

て自ら必要な医療を求めることがガイドラインでは要求されており、病識を評価するために SAI-J と SUMD-J を必要に応じて用いることとした。なお、酒井ら⁷⁾は、Fenning S, et al の論文を引用し、SAI と SUMD との違いを次のように述べている。SAI と比較すると、SUMD は現在と過去についての病識を分けて扱っている点、精神障害による社会的効果への自覚を扱っている点、陽性症状だけではなく陰性症状への自覚も扱っている点において異なり、より詳細な病識の評価が可能になるという利点を持つと指摘している。

医療観察法の対象者は重大な他害行為の既往を持っており、入院後も継続的に類似の暴力行為、衝動行為などを評価していく必要があり、OAS を選択した。

他害行為を行った精神障害者は、しばしば他害行為を行った場面の侵入性の想起、不眠や悪夢、抑うつ気分や不安、驚愕反応、過度の警戒心など、心的外傷後ストレス障害 PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) に類似した症状を認めることがあり、IES-R を用いスクリーニングを行う必要がある。このような症状が認められれば、PTSD などに準じて、重大な他害行為に焦点を当てた精神療法が必要である。

また、重大な他害行為後、被害者に対する悔恨、自責、自殺念慮や自殺企図を伴う抑うつ状態を示すこともしばしばあり、BDI を実施する。

また、本研究の行われた医療観察法病棟では病気と服薬に関する心理教育が予定されており、この評価を行いよりよい心理教育を個別に行うために KIDI と DAI-30 を行う。

精神科リハビリテーションについては、退院後の地域での社会生活に焦点を当て、自己効力を評価する SECL と REHAB を実施する。

以上のように、2005 年 8 月 2 日から、某指定入院医療機関へ入院した者を対象として、職種

毎に臨床上の必要性を判断し、必要と判断された者についてのみ表 3 に従って各種評価尺度を開始した。

2. 地域社会資源調査と社会復帰

医療観察法の処遇対象者の社会復帰にとって、精神障害の種類と重症度、対象者の病識・受療行動などに加えて、家族の支援、退院先となる地域の医療資源や社会資源の質と量が重要である。特に、地域関連機関の中でも、指定通院医療機関、地域生活支援センター、行政機関の関わり（保護観察所、市区町村役場、保健所、精神保健福祉センター）、入所施設、通所施設、訪問援助の有無は、社会復帰と密接に関連していると考えられる。

CPA-J では、入院から 4 週間以内をめどに、入院対象者、家族、地域の関係者と CPA 会議 (CPA meeting) と呼ばれる連携会議を開催し、入院治療計画、退院後の治療計画について入院早期より検討を行なう。この際に、地域の社会資源に関する情報を得ておくことは重要であり、退院地の社会復帰施設の調査と報告を社会復帰調整官に依頼している。

今後、地域社会資源の現状と、入院期間や社会復帰との関係を調査するために表 4 を作成し、地域社会資源の現状の集計を開始した。

D. 考察

研究 1：措置入院と医療観察法入院者の症例対照研究

症例群と対照群とは、年齢・性別、診断名、重大な他害行為に関して有意差はなく、従来の措置入院者から適切な対照群が抽出された。しかし、両群の登録者数は 25 名と少なく、今後、さらに登録者数を増やしていく必要がある。

この際には、次のような困難が予想される。そのひとつとして、従来からの措置入院者から

重大な他害行為を行った対照群を選ぶ場合、一つの施設では十分な母集団が確保できず、マッチングした対照者の選定が困難になることである。次に、他の施設から対照群を選んだ場合、地域によって措置入院の発生数、入院期間などにおいて大きな差があることが明らかとなり、これらのバイアスがかかることが予想される。このため、今後もできる限り同一施設内での対照群の抽出が望ましいと考えられる。したがって、指定入院医療機関の症例群にマッチングした対照群を、指定入院医療機関毎に、これまで経験してきた措置入院患者から選定することを前提に、研究対象施設の拡大をはかる必要があると考えられた。

医療観察法における治療必要性の鑑定入院は、原則 2 ヶ月、最大 1 ヶ月まで延長することができる。症例群 25 名では、全例鑑定入院が実施され、鑑定入院期間中に行動制限を含む急性期治療が行われていた。したがって、鑑定入院期間中に実施された行動制限を考慮し、症例群と対照群との行動制限の実施状況を比較する必要がある。

医療観察法による鑑定入院が原則通り 2 ヶ月間（60 日間）行われたと仮定してみると、60 日以内は医療観察法では鑑定入院期間に相当しており、60 日以降は指定入院医療機関での入院期間に相当する。

以上のような理由から、対照群（措置入院）の行動制限を、入院から 60 日以内に実施された行動制限と、60 日以降に実施された行動制限とに分けて考えてみた。対照群では、入院から 60 日以降に再隔離群 4 例の隔離と、入院時より隔離が継続する継続隔離群 2 例の隔離が行われていた。一方、症例群では、指定入院医療機関入院中には隔離は行われておらず、指定入院医療機関での隔離の実施は、従来の措置入院に比較すると少ない可能性が存在した。

しかし、症例群の指定入院医療機関入院日からの観察期間は、平均 72.3 日、最大 117 日、最小 1 日であり、観察期間は十分とは言えなかった。このため、行動制限の実施状況を引き続き調査する必要がある。

さらに、欧米圏では行動制限を考える場合、薬物による鎮静は chemical restraint と呼ばれ、身体拘束、隔離に加え、行動制限の一つと考えられている。そこで、今後、両群の入院時およびその後の抗精神病薬処方量を比較する必要がある、今後の課題と考えられた。

研究 2：各種評価尺度によるデータベース作成

入院処遇ガイドラインには、医療観察法病棟における運営管理、人員配置、施設・設備等の基準が示されている。

人員配置については、医師、看護師、作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士が専属配置されている。このような人員配置を基に、本格的な多職種チームによる精神医療が始まった。また、各職種別にその専門性を活かし、各種の治療プログラムが開始された。これらの各種治療プログラムは、その実施前後において、治療効果を判定し標準化された臨床データに基づいて医療を行うことが求められている。

また、施設・設備に目を向けると、病室は全室個室であり、また専用の作業療法部門、集団療法室が設置された。このような広い個人空間の確保や、専用の設備の設置された治療環境が、居住性だけでなく、ひいては治療効果に与える影響は明らかではない。

以上のように、CPA-J による多職種チーム医療、指定入院医療機関と退院地の地域関連機関との連携、各職種が実施する治療プログラム、施設・設備からなる、医療観察法病棟で実践される医療は、従来の精神医療で実践できなかったモデル的医療として考えることができる。本研

究のもう一つの最終目的は、この医療の包括的な効果の有無を明らかにすることである。このために研究 2 では、臨床上必要性の高い各種評価尺度を設定しデータの集積を開始した。今後、臨床上の必要性を判断しながら、経時的変化を追っていく予定である。

また、来年度は、入院期間などが、精神症状、病識、他害行為による PTSD 類似の症状の有無、抑うつ、疾病理解、服薬コンプライアンス、自己効力感、日常生活能力、地域の医療資源や社会資源とどのような関係にあるか明らかにする予定である。それによって、今後の医療観察法病棟で行われる医療の重点課題を明らかにしたい。

E. まとめ

1. 平成 16 年度の本分担研究班で開発した CPA-J (Care Programme Approach in Japan) を用いて、指定入院医療機関で実施される医療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。
2. 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これまで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。
3. 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が予定されている評価尺度の結果の集計を開始した。また、同時に地域の医療資源と社会資源の調査を開始した。
4. 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のケアの効果を職種別に判定することを目的に、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。

5. 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の下位項目「セルフコントロール」と「社会的機能」、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、心理教育プログラム「ステップ 1~3」の有効性が示された ($p < 0.05$)。
6. 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、入院時評価と 3 ヶ月目の評価を 7 名に行った。

F. 研究発表

論文発表

1. 平林直次, 津久江亮太郎. 医療観察法指定医療機関における問題. 臨床精神医学増刊号, 261-266, 2005
2. 平林直次, 樋口輝彦. 医療観察法による入院病棟の開設. 医療の広場 2005 年 10 月号
3. 平林直次. 国立精神・神経センター武蔵病院における措置入院医療の現状と心神喪失者等医療観察法への取り組み. 東京都精神病院協会雑誌, 20: 288-300, 2004
4. 平林直次. 心神喪失者等医療観察法における指定入院医療機関の役割—厚生省ガイドラインから. 日本精神病院協会雑誌 24: 24-28, 2005
5. 樽矢敏広, 平林直次. 医療観察法の問

題点 指定入院医療機関の立場から. 日本精神科病院協会雑誌 25 (2): 44-50, 2006

学会発表

1. 野田隆政, 平林直次, 村田美穂, 大月泰介, 久野貞子. パーキンソン病における幻覚の分類と出現機序. 2005年11月, 島根, 日本総合病院精神医学会
2. 平林直次. 司法精神医療の進め方. シンポジウム「司法精神医療のあり方と、今後の進め方」. 2005年5月21日, 埼玉, 第1回日本司法精神医学会
3. 平林直次. 第2回(第I期) 司法精神医学(2) 医療観察制度と司法精神医療. 2005年6月21日, 東京, 東京医科歯科大学公開講座
4. 平林直次. 医療の内容(入院・通院) 触法事例を通して. 2005年10月25日, 10月26日, 11月30日, 東京, 平成17年度心神喪失者等医療観察法にかかる行政職員研修会(東京都)
5. 平林直次. 医療観察法による医療の実際. —指定入院医療機関の立場から—. 2005年11月7日, 茨城, 筑波大学大学院人間総合研究科研究会
6. 平林直次. 心神喪失者等医療観察法における医療の必要性の判断の在り方と処遇の現状について. 2005年12月16日, 宇都宮 地方裁判刑事鑑定研究会
7. 平林直次. 医療観察法の実際. 2006年1月27日, 東京, 第7回国立精神・神経センター看護部合同看護研究会
8. 平林直次, 下津咲絵, 北垣浩. 司法精神医療と一般精神医療との対話」—直面化を巡って—. スーパービジョンその1. 平成17年度「治療プログラムに関する研究」第1回ワークショップ, 東京, 2005年10月29日
9. 平林直次. ケアマネジメントの手法を用いた多職種チームアプローチ —国立精神・神経センター武蔵病院の試み— —医師の立場から—. 2005年11月22日, 東京. 第33回日本精神科病院協会精神医学会 パネルディスカッション
10. 平林直次. 医療観察法における入院医療の実際. 2006年2月19日, 東京都庁, 東京都指定医会議.
11. 平林直次. 指定入院医療機関における医療. 東京(7月), 大阪(10月), 福岡(11月), 仙台(12月), 2005, 東京(2月), 2006, 指定入院医療機関従事者研修会
12. 平林直次. 事例呈示 典型例と判定困難例. 東京(9月), 大阪(9月), 2005, 精神保健判定医等養成研修会

参考文献

- 1) 平野誠. 触法精神障害者の治療必要性の判定に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金. 触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価, 治療等に関する基礎的研究, 主任研究者 松下正明, 総括研究報告書, pp119-141, 2005
- 2) 山田寛, 増井寛治, 菊本弘次. 陽性・陰性症状評価尺度 PANSS マニュアル. 星和書店. 東京, 1991
- 3) 八木剛平監修 稲田俊也著. 葉原性錐体外路症状の評価と診断 —DIEPSS の解説と利用の手引—. 星和書店. 東京, 1996
- 4) Yudolsky S, Silver JM, Jackson W et al. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical

aggression. *Am J Psychiatry* 143: 35-39, 1986

5) Weiss, DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson P, Keane TM. Eds., *Assessing Psychological trauma and PTSD*, The Guilford Press, New York, 399-411, 1997

6) Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y, Yamamoto K, Kishimoto J, Miyake Y, Nishizono-Maher A. Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. *J Nerv Ment Dis* 190 (3) : 175-182, 2002

7) 酒井佳永, 金吉晴, 秋山剛, 立森久照, 栗田広. 病識評価尺度(SAI-J)の信頼性と妥当性の検討. *臨床精神医学* 29: 177-183, 2000

8) David AS, Buchanan A, Reed A et al. The Assessment of Insight in Psychosis. *Br J Psychiatry* 156: 798-808, 1990

9) 酒井佳永, 金吉晴, 秋山剛, 栗田広. 精神障害無自覚度評定尺度日本語版(SUMD-J)の信頼性と妥当性の検討. *精神医学* 44 (5) : 491-500, 2002

10) Amador XF, Strauss DH, Yale SA, et al. Assessment of Insight in Psychosis. *Am J Psychiatry* 150: 873-879, 1993

11) Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-2*. The Psychological Corporation, San Antonio, 1993

12) 小嶋雅代, 古川嘉亮. 日本版 BDI-II - ベック抑うつ質問票 - 手引き. 日本文化科学社, 東京, 2003

13) Kaneda T, Imakura A, Fujii A, Ohmori T. Schizophrenia Quality of Life Scale:

validation of the Japanese version. *Psychiatry Research* 113: 107-113, 2002

14) 前田正治ら, 分裂病者や家族に対する疾病薬物知識度調査 (Knowledge of Illness and Drugs Inventory; KIDI) の結果について. *日本社会精神医学会雑誌* 2 (2) , 173-174, 1994

15) 宮田量治, 藤井康男. 精神分裂病患者への薬物療法とクオリティ・オブ・ライフ (その1) 薬に対する構えの調査表 (Drug Attitude Inventory 日本語版) に対する検討. *精神経誌* 98: 1045-1046, 1996

16) 大川 希, 大島巖. 精神分裂病者の地域生活に対する自己効力感尺度 (SECL) の開発. *精神医学* 43 (7) : 727-735, 2001

17) 田原明夫, 藤信子, 山下俊幸訳. *Rehab - 精神科リハビリテーション行動評価尺度*. 三輪書店. 東京, 1994

表1 入院・通院処遇 目標・理念 –ガイドラインより–

- (1) ノーマライゼーションの観点も踏まえた入院対象者の社会復帰の早期実現
- 継続的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。
- (2) 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
- 関係法令等を遵守しつつ、入院前や入院後の観察・評価に基づき、継続的・計画的に医療を提供する。
 - 入院対象者の病状把握のための観察・評価を継続的に実施する。
 - 入院対象者の病状に応じて、適切な危機介入を行う。
- (3) プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供
- 治療内容について入院対象者及び家族に対して十分な説明を行う。
 - 懲罰的に医療を行っているものと誤解を受けないよう、適切な治療法を選択する。
 - 地元自治体等の要請に対して、必要な情報提供を行う。

表2 症例群と対照群との年齢差

	症例群 (n=25)	対照群 (n=25)	
男 (n=21)	35.7±7.2	35.8±7.7	n.s.
女 (n=4)	37.8±6.8	36.3±2.5	n.s.

表3 職種別評価尺度 実施計画一覧

入院日より起算	2週間以内	毎月	1カ月目	3カ月目	3カ月毎	6カ月毎	退院時	備考
CP換算処方量	○			○				
医師								
PANSS	○			○	○		○	自記式
DIEPSS	○			○	○		○	
OAS	○			○	○		○	
IES-R	○			○		○	○	
SAI-J	○			○	○		○	
臨床心理技術者								
SUMD-J	○			○		○	○	自記式
BDI	○			○		○	○	
JSQLS	○			○		○	○	
WHO-QOL 26	○			○		○	○	
看護								
SECL	○			○	○		○	自記式 自記式
KIDI	○			○	○		○	
DAI-30	○			○	○		○	
REHAB	○		○	○	○		○	
作業療法士								
REHAB	○		○	○	○		○	
精神保健福祉士								
REHAB	○		○	○	○		○	
心理・社会資源				○				

<略語解説>

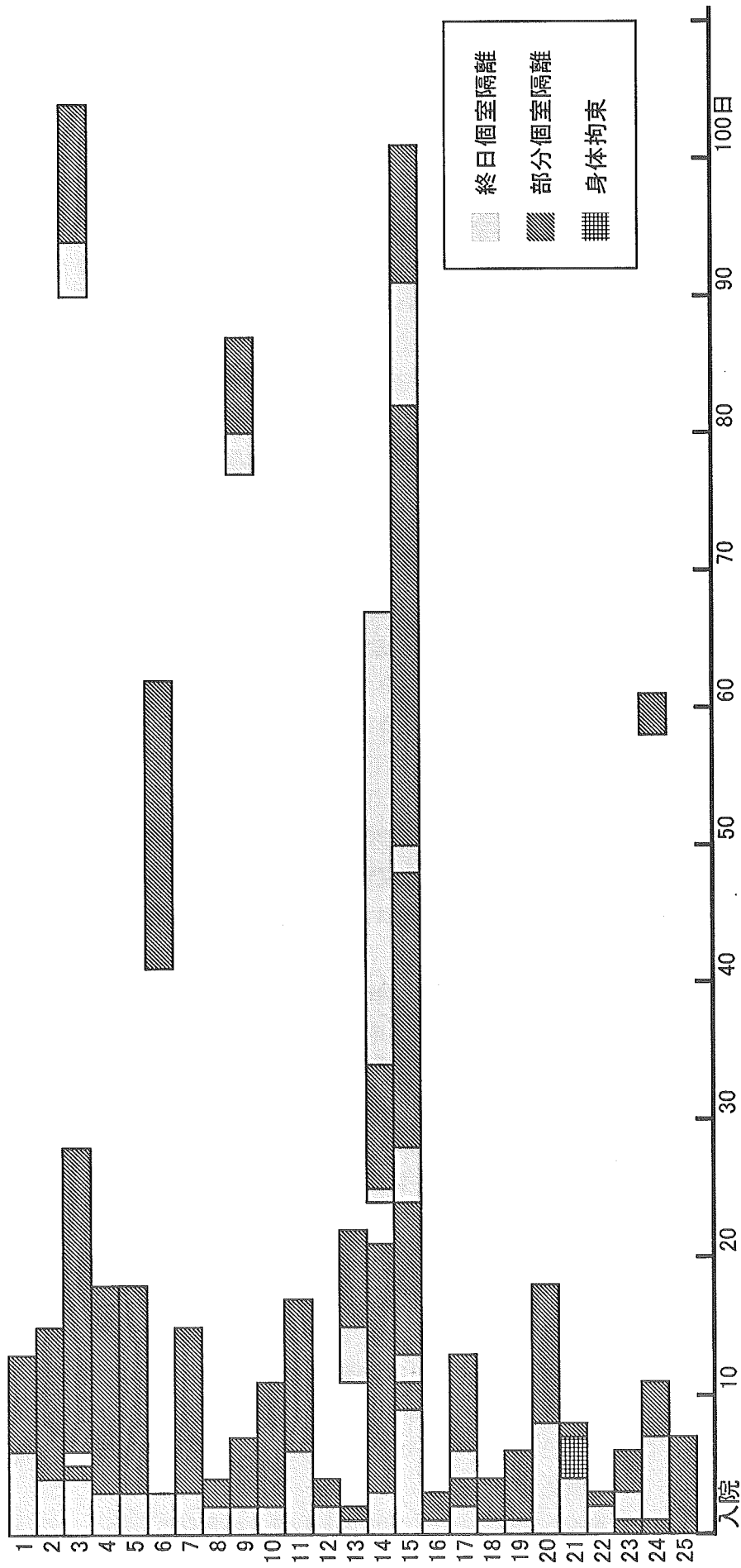
- PANSS (Positive and Negative Symptom Scale)
- DIEPSS (the Drug Induced Extrapyramidal Symptoms Scale)
- OAS (Overt Aggression Scale)
- IES-R (Impact of Event Scale - Revised)
- SAI-J (the Japanese Version of the Schedule for Assessment of Insight)
- SUMD-J (the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder Japanese Version)
- BDI (Beck Depression Inventory)
- JSQOL (Japanese Version of the Schizophrenia Quality of Life Scale)
- KIDI (Knowledge of Illness and Drugs Inventory)
- DAI-30 (Drug Attitude Inventory)
- SECL (Self-Efficacy for Communication Life Scale)
- REHAB (Rehabilitation Evaluation Hall And Baker)

なお、REHABは、看護師、作業療法士、精神保健福祉士がそれぞれ専門的視点から評価し、協同して得点をつける。

表4 対象者利用可能施設一覧

施設数 -対象者氏名-	退院予定地 都道府県/市区町 村名	利用圏内施設		行政機関の関わり					入所施設		通所施設			訪問援助					
		指定通院 医療機関	地域生活 支援センター	退院地 保護観察所	市区 町村役場	保健 所	精神保健 福祉セン ター	利用可能 施設	県内施設 生活訓練 施設	居住施設(福 祉・グループ ホーム)	利用 希望	※通所30分以内施設(1時間内)	精神科リハ ビリ*デイケ ア・OT等	通所授産 施設・共 同作業所	施設数(訪問回数/1ヶ 月平均)	訪問援 助施設	訪問回数 ()	パー ル ()	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			

図1 行動制限の実施期間一対照群一



研究 3： 心理教育プログラムの作成とその効果 —看護師より—

小松容子，生井淳子，金子一恵
田邊邦雄，佐藤るみ子
国立精神・神経センター武蔵病院

Key words: 入院環境への適応、コンプライアンス、治療主体性、心理教育、治療プログラム、グループワーク

Ⅰ. はじめに

医療観察法病棟では、重大な他害行為を行なった精神障害者へのケアのひとつとして、心理教育プログラムの開発と実施を目指している。医療観察法病棟の準備段階から、治療プログラム委員会を立ち上げ、心理教育プログラムおよびその教材（ワークブック）を作成し、入院対象者に実施している。そこで、本稿では、作成したプログラムを紹介するとともに、その治療プログラムの有効性について報告する。

Ⅱ. 方法と対象

1. プログラムの作成

1) プログラムの枠組みと目的

疾病を理解し治療に主体的に参加することを通して、服薬コンプライアンスを改善することを目的として心理教育を作成した。この心理教育は、「ステップ 1」から「ステップ 3」の 3 部構成となっている。

この治療プログラムの目的は、ステップ毎に異なる。入院初期のプログラムである「ステップ 1」（全 4 回）の目的は、入院治療を受容し、入院環境に適応することである。「ステップ 2」（全 5 回）では、病感さらには病識を獲得しつつ、徐々に疾患についての正しい知識を得ることを目的としている。「ステップ 3」（全 5 回）では、疾患や服薬に関する正しい知識を深めながら、治療へ主体的に取り組む姿勢を獲得することや、自らストレスに対処できるような方法を学習することが目

的である。これらのプログラムを通して、QOL（安寧）の向上も期待される（図 1）。

これらを 1 つのプログラム（全 14 回）とせず、3 つのプログラムに分割したのは、プログラムをひとつひとつ終了することで、参加者が達成感を得られるようにするためであり、また担当多職種チーム（Multidisciplinary team；MDT）が段階的に対象者のアセスメントするためである。また、プログラムの参加者が途中で脱落するのを防ぐためでもある。なお、「ステップ 1」～「ステップ 3」の概要は表 1 を参照のこと。

1) プログラムの作成

プログラムの枠組みに沿って、プログラムの教材（ワークブック）を作成した。このワークブック形式では、プログラムに参加する個々の参加者が、自分に適した目標、対処方法などを記入できるように工夫した。

2) プログラムで実施した評価尺度

a) 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

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（Subjective Well-being under Neuroleptic drug treatment Short form, Japanese version、以下 SWNS-J）の信頼性は渡辺らによって確認されている¹⁾。合計点が高いほど良好な状態を表している（最高得点は 120 点）。

b) 状態・特性不安検査

状態・特性不安検査（State-Trait Anxiety Inventory、以下 STAI）は、スピルバーガーらが作成した不安を測定する質問紙である。この質問紙で測定される不安は、現在感じている不安である「状態不安」と、普段感じている不安である「特性不安」の 2 つに分けられている。各 20 項目、計 40 項目から成り、4 段階で回答する。本研究では、状態不安（20 項目）のみ使用した。

c) 田中ストレス反応尺度

田中ストレス反応尺度（Tanaka Stress Response Scale、以下 TSRS）は、日常生活で経

験するストレスサーで生じる短期的な心理的不快の現れをストレス反応とした、30項目からなる尺度で、信頼性が確認されている²⁾。総合値は30点から150点で、点数が低いと心理的ストレス反応が低く、点数が高いと心理的ストレス反応が高いことを示している。下位尺度は「身体的不調兆候」「いらだち感」「不安感」「寂寥感」「自信喪失感」「高揚感の欠如」である。本尺度は、日常生活で生じる心理的ストレス反応を測定でき、特に、社会的孤立が重要な意味をもつ対象者に適している尺度である。

d) 疾病・薬物知識度調査

疾病・薬物知識度調査 (Knowledge of Illness and Drugs Inventory、以下 KIDI) は、前田らによって作成された、精神症状、睡眠、病気の再発と社会復帰の3因子20項目からなる自記式質問紙である³⁾。

e) 薬に対する構えの調査表 Drug Attitude Inventory

30項目に対し「そう思う／そう思わない」で回答する自記式質問紙 Drug Attitude Inventory (以下 DAI-30) は、統合失調症患者の服薬コンプライアンスの指標となる「薬に対する構え」「薬に対する主観的なイメージ」を評価するのに有用である。総得点は-30点から+30点の範囲にあり、総得点がプラスであると自覚反応(服薬経験を通しての印象)およびコンプライアンスは良好であると解釈される⁴⁾。この日本語版の内的整合性および信頼性は、宮田らによって確認されている⁵⁾。

f) Tri-axial Coping Scale 24 (TAC - 24)

ストレス・コーピングの個人差(コーピングスタイル)を「問題焦点あるいは情動焦点」、「関与あるいは回避」、「認知系機能あるいは行動系機能」という3つの次元からなる尺度で、Steploe (1991) のコーピングモデルをもとに、24の項目が作成されている。本尺度の信頼性については内的整合性と妥当性が確認されている⁶⁾。

3) プログラムの実施と評価尺度の活用時期

a) プログラム「ステップ1」

プログラム「ステップ1」では、SWNS-J、TSRS、

STAI を用いた(図2)。

入院治療を受容し、社会との接触の少ない入院環境に一旦は適応できることがプログラムの目的であるため、入院環境におかれた状態での「不安」の程度を査定するための指標として、STAI(状態不安のみ)を使用した。また、入院環境への適応・不適応を査定する指標として、社会的孤立が重要な意味をもつ対象者の日常生活で生じる心理的ストレス反応を測定できる TSRS を用いた。

臨床診療において、通常の診察、看護面接に加えて、これらの評価尺度を用い、不安やストレスの状況を把握した上で、不安やストレスが軽減できるように「ステップ1」を行う。プログラムの終了後に再度、評価を行い、不安やストレスの程度を査定し、さらに援助が必要かどうかの指標とした。

b) プログラム「ステップ2」

プログラム「ステップ2」では、病感さらには病識を獲得しつつ、徐々に疾患についての正しい知識を得ることを目的としており、疾患や服薬についてどの程度の知識を得たか、また、薬に対するイメージは肯定的か否定的かを把握するために KIDI、および DAI-30 を用いた(図3)。

c) プログラム「ステップ3」

「ステップ3」では疾患や服薬に関する正しい知識を深めながら、治療へ主体的に取り組む姿勢や自らストレスに対処できるようにするために、「ステップ2」で用いた尺度に加えて、ストレス対処を検討するものとして TAC-24 を用いた(図4)。

服薬コンプライアンスの獲得や治療への主体性を獲得するためには、疾患や薬物に対する正しい知識と、薬に対する肯定的なイメージが必要である。また、服薬を続けることで、精神症状の改善のみではなく、身体的、心理的、社会的側面の回復や改善を実感していることが必要と思われる。そのために、客観的な尺度では測りにくい主観的な部分を測定できる SWNS-J を用い、「ステップ1」から「ステップ3」までを通して主観的ウェルビーイングをモニタリングすることとした。なお、プログラム「ステップ1」から「ステップ3」を通じた評価の時期は図5に示した。

2. 研究方法と対象者の適格基準

a) 研究の概要

プログラム実施の前後に評価尺度を用いた評価を行い、その前後を比較することで到達した課題と未到達の課題を明らかにし、必要に応じて追加のプログラムを実施する。また、治療プログラムの担当者に結果をフィードバックし、プログラムの改善を図る。この際得られた評価尺度の得点を集計し、プログラムの有効性を検証する。

b) 対象（プログラム参加の条件）

- (1) プログラム「ステップ1」: 某指定入院医療機関に入院した者で、担当する多職種チームがプログラムへの導入が適切と判断し、本人の同意が得られた者
- (2) プログラム「ステップ2」: 上記の条件を満たし、かつ統合失調症の診断を受けた者、または統合失調症と類似する症状がある者
- (3) プログラム「ステップ3」: 上記(1)、(2)の条件を満たし、かつステップ2のプログラムを終了した者

3. 倫理的配慮

本研究は、研究者らが所属する施設の倫理委員会の審査を受け承認を受けた。収集された研究データはすべてコード化し個人が特定されないように配慮し、統計学的検討のみ行うこととした。

III. 結果

1. 「ステップ1」の結果

研究の実施された指定入院医療機関に入院処遇となった27名のうちプログラム「ステップ1」を受けたのは24名であった。このうち研究への参加の同意が得られなかった1名と上記評価尺度が行われていなかった2名を除き、21名の結果を検討した。

対象の平均年齢は35.7歳、男性19名(90.5%)、女性2名(9.5%)であった(表2)。主診断はF2が18名(75%)と最も多かった(表3)。

「ステップ1」の導入は、入院後平均8.2(1

～21)日目に行い、実施期間の平均は8.2(1～28)日間であった。

a) SWNS-Jの結果

SWNS-Jの総合点の平均は、実施前が71.8±17.6、実施後81.7±15.3であり(表4)、治療プログラム実施前後で有意な改善が認められた。また、SWNS-Jの下位項目では、セルフコントロールおよび社会機能の2項目において有意に改善した($p<0.05$)。

b) STAIの結果

STAIの総合点の平均は、実施前が50.9±9.8、実施後が46.5±10.0で、有意差は認められなかった。STAIでは、総合点の減少は不安の軽減を示す。参加者の得点を個別に見てみると、21名中16名で総得点が減少していた。

c) TSRSの結果

TSRSの総合点の平均は、実施前が約82.0±28.3、実施後が約75.4±24.7で、下位項目も含め実施前後で有意差は認められなかった(表4)。

TSRSでは総合点が減少するほど、不安が軽減したことを示している。総得点を個別にみても、21名中16名で得点が減少していた。

2. 「ステップ2」の結果

治療プログラム「ステップ1」を終了し、「ステップ2」を受けた者は18名であった。このうち、評価尺度が行われなかった2名を除き、16名の結果を報告する。

16名の平均年齢は36.6歳、男性15名(93.85%)、女性1名(6.3%)であった(表2)。主診断はF2が16名(88%)と最も多かった(表3)

a) DAI-30の結果

DAI-30の総合点の平均は、実施前が5.6±14.0、実施後が13.9±9.5であり(表5)、治療プログラム実施前後で有意な改善が認められた($p<0.05$)。

b) KIDIの結果

KIDIの総合得点の平均は、実施前が12.9±2.8、実施後が16.2±2.8であり(表5)、治療プログラム実施前後で有意な改善が認められた($p<.005$)。

3. 「ステップ3」の結果

プログラム「ステップ3」の参加者は4名のみと少なく、本研究報告では集計を行わなかった。

IV. 考察

「ステップ1」の参加後には、SWNS-Jの総得点に有意な改善が見られた。また、下位項目のセルフコントロールと社会的機能においては有意に改善が見られた。

「ステップ1」参加の後にSTAIの総合点が増えたり、ストレス反応が増加した者がいた。これらの原因として、入院後2-3週間の間に、地域関連機関との連携会議（CPA会議）が行なわれたり、弁護士との面接や今後の方針を決めていく中で、現実を直視し、今後のことを各自が真剣に考え、将来の不安が出てきたことが理由のひとつと考えられた。

「ステップ2」では、参加の後にDAI-30とKIDIに有意な改善が見られ、疾患や薬に対する正しい知識を獲得し、薬に対する主観的なイメージや薬に対する構え（薬物療法における主観的QOL）が改善した。

このように集団で行う治療プログラム「ステップ1~3」は、疾患や服薬に対する知識の提供などには有効であるが、現実的な不安などに対しては個別の看護面接、心理療法なども行う必要があると考えられた。

VI. 結論

「ステップ1」では、SWNS-Jにおいて有意な改善が見られ、「ステップ2」ではDAI-30とKIDIにおいて有意な改善が見られた。このことから、これらの治療プログラムの効果が明らかとなった。

引用文献

- 1) 渡辺美智代, 松村人志. 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作成とその信頼性と妥当性. 臨床精神薬理 6 (7): 905-911, 2003
- 2) パブリックヘルスセンター. ストレススケー

-
- ルガイド. 428-431. 実務教育出版, 東京, 2004
 - 3) 前田正治, 落合理亜彰, 連理貴史ほか. 分裂病者や家族に対する疾患・薬物知識度調査の結果について. 日本社会精神医学会雑誌 2: 273, 1994
 - 4) Hongan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. Psychol Med 13: 177-183, 1983
 - 5) 宮田量治, 藤井康男, 稲垣中ほか. 精神分裂病患者への薬物療法とクオリティ・オブ・ライフ (その1) 薬に対する構えの調査表 (Drug Attitude Inventory 日本語版) に対する検討. 精神神経誌 98: 1045-1046, 1996
 - 6) 神村栄一, 海老原由香, 佐藤健二, 戸ヶ崎泰子, 坂野雄二. 対処方略の三次元モデルの検討と新しい尺度 (TAC-24) の作成. 教育相談研究 33: 41-47, 1995

表1 心理教育プログラム ステップ1～ステップ3の概要

	ステップ1	ステップ2	ステップ3
目的	入院治療の受容と病感獲得	疾病理解と病識獲得	治療主体性の育成
目標	入院治療の意味を理解する 入院環境への不応を防ぐ 治療関係の構築	疾病メカニズムとその 治療・リハビリテーションの 可能性を受け止める	リハビリテーションへの 意欲向上 前向きに治療に取り組める
介入	個人心理教育 入院オリエンテーションの フォローアップ 支持的アプローチ (不安へのケア)	小集団心理教育	小集団心理教育
テーマ	(1) 入院治療の意味 (2) 担当スタッフと検査について (3) 治療・プログラム活動について (4) 入院生活の過ごし方	(1) 病気の特徴 (2) 病気の経過 (3) ストレス対処 (4) 薬の働き (5) 副作用の相談とまとめ	(1) 症状悪化のサイン (2) 再発予防について (3) クスリの作用、副作用の対処 (4) 回復するために大切なこと (5) まとめとフリーディスカッション
参加条件	入院初期にある者	ステップ1を終了していること	ステップ2を終了していること

表2 対象者の社会学的特性

	ステップ1		ステップ2	
	対象数	年齢	対象数	年齢
男	19	35.4±7.0	15	36.9±6.8
女	2	38±9.9	1	31.0±0
計	21	35.7±7.0	16	36.6±6.7

表 3 治療プログラム「ステップ 2」参加者の診断名の内訳

	ステップ 1 (人)	(%)	ステップ 2 (人)	(%)
F1	2	8%	2	13%
F2	18	75%	14	88%
F6	1	4%	0	0%

表 4 治療プログラム「ステップ 1」実施前後の評価尺度の変化

	実施前	後	
<u>SWNS-J</u>			
総得点	71.8±17.6	81.7±15.3	*
精神機能	13.4±4.8	15.7±3.7	
セルフコントロール	15.1±3.2	17.6±3.3	*
感情機能	13.9±3.5	16.0±3.5	
身体機能	15.3±4.7	15.7±4.1	
社会的機能	14.6±3.7	16.9±3.9	*
<u>STAI</u>			
	50.9±9.8	46.5±10.0	
<u>TSRS</u>			
総得点	82.0±28.3	75.4±24.7	
身体的不調兆候	16.6±7.4	14.3±7.1	
いらだち感	20.5±8.2	18.0±7.1	
不安感	15.2±6.4	14.2±5.6	
寂寥感	10.7±4.7	9.9±4.1	
自信喪失感	8.2±3.5	7.8±3.5	
高揚感の欠如	11.6±3.6	11.1±2.6	

*: p<0.05

表 5 治療ステップ 2 実施前後の評価尺度の変化

	ステップ 2		
	前	後	
<u>DAI-30</u>	5.6±14.0	13.9±9.5	*
<u>KIDI</u>	12.9±2.8	16.2±2.8	*

*: p<0.05

プログラムStep1～Step3

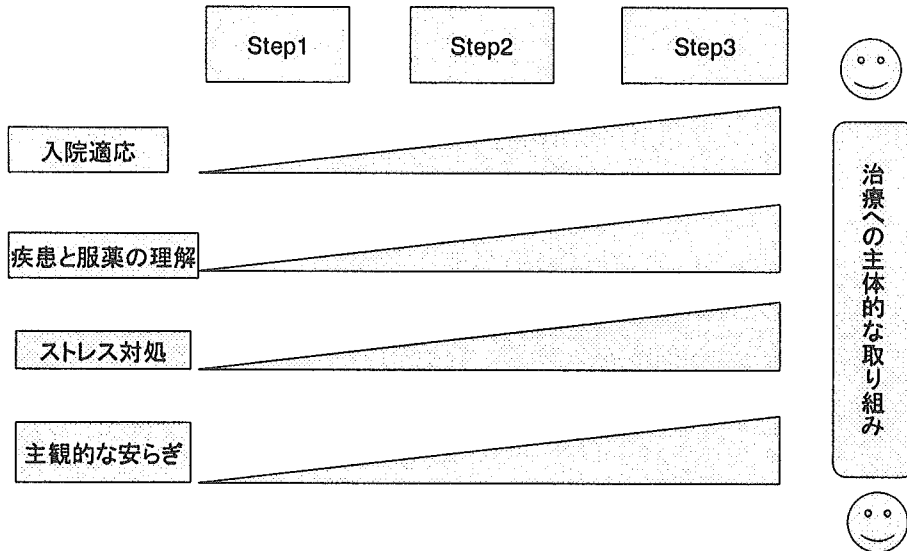


図1 研究仮説「プログラム ステップ1からステップ3の効果

ステップ1

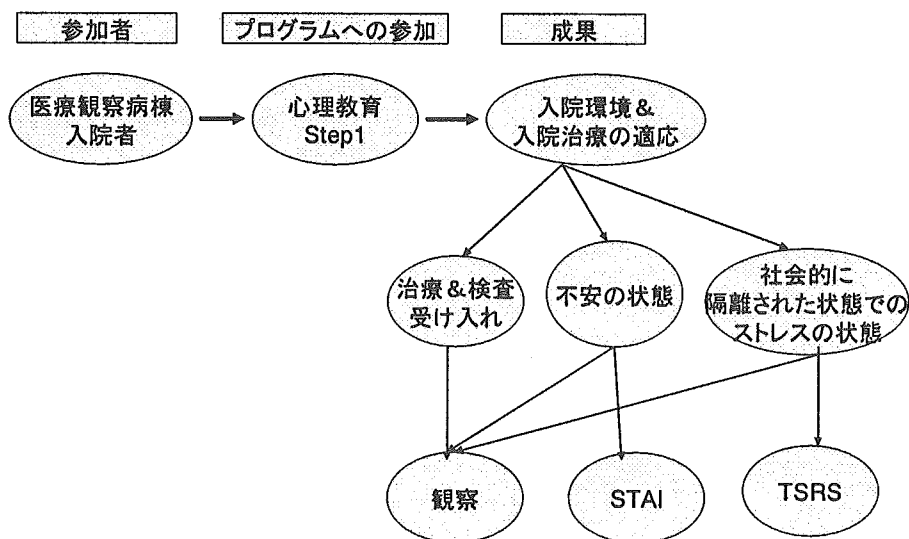


図2 プログラム「ステップ1」の実施と評価の方法

ステップ2

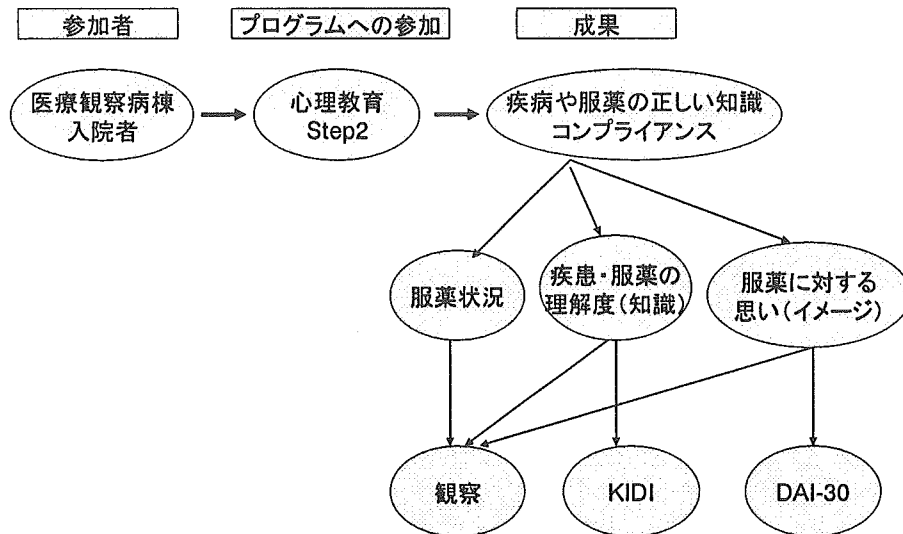


図3 プログラム「ステップ2」の実施と評価の方法

ステップ3

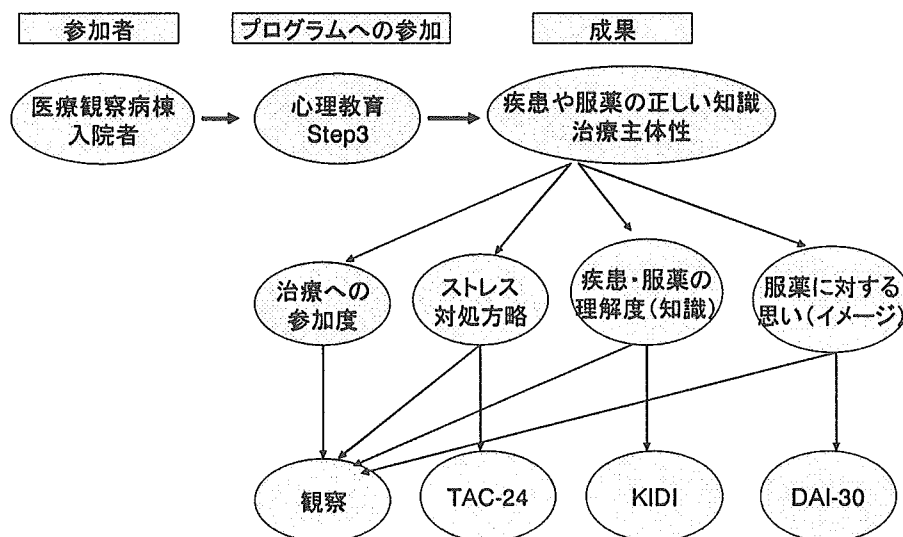


図4 プログラム「ステップ3」の実施と評価の方法

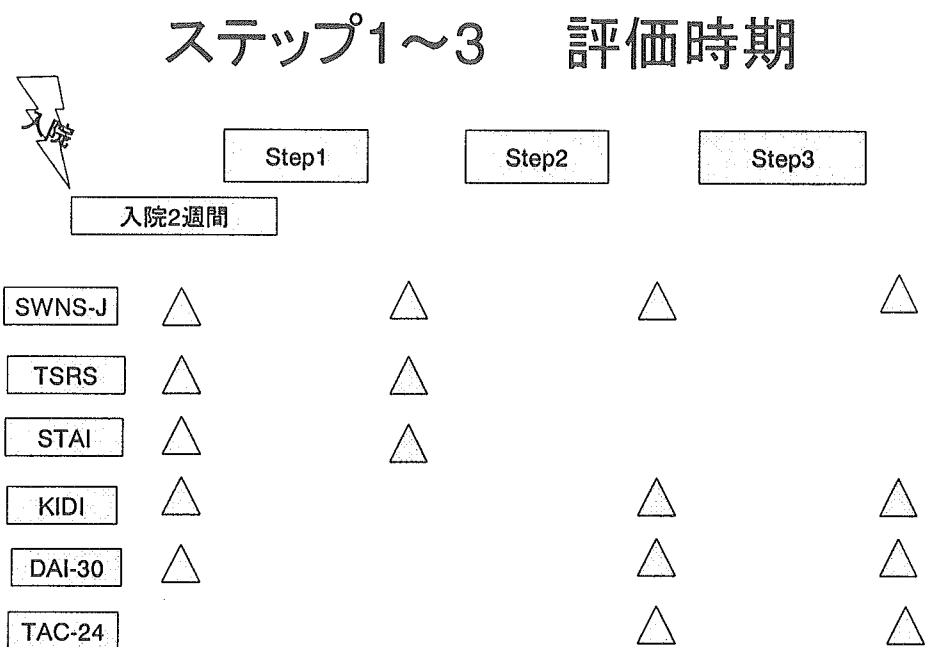


図5 プログラム「ステップ1」から「ステップ3」の評価時期

研究 3：
重大な他害行為を行った精神障害者に対する
心理社会的アプローチに関する研究
—臨床心理技術者より—

朝波千尋

今村扶美

岩崎さやか

国立精神・神経センター武蔵病院

【はじめに】

平成 17 年度の医療観察法制度の導入に伴って、重大な他害行為を行った精神障害者に対する心理社会的アプローチが求められている。

法務省の統計によると、平成 15 年に心神喪失者と認められて不起訴処分になった 324 人についての精神障害の内わけは統合失調症が 225 人と最も多い。さらに心神耗弱者と認められて不起訴処分になった 280 人についての精神障害の内わけは統合失調症が 148 人と最も多く、次いで躁うつ病が多かった。したがって、心神喪失者又は心神耗弱者と認められた精神障害者の多くは統合失調症で占められており、統合失調症を有する医療観察法対象者への心理的アプローチは重要だと考えられる。

統合失調症の主な陽性症状として幻覚や妄想があげられ、それら幻覚や妄想へのアプローチとして認知行動療法 (Cognitive Behavioural Therapy: CBT) の有効性が示されている (吉川ら、2004)。例えば、統合失調症の認知行動療法の治療ターゲットとして、幻覚や妄想の主観的確信度や訂正不能性、内容の不可能性の変容に焦点が当てられ、行動的な治療ターゲットとして生活技能訓練 (Social Skills Training: SST) や対処方略増強法が用いられた介入が適用されている。

しかしながら、我が国における統合失調症に対する CBT の有効性については十分な知見は得られておらず、II 軸診断として反社会性人格障害やサ

イコパ斯的側面を持つ統合失調症患者に対する CBT を含む包括的な心理療法の効果は示されていない。

さらに、陽性症状に対する CBT を用いた介入が、結果として病識の改善に及んでいることが指摘されており (吉川ら、2004)、幻覚・妄想のコントロール感の向上とともに病識や患者の生活の質 (Quality of life: QOL) が高まることが予想される。したがって、医療観察法の対象者に対して CBT 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行う必要があると考えられる。

【目的】

医療観察法の対象者に対して CBT 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行う。

【方法】

1. 調査対象

本研究の対象者は、2005 年 9 月から 2006 年 1 月の調査期間に、某指定入院医療機関に入院した患者のうち、紙面による告知同意の得られた患者 25 名である。対象者は男性 21 人 (84%)、女性 4 人 (16%) であり、平均年齢はそれぞれ 35.7 ± 7.2 、 37.8 ± 6.8 歳であった。

2. 調査尺度

1) Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996) Beck et al. (1996) によって開発され、小嶋・古川 (2003) によって日本語版が作成されている。対象者の最近 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

が高いことを示す。

2) World Health Organization Quality of Life 26 (WHO-QOL 短縮版) (田崎・中根, 1997)

世界保健機関によって開発され、田崎ら (1997) によって日本語版が作成されている。対象者の最近 2 週間の生活の質を評価する、自記式尺度である。この尺度は、特殊な場面や個別的な場面を超えて、異なる国々や異なる文化に属する人々に対して共通して評価できる普遍性を備えており、異文化間で比較できるという特徴を持つ。身体的領域 (7 項目)、心理的領域 (6 項目)、社会的関係 (3 項目)、環境 (8 項目) といった 4 つの領域についての質問項目からなり、1 点から 5 点までの 5 段階で評価される。尺度の総得点が高いほど QOL が高いことを示す。

3) Schizophrenia Quality of life Scale: validation of the Japanese version (JSQLS)

(Wilkinson, Hesdon, Wild, Cookson, Farina, Sharma, & Fitzpatrick, 2000; Kaneda, Imakura, Fujii, & Ohmori, 2002)

JSQLS は、統合失調症患者の認知と関心を測定する簡便な自記式の QOL 尺度である。Wilkinson et al. (2000) が作成した SQLS を Kaneda et al.

(2002) が日本語版に翻訳し、信頼性、妥当性の検討がなされたものである。「心理社会関係」(15 項目)、「動機と活力」(7 項目)、「症状と副作用」

(8 項目) の 3 つの領域を評価する合計 30 項目からなり、そのうち 4 項目が逆転項目である。直近 1 週間の生活について回答を求め、各質問への回答は「一度もない = 0 点」、「ほとんどない = 1 点」、「時々ある = 2 点」、「よくある (たいていできる、よく思う) = 3 点」、「いつもある (いつもできる、いつも思う) = 4 点」の 5 段階で評価する。また、各領域の得点は、0 から 100 の間の値をとるよう計算され、得点が低いほど QOL が良好であることを示す。質問に対する回答が欠けていた場合、その領域の得点は削除する。なお、JSQLS の総得点の計算を正当化する、軽量心理学的エビデンス

は得られていない。

4) The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder Japanese Version (SUMDJ) (酒井・金吉・秋山・栗田, 2002)

欧米で最も広く用いられている病識の面接評価尺度 SUMD (the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) (Amodor, Strauss, Yale, Gorman, & Endicott, 1993) の日本語版であり、一定の評価者間妥当性、内部一貫性、併存的妥当性が示されている。

現在および過去それぞれの全般的な病識 3 領域について 5 段階で評定する全般的病識項目と、現在および過去それぞれに呈していた最大 17 の症状についての自覚、帰属を評定する症状項目から構成される、半構造化面接尺度である。多次元的な病識尺度としては、ほかに The Schedule for Assessment of Insight (SAI) があるが、SAI と比較すると、SUMD は現在と過去についての病識を分けて扱っている点、陽性症状だけではなく陰性症状への自覚も扱っている点において異なり、より詳細な病識の評価が可能になるという利点を持つと言われている。

全般的病識項目は、精神障害に対する患者の全般的な認識を把握するものであり、①精神障害への自覚、②服薬による効果の自覚、および③精神障害の社会的な結果への自覚の 3 領域について、「現在の自覚」と「過去を回顧的に振り返ることによって得られる現時点での自覚」を問う計 6 項目である。各項目は 5 段階で評価され、高い得点が低い病識を表す。

症状項目は、17 の症状 (幻覚、妄想、攻撃的衝動のコントロール、意欲-発動製の欠如など) について、①現在起こっている症状の自覚 (現在症状自覚尺度)、②現在起こっている症状の帰属 (現在症状帰属尺度)、③過去に起こっていた症状の回顧的な自覚 (過去症状自覚尺度)、④過去に起こっていた症状の回顧的な帰属 (過去症状帰属尺度) を評定する。各 5 段階で評定され、高い