

得点は低い病識を示す。

### 3. 調査方法

自記式質問紙である BDI-II、WHO-QOL 短縮版、JSQSL は担当の臨床心理技術者から記入法の説明ののち本人に記入を求め、SUMD-J は担当の臨床心理技術者が半構造化面接を行う形で施行した。なお、病棟運営上の規則により、面接時に看護師 1 名が陪席することもあった。いずれの尺度も、入院時 2 週間以内（入院時）に第 1 回目の評価を行い、入院後 3 ヶ月おきに同様の手続きで定期的に評価を行った。

#### 【今後の展望】

現在のところ、初期評価および 3 ヶ月評価を実施した対象者は 7 名であった。陽性症状や病識、QOL がどのような変化をたどるかについて探索的な検討を行うためにデータを蓄積した上で統計的処理を行うことが今後の課題である。

#### 【引用文献】

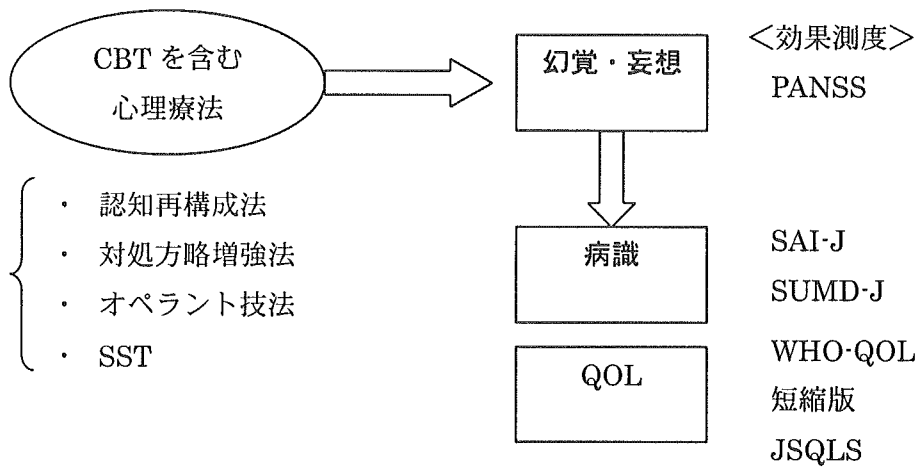
- 1) 吉川和男. 重度精神障害者に対する指定入院医療機関での治療効果判定に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業. 重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究, 主任研究者 吉川和男, 総括分担報告書, 1-49, 2004
- 2) Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-2. The Psychological Corporation, San Antonio, 1996
- 3) 小嶋雅代, 古川嘉亮. 日本版 BDI-II - ベック抑うつ質問票 - 手引き. 日本文化科学社, 東京, 2003
- 4) 田崎美弥子, 中根允文. WHO/QOL-26 手引. 金子書房, 東京, 1997
- 5) Wilkinson G, Hesdon B, Wild D, et al. Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS British Journal of Psychiatry 177: 42-46, 2000

6) Amodor XF, Strauss DH, Yale S, et al. The Assessment of Insight in Psychosis. The American Journal of Psychiatry, 150: 873-879, 1993

7) Kaneda Y, Imakura A, Ohmori T. The Schizophrenia Quality of life Scale: validation of the Japanese version. Psychiatry Research 113: 107-113, 2002

8) 酒井佳永, 金吉春, 秋山剛, 栗田宏. 精神障害無自覚度評定尺度日本語版 (SUMD-J) の信頼性と妥当性の検討. 精神医学 44(5): 491-500, 2002

図



Note: CBT: Cognitive behavioural therapy, SST: Social skills training, PANSS: Positive and negative syndrome scale, SAI-J: Schedule for assessment of insight Japanese version, SUMD-J: Scale to assess unawareness of mental disorder Japanese version: WHO-QOL26: World health organization quality of life 26 items version, JSQLS: The schizophrenia quality of life, PCL-R: Psychopathy checklist

3. 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

## 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、患者に対するサポートに注目し、「ストレス関連疾患に関する医療経済学的研究」（研究1）と「うつ病患者の主体的治療参加促進に関する研究」（研究2）を行った。**研究方法：**研究1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40名の症状改善度を1) OCDの会への参加の有無、2) 暴露・反応妨害法（ERP）の有無によって比較した。研究2では、うつ病患者のコンプライアンスに関する尺度である Antidepressant Compliance Questionnaire（ADCQ）の日本語版の作成と信頼性・妥当性の検証、及びうつ病治療補助ツールがうつ病や抗うつ薬に対する患者の認知や態度に及ぼす効果の検討を行った。**結果：**研究1においてOCDの会に参加した患者は全員ERPをしており、会に参加することがERPの動機付けになったと推測された。6ヵ月後の改善率はERPをした方が高かった。研究2ではADCQ日本語版における一定の再テスト信頼性と内的信頼性が確認された。また、うつ病治療補助ツールによってうつ病患者のうつ病や抗うつ薬に関する態度や信念が肯定的に変化したことが示された。**まとめ：**本研究では、患者会やうつ病補助ツールといったサポート手段によって、治療に対する患者の積極性を高めることができることが明らかになった。患者の意向は治療方針の選択と関連しており、今後エビデンスに基づく医療を促進するためには、患者に対して十分な情報提供を行うことが有効な一手段となりうることを示唆された。

### 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	国立病院機構 菊池病院
橋本加代	国立病院機構 菊池病院
野口由香	名古屋市立大学病院 精神科

### 協力研究者氏名 所属施設名及び職名

五十嵐良雄	メディカルケア虎ノ門 院長
徳永雄一郎	不知火病院 院長
窪田彰	クボタクリニック 院長
小山明日香	国立精神・神経センター精神保健研究所
小山 智典	国立精神・神経センター精神保健研究所
田島美幸	国立精神・神経センター精神保健研究所
秋山美紀	東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学 精神保健学教室
川島義高	国立精神・神経センター精神保健研究所
沢村香苗	国立精神・神経センター武蔵病院

## 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。

昨年度は、1) 強迫性障害に対する認知行動療法(暴露・反応妨害法:以下ERP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、及び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研究を行った。その結果、エビデンスに基づく治療を日常臨床に導入する際に、患者の意向と治療者の意向が重要であることが明らかになった。このことから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であることが示唆された。

そこで本年度は、患者に対するサポートの効果に注目し、「ストレス関連疾患に関する医療経済学的研究」(研究1)と「うつ病患者の主体的治療参加促進に関する研究」(研究2)を行った。

### 研究1: ストレス関連疾患に関する医療経済学的研究

## B. 研究方法

### 1. 対象

2000年1月から2004年8月までにOCDを主訴として菊池病院を受診し、OCDが主診断である患者97名のうち、一度受診したが2ヶ月以内に再来受診がないもの・Yale-Brown強迫スケール

(Y-BOCS)評価が行われていないものを除外した女性26名(年齢平均 $30.3 \pm 12.4$ 歳)、男性14名( $31.1 \pm 14.0$ 歳)を対象とした。

全ての患者に対して、1)セルフモニタリング: 強迫観念・強迫行為・回避を同定する訓練、症状や気分、強迫観念のトリガーに対する日記形式の記録、児童期の患者の場合には親によるモニタリング、2)不安階層表の作成、を行った。前医から薬物を処方されている場合は、無効な薬剤からの離脱(特にベンゾジアゼピン系薬物)を行った。その他、1)SRIの投与、2)ERP、を行った。これらは患者が拒否する場合は行わなかった。治療は外来治療が基本であるが、外来通院ができない場合は2~3ヶ月の入院による治療も行った。

### 解析

治療開始後6ヶ月後のY-BOCSを用いた。治療効果について、治療開始前よりも50%以上減少したものを、“かなり改善以上”、35%以上減少したものを“改善以上”と定義した。

対象者を1)OCDの会への参加の有無、2)ERPの有無、によって分類し、治療効果を比較した。解析は男女別に行った。

OCDの会については参加者に自由記述のアンケートを行い、感想をまとめた。

## C. 研究結果

結果を表に示す。OCDの会に参加したのは女性26人のうち14人、男性14人のうち2人だった。ERPを受けたのは女性21人、男性9人だった。全体では10人(25%)の患者がERPを受けることを拒否した。OCDの会に参加した患者は全てERPを受けた。

Y-BOCSの改善率は、ERPを受けた群で全般に高かった。“かなり改善以上”の患者の割合は、OCDの会に参加せず、ERPを受けた男性の群で71%ともっとも高かった。OCDの会に参加しなかった女

性ではERPをした群としなかった群の改善率の差はわずかだった。

OCDの会に参加せず、ERPを受けた患者は43%であった。全体ではOCDの会に参加した患者16人のうち、63%が“かなり改善以上”、75%が“改善”になった。参加しなかった24人のうち、33%が“かなり改善以上”、54%が“改善”になった。男性でOCDの会に参加したのは2名のみであった。

#### D. 考察

全体として、“かなり改善以上”(50%以上改善)の患者が45%であり、“改善以上”(35%以上改善)の患者は63%であった。ERPを受けなかった患者の割合は全体の25%であった。ERPを受けた患者

では、“かなり改善以上”が53%、“改善以上”が70%であった。

OCDの会に参加した患者は全員ERPを受けており、会に参加することがERPの動機付けになっていると推測される。女性は過半数の患者が会に参加していた。一方、男性の場合は会に参加したのは全体の14%であった。男性は会に参加しにくいと思われた。

6ヵ月後の改善率はERPを受けた方が高かった。治療効果のなかった症例では、不潔恐怖・手洗い儀式が多くみられた。また、双極性障害の合併、ERPにおける儀式妨害の不完全さが、治療効果が不十分であることと関連していた。

表 Y-BOCS の改善度

性別	女性				男性			
	あり		なし		あり		なし	
OCDの会参加	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
ERP	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
人数	14	0	7	5	2	0	7	5
治療前 Y-BOCS	29.4		30.3	30.4	32	0	21.4	24.2
改善率平均	54%		32%	29%	45%		58%	19%
かなり改善以上%	64%		14%	40%	50%		71%	0%
改善以上%	71%		43%	40%	100%		86%	40%

かなり改善以上：Y-BOCS が 50%以上減少した 改善以上：Y-BOCS が 35%以上減少した

## 研究 2：うつ病患者の主体的治療参加促進に関する研究

### B. 研究方法

うつ病患者の治療への主体的参加を促すために有効な手段を検討することを目的として、[研究①] うつ病患者のコンプライアンスに関する尺度である ADCQ (Antidepressant Compliance Questionnaire) 日本語版の作成と信頼性・妥当性の検証、[研究②] うつ病治療補助ツールがうつ病や抗うつ薬に対する患者の認知や態度に及ぼす効果の検討、の 2 つの研究を行った。

#### 1. 対象と方法

研究①では、1 施設に通院中の 85 名を対象に ADCQ 日本語版による調査を行い、信頼性と妥当性を検証した。

研究②では、3 施設に通院中の患者 150 名を対象として、研究班が作成したうつ病治療補助ツールがうつ病と抗うつ薬に対する認知や態度に及ぼす効果を ADCQ 日本語版を用いて検討した。

### C. 研究結果

研究①において、2 度の ADCQ 得点の相関係数はすべて 0.6 以上であり、平均値に有意差はなく、一定の再テスト信頼性が確認された。ADCQ 総得点および 3 下位尺度〈医師患者関係の認識〉、〈主体性の維持〉、〈パートナーの同意〉の Chronbach の  $\alpha$  係数は 0.6 以上で一定の内的信頼性が示されたが、〈抗うつ薬に対する肯定的な考え〉では  $\alpha$  係数は 0.38 であり、使用する際には留意する必要があると考えられた。妥当性に関しては、服薬コンプライアンスを問う独自の質問項目と一定の相関を示し、並存的妥当性が確認された。

研究②において、うつ病治療補助ツールを使用した群は使用しなかった群よりも ADCQ 総得点が

大きく上昇し、下位尺度「抗うつ薬に対する肯定的な考え」でも同様の傾向があった。

### D. 考察

研究①では、1 回目調査と 2 回目調査の ADCQ 日本語版の得点の相関係数はすべて 0.6 以上であり、かつ平均値に有意差がなかったことから、ADCQ 日本語版における一定の再テスト信頼性が示された。内部一貫性に関しては、【抗うつ薬に対する肯定的な考え】以外では  $\alpha$  係数が 0.6 以上であり、一定の内的信頼性が確認された。

研究②では、うつ病治療補助ツールを配布された群は、配布されなかった群と比較して、うつ病・抗うつ薬に関する態度や信念が肯定的に変化した度合いが大きかった。この変化は受診期間の長さやうつ病の重症度変化とは関連がなく、うつ病治療補助ツールの効果によるものと考えられる。

## E. 研究1と研究2のまとめ

OCDの会はERPを行いやすくし、治療成績を上げること貢献していると考えられた。今後は、男性の患者や不潔恐怖・手洗い儀式以外の患者が参加しやすくする工夫が必要である。

うつ病と抗うつ薬に対する患者の態度と信念を評価する、抗うつ薬コンプライアンス尺度

(ADCQ)はうつ病治療における重要な視点を提供する有用な尺度であり、幅広い使用が期待される。また、患者のうつ病治療に対する肯定的な認識を促進するために本研究班で作成したうつ病治療補助ツールが有効であることが示された。今後は対象数を増やし、さらに詳細な検討を行う予定である。

研究1では患者の会によるサポート、研究2ではリーフレット形式の患者用うつ病治療補助ツールによるサポートが、患者の治療への主体的治療参加にとって有効であることが示された。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 小山明日香、五十嵐良雄、田島美幸、小山智典、沢村香苗、伊藤弘人、樋口輝彦：抗うつ薬コンプライアンス尺度（ADCQ）日本語版の有用性に関する検討。臨床精神医学 in press.
- 2) Harai H: Treatment Outcome of Obsessive Compulsive Disorder in a Japanese Mental Hospital; How does the system of health care affect empirically supported treatment? (Journal of Cognitive and behavioral practice に投稿準備中)

### 2. 学会発表

- 1) 原井宏明：「OCDの会」（強迫性障害の患者サポートグループ）-他の患者の経過を観察することによって治療成績が改善するか？. 第31回日本行動療法学会 2005年10月 広島
  - 2) 岡嶋美代：児童・思春期における強迫性障害と治療効果について -菊池病院における治療成績-. 第31回日本行動療法学会 2005年10月 広島
  - 3) 橋本加代：収集癖を伴う強迫性障害への認知行動療法の取り組み. 第31回日本行動療法学会 2005年10月 広島
  - 4) Harai H: Treatment Outcome of Obsessive Compulsive Disorder in a Japanese Mental Hospital; How does the system of health care affect empirically supported treatment? 39<sup>th</sup> Annual convention of Association of Advancement of Behavior Therapy 2005/11 Washington D.C. USA
  - 5) 小山明日香、五十嵐良雄、田島美幸、小山智典、沢村香苗、樋口輝彦：抗うつ薬コンプライアンス尺度（ADCQ）日本語版の有用性の検討. 第3回日本うつ病学会総会（予定）
  - 6) 沢村香苗、田島美幸、小山明日香、五十嵐良雄、樋口輝彦：うつ病患者の主体的治療参加を促すことを目的とした治療補助ツールの効果の検討 第3回日本うつ病学会総会（予定）
- ### H. 知的財産権の出願・登録状況
- なし



## ストレス関連疾患に関する医療経済学的研究

### その2 強迫性障害に対する認知行動療法

#### 患者サポートグループは強迫性障害の治療転帰を改善するか？

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

#### 研究要旨

**目的：** 強迫性障害に対する認知行動療法はその効果が複数の臨床試験やメタアナリシスによって支持されている。一方、1)日本の臨床場面における治療効果に海外の研究機関で得られた結果との差があるか否か 2)一般的に治療を拒否するものが20～30%程度存在するが、日本の臨床場面ではその割合がどの程度なのか、については不明である。また、治療拒否を減らすためには、患者同士のやり取りが有用である可能性がある。この研究では、昨年度の報告に患者数を追加して、“OCDの会”（強迫性障害の患者の精神病性障害サポートグループ）への参加の有無が、治療への参加にどのように影響するかを検討した。

**対象と方法：** 強迫性障害の専門医療機関を受診した患者を、治療内容とOCDの会への参加の有無によって分類し、症状の改善度を検討した。

**結果：** 本年は菊池病院の強迫性障害外来を他の医療機関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Y-BOCSで重症度を評価した。全員が強迫性障害についての心理教育を受けた。40名について治療前後の重症度評価が得られた。受けた治療内容によって患者を分類し解析をおこなった。

**まとめ：** 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る。患者自身がかかわるサポートグループが治療の動機付けに役立っていることが分かった。

#### 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 国立病院機構 菊池病院  
橋本加代 国立病院機構 菊池病院  
宮田由香 名古屋市立大学病院 精神科

ニン再取り込み阻害剤(SRI)は強迫性障害(以下、OCD)に対する標準的な治療方法となっている。一方これらの治療を拒む、あるいは行っても反応しない例がある。Jenike (Michael A. Jenike, N Engl J Med 2004;350:259-65)のレビューによればERPを勧められた患者のうち25%は拒否する。実際に受けた患者のうち10～37%は良い結果が得られない。自宅でのERPの宿題を行わな

#### A. 研究目的

はじめに

エクスポージャーと儀式妨害(ERP)とセロト

い患者では結果が不良である。全体としては重症度が50%以上改善する患者が55%、35%以上改善する患者が85%である。

ERPは患者にとって取り入れやすい方法ではなく、動機付けが必要になる。われわれの経験的では、患者がERPを行おうとするきっかけとして一番よくある理由は同じ方法で良くなった他の患者のを知ることである。このような体験が系統的に行われるように患者のサポートグループを結成し、“OCDの会”と名づけた。会の活動と治療成績との関連について報告する。

### OCDの会について

菊池病院では回復した患者と治療を始めたばかりの患者が集まり、先輩患者が体験を語るといふ集団療法を2001年ごろから行っていた。

ERPを動機付けするためには、専門家の説得よりも先輩患者の体験談の方が良いと考えたからである。2004年4月から、この集まりが発展し、“OCDの会”となった。神経症の自助組織は古くからあり、ネット上の仮想的な集まりは無数にある。しかし、強迫性障害に絞った実在の患者による組織は、われわれの知る限り、はじめてである。

2004年5月には地元新聞に活動が掲載された。2004年10月23日に市民フォーラムを行った。2005年2月には、会や会に参加している患者がERPを受ける場面がフジテレビに取材され、放送された。

現在の活動は、毎月第3金曜日の月例会やニューズレターの刊行、ホームページ、掲示板、電話対応などがある。年会費を支払い、登録されている会員は約30人である。月例会は患者本人の集まりに数人~10数人、家族の集まりに10数人~20人が毎回集まっている。家族会には横

浜や名古屋などから参加する会員もいる。

菊池病院を受診したOCDの患者や家族に対して、診察時に資料の配布を行っている。

## B. 研究方法

### 対象

2000年1月から2004年8月までにOCDを主訴として菊池病院を受診し、OCDが主診断である患者を対象として治療後転帰を調べた。この期間、OCDを主訴として受診・相談した患者は97人いた。この中から、一度受診したが、2ヶ月以内に再来受診がないもの、Yale-Brown強迫スケール(Y-BOCS)評価が行われていないものを除外した。女性26人(年齢平均 $30.3 \pm \text{sd } 12.4$ 歳、範囲9~55歳)、男性14人( $31.1 \pm 14.0$ 、範囲15~69歳)が対象になった。

### 治療

全ての患者に対して、1)セルフモニタリング：強迫観念・強迫行為・回避を同定する訓練、症状や気分、強迫観念のトリガーに対する日記形式の記録、児童期の患者の場合には親によるモニタリング、2)不安階層表の作成、を行った。前医から薬物を処方されている場合は、無効な薬剤からの離脱(特にベンゾジアゼピン系薬物)を行った。その他、1)SRIの投与、2)ERP、を行った。これらは患者が拒否する場合は行わなかった。治療は外来治療が基本であるが、外来通院ができない場合は2~3ヶ月の入院による治療も行った。

### 解析

治療開始後6月後のY-BOCSを用いた。治療効果について、治療開始前よりも50%以上減少したものを、“かなり改善以上”、35%以上減少したものを“改善以上”と定義した。

対象者を1)OCDの会への参加の有無、2)ERP

の有無、によって分類し、治療効果を比較した。解析は男女別に行った。

OCDの会については参加者に自由記述のアンケートを行い、感想をまとめた。

## C. 研究結果

### 治療転帰

結果を表に示す。OCDの会に参加したのは女性26人のうち14人、男性14人のうち2人だった。ERPを受けたのは女性21人、男性9人だった。全体では10人(25%)の患者がERPを受けることを拒否した。OCDの会に参加した患者は全てERPを受けた。

Y-BOCSの改善率は、ERPを受けた群で全般に高かった。“かなり改善以上”の患者の割合は、OCDの会に参加せず、ERPを受けた男性の群で71%ともっとも高かった。OCDの会に参加しなかった女性ではERPをした群としなかった群の改善率の差はわずかだった。

OCDの会に参加せず、ERPを受けた患者は43%であった。全体ではOCDの会に参加した患者16人のうち、63%が“かなり改善以上”、75%が“改善”になった。参加しなかった24人のうち、33%が“かなり改善以上”、54%が“改善”になった。男性でOCDの会に参加したのは2名のみであった。

### 改善しなかった患者

改善しなかった患者は次のような症例であった。

症例1 女性 不潔恐怖・手洗い儀式がある。ERPとSRIによって一度改善した。3ヵ月後に躁病エピソードが起こり、SRIを中止した。6ヵ月後、うつ病エピソードが起こり、OCDも再燃した。Y-BOCSは治療前点数に戻った。

症例2 女性 不潔恐怖・手洗い儀式がある。入院によってERPを行い、SRIを投与した。治療開始前のY-BOCSは30点であった。3ヵ月後

は22点であった。退院後の6ヵ月後には32点に悪化していた。症例は儀式妨害中に治療者に隠れて洗浄儀式をしており、完全な妨害は一度もできなかった。自宅でERPを行うことは全くなかった。

症例3 女性 不潔恐怖・手洗い儀式がある。SRIの服薬はする。ERPを拒む。OCDの会には、“他のOCDの患者の強迫観念の話を知ると、不潔なもの、恐ろしいものが増えるのではないかと心配になる。他の患者の話を知るのが恐ろしい。自分の強迫観念を口にするのも嫌”と述べ、参加しない。“OCDの治療について解説してある本も開くのが恐ろしい”と言う。

症例4 女性 忘れ物恐怖、確認がある。入院中はERPができたが、自宅では行えなかった。

症例5 男性 頭に浮かんでくる意味のない音、言葉、音楽のために集中できないと訴える。外来にてSRIの投与、セルフモニタリングを行った。ERPは行っていない。

### OCDの会参加の感想

参加する理由としては、次のようなものが多かった。

- 病気のことを気兼ねなく話せる話し相手が欲しい、孤独感を解消したい
- 主治医や家族が勧めるから
- 情報が欲しい、OCDが良くなるのか心配、ERPを受けて良くなった人の話を聞きたい

OCDではないが、全般性不安障害の女性患者が定期的に月例会に参加している。

家族が参加する理由としては、患者を治療に動機付けするためのアドバイスが欲しい、が多かった。

参加しない理由としては、症例3のような“強迫観念を知るのが恐ろしい”の他に、“同じよう

な症状の人がいない”、が多かった。

#### D. 考察

全体として、50%以上改善した患者が45%であり、35%以上改善した患者が63%であった。

ERPを受けない患者は全体の25%であった。ERPを受けた患者では、50%以上改善した患者が53%、35%以上改善した患者が70%であった。これらは既存の報告とほぼ一致した。

OCDの会に参加した患者は全員ERPをしており、会に参加することがERPの動機付けになっていると推測される。女性は過半数の患者が会に参加していた。一方、男性の場合は会に参加したのは全体の14%であった。男性は会に参加しにくいと思われた。

6ヵ月後の改善率はERPを受けた方が高かった。治療効果のなかった症例では、不潔恐怖・手洗い儀式が多くみられた。また、双極性障害の合併、ERPにおける儀式妨害の不完全さが、治療効果が不十分であることと関連していた。

#### E. 結論

OCDの会はERPを行いやすくし、治療成績を上げることには貢献していると考えられた。今後は、男性の患者や不潔恐怖・手洗い儀式以外の患者が参加しやすくする工夫が必要である。

OCDの会ホームページ

<http://ocd-2004.hp.infoseek.co.jp/>

表 Y-BOCSの改善度

性別	女性				男性			
	あり		なし		あり		なし	
OCDの会参加	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
ERP	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
人数	14	0	7	5	2	0	7	5
治療前 Y-BOCS	29.4		30.3	30.4	32	0	21.4	24.2
改善率平均	54%		32%	29%	45%		58%	19%
かなり改善以上%	64%		14%	40%	50%		71%	0%
改善以上%	71%		43%	40%	100%		86%	40%

かなり改善以上：Y-BOCSが50%以上減少した 改善以上：Y-BOCSが35%以上減少した

(Journal of Cognitive and behavioral practice に投稿準備中)

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) Harai H: Treatment Outcome of Obsessive Compulsive Disorder in a Japanese Mental Hospital; How does the system of health care affect empirically supported treatment?

##### 2. 学会発表

- 1) 原井宏明：「OCDの会」（強迫性障害の患者サポートグループ）-他の患者の経過を観察することによって治療成績が改善するか？. 第31回日本行動療法学会 2005年10月 広島
- 2) 岡嶋美代：児童・思春期における強迫性障害と治療効果について -菊池病

- 院における治療成績－. 第 31 回日本  
行動療法学会 2005 年 10 月 広島
- 3) 橋本加代: 収集癖を伴う強迫性障害へ  
の認知行動療法の取り組み. 第 31 回  
日本行動療法学会 2005 年 10 月 広  
島
- 4) Harai H: Treatment Outcome of  
Obsessive Compulsive Disorder in a  
Japanese Mental Hospital; How does  
the system of health care affect  
empirically supported treatment?  
39<sup>th</sup> Annual convention of Asso-  
ciation of Advancement of Behavior  
Therapy 2005/11 Washington D.C. USA

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし

### うつ病患者の主体的治療参加の促進に関する研究

研究① 抗うつ薬コンプライアンス尺度（ADCQ）日本語版の有用性の検討

研究② うつ病患者の主体的治療参加を促すことを目的とした治療補助ツールの効果の検討

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：**本研究はうつ病患者の治療への主体的参加を促進するために有効な手段を検討することを目的として行われた。本研究は【研究①】うつ病患者のコンプライアンスに関する尺度である Antidepressant Compliance Questionnaire (ADCQ) の日本語版の作成と信頼性・妥当性の検証、【研究②】うつ病治療補助ツールがうつ病・抗うつ薬に対する患者の認知や態度に及ぼす効果の検討から構成された。**研究方法：**研究の対象は、現在精神科診療所に通院中の、大うつ病性障害、気分変調性障害、特定不能のうつ病性障害の診断基準を満たす患者であった。【研究①】1施設に通院中の85名を対象にADCQ日本語版を用いた調査を行い、信頼性と妥当性を検証した。【研究②】3施設に通院中の150名を対象として、研究班が作成したうつ病治療補助ツールがうつ病・抗うつ薬に対する認知や態度に及ぼす効果をADCQ日本語版によって検討した。**結果：**【研究①】2度のADCQ得点の相関係数はすべて0.6以上であり、平均値に有意差はなく、一定の再テスト信頼性が確認された。ADCQ総得点および3下位尺度（医師患者関係の認識）、（主体性の維持）、（パートナーの同意）のChronbachの $\alpha$ 係数は0.6以上で一定の内的信頼性が示されたが、（抗うつ薬に対する肯定的な考え）では $\alpha$ 係数は0.38であり、使用する際には留意する必要があると考えられた。妥当性に関しては、服薬コンプライアンスを問う独自の質問項目と一定の相関を示し、並存的妥当性が確認された。【研究②】うつ病治療補助ツールを使用した群は使用しなかった群よりもADCQ総得点が大きく上昇し、下位尺度「抗うつ薬に対する肯定的な考え」でも同様の傾向があった。**まとめ：**うつ病と抗うつ薬に対する患者の態度と信念を評価する、抗うつ薬コンプライアンス尺度（ADCQ）はうつ病治療における重要な視点を提供する有用な尺度であり、幅広い使用が期待される。また、本研究班で作成したうつ病治療補助ツールにより、患者の治療に対する肯定的な認識が促進された。

#### 協力研究者氏名 所属施設名及び職名

五十嵐良雄	メディカルケア虎ノ門	院長
徳永雄一郎	不知火病院	院長
窪田彰	クボタクリニック	院長
小山明日香	国立精神・神経センター精神保健研究所	
小山 智典	国立精神・神経センター精神保健研究所	

#### 協力研究者氏名 所属施設名及び職名

田島美幸	国立精神・神経センター精神保健研究所	
秋山美紀	東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学 精神保健学教室	
川島義高	国立精神・神経センター精神保健研究所	
沢村香苗	国立精神・神経センター武蔵病院	

はじめに

本分担研究班では、エビデンスに基づく精神医療の普及に関する研究を行っている。昨年度の研究から、医師に対する働きかけのほかに、患者が疾患や治療法について正しく理解し、主体的に治療に参加することがエビデンスに基づく精神医療の普及につながることを示唆された。

そこで今年度は、はじめにうつ病・抗うつ薬に対する患者の認識や態度について知るための尺度 Antidepressant Compliance Questionnaire (ADCQ) の日本語版を作成し [研究①]、研究班で新たに作成した i) うつ病とうつ病の薬物治療に関する心理教育を目的としたリーフレットと ii) 診察時に患者が医師に伝えたい情報を整理するためのチェックリストの両方の特徴を併せ持つうつ病治療補助ツールの効果を、ADCQ 日本語版を用いて検討した [研究②]。

[研究①] 抗うつ薬コンプライアンス尺度 (ADCQ) 日本語版の有用性の検討

#### A. 研究目的

うつ病患者は統合失調症などの他の精神疾患患者と比較して病識が保たれているために、薬物治療コンプライアンスが問題視されることはそれほど多くない。しかし、うつ病患者の抗うつ薬のコンプライアンスは実際には必ずしも高くなく、海外では 10~60%と言われている<sup>1)</sup>。コンプライアンス不良の要因として、患者の健康観、抗うつ薬に関する知識の不足、副作用などが挙げられている。また、患者自身が抱く精神疾患へのスティグマも、治療コンプライアンスを低下させるといわれる<sup>2)</sup>。わが国においては、上記要因に加えて、患者と治療者のうつ病の成因に関する意見の相違もコンプライアンス不良の一要因と報告されている<sup>3)</sup>。患者のコンプライアンス行動に直

接的に結びつくであろう患者の抗うつ薬やうつ病に対する態度や考え方を知ることは極めて重要であるが、それを測定する尺度はわが国にはもちろんのこと国際的にもほとんどない。そこで、本研究では、患者のうつ病・抗うつ薬に対する認知や態度を測定するための唯一の尺度である Antidepressant Compliance Questionnaire (以下 ADCQ とする)<sup>4)</sup> の日本語版の作成と信頼性妥当性の検討を行った。この尺度が作成されれば、うつ病患者への心理教育の効果の判定や、患者の予後調査などに、幅広く使用することが可能となる。

#### B. 研究方法

##### 1. 日本語版 ADCQ の作成

ADCQ 日本語版にあたっては、原著者である Demyttenaere より翻訳の許可を得た上で日本語に訳した。日本人の翻訳専門家による逆翻訳を行い、原著者の確認を経て、最終的に ADCQ 日本語版を作成した。

##### 2. 対象

対象は、精神科診療所 (1 施設) に通院する者のうち、Diagnostic and Statistical Manual IV (DSM-IV) の大うつ病性障害、気分変調性障害、特定不能のうつ病性障害の診断基準を満たす 85 名であった。対象者に対し口頭および文書で研究内容について説明し、すべての対象者から文書で同意を得た。対象者の平均年齢は 38.0 歳 ( $SD = 8.7$ )、男性 64 名、女性 19 名、平均罹患年数は 1.5 年 (範囲 1 ヶ月から 12 年) であった。

##### 3. 調査方法

対象患者は診察当日もしくは次回診察時に調査票に記入した。対象者のうちエントリー順の早い 40 名については、4 週間後に再度同質問紙に回

答した。

#### 4. 調査内容

##### 1) 日本語版抗うつ薬コンプライアンス尺度

(ADCQ) : 33 項目からなる自記式の尺度であり、いずれも「あてはまる」「だいたいあてはまる」「あまりあてはまらない」「あてはまらない」の4段階で回答する(表1)。原版では因子分析により【医師患者関係の認識】、【主体性の維持】、【抗うつ薬に対する肯定的な考え】、【パートナーの同意】の4因子構造であることが示されている。

【医師患者関係の認識】は15項目(項目2、5、7、12、14、15、16、19、20、21、22、25、27、28、29)からなり、医師と患者の関係性に関するものである。「主治医は、うつについてじゅうぶんに私に説明している」「主治医は、私の情緒的な問題を話し合う時間をじゅうぶんにとる」などが含まれる。

【主体性の維持】は7項目(項目1、3、6、9、13、24、30)からなり、抗うつ薬が患者自身に及ぼす影響に関するものである。「私の身体は、抗うつ薬依存になることもありうる」「抗うつ薬は性格を変えることがある」などが含まれる。

【抗うつ薬に対する肯定的な考え】は8項目(項目4、8、17、23、26、31、32、33)からなり、抗うつ薬の作用機序に対する考え方や処方方針の遵守の程度に関するものである。「私の情緒的な問題は、抗うつ薬によって解決される」「ある日もし抗うつ薬を服用し飲み忘れたら、次の日にその分追加して飲むほうがよい」などが含まれる。

【パートナーの同意】は3項目(項目10、11、18)からなり、患者のパートナーの、診断と治療に対する態度に関するものである。「私のパートナーは、抗うつ薬が私の状態に適した治療だといいことを認めている」「私のパートナーは、うつ

が私の状態に対する正しい診断だと認めている」などが含まれる。わが国においては、パートナーという単語の意図が回答者に十分に理解されない可能性があるため、当該部分については「パートナー(いない場合はもっとも近い関係の家族)」と表記した。

各項目の得点化について、【医師患者関係の認識】と【パートナーの同意】では、すべての項目が「1=あてはまらない」「2=あまりあてはまらない」「3=だいたいあてはまる」「4=あてはまる」と得点化される。【主体性の維持】では、すべての項目が「1=あてはまる」「2=だいたいあてはまる」「3=あまりあてはまらない」「4=あてはまらない」と得点化される。【抗うつ薬に対する肯定的な考え】では、項目8、23、26、31は「1=あてはまる」「2=だいたいあてはまる」「3=あまりあてはまらない」「4=あてはまらない」と、それ以外の項目は「1=あてはまらない」「2=あまりあてはまらない」「3=だいたいあてはまる」「4=あてはまる」と得点化される。

4つの下位尺度得点はそれぞれの下位尺度を構成する項目の合計得点を項目数で割ることによって算出され、また総得点は4下位尺度得点の合計で得られる。得点が高いほどうつ病・抗うつ薬に対する患者の信念や態度が肯定的であることを示す。

##### 2) 自記式うつ病評価尺度 Beck Depression Inventory (以下BDI)

##### 3) 患者属性(年齢、性別、罹患年数、現在の主治医にかかっている期間のおおよその年数)

##### 4) 服薬コンプライアンスに関する独自項目: ADCQ日本語版の並存妥当性を検討するため、「処



方された薬は、指示通りの時間に指示通りの量をかかさず飲んでいる」という処方方を指示通りに用量や用法を遵守しているかを問う質問と、「薬について疑問もしくは不安があれば、主治医に相談する」という服薬に関する主体性を問う質問を独自に作成した。

## 5. 分析

まず、ADCQ 日本語版各項目の単純集計を行った。

次に、内部一貫性の検討のために、Chronbach の  $\alpha$  係数を算出した。再テスト信頼性の検討には Pearson の積率相関係数 ( $r$ ) と対応のある  $t$  検定を用いた。

並存的妥当性の検討のため、独自の質問項目である「処方された薬は、指示通りの時間に指示通りの量をかかさず飲んでいる」「薬について疑問もしくは不安があれば、主治医に相談する」との相関関係を算出した (Spearman の順位相関係数  $r_s$ )。

最後に、ADCQ 総得点と 4 下位尺度得点について、それら相互の相関と、BDI 得点、年齢、および罹患年数との相関を Pearson の積率相関係数 ( $r$ ) を用いて算出した。

## C. 研究結果

ADCQ 日本語版 33 項目についての回答の分布は、表 1 に示すとおりである。

Chronbach の  $\alpha$  係数は ADCQ 総得点で 0.80、【医師患者関係の認識】は 0.90、【主体性の維持】は 0.68、【抗うつ薬に対する肯定的な考え】は 0.38、【パートナーの同意】は 0.64 であった。

再テスト信頼性の検討のため、1 回目と 2 回目の得点の相関係数を算出したところ、ADCQ 総得点は  $r = 0.80$  ( $p < .001$ )、【医師患者関係の認識】は  $r = 0.80$  ( $p < .001$ )、【主体性の維持】は  $r =$

0.71 ( $p < .001$ )、【抗うつ薬に対する肯定的な考え】は  $r = 0.79$  ( $p < .001$ )、【パートナーの同意】は  $r = 0.61$  ( $p < .001$ ) であった。また、1 回目と 2 回目の得点について対応のある  $t$  検定を行った結果、ADCQ 総得点および 4 下位尺度で、平均点に有意差はなかった。

「処方された薬は、指示通りの時間に指示通りの量をかかさず飲んでいる」との相関係数は、ADCQ 総得点は  $r_s = 0.48$  ( $p < .001$ )、【医師患者関係の認識】は  $r_s = 0.42$  ( $p < .001$ )、【主体性の維持】は  $r_s = 0.25$  ( $p = .021$ )、【抗うつ薬に対する肯定的な考え】は  $r_s = 0.37$  ( $p = .001$ )、【パートナーの同意】は  $r_s = 0.37$  ( $p = .001$ ) であった。「薬について疑問もしくは不安があれば、主治医に相談する」との相関係数は、ADCQ 総得点  $r_s = 0.61$  ( $p < .001$ )、【医師患者関係の認識】は  $r_s = 0.44$  ( $p < .001$ )、【主体性の維持】は  $r_s = 0.42$  ( $p < .001$ )、【抗うつ薬に対する肯定的な考え】は  $r_s = 0.38$  ( $p < .001$ )、【パートナーの同意】は  $r_s = 0.48$  ( $p < .001$ ) であった。

表 2 に示すように、ADCQ 得点相互における相関係数は  $r = 0.30$  から 0.80 であり、いずれも有意な正相関があった。また ADCQ 得点と BDI 得点との相関は、【主体性の維持】で  $r = -0.33$  で有意な負相関があったが、それ以外の得点では有意な相関はなかった。年齢と罹患年数は、いずれの ADCQ 得点とも有意な相関はなかった。

## D. 考察

本研究で、1 回目調査と 2 回目調査の ADCQ 日本語版の得点の相関係数はすべて 0.6 以上であり、かつ平均値に有意差がなかったことから、ADCQ 日本語版における一定の再テスト信頼性が示された。内部一貫性に関しては、【抗うつ薬に対する肯定的な考え】以外では  $\alpha$  係数が 0.6 以上であり、

一定の内的信頼性が確認された。

【抗うつ薬に対する肯定的な考え】で $\alpha$ 係数が0.38と低く、十分な内的整合性が確認されなかったことは慎重に検討すべきである。本下位尺度を構成する8項目のうち、項目31を除く7項目により求められる $\alpha$ 係数は0.51であり、さらに項目8、23、26を除いた4項目（項目4、17、32、33）から算出される $\alpha$ 係数は0.70であった。

項目31「私のうつは、私の性格と関連した要因のみによるものだと思う」は、疾患は自らの性格による部分が大きく必ずしも薬で治癒するものではない、という服薬に対する否定的な意識の把握を目的としていると考えられる。しかし、わが国では、日本人に多く見られる性格として執着気質やメランコリー親和型などのうつ病に親和的な性格特徴が古くから指摘されてきた<sup>10)</sup>ように、もともとうつ病と性格の関連を強く意識している可能性があり、項目31への回答は、必ずしも服薬に対する意識のみを反映しているとは限らない可能性がある。使用に際して補足説明を付記するなど、質問の本来の意図を十分に汲み取れるような配慮が必要だろう。

項目8、23、26に関しては、原版の対象者の回答と本研究の対象者の回答分布が大きく異なっており、本下位尺度の内的一貫性に影響した可能性がある。原版において、項目8「気分がよい日は、処方されているより少ない錠剤を服用するかもしれない」で「あてはまる」もしくは「だいたいあてはまる」と回答した対象者は97.4%であったが、本研究では27.7%であった。同様に、項目23「ある日もし抗うつ薬を服用し飲み忘れたら、次の日にその分追加して飲むほうがよい」では91.1%と6.0%、項目26「よりゆううつである日は、処方されているよりも多くの錠剤を服用するかもしれない」では93.7%と8.4%であった。服

薬コンプライアンスの観点からすれば、本研究の対象者のほうがより望ましい回答をしており、原版では結果を「憂慮すべき」と考察している。

このように、ADCQ日本語版を使用する際には、【抗うつ薬に対する肯定的な考え】の解釈には十分に留意する必要がある、わが国の現状に即した因子構造の検討が必要かもしれない。

ADCQは、抗うつ薬のコンプライアンスに関する様々な先行研究と、臨床場面における患者との長期に渡る面接の経験をもとに作成されており、十分な内容的妥当性があると考えられる。原版では検討されていないが、さらに本研究では、併存的妥当性を確認するため、服薬に関わる2つの独自項目との関連を検討した。服薬コンプライアンスを非侵襲的に測定することは難しいため、2項目との相関を検討するにとどまったが、いずれもADCQ得点と一定の相関があった。うつ病と抗うつ薬に関する患者の態度と信念に着目することは、本尺度が提起する新たな視点であるが、本研究で上記2つの質問との関連が示されたことにより、ADCQに関して一定の並存的妥当性が確認されたと考えられる。

原版と同様に、BDI得点はほとんどのADCQ得点と有意な相関がなく、うつ病・抗うつ薬に対する患者の態度や認識と症状の重症度はそれほど関連がないことが示された。しかし本研究では、【主体性の維持】とBDI得点との間に有意な負の相関があった。この要因として、重症例では服用量や種類が増えるケースが多く、薬の影響に対する不安が生じやすい可能性が考えられる。また、薬の影響に対する不安からコンプライアンスが不良となり、症状が改善せず重症になりやすいという可能性も考えられる。

ADCQ得点と患者の年齢の相関は、原版と同様、有意でなかった。一般に高齢の患者では、身体疾

患の治療薬などを含めて服薬の種類や回数が多くなったり、身体的・認知的問題があるなどして、コンプライアンスが低い傾向があると指摘する研究もあるが、一致した見解は得られていない<sup>5)</sup>。<sup>6)</sup>。また原版では検討されていないが、ADCQ 得点は罹患年数とも有意な関連がなかった。

ADCQ は、うつ病と抗うつ薬に関する患者の態度と信念を評価する有用なツールである。本尺度を使用することにより、治療者は、患者がどの程度納得して主体的に服薬しているかを把握することができ、必要な患者に対しては、服薬指導や心理教育的関わりを提供するなどの対策が可能となるだろう。また、それらの介入による効果を測定する際のアウトカム指標としても、臨床場面ならびに調査研究における幅広い使用が期待され、今後のうつ病治療において重要な視点を提供するものと考えられる。

## 【研究②】うつ病患者の主体的治療参加を促すことを目的とした心理教育リーフレットの効果の検討

### A. 研究目的

患者の主体的治療参加や医師との円滑なコミュニケーションは、治療アウトカムや患者満足度を向上させるといわれている<sup>7)</sup>。患者が疾患に対する正しい知識を習得することで不安が軽減したり<sup>8)</sup>、患者側の主体性を高めることで治療効率があがり診療時間が短縮する<sup>9)</sup>という報告もある。また、患者側からの働きかけが実際の治療内容に影響するとの報告もある<sup>10)</sup>。

患者の主体的参加を援助する手段として、近年リーフレットやチェックリストに関心が高まっている。リーフレットもチェックリストも患者の主体的治療参加を目的としているが、前者は疾患に関する情報提供や decision-aid に、後者は診

療の適正化・効率化に重点をおいているところに違いがある。

うつ病は精神療法的な側面からも医師とのコミュニケーションが特に重要な疾患であり、また、患者の判断での治療中断がときに自殺などの重大な問題を引き起こす危険性がある<sup>11)</sup> ため、患者が疾患に対する正しい知識を持ち、主体的に治療に参加することは極めて重要である。本来であれば、診察時間内に精神科医がうつ病患者に対して適切な心理教育を行い患者の主体性を高めたり、十分な時間をかけて患者から様々な情報を引き出しアセスメントすることが必要であるが、混雑した精神科外来では限界があると考えられる。最近ではうつ病に関する様々な情報が流布しているが、それらは必ずしも医学的に正確なものばかりではなく、たとえ適切な情報が身近なところにあったとしても、意欲低下などの症状をもつうつ病患者が情報に適切にアクセスできない可能性がある。また、診察時間内に患者が精神科医に対して症状等に関する十分な情報を提供できていない可能性もある。そのため、このような問題点を補うためのツールの使用が有効であると考えられる。

そこで本研究では、i) うつ病とうつ病の薬物治療に関する心理教育を目的としたリーフレットと ii) 診察時に患者が医師に伝えたい情報を整理するためのチェックリストの両方の特徴を併せ持つうつ病治療補助ツールを開発した。(資料として本報告書に添付)

本研究の目的は、このうつ病治療補助ツールが患者のうつ病・抗うつ薬に対する認知や態度に及ぼす効果を検討することである。効果の評価は【研究①】で作成した ADCQ を用いて行った。

### B. 研究方法

## 1. 対象

対象は、精神科診療所（3施設）に通院中の、Diagnostic and Statistical Manual IV（DSM-IV）の大うつ病性障害、気分変調性障害、特定不能のうつ病性障害の診断基準を満たす患者であった。対象者に対し口頭および文書で研究内容について説明し、すべての対象者から文書で同意を得た。

## 2. 調査方法

各施設において対象者50名を介入群（25名）と対照群（25名）に割り付けた。調査は現在進行中であるため、平成18年2月時点で終了した1施設における調査結果を報告する。

調査は2時点で行った。ある診察日を第1時点とし、患者に口頭および文書で調査について説明を行い、同意を得た。調査票への記入を依頼し、介入群では調査票と引き換えにリーフレットを渡し、対照群では渡さなかった（時点1）。

第1時点から6～8週間後の診察時に第2時点調査を行った。第1時点と同様の調査票に記入を依頼し、それが終了した時点で、対照群の対象者にリーフレットを渡した（時点2）。

「リーフレットやチェックリストをもらったか」という質問に対し、対照群で「もらった」と答えた対象者（12名、48.0%）と介入群で「もらっていない」と答えた対象者（4名、16.0%）を分析から除外した。対象者の年齢・性別・精神科や神経科を初めて受診してからの期間[月]（以下、受診期間とする）・時点1と時点2におけるBDI得点を表3に提示した。対照群と介入群を比較したところ、年齢・性別・時点1と時点2のBDI得点に有意差はなく、対照群の方が介入群よりも受診期間が長い傾向があった。

## 4. 調査内容

調査は自記式の調査票を用いて行った。調査内容は、抗うつ薬のコンプライアンスを測定するADCQ（Antidepressant Compliance Questionnaire）、うつ症状評価尺度であるBDI（Beck Depression Inventory）、その他診察に関する満足度など独自に作成した質問項目であった。調査に用いた質問紙を資料として添付した。

## 5. 解析方法

介入効果を検討するため、ADCQ総得点および下位尺度得点の変化を従属変数、群を独立変数、BDI得点の変化を共変量とした共分散分析を行った。

### C. 研究結果

ADCQ総得点および下位尺度得点の変化を従属変数、群を独立変数、BDI得点の変化を共変量とした共分散分析の結果を表4に示した。対照群は介入群より受診期間が長い傾向があったが、ADCQ総得点や下位尺度得点と受診期間には有意な相関がなかったため共変量には投入しなかった。

ADCQ総得点については群の主効果が有意であり、介入群では対照群よりも得点が大きく上昇していた。下位尺度「抗うつ薬に対する肯定的な考え」では群の主効果が有意傾向を示し、介入群では対照群より得点が大きく上昇する傾向があった。

ADCQ総得点および下位尺度得点の変化の調整済平均を表5に示した。

### D. 考察

i) うつ病とうつ病の薬物治療に関する心理教育を目的としたリーフレットとii) 診察時に患者が医師に伝えたい情報を整理するためのチェックリストの両方の特徴を併せ持つうつ病治療補助ツールを配布された患者は、配布されなかった