

表 44 癌患者の心理学的評価とサポートの4段階—英国癌患者の支持・緩和ケアマニュアル (NHS-NICE, 2004)

第1段階	対象	すべての医療者
	評価	心理的ニードの認識 (必要に応じて精神保健の専門家に紹介)
第2段階	介入	基本的なコミュニケーション技術 (適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意)
	対象	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第3段階	評価	心理的苦痛のスクリーニング (癌の診断時、再発時、治療中止時などストレス時)
	介入	問題解決技法のような心理技法 (問題解決療法など)
第4段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	評価	心理的苦痛の評価と精神疾患の診断 (重症度を識別し必要に応じ精神科医に紹介)
第5段階	介入	カウンセリングと心理療法 (不安マネジメント、解決志向的アプローチ)
	対象	精神保健専門家 (心理職、精神科医)
第6段階	評価	精神疾患の診断 (重症の気分障害、薬物乱用、精神病性障害を含む、複雑な精神的問題)
	介入	薬物療法と心理療法 (認知行動療法)

注：これはあくまでも英国の医療事情を反映して作成されたものであること、そして各段階は重なりあっており厳密に線を引けないことをお断りしておく。

重要：わが国の精神科医の優先課題は、英国 NICE 支持・緩和ケアマニュアルの第4段階の構築 (コンサルテーション) と、すべての医療者を対象にした第1段階の教育訓練活動 (リエゾン) となる。

研修の参考例：日本緩和医療学会に教育スライド集がある。

<http://www.jspm.ne.jp/gmeeting/peace.html>

心のケアの4段階は、癌患者を直接担当する第1・第2段階と、心の専門家が担当する第3・第4段階に大別される。

1) 第1段階

第1段階は、癌医療に携わるすべての医療者を対象に目標を立てている。まず、患者の心理的ニードを認識することである。たった今聞いた悪い知らせに衝撃を受け、ただそれをひとまず誰かに聞いてもらいたいだけの場合もある。院内や身近に心の専門家がいらないからといって、一般的に心理的ニード評価は控えられてはいないだろうか。疑わしいと思ったときに精神保健の専門家へ相

談をできずに抱え込まれてしまっていないだろうか。

ケアとしては基本的なコミュニケーション（適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意）となる。第1段階に位置づけられているが、技術が必要である。

重要：すべての医療者を対象に以下の目標に向けて計画を立てる。

- 癌を抱えた患者・家族に対して誠実に温かく接することができる。
- 人として親切に、尊厳、尊敬の念をもって接することができる。
- 支持的対人関係を構築し維持する。

注意：精神保健の専門家への紹介をする場合、実際には、具体的な紹介の言葉が思い浮かばない。各施設で精神科紹介の言葉を一緒に作成し、周知しよう。

例：「心の相談や、精神科の受診といわれるとためられる方が多いのですが、よかったら気がかりなことを話していただけませんか？」

重要：癌になって周囲、社会から阻害されている感覚に陥っていること、そのうえで精神科受診というおかれた立場に共感を示すこと。

警告：一方で、うつ病や適応障害に相当しない患者の相談も多いが、病気ではないからと追い返したりしない。臨床的に診断閾値下のストレスを抱えた患者は、ハイリスク群であるので将来につなぐ対応をする。例：「現在の状態は誰もが陥るストレス状態ですが、将来ひどくなる兆しがあれば早目に顔を見せただけだと助かりますね」。

2) 第2段階

第2段階は、広義の精神保健の専門家レベルとなる。ある程度の知識と技術を伴う。したがって、訓練と定期的なスーパービジョンが必要である。癌の診断時、治療時、再発時、抗癌治療終了時など、ストレスが高まる心の軌跡をあらかじめ頭に入れておいて、それに備えてスクリーニングを行い、ケアを提供する。

重要：広義の心の専門家を対象に以下の目標に向けて計画を立てる。

- スクリーニングができる：①癌の診断時、②治療時、③再発時、④抗癌治療終了時。
- 癌の影響をスクリーニングできる：日常生活、気分、家族関係、仕事など。
- ケアとしては、心配や気持ちの吐露を促す。
- 信頼関係を構築し、非審判的に傾聴する。

これらにはある程度の研修は必須である。医療研修推進財団が主催する癌診療に携わる医師を対象にロールプレイを用いたコミュニケーション技術研修会はこの段階に相当する。

重要：広義の心の専門家を対象に以下の目標に向けて計画を立てる。

- 危機介入、支持的精神療法、問題解決技法を提供する。
- 生活に支障をきたす程度の心の負担（適応障害）やうつ病、不安障害、せん妄などを専門家に依頼する。これも、実際には、具体的な精神科紹介の一言が出ない。各施設で紹介の言葉を作成し、周知しよう。

3) 第3段階

第3段階は、狭義の精神保健の専門家レベルとなる。生活に支障をきたす程度の心の負担のなかでも軽度～中等度の不安、うつ、怒り、スピリチュアルな問題や医療スタッフとの関係を評価し解決する。これは、経験、研修を積んだ心理職や精神看護専門看護師（リエゾン）が相当する。

重要：狭義の心の専門家を対象に以下の目標に向けて計画を立てる。

- 心理職ほかチーム内で、中等度と重度の線引きを申し合わせる。例：投薬の必要性、重症のうつ病。
- 癌の経験の少ない心理職には、癌の専門医、緩和ケア医との緊密な連携を強調する。
- さらに、医学概論、臨床腫瘍学、緩和ケアなどの医学知識と経験のための訓練を行う。

4) 第4段階

第4段階は、精神科医、博士号取得の臨床心理学者が相当する。精神医学的診断のもと、重症のうつ病、せん妄/器質性脳障害、不安障害、人格障害、アルコール障害、自傷行動など精神疾患の治療、認知行動療法を行う。

緩和ケアで頻繁に遭遇する問題

精神症状緩和

癌患者の主要な精神症状は、適応障害（不安・抑うつ）、うつ病、せん妄で過半数を占める。これらの精神症状に対する早期発見、早期治療を目指す（下記資料は国立がんセンター精神腫瘍学グループ <http://pod.ncc.go.jp/> から）。

- 医師、看護師向けに精神症状緩和に関する院内研修会を行う。
- 患者・家族向けのリーフレットを作成し、配布する。
- スクリーニング（つらさの寒暖計）を医療者に配布する。
- 進行癌患者のうつ病に対する薬物療法アルゴリズムを利用する、など。

上級編：精神科受診を促す看護師に対するコミュニケーションスキルトレーニング、医師に対するコミュニケーションスキルトレーニング（再発、抗癌治療からの移行を伝える）など⁴⁾。

心理的プロセスの評価とその援助

患者・家族の心理的プロセスの評価を行い、現場のスタッフに還元している。つまり、不安、怒り、疎外感、不確実感、絶望感、無力感、意味や自律性の喪失に加え、難渋する依存、否認、退行などについて評価とその対応法を、場に応じて医療チームに還元している。

注意：患者の否認や怒りの置き換えの機制、そして逆転移は意外と理解されにくい。医療スタッフへ繰り返し説明する必要がある。一方、他者への依存で苦しむ患者に歩行器やポータブルトイレは安易に提供されるので、尊厳に注意を払うよう繰り返し説明する。

カンファレンス

定期的な緩和ケアチームカンファレンスやコンサルテーショングループでのカンファレンス、さらに症例に応じて病棟カンファレンス（特に依存、退行、否認の強い症例、自殺）をもつことを通して、患者・家族へのケアの最適化を図る。具体的内容は、問題の評価、目標の設定や優先順位の見直し、チーム内での役割の再確認、症状緩和法の調整などである。

重要：症例に応じ臨機に開催される病棟カンファレンスは歓迎される。

病診連携

特に終末期の場の設定に関しては、患者・家族双方からの相談は多く、より早期からの介入が望まれる。特に再発後や積極的抗癌治療から終末期への移行に際して、意思決定に大きく影響する精神症状の緩和に関する相談は多い。

課題

緩和ケアチームの理想モデルは、現場の医療プライマリーチームに緩和ケアチームのメンバーがコンサルタントとして加わり患者・家族への緩和ケアを最適化することであるが、現在は緩和ケアの責任所在が不明確となったり、アドバイスから現場のスタッフの実行までには時間がかかったりするため、役割を代行していることが多い。このことは、緩和ケアチームメンバーの技術向上にはなるが、現場の緩和ケアは広がらないし、深まらない。

おわりに

今後、わが国では人材の育成が急務であるが、理念のみをかざして単なるチームの存在の正当化に終わることなく、癌患者・家族のためにいかに緩和ケアを向上させることが可能かを目標に、緩和ケアチームの有効性を地道に実証することを目指すべきであると考え。患者・家族からみて one access point の緩和ケアの供給体制が理想であり、緩和ケアチームは病棟-在宅を結ぶうえで必須と考えている。

【文献】

- 1) Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, et al. Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *J Pain Symptom Manage* 2002; 23: 96-106.
- 2) Chochinov HM, Breitbart W (eds). *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. New York: Oxford University Press; 2000. /内富庸介 (監訳). 緩和医療における精神医学ハンドブック. 東京: 星和書店; 2001.
- 3) *Guidance on Cancer Services. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer*. National Health Services (NHS) - National Institute for Clinical Excellence (NICE). 2004.
<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=28816>
- 4) 内富庸介, 藤森麻衣子 (編). *がん医療におけるコミュニケーションスキル*. 東京: 医学書院; 2007.

(内富庸介)

続・がん医療における コミュニケーション・スキル

実践に学ぶ悪い知らせの伝え方

編集 藤森麻衣子
内富 庸介

医学書院

続・がん医療における コミュニケーション・スキル

実践に学ぶ悪い知らせの伝え方

編集 藤森麻衣子 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部
内富 庸介 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部・部長

執筆 内富 庸介 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部・部長
藤森麻衣子 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部
鶴池 直邦 国立病院機構九州がんセンター血液内科・部長
山田 祐 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部
白井 由紀 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部
藤阪 保仁 近畿大学内科学腫瘍内科部門
田中 桂子 がん・感染症センター都立駒込病院緩和ケア科・医長
野崎 善成 富山赤十字病院外科
二宮ひとみ 大阪医科大学神経精神医学教室・臨床心理士
高橋 通規 国立病院機構仙台医療センター総合診療科・医長
岸澤 進 グリーンヒルズ若草病院・副院長
竹川 茂 国立病院機構金沢医療センター外科・医長
坂本 雅樹 名古屋市立大学病院緩和ケア部・病院講師
大島 彰 国立病院機構九州がんセンターサイコオンコロジー科・医長
小早川 誠 広島大学病院緩和ケアチーム
木下 寛也 国立がんセンター東病院緩和ケア病棟・医長
小川 朝生 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部・室長
木澤 義之 筑波大学大学院人間総合科学研究科・講師
佐藤 菊枝 つくばSP会代表
小室龍太郎 国立病院機構金沢医療センター精神科
高橋 幸子 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部
(執筆順)

医学書院

続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル
—実践に学ぶ悪い知らせの伝え方

発行 2009年10月1日 第1版第1刷©

編者 藤森麻衣子・内富庸介

発行者 株式会社 医学書院

代表取締役 金原 優

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23

電話 03-3817-5600(社内案内)

組版 インフォルム

印刷・製本 平河工業社

本書の複製権・翻訳権・上映権・譲渡権・公表送信権(送信可能化権を含む)
は(株)医学書院が保有します。

ISBN978-4-260-00870-9 Y2800

JCOPY (社)出版者著作権管理機構 委託出版物)

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。
複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構
(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, info@jcopy.or.jp)の
許諾を得てください。

贈呈

不安と抑うつに対する 問題解決療法

Problem-solving treatment
for anxiety
and depression:
A practical guide
by Laurence
Mynors-Wallis

ローレンス・マイナーズ・ウォリス=著

明智龍男
平井 啓
本岡寛子=監訳

AKECHI Tatsuo
HIRAI Kei
MOTOOKA Hiroko



金剛出版



• 訳者

- 第1章 平井 啓 (大阪大学コミュニケーションデザイン・センター)
Introduction to PST
- 第2章 塩崎麻里子 (大阪大学大学院人間科学研究科)
Evidence supporting the use of PST
- 第3章 和田奈緒子 (大阪大学大学院人間科学研究科)
The seven stages of PST
- 第4章 吉田 沙蘭 (東京大学大学院教育学研究科)
How to structure a 6-session course of PST
- 第5章 伊藤 直 (関西学院大学大学院文学研究科)
Other techniques to assist the PS process
- 第6章 伊藤 有里 (大阪赤十字病院精神神経科)
Additional guidelines for effective PST
- 第7章 岡田 紫甫 (大阪大学大学院人間科学研究科)
Three courses of PST
- 第8章 五十嵐友里 (早稲田大学大学院人間科学研究科)
Potential problems with PST
- 第9章 中村奈々子 (兵庫教育大学発達心理臨床研究センター)
Teaching PST
- 付録1 本岡 寛子 (関西福祉科学大学社会福祉学部)
Teaching aids
- 付録2 本岡 寛子 (関西福祉科学大学社会福祉学部)
Additional information

第1章

問題解決療法 (problem-solving treatment) の紹介

問題解決療法の概要

問題解決療法は、簡便な心理療法の一つで、特にプライマリケアで用いることができるように開発されている。その名称が示すように、この治療法は問題解決アプローチを、精神障害の治療に用いる。問題解決療法においては、抑うつと不安といった精神症状は、人々が日常生活で直面する実際の問題によってしばしば引き起こされるという仮説を背景としている。患者自身は、彼らの抱える問題と精神的問題の発現との関係を容易に認識できる。それゆえ、多くの患者にとって問題解決療法は理解しやすい、適切な介入方法であるとみなされる。

問題解決療法は、患者が経験している精神症状と、患者が直面している実際の困難な問題との間の関係を確認することから始まる。この治療法は、彼らの直面している問題が解決すれば、症状も改善されるという予測とともに、患者自身が自らの問題を解決することができるという明解な構造を提供する。この治療法は、まさに“今ここで”を扱う治療技法であり、患者が直面している現在の困難さと将来の目標設定に焦点を当てる。従って、問題解決療法では、過去の人間関係や過ちに焦点を当てることはない。

問題解決療法には、行動的側面と認知的側面という2つの治療的側面がある。行動的側面には、患者が問題を克服することができるように援助するための課題設定が含まれる。認知的側面には、患者は、問題に圧倒され、悩ま

されるのではなく、むしろ問題の解決につながる实际的で効果的な段階的方法があることを感じるようになることが含まれている。問題解決療法においては、これら双方の治療的側面により、患者自身が、自分自身の困難を克服できるのだという感覚を得ることができるよう援助されるのである。

問題解決療法は、患者とセラピストとの協働作業に基づくものであるが、回復の過程で主体的な役割を果たすのは患者自身である。また問題解決療法は比較的簡便な心理療法であるため、患者がセラピストに対して依存してしまう危険性がほとんどないという利点を有する。またセラピストへの依存を生じにくいもう一つの理由として、問題解決療法は、問題解決を行うスキルをトレーニングするという方法をとっていることが挙げられる。問題解決療法が有効であった場合、患者は、セラピストや薬のおかげで改善したと感じるのではなく、むしろ彼ら自身が習得したスキルを用いたために改善したと感じることができるのである。

本書ではまず、問題解決療法の有用性を支持する根拠を提示している。そして、最大の目的は、本書が、臨床家にとって、問題解決療法を実践できるための手引きとなることであるため、続く項では、問題解決療法の過程を詳しく紹介している。

問題解決療法の目標

問題解決療法を行うことによって、セラピストと患者は以下に示す四つの主要な目標の達成を試みる。

1. 患者の現在の精神症状と、現在生じている日々の問題が関係していることについて理解を深める。問題は日々の生活において誰にでも起こり得るものである一方、このような問題を効果的に解決することが、彼らの気分を改善する手助けとなることを理解できるようになることも目標に含まれる。

2. 現在起きている問題を、患者自身が、明確に定義できるようになるための能力を高める。加えて、問題解決療法においては、具体的で現実的な目標を設定することの重要性が強調され、それを実際に練習する。
3. 構造化された方法で問題を解決することができるようになるために、患者に問題解決のスキルを教える。問題解決のスキルは、患者が今まさに経験している実生活での問題に対して導入され、実際に練習される。
4. 問題は解決することができるのだという、患者自身のポジティブな体験を増やす。これによって、問題解決を行う能力への自信を深め、問題となる状況において、自己コントロール感を高めることができるようになる。問題解決のスキルを学んだ後には、患者自身で今後起こり得る問題に対処することができるようになるため、情緒的な苦痛を経験しなくて済むようになるか、経験したとしてもその苦痛を最小限にすることができるようになる。

なぜ問題解決療法が開発されたか？

問題解決療法は、頻度の高い精神障害に対する、有効かつ実行可能な心理療法の必要性に呼応して開発された。介入の有効性は、無作為化比較試験で治療の効果を評価することによって示すことが可能である。実行可能性は、その介入が有効である患者にとって、すぐに利用可能であることで示される。これらを実現するためには、その治療法は、比較的簡便で、患者にとっても受け入れられやすいものでなければならず、さらに可能であれば、メンタルヘルスの専門家以外の医療従事者によっても提供され得るものでなければならない。

精神障害は、欧米において、最も主要な疾患であり、現在も増え続けている。これら精神障害には、統合失調症や双極性障害といった重篤な精神障害が含まれるだけでなく、より頻度の高い不安障害やうつ病といったいわゆる神経症的障害も含まれる。これら疾患の有病率は、16歳から65歳までの

13,000人を対象とし、そのうち10,800人に面接することができた英国（UK）の全国精神医学有病率調査により報告されている（Jenkins et al. 1997）。この調査によると、全体での神経症的障害の最近1週間の時点有病率は、男性12.3%、女性19.5%であった。これらの神経症的障害は頻度が高いのみならず、相当な健康上の損失の原因ともなっていた。たとえば、うつ病は、仕事を欠勤する原因となる疾患の中で第4番目に頻度の高いものであり、2020年までには第2番目になるであろうと予想されているのである（Murray and Lopez 1996）。

精神障害の頻度は一般人口において高いため、家庭医（general practitioners：GP）が、ほとんどの精神障害の診療にあたっている。さまざまな研究において、スクリーニングのための自己記入式の質問紙を用いて、プライマリケアにおける、これら精神障害の有病率を検討しているが、それらの研究によると、家庭医を訪れた患者の有病率は16%から43%であったことが明らかにされている（Barrett et al. 1988）。英国とウェールズの第4回目の全国調査の結果では、精神障害は、プライマリケアを訪れる際に、3番目に頻度の高い理由であることが明らかとなった（第1位と第2位は呼吸器の障害と循環器の障害であった）。

プライマリケアにおいて頻度の高い精神症状が、ゴールドバークとハクスリー（Goldberg and Huxley 1992）によって特定されている。彼らはプライマリケアで精神障害を有していると診断された88人を対象に精神症状に関して調査した。その結果、最も頻度の高い症状は不安と心配（82名）であり、次いで落胆と悲しみ（71名）が続いていた。他の症状は、倦怠感（71名）、睡眠障害（50名）、そして焦燥感（38名）であった。精神障害はしばしば身体的な症状も伴い、身体的な症状によって精神症状が前景に立たないこともある。プライマリケアにおいては、多くの気分障害の患者は、精神症状よりも身体的な症状を呈して受診することが多い。

もともと、プライマリケアにおけるほとんどの精神障害は、日常生活において生じた危機状態に対する一過性の反応であると考えられてきた。しかし

ながら、これらの状態のすべてが良好な転帰をとるわけではなかった。南ロンドンにおける家庭医の診療記録を用いた検討から、精神障害の5年以上にわたる転帰が明らかとなったが、それによると、最も多かったのは、慢性化もしくは再発であった。たとえば、新たに精神障害と診断された患者のうち、男性の18%、女性の35%は、翌年同じように精神障害の診断をされていた。マン (Mann 1981) らは、ウォリックシャー州において、家庭医によって気分に関する障害と診断された100名 (89名は不安障害もしくはうつ病性障害と診断された) の1年間の追跡調査を行ったが、この研究においても対象者の予後は良いとは言えなかった。4分の1の患者は最初の数カ月で回復し、再発することはなかった一方で、2分の1は間欠的な再発があり、さらに残りの4分の1は、症状が持続し、適切な診療を必要とする慢性化した状態となった。このコホートに対する11年間の追跡調査の結果 (Lloyd et al. 1996) も報告されているが、その結果によると、約半数が再発を経験するか、あるいは継続した症状を伴う慢性化の経過をたどっていたことが明らかとなった。さらに、これらの患者群では、精神障害の有病率が高いだけでなく、身体疾患で頻回に受診する傾向にあり、またあらゆる原因を含んだ死亡率が高かったことも示された。

プライマリケアで診療を受けている患者の中には、気分障害、特にうつ病性障害により引き起こされる顕著な社会機能障害が見られる症例が存在する。マンチェスターの6つの診療所の家庭医によりうつ病性障害と診断された207名の患者のうち、半数以上が通常的生活を送ることができず、仕事を辞めざるを得ないなど、生活スタイルを大きく変化させることを余儀なくされていた (Johnson and Mellor 1977)。アメリカ合衆国の Medical Outcomes Study においては、うつ病性障害の患者と、8つの慢性疾患 (高血圧、糖尿病、進行性心臓疾患、狭心症、リュウマチ、背部の障害、肺の障害、消化管障害) の患者が比べられている (Wells et al. 1992) が、うつ病性障害の患者は、慢性的な身体疾患を持つ患者に比べ、社会機能が有意に悪かった。

気分障害のもたらす財政的な損失は、非常に大きいことが知られている。1985年当時の、英国における精神病性の疾患ではない精神障害による経済的損失の試算がなされている（Croft-Jeffreys and Wilkinson 1989）が、直接的な損失は3億7,200万ポンドであり、失われた生産性を考慮すると損失の総計は56億ポンドにもものぼることが示されている。この研究は以前に行われたものであるが、そのもたらしたメッセージは現在にも当てはまる。このように、精神障害の主要な損失は、治療にかかるコストではなく、社会的な損失、特に働くことのできない日々によってもたらされる損失である。2000年においては、成人の抑うつ患者のための損失の総計は、90億ポンドと推定されている。そのうち治療にかかる直接的なコストは、3億7000万ポンドであった。そして仕事に従事することが可能であったはずの1億1000万日が失われていた（Thomas and Morris 2003）。

以上を要約すると、不安障害とうつ病性障害は頻度の高い精神障害であり、そのほとんどは、二次医療機関よりはむしろプライマリケア領域においてよく見られる障害である。しかし、これら精神障害は、しばしば慢性的な経過をたどり、個人のみならず国家に対しても非常に大きな社会的、経済的な損失をもたらすのである。

精神障害に対する治療

不安と抑うつは広く見られ、一般的には、メンタルヘルスの専門家に紹介されることなく、プライマリケアにおいて治療が行われている。専門家に紹介されている不安および抑うつ状態の患者は10人に1人以下程度であると見積もられている。それゆえ、これらの障害に対する治療法に関しては、有効であるだけでなく、プライマリケアの場において実行可能であることが求められる。抑うつと不安に対する効果的な治療には、薬物療法、心理療法、そして社会的介入が含まれる。

薬物療法

多くの研究が、抑うつと不安に対するさまざまな種類の薬物療法の有効性について示している。うつ病性障害と不安障害に対する抗うつ薬の無作為化比較試験の結果、6～12週間の投薬で、3分の2から4分の3の患者において改善が認められることが示されている。残念ながら、通常の臨床における回復率はわずか50%にとどまっている。臨床試験で見られた薬物療法の効果と、実際の臨床における効果が異なる背景としては多くの理由が挙げられる。まず、実際の臨床での患者の多くは、臨床試験の患者のように明確に診断された、ある特定の障害を持つ患者というわけではない。それゆえ、臨床においては、より複雑な状態にある患者に対応しなければならないので、臨床試験の患者に比べて効果があまり良くないというのが想定される理由の一つであろう。もう一つの重要な要因は、臨床試験に参加している患者は、実際の臨床の患者と比べてより綿密にモニターされていることである。実際、臨床において患者をより強力にフォローアップした場合、そのことで回復率の改善が期待されるものである。抗うつ薬による薬物療法の有効性を限定的にしている3番目の理由は、薬に対するコンプライアンスが最適といえる状態ではないことであり、実際50%以上の患者が4週間以内に服薬を止めてしまうことが知られている。患者が服薬を中断してしまうことに関して、主に以下の4つの理由が挙げられる。

1. 不快な副作用
2. 薬では問題を解決することができないという考え
3. 依存に対する恐怖
4. どのぐらいの期間、服薬を続けるべきかを知らないこと

それゆえ、薬物療法は、うつ病性障害、不安障害の双方に対して簡便で効果的な治療法ではあるけれども、その一方で大きな制約がある治療法でもある。もし、薬物による治療を行うなら、医師は想定される治療のメリットに言及し、患者の抱く懸念を軽減するような明確で注意深い説明をしなければいけない。

心理療法

心理療法がもっと利用できるようにと強く要望されている。英国家庭医協会（Royal College of General Practitioners）と英国精神科医協会（Royal College of Psychiatrists）が行った一般市民に対する意識調査の結果（Paykel et al. 1998），一般市民の90%は、抑うつ状態にはカウンセリングを用いるべきだと考えていることが明らかになった。これに対して治療に抗うつ薬を含むべきだと思える人はわずか24%であった。

薬物療法の有用性に加えて、抑うつと不安に対する心理療法の有用性を示す研究が多数報告されている。抑うつと不安の双方に対して効果を有する心理療法は、時間制限の設定があり、構造化されたもので、かつ過去の困難に対して焦点を当てたものではなく、“今ここで”に焦点を当てたものであった。スコット（Scott 1998）は、効果的な心理療法において共通して見られる要因を以下のように同定している。

1. 疾患について理解可能なモデルを患者に提供している。
2. 治療は、綿密に計画された理論的根拠を持ち、高度に構造化されている。
3. 論理的な手順によって、患者に変化を起こすよう計画されている。
4. 治療は、変化を促進するスキルを用いることを促す構造となっている。
5. 患者に起こる変化は、セラピストのスキルではなく患者のスキルに帰属されている。
6. 患者が、より高い自己効力感（セルフ・エフィカシー）を持つことができるようになっている。

不安障害やうつ病性障害に効果があることがわかっている最近の心理療法には、特に、認知行動療法（Cognitive Behavioural Therapy : CBT）と対人関係療法（Interpersonal Therapy : IPT）がある。これらの心理療法を受けるには、よく訓練された、経験豊かなセラピストを容易に受診できる医療環境が整っている必要性があることに加え、CBTやIPTには比較的多くの時間、典型的には16～20時間を要するという側面がある。患者はしばしば、

それらの療法に高い関心を持っているが、残念ながら、ふさわしいセラピストがなかなか存在せず、多くの地域では、そのような治療は利用可能でなかったり、長い待ち時間を必要としたりする。

社会的治療 (Social treatment)

抑うつと不安に対する社会的介入（たとえば、有意義な日常生活の活動を提供する、ボランティアの派遣、育児や家事、借金などの手助けをする）も効果的である。これらの介入の有効性は直感的に理解できるものであるが、これらの治療法の利用を支持する根拠はそれほど多くはない。

問題解決療法 (Problem-solving treatment)

問題解決療法の開発は、プライマリケアにおける不安障害とうつ病性障害に対する心理療法の必要性に端を発している。つまり、問題解決療法は、薬物療法や特別な専門家による心理療法の代替となる、簡便で効果的な治療法として開発されたのである。

治療期間

問題解決療法は、簡便であり、一般的には4～6セッションで行われる。最初の2セッションは1時間、残りのセッションは30分である。患者とセラピストによっては、もう少し長いセッションを設定する場合もある。それゆえ全体としての治療プログラムは、だいたい3～4時間で実施することが可能である。最初の3セッションは、たいていは1週間の間隔をあけて行われ、残りのセッションはより長い間隔をあけて行われる。

だれが治療の恩恵を受けるか？

問題解決療法は、抑うつ状態をはじめとしたさまざまな情緒的苦痛の治療

として効果があることが示されている。また、働き盛りの成人だけでなく、高齢者に対しても有効性が示されている。それゆえ、多くのプライマリケア受療中の患者はこの治療の恩恵を受ける可能性がある。うつ病性障害のマネジメントについて記した2004年度英国立研究所ガイドライン（National Institute for Clinical Excellence Guideline）では、軽度と中程度の抑うつに対して問題解決療法が推奨されている（NICE 2004）。第2章で、問題解決療法のエビデンスとなる研究を紹介する。

だれが治療を提供するのか？

問題解決療法は、その技法のトレーニングを受ければ、さまざまな種類のセラピストにより提供され得るものである。実際、問題解決療法は、精神科医、家庭医、心理士、看護師により行われた際のいずれにおいても有効であることが示されている。この治療技法は、認知行動療法に精通した実践家であれば、容易に理解することができる。しかし、精神力動的な心理療法を中心に行っている臨床家が、問題解決療法を確実に理解し、プライマリケアの時間的制約の中で実施することができるようになるには、より多くのトレーニングが必要かもしれない。