

精神保健研究

第32号(通巻65号) 平成31年(2019年)

巻頭言

金 吉晴(精神保健研究所) 1

特集 心理社会支援

統合失調症と心理社会支援 訪問看護による家族心理教育の提案

安間尚徳, 塩澤拓亮, 松長麻美, 佐藤さやか, 藤井千代 5

自殺総合対策と心理社会的支援

金子善博, 藤田幸司, 木津喜雅, 本橋 豊11

薬物使用障害に対する心理社会的支援～薬物依存研究部の挑戦

松本俊彦, 近藤あゆみ, 引土絵未, 高野 歩, 熊倉陽介17

医療計画における認知行動療法(CBT)・依存症集団療法の普及

山之内芳雄27

認知機能障害と心理社会支援

橋本亮太, 椎野智子31

睡眠障害と心理社会支援

綾部直子, 三島和夫37

発達障害と心理社会支援

加賀佳美, 稲垣真澄43

災害時の社会心理支援

金 吉晴, 篠崎康子, 大沼麻実, 島津恵子, 大滝涼子51

心理社会支援の対象となる認知機能障害

住吉太幹, 長谷川由美57

救急医療機関を入り口として始まる精神疾患患者の心理社会的支援

川島義高, 山田光彦61

投稿規定67

編集後記68

巻 頭 言

精神保健研究の第32号（通巻65号）をお届けします。本号の特集は「心理社会支援」とし、10名の研究者からの寄稿で構成しております。

精神保健研究所の使命は時代のニーズに合わせて柔軟に変遷を遂げていますが、大きく分けると実際に暮らす人々に寄り添って、暮らしを支える研究と、精神疾患の本態を解明する脳神経科学の研究とに分けられます。このふたつのタイプの研究がバランス良く組み合わせられることによって、効果的な精神保健医療が可能になると考えられています。

本特集のテーマである心理社会支援は、人々の暮らしに即した支援を行う上で、欠かすことのできないものです。どのような優れた調査や研究であったとしても、その成果が社会に還元され、人々のもとに届かなければ真に人々を助けることはできません。そのためには、実際に苦しんで言う人々の生活のあり方、心の持ち方に寄り添った支援を考えて行く必要があります。

と同時に、精神疾患に対しては、認知行動療法のような心理療法や、生活の中での社会的支援の方が、脳神経に直接働きかける生物学的な治療よりも、病気の症状を大きく改善することが珍しくありません。このことは、身体医学にはあまり見られない、精神医学の特徴であると考えられます。私たちは心理社会支援に対しても、感情的な思い入れだけでは

なく、様々な取り組みの効果を検証し、最適な組み合わせや制度のあり方を研究し、治療プログラムを開発しようとしています。

こうした取り組みは、精神保健研究所が成立したときの存在理由でもあります。私どもの研究所の前身は、昭和25年（1950年）の精神衛生法に基づいて昭和27年（1952年）に発足した精神衛生研究所です。それまでの大学病院などを中心とした、重度の精神疾患の治療、研究とは対照的に、コミュニティの中の精神健康と疾病の予防を扱うという、新しい発想によって作られた研究所です。この研究所を母胎として精神疾患のデイケアの研修、実践が行われ、現在の精神医療で行われているデイケアにつながりました。昭和61年（1986年）には、国立武蔵療養所、同神経センターと統合して、精神保健研究所と改称されましたが、苦しむ人々の暮らしに寄り添った研究、支援をするという伝統はいまでも受け継がれています。本特集はそうした努力の一環を示しております。同じ志を持って支援、治療、研究をされている皆様の一助になれば幸いです。

2019年3月

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 金 吉晴

特 集
「心理社会支援」

【特集 心理社会支援】

統合失調症と心理社会支援 訪問看護師による家族心理教育の提案

Schizophrenia and family psychoeducation: A service from visiting nurses.

安間尚徳¹⁾、塩澤拓亮²⁾、松長麻美²⁾、佐藤さやか²⁾、藤井千代²⁾

Naonori Yasuma, Takuma Shiozawa, Asami Matsunaga, Sayaka Sato, Chiyo Fujii

I. 我が国の精神科医療の歴史と家族

現在、我が国においては、平成16年に示された精神保健医療福祉の改革ビジョン以降、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づき、精神障害者の地域生活支援に関する取り組みが行われている¹⁾。平成29年には、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築推進の必要性が示され、地域生活中心の支援の流れが一層推し進められようとしている²⁾。法律や施策の上では、精神障害者の自立した社会参加が謳われるも、実際は地域におけるサポート体制は不十分である³⁾。精神障害者やその家族が地域で安心して暮らすには、24時間365日対応できる訪問型の医療支援体制が必要となるが、日本において多職種アウトリーチや精神科訪問看護は発展途上である。また、グループホームをはじめとした居住環境、日常生活や社会生活の相談を行う相談支援事業所、地域活動支援センターや就労支援機関など日中活動、社会参加を促す場が不足している。ハード面だけでなく、地域移行を担う専門職の確保や支援スキルの共有、蓄積、トレーニングの機会など、ソフト面の課題もある。さらに、精神障害者が地域生活を行う上で、地域住民の理解や支えが重要となるが、国民の精神障害に対する偏見や差別は依然として根強く、共生社会への道は遠い⁴⁾。

我が国の精神科医療の歴史を振り返ってみると、精神障害者が自立した生活を営み、自由に社会参加できる権利を得るまで、約100年の歴史を要している⁵⁾。明治33年に精神障害者に対して初めての公的処遇となる精神病者監護法が制定され、私宅監置が行われた。大正8年に精神病院法が制定され、全国に精神科病院が設置された。戦後、精神障害者に対する適切な医療と保護を行うため、昭和25年に精神衛生法が制定され、私宅監置が廃止された後も病院収容の時代は続き、精神科病院の大幅増設が行われ、精神病床数は35万床に上った。数々の精神障害者に対する人権侵害事件を経て、昭和62年に精神障害者の社会復帰を明記した精神保健法が制定された。平成7年には精神保健福祉法が制定され、精神障害者の福祉施策や地域精神保健施策への一層の充実が図られることとなった。

しかしながら、長い歴史を経てなお、前述のように精神障害者の地域生活を可能とする地域の受け皿は十分とは言えず、現状では家族がその多くの役割を担っている。それにも関わらず、精神障害者の家族支援は十分に行われておらず、家族の負担は計り知れない。本稿では、統合失調症の家族心理教育に焦点をあて、家族心理教育の重要性を再確認し、より実践的な家族心理教育として訪問看護を利用した家族心理教育を提案したい。

II. 当事者をケアする家族

統合失調症の家族研究の歴史を振り返ると、かつて統合失調症の家族は、病気の原因とみなされ、また多くの社会的責任を押し付けられてきたことが見て取れる。1948年に、フリーダ・フロム・ライヒマンが「分裂病を作る母親 (Schizophrenogenic

1) 東京大学大学院医学研究科 精神保健学教室
Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
地域・司法精神医療研究部
Department of Community Mental Health and Law,
National Institute of Mental Health, National Center of
Neurology and Psychiatry

mother)」という概念を発表し、統合失調症の原因がその家族にあるとされた⁶⁾。その後も家族病因論は1960年代まで続き、家族の多くは社会からの偏見や「自分の育て方が悪かったのではないか」といった自責感を抱きながら暮らしてきた。こうした考え方はその後否定されたが、統合失調症の発症に対する「親の責任」という認識は、現在でも多くの家族、それを取り巻く社会に根強く残っている⁷⁾。我が国においては、家族は明治以降、精神障害者の監督者として規定され、その後は医療や保護を図る国の施策の実質的な担い手となり、ときに精神障害者本人と対立し、また専門家から批判され、社会からも責任を問われる存在となった⁸⁾。平成26年4月に保護者制度が廃止されたものの、医療保護入院は引き続き家族等の同意による入院であることは変わらず、家族の負担は実質的に継続しているといえる。

その他にも、当事者を介護する家族は様々な負担や苦悩を抱えている。精神疾患は慢性疾患であり、長期間の介護を必要とするため、家族の介護負担が大きいと指摘されている⁹⁾。日本では、諸外国に比べて家族と同居する精神障害者が多く、85%の精神障害者が家族と同居し、家族が服薬管理など日常の介護を行っている¹⁰⁾。家族は多くの時間を当事者の介護に割かなければならず、就労の機会を失い、収入も減り、当事者の生活費、医療費を負担せねばならず、経済的な負担は大きい¹¹⁾。十分な余暇時間を持っていないことで、適切なストレス発散ができず、精神的不調を来す場合も少なくない¹²⁾。また、幻覚や妄想などの症状への対処や、病状が安定せず再発を繰り返す当事者への対応に疲弊している¹³⁾。さらに、家族は自らが亡くなった後の当事者の生活を心配しているが、適切な情報を得られていないと感じている¹⁴⁾。社会からの偏見も根強く、次第に社会から孤立し、行き場のない不安や怒りが爆発し、家族関係が崩壊に至る場合もある¹²⁾。

このような負担や苦悩を家族のみで抱え、孤立していった結果、重大な事件も発生している。家族会の暴力に関する調査によれば、統合失調症患者の6割で家族への身体的暴力があり、発病後20年が経過しても、過去1年間に25%の親が身体的な暴力を受けていた¹⁵⁾。家庭内暴力が日常化することにより、親は追い詰められ、精神障害をもったわが子を殺してしまう事件が全国で起きている。平成27年2月に和歌山県で81歳の父親が精神障害の41歳

の長女を殺害するという事件が起こったことは、記憶に新しい。執行猶予のついた父親は長年に及ぶ娘の暴力に苦しめられてきたが、警察も保健所も助けにはならなかったと語った。

では、実際に家族はどのような支援を必要としているのであろうか。全国精神保健福祉会連合会（通称「みんなねっと」）が家族支援の在り方に関する大規模調査を行った¹⁶⁾。家族会員のうち9320名を対象とし、有効回答は4419名であり、回答者の多くは親（85.1%、平均年齢66.7歳）であった。調査の結果、家族から7つの提言が行われた。①本人・家族のもとに届けられる訪問型の支援・治療サービスの実現、②24時間・365日の相談支援体制の実現、③本人の希望にそった個別支援体制の確立、④利用者中心の医療の実現、⑤家族に対して適切な情報提供がされること、⑥家族自身の身体的・精神的健康の保障、⑦家族自身の就労機会および経済的基盤の保障である。国や地域社会、支援関係者は、こうした家族の声に耳を傾け、課題の克服に向けて早急かつ具体的に解決策を提示する必要がある。

Ⅲ. 家族心理教育

このような様々な負担、苦悩を抱えた家族に対する心理社会支援の1つに家族心理教育がある。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法を習得してもらう事によって、主体的な療養生活を営めるように援助する技法」と定義される¹⁷⁾。つまり、家族心理教育とは単に対象となった家族に必要な知識、情報を提供するだけでなく、たとえ問題を抱えていたとしても、自分らしく生き生きとした地域生活を営める力を身に着けるように援助することである。すなわち、エンパワメント（対処可能性の感覚）を高める支援である。

家族心理教育は1980年頃から欧米諸国で始まり、その成り立ちを説明する上で、Expressed Emotion (EE) 研究は非常に重要である。EEとは統合失調症など慢性疾患をもつ当事者と家族間に存在する家族関係の一側面であり、家族の当事者に対する感情表現の仕方、いわゆる感情表出のことである。EE研究の発端は、イギリスの脱施設化施策の中、家族

のもとに帰った患者よりも、身寄りがなく、単身生活をしてきた患者の再発率が有意に低かったという事象から検討が始まった。初期 EE 研究では、批判的コメント、敵意、情緒的巻き込まれ過ぎという家族の感情表出が一定レベル以上（高 EE 状態）あると、9 か月後の再発率が 40%ほど高まることが明らかになった¹⁸⁾。また、高 EE 状態において、家族との対面時間が長いほど再発率が高くなることがわかった¹⁹⁾。高 EE 状態が再発を引き起こす機序には、ストレス脆弱性モデルが関与しているとされる。ストレス脆弱性モデルとは、精神障害の発症、再発は生物学的要因と心理社会的要因の相互作用で生じるという考えである。高 EE 状態にある家族が長時間にわたり当事者の介護を行い、家族と当事者の間に葛藤が生まれ、当事者のストレスが蓄積され、再発が引き起こされるということである。また、家族の負担²⁰⁾や家族の患者に対する否定的な見方²¹⁾は高 EE 状態と関連があると報告されている。つまり、家族が慢性的な高ストレス状態にあると高 EE 状態が引き起こされ、当事者の再発につながると考えられる。

では、家族心理教育はどのように家族の高ストレス状態、高 EE 状態に作用し、当事者の再発を減らし、家族の負担感を軽減させるのであろうか。家族心理教育は主に 3 つの柱から成り立っている²²⁾。第 1 に「知識・情報の共有」である。家族は正確な知識と情報を得る事で、客観的に物事を見る事ができ、病気の症状と当事者を別々に考える「外在化」が出来るようになる。外在化ができるようになることで、当事者の振る舞いが病気の症状により引き起こされていたことに気づき、当事者に対する否定的な見方や当事者と家族の間に生じていた葛藤を解消に導くことができると考えられる。同時に、正確な知識と情報を得ることで、家族自身が精神障害に対して抱いているスティグマや自責感の軽減が期待される。第 2 に、「対処技能、問題解決技能の増大」である。家族が抱えている問題に対して、家族が自ら行える具体的な対処方法を一緒に考えることで、家族の対処可能性が拡大する。それにより、家族間の葛藤やストレスが解消され、また同時に家族の自己効力感が増大するものと考えられる。第 3 に、「心理・社会的なサポートシステムの形成」があげられる。複合家族グループのように、集団を用いた家族心理教育では、お互いの助け合いや支持的な雰囲気

が生まれ、当事者を含めた家族を支えるネットワークが拡充される。自分だけがつらい体験をしているのではなく、他の人々も同じような体験をしていると知る事で、孤立感が解消され、安心感が生まれるのである。このように 3 つの柱がうまく組み合わさることで、家族の心に「何とかなるかもしれない」という楽観性が生まれ、また家族関係が良好なものとなり、当事者の再発防止と家族の負担感の軽減に繋がるという好循環が生まれることが期待される。

家族心理教育の効果に関して、今までに多くの科学的な根拠が示されている。2010 年に Pharoah らによって発表された Cochran のシステマティックレビューでは、家族心理教育の当事者に及ぼす効果について検討された²³⁾。53 の無作為化比較対照試験 (RCT) が含まれ、家族心理教育は統合失調症の再発を減少させた。また入院を予防し、服薬コンプライアンスを高めた。2017 年の Jacqueline らによるシステマティックレビューでは、家族心理教育の介護者に及ぼす効果について検討された²⁴⁾。32 の RCT が含まれ、家族心理教育は介護者の病気の罹患率の低下、負担感の低下、負の介護体験の低下、EE の低下に効果を示した。このように家族心理教育はその効果が十分に検証され、科学的根拠に基づく実践 (Evidence-Based Practice; EBP) と呼ばれ、アメリカ精神医学会の「統合失調症治療ガイドライン」「統合失調症 PORT」、英国政府 NICE の「統合失調症臨床ガイドライン」などで、その実施が推奨されている。

このように、家族心理教育には明確なエビデンスが示されているにもかかわらず、その実装は十分に進んでいないのが現状である。統合失調症の PORT 勧告 (初版) では、家族心理教育は、ニーズのある人のうち、入院では 31.6%、通院では 9.6%しか提供されていなかった²⁵⁾。日本においても、家族心理教育プログラムの実施率は、精神科病院は 35.9%、精神科診療所では 14.5%であり、医療機関における取組は極めて限定的であった²⁶⁾。家族心理教育の実践が困難な理由として、プログラムの期間が長いことがあげられる。多くの研究ではプログラムの施行期間は 9 か月から 2 年間と長く、臨床現場において、それだけの期間を続けることは家族、医療者の双方にとって現実的でない。また、その他にも財源確保が難しいこと、スタッフの確保やトレーニングを行うことが難しいことなどが挙げられ

る。明確なエビデンスのある家族心理教育であるが、普及のための対策が求められる。

IV. わが国での実装に向けて、訪問看護のしくみを利用した家族心理教育

今後の家族心理教育に必要なことは、それらのプログラムをいかに地域社会にある精神保健福祉システムのなかに、普及、定着させるかであり、実装のための研究も重要であろう。臨床的に有効なプログラムを普及、定着させるために必要な条件として、費用が抑えられること、簡便に行えること、既存のサービスに組み込めることが重要であると考えられる。それらを踏まえると、本邦では訪問看護の枠組みを活用した家族心理教育の実施が現実的ではないかと思われる。

訪問看護の枠組みを活用することが望ましい理由として、4点あげられる。第1にその家族が本当に必要としている情報を、適時適切に提供できるという点があげられる。その場合の情報とは、単なる知識ではなく、生活に根差した、現実的に家族が望んでいる情報である。ニーズは関りの中で変化していき、双方向性の対話の中で明らかになっていく。当事者と家族の日々の生活に関わり、細かな文脈を理解できる訪問看護師は、そのようなニーズを適切にとらえることができると考えられる。第2に、その家族が抱える問題を個別に扱えるという点があげられる。複合家族グループにおける家族心理教育では、一般的な病気の知識や社会資源の情報、困ったときの対処方法などが得られるが、それらが必ずしもすべての家族に役立つとは限らない。個々の家族が必要としている情報が千差万別であると同様、家族の抱える問題は個別性が高く、テラーメイド型の対応が必要となってくる。第3に、病院に来られない家族も対象にできる点があげられる。実際に家族心理教育が必要であろう、重症なケースを抱える家族において、病院や保健所等で行われている家族心理教育に定期的に参加することは困難なことも多いであろう。そのようなケースに対して、自宅を訪問して必要な情報を伝え、対応方法を家族とともに考え、家族のエンパワメントを高めることができるのは、訪問看護の大きな強みである。最後に、訪問看護においては、精神障害者本人のみならずその家族も精神科訪問看護・指導の対象として認められてお

り、診療報酬上の裏付けがあるという利点もある。

我が国において、訪問型の家族心理教育を展開するにあたり、海外における取り組みを参照することは有用である。近年注目を集めているのが、英国のバーミンガムを中心に広まった、メリデン版家族支援 (Family Work)²⁷⁾ である。この取り組みは、(1) 個別の訪問支援を長期間にわたり本人と家族に提供する、(2) 当事者と家族が自身の力で困難を乗り越えていけるように、問題解決能力を高める技術習得の機会を提供する、(3) 当事者を含めた家族がそれぞれの生活を自分らしく生きることを重視し、当事者と家族の両者を支援する「Work with Families」を大切にしている、という特徴がある。行動療法的家族療法 (BFT: Behavioral Family Therapy) を原型としており、(1) 病気や治療・社会資源などの情報について当事者と家族と共に学ぶ、(2) ポジティブなコミュニケーションができるように練習し実践する、(3) 家族の中で話し合いがうまくできるよう練習をする、(4) 再発のサインを本人と家族で共有しサインが出た時にどう回避するかを相談しておくなど、訪問したスタッフが本人と家族を交えて、話し合っていく。また、この方法は家族一人ひとりの現状やニーズを踏まえて本人と家族と相談しながら進めていく。この Family Work については、支持的精神療法 (医師等のカウンセリング) を受けている者を対照群とした場合、開始9カ月後の再発率が、Family Work 実施群では6%と対照群の44%より有意に低く、さらに月1回の家族のフォローアップを続け2年後に調査したところ、家族介入群では17%と対照群の83%と再発予防効果は2年後にも維持され、科学的根拠も確立されている²⁸⁾。これらの研究成果から、イギリスのNICEにおける統合失調症ガイドラインにおいても、Family Workをはじめとする訪問型の単家族心理教育は、代表的なEBPプログラムの一つとされている。

このように、訪問型の家族心理教育の必要性、有用性は明らかであり、これら海外の知見を踏まえて、日本の現状に適した形で導入していくのが良いだろう。その場合、先に述べたように訪問看護の枠組みの利用には様々な利点があると考えられ、今後はそのためのツール作成、実施体制の構築を行い、普遍的で、持続可能性のある、家族心理教育について考えていく必要があると考える。

V. おわりに

精神障害者、特に統合失調症者の家族が歴史的に置かれてきた状況、現在も抱えている多くの負担、苦悩について触れ、家族のエンパワメントを高める心理社会支援として、家族心理教育が有用であることを述べた。家族心理教育はその有用性が科学的に明らかになってはいるものの、普及と定着に問題があり、地域社会における精神保健福祉システムの中でいかに根付かせるかということが今後の大きな課題である。訪問看護師は、地域において、当事者と家族の生活を身近に支え、家族のニーズに寄り添うことができるという強みがある。訪問看護の枠組みの中で、家族心理教育を行うことは、実行可能性の観点から現実的な方法であると考えられる。今後はそのための具体的なツール作成、実施体制の構築が求められる。

- 1) 厚生労働省：精神保健医療福祉の改革ビジョン；<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html>
- 2) 厚生労働省：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書。2017.02.<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029.html>
- 3) 樋口輝彦：精神保健医療福祉のさらなる改革に向けて；精神誌（2011）第113巻第5号
- 4) 樋口輝彦．【"二重の不幸"から100年～わが国の精神医療がたどった道とこれから～】わが国の精神医療がたどった道とこれから 偏見・差別を越えるために．心と社会．2018;49(2) :55-60.
- 5) 門屋充郎：精神保健福祉法の歴史的変遷と今回の法改正の要点について；日本精神保健福祉士協会誌 46（1），4-8, 2015-03
- 6) Fromm-Reichmann F. Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy. *Psychiatry*. 1948;11（3）:263-73.
- 7) 中坪太一郎：統合失調症の家族研究の展望；東京大学大学院教育学研究科紀要第48巻 2008年
- 8) 白石弘巳：精神医療史における家族の位置付け；精神科臨床サービス 第04巻02号
- 9) Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*. 2008;26（2）:149-62.
- 10) 内閣府：障害者白書；平成24年版
(URL:http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h24hakusho/zenbun/pdf/h1/2_2.pdf)
- 11) Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues in mental health nursing*. 2003;24（2）:175-98.
- 12) Aadil J, Shah O, Wadoo J, Latoo. Psychological Distress in Carers of People with Mental Disorders 2010.
- 13) Gopinath PS, Chaturvedi SK. Distressing behaviour of schizophrenics at home. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1992;86（3）:185-8.
- 14) McAuliffe R, O'Connor L, Meagher D. Parents' experience of living with and caring for an adult son or daughter with schizophrenia at home in Ireland: a qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2014;21（2）:145-53.
- 15) Kageyama M, Yokoyama K, Nagata S, Kita S, Nakamura Y, Kobayashi S, et al. Rate of Family Violence Among Patients With Schizophrenia in Japan. *Asia-Pacific journal of public health*. 2015;27（6）:652-60.
- 16) 特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会．(2010)．精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究．
- 17) 浦田重治郎, 池淵恵美, 大島 巖, 他 (2004) 「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（暫定版）（平成15年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費報告書「統合失調症の治療およびリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究」(主任研究者：浦田重治郎)） p. 7
- 18) Leff J, Vaughn C. Expressed emotion. *Hospital & community psychiatry*. 1987;38（10）:1117-9.
- 19) Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *The British journal of social and*

- clinical psychology. 1976;15 (2) :157-65.
- 20) Kuipers L. Family burden in schizophrenia: implications for services. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1993;28 (5) :207-10.
- 21) Barrowclough C, Parle M. Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1997;171:26-30.
- 22) FPE・家族心理教育プログラム．Ⅰ．本編．アメリカ連邦政府 EBP 実施・普及ツールキットシリーズ 3-Ⅰ．アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部 (SAMHSA) 編、日本精神障害者リハビリテーション学会監訳 (責任訳者：後藤雅博、大島巖、遊佐安一郎) - 日本精神障害者リハビリテーション学会、2009.
- 23) Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010 (12) :CD000088-CD.
- 24) Sin J, Gillard S, Spain D, Cornelius V, Chen T, Henderson C. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2017;56:13-24.
- 25) Lehman AF, Steinwachs DM. Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. *Schizophrenia bulletin*. 1998;24 (1) :11-20; discussion -32.
- 26) Oshima I, Mino Y, Nakamura Y et al (2007) Implementation and Dissemination of Family Psychoeducation in Japan: Nationwide survey on Psychiatric Hospitals in 1995 and 2001. *Journal of Social Policy & Social Work*. 11, 5-16
- 27) 「訪問による家族支援」普及活動 英国メリデン版家族支援プロジェクト
<https://seishinhoken.jp/tags/meriden>
- 28) Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB, Gilderman AM. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *The New England journal of medicine*. 1982;306 (24) :1437-40.

【特集 心理社会支援】

自殺総合対策と心理社会的支援

Comprehensive Suicide Prevention Measures and Psychosocial Support

金子善博¹⁾、藤田幸司¹⁾、木津喜雅¹⁾、本橋 豊¹⁾

Yoshihiro Kaneko, Koji Fujita, Masashi Kizuki, Yutaka Motohashi

I. はじめに

自殺総合対策大綱では、「自殺はその多くが追い込まれた末の死であり、その多くが防ぐことができる社会的な問題であるとの基本認識の下、自殺対策を、生きることの包括的な支援として、社会全体の自殺リスクを低下させるとともに、一人ひとりの生活を守るという姿勢で展開するものとする。」との基本方針が示されている。自殺予防という名のもとに、個別的支援の知識や技術に力点が置かれてきた旧来の自殺予防対策の枠組みは、新たな自殺総合対策大綱では再構築されていることを理解する必要がある。

「様々な分野の生きる支援との連携を強化する」ということが重視される中で、自殺総合対策では、「自殺に追い込まれようとしている人が安心して生きられるようにして自殺を防ぐためには、精神保健的な視点だけでなく、社会・経済的な視点を含む包括的な取組が重要である」とされている。

自殺総合対策における心理社会的支援は、自殺対策の様々な場面で必要になると思われる。本稿では、紙幅も限られていることから、自殺未遂者支援における心理社会的支援と自死遺族等支援における心理社会的支援にかかわる課題について解説することにした。

II. 自殺未遂者支援における心理社会的支援

平成28年の自殺者数21,017人（人口動態統計）に対して、自損行為による救急自動車の搬送件数は

37,054件である¹⁾。平成28年における自殺者の自殺未遂歴の有無について、警察庁自殺統計によれば、自殺未遂歴が「あり」の者の割合は、男性で15.3%、女性で29.3%と報告されている²⁾。自殺未遂は自殺既遂の最大のリスク要因とみなされ、自殺未遂者支援に関し、主として救急医療機関におけるケアについて研究、開発が進んできた³⁾。そして、これらの研究等においても、医学的ケアだけでなく、退院後の地域ケアが重要であることが指摘されてきた。しかしながら、自殺総合対策推進センターが実施した平成29年度自治体における自殺対策の施策の実施状況調査によると、「自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ」事業を実施していた自治体の割合は都道府県と政令指定都市では70.1%であるが、政令指定都市を除く市区町村では2.6%に留まっていた⁴⁾。一部の医療機関と行政機関やNPOとの連携など、地域の多職種・多機関の連携による包括的な自殺未遂者支援が徐々に拡がりつつあるが、このような社会支援の連携を実践的に地域レベルで全国的に拡げていく必要があった^{5) 6) 7)}。

このような状況をうけ、平成29年に見直された政府の自殺総合対策大綱（平成29年7月25日閣議決定）では、それまでの自殺総合対策大綱（平成24年8月28日閣議決定、平成29年7月25日廃止）での重点課題に記載された「自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ」の項目が改められ、新たに4つの項目が加えられた⁸⁾。表1の(1)、(3)、(4)、(6)である。新しい自殺総合対策大綱はこれまでの対策の成果を検討の上、策定されており、これを踏まえながら、現在求められている自殺未遂者ケアにおける社会支援のあり方を次に記す。

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
自殺総合対策推進センター
Japan Support Center for Suicide Countermeasures,
National Institute of Mental Health, National Center of
Neurology and Psychiatry

表1 自殺総合対策大綱(平成29年)における当面の重点課題「8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ」の項目

(1) 地域の自殺未遂者等支援の拠点機能を担う医療機関の整備
(2) 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
(3) 医療と地域の連携推進による包括的な未遂者支援の強化
(4) 居場所づくりとの連動による支援
(5) 家族等の身近な支援者に対する支援
(6) 学校、職場等での事後対応の促進

(1)の「地域の自殺未遂者等支援の拠点機能を担う医療機関の整備」については、多くの地域で自殺未遂者ケアの医療体制が十分でないことから、救急施設に搬送された自殺未遂者への複合的ケースマネジメントの効果検証などの成果の蓄積等を踏まえつつ、対応困難例の事例検討や地域の医療従事者への研修等を通じて、地域の自殺未遂者支援の対応力を高める拠点となる医療機関が必要であり、これらの取組に対する支援を強化するとともに、モデル的取組の横展開を図ることとされている。拠点機能のモデルについては、精神科リエゾンチームが配置されているような総合病院のモデルや精神科救急医療のモデルだけでなく、常勤の精神科医のいない一般救急医療でのモデルなど、医療機関や地域の状況により複数のモデルを検討する必要があるが、整備に向けては関係者の理解が欠かせない⁹⁾。

(3)の「医療と地域の連携推進による包括的な未遂者支援の強化」については、自殺総合対策大綱の「適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする」中の項目が再掲されており、「各都道府県が定める保健、医療、福祉に関する計画等における精神保健福祉対策を踏まえつつ、地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・教育・労働・法律等の関係機関・関係団体のネットワークの構築を促進する」と地域における社会支援の充実の必要性が強調されている。ここでは加えて、かかりつけの医師等から専門医や様々な分野の相談機関につなげる多機関連携体制の整備の推進も示されており、自殺未遂者ケアの入口が救急医療機関だけではないことが記されている。

(4)の「居場所づくりとの連動による支援」では、同じく自殺総合対策大綱の「社会全体の自殺リスク

を低下させる」中の項目が再掲されている。この「居場所づくり」は、現在の対策の中で、生きづらさを抱えた人や自己肯定感が低い若者、配偶者と離別・死別した高齢者や退職して役割を喪失した中高年男性等、孤立のリスクを抱えるおそれのある人が、孤立する前に、地域とつながり、支援とつながることができるよう、孤立を防ぐために地域社会で取り組むことの出来る重要な対策として位置づけられている。

(6)の「学校、職場等での事後対応の促進」では、自殺未遂者本人への支援だけでなく、自殺未遂者の周囲にいた人への支援の必要性を、家族への支援だけでなく、生活の場である学校や職域での支援についても指摘している。

自殺未遂者支援のニーズは救急医療機関だけで把握されるものではない。生活保護など各種の相談支援機関で把握されることや本人、家族からの相談で把握されることもある。今日もとめられている自殺未遂者支援における社会支援は、単に救急搬送医療機関から地域ケアへの流れだけでなく、より幅の広い視点で理解され、整備されていく必要がある。

また、日本における自殺未遂者支援の課題の一つとして、自殺未遂者統計の未整備も指摘されおり、今後の整備が望まれる。

Ⅲ. 自死遺族等支援と心理社会的支援

改正自殺対策基本法(2016年4月施行)では、「自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等の支援の充実を図ること」が目的規定に掲げられている。改正自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として定められた、新しい自殺総合対策大綱(平成29年)では、自死遺族等支援の重点施策として、(1)遺族の自助グループ等の運営支援、(2)学校、職場等での事後対応の促進、(3)遺族等の総合的な支援ニーズに対する情報提供の推進等、(4)遺族等に対応する公的機関の職員の資質の向上、(5)遺児等への支援の5つが掲げられた。

(1) 遺族の自助グループ等の運営支援

複数の自死遺族が集まり、互いの経験を語り、聞きあうことを目的にした集まりやグループワークの場が、「わかち合いの会」や「遺族のつどい」である。「わかち合いの会」や「遺族のつどい」等の活動内

容や開催方法は主催団体によって異なり、専門家の参加の有無や参加できる者の範囲、会を進行する上でのルール等も団体によって異なる。当事者だけで運営されている団体もあれば、専門家やボランティアが参加できるグループ、あるいは地方公共団体が開催を支援しているものもある。

支援グループ（民間ボランティア、弁護士会等専門家の組織、民間団体、保健所等の公的専門機関、市町村によるもの等）が「わかち合いの会」等を立ち上げるにあたっては、まずファシリテータの養成から着手し、質の高いファシリテータを確保することが重要となる。国の支援として、内閣府は2008年度に、自死遺族支援について豊富な経験を有している民間団体との連携により、自死遺族のための分かち合いの会の運営についての研修や、講習会・意見交流会などを実施し、民間団体などの活動が自主的に運営されるよう支援した。また、2009年度には、「自死遺族支援研修会等事業」を実施し、自死遺族のための分かち合いの会の運営についての研修に加え、講習会、自死遺児支援の為の集いを実施した。さらに、地域自殺対策強化交付金を通じ、自死遺族の為の分かち合いの会の運営等の支援を実施している。

特定非営利活動法人 全国自死遺族総合支援センターが2015（平成27）年1月に47都道府県を対象に実施した自死遺族支援現況調査では、全47都道府県137か所（地方公共団体主催58、民間団体または個人主催79）で「わかち合いの会」や「遺族のつどい」が継続的に開催されていると報告されている¹⁰⁾。単独での継続的開催が困難な自治体では、近隣の2つ以上の市町村が協力して共同開催しているところもあり、地方公共団体によっては、民間団体との連携によって継続的に開催しているところもある。共同／連携開催には、(1) 対象地域が広がり参加しやすくなることで一定数の参加者が確保され、より効率的な開催ができる、(2) それぞれの市は隔月開催でありながら毎月開催と同等の効果が得られる、(3) 活動期間の長い民間団体との協働によって、継続性のある内容とすることが可能となる、といった参加者にとっても運営側にとってもメリットがある。このような自死遺族支援では、行政、地方公共団体と民間団体の連携および役割分担が重要である。

(2) 学校、職場等での事後対応の促進

学校、職場で自殺があった場合に、その直後の周

りの人々に対する心理的ケアが的確に行われるよう、学校の教職員向けの資料や自殺後の職場における対応マニュアルの普及等により、適切な事後対応を促すことが掲げられている。

(3) 遺族等の総合的な支援ニーズに対する情報提供の推進等

自死遺族にとって必要となる情報には、自殺の直後から必要となるものと、中長期的に必要となるものがあり、行政や関連機関は、自死遺族が必要な時に情報を迅速かつ的確に得ることができるように支援することが望まれる。

自殺の直後から自死遺族がしなければならないものには、死亡届等の役所などへの必要な届出・手続き、葬儀の実施、公文書等の名義変更等諸手続き、故人に借金があった場合への対応、遺された家族の生計の建て直し、あるいは学校・職場への報告等の各種手続き、遺品整理等がある。遺産相続の手続きには、相続放棄・限定承認のように3か月以内に行うといった期限が設定されているものもあり注意を要するにもかかわらず、必要な情報を迅速に得ることができないと感じている遺族は少なくない。従って、自殺の直後には、自死遺族にとって必要な情報をわかりやすくまとめた冊子・リーフレット等が迅速に提供されることが望ましい。

例えば、東京都港区では死亡届を提出する際に、窓口で死後の様々な手続きについて記載した冊子を遺族全員に配布しているため、自死遺族であるかどうかに関わらず、必要に応じて役立つ情報を迅速かつ的確に入手することが可能である（港区や板橋区ではウェブサイトにおいても自死遺族支援に関連する情報を公開している）。自死遺族にとって必要な情報が記された冊子等は、市町村の戸籍・住民登録窓口で手渡す以外にも、検視の際に警察から手渡す方法等も考えられる。

中長期的に必要となる情報としては、複数の自死遺族が集まり、互いの経験を語り、聞きあうことを目的にした集まりやグループワークの場としての「わかち合いの会」や「遺族のつどい」がある。また、自死遺族に対する中長期的支援の一つに、法的問題に対する助言や相談の機会に関する情報提供がある。具体的には、法的支援を必要とする自死遺族に、市町村の行政担当者が、自死遺族支援に協力的な弁護士、司法書士等を紹介するなどである。自死遺族の中には、体調や偏見の問題等から、法的な手

続きに踏み出せない場合も少なくないが、より早い生活再建のために、市町村・行政担当者は自死遺族に対して法的支援のための情報を伝えることが重要である。

(4) 遺族等に対応する公的機関の職員の資質の向上

自殺の起きた現場に赴き、遺族等と接する可能性の高い公的機関の職員である警察官や消防職員等は、自死遺族等に対して丁寧な対応を心掛けることが求められることから、研修等により適切な遺族等への対応等に関する知識の普及を促進する。

(5) 遺児等への支援

自死遺児が児童・生徒である場合の支援は、保護者の合意を得て相談の上で行う。自死遺児からの相談を受ける可能性の高い教職員は、適切な知識や対応方法を理解していることが必要となることから、遺児等に対するケアも含め、教育相談を担当する教職員の資質向上のための研修等を実施する。

学校においては、臨床心理に関する専門知識を生かしながらカウンセリング等の支援を行うスクールカウンセラーが配置されている。また、児童相談所においても、自死遺児に対する支援が行われている。しかしながら、自死遺児向けのサービスを実施している児童相談所は一部に限られており、その理由として人材不足が最も多いという報告がある。自死遺児の支援のために、児童相談所における人材確保や専門家養成を推進していくことが求められるとともに、児童生徒と日頃から接する機会の多い学校の教職員を対象に、児童相談所、精神保健福祉センターや保健所の保健師等による遺児等に関する相談体制を充実させる必要がある。

親や近親者の自殺が、児童期、思春期の子どもに及ぼす精神的影響は大きく、また、感情を他人に伝えるのが困難なことも多いことから、自死遺児が喪失に対処し、適応できるように支援していくことが重要である。そのため、不安や悩み、つらさ等を話すことのできる身近な友人、心を許せる大人や知り合いが近くにいることが必要となる。グリーフケアなどの心のケアの取り組みは、NPO法人や民間団体によって行われており、地域における遺児等の自助グループ等の運営、相談機関等の情報について、自死遺児やその保護者への周知が求められる。

自死遺児は、生計の中心であった親を亡くすことで、教育の継続や進学が困難な状況になることがある。生活上の困難を抱える自死遺児に関しては、学

費や生活費の援助を優先し、日々の生活を安定させる「生きるための支援」が重要となる。自死遺児に対する経済的支援等を行っている団体、組織には、無利子の奨学金を貸与する「日本学生支援機構」や「あしなが育英会」があり、返済の必要のない「給付型」の奨学金は、通っている高校や大学、住んでいる都道府県や市区町村から支給を受けられる場合がある。それ以外に、給付型奨学金を支給してくれる団体（民間育英会、民間育成団体、企業の財団法人等）も多数存在する。自死遺児への支援においては、これらの経済的支援に関する情報を本人だけでなく保護者に提供し、学校関係者等が申請のための支援を行うことや、就学援助等の相談窓口や機関につなぐといった速やかな対応が重要となる。

最近では、自死遺族および自死遺族等の支援に関わる関係者が実際の取組を進めるために重要な観点および留意点をとりまとめた手引が利用可能である。例えば、自殺総合対策推進センターが2018年11月に発行した「自死遺族等を支えるために～総合的支援の手引」は、自助グループ等の運営支援の他に、全国どこにいても入手できるような遺族等の総合的支援ニーズに対する情報提供や、学校、職場等での事後対応の留意点、また遺族等に関わる公的機関の職員の意識や対応についての啓発や、自死遺族等の支援についても具体的に言及し、広く自死遺族等支援に資するための留意点を取りまとめたものである¹¹⁾。

文 献

- 1) 厚生労働省. 平成30年版自殺対策白書. 2018.
- 2) 厚生労働省. 平成29年版自殺対策白書. 2017.
- 3) 日本臨床救急医学会. 自殺未遂者への対応 救急外来 (ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き. 2009.
- 4) 自殺総合対策推進センター. 平成29年度自治体における自殺対策の施策の実施状況調査. 2017.
(以下からダウンロード可能 <https://jssc.ncnp.go.jp/file/pdf/2018-0208-h29jissi-chosa.pdf>)
- 5) 荒川区. 荒川区自殺未遂者調査研究事業報告書. 2012.

- 6) 成重竜一郎. 自殺未遂者支援のための地域連携：荒川区との連携（特集 自殺予防と精神科臨床：臨床に活かす自殺対策（2））. 精神科治療学 30: 465-469. 2015.
- 7) 太田順一郎. 自殺未遂者支援のための地域連携：精神保健福祉センターにおける未遂者ケア事業（特集 自殺予防と精神科臨床：臨床に活かす自殺対策（2））精神科治療学 30: 471-477. 2015.
- 8) 自殺総合対策大綱（平成 29 年 7 月 25 日閣議決定）.
- 9) 近藤伸介. 自殺対策における適切な精神科医療体制の在り方に関する研究～自殺対策拠点病院のコンセプト構築. In: 厚生労働行政推進調査事業費補助金 地域の実情に応じた自殺対策推進のための包括的支援モデルの構築と展開方策に関する研究 平成 29 年度総括・分担研究報告書. pp.86-94. 2018.
- 10) 杉本脩子. 自死遺族支援の取組～10年を振り返っての所感と今後の展望について. In: 厚生労働省. 平成 28 年版自殺対策白書. pp.55-56. 2016.
- 11) 本橋豊編著. 自死遺族等を支えるために～総合的支援の手引. 自殺総合対策推進センター. 2018.

【特集 心理社会支援】

薬物使用障害に対する心理社会的支援 ～薬物依存研究部の挑戦

Our challenges for supporting individuals with drug use disorder and the families

松本俊彦¹⁾、近藤あゆみ¹⁾、引土絵未¹⁾、高野 歩^{1) 2)}、熊倉陽介^{1) 3)}

Toshihiko Matsumoto, Ayumi Kondo, Emi Hikitsuchi, Ayumi Takano, Yousuke Kumakura

I. はじめに

薬物使用障害は、再発と寛解を繰り返すという意味で、本質的に慢性疾患である。Emmelkamp と Vedell) によれば、入院治療を受けた薬物使用障害患者の 75% は退院後 1 年以内に再発し、8 年間に少なくとも 3～4 回は再度の治療を受ける必要があるという。しかし、そのようにして繰り返して、あるいは継続的に治療を提供することには一定の効果がある。というのも、患者の一部は、再発と寛解を繰り返しながら最終的に断酒・断薬を達成し、断酒・断薬には失敗した患者においても、物質摂取量・摂取頻度は減少し、人生全体から見た医学的障害や心理社会的損失の抑制には成功していることが明らかにされているからである¹⁾。厳罰主義のわが国では、薬物使用障害に罹患する人の多くは、あくまでも犯罪者として司法関連機関での処遇ばかりに終始しがちではあるが、治療や支援の対象として捉える視点が重要である。

ところで、薬物使用障害の治療では、他の精神医学的障害とは異なり、薬物療法が果たす役割はきわめて小さい。そこには、『薬物をやめる』ための治療なのに、なぜこのうえさらに薬物を投与する必要

があるのか」というごく素朴な治療理念があるのも確かだが、同時に、薬物渴望を抑制するための効果的な治療薬が存在しないという現実もある。それでも、中枢神経抑制薬であるヘロインやアルコールの使用障害に対してならば、一定の有効性が証明されている抗渴望薬が存在し、実際に補助的な治療として用いられる。しかし、コカイン、そしてわが国で最も深刻な乱用薬物である覚せい剤のような中枢神経興奮薬の使用障害の場合には、現在までのところ有効性が確立した薬物療法が存在せず、その意味でも、わが国の場合、薬物使用障害の治療といえ、もっぱら心理社会的支援とならざるを得ない事情がある。

さて、薬物使用障害に対する心理社会的支援にはさまざまなものがある。たとえば、薬物使用障害患者本人を直接支援する方法として、12 ステッププログラムにもとづく自助グループや、そうした自助グループとタイアップした民間リハビリ施設での入所型プログラム（ダルクが代表的である）、認知行動療法的手法を活用した再乱用防止プログラム、動機づけ面接をはじめ、枚挙にいとまがないほどである。加えて、本人に最も影響力のある家族に対する支援や、ある種の司法制度への介入といった間接的な心理社会的支援まで含めると、とても与えられた紙幅では対応できない分量となる。

そこで本稿では、このようにさまざまに存在する心理社会的支援のうち、筆者らが所属する薬物依存研究部で開発され、現在その効果検証や国内各地への普及を行っているものについて、その特徴や研究開発の進捗状況を報告したいと思う。具体的には、以下の 5 つの心理社会的支援をとりあげ、順次紹介する。まず第 1 に、本人の薬物使用を低減することを目標とした依存症集団療法「SMARPP」(Serigaya

1) 国立精神・神経医療研究センター 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

2) 横浜市立大学医学部 看護学科 精神看護学

Department of Psychiatric Nursing, Yokohama City University

3) 東京大学 大学院医学系研究科 精神保健学分野

Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, Tokyo University

Methamphetamine Relapse Prevention Program) であり、第2に、家族を支援対象とする「薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム」、第3に、薬物使用がとまった後の心理的・感情的問題を解決し、薬物をやめ続けることを支援するエンカウンター・グループ、第4に、支援へのアクセスを高めるためのウェブサイトを紹介した再乱用防止のための支援である。そして最後に、保護観察という司法制度にもとづく地域内処遇と、地域にある任意にもとづく社会資源へのアクセスを高めるためのアクションリサーチである。

II. 依存症集団療法「SMARPP」——薬物をやめるきっかけをつかむために

1. SMARPP とは

これまでわが国は薬物使用障害からの回復のための医療的資源が深刻に不足していた。薬物使用障害専門病院はごく少なく、専門医もごく限られている。そうしたなかで、我々が2006年より開発に着手し、これまで国内での普及を進めてきたSMARPPは、地域における薬物使用障害に対する心理社会的支援の基本的ツールとしての役割を担うことが期待されている。

SMARPPは、その治療理念や様式の多くを、米国西海岸を中心に広く実施されている依存症治療プログラム「Matrix model」²⁾に負っている。Matrix modelとは、ロサンゼルスにあるMatrix Instituteが開発した、覚せい剤やコカインといった中枢神経興奮薬の使用障害を標的とする統合的外来治療プログラムであり、西海岸では多くの薬物裁判所が、刑務所での服役に代わる社会内処遇プログラムとして、このMatrix modelを指定している。

我々がMatrix modelを参考にしたのには、2つの理由があった。1つは、それが、認知行動療法的志向性を持つワークブックを用い、マニュアルに準拠した治療モデルという点である。これならば、薬物使用障害の臨床経験を持つ者がきわめて少ないわが国にも導入できる可能性が高いと考えたのである。そしてもう1つは、Matrix modelが中枢神経興奮薬の使用障害を念頭に置いた治療法という点である。このことは、司法においても医療においても一貫して覚せい剤が最重要薬物であるわが国の状況に非常にマッチしていると考えられた。

2. SMARPP の構造

我々が開発したSMARPPは、プログラム実施期間は原則として週1回全24回のグループセッションとして構成されている³⁾。また、尿検査の実施を基本とし、動機付け面接の原則に沿った支持的な介入を大切にするように心がけている。具体的な人材配置としては、医師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士によるファシリテーターの1名の他に、コ・ファシリテーターとして回復者スタッフ（民間リハビリ施設職員）1名、さらには、参加者の発表をホワイトボードに書く板書係1名という、最低3名のスタッフを必要としている。参加する薬物使用障害患者の数は、通常、10～20名程度である。

3. SMARPP の効果と広がり

以上のようなコンセプトから開発されたSMARPPであるが、開発直後、初回に試行した際の介入結果は、従来の治療に比べて治療脱落率が低く⁴⁾、他の社会資源へのアクセスが高まること⁵⁾、そして、覚せい剤使用障害患者のプログラム終了1年後における薬物使用状況の改善率が67%、プログラム終了後1年間の完全断薬率が40%という結果が明らかにされている⁶⁾。また、援助者に対する教育効果も認められており、SMARPPの運営に関与した看護スタッフは、薬物使用障害に対する苦手意識が低減し、対応への自信が高まることが証明されている⁷⁾。

2018年10月現在、SMARPPもしくはSMARPPをベースにしたプログラムを用いて薬物使用障害の治療を行っている施設は、全国の医療機関41箇所、精神保健福祉センターなどの保健行政機関37箇所に広がっている（表1）。また、平成28年度診療報酬改定において「依存症集団療法」として診療報酬算定項目として追加され、今後さらなる普及が望まれている。

4. SMARPP の意義

我々はこのSMARPPが「最高の治療法だ」などとは考えていない。最高の治療法というべきなのは、やはり何とんでも当事者によるプログラム、すなわち自助グループや民間リハビリ施設で行われているプログラムである。そうしたプログラムは、回復のロールモデルと出会える場所としての機能し、「生き方」全体を支援対象としている。その意味では、「薬物をやめ続ける」ためのプログラムという理解するべきである。

表1 SMARPPなどの「薬物依存症に対する認知行動療法プログラム」(2018年10月15日現在)および「家族心理教育プログラム」(2018年3月31日現在)の国内実施状況

★平成29年度家族心理教育プログラム実施機関				
地 区	都道府県名	医療機関	保健・行政機関	
北海道・東北	北海道	北仁会旭山病院	北海道渡島保健所	
		北海道立緑ヶ丘病院	北海道立精神保健福祉センター	
		旭川圭泉会病院		
	岩手		岩手県精神保健福祉センター★	
	宮城	東北会病院	(仙台市精神保健福祉総合センター★(家族心理教育のみ))	
関東甲信越	福島	福島県立矢吹病院		
	栃木県		栃木県業務課・栃木県精神保健福祉センター★	
	茨城県	茨城県立こころの医療センター	茨城県精神保健福祉センター	
	群馬県	赤城高原ホスピタル	群馬県こころの健康センター	
	埼玉県	埼玉県立精神医療センター		
	千葉県			千葉県精神保健福祉センター★
				千葉市精神保健福祉センター
	東京都	東京都	国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター病院★	東京都立多摩総合精神保健福祉センター★
			東京都立松沢病院	東京都立中部総合精神保健福祉センター★
			昭和大学附属烏山病院	東京都立精神保健福祉センター
			多摩あおば病院	
	神奈川県	神奈川県	神奈川県立精神医療センター	川崎市精神保健福祉センター
			誠心会 神奈川病院	相模原市精神保健福祉センター
			北里大学東病院	横浜市こころの健康相談センター
長野県	長野県立こころの医療センター駒ヶ根	長野県精神保健福祉センター		
石川県		石川県こころの健康センター★		
新潟県	医療法人三交会三交病院	新潟市・新潟県精神保健福祉センター★		
東海・北陸	静岡県	公益財団法人復康会沼津中央病院	浜松市精神保健福祉センター★	
		医療法人十全会聖明病院	静岡県精神保健福祉センター (静岡市こころの健康センター★(家族心理教育のみ))	
	愛知県	桶狭間病院藤田こころケアセンター	愛知県精神保健福祉センター★	
		岩屋病院		
	岐阜県	医療法人杏野会 各務原病院		
	三重県	独立行政法人国立病院機構榑原病院		
	富山県		富山県心の健康センター	
	福井県		福井県総合福祉相談所	
	近畿	滋賀県	滋賀県立精神医療センター	
		京都	京都府立洛南病院	京都府業務課 (京都市こころの健康増進センター★(家族心理教育のみ))
大阪府			大阪府精神医療センター ひがし布施辻本クリニック	(堺市こころの健康センター★(家族心理教育のみ))
奈良県			奈良県精神保健福祉センター	
和歌山県			和歌山県精神保健福祉センター	
兵庫県		垂水病院★	(兵庫県精神保健福祉センター★(家族心理教育のみ))	
		兵庫県立こころの医療センター 幸地クリニック		
中国・四国		鳥取県		鳥取県精神保健福祉センター
	島根県		島根県心の体の総合センター	
	岡山県	岡山県精神科医療センター★		
	広島県	医療法人せのがわ瀬野川病院★	広島県精神保健福祉総合センター★	
	山口県	山口県立こころの医療センター		
	徳島県	藍里病院		
	愛媛県	宇和島病院		
	香川県		香川県精神保健福祉センター★	
	高知県		(高知県精神保健福祉センター★(家族心理教育のみ))	
九州・沖縄	福岡県	雁ノ巣病院	北九州市精神保健福祉センター	
		福岡県立太宰府病院	福岡市精神保健福祉センター★	
		のぞえ総合心療病院	福岡県精神保健福祉センター★	
	佐賀県	独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター		
	長崎県		長崎県子ども・女性・障害者支援センター	
	大分県	河村クリニック		
	熊本県		熊本県精神保健福祉センター 熊本市精神保健福祉センター	
沖縄県		沖縄県立総合精神保健福祉センター		

一方、SMARPPには、自助グループや民間リハビリ施設に比べれば比較的心的抵抗感の少なく、アクセスしやすいという長所がある一方で、それはあくまでも「薬物をやめるきっかけを掴む」にすぎず、入門的なプログラムと理解すべきである。したがって、SMARPPの意義は、薬物使用障害の当事者に対する支援の間口を広げ、最終的には、従来よりも多くの患者を自助グループや民間リハビリ施設へつなげることを目指している。

Ⅲ. 家族に対する支援——治療のきっかけを掴み、治療からの離脱を防ぐために

薬物使用障害という病気の特徴は、「本人が困るよりも先に周囲が困る」という点にある。したがって、治療や支援はしばしば家族の相談から始まる。その意味で、本人を治療につなげるには家族の相談が欠かせない。また、薬物使用障害患者の治療意欲はたえず動揺しており、容易に治療からの離脱が生じるが、それに対して、家族の治療意欲（＝本人の回復を願う気持ち）は往々にして高い水準で安定している。その意味では、本人の治療からの離脱を防ぎ、離脱後も治療復帰を早めるためには、継続的な家族の支援が必要となる。

しかし、わが国の家族支援体制は十分というには

程遠く、医療機関や精神保健福祉センターなど主たる関係機関における支援でさえ、支援を求める家族からみると質量ともに満足のいくものではないことが指摘されてきた⁸⁾。特に本人がまだ医療にアクセスしていない場合、家族が本人抜きで医療につながることは困難であることから、精神保健福祉センターなどの保健行政機関の役割は非常に大きい。公的機関という特性から定期的な人事異動が、担当者の相談対応能力が高まらないという指摘はかねてより存在した。そこで、我々はこのような現状を改善し、援助者の相談対応能力の不足を補うべく、家族支援の充実と資するツールの開発と普及を行ってきた。

1. 薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム

グループワークを活用した家族支援の充実のために薬物依存研究部で開発と普及を進めてきたのが、3つの目標に対応した5種類の基礎教材と11種類の補助教材からなる「薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム」である（表2）。平成30年度には、3箇所の依存症専門医療機関と19箇所の精神保健福祉センターの家族教室等でプログラムが全面的または部分的に活用されるようになった（表1の★印参照）。

主な特徴としては、①家族を「共依存症者」「イ

表2. プログラムの3つの目標と対応する基礎・補助教材（文献9より引用）

目標1： 薬物依存症や 回復について 正しく理解できる	基礎教材
	薬物依存症とは
	補助教材
目標2： 薬物依存症者に対する 適切な対応法を学び 実践できる	基礎教材
	上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる 長期的な回復を支え、再発・再使用に備える コミュニケーション・スキルの練習
	補助教材
目標3： 家族自身の心身の 健康を取り戻せる	基礎教材
	家族のセルフケア
	補助教材
	暴力について 本人の暴力から身を守るために

ネーブラー」など本人の回復を妨げる存在としてネガティブに捉えるのではなく、「本人の良き回復支援者」としてポジティブに捉えること、② Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) など近年欧米から紹介された家族支援の考え方^{10) 11)}を取り入れ、多様な家族のニーズに対応できるよう幅広いテーマを取り扱っていること、③ 知識を得るだけでなく、感情や考え方、行動が実際に変化することを意図したワークが各所に配置されていること、などが挙げられる。

効果評価については、精神保健福祉センター等のプログラムに参加した家族を対象とした調査^{12) 13)}によって、これまでに主観的有用感と理解度が確認できている。有用感については、全体の7割を超える対象者が「非常に役に立つ」「かなり役に立つ」と回答しており一定の有用感が確認できたが、補助教材の「暴力への対応」については5割を下回っており、対象者を選んで実施する必要があることが示された。理解度は有用感に比べて若干低く、「完全に理解できた」「かなり理解できた」と回答した対象者の割合は5～6割にとどまる教材が多かったことから、繰り返し参加できる体制づくりのうえ実施することが必要であると思われる。現在、複数の指標を用いて対象者の経時的変化を評価する縦断調査を行っているところである。

2. 薬物依存症者をもつ家族を対象とした個別相談の進め方

個別相談用のツールとして作成したのが「薬物依存症者をもつ家族を対象とした個別相談の進め方」であり、東京都多摩立川保健所の課題別地域保健医療推進プランで筆者らのひとりである近藤が監修をつとめ作成された支援ツールに、東京都の許可を得て一部改訂を加え完成したものである。

主な特徴としては、①インテーク・アセスメントから危機介入、継続相談まで一連の流れについて具体的方法や実施ポイントを示していること、②援助者に求められる基本姿勢や援助技術は動機づけ面接の手法にもとづいていること、③継続面接においては、必要に応じて先述した家族心理教育プログラムも活用するよう推奨していること、などである。今後は、効果評価のための研究や普及活動を行い、保健機関など地域における依存症相談の拡充に貢献したい。

IV. 治療共同体エンカウンター・グループ ——薬物をやめ続けるために

厳罰主義のわが国において、使うこと自体が犯罪を構成する薬物にあえて手を出す者のなかには、過酷な生育背景を持ち、それに由来するさまざまな心理的、感情的問題への対処として薬物を用いてきた者が少なくない。したがって、薬物をやめ、クリーンな生活を続けるなかで次第に問題化してくるのが、薬物使用の背景にある心理的、感情的問題である。そしていうまでもなく、これらの問題を治療のなかできちんと扱わなければ、長期にわたって薬物をやめ続けることは難しい。

治療共同体エンカウンター・グループはまさにそのような問題意識から開発されたプログラムであり、近年、回復者スタッフの運営する民間回復支援施設であるダルクなどで、施設利用者をはじめ、当事者である施設職員のセルフケアとして広がりつつある。実際、このプログラムに参加した薬物使用障害の当事者からは、次のような声が聞こえている。

「自分自身では解決できない問題でも、参加者、仲間の話、意見を聞くことによって解決、気づき、落ち着きを得られる」

「人を裁かないよう、答えを求めたり、コントロールしないように、質問をする言葉遣いや言い方が身についた。人との関係もよくなった」

(アンケート調査自由記述より)

これらは、治療共同体エンカウンター・グループの参加者の感想であるが、治療共同体エンカウンター・グループの特徴は、参加者同士の言語的・情緒的な関わり合いにある。本稿冒頭で紹介されるSMARPPが薬などの依存対象をやめるための基本的な知識や対処を身につけるプログラムであるとする、治療共同体エンカウンター・グループは、薬物などの依存対象をやめ続けるためのプログラムであるともいえる。多くの依存症者は、薬物などをやめた後に、薬物なしで多くの困難に向き合うことになる。このような困難に向き合うことこそが、社会の中での新しい生き方を模索する術となるのであるが、容易な作業ではない。治療共同体エンカウンター・グループはこのような場面において、安全な形で仲間の力を借りて、自身の課題に向き合い、自身と施設全体に気づきをもたらす仕組みであるといえる。

1. 治療共同体エンカウンター・グループとは

ここで、治療共同体エンカウンター・グループの潮流について整理しておくこととする。治療共同体エンカウンター・グループは、依存症者に対する治療共同体モデルにおいて、最も象徴的なプログラムとして位置づけられる¹⁴⁾。治療共同体モデルは、アメリカにおいて代表的な中長期的入所プログラムであり^{15) 16)}、その特徴は「方法としてのコミュニティ」¹⁷⁾とされる。それは、入所者が自身と他者とコミュニティのための支援者になるための仕掛けであり、その根幹としての理念が治療共同体モデルである。

また、エンカウンター・グループは、Rogers¹⁸⁾により展開された集団療法を想定する方も多いだろうが、治療共同体エンカウンター・グループは、Rogersのそれらと端緒は共有しながらも、依存症コミュニティの中において、独自にセルフヘルプ機能を発展させたものと位置付けられている¹⁴⁾。そこで、依存症からの回復支援を基盤とする治療共同体モデルで実践されてきたエンカウンター・グループについて、治療共同体エンカウンター・グループと位置づけている。

2. 治療共同体エンカウンター・グループが目指すもの

治療共同体エンカウンター・グループの中核はメンバーシップ・フィードバックである。話題提供者の課題について、参加者全員で質問やフィードバックを行うが、ここで懸念されるのが、批判的・操作的な発言により「吊るし上げ」状態になることだろう。そのため、安全に質問やフィードバックを行うための枠組みが設定されている。1つは、エンカウンター・グループ・ガイド¹⁹⁾であり、安全にグループに向き合うための指針を全体で共有する。次に、質問の構造化である。批判的・操作的な発言や思考（「あなたはこうだから…」など）を「相手に気づきを与える質問」（「こう思ったことはありますか？」など）の形式に変換することで、安全を担保している。そして、最も重要な点は「物事の解決ではなく感情の解決」を目指すことである。物事の解決を目指す、事実関係の取り調べのような質問になったり、説得してしまったりする場合もある。感情の解決を目指すことで、なぜ退所したいと考えるようになったのか、退所したいと思わないときには何が力

になっているのか、全員で話題提供者の感情に向き合い、共感し自身の経験からのフィードバックを伝えることができる。

昨今の治療共同体エンカウンター・グループの広がりや、その効果を実感した当事者たちによって、新しいグループへと手渡すことが原動力となっている。治療共同体エンカウンター・グループについて自己肯定感の向上などの効果も実証されているが²⁰⁾、この当事者による動きこそが、治療共同体エンカウンター・グループの効果であるといえるかもしれない。

V. インターネットを用いた治療的介入 「e-SMARPP」——Treatment gapを埋めるために

薬物使用障害に対する認知行動療法や動機づけ強化療法などの心理社会的治療の有効性は世界各国で認められているが、その普及には多くの課題が残されている。わが国でもSMARPPをはじめとした薬物再乱用防止プログラムが開発されているが、薬物乱用・依存に対する治療を提供する医療機関には限りがあり、入院環境でのみ心理社会的治療を提供している医療機関も多いため、地域で生活しながら継続して治療が受けられる体制が整っていない。精神障害のなかでも物質使用障害は、治療につながっている人の割合が少ないことが問題となっている²¹⁾。心理社会的治療が普及しない要因として、治療の利用可能性やアクセスの悪さ、情報漏えいやスティグマに対する懸念、治療スタッフの不足や負担があることは否めない。

こうした課題を解決するために、information and community technology (ICT) を活用した治療プログラムが世界各国で数多く開発され、ランダム化比較試験やメタアナリシスで有効性が検証されてきた。米国や英国の治療ガイドラインでは、気分障害や物質使用障害の治療においてICTを活用した認知行動療法を治療に取り入れることが推奨されている^{22) 23)}。また、通常の対面治療よりも費用対効果に優れていることも、ICTを活用した治療のメリットであるといわれている²⁴⁾。ICTを活用した治療プログラムは、身体的問題（腰痛、糖尿病など）や精神障害（うつ病、不安障害など）、行動の問題（喫煙、身体的活動など）に広く応用され、プログラム提供の形態も様々である。主にウェブサイト、スマートフォンアプリ、メールなどが利用され、治療者と

の双方向性のやり取りの有無、自動化されたフィードバックの有無などによってもプログラムの機能や内容が異なる。プログラムを構成する理論や内容は、既にプロトコルが確立された通常の対面治療で提供されるプログラムが応用されることが多く、認知行動療法、動機づけ強化療法、コミュニティ強化アプローチが用いられることが多い²⁵⁾。

以上のような背景をもとに、著者らは、わが国における薬物乱用・依存に対するウェブ版再発予防プログラム(e-SMARPP)を開発し²⁶⁾、その効果を検証することとした。メインの介入コンテンツは、再発予防セッションとセルフモニタリングである。再発予防セッションには、動画と宿題が含まれ、宿題には、動画に関連した課題と週ごとの日記の2種類がある。動画はSMARPPテキストの内容を動画にしたもので、ナレーションと字幕がついている。動画に関連した課題はSMARPPテキスト内に含まれる書き込み課題を一部引用し、ウェブサイト上の解答欄に書き込んで提出してもらう。日記は、SMARPPで行われるチェックインとチェックアウトを応用し、近況報告と次回までの目標を書いて提出してもらうこととした。提出された課題と日記は、研究者が確認しフィードバックコメントをウェブサイト上に書き込んで、利用者に返信する仕組みとなっている。再発予防セッションは、全部で6セッションあり、1週間で1セッションずつ進める構成となっている。セルフモニタリングでは、薬物使用状況をカレンダーに入力して記録する。SMARPPのチェックインで使用しているカレンダーにシールを貼って薬物使用状況を治療者に報告し、自らの使用状況を把握するツールを応用した。カレンダーの日付をクリックすると使用状況入力画面に切り替わり、赤(主たる薬物使用あり)・黄(飲酒あり)・青(薬物使用も飲酒もなし)から一つ選択し記録する。情報漏えいに対する懸念への配慮として、選択した色はデータベース内に数値で保存されるようにし、数値データのみではその意味するところが不明になるようにした。そのほかのモジュールとして、情報提供、アンケートを含めた。情報提供では、社会資源や相談窓口、家族会などの情報を含め、可能な限りウェブサイトのリンクを載せて情報にアクセスしやすいようにした。アンケートでは、e-SMARPPのユーザビリティや有用性を評価するために定期的実施する調査項目を含めた。

このようにして薬物乱用・依存の診断を受けたことがある者を対象にe-SMARPPのユーザビリティを調査したところ、使いやすさは良好であり、プログラムの内容もおおむね好評であった²⁶⁾。ランダム化比較試験でe-SMARPPの効果検証が実施されており、間もなく結果が公表される予定である。今後は、多様なセッティングで導入できるようプログラムの改良や普及のための方策を取る必要があり、仕事や育児などで時間が取れない人、集団での治療に馴染めない人、通院治療を中断しがちな人を中心にリクルートを広げたいと考えている。

VI. Voice Bridges Project (「声の架け橋」プロジェクト)——当事者を地域で孤立させず、支援者同士がつながるための「おせっかいな電話」

平成28年6月から刑の一部執行猶予制度が開始されたことに伴い、保護観察対象者の回復を地域のなかで支援する必要性が高まっている。薬物使用障害が慢性疾患としての特徴を持っていることを踏まえれば、この新たな社会内処遇制度が成功するには、保護観察という強制力が働く期間中に任意にもとづく社会資源につなげ、保護観察終了後に薬物使用障害を抱える者が地域で孤立することがないように仕組み作りが欠かせない。そして、それには、保護観察所や医療機関、地域における精神保健福祉の支援機関、民間支援団体などがそれぞれの役割や強みを活かし、当事者のニーズに合った支援を提供できる連携体制の構築が求められている。

このような背景から、厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)「刑の一部執行猶予制度下における薬物依存者の地域支援に関する政策研究」「保護観察の対象となった薬物使用障害者のコホート調査システムの開発とその転帰に関する研究(研究分担者:松本俊彦)」において、平成29年3月からVoice Bridges Project(声の架け橋プロジェクト)を開始した。保護観察対象者を保護観察開始時点でリクルートし、管轄の精神保健福祉センターでフォローアップ調査を行うコホート調査である。精神保健福祉センター職員による調査は、初回は面接、2回目以降は3か月または半年ごとに原則電話で実施される。研究参加の任意性を保つため、正式な研究参加は初回面接時に精神保健福祉センターで詳細な研究説明を受けてから決定される。調査は3

年間のコホート調査というデザインで行われ、保護観察が終了した後も追跡を行い、社会生活における対象者の変化を追跡する。主要評価指標は薬物使用／断薬の継続、副次的評価指標は、社会資源利用、援助希求行動、QOLなどであり、これらの評価指標に関連する要因を検討する計画となっている。わが国では薬物依存者を対象にしたコホート調査は実施されたことがなく、薬物依存者の転帰に関するデータは貴重な基礎資料となると考えられる。

Voice Bridges Projectは単なるコホート調査ではなく、支援の側面を合わせ持っていることが特筆すべき点である。単に調査を実施するだけでは、刑の一部執行猶予制度開始後の当事者や関係機関の課題を解決するには至らない。そこで本研究では、実際の支援の要素を加え、精神保健福祉センター職員による面接調査・電話調査をきっかけに支援ニーズの掘り起こしを行い、調査に必要なやり取りをする中で保護観察所との連携を強化できるような仕組みを構築した。面接調査・電話調査は、精神保健福祉センターの通常の業務（相談事業など）に組み込み、追加の質問を行ったり必要な社会資源を紹介したり通常の業務として行っている支援を対象者のニーズに合わせて行うことになっている。複合的な困難を抱えている人に対して実際に連携支援を行うことによって、各地域における薬物依存症地域支援のための連携を構築する、アクションリサーチ性をもったプロジェクトである。

保護観察対象者が正式に研究参加となった際には、精神保健福祉センターから保護観察所に対象者の氏名を伝える必要があり、また、調査が打ち切りになった際にも必要な情報を伝え合う必要があるなど、調査を通して電話や対面で情報交換を行う機会が増えることになる。さらに本人の支援ニーズが高い場合には、実際に個別の支援のための連携も必要となる。これまで保護観察所と精神保健福祉センター間でやり取りがなかった地域においても、直接顔を合わせ話す場が増え、対象者への支援という共通の話題を通じて互いの仕事内容や役割を知る機会が増えている。自治体職員は数年おきに異動があるため、人が異動するたびに仕事のノウハウが継承されない、機関間の連携が継続されないという事態が起りやすい。しかし、Voice Bridges Projectを継続することで、職員同士や機関間の連携が継続され、さらに地域をまたいで広がるというポジティブ

な現象も起こっている。精神保健福祉センターは地域の医療や当事者支援団体の情報も把握しているため、保護観察所職員が地域の社会資源に目を向ける機会にもなっている。

なお、現在このプロジェクトは、東京都の3つの精神保健福祉センターに加え、栃木県、神奈川県、川崎市、相模原市、三重県、広島県、福岡市、北九州市の総計11箇所の精神保健福祉センターで実施中である。

Ⅶ. おわりに

以上、本稿では、現在、薬物依存研究部が行っている、薬物使用障害に対するさまざまな心理社会的支援の試みを概観してきた。

わが国の精神科医療ならびに地域精神保健福祉領域において、薬物使用障害を抱える者は「招かれざる客」として忌避され、ともすれば医療ネグレクトの対象とされ、この問題を専門とする援助者はきわめて少ない状況であった。しかし今日、欧米の先進国では、「Addiction」（依存症）とは「孤立の病」であり、その対義語は「Sober」や「Clean」ではなく、「Connection」（人とのつながり）であるという認識が広まりつつある。このことは、まず援助者が当事者の家族にかかわり、彼らが「薬物問題について一人で悩む」事態を少しでも解消することが重要であることを示している。いささか牽強附会に思われるかもしれないが、現在、我々のさまざまな実践は、援助者に当事者や家族と出会うためのツールを開発し、さまざまな方向から彼らの孤立を防ごうとする試みであると理解している。今後も我々は、こうした援助者と当事者・家族との距離を埋めるためのツールを開発し、国内各地に広げていきたいと考えている。

文 献

- 1) Emmelkamp, P.M.G., Vedel, E.: Research basis of treatment. In "Evidence-based treatment for alcohol and drug abuse: A practitioner's guide to theory, methods, and practice (Emmelkamp & Vedel)", Routledge, New York, pp.85-118, 2006.
- 2) Obert, J.L., McCann, M.J., Marinelli-Casey,

- P., et al.: The Matrix Model of outpatient stimulant abuse treatment: History and description. *J. Psychoactive Drugs*, 32: 157-164, 2000.
- 3) 松本俊彦, 今村扶美: SMARPP-24 物質使用障害治療プログラム. 金剛出版, 東京, 2015.
 - 4) 小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹, ほか: 覚せい剤依存者に対する外来再発予防プログラムの開発—Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP)—. *日本アルコール・薬物医学会誌*, 42: 507-521, 2007.
 - 5) 松本俊彦: 薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究: 総括報告書. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(精神障害分野)「薬物使用障害に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究(研究代表者: 松本俊彦)」総括・分担研究報告書, pp1 - 10, 2012.
 - 6) 谷渕由布子, 松本俊彦, 今村扶美, ほか: 薬物使用障害患者に対する SMARPP の効果: 終了1年後の転帰に影響する要因の検討. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 51: 38-54, 2016.
 - 7) 高野 歩, 川上憲人, 宮本有紀, ほか: 物質使用障害患者に対する認知行動療法プログラムを提供する医療従事者の態度の変化. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 49: 28-38, 2014.
 - 8) 森田展彰, 成瀬暢也, 吉岡幸子, ほか: 家族からみた薬物関連問題の相談・援助における課題とニーズ. *日本アルコール関連問題学会雑誌*, 12: 141-148, 2010.
 - 9) 近藤あゆみ, 高橋郁絵, 森田展彰: 家族支援のための集団療法—家族教室のためのツール. *精神療法*, 43: 876-882, 2017.
 - 10) Matrix Institute: The Family Unit A 12-session Alcohol and Drug Education Program for Families. Hazelden, 2005.
 - 11) Smith, J.E., Myers, R.J.: *Motivating Substance Abusers to Enter Treatment: Working With Family Members*. Guilford Press, New York, 2004.
 - 12) 近藤あゆみ, 高橋郁絵, 森田展彰: 薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラムの理解度と有用性—医療保健機関家族教室と家族会の参加者を対象としたアンケート調査結果から—. *日本アルコール関連問題学会雑誌*, 18: 25-32, 2017.
 - 13) 近藤あゆみ, 高橋郁絵, 森田展彰: 薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム—補助教材の理解度と有用性—. *日本アルコール関連問題学会雑誌*, 19: 93-99, 2018.
 - 14) De Leon, G.: *The therapeutic community: theory, model, and method*. Springer, 2000.
 - 15) National Institute on Drug Abuse: *Therapeutic community*, NIDA research report series. 02-4877, 1999.
 - 16) National Institute on Drug Abuse: *Principles of drug treatment: a research-based guide*. 09-4180, 2002.
 - 17) De Leon, G.: *Therapeutic Community for Addiction: A Theoretical Framework*. *International Journal of the Addiction*, 30: 1603-1645, 1995.
 - 18) Rogers C.: *Carl Rogers on Encounter Group*, Harper & Row. 1970. (畠瀬稔・畠瀬直子訳: エンカウンター・グループ 人間信頼の原点を求めて. 創元社, 1982)
 - 19) 治療共同体研究会: *依存症者のためのエンパワメント・プログラムファシリテーションガイド*, 2017.
 - 20) 引土絵未, 岡崎重人, 加藤 隆, ほか: 治療共同体エンカウンター・グループの効果とその要因について. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 53: 83-94, 2018.
 - 21) Ishikawa, H., Kawakami, N., Kessler, R.C.: Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: results from the final dataset of World Mental Health Japan Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25: 217-229, 2016.
 - 22) National Institute for Health and Care Excellence: *NICE guidelines [CG90]. Depression in adults: The treatment and management of depression in adults*. 2009. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/key-priorities-for-implementation>.

- Accessed September 19, 2018.
- 23) National Institute on Drug Abuse: Cognitive-Behavioral Therapy (Alcohol, Marijuana, Cocaine, Methamphetamine, Nicotine) . Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition) . 2012. Available at: <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/evidence-based-approaches-to-drug-addiction-treatment/behavioral>. Accessed September 19, 2018.
- 24) Olmstead, T.A., Ostrow, C.D., Carroll, K.M.: Cost-effectiveness of computer-assisted training in cognitive-behavioral therapy as an adjunct to standard care for addiction. *Drug Alcohol Depend.*, 110: 200-207, 2010.
- 25) 高野 歩, 宮本有紀, 松本俊彦: 薬物使用障害を有する人を対象としたインターネットを活用した介入に関する文献レビュー. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 50: 19-34, 2015.
- 26) Takano, A., Miyamoto, Y., Kawakami, N., et al.: Web-based cognitive behavioral relapse prevention program with tailored feedback for people with methamphetamine and other drug use problems: development and usability study. *JMIR Ment Heal.* 3: e1, 2016.

【特集 心理社会支援】

医療計画における認知行動療法(CBT)・ 依存症集団療法の普及

Spreading of cognitive behavioral therapy (CBT) and addiction group therapy
~ from the viewpoint of medical planning

山之内芳雄¹⁾

Yoshio Yamanouchi

I. はじめに

精神保健医療福祉において、さまざまな心理社会的な介入法や取り組みが行われているが、その効果のエビデンスや普及もさまざまであり、幅広く治療方法として汎用されるようになるには多くのハードルが存在する。ことさらその方法を行うことにより診療報酬を得るためには、多くの立場の人に理解と合意を得る必要がある。現在のわが国の精神科医療の保険診療においては、通院精神療法、入院精神療法、在宅精神療法、心身医学療法、標準型精神分析療法、認知行動療法(CBT: Cognitive Behavior Therapy)、入院社会技能訓練、依存症集団療法、入院・外来集団精神療法、精神科作業療法、精神科デイケア等がある。この他にも精神保健福祉士加算や、一般医療におけるリエゾンチームや総合体制加算なども、精神科医療スタッフによる心理社会的な関わりが評価されている。

この中で、医療計画において医療指標として取り上げられ、かつ近年国立精神・神経医療研究センター(NCNP; National Institute of Mental Health)がその効果エビデンスの確立と普及に貢献したCBTと依存症集団療法について、診療報酬算定における全国の普及状況を概説したい。

II. 診療報酬・医療計画における CBT・ 依存症集団療法

CBTは平成22年の診療報酬改訂から気分障害の外来での心理的治療技法として算定可能になり、その後平成28年に適応診断の不安障害圏の拡大と看護師実施の算定拡大、平成30年度に摂食障害への適応診断の拡大があり現在に至る。治療の質の担保のため、その算定には多くの要件がある¹⁾。

- ・入院中の患者以外のうつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害又は神経性過食症の患者に対して、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とする。
- ・一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分を超えて治療を行う。
- ・一連の治療は16回に限る。
- ・厚生労働科学研究班作成のマニュアルに従った技法で行う。
- ・さらに看護師が行うときは以下の要件が加わる
 - ▶ 気分障害に限る。
 - ▶ 初回時又は治療終了時は専任の医師が実施し、専任の看護師が同席する。
 - ▶ 初回から治療を終了するまでの間の治療は、初回時に同席した看護師が実施し、面接後に、専任の医師が患者と5分以上面接する。
 - ▶ 患者の同意を得た上で面接内容を録音し、専任の医師はその内容を指示又は指導の参考とする。

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
精神医療政策研究部

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

このような要件の元で行われるが、厚生労働科学研究班作成のマニュアルに従った技法を行うため、研修会が疾患ごとに全国各所で行われている。

依存症集団療法は、平成 28 年の診療報酬改訂から薬物依存症の外来での心理的治療技法として算定可能になった。CBT 同様に多くの要件があり、そのための研修が行われている。

- ・覚せい剤、麻薬、大麻又は危険ドラッグに対する物質依存症が対象
- ・精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される 2 人以上の者が行う

▶ 1 人以上は、専従する精神科医、看護師又は作業療法士であること

- ・ CBT の手法を用いて、薬物の使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行う
- ・ 1 回に 20 人に限り、90 分以上実施した場合に算定する。
- ・ 平成 22 ～ 24 年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治療プログラムに沿って行う。

	統合失調症	うつ・躁うつ病	認知症	児童・思春期精神疾患	発達障害	アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル等依存症	PTSD
ストラクチャー	● 統合失調症を入院診療している精神病床を持つ病院数	● うつ・躁うつ病を入院診療している精神病床を持つ病院数	● 認知症を入院診療している精神病床を持つ病院数	● 20歳未満の精神疾患を入院診療している精神病床を持つ病院数	● 発達障害を入院診療している精神病床を持つ病院数	● アルコール依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	● 薬物依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	● ギャンブル等依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	● PTSDを入院診療している精神病床を持つ病院数
	● 統合失調症を外来診療している医療機関数	● うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数	● 認知症を外来診療している医療機関数	● 20歳未満の精神疾患を外来診療している医療機関数	● 発達障害を外来診療している医療機関数	● アルコール依存症を外来診療している医療機関数	● 薬物依存症を外来診療している医療機関数	● ギャンブル等依存症を外来診療している医療機関数	● PTSDを外来診療している医療機関数
	治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施する病院数	認知症疾患医療センターの指定数	知的障害を入院診療している精神病床を持つ病院数		重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された精神病床を持つ病院数	依存症集団療法を外来で算定された医療機関数		
	治療抵抗性統合失調症治療薬を外来で使用した医療機関数	認知行動療法を外来で実施した医療機関数	認知症サポート医養成研修修了者数	知的障害を外来診療している医療機関数					
			かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された精神病床を持つ病院数					
プロセス	統合失調症の精神病床での入院患者数	うつ・躁うつ病の精神病床での入院患者数	認知症の精神病床での入院患者数	20歳未満の精神疾患の精神病床での入院患者数	発達障害の精神病床での入院患者数	アルコール依存症の精神病床での入院患者数	薬物依存症の精神病床での入院患者数	ギャンブル等依存症の精神病床での入院患者数	PTSDの精神病床での入院患者数
	統合失調症外来患者数	うつ・躁うつ病外来患者数	認知症外来患者数	20歳未満の精神疾患外来患者数	発達障害外来患者数	アルコール依存症外来患者数	薬物依存症外来患者数	ギャンブル等依存症外来患者数	PTSD外来患者数
	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数(精神病床)	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を受けた患者数	認知症疾患医療センターの鑑別診断数	知的障害の精神病床での入院患者数		重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された患者数	依存症集団療法を外来で実施した患者数		
	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数	認知行動療法を外来で実施した患者数		知的障害外来患者数					
	統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率			児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された患者数					

図 1 精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例 (一部抜粋)

表1 全国における認知行動療法・依存症集団療法を診療報酬算定した医療機関数と患者実人数（平成27-29年度 精神保健福祉資料より）

	認知行動療法		依存症集団療法	
	実施医療機関数	患者実人数	実施医療機関数	実施医療機関数
平成26年度	250	10,184	-	-
平成27年度	246	9,918	-	-
平成28年度	240	10,239	5	57

- ▶ 専従者は依存症集団療法に関する適切な研修を修了すること

さて、これら療法は、精神疾患の医療計画において心理社会的な側面から医療の高度化が促される治療法ということで、図1の医療計画指標例²⁾に組み込まれている。平成30年からの第7次医療計画において、重要疾患のひとつとして定められた精神疾患で、多様な疾患等に対応した医療提供体制と、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が掲げられ、都道府県において計画の策定とモニタリングが行われることになっている。我々は、それら普及状況をモニタリングするため、「精神保健福

祉資料」において図1で示された指標値を平成26年度分から公表しており現在28年度分まで公表されている³⁾。

Ⅲ. 精神保健福祉資料におけるCBTと依存症集団療法の普及状況

表1に平成26～28年度におけるCBT、依存症集団療法を診療報酬で算定している医療機関数と患者実人数を示した。医療機関は、病院・診療所を問わず、患者実人数は年度内に1回でも治療を受けた患者の実人数が示されている。平成28年度の全国におけるうつ病・そううつ病の外来診療実績のある

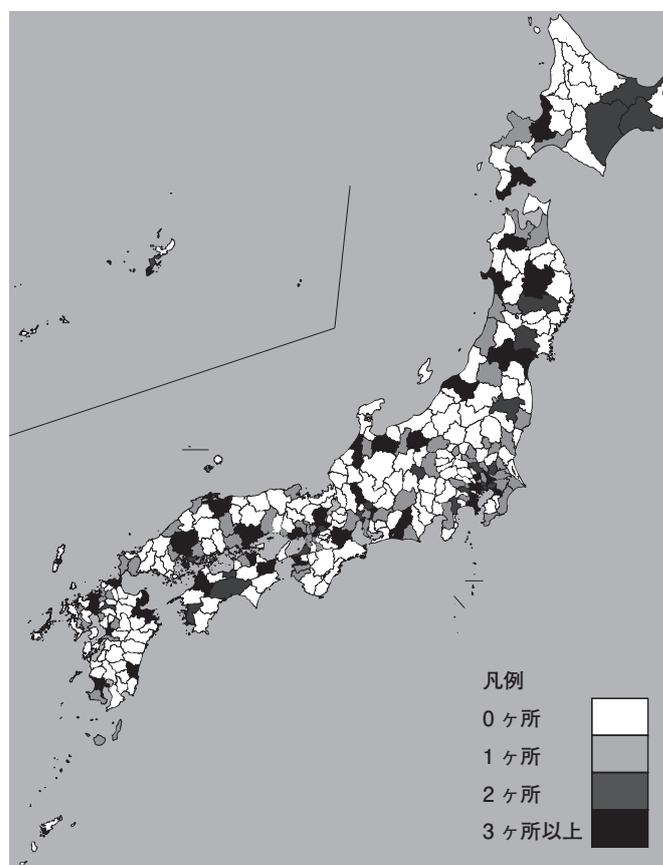


図2 平成28年度（または29年6月時点）で認知行動療法を行っている医療機関数の全国分布（平成29年度 精神保健福祉資料）

表2 全国における認知行動療法・依存症集団療法の所定の研修を受講した職員のいる医療機関数と職員数
(平成29年 630調査より)

認知行動療法		依存症集団療法		
医療機関数	受講医師数	受講看護師数	実施医療機関数	受講医師数
569	665	266	63	106

医療機関数は8,725、外来患者実数は3,171,355であった。一概に比較はできない前提の上で、うつ・そううつ病の外来患者に占めるCBTの普及率は、算定実施施設数・患者数はそれぞれ2.8%・0.32%であり、かなり少ないことが示された。

その地域格差を見るため、CBTの平成28年度の全国344の二次医療圏ごとの医療施設数の多寡を図2に示した。この集計は、各年度の全レセプト算定をもとに集計しているが、レセプト情報の制約により、二次医療圏において2ヶ所以下の場合、その実数はわからない。そこで、参考として平成28年度に限り翌年の630調査にて精神科医療機関に対して、CBT、依存症集団療法の算定実施をうかがっており、その数値を二次医療圏ごとに反映させている。CBTを算定している医療機関がゼロの空白医療圏は198ヶ所であり、3箇所以上の医療機関がCBTを行っている二次医療圏は、関東や地方の大都市部を中心に分布していた。

IV. 今後の普及の芽を見出す

CBTは8年前からの算定開始、さらに依存症集団療法は平成28年に算定が始まったばかりであり、現状ではなかなか普及が進んでいるとは言い難い状況と考えられる。医療計画においても、心理社会的治療法として医療の高度化に影響するのではないかと、指標例にもある中、これらの普及に対しては医療機関自身のみならず、都道府県などの自治体もその普及や、治療アクセスの確保を考える必要がある。そこで、平成29年から630調査において医療機関に協力いただき、これら治療法算定のための研修参加について伺っている。まだ算定には至っていないが、治療を実施する体制を医療機関がどれほど準備しているのか、あるいは関心のある

医師や看護師がどのくらい居るのかを把握することができる。これは自治体が、これら治療法の普及やアクセス確保、さらには開始後の医療機関同士のコンサルテーションを通じた質の向上に役に立つのではないかと考えている。

平成29年6月時点での、全国における両治療法に関する診療報酬算定要件に該当する研修を受けたと報告があった、医療機関数と職員数を表2に示した。これら研修はNCNPでも積極的に行っているものである。CBTでは、現状実施している医療機関の2倍以上、依存症集団療法では12倍以上の医療機関で、算定要件に定められた研修を受講した職員がいることがわかった。すなわち、今後実施する可能性のある医療機関が、数多く存在することになる。ともに算定ができるようになって10年を経過しておらず、また実施には職員の研修受講のみならずその他の院内体制の整備や、適応患者のアセスメントなど、医療機関にとっては多くの課題がある。ゆえにここで挙げられた医療機関が、すぐに治療体制を確保できるかどうかはわからない。しかしながら、これら治療法に関心を持ち、一定レベルの技法を習得していることは確かであろう。こういったいわばソフトの医療資源にも配慮した医療計画の推進が、今後求められよう。

- 1) 診療点数早見表 医科2018年4月現在の診療報酬点数表: 医学通信社, 2018
- 2) 医療体制構築にかかる現状把握のための指標例 厚生労働省: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000159906.pdf>
- 3) 精神保健福祉資料 精神医療政策研究部: <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>

【特集 心理社会支援】

認知機能障害と心理社会支援

Cognitive decline and Psychosocial support

橋本亮太¹⁾、椎野智子¹⁾

Ryota Hashimoto, Tomoko Shiino

I. はじめに

精神疾患は、特徴的な精神症状・行動障害が認められ、それによって本人または周りが困るというような本人の苦痛や社会・職業的機能の障害を引き起こしていることによって、定義づけられている。狭義には、その症状は物質の直接的な生理学的作用や身体疾患によるものではないとされるが、広義にはいわゆる症候性の精神症状も含められる。従来、このような精神症状を、精神病症状、気分症状、不安症状などによって分類したものが、精神疾患の診断分類となっていた。代表的な精神疾患である統合失調症は、主に精神病症状によって特徴づけられていたが、広範な認知機能障害が認められることが明らかになってきた。多数の研究を統合した様々な領域の認知機能における検討においては、全般的知能はもちろんのこと、言語性記憶、実行機能、カテゴリ流暢性、注意などの領域が特に障害されていることが示されている¹⁾。また、統合失調症以外の精神疾患（双極性障害、うつ病など）にも、このような認知機能障害はより軽度ながら認められ、個人におけるばらつきも大きいことも知られている。

このような認知機能障害の神経基盤に関する研究や遺伝的基盤に関する研究も進められており^{2) 3)}、徐々にその病態の理解は進んでいるが、診療場面における活用はまだ不十分である。認知機能障害は厳密な科学としての研究からスタートしているため、今までの研究は、統合失調症の現在の認知機能を測定し、それを年齢や性別、そして教育歴などを合わせた健常者と比較して、その平均値を比較す

ることによって、認知機能障害の検討を行ってきた。これは、統合失調症という疾患群の特徴を見出すという科学として正しい方法論であるが、個々の患者の治療を行う診療場面では必ずしも有効ではない。すなわち、患者個人の認知機能障害は、病気になる前の認知機能と比較して現在の認知機能が落ちていることを指すからである。そして、個人として病前と比較して認知機能が落ちている場合に、それが治療の対象となる。逆に言うと、現在の認知機能が健常者の平均値より低いことは、もともとの個人の特性である可能性もあり（健常者の認知機能もばらついており平均値より低い個人も存在する）、それをもって個人の認知機能障害があるとは言えないということである。

一方で、実際の診療においては、病気になる前に認知機能の検査を行うことはできないため、厳密な科学としての研究が、診療と乖離して進められてきたという背景がある。本稿においては、この研究と診療のギャップを埋める認知機能障害の測定の方法論と心理社会支援への応用について主に統合失調症を例にして述べる。

II. 統合失調症の個人における認知機能障害の測定法の開発

従来の診療における個人の認知機能障害の評価は、病前の認知機能を医師が学歴・成績・職歴などを問診し主観的に評価して、現在の認知機能を客観的な認知機能検査を用いて測定し、それを合わせて主観的に認知機能障害の評価を行ってきた。この手法の問題点は、医師があらゆる学校の学歴や職歴を把握して、客観的な認知機能検査のような評価を行うことが困難であること、問診による成績は必ずしも実際の成績を反映しているとは限らず、成績表においても評価基準が学校によってさまざま、それ

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
精神疾患病態研究部

Department of Pathology of Mental Diseases, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

に精通することは精神科医には不可能であると考えられる。よって、客観的に病前推定知能を測定することが必要となる。

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所行動医学研究部の金らが作成した Japanese Adult Reading Test (JART: 病前推定知能検査)⁴⁾ を病前の推定認知機能として用いて、WAIS 知能検査を現在の認知機能とすることにより、その差により、個人における認知機能障害を測定する方法を開発した(図1)。

更に、WAIS 知能検査は1時間30分ほどかかる検査であるため、臨床現場で使いやすいように簡略版を作成し、類似と記号探しからなる簡略版は15分程度で検査が可能で、フルスケールのWAIS 知能検査の80%以上を説明でき、統合失調症の社会技能や社会機能との相関する指標であることを示してきた⁵⁾。また、一方で、WAIS 簡略版では、簡略版であるため認知機能のすべてを反映しているわけではない(他の検査バッテリーでも広範な認知機能のすべてを網羅することは現実的にはできないことは同じである)、JARTでは測定できる病前IQが69-120と限られることや漢字を読む検査である

ことによるバイアスがあるなど、注意点や限界点も存在するため、実際の評価を行う際には、これらをよく知っておく必要がある。

これを用いることで、個人における病前の認知機能、現在の認知機能、そして認知機能障害を測定することができる。本邦における11施設の446名の統合失調症患者のデータから、認知機能障害の程度と分布について明らかにしており、これを用いた評価ができるようになっている⁶⁾(図2)。

心理社会支援においては、社会的な機能における評価も同時に必要となると考えられる。社会機能評価尺度(Social Functioning Scale; SFS)や社会機能的転帰評価尺度(Specific Levels of Functioning Scale; SLOF)などが知られているが、最も当事者が目標とする一つの指標は、「働く」ことであろう。働くことは、日本国憲法に定められた勤労の権利と義務(第27条1項)であるだけでなく、自立に必要な収入を得ることや家事・育児労働として周りを支えること、そして、社会貢献から得られる自己肯定感および自尊心・幸福感を高める上でも重要である。この「働く」ことについて、「社会活動評価」として、過去3か月の労働時間・家庭での仕事の時間、学業の時間を測定して週における平均値を算出することも同時に行うようにした⁷⁾。この認知機能障害と社会機能を客観的に評価することにより、心理社会支援はもちろんのこと、包括的支援に繋げていくことができると考えられる。

Ⅲ. 認知社会機能測定による臨床評価の実際

典型的な架空症例*を通じて、認知社会機能測定と心理社会支援の実際を示す

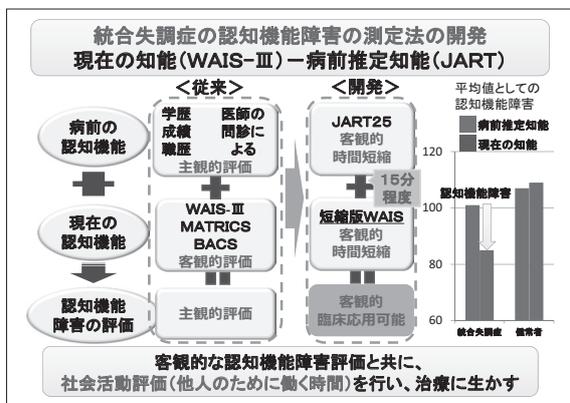


図 1

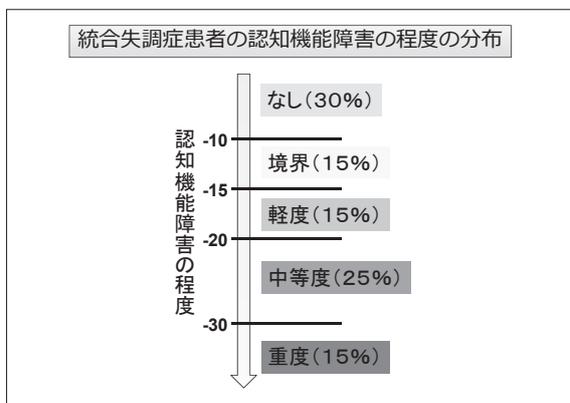


図 2

症例

高卒後、公務員として市役所に勤める女性。20歳ごろより、幻聴や被害妄想出現し、精神科クリニックを受診。統合失調症と診断され、抗精神病薬を処方されたが、20歳代前半に精神科病院への数か月の入院歴が3回あり、その間に退職している。3回目の退院後は、精神病症状は、一進一退であったが、入院に至ることはなかった。40歳代になり、手に職をつけるため、医療事務の専門学校に通ったが、パソコンの作業についていけず、辞めてしまった。その後、デイケアに通所し、作業所を経て、工場で

弁当詰めのアルバイトを行うようになった。別居していた父が入院をして、その介護を行うようになってから、易疲労感が出現し、仕事を休みがちになり、「仕事をさぼっている」という幻聴が再燃し、数年間続いたアルバイトを辞めてしまった。その後、4回目の入院を行い、幻聴もほぼ消失し、退院後、A型作業所に通所して現在に至る。

現在、作業所では孤立がちで、新しい内容の仕事をなかなか覚えることができない。焦ってミスをすることも多く、ミスを指導員に指摘されると「迷惑をかけてしまっている」と被害妄想が出現することがあり、週に1回程度休む。上記のような状態にもかかわらず、「今のA型に加えて別のアルバイトをして、障害年金と合わせて生活保護から抜け出したい」としばしば訴える。

現在の処方

- ・オランザピン 10mg 1錠 眼前
- ・エチゾラム 1mg 3錠
- ・トリヘキシフェニジル 2mg 3錠 毎食後

この患者の現在の推定知能81、病前推定知能102、認知機能障害中程度(-21)、社会機能は介護5時間とA型作業所22時間と評価された。推定知能、病前推定知能、認知機能障害のパターンによって、治療方針が図3のように異なることを筆者は提唱している。すなわち、認知機能障害の治療は、認知機能障害がある患者に行うべきことで、ない患者においてはそれ以外の治療を中心的に行うべきであるという考え方である。このように個々の患者において障害の有無によって治療法を選択するということが、患者のニーズに応じた支援として必要なことであると考えられる。この患者の場合は、病前推定知能は普通であり、普通の仕事を病前に行うことが

できていたが、認知機能障害があることで能力が低下しており就労できていないというパターンであることが想定される。このような患者に、どのような説明をして、どのように心理社会支援に結び付けるかを次に述べる。

IV. 認知社会機能測定に基づく心理社会支援のための共同意思決定

心理社会支援に限らず、包括的支援の前提として、共同意思決定 (SDM: Shared Decision Making) がある。共同意思決定は、「患者と治療者が治療に関する情報を双方に共有し話し合い、患者の好みや価値観に沿った最適な選択を共に行うプロセス」のことである。この治療に関する情報を双方に共有するためには、治療者がその情報を十分に理解して実践できるだけでなく、それを患者に適切に伝えることが必要とされる。よって、心理社会支援の前に、どのようにこの認知社会機能測定結果を患者に伝えて、共同意思決定を進めていくかということについて、具体的に会話方式にて例を示す。

- ・中学校の成績はどうでしたか？ 普通？ 確かに検査でも、もともと真ん中ぐらいの成績出ていますよ。
- ・ただ、今の認知機能を測ると、成績でいうと30人学級で、下から3-5番目ぐらいって結果がでているんですよ。難しいことを理解するのはとか大変なことはないでしょうか？
- ・なるほど、パソコンの作業とか難しかったんですね。今は、いろいろ考えたり判断したりするのは苦手だから、もう少し体を使うとかの簡単な仕事のほうがよさそうですね。
- ・前も工場の仕事ができていたし、作業所での作業もしっかりできているから、そういう仕事のほうが向いていると思いますよ。あんまり向いていない仕事を無理にすると誰でも調子崩したりするから向いている仕事をやっていくほうがよさそうですね。
- ・元々出来ていたことができなくなったり、わかりにくくなったり、覚えられなくなったりするのを認知機能障害っていいです。統合失調症の人には結構多くて、統合失調症の半分以上の人にはあるといわれています。あなたは、中等度

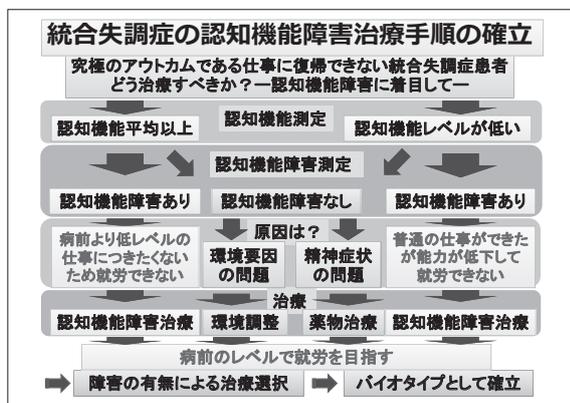


図3

と軽度の間ぐらいです。

- ・この認知機能障害をよくするためには、今のように作業所に通ってリハビリしたりするのが大事といわれています。ただ、リハビリなので、無理しすぎると調子を崩すので無理のない範囲で頑張りましょう。他にも、薬のほうで工夫できることもあります。そちらのほうもご説明しましょうか？知りたいということですので、ご説明しますね。
- ・不安があった時に出したエチゾラムという薬を減らして行ってやめていったり、手が震えていた時に出したトリヘキシフェニジルという薬を減らして行ってやめていったりすると認知機能障害がよくなる可能性があります。でも、減らしたりやめたりすると調子を崩す場合もあります。慎重に薬の調整をしますが、やってみないとどうなるかはわかりません。どうしたいですか？
- ・薬をできるだけ減らして、やめたいと思っているとのことわかりました。では、少しずつ減らしていくことにしましょう。ちなみに、リハビリのほうは、無理のない範囲で頑張っていたら、調子の悪くなることはあまりありませんので安心して頑張ってください。
- ・認知機能がよくなると、社会機能がよくなって仕事がだんだんできるようになることが知られています。今は、介護の5時間と作業所ぐらいだけど、少しずつできるようになると思いますよ。

V. 認知社会機能測定に基づく心理社会支援の実際

上記のように包括的支援のための説明を十分に行い、患者の意思を踏まえて、今後の治療方針を決めて、心理社会支援に繋げていくようにするが、実際にどのように心理社会支援を行っていくかについての例を以下に示す。

心理社会支援1：患者は、認知機能障害をよくするために薬の調整を希望したが、薬の調整におけるリスクベネフィットを考慮して、まずは、現在の認知機能で何ができるかをよく考えて、安定した生活ができるようにすることを当面の目的とすることにした。

心理社会支援2：作業所から患者の作業所での状態についての詳細な情報を入手すると、もともと、作業はしっかりできて、性格もよいので、リーダーを任されており、リーダーとして人間関係の調整をしなければという思いから、調子を崩すことが多かったことが判明した。作業所と話し合っ、リーダーの役割をやめて、その負荷を軽減することにした(環境調整)。そうすると、リーダーとしてのプレッシャーもなくなり、穏やかに作業に集中できるようになった。その結果、ミスも少なくなり、ミスを指導員に指摘されることから、被害妄想が出現することもなくなり、安定した精神状態を保って、作業所を休むこともなくなった。

心理社会支援3：介護と作業所への通所を安定して行うことができる見通しがついたため、患者と薬の調整についていつから行うかについての相談を行った。薬の調整によって、認知機能障害の改善が期待できると共に精神症状の悪化(離脱症状なども含めて)が起こりうることも考慮して、まずは現在の状態が半年間安定して続くことを目標とした。半年後に、エチゾラムやトリヘキシフェニジルの減量・中止にトライして、認知機能の向上を目指し、再度、認知社会機能を評価した上で、次の目標設定を行うことにした。

VI. 統合失調症の認知機能障害の治療法

上記のような心理社会支援を行うためには、統合失調症の認知機能障害の治療法について治療者が十分な知識と実践経験を持っていることが前提であり、その上で、患者に対してこれらの情報を共有して、治療方針を決めていくプロセスが必要である。よって、ここでは、統合失調症の認知機能障害の治療法についての解説を行う。統合失調症の認知機能障害の治療法は、大きく分けて心理社会的治療法と生物学的治療法がある。心理社会的治療法の代表例は、認知矯正法であり、その効果サイズは、0.4～0.5程度とされている⁸⁾。更に、認知機能障害の改善は社会機能の改善につながるとされており、認知矯正法とその他の精神科リハビリテーションを組み合わせると社会機能への効果サイズは0.5程度とされている。一方で、生物学的治療法では薬物療法があり、日本神経精神薬理学会の統合失調症薬物治療ガイド

ラインでは、「適切な用量の第二世代抗精神病薬を単剤で使用し、抗コリン薬やベンゾジアゼピン系鎮静薬の併用を少なくすることが認知機能障害を改善するために推奨される」とされている⁹⁾。抗精神病薬の効果サイズは0.2～0.3とされており、認知矯正法の約半分程度であるため、認知機能障害に対する心理社会支援は、認知機能障害そのものだけでなく、社会機能への効果も含めて、重要な位置を占めている。

Ⅶ. 今後の課題

本稿においては、統合失調症の認知機能障害に対する、客観的評価に基づく心理社会支援について概説した。心理社会支援を臨床現場に実装するためには、客観的評価を簡便に行う必要があるため、広範な認知機能障害のすべてを評価するという厳密な科学性よりもより多くの患者に対して実施可能であることを優先しているという限界がある。一方で、本評価方法は、短時間で実施可能であるため、認知機能障害が疑われる患者のスクリーニングとして用いるという方法もある。広範な認知機能障害を時間をかけて評価できる医療施設及び患者（患者負担もあるため）については、より詳細な評価を行うことが望ましい。

また、本評価法は、統合失調症の認知機能障害の治療薬の開発にも役立つと考えられる（図4）。今までにいくつもの統合失調症の認知機能障害に対する治療薬の開発が行われたがすべて失敗に終わっている。その原因の一つとして、統合失調症患者のすべてを対象に臨床試験を行っていることがあげられる。理論的に認知機能障害がある患者しか、認知機能障害の治療効果は認められないため、認知機能障



図4

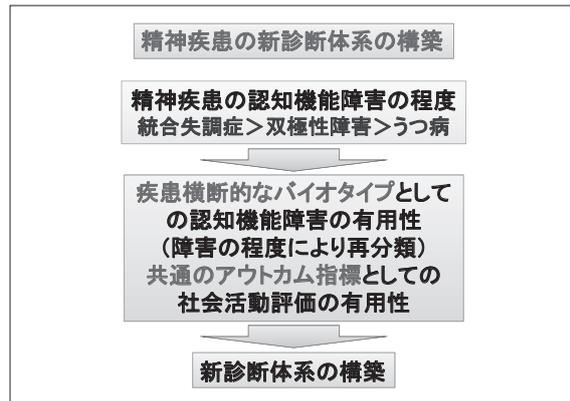


図5

害がある患者だけを選択して臨床試験を行うことにより、臨床試験の成功確率を上げることができると考えられる。本検査法では、統合失調症の約半数に認知機能障害が認められるため、その患者のみを対象にすることで、効果サイズを約2倍に高めることができると考えられる。

最初に述べたように、認知機能障害は、統合失調症だけでなく、双極性障害やうつ病においても統合失調症よりも軽度ながら認められることが知られている。それぞれの精神疾患における認知機能障害の病態メカニズムはいまだ解明されていないが、これらの認知機能障害は共通のメカニズムで起こっている可能性がある。よって、疾患横断的に認知機能障害のある患者をまとめて解析することにより、認知機能障害というバイオタイプに対する治療法の開発が可能になるかもしれない。その際には、異なる精神疾患を症状ベースではない共通の指標で評価する必要があるため、ここで提唱した社会活動（仕事時間）が評価の対象となると考えられる（図5）。

精神疾患では、いわゆる診断以外の方法論にて、個別の患者における客観的な評価法が治療に結び付くことがない状態が長く続いてきた。今回ご紹介した認知機能障害の方法論が広く診療現場にて用いられるようになり、多くの患者における個別性を考慮した治療に結び付くことに、貢献していきたいと考えている。

謝辞

本研究の共同研究者である住吉チカ先生、住吉大幹先生、藤野陽生先生、大井一高先生、山森英長先生、安田由華先生、藤本美智子先生に感謝いたします。

文 献

- 1) 住吉チカ (福田正人, 糸川昌成, 村井俊哉他編) (分担執筆), 統合失調症 (第23章 神経心理学), 259-274, 医学書院, 2013.
 - 2) 大井一高, 橋本亮太: 精神疾患にける認知機能障害の遺伝基盤. 精神科治療学, 30 (11) :1425-1431, 星和書店, 2015.
 - 3) 藤野陽生, 安田由華, 橋本亮太他: 統合失調症の認知機能障害の神経科学基盤. 臨床精神薬理, 18 (12) :1519-1526, 星和書店, 2015.
 - 4) Matsuoka K, Uno M, Kim Y et al: Estimation of premorbid IQ in individuals with Alzheimer's disease using Japanese ideographic script (Kanji) compound words: Japanese version of National Adult Reading Test. Psychiatry Clin Neurosci 60 (3) :332-9, 2006.
 - 5) Sumiyoshi C, Fujino H, Hashimoto R et al: Usefulness of the Wechsler Intelligence Scale short form for assessing functional outcomes in patients with schizophrenia. Psychiatry Res 245:371-378, 2016.
 - 6) Fujino H, Sumiyoshi C, Hashimoto R et al: Estimated cognitive decline in patients with schizophrenia: A multicenter study. Psychiatry Clin Neurosci 71 (5) :294-300, 2017.
 - 7) Sumiyoshi C, Fujino H, Hashimoto R et al: Predicting work outcome in patients with schizophrenia: Influence of IQ decline. Schizophr Res 201:172-179, 2018.
 - 8) McGurk SR, Twamley EW, Sitzler DI et al: A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. Am J Psychiatry 164 (12) :1791-802, 2007.
 - 9) 統合失調症薬物治療ガイドライン <http://www.asas.or.jp/jsnp/csinfo/03.html> (参照 2018-01-20)
- * (本症例は、筆者の多数例の経験からの平均的な架空の症例であり具体的な症例ではない)

【特集 心理社会支援】

睡眠障害と心理社会支援

Sleep Disorders and Psychosocial Support

綾部直子¹⁾、三島和夫^{1) 2)}

Naoko Ayabe, Kazuo Mishima

I. はじめに

日本人の睡眠時間短縮の進行、睡眠不足の蓄積による睡眠負債、およびそれらによる健康への影響、経済的損失など、近年、睡眠問題に対する意識が高まってきている。2018年には世界保健機関（World Health Organization : WHO）が「疾病及び関連保健問題の国際統計分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : ICD）」の第11回改訂版（ICD-11）を公表し、はじめて睡眠障害が「睡眠-覚醒障害（Sleep-Wake Disorders）」として第7章に新設されることとなった。ICD-10までは睡眠障害の項目は複数の章にまたがっていたため、実際の睡眠医療の現場ではこれまで「睡眠障害国際分類第3版（International Classification of Sleep Disorders-Third Edition: ICSD-3¹⁾」、もしくは「DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5²⁾」によって睡眠障害の診断がなされていた。今回のICD-11における改訂で大分類となった背景には、睡眠障害が社会に及ぼす影響について広く認知されるようになってきたことも要因のひとつに挙げられるだろう。

本稿では、睡眠障害の分類と主にその治療法、特に心理社会的支援についてまとめ、その治療の有効性や意義について述べる。睡眠障害の治療の位置づけとして心理社会的アプローチの重要性の認識が広がることを期待したい。

II. 睡眠障害の治療と心理社会的支援

睡眠障害を大別すると不眠症、睡眠関連呼吸障害、睡眠関連運動障害、過眠症、概日リズム睡眠・覚醒障害、睡眠時随伴症が代表的な疾患群となる¹⁾。それぞれの病態機序や治療法は疾患ごとに異なるが（表1）、睡眠の問題は共通して日中の眠気やパフォーマンスの低下、生活リズムの乱れなどに直結するため社会生活に大きな支障をきたす。したがって、どの睡眠障害であっても夜間の睡眠帯に対する介入だけではなく、睡眠衛生や体内時計の調整に関わる日中の生活習慣に対する指導も含めた心理社会的支援は欠かせない。不眠症や過眠症、睡眠関連運動障害などは薬物療法を中心とした治療に睡眠衛生指導や生活指導が行われることが多い。睡眠関連呼吸障害については、経鼻的持続陽圧呼吸療法（Continuous Positive Airway Pressure : CPAP療法）に加えて、肥満傾向にある場合は体重コントロールのために栄養指導が行われる場合もある。

近年では睡眠医療の領域においても、気分障害や不安症などの他の精神疾患と同様に心理社会的なアプローチの有効性が広く知られるようになってきた。なかでも不眠症に対する認知行動療法（Cognitive Behavior Therapy for Insomnia: CBT-I）は国内外で多くのエビデンスが確立されている。また、概日リズム睡眠・覚醒障害に対しても従来の時間生物学的な治療に行動的技法を加えたアプローチの有効性の知見が示されている。

ここでは心理社会的なアプローチの有効性が示されている不眠症と概日リズム・睡眠覚醒障害について疾患の特徴、および心理社会的支援について述べる。

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

睡眠・覚醒障害研究部

Department of Sleep-Wake Disorders, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

2) 秋田大学大学院医学系研究科医学専攻 精神科学講座

Department of Neuropsychiatry, Akita University Graduate School of Medicine

表1 睡眠障害の分類と主な治療法

睡眠障害	代表的な症状	主な治療法と生活上の対処
不眠症	入眠困難、睡眠維持困難、早朝覚醒の不眠症状に加えて、日中の疲労、倦怠感、ICSD-3では上記症状が週3日、3か月以上続く場合を慢性不眠症とする。身体疾患、精神障害による併存不眠、嗜好品、生活習慣、薬剤などの影響により出現する場合もある。	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠衛生指導による睡眠習慣の見直し ・薬物療法 ・不眠症の認知行動療法 (CBT-I)
睡眠関連呼吸障害群	睡眠中に無呼吸や低呼吸が出現する。深い睡眠がとれず、日中の強い眠気や居眠り(過眠)が出現する。高血圧、糖尿病、高脂血症と関連し、中等症以上では冠動脈疾患、脳血管障害、眠気による事故などが生じる。	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣の改善(減量、飲酒の禁止など) ・経鼻的持続陽圧呼吸療法 (CPAP) ・マウスピース
睡眠関連運動障害群	1) レストレスレッグズ症候群: 夜間に下肢や上肢に生じる異常感覚(ムズムズする、動かしたくなる強い衝動など)により不眠が生じる。夕方~夜間に出現もしくは増悪しやすい。 2) 周期性四肢運動障害: 夜間に下肢や上肢にミオクローヌ様の不随意運動が繰り返し出現することにより不眠もしくは日中の過眠が生じる。	<ul style="list-style-type: none"> ・就寝前に短い時間歩く、暖かい風呂または冷たいシャワー、四肢(脚)のマッサージなど ・薬物療法
中枢性過眠症群	夜間に十分な睡眠をとっているにもかかわらず、日中に過眠が生じる。ナルコレプシーでは、睡眠発作のほか、情動脱力発作、入眠時幻覚、睡眠麻痺の症状が出現する。	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠時間の確保、生活リズム調整などの睡眠衛生指導 ・薬物療法
睡眠時随伴症群	レム睡眠行動障害: 夢のなかの言動と一致した大声の寝言や粗大な体動が出現する。せん妄と異なり、症状出現時に覚醒刺激を与えるとすみやかに覚醒でき、異常行動と一致した夢内容を想起することができる。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬物療法 ・異常行動による怪我などを防止するための寝室内の安全確保
概日リズム睡眠・覚醒障害群	生体内の睡眠・覚醒リズム(体内時計)と、外部の明暗サイクルとの間にずれが生じることにより社会生活に支障が生じる。	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠衛生指導による睡眠習慣の見直し ・薬物療法(メラトニン) ・高照度光療法 ・睡眠・覚醒相後退障害に対する認知行動療法

睡眠障害国際分類第3版(ICSD-3)¹⁾、日本睡眠学会「睡眠障害のスクリーニングガイドライン」²⁾、を元にて作成

1) 不眠症の認知行動療法

不眠症は、夜間の不眠症状とそれによる日中の機能障害(もしくは重大な苦痛)の2つの困難があり、診断には両者の存在が不可欠である^{1) 2)}。DSM-5では、原発性不眠と二次性不眠との区別を行わずに週に3日以上の不眠症状と日中の機能障害が3か月以上持続した場合を慢性不眠障害としている。特に慢性不眠障害は重度の眠気、倦怠感、記憶力や注意集中力の低下など多岐に渡る日中の機能障害をきたし、不眠症患者の社会機能と生活の質(Quality of Life: QOL)を大きく低下させることが知られている^{6) 8)}。そのため、不眠症治療はできるだけ早

期に心理的、社会的な介入を行うよう推奨されており、その代表的な治療法が不眠症の認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: CBT-I)である¹⁸⁾。CBT-Iは、主に4~6セッションの治療パッケージ⁵⁾で、主に心理教育的介入(睡眠衛生指導)、行動的介入(睡眠制限法、刺激制御法)、認知的介入(認知療法)で構成される(表2)。治療形式として、個人形式、集団形式、電話、Web、セルフヘルプなどがあり、いずれもメタ解析にて効果が示されている⁵⁾。CBT-Iは薬物療法と比較してその効果が持続しやすいことも知られている¹⁴⁾。現在、米国睡眠学会の不眠治療ガイドライン¹³⁾に

表2 CBT-Iの構成要素と内容

構成要素	主な内容
睡眠衛生指導 心理教育	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠衛生指導(食事や運動、寝室環境、カフェインやアルコール摂取などに関する推奨事項) ・不眠症の知識の提供
リラクゼーション法	<ul style="list-style-type: none"> ・漸進的筋弛緩法 ・呼吸法、瞑想など
刺激制限法	<ul style="list-style-type: none"> ・寝床と睡眠の関連を強めるため、寝られないときは寝床や寝室から出る
睡眠制限法	<ul style="list-style-type: none"> ・布団の中にいる時間を、実質の睡眠時間+15~30分程度に制限 ・睡眠効率85%程度を目標にする
認知療法	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠に対する非機能的な信念(「8時間寝ないといけない」など)や態度の変容

おいては、慢性不眠症の標準治療としてCBT-Iを用いることとされ、高齢者や睡眠薬の長期使用者に対してもCBT-Iの有効性が認められている。また、米国内科学会や欧州睡眠学会でもすべての成人の不眠症の初期治療にはCBT-Iが推奨されている^{16) 17)}。他方、不眠症治療に用いられることの多いGABA-A受容体作動薬（GABA-A Receptor Agonists：GABAA-RA）は、耐性や離脱症状などの身体依存、認知機能の低下、転倒や骨折などのリスクに対する懸念から、主に中高年の不眠症患者への使用は推奨されておらず^{9) 15)}、この観点からも心理社会的支援による治療は重要なアプローチとなる。

われわれのグループはGABAA-RAを用いた薬物療法抵抗性の原発性不眠症を対象として、本邦ではじめて睡眠薬減量に対するCBT-Iの多施設共同でのランダム化比較試験（Randomized Controlled Trial：RCT）を行った。本研究では、CBT-I群は統制群（睡眠衛生指導のみ）と比較して、介入直後から不眠重症度の有意な低下を示した一方で、睡眠薬減量（1～2週間をかけて25%ずつゆっくり減量する漸減法を用いた）については、介入直後、介入後1か月フォローアップにおいて統計的に有意な差異は示されなかった（図1、2）⁴⁾。しかしながら、CBT-I群は介入後1か月フォローアップにおいては、介入前の服薬量から約30%の減薬率が示されたことにより、CBT-Iの併用による睡眠薬減量効果に対する一定の示唆は得られたと考えられる。

ところで、不眠症患者は睡眠薬減量に取り組む際に強い不安を訴えることが多いが、そのような不安への対処は心理社会的支援が得意とするところであ

る。筆者は心理職の立場で睡眠外来にてCBT-Iの実施および減薬をサポートする役割を担っているが、服薬行動に対するアセスメントおよびそれに基づく患者の心理面に対するサポートにより患者の取り組み方も少なからず変わると感じることがある。不眠症患者からは、「睡眠薬を飲まないと眠れないが、できることなら飲みたくない」、「自分で試しに薬を減らしたことがあるが、やはり眠れなかったので減薬は無理だろう」、「主治医に眠れないことを訴えたいが、そう言ってしまうと薬を増やされるから言いにくい」、などという声をよく聞く。もちろんすべての患者が同じ訴えではないが、睡眠薬服用に対しては何らかの葛藤状態にある者が少なくない。そこで治療者ができる工夫として、「減薬すると最初は誰でも眠りにくい日が3日程度続くが、それを乗り越えると眠れるようになる」ことをあらかじめ伝え、減薬時に想定される不安に向き合いやすくしていく。さらに、睡眠薬の減薬と並行して“眠れないことの何が不安なのか”、“眠れるようになったら何がしたいか”といった患者を取り巻く生活全体にも焦点をあて、眠れる感覚や日中のQOLを高める活動を強化し、患者の主体的な取り組みを促していく¹⁹⁾。不眠症患者は、減薬がうまく進まなくなると「やはり自分にはできなかった」、「失敗した」と捉えて落ち込みやすいが、漸減を何度か繰り返す体験の積み重ねにより、睡眠そのものや睡眠薬に対するこだわりがより現実的なものへと変容していくことが多い（たとえば「必ずしも薬をゼロにしなくても、日中の活動に支障がなければよい」など）。CBT-Iの介入技法のみならず、薬物療法を使用している患

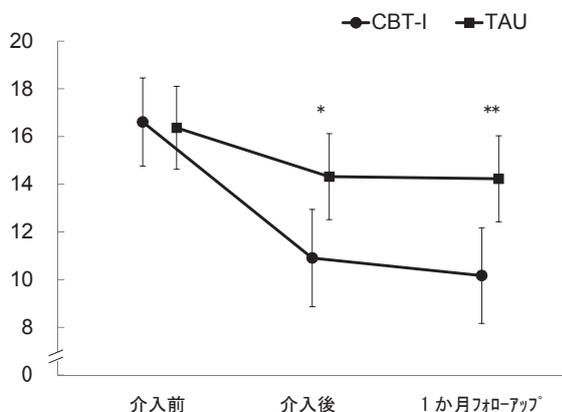


図1 不眠重症度得点の変化

エラーバーは95%信頼区間を示す

* $p < .05$, ** $p < .01$.

文献⁴⁾より改訂して引用

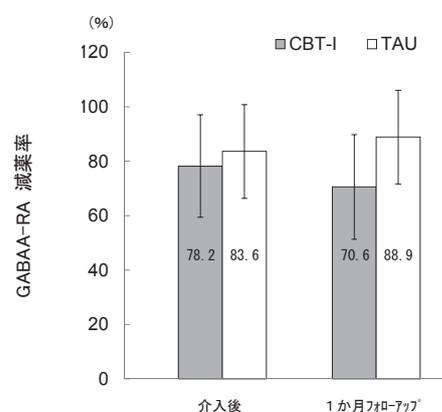


図2 GABAA-RA 減薬率

エラーバーは95%信頼区間を示す

文献⁴⁾より改訂して引用

表2 DSWPDの認知行動療法の各セッション
内容の抜粋

セッション	主な内容
セッション1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 睡眠、認知行動療法、DSWPDに関する知識の提供 ・ DSPWDのCBTモデルの提示 ・ ケースフォーミュレーション ・ 動機づけ面接
セッション2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 睡眠調整法(1日15分ずつ前進させる) ・ 刺激統制法 ・ 睡眠衛生指導 ・ 光の浴び方
セッション3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 睡眠調整法の修正 ・ 漸進的筋弛緩法 ・ 認知再構成
セッション4	<ul style="list-style-type: none"> ・ 治療の振り返り ・ 個別のコピングプログラムの作成 ・ 再発防止

文献⁷⁾を参考に著者が作成した
毎週計4セッションの集団介入(3~6人)、各セッション
90分で実施

者の服薬行動(減薬を含む)に対しても心理社会的な側面からの介入の有用性は大きいと考えられる。

2) 概日リズム睡眠・覚醒障害に対する認知行動療法

体内時計に駆動された生体リズム(メラトニンや深部体温など)と、恣意的に操作できる睡眠・覚醒リズム(夜勤など)との間に位相(タイミング)のずれが生じることにより心身の不調や社会生活の支障が生じる睡眠障害を概日リズム睡眠・覚醒障害と呼ぶ。概日リズム睡眠・覚醒障害のなかでも臨床上大きな問題となりやすいタイプとして、慣習上あるいは社会的に許容される睡眠時間帯より通常2時間以上相対的に後退する「睡眠・覚醒相後退障害(Delayed Sleep-Wake Phase Disorder: DSWPD)」と、生体リズムに従って入眠できる時間が毎日約1時間程度後退していく「非24時間睡眠・覚醒リズム障害(Non-24 hour sleep-wake rhythm disorder: N24SWRD)」がある。DSWPDやN24SWRDは、学校や仕事の前夜に十分な睡眠時間を取るために必要な時刻に入眠することや、通常の登校時刻や出勤時刻に起床することに著しい困難が伴う。本人の努力や気合いでは自らの遅れた睡眠リズムを改善させることができない。特にDSWPDは児童・思春期から若年成人に多く、その有病率は7~16%とされる¹⁾。また、単に睡眠・覚醒リズムの問題だけでなく、不登校や慢性的な遅刻、学業不振の背景となりやすいことや、未成年の場合は保護者の多大な関与が必要とされるためにそれ自体が問題となることも多い。抑うつ状態など気分障害と合併し

やすいことも明らかにされている。

概日リズム睡眠・覚醒障害の病態機序については、近年の報告では時計遺伝子の変異、夜間睡眠の開始と終了、および深部体温やメラトニンなどの概日リズム指標の位相の後退といった内因性の要因に加え、夜更かし、翌日の朝寝坊、就床・起床時刻の乱れなどの外因性の要因が重なることで、生体リズムの後退が遷延してしまう可能性が指摘されているものの未解明の部分は多い。また、二次的な問題を含めた生活上の重篤な困難感に比して、治療法は生活指導を基盤とする対症療法が中心となるため根治が難しい疾患でもある。DSWPDについては、アメリカ睡眠医学会のガイドラインにおいては高照度光療法とメラトニン療法が中等度の推奨とされている³⁾。専門施設においては高照度光治療器を用いた入院治療も行われるが、退院後に元の昼夜逆転生活に戻ることも少なくない。すなわち、DSWPDの治療においては実生活で規則正しい生活リズムを維持することが非常に重要であり、患者の治療意欲や日中の生活に対するモチベーションの維持が治療の継続に欠かせない。また、DSWPD患者は睡眠相の後退に伴う起床困難だけでなく、その結果として対人交流を含む社会との接点の希薄さや日中の活動量の低下により、より一層の気分の落ち込みやQOLの低下など悪循環に陥りやすい。したがって、睡眠衛生指導や生活指導を含めた専門的な時間生物学的な治療に加えて、二次的な問題に対する心理的、行動的支援もまた重要なアプローチとなる。

近年では、睡眠・覚醒リズム障害に対する認知行動的アプローチが提唱されつつあり、先述のアメリカ睡眠医学会のガイドラインにおいても若年者のDSWPDにのみ、光治療にマルチコンポーネント行動的技法を加えた介入が弱い推奨とされている。そのエビデンスとされたRCTは1件にとどまるが、若年のDSWPD患者に対する光療法と認知行動的技法の併用の有効性が明らかにされている¹⁰⁾。また、若年者に対する睡眠とリズムの問題に対する診断横断的介入¹¹⁾として、機能分析、睡眠やリズムの心理教育、動機づけ面接等を含めた行動的介入や、2016年にはDSWPDに対するCBTの介入マニュアルが報告されている(表2)^{7) 12)}。しかしながら、そのマニュアルを用いたRCTでは介入群に優位性は認められておらず、セッション内容やプログラム呈示方法などについていくつか課題が指摘されてい

る。国内においては、CBT-Iで行われている睡眠スケジュール法を応用した概日リズム睡眠・覚醒障害に対する診断横断的認知行動療法としてその効果が報告されているものの²⁰⁾、コンセンサスの得られた包括的な治療プログラムは未整備な現状にある。国内外において概日リズム睡眠・覚醒障害に対する心理社会的支援も含めた包括的なアプローチの構築と効果検証が急務である。

Ⅲ. 睡眠障害における心理社会支援の課題

睡眠問題の改善および睡眠障害の治療においては、睡眠衛生指導や体内時計の調整に関わる生活習慣および睡眠習慣の指導も含めた心理社会的支援は重要なアプローチである。薬物療法を併用しながら対症療法にならざるを得ない睡眠障害患者を支える上でも患者の心理面、生活面を支える意義は大きい。

しかしながらいくつか課題もある。たとえば不眠治療の複数のガイドラインにおいて、CBT-Iがファーストラインに位置づけられてはいるものの、国内でCBT-Iが受けられる実施機関や治療者の数の少なさ、現時点では保険診療の適用とはなっていないことによる患者の金銭的負担などが挙げられる。心理療法を含めた心理社会的アプローチは薬物療法とは異なり即効性のあるものではなく、治療の性質上患者の日々の生活に若干の負担を強いる側面もある。したがって、患者の治療に対する動機づけや継続のしやすさは心理社会的支援を進める上で重要な要素となる。現在、日本睡眠学会や国立精神・神経医療研究センターが主催となり、治療者向けのCBT-Iの研修会を毎年開催し、治療者の育成や普及に努めているところである。さらに、睡眠障害の認知行動療法に対する将来に向けた診療報酬制度の改定への期待、さらには集団療法やセルフヘルプ、Web等を用いた遠隔診療など、患者にとって利用しやすい提供方法を増やすことも今後の課題であると考えられる。

Ⅳ. おわりに

本稿では、睡眠障害のなかでも特に不眠症と概日リズム睡眠・覚醒障害に対する心理社会的支援について論じた。現在、睡眠障害の治療の多くは薬物療法であるが、薬物療法では対処できない部分を心理

社会的アプローチが補うという点において薬物療法と同等に治療上の意義は非常に大きいと考えられる。本邦においても高齢化や向精神薬の多剤併用処方などが問題として挙げられている昨今、不眠症を中心に認知行動療法の役割や期待は年々高まっている。さらに、心理職の国家資格である公認心理師制度がスタートした背景をふまえると、睡眠障害の治療においても今後より一層心理社会的支援が担う役割は大きいものとなることが予想される。そのためにも睡眠障害の病態機序の解明に加えて心理社会的支援による治療方法の確立およびエビデンスの構築に向けた研究知見の蓄積が求められる。

文 献

- 1) American Academy of Sleep Medicine: International classification of sleep disorders-third edition (ICSD-3), American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL, 2014
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®), American Psychiatric Pub, Washington, DC, 2013
- 3) Auger RR, Burgess HJ, Emens JS, et al: Clinical Practice Guideline for the Treatment of Intrinsic Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders: Advanced Sleep-Wake Phase Disorder (ASWPD), Delayed Sleep-Wake Phase Disorder (DSWPD), Non-24-Hour Sleep-Wake Rhythm Disorder (N24SWD), and Irregular Sleep-Wake Rhythm Disorder (ISWRD). An Update for 2015: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med* 11:1199-1236, 2015
- 4) Ayabe N, Okajima I, Nakajima S, et al: Effectiveness of cognitive behavioral therapy for pharmacotherapy-resistant chronic insomnia: a multi-center randomized controlled trial in Japan. *Sleep Med* 50:105-112, 2018
- 5) Brasure M, Fuchs E, MacDonald R, et al: Psychological and Behavioral Interventions for Managing Insomnia Disorder: An Evi-

- dence Report for a Clinical Practice Guideline by the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 2016
- 6) Buysse DJ, Thompson W, Scott J, et al: Daytime symptoms in primary insomnia: a prospective analysis using ecological momentary assessment. *Sleep Med* 8:198-208, 2007
 - 7) Danielsson K, Jansson-Frojmark M, Broman JE, et al: Cognitive Behavioral Therapy as an Adjunct Treatment to Light Therapy for Delayed Sleep Phase Disorder in Young Adults: A Randomized Controlled Feasibility Study. *Behav Sleep Med* 14:212-232, 2016
 - 8) Edinger JD, Bonnet MH, Bootzin RR, et al: Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep* 27:1567-1596, 2004
 - 9) Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, et al: Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 331:1169, 2005
 - 10) Gradisar M, Dohnt H, Gardner G, et al: A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy plus bright light therapy for adolescent delayed sleep phase disorder. *Sleep* 34:1671-1680, 2011
 - 11) Harvey AG, Buysse DJ: *Treating Sleep Problems: A Transdiagnostic Approach*, Guilford Publications, 2017
 - 12) Jansson-Frojmark M, Danielsson K, Markstrom A, et al: Developing a cognitive behavioral therapy manual for delayed sleep-wake phase disorder. *Cogn Behav Ther* 45:518-532, 2016
 - 13) Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, et al: Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. *An american academy of sleep medicine report. Sleep* 29:1415-1419, 2006
 - 14) Morin CM, Colecchi C, Stone J, et al: Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 281:991-999, 1999
 - 15) Olfson M, King M, Schoenbaum M: Benzodiazepine use in the United States. *JAMA psychiatry* 72:136-142, 2015
 - 16) Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, et al: Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 165:125-133, 2016
 - 17) Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al: European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* 26:675-700, 2017
 - 18) Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, et al: Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med* 163:191-204, 2015
 - 19) 綾部直子: CBT-Iの併用により睡眠薬の減薬が成功した多剤併用例, 三島和夫(編). *不眠症治療のパラダイムシフト ライフスタイル改善と効果的な薬物療法*, 医薬ジャーナル社, 東京, pp. 177-182. 2017.
 - 20) 田中春仁, 中島俊, 梶田梨加: 不眠の認知行動療法(第7回)概日リズム睡眠覚醒障害に対する診断横断的認知行動療法. *睡眠医療: 睡眠医学・医療専門誌* 8:411-417, 2014
 - 21) 日本睡眠学会: 睡眠障害のスクリーニングガイドライン, <http://jssr.jp/data/pdf/kit-2.pdf> (2018年11月30日参照).

【特集 心理社会支援】

発達障害と心理社会支援

Psychosocial support to developmental disorders

加賀佳美¹⁾、稲垣真澄¹⁾

Yoshimi Kaga, Masumi Inagaki

I. はじめに

発達障害とは、生まれつきの脳機能の偏りによる障害である。アメリカ精神神経学会の分類と診断の手引き第5版 (DSM-5)¹⁾では、神経発達症/神経発達障害と称され、脳機能の偏倚に基づくことが明示されている。自閉スペクトラム症 (ASD)、注意欠如多動症 (ADHD)、限局性学習症 (SLD)、知的能力障害の他、吃音症、発達性協調運動症などが含まれる。これらは幼少期から特徴的な行動パターンを示すことにより、養育者にとっては育てにくさがあり、本人は集団での適応の悪さや問題行動を生じるため、乳児期より早期発見、早期介入することが重要となっている。その後、小児期から青年～成人～老年に至るまで、きめ細やかな医学的、福祉的、心理・社会的支援が必要である。

ADHDの有病率は約5%²⁾、ASDは約1%³⁾と言われておりさらに、SLDや知的能力障害なども含めると、おそらく支援が必要な発達障害児は、子ども10人に一人になると思われる。今や子育て、教育、就労などあらゆる面でのサポートが必要であり、医療モデル単独で解決できることは少なく、心理・社会的なアプローチが必須の状態と言える。労働力の低下が問題視されつつあるわが国の中で極めて重要な位置づけを示す障害といっても過言ではない。本稿では、発達障害に対する心理社会支援について、現在、行われているプログラムや、今後期待される支援について紹介する。

II. ライフステージを通じた支援の重要性

1. 就学前

発達障害は乳児期より出現する発達特徴・特性により、育児困難につながりやすい。乳幼児健診や就学前健診において、それぞれの問題点を明らかにし、養育者を孤立させないため、早期発見と介入が必要となる。支援が遅れることは育児放棄、小児虐待などの問題になりかねない。そのため、1歳半健診、3歳健診に加えて就学前の5歳児健診を加えた重層的な早期診断のためのアセスメントが整備されつつあり、育児支援など市町村を中心とした行政的な取り組みなどが行われている。

2. 就学後の姿

発達期において子供たちがもっとも時間を長く過ごすのは、学校である。小学校入学から大学卒業まで16年間、学校の中で思春期を迎える発達障害児においては様々な問題行動が起きやすい。例えば、特徴的な症候を示すことから、いじめのターゲットになりやすく、不登校や自殺の問題も多い。また特異な認知特徴から学業不振をきたし、自尊感情の低下をきたすこともある。また、ASDやADHDなどでは二次障害を引き起こしやすく、内在化障害では、気分障害や不安障害、外在化障害では、反抗挑戦性障害や行為障害を併存する例も多くみられる。通級や支援級などで、学習や社会適応などの支援を行っているが、まだまだ支援が行き届いているとはいえないのが現状である。特に就学前に問題とならなかった比較的高機能の症例では、学校に入ってから問題行動が生じることも多く、それらの見への適切な支援をどのように行うのが問題である。

3. 成人期の特徴

近年、成人の発達障害がクローズアップされるよ

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
知的・発達障害研究部

Department of Developmental Disorders, National
Institute of Mental Health, National Center of Neurology
and Psychiatry

うになり、発達障害という概念がなかった子ども時代を過ごした世代の発達障害が診断されるようになってきた。成人期には、就職の問題やひきこもり、就職してからの適応など、特に人間関係の破綻が契機になって退職に追い込まれるケースも少なくない。退職しても、再就職を繰り返し、生活困難に追い込まれる例もある。成人になってから、問題になるケースでは、発達障害の診断がなされておらず、周囲も本人も気づかずに困っていることも多い。就学後には、産業医などが本来の機能を発揮すべきだが、過渡期ということもあり、難しい一面もあるのが現状である。

Ⅲ. 行政の動き

発達障害をめぐる法律的整備は、2004年に議員立法によって成立した発達障害者支援法が2005年(平成17年)4月から施行された事がスタートとなる(図1)。本法律は発達障害者支援を一つの法律で包括的に運用できるものであり、当時としては画期的なものであった。これをうけて平成22年には、発達障害が障害者に含まれることが、障害者自立支援法および児童福祉法において明確化された。さらに2016年(平成28年)5月に改正発達障害者支援

法が成立した。発達障害を、就学前、就学後、就労、高齢期と生涯にわたってのライフスパンを鑑みた法律改正になっており、個々の症例において、いつからでも支援が受けやすい状況になった。また2014年6月には障害者差別解消法が成立し、2016年4月に施行されたことにより、発達障害児者においても、障害による差別の禁止とともに、合理的配慮を受ける権利があることが示された。特に大学入試センター試験などで、個室受験や時間延長など合理的配慮が受けられるようになったことは画期的な動きである(図2)。

最近の主な施策としては、就学前の早期発見、早期支援のためのアセスメントの整備、市町村および都道府県での体制整備に加え、「巡回支援専門員整備事業」などがある。発達障害者支援のための体制整備として発達障害者の地域支援機能の強化、人材育成のために「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業」としてかかりつけ医のスキルを向上させる研修が2016年度から開始されている。本研修は、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所が中心となって年に複数回行われている。日本全国のかかりつけ医に「診療手技」や「専門家につながるスキル」を指導するドクターを養成し、最終的には「かかりつけ医」を発達障害対応が可能な医師として

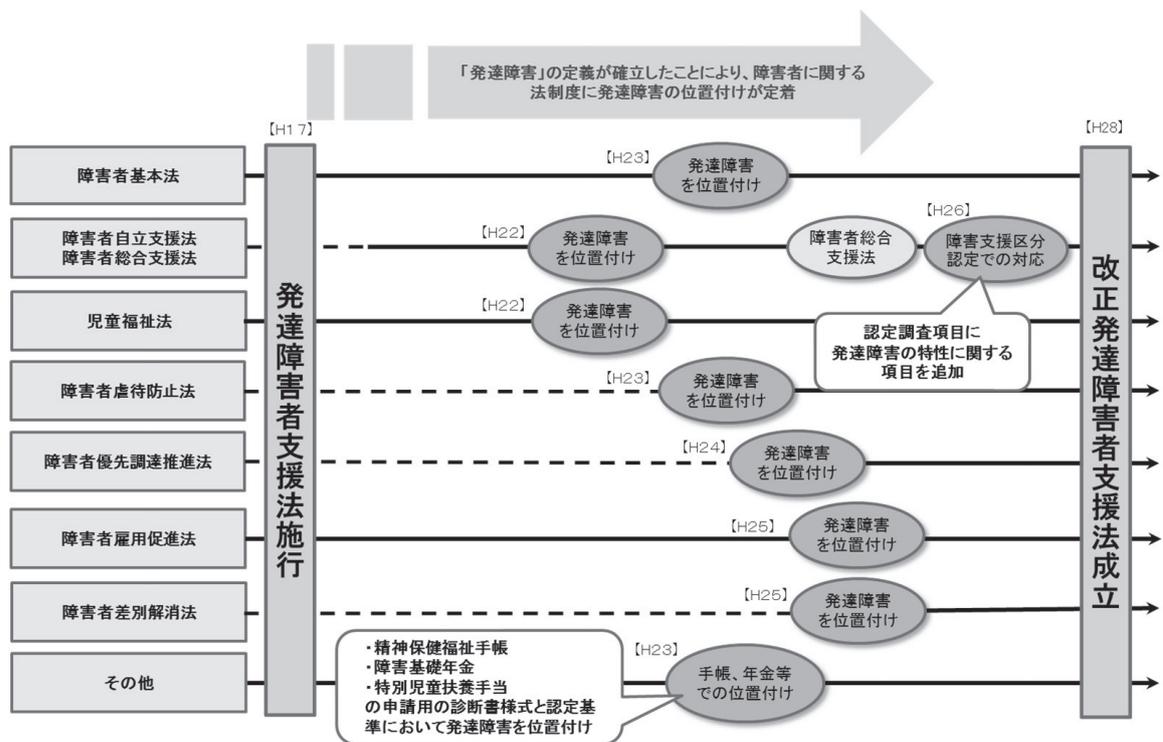


図1 法制度における発達障害の位置づけ

- ◆ 発達障害のAさんは、就労訓練サービスを利用しています。挨拶、作業の終了時、作業中に必要と思われる会話（「おはようございます」「さようなら」「仕事が終わりました」「袋を持ってきてください」「紐を取ってください」「トイレへ行ってきます」「いらしゃいませ」「100円です」等）をVOCA（会話補助装置）に録音し、伝えたいメッセージのシンボル（絵・写真・文字）を押してコミュニケーションをとるようにしたことで作業に集中することができ、休みなく事業所へ通う事ができるようになりました。
- ◆ 発達障害のBさんは、利用者全体に向けた説明を聞いても、理解できないことがしばしばある方です。そのため、ルールや変更事項等が伝わらないことでトラブルになってしまうことも多々ありました。そこで、Bさんには、全体での説明の他に個別に時間を取り、正面に座り文字やイラストにして直接伝えるようにしたら、様々な説明が理解できるようになり、トラブルが減るようになりました。
- ◆ 発達障害のCさんは、就労継続支援事業を利用していますが、広い作業室の中で職員を見つけることが出来ない方でした。職員に連絡したくても連絡できず、作業の中で解らないことや聞きたいことがあってもそれが聞けず、不安や混乱が高まっていました。そこで、来所時にあらかじめCさんに職員の場所を図で示したり、現地を確認する、ユニフォームの違いを伝えるなど、職員をみつけるための手がかりを知らせておくようにしたら、Cさんは安心して作業に集中できるようになりました。
- ◆ 発達障害のDさんは文字の読み書きが苦手であり、様々な手続きの際、書類の記入欄を間違えたり、誤字を書いてしまったりして、何回も書き直さなければなりません。そこで、Dさんの相談を受けている職員は、「記入欄に鉛筆で丸をつけたり付箋を貼って示す」「書類のモデルを作成して示す」「職員が鉛筆で下書きする」などを試したところ、書類作成を失敗する回数が少なくなりました。
- ◆ 発達障害のEさんは吃音症で、会話の際に単語の一部を何度も繰り返したり、つかえてすぐに返事ができないことがあります。本来は電話をかけることは苦手なのですが、職場の悩みについてどうしても相談することが必要になったので、社会保険労務士事務所に通話をかけました。その際、相談を受けた社会保険労務士事務所の職員は、Eさんの吃音症に気づきましたが、時間がかかっても話を急がすことなく、不快を示すこともなく、丁寧に話す内容を聞きました。そして、Eさんは、いろいろな場面で時に言われることのある「性格に問題がある」「それでは仕事にならない」という誤解や無理解からくる言葉をかけられなかったため、安心して相談をすることができました。

図2 合理的配慮の一例

育てることを目的としている（図3）。また、家族支援の一環として、ペアレントトレーニングやソーシャルトレーニングの実施、障害者の家族をペアレントメンターとして養成する事業など、家族支援のスキルを向上させる事業を都道府県及び市町村単位で推進している。

教育面においては、2007年にスタートした「特

別支援教育」が中心となる。以前は、知的障害に特化したものであった。そのため知的障害のない発達障害や学習障害は、受け皿がなかった。しかし、2003年にまとめられた「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」では、知的障害のない発達障害にも対象が広げられるようになった。そのため通級だけでなく特別支援級でも対応が可能と

かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業は、発達障害における早期発見・早期支援の重要性に鑑み、最初に相談を受け、又は診療することの多い小児科医などのかかりつけ医等の医療従事者に対して、発達障害に関する国の研修内容を踏まえた対応力向上研修を実施し、どの地域においても一定水準の発達障害の診療、対応を可能とし、早期発見・早期支援の推進を図る。

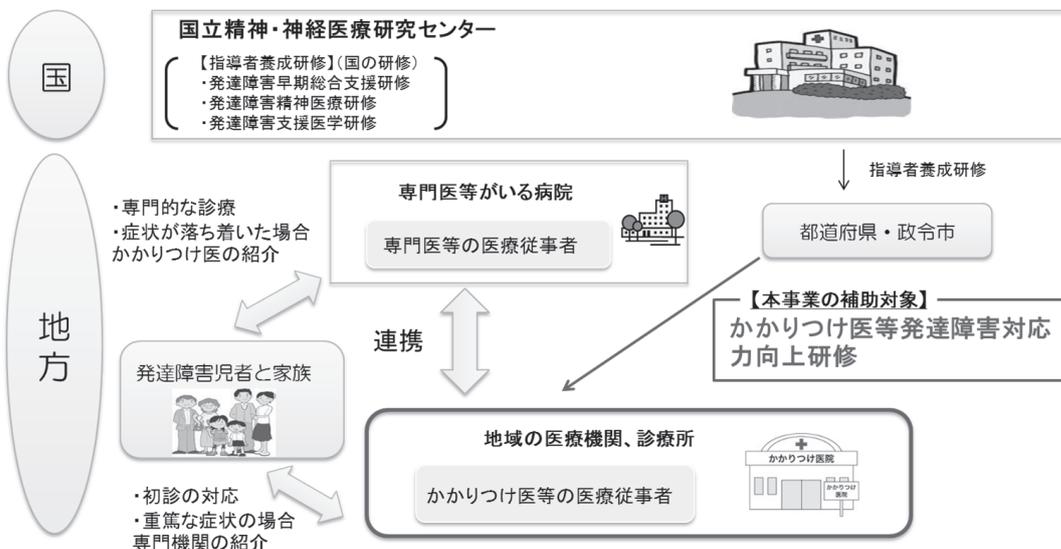


図3 かかりつけ医等発達障害対応力向上研修の内容

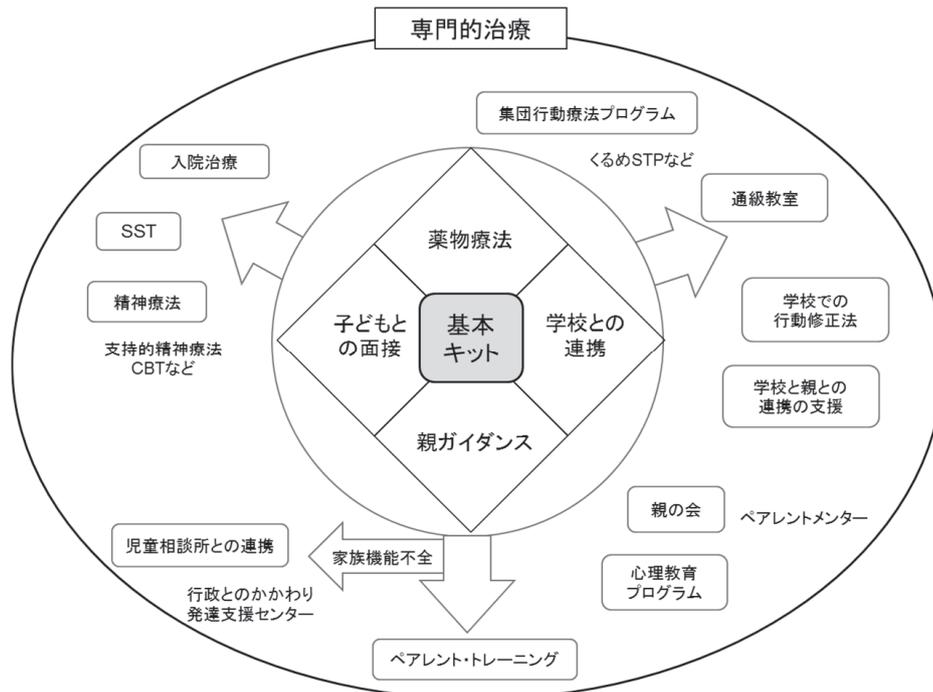


図4 発達障害の治療構造 (ADHD を例として) 文献12) より引用、一部改変

なった。また、特別支援教育コーディネーターが配置され、それぞれのケースについて個別支援計画を立て、支援を行うことが取り決められた。校外の専門家による巡回指導もあり、多様な生徒に対応できる体制を整えるようになった。しかし、特別な教育が必要なケースが増え、また対象となる疾患も多様なことから現場での対応が十分とは言い切れないところがある。都道府県、市町村単位で対応を任されているところもあり、地域格差が生じやすいことが見受けられ、現場での人材育成の必要性など今後整えていくべき課題である。

成人期の事業としては、雇用支援施策として、仕事サポーターなどを養成し、障害者本人にも職業準備支援を行う事業や、就労定着に向けての支援なども行われている。特に、発達障害者雇用トータルサポーターによる就職準備段階から職場定着までの一貫した専門的な支援の実施が掲げられ、ハローワークに発達障害を知る専門員が配属されるようになった。

実際に、運用がどの程度実施されているかは、都道府県や市町村によって異なるが、事業化されることにより、発達障害者支援が充実したものになってくることを期待する。

IV. 具体的な支援の方法

具体的な発達障害の治療構造について ADHD の例を図4に示す。薬物療法、親ガイダンス、子どもの面接、学校との連携を基本とするが、その他、以下に示すような行動療法プログラムなどを、個々のケースに合わせて選択して併用する。基本的な考え方としては、他の発達障害でも同様である。

1. ペアレントトレーニング

我が国におけるペアレントトレーニングのプログラムは、米国マサチューセッツ大学の Barkley 博士とカリフォルニア大学ロサンゼルス校の Franke 博士の指導の下、1983年からペアレントトレーニングを実施している Whitham 女史のプログラムを参考に、国立精神・神経センター（現、国立精神・神経医療研究センター）精神保健研究所、児童・思春期精神保健部の北 道子氏、上林靖子氏が率いる研究チームにおいて作成されたプログラムである⁴⁾。このプログラムは、名前の通り特に発達障害をもつペアレントに対して行うトレーニングである。

基本的な考え方としては、「悪い子」「ダメな子」といった親子の悪循環を断つために、行動に焦点を当て、好ましいことに対する肯定的な注目を増やし

て、好ましくない行動に対する否定的な注目を減らす。肯定的な注目を与え続けることによって、子供の好ましい行動を増やす方法である。1グループ2～3名から5～6名で構成し、10セッションで構成され、土台を積み上げていく「ステップ・バイ・ステップ」方式で行われている。特に ADHD 児の親に対して行われるが、発達障害に限らず、一般的な子育てにも当てはめることができる。現在は、市町村などの行政や療育センター、病院などでも取り上げられ、基本プログラムを改変してトレーニングが各地で実施されている。

2. ペアレントメンター

ペアレントメンターとは、発達障害の子どもを持つ親による親支援である。特徴としては、同じ障害児を育てている親として共感でき、寄り添うことができる、さまざまな子育ての経験を提供できることで将来を見通しやすい、信頼できる支援者の情報などを親に伝えることができる、などである。

ペアレントメンターの発達障害支援の先駆けとなったのは、日本自閉症協会である。同協会は、米国ノースカロライナ大学 TEACCH 部のペアレントメンターを活用した家族支援サービスの実践とノースカロライナ自閉症協会によるアトボカシープログラムを参考にしてスタートし、2005年よりペアレントメンター養成事業が開始した⁵⁾。その後各地で養成講座を開催し、現在、ペアレントメンター事業は、各自治体、自閉症協会、LD 親の会など、発達障害全体に広がっている。

3. ソーシャルスキルトレーニング (SST)

SSTつまり「社会生活技能訓練」とは、カルフォルニア大学ロサンゼルス校の Liberman 博士が考案した心理社会療法である。特に ASD を中心とする発達障害児に対して、ソーシャルスキルを身に着けるプログラムとして広く行われている⁶⁾。特に社会性の問題のあるケースでは、対人関係や集団行動を上手に学んでいくスキルを身に着けることが必要である。個々のケースにおいて、躓いているスキルに対してプログラムを作成することができる。

一般的には、①教示(身に着けるスキルの説明)、②モデリング(他者のスキルを具体的に見せる)、③リハーサル(実際にロールプレイを通して練習する)、④フィードバック(ほめたり、修正したりする)、

⑤般化(スキルを様々な場面で応用する)のような流れでトレーニングを行う。現在では、療育施設、発達支援センター、デイケアサービス、学校(通級など)など、さまざまな場所でトレーニング法が取り入れられている。

4. 応用行動分析 (ABA)

Applied Behavioral Analysis (ABA) とは、行動として目で見えるものを評価、分析していくことに主眼を置く治療法である。北米では、現在 ASD の行動療法として ABA が盛んに行われ、有用性も報告されている⁷⁾。ABA は、発達障害に特化した治療法ではなく、リハビリテーションやスポーツの分野でも多く研究が行われている。すなわち、ABA の行動理論により、人が示す多くの行動を説明することができ、行動の修正、適切な行動の形成が可能となる。日本でも、後述するような近年 ABA を取り入れたプログラムも行われるようになってきている。

5. TEACCH プログラム

TEACCH とは Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children の略称である。米国ノースカロライナ州で開発された ASD 児者への生涯にわたる包括的な支援プログラムである⁸⁾。現在では日本をはじめ世界中で使用されている。基本的な考え方としては、ASD の特性を理解し、個別に正確な評価を行う。親と専門家が一体となり、ライフサイクルの全過程を視野に入れた包括的なプログラムを作成する。生涯にわたり地域に根差した生活を送れることが大切である。また構造化された指導法を活用することも特徴である。特に知的障害のある ASD 児者にも使用することができ、療育施設、社会福祉法人などの事業所などでもこのプログラムが活用されている。

6. サマートリートメントプログラム (STP)

STP は、米国ニューヨーク州立大学バッファロー校 Pelham 教授ら(現在はフロリダ国際大学心理精神学科教授)によって作成された ADHD 児のための行動療法プログラムである⁹⁾。日本では、久留米大学医学部小児科の山下裕史朗教授によって、日本の実情に合ったものに改変され、くろめ STP としてサマースクールの形でトレーニングが行われている¹⁰⁾。

くめ STP の理念は、ADHD に対する医療、教育、心理の包括的治療としている。STP における行動療法では、①新行動 S-R 理論、②応用行動分析理論、③社会学習理論、④認知行動療法を基本として応用行動分析理論が主体になっている。具体的には、刺激 - 反応分析、課題分析、構造化、教示、シェーピング、プロンプティング、正の強化・負の強化法、刺激統制法、トークンエコノミーなどを使って行動修正を行っている。またソーシャルスキルトレーニングも取り入れられている。アメリカでの STP は 8 週間で行われるが、日本では夏休みが短いため 2 週間に短縮して行われている。また ADHD 児の学校適応力の増進を目的として、①問題解決スキル、②ソーシャルスキル、③学習スキル、④社会規範に従うスキルの向上を目指したプログラムとなっている。

7. 認知行動療法 (CBT)

CBT は、認知に働きかけて気持ちを楽にする精神療法の一つであり、不安障害やうつ病などの精神障害に有効性が確立している。しかし発達障害に対する CBT 療法を実践的に行っている日本の施設はまだ少ない。近年、欧米では成人期 ADHD に対して CBT が導入され、その有用性が確立されている¹¹⁾。小児においては、認知行動療法は、自分を認知し理解するという点で難しい面もあるが、思春期以降の高機能 ASD や ADHD においては、十分実施可能であり、特に不安障害や気分障害などの精神疾患併存例など、今後 CBT の発達障害に対する臨床応用が進むことを期待する。

V. おわりに

発達障害の支援において、環境調整とともに心理社会支援は欠かせないものである。行政による法的な整備も進められ、教育的支援、就労に対する支援も進められているが、地域格差などもあり、まだ十分とはいえない。支援の必要な症例数の多さからも、発達障害について社会における認知度をあげ、生活している間は継続的に隔々まで行き届いた支援やサービスが受けられるように様々な体制を整えていく必要があると考えられる。

謝辞：厚生労働省の発達障害施策情報に関しては、障害保健福祉部障害福祉課障害児・発達障害者支援

室の田中尚樹調整官、加藤永歳専門官に提供いただきました。記して感謝申し上げます。

文 献

- 1) 日本精神神経学会 (監修), 高橋三郎, 大野裕 (監訳): DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014.
- 2) 加賀佳美, 稲垣真澄: ADHD の疫学、小児期、注意欠如・多動症 (AD/HD) 診断・治療の最新治験. 日本臨床 76:561-5, 2018.
- 3) 米国小児科学会 (編), 岡 明, 平岩幹男 (監): Autism 自閉症スペクトラム障害. 日本小児医事出版社, 東京, 2017.
- 4) 上林靖子 (監), 北道子, 河内美恵, 藤井和子 (編): こうすればうまくいく発達障害のペアレント・トレーニング実践マニュアル. 中央法規, 東京, 2009.
- 5) 井上雅彦, 吉川徹, 日詰正文, 加藤香 (編著): 発達障害の子供が持つ親が行う親支援. 学苑社, 東京, 2011.
- 6) 田中和代, 岩佐亜紀. 高機能自閉症・アスペルガー障害・ADHD・LD の子の SST の進め方 - 特別支援教育のためのソーシャルスキルトレーニング (SST): 黎明書房, 東京, 2008.
- 7) Tiura M, Kim J, Detmers D, Baldi H: Predictors of longitudinal ABA treatment outcomes for children with autism: A growth curve analysis. Res Dev Disabil 70:185-197, 2017.
- 8) 篠田達明 (監), 若子理恵, 土橋圭子 (編): 自閉症スペクトラムの医療・療育・教育. 金芳堂, 東京, 2005.
- 9) Pelham WE, Gnagy EM, Greiner AR, Waschbusch DA, Fabiano GA, Burrow-MacLearn: Summer Treatment programs for ADHD. In: Weisz JR & Kazdin AE (Eds) Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents, 2nd Edition, New York, Guilford, 2010.
- 10) 山下裕史朗, 向笠章子 (編): ADHD をもつ子どものための支援プログラム くめサマートリートメントプログラムの実際. 遠見

- 書房, 東京, 2010.
- 11) López-Pinar C, Martínez-Sanchís S, Carbonell-Vayá E, Fenollar-Cortés J, Sánchez-Meca J : Long-term efficacy of psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Front Psychol*, 9: 638, 2018.
 - 12) 齊藤万比古, 渡部京太 : 注意欠如・多動障害 - ADHD の診断・治療ガイドライン第3版. p20, じほう, 東京, 2008.

【特集 心理社会支援】

災害時の社会心理支援

Psychosocial support after disasters

金 吉晴^{1) 2) 3)}、篠崎康子^{1) 2)}、大沼麻実²⁾、島津恵子²⁾、大滝涼子²⁾

Yoshiharu Kim, Yasuko Shinozaki, Asami Ohnuma, Keiko Shimazu, Ryoko Ohtaki

I. はじめに

災害時の心のケアに対する社会の関心が高まった大きなきっかけとなったのは阪神淡路大震災(1995)である。それ以前にも奥尻島地震、雲仙普賢岳噴火災害などで心のケアが試みられてきたが、それが社会から強く要請され、多くの精神医療関係者がその必要性を認識し、活動を行うようになったのはこの震災を契機としてである。

その震災では兵庫県知事の派遣依頼要請に応じて多くの心のケアチームが自発的に組織され、神戸市内の避難所などで精神医療を提供した。神戸市には精神科医が多く開業しており、その通院医療が中断した患者の医療継続が主要な目的であった。そのために避難所を巡回し、精神科救護所を開設し、あるいは地域に取り残された患者を訪問した。このように通常医療の継続を主な目的として結成された心のケアチームであったが、いまひとつ重要な使命が社会から期待された。それは震災の衝撃によって新たに生じた心的トラウマへの対応であり、それによって引き起こされる PTSD への予防と治療である。しかもそうした期待は、精神医療の側の確立した知識、診断評価、経験、エビデンスに基づいたもので

はなかった。たとえば SARS やエボラ出血熱では、そうした疾患に関する医学の知識、治療対応の指針があり、それを社会に広めることで社会全体の対応を考えられた。SARS の流行についての社会不安は、そもそもこの感染症についての医学的情報発信によってもたらされたものであり、適切な医療対応によっても沈静化されるべきものであった。災害時の心のケアに対する社会の期待ないし不安は、このような医学的情報によってもたらされたものではない。精神医療の側においても、災害のもたらす精神医学的影響についての確たる知見が共有されていたわけではなかった。災害精神医学を専門にする医師は当時ほとんどおらず、少なくとも精神医学の基本知識とはなっておらず、治療についても個々の医師が手探りで対応せざるを得ない状況であった。1980 年の DSM-III に登場した PTSD 概念は臨床のなかにはほとんど定着しておらず、その予防、治療に関する議論に精通していた医師がどれほどいたのだろうか。

それでは心のケアに対する期待は何によってもたらされたのであろうか。災害大国の日本において、過去にも大規模な災害は何度か生じているが、あえて心のケアについての関心がこれほどに高まったことはなかった。その直前の雲仙普賢岳災害では心のケアについて先駆的な取り組みがなされたが、必ずしも地元多くの精神科医の理解が得られたわけではない。阪神淡路大震災で心のケアへの関心が高まった大きな背景としては、日本でも有数の近代都市における未曾有の震災によって、直接の被災者だけでなく、社会全体が衝撃を受け、不安を感じたことがあったのではないかと。19 世紀英国において、鉄道は当時の産業革命のもたらした近代文明の象徴であったが、それだけにそれが引き起こす事故の悲惨さは人々を不安にさせ、事故後の精神的後遺症が注目された。Lancet 誌に繰り返し特集が組まれ、多くの新聞でも取り上げられ、やがて鉄道脊髄症と

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
ストレス・災害時こころの支援センター

National Information Center of Stress and Disaster Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
行動医学研究部

Department of Behavioral Medicine, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

3) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 所長
Director General, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

いう概念が提唱された。近代都市神戸における大震災を取り巻く心理的状況はそれに似ていたのではなかろうか。この状況に対する不安が、被災者だけではなく、メディアが代弁する形となって心のケアに対する関心、希求となって表れたものであろう。

今ひとつの背景は、海外から来日した支援者あるいはその考えを紹介する日本の研究者たちの影響である。災害がトラウマ的出来事となって多くの人々の精神健康に影響を与え、PTSDを発症しかねないこと、その予防に一刻も早い集中的なカウンセリングが必要であることが熱心に主張された。その方法は心理的デブリーフィングと呼ばれ、米国のMitchel, Everlyらによって提唱されたものだが、米軍のマニュアルにも採用されていたために、災害後の一時期、説得力を持って喧伝され、実際に何人かの日本人精神科医はこの方法を熱心に実践しようとした。36時間から48時間というごく短い時間に実施することが求められたため、心のケアがあたかも救急医療のような緊急性のある課題として強調され、それがこの主題への社会の関心を高めることになったが、同時にPTSDという得体の知れない病気に対する不安をかえって強めることにもなった。そのような不安に呼応するかのような、たとえば高齢女性が錯乱したといった事例が、あたかも被災者全体の心理的反応を代表するかのように伝えられたこともあった。

その当時、筆者は直接神戸での活動に関わってはいなかったが、その後多くの有識者によって整理された課題は主として以下の諸点であった。まずPTSD予防治療のような医学的介入と、震災による非疾患レベルの心理的動揺に対する対応が混同されていたこと、後者についてまで性急な精神医学化が行われる傾向にあり、自然の経過を考慮しない診断が下されがちであったこと、効果が証明されていないデブリーフィングのような予防介入法が強く主張されたこと、そしてその対象となるPTSDについてもまた、自然の回復経路を考慮せず、あたかも急性期に予防をせずにPTSDが発症すればもはや治療の手立てはないかのような議論が行われたことである。

この20年余りの災害精神医学の発展は、上記の心理的デブリーフィングの批判的検討を討論の軸として発達してきたと言っても過言ではない。それは災害という社会的現象の跡の人間心理を過剰に精神

医学化することへの警鐘でもあり、このような危機的状況において支援をする側の熱意のみによってエビデンスの少ない、時には有害であることが報告されている介入が行われることへの反省でもあり、言い換えれば人道主義的ニーズにエビデンスで対応することにに向けた試みでもあった。こうした流れを踏まえ、災害時の社会心理支援が今、どのように整理されているのかを振り返ることにしたい。

II. 心のケアとは

(1) 多層的なケア

心のケアないし心理社会支援という用語は医療の中で定義、検証されたものではないので、本質的に多義的であり、多様な担い手によって提供されるべきものである。Inter-Agency Standing Committee (機関間常設委員会; IASC) によるガイドライン¹⁾では心理社会支援の担い手として、基本的な災害復旧支援者から、家族、地域、職場などのコミュニティ、一般医療、精神医療といったセクターによる心理社会支援が想定されている。また支援の領域は、被災した地域へのパブリックヘルスの対応、医療システム、時には行政システムの被災に対する対応、個々の被災者の症状への対応に分けられる。したがって支援の担い手、対象、方法は多様であり、これらを俯瞰して対策を立案し、また連携を促進する必要がある。

なお、ケアの前段階として住民の症状ないしリスク要因のアセスメントが必要となるが、通常、医療で用いている自己記入式尺度を地域住民に用いることは危険である。その理由の第一は、こうした尺度の殆どは病院に来院患者すなわち何らかの症状を持っている人々を対象として妥当性を検定しているので(事前確率)、それを症状を持たない人が多い地域住民に施行すると擬陽性を大量に生み出してしまふことがある。第二には、余震が続く場合の夜間の不眠や、災害対応に追われているときに震災のことを考えることは、合理的な反応であって、疾病としての意味は乏しい。しかし自己記入式尺度はこうした文脈を考慮せずに点数化するので、やはり擬陽性が産み出されてしまう。過去には地域住民の70%がPTSDなどと報じられたことがあったが、その意味でも点数が一人歩きしないように注意が必要である。なおPTSDに関してIES-Rという自己

記入式尺度の24.25というカットオフ値を用いて被災者のPTSDを推定することには十分な根拠がなく(英国のNICEガイドラインでは35である)、また原著者のWeissも診断スクリーニングに用いることには反対しており、推奨できない。PTSDの診断スクリーニングのためには、臨床であればPDS、地域調査であればPCLが推奨される。これらの尺度はストレス・災害時こころの情報支援センターのHP²⁾からダウンロード可能である。

(2) 被災者対応

以下では被災者の心理的反応への対応について、基本的な考えを紹介する。WHOによれば、災害時の精神医学的反応は、1) 重度の精神症状を呈する者の割合が平常時の2,3%から3,4%に増加し、2) 中等度の症状を持つ者が10%から20%に増加するとされる³⁾。3) それ以外の人々は一過性の軽度の症状を示したとしても、自然に回復することが多い。ただしこれは軽度の被災を含む人々の数値であり、生死の危険に暴露された人々における有病率は分からない。筆者らの立川災害センターでの三次救急に搬送された患者の調査からは、1) に相当する人々の割合は事故後1ヶ月の時点で30%であった⁴⁾。出来事の性質は違うが、こうした数値がある程度の参考になるとと思われる。ただしこの研究ではその後の追跡を十分におこなうことができず、経過については不明である。

これらに対する活動について、以下の様に分類して考えると整理しやすい。

(3) レベル1対応

心理社会的な対応であり、その目的は症状を悪化させるような有害な刺激を避けつつ、被災者が落ち着きを取り戻し、支援を受けていることを感じられるようにすることである。このレベルの対応として心理的応急処置(Psychological First Aid: PFA)が様々な組織によって提唱されており、著者らは簡便なWHO版をWHOとの契約のもとに導入している⁵⁾。なお米国版のPFAは兵庫県心のケアセンターによって導入されている。WHO版PFAの原則は、見る、聞く、つなぐであり、20~30人程度の研修会では様々な現場のシナリオに沿ったロールプレイ、グループディスカッションを通じ、4~6時間をかけて災害時の初期対応のスキルを習得する。こ

の形式の研修会はストレス・災害時こころの情報支援センターの協力で各地で開催され、自衛隊、外務省、各地の精神保健福祉センター等で取り入れられ、100人を超える指導者が養成され、1日研修会への参加者が4619名、講演会への参加者が6992名となっている。

PFAは証明された介入効果を目的としたものではなく、災害時の初期対応の共通の態度を身につけ、被災者を保護し、有害な刺激から守りつつ、必要とされる心理社会支援を届けるためのものである。緊急のニーズのある被災者のトリアージ、子どものケア、支援者のセルフサポートなども含まれている。これまで災害時の初期対応に関しては様々な説が入り乱れており、現場に混乱を招いていたという実態があるので、支援にあたる医療関係者にこうしたスキルを身につけて頂けることが望ましいと考えている。

もちろん、PFAを学んだことが、それ以外の立場の支援者とのあいだに軋轢を生んだのでは本末転倒である。そこでPFAの導入にあたっては参加者の話し合いによって倫理綱領を策定し、PFAを知らない人々の方針を尊重すること、現地でふさわしい礼節を守ること、自分の立ち位置をわきまえることなどを確認することになっている。

(4) レベル2対応

心理的リカバリーのための対応である。PFAなどの対応を行ったとしても、また多くの症状が自発的に回復するとしても、人によっては数日間を経てなお何らかの精神症状が残り、かつ軽快の傾向が認められないことがある。あるいは災害後の社会生活に適応できないことがある。そのような被災者にたいして、症状のマネジメント、症状が遷延するリスク軽減、トラウマ記憶の整理の方法、リラクゼーションなどのスキルを学び、災害後の生活における対処行動が身につけられるような数回の面接によるプログラムが行われてきた。このレベルのプログラムとしては、米国版PFAの次の段階としての「サイコロジカル・リカバリースキル(SPR)」WHOによるPM+があり、それぞれ兵庫県心のケアセンター、久留米大学精神科によって紹介されている。このレベルの対応は行動ないし症状の変化を目的としており、効果検証を必要とする。国際的にはそのような研究は行われているが、日本では行われていない。筆者らはオーストラリアPTSDセンターと共

同で SOLAR (The Skills for Life Adjustment and Resilience) プログラムを導入しているが、十分な検証には1, 2年を要する見込みである。

(5) レベル3対応

精神疾患の治療対応であり、対象となる疾患の種類は問わない。ただ、災害では通常診療することの少ない、PTSD、悲嘆反応が問題となることがある。しかしこのことを突き詰めて考えると、DSM-III以来軽視されてきた、状況反応、心因反応が多く生じるということである。もちろん、通常の診断を下してライフイベントを別に評価、記載すれば困ることはないが、より直接に状況反応としての病態を示すために、現行の DSM の診断体系の中で唯一、体験との強い関連が診断基準に含まれている PTSD が注目されやすいのではなかろうか。生死に関わるトラウマ体験があったからといって必ず PTSD が生じるわけではなく、生じたとしても自然寛解が半数以上に認められる⁶⁾。DSM-5では PTSD の診断基準がかなり明確に規定されており(特に出来事基準と再体験症状)、評定者間の診断の一致度も0.6を越えている。これに従えば、かつてのような診断の混乱は徐々に減少していくものと思われる。

治療としては paroxetine, sertraline が日本での保険適用となっているが、併存疾患、症状によっては、他の抗うつ剤、抗精神病薬、 β 2遮断薬などが有効なことがある。なお抗うつ薬、抗精神病薬によるアクティベーション、アカシジアを PTSD の過覚醒症状と誤認しやすいので注意されたい。またカフェイン、激しい運動、貧血や心疾患、内分泌疾患の影響を除外する必要がある⁷⁾。薬物療法の効果量は0.5に満たないが、効果量の上で遙かに大きいのはトラウマ焦点化認知行動療法である。その中で保険適用となっている持続エクスポージャー療法(Prolonged Exposure Therapy; PE)の効果量はほぼ常に1.5を越えている⁸⁾。米国で認定を受けた指導者、スーパーバイザーによる治療者育成のシステムが機能しているが、なお人材は不足しており、今後の治療ネットワークの形成が課題である。研修情報は以下を参照されたい。

Ⅲ. おわりに

近年、国際的にも1990年代から災害等での精神保健的課題への関心が高まってきた。そうした動き

は当初は先鋭的な研究者、臨床家集団によって担われていたが、その中には上述のデブリーフィングのように不十分なエビデンスに基づいて宣伝を繰り返す動きもあった。しかし1980年にDSM-IIIにPTSD診断が取り入れられたことを機に発足した国際トラウマティックストレス学会 International Society for Traumatic Stress Studies などを中心に、PTSDが米国の退役軍人の救済を意図した政治的診断概念であるとの批判に応えるための学術的な研究が推進され、その中で災害時の精神医療対応についてもエビデンスに基づかない主張は批判を受けるようになった。

それとは別に大きな流れとなったのは、途上国支援を行っている国際機関、NGOなどの団体における、紛争や災害による精神医療的な問題への関心の高まりである。しかし国連という舞台は政治的な問題を議論する場であり、本会議ならびに付随する会議では精神医療的な問題を議題とすることができなかった。そこで関連機関の連合体である IASC が企画して紛争地域や災害時の精神保健医療対応に関する IASC ガイドラインが作成され、さらに実際に支援を行っている多くの NGO も参加して心理的応急処置(Psychological First Aid: PFA)に関するマニュアル、研修プログラム等が作成された。

また10年に1回開催される国連防災会議の第3回仙台大会では初めてメンタルヘルス対応が取り上げられ、仙台防災枠組み Sendai framework for Disaster Risk Reduction⁹⁾に明記され、国連事務総長の演説でも触れられた。このことの意義は非常に大きく、今後国際社会において防災が語られるときにはメンタルヘルスという視点が必ず取り上げられることになる。

ただし既存の災害精神医療のガイドライン、教科書類のほとんどは無傷の先進地域から被災した地域へと出かけて行くための指針であり、しかも相当部分は開発途上国に支援に出る人々を想定している。日本のように高度の医療システムを持つ国での大規模な災害は、サンフランシスコ地震、ハリケーンカトリナ、トルコ地震など、世界的にも数えるほどしかなく、このような災害を踏まえた共通の指針は存在していない。したがって国際的な指針、資料については、原理原則や個別のスキルは共有出来るとしても、具体的な支援の組み立てについては日本の制度を活用する方法を考える必要がある。また災害

のリスクの高い国々の中で日本は唯一の先進国であり、今後の災害対応についてはむしろ国際発信をして主導権を取ることが期待されている。今後の日本での災害が大都市に生じた場合には、これまでの知識では対応できない様々な事態が想定される。

特に都市部での災害は、先進国の中で唯一と言っても良い災害大国である日本にとっての大きな課題である。「都市の中で生じた」通常の災害であれば大都市の豊富な支援、医療リソースを活用することができるが、「都市そのものが被災した」場合は、交通、通信、ライフラインに加えて支援、医療リソースそのものも損傷するために、前項で述べたようなサービスの系統的な提供が難しい。これに加えて生活機能の急激な低下は支援を困難にする。311震災で支援のためにアフリカから帰国した日本人の国際機関の職員は、沿岸部の避難所をみて、アフリカのキャンプの方がもっと物資があると嘆いたそうだが、都市機能が失われたときの人々の生活がいかに厳しいものになるのかの一例である。

そのような状況において、中央の指示によって整然と活動するというチームモデルだけで、住民が必要とする精神保健医療活動を行うことは難しく、各自治体あるいは地域、医療圏で自立した活動が必要となる可能性が高い。そのためにはPFAなどの研修を通じて、災害時の精神保健医療対応へのリテラシーを住民が高めていくことが最も望ましいが、やはり核となるのは地域の医療、教育、消防、警察などであろう。都市の場合にもっとも懸念されるのは、フェイクニュース、流言飛語の類いである。かつての関東大震災の時には住民の虐殺が生じている。よもやと思うが、情報はかならずその出所を確かめると共に、地域のなかで身を以て落ち着いた態度を取る存在が、不確かな情報に惑わされがちな人々に対しては有効である。その意味でも医療関係者の役割は大きい。ただ、最近の震災では、無責任な書き込みに対してはそれに反論する書き込みが増えており、ネットのフェイクニュースや扇情的な書き込みに対する市民の認識が向上してきたことが窺える。

今後には備えては、日本のような先進国家における都市型災害を想定した、急性期だけではなく、中長期も見据えた、また各地域での自律的な活動を促進するようなモデル、指針の開発と、双方向的な研修と、それを通じた地域の精神医療支援リソースの有機的交流を育てることが求められよう。

文 献

- 1) Inter-Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, Geneva, 2007. Available at: http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf.
- 2) ストレス・災害時こころの情報支援センター. Available at: <http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/>.
- 3) van Ommeren M, Saxena S & Saraceno B: Aid after disasters. *BMJ* 330: 1160-1161, 2005.
- 4) Matsuoka Y. et al: Incidence and prediction of psychiatric morbidity after a motor vehicle accident in Japan: the Tachikawa Cohort of Motor Vehicle Accident Study. *Crit. Care Med.* 36: 74-80, 2008.
- 5) World Health Organization : WHO 版心理的応急処置 (PFA). Available at: <http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/who.html>.
- 6) Kessler, RC, Sonnega A, Bromet E et al: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 52: 1048-1060, 1995.
- 7) The International Psychopharmacology Algorithm Project. Available at: <http://www.ipap.org/>.
- 8) Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, Institute of Medicine: *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An assessment of the Evidence Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, Washington, D. C., 2007.
- 9) United Nations Office for Disaster Risk Reduction. *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*, Geneva, 2015. Available at: <https://www.unisdr.org/we/inform/publications/43291>.

【特集 心理社会支援】

心理社会支援の対象となる認知機能障害

Cognitive impairment as a target of psychosocial support

住吉太幹¹⁾、長谷川由美¹⁾

Tomiki Sumiyoshi, Yumi Hasegawa

I. はじめに

言語記憶、言語流暢性、注意、実行機能など、いわゆる（神経）認知機能の精神疾患における障害が注目を集めている^{1) 2) 3)}。精神疾患における認知機能障害の定義は、上記のような各認知機能領域を測定する神経心理学的検査の成績の、健常者との比較した場合の低下である⁴⁾。認知機能障害は、日常生活における困難（“生きやすさ”）の原因の一つであり、その改善は患者の社会生活の質を向上させることから、心理社会支援の対象となる。例えば、精神障害者の社会適応能力を回復させる作業療法の、統合失調症患者の認知機能障害への効果が本邦でも検討されている^{5) 6)}。本稿では評価法、治療法開発、社会機能的転帰の切り口から、主要な精神疾患である統合失調症と気分障害における認知機能障害を概観する。

II. 統合失調症における認知機能障害
(cognitive impairment of schizophrenia, CIS)

統合失調症では、記憶、実行（遂行）機能、語流暢性、注意、処理速度などを反映する神経心理学的検査成績が、1-2 標準偏差程度低下する。このような CIS は、神経心理学的検査を用い定量化される^{7) 8)}。統合失調症で特異的に障害される認知機能領域（domain）は、言語記憶、遂行機能、語（カテゴリー）流暢性、注意などであるとされる^{3) 9)}。特に、CIS は知能レベル（IQ）に影響されない統合失調症の中核症状であることに留意すべきであ

る⁴⁾。すなわち、IQ をマッチさせた健常者との比較において、記憶および処理速度などの低下が統合失調症患者で認められる¹⁰⁾。

CIS の評価には、主要な認知機能領域を包括する国際標準レベルの認知機能検査バッテリーが、治療効果の判定を目的に開発された。MATRICS Comprehensive Cognitive Battery (MCCB)¹¹⁾、CogState Schizophrenia Battery (CSB)¹²⁾、および Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS)¹³⁾ などが代表的である。

認知機能の臨床的意義を考える上で、社会適応などの機能的転帰（社会機能）との関連は最も重視されるべきであろう。ここでいう社会機能とは、他者と適切に相互作用を行う能力（狭義の社会機能）、仕事上の問題や課題に対応する能力である職業機能、勘定の支払いや交通機関の利用に関する能力（狭義のコミュニティ機能）などの領域から構成される機能的転帰の指標である¹⁴⁾。このような社会機能を、1) 個人が社会生活において実際に遂行すること（actually do）にあたる実社会機能（real-world functioning; community functioning）、すなわち機能的遂行力（functional performance）と、2) 個人が能力的に出来得ること（be able to do）にあたる日常生活機能（everyday-living functioning）、すなわち機能的な能力（functional capacity）の2つの水準に分ける考え方もある¹⁴⁾。このうち、ロールプレイなどで測定される機能的な能力（日常生活技能）が、特に認知機能と強い相関を示すことが、統合失調症患者で示されている¹⁴⁾。

CIS のメカニズム（神経生物学的要因）は、種々のモダリティーからの検討より、前頭前皮質、内側側頭葉、視床などの関与が想定され^{8) 15)}、感覚情報フィルター機能（プレパルス抑制）との関連が示唆される¹⁵⁾。

CIS の治療については、認知リハビリテーション

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
児童・予防精神医学研究部
Department of Preventive Intervention for Psychiatric Disorders, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

(認知矯正療法)、薬物療法、ニューロモデュレーションやそれらの組み合わせによるいくつかの方略が試みられてきた¹⁶⁾。現時点では認知リハビリテーションの効果を示唆するエビデンスが比較的多く、今後は、薬物療法、ニューロモデュレーションによる認知機能増強法のさらなる開発が望まれる¹⁶⁾。

Ⅲ. 気分障害における認知機能障害 (cognitive impairment of mood disorders, CIMD)

気分障害患者の生活技能や社会的機能などの転帰・予後を左右する要因として、CIMDが注目されている^{1) 2) 17) 18) 19) 20)}。その特徴として、影響される認知機能領域の多くがCISと共通し²⁶⁾、程度は比較的軽微であることが挙げられる^{17) 21) 22)}。CIMDは気分安定状態でも存在することから、気分障害の状態・特性の両方を反映した症状であるともみなされる^{18) 23) 24)}。また、影響を受ける認知機能領域が双極性障害と統合失調症で類似し、両疾患における認知機能低下が、ともに若年発症の時点ですでに存在する。これらは精神病と一部の気分障害が、遺伝・生物学的連続性を持つという考え⁹⁾を支持する。

CIMDの評価法には、国際標準とされる以下のような神経心理学的バッテリーの使用が、臨床研究あるいは日常診療において推奨されている：1) 国際双極性障害学会の神経認知機能評価バッテリー (International Society for Bipolar Disorders-Battery for Assessment of Neurocognition: ISBD-BANC)；2) 感情障害を対象とした簡易認知機能評価バッテリー (Brief Assessment of Cognition in Affective Disorder: BAC-A)；3) Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP)^{2) 19) 20) 25) 26)}。特に1), 3) は、筆者がメンバーを務めている国際双極性障害学会 (International Society for Bipolar Disorders; ISBD) Cognition Task Forceでの検討^{19) 20)}を経ている。これらの詳細については、最近の総説²⁷⁾などを参照されたい。

CIMDへの対応においても、機能的転帰の評価が注目されている¹⁴⁾。例えば、双極性障害患者における初回エピソード時の言語性学習記憶の成績は6か月後の機能的転帰と正の相関を示したが、気分症状と機能的転帰に有意な関連は見られなかった²⁸⁾。うつ病においては、ロールプレイにより客観的に測定される日常生活技能と認知機能との相関²⁹⁾など

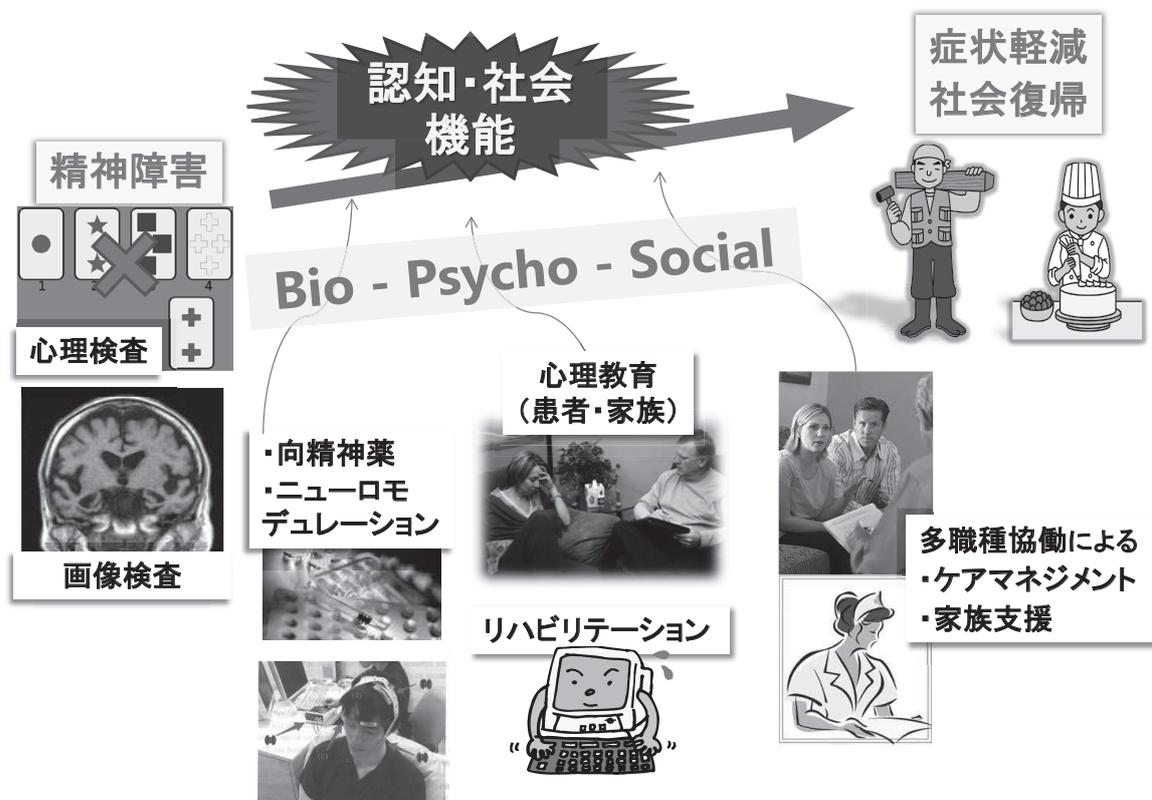


図. 精神障害患者に対する社会復帰に向けた多職種協働による集学的アプローチの概念図。精神療法や生物学的治療と並行し、多職種協働によるケアマネジメントや家族支援および心理教育が求められる。

が報告されており、日常生活の質に認知機能が強く影響を及ぼすと考えられる。一方、このような客観的転帰指標とともに主観的満足度やQOLとの関連も、CIMDの臨床的意義の理解には重要と思われる。

CISと同様、CIMDに対しても、リチウム、抗てんかん薬、抗精神病薬などを用いた薬物療法^{30) 31) 32)}、認知リハビリテーション^{2) 33)}、ニューロモデュレーション³⁴⁾が試みられている。

IV. 結語

統合失調症や気分障害における認知機能障害の理解は、これらの精神疾患の原因となる神経生物学的基盤の解明の一助となろう。特に、日常診療を通じた患者の社会生活向上に寄与すると考えられ(図)、この分野への関心が増すことが望まれる。

参考文献

- 1) 福島和郎, 住吉太幹: 認知機能障害とその改善. *Pharma Medica* 34: 33-35, 2016.
- 2) 末吉一貴, 住吉太幹: 双極性障害の認知機能障害. *精神医学症候群(第2版) I 別冊日本臨床* 37: 445-448, 2017.
- 3) 住吉チカ: 神経心理学. 福田正人他編: 統合失調症, 医学書院, 東京, 259-274, 2013.
- 4) 住吉太幹: 認知機能の簡便な測定法. 基本的事項の確認. *精神科* 31(5): 426-429, 2017.
- 5) Shimada T, Ohori M, Inagaki Y et al: A multicenter, randomized controlled trial of individualized occupational therapy for patients with schizophrenia in Japan. *PLoS One* 13(10): e0205549, 2018.
- 6) Shimada T, Nishi A, Yoshida T et al.: Development of an Individualized Occupational Therapy Programme and its Effects on the Neurocognition, Symptoms and Social Functioning of Patients with Schizophrenia. *Occup Ther Int* 23(4): 425-435, 2016.
- 7) Saykin A J, Gur RC, Gur RE et al: Neuro-psychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning. *Arch Gen Psychiatry* 48: 618-624, 1991.
- 8) 住吉太幹: 統合失調症における認知機能障害. *臨床精神医学* 42(12): 1461-1467, 2013.
- 9) 住吉太幹: 双極性障害における神経認知機能の障害(特集 双極性障害の認知機能障害). *精神科* 24(4): 399-402, 2014.
- 10) Wilk CM, Gold JM, McMahon RP et al: No, it is not possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal. *Neuropsychology* 19: 778-786, 2005.
- 11) Nuechterlein KH, Green MF: MATRICS Consensus Cognitive Battery, Los Angeles: MATRICS Assessment, Inc., 2006.
- 12) Maruff P, Thomas E, Cysique L et al: Validity of the CogState brief battery: relationship to standardized tests and sensitivity to cognitive impairment in mild traumatic brain injury, schizophrenia, and AIDS dementia complex. *Arch Clin Neuropsychol* 24: 165-178, 2009.
- 13) Keefe RS, Goldberg TE, Harvey PD et al: The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophr Res* 68: 283-297, 2004.
- 14) 福島和郎, 末吉一貴, 住吉太幹: 異なる水準の社会機能の評価方法. *精神科* 31(1): 1-5, 2017.
- 15) 倉知正佳: 統合失調症と認知機能障害. *精神医学* 55: 615-625, 2013.
- 16) Cognitive Enhancement in Psychiatric Disorders, *Frontiers in Psychiatry - Research Topic*; <https://www.frontiersin.org/research-topics/5980/cognitive-enhancement-in-psychiatric-disorders>
- 17) Bortolato B, Miskowiak KW, Köhler CA et al: Cognitive dysfunction in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review of meta-analyses. *Neuropsychiatr Dis Treat* 11: 3111-3125, 2015.
- 18) Depp CA, Malsbenden BT, Harmell AL et al: Meta-analysis of the association between cognitive abilities and everyday functioning in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 14: 217-226, 2012.
- 19) Miskowiak K., Burdick K., Martinez-Aran

- A et al:Methodological recommendations for cognition trials in bipolar disorder by the International Society for Bipolar Disorders Targeting Cognition Task Force. *Bipolar Disord* 19 (8) :614-626, 2017.
- 20) Miskowiak K, Burdick K, Martinez-Aran A et al:Assessing and addressing cognitive impairment in bipolar disorder:the International Society for Bipolar Disorders Targeting Cognition Task Force recommendations for clinicians. *Bipolar Disord* 20 (3) :184-194, 2018.
- 21) Hill SK, Reilly JL, Keefe RSE et al:Neuropsychological Impairments in Schizophrenia and Psychotic Bipolar Disorder:Findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) Study. *Am J Psychiatry* 170 (11) :1275-1284, 2013.
- 22) Lewandowski KE, Whitton AE, Pizzagalli DA et al:Reward learning, neurocognition, social cognition, and symptomatology in psychosis. *Front Psychiatry* 7:100, 2016.
- 23) Ahern E, Semkovska M:Cognitive functioning in the first-episode of major depressive disorder:A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology* 31 (1) :52-72, 2017.
- 24) Cipriani G, Danti S, Carlesi C et al:Bipolar Disorder and Cognitive Dysfunction:A Complex Link. *J Nerv Ment Dis* 205 (10) :743-756, 2017.
- 25) 住吉太幹:双極性障害における認知機能障害の評価と治療—国際双極性障害学会 Cognition Task Force が目指すもの—. 第15回日本うつ病学会:2018.
- 26) Yatham LN, Torres IJ, Malhi GS et al:International Society for Bipolar Disorders-Battery for Assessment of Neurocognition (ISBD-BANC). *Bipolar Disord* 12:351-363, 2010.
- 27) 住吉太幹:気分障害の認知機能障害の臨床的意義と治療. *臨床精神薬理* 22:3-8, 2019.
- 28) Torres IJ, DeFreitas CM, DeFreitas VG et al:Relationship between cognitive functioning and 6-month clinical and functional outcome in patients with first manic episode bipolar I disorder. *Psychol Med* 41:971-982, 2011.
- 29) Harvey PD, Jacobson W, Zhong W et al:Determination of a clinically important difference and definition of a responder threshold for the UCSD performance-based skills assessment (UPSA) in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord* 213:105-111, 2017.
- 30) McIntyre RS, Harrison J, Loft H et al:The Effects of Vortioxetine on Cognitive Function in Patients with Major Depressive Disorder:A Meta-Analysis of Three Randomized Controlled Trials. *Int J Neuropsychopharmacol* 19 (10) :1-9, 2016.
- 31) Vreeker A, van Bergen AH, Kahn RS:Cognitive enhancing agents in schizophrenia and bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 25:969-1002, 2015.
- 32) Yatham LN, Mackala S, Basivireddy J et al:Lurasidone versus treatment as usual for cognitive impairment in euthymic patients with bipolar I disorder:a randomised, open-label, pilot study. *The Lancet Psychiatry* 4 (3) :208-217, 2017.
- 33) 山田武史, 兼子幸一:双極性障害の認知機能障害に対する治療法. *精神科* 24:419-424, 2014.
- 34) Thomas-Ollivier V, Foyer E, Bulteau S et al:Cognitive component of psychomotor retardation in unipolar and bipolar depression: Is verbal fluency a relevant marker? Impact of repetitive transcranial stimulation. *Psychiatry Clin Neurosci* 71 (9) :612-623, 2017.

【特集 心理社会支援】

救急医療機関を入り口として始まる精神疾患患者の 心理社会的支援

Emergency department-initiated psychosocial support to patients with mental health problems.

川島義高¹⁾、山田光彦¹⁾

Yoshitaka Kawashima, Mitsuhiko Yamada

I. はじめに

精神疾患を有する患者の支援には、薬物療法や精神療法といった医学専門家による治療に加えて、患者一人一人の生活背景や価値観に寄り添った心理社会的支援が重要であることは言を待たない。多くの患者は、自身の不調に自ら気がつき、あるいは家族や友人に伴われて精神科外来を受診する。しかし、こうした患者の受け皿は精神科専門の医療機関には止まらず、救急医療機関を受診している者も少なくない。救急医療機関を受診する契機は、虚血性心疾患や脳血管障害等の身体疾患、交通事故、火事、犯罪被害、自然災害による外傷、そして自殺企図等と実に様々であるが、救急医療機関を入り口として始まる心理社会的支援の役割は近年大きな注目を集めている。そこで本稿では、救急医療機関を受診する精神疾患患者の代表例、あるいは最重症例として自殺未遂者に注目し、救急医療機関を入り口として始まる心理社会的支援の実施可能性と有用性について概観することを試みる。

II. 救急医療機関における自殺未遂者の現状

我々は、救急医療機関を受診した自殺未遂者を対象に国内で実施された調査研究を系統的レビューの手法を用いて網羅的に探索し、自殺未遂者の割合をメタ解析により推定した¹⁰⁾。その結果、救急受診者中の自殺未遂者の割合は4.7% (95%CI=4.0-5.6%)

であった。

一方、自殺により亡くなった者の約9割が、亡くなる前に何らかの精神疾患に罹患していたと報告されている^{2) 3)}。そのため、救急医療機関を受診した自殺未遂者においても同様に精神疾患の有病割合が高いことが想像できる。実際、自殺未遂者においても精神疾患の罹患割合が高いことが我々の系統的レビューにより示された¹⁰⁾。具体的には、DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) あるいはICD (International Classification of Diseases) に基づいた診断データを抽出し、各精神疾患の有病割合を推定した。その結果、DSMを診断基準に用いた論文4報中の自殺未遂者における物質関連障害の割合は14% (95%CI=6-26%)であった。また、6報中の自殺未遂者における統合失調症と気分障害の割合は、前者が19% (95%CI=15-22%)、後者が35% (95%CI=24-46%)であった。適応障害の割合は28% (95%CI=17-40%)、パーソナリティ障害は41% (95%CI=24-60%)であった。一方、ICDを診断基準に用いた論文14報中の自殺未遂者におけるF1 (精神作用物質使用による精神および行動の障害) の割合は4% (95%CI=3-4%)であった。また、19報中の自殺未遂者におけるF2 (統合失調症)、F3 (気分障害)、F4 (神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害)、F6 (パーソナリティ障害) の割合は、それぞれF2が13% (95%CI=12-14%)、F3が30% (95%CI=27-32%)、F4が27% (95%CI=24-31%)、F6が13% (95%CI=11-16%)であった。このように、救急医療機関を受診した自殺未遂者における各精神疾患の有病割合は相当程度に高く、また、その診断カテゴリーも多岐にわたっている。そのため、救急医療機関における精神科専門スタッフによる支援ニーズは高い。また、これらの

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
精神薬理研究部

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

患者の中には、適切な精神医学的評価を受けたことがない者も少なからず存在している。こうした患者は、当然、精神医学的治療や精神保健福祉サービスの提供を受けていない。そのため、救急医療機関は重症の未診断例患者に支援を開始するまたとない機会であると考えられる。

救急医療機関を受診した自殺未遂者に適切な支援を行うためには、救急医療部門と精神科部門との連携が不可欠である。しかし、現状では両部門の連携が図れている施設は限られている。厚生労働省調査によると、全国の救命救急センター（三次救急施設のみ）の24%（246施設中60施設）において、精神科医に相談できる体制が構築できていない¹²⁾。また、転院・転棟の調整を行う者を専従で配置している救命救急センターはわずか40%（246施設中99施設）であった¹²⁾。転院・転棟の調整を行う者とは、「救命救急センターへの搬送等により来院した患者の病態が一般病棟や他院での診療が可能な状態になった場合に、その患者の転棟や転院等に係る調整を行うことを専らの業務とする者」と定義されており、自殺未遂者支援に関する知識や経験の有無、精神科医との連携の程度については触れられていない。したがって、自殺未遂者の転院・転棟の調整を精神科医と連携をしながら適切に行える者（精神保健福祉士や社会福祉士等）を専従に配置している施設については、さらに数が乏しくなると推測できる。つまり、日本の現状としては、救急医療機関での精神科医療や精神保健福祉サービスを充実させる必要性は認識されてはいるものの、多くの自殺未遂者は

救命のための身体的治療終了後に、そのまま退院している可能性が高いと考えられる。また、十分な連携体制が構築されている総合病院等においても、自殺対策に熱心なコメディカルスタッフが孤軍奮闘している状況も少なくなく、人事異動等があると急速にその体制が減弱することがしばしば経験されている¹⁷⁾。今後は、救急医療部門と精神科部門とのさらなる連携の強化、人材の育成と配置、そして救急医療機関退院後に定期的なケアを提供できる体制構築が急務といえる。表1に、救急医療機関における自殺未遂者ケアに関連する診療報酬評価をまとめた。これまで、救命救急入院料加算、精神科リエゾンチーム加算等により、救急医療部門と精神科部門との連携を促す施策がなされてきた。また、他の試みとして、日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」が作成したPsychiatric Evaluation in Emergency Care (PEEC) コースがある¹⁶⁾。

Ⅲ. 救急医療機関を入り口とした 心理社会的支援

自殺未遂者は、救命された後に、再び自殺企図をくり返し、さらには自殺を完遂してしまうリスクが非常に高い。我が国では、救急医療機関を退院した自殺未遂者の約20%が再び自殺企図をくり返していると報告されている⁶⁾。また、自殺未遂者の2.6%が1年以内に自殺再企図により死亡すると報告されている¹⁴⁾。そのため、救急医療機関において救命された自殺未遂者の自殺再企図予防は重要な臨床課題

表1 救急医療機関における自殺未遂者ケアに関連する診療報酬評価

(診療点数早見表⁴⁾を改変)

項目	点数	2018年度における概要
救命救急入院料加算 (精神疾患診断治療初回加算) 2008年に新設	3,000点 (初回のみ)	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算する。
精神科リエゾンチーム加算 2012年に新設	300点 (週1回)	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者について、所定点数に加算する。
救急患者精神科継続支援料1 (入院中の患者) 2016年に新設	435点 (月1回)	精神科リエゾンチームの医師、看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、臨床心理技術者等が、自殺企図等により入院した精神疾患の状態にある患者に対し、自殺企図や精神症状悪化の背景にある生活上の課題の状況を確認した上で、解決に資する社会資源について情報提供する等の援助を行う他、かかりつけ医への受診や定期的な服薬等、継続して精神疾患の治療を受けるための指導や助言を行った場合に算定する。
救急患者精神科継続支援料2 (入院中の患者以外) 2016年に新設	135点 (6ヶ月に6回まで)	

となっている。先にも述べた通り、多くの自殺未遂者は身体的治療の終了後にそのまま退院している。つまり、退院後の生活の場において、自殺企図に至った心身の苦痛を軽減する工夫がなされない限り、こうした患者は継続して自殺再企図リスクの高い状況にあると想像される。

これまでに、救急医療機関を受診した自殺未遂者に対する自殺再企図予防を目的とした介入の効果を検証したランダム化比較試験 (Randomized Controlled Trial: RCT) がいくつかある。稲垣らは、救急医療機関を受診した自殺未遂者を対象にしたRCTを系統的にレビューし、2013年8月までに出版されたRCTを計28報(24試験)抽出した⁵⁾。そして、各介入を「積極的なコンタクトとその後のフォローアップ (Active contact and follow-up group)」(14報)、「精神療法 (Psychotherapy group)」(10報)、「薬物療法 (Pharmacotherapy group)」(1報)、「その他 (Miscellaneous group)」(3報)に分類し、介入ごとに、自殺再企図の抑制効果をメタ解析により検討した。その結果、心理社会的支援モデルである「積極的なコンタクトとその後のフォローアップ」は、12か月以内の自殺再企図率を通常介入群と比較して有意に減少させることが明らかとなった (n=5319; 要約リスク比=0.83; 95%CI=0.71 - 0.97%)。この「積極的なコンタクトとその後のフォローアップ」の介入には、Morthorstらの自殺予防学に関する高度な訓練を受けた精神科看護師による6か月間のアウトリーチ (電話やテキストメッセージによる介入を含む)¹³⁾や、Van Heeringenらの地域看護師が家庭訪問を行うことにより自殺未遂者の外来治療へのコンプライアンスを向上させる介入¹⁸⁾が含まれている。

稲垣らの系統的レビューの研究対象期間 (2013年8月まで) の後に発表された重要な研究として、我が国において実施された「自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネージメントの効果：多施設共同による無作為化比較研究：ACTION-J」がある。ACTION-J研究では、救急医療機関に搬送された自殺未遂者に対して、救急医療機関入院中に、心理的危機介入、精神医学的アセスメント、心理教育を行い、そして専門の研修を受けたケース・マネージャー (臨床心理士やソーシャルワーカー等) が多職種による個別性の高い複合的かつ継続的なケース・マネージメント介入 (表2) を地域の様々

な社会資源と連携して実施することにより、自殺未遂者の自殺再企図を6か月にわたって抑止できることが明らかとされている^{7) 8)}。自殺未遂者の抱える問題は複合的で、一度の支援で解決することはできず、その複雑さゆえに、多職種が多面的な立場から、継続して自殺未遂者を支えていく必要がある。そのため、ケース・マネージメント実施の際には、患者の抱える心理社会的状況についての情報を収集整理し、必要に応じて地域の社会資源につなげる介入を行う。つまり、支援者は患者が抱える複雑に絡み合った問題を整理し、医療、福祉、行政、そして地域等、病院内外の関係機関と密に連携を図りながら個別性の高い支援を提供する。詳細は、ケース・マネージメントの症例報告¹⁾や日本自殺予防学会の監修により出版された「HOPEガイドブック」を参照されたい¹⁵⁾。

我が国では、ACTION-J研究を基盤に、自殺未遂者に対してケース・マネージメントを忠実に実施できる医療従事者を育成するための教育プログラムが開発され、ケース・マネージャーの養成と普及が進められている^{9) 11)}。2016年の診療報酬改定により「救急患者精神科継続支援料」が新設されたが (表1)、その算定には、この教育プログラムを用いて実施されている「自殺再企図防止のための救急患者精神科継続支援研修会」の受講が要件の一つとして定められている。本研修会についての情報は厚生労働省や日本自殺予防学会のホームページを通して周知されているので参照されたい。なお、この診療報酬評価は、精神保健福祉士等の医療従事者の通常業務に対して算定される初めての評価となっていることは特筆に値する。

表2 ACTION-Jで試験介入群に実施された
ケース・マネージメント介入
(HOPEガイドブック¹⁵⁾を改変)

- | |
|------------------------------|
| 1. 定期的な対象者との面接 (あるいは通話) |
| 2. 対象者の生活背景・受療状況に関する情報収集 |
| 3. 精神科受療の促進 |
| 4. 精神科・身体科かかりつけ医に関する受療調整 |
| 5. 受療中断者への受療促進 |
| 6. 公的社会資源・民間援助組織の紹介と利用する際の調整 |
| 7. 心理教育と情報提供 |
| 8. 専用ウェブサイトを利用した情報提供 |

V. まとめ

救急医療機関を受診する精神疾患患者は、患者である前に様々な心理社会的問題を抱えた生活者である。本稿では、自殺未遂者をその代表例として取り上げ、その精神医学的治療（薬物療法や精神療法）ではなく、救急医療機関を入り口として始まる精神疾患患者の心理社会的支援の現状と課題について整理した。今後、総合病院等において救急医療部門と精神科部門、そして地域の社会資源との連携が促進され、さらに救急医療機関を受診する精神疾患患者の心理社会的支援を行う人材の育成と配置、定期的な支援を提供するための体制構築が進められることにより、エビデンスに基づいた心理社会的支援が普及することが期待される。

引用文献

1. 安東友子, 大塚耕太郎, 川島義高 他: 自殺未遂者の抱える心理社会的問題に対するケース・マネージメント ACTION-J の経験を通じて. 精神保健研究 29: 103-108, 2016.
2. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G: Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry 4 (37), 2004.
3. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M et al: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med 33 (3): 395-405, 2003.
4. 医学通信社編: 診療点数早見表 2018年4月版. 医学通信社, 東京, 2018.
5. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C et al: Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. J Affect Disord 175: 66-78, 2015.
6. 伊藤敬雄, 葉田道雄, 原田章子 他: 自殺未遂者における救命救急センター退院1年後の受療行動と再自殺. 精神医学 48 (2): 153-158, 2006.
7. Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N et al: Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. Lancet Psychiatry 1 (3): 193-201, 2014.
8. 河西千秋, 米本直裕, 山田光彦 他: 自殺対策の現状 自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネージメントの効果 多施設共同による無作為化比較試験 (ACTION-J) その背景と成果・展望. 最新精神医学 20 (3): 203-211, 2015.
9. 河西千秋, 安東友子, 川島義高 他: 自殺対策のための戦略研究 ACTION-J: その成果と施策化への進捗. 自殺予防と危機介入 36 (1): 21-24, 2015.
10. Kawashima Y, Yonemoto N, Inagaki M et al: Prevalence of suicide attempters in emergency departments in Japan: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 163: 33-39, 2014.
11. 川島義高, 河西千秋, 衛藤暢明 他: 救急医療を起点とするエビデンスに基づく自殺未遂者ケア ACTION-J 試験の成果と課題. 精神医学 57 (7): 523-529, 2015.
12. 厚生労働省: 平成24年救命救急センターの現況 (厚生労働科学研究費補助金「救急医療体制の推進に関する研究」(主任研究者 山本保博). 厚生労働省, 東京, 18-20, 49-52, 2013. (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200002xuhe.html>)
13. Morthorst B, Krogh J, Erlangsen A et al: Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomized controlled trial. Br Med J 345: e4972, 2012.
14. Nakagawa M, Yamada T, Yamada S et al: Follow-up study of suicide attempters who were given crisis intervention during hospital stay: pilot study. Psychiatry Clin Neurosci 63 (1): 122-123, 2009.
15. 日本自殺予防学会監修: 救急医療から地域へとつなげる自殺未遂者支援のエッセンス HOPE ガイドブック. へるす出版, 東京, 2018.

16. 日本臨床救急医学会総監修：救急現場における精神科的問題の初期対応 PEECガイドブック改訂第2版 多職種で切れ目のない標準的ケアを目指して. へるす出版, 東京, 2018.
17. 太刀川弘和：神科救急 自殺企図者の救急体制に関する精神科医療機関の取り組み現況. 精神科 22 (3) : 327-332, 2013.
18. Van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W et al : The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. Psychol Med 25 : 963-970, 1995.

投稿規定

1. 本誌は国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の研究者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）。論文は受理後に電子媒体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. 文献は引用順に文中に番号（片括弧付きの上付き文字）をつけ、以下の要領で記述して下さい。
 - A. 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。
 - B. 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。
 - C. 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、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 criteria 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) Otsuka 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ている場合や、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研究開発法人国立精神・神経医療研究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
国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所内
「精神保健研究」編集委員会
(2017.6.14改訂)

精神保健研究編集委員会

編集委員長 金 吉晴

編集委員 羽澄 恵 金子 善博

編集後記

「精神保健研究」第32号（通巻65号）をお届けいたします。

本号では「心理社会的支援」を特集テーマとし、総説をご寄稿頂きました。ご多用のところ執筆をご快諾下さった先生方には、この場をお借りして厚く御礼申し上げます。精神保健研究所には11の研究部・センターがあり、それぞれの研究部が取り組むテーマや解明手法は、精神医学・精神保健領域のなかでも多岐にわたります。そのため、ひとくちに「心理社会的支援」といっても、支援の方法や環境、あるいは現状理解のための着眼点は多様性に富んでおります。本特集では、統合失調症、薬物使用障害、認知機能障害、睡眠障害、発達障害、家族心理教育、自殺総合対策、災害、救急医療、医療計画など多面的な内容が取り上げられております。そして、それぞれの領域の最新の取り組みや研究、政策の現状、今後に向けた提言などに触れられる機会となっております。精神障害に対する心理社会的支援では何が行われるのか、従来では支援の提供が少なかった状況下でどのように心理社会的支援が提供されるのか、心理社会的支援は今後どのような道筋で展開されるのか、それぞれの総説を通してさまざまな示唆が得られることと期待しています。

本号が、精神医学・精神保健研究への理解や精神的問題を抱える方々への支援につながる一端となり、皆様のお役に立つことを祈念しております。

2019年3月 金 吉晴（精神保健研究所）
金子 善博（自殺総合対策推進センター）
羽澄 恵（精神医療政策研究部）

精神保健研究 第65号

（2019年3月31日発行）

（非売品）

編集責任者——金 吉晴
発行者——国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所
〒187-8553 小平市小川東町4-1-1
Tel : 042-341-2711
Fax : 042-346-1944
<https://www.ncnp.go.jp/>

Journal of Mental Health

Number 65,2019

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

CONTENTS

FOREWORD

Yoshiharu Kim 1

SPECIAL TOPICS : Psychosocial Support

Schizophrenia and family psychoeducation: A service from visiting nurses

Naonori Yasuma, Takuma Shiozawa, Asami Matsunaga, Sayaka Sato, Chiyo Fujii 5

Comprehensive Suicide Prevention Measures and Psychosocial Support

Yoshihiro Kaneko, Koji Fujita, Masashi Kizuki, Yutaka Motohashi 11

Our challenges for supporting individuals with drug use disorder and the families

Toshihiko Matsumoto, Ayumi Kondo, Emi Hikitsuchi, Ayumi Takano, Yousuke Kumakura 17

Spreading of cognitive behavioral therapy (CBT) and addiction group therapy

~ from the viewpoint of medical planning

Yoshio Yamanouchi 27

Cognitive decline and Psychosocial support

Ryota Hashimoto, Tomoko Shiino 31

Sleep Disorders and Psychosocial Support

Naoko Ayabe, Kazuo Mishima 37

Psycho-social support to developmental disorders

Yoshimi Kaga, Masumi Inagaki 43

Psychosocial support after disasters

Yoshiharu Kim, Yasuko Shinozaki, Asami Ohnuma, Keiko Shimazu, Ryoko Ohtaki 51

Cognitive impairment as a target of psycho-social support

Tomiki Sumiyoshi, Yumi Hasegawa 57

Emergency department-initiated psychosocial support to patients with mental health problems.

Yoshitaka Kawashima, Mitsuhiko Yamada 61

Instruction to Authors 67

Editorial Note 68