

厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

重度精神障害者の治療及び治療効果等の モニタリングに関する研究

(H16-障害-019)

平成 16 年度－18 年度 総合研究報告書
平成 18 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 吉川和男

平成 19 (2007) 年 3 月

目 次

I. 平成 16 年度—18 年度 総合研究報告書

重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究 主任研究者 吉川和男	1
--	---

II. 平成 18 年度総括研究報告書

重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究 主任研究者 吉川和男	13
--	----

III. 平成 18 年度分担研究報告書

1. 重度精神障害者に対する指定入院医療機関での治療効果判定に関する研究 分担研究者 菊池安希子	25
2. 重度精神障害者に対する Matrix Model にもとづく物質使用障害治療プログラムの開発に関する研究 分担研究者 松本俊彦	129
3. 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	147
4. 薬物治療アルゴリズムに準拠した治療の効果に関する研究 分担研究者 樋口輝彦	181
5. 重度精神障害者に対する生活機能障害の評価に関する研究 分担研究者 野口博文	215

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表

253

Ⅱ. 平成 18 年度総括研究報告書

重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究

主任研究者 吉川和男

重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究 総括研究報告書

主任研究者 吉川和男 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長

研究要旨：

我が国の精神医療は、これまで、Evidence Based Medicine (EBM)を実践してきたとは言い難い状況にある。そこで、本研究では、重度の精神障害を有する者に対する治療を統一プロトコルないしアルゴリズムに準拠して実施することによって、その治療効果を科学的に評価していくことを目的とした。そのために、5つの研究班において、以下のような研究を行った。

1) 重度精神障害者に対する指定入院医療機関における治療効果判定に関する研究（菊池班）
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（以下、医療観察法）の指定入院医療機関にて実施可能な集団および個別の「統合失調症の認知行動療法（以下、CBTp）」を開発し、臨床的に有用と考えられる資料の訳出を行った（研究1-3）

＜研究1＞目的：指定入院医療機関に入院後3ヶ月以内（医療観察法指定入院医療機関治療処遇ガイドライン上の「急性期」）に提供する「認知行動療法への導入プログラム（呼称「CBT入門」）」（平成17年度に開発）の効果検討を行った。

方法：平成17年度に開発したノーマライゼーションに基づく「認知行動療法導入プログラム（呼称「CBT入門」）」を引き続き実施し、アセスメント結果の前後変化を評価した。

結果：全体として、認知的病識、抑うつ状態に有意な改善が見られた。

＜研究2＞マンチェスター大学ニコラス・タリア教授によるワークショップを実施し、資料を訳出して、統合失調症の認知行動療法の具体的方法論を明確化した。

＜研究3＞再他害行為防止の要素を含めた統合失調症の認知行動療法プログラムを開発するために、英国の高度保安病院であるブロードモア病院にて使用されている集団療法マニュアル（呼称：Interventions for Schizophrenia）を入手し、検討した結果、司法精神科病棟における集団 CBTp においては、疾患教育およびノーマライゼーションだけでなく、向社会的スキルの獲得を目標としたソーシャルスキルトレーニングが求められていることなどが示された。

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

研究1では、医療観察法による入院者25名（症例群）と、性別・年齢・診断、重大な他害行為をマッチさせた措置入院者25名（対照群）について、隔離・拘束状況、薬物の種類・投与量の比較を行った。従来の措置入院に比較すると、指定入院医療機関の医療では、拘束・隔離と抗精神病薬処方量が統計学的に有意に少ないことが明らかとなった。

研究2では、平成17年度の本研究で構築した、指定入院医療機関で実施されている評価尺度や社会資源調査に関するデータベースの解析を行った。「急性期」を延長させる要因として、

病識が低いこと、特性不安が低いこと、が挙げられた。また、「仕事・課題」遂行能力が低下していることも関連があった。入院期間を延長させる傾向のある要因は、陰性症状が強いこと、日常生活能力が低いこと、特性不安が低いことであった。指定入院医療機関における治療を考える場合、陰性症状に対して有効とされる薬物療法や治療プログラムの実施、また陽性症状に対する治療プログラムの実施であっても、陰性症状の存在に十分な配慮が必要であると考えられた。

研究3では、平成18年度に引き続き、心理教育プログラム「ステップ1～3」を実施し、その前後において、信頼性と妥当性が検証されている各種評価尺度を用いて治療効果を評価した。実施前後で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。

3) 重度精神障害者に対する Matrix Model にもとづく物質使用障害の治療に関する研究 (松本班)

医療観察法の指定入院医療機関および指定通院医療機関における “Matrix model” に準拠した SUD (Substance Use Disorder; 物質使用障害) 治療プログラムの開発を行った。

指定入院医療機関においては、独自の評価方法によって選択した対象者に対して行う、週1回1時間の認知行動療法的なグループワーク (Matrix のワークブックを翻訳したものを使用した) と教育的なレクチャー、および月2回の外部自助グループのメンバーによるメッセージから構成される SUD 治療プログラムを開発した。ただし、そのプログラムの有効性については、研究期間の制約や対照群を設定することの困難さから検証することはできなかった。

指定通院医療機関における SUD 治療プログラムについては、神奈川県立精神医療センターせりがや病院を調査フィールドとして、Matrix model を参考にした8週間の統合的外来治療プログラム (SMARPP; Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program) を開発し、4名の覚せい剤依存患者に対して実施した。その結果、SMARPP は、従来の治療法に比べてプログラム実施期間中の治療脱落率が低く、有効な治療法であることが示唆された。

4) 精神科医療におけるエビデンスに基づく治療の普及に関する研究 (樋口班)

目的: 精神科医療におけるエビデンスに基づく治療の普及に資するために、患者に対するサポートに注目し、「ストレス関連疾患に関する医療経済学的研究」(研究1)と「うつ病患者の主体的治療参加促進に関する研究」(研究2)を行った。

研究方法: 研究1は、国立病院機構菊池病院の強迫性障害専門外来において行われた。受診患者100名の症状改善度を1) 暴露・反応妨害法 (ERP) の有無、2) SRI 十分量投与の有無、3) OCD の会への参加の有無、によって比較した。研究2では、うつ病患者のコンプライアンスに関する尺度である Antidepressant Compliance Questionnaire (ADCQ) の日本語版の作成と信頼性・妥当性の検証、及びうつ病治療補助ツールがうつ病や抗うつ薬に対する患者の認知や態度に及ぼす効果の検討を行った。

結果: 研究1において治療前 Y-BOCS 得点と ERP の有無が治療効果を有意に予測した。研究2では、うつ病治療補助ツールによってうつ病患者のうつ病や抗うつ薬に関する態度や信念が肯定的に変化したことが示された。

考察: 強迫性障害の治療効果を十分にあげるには、患者の積極的治療参加が有用であることが示された。また、うつ病補助ツールとうサポート手段によって、治療に対する患者の積極性を

高めることができることが明らかになった。エビデンスに基づく医療を促進し、十分な治療効果をあげるためには、患者に対して十分な情報提供を行うことが有効な一手段となりうることが示唆された。

5) 重度精神障害者に対する生活機能障害の評価に関する研究 (野口班)

重度精神障害者(本研究ではうつ病を対象とした)を有する者における生活機能障害を特定するために、国際生活機能分類(ICF)コアセット、及び機能および障害に関する尺度を用いた評価を実施し、その妥当性を検討した。全体目標としては、うつ病を有する者におけるICFコアセットの妥当性を検討し、臨床研究で用いられるコアセットの候補となるカテゴリーを特定し、うつ病を有する者における生活機能障害を検討した。

方法としては、医療機関(2カ所)において本研究のインクルージョンクライテリアを満たした者を対象とし、ICFコアセット(心身機能・活動と参加・環境因子)を用いたインタビュー調査、及びQOL等に関する自記式調査を実施した。調査の対象施設を国立精神・神経センター国府台病院及び国立精神・神経センター武蔵病院とし、対象者を18歳以上でうつ病を主診断として有する者41名、及びその主治医または担当看護師とした。評価ツールには、患者用に「健康状態に関するアンケート(WHO-QOL・SF-36)、医療者用に「生活機能に関するチェック(ICFコアセット)」を用いた。なお、今年度の調査期間については、平成18年4月1日より6月30日までとした。

結果に関しては、本研究の対象者には、精神機能「活力レベル」「楽観主義」「思考の速度」等の項目で、また、活動と参加「問題解決」「ストレスへの対処」「ディスカッション」等の項目で障害が見られた。また、疾病の状況(重症度・急性期か否か・離間期間等)の応じた治療及び社会復帰支援の効果測度を開発した。

分担研究者氏名	所属施設名及び職名
吉川和男	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 部長
菊池安希子	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 室長
松本俊彦	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 室長
平林直次	国立精神・神経センター武蔵病院 医長
樋口輝彦	国立精神・神経センター武蔵病院 院長
野口博文	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 研究員

A. 研究目的

これまで我が国の精神科治療は、経験主義によって培われてきた側面が強く、根拠に基づいた医療Evidence Based Medicine (EBM)を十分に実践してきたとは言い難い状況にある。例えば、薬物療法においては、多剤併用や大量投与の問題が指摘されており、また、精神療法も治療効果を科学的に検討しながら実践することがほとんどない。医療観察法の成立によって新たに整備される指定入院医療機関においては、重度精神障害者に対して、手厚い、専門的な医療を提供することになっており、また、退院時には、治療効果を裁判所に明確に説明する義務が生じることから、十分な科学的根拠に基づいた精神科治療を実践することが必要となる。さらに、退院後の指定通院医療機関への円滑な引き継ぎと地域ケアへの移行のために、地域での

モニタリング体制、支援方法に関しても今後、指定入院医療機関に新たにいわゆる社会的入院者を生じさせないためにも十分な科学的根拠に基づいた研究が必要不可欠であろう。

そこで、本研究では、指定入院医療機関をはじめとする様々な精神科医療機関において重度の精神障害を有する者に対する治療を統一プロトコルないしアルゴリズムに準拠して実施することによって、その治療効果を科学的に評価していくことを目的とした。

B. 研究方法

本研究では、5つの研究班において、以下のような研究を実施した。

1) 重度精神障害者に対する指定入院医療機関における治療効果判定に関する研究(菊池班)
<研究1>平成17年度に開発したノーマライゼーションに基づく「認知行動療法導入プログラム(呼称「CBT 入門」)」を引き続き試行し、アセスメント結果(Insight Scale, Beck Cognitive Insight Scale, Self Esteem Scale, Beck Depression Inventory-II, Positive and Negative Syndrome Scale, Schedule for Assessment of Insight, Client Satisfaction Questionnaire)の前後変化を評価した。治療環境を同じくする同病棟からの対照群の設定は困難であったため、病識変化に影響を与える基本属性の検討を行った。

<研究2>統合失調症の認知行動療法の実践的方法論を明確化すべく、マンチェスター大学ニコラス・タリア教授によるワークショップを実施し、資料を訳出した。

<研究3>再害行為防止の要素を含めた統合失調症の認知行動療法プログラムを開発するために、英国の高度保安病院であるブロードモア病院にて使用されている集団療法マニュアル(呼称: *Interventions for Schizophrenia*)を入手し、検討した。

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(平林班)

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、平成17年度には、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対照群としての妥当性を検証した。平成18年度には、両群において、拘束・隔離の頻度と抗精神病薬処方量を診療録から後方視的に調査し統計学的検討を行った(研究1)。また、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連携促進に関する効果を判定するために研究2を行った。平成17年度より、某指定入院医療機関の臨床で実施されている評価尺度の得点と、地域の医療資源や社会資源に関するデータベースの構築を開始した。平成18年度には同データベースの解析を行った(研究2)。さらに、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、平成17年度には、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を行った。平成18年度には、引き続き心理教育(ステップ1~3)を実施し、対象者数を増やし、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、疾病・薬物知識度調査、薬に対する構えの調査表、田中ストレス反応尺度、3次元コーピング尺度、状態・特性不安検査を用いて治療効果を評価した(研究3)。

3) 重度精神障害者に対するMatrix Modelにもとづく物質使用障害の治療に関する研究(松本班)

研究1においては、指定入院医療機関におけ

る物質使用障害治療プログラムの開発のために、Los Angeles の Matrix 研究所の治療プログラムを視察し、その人員配置やプログラムの運営状況に関する意見交換を行ったうえで、多職種からなる武蔵病院医療観察法病棟物質使用障害治療プログラム運営スタッフとともに、現実的に実施可能な風呂グラム内容を討議した。研究2においては、指定通院医療機関における実施を想定して、Matrix modelを修正した8週間の統合的外来治療プログラム (SMARPP; Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program) を作成し、平成18年9～12月に神奈川県立精神医療センターせりがや病院に初診したDSM-IV-TRにもとづく覚せい剤使用障害患者56名のうち、本研究への参加に同意した者4名を実験群とした。対照群としては、対照群：平成18年1月から9月までの9ヶ月間、せりがや病院に初診した全覚せい剤使用障害患者107名のなかから、実験群のプロフィールと一致させるため、診療録の情報にもとづいて、実験群と年齢・覚せい剤使用歴・生活背景を一致させた50名の覚せい剤使用障害患者を設定した。そして、介入後の治療継続状況をアウトカムとして比較検討を行った。

4) 精神科医療におけるエビデンスに基づく治療の普及に関する研究 (樋口班)

研究1: ストレス関連疾患に関する医療経済学的研究 (強迫性障害に対する認知行動療法)

対象

1999年から2006年度までの7年間に、強迫性障害の病名で来院した患者や家族は128人であった。治療に関わったスタッフは2004年度～2005年度は医師2名であった。それ以外の時期は医師1名、心理療法士1名であった。128名の中から、1ヶ月以上治療が継続し、Yale-Brown 強迫スケール(Y-BOCS)評価が行われた患者100人について、治療成績を検討した。

治療

全ての患者に対して、1)セルフモニタリン

グ:強迫観念・強迫行為・回避を同定する訓練、症状や気分、強迫観念のトリガーに対する日記形式の記録、児童・思春期の患者の場合には親によるモニタリング、2)不安階層表の作成、3)集団による患者教育プログラム、を行った。集団教育プログラムは心理士がモデレーターになり解説を加えながら、ERPを受け寛解した患者が新患とその家族に対して自身の体験談を語るものである。前医から薬物を処方されている場合は、無効な薬剤からの離脱(特にベンゾジアゼピン系薬物)を行った。SRIの投与とERPについては、原則的に全ての患者に勧めた。患者が拒否する場合は行わなかった。

2004年4月からは、回復した患者を中心にしたOCD患者サポートグループ、“OCDの会”が始まった。一部の患者はこの会の月例会に参加し、先輩の患者から治療について学んでいる。

2005年度までは2～3ヶ月の入院による治療も行った。2006年度からは3日間外来集中プログラムを行った例がある。また患者の自宅を訪問して行う訪問看護や往診を利用したERPプログラムや、インターネットや電話を利用したサポートも行った。

分析

治療開始後6ヵ月後のY-BOCS得点を「治療後」として治療前のY-BOCS得点との差を取り、ERPの有無、SRI十分量投与の有無、OCDの会への参加有無と症状改善との関連を検討した。また、Pallanti (Pallanti et al., 2002)などに従い、治療後のY-BOCSが16点未満かつ治療前よりも35%改善した例を寛解、それ以外で25%以上改善した患者を部分反応、それ以外を反応無しとして各治療法との関連を検討した。

治療結果に影響する予測因子を検討するために、1)年齢、2)性別、3)治療前のY-BOCS、4)ERPの有無、5)セロトニン再取り込み阻害剤(Serotonin Reuptake Inhibitor, 以下SRI)の使用、6)OCDの会への参加を独立変数、寛解の有無を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った(強制投入法による)。

研究2：うつ病患者の主体的治療参加促進に関する研究

1. 対象

対象は、精神科診療所（3施設）に通院中の、Diagnostic and Statistical Manual IV（DSM-IV）の大うつ病性障害、気分変調性障害、特定不能のうつ病性障害の診断基準を満たす患者であった。対象者に対し口頭および文書で研究内容について説明し、すべての対象者から文書で同意を得た。

2. 調査方法

各施設において対象者を介入群と対照群に割り付けた。介入群、対照群ともに61名であった。

調査は2時点で行った。ある診察日を第1時点とし、患者に口頭および文書で調査について説明を行い、同意を得た。調査票への記入を依頼し、介入群では調査票と引き換えにうつ病治療補助ツールを渡し、対照群では渡さなかった（時点1）。

時点1から6～8週間後の診察時に時点2調査を行った。第1時点と同様の調査票に記入を依頼し、それが終了した時点で、対照群の対象者にうつ病治療補助ツールを渡した（時点2）。

「リーフレットやチェックリストをもらったか」という質問に対し、対照群で「もらった」と答えた対象者（22名、36.1%）と介入群で「もらっていない」と答えた対象者（11名、18.0%）を分析から除外した。対象者の年齢・性別・精神科や神経科を初めて受診してからの期間〔月〕（以下、受診期間とする）・Global Assessment of Functioning（GAF）得点・教育年数・職業・婚姻状況を表1に提示した。対照群と介入群を比較したところ、年齢・性別・GAF得点・職業・婚姻状況に有意差はなく、介入群の方が対照群よりも受診期間が有意に長かった。

3. 調査内容

調査は自記式の調査票を用いて行った。調査

内容は、抗うつ薬のコンプライアンスを測定するADCQ（Antidepressant Compliance Questionnaire）、うつ症状評価尺度であるBDI（Beck Depression Inventory）、その他診察に関する満足度など独自に作成した質問項目であった。

ADCQは33項目からなる自記式の尺度であり、いずれも「あてはまる」「だいたいあてはまる」「あまりあてはまらない」「あてはまらない」の4段階で回答する。「医師患者関係の認識」、「主体性の維持」、「抗うつ薬に対する肯定的な考え」、「パートナーの同意」の4つの下位項目がある。4つの下位尺度得点はそれぞれの下位尺度を構成する項目の合計得点を項目数で割ることによって算出され、また総得点は4下位尺度得点の合計で得られる。得点が高いほどうつ病・抗うつ薬に対する患者の信念や態度が肯定的であることを示す。

BDIは21項目よりなる。それぞれの項目について、0～3点が割り当てられ、合計点がBDI得点となる。得点が高いほうがより重症であることをあらわす。

4. 解析方法

ADCQ総得点および下位尺度得点、下位項目得点、BDI得点について、第1時点と時点2での得点の差（時点2－時点1）を介入群と対照群で比較した。

5) 重度精神障害者に対する生活機能障害の評価に関する研究（野口班）

対象：本研究のインクルージョンクライテリアについては、18歳以上で、うつ病を主診断として有する者とした。研究実施施設における入院または通院患者に、本研究のインクルージョンクライテリアを満たしているかどうか検討し、クライテリアを満たしている者に対し、本研究に関する説明の後に参加を依頼したところ、41名を本研究の対象とした。ただし、病状が相当程度に安定していない者を除外した。なお、対象施設は、国立精神・神経センタ

一武蔵病院および国府台病院とし、これらについては、WHO およびドイツ Munich 大学と協議し決定した。

研究期間：研究期間については、平成 18 年 4 月 1 日より 6 月 30 日までとした。

研究手続き：評価ツールとその実施者については、医療スタッフが実施するものとして、次の評価ツールを用いた。

- ① ICF コアセット：心身機能（45 項目）活動と参加（48 項目）環境因子（28 項目）
- ② 人口統計学的データ：年齢／性別／教育年数／Living situation／現在の職業
- ③ 健康状態情報：診断名／疾病の重症度／身長・体重／受療種別（入院・通院）／過去の入院回数

また、患者本人が記入するものとして、次の評価ツールを用いた。

- ① SCQ：合併症に関する尺度
- ② SF-36：一般健康に関する尺度
- ③ WHODAS-II：機能および障害に関する尺度
- ④ WHOQOL：QOL に関する尺度（健康および安寧に関連する項目）

調査の実施方法：まず、通常診療における医学情報について、診療カルテより収集した。次に、診療カルテに含まれない内容について、主治医より聴取した。これに含まれない情報（ICF 関連情報・人口統計学的データ等）については、対象者より聴取した。このとき、ICF フルバージョンおよびコアセット（サンプル）を示し、ICF に関する説明を行った。また、対象者同席にて ICF コアセットを実施した。次に、各種評価ツールについて、対象者に回答してもらった。調査者同席にて実施し、対象者の質問に対応した。

なお、統計解析には、SPSS11.0 Windows 版を用いた。

C. 研究結果と考察

1) 重度精神障害者に対する指定入院医療機関

における治療効果判定に関する研究（菊池班）
<研究 1> 2007 年 12 月末までに「CBT 入門」は全 4 クールが実施された。対象者は計 25 人。全体として、認知的病識尺度（BCIS）、抑うつ尺度（BDI-II）に有意な改善が見られた。物質乱用を伴う群においては、物質乱用を伴う群に比べて、病識（IS）が改善する者の比率が有意に低いことが示された。今後は、参加者に物質乱用者が含まれる倍は、症状発症・形成のモデルに、物質誘発性の精神病性障害の実感に合うような説明も加えていく必要性が示唆された。
<研究 2>

統合失調症の認知行動療法の実践的方法論を明確化すべく、マンチェスター大学ニコラス・タリア教授によるワークショップを実施し、資料を訳出した。家族介入および患者介入のいずれにおいても、コーピング方略増強法の有用性が示唆された。

<研究 3>

再他害行為防止の要素を含めた統合失調症の認知行動療法プログラムを開発するために、英国の高度保安病院であるブロードモア病院にて使用されている集団療法マニュアル（呼称：*Interventions for Schizophrenia*）を入手し、検討した結果、司法精神科病棟における集団 CBTp においては、疾患教育およびノーマライゼーションだけでなく、向社会的スキルの獲得を目標としたソーシャルスキルトレーニングが求められていることなどが示された。

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（平林班）

医療観察法で定められた指定入院医療機関で実施されてい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、医療観察法入院者と措置入院者における症例対照研究（研究 1）、各種評価尺度によるデータベース作成と解析（研究 2）、心理教育プログラムの作成とその

効果（研究3）を行った。

研究1では、症例群は24時間以内の隔離が1回行われたのみで、対照群6回に比較すると有意に少なかった($P < 0.05$)。また、症例群の入院時抗精神病薬処方量(chlorpromazine換算量)は、対照群の入院3ヶ月後と比較すると有意に少なかった(平均値の差 279.3mg、95%信頼区間 33.3-525.3mg)。

研究2では、Cox 回帰分析の結果、「急性期」の期間と有意に関連のある変数は、SAI-J得点、STAI の特性不安得点であった。有意傾向のある変数は、LASMI の「仕事・課題」であった。すなわち、「急性期」を延長させる要因として、病識が低いこと、特性不安が低いこと、が挙げられた。また、「仕事・課題」遂行能力が低下していることも関連があった。入院期間と有意に関連する変数はなかったが、有意傾向のある変数は、PANSS の「陰性尺度」「総合精神病理評価尺度」、SECL の「日常生活」、STAI の「特性不安」であった。すなわち、陰性症状が強いこと、日常生活能力が低いこと、特性不安が低いこと、が入院期間を延長させる傾向のある要因であった。

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。平成17年度に引き続き、心理教育プログラム「ステップ1~3」を実施し、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、疾病・薬物知識度調査、薬に対する構えの調査表、田中ストレス反応尺度、3次元コーピング尺度、状態・特性不安検査において、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。

3) 重度精神障害者に対する Matrix Model にもとづく物質使用障害の治療に関する研究(松本班)

研究1では、週1回1時間の認知行動療法的

なグループワーク(Matrixのワークブックを翻訳したものを使用した)と教育的なレクチャー、および月2回の外部自助グループのメンバーによるメッセージから構成されるSUD治療プログラムを開発した。

研究2では、8週間の統合的外来治療プログラム(SMARPP; Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)を試行した実験群では、介入開始8週間後の時点で、全例が治療を継続しており、すでに6割弱が治療を中断している対照群に比べて、有意に治療継続率が高かった。しかしその一方で、12週後の時点では、治療継続率には両群間で差は認められなかった。

4) 精神科医療におけるエビデンスに基づく治療の普及に関する研究(樋口班)

研究1: ストレス関連疾患に関する医療経済学的研究(強迫性障害に対する認知行動療法)

治療前後のY-BOCS得点の変化を、ERPあり群となし群、SRI十分量投与あり群となし群、OCDの会への参加あり群となし群で比較した。Y-BOCS得点変化が負の方向に大きいほど大きく症状が改善したことになる。ERPあり群ではなし群と比較して有意に大きくY-BOCS得点が減少していた。SRI十分量投与あり群となし群では有意差はみられなかった。OCDの会参加あり群ではなし群と比較して有意に大きくY-BOCS得点が減少していた。なお、ERPの有無、OCDの会への参加有無と治療前Y-BOCS得点は有意な関連がなかった。寛解を1、部分反応と反応無しを0とした、寛解の有無を予測するためのロジスティック回帰分析の結果を示した。治療開始前のY-BOCS得点が高い(症状が重い)と寛解が難しく、ERPを受けると寛解の可能性は高まった。性別、OCDの会への参加有無、SRI十分量投与の有無、年齢については有意な関連はみられなかった。ただし、性別とOCDの会への参加有無については有意傾向がみられた($p < 0.1$ を有意傾向とした場合)。

全体として治療成績の結果は既存の報告とほぼ一致した。治療効果を有意に予測したのは治療前 Y-BOCS 得点と ERP の有無であった。これも既存の報告と一致する (Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt, & Foa, 2000)。元々の症状の重篤さに関わらず、ERP を行うことは寛解の可能性を高めるという結果であった。OCD の会への参加も有意ではなかったがそれに近い関連を示しており、患者の治療に対する積極性が治療の転帰に大きく影響すると考えられた。

研究 2：うつ病患者の主体的治療参加促進に関する研究

ADCQ 総得点および下位尺度得点、下位項目得点、BDI 得点について、時点 1 と時点 2 での得点の平均値を示した。また、表 3 に、時点 2 と時点 1 の得点の差 (時点 2 - 時点 1) の平均値を示した。

ADCQ 総得点は、介入群で対照群よりも有意に得点が向上した。下位尺度「主体性の維持」では介入群で対照群よりも得点が向上する傾向があった。下位尺度「抗うつ薬に対する肯定的な考え」では、初診からの期間について介入群と対照群で交互作用があったため、層別の解析を行った (5 年以上・5 年より長い)。その結果、5 年以下の患者では介入群で対照群よりも有意に得点が向上したが、5 年より長い患者では両群で有意差はなかった。

下位項目については、「主治医は私が薬について思うことをきちんと聞いてくれる」「身体が抗うつ薬に慣れてきかなくなりうる」「抗うつ薬は私を強くするので私は問題にもっと効果的に対処することができるだろう」の各項目で、介入群が対照群よりも有意に得点が向上していた。「気分がよい日は処方されているより少ない錠剤を飲むかもしれない」では、介入群が対照群よりも得点が向上する傾向があった。

BDI 得点の変化は、介入群と対照群で有意差はなかった。

5) 重度精神障害者に対する生活機能障害の評価に関する研究 (野口班)

本研究の全体プロトコルでは、33 カ国の多施設において、横断的に妥当性の検討を行うものとし、これらの研究のコーディネータは、ミュンヘン大学身体・リハビリテーション医学分野が行うこととしている。したがって、本報告では、研究のコーディネータを行っているミュンヘン大学身体・リハビリテーション医学分野によるデータチェックを終了した「心身機能」、および「活動」と「参加」の次元について言及した。

研究結果として、各項目での評価点について、「機能障害なし」0 点、「軽度の機能障害」1 点、「中程度の機能障害」2 点、「重度の機能障害」3 点、「完全な機能障害」4 点とし、本研究で対象となった 41 名の合計点を示したところ、本研究の対象者には、精神機能の領域において、「活力レベル」の項目で 69 点、「楽観主義」の項目で 63 点、「思考の速度」の項目で 43 点、また、活動と参加の領域において、「問題解決」48 点、「ストレスへの対処」の項目で 62 点、「ディスカッション」の項目で 44 点等で障害が見られた。

D. 結論

菊池班では、平成 18 年 12 月末までにプログラムを試行した結果、集団療法形式の「認知行動療法導入プログラム」が、ノーマライゼーションや CBT モデルや確信度についての心理教育を通じて認知行動療法の導入に役立つだけでなく、恐らくは脱スティグマなどの機序により抑うつ状態の軽減に一定の効果を持つ可能性が示唆された。また、簡便な病識尺度である Insight Scale 日本版の信頼性・妥当性が確認された。

実際の臨床現場に応じて、修正を加えることになるのは必至であるものの、本分担研究班では、精神病性障害患者の再他害行為防止のための介入として、①「認知行動療法導入プログ

ラム（「CBT 入門」）」に続けて、ブロードモア病院の②「*Interventions for Schizophrenia* プログラム」を実施し、併行して③「マンチェスターモデルによる統合失調症の認知行動療法」を実施するための基礎資料を提供した。

平林班では、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、平成 17 年度に引き続き、指定入院医療機関で実施されてい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。研究 1 では、医療観察法による入院対象者と措置入院者の対照症例研究から、従来の措置入院に比較すると、指定入院医療機関の医療では、拘束・隔離と抗精神病薬処方量が有意に少ないことが明らかとなった。研究 2 では、平成 17 年度の本研究で構築した、指定入院医療機関で実施されている評価尺度や社会資源調査に関するデータベースの解析を行った。指定入院医療機関における治療を考える場合、陰性症状に対して有効とされる薬物療法や治療プログラムの実施、また陽性症状に対する治療プログラムの実施であっても、陰性症状の存在に十分な配慮が必要であると考えられた。研究 3 では、平成 17 年度に引き続き、心理教育プログラム「ステップ 1～3」を実施し、その前後において実施した各種の評価尺度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。

樋口班では、強迫性障害の治療には、患者の治療への参加意欲が強く関連していると考えられた。ERP という、患者が恐れているものに接近する治療を促進するための動機付けの方法についてさらに検討が必要であると考えられた。

i) うつ病とうつ病の薬物治療に関する心理教育を目的としたリーフレットと ii) 診察時に患者が医師に伝えたい情報を整理するためのチェックリストの両方の特徴を併せ持つうつ病治療補助ツールはうつ症状の改善には効果がなかったが、服薬に対す

る信念や態度で改善がみられた。本研究は、日常臨床への応用が容易であるという点で特に意義深いと考えられた。

研究 1 と研究 2 より、患者の積極的な治療参加が治療効果に与える影響と、患者の治療参加を促進するための方策が示された。

松本班では、医療観察法の指定入院医療機関および指定通院医療機関における Matrix model を参考にした SUD 治療プログラムの開発を行った。通院治療においては、Matrix model に準じて開発した統合的外来薬物依存治療プログラムが、従来の治療法に比べてプログラム実施期間中の治療脱落率がきわめて低く、SUD に対して有効な治療法であることが示唆された。

野口班での全体プロトコルでは、33 カ国の多施設において、横断的に妥当性の検討を行うものであり、現在、研究の質を保つために、ミュンヘン大学身体・リハビリテーション医学分野が二重データ入力を行っているところである。

したがって、本報告では、日本国内で収集されたデータに対し、基礎的な集計値をもとにした情報であり、これに基づく解析および考察は十分に一般化することができるといえない。

しかしながら、本報告で取り扱ったデータには、うつ病を有する者に対し、臨床研究で用いられるコアセットの候補となるカテゴリーを特定し、うつ病を有する者における生活機能障害を検討するうえで重要な情報が含まれており、これによって得られる結果の有用性が示されたと言えよう。

今後は、他国による情報提供を受け、対象者・対象施設を拡げるとともに、詳細に分析することが求められる。さらに、ICF の枠組みに基づき、うつ病を有する者はもとより、精神障害者一般の保健・医療・福祉サービスのあり方の方向性を示していくことが期待される。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 吉川和男: 司法精神医療のあり方と今後の課題. 司法精神医学. 第1巻第1号, 17-18, 2006
- 2) 吉川和男、山上皓: 医療観察法制度の意義と課題. 精神神経誌 108(5), 490-496, 2006
- 3) 吉川和男: 攻撃性と司法精神医学—攻撃性の評価—. 精神科治療学 21(8), 825-834, 2006
- 3) 松本俊彦, 岡田幸之, 千葉泰彦, 井筒節, 下津咲絵, 野口博文, 柑本美和, 菊池安希子, 吉川和男: 若年男性における自傷行為の臨床的意義について: 少年鑑別所における自記式質問票調査. 精神保健研究 19, 59-73, 2006
- 4) 吉川和男、福井裕輝、野田隆正、吉住美保、松本俊彦、岡田幸之: 脳腫瘍によりアスペルガー一症候群を発症し母親を殺害した事例. 犯罪学雑誌 72, 105-119, 2006
- 5) 松本俊彦, 岡田幸之, 千葉泰彦, 安藤久美子, 吉川和男: 破壊的行動障害の症状と反社会的傾向の関係—Psychopathy Checklist, Youth Version と共分散構造分析を用いた研究—. 犯罪学雑誌 72, 135-146, 2006
- 6) 吉川和男: 特集精神鑑定. 精神鑑定の対象となる「精神障害」. BAN (番) 12月号, 14-16, 2006
- 7) 岡田幸之、松本俊彦、野口博文、安藤久美子、平林直次、吉川和男: ICF の精神医療への導入 ICF に基づく精神医療実施計画書の開発. 精神医学 49(1), 41-48, 2007
- 8) 吉川和男: 司法精神医学と医療観察法制度—その意義と課題. OT 作業療法ジャーナル 44(3), 180-187, 2007
- 9) 吉川和男: 心神喪失者等医療観察法制度の実状と課題—入院および通院治療を中心に—. 犯罪と非行 151, 21-38, 2007
- 10) Yoshikawa, K., Taylor, P. J., Yamagami, A., Okada, T., Ando, K., Taruya, T., Matsumoto, T., Kikuchi, A.: Violent recidivism among mentally disordered offenders in Japan. Criminal Behaviour and Mental Health 17, 2007 (in press)
- 11) 平林直次: わが国における司法精神医療の進め方—指定入院医療機関から—. 司法精神医学 1(1), 26-33, 2006
- 12) 平林直次・安藤久美子: ケアマネジメント. 臨床精神医学 35, 513-518, 2006
- 13) 平林直次: 医療観察法病棟の実際. こころの科学 132, 47-52, 2007
- 14) 平林直次: 入院患者にどのような医療を提供しているか. 季刊刑事弁護 49, 107-111, 2007
- 15) 平林直次: 医療観察法と入院医療. 精神科 10(3), 印刷中, 2007
- 16) 山口亜希子, 松本俊彦: 「学生相談」—事例と考え方—アルコール依存と薬物依存. 臨床心理学 6, 201-206, 2006
- 17) 小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹, 遠藤桂子, 赤木正雄, 木村逸雄, 上條敦史, 平安良雄: インククリーナー (1,4-ブタンジオール) の乱用により一過性の幻覚妄想と強度の不眠を呈した1例. 精神医学 48, 677-680, 2006
- 18) 松本俊彦: 青年期の薬物依存について. 特集—一般精神科臨床と児童精神科臨床の機能関係 I. 精神科治療学 21, 273-280, 2006
- 19) 松本俊彦: 嗜癖の攻撃性と衝動性. 精神科治療学 21, 953-960, 2006
- 20) Matsumoto T, Okada T: Designer drugs as a cause of homicide. Addiction 101, 1666-1667, 2006
- 21) 松本俊彦, 今村扶美, 吉澤雅弘, 平林直次: 物質使用障害を併発した触法精神病例の薬物治療・心理社会治療. 臨床精神薬理. 印刷中(2007年4月刊行予定)
- 22) 小山明日香、五十嵐良雄、田島美幸、小山智典、沢村香苗、伊藤弘人、樋口輝彦: 抗うつ

薬コンプライアンス尺度 (ADCQ) 日本語版の有用性に関する検討. 臨床精神医学 35, 217-224, 2006

23) 野口博文、小松容子、久永文恵: 攻撃性の高い統合失調症のケースマネジメント. 精神科治療学 21(8), 859-866, 2006

2. 学会発表

- 1) 今村扶美, 松本俊彦, 藤岡淳子, 岩崎さやか, 朝波千尋, 安藤久美子, 平林直次, 吉川和男: 心神喪失者等医療観察法指定入院における内省治療: 第2回日本司法精神医学会大会, 明治大学アカデミーホール, 2006年5月
- 2) 津久江亮太郎, 松本俊彦, 吉澤雅弘, 今村扶美, 安藤久美子, 原田隆之, 平林直次, 和田 清, 吉川和男: 武蔵病院医療観察法病棟における物質使用障害治療プログラムについて. 第2回日本司法精神医学会大会, 明治大学アカデミーホール, 2006年5月
- 3) Taylor, P. J., Dunn, E., Yoshikawa, K., Skipworth, J., Kaliski, S., Thomson, L., Lindqvist, P.: Offenders with Mental Disorder on Five Continents. 6th Annual International Association Of Forensic Mental Health Services Conference. Amsterdam, the Netherlands, June 15th, 2006
- 4) 松本俊彦: 自傷と摂食障害 (パネリスト). パネルディスカッション I 「摂食障害を多面的に理解する」. 第2回日本摂食障害学会, 2006.9月, 東京
- 5) 吉川和男、富田拓郎: 「反社会的問題行動を示す子ども達への支援」—マルチシステム療法 MST の導入—. 第47回日本児童青年精神医学会総会シンポジウム. 2006.10.20、千葉幕張メッセ国際会議場
- 6) 松本俊彦: リストカットを超えて——「故

意に自分の健康を害する」行為をどう捉えるか? シンポジウムI「リストカットで考えること—現状と支援—」. 第24回日本青年期精神療法学会, 2006.11月, 松本

- 7) Noguchi, H., Okada, T., Kikuchi, A., Mino, Y., Sano, M., Hisanaga, F., Yoshikawa, K.: Monitoring Research on ACT on Medical Care and Treatment for Insane or Quasi-insane Persons who caused serious incidents in Japan. 15th European Congress of Psychiatry. Madrid, Spain, March 20th, 2007

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

Ⅲ. 平成 18 年度分担研究報告書

1. 重度精神障害者に対する指定入院医療機関での治療効果判定に関する
研究

分担研究者 菊池安希子

平成18年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究
分担研究報告書

重度精神障害者に対する指定入院医療機関での治療効果判定に関する研究

分担研究者 菊池 安希子

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 制度運用研究室長

研究要旨

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（以下、医療観察法）の指定入院医療機関にて実施可能な集団および個別の「統合失調症の認知行動療法（以下、CBTp）」を開発し、臨床的に有用と考えられる資料の訳出を行った（研究1-3）
<研究1>

目的：指定入院医療機関に入院後3ヶ月以内（医療観察法指定入院医療機関治療処遇ガイドライン上の「急性期」）に提供する「認知行動療法への導入プログラム（呼称「CBT入門」）」（平成17年度に開発）の効果検討を行う。

方法：平成17年度に開発したノーマライゼーションに基づく「認知行動療法導入プログラム（呼称「CBT入門」）」を引き続き実施し、アセスメント結果の前後変化を評価した。

結果：全4クールが実施された。対象者は計25人。全体として、認知的病識尺度（BCIS）、抑うつ尺度（BDI-II）に有意な改善が見られた。物質乱用を伴わない群においては、疾患教育の後であるにも関わらず、病識（BCIS）、自尊感情（SE）、抑うつ状態（BDI-II）がさらに有意に改善することが見いだされた。

<研究2>

統合失調症の認知行動療法の実践的方法論を明確化すべく、マンチェスター大学ニコラス・タリア教授によるワークショップを実施し、資料を訳出した。その結果、マンチェスターモデルによる統合失調症の認知行動療法の具体的方法論が明らかになった。

<研究3>

再他害行為防止の要素を含めた統合失調症の認知行動療法プログラムを開発するために、英国の高度保安病院であるブロードモア病院にて使用されている集団療法マニュアル（呼称：*Interventions for Schizophrenia*）を入手し、検討した結果、司法精神科病棟における集団CBTpにおいては、疾患教育およびノーマライゼーションだけでなく、向社会的スキルの獲得を目標としたソーシャルスキルトレーニングが求められていることなどが示された。

研究協力者（五十音順）

朝波千尋¹⁾、今村扶美¹⁾、岩崎さやか¹⁾、岡田幸之²⁾、小林清香³⁾、佐藤さやか⁴⁾、下津咲絵²⁾、平林直次¹⁾、松本俊彦²⁾、吉川和男²⁾

1) 国立精神・神経センター 武蔵病院 2) 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 3) 東京女子医科大学付属病院 4) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部

A.研究目的

平成17年度の分担研究においては、医療観察法指定入院医療機関で実施可能な統合失調症患者に有効なプログラム提案を目的に以下の3つの研究を行った。

研究1：「認知行動療法導入プログラム（呼称「CBT入門」）」の効果検討

平成16年度に行った統合失調症の認知行動療法の文献レビューをもとに、平成17年度には指定入院医療機関に入院後3ヶ月以内（医療観察法指定入院医療機関治療処遇ガイドライン上の「急性期」）に提供する「認知行動療法導入プログラム（呼称「CBT入門」）」を開発した。

これは、週1回、各回1時間で計5回のプログラムである。統合失調症の疾患教育に引き続いて提供することが意図されており、対象としては陽性症状の既往があり、集団に参加可能な者が想定されている。各回の内容の概要を表1に再掲した。複数施設での再現性と実施可能性を高めるため、プログラム実施キットとして、①同意書、②アセスメント・パッケージ、③プログラム配布物、④実施マニュアルを準備した（具体的な資料については平成17年度報告書参照）。

平成18年度は、「CBT入門」プログラムの臨床的有用性を検討することを目的として、臨床試行を継続し、プログラム前後におけるアセスメント結果を比較した。また、アセスメントをさらに簡略化して実施可能性を高めることを目的として、自記式病識尺度の信頼性・妥当性の予備的検討を行った。

研究2：統合失調症の認知行動療法の方法論の明確化研究

統合失調症の認知行動療法の実践的方法論を明確化し、その内容を医療観察法関係者と共有することを目的として、マンチェスター大学ニコラス・タリア教授によるワークショップを実施し、資料を訳出した。

研究3：統合失調症患者の再他害行為防止を視野に入れたプログラムの日本版の作成

再他害行為防止の要素を含めた統合失調症の認知行動療法プログラムを日本において利用可能とするために、英国の高度保安病院であるブロードモア病院にて使用されている集団療法マニュアル（呼称：*Interventions for Schizophrenia*）を入手して翻訳し、内容の検討を行った。

表1 「CBT入門」1～5回の内容

第1回 「CBT入門」の概要

ウォーミングアップ、グループの内容と予定の説明、ノーマライゼーションへの導入

第2回 幻覚や妄想は誰でも体験する可能性がある

一定の条件が揃えば誰にでも幻覚・妄想は起こりうる

第3回 ストレス脆弱性モデルの紹介、発症のメカニズム

4つの悪条件、病気に見られる幻覚・妄想の条件

第4回 統合失調症の心理治療戦略I

「状況」「認知」「気持ち」の関係を学ぶ（ABCモデル）、幻覚・妄想を理解する

第5回 統合失調症の心理治療戦略II

治療の3ステップ：「薬物療法・修正型電気けいれん療法」「環境調整・対処スキル増強法」「認知再構成法」

全体のふりかえり

B. 方法

研究1：「認知行動療法導入プログラム（呼称「CBT入門」）」の効果検討

対象： 国立精神・神経センター武蔵病院8病棟（いわゆる司法病棟）に医療観察法の対象となり入院した者のうち、精神病性障害で幻覚・妄想の既往があり、さらに病棟プログラム「ステップ2」（疾患教育を中心とした内容）を修了した者。このうち、プログラム参加と研究についての同意書に署名した者。

手続：

1) 臨床試行

①対象者の包含基準を満たす者のうち、週1回実施されている治療評価会議において、当該プログラムへの参加が適当と認められた者の内、患者本人からも参加同意が得られた者に対して導入面接を実施し、プログラムの主旨、症状評価、参加のルール、情報の取り扱いについての説明を行った。

②導入面接において改めて参加への同意を書面で得られた者について、1週間以内にプログラム前のアセスメントを実施した。

③その後、週1回、1時間、計5回のプログラム（名称：「CBT入門」）を実施。患者4～10人のクローズドグループとした。

④全5回終了後、1週間以内にプログラム後のアセスメントを実施し、終了面接にて本人

に結果を伝え、さらにプログラムに対するフィードバックを得た。

2) 解析に用いたアセスメント内容（尺度の正式名称については表2参照）

患者基本属性：性、年齢、診断名、物質乱用問題の有無

プログラム前後評価：

PANSS, SAI-J（医師、診察時）

IS, BCIS, BDI-II, SE（自記式）

プログラム後評価：CSQ-8J

研究2：統合失調症の認知行動療法の方法論の明確化研究

平成18年1月16日に「統合失調症の認知行動療法～医療観察法関係者ワークショップ～」を開催し、マンチェスター・モデルに基づく認知行動療法的介入の関係資料を訳出した（資料*）。

研究3：統合失調症患者の再他害行為防止を視野に入れたプログラムの日本版の作成

英国の高度保安病院であるブロードモア病院にて使用されているEmma Williams著の集団療法マニュアル（呼称：*Interventions for Schizophrenia*）を入手して翻訳し、内容の検討を行った。同マニュアルについては、著作権を獲得し、日本語訳を出版することとした。

表2 解析に用いたアセスメント一覧

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987)
Schedule for Assessment of Insight 日本版 (SAI-J) (David et al., 1990; 酒井ら, 2000)
Insight Scale (IS) (Birchwood et al., 1994)
Beck Cognitive Insight Scale (BCIS) (Beck et al., 2004)
Beck Depression Inventory II (BDI-II) (Beck, 1987,1996)
Self Esteem Scale (SE) (Rosenberg, 1965)
Client Satisfaction Questionnaire 日本語版 (CSQ-8J) (立森&伊藤, 1999)
