクロザピンの中から1剤を選ぶことが望ましいです。

② 急性ジストニア

【症状】

投与 3 日以内に生じることが多い、筋肉が勝手に収縮し眼球が上転したり、首や胴体がねじれるようになる副作用です。

【治療】

対症療法としては抗コリン薬、抗ヒスタミン薬（プロメタジン：ピレチア®など）の内服、緊急時は抗コリン薬の筋注が望ましいです。

高力価の第一世代抗精神病薬の投与によって急性ジストニアを生じた場合は、アリピプラゾール（エビリファイ®など）、オランザピン、クエチアピンへの変更が望ましいです。

抗精神病薬の減量も選択肢の一つとして望ましいです。

【予防】

第一世代抗精神病薬よりも第二世代抗精神病薬を選択することを推奨します。第一世代抗精神病薬を用いる場合には抗コリン薬が予防に有効であり、治療開始後数週間までの一時的な使用が望ましいです。

③ アカシジア

【症状】

下肢のそわそわした動き、足踏み、じっと座ってられないなどの身体の落ち着きのなさが出現する副作用です。

【治療】

強い不安感、焦りの気持ち、死にたくなる気持ちや行動、他者に危害を加えてしまいそうになる時など緊急性が高い場合には、薬物療法、精神療法、環境調整などを積極的に行うことを推奨します。

アカシジア症状が軽い場合は、主治医と十分に話し合った上で、内服している抗精神病薬を減量することを推奨します。

高力価*3、高用量の第一世代抗精神病薬が処方されている場合は、第二世代抗精神病薬への変更を推奨します。

第二世代抗精神病薬への変更ができない理由がある場合は、中力価または低力価*3の第一世代抗精神病薬を使用することが望ましいです。

抗コリン薬などの他の薬については効果があるという十分な証拠がないので、他の薬は併用しないことが望ましいです。

【予防】

高力価、高用量の第一世代抗精神病薬を避け、第二世代抗精神病薬を選択することを推奨します。何らかの理由で第二世代抗精神病薬が選択できないときは、中力価または低力価の第一世代抗精神病薬を使用することが望ましいです。第二世代抗精神病薬の中で

は、特定の薬剤を推奨することはありません。

④ 遅発性ジスキネジア

【症状】

抗精神病薬を服用してから数か月して生じる、首、顔面、口の周囲などに出現するさまざまな不随意運動（口すぼめ、舌の動き、唇の動き）や、腕、足などの不規則な動きのことです。

【治療】

遅発性ジスキネジアが発症した後に、オランザピン、クエチアピン、クロザピンへの切り替えによって軽減する可能性があるため、これらの薬への切り替えが望ましいです。

抗コリン薬を併用している場合は減量が望ましいです。

【予防】

第一世代抗精神病薬よりも第二世代抗精神病薬を選択することを推奨します。

⑤ 遅発性ジストニア

【症状】

抗精神病薬を服用してから数か月して生じる、持続的で自分の意思に関係なく起こる筋肉の緊張による姿勢や動作の異常のことです。

【治療】

確立した治療法はありませんが、抗精神病薬としてはクロザピンを選択することが望ましいです。

用語解説

- （再掲）統合失調症に効果のある薬の総称である抗精神病薬は、開発時期により大きく二つのグループの薬剤（第一世代抗精神病薬と第二世代抗精神病薬）に分けられています。主な第一世代抗精神病薬としては、クロルプロマジン（ウインタミン[®]など）、ハロペリドール（セレネース[®]など）、フルフェナジン（フルメジン[®]など）などであり、現在、日本で使用できる第二世代抗精神病薬にはアセナピン（シクレスト[®]）、アリピプラゾール（エビリファイ[®]など）、オランザピン（ジプレキサ[®]など）、クエチアピン（セロクエル[®]など）、クロザピン（クロザリル[®]）、パリペリドン（インヴェガ[®]）、ブロナンセリン（ロナセン[®]）、ペロスピロン（ルーラン[®]など）、リスペリドン（リスパダール[®]など）があります。
- （再掲）抗コリン薬とは、錐体外路症状を軽くする可能性のある、ビペリデン（アキネトン[®]など）、トリフェキシフェニジル（アーテン[®]など）などの、アセチルコリン受

容体を阻害する薬です。パーキンソン病の治療薬として用いられる場合もあり、抗パーキンソン病薬と呼ばれる場合もあります。

3. 高力価は、1mgあたりの薬の強さが強い（通常服用量のmgの数値が小さい）抗精神病薬であり、中力価または低力価は、1mgあたりの薬の強さが中程度～弱い（通常服用量のmgの数値が中程度～大きい）抗精神病薬です。

臨床疑問 5-7 悪性症候群に対して推奨される治療法はあるか？

推奨

- 【★★】 悪性症候群を生じた場合は、抗精神病薬^{*1} を中止し、呼吸状態や血圧、脈拍などの全身状態の管理、身体的な治療のための入院加療が推奨されます。
- 【★★】 ダントロレン（ダントリウム®）^{*2} と ブロモクリプチン（パーロデル®など）は、悪性症候群による死亡率を低下させるため、推奨します。
- 【★】 電気けいれん療法^{*3} は、悪性症候群が起きた場合の精神症状を改善させるため行うことが望ましいです。

解説

- ① 悪性症候群は、高熱、筋肉がこわばる、発汗、頻脈、血圧上昇などの症状とクレアチンキナーゼといった検査数値が上昇し、死亡する可能性もある重篤な抗精神病薬の副作用の一つです。以前より死亡率は低下していますが、それでも 10%程度が死に至ると報告されています。
- ② 悪性症候群を生じた場合は、まずは抗精神病薬を中止し、呼吸状態や血圧、脈拍などの全身状態の管理、身体的な治療のための入院加療が優先されます。ただし、抗精神病薬に抗コリン薬^{*4} を併用している場合には、抗コリン薬の減量中止は、悪性症候群を悪化させる可能性があるため、注意して下さい。
- ③ ダントロレンは、悪性症候群に保険適応が認められている治療薬で、研究報告においても悪性症候群による死亡率を低下させます。副作用として時に重篤な肝障害が発生する可能性があるため、注意が必要です。
- ④ ブロモクリプチンもダントロレン同様に悪性症候群による死亡率を低下させます。一方で、精神症状も悪化させる可能性もあります。しかし、精神症状の悪化よりも生命の危機のほうが、優先度が高いため、使用することを推奨します。
- ⑤ 電気けいれん療法は、悪性症候群の死亡率を低下させる可能性はありますが、明らかではありません。一方で、電気けいれん療法は悪性症候群が起きた場合の精神症状を改善させる効果が認められています。

用語解説

1. （再掲）抗精神病薬とは、統合失調症に効果のある薬の総称です。
2. ダントロレンの投与方法は内服薬と注射剤がありますが、本邦の添付文書では、静脈注射による投与から開始し、継続投与が必要かつ経口投与が可能な場合に内服薬を使用します。

3. (再掲) 電気けいれん療法(ECT: Electroconvulsive therapy)とは、頭部に通電することで人為的にけいれん発作を誘発し、精神症状を改善する治療法です。現在では、静脈麻酔と筋弛緩薬を用いてけいれん発作による副作用を軽減した、より安全性と有効性の高い修正型電気けいれん療法(m-ECT: modified-ECT)が行われています。詳細は臨床疑問 4-4 を参照して下さい。
4. (再掲) 抗コリン薬とは、錐体外路症状を軽くする可能性のある、ビペリデン (アキネトン®など)、トリフェキシフェニジル (アーテン®など) などのアセチルコリン受容体を阻害する薬です。パーキンソン病の治療薬として用いられる場合もあり、抗パーキンソン病薬と呼ばれる場合もあります。

臨床疑問 5-8 抗精神病薬^{*1}による体重増加に対して推奨される治療法はあるか？

推奨

- 【★★】 抗精神病薬により体重増加が出現し、薬を変更・中止する場合には、精神症状が悪化してしまう危険性について十分に配慮していくことを推奨します。
- 【★】 オランザピン（ジプレキサ[®]など）により体重増加が出現した場合には、アリピプラゾール（エビリファイ[®]など）、ペルフェナジン（ピーゼットシー[®]など）、リスペリドン（リスパダール[®]など）に変更することで、体重増加が抑えられます。ただし、オランザピンが精神症状に対して効果がある場合には、変更することによって精神症状が悪化する可能性について十分に配慮することが望ましいです。

解説

- ① 体重増加は、抗精神病薬、特に第二世代（非定型）抗精神病薬^{*1}により出現しやすい副作用の一つです。糖尿病や心臓疾患を引き起こし、寿命が短くなってしまう可能性があることから、適切に対応していく必要があります。ただし、抗精神病薬の副作用だけが原因ではなく、食事を食べ過ぎてしまうことや運動不足なども原因になるので注意しましょう。
- ② 統合失調症の薬物療法においては服薬の変更や中止は精神症状の悪化を引き起こす可能性があるため、精神症状が悪化しないよう十分に配慮した上で、体重増加の原因と考えられる薬剤を変更することが望ましいです。
- ③ オランザピンからクエチアピン（セロクエル[®]など）の変更は、体重を減少させる効果はないため、推奨できません。また、オランザピンを減量しても体重は減少しませんので推奨できません。
- ④ 他の種類の薬を一緒に使用することで抗精神病薬による体重増加を抑える効果があるかどうか調べられていますが、現在のところ推奨できる薬はありません。

用語解説

1. （再掲）統合失調症に効果のある薬の総称である抗精神病薬は、開発時期により大きく二つのグループの薬剤（第一世代抗精神病薬と第二世代抗精神病薬）に分けられています。主な第一世代抗精神病薬としては、クロルプロマジン（ウインタミン[®]など）、ハロペリドール（セレネース[®]など）、フルフェナジン（フルメジン[®]など）などであり、現在、日本で使用できる第二世代抗精神病薬にはアセナピン（シクレスト[®]）、アリピプラゾール（エビリファイ[®]など）、オランザピン（ジプレキサ[®]など）、クエチアピン（セロ

クエル[®]など)、クロザピン (クロザリル[®])、パリペリドン (インヴェガ[®])、ブロナンセリン (ロナセン[®])、ペロスピロン (ルーラン[®]など)、リスペリドン (リスパダール[®]など) があります。

薬の対照表

解説

薬の対照表には、薬の商品名と一般名と薬効分類が記載されています。商品名は、実際に売られている薬の名前です。同じ成分の薬（同じ一般名）の薬でも、発売する会社ごとに名前が異なる場合がありますので、それぞれをより分かりやすく記載しています。薬には、錠剤や散剤（粉薬）そして注射剤のようにいくつかの剤型が存在し、その特徴に応じて様々に使い分けられています。この表では、用法や飲み心地などへの影響を念頭に置き、その違いが分かるように表記しました。剤型については、徐放製剤は、(徐放)と表記し、散・顆粒・ドライシロップ・原末などは散剤、内用液・シロップ・エリキシルなどは液剤と表記しました。また、後発品に該当する薬については(後発品)として、剤型を示す欄の最後に表記してあります。薬効分類は、本ガイドに記載されている抗精神病薬などの同じ効果を示す薬の分類です。商品名を五十音順に並べた表は、患者さんやそのご家族が、ご自身の服用している薬について調べたい場合に使いやすいものです。薬効分類ごとに記載されている表は、本ガイドに記載されている一般名の薬の商品名を知りたい場合などに用います。

薬効分類については、以下のようになっています。

・抗精神病薬

統合失調症に効果のある薬の総称です。開発時期や作用の違いなどにより大きく二つのグループ（第一世代抗精神病薬と第二世代抗精神病薬）に分けられています。

・第一世代抗精神病薬

ドパミン神経を遮断する事により、統合失調症の症状を軽減させる薬剤です。

・第二世代抗精神病薬

ドパミン神経に加えセロトニン神経も遮断する、またはドパミン神経をあえて完全に遮断しないことで副作用リスクの軽減を図りつつ、統合失調症の症状を軽減させる薬剤です。

・気分安定薬・抗てんかん薬

神経の働きのバランスを整え、気分を安定させる薬剤です。てんかん発作の予防にも使われます。

・抗うつ薬

脳内のセロトニン、ノルアドレナリン神経に作用し、気分の落ち込みを改善する薬剤です。

・抗不安薬・睡眠薬

活発になっている神経の活動を抑えるなどして、不安な気持ちを軽減させたり眠気を促したりする薬剤です。

- ・抗コリン薬（抗パーキンソン病薬）

脳内のアセチルコリン神経の働きを遮断する事でドーパミン神経とのバランスを取り、パーキンソン症状の軽減を図る薬剤です。

- ・抗パーキンソン病薬

脳内のドーパミン神経の働きを増強させ、パーキンソン症状を軽減する薬剤です。

- ・ドーパミン作動薬・持続性ドーパミン作動薬

脳内のドーパミン神経受容体に直接作用する事で、同神経の働きを強める薬剤です。

- ・悪性症候群治療薬

筋肉の細胞が過剰に興奮しないよう作用して筋肉を弛緩させ、悪性症候群の症状を軽減させる薬剤です。

- ・塩類下剤

主に大腸に作用して、便に含まれる水分量を増加させて便通を促す薬剤です。

- ・刺激性下剤

腸の神経を刺激することで、便通を促す薬剤です。

- ・その他の下剤

小腸に作用して腸への水分排泄を促したり、塩類下剤とは異なる作用で便の水分量を増加させたりして便通を促す薬剤です。

薬剤リスト：商品名順

商品名(五十音順)	一般名	薬効(世代)分類	剤形情報など
アーテン	トリヘキシフェニジル	抗コリン薬(抗パーキンソン病薬)	錠剤, 散剤
アイオナール・ナトリウム	セコバルビタール	抗不安薬・睡眠薬	注射剤
アキネトン	ビペリデン	抗コリン薬(抗パーキンソン病薬)	錠剤, 散剤, 注射剤
アクセノン	エトトイン	抗てんかん薬	散剤
アジャストA	センナ	刺激性下剤	錠剤
アストモリジン	フェノバルビタール	抗てんかん薬	錠剤
アップノール	ブロモクリプチン	持続性ドパミン作動薬(抗パーキンソン病薬)	(後発品)錠剤
アテネジン	アマンタジン	抗パーキンソン病薬	(後発品)錠剤, 散剤
アナフラニール	クロミプラミン	抗うつ薬	錠剤, 注射剤
アビリット	スルピリド	その他	錠剤, カプセル, 散剤
アポプロン	レセルピン	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤, 注射剤
アマンタジン	アマンタジン	抗パーキンソン病薬	(後発品)錠剤, 散剤
アミティーザ	ルビプロストン	その他の下剤	カプセル
アミトリプチリン	アミトリプチリン	抗うつ薬	錠剤
アモキサン	アモキサピン	抗うつ薬	カプセル, 散剤
アモバン	ゾピクロン	抗不安薬・睡眠薬	錠剤
アモバンテス	ゾピクロン	抗不安薬・睡眠薬	(後発品)錠剤
アリピプラゾール	アリピプラゾール	第二世代抗精神病薬	(後発品)錠剤, OD錠, 散剤, 液剤
アルプラゾラム	アルプラゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤
アレビアチン	フェニトイン	抗てんかん薬	錠剤, 散剤, 注射剤
アロエ	アロエ	刺激性下剤	散剤
アローゼン	センナ	刺激性下剤	散剤
アンプリット	ロフェプラミン	抗うつ薬	錠剤
イーケプラ	レベチラセタム	抗てんかん薬	錠剤, 散剤, 注射剤
イソミタール	アモバルビタール	抗不安薬・睡眠薬	散剤
イノベロン	ルフィナミド	抗てんかん薬	錠剤
イフェクサー	ベンラファキシン	抗うつ薬	カプセル(徐放)
イミドール	イミプラミン	抗うつ薬	錠剤
インヴェガ	パリペリドン	第二世代抗精神病薬	錠剤(徐放)
インプロメン	ブロムペリドール	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤
ウインタミン	クロルプロマジン	第一世代抗精神病薬	散剤
エクセグラン	ゾニサミド	抗てんかん薬	錠剤, 散剤
エスケレ	抱水クロラール	抗不安薬・睡眠薬	坐剤, 注腸剤

商品名(五十音順)	一般名	薬効(世代)分類	剤形情報など
エスタゾラム	エスタゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤
エチゾラム	エチゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤, 散剤
エバミール	ロルメタゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤
エビリファイ	アリピプラゾール	第二世代抗精神病薬	錠剤, OD錠, 散剤, 液剤, 持続性注射剤 (LAI)
エピレオプチマル	エトスクシミド	抗てんかん薬	散剤
エミレース	ネモナプリド	第一世代抗精神病薬	錠剤
エリスパン	フルジアゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤
エリミン	ニメタゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤
オーラップ	ピモジド	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤
オスポロット	スルチアム	抗てんかん薬	錠剤
オランザピン	オランザピン	第二世代抗精神病薬	(後発品)錠剤, OD錠, 散剤
加香ヒマシ油	加香ヒマシ油	刺激性下剤	液剤(油)
ガバペン	ガバペンチン	抗てんかん薬	錠剤, 液剤
カルバマゼピン	カルバマゼピン	気分安定薬・抗てんかん薬	(後発品)錠剤, 散剤
クアゼパム	クアゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤
クエチアピン	クエチアピン	第二世代抗精神病薬	(後発品)錠剤, 散剤
グッドミン	ブロチゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤
グラマリール	チアプリド	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤
グラндаキシム	トフィソパム	抗不安薬・睡眠薬	錠剤, 散剤
グランパム	トフィソパム	抗不安薬・睡眠薬	(後発品)錠剤
クランポール	アセチルフェネトライド	抗てんかん薬	錠剤, 散剤
クレミン	モサプラミン	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤
クロザリル	クロザピン	第二世代抗精神病薬	錠剤
クロチアゼパム	クロチアゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤
クロフェクトン	クロカプラミン	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤
クロルジアゼポキシド	クロルジアゼポキシド	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤, 散剤
クロルプロマジン	クロルプロマジン	第一世代抗精神病薬	錠剤

商品名(五十音順)	一般名	薬効(世代)分類	剤形情報など
クロンモリン	マプロチリン	抗うつ薬	(後発品)錠剤
コレミナール	フルタゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤
コンスタン	アルプラゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤
コントロール	クロルジアゼポキシド	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤
コントミン	クロルプロマジン	第一世代抗精神病薬	錠剤, 注射剤
サイレース	フルニトラゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 注射剤
サインバルタ	デュロキセチン	抗うつ薬	カプセル
サブリル	ビガバトリン	抗てんかん薬	散剤
ザロンチン	エトスクシミド	抗てんかん薬	液剤
酸化マグネシウム	酸化マグネシウム	塩類下剤	(後発品)錠剤, 散剤
ジアゼパム	ジアゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤, 注射剤
ジェイゾロフト	セルトラリン	抗うつ薬	錠剤, OD錠
シクレスト	アセナピン	第二世代抗精神病薬	舌下錠
ジプレキサ	オランザピン	第二世代抗精神病薬	錠剤, ザイデイス, 散剤, 注射剤
ジメトックス	ロフラゼパム酸エチル	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤
重カマ	酸化マグネシウム	塩類下剤	散剤
重質酸化マグネシウム	酸化マグネシウム	塩類下剤	散剤
人工カルルス塩	硫酸ナトリウム	塩類下剤	(後発品)散剤
シンメトレル	アマンタジン	抗パーキンソン病薬	錠剤, 散剤
シンラック	ピコスルファートナトリウム	刺激性下剤	(後発品)錠剤, 液剤
新レシカルボン	炭酸水素ナトリウム・無水リン酸二水素ナトリウム	刺激性下剤	坐剤
スナイリン	ピコスルファートナトリウム	刺激性下剤	(後発品)散剤
スピロピタン	スピペロン	第一世代抗精神病薬	錠剤
スルトプリド	スルトプリド	第一世代抗精神病薬	(後発品)錠剤, 散剤
スルピリド	スルピリド	その他	(後発品)錠剤, カプセル, 散剤
スルモンチール	トリミプラミン	抗うつ薬	錠剤, 散剤
セチプチリン	セチプチリン	抗うつ薬	(後発品)錠剤

商品名(五十音順)	一般名	薬効(世代)分類	剤形情報など
セチロ	ダイオウ	刺激性下剤	錠剤
セディール	タンドスピロン	抗不安薬・睡眠薬	錠剤
セトウス	ゾテピン	第一世代抗精神病薬	(後発品)錠剤, 散剤
セドリーナ	トリヘキシフェニジル	抗コリン薬(抗パーキンソン病薬)	(後発品)錠剤
セニラン	ブロマゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤, 散剤, 坐剤 (1mg錠, 坐剤は非後発品)
セパゾン	クロキサゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤
ゼプリオン	パリペリドン	第二世代抗精神病薬	持効性注射剤 (LAI)
セルシン	ジアゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤, 液剤, 注射剤
セルトラリン	セルトラリン	抗うつ薬	(後発品)錠剤, OD錠
セレナール	オキサゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤
セレニカ	バルプロ酸ナトリウム	気分安定薬・抗てんかん薬	錠剤(徐放), 散剤(徐放)
セレネース	ハロペリドール	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤, 液剤, 注射剤
セロクエル	クエチアピン	第二世代抗精神病薬	錠剤, 散剤
センナ	センナ	刺激性下剤	散剤
センナリド	センノシド	刺激性下剤	(後発品)錠剤
センノサイド	センノシド	刺激性下剤	(後発品)錠剤, 散剤
センノシド	センノシド	刺激性下剤	(後発品)錠剤
ゾニサミド	ゾニサミド	抗てんかん薬	(後発品)錠剤, 散剤
ゾピクロン	ゾピクロン	抗不安薬・睡眠薬	(後発品)錠剤
ソメリン	ハロキサゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤
ソラナックス	アルプラゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤
ソルダナ	センノシド	刺激性下剤	(後発品)錠剤
ゾルピデム	ゾルピデム	抗不安薬・睡眠薬	(後発品)錠剤, OD錠, フィルム, 液剤
ソレントミン	ブロチゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤
ダイアアップ	ジアゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	坐剤
ダイアモックス	アセタゾラミド	抗てんかん薬	錠剤, 散剤, 注射剤
ダイオウ	ダイオウ	刺激性下剤	散剤

商品名(五十音順)	一般名	薬効(世代)分類	剤形情報など
タスモリン	ビペリデン	抗コリン薬(抗パーキンソン病薬)	(後発品)錠剤, 散剤, 注射剤
ダルメート	フルラゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	カプセル
炭酸マグネシウム	炭酸マグネシウム	塩類下剤	散剤
炭酸リチウム	炭酸リチウム	気分安定薬	(後発品)錠剤
タンドスピロン	タンドスピロン	抗不安薬・睡眠薬	(後発品)錠剤
ダントリウム	ダントロレン	悪性症候群治療薬	カプセル, 注射剤
チアプリド	チアプリド	第一世代抗精神病薬	(後発品)錠剤, 散剤
チアリアル	チアプリド	第一世代抗精神病薬	(後発品)散剤
チミペロン	チミペロン	第一世代抗精神病薬	(後発品)錠剤, 散剤
チャルドール	ピコスルファートナトリウム	刺激性下剤	錠剤, 液剤
ディアコミット	スチリベントール	抗てんかん薬	カプセル, 散剤
テグレート	カルバマゼピン	気分安定薬・抗てんかん薬	錠剤, 散剤
テシプール	セチプチリン	抗うつ薬	錠剤
デジレル	トラゾドン	抗うつ薬	錠剤
デゾラム	エチゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤
テトラミド	ミアンセリン	抗うつ薬	錠剤
デパケン	バルプロ酸ナトリウム	気分安定薬・抗てんかん薬	錠剤, 錠剤(徐放), 散剤, 液剤
デパス	エチゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤
デパロ	ブロモクリプチン	持続性ドパミン作動薬(抗パーキンソン病薬)	(後発品)錠剤
デプロメール	フルボキサミン	抗うつ薬	錠剤
テレミンソフト	ビスコジル	刺激性下剤	坐剤
ドグマチール	スルピリド	その他	錠剤, カプセル, 散剤, 注射剤
ドパリアル	ゾピクロン	抗不安薬・睡眠薬	(後発品)錠剤
トピナ	トピラマート	抗てんかん薬	錠剤, 散剤
トピラマート	トピラマート	抗てんかん薬	(後発品)錠剤
トフィソパム	トフィソパム	抗不安薬・睡眠薬	(後発品)錠剤, 散剤
トフラニール	イミプラミン	抗うつ薬	錠剤
ドラール	クアゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤
トラゾドン	トラゾドン	抗うつ薬	(後発品)錠剤
トランコロン	フェノバルビタール	抗てんかん薬	錠剤

商品名(五十音順)	一般名	薬効(世代)分類	剤形情報など
トリアゾラム	トリアゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤
トリクロロール	トリクロホスナトリウム	抗不安薬・睡眠薬	液剤
トリプタノール	アミトリプチリン	抗うつ薬	錠剤
トリヘキシフェニジル	トリヘキシフェニジル	抗コリン薬(抗パーキンソン病薬)	(後発品)錠剤, 散剤
トリヘキシシン	トリヘキシフェニジル	抗コリン薬(抗パーキンソン病薬)	(後発品)錠剤
トリラホン	ペルフェナジン	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤
トレドミン	ミルナシプラン	抗うつ薬	錠剤
トレリーフ	ゾニサミド	抗てんかん薬	錠剤, OD錠
トロペロン	チミペロン	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤, 注射剤
ニトラゼパム	ニトラゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤
ニューレプチル	プロペリシアジン	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤, 液剤
ネオペリドール	ハロペリドール	第一世代抗精神病薬	持続性注射剤 (LAI)
ネルボン	ニトラゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤
ノクスタール	ブロチゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤
ノバミン	プロクロルペラジン	第一世代抗精神病薬	錠剤, 注射剤
ノリトレン	ノルトリプチリン	抗うつ薬	錠剤
パーキネス	トリヘキシフェニジル	抗コリン薬(抗パーキンソン病薬)	錠剤
パーロデル	ブロモクリプチン	持続性ドパミン作動薬(抗パーキンソン病薬)	錠剤
バイダキシシン	トフィソパム	抗不安薬・睡眠薬	(後発品)錠剤
パキシル	パロキセチン	抗うつ薬	錠剤, 錠剤(徐放)
パキソナール	トリヘキシフェニジル	抗コリン薬(抗パーキンソン病薬)	(後発品)錠剤, 散剤
バチール	スルトプリド	第一世代抗精神病薬	(後発品)錠剤
パドパリン	ブロモクリプチン	持続性ドパミン作動薬(抗パーキンソン病薬)	(後発品)錠剤
パドラセン	クロカプラミン	第一世代抗精神病薬	(後発品)散剤
バランス	クロルジアゼポキシド	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤
バルコーゼ	カルメロースナトリウム	塩類下剤	散剤

商品名(五十音順)	一般名	薬効(世代)分類	剤形情報など
ハルシオン	トリアゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤
バルネチール	スルトプリド	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤
バルプロ酸Na	バルプロ酸ナトリウム	気分安定薬・抗てんかん薬	(後発品)錠剤, 散剤(徐放), 液剤
バルプロ酸ナトリウム	バルプロ酸ナトリウム	気分安定薬・抗てんかん薬	(後発品)錠剤, 錠剤(徐放), 散剤, 散剤(徐放), 液
ハルラック	トリアゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤
バレリン	バルプロ酸ナトリウム	気分安定薬・抗てんかん薬	(後発品)錠剤, 液剤
パロキセチン	パロキセチン	抗うつ薬	(後発品)錠剤, OD錠
ハロステン	ハロペリドール	第一世代抗精神病薬	(後発品)錠剤, 散剤
ハロペリドール	ハロペリドール	第一世代抗精神病薬	(後発品)錠剤, 散剤, 注射剤
ハロマンس	ハロペリドール	第一世代抗精神病薬	持効性注射剤 (LAI)
ピーゼットシー	ペルフェナジン	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤, 注射剤
ビーマス	ジオクチルソジウムスルホサクシネート	その他の下剤	(後発品)錠剤
ピコスルファートNa	ピコスルファートナトリウム	刺激性下剤	(後発品)錠剤, 液剤
ピコスルファートナトリウム	ピコスルファートナトリウム	刺激性下剤	(後発品)錠剤, カプセル, 散剤, 液剤
ピコスルファット	ピコスルファートナトリウム	刺激性下剤	(後発品)カプセル
ピコダルム	ピコスルファートナトリウム	刺激性下剤	(後発品)散剤
ピコプレップ	ピコスルファートナトリウム	刺激性下剤	経口腸管洗浄剤
ピコルーラ	ピコスルファートナトリウム	刺激性下剤	(後発品)カプセル
ビスコジル	ビスコジル	刺激性下剤	坐剤
ヒダントール配合錠	フェノバルビタール	抗てんかん薬	錠剤
ヒダントール配合錠	フェニトイン	抗てんかん薬	錠剤
ヒダントール	フェニトイン	抗てんかん薬	錠剤, 散剤
ビペリデン	ビペリデン	抗コリン薬(抗パーキンソン病薬)	(後発品)錠剤, 散剤
ヒベルナ	プロメタジン	抗ヒスタミン薬	錠剤, 散剤, 注射剤
ヒマシ油	ヒマシ油	刺激性下剤	液剤(油)
ビムパット	ラコサミド	抗てんかん薬	錠剤

商品名(五十音順)	一般名	薬効(世代)分類	剤形情報など
ピムロ	センナ	刺激性下剤	散剤
ピリカッブル	スルピリド	その他	(後発品)注射剤
ヒルナミン	レボメプロマジン	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤, 注射剤
ピレチア	プロメタジン	抗ヒスタミン薬	錠剤, 散剤
ファースルー	ピコスルファートナトリウム	刺激性下剤	(後発品)錠剤
フィコンパ	ペランパネル水和物	抗てんかん薬	錠剤
フェノバル	フェノバルビタール	抗てんかん薬	錠剤, 散剤, 液剤, 注射剤
フェノバルビタール	フェノバルビタール	抗てんかん薬	(後発品)散剤
複合アレピアチン	フェノバルビタール	抗てんかん薬	錠剤
複合アレピアチン	フェニトイン	抗てんかん薬	錠剤
プリミドン	プリミドン	抗てんかん薬	錠剤, 散剤
プルゼニド	センノシド	刺激性下剤	錠剤
フルデカシン	フルフェナジン	第一世代抗精神病薬	持続性注射剤 (LAI)
フルニトラゼパム	フルニトラゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤
フルボキサミン	フルボキサミン	抗うつ薬	(後発品)錠剤
フルメジン	フルフェナジン	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤
プロチアデン	ドスレピン	抗うつ薬	錠剤
ブロチゾラム	ブロチゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤, OD錠
ブロバリン	ブロモバレリル尿素	抗不安薬・睡眠薬	散剤
プロピタン	ピパンペロン	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤
ブロムペリドール	ブロムペリドール	第一世代抗精神病薬	(後発品)錠剤, 散剤
ブロモクリプチン	ブロモクリプチン	持続性ドーパミン作動薬(抗パーキンソン病薬)	(後発品)錠剤
ブロモバレリル尿素	ブロモバレリル尿素	抗不安薬・睡眠薬	(後発品)散剤
ベルソムラ	スボレキサント	抗不安薬・睡眠薬	錠剤
ペロスピロン	ペロスピロン	第二世代抗精神病薬	(後発品)錠剤
ベンコール	ジオクチルソジウムスルホサクシネート	その他の下剤	(後発品)錠剤
ベンザリン	ニトラゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤
ホーリット	オキシペルチン	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤
ホストイン	ホスフェニトインナトリウム水和物	抗てんかん薬	注射剤
ホリゾン	ジアゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤, 注射剤
マイスタン	クロバザム	抗てんかん薬	錠剤, 散剤
マイスリー	ゾルピデム	抗不安薬・睡眠薬	錠剤

商品名(五十音順)	一般名	薬効(世代)分類	剤形情報など
マグミット	酸化マグネシウム	塩類下剤	(後発品)錠剤, 散剤
マグラックス	酸化マグネシウム	塩類下剤	(後発品)錠剤, 散剤
マプロチリン	マプロチリン	抗うつ薬	(後発品)錠剤
マプロミール	マプロチリン	抗うつ薬	(後発品)錠剤
ミノアレ	トリメタジオン	抗てんかん薬	散剤
ミラドール	スルピリド	その他	錠剤, カプセル, 散剤
ミルナシプラン	ミルナシプラン	抗うつ薬	(後発品)錠剤
ミルマグ	酸化マグネシウム	塩類下剤	錠剤, 液剤
メイラックス	ロフラゼパム酸エチル	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤
メダゼパム	メダゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤
メレックス	メキサゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤
メンドン	クロラゼパム酸二カリウム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	カプセル
ユーロジン	エスタゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤
ヨーデル	センナ	刺激性下剤	(後発品)錠剤
ヨーピス	ピコスルファートナトリウム	刺激性下剤	(後発品)錠剤, 散剤, 液剤
ラキソデート	ピコスルファートナトリウム	刺激性下剤	(後発品)液剤
ラキソベロン	ピコスルファートナトリウム	刺激性下剤	錠剤, 液剤
ラボナ	ペントバルビタール	抗不安薬・睡眠薬	錠剤
ラミクタール	ラモトリギン	気分安定薬・抗てんかん薬	錠剤
ランドセン	クロナゼパム	抗てんかん薬	錠剤, 散剤
リーゼ	クロチアゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤
リーマス	炭酸リチウム	気分安定薬	錠剤
リスパダール	リスペリドン	第二世代抗精神病薬	錠剤, OD錠, 散剤, 液剤, 持続性注射剤(LAI)
リスペリドン	リスペリドン	第二世代抗精神病薬	(後発品)錠剤, OD錠, 液剤
リスミー	リルマザホン	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤
リフレックス	ミルタザピン	抗うつ薬	錠剤
リボトリール	クロナゼパム	抗てんかん薬	錠剤, 散剤

商品名(五十音順)	一般名	薬効(世代)分類	剤形情報など
硫酸マグネシウム	硫酸マグネシウム	塩類下剤	(後発品)散剤
リルマザホン	リルマザホン	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤
リントン	ハロペリドール	第一世代抗精神病薬	(後発品)錠剤, 散剤, 注射剤
ルーラン	ペロスピロン	第二世代抗精神病薬	錠剤
ルジオミール	マプロチリン	抗うつ薬	錠剤
ルネスタ	エスゾピクロン	抗不安薬・睡眠薬	錠剤
ルピアール	フェノバルビタール	抗てんかん薬	坐剤
ルボックス	フルボキサミン	抗うつ薬	錠剤
レキソタン	ブロマゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 散剤
レキサプロ	エスシタロプラム	抗うつ薬	錠剤
レグナイト	ガバペンチン エナカルビル	抗てんかん薬	錠剤
レスタス	フルトプラゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤
レスミット	メダゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤
レスリン	トラゾドン	抗うつ薬	錠剤
レボトミン	レボメプロマジン	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤, 注射剤
レボメプロマジン	レボメプロマジン	第一世代抗精神病薬	(後発品)錠剤, 散剤
レメロン	ミルタザピン	抗うつ薬	錠剤
レンドルミン	ブロチゾラム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, OD錠
ロシゾピロン	ゾテピン	第一世代抗精神病薬	(後発品)錠剤, 散剤
ロゼレム	ラメルテオン	抗不安薬・睡眠薬	錠剤
ロドピン	ゾテピン	第一世代抗精神病薬	錠剤, 散剤
ロナセン	ブロナンセリン	第二世代抗精神病薬	錠剤, 散剤
ロヒプノール	フルニトラゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤, 注射剤
ロフラゼパム酸エチル	ロフラゼパム酸エチル	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤
ロラゼパム	ロラゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	(後発品)錠剤
ロラメット	ロルメタゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤
ワイパックス	ロラゼパム	抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	錠剤
ワコビタール	フェノバルビタール	抗てんかん薬	坐剤

薬剤リスト：薬効（世代）分類・一般名順

薬効(世代)分類	一般名(五十音順)	商品名
第 一 世 代 抗 精 神 病 薬	オキシペルチン	ホーリット: 錠剤, 散剤
	クロカプラミン	クロフェクトン: 錠剤, 散剤; パドラセン(後発品): 散剤
	クロルプロマジン	ウインタミン: 散剤; コントミン: 錠剤, 注射剤; クロルプロマジン: 錠剤
	スピペロン	スピロピタン: 錠剤
	スルトプリド	バルネチール: 錠剤, 散剤; スルトプリド(後発品): 錠剤, 散剤; バチール(後発品): 錠剤
	ゾテピン	ロドピン: 錠剤, 散剤; ロシゾピロン(後発品): 錠剤, 散剤; セトウス(後発品): 錠剤, 散剤
	チアプリド	グラマリアル: 錠剤, 散剤; チアプリド(後発品): 錠剤, 散剤; チアリアル(後発品): 散剤
	チミペロン	トロペロン: 錠剤, 散剤, 注射剤; チミペロン(後発品): 錠剤, 散剤
	ネモナプリド	エミレース: 錠剤
	ハロペリドール	セレネース: 錠剤, 散剤, 液剤, 注射剤; ネオペリドール: 持効性注射剤(LAI); ハロマンズ: 持効性注射剤(LAI); ハロステン(後発品): 錠剤, 散剤; ハロペリドール(後発品): 錠剤, 散剤, 注射剤; リントン(後発品): 錠剤, 散剤, 注射剤
	ピパンペロン	プロピタン: 錠剤, 散剤
	ピモジド	オーラップ: 錠剤, 散剤
	フルフェナジン	フルメジン: 錠剤, 散剤; フルデカシン: 持効性注射剤(LAI)
	プロクロルペラジン	ノバミン: 錠剤, 注射剤
	プロベリシアジン	ニューレプチル: 錠剤, 散剤, 液剤
	ブロムペリドール	インプロメン: 錠剤, 散剤; ブロムペリドール(後発品): 錠剤, 散剤
	ペルフェナジン	トリラホン: 錠剤, 散剤; ピーゼットシー: 錠剤, 散剤, 注射剤
	モサプラミン	クレミン: 錠剤, 散剤
	レセルピン	アポプロン: 錠剤, 散剤, 注射剤
	レボメプロマジン	ヒルナミン: 錠剤, 散剤, 注射剤; レボトミン: 錠剤, 散剤, 注射剤; レボメプロマジン(後発品): 錠剤, 散剤
	神 代 第 二 世 代 抗 精 神 病 薬	アセナピン
アリピプラゾール		エビリファイ: 錠剤, OD錠, 散剤, 液剤, 持効性注射剤(LAI); アリピプラゾール(後発品): 錠剤, OD錠, 散剤, 液剤

薬効(世代)分類	一般名(五十音順)	商品名
第 二 世 代 抗 精 神 病 薬	オランザピン	ジプレキサ: 錠剤, ザイデイス, 散剤, 注射剤; オランザピン(後発品): 錠剤, OD錠, 散剤
	クエチアピン	セロクエル: 錠剤, 散剤; クエチアピン(後発品): 錠剤, 散剤
	クロザピン	クロザリル: 錠剤
	パリペリドン	インヴェガ: 錠剤(徐放); ゼプリオン: 持効性注射剤(LAI)
	ブロナンセリン	ロナセン: 錠剤, 散剤
	ペロスピロン	ルーラン: 錠剤; ペロスピロン(後発品): 錠剤
	リスペリドン	リスパダール: 錠剤, OD錠, 散剤, 液剤, 持効性注射剤(LAI); リスペリドン(後発品): 錠剤, OD錠, 液剤
気分安定薬	炭酸リチウム	リーマス: 錠剤; 炭酸リチウム(後発品): 錠剤
抗 気 分 安 定 薬 ・	カルバマゼピン	テグレトール: 錠剤, 散剤; カルバマゼピン(後発品): 錠剤, 散剤
	バルプロ酸ナトリウム	セレニカ: 錠剤(徐放), 散剤(徐放); デパケン: 錠剤, 錠剤(徐放), 散剤, 液剤; バルプロ酸Na(後発品): 錠剤, 散剤(徐放), 液剤; バルプロ酸ナトリウム(後発品): 錠剤, 錠剤(徐放), 散剤, 散剤(徐放), 液剤; バレリン(後発品): 錠剤, 液剤
	ラモトリギン	ラミクタール: 錠剤
	アセタゾラミド	ダイアモックス: 錠剤, 散剤, 注射剤
抗 て ん か ん 薬	アセチルフェネトライド	クランポール: 錠剤, 散剤
	エトスクシミド	ザロンチン: 液剤; エピレオプチマル: 散剤
	エトトイン	アクセノン: 散剤
	ガバペンチン	ガバペン: 錠剤, 液剤; レグナイト: 錠剤
	クロナゼパム	ランドセン: 錠剤, 散剤; リボトリール: 錠剤, 散剤
	クロバザム	マイスタン: 錠剤, 散剤
	スチリペントール	ディアコミット: カプセル, 散剤
	スルチアム	オスポロット: 錠剤
	ゾニサミド	エクセグラン: 錠剤, 散剤; トレリーフ: 錠剤, OD錠; ゾニサミド(後発品): 錠剤, 散剤
	トピラマート	トピナ: 錠剤, 散剤; トピラマート(後発品): 錠剤
	トリメタジオン	ミノアレ: 散剤
か 抗 ん て 薬 ん	ビガバトリン	サブリル: 散剤
	フェニトイン	アレビアチン: 錠剤, 散剤, 注射剤; ヒダントール配合錠: 錠剤; ヒダントール: 錠剤, 散剤; 複合アレビアチン: 錠剤

薬効(世代)分類	一般名(五十音順)	商品名
抗 て ん か ん 薬	フェノバルビタール	フェノバル: 錠剤, 散剤, 液剤, 注射剤; アストモリジン: 錠剤; トランコロン: 錠剤; ヒダントール配合錠: 錠剤; 複合アレビアチン: 錠剤; ルピアール: 坐剤; ワコビタール: 坐剤; フェノバルビタール(後発品): 散剤
	プリミドン	プリミドン: 錠剤, 散剤
	ペランパネル水和物	フィコンパ: 錠剤
	ホスフェニトインナトリウム水和物	ホストイン: 注射剤
	ラコサミド	ビムパット: 錠剤
	ルフィナミド	イノベロン: 錠剤
	レベチラセタム	イーケプラ: 錠剤, 散剤, 注射剤
	アミトリプチリン	アミトリプチリン: 錠剤; トリプタノール: 錠剤
	アモキサピン	アモキサン: カプセル, 散剤
	イミプラミン	イミドール: 錠剤; トフラニール: 錠剤
	エシタロプラム	レクサプロ: 錠剤
	クロミプラミン	アナフラニール: 錠剤, 注射剤
	セチプチリン	テシプール: 錠剤; セチプチリン(後発品): 錠剤
抗 う つ 薬	セルトラリン	ジェイゾロフト: 錠剤, OD錠; セルトラリン(後発品): 錠剤, OD錠
	デュロキセチン	サインバルタ: カプセル
	ドスレピン	プロチアデン: 錠剤
	トラゾドン	デジレル: 錠剤; レスリン: 錠剤; トラゾドン(後発品): 錠剤
	トリミプラミン	スルモンチール: 錠剤, 散剤
	ノルトリプチリン	ノリトレン: 錠剤
	パロキセチン	パキシル: 錠剤, 錠剤(徐放); パロキセチン(後発品): 錠剤, OD錠
	フルボキサミン	デプロメール: 錠剤; ルボックス: 錠剤; フルボキサミン(後発品): 錠剤
	ベンラファキシン	イフェクサー: カプセル(徐放)
	マプロチリン	ルジオミール: 錠剤; クロンモリン(後発品): 錠剤; マプロチリン(後発品): 錠剤; マプロミール(後発品): 錠剤
	ミアンセリン	テトラミド: 錠剤
	ミルタザピン	リフレックス: 錠剤; レメロン: 錠剤
	抗うつ薬	ミルナシプラン
	ロフェプラミン	アンプリット: 錠剤

薬効(世代)分類	一般名(五十音順)	商品名	
その他	スルピリド	アビリット: 錠剤, カプセル, 散剤; ドグマチール: 錠剤, カプセル, 散剤, 注射剤; ミラドール: 錠剤, カプセル, 散剤; スルピリド(後発品): 錠剤, カプセル, 散剤; ピリカップル(後発品): 注射剤	
	アルプラゾラム	コンスタン: 錠剤; ソラナックス: 錠剤; アルプラゾラム(後発品): 錠剤	
抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)	エスタゾラム	ユーロジン: 錠剤, 散剤; エスタゾラム(後発品): 錠剤	
	エチゾラム	デパス: 錠剤, 散剤; エチゾラム(後発品): 錠剤, 散剤; デゾラム(後発品): 錠剤	
	オキサゾラム	セレナール: 錠剤, 散剤	
	クアゼパム	ドラール: 錠剤; クアゼパム(後発品): 錠剤	
	クロキサゾラム	セバゾン: 錠剤, 散剤	
	クロチアゼパム	リーゼ: 錠剤, 散剤; クロチアゼパム(後発品): 錠剤	
	クロラゼブ酸二カリウム	メンドン: カプセル	
	クロルジアゼポキシド	コントロール: 錠剤, 散剤; バランス: 錠剤, 散剤; クロルジアゼポキシド(後発品): 錠剤, 散剤	
	ジアゼパム	セルシン: 錠剤, 散剤, 液剤, 注射剤; ダイアップ: 坐剤; ホリゾン: 錠剤, 散剤, 注射剤; ジアゼパム(後発品): 錠剤, 注射剤	
	トリアゾラム	ハルシオン: 錠剤; トリアゾラム(後発品): 錠剤; ハルラック(後発品): 錠剤	
	ニトラゼパム	ネルボン: 錠剤, 散剤; ベンザリン: 錠剤, 散剤; ニトラゼパム(後発品): 錠剤	
	ニメタゼパム	エリミン: 錠剤	
	ハロキサゾラム	ソメリン: 錠剤, 散剤	
	フルジアゼパム	エリスパン: 錠剤, 散剤	
	フルタゾラム	コレミナール: 錠剤, 散剤	
	フルトプラゼパム	レスタス: 錠剤	
	フルニトラゼパム	サイレース: 錠剤, 注射剤; ロヒプノール: 錠剤, 注射剤; フルニトラゼパム(後発品): 錠剤	
	フルラゼパム	ダルメート: カプセル	
	ジアゼピン系	ブロチゾラム	レンドルミン: 錠剤, OD錠; グッドミン(後発品): 錠剤; ソレントミン(後発品): 錠剤; ノクスター(後発品): 錠剤; ブロチゾラム(後発品): 錠剤, OD錠
		ブロマゼパム	レキソタン: 錠剤, 散剤; セニラン(後発品): 錠剤, 散剤, 坐剤(1mg錠, 坐剤は非後発品)
メキサゾラム		メレックス: 錠剤, 散剤	

薬効(世代)分類	一般名(五十音順)	商品名	
ン 睡 抗 ピ ゾ 眠 不 ン ジ 薬 安 系 ア (薬) ゼ ベ .	メダゼパム	メダゼパム: 錠剤; レスミット: 錠剤	
	リルマザホン	リスミー: 錠剤; リルマザホン(後発品): 錠剤	
	ロフラゼパム酸エチル	メイラックス: 錠剤, 散剤; ジメトックス(後発品): 錠剤; ロフラゼパム酸エチル(後発品): 錠剤	
	ロラゼパム	ワイパックス: 錠剤; ロラゼパム(後発品): 錠剤	
	ロルメタゼパム	エバミール: 錠剤; ロラメット: 錠剤	
	アモバルビタール	イソミタール: 散剤	
	エスゾピクロン	ルネスタ: 錠剤	
	スポレキサント	ベルソムラ: 錠剤	
	セコバルビタール	アイオナール・ナトリウム: 注射剤	
	ゾピクロン	アモバン: 錠剤; アモバンテス(後発品): 錠剤; ゴピクロン(後発品): 錠剤; ドパリール(後発品)錠剤	
抗 不 安 薬 ・ 睡 眠 薬	ゾルピデム	マイスリー: 錠剤; ゴルピデム(後発品): 錠剤, OD錠, フィルム, 液剤	
	タンドスピロン	セディール: 錠剤; タンドスピロン(後発品): 錠剤 グラндаキシン: 錠剤, 散剤; グランパム(後発品):	
	トフィソパム	錠剤; トフィソパム(後発品): 錠剤, 散剤; バイダキシン(後発品): 錠剤	
	トリクロホスナトリウ	トリクロリール: 液剤	
	ブロモバレリル尿素	ブロバリン: 散剤; ブロモバレリル尿素(後発品): 散剤	
	ペントバルビタール	ラボナ: 錠剤	
	抱水クロラール	エスクレ: 坐剤, 注腸剤	
	ラメルテオン	ロゼレム: 錠剤	
	抗コリン薬(抗パーキンソン病薬)	トリヘキシフェニジル	アーテン: 錠剤, 散剤; セドリーナ(後発品): 錠剤; トリヘキシフェニジル(後発品): 錠剤, 散剤; トリヘキシン(後発品): 錠剤; パーキネス: 錠剤; パキンナール(後発品): 錠剤, 散剤
		ビペリデン	アキネトン: 錠剤, 散剤, 注射剤; タスモリン(後発品): 錠剤, 散剤, 注射剤; ビペリデン(後発品): 錠剤, 散剤
抗パーキンソン病薬	アマンタジン	シンメトレル: 錠剤, 散剤; アマンタジン: (後発品)錠剤, 散剤; アテネジン(後発品): 錠剤, 散剤	
抗ヒスタミン薬	プロメタジン	ヒベルナ: 錠剤, 散剤, 注射剤; ピレチア: 錠剤, 散剤	
持続性ドパミン作動薬(抗パーキンソン病薬)	ブロモクリプチン	パーロデル: 錠剤; アップノール(後発品): 錠剤; デパロ(後発品): 錠剤; パドパリン(後発品): 錠剤; ブロモクリプチン(後発品): 錠剤	
悪性症候群治療薬	ダントロレン	ダントリウム: カプセル, 注射剤	
塩類下剤	カルメロースナトリウム	バルコーゼ: 散剤	

薬効(世代)分類	一般名(五十音順)	商品名
塩類 下 剤	酸化マグネシウム	重質酸化マグネシウム: 散剤; 酸化マグネシウム(後発品): 錠剤, 散剤; マグミット(後発品): 錠剤, 散剤; マグラックス(後発品): 錠剤, 散剤; ミルマグ: 錠剤, 液剤; 重カマ: 散剤
	炭酸マグネシウム	炭酸マグネシウム: 散剤
	硫酸ナトリウム	人工カルルス塩(後発品): 散剤
	硫酸マグネシウム	硫酸マグネシウム(後発品): 散剤
刺 激 性 下 剤	アロエ	アロエ: 散剤
	加香ヒマシ油	加香ヒマシ油: 液剤(油)
	センナ	アジャストA: 錠剤; アローゼン: 散剤; センナ: 散剤; ピムロ(後発品): 散剤; ヨーデル(後発品): 錠
	センノシド	プルゼニド: 錠剤; センノサイド(後発品): 錠剤, 散剤; センノシド(後発品): 錠剤; センナリド(後発品): 錠剤; ソルダナ(後発品): 錠剤
	ダイオウ	セチロ: 錠剤; ダイオウ: 散剤
	炭酸水素ナトリウム・ 無水リン酸二水素ナト リウム	新レシカルボン: 坐剤
	ピコスルファートナト リウム	シンラック(後発品): 錠剤, 液剤; スナイリン(後発品): 散剤; チャルドール(後発品): 錠剤, 液剤
	ピコスルファートナト リウム	ラキシベロン: 錠剤, 液剤; ピコスルファートNa(後発品): 錠剤, 液剤; ピコスルファートナトリウム(後発品): 錠剤, カプセル, 散剤, 液剤; ピコスルファッ
	ピコスルファートナト リウム	ト(後発品): カプセル; ピコダルム(後発品): 散剤; ピコプレップ: 経口腸管洗浄剤; ピコルーラ(後発品): カプセル; ファースルー(後発品): 錠剤; ヨーピス(後発品): 錠剤, 散剤, 液剤; ラキシデート(後発品): 液剤
	ビスコジル	テレミンソフト: 坐剤; ビスコジル: 坐剤
	刺激性下剤	ヒマシ油
その他の下剤	ジオクチルソジウムス ルホサクシネート	ビーマス(後発品): 錠剤; ベンコール(後発品): 錠剤
	ルビプロストン	アミティーザ: カプセル