

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

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。

研究協力者

		三澤孝夫	精神保健福祉士
国立精神・神経センター武蔵病院精神科	厚生	澤恭弘	精神保健福祉士
労働技官		今村扶美	臨床心理技術者
樽矢敏広	医師	朝波千尋	臨床心理技術者
安藤久美子	医師	岩崎さやか	臨床心理技術者
吉澤雅弘	医師	三澤剛	作業療法士
野田隆政	医師	水野由紀子	作業療法士
佐藤るみ子	看護師	国立精神・神経センター精神保健研究所	司法
大迫充江	看護師	精神医学研究部	制度運用室 室長
小松容子	看護師	松本俊彦	
猪股健一	看護師	国立看護大学校	精神・老年看護学 講師
生井淳子	看護師	下里誠二	
佐藤一恵	看護師	国立精神・神経センター精神保健研究所	精神
田邊邦雄	看護師	保健計画部	

A. 研究目的

平成 17 年度、本分担研究班において実施した研究 1～3 を概括すると、以下のとおりである。

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。

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、臨床上の必要性から某指定入院医療機関で実施されている評価尺度の得点の集計を開始した。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、継続的に蓄積しデータベースの構築を進めた。

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。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 ($p < 0.05$)。

平成 17 年度の研究成果に基づいて、平成 18 年度本分担研究では、次の研究 1 から研究 3 を実施した。それぞれの研究目的は次のとおりである。

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

研究 1 の目的は、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における医療の効果を判定することである。このために両群の抗精神病薬処方量の調査を行った。

研究 2：各種評価尺度によるデータベース構築と解析

研究 2 の目的は、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ことである。このために、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に関するデータベースの解析を行った。

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各種の治療プログラムが実施されている。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り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。

研究 3 の目的は、看護師により開発された心理教育（ステップ 1～3）を平成 18 年度に引き続き実施し、対象者数を増やし、その効果を明らかにすることである。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

平成 17 年度の本分担研究で対照群として抽出され、その妥当性が示された措置入院群と医療観察法入院群において、抗精神病薬処方量を診療録から後方視的に調査した。なお、診断名は

ICD-10 (International Classification of the Disease version 10) を用いた。抗精神病薬の処方量は、入院時と入院 3 ヶ月後における処方量を調査し、chlorpromazine 換算量を計算した。

調査結果については、SPSS 15.0J 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と解析

対象は、2005 年 8 月 2 日より 2006 年 10 月 30 日までに某指定入院医療機関に、医療観察法による入院処遇となった入院対象者 43 名である。対象施設では、医師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士が、信頼性妥当性の確認された様々な尺度を用いて、定期的に患者の臨床評価を行っている。本研究では、それらのうち少なくとも 15 名以上に対して評価が行われた尺度の入院後 1 ヶ月以内の得点を用い、解析を行った。精神鑑定の際、もしくは入院期間中に WAIS-R を施行した患者については、測定された IQ 得点も解析に用いた。患者の年齢、性別、対象行為（重大な他害行為）の内容についても、変数として使用した。

解析に使用した尺度は以下のとおりである。

<症状評価に関する尺度>

PANSS (Positive and Negative Symptom Scale)¹⁾

BDI (Beck Depression Inventory)^{2,3)}

STAI (State-Trait Anxiety Inventory)

<副作用に関する尺度>

DIEPSS (the Drug Induced Extrapyramidal Symptoms Scale)⁴⁾

DAI-30 (Drug Attitude Inventory)⁵⁾

<生活の質に関する尺度>

JSQLS (Japanese Version of the Schizophrenia Quality of Life Scale)⁶⁾

SWNS (Subjective Well-being under Neuroleptic drug treatment)

地域生活に対する自己効力感尺度 SECL (Self-Efficacy for Communication Life Scale)⁷⁾

WHO QOL-26

<病識に関する尺度>

SAI-J (the Japanese Version of the Schedule for Assessment of Insight)^{8,9)}

SUMD-J (the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder Japanese Version)^{10,11)}

<攻撃性に関する尺度>

OAS (Overt Aggression Scale)¹²⁾

<PTSD (Post-traumatic stress disorder)に関する尺度>

IES-R (Impact of Event Scale - Revised)¹³⁾

<疾病と薬物に対する知識に関する尺度>

疾病・薬物知識度調査 KIDI (Knowledge of Illness and Drugs Inventory)¹⁴⁾

<リハビリテーションの評価に関する尺度>

REHAB (Rehabilitation Evaluation Hall and Baker)¹⁵⁾

精神障害者社会生活評価尺度 LASMI (Life Assessment Scale for the Mentally Ill) については、入院後 2 ヶ月以内の評価の値を用いた。また、下位項目「持続性・安定性」については十分なデータが得られなかったため、解析から除外した。

入院中、必ずしも全対象者に対してすべての尺度を用いて評価をしていないため、今回の解析では、それぞれの尺度および WAIS-R 得点を独立変数とし、「急性期」の期間および入院期間を従属変数とする単回帰 Cox 回帰分析を行った。そこで有意もしくは有意傾向のあった変数を独立変数とし、「急性期」の期間および入院期間を従属変数とする多変量 Cox 回帰分析を行った。

倫理的側面について

本研究を実施するに先立って、平成 17 年度に国立精神・神経センター武蔵地区、倫理委員会の承認を得た。また、平成 17 年度本分担研究報告において倫理的側面を詳細に検討した。その結果、本研究を実施することは、倫理的に問題ないと考えられた。

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、重大な危害行為の一致する措置入院者を抽出した。表 1 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 歳であった。両群に有意差はなかった。

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

医療観察法による治療必要性の鑑定入院は、原則 2 ヶ月で、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

性が認められた。

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調査した。対照群では、入院から 60 日以内に再隔離群 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。

さらに本年度は、症例群の調査期間を延長し、2005 年 8 月 2 日から 2007 年 2 月 31 日まで調査を継続した。症例群では、指定入院医療機関入院中に 24 時間以内の隔離が 1 回だけ実施されていた。

症例群と対照群の拘束・隔離の実施状況を比較してみると、表 2 に示したとおり、指定入院医療機関での拘束・隔離の実施は、従来の措置入院に比較すると有意に少なかった($P < 0.05$)。

症例群と対照群の抗精神病薬処方量を比較してみると、表 3 に示したとおり、入院時処方量には有意差はなく(95%信頼区間 $-212.0 - 132.1\text{mg}$)、入院 3 ヶ月後処方では、症例群の処方量が少なかった(95%信頼区間 $130.7 - 652.2\text{mg}$)。

入院時から入院 3 ヶ月後までの処方量の経時的变化をみると、表 4 に示したとおり、対照群では入院時 $476.2 \pm 360.6\text{mg}$ から $795.5 \pm 559.6\text{mg}$ と有意に増加していた(平均値の差 -319.3mg 、95%信頼区間 $-577.6 - -61.0\text{mg}$)。症例群では、入院時 $516.2 \pm 226.3\text{mg}$ から 3 ヶ月後には $404.1 \pm 319.0\text{mg}$ と処方量は減少傾向を示したが、有意差は認められなかった(平均値の差 112.1mg 、95%信頼区間 $-6.4 - 231.0\text{mg}$)。また、2005 年 8 月 2 日から 2007 年 10 月 31 日までに入院処遇となった対象者 43 名についても検討したが、表 5 に示したとおり、入院時と入院 3 ヶ月後の処方量の間には有意な変化を認めなかった。

前述の拘束・隔離調査の結果で述べたように、

医療観察法による入院では、それに先行する鑑定入院中に急性期治療をある程度終了しており、処方量が少ないことが予想された。そこで、対照群の入院 3 ヶ月後処方量と症例群の入院時処方量との比較を行った。表 6 に示したとおり、症例群の入院時処方量 $516.2 \pm 226.3\text{mg}$ は、対照群の入院 3 ヶ月後処方量 $795.5 \pm 559.6\text{mg}$ と比較して、有意に少なかった(平均値の差 279.3mg 、95%信頼区間 $33.3 - 525.3\text{mg}$)。

以上のように、同じ治療時期における抗精神病薬処方量の比較を行うと、指定入院医療機関での処方量は、従来の措置入院に比較すると有意に少なかった。

研究 2：各種評価尺度によるデータベース作成と解析

表 7 に対象者の基本属性を示す。対象者の平均年齢は 38.3 歳 (SD = 12.3)、男性 36 名女性 7 名であった。WAIS-R の全検査 IQ の平均は 78.0 (SD = 16.1) であった。入院時抗精神病薬平均投与量は 554.9mg (SD = 276.0)、入院 3 ヶ月時の平均は 426.7mg (SD = 368.3) であった。対象者の診断名は、F2: 34 名、F1: 3 名、F3: 3 名、F5、F6、F7 がそれぞれ 1 名であった。対象行為の内容(未遂を含む)は、殺人 17 名、放火 7 名、傷害 10 名、傷害致死 1 名、強盗 3 名、強制わいせつ 5 名であった。

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(表 8)。ここで有意もしくは有意傾向であった変数をすべて独立変数として投入した多変量 Cox 回帰分析を行った。LASMI を

用いて評価された人数がやや少なく、LASMI を投入すると全体の対象者数が減少するため、LASMI を除く変数を投入した。その結果、SAI-J 得点が有意であった。

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(表 9)。ここで有意もしくは有意傾向であった変数をすべて独立変数として投入した多変量 Cox 回帰分析を行った。PANSS の「陰性尺度」と「総合精神病理評価尺度」得点の相関が強いため、「陰性尺度」のみを投入した。その結果、有意もしくは有意傾向のある変数はなかった。

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

従来の精神保健福祉法による医療では、欧米圏からの報告と比較すると、入院期間や入院中の拘束・隔離期間は長く、また抗精神病薬の多剤併用および大量処方の実態が報告されてきた。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、指定入院医療機関における拘束・隔離の実施状況と抗精神病薬の処方量を調査した。その結果、指定入院医療機関における拘束・隔離の実施状況は、従来の措置入院と比較すると、有意に少なく、また抗精神病薬の処方量も有意に少ないことが明らかとなった。したがって、指定入院医療機関における医療の試みは、行動制限や抗精神病薬処方量からみると、医療資源の投入に応じた効果をもたらしていると考えら

れた。

指定入院医療機関における医療では、医療資源を集中的に投入し、入院対象者の社会復帰の促進を目指している。この集中的に投入されている医療資源には、医療観察法病棟の建物、病棟の手厚い人手、病棟の運営手法、治療プログラムなど様々な試みが含まれる。また、本分担研究の課題のひとつである CPA-J の試みも含まれている。医療観察法病棟における医療には、様々な試みが含まれており、拘束・隔離の実施の減少や抗精神病薬処方量の減少をもたらしている因子を本研究の結果から特定することは困難であった。しかし、医療観察法病棟において試みられており、臨床的経験から効果的と考えられる手法を、今後、精神医療において普及させることは重要であろう。そこで、医療観察法による医療の中で、拘束・隔離や抗精神病薬処方量の減少に貢献していると予想される試みを表 10 に示した。

本表では、医療観察法病棟における医療を、病棟構造とそこで行われている医療の内容に分けた。

病棟構造では、すべての病室の個室化と、広い共用部分を設けることによって、個人空間の確保やプライバシーの保護につながり、病棟構造による静穏作用をもたらしたと考えられた。

また、従来の措置入院では患者の安全を確保するための人手不足を拘束・隔離などの行動制限や、鎮静目的での薬物投与で補ってきた実情がある。そこで、医療観察法病棟では、手厚い人手を確保し、行動制限を最小限にするための教育・研修を病棟運営開始前に実施した。この教育・研修では、新たに開発された包括的暴力防止プログラム¹⁶⁾に関する教育・研修も行われた。

「常時観察」と呼ばれる、新たな手法も開発され、医療観察法病棟で試みられている。「常時

観察」とは、行動制限の代わりに、精神症状が不安定な対象者の訴えを聞き関与しながらの観察を絶え間なく継続していくことである。従来の精神医療では行動制限を避けられないような場合であっても、「常時観察」を行うことによって、行動制限の実施を避けることができることも経験されている。

手厚い人手を確保することによって、対象者のニーズや病状の変化を早期に察知することが可能となり、予防的効果をもたらしたと考えられた。

医療観察法病棟では、2 週間に一回、法律関係者や人権関係者を招き精神保健福祉士とともに、対象者の人権擁護活動を行っている。このことによって、対象者は入院決定や処遇に関する不安、不満、悩みなどを定期的に相談する機会を持つことができる。

また、各種の会議を通して行われる、治療ステージの決定、外出・外泊の決定、入院継続や退院申立に関する決定なども、その決定の過程が明らかであり、また担当する多職種チームだけではなく、第 3 者による評価が行われており、対象者にとって受け入れやすいものとなっていると考えられた。

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関連機関の連携促進に関する効果だけを取り出して考えることは、本研究では困難であった。しかし、CPA-J では、ユーザーである対象者を交え、対象者やその家族のニーズを中心にケア計画を作成していく。このような過程では、対象者の希望が最大限に取り入れられることとなり、ユーザー中心のユーザー参加型医療が行われる。ケア計画作成段階から自分自身のケア内容について知り、ケア計画が完成したら文書と口頭で説明を受けることになる。最終的には対象者の同意を得て実施に移される。このような手法は、丁寧な

Informed Consents を重視した医療と考えられる。

また、CPA-Jにより、多職種チームが提供する各種の治療プログラムを組み合わせ、対象者ごとに個別のケア計画を作成し、構造化されたケアが提供される。いわばオーダーメイドの医療と考えることができる。今後、このような医療の手法をマニュアル化し広く一般精神医療に普及させることが必要であろう。

しかし、本分担研究では、その各要素の個別の効果を十分に明らかにしたとは言えず、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と解析

本研究では、調査期間内に入院となった対象者数が少なかったこと、それぞれの対象者の属性は診断名や対象行為など一様ではなかったこと、評価尺度の一部が未実施の対象者がいたことなど、統計学的解析を行うには限界が存在していた。このような本研究の限界を踏まえ、「急性期」と入院期間に影響を与える因子について若干の考察を行った。

「急性期」の期間

単回帰のCox回帰分析では、「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。さらに、多変量Cox回帰分析の結果では、SAI-J得点が有意であった。すなわち、「急性期」を延長させる要因は、病識の低さであった。したがって、疾病に関する心理教育や服薬心理教育を集中的に行うことによって、「急性期」の期間を短縮できる可能性が示唆された。

入院期間

単回帰Cox回帰分析では、入院期間を延長させる傾向のある因子は、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。ここで有意傾向であった変数をすべ

て独立変数として投入した多変量Cox回帰分析では、有意もしくは有意傾向のある変数はなかった。

そこで、入院期間を延長させる傾向のある因子について考察してみた。入院期間を延長させる傾向のある要因のうち、陰性症状が強いこと、日常生活能力が低いことは、臨床経験と矛盾しない。対象者の診断の79.5%がF2であったことからすると、入院期間が延長する傾向にある対象者の特徴は、陰性症状が強いこと、それともう日常生活能力が低いことであると考えられる。

一方、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。この結果は、一見、臨床経験と矛盾するようにも見える。しかし、結果には示さなかったが、日常生活能力が低い人は特性不安が低かった($\gamma=0.585$, $P=0.007$)。このことを考慮すると、陰性症状の強い統合失調症では、感情鈍麻などのために特性不安が低下していた可能性がある。このため特性不安が低い人は入院期間が延長する傾向を持つのもかもしれない。

結果には示さなかったが、陰性症状や総合的な精神症状が強い人は「仕事・課題」遂行能力が低かった($\gamma=-0.575$, $P=0.003$)。また、総合的な精神症状が強い人は日常生活能力が低かった($\gamma=-0.359$, $P=0.034$)。また、前述のとおりPANSSの「陰性尺度」と「総合精神病理評価尺度」得点の間には、強い相関が認められた。

以上のことを考えると、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。

また、陰性症状、「仕事・課題」遂行能力、日常生活能力の改善を目的とした治療プログラム

には、限界があり、陰性症状に配慮した地域支援体制の構築も重要であると予想された。

今後の課題

入院期間を延長させる要因を見出すことができなかった原因としては、前述の本研究の限界に加えて、調査期間内に退院となった症例数が少なかったことが挙げられる。今後、引き続き調査を継続して、入院期間を延長させる要因を明らかにしていく必要がある。また、それとともに指定入院医療機関で行われている治療プログラムの有効性を明らかにしていく必要があると考えられた。

E. 結論 (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、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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。

F. 研究危険情報

なし

G. 研究発表

論文発表

1. 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
2. 平林直次. 医療観察法病棟の実際. ころの科学 132: 47-52, 2007
3. 安藤久美子, 野田隆政, 平林直次. 心神喪失者等医療観察法. コア・ローテーション精神科 (改訂 2 版), 武田雅俊・鹿島晴雄編, 金芳堂, 東京, 2007
4. 平林直次, 安藤久美子. ケアマネジメント. 特集/今日の精神科治療指針 臨床精神医学 35: 513-518, 2006
5. 平林直次. 入院患者にどのような医療を提供しているのか. 季刊 刑事弁護 49: 107-111, 2007
6. 平林直次. 医療観察法と入院医療. 精神科 10(3): 2007(印刷中)
7. 平林直次. 医療観察法入院処遇の問題点と今後の課題. 司法精神医学 2(1): 44-50, 2006
8. 永田貴子, 平林直次, 津久江亮太郎, 岡田幸之. 加害行為後に PTSD (外傷後スト

レス障害)類似の症状が出現した統合失調症の一例. 司法精神医学 2(1): 2-7, 2006

学会発表

1. 平林直次. 司法精神医療に関するミニシンポジウム『医師の立場』. 2006年5月, 東京, 第2回日本司法精神医学会
2. 安藤久美子, 猪俣健一, 島田亜紀子, 朝波千尋, 水野由紀子, 澤 恭弘, 津久江亮太郎, 樽矢敏広, 吉澤雅弘, 平林直次. 指定入院医療機関における対象行為への直面化の取り組み. 2006年5月, 東京, 第2回日本司法精神医学会
3. 小松容子, 生井淳子, 金子一恵, 佐藤るみ子, 平林直次. 入院環境適応プログラム実践報告. 2006年5月, 東京, 第2回日本司法精神医学会
4. 永田貴子, 平林直次, 津久江亮太郎, 岡田幸之. 加害行為後, PTSD類似の症状が出現した統合失調症の一例. 2006年5月, 東京, 第2回日本司法精神医学会
5. 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医療機関における内省治療プログラムの開発. 2006年5月, 東京, 第2回日本司法精神医学会
6. 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, 物質使用障害プログラムについて. 2006年5月, 東京, 第2回日本司法精神医学会
7. 永田貴子, 平林直次, 津久江亮太郎, 岡田幸之. 他害行為後に PTSD類似の症状を認め

た統合失調症3例の経験. 2007年3月, 東京, 日本トラウマティック・ストレス学会, シンポジウム 加害者に認められた PTSD 類似症状

H 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)
なし

参考文献

- 1) 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
- 2) Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-2. The Psychological Corporation, San Antonio, 1993
- 3) 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
- 4) 八木剛平監修 稲田俊也著. 薬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
- 5) 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
- 6) Kaneda T, Imakura A, Fujii A, Ohmori T. Schizophrenia Quality of Life Scale: validation of the Japanese version. Psychiatry Research 113: 107-113, 2002
- 7) 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
- 8) 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

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

10) 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

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

12) 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

13) 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

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) 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

16) 包括的暴力防止プログラム認定委員会編: 医療職のための包括的暴力防止プログラム. 医学書院, 東京, 2005

表1 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2 拘束・隔離の実施状況

	実施あり	実施なし	
症例群	1 (4%)	25	P<0.05
対照群	6 (31.6%)	19	

Fisher's exact test

表3 症例群と対照群における処方量比較 (chlorpromazine換算量)

	対照群	症例群	平均値の差	95% 信頼区間
入院時	476.2±360.6	516.2±226.3	-40.0	(-212.0 - 132.1)
入院3ヶ月後	795.5±559.6	404.1±319.0	391.4	(130.7 - 652.2)

mg

表4 症例群と対照群における処方量比較 (chlorpromazine換算量)

	入院時	入院3ヶ月後	平均値の差	95% 信頼区間
対照群	476.2±360.6	795.5±559.6	-319.3	(-577.6 - -61.0)
症例群	516.2±226.3	404.1±319.0	112.1	(-6.4 - 231.0)

mg

表5 全医療観察法入院者における処方量比較 (chlorpromazine換算量)

	入院時	入院3ヶ月後	平均値の差	95% 信頼区間
症例群	519.6±260.6	428.6±367.2	91.0	(-21.9 - 203.6)

mg

表6 対照群3ヶ月後と症例群入院時における処方量比較 (chlorpromazine換算量)

	対照群3ヶ月後	症例群入院時	平均値の差	95% 信頼区間
	795.5±559.6	516.2±226.3	279.3	(33.3 - 525.3)

mg

表7 対象の基本属性

	mean	SD
年齢	38.3	12.3
WAIS-R		
言語性IQ	80.5	15.5
動作性IQ	79.4	17.2
全検査IQ	78.0	16.1
抗精神病薬投与量		
入院時	554.9	276.0
入院3ヶ月時	426.7	368.3
	N	%
対象者の診断名 (ICD-10)		
F0		
F1	3	6.8
F2	34	77.3
F3	3	6.8
F4		
F5	1	2.3
F6	1	2.3
F7	1	2.3
F8		
F9		
	N	%
性別		
男性	36	81.8
女性	7	15.9
対象行為の内容(未遂を含む)		
殺人	17	39.5
放火	7	16.3
傷害	10	23.3
傷害致死	1	2.3
強盗	3	7.0
強制わいせつ	5	11.6
	43	100.0%

表10 医療観察法病棟における医療

病棟の構造

病室の個室化（パーソナルスペースの確保）

治療ステージに応じたユニット（急性期、回復期、社会復帰期、共用）

十分な共用部分の確保

（作業療法室、集団療法室、室内運動場、トレーニングジムなど）

その他

医療の内容

手厚い人手の確保

教育と研修の実施

多職種チーム医療

治療プログラムの実施

危機予防介入と危機介入

包括的暴力防止プログラム

（Comprehensive Violence Prevention & Protection Programme CVPPP）

CPA-J（Care Programme Approach in Japan）

人権擁護に関する活動（病棟職員および外部からの弁護士など）

各種の会議（外部評価会議、倫理会議、運営会議、治療評価会議）

その他

研究 3

3 ステップによる心理教育プログラムの作成と検証

小松容子、生井淳子、佐藤一恵、平林直次、高崎邦子、小川順子、佐藤るみ子

国立精神・神経センター武蔵病院

はじめに

入院医療の中で、疾患教育ならびに服薬心理教育は重要な治療プログラムのひとつである。心理教育 psycho-education は、統合失調症の家族を対象にした支援提供、情緒的サポートなどとして知られている。本研究で今回実践した心理教育は、家族に焦点をおいたものではなく、患者本人の病気に対する取り組みに焦点を当てている。病気の当事者を対象にした心理教育では、疾患に関する正しい知識と必要な治療・リハビリテーションの情報を提供する疾患教育や、服薬治療の動機付けや退院後の服薬コンプライアンスへの準備性を高める服薬心理教育(羽山、2002)が必要となる。このような心理教育においては、症状と対象行為との関連性を認識し、自らが疾患の再発予防に取り組む主体性を獲得することが重要となってくる。

疾患教育については、これまでの経験からすると、できるだけ早期に始めたほうが効果的であることがわかっている。退院が近づいてから初めて疾患教育を行なっても、本人にとっては症状に苦しんでいた時期は過ぎ、場合によっては忘れてしまい、自分のこととして認識、理解することが困難になってくる。しかしながら、入院の初日から疾患教育を行なうのも勧められない。そもそも入院自体を受け入れていないかもしれないし、ましてや病気を受け入れることもできない状況にあり、信頼関係もない人たちに囲まれ、馴染みのない環境におかれたら不安と緊張で、疾患教育をしたところで逆効果かもしれない。

自分の疾患に対する正しい知識を持ち、自ら再発予防に取り組んだり、さらには自ら危機予防に取り組めるようになるには、いくつかの段階を踏

まなければならぬと考え、筆者らはこの疾病教育および服薬心理教育に3つの段階を設け、1段階ずつ、個々のペースで進めるようなプログラム「Step」を作成した。詳細は昨年度の報告書(小松、2006)を参照されたい。昨年度までは、統合失調症圏を対象とした心理教育プログラム「Step 1・2・3」のみであったが、今年度は気分障害圏を対象にした「Step A・B・C」を作成した。本研究報告では、これらのプログラムの紹介とその効果について報告する。

1. プログラムの紹介

3つの段階を設けたプログラムは、統合失調症圏の対象者用「Step 1・2・3」と気分障害圏の対象者用「Step A・B・C」とあるが、それぞれの段階において目指すところは同じであり、プログラムの枠組みも同じにしてある。いずれも研究者らが作成したプログラムの教材(ワークブック)を使用し、プログラムの参加者が自由にメモを取ったり、チェック項目にチェックをいれたり、各自の目標を記入することができるようになっている。この3段階のプログラムをそれぞれ、心理教育プログラムⅠ(psycho-education programmeⅠ:以下PEPⅠ)、心理教育プログラムⅡ(以下PEPⅡ)、心理教育プログラムⅢ(以下PEPⅢ)と記載する。

1) 入院環境への適応時期、PEPⅠ

1段階目のプログラムである PEPⅠを導入する時期は、入院環境への適応を促す時期にあたる。このため、入院時のオリエンテーションをさらに補足しながら信頼関係を構築していくことが必要になる。入院中の様々な治療プログラムに参加して円滑にリハビリテーションを進めていけるように、PEPⅠでは、治療動機を高めていくにはたらきかけたり、病感を多少なりとも得られるようにはたらきかけたりする。これらのことが次の2段階目のプログラムである PEPⅡにステップアップするための準備となる。

このPEPⅠは、「入院治療の意義について」「担当する多職種チームについて」「これから行な

う検査について」「治療やプログラム活動について」「入院生活のよりよい過ごし方」の5つのテーマで構成されており、初回のテーマはできるだけ担当医と担当看護師で行なうようにしている。ここでは、個別のアプローチを行い、入院になったことについてどう感じているのか、入院前に困っていたことは何か、ここでできるか、何をやらなければならないのか、などを話し合っていく。「Step 1」と「Step A」の違いは、気分障害圏用の「Step A」のワークブックのみに、修正型電気けいれん療法についての説明を加えていることである。

2) 病気について考える時期、PEP II

2段階目のプログラム PEP IIでは、小グループでプログラムを行い、グループの力を活用しながら、疾患について学んでいく。このプログラムは、「病気の特徴」「病気の経過」「ストレスを克服するには」「薬の働き」「副作用の相談」の5つのテーマで構成されており、その内容は、統合失調症圏用のプログラムと感情障害圏用のプログラムとで多少異なっている。しかし、いずれも「病気の特徴」について学び、「治療法」や「薬と上手につきあう方法」だけでなく、「ストレスを克服する方法」について学習できるように構成してあり、目指すところは共通で、病識の獲得と服薬コンプライアンスを高めることである。

3) 病気に前向きに取り組む時期、PEP III

3段階目のプログラム PEP IIIでは、治療主体性（アドヒアランス）を育成し、再発予防に自ら取り組めるようになることがねらいである。テーマは、「再発予防について」「症状悪化のサイン」「回復するために大切なこと」「クスリ中的作用と副作用の対処」「まとめとクライシスプランの作成」で構成されている。再発予防と悪化のサインについては、統合失調症圏では「分裂病の症状発現から5年までの経過」(Shepherd et al. 1998) や早期症状リスト (Trenckmann, et al. 1994) を用いてセッションを行い、感

情障害圏では、ライフチャートを活用し、何が再発のきっかけになるか、これまでどのような対策が有効だったのかを考える作業を行なう。また、疾患に限らずに作成するのが「サインの確認と対策リスト」(小松、2005) であり、前駆症状や対象行為につながった症状について各自が認識し、どの時点でどのような対処をしたらよいのかを、各自が考えて記入し、自分にあった方法を見出していく作業を行なう。ここで考えたことが、ケア・プログラム・アプローチ会議の際に活用されるクライシスプラン(平林、2004)にも反映されていく。

2. 研究の目的

本研究の目的は、平成 17 年度に引き続き、某指定入院医療機関で行われている心理教育プログラムの有効性を検証することである。

3. 研究デザイン

1) 研究対象と研究期間

本研究の対象となったのは、2005年9月から2006年12月の間に入院し、本研究の趣旨について紙面による同意が得られた37名である。データ収集期間は、2005年10月から2007年1月までの約15ヶ月間である。

2) 評価と分析方法

(1) 評価尺度と検定方法(表1)

プログラム実施の前後に自記式の評価尺度を用いた評価を行い、プログラムへの参加の前後で、服薬に対する認識や知識、不安の程度やQOLの程度、ストレスやそれらへの対処方法の程度にどのような差が認められるかを比較検討する。

プログラム前後の母集団の差はWilcoxonの符号付き順位検定を行い、漸近有意確率 $P < 0.05$ を統計学的有意とした。

評価尺度は、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)、状態・

特性不安検査 State-Trait Anxiety Inventory (以下 STAI)、田中ストレス反応尺度 Tanaka Stress Response Scale (以下 TSRS)、疾病・薬物知識度調査 Knowledge of Illness and Drugs Inventory (以下 KIDI)、Drug Attitude Inventory (以下 DAI-30)、3次元コーピング尺度 Tri-axial Coping Scale 24 (以下 TAC - 24)の6つを用いた。これらの評価の実施時期は表1に示すとおりである。なお個々の評価尺度の詳細については前年度の報告書を参照されたい。

(2) グループセッション中の発言からの分析

「Step 2・3」の各グループセッションの様子を書き係りがノートに記録し、病感・病識や服薬コンプライアンスや治療主体性(アドヒアランス)に関する参加者の発言に注目し、発言内容をグループセッション毎に整理した。

記録内容は、PEP 運営者および記録者によってばらつきがあり、また記録がないものもあったため、すべてのグループおよびセッションをレビューすることが不可能であったが、各グループセッションの中で参加者が発言した内容を可能な範囲で抜粋した。

4. 倫理的配慮

本研究は筆者らが所属する施設の倫理委員会の審査を受け承認を得ている。また研究の趣旨と内容、および途中で辞退しても治療やケアに影響を与えないこと等を、書面を用いて口頭で説明し、同意書に署名を得られた者を研究の対象とした。

5. 結果

1) プログラムの実施状況

PEP I は 37 名に実施され、「Step 1」は 36 名、「Step A」は 1 名に実施された。PEP II に参加したのは 28 名で、「Step 2」では 6 グループに実施され、「Step B」では 1 グループに実施さ

れた。PEP III に参加したのは 22 名で、「Step 3」では 5 グループに実施され、「Step C」では 1 グループに実施された。PEP II と PEP III をグループで行わずに個別で行った対象者も数名いた。グループで行わなかった理由は、強固な妄想のために他のグループメンバーに強い影響を与えると判断された場合や聴覚障害および知的障害のために個別に PEP を行ったほうがよいと判断された場合などがあった。

2) 対象者の属性 (表 2)

本研究の対象者 37 名全員が PEP I に参加しており、この 37 名 (男性 33 名、女性 4 名) の平均年齢は 40.1 歳であった。主診断では F2 が 28 名 (75.7%) と最も多く、F3 が 4 名 (10.8%) と続いていた。

PEP I から PEP III までを通して参加した対象者は、22 名 (男性 21 名、女性 1 名) で、平均年齢 36.1 歳、F2 は 18 名 (81.8%)、F3 は 3 名 (13.6%)、F1 は 1 名 (4.5%) であった。Step 1 から 3 を通して受けたのは、19 名 (男性 18 名、女性 1 名)、平均年齢 35.6 歳で、主診断は F2 が 18 名 (94.7%)、F1 が 1 名 (5.3%) であった。Step A・B・C の参加者は男性 1-3 名で、主診断は全員 F3 であった。

3) PEP I の検証 (表 3)

PEP I に参加した者は 37 名であった。入院時と PEP I 終了後の得点で有意な差が認められたのは、表 3 に示したとおり、SWNS-J 総得点とその下位項目の精神機能、セルフコントロール機能、社会機能、TSRS 総得点とその下位項目の身体不調感と苛立ち感、STAI であった。SWNS-J は増加し、TSRS と STAI は低下した。

4) PEP II の検証 (表 4)

PEP II に参加した者は 28 名であった。PEP II の前後で得点に有意な差が認められたのは表 4 に示したとおり、SWNS-J の下位項目の精神機能であった。

入院時と PEP II 後の得点の差で、有意差が認

められたのは、SWNS-Jの総得点、下位項目の精神機能、セルフコントロール、感情機能、社会的機能、DAI-30、KIDIであった。いずれも、得点は増加していた。

5) PEPⅢの検証(表5)

PEPⅢに参加した者は22名であった。PEPⅢの前後で得点に有意差が確認されたのは表5に示したとおりで、KIDI、DAI-30とTAC-24の下位項目の情報収集と計画立案であった。いずれも得点は増加していた。TAC-24では、下位項目8つのうち6項目が増加していた。低下していた2項目は「諦め放棄」「回避」であった。

入院時とPEPⅢ後の得点の差で有意差が認められたのは、SWNS-Jの総得点とそのすべての下位項目、STAI、TSRSの総得点とその下位項目の苛立ち感、不安感、自信喪失感、高揚感の欠如、そして、KIDI、DAI-30であった。得点が増加したのは、SWNS-J、KIDI、DAI-30で、減少したのは、STAIとTSRSであった。

6) 「Step 1・2・3」の検証(表6)

Step 1・2・3を通して参加した者は19名であった。プログラム間の得点で有意差が確認されたのは、表6に示したとおりである。

SWNS-Jでは、「Step 1」の前後で総得点と下位項目の精神機能、セルフコントロール、感情機能、社会機能で有意差が確認された。「Step 2」の前後では、SWNS-J下位項目の精神機能、身体機能で有意差が確認され、「Step 3」の前後では有意差は確認されなかった。入院時とそれぞれのプログラムの後の得点を比較すると、SWNS-J総得点および全ての下位項目で点数が増加しており、ほとんどの項目で有意差が確認された。

STAIでは、入院時と「Step 3」後で有意差が確認された。

TSRSでは、総得点および全ての下位項目で「Step」が進むにつれて得点が低下する傾向がみられた。差の検定では、入院時と「Step 3」後、「Step 1」後と「Step 3」後で有意差が確

認された。

TAC-24では、「Step 3」の前後で下位項目の計画立案が増加し有意差が確認された。下位項目で得点が低下していたのは、「諦め放棄」「回避」で、それ以外の項目では得点が増加していた。

KIDIおよびDAI-30では「Step」が進むにつれ点数が増加していた。差の検定ではすべての組み合わせで有意差が確認された。

一方、個々の点数を見てみると、STAIやTSRSの得点が上がったものもいた。病気を否定している人では、KIDIの得点は上がった(疾患に対する知識を獲得した)が、DAI-30(服薬に対する肯定的態度)はほぼ不変であった。また、KIDIとDAI-30の得点が同時に減少した人もいた。Step 2後よりもStep 3後のほうが、KIDI得点が低くなっている人は19名中5名(26.3%)で、DAI-30の得点が減少していたのは、19名中2名(10.5%)であった。

なお、Step A・B・Cでは、対象者数が少ないため検定は行わなかった。

7) 「Step」参加者の発言内容(表7、8)

「Step 2」のセッション1では、「人によって症状が違ふと思った」「自分の考えを人に伝えるのは難しい」など、はじめてのグループプログラムならではの発言があった。セッション2で病気の経過の図(鈴木ら、1997)を用いたところ、「病気には段階がある」「事件のときは急性期で、今は消耗期。やる気がでない」などの発言がみられた。セッション3でダムと堤防の図(前田ら、1995)を用いたストレスの話題では、「堤防の話で、薬がなかったら大変なことになると思った」と薬の役割を受け止める発言や、「ストレスの原因は人によって違う。これから相談できるのなら、したい」「他の人はそう考えていたんだとわかった」と、ストレスに関して、グループメンバーの相互作用から生じた意見もみられた。セッション3の薬の役割については、抗精神病薬のドーパミン伝達ブロックやマックファーレンによる統合失調症のフ

ilterモデルを用いてセッションを行うと「ドーパミンのことは、今まで詳しく教えてもらったことがなかったから良かった」「フィルターの穴を薬でふさぐ」「病気がどうゆうものか少し分かった」などの発言が聞かれた。セッション4では「長く飲んでるのは身体に悪いと思って、自分で薬の量を減らしたことがある。最初は大丈夫だったけど、そのうち家族から何か変だといわれ、そうしているうちに今回の事件になった。それがいけなかったと思う」と話すものもいた。一方、「妄想はなくなったけど、それが薬の効果かどうかはわからない」と薬の効果に半信半疑なものや、「作用と副作用を人が勝手に分けている。やっぱり薬はやめたほうがいいことがわかりました。東洋医学しか自分を救うものはないと感じた」と薬の効果を否定するものもあった。

「Step3」のセッション1での『なぜ再発予防が必要なのか?』という問いには、「症状が悪くならないように」「生活が悪くならないように」「二度と事件を起こさないため」などの意見が聞かれた。セッション2で個々の症状悪化のサインを探す作業をしたところ「振り返りは大切だと思った。振り返ると(自分の症状が)分かるから」「悪化のサインは前兆期で大切なこと」「自覚症状の見極めが大切」などの再発のサインを自分で早期発見することについての意見が聞かれた。セッション3で、各自が処方されている薬について調べる作業をすると「自分の飲んでる薬の内容や効果が分かってよかった」などの発言があった。セッション4では、回復するために大切なこととして「正常な状態のときに、知識を身につけていく」「社会復帰して親孝行する」「薬をのむ。あとは自分の時間を大切にする」などがあつた。セッション5では、5つのテーマについてディスカッションを行い、『病気のサインをみつけたらどうするか?』という問いでは「サインを見つけてくれた人の意見を聞く」「もう一度病院に行く」「慌てないで冷静に考える」などの意見があつた。『薬を飲むことについてどのように考えて

いますか?』という問いでは「病気の再発予防」「早く退院できるように」「自分には絶対必要」などの意見があつた。

6. 考察

研究の対象者に対しては、疾患教育や服薬心理教育のほかに、薬物療法、心理療法、作業療法などが併用されており、個々の対象者はそれぞれの状態に応じた治療・リハビリテーションが行われている。そのために、PEPの前後に評価尺度を用いてプログラムの効果を検証したが、厳密にはPEPのみによる効果とはいえ、治療過程においてPEPが何らかの作用を及ぼした成果といえるだろう。このことを前提として考察する。

1) プログラムの有効性

PEPの統計学的検証の結果から、PEP Iでは、ウェルビーイングが改善し、ストレス反応や不安反応が軽減したといえる。PEP IIでは、入院時に比べると、ウェルビーイングが改善し、疾病の知識が増え、肯定的な服薬イメージが増加したといえる。そして、PEP IIIでは、ストレス状況におけるコーピングとして「情報収集」と「計画立案」が選択されることが多くなり、疾病の知識が増え、肯定的な服薬イメージが増加したといえる。

「Step1・2・3」の有効性についてまとめると、「Step 1」では、ウェルビーイングが改善し、「Step 2」では精神機能と身体機能に関するウェルビーイングが特に改善するといえる。不安やストレスに関しては、「Step 2」や「Step 3」を通して改善され、疾患の知識や肯定的な服薬イメージは心理教育「Step」が進むごとに増加し、計画立案というストレス対処方法は「Step 3」で獲得されたといえる。

また「はじめて聞いたことばかりでためになつた」「ドーパミンのことは、今まで詳しく教えてもらったことがなかったから良かった」とあるように、学習意欲を持っている人たちには、PEPは学習の機会となつていた。地域で生活する精神障害者は学習ニーズが高く、学び方はセルフヘルプ・グループや地域の人々と学びたい

傾向を持つことが報告されており(大井、2002)、入院中の精神障害者でも同様に学習のニーズが高く、今回実施したグループでの心理教育のように、メンバーの体験を聞きながら学ぶ方法をとることが有効なのかもしれない。そのため、メンバー同士で学べる場を提供したという意味でも、本プログラムは有効であったといえる。

加えて、「いろんな症状があつて、そういう人もいるんだなと思った」「副作用は自分だけじゃないんだと思った」という言葉にあるように、自分ひとりが悩んでいるのではないことを知る機会となっていた。このことは普遍性 *universality* と呼ばれ、自分の抱えている問題が自分だけのものではないというメンバーとの共通性が、安堵感や深い共感をもたらし、大きな力になるという(Yalom、1991)。今回小グループで実施した心理教育では、普遍性を理解する機会となり、他者を理解したり、孤独感を解消させたりする効果もあった。

すでに断っておいたように、プログラムを集団で行なっている場合と、個別で行なっている場合があった。集団でのプログラムの利点は、Slavson, S.、Foulkes, S.H、Corsini and Rosenberg、Yalom, I などに代表される治療家が見出したグループサイコセラピーの治療的因子(鈴木、1999)が少なからず働くことにある。スタッフから伝えられるよりも、同じユニット(病棟)の仲間の話しの方が胸に響くということがある。実際に、グループメンバーが語るそれぞれの病気のサインを聞いて、「あの人も自分と同じサインがある」と気付いた例もある。また、病気について初発の人にとっては、再発を数回繰り返した人の話しは貴重で、再発予防の意識が高まった症例もあった。しかし一方、集団で行なう場合には、グループメンバーの一人一人に深く関われないために、グループの中で気になった言動や、グループの中で修正できなかった認知や思考などは、個別のアプローチが必要となり、グループセラピーの限界もある。個別のアプローチでは個々のペースに合わせて進めることができ、アプローチしたい部

分をゆっくりと話し合ったり、病気のサインを探す作業もじっくりと出来る利点がある。実際に、プログラム終了後の自記式評価で KIDI の点数が減少したものや DAI-30 の点数が減少したもの、薬の効果に否定的なものなど、個別の介入が必要とされ、グループによるプログラムだけでは不十分な症例が存在した。

プログラムの有効性としては、不安を軽減し、ウェルビーイング(主観的な QOL)が改善され、疾病の知識が増え、肯定的な服薬イメージが増加し、ストレス状況において、「計画立案」や「情報収集」といったコーピングを選択する傾向が高くなるといえる。またプログラムは、学習の機会を提供し、グループでの PEP に参加した人たちには、集団精神療法的効果も得られ、有効であった。

2) ワークブックの利便性

臨床では様々な対象者がいるために、プログラムの活用の仕方は様々である。妄想が強固で、集団に与える影響が強いタイプの対象者は、PEP I から III のワークブックを一貫して個別に行なう場合がある。また、知的障害のために、あらかじめ個別のプログラム(予習)を行った上で、グループプログラムに参加する者がいた。またその逆もあり、グループプログラム終了後に、スタッフと個別に復習を行なう対象者もいた。

個別の心理教育では、対象者個々の症状や障害にあわせた教育を行なえることから、生活のイメージを再獲得させやすく、主体性を生かすことができる(松本、2005)。一方、集団による心理教育では、メンバー同士の相互関係の中で自己の病的体験の振り返りが促され、自尊心の回復を体験できる場になる(水野、2002)。そのため、対象者個々のニーズにあわせて、集団のアプローチや個別のアプローチをうまく組み合わせる必要があり、臨床では実際に、臨機応変にアプローチを変えていた。このように、集団でのアプローチあるいは個別でのアプローチの際にも、プログラムで使用するワークブ

ックは同一のものを活用し、人によっては繰り返して、ワークブックを使用し、書き込んださまざまな症状や対処方法などを、その都度修正したり、書き加えたりしていた。さらに、対象者の中には、プログラムの内容すべてを、あるいは一部を、家族に対して伝達し当事者自らが家族心理教育を行なうものもいた。このように、作成されたプログラムおよびワークブックは、実際の臨床場面では臨機応変に活用されうるものであった。

3) 治療主体性（アドヒアランス）の獲得

抗精神病薬の副作用が服薬中断の理由のひとつにあげられていることは良く知られており、錐体外路症状を減少させることはQOLを向上させ、再発率の低下に繋がる（根岸、2002）。服薬コンプライアンスを維持するためには、抗精神病薬を服用しつつも、QOLが維持していなければ難しいことである。また、副作用とはどのようなもので、それが現れた場合に、適切に対処できる方法を知っているか否かによっても、服薬することへの姿勢は変化してくると考える。

本研究の結果から、SWNS-Jの得点の増加によって、抗精神病薬を服用中のQOLが向上していることが明らかになり、またDAI-30の得点の増加により、服薬することへの姿勢も改善していることが明らかとなった。その背景には、「副作用とは気づかず、今まではただ耐えていた。今度医師に相談する」とあるように、副作用が出た際にどのように対処するのか、どのように相談するのかという対処法を学習した成果があったと考えられる。それだけではなく、「いろんな症状があって、病気なんだと実感できた」「前兆期のところが印象に残った。自分の今まで感じてきたことと結びついた」「ドーパミンがたくさん出ていると知らない情報が入ってくるんだなと分かった」のように病感や病識を獲得し、KIDIの得点の増加で明らかに、疾患や治療に対する正しい知識を獲得したことも影響していると考えられる。これに加え

て、「薬を飲まないで再発してしまうと思った」「薬を飲む事でストレスの堤防を作っている事が分かった」など、薬の効果を評価する言動が聞かれたり、薬を飲んでよかったこととして「幻聴の量が日中ではほとんど気がつかない位になった。自覚もできるようになった」という薬の効果の実感も治療のコンプライアンスを良好に保つ土台となっていると考える。これらのことが、相互に影響した結果、KIDI、DAI-30、SWNS-Jそれぞれの増加につながっていったと考える。

治療コンプライアンスを維持するには、そもそも入院環境に適応していることや医療者との信頼関係が形成されてなければ成り立たないものである。PEP Iの後に、STAIやTSRSが低下し、入院という社会的に隔離された環境におかれながらも、不安やストレスが軽減したことが、PEP IIの学習効果をあげたのかもしれない。また、TAC-24の下位項目の「諦め放棄」「回避」というストレスコーピングが低下し、「情報収集」や「計画立案」という前向きなコーピングが増加した背景には、PEP IIやPEP IIIを通して、ストレスの原因をそれぞれが探したり、ストレスをどのように対処するのかを考える中で、新たなストレスへの対処方法を獲得した結果ではないかと考える。また、「平穏な日常を取り戻す。そのために病気の兆候が出て具合悪くなったときの対処を考えておく」「仕事をしたい。そのために朝起きる。自分の状態を把握する。薬と付き合って生活する」と述べているように、疾患を克服する前向きな姿勢や自信を養ったことも治療コンプライアンスの維持に貢献していると考えられる。

心理教育プログラムの参加者は、回復期に大切なこととして「悪化のサインを見逃さない」「平穏な日常を取り戻す。そのために病気の兆候が出て具合悪くなったときの対処を考えておく」や、再発予防のために「予防できる対策を医師に聞く」というようにプログラムが進むにつれ、自ら再発予防に取り組む姿勢を持つようになっていった。これらのようなコンプライ