

図1 わが国(1999-2003年)の年齢層別SSRI処方率と自殺率の関係(文献3を改変)

その結果、SSRI 処方率（フルボキサミン，パロキセチン）と自殺率の間には逆相関が認められた（ $\beta = -1.41$, $p=0.019$, 95 % CI [0.015-0.025]）（図1）。これは人口1,000人あたりSSRIのDefined Daily Dose（DDD）／日が1つ増えれば（つまり人口1,000人で、抗うつ薬の維持治療の通常処方用量／日をうける人が1人増えれば），わが国の年間自殺率が6%減少することを意味する。新規抗うつ薬全体の処方率（フルボキサミン，パロキセチン，ミルナシプラン）と自殺率の間でも同様に逆相関を認めた（ $\beta = -1.34$, $p=0.008$, 95 % CI [0.005-0.0012]）。なお、SSRI 処方率と自殺率の関係に、失業率およびアルコール消費量を調整しても影響は示されなかった。結論として、1999～2003年において、SSRI 導入後のわが国の抗うつ薬処方率の増加は、その経年変化による影響を除いても自殺率減少と相関することが示され、抗うつ薬処方は自殺を減らすことを示唆するものとなり、これは欧米諸国と同様であった。

しかし、これら相関研究は、個人レベルのデータではないため、事例ごとの抗うつ薬アドヒアランスや診断は不明で、自殺企図歴や自殺手段の入手しやすさなど自殺に関連しうる交絡因子は調整できない限界を有する（ecological fallacy）。また、これらの研究デザインの限界ゆえ、抗うつ薬処方と自殺の因果関係は結論づけられないという限界も有するが、抗うつ薬処方は自殺を減らすことを

示唆するものとなった。

大規模コホート研究またはケースコントロール研究からのエビデンス

観察研究は研究デザインの限界ゆえ、抗うつ薬処方と自殺の因果関係は結論づけられない。しかし、ランダム化比較試験より大規模な研究が実施できる長所がある。

アメリカの医療保険データベース（ $n=65,103$, 82,285件の抗うつ薬による治療）を用いて、新規抗うつ薬治療期間と自殺企図の発生頻度を月ごとに検討すると、治療開始1カ月目が一番頻度は多く、治療とともに月ごとに頻度は減っていったが、自殺企図の発生は治療後よりも治療開始1カ月前が最も多く、治療開始後の4.5倍であった（図2⁵⁾。このことから、うつ病に対するSSRIなどの抗うつ薬による治療開始により、自殺企図が増加することはなく、むしろそのリスクを減少していくことが示されその有用性が示唆された。

約20万人の中等度または重度うつ病患者を対象とした8つの観察研究の系統的レビュー・メタアナリシス¹⁾では、18歳未満の思春期例ではSSRIの使用は自殺または自殺企図のリスクを1.92倍（95%CI:1.51-2.44）高めたのに対して、成人例では減少させた（OR0.57, 95%CI:0.47-0.70）。65歳以上の例ではSSRIは予防効果を認めた

抗うつ薬の臨床試験からのエビデンス

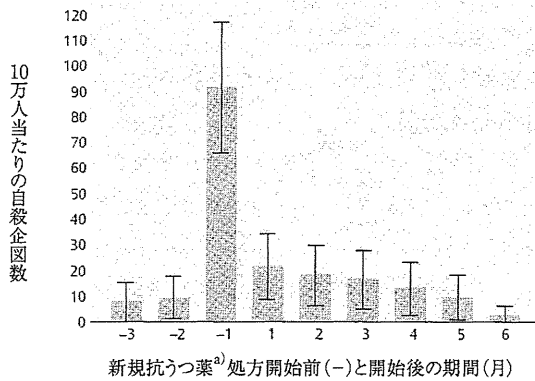


図2 新規抗うつ薬^{a)}処方開始前(-)と開始後の期間(月)
a) プロピピオン, シタロプラム, フルオキセチン, フルボキサミン, ミルタザピン, ネファゾドン, パロキセチン, セルトラリン, エスシタロプラム, ベンラファキシン

図2 新規抗うつ薬の治療開始前後における自殺企図率の推移(文献5を改変)

(OR0.46, 95% CI: 0.27-0.79)。この関係は、自殺のみに限定しても同様であった。これらの結果から、成人や高齢者のうつ病においてSSRIは自殺リスクを減少させるが、若年者においては自殺リスクを高めることが示唆された。このように、うつ病に対するSSRIによる治療は、基本的には18歳以上の成人における自殺リスクの観点からは安全に実施できるが、18歳未満の若年者に使用する場合は注意を必要とすることが示唆された。

カナダのプリティッシュ・コロンビア保険データを用いて、約2万人(80%が新規治療者)の10~18歳のうつ病と診断され抗うつ薬治療が開始された者の9年間のコホート研究が行われた⁴⁾。その結果、入院が必要な自殺企図または自殺の発生リスクはフルオキセチンを対照とした場合、シタロプラム(RR0.97, 95% CI: 0.54-1.76), フルボキサミン(RR1.05, 95% CI: 0.46-2.43), パロキセチン(RR0.80, 95% CI: 0.47-1.37), セルトラリン(RR1.02, 95% CI: 0.56-1.84)との間にリスク差は認められなかった。三環系抗うつ薬におけるリスクはSSRIと同様であった(R0.92, 95% CI: 0.43-2.00)。このことから、抗うつ薬間に自殺リスクの差はなく、むしろ小児へのうつ病に抗うつ薬を使用する場合は、三環系抗うつ薬を含めあらゆる種類の抗うつ薬で十分に自殺リスクに注意すべきと示唆された。

抗うつ薬と自殺の関連性の検討を目的とした成人例への抗うつ薬の臨床試験のメタアナリシスが、2006年FDAにより報告された。同研究では372のランダム化比較試験(n=99,231)を解析した。対象における自殺関連事象の発生は、自殺8例、自殺企図134例、自殺準備10例、自殺念慮378例であった。抗うつ薬とプラセボ対照を比較すると、自殺関連リスク(自殺念慮または自殺企図)に差はなかった(OR0.85, 95% CI: 0.71-1.02, p=0.08)。同研究にて、自殺企図のみのリスクに限定しても同様に抗うつ薬とプラセボ間で差はなかった(OR0.85, 95% CI: 0.71-1.02, p=0.08)。なお、SSRI、三環系抗うつ薬など抗うつ薬の種類によって自殺関連リスクはプラセボと違いはなかった。このメタアナリシスから、成人における抗うつ薬の使用は、その種類を問わず自殺念慮または自殺企図発生リスクを高めることも減らすこともないことが示唆された。

Stoneら⁵⁾は、成人例への抗うつ薬の臨床試験のFDAデータベース[372のランダム化比較試験(n=99,231)]を年齢層ごとに再解析した。その結果、抗うつ薬治療によって自殺念慮または自殺企図のリスクは、プラセボに比較して年齢が1歳増えるごとにOR2.6%(95% CI: 3.9% to -1.3%)ずつ減少した。自殺念慮または自殺企図のリスクは、25歳未満の者ではOR1.62(95% CI: 0.97-2.71), 25~64歳の者ではOR0.79(95% CI: 0.64-0.98), 65歳以上の者では、OR0.37(95% CI: 0.18-0.76)であった(図3)。また自殺企図のみであれば、プラセボに比較して年齢が1歳増えるごとにOR4.6%(95% CI: 7.4% to -1.8%)ずつ減少した。25歳未満の若年成人群のみに限定し、抗うつ薬の対プラセボ自殺念慮または自殺企図のリスクを診断別に検討すると、大うつ病性障害はOR1.36倍(95% CI: 0.47-3.96), 他のうつ病ではOR2.07(95% CI: 0.22-19.5), 不安障害等の他の精神疾患はOR4.82(95% CI: 1.08-21.4)であった。このメタア

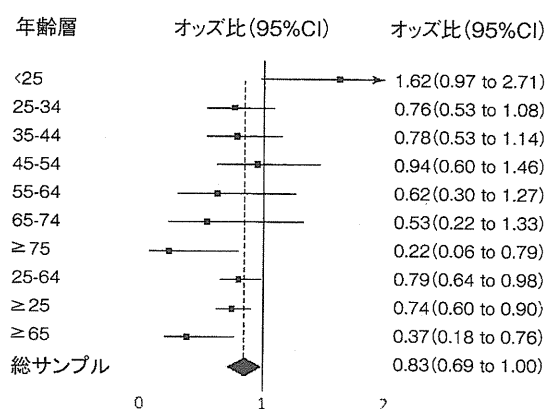


図3 抗うつ薬の処方年齢と自殺企図/自殺念慮のリスク (FDA抗うつ薬臨床試験データ, n=99,231) (文献6)

ナリシスから、成人における抗うつ薬の使用は、年齢と自殺企図または自殺念慮のリスクと逆相関を示し、25歳未満の成人ではプラセボに比べ抗うつ薬は自殺企図または自殺念慮のリスクを高め、25～64歳ではリスクには影響せず、65歳以上であればプラセボに比べ抗うつ薬は自殺企図または自殺念慮のリスクを低下させることが示唆された。さらに、リスクを高める25歳未満の若年成人群では、大うつ病性障害よりもうつ病でない診断において特にリスクは高く、診断をきちんと行うことの重要性が示唆された。

19歳以下の子供を対象とした抗うつ薬のランダム化比較試験のメタアナリシス²⁾では、27本の抗うつ薬臨床試験 [大うつ病性障害=15本 (n=3430)、強迫性障害=6本 (n=718)、強迫性障害以外の不安障害=6本 (n=1162)] の、抑うつならびに不安への効果と自殺関連有害事象が評価された。その結果、自殺による死亡例はなかったが、自殺念慮または自殺企図が生じるリスクは、抗うつ薬とプラセボの間ではNNH=143 (抗うつ薬治療とプラセボにて各々143人治療すると、抗うつ薬治療を受けていることで自殺念慮または自殺企図が生じる人が1人いる程度のリスクの大きさである) であることが示された。一方で、抗うつ薬はうつ病と不安障害ともに効果が認められた。その効果の大きさは、大うつ病性障害でNNT=10 (抗うつ薬治療とプ

ラセボ各々10人治療すると、抗うつ薬治療を受けていることで恩恵をうけられる人が1人いる程度の効果の大きさ)、強迫性障害NNT=6、強迫性障害以外の不安障害NNT=3であった。このメタアナリシスの結果から、小児における抗うつ薬使用は、自殺念慮または自殺企図発生のリスクを無治療より高めることが143名に1人の割合で認められるが、うつ病への効果は10人に1人認められ、抗うつ薬の治療のリスクーベネフィット比では、ベネフィットがリスクより上回ることが示唆された。

まとめ

「抗うつ薬は自殺を誘発するのか？」という臨床疑問を直接的に検証するランダム化比較試験は倫理性、現実性からみて今後も実施されないであろう。しかし本稿で示したように、さまざまな研究手法を用いてその間隙を埋めようとするいくつもの研究がなされている。それらを概括すると、地域介入研究ならびに相関研究のマクロ的視点からは、抗うつ薬処方の増加と自殺率の減少は認められ、抗うつ薬処方と自殺の因果関係は結論づけられないものの、少なくとも抗うつ薬処方の増加は自殺率を増加させることはないといえる。同様のことは、大規模データベースを用いたコホート研究からも示唆された。臨床試験のメタアナリシスからは、成人における抗うつ薬治療は、年齢と自殺関連リスクは逆相関性が示され、若年成人では自殺関連リスクが高まり、高齢者では自殺関連リスクを減らし、予防するといえよう。また、大規模コホート研究ならびに臨床試験のメタアナリシスにて、抗うつ薬の種類による自殺ならびに自殺関連リスクの違いはないことが示された。これらから、抗うつ薬治療を開始する場合は、医師は抗うつ薬の種類にかかわらず患者の年齢を考慮した上で、慎重に開始するべきであるといえる。また、小児・思春期への抗うつ薬投与は自殺関連リスクを高めうるが、抗うつ薬治療のリスクーベネフィット比では、ベネフィットがリスクより上回

っており、小児・思春期患者では、慎重にモニターした上であれば、抗うつ薬の使用は許容されるといえよう。

文 献

- 1) Barbui, C., Esposito, E., Cipriani, A. : Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide : A systematic review of observational studies. CMAJ, 180 ; 291-297, 2009.
- 2) Bridge, J.A., Iyengar, S., Salary, C.B. et al. : Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment : A meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA, 297 ; 1683-1696, 2007.
- 3) Nakagawa, A., Grunebaum, M.F., Ellis, S.P. et al. : Association of suicide and antidepressant prescription rates in Japan, 1999-2003. J. Clin. Psychiatry, 68 ; 908-916, 2007.
- 4) Schneeweiss, S., Patrick, A.R., Solomon, D.H. et al. : Comparative safety of antidepressant agents for children and adolescents regarding suicidal acts. Pediatrics, 125 ; 876-888, 2010.
- 5) Simon, G.E., Savarino, J., Operskalski, B. et al. : Suicide risk during antidepressant treatment. Am. J. Psychiatry, 163 ; 41-47, 2006.
- 6) Stone, M., Laughren, T., Jones, M.L. et al. : Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults : Analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. BMJ, 339 ; b2880, 2009.

認知機能検査ツール

CogHealth

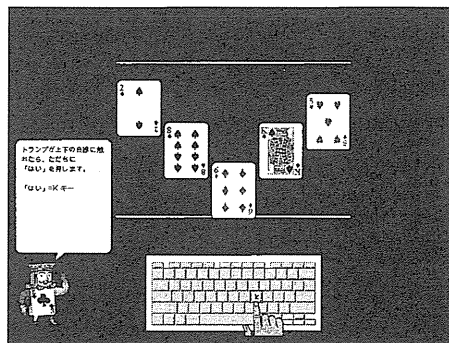
脳機能を定量的、かつ高精度に測定出来るのが、

CogHealth(コグヘルス)です

CogHealthはメンタルヘルスのケア、軽度認知機能障害の早期発見、脳疾患および外傷などによる認知機能障害やリハビリテーションにおける高次脳機能検査として利用出来ます。

- ★パソコンを用いた、トランプゲーム様の検査
- ★5種類の異なるタスクについて、回答時間と正答率を各々測定
- ★検査時間は全体で15～30分
- ★検査結果は年齢補正
- ★定期的な検査で正常値を把握、異常な傾向が出ればすぐに発見できる
- ★パソコンとネット環境のみで測定可能

日本提供元：株式会社ヘルス・ソリューション
東京都港区白金5-12-27アトリウム白金105
Tel:03-5795-1596 FAX:03-5795-1597 URL:www.health-solution.co.jp



災害・災害関連事象に伴う不安への 対応と対処：認知療法的な観点から

中川敦夫

国立精神神経医療研究センター
認知行動療法センター 認知行動療法研究室

はじめに

不安 (anxiety) は、対象に差し迫った危険を知らせる信号で、その信号は脅威への対処を促すことを目的とした適応的な情動 (比較的短期の感情の動きのこと) の1つです。不安と似たものとして、既知のはっきり限定された、または非葛藤的な脅威に対する原始的な情動として恐怖 (fear) という感情があります。動物がこの恐怖に見舞われた時に対する反応として「闘争・逃走反応 (fight-or-flight response)」というものがありますが、これはある動物が天敵に襲われそうになった時に、その動物が脅威を感じて戦うのか (『窮鼠猫を噛む』) または逃げるのか (『三十六計逃げるに如かず』) という反応を示すものです。「不安」はこの「闘争・逃走反応」から発展したものと考えられており、生存競争を勝ち抜くのに必要な適応的反応といえます。

すなわち適度な緊張状態をつくりだすことによって脅威への準備をできるようにするのです。

本稿では、災害時における不安への一般的な対応について述べたいと思います。なお、PTSDや顕著な不安などの対応については、成書や専門家との検討をいただければ幸いです。

不安—ネガティブな結果の予測 とコントロール感覚

人は様々な出来事を体験します。その人にとって、その出来事がストレスとなりうるかどうかは、その出来事の性質やその人の気質傾向・心理的防衛機制・対処行動によって決まります。認知行動モデルでは、「不安」は「ネガティブな結果の予測確率」×「ネガティブな結果の悲惨度合いの予測」の大きさと、「自己対処能力」+「周囲の支援力」(コントロール感覚)の大きさの逆数によって決まるとされています。

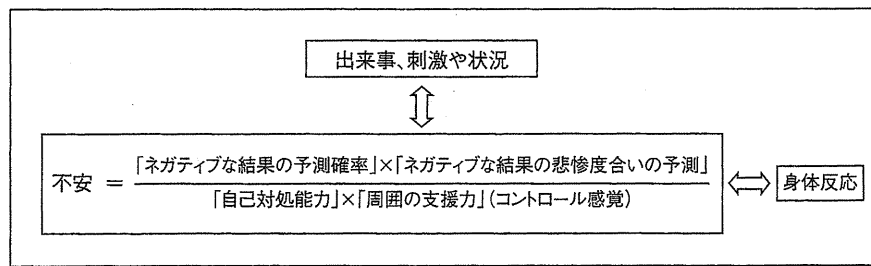


図 不安の認知行動モデル

(図)。このため、一般的にはストレスを受けても、コントロール感覚の大きさが次第に大きくなり、不安は軽減することになります。しかし、ストレスが持続したり、あるいはあまりにもストレスが大きかったりすると、ネガティブな結果の予測と、コントロール感覚のバランスが崩れてしまい、顕著な不安を感じるようになるのです。

不安感覚と臨床症状

強い不安状態にはさらされると、様々な出来事に対して特徴的な情報処理(認知=物事とのとらえ方ともいいます)を脳で行います。たとえば、被害や危険に対する恐怖が過剰になったり、潜在的脅威に関する情報に注目が高まったり、場面におけるリスクを実

際より過大に見積もる傾向が強くなったり、困難な場面をうまく処理できる力を実際よりも過小に見積もったりするなどが挙げられます。こうした出来事に対するアンバランスな情報処理が積み重なると次第に、懸念、恐怖、パニック、心配やイライラといった症状を呈することがあり、中には動悸、過呼吸、めまいなど様々な自律神経症状を伴う強い突然の恐怖を認めるパニック発作(panic attack)を呈する人もいます。このような顕著な不安症状が持続すると、問題解決につながらない反応しか示されなくなることがあり、しまいには不安障害などの精神疾患に至る可能性があります。このような場合には、医療機関での相談が必要となる場合もあります。

災害警戒時における不安への対処について：アメリカ精神医学会からのアドバイスから

アメリカ精神医学会は2003年2月にテロ警戒を受けてのニュースリリースを発表しました。これは、アメリカでの9.11テロ後の混乱を受けて出されたものですが、本アドバイスはテロに限らず大規模災害にも共通する要素があります(表)。このアメリカ精神医学会からのアドバイスのポイントは、日常とかけ離れた脅威や危険で不安や恐怖を抱くことは、正常な反応であることと、脅威や危険に対し全体的な視点での対応が重要であるという2点が挙げられます。本アドバイスの具体的な対処としては、過剰になりがちなネガティブな結果の予測確率やネガティブな結果の悲惨度合いの予測に対応するため、「正確な知識」を得ることで現実的な予測へと認知を修正すると同時に、「家族・友人とのコミュニケーション」や「運動」、「気分転換」、「災害関連番組視聴の制限」などの行動を通してコントロール感覚を高めようとする対処行動が示されています。このように、ネガティブな結果の予測と、コ

ントロール感覚のバランスを図っていくことにより、本人が持つ自然回復力を促進させ、病理化させないことが重要であり、これが災害時における不安への基本的対処になるといえます。

おわりに

災害は大変な不幸な出来事です。しかし、災害に関連した脅威や危険に対し、概括的な視点で検討しながら、不確実性に対して対応していくことが重要になっていきます。災害時の不安への対処には、大きなストレスによる正常反応という面を考慮しつつ、本稿で示した個々が心がける点と同時に、安全・安心の保障として、タイムリーで分かりやすい情報提供や健康管理などの一般的な精神保健福祉活動等ももちろん重要になります。わが国では、内閣府が災害を経験した方、家族や友人を支える方向けの心のケアを目的とした「ほっと安心手帳」を作成し配布しております(<http://www8.cao.go.jp/souki/koho/anshintetyo.html>)。このようなツールや本稿等を参考にしながら、日々の生活や地域での精神保健活動に役立てていただければ幸いです。

表 災害警戒時における不安への対処について(アメリカ精神医学会からのアドバイス)

- 脅威や危険の認識に対し、不安や恐怖を抱くことは、正常な反応です。しかし、脅威や危険に対し全体的な視点で検討することができれば、脅威や危険の不確実性に対して対応可能となってきます。
- アメリカ精神医学会会長の Paul S. Appelbaum 博士は「(アメリカの災害・テロ) 脅威警戒レベルの上昇は、皆の不安をかきたてます。しかし、事実に基づいた知識と情報によって、不安はより適切に対処できうるものにすることもできます」と述べています。
- アメリカ精神医学会では、警戒が増しているなかで生じた恐怖や不安を抱えた中で、いかに生活すべきかのアドバイスを以下にまとめました。
 - 予測される危険について、(正確な)知識を得ること。事実は、うわさ話やデマよりも恐怖の程度が少ないことが多い。
 - テレビその他の報道によって、不安感や無力感などの気持ちが著しく増している場合、それらを視聴したり読んだりするのを控えるべきである。そもそもすべての詳細な情報を知る必要はない。特に子供にとって惨状の報道を繰り返し視聴することは、恐怖を与えうるので注意を要する。
 - 見込まれる危険性について思いめぐらすのをそらす方法(気分転換法)をみつけること。たとえば自分でできうる活動に参加する・家の掃除をする、ボランティア活動をする、趣味の活動を行う、息抜きを取って映画等を見るなど。
 - 再補給する時間を設けること。自宅で過ごしたり、外出したりするなど、現状の生活から1～2日離れることは、常時災害に接している生活サイクルを変えうる。
 - 家族や友人と抱えている不安について話し合うこと。一人でいることは避けること。
 - もし自分が不確かなことに対して心配をし続けていると自分で気づいた場合、気分転換すべきである。
 - アルコールやカフェインの摂取を回避または少なくとも最小限にすること-カフェインはかえって神経過敏にさせ、また不眠を生じうる。
 - 定期的に運動をすること。
 - もし喫煙している場合は、タバコの本数が増えないように注意すべきである。喫煙は、短期的には不安を緩和するようにみえるが、長期的には健康被害を大きくする。
 - もし恐怖感がコントロールできない、または危険への脅威にさいなまれ、日常活動を継続できない状態になっている場合は、医師やこころの健康相談専門家に相談することを検討すべきである。医学的評価を要する症状としては以下がある(注:これだけには限定されない):
 - 食事や睡眠習慣に変化がある

- 身体症状としての問題が生じている-胃腸不良、腰痛、首の痛み、頭痛など
- 物ごとへの集中が困難となっている
- かつて興味を持てた活動に対し、関心がなくなっている
- 自宅を離れることに対して大きな恐怖を抱いている

追加情報は American Psychiatric Association Website
<http://www.psych.org/Resources/DisasterPsychiatry.aspx> を参照のこと。

(出典：アメリカ精神医学会 テロ警戒を受けてのニュースリリース 2003年2月12日より)
<http://www.psych.org/Resources/DisasterPsychiatry/APADisasterPsychiatryResources/copingwithanxietyduringhighalerts021203.aspx?FT=.pdf>

②うつ病治療のエビデンス・アップデート： 薬物療法と認知行動療法を中心に

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター
トランスレーショナル・メディカルセンター臨床研究支援室
中川 敦夫 Atsuo NAKAGAWA

はじめに

うつ病は、身体疾患と比較しても非常に多い精神疾患の1つである。アメリカではうつ病の地域における生涯有病率は、15-17%といわれ¹⁾、12ヵ月間有病率は6-7%²⁾、外来患者の有病率は5-13%³⁾と報告されている。一方、わが国のうつ病の有病率は生涯有病率6.5%、12ヵ月間有病率2.2%⁴⁾とアメリカの半数程度であるものの、それと関連する自殺や休職者などの増加は社会問題化している。

臨床的には、うつ病は持続的な抑うつ気分、興味または喜びの喪失、気力の減退で特徴づけられる精神疾患である。精神疾患の標準診断基準である米国精神医学会が作成した精神疾患の診断・統計マニュアル (DSM-IV)¹⁾では、うつ病は「大うつ病性障害 (major depressive disorder)」：1日中持続する抑うつ気分または興味・喜びの喪失が2週間以上持続し、それに併せて4つ以上のうつ関連症状により著しい社会・職業等の機能障害を引き起こしている病態と、「気分変調性障害 (dysthmic

disorder)」：大うつ病エピソードよりは症状は軽いものの、2年以上慢性的に症状が持続し社会・職業等の機能障害を引き起こしている病態、そして躁病の病相期を認める双極性障害 (いわゆる躁うつ病) のうつ病 (bipolar depression) がある。

うつ病の急性期治療の基本戦略

イギリスのNational Institute for Clinical Excellence (以下、NICE) の大うつ病性障害治療ガイドライン⁵⁾では、発症から経過の短い軽症うつ病に対して薬物療法を初期治療としては推奨されていない。一方、うつ病の重症度が中等症であれば、NICE⁵⁾およびアメリカ精神医学会 (APA)⁶⁾のガイドラインでは、初期治療として抗うつ薬による薬物療法や認知行動療法 (cognitive-behavioral therapy：以下、CBT) (表1) が推奨されている。さらに中等症から重症のうつ病では、薬物療法とCBTの併用、重症のうつ病では電気けいれん療法が推奨されている。治療抵抗性うつ病ではリチウムや第2世代抗精神病薬、電気けいれん療法の併用が推奨されている (表2)。

表1 CBT

CBTとは、人の気分や行動は、認知 (ものの考え方や受け取りかた) の影響を受けるという理解にもとづき患者の認知と行動の両面に働きかけ、問題解決の手助けを行う構造化された短期精神療法である。認知面へのアプローチ (認知療法) ではうつ病患者が持つ自己・周囲・将来に対する悲観的でアンバランスな思考パターンが抑うつ誘因およびその持続因子となっているという理解の下、このような悲観的で現実と乖離した思考を再検討することによって、問題解決の方向への道筋をつけ、気分の改善を図るものである。一方、行動面へのアプローチ (行動療法) では、うつ病患者の問題解決につながらない行動パターン (回避、退却など) に対して、行動変容を促すことにより問題解決を図るものである。これらを取り組む際には、思考記録表、活動計画表などのツールが用いられることもある。

表2 うつ病 (大うつ病性障害) に対する急性期治療の戦略

重症度	治療法			
	薬物療法単独	CBT単独	薬物療法+CBT	電気けいれん療法
軽症-中等症	○	○	△ (心理社会的な問題や対人関係の問題などの影響が大きい場合は実施)	× (場合により、実施)
重症 (妄想などの精神病症状なし)	○	×	○	○
重症 (妄想などの精神病症状あり)	○ (抗うつ薬と抗精神病薬の併用)	×	○ (抗うつ薬と抗精神病薬の併用)	○

薬物療法の原則と最近のエビデンス

抗うつ薬の治療を開始する際には、(1)その薬剤にて予想される治療効果、(2)その薬剤の治療継続性、(3)その薬剤の副作用(忍容性)、(4)その薬剤の中断(離脱)症候について患者と検討をすべきである。こうした、治療法の患者への丁寧な説明は、医師患者の治療関係を強化し、治療アドヒアランスを向上させることにつながりとても重要である。

抗うつ薬を使用する際の原則は、低用量から開始し、徐々にその薬の効果と副作用の出現をみながら治療有効用量(表3)の下限を至適用量とする^{5,7)}。Bolliniらのメタ解析⁸⁾では、選択的セロトニン阻害薬(以下、SSRI)の増量は副作用を増悪するだけで効果を高めることはない結論づけ、最小限度の治療有効用量での投与を推奨している。また抗うつ薬使用による自殺関連リスクは年齢と逆相関が示されているため⁹⁾、若年者に対して抗うつ薬を使用開始する際には、焦燥や自殺念慮の出現など自殺リスクに注意しながら、2週間以内の短期に再評価を行うのが良い。この再評価の時点で効果が認められれば6-9ヵ月間(再発例であればより長期間)抗うつ薬を継続する⁶⁾。もし、再評価時に効果が認められなければもう1-2週経過観察をし、効果がなければ速やかに抗うつ薬の種類を変更(switch)または他剤との併用(augmentation)を行う^{10,11)}。もちろん、副作用で忍容できない場合は、抗うつ薬の種類を速やかに変更するか、CBTなどを行うのが望ましい。

表3 各抗うつ薬における有効治療用量の下限

三環系抗うつ薬	
三環系抗うつ薬	75-100mg/day, もしくは125mg/day
ロフェブラミン	140mg/day
SSRI	
フルボキサミン	50mg/day
パロキセチン	20mg/day
セルトラリン	50mg/day
その他	
ミルナシプラン	50mg/day
デュロキセチン	60mg/day
ミルタザピン	15-30mg/day
トラゾドン	150mg/day

薬物療法の最近のエビデンス

ある抗うつ薬による初期治療が不十分の場合、変薬または併用を繰り返していくことの有用性は約4,000人のうつ病患者を対象としたSequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression Study (STAR*D) というアメリカの大規模臨床研究より示されている¹²⁾。この研究結果によると、最長14週にわたりSSRIであるcitalopramを用いると28-33%の患者が寛解に至り、その後寛解に至っていない患者に、薬物療法を変更するとさらに25-26%、新たな薬物を併用した場合31-39%が抗うつ薬の種類に関係なく寛解した。さらに変薬・併用を行うと8-25%が寛解し、そしてもう1度変薬すると14-16%が寛解に至った。このように、うつ病患者は十分な期間をかけ治療への反応性をみながら治療薬を変えるまたは付加すると、患者の症状改善のオッズ比(以下、OR)はその都度低下するものの、最終的には患者の70%において症状が消退した。このように、ねばり強く治療を進めると同時に、患者の治療遵守を図るため十分な疾患教育を行い治療同盟の構築を図ることが重要になるであろう。

一方、成人の大うつ病障害患者に対して12種の新規抗うつ薬(bupropion, citalopram, デュロキセチン, escitalopram, fluoxetine, フルボキサミン, ミルナシプラン, ミルタザピン, パロキセチン, reboxetine, セルトラリン, venlafaxine)の急性期治療を比較したランダム化臨床試験を対象とした、multiple-treatmentsメタアナリシスでは、治療反応率と治療継続率に関して、セルトラリンとescitalopramが優れていることが示唆されている¹³⁾。臨床において抗うつ薬を選択する際は、こうした治療反応率と治療継続率に関するエビデンスに加えて、患者の年齢や精神病の合併や自殺念慮などのうつ病の重症度、過去の抗うつ薬への反応、忍容性や治療アドヒアランス、中断症候群、さらにほかの併用薬剤や身体疾患との関連、そして価格などの経済面から総合的に判断するべきであろう。

薬物療法, CBT, その併用療法に関するエビデンス

うつ病治療の効果に関して、抗うつ薬などの薬物療法とCBTは、中等度から重症うつ病では両者の効果は同等と報告されている¹⁴⁾。治療の継続性の観点では、CBTのほうが薬物療法よりも脱落は少なく(relative risk=0.82, 95% confidence interval (以下、CI) 0.67-1.00)、重症から極重症うつ病患者ではその差がより顕著となると報

薬物療法の原則と最近のエビデンス

抗うつ薬の治療を開始する際には、(1)その薬剤にて予想される治療効果、(2)その薬剤の治療継続性、(3)その薬剤の副作用(忍容性)、(4)その薬剤の中断(離脱)症候について患者と検討をすべきである。こうした、治療法の患者への丁寧な説明は、医師患者の治療関係を強化し、治療アドヒアランスを向上させることにつながりとても重要である。

抗うつ薬を使用する際の原則は、低用量から開始し、徐々にその薬の効果と副作用の出現をみながら治療有効用量(表3)の下限を至適用量とする^{5,7)}。Bolliniらのメタ解析⁸⁾では、選択的セロトニン阻害薬(以下、SSRI)の増量は副作用を増悪するだけで効果を高めることはない結論づけ、最小限度の治療有効用量での投与を推奨している。また抗うつ薬使用による自殺関連リスクは年齢と逆相関が示されているため⁹⁾、若年者に対して抗うつ薬を使用開始する際には、焦燥や自殺念慮の出現など自殺リスクに注意しながら、2週間以内の短期に再評価を行うのが良い。この再評価の時点で効果を認めていれば6-9ヵ月間(再発例であればより長期間)抗うつ薬を継続する⁶⁾。もし、再評価時に効果が認めなければもう1-2週経過観察をし、効果がなければ速やかに抗うつ薬の種類を変更(switch)または他剤との併用(augmentation)を行う^{10,11)}。もちろん、副作用で忍容できない場合は、抗うつ薬の種類を速やかに変更するか、CBTなどを行うのが望ましい。

表3 各抗うつ薬における有効治療用量の下限

三環系抗うつ薬	
三環系抗うつ薬	75-100mg/day, もしくは125mg/day
ロフェブラミン	140mg/day
SSRI	
フルボキサミン	50mg/day
パロキセチン	20mg/day
セルトラリン	50mg/day
その他	
ミルナシプラン	50mg/day
デュロキセチン	60mg/day
ミルタザピン	15-30mg/day
トラゾドン	150mg/day

薬物療法の最近のエビデンス

ある抗うつ薬による初期治療が不十分の場合、変薬または併用を繰り返していくことの有用性は約4,000人のうつ病患者を対象としたSequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression Study (STAR*D) というアメリカの大規模臨床研究より示されている¹²⁾。この研究結果によると、最長14週にわたりSSRIであるcitalopramを用いると28-33%の患者が寛解に至り、その後寛解に至っていない患者に、薬物療法を変更するとさらに25-26%、新たな薬物を併用した場合31-39%が抗うつ薬の種類に関係なく寛解した。さらに変薬・併用を行うと8-25%が寛解し、そしてもう1度変薬すると14-16%が寛解に至った。このように、うつ病患者は十分な期間をかけた治療への反応性をみながら治療薬を変えるまたは付加すると、患者の症状改善のオッズ比(以下、OR)はその都度低下するものの、最終的には患者の70%において症状が消退した。このように、ねばり強く治療を進めると同時に、患者の治療遵守を図るため十分な疾患教育を行い治療同盟の構築を図ることが重要になるであろう。

一方、成人の大うつ病障害患者に対して12種の新規抗うつ薬(bupropion, citalopram, デュロキセチン, escitalopram, fluoxetine, フルボキサミン, ミルナシプラン, ミルタザピン, パロキセチン, reboxetine, セルトラリン, venlafaxine)の急性期治療を比較したランダム化臨床試験を対象とした、multiple-treatmentsメタアナリシスでは、治療反応率と治療継続率に関して、セルトラリンとescitalopramが優れていることが示唆されている¹³⁾。臨床において抗うつ薬を選択する際は、こうした治療反応率と治療継続率に関するエビデンスに加えて、患者の年齢や精神病の合併や自殺念慮などのうつ病の重症度、過去の抗うつ薬への反応、忍容性や治療アドヒアランス、中断症候群、さらにほかの併用薬剤や身体疾患との関連、そして価格などの経済面から総合的に判断するべきであろう。

薬物療法, CBT, その併用療法に関するエビデンス

うつ病治療の効果に関して、抗うつ薬などの薬物療法とCBTは、中等度から重症うつ病では両者の効果は同等と報告されている¹⁴⁾。治療の継続性の観点では、CBTのほうが薬物療法よりも脱落は少なく(relative risk=0.82, 95% confidence interval (以下, CI) 0.67-1.00)、重症から極重症うつ病患者ではその差がより顕著となると報

告されている (relative risk=0.55, 95% CI 0.32-0.94)⁵⁾。

一方, Cuijpersら¹⁵⁾のメタアナリシスでは, CBT+薬物療法の併用療法はCBT単独より効果が少し上回ることが示され (effect size=0.15 95% CI: -0.06-0.37), 特に老年期うつ, 慢性うつ, ヒト免疫不全ウイルス (HIV) に伴ううつ病など特殊なうつ病患者によりその効果を発揮する傾向が認められた。さらに, 2,036名の薬物療法+CBTの併用と薬物療法単独を比較したメタアナリシス¹⁶⁾では, 併用療法のほうが効果に優れ (effect size=0.31 95% CI 0.20-0.43), 脱落率も併用群のほうが少なかったことが示されている (OR=0.65, 95% CI: 0.50-0.83)。

おわりに

本稿では, うつ病の急性期治療の基本戦略について述べた。治療の選択の際は, 抗うつ効果のエビデンス, 精神病の合併や自殺念慮などのうつ病の重症度, ほかの使用薬剤や身体疾患の有無, 年齢などの患者背景, 過去の治療への反応や治療への忍容性, 治療の価格や実施可能性, そして患者の希望など総合的に判断するべきである。Sackettら¹⁷⁾は, 「エビデンスにもとづく医療 (evidence-based medicine: EBM)」とは, (1)臨床家としての経験や技能を通して得られた専門性, (2)患者の希望などの価値観に併せ, (3)その時点で入手できる最良のエビデンスも統合して, より確かな判断を行うものだと述べている。臨床家がより確かな臨床判断を行うためには, これまでの自らの臨床経験や患者の希望を検討しつつ, エビデンスをも踏まえたより適切な判断をしていくことが重要であるといえよう。

引用文献

- 1) APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
- 2) R.C. Kessler, P. Berglund *et al.*: National Comorbidity Survey Replication, *JAMA*, 289, 3095-3105 (2003).
- 3) J.C. Coyne, S. Fechner-Bates *et al.*: Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care, *Gen Hosp Psychiatry*, 16, 267-276 (1994).
- 4) K. Demyttenaere, R. Bruffaerts *et al.*: Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys, *JAMA*, 291, 2581-2590 (2004).
- 5) NICE: Depression: the treatment and management of depression in adults, Clinical Guideline 90, National Institute for Clinical Excellence, London, 2009.
- 6) APA: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, 3rd ed, American Psychiatric Association, Washington, DC, 2010.
- 7) T.A. Furukawa: Review: placebo is better than no treatment for subjective continuous outcomes and for treatment of pain, *Evid Based Ment Health*, 5, 15 (2002).
- 8) P. Bollini, S. Pampallona *et al.*: Effectiveness of antidepressants. Meta-analysis of dose-effect relationships in randomised clinical trials, *Br J Psychiatry*, 174, 297-303 (1999).
- 9) M. Stone, T. Laughren *et al.*: Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration, *BMJ*, 339, b2880 (2009).
- 10) A.J. Rush, M.H. Trivedi *et al.*: Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression, *N Engl J Med*, 354, 1231-1242 (2006).
- 11) A. Szegedi, W.T. Jansen *et al.*: Early improvement in the first 2 weeks as a predictor of treatment outcome in patients with major depressive disorder: a meta-analysis including 6562 patients, *J Clin Psychiatry*, 70, 344-353 (2009).
- 12) A.J. Rush, D. Warden *et al.*: STAR*D: revising conventional wisdom, *CNS Drugs*, 23, 627-647 (2009).
- 13) A. Cipriani, T.A. Furukawa *et al.*: Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis, *Lancet*, 373, 746-758 (2009).
- 14) P. Cuijpers, A. van Straten *et al.*: Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies, *J Clin Psychiatry*, 69, 1675-1685 (2008).
- 15) P. Cuijpers, A. van Straten *et al.*: Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis, *Depress Anxiety* (2009).
- 16) P. Cuijpers, J. Dekker *et al.*: Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis, *J Clin Psychiatry*, 70, 1219-1229 (2009).
- 17) D.L. Sackett, W.M. Rosenberg *et al.*: Evidence based medicine: what it is and what it isn't, *BMJ*, 312, 71-72 (1996).

特集 ◀
 これからの
 精神科地域ケア
 —統合失調症を中心に—

V. 地域ケア時代の治療スキル

6. 治療ガイドラインの活用

加藤 健徳¹⁾ 中川 敦夫²⁾ 須藤 清美³⁾
 井川 恵子³⁾ 岩下 覚¹⁾

Key words: 治療ガイドライン, 家族心理教育, evidence based practice

抄録：統合失調症患者に対する家族心理教育が患者の再発予防に効果があるというエビデンスはいくつも示されている。アメリカ精神医学会の統合失調症治療ガイドラインでは再発率の低下と家族の負担を軽減すると示され、イギリスのNICE統合失調症治療ガイドラインでも再発率を低下させると示され、それぞれ家族心理教育が推奨されている。しかし、このように家族心理教育が推奨されているにもかかわらず、臨床現場では限られた患者にしか実施されてこなかったことが問題となっている。そこで、本稿では、筆者が経験したある精神科病院における家族心理教育プログラムの立ち上げの経験をもとに、そこから浮かび上がった問題を、治療ガイドライン活用と実際という観点から検討した。その結果、ガイドラインの実践における課題として、evidence based practiceに対するスタッフの抵抗感、実施プログラムのフィデリティの問題、スタッフの教育研修の問題、患者の十分なニーズの把握とcase formulationが困難などがあがり、実践のためには1つ1つそれらの課題を解決していかなければならないと考えられた。すなわちevidence based practiceはエビデンスのみでは実践できず、医療者は実践しようとするケアについて適正な教育研修を受け十分な臨床経験と臨床技量を有したうえで、患者・家族の言っていることと、その背後にあるその人なりを理解できる技能が必要で、これらをバランスよく統合する必要があるのである。このように、エビデンスに基づく治療ガイドラインの実践、すなわちevidence based practiceとは、evidenceというscienceの側面と治療者—患者の信頼関係に基づく、温かみのある、全人的な医療であるartの側面とをバランスよく統合して、より確かな医療を提供するものなのである。

1 はじめに

統合失調症患者に対する家族心理教育が患者の再発予防に効果があるエビデンスはいくつも示されている。家族が心理教育を受けた場合、標準的

なサービスを受けていた場合よりも、患者の再発率や再入院率が20～50%低下することが報告されている^{5,10,15)}。Cochraneレビューのメタアナリシス¹⁶⁾では、統合失調症または統合失調感情障害患者を対象とした53研究を解析した結果、家

From evidence to practice — developing a family psychoeducation program

¹⁾ KATO Takenori and IWASHITA Satoru 社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院診療部〔〒206-0021 東京都多摩市連光寺1-1-1〕

²⁾ NAKAGAWA Atsuo 独立行政法人国立精神・神経医療研究センタートランスレーショナルメディカルセンター臨床研究支援室

³⁾ SUDO Kiyomi and IKAWA Keiko 社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院看護部

Presented by Medical*Online

族介入を行うと標準的治療に対して再発予防効果が優れている(RR 0.55, 95% CI: 0.5-0.6; NNT=7)。これは、つまり7人に1人の割合で標準的治療ではもたらすことのできなかった再発予防が家族介入によって可能となる程度の効果の大きさである。また同メタアナリシスでは、再入院予防に関してはNNT 8, すなわち8人に1人の割合で標準的治療では防ぐことができなかった再入院を家族介入によって予防可能にする程度の効果の大きさが示されている。このような点を踏まえ、アメリカ精神医学会(APA)の統合失調症治療ガイドライン¹⁾では再発率の低下と家族の負担を軽減すると示され、イギリスのNICE統合失調症治療ガイドライン¹²⁾でも再発率を低下させると示され、両ガイドラインで家族心理教育の実施が推奨されている。さらにNICEガイドラインでは、家族心理教育は再発予防効果について介入期間のみならず(通常治療を対照とした場合NNT 4), 介入終了12カ月後時点にも及ぶとされている(NNT 6)。またアメリカ医療研究・品質調査機構(Agency for Healthcare Research and Quality; AHRQ)の統合失調症アウトカム研究チーム治療(PORT)勧告(The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations)¹¹⁾では、①家族心理教育は1年後での再発率を低下させる、②家族心理教育の適応は高Expressed Emotionの家族に限定すべきではない、③当事者と接触のある家族は全員、少なくとも9カ月以上の家族介入プログラムを提供される必要がある、と推奨されている。

しかし、このように家族心理教育の有効性が明らかになっているにもかかわらず、臨床現場では限られた患者にしか実施されてこなかったことが問題となっている。わが国では、こうした背景から2004年に厚生労働省精神神経疾患研究委託費研究「統合失調症の治療およびリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究」(主任研究者：浦田重治郎)において心理教育を中心とした「心理社会的援助プログラムガイドライン」²⁾が作成された。そして、「アメリカ連邦政府EBP実施・普及ツールキットシリーズ」(EBPツールキット)¹³⁾などを下地として、国府台病院

精神科家族心理教育グループが長年の実践のうちに、日本の精神医療の現場に受け入れやすく効果的な形に発展させた標準版家族心理教育(国府台モデル)が開発され、厚生労働省精神神経疾患研究委託費研究「精神政策医療ネットワークによる統合失調症の治療及び社会復帰支援に関する研究」(主任研究者：塚田和美)⁸⁾にて、心理教育を通常の実践現場・臨床現場に普及するための心理教育ツールキットの実施可能性が研究された。EBPツールキット¹³⁾の家族心理教育ならびに国府台モデル⁸⁾は、プログラムに必要な知識・情報を的確に伝える「教育・学習セッション」と、学習した知識や情報を使って適切に対処する方法を構造化された技法(問題解決技法など)を用いて学ぶ「複合家族セッション」という共通した構造をもっており、双方とも参加家族はクロウズドが原則とされている。

本稿では、筆者が経験したある精神科病院における家族心理教育プログラムの立ち上げ経験をもとに、そこから浮かび上がった問題を通してガイドラインを臨床現場で実践する際の課題について検討する。

2 精神科病院における治療ガイドラインの活用の取り組み：家族心理教育プログラム導入の経験

1. 第1回プログラムの実施

東京近郊の精神科病院である某病院(病床数約570床)では入院期間の短縮化ならびに地域ケアへの円滑な移行を目的として、退院後の患者・家族の生活全般的な支え、家族の精神的負担の軽減を目指し、2010年4月より「家族心理教室ワーキンググループ(WG)」が立ち上げられ、その後隔週で同グループに関わる医師、看護師、臨床心理士、ソーシャルワーカーら多職種チームによるミーティングが行われた。プログラム導入期の目的は、家族の負担軽減を主眼とした「場の提供」とし、2010年5月に第1回目の家族心理教育が実施された。実施可能性から、対象は外来通院または入院中の家族とし、また疾患も統合失調症のみに限定せず、参加はオープン形式とし、2カ月に1回(年6回)のプログラムとした。セッションは

1回あたり、前半1時間を講義(うち質疑応答30分)、後半1時間をグループワークとした。後半のグループワークは、参加者6～10名とスタッフ2～3名を1グループとして、2～3グループを構成してセッションを行った。そのため第1回目の家族心理教育セッションでは後半のグループワークはある程度のテーマの枠組みを設定するものの、問題解決技法などの構造化された方法は用いず、グループ内で家族とスタッフが、「最近あったちょっといい話」「前半のプログラムの感想」「苦勞の棚卸し」「乗り越えた壁」などとテーマを設けず自由に対話するというものであった。このように、家族心理教育の実施可能性は確認された。

2. 第2回プログラムの実施

家族心理教育が実施と並行して各スタッフは家族心理教育の研修を受けていたが、次第にWG内スタッフメンバーから、より効果のあるプログラムを提供したいという思いが強くなり、スタッフの同プログラムの目標が家族への「場の提供」から、「介入」を目指すものへと変化していった。こうして第2回目プログラムからは、標準版家族心理教育(国府台モデル)を参考とした内容とし、参加はオープン形式のままであるが、前半を疾患や治療、社会資源などについての講義、後半は問題解決技法を念頭とするものの構造化されない対話を中心としたグループワークとした。当初、経験不足から後半のグループワークではスタッフの戸惑いや、グループ内での家族の発言量のばらつきがみられたものの、回を重ねるにつれて、次第に円滑に進行できるようになった。セッションの最後に回収する無記名のアンケートでは講義、グループワークともに「とても満足」、「満足」が大部分であった。また2週間ごとに行ってきたWGミーティングにて大部分のスタッフも一定の達成感を得られていることが確認された。

こうした結果から、次年度の実施計画をグループ内で検討し、同プログラムをさらに発展させるべく、改訂プログラム作成を議論する中で、①効果が実証されているプログラムが提供できるか、②家族のニーズに応えられるか、③継続的なプログラム実施可能かの3つの課題が明らかになった。

3 ガイドラインで推奨されるプログラム実施上の課題

1. プログラムを医療者は提供できるのか?

Evidence based practice に対する抵抗感

筆者らが家族心理教育プログラム改訂を検討するためのWG内での議論のなかでEBPツールキットや国府台モデルの使用を提案したところ、約半数のスタッフは国府台モデルの使用に肯定的に対して、残りのスタッフは国府台モデルの使用に躊躇あるいは抵抗を示され、特にプログラムの中核となる「問題解決技法」の使用について否定的な考えを示すスタッフが多かった。このためアンケートならびに聞き取り調査にてスタッフのそれぞれから意見を聞き、「ツールキット」や「国府台モデル」などガイドラインの使用への拒否感について検討した。

調査の結果、医師や看護師長など介入のマネジメント的な立場のスタッフは、ツールキットなどの使用に対して肯定的であったのに対し、比較的若い看護師などのスタッフからは、否定的な意見が聞かれた。その内容は「問題解決技法を用いると家族の吐き出しの場がなくなる」という意見が多かった。また「モデルやエビデンスはなんとなく冷たい感じがする」という意見もあった。

エビデンスに基づく有効な精神療法の1つである認知療法の基本的要素として、①目標志向的であること、②作業同盟を構築し、協力的実証主義で臨むこと、③プログラムが構造化されていることがあげられている⁹⁾。このようにエビデンスに基づく治療ガイドラインを活用する場合、治療者と患者の間の信頼関係に基づき患者の価値観や意向を十分に踏まえたうえでそれらを統合しながら正しく行わないと、十分に期待される治療効果を得られないであろう。こうした背景から、筆者は家族心理教育プログラムWGミーティングで、ツールキットや国府台モデルなどのガイドラインの活用は、「吐き出しの場」「温かみ」をなくするものではなく、むしろそれらの要素もプログラム実施に不可欠であることを説明したところ、最初は戸惑った顔をしていたスタッフも次第に、ガイドラインの活用への抵抗は幾分和らぎ、最終的には、ガイドライン活用賛同するスタッフが大部

分となった。ここで明らかになったのは、スタッフ間のガイドライン活用に対する意識の差である。シニアスタッフの多くは、豊富な臨床経験やマネジメント経験もあってか、プログラム実施の際には、ガイドラインと個人の臨床経験と患者の意向の塩梅をみながら行っていくことは自明のものとして理解しているものの、若手スタッフの中には、ガイドラインと臨床経験は相いれないものと、evidence based practiceの意味を十分理解できていない場合が多くみられた。このため、ガイドライン活用の際には若手スタッフにおける「エビデンス」への誤解を解くためにも、わかりやすく evidence based practice の概念から実際のEBPツールキットなどの使用法までを含む教育、研修が重要であるといえよう。

2. プログラムを医療者は提供できるのか？

フィデリティ (fidelity) の問題

効果の実証されたプログラムを臨床現場で実践するのに障害となる要因の1つに、フィデリティの問題がある。フィデリティとは、効果が実証されている心理社会的援助プログラムの標準的モデルの重要要素に、どの程度現在実施しているプログラムが適合しているのか、程度を指す(品質保証 accountability の程度ともいえる)。医療現場であるガイドラインやモデルに基づいてプログラムを行う場合、それがスタッフの技量や人員確保などの問題で、標準的モデルの重要要素を落としてしまう場合、標準モデルで期待される治療効果よりも、実施プログラムの効果は低いものになると考えられている。このため家族心理教育プログラムの品質保証確保のためフィデリティ尺度が開発された。この心理教育普及ガイドライン・フィデリティ尺度 (Psychoeducation Implementation Guideline Fidelity Scale ; PEIFS)⁹⁾ の評価項目には、家族介入コーディネーター、家族心理教育セッションの頻度、長期的な家族心理教育、実践家と家族の同盟関係の質、家族の反応の詳細化、悪化要因、前駆サイン、対処方略、教育カリキュラム、複数のメディアを用いた教育、構造化されたグループセッション、構造化された問題解決技法、段階的なサービス提供、積極的な関係作りとアウトリーチの標準的モデルの重要要素計²⁾の項目が

あり、それぞれ1～5点で評点される。

筆者らは家族心理教育プログラムWGミーティングにて、evidence based practice実践の把握とスタッフの理解を図るためにここまで実践してきたプログラムをPEIFSにて評価した。評価にて、①日常業務との兼ね合いでコーディネーターとして機能が不十分であった、②スタッフと家族の治療同盟は比較的良好であったが、家族の反応の同定・明確化、悪化要因や前駆サイン、対処方略についてのジョイニングセッションを設定しなかったため、個別事例のそれらの点についての把握は不十分であった、③第2回プログラムにおいてグループセッションは比較的構造化されていたが、グループワークのスタッフ間の経験や理解度の違いにより技量の差は大きかったなど、いくつかの課題が明らかになった。さらに、多くの臨床現場は、スタッフは病棟や外来に配属となっており、多忙なシフト勤務体制の中で、家族心理教育スタッフとして参加しており、決して人員を確保する余裕があるとはいえず、その分スタッフの負担も大きいことも明らかになった。一方、筆者の医療機関ではプログラム実施に対する理解はあったものの、中には診療報酬がないと医療機関の理解・援助が十分に得られない場合もあるであろう。このように、evidence based practiceを円滑に実施するためには、適正なマンパワーの確保、経済面の裏づけなども切実な課題といえよう。

3. プログラムを医療者は提供できるのか？

プログラム継続性の問題

筆者らは家族心理教育をスタートしたばかりで、家族心理教育に熱心な、立ち上げたスタッフメンバーで、現在はプログラムを継続できている。しかし、医療機関では人事異動や退職は避けられないものであるため、スタッフが入れ替わった際に、現在の熱意を持続・向上できているかではない。実際、ある熱心なスタッフがプログラムを進め発展させていたものの、そのスタッフが異動した後、その施設ではプログラムが継続しなかったという例を多く耳にする。これを防ぐには、スタッフの育成が重要である。そのためには、他のスタッフも共有でき、一定の研修を受ければプログラムの実施が可能になる標準マニュアル

ル(ガイドラインではなく、そのケアにおける実践マニュアル)や、それを補完する意味で研修会やワークショップが必要となるだろう。また、院内外学会などの場で発信やスタッフの募集など適宜を行って、興味のあるスタッフを充実させることも重要である。例えば、わが国ではうつ病に対する認知療法・認知行動療法では、治療マニュアル(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/>), 認知療法・認知行動療法 治療者用マニュアルガイド¹⁴⁾, 治療者用ワークショップ(<http://www.crt-web.com/mod/resource/view.php?id=446>)が作成され、学会などでも活動が報告され普及の取り組みがなされているという工夫がみられる。

家族心理教育プログラム実施にあたって、筆者は国立国際医療研究センター国府台病院で行われた日本心理教育・家族教室ネットワーク認定の標準版家族心理教育研修会を受講した。研修会では、講義のほか複合家族セッションのロールプレイが行われ、特にロールプレイを通して、テキスト内容をより具体的に理解できるようになったのが有用であった。さらに、その後の懇親会ではワークショップ中に語りつくせなかった各施設でのプログラム実施のさまざまな苦労話を聞き、お互いの目標や夢を語り合うことで、これまで抱えてきた課題や悩みを共有でき、組織を超えたネットワーク作りの貴重な場となり、モチベーションを高めるのに有用であった。

このように、evidence basedプログラムを円滑に継続していくには他機関とのネットワークの充実も重要な点であるといえよう。

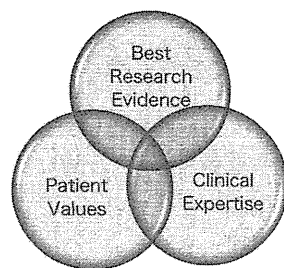
4. プログラムへの患者ニーズを把握するには？ ガイドラインで推奨されるプログラム実施上の課題

プログラムなどのケアを家族のニーズに応えたものにするには、その時代背景や地域性、文化などを考慮する必要がある。家族心理教育開発に大きな影響を与えた、家族の感情表出の研究^{2,18,19)}は1970年代中頃のイギリスで実施されたものであって、35年あまりが経過した現在、時代とともに家族構造や家族を取り巻く社会情勢は当時と大きく異なっている点であると考えられる。国内

においても都市部と地方などによっても、医療機関へのアクセスのしやすさやなどから、ニーズは地域によっても生じてくる可能性があり、エビデンスのある家族心理教育のモデルの重要要素に則りながらも、目の前の患者・家族のニーズの把握、患者・家族の言っていることと、その背後にあるその人なりを理解できる技能が必要であるといわれている^{3,4)}。また患者・家族のニーズを多面的な把握はプログラム実施上重要であり、その方策の1つとして、多職種チームでのプログラム運営があろう。医師や看護師のみならず、精神保健福祉士、作業療法士や薬剤師など多職種でプログラムを運営することで、患者をさまざまな角度から評価でき、多様なニーズに捉えることが可能になるからだ。また、参加家族にアンケートを記入してもらうなど、セッション内で得られないフィードバックを得ることも有効であろう。

4 おわりに

本稿では、筆者が経験したある精神科病院における家族心理教育プログラムの立ち上げ経験をもとに、そこから浮かび上がった問題を、治療ガイドライン活用とその実際という観点から検討した。その結果、ガイドラインの実践における課題として、evidence based practiceに対する抵抗感、フィデリティの問題、教育研修の問題、十分なニーズの把握とcase formulationなどがあがり、実践のためにはそれら1つ1つを解決していかなければならない。David Sackettら¹⁷⁾はEvidence Based Medicine (EBM)は「医師の専門性や臨床経験、患者の価値観、エビデンスの3つを統合し、よりよい意思決定のもとに行われる医療」と定義している(図)。すなわちエビデンスのみではEBMは実践できず、医療者は実践しようとするケアについて適正な教育研修を受け、十分な臨床経験と臨床技量を有したうえで、患者・家族の言っていることと、その背後にあるその人なりを理解できる技能が必要なのである。そして、これらをバランスよく統合する必要があるのである。このため、エビデンスに基づく治療ガイドラインの活用とは、evidenceというscienceの側面と治



Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1998; Jan 13;312(7023):71-72.

図 エビデンスに基づく医療 evidence based practice

臨床における、診断や予後判定、治療効果や副作用などに関する判断において、1) 最良エビデンス、2) 患者の価値観、3) 臨床の経験・技能という3要素を統合して、より確かな判断を行うものである。

療者—患者の信頼関係に基づく、温かみのある、全人的な医療であるartの側面をバランスよく統合して、より確かな医療を提供することを意味するのである。医療者は治療ガイドラインを上手に活用すべきであって、治療者は決してガイドラインに活用されるべきではないと考える。

文献

- 1) American Psychiatric Association : Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 2 ed. APA : Washington DC, 2004
- 2) Brown GW, Birley JL, Wing JK : Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. Br J Psychiatry 121 : 241-258, 1972
- 3) Greenhalgh T, Hurwitz B : Narrative based medicine : why study narrative? BMJ 2 ; 318 : 48-50, 1999
- 4) Greenhalgh T : Narrative based medicine : narrative based medicine in an evidence based world. BMJ 30 ; 318 : 323-325, 1999
- 5) Held T, Falloon IR : Family therapy of schizophrenia. Keio J Med 48 : 151-154, 1999
- 6) ジュデイス・S・ベック (伊藤絵美, 神村栄一, 藤澤大介訳) : 認知療法実践ガイド・基礎から応用まで—ジュデイス・ベックの認知療法テキスト—. 星和書店, 東京, 2004
- 7) 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費. 13指2統合失調症の治療およびリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究 (主任研究者: 浦田重治郎) 「心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン」, 2004
- 8) 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費. 統合失調症の治療の標準化と普及に関する研究 (主任研究者 塚田和美) 「統合失調症を持つ人たちを対象にした科学的根拠に基づく心理社会的介入プログラム普及促進のためのツールキット開発とその有効性の評価 (その10) ~心理教育普及ツールキットプロジェクト研究の概要と総括~」, 2007
- 9) 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費. 統合失調症の治療の標準化と普及に関する研究 (主任研究者 塚田和美). 統合失調症を持つ人たちを対象にした科学的根拠に基づく心理社会的介入プログラム普及促進のためのツールキット開発とその有効性の評価 (その12) —本試行研究におけるスタッフ調査によるアウトカム評価とフィデリティ評価の関係—, 2007
- 10) Lam DH, Kuipers L, Leff JP : Family work with patients suffering from schizophrenia : the impact of training on psychiatric nurses' attitude and knowledge. J Adv Nurs 18 : 233-237, 1993
- 11) Lehman AF, Steinwachs, D.M. and the Co-Investigators of the PORT Project. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations At Issue : Translating Research Into Practice. 1998 [cited 2011 April 12] (<http://www.ahrq.gov/clinic/schz-rec.htm>)
- 12) National Institute for Health and Clinical Excellence : Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). NICE, London, 2009
- 13) 日本精神障害者リハビリテーション学会監訳 (責任訳者: 大島巖). アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部 (SAMHSA) 編: アメリカ連邦政府 EBP 実施・普及ツールキットシリーズ: EBP ツールキット総論. 特定非営利法人地域精神保健福祉機構, 千葉, 2009
- 14) 大野 裕: 認知療法・認知行動療法 治療者用

- マニュアルガイド. 星和書店, 東京, 2010
- 15) Penn DL, Mueser KT : Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 153 : 607-617, 1996
- 16) Pharoah F, Mari J, Rathbone J et al : Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* : CD000088, 2010
- 17) Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA et al : Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 13 ; 312 : 71-72, 1996
- 18) Vaughn CE, Leff JP : The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry* 129 : 125-137, 1976
- 19) Vaughn C, Leff J : The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol* 15 : 157-165, 1976

*

*

*