

特集 統合失調症の薬物療法を増強するために——臨床現場で使える実践的方法論——

治療アドヒアランスの獲得と維持——心理教育をどう利用するか——

内野 俊郎

統合失調症の再燃再発を防止する上で最大の役割を担う抗精神病薬による薬物療法は、新たな薬剤や剤型の工夫が目覚ましいが、服薬アドヒアランスを改善するには薬物療法の工夫のみでは困難な一面も持つ。家族心理教育や本人への心理教育はアドヒアランス改善に一定の効果があり、さらに他の心理社会的な技法と組み合わせることで確実な効果につながる事が知られている。一方で、人的、時間的に制限のある日常臨床では心理社会的なアプローチが容易でないことも課題である。心理教育的な姿勢に基づいた心理教育的面接は通常の外来診療でも、特に患者の転機となるような重要な場面で実施することが勧められる。また、心理教育に通じたスタッフを育てるための環境は次第に整いつつあり、コメディカルを主体とした心理教育プログラムが行えるようになることで、入院中やリハビリテーションの場面で心理教育を提供できるようになる。初回エピソードなどのアドヒアランスが維持されにくいハイリスクの人たちには特に心理教育的な介入が重要であり、可能な限り早い時期に実施することで、その後の転帰にも良い影響がもたらされることが期待される。

<索引用語：統合失調症，アドヒアランス，家族心理教育，心理教育>

1. はじめに

統合失調症の急性期治療、再発再燃予防のいずれの場面においても薬物療法が最大の evidence を持つことは言うまでもない。ただし、それらの evidence は薬物が服用されるという前提のもとに成り立っており、近年のアドヒアランスに着目した研究成果はアドヒアランスの獲得と維持が容易でないことも示している。

アドヒアランスの獲得と維持には家族を含めた治療環境や剤型の工夫、認知行動的アプローチなどの有効性が明らかになっているが、それらの基礎となるという意味でも、また臨床現場への馴染み深さという意味でも心理教育の手法を利用したアプローチは欠かすことのできないものと考えられる。一方で、家族や本人、その他の支援者といったニーズの多様さ、あるいは外来、病棟、地域といったこれまた多様な場面に対応しなければな

らない極めて多忙な臨床場面の中で心理教育をどう実践していくかについては現実的な課題が少なからず存在する。さらには薬剤との最も有効な組み合わせをどう考えるべきかといった臨床的課題も無視できない。

本シンポジウムでは、アドヒアランスの獲得や維持に対する心理教育の効果を概観するとともに、本邦の臨床現場における課題を踏まえた心理教育的なアプローチの実践についての工夫を紹介して現実的な方法論を考えてみたい。

2. 統合失調症を持つ患者のアドヒアランス

日常診療の場面において我々は、しばしば患者の服薬アドヒアランスを「良い」か「悪い」の二分法でとらえてしまうことがある。そして多くの場合、それは患者の疾病認識の程度や自覚の問題と結びつけられ易い。疾病認識の不十分な患者が

服薬アドヒアランスに乏しいことが多いのは臨床的な事実であるし、治療への態度をポジティブに維持できる患者とそうでない患者では服薬への自覚の差に歴然とした違いがあるようにみえる。しかし、患者のアドヒアランスは十分なアドヒアランスから不十分なアドヒアランスまで連続的なものとしてとらえられ、しばしば同じ患者の中でも移行するという部分アドヒアランスの視点¹¹⁾に立ってみると、確かに一人一人の患者でアドヒアランスが一定でないことに気づかされる。何か現実的な心配事が生じたのを契機として、それまで服薬継続への懸念の少なかった患者が急に服薬し損なうようになっていたり、逆に指示された以上に飲みすぎてしまうということはあるし、状態が安定して数年たった頃にたまたま一度飲み忘れてもかつて患者を悩ませていた症状が現れないことに気づき、次第に服薬を忘れがちになるということも多いように思われる。これらの事象を総括したとき、患者のアドヒアランスに言及するときに近年しばしば引用される Byerly ら³⁾のデジタル記録と主治医による服薬評価とに大きな差が存在するという指摘は現実的な意味を持って感じられる。岩田⁹⁾は Byerly らと同様の MEMS (Medication Event Monitoring System) による測定手法を用いて本邦における患者の服薬実態についての調査を行い、主治医が正確に患者の服薬状況を把握することはやはり容易でないことを明らかにするとともに、多くの患者で何らかの服薬支援を行うことが必要であるという改めて重要な指摘をしている。このことは、多くの主治医が緻密な観察と適切な判断のもとに抗精神病薬を選択して処方している中でも、服薬アドヒアランスを保ってもらうためにはもう一步踏み込んだ心理社会的アプローチが必要であることを示しているものといえよう。

3. 心理教育が果たす役割

服薬支援に有効性が明らかになっている心理社会的な介入手法は多岐にわたる。その代表的なものではケアギバーである患者家族への心理教育であ

る。現実的に家族と同居している患者が圧倒的に多いだけでなく、同居する家族が何らかの形で服薬の手伝いをしていることは想像に難くない。飲み忘れに気づいてそれとなく患者の注意を促すというのは、なかなか難しいスキルである。また、家族そのものにも抗精神病薬の作用や副作用について多くの疑問や不安があろう。突然「もう薬は飲みたくない」と言い出した患者にどう向き合うか、いったいそれは症状の発露ととらえるべきなのか、それともわがままと考えて叱らないといけないのかなど、家族の抱える課題は尽きない。これらは文化的な背景に影響を受けにくい世界共通の課題と考えられ、家族へ心理教育を実施することで患者と家族の関係が変化し、服薬アドヒアランスの改善や再発率の低下が認められることが多くの RCT で明らかになっている^{2,6,17,20)}。

では、統合失調症を持つ患者本人への心理教育の効果はどうであろうか。実は、という表現は適切でないかもしれないが、本人への心理教育が直接的にアドヒアランスを改善するかどうかについての明確な結論はまだ得られていない。今年示された最新の Cochrane Review²⁶⁾ では、本人への心理教育単独での治療遵守への効果を認めているが、2007年の比較的大きなメタ解析¹²⁾では否定的な見解も示されている。これにはアドヒアランスの測定方法や心理教育の介入方法が一定でないことが評価を難しくしている可能性があり、心理教育の効果検証について研究手法も含めてまだ検討課題が残されていることを示している。

一方で、筆者の知る限り世に出ている臨床ガイドラインのほぼ全てで患者本人への心理教育がアドヒアランス改善を目的として推奨されている。広く知られる APA のガイドラインでは最新版である 2009 年版²⁵⁾でも、アドヒアランスに問題のある患者へのアプローチとして患者家族および患者本人に心理教育を実施することを挙げている。これまで示されている本人への心理教育の効果としては、再発率や再入院率の低下、仮に再入院した場合でも入院期間が短縮される¹²⁾といったものがある。また、アドヒアランスと非常に密接な

関連性を持つ因子として患者-治療者関係も指摘されている^{15,16)}が、心理教育などの心理社会的なアプローチを行うことがこの患者-治療者関係の構築を非特異的に強化する^{4,8)}ことも知られている。さらに心理教育を行うことで知識度が増すことも重要である。本邦でもかつて、心理教育を当事者に実施しても果たして知識が改善するかを疑問視する声があったが、その後の多くの介入研究によって知識度の上昇については強い evidence が示されている^{1,5,10,18)}。いわゆるガイドラインでは、患者本人へ心理教育を行うことで期待されるこれらの効果の総体としてアドヒアランスを改善、維持するための足がかりとしてとらえているように思われる。

実際、アドヒアランスの改善、維持に強い evidence を示す手法として挙げるべき認知行動療法にも心理教育が欠かせない手法として組み込まれていることが多い。その名が目的を明確に示す Treatment Adherence Therapy と呼ばれる認知行動療法²¹⁾は、服薬へのモチベーションを高めるための心理教育的なセッションを行った後に行動療法によって服薬行動の支援を非常に細かく行っていくものである。まさにアドヒアランスの獲得と維持に特化した介入手法と言えるが通常治療群に比べて6か月後と12か月後のいずれでも有意に高いアドヒアランスが示されたという。ACT (Assertive Community Treatment) においても心理教育的なアプローチは重視されており、多くの心理社会的な技法を導入あるいは維持する上での基礎工事としての意味合いが本人への心理教育にはあるものと思われる。筆者の周囲でも、デイケアを含むリハビリテーションへの導入を頑なに拒否していた患者や家族が、心理教育を契機に導入に至ったという事例には事欠かない。

4. 心理教育をどう実践するか

上述したように患者家族や患者本人への心理教育には一定のアドヒアランス改善効果がある、あるいはアドヒアランスを向上させるための足がかりになるという前提に立った時、課題となるのは

その実践方法である。心理教育に限らず SST や認知行動療法に習熟した医師や看護師、コメディカル・スタッフが豊富に勤務しており日常的に各種の心理社会的な治療が行われている施設であれば、外来や入院の診療場面で少しの時間と心を砕いて導入を勧めることでことは足りるかもしれない。しかし、現実にはそういった施設は多くない。といって、主治医が担当する患者すべてに家族心理教育や本人への心理教育を実施していくのは現実的でない。近年1セッション60分前後で5~6回程度を実施するという短期の介入方法の報告も増えているとはいえ、いわゆるしっかりとした evidence のある心理教育は1セッション90分を10回以上実施していることが多い。さらに、どのような情報提供を行うのか、その際のテキストをどう選択してどこで手に入れるのか、はたまたグループで実施する場合のグループワークを誰がどのように行うかという技法的な問題などクリアすべき課題が山積みのように感じられれば、もはや手をつける気持ちさえ萎えてしまうとしても不思議でない。

では、どのように実践していくのか。筆者の先輩や同僚・後輩、あるいは知己となった他の施設の専門職と意見交換をしてきた中から大まかにイメージされてきた心理教育の利用方法を、久留米大学精神科で実施している心理教育プログラムの状況と合わせて紹介してみたい。

心理教育をはじめとした心理社会的介入を行う上で、恐らく最初の鍵となるのはどれだけの人員と協働できるかという人的資源の問題であろう。最も難しいと思われるのは専門職の人数に限られるクリニックなどである。デイケアを併設している心理士や作業療法士、ソーシャルワーカーや複数の看護師などが揃っていれば事情は異なるが、多忙な医師1名と看護師1名という場合には容易でない。同様の状況は精神科病院の外来や総合病院精神科の外来でもしばしばみられる。そういう外来の状況でも、現実には治療の導入や薬物療法の変更、あるいは学校や職場についての問題や結婚、出産といった様々な心理社会的なイベントの

たびに通常の面接よりも時間をかけた心理教育的なアプローチが本人や家族に提供されているはずである。そういった心理教育的な面接を裏打ちする姿勢として著者ら¹³⁾は①客観的事実を重視してその事実を分かち合う姿勢、②自律性を尊重し権利や主体性を擁護する姿勢、③何らかの行動の変化を求める姿勢の3点を挙げ、Informed Consentを得るための面接とは形式を問わず目的を異にする心理教育の基本的な要素として重視してきた。こういった姿勢は現在のリハビリテーションやRecoveryの思想と共通するものとして理解しやすいものと思われる。言い換えれば、こういった姿勢を大事にした短時間の面接で適切な情報を伝え、患者や家族の疑問やそれまでの理解を大事にしながら患者の現在や将来を共に考えるならば十分に心理教育的な面接と言えるのではないかと思われる。ことに、初発患者の治療の導入の際には心理教育的な配慮が欠かせず、いかに人的・構造的に恵まれた施設であっても初診時から心理教育のグループへ導入することは不可能であることから、クリニックも含めた一般の外来診療に負うところは将来にもたらす影響という視点で考えても極めて重要である。

しかし、統合失調症という疾患の治療はこういった丁寧な外来診療のみで支えるには難しいのも事実である。患者や患者家族の不安や疑問を解決していくには、同様の体験を共有できる他の患者や患者家族のモデルが存在することが必要になってくる。そういった時期には、やはり何らかのグループ体験が有用であり、集団心理教育の良い適応となる。クリニックや一般外来で実行することが困難であれば、一時的に患者心理教育や家族心理教育を実施している施設や機関で体験することを紹介することも検討の余地があろう。近年、デイケアプログラムの一環として心理教育を提供している施設も増えてきているし、生活支援センターで定期的に心理教育プログラムを提供している場合もある。また、入院プログラムに本人心理教育が準備されている施設も珍しくなくなってきており、心理教育への導入を目的とした短期間の入

院という選択肢を患者や患者家族と話し合うことはしばしば有用なことがある。

さらに精神科病院や総合病院の有床精神科などであれば、スタッフの協力を得てプログラムの定期的な実施が可能になる。看護師や精神保健福祉士、作業療法士の国家試験でも出題されることから、心理教育という言葉を知るスタッフは多い。実際、医学中央雑誌やPub Medのデータベースをみると、近年は看護系の雑誌などコメディカルの分野からの報告が多くなされている。学会発表などでは、研究ベースではない実臨床の報告が単科精神科病院の現場から多くなされている。これまで経験したことはなくとも、心理教育に関心を持ち、実践する意欲を持つスタッフが臨床現場には潜在的にでもいるはずであり、心理教育を施設内で行うには施設ごとの制約もあろうが、まず医師が心理教育を試みることにゴーサインを出すだけでも十分な協力になる。

久留米大学精神科では、急性期治療病棟で本人心理教育を、デイケアでは本人を対象とした心理教育プログラムと家族心理教育を提供している^{22,23)}。急性期治療病棟では、原則として3ヶ月間での自宅退院を目指すことになるが、短期間の入院で再発防止の手立てを行う上では心理教育プログラムを行うことは欠かせないものと考えて導入したものである。実際には入院して約2か月目にあたる統合失調症圏内の患者全員を対象に週1回の講義セッションと翌日か翌々日に看護師によるディスカッションのセッションを4週間、クロード・グループで行う。各セッションの内容は表1に示す通りで、講義セッションは若手医師がトレーニングを兼ね講義を担当しているが、参加者の意見を引き出したり、相互交流を進めるグループワークの大部分は看護師やソーシャルワーカーが担っている。大学病院であることからスタッフの異動は避けられないため、通年の体制として看護師はキャリアのあるスタッフと初学のスタッフを組み合わせる質的維持を図っているが、看護スタッフから運営の工夫について建設的な意見が示されることは多く、そこから学ぶことも多い。

表1 久留米大学病院精神神経科急性期治療病棟の心理教育プログラム

	各回のテーマ
第1週	(火曜) 病期の特徴と回復までの過程 (水曜) 復習とディスカッション
第2週	(火曜) 薬の作用と上手なつきあい方 (水曜) 復習とディスカッション
第3週	(火曜) 薬の副作用と相談の仕方 (水曜) 復習とディスカッション
第4週	(火曜) 再発の予防 (水曜) より良い生活のために・社会資源

参加する患者の基準は、1時間程度座って参加することができ、他の参加者の話を理解できないほどの強い思考障害がないことという曖昧なものであるが、ほぼ全例が心理教育を終えて退院している。例外的にm-ECTを施行している期間の患者は終了後の参加となる。認知機能障害の程度は心理教育の効果を考える上では重要で、心理教育による知識の獲得は症状の重症度ではなく認知機能障害の程度に影響されるというJahnらの報告¹⁰⁾は心理教育を実施する上でも薬物療法の工夫が必要なことを示唆しており興味深い。

外来での心理教育プログラムは残念ながら当科では実施できていないが、デイケアでは心理教育プログラムとしてIMR (Illness Management and Recovery) が通常プログラムとして行われている。IMRは、米国の連邦保健省薬物依存精神保健サービス部 (SAMHSA) が作成した科学的根拠にもとづく実践 (EBP: Evidence-Based Practice) の実施・普及ツールキットに含まれた心理教育と認知行動療法の組み合わせからなる介入プログラムである。近年のRecovery概念に基づいて自身の目標を定め、その目標を実現するために再発再燃を回避することやアドヒアランスの獲得を重視している点は本プログラムの特徴の1つといえよう。本邦では2009年に日本精神障害者リハビリテーション学会からワークブックなどのツールキットが発行され、Fujitaらが介入研究を報告⁷⁾している。ツールキットには実施に当

たつてのガイドラインなどが含まれていることから、新たなプログラムとして導入しやすいかもしれない。

心理教育を実施すべき時期についてはどうか。当然、心理教育によってもたらされる情報やディスカッションの体験が全く不要な患者や患者家族はないだろうことから全てのケースで実践できるのが望ましいのは言うまでもない。しかし、よりニーズの高い人々から介入していくことが現実的には必要になる。アドヒアランスが不良となる因子として初回エピソードの人たち¹⁹⁾、年齢が若い人たち^{14,24)}、副作用の実感が強い人たち¹⁴⁾などが挙げられており、これらの人々は心理教育的な介入をまず検討すべき対象となろう。特に初回エピソードの人々は、他の患者の体験を耳にする機会は少ないであろうし、家族も対処に迷いの多い時期である。外来などで主作用よりも副作用を懸念する本人や家族に延々と説明を求められることはしばしば経験されるのではないだろうか。そういった場面で丁寧に応じていくことは精神療法的にも重要であるが、割ける時間にも限りはある。そういったケースで心理教育を受けられる機会につないでいくことは、他のスタッフや部門、場合によっては他の機関も含めて患者や患者家族が利用できる社会資源を広げることに役立つ。その他、患者の環境に変化が生じた場合も心理教育的な介入を行う良い機会となる。退院の準備期、復学や復職が検討される時期、恋愛や結婚、さらには出産などは患者や患者家族側のニーズが非常に高まる時期であり、適宜その時のニーズに合わせて利用可能な心理社会的アプローチを提供できればアドヒアランスの維持にもつながることが期待される。

5. ま と め

以上、心理教育のevidenceを概観してその臨床現場での利用方法をいくつか述べた。アドヒアランスの改善という極めて大きな課題を心理教育単独で狙う必要はなく、他のアプローチとの組み合わせを患者個々のニーズを拾いながら組み上げ

ていくのが主治医の一番の役割であろう。心理教育の機会を適切なタイミングで提供することで、さらに適切な技法や資源につながっていくことの足がかりとなることが心理教育の最たる役割といえるかもしれない。

文 献

- 1) Aho-Mustonen, K., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., et al. : Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia : An exploratory randomised controlled trial. *Crim Behav Ment Health*, 21 ; 163-176, 2010
- 2) Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., et al. : Psychoeducation : A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull*, 32 ; S1-9, 2006
- 3) Byerly, M., Fisher, R., Whatley, K., et al. : A comparison of electronic monitoring vs. clinician rating of antipsychotic adherence in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 28 ; 129-133, 2005
- 4) Coursey, R.D., Keller, A.B., Farrell, E.W. : Individual psychotherapy and persons with serious mental illness : the clients' perspective. *Schizophr Bull*, 21 ; 283-301, 1995
- 5) Dixon, L.B., Dickerson, F., Bellack, A.S., et al. : The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull*, 36 ; 48-70, 2010
- 6) Falloon, I.R., Boyd, J.L., McGrill, C.W., et al. : Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia : a controlled study. *N Engl J Med*, 306 ; 1437-1440, 1982
- 7) Fujita, E., Kato, D., Kuno, E., et al. : Implementing the illness management and recovery program in Japan. *Psychiatr Serv*, 61 ; 1157-1161, 2010
- 8) Hornung, W.P., Klingberg, S., Feldmann, R., et al. : Collaboration with drug treatment by schizophrenic patients with and without psychoeducational training : results of a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, 97 ; 213-219, 1998
- 9) 岩田伸生 : アドヒアランスの現状・認識とその対応 : アドヒアランスの向上を目指した risperidone 持効性製剤の導入. *臨床精神薬理*, 14 ; 293-301, 2011
- 10) Jahn, T., Pitschel-Walz, G., Gsottschneider, A., et al. : Neurocognitive prediction of illness knowledge after psychoeducation in schizophrenia : results from the Munich COGPIP study. *Psychol Med*, 41 ; 533-544, 2010
- 11) Leucht, S., Heres, S. : Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 67 ; 3-8, 2006
- 12) Lincoln, T.M., Wilhelm, K., Nestoriuc, Y. : Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders : A meta-analysis. *Schizophrenia Res*, 96 ; 232-245, 2007
- 13) 前田正治, 内野俊郎 : 分裂病患者および家族に対する心理教育. *精神科治療学*, 15 ; 247-251, 2000
- 14) Maccann, T.V., Boardman, G., Clark, E. : Risk profiles for non-adherence to antipsychotic medications. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 15 ; 622-629, 2008
- 15) Marder, S.R., Mebane, A., Chien, C.P., et al. : A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment. *Am J Psychiatry*, 140 ; 470-472, 1983
- 16) Nelson, A.A. Jr., Gold, B.H., Hutchinson, R.A., et al. : Drug default among schizophrenic patients. *Am J Hosp Pharm*, 32 ; 1237-1242, 1975
- 17) Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., et al. : Psychological treatments in schizophrenia : I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behavioral therapy. *Psychol Med*, 32 ; 763-782, 2002
- 18) 連理貴司 : 精神分裂病者に対する心理教育ミーティングの効果. *精神医学*, 30 ; 1031-1039, 1995
- 19) Robinson, D., Woerner, M.G., Alvir, J.M. : Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56 ; 241-247, 1999
- 20) Shimodera, S., Inoue, S., Mino, Y., et al. : Expressed emotion and psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia : A randomized controlled study in Japan. *Psychiatry Res*, 96 ; 141-148, 2000
- 21) Staring, A.B., Van der Gaag, M., Koopmans, G. T., et al. : Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders : randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 197 ; 448-455, 2010
- 22) 内野俊郎 : 統合失調症を持つ本人への心理教育.

現代のエスプリ, 489; 171-182, 2008

23) 内野俊郎, 牧田 潔: デイケアにおける心理教育の意義と今後への期待. 精神科臨床サービス, 7; 444-446, 2007

24) Valenstein, M., Blow, F.C., Copeland, L.A., et al.: Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors. Schizophren Bull, 30; 255-264, 2004

25) Velligan, D.I., Weiden, P.J., Sajatovic, M., et al.: Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. J Psychiatr Pract, 16; 306-324, 2010

26) Xia, J., Merinder, L.B., Belgamwar, M.R.: Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev, 15; 6: CD002831, 2011
