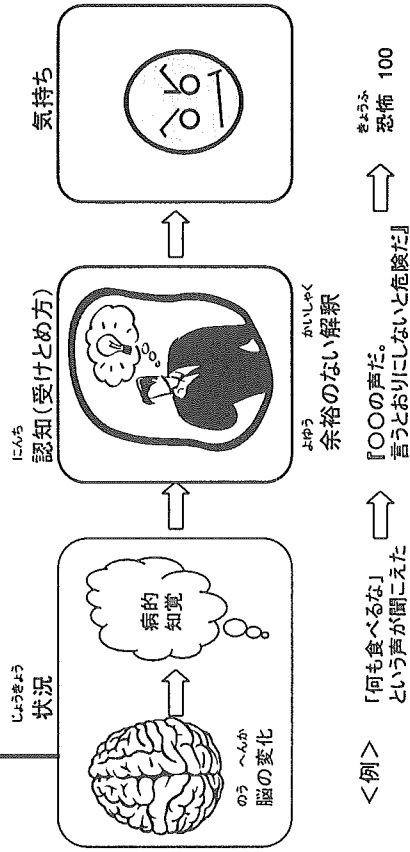
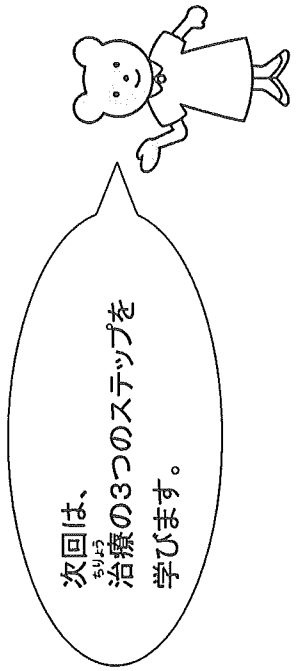
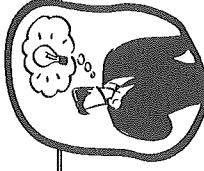


げんかく もうそく し く P25
 ～まとめ：幻覚・妄想の仕組み～



今日のまとめ

- 体験は「状況」「認知」「気持ち」に分けて理解することができる
- ひとつの状況に対して、いろいろな受けとめ方ができる
- 受けとめ方だけで、気持ちがラクになる



- 1) 脳に病的な変化が起きる
- 2) ふだんどちがう感覚が生じる
- 3) ふだんどちがう感覚の意味を考える(余裕がないため不適切な認知をしよう)。
- 4) 不適切な認知のまま確信してしまう。
- 5) 幻覚・妄想にそった気持ちや行動になってしまう

受けとめ方だけで、気持ちがラクになる

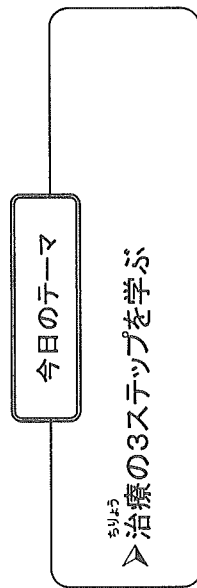
第5回 統合失調症の心理治療戦略Ⅱ

しんり ちりよう せんりやく

前回のあらい

➤ 体験は「状況」「認知」「気持ち」に分けて理解することが出来る

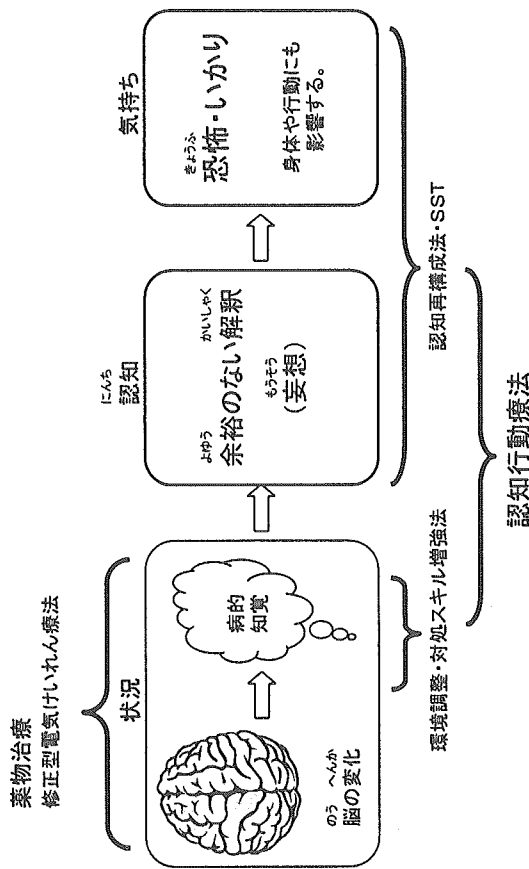
➤ ひとつの状況に対して、いろいろな受けとめ方ができる
 ➤ 受けとめ方次第で、気持ちが変わるようになる



治療の3ステップ

- STEP1 病的知覚の根本にとりくむ ……薬物療法・修正型電気けいれん療法※
- STEP2 病的知覚のつらさをやわらげる ……環境調整・対処スキル増強法
- STEP3 「別の受けとめ方」を考えてためてみる……認知再構成法・SST

※修正型電気けいれん療法の適応は人によります。

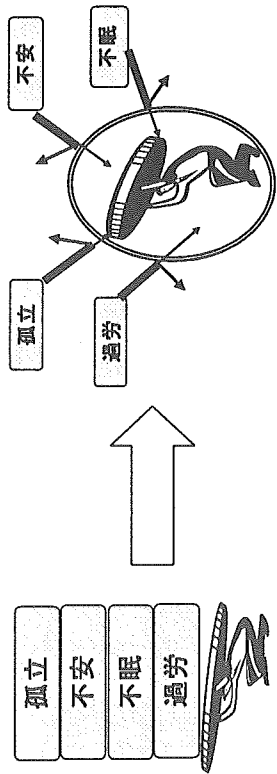


治療の3ステップ

- ◎修正型電気けいれん療法
頭部に通電する治療法。薬物治療の効果がなかったり、ご本人の希望に応じて、うつ病、躁うつ病、統合失調症などの治療に用いられる。
- ◎環境調整
ストレスやよくない問題を引き起こす「状況」に身をおかないように工夫することをお身に付ける。
- ◎対処スキル増強法
ストレスやよくない問題が生じたときに、うまく乗り切る「対処法」をお身に付ける。
- ◎認知再構成法
状況に対する「受けとめ方」を変えることでラクになる方法を身に付ける。
- ◎SST
対人関係での上手なコミュニケーションのやり方を身に付ける。
「生活技能訓練」「ソーシャル・スキルズ・トレーニング」の略。



薬物治療・修正型電気けいれん療法



環境調整・対処スキル増強法

ストレスを感じたときのオススメな対処法は？



幻聴への対処法の例（合うものは人によってちがう）

- ウォークマン使用
- ハミング
- 気をそらす(ゲームetc)
- みみせん
- 耳をすます
- 運動する
- 消えてほしいとたのむ
- 刺激を減らす工夫(寝る、一人でくつろぐetc)
- 声に出さずに歌う
- 耳をかたむける時間を決めてあとにはムシする

うまくいっている対処法は、つづけてみましょう。
他の人の対処法も参考にしてみてください。

CBT=認知行動療法

◎ 認知行動療法とは？

治療者と患者さんが一緒にになって
患者さんの苦痛を、「状況」「認知」「気持ち」に分けてとらえて
対処法を見つけてる治療法です。



環境調整

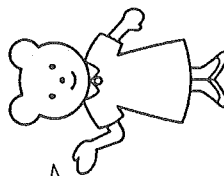
SST

認知再構成法

対処スキル増強法

今日のまとめ

- STEP1 病的知覚の根本に取り組み ……薬物療法・修正型電気けいれん療法
- STEP2 病的知覚のつらさを和らげる ……環境調整・対処スキル増強法
- STEP3 「別の受けとめ方」を考えて試してみる ……認知再構成法・SST



おつかれさまでした！！
5回分のふりかえりを
一緒にやりましょう☆

CBT入門のおさらい

P33

CBTとは、日本語で

P2参照

と言う。

P11参照

や

によって、信じる強さはちがう。

P15参照

◆幻覚や妄想の4つの悪条件とは...

P20参照

◆幻覚・妄想は誰にでもある。

◆病気にみられる幻覚や妄想の特徴は、

「絶対に本当だ」という強い

を持つところ。

CBT入門のおさらい

P34

P22参照

◆「認知」とは、状況に対する

のこと。

◆体験は、

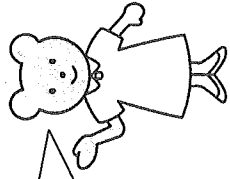
に分けて理解することができます。

P26参照

◆ひとつの状況に対して、いろいろな

ができる。

◆ しないで、気持ちがラクになる。



これからも、
自分にあったオーダーメイドの治療
を多職種チームと一緒に
とりにくんでいきましょう。

2006.3.6版 ver.2.1

<参考文献>

- 原田誠一(2002).幻覚妄想体験の治療ガイド／正体不明の声一対処するための100 エッセンスー,東京:アルタ出版.
- Kingdon, D., & Turkington, D. (1994). Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia. New York: Guilford Press. (原田誠一訳(2002)統合失調症の認知行動療法、東京、日本評論社)
- Nelson, H.E. (1997). Cognitive-Behavioural Treatment with Delusions and Hallucinations: A Practice Manual. Cheltenham: Stanly Thomes.
- Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, E. (1995). Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice. John Wiley & Sons.

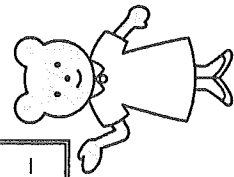
「CBT入門」をつくった人たち

菊池安希子
下澤咲絵
岩崎さやか
朝波千尋
今村扶美



「CBT入門」に参加したみなさま

© 国立精神・神経センター



以下の文章は、^{い か ぶんしょう} 考え方や^{かんが かん かん} 感じ方に関するものです。^{かくぶんしょう} 各文章をよく^よ 読み、あなた自身に^{じしん} どの^{ていど} 程度^{こた くだ} あてはまるかをお^{かくぶんしょう} 答え^{すうじ} 下さい。各文章について^{まるじりし} あてはまる[○] 数字に印をつけてください。

0	1	2	3
まったくそう思わない	少しそう思う	かなりそう思う	そう思う

1. ^{わたし たい} 私^{ほか ひとひと たいど} に対する他の人々の態度を^{ごかい} ときどき誤解したことがある …………… 0 1 2 3
 2. ^{わたし たいけん} 私が体験したことについての^{わたし かいしゃく ぜったい ただ} 私の解釈は絶対に正しい …………… 0 1 2 3
 3. ^{わたし いじょう たいけん げんいん} 私の異常な体験の原因について、^{わたし ほか ひとひと ほう りかい} 私よりも他の人々の方が理解できる 0 1 2 3
 4. ^{わたし けつろん} 私は結論に^と すぐに飛びついてしまう …………… 0 1 2 3
 5. とてもリアルに^{おも} 思われた^{わたし たいけん} 私の体験のいくつかは、
^{わたし そうぞう} 私の想像によるものだったのかもしれない …………… 0 1 2 3
-
6. ^{しんじつ} 真実であると^{かくしん} 確信していた^{かんが} 考えのいくつかは
^{けっかてき しんじつ} 結果的に真実ではなかった …………… 0 1 2 3
 7. ^{ただ} 正しいと^{かん} 感じたとしたら、それは^{ただ} 正しいということを^{いみ} 意味している …… 0 1 2 3
 8. ^{わたし ただ} 私が正しいとしても、^{まちが} 間違っている^{かのうせい} 可能性もある …………… 0 1 2 3
 9. ^{わたし ほか だれ} 私は他の誰よりも^{じぶん もんだい なに} 自分の問題が何かをよくわかっている …………… 0 1 2 3
 10. ^{ひとひと わたし いけん ちが} 人々と私の意見が^{とき} 違う時には、^{ひとひと たいてい} その人々は大抵^{まちが} 間違っている …………… 0 1 2 3

0	1	2	3
まったくそう思わない	少しそう思う	かなりそう思う	そう思う

-
11. 私^{わたし}の体験^{たいけん}についての他^{ほか}の人々^{ひとびと}の意見^{いけん}を信頼^{しんらい}することはできない …… 0 1 2 3
12. 私^{わたし}の信^{しん}じていることが間違^{まちが}っていると誰^{だれ}かがもし指摘^{してき}した場合には、
進^{すす}んでそのことを考慮^{こうりよ}に入^いれたいと思^{おも}う …… 0 1 2 3
13. いつでも私^{わたし}は自分^{じぶん}の判断^{はんだん}を信頼^{しんらい}できる …… 0 1 2 3
14. なぜ人^{ひと}がそのようにふるまうかについては、
しばしば理由^{りゆう}が1つ以上^{いじょう}あるものである …… 0 1 2 3
15. 私^{わたし}の異常^{いじょう}な体験^{たいけん}は、私^{わたし}がとても動揺^{どうよう}していたか、
ストレス^{かか}を抱^{かか}えていたことが理由^{りゆう}で生^{しょう}じたのかもしれない …… 0 1 2 3
-

精神病症状測定尺度 (PSYRATS)

A 幻聴

1 頻度

- 0 「声」は聞こえない、もしくは聞こえても週に1回以下
- 1 「声」は少なくとも週1回は聞こえる
- 2 「声」は少なくとも1日1回は聞こえる
- 3 「声」は少なくとも1時間に1回は聞こえる
- 4 「声」は常に聞こえている、または殆どの時間持続して聞こえている
つまり、止まっても数秒、または、数分間だけである

2 持続時間

- 0 「声」は聞こえない
- 1 「声」は数秒間続く、つかのま聞こえる
- 2 「声」は数分間続く
- 3 「声」は少なくとも1時間続く
- 4 「声」は毎回1時間以上続く

3 どこから聞こえるか

- 0 「声」は聞こえない
- 1 「声」はアタマの中からは聞こえてこないようだ
- 2 「声」はアタマの外から聞こえるが、その場所は耳やアタマに近い。
- 3 「声」はアタマの外から聞こえてくるが、耳やアタマの近くからである。
加えて、アタマの中から「声」が聞こえてくることもある。
- 4 「声」はアタマの外側からのみ聞こえる。

4 声の大きさ

- 0 「声」は聞こえない
- 1 自分の声よりも小さな声、ささやきである。
- 2 自分の声と同じくらいの声の大きさである。
- 3 自分の声よりも大きな声である。
- 4 非常に大きな声、怒鳴り声。

5 「声」の起源についての信念

- 0 「声」は聞こえない
- 1 「声」は自分の中で作り出され、自分に関係して出てきたものだと完全に信じている。
- 2 「声」は外側の原因から生じているとの確信が50%未満である。
- 3 「声」は外側の原因から生じているとの確信が50%以上100%未満である。
- 4 「声」は外側の原因から生じていると100%信じている。

6 「声」に含まれる否定的内容の量

- 0 不快な内容は無い。
- 1 時々 (<10%) 不快な内容である。
- 2 「声」の内容の一部 (<50%) が不快または否定的
- 3 「声」の内容の大部分 (≥50%) が不快または否定的
- 4 「声」の内容の全てが不快または否定的

7 否定的内容の程度

- 0 不快でも否定的でもない
- 1 否定的内容はある程度含まれるが、自分や家族に関連するような個人的コメントではない。例) 牛乳配達屋は醜い。
- 2 言葉による個人攻撃や行動についてのコメント。
例) ~すべきでない、そんなことを言うべきではない。
- 3 自己概念に関連するような、言葉による個人攻撃
例) お前は怠け者、醜い、狂っている、変態だ
- 4 自己に対する脅迫的な個人攻撃
例) 自分や家族を傷つけるという脅し、自分や他人を傷つけるように言う極端な指示や命令

8 苦痛の量

- 0 「声」は全く苦にならない
- 1 「声」は時々 (<10%) 苦痛だが、ほとんどの場合は苦にならない。
- 2 「声」の一部 (<50%) は苦痛である
- 3 「声」の大部分 (>50%) が苦痛であり、苦にならないのは一部分である。
- 4 「声」は常に苦痛である。

9 苦痛の強さ

- 0 「声」は全く苦にならない
- 1 「声」はわずかに苦痛である
- 2 「声」は中程度に苦痛である
- 3 「声」は非常に苦痛であるが、本人にとってはもっと苦痛な場合もありうる
- 4 「声」は極度に苦痛であり、本人が感じられうる限り最も強い苦痛である

10 「声」によって生じた生活の破綻

- 0 生活に破綻は全くきたしておらず、社交生活や（いる場合には）家族との関係も維持することが出来ている。
- 1 「声」のせいで、軽度ではあるが生活に破綻をきたしている。例）集中力に支障をきたしているが、昼間の活動、社交関係や家族関係の維持は出来ており、サポートなしで独居を維持出来ている。
- 2 「声」のせいで、生活に中等度の破綻をきたしており、昼間の活動、及び／または家族関係や社交関係に支障をきたしている。患者は入院していないが、援助つき住居に暮らすか、または日常生活スキルの面で支援を受けている。
- 3 「声」は生活に重度の破綻をきたしているため、通常、入院が必要となっている。患者は入院中、いくらかの日常生活動作と、セルフ・ケア、人間関係を維持できている。患者は援助付き住居にいることもあるが、活動、日常生活スキル及び・または人間関係において重大な破綻をきたしている。
- 4 「声」のせいで日常生活は完全に破綻し、入院が必要となっている。患者は日常的活動や人間関係を全く維持することが出来ない。セルフ・ケアも重度に障害されている。

11 「声」のコントロール可能性

- 0 患者は「声」をコントロールすることが出来、いつでも自分の意のままに「声」を生じさせたり消したりすることが出来ると信じている。
- 1 患者は、「声」に対して、ほとんどの場合、いくらかのコントロールが出来ると信じている。
- 2 患者は、「声」に対して、ほぼ半分くらいの場合、いくらかのコントロールが出来ると信じている。
- 3 患者は、時たまに過ぎないが、「声」に対していくらかのコントロールが出来ると信じている。
- 4 患者は、いつ「声」がするのかに関して何のコントロールをすることも出来ず、「声」を生じさせたり、消したりすることも全く出来ない。

B 妄想

1 妄想へのとらわれの程度

- 0 妄想は存在しない、もしくは、存在しても患者がその妄想について考える頻度は週に1回以下である。
- 1 患者は、少なくとも週に1回は、その信念（妄想）について考える
- 2 患者は、少なくとも毎日1回は、その信念（妄想）について考える
- 3 患者は、少なくとも1時間に1回は、その信念（妄想）について考える
- 4 患者は、妄想について持続的に、あるいは、ほとんど持続的に考えている。

2 妄想へのとらわれの持続時間

- 0 妄想は存在しない
- 1 信念（妄想）について考えても数秒間に過ぎず、つかの間の考えである
- 2 妄想について、数分間考える
- 3 妄想について、少なくとも1時間は考える
- 4 妄想について考えると、毎回数時間は続く

3 確信度

- 0 全く信じていない（確信度ゼロ）
- 1 信念（妄想）が現実であるとの確信度は極めて低い。確信度<10%。
- 2 信念（妄想）が現実であるとの確信に少し疑いを持っている。確信度10-49%。
- 3 信念（妄想）に対する確信度は極めて高い。確信度は50-99%。
- 4 確信度100%。

4 苦痛の量

- 0 信念（妄想）は全く苦にならない
- 1 信念（妄想）は時々苦痛である。
- 2 信念（妄想）が苦痛である割合は、50%未満である
- 3 信念（妄想）は、大部分の場合、苦痛であり、割合にすると50-99%になる。
- 4 信念（妄想）は、わいてくると常に苦痛である。

5 苦痛の強さ

- 0 信念（妄想）は全く苦にならない
- 1 信念（妄想）はわずかに苦痛である
- 2 信念（妄想）は中程度に苦痛である
- 3 信念（妄想）は非常に苦痛であるが、本人にとってはもっと苦痛な場合もありうる
- 4 信念（妄想）は極度に苦痛であり、本人が感じられうる限り最も強い苦痛である

6 信念（妄想）によって生じた生活の破綻

- 0 生活に破綻は全くきたしておらず、社交生活や（いる場合には）家族との関係も維持することが出来ている。
- 1 信念（妄想）のせいで、軽度ではあるが生活に破綻をきたしている。例）集中力に支障をきたしているが、昼間の活動、社交関係や家族関係の維持は出来ており、サポートなしで独居を維持出来ている。
- 2 信念（妄想）のせいで、生活に中等度の破綻をきたしており、昼間の活動、及び／または家族関係や社交関係に支障をきたしている。患者は入院していないが、援助つき住居に暮らすか、または日常生活スキルの面で支援を受けている。
- 3 信念（妄想）は生活に重度の破綻をきたしているため、通常、入院が必要となっている。患者は入院中、いくつかの日常生活動作と、セルフ・ケア、人間関係を維持できている。患者は援助付き住居にいることもあるが、活動、日常生活スキル及び・または人間関係において重大な破綻をきたしている。
- 4 信念（妄想）のせいで日常生活は完全に破綻し、入院が必要となっている。患者は日常的活動や人間関係を全く維持することが出来ない。セルフ・ケアも重度に障害されている。

2. 重度精神障害者に対する地域でのモニタリング体制、支援
方法の開発に関する研究

分担研究者 平林直次

重度精神障害者に対する地域でのモニタリング体制、支援方法の開発に関する研究

分担研究者 平林直次 国立精神・神経センター 武蔵病院

研究要旨

医療観察法で定められた指定入院医療機関で実施される医療の実態をモニタリングし、CPA-J (Care Programme Approach in Japan) の効果を評価するために、次の研究 1 から研究 3 を行った。

研究 1 では、医療観察法により某指定入院医療機関に入院処遇となった 25 名の症例群に対して、性別・年齢、診断、重大な他害行為をマッチさせた対照群を従来からの措置入院者から抽出した。その上で、対照群としての妥当性を検証した。今後、症例群のモニタリングを継続し、隔離・拘束状況、薬物療法の種類・投与量、家族の有無、合併症の有無、入院期間などについて両群の比較を行う予定である。

研究 2 では、CPA-J を用いることによりもたらされる、多職種チーム医療の効果と地域関連機関の連携促進に関する効果を判定するために、すでに標準化されており、某指定入院医療機関で臨床上の必要性から実施されている評価尺度の結果の集計を開始した。また、社会復帰に利用可能な地域の社会資源の調査を開始した。

研究 3 では、CPA-J が多職種チームによる Care Package であることを考慮し、多職種チームを構成する各職種が提供するケアの効果を個別に判定した。本年度は、看護師による心理教育の効果と、臨床心理技術者の開始した探索的検討の途中経過を報告した。看護師による心理教育プログラム「ステップ 1～3」の前後において、抗精神病薬治療下主観的ウェルビーイング評価尺度短縮版の日本語版(下位項目:セルフコントロール、精神機能)、疾病・薬物知識度調査、薬に対する構えの調査表において有意な改善が認められ、心理教育「治療ステップ 1～3」の有効性が示された($p < 0.05$)。臨床心理技術者は、医療観察法の対象者に対して認知行動療法を含む包括的な心理療法を実施することで、陽性症状や病識、QOL がどのような変化をたどるかについて探索的な検討を開始した。入院時評価と 3 ヶ月目の評価を 7 名に行った。今後、対象者数を増やし継続観察を行っていく予定である。

研究協力者

		小松容子	看護師
国立精神・神経センター武蔵病院精神科	厚生	猪股健一	看護師
労働技官		生井淳子	看護師
津久江亮太郎	医師	金子一恵	看護師
樽矢敏広	医師	田邊邦雄	看護師
安藤久美子	医師	三澤孝夫	精神保健福祉士
吉澤雅弘	医師	澤恭弘	精神保健福祉士
野田隆政	医師	今村扶美	臨床心理技術者
佐藤るみ子	看護師	朝波千尋	臨床心理技術者
大迫充江	看護師	岩崎さやか	臨床心理技術者

三澤剛 作業療法士
国立精神・神経センター精神保健研究所 司法
精神医学研究部 制度運用室 室長
松本俊彦
国立看護大学校 精神・老年看護学 講師
下里誠二

A. 研究目的

平成 16 年度、本分担研究班において、以下の
ような 3 つの研究を行った。

i) 英国の司法精神医療で行われている地域での
モニタリング体制、支援方法の実際に関する文
献的検討を行った。その上で、わが国に適した
医療観察法（心神喪失等の状態で重大な他害行
為を行った者の医療及び観察等に関する法律）
の対象者に対する地域でのモニタリング体制と、
支援方法として集中型ケアマネジメントの手法
である CPA-J を開発した。その後、この CPA-J
は、本研究を行った医療観察法病棟において導
入された。

ii) 我が国の司法精神医療では、CPA を中心とす
るケアの枠組みと、ACT による直接ケアの提供と
を組み合わせた地域ケアの実施が必要であるこ
とを指摘した。我々は、これを CPAACT (Care
Programme Approach and Assertive Community
Treatment) (シーパクト) と名付けた。

iii) 医療観察法施行後に、CPA-J の効果を判定
するための研究デザインを作成した。

以上に基づいて、平成 17 年度本分担研究では、
次の研究 1 から研究 3 を実施した。

研究 1：医療観察法入院者と措置入院者における 症例対照研究

本研究の最終目的の一つは、医療観察法によ
る入院と従来の措置入院との間で、症例対照研
究を行い、CPA-J を用いた医療観察法病棟おける
医療の効果を判定することである。ただし、措
置入院については、診療録から後方視的に調査

を行うため、社会学的特性、診断名、他害行為
の内容、薬物療法の内容、行動制限の実施状況
など、調査可能な項目についてのみ調査を行う
予定である。

そのため、研究 1 の本年度の到達目標は、医
療観察法入院者と、社会学的特性、診断、他害
行為をマッチさせた対照群を従来の措置入院か
ら無作為抽出し、対照群としての妥当性を検討
することである。

研究 2：各種評価尺度によるデータベース作成

表 1 に示したのは、厚生労働省から提出され
た入院・通院処遇のガイドラインである。ガイ
ドラインでは、目標・理念のひとつとして「標
準化された臨床データの蓄積に基づく多職種
のチームによる医療提供」が求められており、医
療観察法病棟では、共通評価項目による定期的
評価が予定されている。この目標・理念を実現
するためには、包括的な共通評価項目に加えて、
評価の目的別に焦点を絞った各種の評価尺度の
実施がより効果的であると考えられた。このた
め臨床目的から各種の評価尺度を実施し、客観
的データに基づいて医療を進めていくこととし
た。この際得られたデータを継続的に蓄積して
いくためのシステムを整備するのが、研究 2 の
本年度の到達目標である。来年度以降には、こ
のデータベースを基に、CPA-J を用いた医療観察
法病棟の医療の実態をモニタリングし、その効
果を明らかにする予定である。

研究 3：多職種チームを構成する各職種の研究

医療観察法病棟では、多職種チームによる医
療が予定されている。その職種は、医師、看護
師、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福
祉士などである。また、病棟専属スタッフでは
ないが、薬剤師、栄養士などの関与も予定され
ている。CPA-J は、ケアマネジメントの手法を用
いて、多職種チームによるケア提供の斡旋・調
整を行うことによって効果的にケアを提供する

ものである。したがって、CPA-J の効果は、多職種チームの提供するケアの総和からなり、職種毎のケア提供の効果は個別に評価する必要がある。そこで、職種毎に提供したケア（治療介入）と、その効果を明らかにすることを目的に介入研究を行った。

本年度は、看護師による心理教育の効果と臨床心理技術者の開始した探索的検討の途中経過を報告する。この研究 3 については、別稿として本研究報告書の終わりに掲載した。

B. 研究方法

研究 1：医療観察法入院者と措置入院者における症例対照研究

2005 年 8 月 2 日から 2006 年 1 月 15 日までに、某指定入院医療機関へ医療観察法により入院処遇となった者を症例群とした。ただし、そのうち、本研究の対象として集計されることに、本人の同意の得られなかった者を除いた。次に、この症例群と、年齢・性別、診断名、重大な他害行為の一致する対照群を、2001 年 4 月 1 日より 2005 年 3 月 31 日までに同医療機関に措置入院した患者より抽出した。診断名は ICD-10 (International Classification of the Disease version 10) を用いた。他害行為は、医療観察法に従って「殺人、傷害、強盗、放火、強姦、強制わいせつ」に分類した。年齢・性別、診断名、重大な他害行為のすべての項目が一致する措置入院者がいない場合、年齢を除く性別、診断名、重大な他害行為が一致する措置入院者の中から、もっとも年齢の近い者を対照群として選択した。

次に、症例群および対照群の社会的特性、行動制限の実施状況について、診療録から後方視的調査を実施した。調査結果については、SPSS 12.0J を用い統計学的検討のみを行った。

研究 2：各種評価尺度によるデータベース作成

1. 評価尺度の選定と実施時期

前掲の入院・通院処遇ガイドラインでは、「(2) 標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種のチームによる医療提供」を行うとされており、共通評価項目¹⁾を用いることになっている。

共通評価項目は、多職種チームの視点を定め評価を行うには極めて有効である。その評価は、「0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり」の 3 段階のアンカーポイントからなるが、量的変化の検出力については十分には検討されていない。このような理由から、ガイドラインに示された「標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種のチームによる医療提供」をより厳密に行うために、研究の実施された某医療観察法病棟では、共通評価項目とともに、すでに標準化され臨床使用されている評価尺度を使用し医療を行うことになった。

入院・通院処遇ガイドラインでは、「継続かつ適切な医療を提供し、様々な問題を前向きに解決する意欲や社会で安定して生活する能力（必要な医療を自律的に求めることも含む）を高める。」「他害行為について認識し、自ら防止できる力を獲得する。」「被害者に対する共感性を養う。」ことが、目標・理念とされている。つまり、医療観察法による医療では、「病識を獲得することと、それに基づいて適切な受療行動を主体的にとれること」が求められている。さらに、「対象行為の認識」「被害者への共感性」についても課題とされている。

このような課題の達成度を客観的に評価し、臨床データに基づいて医療を進める必要がある。そこで、必要な各種評価尺度を文献的考察により選択し、診療における必要性を考慮し実施時期を決めた。

倫理的側面について

本研究を実施するに先立って、国立精神・神経センター武蔵地区、倫理委員会の承認を得た。

倫理的側面から見ると、CPA-J は集中型のケアマネジメントの一つと考えることができ、現在行われている一般精神科医療の範囲内の診療行為であり、それをより集中的、包括的に行おうとする手法と位置づけられる。「CPA (Care Programme Approach) によるケア計画開発に関する研究」が同倫理委員会の承認を受け、平成 15 年 11 月 1 日～平成 17 年 3 月 31 日に行なわれた。この研究の結果から、CPA-J を実施することによる明らかな臨床上の不利益はないものと考えられた。

平成 14 年 6 月 17 日付け文部科学省及び厚生労働省による疫学研究に関する倫理指針（第 3 章 7 細則）によれば、「必要な範囲で、研究対象者からインフォームド・コンセントを受ける手続を簡略化すること若しくは免除すること又は他の適切なインフォームド・コンセント等の方法を選択することができる」とされている。

本分担研究は、入院・通院処遇ガイドラインに定められた医療を提供するために、“標準化された評価尺度を用いて客観的評価を行うとともに、医療観察法において必要とされる医療を提供する”その過程で実施された評価尺度の結果を集計し効果を明らかにする研究である。したがって、本研究では、各対象者からインフォームド・コンセントを受ける必要はないと考えられた。ただし、同指針に基づいて、研究内容を記入した用紙を作成し病棟内に掲示し広報した。また、個別に研究に関して質問があった場合、対象者が理解できるように十分な説明を行うこととした。また研究対象として集計されることについて同意が得られない場合、本研究の対象から除外することとした。

本分担研究では、各種評価尺度の集計を行った。これらの評価尺度は、前述の通り入院・通

院処遇ガイドラインに示された「標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供」をより厳密に行うことを目的に設定された。また同時に、臨床上の必要性に基づいて実施した。

例えば、従来の精神医療では、医療者が標準化された評価尺度などを使用することなく、病識の有無を主観的にしばしば判断していた。また、服薬コンプライアンスについても、客観的に十分な評価が行われてきたとは言い難いのが現状であった。医療観察法の医療では、必要に応じて病識尺度を用い、過去の症状、現在の症状、陽性症状、陰性症状など、網羅的に詳細に病識の評価を行なう。それに基づいて、病識に関する心理教育を実施し、適切な受療行動の獲得に繋げようとする、まさに入院・通院処遇ガイドラインに示された「標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供」と位置づけることができる。

以上のことから、本研究を実施することは、倫理的に問題はないものと考えられた。

C. 研究結果

研究結果 1：医療観察法入院者と措置入院者における症例対照研究

2005 年 8 月 2 日から 2006 年 1 月 15 日までの調査期間中に、調査を行った指定入院医療機関に入院となった者は、27 名であった。このうち社会復帰を促進する目的で、入院後まもない時期に別の指定入院医療機関へ転院した 1 名と、本研究の集計対象となることに同意の得られなかった 1 名を除き、残り 25 名(男性 21 名、女性 4 名)を症例群とした。

この症例群と性別・年齢、診断名、重大な他害行為の一致する措置入院者を抽出した。ただし、年齢・性別、診断名、重大な他害行為のすべての項目が一致する措置入院者がいない場合、

年齢を除く性別、診断名、重大な他害行為が一致する措置入院者の中から、もっとも近い年齢の者を対照群として選択した。したがって、症例群と対照群は、年齢を除いて、性別、診断名、重大な他害行為については完全に一致させることができた。次に、両群が年齢においても差がないかどうか検討した。表 2 に示したとおり、症例群の平均年齢は、男性 35.7±7.2 歳、女性 37.8±6.8 歳であり、対照群の平均年齢は、男性 35.8±7.7 歳、女性 36.3±2.5 歳であり、両群は年齢において有意差を認めなかった。以上より、対照群は、性別・年齢、診断名、重大な他害行為において症例群とマッチしたサンプルが抽出されたと考えられた。

対照群（措置入院者）の隔離拘束期間を、図 1 に示した。終日個室隔離とは、終日、保護室への隔離が行われた場合である。部分個室隔離とは、時間を限定して保護室への隔離を行った場合である。具体例を挙げると、当日 21 時から翌日 6 時まで保護室への隔離を行い、日中は保護室を開け、解放観察を行った場合である。

対照群 25 名中全例で措置入院時より個室隔離が行われていた。身体拘束を行った者は 1 名で、アルコール離脱せん妄を入院後に呈し、全身状態の管理のために身体拘束を必要とした。図 1 に示した個室隔離の実施状況から、個室隔離のパターンは次の 3 群に分けられた。その 3 群とは、「入院時隔離群」、「再隔離群」、「継続隔離群」である。入院時隔離群とは、入院時より約 10 日から 20 日までに個室隔離が終了し、その後、退院まで隔離が行われなかった群である。再隔離群とは、入院時の個室隔離が一旦終了するが、その後個室隔離が再度実施された群である（対照群 3, 6, 9, 24）。継続隔離群とは、入院時の個室隔離が終了せず、長期隔離が行われた群である（対照群 14, 15）。

症例群（医療観察法による入院者）では、指

定入院医療機関入院後、2005 年 1 月 15 日調査時点までに個室隔離・身体拘束などの行動制限は行われていなかった。

研究 2：各種評価尺度によるデータベース作成

本研究の行われた医療観察法病棟では、すでにその信頼性と妥当性が確認され臨床応用されている評価尺度を実施することを予定していた。その中から、本研究のために集計を行う評価尺度を選択し、表 3 に集計予定の評価尺度の一覧を職種別に示した。

統合失調症の広範な精神症状を評価し、症状の経過を把握するために PANSS (Positive and Negative Symptom Scale)²⁾ を選択した。PANSS は、7 項目の陽性尺度、7 項目の陰性尺度、16 項目の精神病理尺度から構成されている。各項目は、過去 1 週間の精神症状をもとに、1 (なし) ~ 7 (最重度) の 6 段階で評価される。得点が高いほど、精神症状は重症である。

DIEPSS (the Drug Induced Extrapyramidal Symptoms Scale) は、薬原性錐体外路症状を評価する。八木らによってその信頼性と妥当性が確認されており³⁾、広く臨床場面で使用されている。錐体外路症状を評価する 9 項目からなり、「0 = なし、軽度」「1 = ごく軽度、不確実」「2 = 軽度」「3 = 中等度」「4 = 重度」の 4 段階の評価が行われる。

OAS (Overt Aggression Scale)⁴⁾ は、攻撃性を測定する評価尺度である。言語的攻撃、器物損壊、自傷、他害の 4 領域からなり、それぞれ 4 項目の下位項目がある。評価者は、該当する項目があれば 1 点をつけ、合計得点を計算する。

IES-R (Impact of Event Scale - Revised)⁵⁾ は、心的外傷後ストレス障害の症状の有無や程度を評価するための評価尺度であり、Asukai, N, et al⁶⁾ によって、日本語版の標準化が行われている。22 項目からなり、自記式である。「少し強

い」「中くらい」「かなり強い」「非常に強い」の4段階に評点され、合計得点を計算する。

SAI-J (the Japanese Version of the Schedule for Assessment of Insight)⁷⁾は、SAI (the Schedule for Assessment of Insight)⁸⁾の日本語版であり、酒井らによって、その信頼性と妥当性が確認されている。病識を実証的に測定することを目的とした尺度である。評価に際しては、半構造化面接を行う。

SUMD-J (the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder Japanese Version)⁹⁾は、SUMD (the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder Japanese Version)¹⁰⁾の日本語版であり、病識を評価する尺度である。酒井らによって、その信頼性と妥当性が確認されている。

BDI (Beck Depression Inventory) は、Beck AT, et al¹¹⁾によって開発され、小嶋ら¹²⁾によって日本語版が作成されている。抑うつ状態の評価尺度として、幅広く臨床診療で利用されている。最近2週間における抑うつ状態の重症度を測定する自記式尺度であり、21項目から構成されている。各項目の選択肢は0点から3点までの4段階で評定され、総得点が高いほど、重症度が高い。

JSQOL (Japanese Version of the Schizophrenia Quality of Life Scale) 統合失調症生活の質評価尺度は、統合失調症患者の主観的QOLを測定することを目的に作成されたSQOL (the Schizophrenia Quality of Life Scale)の日本語版であり、Kaneda, Y et al¹³⁾によってその妥当性が確認されている。SQLSは、心理社会関係、動機と活力、症状と副作用の3領域30項目からなり、自記式の評価尺度である。

疾病・薬物知識度調査 KIDI (Knowledge of Illness and Drugs Inventory)¹⁴⁾は、前田らが Knowledge of Illness and Resources

Inventory を参考に心理教育で教える内容、精神症状と薬物療法などの医学的内容に絞って作成した20項目の自記式調査票である。信頼性と妥当性が検証されており、心理教育の効果検証などで使用される。

薬に対する構えの調査表 DAI-30 (Drug Attitude Inventory)¹⁵⁾は、服薬に関する自覚的イメージを測定することを目的とした自記式評価尺度である。質問項目は30項目あり、「1=そう思う」、「-1=そう思わない」のいずれかを選択する。

地域生活に対する自己効力感尺度 SECL (Self-Efficacy for Communication Life Scale)¹⁶⁾は、精神科リハビリテーションにおける自己効力感を測定することを目的に、地域での生活に焦点を当てて開発され、信頼性と妥当性が確認されている。日常生活(5項目)、治療に関する行動(4項目)、症状対処行動(4項目)、社会生活(3項目)、対人関係(2項目)の5領域18項目から構成される。評価は、主観的に判断する自記式であり、「0:全く自信がない」から「10:絶対に自信がある」の11段階のリッカート法で180点満点を100点換算した得点で評価される。

REHAB (Rehabilitation Evaluation Hall and Baker)¹⁷⁾は、精神障害者の地域社会生活の評価に焦点が当てられており、パート1;逸脱行動と、パート2;全般的行動から構成される。パート1では、3段階のアンカーポイントが設定されており、パート2では、リッカート方式の評価が行われる。

以上、医療観察法病棟で施行予定の評価尺度について紹介したが、次に、これらの評価尺度を実施する目的を簡単に説明する。

陽性症状と陰性症状は、PANSSを用いて評価する。また、薬物療法による錐体外路症状は、DIEPSSを用いて評価する。退院後、病識を持つ