

アンスの維持と前向きなコーピングを持つことが治療主体性の獲得につながっていったと考える。治療主体性（アドヒアランス）を獲得するためには、疾患の理解、治療の必要性の理解、そして治療コンプライアンスの維持を土台として、ストレス対処方略を伸ばし、自らストレスを乗り越える力を獲得したことが背景にあると考える。

冒頭で述べたように、医療観察法の入院治療の中では、症状と対象行為との関連性を認識し、自らが再発予防に取り組む主体性を獲得することが重要となってくる。「薬を飲んで幻聴が治まった。それに伴い、対象行為のような他害行為をする気がなくなった」という実感や、再発予防はなぜ必要かという問いに「事件を繰り返さないように。入院を繰り返さないように」「二度と事件を起こさないため」と答えたメンバーがおり、まさに対象行為と疾患の関係を認識したうえで治療主体性を獲得していると評価できる。

ここまでをまとめると、治療主体性の獲得に必要なのは、疾患を理解し、治療の必要性を理解する（疾患に対する正しい知識をつける）こと、治療コンプライアンスが維持していることが必要で、そのためには、入院環境へあらゆる意味で適応し、副作用がないか最低限に抑えられていることや薬に対する肯定的なイメージをもっていることが条件であろう。そして、治療に自ら取り組めることが重要であり、そのためには、セルフコントロールできる自信がついていることや対処方法を増やすことや、再発予防への意欲があることなどが必要である。これらのことが相互に影響しあい、相乗効果で治療主体性の獲得につながっていくと考える。PEPの参加者の多くは、これらの必要な条件を PEP I から PEPⅢにかけて段階的に達成し、この3段階（3ステップ）による過程の中で徐々に治療主体性を獲得していったといえる。

7. 結論

PEP では、参加者に学習の機会を提供し、これ

をとおして、抗精神病薬を服用しながらのウェルビーイングが改善し、ストレス・不安が軽減し、ストレス対処方略が獲得され、病感・病識の獲得と疾患の知識が獲得された。また、段階的なステップを踏むことで、症状と対象行為との関連性を認識し、この関連について、自らが再発予防に取り組む主体性を獲得できた。さらに、グループでの PEP の参加者には集団精神療法の治療因子が働き、プログラムは有効であった。集団のアプローチと個別のアプローチを臨機応変に活用することも必要であるが、プログラムのワークブックは、いずれの場合においても活用可能であり、プログラムおよびワークブックの有効性が確認された。

8. 今後の課題

1) 研究課題

グループセッションを行ったものと個別セッションを行ったものとの比較や、KIDI や DAI-30 の点数が減少したのものについての探索的な分析や、その他さまざまなバイアス（入院歴、家族歴、年齢）などについても分析を行っていく必要がある。

2) 臨床での課題

KIDI や DAI-30 の得点が減少した人がいたが、これらの人に対するフォローアップが必要と思われる。また退院が近くなると個々の抱える問題も変化してくるだろう。PEPⅢが終了した人あるいは、PEP の内容を忘れてしまった人、現在の問題についてもう一度グループに参加して問題を解決したい人などを対象とした復習（booster）セッションを設けることも今後検討していきたい。

心理教育運営に関する課題も当然ある。一定の治療効果を得るために、グループ実践の技術やノウハウを、病棟スタッフがどのように獲得していくのか。グループを教育モデルでいくのか、相互作用モデルでいくのか、折衷モデルでいくのかによってもグループ運営の手技は異なっていくだろう。集団精神力動という言葉のごとく、実際のグループは生きたものであり、グループの特質、その日の個々の気分や症状、

取り扱うテーマなどによって、グループの力動は変化する。このため、この流動的な集団力動に対応する力量と細かなアプローチ技術が必要とされるが、これらのグループ実践の技術をマニュアル化することは困難であるし、グループ実践のノウハウをスタッフ全員が持ち合わせていることも容易なことではない。グループワーク実践の専門技術は6つのプロセスと17のカテゴリがあり、77の専門技術があるという(黒木ら、2001)、この集団を扱う系統的な知識と技術と自信をどのようにスタッフがつけていくのかが課題である。

引用文献

1. Patrick D. McGorry., and Henry J. Jackson. (1990): 「The Recognition and Management of Early Psychosis A Prevention Approach」 Cambridge University. 鹿島晴雄監修「精神疾患の早期発見・早期治療」金剛出版, 2001
2. Shepherd ,M., Watt, D., Falloon, I. & Smeeton, N. : The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up in a representative sample of schizophrenics. Psychological Medicine, Cambridge University Press., 1988
3. Trenckmann, Ulrich . , Briese, Renate . : Fruhsymptommanagement.. 市川潤, 安藤嘉朗監訳(1998): 早期症状マネージメント : 精神分裂病再発予防のために : 治療者用ハンドブック, 星和書店., 東京, 1994
4. Yalom, I. D. and S. Vinogradov. 川室優訳: グループサイコセラピー ヤーロムの集団精神療法の手引き (原書名: Concise Guide to Group Psychotherapy), 23-32, 金剛出版, 東京, 1991
5. 大井美紀: 地域で生活する精神障害者の学習ニーズ調査 生涯学習の視点から考える, 保健婦雑誌 58 (7) : 602-608, 2002
6. 加藤忠志: 『患者さんと家族の為の双極性障害の手引き』 .
http://square.umin. ac. jp/tadafumi/
7. 加藤忠志: 『躁うつ病とつきあう』. 日本評論社, 東京, 1998
8. 黒木保博他: グループワークの専門技術—対人援助のための77の方法, 中央法規出版 , 東京, 2001
9. 小松容子: 心理教育, 特集2 “触法患者” への看護ってどうあるべきなの?. 精神看護 8 (6) : 56-65, 2005
10. 小松容子他: 心理教育プログラムの作成とその効果 - 看護師より -. 「(分担研究者 平林直次) 重度精神障害に対する地域でのモニタリング体制, 支援方法の開発に関する研究」 : 「(主任研究者 吉川和男) 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」 平成 17 年度総括・分担研究報告書, 64-72, 2006
11. 鈴木純一: 集団精神療法の臨床的意義. 近藤喬一, 鈴木純一編「集団精神療法ハンドブック」, 67-77, 金剛出版, 東京, 1999
12. 鈴木丈, 伊藤順一郎: SST と心理教育, 中央法規出版, 東京, 1997
13. 根岸協一郎: 抗精神病薬大量から少量への思いやり, 臨床精神薬理 5 (1) : 57-62, 2002
14. 前田正司, 連理貴司監修: INFORMED CONSENT 精神症状と薬—メジャートランクライザーを中心に—, 山之内製薬, 1995
15. 松本賢哉: 心理教育が統合失調症の病識にもたらす効果—個別心理教育による各場面の分析から— . 山梨学院大学大学院修士論文, 2005
16. 水野恵理子他: 服薬心理教育に参加した精神分裂病患者の病いと服薬への構えに関する考察, 聖路加看護学会誌 6:51-57, 2002
17. 羽山由美子他: 精神科急性期病棟における服薬および治療への構えに関する対象者心理教育の効果. 臨床精神医学 31 (6) : 681-689, 2002
18. 平林直次: CPA-J による外来通院医療. 主任研究者 松下正明: 触法行為を行った精神障害者の精神医学評価, 治療, 社会復帰等に関

する研究 平成 15 年度 総括・分担研究報
告書, 345-358, 2004

表1 評価スケジュール

	入院時	PEP I	PEP II	PEP III
SWNS-J	○	○	○	○
TSRS	○	○		○
STAI	○	○		○
TAC-24			○	○
KIDI	○		○	○
DAI-30	○		○	○

略語説明および評価尺度の説明

SWNS-J: Subjective Well-being under Neuroleptic drug treatment Short form, Japanese version (抗精神病薬治療下主観的ウェルビーイング評価尺度短縮版の日本語版)

TSRS: Tanaka Stress Response Scale (田中ストレス反応尺度)

TAC-24: Tri-axial Coping Scale 24 (3次元コーピング尺度)

STAI: State-Trait Anxiety Inventory (状態・特性不安検査)

KIDI: Knowledge of Illness and Drugs Inventory (疾病・薬物知識度調査)

DAI-30: Drug Attitude Inventory (薬に対する構え調査)

表2 PEP I II III参加者の属性

	PEP I	PEP II	PEP III	Step3	StepC
人数	37	28	22	19	3
年齢					
平均±SD	40.1±12.6	38.2±11.7	36.1±10.0	35.6±9.3	39.7±16.0
性別 n(%)					
男	33(89.2)	26(92.9)	21(95.5)	18(94.7)	3(100)
女	4(10.8)	2(7.1)	1(4.5)	1(5.3)	-
診断 n(%)					
F1	2(5.4)	2(7.1)	1(4.5)	1(5.3)	-
F2	28(75.7)	22(78.6)	18(81.8)	18(94.7)	3(100)
F3	4(10.8)	4(14.3)	3(13.6)	-	-
F4	1(2.7)	-	-	-	-
F6	1(2.7)	-	-	-	-
F7	1(2.7)	-	-	-	-

表3 PEP I

n=37	平均値±SD		差の検定	
	入院時	PEP I 後	p	
SWNS-J				
総得点	76.6±16.9	83.4±15.2	0.007	**
精神機能	14.8±4.2	16.2±3.9	0.031	*
セルフケア	16.1±3.7	18.1±3.2	0.001	**
感情調節機能	14.9±3.7	16.2±3.6	0.066	
身体機能	15.7±4.4	16.7±3.8	0.086	
社会機能	15.3±3.9	16.5±3.7	0.027	*
TSRS				
総得点	76.1±25.8	68.9±23.3	0.007	**
身体不調感	15.7±6.8	13.1±6.0	0.009	**
いらだち感	18.6±7.4	16.2±6.7	0.042	*
不安感	13.3±6.0	12.7±5.9	0.432	
寂寥感	10.1±4.9	9.0±3.7	0.167	
自信喪失感	7.4±3.2	6.9±3.2	0.326	
高揚感の欠如	11.0±3.6	10.9±2.9	0.461	
STAI	48.4±10.0	44.5±10.3	0.020	*

p =漸近有意確率(両側)

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

表4 PEP II

	n=28	平均値±SD		
		入院時	PEP I 後	PEP II 後
SWNS-J				
総得点		76.7±15.6	82.4±15.8	86.6±15.7
精神機能		14.7±4.3	15.9±4.0	16.9±3.9
セルフケア		16.2±3.6	17.8±3.2	18.3±3.3
感情調節機能		14.8±3.1	16.2±3.6	16.8±3.4
身体機能		15.9±4.2	16.4±4.0	17.4±3.9
社会機能		15.2±3.4	16.5±3.9	17.2±3.4
TSRS				
総得点		75.0±25.6	70.1±24.2	-
身体不調感		15.3±7.3	13.5±6.4	-
いらだち感		18.7±7.5	16.7±7.0	-
不安感		13.2±6.3	12.6±5.8	-
寂寥感		9.3±4.2	9.0±3.9	-
自信喪失感		7.1±2.9	7.3±3.3	-
高揚感の欠如		11.4±3.3	11.1±2.8	-
STAI				
		48.3±9.1	45.6±9.8	-
KIDI				
		12.9±3.5	-	15.6±2.7
DAI-30				
		4.8±14.4	-	14.5±11.7

p =漸近有意確率 (両側)

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

表5 PEPⅢ

		平均値±SD			
		入院時	PEPⅠ後	PEPⅡ後	PEPⅢ後
SWNS-J	n=22				
	総得点	76.4±16.8	82.9±17.1	87.7±16.7	89.0±14.0
	精神機能	14.6±4.7	15.8±4.2	17.3±4.1	17.6±3.2
	セルフケア	16.1±3.4	17.7±3.4	18.2±3.4	18.3±3.2
	感情調節機能	14.4±3.3	16.4±3.7	17.0±3.6	17.0±3.2
	身体機能	15.9±4.2	16.1±4.3	17.8±3.9	18.5±4.0
	社会機能	15.4±3.4	16.9±4.2	17.4±3.5	17.3±3.4
KIDI	n=22	12.7±3.3	15.5±2.7	17.0±2.4	
DAI-30	n=22	5.2±14.5	15.8±10.5	19.2±9.6	

ρ=漸近有意確率(両側)
 * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

表5 PEPⅢ(つづき)

		平均値±SD			
		入院時	PEP I 後	PEP II 後	PEPⅢ後
TSRS	n=22				
総得点		75.3±25.5	70.8±25.0	-	58.4±19.3
身体不調感		14.6±6.4	13.5±6.6	-	12.1±5.6
いらだち感		18.6±7.5	17.4±7.4	-	12.9±4.9
不安感		14.0±6.2	12.6±5.7	-	10.7±5.1
寂寥感		9.3±3.8	8.8±3.7	-	7.5±3.3
自信喪失感		7.3±3.2	7.3±3.6	-	5.1±2.3
高揚感の欠如		11.6±3.3	11.2±2.6	-	10.0±3.4
TAC-24	n=21				
総得点		-	-	70.0±19.2	74.2±17.8
情報		-	-	9.0±3.7	10.6±3.5
計画		-	-	9.7±3.3	11.6±2.9
カタルシス		-	-	8.7±3.5	9.2±3.3
肯定的		-	-	10.3±3.2	11.0±2.7
責任転嫁		-	-	5.3±2.1	5.5±2.8
諦め放棄		-	-	8.0±3.2	7.0±2.7
気晴らし		-	-	9.3±3.1	10.0±3.4
回避的		-	-	9.8±3.1	9.4±2.7
STAI	n=22				
		48.6±9.6	44.6±10.4		40.5±10.0

表6 Step1-3

		平均値±SD			
		入院時	Step1後	Step2後	Step3後
SWNS-J	n=19				
	総得点	75.5±17.9	84.3±18.0	89.8±17.0	90.3±14.6
	精神機能	14.4±5.0	16.2±4.2	17.6±4.2	17.9±3.4
	セルフケア	16.0±3.5	17.9±3.5	18.6±3.6	18.5±3.4
	感情調節機能	14.1±3.5	16.6±3.9	17.4±3.7	17.2±3.4
	身体機能	15.7±4.4	16.4±4.5	18.5±3.8	18.9±4.1
	社会機能	15.2±3.6	17.2±4.4	17.7±3.7	17.4±3.5
KIDI	n=19				
		12.1±3.1	-	15.5±2.9	16.8±2.4
DAI-30	n=19				
		3.7±15.0	-	14.5±10.7	18.0±9.7

p =漸近有意確率 (両側)

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

表6 Step1-3(つづき)

		平均値±SD			
		入院時	Step1後	Step2後	Step3後
TSRS	n=19				
総得点		75.7±27.2	70.8±26.9	-	56.9±19.4
身体不調感		14.8±6.7	13.5±7.0	-	11.9±5.8
いらだち感		18.6±8.0	17.0±7.9	-	12.4±4.7
不安感		13.8±6.6	12.9±6.1	-	10.2±5.0
寂寥感		9.4±4.1	8.9±3.9	-	7.4±3.1
自信喪失感		7.4±3.4	7.3±3.8	-	5.2±2.4
高揚感の欠如		11.7±3.5	11.1±2.6	-	9.9±3.6
TAC-24	n=18				
総得点				71.3±19.9	74.6±18.9
情報				9.2±3.7	10.6±3.8
計画				9.9±3.4	11.8±3.0
カタルシス				8.8±3.7	9.1±3.6
肯定的				10.5±3.4	11.2±2.8
責任転嫁				5.4±2.2	5.4±3.1
諦め放棄				7.9±3.4	7.0±3.0
気晴らし				9.6±3.2	10.2±3.6
回避的				9.8±3.3	9.3±2.7
STAI	n=19				
		48.9±10.3	44.9±11.1	-	39.8±10.6

表7 「Step2」グループセッションでの発言内容

セッション1	病気の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・いろいろな症状があつて、病気なんだと実感できた ・人によって症状が違ふと思った ・病気の症状をもう一度振り返ることができた。振り返つて、自分の症状を治していきたいと思った ・病気を今まで安易に考えていた。自分の考えを人に伝えるのは難しい ・いろいろな症状があつて、そういう人もいるんだなと思った
セッション2	病気の経過	<ul style="list-style-type: none"> ・前兆期とかのグラフがあつて良くわかつた。自分に当てはまつた ・今回の対象行為の状況を確認できた ・前兆期のところが印象に残つた。自分の今まで感じてきたことと結びついた ・病気には段階がある ・事件のときは急性期で、今は消耗期。やる気がでない
セッション3	ストレスを克服するには	<ul style="list-style-type: none"> ・薬を飲む事でストレスの堤防を作っている事が分かつた ・堤防の話で、薬がなかったら大変なことになると思った ・他の人はそう考えていたんだとわかつた ・ストレスの原因は人によって違ふ。これから相談できるのなら、したい ・ストレスの対処法について散歩もいいかもしれないと思った
セッション4	薬の働き	<ul style="list-style-type: none"> ・ドーパミンがたくさん出ているといらない情報が入ってくるんだなと分かつた ・薬を飲まないで再発してしまうと思った ・ドーパミンのことは、今まで詳しく教えてもらったことがなかったから良かつた ・フィルターのを薬でふさぐ ・病気がどうゆうものか少し分かつた <p>○薬を飲んでよかつたこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬を飲んで幻聴が治まつた。それに伴い、対象行為のような他害行為をする気がなくなつた ・今まで真実だと思っていた妄想が真実ではないと思へた ・幻聴の量が日中では殆ど気がつかない位になつた。自覚もできるようになつた
セッション5	副作用の相談とまとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・副作用は自分だけじゃないんだと思った ・人それぞれの症状がある ・作用と副作用を人が勝手に分けている。やっぱり薬はやめたほうがいいことがわかりました。東洋医学しか自分を救うものはないと感じた ・長く飲んでいるのは身体に悪いと思つて、自分で薬の量を減らしたことがある。最初は大丈夫だったけど、そのうち家族から何か変だといわれ、そうしているうちに今回の事件になつた。それがいけなかつたと思う ・妄想はなくなつたけど、それが薬の効果かどうかはわからない。薬は別に飲まなくても大丈夫なんじゃないかな ・はじめて聞いたことばかりでためになつた

表8 「Step3」グループセッションでの発言内容

セッション1	再発予防について	<ul style="list-style-type: none"> ○なぜ再発予防が必要なのだろうか？ ・症状が悪くならないように。生活が悪くならないように ・事件を繰り返さないように。入院を繰り返さないように ・二度と事件を起こさないため
セッション2	症状悪化のサイン	<ul style="list-style-type: none"> ・状態が悪いときを思い出した ・振り返りは大切だと思った。振り返ると(自分の症状が)分かるから ・前兆期は不眠や焦りがあった。急性期は事件の時。妄想とくに被害妄想があった ・自覚症状、自分で気づけると対処できる ・自覚症状の見極めが大切 ・悪化のサインは前兆期で大切なこと
セッション3	薬の作用、副作用対処	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の飲んでいる薬の内容や効果が分かってよかった ・副作用とは気づかず、今まではただ耐えていた。今度医師に相談する ・自分の考えでやめちゃいけないと思った
セッション4	回復する為に大切な事	<ul style="list-style-type: none"> ○回復期に入って大切なこと ・悪化のサインを見逃さない ・正常な状態のときに、知識を身につけていく ・社会復帰して親孝行する ・薬をのむ。あとは自分の時間を大切に <p>○再発予防のためにできること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予防できる対策を医師に聞く ・再発のサインがあったら医師に相談して薬をのむこと ・再発のサインに気づくこと。希望を持つこと ・自覚症状と他覚症状に気づくこと
セッション5	ディスカッション1 病気のサインを自分で見つけたら、もしくは誰かに言われた時	<ul style="list-style-type: none"> ・担当医と家族に相談する ・慌てないで冷静に考える ・サインを見つけてくれた人の意見を聞く ・もう一度病院に行く ・サインを理解する。一人で抱え込まない
	ディスカッション2 脳の伝達物質(ドーパミン)への対策	<ul style="list-style-type: none"> ・薬を飲んで余分に出ているドーパミンを抑える ・薬を飲む ・規則正しい服薬
	ディスカッション3 ストレスに遭遇したとき、どのように乗り越えるか	<ul style="list-style-type: none"> ・よく眠る。歌う ・冷静になって、落ち着く。深く考えない ・家族に相談する ・自分らしい気分転換をする(汗をかく位、運動する。ゲームをするなど) ・無理だと思ったら入院する ・薬を飲んでリラックスする ・対人関係でストレスがたまるから、一人になってみる
	ディスカッション4 薬を飲むことについて今考えていること	<ul style="list-style-type: none"> ・病気の再発予防 ・早く退院できるように ・薬を飲むことで安心できる ・自分には絶対必要 ・幻聴と不眠を防ぐために飲む ・一生飲むようなもの
	ディスカッション5 退院後にやりたいこと、そしてそのために今できること	<ul style="list-style-type: none"> ・前向きに社会復帰したい。そのために、内省をきちんとする ・仕事して自立したい。そのために、毎日続ける根気を養う ・平穏な日常を取り戻す。そのために病気の兆候が出て具合悪くなったときの対処を考えておく ・仕事をしたい。そのために朝起きる。自分の状態を把握する。薬と付き合いながら生活する。体力作り

4. 薬物治療アルゴリズムに準拠した治療の効果に関する研究

分担研究者 樋口輝彦

平成18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

目的：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、「ストレス関連疾患に関する医療経済学的研究」（研究1）、「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2）、「うつ病患者の主体的治療参加促進に関する研究」（研究3）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。受診患者の症状改善度および治療参加に関連する要因を検討した。研究2では、全国44施設の協力施設に勤務している精神科医388名から得られた薬物治療に関するアンケートの回答を分析した。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いう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。研究3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Anti depressant 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においては治療法の選択に患者の意思が強く働くこと、患者の治療への積極的参加が治療効果と強く関連すること、患者の治療参加を促すために同じ障害を持つ患者の集まりが有効であることが示された。研究2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いう群の医師は、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。研究3では、うつ病補助ツールとう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。

考察：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た。特に患者に対する働きかけとして、同じ障害を持つ患者の集まりやリーフレットといった手段が効果的であることが示された。

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。本研究班では「ストレス関連疾患に関する医療経済学的研究」（研究 1）、「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 2）、「うつ病患者の主体的治療参加促進に関する研究」（研究 3）を行い、治療に影響を与える因子および患者の積極的治療参加を促す方法について検討した。

研究 1：ストレス関連疾患に関する医療経済学的研究（強迫性障害に対する認知行動療法）

B. 方法

対象

1999 年から 2006 年度までの 7 年間に、強迫性障害の病名で来院した患者について、①認知行動療法（暴露・反応妨害法：以下 ERP とする）の実施の状況、②同じ障害を持つ患者の集まり（以下 OCD の会とする）への参加有無と ERP の実施の有無の関連の検討、③治療効果に関連する要因の検討を行った。

C. 結果

①初年度の結果からは、20%の患者が ERP を行うことを拒否しており、治療法の選択に患者の意思が強くはたらいっていることがわかった。②次年度の結果からは、OCD の会に参加することと ERP の実施に関連がみられ、ERP という治療法の選択を患者が行う際に、OCD の会という他の患者の経験を聞く機会が重要な動機付けとして働くことが示唆された。③最終年度の結果

からは、初診時の症状の重篤さとは独立に、ERP を実施した患者で治療転帰が良好であることが示された。

D. 考察

3 年間の研究から、1) 治療効果が高いというエビデンスがある治療法であっても、患者の意思によってそれを選択できない場合があること、2) 同じ障害を持つ患者の話聞くことにより、患者の治療法選択が変化する可能性があることが示された。

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

B. 方法

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いう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. 結果

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できないと感じており、3 割以上の医師が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いう

答した医師は、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積極的であった。

D. 考察

コストや時間的制約、安全確保の要請などの外的要因が医師が薬物治療を行ううえで影響していた。これらの外的要因がエビデンスに基づく薬者治療の妨げになっているとすれば、人員配置の適正化や施設構造の工夫などによって、薬物治療の質をより高めることが可能になると考えられる。

また、ほとんどの医師は薬物治療アルゴリズムの存在を知っていたが、個別性を考慮できないと感じていたり、エビデンスに対して懐疑的であることが少なからずあった。エビデンスを臨床場面に普及させる際には、このような点に注意を払う必要があると考えられる。

薬物治療アルゴリズムを知っている医師は、薬剤に対する情報を自発的に求める傾向があり、また、新薬が導入された場合には実際に使用してみるなど積極的な態度であった。このように、薬物治療アルゴリズムの知識と、処方に対する考え方や処方行動には関連がみられた。

研究 3: うつ病患者の主体的治療参加促進に関する研究

B. 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、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、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

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。

C. 結果

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 α 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 α 係数は 0.38 であり、使用する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。

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「主体性の維持」では介入群で対照群よりも得点が向上する傾向があった。下位尺度「抗うつ薬に対する肯定的な考え」では、初診からの期間について介入群と対照群で交互作用があったため、層別の解析を行った(5年以上・5年より長い)。その結果、5年以下の患者では介入群で対照群よりも有意に得点が向上したが、5年より長い患者では両群で有意差はなかった。

D. 考察

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 α 係数が0.6以上であり、一定の内的信頼性が確認された。

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た。

E. 研究1、研究2、研究3からの結論

強迫性障害の治療には、患者の治療への参加意欲が強く関連していると考えられた。ERPという、患者が恐れているものに接近する治療を促進するための動機付けの方法として、同じ障害を持つ患者の体験を聞く機会を設けることが有用と考えられた。

また、薬物治療の選択には医師の考え方が強く働くため、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。

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はうつ症状の改善には効果がなかったが、服薬に対する信念や態度で改善がみられた。本研究は、日常臨床への応用が容易であるという点で特に意義深いと考えられた。

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た。

平成18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

目的：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100名の症状改善度を1)暴露・反応妨害法（ERP）の有無、2) SRI十分量投与の有無、3) OCDの会への参加の有無、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において治療前Y-BOCS得点とERPの有無が治療効果を有意に予測した。研究2では、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。

考察：強迫性障害の治療効果を十分にあげるには、患者の積極的治療参加が有用であることが示された。また、うつ病補助ツールとう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。エビデンスに基づく医療を促進し、十分な治療効果をあげるためには、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が示唆された。

研究協力者

原井 宏明¹⁾、岡嶋 美代¹⁾、五十嵐良雄²⁾、徳永雄一郎³⁾、窪田彰⁴⁾、小山明日香⁵⁾、小山智典⁵⁾、田島美幸⁶⁾、秋山美紀⁷⁾、川島義高⁸⁾、沢村香苗⁹⁾

1) 国立病院機構菊池病院、2) メディカルケア虎ノ門 院長、3) 不知火病院 院長、4) クボタクリニック 院長、5) 国立精神・神経センター精神保健研究所、6) 東京大学大学院医学系研究科精神保健学教室、7) 東京医療保健大学 講師、8) 日本医科大学精神医学教室、9) 医療経済研究機構 研究員

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。本年度は、「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）を行い、治療効果に影響を与える因子および患者の積極的治療参加を促す方法について検討した。

研究1：ストレス関連疾患に関する医療経済学的研究（強迫性障害に対する認知行動療法）

B. 方法

対象

1999年から2006年度までの7年間に、強迫性障害の病名で来院した患者や家族は128人であった。治療に関わったスタッフは2004年度～2005年度は医師2名であった。それ以外の時期は医師1名、心理療法士1名であった。128名の中から、1ヶ月以上治療が継続し、Yale-Brown強迫スケール(Y-BOCS)評価が行われた患者100人について、治療成績を検討した。

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・思春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、3)集団による患者教育プログラム、を行った。集団教育プログラムは心理士がモデレーターになり解説を加えながら、ERPを受け寛解した患者が新患とその家族に対して自身の体験談を語るものである。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。SRIの投与とERPについては、原則的に全ての患者に勧めた。患者が拒否する場合は行わなかった。

2004年4月からは、回復した患者を中心にしたOCD患者サポートグループ、“OCDの会”が始まった。一部の患者はこの会の月例会に参

加し、先輩の患者から治療について学んでいる。

2005年度までは2～3ヶ月の入院による治療も行った。2006年度からは3日間外来集中プログラムを行った例がある。また患者の自宅を訪問して行う訪問看護や往診を利用したERPプログラムや、インターネットや電話を利用したサポートも行った。

分析

治療開始後6ヵ月後のY-BOCS得点を「治療後」として治療前のY-BOCS得点との差を取り、ERPの有無、SRI十分量投与の有無、OCDの会への参加有無と症状改善との関連を検討した。また、Pallanti (Pallanti et al., 2002)などに従い、治療後のY-BOCSが16点未満かつ治療前よりも35%改善した例を寛解、それ以外で25%以上改善した患者を部分反応、それ以外を反応無しとして各治療法との関連を検討した。

治療結果に影響する予測因子を検討するために、1)年齢、2)性別、3)治療前のY-BOCS、4)ERPの有無、5)セロトニン再取り込み阻害剤(Serotonin Reuptake Inhibitor, 以下SRI)の使用、6)OCDの会への参加を独立変数、寛解の有無を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った(強制投入法による)。

C. 結果

表1は治療前後のY-BOCS得点の変化を、ERPあり群となし群、SRI十分量投与あり群となし群、OCDの会への参加あり群となし群と比較したものである。Y-BOCS得点変化が負の方向に大きいほど大きく症状が改善したことになる。ERPあり群ではなし群と比較して有意に大きくY-BOCS得点が減少していた。SRI十分量投与あり群となし群では有意差はみられなかった。OCDの会参加あり群ではなし群と比較して有意に大きくY-BOCS得点が減少していた。なお、ERPの有無、OCDの会への参加有無と治療前Y-BOCS得点には有意な関連がなかった。表2に、寛解を1、部分反応と反応無しを0とした、寛解