OXFORD HEALTH POLICY FORUM

TIME TO COMMIT TO POLICY CHANGE

統合失調症－今こそ政策の変革に注力を

統合失調症に関する洞察を明らかにし、画期的な変革を先導：世界的な行動の呼びかけ

統合失調症について理解する

以下を特徴とする精神障害[1]：

- 異常な思考
- 知覚の障害
- 乏しいまたは過度の情動表出
- 会話の減少
- 精神運動異常

全世界で約 2400 万人が罹患している[1]

遺伝的要因、非遺伝的要因および生物学的要因の、複雑な相互作用が原因である[1]

大概は成人期初期に発症し、一生を通じて負担をもたらす[1]

患者と介護者の生活の質に影響を及ぼす[1]

-20

余命が最大で 20 年短縮する[2]

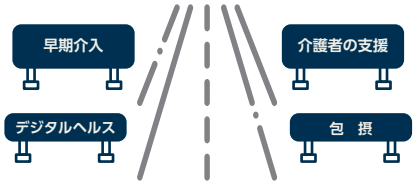
統合失調症はあらゆる精神疾患の中で、社会経済的な影響が最も大きい[3]

政策と人権

地域に根差したケア、尊厳、自律、非強制的治療を提唱することが重要である[4]

さらにできること

早期発見、介護者に対する支援の強化、デジタルヘルスの活用、社会的および職業的包摂の育成が、より明るい未来への鍵となる[4]

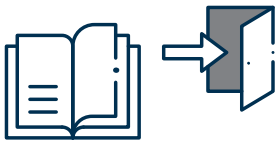


ケアの進歩

薬物療法や診断法の飛躍的進歩から、地域密接型ケアやデジタルヘルスのイノベーションに至るまで、統合失調症の治療は改善しつつある[4]

できることから始めよう！

どんなに小さな変化やイニシアチブでも、状況を改善する可能性がある



参考文献

1. World Health Organization. Schizophrenia. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia (Accessed March 2024).
2. Laursen TM *et al.*, Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:425-48. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657. Epub 2013 Dec 2.PMID: 24313570.
3. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories,1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* 2022;9(2):137-150. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00395-3. PMID: 35026139; PMCID: PMC8776563.
4. Galderisi S, *et al.,* Schizophrenia - Time to Commit to Policy Change. Available at: https://www.oxfordhealthpolicyforum.org/wp-content/uploads/2024/01/Schizophrenia-Time-to-Commit-To-Policy-Change-Updated-Report-2024.pdf (Accessed March 2024)

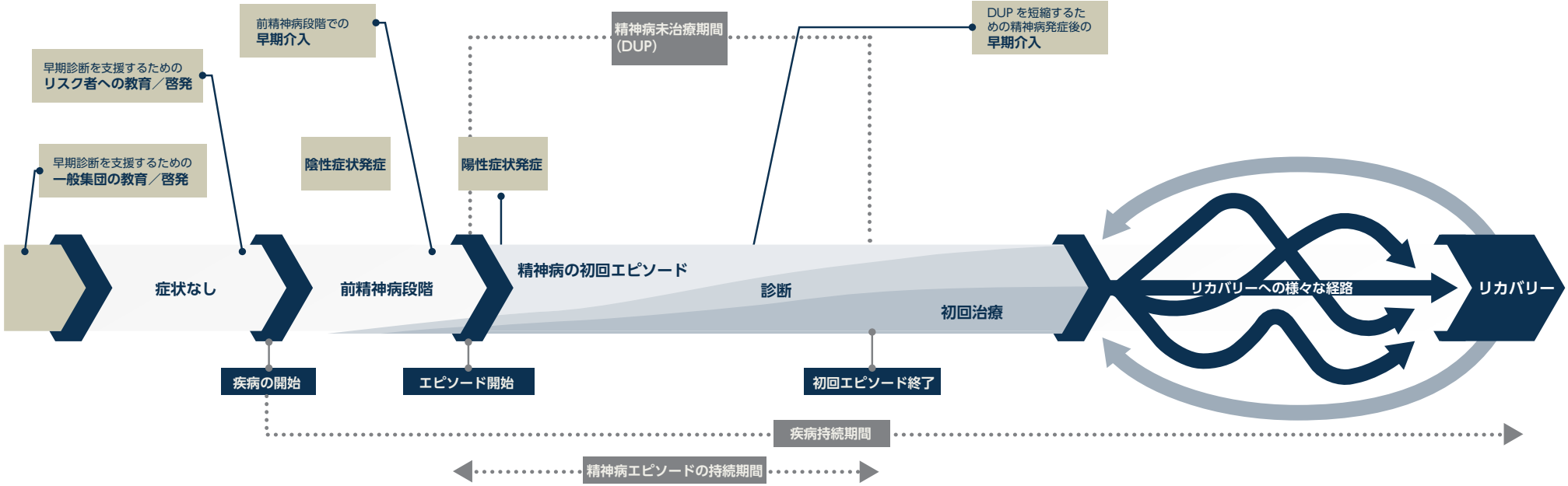
統合失調症のケアと政策の両方をいかにして変革できるかを探るため、是非とも提言書の全文を、右の QR コードからご覧いただきたい。

OXFORD HEALTH POLICY FORUM

統合失調症患者の旅路[4]

統合失調症の人々の経験は一人ひとり異なる

TIME TO COMMIT TO POLICY CHANGE



統合失調症患者の経験は一人ひとり異なるが、各段階で一部の人々が経験しうる事柄のいくつかの例を以下に挙げる。

前精神病段階

患者

まとまりのない思考や会話が認められる、孤立する、常軌を逸した行動をしはじめる場合がある。

介護者

介護者は、症状が悪化して精神病の初回エピソードが発現するまでは、これが「正常な行動」だと思っていることが多い。

ニーズと対応

学校で精神保健に対する理解を深める、精神疾患および、特に統合失調症のスティグマに対処する。

親、教師およびスクールカウンセラーに対し、小児の精神疾患の徴候および症状について教育する。

精神病の初回エピソード

患者

陽性症状が突発することが多く、そのために入院を余儀なくされる。陰性症状も悪化する。双極症／うつ病と誤診されることがよくある。

介護者

受診が必要であることに、介護者が最初に気づき始める。

ニーズと対応

精神病の前駆症状を早期に特定することで、精神科へのより速やかな紹介および早期介入につながる。

入院時に、より正確な診断を下す。精神病の初回エピソードが他の精神疾患と誤解されることは比較的少ない。

最初に適切な治療を行う。

診断

患者

診断に関する患者の経験は患者自身の受容度次第であり、医師との関係性や、精神病初回エピソード後の診断が早期か遅延するかに影響される。

介護者

この時点で介護者はより積極的になり、予約した診療時に付き添う場合もある。

ニーズと対応

患者は診断および長期的な治療の見通しを受け入れるのに苦闘する場合がある（特に、「施設に収容された」と感じている場合）。

後日まで患者に診断が知らされないこともあり、その場合はエピソードに戸惑い、孤立する。

長期的な患者の支援にあたり、介護者へのより良い援助のため、医療従事者は介護者に対し何が期待されるかを指導する必要がある。

初期治療

患者

初期治療の成否は、治療と自らの状態に対する患者の姿勢に大きく影響される。

介護者

介護者は解決の望みを抱くようになり、「治癒」を期待することもある。病状について気付き始める。

ニーズと対応

患者と当該の介護者：

- 患者と当該の介護者に、治療の選択肢に関する現実的で正確な情報、選択した治療の根拠、限界、また心理社会的要因が治療転帰にどのような影響をおよぼすかを説明すべきである。
- 患者と介護者は、回復の選択肢、回復に関する個人的目標を明らかにし、ケアプランの策定過程に参加すべきである。

すべての患者に対し：

- 治療の中断を防ぐため、起こりうる身体的および心理的な副作用について、すべての患者に警告すべきである。
- すべての患者が心理的ケアおよび地域ケアを受ける権利があり、すべての患者にそのようなケアを提供すべきである。

介護者に対して、支援およびトレーニングが提供されるべきである。

再発－回復のサイクル

患者

維持療法に慣れ始めるが、病識の欠如、コンプライアンス不良または薬物誤用などの要因が再発を招くことがあり、精神科主治医による服薬の確認や、場合により入院も促される。

介護者

再発は介護者にとって負担が大きく、患者との関係性を損なう場合もある。

ニーズと対応

病識のレベルにもよるが、患者は維持療法に対するアドヒアランスの重要性を理解しない場合がある。

患者および介護者に対するアドヒアランスの管理戦略、トリガー、並びに再発にあたっての介護者の精神的支援を行う。

患者および介護者は、再発が差し迫っている徴候に気付かない場合がある。

医療従事者も、患者の再発を予防するのに十分な頻度で接触していなかった場合には、そうした徴候に気付かない場合がある。

ニューノーマル

患者

自らの状態に慣れはじめ、対処法を学ぶ場合がある。病識が低い患者では、再発のたびに機能状態および生活の質が悪化する。

介護者

介護者は継続的な支援のルーチンに慣れ始めることがあるが、これ以上の援助ができない場合もある。

ニーズと対応

生活を安定して制御された状態に至るよう、患者および介護者を支援する（患者にとって良い結果をもたらす仕事を見つけることを手伝う等）。

医療従事者は、患者の日常生活や薬物療法との関係に注力し、関心を抱き続け、加えて再発および疾患について医療従事者のさらなる教育を行う。

長期的なコンプライアンス維持の支援および再発管理の選択肢の提供。

地域社会支援－他の統合失調症患者と話す。

翻訳という作業にあたっての限界があるため、この翻訳版には正確でない点もありうることを留意いただきたい。Oxford Health Policy Forum のウェブサイトに掲載されている英語版が原本である。翻訳の過程において生じた不整合な点や相違点は拘束力を持つものではなく、遵守または実施にあたって法的効力を持つものではない。提言書のオリジナル英語版は https://www.oxfordhealthpolicyforum.org/our-work/schizophrenia/ から入手可能である。
この日本語翻訳版作成にあたっては、ベーリンガーインゲルハイム社の独立した助成を受けたが、同社がその教育的内容の管理に携わっていない。