

精神保健研究

第22号 (通巻55号) 平成21年 (2009年)

巻頭言

加我 牧子

特集1：精神保健研究所のガイドライン研究

自殺対策の基礎知識～地域や職場で自殺対策に取り組むために～	
赤澤正人、稲垣正俊、川野健治、松本俊彦、竹島 正	5
自殺予防総合対策センター ホームページ「いきる」	
木谷雅彦、勝又陽太郎、稲垣正俊、川野健治、松本俊彦、竹島 正	9
ライフステージに応じたこころの相談・支援ガイドライン	
勝又陽太郎、助川征雄、大場義貴、竹島 正	13
アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン	
和田 清	17
心身症診断・治療ガイドライン2006：「エビデンスに基づくストレス関連疾患へのアプローチ」	
小牧 元	19
災害時地域精神保健医療活動ガイドライン	
金 吉晴	25
化学兵器あるいは、生物兵器によるテロ事件が発生した場合の精神医療対応	
金 吉晴、中島聡美	27
「精神保健医療活動マニュアル」	
金 吉晴、中島聡美	29
「犯罪被害者のメンタルヘルス情報ページ」	
中島聡美、白井明美、小西聖子	31
自殺者親族等のケアに関するガイドライン作成のための指針	
川野健治、伊藤弘人	35
自殺未遂者のケアに関するガイドライン作成のための指針	
河西千秋、伊藤弘人	39
知的障害児の医学的診断検査ガイドライン	
稲垣真澄、加我牧子	43
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	
伊藤順一郎、佐藤さやか	47
10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン	
伊藤順一郎、吉田光爾、英 一也	51
ケアマネジメント・ガイドブックー精神障害者編	
深谷 裕、伊藤順一郎	57
精神障害者ケアガイドライン	
深谷 裕、伊藤順一郎	61
刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き	
岡田幸之、安藤久美子、五十嵐禎人、黒田治、樽矢敏広、野田隆政、平田豊明、平林直次、松本俊彦	65

特集2：認知行動療法の現在

不眠症に対する認知行動療法	
宗澤岳史、三島和夫	71
統合失調症の認知行動療法：エビデンス、認知モデル、実践	
菊池安希子	79
PTSDに対する持続エクスポージャー法	
石丸 径一郎、金 吉晴	89
複雑性悲嘆に対する認知行動療法：治療プロセスとアウトカム	
伊藤正哉、中島聡美	95

原著論文

セルトラリン及びフルオキシセチンの慢性投与による転写因子Math2及びそのターゲット遺伝子Prg1のラット脳内発現誘導について	
山田美佐、志田美子、高橋弘、山田光彦	103
投稿規定	110
編集後記	111

巻 頭 言

精神保健研究第22号（通巻54号）をお届けします。本誌は国立精神・神経センター精神保健研究所のオフィシャルジャーナルとして、研究所設立の翌年にその産声をあげました。これまで、精神保健に関わる研究活動を原著や資料の形で紹介し、その形式や内容を年々変化・発展させつつ、折々のトピックスについての依頼原稿を交えて、皆様にお届けして参りました。

本号は、2003年から2009年までの7年間に、当研究所の研究者が中心となって公開してきたガイドライン研究の中から18件を精選し、特集いたしました。例えば、国民のメンタルヘルスの維持・向上に関わる志のもとに、自殺対策に取り組む人々のための基礎知識を提供するもの、自殺未遂者ケアのための指針、災害時の地域住民や犯罪被害者のメンタルヘルスを維持・向上するための精神保健医療活動のガイドラインやマニュアル、そしてアルコール・薬物関連障害や心身症、知的障害など特定の疾患群の診断や治療のためのガイドライン、またライフステージに応じたこころの相談・支援ガイドライン、精神障害のケアマネジメント、ひきこもりをめぐる地域精神保健活動、刑事責任能力に関する手引き書・精神鑑定書作成の手引きなど、です。これらは、当研究所の守備範囲の広さを端的に示すものであり、現場で役立つ発想と手法をとりいれた実践的な提案に満ちあふれています。

厚生労働省の意向や当該学会の方針もあり、ガイドライン研究への要望や期待が大きく、研究者がガイドライン作成にかかる時間や労力は多大なものがあります。一方、その成果が関係者以外の目に触れることがさほど多くない、ということも事実です。それには、大部分のガイドライン研究

が、研究課題毎の報告書の形で、限られた機関にのみ提出されていることも影響しているものと思われれます。今回お届けの特集は広範な領域のガイドラインを含むので、メンタルヘルスの専門家の皆様に大変役立つものと確信しております。この特集をきっかけに、それぞれのガイドライン研究への関心をより深めて頂き、必要に応じて原著あるいはオリジナルの報告書を繙く機会をご提供できれば一層幸いに存じます。

本誌の後半には、‘認知行動療法（CBT）の現在’についての小特集も組みました。CBTは、これまでの精神療法の枠組みから一步踏み出したものと言えるでしょう。つまり、患者さん自身が主体的に発想の転換を行えるように、治療者が積極的に援助する考え方であり、内外での治療効果も証明されてきています。今回は、当研究所のエキスパートから睡眠障害、統合失調症、PTSD、複雑性悲嘆についてそれぞれCBTの姿を紹介させていただきました。そして最後に、原著1編も掲載されています。併せてお読み下さい。これらの情報が皆様の今後の精神保健活動や活動計画の立案、日々の診療や患者さんにご家族の支援や当該領域の研究のヒントにお役に立てば、と心から思います。

精神保健研究所が市川市から小平市へ移転して4年が過ぎました。国民の精神保健向上をめざして、私たちは皆張り切って、武蔵野の地で研究活動を行っております。今後も一層ご指導、ご鞭撻を賜りますよう、更なるご支援をお願い申し上げます。

国立精神・神経センター精神保健研究所長

加我 牧子

特 集 1
精神保健研究所のガイドライン研究

【特集1：精神保健研究所のガイドライン研究】

自殺対策の基礎知識～地域や職場で自殺対策に取り組むために～

Guideline for suicide prevention; suicide prevention in community and workplace

赤澤 正人¹⁾ 稲垣 正俊^{1) 2)} 川野 健治^{1) 2)} 松本 俊彦^{1) 2)} 竹島 正^{1) 2)}

Masato Akazawa Masatoshi Inagaki Kenji Kawano Toshihiko Matsumoto Tadashi Takeshima

紹介ガイドラインの概要

名 称	自殺対策の基礎知識
作 成 者	竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター長) 稲垣 正俊 (同 適応障害研究室長) 川野 健治 (同 自殺対策支援研究室長) 松本 俊彦 (同 自殺実態分析室長)
発 表 年 月 日	平成 20 年 3 月
研 究 費	平成 16～18 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」
省庁担当部局等	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
入手・閲覧方法	http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/jisatu_a5.pdf

1. ガイドライン作成の背景

わが国における自殺者数は、平成10年に3万人を超え、以後もその水準で推移しており、自殺予防は社会全体の大きな課題となっている。

こうした中で、平成13年～15年に実施された厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「自殺と防止対策の実態に関する研究」の成果物として、平成16年3月に「行政担当者のための自殺予防対策マニュアルー「自殺と防止対策の実態に関する研究」をもとにー」(以下、「15年度版マニュアル」という)が作成された。「15年度版マニュアル」には、これまでの研究成果や自殺予防対策に取り組む

ために多くの情報が盛り込まれ、A4版200ページを超えていたが、都道府県・政令指定市の自殺対策担当部局等に配布された。その後、もう少しコンパクトに整理されたものがほしいという意見が多く寄せられたことから、平成16～18年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」において、実際にマニュアルを使用した保健所長や保健所・市町村保健師、保健所一般事務担当者等を対象として、使い勝手や使用の頻度、参考になる点や改善点、課題に関するアンケート調査を行い、その結果を踏まえて、同研究事業の平成18年度分担研究「自殺予防対策マニュアルの作成に関する研究」をもとに「自殺対策マニュアル：DVD版及び仕様書を添えて～」(以下、「18年度改訂版マニュアル」という)が作成された。

「18年度改訂版マニュアル」の作成準備中も、自殺対策にむけたわが国の取り組みは進み、平成17年7月には参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされた。そして、同年12月には、政府の自殺対策関係省庁連絡会議から、「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」が公表され、政

1) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部
Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

2) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 自殺予防総合対策センター

Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

府が一体となって自殺対策に取り組むこととなった。さらに平成18年6月には、「自殺対策基本法」が成立し、平成19年6月には、わが国の自殺予防国家戦略である「自殺総合対策大綱」が閣議決定された。

このように、自殺対策は新たな展開時期を迎え、国を挙げての取り組みが本格化していった。また、各地で民間団体による取り組みや、自治体での取り組みも広がりを見せていった。このため、自殺予防総合対策センターでは、平成18年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」の主任研究者、分担研究者の了解を得て、「18年度改訂版マニュアル」の改訂作業を行い、「自殺対策の基礎知識～地域や職場で自殺対策に取り組むために～」（以下、「自殺対策の基礎知識」という）を作成した。

なお「自殺対策の基礎知識」は、行政担当者だけでなく、総合的な自殺対策の取り組みに発展できるように、多くの関係者に使用されることを目指しているため、冊子媒体だけではなく、自殺予防総合対策センターのホームページ「いきる」からもPDFファイルをダウンロード可能となっている。

2. 目的

「自殺対策の基礎知識」は、地域や職場で自殺対策に取り組むための手引きとなることを目的として作成された。また、自殺対策は社会全体で取り組む必要があるため、自殺の実態や予防、遺族支援等に関する様々な情報を提供し、自殺対策の重要性を社会に啓発していくための資料となることを期待して作成された。

3. 概要・特徴

「自殺対策の基礎知識」の構成は、自殺の実態に関する基礎的な導入、国レベルでの自殺対策の取り組み、行政における自殺対策の紹介となっている。また自殺対策に関連したマニュアルの紹介やリンク集が掲載されている。

なお利用者としては、地方公共団体において自殺対策に関係する部局、精神保健に携わる部局、医療機関、教育機関、自殺予防や遺族支援に関連した民間団体、職場における産業医や事業主を想定している。

4. 主要部分の紹介

「自殺対策の基礎知識」は表1に示す章立てとなっ

表 1. ガイドラインの章立て

第1章 自殺対策に取り組むにあたって
第1節 自殺対策に取り組む理由
第2節 自殺対策に関する基本的知識
第3節 自殺の実態
2章 自殺対策の取り組み
第1節 WHO と海外の取り組み
第2節 わが国の取り組み
第3章 自殺対策の実際
第1節 自殺に至るステージと自殺対策
第2節 自殺対策の事例 プリベンション、インターベンション、ポストベンション等への取り組みの実際
第4章 既出のマニュアル等一覧
第1節 既出のマニュアル
第2節 リンク集
第5章 自殺予防総合対策センター
第1節 業務
第2節 ホームページ「いきる」の情報の扱いについて

ている。この中で、特に中核となるのは、第2章及び第3章である。政府が一体となった自殺対策への取り組み、自治体や民間団体の自殺対策の取り組みに関する情報が簡潔に分かりやすく掲載されている。

自殺対策の取り組みでは、わが国だけの取り組みだけでなく、WHOの世界自殺予防戦略と海外(フィンランド、アメリカ合衆国、イギリス、ニュージーランド)の取り組みを紹介しており、国家的な自殺対策への取り組みによって、自殺死亡率の減少が確認されたこと等を報告している。

自殺対策の紹介では、自殺対策に取り組む際に必要な事項として、組織づくり、情報・通信の活用、プリベンション(事前対応)、インターベンション(危機介入)、ポストベンション(事後対応)、その他(自殺対策従事者の研修およびこころの健康支援)の6項目に整理したうえで、詳細を述べている。自殺対策の事例では、青森県、秋田県、新潟県、岩手県などの自治体や民間団体の自殺対策の取り組みを、ホームページのリンク先と合わせて報告している。

5. 現在の学術・行政上の活用状況など

「自殺対策の基礎知識」はこれまで5,000部印刷され、現在までにおよそ4,200部が配布されている。

配布先は、都道府県・政令指定市の自殺対策主管課、精神保健福祉センター、全国の保健所および支所、市町村、自殺予防総合対策センターの関係する研修の参加者などである。また内閣府自殺対策推進室および厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課を介して、自殺対策に関する民間団体等にも配布されている。

6. 今後の展望

平成18年6月に「自殺対策基本法」が成立し、平成19年6月にはわが国の自殺予防国家戦略である「自殺対策大綱」が閣議決定されたことにより、都道府県・政令指定市における自殺対策は急速に普及した。自殺総合対策大綱は平成20年10月31日に一部改正され、自殺対策の一層の推進を図るために、当面、強化し、加速化していくべき施策として「自殺対策加速化プラン」が平成20年10月31日に自殺総合対策会議において決定された。その中に、市町村における自殺対策担当の部局等の設置が挙げられた。「自殺対策の基礎知識」はこれらの動きを反映して、必要な改訂を行った上で、市町村への自殺対策の普及に役立てていく必要があると思われる。

【特集1：精神保健研究所のガイドライン研究】

自殺予防総合対策センター ホームページ「いきる」

“Ikiru”: Home page of Center for Suicide Prevention

木谷 雅彦¹⁾ 勝又 陽太郎¹⁾ 稲垣 正俊^{1) 2)} 川野 健治^{1) 2)}
松本 俊彦^{1) 2)} 竹島 正^{1) 2)}Masahiko Kitani Yotaro Katsumata Masatoshi Inagaki Kenji Kawano
Toshihiko Matsumoto Tadashi Takeshima

紹介ガイドラインの概要

名 称	いきる（自殺予防総合対策センター ホームページ）
作 成 者	自殺予防総合対策センター
発 表 年 月 日	平成18年10月1日
研 究 費	平成13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）「自殺と防止対策の実態に関する研究」 平成14～15年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「自殺と防止対策の実態に関する研究」 平成16～18年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」
省庁担当部局等	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
入手・閲覧方法	http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/

1. ガイドライン作成の背景


わが国の自殺者数は、平成10年に3万人を超え、以後もその水準で推移しており、自殺対策は社会全体の大きな課題となっている。このため平成17年7月には、参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」が行われた。この決議は、自殺を個人の問題に帰するのではなく、自殺する個人を取り巻く社会にかか

わる問題として、自殺の予防やその他の総合的な対策に取り組む必要があるとしている。政府は、これを受けて平成17年9月に「自殺対策関係省庁連絡会議」を設置し、関係省庁の連携のもとに総合的な対策に取り組んでいくこととなった。

国立精神・神経センター精神保健研究所においては、その当時、所長を主任研究者とする厚生労働科学研究においてインターネットを利用しての自殺対策関連情報の提供のための検討行っていたが、その成果を踏まえ、平成17年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」において、自殺対策に関する情報を提供するホームページの立ち上げ研究を行い、その成果をもとに、平成17年8月30日、国立精神・神経センター精神保健研究所ホームページ内に、自殺予防対策支援ページ「いきる」を開設した。このページは平成18年10月1日に、同研究所の内部組織として自殺予防総合対策センターが開設されたことに伴い、同センターのホームページに移管され、その後、平成18年12月1日（いのちの日）、

1) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部
Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

2) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 自殺予防総合対策センター
Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan



自殺予防総合対策センター

ホーム | サイトマップ | English

9月10日
世界自殺予防デー

9月10～16日は自殺予防週間です

自殺予防総合対策センターとは

研修

調査研究

自殺予防と遺族支援のための基礎調査

自死遺族の悲嘆とケアニーズに関する調査

基礎資料

自殺の統計

地方自治体の対策

自殺対策担当窓口一覧

いきる・ささえる相談窓口

海外の情報

リンク

トピックス

ネットワークの専門家と自殺対策

10月2、3日に開催された心理職等自殺対策研修には、主に医療現場で働く126名の臨床心理技術者(CP)と精神保健福祉士(PSW)の皆さんが参加されました。講義とは別小集団討議が行われ、現場での役割が話し合われました。「現場のスタッフ間、地域の社会資源との多職種連携を促進する」、「医師とは異なる場面、立場から、死にたい気持ちを聞き取れる」、「現場のスタッフのメンタルヘルスに配慮する」、そして、それらを通して「他の職種の方に、CP、PSWとは何をする人なのかを理解してもらおう」。

自殺は、一つの要因で起こるのではなく、複合的要因によるものです。ですからその対策とは、複数の支援の手を結び付け、その「網目(ネットワーク)」の中に自殺の問題に苦しむ人を支えとめることから始まります。この研修に参加したCP、PSWの方たちが、この討議を背景に、それぞれの現場で自殺予防のためのネットワークを編み出してくださることに期待が高まります。

[過去のトピックス](#)

UPDATE

2008.12.15 NEW 「第2回自殺対策研究協議会開催」を掲載しました
[「子どもたちのインターネット利用について考える研究会のホームページ」](#)が開設されました
「第3回中高年者総研調査(中高年者の生活に関する総研調査)」結果の概況要旨を掲載しました(厚生労働省)

2008.12.02 NEW 「地方自治体の対策」を更新しました(宮崎県)

2008.11.17 「自殺対策ネットワーク協議会(2008年7月18日)開催」を掲載しました

2008.11.10 「自殺対策加齢化プラン/自殺総合対策大綱の一部改正」を掲載しました(内閣府自殺対策推進室)
「第6回自殺総合対策会議」を掲載しました(内閣府自殺対策推進室)

田島美幸、小山智典、竹島正、上田茂、北井暁子「自殺予防対策支援ページ『いきる』～Webを用いた自殺予防対策支援に関する情報提供のあり方の検討～」自殺と防止対策の実態に関する研究、平成17年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究(主任研究者:北井暁子)」総括・分担研究報告書、pp283-301, 2006.

竹島正、松本俊彦、川野健治、稲垣正俊:自殺予防総合対策センターの取り組み—1年8か月を振り返って—、自殺予防と危機介入 28巻1号:4-9、2009

図1

平成20年9月10日(世界自殺予防デー)の2度のリニューアルを経て、現在に至っている(図1)。

2. 目的

立ち上げ研究の段階では、地方自治体や事業所等で自殺予防対策を実施する担当者を支援するための情報提供を行うことを主な目的としていた。現在ではそれにとどまらず、広く自殺対策に取り組む人たちに、自殺対策に関する基本的かつ重要な情報を提供することを目的としている。

3. 概要・特徴

ホームページ「いきる」の特徴は、自殺対策に取り組む人たちに、自殺対策に関する基本的かつ重要な情報提供していることである。また、おおむね1週間に1回の頻度で情報の更新を行い、新たな情報の提供に努めていることである。立ち上げ研究の段階では、都道府県・政令指定市の自殺対策主管部局、精神保健福祉センター、厚生労働科学研究費補助金を受けて自殺対策に係る研究を行った研究者、関連省庁、日本医師会、日本いのちの電話連盟などの関連団体に情報提供依頼を行ったが、現在は、自殺予

防総合対策センター自体からの情報発信も多くなり、自殺対策に携わる人たちのための基本的なホームページとして機能している。

4. 現在の学術・行政上の活用状況

自殺の統計（人口動態統計、警察庁統計をもとにした分析結果）、自殺予防対策センター各室で実施している厚生労働科学研究、内閣府・厚生労働省と連名で実施した調査の概要や成果などを公表している。

各都道府県・政令指定市の自殺対策主管課や精神保健福祉センターのホームページから「いきる」へのリンクが貼られていることや、当ページを閲覧した都道府県の自殺対策担当者や民間団体等から、当ページの内容や自殺予防総合対策センターの業務に関する問い合わせが多数あることから、行政機関はもとより、自殺対策に関心を持つ市民層の閲覧も相当数あるものと推察される。

5. 今後の展望

平成18年の自殺対策基本法の制定とそれに伴う自殺総合対策大綱の閣議決定を受け、自殺対策の担い手は、地方自治体や民間団体へも拡大しつつある。そうしたなかで、今後は地方自治体や民間団体が相互に情報の共有や連携・協働を行うことが重要になると考えられる。当ホームページは、地方自治体や民間団体の活動を活性化する上で大きな役割を果たしていくものと考えられる。

6. 主要部分の紹介

本ページの構成を紹介する。まずトップページでは、冒頭で時宜に即したトピックスを掲載し、その下に更新履歴を挙げている。またブックレットやポスターなど自殺予防総合対策センターの刊行物を紹介し、ダウンロードが可能なように設定している。トップページ以外のコンテンツは以下のように構成されている。

(1) 自殺予防総合対策センターとは

「センター長挨拶」、「設立経緯」、「設置要綱」、「体制図」/3室（自殺実態分析室、適応障害研究室、自殺対策支援研究室）の研究紹介、「活動内容」、「学術活動」を掲載し、自殺予防総合対策センターの目的と活動内容を総合的に紹介している。

(2) 研修

これまでに自殺予防総合対策センターの主催で行われた研修を紹介し、今後の参加希望者の参考に資するとともに、研修の目的や内容を周知している。

(3) 調査研究

自殺予防総合対策センター設置以前も含め、これまでに精神保健研究所で行った自殺関連の厚生労働科学研究による結果を広く周知するために、その報告書を掲載している。

(4) 自殺予防と遺族支援のための基礎調査

自殺実態分析室で現在実施している「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」について概要を紹介し、これまでの成果を掲載している。

(5) 自死遺族の悲嘆とケアニーズに関する調査

自殺対策支援研究室を中心に現在実施している「自死遺族の悲嘆とケアニーズに関する調査」について概要を紹介し、これまでの成果を掲載している。

(6) 基礎資料

地方自治体や民間団体が自殺対策活動を行う際の参考として利用可能にするため、自殺予防総合対策センターで刊行している刊行物（自殺対策に関する基礎知識、ブックレット）、厚生労働省、その他の団体が作成した各種マニュアル、自殺対策関連の法令・通知等、自殺予防総合対策センターおよび他の府省における自殺対策関連会議の概要、自殺予防総合対策センターおよび他の府省の報告書、精神保健研究所以外で行われたものも含めた自殺対策関連の厚生労働科学研究の報告書などへのリンクを一覧にしている。

(7) 自殺の統計

同じく地方自治体や民間団体が自殺対策活動を行う際の参考として利用しやすくするため、厚生労働省の人口動態統計や警察庁の自殺の概要資料をはじめ、公表されている自殺関連の統計を紹介している。

(8) 地方自治体の対策

地方自治体が他の自治体の自殺対策活動の内容を参照しやすくするため、また民間団体等が所在の自治体の自殺対策活動の内容を参照しやすくするため、都道府県・政令指定市における自殺対策活動を紹介したホームページへのリンクの一覧を掲載している。

(9) 自殺対策担当窓口一覧

民間団体等が参照しやすくするため、国の府省庁および都道府県・政令指定市において自殺対策を主管している部署の名称と連絡先一覧を掲載している。

(10) いきる・ささえる相談窓口

地図上の都道府県名をクリックすることにより、都道府県・政令指定市別の各種相談窓口の一覧

と連絡先等を表示できる。なお相談窓口一覧表は、専門とする相談の内容や対象ごとに区分して表示している。

(11) 海外の情報

政府をはじめ広く自殺対策に取り組む機関や個人が、WHOや諸外国の自殺対策に関する取り組みを参照しやすくするため、一覧にして紹介している。

【特集1：精神保健研究所のガイドライン研究】

ライフステージに応じたこころの相談・支援ガイドライン

Counseling and support guideline for mental health according to the life stages

勝又 陽太郎¹⁾ 助川 征雄²⁾ 大場 義貴³⁾ 竹島 正¹⁾

Yotaro Katsumata Yukio Sukegawa Yoshitaka Oba Tadashi Takeshima

紹介ガイドラインの概要

名 称	ライフステージに応じたこころの相談・支援ガイドライン
作 成 者	竹島 正 (編集責任者) 助川 征雄 (共同編集者) 大場 義貴 (共同編集者) 勝又陽太郎 (共同編集者)
発 表 年 月 日	2007年3月
研 究 費	平成16年～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) 「精神障害者の正しい理解に基づく、ライフステージに応じた生活支援と退院促進に関する研究」
省庁担当部局等	厚生労働省社会援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課
入 手 ・ 閲 覧 方 法	http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/lifestage.pdf

1. ガイドライン作成の背景

平成16年9月に策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」における「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策を推し進めるといふ共通認識のもと、障害者自立支援法 (平成17年11月) が成立し、精神障害者の福祉サービス等も、身体障害、知的障害と共通の制度の下で市町村を中心に一元的に提供される基盤が整備された。しかし、精神障害者の福祉サービス提供に関しては、多くの市町

村は実際の経験に乏しいことから、市町村等の相談窓口担当者を対象にした相談・支援ガイドラインを作成する必要がある。

2. ガイドラインの目的

これまで精神障害者の相談・支援に経験の乏しかった市町村職員や民間団体が相談・支援に携わることを踏まえ、これらの担当者が、精神障害者のライフステージと健康状態に応じて相談・支援を行えるよう、市町村等の相談窓口担当者を利用対象とした「ライフステージに応じたこころの相談・支援ガイドライン」を作成した。

3. ガイドラインの概要・特徴

本ガイドラインは二部構成になっている。第1部では、障害者本人や家族からの相談があった場合を想定し、「学齢期まで」、「成人まで」、「成人前期」、「成人後期」、「老年期」の5期にライフステージを分けた上で、それぞれのライフステージにおける相談・支援にあたっての重要事項について解説している。また、先進的な活動事例等についてコラムとして紹

1) 国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部
Department of Mental Health Administration, National
Institute of Mental Health, National Center of Neurology and
Psychiatry

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

2) 聖学院大学 人間福祉学部 人間福祉学科

Human Welfare Department, Seigakuin University

3) 聖隷クリストファー大学 社会福祉学部 社会福祉学科

Social Welfare Department, Seirei Christopher College

介している。

第Ⅱ部では、「基礎知識」として、「精神障害とは」、「精神保健の考え方」、「精神保健福祉制度の改革と障害者福祉サービス」、「こころの危機への対応」、「相談を受ける能力を磨く」、「本人以外からの相談」、「自殺の危険への対応」の7項目について解説している。また、各ライフステージにおける典型事例を「相談・支援事例集」として掲載し、対応について具体的なアドバイスを示している。

本ガイドラインは、行政における人事異動や、窓口対応する者が必ずしも専門職でない場合もあることを想定して、できるだけ平易な内容と表現で作成することを目指した。そのために、ガイドライン作成過程において、各分野の専門家が執筆した原稿をもとに、自治体の相談窓口担当者等、現場で利用する者の意見を取り入れ、最終的には編集責任者のもとで編集・校正をおこなった。また、ライフステージの切り分け方として、心理社会的発達の段階を視野に入れつつも、精神保健の知識が乏しい人にもわかりやすく利用可能なように、「対象者の外見や少ない情報からでもある程度判断可能なライフステージの切り分け方」を採用した。以下に目次構成を示す。

第Ⅰ部 ライフステージ別の相談・支援

1. 学齢期まで (0～15歳)
2. 成人まで (15～20歳)
3. 成人前期 (20～40歳)
4. 成人後期 (40～65歳)
5. 老年期 (65歳以上)

第Ⅱ部 基礎知識

1. 精神障害とは
2. 精神保健の考え方
3. 精神保健福祉制度の改革と障害者福祉サービス
4. こころの危機への対応
5. 相談を受ける能力を磨く
6. 本人以外からの相談
7. 自殺の危険への対応
8. 相談・支援事例集

ワンポイントまとめ

4. 現在の学術・行政上の活用状況、効果、意義

本ガイドラインは、都道府県・政令指定都市の主管課、全国精神保健福祉センター、市町村障害福祉主管課、保健所にそれぞれ送付され、実際の相談

場面等で利用されている。追加送付の要望も数多く寄せられ、すでに残部は残っておらず、本ガイドライン作成の意義は大きかったものと考えられる。

5. 今後の展望

障害者自立支援法は施行後3年の見直しを迎えており、本ガイドラインも、法律に直接関連した部分は、法改正に応じた改訂が必要になる。ただし、本ガイドラインは、市町村等の相談窓口担当者が相談・支援に当たる場合の基本となるポイントをまとめたものであって、法律事項自体の記載は少なく、うまく活用すれば息の長い出版物になる可能性がある。

本ガイドラインの作成過程で積み残しになった課題は下記のとおりである。

- 1) 本ガイドラインは学齢期をライフステージの最初の段階としているが、精神障害者である親が、子育てをしていく際の支援といった視点からの加筆が望まれる。
- 2) 本ガイドラインの対象者は、先述の通り相談窓口担当者である。今後、精神保健医療においては、訪問型支援やアウトリーチが増加すると考えられるため、これらのサービスや資源に関する基本的な説明を付加することが望まれる。
- 3) 地域での連携を考える際には、精神保健福祉士等の専門職の役割も重要である。したがって、ガイドラインの改訂時には、精神保健福祉士等の専門職の仕事や必要性等にも説明が必要となる。加えて、児童・生徒に関しては、教育機関や児童相談所などとの連携も、視野に入れていく必要がある。

6. ガイドラインの主要部分の紹介

本ガイドラインは、これまで精神障害者の相談・支援に経験の乏しかった市町村職員や民間団体が障害者本人や家族から相談を受けた場合を想定し、その業務に役立ててもらうことを主要な目的としている。したがって、それぞれのライフステージにおける、具体的な相談・支援の方向性を示すことがガイドラインの中核的な役割である。

各ライフステージにおける相談・支援の方向性は、下記の5つの観点から示している。

- 1) 心理・社会的特徴
- 2) 相談の要点

3) 医療的支援
4) 生活支援
5) 障害者自立支援法の利用
ライフステージごとの「心理・社会的特徴」についての概観が示された後、「相談の要点」では、当該ステージにおいて着目すべき特徴や問題、および

相談者側の基本的な対応姿勢等について説明がなされている。さらに、「医療的支援」と「生活支援」の二つの視点から、相談・支援のポイントがより具体的に示されており、最後に各ライフステージにおける障害者自立支援法の利用についてまとめている。

【特集1: 精神保健研究所のガイドライン研究】

アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン

Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Patients with Substance Use Disorders

和田 清¹⁾

Kiyoshi Wada

紹介ガイドラインの概要

名 称	アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン
作 成 者	アルコール・薬物関連障害の診断・治療研究会 白倉 克之 (編集) 樋口 進 (編集) 和田 清 (編集)
発 表 年 月 日	平成 15 年 1 月 6 日
研 究 費	平成 10～12 年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「アルコール・薬物依存症の病態と治療に関する研究」
省庁担当部局等	厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 厚生労働省 医薬食品局 監視指導・麻薬対策課
入手・閲覧方法	アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン (株式会社じほう, 2003 年)

1. ガイドライン作成の背景

アルコールおよびその他の依存性薬物による問題は、医療分野に限らず、世界的な社会問題として増加の一途を続けている。様々な角度から様々な対応策が講じられてきてはいるものの、一向に改善傾向に転じない根源には、薬物依存というもののもつ人間存在にも関わりかねない「やっかいな本質」が存在するからであろう。

アルコールは成人に対しては法的規制のない依存性薬物である。一方、麻薬・覚せい剤に代表される規制薬物は、使用自体が犯罪行為であり、同じ依存性薬物といえども、その社会的意味合いは異なる。

アルコール関連障害に関するわが国のガイドラ

イン作りは、1979年の「アルコール中毒診断会議」による。これにより、わが国独自のアルコール症診断基準が作成された。一方、覚せい剤については、1983年度～1985年度の「覚せい剤中毒者総合的対策研究委員会」により、わが国独自の「覚せい剤精神疾患の類型」「覚せい剤精神疾患の診断基準」が作成された。しかし、その後のICD-10やDSM-IV等の普及の中で、それらを見据えながらもわが国の実情に即したガイドラインの作成が望まれていた。

そこで、平成10～12年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「アルコール・薬物依存症の病態と治療に関する研究」(主任研究者: 白倉克之)では、先に作られたガイドライン以降の研究成果をふまえて、今日的なアルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン作りを試みた。その成果をもとに、出版物として再考された物が本書である。

2. ガイドラインの概要・特徴

この分野でのガイドラインといえば、米国精神医学会による治療ガイドラインが公開されている。しかし、問題となる依存性薬物は国毎に異なっており、

1) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部
Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

特にわが国での乱用・依存薬物の種類は有機溶剤・覚せい剤が主であり、コカインやアヘン系麻薬に苦慮しているアメリカとは状況があまりにも異なっている。現に、米国精神医学会による治療ガイドラインの各論で扱っている依存性薬物は、アルコール、コカイン、アヘン系麻薬について論じられている。そこで、本書ではわが国の実情に合わせて、アルコール、覚せい剤、有機溶剤、ベンゾジアゼピンを各論項目とした。

また、わが国の精神医療は、「精神保健福祉法」により、その運用が規定されているが、麻薬に関しては、それ以外に「麻薬及び向精神薬取締法」による規定にも熟知しておく必要があるため、総論には「違法性薬物関連精神障害に関する通報義務について」も盛り込んでいる。

3. 今後への課題

ただし、本書を作成する過程で、いよいよ明らかになった事実は、わが国における薬物依存症治療の

ための心理社会的治療と各種社会資源の貧困さに象徴される治療法・治療システムの実事上の欠如であった。現状では薬物依存症そのものに有効な薬物療法は存在しない。したがって、その意味ではわが国もアメリカも大差はない。しかし、米国精神医学会による治療ガイドラインでは、「個人－薬物－環境」の絡みの中で発生する薬物依存症というものに対して、多彩な専門職による共同作業、「治療共同体」に代表される病院以外の治療施設、数多くの自助グループ・自助活動の存在等に支えられての治療ガイドラインが示されている。

薬物依存症治療に関するわが国の現状は、「ガイドライン」と言う以前に、必要な治療法・治療システムの開発こそが最優先させるべき状況にあると言わざるを得ない。

ただし、本書は、わが国での現時点での有力な指針であり、医学教育の中で、ほとんどおろそかにされてきている感の強い薬物依存症についての「教科書」として、その存在意義は大きい。

【特集1: 精神保健研究所のガイドライン研究】

心身症診断・治療ガイドライン2006 —エビデンスに基づくストレス関連疾患へのアプローチ—

The Guidelines for Clinical Assessment and Treatment for Psychosomatic Diseases
-Evidence-based Approach to Stress-related Diseases-

小 牧 元¹⁾

Gen Komaki

紹介ガイドラインの概要

名 称	心身症診断・治療ガイドライン 2006—エビデンスに基づくストレス関連疾患へのアプローチ
作 成 者	<p>編集</p> <p>小牧 元 (国立精神・神経センター精神保健研究所心身医学研究部長) 久保 千春 (九州大学大学院医学研究院心身医学教授・九州大学病院心療内科) 福土 審 (東北大学大学院医学系研究科機能医科学講座行動医学教授・東北大学病院心療内科)</p> <p>協力・推薦</p> <p>社団法人 日本心身医学会</p> <p>担当研究者 (五十音順、所属施設名はガイドライン執筆時のもの)</p> <p>赤坂 徹 (岩手県愛児会子育て医療支援センター長) 石井 均 (天理よろづ相談所病院内分泌内科) 梶原 莊平 (国立病院機構医王病院第2診療部長) 久保 千春 (九州大学大学院医学研究院心身医学教授・九州大学病院心療内科) 小牧 元 (国立精神・神経センター精神保健研究所心身医学研究部長) 坪井 康次 (東邦大学医学部心療内科教授) 中井 吉英 (関西医科大学心療内科学教授) 成尾 鉄朗 (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科社会・行動医学講座行動医学分野助教授) 西間 三馨 (国立病院機構福岡病院長) 羽白 誠 (大阪警察病院皮膚科部長) 早野順一郎 (名古屋市立大学大学院医学研究科共同研究教育センター臨床研修センター特任教授) 福土 審 (東北大学大学院医学系研究科機能医科学講座行動医学教授・東北大学病院心療内科) 吉内 一浩 (東京大学医学部附属病院心療内科講師)</p>
発 表 年 月 日	2006 年

1) 国立精神・神経センター精神保健研究所 心身医学研究部
Department of Psychosomatic Research, National Institute of
Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

研 究 費	厚生省精神・神経疾患研究委託費： 平成11～13年度「心身症の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究」（主任研究者：西間三馨） 平成14～16年度「心身症の診断・治療ガイドラインを用いた評価法の開発に関する研究」（主任研究者：小牧 元） 平成17～19年度「心身症の診断・治療ガイドラインを用いた臨床的実証研究」（主任研究者：小牧 元）
省庁担当部局等	なし
入手・閲覧方法	心身症診断・治療ガイドライン2006-エビデンスに基づくストレス関連疾患へのアプローチ（協和企画、東京、2006）

1. ガイドライン作成の背景

心身症は独立した疾患名ではない。米国精神医学会のDSM-IV「精神疾患の分類と診断の手引き」に基づくならば、多くの“心身症”は、第一軸にPsychological Factors Affecting Medical Condition（一般身体疾患に影響を及ぼしている心理的因子）、第三軸に身体疾患や身体症状を記載する形をとり、「身体的病態に影響する心理的諸因子」に規定された「機能的あるいは器質的病変」となる。従来の学説や原因論を排除して現象学的に症状を記述し、診断の妥当性や信頼性を確実にしようというDSMの流れからも、確かにこうした欧米流のアプローチは合理的であり、疾患の現象把握に役立つ。実際、本ガイドラインにおいてもこうしたアプローチを取り入れている。

しかしながら、実際の臨床では、こころと身体が密接に関連している病態を特徴に持つ疾患自体が数多く存在する。日本心身医学会によれば「身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的な因子が密接に関与し、器質的ないし機能障害が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など、他の精神障害に伴う身体症状は除外する」と定義されている(1991)。そうした疾患は、表在した身体症状が通常の治療で軽快・消失せず、難治化・遷延化したときに初めて心身症としての特徴的な病態理解の必要性に気づくことが多い。こうした疾患に対して、現在まで、一般臨床家向けの定まった診断・治療指針が存在しなかった。その結果、適切な対応は後手、後手に廻りがちとなり、患者の医療不信やドクターショッピングなどを招き、医療経済的にも大きな問題となっていた。

こうした背景の下、心身症をテーマとした厚生省

（現厚生労働省）の精神・神経疾患研究委託費研究班が平成2年度からスタートし、平成20年度からは「心身症診断・治療ガイドラインの標準化とその検証に関する研究」（主任研究者小牧 元）へと引き継がれた。本「ガイドライン2006」は、平成11年度から平成19年度までの計3つの研究班で活躍した分担研究者を中心に、協力研究者を含めて総勢80数名が結集して執筆したものである。

2. ガイドラインの目的

本ガイドラインは、こうした疾患の成り立ちを、生物-心理（行動）-社会的医学モデルに基づいた心身相関という視点から正しく理解し、心身両面から適切な治療を行える様になることを目指している。心身症としての“病態”の特徴は、患者ごとに大きく異なっているが、研究班で得られたエビデンスならびに文献を基に、その基本的見方、理解の仕方ならびに診断・治療の進め方について、原則を示したものである。また、本ガイドラインが、専門医以外でも使いやすく、かつ、出来る限り客観性をもたせ、臨床現場で心身医学の見方を容易に行って行くための指針となり、日常臨床の質の向上に大いに寄与することを目的としている。

3. ガイドラインの概要・特徴

本ガイドラインは、日常臨床で遭遇することの多い疾患の中でも、心理社会的因子がその病態形成に深く関与し、一般的な身体治療では慢性化、難治化しやすい疾患、さらには生活習慣病の中でも心理社会的要因により心身両面からのアプローチが特に必要とされる疾患を中心に挙げた。そのため、プライマリイ医からの要望の強かった過敏性腸症候群、Functional dyspepsia、アトピー性皮膚炎、気管支

喘息（成人と小児）、緊張性頭痛、慢性疼痛、片頭痛、心身的愁訴を有する不登校、また摂食障害（2002年版）、さらには糖尿病、高血圧、それに更年期障害の3疾患を追加して（2006年版）、計12疾患・領域を対象とした。

全体の構成は総論と各論に分類されている。総論では、心身症としての病態とその把握法を解説した。特に疾患の成り立ちに心理的諸因子と身体症状・所見の間に関連が存在すること＝“心身相関”が心身症の特徴である。その心身相関の度合いを示す具体的目安として、客観的エビデンスとして症状がとらえやすいものから、捉えにくいものまで疾患に幅があることから、それぞれの疾患を解説する各論においては、特にこの点に留意した。そのため、診断・治療的アプローチも重点の置き方が疾患により自ずと異なっている。

例をあげるならば、客観的エビデンスとして症状が捉えられやすいものとして「過敏性腸症候群（IBS）」や「アトピー性皮膚炎（ADと以下略）」がある。IBSにおいてはRomeIIIの診断基準が既にあるが、治療ガイドラインとして家庭医を受診して診断治療を行う第一段階、それで改善のない場合、総合病院の消化器科、内科、もしくは心療内科を受診し診断治療を行う第二段階、それでも改善のない場合は、消化管機能もしくは心身医学の専門医がいる施設を受診する、というように、その病態に応じて具体的な診断・治療手順・流れを説明しており、非常にわかりやく工夫されている。

またADにおいては、その診断基準としてA. ストレスによるADの発症、再燃、悪化、持続、B2. ADに起因する不適応、B2. ADの治療・管理への不適応に病態に応じて分類し、それぞれの診断に従って治療戦略を立てており、心身医学的治療目標が区別されている。これらの区分は、恣意的に出来上がったものではなく、AD用に独自に開発された心身症尺度の信頼性、妥当性に関して研究班の調査研究を経て、最終的に確立されたものである（図1、2）。

一方、客観的エビデンスとして症状が捉えにくい例として、慢性疼痛やFunctional dyspepsia（FD）などがある。こうした疾患は器質的疾患の診断プロセスと異なり、病態仮説を立てながら検査・治療を行わなければならない、また、治療のエンドポイントをどこに設定するかという難しさが存在する。本ガイドラインでは、この病態仮説の立て方を心身医学

的視点から説明し、また患者の典型例を示しながら読者の理解を深める工夫がなされている。EBMに乗りにくい疾患に対しての新たな視点である。一般的治療では難しい、こうした疾患・領域では、特に患者の治療満足度が治療の帰すを左右しがちである。さらには、早めに専門医に紹介するためにはどうすれば良いか、「専門医に紹介するポイント」として系統立てて解説している点も本ガイドラインの大きな特徴の一つである。

以上の点を考慮して、本ガイドラインでは、①ポイントが分かりやすい、②EBMに準拠する、③症例を通して理解が深められる、④患者に説明する際に簡便に利用できる、⑤今後、何を研究していけばよいかを主要文献を含めて理解できる、⑥実際の使用薬剤がわかる、という点に配慮した記述形式をとった。ただし、「標準的」治療の仕方を示したものではないので、医療の最終的責任は各医療者側が担うことも明記している。

4. 現在の学術・行政上の活用状況、効果、意義など

今回の「ガイドライン2006」の大きな特徴の一つは、初版における疾患別の構成・スタイルはそのままにしながら、班研究により得られ、蓄積されたデータや最近の国内外の知見を基に再検討することにより、いくつかの疾患で改善を行ったことである。さらに、極力EBMに基づき、またexpert consensusで補完した診断・治療ガイドラインを作成するという初版以来の目的に沿うべく、各項目の引用文献に「エビデンスの質」と「推奨の強さ」に基づいた「評価の基準」によるランク付けを行った。これは特に「治療ガイドライン」作成の客観的根拠となった。さらに一部の疾患において無作為比較試験の結果、従来の一般的治療に比して本ガイドラインに基づく治療の優位性が示唆されている。

また、本ガイドライン執筆陣が中心となり、担当の疾患の解説を「特別講座 心身症診断・治療ガイドライン2006・Summary」として日本心身医学会学会誌に毎月シリーズで掲載し、広く臨床家への啓蒙に努めている。さらに出版に際しては、日本心身医学会から協力・推薦を受けており、学術総会では毎年シンポジウムのテーマとして取上げられており、心身症ガイドラインの存在意義は高まって来ている。

5. 今後の展望など

先に述べたように、心身症とは“病態”を指すものであり、疾患毎に異なった特徴を示す。今後の課題として、心身症の診断・治療に共通する部分と、個々の異なる部分を明確にして行く必要がある。また不安、抑うつ、さらにはアレキシサイミアなどのパーソナリティ傾向など、身体と心の連関、特に患者個人のストレス対処様式に深く関与する生物学的基盤を明らかにすることにより病態理解をより一層深め、ガイドラインの改善を計ってゆく。

特に診断ガイドラインに関しては、心理社会的要因と身体症状の関係が容易に把握でき、適切かつ診断に活かすことが可能な簡便な診断指標の作成が不可欠である。一方、治療ガイドラインについては、治療評価にEBMに基づいた検証が強調される所であり、縦断的研究あるいは無作為比較試験の対象疾患を広げてゆく予定である。しかしながら、先に述べたように、治療効果（治癒イメージ等）が患者の主観性に大きく依存している疾患・領域もあり、客観的症狀の推移を用いた単なる統計学的検討では治療効果を判定することが困難な領域も少なくない。そこでは症状の軽快・消失というよりも、患者の治療満足度といった面が重要視されるからである。そのためには、例えば質的研究手法を取り入れるなどして、今後、より有用で信頼性の高い治療ガイドラインを作成して行く必要がある。

6. ガイドラインの主要部分の紹介

心身症の病態理解、診断・治療について共通する事項をまず「総論」で解説した。各疾患の項では、以下の順番の章立てとなっている。

- 1) 疾患概説
- 2) 疾患の心身医学的因子とその評価

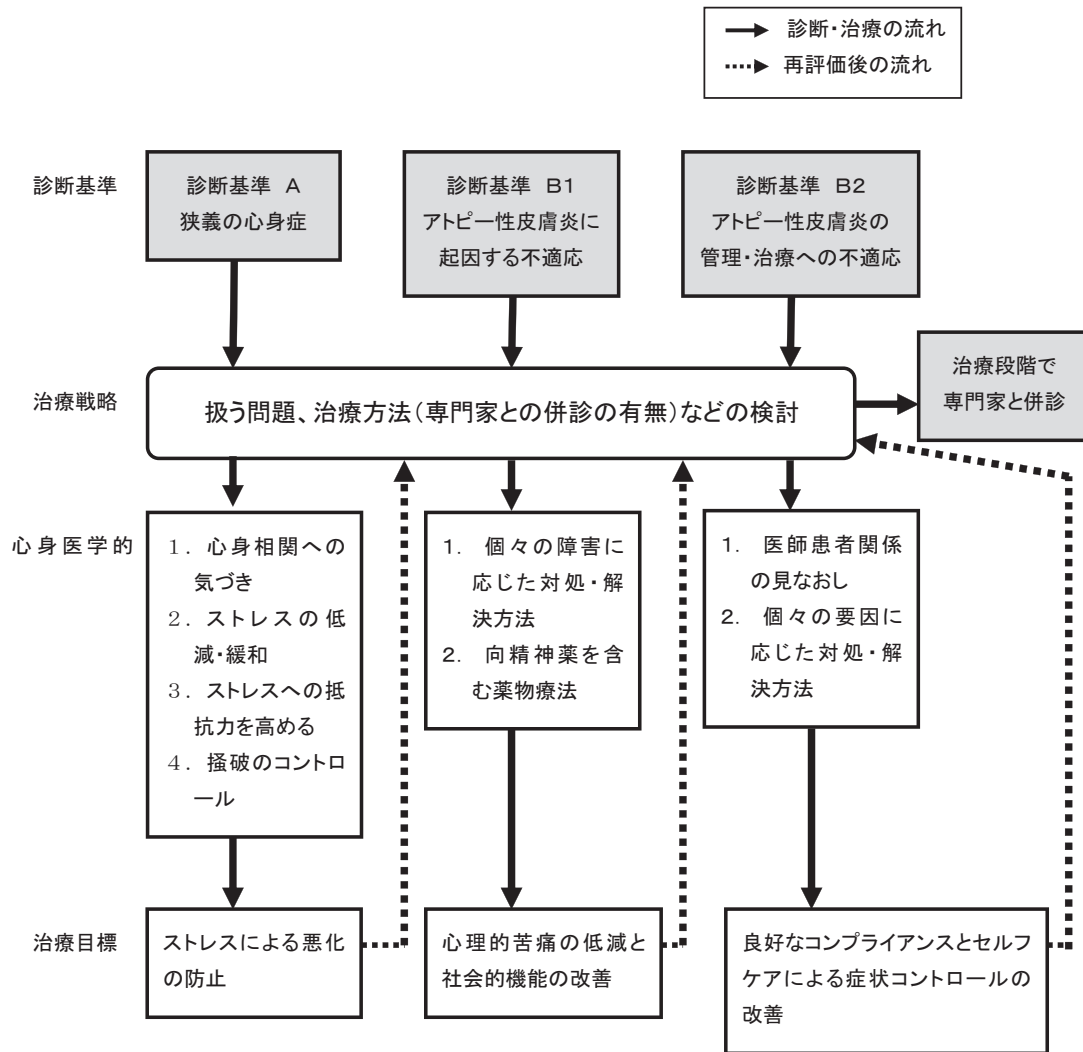
- 3) 診断ガイドライン—解説とその根拠—
- 4) 治療ガイドライン—解説とその根拠—
- 5) 典型的症例提示
- 6) 患者／家族用説明文書
- 7) 他のガイドラインとの異同
- 8) 専門医に相談するポイント
- 9) 今後の課題
- 10) 汎用薬剤
- 11) 担当研究者
- 12) 文献一覧、である。

具体的に説明すると（下記、註参照）、1) 疾患概説、あるいは2) 疾患の心身医学的因子とその評価の章で疾患の概念把握あるいは病態理解を行い、各疾患の診断基準の解説を行なった後、ガイドラインに沿って、診断ならびに治療のステップを具体的に踏めるよう、フローチャート形式にした（図）。一目で診断と治療の流れがわかるようにした。特に、5) の症例提示では、専門医のために実施臨床で役立つように典型例を示し、心身症のイメージを描きやすい様にしている。また、6) の患者／家族用説明文書は、他のガイドラインにない特徴である。これは従来、患者家族に不十分な説明しか行われてこなかった疾患に対して、その対処の仕方を具体的に示すものである。このように非専門家を念頭に、図や表をなるべく用いて説明した。

また文献一覧では、下記の表3で示すように、各項目の引用文献に「エビデンスの質」と「推奨の強さ」に基づいた「評価の基準」によるランク付けを行った。これは特に「治療ガイドライン」作成の客観的根拠となりうるものである。

以上、心身症診断・治療ガイドライン2006の内容の紹介と今後の展望を解説した

註) アトピー性皮膚炎を例に、治療ガイドラインフローチャート（図）、を示す。



注意: 心身医学的診断と治療を行っているあいだも一般的皮膚科的治療を継続する

図 アトピー性皮膚炎(心身症)の治療フローチャート

【特集1：精神保健研究所のガイドライン研究】

災害時地域精神保健医療活動ガイドライン

Disaster Mental Health Guideline

金 吉 晴¹⁾

Yoshiharu Kim

紹介ガイドラインの概要

名 称	災害時地域精神保健医療活動ガイドライン
作 成 者	金 吉晴 (国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部長) 阿部 幸弘 (北海道立精神保健福祉センター 相談部長) 荒木 均 (茨城県保健福祉部保健予防課長) 岩井 圭司 (兵庫教育大学 学校教育学部教育臨床講座 助教授) 加藤 寛 (兵庫県ヒューマンケア研究機構こころのケア研究所 研究部長) 永井 尚子 (和歌山市保健所保健対策室長 参事補 藤田昌子 兵庫県立精神保健福祉センター 精神保健福祉専門員) 山本 耕平 (和歌山市保健所保健対策室主査 精神保健福祉相談員) 綿引 一裕 (茨城県保健福祉部障害福祉課 主査)
発 表 年 月 日	平成 15 年 1 月
研 究 費	平成 13 年度厚生科学研究費補助金 (厚生科学特別研究事業) 「学校内の殺傷事件を事例とした今後の精神的支援に関する研究」 班 (主任研究者金吉晴)
省庁担当部局等	厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部
入手・閲覧方法	http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/saigai_guideline.pdf

1. ガイドライン作成の背景

1995年の阪神・淡路大震災、2001年の池田小学校児童殺傷事件などの人為災害において、いわゆる「心のケア」の必要性が一般社会においても精神保健医療関係者においても強く認識され、様々な実践が行われてきた。そうした経験を通じて明らかになったことを広く共有し、今後のよりよい活動につなげていくために、今回、「災害時地域精神保健医療活動ガイドライン」を作成することとなった。こうした災害時には、PTSDを初めとする様々な心理的な反

応が生じるが、特定の診断だけにこだわらずに、広く精神保健医療活動を続けることが重要と考えられるようになった。

本稿の著者は、多くの災害現場に派遣されるなどして専門家支援を行ってきたが、急性期のデブリーフィングが有効であるとする誤った考えが広まっているなど、精神保健医療活動の内容について援助者、行政の側にも相当の混乱が見られたことから、このようなガイドラインを作成、配布して、対応指針の整理を図ることが必要と考えられたのである。

2. ガイドラインの目的

本ガイドラインの目的は、阪神・淡路大震災のような自然災害や、池田小学校児童殺傷事件のような集団犯罪事件における地域精神保健医療の対応についての指針を示すものである。この指針は、特に地域精神保健医療の組織と方針に焦点をあて、保健医療の責任者並びに被災者、被害者に接する医療従事

者が利用できることを目的とした。

3. ガイドラインの概要・特徴

様々な活動を統合していくための考え方を示すとともに、災害時の混乱の中で実現可能と思われる提言を行った。自然回復モデルを重視した医療医療対応の指針であり、災害時における地域精神保健医療活動の意義、対策本部における精神医療の位置づけ、PTSDについての考え方、多文化を含む災害弱者への対応、援助者の精神健康、メディアとの連携、などを具体的に記してある。また多数対応と個別対応を区別し、前者において自然回復と急性期の見守りの意義を強調した。後者についてはアウトリーチ活動と、相談、受診の動機づけを重視している。この方針は、2005年の英国National Institute for Clinical Excellence (NICE) から出版されたPTSDガイドラインの基本方針を先取りした形になっている。また米国PTSDセンターが提唱した心理的応急処置を日本で初めて紹介し、他職種の連携を重視して、見守りチェックリストを作成している。保健医療対応と、PTSDの治療対応を区別し、デブリーフィングのような急性期の活動には治療効果がないこと、援助者の焦りを助長するに過ぎないことを指摘している。

4. 現在の学術・行政上の活用状況、効果、意義など

Population approachとindividual approachを区別して論じたこと、デブリーフィングにはPTSDの一次、二次予防効果がないことを明言したのは、

日本のPTSD、ならびにトラウマ医療の文献の中では先駆的である。このガイドラインは厚生省(当時)から全国自治体に配布され、その後の震災などでの地域保健医療活動に役立てられており、新潟中越大地震では、このガイドラインに基づいて新潟県の対策マニュアルが作成された。また、インド洋津波災害では、タイ語、インドネシア語、英語に翻訳されて用いられた。

5. 今後の展望など

本指針は、2003年3月に作成されたものであるため、その時点における国内外の知見を総合して作成した。しかし、その後のトラウマやPTSDの研究が進歩し、米国学術会議やNICEガイドラインにおいて、PTSDの治療についてより実証的研究に基づいたガイドラインや精神医療の専門家以外でも信州が提示されるようになった。これらの最新の知見を踏まえて、より利用性の高い大規模災害・犯罪における急性期対応についての指針への改定作業中である。また本ガイドラインに基づいた教育用資料、ビデオなどの開発を目指している。

6. ガイドラインの主要部分の紹介

本ガイドラインの構成は表1に示した通りである。

参考文献

- 1) 心的トラウマの理解とケア 金吉晴編 じほう 2002

表1. ガイドラインの構成

I. 災害時における地域精神保健医療活動の必要性	1
II. 災害時における心理的な反応	4
1. どのような心理的な負荷が生じるのか	4
2. どのような心理的な反応が生じるのか	5
III. 災害時における地域精神保健医療活動の具体的展開	8
1. 災害対策本部における精神保健医療の位置づけ	8
2. 初期対応(災害後1ヶ月まで)	9
3. トラウマからの自然回復	15
4. 外部ボランティアとの連携	17
5. 報道機関との協力・対応	18
6. 多文化対応	19
7. 援助者の精神健康	20
IV. 平常時から行うべきこと	22
付) 災害直後見守り必要性のチェックリスト	24

【特集1: 精神保健研究所のガイドライン研究】

化学兵器あるいは、生物兵器によるテロ事件が発生した場合の精神医療対応

Guideline for post-BC terrorism mental health care

金 吉 晴 中 島 聡 美

Yoshiharu Kim Satomi Nakajima

紹介ガイドラインの概要

名 称	化学兵器あるいは、生物兵器によるテロ事件が発生した場合の精神医療対応
作 成 者	金 吉晴: 国立精神・神経センター 精神保健研究所 成人精神保健部 石松 伸一: 聖路加国際病院 救急部 中島 聡美: 常磐大学コミュニティ振興学部
発 表 年 月 日	平成15年3月
研 究 費	厚生労働科学研究費 こころの健康科学研究事業
省庁担当部局等	厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部
入手・閲覧方法	http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/terror_guideline.pdf

1. ガイドライン作成の背景

1995年の地下鉄サリン事件や米国で発生した炭素菌事件は、化学物質や細菌・ウイルスによるテロの脅威が戦闘のない国々においても存在することを示し、人々の心に強い不安をもたらした。特に、地下鉄サリン事件においては多くの死傷者が発生し、被害者の中には、長期にわたって神経障害やPTSD(外傷後ストレス障害、以下PTSD)等の精神疾患に苦しめられている人も存在している。また、化学物質や細菌等は目に見えないものであり、その影響は長期的であることから、事件後も人々の不安が持続することが考えられる。日本においては、このような生物・化学兵器に精神科医療がどのように対応すべきかについての指針は存在しておらず、特に多く

の被害者が発生した場合に、被害者や不安を抱えた人にどのように対応するかについて現場での困惑が予想される。また、このような被害者に直後から介入を行うのは、精神科医ではなく救命救急、内科、外科の医師であることからこれらの医療関係者が急性期の対応について把握することが重要である。

冷戦後、世界ではテロの脅威が大きく問題となっているなか、日本も例外ではないことを踏まえ、生物・化学兵器テロが発生した際の精神科対応についてのガイドラインが求められるところとなった。

2. ガイドラインの目的

本ガイドラインの目的は、地下鉄サリン事件や米国における炭素菌事件のような化学物質や細菌・ウイルスなどの有害生物によるテロ事件が発生した際の急性期の精神的対応についての指針を示すものである。この指針は、特に被害後急性期の対応に焦点をあて、そのような急性期の被害者に接することの多い、救命救急、内科、外科等の一般医が利用できることを目的とした。

3. ガイドラインの概要・特徴

本指針では、一般的なテロ後の人々の心理状態と精神的介入の必要性を示した上で、地下鉄サリン事件の際に人々に実際に生じた不安反応と介入について具体的に解説している。さらに、このような不安や急性期のトラウマ反応、ASD（急性ストレス障害、以下ASD）に対して一般医療機関で実施可能な薬物療法を示している。また、生物テロに対する知見については、日本における研究報告がないことから、アメリカ心理学会（American Psychological Association, APA）が報告した炭素菌テロに対する不安への対応についての指針の抄訳を提示した。さらに、爆撃等のテロに対する対応として、米国の国立PTSDセンター（National Center for PTSD）によるオクラホマビル爆破テロの報告の抄訳を参考資料とした。

4. 現在の学術・行政上の活用状況、効果、意義など

現在このような生物化学兵器やテロに対する一般住民を対象とした精神介入についての学術的な研究は少なく、本指針は貴重なものといえる。テロそのものが日本で発生することはほとんどないため（また当然、そのことが望ましいのであるが）、現実としてテロ後の介入として使用されたことは少ない。しかし、テロではなくとも、災害、列車事故などの大規模事故、犯罪等の急性期介入や、食品や水の汚染、致死性の感染症の流行（SARSなど）の際には本指針が参照されてきた。

5. 今後の展望など

本指針は、2003年3月に作成されたものであるため、その時点における国内外の知見を総合して作成した。しかし、その後のトラウマやPTSDの研究が進歩を踏まえて、生物・化学兵器によるテロだけでなく、より利用性の高い大規模災害・犯罪における急性期対応についての指針への改定を目指している。

6. ガイドラインの主要部分の紹介

「A精神医療の必要性」において、このようなテロ事件後に見られると思われる人々の反応の特徴を述べている。「B 地下鉄サリン事件の経験から」は、実際に被害者の治療にあたった石松医師より、実際の経験を踏まえて人々に見られる反応と必要とされる対応を提示した。「C 不安とPTSDに対する薬物療法」では、国際トラウマティック・ストレス学会の指針をもとに、一般医が利用可能な不安およびPTSDに対する薬物療法を示した。「D テロ事件における精神的な問題についての参考事項」では、米心理学会と米国の国立PTSDセンターからの炭素菌およびテロ事件への介入指針を踏まえて、その概要を提示した。

参考文献

- 1) 金吉晴：心的トラウマの理解とケア 金吉晴編 じほう、東京、2001.

表 1. ガイドラインの構成

A	精神医療の必要性
B	地下鉄サリン事件の経験から
C	不安とPTSDに対する薬物療法
D	テロ事件における精神的な問題についての参考事項
付)	外傷後ストレス性障害（PTSD：Posttraumatic stress disorder）と急性ストレス障害（ASD：Acute stress disorder）

【特集1 : 精神保健研究所のガイドライン研究】

精神保健医療活動マニュアル

Disaster Mental Health Manual

金 吉 晴 中 島 聡 美

Yoshiharu Kim Satomi Nakajima

紹介ガイドラインの概要

名 称	精神保健医療活動マニュアル
作 成 者	金 吉晴 : 国立精神・神経センター 精神保健研究所 中島 聡美 : 国立精神・神経センター 精神保健研究所
発 表 年 月 日	平成 17 年 11 月
研 究 費	平成 16 年度厚生労働省科学研究費補助金 (特別研究事業) 「新潟県中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究」
省庁担当部局等	厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部
入手・閲覧方法	http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/mentalhealthmanual.pdf

1. 「精神保健医療活動マニュアル」の背景

2004年10月23日に発生した新潟県中越地震は、最大震度7、死者68人、重軽負傷者4,795人、住家被害121,295棟と阪神・淡路大震災に次ぐ甚大な被害をもたらした。阪神淡路大震災以降、医療、保健関係者において被災地への医療支援の必要性、重要性が広く認知されるようになり、中越地震の発生直後より多くの医療機関から支援員が派遣され、救援活動が行われた。日本では今後も災害が発生することが予想されることから、中越地震での活動を検証し、今後の災害時医療支援活動の指針を定める目的で、厚生労働省科学研究費補助金(特別研究事業)「新潟県中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究」(主任近藤達也)が行われた。この研究の成果として、亜急性期における被災地医

療活動の指針として「自然災害発生時における医療支援活動マニュアル」が作成された。本マニュアルは、その一部である。

中越地震の際の精神保健活動では、全国から39団体からこころのケアチームが派遣され支援活動を行った。その際、国立精神・神経センター精神保健研究所が協力し新潟県では「こころのケアチームマニュアル」を作成して、ケアチームに配布し、このマニュアルに基づいて活動を行うことを推奨した。また、相談記録を県がとりまとめたことや精神保健研究所で支援活動後にこころのケアチームに対してアンケートを実施するなど活動内容の把握、検証を行った。本マニュアルの作成にあたっては、これらのこころのケアチーム活動の分析と過去の災害の研究内容を参考にしている。

2. マニュアルの目的

本マニュアルは、自治体、支援者、派遣元医療機関が急性期から亜急性期にかけての被災地での精神保健活動をどのように行うかを具体的に把握できることを目的としている。特に、被災地の状況は、時間とともに変化するため、被災者の心理の時間経過に対応した支援を提供できることが重要である。

国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部
Department of Adult Mental Health, National Institute of
Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

3. マニュアルの概要・特徴

本マニュアルは、以下の内容で構成されている。

- ① 災害時地域精神保健活動の方針、留意点
- ② 被災者の心理的反応の概要
- ③ 対象者別（被災者、地域、援助者）の対応の留意点
- ④ 災害後の時期別の被災者の反応と精神保健活動計画
- ⑤ 自治体の精神保健活動
- ⑥ 精神保健医療チームを派遣する団体の活動
- ⑦ 精神保健医療チームの活動

④～⑦は、具体的な内容を提示し、チェックボックスを設けて、確認できるようにしている。また、外部支援を地域の全体的な精神保健活動に包括できるようにするため、行政の精神保健活動計画についても具体的に提示した。特に、外部支援活動が被災地の負担になることがないようにすることと支援者のケアのため、派遣機関での活動を提示したことが従来のマニュアルにはない特徴的な点である。

4. 現在の学術・行政上の活用状況、効果、意義など

このマニュアルは、実際の被災現場で使用されることを念頭に作成されている。中越地震後も、能登半島地震、中越沖地震、岩手・宮城内陸地震など大規模の震災が引き続き発生しており、その際の地域精神保健活動の際に、地方自治体や被災地精神保健活動対象者にこのマニュアルを配布しており、精神保健計画の立案にあたって、活用されてきた。しかし、実際の運用状況、効果についてはまだ検証できていない。

5. 今後の展望など

このマニュアルが実際の被災状況に即しており、有用なものであるかの検証がまず必要とされている。そのためには、このマニュアルが配布された被災地自治体等に対して、運用状況や有用さについての調査を行うことが必要である。また、このような評価を通して、より現場に即したマニュアルへ改定していくことを検討している。

6. マニュアルの主要部分の紹介

本マニュアルの目次を以下に示す

1. 災害時における地域精神保健活動の方針
2. 災害時精神保健活動の特徴と留意点
3. 災害の心理的負荷と精神的反応・疾患
4. 精神医療対応
5. 被災後の時期に即応した精神保健医療活動計画
6. 災害時の自治体における活動チェックリスト
7. 精神保健医療チームの派遣団体活動チェックリスト
8. 精神保健医療チームの活動チェックリスト

参考資料

- 1) 平成16年度 厚生労働科学研究費補助金特別研究事業「新潟県中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究」：自然災害発生時における医療支援活動マニュアル。国立国際医療センター、2005。

【特集1：精神保健研究所のガイドライン研究】

犯罪被害者のメンタルヘルス情報ページ Information Website of Crime Victims' Mental Health

中島 聡美¹⁾ 白井 明美²⁾ 小西 聖子³⁾
Satomi Nakajima Akemi Sirai Takako Konishi

紹介ガイドラインの概要

名 称	犯罪被害者のメンタルヘルス情報ページ
作 成 者	橋爪きょう子：筑波大学大学院 人間総合科学研究科 堀越 勝：筑波大学大学院 人間総合科学研究科 石井 良子：武蔵野大学 心理臨床センター 小西 聖子：武蔵野大学 人間関係学部 真木佐知子：国立精神・神経センター 精神保健研究所 中島 聡美：国立精神・神経センター 精神保健研究所 大山みち子：武蔵野大学 人間関係学部 白川美也子：浜松市精神保健福祉センター 白井 明美：武蔵野大学大学院 人間社会・文化研究科 高橋 幸夫：医療法人東浩会石川病院 竹之内直人：愛媛県宇和島保健所 山下 俊之：京都市こころの健康増進センター 山下由紀子：日本ストレスケア研究所 吉田 博美：武蔵野大学 心理臨床センター
発 表 年 月 日	平成 20 年 4 月
研 究 費	平成 19 年度厚生労働省科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」
省庁担当部局等	厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部
入手・閲覧方法	http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/www/index.html

1. 「犯罪被害者のメンタルヘルス情報ページ作成」の背景

2005年に施行された犯罪被害者等基本法では、

1) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 成人精神保健部
Department of Adult Mental Health, National Institute of
Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan
2) 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究所
Research Institute of Health and Welfare Sciences, Graduate
School
3) 武蔵野大学 人間関係学部
Faculty of Human Studies, Musashino University

犯罪被害者の心身の回復のために保健医療サービスおよび福祉サービスを提供することを国や地方自治体の責務として定め（法第14条「国及び地方公共団体は、犯罪被害者等が心理的外傷その他犯罪等により心身に受けた影響から回復できるようにするため、その心身の状況等に応じた適切な保健医療サービスおよび福祉サービスが提供されるよう必要な施策を講ずるものとする」）、この法律に基づいて具体的施策を定めた犯罪被害者等基本計画においても5つの重要課題のひとつを「精神的・身体的被害の回復・防止への取り組み」としており、被害者の精神的回復はきわめて重要な国家課題といえる。具体的な施策として「重度のPTSD等重度ストレス反応の

治療等のための高度な専門家の養成・体制整備」や「司法関連の医学知識と技術について精通した医療関係者の育成」などがあげられているが、日本において犯罪被害者の精神健康に関する実証研究は乏しく、施策を推進するための基礎的なデータを欠く現状があった。そこで、武蔵野大学小西聖子教授を主任とした研究班（「厚生労働科学研究費補助金事業心の健康科学研究「犯罪被害者の精神健康とその回復に関する研究」」が平成17年に発足し、平成19年までの3カ年にわたり、犯罪被害者に対する精神医療、心理臨床における治療の現状や司法・犯罪被害者支援団体と精神科医療機関の連携の実態などの現状把握と、犯罪被害者の精神健康と実態と関連要因の研究、長時間暴露療法や認知処理法などPTSDに有効とされる心理療法の効果研究など包括的研究が実施された。これらの研究の結果から、約70%の精神科医や臨床心理士が犯罪被害者の治療を経験したことがあるものの、専門治療のみならず、司法関連や犯罪被害者支援団体等の知識に乏しく犯罪被害者への治療に不安を感じる現状が明らかになった。また、犯罪被害者等の調査からも犯罪被害者がなかなか精神科医療機関を受診することができず、メンタルヘルスに関する情報が不足していることが示唆された。このような調査結果をふまえて、研究班では、研究によって得られた知見だけでなく、被害者や医療関係者が必要とするメンタルヘルスに関する情報もあわせて成果を公表することとした。特に、近年日本においては、インターネットがかなり一般家庭に普及していることから、費用がかからず、かつ人に見られることなくアクセスできるWebによる情報提供は、被害者等にも有益なものと考えられた。このような経緯において、「犯罪被害者のメンタルヘルス情報ページ」が作成されたものである。

参考：研究班の成果は以下の2つの形でも公表されている。①書籍：「犯罪被害者のメンタルヘルス」誠信書房、2008、②ガイドライン：「犯罪被害者等支援のための地域精神保健福祉活動の手引き」

2. HPの目的

「犯罪被害者のメンタルヘルス情報ページ」の目的は、以下の2つである。① 犯罪被害者のメンタルヘルスに関わる専門家（精神科医師、精神保健福祉士、看護師、臨床心理士、犯罪被害者支援団体の相談員等）や医療関係者、司法関係者など支援をす

る立場にある人を対象とし、犯罪被害者の精神的反応や精神疾患の実態と、適切な対応やPTSD等専門的治療について理解してもらうことで、犯罪被害者の二次被害を防止し、必要な被害者を精神科医療につなげてもらうことである。また、このような情報を得ることで、治療者が無力感を感じず、積極的に治療を行えるようになることも目指している。② 犯罪被害者およびその家族、遺族を対象に、自分の症状を理解し、かつ自分で対処できる（心理教育）ことで自律感を取り戻すことができるようにすることである。また、必要があれば専門家の助けを求めることにつながることを目的としている。このHPによって、犯罪被害者が必要な情報を得て安心でき、また治療者の適切な治療・対応の推進に寄与することを希望している。

3. HPの概要・特徴

目的にそって、このHPは大きく2つのセクションに分かれている。一つは、「被害にあわれた方、ご家族の方へ」であり、ここでは、被害者が自分のおかれた状態を理解できるための精神的反応やPTSD症状、悲嘆反応について示している。ここでは、被害者や家族が理解しやすいように、平易な言葉で表現することに留意した。また、単に症状の提示だけでは不安をあおることになるので、被害者がどのように対処したらよいかのわかることに重点を置いた。そこで、「こころの回復のためにできること」と「こんな時には専門機関へ」という部分で、被害者自身が行える対処を示すとともに、必要な被害者がメンタルヘルスサービスを受けやすくなるような情報を提示している。さらに、子どもがトラウマを受けた場合の親の不安が強いことをふまえて、「子どもの反応と対応」のセクションを設けた。もうひとつは「医療、心理関係者の方へ」であり、ここでは、メンタルヘルスに関わる専門家を対象に症状、診断についての情報や治療の指針を示した。PTSDの治療については、国際トラウマティック・ストレス学会や、英国国立臨床研究所など実証的研究を踏まえたガイドラインをもとにまとめた。また、薬物療法については、成人精神保健部より提供しているIPAP PTSD薬物療法アルゴリズムを参照するようにした。特に、犯罪被害者の治療に関しては、司法知識の不足を訴える精神科医が調査研究で多かったことから、「被害者の診断書・試験所・鑑定書を依

頼された時に」のセクションを設け、少しでも不安なく治療にあたってもらえることを念頭に置いた。また、精神保健福祉センターや保健所の役割を重視し、「地域精神保健における犯罪被害者の支援」のセクションを作成したことも特徴である。さらに、「犯罪被害者の声」として殺人のご遺族のお気持ちを提示することで、支援者が理解を深められるようにした。また、より詳細、具体的な情報が入手できるよう、研究班の報告書と、心理教育用パンフレット、犯罪被害者支援の手引きをダウンロードできるようにしている。

4. 現在の学術・行政上の活用状況、効果、意義など

PTSDについて日本トラウマティックストレス学会をはじめ、様々な研究機関から情報が提示されるようになったが、「犯罪被害者」という側面からメンタルヘルスについての情報を提示したものはほとんどなく、本HPはきわめて貴重なものといえる。特に、医療等の専門家と被害者当事者の両方の利用できる情報を提示したことで、汎用性は高い。またこのページは精神医療関係者だけでなく、今後広がっていくと思われる行政の被害者担当者や司法関係者、被害者支援団体に広く活用されることが想定される。

このHPについての情報は、内閣府犯罪被害者等施策推進室のメールマガジンで紹介されたほか、全国被害者支援ネットワークのHPでリンク先として指定されるなど被害者支援関係機関で活用されている。このHPによって被害者が必要な情報を比較的容易に入手することができ、心理教育としての効果が得られることと、被害者の治療や支援に関わる治療者や支援者が、安心して適切なサービスを提供できるようになることを希望している。

5. 今後の展望など

犯罪被害者支援は日々進展していることから、本HPの内容もそれにあわせてアップデートしていくことが必要と思われる。今後は、被害者当事者に対してはイラストを取り入れるなどよりわかりやすい形で情報を提供するとともに、将来的には、認知行動療法の要素を取り入れた自宅で行えるワークなどのプログラムなども提供していくことを検討している。また、治療者に向けては映像学習など、より具体的、専門的な治療についての学習が可能なプログラムを提供したいと希望している。このようなインターネットを通じた治療学習プログラムについては、サウス・キャロライナ医科大学のNational Crime

表 1. 犯罪被害者のメンタルヘルス情報ページ 構成

1. HOME
2. 被害にあわれた方、ご家族の方へ
▶犯罪被害後の心理的影響
▶被害にあわれた方のご家族・関係者へ
▶こころの回復のためにできること
▶こんな時は専門機関へ
▶子どもの反応と対応
3. 医療、心理関係者の方へ
▶犯罪被害者の診療に当たっての留意点
▶被害後急性期の治療
▶心理面接の留意点
▶PTSDなどの精神科治療
▶PTSDに対する特別な心理療法
▶さまざまな犯罪の被害者への治療・対応
▶地域精神保健における犯罪被害者の支援
▶被害者の診断書・意見書・鑑定書を依頼された時に
▶支援をする人の傷つきとその対処
4. 犯罪被害者の声
5. 参考文献・資料
6. 研究協力のお願ひ
7. 研修のお知らせ
8. リンク

Victims Research and Treatment Centerが提供している子どものPTSDの治療プログラム(TF-CBT)があり、これらを参考に作成していくことを検討している。

6. HPの主要部分の紹介

本HPの構成について表1に示した。詳細については、3. HPの概要・特徴で述べているので、ここでは省略する。

参考資料

- 1) 小西聖子編著：犯罪被害者のメンタルヘルス。誠信書房、2008.
- 2) 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究 平成17年度 総括・分担研究報告書」(主任研究者 小西聖子)。2006.
- 3) 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究 平成18年度 総括・分担研究報告書」(主任研究者 小西聖子)。2007.
- 4) 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究 平成19年度 総括・分担研究報告書」(主任研究者 小西聖子)。2008.
- 5) 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究 平成17-19年度総合研究報告書」(主任研究者 小西聖子)。2008.

【特集1: 精神保健研究所のガイドライン研究】

自殺者親族等のケアに関するガイドライン作成のための指針

Guide to guideline preparation for people bereaved by suicide in Japan

川野 健治^{1,2)} 伊藤 弘人²⁾

Kenji Kawano Hiroto Ito

紹介ガイドラインの概要

名 称	自殺者親族等のケアに関するガイドライン作成のための指針
作 成 者	平田 豊明: 静岡県立こころの医療センター 平山 正実: 自死遺族ケア団体全国ネット 平安 良雄: 横浜市立大学大学院医学研究科精神医学部門 五十子敬子: 尚美学園大学総合政策学部総合政策学科 伊藤 弘人: 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部 河西 千秋: 横浜市立大学医学部精神医学教室 川野 健治: 国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター 町野 朔: 上智大学法科研究科 西田 正弘: 分かち合いの会・あんだんて 西原由記子: NPO 法人国際ビフレンダーズ日本支部・東京自殺防止センター 斎藤友紀雄: 日本いのちの電話連盟 清水 新二: 奈良女子大学生活環境学部 清水 康之: NPO 法人自殺対策支援センター・ライフリンク 上田 茂: エイズ予防財団 渡邊 直樹: 青森県立精神保健福祉センター
発 表 年 月 日	平成 20 年 3 月
研 究 費	平成 19 年度厚生労働省科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」
省庁担当部局等	厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部
入 手 ・ 閲 覧 方 法	http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/s0328-2.html

1. ガイドライン作成の背景

1998年の自殺者激増以降、わが国の自殺対策の

体制もようやく整い始めている。その一つの拠り所となっているのが、2006年に成立した自殺対策基本法であるが、その第一条では「…自殺対策を総合的に推進して自殺防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的とする」となっており、自殺防止と遺族支援が自殺対策の基本理念として並置されている。さらに、2007年に閣議決定された自殺総合対策大綱においても重点課題の一つとして、「遺された人の苦痛を和らげる」が挙げられているように、自殺者親族等へのケアは重要な課題である。

1) 国立精神・神経センター 精神保健研究所自殺予防総合対策センター
Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

2) 国立精神・神経センター 精神保健研究所社会精神保健部
Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

自殺者親族等の悲嘆過程は本来、個人差が大きいものであるが、多くの場合、自らの力や周囲の助けによって乗り越えている。しかし、残念ながらわが国には自殺に対するスティグマも強く、そのため、十分な悲嘆を経験し回復へと辿ることが阻害されているという現状が当事者の側から指摘されてきた(あしなが育英会、2002)。

また、自殺者親族等が正常な悲嘆の範囲を超えて、強い影響を受けることも、これまでいくつかのデータから指摘されている(Prigerson et al., 2002)。さらに、自殺によって遺された者への影響は心理過程だけではなく、借金、過労死裁判、子どもの発達上の問題等、様々な社会生活上の側面でも問題となる。

このように多様な側面をもつ自殺者親族等への支援には、複数の社会資源を組み合わせる必要があり、地域が主体的・具体的に取り組んでいくほかない。しかし、地域精神保健行政としては新しい側面もあり、自死遺族支援の体制は地域によってばらつきがあった。

この課題に取り組むために、2006年に、厚生労働省・社会・援護局傷害保険福祉部長は、「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会」(上田茂座長；以後、「検討会」と略す)を招集し、検討会により、自殺未遂者および自死遺族等とこれらの人々を取り巻く現状と問題点について議論がなされた。その結果、基本的なコンセプトと今後の取り組みの方向性が示され、そして参考人等の参加を得て、自死遺族のケアに関するガイドライン作成のための指針(以後、「ガイドライン作成指針」と略す)が、自殺未遂者のケアに関するガイドライン作成指針とともに作成され、検討会の報告書とともに公表された。なお、このガイドライン指針の作成にあたっては、平成18年度および19年度の厚生労働省科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)である、「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」が、学術的な観点から寄与した。

2. ガイドラインの目的

上述したように、自死遺族への支援の場面は多側面に渡るため、それぞれの現場に応じた自死遺族支援の在り方が考えられる。そこで検討会では、今後対象者や領域に応じてさまざまなガイドラインが作成される可能性を考慮し、まず、自殺者親族等のケアガイドライン作成のための指針を作成した。

3. ガイドラインの概要・特徴

自殺者親族等へのケアについては、特に国内では、その十分な学術的検討がなされているとはいえない。そこでガイドライン作成指針は、1) 自死遺族の支援ニーズの実態調査、2) 国外のガイドラインの調査、3) 自殺対策担当者向けのガイドライン(案)の作成と専門家へのヒアリング、4) ガイドライン作成指針の作成とヒアリング、の4つのステップを経て作成された。

このガイドライン作成指針には、今後、各領域で作成されるであろうガイドラインが盛り込むべき項目が整理され、記載されている。悲嘆の回復の主体として遺族自身があること、その回復においては支援グループへの参加が有効であることを前提として、さらに、わが国の遺族支援において不足している専門的な支援の必要性を述べている。

なお、先駆的民間団体などを中心に、自殺ではなく自死と表現するべきであるとする意見がある。自殺は自殺総合対策大綱に示されるように「追い込まれた末の死」であり、自ら能動的に自らの命を絶つ＝殺すという、非倫理的な誤解を招きかねない表現を用いるべきではない、とする意見である。上述の検討会でも同様の議論を経ており、今後作成されるガイドラインにおいても十分に検討すべきであるとしている。(ただし、自殺総合対策大綱との整合性から、本報告では「自殺者親族等」の表現を用いている。)

4. 現在の学術・行政上の活用状況、効果、意義など

ガイドライン作成指針は、平成20年3月に厚生労働省から公表された。これを受けて平成20年度の厚生労働省科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)である「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」等において、自殺者親族等へのケアのためのガイドライン作成が行われている。平成20年9月現在、全国の精神保健福祉センター長会との協力により「保健福祉相談従事者のための自死遺族ケアガイドライン(仮称)」が、作成過程にある。このガイドラインは、平成20年度中には公表される予定である。

また、このガイドラインの普及のために、専門職研修やシンポジウムの開催が予定されている。

5. 今後の展望など

今後は、ガイドライン作成指針を踏まえつつ、現在作成が進められているガイドライン以外にも、さまざまなガイドラインが作成される事が期待される。例を挙げると、自殺者親族等の自助グループ・支援グループの運営者、学校、職域、地域における支援活動の担当者（教員、職場の健康管理者、民生委員等）、医療従事者（医師、看護師等）、精神科医、精神保健福祉士、臨床心理技術者等、法律問題や労働問題等の相談・支援担当者、その他の自殺者親族等と接する機会のある者（警察、消防等）などである。

自殺者親族等に対応する際には、常に個別性、地域性を考慮に入れなければならない。今後、さまざまな領域のガイドラインが積極的に作成されていくことを期待するとともに、それらが、それぞれの現場の実態に合わせて作成されることが望ましい。

また、これらのガイドラインの作成・普及過程において、自殺者親族等へ向けられる／自殺者親族等が感じられる偏見が解消され、地域が自殺対策に向かうための、貴重な足場となることを期待したい。

6. ガイドラインの主要部分の紹介

本ガイドライン作成指針は、自殺で遺された人々が受ける影響が非常に強い場合があり、時には専門的な支援が必要となることを前提に、表1に示すような章立てになっている。

受ける影響としては悲嘆ばかりではなく、その他のメンタルヘルスの問題が起こる可能性、さらに社会生活、二次被害と偏見を取り上げた。また連鎖自殺と緊急対応といった介入的なポストベンションにもふれるなど、広く遺族ケアをとらえることで、自死遺族が最も厳しい状況にある場合に必要となる支援にも言及するようにした。

他方、ケアへの基本としては、専門的な治療やアセスメントの技法ではなく、基本的な考え方やあるべき態度を提示している。つまり、本ガイドライン作成指針は、未だ遺族ケアが十分なエビデンスを持たない現状を考慮し、不要な事故発生を回避することを念頭に慎重に構成している。

もちろん、先にも述べたように自殺者親族は多様な背景をもち、またケアするものの立場も多様になる。したがって、それぞれの状況に応じたガイドラインが作成され、個別性に配慮されたケアがなされることが望ましい。

参考文献

- 1) あしなが育英会 編：自殺って言えなかった。サンマーク出版、東京、2002
- 2) Prigerson H. G. & Jacobs S. C. Traumatic grief as a distinct disorder. Stroebe, M. S., Hansson, R. O. et al ed. Handbook of bereavement research- consequences, coping, and care. pp613-645, Washington DC, 2002

表1. 自殺者親族等のケアに関するガイドライン作成のための指針

ア	対象者
イ	ガイドラインに盛り込むべき事項 *それぞれの対象によって、各項目の記述は詳細になったり、簡潔になったりする。
	(ア) 自殺対策および自殺者親族等への支援活動
	(イ) 自殺で遺された人々の受ける影響
	(ウ) 自殺者親族等へのケアの基本
	*自殺者親族等へのケアの基本として少なくとも次の事項については必要な記載をする。
	① 支援やケアを行う人に必要な態度
	② 支援やケアを行うにあたって、なすべきことの基本
	(エ) 情報提供
	(オ) 普及啓発
	(カ) ケアに取り組む者の基本的態度
ウ	メンタルヘルス対策の重要性
エ	プライバシーに対する配慮
オ	その他記載することが望ましい事項

【特集1：精神保健研究所のガイドライン研究】

自殺未遂者のケアに関するガイドライン作成のための指針

Guide to guideline preparation for suicide attempters in Japan

河西千秋¹⁾ 伊藤弘人²⁾

Chiaki Kawanisi Hiroto Ito

紹介ガイドラインの概要

名 称	自殺未遂者のケアに関するガイドライン作成のための指針
作 成 者	平田 豊明：静岡県立こころの医療センター 平山 正実：自死遺族ケア団体全国ネット 平安 良雄：横浜市立大学大学院医学研究科精神医学部門 五十子敬子：尚美学園大学総合政策学部総合政策学科 伊藤 弘人：国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部 河西 千秋：横浜市立大学医学部精神医学教室 川野 健治：国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター 町野 朔：上智大学法科研究科 西田 正弘：分かち合いの会・あんだんて 西原由記子：NPO 法人国際ビフレンダーズ日本支部・東京自殺防止センター 斎藤友紀雄：日本のいのちの電話連盟 清水 新二：奈良女子大学生活環境学部 清水 康之：NPO 法人自殺対策支援センター・ライフリンク 上田 茂：エイズ予防財団 渡邊 直樹：青森県立精神保健福祉センター
発 表 年 月 日	平成 20 年 3 月
研 究 費	平成 19 年度厚生労働省科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」
省庁担当部局等	厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部
入手・閲覧方法	http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/s0328-2.html

1. ガイドライン作成の背景

1998年以降のわが国の自殺の激増とその後の高留まりという深刻な状況を受け、2006年に自殺対

策基本法が国会で成立、施行され、2007年には自殺総合対策大綱が発表された。

効果的な自殺対策を施行するには、自殺者や自殺行動の理解が欠かせないが、すでにこれまでのさまざまな調査・先行研究から、自殺の危険因子が明らかにされている（たとえばOwenら、2002）。そして、自殺未遂の既往が非常に強力な危険因子であることが知られていることから、自殺未遂者ケア・支援が自殺予防の重要な柱であると認識されている。世界保健機関（World Health Organization, WHO）は、自殺念慮をもつ個人への介入手法や自殺未遂者への標準的介入研究を提唱している。わが国の自殺対策

1) 横浜市立大学医学部精神医学

Department of Psychiatry, Yokohama City University School of Medicine

〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦3-9

3-9 Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama, Kanagawa 236-0004 Japan

2) 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部

Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

基本法の条文の中にも、「自殺未遂者に対する適切な支援」の必要性が掲げられており、自殺総合対策大綱の中には、「自殺未遂者、遺族の実態及び支援方策についての調査の推進」が、そして「自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ」の項においては、「救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実」が課題として述べられている。

これらの課題に取り組むために、2006年に、厚生労働省・社会・援護局傷害保険福祉部長の嘱託により、「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会」（上田茂座長；以後、“検討会”と略す）が招集され、検討会により、自殺未遂者および自死遺族等とこれらの人々を取り巻く現状と問題点について議論がなされた。その結果、基本的なコンセプトと今後の取り組みの方向性が示され、そして参考人等の参加を得て、自殺未遂者のケアに関するガイドライン作成のための指針（以後、“ガイドライン作成指針”と略す）が、自死遺族のケアに関するガイドライン作成指針とともに作成され、検討会の報告書とともに公表された。なお、このガイドライン作成指針の作成にあたっては、平成18年度および19年度の厚生労働省科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）である、「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」が、学術的な観点から寄与した。

2. ガイドラインの目的

上述したように、自殺行動や企図者の複雑性、多様性／個性性、あるいは自殺対策の現場の多様性や対応に従事する人のそれぞれの役割などを考慮すると、すべての自殺未遂者、あるいは対応従事者のために万能かつ実用性の高い単一のガイドラインというものは存在し得ない。そこで、検討会では、今後、対象者や自殺対策の領域に応じてさまざまなガイドラインが作成される可能性を考慮し、まずそれらのガイドラインが作成される際の指針となるようなものを作成することが必要であると考え、ガイドライン作成指針を作成した。

なお、自殺予防の要点を踏まえると、「自殺未遂者」に限定したガイドラインの作成は現実的ではないと考えられた。そこで、自殺未遂者のみならず、「自殺念慮を有する個人」をも包含してガイドライン作成指針を作成することとした。

3. ガイドラインの概要・特徴

自殺行動には、時代や地域・個人に特異的な側面と、これらを越えて普遍的な側面がある。ガイドライン作成指針は、先行研究にみられる自殺行動や自殺未遂者の特性、自殺予防方略の本質をふまえつつ、自殺対策に関わる国内外の関係者等のヒアリングを経て作成された。

このガイドライン指針には、自殺未遂者のケアのために今後、各領域で作成されるであろう各種ガイドラインに共通して盛り込まれるべきファクト（自殺未遂者や自殺念慮をもつ人、自殺に傾く人への理解を促進するような知識）を整理し、記載されている。また、自殺（再）企図を防止するための基本的なコンセプト、対応従事者が取るべき態度や注意すべきことがらについての記載がされている。以下にガイドライン指針全文を掲載する。

なお、ガイドラインは英語版も作成された（Kawanishi C, et al. 2008）。

4. 現在の学術・行政上の活用状況、効果、意義など

ガイドライン作成指針は、平成20年3月に厚生労働省から公表された。これを受けて平成20年度の厚生労働省科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）である「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」等において、さまざまな領域の自殺未遂者ケアのためのガイドライン作成が行われている。すなわち平成20年9月現在、全国精神保健福祉センター長会との協力により「保健福祉相談従事者のために自殺未遂者ケアガイドライン（仮称）」が、日本臨床救急医学会が主体となり「救急外来・救急科・救命救急センターにおける自殺再企図予防の手引き（仮称）」が、そして、日本精神科救急学会が主体となり「自殺未遂者ケアのためのガイドライン（仮称）」が、それぞれ作成過程にある。これらのガイドラインは、平成20年度中には公表される予定である。

5. 今後の展望など

今後は、ガイドライン指針を踏まえつつ、現在作成が進められている3つのガイドライン以外にも、さまざまなガイドラインが作成される事が期待される。例を挙げると、「学校におけるガイドライン」、「心理臨床専門家のためのガイドライン」、「プライマリ・

ケア医のためのガイドライン」、「看護のためのガイドライン」、「警察・消防関係者のためのガイドライン」、「矯正施設におけるガイドライン」、それに「介護従事者のためのガイドライン」などである。自殺に傾く人に対応する際には、常に個別性、地域性を考慮に入れなければならない。今後、さまざまな領域のガイドラインが積極的に作成されていくことを期待するとともに、それらが、それぞれの現場の実態に合わせて作成されることを望む。

6. ガイドラインの主要部分の紹介

本ガイドラインは、自殺未遂が自殺の最も強い危険因子のひとつであるという認識のもと、表1に示す章立てになっている。この指針では、今後それぞれの対象者のためのガイドラインを作成するにあたり、共通して記載が必要な事項、作成に際して留意すべき事項を示した。このうち、とくにガイドラインの中核となるのは「イ、ガイドラインに盛り込むべき事項」である。自殺企図につながる危険因子や自殺念慮者と自殺企図者の心理状態を紹介した上で、自殺行動を制御する保護因子や、対応についてまとめる必要がある。なお、自殺念慮と自殺未遂については、同じようなケアが必要であることから、この指針では自殺念慮をもつ人のケアに関する内容を

含んでいる。

自殺未遂者の自殺企図の背景は多様であるため、個人に応じた個別的なケアが必要であり、その導入や留意すべき事項は、その人のおかれた状況によって異なる場合がある。したがって、ガイドラインは自殺未遂者のケアに取り組む様々な者を対象に、それぞれの目的に合わせて作成されることが望ましい。また、ケアにあたっては、記載されている事項を基本にしながらも、個別的な対応が不可欠である。

この指針をもとに、今後、社会の様々な領域において、ケアを行う者にとって真に有用なガイドラインが作成されることを望む。

参考文献

- 1) Kawanishi C, Kawano K, Ito H: Guide to guideline preparation for suicide attempters in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62, 754, 2008.
- 2) Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systemic review. *Br J Psychiatry*, 181, 193-199, 2002
- 3) World Health Organization: Suicide prevention (SUPRE) : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/cideprevent/en/

表 1. 自殺未遂者のケアに関するガイドライン作成のための指針

<p>ア. 対象者ガイドライン作成にあたり、目的とする対象者を明記</p> <p>イ. ガイドラインに盛り込むべき事項</p> <p>(ア) 自殺対策および自殺未遂者への支援活動</p> <p>(イ) 自殺企図につながる危険因子</p> <p>(ウ) 自殺念慮をもつ人と自殺を企図する人の心理状態</p> <p>(エ) 自殺行動を制御する保護因子</p> <p>(オ) 自殺未遂者と自殺念慮をもつ人への対応</p> <p>① 支援やケアを行う人に必要な態度</p> <p>② 支援やケアを行うにあたって、なすべきことの基本</p> <p>(カ) 自殺念慮の確認と危険度の評価</p> <p>(キ) 情報提供</p> <p>ウ. メンタルヘルス対策の重要性</p> <p>エ. プライバシーに対する配慮</p> <p>オ. その他記載することが望ましい事項</p>

【特集1：精神保健研究所のガイドライン研究】

知的障害児の医学的診断検査ガイドライン

Guideline of medical diagnosis and examination for children with intellectual disability.

稲垣 真澄¹⁾ 加我 牧子¹⁾

Masumi Inagaki Makiko Kaga

紹介ガイドラインの概要

名 称	知的障害児の医学的診断検査ガイドライン
作 成 者	加我 牧子 (精神保健研究所 知的障害部) 田中 恭子 (精神保健研究所 知的障害部) 堀口 寿広 (精神保健研究所 知的障害部) 稲垣 真澄 (精神保健研究所 知的障害部)
発 表 年 月 日	平成 15 年 3 月
研 究 費	平成 12～14 年度 厚生労働省科学研究費補助金 (こころの健康科学) 「知的障害児の医学的診断のあり方と療育・教育連携に関する研究」
省庁担当部局等	なし
入手・閲覧方法	http://www.ncnp.go.jp/nimh/chitekibu 精神保健研究所知的障害部 稲垣真澄

1. ガイドライン作成の背景

知的障害児は幼児期に精神運動発達や言語発達の遅れを主訴として小児科外来を受診することが多い。これらの児に多発小奇形がある場合、染色体検査を行なうことはほぼ共通している。しかし理学的所見が乏しい知的障害児に、医学的診断検査をどこまで行うかは主治医の考え方や診療現場の設備に影響されるなど議論がある。そこで知的障害の医学的診断と治療・療育のための検査として何を選択すべきかの指針が必要となってきた。今回、知的障害児の診断における医学的検査の現状について、専門外来を行っている医師に対する調査研究を踏まえた上で、患者ご本人にとって、より有益な検査バッテリーを作成することを目的として、一次医療機関、二次医

療機関、さらに専門機関に分けた形で知的障害児診断検査ガイドライン作成を図った。

2. ガイドラインの目的

このガイドラインは、知的障害の医学的診断検査を診療の場面での使用を目的として、発達障害専門外来にて診療中の小児神経科専門医に対する調査に基づいて作成された。三次医療機関で必要な情報や検査の過程を一次・二次医療機関で行うとすればどのような分担が望ましいか、について考慮した形式にした。本ガイドラインは知的障害のあるお子さんたちの全人的治療、リハビリテーションに役立てられることを目指している。

3. ガイドラインの概要・特徴

このガイドラインは、実際に臨床家が知的障害児を診療している場面で、役立つということを主眼に置いている。そのため16名の専門医が経験した症例の診療録に基づいた調査を基盤とした。とくに今回のガイドラインで注目しているのは、精神運動発達遅滞ないし言葉の遅れで初診し、理学所見がほとんどみられない小児における医学的検査ガイドライ

1) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 知的障害部
Department of Developmental Disorders, National Institute of
Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

ンである。

構成は三部からなり、①開業小児科医、クリニック、検診場面での一次医療機関でのチェック項目と推奨検査項目、②総合病院小児科を中心とした二次医療機関での診察注意点、検査項目、③小児神経科専門医のいる専門施設、また発達障害を専門に診療可能な医療施設である三次医療機関におけるより専門性の高い検査項目に分けた点にある。

検査項目としては、中枢神経系の評価ができるような画像検査や聴覚障害の有無を意識した聴性脳幹反応など神経生理学的検査、知能発達検査などの心理検査に加えて染色体検査の重要性が指摘できる。これらの活用により、臨床症状のみからは確定診断の難しい脆弱X症候群や微細な染色体異常の診断につながるものと思われる。

4. 現在の学術・行政上の活用状況、効果、意義など

今回のガイドライン作成にあたり、後方視的な実態調査で現実の検査の状況と有所見率を確認するという新たな試みを行っており学術的意義が大きいと考える。欧米では原因診断のための検査状況につい

ていくつかの報告があり、染色体検査の重要性の主張など重なる部分のある報告もあるが、それぞれ対象の選択が異なっており、今回の結果と同一の立場では比較できない。

知的障害児に対しては程度の差はあれ生涯にわたり医学的・教育的・福祉的アプローチが必要である。医学の面からは検査にかかる医療費対効果について不要な検査を省き必要な検査に集中することで医療費削減をはかれると考える。特に原疾患による精神遅滞の重症度や心理・神経心理学的特性を医学的検査によって明らかにすることで療育・教育の効率化を目指せると考えられる。

5. 今後の展望など

現行のガイドラインでは遺伝子検査のことまでは踏み込んで表現できていない。今後は、三省合同倫理指針などを考慮した形で、研究を進めてさらに包括的な「知的障害児診断検査ガイドライン」を提案していく必要性が感じられる。

6. ガイドラインの主要部分の紹介

一次医療機関（開業小児科クリニック、健診）

- 児について情報を得て、遅れがあるか否かを評価する。遅れの疑いがあれば、その旨を保護者に伝え、
- 評価の必要性について説明する。
- また合併症の可能性がないかどうかチェックする。

- 問診：家族歴、既往歴、胎生期・周産期の異常、発達経過
- 身体診察：身長、体重、頭囲、一般身体所見
- 聴覚障害の疑いがないか判断する。
- できれば遠城寺式発達検査や津守・稲毛式などの検査を行い、客観的な評価を行う。
- 二次専門療育機関にすぐ紹介する必要性がない症例でもその後の発達フォローが重要で、とぎれないようにすることが大切である。

本ガイドラインは次ページのように三部構成となっている。ガイドラインの中核となるのは第三部の三次医療機関における医学検査である。なお専門医療施設において医学的検査を行うとすれば、①正確な

診断に必要であること、②原因疾患や併存疾患を見落とさないようにすること、③治療やその後の対応についての情報が得られること、④遺伝子検査など倫理面の問題が解決されていること、⑤実施が比較

二次医療機関（総合病院小児科）

- 発達の遅れの確認。合併症の診断自閉性障害の有無の確認
- 自施設で実施可能な検査や得られる結果の意義を説明し、検査を実施することのメリット、デメリットにつき家族と相談する。診察・検査の結果および診断を説明し、療育・教育関係者とその後の対応について情報交換を行う。
- 療育・教育関係者とその後の対応について情報交換を行う。
- 自施設で実施が不可能であった検査や紹介可能な専門医療機関について情報を提供し、患者家族の意向を確認する。

- 身体診察：顔貌、外表奇形の有無、神経学的診察
- 発達の遅れの評価：領域や程度、障害特性
- 医学的検査
 - ・ 発達検査（遠城寺式・津守稲毛式など）
 - ・ 血液検査（血算、生化学）、尿検査
 - ・ 脳波
 - ・ CTまたはMR
 - ・ 聴力検査（純音聴力検査、語音聴力検査聴性脳幹反応、耳音響放射）

三次医療機関（小児神経・発達障害専門施設）

的容易であることの五条件を絶えず念頭におかねばならないと思われる。

1. ガイドライン作成の背景

- 発達の遅れの原因や病態を明らかにし、診断を確定する。
- 結果および診断を説明し、療育・教育関係者との対応や情報交換する。

■ 医学的検査

▼ 必須

- ・ 発達・知能検査：
- ・ 染色体検査（Gバンド、FraX染色体、その他）
- ・ 誘発電位等（聴性脳幹反応、耳音響放射の確認、視覚誘発電位等）

▼ できれば実施が望ましい

- ・ SPECT
- ・ 事象関連電位

▼ 疑う所見があれば実施するのが望ましい

- ・ 代謝・内分泌検査
- ・ 心機能検査
- ・ 生検

【特集1：精神保健研究所のガイドライン研究】

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

A guideline for psychosocial support programs focusing on psychoeducation

伊藤 順一郎¹⁾ 佐藤 さやか¹⁾

Junichiro Ito Sayaka Sato

紹介ガイドラインの概要

名 称	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
作 成 者	安西 信雄 (国立精神・神経センター精神保健研究所) 池淵 恵美 (帝京大学医学部精神科学教室) 伊藤順一郎 (国立精神・神経センター精神保健研究所) 内野 俊郎 (久留米大学医学部精神神経科教室) 大島 巖 (東京大学大学院医学系研究科精神保健分野) 後藤 雅博 (新潟大学医学部保健学科) (50音順)
発 表 年 月 日	平成16年1月25日
研 究 費	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:浦田重次郎)
省庁担当部局等	なし
入手・閲覧方法	http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/publication/index.html

心理教育とは、精神障害やエイズなど受容しにくい問題を持つ人たちに、正しい知識や情報を心理面への十分な配慮をしながら伝え、病気や障害の結果もたらされる諸問題・諸困難に対する対処方法を修得してもらうことによって主体的な療養生活を営めるように援助する技法である。

医療機関が提供する各種リハビリテーションプログラムや地域の援助プログラムなど、支援を必要とする人に提供される包括的なリハビリテーションの「要」としての役割があること、近年医療においても発展しつつある「医療サービスの受け手は必要な説明を受ける権利がある」という消費者重視の理念にかなうこと、障害をもつ人のみならずその家族に

とっても有用であること、などの観点から心理教育は積極的に実施されるべきである。地域精神保健が発展した欧米諸国では、1980年代以降、統合失調症をもつ人およびその家族を対象とした心理社会的介入プログラムが注目され、その有効性が実証されてきた。我が国においても医療機関や地域保健機関などの専門機関、家族会などのセルフヘルプグループ等で心理教育が行われて、それぞれの有効な援助を提供している。しかし、その内容は必ずしも構造化されたものではなく、効果検討などの実証的研究が乏しいという側面もあった。

2. ガイドラインの目的

上記のような背景からこのガイドラインは、心理教育のニーズをもつ統合失調症をもつ人および家族に対して、もっとも効果的な方法で心理教育を実施するための指針を示すことを目的に作成された。

3. ガイドラインの概要・特徴

統合失調症をもつ人やその家族に対する心理教育

1) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部
Department of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

については、すでに複数のガイドラインが出版されている。アメリカ精神医学会が作成している効果検討に基づくガイドラインをはじめとする従来のガイドラインは方法論が明確で、根拠が明らかである反面、細やかな臨床上の要請にこたえきれない部分もあった。そこで本ガイドラインは、心理教育に精通した少数の専門家が、我が国の現状をふまえて、多彩な心理教育の応用について細やかな適用に触れながらまとめる、という作業過程を経て作成された。このため、本ガイドラインには効果とともに限界もあると思われるが、心理教育を実施する現場において医療専門職の裁量を縛るのではなく、それを援助するためのものとして活用できる点が本ガイドラインの特徴であると考えられる。

このガイドラインは、主に医療機関の医療専門職が使用することを想定している。これは精神障害者に教育的なプログラムをもっとも提供しやすいのは主に医療機関である、という我が国の実情を考慮したためである。ただ、将来的には保健・福祉の専門職、家族、当事者といった人々も心理教育の重要な担い手になることが予想されるため、こうした未来のユーザーも意識した構成となっている。

4. 現在の学術・行政上の活用状況、効果、意義など

本ガイドラインの作成を行った厚生労働省精神・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」研究班では、本ガイドラインに準拠する心理教育を中心とした心理社会的介入プログラムを国立精神・神経センター国府台病院（現国立国際医療センター国府台病院）をはじめとする国立病院機構病院等12機関にて実施し、その効果検討を行っている。その結果、心理教育を中心とした心理社会的介入プログラムによって、精神症状では、陰性症状の改善が認められるとともに、対象者の疾患や服薬に関する知識、病識、心理教育への参加準備性、ソーシャルサポートなどが改善することが明らかとなっている。また、厚生労働省精神・神経研究委託費16指-1「精神政策医療ネットワークによる統合失調症の治療および社会復帰支援に関する研究」において本ガイドラインに準拠した心理教育の効果に関する検討が引き続き行われている。これらの研究によって我が国においても心理教育に関するエビデンスが示されることが期待され、ひいては我が国における

統合失調症をもつ人とその家族に対する心理教育の普及に寄与すると考えられる。

5. 今後の展望など

我が国に現在行われている心理教育のプログラムを見ると、その内容は知識伝達・情報提供のみの援助が中心になる傾向がみられる（全家連保健福祉研究所、1997）。知識伝達や情報提供は非常に重要な心理教育の要素である。しかし、同時に心理教育は精神保健福祉サービス利用者のエンパワーメントを援助するアプローチでもある。したがって、地域ケアプログラム、その他のリハビリテーションプログラム、地域のセルフヘルプグループ等の心理教育以外の支援との連携機能を重視する必要がある。今後はこうした心理教育のもつ連携機能に着目した試行調査や実証研究などを通じて、より効果的かつ臨床現場でも十分に活用可能なものに改訂していくことが必要である。

6. ガイドラインの主要部分の紹介

本ガイドラインは表1に示す章立てになっている。また本ガイドラインに取り上げられている援助形態の概要を下記に示した。本ガイドラインでは急性期から回復してきた時期、リハビリテーション期、長期入院、地域生活というように、治療・療養の段階を4つに区切り、それぞれの時期に開始される心理教育について示している。また対象者についても当事者と家族に分けて記載している。しかし臨床現場において個々の対象者に対して支援を考える際には、その人にあつた個別の治療計画を立てることが基本である。上記の4つの区分や当事者と家族の区分は便宜上のものであり、実際には統合された個別の治療計画のもとで、ガイドラインの中からその人の状態にあつたものを利用していただくのが現実的であろう。また、それぞれの援助形態の中で「心理教育的面接」「心理教育プログラム」「心理教育関連プログラム」など関連の援助技法が勧められているが、これらの援助技法がどの程度必須なのかについて「スタンダード」「推奨」「オプション」という基準で分類し、示しているのでガイドライン活用の際には参考にされたい。

- (1) 急性期から回復期にある方の家族への心理教育
- (2) 急性期から回復期にある精神障害者本人への心理教育

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| (3) リハビリテーション期にある方の家族への心理教育 | (5) 長期入院中の方の家族への心理教育 |
| | (6) 長期入院中の精神障害者本人への心理教育 |
| (4) リハビリテーション期にある精神障害者本人への心理教育 | (7) 地域生活をする精神障害者本人およびその家族への心理教育プログラム |

表 1. ガイドラインの章立て

1. はじめに
2. 急性期から回復期にある方の家族への心理教育
 - 0) 基本的な考え方
 - A) スタンダード
 - (2A-1) 心理教育的な家族面接
 - B) 推奨
 - (2B-1) より技術を必要とする、心理教育的な家族面接
 - (2B-2) 心理教育プログラム
 - (2B-2-1) 家族への心理教育グループ
 - (2B-2-2) 単一家族心理教育
 - (2B-2-3) 複合家族心理教育
 - C) オプション
 - (2C-1) 心理教育関連プログラム
 - (2C-1-1) 家族のセルフヘルプグループ
3. 急性期から回復期にある精神障害者本人への心理教育
 - 0) 基本的な考え方
 - A) スタンダード
 - (3A-1) 心理教育的な家族面接
 - B) 推奨
 - (3B-1) 心理教育的な家族面接
 - (3B-2) パンフレットを用いた心理教育的な家族面接
 - (3B-3) 心理教育プログラム
 - (3B-3-1) 当事者への心理教育プログラム
 - (3B-3-2) 単一家族心理教育
 - (3B-3-3) 複合家族心理教育
 - (3B-4) 心理教育関連プログラム
 - (3B-4-1) 服薬教室などのオープン形式によるもの（情報提供中心）
 - (3B-4-2) 服薬自己管理モジュール
4. リハビリテーション期にある方の家族への心理教育
 - 0) 基本的な考え方
 - A) スタンダード
 - (4A-1) 心理教育的な家族面接
 - B) 推奨
 - (4B-1) 心理教育的な家族面接
 - (4B-2) 心理教育プログラム
 - (4B-2-1) 単一家族心理教育
 - (4B-2-2) 複合家族心理教育
 - C) オプション
 - (4C-1) 家族のSST
 - (4C-2) 症状自己管理モジュール
 - (4C-3) 家族会への参加
5. リハビリテーション期にある精神障害者本人への心理教育
 - 0) 基本的な考え方
 - A) スタンダード
 - (5A-1) 心理教育的な家族面接

- B) 推 奨
 - (5B-1) 心理教育的な家族面接
 - (5B-2) 心理教育プログラム
 - (5B-2-1) 本人への心理教育グループ
 - (5B-2-2) 単一家族心理教育
 - (5B-2-3) 複合家族心理教育
 - (5B-3) 心理教育関連プログラム
 - (5B-3-1) 服薬教室 (情報提供中心)
 - (5B-3-2) 服薬自己管理モジュール
 - (5B-3-3) 症状自己管理モジュール
 - (5B-3-4) 地域生活への再参加プログラム
- C) オプション
 - (5C-1) 心理教育関連プログラム
 - (5C-1-1) セルフヘルプグループ
- 6. 長期入院中の方の家族への心理教育
 - 0) 基本的な考え方
 - A) スタンダード
 - (6A-1) 家族面接
 - B) 推 奨
 - (6B-1) 家族教室形態による心理教育
 - (6B-2) 心理教育的面接
 - (6B-3) 単一家族心理教育
 - C) オプション
 - (6C-1) 複合家族心理教育
- 7. 長期入院中の精神障害者本人への心理教育
 - 0) 基本的な考え方
 - A) スタンダード
 - (7A-1) 心理教育的面接
 - B) 推 奨
 - (7B-1) 心理教育プログラム
 - (7B-1-1) 長期在院患者本人への心理教育グループ
 - (7B-2) 心理教育関連プログラム
 - (7B-2-1) 服薬自己管理モジュール
 - (7B-2-2) 症状自己管理モジュール
 - (7B-2-3) 地域生活への再参加プログラム
- 8. 地域生活をする精神障害者本人およびその家族への心理教育プログラム
 - 1) 心理教育の導入と適用
 - 2) 地域における家族心理教育の具体的な進め方
 - (8:2-1) 医療機関における家族心理教育
 - (8:2-2) 地域精神保健福祉機関における家族心理教育
 - (8:2-2-1) コース制家族教室
 - (8:2-2-2) 定期開催される家族教室
 - 3) 地域における精神障害者本人への心理教育の具体的な進め方
 - (8:3-1) 医療機関における精神障害をもつ方ご本人への心理教育
 - (8:3-2) 地域精神保健福祉機関における精神障害をもつ方ご本人への心理教育
 - (8:3-3) 当事者団体が行う心理教育
 - (8:3-3-1) 精神障害をもつ方ご本人による心理教育グループ

【特集1：精神保健研究所のガイドライン研究】

10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる 地域精神保健活動のガイドライン

Guideline for community mental health activities on "social withdrawal" in adolescence

伊藤 順一郎¹⁾ 吉田 光爾¹⁾ 英 一 也¹⁾

Junichiro Ito Kohji Yoshida Kazuya Hanafusa

紹介ガイドラインの概要

名 称	10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン
作 成 者	主任研究者 伊藤順一郎 (国立精神・神経センター 精神保健研究所) 分担研究者 池原 毅和 (東京アドボカシー法律事務所) 金 吉晴 (国立精神・神経センター 精神保健研究所) 益子 茂 (東京都多摩総合精神保健福祉センター) 研究協力者 秋田 敦子 (わたげの会) 大島 巖 (東京大学大学院医学系精神保健学分野) 加茂登志子 (東京女子医科大学精神医学教室) 小林 清香 (東京女子医科大学) 後藤 雅博 (新潟大学医学部保健学科) 原 敏明 (横浜市北部児童相談所) 吉川 悟 (システムズアプローチ研究所) 有泉加奈絵 (山梨県精神保健福祉センター) 狩野力八郎 (東京国際大学早稲田サテライト) 倉本 英彦 (青少年健康センター) 近藤 直司 (山梨県精神保健福祉センター) 榎林理一郎 (湖南クリニック) 藤林 武史 (福岡市こども総合相談センター) 吉田 光爾 (国立精神・神経センター 精神保健研究所) 野口 博文 (国立精神・神経センター 精神保健研究所) 金井 麻子 (国立精神・神経センター 精神保健研究所) 田村 理奈 (国立精神・神経センター 精神保健研究所) 堀内健太郎 (国立精神・神経センター 精神保健研究所) 土屋 徹 (国立精神・神経センター 精神保健研究所)
発 表 年 月 日	平成15年7月28日
研 究 費	平成12年度厚生科学研究費補助金こころの健康科学 研究事業 (H12-こころ-001) 「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究」
省庁担当部局等	厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神保健福祉課

入手・閲覧方法	http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/07/tp0728-1.html (厚生労働省ホームページ) http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/pdf/guide.pdf (社会復帰相談部ホームページ) 10代20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン (ひきこもりに対する地域精神保健活動研究会編、株式会社じほう、2003)
---------	--

1. ガイドライン作成の背景

近年まで、「ひきこもり」といえば、統合失調症などの精神疾患のために、なかなか社会参加ができない人々への援助が、地域精神保健の中心的な課題であった。しかし、この10年ぐらいのあいだに、10代で不登校をしている人々の数が増加し、また、文部科学省の「不登校に関する実態調査 2001 平成5年度不登校生徒追跡調査報告書」によると、それらの人々が就学年齢を過ぎても、必ずしも社会適応がうまくいっていないという調査結果もでるようになった。つまり、狭義の精神疾患とは呼べないが「ひきこもり」を呈している人々への援助が地域精神保健の課題としてクローズアップされてきたのである。

そこで、このような対象者の状態のことを、狭義の精神疾患を有するために生じる「ひきこもり」状態と区別して、「社会的ひきこもり」と呼ぶようになった。たとえば、斎藤はその著書の中で「20代後半までに問題化し、6ヶ月以上、自宅にひきこもって社会参加しない状態が持続しており、ほかの精神障害がその第一の原因とは考えにくいもの」と、その定義を述べている(斎藤環:社会的「ひきこもり」1998 PHP選書)。

しかし、これはあくまでも状態像の記述であり、医学的診断として提唱されているものとはいえない。すでに述べてきたように、「社会的ひきこもり」というカテゴリーにあてはまる人々のなかにも、さまざまな病態や状況の人々がいるのが現実である。すなわち、あるひとが「社会的ひきこもり」であるか否かという議論には、それほど大きな意味があるとはいえない。むしろ、現実には即しておさえおくべき大切な事柄は、(i) 多様な人々がストレスに対

する一種の反応として「ひきこもり」という状態を呈すること、(ii) 狭義の精神疾患の有無に関わらず長期化するものであること、そして、(iii) 「ひきこもり」という状態の特徴として、本人の詳しい状況や心理状態がわからぬままに、援助活動を開始せざるを得ないことが多々生じていることであると思われる。

このような状態にある人々への地域精神保健分野における対応については定まった指針がなく、精神保健福祉センター・保健所・市町村等をはじめとする関係機関および家族へのガイドラインの作成が急務とされていた。この作成に向けて、国内の関係者を中心に「ひきこもりに対する地域精神保健活動研究会」が組織されたことが、本ガイドライン策定の背景である。なお、本ガイドラインは本研究班に関わったすべての人々の臨床体験・研究成果をもとにしている。当研究班が2001年に発行した「ガイドライン(暫定版)」をベースにしているが、3年間の研究成果を踏まえ、大幅に加筆した内容となっている。

2. ガイドラインの目的

上述の通り、「社会的ひきこもり」も含めて「ひきこもり」という状態は、長期間にわたって生活上の選択肢が狭められた、精神的健康の問題と捉えられ、その援助活動はひろく精神保健福祉の領域に属するものであるといえる。本ガイドラインでは、いわゆる「社会的ひきこもり」への精神保健福祉サービスに力点を置いて言及しているが、あくまでも「自宅にひきこもって社会参加しない」という共通の行動をとっている、多彩な状態への地域精神保健活動のあり方に対する指針であることを念頭におく必要がある。このような指針として、「ひきこもり」に関わる地域精神保健分野のすべての人々や、困難を抱える本人および家族への援助に資することを本ガイドラインの目的とした。

3. ガイドラインの概要・特徴

本ガイドラインでは、自宅以外での生活の場が長

1) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部
 Department of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of
 Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
 〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
 4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

期にわたって失われている、「ひきこもり」の状態にある人への地域精神保健分野における対応の指針を述べた。まず、「ひきこもり」の概念について述べ、「ひきこもり」に関する基本的な理解を示した。次に、「社会的ひきこもり」という状態を中心として、「ひきこもり」事例の相談を受けた場合の基本的態度を示した。そして、後半では、具体的な援助方法について、さまざまな角度から述べた。本ガイドラインは、「治療」というよりも、「地域においてまずできることは何か」ということに力点を置いた。したがって、本格的な治療という点では、他の成書を参考にさせていただくことを前提とした。一方、ネットワークによる支援を中心に据え、また、援助の対象者を本人に限定することなく家族をはじめとする関係者全体として捉え、それらの人々へのエンパワメントを支援に積極的に取り込んでいる点も本ガイドラインの特徴である。

4. 現在の学術・行政上の活用状況、効果、意義など

ガイドラインが発表されて以来、現在までに各県の精神保健福祉センター・保健所・市町村等の行政機関や全国の小学校・中学校・高等学校等の教育現場をはじめ多くの関係者および家族などによる活用がおこなわれている。また、将来これらの現場で支援に携わる専門職の養成機関での利用もおこなわれている。実際の現場である市町村や学校等の関係者から入手している情報によると、臨床心理士等によるスクールカウンセラー制度の導入に加えて、このような指針の存在が現場教師や家族による問題の抱え込みと孤立感の改善に貢献しており、単に具体的な指針であるばかりでなく、支援者の精神的な抛りどころとしても機能しているとのことである。

このガイドラインの導入によって、ひきこもりの背景や診断に焦点をあてるのではなく、あくまでも「自宅にひきこもって社会参加しない」という共通の行動への対応の指針が提示された。そして、これによって、従来の「原因の究明」から「援助の実践」に踏み込むことが可能になるといった効果もたらされている。このことは、「自宅にひきこもって社会参加しない」ことを眼前にして「どうしたらよいのか？」と困惑する家族や関係者に対して、「最初の一步」を踏み出す際の直接的かつ具体的な指針を授けるものとして評価することができるであろう。

5. 今後の展望など

現行のガイドラインは、厚生労働省におけるひきこもり対策の現在の唯一の指針となっている。その利点は保健所・精神保健福祉センターなどを、ひきこもり支援の公的な相談窓口として明確化したことである。このことにより、これまで保健所等で位置付けが不明確であった、ひきこもり支援が公的に位置付け・予算付け可能な事業になるなどの成果があったことなども現場からのフィードバックによって確認されている。また、本ガイドラインで、家族支援をひきこもり支援の中で原則的な方法として示したことは、「本人が来なければ支援ができない」というこれまでのパラダイムを大きく変換することとなった。

しかし、同時に臨床上で展開するには保健所・精神保健福祉センターのマンパワーの問題があることや、家族支援や訪問などを行っても本人にアクセス不可能な長期・困難事例に対する対処などが課題になっており、さらに、近年展開されつつあるいわゆるNEETの若者への就労支援に関する連携などを求める声も聞かれている。このような点を踏まえて、現在、厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」（齊藤班）において、本ガイドラインを基盤に、新規のガイドラインが編集（2008年10月現在）となっている。

6. ガイドラインの主要部分の紹介

本ガイドラインは表1に示す章立てになっている。このうち、とくにガイドラインの中核となるのは第1章のⅢ-③に述べられている“ネットワークを通じた「ひきこもり」への援助”である。この「ネットワークによる支援」といったコンセプトを実務上で具体化するための手段として、同章の前半において「ひきこもりの概念」と「援助を進めるときの原則」に言及がなされ、その後の第2章において「具体的な援助方法」が提案されている。そして、付録および資料として、ひきこもりに関する実態調査の結果および支援の実践で参照されるべき関連法規の抜粋が掲載されている。

ガイドラインにそって、地域での「ネットワークによる支援」をすすめる具体的なステップは次の通

りである。

- (1) 「ひきこもり」の概念の基本的な理解と支援の初期段階における見立て
- (2) 直接的な関与に際しての本人や家族への基本的態度と対応
- (3) 本人や家族への援助方法や支援プログラムの内容とその具体的な活用
- (4) 緊急時への対応を中心とした支援における関係者間の連携とプライバシーの保護
- (5) 援助者自身のメンタルヘルスへの配慮と実践

で生じ得る問題への対処

「必要とされるネットワーク」は表2の通り示されている。上述のステップを踏んでこれらの「ネットワークによる支援」は実践され、地域のあらゆる関係者や社会資源が本来の技能や経験および機動力を問題の解決に向けて発揮することになる。これによって、本人の詳しい状況や心理状況がわからぬままに援助活動を開始せざるを得ない条件下で、「ひきこもり」状態への対応が現実的に機能することになるのである。

表 1. ガイドラインの章立て

<p>第1章 ひきこもりについて</p> <p>I. 「ひきこもり」の概念</p> <p>II. 関与の初期段階における見立てについて</p> <p>III. 援助を進めるときの原則</p> <p>1. 援助の目標立て</p> <p>2. 家族支援の重要性</p> <p>3. 本人に会えたときの基本的態度と見立て</p> <p>4. ネットワークを通じた「ひきこもり」への援助</p> <p>第2章 具体的な援助方法</p> <p>I. 面接のポイント</p> <p>1. 初回面接</p> <p>2. 家族面接</p> <p>3. 本人との面接</p> <p>II. さまざまな援助技法を活用する</p> <p>1. 電話相談</p> <p>2. 家庭などへの訪問</p> <p>3. 家族向けの心理教育的グループ</p> <p>4. 本人向けのグループ活動</p> <p>– 1. デイケア・居場所</p> <p>– 2. SSTグループ</p> <p>III. さまざまな支援プログラムの可能性</p> <p>1. 社会復帰への援助</p> <p>2. インターネット相談</p> <p>IV. 緊急時の対応</p> <p>1. ケア会議の開き方</p> <p>2. 暴力が生じている場合の家族支援</p> <p>3. 緊急時対応の法的根拠</p> <p>4. 緊急時対応のプライバシー保護</p> <p>V. 援助者のメンタルヘルス</p> <p>付録 「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告</p>

表2. 必要とされるネットワーク

- | |
|--|
| <p>① 早期介入・予防のためのネットワーク（教育領域との連携）
子育て支援、ハイリスク児への支援
不登校の遷延化予防のネットワーク</p> <p>② 緊急対応ネットワーク（医療・司法領域との連携）</p> <p>③ 回復支援ネットワーク（地域の社会資源との連携）
家族の継続相談から社会資源との接触へ
緊急対応での処遇から引き続いての支援</p> |
|--|

【特集1：精神保健研究所のガイドライン研究】

ケアマネジメント・ガイドブック～精神障害者編

Care management guide book for people with psychiatric disabilities

深谷 裕¹⁾ 伊藤 順一郎²⁾

Hiroi Fukaya Junichiro Ito

紹介ガイドラインの概要

名 称	ケアマネジメント・ガイドブック～精神障害者編
作 成 者	伊藤順一郎 (国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部) 深谷 裕 (国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部) 吉田 光爾 (国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部)
発 表 年 月 日	平成18年4月
研 究 費	平成17年度厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業)「精神障害者に対する効果的福祉サービスのあり方に関する研究」〈主任研究者：高橋清久、分担研究者：伊藤順一郎〉
省庁担当部局等	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
入手・閲覧方法	http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/about/index.html

1. ガイドライン作成の背景

2005年に成立した障害者自立支援法の施行により、ケアマネジメントが「相談支援事業」として制度に組み込まれた。精神障害者の地域生活の維持を支援の基調にすえるときに、ケアマネジメントは不可欠である。だが、支援法だけでは十分な財源確保とシステム作りの工夫が困難であった。とりわけ精神障害の領域においては、市町村や各法人が努力を続けないと、適切なケアマネジメントの実施が掛け声倒れに終わってしまう可能性が高かった。地域を拠点とした活動をしようとするとき、適切なケアマネジメントの定着は欠かせない。障害者自立支援法に導かれてケアマネジメントが達成されるのではなく、

当事者や支援者が必要とするケアマネジメントを自立支援法下でどのように具体化できるかを考える必要があった。そこで、障害者自立支援法におけるケアマネジメントの課題を明らかにしたうえで、それらの課題を乗り越えられるようなケアマネジメントのあり方を提示すべく、ケアガイドブックを作成することとなった。

2. ガイドラインの目的

このガイドラインの目的は、精神障害者の地域生活支援の中核を担う市町村の行政担当者や相談支援担当者が、精神障害者へのケアマネジメントについて、障害者自立支援法の枠内にとどまることなく、それがもつ課題を乗り越えながら、より適切なケアマネジメントを遂行できるよう、その内容や具体的な方法、そしてケアマネジメントの実施に不可欠なシステム作りについて、わかりやすく示すことである。

3. ガイドラインの概要・特徴

第1章はケアマネジメントとは何か、特に精神障害をもつ人に対するケアマネジメントの要素は何かを解説し、個別的な対応が中心のミクロレベルでの「小さなケアマネジメント」とコミュニティレベル

1) 北九州市立大学 基盤教育センター
The University of Kitakyushu Center for Fundamental Education
〒802-8577 福岡県北九州市小倉南区北方4-2-1

4-2-1 Kitagata, Kokuraminami-ku, Kitakyushu, 802-8577 Japan
2) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部
Department of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, NCNP

でのシステム形成が中心の「大きなケアマネジメント」について概説している。第2章は精神障害の特性や、それらの特性をもつ人々を対象としたケアマネジメントの注意点等について触れている。第3章はケアマネジメントの中核となる個別の対応について、その流れや具体的な方法について解説している。障害者自立支援法下における支給決定やそれに続く流れを念頭に入れながら、適切なケアマネジメントを進めていくためのコツをつかむことが、本章のねらいである。第4章では、ケアマネジメントを地域で効果的に展開していくうえで欠かせない仕組みづくり、つまりコミュニティレベルでのシステム形成について解説している。障害者自立支援制度においては、自立支援協議会の設置が求められており、地域全体で障害者福祉の質を維持・機能するような仕組みづくりが重視されている。本章のねらいは、このようなコミュニティレベルでのケアマネジメントを展開させていく重要性を理解してもらうことにある。

このガイドラインの特徴としては次のようなことが挙げられる第1に、ケアマネジメントをシステムレベルで考える「大きなケアマネジメント」の重要性を強調している点がある。現実問題として、ケアマネジメント従事者が社会資源を含め使える資源についての情報を持ち合わせていないとケアマネジメントは成立しない。つまりケアマネジメント従事者はお互いの顔がわかるネットワークを持っていないと十分な仕事が出来るとは言いがたい。当該ガイドブックでは、ネットワークの重要性とその方法について解説している。

第2に、ケアマネジメントを積極的に行っている地域を訪問し、そこで得られた結果をガイドブックに反映させていることである。本ガイドブックでは、これらの地域に共通する重要な要素をまとめながら、システム形成の方法について解説している。

第3に、ケアマネジメントをオープンシステムで考えることの重要性を強調していることがある。同一法人内のサービスであると、支援者間のコミュニケーションがとりやすいというメリットはあるが、このようなサービスはしばしばその病院・福祉法人の患者・利用者を中心に受け入れるようになり、さまざまな利用者のニーズが満たされにくいというデメリットが生じがちである。当該ガイドブックでは地域にある様々な資源を共有することの重要性を強

調している。

第4に、インフォーマル・サービスを活用し、ストレングスモデルで行うケアマネジメントを徹底させる必要性を強調していることがある。

第5に、行政・民間・市民の協働について指摘している点がある。有能な人材の確保と能力の維持向上と適切なサービスの質の管理を継続することは、対人サービスには欠かせない。行政と民間のサービス提供機関、ケアマネジメント関係諸団体が協働でケアマネジメントに関わることで、地域内のコミュニケーションが促進される。

4. 現在の学術・行政上の活用状況、効果、意義など

精神障害者のケアマネジメント体制は、市町村を実施主体とし、障害保健福祉圏域、都道府県がそれぞれ専門的・案件やスーパービジョン等の機能を有する重層的な体制の構築が必要とされているが、このような重層的な体制の構築には時間がかかることが予想される。まず、市町村の中で実際に精神障害をもつ人々の医療サービス、生活支援、就労支援などに従事してきた者がネットワークを構築し、利用者に必要なケアマネジメントのあり方を検討したり、必要な資源を明確にしたり、他障害の支援者と連携をとっていくことが先決と思われる。ガイドブックでは、これらの文脈の中で市町村の役割やネットワーク構築の仕方についても言及した。2005年に作成した「ガイドライン」がより市町村の役割を強調しているのに対し、本ガイドブックでは、都道府県や市町村はもちろんのこと、地域で精神障害者の生活支援に関わる者たちすべてが協働しながらケアマネジメント体制を作り上げていくことの重要性を強調している。

2008年の精神保健医療福祉の動向に照らしてみると、当該ガイドブックの内容が反映された形で、地域に住む精神障害者に適切なケアマネジメント(相談支援)サービスが提供されるには、やはり時間がかかっているようである。だが、医療と福祉、そして行政と民間・市民が連携をとることの重要性は、すでに共通認識となっており、それをどのようにして達成していくかが精神保健医療福祉の論点となっている。このことを鑑みると、当該ガイドブックは、一つの方法を提示できたということが出来よう。

5. 今後の展望など

精神保健医療福祉施策に関しては、今後も地域生活中心という基本理念のもとで進められていくので、地域における相談支援そしてケアマネジメントの充実、精神障害者の地域生活を確実にするうえでは必要不可欠である。また、相談支援だけでは拾い上げるのが難しいサービスニーズを拾い上げられるような地域システムを作り上げることが重要である。これは精神保健医療福祉施策に携わる者の大多数に共通した認識ということが出来る。現段階ではどのようにしてケアマネジメントを充実させるか、その

ための地域の仕組みをいかに構築していくか模索中と言うのが適当なのであろう。しかし一方で、先進的な地域がケアマネジメントの充実を図るためのシステム形成に積極的に着手していることにも注目したい。

6. ガイドラインの主要部分の紹介

本ガイドラインは表1に示す章立てになっている。なお、末尾には付録として事例、社会資源に関する資料、アセスメント票及びケア計画票の例を添付している。

表 1. ガイドラインの章立て

第1章 精神障害者ケアマネジメントの基本
第1節 ケアマネジメントとは何か
第2節 特に精神障害をもつ人に対するケアマネジメントの要素
第3節 「大きなケアマネジメント」と「小さなケアマネジメント」
第2章 精神障害をもつ人の生活の困難の特徴
第1節 ケアマネジメント開始時の、精神障害をもつ人の状態
第2節 精神障害の特徴
第3章 小さなケアマネジメント
第1節 ケアマネジメントの基本的な過程とは
第2節 障害者自立支援法下における支給決定
第3節 障害者自立支援法を使いながら精神障害をもつ人のケアマネジメントを進めることとは？
第4章 大きなケアマネジメント
第1節 大きなケアマネジメントとは
第2節 大きなケアマネジメントの意義
第3節 特に精神障害をもつ人々の支援としての意義
第4節 「大きなケアマネジメント」を目指して：障害者自立支援法の中で
第5節 「大きなケアマネジメント」仕組みづくりに着手する

【特集1: 精神保健研究所のガイドライン研究】

精神障害者ケアガイドライン

Care management guideline for people with psychiatric disabilities

深谷 裕¹⁾ 伊藤 順一郎²⁾

Hiroi Fukaya Junichiro Ito

紹介ガイドラインの概要

名 称	精神障害者ケアガイドライン—市町村で精神障害者ケアマネジメントを行うために—
作 成 者	伊藤順一郎 (国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部) 西尾 雅明 (国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部) 鈴木友理子 (国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部) 久永 文恵 (国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部) 深谷 裕 (国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部) 吉田 光爾 (国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部)
発 表 年 月 日	平成 17 年 4 月
研 究 費	平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する研究」〈主任研究者: 高橋清久、分担研究者: 伊藤順一郎〉
省庁担当部局等	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
入手・閲覧方法	http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/about/index.htm

1. ガイドライン作成の背景

2003年5月の精神保健福祉対策本部中間報告に基づき開催されていた「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」(社会・援護局長私的懇談会)において、ケアマネジメント体制のさらなる検討が具体的課題としてあがったことが当該ガイドライン作成の直接的なきっかけとなっている。

当該検討会の議論においては、精神障害者のケアマネジメント体制は、市町村を実施主体とし、障害保健福祉圏域、都道府県がそれぞれ専門的・案件やスー

パービジョン等の機能を有する重層的な体制の構築が必要とされており、実際にケアマネジメントを行っていくために、市町村、障害保健福祉圏域、都道府県それぞれの役割に応じたケアガイドラインを作成することで、標準的かつより効果的なサービスの提供に資することが求められていた。このように当該検討会の報告書においては、今後の地域生活支援体制作りの担当責任を市町村におき、地域生活支援を円滑に進めるための相談支援(ケアマネジメント)をその要として位置づけていた。

しかし、市町村における精神障害者に対するケアマネジメントの試みの歴史はまだ日が浅く、また、地域による格差も甚だしいのが実情であった。また、担当者自身が精神障害についての理解に乏しい場合もままならず見られていた。そこで、ケアマネジメント担当者責任主体となる市町村の行政担当者や相談支援担当者が、精神障害者に対するケアマネジメントについて、一定のオリエンテーションが得られるような、「わかりやすくシンプルな」ガイドラインを作成することが求められた。

1) 北九州市立大学 基盤教育センター

The University of Kitakyushu Center for Fundamental Education

〒802-8577 福岡県北九州市小倉南区北方4-2-1

4-2-1 Kitagata, Kokuraminami-ku, Kitakyushu, 802-8577, Japan

2) 国立精神・神経センター 精神保健研究所社会復帰相談部
Department of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health

2. ガイドラインの目的

当該ガイドラインの目的は、精神障害者の地域生活支援の中核を担う市町村の行政担当者や相談支援担当者が、精神障害者に対するケアマネジメントについて一定の方向性が得られるよう、その内容や具体的な方法、そしてケアマネジメントの実施に不可欠なシステム作りについて、わかりやすく示すことである。

3. ガイドラインの概要・特徴

第1章は「精神障害者ケアマネジメントの概要」とし、ケアマネジメントとは何か、対象となる精神障害者の状態はどのようなものか、基本的な過程、地域資源の考え方などについて論じている。第2章は「市町村で精神障害者ケアマネジメントを行うためのシステム作り」とし、最初のステップとして担当部署ですべきこと、市町村でケアマネジメントを実施するための基盤整備、実施に当たって市町村に必要なシステムの構造とその機能、機能評価や重度の障害者へのケアマネジメントなど、システム運用の充実の方法を内容としている。

当該ガイドラインの特徴として以下の事柄が挙げられる。

- ① 平成17年度に予定されていた精神保健福祉法改正、障害者自立支援法の成立をにらみ、市町村で展開される精神障害者に対するケアマネジメントの実施指針となることを目的としたこと。
- ② 読者対象は第1に市町村においてケアマネジメントの制度運用に関わる職員、第2にケアマネジメント業務の従事者としたこと。
- ③ ケアマネジメントのシステム作り、維持のための市町村の役割を積極的に打ち出し、行政がマネジメントの責任を持つ「ケアガイドライン」とすることを基調にしたこと。たとえば、窓口業務は市町村が責任を持つ、つまりケアマネジメントの対象となるものを的確に見分ける門番機能を市町村がもつようにした。また、サービス調整会議やケア会議など、市町村は圏域内の複数の組織が集まることに意義のある会議の開催を促進する役割があることを指摘している。さらに、ケアマネジメント事業者の活動のモニタリングの責任も市町

村が持つのが適当としている。

- ④ 精神障害に特有の「不安定性を伴う障害」に注目し、このような障害特性に合ったケアマネジメントを実施するうえでなすべきことを明確にしたこと。具体的には、適切な薬物朗報の維持が重要な資源であると位置づけ、医療機関との連携が重要であることについて言及している。また、ケアマネジメント従事者による継続的な相談などの直接サービスが必要なこと、「不安定性を伴う障害」に即応できるようモニタリングを継続することが必要であることにも言及している。

4. 現在の学術・行政上の活用状況、効果、意義など

本ガイドラインは、障害者ケアマネジメントを実施していくうえでの、市町村が果たすべき役割について明確化できたのではないだろうか。作成の背景でも触れているが、市町村担当者の中にはケアマネジメントについての知識が不足しており、本来率先してケアマネジメントを拡げていかなければならない立場にある行政担当者が、実情を把握し切れていないという問題が生じていた。また、精神障害については社会的な偏見もあり、その障害特性に関する社会的な理解が不足しているという傾向も否めない。したがって、市町村担当者向けのケアマネジメント・ガイドラインは、名実ともに必要不可欠であったと言えることが出来る。とりわけケアマネジメントでは、責任者が不在になる可能性が高く、少なくとも市町村はケアマネジメントについてここまでは理解し、ここまでの責任は引き受けるのが適当という一定のラインが引けたのではないかと考える。

また、本ガイドラインはケアマネジメント未経験者でも理解できるよう、できるだけ分かりやすく書くことを心がけた。したがって、本ガイドラインは、ケアマネジメント初心者がケアマネジメントというもの何指すのか理解するうえで、役立つものになったと思われる。

ただし、本ガイドラインでは市町村がケアマネジメントのための環境をつくっていくよう方向を示していくことが一つの目標ではあったが、本ガイドライン作成時期は障害者自立支援法の立法期に当たっており、障害者福祉領域が混乱をきたし始めた時期と言い換えることも出来る。そのため、本格的にケアマネジメント体制を確立していくよりも、まずは

新法がどのようになるのか見定めようとする動きが市町村にもあったのではないだろうか。また、本ガイドラインで示すような市町村の動きは、行政担当機関内部で一定のリーダーシップを発揮しながら、率先してガイドラインに沿って役割を遂行しているとする者たちの存在があって、はじめて実現する可能性もある。だが、実際には必ずしもそのようなリーダーシップを発揮するような人材が備わっているというわけではなく、また市町村が置かれている環境によってはリーダーシップを発揮しにくい場合もあったと思われる。

5. 今後の展望など

平成18年に、新たに三障害合同でのケアマネジ

メントを射程に入れた上での『ケアマネジメント・ガイドブックー精神障害者編』を作成している。今後の展望については、上記ガイドブックを参照されたい。

6. ガイドラインの主要部分の紹介

本ガイドラインは表1に示す章立てになっている。なお、末尾には付録として、主たる精神障害（統合失調症やうつ病など）についての簡単な説明や、社会資源に関する資料、アセスメント票及びケア計画票の例を添付している。

表 1. ガイドラインの章立て

第1章	精神障害者ケアマネジメントの概要
第1節	ケアマネジメントとは
第2節	サービスを開始するに当たって：精神障害をもつ人の特徴・他障害との違いについて
第3節	ケアマネジメントの基本的な過程
第4節	地域の社会資源について
第2章	市町村で精神障害者ケアマネジメントを行うためのシステム作り
第1節	まずこれを実行しましょう：市町村で行う精神障害者ケアマネジメントについて理解する
第2節	事業を効果的に展開するために：市町村で行う精神障害者ケアマネジメントのための基盤準備をすすめる
第3節	実際に事業を行うために：市町村で行うケアマネジメントのシステムを創り出す
第4節	ケアマネジメントをさらに充実させるために：市町村で行われているケアマネジメントの評価システムを作り、ケアマネジメントの広がりを理解する

【特集1：精神保健研究所のガイドライン研究】

刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き（第4版）

Practice Guideline for Forensic Psychiatric Evaluation of Criminal Responsibility(ver.4.0)

岡田 幸之¹⁾ 安藤 久美子¹⁾ 五十嵐 禎人²⁾ 黒田 治³⁾ 樽矢 敏広⁴⁾
 野田 隆政⁴⁾ 平田 豊明⁵⁾ 平林 直次⁴⁾ 松本 俊彦¹⁾
 Takayuki Okada Kumiko Ando Yoshito Igarashi Osamu Kuroda Toshihiro Taruya
 Takamasa Noda Toyoaki Hirata Naotsugu Hirabayashi Toshihiko Matsumoto

紹介ガイドラインの概要

名 称	刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き
作 成 者	岡田 幸之（国立精神・神経センター 精神保健研究所） 安藤久美子（国立精神・神経センター 精神保健研究所） 五十嵐禎人（千葉大学社会精神保健教育センター） 黒田 治（東京都立松沢病院） 樽矢 敏広（国立精神・神経センター病院 精神科） 野田 隆政（国立精神・神経センター病院 精神科） 平田 豊明（静岡県こころの医療センター） 平林 直次（国立精神・神経センター病院 精神科） 松本 俊彦（国立精神・神経センター 精神保健研究所） 内嶋 順一（みなと横浜法律事務所） 山本 健一（六番町総合法律事務所） 協力：東京地方裁判所、最高検察庁
発 表 年 月 日	平成 21 年 3 月
研 究 費	平成 18～20 年度厚生労働省科学研究費補助金（こころの健康科学）「他害行為を行った精神障害者の診断、治療および社会復帰支援に関する研究」分担研究「他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究」（分担研究者：岡田幸之）
省庁担当部局等	なし
入手・閲覧方法	http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/kantei.htm

1. ガイドライン作成の背景

どうすれば刑事精神鑑定に一定の水準を担保することができるか。これは司法精神医学の長い歴史の中で繰り返し指摘されてきた課題であった²⁾。個々の精神鑑定がおこなわれるなかでは問題点が指摘されることもあったが、それが精神鑑定全体に普遍化される解決をもたらすことはなかった。

そこで、この問題について積極的に検討がおこなわれるべきであるという視点から、厚生労働省科学研究費補助金（こころの健康科学）による研究が行われることになった。まず平成14～17年度には「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、

1) 国立精神・神経センター 精神保健研究所
 National Institute of Mental Health, National Center of
 Neurology and Psychiatry
 〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
 4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553 Japan
 2) 千葉大学社会精神保健教育センター
 Center for Forensic Mental Health, Chiba University
 3) 東京都立松沢病院
 Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital
 4) 国立精神・神経センター病院 精神科
 National Center Hospital of Neurology and Psychiatry
 5) 静岡県こころの医療センター
 Shizuoka Psychiatry Treatment Center

社会復帰等に関する研究（主任研究者：松下正明）」のなかの分担研究である「責任能力鑑定における精神医学的評価に関する研究（平成14、15年度分担研究者：森山公夫、平成16、17年度分担研究者：樋口輝彦）」のなかで、そしてこの研究を引き継ぐかたちで、平成18年度～20年度には、「他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究（主任研究者：山上皓）」のなかの分担研究である「他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究（分担研究者：岡田幸之）」による作業が、現在までにおこなわれてきた。

この作業の中で、なんらかの実用的な成果物を精神鑑定の現場に提供することが、もっとも問題を解決する上で実効性があるのではないかという方針がたてられ、この平成14年度からはじまった研究の成果が、段階的にいくつかの改定を重ねられながら日性14年度以降は、「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き」として報告されるに至っている。

また、この作業の過程で、平成21年度5月から「裁判員制度」が開始されることが予定され、鑑定書には裁判員裁判に参加する一般市民にも利用される可能性があるという視点を盛り込む必要も出てきた。こうしたニーズにこたえることも、この手引きに策定にあたっての課題となっている。

2. ガイドラインの目的

すでに述べた通り、この「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き」が提案されている目的は大きく2点ある。

第一は、刑事責任能力鑑定の標準化である。もっとも、刑事責任能力というものの自体に明確な定義があるわけではないし、個々の事例の詳細な検討によって最終的な判断はなされるうえ、とりわけ刑事責任能力の最終的な判断は法的になされるものであるから、鑑定の「結論」を一定のものにすることはできないし、ある意味でそうすべきではない。したがって、ここでいう標準化とは、鑑定書を作成する手続きや思考作業のしかたについてこれを追及するということである。

第二は、裁判員制度における利用を念頭に置いた鑑定書書式の提案である。これは手引き作成の作業をすすめるなかで、途中から加わった目的である。裁判員制度では、一般人である裁判員が鑑定書を読むことになること、また鑑定書が証拠として法廷に

提出されるとその全文朗読が基本となること、法廷が3日間の連続開催で終えるものが7割以上と予想されているなかで裁判員が宿題などのかたちで鑑定書を法廷外で読むことはないということ、などの事情に合わせる必要があるということである。

ただ、あくまでも本研究の主眼は第一においている。まずは、鑑定人の中の必要以上のばらつき（容認、あるいは肯定されるべき合理的なばらつきというものはある）をなくすことが、第二の目的を達成するうえでも、必須の前提となるからである。

3. ガイドラインの概要・特徴

この手引きでは、刑事責任能力鑑定がその法的な目的に資する上で、最低限、考察しておくほうがよいことがら、そして記載すべきことがらを整理することにした。全体の構成は、刑事責任能力に関して鑑定書での意見を構成するための要点の解説、そして具体的な事例6つをあげて書式の紹介からなる。

とくに刑事責任能力に関して鑑定書での意見を構成するための要点（弁識能力や制御能力の視点による整理、7つの着眼点など）については、一般精神医学のなかではあまり検討することはないし、場合によっては精神医学の専門領域を超えた判断ともいえる事項があげられている。この点については疑問も指摘されている。しかし結局、法廷で鑑定人はこれらの点について法律関係者から意見を求められる。そこで本手引きでは、あらかじめ鑑定人もこの点について考察しておき、そしてもしその答えがないとか、不明確であるというのであれば、その旨、そしてその理由などを整理して準備するほうがよいという視点から、このような要点を挙げている。

また、本手引きの策定にあたっては、米国のAmerican Academy of Psychiatry and the Lawによるガイドライン¹⁾を参考にしている。さらに、策定の作業には、弁護士、検察官、裁判官といった法実務家の協力を得ていることも特色である。

4. 現在の学術・行政上の活用状況、効果、意義など

この手引きの初版が具体的なかたちで提示されたのは平成17年である。発表以来、現在までに精神鑑定の現場でも少しずつ利用されてきており、作成者らの研究班にもその使用の経験に基づく意見がフィードバックされている。また裁判員制度をにらんで、裁判所や検察庁も鑑定のあるかたについて再

検討をしているが、そのようななかで、たとえば最高検察庁が全国の地方検察庁むけに紹介している鑑定書式は、本手引きによる書式を参考にして策定された。このように、本手引きは精神鑑定の現場に一定の意義をもたらしているものであるといえる。

5. 今後の展望など

現行のガイドラインについては、その有用性が現場の精神科医や法実務家からの意見によって確認されている。しかし、同時に問題点も指摘されている。たとえば、可知論的な視点が安易に強調されることによって、非常に重症の統合失調症者においても刑事責任能力が肯定される方向へとこれまでよりも傾きやすくなるといったことである。こうした意見にも慎重に耳を傾けながら、また、裁判員制度の動向もみながら、今後も改定を行っていく必要があるといえる。

もっとも「標準化」という本手引きの第一の目的のためには、あまり変更や改定をしないほうがよいという指摘もある。けれども、むしろ現場からの意見に基づいてある程度の柔軟性をもって改定を重ね、一層の実効性を高めることこそが、現実的な標準化に結びつくものと考えている。

6. ガイドラインの主要部分の紹介

本手引きは、表1に示す章立てになっている。手引きの骨格は、刑事責任能力の考え方の要点（第1、3章）と書式の紹介（第4、5章）の2つからできている。考え方の要点としては、たとえば、不可知論よりも可知論にたつた検討をしておくほうがよいこと、精神障害の診断名があつても必ずしも責任能力の障害があつたと認められるわけではないこと、責任能力と医療の必要性は異なる視点で整理されるべきであること、などがあげられている。

なお、本手引きの概略を紹介した論文³⁾もある。手引きと書式は、インターネット上からのダウンロードが可能であり、自由に利用することができる。そして、その感想や意見などのフィードバックを受けて、今後の改定に反映させたいと考えている。

引用文献

- 1) American Academy of Psychiatry and the Law Task Force: Practice Guideline for Forensic Psychiatric Evaluation of Defendants Raising the Insanity Defense. *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* 30 (2) : Suppl., 2002. (岡田幸之、松本俊彦、安藤久美子ほか訳: 米国の刑事責任能力鑑定—「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介(その1) 刑事責任能力判断の要点とその変遷。犯罪学雑誌 72 (6) : 177-188, 2006. (その2) 心神喪失抗弁における精神活性物質中毒と非伝統的な精神障害の扱い。犯罪学雑誌 73 (1) : 15-26, 2007. (その3) 鑑定の実務と倫理にかんする留意事項。犯罪学雑誌 73 (2) : 36-47, 2007. (その4) 鑑定人の意見のまとめかたと証言。犯罪学雑誌 73 (4) : 108-120, 2007.
- 2) 岡田幸之: 精神鑑定の現状と問題点、松下正明(総編): 臨床精神医学講座、中山書店、東京、pp. 106-116, 1998
- 3) 岡田幸之、松本俊彦、五十嵐禎人ほか: 刑事精神鑑定書の書き方—「刑事責任能力に関する鑑定書作成の手引き」の開発—。精神科治療学 23 (3) : 367-361, 2008

表 1. ガイドラインの章立て

第1章	刑事責任能力の考え方
第2章	鑑定にあたっての問診～鑑定面接を効率よくおこなうために
第3章	鑑定の考察にあたっての7つの着眼点～精神障害と事件との関係を整理し、法廷に備えるために
第4章	刑事責任能力の鑑定書の整理方法～鑑定書式とその解説
第5章	刑事責任能力の鑑定書の作成～典型的なケースの作成例
	1. 統合失調症(急性期例) 2. 統合失調症(慢性期例) 3. うつ病
	4. 発達障害 5. パーソナリティ障害 6. 薬物・アルコール関連障害

特 集 2
認知行動療法の現在

【特集2: 認知行動療法の現在】

不眠症に対する認知行動療法 Cognitive Behavior Therapy for Insomnia

宗澤岳史¹⁾ 三島和夫²⁾

Takeshi Munezawa Kazuo Mishima

【抄録】

不眠症は夜間の苦痛のみならず、心身の不調および社会的問題を引き起こす深刻な障害である。一方、現在主流のベンゾジアゼピン系薬物を中心とした薬物療法には副作用などの問題が存在する。本稿では、薬物療法の補助・代替医療として注目されている不眠症に対する認知行動療法 (CBT-I) について概説し、その有効性を示す研究を紹介した上で、CBT-Iの課題と役割について考察した。今後、CBT-Iが実証的な治療体系として確立するには、その理論的基盤を示す研究が重要であると提案したい。

Key words:

Insomnia, Sleep, Cognitive Behavior Therapy, Review.

I. 緒言

不眠症は一般臨床において最も訴えの多い障害の一つであり、週に3日以上の不眠症状がある者は16-21%、日中の障害を伴う不眠症は9-15%に認められている³⁹⁾。日本の疫学調査²⁶⁾によれば、不眠症は一般人口の21.4%に認められることが報告されている。不眠症は不眠症状による苦痛感だけでなく、疲労、イライラ、不安、気分の落ち込み、物質濫用、身体機能の悪化、長期欠勤、集中力や記憶力の低下、対人関係上の問題悪化、日中の眠気による交通事故の危険性など、多くの心身ならびに社会的問題と関連している^{1), 12), 45)}。また、うつ病の発症リスクの一因であるとも考えられており⁴⁹⁾、不眠症がもたらす影響の深刻さが問題視されている。

現在、不眠症の治療として最も一般的なものは薬物療法であり³²⁾、諸外国では睡眠薬を使用してい

る者は一般人口の3-10%^{28), 38)}、高齢者では20%^{20), 56)}に上ると報告されている。睡眠薬は不眠症状の改善に確かな効果を持つが²¹⁾、睡眠薬の長期使用によって認知と記憶に障害を起こしやすくなることや⁴³⁾、高齢者においては転倒と骨折の危険性となることなど¹¹⁾、副作用の問題が存在することから、アメリカ国立衛生研究所³⁷⁾は睡眠薬の長期使用は避けるべきであるとしている。また、一部の睡眠薬においては、毎日使用した場合は2-6週間で効果に耐性が生じる上⁵³⁾、急に薬を止めると不眠症状のリバウンド⁵³⁾や、不安の増加¹⁷⁾などの離脱症状が生じる危険性もある。睡眠薬を適切に使う限りにおいては、薬物療法は安全な治療法であるが、このような副作用や耐性、離脱症状によって、不眠症状が改善したとしても睡眠薬を止められず、慢性的な使用につながる者が数多くいる³³⁾。このような問題から、不眠症の治療には薬物療法の補助・代替となる治療法が求められており、その最も有力な治療法が不眠症に対する認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy for Insomnia; 以下CBT-Iと表記する) である。

II. 認知行動療法

認知行動療法は、行動療法と認知療法という2つの治療法を治療原理とする。行動療法は、「反応(行動)は条件付け学習によって得られた結果である」という条件付け理論^{22), 51)}を基盤とし、これを臨床症状

1) 日本大学医学部社会医学系公衆衛生学分野
Division of Public Health, Department of Social Medicine, Nihon University School of Medicine
〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町30-1

30-1 Ohyaguchikamimachi, Itabashi-ku, Tokyo 173-8610, Japan
TEL. 03-3972-8111 (EXT. 2272) FAX. 03-3972-5878
E-mail: munezawa@med.nihon-u.ac.jp

2) 国立精神・神経センター精神保健研究所 精神生理部
Department of Psychophysiology, National Institute of Health.

に展開させたものである。行動療法では、不安や行動障害を誤った（不適切な）反応が学習された結果と捉え、正常な（適切な）反応を学習することで問題の解決を試みる。一方、認知療法は、Beckの認知療法⁵⁾やEllisの論理情動療法¹⁴⁾を基盤とするもので、「気分や感情の変化をもたらすものは、出来事そのものではなく、出来事に対する認知の仕方（内容や評価）である」と捉え、認知を変化させることで問題症状の改善を試みる。行動療法は1950年代から、認知療法は1960年代半ばから発展したものであり、これら各治療法の発展を礎とし、1980年代後半に両治療法が融合して治療体系として確立されたものが認知行動療法である。認知行動療法の中心は認知療法であり、治療の枠組みの中で行動療法の技法が用いられる。ただし、認知行動療法で用いられる行動療法の技法は、認知の役割が重視されているため、認知的な技法として扱われる場合もある。認知行動療法は実証にもとづいた治療を基本理念としているため、綿密で量的なアセスメントを行うこと、効果が実証された技法を用いることなどが重視され、短期間で効果を上げることを目標としている。認知行動療法は、これまでにうつ病⁵⁾やパニック障害⁹⁾、強迫性障害⁴⁶⁾などに有効性が認められており、アメリカ心理学会のタスクフォース¹⁰⁾によって「十分に確立された治療法」として評価されている実証性の高い治療法である。

Ⅲ. 不眠症に対する認知行動療法

CBT-Iの技法の中で最もよく知られているのは刺激制御法⁷⁾と睡眠制限法⁵⁴⁾という2つの行動療法である。不眠症者には不眠経験や、寝床で眠ること以外の行動（本を読む、テレビを見るなど）によって、本来は「眠る場所」として条件付けられていた寝床が、「眠れない苦痛を伴う場所」や「起きて活動する場所」などのように不適切に条件付けられている状態が認められることがある。この状態では、寝床に入ると目が覚める、考え事をするなどの不眠の原因となる現象が引き起こされやすく、寝つきの悪さや中途覚醒頻度の増加をもたらす原因となる。このような状態を修正するため、不眠症者に「寝床では眠る以外の行動をしない」、「眠れないときは寝床から離れる」などの決まりを守るように指示し、寝床が睡眠を誘引する適切な刺激として機能するように再条件付けする方法が刺激制御法と睡眠制限法である。刺激制

御法と睡眠制限法は1970～80年代に開発された比較的古い治療法であるが、現在のCBT-Iの根幹とも言える治療法である。

認知行動療法は①障害における鍵となる認知を特徴づける、②鍵となる認知の役割について仮説を立て検証する、③鍵となる認知を持続させている要因を研究する、という3段階を経て問題の構造化が行われる^{9),46)}。そのため、CBT-Iにおいても不眠症状と関連する認知について検討した上で、その対処や変容を促すアプローチが重要とされる。そこで用いられるのが、認知療法^{5),14)}である。認知療法は、Beckの古典的な認知療法⁵⁾の手技を指す場合もあるが、CBT-Iにおける認知療法はBeckの認知療法を中心としつつも、認知の変容を目的としたアプローチ全体を指すことが多いようである²⁹⁾。これまで、CBT-Iは刺激制御法や睡眠制限法などの行動療法が主体であり、認知療法については研究が遅れていた。しかし近年、不眠症に関連する認知の重要性に注目が集まるようになり¹⁹⁾、研究も増加してきている。不眠症に関連する認知の中でも特に「睡眠に対する非機能的な信念と態度」とそれに誘引される2種類の自動思考;①入眠時のネガティブで持続的な思考、②日中の占有的な思考、は不眠症者の訴えの中核であると考えられている^{19),29)}。またこれらの不適切な認知を持続させる要因として、不眠症者の注意バイアスや安全行動（不適切な対処行動）なども問題として取り上げられることが多い¹⁹⁾。認知療法では、このような不眠症者が抱える認知的問題に対して、対処法の教育や認知内容の変容を行う。認知療法の手技は多様であり、障害によっても異なるものであるが、不眠症に対しては特に、①睡眠日誌や思考記録を用いた思考内容の再構成、②気そらしやイメージ・トレーニングを用いた自動思考への対処、③リラクゼーションを用いた逆制止、④安全行動の除去と代替行動の獲得、などが多く用いられている^{19),29),35)}。

これまでのCBT-Iに関する研究は、行動療法を主体としたものが多く認知療法は含まれないものも多かった³¹⁾。しかし近年は行動療法と認知療法の2つの治療法を軸とし、睡眠衛生教育や睡眠スケジュールの指導、心理教育などの教育的アプローチを加えて構成されることが一般的になっているようである。

IV. 不眠症に対する認知行動療法の有効性

CBT-Iの有効性について、Edinger らが行った無作為化比較対照研究¹³⁾では、CBT-Iを受けた群はリラクゼーション治療のみを受けた群やプラセボ群と比較して、有意に治療効果が大きかった(表1)。また複数のメタアナリシス^{15), 36), 52)}による検討においても、CBT-Iの効果が確認されている。これらの結果から、CBT-Iは不眠症の治療に対し、有効であると判断できる。Sivertsenら⁵⁰⁾はzopicloneを用いた薬物療法とCBT-Iの治療効果を無作為化比較対照研究によって検証している。その結果、CBT-Iを受けた群のほうが睡眠効率と徐波睡眠(睡眠段階3と4)の長さについて、治療効果が高いことが確認

された(表2)。またMorinらのグループの一連の研究^{3), 30)}において、CBT-Iが睡眠薬の減薬・中止を助ける効果があることも報告されている。これらの報告から、CBT-Iは不眠症に対する治療効果だけではなく、薬物療法の補助・代替医療として、さらには睡眠薬を減薬・中止する方法の一つとしても有効であると判断できる。

V. 不眠症に対する認知行動療法の課題

これまでの研究成果から、CBT-Iは不眠症に対する治療効果、および睡眠薬の減薬・中止を助ける働きを有することが確認されている。しかし、CBT-Iには解決すべき課題も残されている。

表1. 不眠症に対する認知行動療法の効果

Edinger ら¹³⁾から改変して引用。睡眠指標はPolysomnographyにより評価

	Baseline	CBT-I	RT	PL	P value	Post-hoc tests
Total sleep time, min	352.1	372.4	337.9	334.0	0.02	CBT-I>PL
Middle wake time after sleep onset, min	50.8	30.1	50.6	66.4	0.02	CBT-I<PL
Terminal wake time after sleep onset, min	14.1	4.2	10.2	12.4	0.02	CBT-I<PL
Sleep efficiency, %	77.8	85.5	78.1	75.7	<0.01	CBT-I<RT and PL

CBT-I: Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia

RT: Relaxation Training

PL: Placebo

表2. CBT-Iとzopicloneの治療効果の比較

Sivertsen 5⁵⁰⁾から改変して引用。睡眠指標はPolysomnographyにより評価

	CBT-I	ZOP	PL	P value	Post-hoc tests
Sleep efficiency, %					
Pretreatment	81.4	82.3	78.9		
Posttreatment	88.9	81.5	76.2	<0.01	CBT-I, ZOP>PL
6-Mo follow-up	90.1	81.9		<0.01	CBT-I>ZOP
Slow-wave sleep, min					
Pretreatment	63.1	76.8	79.5		
Posttreatment	80.3	61.7	69.1	<0.01	CBT-I>ZOP, PL
6-Mo follow-up	84.4	59.2		<0.01	CBT-I>ZOP

CBT-I: Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia

ZOP: Zopiclone

PL: Placebo

1. 統合的な治療体系の確立

数年前と比較して、CBT-Iの認知度は大きく上がったと言える。これはここ数年間で発表された不眠症への治療効果に関する報告^{13), 31), 50)}によるところが大きい。確かに、これらの報告はCBT-Iの意義を示すのに大きな貢献を果たした。しかし、そこで用いられているCBT-Iは研究ごとに治療手技が異なり一貫性を欠くなど研究方法論上の問題が存在する。これまで、CBT-Iは刺激制御法に代表される行動療法を主体としてきたため、認知療法の手技の発展が遅れていた。また、現在の用いられている治療手技の理論的根拠を検証した基礎研究の数も少なく、行動療法と認知療法の機能的な融合も果たされていない。これは、1980年代には既に統合的な治療体系が確立していた他の障害に対する認知行動療法^{5), 9), 46)}と比較すると、かなり遅れていると言える。今後、CBT-Iが実証的で体系的な治療として確立されるためには、認知療法の手技の発展、治療手技の理論的根拠を検証する実験的研究の増加、そして行動療法と認知療法が機能的な融合を果たすことが必要不可欠である。この点について、現在の研究は十分であるとは言えず、今後の課題として考えられる。

2. 効率的な睡眠薬の減薬・中止の方法の開発

CBT-Iの果たすべき役割の一つとして、睡眠薬の減薬・中止の補助が挙げられる。これについてMorinらの研究グループは、一定の成果を上げているが、睡眠薬の減薬・中止に至らない者も30%程度は存在する^{3), 30)}ことを踏まえると、より効率的な睡眠薬の減薬・中止を達成する方法の開発は重要な課題である。Morinらの方法ではCBT-Iの治療内容は従来のものと変わらず、漸減的な服薬計画の補助としてCBT-Iを用いていた。しかし、CBT-Iの治療内容を、睡眠薬の減薬・中止を目的として構成することで、より効率的に睡眠薬の減薬・中止を達成できるかもしれない。そのために、今後、睡眠薬の服用に対する考え方や態度、薬に代わる対処方法などを検討し、睡眠薬使用に関わる認知行動的な理論基盤を検証することが望まれる。

3. 日本における普及

近年の研究成果により、諸外国においてCBT-Iは広く認知されつつある。しかし、CBT-Iに関する報告はそのほとんどが欧米諸国のものであり、アジア

地域で行われた研究は皆無に等しい。本邦においても、著者らが行った実践報告^{34), 35)}はあるものの、臨床現場での普及には至っていない。不眠症、および睡眠薬の慢性使用で悩む患者は本邦にも多数存在すると考えられることから、CBT-Iの普及は本邦における大きな課題であると言える。そのためには、今後、CBT-Iの治療内容を定式化することや、広く実践家を育成していくことが重要であると考えられる。

VI. 不眠症に対する認知行動療法の今後の役割

治療体系として未熟な部分は残すものの、これまでの研究成果は、CBT-Iが不眠治療に大きな役割を果たすものであることを示している。ただし、これまでの研究においてCBT-Iの役割は、①不眠症に対する治療効果、②睡眠薬の減薬・中止を助ける効果の2つの効果に焦点が当てられてきた。しかし、今後はより多岐に渡る場面において、CBT-Iが用いられていくことが予想される。

1. 集団認知行動療法への発展

これまで、認知行動療法は個別の治療が中心であったが、近年では集団を対象とした治療も行われるようになってきている⁶⁾。医療現場は、認知行動療法に十分な時間を確保できないことや、認知行動療法を実践できる治療者の数が少ないこと、さらには認知行動療法の経済効率が悪いなどの問題を抱えており、これは本邦にも当てはまる。個別の認知行動療法から、集団に対する認知行動療法（集団認知行動療法）へ治療形態を発展することは、物理的、経済的合理性の観点からも、有効な方法であると言えるだろう。また、社会的な関わりが減少しがちな高齢の不眠症者にとって、他者との関わりが生じる集団療法に参加することは、コミュニケーション能力の回復や向上といった点でも有益であると考えられる。

CBT-Iの治療形態を個別、集団、電話相談に分け、治療効果の比較を行ったBastienら⁴⁾の研究では、3つの治療形態の間で治療効果に有意な差は認められなかった。しかし、この研究で用いられた集団療法の治療内容は、集団療法の特性が十分に生かされていないという問題点を有していたと考えられる。集団療法は、参加者同士がコミュニケーションを取ることで、自分が抱える問題に対する気づきが促されたり、治療動機が向上するなどの集団療法の特性を生かした相互作用的な効果が重視される⁶⁾。

CBT-Iを集団認知行動療法として発展させるためには、これまで個別で用いられてきたCBT-Iの治療内容を集団療法に適した治療内容に修正、発展させる必要がある。そこで注目されているのが、マインドフルネス・トレーニング²⁴⁾を取り入れた治療法である。マインドフルネス・トレーニングとは、治療に参加した者に対し、マインドフルネスの主要な考え方(評価をしないこと(non-judging)、待つ/耐えること(patience)、初心(beginner's mind)、信じること(trust)、解決しようとしなないこと(non-striving)、受容すること(acceptance)、過ぎ行かせること(letting go))を教え、体験として理解させるものであり、座禅の要素を含む瞑想法を取り入れる場合もある。マインドフルネス・トレーニングは主にうつ病の予防的介入⁴⁷⁾に成果を上げているが、全般性不安障害やパニック障害などの不安障害に対しても効果が認められることが報告されており²⁵⁾、様々な障害に対して適用可能な治療法と言える。マインドフルネス・トレーニングは集団による治療を基本とすることから、前述した集団療法の利点が含まれていることに加え、座禅などの要素を含んだ治療内容は日本人にとっても親しみやすいものであると考えられる。マインドフルネス・トレーニングを不眠症の治療に用いた研究はまだ少ないが、Ongら⁴⁰⁾は、CBT-Iにマインドフルネス瞑想法を取り入れた集団療法が不眠症状に有効であったことを報告している。また本邦では、尾崎ら⁴²⁾が地域住民に対する集団健康教育にCBT-Iとマインドフルネス・トレーニングを取り入れ、精力的な活動を行っている。今後、マインドフルネス・トレーニングを取り入れることで、CBT-Iが集団認知行動療法として発展していくことを期待したい。

2. 不眠症と他の精神障害を合併した症例の治療

不眠症は他の精神障害との合併性が高い障害である。主な精神障害における合併率は、うつ病73.3%⁴¹⁾、パニック障害68%⁴⁸⁾、強迫性障害64.2%²³⁾、全般性不安障害56%²⁾、外傷後ストレス障害60-70%⁴⁴⁾、であると報告されており、特にうつ病については合併率の高さなどから大きな問題であると考えられている。一般的に、精神疾患に伴う不眠症は二次的な症状として扱われ、これまでは積極的に治療標的としない傾向が認められた¹⁸⁾。このような考え方は、不眠症に対する適切な早期治

療を妨げるだけではなく、精神疾患自体に対しても好ましくない影響を与えると考えられる。例えばうつ病に関して言えば、不眠症はむしろうつ病に先行して生じ、その発症リスクを高めることが確認されており^{8),16)}、不眠症を積極的に対処すべき併存疾患として扱うべきであるとの指摘が繰り返されている。しかし、精神疾患と不眠症の合併症例の場合、基礎疾患の治療のためにすでに各種の向精神薬を服用している場合が多く、不眠治療のために睡眠薬を追加することは多剤併用など、新たな問題を生む可能性がある。このことから、合併症例の不眠治療に非薬物療法であるCBT-Iが果たす役割は大きいと言える。

残念ながら、現在までに不眠症と他の精神疾患を合併した症例に対してCBT-Iによる治療を行った研究はほとんどない。しかし、近年、うつ病と不眠症を合併した症例に対して、CBT-Iによる治療によってうつ症状と不眠症状の両方に効果が認められたことが報告された^{27),55)}。これらの報告はうつ病に限られるものであるが、今後はうつ病だけでなく、不眠症と合併する様々な障害に対してCBT-Iの効果を検証する研究が増えることが期待される。

VII. 終わりに

CBT-Iは不眠症に対する治療効果のみならず、睡眠薬の補助・代替医療としても有効な治療法である。将来的には不眠治療にCBT-Iが果たす役割は非常に大きなものとなるだろう。しかし、CBT-Iは近年になって急速に発展した治療法であるため、治療内容の体系化が不十分であるなど、解決すべき課題も多く残されている。今後、CBT-Iが実証的な治療法として社会に浸透していくためには、治療効果を裏付ける実験的検討や、不眠症者の特性に関する臨床的観察など、CBT-Iの理論基盤を構築することが重要であると提案したい。

文献

- 1) American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed)*, Author, Washington, DC, 1994.
- 2) Anderson DJ, Long R, Crow RR: A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 141: 572-575, 1984.
- 3) Baillargeon L, Landreville P, Verreault R, et

- al: Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated through cognitive-behavioral therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *CMAJ* 169: 1115-1120, 2003.
- 4) Bastien CH, Morin CM, Ouellet MC, et al: Cognitive-behavioral therapy for insomnia: comparison of individual therapy, group therapy, and telephone consultations. *J Consult Clin Psychol* 72: 653-659, 2004.
 - 5) Beck AT: *Depression*, Harper & Row, New York, 1967.
 - 6) Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM: *Cognitive-behavioral therapy in groups*, Guilford Press, New York, 2006.
 - 7) Bootzin RR, Epstein D, Wood JM: Stimulus control instructions. In Hauri P (ed), *Case studies in insomnia*, Plenum Press, New York, pp. 19-28, 1991.
 - 8) Chang PP, Ford DE, Mead LA, et al: Insomnia in young men and subsequent depression. The Johns Hopkins Precursors Study. *Am J Epidemiol* 146: 105-114, 1997.
 - 9) Clark DM: Anxiety states: panic and generalized anxiety. In Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, et al (eds), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. a practical guide*, Oxford, Oxford University Press, pp. 97-128, 1989.
 - 10) Crits-Christoph P, Frank E, Chambless DL, et al: Training in empirically validated treatments: what are clinical psychology students learning? *Professional Psychology* 26: 514-522, 1995.
 - 11) Cumming RG, Le Couteur DG: Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people: a review of the evidence. *CNS Drugs* 17: 825-837, 2003.
 - 12) Edinger JD, Wohlgemuth WK: The significance and management of persistent primary insomnia: the past, present and future of behavioral insomnia therapies. *Sleep Med Rev* 3: 101-118, 1999.
 - 13) Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, et al: Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled Trial. *JAMA* 285: 1856-1864, 2001.
 - 14) Ellis A: *Reason and emotion in psychotherapy*, Lyle Stuart, New York, 1962.
 - 15) Epie CM, Culbert JP, Schwartz MS: Non-pharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 151: 1172-1180, 1994.
 - 16) Ford DE, Kamerow DB: Epidemiological study of sleep disturbances and psychiatric disorders. *JAMA* 262: 1479-1484, 1989.
 - 17) Hanin B, Marks J: Dépendance aux benzodiazépines et syndrome de sevrage: Revue de la littérature [Benzodiazepines dependence and withdrawal syndrome: a review of the literature]. *Psychiatrie et Psychobiologie* 3: 347-364, 1988.
 - 18) Harvey AG: Insomnia: symptom or diagnosis? *Clin Psychol Rev* 21: 1037-1059, 2001.
 - 19) Harvey AG: A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther* 40: 869-893, 2002.
 - 20) Hohagen F, Käppler C, Schramm E, et al: Prevalence of insomnia in elderly general practice attenders and the current treatment modalities. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 90: 102-108, 1994.
 - 21) Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, et al: Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ* 162: 225-233, 2000.
 - 22) Hull CL: *Principles of behaviour*, Appleton Century, New York, 1943.
 - 23) Insel TR, Gillin JC, Moore A, et al: The sleep of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 37: 85-92, 1982.
 - 24) Kabat-Zinn J: *Full Catastrophe Living: The program of the stress reduction clinic at the university of Massachusetts medical center*, Delta, New York, 1990.
 - 25) Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, et al: Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 149: 936-

- 943, 1992.
- 26) Kim K, Uchiyama M, Okawa M, et al: An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. *Sleep* 23: 41-47, 2000.
- 27) Manber R, Edinger JD, Gress JL, et al: Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep* 31: 489-495, 2008.
- 28) Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH: Insomnia and its treatment: Prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiatry* 42: 225-232, 1985.
- 29) Morin CM: Insomnia: psychological assessment and management. Guilford Press, New York, 1993.
- 30) Morin CM, Bastien C, Guay B, et al: Insomnia and chronic use of benzodiazepines: a randomized clinical trial of supervised tapering, cognitive-behavior therapy, and a combined approach to facilitate benzodiazepine discontinuation. *Am J Psychiatry* 161: 332-342, 2004.
- 31) Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, et al: Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep* 29: 1398-1414, 2006.
- 32) Morin CM, LeBlanc M, Daley M, et al: Epidemiology of insomnia: Prevalence, strategies and consultations initiated, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med* 7: 123-130, 2006.
- 33) 宗澤岳史, 井上雄一: 原発性不眠症における睡眠薬の服用長期化に関連する要因の検討. *精神科治療学* 22: 1035-1041, 2007.
- 34) 宗澤岳史, 井上雄一: 不眠症—ケースカンファレンス—. *睡眠医療* 3: 183-190, 2007.
- 35) 宗澤岳史, 井上雄一: 睡眠障害. 内山喜久夫, 坂野雄二 (編): 認知行動療法の技法と臨床. 日本評論社, 東京, pp. 214-222, 2008.
- 36) Murtagh DR, Greenwood KM: Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 63: 79-89, 1995.
- 37) National Institutes of Health: National Institutes of Health state of the science conference statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. *Sleep* 28: 1049-1057, 2005.
- 38) Ohayon MM, Caulet M: Psychotropic medication and insomnia complaints in two epidemiological studies. *Can J Psychiatry* 41: 457-464, 1996.
- 39) Ohayon MM: Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 6: 97-111, 2002.
- 40) Ong JC, Shapiro SL, Manber R: Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: a treatment-development study. *Behav Ther* 39: 171-182, 2008.
- 41) 大熊輝雄, 今井司郎, 中村貴一: うつ病と睡眠. *臨床脳波* 16: 277-285, 1974.
- 42) 尾崎章子, 宗澤岳史, 古谷由紀子, 他: 地域住民を対象とした睡眠に関する集団健康教育プログラムの検討 (第1報) —認知行動療法を取り入れたプログラムの開発—. *日本睡眠学会第33回定期学術集会プログラム・抄録集*, 190, 2008.
- 43) Paterniti S, Dufouil C, Alperovitch A: Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the epidemiology of vascular aging study. *J Clin Psychopharmacol* 22: 285-293, 2002.
- 44) Ross RJ, Ball WA, Sullivan KA, et al: Sleep disturbances as hallmark of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 146: 697-707, 1989.
- 45) Roth T, Ancoli-Israel S: Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey II. *Sleep* 22: S354-S358, 1999.
- 46) Salkovskis P M: Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behav Res Ther* 23: 571-583, 1985.
- 47) Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD: Mindfulness-

- based cognitive therapy for depression, Guilford Press, New York, 2001.
- 48) Sheehan DV, Ballenger J, Jacobsen G: Treatment of endogenous anxiety with phobia, hysterical and hypochondriacal symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 37: 51-59, 1980.
- 49) Simon G, VonKorff M: Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *Am J Psychiatry* 154: 1417-1423, 1997.
- 50) Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S, et al: Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults; a randomized controlled trial. *JAMA* 28: 2851-2858, 2006.
- 51) Skinner BF: *Cumulative record*, Appleton Century, New York, 1959.
- 52) Smith MT, Perlis, ML, Park A, et al: Behavioral treatment vs pharmacotherapy for insomnia-a comparative meta-analysis. *Am J Psychiatry* 159: 5-11, 2002.
- 53) Soldatos CR, Dikeos DG, Whitehead A: Tolerance and rebound insomnia with rapidly eliminated hypnotics: a meta-analysis of sleep laboratory studies. *Int Clin Psychopharmacol* 14: 287-303, 1999.
- 54) Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ: Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep* 10: 45-56, 1987.
- 55) Taylor DJ, Lichstein KL, Weinstock J, et al: A pilot study of cognitive behavioral therapy of insomnia in people with mild depression. *Behav Ther* 38: 49-57, 2007.
- 56) Walsh JK, Schweitzer PK: Ten-year trends in the pharmacological treatment of insomnia. *Sleep* 22: 371-375, 1999.

Abstract

Insomnia is related to mental and physical, and social problems. The hypnotic medication is the most prevalent treatment of insomnia but it has a risk of side effects. Cognitive Behavior Therapy for Insomnia (CBT-I) is a promising treatment as assistance and alternative treatment of hypnotic medication. We reviewed outline of CBT-I, and introduced the research that shows the effectiveness of CBT-I. Besides, we discussed issues and roles of CBT-I. We suggest the importance of the composition of the theory base so that CBT-I may infiltrate the society as an empirical treatment in the future.

【特集2: 認知行動療法の現在】

統合失調症の認知行動療法: エビデンス、認知モデル、実践

Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis: Evidence, cognitive model and practice

菊池 安希子

Akiko Kikuchi

I はじめに

「妄想は訂正不能・了解不能である」⁵⁶⁾というのは、精神医学を学ぶ者であれば、誰でも一度は学ぶ内容である。妄想的訂正不能性・了解不能性は、もはや一つの前提として多くの精神保健専門家の知識体系の中に刻み込まれており、「聞き過ぎるとかえって悪くするので、なるべく日常生活の話に戻してゆく」といった対応方針を学んだ者も多いだろう。ところが1990年代以降に無作為割付比較対照試験が次々と報告されるようになった「精神病（主に統合失調症）の認知行動療法 Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis（以下、CBTp）」は、妄想であっても認知再構成（≒訂正）が可能な場合があることを前提とした心理学的介入法である。幻覚・妄想についても、患者自身から情報収集しながら協働して対処法を探したり、現実性の検証をしてゆく。CBTpは、これまで前提としてきた「訂正不能・了解不能」「聞き過ぎない」と一見すると矛盾するように思われるため、整合性のつけかたに戸惑いを覚える臨床家も少なくないようだ。

本稿では上記のような戸惑いに少しでも答えるために、現時点でのCBTpのエビデンスに触れた後、CBTpを実施する際に有用な心理学的モデルと治療の流れを提示し、最後にCBTpの今後の方向性について記載したい。

II CBTpのエビデンス

うつ病の認知療法で知られるBeckが1952年に体系化された妄想をもつ統合失調症患者に認知療法を

適用した事例を発表していた³⁾ことはあまり知られていない。しかしその後の1960年代から1970年代にかけては、統合失調症に対する個人精神療法の効果が対照群を設定したトライアルにおいて否定されたこともあり、統合失調症に精神療法は適さないとみなされる時代が続くこととなった⁴⁴⁾。1980年代に入ると、主として英国から、統合失調症患者の薬物抵抗性の症状に対して認知療法を適用した事例報告が出てくるようになった。さらに1990年代になると、英国で複数の研究者グループがCBTpの無作為割付比較対照試験を実施するようになっていった。近年では英国以外の国々にもCBTpの実践が広まりつつあり、これまでに30以上の無作為割付比較対照試験が実施されている。その効果については、現在までに2回のコクラン・レビューを含め、数々の包括的レビューにまとめられてきた^{25), 26), 41), 42), 46), 54), 55)}。これまでのところ、CBTpは中等度以上の効果量を示してきている。最近のWykesらによる包括的レビュー⁵⁴⁾では、精神病性障害の患者を対象としたCBTp研究のうち、①対象者の過半数が統合失調症患者である、②対象者全員が標準的治療を受けている、③介入群は標準的治療プラスCBTpを受けている、④対照群が設定された研究デザインである、⑤割付手順が決まっている、⑥陽性症状、陰性症状、社会機能レベル、気分、絶望感、自殺可能性、社会不安のいずれかを介入の標的としているという6つの包含基準を満たす効果研究を選択し、介入前後の結果を比較して治療の平均効果量を算出した。選択された研究は34存在し、標的的症状に対する研究全体の効果量は0.40 (95%CI 0.252, 0.548)であった。研究間の効果量はバラツキが大きく (0.2~0.9)、研究デザインが厳密 (例: ブラインド評価、割付重視分析などの採用) なほど、効果量が低い傾向がみられた。34の研究のうち、個人療法は22、集団療法は12であり、このレビューでは集団療法の数が増えてきたことにより、個人療

法との効果量の比較が可能となった。個人療法のエビデンスの方がいまだに多いとはいえ、集団療法と個人療法の効果量の間には有意な差はみられなくなってきた。

これまでのところ、CBTpのエビデンスが最も厚いのは、薬物抵抗性の持続的な精神病症状に対してであるが、病識獲得や治療アドヒアランスの改善のためにも提供が推奨されている³⁸⁾。効果検討の蓄積により、CBTpは現在では、英国、アメリカ、カナダの統合失調症の治療ガイドラインにおいて推奨される心理的介入となっている^{10),33),38)}。

統合失調症の心理社会的治療には、家族介入、援助付き雇用、ACT (Assertive Community Treatment)、SST (Social Skills Training)、CBTpなど様々な方法がある。その目標も、再発防止や社会生活技能の改善、再入院率の減少、認知機能の改善など多岐にわたるが、CBTpのエビデンスは其中でも精神病症状の改善（苦痛の緩和、症状の減少）にかかわるものであり、服薬等の標準的な生物学的治療の提供は前提となっている。

III CBTp実施に有用な陽性症状の認知モデル

妄想や幻聴は、患者の苦痛も大きく、薬物療法が効かないケースもあるため、心理的な治療の意味は大きい。1980年代後半から、統合失調症の認知行動療法の発展と連動して、妄想や幻覚の認知モデルも発展した。これまでいくつかのモデルが提唱されているが^{7),11),15),19),36)}、いずれも体験の解釈が妄想

形成に重要な役割を担っている点では共通するため、本稿ではGaretyらのモデル¹⁹⁾を中心に紹介する。

このモデルの中心的な流れは以下のとおりである(図1)：

- ① ストレス脆弱性の高い個人にストレスがかかる (Bio-psycho-social vulnerability)
- ② その結果、意識体験の異常 (図中の「異常知覚体験anomalous conscious experience」)が生じる (例：声が聞こえる)
- ③ 異常知覚体験に対して、特定の解釈がされる
- ④ 信念や幻覚が、陽性症状として確立する

ストレス脆弱性としては、早期の神経発達の異常など、神経生物学的要因が関係するだけでなく、都市部での生育、社会的孤立や移民といった社会要因も影響するといわれている。脆弱性のある個人にストレスが加わり (図中①)、異常知覚体験anomalous conscious experience (例：声が聞こえる、思考がぬぎとられる感覚)が生じる (②)。

異常知覚体験が生じる理由については、いくつかの認知機能障害に関連した説が提唱されている。Hemsleyら²⁴⁾は、統合失調症では、新しい入力情報を貯蔵された記憶情報と参照しつつ統合していく機序に問題があるために、偶然的出来事に意味あるつながりを知覚しやすくなるとしている。たとえば、統合失調症者では、情報として現在/近時の情報に大きく影響を受け、過去の情報が相対的に過度に軽

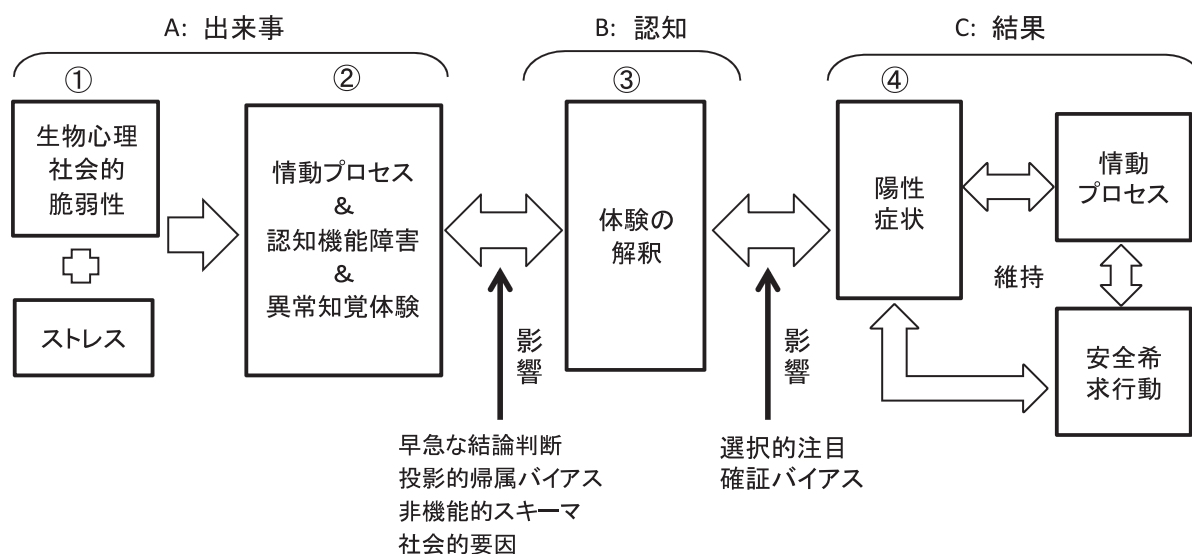


図1. 陽性症状の認知モデルの模式図

視されやすく、現在の情報とうまく統合されにくい傾向が実験的に確認されている⁵³⁾。一方、Frithら¹³⁾は、セルフ・モニタリングの障害によって自己の思考や行動が自分の意図を伴わない異質なものとして知覚されることが異常知覚体験につながるとしている。この基盤として、Kapurら^{28), 29)}は、統合失調症におけるドーパミン活性の非脈絡性、つまり、その状況の脈絡やあきらかな引き金に関係なく活性化されることを挙げている。妄想内容には、神や悪魔など超人的な存在や特殊能力をもつ存在が取り込まれることが少なくないが、脈絡の了解不能な状況で、ドーパミンによって入力情報の顕現性salienceが高まることによる異常知覚体験が基盤になっていると考えればわかりやすい。

異常知覚体験と同時に否定的な情動が体験されていること(図中②の情動プロセス)が、その後の解釈に影響を与えることが観察されている。臨床群と非臨床群を比較した研究では、同じような精神病(様)体験がある場合でも、苦痛度の違いが両群を判別することが示され³⁹⁾、精神病性障害の既往歴が無いが幻覚体験がある人々の3年後の追跡調査では、抑うつ症状が存在した者で発症率が高かった³¹⁾。

しかし、異常知覚体験があるだけでは、精神病症状にはならない。陽性症状として確立するのは、この異常知覚体験が特定の解釈(図中③)をされたからである。この特定の解釈には3つの特徴があるといわれる^{4), 15)}: a) その体験の原因を自分ではない外的な何かに帰属させる、b) その体験が自分に関連づけられる、c) 制御不能であると感じられることである。では、なぜこのような解釈が採用されるのか。これまでの研究によって解釈の過程に、様々なバイアスが介在していることが分かってきた。代表的なものが、推論バイアスとしての早急な結論判断(Jumping to Conclusions: JTC)バイアスと帰属バイアスである。

早急な結論判断バイアスとは、少ない情報から判断を下し(情報収集バイアス)、強い確信を持ってしまう(確信度バイアス)傾向を指す⁵⁸⁾。Garetyら¹⁷⁾は妄想をもつ患者では、少ない情報から高い確信度にいたることを確率判断課題を用いて実証的に示した。その後、JTC傾向は、発症のウルトラハイリスク群や統合失調症患者家族にも、妄想から寛解している人にも観察されることが示されている¹⁵⁾。JTCバイアスは、急性期には強まり⁴⁰⁾、慢性期

には弱まるが、山崎ら⁵⁸⁾は、慢性期患者では情報収集バイアスは健常群と比較して高いまま、確信度バイアスが低くなっていることを見いだした。JTCバイアスは認知行動療法への良い反応を予測する「認知的柔軟性」¹⁴⁾と負の相関を持つ¹⁸⁾ことから、治療的に重要な意味を持つといえる。

帰属バイアスには、様々な種類があるが、妄想と関連が深いものに投影的帰属バイアス(ネガティブな出来事を他人に投影する原因帰属のバイアス)がある²⁷⁾。KaneyとBentallは、被害妄想患者、抑うつ患者、健常対象者に対して帰属スタイルの質問紙を実施し、被害妄想患者と抑うつ患者が健常対象者をはさんで逆の傾向を示すことを見いだした⁶⁰⁾。抑うつ患者では、ポジティブなことを他者や状況に帰属させ、ネガティブな出来事は自分のせいだと帰属させるのに対し、被害妄想患者ではポジティブな出来事を自分に帰属させ、ネガティブな出来事を他者や状況のせいだとみなしていたのである。その他の帰属バイアスとしては、自己標的バイアス(自分を他人からの標的として認知しやすい傾向)⁶⁰⁾が知られる。また、音源を外的に帰属させやすいソース・モニタリングのバイアス⁵²⁾も原因帰属に影響を与えていると考えられる。

どのような解釈が採用されるかは、個人の生育歴や文化的背景、生活状況等に影響をうける³⁰⁾。非機能的スキーマの影響については、否定的自己概念の強さが陽性症状の重篤度と相関することを示した研究²⁾や、被害妄想に関連することを示した研究⁴³⁾などがある。

様々なバイアスによって、異常知覚体験が外的に由来し、自分に関連し、制御不能であると解釈(図中③)されると、以降は、持続する異常知覚体験と通常の心理学的プロセス(選択的注目、確証バイアスなど)によって、確信度が高まり、陽性症状として確立する(④)。幻覚・妄想に由来する不安や恐怖を軽減するための回避行動(安全希求行動)も、確信度を高く維持する要因となる。被害妄想に駆られて行動に出る患者では安全希求行動の率が高いことを示した研究もある¹²⁾。また情動プロセスが陽性症状の発現・再発や維持に関連することは、感情表出Expressed Emotionの研究からも明らかである³²⁾。

以上の陽性症状の認知モデルによれば、心理学的介入の余地は、複数箇所にあることが分かる。スト

レス脆弱性 (①) や異常知覚体験 (②) の根本に対応するためには、薬物治療が第一選択になるとしても、ストレスや異常知覚体験の緩和は環境調整や対処スキルの増強によって可能である。また体験の解釈 (③) から陽性症状 (④) の確立とその維持プロセスまでは、心理学的プロセスの影響度が高いため、認知行動療法のターゲットとして適しているということができる。

IV CBTpの実際

1. 治療目標

CBTpの治療目標は、精神病症状により引き起こされた患者の苦痛を緩和し、再発予防や社会障害の改善に役立つような「本人なりの精神病の理解」を持てるように援助することである。到達する病識がどの程度であろうと、症状体験の苦痛、心理社会的影響によって悪化している症状の重症度を下げることが主目標とする。CBTpは幻覚・妄想へのアプローチを中心に語られることが割に多いが、統合失調症の病期によって目標も変わってくる。前駆期であれば早期介入、急性期には早期回復、部分的寛解期 (慢性患者) であれば症状の軽減、寛解期であれば再発予防が強調されることになるだろう⁴⁵⁾。

2. 介入の流れ

統合失調症の認知行動療法の具体的な内容は、開発グループによって強調点が異なるものの、主要な構成要素はほぼ一致している。表1にはGaretyら¹⁶⁾の述べる治療のステージを示した。各段階はこの順に進むとは限らず、患者によって柔軟にすすめる。

第1段階のラポール形成は、全ての心理療法において不可欠な要素である。介入の初期段階では、精神療法的介入について不信感を持っている者もいる

表 1. 統合失調症の認知行動療法のステージ

ステージ	課題
1	治療導入とアセスメント
2	ストレス対処法と症状対処法の増強
3	精神病体験の理解を促す
4	幻覚や妄想への介入
5	抑うつや否定的自己評価への介入
6	再発予防

ため、柔軟なアプローチが求められる。面接を短めに切り上げたり、場所も面接室にこだわらずに実施するなどの配慮が必要である。CBTpにおいて特に重要視されるのは「不同意への同意」関係の確立である。「不同意への同意」関係とは、同じ出来事について異なる意見を持っていても協働関係を続けられる関係をさす。「不同意の同意」関係がないままに妄想について取りあげると、妄想信念を否定しないことが共謀につながる可能性があり、逆に妄想信念を否定することで患者が妄想 (と医療者が呼ぶ) 内容を話さなくなることにつながりかねない。妄想に対しては、根拠の無さを挙げて直面化しても確信度が却って上がることすらあるのは、知られたことである³⁵⁾。そこで、妄想内容については、検証してみるまでは結論を保留するという協働実証主義をとるためにも、「不同意への同意」関係を構築することが重要である。

アセスメントは、ラポール形成と不可分である。丁寧なアセスメントは、患者の主訴を真剣に受けとめていることを伝えることにもなる。問題リストを作成し、情報収集を行う。系統的方法として、Antecedent and Coping Interview (ACI)⁴⁵⁾などが知られている。アセスメントで得た情報は、暫定的な目標作りや、対処方略の計画、第3段階の精神病症状の理解を促す事例定式化に使用する。

第2段階のストレス対処法と症状対処法の検討の背景には、Tarrierら⁴⁷⁾の対処方略増強法の研究がある。予後のよい統合失調症患者では、持続する症状に対して自発的に対処方略を獲得しており、その内容は認知的方略 (例: 自己教示法)、行動的方略 (例: 人と話す)、生理学的方略 (例: 呼吸法)、感覚的方略 (例: 聴覚刺激量の調節) に分類されることがわかった。対処方略は多くの場合、永続的な効果はないものの、苦痛を軽減することで、不安・恐怖などの感情の影響で症状が悪化する悪循環を防ぎ、患者の自己効力感を高める。症状に対するコントロール感がいくらかでも改善することで、妄想信念の検証がしやすくなるという効果もある。対処方略を生活の中で般化するためには、患者の知的能力や認知障害に配慮し、たとえば、自己教示内容を記したプロンプト・カードを作成するなどの工夫が有用である。また、この段階で重要なスキルの一つは、「対処すべき状態だ」と自覚するスキルである。身体感覚を手がかりとして感情に名前をつけることから取り組

む必要のある場合も少なくない。

第3段階では、患者の精神病体験についての見立てを、協働して組み立てる（事例定式化）。妄想を強く確信している患者であっても、その体験自体を苦痛で、自分の機能を障害するものであると感じていることが多い。自分自身の苦痛は無くとも、周囲の人たちとの関係の悪化が苦痛になっていることもある。それ故、この段階では、原因についての解釈は一致しないまでも、患者の主体的体験に合致するような事例定式化をすることを目指す。その範囲は、統合失調症の発症を説明しようとするものから、特定場面で起こる苦痛な症状に限局したもので多様であるが、状況説明だけでなく、その後の介入を計画するためにも用いる。多くの場合、基本骨格となるのは認知療法のABC図式である。たとえば、担当スタッフの変化など環境変化によって病状不安定になりやすい患者では、特定状況を取りあげて「担当看護師が異動した（Activating Event）→守ってくれる人がいなくなって自分は危険にさらされている（Belief）→不安・おちつかなさ・幻聴（Consequence）」として引き金状況因の理解に焦点をあてることもあれば、あるいは、同じ状況で生じた幻聴を取りあげて「『おまえを殺す』幻聴（A）→自分は危険にさらされている（B）→ひきこもり（C）」として、幻聴への解釈に焦点をあてることも考えられる。また、担当看護師の異動から引きこもりまでを一つの事例定式化にしてもよい。事例定式化は作業仮説であるため、介入がうまくいかなかった場合には、その情報もとりこみつつ、改訂を加えていく。

この段階で有用なのが、症状のノーマライジング（正常類似体験・比較説明法³⁰⁾）である。患者が精神病症状に先立って経験していたストレスの蓄積に関連づけながら、ストレス・脆弱性モデルを説明し、特定の条件（例：感覚遮断、断眠）が揃えば、精神病体験は一般人口にも生じうるといった情報提供をしながら患者が「おそらく何か然るべき理由があつて症状が生じたのであるし、誰でも特定の条件下でストレスがかかれば精神病状態になりうる（pp106）」⁴⁹⁾と感じられるように促す。ノーマライジングは、単なる言葉上のやりとりであると誤解されることがあるが、背景にあるのは、正常体験と精神病体験は明確に区別可能な状態像で存在しているのではなく、その間には連続性が認められることを支持する一連の研究である⁵¹⁾。症状のノーマライジングは関係

構築やスティグマの軽減、統合失調症の診断名が持つ否定的イメージを和らげるのに役立つ。

第4段階では苦痛な妄想や幻覚にまつわる信念に介入することになる。方法的には妄想や信念について、系統的に根拠を調べ、他の選択肢を検討するといった標準的な認知療法が用いられるが、幻覚・妄想を扱う場合には、治療関係が確立していることが極めて重要であり、さらに、反証を用いた直面化のようにならない配慮が必要である。「不同意の同意関係」を下敷きにして、出来事の解釈がいかにも多様でありえるのか、人間は一定の状況下でいかに物事の原因の誤帰属をしようのかななどを共有しながら、日常的な体験や判断を詳細にとりあげて検討してゆく。認知面を直接扱うだけでなく、行動実験によって、妄想の反証を試みることもある。確立した妄想では、反復的な出来事の誤った解釈、持続的な異常知覚体験、結論への早急な結論判断バイアス¹⁷⁾、確証バイアスなどによって、反証が見えなくなっているため、他の選択肢の検討が困難な患者もいる。認知機能の障害がある場合には、他の解釈を考えたり、反証に気づいたりすることが難しくなるため、治療者側がソクラテスの問答法などを多用しつつ、他の解釈や反証を誘導的に引き出したり、あるいは、直接的に提示したりする必要が生じることは少なくない。また、妄想自体が、自尊感情の保護など何らかの機能を持っていると考えられる場合もある。その場合、妄想信念の修正ではなく、症状によって生じる苦痛を緩和することのみに焦点を当てた方がよいかもしれない。無理せずに、ゆっくりと進め、何度でも振り出しに戻ることをいとわない姿勢が求められる。筆者の経験でも、妄想の確信度が下がったとしても、症状再燃に先立って「妄想だと分かっているんですが、やっぱり本当だという気がするんです」といった状態像を経る患者もいる。統合失調症の病態は、基盤にある神経病理からの影響が圧倒的に大きい。心理学的介入の影響を及ぼせる範囲を、先に記載した精神病の認知モデルなどを含めて理解した上で、最大限の効果を目指すことが現実的である。

第5段階では、低い自尊感情がテーマになることが多い。アセスメント段階で、過去の外傷体験や、精神病発症以降の否定的体験との関連が見えている場合もある。こうした否定的自己評価は、抑うつ症状や不安症状とあいまって、妄想の維持・強化につながる可能性が高い。たとえば、声（幻聴）が虐待

的なことを言ってきた場合に、低い自己評価と合致する内容であると解釈され、それ故、声の実在性や透視能力についての確信度を高めてしまうのがその一例である。同定された否定的自己評価に対しては、不安・抑うつなどに用いる標準的な認知療法の手順を用いることが推奨されるが、統合失調症の自尊感情に特化した介入も存在している²³⁾。

第6段階では、それまでの作業の要約を行い、再発予防のためのとり組みを行う。再発のサインは、個人個人で独自の特徴があるとされ、あたかも署名のようであるとして、「再発署名relapse signature」と呼ばれることもある⁶⁾。そこで、患者が自らの発症体験や再発体験を振り返り、個別の注意サインを時系列に同定する。注意サインには、自覚的サインだけでなく、家族や関係者が気づくことの出来る他覚サインも含める。その上で、再発の危険度に応じた対処法や相談先を決めて手順用紙としてまとめ、患者と関係者で共有する。用紙にまとめるだけでなく、相談先に電話をかけてみるなど、具体的な対処を予行演習しておくことが有用である。このような準備をしておくことで、再発を防げない場合でも、早めに治療につながる、前回発症時に比べると苦痛が少ないなどの効果が期待でき、直近の再発経験をもとに再発予防計画を改訂していくことができる。

CBTpによって妄想信念の確信度が下がっても、妄想に見られる推論の異常は持続する。認知行動療法による確信度の低下は、状況特異的に本人が認知を意識的に変更することを学習することによって達成されるのであり、結論への性急な飛躍傾向など自体が変わるわけではないらしいことが示唆されている⁸⁾。その意味でも、一定期間のCBTpによって症状が軽減したり、苦痛が緩和したとしても、その効果が永続するとは限らない。効果維持のためには、ブースター・セッションを設けたりすることが望ましいと考えられる。

V CBTpの今後

統合失調症の認知行動療法は、1980年代から主として英国で実践が始まり、1990年代以降の数々の無作為割付比較対照試験による効果検討及び症状の認知モデルの精緻化が行われた。こうした取り組みは今後も続くと考えられるが、さらにどのような動きがでてきているのだろうか。

まず、効果検討研究については、「より対応困難

な状態像への適用」の流れが出てきている。例えば、暴力傾向をもつ統合失調症患者へのCBTp研究(PICASSO研究)^{20),22)}や、物質使用障害が併存している患者へのCBTp研究(MIDAS研究)^{1),21)}、命令幻聴へのCBTp研究^{9),48)}などがある。いずれも予備的な小規模無作為割付比較対照研究では効果が見られたため、多施設研究による追試へとむかっている。また、必ずしも対応困難とはいえないが、早期介入、発症前の介入についてもさらなる研究が待たれる³⁴⁾。

厳密な包含基準によって患者を選択し、高度にCBTpのトレーニングをされたリサーチ・セラピストたちが行った介入研究(efficacy study)によって示された効果が、実際の臨床現場においてどの程度、再現可能なのかについての疑問が呈されている。これに対し、Turkingtonら⁵⁰⁾は、地域精神科看護師にトレーニングとスーパービジョンを行い、地域で生活する統合失調症患者に短期のCBTpを提供した場合の効果検討を行った。その結果、必要なトレーニングが確保された場合には、高度にトレーニングを積んだ臨床家でなくとも一般臨床現場において無作為割付対照試験で示されてきた治療効果を再現することが可能であることが示された。また、地域のメンタルヘルス・チームによる実際の臨床現場におけるCBTp介入を検討した研究においても介入効果が認められた³⁷⁾。こうした一連のeffectiveness studyは続けられており、CBTpの臨床現場における再現可能性を実証しつつある。

主として英国で始まったCBTpの動きは、現在、諸外国に広まりつつある。それでは、英国での普及はどの程度なのであろうか。実は英国においても2002年のNICE統合失調症治療ガイドライン以降も、統合失調症患者の心理学的介入の提供は進んでいるとはいえず、たとえば、イングランドのメンタルヘルス・トラストの調査では、2006年3月までの12ヶ月間でCBTの提供を受けた統合失調症患者は46%に過ぎないことがわかっている。普及が進まない理由として、「スタッフ・トレーニングの不足」、「医学的・司法的ニーズの優先」(＝薬物治療とリスクアセスメントの優先→CBTを行う時間が無くなる)、「研究者との協働の不足」、「患者やその家族が、自責感やスティグマからすすんで心理的治療を求めない」などが考えられている⁵⁾。特にトレーニングは重要であり、これはワークショップ参加だけでは足

りず、その後も継続的にスーパービジョンが重要である。本邦のように専門家が少ない場合でも、ピア・スーパービジョンなどが有用であろう。

本邦においても、これまで原田⁵⁷⁾、池淵⁶¹⁾、石垣⁵⁹⁾、丹野ら⁶⁰⁾による先駆的な実践や研究が重ねられてきていたが、一般精神科への普及は始まったばかりといえる。CBTpの普及をはかるためには、英国での教訓を生かし、専門家がまだ少ない中、トレーニング機会の確保や研究者との協働に取り組む必要があるだろう。

統合失調の認知行動療法について、エビデンスの概略、陽性症状の認知モデル、介入の流れについて概説した。統合失調症患者の心理社会的リハビリテーションの選択肢の1つとして、一般臨床現場における認知行動療法の一層の普及が望まれる。

文 献

- 1) Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R, Schofield N, McGovern J: Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 158: 1706-1713, 2001
- 2) Barrowclough C, Tarrier N, Humphreys L, Ward J, Gregg L, Andrews B: Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *J Abnorm Psychol* 112: 92-99, 2003
- 3) Beck AT: Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry* 15: 305-312, 1952
- 4) Beck AT, Rector NA: Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annu Rev Clin Psychol* 1: 577-606, 2005
- 5) Berry K, Haddock G: The implementation of the NICE guidelines for schizophrenia: barriers to the implementation of psychological interventions and recommendations for the future. *Psychol Psychother* 81: 419-436, 2008
- 6) Birchwood M: Early intervention in psychotic relapse: cognitive approaches to disorders, eds. Haddock G, Slade P, pp. 171-211. Brunner Routledge, New York, 1996
- 7) Birchwood M: Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 182: 373-375, 2003
- 8) Brakoulias V, Langdon R, Sloss G, Coltheart M, Meares R, Harris A: Delusions and reasoning: a study involving cognitive behavioural therapy. *Cogn Neuropsychiatry* 13: 148-165, 2008
- 9) Byrne S, Birchwood M, Trower PE, Meaden A: A Casebook of Cognitive Behaviour Therapy for Command Hallucinations: A Social Rank Theory Approach. Routledge, London, 2006
- 10) Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 50: 7S-57S, 2005
- 11) Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE: A cognitive model of persecutory delusions. *Br J Clin Psychol* 41: 331-347, 2002
- 12) Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE, Dunn G: Acting on persecutory delusions: the importance of safety seeking. *Behav Res Ther* 45: 89-99, 2007
- 13) Frith CD, Blakemore S, Wolpert DM: Explaining the symptoms of schizophrenia: abnormalities in the awareness of action. *Brain Res Brain Res Rev* 31: 357-363, 2000
- 14) Garety P, Fowler D, Kuipers E, Freeman D, Dunn G, Bebbington P, Hadley C, Jones S: London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. II: Predictors of outcome. *Br J Psychiatry* 171: 420-426, 1997
- 15) Garety PA, Bebbington P, Fowler D, Freeman D, Kuipers E: Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper. *Psychol Med* 37: 1377-1391, 2007
- 16) Garety PA, Fowler D, Kuipers E: Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophr Bull* 26: 73-86, 2000
- 17) Garety PA, Freeman D: Cognitive approach-

- es to delusions: a critical review of theories and evidence. *Br J Clin Psychol* 38 (Pt 2) : 113-154, 1999
- 18) Garety PA, Freeman D, Jolley S, Dunn G, Bebbington PE, Fowler DG, Kuipers E, Dudley R: Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis. *J Abnorm Psychol* 114: 373-384, 2005
 - 19) Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE: A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol Med* 31: 189-195, 2001
 - 20) Haddock G, Barrowclough C, Shaw JJ, Dunn G, Novaco RW, Tarrrier N: Cognitive behavioural therapy v. social activity therapy for people with psychosis and a history of violence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 194: 152-157, 2009
 - 21) Haddock G, Barrowclough C, Tarrrier N, Moring J, O'Brien R, Schofield N, Quinn J, Palmer S, Davies L, Lowens I, McGovern J, Lewis S: Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 183: 418-426, 2003
 - 22) Haddock G, Lowens I, Brosnan N, Barrowclough C, Novaco RW: Cognitive-behavioural therapy for inpatients with psychosis and anger problems within a low secure environment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 32: 77-98, 2004
 - 23) Hall PL, Tarrrier N: The cognitive behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behav Res Ther* 41: 317-332, 2003
 - 24) Hemsley DR: The development of a cognitive model of schizophrenia: placing it in context. *Neurosci Biobehav Rev* 29: 977-988, 2005
 - 25) Jones C, Cormac I, Mota J, Campbell C: Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*: CD000524, 2000
 - 26) Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C: Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*: CD000524, 2004
 - 27) Kaney S, Bentall RP: Persecutory delusions and attributional style. *Br J Med Psychol* 62 (Pt 2) : 191-198, 1989
 - 28) Kapur S: Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 160: 13-23, 2003
 - 29) Kapur S, Mizrahi R, Li M: From dopamine to salience to psychosis--linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. *Schizophr Res* 79: 59-68, 2005
 - 30) Kingdon D, Turkington D: *Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia* Guilford Press, New York, 1994
 - 31) Krabbendam L, Myin-Germeys I, Hanssen M, de Graaf R, Vollebergh W, Bak M, van Os J: Development of depressed mood predicts onset of psychotic disorder in individuals who report hallucinatory experiences. *Br J Clin Psychol* 44: 113-125, 2005
 - 32) Kuipers E, Garety P, Fowler D, Freeman D, Dunn G, Bebbington P: Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: refining cognitive behavioral therapy for persistent positive symptoms. *Schizophr Bull* 32 Suppl 1: S24-31, 2006
 - 33) Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, Green-Paden LD, Tenhula WN, Boerescu D, Tek C, Sandson N, Steinwachs DM: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) : updated treatment recommendations 2003. *Schizophr Bull* 30: 193-217, 2004
 - 34) Marshall M, Rathbone J: Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst Rev*: CD004718, 2006
 - 35) Milton F, Patwa VK, Hafner RJ: Confrontation vs. belief modification in persistently deluded patients. *Br J Med Psychol* 51: 127-130, 1978
 - 36) Morrison AP: The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 29:

- 257-276, 2001
- 37) Morrison AP, Renton JC, Williams S, Dunn H, Knight A, Kreutz M, Nothard S, Patel U, Dunn G: Delivering cognitive therapy to people with psychosis in a community mental health setting: an effectiveness study. *Acta Psychiatr Scand* 110: 36-44, 2004
- 38) NICE: Psychological interventions in the treatment and management of schizophrenia, pp.90-116. National Institute of Clinical Excellence SP, 2002
- 39) Peters E, Day S, McKenna J, Orbach G: Delusional ideation in religious and psychotic populations. *Br J Clin Psychol* 38 (Pt 1) : 83-96, 1999
- 40) Peters E, Garety P: Cognitive functioning in delusions: a longitudinal analysis. *Behav Res Ther* 44: 481-514, 2006
- 41) Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C: Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 32: 763-782, 2002
- 42) Rector NA, Beck AT: Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis* 189: 278-287, 2001
- 43) Smith B, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Bashforth H, Garety P, Dunn G, Kuipers E: Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophr Res* 86: 181-188, 2006
- 44) Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH, Frank AF, Vannicelli ML, Schnitzer R, Rosenthal R: Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophr Bull* 10: 520-563, 1984
- 45) Tarrier N: A cognitive-behavioural case formulation approach to the treatment of schizophrenia. In: Case formulation in cognitive behaviour therapy, ed. Tarrier N. Routledge, New York, 2006
- 46) Tarrier N: Cognitive behaviour therapy for schizophrenia -- a review of development, evidence and implementation. *Psychother Psychosom* 74: 136-144, 2005
- 47) Tarrier N: An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients. *Br J Clin Psychol* 26 (Pt 2) : 141-143, 1987
- 48) Trower P, Birchwood M, Meaden A, Byrne S, Nelson A, Ross K: Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 184: 312-320, 2004
- 49) Turkington D, Kingdon D: Using a normalization rationale in the treatment of schizophrenic patients. In: Cognitive-Behavioural interventions with Psychotic disorders, eds. Haddock G, Slade P, pp. 103-115. Routledge, London, 1996
- 50) Turkington D, Kingdon D, Turner T: Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 180: 523-527, 2002
- 51) van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delspaul P, Krabbendam L: A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 39: 179-195, 2009
- 52) Woodward TS, Menon M, Whitman JC: Source monitoring biases and auditory hallucinations. *Cogn Neuropsychiatry* 12: 477-494, 2007
- 53) Woodward TS, Moritz S, Arnold MM, Cuttler C, Whitman JC, Lindsay DS: Increased hindsight bias in schizophrenia. *Neuropsychology* 20: 461-467, 2006
- 54) Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N: Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 34: 523-537, 2008
- 55) Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V: The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 77: 1-9, 2005
- 56) ヤスパーズ, K. : 精神病理学総論 岩波書店、1953

- 57) 原田誠一：統合失調症の治療－理解・援助・予防の新たな視点－ 金剛出版、東京、2006
- 58) 山崎修道、荒川裕美、清野絵、古川俊一、笠井清登、加藤進昌、丹野義彦：慢性期の統合失調症患者における早急な結論判断バイアス．精神医学 47: 359-364, 2005
- 59) 石垣琢磨、道又襟子：経過の長い統合失調症に対する認知行動療法の多様性と適用条件．心理臨床学研究 24: 280-291, 2006
- 60) 丹野義彦：エビデンス臨床心理学 日本評論社、東京、2001
- 61) 池淵恵美、向谷地生良：統合失調症の症状自己対処 仲間集団での認知行動プログラム．In: 統合失調症へのアプローチ、pp.92-122. 星和書店、東京、2006

【特集2：認知行動療法の現在】

PTSDに対する持続エクスポージャー法

Prolonged Exposure Therapy for PTSD

石丸 径一郎 金 吉 晴

Keiichiro Ishimaru Yoshiharu Kim

I. はじめに

戦闘、暴行、誘拐・拉致、人質被害、テロ攻撃、拷問、収容監禁、災害、重度の自動車事故、生命的脅威を及ぼす病気の告知などの出来事を体験、目撃、直面した後に、一部の人にPTSDが生じる。PTSDの3つの症状は、侵入性想起やフラッシュバックなどの「再体験症状」、外傷に関連するものの回避や感情の範囲縮小などの「回避・麻痺症状」、睡眠障害、集中困難などの「覚醒亢進症状」である[1]。

PTSDに対する認知行動療法の1つである持続エクスポージャー法 (Prolonged Exposure、以下PEと略記する) は、他の不安障害に対するエクスポージャー法と、基本的な考え方は同じである。しかし、特にPTSDに対するPEは、Pennsylvania大学のEdna Foa教授によって、当初はレイプ被害のPTSD患者の治療目的で特に開発され、その後、他のトラウマによるPTSDにも実施されるようになったもので、独自の特徴を持った治療パッケージである。本稿では、この治療法についてまとめるが、より詳しい情報については、治療プロトコルが成書として出版されているので、そちらを参照されたい[2]。

II. PEの概要と治療効果

PTSDに対するPEは、週に1~2回の頻度で、10~15セッションが行われる。1回のセッションは90分程度となる。その内容は、一般的な不安障害に対するエクスポージャー法と似ており、1) 治療原理

やトラウマ体験後の一般的反応などに関する「心理教育」、2) リラクゼーション技法としての「呼吸法」、3) 患者が避けている状況や対象に対して直面化をおこなう「現実エクスポージャー」、4) トラウマ記憶に立ち戻り、ありありと思い出しながら話してもらう「想像エクスポージャー」という4つの構成要素から成っている。4つのすべてに関して、セッションの時間外におこなうホームワークが課される治療である。

PTSDに対する精神療法の中で、PEはもっとも強い治療効果があることが、数多くの研究によって実証されている。Foaらは、1980年代からトラウマによる不安症状に対してエクスポージャー法を施行しており、90年代に入るとPEの治療効果についてランダム化比較試験(RCT)を用いて検討し始めた。主な治療研究をいくつか紹介する。

まず彼女らは、PEの治療効果を、ストレス免疫訓練 (Stress Inoculation Training)、支持的精神療法、待機群と比較した[3]。レイプ被害による45名の慢性PTSD患者が、4種類の条件に割り振られ、待機群以外の3群はそれぞれ9セッションの治療を受けた。その結果、治療後には待機群と比較して、PEとストレス免疫訓練では大きな改善が見られ、支持的精神療法も若干の改善が見られた。待機群はまったく改善していなかった。1年後のフォローアップでは、PE群だけが、さらに改善を続けていた。

その後Foaらは、PEとストレス免疫訓練、さらにその2つを併用した治療の効果を待機群と比較した。性暴力・身体的暴力の被害による97名の慢性PTSDの女性患者が4種類の条件に割り振られた[4]。その結果、治療後にPTSD診断が残ったままの参加者の割合は、PE単独治療で35%、ストレス免疫訓練単独治療で42%、両治療の併用が46%であった。PTSD・不安・抑うつ症状の強度や、1年後のフォローアップについても同様に、PE単独治療群がもっと

も大きな改善を見せた。また彼女らは、PE単独治療と、PEと認知再構成法の併用、そして待機群の3群を比較した研究も行った[5]。この研究においても、PE単独群、PEと認知再構成法の併用群ともに、待機群に比べて改善を見せていたが、その効果量はPE単独群の方が大きかった。この研究では、Foaの研究機関に所属するセラピストだけでなく、地域のレイプ被害者のための支援センターに所属するソーシャルワークやカウンセリングを専門とする修士レベルのセラピストたちも参加し、トレーニングを受けた上で治療を行った。彼女たちはそれまで認知行動療法の訓練を受けたことはなかったが、そのような未経験のセラピストによっても十分な治療効果をあげられることが示された。さらに、PEとEMDR(眼球運動による脱感作と再処理)とを比較した研究[6]においては、治療後の評価では2種類の治療は待機群と比較して同程度に改善をもたらしていた。しかし6ヵ月後フォローアップにおいては、包括的な生活機能の点ではEMDR群よりPE群の方が優れていた。

III. PEの適応

PTSDに対するPEは、さまざまな複雑な条件を持つ患者にも実施することができるということが、徐々に明らかになってきた。ここでPEが適応になる条件についてまとめる。トラウマ体験の後、多くの人に見られるPTSD症状は時間経過とともに軽快していくのが自然な過程である[7]。しかし1ヶ月以上が経過した後でPTSD症状が持続している場合には治療を考えてよい。PEの中心となるのは、トラウマ体験に立ち戻ってありありと思い出しながら語ってもらった想像エクスポージャーという技法であるため、少なくともトラウマ体験をストーリーとして記憶していることが必要である。また、PTSDの3症状が揃っていないくとも、部分的にでもPTSD症状が存在しており、生活への障害や苦痛が存在していれば、PEを行うことができる。

一方、次のような条件がある場合には、PEを実施すべきではないとされている。まず、深刻な自殺念慮、重度の自傷行為、また切迫した他害行動の恐れがある場合は、PEを行うよりも先に、さし当たって問題となっていることに対して臨床的な対応を優先させるべきである。ある程度の期間観察して、そのような衝動をコントロールできるようになったと

判断してからPEを実施する。次に、DV被害が継続していたり、危険な環境にいまだに居住しているなど、依然として被害にあうリスクが高い場合には、まずは安全の確保を行うべきである。また、PTSDに加えて精神病性障害の診断がある患者に対しては、PEの効果があるかどうかはまだ実証されていない。最後に、トラウマに関する明確な記憶がない患者に対しては、PEを行うことはできないし、記憶を取り戻すための手段としてPEを行ってはならない。

薬物・アルコール依存、解離症状、パーソナリティ障害が併存しているPTSD患者については、PEが実施できないというわけではないが、併存疾患の状態を慎重に検討してから実施すべきである。一般的に言えば、PTSD以外の疾患の方が、より臨床的に重要であると判断される場合には、その疾患を先に治療したほうが良い。深刻な自傷行為が続いている場合には、もちろんPEを実施することはできないが、実際には慢性PTSD患者の多くがパーソナリティ障害を同時に持っている。Foaらによる2つの研究においては、パーソナリティ障害の有無によって、PEの治療効果に差は見られていない[8]、[9]。

IV. PEの各セッションの内容

PTSDに対するPEは、1回90分程度のセッションを、週に1、2回の頻度で10～15回行う。それぞれのセッションで行うことを紹介する。PEでは、患者のホームワークに使用するために、すべてのセッションの録音を行う。またスーパーヴィジョンのために、ビデオ撮影も同時に行うことが望ましい。

1. セッション1

セッション1では、PEの概要と治療原理についての心理教育を行い、患者のトラウマ体験についての情報を収集し、呼吸再調整法を導入し、最後にホームワークを出す。

心理教育では、次のようなことを説明する。PTSD症状が長引いている原因は「回避」であり、回避には記憶や感情に対する頭の中での回避と、状況や場所に対する現実場面での回避の2種類がある。PTSD症状を軽減させていくためには回避をやめることが必要であり、そのために想像エクスポージャーと現実エクスポージャーを治療の中で行っていく。想像エクスポージャーは、頭の中でトラウマ体験に立ち戻り、ある程度の時間繰り返し体験について話

すことであり、現実エクスポージャーは、トラウマの後、できなくなってしまうような避けている状況・場面に対して向き合い、少しずつ練習してできるようになっていくことである。また、トラウマ体験後、変化してしまった認知についても触れ、世界は危険であり、自分は無力であるといった考えや思い込みに気づき、より現実的な見方ができるように捉え直していくことも重要であると説明する。この内容をまとめた文章がプリントされた資料を患者に渡す。

次に「トラウマ面接票」を使って、情報収集を行う。現在の主訴、機能レベル、トラウマ体験の内容、トラウマ後の心身の健康状態、周囲の人からのサポートの状況、飲酒習慣、薬物使用などについて聴き取りをする。複数のトラウマがある場合は、PEで中心的に扱う「ターゲットトラウマ」を決定することも重要である。ここではエクスポージャーをすることが目的ではないので、トラウマの話が詳しくなりすぎないように、事実関係のみにとどめることが重要である。

患者は生活の中で、過度な不安症状に悩まされていることが多く、これに自分で対応できるようになり、コントロール感を高めてもらうために、呼吸再調整法を導入する。不安症状が出た時には、酸素を取り込み過ぎないように、ゆっくりと呼吸をすることが大事であることを伝え、「リラー—ックス」という言葉を頭の中で唱えながらゆっくりと息を吐く練習をさせる。治療者が手本を示しながら教示を行ったものを録音し、患者が家で練習できるようにしておく。

セッション1のホームワークは、呼吸再調整法を1日3回、1回に10分程度毎日練習すること、セッション全体の録音を毎日聞くこと、治療原理について説明した資料を読むことである。セッション1は、治療者と患者との初めての対面であることも多い。治療者は上述したセッションの内容をこなすだけでなく、治療に対する患者の不安を理解して対応し、ある程度の信頼感や安心感を持ってもらい、治療に対する動機付けを高めることが非常に重要である。

表1. セッション1

・治療プログラムの概略の説明 (25～30分)
・トラウマ面接を使用した情報収集 (45分)
・呼吸再調整法の導入 (10～15分)
・ホームワークを出す (5分)

2. セッション2

セッション2では、トラウマの後でよく見られる反応について心理教育を行い、現実エクスポージャーを始めていく。このセッションで行うことは、ホームワークの振り返り、トラウマの後でよく見られる反応・症状についての説明、現実エクスポージャーの説明、SUDS (Subjective Units of Discomfort Scale: 苦痛の主観的評価尺度) の導入、現実エクスポージャーの階層表の作成、ホームワークとする現実エクスポージャーの課題選択である。

「トラウマの後でよく見られる反応」については、具体的には、不安や恐怖、再体験、集中力の低下、過覚醒、回避・麻痺、気分の落ち込み、コントロール感の喪失、罪悪感や恥辱、怒り、自己イメージの悪化、人間関係の障害、性的関係の障害、別のトラウマや嫌な体験の想起、物質使用の増加などについて対話的に説明していく。このような説明を行う目的は、患者の症状や問題を明らかにすること、そのような症状や問題は正常な反応であると患者が捉えなおすこと、そのような症状や問題はPTSDを治療することで軽減すると希望を持ってもらうことである。

次に現実エクスポージャーの説明を行う。セッション1での説明と同じく、回避をやめる必要性とメリットを理解してもらう。例え話を使って説明すると良い。そして、今後のエクスポージャーに取り組みやすくするために、主観的な苦痛や不安の程度を0から100までの点数で表す方法であるSUDSについて説明し、その使用に慣れてもらう。これにより、治療中やホームワーク実施中の患者の状態を容易に把握することができるようになる。

導入したSUDSを使って、現実場面で避けている状況についての不安階層表を作成する。階層表にリストアップする状況には、1) 人ごみ、暗い場所など、患者が危険だと思っている状況、2) テレビのニュース番組など、トラウマを思い出すかもしれないきっかけになる状況、3) 趣味や友達づきあいなど、トラウマ以来、興味を失ってしまった状況の3種類である。15～20項目程度を特定の・具体的にリストアップし、それぞれのSUDSを記入する。現実エクスポージャーは、ほとんどの場合ホームワークとなるため、治療者が傍でサポートすることができない。そのため、あまりSUDSの高いものではなく、40から50程度の状況から開始する。選んだ状況について、

30～45分間、またはSUDSが50%低下するまで逃げずにその場に留まってもらう。ホームワークを選ぶ際には、実際の危険が伴わないように十分配慮することが重要である。

セッション2のホームワークは、現実エクスポージャーの実施の他に、呼吸再調整法の練習の継続、「トラウマ体験の後によく見られる反応」について書かれた資料を読むこと、セッション全体の録音を1回は聞くことである。

表2. セッション2

-
- ・ホームワークの振り返り (5～10分)
 - ・トラウマの後でよく見られる反応・症状についての説明 (25～30分)
 - ・現実エクスポージャーの説明 (10分)
 - ・SUDSの導入 (5分)
 - ・現実エクスポージャーの階層表の作成 (20分)
 - ・ホームワークとする現実エクスポージャーの課題選択 (5分)
 - ・ホームワークを出す (10分)
-

3. セッション3

セッション3ではホームワークの振り返り、想像エクスポージャーの治療原理の説明、想像エクスポージャーの実施、想像エクスポージャーについての話し合い(処理)を行い、ホームワークを出す。

まず前回のホームワークについて、特に現実エクスポージャーについて話し合い、患者が何を学び、どのような効果があったかと思っているかを尋ね、患者の努力を十分に褒める。ホームワークができなかった場合には、その理由について十分に話し合う。

次に想像エクスポージャーを行う理由について説明し、そのやり方を教示する。45～60分間くらいの間、目を閉じて、過去形ではなく現在形を使って、情動と結びつけながら、トラウマ体験について語ってもらう。想像エクスポージャーのやり方に慣れてもらい、また不安に圧倒されてしまわないために、治療者は「きちんとできていますよ」「その調子で」などの言葉で患者を支持する。患者の情動的関与が不十分な時には「何を感じていますか?」「どんなふうに見えますか?」などの言葉でエクスポージャーを促進するが、治療者との対話にならないように、

指示的になり過ぎないように注意する。治療者は5分毎に患者のSUDSを尋ね、情動的関与の程度についてモニターする。想像エクスポージャーを終えたら、その体験について話し合い(処理)を行う。想像エクスポージャーによって得られた新たな気づきや洞察について話し合い、認知の再構成を行いながら、患者の高まった不安を沈め、気持ちを落ち着かせる時間を取る。患者の努力をねぎらい、褒め励まして治療意欲を高めることも重要である。

セッション3のホームワークは、毎日1回、想像エクスポージャーの録音を聞き、SUDSを記録すること、現実エクスポージャーの実施、セッション全体の録音を1回聞くことである。

表3. セッション3

-
- ・ホームワークの振り返り (10～15分)
 - ・想像エクスポージャーの説明 (10～15分)
 - ・想像エクスポージャーの実施 (45～60分)
 - ・想像エクスポージャーについての話し合い (15～20分)
 - ・ホームワークを出す (5分)
-

4. 中間セッション

セッション4以降は、ホームワークとして現実エクスポージャーを実施し、セッション内で想像エクスポージャーを実施するということを繰り返していく。患者は、これまでずっと避け続けていた記憶や状況に毎日向き合い続けることになる。このため、PEを受ける患者の一部では、一時的にPTSDや、不安、抑うつ症状が悪化することもある。しかしこれは一時的なものであるため、このことは事前に説明しておくとともに、患者の治療意欲が低下しないように留意しておかなければならない。

想像エクスポージャーにおいては、治療の進展とともに患者はやり方に慣れ、適切な情動的関与を行うことができるようになっていく。そこで、様子を見ながらセッション5の頃から、ホットスポットと呼ばれる手続きに入っていく。ホットスポットとは、より効率的に十分な情動的関与を得るために、トラウマ体験の中でも最も苦痛が強い部分を取り出して、その部分だけを、細かいところまで詳しく、中断せずに何度も何度も繰り返して話してもらうやり方である。

中間セッションでのホームワークは、呼吸再調整法の練習を続けること、想像エクスポージャーの録音を毎日聞くこと、現実エクスポージャーの練習を行うこと、セッション全体の録音を1回は聞くことである。

表4. 中間セッション

-
- ・ホームワークの振り返り (10分)
 - ・想像エクスポージャーの実施 (30～45分)
 - ・想像エクスポージャーについての話し合い (15～20分)
 - ・現実エクスポージャーについての話し合い (10～15分)
 - ・ホームワークを出す (5分)
-

5. 最終セッション

通常、PEは10回のセッションを想定しているが、治療の進み具合によって、15回まで延長してもよい。IES-R [10]のようなPTSD症状自記式尺度を実施すると、治療効果を判断する参考になる。

最終セッションでの想像エクスポージャーは、ホットスポットではなく、トラウマ体験の記憶全体を一通り話してもらおう。これは、患者が再構成されたすべての記憶を語り、トラウマ体験に対して新たな意味づけを持ったことを整理して捉えやすくするためである。最初の頃と比べて、この最終セッションでの想像エクスポージャーがどのように違っているかを話し合うことも役立つ。

次に、PEを通して患者が何を心得どのような改善を見せたかについて話し合う。セッション2で作成した現実エクスポージャーの階層表を使って、それぞれの項目について現在のSUDSを尋ね、どのくらい下がったかを2人で確認する。そして治療の中でどのようなことが役に立ったか、どのようなことを身につけたかについて話し合う。まだ練習が必要な部分があるようであれば、それについて患者が1人で取り組めるように計画を立てる。また、今後症状が一時的に悪化した時には、どのように対処したらよいかを話し合っておく。最後に、患者の努力をねぎらい、十分に時間を取って治療の締めくくりをする。

表5. 最終セッション

-
- ・ホームワークの振り返り (10分)
 - ・想像エクスポージャーの実施 (20～30分)
 - ・見られた改善についてまとめ、今後の取り組みについて助言する (30分)
 - ・治療のしめくくり (5分)
-

V. 終わりに

PTSD患者と関わることは、治療者に大きな情緒的負担をもたらし、苦しい思いをすることがある。また、PEのような負担の大きい治療をPTSD患者に実施することに迷いを持つかもしれない。このような苦しさや迷いを、どのようにして乗り越えれば良いだろうか。PEの治療原理は、苦痛をもたらす原因となっているものから目をそらして避けることを止め、きちんと向き合って十分に感情に浸ることで、馴化が起こりPTSD症状が軽減するというのである。トラウマそのものは非常に危険な体験であったが、トラウマの感情や記憶に向き合うのは危険なことではない。治療者自身も、この治療原理を十分に理解しておかないと、患者に自信を持って説明することができないし、安定して治療を実施することができないだろう。治療者自信が治療原理を受け入れ、記憶は人を傷つけることはないかと納得している必要がある。また、治療者自身の情緒的負担に対処するためにも、熟練した治療者によるスーパーバイズや、同僚へのコンサルテーションは重要である。PTSD治療のチームを作り、ケースについて定期的に話し合う機会を持つことが理想である。

引用文献

- 1) American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition, Text Revision. 2000, Washington DC.: American Psychiatric Association. (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引 新訂版, 医学書院, 2003.)
- 2) Foa, E. B., E. A. Hembree, and B. O. Rothbaum, Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences, Therapist Guide (Treatments That

- Work). 2007, New York: Oxford University Press. (金 吉晴, 小西聖子監訳: PTSDの持続エクスポージャー法: ト라우マ体験の情動処理のために, 星和書店, 2009.)
- 3) Foa, E. B., et al., Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol*, 1991. 59 (5) : p. 715-23.
 - 4) Foa, E. B., et al., A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J Consult Clin Psychol*, 1999. 67 (2) : p. 194-200.
 - 5) Foa, E. B., et al., Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *J Consult Clin Psychol*, 2005. 73 (5) : p. 953-64.
 - 6) Rothbaum, B. O., M. C. Astin, and F. Mars-teller, Prolonged Exposure versus Eye Move-ment Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress*, 2005. 18 (6) : p. 607-16.
 - 7) Kessler, R. C., et al., Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1995. 52 (12) : p. 1048-60.
 - 8) Feeny, N.C., L.A. Zoellner, and E.B. Foa, Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with borderline personality characteristics: a preliminary examination. *J Personal Disord*, 2002. 16 (1) : p. 30-40.
 - 9) Hembree, E. A., S. P. Cahill, and E. B. Foa, Impact of personality disorders on treatment outcome for female assault survivors with chronic posttraumatic stress disorder. *J Personal Disord*, 2004. 18 (1) : p. 117-27.
 - 10) Asukai, N., et al., Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J) : four studies of different traumatic events. *J Nerv Ment Dis*, 2002. 190 (3) : p. 175-82.

【特集2: 認知行動療法の現在】

複雑性悲嘆に対する認知行動療法: 治療プロセスとアウトカム

Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief: Its Processes and Outcomes.

伊藤 正哉¹⁾ 中島 聡美¹⁾

Masaya Ito Satomi Nakajima

通常の悲嘆と複雑性悲嘆との違いは最近になって明確に定義され、以前に増して専門家の間でコンセンサスが得られるとともに、実証的な裏付けが示されるようになってきた。本論文では複雑性悲嘆に対する認知行動療法を紹介するが、それに先立ち、複雑性悲嘆という概念が登場する背景を踏まえておくこととする。

複雑性悲嘆という概念

悲嘆に対する心理的介入の有効性

悲嘆に対する心理的介入の有効性に対して、これまでのレビュー論文は消極的な結論を提示している。例えば、死別へのサポートグループ・カウンセリングや心理療法において、一貫した治療効果が認められなかったと結論づけられている⁸⁾。レビュー論文による効果量を見ると、悲嘆への心理的介入について $d=0.11^{14)}$ 、 $0.43^{1)}$ 、 $0.13^{17)}$ との報告がある。一般的な心理療法の効果量とされる $0.80^{28)}$ に比して、悲嘆に対する心理的介入の効果は極めて低いと言わざるを得ない。Schutらは、悲嘆に対する一次予防的介入では効果があるとは言えず、複雑性悲嘆のリスクが高い者への二次予防的介入では弱い効果があり、複雑性悲嘆の症状を発達させている者への三次予防的介入では全般的に効果が認められるとまとめている²¹⁾。

さらに、Jordan & Neimeyerは死別直後の心理的介入は効果がないばかりでなく、悪影響をもたらす可能性があることを指摘している¹³⁾。愛する

人との死別で遭った8割程度の人は嘆き悲しむ“悲嘆”の時期を経験するが、一定期間それが経過すると悲嘆は自然に解決されていく²⁰⁾。死別直後に心理的介入を行うことは、悲嘆の自然な解決過程を阻害することになりかねない。こうした理由から、Neimeyerは一定の期間を経ても悲嘆が引き続いていられる場合に限り介入が必要となるという見解を示している。この見解はその後の悲嘆研究に大きな影響を与え、死生学において広く受け入れられているようである¹⁰⁾注1)。

複雑性悲嘆という概念と測定

では、どのような場合に介入が必要とされるのであろうか? この問いに答えるように提示され、検討されてきたのが複雑性悲嘆という概念である。この概念について影響力をもった見解を提示したのがHorowitzらのストレス反応理論に基づく診断基準¹²⁾と、Prigersonらによる一連の研究成果であった。両グループは当初異なった診断基準を設けていたが、その後、Prigersonの呼びかけで悲嘆研究の専門家間で診断基準づくりの会議が設けられ、一定のコンセンサスが示されている。フィールドトライアルを経て、現在では遷延性悲嘆障害 (Prolonged Grief Disorder; PGD) という呼称で、この診断基準をDSM-Vへと含めるよう提案されている²⁰⁾。PGDは、親密な他者の死を体験し (基準A: 出来事の基準)、それに伴う離別の苦痛があり (基準B: 離別の苦痛)、その他の悲嘆特有の9症状の内5つ以上が該当し (基準C: 認知、情動、行動における症状)、6ヶ月以上の期間その苦痛が持続し (基準D: 期間)、結果とし

1) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 成人精神保健部
Department of Adult Mental Health, National Institute of
Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

注1. ただし、Neimeyerの主張の根拠について精査したLarson & Hoyt¹⁵⁾は、こうした見解に対する痛烈な批判を展開している。

て社会生活が障害されている基準を満たすことで診断される^{注2}。

PGDは複雑性悲嘆についての最新の診断基準であるが、これまでの研究では、複雑性悲嘆を測定する尺度として複雑性悲嘆質問票 (Inventory of Complicated Grief; ICG) が最も頻繁に使われている¹⁹⁾。ICGの得点が25あるいは30点以上をもって複雑性悲嘆とみなす研究が多い。以下に紹介する2つの認知行動療法は、いずれもICGを複雑性悲嘆の指標として採用している。

複雑性悲嘆への心理療法

本論文で紹介する2つの心理療法はいずれも認知行動療法である。それは本論文が認知行動療法についての特集論文であるというだけでなく、現在のところ無作為割り付け化試験によってエビデンスが提示された対面の心理療法がこれらに限られているという事情にもよる^{注3}。

Shearの複雑性悲嘆治療

複雑性悲嘆に対する心理的介入として、現在最も信頼性のある治療はアメリカのKatherine Shearらの研究グループによって開発された複雑性悲嘆に対する治療 (Complicated Grief Treatment; CGT) であろう²²⁾。この心理療法は、対人関係療法を土台とし、そこに認知行動療法や動機づけ面接法を統合した、複雑性悲嘆に特化した治療法である。CGTでは、複雑性悲嘆を通常の悲嘆プロセスが何らかの理由 (e.g. 回避行動) により干渉され、死別の経験が統合されていない状態と捉える。治療の目標は悲嘆を統合させていくことにあり、通常の悲嘆プロセスが進むような種々の介入を行っていく。統合された悲嘆とは、故人の死を了解し、その状態が永遠に続くことを認識しつつも、負の感情に囚われず生活に興味と関わり合いを回復させている状態である。

通常の悲嘆は、喪失への対処と回復への対処を行き来しつつ生活していくことで、適切に完遂すると考えられている。この見解は二重過程モデル

として提示され²⁶⁾、CGTはこの考えを前提としている。すなわち、現実上で実際的な問題を少しずつこなしていく回復志向コーピング (restoration-oriented coping) と、喪失の悲しみに向き合いつつその現実を受け入れていく喪失焦点コーピング (loss-oriented coping) との両面に配慮した治療モジュールによって構成されている。

治療プロセス

約50分～90分の全16回のセッションからなり、初期・中期・終結期と分かれる。初期は治療の導入や治療関係づくりから始まり、クライアントの対人関係、喪失、悲嘆の歴史の聴取を通してアセスメントを行い、また、患者に対して治療モデルや手順の説明が行われる。中期には、この治療のハイライトである喪失に焦点を当てた感情への取り組みが行われるが、それと平行して回復に焦点を当てた取り組みも行われていく。喪失に焦点を当てたモジュールとしては、故人の死を知った場面について語る“イメージ上の再訪問”、死別以来避けている場所や活動に曝露していく“状況の再訪問”、故人についての“思い出のふり返し”、故人との“想像上の会話”が行われる。回復に焦点を当てたモジュールとしては、“個人的目標”や“状況への再訪問”がある。終結期においては、治療の進展についての話し合いが行われ、それを踏まえて、その進展を強化し継続させる計画について話し合われる。

このように、CGTは対人関係療法の枠組みに基づく、感情に焦点を当てた治療となっている。認知行動療法の技法は非適応的な信念の同定や、悲嘆のモニタリング、そして各種の再訪問として活用される。再訪問 (revisiting) はEdna Foaらのエクスポージャー療法を複雑性悲嘆に対して適用・変更したものである。患者は目をつむって死の物語を話し、そうしている間、セラピストは語りを促進させるとともに、苦痛のレベルを尋ねていく。それらは録音され、患者は次のセッションまで毎日それを聞く。さらに、複雑性悲嘆治療では感情に焦点づけた介入に加え、意味の再構成を狙った治療課題として“思い出のふ

注2. Prigersonは複雑性悲嘆、外傷性悲嘆、複雑性悲嘆、遷延性悲嘆と呼称を変更してきた。本論文では、最も頻繁に使用される複雑性悲嘆という呼称を使用する。

注3. 精神科看護師2名による、自死遺族への複雑性悲嘆予防のための認知行動的家族療法についての無作為割り付け化試験が報告されている⁶⁾。しかし、この研究では介入の効果は認められなかった。

りかえり”や“想像上の会話”が含まれている。“想像上の会話”では、患者は目をつむって、今は亡き愛する人に対して質問したり話しかけ、その後、自分自身がその人の役となり質問に答えるという会話を進めていく。多くの場合、ここで故人や自分自身への肯定的な、暖かい言葉かけや感情が観察されるという。

また、現実生活上での回復に焦点を当てたモジュールとして、動機づけ面接法を適用した“個人的目標”が組み込まれている。ここで患者は、もし悲嘆がそれほど強烈なものでなかったら自分の生活はどのようなものであったかを考えるよう促され、セラピストは患者が人生の目標を見いだすことができるように援助していく。目標が同定されれば、それに至る具体的な計画が協議され、実際に生活で行っていくように促される。このように、治療モジュールの中身をみると、CGTは様々な心理療法の流派や技法を取り込んで複雑性悲嘆に対応しようとする、統合的な心理療法と言えるかもしれない。

治療アウトカム

Shearらは、CGTと対人関係療法 (IPT) の有効性を検討した無作為割り付け化試験を発表している²⁴⁾。治療の対象は、ICGが30点以上であり、愛する人との死別から6ヶ月以上経過し、独立評定者によって最も重要な臨床症状が複雑性悲嘆にあると判断された人々である。分析では、Clinical Global Improvement Score (7件法) で1点 (非常によく改善した) か2点 (かなり改善した) の得点を基準として、治療への反応率が比較された。その結果、Intention-to-treat (ITT; ドロップアウト者も含めたデータ) サンプルにおいて、CGT群で51%、IPTで28%の反応が見られ、両者に有意な差がみられた。Completer (治療を完遂した者のみのデータ) においては、治療反応率はCGTで66%、IPTで32%であった。また、パイロットスタディで報告されたICGについての効果量はITTで1.45、Completerで2.19であった。このように、従来の報告に比して飛躍的に高い治療効果が認められた。ただし、改善の余地が残る点もある。例えば、治療後のICGの得点の低下は、CGTとIPTでともに17前後であり有為な差が認められていない。また、CGTとIPTはともにドロップアウト率が26%前後であった。

Boelenの認知行動療法

Paul Boelenは、認知行動療法の観点から複雑性悲嘆の症状維持メカニズムを概念化しており、この理論に従った認知行動療法を提唱している³⁾。彼による概念化は認知行動療法的なケースフォーミュレーションを複雑性悲嘆に適用した好例と思われ、様々な介入可能性を提案しており、他の研究者から肯定的な反応を得ている^{7,18)}。

治療プロセス

Boelenらは複雑性悲嘆にみられるコアプロセス (core process) として、“死別が自伝的記憶に統合されていない”、“悲嘆にまつわる誤った信念や解釈がある”、“不安的・抑うつ的な回避がある”という3点を指摘し、これらを標的とした介入戦略を提案している。

第1のコアプロセスは“既存の自伝的知識と離別経験の貧しい統合”である。通常の悲嘆においては、記憶システムの中で、喪失の意味あい (meaning) に関連した概念的な処理が自然に行われる。すなわち、離別が不可逆であるという事実情報が自伝的記憶の中に統合されていくことで、故人や死についての情報へのより精緻化した検索ルートが形成される。こうした統合が起きていない場合、すなわち複雑性悲嘆を呈している場合には、死別や故人に関する情報に対して特定の検索ルートが形成されず、記憶ネットワーク上に組み入れられずに浮遊しているような状態になる。そのため、様々な刺激によって死別の記憶が容易に賦活され、故人についての記憶が侵襲的・崩壊的な性質を持つと考えられる。

この第1のコアプロセスは、複雑性悲嘆において思慕や愛着反応が持続するメカニズムを説明する。愛着理論によれば、自伝的記憶の一部として、重要な他者の心的表象が形成されると考えられる⁵⁾。この表象は、重要な他者との近接性を維持する機能を持ち、関係が脅威状況に置かれたときには、近接性を維持するための感情反応 (e.g. 嘆く) や行動反応 (e.g. 重要な他者を探す) が自動的に引き起こされる。通常の悲嘆でもこれらの反応は見られるが、故人の死の不可逆性の情報が記憶システムの他の情報と接続していくことで、徐々に減少していく。複雑性悲嘆においてはこのような接続が貧しいため、重要な他者との近接性を維持するための自動反応が継続すると考えられる。簡単に言えば、故人がもう

いないという現実情報が記憶システムに更新されないことで、いつまでも愛着対象に近づこうとする自動反応が継続すると考えられる^{注4}。

このコアプロセスに対する介入は、喪失について語り、自伝的記憶にその事実を組み入れていく戦略がとられる。すなわち、喪失が本人にとってどのような意味合いを持つのかをふり返り、語り、内的・外的な世界を再整理し、喪失という出来事をうまく説明できるように援助することとなる。具体的な技法としては、フラッシングやPTSDへのエクスポージャーの手続きが挙げられる。

第2のコアプロセスは、ネガティブな全般的信念と、悲嘆反応についての誤解釈 (Misinterpretations of Grief Reactions) である。喪失という経験によって、人生にまつわる全般的信念が覆されることが多々ある。例えば、子どもの死は人生の意味を奪い、もう生きていてもしょうがないという想いを強くさせ、こうしたネガティブな信念が生活機能を障害すると考えられる。また、誤解釈としては、“悲しみ続けている自分はおかしくなってしまった” というような例が挙げられる。こうした誤解は死別経験者によくみられ、喪失への回避行動につながっていく²⁾。

これら第2のプロセスは認知的な概念であり、それ故に、患者が意識した状態で直接的に介入しやすいという点で第1のプロセスとは異なる。このコアプロセスに対しては認知的再構成法が適用される。すなわち、ソクラテス的対話によりネガティブな信念の妥当性や有益性を患者と話し合い、信念の修正を促す。認知日記や行動活性化により、ネガティブな信念の妥当性を検証していくことも役に立つとされる。誤解釈に対しては、エクスポージャーを通して、自分は喪失に向き合うことができ、向き合っても大丈夫であるという経験を得ることが助けとなる。

第3のコアプロセスは不安的・抑うつ性の回避である。不安性の回避 (Anxious Avoidance) とは、喪失という現実と直面しないように、喪失を思い起こさせる状況や人・物事 (e.g. 故人の写真) を避けることを指す。これには行動的な回避だけでなく、認知的な回避も含まれる。例えば、喪失そのものに向き合うよりも、喪失後の自分自身の不甲斐なさや人生の意味のなさを反芻し、責めるような場

合がそれにあたる。抑うつ性の回避 (Depressive Avoidance) とは、活動性のなさや引きこもりといった行動パターンを意味し、社会的・職業的・趣味的な活動を行わないことを指す。抑うつ性の回避によって日常生活が不規則になることで、感情的な不安定さにつながる生物学的な不調が起こる。さらに、引きこもることで故人のいない社会生活の経験を積む機会を逸し、喪失が起こった後も自分が社会的に意味ある形で生きているという知識が自伝的記憶に組み入れられる機会を失うことを意味する。

不安性・抑うつ性の回避のどちらも回避行動という点で共通しているが、前者は内的な感情体験からの回避であり、後者が外的な世界からの回避という点で異なる。これらのコアプロセスに対してもエクスポージャーが効果を発する。他には、思考抑制実験や反応妨害法も有効であると考えられる。抑うつ性の回避に対しては、行動活性化の技法が適用される。例えば、以前は楽しんでいた活動や、達成感が得られやすい活動を計画して行動するよう促される。

以上のように、Boelenらは3つのコアプロセスに注目して認知行動療法の技法を適用していくことを提案している。治療は3つのフェイズに分かれ、まず患者の問題をコアプロセスの観点から概念化し、心理教育を行う。コアプロセスは互いに相互作用しているので、どのプロセスから治療を始めてよいとされるが、経験上、2つのプロセスを同時に意識していくことが推奨されている。治療の中期にはコアプロセスに応じた技法が適用され、治療の後期には治療評価と再発防止に焦点を当てたセッションを実施する。

治療アウトカム

Boelenらは認知行動療法と支持的カウンセリング (SC) を比較した無作為割り付け化試験を報告している⁴⁾。認知行動療法は認知的再構成とエクスポージャーのモジュールから構成され、認知的再構成を先に行った群 (CR + ET) と、その逆順の群 (ET + CR) を設けている。対象は、2ヶ月以上前に死別を体験し、ICGで25点以上であった人々である。治療への反応率はベースライン時のICGの2SD以下の得点 (21点以下) が基準とされ、ITTではCR

注4. 同様に、Shearらは複雑性悲嘆を持続させるメカニズムとして、回避行動と愛着行動を中心として説明する生物行動的モデルを提唱している。

+ ET群で22%、ET + CR群で45%、SC群で0%の反応が見られた。ICGについての効果量は、ITTで順に0.87、1.29、0.47であり、Completerで1.36、1.80、0.65であった。治療効果は6ヶ月後のフォローアップでも認められている。また、治療モジュール別に効果量をみたところ、認知的再構成が0.44、エクスポージャーが0.94であった。中断率はCR + ETで30%、ET + CRで20%、SCで36%であった。これらから、複雑性悲嘆に対して認知行動療法が支持的カウンセリングよりも有効であることが確認された。

まとめ

本論文では、複雑性悲嘆という概念理解を踏まえ、2つの認知行動療法を紹介した。紹介した通り、これらの介入を支持する知見はいくつかあるが、まだ十分なエビデンスが提示されているとは言えず、今後の報告を待つ必要があるだろう。しかしながら、紹介した認知行動療法には、想定する症状維持のメカニズムや介入法に重要な共通点がある。すなわち、喪失という事実を自分の人生・記憶・物語に組み入れていくことが強調され、その方途として想像エクスポージャーといった感情的・認知的な処理課題を適用するとともに、現実生活上での回避についても介入する。認知行動療法の基本的な手法である心理教育の重視や、ネガティブな信念への認知的再構成なども共通している。こうした基本的な考え方を理解しておくだけでも、複雑性悲嘆に対する臨床介入の参考になるであろう^{注5}。

文 献

- 1) Allumbaugh DL, Hoyt WT: Effectiveness of grief therapy: a meta-analysis. *J Couns Psychol* 46: 370-380, 1999.
- 2) Boelen PA, van den Bout J, van den Hout MA: Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: a prospective study. *Behav Res Ther* 44: 1657-1672, 2006.
- 3) Boelen PA, van den Hout MA, van den Bout J: A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clin Psychol Sci Prac* 13: 109-128, 2006.
- 4) Boelen PA, de Keijser J, van den Hout MA, et al: Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol* 75: 277-284, 2007.
- 5) Bowlby J: *Attachment and loss: volume 3*. New York: Basic Books.
- 6) De Groot M, de Keijser J, Neeleman J, et al: Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomized controlled trial. *BMJ* 334: 994, 2007.
- 7) Ehlers A: Understanding and treating complicated grief: what can we learn from post-traumatic stress disorder? *Clin Psychol Sci Prac* 13: 135-140, 2006.
- 8) Forte AL, Hill M, Pazder R, et al: Bereavement care interventions: a systematic review. *BMC Palliat Care* 3:3, 2004.
- 9) Fleming S, Robinson P: Grief and cognitive-behavioral therapy: the reconstruction of meaning. In MS Stroebe, RO Hansson, W Stroebe, et al: *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*, pp647-669, American Psychological Association, Washington DC, 2001.
- 10) Genevro JL, Marchall L, Miller L: Report on bereavement and grief research. *Death Stud* 28: 491-575, 2004.
- 11) Greenberg LS, Paivio S: *Working with emotion in psychotherapy*. New York: The Guilford Press, 1997
- 12) Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, et al: *Diag-*

注5. 他にも幾つかの心理的介入の適用可能性が報告されていることを最後に記しておく。例えば、電子メールを用いた介入²⁷⁾や、Boelenらとは異なる認知行動的な介入法がある^{9,16)}。認知行動療法以外ではPiperらの力動的集団療法やHorowitzのConfigurational Analysisが、有効性が見込まれる療法として指摘されている²⁹⁾。また、Shearは複雑性悲嘆と物質使用障害を併発している臨床群に対しては、CGTに動機づけ面接と感情焦点化療法¹¹⁾を追加した治療法を開発している³⁰⁾。

- nostic criteria for complicated grief. *Am J Psychiatry* 154: 904-910, 1997.
- 13) Jordan JR, Neimeyer RA: Does grief counseling work? *Death Studies* 27: 765-786, 2003.
 - 14) Kato PM, Mann T: A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clin Psychol Rev* 19: 275-296, 1999.
 - 15) Larson DG, Hoyt WT: What has become of grief counseling? An evaluation of the empirical foundations of the new pessimism. *Prof Psychol Res Pract* 38: 347-355, 2007.
 - 16) Matthews LT, Marwit SJ: Complicated grief and the trend toward cognitive-behavioral therapy. *Death Stud* 28: 849-863, 2004.
 - 17) Neimeyer RA: Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death Stud* 24: 541-558, 2000.
 - 18) Neimeyer RA: Complicated grief and the reconstruction of meaning: conceptual and empirical contributions to a cognitive-constructivist model. *Clin Psychol Sci Prac* 13: 141-145, 2006.
 - 19) Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, et al: Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 59: 65-79, 1995.
 - 20) Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK: A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM- V. In MS Stroebe, RO Hansson, H Shut, et al: *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention*, pp165-186, American Psychological Association, Washington DC, 2008.
 - 21) Schut H, Stroebe MS, van den Bout J, et al: The efficacy of bereavement interventions: determining who benefits. In MS Stroebe, RO Hansson, W Stroebe, et al: *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*, pp705-737, American Psychological Association, Washington DC, 2001.
 - 22) Shear KM, Frank E: Treatment of complicated grief: integrating cognitive-behavioral methods with other treatment approaches. In VM Follette, R Josef: *Cognitive-behavioral therapies for trauma* 2nd ed, pp290-320, Guilford Press, New York, 2006.
 - 23) Shear KM, Frank E, Foa E, Cherry C, Reynolds III CF, Bilt JV, Masters S: Traumatic grief treatment: a pilot study. *Am J Psychiatry* 158: 1506-1508, 2001.
 - 24) Shear KM, Frank E, Houck PR, Reynolds CF: Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 293: 2601-2608, 2005.
 - 25) Shear KM, Monk T, Houck P, et al: An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257: 453-461, 2007.
 - 26) Stroebe M, Schut H: The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud* 23: 197-224, 1999.
 - 27) Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A: Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Stud* 30: 429-453, 2006.
 - 28) Wampold BE: *The great psychotherapy debate*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
 - 29) Zhang B, El-Jawahri A, Prigerson HG: Update on bereavement research: evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated grief. *J Palliat Med* 9: 1188-1203, 2006.
 - 30) Zuckoff A, Shear K, Frank E et al: Treating complicated grief and substance use disorders: a pilot study. *J Subst Abuse Treat* 30: 205-211, 2006.

原 著 論 文

【原著論文】

セルトラリン及びフルオキセチンの慢性投与による 転写因子Math2及びそのターゲット遺伝子 Prg1のラット脳内発現誘導について

Induction of the transcription factor Math2 and its target gene Prg1 after chronic treatment with selective serotonin reuptake inhibitors, sertraline and fluoxetine, in rat brain

山田美佐 志田美子 高橋 弘 山田光彦
Misa Yamada Yoshiko Shida Kou Takahashi Mitsuhiko Yamada

【抄録】

選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)、抗精神病薬、気分安定薬投与によるラット脳内の転写因子Math2及びそのターゲット遺伝子Prg1の発現変化を検討した。セルトラリン、フルオキセチンの3週間慢性投与により前頭葉皮質のMath2及びPrg1の発現が有意に増加した。一方、これらの薬物の1日又は1週間投与や、ハロペリドール、炭酸リチウム処置では発現変化が認められなかった。以上の結果より、Math2-Prg1カスケードがSSRIの作用メカニズムに関与する可能性が示唆された。

ABSTRACT

Math2 (NEX-1/NeuroD6) is a member of the basic helix-loop-helix (bHLH) transcription factor family and is involved in neuronal differentiation and maturation. Recently, we reported that Math2 regulates Prg1 expression by directly binding the Prg1 promoter, thereby mediating morphological changes through Prg1 expression. Here, we demonstrated that treatment with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs; sertraline or fluoxetine) for 3 weeks significantly induced Math2 and Prg1 mRNA expression in rat frontal cortex, whereas treatment for 1 day or 1 week did not. Chronic treatment with the antipsychotic drug haloperidol or the mood stabilizer lithium also failed to affect Math2 and Prg1 expression. Our results suggested that the Math2-Prg1 signaling pathway plays important roles in the therapeutic mechanism of SSRIs.

Keywords:

Math2, Prg1, antidepressant, SSRI

I. INTRODUCTION

Antidepressant effects are generally observed after repeated administration over several weeks. The basis for the therapeutic mechanisms of antidepressants, however, is still unknown. The delayed clinical effects of antidepressants may be due to neuronal plastic changes that occur in response to molecular-level alterations

affecting gene transcription regulation. Indeed, antidepressants have been demonstrated to selectively affect specific immediate early genes and transcription factors²⁰). These molecules may be important for neuronal plastic changes resulting from chronic antidepressant treatment. Region-specific effects of chronic antidepressant treatment on the DNA-binding activities of CRE-, SP1-, and GRE-binding elements in rat hippocampus and frontal cortex are reported⁹). Several reports also show that repeated long-term antidepressant administration upregulates phosphorylation of the cAMP response element binding protein (CREB) cascade, leading to increased expression

of neurotrophic factors such as brain-derived neurotrophic factor (BDNF) 7, 11). Both CREB and BDNF play an important role in amygdalar and hippocampal synaptic plasticity, including synaptic remodeling, neurogenesis, and neuronal survival⁸). These findings have led to the hypothesis that CREB-BDNF-cascade-mediated changes in neuronal plasticity may represent one therapeutic mechanism of antidepressants. However, conflicting results suggest that different effects may depend on drug type, drug dosage, and different experimental paradigms¹⁷).

We have previously performed expressed-sequence tag (EST) analysis to identify some biological changes induced by chronic antidepressant treatment^{21, 23}). Identification of quantitative changes in gene expression that occurs in the brain after chronic antidepressant treatment can yield novel molecular markers that would be useful in the diagnosis and treatment of depression. Of the genes affected by chronic antidepressant treatment, we have focused on Math2, which is a basic helix-loop-helix (bHLH) transcription factor. More recently by using DNA microarrays and cultured rat cortical cells transfected with Math2, we identified plasticity-related gene 1 (Prg1) as one of the target genes of Math2²²). We found that Math2 regulates Prg1 expression by directly binding to the Prg1 promoter. Moreover, we demonstrated that Math2-mediated morphological changes occur through Prg1 expression. Thus the Math2-Prg1 signaling pathway may be a novel alternative hypothesis for the therapeutic mechanisms of antidepressant, one that is different from the CREB-BDNF hypothesis. Here, we report that selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) clinically used as antidepressants induce Math2 and Prg1 expression in rat brain.

II. MATERIALS AND METHODS

1. Experimental animals

Male Sprague-Dawley rats (aged 7-10 weeks; Sankyo Labo Service Co., Tokyo, Japan) were housed in a temperature-controlled environment with a 12 hour light/12 hour dark cycle; they were given free access to food and water. Rats were randomly separated into control and treated groups. Animals in the SSRI treatment group received vehicle, 10 mg/kg sertraline (Pfizer Pharmaceuticals Inc., New York, NY), or 5 mg/kg fluoxetine (Sigma-Aldrich, Inc., St. Louis, MO) for 1 day, 1 week, or 3 weeks through daily intraperitoneal (i. p.) injections. We determined the SSRI dosages according to previous reports^{12, 16}). Sertraline and fluoxetine were dissolved in saline containing 1.5% Tween 80. Animals in the antipsychotic drug group received 2 mg/kg haloperidol, i. p. (Sigma-Aldrich) for 3 weeks. Animals in the lithium group were fed the standard diet containing 0.24% (wt/wt) lithium carbonate (Sankyo Labo Service Co.) for 3 weeks. Control animals were fed the standard diet without added lithium. All animals used for the lithium experiments had ad libitum access to food, fresh water, and 1.5% saline, which was given to minimize the renal effects of lithium¹⁸). The mean serum lithium concentration after treatment was 1.11 ± 0.09 mM (SRL Co., Tokyo, Japan).

Animals were killed by decapitation 24 hours after the final treatment, and brains were quickly removed, dissected, frozen immediately in liquid nitrogen, and stored at -80°C until use. All animal studies were carried out in accordance with protocols approved by the Institutional Animal Care.

2. Real-time quantitative PCR

Real-time quantitative PCR was used to quantify Math2 and Prg1 mRNA expression in rat brains treated with SSRIs, haloperidol, or lithium using an ABI PRISM 7000 instrument

(Applied Biosystems, Foster City, CA). PCR primers were designed with Primer Express Software (Applied Biosystems). A quantity of cDNA corresponding to 20 pg of total RNA was amplified by PCR in duplicate. For each sample, three distinct amplifications were carried out in parallel. The primers used for rat Math2 were 5'-GTCCCCTTGGGCAGGGT-3' and 5'-CACTTCCCTTACGACTTACATCTGC-3'; and those used for rat Prg1 were 5'-CAGGTG-GTATCTCTTCTTAGTGTCTATTT-3' and 5'-CTCTTTATTCAATACTCGGTTTCATCA-3' (Invitrogen, Carlsbad, CA). The primer pair for β -actin, which was used as a reference for gene amplification, was 5'-TCGCTGAC-AGGATGCAGAAGG-3' and 5'-GCCAGGATA-GAGCCACCAAT-3' (Invitrogen). The SYBR® Green

PCR Core Reagents Kit (Applied Biosystems) was utilized for fluorescence detection of cDNA. For quantification, we used the standard curve method (User Bulletin, ABI PRISM 7000 Sequence Detection System). Briefly, for rat Math2, Prg1, and β -actin, an absolute standard curve was obtained by plotting the threshold cycle following PCR amplification of serial dilutions of the control cDNA template. Data are given as percentages of the control value (means \pm SEM). The statistical significance of differences observed in the SSRI study in frontal cortex was assessed using two-way factorial ANOVA with Dunnett posthoc test. Changes in gene expression in hippocampus and hypothalamus were evaluated using one-way ANOVA. Differences between haloperidol experiments and

Table 1. Expression of Math2 and Prg1 in rat frontal cortex after treatment with SSRIs as determined by real-time quantitative PCR.

	Math2 expression			Prg1 expression		
	control	sertraline	fluoxetine	control	sertraline	fluoxetine
1 day	100.0 \pm 5.2	104.8 \pm 8.6	97.7 \pm 10.6	100.0 \pm 3.0	105.8 \pm 6.3	114.2 \pm 3.1
1 week	100.0 \pm 11.2	102.4 \pm 4.0	108.5 \pm 8.2	100.0 \pm 3.5	106.8 \pm 3.7	115.2 \pm 8.9
3 weeks	100.0 \pm 14.8	140.6 \pm 7.1*	166.6 \pm 15.1*	100.0 \pm 5.6	123.3 \pm 9.4*	125.8 \pm 4.0*

Rats were treated with sertraline (10 mg/kg) or fluoxetine (5 mg/kg) for 1 day, 1 week, or 3 weeks. Total RNA was extracted from rat frontal cortex after each treatment and used for real-time quantitative PCR, as described in the methods (n=5). Data are given as percentages (%) of control values (means \pm SEM). Differences were assessed with two-way factorial ANOVA followed by the Dunnett's test. *p<0.05.

Table 2. Expression of Math2 and Prg1 in rat frontal cortex after 3-week treatment with haloperidol or lithium as determined by real-time quantitative PCR.

	Math2 expression		Prg1 expression	
	control	treatment	control	treatment
haloperidol	100.0 \pm 3.7	105.3 \pm 11.2	100.0 \pm 7.9	109.6 \pm 4.7
lithium	100.0 \pm 13.3	95.9 \pm 3.8	100.0 \pm 3.5	98.8 \pm 5.0

Rats were treated with haloperidol (2 mg/kg) or fed the standard diet containing 0.24% (wt/wt) lithium carbonate for 3 weeks. Total RNA was extracted from rat frontal cortex after each treatment and used for real-time quantitative PCR, as described in the methods (n=5). Data are given as percentages (%) of control values (means \pm SEM). Differences were assessed with Student's t-test.

lithium experiments were analyzed with Student's t-tests. A value of $P < 0.05$ was regarded as significant.

III. RESULTS

We assessed the differential expression of Math2 and Prg1 in SSRI-treated rats using real-time quantitative PCR. Sequence analysis revealed that the fragments amplified by primers for Math2 and Prg1 perfectly matched rat Math2 and Prg1, respectively. Reproducible single bands corresponding to Math2 (69 bp) and Prg1 (107 bp) existed on the gel (data not shown). All expression data were normalized according to the expression level of the housekeeping gene β -actin. A 3-week treatment of two SSRIs (sertraline or fluoxetine) significantly increased Math2 and Prg1 mRNA expression in rat frontal cortex relative to control samples (Math2: $F=11.88$, $p=0.0001$; Prg1: $F=4.61$, $p=0.016$). However, 1-day or 1-week treatments with these SSRIs failed to affect Math2 and Prg1 mRNA expression in frontal cortex (Table 1). Moreover, the 3-week SSRI treatments did not affect Math2 and Prg1 expression in rat hippocampus and hypothalamus (hippocampus-Math2 expression: control, $100.0 \pm 4.1\%$; sertraline, $112.1 \pm 9.0\%$; fluoxetine, $94.5 \pm 2.7\%$; $F=1.92$, $p=0.192$; Prg1 expression: control, $100.0 \pm 8.7\%$; sertraline, $116.4 \pm 7.4\%$; fluoxetine, $118.3 \pm 5.8\%$; $F=1.31$, $p=0.303$; hypothalamus-Math2 expression: control, $100.0 \pm 7.1\%$; sertraline, $95.1 \pm 3.2\%$; fluoxetine, $121.0 \pm 13.8\%$; $F=0.27$, $p=0.767$; Prg1 expression: control, $100.0 \pm 2.7\%$; sertraline, $94.6 \pm 2.7\%$; fluoxetine, $98.5 \pm 4.5\%$; $F=0.55$, $p=0.591$). Chronic treatment with the antipsychotic drug haloperidol failed to induce significant changes in Math2 and Prg1 expression in frontal cortex (Table 2). The mood stabilizer lithium similarly did not affect Math2 and Prg1 expression levels in frontal cortex (Table 2).

IV. DISCUSSION

Math2 is a member of the bHLH transcription factor family and is expressed exclusively and abundantly in the CNS³). The study of double mutant mice lacking Math2 and BETA2/NeuroD, another bHLH transcription factor, demonstrated that bHLH transcription factors are required for terminal neuronal differentiation in vivo¹⁴). Recently, Math2-positive progenitor cells generated by ventricular zone cells were shown to migrate into the subventricular zone, and then differentiate into glutamatergic neurons in upper cortical layers¹⁹). Northern blot analysis showed that although Math2 mRNA is not detectable on embryonic day 12 (E12), it becomes abundant on E16, a developmental stage in rodents when large numbers of postmitotic neurons are generated¹). The highest steady-state level of Math2 mRNA occurs during the first postnatal week, after which transcripts decrease but remain at stable levels into adulthood³).

Prg1 was initially identified as a lipid phospholipid phosphatase (LPP) specifically expressed in neurons⁴). Induction of Prg1 was observed after lesioning the entorhinal cortex, which leads to a layer-specific denervation of the hippocampus followed by regenerative ingrowth of sprouting axons^{5, 13}). In situ hybridization analysis showed that Prg1 mRNA appears in the hippocampus starting on E19 and remains present in the hippocampus and also in the entorhinal cortex from the day of birth to adulthood.

Recently, we identified Prg1 as a target gene of Math2 using DNA microarrays and cultured rat cortical cells transfected with Math2²²). In the promoter region of rat Prg1, we identified four E-boxes (CANNTG) recognized by the bHLH transcription factor. In chromatin immunoprecipitation (ChIP) assays and reporter assays, we found that Math2 regulated Prg1 expression by directly binding to the Prg1 promoter. Investigation of the functional roles

of Math2 revealed that Math2 overexpression increased neurite length and number in PC12 cells and that this occurred by means of Prg1 expression. Taken together, the similarities between Math2 and Prg1 expression profiles and functions raised the possibility that Math2 controls Prg1 in vivo. These findings also suggest that the Math2-Prg1 pathway is not only involved in neuronal outgrowth and sprouting (synaptogenesis) during late developmental stages but also in synaptic plasticity and maintenance of the differentiated state of neurons throughout adulthood.

In the present study, we used real-time quantitative PCR to investigate Math2 and Prg1 mRNA expression in rat brain after treatment with two SSRIs, sertraline and fluoxetine. Three-week treatment with sertraline or fluoxetine significantly increased Math2 and Prg1 mRNA expression in frontal cortex compared to control samples. One-day or one-week SSRI treatments, however, did not affect Math2 and Prg1 mRNA expression in frontal cortex. These results suggest that Math2 and Prg1 may be involved in the delayed clinical effects of SSRIs. Furthermore, chronic treatment with the antipsychotic drug haloperidol or the mood stabilizer lithium failed to affect Math2 and Prg1 mRNA expression. Although lithium carbonate has been used for more than 50 years to control the symptoms of manic-depressive illness, no consensus has been reached concerning the mechanism of action of lithium. Our results suggest that the Math2-Prg1 pathway might be involved in the selective action of SSRIs.

On the other hand, chronic SSRI treatments did not affect Math2 and Prg1 expression in rat hippocampus and hypothalamus. The frontal cortex is one of the several brain regions involved in the endocrine, emotional, cognitive, and vegetative abnormalities found in depressed patients. In the frontal cortex, glucose metabolism, blood flow, and electroencephalograph activity are altered

in depressed patients⁶). On the other hand, neural plasticity may be related to the long-term actions of antidepressants²⁰). In addition, alterations in functional proteins that are related to neural plasticity, such as protein kinase C and GAP-43, in the brain of depressed suicide victims were also reported¹⁰). Taken together, our results support the hypothesis that Math2- and Prg1-mediated plastic changes and maintenance of the differentiated state of neurons may underlie the therapeutic actions of SSRIs in frontal cortex, but not in hippocampus and hypothalamus. The hippocampus and hypothalamus are other brain regions implicated in the pathophysiology of depression^{2, 15}). Although it is possible that the therapeutic action on a single brain region underlies antidepressant treatment, it is also possible that pharmacological effects on multiple brain regions contribute to the real therapeutic action of antidepressants. Studies that further characterize the neuronal circuitry of these brain regions will help elucidate the neuroanatomical substrates of antidepressive effects.

In conclusion, our results suggest that the Math2-Prg1 signaling pathway may be one of the functional pathways in frontal cortex affected by SSRI treatments. Our findings offer a novel alternative hypothesis for the therapeutic mechanisms of SSRIs, one that is different from the CREB-BDNF hypothesis.

REFERENCES

- 1) Angevine JB, Sidman RL: Autoradiographic study of cell migration during histogenesis of cerebral cortex in the mouse. *Nature* 192: 766-768, 1961.
- 2) Barden N: Implication of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the pathophysiology of depression. *J Psychiatry Neurosci* 29: 185-193, 2004.
- 3) Bartholoma A, Nave KA: NEX-1: a novel brain-specific helix-loop-helix protein with

- autoregulation and sustained expression in mature cortical neurons. *Mech Dev* 48: 217-228, 1994.
- 4) Brauer AU, Savaskan NE, Kuhn H et al: A new phospholipid phosphatase, PRG-1, is involved in axon growth and regenerative sprouting. *Nat Neurosci* 6: 572-578, 2003.
 - 5) Deller T, Frotscher M, Nitsch R: Morphological evidence for the sprouting of inhibitory commissural fibers in response to the lesion of the excitatory entorhinal input to the rat dentate gyrus. *J Neurosci* 15: 6868-6878, 1995.
 - 6) Drevets W, Videen T, Price J et al: A functional anatomical study of unipolar depression. *J Neurosci* 12: 3628-3641, 1992.
 - 7) D'Sa C, Duman RS: Antidepressants and neuroplasticity. *Bipolar Disord* 4: 183-194, 2002.
 - 8) Duman RS, Malberg J, Nakagawa S et al: Neuronal plasticity and survival in mood disorders. *Biol Psychiatry* 48: 732-739, 2000.
 - 9) Frechilla D, Otano A, Del Rio J: Effect of chronic antidepressant treatment on transcription factor binding activity in rat hippocampus and frontal cortex. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 22: 787-802, 1998.
 - 10) Hrdina P, Faludi G, Li Q et al: Growth-associated protein (GAP-43), its mRNA, and protein kinase C (PKC) isoenzymes in brain regions of depressed suicides. *Mol Psychiatry* 3: 411-418, 1998.
 - 11) Nibuya M, Nestler EJ, Duman RS: Chronic antidepressant administration increases the expression of cAMP response element binding protein (CREB) in rat hippocampus. *J Neurosci* 16: 2365-2372, 1996.
 - 12) Overstreet DH, Hlavka J, Feighner JP et al: Antidepressant-like effects of a novel pentapeptide, nemifitide, in an animal model of depression. *Psychopharmacol* 175: 303-309, 2004.
 - 13) Savaskan NE, Nitsch R: Molecules involved in reactive sprouting in the hippocampus. *Rev Neurosci* 12: 195-215, 2001.
 - 14) Schwab MH, Bartholomae A, Heimrich B et al: Neuronal basic helix-loop-helix proteins (NEX and BETA2/Neuro D) regulate terminal granule cell differentiation in the hippocampus. *J Neurosci* 20: 3714-3724, 2000.
 - 15) Sheline Y, Wany P, Gado M et al: Hippocampal atrophy in recurrent major depression. *Proc Natl Acad Sci USA* 93: 3908-3913, 1996.
 - 16) Tadokoro C, Kiuchi Y, Yamazaki Y et al: Behavioral stimulation without alteration of beta and 5-HT receptors and adenylate cyclase activity in rat brain after chronic sertraline administration. *Psychopharmacol* 130: 124-130, 1997.
 - 17) Tardito D, Perez J, Tiraboschi E et al: Signaling pathways regulating gene expression, neuroplasticity, and neurotrophic mechanisms in the action of antidepressants: a critical overview. *Pharmacol Rev* 58: 115-34, 2006.
 - 18) Thomsen K: The effect of sodium chloride on kidney function in rats with lithium intoxication. *Acta Pharmacol Toxicol (Copenh)* 33: 92-102, 1973.
 - 19) Wu SX, Goebbels J, Nakamura K et al: Pyramidal neurons of upper cortical layers generated by NEX-positive progenitor cells in the subventricular zone. *Proc Natl Acad Sci U S A* 102: 17172-17177, 2005.
 - 20) Yamada M, Higuchi T: Functional genomics and depression research. Beyond the monoamine hypothesis. *Eur Neuropsychopharmacol* 12: 235-244, 2002.
 - 21) Yamada M, Kiuchi Y, Nara K et al: Identification of a novel splice variant of heat shock cognate protein 70 after chronic antidepressant treatment in rat frontal cortex. *Biochem Biophys Res Commun* 261: 541-545, 1999.
 - 22) Yamada M, Shida Y, Takahashi T et al: Prg1 is regulated by the basic helix-loop-helix transcription factor Math2. *J Neurochem* 106: 2375-2384, 2008.
 - 23) Yamada M, Yamada M, Yamazaki S et al: Ident-

ification of a novel gene with RING-H2 finger motif induced after chronic antidepressa

nt treatment in rat brain. *Biochem Biophys Res Commun* 278: 150-157, 2000.

投稿規定

1. 本誌は国立精神・神経センター精神保健研究所の研究員に関連する他誌に未発表の原著論文、短報、総説、症例（事例）研究および資料、さらに研究所以外の研究者への依頼を含めた特集論文を掲載します。
 2. ◇原著論文は、400字詰め原稿用紙で原則として50枚以内とします。（図表も各1枚を1頁と計算）。データ解析にもとづいた原著論文の構成は、原則として以下のようにして投稿して下さい。原稿の第1頁には、論文の和文および英文タイトル、全著者の和文および英文の氏名（学位は表示しない）、全著者の所属機関の和文および英文の名称および別刷請求者の連絡先を記入して下さい。第2頁には、200字以内の和文抄録と英文で5つ以内のKey words（Index Medicusのsubject headingsを参考として下さい）を記載して下さい。論文の本文は第3頁より記述を開始し、原則として、I. はじめに（または緒言）、II. 対象と方法、III. 結果、IV. 考察、文献さらに独立の1頁に200語以内の英文Abstract、（付録：必要があれば加え、研究に用いたスケールの部分的紹介などを入れて下さい。また、論文の性格によっては、読者の理解を容易とするためにセクションの分割を他の型式とすることも可能）および図表（図および表は各1点ずつ別紙に注釈などを含めて書く）の順に綴じて、計3通（正1、副2）を編集委員会あてに投稿して下さい（投稿先は下の8項参照）。症例（事例）記述にもとづいて書かれる原著論文および症例（事例）研究の構成は、原則として上記の〔III. 結果〕の節〔III. 症例（事例）〕などとし、他の部分は上記に準じて下さい。◇短報は主として予備的な報告をあつかいますが、論文の性格上は原著論文なので、400字詰め原稿用紙で原則として15枚以内とし、体裁は原著論文のそれに従って下さい。◇総説は400字詰め原稿用紙で原則として70枚を超えないものとし（図表も各1枚を1頁と計算する）、原著論文と同様に英文Abstract、和文抄録および英文Key wordsをつけますが、セクションの区分などの体裁は内容の理解が容易であるように適宜著者が工夫して下さい。◇資料論文については、英文Abstract、和文抄録およびKey wordsは除きますが、その他は長さも含めて原著論文の体裁に準じて下さい。◇特集論文は編集委員会の決定したテーマによる依頼原稿で構成し、400字詰め原稿用紙で原則として30枚以内（図表も各1枚を1頁と計算する）とします。論文のセクションの構成は総説に準じて著者の決めたものとなりますが、英文Abstract、和文抄録およびKey wordsはつけません。
 3. 論文はワードプロセッサを用いて作成しプリントアウトしたものを提出して下さい（その際、頁のレイアウトは、1頁を400字の整数倍にし、それを第1頁の最下行に明示して下さい）。論文は受理後にフロッピーディスクでも提出して頂きます。型式は別に指示します。
 4. 外国人名、薬品名は原語を用いて下さい。専門用語は、わが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要ある場合は訳語と（ ）内に原語を示して下さい。
 5. 文献は本文中に引用されたもののみを以下の要領で記述して下さい。
 - A. 文献は筆頭著者の姓（family name）のアルファベット順に番号をつけ（同一著者の場合は発表順）、本文中にはその番号で引用して下さい。
 - B. 雑誌名はIndex Medicusの表示に準じ、省略のピリオドはつけません。
 - C. 著者名は3名以内の場合は全員、4名以上の場合は3人まで書き、あとは他（et al）と省略して下さい。
 - D. 文献の記載は、雑誌については、著者名：論文題名、雑誌名 巻：最初の頁—最後の頁、西暦年号の順とし、単行本全体の場合は、著者名：書名、発行所、発行地、西暦年号、とし、単行本の中の論文は、著者名：論文題名、著者（編者し監修者）名：書名、発行所、発行地、pp.最初の頁—最後の頁、西暦年号、として下さい。訳本は原書を上記にしたがって記載し、（ ）内に訳本を上記に準じて記載して下さい。
- 記載例
- 1) American Psychiatric Association : Quick reference to the diagnostic criteris from DSM- III -R American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987. (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄昭訳 : DSM- III -R, 精神障害の分類と診断の手引改訂3版, 医学書院, 東京, 1988.)
 - 2) 藤縄昭 : 精神療法とエロス. 弘文堂, 東京, 1987.
 - 3) Ostuka T, Shimonaka Y, Maruyama S et al : A new screening test for dementia. Jpn J Psychiatr Neurol 42:223-229, 1988.
 - 4) 高橋徹, 藍沢鎮雄, 武内龍雄他 : 不安神経症の難治性経過について—初期病像ならびに性格特性とのかかわり. 精神衛生研究 31 : 25-40, 1984.
6. 依頼原稿以外の原稿は、編集委員会で複数の査読者を依頼しその結果により採否を決定します。その際、必要な修正を著者に求めることがあります。また投稿規定から著しく逸脱したり、判読の困難な原稿は査読せず著者に返却します。
 7. すべての掲載論文は、別冊50部のみを作成し著者に無料進呈します。
 8. 本誌に掲載された論文の著作権は国立精神・神経センター精神保健研究所に帰属します。著者が、当該著作物の全部を他誌へ使用する場合には著作権者の許諾を得てください。
 9. 論文投稿先 :
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
国立精神・神経センター 精神保健研究所内
「精神保健研究」編集委員会
(2006. 3. 27. 改訂)

精神保健研究編集委員会

編集委員長 加我 牧子

編集委員 金 吉晴 岡田 幸之 野田 寿恵

川野 健治 堀口 寿広

編集後記

精神保健研究第22号（通巻第55号）をお届けいたします。近年の急激な時代の変化と経済的な困難を受けて、精神保健・医療の重要性は益々大きくなっています。自殺者の急増、子どもの発達と大人になってからの適応の問題、触法精神障害者、また芸能人の裁判でも関心を集めた薬物依存、職場などでのストレスとその心身に与える影響ならびに睡眠の問題、事故や犯罪被害のトラウマ、また何よりも、こうした苦しい時代に精神に障害を持った人々が社会の中でどのように生活をしていくのか、こうしたことのすべてが、精神保健研究所で熱心に取り組み、研究されていることに改めて心を強くします。と同時に責務の大きさを思わずにはられません。本号ではこれまで精神保健研究所で作成された様々な保健医療活動のガイドラインを特集として組みました。研究所の使命はもちろん、優れた研究論文を出版してその成果を世に問うことですが、精神医療・医学のように、社会的要因が大きく関与している場合には、研究と実際の医療、また患者や家族の方々との間をつなぐ橋渡しの研究や活動もまた必要となってきます。どのような優れた研究成果が生まれたとしても、それが十分に活用され、ニーズを持った人々に届かなければ、役には立ちません。精神医療の場合、まだまだ本当に必要な方々に十分にサービスが届いていないという現状があります。そうした面に光を当てる研究も、私たち、精神保健研究所に科せられた大きな使命であると思います。本号を通じてそうした活動の一端が伝えられれば編集者として望外の喜びです。

2009年3月 紀要編集担当 金 吉晴（成人精神保健部 部長）

精神保健研究

第55号

(2010年3月31日発行)

(非売品)

編集責任者—加我 牧子

発行者—国立精神・神経センター
精神保健研究所

〒187-8553 小平市小川町4-4-1

Tel:042-341-2711

Fax:042-346-1944

http://www.ncnp.go.jp/

Journal of Mental Health

Number 55, 2009

Official Journal of the National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

CONTENTS

FOREWORD

M.Kaga

SPECIAL TOPICS 1:

Guideline for suicide prevention;suicide prevention in community and workplace Masato Akazawa, Masatoshi Inagaki, Kenji Kawano, Toshihiko Matsumoto, Tadashi Takeshima	5
“Ikiru”:Home page of Center for Suicide Prevention Masahiko Kitani, Yotaro Katsumata, Masatoshi Inagaki, Kenji Kawano, Toshihiko Matsumoto, Tadashi Takeshima	9
Counseling and support guideline for mental health according to the life stages Yotaro Katsumata, Yukio Sukegawa, Yoshitaka Oba, Tadashi Takeshima	13
Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Patients with Substance Use Disorders Kiyoshi Wada	17
The Guidelines for Clinical Assessment and Treatment for Psychosomatic Diseases -Evidence-based Approach to Stress-related Diseases- Gen Komaki	19
Disaster Mental Health Guideline Yoshiharu Kim	25
Guideline for post-BC terrorism mental health care Yoshiharu Kim Satomi Nakajima	27
Disaster Mental Health Manual Yoshiharu Kim, Satomi Nakajima	29
Information Website of Crime Victims' Mental Health Satomi Nakajima, Akemi Sirai, Takako Konishi	31
Guide to guideline preparation for people bereaved by suicide in Japan Kenji Kawano, Hiroto Ito	35
Guide to guideline preparation for suicide attempters in in Japan Chiaki Kawanisi, Hiroto Ito	39
Guideline of medical diagnosis and examination for children with intellectual disability. Masumi Inagaki, Makiko Kaga	43
A guide line for psychosocial support programs focusing on psychoeducation Junichiro Ito, Sayaka Sato	47
Guide line for community mental health activities on "social withdrawal" in adolescence Junichiro Ito, Kohji Yoshida, Kazuya Hanafusa	51
Care management guide book for people with psychiatric disabilities Hiroi Fukaya, Junichiro Ito	57
Care management guideline for people with psychiatric disabilities Hiroi Fukaya, Junichiro Ito	61
Practice Guideline for Forensic Psychiatric Evaluation of Criminal Responsibility(ver.4.0) Takayuki Okada, Kumiko Ando, Yoshito Igarashi, Osamu Kuroda, Toshihiro Taruya Takamasa Noda, Toyoaki Hirata, Naotsugu Hirabayashi, Toshihiko Matsumoto	65

SPECIAL TOPICS 2:

Cognitive Behavior Therapy for Insomnia Takeshi Munezawa, Kazuo Mishima	71
Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis: Evidence, cognitive model and therapy Akiko Kikuchi	79
Prolonged Exposure Therapy for PTSD Keiichiro Ishimaru, Yoshiharu Kim	89
Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief: Its Processes and Outcomes. Masaya Ito, Satomi Nakajima	95

ORIGINAL ARTICLES

Induction of the transcription factor Math2 and its target gene Prg1 after chronic treatment with selective serotonin reuptake inhibitors, sertraline and fluoxetine, in rat brain Misa Yamada, Yoshiko Shida, Kou Takahashi, and Mitsuhiko Yamada	103
Instructions to Author	110
Editors Note	111