

2017 年度
博士学位論文

双極性障害における「簡易な心理教育」の考案と
その有用性に関する研究

関西学院大学大学院 文学研究科
総合心理学専攻 心理学領域
齊藤由佳

要旨

双極性障害は、うつ病と同じ気分障害の一つであり、精神疾患の中でも重要な分野である。双極性障害の治療は薬物療法が中心となるが、服薬中断による再発率が高く、慢性の経過を経ることが多いため、心理学的アプローチによる精神療法を通じて患者に正しい疾患理解を促すことが肝要である。心理教育は、精神疾患など受容しにくい問題を持つ人たちに正しい情報を心理面に配慮をしながら伝え、心理・社会的な改善を図る心理学的アプローチの一つであり、海外では双極性障害を対象とした心理教育の臨床試験結果が報告されている。しかし、いずれも体系的で負荷が重い構成であり、診察時間とマンパワーが限られている我が国の精神科医療の現状を鑑みるとその実施は容易ではない。そこで、本研究では日本の臨床現場でも導入が容易な「簡易な心理教育」を新たに考案し、その有用性を検討することを目的として実施した。

まず、研究1として大学生を対象に双極性障害の認知状況の調査を行った。一般住民における双極性障害の認知度の低さは既に報告されているが、平均的発症年齢である若年層での認知状況はこれまで調査されていない。情報化社会が進む昨今を考慮し、現状での疾患認知状況を把握することは心理教育の重要性を確認するために必要と考え計画した。調査の結果、大学生の半数以上が双極性障害の疾患名を認知しておらず、最近の若年者においても疾患認知度が低いことが示唆された。加えて、双極性障害において極めて重要な問題である再発や自殺のリスクの高さ、躁病エピソードの治療の必要性が十分に認識されていない現状が明らかとなった。したがって、現在においても若年者を含め広い年齢層を対象とした心理教育が重要であることを強調する結果を得た。

そこで、日本の実臨床でも導入が容易な「簡易な心理教育」を考案し、その

有用性を検討することは臨床的意義があると考え、双極Ⅱ型障害の診療録を対象とした後方視的観察研究を研究2として実施した。「簡易な心理教育」は、患者と心理専門職が1対1で実施する個人心理教育とし、疾患に関するテキストを交互に音読で読み合わせる方法とした。研究結果より、双極Ⅱ型障害に対し薬物療法と併用して「簡易な心理教育」を実施することにより、社会適応の改善と疾患理解が進み、さらに一部の患者では気分傾向を正確に評価できる可能性が示された。しかし、本研究では患者経過の詳細な検討は行っておらず、どのような過程を経て疾患理解が進み、社会適応が改善したかは不明であった。

そこで研究3では、研究2の対象例の中から診断まで精神科診療歴が長く複雑な治療経過をもつにもかかわらず、「簡易な心理教育」の導入により社会適応が著しく改善した双極Ⅱ型障害の一例を取り上げて、その有用性を記述的に検討した。心理教育を通じて患者経過を詳細に検討した結果、音読という手法と個人心理教育という形式が患者の疾患理解を深め、さらに読み合わせという手法が患者と心理専門職の信頼関係を構築した可能性が示唆された。このように得られた疾患理解の向上と信頼関係の構築は、周囲との関係性を良い方向に変化させ、結果として社会適応の向上につながったことが考えられた。

次に、研究2および3で検討した「簡易な心理教育」の手法を、双極Ⅱ型障害患者の外来服薬指導に応用して取り入れた一例を研究4として記述的に検討した。服薬指導を通じて患者経過を詳細に検討した結果、詳しい薬物療法の知識の習得が可能となっただけでなく、治療に対する積極性の促進や薬剤師との信頼関係の構築などの心理的な支援にもつながったことが示唆された。

本研究結果より、日常の診療の範囲内で実施可能なレベルの「簡易な心理教育」の有用性を示唆することができたことは、我が国の現状を考えると大きな意義があると考えられる。

目次

第1章 序論	1
第1節 双極性障害とは	2
1. 概念	2
2. 歴史的変遷	3
3. 疫学	4
4. 併存疾患	6
5. 病因	6
6. 診断	9
7. 診断分類	17
8. 経過・予後	18
9. 治療	20
第2節 双極性障害における臨床上の課題	22
1. 疾患認知度	22
2. 精神療法	24
3. 服薬指導	34
第3節 研究の意義と目的	37
第2章 研究	40
第1節 [研究1] 大学生における双極性障害の認知状況の調査	40
1. 背景と目的	40
2. 方法	41
3. 結果	47
4. 考察	60
5. 結論	66

第 2 節	[研究 2] 「簡易な個人心理教育」が実施された双極Ⅱ型障害に関する後方視的観察研究	66
1.	背景と目的	66
2.	方法	68
3.	結果	77
4.	考察	84
5.	結論	94
第 3 節	[研究 3] 「簡易な心理教育」により社会適応能力が著しく改善した双極Ⅱ型障害患者の一例	94
1.	背景と目的	94
2.	症例提示	96
3.	考察	101
4.	結論	106
第 4 節	[研究 4] 服薬指導に「簡易な心理教育」の手法を取り入れた双極Ⅱ型障害患者の一例	107
1.	背景と目的	107
2.	症例提示	109
3.	考察	116
4.	結論	118
第 3 章	総合考察	120
1.	双極性障害における心理教育の重要性	121
2.	「簡易な心理教育」の手法	123
3.	「簡易な心理教育」の内容	124
4.	「簡易な心理教育」による社会適応の改善	125
5.	研究の限界と今後の課題	126

6. 結論	127
引用文献	128

第 1 章 序論

第 1 章 序論

第1節 双極性障害とは

1. 概念

双極性障害はうつ病と同じ気分障害の一つであり、精神疾患の中でも重要な分野である。気分は多様な形容で表現される。例えば落ち込んだ、悲しい、空虚な、ふさぎ込んだ、苦痛な、過敏な、気の滅入る、高揚した、多幸的な、躁的な、上機嫌などがある(B. Sadock, V. Sadock, & Ruiz, 2015 井上監修, 2016)。気分障害は健康な時に起こる気分の浮き沈みと比べると程度が強く、持続期間が長く、機能的障害をもたらすことが特徴である(野村・樋口, 2015)。すなわち、自分ではコントロールできない程の激しい躁状態や苦しくて生きているのがつらい程のうつ状態が、気分の切り替えができないまま一定期間以上持続し、その人が持っている機能を損なうものが気分障害と定義されている(Sadock et al., 2015 井上監修, 2016)。

双極性障害の診断基準の一つである米国精神科医学会が定めた「精神疾患の分類と診断の手引 第4版テキスト改訂版」(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-IV-TR)に従うと、双極性障害は、躁病エピソード、軽躁病エピソード、大うつ病エピソード、混合性エピソードの組み合わせで構成される(American Psychiatric Association, 2000 高橋・大野監訳, 2003)。エピソードとは、躁やうつの気分症状が始まってから治まるまでの期間のことを言う。主な双極性障害では、躁病エピソードまたは軽躁エピソードと大うつ病エピソードの両方を持つ場合と、躁病エピソードだけをもつ場合がある。通常、双極性障害は気分エピソードと症状がない寛解期を長期にわたって繰り返す(Figure 1-1)。しかし、寛解と治癒は同義ではなく、長期にわ

たつて再発を繰り返すことも双極性障害の特徴である。

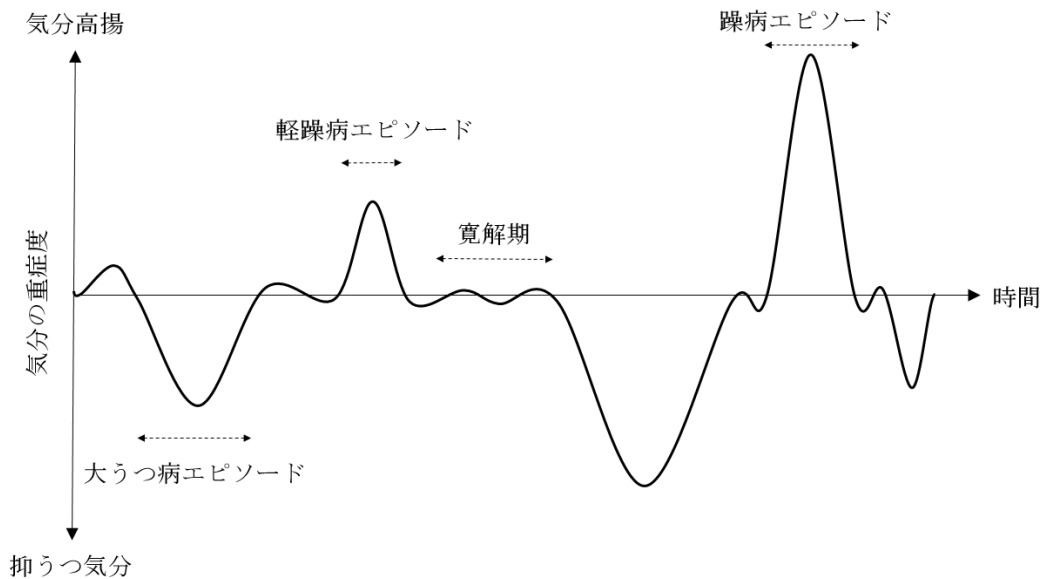


Figure 1-1. 双極性障害の経過に関する概念図

2. 歴史的変遷

精神医学の診断分類体系が変化するにつれて、双極性障害の概念は変化してきた(野村・樋口, 2015)。19世紀、ドイツの精神医学者であるクレペリンはうつ病と双極性障害の原型である躁うつ病 (manic depressive psychosis) を独立した疾患として提唱し、単極性うつ病も躁うつ病という1つの疾患にまとめるのが妥当であると考えていた。その後、1960年代以降、躁うつ病の経過、発症率の性差、遺伝歴、病前性格等の研究結果を考慮して、「双極性障害」と「単極性うつ病」の2つに分けるべきとの考え方、すなわち二元論が提唱された。

元来、精神疾患はその病因の基づき心因 (心理的原因)、内因 (素因)、外因 (脳を含む身体疾患や中毒性物質が原因) の三分類されていたが、その後の研究により、多くの精神疾患の発症には心因も素因も、環境因も遺伝因も、脳や身体も関係していることが明らかになり、伝統的な病因分類の妥当性が疑問視されるようになった。また、伝統的診断分類は診断基準を明示しておらず、医

師の間で診断の一致が得られない事態が生じていた。そこで、1980年以降、診断の一致率を高めることを目的とし、WHO(World Health Organization)や米国精神医学会は症状と経過に基づいた操作的診断基準を作成した。操作的診断基準とは、各精神障害を診断する際にどの症状に着目し、その症状がいくつあればその精神障害と診断するかを示しているものである。

WHOの診断分類である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-10)では、「気分(感情)障害」という大分類の中に、双極性感情障害(従来躁うつ病)と反復性うつ病性障害(従来うつ病)が含まれている(中根・岡崎, 1994)。米国精神医学会が2000年に発表したDSM-IV-TR(American Psychiatric Association, 2000 高橋・大野監訳, 2003)でも「気分障害」の中に双極性障害(従来躁うつ病)と、大うつ病性障害(従来うつ病)をまとめていた。しかし、2013年に発表されたDSM改訂第5版(DSM-5)(American Psychiatric Association, 2013 高橋・大野監訳, 2014)では症候論、家族歴、遺伝学的な観点から双極性障害とうつ病を個別に章立てし、気分障害というカテゴリーは使用していない。

3. 疫学

3.1 有病率

双極性障害はまれな疾患ではない。双極性障害の生涯有病率は、世界各国での研究のまとめによれば、双極I型障害が1.06%(95%信頼区間: 0.81-1.31)、双極II型障害では1.57%(95%信頼区間: 1.15-1.9)とされている(Clemente et al., 2015)。一方、日本における4134例を対象とした疫学調査の結果では、生涯有病率は、双極I型障害が0.08%、双極II型障害が0.13%とされている(川上他, 2006)。従って、日本での生涯有病率は約0.2%と考えられ、欧米に比べる

と頻度が低い。この理由としては、面接時の応答における文化的な違いや、参加者の偏りなどによる、サンプリングバイアスが関与する可能性が考えられている(加藤, 2011)。

3.2 性差

双極性障害は、発症頻度の性差はほとんどないとされる(Sadock et al., 2015 井上監修, 2016)。躁病エピソードは男性に多く、大うつ病エピソードは女性に多い。女性に大うつ病エピソードが見られるときは、男性に比べて混合性の症状を示しやすく、また、女性は1年間に4回以上の躁病エピソードをきたすような急速交代型を呈する頻度が高いとされている。

3.3 発症年齢

双極性障害の発症年齢は、日本を含む世界11ヶ国の調査の結果から約25歳であることが分かっており、約半数の患者が25歳以前に発症すると報告されている(Anderson, Haddad, & Scott, 2012; Merikangas et al., 2011)。双極性障害の発症年齢が、教育や就職といった社会性の発達において重要な時期と重なるため、結果として疾患の発症が生涯にわたる障害を引き起こすこととなる(Merikangas et al., 2011)。

発症年齢の違いによって病歴や疾患経過がどのように異なるかを比較した研究では、早期発症群(20歳以下)は21歳以降の発症群と比較して自殺企図やパニック発作の回数が多く、うつ病エピソードの期間が長いなど予後が不良であることを示唆している(Coryell, Fiedorowicz, Leon, Endicott, & Keller, 2013)。

また、近年では北米を中心に10から19歳での発症が主であり、10歳代以下でも発症する例がまれではないとの報告がある(Blader, & Kafantaris, 2007)。更に小児での発症例は再発リスクが高く、機能レベルやQOLが低いとの報告(Perlis et al., 2009)があり注目を集めているが、小児期双極性障害は注意

欠如・多動性障害(Attention-Deficit/hyperactivity Disorder;ADHD) や自閉症スペクトラム障害などと密接且つ複雑に関連しており、その診断には十分な検討が必要と考えられている。

3.4 配偶者の有無

双極 I 型障害は、結婚している人よりも離婚歴のある人、または未婚の人に多い(Sadock et al., 2015 井上監修, 2016)。その背景として発症の早さや、障害の結果としての夫婦間の不和を反映しているとも考えられる。

4. 併存疾患

気分障害患者は、1つ以上の併存疾患をもつリスクが高い。双極性障害では、50%以上に不安障害が合併し、アルコール使用障害をはじめとする物質使用障害の合併も 50%以上にみられる(Sadock et al., 2015 井上監修, 2016)。また、物質使用障害や不安症の併発は、双極性障害の予後を悪化させ、自殺のリスクを顕著に高めることが報告されている(野村・樋口, 2015; Sadock et al., 2015 井上監修, 2016)。

5. 病因

双極性障害の原因としては、生物学的要因、遺伝的要因、心理社会的要因等が考えられている。

5.1 生物学的要因

双極性障害の病因としては、生物学的異常については多数の報告がなされている(Berk et al., 2007; Kato, 2008; 加藤, 2011; 武田, 2008)。最近まで、ノルエピネフリンやドパミンといったモノアミン神経伝達物質に焦点があてられてきたが、昨今では、単一の神経伝達物質の障害よりも、神経行動系、神経回路そしてより複雑な神経制御機能が注目されている。

脳内神経伝達物質のバランスの変化の一つとして、脳内ドパミン系神経系の機能変化が考えられている。躁状態を引き起こす精神刺激薬が脳内ドパミン濃度を増加させること、ドパミン D2 受容体阻害薬が躁状態に有効であることが示されており、躁状態では中脳辺縁系を中心としたドパミン神経系の機能亢進が示唆されている。一方、ドパミン枯渇作用を有するレセルピンがうつ状態を誘発すること、抗うつ薬投与後に前頭野でのドパミン増加が報告されていることなどより、うつ状態ではドパミン神経系の機能低下が示唆されている (Berk et al., 2007; Kato, 2008)。最近では、神経画像研究や動物モデル研究でドパミン仮説を指示する結果も報告されているが、未解決の問題はまだ多い。例えば、脳内の障害部位、シナプスでのドパミン過剰伝達のメカニズム、混合状態や回復期でのドパミンの役割などが不明であり、病因仮説として洗練されるには更なる研究が必要である (武田, 2008)。

5.2 イノシトール仮説

双極性障害の治療薬として最も歴史が古い、リチウムの薬理作用に関連した病態仮説も提唱されている。そのうち一つは、リチウムのイノシトールモノフォスファターゼ (inositol monophosphatase; IMPase) 阻害作用に関連するイノシトール仮説 (Harwood, 2005) である。IMPase はイノシトールリン脂質の加水分解により精製されたイノシトール三リン酸をイノシトールへ分解する酵素である。培養神経細胞内でリチウムが成長円錐の崩壊を阻止し、これはイノシトールの添加により阻害されることが報告されている (Williams, Cheng, Mudge, & Harwood, 2002)。したがって、リチウムは細胞内イノシトール欠乏を介して、成長円錐を拡大するものと考えられている (Harwood, 2005)。さらに、双極性障害の培養リンパ芽球では、イノシトール濃度減少 (Belmaker et al., 2002)、IMPase 活性低下 (Shamir et al., 1998) が報告されており、イノシトール仮説を支持している。

5.3 ミトコンドリア機能障害仮説

加藤らのグループは、双極性障害の死後脳の大脳皮質でミトコンドリア・デオキシリボ核酸 (mitochondrial deoxyribonucleic acid; mtDNA) 欠失が増加している患者を見いだした (Kato, Stine, McMahon, & Crowe, 1997) ことから、ミトコンドリア機能障害仮説を提唱している (T. Kato, & N. Kato, 2000)。これは、双極性障害の一部では mtDNA 変異に伴うミトコンドリア機能障害が関与しており、その結果、脳内で mtDNA 変異が蓄積し、ミトコンドリアカルシウムシグナリングの異常が誘引され、神経可塑性の変化や細胞死への脆弱性を介して双極性障害に至るという仮説である (T. Kato, & N. Kato, 2000)。また、ミトコンドリアの機能が障害されたマウスでは、行動量が周期的に変動し、これがリチウムにより改善することなどが報告されている (Kasahara et al., 2006)。

5.4 遺伝的関与

双極性障害の発症に遺伝が関与することは、多くの双生児研究や家族研究から示されている。双生児研究では、双極 I 型障害の一卵性双生児における一致率は約 80%と、二卵性双生児における一致率である 13%に比して高く (Goodwin, & Jamison, 2007)、遺伝要因の関与は明らかと考えられている。

5.5 ストレス脆弱性モデル

精神疾患の発症再発は、遺伝的関与や生物学的要因を基盤として、心理社会的要因の相互作用で生じるという考え方があり、ストレス脆弱性モデルとされている (厚生労働省, 2008)。ストレス脆弱性モデルは、ライフイベント等の心理社会的なストレスが生物学的脆弱性を刺激し、精神症状の再発・再燃を引き起こすと考えるものである (厚生労働省, 2008)。双極性障害においても、他の精神疾患と同様にストレス脆弱性モデルが仮説として考えられており (忽滑谷・真鍋, 2005)、ストレスが病状の悪化につながるだけでなく、疾患の症状そのものが次のストレス環境を形成してしまうことが双極性障害の独特な点とい

える(鷺塚・加藤, 2012)。

このように、双極性障害の病態仮説は多数提唱されているものの、原因説明は未だ発展途上であり、双極性障害の発症原因は確定的ではない。

6. 診断

双極性障害の診断は、米国精神科医学会が定めた「精神疾患の分類と診断の手引」(DSM) (American Psychiatric Association, 2000 高橋・大野監訳, 2003; American Psychiatric Association, 2013 高橋・大野監訳, 2014) や、国際疾病分類(ICD) (中根・岡崎, 1994) に基づいて行われる。

DSM-IV-TR の診断基準 (American Psychiatric Association, 2000 高橋・大野監訳, 2003) では、まず気分エピソードの診断を行う。気分エピソードとして、躁病エピソード、軽躁病エピソード、大うつ病エピソード、混合性エピソードが定義されている。躁病エピソードでは、気分が高揚する、解放的になる、または怒りっぽくなるといった気分の変化が少なくとも1週間以上続く状態と定義される。軽躁病エピソードでは、躁病エピソードと症状は同じだが、持続期間の定義が4日以上であり、その重篤さも社会的・職業的機能障害を起こすほどではないか入院を要しない程度である。大うつ病エピソードでは、抑うつ的な気分と何に対しても興味・関心や楽しさが感じられない状態の2つの基本症状を示す。混合性エピソードは、大うつ病エピソード症状と躁病エピソードの症状が入り混じって出現する場合である。以下に DSM-IV-TR で定義されている気分エピソードの概要を示す。

6.1 躁病エピソード

躁病エピソードの基本的特徴は、気分が高揚する、開放的になる、あるいは怒りっぽくなるといった気分の変化が1週間以上続く状態である。ただし、入院治療が必要とする程度であれば、1週間未満でも基準を満たす(Table 1-1)。

高揚した気分とは、本人としては「気分が良い」や「うきうきする」と表現し、周囲も「活気」、「陽気」ととらえる。また、気分が解放的になるので、見ず知らずの人に話しかけたり、外見的にも服装や化粧が派手になることが多い。躁病エピソードでは、高揚したり、開放的な気分による言動が他者に防がれたりした場合には怒りっぽさが前面に出ることになる。

これらの基本症状を示す期間内に、以下の7項目のうち3項目が顕著に持続して存在することが必要となる。ただし、気分の高揚や開放感が乏しく、怒りっぽさだけが存在する場合は、4項目必要である。

- 1) 自尊心の肥大あるいは誇大的思考：自分が誰よりも優れた人間に思えるなど自己評価が高まり、思考も誇大的な考え方につながる。その結果、現実不可能な計画を立てる。
- 2) 睡眠欲求の減少：睡眠時間が短すぎる状態であっても、すっきりした気分で見覚え本人は睡眠が不足しているとは思っていない。
- 3) 普段よりも多弁で、話したい気持ちが強い：話したい気持ちが次から次へと生じ、声が大きく多弁となる。途中で介入し会話を留めることが困難となる。易怒的な気分が強い場合は、会話内容も不平、批判が多くなる。
- 4) 考えが次々に浮かぶ：考えが次々に浮かぶ結果、多弁を呈する。話す内容も次々に変わり、関連性が乏しい話題に移っていく。
- 5) 注意の散漫：容易に注意が逸れ、他の事象に気がとられ、話題に集中できないことが起こる。
- 6) 目標指向性のある行動が高まる、あるいは精神運動性の焦燥：対人面を中心として、性的、職業的、宗教的、政治的な目的をもった計画や行動が増加する。時に、足踏みを頻回にする、手をよじるなど、内的な緊張感と連動した活動性の亢進を呈することがある。
- 7) 困難な結果を引き起こす可能性が高い快楽的活動に熱中する：開放的で、

計画性に乏しく、誇大的な気分におり、浪費や粗暴な運転などへの無分別な行動につながる。

これらの症状によって、本人の本来持っている社会的機能が損なわれる、あるいは入院を要する、妄想や幻覚などの精神病性の症状を呈するといった状態が躁病エピソードの診断に必要な要件となる。

Table 1-1
DSM-IV-TR における躁病エピソードの診断基準
(American Psychiatric Association, 2000 高橋・大野監訳, 2003)

-
- A. 気分が異常かつ持続的に高揚し、開放的で、またはいらだたしい、いつもとは異なった期間が、少なくとも 1 週間持続する（入院治療が必要な場合はいかなる期間でもよい）
- B. 気分の障害の期間中、以下の症状のうち 3 つ（またはそれ以上）が持続しており（気分が単にいらだたしい場合は 4 つ）、はっきりと認められる程度に存在している。
- (1) 自尊心の肥大、または誇大
 - (2) 睡眠欲求の減少（例：3 時間眠っただけでよく休めたと感じる）
 - (3) 普段よりも多弁であるか、喋り続けようとする心迫
 - (4) 観念奔逸、またはいくつもの考えが競い合っているという主観的な体験
 - (5) 注意散漫（すなわち、注意があまりにも容易に、重要でないかまたは関係のない外部刺激によって他に転じる）
 - (6) 目標志向性の活動（社会的、職場または学校内、性的のいずれか）の増加、または精神運動性の焦燥
 - (7) まずい結果になる可能性が高い快楽的活動に熱中すること（例：制御のきかない買いあさり、性的無分別、またはばかげた商売への投資などに専念すること）
- C. 症状は混同性エピソード（Table 1-4）の基準を満たさない
- D. 気分の障害は、職業的機能や日常の社会活動または他者との人間関係に著しい障害を起こすほど、または自己または他者を傷つけるのを防ぐため入院が必要であるほど重篤か、または精神病性の特徴が存在する。
- E. 症状は物質（例：乱用薬物、投薬、あるいは他の治療）の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患（例：甲状腺機能亢進症）によるものではない
- 注：身体的な抗うつ治療（例：投薬、電気けいれん療法、光療法）によって明らかに引き起こされた躁病様のエピソードは、双極 I 型障害の診断にあたるものとするべきではない。
-

6.2 軽躁病エピソード

躁病エピソードと基本症状を含む症状項目は同一だが、期間が最短4日間がよく、重篤さも社会生活上大きな支障をきたさない程度、あるいは入院治療をしない程度と定義されている (Table 1-2)。

軽躁病エピソードでは、睡眠時間が減少しても比較的元気であり、機嫌がよく、友人との交流も活発で、本人にとっては調子が良いとしか感じられない。激しく怒ったりすることが少なく、何の問題もないように見えるが、本人をよく知っている人から見ると、「いつもと違う」と気付く場合がある。軽躁は、躁病エピソードほど思考の転導性が強くなく、まとまった作業が遂行できることや、自我親和的であるため、本人のみならず周囲ですら病的と認めないことも多く、存在を見出すことが困難である (加藤, 2011; Manning, 2002)。

Table 1-2
DSM-IV-TR における軽躁病エピソードの診断基準
(American Psychiatric Association, 2000 高橋・大野監訳, 2003)

-
- A. 持続的に高揚した、開放的な、またはいらだたしい気分が、少なくとも 4 日間続くはっきりとした期間があり、それは抑うつのない通常気分とは明らかに異なっている。
- B. 気分の障害の期間中、以下の症状のうち 3 つ（またはそれ以上）が持続しており（気分が単にいらだたしい場合は 4 つ）、はっきりと認められる程度に存在している。
- (1) 自尊心の肥大、または誇大
 - (2) 睡眠欲求の減少（例：3 時間眠っただけでよく休めたと感じる）
 - (3) 普段よりも多弁であるか、喋り続けようとする心迫
 - (4) 観念奔逸、またはいくつもの考えが競い合っているという主観的な体験
 - (5) 注意散漫（すなわち、注意があまりにも容易に、重要でないかまたは関係のない外部刺激によって他に転じる）
 - (6) 目標志向性の活動（社会的、職場または学校内、性的のいずれか）の増加、または精神運動性の焦燥
 - (7) まずい結果になる可能性が高い快楽的活動に熱中すること（例：制御のきかない買いあさり、性的無分別、またはばかげた商売への投資などに専念すること）
- C. エピソードには、その人が症状のないときの特徴とは異なる明確な機能障害が随伴する
- D. 気分の障害や機能の変化は、他者から観察可能である
- E. エピソードは、社会的または職業的機能に著しい障害を起こすほど、または入院が必要とするほど重篤ではなく、精神病性の特徴は存在しない。
- F. 症状は物質（例：乱用薬物、投薬、あるいは他の治療）の直接的な生理学的作用または一般身体疾患（例：甲状腺機能亢進症）によるものではない
- 注：身体的な抗うつ治療（例：投薬、電気けいれん療法、光療法）によって明らかに引き起こされた軽躁病様のエピソードは、双極 II 型障害の診断にあたるものとするべきではない。
-

6.3 大うつ病エピソード

大うつ病エピソードの基本症状は、抑うつ気分と、何に関しても興味・関心や楽しさが感じられなくなってしまう状態の 2 つである。このうちどちらか 1 つは存在する上で、他の症状と併せて 5 個以上に存在することが必要である。症状の持続期間としては 2 週間以上に持続することが求められる (Table 1-3)。

- 1) 抑うつ気分：患者の表現としては、「気が滅入る」、「気分が落ち込む」「憂う

つ」「悲しい」「希望がもてない」「さびしい」「むなしい」「くよくよ考え込む」といった言葉で表現される。暗く沈んだ表情、単調で力のない口調、うつむきがちな姿勢、涙もろさ、といった周囲から観察できる形で表現される場合もある。

- 2) 興味・関心や喜びの喪失：趣味や娯楽など、それまで関心を持っていたことに全く興味ももてなくなり、楽しくも感じられない。新聞やテレビへの関心も薄れ、仕事や学業にも関心が乏しくなる。
- 3) 体重あるいは食欲の変化：食欲の低下は、食事への興味・関心の喪失に類似した訴えになることが多い。食欲の低下から体重減少に至る場合がある。時に、食欲が亢進して、体重が増加する場合がある。
- 4) 睡眠の変化：不眠の訴えは頻度が高く、「寝つきが悪い」「途中で目が覚めて、寝つくことができない」「朝早く目が覚めてしまう」のいずれも起こり得る。過眠を呈する場合もあるが、熟眠感の欠如が背景にあることが多い。
- 5) 精神運動性の焦燥もしくは抑制：精神運動性の焦燥とは、内的な緊張と連動した活動性の亢進、例えば足踏みを頻回にする、手をおするなどの状態を呈する。精神運動性の抑制は、周囲からみて動きが減り、会話も少なくなるといった状態である。この項目だけは、他者から観察可能な状態であり、本人の主観に基づく症状ではない。
- 6) 疲労感または気力の減退：「疲れやすい」「億劫」「やる気が出ない」「気力がわからない」といった表現をとることが多い。
- 7) 無価値観あるいは自責感：自己評価が極端に下がり、「自分は役立たずの人間だ」といった捉え方をし、「皆に申し訳ない」との考えを生じがちである。
- 8) 思考力や集中力の減退あるいは決断困難：「考えが進まない」「決められない」といった訴えが生じる。考えが円滑に進まず、注意を集中できないと感じられる。迷いが生じて決断が困難となる。

- 9) 自殺念慮、自殺企図：「役立たずの自分などこの世にいない方が良い」「迷惑をかけて申し訳ないので、消えてなくなりたい」といった自殺念慮が生じる場合がある。自殺念慮から、自殺行為につながる可能性がある。

Table 1-3

DSM-IV-TRにおける大うつ病エピソードの診断基準
(American Psychiatric Association, 2000 高橋・大野監訳, 2003)

-
- A. 以下の症状のうち5つ（またはそれ以上）が同じ2週間の間が存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも1つは、(1)抑うつ気分、あるいは(2)興味または喜びの喪失である。
注：明らかに一般身体疾患、または気分不一致な妄想または幻覚による症状は含まない。
- (1) その人自身の言明（例：悲しみまたは空虚感を感じる）か、他者の観察（例：涙を流しているように見える）によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。
注：小児や青年ではいらだたしい気分もありうる。
- (2) ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退（その人の言明、または他者の観察によって示される）
- (3) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加（例：1か月で体重の5%以上の変化）、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加
- (4) ほとんど毎日の不眠または過剰睡眠
- (5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または抑止（他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの）
- (6) ほとんど毎日の疲労感または気分の減退
- (7) ほとんど毎日の無価値感、または過剰であるか不適切な罪責感（妄想的であることもある。単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪の意識ではない）
- (8) 思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる（その人自身の言明による、または他者によって観察される）
- (9) 死についての反復思考（死の恐怖だけではない）、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりした計画
- B. 症状は混合性エピソード（Table 1-4）の基準を満たさない
- C. 症状は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- D. 症状は、物質（例：乱用薬物、投薬、あるいは他の治療）の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患（例：甲状腺機能亢進症）によるものではない。
- E. 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が2か月を超えて続くか、または、著明な機能不全、無価値感への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動制止があることで特徴づけられる
-

6.4 混合性エピソード

混合性エピソードは、最低 1 週間ほとんど毎日、躁病エピソードの基準と大うつ病エピソードの基準を両方すべて満たすことと定義されている (Table 1-4)。例えば気分は落ち込んだり不安が強いのに頭の中では色々と考えてじっとしていられないという状態であったり、行動は活発で話し続けているのに、気分は死にたくなるくらい憂うつだというような状態を示す。また、気分の障害は職業的機能や日常活動、対人関係に著しい障害を起こすほど重篤であることが定義として求められる。

なお、DSM-5(American Psychiatric Association, 2013 高橋・大野監訳, 2014) では混合性エピソードは廃止され、気分エピソードに対して「混合性の特徴を伴う」という特定項目を付与することとなった。この特徴の有無を診断する基準は、抑うつエピソードと躁病、軽躁病エピソードでは異なっている。いずれの基準も DSM-IV-TR において混合性エピソードの診断に際して要求された基準に比べると緩和されている。この変更は、混合性エピソードの診断基準が厳しすぎたなどの問題点への対応であり、診断がより現実に即したものとなった(川崎, 2013)。

Table 1-4.

DSM-IV-TR における混合性エピソードの診断基準
(American Psychiatric Association, 2000 高橋・大野監訳, 2003)

-
- A. 少なくとも 1 週間の間ほとんど毎日、躁病エピソード (表 1) の基準と大うつ病エピソード (表 3) の基準を (期間を除いて) とともに満たす。
 - B. 気分の障害は、職業的機能や日常の社会活動または他者との人間関係に著しい障害を起こすほど、または自己または他者を傷つけるのを防ぐため入院が必要であるほど重篤であるか、または精神病性の特徴が存在する。
 - C. 症状は物質 (例: 乱用薬物、投薬、あるいは他の治療) の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患 (例: 甲状腺機能亢進症) によるものではない
- 注: 身体的な抗うつ治療 (例: 投薬、電気けいれん療法、光療法) によって明らかに引き起こされた混合性様のエピソードは、双極 I 型障害の診断にあたるものとするべきではない。
-

7. 診断分類

DSM-IV-TR では、前述した気分エピソードの組み合わせによって、疾患が診断される (American Psychiatric Association, 2000 高橋・大野監訳, 2003)。

1 回以上の躁病エピソードまたは混合性エピソードがある場合は双極 I 型障害、1 回以上のうつ病エピソードと 1 回以上の軽躁病エピソードがあり、躁病エピソードや混合性エピソードがない場合は双極 II 型障害と定義される。すなわち、躁病エピソードがある場合は双極 I 型障害、躁病エピソードがなく軽躁病エピソードがある場合は双極 II 型障害と診断されることになる。

7.1 双極 I 型障害

前述のとおり、DSM-IV-TR の診断基準 (American Psychiatric Association, 2000 高橋・大野監訳, 2003) では 1 回以上の躁病エピソードがあれば双極 I 型障害と診断される。躁病エピソードには、気分の異常かつ持続的な高揚し、開放的で、いつもとは異なった期間が一週間以上持続し、社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こしているという定義がある。そのため、たった 1 回の躁病エピソードのみでも、失職、離婚、退学など社会生活上、大きな傷跡を残すこともある。それに加え、気分エピソードを繰り返すことによって、次第に社会的烙印、自己評価の低下、社会的地位の剥奪、有意義な人間関係の喪失など、様々な要因により社会生活水準が低下していく (加藤, 2011)。

7.2 双極 II 型障害

前述のとおり、双極 II 型障害は、1 回以上の軽躁病エピソードと 1 回以上のうつ病エピソードを呈し、躁病エピソードがない場合と定義される (American Psychiatric Association, 2000 高橋・大野監訳, 2003)。

双極 II 型障害は、1994 年に発表された DSM 第 4 版 (DSM-IV) で初めて双極性障害の下位分類として採用された比較的新しい診断名である。診断上における双極 II 型障害の最大の問題点は、軽躁状態のわかりにくさである。軽躁は社会生

生活上大きな支障を来さない程度の躁状態であるため、厳密に特定することが容易ではない。さらに、うつ状態が受診の契機となりやすいのに比べて、軽躁は自我親和的で、本人のみならず周囲さえも病的とは認めないことが多いと考えられている(白川, 2008)。実際に、双極Ⅱ型患者はⅠ型患者と比較して病識が低く、疾患が社会的に及ぼす影響への認識も乏しいことが示されている(Pallanti et al., 1999)。このように、軽躁状態の特定が困難であるため、双極Ⅱ型障害の存在は見過ごされがちである。初診時に双極性障害の37%がうつ病と診断されていたと報告があり(Ghaemi, Boiman, & Goodwin, 2000)、適切な治療を受けていた双極Ⅱ型障害患者は15.4%のみであったとも報告されている(Merikangas et al., 2007)。また、初発症状から診断に至るまでの長さは、約20年要するとの報告(Scott et al., 2015)もあり、いずれも双極Ⅱ型障害の診断における困難さを表している。

また、軽躁状態が及ぼす社会的な影響が正しく認識されていないことも臨床上の大きな問題と言える。双極Ⅱ型障害が経験する生涯のエピソード数は、うつ病や双極Ⅰ型障害よりも双極Ⅱ型障害で多い傾向があること(Dell'Osso et al., 2015)、双極Ⅱ型障害患者の1/3では生涯において何らかの自殺企図歴が認められ、その割合は双極Ⅰ型障害と類似することが報告されている(Novick, Swartz, & Frank, 2010)。さらに、双極Ⅱ型障害患者は双極Ⅰ型障害と類似した認知機能障害を示し、特に職業的困難に影響を与えることが明らかとなっている(Rosa et al., 2010)。このように、双極Ⅱ型患者における社会的な影響は決して無視されるべきではないことが、最近の研究で明らかとなっている。

8. 経過・予後

双極性障害は慢性の経過を経ることが多く、気分エピソードが一度しかないという場合は稀である(野村・樋口, 2015)。一生のうち、再発を繰り返す症例

が90%以上を占め、気分エピソードの回数は2から30回と幅広いが、平均は約9回とされている。また、双極性障害の約10から20%は、年に4回以上も気分エピソードを繰り返す急速交代型を示す。

治療を受けなかった場合、躁病エピソードは約2から3か月続き、軽躁エピソードや大うつ病エピソードは6か月以上続くこともある(野村・樋口,2015)。長期経過観察によると、双極Ⅰ型障害の場合で1/3、双極Ⅱ型障害の場合では約半数の期間を、大うつ病エピソードで過ごすことが報告されている(Judd et al., 2002; Judd et al., 2003)。

また、躁病エピソードでは問題行動による失職や借金などの社会的問題、うつ状態では長期にわたる業務遂行能力の欠如が懸念される。米国での双極障害患者の平均失業率の6倍であったとの報告がある(Kogan et al.,2004)。対人関係上の心理社会的問題を抱える割合も80%と高く、家族や友人との対人葛藤が68%、結婚生活上の困難が49%に報告されている(Hirschfeld, Lewis, & Vornik, 2003)。さらに、家族が感じる負担も大きく、双極性障害をもつ家族226人の調査では、家族の9割以上が患者の問題行動に苦しんでいるというデータがある(Perlick et al.,1999)。双極性障害による社会機能の障害は、高血圧や糖尿病といった疾患と比べても重篤であり(Stewart et al.,1989)、2016年にWHOが発表した疾患の障害により失われる年数(years lived with disability;YLD)でも双極性障害は21位にランクされており(GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2016)、この疾患が及ぼす社会的な損失は考慮されるべきである。

双極性障害患者の社会機能は薬物治療のみでは十分に改善しない可能性がある。そこで、丹治・原田・藤越・植田・片桐(2016)は、抗精神病薬投与を開始した双極性障害患者445例の気分症状とGlobal Assessment of Functioning (GAF)尺度を用いた機能の全体的評価を48週間にわたって評価した。試験開

始時の GAF 評価では機能に重大な障害を抱えている状況が明らかとなり、試験開始後には機能の改善傾向は認められたものの、いくらかの困難が残されるレベルにとどまった。したがって、双極性障害患者における治療目標を十分な機能レベルの回復とするためには、薬物療法に精神療法など別の治療アプローチを組み入れることが求められる。

9. 治療

双極性障害の治療は、患者の安全性が確保されること、診断評価がなされること、現在の症状だけでなく予後まで考慮したものである必要がある (Sadock et al., 2015 井上監修, 2016)。最初に判断が必要となるとなるのは、入院のうえ治療するか外来治療とするかという点である。入院治療の適応となるのは自殺や殺人のリスクがある場合、十分な食事や休養が取れない場合、または診断を行うために入院が必要な場合である (Sadock et al., 2015 井上監修, 2016)。また、患者の周囲は躁病エピソードのみを、本人は大うつ病エピソードのみを加療の対象と考え、各エピソードへの対応だけを期待するが、疾患経過を重視した治療目標を立てることが重要である (野村・樋口, 2015)。

双極性障害の治療は、薬物療法が中心となる (日本うつ病学会, 2012)。しかし、双極性障害は再発率が高く、慢性の経過を経ることが多いため、心理学的アプローチによる精神療法を通じて患者や患者家族に対し、疾患に関する理解を促し、薬物療法の重要性を熟知してもらうことが肝要である (日本うつ病学会, 2012; 野村・樋口, 2015)。

9.1 薬物療法

薬物療法は、急性期治療と維持療法に分けられる。また、患者が呈している状態が躁病エピソードか、大うつ病エピソードかによって異なった戦略が必要となる。

躁病エピソード

単剤で有効性が示されている薬剤は、リチウム、バルプロ酸、カルバマゼピンといった気分安定薬、オランザピン、アリピプラゾール、クエチアピン、リスペリドンなどの抗精神病薬があり、有効性の点では遜色のない多くの選択肢がある(加藤, 2011; 日本うつ病学会, 2012)。日本うつ病学会の治療ガイドラインによると、軽症の場合にはリチウム、不機嫌や易怒性等を認める中等度以上のケースでは、リチウムと抗精神病薬を組み合わせる治療を開始するとされている(日本うつ病学会, 2012)。

軽躁病エピソード

軽躁病エピソードの治療に関して、治療ガイドラインではほとんど記載がなく、躁病エピソードの治療方法に準じざるを得ない現状である。近年の研究で、双極Ⅱ型障害は臨床的特徴および生物学的な観点から双極Ⅰ型障害とは異なる病態であることが報告されているにも関わらず、双極Ⅱ型障害の軽躁病エピソードの治療に関する明確なエビデンスは限定的である(日本うつ病学会, 2012)。このような現状を鑑み、丹治・片桐・竹綱・植田・山田(2016)は双極性障害を対象とした抗精神病薬の1年間に及ぶ観察研究を用い、部分集団解析を行うことによって双極Ⅱ型障害における抗精神病薬の安全性・有効性を検討した。このように、近年では双極Ⅱ型障害の治療に関するエビデンスの少なさに注目が集まり、徐々に研究結果が報告され始めている。

大うつ病エピソード

大うつ病エピソードの薬物治療は、躁病エピソードと比較すると効果は限定的である(鷲塚・加藤, 2012)。日本うつ病学会の治療ガイドライン(2012)では、クエチアピン、リチウム、オランザピン、ラモトリギンによる単独治療はいずれも推奨される治療であるとされているものの、実際には単剤での治療には限界がある場合も少なくない(鈴木, 2008)。また、抗うつ薬の使用は、躁転の危

険や、急速交代化のリスクが指摘されており、現時点のエビデンスからは推奨されない治療方法であるとされている（日本うつ病学会, 2012）。

維持療法

双極性障害の再発率が高い点を考慮すると、維持療法は必須である。維持期の薬物治療としては、リチウムが最も推奨されている（日本うつ病学会, 2012）。しかし、大うつ病エピソードと同様に薬物療法の効果は限定的であり（鷲塚・加藤, 2012）、薬物治療の継続維持には、心理社会的治療が重要であるとされる（日本うつ病学会, 2012）。

9.2 精神療法

双極性障害の再発予防に推奨される治療法としては、薬物療法との併用下における精神療法として、心理教育、対人関係－社会リズム療法、家族療法が挙げられている（日本うつ病学会, 2012）。各精神療法の有効性については、第2節 双極性障害における臨床上の課題、2. 精神療法の項で説明する。

第2節 双極性障害における臨床上の課題

1. 疾患認知度

双極性障害の認知度に関する十分な調査はなく、その実態は明らかではない。一般住民を対象とした唯一の国内調査研究でその認知度は他の精神疾患と比べて低いことが示されている（片桐・中根, 2013）が、若年者での検討は行われていない。双極性障害の多くは若年発症であり、若年層での疾患認知度がいまだ不明であることは本疾患の治療を考える上で重要な課題である。

1.1 精神疾患の認知度

近年では、うつ病などの精神医療の対象となる患者は増えており、精神疾患はより一般的な病気となっている。実際に精神疾患がどの程度認知されているかについては、数件の調査が実施されている。

平成 20 年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業 「思春期精神病理の疫学と早期介入方策に関する研究」の結果では、うつ病は 90%以上が認知されていたが、統合失調症の認知度は 73%であったと報告している（岡崎・西田, 2009）。東京都が行った調査でも、うつ病や認知症の認知度はほぼ 100%である一方、統合失調症は 68.2%であった（東京都生活文化局広報広聴部, 2013）。片桐らの調査（片桐・中根, 2013）でも、一般住民におけるうつ病の認知度は糖尿病や高血圧と同程度に極めて高いが、統合失調症や ADHD、双極性障害等の認知度は、うつ病と比較すると大きな開きがあったとしている。

以上より、これまでの調査ではうつ病に比べ統合失調症などの他の精神疾患への認知には遅れが生じていることが明らかとなっている。

1.2 双極性障害の認知度

前述のとおり、うつ病の認知度についてはいくつかの調査が実施されている。しかし、双極性障害がどの程度認知されているかは十分な調査が行われていない。唯一、前述した調査（片桐・中根, 2013）では、一般住民を対象に双極性障害の認知度調査を実施している。その結果、双極性障害については 72.6%が「聞いたことがない、知らない」と回答しており、約 3/4 が双極性障害の疾患名すら認知していないことが明らかとなっている。

1.3 若年者における精神疾患の認知度

双極性障害などいくつかの精神疾患は、多くの場合若年で発症することが明らかである。しかし、若年者における精神疾患の認知度調査は数少ない。

平成 20 年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業 「思春期精神病理の疫学と早期介入方策に関する研究」では、中学生、高校生、大学生、小中学生保護者に分けた認知度調査を行っており、大学生のうつ病、摂食障害、統合失調症の認知度は、保護者と同等であることが報告されている（岡崎・西田, 2009）。しかし、双極性障害に関して、大学生などの若年層における疾患認知度

は調査されていない。

他の精神疾患と同様に、双極性障害の多くは若年での発症が多く、前述のとおり日本を含む世界的な疫学調査で発症年齢の中央値が 25 歳であることが報告されている (Anderson et al., 2012; Merikangas et al., 2011) にも関わらず、双極性障害が若年者にどの程度認知されているかの調査は実施されていない。

本研究の目的は双極性障害における心理教育の有用性を検討することである。しかし、そもそも一般の若年層がどの程度双極性障害を認知し、理解しているかを把握しておくことは、心理教育の重要性を理解するために必要な情報である。そこで、双極性障害を対象とした心理教育の有用性を検討するに先立ち、平均的な発症年齢である若年層における疾患認知度を把握することは重要と考えた。

2. 精神療法

双極性障害は慢性の経過を辿るため、薬物療法に加え、心理教育などの精神療法も重要である。しかし、日本の臨床現場で精神療法は十分に活用されておらず、普及には多くの課題が存在する。本項では、まず双極性障害における精神療法の臨床試験結果を述べ、次に我が国で精神療法を導入するにあたっての課題を取り上げる。

2.1 双極性障害における精神療法

双極性障害の治療は薬物療法を主体とするが、再発率が高く、慢性の経過を辿ることから、心理学的アプローチとしての精神療法も重要となる (鷲塚・加藤, 2012; 日本うつ病学会, 2012; 野村・樋口, 2015)。また、双極性障害は本来個体がもつ脆弱性のみでは発症に結びつかず、外的ストレスに適切に対処できず症状が発現するとも考えられており (忽滑谷・真鍋, 2005)、ストレスを減弱す

るためにも心理学的アプローチは有効と考えられる。

双極性障害の精神療法は、疾患に対する知識と対処法を身につけ、今生じている問題を行動療法的な手法を用いて修正するといった方向のものであり、成育歴に焦点をあて、深い洞察を促す精神分析療法の有効性は証明されていない(加藤, 2011)。現在、双極性障害の再発予防に有効であると示されている心理学的アプローチは、心理教育、対人関係-社会リズム療法、家族療法、認知行動療法である(Miklowitz, 2008; Schöttle, Huber, Bock, & Meyer, 2011)。心理教育については、2.2 双極性障害における心理教育で述べるため、ここでは心理教育以外の心理的介入について簡単に説明する。

対人関係-社会リズム療法 (inter-personal social rhythm therapy; IPSRT) は、うつ病の治療法として完成された対人関係療法 (inter-personal therapy; IPT) に、双極性障害の特徴であるリズムの乱れという要因を加味し、社会リズム療法を付加した心理学的アプローチである(加藤, 2011)。Frank et al(2005)は、175名の双極I型障害の患者を対象とし、無作為化試験により、IPSRTと対照群を比較したところ、急性期にIPSRTを受けた患者では、再発までの期間が長かったと報告している。また、家族療法は、双極性障害の家族の感情表出 (expressed emotion; EE)が高い群では、家族のEEが低い群と比較して患者の再発の危険性が高いとの報告(Miklowitz et al., 1988)に基づいた家族教育的アプローチである。家族療法により、双極性障害の再入院率が減少したとの報告(Retzer, Simon, Weber, Stierlin, & Schmidt, 1991)や、9か月間の家族療法により再発が減少したとの報告(Miklowitz, George, Richards, Simoneau, & Suddath, 2003)がありその効果が示されている。双極性障害の認知行動療法では、治療アドヒアランスを妨げる認知や行動の修正、心理社会的ストレスに派生する問題に対する対処技能の習得などに焦点があてられる。無作為化対照試験により、双極性障害における認知行動療法の効果が示されてい

る(Lam et al., 2003)が、経過が長い双極性障害患者では逆に症状を悪化させる可能性があるとの報告(Scott et al., 2006)もある。さらに、メタ解析では、認知行動療法の再発予防効果は認められていない(Lynch, Laws, & McKenna, 2010)。

このように、双極性障害を対象とした精神療法の研究は進められているものの、薬物療法と比較すると十分なエビデンスが整っているとは言い難い。双極性障害の治療では、薬物療法と精神療法の協調が何より重要であることから、精神療法の有用性に関する検討はより一層の進展が望まれる。

2.2 双極性障害における心理教育

双極性障害における心理教育の説明を行う前に、心理教育についてその定義と目的、歴史的経緯、適応の拡大について概説する。

心理教育の定義と目的

心理教育は心理学的アプローチの一つである。心理教育は、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ことによって、主体的な療養生活を営めるように援助する方法であると定義されている(浦田, 2004)。すなわち、心理教育は科学的根拠に裏付けられたエビデンスを、個別性や関係性の配慮しながら患者に伝え、心理的および社会的な側面の改善を図る方法のひとつと位置付けられる(上原, 2007)。

心理教育の歴史的な経緯

1986年に発刊された「分裂病と家族—心理教育とその実践の手引き」という著書(Anderson, Hogarty, & Reiss, 1986)とともに、統合失調症に対する心理療法的アプローチが注目を浴びた。日本では1998年に厚生労働省の委託を受けた統合失調症を対象とした心理教育の介入評価研究が行われ、その結果に基づい

て「心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン（暫定版）」が発表された（浦田，2004）。このガイドラインには、日本の医療機関において統合失調症の当事者ならびにその家族に心理教育を効果的に実施するための指針が示されている。

心理教育の適応の拡大

近年では、心理教育の底辺は拡大し、認識が増加しているものと考えられる。池淵（2005）は、日本における現在の心理教育の在り方を、心理教育的な面接（個人または家族療法の中で、心理教育を行う）、心理教育プログラム（体系的な心理教育を明確な構造を決めて実施する）、心理教育関連プログラム（認知行動療法など心理教育以外の要素を含むもの）の3種類に分類しており、近年における心理教育の多様性を指摘している。さらに、心理教育の適応も拡大しており、双極性障害やうつ病などの精神疾患、悪性腫瘍患者の家族グループ、後天性免疫不全症候群にも裾野が広がっているとも述べている。

双極性障害における心理教育の臨床研究

海外では、薬物療法を受けている双極性障害を対象とした心理教育の効果が数件の無作為化対照試験で実証されている。

Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy, & Limb(1999)は、単盲検試験により個人心理教育群とコントロール群との比較検討し、個人心理教育群が再発回数を減少させることを報告した。個人心理教育は、7から12回と幅を持たせてセッションを行い、その間に治療者はしっかりとした心理教育アプローチを行い、患者が症状再発の兆候を理解できるように援助した。結果、治療群（34例）は対照群（35例）と比較して、再発までの期間が延長し、再発率が低かったと報告している。Colom et al.(2003a)はBarcelona Bipolar Disorders Programのひとつとして、無作為化試験により、構造化された集団心理教育群（60例）と構造化されない集団ミーティング群（60例）の比較検討を試み

た。行われた集団心理教育は、全 21 セッションからなる 1 セッション 90 分のコースであり、2 人の心理士が 8-12 例の患者を対象に行うものである。セッション内容は、疾患知識、治療コンプライアンス、再発の兆候となる症状、生活スタイルのコントロールの 4 項目からなり、最初の 30-40 分程度は講義を行い、その後ディスカッションを行う。結果、集団心理教育群は、再発回数・再発率を減少させ、抑うつ・軽躁/躁・混合病相の再発を遅らせ、入院回数・入院期間も減少させることを明らかにした。この集団心理教育群は 5 年間にわたり長期的な効果が維持されていることも報告した (Colom et al., 2009b)。また、他の心理的アプローチとの比較検討については、20 回の個人認知行動療法と 6 回の集団心理教育の比較が行われており、両者は症状軽減と再発予防における効果において差がなく、費用対効果からすると集団心理教育が個人認知行動療法よりも優れていることが示された (Parikh et al., 2012)。

Colom et al. (2009a) は、前述の試験結果 (Colom et al., 2009b) を事後解析し、双極 II 型障害における集団心理教育の有効性を検討している。試験に参加した双極 II 型障害は 120 例中 20 例であり、8 例が心理教育群、12 例が対照群であった。心理教育群は、対照群と比較して双極性障害のエピソード、軽躁エピソード、大うつ病エピソードの数が少なく、症状を示している日数が短く、機能レベルが高く、5 年後のアウトカムが有意に良好であったことを報告している。症例数が少なく限定的な結果ではあるが、心理教育と薬物治療の併用は双極 II 型障害においても有用となり得る可能性を示唆した貴重な研究報告である。

しかし、双極性障害を対象とした心理教育の無作為化対照試験の本数は 2016 年 1 月までの調査で 12 件にとどまっている (Chatterton et al., 2017)。さらに、国内では無作為化対照試験の報告は見当たらず、臨床研究全般に範囲を広げても症例報告を含む少数例での検討にとどまっている (五十

嵐, 2016; 加藤・高橋・高橋, 1995; 川上・福井, 2014; 酒井・金田・林・杉角・新谷, 2005; 齊藤 (丹治) 他, 2014; 辻本・長井・熊井・矢部, 2012)。

<臨床研究について>

前述のとおり、国際的にみても双極性障害を対象とした心理教育の臨床試験報告は数少ない。これは双極性障害における臨床研究実施の困難さを反映しているものと考えられる。そこで、ここでは臨床研究のエビデンスレベルや医学系研究に関する倫理指針、臨床研究に関わるエビデンスを効率的に創出する試み等について付記する。

臨床研究は、研究デザインに応じてエビデンスレベルで分類される。エビデンスレベルが高いデザインは、偶然やバイアスの可能性が低く信頼性が高いとされている。一般的には、オックスフォード大学 EBM センターが公表しているエビデンスレベル (OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011) が引用されることが多く、治療利益に関して Table 1-5 のようにレベル分けしている。

Table 1-5

オックスフォード大学 EBM センター エビデンスレベル 2011 (抜粋)

(OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011)

質問	この介入は役に立つのか? (治療利益)
ステップ 1 (レベル 1)	ランダム化試験または n-of-1 試験 のシステマティックレビュー
ステップ 2 (レベル 2)	ランダム化試験または劇的な効果のある観察研究
ステップ 3 (レベル 3)	非ランダム化比較コホート/追跡研究*
ステップ 4 (レベル 4)	症例集積研究、症例対照研究、またはヒストリカルコントロール研究*
ステップ 5 (レベル 5)	メカニズムに基づく推論

*一般にシステマティックレビューの方が個別試験よりも好ましい。

介入方法の比較研究では、無作為化試験が信頼性の高いエビデンスを生み出

すことは一致した考え方であるが、精神科医療ではいくつかの理由から批判がある (Everitt, & Wessely, 2008 樋口・山田監訳, 2011)。例えば、精神科の介入は個別性が高いため特定の介入方法を一般化することは困難な場合も少なくなく、多くの精神疾患は複雑であることから幅広い母集団の推定を個別の患者に適応することには難しいことがあげられている。また、有効であることがわかっていながら治療機会を奪ってしまう場合など、無作為化が非倫理的な状況である場合には実験的な枠組みではなく、よりコストと労力が少なく済む手法を選択するといった意見がある。したがって、臨床研究デザインの選択に際しては、研究の目的に加え、対象疾患を取り巻く現状を十分に考慮し、研究デザイン利点・欠点を理解した上で、実現可能性を照らし合わせて決定すべきと考える。

また、国内で人を対象とする医学系研究を実施する際には、主に被験者保護の観点から、平成 26 年に全面改訂（平成 29 年に一部改訂）された文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（2017）に準じて進めることが求められる。ここで「人を対象とする医学系研究」の定義は、「人（試料・情報を含む）を対象として、傷病の成因及び病態の理解並びに傷病の予防方法並びに医療における診断方法及び治療方法の改善又は有効性の検証を通じて、国民の健康の保持増進又は患者の傷病からの回復若しくは生活の質の向上に資する知識を得ることを目的として実施される活動」とされている。本指針では、インフォームドコンセントの取得や、個人情報の保護、倫理委員会での審議に加え、有害事象の収集ならびに報告・措置体制の確立、厚生労働大臣への有害事象報告、被験者の健康被害に対する補償を行うための措置、研究の適正な実施を確保することを目的としたモニタリング業務専門担当者の確保及び配置など、臨床研究の信頼性・安全性を確保するために必要な事項が規定されている。本倫理指針に則った研究の実施体制を揃えるために、研

研究者は多額の研究費を捻出し、研究実施に精通する専門職種の確保及び人材を育成する必要がある、人を対象とする医学系研究の立ち上げには十分な極めて慎重を期する必要がある。

このような背景から、臨床研究に関わるエビデンスを効率的に創出する試みが行われている。例えば、近年注目されているリアルワールドデータは、「実験的」な環境で得られる臨床試験データに対し、臨床現場で得られるデータを意味し、一般的な集団における治療の有用性や安全性、使用実態などを検討するデータソースとして期待されている(日本製薬工業協会, 2015)。リアルワールドデータの活用は、効率性の面だけでなく、様々な不確実性に満ちている環境での有用性を検討することができるといった面でも優れており、医療の分野では、医療情報データベースを二次利用する観察研究が実施され始めている。しかし、目的に沿って前向きに実施し、データが収集される臨床試験とは異なり、他の目的で収集されるデータの二次利用には、データの質や臨床的妥当性に限界があることを十分認識しておくべきである。

臨床研究とは、介入方法の効果を検証する臨床試験だけでなく、診療レベル、社会レベルにおける様々な研究の総称であり、多彩な研究領域が存在する(有村他, 2010)。医療の主要な目標の一つは最新の研究成果を患者の手元に早く、安全に、適切に、安価に届けることであり、基礎医学研究や臨床試験にとどまらない様々な臨床研究が必要である(有村他, 2010)。

双極性障害における心理教育に関しても、研究目的や取り巻く環境を考慮し、また、新たな研究手法も取り入れながら、多くのエビデンスが蓄積されることが望まれる。

2.3 我が国の精神科医療における精神療法について

以上のように心理教育をはじめとする精神療法は双極性障害の治療において有用になり得ると考えられる。しかし、我が国の精神科医療において精神療法

が広く行われているとは言い難い。その要因には、患者数の増加、医療機関でのリソース不足、保険適用上の問題が考えられる。

精神疾患患者の増加

精神疾患により医療機関を受診する患者数は、近年大幅に増加している。厚生労働省が3年ごとに実施している「患者調査」（厚生労働省，2011a）によると、1999年における精神疾患の推計患者数（精神疾患により医療機関にかかっている患者数）は204.1万人であったが、その後大幅に増加し、2005年には300万人を超え、2011年の調査結果では320万人に達している。外来と入院の内訳で見ると、入院患者数は1999年には33.3万人であったが、その後ゆるやかに減少し、2011年の調査では30.7万人となっている。したがって、近年の精神疾患患者数の増加は外来受診患者数の大幅な増加を反映したものといえる。疾患ごとに推移では、1999年の調査では例数の多いものから統合失調症（72.1万人）、神経症性障害（46.6万人）、双極性障害などの気分障害（43.3万人）の順であったが、近年、気分障害の増加が著しく、2011年の調査結果では気分障害が1位（95.8万人）となり1999年と比較して約2.2倍の増加となった。

すなわち、精神疾患による受診患者数は過去10年間で約1.5倍に増加し、特に気分障害を有する外来患者数の増大が顕著であるといえる。

医療機関の現状

精神科を受診する患者数が増える一方で、受け入れる医療機関でリソースが十分に確保できているとは言い難い。平成24年度版の精神保健福祉資料を基に作成した資料（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター，2012）によると、精神科病院における医師1人あたり在院患者数（在院患者数をそれぞれの職種の従業者数で割った値）は、1996年には37.8人であったが、2012年には29.4人となり若干の減少がみられる。同様に他の医療従事者1人あたり

の在院患者数も減少している。しかし、本データは入院患者のみを対象とした統計であり、近年増加している外来患者を含めた医療従事者 1 人あたりの精神疾患患者数の推移は不明である。

また、平成 23 年に厚生労働省から発表された、患者を対象とした受療行動調査の概況では、外来患者の診察時間は、「3 分以上 10 分未満」が 38.0%と最も多く、次いで、「10 分以上 20 分未満」が 21.8%、「3 分未満」が 13.8%となっている(厚生労働省, 2011b)。本データは特定の診療科に限定した調査ではないが、精神疾患を正確に診断するため必要な慎重な問診や、詳細な生活歴の聴取を行うために十分な診察時間を確保できているとは言い難い。

精神療法の保険適用

我が国における精神療法の実施状況は正確に把握されていない。大野らが、2004 年にわが国における医療場面での精神療法の現状について医療機関を対象に調査を行ったところ、「十分に行われている」と答えた医療機関は約 5%、「若干できている」と回答した医療機関を含めても 25%弱にとどまった(大野, 2010)。すなわち、約 4 分の 3 の医療機関は、精神療法が十分に提供できていないと回答している。

我が国で精神療法が進まない理由として、診療報酬制度など経済的なバックアップが不十分であることが挙げられる。現在の診療報酬(厚生労働省, 2016)では、精神療法に関連して主に「通院・在宅精神療法」および「認知行動療法」が含まれる。「通院・在宅精神療法」は、医師が精神疾患患者や家族を対象に、社会適応能力の向上等を目的とした助言等を行う包括的な介入であり、再診の場合、5 分超から 30 分未満の場合には 330 点、30 分以上の場合に 400 点を算定することができる。診療時間に応じた評価ではあるが、点数に大差はなく、長時間を必要とする体系的な精神療法を実施することの経済的メリットは低い。一方、平成 22 年度の診療報酬改定で保険点数化された「認知療法・認知行動療

法」は、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医が実施する場合は 500 点、それ以外の医師が行う場合は 420 点である。また、平成 28 年度の改定では児童・思春期の患者を対象とした通院・在宅精神療法が新設されている。これらの改定により、保険診療が認められる精神療法の幅が広がったことになるが、厚生労働省のマニュアルどおりに実施できるスキルを持った医師が少ない、診療報酬が低く経済的に見合わないなどの理由により、実際に保険診療を行う医療機関は少ないと推測される。日本の精神科医療で精神療法を十分に提供するためには、医療制度の環境整備に加えて、研修体制の整備や心理専門職の資格化などが、今後より一層求められるであろう。

以上より、双極性障害の治療における心理教育の有用性は認識されているものの経済的なバックアップの不足や、診断時間の短さなどの背景から我が国の臨床現場で心理教育が十分に活用されているとは言い難い。従って、日本の臨床現場でも導入が容易な心理教育の手法を開発することが求められている。

3. 服薬指導

双極性障害における服薬指導は、患者の病識の低さなどといった面から対応が困難な場合がある。本項では服薬指導とその心理学的アプローチの重要性についてまず説明し、加えて双極性障害における服薬指導の意義と問題点について述べる。

3.1 服薬指導とその現状

服薬指導とは

服薬指導は、薬剤師が担う業務のひとつであり、薬を正しく使用するために必要な情報を患者やその看護者に提供することにより薬の適正使用を促す行為である（ファーマシューティカルコミュニケーション研究会，2006；日本ファ

ーマシューティカルコミュニケーション学会，2014)。薬剤師の業務はこの数十年で大きく変化し、1990年代の医薬分業の進展などを背景に、その中心がモノからヒトへと移行した（日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会，2014)。現行の薬剤師法第25条2「情報の提供及び指導」では、情報提供と薬学的知見に基づいた患者への指導が義務として定められており、服薬指導は薬剤師の義務のひとつとして位置づけられている（ファーマシューティカルコミュニケーション研究会，2006)。すなわち、服薬指導は現在では薬剤師の中心的業務となり、患者の正しい服薬を実現するという側面から、質の高い医療の実現に向けて重要な役割を担っている。

服薬指導の現状

厚生労働省の受診行動調査によると、治療の見通しや薬の効果・副作用などについては患者の割以上があまりわからなかったと回答している（厚生労働省，2008；日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会，2014)。患者に薬の効果・副作用などの医薬品情報を提供し、患者の理解を促すことは、薬剤師の重要な責務であり、患者が納得して治療に取り組むための重要な要素となる。しかし、現状では効果的な服薬指導が幅広く実践できているとは言い難く、その手法の改善や薬剤師に求められるスキルの向上に取り組む動きが必要である。

3.2 服薬指導における心理学的アプローチ

患者の正しい服薬行動を維持するためには、単なる専門知識の提供や服薬指示のみでは充分ではなく、患者への心理的アプローチが必要である（日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会，2014)。心理的アプローチの手法のひとつとして心理教育があげられる。前述のとおり、心理教育とは個別性や関係性に配慮したコミュニケーションをとりながら、科学的根拠に裏付けられた情報を患者に伝え、心理的・社会的な側面の改善を図る方法のひとつである。

服薬指導も同様に個別性に配慮した対応が必要であり、患者に服薬意義を納得し、適正に薬を使用してもらうために心理教育の手法を活用することが有用と考えられる。効果的な服薬指導の実践に向けて、服薬指導に心理学的な手法を取り入れることは、薬剤師のコミュニケーションスキルの向上の一助にもなり得る。

3.3 双極性障害における服薬指導

服薬指導の意義

双極性障害の治療は薬物療法を主体とするが、自己判断による服薬中断の割合が高く (Lingam, & Scott, 2002)、再発率が高いことが大きな問題である (Keller, Lavori, Coryell, Endicott, & Mueller, 1993)。双極性障害患者の服薬中断の理由として、「病気は治った」、「薬なしでもやっていける」、「薬の効果がない」等が上位にあげられている (Colom et al., 2003b)。したがって、双極性障害の治療では、疾患理解を促すとともに、薬物療法の効果や意義を正しく理解してもらい、服薬意義を十分に認識してもらえらるような服薬指導を実施することが不可欠である。

服薬指導の問題点

精神疾患の患者を対象とした服薬指導には、患者側と医療者側のそれぞれで問題が存在する。

精神疾患では、患者自身が病気ではないと思っている場合が少なくない。双極性障害、特に躁状態や軽躁状態への病識の低さが問題となる。中でも、双極Ⅱ型障害では、軽躁状態に対する病識保持の困難さから、疾患が社会的に及ぼす影響への認識が乏しい (Pallanti et al., 1999)。病識がなければ通院や服薬の必要性を感じられないことが当然である。しかし、病識の有無は服薬継続にとって必ずしも重要ではなく、病名を十分に受け入れられなくても、患者本人が困っている事を薬が緩和してくれていると認識し、薬への信頼感を獲得すれ

ば服薬継続は可能となる(日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会, 2014)。

医療者側の問題としては、精神疾患の患者について「異常心理を持つ人、扱いにくい特別な人」という偏見が根強く存在することである(日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会, 2014)。疾患によっては、こだわりが非常に強かったり、見かけ上奇異な言動があったり、理屈が通じにくかったりと医療者からみると対応が難しい面もある。しかし、心理的本質は精神疾患ではない人と変わりはなく、一般的な心の理解と行動科学に原則に基づき、丁寧に信頼関係を気付くことができれば対応も可能である(日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会, 2014)。

従って、双極性障害の服薬指導に心理学的アプローチを取り入れ、医療者と患者の信頼関係を構築し、薬への信頼感を育むことは有用な方法であると考えられる。近年では多職種連携で実施される心理教育プログラムに薬剤師が参加する服薬指導との連動が始まっており(高橋・小林, 2016)、その重要性が注目されている。

しかし、残念ながら、一般臨床の場面で精神疾患患者の服薬指導に心理教育が十分活用されているとは言い難い。要因としては、心理教育におけるコミュニケーション技法に対する敷居の高さや服薬指導時間の制限といった臨床現場の状況が考えられる。そのため、実際の服薬指導の場面に即した、実践的な心理教育的アプローチの開発が求められている。

第3節 研究の意義と目的

双極性障害はその症状のわかりにくさなどから、一般住民における疾患認知度が低い。また、双極性障害の平均的な発症年齢である若年者における疾患認知度に関する調査は実施されていない。今回、若年層における双極性障害の認

知度を調査するために、研究 1 として大学生における双極性障害の認知状況の調査を実施した。本調査は、双極性障害における心理教育の有用性を検討するにあたっての重要な事前情報に成り得ると考える。

また、双極性障害の治療では薬物療法に加え、心理教育など精神療法の導入が求められるが、日本の臨床現場では精神疾患患者が増加や経済的バックアップの不足等の背景から、簡易な心理教育が求められている。そこで、研究 2 では新たに「簡易な心理教育」を考案し、双極性障害患者に実施された結果を後方視的に調査した。加えて、研究 3 では研究 2 から 1 症例を取り上げて症例経過の詳細な検討を行い、「簡易な個人心理教育」のどのような要素が患者のアウトカムの改善に寄与したかを記述的に示した。

さらに、近年、取り組みが始められている服薬指導における心理学的アプローチの活用に着目し、研究 2 および 3 で実施された「簡易な個人心理教育」を、双極性障害患者の服薬指導の現場に取り入れた結果を研究 4 で示す。

第 2 章 研究

第 2 章 研究

第 1 節 [研究 1] 大学生における双極性障害の認知状況の調査

1. 背景と目的

1.1 背景

双極性障害患者が適切な治療を受け、安定した状態を維持するためには、患者本人やその家族が疾患を正しく理解することが必要である。そのため、双極性障害の心理教育は重要とされている (Fountoulakis et al., 2017; Goodwin et al., 2016; 日本うつ病学会, 2012)。

双極性障害における心理教育の有用性の検討を行うには、まず、双極性障害が一般的にどの程度知られており、どのように理解されているのかを把握する必要があると考えた。一般住民を対象とした双極性障害の認知度に関しては先行研究があり、他の疾患と比較して認知度が低いことが示唆されている (片桐・中根, 2013)。しかし、双極性障害の平均的な発症年齢である若年者を対象とした認知度は調査されておらず、いまだ不明である。近年では、インターネットメディアの拡大やスマートフォンなどの普及に伴い、疾患を含むあらゆる情報が特に若年層を中心として手軽に入手しやすい状況にあるため、若年層の疾患認知度は一般住民とは異なる可能性が有り得る。そこで、若年層における双極性障害の認知状況を調査し、先行研究 (片桐・中根, 2013) の結果と比較して考察することとした。

1.2 研究の意義と目的

本研究の目的は、若年層における双極性障害の認知状況の調査である。若年

層を対象とした双極性障害の認知度調査はこれまで実施されておらず、一般住民を対象としたの先行研究（片桐・中根，2013）でも年齢別の検討は行われていない。そこで、本研究では双極性障害の平均的な発症年齢である若年者が多く含まれる大学生を対象とした認知度を把握することは意義があると考え、その認知状況の調査を行った。また、副次的に双極性障害の治療の必要性の認識につながる因子を明らかにするための評価も実施した。

主要評価項目：双極性障害の認知状況の調査

双極性障害について大学生はどの程度認知しているかを他の疾患と比較しながら検討した。加えて、双極性障害に対する認知の内容や社会的距離、各気分エピソードに対する治療の必要性の認識についても調査した。

副次的評価項目：治療の必要性の認識につながる因子の特定

双極性障害の各気分エピソードに対する治療の必要性の認識につながる因子を特定した。

2. 方法

2.1 研究デザイン

本研究は横断的調査研究である。対象者に調査用紙を配布し、調査項目への回答から収集できる情報に基づいて研究を実施した。本研究は、探索的検討に位置づけられる。

2.2 対象者

X年11月からX+1年5月までの間に、A大学の心理系の授業に参加した大学生を対象とした。

2.3 調査方法

1) 調査用紙の配布並びに回収

調査用紙の配布・回収は以下の方法で行った。

(1) 調査用紙等の配布

A 大学で行われた授業時間を利用して、対象者に調査用紙を配布した。併せて、研究説明書と糊付きの回収用封筒を配布した。

(2) 研究内容の説明

研究説明書の記載に従い、研究の目的、方法、調査内容の概要、予想される利益・不利益、プライバシーの保護等について対象者に説明した。

(3) 同意取得

研究への参加に同意する者のみから、調査用紙に対する回答を得た。

(4) 調査用紙の回収

調査用紙は、封筒に入れて糊で密封してもらい、直接集団回収した。

2) 調査用紙

調査用紙は以下 4 つの調査項目から構成された。すべての調査項目は、一般住民を対象とした双極性障害に関する認知度調査（以下、先行研究）（片桐・中根，2013）の著者の了解を得た上で、先行研究の記載に基づいて作成した。

(1) 疾患の認知状況

疾患がどの程度認知されているかを調査するための項目である。

提示した疾患は、「双極性障害」に加え、「うつ病」や「統合失調症」などの他の精神疾患、および「糖尿病」、「アトピー性皮膚炎」など精神疾患以外の疾患も含めた 15 の疾患名であった。なお、双極性障害は従来から「そううつ（躁うつ）病」（以下、躁うつ病）と呼称されていた疾患であり、現時点でも躁うつ病として認知されている可能性があるため、両呼称を提示して調査した。

各疾患について、「聞いたことがない、知らない」、「名前だけは聞いたことがある」、「およそどんな病気か知っている」、「どんな治療法があるか知っている」の 4 件法で認知度を調査した。

(2) 疾患に関する認知の内容（疾患へのイメージ）

疾患が認知されている中でも、それがどのように認知されているかを調査するための項目である。

提示した疾患名は、「双極性障害」、「躁うつ病」に加え、同じ気分障害圏の「うつ病」とした。本項目での調査対象者は、調査用紙の「疾患の認知状況」の問いで、各疾患について「聞いたことがない、知らない」と答えた人以外とした。調査方法は、あらかじめ提示した 21 個の質問項目について、該当するものをすべて選択する方式とした。

(3) 疾患に対する社会的距離

双極性障害に対する社会的距離を調査するための項目である。

調査には、中根らの Social Distance Scale の項目（中根允文・吉岡・中根秀之，2006）を用いた。Social Distance Scale は、「隣に引っ越してきてもいい」、「一晩付き合ってもいい」、「親しくなってもいい」、「あなたの職場の近くで仕事をし始めてもいい」、「結婚してあなたの家族の一員になってもいい」の 5 つの質問項目について、周りに疾患を持つ患者がいると仮定した場合にどのように感じるかを調査するものである。

本調査では、身の回りに双極性障害の方がいると仮定した時にどのように感じるかについて、「確かにそう思う」「そう思う」「どちらでもない」「そうは思わない」「全くそうは思わない」の 5 件法で調査した。

(4) 仮想症例における症状の認識と治療の必要性

双極性障害の各気分エピソードを、いかに病気としてとらえ、治療の必要性を認識しているかを調査するための項目である。

調査は、仮想症例を提示して実施した。仮想症例の状況は 4 つの場面に分けて説明された。場面 1 は「病前性格」、場面 2 は「うつ傾向」、場面 3 は「大うつ病エピソード」、場面 4 は「躁病エピソード」を呈するものであった。各場面

の状況説明文は、1分程度で読むことができる簡単な文章として提示した。調査用紙には「病前性格」や「うつ傾向」などは記載しなかった。

各場面の状況を読み、8つの選択肢（「全く問題はない」、「少し健康に問題はあるが自然に回復する」、「健康に問題があるが病院に行かなくても、自分の努力次第で治せる」、「健康に問題があり、病院に行って治療する必要がある」、「健康も問題ではなく性格や気分の問題がある」、「健康・性格・気分以外の問題である」、「その他の問題」、「分からない」）のうち最も当てはまるものを1つ選択して回答してもらう方法で調査を行った。

今回提示した「躁病エピソード」および「大うつ病エピソード」は、いずれもDSM-IV-TRの定義を満たすものであった。すなわち、これら2つの場面は健康に問題があり病院での治療が必要な病態と仮定できる。

2.4 分析方法

本研究の分析は、主要評価項目及び副次的評価項目に分けて実施した。

1) 主要評価項目

主要評価項目では、片桐ら（片桐・中根，2013）の手順に基づき、双極性障害の認知状況の評価を行った。

(1) 双極性障害の認知度

双極性障害の認知度を評価するために、調査用紙の中から「疾患の認知状況」の回答を分析した。本項目は4件法であり、各選択肢を選んだ割合を認知度の指標とし、結果を記述的に評価した。加えて、他の疾患や以前の呼称である躁うつ病の結果との比較を記述的に行った。

(2) 双極性障害に関する認知の内容（疾患へのイメージ）

双極性障害に関する認知の内容を評価するために、調査用紙の中から「疾患に関する認知の内容（疾患へのイメージ）」の回答を分析した。各質問項目に該当すると答えた割合を指標とし、結果を記述的に評価した。また、同時に調査

を行ったうつ病、躁うつ病の結果との比較を記述的に行った。

(3) 双極性障害に対する社会的距離

双極性障害に対する社会距離の程度を評価するために、調査用紙の中から「疾患に対する社会的距離」の回答を用いて分析した。本項目は5件法であり、各選択肢を選んだ割合を集計し、社会的距離の指標として記述的に評価した。

(4) 双極性障害の各気分エピソードに対する治療の必要性の認識

双極性障害の各気分エピソードに対する治療の必要性の認識を評価するために、調査用紙の中から「仮想症例における症状の認識と治療の必要性」の回答を用いて分析した。本項目では場面毎に8種類の選択肢があり、各選択肢を選んだ割合を集計し、記述的に評価した。

2) 副次的評価項目

副次的評価項目では、まず回答者の分類を行い、次に治療の必要性の認識につながる因子の特定を試みた。

(1) 回答者の分類

回答者を、双極性障害に関する考え方に関して分類するためにクラスター分析を行った。分析には、調査用紙の中から「疾患に関する認知の内容（疾患へのイメージ）」と「疾患に対する社会的距離」への回答を用いた。なお、「疾患に関する認知の内容（疾患へのイメージ）」については、双極性障害に関する回答のみを抜粋して使用した。クラスター化の方法はWard法を選択した。

クラスター間の比較を行うために、回答を数値化（以下、回答データ）して使用した。「疾患に関する認知の内容（疾患へのイメージ）」の回答では「該当する」を1に、「該当しない」を0に変換した。「疾患に対する社会的距離」の回答では、肯定的（「確かにそう思う」、「そう思う」）と中立的回答（「どちらでもない」）を1に、否定的回答（「そうは思わない」、「全くそうは思わない」）を0に変換した。回答データの平均値について、クラスター間の差が大きいと主

観的に判断した質問項目を抽出し、各クラスターの特徴を記述的に評価した。

(2) 治療の必要性の認識につながる因子の特定

治療の必要性の認識につながる因子を明らかにするために、ロジスティック回帰分析を行った。

従属変数は、調査用紙の「仮想症例における症状の認識と治療の必要性」の中から、「大うつ病エピソード」および「躁病エピソード」の各場面で、「健康に問題があり、病院に行って治療する必要がある」を選択した場合と、それ以外を選択した場合の2値とした。

独立変数の候補は、調査用紙の中から性別、学年、「疾患の認知状況」、「疾患に関する認知の内容（疾患へのイメージ）」（双極性障害以外）の回答、先のクラスター分析によって得られたクラスターとした。なお、学年は1年生とそれ以外、「疾患への認知状況」の回答は「聞いたことがない、知らない」を選択した場合とそれ以外を選択した場合の2値とした。これらのうち、Fisherの直接確率検定で従属変数との関連が有意であったものを独立変数として選択し、ロジスティック回帰分析に投入することとした。因子の抽出には、尤度比による変数増加ステップワイズ法を用いた変数選択を行った。

すべての統計的検定にはIBM SPSS Statistics バージョン 24を使用し、有意水準を5%未満に設定した。

2.5 倫理的配慮

対象者に対し、口頭並びに文書で本研究の内容と趣旨を説明し、自由意志によって本研究に協力する旨の同意が得られたもののみから回答を得た。すべての項目への回答は任意回答とした。調査に際しては、個人を特定できるような情報は収集せず、回答内容は可能な限り統計的に処理することを断った上で、回答を得た。また、研究結果は学会や学術雑誌に発表されることもあるが、個人が特定されることはない旨を伝えた。

本研究は、関西学院大学の「人を対象とする行動学系研究」倫理委員会の承認を得ている（受付番号：2015-29）。

3. 結果

3.1 回収結果

回収結果を Table 2-1 に示す。

調査用紙を 411 人に配布し、358 人から回収した。回収率は 87.1%であった。そのうち、少なくとも 1 項目への回答が記入された 348 件を有効回答とした。有効回答率は 84.7%であった。

Table 2-1
調査用紙の回収結果

調査用紙 配布数	411
調査用紙 回収数	358
回収率	87.1%
有効回答数	348
有効回答率	84.7%

3.2 有効回答者の背景

有効回答者（以下、回答者）の背景を Table 2-2 に示す。

女性が 70.1%であった。年齢（平均±標準偏差）は 19.2±1.5 歳であり、最少年齢は 18 歳、最高年齢は 29 歳であった。回答時の学年は、大学 1 年が最も多く 246 人、2 年が 13 人、3 年が 66 人、4 年が 23 人であった。所属は心理系が 275 人、その他が 49 人、不明が 24 人であった。

Table 2-2
回答者背景

回答者数		348
性別, n (%)	男	104 (29.9)
	女	244 (70.1)
年齢	平均年齢 (±標準偏差)	19.2 (±1.5)
	最小値	18
	最大値	29
学年, n (%)	大学 1 年	246 (70.7)
	大学 2 年	13 (3.7)
	大学 3 年	66 (19.0)
	大学 4 年	23 (6.6)
所属, n (%)	心理系	275 (79.0)
	その他	49 (14.1)
	不明	24 (6.9)

3.3 分析結果

1) 主要評価項目

(1) 双極性障害の認知度

各疾患の認知度を Figure 2-1 に示す。

双極性障害について、「聞いたことがない、知らない」と回答した人は 58.2% にのぼり、過半数が疾患名を認知していなかった。

今回調査した他の精神疾患のうち、うつ病と認知症について「聞いたことがない、知らない」と回答した割合は 1%未満であり、認知度は極めて高かった。統合失調症では 18.4%、ADHD（注意欠陥・多動性障害）では 27.3%であり、うつ病や認知症より劣るものの、双極性障害より認知度は高かった。

一般的な内科疾患である糖尿病について、「聞いたことがない、知らない」と回答した人はいなかった。高血圧、胃がん、ドライアイ、骨粗しょう症、白内

障、アトピー性皮膚炎についても「聞いたことがない、知らない」と回答した割合は5%以下であった。一方、IBS（過敏性腸症候群）、COPD（慢性閉塞性肺疾患）を「聞いたことがない、知らない」と回答した割合は60%を超えていた。

また、躁うつ病については「聞いたことがない、知らない」と回答した人は41.2%であり、双極性障害より認知されているものの他の精神疾患と比較すると認知度は低かった。

以上より、本調査では双極性障害は過半数で認知されておらず、調査した疾患の中では認知度が低い疾患であった。

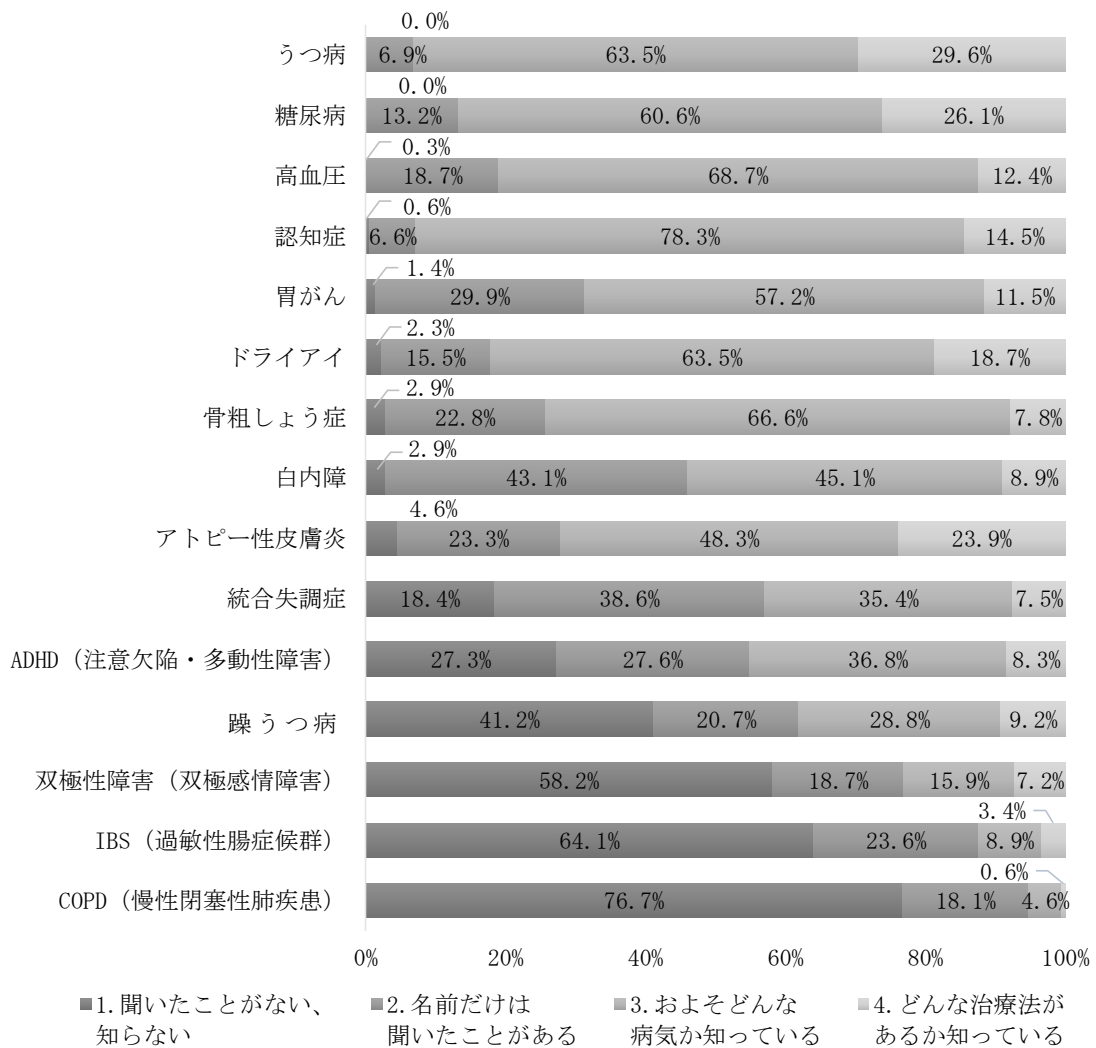


Figure 2-1 各疾患の認知度

(2) 双極性障害に関する認知の内容（疾患へのイメージ）

各疾患に関する認知の内容を Table 2-3、Figure 2-2 に示す。

双極性障害に関して、半数以上が該当すると回答した質問項目は、「なかなか治らない」、「本人が病気だと気づかない」、「生活に破綻をきたす」、「周りもつらい思いをする」の4項目であった。一方、「再発しやすい」、「薬を飲み続ける必要がある」、「自殺するかもしれない」については半数にとどかず、「若い人がなりやすい」とした割合も40.4%にとどまった。

双極性障害に関する認知の内容をうつ病と比較したところ、いくつかの項目で違いが見られた。例えば、双極性障害について「患者数が多い」と回答した割合は9.9%であったのに対し、うつ病では81.8%であった。また、「自殺するかもしれない」とした割合は双極性障害で41.0%であったのに対し、うつ病では93.3%であった。一方、「病気が見つかりづらい」、「治す薬がある」については、両疾患とも30%前後にとどまった。

双極性障害と躁うつ病を比較した場合、全般的に同様の結果であった。ただ、「ストレスが原因」とした割合は双極性障害で49.7%であったのに対し、躁うつ病では72.0%、「自殺するかもしれない」とした割合も、双極性障害では41.0%で、躁うつ病では63.1%となり、両者に違いが見られた。また、「患者の数が少ない」と回答した割合についても、双極性障害では42.9%、躁うつ病では20.6%であり、双極性障害は躁うつ病と比較して患者数は少ないと考えられる傾向が強かった。

Table 2-3
疾患に関する認知の内容（疾患へのイメージ）

質問項目	「該当する」と回答した件数と割合					
	双極性障害 (N=161)		躁うつ病 (N=214)		うつ病 (N=341)	
	n	%	N	%	n	%
若い人がなりやすい	65	40.4	105	49.1	164	48.1
高齢者がなりやすい	20	12.4	54	25.2	121	35.5
遺伝する	52	32.3	28	13.1	42	12.3
ストレスが原因	80	49.7	154	72.0	324	95.0
生活習慣が原因	47	29.2	80	37.4	153	44.9
性格が原因	54	33.5	97	45.3	228	66.9
患者の数が多	16	9.9	66	30.8	279	81.8
患者の数が少	69	42.9	44	20.6	9	2.6
慢性的な病気である	48	29.8	61	28.5	115	33.7
治す薬がある	52	32.3	65	30.4	105	30.8
病気が見つかりづら	55	34.2	82	38.3	103	30.2
簡単に治る	17	10.6	23	10.7	5	1.5
なかなか治らない	100	62.1	142	66.4	282	82.7
再発しやすい	62	38.5	107	50.0	178	52.2
薬を飲み続ける必要がある	59	36.6	87	40.7	140	41.1
症状が治まったら薬をやめてもよい	17	10.6	39	18.2	51	15.0
命に関わる	54	33.5	73	34.1	139	40.8
自殺するかもしれない	66	41.0	135	63.1	318	93.3
本人が病気だと気づかない	81	50.3	138	64.5	223	65.4
生活に破綻をきたす	97	60.2	153	71.5	283	83.0
周りもつらい思いをする	110	68.3	159	74.3	273	80.1

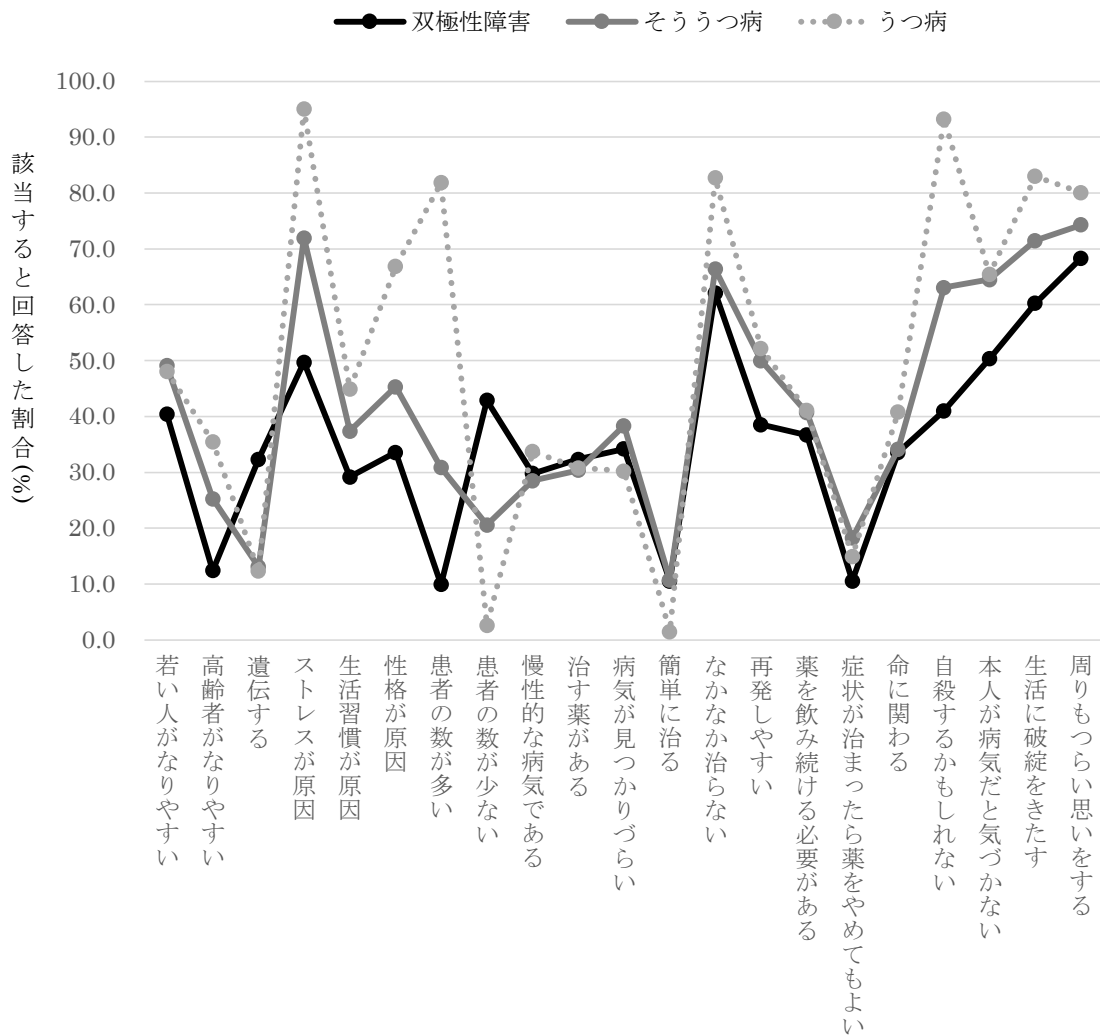


Figure 2-2 疾患に関する認知の内容（疾患へのイメージ）

(3) 双極性障害への社会的距離

双極性障害に対する社会的距離の結果を Table 2-4、Figure 2-3 に示す。

全体的には「どちらでもない」という中立的な回答が多かった。項目別にみると、「あなたの職場の近くで仕事をし始めてもいい」に対しては「確かにそう思う」または「そう思う」と答えた割合が 47.9%であり、半数近くが肯定的であった。「親しくなってもいい」についても同様の傾向であった。一方、「結婚してあなたの家族の一員になってもいい」については肯定的な回答が 13.7%、

「そうは思わない」または「全くそうは思わない」という否定的な回答が 43.2% であり、否定的な回答が肯定的な回答を上回った。

Table 2-4
双極性障害に対する社会的距離

質問項目	回答数、n(%)				
	確かに そう思う	そう思う	どちら でもない	そうは 思わない	全くそうは 思わない
隣に引っ越してもいい (N=292)	29(9.9)	79(27.1)	111(38.0)	56(19.2)	17(5.8)
一晩を付き合ってもいい (N=292)	29(9.9)	54(18.5)	109(37.3)	72(24.7)	28(9.6)
親しくなってもいい (N=291)	34(11.7)	96(33.0)	106(36.4)	39(13.4)	168(5.5)
あなたの職場の近くで 仕事を始めてもいい (N=292)	32(11.0)	108(37.0)	96(32.9)	38(13.0)	18(6.2)
結婚してあなたの家族の 一員になってもいい (N=292)	9(3.1)	31(10.6)	126(43.2)	77(26.4)	49(16.8)

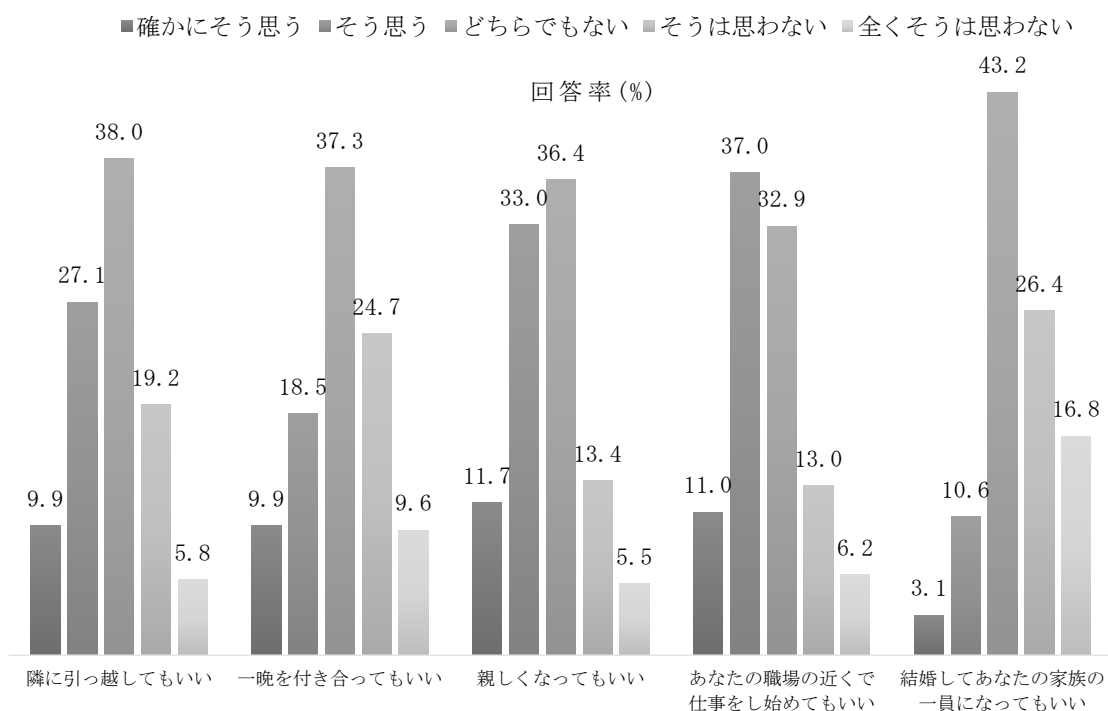


Figure 2-3 双極性障害に対する社会的距離

(4) 双極性障害の各気分エピソードに対する認識と治療の必要性

双極性障害の各気分エピソードに対する認識と治療の必要性についての結果を Table 2-5、Figure 2-4 に示す。

病前性格の場面では、「健康に問題があるが、病院に行かなくても自分の努力しだけで治せる」との回答が 34.1%と最も多かった。うつ傾向、大うつ病エピソード、躁病エピソードの場面では、いずれも「健康に問題があり、病院に行き治療する必要がある」との回答が最も多かった。しかし、その割合には違いがあり、大うつ病エピソードでは 68.7%が病院で治療の必要があると回答したが、躁病エピソードでは 38.9%にとどまり、うつ傾向の 45.7%よりも低い結果となった。

Table 2-5
双極性障害の各エピソードに対する認識と治療の必要性

	病前性格 (N=343)		うつ傾向 (N=311)		大うつ病 エピソード (N=342)		躁病 エピソード (N=342)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
全く問題はない	39	11.4	7	2.3	2	0.6	12	3.5
少し健康に問題はあるが 自然に回復する	80	23.3	0	0.0	3	0.9	3	0.9
健康に問題があるが、 病院に行かなくても自分 の努力しだけで治せる	117	34.1	92	29.6	7	2.0	7	2.0
健康に問題があり、 病院に行き治療する必 要がある	23	6.7	142	45.7	235	68.7	133	38.9
健康の問題ではなく、 性格や気分の問題がある	42	12.2	42	13.5	62	18.1	101	29.5
健康、性格、気分以外の 問題である	10	2.9	13	4.2	19	5.6	46	13.5
その他の問題	11	3.2	3	1.0	3	0.9	14	4.1
わからない	21	6.1	12	3.9	11	3.2	26	7.6

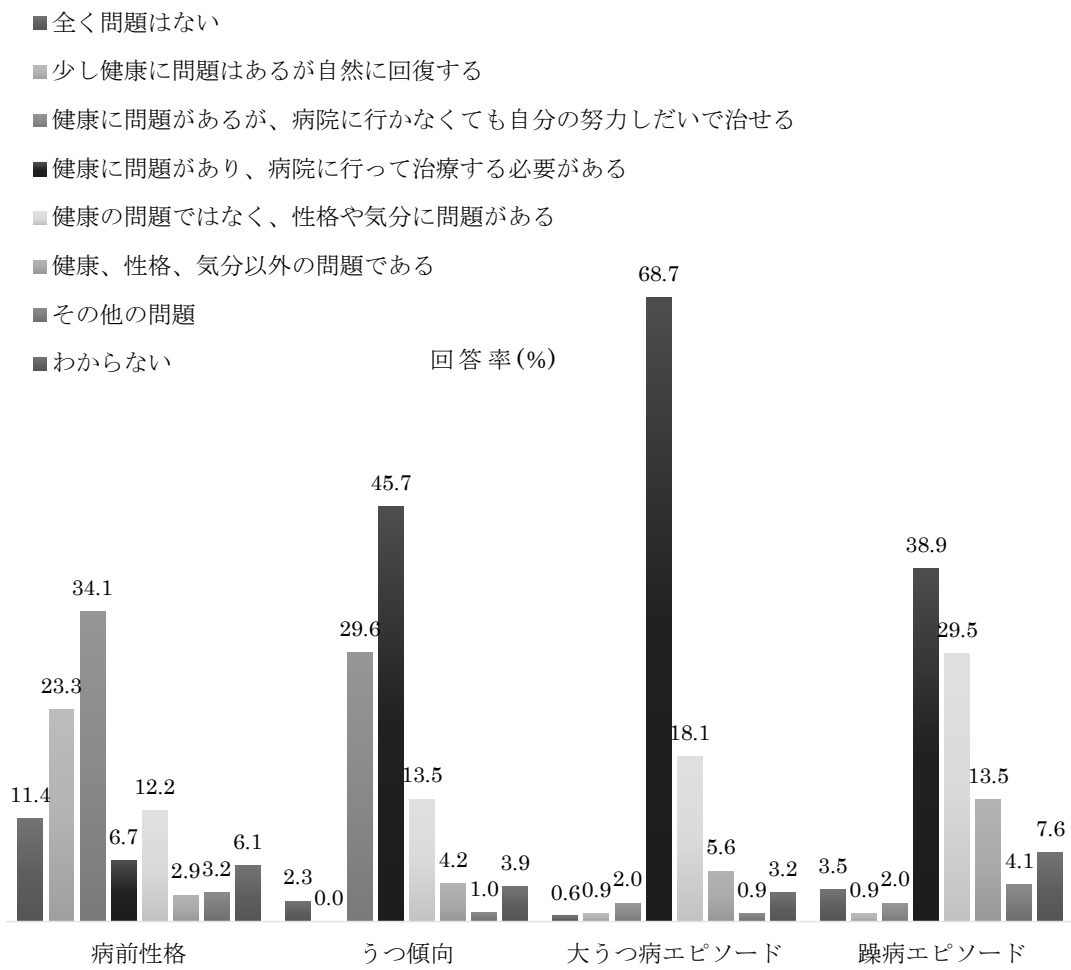


Figure 2-4 双極性障害の各気分エピソードに対する認識と治療の必要性

2) 副次的評価項目：治療の必要性の認識につながる因子の特定

(1) 回答者の分類

回答者を、双極性障害に関する認知の内容と社会的距離の回答に基づいてクラスター分析を行った。その結果、Figure 2-5のようなデンドログラムが得られ、2つのクラスターに分類することがふさわしいと判断した。

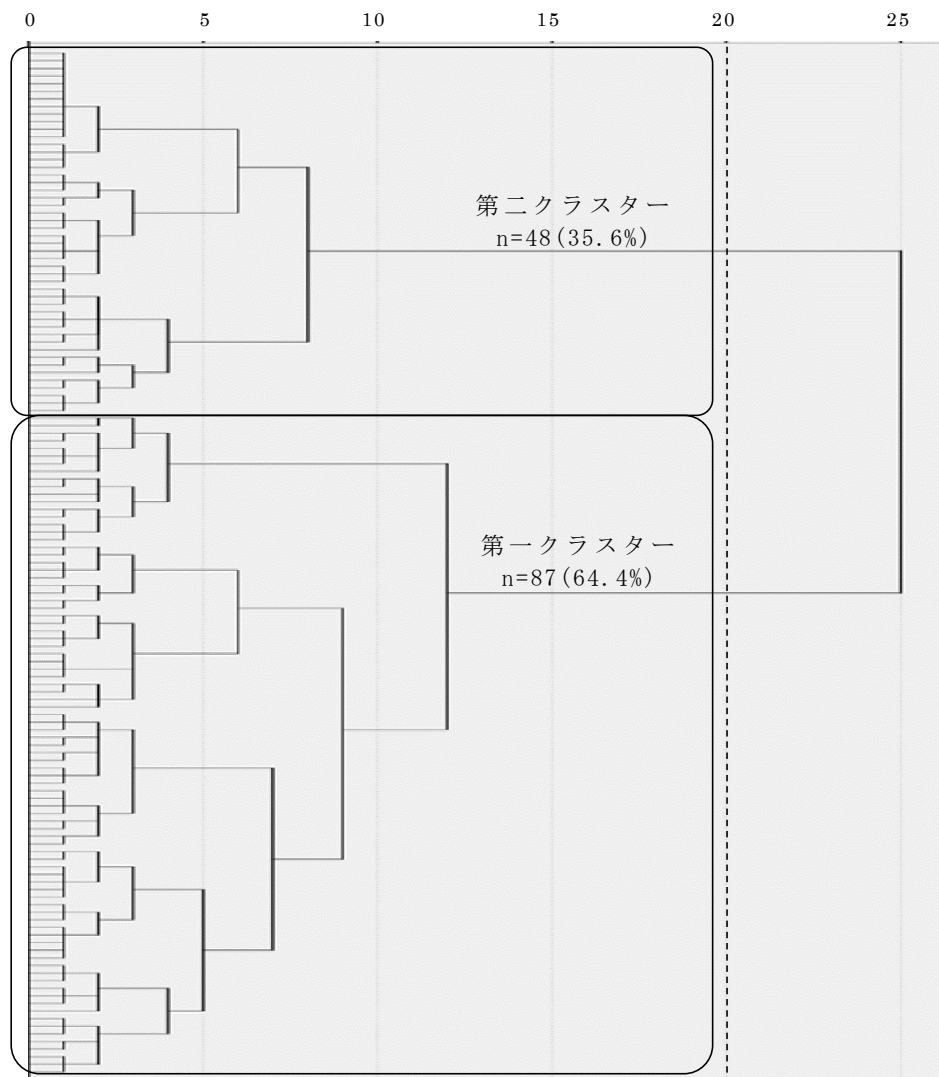


Figure 2-5 双極性障害に関する認知の内容（疾患へのイメージ）と社会的距離の回答に基づいたクラスター分析による回答者の分類

第一クラスターには 87 人 (64.4%)、第二クラスターには 48 人 (35.6%) が分類された。各質問項目の回答データの平均値を、クラスター毎に示したものを Table 2-6 に示す。

Table 2-6
クラスター毎の回答データの平均値

質問項目		回答データの平均値	
		第一クラスター (N=87)	第二クラスター (N=48)
認知の内容 (疾患へのイメージ)	若い人がなりやすい	0.47	0.21
	高齢者がなりやすい	0.13	0.08
	遺伝する	0.31	0.13
	ストレスが原因	0.62	0.29
	生活習慣が原因	0.28	0.25
	性格が原因	0.48	0.10
	患者の数が多	0.14	0.02
	患者の数が少	0.38	0.38
	慢性的な病気である	0.34	0.17
	治す薬がある	0.38	0.10
	病気が見つかりづらい	0.38	0.21
	簡単に治る	0.08	0.04
	なかなか治らない	0.76	0.40
	再発しやすい	0.51	0.13
	薬を飲み続ける必要がある	0.47	0.13
	症状が治ったら薬をやめてもよい	0.13	0.02
	命に関わる	0.43	0.06
	自殺するかもしれない	0.56	0.10
	本人が病気だと気づかない	0.68	0.13
	生活に破綻をきたす	0.86	0.06
周りもつらい思いをする	0.95	0.15	
社会的距離	隣に引っ越してもいい	0.70	0.75
	一晩を付き合ってもいい	0.62	0.73
	親しくなってもいい	0.75	0.79
	あなたの職場の近くで仕事をし始めてもいい	0.77	0.79
	結婚してあなたの家族の一員になってもいい	0.57	0.56

各クラスターの特徴を明確にするために、クラスター間の回答データの平均値の差が大きいと主観的に判断した 10 個の質問項目を抜粋し、回答データを高、中、低に読み替えて記述的に示した (Table 2-7)。第一クラスターで高く、第二クラスターで中程度であった項目は、「なかなか治らない」であった。第一クラスターで高く、第二クラスターで低かった項目は、「本人が病気だと気づかない」、「生活に破綻をきたす」、「周りもつらい思いをする」であった。第二クラスターが第一クラスターより高かった項目はなかった。なお、社会的距離に関しては、クラスター間の差が大きいと判断した質問項目はなかった。

Table 2-7
クラスター間で差が見られた質問項目と回答データの傾向

質問項目		回答データの傾向	
		第一クラスター	第二クラスター
認知の内容 (疾患へのイメージ)	ストレスが原因	中	低
	性格が原因	中	低
	なかなか治らない	高	中
	再発しやすい	中	低
	薬を飲み続ける必要がある	中	低
	命に関わる	中	低
	自殺するかもしれない	中	低
	本人が病気だと気づかない	高	低
	生活に破綻をきたす	高	低
	周りもつらい思いをする	高	低

これらの結果を踏まえると、各クラスターの特徴は以下のように解釈できる。

第一クラスター：双極性障害の治療は困難ととらえている。双極性障害の病識欠如や、疾患が患者や周囲にもたらす負の影響を理解している。

第二クラスター：治療が困難とはあまり考えていない。双極性障害の病識欠如や、疾患が患者や周囲にもたらす負の影響を理解していない。

(2) 治療の必要性の認識につながる因子の特定

ロジスティック回帰分析に投入する独立変数を絞り込むために Fisher の直接確率検定を行ったところ、従属変数との関連が有意であった項目は、大うつ病エピソードの場面では 9 個、躁状態の場面では 17 個であった (Table 2-8)。なお、本研究ではうつ病、糖尿病、高血圧、認知症、胃がん、ドライアイ、骨粗しょう症、白内障、アトピー性皮膚炎の認知度が極めて高かったため (「聞いたことがない、知らない」が 5%未満)、独立変数の候補から除外した。

Table 2-8
従属変数との関連が有意であった項目

場面	従属変数との関連が有意であった質問項目
大うつ病エピソード	<ul style="list-style-type: none">・ 疾患の疾患状況：ADHD、統合失調症、双極性障害、IBS・ 疾患に関する認知の内容 (うつ病)：「患者の数が少ない」、「再発しやすい」、「生活に破綻をきたす」・ 疾患に関する認知の内容 (躁うつ病)：「生活に破綻をきたす」・ 所属クラスター
躁病エピソード	<ul style="list-style-type: none">・ 学年・ 疾患の認知状況：躁うつ病、ADHD、統合失調症、双極性障害、IBS・ 疾患に関する認知の内容 (うつ病)：「患者の数が少ない」、「治す薬がある」、「再発しやすい」、「薬を飲み続ける必要がある」、「命にかかわる」・ 疾患に関する認知の内容 (躁うつ病)：「なかなか治らない」、「命にかかわる」、「自殺するかもしれない」、「生活に破綻をきたす」、「周りもつらい思いをする」・ 所属クラスター

従属変数との関連が有意であったこれらの項目を独立変数として、ロジスティック回帰分析に投入した。その結果、大うつ病エピソードおよび躁病エピソードの両場面で、所属クラスターが関連する因子として抽出された (Table 2-9)。なお、モデルの当てはまり度合いをあらわす Nagelkerke R² 乗は大うつ病

エピソードの場面では 0.172、躁病エピソードの場面では 0.117 であった。

Table 2-9
治療の必要性の認識につながる因子を特定するための
ロジスティック回帰分析の結果

場面	抽出された項目	オッズ比	95%CI
大うつ病エピソード	所属クラスター：第一クラスター	5.379	2.274-12.721
躁病エピソード	所属クラスター：第一クラスター	3.724	1.700-8.159

CI: confidence interval (信頼区間)

4. 考察

本研究では、大学生における双極性障害の認知度が他の精神疾患や一般的な疾患と比べて低いことが示された。また、躁病エピソードは大うつ病エピソードと比較して治療の必要性が認識されにくい傾向が認められた。治療の必要性への認識には、治療の困難さや、双極性障害の病識欠如、患者や周囲にもたらす疾患の負の影響を理解していることが関連する可能性が示された。

4.1 主要評価項目の考察

1) 双極性障害の認知度

本調査で得られた双極性障害の認知度に関する結果を、一般住民を対象とした先行研究（片桐・中根，2013）、他の精神疾患、躁うつ病の認知度の比較しながら以下に考察する。

(1) 一般住民との比較

双極性障害の疾患名を知っている割合は、本研究では約 4 割、一般住民を対象とした先行研究（片桐・中根，2013）では約 3 割であり本研究で若干高かつ

た。結果に差が生じた理由として、本研究は心理学を学ぶ大学生が大半であったが、先行研究（片桐・中根，2013）では精神科医療・介護などに関連する学業に従事する人は省かれていたため、精神疾患の基礎知識に差があった可能性がある。加えて、近年のインターネットメディアの広がりから、精神疾患に関する認知が若年者を中心に広がった可能性もある。ただし、本調査では情報の入手経路は調査しておらず、先行研究との結果の違いの要因について正確な原因は不明である。今後は疾患に関する情報の入手経路に関しても調査が必要と考える。

(2) 他の精神疾患との比較

双極性障害の認知度は、他の精神疾患と比較して明らかに低かった。今回調査した精神疾患の中でも、うつ病と認知症の認知度は糖尿病や高血圧と同程度に極めて高く、その背景には自殺対策やオレンジプランといった国家施策によるメディア等を通じた疾患啓発活動が考えられる。また、統合失調症と ADHD の認知度は 7-8 割であり、うつ病や認知症より低いものの双極性障害より高かった。統合失調症は犯罪関連記事とともに報道される傾向が高いこと (Koike, Yamaguchi, Ojio, Ohta, & Ando, 2016)、ADHD は自閉症スペクトラム障害と共に近年メディアを中心に関心が高まったことが疾患名を知る機会となった可能性がある。一方、双極性障害は国の施策や報道の中心として取り上げられる事が少なく、他の精神疾患と比べると認知度が低くとどまったことが推察される。

本研究でみられたこれらの傾向は一般住民を対象とした先行研究（片桐・中根，2013）とほぼ同様であった。また、認知症（丹野・六角・小林・関，2014）と ADHD（後藤・野中・小野，2011）に関しては学生を対象とした認知度調査が報告されており、いずれも本研究結果と類似していた。

(3) 躁うつ病との比較

本研究での双極性障害の認知度は、躁うつ病と比較して若干低かった。一般

住民を対象とした先行研究（片桐・中根，2013）でも傾向は類似していたが、先行研究では両呼称の認知度の差は大きく、双極性障害の認知度は躁うつ病より明らかに低いと報告している。本研究と先行研究（片桐・中根，2013）の実施時期には5年間の開きがあることから、認知される疾患名が躁うつ病から双極性障害へと経時的に移行し、両呼称の認知度の差が縮まったものと考えられる。

2) 双極性障害に関する認知の内容（疾患へのイメージ）

本調査で得られた双極性障害に関する認知の内容についての結果を、一般住民を対象とした先行研究、他の精神疾患、躁うつ病と比較しながら以下に考察する。

(1) 一般住民との比較

本研究では、双極性障害を知っていると回答した者の5割以上が双極性障害の治療は困難であること、病識が低いこと、患者本人や周囲に負の影響を及ぼす危険性を認識していた。一方、再発や自殺のリスク、服薬継続の必要性の認識は半数に届かず、若年発症の割合が高いことへの理解は約4割にとどまった。一方、一般住民を対象とした先行研究では、前述の項目への認識はすべて約4割にとどまっていた。したがって、若年者では一般住民と比較して疾患の一部の側面については理解が得られている可能性が考えられた。

(2) うつ病との比較

本研究で得られた結果に基づき、双極性障害に関する認知の内容をうつ病と比較したところ、双極性障害における自殺リスクの認識は、うつ病と比べて明らかに低かった。近年、自殺の背景としてうつ病が注目されているが、双極性障害での自殺リスクの高さが知られていないことが浮き彫りとなった。双極性障害はうつ病と同様に自殺リスクが高く、自殺企図率は23から26%にまで達するとの報告がある（Schaffer et al., 2015）。自殺リスクが正しく広く周知されることで周囲が自殺のサインに気づき、自殺予防につながる可能性があり、

その周知は重要である。

一般住民を対象とした先行研究（片桐・中根，2013）でも同様の結果であり、年齢層に関わらず、依然として双極性障害での自殺リスクはうつ病と比べて認知されていないと考えられる。

(3) 躁うつ病との比較

本研究では、双極性障害と躁うつ病の認知の内容は全般的に類似していた。しかし、一部に違いが見られ、双極性障害は躁うつ病より珍しい病気と捉えられており、自殺リスクへの認識が低い傾向が認められた。すなわち、双極性障害と躁うつ病は同じ疾患を示す名称であるものの、部分的には異なるイメージが持たれていることが分かった。本呼称変更は、海外で使用されている疾患名との標準化などを背景に行われたが、病気の姿が見えづらくなったとの指摘がある（貝谷，2016）。一般住民を対象とした先行研究（片桐・中根，2013）でも同様の結果であり、今後は双極性障害の認知度を高めるとともに、有病率や自殺リスクの高さといった疾患特性への理解を促す必要があると思われる。

3) 双極性障害に対する社会的距離

双極性障害に対する社会的距離に関して、本研究では中立的な回答が多数を占めた。一般住民を対象とした先行研究と比較して、本研究では否定的な回答が少ない傾向が認められた。看護学生を対象とした報告（星越，2005）では、3年生は1年生と比較して精神疾患患者への社会的態度が否定的であり、その原因として精神疾患に関する講義や精神科実習などが影響したと考察している。本研究対象の大半が1年生であり実習などの経験がなかったことが否定的な回答が少ない結果につながった可能性があるかもしれない。

4) 双極性障害の各気分エピソードに対する認識と治療の必要性

病院での治療が必要と認識された割合は、大うつ病エピソードと比較して躁病エピソードで低い傾向にあった。一方、健康の問題ではなく性格や気分の問

題と認識された割合は、躁病エピソードで高い傾向にあった。従って、躁病エピソードは大うつ病エピソードと比較して病気として認識されにくく、性格や気分の問題として見過ごされる傾向が高いことが示された。一般住民を比較した先行研究（片桐・中根，2013）でも同様の結果が示されており、今回の調査で一般に限らず若年者でも躁病エピソードが病気として認識されにくいという課題が示された。

躁病エピソードの認識は、うつ病と双極性障害の鑑別診断における重要なポイントの一つである。双極性障害とうつ病は同じ気分障害圏の疾患であるが、その経過や治療法は異なる点が多く、的確な鑑別診断は重要な臨床課題である。両疾患の最大の違いは躁または軽躁状態の経験の有無であるため、患者や周囲が躁または軽躁を経験の有無を探索し、積極的に情報提供することが正しい診断を下すための一助となる。先行研究と同様に、今回の調査からも躁病エピソードへの認識について、重大な課題が存在することが浮き彫りとなった。

また、うつ傾向では「健康に問題があるが、病院に行かなくても自分の努力次第で治せる」と答えた割合が約3割であり、病気としての認識されるものの、早期治療につながらない可能性が示唆された。うつ傾向の場面は、DSM-IV-TRの大うつ病エピソードを満たすものではないが、可能な限り早期に医療につなげることにより、適切なモニタリングと早期治療介入につながる可能性がある。問題が認識された時点で、本人ならびに周囲にいるものとして放置するより、医療につなげることの大切さを認識するための取り組みも必要と考える。

以上より、一般住民と同様に大学生においても躁病エピソードにおける治療の必要性は認識されにくいという課題が示された。躁病エピソードは患者本人が認識することも困難であり、疾患による症状と認知されるための取り組みが必要である。

4.2 副次的評価項目の考察

1) 回答者の分類

分析により、回答者を2群に分類することができた。第一クラスターは、双極性障害の治療は困難ととらえ、双極性障害の病識欠如や疾患がもたらす負の影響を理解している群であった。第二クラスターは、治療が困難とはあまり考えておらず、双極性障害の病識欠如や疾患が患者や周囲にもたらす負の影響を理解していない群であった。つまり、第一クラスターは双極性障害がもつ困難な側面の一部を理解している群、第二クラスターはそれらを理解していない群と考えられた。第一クラスターには約6割、第二クラスターには約4割の回答者が属し、割合的には第一クラスターが多い結果となった。これまで、双極性障害に対する認知の内容（疾患へのイメージ）に基づいて分類を行った報告はなく、今後対象者を考慮した心理教育の内容を検討する際に参考となる情報と考える。

2) 治療の必要性の認識につながる因子の特定

大うつ病エピソードと躁病エピソードの両場面で、ともに第一クラスターに属することが治療の必要性の認識と関係していた。従って、双極性障害の困難さを理解していることが、大うつ病エピソードのみならず躁病エピソードでも医療につなげる上で重要であることが示唆された。今後、心理教育の内容を検討するにあたっては、双極性障害は患者本人が病的な状態を認識し難いこと、周囲や患者本人の生活に負の影響を及ぼす可能性があること、治療は簡単ではないことを、正しい情報に基づいて理解を促すことが双極性障害の受診率の向上の一助となる可能性が考えられる。

4.3 研究の限界と今後の展開

本研究は横断的研究であり疾患認知状況等の時間的経過による変化は明らかではない。しかし、研究の主目的が大学生の認知状況の調査であることを考慮して研究デザインとして横断的研究を選択した。本研究の回答者全員の約8割

が心理系の所属であった。心理学と精神医学には接点が多く、一般の若年層と比較すると今回の調査対象者は精神疾患の基本的な知識を有していた可能性が考えられる。しかし、回答者の大半を1年生が7割占めていたことから、実際には一般の大学生の認知度と同様であった可能性も考えられる。また、今回調査を実施した大学は1施設であり、一般的な大学生の認知度を必ずしも反映していない可能性もある。また、調査対象者数は先行研究と比較すると少なく、加えて、双極性障害の認知度が半数以下であったため双極性障害に関する認知内容（疾患へのイメージ）での調査対象数が十分でなかった点も限界点としてあげられる。また、ロジスティック回帰分析におけるモデルの当てはまりの指標である NagelkerkeR² 乗の値は低く統計学的検討の結果の意義は低いと考える。

今後、若年層における双極性障害の認知状況を把握するためには、調査対象を拡大するなど更なる研究が必要となる。

5. 結論

本研究により、大学生の半数以上が双極性障害の疾患名を認知していないことが明らかとなり、最近の若年層においても疾患認知度が低いことが示唆された。また、双極性障害において極めて重要な問題である再発や自殺のリスクの高さ、躁病エピソードの治療の必要性が十分に認識されていない現状が示唆された。

第2節 [研究2]「簡易な個人心理教育」が実施された双極Ⅱ型障害に関する後方視的観察研究

1. 背景と目的

1.1 背景

双極性障害の治療は薬物療法を主体とするが、心理学的アプローチも重要となる(鷲塚・加藤, 2012)。しかし、我が国の現状では、双極性障害患者やその家族に対する心理学的治療が十分に提供されているとは言い難い。要因としては、精神科受診患者数の著しい増加(厚生労働省, 2011a)と限られた診察時間、経済的バックアップの少なさ等があげられる。治療効果の改善が期待できるひとつの方法として、心理教育があげられる。心理教育は精神疾患など受容しにくい問題を持つ人たちに、正しい情報を心理面に配慮をしながら伝え、心理・社会的な改善を図る心理療法的アプローチの一つである(浦田, 2004)。双極性障害患者が自身の疾患に向き合い、治療の有用性を認識し、治療アウトカムの向上を達成するために心理教育的アプローチは有効である。

双極性障害の心理教育的アプローチに関する最初の報告では、患者のペースに合わせて実施する個人心理教育が行われている(Perry et al., 1999)。心理教育の内容は2段階に分けられ、前半は気分症状が発現する前の兆候(前駆症状)を特定するための教育、後半は前駆症状を感じた時のアクションプラン作成とロールプレイが行われる。前駆症状の種類とタイミングを正確に特定するためには、専門的な知識と細部への配慮が必要不可欠であるため、実施者と患者への負荷が大きいことが想像できる。また、Colom et al. (2003a)らが報告した大規模無作為化臨床試験は、8から12人の患者を対象とする集団心理教育の実施であり、プログラムは全21セッション、1セッション90分の長期にわたるものである。セッションでは、実施者が疾患知識や服薬コンプライアンスなど幅広く専門的なトピックスの講義を担当し、更にグループディスカッションのファシリテーターを務めるなど多くの役割を担っている。

診察時間とマンパワーが限られている我が国の精神科医療の現状を鑑みると、このような体系的で負荷が大きいプログラムの実施することは容易ではない。そこで、我々は日本の臨床現場でも導入が容易で、且つ有用な心理教育的アプ

ローチを提案することは意義があると考えた。

1.2 研究の意義と目的

我々は、日本の臨床現場でも導入が容易な新たな心理教育である「簡易な心理教育」を考案し、双極Ⅱ型障害患者に適用した。その患者診療録を後方視的に検討することで、「簡易な心理教育」の有用性を探索的に検討することとした。

2. 方法

2.1 研究デザイン

本研究はA診療所における診療録を対象とした後方視的観察研究として行われた。

2.2 研究対象

X年Y月からX+1年Y+5月の期間の全診療録から、「簡易な心理教育」が行われた診療録を対象に、以下4つの組み入れ基準すべてに該当するものを対象とした (Figure 2-6)。

1) 双極Ⅱ型障害と診断されていた患者

米国精神科医学会が定めた「精神疾患の分類と診断の手引」第四版テキスト改訂版(DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000 高橋・大野監訳, 2003) に基づき、主治医により双極Ⅱ型障害と診断されていた患者

2) 「簡易な心理教育」が実施されていた患者

主治医の判断により双極性障害に関する「簡易な心理教育」が行われ、全セッションが終了していた患者。心理教育の目的や内容は主治医が患者に口頭で説明し、心理教育を希望する患者のみを対象に実施されていた。なお、「簡易な心理教育」の手法については後述する。

3) 「簡易な心理教育」の実施前後に評価が行われていた患者

心理教育実施前後に以下 4 つの評価がすべて実施されていた患者。

- ・ Clinical Global Impression-Severity Scale (CGI-S) (Guy, 1976)
- ・ 質問票
- ・ Internal State Scale (ISS) 日本語版 (稲田, 2005)
- ・ 気分傾向の客観的評価

4) 研究報告に関する同意が得られた患者

研究報告の同意が得られた患者のみを本研究の対象者とした。なお、同意取得は主治医により口頭ならびに文章で行われた。

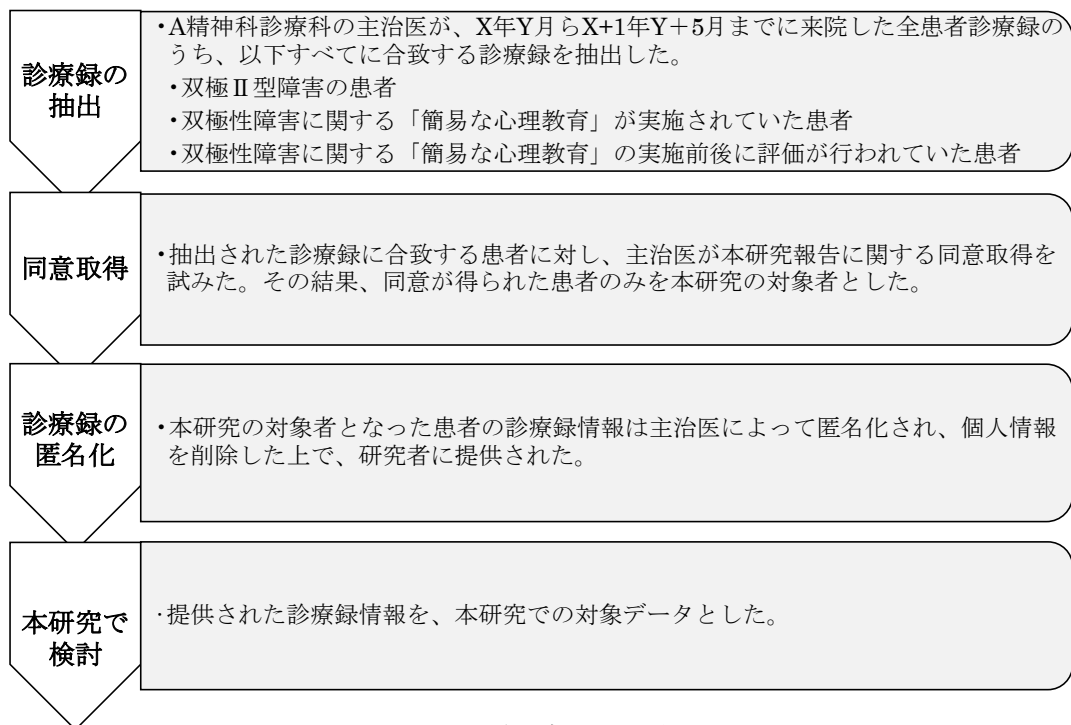


Figure 2-6 対象データの抽出手順

2.3 「簡易な心理教育」の手法

1) 考案した手法

今回考案した「簡易な心理教育」は、患者と心理専門職が1対1で実施する個人心理教育であり、テキストを交互に音読で読み合わせるという手法をであった。個人心理教育は、患者の診察日に実施可能で、且つ特別な場所を必要とし

ないなど実務的な負担が少なく、マンパワーや時間が限られる状況でも取り入れやすい形態である。また、テキストとして日本うつ病学会が作成した患者向け冊子(日本うつ病学会, 2013)を使用することにより特別な準備は不要で、且つ正確な疾患知識を患者に提供できると考えた。音読はその構音活動が文の理解を支える役割を持つ(高橋, 2013)ことから、相互の読み合わせは相互理解が得られる簡易な技法であることから取り入れた。

2) 実施形態

「簡易な心理教育」は、主治医による診察が開始される前の待ち時間を利用して、診療所内の個室で行われた。心理専門職 1 人と患者 1 人が机を挟む形で対面して座り、1 対 1 で実施した。担当する心理専門職は日によって異なったが、実施内容を診療録に記録することにより、進捗状況が次回のセッションに引き継がれた。1 回のセッションは約 20 分間であり、患者の状態に応じて無理のない時間で行われた。実施頻度は各患者の診察頻度に依存したが、通常 1 から 2 週間毎の実施であった。なお、「簡易な心理教育」は通院精神療法の枠内で行われているため、その実施にあたって必要な追加費用は発生していない。

3) 実施内容

「簡易な心理教育」では、双極性障害について書かれたテキストの音読による読み合わせを行った。使用されているテキストは、日本うつ病学会 双極性障害委員会が作成した「双極性障害(躁うつ病)とつきあうために」(日本うつ病学会, 2013)であった。本テキストは、双極性障害を持つ患者とそのご家族を対象とし、双極性障害を正しい理解を促すことを目的とした解説書である。テキストは 9 項目から構成されており全 24 ページである。双極性障害の症状、治療、原因といった幅広い内容が、一般にも分かりやすい語彙を用いて解説されている(Table 2-10)。テキストの読み合わせは、心理専門職と患者が交互に区切りの良いところまで音読するものとした。1 回のセッションで読み進むページ

数や音読の速度は、その時の患者の状態に合わせて無理のない範囲で行った。診察毎にセッションを繰り返し、最終的にテキストの全ページを読み終えるまで継続した。また、テキストは患者管理とし、家族も含め自宅で自由に読み進めることができた。患者から質問があった場合には支持的な受け答えに徹し、医学的質問は診察時に主治医に直接質問するように促した。

Table 2-10 テキスト(日本うつ病学会, 2013)の項目と概要

<p>1. 双極性障害(躁うつ病)だと気づくことが第一歩</p> <p>双極性障害は、単なる気分の浮き沈みではなく、激しい躁状態やうつ状態を繰り返す病気である。双極性障害とうつ病の鑑別診断は困難であり、うつ病のように見えて、実は双極性障害であるケースは少なくない。</p> <p>2. 双極性障害の症状を知ろう</p> <p>うつ状態は、抑うつや意欲低下等の症状が2週間以上継続する場合、躁状態は、気分高揚等の症状が1週間以上継続し、生活に大きな影響を及ぼす場合と定義される。また、軽躁状態では、躁と同様の状態が4日以上続き、社会生活に支障をきたさない程度である。また、混合状態は、躁とうつの症状が混ざった状態である。</p> <p>3. 双極性障害とつきあうために：患者さんご自身が心がけること</p> <p>双極性障害を治療せずに放置すると重症化するため、医学的な治療を定期的に受けることは重要である。また、患者が自分の状態をよく知り、生活のリズムを整えることによって、症状の安定化が期待できる。</p> <p>4. 双極性障害の治療薬の効果と副作用</p> <p>治療薬としては、気分安定薬、抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬が使用される。各々の状態に応じて、通常、以下のように使用される。</p> <p>躁状態＝気分安定薬、抗精神病薬 うつ症状＝気分安定薬、一部の抗精神病薬、抗うつ薬 予防＝気分安定薬、一部の抗精神病薬 不眠＝睡眠薬、一部の抗精神病薬</p> <p>5. 双極性障害の精神療法</p> <p>双極性障害に薬物療法が不可欠だが、精神療法を併用することで、治療効果高め、病気の経過や周囲との関係を改善することができる。精神療法の一つである対人関係・社会リズム療法では、躁状態やうつ状態の予防効果、うつ状態の治療効果、心理社会機能の改善効果等が示されている。</p> <p>6. ご家族へのお願い</p> <p>患者家族が双極性障害を理解し、治療をサポートすることは重要である。うつ状態では、干渉しすぎず、暖かく見守る姿勢が支えとなる。躁状態で暴力に至るような場合は、入院を考慮した早急な治療が必要である。また、患者本人が受診を拒む場合には、家族だけで受診することも考慮し、家族で問題を抱え込まないことが大事である。</p> <p>7. 双極性障害の原因</p> <p>双極性障害では、脳内の神経伝達物質のバランスが乱れていると考えられている。疾患の原因は明確ではないが、遺伝子、環境、性格等の要素が関係していると考えられている。</p> <p>8. 双極性障害の診断・治療に専門的に取り組んでいる医師の見つけ方</p> <p>双極性障害の治療を専門とする医師は、精神科医である。症状の程度によって、近所のメンタルクリニックや、精神科病院の受診が勧められる。また、保健所のケースワーカーや、担当保健師への問い合わせが有効な場合がある。</p> <p>9. 双極性障害に関する研究について</p> <p>双極性障害の治療は確立しているにもかかわらず、原因は充分解明されていない。そのため、脳が関係した病気であるにも関わらず、単なる心の問題のように受け取られる。原因究明や、適切な治療や診断を確立するためには、精神医療に携わる者が責任を負って研究を推進する必要がある、患者や患者家族の協力も必須である。</p>

4) 評価方法

以下 4 つの手法を用いて評価が行われていた。

(1) CGI-S

社会適応を考慮した患者の疾患重症度を主治医が評価するために CGI-S が使用されていた。CGI-S は、Guy(1976)が発表してから 40 年以上経つが、現在も世界的に幅広く使用されている評価尺度である。多くの臨床精神薬理的な研究において総括的な評価尺度として利用されており、対象は精神疾患全般に及ぶ。主として医師が、患者の疾患重症度の評価するために利用しており、1 (正常)、2 (ごく軽度)、3 (軽度)、4 (中等度)、5 (やや重度)、6 (重度)、7 (最も重症) の 7 段階で印象に基づいて評価を行う。評価は簡便であり、非常に短時間で出来ることが特徴である。

(2) 質問票

疾患の理解度を評価するための方法として質問票を使用されていた。質問票は「簡易な心理教育」のテキストの内容に沿って自作した自己記入式の質問紙であった。双極性障害に関する理解度を評価するための全 13 項目の質問で構成されており、評価は、理解が不十分の場合には 1 点：「全くそう思わない」、理解が十分の場合に 10 点：「全くそう思う」になるように設計されている

(Figure 2-7)。患者の協力を得られたセッションの開始前に心理専門職が患者に質問票を手渡し、回答を依頼していた。回答は任意であった。

	← 全くそう思わない → 全くそう思う →									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. 私は病気を罹っている。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. 私の困っていることは、病気の症状である。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. 私は自分の病名を知っている。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. この病気は珍しいものではない。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. 「眠らないでも仕事などバリバリ出来る 病気の症状が出ている状態である。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. 「憂うつで死にたくなるような気持が続く 病気の症状が出ている状態である。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. この病気は、長期にわたって予防治療が必要である。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. この病気には薬が効く。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. この病気には対人関係療法が効く。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. この病気には生活リズムを整えることが大切である。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. この病気では、脳内の神経伝達物質の不調が起きている。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. この病気には、遺伝因子、環境因子等が関係している。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. 必要時には、適切な福祉制度を利用すべきである。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1-3: 病識カテゴリー、4-6: 罹病率・症状カテゴリー、7-10: 治療カテゴリー、11-12: 原因カテゴリー

Figure 2-7 質問票

(3) ISS 日本語版

気分傾向の主観的評価として ISS が用いられ、患者の状態が平常気分、抑うつ、躁／軽躁、混合の 4 つに分類された。ISS は、躁症状とうつ症状を同時に評価するために、Bauer らによって開発された自己記入式評価尺度である (Bauer et al., 1991)。全 17 項目 (15 項目版も存在する) の質問で構成されており、評価は、100mm の Visual Analog Scale (VAS) 上で、症状の重症度と頻度について行う。各項目は、行動パターンの評価というよりはむしろ、自己知覚の測定となるように設計されている。ISS は、客観的な躁病評価尺度である Young Mania Rating Scale や、自己記入式評価尺度である Self-Report Manic Inventory と高い相関性があることが報告されている (Cooke, Krüger, & Shugar, 1996)。ISS 日本語版は、2005 年に公表されている (稲田, 2005)。また、ISS は、活動量、Well-being、知覚された葛藤、抑うつ指標の 4 つの下位尺度から構成されており、4 つの下位尺度から ISS scoring algorithm を用いて患者の気分の状態を平常気分、抑うつ、躁／軽躁、混合状態の 4 つに分類することができる (Bauer, Vojta, Kinosian, Altshuler, & Glick, 2000) (Table 2-11)。ISS 日本

語版は、質問票と同様に患者の協力を得られたセッションの開始前に心理専門職が患者に手渡し、回答を依頼した。回答は任意とした。本研究では、ISS 日本語版の VAS 上に患者が○を付けた部分を 10 点区切りで各評価時のスコアとした。

Table 2-11
ISS scoring algorithm

分類	下位尺度の合計点	
	活動量	Well-Being
気分安定	< 155	≥ 125
躁／軽躁	≥ 155	≥ 125
混合	≥ 155	< 125
抑うつ	< 155	< 125

(4) 気分傾向の客観的評価

主治医が、患者の気分の状態を前述の ISS scoring algorithm に準じて気分安定、躁／軽躁傾向、混合傾向、抑うつ傾向のいずれかから判断し、客観的評価としていた。患者は寛解期にあったため、寛解の範囲内における気分変動の傾向として上記の分類を行っていた。すなわち、この気分の傾向はあくまで寛解期で認められる気分の揺れ幅の範囲内であり、病状の再燃・再発を意味するものではない。

2.3 本研究の評価項目

主要評価項目と副次評価項目を以下のとおり設定した。

1) 主要評価項目

主要評価項目は、「簡易な心理教育」開始前後における社会適応を考慮した患者の疾患重症度の変化とした。社会適応を考慮した患者の疾患重症度の指標は、CGI-S スコアとし、セッション 1 から最終セッションへの CGI-S スコアの変化を評価した。

2) 副次評価項目

副次的評価項目は、以下 3 点とした。

(1) 疾患の総理解度の変化

「簡易な心理教育」開始前後における疾患の総理解度の変化を、副次的評価項目とした。疾患の総理解度の指標は、質問票の合計スコアとし、セッション 1 から最終セッションへの、質問票の合計スコアの変化を評価した。

(2) 疾患のカテゴリー別理解度の変化

「簡易な心理教育」開始前後における疾患のカテゴリー別理解度の変化を、副次的評価項目とした。疾患のカテゴリー別理解度の指標は前述の質問票の項目を、病識（項目 1 から 3）、有病率・症状（項目 4 から 6）、治療（項目 7 から 10 及び 13）、原因（項目 11 及び 12）の 4 つのカテゴリーに分け（Table 2-12）、各カテゴリーの合計スコアとした。セッション 1 から最終セッションへの、各カテゴリー別合計スコアの変化を評価した。

Table 2-12
質問票のカテゴリー別分類

カテゴリー	項目
病識	1. 私は病気を罹っている。
	2. 私の困っていることは、病気の症状である。
	3. 私は自分の病名を知っている。
有病率・症状	4. この病気は珍しいものではない。
	5. 「眠らないでも仕事などバリバリ出来る」は、病気の症状が出ている状態である。
	6. 「憂うつで死にたくなるような気持が続く」は、病気の症状が出ている状態である。
治療	7. この病気は、長期にわたって予防治療が必要である。
	8. この病気には薬が効く。
	9. この病気には対人関係療法が効く。
	10. この病気には生活リズムを整えることが大切である。
	13. 必要時には、適切な福祉制度を利用すべきである。
原因	11. この病気では、脳内の神経伝達物質の不調が起きている。
	12. この病気には、遺伝因子、環境因子等が関係している。

(3) 気分傾向の主観的評価と客観的評価の相違

「簡易な心理教育」開始前後における、気分傾向の主観的評価と気分傾向の客観的評価の比較を副次的評価項目とし、セッション1および最終セッションにおける両評価の比較を行った。

2.4 統計解析

セッション1と最終セッションにおける CGI-S スコア、質問票の合計スコア、質問書のカテゴリー別合計スコアの比較は1標本の t 検定で行った。有意水準は両側 5%とした。統計処理には IBM SPSS Statistics 21 を使用した。

2.5 倫理的配慮

本研究報告については、患者本人に口頭および書面で説明を行い、患者本人の書面同意を得た。また、本研究は、「関西学院大学 人を対象とした臨床・調査・実験研究」倫理委員会の承認を得ている（受付番号：2013-01）。

3. 結果

3.1 対象者背景

診療録調査の結果、5例が組み入れ基準を満たした。その背景を Table 2-13 に示す。本研究の対象患者は5例であり、全例が女性であった。年齢（平均±標準偏差）は 56.8 ± 20.6 歳であった。精神科における初診時診断は、うつ病またはうつ状態が4例、不明が1例であった。精神科初診から双極性障害の診断までに要した期間（平均±標準偏差）は、 6.7 ± 10.0 年、双極性障害の診断から当心理教育が開始されるまでの期間（平均±標準偏差）は、 1.8 ± 2.1 年であった。また、心理教育開始時の CGI-S（平均±標準偏差）は、 4.8 ± 1.1 であった。セッション回数（平均±標準偏差）は、 8.6 ± 1.8 回であった。なお、全ての患者において、精神科処方や精神科福祉制度の利用は心理教育開始前と開始後で変化はなかった。

Table 2-13

対象者背景

症例	性別	年齢 (歳)	精神科初診時診断	精神科初診から双極性障害診断までの期間 (年)	双極性障害診断から心理教育開始までの期間 (年)	心理教育開始時 CGI-S	セッション回数 (回)
1	女	64	うつ病	24.4	0.6	5	9
2	女	34	うつ病	3.8	2.7	5	8
3	女	70	うつ状態	2.2	5.0	3	6
4	女	26	うつ状態	2.7	0.3	6	11
5	女	67	不明	0.2	0.3	5	9

3.2 評価項目の結果

1) 主要評価項目

CGI-S のスコアは、セッション 1 から最終セッションにかけて、症例 1 では 5 から 2、症例 2 では 5 から 3、症例 3 では 3 から 2、症例 4 では 6 から 4、症例 5 では 5 から 2 に変化していた (Figure 2-8)。CGI-S のスコアの平均±標準偏差は、セッション 1 では 4.8 ± 1.1 であったが、最終セッションでは 2.6 ± 0.9 となり有意な変化が認められた ($t = -5.9$, $df = 4$, $p < 0.01$)。

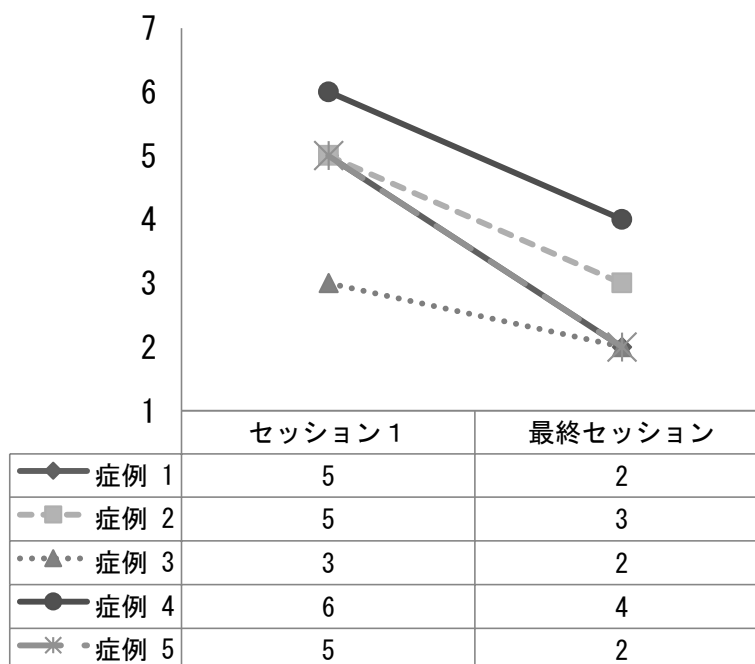


Figure 2-8 CGI-S スコアの変化

2) 副次的評価項目

(1) 疾患の総理解度の変化

質問票の合計スコアは、セッション 1 から最終セッションにかけて、症例 1 では 109.0 から 126.0 に、症例 2 では 123.0 から 126.0 に、症例 3 では 100.0 から 121.0 に、症例 4 では 93.0 から 118.0 に、症例 5 では 90.0 から 118.0 に全員変化していた (Figure 2-9)。質問票の合計スコアの平均±標準偏差は、セッション 1 では 103.0±13.4、最終セッションでは 121.8±4.0 であり、統計学的な有意差が認められた ($t=4.3$, $df=4$, $p=0.01$)。

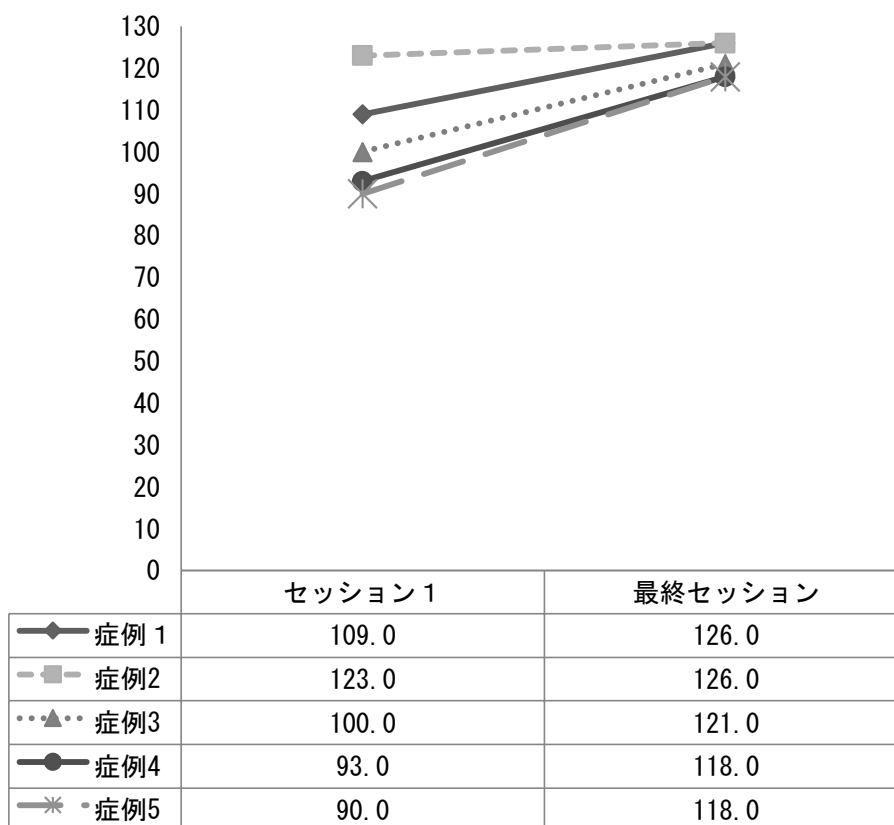


Figure 2-9 質問票の合計スコアの変化

(2) 疾患のカテゴリー別理解度の変化

病識カテゴリーの合計スコアは、セッション1から最終セッションにかけて、症例1では30.0から26.0に、症例4では22.0から24.0に、症例5では24.0から20.0に変化していたが、症例2、症例3では変化は見られなかった (Figure 2-10)。病識カテゴリーの合計スコアの平均±標準偏差は、セッション1では26.8±3.6、最終セッションでは26.3±3.6であり、統計学的に有意な変化は認められなかった ($t=-1.0$, $df=4$, $p=0.37$)。

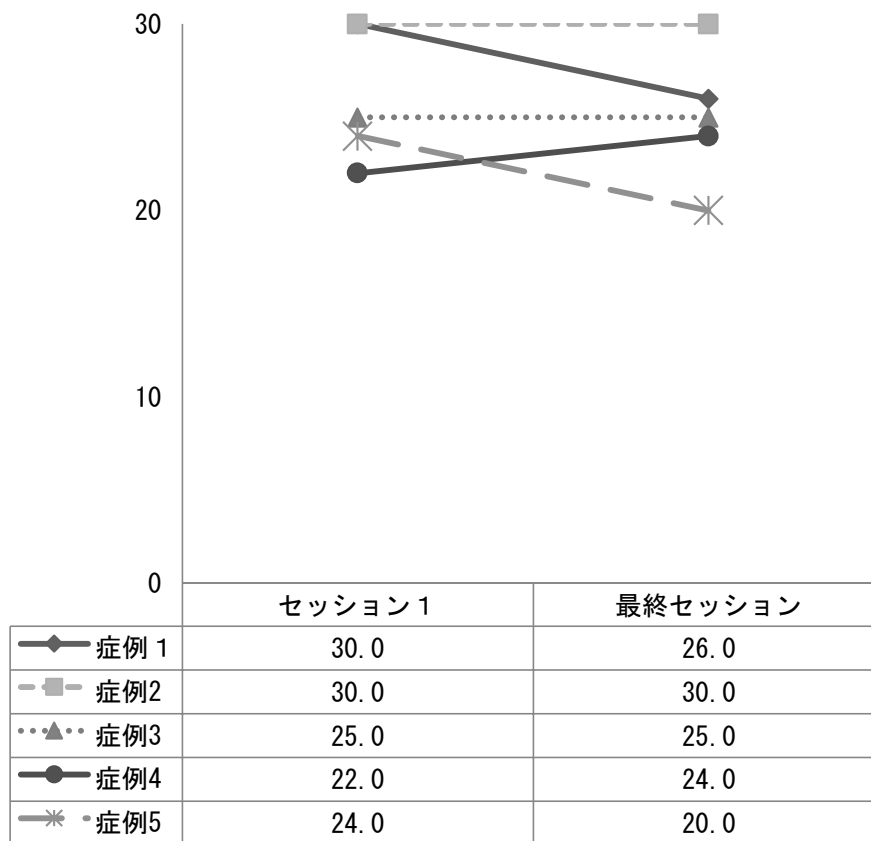


Figure 2-10 病識カテゴリーの合計スコアの変化

有病率・症状カテゴリーの合計スコアは、症例1では23.0から30.0に、症例2では30.0から26.0に、症例3では22.0から30.0に、症例4では18.0から30.0に、症例5では18.0から30.0に変化していた(Figure 2-11)。有病率・症状カテゴリーの合計スコアの平均±標準偏差は、セッション1では22.2±4.9、最終セッションでは29.2±1.8であり、統計学的に有意な変化は認められなかった($t=2.4$, $df=4$, $p=0.08$)。

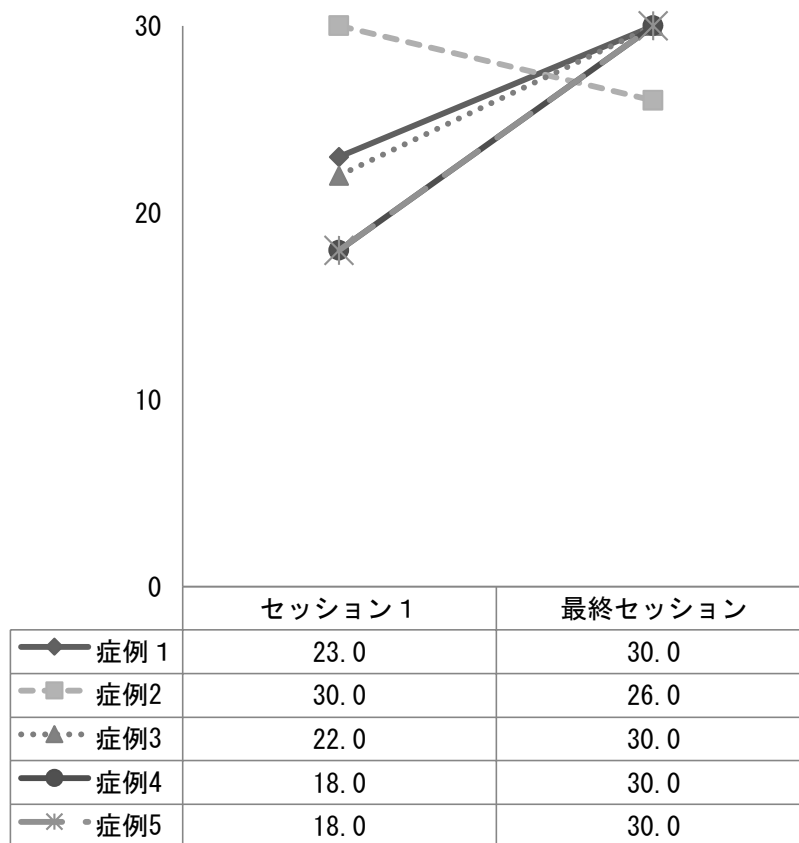


Figure 2-11 有病率・症状カテゴリーの合計スコアの変化

治療カテゴリーの合計スコアは、セッション1から最終セッションにかけて、症例1では42.0から50.0に、症例2では43.0から50.0に、症例3では40.0から46.0に、症例4では36.0から44.0に、症例5では36.0から48.0に変化していた (Figure 2-12)。治療カテゴリーの合計スコアの平均±標準偏差は、セッション1では 39.4 ± 3.3 、最終セッションでは 47.6 ± 2.6 であり、統計学的に有意な変化が認められた ($t=8.0$, $df=4$, $p<0.01$)。

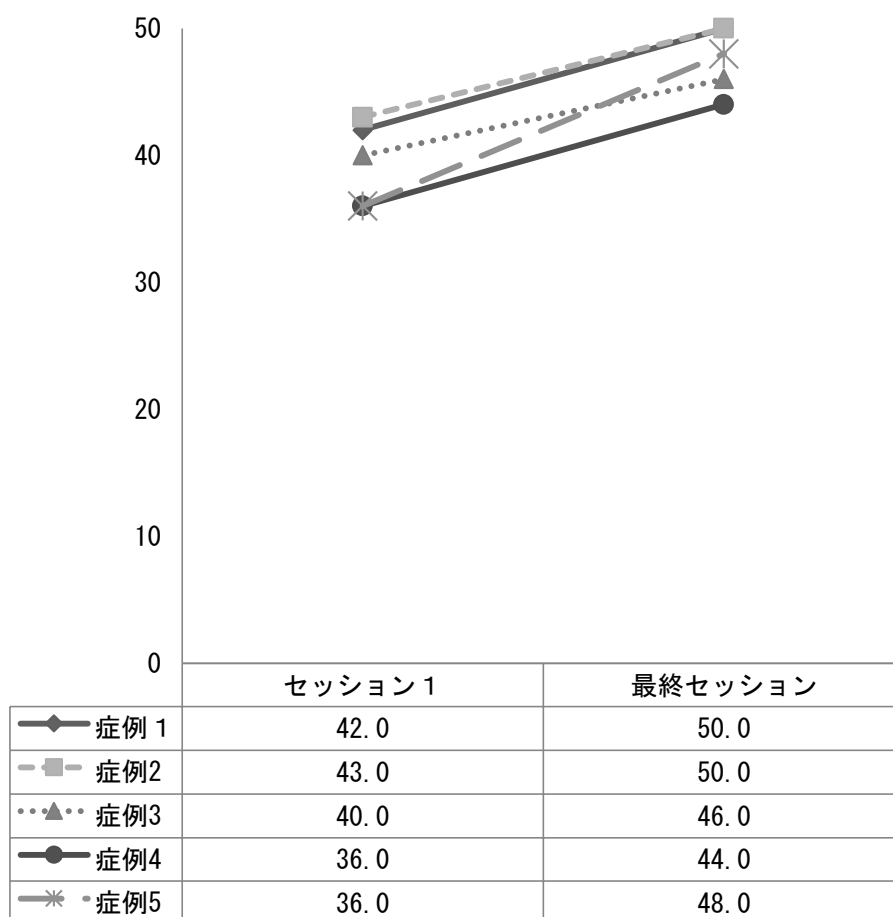


Figure 2-12 治療カテゴリーの合計スコアの変化

原因カテゴリーの合計スコアは、セッション 1 から最終セッションにかけて、症例 1 では 14.0 から 20.0 に、症例 3 では 13.0 から 20.0 に、症例 4 では 17.0 から 20.0 に、症例 5 では 12.0 から 20.0 に変化し、症例 2 では 20.0 から変化していなかった (Figure 2-13)。原因カテゴリーの合計スコアの平均±標準偏差は、セッション 1 では 15.2±3.3、最終セッションでは 20.0±0.0 であり、統計学的に有意な変化が認められた ($t=3.3$, $df=4$, $p=0.03$)。

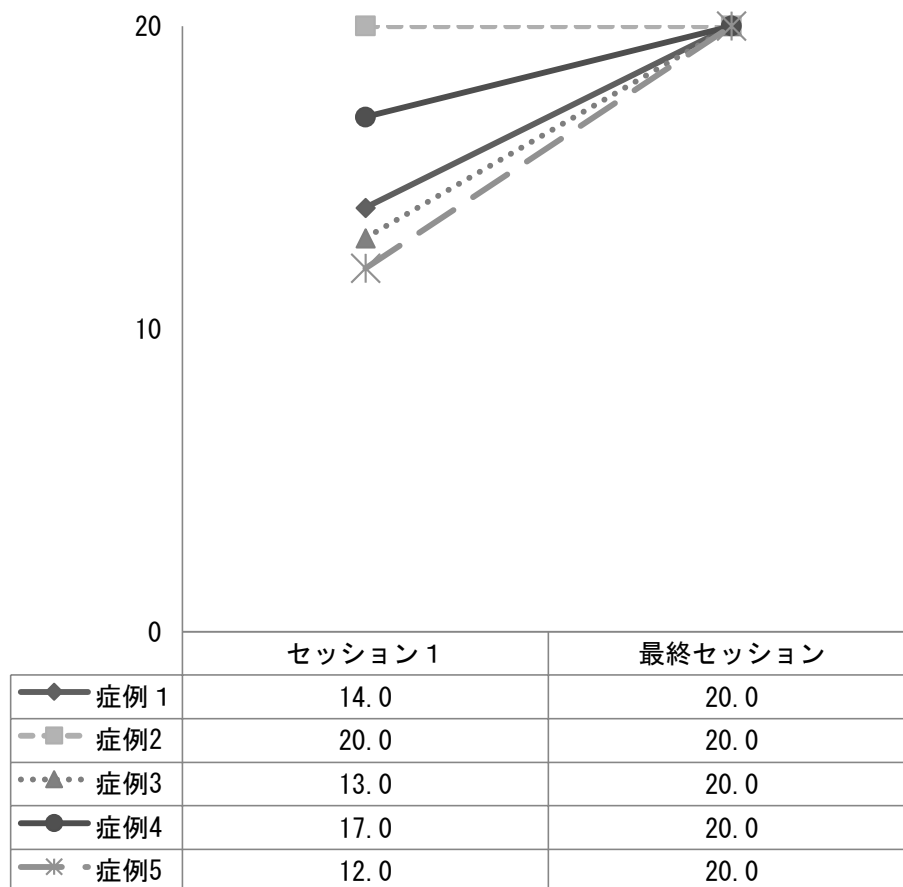


Figure 2-13 原因カテゴリーの合計スコアの変化

(3) 病状の主観的評価と客観的評価の相違

セッション 1 における主観的評価と客観的評価を比較すると、症例 1 では主観的評価が混合傾向、客観的評価が躁/軽躁傾向で、症例 2 では主観的評価が抑うつ傾向、客観的評価が躁/軽躁傾向で、症例 3 では主観的評価が平常気分、客

観的評価が躁/軽躁傾向、症例 4 では主観的評価が抑うつ傾向で客観的評価が混合傾向、症例 5 では主観的評価が平常気分、客観的評価が躁/軽躁傾向であった。すなわち、セッション 1 では、主観的評価と客観的評価が、全例が不一致であった (Table 2-14)。

最終セッションにおける主観的評価と客観的評価を比較すると、症例 1 では主観的評価と客観的評価がともに躁/軽躁傾向、症例 2 では主観的評価が抑うつ傾向で客観的評価は躁/軽躁傾向、症例 3 では主観的評価は混合傾向で客観的評価は躁/軽躁傾向、症例 4 では主観的評価と客観的評価がともに混合傾向、症例 5 では主観的評価は抑うつ傾向で客観的評価は平常気分であった。すなわち、症例 1 と症例 4 の 2 例において主観的評価と客観的評価が一致した (Table 2-15)。

Table 2-14
気分傾向の主観的評価と客観的評価の相違

	セッション 1		最終セッション	
	主観的評価	客観的評価	主観的評価	客観的評価
症例 1	混合傾向	躁/軽躁傾向	躁/軽躁傾向	躁/軽躁傾向
症例 2	抑うつ傾向	躁/軽躁傾向	抑うつ傾向	躁/軽躁傾向
症例 3	平常気分	躁/軽躁傾向	混合傾向	躁/軽躁傾向
症例 4	抑うつ傾向	混合傾向	混合傾向	混合傾向
症例 5	平常気分	躁/軽躁傾向	抑うつ傾向	平常気分

4. 考察

本研究結果より、寛解期にある双極Ⅱ型障害を対象に「簡易な心理教育」(以下本心理教育)を実施することにより、疾患理解が進み、社会適応の改善する可能性が示唆された。

4.1 対象者考察

本研究の対象とした抽出された5例はすべて主治医により本心理教育の導入が可能と判断される程度に気分症状が安定していた双極性障害患者であった。しかし、心理教育開始前の平均 CGI-S は 4.8 と中等度以上のスコアであった。CGI-S は、社会適応を考慮した患者の疾患重症度の評価として使用されているため、本研究の対象者は気分症状は安定しているものの、社会適応は不良であった患者と言える。双極性障害における社会機能に関してはいくつかの研究報告がある。双極性障害患者の心理社会的機能に関する研究結果をレビューした結果では、30 から 60%の患者は機能を完全には取り戻していないと報告されている (MacQueen, Young, & Joffe, 2001)。さらに、患者がたとえ寛解期であっても、機能障害が存在することも指摘されており (Fagiolini et al., 2005)、気分安定状態が 2 年以上持続していた患者でも広範囲な機能障害を有していたとの報告がある (Coryell et al., 1993)。本研究の対象患者もこれら既報と同様に、気分症状は安定していたにも関わらず社会適応は良好といえず、心理的なサポートが必要な状態であったと言える。

本研究の対象患者は全員、女性の双極 II 型障害であった。双極 II 型障害は軽躁状態を来す双極性障害であり、通常、入院治療を必要としない。そのため、双極 II 型障害は双極 I 型障害と比較して、病床を有しない精神科診療所で診察される割合が高いと考えられる。本研究の対象は、精神科診療所の患者であったため、全例が双極 II 型障害となったのかもしれない。また、双極 II 型障害では、女性の割合が高いとの報告があり (Difflorio, & Jones, 2010)、対象者全員が女性となったことを一部説明できるかもしれない。また、対象患者の平均年齢は 56.8 歳であった。しかし、26 歳から 70 歳と年齢にはばらつきが見られた。すなわち、本研究結果は例数が限られるものの、比較的若年から高齢者までを対象とした結果が網羅されていると考える。

精神科における初診時診断は、5例中4例がうつ病またはうつ状態であった。双極性障害では初診時にうつと診断される人は多く (Ghaemi et al., 2000)、本研究でも同様の傾向にあった。また、精神科における初診時診断から双極性障害の診断までに要した平均期間は6.7年であり、5例中4例が2年以上経過していた。これは、双極性障害の診断に至るまでに2年以上を要した割合が72%であったとの米国の調査 (Hirschfeld et al., 2003) と同様に、双極性障害の診断の困難さを示している。すなわち、本研究対象者は、双極性障害の診断に至るまで長期間を要した患者が多く含まれ、診断にいたるまでに複雑な経過を辿ったことが推測される。次に、双極性診断と診断されてから、心理教育が開始されるまでの平均期間は1.8年、幅は0.3から5.0年であった。この期間は双極性障害の薬物治療が開始され、心理教育の導入が可能な程度に症状が安定するまでに要した期間と考えられる。しかし実際には、施設として心理教育を導入する前に寛解状態に至っていた患者も含まれるため、結果の解釈は困難である。また、セッションの平均回数は8.6回であり、幅は6から11回と大きな差は見られなかった。通常、心理教育は週1回のペースで行われたため、約2か月で全セッションが終了したと言える。セッション回数が最多であった症例4は、気分が乗らないとの本人の訴えにより読み進むスピードを落としたセッションが数回含まれたため、全体のセッション回数が増えたと考えられた。しかし、最終的には全セッションを完了し、CGI-Sも改善していることから、個人心理教育は患者本人のペースに合わせて進めることが可能であることも利点のひとつといえる。

以上より、本研究の対象は、寛解期にある双極Ⅱ型障害であり、気分症状は安定しているものの、社会適応は良好と言えない患者であったと考えられた。

4.2 評価項目の考察

1) 主要評価項目

本心理教育実施後に全例で CGI-S スコアの改善が認められていた。本心理教育実施始前の平均 CGI-S は 4.8 と中等度からやや重度の範囲であったが、心理教育導入後は 2.6 と、ごく軽度から軽度の間にまで改善していた。CGI-S は、気分症状に加え、家族や友人との人間関係などの社会適応を考慮して主治医が用いていた。したがって、対象患者は心理教育を通じて人間関係を安定に保つなどの社会適応能力を身につけた可能性が示唆された。

双極性障害を対象とした心理教育の有効性を、社会適応や社会機能を指標として評価した研究は数件報告されている。集団心理教育を行った研究結果から双極 II 型患者のデータを抜粋して事後解析を行ったところ、対照群と比較して就労状況、社会適応が改善していたと報告 (Colom et al, 2009a)、心理教育群は対照群と比較して家族関係等の社会機能が有意に改善したとの報告 (Kurdal, Tanriverdi, & Savas, 2013) がある。一方、16 セッションの集団心理教育を行う群と行わない群を比較したところ、機能面での変化について有意な群間差は認められなかったとの報告もある (de Barros Pellegrinelli et al., 2013)。

このように既報の結果にはばらつきがあるものの、特に双極 II 型障害では社会機能と生活の質の障害が顕著であるとの報告があり (Albert, Rosso, Maina, & Bogetto, 2008)、双極 II 型障害に個人心理教育を導入することにより、社会適応が改善することを示唆した本研究の結果は意義があると考えられる。

2) 副次的評価項目

(1) 疾患の総理解度の変化

本心理教育実施後に、全例で質問票の合計スコアが有意に改善していた。従って、本心理教育の導入により、双極性障害に関する総合的な理解が進み、正しい知識を習得できる可能性が示唆された。双極性障害を対象とした心理教育導入後に、疾患や治療に対する患者の知識や態度が改善するとの論文報告はあるが、いずれも集団心理教育の結果である (Rouget, & Aubry, 2007)。今回の研

究では、簡易な個人心理教育であっても双極性障害の知識の習得が可能であることを示唆できたことは意義があると考えられた。

(2) 疾患のカテゴリー別理解度の変化

質問票の病識カテゴリーの合計スコアは、本心理教育導入前後で統計学的な有意な改善が認められなかった。したがって、心理教育のみでは病識の改善は困難である可能性が考えられた。心理教育では病識は改善しなかったと報告 (Smith et al., 2011) や、双極 I 型患者と比較して双極 II 型患者では病識が低いとの報告 (Pallanti et al., 1999) があることから、双極 II 型障害の病識を改善するには、心理教育のみでは困難であること可能性が考えられた。また、使用テキストでは軽躁状態に関する具体的記述が少なく、双極 II 型患者が病識を取得することは困難であったことも一因と考えられた。

有病率・症状カテゴリーの合計スコアは、本心理教育導入前後で統計学的な有意な改善が認められなかった。しかし、5 例中 4 例が最終セッションで満点であり、平均スコアも数値的に改善していた。したがって、本心理教育導入により、双極性障害の有病率・症状に関する理解が進むことが示唆されたと考えられた。スコアが低下した症例 2 は本心理教育導入時には満点であったが、最終セッションではスコアが若干低下した。一因として、心理専門職との信頼関係が構築されたことにより正直な回答するようになったことが考えられた。

治療カテゴリーの合計スコアは心理教育導入前後で全例が改善し、統計学的な有意な改善が認められた。したがって、本心理教育の導入により双極性障害の治療に関する理解が進むことが示唆された。双極性障害患者の服薬中断理由には、病気は治った、薬なしでもやっていける、効果がない、副作用への不安、依存の恐怖心が上位にあげられており (Eker, & Harkin, 2012)、服薬の重要性や期待される効果や副作用のリスクなど、治療薬の知識を是正することにより治療コンプライアンスが改善する可能性が考えられる。海外の無作為化臨床試

験でも、心理教育導入により治療コンプライアンスが改善し (Eker, & Harkin, 2012)、さらには再発率が低下したとの報告がある (Colom et al., 2003a)。したがって、患者自身が治療の重要性を理解することは、双極性障害の長期的治療の観点から意義があると考えられる。

原因カテゴリーの合計スコアは本心理教育導入前後で全例が改善し、最終セッションでは全例が満点となった。したがって、本心理教育の導入により双極性障害の原因に関する理解が進むことが示唆された。使用テキストの原因に関する項目には科学的な用語が多く含まれているものの、一般にもわかりやすく解説されているため、患者は新たな知識として習得しやすかったことが推測された。患者自身が双極性障害を一時的な気分の変調としてとらえるのではなく、生物学的な基盤を有する慢性疾患として認識することは長期的な自己管理の面から必要とされる。そのため、本心理教育の実施により、双極性障害の原因を理解が進んだことは、臨床的に重要であると考えられた。

(3) 病状の主観的評価と客観的評価の相違

セッション 1 では、主観的評価と客観的評価は全例で不一致であったが、最終セッションでは 2 例で一致していた。従って、本心理教育の導入により、一部の患者では自己の気分傾向を正確に捉える可能性があることが示唆された。

現時点では、寛解状態にある双極性障害患者の気分傾向に関する自他覚評価を検討した論文報告は見当たらない。しかし、躁状態にある患者では客観的機能評価尺度である Global Assessment of Functioning (GAF) スコアは 39.0 と深刻であったが、QOL の自己評価尺度である World Health Organization Quality of Life, short version (WHOQOL-BREF) のスコアは健康人と同等であり、GAF スコアと WHOQOL-BREF スコアとの間には有意な負の相関が認められたと報告し (Fagiolini et al, 2005)、自他覚評価のずれを指摘している。

今回、本心理教育導入により自己の気分傾向を正確に捉える可能性が示唆さ

れたが、一方では病識カテゴリーの合計スコアは変化せず、病識の改善には至らなかった。したがって、本心理教育の実施のみでは完全に病識を持つことは困難であるものの、寛解状態の範囲内における気分傾向を患者自身が正確に捉える可能性があることが示唆された。

したがって、今回の研究結果は、患者のみならず実施者の負担も少ない個人心理教育の有用性を示しており、意義あるものと考えられた。

4.3 心理教育の手法に関する考察

本心理教育が社会適応の改善や疾患理解の向上といった点で有用であった要因として、個人心理教育という形態、実施時間、使用テキスト、音読、読み合わせといった5点が考えられる。以下に各要因について考察する。

1) 個人心理教育

本心理教育は、心理専門職と患者が1対1で行う個人心理教育であった。個人心理教育は、集団心理教育の際に必要な患者同士のスケジュール調整や、適切な広さの部屋の確保をする必要がなく、実務的な障害が少ない。また、患者のペースに合わせて心理教育を進めることができる自由度の高さも利点のひとつである。一方、集団心理教育では患者同士の発言のやりとりや相互作用によって、学ぶ機会が得られることが利点としてあげられる。個人心理教育と集団心理教育を比較した報告はないが、臨床現場における実務的な負担や、患者の状況の応じた対応が可能である点を考慮すると、個人心理教育を選択するメリットは大きいと考える。実際、期間中に本心理教育が導入された症例は、全例すべてのセッションが終了していた。

2) 実施に要した時間

本心理教育は、診察の待ち時間に実施したことにより、時間的且つ費用的な側面で患者にかかる負担が少なかった。

本心理教育1回のセッションは約20分間、全セッション回数は6から11回

であり、主治医との診察前の待ち時間を利用して実施された。双極性障害における代表的な心理教育は Colom et al(2003a)が実施した1セッション90分、全12セッションのコースであるが、近年では、短時間で完了する心理教育の試みが報告されており、Colomらの教育内容を参考にしながら1セッション50分、全8セッションに短縮した手法(Javadpour, Hedayati, Dehbozorgi, & Azizi, 2013)が有用との報告もある。本心理教育では、これまでの研究と比較すると短時間で完了することが可能であった。さらに、通院精神療法の枠内で行われているため、心理教育のための追加費用は発生していなかった。そのため、時間のみならず経済的な面での負担が少なかったと考えられた。

3) 使用テキスト

本心理教育で用いたテキストも、患者の正しい理解を促す上で重要な要素であったと考える。今回用いたテキストは日本うつ病学会が作成した患者用資料(日本うつ病学会, 2013)であった。日本うつ病学会は、うつ病や双極性障害など気分障害に関する臨床、研究、教育、保健に従事する者を会員とする学術団体であり、双極性障害委員会や自殺対策委員会などの分野別の活動が盛んである。テキストは、双極性障害委員会が患者およびその家族を対象に双極性障害を正しい理解を促すことを目的に作成されており、ウェブサイト上で無料公開されている。また、新薬の登場などのタイミングで都度更新されており、最新の情報が網羅されていること、双極性障害の症状、治療、原因といった幅広い内容が一般にも分かりやすい語彙で解説されていることが利点である。成書でも心理教育に用いる資料として紹介されており(加藤, 2011)、双極性障害の心理教育に適した資料と思われた。一方、躁状態と比較すると、軽躁状態に関する具体的な記述がやや少なかったことは、双極Ⅱ型障害患者が軽躁状態を理解するうえでは不十分であった可能性がある。

4) 音読

本心理教育では、音読という簡易なコミュニケーション方法を用いた。これまで、心理教育に音読を取り入れたとの報告は見当たらない。しかし、音読による構音活動が文の理解を支える役割を持つことや、読み手の認知資源の多寡にかかわらず読解成績を保つことができるなどの利点が知られており(高橋, 2013)、本心理教育でも音読がテキスト内容の理解を深め、疾患理解の一助を担った可能性が考えられる。また、認知症患者における認知リハビリテーションの分野では、音読を取り入れた教育課題の実施後に、認知機能の改善や対人的なコミュニケーション能力が認められたとの報告(川島, 2010; 大川・吉田・土田, 2007)等が散見される。また、音読が脳の生理的機能に及ぼす影響については、光トポグラフィーによる評価が行われており、音読課題により前頭前野の脳血流が増加したこと示されている(川島, 2010)。本研究では、脳機能測定は実施しておらず脳機能の変化は不明ではあるが、音読が脳の前頭前野の賦活を促し、テキスト内容の理解促進に寄与したことも考えられるかもしれない。

5) 読み合せ

本心理教育では、患者と心理専門職がテキストの互いに読み合わせるという技法を取り入れた。読み合わせは、相互に理解を深め、新たな気づきを生み出す技法として勉強会や教育の現場で一般的に活用されている。医療の現場でも、インフォームド・コンセントや指示書、勉強用資料を説明する際に、患者と医療者が相互に読み合わせることで、患者の意識向上やコミュニケーションを深めるといった試みが行われている(蔵本・福木・堀・長本・多久, 2009; 西脇他, 2007; 塩屋他, 2006)。また、児童を対象とした読書療法に読み合わせを取り入れたところ、社会適応が養われ、精神の安定度が高まったとの報告(増田, 2005)もあり心理学的アプローチの一技法としての効果も期待できる。音読と同様に、読み合わせという技法を心理教育に取り入れたとの報告は見当たらず、今回は初めての取り組みと言える。読み合わせは心理教育の経験をもたない心

理専門職であっても実施可能であり、患者に与える負荷も小さいため導入が容易で効率的な心理教育の技法となり得る可能性があると考ええる。

4.4 研究の限界と今後の展開

本研究は、後方視的観察研究として行われた診療録調査であり、対照群は設定していない。対象患者は5例にとどまり、症例検討の域をでない探索的研究となった。そのため、研究結果の解釈には注意を要する。有効性についての科学的にエビデンスレベルの高い研究としては、無作為化比較対照試験（RCT）を実施することが必要であろうが、本研究の目的は精神科診療所で実施されている個人心理教育の現実的な有用性を検討することであり、その点においてはリアルワールドエビデンスが得られる後方視的観察研究デザインを採用することが適切であると考えた。また、RCTによる臨床試験を実施する事を考えると、統計学的検討に耐えうる症例データの収集、試験を適切に行うためのコーディネーターの設置、患者への補償・賠償問題の検討、適切な倫理委員会への検討依頼等の準備や実施が必要となる。精神科診療所においてこれらの項目をすべて整え、必要なリソースを確保することは、実現可能性を考慮すると困難であることが想像に難しくない。

全対象患者は、心理教育の実施に同意し、且つ本研究の発表にも同意したという点から、治療に積極的な患者群であったというバイアスが存在する。また、疾患理解度の評価に用いた質問票は自作資料であり信頼性および妥当性は確立していない。さらに、最終評価は心理教育実施直後であり、長期的な有用性は未評価である。今後、評価方法等に必要な変更を加えながら、対象データを増やし、本心理教育の有用性の検討を継続する必要があると考ええる。

今回は5例の検討であり、統計学的検出力は検定力分析ソフト G*Power を用いて算出したところ 0.14 であった。そのため、統計学的検討の結果の意義は低

いと考える。

5. 結論

本研究は、実際の臨床現場でも導入が容易な「簡易な心理教育」を考案し、その有用性を検討する目的で実施した後方視的研究である。

本研究結果より、寛解期にある双極Ⅱ型障害に対し、薬物療法と併用してテキストを音読により読み合わせるという簡易な個人心理教育を実施することにより、疾患理解が進みと社会適応の改善が認められ、さらに一部の患者では気分傾向を正確に評価できる可能性が示された。双極Ⅱ型障害において、日常の診療の範囲内で実施可能なレベルの簡易な個人心理教育の有用性を示唆することができたことは、我が国の現状を考えると大きな意義があると考えられる。

本研究の一部は、2012年9月7-8日に福岡で行われた The 2nd Meeting of East Asian Bipolar Forum で口演を行った。また、2014年3月18-21日に韓国(ソウル)で開催された The 16th Annual Conference of the International Society of Bipolar Disorders でポスター発表を行った。

第3節 [研究3] 「簡易な心理教育」により社会適応能力が著しく改善した双極Ⅱ型障害患者の一例

1. 背景と目的

1.1 背景

双極性障害の30から60%の患者では、気分症状が改善しても社会心理的な機能を完全には取り戻すことができず(MacQueen et al., 2001)、特に双極Ⅱ型障害は、双極Ⅰ型障害と比較して、社会機能と生活の質の障害が顕著であるとされている(Albert et al., 2008)。近年では、双極Ⅱ型障害に集団心理教育を实

施することにより、気分症状を呈する回数が減り、機能レベルが良好となったことを示唆する報告があり (Colom et al., 2009a)、心理教育の有用性に注目が集まっている。しかし、この研究で実施された心理教育は1セッション90分、21セッションから構成されており、熟練した2人の心理士が1グループ8から12人の患者に対して行うプログラムである。我が国の精神科医療の現状を考えると、このような手厚い心理療法の実施は困難である。

研究2では、寛解期にある双極Ⅱ型障害患者に対し、通常の診察の場でも行える「簡易な心理教育」を実施することにより、疾患理解が進み、社会適応が改善する可能性が示唆された。「簡易な心理教育」は、通常の診察の機会を利用したテキストの読み合わせであり特別な準備を必要としない。且つ、個人心理教育であるため、集団心理療法のような出席患者のスケジュール調整や適した大規模な部屋の確保などの必要がない。したがって、患者や心理専門職の負担は軽く、我が国でも導入は比較的容易と思われる。しかし、研究2ではセッションを通じた患者経過の詳細な検討は行っておらず、「簡易な心理教育」導入後にどのような過程を経て疾患理解が進み、社会機能が改善したかは不明である。そこで、研究2の中から診断まで精神科診療歴が長く、複雑な治療経過をもつにもかかわらず、「簡易な心理教育」導入により社会適応が著しく改善した精神科診療所における一例を取り上げ、本心理教育の有用性を評価することとした。

1.2 研究の意義と目的

本研究は症例報告とし、「簡易な心理教育」の有用性の記述的検討を行うことを目的とした。患者の現病歴の詳細な検討に加えて、社会適応を考慮した疾患重症度の変化、疾患理解度の変化、気分傾向に対する主観・客観評価の相違の変化を中心に考察を行った。なお、報告に際しては、患者本人に口頭および書面で説明を行い、患者本人の書面同意を得た。個人情報に配慮し、細部に若干の改変を加えた。本症例報告は、「関西学院大学 人を対象とした臨床・調査・

実験研究」倫理委員会の承認を得た（受付番号：2013-01）。

2. 症例提示

〔症例〕 60歳代、女性

〔診断〕 双極Ⅱ型障害（DSM-IV-TR（American Psychiatric Association, 2000
高橋・大野監訳，2003）

〔主訴〕 「うつ病です。何もできない。」

〔家族歴〕 精神疾患の遺伝負因なし。

〔既往歴〕 特記事項なし。

〔生活歴〕 夫と2人暮らし。1人息子は結婚し独立。職歴なし。

〔現病歴〕 X-24年、「うつ病」でA心療内科診療所に3から4年間通院した。
X-13年、胃痛などの身体不調が出現し、内科等を転々とした後、B心療内科診
療所を受診し、「うつ病」の診断のもと約10年間加療を受けた。X-2年、患者
希望でC病院に転医した。C病院では2回の入院治療（一般病床）を受けたが
症状は改善しなかった。2回目の退院後、諸症状を訴え、昼夜を問わず複数の
医療機関を頻回に受診した後、X年8月に当院を初診した。

〔初診時現症状〕 初診時、患者は「私はうつ病で、何もできない。どの病院も治
してくれない。」と、うつ病を強調するとともに、医療機関への不満を早口で
延々と語った。多弁、易刺激性、自尊心の肥大、さらには昼夜を問わず医療機
関を受診するなどの活動性の亢進がみられたことから、双極Ⅱ型障害、軽躁状
態と考えた。双極Ⅱ型障害の発症時期は不明であったが、少なくともX-24年
のA心療内科診療所受診時には、双極Ⅱ型障害のうつ病相であったと考えた。
また、入院歴はあるが、一般病棟への休息入院であり、躁状態を呈していたと
は考えられなかった。そこで、患者に対し双極Ⅱ型障害の病名並びに現在の状
態を説明したところ、患者は「うつ病」でないことに納得し、双極Ⅱ型障害の

治療を開始することに同意した。

[治療経過]

20年来処方されていた抗不安薬を中心とする薬物療法から、気分安定剤を主剤とする薬物療法への切り替えを行ったところ、X年12月には、病状は安定し維持期治療に入った。しかし、患者は症状の改善程度に納得せず、「疲れを感じず何でもできた以前の状態に回復したい」と訴え始めた。患者の訴えから、「爽快感の強い軽躁状態」の再現を希望していることが理解されたため、双極Ⅱ型障害に対する説明を毎回の診察で行い病状理解を図られた。しかし、患者は「疲れを感じず何でもできた以前の状態に回復したい」と訴え続けた。そこで、「簡易な心理教育」が行われることとなった。

心理療法施行期 (X+1年3月-X+1年6月)

「簡易な心理教育」の手法と評価方法は、研究2に記述したとおりである。本症例では患者の協力を得られたセッション1、5、8、9で評価が行われた。

以下に、心理教育の各セッションでの症例経過を記す。なお、Figure 2-14には Clinical Global Impression-Severity (CGI-S) (Guy, 1976) スコア、質問票の合計スコア、気分傾向の主観的評価、気分傾向の客観的評価の推移を、Table 2-15には質問票の合計スコアを示す。

セッション1 (X+1年3月15日)：双極性障害の有病率や診断に関する項目の読み合わせを行った。患者はやる気が起こらないとのことで、読み合わせはあまり進まなかった。CGI-Sは、自己中心的な行動や多弁がみられ家族や周囲との軋轢を生じている状態であることから、5(やや重度)と評価された (Figure 2-14)。質問票の合計スコアは109点であったが、項目別理解度にはばらつきがみられた。例えば、「『眠らないでも仕事などバリバリ出来る』は、病気の症状が出ている状態である。」は10点で理解良好であったが、「この病気は珍しいものではない。」は3点で理解不足が示された (Table 2-15)。気分傾向の

主観的評価は混合傾向、客観的評価は躁/軽躁傾向であった (Figure 2-14)。

セッション 2 (X+1 年 3 月 22 日)：双極性障害のうつ状態、躁状態における症状に関する項目の読み合わせを行った。患者は「自分の症状が、解説書に書かれている躁状態と同一だとは思えない。双極性障害だとも思わない」と感想を述べたが、心理教育自体には興味を増している印象であった。

セッション 3 (X+1 年 3 月 29 日)：双極性障害の混合性エピソードにおける症状と、疾患経過に関する項目の読み合わせを行った。混合性エピソードの説明を読み終えた後、患者から「この言葉は初めて知った。自分の症状に合致しているかもしれない」との言葉があった。「心理教育が受けてからは開き直ることができ、症状と付き合うことができるようになった。上手にコントロールしていきたい」と前向きな言葉も得られた。

セッション 4 (X+1 年 4 月 12 日)：双極性障害の症状コントロールのうち、治療の重要性、気分の状態を良く知ること、治療目標を明確にすることの大切さを説明する項目の読み合わせを行った。終了後、患者は「自分では、躁、うつ状態だけでなく安定期を自覚するのも難しい。周りの家族が双極性障害の症状を知り、患者の状態に気づいて教えることも、症状コントロールに有用ではないか」と語った。

セッション 5 (X+1 年 4 月 19 日)：双極性障害の症状コントロールのうち、生活リズムの調整、ストレスとの付き合い方、リハビリ、社会からの援助（福祉制度）に関する項目の読み合わせを行った。患者は「気分が落ち込んでいる。ここ数日は、無理はせずに家事を簡単に済ませ、昼寝をし、突然の気晴らしを避けてリズムを整える行動を心がけている。」と語った。また、客観的に物事をみるために日記をつけ始めたと言った。CGI-S は、多弁傾向が改善し、家庭内適応が改善したとことから 3（軽度）と評価された (Figure 2-14)。質問票の合計スコアは 110 点であった。疾患の項目別スコアは、有病率の項目のみセッ

セッション1開始前より点数が増加した(3点→5点)(Table 2-15)。症状に対する主観的評価は抑うつ状態、客観的評価は平常気分であった(Figure 2-14)。

セッション6(X+1年4月26日):薬物療法の項目の読み合わせを行った。患者の抑うつ感の訴えは継続していたが、日記は継続されており、生活はコントロール出来ている様子であった。

セッション7(X+1年5月10日):引き続き、薬物療法の項目の読み合わせを行った。依然として抑うつ感の訴えが続き、「気分が沈みがちで、日記にもやる気がないと書いた」と話した。

セッション8(X+1年5月24日):精神療法と、患者家族を対象とした項目の読み合わせを行った。生活の様子を聞くと、患者は「気分が乗らないときに夫からの旅行の誘いがあったが、理由を説明すると理解してくれた」と発言した。CGI-Sは、家庭内適応もよく、かつ周囲とのトラブルもないことから、2(ごく軽度)と評価された(Figure 2-14)。質問票の合計スコアは114点であった。セッション5開始前と比較し、理解度が高まった項目は、「この病気は珍しいものではない。」(5点→10点)と「この病気には対人関係療法が効く。」(5点→10点)であった。一方、理解度が低下した項目は、「私は自分の病名を知っている。」(10点→7点)、「この病気では、脳内の神経伝達物質の不調が起きている。」(10点→5点)であった(Table 2-15)。また、症状に対する主観的、客観的評価は共には平常気分となった(Figure 2-14)。

セッション9(X+1年6月21日):双極性障害の原因や研究についての項目の読み合わせを行い、テキストの読み合わせは終了した。患者は「これまでテキストを勉強してきて、症状の対処方法が身について楽になった。また、気分症状が出てくるタイミングが察知できるようになり、例えば身体の一部がしびれると、イライラの徴候と気付いた。徴候がでてきたら、自分で行動のコントロールをすればよい。」と語った。CGI-Sは、やや多弁であるが内容に配慮がみ

られ周囲とトラブルも生じていないことから 2（ごく軽度）と評価された（Figure 2-14）。質問票の合計スコアは 126 点であった。疾患の項目別スコアは、13 項目中 11 項目が 10 点となったが、「私は病気を罹っている」「私は自分の病名を知っている」の 2 項目のみが 8 点であった（Table 2-15）。気分傾向に対する主観的、客観的評価は、共に躁/軽躁傾向であった（Figure 2-14）。

セッション 9 の最後に、「簡易な心理教育」全般についての感想を患者に聞くと、「勉強することができて精神的に助かった。病気の原因には、環境因子や遺伝子があることなど、いろいろわかってきた。今は自分が双極性障害だと理解できているが、躁症状が 100%あるとは思えないので、8 割の双極性障害だと考えている。」との感想であった。なお、精神科処方薬は、心理教育開始前と開始後を比べて変化はなかった。セッション 9 終了後、X+2 年 11 月末時点で約 1 年半が経過しているが、再発は認めていない。

Table 2-15
各評価時点における質問書の合計スコア

	セッション			
	1	5	8	9
1. 私は病気を罹っている	10	10	10	8
2. 私の困っていることは、病気の症状である。	10	10	10	10
3. 私は自分の病名を知っている。	10	10	7	8
4. この病気は珍しいものではない。	3	5	10	10
5. 「眠らないでも仕事などバリバリ出来る」は、病気の症状が出ている状態である。	10	10	10	10
6. 「憂うつで死にたくなるような気持が続く」は、病気の症状が出ている状態である。	10	10	10	10
7. この病気は、長期にわたって予防治療が必要である。	10	10	10	10
8. この病気には薬が効く。	7	7	7	10
9. この病気には対人関係療法が効く。	5	5	10	10
10. この病気には生活リズムを整えることが大切である。	10	10	10	10
11. この病気では、脳内の神経伝達物質の不調が起きている。	10	10	5	10
12. この病気には、遺伝因子、環境因子等が関係している。	4	3	5	10
13. 必要時には、適切な福祉制度を利用すべきである。	10	10	10	10
疾患理解度の合計スコア	109	110	114	126

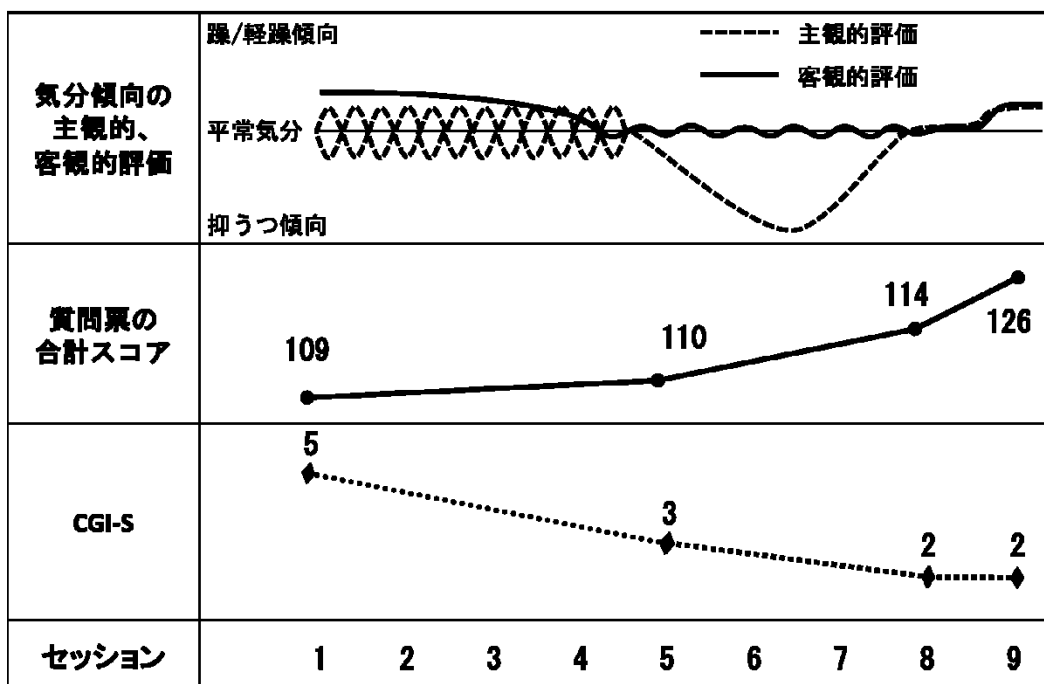


Figure 2-14 症例経過

3. 考察

本研究では、診断までに20年以上要した維持期の双極Ⅱ型患者に対し、「簡易な心理教育」（以下、本心理教育）を導入することより、患者の疾患理解と症状把握が進み、再発兆候の把握が可能となり、社会的な適応が著明に改善した一例を提示した。

3.1 本症例の特徴について

本症例の特徴としては、双極性障害の診断に至るまで20年以上を要したことが挙げられる。長い期間に渡って「うつ病」として加療されたことが、患者の症状理解を一層複雑にさせていた。患者は、20年以上にわたる「うつ病」としての加療中に、「爽快感の強い軽躁状態」を「うつ病」が改善した状態と認識するようになり、「爽快感の強い軽躁状態」の維持を治療目標としていた。そして、「爽快感の強い軽躁状態」の再現や維持のため、執拗な訴えを医療機関や周囲に行ったことが、多くの摩擦を生じさせ、患者の生活の質を著しく低下さ

せていたと考えられる。

今回、本心理教育が著効を示した最大の要因としては、心理教育により患者が「爽快感の強い軽躁状態」は好ましい状態でないと自覚できるようになったことが挙げられる。本心理教育を受ける前までは、「軽うつ状態」と感じていた状態が、実は最も社会生活を送るにおいて快適である状態と把握できるに至り、その状態こそが治療目標であると患者が納得したことが、生活改善に大きく貢献したと考えられた。

本症例のように、双極性障害の診断までに、長い年月を必要とする例は少ない。前述の米国のアンケート調査でも、双極性障害患者の 35%がその診断に至るまでに 10 年を要し、双極性障害患者の 69%が双極性障害以外の疾患と診断され、そのうち単極性うつ病と診断されていたものは 60%と大部分を占めていたと報告されている (Hirschfeld et al., 2003)。特に双極Ⅱ型障害では、軽躁エピソードに対する認識がもたれにくく、兆候の早期発見や早期対応がより遅れやすいことから、診断までに時間がかかることが知られている (神庭, 1999)。これらを考えると、双極性障害、特に双極Ⅱ型障害においては、本症例のように症状への認識に歪が生じている例が少なくないと予想され、その歪を訂正できる心理教育は今後一層活用されるべきものとする。

3.2 本症例における「簡易な心理教育」の有用性について

本例では、社会的な適応を考慮した疾患重症度は、セッション開始前の CGI-S の評価は 5 (やや重度) であり、自己中心的な行動や多弁などの軽躁に傾いた言動により、家族との間に問題が生じていた。しかし、本心理教育が進むにしたがって、家庭内適応が特に改善し、最終セッションでは CGI-S の評価は 2 (ごく軽度) まで改善が見られた。

また、疾患理解度では、セッション開始前における質問票の合計点は、心理教育開始前にも関わらず高かった。この理由として、本症例は当院初診から心

理教育導入までに7か月が経過しており、その間に主治医から双極性障害に関する情報を得る機会が多かった症例であったことを考えた。一方、項目別の得点にはばらつきがみられ、有病率、精神療法、遺伝や環境因子に関する理解度は低かった。すなわち、一般診察における説明で、患者は症状を中心とした疾患についての全般的な知識は得ていたが、治療や疾患原因などの細かい知識は理解していなかった症例であったと考えられた。したがって、本心理教育を行っても、ある程度の理解がすでに得られていた項目の理解度は大きく変化しなかったが、理解不良の項目に関しては心理教育の効果が表れ、セッションを経るにしたがって理解度が上昇する傾向を示した。

気分傾向の主観的、客観的評価については、セッション開始前のみならず、本心理教育で躁・軽躁状態を学んだ後のセッション5でも、気分傾向の主観的評価は抑うつ傾向、客観的評価は平常気分となり乖離がみられ、患者は躁状態を自覚しにくく、抑うつ状態は強く認識していることが示唆された。その要因の一つとして、今回使用していたテキストでは、躁状態の説明として「電話一本で何千人でも友だちを呼べる」「自分はすごい超能力がある」などで例示され、患者は自分の軽躁状態の症状とは無縁と考えた可能性がある。本症例のような双極Ⅱ型障害患者の心理教育には、軽躁状態の説明をより工夫する必要があると考えた。一方、セッション8および9における気分傾向の主観的評価、客観的評価は、セッション8では平常気分、セッション9では躁/軽躁傾向であり一致した。心理教育が進むに従い、患者は家族から症状に関する意見を得られるようになっており、気分傾向の正確な把握に繋がったと考えた。

以上より、本例では「簡易な心理教育」の実施後に、社会適応の改善が認められた。その背景には、疾患理解が進み、気分症状を把握する能力が高まり、行動コントロールが可能となったことが考えられる。加えて家族等の協力がえられたことが、良い方向に導いたと考えられる。

3.3 本症例の社会適応が改善するまでの過程について

我々が考案した「簡易な心理教育」が、なぜ本症例の社会適応を改善したのかを、手法、疾患理解の向上、患者の特性という3つの側面から考察する。

1) 「簡易な心理教育」の手法

本心理教育では、音読、読み合わせ、個人心理教育という手法を取り入れた。これらの手法は本症例が疾患理解を進め、更には医療者とのコミュニケーションを深める一助となったと可能性があると考える。

音読は、そのものの効果として文の理解を高めること(高橋, 2013)や、認知機能を改善することが知られており(大川他, 2007)、本心理教育でもテキスト内容の理解を支えた可能性がある。また、読み合わせは一般的に他者との情報共有を通じて相互理解を深める目的で教育的に使用される技法であり、本症例が疾患理解を深めることに寄与したかもしれない。加えて、読み合わせを通じて患者と医療者のコミュニケーションが深化し、信頼関係の構築に貢献した可能性も考えられる。また、個人心理教育という形態は個別性に配慮することが可能であり、本症例でも患者の理解度に応じて一回のセッションでの費やす時間や頁数を調整したり、難しい用語の意味を都度確認したりしながら進めることができた。そのため、テキスト内容の細かい部分まで本人の理解がとどき、心理専門職との信頼関係に良い影響を与えたことが考えられる。

以上より、本心理教育で取り入れたこれらの手法は、本症例の疾患理解に寄与し、患者と医療者の信頼関係構築に貢献した可能性が考えられる。信頼関係の構築は、心理教育に対する患者の積極性や気分の安定にも寄与し、結果として社会性の適応にも良い影響を与えた可能性があると考える。

2) 疾患理解の向上

本心理教育導入後に得られた疾患理解の向上は、2つのプロセスを経て、本症例の社会的な適応の改善を導いた可能性があると考える。

第一のプロセスは、本症例がテキストの読み合わせを通じて混合性エピソードという病期の存在を知ったことから始まる。テキストで描写される混合性エピソードは本人がこれまでしばしば悩んできた気分の状態をよく説明しており、本症例では、自分と双極性障害との一致性を見出すきっかけとなった。この出来事が、自分の疾患が何であるかを本人に正しく理解させるとともに、病者としての役割を認識させ、疾患に前向きに取り組もうという気持ちを芽生えさせた。前向きな気持ちは、本人の言動や姿勢も変化を与え、周囲との関係性改善につながったと考える。すなわち混合性エピソードの存在を知ることが、本症例の社会適応の改善に重要な鍵を握っていた。

第二のプロセスにおけるポイントは、気分の正確な把握には客観的な視点が必要であると本症例が強く認識した点である。本症例は、心理教育を通じて双極性障害の経過中に様々な気分の状態が出現することを学び、移り変わる気分を双極性障害の患者自身が正確に把握することは困難であると感じた。そこで本症例は客観的視点を持つことが気分状態のよく知るために重要な役割を果たすと考えた。その後、自分の言動に関する気づきを指摘してもらうよう家族に依頼するなど周囲との協力関係を築き上げ、社会生活が顕著に安定した。加えて、自分自身も客観的視点を持つために日記をつけはじめた。このような行動の成果は、セッション後半で気分傾向の主観的評価が客観的評価と一致した結果にも表れている。一般的に、双極性障害の患者本人が客観的視点を持つことは、前駆症状への気づきを可能にするなど症状をコントロールするために必要な要素である。本症例でも「前駆症状を特定できたことにより症状がコントロールできるようになった。対処方法を知り楽になった」と語っており、客観的な視点が症状の安定を可能とし、さらに本人の不安軽減にもつながったことがうかがえる。

以上より、本症例では心理教育を通じて疾患知識を深めたことにより、疾患

の正確な認識と客観的視点の重要性の気づきに至った。このような認識の変化が、気分の安定と社会適応の改善といった結果を生み出したと考える。

3) 患者の特性

本症例は、当院受診前から自分の疾患や気分状態への関心が高く、自身が心地よいと感じる状態を得るための言動は惜しまなかった。本心理教育を通じ、治療目標は単に心地よい状態を得ることではなく、気分の安定を得ることだと本人が気づくことができた。その後は、周囲との協力関係を築くなど気分の安定に必要な行動を積極的にとるようになった。本症例が示した目標到達意識の高さや行動力は、双極性障害患者が持つ特性のひとつでもある。この特性が、本心理教育が有用性においてプラスの要因になったと考えられる。

3.4 研究の限界と今後の展開

本症例は一例報告であり、今回の結果を一般化することは困難である。特に本症例は、心理教育に対する意欲も高く、協力的な家族の存在もあり、心理教育の効果が発現しやすい症例であった可能性がある。また、本症例で使用したテキストは、双極性Ⅱ型障害に特化されたものではないため、患者は躁状態と軽躁状態の理解が困難であった点は否定できない。

しかし、本症例は、精神科診療所における双極性障害患者の「簡易な心理教育」の可能性とその有用性を示す貴重な症例と考えた。今後、症例を積み重ね、継続した研究が必要である。

4. 結論

寛解期の双極Ⅱ型障害患者に、診察の待ち時間にテキストの読み合わせを行うという「簡易な個人心理」を行ったところ、疾患理解が改善し、気分傾向の正確な評価が可能となった。また、社会適応を考慮した患者の重症度の改善も認められた。本症例では心理教育を通じて疾患知識を深めたことにより、疾患

の正確な認識と客観的視点の重要性の気づきに至った。このような認識の変化が、社会適応の改善といった結果を生み出したと考える。

本研究の一部は、最新精神医学（齊藤（丹治）他，2014）および、Case Reports in Psychiatry (Saito-Tanji, Tsujimoto, Taketani, Yamamoto & Ono, 2016)、Dual Diagnosis: Open Access (Saito-Tanji & Ono, 2017)にて論文として発表した。また、2013年7月19-20日に北九州で行われた第10回日本うつ病学会総会でポスター発表を行った。

第4節 【研究4】服薬指導に「簡易な心理教育」の手法を取り入れた双極Ⅱ型障害患者の一例

1. 背景と目的

1.1 背景

双極性障害の治療は薬物療法を主体とするが、自己判断による服薬中断の割合が高く (Lingam, & Scott, 2002)、再発率が高いことが大きな問題である (Keller et al., 1993)。服薬アドヒアランスが不良であると再発率が上昇し、自殺行動も5倍になることが報告されている (Gonzalez-Pinto et al., 2006)。双極性障害患者の服薬中断の理由として、「病気は治った」、「薬なしでもやっていける」、「薬の効果がない」等が上位にあげられている (Colom et al., 2003b)。したがって、患者に薬物療法の意義や効果を正しく理解してもらい、服薬アドヒアランスを高く維持する服薬指導が重要である。中でも、双極Ⅱ型障害では、軽躁状態に対する病識保持の困難さから、疾患が社会的に及ぼす影響への認識が乏しく (Pallanti et al., 1999)、薬物アドヒアランスが一層不良であるとされており、適切な服薬指導が強く望まれる。

服薬指導における有用な手法の一つとして心理教育があげられる。心理教育

とは、精神疾患など受容しにくい問題を持つ人たちに、正しい情報を心理面に配慮をしながら伝え、心理・社会的な改善を図る心理療法的アプローチの一つである(浦田, 2004)。一般的な心理教育は症状や治療など疾患概略の理解促進を目的としており、種々の疾患で活用例があり、双極性障害についても多くの臨床試験でその有用性が検討されている(Schöttle et al., 2011)。しかし、患者の個別性に着目すると、一般的な内容から一步踏み込んだ個々の患者の必要性に応じた心理教育が必要となる。心理教育には主に集団心理教育と個人心理教育の2種があり、集団心理教育には、仲間の体験から対処方法や対人技能を学ぶ機会が得られる等という利点があるが(尾崎, 2013)、個別の対応を考えると個人心理教育がより好ましいと考えられる。これらより、服薬指導において、個人心理教育の手法を用い薬物療法の科学的情報を伝えることは有用と考えられる。また、近年では多職種連携で実施される心理教育プログラムに薬剤師が参加し、服薬指導と連動する試みが始まっており(高橋・小林, 2016)、その重要性が注目されている。

しかし、精神疾患患者の服薬指導の場で心理教育を活用したとの報告はない。要因としては、心理教育におけるコミュニケーション技法に対する敷居の高さや服薬指導時間の制限など、臨床現場の状況がある。研究2および3では患者と心理専門職が交互にテキストを音読するという簡易で短時間で行える方法を「簡易な心理教育」として考案し、その有用性を検討した。今回、その手法を双極Ⅱ型障害患者の外来服薬指導に取り入れたところ、患者の知識の幅が薬の作用メカニズムまで広がり、服薬意義の理解が顕著に進んだ一例を経験したので報告する。

1.2 研究の意義と目的

本研究は症例報告とし、服薬意義に簡易な個人心理教育を取り入れた場合の有用性の記述的検討を行うことを目的とした。患者の現病歴の詳細な検討に加

えて、服薬状況の変化、疾患理解度の変化を中心に考察を行った。なお、報告に際しては、患者本人に口頭および書面で説明を行い、患者本人の書面同意を得た。個人情報に配慮し、細部に若干の改変を加えた。本症例報告は、「関西学院大学 ヒトを対象とした疫学調査・生命科学実験倫理委員会」の承認を得た（受付番号：KG-IRB-13-03）。

2. 症例提示

[**症例**] 70歳、女性

[**診断**] 双極Ⅱ型障害（DSM-IV-TR（American Psychiatric Association, 2000 高橋・大野監訳，2003）

[**心理教育開始時主訴**] 「薬をずっと飲み続けなければいけないのか、疑問に感じることがある。」

[**家族歴**] 精神疾患の遺伝負因なし。

[**既往歴**] 子宮筋腫

[**合併症**] 関節リウマチ

[**生活歴**] 夫、次男と同居。長男は結婚し独立。50歳位まで医療関係の仕事に従事していた。

[**現病歴**] X-10年9月より「うつ状態」でB心療内科に約3年間通院していたが、X-7年3月、A心療内科に転医してきた。A心療内科初診時には、多弁、爽快感、睡眠時間の減少など軽躁病相を呈しており、双極Ⅱ型障害と診断され治療が開始された。その後、気分の安定が得られ特に問題なく経過した。

X年6月、患者より「病気は治ったと思う。薬を減量したい」との申し出があったことより、服薬指導の依頼が主治医よりなされた。双極性障害の病状は安定しており寛解期であった。

[**服薬指導の実施経過**]

服薬指導は、薬剤師が A 心療内科診療所で、外来診察の待ち時間を利用して行った。服薬指導の頻度は、原則として 1 か月に 1 回、1 回約 20 分で行った。

診療所内の一室で薬剤師と患者が 1 対 1 で机を挟んですわり、交互に区切りの良いところまでテキストを声に出して読んだ。1 回の服薬指導で読み合わせるページ数や音読の速度は、患者の状態に合わせて無理のない範囲で行った。読み合わせ中に、患者から質問があった場合にはテキストの記述に基づいて薬剤師がその場で回答した。

テキストは、日本うつ病学会の「双極性障害（躁うつ病）とつきあうために」（日本うつ病学会，2012）、精神疾患の薬物療法に関する成書（功刀，2013；Stahl, 2008 仙波・松浦・中山・宮田監訳，2010）、各薬剤の医療用医薬品添付文書および患者向医薬品ガイドを参考に作成した（Figure 2-15）。テキストは 3 章構成とし、第 1 章「双極性障害の治療の基本」では、双極性障害の一般的な薬物療法について解説した。第 2 章「双極性障害の治療薬の効果と副作用」では、双極性障害の治療薬の効果と副作用を解説した。第 3 章「各治療薬の解説」では、双極性障害に有効と考えられている気分安定薬、抗精神病薬のそれぞれについて、効果、副作用、開発の経緯、臨床試験結果ならびに作用メカニズムを解説した。テキストには、可能な限り平易な用語を用い、目的に応じた図表を作成した。なお、テキストは患者管理とし自宅で自由に読み進めることを認めた。

双極性障害の薬物治療について

内容

1, 双極性障害の治療の基本	2
2, 双極性障害の治療薬の効果と副作用	3
3, 各治療薬の解説	8
〇〇〇	9
×××	19
△△△	28
	37

<〇〇〇>

- 薬の名前
一般名：〇〇〇
商品名：×××錠
日本での販売開始年月：XXXX年
- 期待できる効果
日本では、双極性障害の躁症状を抑えることができます。
〇〇〇は、躁状態を鎮める効果（図1）。

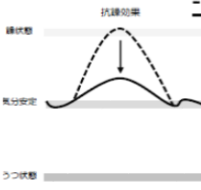


図1：〇〇〇の
（伊藤高・コメディカルのための精神科薬物療法
改定）

- 歴史
〇〇〇は、アメリカではXXXX
年でした。現在では100か国以

● 作用メカニズム

〇〇〇の、双極性障害に対する作用は明らかではありませんが、いくつかの説があります。そのうち二つの仮説を説明します。

- ドパミン受容体への作用（図2）
双極性障害の躁症状の発現には、脳内のドパミン神経系が過剰に活動していると考えられています。
ドパミン神経系とは、ドパミンという物質を放出することにより、次の神経に情報伝達を行うことができる神経細胞（ドパミン神経細胞）の集まりのことです。脳の特定の部位のドパミン神経系が過剰に活動（過活動）し、情報伝達効率が不良となると、躁症状が現れると考えられています。
〇〇〇などの抗精神病薬は、ドパミンを受け取るタンパク質（受容体）をブロックする働きを持つため、ドパミンを介した過度の情報伝達を防ぎ、情報伝達効率を正常化させ、躁症状を改善することができると考えられます。

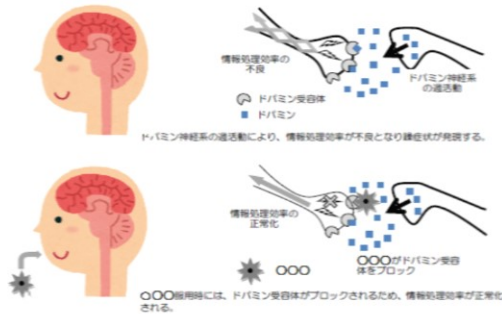


図2：双極性障害におけるドパミン神経系の過活動と〇〇〇の作用メカニズム
（精神科薬物エッセンシャルズ（第3版）精神科薬物治療と処方、著者：Stephen M Stahl, 監訳：松岡純一、メディカル・サイエンス・インターナショナル、2010年より刊行、改定）

Figure 2-15.

服薬指導で用いた心理教育用テキスト「双極性障害の薬物治療について」

導入時：服薬指導前の服薬状況を自己記入式の評価尺度である The Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs 修正日本語版 (BEMIB) (Tokura et al, 2012; 徳倉・尾崎, 2013) で評価したところ、患者の服薬状態はノンアドヒアランスと示された (Dolder et al., 2004)。BEMIB 項目別の評価では、「私は心療内科の病気にかかっているが、それは心療内科の薬で改善する。」の項目は 2 点（あまりそう思わない）であり、薬を服薬する意味を

理解していない様子であった (Table 2-16)。薬物療法に関する理解度は、自作の「理解度質問票」で評価した。「理解度質問票」の合計点は 37 点であり、薬物療法の理解は比較的良好であった。しかし、「薬の作用メカニズムは明らかではないが、いくつかの説が考えられている」の項目は 5 点、「薬の服用で期待できる効果には、躁状態を鎮める効果、うつ状態を改善する効果、再発を予防する効果の 3 種類がある」の項目は 6 点であり、作用メカニズムや薬の効果に関する理解は十分ではないことが示された (Table 2-17)。

服薬指導 1 回目：第 1 章「双極性障害の治療の基本」と、第 2 章「双極性障害の治療薬の効果と副作用」の一部、計 3 ページを読み合わせた。内容には、双極性障害では急性期の症状に合わせて薬物療法が行われること、寛解期でも再発予防のための服薬継続が必要であることが含まれた。最初、患者は少し緊張した様子であったが、読み合せを始めると声の大きさや調子、音読速度はいずれも落ち着いていた。薬剤師が質問を促すと、患者は再発予防のための服薬継続の必要性について質問した。薬剤師が寛解期になっても再発予防のために服薬継続が推奨されることを伝えたが、納得していない様子であった。しかし、患者はテキストを自宅で読み返してくると発言し、自主的に勉強する態度を示した。

服薬指導 2 回目：前回から 4 週間後に実施した。第 2 章「双極性障害の治療薬の効果と副作用」の残り 3 ページを読み合わせた。読み合わせた内容は、気分安定薬、抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬の使用目的や主な副作用であった。患者は、読み始めるページを自主的に示すなど積極性がみられ、読み合せ中も落ち着き、音読もスムーズに進んだ。薬剤師から質問がないか尋ねると、抗精神病薬と抗うつ薬の違いについての質問がなされた。薬剤師はテキストの記載に従い、使用目的の違いがあることを説明した。患者は薬の種類によって効果や副作用が異なることに興味を示し、読み合せ中にテキストの

ページを行き来しながら個々の薬剤群の特徴を比較していた。終了後にもテキストの続きを数分間黙読しており、心理教育に対する強い興味が窺えた。

服薬指導 2 回目終了時の BEMIB の評価は、ノンアドヒアランスであった。「理解度質問票」の合計点は 41 点と増加し、薬物療法の理解は進み、「薬の服用で期待できる効果には、躁状態を鎮める効果、うつ状態を改善する効果、再発を予防する効果の 3 種類がある。」の項目が 6 点から 9 点に、「薬の作用メカニズムは明らかではないが、いくつかの説が考えられている。」の項目が 5 点から 8 点に改善し、薬の効果の種類や作用メカニズムに関する理解が進んだ (Table 2-17)。

服薬指導 3 回目：前回から 9 週間後に実施した。第 3 章「各治療薬の解説」の項目から、患者の服用している薬剤に絞って計 4 ページのテキストを読み合わせた。読み合わせた内容には、薬のドパミン受容体への作用や、グルタミン酸神経系への作用が含まれた。患者は、服薬指導に慣れてきた様子で終始落ち着いていた。また、患者はドパミンやグルタミン酸等の名称を繰り返し声に出し、記憶にとどめようとした。さらに、テキストに書かれた図を指さし、自発的にメカニズムに関する質問を行った。患者の質問に対し、薬剤師はテキストの図を使用して回答し、双極性障害における神経活動の異常と、薬による神経活動異常の是正メカニズムを説明した。患者は、興味を持ちながら説明を聞き、納得した様子であった。

服薬指導 3 回目終了時の BEMIB の評価もノンアドヒアランスであったが、「私は心療内科の病気にかかっているが、それは心療内科の薬で改善する。」の項目が、2 点 (あまりそう思わない) から 4 点 (大体そう思う) に変化し、薬物療法によって病気が改善することの理解が進んだ (Table 2-16)。「理解度質問票」の合計点は 47 点となり、理解がさらに進んだ。項目別でも、薬の効果の種類や作用メカニズムに関する得点が満点になり、心理教育前に理

解が乏しかった項目への理解が大きく進んだことが示された (Table 2-17)。

服薬指導 4 回目：前回から 4 週間後に実施した。第 3 章「各治療薬の解説」から患者の服用している薬剤に絞り、臨床試験結果について計 6 ページのテキストを読み合わせ、全読み合わせを終了した。読み合せた内容には、双極性障害患者を対象とした抗精神病薬に関する国内臨床試験の結果が含まれた。患者は、テキストの感想や記述の解釈を自ら述べるなど積極的に参加した。臨床試験の結果についても、患者は「薬はよく効いているし、飲んでいたほうが良いと感じる」と発言し、薬の有効性を実感していた。プラセボ投与群でも症状が改善する人がいるという結果を見て、「気持ちの持ちかたで、調子がコントロールできると捉えると理解しやすい」と発言し、自分自身で調子をコントロールすることも大事と理解した様子であった。また、服薬指導全体を通じて、「薬は飲まないといけない、飲んでしていると調子よく過ごせるということが改めてわかった」との感想を述べた。

服薬指導 4 回目終了時の BEMIB の評価もノンアドヒアランスにとどまった。しかし、「私は心療内科の病気にかかっているが、それは心療内科の薬で改善する。」の項目が 4 点 (大体そう思う) であり、服薬の意義についての理解が維持できている様子であった。また、「心療内科の薬を飲むことについて、家族や友人や主治医から助けられている。」の項目が、1 点 (全くそう思わない) から 4 点 (大体そう思う) に変化し、服薬に際して周囲から何等かの援助があることを認識できた様子が見えたと (Table 2-16)。一方、「理解度質問票」の合計点は 43 点となり、前回より合計点は下降したが、項目別のばらつきが消え全般的な理解が進んだ (Table 2-17)。

Table 2-16
BEMIB 修正日本語版の得点

BEMIB 項目	服薬指導			
	1 回目	2 回目	3 回目	4 回目
1. 心療内科の薬を飲むと気分が良くなる	3 点	3 点	3 点	3 点
2. 心療内科の薬を飲むことで、入院せずに過ごせている	3 点	4 点	3 点	4 点
3. 心療内科の薬の副作用に悩んでいる*	5 点	5 点	5 点	5 点
4. 私には心療内科の薬を飲み忘れないための方策がある	4 点	3 点	2 点	2 点
5. 心療内科の薬を、毎日、飲み忘れないことはとても難しい*	5 点	5 点	4 点	4 点
6. 病院や薬局で心療内科の薬を処方してもらうことについて困ることはない	1 点	2 点	5 点	2 点
7. 心療内科の薬を飲むことについて、家族や友人や主治医から助けてもらっている	1 点	1 点	1 点	4 点
8. 私は心療内科の病気にかかっているが、それは心療内科の薬で改善する	2 点	2 点	4 点	4 点
合計点	24 点	25 点	27 点	28 点

*:逆転項目：点数は逆転処理済

BEMIB: The Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs

BEMIB は服薬状況に関する自己記入式の評価尺度である (Tokura et al, 2012; 徳倉・尾崎, 2013)。8 つの質問項目からなり、各項目に対して「1. まったくそう思わない」「2. あまりそう思わない」「3. どちらともいえない」「4. 大体そう思う」「5. まったくそう思う」の 5 段階の選択肢から回答する。BEMIB の開発者は、1 つ以上の質問項目で 1 点または 2 点であった場合をノンアドヒアランスの状態と定義している (Dolder et al., 2004)。なお、A 心診療所は心療内科であるため BEMIB 日本語版の使用にあたっては作成者の許可を得て、評価尺度の項目にある「精神科の薬」を「心療内科の薬」に変更して使用した。

Table 2-17

薬物療法に対する理解度の評価に用いた「理解度質問票」の得点

質問項目	服薬指導			
	1回目	2回目	3回目	4回目
1. 症状が安定しても、再発予防のために薬を服用し続ける必要がある	8点	8点	8点	8点
2. 薬の服用で期待できる効果には、躁状態を鎮める効果、うつ状態を改善する効果、再発を予防する効果の3種類がある	6点	9点	10点	8点
3. 薬の作用メカニズムは明らかではないが、いくつかの説が考えられている	5点	8点	10点	8点
4. 薬の効果を明確にするための研究が実施されている	8点	8点	9点	9点
5. 薬の飲む量は、あなたの症状などにあわせて医師が決めている	10点	8点	10点	10点
合計点	37点	41点	47点	43点

本質問票は、双極性障害の薬物療法に対する理解度を評価するために作成した質問紙である。5項目で構成されており、理解が不十分の場合には1点「全くそう思わない」、理解が十分の場合には10点「全くそう思う」となるように回答を設定した。点数が高いほど双極性障害の薬物療法に関する理解度が高いと判断した。

3. 考察

患者と薬剤師が交互にテキストを音読して読み合わせるという「簡易な心理教育」を服薬指導を取り入れたことにより、患者の薬物療法に対する知識が深まり、服薬意義の理解がすすんだ双極Ⅱ型障害患者の一例を提示した。

3.1 音読について

今回、我々は研究2および3で用いた、テキストを音読で互いに読み合わせるという手法を用いた。音読は特別な技法を習得せずとも行える手法であるにもかかわらず、多くの利点があることは本症例からも示された。音読では、患者は声を出さざるを得ず、自然と患者参加型のコミュニケーションを取りえた。

そのため、薬剤師からの一方的な情報伝達の危険性を回避し、双方向コミュニケーションが可能となり、患者と薬剤師の協同作業が行えた。その結果、患者と薬剤師の間に信頼関係が構築され、患者は安心して発言できるようになり、自発的な発言や質問が増えるとともに、薬物療法への知識も増加していった。加えて、個人心理教育という形式も患者の積極的な発言を導いた一因であったかもしれない。したがって、「簡易な心理教育」の手法は、服薬指導の効果を高める有益な方法となる可能性があると考えた。

3.2 専門的な知識の提供について

心理教育ではコミュニケーション方法に加え、重要な要因として、科学的根拠に基づいた情報の提供がある。今回、薬の作用メカニズムや臨床試験結果までの説明を含んだ科学的根拠に基づいたテキストを自作した。薬剤の説明文書に関する患者アンケート調査において、薬の作用メカニズムの説明を希望する割合が約半数であったとの結果(伊藤他, 2009)があることから、今回のテキストでは専門的な薬の作用メカニズムの内容を含めた。専門的な知識の提供においては、患者が興味を失ったり理解困難であったりすることが一般的に危惧されるが、本症例では専門用語を繰り返し発言し覚えようとしたり、不明な点は薬剤師に詳しい説明を求めたりするなどの積極的な態度がみられ、専門的な内容も理解することが可能であった。これは、薬剤師と1対1でテキストを音読するというコミュニケーション手法を用いたことによる効果に加え、今回のテキストでは、カラーの模式図や表を活用するなど視覚的な情報を盛り込んだことが、患者の興味を引き出し、理解を後押しした可能性も考えられる。

3.3 服薬アドヒアランスの変化について

アドヒアランスの面からみると、本症例は心理教育開始前から終了までのすべてのセッションでノンアドヒアランスの定義に合致した。しかし、心理教育のセッションが進むに従い、自分の病気は薬によって改善すると考えるように

なった。薬物療法の理解度に関しても、心理教育の進行とともに薬の作用メカニズムに関する理解がすすんだ。本症例が自分の病気に薬が有効であると納得した背景には、薬がどのようなプロセスを経て効果を発揮するかを知り、服薬と症状改善がどのように結びつくのか理解したことが考えられる。

3.4 研究の限界と今後の展開

本症例は一例報告であり、今回の結果を一般化することは困難である。特に本症例は、医療関係の職歴があったことや双極性障害の一般的な知識があったことにより、薬や心理教育に親和性が高かった可能性がある。また、今回は服薬指導終了後のフォローアップ評価は実施しておらず、長期的な服薬指導の有用性は評価していない。しかしながら、本症例は、「簡易な心理教育」の手法を取り入れた服薬指導が双極Ⅱ型障害患者において有用である可能性を示す貴重な症例と考えた。今後、症例を積み重ね、継続した研究が必要である。

4. 結論

「簡易な心理教育」の手法を取り入れた服薬指導は、詳しい薬物療法の知識の習得を可能にするだけでなく、双極性障害患者の治療に対する積極性の促進や薬剤師との信頼関係の構築などの心理的な支援にもつながったと考えた。

なお、本症例報告は日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会会誌にて発表した（齊藤（丹治）・竹谷・辻本・山本・小野，2016）。

第 3 章 総合考察

第3章 総合考察

本研究では、双極性障害における「簡易な心理教育」を新たに考案し、その有用性を検討することを目的として行った。

まず、研究1で、大学生において双極性障害に関する認知度調査を行ったところ、半数以上で双極性障害は認知されていない状況が明らかとなった。したがって、現在においても若者者を含む広い年齢層を対象とした心理教育が必要であることを強調する結果を得た。

そこで、我々は日本の臨床現場でも導入が容易な「簡易な心理教育」を新たに考案し、その有用性を検討するために双極Ⅱ型障害患者の診療録を用いた後方視的観察研究を研究2として行った。その結果、通常の診察の場でも行える「簡易な個人心理教育」の実施により、社会適応の改善と疾患理解が進む可能性が示唆された。しかし、研究2では患者経過の詳細な検討は行っておらず、どのような過程を経て疾患理解が進み、社会適応が改善したかは不明であった。

研究3では、研究2から社会適応が著しく改善した一例を症例報告として取り上げて患者経過を記述的に検討した結果、音読という手法と個人心理教育という形式が幅広い疾患理解を深め、個人心理教育という形態と読み合わせという手法が患者と心理専門職の信頼関係を構築した点で有効に機能した可能性が示唆された。このように得られた信頼関係の構築と疾患理解の向上は、患者の積極性や気分の安定に寄与し、結果として社会適応の向上につながったと考えた。

研究4では、研究2及び3で検討した「簡易な個人心理教育」の手法を、双極Ⅱ型障害患者の服薬指導に取り入れた一例を記述的に検討した。その結果、詳しい薬物療法の知識の習得が可能となっただけでなく、服薬意義の理解にもつながり、さらに治療に対する積極性の促進や薬剤師との信頼関係の構築など

の心理的な支援にもつながったことが示唆された。すなわち「簡易な個人心理教育」を双極性障害患者の服薬指導という場に応用できる可能性を新たに見出すことができた。

総合考察では、双極性障害における心理教育の重要性、「簡易な心理教育」の手法、「簡易な心理教育」の内容および「簡易な心理教育」による社会適応の改善という4点について考察する。

1. 双極性障害における心理教育の重要性

双極性障害の治療は薬物療法を主体とするが、再発率が高く、慢性の経過を辿る。長期的な症状安定を図るためには、双極性障害の患者本人が疾患を知り、正しく理解すること必要となる。したがって、患者に正しい疾患理解を促す心理教育は、双極性障害の長期的な治療を見据えたうえで重要な役割を担う。

一般住民における双極性障害の認知度の低さは既報で明らかにされている(片桐・中根, 2013)が、近年、特に若年層ではスマートフォンの普及によって多くの医療情報を入手しやすい環境にあるため(総務省, 2016)、従来と比べて疾患認知度が高まっている可能性が考えられた。ところが、大学生であっても一般住民と同様に双極性障害の認知度が低いことが研究1から示された。つまり、現在においても若者者を含めた広い年齢層を対象とした双極性障害の心理教育が重要であることを強調する結果となった。研究1は一般を対象とした認知状況の調査であったが、精神科診療所に通院する患者においても、症例によって違いがあるものの心理教育実施前の双極性障害に関する知識は必ずしも十分でないことが研究2で示された。したがって現在においても、双極性障害における心理教育は重要であることが考えられる。

一方、研究3で取り上げた症例は精神科通院歴が長く、双極性障害の診断から心理教育導入まで7か月を経過していたことから、心理教育前でも疾患知識

のレベルは比較的高かった。しかし、症例経過を丁寧に検討すると、理解不十分な項目が存在すること浮き彫りとなった。例えば、有病率、精神療法、遺伝や環境因子に関する理解度は低く、混合性エピソードに関しては「この言葉は初めて知った。自分の症状に合致しているかもしれない」との発言が認められていた。心理教育導入後には、理解不良の項目に関しては心理教育の効果が表れ、特に混合性エピソードへの理解は患者自身と双極性障害との一致性を見出すきっかけとなっていた。したがって、基本的な疾患知識を有している患者であっても、心理教育を導入する価値が存在することが見いだされた。

双極性障害は、主に躁状態または軽躁状態とうつ状態を繰り返す疾患であるが、患者本人や周囲にとって躁状態や軽躁状態の病的性質は捉えにくいとされる。一般住民を対象とした調査でも（片桐・中根, 2013）、躁病エピソードに対する治療の認識は大うつ病エピソードと比較して低いことが報告されており、研究 1 でも同様の結果が得られている。今回、軽躁病エピソードに関する調査は実施していないが、その重篤度は社会生活に支障をきたさない程度であることを考慮すると、軽躁病エピソードにおける治療の必要性への認識はより一層得られ難いと推察できる。すなわち、双極 II 型障害における心理教育は特に困難であり、且つ重要であると考ええる。

双極性障害では、自己判断による服薬中断の割合が高く（Lingam, & Scott, 2002）、再発率が高いことが大きな問題である（Keller et al, 1993）。そのため、服薬指導の際には服薬意義を十分に認識してもらえようような心理学的アプローチが求められるが、精神疾患患者の服薬指導の場で心理教育を活用したとの報告はない。その点において、研究 4 の結果は服薬指導の場における心理教育の重要性を示すことができ、且つ、心理教育の今後の発展を示唆する研究結果であったと考ええる。

2. 「簡易な心理教育」の手法

臨床現場で心理教育が十分に活用されるためには、患者や実施者の負担が少なく、導入が容易な心理教育の手法を新たに考案する必要がある。

今回我々が考案した「簡易な心理教育」は、実臨床でも導入可能なレベルにまで手順の簡略化し、負担軽減を実現するために、(a)個人心理教育、(b)診察までの待ち時間の活用、(c)学会作成のテキスト、(d)読み合わせ、(e)音読という5点において工夫した。まず、個人心理教育の形態を採ることで時間や場所の調整といった実施者の負担を軽減した。また、診察までの待ち時間を活用することで患者の時間的・経済的負担を最小限にした。テキストとして領域専門学会の公開資料を用いることで、医学的な正確性を担保した。読み合わせと音読は特別な技術を必要とせず、患者、実施者ともに取り組みが容易であった。

このような工夫があり、精神科診療所であっても約1年半の間に5例の双極性障害患者に導入され、且つ完了されていたことが研究2より明らかとなった。また、研究3の症例検討では、患者のやる気が起こらないセッションでは無理に先を急がないとった配慮がなされるなど、個人心理教育の利点が活かされていた。研究4では読み合せ中、患者は理解が追い付かなかったテキストのページを振り返るなど、自分のペースで理解を深めていることが明らかとなった。加えて、本症例は服薬指導の開始当初、積極的に質問することはなかったが、音読による読み合わせを繰り返すことで自発的に意見を述べる場面が見受けられた。今回、工夫した5点はいずれも有効に働いていたと考えるが、研究3及び4の症例経過に基づいて考察すると、特に個人心理教育の利点が日本の精神科診療所で活かされていたと思われる。

今回は、テキストの印刷物を用い、直接面談する形式で心理教育が行われたが、さらに工夫をするならば、どのような媒体や形式が日本の医療現場に適しているかも検討する必要がある。近年、海外ではインターネットやスマートフ

オンの活用により、効率的に心理教育を実施するための手法が模索されている (González-Ortega, 2016; Hidalgo-Mazzei, 2016)。日本でもコミュニケーション手段や情報提供媒体は近年多様化しており、一般社会における医療関連情報の入手媒体の動向を調査することで、重要な示唆が得られると思われる。

3. 「簡易な心理教育」の内容

一般的に心理教育で取り扱う内容は基本的な疾患概要が中心であり、専門的な知識は取り扱われない。しかし、双極性障害を対象とした心理教育を実施する上で、どのような疾患情報を重点的に取り扱うべきかといった検討は行われていない。

今回、研究 2 および 3 で使用したテキストは全般的な疾患概要が網羅されており、一般書では通常取り扱われることが少ない疾患情報もテキストに含まれていた。混合性エピソードはその一つであり、症例 3 ではこの混合性エピソードを知ったことが患者自身と双極性障害との一致性を見出す契機となった。さらに、病者としての役割が理解でき、社会適応の改善につながっていた。研究 4 の症例でも、薬の作用機序といった専門的な内容に興味を持ったことで積極的な言動が現れ、薬剤師との信頼関係の構築など心理的な支援につながった。本研究のみでは、混合性エピソードなどの具体的な項目を取り扱うことが双極性障害の心理教育の有用性に直接つながったかは定かではない。しかし、一歩踏み込んだ疾患知識を取り扱うことが、心理教育の有用性につながる場合が示唆されたことは新たな発見であった。一般的に、専門的な知識の提供は患者が興味を失ったり理解困難となったりすることが危惧されるため避けられる傾向にあるが、患者の積極性を引き出すためには深く踏み込んだ知識の共有が心理教育の有用性を高める手段となる可能性がある。ただし、詳しい知識を取り扱う場合は、個人心理教育という形態をとり、患者の個別性に十分配慮しながら

進めることが必要と考える。

そもそも、どのような双極性障害の特徴が一般的に認知されていないかを研究1の結果に基づいて考察した場合、再発や自殺のリスク、服薬継続の必要性、若年発症の割合の高さへの理解が低いことが挙げられる。すなわち、慢性疾患としての特徴、自殺という重大な社会的影響、正確な診断に欠かせない躁病エピソードの認識への理解が欠けている。これらの情報は一般書で大きく取り上げられることは少ないが、いずれも双極性障害の診断・治療上において非常に重要な点であり、患者のみならず患者家族、一般における認識が高まることが望まれる。また、若年発症の割合の高さを知ることは、患者が早い段階で受診するきっかけとなる可能性もある。したがって、これらの疾患特性に関して特に重点的に理解を促す仕組みを作ることも、今後より効率的かつ有用な心理教育を提案する目指す上で必要と考える。

4. 「簡易な心理教育」による社会適応の改善

「簡易な心理教育」の実施がどのようなプロセスを経て社会適応の改善につながったかを考察する。

研究2では、寛解期にある双極Ⅱ型障害5例の患者に対し、薬物療法と併用して「簡易な心理教育」を実施することにより、疾患理解が進み、社会適応を改善する可能性が示すことができた。しかし、どのような過程を経て、疾患理解の向上や社会適応の改善につながったのかは明らかではなかった。そこで研究3では、研究2から1例を取り上げて、患者経過を追いながら詳しく検討した。その結果、音読や個人心理教育といった手技が疾患理解を助け、疾患を理解したことが自己の行動コントロールを可能とし、周囲とのコミュニケーションを良い方向に変化させていたことが考えられた。また、前述のとおり、音読や個人心理教育は一步踏み込んだ幅広い疾患知識の習得にも役立っていた。さ

らに、読み合わせや個人心理教育という手法が、相互コミュニケーションを展開しやすく言葉を交わしやすい雰囲気を作ったことで、患者と医療者の信頼関係構築が進んだことも考えられた。適切な信頼関係の構築は、自分の意見や気持ちを表出する励みにもつながり、結果として社会適応にも良い影響を与えていた。服薬指導に「簡易な心理教育」を取り入れた研究 4 でも、自発的な発言や質問が増えるといった変化が認められており、治療に対する積極性の促進とともに薬剤師との信頼関係の構築にもつながっていることが示唆された。

以上より、音読や個人心理教育は患者の幅広い疾患理解を促し、その疾患理解が自己の行動コントロールの可能にすることで、周囲との関係性が改善したと推察される。また、読み合わせという手技と個人心理教育という形式は、患者と心理専門職の信頼関係構築に寄与し、適切な人間関係の在り方を学ぶきっかけとなった。結果として、「簡易な心理教育」の導入が社会適応の改善という臨床的に重要なアウトカムをもたらしたと考える。

5. 研究の限界と今後の課題

本研究では、新たに考案した「簡易な心理教育」を、双極性障害の薬物療法に加えて実施することにより有用となり得る可能性を示した。しかし、本研究には以下の限界点が存在する。

本研究は、調査研究（研究 1）、後方視的観察研究（研究 2）、症例報告（研究 3, 4）という構成であった。本来であれば、研究 1 の対象となった若年層での患者を対象として「簡易な心理教育」の有用性を詳細に検討することが求められるが、今回実施できなかった。その背景として、症例検討への同意取得や対象患者数の少なさが存在した。また、研究 1 の調査結果から明らかとなった双極性障害の認知状況、例えば、再発や自殺リスクへの理解が乏しいといった問題点を、「簡易な心理教育」の内容に取り入れることにより、より有用な心理教育

を考案することが可能となったかもしれない。しかし、今回考案した「簡易な心理教育」が研究 1 に先行して実施されていたことなどの背景から、研究 1 の結果を心理教育の内容に取り入れることが難しかった。したがって、年齢層を考慮した心理教育の手法や内容の在り方、そしてその有用性については今後も継続して検討する必要があると考える。

「簡易な心理教育」の有用性の検討のために実施した研究 2、3 及び 4 はいずれも少数例を対象とした後方視的研究であり、結果を一般化することは困難であった。本来であれば、無作為化臨床試験などを通じてその有効性を検討することが求められるが、本研究目的は臨床現場でも導入可能な心理教育手法の考案であり、且つ臨床現場での実施した場合の有用性を評価することであったことから、臨床試験ではなく後方視的研究というデザインが適していると考えた。しかしながら、今回考案した「簡易な心理教育」が広く発展するためには、既に海外で無作為化臨床試験が実施されている体系的な心理教育などを対照とした非劣勢試験を実施し、その有用性を検討することが望まれると考えられた。

6. 結論

本研究では、双極性障害を対象とした「簡易な心理教育」の考案とその有用性を検討を行った。日本の臨床現場でも実施可能なレベルの心理教育の手法を提示し、その有用性を示唆することができたことは、我が国の現状を考えると大きな意義があると考えられる。

引用文献

- Albert, U., Rosso, G., Maina, G., & Bogetto, F. (2008). Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes. *Journal of Affective Disorders*, 105, 297-303.
- American Psychiatric Association (2000). *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- (高橋 三郎・大野 裕 (監訳) (2003). DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引 新訂版 医学書院)
- American Psychiatric Association (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- (高橋 三郎・大野 裕 (監訳) (2014). DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引 医学書院)
- Anderson, I. M., Haddad, P. M., & Scott, J. (2012). Bipolar disorder. *BMJ*, 345, e8508. doi: 10.1136/bmj.e8508.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1986). *Schizophrenia and the Family: A Practitioner's Guide to Psychoeducation and Management* (1st Ed). New York: Guilford Press.
- 有村 保次・西田 俊彦・南 麻弥・横山 葉子・三品 浩基・山崎 新…福原 俊 (2010). 臨床研究医の現状：診療現場で臨床研究を実現するための課題——京都大学臨床研究者養成コース (MCR コース) の履修生の実態調査か

- ら見えてきたこと—— 医学教育, 41, 259-265.
- Bauer, M. S., Crits-Christoph, P., Ball, W. A., Dewees, E., McAllister, T., Alahi, P., ... Whybrow, P. C. (1991). Independent assessment of manic and depressive symptoms by self-rating. Scale characteristics and implications for the study of mania. *Archives General Psychiatry*, 48, 807-812.
- Bauer, M. S., Vojtá, C., Kinosian, B., Altshuler, L., & Glick, H. (2000). The Internal State Scale: replication of its discriminating abilities in a multisite, public sector sample. *Bipolar Disorders*, 2, 340-346.
- Belmaker, R. H., Shapiro, J., Vainer, E., Nemanov, L., Ebstein, R. P., & Agam, G. (2002). Reduced inositol content in lymphocyte-derived cell lines from bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 4, 67-69.
- Berk, M., Dodd, S., Kauer-Sant'anna, M., Malhi, G. S., Bourin, M., Kapczinski, F., & Norman, T. (2007). Dopamine dysregulation syndrome: implications for a dopamine hypothesis of bipolar disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 434, 41-49.
- Blader, J., & Kafantaris, V. (2007). Pharmacological treatment of bipolar disorder among children and adolescents. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7, 259-270.
- Chatterton, M. L., Stockings, E., Berk, M., Barendregt, J. J., Carter, R., Mihalopoulos, C. (2017). Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: network meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 210, 333-341.
- Clemente, A. S., Diniz, B. S., Nicolato, R., Kapczinski, F. P., Soares, J. C., Firmo, J. O., & Castro-Costa, É. (2015). Bipolar disorder prevalence: a

- systematic review and meta-analysis of the literature. *Revista brasileira de psiquiatria*, 37, 155-161.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., & Corominas, J. (2003a). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Goikolea, J. M., & Gastó, C. (2003b). Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1101-1105.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Goikolea, J. M., Popova, E., Bonnin, C. M., & Scott, J. (2009a). Psychoeducation for bipolar II disorder: An exploratory, 5-year outcome subanalysis. *Journal of Affective Disorders*, 112, 30-35.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., ... Martínez-Arán, A. (2009b). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 194, 260-265.
- Cooke, R. G., Krüger, S., & Shugar, G. (1996). Comparative evaluation of two self-report Mania Rating Scales. *Biological Psychiatry*, 40, 279-283.
- Coryell, W., Fiedorowicz, J., Leon, A. C., Endicott, J., & Keller, M. B. (2013). Age of onset and the prospectively observed course of illness in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 146, 34-38.
- Coryell, W., Scheftner, W., Keller, M., Endicott, J., Maser, J., & Klerman,

- G. L. (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 720-727.
- de Barros Pellegrinelli, K., de O Costa, L. F., Silval, K. I., Dias, V. V., Roso, M. C., Bandeira, M., ... Moreno, R. A. (2013). Efficacy of psychoeducation on symptomatic and functional recovery in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *127*, 153-158.
- Dell'Osso, B., Holtzman, J. N., Goffin, K. C., Portillo, N., Hooshmand, F., Miller, S., ... Ketter, T. A. (2015). American tertiary clinic-referred bipolar II disorder compared to bipolar I disorder: More severe in multiple ways, but less severe in a few other ways. *Journal of Affective Disorders*, *188*, 257-262.
- Diflorio, A., & Jones, I. (2010). Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *International Review of Psychiatry*, *22*, 437-452.
- Dolder, C. R., Lacro, J. P., Warren, K. A., Golshan, S., Perkins, D. O., & Jeste, D. V. (2004). Brief evaluation of medication influences and beliefs: development and testing of a brief scale for medication adherence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *24*, 404-409.
- Eker, F., & Harkin, S. (2012). Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, *138*, 409-416.
- Everitt, B. A., & Wessely, S. (2008). *Clinical Trials in Psychiatry* (2nd Ed). New York: John Wiley & Sons.
- (樋口 輝彦・山田 光彦 (監訳) (2011). ロンドン大学精神医学研究所に学ぶ精神科臨床試験の実践 医学書院)
- Fagiolini, A., Kupfer, D. J., Masalehdan, A., Scott, J. A., Houck, P. R., & Frank

- E. (2005). Functional impairment in the remission phase of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7, 281-285.
- Fountoulakis, K. N. , Grunze, H. , Vieta, E. , Young, A. , Yatham, L. , Blier, P. , . . . Moller, H. J. (2016). The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) treatment guidelines for Bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), part 3: The clinical guidelines. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 20, 180-195.
- Frank, E. , Kupfer, D. J. , Thase, M. E. , Mallinger, A. G. , Swartz, H. A. , Fagiolini, A. M. , . . . Monk, T. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives General Psychiatry*, 62, 996-1004.
- GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388, 1545-1602.
- Ghaemi, S. N. , Boiman, E. E. , Goodwin, F. K. (2000). Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 804-808.
- González-Ortega, I. , Ugarte, A. , Ruiz de Azúa, S. , Núñez, N. , Zubia, M. , Ponce, S. , . . . González-Pinto, A. (2016). Online psycho-education to the treatment of bipolar disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16, 452. doi: 10.1186/s12888-016-1159-0.
- Gonzalez-Pinto, A. , Mosquera, F. , Alonso, M. , López, P. , Ramírez, F. , Vieta, E. ,

- & Baldessarini, R. J. (2006). Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. *Bipolar Disorders, 8*, 618-624.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness. Bipolar disorders and recurrent depression* (2nd Ed). New York:Oxford University Press.
- Goodwin, G. M., Haddad, P. M., Ferrier, I. N., Aronson, J. K., Barnes, T., Cipriani, A., ... Young, A. H. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology, 30*, 495-553.
- 後藤 涼子・野中 由花・小野 久江 (2011). 大学生における ADHD の認知度調査 臨床教育心理学研究, 3, 19-22.
- Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual for psychopharmacology Revised, 1976*. Maryland:U. S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE · Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration.
- Harwood, A. J. (2005). Lithium and bipolar mood disorder: the inositol-depletion hypothesis revisited. *Molecular Psychiatry, 10*, 117-126.
- Hidalgo-Mazzei, D., Mateu, A., Reinares, M., Murru, A., Del Mar Bonnín, C., Varo, C., ... Colom, F. (2016). Psychoeducation in bipolar disorder with a SIMPLE smartphone application: Feasibility, acceptability and satisfaction. *Journal of Affective Disorders, 200*, 58-66.
- Hirschfeld, R. M., Lewis, L., & Vornik, L. A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the

national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 161-174.

星越 克彦 (2005). 精神障害患者に対する看護学生の社会的態度 臨床精神医学, 34, 357-363.

五十嵐 良雄 (2016). これでいいのか うつ病治療:どうしたらいい よくならない抑うつ症状Ⅱ <小事例紹介:よくならない抑うつ症状をもつ人たち> 双極Ⅱ型障害症例, 精神科臨床サービス, 16, 168-171.

池淵 恵美 (2005). 双極性障害における薬物療法の導入・継続と心理教育的アプローチ 臨床精神薬理, 8, 29-37.

稲田 俊也 (編著) (2005). ヤング躁病評価尺度日本語版(YMRS - J)による躁病の臨床評価 じほう

伊藤 由香, 長田 貴美子, 裕 真吾, 下郷 裕美子, 松崎 邦弘, 町島 浩…増原 慶壮(2009). 薬剤師によるがん化学療法の説明に対する患者の評価と評価に基づく業務の改善, 日本病院薬剤師会雑誌, 45, 925-929.

Javadpour, A., Hedayati, A., Dehbozorgi, G. R., & Azizi, A. (2013). The impact of a simple individual psycho-education program on quality of life, rate of relapse and medication adherence in bipolar disorder patients. *Asian Journal of Psychiatry*, 6, 208-213.

Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., ... Keller, M. B. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 530-537.

Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Coryell, W., Endicott, J., Maser, J., ... Keller, M. B. (2003). A prospective investigation of the

- natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 261-269.
- 貝谷 久宣 (2016). よくわかる双極性障害 (躁うつ病) 主婦の友社
- 神庭 重信・坂本 薫・樋口 輝彦 (1999). 気分障害の臨床——エビデンスと経験—— 星和書店
- Kasahara, T., Kubota, M., Miyauchi, T., Noda, Y., Mouri, A., Nabeshima, T., & Kato T. (2006). Mice with neuron-specific accumulation of mitochondrial DNA mutations show mood disorder-like phenotypes. *Molecular Psychiatry*, 11, 577-593.
- 片桐 秀晃・中根 允文 (2013). 双極性障害に関するインターネットによる認知度調査 精神医学, 55, 375-382.
- Kato, T., & Kato, N. (2000). Mitochondrial dysfunction in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2, 180-190.
- Kato, T., Stine, O. C., McMahon, F. J. & Crowe, R. R. (1997). Increased levels of a mitochondrial DNA deletion in the brain of patients with bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 42, 871-875.
- Kato, T. (2008). Molecular neurobiology of bipolar disorder: a disease of 'mood-stabilizing neurons'? *Trends in Neurosciences*, 31, 495-503.
- 加藤 忠史・高橋良斉・高橋三郎 (1995). 双極性障害における集団療法の試み 精神科治療学, 10, 165-170.
- 加藤 忠史 (2011). 双極性障害 病態の理解から治療戦略まで (第2版) 医学書院
- 川上 沙織・福井めぐみ (2014). 双極性障害患者に対する個別心理教育の効果 患者エンパワメント効果について考える 日本精神科看護学術集会誌, 57, 376-377.

- 川上 憲人, 土屋 雅雄, 高崎 洋介, 木村 美枝子, 富永 眞由美, 船越 明子…
岩田昇 (2006). 特定の精神障害の頻度, 危険因子, 受診行動, 社会生活
への影響. 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究
事業「こころの健康についての疫学調査に関する研究 (主任研究者: 川上
憲人)」総括・分担研究報告書, 59-70.
- 川崎 弘詔 (2013). DSM-5 を迎えて気分障害はどう変わっていくか、そして薬
物療法はどうあるべきか 臨床精神薬理, 16, 1271-1286.
- 川島 隆太 (2010). 脳を知り、脳を守り、脳を育む 学習療法による認知症の
ケア 老年期痴呆研究会誌, 15, 106-107.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Coryell, W., Endicott, J., & Mueller, T. I. (1993).
Bipolar I: a five-year prospective follow-up. *The Journal of
Nervous and Mental Disease*, 181, 238-245.
- Kogan, J. N., Otto, M. W., Bauer, M. S., Dennehy, E. B., Miklowitz, D. J., Zhang,
H. W., ... STEP-BD Investigators. (2004). Demographic and diagnostic
characteristics of the first 1,000 patients enrolled in the
Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder.
Bipolar Disorders, 6, 460-469.
- Koike, S., Yamaguchi, S., Ojio, Y., Ohta, K., & Ando, S. (2016). Effect of name
change of schizophrenia on mass media between 1985 and 2013 in
Japan: A text data mining analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42, 552-
559.
- 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター (2012). 精神保健福祉
資料 目でみる精神保健医療福祉(平成 24 年版). Retrieved from
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/> (2017 年 5 月 25 日)
- 厚生労働省 (2008). 心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告

- 書～精神疾患を正しく理解し、新しい一步を踏み出すために～（平成16年3月） Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/04/dl/s0411-7i.pdf> (2017年5月25日)
- 厚生労働省（2011a）. 知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス総合サイト Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html> (2017年5月25日)
- 厚生労働省（2011b）. 平成23年受療行動調査の概況 Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/11/dl/gaikyo-all.pdf> (2017年5月25日)
- 厚生労働省（2016）. 平成28年度診療報酬改定説明（医科）その5 Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115982.pdf> (2017年5月22日)
- 功刀 浩（2013）. 研修医・コメディカルのための精神疾患の薬物療法講義 金剛出版
- 蔵本 和雄・福木 健太・堀 真由美・長本 優介・多久 英子（2009）. 精神科閉鎖病棟における生活習慣病予防の取り組み 健康教育による患者の意識向上を目指して 鳥取臨床科学研究会誌, 1, 290-298.
- Kurdal, E., Tanriverdi, D., & Savas, H. A. (2013). The Effect of Psychoeducation on the Functioning Level of Patients with Bipolar Disorder. *Western Journal of Nursing Research*, 36, 312-328.
- Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., ... Sham, P. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Archives General Psychiatry*, 60, 145-152.
- Lingam, R., & Scott, J., (2002). Treatment non-adherence in affective

- disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *105*, 164-172.
- Lynch, D., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological Medicine*, *40*, 9-24.
- MacQueen, G. M., Young, L. T., & Joffe, R. T. (2001). A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *103*, 163-170.
- Manning, J. S. (2002). Tools to Improve Differential Diagnosis of Bipolar Disorder in Primary Care. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, *4*, 142-150.
- 増田 梨花 (2005). 読書療法の効果 不登校生徒への絵本の読み合わせの効果から 精神療法, *31*, 459-466.
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives General Psychiatry*, *64*, 543-552.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., . . . Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives General Psychiatry*, *68*, 241-251.
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder. State of the Evidence. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 1408-1419.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L.

- (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives General Psychiatry*, *60*, 904-912.
- Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Snyder, K. S., & Mintz, J. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives General Psychiatry*, *45*, 225-231.
- 文部科学省 (2017). 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 平成 26 年 12 月 22 日 (平成 29 年 2 月 28 日一部改正) Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseikagakuka/0000153339.pdf> (2017 年 5 月 25 日)
- 中根 允文・岡崎 祐士 (1994). ICD-10「精神・行動の障害」マニュアル 医学書院
- 中根 允文・吉岡 久美子・中根 秀之 (2006). 精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究——精神障害と社会的距離——一般住民と各種専門職との比較. 厚生労働省科学研究費補助金こころの健康科学研究事業精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究平成 17 年度総括・分担研究報告書, 31-38.
- 日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会 (2014). ファーマシューティカルケアのための医療コミュニケーション 南山堂
- 日本製薬工業協会 医薬品評価委員会 データサイエンス部会 2015 年度タスクフォース 3「Real World Data の活用」(2015). データベース研究入門 Retrieved from <http://www.jpma.or.jp/medicine/shinyaku/tiken/allotment/pdf/rwd.pdf> (2017 年 5 月 25 日)
- 日本うつ病学会 双極性障害委員会 (2013). 双極性障害(躁うつ病)とつきあうために Ver.6 Retrieved from

http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/sokyoku/pdf/bd_kaisetsu.pdf

(2013年12月27日)

西脇 可織・雪丸 知子・田中 敬子・松本 朝子・小野田 知恵・山田 文子

(2007). 手術後1日目の早期離床に関する看護師のインフォームド・コンセントの検討 名古屋市立病院紀要, 29, 103-105.

野村 総一郎・樋口 輝彦 (監修) (2015). 標準精神医学第6版 医学書院

Novick, D. M, Swartz, H. A., & Frank, E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders*, 12, 1-9.

忽滑谷 和孝・真鍋 貴子 (2005). 双極性障害の病相予防のための社会心理的な介入 精神科治療学, 20, 1255-1261.

OCEBM Levels of Evidence Working Group* (2011). "The Oxford Levels of Evidence 2". Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Retrieved from <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653> (2017年5月25日)

大川 一郎・吉田 甫・土田 宣明 (2007). 認知症の高齢者に対する音読・計算課題の遂行が認知機能におよぼす影響 高齢者のケアと行動科学, 12, 28-37.

大野 裕 (2010). 認知療法・認知行動療法の日本での現状と診療報酬への収載 週刊医学界新聞 2010年05月24日 第2880号 Retrieved from http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02880_02 (2017年5月25日)

岡崎 祐士 (研究代表者)・西田 淳志 (研究分担者) (2009). 平成20年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業 「思春期精神病理の疫学と早期介入方策に関する研究」 Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/04/dl/s0423-7e_0002.pdf (2017年5月25日)

- 尾崎 紀夫 (2013). 双極性障害における治療アドヒアランスと心理教育 臨床精神医学, 16, 1441-1448.
- Pallanti, S., Quercioli, L., Pazzagli, A., Rossi, A., Dell'Osso, L., Pini, S., & Cassano, G. B. (1999). Awareness of illness and subjective experience of cognitive complaints in patients with bipolar I and bipolar II disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1094-1096.
- Parikh, S. V., Zaretsky, A., Beaulieu, S., Yatham, L. N., Young, L. T., Patelis-Siotis, I., ... Streiner, D. L. (2012). A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a Canadian Network for Mood and Anxiety treatments (CANMAT) study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 803-810.
- Perlick, D., Clarkin, J. F., Sirey, J., Raue, P., Greenfield, S., Struening, E., & Rosenheck, R. (1999). Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 175, 56-62.
- Perlis, R. H., Dennehy, E. B., Miklowitz, D. J., Delbello, M. P., Ostacher, M., Calabrese, J. R., ... Sachs, G. (2009). Retrospective age at onset of bipolar disorder and outcome during two-year follow-up: results from the STEP-BD study. *Bipolar Disorders*, 11, 391-400.
- Perry, A., Tarriner, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*, 318, 149-153.
- ファーマシューティカルコミュニケーション研究会 (編) (2006). 新・薬剤師のコミュニケーション～問題解決への道しるべ～ 薬事日報社

- Retzer, A, Simon, F. B., Weber, G. Stierlin, H., Schmidt, G. (1991). A followup study of manic-depressive and schizoaffective psychoses after systemic family therapy. *Family Process, 30*, 139-153.
- Rosa, A. R., Bonnín, C. M., Vázquez, G. H., Reinares, M., Solé, B., Tabarés-Seisdedos, R., ... E, Vieta. (2010). Functional impairment in bipolar II disorder: Is it as disabling as bipolar I? *Journal of Affective Disorders, 127*, 71-76.
- Rouget, B. W., & Aubry, J. M. (2007). Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. *Journal of Affective Disorders, 98*, 11-27.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Pedro, R. (2015). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (11th Ed.). Philadelphia:Wolters Kluwer.
- (井上 令一 (監修) (2016). カプラン臨床精神医学テキスト DSM-5 診断基準の臨床への展開 メディカル・サイエンス・インターナショナル)
- Saito-Tanji, Y., & Ono, H. (2017). Effectiveness of a simple individual psychoeducation program in a patient with bipolar II disorder. *Dual Diagnosis: Open Access, 2*, 3. doi:10.21767/2472-5048.100030
- 齊藤 (丹治) 由佳・竹谷 怜子・辻本 江美・山本 亜実・小野 久江 (2016). 患者と薬剤師が交互にテキストを音読する個人心理教育手法を用いた服薬指導：双極 II 型障害患者の一例 日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会会誌, *14*, 13-21.
- Saito-Tanji, Y., Tsujimoto, E., Taketani, R., Yamamoto, A., & Ono, H. (2016). Effectiveness of simple individual psychoeducation for bipolar II disorder. *Case Reports in Psychiatry, 2016*, Article ID

6062801. doi:10.1155/2016/6062801

- 齊藤（丹治） 由佳・西川 歩美・竹谷 怜子・辻本 江美・円山 アンナ・小野
久江（2014）. 心理教育により社会適応能力が著しく改善した双極Ⅱ型障
害患者の一例——精神科診療所における簡易な個人心理教育について
——最新精神医学, 19, 427-433.
- 酒井 伸隆・金田朋子・林 昇・杉角 俊信・新谷 紀子（2005）. 急性期治療病
棟における心理教育の効果、日本精神科看護学会誌, 48, 204-207.
- Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., Moreno, D. H., Sinyor, M., Kessing,
L. V., ... Yatham, L. (2015). Epidemiology, neurobiology and
pharmacological interventions related to suicide deaths and
suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the
International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide
in Bipolar Disorder. *The Australian and New Zealand journal of
psychiatry*, 49, 785-802.
- Schöttle, D., Huber, C.G., Bock, T., & Meyer, T. D. (2011). Psychotherapy for
bipolar disorder: a review of the most recent studies. *Current
Opinion in Psychiatry*, 24, 549-555.
- Scott, J., Grunze, H., Meyer, T. D., Nendick, J., Watkins, H., &
Ferrier, N., (2015). "A bipolar II cohort (ABC): The association of
functional disability with gender and rapid cycling." *Journal of
Affective Disorders*, 185, 204-208.
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., ...
Hayhurst, H. (2006). Cognitive-behavioural therapy for bipolar
disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188, 488-489.
- Shamir, A., Ebstein, R. P., Nemanov, L., Zohar, A., Belmaker, R. H., Agam, G.

- (1998). Inositol monophosphatase in immortalized lymphoblastoid cell lines indicates susceptibility to bipolar disorder and response to lithium therapy. *Molecular Psychiatry*, 3, 481-482.
- 塩屋 敬一・斉田 和子・岸 雅彦・隈本 健司・板井 孝彦郎・外山 博一…浅井 篤 (2006). 【今後の筋萎縮性側索硬化症医療のあり方を考える】 筋萎縮性側索硬化症患者の事前指示書 その有効性と問題点 医療, 60, 615-619.
- 白川 治 (2008). 双極Ⅱ型障害——双極スペクトラムの発展—— 精神科, 13, 286-293.
- Smith, D. J., Griffiths, E., Poole, R., di Florio, A., Barnes, E., Kelly, M. J., . . . Simpson, S. (2011). Beating Bipolar: exploratory trial of a novel internet-based psychoeducational treatment for bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 13, 571-577.
- 総務省 (2016). 平成 28 年版情報通信白書 第 3 章 IoT 時代の新製品・サービス 第 2 節 スマートフォンの普及と ICT 利活用 Retrieved from <http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h28/pdf/n320000.pdf> (2017 年 5 月 28 日)
- Stahl, S. M., (2008). *Stahl's Essential Psychopharmacology* (3rd Ed). Cambridge: Cambridge University Press.
- (仙波 純一・松浦 雅人・中山 和彦・宮田 久嗣 (監訳) (2010). 精神薬理学エッセンシャルズ 神経科学的基礎と応用 (第 3 版) メディカル・サイエンス・インターナショナル
- Stewart, A. L., Greenfield, S., Hays, R. D., Wells, K., Rogers, W. H., Berry, S. D., . . . Ware, J. E. Jr. (1989). Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical

Outcomes Study. *The Journal of the American Medical Association*, 262, 907-913.

高橋 麻衣子 (2013). 人はなぜ音読をするのか——読み能力の発達における音読の役割—— 教育心理学研究, 61, 95-111.

高橋 結花・小林 清香 (2016). 多職種による心理教育プログラム導入が薬剤師の服薬指導に及ぼした影響 東京女子医科大学雑誌, 86, 158-163.

武田 俊彦 (2008). 躁病におけるドーパミン仮説 臨床精神薬理, 11, 1465-1472.

丹治 由佳・原田 英治・藤越 慎治・植田 要・片桐 秀晃 (2016). Olanzapine 投与を開始した急性期双極性障害患者の臨床経過——48 週間非介入コホート観察試験——. 臨床精神薬理, 19, 1209-1223.

丹治 由佳・片桐 秀晃・竹綱 正典・植田 要・山田 和男 (2016). 双極Ⅱ型障害における躁症状に対する olanzapine の安全性と有効性についての検討——双極性障害における躁症状を対象とした特定使用成績調査の部分集団解析結果——. 臨床精神薬理, 19, 1329-1338.

丹野 千遥・六角 僚子・小林 小百合・関 由香里 (2014). 小学生・中学生の認知症に対する認知度 アンケート調査によるその実態と今後必要と思われる教育 日本認知症ケア学会誌, 13, 367.

東京都生活文化局広報広聴部 (2013). こころの病気に関する世論調査 平成 25 年 10 月 Retrieved from <http://www.metro.tokyo.jp/INET/CHOUJA/2013/10/60nau106.htm> (2017 年 5 月 25 日)

Tokura, T., Kimura, H., Yoshimi, A., Ohashi, M., Masuda, M., Senzaki, K., . . .

Ozaki, N. (2012). Reliability and Validity of the Japanese Version of BEMIB Modified for Patients With Bipolar Disorder: a Self-rating Scale for Medication Adherence. *Clinical Neuropsychopharmacology*

and Tehrapeutics, 3, 26-32.

徳倉 達也・尾崎 紀夫 (2013). 双極性障害における治療アドヒアランスと心理教育 臨床精神薬理, 16, 1441-1448.

辻本 奈美子・長井 美香・熊井 裕子・矢部 寛子 (2012). 心理教育プログラムを試みて デイケアの取り組みと課題 日本精神科看護学術集会誌, 55, 108-109.

上原 徹 (2007). スキルアップ心理教育 星和書店

浦田 重治郎 (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) 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 13 指 2 統合失調症の治療およびリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究 Retrived from http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/documents/psycho_education_guide_line.pdf (2017 年 5 月 25 日)

鷲塚 伸介・加藤 忠史 (2012). 生活の視点から薬物療法をとらえなおす 薬にできること・できないこと 双極性障害 精神科臨床サービス, 12, 39-42.

Williams, R. S., Cheng, L., Mudge, A. W., & Harwood, A. J. (2002). A common mechanism of action for three mood-stabilizing drugs. *Nature, 417*, 292-295, 2002.