

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究推進事業

報 告 書

厚生労働省

実施機関：日本障害者リハビリテーション協会

目 次

*外国人研究者招へい事業

「レスリー・アイリーン・チェウエス博士招へい事業報告」

入所施設の地域移行と障害者本人支援の在り方及び地域生活支援システムに関する研究協議

河東田 博（立教大学コミュニティ福祉学部）……………5

「ケビン・ロジャース氏招へい報告」

諏訪 基（国立身体障害者リハビリテーションセンター）……………8

*日本人研究者派遣事業

「イギリスにおける統合失調症に対する認知行動療法」

司法精神科患者への心理治療プログラム実施に向けて

菊池 安希子（国立精神・神経センター精神保健研究所）……………15

*外国への研究委託事業

「統合失調症および精神病性障害に対する認知行動療法」

マンチェスター・モデルに基づく精神病性障害に対する認知行動療法マニュアル」

ニコラス・タリア（マンチェスター大学医学・人間科学学部）……………47

*若手研究者育成活用事業

「精神障害者の退院促進に関する研究」

沢村 香苗（国立精神・神経センター武蔵病院）……………93

「歩行時および静止立位時の身体重心加速度動揺特性

および両者の関連性：加齢に伴う変化」

阿部 匡樹（国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所） ……118

外国人研究者招へい事業

【レスリー・アイリーン・チェノウエス博士招へい事業報告】

入所施設の地域移行と障害者本人支援の在り方

及び地域生活支援システムに関する研究協議

河東田 博

立教大学コミュニティ福祉学部

1. 招へい理由

レスリー・アイリーン・チェノウエス (Lesley Irene Chenoweth) 博士 (1970 年オーストラリア・クイーンズランド大学ソーシャルワーク学科を卒業後、障害者分野でソーシャルワーカーとして活躍。博士号取得後の 1998 年 6 月よりオーストラリア・クイーンズランド大学で上級講師として教育・研究に従事。今日に至る) は、現在、障害者の脱施設化・コミュニティケアや障害児の家族に対する支援をはじめ、障害者福祉の政策について研究している。また、州政府の障害者福祉政策委員会のメンバーで、政策立案の面でも多大な貢献をしてきている。

私たちはこれまで、スウェーデンを始めとする福祉先進国の施設閉鎖に伴う地域移行時の障害者本人への支援や地域生活支援システムを抛り所に、我が国で初めて「解体宣言」を行った A 施設における地域移行計画の検証を行い、同施設解体宣言に息吹を与えた B 施設の地域移行プロセスと障害者本人への支援の在り方、地域生活支援システム構築とを比較してきた。さらには、国立施設として初めて大幅な地域移行画を打ち出した C 施設における地域移行計画に対する障害者本人、親族、職員の地域移行に対する思いを抛り所に、地域移行時の障害者本人支援や社会的能力獲得方法、地域移行後の地域生活支援システム構築の要件なども検討してきた。また、これら 3 施設職員の地域移行に関する意識調査や地域移行に関する全国調査なども実施してきた。これら一連の調査研究を専門的な立場から客観的に評価できる方として、チェノウエス博士を招へいし、地域移行先進国オーストラリアの障害者本人支援と地域生活支援システムを学び、我が国の地域移行に伴う障害者本人支援や社会的能力獲得方法、地域移行後の地域生活支援システム構築の要件などに対してアドバイスを得たいと考えた。招へい期間は、2005 年 10 月 30 日から 2005 年 11 月 12 日までの 14 日間であった。

2. 研究協議概要

第 1 回目の研究協議 (埼玉福祉セミナー) は、11 月 2 日 (水) 社会福祉法人わらじの会 (越谷) で行われ、50 名の参加者があった。埼玉県下の障害者団体との交流の後、障害者福祉に関する意見交換が行われた。日中活動のあり方、グループホーム居住のあり方、結婚生活のあり方が話題になった。充実した日中活動を送るにはどうしたらよいのか、日本のグループホームではなぜ男女混住が認められないのか、なぜ個室の占有空間が狭いのか、

なぜ多くの規則が設定されているのか、なぜ支援者の考え方によって結婚生活支援のあり方に違いが見られているのかなど、日常生活の中に人間の尊厳を損なう障害者に対する差別や偏見が潜んでいることが指摘されていた。

第2回目の研究協議（国際フォーラム及び立教大学特別シンポジウム）は、11月3日（木）、立教大学池袋キャンパスで行われた。国際フォーラムは、厚生労働科学研究・障害保健福祉総合研究成果発表会（財団法人日本障害者リハビリテーション協会所管事業）も兼ねて行われ、250名の参加者があった。記念講演1、分科会、合同分科会、記念講演2という流れで行い、チェノウエス博士には、脱施設化関連の分科会にシンポジストとして参加していただいた。また、国際フォーラム後行われた立教大学特別シンポジウム（100名の参加者）にもシンポジストとして参加していただいた。国際フォーラムでは、地域移行のあり方や地域生活支援のあり方だけでなく、障害者本人がエンパワメントを獲得するためにはどうしたらよいか、その際支援者はどう支援していったらよいのかが論議の的になった。

第3回目の研究協議（伊達セミナー）は、11月5日（土）、北海道伊達市生活支援センターで行われ、50名の参加者があった。障害者団体との交流の後、脱施設化と地域生活に関する意見交換が行われた。入所施設のあり方、今後の地域移行のあり方、地域生活支援のあり方などに関するやりとりがなされた。とりわけ、管理的な入所施設での関わりを取り除くためにはどうしたらよいのか、グループホームをミニ施設化しないようにするためにはどうしたらよいのか、などが論議の的になっていた。

第4回目の研究協議（札幌セミナー）は、11月6日（日）、北海道教育会館（札幌）で行われ、150名の参加者があった。暮らす場所が入所施設から地域のグループホームや住宅に変わるなど生活の形が大きく変わろうとしている。その中で障害者の人としての尊厳は本当に守られているのか、地域の生活の質が高まるように社会的に支援するためにはどのようにしたらよいのか、などが話し合われた。

第5回目の研究協議（大阪セミナー）は、11月8日（火）、社会福祉法人創思苑（東大阪）で行われ、50名の参加者があった。大阪府下の障害者団体との交流の後、障害者福祉に関する意見交換が行われた。障害者の日中活動や地域生活をどう支援していったらよいのか、障害者主体の支援のあり方をするにはどうしたらよいのか、などが活発に論議された。

最終の研究協議は、11月11日（金）、立教大学池袋キャンパスで行われた。参加者は、河東田研究グループの研究員10名であった。河東田研究グループの研究結果へのアドバイスをいただき、今後の共同研究のあり方について話し合った。

3. 招へい者提言概要

チェノウエス博士は、「オーストラリアの脱施設化の経験から、利用者が施設から地域に移行することにより、社会的スキルや自立生活能力のみならず、生活の質や、生活満足感、適応行動にもプラスな効果が見られた。現在、多くの障害者が地域にある普通の住宅で生活しているが、障害者が地域住民と関係をつくり、地域社会と関われるように、どのように支援すればいいのかをさらに検討を進める必要がある。また、地域に移住した障害者に対して適切なサポートがなければ、“再施設化”になる可能性がある」と指摘した上で、地域移行・障害者本人支援・地域生活支援に不可欠な要素として、次の6点をあげ、論点を

整理してくれた。

- ① 本人中心の支援計画とサービスを提供すること。
- ② 家族が移行のプロセスに積極的に参加できるようにすること。
- ③ 施設サービスと地域サービスにおける資源のバランスを維持すること。施設入所者が地域に移住するに伴い、予算などの資源も地域サービスに移るが、施設に残った人にも適切なケアを受けられるように資源を確保すること。
- ④ 地域を基盤としたサービスの開発、または地域住民の障害者に対する意識を変革すること。
- ⑤ 障害者の住居を施設から地域に移すだけでなく、利用者が地域に参加できるように支援すること。
- ⑥ 施設で働いてきた職員が地域支援を担当する場合、地域生活支援に関する適切な職員研修を提供すること。

4. まとめ

チェノウエス博士の招へい期間中に 6 回の研究協議を持ったが、いずれも中身の濃い豊かな論議ができたように思う。これらの研究協議の中から学んだことをまとめ、報告としたい。

脱施設化が進んでいるどの福祉先進国を見ても、施設を出た一人ひとりの生活という点で見れば、生活の場がグループホームなどに変わっただけで、施設的な伝統とか考え方、培ってきたものは依然として残り続けている。それは、施設のコンセプトを地域に持ち込み、施設時代と同じことをやっているからである。地域に移り住んだ後も、居住者を管理したり、自己決定を阻害するなど、まだまだ問題は多い。しかし、こうした伝統は、時間がたてばひとりでに薄れていくというものではなく、障害者たちが行動を起こさない限り、私たちは気づかず、永遠に続いていく。残念ながら、施設的な伝統は、私たち自身の中にもある。つまり、私たち自身を含め、長いこと施設で働いた経験をもつ人たち、施設で生活してきた人たちは、施設モデルを強く持ち続けているのである。施設は百年以上存在してきたので、施設モデルをなくすためには百年以上かかるかもしれない。しかし、諦めてはいけない。私たちは地域移行を促進させ、地域に私たちと同様の新しいタイプの快適な住まいを造りあげ、共に生きる隣人として地域に居住していく必要がある。そして一日も早く、誰もが地域であたり前の生活を送ることができるようにしたいものである。私たちはそうした認識に立ち、地域移行の問題を考え、障害者本人支援のあり方を考え、一日も早く地域生活支援システムを構築していく必要がある。

【ケビン・ロジャース氏 招へい報告】

諏訪 基

国立身体障害者リハビリテーションセンター

1. 招へい理由

近年、障害保健福祉研究における当事者参加の重要性が認識されつつある。当事者が客観的な視点から、自らを含む当事者集団を分析することで、新たな障害者施策への有効な指針を示すことが可能となる。今回の招へい事業においては、福祉先進国の一つであるカナダから障害当事者（高位頸髄損傷）であるケビン・ロジャース氏を招へいし、日本の障害者の現状を、カナダの障害者の状況と比較することで明らかにし、今後の障害保健福祉施策の企画・立案に資する情報として整理することを目的とする。そのために、日本の障害者コミュニティとディスカッションを行うことで、日本の障害者の生活状況、生活上の問題やその解決方法に関する特徴を明らかにする。

Kevin Rogers 氏は、カナダ対マヒ者協会にて、肢体不自由者の生活に関する支援業務を行っており、その件数は年間 1200 件にのぼる。また、Rogers 氏は自ら高位頸髄損傷の障害を有し、自らの経験と、支援業務により培った客観的な視点の両面から、カナダの障害者の現状について、実践的に把握し、その知識は豊富である。

また、カナダオンタリオ州の障害者支援は、州政府の施策に加えて様々な基金の活用や、Rogers 氏の所属する対マヒ者協会などが積極的に活動を行うことで、バランスのとれた支援体制が構築されている。Rogers 氏の協会でも、収入を確保するために、車いすマラソンを企画するなど、行政のみに頼る以外の方策も模索している。これらは今後期待される、当事者自らの支援活動への参加に向けて、大いに参考になるものである。

今回の招へいにおいて、Kevin Rogers 氏には、以下の内容により、日本の障害当事者とのディスカッションの機会を設け、それぞれの現状について議論を行い、理解を深める試みを行った。

2. ディスカッション開催概要

科学技術振興調整費

国際シンポジウム「オープン・プロダクツの開発」(ISDOP 2006)

会期：2006年2月1日（水）～2日（木）

会場：東京国際交流館（東京都江東区青海）

主催：国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所

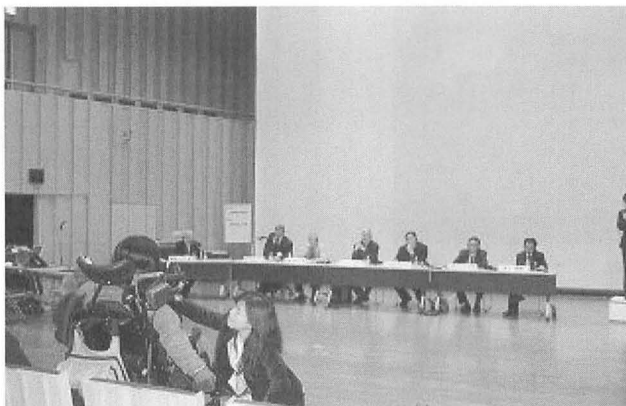
独立行政法人 産業技術総合研究所、全国頸髄損傷者連絡会、文部科学省

後援：厚生労働省、経済産業省

協賛：日本リハビリテーション工学協会

参加者：障害当事者、研究・開発者等、159名

ロジャース氏は、セッション1「福祉機器の福祉機器の有効性と課題」にて発表、
パネルディスカッションにもパネリストとして参加



当事者との討論

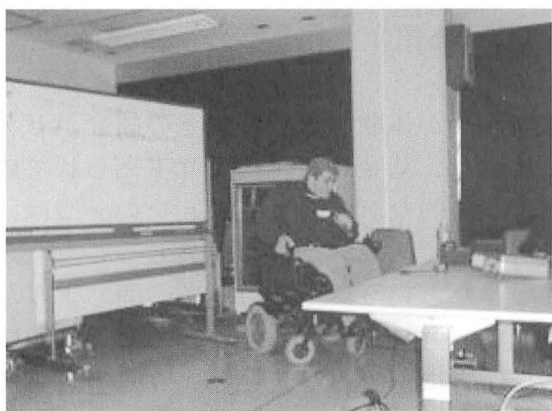
東京頸損連絡会・春の勉強会『カナダ・トロントにおける重度障害者の自立生活』

会期：2006年2月4日（土）

会場：新宿区障害者センター

主催：東京頸髄損傷者連絡会

参加者：頸損当事者、同伴者、ボランティア等、40名



講演風景



会場の様子

大阪頸損連絡会・国際交流学習会『カナダの四肢麻痺障害者の自立生活』

会期：2006年2月5日（日）

会場：大阪市長居障害者スポーツセンター

主催：大阪頸髄損傷者連絡会

参加者：頸損当事者、同伴者、ボランティア等、45名



講演風景



参加者と

3. 発表・ディスカッション内容

ロジャース氏のプレゼンテーションでは、カナダ・トロントにおける四肢マヒ者の生活について多くの写真を交えて紹介があった。発表内容は、住居、移動手段、就労環境、レクリエーションと多岐にわたり、福祉用具を活用して社会参加を実現する障害者の生活を端的に表すものであった。移動手段では、トロントの誇るスペシャル・トランスポートシステムであるトランスウィールの紹介があり、さらにそれに加えて公共交通機関においても低床バスなどのバリアフリーが進みつつあるとのお話もあり、両面からのサポートが充実していることが示された。就労環境は、段差の解消等の車いす対応や、ドアの電動化等といった工夫により、四肢マヒ者にやさしい環境作りの事例が紹介された。また、スタンドアップ車いすを有効に活用し、復職した調理師の仕事場面や、トラクターへの乗降装置を活用して、農業を営む脊髄損傷者の事例のビデオによる紹介もあった。

レクリエーションに関する発表は、スキューバ・ダイビング、セーリング、グライダー、ロッククライミングなど、日本の四肢マヒ者ではなかなか体験できないことの紹介がビデオで行われ、聴衆は目を見はっていた。これらの活動は、基金や寄付により支えられている事業であり、日本との違いを感じる点であった。印象的なディスカッションの一つは、ロジャース氏自身ダイビングで受傷し、水への抵抗をぬぐえない状態を経験しつつも、スキューバ・ダイビングに挑戦することでそれを克服したという話しに対して、同じような境遇の日本の障害者から、自分も挑戦してみたいという意見が出されたことである。四肢マヒ者のもついろいろな拘束や束縛を克服し、さらに自由を獲得したいという障害当事者が共有できる話題が、国を超えて共鳴していたように感じた。グライダー事業の 'Freedom's wing' (自由の翼) という名前も、それを表している。

4. 日本とカナダの比較

日本の障害者にとって、多くの参加者が海外の頸髄損傷者の講演を初めて聞きたいへん有意義な機会となった。カナダと日本の重度障害者を取り巻く状況について、共通点、相違点について以下のような点を見い出すことができた。

1) 福祉先進国であるカナダでも重度障害者が生活していくことは決して楽ではなく、ア

クセシブルなアパート等の住居の不足、就労率の低さなど日本と変わりのない状況である。

- 2) 一方、レジャーでは、重度障害者がグライダー、セイリグ、スキューバ・ダイビング、ハイキング、スキーなどを楽しんでいる様子が紹介され驚かされた。彼らの可能性を追求していこうとする姿勢に強く感銘を受けると共に、それを支援する環境が整っていることに日本との相違を感じた。

以上の相違点に考察を加えると、日本とカナダでは障害者が“生活する”という言葉の意味が異なる点に気づく。日本では、日々の暮らしをおくこと、衣食住が確保されることが“生活する”ことととらえられる。しかしカナダでは、衣食住に加えてレジャーやレクレーションという、日本では余裕と考えられる部分も、“生活する”という意味に含まれているように思う。公的資金でカバーする範囲やバリアフリーの環境整備はさほど違いが見られないが、カナダでは基金や寄付などにより、障害者の“生活する”を支援する制度が整備されている点が大きな相違点である。また、障害当事者の考え方についても、ふつうにいろいろなことができることがあたりまえというノーマライゼーションの考え方が、カナダでは根付いている。これは、当事者のみの問題ではなく、社会全体としての考え方が影響しており、その点でカナダの方が進んでいることが浮き彫りとなった。

日本では、自立支援法の施行が目前に迫っている。この法律の理念は、障害当事者の自立を促進することであり、さらなるノーマライゼーション実現に向けて有効な法律である。しかし、今回の調査で明らかになったように、ノーマライゼーションは障害当事者のみの問題ではなく、社会全体として考える問題である。障害者施策の枠を超えて、包括的な行政の取り組みが要求される。

日本人研究者派遣事業

イギリスにおける統合失調症に対する認知行動療法 ー 司法精神科患者への心理治療プログラム実施に向けてー

菊池 安希子

国立精神・神経センター 精神保健研究所

本報告書は、日本障害者リハビリテーション協会の研究補助金により、2005 年 10 月～2006 年 3 月までの 5 ヶ月間、マンチェスター大学を拠点として、イギリスにおける統合失調症患者に対する認知行動療法の実践と、司法領域におけるその活用について調査したものである。

はじめに

平成 17 年度より施行された「心神喪失の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察に関する法律（以下、医療観察法）」においては、対象者の 6 割以上が統合失調症患者になるであろうことが予想されている。触法行為をなした統合失調症患者の包括的認知行動療法パッケージの開発を考える場合、以下の要素を含む必要がある：

- ①陽性症状、陰性症状へのアプローチ、
- ②攻撃行動のマネジメント、
- ③家族へのアプローチ

これまで、本邦においては主に心理教育のかたちをとった「③家族へのアプローチ」についての実践・研究がなされてきた。しかしながら統合失調症の症状に対する認知行動療法（①）については、主に社会技能の回復／獲得に焦点をあてた SST (Social Skills Training) に関する報告が中心であり、その他の認知行動療法の実践・研究はいまだ乏しい。また、攻撃行動のマネジメント（②）は再犯防止に関係が深いと考えられるが、我が国では医療観察法下での患者の治療の実践が始まったばかりであり、試行錯誤段階にあるといえる。

本報告書では、日本における医療観察法対象者のうち、主に統合失調症患者に対する認知行動療法プログラムの開発に向け、「Ⅰ 統合失調症患者への認知行動療法」「Ⅱ 英国の司法精神科病棟における再犯防止に向けた治療プログラム」「Ⅲ 指定入院医療機関における再犯防止のための心理プログラムへの提案」の 3 部構成で報告する。

I 統合失調症患者への認知行動療法について

本章では、まず現在までに完了している主要な「統合失調症への認知行動療法」の効果研究から得られたエビデンスを臨床現場に還元しやすい項目毎にまとめ、次に具体的治療技法について紹介したあと、認知行動療法の介入研究の方法論について概説する。

1. 「統合失調症への認知行動療法」の効果

「統合失調症への認知行動療法 (Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis: 以下に CBTp)」とひとくちに言っても、実際の介入内容は個別の臨床家や臨床家グループによって幅があるのが普通である。しかしながら、効果研究をする際には、基本的な介入内容の再現性を担保することが必要であり、実際、治療プロトコルを作成して使用するのが通常である。用語の混乱を避けるために、本章では、Jones (2004) (1)に倣い、以下の基準をみたす治療法を CBTp とみなしている。

表1 統合失調症の認知行動療法の構成要素 (Jones, 2004)

-
- | |
|--|
| 1) 患者が、自分の思考・感情・行動の間のつながりを、ターゲット症状との関連で理解できるようになるような働きかけ。 |
| 2) 患者がターゲット症状にまつわる誤った解釈、非合理的な信念や推論、偏った推論を修正するようになるような働きかけ。 |
| 3) 以下のうち1つ、または両方の働きかけ:
①患者がターゲット症状に関連した自分の思考、感情、行動のモニタリングをするようになる
②ターゲット症状に対しての対処方法が増強される。 |
-

現在までに 20 以上の無作為割付対照試験が行われており、その成果は数々の総説にまとめられている(2-8)。以下にはその要点をまとめる。なお、本レビューには、包括的介入パッケージのごく一部に CBT を含む介入研究は含まれていない。

A. 介入時期 (慢性期、急性期、前駆期、再発予防)

慢性期

投薬治療抵抗性の残遺精神病症状に対する心理社会的介入として試行されたという歴史的経緯もあり、CBTp の無作為割付対照試験 (RCT) の多くは、慢性の統合失調症患者を対象に実施されてきた。その結果、慢性の統合失調症患者に対しては、標準的な精神科的治療に加えて CBTp を実施することで、持続性の精神病症状 (陽性症状、陰性症状) の軽減に効果があり、しかもその効果は、治療終了後も最長 2 年程度維持されとの研究結果が蓄積されてきた(9)。

CBTp を支持療法など、その他の心理療法と比較した研究における知見は混合している。Tarrier(10)や Durham(11)は CBTp を支持療法と比較した結果、治療終結時の陽性症状改善

度 CBT pの方が大きいものの統計的な有意差ではなく、フォローアップによれば時間経過とともに差が無くなっていった。一方、Sensky(12)らは、CBT pを Befriending と比較し、治療終了時に両療法間に差はないが、CBT p群の治療効果は、フォローアップ期間中も維持され、結果的に治療効果が消退する Befriending 群よりも症状得点が良くなることを見出した。しかしながら、これらの研究では、基本的に同じ治療者が、患者の割付群に応じて、2種の治療アプローチを使い分けているため、介入方法にコンタミネーションが起きてないとは言いきれず、解釈が難しい。

よって慢性期の陽性症状・陰性症状については、CBT pの有効性は示されているが、CBT pのどの構成要素が有効なのかについては、要素研究が待たれるといえる。

急性期

急性期については、いまだ研究が多いとはいえない。初期の急性期への CBT p 介入研究は、Drury ら (1996ab, 2000) (13-15)によって実施された。回復までの期間が標準治療群に比べて 25-50%早くなり、精神病症状も有意に減少することを示した。効果量も 0.93 と高かったが、この研究には、症状測定がブラインドでない、CBT 群は家族介入も受けていた、などの問題点があったため、Haddock ら (1999) (16)は、研究デザインを改善し、急性期患者に対する CBT p 適用の効果を調べた。その結果、CBT p 群は標準治療群に比べ再発までの期間、再発率、入院日数においていずれも低い値を示したが、統計学的に有意な結果までは得られなかった。その後、急性期の CBT p 介入については、Study of Cognitive Reality Alignment Therapy in Schizophrenia (SoCRATES - Lewis et al., 2002) (17)が実施された。この研究では 309 人の急性期患者 (80%が初発エピソード) を、CBT p 群、支持療法群、標準治療群に割り付けて比較した。その結果、CBT p 群及び支持療法群で標準治療群に比べ、有意に精神病症状の改善が見られた。しかしながら、CBT 群と支持療法群の間に効果の有意差はなかったことから、症状改善の効果が治療アプローチに非特異的な面接による注意効果 (attention effect) である可能性を否定することは出来ない。

このように、急性期の CBT p 介入については、「実施が可能であること」、「ある程度、治療初期の回復速度を速める可能性がある」、「標準治療よりは、症状改善効果がある」ことが示唆されている。

前駆期

近年、CBT が統合失調症の発症予防に効果があるかに関心が高まっている。統合失調症発症のハイリスク群に対し、レスペリドン服用と CBT 介入をすることで、発症時期を遅らせることを示唆する McGorry ら (2002) (18)の研究に引き続き、Morrison ら (2004) (19)は、58 人のハイリスク患者を対象として、6 ヶ月間の CBT 介入の効果を調べる RCT を実施した。その結果、12 ヶ月フォローアップ期間中、CBT 群では有意に統合失調症の発症率が低く、PANSS によって測定された精神病性症状スコアも低く、かつ抗精神病薬を処方されるに至る率も低くなることが示された。現在、この研究を追試するための大規模 RCT がマンチェスター大学にて始まっており、5 年後には結果が出る予定である。

再発予防

これまで行われてきた CBTp の効果研究のうち、再発に焦点をあてた研究は二つある。Bach&Hayes (2002) (20)は、ACT (Acceptance and Commitment Therapy) を入院患者に実施し、4ヶ月間のフォローアップ期間中の再発率が標準治療群では40%であるのに対し、CBT群では20%になることを見いだした。また Gumley (2003) (21)は、最初に5回のCBT介入を提供した後、患者が再発の注意サインを示した時点でさらにCBT介入を提供するという方法を用いた結果、12ヶ月間での再発率が対照群では36%であるのに対し、CBT群では14%になることを示した。このように、再発に焦点化した研究では、有意な効果が見られているが、他の CBT p RCT のフォローアップ結果をメタ分析結果からは、CBT p が治療中、治療後12ヶ月、治療後1-2年において有意に再発率を下げるという結果は見られていない (NICE 2003) (22)。但し、治療期間別に見ると、3ヶ月以上の CBTp 介入では、より短期の介入に比べてその後の再発率を下げる可能性が示唆されている (NICE 2003)。

再発率を下げるためには、より長期の CBT p 介入を行った上で、再発防止に特化した CBT 内容を再発リスクが高まった時点での提供するシステムを確立することが必要であることを示していると考えられる。

B. ターゲット症状（陽性症状、陰性症状、重複診断、自尊心、攻撃性）

陽性症状・陰性症状

前述したように、CBT p が陽性症状及び、陰性症状の軽減に効果があるらしいことのエビデンスは蓄積されてきた。陽性症状の中でも、幻聴に関しては、CBT p は支持療法などその他の精神療法に比べても特に効果があるらしいことが示唆されている (Tarrier, 2001) (23)。

重複診断

精神科の現場においては、重複診断患者に対する心理社会的ニーズが高く、効果的な CBT 介入方法の模索が行われている。

① 統合失調症と物質使用障害

Barrowclough らは (2001) (24)、統合失調症に加えて物質乱用／依存の診断を持つ患者に対し、家族介入および動機付け面接法を組み入れた CBTp を実施し、標準治療群と比較して効果を検討した。その結果、治療開始から12ヶ月フォローアップ時点では、CBT群は標準治療群に比べて、general functioning が有意に高く、かつ陽性症状の減少と、物質使用をしない日数が増加することが示された。しかしながら、この研究では、家族介入が同時に実施されているため、動機付け面接法を含む CBT p 介入の効果を取出してみることが難しく、患者が家族と連絡可能な者に限られていることから、現在、動機付け面接を含む CBT p の効果だけをみることを目的とした大規模 RCT がマンチェスター大学 d 4 で進行中であり、2009年に完了予定である。

② 統合失調症と社会不安障害

Halperin ら (2000) (25) は、20 人の統合失調症患者を無作為に社会不安障害の集団 CBT 群と、ウェイトニング・リストコントロール群に割り付け、社会不安、気分、QOL を比較したところ、CBT 群は、コントロール群に比べ有意な改善をみせたことを報告している。この研究は、Kingspeg ら (2005) (26) によっても追試され、同様の結果が得られた。

③ その他の重複診断

対照群を用いた研究ではないが、統合失調症患者の不安障害 (Good, 2002) (27) やパニック障害 (Hofmann, G., 2000) (28) についての予備的研究も行われており、認知行動療法の可能性を示唆している。

自尊心

低自尊心は被害妄想の形成にも関連している可能性があり、また、統合失調症を発症した結果として社会的偏見などの影響から生じるとも言われている。Hall & Tarrier (2003) (29) は、低自尊心の統合失調症患者に対して CBT p を実施し、自尊心、精神病症状、社会的機能が、介入の 3 ヶ月後、12 ヶ月後に標準治療群に比べて改善が見られることを示した。

攻撃性

PICASSO (Psychological interventions for coping with anger in schizophrenia: study of options) は暴力の既往のある統合失調症患者 (入院 & 外来) に対する CBT 介入研究であり、結果はいまだ未公表であるが、予備的結果についての報告が行われている。この研究では、77 人の対象者を CBT 群と社会活動療法群に割付、25 セッションの介入を行った後、結果を比較した。どちらの介入群も治療終了時及びフォローアップ時点で PANSS スコアが改善しており、群間に有意差はなかったが、下位項目で見ると、CBT 群は妄想スコアが社会活動療法群に比べて有意に改善していた。怒り及び攻撃性については、病院スタッフからの評価によれば、治療終了時も、フォローアップ時点でも改善が見られた。

C. 介入様式(集団、個別)

CBT p の RCT においてはしばしば、CBT に熟練した心理士が CBT p 専門家のトレーニングを受けた後にスーパーバイズを受けながら介入を行っており、その結果を持って、一般の精神科臨床現場にすぐに実施可能ではないことが指摘されている。事実、近年の CBT p の RCT において、支持療法などその他の精神療法との介入効果の有意差を出せないのは、CBT p 提供者がもはや初期の頃のような、介入を開発したエキスパート自らでなく、介入研究用にトレーニングを受けた治療者から成るからではないかとの指摘があるくらいである。このような理由もあって、マニュアル化がしやすく、その意味で再現性が高いと考えられる集団形式の CBT p へのニーズが高まってきた。さらに、臨床現場においては、人的資源の限界から、CBT p の効果研究で採用されているような週 1 回程度の介入は難しい施設が多く、その意味からも集団療法へのニーズは高い。

これまでの RCT は、Drury ら(14)の研究を除けば、基本的に個人療法によって CBT p を提供しており、集団療法についての無作為割付試験は始まったばかりである。Wykes (2005) (30)は、幻聴のある統合失調症患者を集団 CBT p 群と標準治療群に割り付け、社会的機能と幻聴に対する効果を検討した。その結果、社会的機能については集団 CBT 群においてより改善が見られたものの、幻聴に対しては標準治療群に比べて有意な改善は見られなかった。しかしながら、下位分析の結果、グループ効果が大きく、熟練した CBT 治療者が実施している集団 CBT においては、幻聴も減少していることが示されたため、集団 CBT p の効果が否定されるとも言い難いが、やはり臨床現場の実施には治療者のトレーニングが課題であることが示されている。

D. 介入期間・頻度

2002年にPillingがNICEガイドライン作成のために行ったメタ分析結果(22)によれば、10回以下で3ヶ月以下で実施された場合、うつ状態の改善には有効であるが、精神病症状には影響がないことが有意に示されている。一方、10回以上の介入を6ヶ月間以上提供した場合、フォローアップ期間終了時の全般的精神症状(BPRS、CPRSスコア)が、対照群(標準治療または支持療法など)に比べて低得点になる傾向を示すエビデンスがある。

まとめ

このように統合失調症に対する認知行動療法については、1990年代より主にイギリスにおいて効果検討研究が相次ぎ、有効性についてのエビデンスが蓄積されてきた。2002年にはイギリスNICE(National Institute for Clinical Excellence)統合失調症ガイドラインにおいて、家族介入と並んで、統合失調症に対する心理社会的治療の第一選択肢として推奨された。現在の研究の動向はむしろ、「重複診断に対する認知行動療法の開発と効果検討」、「発症予防」、「いかにして治療現場にこの治療技法を広げていくか」、「一般精神科以外の領域への拡大(司法精神科領域など)」と多方向に広がっていることが分かる。

2. 治療技法について

マンチェスターモデルによる CBT p

1980年代後半から、ほぼ同時期に、イギリスの異なるいくつかの臨床家グループによって、統合失調症の認知行動療法が開発された。いずれも1980年代にそれまでもっぱら感情障害の心理療法として用いられてきた認知行動療法が、他の精神科的障害へとその適用を広げていった結果として、統合失調症へも適用を試行されるようになったといえる。

マンチェスターでは、CBT p はコーピング方略増強アプローチとして発展した。下敷きになったのは、統合失調症患者の多くが、幻覚・妄想への対処のために対処法略を自ら獲得しているという実証的研究である。さらに、患者が症状発現にいたる詳細なアセスメント(ケース・フォーミュレーション)法を確立することにより、治療的介入を患者と協働し

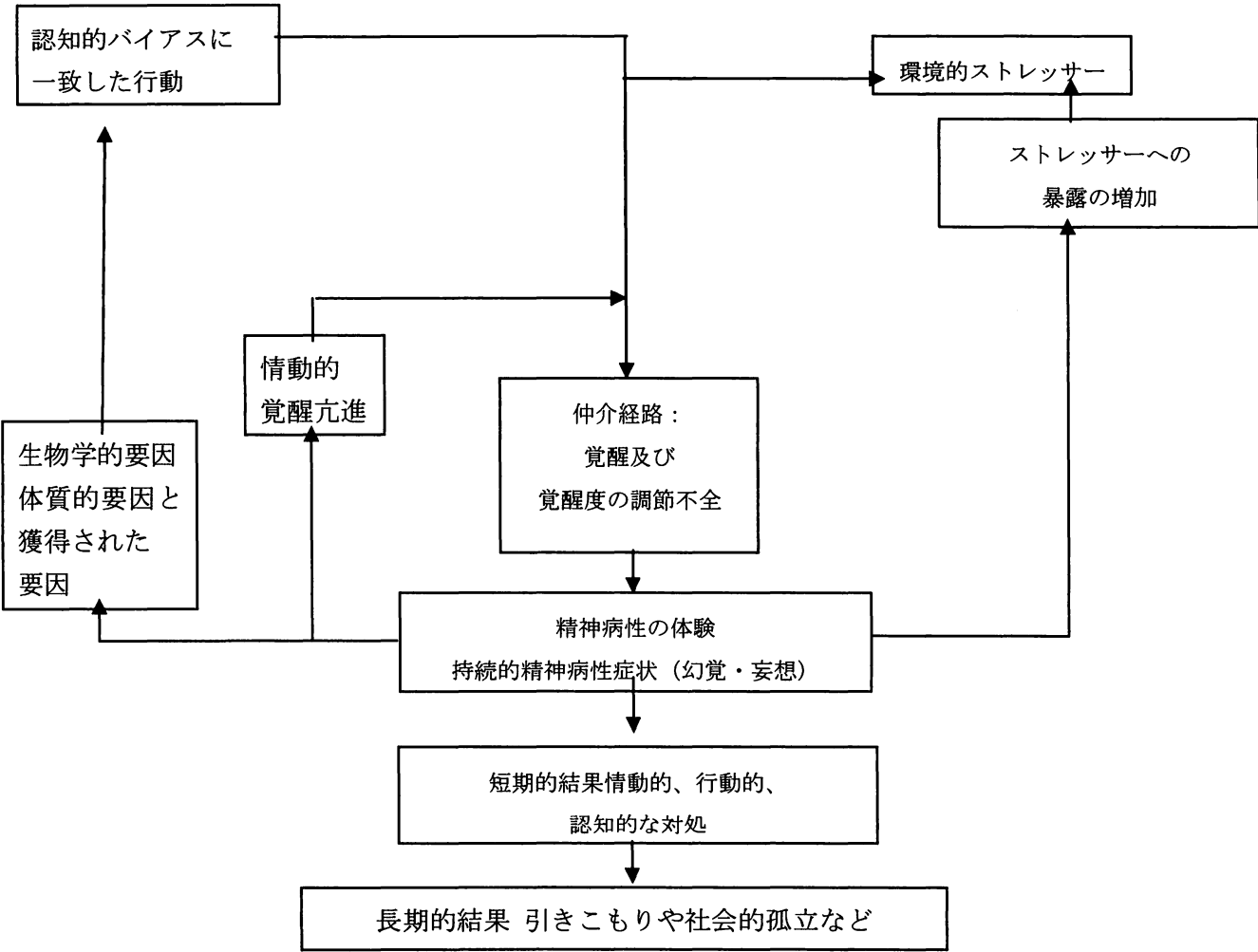
て計画することが可能になった。コーピング方略増強アプローチの目的は、患者自身が自分の精神病性症状ないしそこから生じる苦痛に対して対処するための認知的方略、行動学的方略を獲得することにある。

筆者は面接テープやビデオの視聴、面接の陪席を通じて、マンチェスターモデルに基づく介入の実際を調査する機会を得たので、以下に概説する。

マンチェスターモデルの臨床モデル

マンチェスターモデルの CBT p 治療を導く臨床モデルを図 1 に示した。このモデルでは、幻覚や妄想などの精神病症状の体験は内的・外的要因の相互作用から生じるとされる。内的要因は生物学的なこともあれば、心理的な場合もあり、先天的なこともあれば、後天的に獲得されることもある。このような内的要因が、精神病性障害に対する個人の脆弱性を高め、その状態で環境的なストレス（過労、孤立、対人関係上の問題など）にさらされることで、発症のリスクはさらに高まる。このような内的要因と外的要因の相互作用は、精

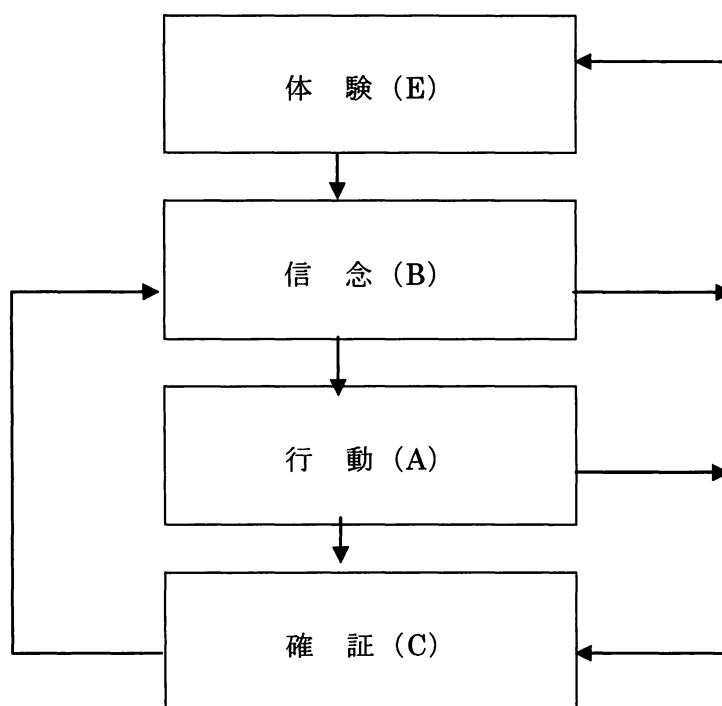
図 1 精神病症状の発現と維持についての臨床モデル（Tarrier CBT p モデルより）



精神病性障害の発症だけでなく、その維持にも関連している。外的情報の処理の機能不全が過覚醒とあいまって知覚や思考が障害され、その状況下で個人が自分の体験を解釈しようとするため、熟慮というよりは、いきおい反応的とならざるを得ない。この解釈に従って情動的、行動的な反応が生じ、これが個人にフィードバックされるうちに症状が強化・維持されていく。

このようにして、精神病体験が機能不全な信念につながり、信念に従って行動することで謝った解釈が訂正されなくなる。このようなサイクルは EBAC サイクル (Experience-Belief-Action-Confirmation サイクル: 体験－信念－行動－確証サイクル) と呼ぶことが出来る (図 2)。EBAC サイクルがあることにより機能不全な信念や行動が強化され、症状が維持されると言える。つまり、患者の問題の発現と維持にかかわる先に図 1 に示したような全体像の中に、EBAC サイクルのような強化・維持サイクルが内在していると捉えることが出来る。

図 2 体験－信念－行動－確証サイクル (Tarrier CBT p モデルより)



マンチェスターモデルによる CBT p の流れ

マンチェスターモデルによる CBT p の流れは、典型的には以下ようになる。

- ① 治療導入
- ② アセスメント
- ③ 患者と協働作業によるケース・フォーミュレーション
- ④ ターゲット症状／問題の同定、
- ⑤ コーピング方略増強法、
- ⑥ 再発予防

この中で、マンチェスターモデルに特徴的なのは、コーピング方略の獲得／増強に強調点がおかれている点である。妄想を含む信念の修正もコーピングの一つとみなされる。

コーピング方略トレーニングの特徴

- 1) 問題に対する、健常で一般的な対処法に強調点がおかれている。
- 2) コーピング方略を身につけることが回復プロセスの一部であると位置付けられる。
- 3) 過剰学習、シミュレーション、ロール・プレイを通して系統的に学習が行われる
- 4) コーピング方略は、組み合わせて使用することも可能である。一つの流れをつくるように組み合わせ、現実場面での使用につなげていくことが出来る。
- 5) 治癒をもたらす媒体としてではなく、持続的な問題に対して、過去とは異なる新しい反応セットを獲得し、これが対処法として機能できるようにすることが原理である。
- 6) 認知的コーピング方略の場合は、まずはその認知の内容を声に出して発語することから始め、徐々に声量を減らし、最終的にはその認知が「患者の内的コントロール下にある思考」という形態をとれるようにする。
- 7) 遂行機能を改善させる
- 8) 段階的学習または段階的リハーサルを通じて、認知的・行動的コーピング方略を身につける。
- 9) 体験の再評価、再帰属の機会を提供する。

コーピング方略の例

コーピングに際しては、認知行動療法的技法のどのようなものでも使われうるが、CBT p において比較的使用頻度が高いのは以下の技法である。

a) 注意の切り替え attention switching

まず、治療者の合図のあとに注意を肯定的イメージに切り替える練習を行う。徐々に、患者自身に合図から注意の切り替えまでを行えるように面接中に練習してもらう。妄想な

り幻聴なり、症状が発現したら注意を切り替える練習を面接中、そして徐々に現実場面において練習してもらう。

b) 注意の狭窄化 attention narrowing

特定の事物に視点を定める、視線を下げるなどして、視野に入る刺激を意図的に減らす。

c) 自己教示 modified self-statements and internal dialogue

自動化している機能不全の思考を同定し、修正的で適応的な自己教示を選ぶ。その上で、合図（例：幻聴に気付いたら手を挙げるなど）のあとにまずは声に出して自己教示することを面接中に練習する。その後、徐々に合図のあと、内心で自己教示できるように練習してもらう。

d) 再解釈 re-attribution

症状など、ターゲットとする体験に対する別の解釈を面接中に考えてもらう。そして、現実生活の中でその体験が生じたら、考えた「別の解釈」を考えてもらう。別の解釈を考えることで、苦痛レベルが下がるなどしたら、そのことを「無力感」や「声の全能性」に対する反証として利用する。

e) 自己モニタリング awareness training

陽性症状の始まりに即座に気付くことが出来るように練習する。たとえば、治療者が患者の演技指導のもとで、幻聴を実演し、その「声」が聞こえてきたら即座に合図する（例：手を挙げる）などの練習を行う。

f) 覚醒低減技法 de-arousing techniques

複雑な練習を必要とするものでなく、患者が日常的に取り入れられるものについて、まずは面接内で練習する。最初は治療者が誘導し、徐々に患者自身で開始できるようにする。静かに座ること、呼吸法、簡単なリラクセーションなどがある。

g) 活動レベルを上げる increased activity level

幻聴などの陽性症状は、患者が一人で座るなど動かない時に生じやすい傾向がある。そこで、症状発現時にあらかじめ取り組める活動を計画しておくことが役に立つ。症状は、不安など、一般的な精神症状でもよい。たとえば、恐怖を感じ始めたら「散歩する」「本を読む」など比較的準備なくその場で始められる活動を計画しており。

h) 社会的相互作用の調節 social engagement and disengagement

患者が日常生活の中で、自分の耐性に合わせて、社会的相互作用の刺激量を微調節する方法を身につけることによって、結果的に、社会的相互作用から来る刺激に圧倒されることがなく耐性自体を高めていくことが出来る。

- ・ 社会的相互作用刺激量の低減例

短時間部屋を離れる、短時間自分から会話に参加するのを控えて静かにその人の輪の中に身を置く、視線を下げ気味にして視野に入る刺激を減らす

- ・ 社会的相互作用の増やし方例

患者自らが対人接触をすることだけでなく、対人相互作用に貢献するようなスキルを SST など身につけることも役に立つ。

i) 信念の修正 belief modification

患者は、自らの信念について、その根拠を検証し、別の解釈も検討してみることで、結果的により適切な信念へと修正していく方法を学ぶことが出来る。方法としては、その他の認知行動療法とかわるものではないが、統合失調症患者では、性急にせず時間をかけて行うことが必要である。最終的には、患者が非適応的思考（妄想など）が生じても、その場で信念修正を自ら出来るようになることが肝要である。

j) 現実検討と行動実験 reality testing and behavioural experiments

信念の検証のための強力な方法は、現実の中でそれを何らかの行動をもってためてみることである。患者はまず自分の信念が何であるかを同定し（例：「食べないことによって攻撃を避けている」）、これと競合するような予測を立て（「食べても攻撃はされない」）実際に行動によって試してみる。患者の生活の中で、不適切な信念のために、何らかの回避行動が生じている場合には、回避をやめることが行動実験課題になることがある。

コーピング方略増強法

コーピング方略は、注意のような認知的プロセスをコントロールするための単純で直接的な方法にはじまり、認知の内容を修正するようなより複雑で自己調節的な方法へと時間をかけて増強されていく。しばしば、いくつかのコーピング方略が組み合わせられ、症状による苦痛を緩和し、自己効力感も高めることにより、現実検討をすすめるための行動実験を試みる余裕を患者にもたらす効果を持つ。

3. 研究方法論について

統合失調症の認知行動療法のエビデンスが積み重ねられてきたのは、無作為割付対照試験（Randomized Controlled Study: RCT）が数多く行われてきたからに他ならない。無作為割付対照試験が最も多く行われているのは、治験など薬剤の効果検討の領域においてである。しかしながら、薬剤効果の RCT の方法論には、そのまま心理療法の RCT に使用できない部分もあることが分かっている。そこで、ここでは、特定の心理療法の治療の効果を検討するための RCT の基本的方法論について、概説する。

なぜ事例報告の蓄積ではエビデンスにならないのか

まず、なぜ、心理療法の効果検討において、数多くの事例報告の蓄積ではエビデンスとして不十分なのかを整理しておきたい。理由は大きく4つに分けられる。

第1の理由は、「多くの精神科障害は自発的に状態が改善するから」である。つまり、時間経過の中でおきた回復を治療効果とみなしてしまう危険性がある。

第2の理由は、「平均への回帰現象」が見られるからである。精神科障害の多くは、良くなったり悪くなったりと波があることが多い。しかしながら、患者が治療を受けるのは、もっぱら調子の悪いときである。すると、障害の自然経過として、治療の内容が回復を積極的に阻害するものでない限り、状態は改善するが、臨床家はこれを治療効果とみなしてしまう危険性がある。

第3の理由は「治療の非特異的效果」であり、この中には「偽薬効果」を含むことがある。誰かに関心を示し、耳を傾け、注意を傾け、何かしてもらえないかと期待させることは、それ自体で治療的介入になるということである。それ故、カリスマ性のある医師の患者が回復しているのは、実は治療法の効果ではなく、医師の人柄の効果かもしれないのである。

第4の理由は「選択バイアス」の影響を免れないからということである。特定の心理療法を提案した場合、全ての患者がそれを受け入れるわけではなく、参加を決める者は、特定の特徴を持つ者である可能性が高い。例えば、治療意欲が高いなどである。その結果、治療に参加した者は、もしかしたらその治療の有無に関わらず予後の良い者なのかもしれないのだ。

なぜ無作為割付比較対照試験が重要なのか

上記の1～4の理由のうち、1 & 2については、対照群を用いた研究デザインによって克服することが出来る。3についても、「治療の非特異的效果」を持つ別の治療法との比較デザインにすることにより、対応が可能だ。1－3全てに対応するためには、介入群、標準治療群、対照群（無介入）の3群比較デザインにすることも出来る。しかしながら、第4の選択バイアスの回避のためには、無作為割付をすることが必要となる。無作為割付によって、交絡要因が割付群のそれぞれに均等に分配されるが、その利点は、あらかじめ分かっていた交絡要因だけでなく、気がついていなかった交絡要因まで分配されるということである。

無作為割付比較対照試験は、自発回復や時間経過、非特異的治療効果、選択バイアスの全てについてコントロールした上での治療効果検討になるため、当然のことながら、事例報告や無作為割付けせずにコントロール群を用いた比較試験に比べると、治療の有効性を示すことは難しくなる。しかし、それ故に治療効果のエビデンスを示すための Gold Standard であるとみなされている。

心理療法の無作為割付比較対照試験の方法論 1

これまで、治療効果検討のための RCT の質を測るための尺度の多くは、生物医学的治療、

あるいは薬剤治療の研究を対象としたものが多かったため、心理療法の RCT の質を測定するには、不十分な傾向があった。そこで、Tarrier&Wykes (2004) (3)は、RCT 報告のガイドラインである CONSORT Statement から関連する項目を抽出し、かつ、心理士、精神科医、統計学者、方法論研究者からの意見を聴取して、心理療法の RCT の質を測定するための臨床試験評価尺度 Clinical Trials Assessment Measure (CTAM)を開発した (表 2)。

表 2 臨床試験評価尺度 (CTAM) (Tarrier & Wykes, 2004)

Clinical Trials Assessment Measure (CTAM)
標本－2つの検討項目：最大得点＝10
1) その標本は便宜的標本か（2点）あるいは地理学的コホートか（5点）、または高度に選択された標本か、例えばボランティア（0点） 便宜的標本－診療所の通院患者、紹介された患者、 地理学的コホート－ある特定地理学的エリアに在住の全ての患者
2) 標本サイズがそれぞれの治療グループにおいて 27 人以上の参加者であるか(5点)、あるいは適切な統計的パワーの計算に基づいて参加者数が決定され、かつ、算出経過が説明されているか（5点）
割り付け－3つの検討項目：最大得点＝16
3) 治療グループに対して真の無作為割付または最小化割付がなされているか（なされていれば 10 点）
4) 無作為化の過程が記述されているか（3点）
5) 無作為化の過程が試験調査チームから独立して実施されているか（3点）
評価（主なアウトカムに対して）－5つの検討項目：最大得点＝32
6) 評価がセラピストではなく、独立した評価者によって実施されているか（10点）
7) 標準化された尺度を標準的な方法で使用して症状を評価する場合（6点）、独自の評価法を用いて症状を評価する場合（3点）
8) 評価は、治療グループの割付についてブラインドの状態で行われているか(盲検)（10点）
9) 評価者のブラインド化の手法が十分に記述されているか（3点）
10) 評価者が実際にブラインドであったかどうかを確認されているか（3点）
対照群－1つの検討項目：最大得点＝16
11-a) TAU（通常治療群）が対照群である（6点）、
11-b) 非特異的効果をコントロールするような対照群を用いている、または、他の確立されたあるいは信頼性のある治療が対照群を用いている（10点）（11-a と 11-b を共に充たす場合も 10 点）
分析－2つの検討項目：最大得点＝15
12) 分析が研究デザインとアウトカムの種類に対して適切であるか（5点）
13) 分析が無作為に割付られた群の参加者全員を含むように行われているか（割付重視分析とも呼ばれる）（6点）、ドロップアウト率が 15%を超えている場合、脱落

理由が調べられ、欠損値の処理が適切に行われているか（4点）

検討の対象となる治療－3つの検討項目：最大得点＝11

14) 治療が十分に説明されており（3点）、かつ、治療プロトコルあるいはマニュアルが使われている（3点）

15) 治療プロトコルへの忠実度、あるいは治療の質が評価されているか（5点）

以上の基準のいずれも満たしていない場合＝0 総得点：最大得点＝100

Tarrier らが過去の CBT p の効果検討研究に CTAM を適用したところ、これまで生物医学的治療の研究で言われてきたのと同様、方法論が頑健でない（CTAM スコアが低い）研究ほど、治療の有効性が過大に示される傾向があった。測定者のブラインド化の有無で比較したところ、ブラインド化が行われていない研究では、ブラインド化されている研究に比べて、効果量が 50-100% 高く出るという結果であった。

以上を鑑みると、たとえメタ分析などで少数事例研究の効果を総合して検討することが出来たとしても、それぞれの研究の質が貧困であればエビデンスとしては弱いということになる。たとえばそのような多数の少数事例研究のメタ分析の結果、効果量が高いということであれば、次の段階では望むらくは、対象者数が充分で、研究方法としても質の高い RCT を重ねることで、最も頑健なエビデンスを得られると言えよう。

心理療法の無作為割付比較対照試験の方法論 2

心理療法の RCT が薬剤治験と最も異なるのは 1) ブラインド化と 2) 治療のフィデリティ確保である。マンチェスター大学にて多施設共同研究で行われている認知行動療法の無作為割付比較対照試験を見学する機会があったので、上記 2 点についての方法論を記載する。

ブラインド化

薬剤治験の場合、ブラインド化にはシングル・ブラインド（患者は自分がどの割付群の治療薬をのんでいるのか知らない）、ダブル・ブラインド（患者も治療者もどの治療薬を使っているのか知らない）、トリプル・ブラインド（患者も治療者も効果測定者もどの治療薬を使っているのか知らない）がありうる。しかし、心理療法の場合、臨床家／治療者が自分のやっている治療を「知らない」でいるということは不可能であり、そのため RCT ではシングル・ブラインドレベルが採用されるのが通常である。但し、心理療法の RCT におけるシングル・ブラインドでは、薬剤治験の場合と異なり、割付群を知らないのは患者ではなく、治療効果を測定する者たちである（Blind assessment）。アセスメントのブラインド化のための工夫はいくつかある。

① 効果測定要員とその他のトライアル・スタッフの部屋を分ける。

効果測定要員は、その他のスタッフのいるメインエリアとは入り口の異なる部屋を与えられ、メインエリアへの出入りは禁じられている。理由は、トライアル・セラピストたちが

対象患者について話すのを聞くことで、特定の患者の割付群が明らかになるのを防ぐためである。

② 患者情報の交換はトライアル・マネージャーを通じて行われる。

例えば患者の状態像が悪化して暴力リスクが高まった場合、その情報はトライアル・セラピストからトライアル・マネージャーに伝えられ、トライアル・マネージャーから測定要員に伝えられる。そのような情報は、トライアル・セラピストだけでなく、地域精神科看護師やその他の関係者から入ることもあるため、測定要員はその患者が特定のトライアル・セラピストの担当であることを知らされずに必要な情報を得ることが出来る。

③ 患者には、研究参加の同意をえる段階で、トライアル中は自分の受けている治療について、測定要員に話さないことに同意してもらう。

④ マルチプル・コーディング・システム

患者情報は、ID で管理される。例えば2群比較デザインの場合、仮に ID 番号を「割付群（1桁）通し番号（3桁）」としたとする。その場合、割付群に相当する数字が2種類（1,2 など）しかないとする、測定要員はアセスメントシートに記載された ID の冒頭から「1 から始まるこの患者は**群に違いない」とたった1例についてでも偶然に知ることにより、その後、効果測定をする患者全ての割付群について分かってしまい、ブラインド化が崩れてしまう。このような状況を防ぐため、割付情報はいくつかの数字をあて、数字と割付群の対応をつけにくくしてある。

⑤ ブラインド化の確認

測定の終了後、測定要員に面接した患者の割付群をあててもらい、一致率が偶然以上でないことを確認する。このやり方については、薬剤治験で副作用情報から割付群が知られてしまう可能性同様、精神状態その他の改善から割付群が知られてしまう可能性が指摘されている。しかし実際には、患者間の個人差が大きいと、改善・悪化情報による手がかりがマスクされ、過去の Tarrier らの研究においては、偶然以上の一致率で割付群が正しく推測されたことはない。

治療のフィデリティの確保

特定の治療的介入がなされていることを長期にわたって確保することは簡単ではない。心理療法の RCT で、フィデリティ確保のためにいくつかの方法がとられる。

① 治療プロトコルの利用

RCT のためには、いくつかのプロトコルが利用されるが、治療プロトコルは介入内容について詳細に記載したものである。治療の総回数、治療のステージ（治療関係確立期、治療期、再発予防期など）、使用する治療技法などについて記載される。生物医学的治療手技

に比べると、心理療法はマニュアル化が難しいため、治療プロトコルは治療の有効（と考えられる）要素が確実に提供されることを目的とした原則集であると言える。

② 熟練したトライアル・セラピストの活用

例えば、統合失調症の認知行動療法の RCT の場合であれば、認知行動療法家として認定されたセラピストがリクルートされる。大規模 RCT の場合、トライアル期間中は、トライアル・セラピストとしての業務に専念できるよう雇用されることもある（National Health Service に勤務する心理士の場合、一定期間契約によって RCT に専念し、期間終了後に NHS に戻るかたちをとる。NHS との雇用が切れるわけではない）。専門性のあるセラピストをリクルートした上で、彼らに基本的トレーニングを行い、3 ヶ月程度、RCT の包含基準を満たす患者にその治療法を提供してもらい、スーパービジョンによって、技能の安定化をはかる。当然のことながら、この時期にみた患者は RCT 対象者には含まない。

③ 面接の録音とアドヒアランス測定

介入群でも対照群でも、患者の同意を得た上で、全ての面接が録音される。録音テープはランダムに選択され、1)一定の有効要素を含んでいるかどうか、特定の尺度（例：統合失調症の認知行動療法なら CTS-psy など）に沿って確認される。2)また、トライアルに参加していない臨床家が、治療プロトコルを理解した後に録音テープを聞き、テープを治療群と対照群に正しく分類できるかを確認する。心理療法の場合、「非特異的有効要素」が大きいため、「治療に特異的異な有効要素」の存在を確認する作業が必要となる。

④ スーパービジョン

トライアル・セラピストは週 1 回、面接テープをもとにスーパービジョンを受ける。また、ピア・スーパービジョンも週 1 回行われる。目的は、治療の技能を高め、安定化させるだけでなく、いかに治療内容をセラピスト間で標準化させるかにもおかれている。例えば、治療最後に本人と一緒に作成する文書の書式を標準化するための議論がなされる。

⑥ 面接記録

各回の面接記録の中には、セラピスト本人が、「数値化されている治療ステージのどこにあたるか」、「列挙されている治療要素のうち、どの部分を面接で使用したか」を記載する欄がある。このような記録法により、セラピスト自ら治療プロトコルの遵守についてのフィードバックを自分にかけることが出来るようになっている。

II 司法精神科病棟における統合失調症の治療プログラム

1. 症状と他害行為の関連について

統合失調症を含む精神病性障害への罹患によって、率は低いながら、他害リスクが高まることは、これまでの諸外国の大規模な疫学研究（Epidemiologic Catchment Area Study）

(31)や、出生コホート研究 (Stockholm Metropolitan Study) (32)、患者コホート研究 (MacArther Violence Risk Assessment Study) (33)などで確認されてきた。しかしながらその精神病性障害と他害行為の関連の仕方については、単純ではない。例えば、対照群の設定と、明細化した研究デザインで知られる米国の MacArther 研究では、急性期精神科病棟から退院した 1136 名の患者を退院後 1 年間にわたって、10 週間毎にインタビューして追跡した。その結果、物質乱用をしない患者の他害行為率は、対照群と変わらないことが分かった。しかし、物質乱用率は患者群においてより高率だったのである。物質乱用の影響で、退院後 20 週目までの他害行為率が患者群で高まったが、20 週以降は対照群と変わらなくなった。患者による他害行為の 86%は家族または友人に向けられていた。このように、他害行為に対する重複診断（特に物質乱用障害）は大きく、他害行為の生じたコンテキストの理解の重要性が示唆される。

では、既に他害行為をなした、あるいは他害行為リスクが高いとされる統合失調症に限って、症状と他害行為の関連はどうなっているのか。

妄想症状の存在は他害行為発現に関連しているとする研究はいくつもある。たとえば Taylor (1985) (34)は、精神病性障害をもつ刑務所収監者において、47%が犯行が精神病性の症状、多くは妄想、に動機づけられていたことを見いだした。

幻聴については、統合失調症では命令幻聴に従った結果として他害行為をなすと思われる傾向があるが、実際のエビデンスは、一貫していない。命令幻聴の有無で患者を比較し、両群の他害傾向に違いはないとする研究もあれば (Zisook et al., 1995) (35)、命令幻聴の内容は暴力的であり、司法精神科患者の半数が無条件に従ったことを見いだした研究もある (Rogers et al. 1990) (36)。

より特徴的な症状に注目して、他害行為との関連を見いだしたのが Link と Stueve (1994) (37)である。彼らは Threat-control override (TCO) 理論の中で、精神病症状が他害行為につながるのは、症状が個人的な脅威に感じられ、自己コントロールを圧倒するほどに侵襲的に感じられたときであるとし、過去 1 年間の後ろ向き研究によって支持的なエビデンスを得た。しかし、TCO 症状でさえも、Swanson (1990) (31)らの ECA 研究において、物質乱用の変数を統制すると、他害行為との関連を失った。MacArther 研究でも、「怒り」変数を入れると有意な関連を失った。

一貫して他害行為との関連が見いだされているのは、物質乱用である。物質乱用と治療に対する非・遵守の組み合わせは、他害行為のリスクを高める(31)。

いわゆる症状ではないが、精神科患者において、他害行為と関連が見いだされているものに「怒り」がある(38)。怒り／攻撃性マネージメント介入の有効性は、これまでいくつかのメタ分析によって示されてきた。しかしながら、これまでの「怒り」マネージメント研究は、学生等を対象にしていることが多く、他害行為者や暴力的な対象者に対する実証的介入研究は少なかった。精神病性障害を持ち、怒りと攻撃性の問題を抱える患者に対する、認知行動療法的介入についての報告は、事例報告レベルにとどまっている。

以上のことから、他害行為をなした統合失調症患者の再他害防止を考える場合、扱わなければならないのは少なくとも「精神病症状」「怒り／攻撃性」「物質乱用」の3つのタ

ーゲット症状であることが示唆される。

2. 英国の司法精神科病棟における治療プログラム

上記3つのターゲット症状のうち、「精神病症状」については、本報告書Iに記述したCBTpを用いることが出来る。個人療法のCBTpについてはエビデンスが積み重ねられ、関連書籍も増え、ワークショップなどトレーニングの機会も増えて来ている。集団療法についても、研究結果は一貫していないが、効果を示す研究が今後増えていく可能性もある。しかしながら、「物質乱用」や「怒り／攻撃性」のCBTpについては、まだ研究が始まったばかりであり、関連文献もトレーニング機会も少ない。このような現状のもと、実際の司法精神科病棟の心理士たちが、上記3つのターゲット症状をいかに扱っているのかについて調べるために、心理担当者と連絡の取れた病棟（ブロードモア病院、セント・ベルナル病院、オックスフォードクリニック）を訪ね、「どのような治療アプローチを行っているのか」を尋ねた（表3）。結果については、いずれの施設においても、ごく一部の心理士にインタビューを行ったに過ぎないので、あくまで参考程度にとどめたい。

個人療法について

新たに設置されたブロードモアのDSPD病棟を除くと、3施設で全患者が個人心理療法を受けている病棟はなかった。入院当初のアセスメントに基づき、ケアチームによって特に個人療法が必要とされた患者だけが、場合に応じて短期～長期の個人療法を受けていた。個人療法を受ける患者の割合について、明確に把握している者はいなかったが、1名が「約50%」と推測していた。具体的な一見すると合理的なようであるが、実際には必要な患者全員に個人療法を行うだけの人員が足りていないということであった。しかも、人格障害者病棟や性犯罪者病棟の患者に対して個人療法が行われるため、仮に個人療法を受ける割合が50%だとしても、統合失調症患者だけに限ってみると、さらに少ない可能性が考えられた。個人療法アプローチは心理士によって多様であり、「統合失調症の認知行動療法」については、個人的にトレーニングを受けた者および効果検討のための無作為割付比較対照試験にトライアル・セラピストとして参加した者は比較的積極的に行っていたが、その他の者は「エビデンスがあるのは知っているが、（トレーニングも受けていないので）積極的には行っていない」ということであった。

集団心理療法について

いずれの医療機関でも、集団心理療法は積極的に行われていた。

精神病性症状へのCBTpアプローチについては、いずれの施設においても、先行研究を検討した結果から独自に開発したプログラムを使用していた。実施に際しては、プログラムはいずれの施設においてもマニュアルを作成した上で行われていた。表4にブロードモア病院における統合失調症の集団認知行動療法のマニュアルの構成を示した。現段階では、どのグループも効果のエビデンスに基づいて行っているわけではなく、試行段階にあるといえる。但し、ブロードモアでは、Elizabeth Kuipersら研究者が関わり、対照群を設

けた効果検討に着手したとのことであった。

物質乱用グループについては、ブロードモアとセント・ベルナールでは、基本的に Marlatt(39)らの再発防止アプローチに基づいたグループを行っていた。オックスフォード・クリニックでは、物質乱用障害への個人 CBT につなげる前段階として、動機付け面接法の技法を援用したグループを行っているとのことであった。

怒り・攻撃性マネジメントについては、3機関共に、共通する傾向が見られた。犯罪を犯す者は、向社会的な問題解決スキルが欠損しているという前提に基づき、適宜、思考

表 3 司法精神科病棟における集団心理療法の例

病院名	Broadmoor	St. Bernard's	Oxford Clinic
病院種類	高度保安病院	中等度・低度保安病院	中等度・低度保安病棟
所属トラスト	West London Mental Health	West London Mental Health	Oxfordshire Mental Health
病床数	約320+70 (DSPD病棟)	約340床	90床
インタビュー日 (人数)	2006年2月27日 (2人)	2006年1月9日 (2人)	2006年2月2日 (2人)
入院 集団心理療法名	<u>思考技能促進グループ (ETS)</u> 統合失調の認知行動療法グループ 性犯罪者グループ (SOTP) 放火グループ 弁証法的行動療法 (DBT) <u>CALM (予定)</u> 物質乱用グループ 家族Awareness Group 退院前グループ 疾患心理教育 偏見グループ☆ 殺人者グループ☆ 暴力グループ☆	<u>思考技能促進グループ (ETS)</u> 統合失調の認知行動療法グループ 性犯罪者グループ (GLP) 放火グループ 弁証法的行動療法 (DBT) <u>攻撃性マネージメント (CALM検討中)</u> 物質乱用グループ (この他にOTによる、サイコドラマ、アート・セラピーなどもある)	<u>CALM (予定)</u> 不安マネージメント 物質乱用グループ 自己主張トレーニング 自尊感情グループ 性犯罪者グループ (SOTP) 陽性症状グループ <u>思考技能促進グループ (ETS)</u> (その時入院している患者のニーズの高いプログラムを実施しているので、全てが一時期に実施されているわけではなく、必要に応じて開発もする)。

☆：力動的アプローチ (☆以外は CBT)

下線：怒り／攻撃性マネージメント・プログラム

DSPD：Dangerous and Severe Personality Disorder

ETS：Enhanced Thinking Skills、CALM：Controlling Anger and Learning to Manage it Program、SOTP：Sex Offender Treatment Programme

DBT：Dialectical Behaviour Therapy、GLP:Good Lives Project

表 4 ブロードモア病院における統合失調症の集団認知行動療法の構成

モジュール 1 導入と治療の準備
「ウォーミングアップ」「グループ・ルール」「統合失調症の診断について」
「統合失調症の心理学的モデルについて」「病識とは」「治療の準備」
「自己効力感」「個人的目標」
モジュール 2 個人の分析と「統合失調症」の分析
「自分について」「これまでの人生」「統合失調症の経過について」
「私の前駆期」「私の寛解期／回復期」「私が再発するかもしれない時期」
「再発の注意サイン」「統合失調症をもって生きる」
モジュール 3 陽性症状について理解し、対処する
「陽性症状への介入のレベル」「レベル 1：陽性症状に気づき、調べ、観察する」
「レベル 2：伴うストレスを減らす。対処法増強法と行動的症状マネジメント」
「レベル 3：心理教育、心理学的モデル、疑念をさしはさむ」
「レベル 4：周辺から検証する」「レベル 5：症状の修正」
「レベル 6：スキーマへの介入」
モジュール 4 精神健康を高める
「対人関係を効果的に出来るようになる」「問題解決」「問題解決の実践」
「対人関係スキル」「目標設定」「ストレスに対処する」「陰性症状への対処」
「服薬」
モジュール 5 まとめ
「自分の進歩を評価する」「モニタリング用紙の検討」「目的と目標の検討」
「統合失調症の病期の検討」「保護要因の検討」「未来に向けて」

技能促進グループ（ETS）を提供していた。そして、特に怒り／攻撃性に特化したアプローチとしては、ブロードモアおよびセントベルナルでは独自に開発したグループを行いつつも、CALM の導入を検討中であった。オックスフォード・クリニックでは、インタビューした時点では完全に CALM へと移行中であった。同時期に CALM 移行についての検討が始まっていたのには理由がある。

英国内の刑務所では Offending Service Programmes Unit（OBPU）を通じて様々なプログラム（Offending Behaviours Programmes: OBP）が提供されている。提供されるプログラムの多くは、Correctional Services Accreditation Panel（CSAP）によって公認されたものであることが多い。資料 1 に記載されているプログラムのうち、CSAP 公認のプログラムは、ETS、SOTP、CALM である。CSAP は、公認プログラムをトレーニングを受けない者が行うことを厳格に禁止している。ETS、SOTP については既に司法精神科に取り入れられてきたが、CALM については、近年になって、心理技術者（Clinical Psychologist や Nurse

Therapist) なども受講可能なトレーニングが増えてきたため、現場への取り入れが進み始めた。司法精神科病棟は基本的に National Health Service に属しているため、提供する治療は Evidence-based であることが前提になっている。しかしながら、司法精神科におけるこうしたプログラムの再犯防止に対するエビデンスは存在していないため、矯正領域で再犯防止効果の検討(情報は基本的に Home Office 内部の機関誌に掲載される)がされているプログラムをとりいれるという傾向があるらしい。実際の取り入れ方については、ETS に陪席する機会があったが、やはり精神科患者向けにペースを落としたり、内容を省いたりしてアレンジして使用していた。

CALM については、著作権およびトレーニングを受けていない者の使用が制限されている。内容について調査し、かつ、日本における実施の可能性を公式に得るために、筆者自身トレーニングに参加して修了したため、プログラムの概要を表 5 に示した。

表 5 Controlling Anger and Learning to Manage it Program (CALM) の概要

対象	怒りのコントロールに問題があり、暴力歴のある男性
目的	情動コントロール技能の獲得により攻撃行動を減少させること
回数	24 回 (週 1～5 回)
時間	各回 2 時間
人数	4-10 人
構造	集団認知行動療法
構成	1) 導入 「怒りと攻撃性について」「怒りと攻撃性の長所短所分析」 2) 覚醒のマネージメント 「覚醒度モニタリング」「覚醒のひきがね」「思考停止法」「タイムアウト」 3) 思考パターン 「怒りと攻撃における思考の役割」「知覚について」 「自動思考」「問題解決モデル」 4) 自己主張／コミュニケーション 「効果的コミュニケーションのための土台作り」「壊れたレコード技法」「霧戦法」 「負の自己主張法」「負の疑問法」 5) その他の感情 「感情を名付けて測定する」「抑うつと嫉妬」「不安に対処する」 「快適な感情に対処する」 6) 再発予防 「基本原則」「ハイリスク状況」「リハーサル」「再発免疫訓練」

まとめ

インタビューを行った医療機関に限っていえば、人格障害者病棟では個人療法と集団療法が並行していたが、その他の司法精神科病棟では心理学的介入はもっぱら集団療法によって提供されていた。他害行為をなした統合失調症患者の多くは、人格障害者病棟には入院していないため、受けている心理治療は集団療法に偏っている可能性があった。エビデンスの確立しつつある「統合失調症の認知行動療法」の実践はまだ十分に広まっていなかった。

活用されている集団療法については、司法精神科における実証研究がいまだ不足しているとの認識から、研究者と組んで介入前後のデータ収集を積極的に行っていた。さらに RCT レベルの研究を全体として促進させようとの動きがあり、大学との連携を促すネットワーク部署をおいてトライアル参加希望者の募集を行ったり、National Forensic Mental Health R&D Programme（1996 年設立）といったネットワークを組み、研究助成を行っている。その結果、個人療法についても病棟内で介入効果研究がいくつか進行しているが、問題は研究終了後にその介入が現場に定着するかどうかにある。特に、個人療法の場合は、RCT によって効果が示されたとしても、今のままでは必要な患者全員に提供することが困難であるという現状があった。

Ⅲ 指定入院医療機関における再犯防止心理プログラムへの提案

プログラムの満たすべき条件

再他害行為防止プログラムについては、先行研究に対する様々なメタ分析研究から、McGuire と Priestley(40)が、有効なプログラムのための 6 原則を同定した（表 6）。

1) リスク分類の法則

再他害リスクの程度に応じた介入が望ましい。つまりリスクの高い者は、低い者よりも集中的な介入を受ける必要がある。

2) 犯罪学的ニーズの原則

再他害防止を介入目標とする場合は、対象者の持つニーズの中で、他害行為に最も関連する部分を優先して取り扱う必要がある。指標
犯罪を取り扱うことは重要である。

3) 応答性の原則

介入様式が対象者の学習スタイルに合っていることが重要である。他害行為者の多くでは、授業形式のプログラムよりも、より参加型の形式が合っているとされる。

4) 地域ベースの原則

McGuire は地域の中で実施されているプログラムの有効性の方が施設内よりも効果が高い傾向があるとしている。生活状況の中でのプログラムの方が般化しやすい傾向は理解できるが、実際は対象者の違い（退院／出所できる状態かいなか）の問題もあり、解釈は難しい。実践的には、施設内でだけでなく、地域で生活するようになってからも何らかの形

でプログラムを提供できる仕組みが望ましいと考えられる。

5) 治療様式の原則

効果的なプログラムは、①マルチモーダル（対象者の問題を幅広く捉えて扱う）、②内容が技能獲得型である、③認知行動療法的方法論を利用している。

6) プログラムの統合性 integrity の原則

使用される方法論が目標に直結している、スタッフが十分にトレーニングを受けている、プログラムのモニタリングと効果測定の方法が定まっており実施されている、などの各要素が充たされ、統合されていることが重要である。

表 6 有効な再被害防止プログラムのガイドライン (McGuire, 1995)

-
- 1) リスク分類の法則 (Risk classification)
 - 2) 犯罪学的ニーズの原則 (Criminogenic needs)
 - 3) 応答性の原則 (Responsivity)
 - 4) 地域ベースの原則 (Community base)
 - 5) 治療様式の原則 (Treatment modality)
 - 6) プログラムの統合性の原則 (Programme integrity)
-

プログラムの提供方法について 1－集団療法 vs 個人療法

被害行為を行った統合失調症患者は、集団として均質ではない。発症以前から被害行為傾向のあった患者もいれば、発症後に始まった者、対象行為以外には被害行為歴の無い者と多様である。このような患者に対して、どのような認知行動療法の提供方法が最も適しているかを考える必要がある。

認知行動療法の提供方法には、集団プログラムと、個人療法があるが、それぞれに長所／短所があり（表 7）。また、患者によって合う／合わない（学習スタイル、対人不安など理由は多様）がある。実施可能で柔軟な治療を提供するためには、集団療法と個人療法を組み合わせることが現実的である。組み合わせによって、患者ニーズに対応し、治療集中度を調節し、限られた人的資源の中でのサービス提供が可能となる。

集団療法は、より技能獲得的・体験的な内容に向いた様式であり、問題解決スキルの獲得や、再発予防などに使われる。個人療法のプロセスの一要素となる可能性のある「内省」のための思考スキルを育てる一助ともなる。しかしながら、一人一人の患者の個別的フォーミュレーションを集団で行うことは困難であり、フォーミュレーションに基づいた対処行動の増強や、病的／非合理的信念の検証作業も集団では不可能である。

現段階で統合失調症への認知行動療法の効果の十分なエビデンスがあるのは、個人療法である。よって再被害行為防止のためには、集団療法によって治療に必要な内的資源の回復・育成をはかりつつ、既に陽性症状へのエビデンスが確示されている CBTp の枠組みの中で、ケース・フォーミュレーションの際に暴力や物質乱用も症状の一つとして含めた治療アプローチを行うことになると考えられる。

表 7 認知行動療法の提供様式別の特徴

	集団療法	個人療法
治療の内容		
個別性の高いフォーミュレーション	困難	可能
介入ペースの調節	困難	可能
社会学習理論*に基づく学習	可能	困難
臨床現場での実施可能性		
時間的効率性	高	低
マニュアルによる再現性	高	低～中
効果のエビデンス		
統合失調症への認知行動療法	あり（予備的研究）	あり（RCT多）
統合失調症患者の攻撃性へのCBT	実践報告	事例報告
統合失調症患者の物質乱用へのCBT	あり	あり

*Goldstein（1976）らによれば技能学習に最適な方法は pretraining・modelling・rehearsal・feedback によって達成される。

プログラムの提供方法について 2ー技能獲得型 vs 内省型

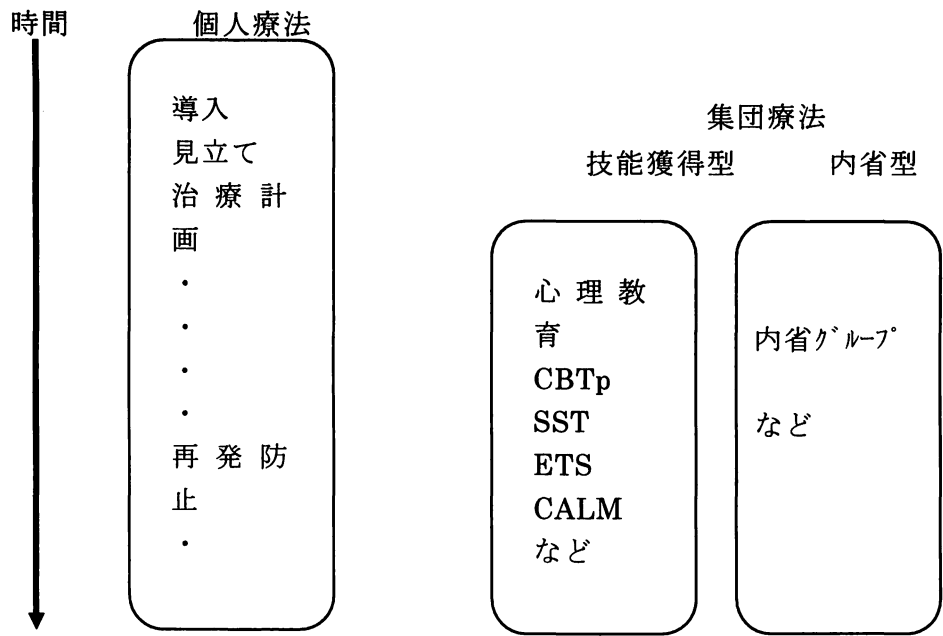
司法領域においては従来より、内省に重点を置いたプログラムが実施されてきている。方法的には、精神力動的な集団療法や、治療共同体の中における自助グループセッションであったりして、対照群をもうけた介入研究によるエビデンスが蓄積されているわけではないものの、現場の援助職が効果を実感しているという事例報告の蓄積により、現在も続けられている。

意識的な行動変容のためには、「変化する必要性の認識」、「変化したいという意思決定」、「変化のためのスキルを持っている」ことの3条件がそろう必要があると考えられる。このうち、内省型において難しいのが、「変化のためのスキルの獲得」であろう。逆に、認知行動療法的枠組みを用いたプログラムでは、スキルの獲得は可能でも、それまでの人生における出来事が自分に及ぼした影響の検討等、個別性の高い内省的なとり組みは難しい。この意味で、認知行動療法の枠組みを用いたプログラムは技能獲得型と呼ぶことが出来よう。指定入院医療機関における再犯防止プログラムでは、技能獲得型と内省型の両タイプの治療プログラムが用意されていることが望ましいと考えられる。

司法心理療法の構造

個人療法と集団療法を組み合わせ、かつ、技能獲得型の枠組みと内省重視型の枠組みを併存させるためには、心理的介入を3軸で考え、プログラムを準備することが柔軟性が高いと考えられる（図3）。

図 3 司法心理療法の構造（案）



プログラム略称： CBTp (CBT for Psychosis) 、 SST (Social Skills Training)
ETS (Enhanced Thinking Skills) 、 CALM (Controlling Anger and Learning to Manage it)

では、このような3軸の心理プログラムを用意することで、どこまで先に挙げた「有効な再他害行為防止プログラムのガイドライン」を満たすことが出来るのか。

1) リスク分類の法則

再他害リスク高い対象者については、3軸全てのプログラムからのインプットが望ましいと考えられ、リスクが低い者は、本人の学習スタイルに応じて、より必要性の高い種類の介入に焦点をあてることになる。

2) 犯罪学的ニーズの原則

個人療法の中で指標対象行為の詳細なフォーミュレーションをすることが可能であり、さらに、治療計画作成の中で明らかになった、問題解決技能の欠損などについては技能獲得型の治療プログラムを利用できる。社会的技能に問題が無い者であれば、より内省を重視したとりくみを集団でも個別でも行っていくことが出来る。

3) 応答性の原則

学習スタイルに応じて、プログラムを選択することが可能である。

4) 地域ベースの原則

地域で3軸のプログラム全てが用意されることを望むのは現実的ではない。入院時に3軸の組み合わせによる治療を受けた者が、地域生活の中では、実際に提供されているプログラムに参加することで、治療効果の強化・維持をはかるようにすることになるであろう。

5) 治療様式の原則

マルチモーダル性、技能獲得型であること、認知行動療法的方法論の利用については、技能獲得型の集団療法がこれをみたす。

6) プログラムの統合性 integrity の原則

どのような治療プログラムであれ、もっとも担保が難しいのが、プログラムの統合性であると言われる。プログラム提供者のトレーニングだけでなく、持続的なスーパービジョン体制などを整えていく必要がある。

まとめ

本邦の医療観察法に基づく指定入院医療機関での心理療法の構造は、3軸で組むことがエビデンスにかなった最も柔軟な治療を提供することにつながると考えられた。なお、便宜的に「心理」療法としているが、指定入院医療機関における治療の提供は多職種連携のもとで行われている。このような全体枠の中で、各軸において必要なプログラムを開発し（例：技能獲得型療法の1種としての罪種別認知行動療法など）、効果検討を重ねていくことが望まれる。

< 謝辞 >

今回の調査に際し、ご支援頂きました財団法人日本リハビリテーション協会の皆さまに深く感謝申し上げます。

また、このような機会を与えてくださいました国立精神・神経センター司法精神医学研究部部長 吉川和男先生に感謝申し上げます。

そして、半年間、調査・視察・研修に多大な協力を賜りました、マンチェスター大学ニコラス・タリア教授、ジリアン・ハドック教授、クリスティン・バロウクロフ教授、リバプール大学ジェームズ・マグワイア教授、ウィリアム・セルウッド教授、ニューカッスル・アポン・タイン大学ダグラス・ターキントン教授、カーディフ大学パメラ・テイラー教授そしてブロードモア病院、セント・ベルナール病院、オックスフォード・クリニックその他の司法精神科の心理スタッフの皆さまに心より御礼と感謝を申し上げます。

2006 年 5 月

【参考・引用文献】

1. Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C: Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2004(4):CD000524
2. Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V: The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. Schizophr Res 2005; 77(1):1-9
3. Tarrier N, Wykes T: Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? Behav Res

Ther 2004; 42(12):1377-401

4. Tarrier N: Cognitive behaviour therapy for schizophrenia -- a review of development, evidence and implementation. *Psychother Psychosom* 2005; 74(3):136-44
5. Rector NA, Beck AT: Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189(5):278-87
6. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C: Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002; 32(5):763-82
7. Hodel B, Brenner HD: Cognitive therapy with schizophrenic patients: conceptual basis, present state, future directions. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 384:108-15
8. Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D: Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophr Res* 2001; 48(2-3):335-42
9. Tarrier N, Wittkowski A, Kinney C, McCarthy E, Morris J, Humphreys L: Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1999; 174:500-4
10. Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, Morris J: Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *Bmj* 1998; 317(7154):303-7
11. Durham RC, Guthrie M, Morton RV, Reid DA, Treliving LR, Fowler D, Macdonald RR: Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms. Results to 3-month follow-up. *Br J Psychiatry* 2003; 182:303-11
12. Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott JL, Scott J, Siddle R, O'Carroll M, Barnes TR: A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(2):165-72
13. Drury V, Birchwood M, Cochrane R, Macmillan F: Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 1996; 169(5):593-601
14. Drury V, Birchwood M, Cochrane R, Macmillan F: Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. II. Impact on recovery time. *Br J Psychiatry* 1996; 169(5):602-7
15. Drury V, Birchwood M, Cochrane R: Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. 3. Five-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2000; 177:8-14
16. Haddock G, Tarrier N, Morrison AP, Hopkins R, Drake R, Lewis S: A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34(5):254-8
17. Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D, Siddle R, Drake R, Everitt J, Leadley K, Benn A, Grazebrook K, Haley C, Akhtar S, Davies

- L, Palmer S, Faragher B, Dunn G: Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *Br J Psychiatry Suppl* 2002; 43:s91-7
18. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey S, Cosgrave EM, Germano D, Bravin J, McDonald T, Blair A, Adlard S, Jackson H: Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(10):921-8
 19. Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, Parker S, Bentall RP: Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004; 185:291-7
 20. Bach P, Hayes SC: The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(5):1129-39
 21. Gumley A, O'Grady M, McNay L, Reilly J, Power K, Norrie J: Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychol Med* 2003; 33(3):419-31
 22. NICE: Psychological interventions in the treatment and management of schizophrenia, National Institute of Clinical Excellence SP, 2003, pp 90-116
 23. Tarrier N, Kinney C, McCarthy E, Wittkowski A, Yusupoff L, Gledhill A, Morris J: Are some types of psychotic symptoms more responsive to CBT? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001; 29:45-55
 24. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R, Schofield N, McGovern J: Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158(10):1706-13
 25. Halperin S, Nathan P, Drummond P, Castle D: A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34(5):809-13
 26. Kingsep P, Nathan P, Castle D: Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophr Res* 2003; 63(1-2):121-9
 27. Good J: The effect of treatment of a comorbid anxiety disorder on psychotic symptoms in a patient with a diagnosis of schizophrenia: A case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2002; 30:347-350
 28. Hofmann SG, Bufka L, Brady S, Du Rand C, Goff DC: Cognitive-behavioural treatment of panic in patients with schizophrenia: Preliminary findings. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2000; 14:381-392
 29. Hall PL, Tarrier N: The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behav Res Ther* 2003; 41(3):317-32
 30. Wykes T, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D, Landau S:

- What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophr Res* 2005; 77(2-3):201-10
31. Swanson JW, Holzer CE, 3rd, Ganju VK, Jono RT: Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41(7):761-70
 32. Hodgins S: Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(6):476-83
 33. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E: Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(5):393-401
 34. Taylor PJ: Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry* 1985; 147:491-8
 35. Zisook S, Byrd D, Kuck J, Jeste DV: Command hallucinations in outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1995; 56(10):462-5
 36. Rogers R, Gillis JR, Turner RE, Frise-Smith T: The clinical presentation of command hallucinations in a forensic population. *Am J Psychiatry* 1990; 147(10):1304-7
 37. Link BG, Stueve A: Psychotic symptoms and the violent/illegal behaviour of mental patients compared to community controls, in *Violence and mental disorder*. Edited by Monahan J, Steadman HJ, University of Chicago Press 1994
 38. Novaco RW: *Anger as a factor for violence among the mentally disordered*. University of Chicago Press, 1994
 39. Marlatt A, Gordon JR: *Relapse Prevention: Maintenance and Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours*. Guilford Press, 1985
 40. McGuire J, Priestley P: *Reviewing 'What Works': Past, Present and Future* Chichester John Wiley & Sons, 1995

外国への研究委託事業

統合失調症および精神病性障害に対する認知行動療法：

マンチェスター・モデルに基づく精神病性障害に対する

認知行動療法マニュアル

ニコラス・タリア

マンチェスター大学 医学・人間科学学部

目次

1. 本書の概要と目的
2. 精神病に対する認知行動療法（CBTp）
 - 2.1 統合失調症と精神病のための CBT（CBTp）の開発
 - 2.2 CBTp に対するエビデンス
 - 2.3 背景と関連要素
 - 2.3.1 病期と治療目的との関係
 - 2.3.2 関連する特徴と障害
3. CBT の手順：マンチェスター・モデル
 - 3.1 臨床モデル：コーピングー回復モデル
 - 3.2 治療契約
 - 3.3 ケース・フォーミュレーションの目的と手続
 - 3.3.1 ケース・フォーミュレーションの ABC
 - 3.3.2 システムの機能不全
 - 3.3.3 歴史的背景と脆弱性
 - 3.3.4 ホメオスタシスー崩壊と回復
 - 3.4 査定：The Antecedent and Coping Interview（ACI）
 - 3.5 介入
 - 3.5.1 コーピング方略
 - 3.5.2 行動の修正か認知の修正か
 - 3.5.3 認知内容の修正か認知過程の修正か
4. 事例
 - 4.1 事例 1
 - 4.1.1 問題
 - 4.1.2 フォーミュレーションと介入
 - 4.2 事例 2
 - 4.2.1 問題
 - 4.2.2 フォーミュレーションと介入。

- 5. 自己価値の低さに対するコーピング
 - 5.1 低い自尊感情－共通の問題として－
 - 5.2 患者の自尊感情を改善する
 - 5.2.1 段階 1：認知的反応
 - 5.2.2 段階 2：情動的反応
- 特定の問題
- 6. 再発予防
 - 6.1 早期再発サインの特定
- 7. 臨床における問題と困難
 - 7.1 思考障害に挑むにあたっての典型的問題と克服戦略
 - 7.2 妄想に挑むにあたっての典型的問題と克服戦略
 - 7.3 難治の精神症状
 - 7.4 生活ストレス
 - 7.5 自殺と自傷のリスク
 - 7.6 重複診断：アルコールおよび物質使用の併発
- 8. 実施上の問題点
 - 8.1 セラピーの実施場所
 - 8.2 ホームワーク
 - 8.3 多機関の精神保健サービスにおける CBT

謝辞

1. 本書の概要と目的

本治療マニュアルの目的は、統合失調症やその他の精神病性障害の治療において認知行動療法（CBTp）を使用する際の手引きを提供することである。この治療アプローチは、CBTp マンチェスター・モデルとして、著者により、1980 年代後半からマンチェスターにて開発されてきたものである。

このマニュアルでは、読者が本治療法の根底をなす概念を理解できるよう、CBTp が開発された背景を説明している。また、本章および引き続く章において、読者の理解を助けるために臨床事例を提示した。エビデンスに関する記述は最小限にとどめ、詳細を学びたい読者のために参考文献を提示してある。障害の本質や関連する特徴については、それらが CBTp にどのような影響を与えるかについての説明と共に記述した。このマニュアルの主たる部分では、査定と治療に関する実際的な手引きを提示している。患者の精神病体験を理解するためのケース・フォーミュレーションによる査定について、そして個々の詳細な査定をいかにして戦略的な治療アプローチにつなげていくのかについて焦点をおいた。事例の考察や、起こりうる実際的な困難や臨床的困難に関する記述を通して、具体的な治療例を提示した。標準的な CBTp に加え、CBTp において重要な意味を持つと私が考えている自尊心の改善についての章も加えた。また、その他の臨床上の問題や、問題の解決法についての章も用意した（「特定の問題（6 章以降）」）。この認知行動療法は、臨床的マネジメントのためのニーズに基づいた包括的アプローチの一部として用いるものである。

2. 精神病性障害に対する認知行動療法（CBTp）

2.1 統合失調症と精神病のための CBT（CBTp）の開発

統合失調症のための CBT は、英国を中心に、多くの機関において開発され、それらは共通のテーマと原則を共有しつつも、様々な理論的・概念的観点を取り込んできた。不安障害や気分障害治療における 1980 年代・1990 年代の CBT の大きな発展は、統合失調症を心理学的観点から理解し治療しようとして取り組んでいた臨床心理士にも影響を与えた。これは、成人精神保健サービスにおいて様々な障害の治療を行い、異なる診断グループに治療方法を応用しながら臨床を行っていた英国の臨床心理士において特に顕著であった。

英国・マンチェスターでは、様々な資源を応用し、コーピングスキル・アプローチが開発された。まず、実証的研究によって、統合失調症を罹患している多くの患者が、幻覚や妄想に対処するためのコーピング方略を身につけていることが示された。次に、ターゲット行動を問題行動として同定し、異なった方法で反応できるようにするためにモニタリングを行なう自己制御に関する研究が多く行なわれた。このアプローチは、反応抑制、選択、そして実行を通して遂行機能のコントロールの強化を含むため、統合失調症に対して特に有用と考えられた。最後に、コーピング・アプローチの中心的技法である（その他のアプローチでも用いられるものであるが）ケース・フォーミュレーション・アプローチ（例 個々に合わせた詳細な査定を行なう）が精神病体験を理解するための手段として用いられるようになった。これによって、臨床家は、患者の精神病症状の決定因子の査定に基づいて治療方略が組み立てるようになった。コーピングスキル・アプローチの目的は、患者が精神病症状やそれによって生じる困難を低減する為に認知行動的方略を身につけられるようにする回復モデルと共通している。これにより、コーピングが嫌悪的な体験に対する正常な

反応であることを強調し、患者が治療に対する取り組みを強める手助けにすることができる。コーピング・アプローチの特徴と用いられる技法については、3.5 章で詳細に述べる。

統合失調症のための様々な CBTp モデルにおいて、多くの臨床的方略が共通している。具体的には、治療契約と治療関係の構築を重視すること、精神病体験（症状）を同定し、この体験に対する反応として生じる特定の環境的文脈における患者の認知、行動、そして感情の関係性を明らかにするケース・フォーミュレーションを用いた個別査定の実施、そして、このフォーミュレーション結果に基づき、精神病症状や関連する情緒的問題を低減する為に認知行動的技法を用いて介入を行うこと、が挙げられる。患者は、自らの症状を認識し、それをコントロールする方法を学ぶように教えられる（例 注意をそらしたり、別の説明を考えることによって幻聴をコントロールすることを学ぶ）。これは、通常、まずコーピング方略を細分化して一つ一つ学んでもらい、その後、それらを組み合わせることで全体的な方略を形作っていくことで可能となる。これらのコーピング方略を患者がきちんと実行できるようにするために、治療セッション中に、繰り返し学習の機会を設ける。こうしたコントロール技法を学ぶことで、患者が自分自身の幻聴に対して持っていたかもしれない“この声をコントロールすることはできない”、“この声は絶大な力をもっている”、もしくは“私はこの声に従わなくてはならない”といった信念に自ら挑戦できるようになるのである。このようにして、注意を始めとする基本的な心理的過程のコントロール方法を、注意の切り替えや気ばらしなどを通して学ぶことで、患者は、体験や症状に関する信念に挑戦することもまた学ぶこととなる。行動実験や現実検証もまた、妄想的信念をはじめとする不適切な信念が誤りであることを示すために用いられる。ここでは、不適切な信念を強化する回避や安全希求行動を同定することに特に焦点が当てられる。これらの行動を変えることは、信念や妄想を変化させる上で極めて効果的である。患者の行動変化は、自己教示や覚醒度を低減させるようなコーピング方略（呼吸法、簡易リラクセーション、誘導イメージや、肯定的な課題志向的内的対話 **positive task-oriented internal dialogue** など）を利用することによってより生じやすくなるかもしれない。治療抵抗性の事例の一部においては、患者は自分の妄想的信念に対して揺らぎようもない確信を持っており、その主観的体験の正当性を検証してみることも拒む場合がある。このような場合、臨床家は、症状そのものに焦点をあてるのをやめ、患者の感じている不快感の低減を治療目的として設定するようにしなくてはならない。これが上手くできない場合、患者の治療拒否につながりかねない。

既に自然に存在する証拠から臨床家によって行動実験や現実検証を通して意図的に示された証拠にいたるまで、何らかの矛盾する証拠があるにも関わらず、患者が妄想的信念に固執することはよくあることである。これらの妄想的解釈を弱める為に、治療者は、誘導による発見やソクラテス的質問法を通して、患者が出来事の説明に用いている証拠を再検討させ、妄想を弱めるために利用できる全ての機会を活用するようにする。矛盾する証拠をクイズのような、当惑したような物言いで指摘する“コロボ技法”として知られている技法を用い、患者自身に矛盾について説明してもらったり、新しい証拠と矛盾する証拠を照らし合わせて自らの説明を振り返ることができるようにすることが望ましい。妄想が強固な場合には、変化に時間がかかることがあるが、それでも妄想的信念は弱まりうるし、あるいは、一部のケースでは、妄想的解釈がそのまま残ったり再発することもあるものの、その重要性や困難度が大きく軽減することがある。例えば、著者の患者に、非敬で卑猥な

幻聴を経験している年輩の女性がいた。彼女は、自分の脳がトランスミッターの働きをしており、遠くの人にも聞こえるように自分のふしだらな思考を中継放送していると信じていた。彼女の主な社会的な関わりは、地元の教会とその教会のソーシャルクラブとの関係であった。ある日曜日、教会の礼拝時、彼女は声を聞き、その声に対する自分の思考が教会内の人々に大きな音で放送されていると確信した。彼女は屈辱感を感じ、強い恥辱の念にかられ教会を飛び出すと、それ以降は教会に行くことができなくなり、友達にも連絡をとることができなくなった。彼女は、自分が教会から追放されたと信じていた。その証拠について尋ねると、町で教会の仲間と会った際に完全に無視をされたと話し、その考えが恥辱感や自己嫌悪感を更に強化しているようであった。更に質問を進めると、それは舗道を歩いていた際、友達が少し離れたところを車で通り過ぎていったことがあると話してくれた。友達は、彼女に気づかなかった可能性が高いように思われた。そこで、この追放されたという考えを支える証拠に挑戦することとした。まず、彼女の状況解釈について検証するという治療目標につき同意を得た。教会に帰ると追い出されるという恐れが本当なら、実際に教会に戻ると嫌な対応をされるはずである。もしその恐怖が非合理的なものであれば、嫌な対応はされず、それどころか戻ってきたことを喜ばれるはずである。彼女は、教会に戻ることを考えると大変不安になったが、幻聴と不安に対処する方法を教え、教会に復帰してみることにした。すると、追い出されたり、無視されるどころか、温かく迎えられ、皆に心配されていたことを知り、驚いた。この体験により、他者に自分の思考が聞こえているという信念は大分弱まることとなった。数ヵ月後にこの出来事について尋ねてみたところ、彼女は今も他者に自分の考えが聞こえていると信じているものの、周囲の人はそれを気にする風でもなかったのも、自分も気にしなくなったというのであった！この事例では、過去の出来事に対する妄想的解釈は再び生じていたものの、もはや困難を生じさせたり、社会的機能を障害するようなことはなくなっていた。

患者の自尊感情や自己価値観を改善することにも重点を置いた。これは、もっとも新しく治療方法に加えられたものであるが、効果的であり、患者からの評判も良い。本マニュアルでは、まず症状の低減を行ない、その後に自尊感情を改善していくという実際の治療上の流れを反映し、症状の治療について述べた後に自尊感情の改善について述べている。しかし、治療開始時からこの自尊感情の改善に取り組んでいけない理由など全くなく、事例によってはそうすることが望ましい場合もある。

2.2 CBTp に対するエビデンス

多くの記述的レビューや系統的レビューが、CBTp が有意な臨床的利益を生じると結論づけている (Gould et al, 2001; Rector & Beck, 2001; Pilling et al, 2002; Tarrier & Wykes, 2004; Tarrier, 2005)。

エビデンスの多くは、慢性患者における残遺型の薬物抵抗性の症状に対する治療における CBTp の効用と有効性を支持している。急性統合失調症や再発予防の治療に対してはそれほど多くのエビデンスは示されていない。

2.3 背景と関連要素

2.3.1 病期と治療目的との関係

統合失調症は、生涯続くことが多く、いくつもの病期をもつ複雑な障害である。例えば、本格的な精神病性エピソードの前に生じる前駆期は、非特定の症状群、不安、うつ、いらだち、不眠、準精神病性体験（例 魔術的思考、妄想的感覚）といった症状によって特徴づけられる。前駆期は、精神病性エピソードに発展し、もっとも華々しい精神病性の症状がみられ、機能を著しく障害する。精神病性エピソードは、しばしば入院を含む集中的な対応を必要とする。急性精神病性エピソードの回復後には、寛解期もしくは部分寛解期となる。回復期や寛解期にも残遺症状が残ることは珍しくないが、中にはほとんど回復がみられない場合もある。障害の病期によって、治療目標や治療方略は異なる。例えば、前駆期には、完全な精神病性エピソードに移行することを予防することが目的となり、急性エピソード時には回復を早めることが、部分寛解期には残遺症状を減らし再発を予防すること、そして寛解期には患者の良好な状態を保つことが目的となる。CBT の内容も、これらの目的や CBT を用いる障害の病期によって異なってくる。例えば、精神病性エピソードのために入院したばかりの時期には、患者はしばしば不穏な状態にあり、苦しんだり、動揺したりしている。よって、治療セッションは基本的に短時間に区切り、それを頻繁に行なう。一方で、地域に暮らす慢性患者においては、治療セッションは通常の外来の形態で行なわれる。どのような場合でも、治療は患者の状態に合わせて個別に仕立てる。一部の例外を除く全てのケースにおいて、CBT は適切な抗精神病薬治療と併せて行なわれる。

2.3.2 関連する特徴と障害

統合失調症に対する CBT の結果をよりよいものにするためのもう一つの方法は、障害の症状のみに注目するのではなく、関連する特徴や同時に起こっているその他の要素にも注意をはらうことである。これは、注意のような基本的な心理的過程に対する障害の影響から、自殺のリスクのような臨床的な問題、更には社会的孤立や雇用機会の不足といった社会的問題まで様々な要素を含む。これら関連する特徴を、表 1 にまとめた。

表 1 統合失調症に関連する特徴：統合失調症の心理学的治療において査定すべき特徴と起こりうる困難

心理学的特徴

- ・ 障害された、もしくは遅滞した思考過程
- ・ 様々な情報の中から必要な情報を区別することにおける困難
- ・ 限局された注意
- ・ 社会的相互作用に対する過度の感受性
- ・ 社会的シグナルの処理困難
- ・ 平板で限局された感情
- ・ 過覚醒と、覚醒度の調節における障害
- ・ ストレスやライフイベントに対する過度の感受性
- ・ うつや絶望の高いリスク
- ・ トラウマの影響
- ・ ステイグマ
- ・ 低い自尊感情と自己価値観

- ・ 物質乱用及びアルコール乱用の高いリスク
- ・ 自殺と自傷の高いリスク
- ・ 障害の発症による通常の青年期及び成人期初期の発達の妨害

心理社会的特徴

- ・ 家族や対人環境（治療チームによって作られた環境も含む）に対する過度の感受性
- ・ 暴力を振るったり、暴力の被害者になるリスク

社会的特徴

- ・ 社会的孤立の状態
- ・ 貧しい住居
- ・ 社会的立場の下降
- ・ 非就労と望ましい就労を続けることにおける困難性
- ・ 限局された社会的ネットワーク
- ・ 精神科既往があるために生じるその他の社会資源利用の制限

重要なのは、これらの問題が生じ得ることを臨床家が前もって理解していることである。こうした問題のいくつかは、わかりやすく、短い言葉で、何度も繰り返しメッセージを伝えることで解決されうる（すなわち、対処方略の繰り返し学習）。患者が重要なポイントを継続して記録できるような簡単な‘ワークブック’を用いるなどして、わかりやすくポイントを書き出し、思い出せるようにすることも有用である。これは、あまり読まれることがなく、しばしば行方がわからなくなってしまうプリントを用いる方法よりも有用であることが多い。セッションの中身や時間を、患者の忍容性に合わせてバランスよく構築することが重要である。最初のうちは、セッションを短くしたり、患者がもう十分だと思った時には帰ることができるようにするのが望ましいであろう。治療における1対1の関係性はとてもストレスフルであり、初期のセッションでは、臨床家と一緒にいることによる社会的ストレスに慣れさせることだけを目的とすることもある。患者に、緊張や不安に対処する簡単な方略（簡易リラクセーションなど）を教えることは、患者を治療状況に慣れさせるのに役立ち、その場で注意を集中する具体的な課題として使うことができる。面接室の中にあるいくつかのものに短時間意識を集中させるといった簡単な注意集中課題は、患者の意識に対する余分な刺激の影響を減らすことに役立つかもしれない。また、強いストレス、うつ、もしくは自殺のリスクがある際に一般的にみられる言語的、非言語的てがかりについて、統合失調症をもつ人々はそれを与えてくれない場合があることを認識しておくことも重要である。感情が平板化していたり、不適切であるため、臨床家がリスクの重要なサインを見落とすことに繋がりがねないのである。これは、その患者の人となりと反応パターンを良く知り、精神状態を簡単に仮定しようとせず、そして、治療開始時より患者の生活や気分に変化が生じた際には治療者に知らせてくれるよう患者と約束しておくことによって、その一部を防ぐことができる。

残念なことに、社会的状況をはじめ、治療者には変化させることができないいくつかの問題に直面することがしばしばある。しかし、権利擁護者としての役割をとったり、患者が患者自身の状況を良くしようとする過程を援助し患者をエンパワーすることは、それ自体が重要なことである。最後に、治療者は非批判的なアプローチを用い、治療の進展が当

初考えていたよりもスローペースであってもイライラしないでいられるようにすることが重要である。統合失調症の症状には、患者を扱いにくい患者にしてしまう要素もあるが、治療者はこのことをあらかじめ認識し、辛抱強く対応できるようになる必要がある。

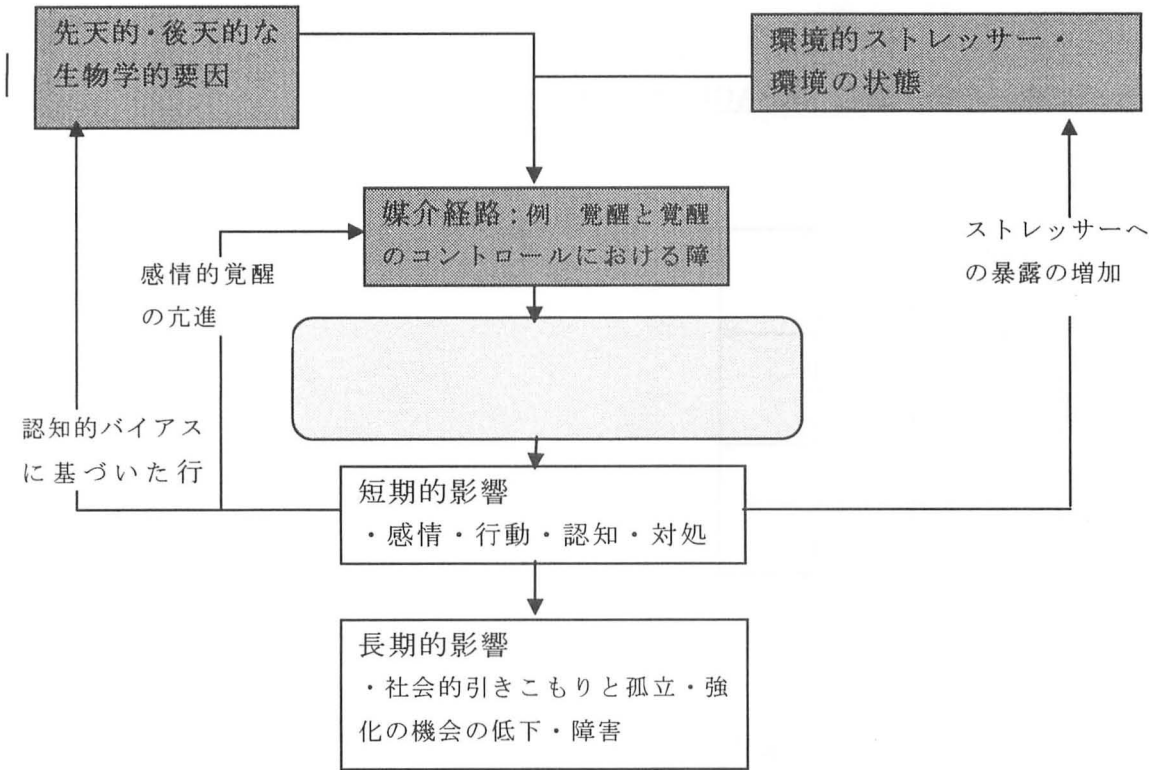
3. CBTの手順：マンチェスター・モデル

3.1 臨床モデル：コーピングー回復モデル

ここで述べるモデルは、著者によって開発されたものであるが、他のモデルと多くの共通点を有しており、この分野の臨床研究家達との関わりや話し合いによって強化されてきたものである。基本的な信条は、人生の様々な側面を大きく変化させてしまいうる永続的な疾病に患者自らが対処をし、治療者は患者が回復の過程を最大限にうまく進められるよう援助をするというリカバリー・モデルに拠ったものである。

治療を進める上での臨床モデルを図1に示した。本モデルでは、精神病症状、幻聴、妄想といった体験を、内的要因と外的要因のダイナミックな相互作用の産物と考える。内的要因は、生物学的なもののみならず、心理学的なものも含み、また、先天的なものでも、後天的なものでもありうる。例えば、遺伝要因は脳の生化学的機能や認知的能力に影響を与える場合がある。また、生物学的、及び心理学的障害は、認知的柔軟性の欠如や非適応的な態度の形成においてみられるように、後天的に生じうることもある。これらの内的要因は、個人の精神病に対する脆弱性を高め、ある種の対人環境や過度な要求がなされる環境のような環境ストレスへの暴露とあいまって、発病リスクを高める。この内的要因と外的要因の相互作用は、障害の発症と、症状の維持の双方において重要である。幻聴の発生源（すなわち、声がどこから聞こえてくるかに関する信念）のモニタリングや妄想にみられる確率的推論のような情報処理における障害は、覚醒システムとそのコントロールの障害とあいまって、精神病の特徴たる認知と思考の障害に至る。人はこのような体験に反応を示すが、これには、これらの体験を解釈し、意味づけをし、そしてその結果に反応するための1次的評価と2次的評価が含まれる。精神病体験に対して生じる1次的な反応は、感情、行動、そして認知的要素を含む多相的なものである。2次的効果としての、気分の低下、社会的状況における不安、そしてトラウマの影響なども、状況を複雑化する。

図 1：精神病症状の発症と持続の臨床モデル

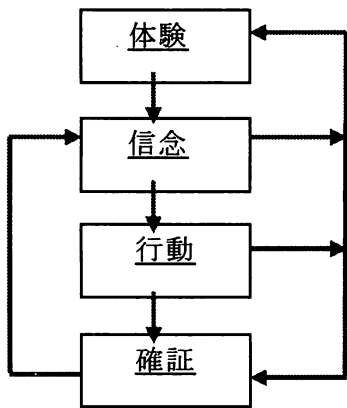


本モデルの重要な点は、精神病体験の評価と反応がいくつかのルートを通じてフィードバックし合い、精神病体験が維持され繰り返される可能性を高めている点である。例えば、脅す声を聞いたり、強い妄想感情を体験することに対する感情的反応として、不安や怒りが生じる可能性は高いだろう。不安感情でも怒り感情でも、覚醒度の持続的な亢進の直接的結果、もしくは障害された情報処理の非直接的な結果生じた自律神経系の覚醒亢進を伴い、精神病症状を生じやすくする。同じように、精神病症状に対する行動的反応は、環境ストレスへの暴露やトラウマのリスクを増加し（例 暴力に巻き込まれたり、危険な行動にふけったりする）、それによって精神病症状を持続させたり、増悪させたりする。例えば、妄想的思考は対人関係における衝突を引き起こしたり、さもなくば、社会的場面の回避や引きこもりにつながりうる。どちらの状況も症状発生の可能性を高めることが多い。対人関係における衝突は、被害妄想の証拠として解釈されることが多く、引きこもりや孤立は、これらの妄想的信念が誤りであることを知る機会を減じ、妄想をより強固に信じたり、確証的反すうを通じて怒りを強めたりすることにつながりうる。声や妄想的思考を妥当で真実性の高いものとして解釈してしまうことは、これらの信念に基づいた実際の行動を生み、現実評価において証拠を集めたり評価する際の確認バイアスにつながる。

精神病体験は、機能不全的な信念につながり、このような信念に従って行動する結果、確信を高めたり、反証を得ることに失敗することになる。これは、体験—信念—行動—確証サイクル (Experience-Belief-Action-Confirmation cycle: EBAC サイクル) と呼ばれる。このようなサイクルは、不適応的な信念や行動の強化を通して精神病体験を維持するものと考えられる。図 1 に示した包括的なモデルによって、どのようにして患者の問題が生じ、維持されるのかに関する全体像をみることができる。そしてこの全体モデルに埋め込まれ

た形で、EBAC サイクルのような特定の時間に結びついた出来事から構成されるマイクロ要素が包含されている（図 2 参照）。

図 2：体験—信念—行動—確証（EBAC）サイクル

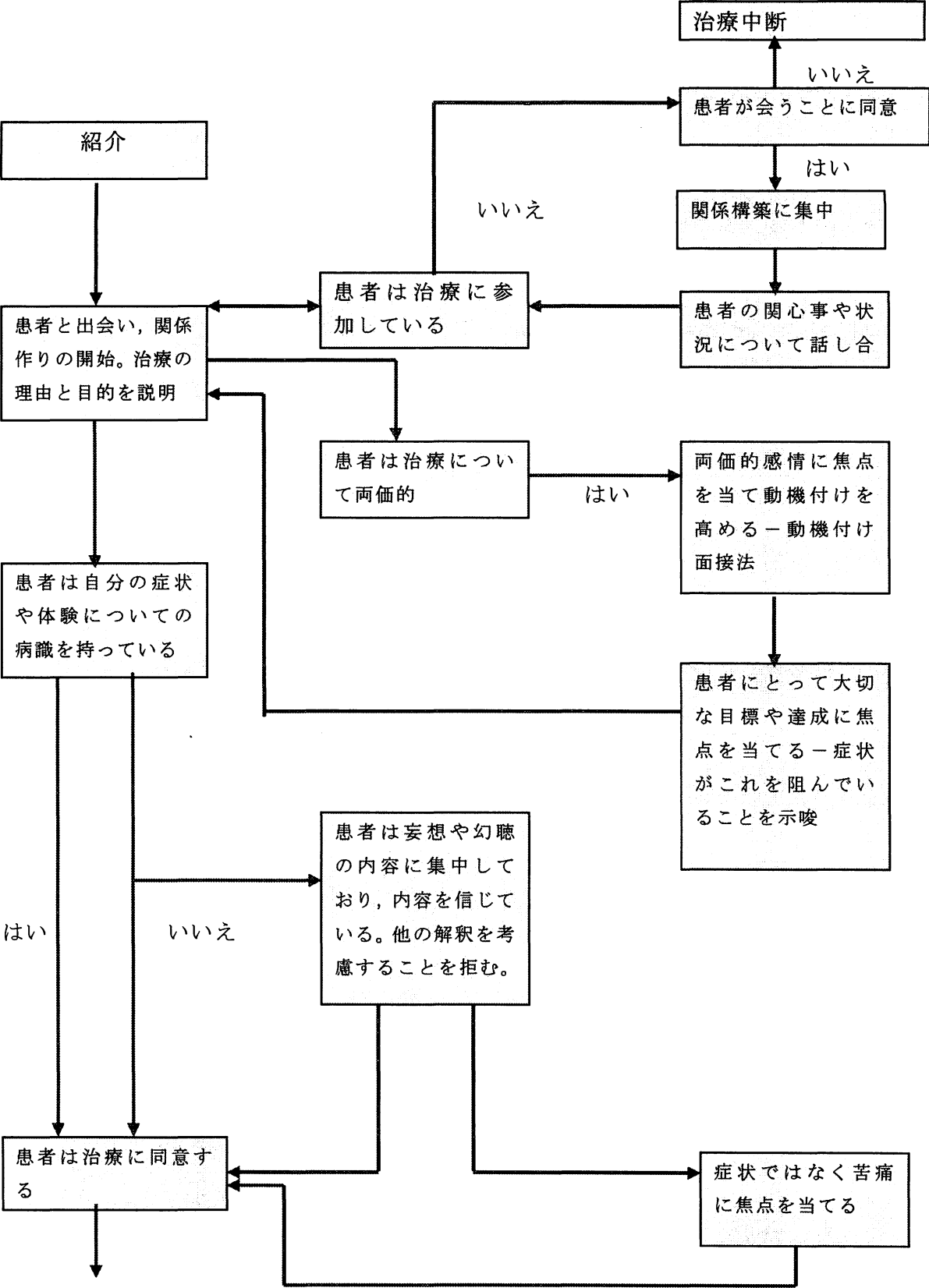


3.2 治療契約

CBT を始めるにあたって、まず最初の目標は、患者と治療契約を結ぶことである。統合失調症に苦しむ患者、特に被害妄想をはじめとする妄想がある者とは、治療契約を結ぶ際に大変な困難が生じる場合がある。治療者は、査定と治療を開始するのに先立って、まず患者との良好な人間関係を構築し、この関係性が安全であることを保証するようにする。このことは、治療者が、治療は患者にとってはよく知らない人と関係をもたなくてはならない場であり、困難を伴うものである場合があることを理解することから始まる。また、患者に、何か問題や不安があればいつでも話してくれるように説明する。これは、各セッションのはじめにアジェンダとして組み込んでよい。患者がなぜ治療を行うのかを理解し、それを受け入れる前に詳細な査定や治療方略を始めることは、治療過程が侵襲的なものと認識させたり、自分の関心とは関係のないものとして患者に理解され、治療契約締結の失敗につながるリスクを高める。

治療初期には、良好な治療関係を築くために、感情的サポートや实际的サポートを提供したり、患者や患者の関心を理解することが面接における主眼となるかもしれない。図 3（次頁）に、治療契約を結ぶためのアルゴリズムを示した。

図 3：治療契約の締結



治療者は、治療契約を維持するためにはどんなことでもすべきである。すなわち、患者が会い続けてくれるようにするためだけに、治療的な内容についてはまったく話し合わぬまま、短いセッションを何度も続けなければならないような場合もある。過去に、著者は、強い妄想を持った患者が、ドアを開けて、顔と顔を合わせて会ってくれるようになるまで、ドアの郵便受けを通して何週間も短い会話を続けたことがある。

治療契約を維持する方法として、共通の、合意した目的をもつことがあげられるが、これはつまり、治療の目的は患者が価値をおき、達成したいと願うものでなくてはならないということである。患者に、もし精神病に苦しんでいなければどのようなことを達成したかったかをたずねたり、現在どのような希望や目標が妨害されていると考えているのかを聞き出し、共通の、かつ協働的な目的をそのような目標を達成することにおくことはしばしば助けになる（3.6 結果を参照）。これらの望ましい目標を達成するということは、すなわち精神病の影響を小さくすることを意味し、それ故に、患者の動機付けを高めるかもしれない。

3.3 ケース・フォーミュレーションの目的と手続

英国では、患者を理解し、CBTp を始める上で、ケース・フォーミュレーションは不可欠なものと考えられている。ケース・フォーミュレーションの目的は、科学的に、また患者にも理解できるようなかたちで、患者の問題を定義し、説明することである。前者は、フォーミュレーションは仮説に基づいた検証に耐えうるものでなければならないということの意味している。このためには、フォーミュレーションは、手に入るデータを簡潔に説明し、査定と治療を通して常に検証されうる仮説を作ることを必要とする。

3.3.1 ケース・フォーミュレーションの ABC

ケース・フォーミュレーションは、構造化された過程を踏んで行なうべきである。従来より、臨床的問題の同定と、定義、そしてその問題に先立つもの、問題の結果生じるものを同定することが含まれる。これは、伝統的な行動分析における ABC（antecedents 先行条件—behaviour 行動—consequences 結果）と同様であるが、認知モデルでは行動を、内容、過程、そして構造を含む多くの行動要因の記述を用いて、より広義の問題の定義の仕方に置き換えることを可能にした。CBTp で、臨床的問題といった場合、主に幻聴や妄想思考といった精神病体験を指すが、場合によって陰性症状や不適切な行動もしくは不適応的な行動を含めることもある。このように、ケース・フォーミュレーションは、とても柔軟なものであり、臨床場面の様々な要求に対応することができるものである。

3.3.2 システムの機能不全

システムの機能不全は、調整のためのフィードバック機能が障害されていたり、ホメオスタシスがうまく保てないことから生じる。機能不全システムのフィードバックは、不安定になりがちで、それにより自己調整を妨げるフィードバック過程が増強されたり、維持したりする傾向がある。反応パターンは、しばしば固定化され、循環的になり、多くの機能をもつようになる。出来事の連鎖はしばしば線型ではなく循環型になるので、機能不全システムとして考えた方が理解しやすい。機能不全システムが活性化されると、その中で様々な構成要素が相互作用し、フィードバックシステムによってその相互作用関係が強化

されるのだ。このようなシステミック・アプローチは、パニック障害の‘悪循環’モデルをはじめとする他の精神病理学モデルにもみられるものである。

このように、ケース・フォーミュレーションの最初の過程は、患者の生活を形成し、問題を維持することに関連している思考、行動、身体的反応、そして環境の間の機能不全的相互関係を同定することである。この目的は、どのような要因の組み合わせがその問題を維持し、また、自然な回復や、正常なホメオスタシスへの復帰を妨げているのかを明らかにすることである。

3.3.3 歴史的背景と脆弱性

障害は、脆弱性とストレスの産物として発生するものと考えられる。個人の精神病発病リスクを高めるいくつかの共通する特徴の存在が、脆弱性を病因の一つとするエビデンスと考えられている。脆弱性が高まることはリスクを高めるが、必ずしも障害を発症させるわけではなく、障害を発現させるには、さらに何らかの不安定要因、もしくはストレスが必要である。

脆弱性の中には、先天性の要素と後天的な生物学的脆弱性の双方の現れであるといえるものがある。一方で、特定の環境に暴露することによって獲得される脆弱性もある。このように、遠隔的なもの、近接的なものを問わずいくつかの脆弱性要因に暴露することは、誘因をきっかけに、精神病性障害を発症する可能性をかなり高める。しかし、必ずしもいくつかの要因に暴露していなくても、誰しもが、ライフイベントや危機といったより近接的な他の要因を体験することで、この障害を発症し、症状が持続する可能性もある。

よって、ケース・フォーミュレーションにおける個人史（歴史的背景要因）の検討においては、障害のリスクを高めることになった一般的な脆弱性要因（すなわち、その集団によくある要因）と特定の素因（個人要因）の同定も行なうべきである。

遠隔的脆弱性要因と近接的脆弱性要因の区別は以下の通りである。遠隔的脆弱性は、児童虐待の被害者となることのような過去に起こった出来事によるものを指し、近接的脆弱性とは、低い自尊心や社会的支援の欠如といった最近起こった、もしくは現在も起こっているものを指す。遠隔的脆弱性を変化させるのは困難な場合が多いが、現在起こっている近接的脆弱性は変化させうるかもしれないという意味で、このような区別は概念的観点からのみならず、実践的な意味で重要な点である。

3.3.4 ホメオスタシス—崩壊と回復

心理的システムには、生物学的システムと同様、調整的フィードバックを通してホメオスタシスを保とうとする傾向があり、迫り来る危機や脆弱性があつたり周囲のストレスが極めて大きい場合のみ、不安定化が生じ、それが持続することとなる。このように、不安定化は、認知的システム及び行動的システムに重圧が加わった結果、機能に変化と障害が生じ、正常なホメオスタシスと平衡の喪失に至った状態と考えることが出来る。心理学的観点からみると、このホメオスタシスのメカニズムの維持や、喪失に影響を与える重要な要因は、社会的なものであることが多い。更に、自然に存在するレジリエンスや回復に影響を与える要因も同様に治療において重要な役割を担うことがある。

よって、ケース・フォーミュレーションの過程は、リスクを増大させ、不安定化と、ホメオスタシスの喪失を生じさせたその個人に関連する要因、すなわち臨床上的問題を維持し

ている特定の要因を理解する過程といえる。これまですべての臨床上の問題を、一括して同等に扱ってきたが、すべての臨床上の問題に同じような脆弱性が影響していたり、維持要因が関連しているわけではない。

3.4 査定：The Antecedent and Coping Interview (ACI)

査定は、これまで述べてきた臨床モデルの構造の中で患者の体験を理解し、決定因子や文脈を理解する試みであり、協働的実証主義の精神にたって進めるようにする。

半構造化面接である the antecedent and coping interview (ACI)は、患者の問題のフォーミュレーションを行うための査定の基礎をかためるために作られた。ACIでは、患者の精神病体験の内容に関する質問や、どのような文脈でその体験が生じたのか、認知、行動、感情・情動的反応はどうだったのか、社会的影響や、望ましい目標の喪失や達成できない状態、そして自尊感情や自己価値観に対する影響、自傷のリスクに特別な力点をおいた上で、その疾病が患者に与えた影響、そしてその体験や結果に対処するための能力について訊ねる。

精神病症状の本質と多様性

すべての精神病症状を明らかにする必要がある。面接者は、例えば、幻聴のタイプや内容、妄想のタイプ、思考過程の障害の性質など、すべての精神病体験を調べるようにする。どのような症状があるかを同定したら、次に、幻聴や妄想的思考の頻度、重症度や強度、声の特徴などを明らかにする。もし患者が「声」を聞いているのであれば、患者がその声を誰に、もしくは何に帰属させているか、声がどこから来ていると考えているか、その力やコントロールの度合い、命令されているのかどうか、心地よい内容なのかネガティブな内容なのか、支持的な内容なのか、中立的なのか、敵対的なのかを知ることが重要である。更に症状を査定する際には、構造化された査定尺度を用いることができる。すべての精神病症状について明らかにしなければならない。“どのくらいの頻度で声を聴くのですか”といった一般的な質問から始めるのがよく、次いで“では、昨日はどのくらいの頻度で声を聴いたのですか”というようにより詳細に聞いていく。

患者は、しばしば視覚的イメージをみていることがあり、精神症状の結果として、恐怖や妄想的思考の破局的結果を映像化していたり、映像の強さや鮮やかさゆえ、実際の知覚として体験されていたり、信じているかもしれない。これらは、トラウマの被害者における‘フラッシュバック’と似たものとして考えることもできる。このような精神的イメージについて問われることは少ないが、これを問うことは重要である。具体的には、“心の中に何か映像が浮かびますか?”、“映像が浮かぶ方ですか?”、“そのようなことを考える(または体験する、など)たびに特に見えるものはありますか?”などが挙げられる。精神病症状に対する特定の反応として出てくる視覚イメージについてたずね、イメージが浮かぶ結果、信念や感情といった経験が強まるかどうかについて聞く。患者は、これらの心像が‘声の主によって送られたもの’であるとか、‘頭の中に送り込まれたもの’であると強く信じているかもしれない。心像は、往々にして、きわめて急速な一連の感情反応を生じるため、査定者がそれを顕在化させ、理解することは重要である。

各精神症状に付随する感情

面接者は、それぞれの症状や精神病体験につき、症状に付随する情緒的反応がどのようなものであったかを明らかにする必要がある。まず、症状に対する情緒的反応を大枠で不安、怒り、困惑というように引き出した後、認知、行動、身体的反応、そして感情の観点からより詳細に明らかにする。まず、“それが起きる時どのように感じますか？”とか、“それはあなたにどのような影響を与えますか？”といった一般的な質問から始めるようにするのがよい。そして、次に、“恐怖・緊張感・怒り・寂しさ・うんざり感・罪悪感・恥・落ち込み *etc* を感じますか？”のようにより詳細な感情を調べていく。一つの感情につき、いくつもの異なった言い回し（例 寂しさ、落ち込み、うんざり感、うつなど）を使用するのが役にたつことが多い。

面接者は、症状に対する情緒的反応を一般的な言葉で明らかにしたら、次に、その感情を、認知（主観的体験）、行動と、身体的反応（双方とも自己報告）の三つのシステムにわけて考えていく。よって、感情についての詳細の質問としては、“声に対する怒りを感じたとき、どのような種類の思いが頭に浮かびましたか？”などがありえる。必要に応じて、“今、声を聴いていて、腹が立ってきたところを想像してください。どのような考えが頭に浮かびますか？”のようにシミュレーションをしてもらうことが回答の助けになるかもしれない。同じように、感情の行動的側面についても“不安になったとき、どのようなことをしますか？”と聞くことができるし、身体的反応についても“体の中では、どのように感じますか？”のように聞くことができる。また、ここで身体的反応の種類に関する質問、例えば、鼓動の高まり、発汗、筋肉の緊張などについてたずねてもよい。ACI 面接のこの段階の終わりころには、面接者は患者にはどのような精神病症状があり、それがどのような感情を引き起こしているのかについてかなりよく把握できているはずである。

先行刺激と文脈

面接者は、症状の文脈を決定づけるきっかけや先行因子を探すこととなる。患者の中には、これらについて自分できちんとわかっている者もいれば、自分のパターンには気付いていないものの質問されることで気付くようになる者もいるし、中には詳細な質問を行なってもなんら症状に関連する文脈やパターンを同定できない者もいる。これらのきっかけやパターンを明らかにするために、患者に症状をモニターし、日記のように記録をつけるよう指示することも一つの手段である。面接者は、それぞれの症状ごとに、何らかのきっかけがあったのか、特定の状況の中で生じたのか、自分でその症状が“生じる”ことが分かるのかを訊ねる。どこで何をしている時に生じたのかに加えて、一日のうちどの時点であったのか、特に社会的文脈を検討するようにする。まず、考えうる外的な刺激について質問をしたら、次にどのように感じていたのか、また何らかの特定の思考パターンがあったのかといった内的刺激についても訊ねる。更に、これら内的刺激と外的刺激の関連性についても明らかにする。例えば、人々と一緒にいることによって、緊張感が生まれ、すると頭の中がドクドクというような感覚を覚え、その結果、誰かに頭の中に何かを埋められたという考えにつながるなどである。

特に身体感覚の誤った原因帰属や騒音や臭いの誤認のように、問題の誤認や誤った原因帰属がある場合、刺激と反応の連鎖に特別の注意を向ける必要がある。例えば、不安やストレスによって生じる身体感覚は、隣人によってなされた毒物混入のせいだと誤って原因

帰属されたりする。また、患者がストレスフルだと感じる他の状況についても質問すべきである。活動性が落ちている期間や不眠といった合目的行動が少ないか欠如している状況も含まれる。

患者が寛解期にあり、よい状態を保つことが目標である時には、以前のエピソードではどのような前駆症状があったかの詳細を調べるべきである。前駆症状は、通常、不安、気分の停滞、不眠と、それに続く自己統制感の喪失や通常機能の障害といった不特定の症状からなる。面接者は、患者の前駆状態を形作る症状の継時的経過を明らかにするようにする。

結果

面接者は、症状の結果を明らかにする。これには、重篤な回避や社会的引きこもり、孤立や孤独といった様々な長期的な行動変化や、慢性症状や精神病症状の結果生じる目標達成の障害や非就労、限局された社会的ネットワークや社会的孤立が含まれる。また、自己効力感の低さを強化する妄想的思考や妄想的行動を支持する行動のような、特定のタイプの思考や態度を守ったり促進したりする行動についても質問する。絶望感や自殺念慮を伴ううつ状態に対しては、特に配慮を払う必要がある。これらは、以前夢見ていた野望、希望、目標が達成できないことによって生じ、強い喪失感、低い自己価値観、絶望的な状況を打破する能力の喪失などを伴う場合がある。自殺念慮は、病気を絶望や畏といったマイナスの状況として認識し、助けを得たり、現状から脱出することが不可能であると理解した結果生じることが多い。更に、トラウマや他のライフイベントの影響、そして精神障害に対するスティグマの存在、スティグマが患者の自尊感情に与える影響についても認識しておく必要がある。

精神病症状やその他の症状の明確な影響に加え、精神病体験に対する反応にはフィードバックによって精神病状態を維持する方向に働く影響もあるのでそれについてたずねるのもよいだろう。たとえば、喧嘩や敵対的な社会的状況への暴露、活動性の低下や引きこもり、自らの体験に対する偏っているにも関わらず確信的な信念など、患者を更にストレスフルで困難な状況に陥れてしまうような行動変化などが含まれる。たずねる際は、患者が自分の体験をどのように解釈しているのか、そしてなぜそれが生じたと思うか、声を聴いて何を考えたか、彼らの自己価値感の観点から自分のことをどう思うのかを聞くことが役立つ。

また、精神病によってどのような目的が達成できなくなったのか、どのような熱望や望みが叶わなくなってしまうたり、妨害されてしまったのかにも目を向けるべきである。達成したかった具体的な目標について質問したり、‘もし精神病をめぐる問題がなければ、どうしていたでしょうね’と聞いたりするとよいかもしれない。望んでいた目標、もしくは重要な目標が達成できていないということは、患者が治療を続けようとする上での重要な動機付け要因になりうる。患者は、症状を減らしたり、自分の行動を変えることにはほとんど興味を示さなくても、自分にとって重要な目標達成に向けての関わりにおいては、変化に対するより高い動機付けを示すかもしれないのである。

幻聴がある患者は、しばしば幻聴に対して、あたかも実際の社会的環境に存在する誰かと話をしているかのように反応する。すなわち、患者は、声の主を何らかの権威や力をもった存在と捉えており、命令が下されればそれに従わなくてはならないと考えているので

ある。

対処方略

患者がどのような体験をしているか、それがどのような影響を与えているのかに関する全体像を明らかにしたら、今度は、彼らがそれにどのように対処しているかを知ることが重要である。それぞれの症状に対して、“どうやってそれに対処しているのですか？”，“少しでも良くするために（もしくは悪くするため）自分でできることはありますか？”，“それが起こったり，起こりそうに感じた時には，どうするのですか？”のように，患者がそれぞれの体験にどのように対処しているかを質問する。

治療者は，まだうまく利用されていないポジティブなコーピング・スキルを実行するための機会がどこにあるかに気付かなくてはならない。例えば，EBAC サイクルによって精神病体験についての非適応的な信念が維持されている中でも，現実検証や信念に挑戦する機会がまったく存在しないわけではない。以前うまくいったコーピング方略がうまくいかない場合，絶望感が生じたり，対処を諦めるたりすることがあるが，これらは落胆度を深め，自殺のリスクを高める為，治療者は特に注意しなくてはならない。治療者は，このような‘お手上げ’のサインに注意しなくてはならないのである。

コーピング方略がどれくらい効果的であるかを評価することも有用である。例えば3段階で，0 はまったく，またはほとんど有用でないか，短期的に中等度の有用性がある，1 はある程度の期間に渡って中等度の有用性があるか，短期的に顕著な有用性がある，2 は長期的に顕著に有用などの形で評価する。

ACI 面接から得られた情報を基にして，どのようにして患者の精神病が維持されたり，増悪されたりしているのかの全体像を描くフォーミュレーションが構築される。このフォーミュレーションは，治療方略を構築するために協働的に利用される。ここで重要なのは，フォーミュレーションを個人に合わせた査定として概念化することである。それをもとに患者と相談した上で設定した望ましい変化を患者の人生に起こらせるための個人別戦略的計画をたてるということである。

このフォーミュレーションは，図示し，コピーを患者に持って帰ってもらってもよい。フォーミュレーションがきちんと患者の現状に合っているかどうかを訊ね，フィードバックを得ることが重要である。どんなに複雑で美しいフォーミュレーションを作っても，それが患者にとっての現実と合致しないものであれば，治療は意味をなさなくなってしまう！

図 4 査定とフォーミュレーションにおける困難への対処法

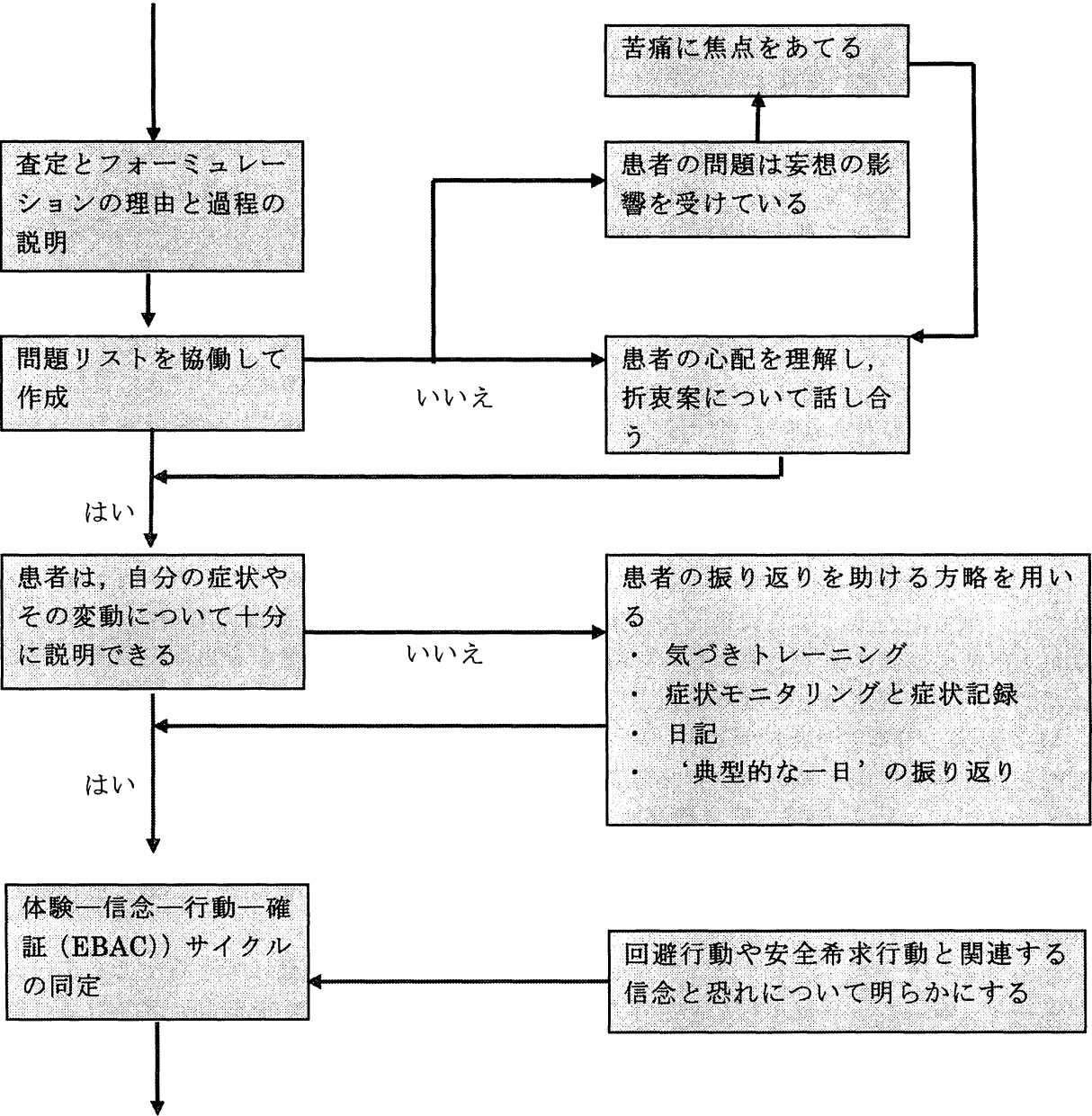
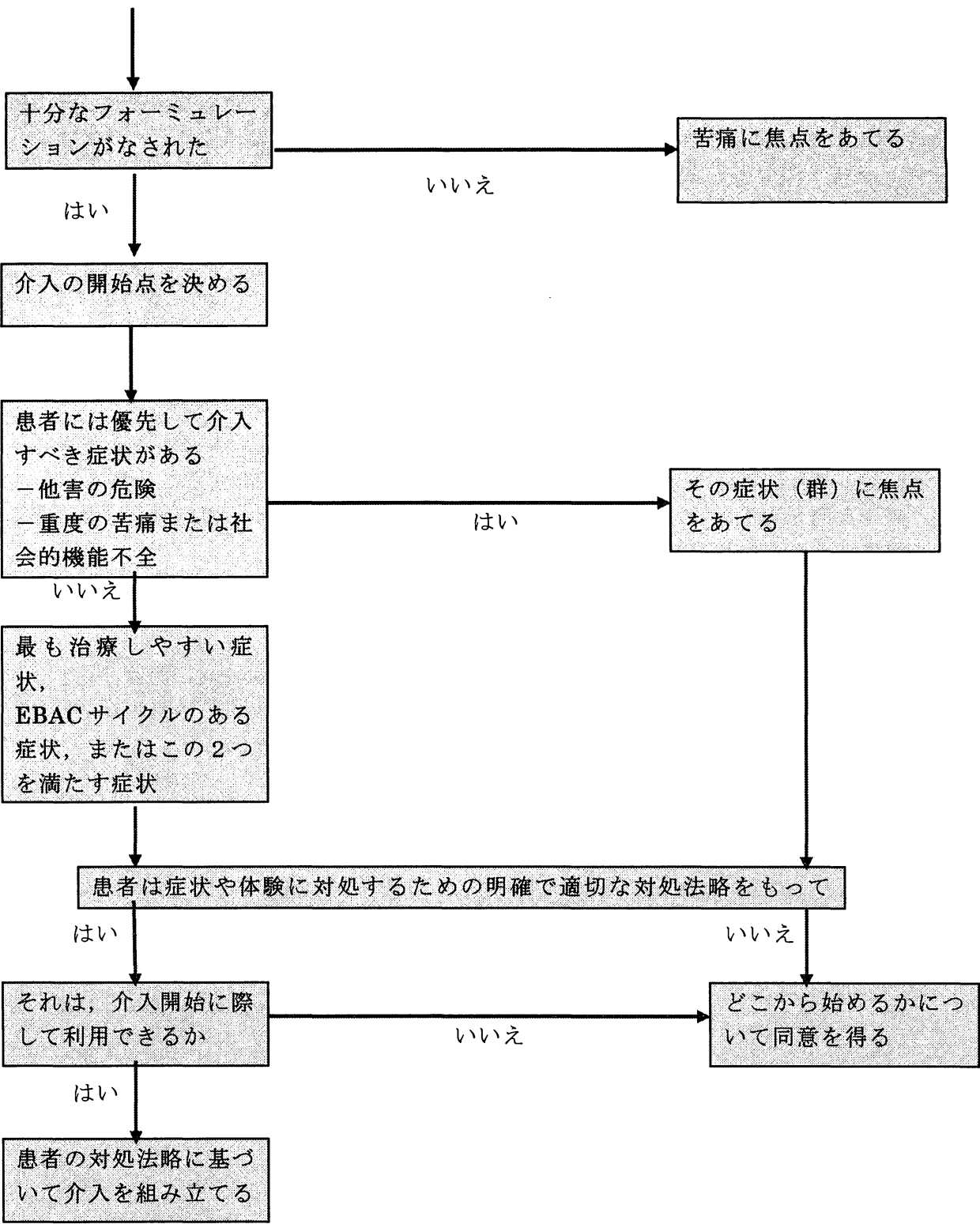


図 5 フォーミュレーションと介入の過程



3.5 介入

3.5.1 コーピング方略

患者の精神病体験の全体像が明らかになったら、それについて患者と話し合い、コーピング法トレーニングを行う理由付けについて話をする事となる。自分の妄想的思考に確信をもっており、別の見方をまったく受け入れない患者に対しては、それぞれの状態に合わせて、苦痛への対処を目標とするようにする。

コーピング法トレーニングの特徴は以下の通りである。

- ・ つらい体験に対する典型的で一般的な過程を強調する
- ・ コーピングは回復の過程の一部であることを強調する
- ・ 繰り返し学習やシミュレーション訓練，ロールプレイを行なうことで，系統だって実施される
- ・ コーピング法トレーニングは順に付け加えてひとつながりにしていくことができる。そしていずれはそのひとつながりのコーピングを現実場面で実行することができる
- ・ 治癒を目的とするのではなく，現在生じている問題に対処する上での新しい反応方法を提供することが基本である
- ・ 認知的コーピング・スキルは，まずは声に出して言語化することからはじめ，少しずつ内面化できるようにしていく
- ・ 遂行機能を強化する
- ・ 段階的に練習やりハーサルを積み上げることで，認知的及び行動的コーピング・スキルを学べるようにする
- ・ 再解釈したり，改めて原因帰属しなおしたりできる機会を提供する

これらのコーピング法には、以下に示すような認知的過程の変化や認知内容の変化、そして行動変化が含まれる。

注意の切り替え:これは、患者が自らの注意をある対象物、もしくは体験から、他の対象物や体験に積極的に転換する過程のことである。進行中の反応を制止し、別の反応を始めることになる。面接の中で、患者がリハーサルを通して、合図とともに注意を切り替えるトレーニングを行う。注意の切り替え先は、好ましいイメージに向けることが多い。例えば、ある患者に好ましいイメージに注意を向けるよう話すと、彼は以前楽しく食事をした思い出があるブラックプールのレストランのことを思い浮かべた。彼は、この視覚イメージを描けるようになるために、どのような場面だったのか、家具や装飾はどうだったのかといった詳細を言葉で表現した。次に、そこで出された食事について、どのような見た目だったのか、臭いや味はどうだったか、ナイフやフォークがあたる感覚、口に入れた感覚などについて問われた。このように、彼がレストランでの食事の記憶を必要に応じて思い出したい時に思い出せるように何度もリハーサルをした。そして、妄想的思考からこの食事のイメージに注意を切り替えられるようにリハーサルをしたのである。

注意の狭窄化:患者が自分の注意の範囲や中身を制限する過程である。多くの患者は、頭を“真っ白に”したり、コーピング法に注意の集中したりする。多くの研究によって、統合失調症患者は、入ってくる情報を十分にフィルターにかけることができなかつたり、多くの必要のない情報の中から必要な情報を区別することができないという問題を有することが示されている。一定の範囲に注意を集中したり、注意のコントロールができるようにトレーニングすることは、これらの問題を克服する上で助けになることがある。

修正自己教示と修正的内的対話:患者が自己教示を利用していることは長らく知られていることであり、これを介入にうまく組み込むことは可能だ。自己教示や内的会話の使用は、いくつもの機能を持ちうる。すなわち、幻聴に関連する好ましくない感情を克服する方法を教える感情コントロールにつながったり、目標志向の行動の手がかりにできたり、現実検証のきっかけとすることができる。各患者に合わせて、“怖がる必要はない”、“このまま進んで、バスに乗らなくてば”、または“前に会ったこともないのに、あの人が自分を見ているなんてどうして考えてしまうのだろう”のように適切な反応に導くような文章を教える。面接の中では、まず患者に、適切な合図を与え、その都度、大きな声でその文章を繰り返してもらおう。そして、少しずつ声の大きさを小さくし、最後には声にださずに心の中でつぶやけるようにする。そして、面接の中でシミュレーション状況を使い、患者が練習する。

原因帰属のやり直し:患者に、自分の体験に対する別の説明を考えさせ、再びその体験が生じた際に、その原因帰属に関する新しい説明を思い浮かべるようにしてもらおう。かつてコーピング法トレーニングを始めたばかりの頃は、“この声は本当の声ではなく、病気によるものだ”というように、病気に関する原因帰属のやり直しを行っていたが、効果的でなかったため、現在では行っていない。現在では、“この声は本物のように聞こえるが、実は自分自身の考えなのだ”というように別の説明を使うようにしている。もし患者が自

分の症状や状況に対する統制力を増やし、声の全能感や不可謬性に対抗できるようになれば、これを原因帰属の根拠とすることができる。つまり、症状のもつ性質や患者が症状をコントロールする力についての証拠として使えるのだ。

気づきのトレーニング：患者は、自分の陽性症状の発生に気づき、モニターすることを教えられる。患者は体験に気づき、それに反応するのではなく、受け入れられるように努力できるようになる。聞こえてくる声に気づきながらも、その声に反応してしまったり、声の内容に捕らえられてしまうことがないようにする。

覚醒度低減技法：統合失調症の精神病理においては、過覚醒がみられることが多く、しばしば精神病体験の前や精神病体験への反応としても生じるため、これに対するコーピング方略を患者に教えることは重要である。このコーピング方略には、歩き回ったりせずに静かに椅子に座っていることで動揺を抑えるようにするような非活動的な行動もあれば、呼吸法や簡易リラクセーションのようなより積極的な覚醒度コントロール法もある。我々は、時間を無駄にせず、的外れにならないようにするため、伝統的な漸進的リラクセーション法のような時間がかかるリラクセーション・トレーニングはあまり用いていない。

活動レベルを上げる：活動性の低下は統合失調症患者が特に経験することが多い症状であるが、多くの患者にとって、このような活動性の低い時期には、妄想的思考や幻聴に対する脆弱性が高まるようである。患者の多くが、何か別にすることをみつけることが助けになると報告している。特に、症状が起こり始めた時にどのような活動をするかをあらかじめ決めておくことで、注意を向ける方向を二分することは、効果的なコーピング方略である。

対人関係刺激の増減：多くの患者が社会と関わりをもつことに困難を感じるが、一方で、驚くほど多くの者が社会との関わりを有効なコーピング法としても認識している。その患者にとって、どのくらいの量の社会的刺激が関わりの中にあるのが好ましいのかによって刺激量を微調整できることは役に立つ。また、患者に、社会的刺激への耐性を高める為にも、適度に社会との関わりを制限することが役立つ場合があることを教えることも有用である。社会的関わりにおいて過度の刺激を経験したときの反応としてよくあるものに、社会からの引きこもりや回避がある。しかし、患者は、まったく社会との関わりを断ってしまう代わりに、短期間部屋からでて、しばらく時間をおいて戻ってくるとか、グループの輪からしばらくの間離れたり、短時間話に加わらないようにしたり、視線を下げていたりするなど、よりゆるやかな刺激の調節方法があることを学ぶのがよい。このような方法を用いることで、社会的刺激をコントロールすることができるようになり、社会的刺激への耐性を高めることができる。また、症状の影響を減らす一つの方法として社会的関わりを始めることに対し、より自信をもてるようにすることができる。これには、簡単な人間関係のための特定のスキルをトレーニングしたり、ロールプレイをしたりする方法がある。

信念の修正：患者は、証拠を検証し、別の説明ができるようになることによって、自らの信念を検討し、その信念が不適切な場合に疑いをもてるようになる。多くの患者はすでに

ある程度これをしているが、覚醒度のレベルや孤立や回避の度合いによって、この試みをうまくいかにさせている場合が多い。この技法は、伝統的な認知療法で用いられるものと大変似ているが、ここでは患者はより多くの励ましを必要することが多い点と、信念の修正技法を自己制御の過程に組み込むことを目的とする点が異なる。患者には、信念が生じる度に、“彼らがスパイをする目的は何なのか、どれほどの努力とお金がかかるだろうか、誰がお金をだし、コーディネートしているのか、そしてそれによって一体彼らに何の徳があるんだろう”というように自らの信念についての質問を問いかけるように勧めるのが良いかもしれない。同じように、一貫性がない部分に気付く、それを用いて疑いを投げかけるように患者に勧めるのもよいであろう。例えば、15 年前に喧嘩に巻き込まれた患者が、未だにその時の若者たちが復讐に来るのではないかと恐れて若者全般を避けているような場合、喧嘩当時の若者は今では 30 代半ばになっているはずで、誤った年齢帯の人々に警戒心をもっているのではないかということについて問いかける。これによって、安全であるためには警戒心を持続しなければならないという恐怖心に疑問を投げかけることができる。同じように、患者は幻聴に対する信念に挑戦するために証拠を検証することを学ぶこともできる。声の主が全能で真実を語っているように感じられる時に、間違っていたり不正確なところはないか証拠を探すのである。例えば、ある患者は幻聴で自分はスパイであり、そのために命を狙われていると聞こえおり、これを信じ、運命であると考えていた。しかし、その声は同時に、彼はもうすぐ結婚するに違いないとも言っており、この声に関しては、これを支持するような証拠がまったくなかったため、患者はこれは本当でないことに気付いた。しかしながら、殺害される恐れに関する声の信憑性に関しては疑おうとはしたことはなかったのだ。声が言っていた結婚が、実際には近い将来起こりそうもないことを思い出すことで、殺されるかもしれないということに関する声の真実性にも疑いをもてるようになり、更にこれを支持するスパイに関する客観的な証拠を探すようになったが、そのような証拠はみつからなかった。

現実検証と行動実験：恐らく信念を検証する上で最も強力な方法は、現実場面で何らかの行為を通して検証する方法である。というのも、認知の変化を生じるためには恐らく行動変化が最も有用だからである。患者たちは時々これを自然にしていることがあるが、バイアスのかかった解釈や、仮説の保護のために、誤った結論に至ってしまう。しかし、患者は、特定の信念を同定し、検証すべき競合する予測を打ち立てることを学ぶことができる。これを現実場面においてうまくできなかった場合には、一般的に回避パターンを生じることになるので、これを逆に利用して（訳者注：回避しないという行動実験にして）その根底にある信念を検証することができる。

コーピング方略増強法：長きに渡り、注意をはじめとする認知過程のコントロールのようなシンプルで直接的な方法から認知内容や認知推論を修正するような複雑で自己の裁量が大きく影響を与える方法まで、様々なレベルのコーピング方略が開発されてきた。多くの場合、いくつかの異なったコーピング方略を組み合わせる用い、例えば、注意の切り替えと覚醒度低減法を組み合わせることで妄想の強度を下げ、現実検証を実施することができる状態にもっていくのに役立ったりする。このように前もってコーピング方略を用いないことには、現実検証を患者が耐え抜くことはできない。更に、前もってコーピング方略を

用いることで、幻聴の全能性に関する妄想強度を下げたり、自己効力感を高めることができる。“あなたは注意の切り替えをおこなうことで、声に効果的に対処してきましたが、その結果、とても強力であなただけに無力感をもたらしていた声について何かが分かりましたか?”のように訊ねるとよい。すると、患者は、声はあてにならないし、声が聴こえる状況に対してもある程度自分でコントロールすることができていたことを示す発言をすることが多く、これは、自己効力感や対処可能感を更に強化するための自己教示や修正的内的対話としても用いることができるようになるのである。

3.5.2 行動の修正か認知の修正か

行動の変化と認知の変化は相互に補完し合う関係にあり、どちらがより重要かを決めることはできない。行動の変化は、不適応的な思考や信念を検証し最終的に対抗することや、学習のための機会として、常に利用すべきである。同様に、認知の変化は、行動変化のための機会として、また新しい行動を確立する機会として利用すべきである。治療者は、患者が信念を再解釈できるような機会を常に探るべきであり、これはフォーマルな行動実験、自然に生じた変化、治療で達成された事柄を頻繁に確認することを通して可能である。査定やフォーミュレーションにおいて、治療者は常に患者の回避や安全希求行動に注意を向け、どのような時に患者が恐怖や妄想、不適応的な認知に反証することができなくなるのかを明らかにするようにする。これらは、患者の信念を検証したり、“対抗することなど”できないし、私は変わることができない”とか“私は自分自身の人生を全く制御することができない”といった落胆や絶望の信念に素早く対応する機会を提供するための行動実験として、治療の最初期から用いることができる方法である。“制御できない”という信念はしばしばみられるものであり、何度も繰り返すことができるような小さな行動変化を用いることによって論破することができる。

治療開始時から、小さいものであったとしても何らかの行動上の変化を生じさせ、活動を増やすことは、認知の再検証の機会を与えると共に、いくつもの効果を生むことにつながりうるため有用である。

3.5.3 認知内容の修正か認知過程の修正か

治療者は、幻聴や妄想の内容を修正しようとするべきなのか、それとも、これらの現象を生じている注意過程の修正をすべきなのかの選択を迫られる場面にしばしば遭遇する。実際には、これらは同時に行なうことができるものである。例えば、まず注意の切り替えを用いて注意過程を修正することによって、妄想などの体験の情緒的衝撃を低下させることができる。実際の幻聴の内容ではなく、幻聴の示す特徴に注意を向けることで同様の効果を得ることもできる。これは、幻聴や妄想的思考の内容の真実味に対抗するきっかけとなるばかりでなく、これらの体験への制御感の向上にもつながる。例として、自分のことを殺人をしたロシア人だと責める幻聴を体験している青年の事例を考えてみよう。まず、幻聴の情緒的衝撃を減らすために、系統だった方法で幻聴から注意をそらす技法を教える。この技法によって、自己制御感が高まり、幻聴がとても強力であるという信念に対抗できるようになる。自己効力感が増し、自分に力があると考えられるようになることによって、本当に殺人をしたのかどうかを示す客観的証拠を検証することで彼が殺人犯であると責め

る幻聴内容に対抗できるようになる。更に、彼のことをロシア人であるという幻聴の誤りも、幻聴のうち一つが誤りであったのであるから、他の内容も誤りである可能性があるとして、殺人に関する非難の真実性に対抗する材料として利用できる。認知過程の修正と認知内容の修正は、治療者に二つの基本的介入ルートを与え、状況に応じて使い分けることができる柔軟性を与えてくれるのである。

4. 事例

以下の事例はどのように CBT_p がうまくいくかの参考になるだろう。

4.1 事例 1

4.1.1 問題

ジョンは 36 歳の男性で、12 年前から統合失調症だと診断されている。彼は年老いた両親とバンガローで暮らしており、親戚や近所の人たちとの表面的なやりとりがいくらかある以外は、ほとんど人と会うことがなかった。過去にデイホスピタルやドロップイン（ふらりと立ち寄れるたまり場）に参加したこともあったが、通所を継続することはできなかった。現在は、彼が敢えて外出することなどめったになかった。

彼は、大勢の声が自分のことを第三者に話しているという真性幻聴を体験していた。それは、敵意を持ち、脅迫するような男性の声だった。声の内容はだいたい次のようなものだった。「ほら、野郎がいるぞ。奴はそこだ…。奴をつかまえに行くぞ…。よしやっちまおう…。あいつは醜い奴だと思わないか…。」その声の強さや大きさは多様であり、常に静かに始まって、時間の経過とともに大きくなった。彼がその声を体験するのは何もしていないときが多く、ほとんどが寝室のベッドの上で横になっている時だったが、彼は特に午後や夕方はそうやって過ごすことが多かった。また、居間にいて、両親とテレビを見ているときに聞こえることも多かった。しかし、そういった状況のときに聞こえる声の大きさは小さく、大抵はささやき声だけで、より断片的で短時間しか続かないものだった。さらなる分析の結果、彼は居間で両親と一緒にいても、両親と会話することがめったにないということが明らかになった。彼はしばしば、テレビに集中しないで、部屋で起こっていることから機能上、分断され、物思いにふけていた。そういうときにこそ、声が聞こえてくることが多く、しかも激しくなりがちだった。彼がテレビを楽しんでいれば、その声はあまり激しくならず、より断片的で容易に忘れることができた。

彼は、その声が彼を痛めつけに来ているヘルズ・エンジェルズの一団から発せられていると信じていた。何年も前のことだが、彼は一定期間、デイホスピタルに行く時に利用するバス停付近をたむろしていた若者グループのいやがらせの対象になっていた。身体的な脅しはなかったが、彼はその出来事で著しく心配を募らせた。この体験は、彼があまり外出しないことの一因だった。また別の時に、彼は暴走族の映画を見たことがあったが、その暴走族こそ彼が自分の体験と結びつけてそうに違いないとにらんでいた一団だと考えた。彼は今やヘルズ・エンジェルズの一団が家にいる彼を襲撃するために彼を付け回しているのだと確信していた。こういった被害妄想は、幻聴体験に基づいて二次的に説明的に生じていた。特に彼が自室に居るときに聞こえる声について、ジョンはその一団が家の外にいて、家に押し入り、彼を攻撃する準備をしていることを意味する声だと解釈した。このように、声の内容と驚異的な性質によって、差し迫った脅威の信念が実体化された。しかし

ながら、顕著な一般化が起こっていた。きしむ音、灌木の茂みからの雑音、足音、通行人の話し声や車のエンジン音といった戸外から聞こえる無関係な音はもう何もかもが、彼にとっては暴走族がいる証拠のように知覚されていたのだ。ジョンは、その音に対して警戒し、心配や不安をつのらせながら聞き耳を立てようとしていた。いったん声に気づいてしまうと、ジョンの恐怖はより一層強くなり、大声が激しくなるにつれ不安は増幅し、しまいには声に向かって「放っておいてくれ」、「消え去れ」などと怒鳴り返すようになった。この時点で彼の恐怖は頂点に達し、声がすでに消失しているということに気づいてしばらく経つまでは、声に向かって怒鳴り続けるのだった。時間の経過につれて、彼は家の外にいるヘルズ・エンジェルズの一団に向かって怒鳴ることで、ようやく危害を避けているのだと信じるようになった。彼が信じるころによれば、暴走族たちは襲撃態勢を乱し、再度建て直して来るために引き上げるのだった。こうして、「自分は危険にさらされており、彼らに怒鳴ることだけが、その危険から自分を救ってくれる唯一の手段だ」という彼の信念は強化された。彼はさらに、「妨害された仕返しのためヘルズ・エンジェルズの暴力はエスカレートするはずだから、近い将来、私の危険性はさらに増すだろう」と信じていた。

4.1.2 フォーミュレーションと介入

幻聴と被害妄想という相互に関与しあう2つの症状があった。幻聴は、彼が不活発で暇なときに最も出現しやすかった。幻聴は、ジョンが1人で寝室にいるときに最も出現しやすかったが、彼が居間に座っていて機能的にその場から切り離されているときに出現することがあった。幻聴は、午前中、彼がもっと活動しようとして動きが多いときにはあまり起こらなかった。妄想は、幻覚への反応として起こっていた。また、現実の音がきっかけとなって妄想が起こることもあったが、そういうときは決まってジョンに幻聴が起こっていた。

介入の第1段階は、長時間1人で過ごしたり、寝室で何もせずに過ごしたり、居間に座って機能的に何もしていない状態にいるときのように、ジョンが幻聴を引き起こしやすい状況にさらされる機会を少なくすることだった。これには2つの方法で取り組んだ。まず、簡単な活動計画を立てた。その活動によって、ジョンは午後や夕方の時間を寝室から出て過ごし、この時間、自分を目的志向的な活動に従事させることで、自分の注意を自分自身の内面に向けるよりも外部に向けるようにした。彼の両親を会話に引き込こむことと、テレビに集中し、見ている番組に没頭すること、という2つの活動が提案された。どちらの活動も、治療セッションで模擬的な場面を作ってリハーサルしておき、その課題をやり遂げるために自分を勇気づける自己教示を行うことで達成された。両親とのやりとり、なかでも会話の始め方については、ロールプレイを用いて練習した。一方、テレビに集中することは、「これは何に関する番組だろう？この人たちは何について話しているだろう？彼らはどんな環境にいるだろう？」といった自己教示文や、それに似た叙述的な質問で自分の集中を維持することによって達成された。

介入の第2段階は、もはや、深夜、ジョンが寝室で床についているときしか生じなくなった幻覚や妄想的解釈の体験における、より困難な問題に取り組むことだった。

この状況の中に、EBACサイクルの好例があった。

EXPERIENCE (体験)： 声が聞こえる

BELIEF (信念) :	攻撃されるということに関する信念
ACTION (行動) :	怒鳴り返す
CONFIRMATION (確証) :	襲撃がないことは、怒鳴り返したから襲撃を逃れたという信念を強める。脅しが実在するという信念が強められる。

このサイクルを使って介入の機会を得ることができた。介入は何段階かに分けて行われた。(1)ジョンは自分の幻聴の兆候に気づくため、気づきトレーニングを教わった。これは、セッションでの模擬訓練を通して達成された。模擬訓練では、治療者が幻声を極めて小さな声で言語化し、ジョンはその兆候を指摘した。そうやって、ジョンはただ、声の物理的な特徴だけに注意を向けた。また、このトレーニングにより、ジョンは声の内容に巻き込まれることなく、声を認識できるようになった。このようにして、彼は声の体験から感情的に距離をとることができるようになった。(2)ジョンは声が始まったら直ちにいう再帰属文を教わった。これによって、声について、まさに今ここに実在するという説明とは違う捉え方を考える機会を自分で作れるようになった。これは、声がジョン自身の思考の誤認かもしれないということだった(この点については後述する)。この後、ジョンは注意を別のイメージや対象に切り替えることを教わった。次の段階は、声が聞こえることによって引き起こされる興奮の連鎖に対するいくつかのコピーング法をジョンに教えることだ。このプロセスは、すでに認識トレーニングによって開始されていた。しかしながら、認識トレーニング、再帰属、注意の切り替えは彼らが精神病症状に関連した強い興奮状態に立ち向かうには不十分だった。強い興奮に立ち向かうために、ジョンは簡易リラクゼーションの指導を受けた。最後に、症状に伴うジョンの行動に取り組むための現実検証が計画された。その行動とは、声に向かって怒鳴り返すことと、襲撃を避ける唯一の方法が怒鳴り返すことだという信念だった。このようにして、彼が怒鳴り返さなくても壊滅的なことが何も起こらなければ、それが彼の恐怖の反証になるということが提案された。これによって EBAC サイクルを打ち砕こうとした。このケースでは、これまでに述べた各段階を組み合わせることができた。その結果、ジョンは声をもっとも小さい段階でその発声に気づき、覚醒レベルが上がりすぎる前に再帰属陳述をして、注意の切り替えを行うことができた。簡易リラクゼーションは、そのときの恐怖感の高まりに対して使われた。そして現実検証で必要な行動に導くために「怒鳴り返さなくていい、危害を加えられることはない、何も起きない」といった自己教示が使われた。これらのすべての方略は、自己教示前の練習セッションで一纏めに繋がり、今度は、それが現実場面で練習された。ジョンは、そのあらゆる戦略と、その実行法を思い出しやすいように、指示の書かれたフラッシュカードを持った。しばしば、1 週間でその戦略はたったの 1, 2 回しか実行されなかった。次のセッションでは、ジョンから実験で学んだと思うことや、学んだことをもっと裏付けるにはどうしたらよいかを話し合った。

いったん、声に向かって反応しないことに成功してしまうと、ジョンは声が彼自身の思考の誤認だという別の説明の仕方について考えてみるできるようになった。彼に、暴走族が自分を脅すという考えを持つようになった理由さがしを促すことができ、そこから過去の脅された体験やヘルズ・エンジェルズの映画を観て怯えた体験が引き出された。

対処技能を取得するために何回のセッションを必要とするかは患者によって異なる。ま

た、セッションの回数は彼らの症状の重さによっても影響される。ジョンのケースでは、10回のセッションが必要だった。しかしながら、セラピーのペースや進行速度に影響する要因はたくさんある(表2参照)。したがって、継続期間の鉄則などを想定すべきではない。たとえば、ジョンは最初、治療的文脈における社会的相互作用を耐えがたく感じたので初めのうちはセッションを短時間にした。

4.2 事例2

4.2.1 問題

ジムは25歳の男性で、3年前に発病した。彼は現在、就労しておらず、デイセンターに通所している。彼には、自分について話す声や、話しかけてくる声が聞こえる。声の主は多数おり、男性である。その声が誰なのか彼には確信がなかったが、質問されると、彼は声の主は自分の兄弟の友人たちだろうと答えた。声はしばしば、実に口汚い言葉で彼について話したり、彼に話しかけてきた。彼らはジムのことを「くそったれ」と呼び、彼のことを「ろくでなしだ、完全なぐうたらで落第者だ」といったような軽蔑的な言葉で表現する。また、声はジムを脅かすかもしれない「怪しい人々」や、その人々によるジムへの身体的攻撃の危機について彼に警告をする。声は、彼がいつ危険な状態になるかについて口々に批評する。ジムは、その危険な状況から声が彼を助け、守ってくれると思っている。たとえば、ある時、ジムが道を歩いていると、声が反対側から来る1人の男性がジムを攻撃しようとしていることを知らせた。ジムは道を横切ってその男性を避け、そうすることで攻撃を避けることができたと言った。彼はまた、その男性が「怪しく」も見えることにも気づいたが、このこともさらに「声が危険から救ってくれた」という彼の信念を強めた。ここにも先のジョンの事例とよく似たEBACサイクルがみられる。

p 45

EXPERIENCE (体験): 声が彼に怪しい人物の接近を教える

BELIEF (信念): 彼は切迫した危険な状態にある

ACTION (行動): 彼は道路を横切った

CONFIRMATION (確証): 彼は攻撃から逃れた

声はまた、彼のガールフレンドのジョアンが不貞で、他の複数の男性と性的関係を持っていることをジョンに伝えた。声は、ジョアンが他の男たちとセックスしている「映像」をジムに送った。ジムはジョアンが不貞だといわれても信じない。彼は2人の関係はともうまくいっていて、ジョアンは彼をよく支え、助けになってくれていると信じている。声がジョアンの不貞を伝えてくると、ジムは彼らに対して非常に苛立ち、苦痛でたまらなくなり、その結果ジョアンが誠実だと確信し続けることが難しくなる。彼は時々、ジョアンと性的な関係を持ったことがあるかどうか友達に聞いてみたことがあったが、それは口論に発展した。声は時に、「灰皿が飛んでいる」と言うなど、彼には無意味に思えることも伝えてくる。ジムは時に、大麻や覚せい剤を使用する。

4.2.2 ケース・フォーミュレーションと介入

ジムは、声が自分の「傷つきやすい」ときを知っていて、彼がそういう状況にいるとき

に話し始めるのだと確信している。そのため、彼は声が自分を絶えず監視し、自分が「傷つきやすく」なることに気づいているのだと信じている。ジムは慣れない状況やストレスフルな状況、不安やストレスを感じるような状況で傷つきやすくなるのを感じる。彼はドラッグを使用した後も、ストレスを感じる。ジムはこれらの状況で不安の身体症状を体験しているのに、それを彼のいう「傷つきやすい」状態になっているせいのかのように誤認している可能性がある。このストレスと不安に関連した覚醒水準の亢進が声やこの関連付けを引き起こしている可能性がある。そのため、声が絶えず自分を監視し、「私が傷つきやすいとき、私につらい思いをさせる」という信念は不正確なものであり、ストレスや不安が声の聞こえてくる原因になっているという別の説明によって試すことができる。ジムは、自分がどんな状況でストレスを感じるか、そういう状況にいるときどんな気持ちになり、声とどう関連づけるかに気づくように指導された。

ジムはまた、声がジョンに先の例で警告したのと同じようなやり方で警告した時、怪しい人が攻撃してくるという信念を試すように指導された。回避行動をとれば安全でいられるという信念は、特定の状況で安全行動をとるのをやめることによって検証されたが、このようにして声の警告が誤っていることが示された。これは、声が間違っていたということ強調する機会になり、また、この例で声たちが間違っているのなら他のことでも間違っているだろうということを示唆した。ジムにとっての EABC の例や、どうやって彼が行動を変えたことで誤った信念を確信したのかの説明に強調点がおかれた。さらに、彼はこのような他の例を探してみてもいいと言われた。

ジムはまた、彼が「傷つきやすい」と感じてても声が聞こえない時があることに気づいた。これを説明するよう求められたとき、彼は声がどこか他の所にいて他の人を絶えず監視しているにちがいないと話した。この解釈は実際、声が当初思っていたよりもさらに強力に全能なものであるということをジムに信じこませた。ジムは、声にありもしない現実と力を与えているのではないかと指摘された。これは、ジムが宇宙人かのように受け止めていた声の主が、もしかしたら自分自身の考え生み出したものかもしれないという、声に関する代替説をジムと議論するよい機会となった。彼がストレスを感じる状況の多くを回避しており、そのために彼の全般的な活動レベルが下がり、彼の妄想的信念を反証する機会を少なくするとともに彼の信念について反駁する機会をさらに増やしているということが指摘された。そういう状況に入り込んでしまうと、ジムは「声が起こるかもしれない」と一気に警戒し始めるため、「傷つきやすい」感覚を絶えず監視する内的焦点づけと、声を探す外的注意走査に神経を研ぎ澄ました。前者は、彼がどんなものでも内的な感覚をより拡大して捉えやすい状態だったことを意味する。後者は、声がよく彼に言うことを言語化しやすくし、実際には彼の注意を内部に焦点づけていた。この内的焦点づけと注意走査の過程は、より一層、声を生じやすくした。ここでの介入は、ジムがこういった状況に入り込んだら、他の注意的戦略を用いるように促すことだった。そのやり方は、セッション内にリハーサルし、適切な内的対話によるプロンプティングを行った。

ジムはさらに、声に関する多くの帰属をした。彼はその声たちが彼に脅威を警告するのは彼が「特別かもしれない」からだとして信じていた。また、彼は、声にこんなことができるのはテレパシーを使うからであり、自分がこのプロセスをコントロールすることはほとんど不可能だと考えていた。彼は、その声たちが度々不快だったので、もし彼らが自分が危険を回避するのを助けているとしたら、なぜそんなことをするのかかわからず、悩んだ。

しかし、彼は自分が特別だから声によって「テストされる」必要があるのだと結論づけ、それによって自分が特別だという彼の信念がさらに強まった。もちろん、この説の多くの部分は、声が危険を実際に彼に警告しているという不正確な前提の上に成り立っており、挑戦することは可能だった。彼の体験への代替説は、この体験のノーマライゼーションの上に構成することができた。誰でも、時には関係念慮や突飛な考えを持つことがあるが、ジムの場合、これらが自己の一部や単なる思考として認識されるのではなく、外部からの声として知覚されているのだと。ジムは、完全に受け入れたわけではないものの、この説には妥当性があることに気づいた。このような反応は珍しくない。しかしながら、代替説は彼の心の中に疑問の種をまき、絶えずそこに戻ることによって、彼の妄想的な説をさらに弱めることができた。

ジムは、自分のガールフレンドが他の人とセックスしているイメージにひどく狼狽した。彼は、そういったイメージも、声がテレパシーを使って送ってくるのだと思っていた。彼はガールフレンドが不貞だということを信じたわけではないが、声がそう伝えてくると、ひどく狼狽し、怒りがこみ上げた。彼が腹を立てたり狼狽したりすればするほど、その信念と、それに付随する証拠として見せられたイメージ体験に抵抗することが難しくなった。代替説の1つは、その映像が、ガールフレンドの貞節に関する彼の破局的思考からくる、実にありありとした心理的なイメージだという説だった。声は、自分のガールフレンドの貞節を繰り返し自問する彼自信の考えであった。というのも、彼はその件について絶えず反芻し、2人の関係について不安を感じていたからだ。この代替説は、2人の関係の安全であるという客観的証拠を振り返るとあわせることで、貞節やテレパシー、声の実在性に関する妄想的な信念を顕著に弱めた。破局的な信念やイメージが、不合理で驚異的な信念に燃料を供給する役目をする不安障害と比較された。「起こるかもしれないこと」や想像された「破局的事態」の鮮明なイメージは、突如、強い感情の連鎖をもたらすであろうことが指摘された。その後これらの体験は、不快ではあるが、非常に起こりそうもない状況としてラベリングしなおすことができた。

どんなにわずかな妄想的信念の低減でも、コントロールや脅威、正確さに関する信念を検証するためにたいへん利用された。

5. 自己価値の低さに対するコーピング

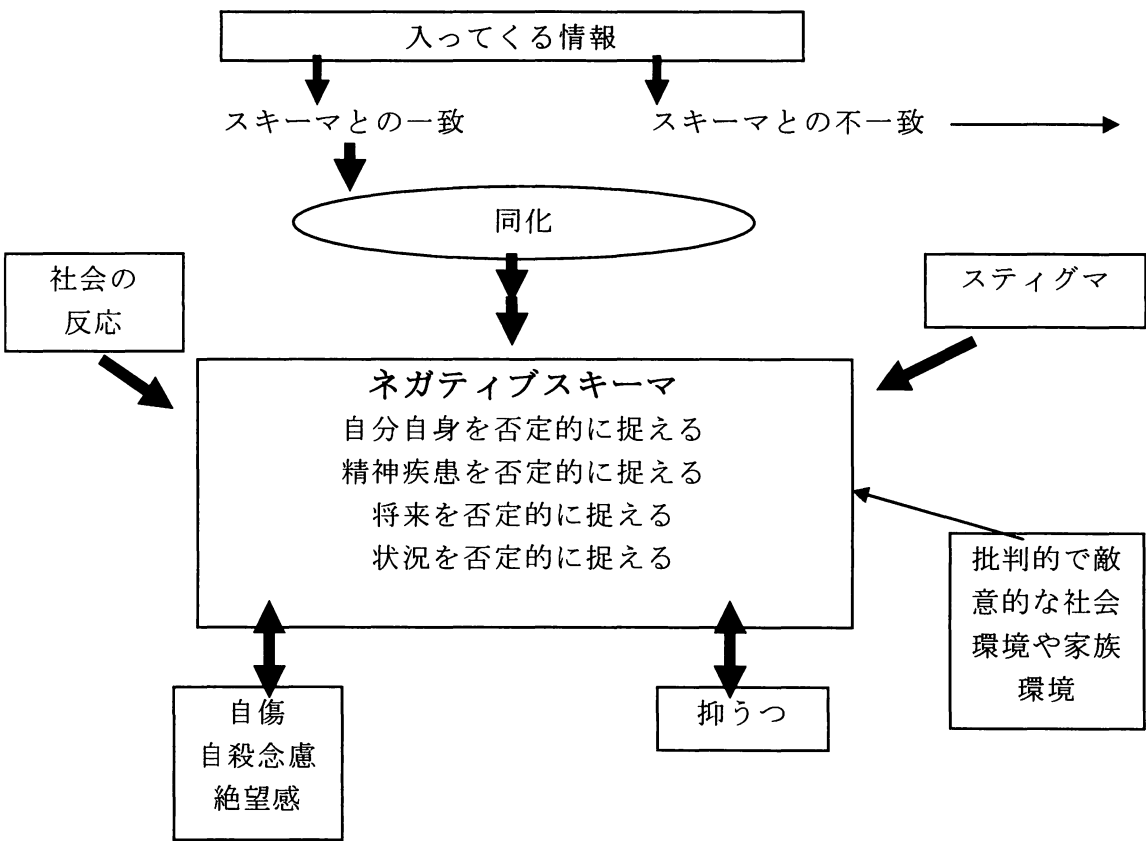
5.1 低い自尊感情—共通の問題として—

統合失調症に苦しんでいる患者は、自分自身について否定的に捉え、自尊感情が低いことがしばしばある。このような広範に見られる概念は、否定的自己スキーマの表れであると仮定することができる。つまり、否定的な自己概念や低い自尊感情は、深刻な精神疾患に苦しんでいることや、それに伴う全てのことの結果であると仮定できるのだ。患者は精神疾患を患うことに対するスティグマを与えられ、嫌がらせや排除を受けることがある。社会的な拒絶や否定的な対人的環境の影響や、無価値観、あるいは評価が低いとする認識に苦しむ。抑うつや自殺念慮に苦しんでいる患者は、自分たちの落ち込んだ気分のせいで、自己価値をより低く感じているかもしれない。さらに言えば、自分自身を殺したいと感じたら、自分は価値が無いに違いなく死ぬべきである、と考える帰属プロセスを持っている可能性がある。

否定的自己スキーマに潜在的に影響を与え、維持する要因について図6に示した。否定

的自己スキーマに影響し、維持する要因は、強固で多様かつ過酷であるのが分かる。深刻な精神疾患を患うことの結果として、このような否定的自己スキーマを構成し、そのスキーマを変容させたり修正させるよりも、維持され、強化されていくように、情報の入力、同化過程にバイアスがかかる。

図 6 ネガティブスキーマの維持

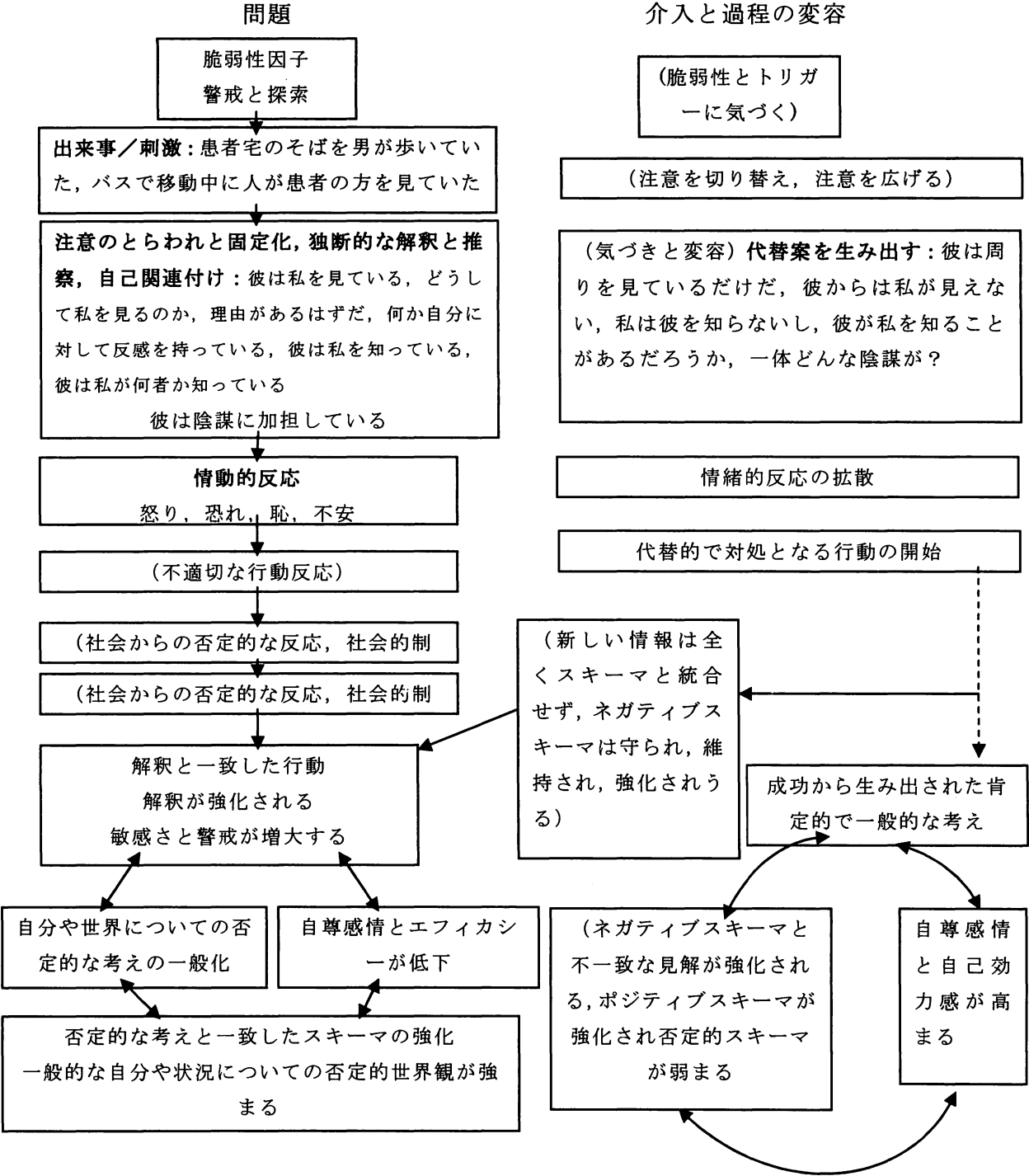


精神疾患の発症時は、トラウマティックな経験となることがある。発症時のトラウマの本質が外傷後ストレス障害の本来的な概念に一致するかどうかについては議論されるだろうが、実際、PTSD に十分になり得るものであるというエビデンスがある。PTSD に関する文献の多くには、トラウマが、世界観や安全や信頼や脆弱性や正義に関する信念をいかに完全に变化させてしまったか、という劇的な影響について書かれている。従って、類推すれば、精神病の発症がその人の自分自身や世界や将来に対する考え方を完全に变化させてしまうかもしれないことが分かる。このことは、精神疾患へのスティグマの永続的な影響ともあいまって、社会階層の下方化や絶望感、批判的で敵意のある家族の影響などが、否定的な自己スキーマを形成し維持する可能性が極めて高い。

自己価値を低く感じることは、抑うつや自傷のリスクを高めるだけでなく、コーピング方略を効果的に用いることをも抑制するだろう。一般的な問題を概略図として示した図 7 を参照してほしい。この患者は偏執的な妄想を持ち、それが現実のものであれ解釈によるものであれ他者の行動に非常に敏感で、他者の振る舞いを常に警戒し絶えず細かくチェックしている。二つの出来事が引き金となって反応を引き起こす。一つめの引き金は、彼が

窓の外を見た際に一人の男性が彼の家の外を歩いているのを目にすること。二つめの引き金は、彼がバスで移動中に歩行者が彼の方を見ているのに気づくこと。この両方の出来事は彼の注意を引き、彼はこれらの刺激に捕らわれてしまった。彼はこの人々の振る舞いに、独特で自分に関連付けた推察を加える。その推察は、彼らの振る舞いの理由を説明するものであり、それがさらに脅威の可能性についての考える引き金となる。その結果、唐突な感情の連鎖が起き、過去には他者に対しての不適切で攻撃的な態度を生じさせていた。このタイプの振る舞いは、他者からの非難から逮捕や訴訟といった様々な社会的制裁を引き起こす。紹介されてきた時には、Dave は彼の妄想的な考えや事実の解釈に基づいては行動していなかったものの、自分自身について“ろくでなしで狂っている”という見方を強めてしまっていた。このことは、人々や社会が彼を拒絶しているという考えを強め、自分自身に対しての漠然とした陰謀の概念を裏付けていった。これらの考えは、過敏性や警戒感や注意の焦点付けを高め、覚醒亢進状態を維持させた。これは、図1で示した正のフィードバックループの例である。

図 7：コーピング法と信念の維持を示した問題と介入の順序



先述の手法を用いることによって、図 7 の右に示されたように、Dave はこのタイプの状況に適切に対処できるようになった。Dave は彼の脆弱性因子と偏執的な考えの引き金となりがちな先行状況に気づくように教えられた。また、他の刺激にも注意を広げたり、他者の行動に注目することから注意を切り替えることができるように準備するためのサインとして、これらの先行刺激を用いるように Dave は教えられた。さらに、代替案を生み出すことによって自動化された解釈に挑戦することや、コーピング反応を用いることによって情動の連鎖を抑制する方法を彼は学んだ。

Dave がパラノイアに上手に対処し、機能の改善と般化が起きることによってコントロール感が増すであろうことが期待された。これらの肯定的属性の般化は、彼の否定的スキーマとは一致せず、その結果、否定的スキーマは弱まり、自分自身に対するより肯定的な考え方が強化されると考えられた。しかし、そうはならなかった。彼自身や彼の能力に関する新しい情報が何も統合されなかったのである。彼の否定的なスキーマは守られ、活動を維持し、強化されさえしていた。Dave は、前よりもうまく対処できており、彼の生活は今ではより豊かになり、孤立することが減ったことを実感しているにもかかわらず、状況は変化がないと彼は語った。彼は、他の人たちが気づいていないとしても、自分は“ろくでなしで狂っている”と考えていた。実際は、バスに乗るといような毎日の出来事に対処するために多大なエネルギーを費やさなければならないという事実が彼を抑うつ的にし、自分は無価値であるという考えが強まったのである。この段階におけるリスクは、Dave が絶望感を増し、症状に対処を試みることを断念してしまうことである。そして、彼の自分自身に対しての感情が、臨床上の抑うつに繋がり、自殺のリスクを増加させるかもしれない。

Dave のようなケースにおける低い自尊感情は、再発の脆弱性の増加とも見ることで、そのリスクを減少させるためのフォーミュレーションの構築が必要となる。可能なアプローチの概略について以下に示す。

5.2 患者の自尊感情を改善する

この一連の技法の目的は、自分に対する肯定的な考え方を般化させ、否定的自己スキーマに挑み、そのことで全般的な自尊感情の改善や肯定的な情動反応を引き出すことである。この手法は二つの段階によって成っている。一つめの段階では、自分自身についての肯定的な認知を引き出し、二つめの段階では、肯定的な情動反応を引き出す。あるいは、認知的な過程と情動的な反応は一緒に生じることから、この二つの段階を組み合わせ提示することもできる。この二つの段階の過程を以下に説明する。

5.2.1 段階 1：認知的反応

- ・ 自分自身についての 10 の肯定的な特性を挙げるように患者に言う（挙げる数はそれぞれの患者のレベルに応じて変化させることができる。求められた数まで挙げるができないという経験を患者がしないようにすることが重要である）。
- ・ 特性について患者がリストを作ることができたら、次に、その各特性についてどれくらい実際にそうだと信じているかを 0～100 のスケールで答えてもらう（0 は全くそう信じていない、100 は完全にそう信じている）。
- ・ それぞれの特性の証拠となる具体例を挙げてもらう。答えやすくするために、最近起こったとか、“先週”と時間を指定してもよい。治療者自身が知っている患者についての例を用いてもよい。できるだけたくさん挙げて記入する。
- ・ 各特性の例のリストをもう一度読み上げてもらうことを通じて、各出来事を言語化し、イメージしてもらう。そして、その特性をどれくらい信じているかを再度評価してもらう（多くの場合、信じる程度は増加するので、患者に対しては彼らがどの証拠に注意を向けたかによって信じる程度が変化することを強調しなければならない）。
- ・ 患者には、次の 1 週間、自分の行動をモニタリングし、各自の特性をたしかに自分が

持っていることについての証拠を記録することが宿題として出される。この宿題の目的は、肯定的な属性を般化することと経験的に学習することである。

- ・ 次の回では、例に対してのフィードバックを行い、またさらに例が引き出されるようにする。そして、その特性をどれくらい信じているかを再度評価してもらい、信じる程度の変化にさらに注目させる。
- ・ 特定の行動や証拠を引き出し、注目することが自分自身や特性についての信念に影響を及ぼすことや、そのことが自分自身についての全般的な見解にいかに関与するかどうかについてじっくりと考えてもらう。全ての肯定的な属性や自分自身についてより肯定的に考えられるようになる過程を強化する。
- ・ 上記手順を繰り返すことを続ける。彼ら自身についての信念が注意をどこに焦点付けるかによって変化するということと、自尊感情は信念に大きく影響を受け、それゆえ、変化させることができるのだということを継続的に強調する。

これらの手順を実施した例を以下に示す。

Dave は症状に対処することを上手に学ぶことができ、おかげで症状は激減し、彼の機能レベルは非常に改善された。

Dave は、自分にあるかもしれない多くの彼の特性を挙げることができた。それらは、「役に立つ（信じる程度は 100 中 60）」、「友好的（信じる程度は 50）」、「良い父親（信じる程度は 30）」であった。彼は次に特にこれらの特性の証拠となる具体的なことがらを挙げるように言われた。「役に立つ」については、数ヶ月前に友人にお金を貸したことや、先週他人のためにドアを開けてあげたこと、今週は父親の庭仕事を手伝ったことなどを挙げた。そして「役に立つ」についての信じる程度の再評価は 90 であった。

「友好的」については、彼には 10 年から 20 年来の多くの友人がいて、彼らが継続的に彼に連絡を取ってくれていて、一緒にすごすのを楽しんでくれていることや、パブやバスで他の人たちと快適に話しをすることができるということを証拠として挙げた。彼は両親の友人ともうまくやれていた。また彼は、治療者ともうまくやれていて、会話を楽しめていると考えており、いろいろな違った背景をもつさまざまなタイプの人々と問題なく気軽に話すことができるとも考えていた。「友好的」についての信じる程度の再評価は 100 であった。

「良い父親」については、毎週ごとに彼は息子や娘と外出するのを楽しんでいること（彼は子ども達の親権を持つ彼らの母親とは離婚していた）を証拠として挙げた。彼は子ども達と会えない際には動揺したことや、また彼らのためにプレゼントを買うことが好きなことも挙げた。単に都合がよいことをするよりも子ども達にとって良いことをすることが彼には幸せであり喜びであった。「良い父親」についての信じる程度の再評価は 60 であった。しかしその時点で、彼はいくつかのネガティブな評価があることを語った。それは、子ども達と一緒に住んでいないため良い父親にはなれないと感じているというものであった。彼は子ども達の母親とうまくやっていくことができなかった。短い期間子ども達と会うだけの父親が子ども達とうまくやることは簡単なことであり、子ども達を甘やかしがちであるということも彼は語った。彼の考えでは彼の育児は責任のある親業ではないというものであった。この時点で、このようなネガティブな考えがいかに関与されるかというモデル

を振り返るのが役に立った（図6参照）。ネガティブスキーマに一致しているこれらの考えについて議論し、彼の言い分が過度の一般化であることや、ネガティブな発想が最大化され肯定的なものが最小化される過程について示唆していた。さらに、これらの考えや信念は彼の気分を抑うつ的なものにし、彼自身に対するネガティブな信念を維持するが実際は状況を正確に反映していないことについても説明する。自分は悪い父親だと考えることに挑むために、さまざまな課題が実施された。例えば、“悪い父親”という用語を明確に定義してもらい、その定義と彼の実際の行動を客観的に比較してもらった。また、似た状況にいる他の人々と自分の行動も比較してもらった。最後に、彼には現実的で客観的に彼の能力と状況について査定してもらった。これらの課題を実施している際には、自己評価のネガティブなバイアスの可能性について強調し、将来的にこのことに対処する方略についても説明した。

5.2.2 段階2：情動的反応

また、患者は挙げた特性が重要である理由について追究するように求められ、これらの持つ潜在的な利点についても探るように言われた。各自にとって選ばれた特性がたしかに意義があり重要であるように、誘導による発見やイメージを用いて確認した。次に、患者はこの特性を示す実際の例を挙げるように求められた。特に、その特性に関連した特定の行動や、それが実行された文脈を描写することが強調された。特性が体現されている時の情動的な経験に注意が向けられ、その経験に関連した肯定的な感情が生み出された。患者は、肯定的な特性を提示してやりとりをした際に相手の人がどのような肯定的な情動反応を経験するかをイメージするように求められた。彼らは、他の人々の経験を明確にイメージするように求められ、彼らがどう感じるかを描写するように言われた。そして、その経験をまねてみるように求められた。次に、他者の肯定的な感情を想起した際に自分自身がどのように感じたかを説明するように求められた。

例えば、患者が友人を助けるという寛大さが提示された際には、その友人が助けられた際にどのように感じたかを誘導イメージによってイメージするように求められた。そしてこの肯定的な感情を強め、維持するように言われた。次に、同様の手順を経て、手助けされることによって友人が肯定的な感情を持ったことに気づいた際、彼ら自身がどう感じたかを想像し描写することを求められた。そして、もう一度その感情を強め維持するように言われた。全ての肯定的な特性やシナリオで同様の手順を実行するべきである。

ネガティブな評価を低減する手法は、極端なネガティブな信念の証拠を検討し評価するために社会的比較を用いるという方向で行われるだろう。患者は極端にネガティブな‘典型’の全ての特徴を描写するように求められ、その典型の証拠と反証を比較する。例えば、自分のことを悪い母親だと考える人には、典型的な‘悪い母親’の否定的な特徴を全て定義してもらい、次にその典型の望ましい部分と望ましくない部分について、自分自身との比較をしてもらう。もともとの自分に対する解釈は、過度にネガティブバイアスがかかっている可能性が常にあることから、比較によって解釈を論駁してもらう。

6. 再発予防

6.1 早期再発サインの特定

警告なく再発が起こることはほとんどない。数日、たいていの場合は数週間、事例によ

っては数ヶ月の前駆症状が前もって存在している。不眠症、易刺激性、気分の変動、間実的思考が一般的な前駆サインや症状のきっかけとされている。患者は前回のエピソードや再発に先立った前駆サインや症状を思い出すよう求められる。それぞれは1枚ずつのカードに記述され、症状が起こった時間的経過の順に並べられる。このような方法で患者の前駆症状の特徴、すなわち患者の症状や経過を特徴づける個々のサインや症状の時系列を特定化することができる。特定化を行った患者は、実際の再発の前駆症状と再発サインではない気分の変動とを弁別できるようになる必要がある。これは弁別訓練の過程を通して行われる。その際、患者は実際の前駆症状と偽警告の区別を学習するという目標を持って、気分の変動や体験を数週間に渡ってモニターする。

次の段階は前駆症状が起こった場合に、その症状を処理するためのゲームプランを明確な形で表すことである。コーピング方略を計画してリハーサルし、他者からの援助を引き出したり、薬物増量や変更といった精神科サービスを求めることができる。前駆症状の経過を理解することで、個々の前駆相ごとに異なった対処を特定することができる。治療アプローチの一部として重要なのは将来に向けた計画をすることである。起こりうる潜在的なストレスイベント、症状や再発が始まりそうなきにいかにつくかが特に重要である。

7. 臨床における問題と困難

7.1 思考障害に挑むにあたっての典型的問題と克服戦略

思考障害はまとまらない会話に代表され、患者が伝えたい意味を理解するのが困難にさせる。しかしながら、経験と訓練によって、患者の会話の中にいくつかの内的な論理を理解することが可能なことがある。患者に意味を説明するように求め、治療者が理解した内容を示し返し、筋の通った形で言い換えることによって論理性を見出すことができる。落ちついた態度でこのような整理された段階を経ることで、患者が議論の感情的内容に圧倒されることを防ぐことができる。このような圧倒は、議論のテーマが感情的に負荷の高いものであった場合に起こりうる。

7.2 妄想に挑むにあたっての典型的問題と克服戦略

薬物治療を受けていても、あまりにも深刻で手に負えない妄想であるために、妄想が真実であるかどうかを探られるのに耐えられない患者が中には存在する。例えば、迫害されているという考えは真実だと確信している患者にとって、それとは逆に提案されることは敵意を引き起こすだけである。継続したやり取りはCBTpを成功させる上での鍵となるので、取り組める共通の課題を見つけることが必要である。妄想的思考は相当な苦痛を引き起こすので、セラピーの目標は妄想そのものに挑むことではなく、苦痛を低減させることであると提案するのは可能である。たいていの患者は混乱しながらもこの提案を受け入れる。

このような事例において、妄想に対する直接的な挑戦や、ともに支配されるような行動は避けるべきである。患者が体験したことの本人にとっての正当性は常に受け入れられなければならない。例えば、隣人は自分に対して陰謀を企てようとしている政府の人間であり、水道に毒を混ぜていると確信している女性患者を例に挙げる。そのような考えは明らかに患者にとって相当の苦痛を引き起こす。もしこのような女性患者であった場合、治療

者が彼女の体験したことは幻嗅あるいは幻味、または迫害妄想であると示唆したら、相当の動揺を示すであろう。精神病的体験の結果として感じた極度の苦痛を問題として取り上げ、そのような苦痛を減らすための協働作業に参加してもらうことが適切な戦略である。このようなアプローチの方がセラピーへの参加が危うくなることは少ないだろう。さらに、苦痛に伴う高い過覚醒は実際に症状を維持させていることがある。苦痛を減らすことは体験の強さもまた減らし、治療者と患者がより直接的に妄想について話し合うことが可能となる。

患者がとても混乱し、興奮した場合、セッションを中断して次の機会を設けることを念頭に置くことが最適である。時に患者は、幻聴から治療者に話さないように、あるいは特定の振る舞いをするよう指示を受けているだろう。このような現象は不適切な振る舞いや会話のねじれ、声に聞き耳を立てているような行動によって推察される。幻聴については直接的に話題にすることが可能であるが、時として声に従わないと恐ろしい結果に至ると患者が脅されていることに治療者は気が付くべきである。支離滅裂なやり取りは思考障害の徴候である可能性もあるが、命令幻聴とは区別する必要があるだろう。

7.3 難治の精神症状

残念なことに、治療者が最善を尽くし、最適な薬物療法を施したとしても症状がほとんど改善されない事例が存在する。そのような難治例に対しては多くの選択肢が利用可能である。第一に、患者の生活の質を最大限にするための適切なサポートサービスが設けられているかを確認する必要がある。そこでは特に薬物療法や、過剰なストレスを避けるための周辺環境の見直しを定期的に行うべきである。次に、わずかでも良いので簡単な認知行動療法戦略を続けることは常に価値がある。そのような関わりは、長い期間たって効果が現れ始める可能性があるからである。

精神症状を治療するためのいくつかの提案を図8および図9に示す。

図 8 症状の減少を試みる手続き

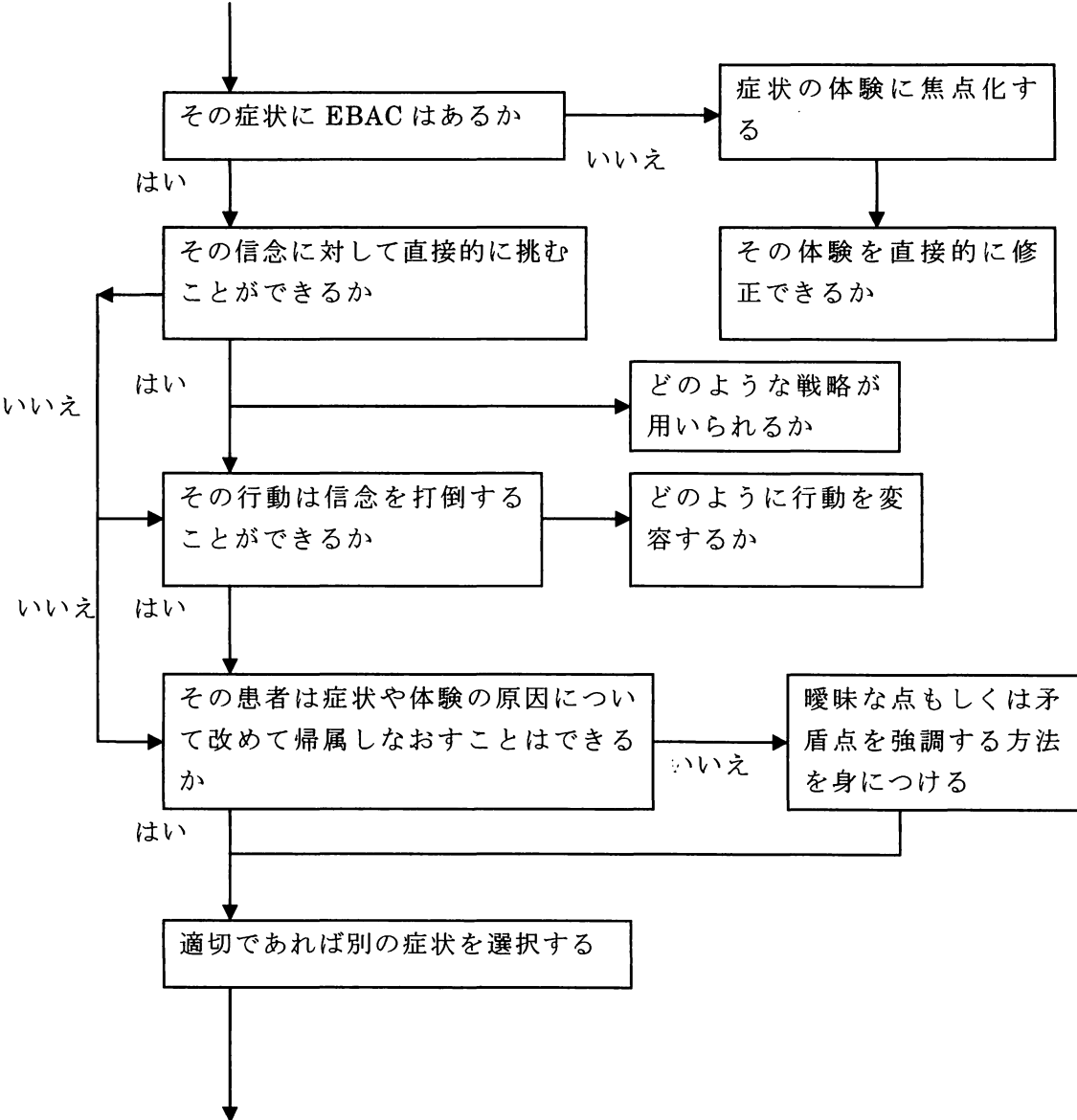
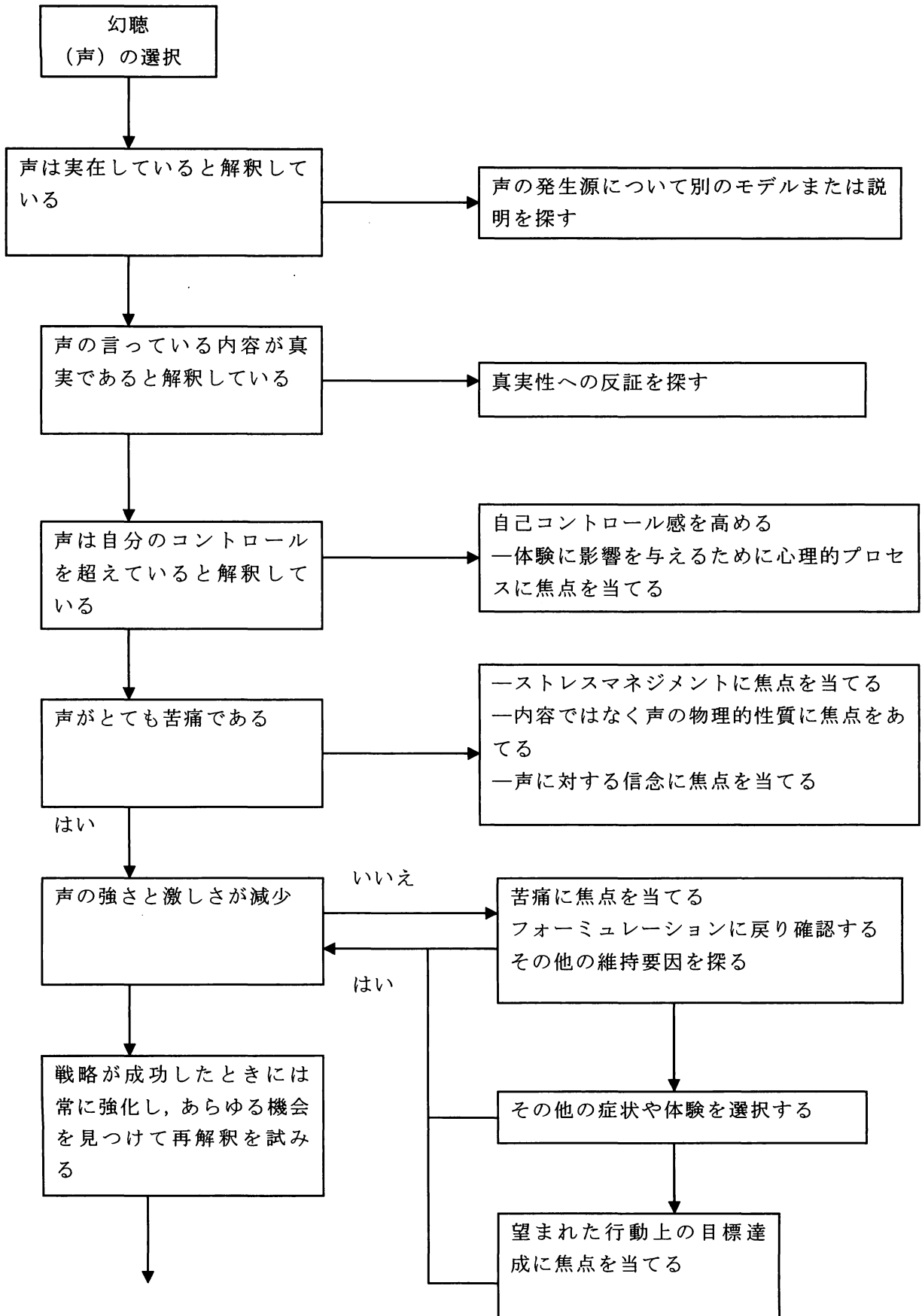


図9 幻聴を減少させる手続き



7.4 生活ストレス

将来どのような問題がストレスとなるかについて、可能な限り予想することは役に立つ。生活ストレスや困難な対人関係は、共に再発の前兆として知られている。問題解決の枠組みを用いることで、そのような困難やストレスに対処する方法を引き出すことができる。そして、一旦戦略が決定されれば、それらを構成要素に分解し、徹底的に繰り返すことが可能となる。コーピングの保持は時間の経過と共に衰え、状況によって変化するので、コーピング方略がうまくいくためには、学習の繰り返しは重要である。

7.5 自殺と自傷のリスク

統合失調症に苦しむ患者における自殺のリスクは重大である。統合失調症をもつ患者のリスクファクターとして以下のものがあげられる。すなわち、若年、男性、多くの悪化を繰り返す慢性的経過、重篤な症候群と機能障害、抑うつを伴う絶望感、精神疾患のさらなる悪化に対する恐れ、治療への過剰な依存もしくは治療への不信感である。2つのルートが絶望感を媒介して自殺のリスクと関連していることが研究で明らかにされている。つまり、1) 社会的孤立の程度が高いこと。それには罹患期間、陽性症状の多さ、高齢、失業が関連している。2) 自己に対する否定的な見方、親類からの頻回の批判、陰性症状の多さ。それらには男性、未婚、失業が有意に関連していた。

統合失調症に苦しむ人を治療しているときは、自殺企図の高い可能性について注意することが重要である。不運なことに、統合失調症をもつ患者はしばしば衝動的に自殺を試みて、高所からの飛び降りや焼身自殺、小火器といった致命的な手法を用いる。自殺念慮の存在についてアセスメントする必要がある、具体的な計画をしているか、あるいはすでに実行しているのかを患者に質問するべきである。さらに、リスクを高める可能性のある因子に対しての注意が求められる。つまり、自尊心の低下、特に疾病や回復の認識に関連した絶望感や失望感の高まり、混乱した家庭や対人関係、なんらかの社会的状況の変化もしくは支援となる対人関係の喪失（例えば、精神科スタッフの異動や休暇といった変化）がリスクを高める。その上、ライフイベントや喪失体験、恥の体験は絶望感を高める。

自殺のリスクを高める因子には、精神病特有のものもある。たとえば命令幻聴の体験などである。著者が担当した男性患者で、異常な身体感覚を自分の体の中にイギリスの女王が入り込んだと解釈した患者がいた。忠誠心の高い人間として女王に身体を明け渡すため、自分が体を空にしなければならないと考えた。そしてそのためにナイフで手首を切って自殺を試みた。この事例は死にたいという意味から行った自殺企図というより、王室に対する社会的儀礼の意識によって動機づけられたものであった。幸運にも自殺企図は失敗した。

多くの治療者は、重篤な精神疾患という厳しい現実から来る重荷を覆い隠す防衛的側面を精神病性症状が有していると仮定している。病識が高まり、症状群が改善することで、患者はますますこの重荷にさらされる。そのため、潜在的に自殺に逃避する恐れが高まる可能性がある。治療者はこれらのリスクファクターに注意を向け、患者をよく知り、問題が予想される環境や気分の変動をモニターする必要がある。予想される変化に注意し、他の精神衛生の従事者と適切なコミュニケーション関係を構築し、気兼ねせずに気分の落ち込みや絶望感について話し合うことが出来るような計画をたてることは重要である。急性の自殺のリスクを評価することは平板化したまたは不適切な感情をもつ患者においては困

難である。そのため、治療者は抑うつ患者における自殺の手がかりを探すかもしれないが、統合失調症患者においては見える手がかりとはならない可能性がある。リスクが高いと判断された際は、救急精神科サービスの援助を求めるべきである。

7.6 重複診断：アルコールおよび物質使用の併発

統合失調症患者において物質使用障害の併発は増加の一途を辿っている問題である。重複診断を受けた患者は、広範囲の結果において、統合失調症のみの診断を受けた患者に比べて難治化傾向にある。つまり、重複診断を受けた患者は、症状がより持続し、頻回で早期の再発に苦しみ、再入院する傾向にある。さらに、救急サービスの世話になることが多く、高い攻撃性や暴力を示し、自殺や自傷の危険性も高い。精神保健分野のスタッフは、しばしばこのような患者の複雑なニーズに対処することができないと感じる。そして、忠告に反してドラッグやアルコールを使用する精神病患者に対して非共感的に接してしまうことが多い。

非精神病患者における物質使用の行動変容を動機づけるために、動機づけ面接が効果的に用いられている。動機づけ面接は特定の介入というより、ある種の‘スタイル’であると称されている。そして、精神病の告知を同時に行いながら、物質もしくはアルコールの使用行動を変容する動機づけを高めるため、CBT アプローチに組み入れることができる。アルコールあるいは物質使用と精神病症状の相互作用は重篤であるといわれている。そのため、精神病症状に対して、このような重複したアプローチが必要とされるのである。患者の多くはアルコールもしくは物質使用を問題とは捉えておらず、否定的な影響より、自己治療、仲間との一体感や楽しみなどの利益をもたらしものだと考えている。初期セッションの目標は患者から変化や動機づけに関わる言葉を引き出すことにある。治療者はそのような言葉を引き出すため、傾聴、受容、選択的強化といった動機づけ面接の技術を用いる。いったん患者が物質やアルコールの使用を問題だと認め、変化の意思を示したら、はじめて物質やアルコール使用を止めるという目標に向かって治療を進行させることができる。

8. 実施上の問題点

8.1 セラピーの実施場所

事例の中には、患者が入院治療を受けているかどうかといったその他の治療要因によってセラピーの場所が決まる場合もあるだろう。患者の拠点が地域にある場合、CBTを実施する場所には、病院、その他の保健施設、あるいは患者の自宅といった選択肢が存在する。臨床実践は国や保健サービスによって異なる。イギリスでは、在宅治療が主流となっており、著者の場合は患者自身に実施場所を選択してもらっている。したがって、病院の外来や地域の精神保健センター、あるいは自宅で行うことになる。患者に選んでもらうことで治療遵守が良くなる傾向がある。保健施設でセッションを行う場合の大きな利点として、患者のニーズに沿って複数の約束を組み合わせることができる点があげられる。例えば、CBTと薬物治療の予約を同時に行うことが可能である。このような複合的なアプローチは治療のアドヒアランスを高めるかもしれない。

同時に自宅訪問にも多くの利点がある。自宅治療では、普段の生活環境における患者を

観察することができ、対処スキルを、それを使うことになる環境の中で身につけることが出来る。さらに、自宅訪問では、家族との協力を強めることが可能となる。守秘義務や同意を得る必要はあるが、家族が治療アプローチについての情報を得ることで、CBTを円滑に進めることが可能となる。例えば、家族はコーピング方略を用いるよう促し、行動実験や現実検証を通して病的体験を合理化するのを援助してくれる。そして、外出の際には、患者に同伴して段階的な練習プログラムの実行に協力してくれる。

自宅訪問には多くの利点がある一方、最善の結果を促進するために対処すべき様々な困難も存在している。セラピーが他の住人や騒音によって妨げられるかもしれない。テレビを消したり、すくなくとも音量を下げるよう頼むことが、セラピーを開始する上で必要になることが多い。家庭内において静かでプライバシーが保たれた環境を設定することを目指すべきである。

自宅訪問を始める時に、治療者は自分自身の安全という問題に注意しなければならない。患者自身、家族やその他の住人、あるいは患者の居住地の隣人もリスクとなり得る。もし、患者が薬物常習者であり、売人やギャングと連絡を取っていたり、薬物の売買が活発な地域に住んでいる場合は、特にリスクが高いのが現実である。治療者自身が事前に常識的な対応策をとることも出来るが、理想的には職場の部署において安全指針や手続きマニュアルが準備されているべきである。安全指針の中には、患者や事情を良く知っている人物の意見も含めたリスクアセスメントや、危険を察知した際の緊急手続きが包括されているべきである。特にリスクが高い場合や未知の場合は、別の治療者と共に在宅セッションを行うことが推奨される。

8.2 ホームワーク

ホームワーク設定は従来より CBT の基本的な手順である。しかしながら、ホームワークの指示や実施に伴った問題が頻繁に起こる (Helbig & Felm, 2004)。同様に、統合失調症に苦しむ患者は、定期的な記録やその他の治療活動を含むホームワークを実行するのが苦手なことが多い。患者の中には宿題を完成するのが得意な者もいるが、ホームワークに対するコンプライアンスを前提とした治療を行うべきではない。

8.3 多機関の精神保健サービスにおける CBT

統合失調症のような重篤な精神疾患に苦しむ患者のほとんどは、精神保健サービスによって提供される広範囲の援助を利用している。そして精神科ケアは、異なった機関によって運営される多面的なプログラムによって構成されるべきだと一般的には考えられている。不活発な状態で放置することは、統合失調症に悪影響を与えるという明確なエビデンスが存在している (Wing & Brown, 1970)。包括的なサービスに含まれるのは、必要に応じた入院が出来ること、地域における濃密な危機介入、デイホスピタル施設、職業および作業療法的活動、医療の見直し、地域精神保健チームによるアウトリーチを用いた見守り体制である。これは何らかのケースマネジメントモデルを通じて調整される。サービスでは権利擁護や危機介入が提供される。CBT は精神保健サービスによる包括的対応の一部として行われるべきである。CBT 治療者は中心的なワーカーあるいは権利擁護者といった役割を引き受けるか、あるいは精神保健サービスをもう一度利用できるようなつなぐ任務を担うのが良いかもしれない。

多機関によるサービスの中に CBT の治療を統合する際に、多くの実施上や専門的な問題が生じることがある。CBT の治療モデルは、別の分野やスタッフが提案するモデルと矛盾する可能性があり、CBT の実行が難しくなることがある。不運にもこのような問題は、多機関による関わりにおける現実を反映しているため、そうした問題点を取りあげて対応する必要がある。心理療法を精神保健サービスに取り入れる際の問題点と解決方法については Barrowclough and Tarrier (1992) によって包括されている。そのうちのいくつかを紹介する。

- ・ 基盤をしっかり準備する。エビデンスに基づく治療を行うための管理上のサポートを引き出す。そして、新しい治療アプローチが最も受け入れてくれやすい組織の中にいる人員、全体意見をまとめる役目の人などを特定することが役に立つ。
- ・ スタッフに対するトレーニング、そして関心を示すその他の専門家に対する継続的なスーパービジョンを提供する。
- ・ 新しい治療を実施し、スタッフがトレーニングやスーパービジョンを受けるために十分な時間を管理職に確保してもらうようにする。
- ・ 新しい治療法を確立するために、サービス利用や患者からの支持を引き出す。以前に治療を受けたことがあり、それに満足したことのある患者から意見を聞き、公表する。
- ・ 組織との良好な関係を維持する。
- ・ 特別な CBT サービス部門の設立の可能性を考える。

このような組織マネジメントの手法を行うことによって、CBT が確立され、それを必要とする患者に対して CBT が確実に提供される可能性を高めるのだ。

謝辞

本マニュアルは、財団法人日本障害者リハビリテーション協会の研究費補助金を受けて作成された。マニュアルの内容は、精神保健研究所司法精神医学研究部 菊池安希子のコメントを参考に、日本での使用を目的に作成された。

若手研究者育成活用事業

精神障害者の退院促進に関する研究

沢村 香苗

国立精神・神経センター武蔵病院

はじめに

厚生労働科学研究「精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究」にリサーチレジデントとして参加し研究を行った。本稿では、平成 17 年度の研究成果について報告する。

精神障害者の社会復帰の促進は重要な政策課題である。日本の精神病床の平均在院日数は 385.7 日であり、10 年以上入院している患者が全体の約 3 割を占めている。また、「受入条件が整えば退院可能」な患者が全体の 2 割を占め、その半数を 3 年以上入院している患者が占めている¹⁾。

退院促進には地域資源の整備の他に、長期在院患者に対するリハビリテーションと、新規入院患者が長期在院患者になることを防ぐための効果的な急性期医療が重要である。平成 17 年度は、今後の退院促進活動に有用な示唆を得るため、精神科リハビリテーション病棟におけるクリニカルパスの収集（研究 1）と、急性期病棟から地域に退院した患者と転院・転棟によって入院治療を継続した患者の比較（研究 2）を行った。

研究 1. 精神科リハビリテーション病棟におけるクリニカルパスの収集

研究目的

精神障害者の退院促進活動において、長期在院患者に対するリハビリテーションは重要である。精神科リハビリテーション病棟の機能に応じた人員配置や標準的な治療計画の検討は緊急性のある課題であるが、現在当該病棟でどのような活動が行われているかという具体的な情報は十分得られていない。

そこで本研究は、精神科リハビリテーション病棟（社会復帰病棟またはそれに類する機能を果たしている病棟）における退院までの治療計画を把握することを目的とした。調査に際してはクリニカルパスの収集という手法を用いた。クリニカルパスとは、特定の病気や症状を伴う患者に対する介入、ケア活動、そして期待される結果の、最適な順序とタイミングが略述された多職種間のケアプランである。

研究方法

1. 調査対象

この研究に先立って行われた、精神科急性期病棟におけるクリニカルパス調査に協力した急性期治療病棟を有する病院 30 施設、大学病院 10 施設、および国立病院機構に属する病院 7 施設の計 47 施設に再度協力を依頼した。対象施設の施設長ならびに精神科長（医局長）あてに FAX 票を郵送し、調査への協力の可否について回答を依頼した。民間病院 13 施設、公立病院 1 施設、国立病院機構に属する病院 6 施設、および大学病院 3 施設の

計 23 施設から最終的な調査協力への同意が得られた。

2. 調査内容

調査票（１）クリニカルパス調査、（２）病院・病棟施設特性調査から構成された。

（１）クリニカルパス調査

今回のクリニカルパス調査は、精神科リハビリテーション病棟に入院中の患者を退院させるまでの治療・ケア計画をクリニカルパス形式で収集するというものであった。調査票の中で、病識・コンプライアンス・社会復帰への意欲等を課題として含んだ３つの想定例を提示し（資料 1）、回答者にはそれぞれの想定例に対して現在施設で行われている治療・ケア手順の記入を依頼した。回答者は対象病棟を受け持つ医師であったが、他職種が記入するのが適切であると判断された項目については分担してもよいこととした。フロッピーディスク内の Excel ファイルもしくは所定の紙への記入を依頼した。

（２）病院・病棟施設特性調査

治療・ケア計画には病棟規模や設備構造、スタッフ配置、利用できる地域資源等の施設特性が関連している可能性があるため、病院・病棟特性調査票によって調査を行った。

研究結果ならびに考察

調査に協力すると回答のあった 23 施設のうち、民間病院 10 施設と公立病院 1 施設、国立病院機構に属する病院 3 施設、および大学病院 3 施設の計 17 施設から記入済調査票が返送された。

協力の得られた病院の病床数の平均は 330.9 床（SD=195.3）、対象となった病棟の病床数の平均は 55.2 床（SD=7.6）であった。入院日数の平均は病院全体で 174.0 日（SD=71.9、range 20.7~281.0）、対象となった病棟で 280.4 日（SD=323.1、range 20.9~1371.0）であった。

調査により得られたパスの 1 例を資料の 2 に示した。

利用可能な社会復帰施設、関連施設との連携の難易度と満足度について図 1~3 に示した。利用可能な社会復帰施設として最も多く挙げられたのがデイケア・ナイトケアであり、同法人であった割合も高かった。社会福祉協議会との連携について困難を感じていたり満足度が低い施設が多く存在した。

まとめと今後の課題

精神科リハビリテーション病棟（社会復帰病棟またはそれに類する機能を果たしている病棟）において、長期在院患者が退院するまでの治療・ケア計画をクリニカルパス形式で収集した。急性期病棟における調査に協力の得られた施設に再度協力を依頼したが、該当する病棟がない等の理由から、回答率は 36.2%程度に留まった。精神科リハビリテーション病棟は診療報酬上で規定されているものではなく、今回の調査対象となった病棟の平均在院日数の幅は 20.9 日から 1371.0 日と広く、異質性が高かった可能性がある。しかし、精神科リハビリテーション病棟の治療・ケアプロセスをクリニカルパス形式で収集した研究は他になく、本研究は今後の社会復帰活動にとって有用な資料となると考えられる。

今後はさらに対象施設数を増やし、共通のクリニカルパスを作成する必要があると考えられる。

資料1:調査で使用した想定例

【事例 1】

A 氏：35 歳男性。22 歳時、大学の級友が皆、自分のことを馬鹿にしていると感じるようになった。幻聴（「頭が悪い」と言われる）や妄想（自分の生活が盗聴・盗撮されている）が出現した。徐々に自室に閉じこもりがちになり、独語や壁を叩く行為が見られるようになった。両親とともに B 病院精神科を受診し医療保護入院となった。そこで統合失調症と診断され、抗精神病薬による治療で寛解状態となり 1 ヶ月ほどで退院した。しかしその後、服薬が不規則になり再発して入院、ということを数度繰り返した。

今回の入院は 1 年前からの継続である。A 氏は服薬について「病院にいる時は〇〇さん（看護師）たちに頼まれるから飲んでる。外にいる時は飲まなくてもいいんです。」と話している。今回の入院中に自宅外泊した際にも、母親より「薬が捨ててあった」との報告があった。現在の症状は服薬により安定しており、他の入院患者と交流する姿がよくみられる。病棟では、看護師が薬を渡して声かけすると服薬する。

親しくしていた同室の患者が退院したことをきっかけに A 氏は退院を強く希望するようになり、「こんな所にいると本当に病気になってしまうよ。はやく退院して、一人暮らしして、働きたいですね！」と意気込みをみせている。自宅は姉の家族も同居しており、A 氏と姉はあまり折り合いがよくない。母親は本人をできるだけサポートしたいと話している。自宅近くのアパートが、退院先として候補に挙がっている。

身体合併症は特にない。月に数回、バスで外出し買い物をすることを楽しみにしている。単身生活の経験はないが、作業療法の一環として料理の経験があり、小遣いは自分で管理している。自宅と病院は同じ地域に属し、バスで通うことができる範囲内である。

〔事例 2〕

C 氏：36 歳女性。短大を卒業しすぐに就職した。内気な性格であったが仕事を真面目にこなすので職場では評判がよかった。しかし1年経った 20 歳時から、職場の同僚女性が壁の向こう側から命令してきたり、壁を叩いてメッセージを送ってくるので仕事はかどらない、と上司に話すようになった。また、母親が他の似た人にすり替わったと頻回に警察に相談した。半年ほど経って、隣家が自分のことを町内に放送していると憤慨し、投石して窓を壊したため警察に通報され、母親の同意によってD病院に医療保護入院となった。入院当初は治療を拒み、ほとんど部屋から出なかったが、医師及び看護スタッフの関わりにより1ヵ月ほどで徐々に薬物治療を受け入れ、退院となった。その後は外来通院で維持されていた。就職はせず、家でたまに内職をしていた。4年前に母親が急病により他界した。母の死から1週間ほどして近所の知り合いがC氏宅を訪問したところ、C氏がおびえた様子でうずくまっており、「声が怖いことを言うてくる」と訴えた。また、食事を取っていない様子で衰弱していたので、知り合いがD病院に運び、任意入院となった。父親はC氏の幼少の頃に離別しており、その後音信不通である。近郊に住むおば（母親の姉）が財産の管理を行っている。

入院から4年を経過し、たまに幻聴があるもののC氏はそれほど苦にならないと話している。服薬は自己管理している。病院のスタッフが、C氏とおばを交えて退院について数回話し合い、生活訓練施設の利用、その後自宅退院というプランを立てた。しかし、いつもC氏は「お母さんもないし、ご飯を作ったり掃除をする自信がない。家に帰っても1人で不安だ。このままずっとここにおいてほしい。」と泣いてしまう。月に1度、病院のスタッフの付き添いのもと、近くの商店街で買い物をする以外にはほとんど外出しない。作業療法で絵を描くこと、書道を習うことを楽しみにしているが、料理はあまり好きでないようである。

[事例 3]

E氏：22歳男性。高校在学中の17歳時から引きこもりがちとなった。一方で突然夜中に家を出て数週間放浪し、警察に保護されるということが数回あった。1年ほど経過してF病院を受診し、統合失調症と診断されて薬物治療を開始した。外来での治療は順調であったが、高校を卒業して家業を手伝うようになると、多忙のため通院や服薬が不規則となった。

半年ほど前から、突然全裸になったり、食事をとろうとしなかったりと、おかしい行動をするようになった。何をしているのか問うと「いろいろな人が話しかけてきてうるさい。それをやめさせるためにいろいろやっている。」と答えた。発話はしばしば支離滅裂となったり、同じ言葉を繰り返したりした。そのうちに全く食事をとらなくなり、4ヵ月前にF病院の急性期治療病棟に医療保護入院となった。薬物治療の結果、幻聴をある程度無視することができるようになり、異常な行動は減少した。1ヵ月前に急性期治療病棟から亜急性期病棟（開放）に転棟となった。病棟ではあまり他の入院患者と交流せず、臥床がちである。主治医が退院について話をすると、「仕事が忙しいから早く退院しなければと思うけど、まだやる気が出ず自信がない」と言っている。」

自宅は両親と妹との同居である。家は父方の親族でいくつかの事業を営んでいる。E氏の父親が経営者で、父親は跡継ぎとしてE氏に期待をかけている。父親は、「入院までしたのだから、完全に治して戻ってきなさい。」と言いE氏が戻り次第仕事（得意先回り）に復帰させることを予定している。母親はE氏の症状への対応や今後の治療の見通しについて不安を感じて、主治医や看護師に何度か相談をしている。父親は母親に「そうやって甘やかすから、精神的に一人前にならないんだ。」と言っているようである。妹は中学生であり、特に問題なく学校生活・家庭生活を送っている。自宅と病院は同じ地域に属し、バスで通うことができる範囲内である。

資料2：収集されたクリニカルパス（一部）

[事例 1]

A 病院

貴院における事例の治療・ケア手順
事例1

担当職種	内容	退院に向けた取り組みの開始時	時 間 軸							退院前ミーティング	5ヶ月をめどに退院
			ミーティング(2週後)	2週以後	ミーティング(2ヶ月)	2ヶ月以後	3ヶ月	3ヶ月以後	4ヶ月		
医師 臨床心理士	検査・診断	症状の把握 精神症状・能力障害・生活 障害等のアセスメント	アセスメントの評価と今後の スケジュールの検討		これまでの治療経過をその 評価について		当初と異なスケジュールを 使ったアセスメントとその 評価	退院後の住居場所の決定 アパート暮らし生活で	アパート決定 退院予定の決定 アパートへの外泊	退院日の確認	
医師	薬物治療	維持のために使用する薬物 とその量の決定	薬物決定使用	薬物の副作用のチェック	薬物とその量が適切である かどうか	現状の薬物で	〃	〃	現状維持でいいか再確認	〃	
医師	精神療法	病気の病理解釈についての 認識の程度の調査	評価の発表	病気に対してのふり返り(病 気に対しての認識をもてる ように)	病気がもてるようになってい るか 現状に対しての認識の程度	今後についての考え方の整 理	患者さんへ交えてのミーチ ング、意向確認	退院に向けての必要なこと について	退院後の治療について 精神科デイケアの利用	精神科デイケアスタッフ参 加	
看護師 作業療法士	生活技能に関する 関わり(SSTなど)	アセスメントをもとにして関 わり、働きかけの計画	日常の病後生活の指導 個別予約かわりでのOT活 動	生活指導 興味を持ってのことへの参加 料理の始めに重点	病後生活、入院期間での関 与度はどうか OT活動への興味の持ち方 とその能力は	料理の能力の向上		アパート生活を前準備とした 生活の仕方の指導	退院前にアパートを利用す るOTも外泊時の訪問を行う アへの依頼	看護、OTから精神科デイ ケアへの依頼	
看護師 薬剤師	心理教育・服薬指導	病気にについての認識の程度 の調査 服薬についての意識の調査	評価の発表	病気の一般的なことに対し ての認識 服薬についての必要性	病気の理解の程度は それによる変化は 服薬についての理解と姿勢 は	足りない点の補強 (くり返し) 服薬の自己管理	自己管理チェック	再発しない為の生活工夫の 確認 再発と薬物との関係につ いて	地域での生活の仕方、まわ りの人とかかわり方につ いて		
看護師 精神保健福祉 士	家族介入	家族の患者さんに対して 病気に対しての理解の程度 の調査	評価の発表	家族についても病気の一般 的なことについて指導	家族の理解と本人への押し 方の変化は	外泊を実施		アパート生活をする上での 家族のかかわり	家族からの状態の観察につ いて		
精神保健福祉士	院内手続	当該患者さんの利用できる 制度についての調査	入院手続き(形態によって)						外泊時の退院費について、 22家について	地域生活支援センタース タッフ参加	
精神保健福祉士	院外手続	退院後の方向とその時に必 要となる事、利用できる制 度についての調査	予告の公表					家族と相談しアパートを探 す	退院後外部の資源の利用、 その確保(精神科デイ ケア)	訪問看護スタッフ参加	
	その他								訪問看護ステーションのか かわり、外泊時同行訪問		

退院後のサービス内容

	実施・紹介	目的・内容・時間など	担当職種
ミーティング	実施 紹介・無	退院後1ヶ月で生活状況について担当スタッフを行う	入院病後看護師
訪問看護	実施 紹介・無	1週に1回病状の出現の有無、服薬の状況、日常生活についてチェック	訪問看護ステーション
ヘルパー	実施 紹介・無	必要に応じて依頼	精神保健福祉士
社会復帰 施設	実施 紹介・無	地域生活支援センター、今後の生活、就労などについての相談	〃
その他	実施・紹介・無		

資料2：収集されたクリニカルパス（一部）

B 病院

貴院における事例の治療・ケア手順

事例1

担当職種	内容	退院に向けた取り組みの開始時	時 間 軸					3ヶ月目(退院)
			1週目	2週目	3週目	4週目	2ヶ月目	
Dr	検査・診断							
Dr	薬物治療							
Dr	精神療法							
Ns, OT	生活技能に関する関わり(SSTなど)	主治医の依頼書記入	SST実地(週1回)、作業療法開始(週1~4回)	SST実地、作業療法継続	SST実地、作業療法継続	SST実地、作業療法継続	SST実地(毎週)作業療法継続	SST実地(毎週)デイケアへ移行
Ns, PSW, OT、薬剤師	心理教育・服薬指導	主治医の依頼書記入	疾患教育学習会参加(1回目) 服薬教室	1日間自己管理開始	疾患教育学習会参加(2回目)		疾患教育学習会参加(3回目、4回目) 3日間自己管理開始	疾患教育学習会参加(5回目で終了) 7日間自己管理
Dr, Ns, PSW	家族介入	家族の意向確認	家族面談にて退院先決定			家族教室(家族への心理教育)	家族教室(家族への心理教育)の継続	家族教室(家族への心理教育)の継続
Dr, Ns, OT PSW、デイケアスタッフ	院内手続		カンファレンス 退院前訪問看護手続き			カンファレンス		カンファレンス
Ns, PSW、	院外手続			アパート探し(訪問1)手帳、年金の申請を検討		アパート入居手続き(訪問2)	家具購入(訪問3)プレデイケア開始	デイケア手続き アパート外泊(2~3回実地)
PSW	その他	経済状態の確認		日中の活動場所を探す			訪問看護の利用を検討	

退院後のサービス内容

	実施・紹介	目的・内容・時期など	担当職種
ミーティング	実施・紹介・無	1ヶ月以内に、対人関係、家族関係、地域での様子、病状、退院後のサポート体制などについて確認。	Dr、Ns、PSW、OT、施設関係者、地域関係者
訪問看護	実施・紹介・無	服薬管理が出来ているか、清潔面や環境整備が出来ているか、食事は取れているか、金銭管理は出来ているかなどを確認。	Ns、PSW
ヘルパー	実施・紹介・無		
社会復帰施設	実施・紹介・無	本人に利用意志があればデイケア、支援センター等を紹介。	PSWから紹介
その他	実施・紹介・無	通院公費負担の申請。家族教室(家族への心理教育)への参加を継続。	PSW、Dr

資料2: 収集されたクリニカルパス(一部)

C 病院

貴院における事例の治療・ケア手順

事例1

担当職種	内容	退院に向けた取り組みの開始時	時 間 軸				退院
			2週目	1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目	
	検査・診断						
	薬物治療						
	精神療法	退院・アパート生活への動機付けの強化			振り返りとアパート退院の方針の決定	病状管理・危機対応について	
	生活技能に関する関わり(SSTなど)	病棟プログラム(生活クラブ・JOBクラブ)、OT				試験外泊(素泊まり→長期)	
	心理教育・服薬指導	Ns手渡しからNRの薬を自分で服薬(背かご管理)	服薬教室(毎週1回:4回1クール)	「配薬車」の薬を自分で服用(ボックス管理)	服薬ベツサイド自己管理、個別の服薬指導		
	家族介入	家族合同面接(両親、姉家族):家族の意向の確認	家族教室(2週に1回:3回1クール)		可能なら家族SST(院内全体のプログラム)	家族合同面接	
	院内手続	病棟カンファレンス(方針の確認)			病棟カンファレンス(評価と方針の確認)	デイケア申し込み、退院前カンファレンス	
	院外手続	手帳の申請、年金申請の検討	保健師と連絡		アパート探し・決定、家財道具等の準備	退院前訪問、ヘルパー導入の検討	
	その他	経済状態の確認				生保申請に向けた情報提供	通院公費負担の申請

退院後のサービス内容

	実施・紹介	目的・内容・時期など	担当職種
ミーティング	実施・紹介・無	退院1ヶ月後をめどに病状や生活の状態を評価	Dr.Ns,CW,PSW,DC,訪問スタッフ、ヘルパー、保健師
訪問看護	実施・紹介・無	1〜2週に1回	訪問スタッフ
ヘルパー	実施・紹介・無	必要と本人の意向に応じて	PSW,生保CW
社会復帰施設	実施・紹介・無	3ヶ月〜半年後をめどに状態に応じて	PSW,DCスタッフ
その他	実施・紹介・無	危機対応のクライシスライン(電話)	病棟Ns

資料2:収集されたクリニカルパス(一部)

D 病院

貴院における事例の治療・ケア手順

事例1

担当職種	内容	退院に向けた取り組みの開始時	時 間 軸					退院
			1week	2week	3week	1ヶ月	2ヶ月	
Dr, CP	検査・診断	全職種・チームによるリハビリ診断 アプローチプランの策定		症状変化のチェック		症状・変化のチェック、再査定、プラン確認	症状変化のチェック 身体的検査	
Dr, 薬剤師	心理教育・服薬指導	服薬の負担(身体的、心理的、社会的)の査定		処方再検討		処方の再検討(ケースによってはデボ剤の検討)	処方の再検討	
Dr, CP	精神療法	自我支持的精神療法		家族との分離不安への対処		家族との分離、デイケアグループに対する不安への対処	病棟チームとの分離や 単身生活への不安への 対処	
PSW、Ns、OTR	生活技能に関する関わり(SSTなど)	2F会(大グループ) モーニングミーティング		生活クラブ	生活クラブ	生活クラブ	生活クラブ	
Ns,Dr, PSW	心理教育・服薬指導		服薬教育	服薬教育	服薬教育	服薬教育	服薬教育	
Dr, Ns, PSW	家族介入	家族意向確認、家族教室への動機付け	退院先の決定			家族教室	退院カンファ?	
Dr, PSW, Ns	院内手続			OT		デイケア、日中の過ごし場所の体験	退院カンファレンス	
PSW、Ns、Dr	院外手続		地域スタッフの連絡			アパート探し、併症一般科病院決定	外泊訓練 退院前訪問	
PSW、Ns、Dr	その他		日中の活動場所を探す					

退院後のサービス内容

	実施・紹介	目的・内容・時期など	担当職種
ミーティング	実施・紹介・無		
訪問看護	実施・ <u>紹介</u> ・無	服薬管理、生活上の不安の軽減、退院計画立案時に実施	Dr, Ns, PSW
ヘルパー	実施・紹介・無		
社会復帰施設	実施・ <u>紹介</u> ・無	利用意志、があれば紹介	Dr, Ns, PSW
その他	実施・ <u>紹介</u> ・無	通院費公費負担の申請	Dr, Ns, PSW

資料2：収集されたクリニカルパス（一部）

[事例2]

A 病院

貴院における事例の治療・ケア手順

事例2

		時 間 軸						
担当職種	内容	退院に向けた取り組みの開始時	ミーティング(2週後)	2週以後	ミーティング(2ヶ月)	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月
医師 臨床心理士	検査・診断	状態のアセスメント 精神障害能力障害について 心理テスト	アセスメントの評価と今後の スケジュールの検討		これまでの治療経過の評価	方向性の決定 "生活訓練施設"入所	施設入所の決定	施設から地域生活支援セン ターに通うことにする
医師	薬物治療	調整計画	当初の薬物決定	副作用の検討	薬物の検討	"	投与量の決定	"
医師	精神療法	病的状態の程度とそれとこ とに与えられている経緯につ いての調査	評価の発表	発症以来の症状についての 振り返り	現在の自分の状態について の認識	今後についての考え方の整 理	患者さんや交際のスタッフ とのミーティング	問題点の提起 社会関係施設スタッフ参加
看護師 作業療法士	生活技能に関する 関わり(SSTなど)	アセスメントをもとにして動 きかけの検討	病棟での生活の仕方につ いての指導計画 OT活動について検討	対人関係の持ち方を中心 に働きかけを行う でのOT活動で導入	対人関係、外に向けての意 識はどうか 集団に適合できるか	訓練施設での生活を前提と した指導 料理についてのOT	体験入所時の情報の交換、 施設での生活の検討	問題点の提起 施設から外来、OT通所
看護師 薬剤師	心理教育・服薬指導	アセスメントをもとに指導の 仕方を検討	病棟一般についての指導計 画 一般的な服薬指導	病的な状態について 薬の副作用について	病棟に対しての認識の程度 は 薬物についての理解の程度	社会生活の仕方について 薬と再発について	総合的な指導	問題点の提起
看護師 精神保健福祉士	家族介入	父の病状に対しての理解 の程度と今後の関わりをど う考えているか	家族のかかわりがあまり期 待できないと判断			今後の家族とのかかわりに ついて		施設と家族のかかわりにつ いて
精神保健福祉士	院内手続	現在利用できる制度を調べ る。				訓練施設との連携し 利用について	訓練施設入所後の制度の 利用について	退院時の手続
"	院外手続					施設を利用するについての 手続について	地域生活支援センターの利 用の仕方	
	その他						訓練施設への体験入所 3 回実施	地域生活支援センタース タッフ参加

退院後のサービス内容

	実施・紹介	目的・内容・時期など	担当職種
ミーティング	実施・紹介・無	1ヶ月後 施設での生活状 況の検討	施設 精神保健福祉士
訪問看護	実施・紹介・無		
ヘルパー	実施・紹介・無		
社会復帰 施設	実施・紹介・無	入所	
その他	実施・紹介・無	地域生活支援センター利用 外来 OT通所	センター スタッフ 院内作業療法士

資料2: 収集されたクリニカルパス(一部)

B 病院

貴院における事例の治療・ケア手順

事例2

担当職種	内容	退院に向けた取り組みの開始時	時 間 軸						退院時
			1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	
	検査・診断								
担当医	薬物治療	維持療法の検討と投薬内容の決定。	継続と評価	継続と評価	継続と評価	継続と評価	継続と評価	継続と評価	
担当医	精神療法	支持的精神療法により、安心感を補強する。	継続	継続	継続	継続	継続	継続	
看護師、作業療法士、心理職	生活技能に関する関わり(SSTなど)	単身生活に必要な生活技能の獲得状況を評価する。	必要とされた生活技能の訓練を行う。	必要とされた生活技能の訓練を行う。	外泊の開始	定期的な外泊	定期的な外泊	定期的な外泊	
担当医、心理職、薬剤師、看護師	心理教育・服薬指導	セルフ管理から自己管理へ							
SW	家族介入	家族の意向確認	退院先の決定						
SW	院内手続	ケア会議			ケア会議				退院時ケア会議
SW、担当看護師	院外手続			自宅の状態を把握し、居住環境を整備する。	手帳の申請の検討				
SW	その他	経済状態の確認	デイケアへの導入を行う。		外泊時の訪問看護とデイケアの利用	外泊時の訪問看護とデイケアの利用	外泊時の訪問看護とデイケアの利用	外泊時の訪問看護とデイケアの利用	

退院後のサービス内容

	実施・紹介	目的・内容・時期など	担当職種
ミーティング	実施・紹介・無	1ヶ月以内に、地域で困ったことないか、病状は安定しているか、などを確認	担当医、訪問看護師、 デイケアスタッフ、家族
訪問看護	実施・紹介・無	2週～1ヶ月程度で、服薬管理できているか、部屋が生活しやすいかなどを確認	訪問看護師
ヘルパー	実施・紹介・無	本人に利用意志があれば、生活技能UPのため利用	SWからヘルパーへ紹介
社会復帰施設	実施・紹介・無	本人に利用意志があれば、支援センターや作業所を紹介	担当SW、支援センター職員
その他	実施・紹介・無	通院公費負担の申請	担当SW

資料2: 収集されたクリニカルパス(一部)

C 病院

貴院における事例の治療・ケア手順

事例2

担当職種	内容	退院に向けた取り組みの開始時	時 間 軸					6ヶ月目	退院
			1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目	4ヶ月目	5ヶ月目		
	検査・診断								
	薬物治療								
	精神療法	不安の軽減、短期・長期的な目標の確認			退院・施設利用についての動機付けの強化				
	生活技能に関する関わり(SSTなど)	日常生活援助、OT		病棟プログラム(料理教室、生活クラブ)					
	心理教育・服薬指導	自己管理の継続	服薬教室(毎週1回:4回1クール)						
	家族介入	おばとの合同面接・協力体制の構築	家族教室(2週に1回:3回1クール)	家族会(しいのみ会)への参加を促す	おばとの合同面接			おばとの合同面接	
	院内手続	病棟カンファレンス(方針の確認)			病棟カンファレンス(方針の確認)			退院前カンファレンス	
	院外手続	手帳の申請、年金申請の検討				施設の選定・施設見学	施設入所申請	施設への外泊・試験利用	
	その他	経済状態の確認、後見人申請の検討							

退院後のサービス内容

	実施・紹介	目的・内容・時期など	担当職種
ミーティング	実施・紹介・無	退院後スタッフが施設へ出向いてのカンファレンス	Ns、ケアワーカー、PSW
訪問看護	実施・紹介・無		
ヘルパー	実施・紹介・無		
社会復帰施設	実施・紹介・無	退院後直接入所	Dr、Ns、ケアワーカー、PSW
その他	実施・紹介・無		

資料2：収集されたクリニカルパス（一部）

D 病院

貴院における事例の治療・ケア手順

事例2								
担当職種	内容	退院に向けた取り組みの開始時	時 間 軸					退院
			1week	2week	3week	1ヶ月	2ヶ月	
	検査・診断	全職種・チームによるリハビリ診断アプローチ・プランの策定		症状変化のアセスメント		症状変化のアセスメント退院先の選択	症状変化のアセスメント	
	薬物治療	陰性症状のアセスメントに基づく処方の再検討		処方の再検討		処方の再検討		
	精神療法	自我強化のための支持的行動療法—小集団行動療法の検討		単身生活の孤立感、不安への取り組み		新しい環境への不安	支持チームとの分離不安への取り組み	
	生活技能に関する関わり（SSTなど）			生活クラブ	生活クラブ	生活クラブ		
	心理教育・服薬指導	服薬自己管理	言語的小グループ	言語的小グループ	言語的小グループ	服薬教室	服薬教室	
	家族介入	家族の意志確認	家族教室への呼びかけ					家族教室の継続
	院内手続	本人ゴール設定		カンファレンス		カンファレンス、デイケアOT検討、訪問看護	退院カンファレンス	
	院外手続		地域スタッフとの連絡、PHNなど	訓練施設見学	訓練施設見学	訓練施設見学、作業所・ホームヘルプの検討	申し込み	
	その他							

退院後のサービス内容

	実施・紹介	目的・内容・時期など	担当職種
ミーティング	実施・紹介・無		
訪問看護	実施・紹介・無	SOSを早期発見する。	
ヘルパー	実施・紹介・無		
社会復帰・施設	実施・紹介・無	生活能力の向上	
その他	実施・紹介・無	退院後の日中過ごす資源	

資料2: 収集されたクリニカルパス(一部)

[事例3]

A 病院

貴院における事例の治療・ケア手順

事例3

担当職種	内容	退院に向けた取り組みの開始時	時 間 軸					通院時ミーティング(5ヶ月)
			ミーティング(2週間後)	2週間以後	ミーティング(2ヶ月)	3ヶ月	4ヶ月	
医師 臨床心理士	検査・診断	症状の把握 精神状態、生活能力をアセスメント	アセスメントの評価と今後のスケジュールの検討		これまでの活動経過とその評価	方向性の決定 在宅で就労を目指す	退院 就労の準備	在宅、就労時の問題点
医師	薬物治療	現在使用中の薬物の検討	薬物の種類と量の検討	副作用のチェック	薬物の評価	〃	〃	薬物の影響はないか
医師	精神療法	病気に対する認識の程度について	評価と方針の決定	発病以来の症状についての振り返り	現在の自分の状態についての認識はどうか	患者さんとのミーティング 今後についての確認	就労に向けて指導	病気全般についての改善の程度について
看護師 作業療法士	生活技能に関する 関わり(SSTなど)	アセスメントをもとにしての 関わりのもち方、働きかけ についての検討	病棟での生活指導 OT活動の検討	意欲ない状態に対しての働きかけ 個別的なOT活動導入	生活能力、作業能力の評価	病棟内での対人関係の持ち方 個人作業の導入	就労に近い所での生活、作業の導入	本人の能力は退院、就労に適しているか
看護師 薬剤師	心理教育・服薬指導	病気について教育 薬についての教育を計画	病気一般についての指導計画 一般的な服薬指導	病気をどのように認識しているか 薬の副作用の説明	病気について服薬の必要性についての理解の程度	家での生活の仕方 家人との関係の持ち方 薬物自己管理	再発について 再発と薬との関係	病気、服薬についての問題点
看護師 精神保健福祉士	家族介入	家族の中でキーパーソンの 役割をになう人は誰か	家族全員について 病気についての教育	今後面倒みてもらうであろう オジさんへの説明	家族の会に対する理解度はどうか	外泊開始	外泊時訪問看護により家族を交えてのミーティング	家族、親類、就職先の問題点は
精神保健福祉士	院内手続	入院中の制度利用についての検討					退院時の制度の利用検討	外来、通院治療について 32条について
〃	院外手続	退院後の制度利用についての検討		オジさんの職場の仕事の内容について調査			外泊寺訪問	訪問看護実施について
	その他						出来れば就労先への外勤	訪問看護ステーション参加

退院後のサービス内容

	実施・紹介	目的・内容・時期など	担当職種
ミーティング	実施・紹介・無	家での生活、就労の状況について	訪問看護ステーション
訪問看護	実施・紹介・無	家族との関係の調整	訪問看護師
ヘルパー	実施・紹介・無		
社会復帰施設	実施・紹介・無		
その他	実施・紹介・無		

資料2:収集されたクリニカルパス(一部)

B 病院

貴院における事例の治療・ケア手順

事例3

担当職種	内容	退院に向けた取り組みの開始時	時 間 軸			
			1ヵ月後	2ヵ月後	3ヵ月後	退院
	検査・診断					
担当医	薬物治療	維持療法の検討と投薬内容の決定。	継続と評価	継続と評価	継続と評価	
担当医	精神療法	二重見当識の獲得により、服薬の安定を図る。	継続	継続	継続	
看護師, 作業療法士, 心理職	生活技能に関する関わり(SSTなど)	日常生活における生活技能の獲得状況を評価する。	必要とされた生活技能の訓練を行う。	デイケアプログラム(SSTを含む)を活用する。	継続	
担当医, 心理職, 薬剤師, 看護師	心理教育・服薬指導	Ns管理から自己管理へ				
SW, 担当医	家族介入	家族の意向確認とリハビリテーション計画の作成および説明。	退院先の決定。家族に対する疾病教育を行い、理解を深め、協力体制を樹立する。	家族に対する疾病教育を行い、理解を深め、協力体制を樹立する。	継続	
SW	院内手続	ケア会議		ケア会議		退院時ケア会議
SW, 担当看護師	院外手続			手帳の申請の検討		
SW	その他	経済状態の確認	デイケア(就労支援を含む)への導入を行う。			

退院後のサービス内容

	実施・紹介	目的・内容・時期など	担当職種
ミーティング	実施・紹介・無	1ヶ月以内に、自宅で困ったことないか、病状は安定しているか、などを確認	担当医, デイケアスタッフ, 家族
訪問看護	実施・紹介・無		
ヘルパー	実施・紹介・無		
社会復帰施設	実施・紹介・無	本人に利用意志があれば、支援センターを紹介	担当SW, 支援センター職員
その他	実施・紹介・無	通院公費負担の申請	担当SW

資料2: 収集されたクリニカルパス(一部)

C 病院

貴院における事例の治療・ケア手順

事例3

担当職種	内容	時 間 軸					
		退院に向けた取り組みの開始時	2週目	1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目	退院
	検査・診断						
	薬物治療	意欲・活動性の向上を目指した薬物療法の検討					
	精神療法	意欲・活動性の向上を目指した働きかけ	短期的・長期的目標の設定		退院後の生活の具体化	病状管理・危機対応について	
	生活技能に関する関わり(SSTなど)	日常生活援助・OT		病棟プログラム(生活クラブ)	病棟プログラム(JOBクラブ)	試験外泊	
	心理教育・服薬指導	段階的な服薬自己管理(まずは青かご管理)	服薬教室(毎週1回:4回1クール)	ボックス管理、個別の服薬指導	ベットサイド自己管理		
	家族介入	家族合同面接(定期的な家族セッション)	家族教室(2週に1回:3回1クール)	家族SST(病院全体のプログラム)	家族会(しいのみ会)への参加を促す	退院前家族合同面接	
	院内手続	病棟カンファレンス(方針の確認)			病棟カンファレンス、デイケア通所の申し込み	退院前カンファレンス、入院中のデイケア利用	
	院外手続	手帳・年金の申請の検討				退院前訪問	
	その他	経済状態の確認					通院公費負担の申請

退院後のサービス内容

	実施・紹介	目的・内容・時期など	担当職種
ミーティング	実施・紹介・無	家族合同面接(定期的)	Dr.Ns.ケアワーカー、DCスタッフ、PSW
訪問看護	実施・紹介・無	本人・家族のニーズに応じて	Dr.DCスタッフ、訪問スタッフ
ヘルパー	実施・紹介・無		
社会復帰施設	実施・紹介・無	3ヶ月～半年後をめどに状態とニーズに応じて	Dr.DCスタッフ、PSW
その他	実施・紹介・無		

資料2:収集されたクリニカルパス(一部)

D 病院

貴院における事例の治療・ケア手順

事例3		ゴール自宅(就労)ENT		時 間 軸						
担当職種	内容	退院に向けた取り組みの開始時	1week	2week	3week	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	退院	
	検査・診断	全職種・チームによるリハビリ診断、アプローチプランの策定		症状変化のアセスメント		症状変化のチェック再査定、プラン確認	症状変化のチェック再査定、プラン確認	症状変化のチェック再査定、プラン確認		
	薬物治療	随時症状のアセスメントに基づく処方の再検討		処方の再検討		処方の再検討	処方の再検討	処方の再検討		
	精神療法	自我強化のための支持的 精神療法、家族セッションの検討		家族葛藤・不安への 対処	小集団精神療法の検討					
	生活技能に関する関わり(SSTなど)					生活クラブ	生活クラブ	生活クラブ		
	心理教育・服薬指導		服薬教室	服薬教室	服薬教室	服薬教室	服薬教室 内服自己管理	内服自己管理		
	家族介入	家族の意志確定	家族教室の呼びかけ	家族合同面談	家族合同面談	家族合同面談	家族合同面談	家族合同面談	家族教室の継続	
	院内手続	本人ゴール設定	OT			外泊訓練 デイケア		外泊訓練 退院カンファレンス		
	院外手続		地域スタッフの連絡			地域資源の見学体験		外泊訓練 退院カンファレンス		
	その他									

退院後のサービス内容

	実施・紹介	目的・内容・時期など	担当職種
ミーティング	実施・紹介・無		
訪問看護	実施・ 紹介 ・無	異常の早期発見	
ヘルパー	実施・紹介・無		
社会復帰施設	実施・ 紹介 ・無	就労の準備	
その他	実施・紹介・無		

図 1. 利用可能な社会復帰施設

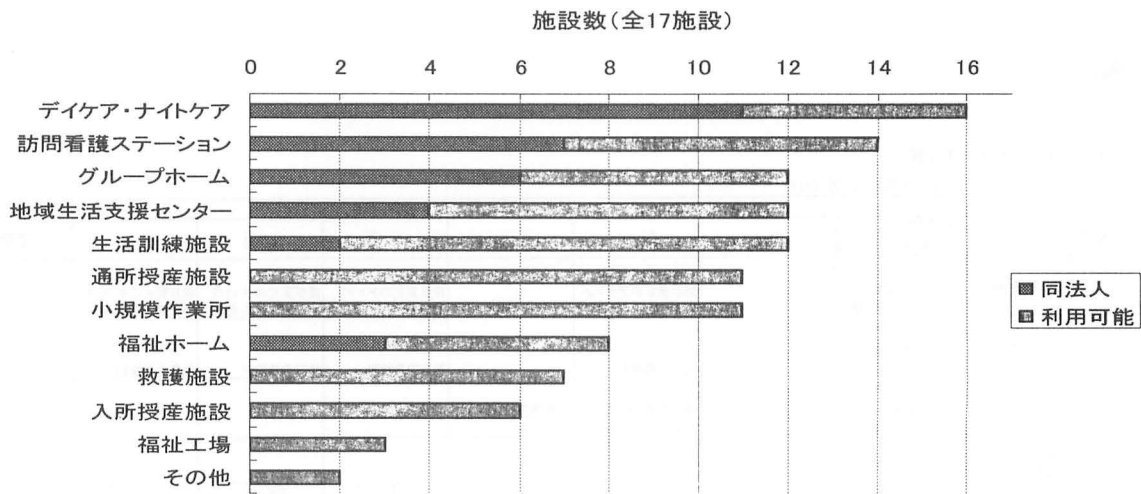


図 2. 関連施設との連携の難易度

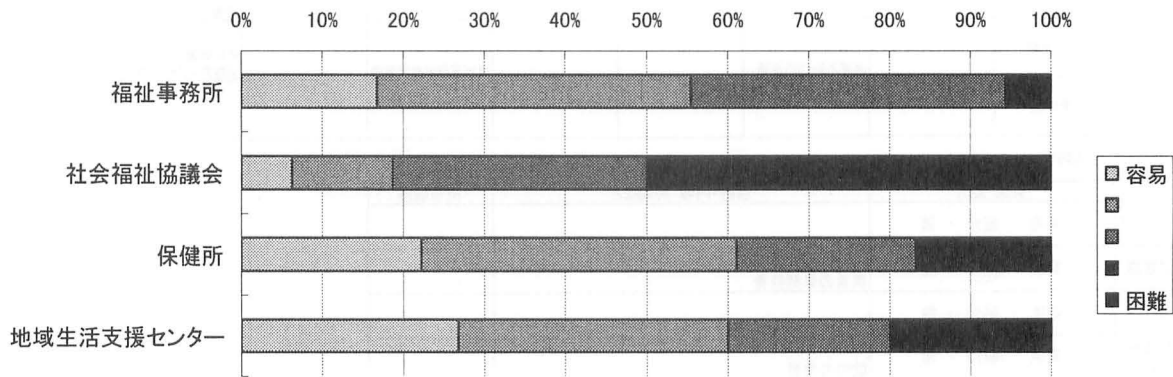
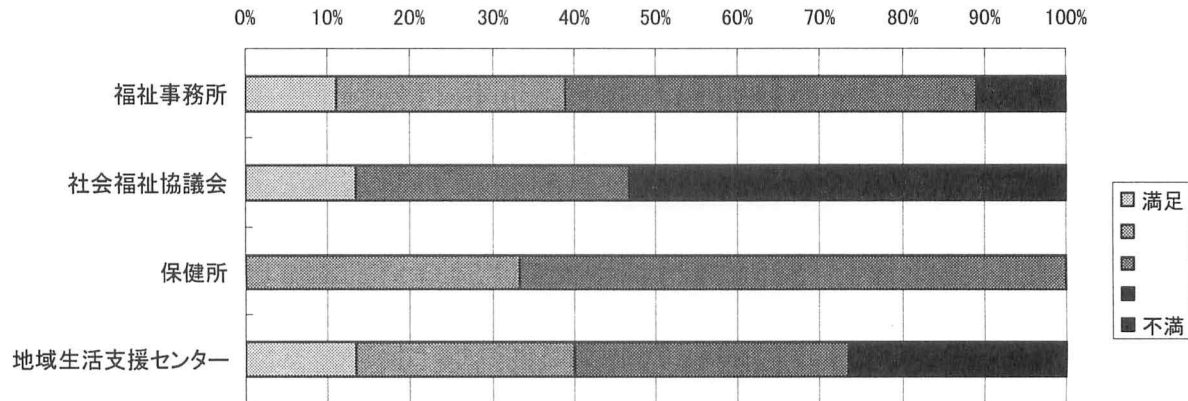


図 3. 関連施設との連携の満足度



研究 2. 精神科急性期治療病棟・精神科救急入院料病棟から地域へ退院した患者の特徴

研究目的

精神障害者の退院促進活動において、長期在院患者に対するリハビリテーションと並んで重要なのが、急性期治療を充実させ新たな長期在院患者が生まれるのを防ぐことである。日本では、診療報酬上で精神科急性期治療病棟（1996 年）及び精神科救急入院料（2002 年）が設定され、急性期入院医療の充実が図られている。2002 年には退院患者の 9 割が 1 年以内に入院した患者であった。退院先は家庭が最も多かったが、地域への退院が難しく転院等の形で入院治療を継続する患者も少なからず存在した¹⁾。

新規入院患者のうち、6 ヶ月～1 年を超えて入院する患者は欧米では新たな長期入院患者 New long-stay (NLS) と呼ばれ、その特徴についていくつかの研究が行われている。非自発的入院であること、統合失調症、男性、独身であること、セルフケア能力が低いこと、陰性症状の重篤さといった要因と退院の困難さとの関連が指摘されているが²⁻⁵⁾、各研究の焦点が異なっているため統一した見解は得られていない。急性期治療を受けた後の退院に関連する要因を明らかにすることは、どのような治療や援助が特に重要であるかを検討する際に有用と考えられる。

本研究では、日本の精神科急性期病棟を退院した統合失調症患者のうち、地域に退院することのできた患者と転院・転棟で入院治療を継続した患者を比較した。これにより、地域への退院と関連のある患者の特徴を把握し、今後の退院促進において特に注目すべき点を明らかにすることが本研究の目的であった。

研究方法

全国の精神科急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟を有する施設に調査協力を依頼し、21 の施設から同意が得られた。2 ヶ月の調査期間中に退院した統合失調症患者 177 名について、患者の属性、入院中に受けた治療を調査した。入院期間が 300 日を超えた患者 7 名を分析から除外した。106 名（62.4%）が男性で平均年齢は 39.7 歳（SD=13.7）、平均発症年齢は 24.9 歳（SD=7.7）、平均罹患年数は 13.7 年（SD=11.7）、入院期間の中央値は 66.0 日（四分位範囲 29.8－90.3）であった。対象病棟への入院前、外来治療を受けていたのは 107 名（63.0%）、他病院や他病棟で治療を受けていたのは 16 名（9.4%）、初診後即日入院は 33 名（7.6%）であった。

研究結果ならびに考察

自宅または地域施設に退院した患者を「地域退院群」（n=128、75.3%）、転院・転棟した群を「転棟転院群」（n=39、22.9%）として群間比較を行った。分析には SPSS13.0.1J を用い、有意水準は $p<0.05$ に設定した。

表 1 は対象者の基本属性についての群間比較の結果である。地域退院群では転棟転院群と比較して男性の割合が有意に低く、入院前は外来治療を受けていた割合が有意に高かった。また、罹患年数と入院日数が短い傾向があった。年齢、入院回数、入院形態に差はみられなかった。

表 1. 対象者の属性についての群間比較

		地域退院 N=128	転棟・転院 N=39	統計値
年齢	平均(SD)	39.3(13.4)	40.1(14.7)	t (163) =.319
性別	男性人数(%)	75(59.1)	30(76.9)	χ^2 (1) =4.098*
罹患年数	中央値(QR)	9.5(3.0-21.0)	16.0(4.3-24.5)	Z=1.729 [†]
入院日数	中央値(QR)	60.5(27.5-87.0)	84.0(35.0-97.0)	Z=1.831 [†]
入院回数				χ^2 (1) =1.119
初回	n (%)	30(29.8)	8(21.1)	
2 回≤	n (%)	87(70.2)	30(78.9)	
外来からの入院	n (%)	111(93.3)	28(80.0)	χ^2 (1) =5.423
入院形態				χ^2 (4) =6.488
任意入院	n (%)	47(37.3)	9(23.7)	
医療保護入院	n (%)	65(51.6)	28(73.7)	
措置入院	n (%)	11(8.7)	1(2.6)	

*P<.05、[†]P<.1

表 2 は機能の全体的評定（Grobal Assessment of Functioning, GAF）得点、入院中に
見られた症状、症状数、服薬の受け入れについての群間比較の結果である。症状は、以下
のものの有無についてたずねた。群間で有意差がみられたもののみ表に示した。

精神病症状（1 ヶ月以上持続したもの）	①妄想（奇異な妄想）、②妄想（奇異でない妄想）、③幻覚：患者の行動や思考を逐一説明したり、2 つ以上の声が会話するような幻聴、④幻覚（③以外）、⑤解体した会話、⑥ひどく解体したまたは緊張病性の行動、⑦陰性症状（感情の平板化、思考の貧困、または意欲の欠如）
期間は問わないもの	①重症混迷、②重症興奮
抑うつ症状（2 週間以上持続したもの）	①抑うつ気分、②興味・喜びの著しい減退、③著しい体重減少・体重増加、④不眠・睡眠過多、⑤精神運動性の焦燥または制止、⑥易疲労性または気力の減退、⑦無価値感または過剰・不適切な罪責感、⑧思考力や集中力の減退または決断困難、⑨死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図
副作用	①筋固縮、②無動、③振戦、④アカシジア、⑤ジストニア、⑥遅発性ジスキネジア、⑦便秘、⑧流涎、⑨口内乾燥、⑩起立性低血圧、⑪排尿困難、⑫性機能障害、⑬無月経、⑭急激な体重変化

地域退院群では、転棟転院群と比較して GAF の改善が有意に大きかった。また、精神病症状では解体した会話、ひどく解体した又は緊張病性の行動を呈した患者の割合が有意に低く、陰性症状を呈した割合が低い傾向があった。また、他人への身体的接触を伴う攻撃があった割合が有意に低かった。抑うつ症状については不眠・睡眠過多を呈した患者の割合が有意に高かった。入院中に呈した精神病症状の数と副作用の数が有意に少なかった。

また、退院時に服薬を受け入れていた患者の割合が有意に高かった。

表 2. 機能得点、入院中にみられた症状、服薬の受け入れについての群間比較

		地域退院 N=128	転棟・転院 N=39	統計値
GAF 改善(退院時・入院時)	平均(SD)	30.9(17.2)	20.3(15.2)	t (164) =3.319**
解体した会話 (+)	n (%)	24(18.8)	17(43.6)	χ^2 (3) =8.440
ひどく解体した or 緊張病 性の行動 (+)	n (%)	14(10.9)	10(25.6)	χ^2 (1) =9.957**
陰性症状 (+)	n (%)	44(34.4)	20(51.3)	χ^2 (1) =3.615 [†]
不眠・睡眠過多 (+)	n (%)	32(25.0)	4(10.3)	χ^2 (1) =3.843*
他人への身体的接触を伴 う攻撃				χ^2 (2) =6.299*
全く無し	n (%)	107(84.9)	30(76.9)	
あまりなし	n (%)	7(5.6)	7(17.9)	
たまにあり	n (%)	12(9.5)	2(5.1)	
精神病症状数	平均(SD)	2.0(1.2)	2.6(1.3)	t (165) =2.608**
副作用症状数	平均(SD)	1.3(1.6)	1.8(1.4)	t (165) =2.047*
服薬を受け入れている(退 院時)	n (%)	116(92.8)	31(79.5)	χ^2 (3) =8.440*

**P<.01、*P<.05、[†]P<.1

表 3 は、対象者が入院中に受けていた薬物治療のうち、抗精神病薬・抗うつ薬・抗不安薬・抗パーキンソン薬の処方について示したものである。ほとんどの患者が抗精神病薬を処方されていた。処方量(chlorpromazine 換算)は入院時・中間日・退院時とも群間で有意差はみられなかった。また、抗パーキンソン薬は 6 割以上の患者に処方されていた。これは抗精神病薬の副作用への対処と考えられる。

表 3. 対象者が入院中に受けた薬物治療（抗精神病薬・抗パーキンソン薬・抗うつ薬・抗不安薬）

		地域退院 N=128	転棟・転院 N=39	統計値
抗精神病薬処方あり	n (%)	125(97.7)	37 (94.9)	
1 日あたり処方量(CPZ 換算)				
入院時	中央値 (QR)	615.2 (387.5-815.6)	600.0(200.0-1000.0)	Z=.142
中間日	中央値 (QR)	725.0(400.0-1000.0)	939.0(400.0-1255.0)	Z=.186
退院時	中央値 (QR)	625.0(400.0-894.4)	812.5(400.0-1125.0)	Z=1.667
抗パーキンソン薬処方あり	n (%)	84(65.6)	25(64.1)	
抗うつ薬処方あり	n (%)	4(3.1)	17(43.6)	
抗不安薬処方あり	n (%)	99(77.3)	20(51.3)	

図 4 と図 5 は群ごとに入院時・中間日・退院時の抗精神病薬処方量の分類を示したものである。国際的なガイドライン⁶⁾で「適正使用量」とされる 300~1000mg/日の範囲に入るものが地域退院群では 3 時点を通じておよそ 6 割、転棟転院群では 5 割前後であった。1000mg/日を超える大量処方を受けていたものが地域退院群では 3 時点を通じておよそ 2 割、転棟転院群では入院時に 2 割程度、中間日と退院時には 3 割以上に増加した。

図 4. 地域退院群の抗精神病薬処方量

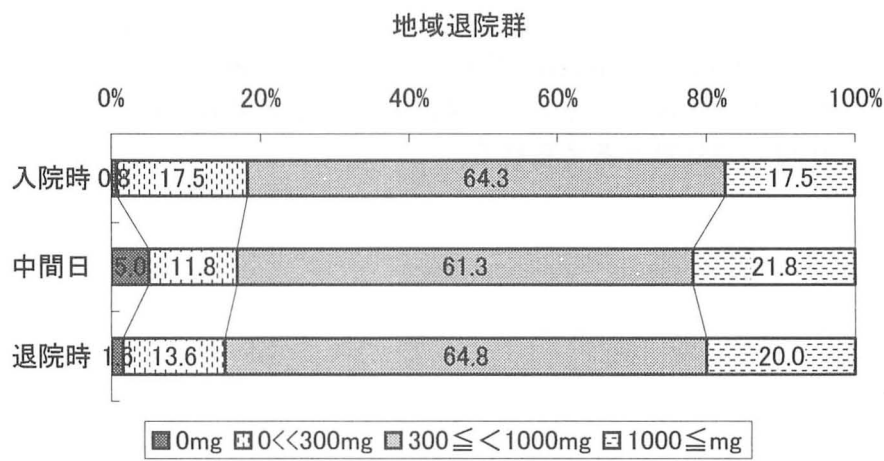


図 5. 転棟転院群の抗精神病薬処方量

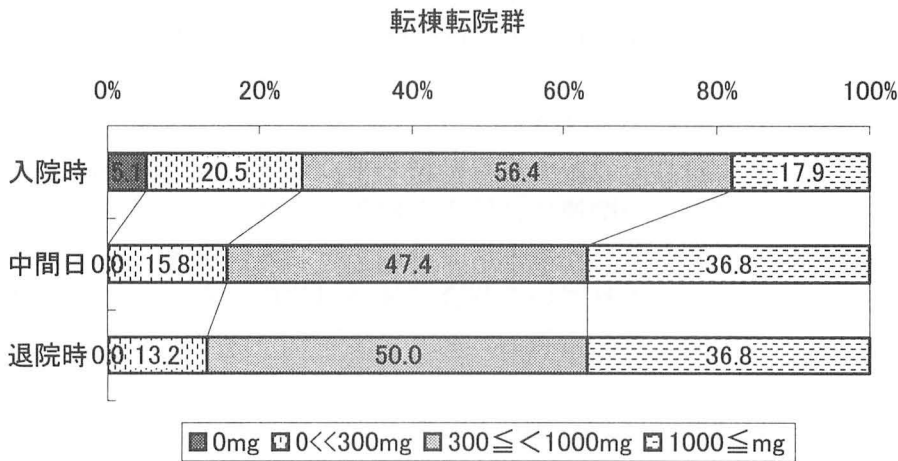


表 4 は、対象者が入院中に受けた治療（薬物治療以外）について示したものである。服薬指導や作業療法は両群とも半数程度またはそれ以上の患者が受けており、急性期病棟でよく行われていることがわかった。地域退院群で転棟転院群より服薬指導を受けた割合が有意に高かった。ただし服薬指導は地域への退院が決まった後で行われた可能性がある。

表 4. 対象者が入院中に受けた治療（薬物治療以外）についての群間比較

		地域退院 N=128		転棟・転院 N=39	統計値
服薬指導	n (%)	95	(74.2)	19 (48.7)	$\chi^2(1)=8.973^*$
作業療法	n (%)	68	(53.1)	21 (53.8)	$\chi^2(1)=0.937$
心理面接	n (%)	32	(25.0)	9 (23.1)	$\chi^2(1)=0.807$
心理検査	n (%)	20	(15.6)	6 (15.4)	$\chi^2(1)=0.971$
SST	n (%)	10	(7.8)	4 (10.3)	Fisher's exact test
電気けいれん療法	n (%)	1	(0.8)	2 (5.1)	Fisher's exact test
心身医学療法	n (%)	0	(0.0)	1 (2.6)	Fisher's exact test

*P<.05

要因同士の関連を統制して地域退院との関連を検討するため、地域への退院を 1、転棟・転院を 0 としたロジスティック回帰分析（ステップワイズ法）を行った結果を表 5 に示した。投入した変数は群間比較で有意差または有意傾向がみられた、性別・ GAF 改善・解体した会話の有無・ひどく解体したまたは緊張病性の行動の有無・陰性症状の有無・不眠/睡眠過多の有無・服薬指導の有無・精神病症状数・罹患年数・外来からの入院か否か・入院日数・他人への身体的接触を伴う攻撃の有無であった。

男性であること、入院中ひどく解体したまたは緊張病性の行動があったこと、入院日数

が長かったことは地域への退院と負の関連があった。GAF の改善が大きいことと服薬指導を受けていたことは地域への退院と正の関連があった。男性は先行研究でも退院を困難であったと指摘されている^{3,5)}。解体したまたは緊張病性の行動と退院との関連は先行研究で言及されていないが、地域や家庭で生活する際に受け入れの難しい症状であったと考えられる。入院日数がより短いことと GAF の改善が大きいことは治療への反応性が高かったことを示していると考えられる。服薬指導に関しては地域への退院が決まったあとで行われた可能性があるため退院との関連には慎重な解釈が必要である。しかし服薬の自己管理ができることは症状の再燃を防ぎ地域生活を継続するために重要であり⁷⁾、本研究の群間比較では退院時に服薬を受け入れている割合が地域退院群で高く、服薬管理能力の援助は地域への退院に有用であると考えら得る。

表 5. 地域への退院（1）転棟転院を（0）としたロジスティック回帰分析の結果（ステップワイズ法による）

	B	p	OR	95% CI	
				下限	上限
男性	-1.16	.045	0.31	0.10	0.97
GAF 改善	.061	.002	1.06	1.02	1.10
ひどく解体したまたは 緊張病性の行動(+)	-2.32	.000	0.10	0.03	0.35
服薬指導(+)	2.24	.000	9.35	3.15	27.71
入院日数	-0.01	.013	.99	0.98	0.99

N=143、 $\chi^2=45.481$ df=5 p=0.000 正分類パーセント：84.6%

まとめと今後の課題

急性期治療病棟・精神科救急入院料病棟から地域へ退院した患者は転院・転棟となった患者と比較して、女性である割合が高く、入院中の症状改善度が高く、また日常生活を困難にする症状を呈した率が低かった。転院・転棟となった群には、治療反応性が低く、また働きかけが困難と思われる患者が多く含まれていた。今後、地域への退院をさらに促進するにあたっては、退院を困難にするような特徴を持つ患者の治療の充実および退院後の支援方法の確立が必要と考えられる。

文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 患者調査 平成 14 年. 2004
- 2) Jakubaschk J, Waldvogel D, Wurmle O. Differences between long-stay and short-stay inpatients and estimation of length of stay. A prospective study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1993 ;28(2):84-90.
- 3) Lelliott P, Wing J, Clifford P. A national audit of new long-stay psychiatric patients. I: Method and description of the cohort. Br J Psychiatry. 1994 ;165(2):160-9.

- 4) Sood S, Baker M, Bledin K. Social and living skills of new long-stay hospital patients and new long-term community patients. *Psychiatr Serv.* 1996 ;47(6):619-22.
- 5) Richards J, Smith DJ, Harvey CA, Pantelis C. Characteristics of the new long-stay population in an inner Melbourne acute psychiatric hospital. *Aust N Z J Psychiatry.* 1997 ;31(4):488-95.
- 6) Lehman, A. F., Steinwachs, D. M. Translating research into practice: the Schizophrenia Patients Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin.* 1998 24, 1-10.
- 7) Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull.* 1997;23(4):637-51. Review.

歩行時および静止立位時の身体重心加速度動揺特性

および両者の関連性：加齢に伴う変化

阿部 匡樹

国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所

Abstract:

The purpose of this study were 1) to examine the effect of aging on fluctuations of center of body mass (COM) accelerations in walking and standing and 2) to examine whether the characteristics of the fluctuations of COM acceleration in walking was related to that in standing. Elderly healthy subjects (elderly group, N=20) and young healthy subjects (young group, N=24) were asked to walk on a treadmill equipped with two force platforms at their comfortable speed and to stand quietly on a force platform. During these tasks, ground reaction forces were recorded to calculate the acceleration of COM. For these acceleration data, the amplitudes of the fluctuation in horizontal plane (ACC) were evaluated. The results showed that the ACCs of the elderly group were significantly larger than those of the young group in both walking and standing. Furthermore, there was a significant positive correlation between the ACCs in walking and standing. This suggests that 1) aging effect causes instabilities of the COM while walking as well as standing and that 2) “dynamic” postural control of COM while walking is related to the “quasi-static” postural control of COM while standing.

Keywords:

Balance control, Walking, Standing, Center of body mass, Acceleration

緒言

歩行中の転倒事故は加齢に伴い増大し、高齢者の寝たきりを引き起こす大きな要因の1つとなっている。高齢社会を迎えた我が国において、歩行を安定的に維持するための直立姿勢維持能の適切な評価、特に加齢に伴う変化の抽出は、転倒予防に関連する重要な研究課題の一つに挙げられる。

これまで、歩行安定性の評価においては、歩行周期など下肢動作の安定性に関する指標が多く用いられてきた。最近では、一步毎の歩幅や時間間隔における分散が加齢の影響や転倒の危険性を抽出するのに有用であることが知られている^{1, 2}。しかしながら、全身の安定性指標となる身体重心動揺に関する検討は、その計測の困難さもあり十分には展開されていない。特に、通常歩行の形態に近い一定時間以上の連続歩行の変動に関しては、体幹部の加速度変化による代替的な評価しかなされていない^{3, 4}。したがって、歩行時の身体重心がどのように制御され、加齢によりどのように変化するのかはほとんど明らかにされていない。

また、直立姿勢維持能の指標としては一般に静止立位時の身体動揺特性が用いられており、足圧中心位置の微分値の標準偏差等が加齢の影響を抽出する指標として有用であることが報告されている⁵。しかしながら、このような静的な立位時の動揺特性が動的な歩行時の動揺特性とどの程度関連しているのかは明らかにされていない。静止立位および歩行時の姿勢維持能の関連性を異なるパラメータによって比較した研究は幾つか展開されているものの^{6, 7}、同じ重心動揺特性に関して直接的な比較を行ったものはほとんど見当たらない。

本研究では、長時間に渡り歩行時の床反力を連続的に測定することが可能な床反力計内蔵トレッドミルを用いて歩行時の身体重心加速度を算出し、静止立位時も併せて身体重心動揺における加齢の影響を明らかにすることを1つめの目的とした。また、歩行時および静止立位時における身体重心加速度動揺の関連性を明らかにすることを2つめの目的とした。

方法

【被検者】

60-80 才の健常高齢被検者 20 名（男 9 女 11、平均 67.3±4.2 才：±後の数値は以降全て標準偏差とする）、22-35 才の健常若年被検者 24 名（男 12 女 12、平均 27.5±4.4 才）が実験に参加した。被検者には事前に実験に関する説明を行い、その内容に関して同意を得た後に実験を施行した。なお、本実験内容は所属施設の倫理委員会に諮り、実験実施の承諾を得た。

【実験内容】

立位試技と歩行試技の 2 種類の試技を実施した。立位試技では、床反力計（9281B、Kistler）の上で 90 秒間の開眼静止立位維持課題を 5 回行った。歩行試技では、床反力計付きトレッドミル（ADAL3D, TECHMACHINE）の上で各自の至適速度、至適歩調による歩行課題を 10 分間行った。歩行試技に関しては事前に 5 分程度練習を行い、被検者が十分トレッドミル歩行に慣れた後に計測を行った。また、転倒事故を回避するため、トレッドミル両側面に支持棒を配置するとともに、免荷装置に接続したベストを被検者に着用させた。

【データ解析】

両試技中に設置された床反力計から、左右、前後、および鉛直方向の床反力データを 1000Hz で記録し、100Hz に変換後 4 次のバターワースフィルタにより高周波数域のノイズを除去した（カットオフ周波数 10Hz）。左右・前後方向の床反力データを以下の式により各方向の身体重心加速度に変換した。

$$\begin{aligned} A_x(t) &= F_x(t)/m \\ A_y(t) &= F_y(t)/m \end{aligned} \quad \dots (1)$$

Ax, Ay は左右・前後方向の身体重心加速度 (m/sec²)、Fx, Fy は左右・前後方向の床反力 (N)、m は体重 (kg)、t は時間である。図 1 に歩行試技(上)および立位試技(下)における水平面上

の身体重心加速度動揺の典型例を示す。この図に見られるように、歩行データは一步毎の周期的な成分を含んでおり、そのまま動揺量を計算すると周期的軌道まわりの小さい変動が適切に評価されない可能性がある。また、この周期成分の大きさは歩行速度にも依存するが、本研究において歩行試技の至適速度は被検者間の差が大きく（1.8～5.0km/h）、そのままの値で評価を行うと被験者群間の差異も歩行速度の差（高齢者群：3.2±0.7km/h、若年者群：3.8±0.3km/h）に影響されうる。これらの問題を克服するため、歩行データに関しては周期成分や歩行速度の影響を除去する手続きを以下のように行った。

- 1) 鉛直方向の床反力から右足着地時間を算出し、データを一周期毎に分割する。
- 2) 分割データから歩行一周期における平均軌道を算出し、各周期における平均軌道からの逸脱変動を算出する。
- 3) 歩行速度による影響を除去するため、得られた逸脱変動の値は平均軌道の振幅（uta）により規格化する。

さらに、前後・左右方向の動揺を統合的に評価するため、2方向のデータは以下の式により水平面上の動揺量（ACC）に要約された。

$$ACC = \frac{1}{n} \sum_{t=1}^n \sqrt{A_x(t)^2 + A_y(t)^2} \quad \dots (2)$$

nは全データ数である。ACCは、その値が大きいほど水平面上の身体重心加速度動揺量（歩行の場合平均周期軌道に対する逸脱動揺量）が大きいことを意味する。この動揺量に関して、被検者群間の比較を対応のない student-t 検定により行った。また、立位データと歩行データの関連を調べるため、両試技のACC値に関する相関分析を行った。これらの統計分析における有意水準を5%に設定した。

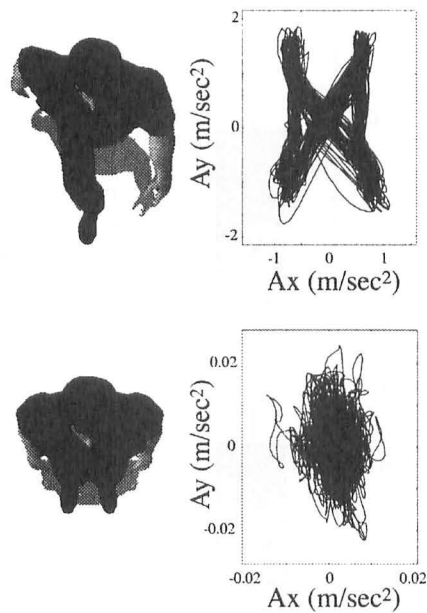


Figure 1. The typical examples of the fluctuations of COM acceleration in walking (top) and standing (bottom).

結果

図 2 は歩行試技（上）および立位試技（下）における ACC の結果を示している。歩行時の ACC 値は高齢者群において 0.465 ± 0.206 、若年者群において 0.274 ± 0.071 であり、高齢者群において有意に大きかった ($p < 0.001$)。また、立位時の身体重心加速度動揺量は高齢者群において 0.0115 ± 0.002 、若年者群において 0.0082 ± 0.002 であり、歩行時と同様高齢者群において有意な増大が認められた ($p < 0.001$)。

図 3 は両試技における ACC の相関関係を示している。横軸が立位試技の結果、縦軸が歩行試技の結果である。歩行試技と立位試技の ACC 値の間には、高齢者群 ($r = 0.445$, $p < 0.05$)、若年者群 ($r = 0.658$, $p < 0.001$)、および全体 ($r = 0.632$, $p < 0.0001$) において有意な正の相関が認められた。

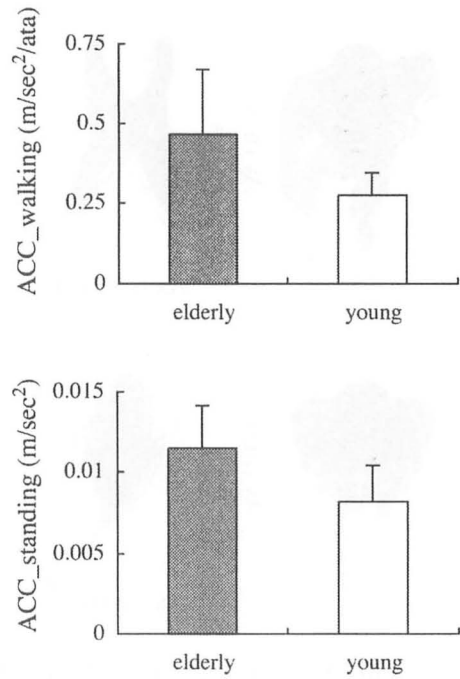


Figure 2. Mean values of ACC for elderly group (gray) and young group (white). The top and bottom figures show the results of walking and standing, respectively. A unit “ata” in vertical axis of the walking result means average trajectory amplitude. Error bars in this figure show the standard deviation.

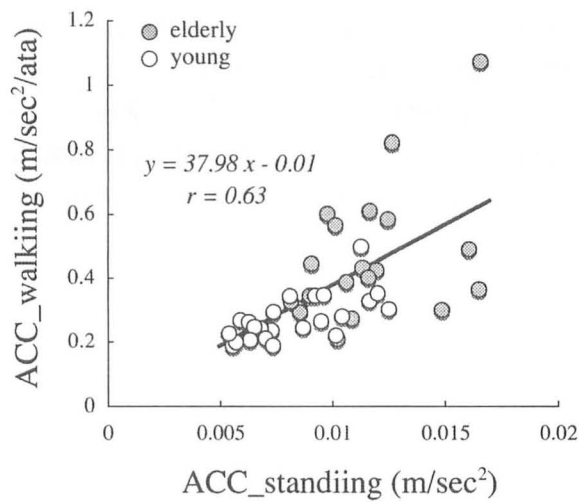


Figure 3. The relationship between ACC in walking (vertical axis) and standing (horizontal axis). The white and gray circles show the results of young and elderly group, respectively.

考察

身体重心加速度の振幅を表わす ACC は、歩行時、立位時ともに高齢者群において有意に大きな値を示した。身体重心加速度は立位・歩行両者において身体重心制御を反映する重

要な姿勢維持能力指標であり⁸、脳卒中患者や高齢者の動揺変化の抽出に有効な指標である COP-COM（足圧中心位置と身体重心位置の差）とも比例することが知られている^{9, 10}。すなわち、ACC が大きいことは身体重心変動における不安定性を意味するものと考えられる。したがって、本研究の結果は、歩行・立位両者において身体重心変動の安定性が加齢とともに減少することを示唆する。

興味深いことに、歩行時および立位時の ACC 値には有意な正の相関があった。この結果は、一見静的に見える立位時の身体重心制御が、何らかの形で動的な歩行時の身体重心制御と関連していることを示唆する。一般に、歩行時の身体重心制御の戦略は歩行時と大きく異なると考えられており¹⁰、立位時と歩行時の姿勢維持能を別のパラメータで評価した先行研究も、この2者には関連がないことを示唆している^{6, 7}。しかしながら、一方で立位および歩行を司る神経機構は相互に密接に関連しており、立位の姿勢制御を司る神経機能の障害は歩行にも著しい障害をもたらすことが報告されている^{11, 12}。身体重心加速度という同一の指標を評価することにより示された本研究の相関関係は、このような立位・歩行両者に関連する姿勢制御系の影響を反映しているのかもしれない。

また、この相関の結果は、より安全で容易な歩行安定性評価法への応用可能性を秘めていると考えられる。これまで、転倒しやすい高齢者等の被検者群に対して歩行計測を行うことは常に危険を伴い、被検者の負担も大きいという欠点があった。これに対し、今回示された歩行時および立位時の身体重心動揺特性における相関関係を応用すれば、将来的には短時間の立位計測により歩行安定性のある程度評価することが可能になるかもしれない。この点に関しては、歩行および立位における相関関係の信頼性や転倒危険性との関連についてのより詳細な検討が今後の課題となろう。

要約

本研究では歩行時および立位時の身体重心加速度変動を調べ、以下の2点を明らかにした。1) 歩行時および立位時の身体重心加速度動揺量は、高齢者群において有意に大きかった。2) 歩行時および立位時の動揺量の間には、有意な正の相関が認められた。これらの結果は、歩行時の身体重心加速度動揺量が加齢とともに増大すること、またこの増大が静止立位時の身体重心加速度動揺量の増大と関連していることを示唆した。

文献

- 1) Maki BE: Gait changes in older adults: predictors of falls or indicators of fear. *J Am Geriatr Soc* 45: 313-20, 1997.
- 2) Hausdorff JM, Rios DA et al.: Gait variability and fall risk in community-living older adults: a 1-year prospective study. *Arch Phys Med Rehabil* 82: 1050-6, 2001.
- 3) Menz HB, Lord SR et al.: Acceleration patterns of the head and pelvis when walking on level and irregular surfaces. *Gait Posture* 18: 35-46, 2003.
- 4) Dingwell JB, Cusumano JP: Nonlinear time series analysis of normal and pathological human walking. *Chaos* 10: 848-863, 2000.

- 5) Prieto TE, Myklebust JB et al.: Measures of postural steadiness: differences between healthy young and elderly adults. *IEEE Trans Biomed Eng* 43: 956-66, 1996.
- 6) Shimada H, Obuchi S et al.: Relationship with dynamic balance function during standing and walking. *Am J Phys Med Rehabil* 82: 511-6, 2003.
- 7) Cromwell RL, Newton RA: Relationship between balance and gait stability in healthy older adults. *J Aging Phys Act* 12: 90-100, 2004.
- 8) Moe-Nilssen R: A new method for evaluating motor control in gait under real-life environmental conditions. Part 2: Gait analysis. *Clin Biomech (Bristol, Avon)* 13: 328-335, 1998.
- 9) Corriveau H, Hebert R et al.: Evaluation of postural stability in the elderly with stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 85: 1095-101, 2004.
- 10) Winter DA: Human Balancing and Posture Control During Standing and Walking. *Gait and Posture* 3: 193-214, 1995.
- 11) Morton SM, Bastian AJ: Relative contributions of balance and voluntary leg-coordination deficits to cerebellar gait ataxia. *J Neurophysiol* 89: 1844-56, 2003.
- 12) Morton SM, Bastian AJ: Cerebellar control of balance and locomotion. *Neuroscientist* 10: 247-59, 2004.

平成 17 年度 障害保健福祉総合研究推進事業報告書

平成 18 年 3 月 発行

発 行 財団法人 日本障害者リハビリテーション協会
〒162-0052 東京都新宿区戸山 1 丁目 22 番 1 号
(戸山サンライズ内)
電 話 (03) 5273-0601
FAX (03) 5273-1523