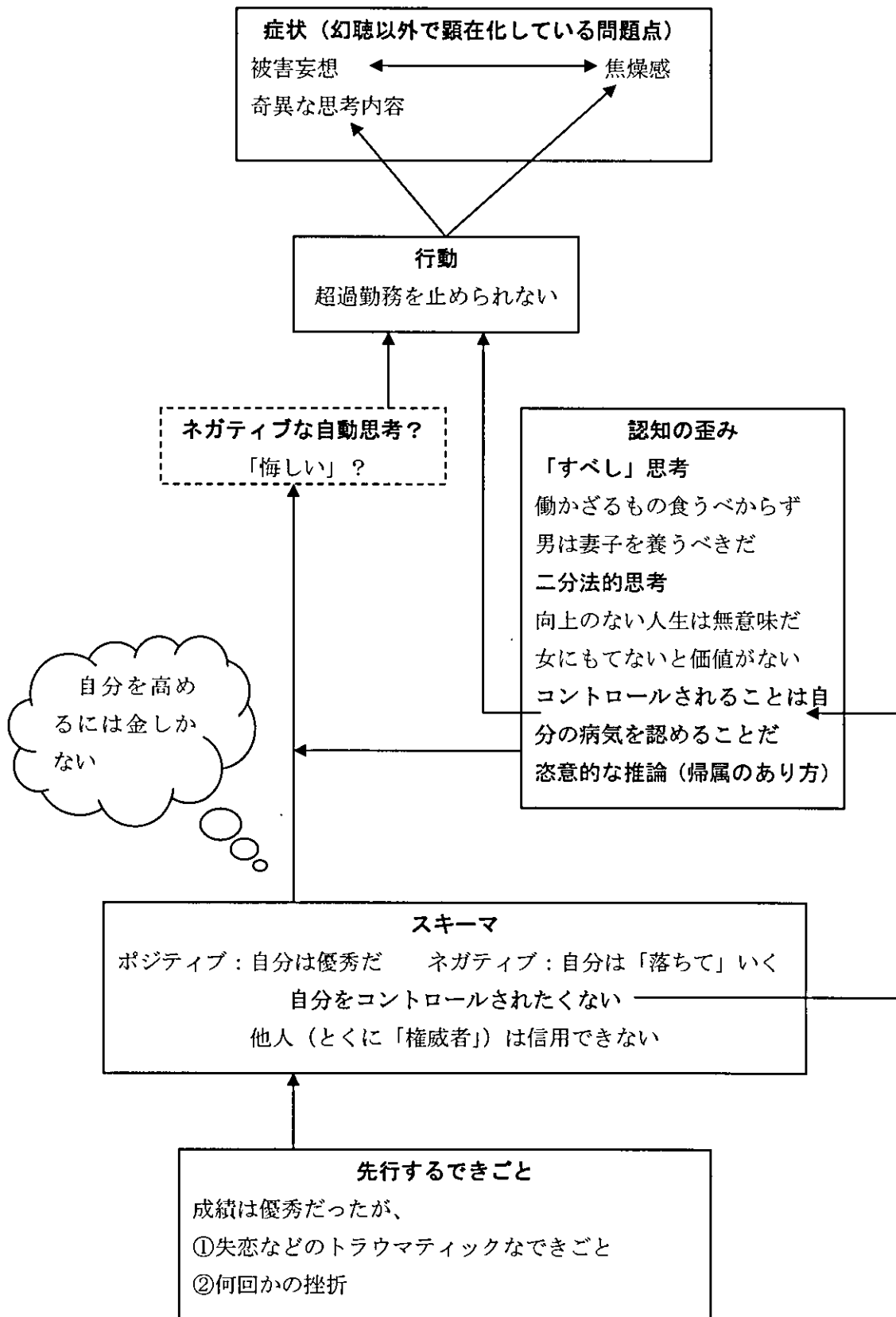


●経過①におけるケース・フォーミュレーション



●Bさんの妄想に対する認知行動療法

以下、ガレティの「段階と課題」に従ってまとめた。

1. ラポールの形成とアセスメント

経過①からもラポールは形成されたと思われる。心理テストとして実施されたのがWAIS-Rとロールシャッハテストのみであったこと（本人が拒否的であったことも一因なのだが）は反省点として挙げられる。

2. ストレス対処法と症状対処法

- ・Bさんと一緒に考えたストレス対処法としては、ダイビング、楽器、ドライブなど趣味を生かすことと快眠を保つことであった。
 - 快眠を保つためには薬が必要であるという認識は形成できた。しかし、超過勤務のせいで、どうしてもリズムが乱れてしまった。
 - 趣味は実行に移すが「金がかかる」ということで持続しなかった。
- ・幻聴の対処法とその反省は先述。理屈では理解しても、表面的なところに留まってしまいう傾向があった。

3. 症状のフォーミュレーション

先述。

4. 妄想への介入

Aさんと同じく、フォーミュレーション・シートを作成しながらの面接を行った。

5. 抑うつ・不安と否定的自己評価の改善

否定的自己評価の原因帰属を自分に向けようとせず、他者や過去のできごとへの帰属に短絡してしまう傾向が強かった。また、現実には、Bさんの仕事振りは決して悪くなく、努力の跡が顕著であったのだが、「過去の自分」と必ず比較してしまい、「現在の自分」の良い点が見失われてしまっていた。このとき、「悔しい」を中心とするネガティブな感情が常に伴い、理性的な判断が難しい状況に陥った。

否定的自己評価に関して、筆者は可能な限り支持的態度で接し、現実場面からの「反証」（たとえば、顧客からの賛辞など）を導くよう面接場面で心がけ、Bさんも肯定的内容を報告してくれたこともあったのだが、定着しなかった。

6. 再発の危険と社会的障害に関するマネジメント

再発の危険と不利益については、幻聴の対処法と同様に理屈では十分理解していたと思われるが、リスクを冷静に判断することなく目先の金銭的問題に引きずられてしまっていた。借金もあり、Bさんが努力しても家計が苦しいのは確かであったので、筆者としても対応に苦慮した。

【経過②】

入院後は速やかに症状が軽減した。入院集団療法に参加させたところ、ストレス脆弱性モデルを中心とする症状発生のメカニズムは理解でき、認知の歪みについても実体験に基づいて理解できた。約1ヶ月で退院したが、外泊を繰り返したため実質は3週間弱の入院であり、集団療法への参加も2回だけであった。退院後は、認知行動療法を中心とする通常の外来診察以外にも、筆者が運営する外来集団療法や心理士が運営する集団療法に時折参加したり、抗精神病薬について薬剤師に質問しに來たりしていた。そうこうするうちに（筆者は止めたのだが）元の労働形態に戻ってしまい、病院職員への態度も元に戻ってしまった。外来看護師・PSW・薬剤師・事務職員とミーティングを行い、認知行動療法的対応について説明し、筆者が不在のときも可能な限り同様に対応するよう要請した。当時の記録を読むとコメディカルの対応は十分なものであったと思われる。「もうこの病院には来ない」と言い出したため筆者は受診を継続するように説得したが頑として聞き入れず、来院しなくなってしまった。

<問題点>

- ・自動思考がネガティブな感情となかなか分離できない。
- ・症状や現状を自分の問題として認められない。つまり、「自己愛」的な部分に触れられるのを避けてしまう傾向が強かった。
- ・認知的問題については理解できても、「金がすべてだ」という考え方に短絡してしまう。
- ・面接場面では一応納得しても、Bさんの「腑に落ちて」いなかったと思われる。たとえば、「幻聴はなぜ俺のことを悪く言うてるんだろう？」というBさんの疑問に対して、「あなた自身が慢心するのを防ぎたい気持ちがあるのでは？」と筆者が答えると「ああ、そうか！そうかもしれないね。」と面接では言うのだが、次の面接では同じ不満を繰り返してしまう。Aさんのスキーマに関する場合と同様に、同じ内容の面接を何度も繰り返したが、腑に落ちる言葉を探すことができなかった。
- ・怒りにせよ悲しみにせよ、Bさんにネガティブな感情がわきあがっているとき、Bさんだけでなく病院職員への対応に筆者はかなり疲弊してしまっていた。

コメント

- ・こうした事例では、とくに日本人の場合、フォーミュレーション・シートを見ながら面接するのは難しいのではないか。なぜなら、自分の弱点やネガティブな面を執拗にあぶり出してしまい、それに基づいて議論することに日本人は慣れていないから。治療者がどんなに支持的に接しても、患者としては辛くなってしまわないか。
- ・「生活臨床」的なアプローチを勧める。実生活で困っていること（たとえば、女性にもてないこと）を克服する術を一緒に考えつつ（「どうしたら女の子にもてるようになるかねえ」）、その中での認知と行動の変容を試みるほうが適切なのではないか。

- この点に関しては筆者も考慮したつもりであったのだが、面接テーマのウェイトとしては明らかに少なかった。
- ・現実場面で自己肯定できることをもっと探すべきだったのではないか。
- この点に関しては、先述したように、筆者としても努力はした。難しかったのは、Bさんは面接の度に、あるいは1回の面接の中でも自己評価が不安定だったことである。緩いものではあったが、面接の最初に「アジェンダ」を作成する時間も設けていた。しかし、多くの場合、アジェンダに沿った話題で面接を継続できなかった。アジェンダだけでなく、アプローチを開始した当初から面接の「枠組み」を明確にしておけばよかったのかもしれないが、統合失調症の患者にその枠組みを保たせるよう導くのは適切なことなのかどうか、筆者としては迷うところである。
- ・「怒りのマネジメント」を積極的に行うべきだったかもしれない。(この点についてもより詳しく意見を頂戴したかったのだが、班会議の時間が足りなくなり残念であった)

資料 7

分担研究「重度精神障害者に対する指定入院医療機関での治療効果判定に関する研究」
第4回会議における報告

日時：2004年12月13日 18:00-
場所：学士会館分館（文京区本郷）

報告者

丹野義彦（東京大学大学院総合文化研究科）

山崎修道（東京大学大学院総合文化研究科

東京大学医学部附属病院リハビリテーション部精神科デイホスピタル）

報告内容

ロンドン大学精神医学研究所における統合失調症への認知行動療法の技法

1. Garety の認知行動療法についての概略

認知行動療法のねらいは、妄想による苦痛の軽減

1セッション50分，平均20セッション，約9ヶ月

構造は柔軟に，個々人のニーズに合わせる。

2. VTR による症例の提示

症例1：フランク・スミス 認知行動療法の初期段階

- ・40代男性，発病後15年，持続的な陽性症状，午後に耐えられない「恐怖」を感じる
- ・治療関係作り，アセスメント，対処法を考える
- ・いきなり信念変容しない。治療関係の構築に十分時間を使う。対処法の提案も慎重に。

症例2：ピーター・クレイグ

- ・発病後12年，抑うつ，陰性症状，不眠，不安緊張，自尊心の低下
- ・最終面接。今までの面接の振り返り。ケースフォーミュレーションのまとめ
- ・ケースフォーミュレーションが，押し付けになってはならない。

意見・討論

<VTR のセッションについて>

- ・対処法の提案は，もう少し工夫の余地があるのではないか？ VTR で使われているのは，行動実験のオーソドックスな方法。よりよい回避の仕方を対処法に組み込んでも良いのではないか。

例) 回避の仕方を話し合う。考えうる Alternative (他の選択肢) を書いてみる。恐怖を感じて2階に逃げてから，何をするかを考えて，書いてみる方法など。

- ・より直面化する対処法の場合，うまく行けばいいが，その分リスクもある。
- ・日本では，回避的な対処のほうがしっくりくるのではないか？

<質問>

- ・実際に患者さんが CBT にアクセスするシステムはどうなっているのか？コストは？
→イギリスの場合，医療費は全額負担。コミュニティの GP からリファーされてくるケー

- が多い。CBTを行ったほうが、長期的にはコストがかからないという研究もある。
- 家族の同意は取っているのか？日本の場合、CBTを行おうとすると、「症状に触れないでほしい」という家族の抵抗感が強い場合がある。
→家族の同意は取って行っている。
 - 妄想のアセスメント法には、どのようなものが適当なのか？適当なアセスメントツールはあるのか？
→妄想内容は個々人によって異なるので、アセスメントには工夫が必要。自記式のアセスメントツールとしてはピーターズ妄想質問紙 (Peters et al. 1999, 山崎ら 2004) がある。多次元アセスメントが基本。研究用というよりは、アセスメント自体を治療的に使うものが多い。
 - 入院中にCBTを行う場合はあるのか？
→CBTは外来中心。イギリスの場合、入院患者自体が少ない。

平成16年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究
分担研究報告書

精神科医療におけるエビデンスに基づく治療の普及に関する研究

分担研究者 樋口輝彦
国立精神・神経センター武蔵病院 院長

研究要旨：

精神科医療におけるエビデンスに基づく治療の普及に資するために、①強迫性障害に対して効果があるとされている認知行動療法を実際の診療に導入した際の治療成績の検討（原井研究協力者との共同研究）、及び②精神科医の薬剤選択に影響を及ぼす考え方や意識に関する調査を行った。

研究方法：①強迫性障害の治療に関する研究は、国立病院機構菊池病院の強迫性障害専門外来において行われた。受診患者30名について、治療前後の症状評価点を比較した。②精神科医の処方に関する意識調査では、全国の精神科急性期治療病棟と国立療養所（現・国立病院機構に属する病院）および大学病院のうち、調査協力に応じた44施設に勤務する精神科医386名から回答を得た。単純集計によって実態を把握するとともに、薬物治療アルゴリズムに関する知識の程度と、薬物処方に対する態度や認識の関連を検討した。**結果：**①強迫性障害専門外来において治療された患者は、1例を除き症状が改善した。治療方法の選択には患者の意向が強く働いていた。薬物治療のみの群と認知行動療法（E&RP）を併用した群の間で改善度に差はなかった。②薬物治療に関する意識調査では、ほとんどの医師が薬物治療アルゴリズムを目にしたことがあったが、患者の個別性に対応できないと感じたり、アルゴリズムのエビデンスに疑問を感じている医師も少なくなかった。薬物治療アルゴリズムをよく知っていると感じた医師は、そうでない医師よりも薬剤に関する情報収集に積極的で、新薬の使用にも前向きであった。また、時間的制約や安全確保への要請といった外的な要因が処方に影響することが明らかになった。**まとめ：**本研究により、エビデンスに基づく治療を日常臨床に導入する際に、患者の意向（研究①）、及び治療者の意向（研究②）が重要であることが明らかになった。治療の標準化やエビデンスに基づく最適な治療の普及のためには、医師及び患者に対する十分な啓発活動とサポートが必要と考えられる。

協力研究者氏名	所属施設名及び職名
原井宏明	国立病院機構菊池病院 臨床研究部長
岡嶋美代	熊本大学医学部病態情報学
宮田由香	国立病院機構 菊池病院
橋本加代	国立病院機構 菊池病院

協力研究者氏名	所属施設名及び職名
池淵 恵美	帝京大学医学部精神科学教室 助教授
小山明日香	東京大学大学院医学系研究科
中西三春	東京大学大学院医学系研究科
沢村香苗	国立精神・神経センター武蔵病院 リサーチ・レジデント

A. 研究目的

エビデンスに基づく治療の重要性は広く認識されている。精神科医療においても、薬物治療アルゴリズムやエキスパート・コンセンサスガイドラインなどが作成され、治療の質のさらなる向上が目指されている。薬物治療だけではなく、いくつかの心理療法についてはRCTによって治療効果が確認されている。しかし、これらのエビデンスを実際の診療場面に十分に生かすことは必ずしも容易ではない。それは、実際の診療場面はRCTなど実験的な環境とは異なり現実の様々な制約の中で行われること、治療者の質が一定でないこと、治療者及び患者の意向が影響すること、といった要因が関与するためと考えられる。これらの要因について知ることは、今後の医療の質の向上のために重要である。

本研究では、精神科医療におけるエビデンスに基づく治療の普及に関連する要因を検討するために2つの課題を設定した。1つは強迫性障害に対して有効な心理療法とされている認知行動療法（暴露・反応妨害法：以下E&RPとする）を実際の診療場面に導入した際の治療効果の検討研究（研究1）、もう1つは薬物治療アルゴリズムに対する医師の認識と薬物治療に対する態度の関連検討研究（研究2）である。これらの研究によって、エビデンスと日常診療をつなぐにあたって解決されるべき問題や、有効な手段について示唆が得られることが期待される。

B. 研究方法

研究1：強迫性障害専門外来における治療効果の検討

国立病院機構菊池病院の強迫性障害専門外来を受診した30名の患者について、治療前の治療後のY-BOCS (Yale Brown Obsessive Compulsive

Scale) による評価得点を比較した。また、次年度から行う研究について研究を計画した。

研究2：薬物治療アルゴリズムに対する医師の認識と薬物治療に対する態度の関連検討

全国44施設の協力を得て、協力施設に勤務している精神科医388名から薬物治療に関するアンケートの回答を得た。アンケートの内容は、薬物治療に対する医師の認識、薬物治療に対する医師の認識などであった。回答の単純集計によって薬物治療に対する医師の意識の現状を把握した。また、アルゴリズムをよく知っていると回答した群とそうではなかった群の比較検討によって、薬物治療アルゴリズム（エビデンス）に対する認識と薬物治療（実際の診療）に対する態度の関連を検討した。

C. 研究結果

研究1：強迫性障害専門外来における治療効果の検討

全体としては、治療前のY-BOCS得点は27.4（重度）、治療後は15.4（軽～中度）であった。1人を除いて全員に改善がみられた。受けた治療内容によって解析をおこなったが、薬物治療のみの群とE&RPを併用した群の間に差はみられなかった。また、20%の患者がE&RPを受けることを拒否した。

研究2：薬物治療アルゴリズムに対する医師の認識と薬物治療に対する態度の関連検討

多くの医師は同僚や他職種スタッフからの意見を受けていた。また、コストや時間的制約、安全性確保などの外的要因が薬剤選択と関連していた。ほとんどの医師が薬物治療アルゴリズムを目にしたことがあると回答したが、6割近い医師が薬物治療アルゴリズムは患者の個別性を考慮

す方向に治療が開発されている。BT-Steps のようにコンピューターや電話によって受診そのものをなくすやり方もある (Baer and Greist, 1997)。一方、日本では入院費用が海外と比べて低廉であり、数ヶ月以上の入院治療が現実的に可能である。強迫性障害の場合も入院治療が行われる場合がある。

今後の課題

現在起きている、ストレス関連疾患による受診者の増大、精神科外来医療費の増加を考えると、従来のような、すべての医療行為について内容を問わずに等しく支払いを行うことは今後、続けられなくなると考えられる。適切な医療行為については診療報酬を高く設定し、不適切なものについては支払いを行わないなどの方法が必要になると考えられる。適切な医療行為については、適切な無作為割付試験や統制試験によって効果が証明された医療行為をもって、定義することがよく行われている。一方、無作為割付試験においては、対象にされた患者群が実際の臨床場面の患者の全体像と異なる、合併症をもつ患者が除外されている、あるいは、実際の医療現場では臨床試験研究施設が持つほどの十分なスタッフや訓練はありえない、などの問題がある。

これらの治療法は実際の臨床の場面にて医療従事者が使いこなせるかどうか、有用であるかどうか、数年間以上見た場合の長期的な転帰を改善するかどうかはまだ明らかではない。特に、E&RP は高度な専門研究施設における治療であっても 25% の患者が受けることを拒んでいる。通常の医療機関での臨床場面では、E&RP を拒否する患者はさらに高いと考えられる。また、認知行動療法を行えるようになるためには治療者の訓練が必要である。この訓練がどの程度必要な

のか、どの程度のコストがかかるのかは、まだ分かっていない。

ある疾患に対して効果的な治療法を普及させるためには、実際に医療が行われている現場で、どのような医療行為がよい転帰をもたらし、適切であるか、どのような医療行為が悪い転帰をもたらし、医療行為として無駄に終わっているかを知る必要がある。今後、健康保険の財源が厳しくなること、ストレス関連疾患の患者の数が膨大であることを考えると、医療行為について経済的な評価を行うことは重要である。一方、こうした研究は日本ではほとんど行われていない。今回の研究を行うことで、強迫性障害以外のストレス関連疾患についても同様な研究を行う基盤ができると考えられる。

本研究の目的

本研究では、わが国における強迫性障害に対する実際の治療内容を調べ、専門医療機関における治療内容が望ましい効果をあげているかどうかを検討する。専門医療機関における治療が望ましい効果をあげ、かつ、医療費も通常治療と比べて安価に済んでいるとすれば、専門医療機関に対して、診療報酬上の配慮が必要である。本研究はその配慮についての具体的な指標を示すことを目的とする。

強迫性障害は自然寛解が乏しく、無効な治療を行っている場合には、医療費が無駄に浪費されていることになる。重篤な場合には、長期入院もある。従来行われてきた通常の治療を新規抗うつ薬や認知行動療法に置き換え、症状を改善させることによって、医療費を節約することができると思われる。この医療費削減効果についても調べる。

具体的には 1) 他の治療を有効性が証明された

中止 依存に対する認知行動療法と動機付け, ストレス科学(1349-4813)18巻4号
Page211-220(2004.03)

- 3) 原井宏明: 向精神薬療法をとりまく問題 転帰と治療 今すぐ癒されるか, 二年後の回復か, こころの科学(0912-0734)116号
Page34-40(2004.07)

2. 学会発表

- 1) Koyama A, Sawamura K, Nakanishi M, Ito H, and Higuchi T: Is it important to know algorithm?: NCNP Medication Algorithm Project (NCNP-MAP) (1). Japanese Bulletin of Social Psychiatry 13(2):224, 2004
- 2) Harai, H., Kikuchi Addiction Treatment Service; Application of Motivational Interview to Illicit drug users in Japan, Symposium in World Congress Behaviour and Cognitive Therapies(WCBCT2004) Kobe, 2004/7/21
- 3) Harai, H., Is Japanese Social Phobia Different from Social Phobia in the US? A Comparison of Participants of Clinical Trials for Fluvoxamine Symposium in World Congress Behaviour and Cognitive Therapies(WCBCT2004) Kobe, 2004/7/21
- 4) 原井宏明. 菊池病院における全般性不安障害の特徴 第70回熊本精神神経学会, 熊本市 2004/7/10
- 5) 原井宏明. 社会不安障害の治療, 日本心理学会 第68回大会 大阪市 2004/9/14
- 6) Harai, H., Clinical researches on Depression in Japan. Naturalistic studies, Drug trials, Treatment studies, Luncheon Seminar, XVIII World Congress of the World Association for Social Psychiatry, 24th Annual Meeting of the Japan Society of Social Psychiatry, (WCWASP2004) Kobe, 2004/10/26

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)
なし

平成16年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究
分担研究報告書

ストレス関連疾患に関する医療経済学的研究

その1 強迫性障害に対する認知行動療法のコストオフセット研究
強迫性障害に対する認知行動療法は医療費と患者の経済的負担を軽減するか？

分担研究者 樋口輝彦 国立精神・神経センター武蔵病院 院長
研究協力者 原井宏明 国立病院機構菊池病院臨床研究部 部長

研究要旨：本研究では、国立病院機構菊池病院の強迫性障害専門外来を受診した患者について、症状の改善度を調べた。治療の結果は欧米で報告された無作為割付比較臨床試験の結果と同等であった。

目的： ストレス関連疾患に対して SSRI や認知行動療法のようなエビデンスをもつ治療法がある。しかし、これらの治療法を実際の臨床の場面で使いこなせるのか、研究状況以外でも有用なのかは、まだ明らかではない。この研究は、従来行われてきた通常の治療を新規抗うつ薬や認知行動療法に置き換えることによって、どの程度の利益が得られるかを調べることを目的とする。今年度は強迫性障害を対象に研究を行った。**対象と方法：** 強迫性障害に対する専門医療機関を受診した患者 30 名を対象に転帰調査を行った。症状重症度、QOL 指標、医療費、診断一致率、過去の治療内容、専門医療機関での治療内容、治療からの脱落率などを調査した。**結果：** 国立病院機構菊池病院の強迫性障害外来を他医療機関からの紹介によって受診し、強迫性障害と診断され、1ヶ月以上の治療を受けた患者について、治療前後の Y-BOCS 評価点を調査した。全員が強迫性障害についての心理教育を受けた。30名について、治療前後の評価が得られた。Y-BOCS について、全体としては、治療前は 27.4、治療後は 15.4 であった。受けた治療内容によって解析がおこなった。**その他：** 治療方法の選択に当たって、患者自身の意向が強くかかわっていることがわかった。治療の普及、啓発に関して患者やその家族の意見や意思を尊重することが必要であると思われた。このために、患者自身がかかわるサポートグループを菊池病院の患者を中心に立ち上げた。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名
原井 宏明 国立病院機構 菊池病院
臨床研究部部長
岡嶋美代 熊本大学医学部病態情報学
宮田由香 国立病院機構 菊池病院
橋本加代 国立病院機構 菊池病院

A. 研究目的

ストレス関連疾患について

本研究は STRESS 研究 (Study of Treatments as Real Effectiveness for Stress related Syndromes) の一部として行われる。研究全体の目的は、ストレス関連疾患に対する適切な医療技術の開発、普及を行うことである。ここでは

ストレス関連疾患を次のように定義する。外来で治療が可能な、患者自らが治療を希望して受診する、有病率の高い精神障害のことである。これらの疾患は有病率が高いため、個人としては重篤に見えない場合であっても、社会全体に与える影響全体は他の精神障害よりも大きくなる。WHOが行ったGlobal Burden of Diseases研究によれば、うつ病性障害は虚血性心疾患について社会に与える影響が大きい(Murray and Lopez, 1996)。ストレス関連疾患のなかでもうつ病性障害やパニック障害は平成16年からの医師に対する新臨床研修制度にて研修を義務付けられた必須の疾患とされている。医療内容の違いが実際の患者の転帰にどのように影響を与えているかは、研修の内容を設定するために必要な情報である。

強迫性障害の問題

強迫性障害はストレス関連疾患の中でも、本人と家族などの周囲に与える負担が大きい。不潔恐怖・洗浄強迫の場合には年余にわたる洗剤や水、紙などの浪費があり、こうした経費の負担も軽視できない。しばしば入院を必要とする場合があり、入院するような患者の障害の程度は統合失調症に匹敵する(Steketee, Foa and Grayson, 1982)。従来、強迫性障害は難治性とされ、治療研究は進まなかった。

強迫性障害の治療の標準

現在は、強迫性障害は適切な治療によって治療することが可能な疾患とみなされている(Jenike, 2004)。日本では、フルボキサミンが平成11年前はじめて適応症を取って以来、注目されるようになった。治療研究も進み、どのような治療を行えばよいかについてガイドラインが出版されるようになった(原井, 1998)。有効な認知行動療法についても一般書として治療マ

ニュアルが刊行されるようになった(Foa and Wilson, 2001)。

Jenike (Jenike, 2004)らによれば、強迫性障害に有効な治療とされる、エクスポージャーと儀式妨害を中心とした行動療法と薬物療法はつぎのようにまとめられる。

1) エクスポージャーと儀式妨害

30のRCTがあり、治療セッションは10~20である。週に1回外来と自宅で行う宿題が標準的な治療法である。治療を勧められた患者のうち25%がこの治療法を受けることを最初は拒否する。宿題も含めた治療を完全に行うことができ、改善する患者は対象者の67~90%である。Y-BOCS(Yale Brown Obsessive Compulsive Scale) (Goodman, Price and Rasmussen, 1989)などの重症度が50%以上改善する患者は全体の55%である。治療に反応する患者(30%以上改善)は全体の85%である。改善した後、再発する患者は25%ある。

2) セロトニン再取り込み阻害剤

RCTの全体をまとめると、臨床的全般改善尺度にて40~60%がやや改善以上に改善する。Y-BOCSによる重症度の改善度平均は20~40%である。効果の判断には10~12週間が要する。薬物を中止後に90%が再発し、中止から再発までの日数の平均は63日である。

医療現場の現状

一方、日本の実際の医療現場における治療の判断は医師個人の判断に委ねられ、その内容が適切であるかどうかははっきりしない。認知行動療法については名前が知られても実際には容易に受けられる治療法ではない。

欧米における強迫性障害の行動療法は外来で行われることが標準である。入院はほとんどの場合行われない。外来もできるだけ回数を減ら

す方向に治療が開発されている。BT-Steps のようにコンピューターや電話によって受診そのものをなくすやり方もある (Baer and Greist, 1997)。一方、日本では入院費用が海外と比べて低廉であり、数ヶ月以上の入院治療が現実的に可能である。強迫性障害の場合も入院治療が行われる場合がある。

今後の課題

現在起きている、ストレス関連疾患による受診者の増大、精神科外来医療費の増加を考えると、従来のような、すべての医療行為について内容を問わずに等しく支払いを行うことは今後、続けられなくなると考えられる。適切な医療行為については診療報酬を高く設定し、不適切なものについては支払いを行わないなどの方法が必要になると考えられる。適切な医療行為については、適切な無作為割付試験や統制試験によって効果が証明された医療行為をもって、定義することがよく行われている。一方、無作為割付試験においては、対象にされた患者群が実際の臨床場面の患者の全体像と異なる、合併症をもつ患者が除外されている、あるいは、実際の医療現場では臨床試験研究施設が持つほどの十分なスタッフや訓練はありえない、などの問題がある。

これらの治療法は実際の臨床の場面にて医療従事者が使いこなせるかどうか、有用であるかどうか、数年間以上見た場合の長期的な転帰を改善するかどうかはまだ明らかではない。特に、E&RP は高度な専門研究施設における治療であっても 25% の患者が受けることを拒んでいる。通常の医療機関での臨床場面では、E&RP を拒否する患者はさらに高いと考えられる。また、認知行動療法を行えるようになるためには治療者の訓練が必要である。この訓練がどの程度必要な

のか、どの程度のコストがかかるのかは、まだ分かっていない。

ある疾患に対して効果的な治療法を普及させるためには、実際に医療が行われている現場で、どのような医療行為がよい転帰をもたらし、適切であるか、どのような医療行為が悪い転帰をもたらし、医療行為として無駄に終わっているかを知る必要がある。今後、健康保険の財源が厳しくなること、ストレス関連疾患の患者の数が膨大であることを考えると、医療行為について経済的な評価を行うことは重要である。一方、こうした研究は日本ではほとんど行われていない。今回の研究を行うことで、強迫性障害以外のストレス関連疾患についても同様な研究を行う基盤ができると考えられる。

本研究の目的

本研究では、わが国における強迫性障害に対する実際の治療内容を調べ、専門医療機関における治療内容が望ましい効果をあげているかどうかを検討する。専門医療機関における治療が望ましい効果をあげ、かつ、医療費も通常治療と比べて安価に済んでいるとすれば、専門医療機関に対して、診療報酬上の配慮が必要である。本研究はその配慮についての具体的な指標を示すことを目的とする。

強迫性障害は自然寛解が乏しく、無効な治療を行っている場合には、医療費が無駄に浪費されていることになる。重篤な場合には、長期入院もある。従来行われてきた通常の治療を新規抗うつ薬や認知行動療法に置き換え、症状を改善させることによって、医療費を節約することができると思われる。この医療費削減効果についても調べる。

具体的には 1) 他の治療を有効性が証明された

治療法に置き換えることによって、症状の改善が得られる程度を評価する、2)有効性が証明された治療法によって、全体の医療費と患者の負担がどう変わるかを検討する、という二つの方法で研究を行う。

評価は次の点について行われる。1)症状の改善が得られる程度、2)長期的な生活の質の改善、2)医療費全体と患者の負担、についての三項目である。

今年度は予備調査として、単一の外来を受診した患者 30 名について転帰調査を行い、E&RP と薬物治療の組み合わせと Y-BOCS 評価点の改善度の関連を検討した。また、今後行う予定の研究計画についても記載した。

B. 研究方法

治療施設として独立行政法人国立病院機構 菊池病院をえらび、ここでの治療転帰を調査した。

対象：

包含基準

OCD を主訴として受診し、強迫性障害専門医師が担当し、OCD が主診断であるもの。また、Y-BOCS 評価が治療開始時と 3 ヶ月以降に行われているもの。途中で他の治療者に変わったものも含む。薬品会社からの受託研究(治験)の対象になった患者も含む。

除外基準

2 ヶ月以内に再来受診がないもの。

方法：

これらの患者の治療内容、形態、Y-BOCS 評価を調べた。

C. 研究結果

OCD を主訴として受診・相談した患者は、2000 年 11 人、01 年 1 人、02 年 30 人、03 年 27 人、04 年 28 人 合計：97 人であった。このうち上記の条件を満たすものは、合計 30 名 あった。女性 19 名、平均年齢 31.2 歳、治療開始時の Y-BOCS の平均が 29.7、男性 11 名、平均年齢 33.6 歳、治療開始時の Y-BOCS の平均が 23.4、が対象になった。

全体の転帰は次の表の通りであった。4 名の患者については、セロトニン再取り込み阻害剤を継続できなかった。躁うつ病の発症、嘔吐などの副作用、興奮などが理由である。躁病エピソードを合併した患者を除いて、抗不安薬や睡眠導入剤、抗精神病薬を継続的に使った例はなかった。

全員の患者が強迫性障害に対する心理教育を受け、セルフモニタリングを行った。一方、E&RP について全員の患者に説明を行ったが、6 名の患者(20%)は拒否したため行わなかった。24 名の患者が E&RP を行った。すべて患者自身で行ったもの、最初の 2、3 回のセッションは外来にて治療者同伴にておこない、後は患者自身で行ったもの、最後まで治療者が同伴したものに分けて示した。

表 1. Y-BOCS の改善度 (平均)

人数	治療前の Y-BOCS 、治療後の Y-BOCS 低下%	E&RP の使用			総計	
		なし	セルフエク スポージャー (宿題)の み	一部のみ治療 者同伴 全体 としては宿題		治療者同伴で最 後の不安階層表 まで達成したも の
	使用せず, ま たは低用量		1 -23.3%	1 44.8%	2 64.1%	4 37.4%
SRI 使用	十分量使用	6 26.1%	6 48.0%	2 74.3%	12 48.4%	26 45.1%
	合計	6 26.1%	7 37.8%	3 64.5%	14 50.6%	30 44.1%

D. 考察

一名の患者で Y-BOCS の悪化があった。この患者は双極性障害 I 型を合併しており、気分変動による悪化と思われた。

E&RP を受けていない(拒否)患者は全体の 20%であった。E&RP を受けていない患者と E&RP を受けた患者の間で Y-BOCS の減少度の平均値には統計的に有意な差はなかった。ただし、E&RP を受けず、SRI の投与のみであった患者は 6 人のみであるので、人数が少ないための検出力が低かったと思われる。

全体としては、治療者同伴の E&RP で開始し、自分自身で行った例が一番良かった。

強迫性障害に対するエクスポージャーと儀式妨害は治療中に強い不安を引き起こすが、これによるいわゆる“心の傷”のような後遺症は報告されていない。また本研究にて対象となった患者においても観察されなかった。

E. 結論

国立病院機構菊池病院の強迫性障害専門外来において治療を受けた強迫性障害患者は、1 例を除いて症状が改善していた。しかし、薬物療法と E&RP の治療成績の間に有意差はみられなかった。

今後実施予定の研究計画

対象

強迫性障害の新患を年間 50 人以上受け入れ、系統的なアセスメントと薬物療法、認知行動療法を行っている医療機関を専門医療機関とする。強迫性障害として患者が自ら受診した・他の医療機関から強迫性障害として紹介され、これらの医療機関を受診した患者を対象 A とする。これらの患者のうち、DSM 診断に基づき主病名が強迫性障害と診断され、治療を受けた患者を対象 B とする。対象 B のうち、転帰調査に対する調査協力への同意を得られた患者を対象 C とする。

方法

対象 A と対象 B については、レトロスペクティブに診療録をもとに調査を行う。対象 A について人口統計データや主訴、紹介経路、紹介時診断、診察時診断、過去の治療内容を調査し、集計する。対象 B について初診時と 3 ヶ月後、6 ヶ月後、1 年後の状態を評価する。評価は訓練を受けた医師または心理士、研究コーディネーターが行い、評価について協議する。対象 C については、自記式評価として QOL 指標を加え、さらに 10 年間、毎年の転帰を評価する。

評価項目： 調査項目は人口統計データ、家

族歴, 生活歴, 現病歴, 過去の治療内容, 診断, 参加施設における治療内容, 不安や強迫症状, QOL に関する自記式評価表である。強迫性障害に対する一次的アウトカム指標として Y-BOCS を用いる。QOL については, SF-36 v2 (福原 and 鈴鴨, 2004) を用いる。

解析: 対象 A について診断一致率, 過去の治療内容, 専門医療機関での治療内容, 治療からの脱落率を調べる。対象 B について, 過去にうけた治療内容を“通常治療”とし, 過去の治療費を集計する。対象 B の専門医療機関において強迫性障害が軽快するまでの治療内容を集計し, 軽快までに要する時間と費用を計算する。対象 C について長期転帰と, 再発率, QOL を調べる。

なお, 本調査は新しく割り付ける調査 ID のみを用いるため, 調査事務局に集約される調査票は匿名化されている。

本研究はこれから開始するところである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 原井宏明: ベンゾジアゼピン系薬物の漸減・中止 依存に対する認知行動療法と動機付け, ストレス科学(1349-4813)18 巻 4 号 Page211-220(2004.03)
- 2) 原井宏明: 向精神薬療法をとりまく問題 転帰と治療 今すぐ癒されるか, 二年後の回復か, こころの科学(0912-0734)116 号 Page34-40(2004.07)

2. 学会発表

- 1) Harai, H., Kikuchi Addiction Treatment Service; Application of Motivational Interview to Illicit drug users in Japan, Symposium in World Congress

Behaviour and Cognitive

Therapies(WCBCT2004) Kobe, 2004/7/21

- 2) Harai, H., Is Japanese Social Phobia Different from Social Phobia in the US? A Comparison of Participants of Clinical Trials for Fluvoxamine Symposium in World Congress Behaviour and Cognitive Therapies(WCBCT2004) Kobe, 2004/7/21
- 3) 原井宏明. 菊池病院における全般性不安障害の特徴 第 70 回熊本精神神経学会, 熊本市 2004/7/10
- 4) 原井宏明. 社会不安障害の治療, 日本心理学会 第 68 回大会 大阪市 2004/9/14
- 5) Harai, H., Clinical researches on Depression in Japan. Naturalistic studies, Drug trials, Treatment studies, Luncheon Seminar, XVIII World Congress of the World Association for Social Psychiatry, 24th Annual Meeting of the Japan Society of Social Psychiatry, (WCWASP2004) Kobe, 2004/10/26

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし

参考文献

- 福原俊一. and 鈴鴨よしみ. 2004 健康関連 QOL 尺度 SF-36v2. NPO 健康医療評価研究機構, 京都市
- Baer, L. and Greist, J.H. 1997 An interactive computer-administered self-assessment and self-help program for behavior therapy. J Clin Psychiatry, 58 Suppl 12, 23-28.
- Foa, E. and Wilson, R. 2001. Anonymous Stop Obsessing!. ヴォイス, 東京
- Goodman, W.K., Price, L.H. and Rasmussen, S.A. 1989 The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS); Development, use and reliability. Arch Gen Psychiatry, 46, 1006-1011.
- Jenike, M.A. 2004 Clinical practice. Obsessive-compulsive disorder. N Engl J Med, 15, 259-065.
- Murray, C. J. L. and Lopez, A. D. (eds) 1996 The global burden of disease and injury series, volume 1: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard

University Press, Cambridge, MA

原井宏明. 1998 広場恐怖を含む恐慌性障害と強迫性障害, 恐怖症性障害. In: 大塚俊男 風祭元北村俊則松下正明三浦勇夫守屋裕文山崎敏雄 (ed) エビデンス精神科医療 I 気分・不安・人格の障害. 日本評論社, 東京: 137-178.

Steketee, G., Foa, E.B. and Grayson, J.B. 1982 Recent Advances in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. Arch Gen Psychiatry, 39, 1365-1371.

精神科医師を対象とした薬物治療に関する意識調査と薬物治療アルゴリズムに対する態度の関連についての研究

分担研究者 樋口輝彦 国立精神・神経センター武蔵病院 院長

研究要旨：本研究では精神科医の薬剤選択に影響を及ぼす考え方や意識の把握を目的として、全国の精神科急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟を有する病院および各都道府県の精神科救急システムに基幹病院として参加する大学病院、そして国立療養所（現：国立病院機構に属する病院）における医師意識調査を行った結果を報告する。**研究方法：**本研究の対象は、全国の精神科急性期治療病棟と国立療養所（現・国立病院機構に属する病院）および大学病院のうち、調査協力に応じた44施設である。調査内容は、同僚や他職種スタッフからの処方に対する意見の有無、薬剤コストを考慮に入れる程度、時間的制約や安全性確保が薬剤選択に影響する程度、薬剤選択の参考にする情報源と参考の程度、新薬の使用状況と新たな薬剤が導入された場合の対応、薬物治療アルゴリズムの知識の有無、薬物治療アルゴリズムに対する認識など22項目である。**結果：**最終的に386名の医師からの回答を分析対象とした。多くの医師は同僚や他職種スタッフからの意見を受けていた。また、コストや時間的制約、安全性確保などの外的要因が薬剤選択と関連していた。約90%の医師が薬物治療アルゴリズムを目にしたことはあると回答したものの、6割近い医師が薬物治療アルゴリズムが患者の個別性に対応できないと感じており、3割以上の医師が薬物治療アルゴリズムのエビデンスに疑問を感じると回答していた。薬物治療アルゴリズムをよく知っていると感じた医師は、そうでない医師よりも薬剤に関する情報収集や、新薬の使用にも積極的であった。**まとめ：**本研究により、全国の急性期治療を目的とした病棟で治療にあたっている精神科医師の薬剤処方に対する考え方や意識が明らかになった。治療の標準化やエビデンスに基づく最適な薬剤処方の普及のためには、最適な処方を妨げる外的要因や医師が困難を感じている問題点の解消と、新薬や薬物治療アルゴリズムに対する正確な知識の普及が期待される。

協力研究者氏名 所属施設名及び職名

小山明日香	東京大学大学院医学系研究科
中西三春	東京大学大学院医学系研究科
沢村香苗	国立精神・神経センター武蔵病院 リサーチ・レジデント

A. 研究目的

精神科医療において、薬剤の選択及び処方量の選択は治療の効果や患者のQOLと密接に結びついた重要な課題である。近年の国際的なガイドラ

インや薬物治療アルゴリズムには、最新のエビデンスに基づく薬物治療の原則が記載されているが、現状ではそうした原則に従った処方が十分に普及しているとは言いがたい。そのひとつの例として、わが国では諸外国と比較して統合失調症患者に対する多剤大量処方の方が高いことが挙げられる。こうした現象が生じる理由として、医師のエビデンスに関する知識や認識、処方に対する独自の考え方や、その他の外的要因の存在などが推測される。

薬物治療アルゴリズムに関する医師の認識や、その認識と薬物治療に対する態度との関連を把握することは、治療の標準化やエビデンスに基づく最適な薬剤処方の普及に際して重要である。

そこで、本研究では全国の精神科医を対象とした薬剤選択に関する意識調査によって、実態の把握を行った。また、薬物治療アルゴリズムに対する認識と薬物治療に対する態度の関連を検討した。

B. 研究方法

1. 対象医師

精神科急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟を有していた全国の民間病院 112 施設と、公立病院、国立療養所（現・国立病院機構に属する病院）16 施設、および大学病院 85 施設の計 141 施設の施設長に調査協力を依頼した。国立療養所については、必ずしも急性期の治療を目的としているわけではないが、急性期患者を最も多く受け入れている病棟に限定して依頼した。その結果、44 施設より調査協力が得られた。

それぞれの施設につき 1 つの病棟を調査対象病棟とし、調査対象病棟の患者を受け持つすべての医師を調査対象医師とし、最終的に 388 名の医師から回答を得た。本研究では欠損の多かった 2

名を除く 386 名のデータを解析に使用した。

対象医師の内訳は、男性 306 名（79.3%）、女性 80 名（20.7%）であった。平均年齢は 37.4 歳（SD = 10.1）、平均精神科勤務年数は 9.9 年（SD = 9.9）であった。対象者のうち、指定医は 196 名（50.8%）、レジデントは 94 名（24.4%）であった。

2. 調査方法

本調査は質問紙法により実施された。各施設の調査担当者に調査票を郵送し、調査担当者が各対象医師に質問紙を配布した。記入された調査票は各施設の調査担当者がとりまとめて研究事務局に返送した。

3. 調査内容

調査内容を決定するにあたり、精神科医からの聞き取りを行ったほか、先行研究などを参考にし、薬剤選択と関連すると考えられる内容を作成した。調査内容は、「A. コストを考慮して処方することがあるか」「B. 周囲の医師から処方について助言を受けることがあるか」「C. 周囲の医師に処方について助言をすることがあるか」「D. 安全確保のためやむを得ず増量することがあるか」「E. 時間的な余裕があれば処方量を減らせる患者がいるか」「F. 患者からの要求で必ずしも必要ない薬を処方することがあるか」「G. 患者からの要求でやむを得ず薬を減量することがあるか」「H. 薬を減らすことに他職種スタッフから抵抗を受けることがあるか」「I. 薬剤の変更に関して他職種スタッフから抵抗を受けることがあるか」「J. 他職種スタッフより薬の増量の希望を受けることがあるか」「K. 製薬会社からの紙面での薬剤情報にどの程度目を通すか」「L. 処方に関する学会発表や論文をどの程度参考にするか」「M. 処方経

験がものをいうと思うか」「N. 医局や研修病院で学んだ薬剤選択の考え方は、現在の処方基盤になっていると思うか」「O. 薬物治療アルゴリズムを知っているか」「P. 薬物治療アルゴリズムを理解しているか」「Q. 薬物治療アルゴリズムは患者の個別性を考慮できないと感じるか」「R. 薬物治療アルゴリズムの妥当性やエビデンスに疑問を感じるか」「S. 薬物治療アルゴリズムは必要であると思うか」について4件法で尋ねた。「T. 抗精神病薬で処方頻度が高いのは、非定型抗精神病薬か定型抗精神病薬か、またその理由」「U. 抗うつ薬で処方頻度が高いのは、新規抗うつ薬（SSRI、SNRI）か従来の抗うつ薬（三環系、四環系）か、またその理由」「V. 新薬が認可された場合の対応」では、処方頻度については4件法、それ以外は複数回答可で選択するよう依頼した。

4. 分析

各質問項目について、単純集計を行った。次に、薬物治療アルゴリズムに関する知識の程度と処方に関する意識の関連を検討するために、回答者をアルゴリズムの知識の程度によって2群に分類し、意識調査の各質問項目の得点を群間比較した。

C. 研究結果

1. 意識調査結果（資料：表1）

A. コストを考慮して処方することがあるか：

「たまにある」という回答が146名（37.8%）と最も多く、次に多かったのは「あまりない」117名（30.3%）という回答であった。

B. 周囲の医師から処方について助言を受けることがあるか：

「ある」は185名（47.9%）、「たまにある」は136名（35.2%）、であり、8割以上の医師が何ら

かの助言を受けていた。

C. 周囲の医師に処方について助言をすることがあるか：

「ある」は62名（16.1%）、「たまにある」は170名（44.0%）であり、助言をすると回答した医師はおよそ6割であった。

D. 安全確保のためやむを得ず増量することがあるか：

「ある」は185名（47.9%）、「たまにある」は179名（46.4%）であり、9割以上の医師が安全確保のためにやむを得ず増量した経験を有していた。

E. 時間的な余裕があれば処方量を減らせる患者がいるか：

「ある」は62名（16.1%）、「たまにある」は171名（44.3%）であり、およそ6割の医師が自分に時間的な余裕があれば処方量を減らせる患者がいると回答した。

F. 患者からの要求で必ずしも必要ない薬を処方することがあるか：

「ある」は24名（6.2%）、「たまにある」は166名（43.0%）であり、およそ半数の医師が患者からの要求で必ずしも必要ない薬を処方することがあると回答した。

G. 患者からの要求でやむを得ず薬を減量することがあるか：

「ある」は32名（8.3%）、「たまにある」は227名（58.8%）であり、およそ7割の医師が患者からの要求によりやむを得ず薬を減量することがあると回答した。