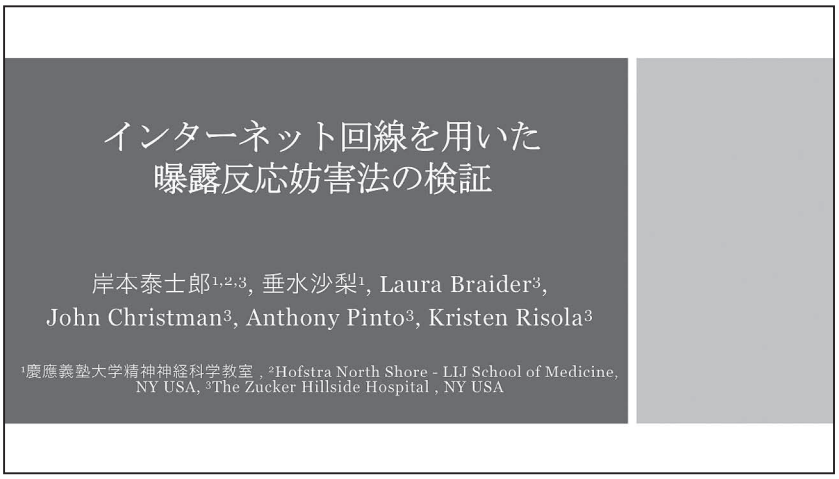
インターネット回線を用いた曝露反応妨害法の検証

岸本　泰士郎
慶應義塾大学医学部精神神経科学教室　専任講師

このたびは国際共同研究の助成、および本日の発表の機会をいただき、関係者の皆さまに御礼申し上げます。

【スライド1】

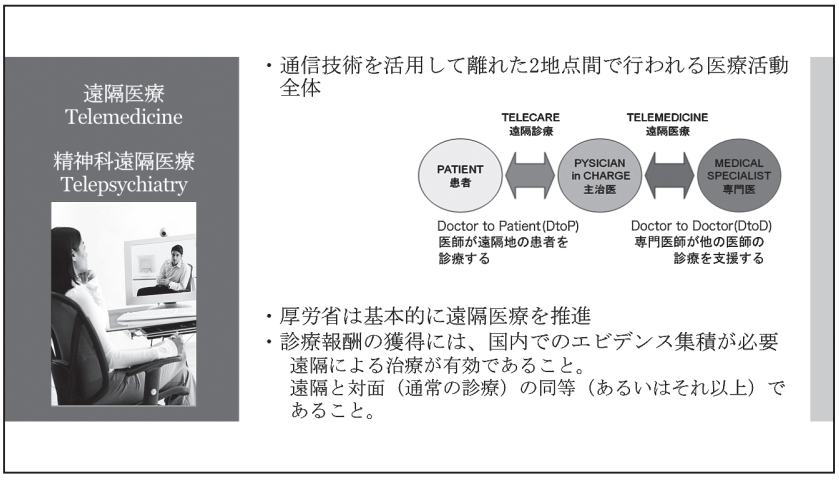
スライド 1



研究はインターネット回線によるテレビ電話を用いた曝露反応妨害法を検証するということで、私ども慶應義塾大学精神科の教室とアメリカ・ニューヨークのThe Zucker Hillside Hospitalと共同して行っていきました。

【スライド2】

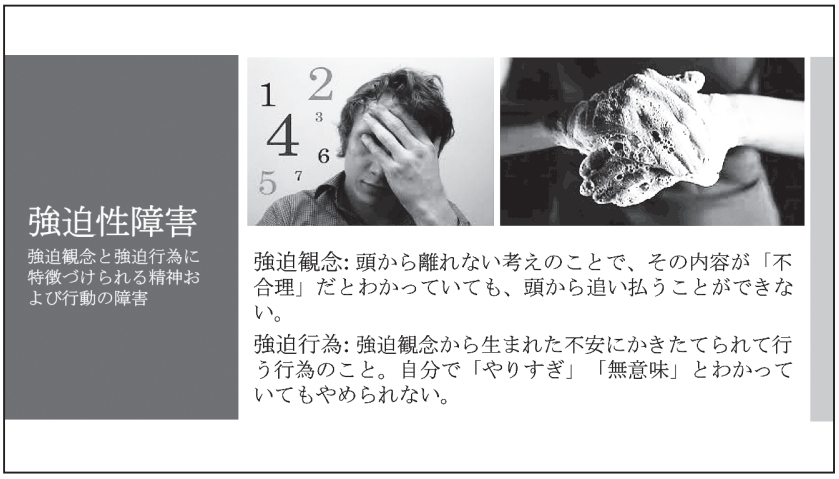
スライド 2



少し情報を整理します。遠隔医療全般はTelemedicineと呼ばれますが、特に精神科領域においてはTelepsychiatryと呼ばれます。遠隔医療は通信技術を活用して、離れた2地点間で行われる医療活動全体を示しますが、特にDoctor to Doctor、例えば放射線科の診断であるとか、病理の診断であるとか、こういったものに関しては今、日本においても保険診療報酬も獲得して、進んできていますけれども、Doctor to Patient、患者さんを直接医師が診て治療を行っていくというのは、まだまだ導入が遅れている状況にあります。ただ、国としては基本的に遠隔治療を推進しています。ところが、なかなか進まない背景には、診療報酬が獲得できていない状況があります。そこで今後は、特に国内でのエビデンス集積が必要だと考えられます。遠隔による治療が本当に有効なのか、また対面で普通に行う通常の診療との比較を行った場合に、同等あるいはそれ以上だということを示せないと、なかなか診療報酬に対してゴーサインが出ないというのが現状ではないかと考えています。

【スライド3】

スライド 3



そこで私たちが今回注目したのは、強迫性障害という精神科疾患です。強迫観念と強迫行為に特徴付けられる疾患で、強迫観念は頭から離れない考えのことで、その内容が不合理だと分かっていても頭から追い払うことができない、強迫行為は強迫観念から生まれた不安にかき立てられて行う行為のことで、ご自身ではやり過ぎであるとか、無意味だと分かっていても、なかなかやめられないというような行動のことを強迫行為と呼んでいます。

【スライド4】

いくつか具体的な例をお示しします。

一番よく見られる強迫性障害の一つが、洗浄強迫、あるいは不潔恐怖と呼んだりするものです。患者さん方は手が非常に汚い、汚れていて感染して死んでしまうのではないか。あるいは化学物質が何らかの形で手に付いてしまって、それを摂取することで病気になってしまうのではないかという、非常に強い不安から、手を洗い続けてしまいます。手を洗ってもやはりまだ満足がいかなくて、洗い続けて、1日10時間以上洗ってもまだ洗い足りないと感じてしまいます。

あるいは人や自分を傷つける心配です。誰かを間違ってあやめてしまうのではないか、

スライド 4

強迫症状の
内容と頻度

汚染の心配－掃除や洗浄	40-45%
人や自分を傷つける心配	30%
正確性の追求－確認や儀式行為	30%
数字へのこだわり－数を数える	15%
対称性へのこだわり	10%
無用なものへのこだわり－保存	5-10%
その他	20%

厚生労働省ホームページより

傷つけてしまうのではないか、刃物を間違って人に向けてしまって、その人がけがをしてしまうのではないかなどと、ありもしない不安が生じる方もいらっしゃいます。

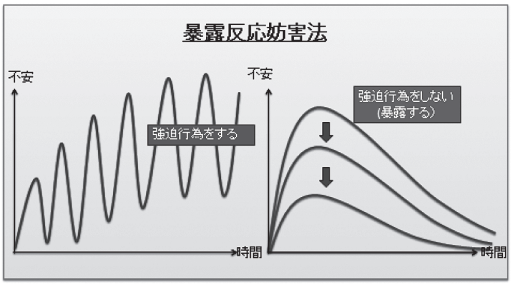
あるいは何かしら特定の儀式を行っていないと…例えば靴を右側からはかないと何かとんでもないことが起きるのではないかと考えてしまって、その行動を完璧に行おうとするあまり、外出すらできなくなってしまう。

以上のように、強迫観念、強迫行為の悪循環に陥ってしまって、非常に大きな生活の障害を引き起こしてしまう方がいらっしゃいます。

【スライド5】

スライド 5

強迫性障害の治療
曝露反応妨害法



強迫性障害患者の症状は自宅で強いことが多く、重症例では外出困難となる。遠隔治療は利便性、継続性に優れ、症状が強い状況下でトレーニングが行えるため、通院治療より効果が勝る可能性がある。

強迫性障害の治療には、一つは薬物も用いられますが、それと組み合わせて、曝露反応妨害法という心理的な治療が用いられます。

先ほどからお話ししていますように、強迫観念、例えば手が汚いという観念が出てきて、手を洗うという強迫行為を行うことで患者さんの気持ちは楽になるのですが、それは数秒で、あっという間にまた不安が強くなってしまいます。そこで、あえて強迫行為を行わない、すなわち手を洗わせない、少しずつ汚い物に触っていっていただくトレーニングをします。そういう不安状態に敢えて曝露することで、実は不安状態が少しずつ下がっていく

ということを実感していただいて、治療効果を得るのがこの曝露反応妨害法と呼ばれている心理治療です。

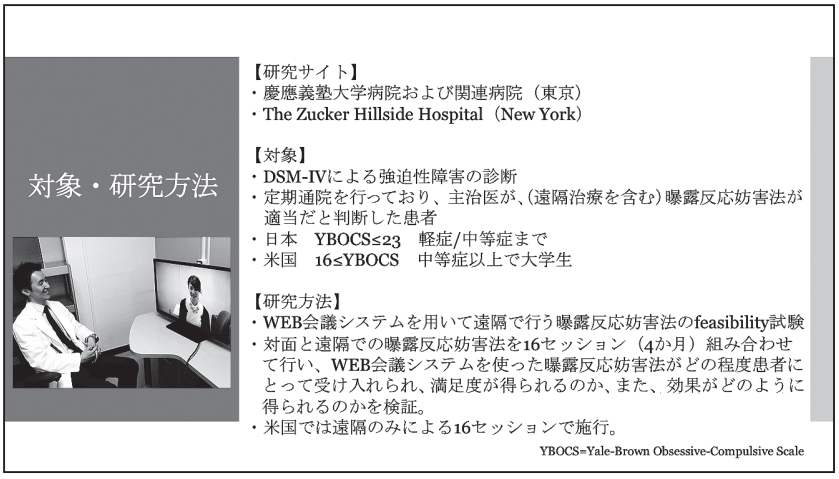
これはしばしばみられることなのですが、強迫性障害の患者さんの症状はむしろ自宅で強いことが多くて、重症な患者さんにおいては外出が困難になります。

そこで、ご自宅にわれわれ治療者がインターネット回線を使って直接関与することで、治療を行えないかと考えています。インターネットで治療すれば、利便性、継続性に優れ、症状が強い状況下でトレーニングが行われるために通常の通院の治療よりも効果が勝る可能性がある。つまりこの遠隔治療の一つの強みを発揮できる場面ではないかと考えて、この研究に着手しました。

先ほど、診療報酬の獲得のためには、対面治療と遠隔治療の同等性を示さなければというお話をしたところですけれども、これはむしろ遠隔治療のほうがうまくいくかもしれない、非常におもしろい一つのセッティングではないかと考えています。

【スライド6】

スライド 6



対象及び研究方法です。

研究サイトは、先ほどもお話ししましたが、われわれ慶應義塾大学とThe Zucker Hillside Hospital, ニューヨークです。

対象となったのはDSM-Ⅳによる強迫性障害の診断を満たす患者さんで、既に定期通院を行っており、主治医が曝露反応妨害法が適切だと判断した患者さんです。

患者さんを不安に陥れるかもしれない治療を遠隔で行うことに対して、倫理委員会は心配してくださったという経緯があり、われわれのサイトではfeasibility studyということで、軽症から中等症までの患者さんに対する研究の許可をいただきました。一方、アメリカでは、既に遠隔治療、遠隔診療も行われている背景もあって、むしろアグレッシブに、ある程度状態が悪くて効果がある程度均一に見られるような大学生に限ってやっていこうということで、中等症以上の患者さんが研究対象になりました。

WEB会議システムを使った遠隔での曝露反応妨害法のfeasibility試験を行ったわけですけれども、実際には対面と遠隔の曝露反応妨害法をセットで用いました。全16セッション…4カ月ぐらいかかるのですが…を行って、WEB会議システムを使った曝露反応妨害法が

どの程度患者さんに受け入れられ、満足度が得られるのか、また効果がどのように得られるのかを検証しました。ただ、その対面と遠隔の治療の割合ですが、患者さんのリクエストに応じて遠隔の部分を大きくしたり、あるいは対面を大きくしたりすることができるデザインを採用しました。アメリカにおいては遠隔のみで行いました。

【スライド7】

スライド 7

結果
（2015年11月1日時点）

	東京	ニューヨーク	合計
スクリーニング	-	11	11
同意取得	6	4	10
介入中	1	1	2
治療終了	4	2	6

治療終了者	東京	ニューヨーク	合計
平均年齢（SD）	35.8 (10.8)	24 （2.8）	31.8 (10.4)
性別（男/女）	3/1	1/1	4/2
ベースライン YBOCS（SD）	14 (4.4)	22 (2.8)	14.3 (7.0)

これが組み入れられた患者さんです。われわれのところでは全部で同意取得が6名、治療が終わったのが4名です。ニューヨークではインターネットを使った公募という形をとっていて、今まで11名の方がスクリーニングを受け、4名が同意取得しています。

【スライド8】

スライド 8

症例

	症例1	症例2	症例3	症例4
サイト	東京	東京	東京	東京
主症状	疾病恐怖	加害恐怖	不潔恐怖	加害恐怖
年齢	26	50	38	29
性別	男	男	女	男
ピーク時YBOCS	27	35	39	38
開始時YBOCS	18	16	23	23
終了時YBOCS	16	6	12	8
IC後の遠隔治療割合(%)	100	75	80	100

東京のわれわれのところでの、既に治療が終了した患者さんの症例を一覧にしています。

年齢は若い方からある程度中年の方。そしてピーク時YBOCS…これは強迫性障害の重症度を表す40点満点のスコアですが、もともと重症度が高かった方が、治療にともなって軽症になり、インクルージョン･クライテリアを満たしたところで、遠隔治療を始めています。

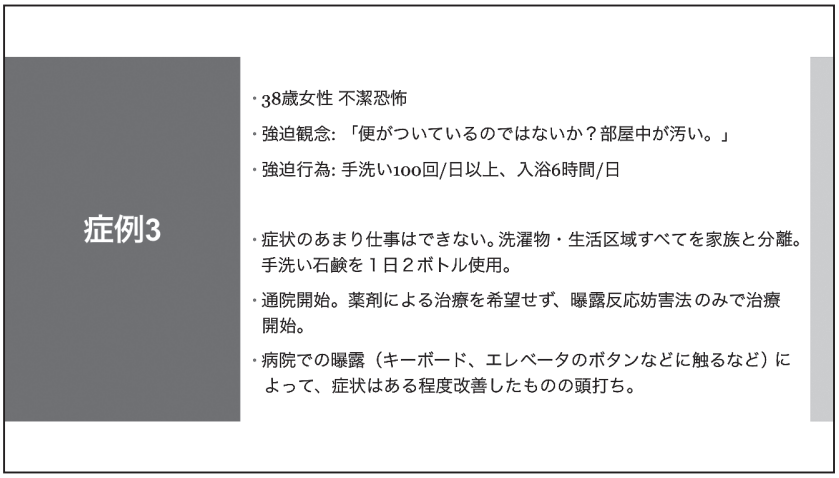
遠隔治療が終わった段階でのYBOCSスコアはこのようです。1例はあまり症状が変化し

ませんでしたけれども、それ以外の方においてはかなり軽症化しました。

遠隔治療の割合ですが、実際にはほとんどの方が遠隔治療を好んで積極的に治療を受けてくださって、このように多くの部分を遠隔治療で行うことができました。

【スライド9】

スライド 9

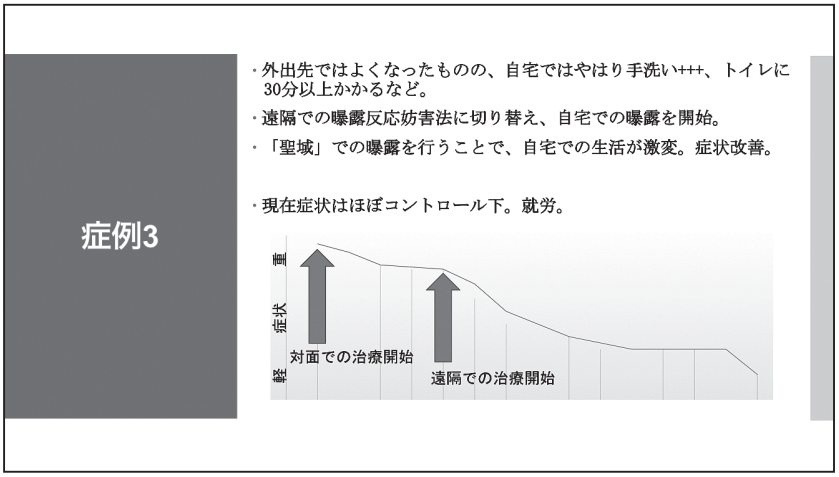


お一人だけ症例を紹介させていただきたいと思います。

38歳の女性で不潔恐怖。便がついているのではないか、部屋中が汚い、というように不安になってしまって、1日100回以上手洗い。当然ながら仕事ができませんし、洗濯物、生活区域、全て家族を分けて、手洗いの石けんも1日2ボトル使うような生活をしていらっしゃいました。薬剤をどうしても使いたくないということで、曝露反応妨害法の心理治療だけで通院を開始しました。

【スライド10】

スライド 10

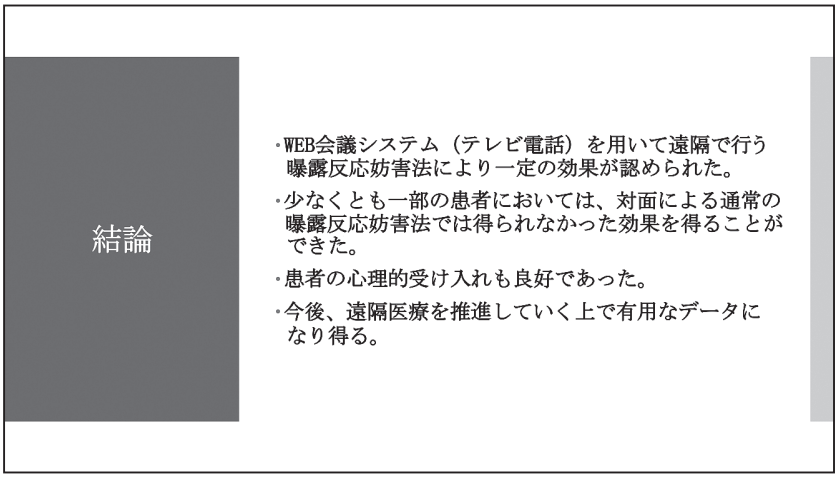


病院ではいろいろな曝露を行って、かなり積極的に頑張ってはいたのですが、なかなか自宅での生活が改善しないということがあり、この遠隔の治療をスタートしました。ご自宅で私がWEB会議システムを通じて患者さんとお話しをしながら、そこに触ってみよう

とか、こういうことをしてみようということをアドバイスしていく中で、本当に見事に、遠隔治療を開始して間もなく症状が大きく改善し始めました。今ではほぼ症状が消失し、仕事にも戻られて、普通の社会人としての生活を送っていらっしゃいます。

【スライド 11】

スライド 11



結論です。

WEB会議システムを用いて行う遠隔の曝露反応妨害法により一定の効果が認められました。

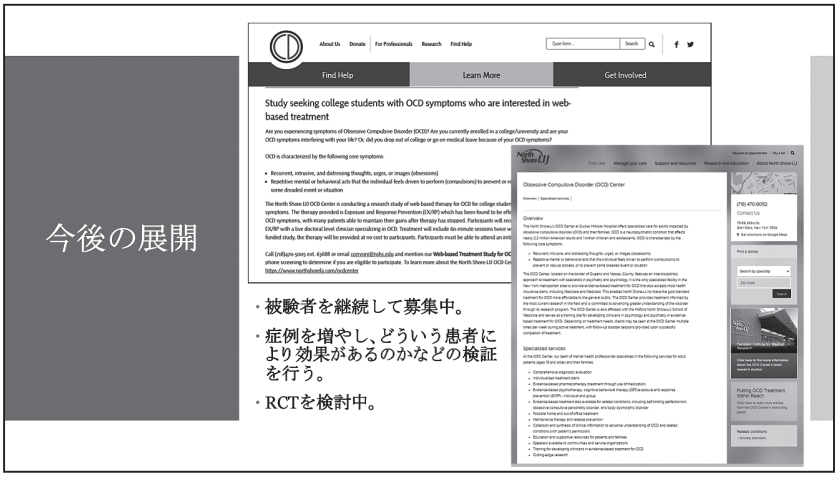
少なくとも一部の患者さんにおいては、対面による通常の曝露反応妨害法では得られなかった効果を得ることができたように感じます。

患者さんの心理的受け入れに関しても良好と考えています。

今後遠隔医療を推進していく上で、有用なデータになり得ると考えています。

【スライド 12】

スライド 12



研究は、まだスタートした段階で、今後被験者を増やして、どういう患者さんにとってより遠隔の治療が効果を得られるのかを検証していくつもりですし、大きなファンドが獲得できれば、そのランダマイズド・コントロール・スタディーを行っていく必要があると

考えています。

【スライド13】

スライド 13

成果

- 垂水沙里, 岸本泰士郎. 強迫性障害に対する遠隔治療：レビューと取り組みの紹介. 査読中
- 岸本泰士郎. WEB会議システムを用いた強迫性障害への心理治療(暴露反応妨害法)の試み. 日本遠隔医療学会スプリングカンファレンス2015
- Sari Hyodo, Michitaka Yoshimura, Laura Braider, John Christman, Masaru Mimura, Taishiro Kishimoto. The Exposure and Response Prevention Utilizing Two-Way Video System for Obsessive-Compulsive Disorder: Rationale and Study Design Consideration. International OCD Foundation, Annual Conference 2014
- 岸本泰士郎. 双方向ビデオ会議システムを利用した精神科治療や精神症状評価. 日本精神神経科学会学術集会 2014
- 岸本泰士郎 他12名. 日本遠隔医療学会 精神科分科会設立 2015

十分な成果は出ていませんが、いろいろなところで本研究の紹介をさせていただきました。特にわれわれは遠隔医療学会において精神科遠隔医療の分科会を組織して、今後、保険診療を獲得していくための活動を行っていこうという決意を新たにしたところです。こういう活動を通じて、患者さん方のよりよい予後につながればと考えています。

【スライド14】

スライド 14

ご清聴ありがとうございました。

インターネット回線を用いた曝露反応妨害法の検証

岸本泰士郎[1,2,3], 垂水沙梨[1], Laura Braider[3],
John Christman[3], Anthony Pinto[3], Kristen Risola[3]

[1]慶應義塾大学精神神経科学教室 , [2]Hofstra North Shore - LIJ School of Medicine, NY USA, [3]The Zucker Hillside Hospital , NY USA

ご清聴ありがとうございました。

質疑応答

会場： 2つ質問がございます。まず、私は頭部外傷を専門としていまして、いろいろな心理的な問題を持っている患者さんを外来で2年間ずっとフォローしていますが、先生は今回、DSM-Ⅳの強迫神経症のことやられましたけれども、他に遠隔診療で解決できる疾患とか、そういったものをお考えなのかということを一つお聞きしたかったです。それから、医療機器開発をやっていて事業化とかいろいろプランニングしている者の立場からなのですが、当然、臨床試験などをやる際に、医療機器ですと保険でどこまでどうやってカバーするかというのは、これから非常に必須の問題になってきます。そういったことを今後、こういった遠隔治療の分野などでやっていくのか。倫理委員会でごねられたという話をされましたけれども、どのようにネゴシエートして納得していただいて、保険をどうやってカバーしていくかとか、その辺について示唆をいただければと思います。

岸本： まず他の疾患に対する効果について。既に海外では遠隔診療を用いて、対面との遠隔との治療効果、あるいは患者さんの満足度の比較を行った試験が複数あります。少なくともいろいろな疾患で対面診療との対等性が示されていますので、正直、強迫性障害に限ったことではなく、多くの診療領域でも同様の治療は可能だと考えています。それから、保険診療獲得に関して、非常にわれわれも頭を悩めているところです。われわれの活動としては、強迫性障害の患者さんへのアプローチだけではなくて、いろいろな場面でこれが使えると考えていて、私が関わっているプロジェクトだけでも既に複数あります。例えば海外に駐在員として出ていらっしゃる患者さんの、メンタルヘルスケアを遠隔で行えないか。あるいは認知機能の検査を遠隔で行えないかとか。なお、認知機能検査に関しては、すでに、テレビ会議システムを使って綿密な認知機能検査が対面と同等にできるかというような検証実験をしていて、ほぼ対等にできるということを確認しております。では、同等だといったところで保険診療が本当に獲得できるかどうかというところは、われわれも頭を悩ませているところです。いろいろな関係者の方、厚労省の方、あるいはメーカーの方、それから議員さんにも相談させていただいて、どういうふうに突破口を開いていくべきか議論しているところです。本当に困っていて、遠隔でなければアプローチできないようなケース、例えば、引きこもりで3年間全く家から出てこられないような患者さんに対して、遠隔診療を保険診療で行うことで風穴を開いたらどうか、などいろいろな意見をいただいています。精神科全体で意見をまとめるのはなかなか大変だと思うのですが、やはり同じような気持ちを持っている人たちがグループになって、声を大きくして、あるいは患者さんからのリクエストが出たりすることで、大きく動くのではないかなとは考えています。