

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

ストレス関連疾患に関する医療経済学的研究  
その2 強迫性障害に対する認知行動療法  
強迫性障害研修会 強迫性障害に対する行動療法

分担研究者 樋口輝彦 国立精神・神経センター武蔵病院 院長

**研究要旨：**

**目的：** 強迫性障害(OCD)に対する認知行動療法(CBT)の有効性はよく知られるようになった。一方、治療を行えるセラピストが不足し、治療を患者や家族が希望しても受けることができないことが実情である。この研究では認知行動療法を広めるために、研修会を開催した。開催時にアンケートを行い、CBTの普及のさまたげとなる要因について探索した。

**対象と方法：** メールリスト、医療機関への案内の郵送、ホームページなどによって広報し、参加者を募った。全国から40名の参加者があった。

**結果：** 3日間の研修会を開催した。患者団体(OCDの会)が主催し、OCDの患者自身と研修者が接することができるようにした。アンケートの結果は全体に好ましいものであった。一方、日本では十分なトレーニングを受ける機会が少ないことも分かった。

**その他：** 認知行動療法の普及に当たっては、研修会のみでは不足していることが分かった。スーパーバイズやオンザジョブトレーニングなどの方法を開発し、提供できるようにすることが必要である。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

原井 宏明

国立病院機構菊池病院 臨床研究部部長

岡嶋美代 国立病院機構 菊池病院

橋本加代 国立病院機構 菊池病院

野口由香 名古屋市立大学精神科

児玉政美 OCDの会

William O'Donohue ネバダ大学レノ校臨床心理学教授

増田暁彦 ネバダ大学レノ校臨床心理学大学院生(博士課程)

**A. 研究目的**

はじめに

認知行動療法は多くの精神障害の研究や治療に寄与した。中でも強迫性障害(Obsessive Compulsive Disorder、以下OCD)は認知行動療法によって見方や対応が変わったものの代表である。現在、OCDに対する治療法の標準はエクスポージャーと儀式妨害(Exposure and Ritual Prevention 以下E&RP)とセロトニン再取り込み阻害剤(Serotonin Reuptake Inhibitor、以下SRI)である。これらの治療方法は適切に行えば

大半の患者を軽快させられることが、無作為割付比較試験やメタアナリシスによって、明らかになった。

### **OCDに対する認知行動療法の発展**

系統的脱感作によって恐怖症を治療できるようになったときから、OCDに対する行動療法によるアプローチも始まった。しかし、不安を軽減する技法のみではOCDを治療することはできなかった。OCDを治療できるといえるようになったのは Mayor (Meyer 1966) が 1966 年に E&RP を始めてからである。1980 年代以降、E&RP を構成する各部分の効果を調べる研究が行われ、リラクセーションのような不安を下げる方法は不要であること、エクスプージャーと儀式妨害の組み合わせが必要なことが明らかになった (原井 1999)。

治療効果の検証を目的とした臨床研究の中で扱われる E&RP は次のように定義される。①比較的高い恐怖刺激から始められる段階的現実エクスプージャー、②入院などの制限された環境の中での数時間から 1 日にわたる厳密な反応妨害、③ 10～20 回程度のセッションを週に 2～3 回行う、④ 自宅で行う患者が行う宿題、としたパッケージである。

### **OCDに対する認知行動療法の特徴と問題点**

1999 年にフルボキサミンが OCD を適応症として承認された。薬品会社は OCD の啓発活動を始め、OCD の診断と治療が一般にも知られるようになった。OCD の診断は他と比べると、容易である。疾患の特徴を知っていれば素人でも診断がつく。患者は医療情報を自ら探し出し、OCD と診断し、有効な治療法を受ける機会を求めようになった。精神障害もそれに有効な治療法も多種多様である。しかし、患者が自ら診断し、治療法を指定してくる疾患は多くない。OCD はその中のひとつである。

E&RP には治療者にとって易しい治療法ではない。E&RP は米国であってあまり使われていない。1996 年のアメリカ精神医学会の大会に参加した精

神科医に、E&RP を施行できるか、施行できるところへ紹介できるか、を問うたところ、Yes と答えたのは 10% 以下であった (Baer and Greist 1997)。米国の実際の心理臨床家を調査した研究がある (Freiheit and Vye 2004)。OCD に対する治療法として最もよく使われている技法は認知修正法であり、E&RP は呼吸訓練やリラクセーションと同じ程度しか使われていなかった。筆者の知る限り、先へのべたような数時間から一日にわたる厳密な反応妨害を伴う E&RP を行っているところは日本に数えるほどしかない。患者が E&RP を行うところを探しても容易には見つからない。

### **OCD の会について**

菊池病院では回復した患者と治療を始めたばかりの患者が集まり、先輩患者が体験を語るという集団療法を 2001 年ごろから行っていた。ERP を動機付けするためには、専門家の説得よりも先輩患者の体験談の方が良いと考えたからである。2004 年 4 月から、この集まりが発展し、“OCD の会”となった。神経症の自助組織は古くからあり、ネット上の仮想的な集まりは無数にある。しかし、強迫性障害に絞った実在の患者による組織は、われわれの知る限り、はじめてである。

2004 年 5 月には地元新聞に活動が掲載された。2004 年 10 月 23 日に市民フォーラムを行った。2005 年 2 月には、会や会に参加している患者が ERP を受ける場面がフジテレビに取材され、放送された。

現在の活動は、毎月第 3 金曜日の月例会やニューズレターの刊行、ホームページ、掲示板、電話対応などがある。年会費を支払い、登録されている会員は約 30 人である。月例会は患者本人の集まりに数人～10 数人、家族の集まりに 10 数人～20 人が毎回集まっている。家族会には横浜や名古屋などから参加する会員もいる。

菊池病院を受診した OCD の患者や家族に対して、診察時に資料の配布を行っている。

今回、この OCD の会を主体に、行動療法の研修会を行った。その様子について報告する。

## 対象と方法

### 対象

強迫性障害の診療を行っている医療従事者(医師、心理士、保健師など)を対象に研修会の案内を送付した。メーリングリスト、医療機関への案内の郵送、ホームページなどによって広報した。全国から 40 名の参加者があった。職種の内訳は心理士 17

### プログラム 1 日目

講義タイトル	講師など	テーマ
オリエンテーション 自己紹介		
強迫性障害とはー患者の立場からー	患者本人 夏子さん	イメージ・エクスポージャーで不潔恐怖を克服した私
強迫性障害とはー家族の立場からー	患者家族 U さん	”赤いものを見ると病気恐怖になる夫を持った私”
強迫性障害に対する治療のあらまし	原井宏明	全体の紹介
治療の実際の場面デモ	原井, 患者 T さん,	イメージエクスポージャーの説明ー自分で経験し, 実感すること
行動療法の基礎	William O'Donohue (ネバダ大学レノ校心理学教授)	行動療法とは 行動療法の技法 アセスメントの基本
症例検討会 1	参加者全員	事前に参加者から募った症例について検討

### 2 日目

強迫性障害治療のエビデンス	原井宏明	レビュー 菊池病院データ
強迫性障害の評価	岡嶋美代	Y-BOCS 評価訓練ビデオによるトレーニング
強迫性障害の治療計画	岡嶋美代, 野口由香, OCD の会	動機づけ, 強迫観念, 回避行動のチェック,
宿題のチェック 昼食		ハエラキーの作成
不潔恐怖に対するエクスポージャーと儀式妨害	野口由香	汚らわしさ, おぞましさにに対する回避と洗浄儀式に対する治療と動機づけ
薬物と精神科マネージメント, 入院中のプログラム	橋本加代	入院中の生活の問題
確認強迫に対するイメージエクスポージャー	原井宏明, OCD の会	未来の災禍に対する気がかりと確認儀式に対する治療と言語エクスポージャー(認知デフュージョン)
症例検討会 2	講師全員	事前に参加者から募った症例について検討

### 3 日目

動機づけ面接ー実際の患者との面接場面を用いて	原井宏明	共感しながら恐ろしい強迫観念を述べるようにさせること
症例検討会 3	講師全員	治療者は治療しているが患者は治療していないとき
行動療法の将来	William O'Donohue	第三世代の行動療法 他の情動障害との統合
質疑応答・まとめ, 修了証書授与	講師全員	

名, 臨床心理学大学院学生 11 名, 医師 8 名, 看護師 2 名, 精神保健福祉士 1 名, 保健師 1 名であった。過去の治療経験については, 10 名以上が 3 名, 数名程度が 4 名であった。他の参加者は経験がない, あるいは実際の患者に会ったことがない, と回答した。

### 方法 研修会の内容

研修会のプログラムを表に示す。

公開市民フォーラム 1. 『アメリカでの OCD 治療の実情』 William O'Donohue 2. パネルディスカッション	原井, 児玉, 患者, 家族, 増田暁彦先生, ハートフル心療内科大内院長 新潟大学 神村助教授
--	---

## 結果

研修会後にメールなどの方法で感想が寄せられた。一部を記載する。

- 全体としてはとても中身のある研修会であったと思います。皆さんのレクチャーはもちろんですが、患者さんや家族の方の生の声を聞いたことは貴重でした。
- 今回の研修会のおかげで、動機づけ面接が実際の臨床場面でどう使われているのか、使われていないのか、以前よりも少しイメージがつかめた気がしています。
- 先日の行動療法研修会、大変勉強になりました。特に、根拠ある治療を提供する事が当たり前ではありますが、重要であると再認識させられましたし、身に染みました。すぐすぐに行動療法を身につけることは当然のことながら難しい事はわかっています。しかし、前向きに努力し根拠ある治療を提供できるように精進する次第です。
- 今回の研修では、“動機づけ面接”ということに限定せずに広く OCD ということについて学ぶことが出来、大変有意義でした。私にとって、特に有意義だったのは、OCD の会の方の体験談やエクスポージャー等のロールプレイでした。まさに、“百聞は一見にしかず”です。
- お話や講義を伺いながら、育児困難を主訴として相談を始めたケースの方が「もしかしたら OCD ではないかなあ……？」と思ったり、隣家との関係に強迫観念(妄想?)を抱いている未治療の家族相談をしているケース

もセンターへ来た相談医師は「Sc」と Dx したのですが、これも OCD と考えた方が IP の言動に納得がいくような感じを持つたりしました。

最後の市民フォーラムでは、参加者も交えて、アメリカのネバダ大学臨床心理学の William O'Donohue 教授、ネバダ大学博士課程大学院生増田暁彦先生、新潟大学臨床心理学神村栄一先生を交えて、教育研修の問題を討議した。

米国では臨床心理学大学院の半数以上において行動療法が教育されていること、この 20 年間に教官が行動療法を専門とするものに置き換わっていることが述べられた。後者については、大学教官の採用に、学術的貢献が重要視されるようになり、エビデンスを出すことができる行動療法を専門にするものが自然に選ばれ、出せない他の心理療法のものは淘汰されていった、現在いる行動療法以外を専門とする教官は大半が高齢者である、ということであった。また博士課程大学院では 1 年間のインターンシップが義務付けられており、増田暁彦先生自身は、テキサス大学医学部精神科の病棟で実際の患者の治療にあたっている、ということであった。

一方、日本の臨床心理学大学院においては、150 あるプログラムのうち、行動療法を教育できる場所は 10 程度であり、またそのうちで、臨床実習が可能なところは 2,3 もない、ということであった。

### 家族の声

行動療法を必要とし、それが実際には得られないことを痛切に感じているのは、患者の家族である。以下に家族からの感想を掲載する。

**OCD の治療について、医療に望むこと 小学生女児の母**  
正しく診断をしていただく／正しい治療法を示

していただく

娘の場合、ここなら OCD の治療をお願いできると希望を持って出かけた医療機関でも、発達障害という診断をくだされました。一度きりの診察時の本人の態度や、小さいときから、衣服の手触りなどの感覚に多少のこだわりがあるといった、限られた情報がその根拠のようでした。(最近になって、特定の感覚に対する過敏さは OCD の人たちの間にも割合よく見られるらしいことを自分も知りました。)

別の医療機関では、こちらの用意した発達生育記録(低出生体重児として0歳から3歳まで、医療機関で経時的に受けた各種の発達検査記録)や発達障害の診断のアセスメント結果、学校や普段の生活上の所見といったものは見ていただかず、先生の臨床経験から、やはり発達障害に伴う強迫という診断をくだされました。そちらに入院してお世話になっていた間は、一貫して人間関係という点に注目されていたようです。人間関係はすぐ築くことができましたが、友達から聞いた“決まり”に厳格に反応するようなどころがあって、それが“認知の固さ”として、発達障害圏の子供の特徴と言われました。母親の目からみると、“決まり”に厳密なのは、“決まりを破ってしまうのではないか”という、強迫由来の不安が元になっているように思えてなりませんでした。

発達障害のという診断に基づいて SSRI 以外にもいろいろな薬を処方されました。納得がいかず、薬について心配でした。薬は、おおまかにいろいろ使う方法が専門家では当たり前のことなのかもしれません。しかし、素人の私から見ると粗雑だな、不安だな、と思わざるを得ませんでした。

また、最初に診ていただいたところでは、発達障害ということは言われませんでした。長いことプレイセラピーを勧められて熱心に通いました。この間、4年間は行動療法に行きつくことがありませんでした。薬も勧めていただきましたが、お守り程度に考えて、必要なときに飲めばよろしいという説明でした。後で、先生に行動療法のことをお聞きしますと、ご自分は知識がないが、本当に効果のあるものなら、もっと日本中に普及しているはずで、それがそうでないというのは、やはりそれだけのものなのでは?というご意見でした。

診断をくだすのは専門家にしかできないことです。診断の際には、それぞれの先生の個人的な臨床経験だけでなく、何かきちんとした手順のようなものにも従っていただきたいように感じています。

自分の主人の仕事(実験科学)などみていま

すと、客観的に証明のできないものは認められません。事実があっても、それ以上のことを憶測で言い過ぎればやはり認められません。これまでに、何度論文を突っ返されたことでしょうか。人の心の場合は曖昧であり、客観的な証明が難しいとよく言われます。だからと言って、曖昧なままで許されるのでしょうか。それでいいのかというのが素朴な疑問です。診断がくだされたら、本当に効果のある治療法を示していただきたいと思います。

### OCD 治療方法の普及

インターネットや翻訳された本などで調べますと、OCD の治療でもっとも効果的なのは、とにもかくにも ERP を含む認知行動療法 CBT のようです。米国の OCD のサポートグループのメールリストに参加していますが、あちらの先生(Dr.M.Jenike や Dr.J.Claiborn)が誰にも必ず勧められるのは CBT です。患者さんも CBT に効果を得て、その後、ご自分でコントロールされている方の投稿は人生に前向きで積極的です。是非、多くの専門の先生がたに CBT/ERP の技術を習得していただき、私どもを助けていただきたいと思います。

また、その米国においても OCD と治療法に精通している専門家は不足している様子です。今回の研修に参加される先生はパイオニアとして、ご自分の研鑽と同時に普及にも努めていただき、日本の OCD 治療をリードしていただきたいです。

娘はいまだ治療にのりところまでいっていません。SSRI の服薬だけです。こうした状態を先のメールリストに投稿してみたところ、Dr.Claiborn が回答をくださいました。OCD 治療で治療側が直面する一番の問題は、かなりの割合で治療を拒否する患者がいること。その際、Dr.C は治療を受けることのプロ&コンを説明し、一時の困難を越えればいかに治療後の生活を豊かにできるかを納得できるように導くそうです。さらに近年、動機づけ面接(Motivational Interviewing)が開発され、治療に抵抗する患者にも成果を上げているので、試す価値がありと教えてくださいました。日本で MI をご存じの専門家はわずかしきません。また、米国でも OCD の集中治療、入院治療の拠点は3カ所だということです。そうしてみると、菊池病院の OCD 治療の水準は国際基準以上かもしれないです。しかしながら、一軒の農家がいかに優れた野菜を生産しても、量が少なくて市場にのらなければ、消費者の口には届きません。菊池の知識や技量がいかに優れていても、そこだけですと、多くの患者は何ら恩恵にあずかることなく、自家用野菜になってしまいます。やはり、

是非ともより多くの場所で等しく治療を受けられる環境になって欲しいです。専門家の皆さまが垣根を取り払って、常に最新の技術や知識の交換につとめられますようお願いいたします。

### サポートグループ、その他

娘は近くの病院での診察には行かないのですが、菊池の OCD の会には遥々参加します。自分と同じ病を抱える人達には心を開くところが見えます。家族としても、会の活動（ネット掲示板などを含め）に支えられるところが大きいです。先のメールリストのやりとりを見ても、情報交換、精神的なサポート、セルフヘルプの CBT に対するアドバイス等、活発です。そんな中で実際、治療の門を叩く決心をする人も出てきます。サポートグループは患者の側から興していく必要があるのですが、そのとき是非スーパーバイザーとして専門家に参加していただければと思います。

OCD を知るのに、米国の OCF(OC foundation、<http://www.ocfoundation.org/>)のホームページがとても参考になりました。あのようなまとまったものが、誰の手にも、いつでも利用できたらと思います。OCF が現在のよう形で活動できるようになるのに 20 年かかったそうです。これから 20 年はとても待てません。何か効率の良い方法はないでしょうか。

### 患者自身、家族の心構え

OCD の治療に関しては、最終的には本人自身の意欲がもっとも重要だということに気付く必要があるかと思えます。また一生つき合う病と考えて、自己コントロールしていくにも、本人自身の力ということにいつも戻るのだらうと思えます。専門家にはそれをサポートしていただくということになりましょうか。

娘の OCD に巻き込まれて、長いこと過った習慣を続けさせてしまった経験のあるものとしては、患者本人のために、OCD の手伝いをしないことを肝に銘じたいと思います。最近のサポートメールのやりとりで、悩める患者家族に対して、別の患者さんからのアドバイスで、『あなたが OCD を引き起こしたのではないこと、あなたは OCD をコントロールできないこと、あなたは OCD を治すことはできないことを忘れずに、支援し、愛してあげなさい』というのが印象に残っています。

### 家族の強迫性障害 (OCD) と医療難民 40 歳手洗い女性の夫

私は首都圏にすんでおります。自営業です。妻は重度の強迫性障害、OCD です。不潔恐怖です。首都圏に住む、私が何故か、地元でなく、

遠方の菊池病院や OCD の会へ頻繁に、うかがうようになり、約 1 年が過ぎました。

首都圏では OCD の専門医は不足しています。基本治療のひとつである「行動療法」を行う医師も絶望的に少ないのです。治療方法の情報はあるのに、地元では妻をなおしてくれる治療はえられません。医療難民です。妻との、既に約 2 年半にわたる闘病生活、そして、ここ熊本で患者やご家族、また、専門医とスタッフの皆様の苦闘をみて、私なりに感じたことを述べさせていただきます。

妻が OCD だとわかったのは 2 年半前でした。薬物療法による通院治療がはじまりました。以前の妻は家事や仕事、そして趣味をこなし、明るく、いつも私を助けてくれました。

しかし、病気が悪化して生活が破綻しました。地獄のような日々がはじまりました。妻の知能は正常です。ただ病気の症状が出ると悪魔が乗り移ったようになります。例えば、汚れたような、または汚れが落ちない気がして、手洗い、シャワーそして、トイレの始末を寝食忘れて、延々とします。シャワーは最高 17 時間にもおよび、つらくて泣きながら、それでも止められません。こすりすぎたところは皮膚がやぶけ肉がみえていました。トイレはトイレットペーパーを 1 回に 3 ロールはつかいました。また、トイレの始末や手洗いに何時間も、かかるので、それが嫌で、水や食べ物も制限するようになりました。体重は一時期、1 ヶ月で 10 kg 以上もへりました。脱水状態で手の甲をつねると皮膚の形はねじれたまま、もとに戻りません。血尿もでました。外出も、できなくなりました。もちろん家事もできません。私は仕事をしながら妻の介護を一人ですることになりました。外に出るときは大変です。体が、地面や建物の壁についていないか？人にぶつからなかったか？水しぶきがかからなかったか？いちいち全て私に確認させるのです。これが家の中の行動、全てにも及びました。

そのくせ、私以外の人には、自分のしていることがおかしいと、良く認識しているのです。だから、そのような、おかしい、そぶりを見せたくないのに、短時間なら我慢して普通を装うのです。そのため妻の母や、姉妹は「そんなにひどいの？」とか「病院にいつているのに何で治らないの？」「怠け病じゃないの？甘えているのよ！」とか OCD 自体についても理解しようとしません。妻の母に助けをもとめても、同居の孫の世話で忙しく、こう言います。「私にはぜんぜん病気の話をしてくれないのよ。そんなにひどいのでしょうか？どうか娘をくれぐれも、よろしく御願います。」などとわれ、体よく

逃げてしまいます。また、私の両親はメンタルな病気への偏見が強く、とても相談できません。私は完全に追いつめられていきました。

しかし、ただ我慢しているだけでは解決しません。私は OCD について主治医に聞き、自分でもインターネット、本などで調べ、治療方法があることがわかりました。まず OCD の専門医の治療を受け、薬物療法と「認知行動療法」を受けることです。治療法の情報は比較的簡単に入りました。次に、そのような治療をしている専門医と治療スタッフの整った病院を首都圏で探しました。驚くべきことに、いくら探しても、ありませんでした。大学病院の主治医に、私は何度も聞きました、そのたびに主治医は言いました。「申し訳ありません。奥様は薬物療法の効果が出にくいのです。しかも重度です。そのような奥様を治療できる、認知行動療法を施せる体制の病院、を私は知りません。ご主人に探していただくしかありません。佐賀に療養所があるようですが、私は内容を良く知りませんし。紹介状は書かせていただきます。」

妻の病状はどんどん悪くなっていきます。強制入院させなくてはならない直前でした。大学病院での薬物治療は、通院や入院も十分効果がありませんでした。私も、とうとう、精神的・肉体的に健康を害して仕事にも影響がでてきました。周囲の人たちは病気のことは理解してくれません。何もかもが、絶望的でした。

首都圏の大学病院、総合病院では患者数にくらべて、OCD の専門医が少ないです。やっと探しあてても、一人の医師が 1 日 50 人以上の患者を診ています。一人、10 分が限度です。だから簡単な問診と薬物処方しかできません。お会いした、数少ない認知行動療法の専門医は、疲れた顔で話されました。「お気の毒です。奥様はお薬が効かないのであれば認知行動療法は有力な治療手段です。しかし、この大学病院では、できるのは私一人です。入院されても私は外来で手一杯です。病棟には OCD の専門スタッフはいませんし、私は指導する時間もあります。認知行動療法に私が患者さん一人に割ける時間は 1 ヶ月に 15 分から長くて 30 分です。しかも 1 ヶ月先まで、予定で既に一杯です。これでは治療効果は難しいのは十分わかっています。しかし、これが現状です。」

個人のクリニックでも同じようで、重度の入院レベルの妻の治療は難しいですと、やんわりと、断られました。また、入院施設のあるような多くの大学病院で言われました。「薬物療法しか当院では対応できません。入院されても認知行動療法のような特別な治療はしていません」

通院中の大学病院では、主治医はこう話されました。「奥様はたしかに医療保護が必要なぐらい重度の状況です。しかし当院では対応できるスタッフもおりません。もし当院に入院されるなら、あくまで任意入院の範疇でないと無理です。し病院として責任をもてません。ご奥様が保護室の対応や医療保護レベルに悪化した場合のため、当院以外の転院先を先に確保してください。紹介状は書きます。そうしないと上を奥様の入院受入を説得できません。」私は途方にくれました。でもそのようにするしかありませんでした。

そのころには私の病院めぐりは、訪問したところだけでも 10 件をこえていました。まるで飛び込みの営業マンのようでした。電話での問い合わせは、数えきれません。インターネットやあらゆる手段をつかいました。家族相談で面談した医師からも、少しでも情報を聞こうとしました。

ついに私は病院探しを全国に広げました。該当しそうな病院は 5 ヶ所ありました。大阪、九州まで問い合わせをしました。しかし、返事は「お気の毒ですが、遠すぎますね。難しいでしょう。」「残念ながら受入られる空き病床が当分ありません。」「申し訳ありませんが、多くの患者さんをお待ちで、予約はいつになるかわかりません。」

私は思いました。OCD の治療方法はわかっている。しかも首都圏の精神科の先生の多くは皆、認知行動療法という効果的な治療方法があることは知っています。でも、行動療法をする医師がいません。妻をうけいれてくれる適切な医療機関がないのです。まるで医療難民です。

選択肢のない状況のなかで、熊本の菊池病院さんで OCD の会という、患者・家族の会がホームページで紹介されているのは知っていました。これに参加してみよう！

菊池病院さんへ電話して、OCD の治療をされている医師に妻の状況と会への参加希望を話しました。でも返事は厳しいものでした。「奥様の状況は大変、お気の毒です。しかし首都圏ですか、遠いですね。まず奥様が来院できますか？ 極めて難しいでしょう。」私はとっさに「家族相談で、まずは私一人でもいきます。とにかく話をきいてください！」先生は「わかりました。家族相談の予約をとりましょう。また会にも参加してください。」私は、初めて絶望の中にわずかに、希望の光を見た思いがしました。

それから、私は熊本にいきました。家族相談では、医師から改めて OCD 自体とその治療についての説明がありました。行動療法による治療が、効果があること、菊池病院さんでは行動

療法のスタッフがおり、妻の治療のため、入院を受入してくれる事。無理とあきらめていた言葉が、はじめて現実に耳にはいってきました。

また OCD の会に参加しました。行動療法の治療を受けて社会復帰した患者さんと、

その御家族、また治療中の患者さんや、その家族の方々がいらっしゃいました。私の妻と同じように重症の方が普通の社会生活ができるようになっていました。希望の光は、まぼろしでなかった、本当にあったのだ！と感じました。

それから私の熊本と首都圏の往復が、はじまりました。会への参加と家族相談で、もう1年にもなります。そこで、妻の OCD の治療のために家族として何をしなくてはいけないか、妻を、つらい行動療法をうけるための動機付けをするには、どのような方法があるか等です。会の人たちから多くの知恵と勇気をいただきました。医師からは適切なアドバイスをいただきました。患者がつらい行動療法をうけるように決心するには時間がかかること、治療の成功に一番必要なのは患者本人が「病気を、どんなに辛くても、なおすんだ！」という強い動機づけと適切な治療です。最近、ついに妻が行動療法を受ける決心をしました。やっと治療のスタートに、たてたのです。

この会に参加して、多くのことを感じました。日本には多くの OCD の患者さんがいることです。OCD 研究会のホームページによるとアメリカの1984年の調査では OCD の患者は人口の2.5%いるそうです。仮に日本でその1/100が重症だとしたら2万人以上の重症患者がいることとなります。専門医もスタッフも受入病院も不足です。首都圏では人口の多さから絶望的な状況です。

妻の病気は特別でないこと。しかし、OCD の社会での理解は低く、私も妻が病気にかかるまではもちろん知りませんでした。患者・家族はこのため非常に孤立している状態です。治療法は薬物療法と認知行動療法の2つが基本治療です。OCD は治る病気です。しかし、日本では行動療法のできる医師や医療スタッフが、少ないです。したがって薬物療法で

効果の不十分な患者は OCD の医療難民となります。妻の治療はやっと、はじまったのですが、多くの同様な患者の方が基本治療をうけられないで苦しんでいるはずで、そして、その家族も苦しんでいます。数少ない OCD の行動療法の専門医や医療スタッフも大変な努力をされています。個人的努力ではすぐ解決できない制度上の問題だと感じました。

しかし、このままでは、何も変わりません。多くの OCD の医療難民が今もあふれているで

しょう。もっと多くの精神科の医師が行動療法を習得し、普及して、患者に治療を

施してくれれば！と切に願います。確かに今の診療報酬制度のもとでは手間・時間のかかる行動療法は病院経営上むずかしいかもしれませ

ん。ここ熊本では OCD の会という患者・家族の会が専門医のサポートのもとに活動しています。これは素晴らしいことです。他県ではインターネットなどや、患者同士の意見交換の場はあるようですが、それでは意見交換でおわってしまいます。会や家族相談で正しい知識と治療の実例に触れ、妻に伝えることができました。また、希望と勇気をいただき、治療をあきらめ悲劇的な結末にならないよう何とか、ここまで、持ちこたえて来ることができました。このような活動が全国に広がり、小さなネットワークが数多く生まれれば、それらが繋がり、そして大きなネットワークになれば、OCD が社会に認知され、さらに、行動療法が治療方法として、多くの医師や医療関係者などの、医療体制にうけいれられ、整備される可能性を秘めていると思います。

患者やその家族が、医師や病院そして行政が動くのを待っていて、助けをもとめるだけでは、何も変わらないことを、強く感じました。自ら動き、治療について知り、治す努力や治すためのサポートをする必要、そして最初は小さくても、声を社会に発しなくては、何も起きないと感じます。もちろん患者や家族だけでは力不足です。専門医や医療関係者の方々の力がなくては不十分です。

私は、今は、まずは妻のことを一番に考えざるをえません。妻が普通の生活を自力でできるようにサポートすることに全力をあげます。しかし、落ち着きましたら、熊本で芽生えた、活動が他の地域でも芽生え、大きな変化のきっかけとなる事を切に願い何かしら、できればと感じております。

## まとめ

今回の研修会研修会によって、研修生が実際にどのていど強迫性障害の診療ができるようになったか、はまだ測定されておらず、今後の課題である。

一般的には、3日間の研修で実際の強迫性障害の患者の治療が行えるようになることは、難しい。自動車の運転が自動車学校に3日間行っただけで普通に行えるか、といえは常識的な答えは“ありえない”である。実際に患者の治療にあたり、そしてスーパー



バイズをうけることが必須である。実際の業務の中で技術を習得する, オンザジョブトレーニングを今後の研修のなかに盛り込む必要がある。

#### 文献

Baer, L., Greist, J. H.: An interactive computer-administered self-assessment and self-help program for behavior therapy. *J Clin Psychiatry* 58 Suppl 12 :23 -28, 1997

エドナ・B. フォア, リード ウィルソン 片山奈緒美 (翻訳), 強迫性障害を自宅で治そう!—行動療法専門医がすすめる, 自分で治せる「3週間集中プログラム」. ヴォイス, 東京, 2002

Freiheit, S. R., Vye, C.: Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety: Is Dissemination Working? *The Behavior Therapist* 27 :25 -32, 2004

Jenike, M. A.: Clinical practice. Obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med* 15 :259 -065, 2004

Meyer, V.: Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behav Res Ther* 4 :273 -280, 1966

原井宏明: 強迫性障害の行動療法. *精神療法* 25 :15 -21, 1999

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)

なし