

筑波大学

博士（医学）学位論文

日本における統合失調症患者の服薬心理の特徴
—中国との比較から

2011

黒田直明

筑波大学

寄贈
黒田直明氏

12011609

目次

第1章 文献的考察	1
1.1 緒言	1
1.2 統合失調症患者の服薬心理	1
1.2.1 主観的服薬体験と抗精神病薬	2
1.2.2 服薬に関する患者の考えと社会文化的背景	3
1.3 日本と中国の精神科医療	4
第2章 目的	6
第3章 方法と対象者	7
3.1 共同研究体制の確立	7
3.2 調査施設	7
3.3 対象	7
3.4 実施方法	8
3.5 倫理的配慮	8
3.6 調査票の作成過程	9
3.7 調査項目	9
3.7.1 患者背景	9
3.7.2 向精神薬の処方内容	9
3.7.3 精神症状	10
3.7.4 副作用による苦痛度	10
3.7.5 服薬心理の評価	10
(1) Drug Attitude Inventory-30 (DAI-30)	10
(2) 医師・処方に関する認識	12
3.8 解析方法	12
第4章 結果	14
4.1 対象者の背景属性	14
4.2 向精神薬の処方内容	14
4.3 精神症状	15
4.4 副作用による苦痛度	15
4.5 服薬心理の評価	15
4.5.1 Drug Attitude Inventory-30 (DAI-30)	15
(1) 単項目の比較	15

(2) 合計得点	15
(3) 因子分析と因子得点の比較	15
4.5.2 医師・処方に関する認識	16
(1) 単項目の比較	16
(2) 因子分析と因子得点の比較	17
第5章 考察	18
5.1 東京の患者の服薬心理の特徴	18
5.1.1 多剤・高用量処方に対して寛容な態度	18
5.1.2 ポジティブな主観的服薬体験の少なさ	19
5.2 北京の患者の服薬心理	20
5.3 抗精神病薬処方	20
5.4 本研究の限界	21
5.4.1 サンプルの代表性の問題	21
(1) 対象者の背景の有意差の意味について	21
(2) 抗精神病薬処方	22
5.4.2 本研究の他の限界	23
第6章 結論	24
6.1 結語	25
謝辞	26
文献	27
図表	41
資料	55
参考論文	86

第1章 文献的考察

1.1 緒言

統合失調症の薬物療法において科学的根拠に準拠した標準的処方の実践が推奨されるようになっているが、日本では歴史的に抗精神病薬の多剤併用・高用量処方が行われ¹⁾、現在もこの問題は解決しているとはいえない^{6,7)}。1999年に行われた中国、日本、ハンガリー、アメリカの国際処方調査²⁾では、日本の抗精神病薬クロルプロマジン換算総投与量は他国に比べて著しく多く（中国；529.2mg, 356.5mg, ハンガリー；458.2mg, 491.0mg, アメリカ；665.1mgに対して日本；1315.2mg）、抗精神病薬の単剤率が低かった（中国；58.0%, 72.8%, ハンガリー；67.3%, 38.0%, アメリカ；83.1%に対して日本；28.2%）。2001年⁸⁾と2004年³⁾に二回行われた東アジア六ヶ国（中国、香港、日本、韓国、シンガポール、台湾）の統合失調症入院患者の処方調査（以下、REAPプロジェクト）においても、日本は両年度とも六カ国の中で最も抗精神病薬投与量が多く、多剤併用の頻度も最も高い国の一つであった。

処方には患者の了解を前提として行われるものである。したがって日本におけるこのような特異な処方習慣が遷延している理由を理解するには、そのような処方を甘受している患者の服薬心理を解明することも不可欠である。本研究は日本の統合失調症患者の服薬心理の特徴を中国との国際比較によって明らかにしたい。

1.2 統合失調症患者の服薬心理

統合失調症患者の服薬心理は①主観的服薬体験（subjective experience on medication）と②服薬に関する患者の考え（beliefs about medication）で構成される多次元的な概念である。ここではそれらに関する知見を特に抗精神病薬処方との関連および比較文化的な側面に着目して整理しておく。なお主観的服薬体験と服薬に関する患者の考えは概念上の区別はできるが、後で述べるように実際には互いに影響を及ぼしあう関係にある。

1.2.1 主観的服薬体験と抗精神病薬

主観的服薬体験とは、抗精神病薬の服薬によって患者の中に生じる情緒的・認知的な自覚的体験の総称であり「数回の神経遮断薬服用後に生じる、変化した主観的状态 (altered subjective state) 」⁹⁾、「主に思考・情緒面の能力に影響する、客観化しづらい神経遮断薬の副作用」¹⁰⁾、「身体・情緒・認知の領域における、抗精神病薬による治療に関連のある、患者が報告する全てのポジティブおよびネガティブな体験」¹¹⁾と定義されている。具体例をあげると、ポジティブな主観的服薬体験とは「頭が混乱しなくなった」「イライラしなくなった」、ネガティブな主観的服薬体験とは「うまく考えられなくなる」「やる気がなくなる」というような自覚的体験を指す。好ましくない主観的服薬体験は、服薬アドヒアランスの低下^{12,15)}、QOLの低下^{16,17)}、自殺企図や物質乱用の増加¹⁸⁾などの重大な負の事象と関係が深い。服薬による患者の主観的体験の改善は客観的にみた精神症状の改善度と相関しにくい¹⁹⁾ため、主観的体験を独立したアウトカムとして重視していく必要がある^{20,21)}。

主観的服薬体験は、急性の体験か慢性の体験かによって大別される^{22,23)}。急性の体験 (初期不快感応；initial dysphoric response) は、最初の数回の服薬の直後に服薬と関連して体験される自覚的变化で、腹側線条体 (特に側坐核) に投射されるドパミン神経系 (中脳辺縁系) のD2受容体の遮断^{24,25)}によって薬理的に規定される体験であることが明らかになっている。中脳辺縁系のドパミン神経系のD2受容体の伝達の遮断は抗幻覚妄想作用とも関連するが、過剰な遮断によるドパミン機能系の機能低下はディスフォリアといわれる不快感や快の感覚の低下を生じさせる^{25,27)}。ドパミンD2受容体の過剰占拠を起こさないためには抗精神病薬の臨床使用においていくつかの注意が必要である。まずD2受容体占拠率は抗精神病薬の用量とおおよそ相関するため、抗精神病薬の高用量投与を避けるべきである。de Haanらは、一般的に使用されている用量の範囲よりもさらに低用量が望ましいとしている²⁵⁾。抗精神病薬の種類としては、定型抗精神病

薬よりも好ましい主観的服薬体験をもたらすといわれる非定型抗精神病薬の使用を優先すべきである^{20,21,28,30}。これらのことは、多剤併用・高用量という日本の処方習慣が患者の主観的服薬体験に不利に働いている可能性を示唆する。

それに対して長期間の服薬を経た慢性期の体験は、早期の体験よりも多因子関与的で複雑な過程で形成されるため、服薬中の薬剤の特性が影響する割合は小さくなると考えられている^{22,23}。実際、慢性期の患者を対象とした臨床研究では、主観的服薬体験は調査時の横断面の抗精神病薬のクロルプロマジン換算総量（すなわちドパミンD2受容体の遮断率の代理指標）と相関しなかったという報告^{28,31,33}、非定型抗精神病薬服用群と定型抗精神病薬服用群とで主観的服薬体験に有意な差がなかったと報告^{31,35}が少なからずみられる。慢性期の主観的服薬体験の評価に影響する大きな要因の一つは、過去の服薬体験の蓄積であると考えられている^{23,36,37}。Van Puttenら³⁸は、急性期患者の治療導入時に不快な主観的服薬体験を経験した患者では長期間に渡って強い服薬拒否が持続することを明らかにし、過去の服薬体験が長期に渡って患者の服薬の態度に影響することを示唆している。慢性期患者の多くは、病状増悪や再入院を契機に投与薬剤の増量や変更が行われ、さまざまな主観的服薬体験を累積しているはずである。このため、慢性期患者の主観的服薬体験と処方内容の関係を考える場合には、調査時点だけではなく、過去の処方内容まで遡って考察する必要がある。

1.2.2 服薬に関する患者の考えと社会文化的背景

服薬心理のもう一つの側面は、服薬に関する患者の考えや知識であり、服薬によって得られる利益や損失に関する患者の考えや精神疾患へのスティグマや非自発的な治療経験に起因する治療への負の考えなどがある^{39,42}。

服薬に関する患者の考えは、患者自身の精神症状^{28,32,34,43,44}、病識^{28,31,32,43,45}のほか、医師患者関係^{21,41,45,46}との関わりが深い。一般に日本人は医療場面においては受動的で意思決定を医師に一任する傾向が強いことが指摘されている^{47,49}。このような受動

的態度は慢性統合失調症の医師患者関係においても見られている。早稲田⁵⁰⁾は外来通院中の慢性統合失調症患者68名を過去の服薬中断歴と現在の服薬態度によって3類型に分類した。この中で過去に服薬中断経験のないアドヒアランスの最も良好な群は「依存的コンプライアント」で、この群の服薬理由は「家族や医者から言われるから」という他者依存的なものであったという。

患者は治療を受ける前段階から精神科治療に対して様々な考え（精神疾患に関する説明モデルや素人理論、偏見、医師や薬剤に関する先入観）を持っており、それらは患者の属する文化背景と関係が深い^{51,55)}。薬物療法に関しては、アジア文化圏では西洋文化圏よりも「西洋医学的な薬剤が有害であり自然療法が安全である」という認識が強いと言われている⁵¹⁾。また「医師は時間がないために薬物療法に頼りがちで過剰な処方を行う」という考えは文化背景を超えて共通しているという⁵⁶⁾。統合失調症患者の服薬態度に関してする本邦の研究^{46,50,57,67)}の中で、抗精神病薬の処方のされ方に関する患者の認識を調べているのは上島による調査⁵⁹⁾だけである。上島らは精神科単科病院、大学病院、総合病院に通院中の240名の統合失調症患者を対象にアンケート調査を実施し、その結果、約20%が「薬の種類が多すぎる」と回答し、同じく20%が「医師は必要以上に薬を使いすぎる」と回答したと報告している。この結果から日本の多剤併用・高用量処方やその背景にある医師の処方態度が患者の服薬態度に否定的な影響を及ぼしている可能性がうかがえる。

1.3 日本と中国の精神科医療

中国では精神科病床数、精神科医数ともに不足しており、精神科医療は日本に比べると総合的には未だ発展途上である⁶⁸⁾。外来患者を対象とした社会復帰訓練プログラムも日本^{68,71)}のほうが中国^{68,72,73)}よりも充実している。治療費の経済的負担も、国民皆保険、自立支援医療制度（旧精神保健福祉法32条）、障害年金制度のある日本の患者に比べて、健康保険の加入率が低く⁷⁴⁾（加入率の推定19%⁷⁵⁾）、公的な経済支援も存在しな

い中国の患者の負担は非常に大きいと考えられる。

中国の抗精神病薬処方とは対照的な単剤少量処方の特徴とし、アジアでも抗精神病薬用量が最も少なく、多剤併用率が最も低い国の一つである^{3,76,77)}。中国の抗精神病薬処方の第二の特徴はクロザピンの使用頻度の高さである⁷⁴⁾。これは健康保険への加入率の低い中国では安価な抗精神病薬が優先的に使用されやすいためである⁷⁴⁾。クロザピンは全ての抗精神病薬の中で最も優れた抗精神病効果をもつが顆粒球減少症という重篤な副作用を発現させるため、日本及び諸外国では一定の基準を満たす難治例に使用を制限している薬剤である。

中国人の医療に対する態度⁷⁸⁾はパターナリスティックな医師患者関係を基調とする点で日本人の受療態度⁷⁹⁾と類似しているが、中国人は日本人よりも積極的に合理性や実利性を重んじるようである^{80,82)}。伝統医療に関して日本と中国は歴史的な関係が深い、現代において伝統医療が人々の服薬観に及ぼす影響力の大きさは中国のほうが強い。中国では現在も西洋医学と並んで中国伝統医療の実践が活発で、患者や家族自らが両者を使い分けている⁸³⁾。西洋医学の薬剤に対しては、「即効性があるが副作用が強いので症状緩和には使用するが、症状が改善すれば服薬を中止すべき薬剤」というイメージをもっている^{84,85)}。

日本と中国は、欧米とは異なった社会的特徴を多数共有している。個人の利益よりも集団の利益を優先する価値観（集団主義）^{69,86)}、統合失調症の治療において患者の権利よりも社会の秩序維持を重視する傾向^{87,88)}、精神疾患治療において家族が果たす役割の大きさ^{87,89)}、統合失調症に関するスティグマの強さ^{87,89)}などである。

第2章 目的

日本の統合失調症の薬物療法は、諸外国に比べて抗精神病薬の多剤併用と高用量処方が多いという問題点が繰り返し指摘されている。このような処方薬は薬理的には患者の主観的評価に好ましくない影響を及ぼすと考えられ、日本の患者は薬物療法の効果を実感できていないかもしれない。あるいは反対に、このような一見不合理な処方習慣が続いているのは、それを許容する心理社会的な特性が日本の患者の側にあるからであろうか。しかしながら、日本の患者の薬物療法の主観的評価に他国の患者とは異なる特徴や問題点があるかどうかは不明である。ある国の構成員が集団全体で共有している特徴を国内研究から明らかにすることは困難である。そのような特徴は国際比較研究によって浮かび上がらせることができる。

本研究は日本の統合失調症患者の服薬心理の特徴を中国との国際比較によって明らかにすることを目的とする。文献的考察を踏まえて主観的服薬体験と服薬に関する患者の考えを中心としながら、医師と患者のコミュニケーション、医師の処方態度に関する不満、伝統医療に関する考え、治療費の経済的負担の認識など服薬心理に関係する諸要因の比較を行う。

中国を比較相手とした主たる理由は、本邦とは対照的な単剤・低用量の抗精神病薬処方が行われている国であり、本邦の多剤・高用量処方の問題点を浮き彫りにしやすいためである。加えて、言語的・文化的背景を共有する中国と日本の比較は方法バイアスを少なくするという点からも有利である。質問紙の翻訳を必須とする人間の心理過程の比較文化研究では、調査内容を完全に等価にすることが困難であるという限界をとまなう。しかしながら、一般に比較する集団の文化間の距離が近いほど、このような方法バイアスが小さく、研究結果が歪められることが少ないと考えられている⁹⁰⁾。

第3章 方法と対象者

3.1 共同研究体制の確立

本研究は筑波大学社会医学系精神保健学グループと中国北京市の北京回龍觀醫院の共同研究として行われた。研究開始前に筑波大学社会医学系精神保健グループと北京回龍觀醫院との間に共同研究契約を行った。研究準備のために著者が北京回龍觀醫院を二度訪問し、回龍觀醫院副院長（現院長）のYang Fude博士、主任医師Sun Shiyu博士と面談し研究方法を検討した。データ収集後、同医師らを日本に招聘し、研究結果についての討議を行った。

3.2 調査施設

日本側の調査施設は東京都下の長谷川病院（病床数587床）、中国側の調査施設は北京市の北京回龍觀醫院（病床数1369床）である。両施設は以下のような点で共通点を有する。(1) 日本、中国の各首都郊外に位置し、都会部と郊外部を含む広い受療圏をもつ。(2) 慢性期医療ではなく主に急性期医療を担う精神科専門病院である。(3) 医科大学の精神科卒後教育病院である。

3.3 対象

比較のために対象者の背景を以下の点について統制した。第一に大都市の精神科病院に外来通院中で病状の安定した患者であること。第二に年齢と性別の構成をそろえることである。外来患者を対象とした理由は、入院患者では急性期治療の直後であることや病院の管理下にあるという状況により服薬態度が模範的なものに画一化しやすいが、外来治療では精神症状の影響が少なくなり治療継続は原則的には個人の自主性に委ねられるようになるため、服薬態度に個人や文化による多様性が表出しやすいと考えたためである。

3.2の施設に外来通院中の患者で以下の基準を満たす者をそれぞれ100名（男性50名、女性50名）ずつ可能な限り無作為にリクルートした。取り込み基準は①ICD-10に

より統合失調症または統合失調感情障害と診断される②調査時に抗精神病薬を一ヶ月以上継続して服用している③18歳～65歳である、とし、除外基準は①研究に参加することで病状が悪化する可能性があるとして主治医が判断したもの②物質乱用や依存症を合併している③重度の身体疾患を合併している④妊娠中⑤精神遅滞の合併または読み書きができないこととした。このようにして得られた計200名の全対象者の人口統計学的、臨床的背景を比較したところ、精神症状（BPRS得点）は東京と北京で有意差を認めなかったが、年齢に関しては東京の参加者が北京の参加者より有意に高い結果となった（東京; 39.6 ± 11.7 , 北京; 34.0 ± 11.3 , ANOVA, $F = 12.06$, $df = 1$, $p < 0.001$ ）。年齢による潜在的な交絡を取り除くため、全参加者を10層の年齢階級に層別化し各階級から東京と北京で等数を生じ無作為に抽出することによって得られた年齢階級一致サンプル（各76名）を2群の単純比較に用いた。

3.4 実施方法

日本側の調査は全て著者が行い、中国側の調査は共同研究者である北京回龍觀医院主任医師のSun Shiyong博士らによって実施された。彼らは抗精神病薬の効果に関する臨床研究に従事した経験があり、BPRSを含む精神症状評価尺度の使用に熟練している。全ての対象者に対して質問紙調査と面接調査を行った。生活背景、治療歴、処方薬に関する情報は診療録を参照して得た。調査期間は平成17年10月～平成18年4月であった。

3.5 倫理的配慮

日中ともに対象者には本研究に関する詳しい説明を行ったうえで書面による参加同意を得た。中国人研究者の助言により中国では患者の家族からも研究参加に関する同意を書面にて得た。また自記式質問紙は無記名で研究用番号によって識別するようにし、さらに社会的望ましさのバイアスを最少にするために調査結果が主治医に知らされないことを調査前に対象者に保証した。本研究は筑波大学の医の倫理委員会、北京回龍觀医院の倫理委員会、長谷川病院の倫理委員会にて承認を受けた。

3.6 調査票の作成過程

調査票は日中で同一内容のものを準備した。翻訳の等価性を高めるために次のような過程で調査票を作成した。まず日本語版、中国語版の評価尺度が既に存在する場合はそれらを使用した。それ以外は先行研究を参考に著者が英文で草案を作成し、Sun博士との合議を経て、仮調査票を日本語で作成した。次にこの日本語版を、心理質問紙の翻訳経験のある翻訳専門業者に依頼し中国語に翻訳した。次に中国語を母国語とし修士号を持つ臨床心理士、同じく中国語を母国語とし日本の医師免許を有する精神科医師によって独立に中国語版から日本語に逆翻訳 (back-translation) された。この逆翻訳された日本語版と元の日本語版を著者が照らし合わせ、意味の異なる箇所を先の2名との合議によって訂正した。Sun博士に中国語版の校閲を受け最終的な調査票を完成させた。

3.7 調査項目

3.7.1 患者背景

年齢、性別、婚姻、教育年数、同居者の有無、就労状況、医療保険の有無、発症年齢、罹病期間、合計入院回数、合計入院期間は診療録から調査した。また患者に対する質問紙で精神科外来の1回あたりの診察時間、これまでに行った精神科医以外の受療経験をたずねた。外来診察時間は5分以内、5～10分、10分～15分、15分～20分、20分～25分、30分～から選択してもらった。過去の受療経験は精神科以外の医師、伝統医療の医師、心理カウンセラー、御祓い師、民間療法家、宗教家への相談経験の有無を回答してもらった。

3.7.2 向精神薬の処方内容

抗精神病薬の種類とクロルプロマジン換算総投与量、抗パーキンソン薬の併用率、ベンゾジアゼピン系抗不安薬及び睡眠導入薬の併用率、1日の服薬回数を調査した。クロルプロマジン換算は稲垣らによる換算表⁹¹⁾を使用した。クロザピン、リスペリドン、オランザピン、クエチアピン、ペロスピロン、アリピプラゾールを非定型抗精神病

薬，その他を定型抗精神病薬として分類した。

3.7.3 精神症状

精神症状の評価は比較文化的な調査で使用された実績があり，比較文化的にも信頼性，妥当性が安定していることが指摘されている⁹²⁾簡易精神症状評価尺度 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)⁹³⁾を用いた。BPRSは統合失調症の陽性症状，陰性症状，感情症状などを含む18項目から構成され，合計点数が総合的な精神症状の程度の指標となる。本邦で使用頻度が高いOverall版のBPRS⁹³⁾では各項目の重症度評価に具体的なアンカーポイントが設定されておらず，日中の評価者間の信頼性が保てない恐れがあるため⁹²⁾，中国で使用されている，Woernerらによってアンカーポイントが追加されたBPRS (BPRS-anchored)⁹⁴⁾を使用した。

3.7.4 副作用による苦痛度

患者による苦痛度の自己報告によって身体的副作用の程度を評価した。「精神科の薬の副作用でどのくらい困っていますか？」という設問に対して、「全く困っていない」「あまり困っていない」「少し困っている」「非常に困っている」の4件Likert法で回答してもらい，それぞれ1点～4点に数値化した。

3.7.5 服薬心理の評価

(1) Drug Attitude Inventory-30 (DAI-30)

Drug Attitude Inventory-30 (DAI-30)³⁶⁾は，慢性期の統合失調症患者の①抗精神病薬が原因で生じていると患者が解釈しているポジティブ（「薬を続けていると頭がはっきりして自分やまわりのことがよく分かる」など）およびネガティブな主観的服薬体験（「薬を飲むと疲れてやる気がなくなる」など），②服薬に対する種々の考え（抗精神病薬による再発予防，有害性，服薬の自発性，医師への信頼，健康観）を評価する。これらを問う30項目は，全体として十分な内的一貫性がみられ，それらの合計点は服薬態度の包括的な指標となる。原著者による採点法¹⁸⁾では合計点は-30点～+30点に分布

し、正の値をとれば「ポジティブな主観的評価」、負の値をとれば「ネガティブな主観的評価」と判別することもできる。

DAI-30の項目は慢性統合失調症患者を対象に抗精神病薬に関する身体的な副作用以外の発言を多数収集した項目候補のリストから、患者をよく知る治療者による服薬態度判断を外的基準として選別されたものである。質問文は平易で簡潔な文章で書かれており、被験者は「そう思う」「そう思わない」で回答する。ポジティブな主観的評価とネガティブな主観的評価を問う項目を等しくするなどの工夫がなされており、十分な妥当性と信頼性が得られている。本スケールは多数の言語に翻訳されており各国の臨床試験にも使用され¹⁸⁾、新たに開発された薬物療法の主観的評価尺度の併存的妥当性の検証にも使用される標準的尺度でもあるといえる。

日本語版と中国語版は良好な尺度特性が報告されている^{95,96)}。本研究の対象者によるクロンバックアルファ係数を計算したところ、東京 $\alpha = 0.84$ 、北京 $\alpha = 0.72$ であり、十分な内的一貫性を持っていることが確認された。

DAI-30の合計点数は服薬態度の包括的指標である。しかしながら、文献的考察で述べたとおり主観的服薬体験と服薬に関する考えは臨床的性質や形成過程が異なり、別々に日中比較を行う必要がある。原著者の研究²²⁾ではDAI-30の因子分析が行われ、7因子構造が提示されている。DAI-30を使用した欧米圏の先行研究ではこの因子を下位尺度として使用しているものもあるが^{30,33)}、カナダで行われた原著者の研究³⁶⁾と本研究では対象者の文化背景が大きく異なると考えられ、DAI-30の因子構造が異なる可能性が高い。そこで今回得られたデータを用いてDAI-30の因子分析（主成分法、バリマックス直交回転）をあらためて行い、因子得点を算出した。因子数は因子の解釈可能性とスクリープロット法によって決定した。因子分析は東京、北京の全対象者のデータ（ $N = 200$ ）をまとめて使用した。これは、東京と北京で比較可能な因子得点を算出するため及びサンプル数が多い方が安定した因子構造が得られるため⁸⁷⁾である。

(2) 医師・処方に関する認識

文献的考察で触れた先行研究を踏まえて、医師と患者のコミュニケーション、医師の処方態度に関する不満、伝統医療に関する考え、治療費の経済的負担の認識など服薬心理に関係する諸要因について調べる質問紙を新たに作成した。回答は「全くそう思わない」「あまりそう思わない」「ややそう思う」「非常にそう思う」の4件Likert形式（1点～4点に数値化）とした。質問項目は（1）精神科の薬には依存性がある、（2）医者は薬に頼りすぎだ、（3）自分が飲んでいる精神科の薬の量は多すぎる、（4）自分が飲んでいる精神科の薬について十分な説明を受けたことがある、（5）ふだんの精神科の外来では医者と話す時間が十分にある、（6）自分の精神科の病名について医者から十分な説明を受けたことがある、（7）漢方薬を飲むことはこころの健康に役立つ、（8）栄養補助食品はこころの健康に役立つ、（9）一般に漢方薬は西洋医学の薬よりも安全だ、（10）精神科の外来治療費や薬代を払うことに経済的な負担感を感じる、の10項目である。得られたデータを相互に独立な少数の変数に要約するために因子分析（主成分法、バリマックス直交回転）を行い、因子得点を算出した。因子数は因子の解釈可能性とスクリープロット法によって決定し、3.7.5（1）と同様の理由により因子分析には東京、北京の全対象者のデータ（N = 200）をまとめて使用した。

3.8 解析方法

統計解析には、SPSS for Windows version 12.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA)を使用した。全ての統計的検定は両側検定を用い、有意水準は $p < 0.05$ とした。

2群間の平均値の比較は連続変数の場合はStudentのt検定、順序変数の場合はMann-WhitneyのU検定、カテゴリ変数の場合は χ^2 検定を用いた。2変数の関連性の評価にはPearsonの積率相関係数を用いた。日中の平均値の差がいずれかの背景変数の交絡によって生じているかどうかを確認するため重回帰分析を行った。国変数（ダミー変数）はモデル内に固定したが、共変数（従属変数と有意な相関を示す全ての背景変数）は、

共変数間の相関による多重共線性を回避するためにステップワイズ法によって選択投入した。

第4章 結果

4.1 対象者の背景属性

対象者の人口統計学的・臨床的変数を表1に示した。年齢、性別、罹病期間、入院回数は東京と北京で有意差は認めなかった。婚姻率、家族との同居率、就労率は北京の方が有意に高かった。東京の対象者では精神科リハビリテーション・プログラムや作業所に通っている者の割合が最も多かったが、北京の対象者は半数が就労しており、リハビリテーション・プログラムに通っている者はいなかった。教育年数と合計入院期間は東京の方が有意に長かった。東京では全員が健康保険加入者であったが北京では健康保険加入者は32.9%であった。精神科診察時間の分布を図1に示した。東京では80%が5分以内という短時間であったのに対して、北京では約50%が10分から20分と回答し、さらに20分～30分の者も約30%存在した。選択肢を順序変数として診察の長さを比較したところ、北京が東京よりも有意に診察時間が長かった (Mann-Whitney U検定, $Z = 8.45$, $p < 0.001$)。過去の受療行動の比較 (表2) では伝統医療の医師への相談経験に顕著な差がみられ、東京ではわずか1.3%であったが北京では40%が相談経験を有していた。

4.2 向精神薬の処方内容

向精神薬の処方内容を表3に示した。東京の対象者の抗精神病薬のクロルプロマジン換算総量は北京の対象者のおよそ2倍であった。東京の対象者は抗精神病薬の多剤併用率が高く、とくに非定型抗精神病薬と定型抗精神病薬の併用率が高かった。北京の対象者の27.6%にクロザピンが処方されていたが東京ではクロザピンは処方されていなかった。抗パーキンソン薬、抗不安薬、睡眠導入薬の併用率も東京の対象者の方が高かった。一日あたりの服薬回数も東京の対象者の方が多かった。北京では中国伝統医療の薬剤は向精神薬の自律神経系の副作用の緩和のために少数の患者に使用されていた。

4.3 精神症状

BPRSで測定した精神症状は東京と北京で有意差を認めなかった（表1）。

4.4 副作用による苦痛度

副作用による苦痛感の程度の分布を図2に示した。精神科の薬剤の副作用で「非常に困っている」「少し困っている」と回答した割合は東京が46.1%、北京が42.1%であり、副作用の苦痛感の程度は両群間で有意な差異は認められなかった（Mann-Whitney U検定, $Z = 0.113$, $p = 0.910$ ）。

4.5 服薬心理の評価

4.5.1 Drug Attitude Inventory-30 (DAI-30)

(1) 単項目の比較

全30項目の回答結果を表4に示した。20項目において日中で有意差を認めたが、最も肯定率の差が大きかったのは項目13の「わたしは具合が悪い時だけ薬を飲む」であった（東京; 0% vs. 北京; 67.1%, $\chi^2 = 76.75$, $df = 1$, $p < 0.001$ ）。

(2) 合計得点

DAI-30の合計得点による包括的な服薬態度は東京と北京の対象者の間で有意な差はなかった（東京; 12.7 ± 10.6 vs. 北京; 12.7 ± 8.5 , $t = 0.00$, $p = 1.00$ ）。合計得点の正負による薬物療法の主観的評価の判別を行っても、ポジティブな主観的評価者の割合に東京と北京で有意な差は見られなかった（東京; 84.2% vs. 北京; 92.1%, $\chi^2 = 0.13$, $p = 0.209$ ）。北京においてはクロザピンの処方の有無による比較も行ったが有意な差異は認められなかった。

(3) 因子分析と因子得点の比較

DAI-30の因子分析の結果、4つの因子が抽出され、全分散の40.4%が説明された（表5）。第1因子はポジティブな主観的服薬体験、第2因子は服薬の被強制感、第3因子はネガティブな主観的服薬体験、第4因子は服薬の必要性和解釈した。

これらの因子得点を東京と北京で比較したところ、ポジティブな主観的服薬体験因子と服薬の被強制感因子は北京の対象者が東京の対象者に比べて有意に高値であったが、ネガティブな主観的服薬体験因子、服薬の必要性因子は両群間に有意差は認めなかった(表6)。

ポジティブな主観的服薬体験因子は、教育年数 ($r = -0.20, p < 0.05$)、就労 ($r = 0.17, p < 0.05$)、健康保険 ($r = -0.35, p < 0.01$)、抗精神病薬クロルプロマジン換算総量 ($r = -0.24, p < 0.01$)、服薬回数 ($r = -0.33, p < 0.01$)、医師患者間コミュニケーションの満足度因子 ($r = 0.38, p < 0.01$)と有意な相関を認めた。重回帰分析では、国を投入後、医師患者間コミュニケーションの満足度因子がモデルに選択された(表7)。国の非標準化係数は、医師患者間コミュニケーションの満足度因子の調整によって-1.10から-0.97へと減少した。Shroutらによる計算方法⁹⁷⁾によると、ポジティブな主観的服薬体験の日中差の11.8% ($= 100 \times \{1.10 - 0.97\} / 1.10$)が医師患者間コミュニケーションの満足度の差によって媒介されているということになる。

服薬の被強制感因子は、性別(男性, $r = 0.16, p < 0.05$)、同居 ($r = -0.17, p < 0.05$)、健康保険 ($r = -0.40, p < 0.05$)、BPRS ($r = -0.16, p < 0.05$)、抗精神病薬クロルプロマジン換算総量 ($r = -0.22, p < 0.01$)、服薬回数 ($r = -0.39, p < 0.01$)、過剰処方・経済的負担感因子 ($r = 0.31, p < 0.01$)と有意な相関を認めた。重回帰分析では国を投入後、性別のみがモデルに選択された(表8)。なお北京においてクロザピンの処方の有無によるこれらの因子得点の差異は認められなかった。

4.5.2 医師・処方に関する認識

(1) 単項目の比較

「非常にそう思う」「ややそう思う」という回答の割合を表9に示した。(2) 医者は薬に頼りすぎだ、(6) 自分の精神科の病名について医者から十分な説明を受けたことがある、(10) 精神科の治療費が経済的に負担だの3項目は北京が東京よりも、(8) 榮

養補助食品はこころの健康に役立つに関しては東京が北京よりも有意に認識が強かった。

(2) 因子分析と因子得点の比較

解釈可能な単純構造を得るために「精神科の薬には依存性がある」を除外して因子分析を行ったところ、全分散の58.7%が説明する3因子構造が得られた(表10)。第1因子は医師患者間コミュニケーションの満足度、第2因子は伝統医療の信念、第3因子は過剰処方・経済的負担感と解釈した。これらの因子得点を東京と北京で比較したところ、東京は北京より医師患者間コミュニケーションの満足度と過剰処方・経済的負担感の因子得点が有意に低値であった(表11)。伝統医療の信念の因子得点は両群で有意差を認めなかった。

医師患者間コミュニケーションの満足度因子は、教育年数 ($r = -0.16, p < 0.05$)、服薬回数 ($r = -0.23, p < 0.01$) と有意な相関を認めた。重回帰分析では、国を投入後、いずれの変数もモデルには選択されなかった。過剰処方・経済的負担感因子は健康保険(保険あり, $r = -0.17, p < 0.05$)、教育年数 ($r = 0.20, p < 0.05$)、服薬回数 ($r = -0.24, p < 0.01$) と有意な相関を認めた。重回帰分析では、国を投入後、いずれの変数もモデルには選択されなかった。

第5章 考察

本研究は日本の統合失調症患者が集団全体で共有している服薬心理の特徴を明らかにすることを目的として、東京と北京の精神科病院に通院中の慢性統合失調症患者の主観的服薬体験や服薬に関する考え、医師・処方に関する認識の比較を行った。

本研究の主要な結果は次の二つの点に集約できる。第一に東京の患者は多剤・高用量処方に対して寛容な態度をもつこと、第二に東京の患者はポジティブな主観的服薬体験が少ないことである。

5.1 東京の患者の服薬心理の特徴

5.1.1 多剤・高用量処方に対して寛容な態度

処方量や服薬回数から推測すると、東京の患者は北京の患者よりも服薬の負担が大きいため陰性の服薬態度をもちやすいと考えられるが、本研究からは処方量が多すぎるという不満感と服薬の被強制感は逆に北京の患者よりも小さいという結果が示された。また包括的な服薬態度と副作用の苦痛感において北京の患者と有意な差を認めなかった。これらは東京の患者が抗精神病薬の多剤・高用量処方に対して寛容な態度をもっていることを示している。さらに、北京の患者より服薬の有益性の認識が低い（北京の患者よりもポジティブな主観的服薬体験が少なく、服薬の必要性の認識には差がなかった）にも関わらず受容性が高いという結果からは、東京の患者の服薬の利益に対する要求度の低さがうかがわれる。このような態度は日本人の特徴とされる医療における受動的な態度^{47,49)}と共通点を有する。

東京の患者の服薬の受容性を支えている背景の一つに皆保険制度があることは間違いないであろう。しかし、過剰処方・経済的負担感の因子得点の日中差は健康保険の有無だけでは説明されなかったことから健康保険制度以外の社会福祉制度や一般的な経済水準の違いなどの要因も影響していると推測される。日本の統合失調症患者は、自立支援制度、障害年金、生活保護制度などのおかげで就労よりも療養を優先することが可能で

ある。このような社会環境では「病人役割 (sick role)」の受容が促され、それが服薬の受容につながっていると考えられる⁴¹⁾。病人役割とは「病人は社会的役割を免除され、病気になった責任を問われることはないかわりに医師の指示に従って回復に向けて努めなければならない」というものである⁹⁸⁾。それに対して、価値規範として就労が重視され、健康保険加入率が低く、統合失調症に対するスティグマが日本よりも強い^{71,99)}とされる中国では病人役割による服薬受容はなされにくい。

5.1.2 ポジティブな主観的服薬体験の少なさ

東京の患者は北京の患者に比べてポジティブな主観的服薬体験が少なかった。北京では93.4%の患者が「薬を続けていると、頭がはっきりして、自分やまわりのことがよくわかる (DAI-30, 項目6)」を肯定したが、東京では31.6%しか肯定しなかった。この結果は東京においては抗精神病薬治療が患者に提供しうる望ましい効果が十分に発揮されていないことを示している。

ポジティブな主観的服薬体験の日中差は医師患者間のコミュニケーションの満足度によって一部が説明され、東京の患者は医師から病気や薬剤に関する説明をあまり受けていないためにポジティブな主観的効果を体験しづらくなっている可能性が示唆される。コミュニケーションの満足度の低いことは診察時間が短いことにも関係するであろう。

東京の患者のポジティブな主観的服薬体験が抑制されている他の要因として抗精神病薬処方の影響の長期的な蓄積も考えられる。第1章で述べたように抗精神病薬の多剤併用・高用量処方ではドパミンD2受容体を過剰に占拠し、主観的服薬体験を悪化させる。慢性期における主観的服薬体験の評価は、現在の処方の効果よりも過去の服薬体験の記憶の蓄積で形成された主観的服薬体験のイメージの影響を強く受ける^{22,23,36)}。東京の対象者が入院治療中など過去に受けた処方調査時点よりもさらに多剤・高用量であったと考えられ^{2,8)}、長期的服薬の結果、彼らはポジティブな主観的服薬体験を期待しなくなってきたと考えることができる。また本研究でもみられたように日本の統合失調症の

薬物療法では抗パーキンソン薬やベンゾジアゼピン系薬など認知機能を悪化させる薬剤^{100,101)}の併用が非常に多い⁷⁶⁾。これらの薬剤への長期的暴露も日本におけるポジティブな主観的服薬体験の認識の低下に影響している可能性がある。

5.2 北京の患者の服薬心理

本論の主題は北京の患者を比較対照として東京の患者の服薬心理の特徴を描き出すことにあるが、北京の患者の独自の服薬心理について興味深い点についてのみ述べておきたい。第一に、北京の患者の40%が過去に精神的な問題に対して中国伝統医療を受診した経験をもつ。これは東京（1%）と比べると著しい差異があり、伝統医療と西洋医学が並立している中国の医療状況⁸³⁾を反映していると考えられる。東京と北京で伝統医療への信頼感の因子得点に差はみられなかったが、「具合が悪い時だけ薬を飲む」というDAI-30項目13を北京の患者の70%が肯定しており、日中で著しい差を認めた。これは「西洋医学の薬剤には迅速な症状緩和的な効果を期待するが、長期的には服薬しない方がよい」という中国の薬剤観^{84,85)}に一致しており、伝統医療が北京の患者の服薬姿勢に影響を残している可能性を示唆している。

第二に、中国の抗精神病薬処方ではクロザピンの使用が多いことが特徴であるが今回の対象者でも27.6%がクロザピンを服用していた。クロザピンが非定型抗精神病薬の中でも主観的服薬体験がとくに良好であることを示唆している研究がある¹⁰²⁾。またクロザピン服薬中は定期的な血液検査が義務付けられるため、服薬の被強制感を助長されている可能性が想像される。しかしながら、今回の対象者においては、ポジティブな主観的服薬体験、被強制感ともにクロザピン服用の有無とは関連を認めなかった。

5.3 抗精神病薬処方

従来の国際的な処方研究は入院患者を対象としており、日本の抗精神病薬の処方習慣の原因も入院治療の問題点との関連で論じられることが多かった（精神科病院の人的パワーの不足⁵⁾、入院期間の長さ¹⁰³⁾、鎮静目的の抗精神病薬使用など¹⁰³⁾）。しかし入院

処方と外来処方を一概にして扱うのは適切ではない¹⁾。急性期症状の寛解を主目的とする入院治療と寛解後の再発予防を目的とする外来治療では薬剤の必要量が異なるからである。外来治療における日本の抗精神病薬処方の国際比較研究は著者の知る限り本研究が最初である。

本研究結果は、日本の抗精神病薬処方外来治療においても多剤併用・高用量の傾向があることを示唆している。東京の抗精神病薬用量は報告されている入院患者の平均用量（第1章参照）を下回ってはいるが、維持療法として必要とされる推奨量の範囲（クロルプロマジン換算で375mg以下¹⁰⁴⁾または300～600mg¹⁰⁵⁾を上回っている。一方、北京の抗精神病薬用量はこれらの推奨量と合致しているといえる。また抗精神病薬の併用率を入院患者の処方と比較してみると、今回の北京の併用率（3.9%）は入院処方（27.2%²⁾, 25.2%⁸⁾, 23.8%³⁾）を大きく下回っているのに対して、東京の併用率（61.8%）は入院処方（71.8%²⁾, 78.6%⁸⁾, 67.1%³⁾）と同等である。

5.4 本研究の限界

5.4.1 サンプルの代表性の問題

本研究の最も重大な限界は対象者が日中の単一の医療機関で治療を受けている患者に限られていることである。そのためサンプルが各国を代表しているとはいうことはできない。とりわけ中国では精神科医療資源の地理的な分布は不均一で都市部と農村部では大きく異なっている⁷³⁾。本結果を都市部の精神科病院に通院中の患者以外にも一般化することには慎重でなければならず、多施設研究によって再現性が確認されるまでは暫定的なものとして扱われなければならない。しかしながら、以下に述べるように本研究の対象者は少なくとも人口統計学的背景、抗精神病薬処方に関しては両国の一般的な水準から大きく偏ってはいないと考えられる。

(1) 対象者の背景の有意差の意味について

本研究では、日中の首都の基幹精神科病院の外来通院患者からサンプルを抽出し、年

年齢層の分布と性別を一致させた。これによって年齢、性別、罹病期間、精神症状、入院回数は一致したが、婚姻、就労、健康保険、合計入院期間については2群間で有意かつ大きな差が見られた。しかしながら、これらは日本と中国の統合失調症患者一般に見られる差異と概ね一致している。

北京の統合失調症患者の婚姻率と就労率はそれぞれ55.6%、33.3%と報告されている¹⁰⁶⁾のに対して、日本の患者の婚姻率（有配偶者率）は¹⁰⁷⁾は男性が3割前後、女性が4割前後と推定され、就労率は15.4%¹⁰⁸⁾と報告されている。したがって、婚姻率・就労率ともに中国の方が高い。この差は一般的に指摘される「統合失調症の治療転帰は、低・中所得国の方が良好である」¹⁰⁹⁾ことに合致するが、次のような中国の社会文化的背景も影響している。中国では日本よりも家族主義が強く、障害を持った患者の社会的・法的責任を両親が負うことが義務付けられ、それは患者が配偶者を獲得するまで続く¹¹⁰⁾。両親は患者の就職、結婚、結婚生活の援助をきわめて精力的に行うとのことである。また中国の「全国民が労働を社会に提供すべき」という思想背景が精神科患者の就労率を高めているという指摘もある⁹⁹⁾。健康保険加入率の差は日中の医療制度の相違、合計入院期間の差は日本の精神科医療の特質⁶⁸⁾を反映しているといえる。

（2）抗精神病薬処方

今回の対象者の抗精神病薬処方は両国の精神科病院の外来患者の一般的な処方内容から大きく偏ってはいない。本邦における外来患者の処方調査で規模の大きいものは冨田らによる報告（クロルプロマジン換算で553.0mg、多剤併用率54.9%）⁶⁾や大塚らによる報告（552.6mg、51.8%）¹¹¹⁾である。これらと比べて今回の東京の抗精神病薬量（666.7mg）と多剤併用率（61.8%）の数値がやや大きめであるのは、調査した患者層の違いによると考えられる。本研究の対象者は全員が精神科単科病院の外来患者であったが、冨田らの報告は総合病院、診療所及び企業・学校の医務室への通院者を含み、大塚らの報告は開放病棟しか持たない大学病院の外来患者を対象としていた。一般に精神

科単科病院への通院者は総合病院や診療所よりも重症度が高く、抗精神病薬量や多剤併用率も高くなると推測される。東京都内の精神科単科病院の外来慢性患者を対象とした臨床研究から抗精神病薬量を調べてみると、本研究より高用量の報告^{112,113)}（クロルプロマジン換算で900mg～1000mg程度）も見られる。一方、今回の北京における抗精神病薬量（309mg）と多剤併用率（3.9%）、クロザピン処方率（27.6%）はXiangらによる北京の精神科病院の外来患者の先行研究（それぞれ290mg, 7.6%, 30.0%）⁷⁴⁾とよく一致している。

5.4.2 本研究の他の限界

対象者は研究に自発的に参加した比較的肯定的な服薬態度をもつ患者に限られており、アドヒアランスの特に悪い患者は含まれていない。また日中の研究者の間でBPRSの正式な評価者間信頼性が確認されていない。横断研究デザインは相関関係を明らかにするもので因果関係の推測には慎重でなくてはならない。以上のような限界のため本研究の結果は暫定的なもので、さらに多施設研究によって再現性が確認されなければならないといえる。

第6章 結論

本研究は日本の統合失調症患者の服薬心理の特徴を明らかにすることを目的に東京の患者と北京の患者の服薬心理の比較を行った。その結果、東京の患者は北京の患者と比べて、多剤・高用量処方に対して寛容な態度をもってはいるが、ポジティブな主観的服薬体験が少ないことがわかった。

今回の結果は、東京においては抗精神病薬治療が患者に提供しうる望ましい効果が十分に発揮されていないことを示している。どのような治療であれ患者自身が効果を実感できることは第一義的に重要であり、早急な改善がのぞまれる。本研究からは、医師患者間のコミュニケーションの不足を改善することがポジティブな主観的効果を高める一助となりうることが示された。また先行研究^{29,114)}は抗精神病薬の高用量投与や多剤併用の是正によって主観的服薬体験を向上させられる可能性を示唆しており、積極的に検討されるべきである。

しかしながら、本研究結果は日本の統合失調症患者が多剤・高用量処方に対して寛容な態度をもつことも示唆しており、そのような態度が多剤・高用量処方の長期的使用を助長していることも否めない。服薬を受容していることは服薬アドヒアランスを維持するには好ましいが、同時に多剤・高用量処方の漫然とした継続にもつながるおそれがある。日本における多剤・高用量処方の改善をさらに進めていくためには、医療者側から処方整理の利点を患者に積極的に伝え、患者の動機付けを高める努力をすべきである。維持療法では再発の予防という消極的な側面だけでなく、認知機能やQOLの向上といった積極的効果に関する情報も提供されるべきである。情報が適切に提供され選択肢が明示されるのであれば日本においても患者は意思決定に参加することを望んでいる¹¹⁵⁾。治療上の意思決定に患者が積極的に参加できるような医師患者関係や情報提供の体制を構築していくことが望ましい。

6.1 結語

本研究は本邦の統合失調症患者の服薬心理の特徴と問題点を他国との比較から示した最初の研究であり、抗精神病薬の多剤併用・高用量処方を患者の側からみた新たな臨床的知見を提供している。これらは本邦の統合失調症薬物療法の質の向上に資すると考えられる。

謝辞

稿を終えるにあたり、懇切なご指導、ご校閲をいただきました筑波大学人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻中谷陽二先生に厚く御礼申し上げます。親切なご指導をいただきました筑波大学人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻森田展彰准教授に深謝いたします。また所属研究室の他専攻への移動後に医学専攻内の指導教官を担当下さり、このたびの学位論文を提出するにあたってご紹介教員としてご協力下さった筑波大学人間総合科学研究科生命システム医学研究科教授本田克也先生に厚く御礼申し上げます。

共同研究者の北京回龍觀医院院長Yang Fude先生、第六病棟主任医師Sun Shiyou先生、副院長Zou Yizhang先生、調査に協力いただいた松見病院院長（前碧水会長谷川病院院長）の柏瀬宏隆先生、きしろメンタルクリニック院長（前碧水会長谷川病院副院長）の木代眞樹先生、碧水会長谷川病院精神科医局の諸先生方に厚く御礼申し上げます。

北京回龍觀医院との共同体制を確立するにあたり紹介状を書いてくださった西南学院大学教授新福尚隆先生、北京訪問時に中国語通訳を引き受けてくださった天理大学講師関本克良先生、DAI-30の日本語版の使用を許諾いただいた山梨県立北病院の宮田量治先生、同じく中国語版の使用を許諾いただいたYounger Wu-Tang Yu先生に深謝いたします。

また、様々にご助言、お手伝いいただきました筑波大学人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻社会精神保健学分野の大学院生の皆様に厚く御礼申し上げます。

文 献

- 1) Sim K, Su A, Fujii S, Yang SY, Chong MY, Ungvari GS et al. Antipsychotic polypharmacy in patients with schizophrenia: a multicentre comparative study in East Asia. *Br J Clin Pharmacol* 2004; 58(2) : 178-83.
- 2) Bitter I, Chou JC, Ungvari GS, Tang WK, Xiang Z, Iwanami A et al. Prescribing for inpatients with schizophrenia: an international multi-center comparative study. *Pharmacopsychiatry* 2003; 36(4) : 143-9.
- 3) 中野和歌子, Yang S-y, 藤井千太, 新福尚隆, Sim K, Chong M-Y et al. 日本における統合失調症入院患者への薬物療法の特徴—東アジアにおける向精神薬の国際共同処方調査REAP—AP 2 (Research on East Asia Psychotropic Prescription Pattern—Antipsychotics 2) の結果から—。 *臨床精神薬理* 2009; 13(1) : 103-13.
- 4) 石郷岡純. 如何にして多剤大量療法を脱却するか. *精神神経学雑誌* 2006; 108(6) : 597-667.
- 5) 浦田重治郎. 我が国の抗精神病薬多剤併用大量投与を克服するために. *臨床精神薬理* 2005; 8(2) : 127-35.
- 6) 冨田真幸, 渡邊衡一郎. 【新規抗精神病薬の臨床現場への浸透】 新規非定型抗精神病薬がわが国の統合失調症治療に与えた影響 処方実態調査の結果を中心に. *臨床精神薬理* 2003; 6(12) : 1541-8.
- 7) 吉尾隆, 黒沢雅広, 杉村和枝, 中川将人, 井出光吉, 宇野準二 et al. 統合失調症患者の薬物治療に関する処方実態調査：精神科臨床薬学研究会会員病院9施設における2005年の調査結果から. *臨床精神薬理* 2007; 10(9) : 1721-31.
- 8) Chong MY, Tan CH, Fujii S, Yang SY, Ungvari GS, Si T et al. Antipsychotic drug prescription for schizophrenia in East Asia: rationale for change. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58(1) : 61-7.
- 9) Awad AG. Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophr*

Bull 1993; 19(3) : 609-18.

10) Naber D. A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10 Suppl 3 : 133-8.

11) de Haan L, Weisfelt M, Dingemans PM, Linszen DH, Wouters L. Psychometric properties of the Subjective Well-Being Under Neuroleptics scale and the Subjective Deficit Syndrome Scale. *Psychopharmacology (Berl)* 2002; 162 (1) : 24-8.

12) Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(10) : 892-909.

13) Gaebel W, Riesbeck M, von Wilmsdorff M, Burns T, Derks EM, Kahn RS et al. Drug attitude as predictor for effectiveness in first-episode schizophrenia: Results of an open randomized trial (EUFEST). *Eur Neuropsychopharmacol* 2010; 20(5) : 310-6.

14) Rettenbacher MA, Hofer A, Eder U, Hummer M, Kemmler G, Weiss EM et al. Compliance in schizophrenia: psychopathology, side effects, and patients' attitudes toward the illness and medication. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(9) : 1211-8.

15) Kikkert MJ, Schene AH, Koeter MW, Robson D, Born A, Helm H et al. Medication adherence in schizophrenia: exploring patients', carers' and professionals' views. *Schizophr Bull* 2006; 32(4) : 786-94.

16) Awad AG, Voruganti LN, Heslegrave RJ. A conceptual model of quality of

life in schizophrenia: description and preliminary clinical validation. *Qual Life Res* 1997; 6(1) : 21-6.

17) Hofer A, Kemmler G, Eder U, Edlinger M, Hummer M, Fleischhacker WW. Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(7) : 932-9.

18) Awad AG, Voruganti LN, Heslegrave RJ, Hogan TP. Assessment of the patient's subjective experience in acute neuroleptic treatment: implications for compliance and outcome. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11 Suppl 2 : 55-9.

19) Naber D, Moritz S, Lambert M, Pajonk FG, Holzbach R, Mass R et al. Improvement of schizophrenic patients' subjective well-being under atypical antipsychotic drugs. *Schizophr Res* 2001; 50(1-2) : 79-88.

20) Chue P. The relationship between patient satisfaction and treatment outcomes in schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2006; 20(6 SUPPL) : 38-56.

21) Hellewell JS. Patients' subjective experiences of antipsychotics: clinical relevance. *CNS Drugs* 2002; 16(7) : 457-71.

22) Lambert M, Schimmelmann BG, Karow A, Naber D. Subjective well-being and initial dysphoric reaction under antipsychotic drugs - concepts, measurement and clinical relevance. *Pharmacopsychiatry* 2003; 36 Suppl 3 : S181-90.

23) Barbera M, Sanjuan J, Munarriz M, Novella E, Santiago C, Simo M. Subjective experience with antipsychotics: quantitative evaluation. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34(5) : 287-94.

24) Voruganti LP, Awad AG. Brain imaging research on subjective responses to psychotropic drugs. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2005; 427 : 22-8.

25) de Haan L, Lavalaye J, van Bruggen M, van Nimwegen L, Booij J, van

Amelsvoort T et al. Subjective experience and dopamine D2 receptor occupancy in patients treated with antipsychotics: clinical implications. *Can J Psychiatry* 2004; 49(5) : 290-6.

26) Bressan RA, Crippa JA. The role of dopamine in reward and pleasure behaviour--review of data from preclinical research. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2005; 427 : 14-21.

27) Mizrahi R, Rusjan P, Agid O, Graff A, Mamo DC, Zipursky RB et al. Adverse subjective experience with antipsychotics and its relationship to striatal and extrastriatal D2 receptors: a PET study in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007; 164(4) : 630-7.

28) Ritsner M, Perelroyzen G, Ilan H, Gibel A. Subjective response to antipsychotics of schizophrenia patients treated in routine clinical practice: a naturalistic comparative study. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24(3) : 245-54.

29) Voruganti L, Cortese L, Owyemi L, Kotteda V, Cernovsky Z, Zirul S et al. Switching from conventional to novel antipsychotic drugs: results of a prospective naturalistic study. *Schizophr Res* 2002; 57(2-3) : 201-8.

30) Voruganti L, Cortese L, Oyewumi L, Cernovsky Z, Zirul S, Awad A. Comparative evaluation of conventional and novel antipsychotic drugs with reference to their subjective tolerability, side-effect profile and impact on quality of life. *Schizophr Res* 2000; 43(2-3) : 135-45.

31) Cabeza IG, Amador MS, Lopez CA, Gonzalez de Chavez M. Subjective response to antipsychotics in schizophrenic patients: clinical implications and related factors. *Schizophr Res* 2000; 41(2) : 349-55.

32) Freudenreich O, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Goff DC. Attitudes of

schizophrenia outpatients toward psychiatric medications: relationship to clinical variables and insight. *J Clin Psychiatry* 2004; **65**(10) : 1372-6.

33) Gervin M, Browne S, Garavan J, Roe M, Larkin C, O'Callaghan E. Dysphoric subjective response to neuroleptics in schizophrenia: relationship to extrapyramidal side effects and symptomatology. *Eur Psychiatry* 1999; **14**(7) : 405-9.

34) Hofer A, Kemmler G, Eder U, Honeder M, Hummer M, Fleischhacker WW. Attitudes toward antipsychotics among outpatient clinic attendees with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002; **63**(1) : 49-53.

35) Sibitz I, Katschnig H, Goessler R, Unger A, Amering M. Pharmacophilia and pharmacophobia: determinants of patients' attitudes towards antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry* 2005; **38**(3) : 107-12.

36) Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med* 1983; **13**(1) : 177-83.

37) Lambert M, Conus P, Eide P, Mass R, Karow A, Moritz S et al. Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *Eur Psychiatry* 2004; **19**(7) : 415-22.

38) Van Putten T, May PR, Marder SR, Wittmann LA. Subjective response to antipsychotic drugs. *Arch Gen Psychiatry* 1981; **38**(2) : 187-90.

39) Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002; **63**(12) : 1121-8.

40) Adams J, Scott J. Predicting medication adherence in severe mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2000; **101**(2) : 119-24.

41) Bebbington PE. The content and context of compliance. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; **9 Suppl 5** : 41-50.

42) Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 1997; **23(4)** : 637-51.

43) Adewuya AO, Ola BA, Mosaku SK, Fatoye FO, Eegunranti AB. Attitude towards antipsychotics among out-patients with schizophrenia in Nigeria. *Acta Psychiatr Scand* 2006; **113(3)** : 207-11.

44) Garcia-Cabeza I, Gomez JC, Sacristan JA, Edgell E, Gonzalez de Chavez M. Subjective response to antipsychotic treatment and compliance in schizophrenia. A naturalistic study comparing olanzapine, risperidone and haloperidol (EFESO Study). *BMC Psychiatry* 2001; **1** : 7.

45) Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D et al. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry* 2005; **62(7)** : 717-24.

46) Taira M, Hashimoto T, Takamatsu T, Maeda K. Subjective response to neuroleptics: The effect of a questionnaire about neuroleptic side effects. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; **30(6)** : 1139-42.

47) Iihara N, Tsukamoto T, Morita S, Miyoshi C, Takabatake K, Kurosaki Y. Beliefs of chronically ill Japanese patients that lead to intentional non-adherence to medication. *J Clin Pharm Ther* 2004; **29(5)** : 417-24.

48) 宗像恒次. 問われる医師-患者関係. *からだの科学* 1989; **146** : 106-11.

49) 河合伸子, 菅谷綾子, 森野愛, 今泉香里, 柳井田恭子, 坂井さゆり et al. 外国文献の中で言及されたヘルスケアにおける日本の文化的特徴. *千葉看護学会誌* 2007; **13(1)** :

119-27.

50) 早稲田隆. 精神分裂病の維持療法における薬物コンプライアンスの臨床的研究. 精神神経学雑誌 1998; 100(5) : 261-90.

51) Horne R, Graupner L, Frost S, Weinman J, Wright SM, Hankins M. Medicine in a multi-cultural society: the effect of cultural background on beliefs about medications. *Soc Sci Med* 2004; 59(6) : 1307-13.

52) Smith M, Lin K-M, Mendoza R. "Nonbiological" issues affecting psychopharmacotherapy: Cultural considerations. In *Psychopharmacology and psychobiology of ethnicity*. Progress in psychiatry series, No. 39. Lin K-M, Poland RE, Nakasaki G. Washington, DC: American Psychiatric Association 1993, pp37-58.

53) Bhugra D. Severe mental illness across cultures. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2006; 429 : 17-23.

54) Fleck DE, Keck Jr PE, Corey KB, Strakowski SM. Factors associated with medication adherence in African American and white patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(5) : 646-52.

55) Thorens G, Gex-Fabry M, Zullino DF, Eytan A. Attitudes toward psychopharmacology among hospitalized patients from diverse ethno-cultural backgrounds. *BMC Psychiatry* 2008; 8 : 55.

56) Robert H, John W, Maitteu H. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health* 1999; 14(1) : 1-24.

57) 清田一民. 精神分裂病者の服薬の構え—機械的, 拒否的構え, および心氣的薬物依存—. *臨床精神医学* 1976; 5(8) : 1025-33.

- 58) 西浦研志. 向精神薬処方への受けとり方. 精神医学 1986; 28(4) : 435-42.
- 59) 上島国利. 精神科外来薬物療法の問題点. 精神神経学雑誌 1981; 83(11) : 691-9.
- 60) 村田佳応. 精神神経科外来患者の服薬態度に関する研究. 慶應医学 1988; 65(6) : 849-59.
- 61) 渡邊衡一郎. 服薬コンプライアンスに対する通院精神分裂病患者の服薬観と病識の影響. 慶應医学 2000; 77(6) : 309-17.
- 62) Yamada K, Watanabe K, Nemoto N, Fujita H, Chikaraishi C, Yamauchi K et al. Prediction of medication noncompliance in outpatients with schizophrenia: 2-year follow-up study. Psychiatry Res 2006; 141(1) : 61-9.
- 63) Watanabe A, Shibata I, Kato T. Differences of satisfaction with medication between patients with schizophrenia treated with typical antipsychotics and atypical antipsychotics. Psychiatry Clin Neurosci 2004; 58(3) : 268-73.
- 64) Fujikawa M, Togo T, Yoshimi A, Fujita J, Nomoto M, Kamiyo A et al. Evaluation of subjective treatment satisfaction with antipsychotics in schizophrenia patients. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2008; 32(3) : 755-60.
- 65) 宇田川至, 宮本聖也, 諸川由実代, 田中絢子, 天神朋美, 釘宮麗 et al. 抗精神病薬の多剤併用と当事者の自覚症状—統合失調症通院患者のQOLおよび薬物療法に関するアンケート調査から— . 臨床精神薬理 2008; 11(10) : 1899-907.
- 66) 宍倉久里江, 上島国利. 処方と服薬の心理を考える. 臨床精神薬理 1999; 2(2) : 99-106.
- 67) 西村良二, 大城徹. 薬物療法の効果に及ぼす諸要因—治療者-患者関係, 家族関係, 社会文化的要因, など—. 精神科臨床サービス 2002; 2(4) : 429-33.
- 68) WHO. Mental Health Atlas 2005. Geneva: WHO; 2005.

69) Shinfuku N. Mental health services in Asia: international perspective and challenge for the coming years. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 52(3) : 269-74.

70) Tsuchiya KJ, Takei N. Focus on psychiatry in Japan. *Br J Psychiatry* 2004; 184 : 88-92.

71) Haraguchi K, Maeda M, Mei YX, Uchimura N. Stigma associated with schizophrenia: cultural comparison of social distance in Japan and China. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63(2) : 153-60.

72) Yip KS. An historical review of the mental health services in the People's Republic of China. *Int J Soc Psychiatry* 2005; 51(2) : 106-18.

73) 趙香花, 新福尚隆. 中国における精神医療・保健福祉の現状と動向. *日社精医誌* 2008; 17(2) : 197-203.

74) Xiang YT, Weng YZ, Leung CM, Tang WK, Ungvari GS. Clinical correlates of clozapine prescription for schizophrenia in China. *Hum Psychopharmacol* 2007; 22(1) : 17-25.

75) Phillips MR, Lu SH, Wang RW. Economic reforms and the acute inpatient care of patients with schizophrenia: the Chinese experience. *Am J Psychiatry* 1997; 154(9) : 1228-34.

76) 藤井千太, 前田潔, 新福尚隆. 【多剤併用への処方箋】 抗精神病薬の処方についての国際比較研究 東アジアにおける向精神薬の国際協同処方調査(REAP:Research on East Asia Psychotropic Prescription Pattern)の結果から. *臨床精神医学* 2003; 32(6) : 629-46.

77) Sim K, Su HC, Fujii S, Yang SY, Chong MY, Ungvari G et al. High-dose antipsychotic use in schizophrenia: a comparison between the 2001 and 2004 Research on East Asia Psychotropic Prescription (REAP) studies. *Br J Clin*

Pharmacol 2009; 67(1) : 110-7.

78) Dai Q. Informed consent in China: status quo and its future. *Med Law Int* 2003; 6(1) : 53-71.

79) 杉田聡, 長谷川万希子. 医療者-患者関係. In *健康と医療の社会学*. 山崎希比古. 東京: 東京大学出版会 2001, pp115-31.

80) 飯田美恵子. 中国のカウンセリング事情. *こころの科学* 2003; 199(5) : 2-8.

81) Phillips MR. Strategies Used by Chinese Families Coping with Schizophrenia. In *Chinese Families in the Post-Mao Era*. Deborah D, Stevan H. California: University of California Press 1993, pp277-306.

82) Yeh E-K. 台湾における神経症患者の外来精神療法. In *日本・アジア・北アメリカの精神療法*. 西園昌久, ヤマモトジョー. 東京: 弘文堂 1988, pp70-90.

83) Hesketh T, Zhu WX. Health in China. Traditional Chinese medicine: one country, two systems. *BMJ* 1997; 315(7100) : 115-7.

84) Lam TP. Strengths and weaknesses of traditional Chinese medicine and Western medicine in the eyes of some Hong Kong Chinese. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55(10) : 762-5.

85) Lee S. The prevalence and nature of lithium noncompliance among Chinese psychiatric patients in Hong Kong. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181(10) : 618-25.

86) 山口勸. 個人主義と集団主義. In *社会心理学 アジアからのアプローチ*. 山口勸. 東京: 東京大学出版会 2003, pp29-40.

87) Furnham A, Wong L. A cross-cultural comparison of British and Chinese beliefs about the causes, behaviour manifestations and treatment of schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007; 151(1-2) : 123-38.

88) Mandiberg JM. The Japanese mental health system and law: social and

structural impediments to reform. *Int J Law Psychiatry* 1996; 19(3-4) : 413-35.

89) Furnham A, Murao M. A cross-cultural comparison of British and Japanese lay theories of schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 2000; 46(1) : 4-20.

90) van de Vijver F. 2. Theoretical Background. In *Methods and Data Analysis for Cross-Cultural Research*. van de Vijver F, Leung K. California: SAGE Publications 1997, pp7-26.

91) 稲垣中 et al. 向精神薬の等価換算. 東京: 星和書店; 1999.

92) 熊谷直樹, 丹羽真一, 永久保昇治, 海老沢尚. 簡易精神症状評価尺度 (BPRS) . *精神科診断学* 1990; 1(4) : 547-66.

93) Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep* 1962; 10 : 799-812.

94) Woerner MG, Mannuzza S, Kane JM. Anchoring the BPRS: an aid to improved reliability. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24(1) : 112-7.

95) 宮田量治, 藤井康男, 稲垣中, 八木剛平. 精神分裂病患者への薬物療法とクオリティ・オブ・ライフ (その1) 薬に対する構えの調査票 (Drug Attitude Inventory 日本語版) による検討. *精神神経学雑誌* 1996; 98(12) : 1045-6.

96) Cheng HL, Yu YW. Validation of the Chinese version of "the Drug Attitude Inventory. *Kaohsiung J Med Sci* 1997; 13(6) : 370-7.

97) Shrout PE, Bolger N. Mediation in experimental and non-experimental studies: New procedures and recommendations. *Psychol Methods* 2002; 7 : 422-45.

98) 野口裕二. 病気行動・病人役割・病いの経験. In *健康と医療の社会学*. 山崎希比古. 東京: 東京大学出版会 2001, pp99-113.

99) Phillips MR. The transformation of China's mental health services. *The*

China Journal 1998; 39 : 1-36.

100) Stewart SA. The effects of benzodiazepines on cognition. J Clin Psychiatry 2005; 66 Suppl 2 : 9-13.

101) Vinogradov S, Fisher M, Warm H, Holland C, Kirshner MA, Pollock BG. The cognitive cost of anticholinergic burden: decreased response to cognitive training in schizophrenia. Am J Psychiatry 2009; 166(9) : 1055-62.

102) Kim JH, Kim SY, Ahn YM, Kim YS. Subjective response to clozapine and risperidone treatment in outpatients with schizophrenia. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2006; 30(2) : 301-5.

103) 藤井千太, 新福尚隆. わが国における入院中の統合失調症患者に対する薬物療法の特徴 海外諸国との比較から. 臨床精神薬理 2004; 7(1) : 3-14.

104) Bollini P, Pampallona S, Orza MJ, Adams ME, Chalmers TC. Antipsychotic drugs: is more worse? A meta-analysis of the published randomized control trials. Psychol Med 1994; 24(2) : 307-16.

105) Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. Schizophr Bull 2004; 30(2) : 193-217.

106) Xiang YT, Ma X, Cai ZJ, Li SR, Xiang YQ, Guo HL et al. Prevalence and socio-demographic correlates of schizophrenia in Beijing, China. Schizophr Res 2008; 102(1-3) : 270-7.

107) 池淵恵美. 統合失調症の人の恋愛・結婚・出産の支援. 精神科治療学 2006; 21(1) : 95-104.

108) 全国精神障害者家族連合会. 精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93—全国地域生活全国調査. ; 1993.

109) Isaac M, Chand P, Murthy P. Schizophrenia outcome measures in the wider international community. *Br J Psychiatry Suppl* 2007; 50 : s71-7.

110) Xiong W, Phillips MR, Hu X, Wang R, Dai Q, Kleinman J et al. Family-based intervention for schizophrenic patients in China. A randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 1994; 165(2) : 239-47.

111) 大塚達以, 都甲崇, 池田英二, 中村慎一, 平安良雄. 横浜市立大学附属病院神経科における統合失調症外来患者の処方調査—抗精神病薬を中心に—. *臨床精神薬理* 2007; 10(5) : 791-8.

112) Hayashi N, Yamashina M, Igarashi Y. Awareness of being a patient and its relevance to insight into illness in patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1999; 40(5) : 377-85.

113) Hayashi N, Yamashina M, Taguchi H, Ishige N, Igarashi Y. Schizophrenic outpatient perceptions of psychiatric treatment and psychotic symptomatology: an investigation using structural equation modeling. *Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 55(6) : 587-93.

114) Kawai N, Yamakawa Y, Baba A, Nemoto K, Tachikawa H, Hori T et al. High-dose of multiple antipsychotics and cognitive function in schizophrenia: the effect of dose-reduction. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30(6) : 1009-14.

115) Sekimoto M, Asai A, Ohnishi M, Nishigaki E, Fukui T, Shimbo T et al. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan. *BMC Fam Pract* 2004; 5 : 1.

图 表

表1 人口統計学的・臨床的変数の比較

	東京 (N=76)	北京 (N=76)	統計量
年齢 (年)	37.4 ± 11.0	37.2 ± 10.2	t = 0.08
性別 (男性)	38 (50.0%)	35 (46.1%)	$\chi^2 = 0.24$
婚姻状況 (婚姻あり)	11 (14.5%)	42 (55.3%)	$\chi^2 = 27.84$ ***
教育 (年)	12.9 ± 2.4	11.8 ± 2.7	t = 2.69 **
居住状況 (同居あり)	64 (84.2%)	72 (94.7%)	$\chi^2 = 4.47$ *
就労状態			$\chi^2 = 57.75$ ***
就労あり	14 (18.4%)	41 (53.9%)	
保護的就労・リハビリ	41 (53.9%)	0 (0%)	
なし	21 (27.6%)	35 (46.1%)	
健康保険			$\chi^2 = 76.75$ ***
あり	76 (100%)	25 (32.9%)	
なし	0 (0%)	51 (67.1%)	
罹病期間 (年)	11 ± 8.5	8.7 ± 8.2	t = 1.70
入院回数	2.3 ± 2.3	1.8 ± 1.4	t = 1.73
合計入院期間 (月)	16.3 ± 33.4	6.2 ± 6.3	t = 2.59 *
BPRS	29.4 ± 6.9	29.1 ± 7.4	t = 0.28

BPRS, Brief Psychiatric Rating Scale; *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

図1 精神科診察時間の比較

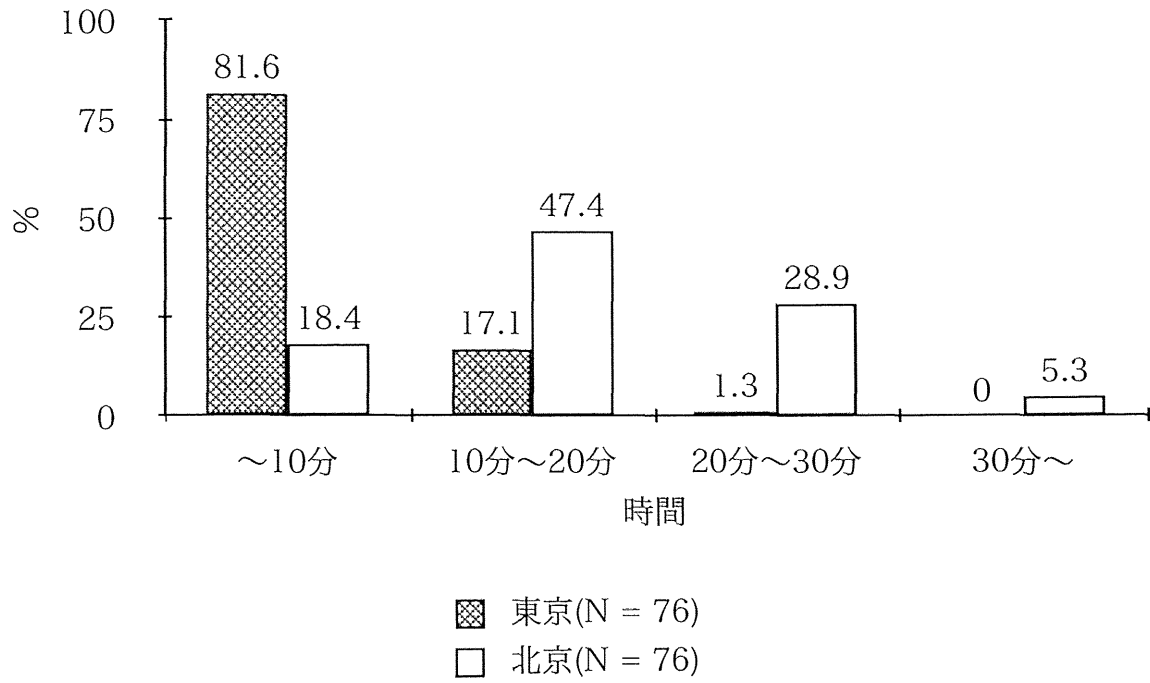


表2 精神的問題に関する過去の受療行動の比較

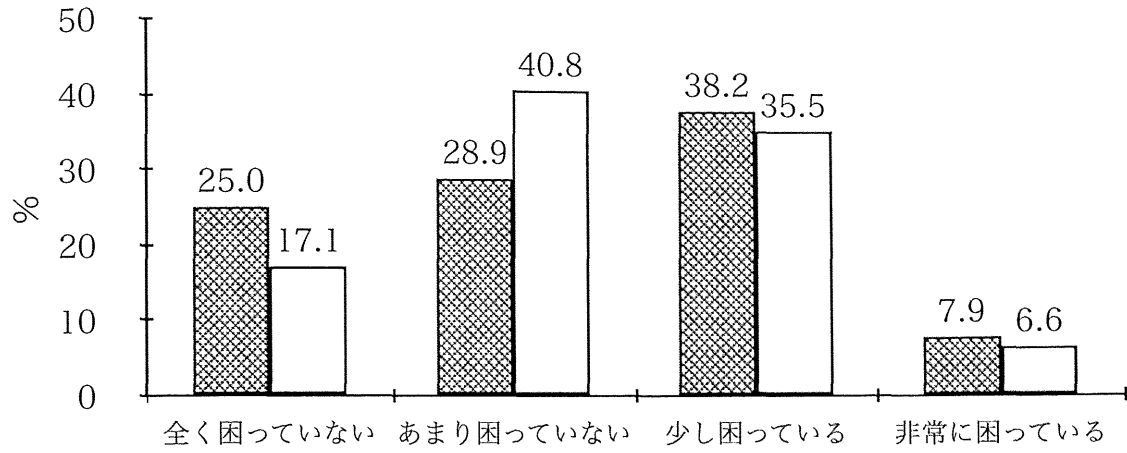
相談経験のある求助対象	東京 (N=76)	北京 (N=76)	統計量	p
精神科以外の医師	31.6 %	32.4 %	$\chi^2 = 0.03$	0.862
心理カウンセラー	32.9 %	43.4 %	$\chi^2 = 1.78$	0.182
伝統医療の医師	1.3 %	40.8 %	$\chi^2 = 35.63$	0.001
御祓い	2.6 %	6.6 %	$\chi^2 = 1.35$	0.246
民間療法	3.9 %	7.9 %	$\chi^2 = 1.06$	0.303
宗教家	10.5 %	6.6 %	$\chi^2 = 0.76$	0.384
平均件数	0.84	1.37	$Z = -1.75$	0.080

表3 向精神薬処方と比較

	東京 (N=76)	北京 (N=76)	統計量
抗精神病薬総量 (mg) [†]	667 ± 470.4	309.3 ± 219.6	t = 5.90 ***
抗精神病薬の多剤併用	47 (61.8%)	3 (3.9%)	$\chi^2 = 57.70$ ***
抗精神病薬の種類			$\chi^2 = 31.53$ ***
定型のみ	15 (19.7%)	15 (19.7%)	
非定型のみ	32 (42.1%)	59 (77.6%)	
定型+非定型	29 (38.1%)	2 (2.6%)	
抗パーキンソン薬の併用	64 (84.2%)	25 (32.9%)	$\chi^2 = 41.23$ ***
抗不安薬/睡眠薬の併用	64 (84.2%)	19 (25.0%)	$\chi^2 = 53.75$ ***
合計向精神薬数	5.4 ± 2.6	1.7 ± 0.8	t = 11.90 ***
服薬回数/日	3.4 ± 0.9	1.9 ± 0.9	t = 10.48 ***

[†]クロルプロマジン換算; *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

図2 副作用による苦痛度



■ 東京 (N = 76)

□ 北京 (N = 76)

表4 DAI-30項目別肯定率の比較

	東京 (N=76)	北京 (N=76)	χ^2
13. わたしは、具合が悪い時だけ薬を飲む	0 %	67.1 %	76.75 ***
6. 薬を続けていると、頭がはつきりして、自分やまわりのことがよくわかる	31.6 %	93.4 %	62.01 ***
11. 薬のせいで、いつも嫌な感じがする	5.3 %	43.4 %	30.04 ***
5. わたしは、他の人から強制されて薬を飲んでいる	6.6 %	44.7 %	29.01 ***
12. 薬を飲むと、疲れてやる気がなくなる	14.5 %	55.3 %	27.84 ***
29. 薬を飲んでいると、自分をうまく抑えられる	57.9 %	93.4 %	26.04 ***
27. 他人への迷惑行為を抑えるという理由で、わたしは薬を飲まされている	9.2 %	43.4 %	22.94 ***
15. 薬を飲んでいると、人と うまく つきあえる	38.2 %	76.3 %	22.61 ***
18. 薬を続けていると、本来の自分でいられる	47.4 %	81.6 %	19.42 ***
20. 薬が私のところや体を支配するなんておかしい	28.9 %	64.5 %	19.27 ***
14. 薬は、長く飲むと体に毒だ	53.9 %	25.0 %	13.33 ***
28. 薬を飲んでいると、ゆったりできない	9.2 %	32.9 %	12.83 ***
2. 私の薬は、良いところが多くて、悪いところが少ない	65.8 %	86.8 %	9.32 **
21. 薬を続けていると、考えが混乱しないですむ	56.6 %	78.9 %	8.70 **
17. 薬をいつやめればいいのか、私は医者よりもよく知っている	5.3 %	19.7 %	7.22 **
10. 薬を飲んでも飲まなくても、特に変わりがない	32.9 %	14.5 %	7.13 **
1. 具合が良くなったら、私には薬はいらない	42.1 %	22.4 %	6.78 **
23. 薬を飲んでいれば、私は精神的に まいらない	57.9 %	77.6 %	6.78 **
16. 薬を飲んでいると、まったく集中できない	11.6 %	27.6 %	5.98 *
19. 薬を飲むぐらいなら、具合が悪いままでよい	2.6 %	13.2 %	5.79 *
24. 私が薬をいつやめるかは、医者が決めることだ	78.9 %	88.2 %	2.35
3. 薬を続けていると、動きが にぶくなって調子が悪い	39.5 %	51.3 %	2.15
25. 薬を続けていると、たやすくできたことが出来なくなる	27.6 %	18.4 %	1.82
7. 薬を飲んでいても、わたしには害はない	60.5 %	69.7 %	1.42
8. 薬を飲むことは、わたしが自分で決めたことだ	60.5 %	51.3 %	1.31
30. 薬を続けていれば、病気の予防になる	81.6 %	88.2 %	1.28
22. 具合が良くても、私は薬を続けるつもりだ	71.1 %	75.0 %	0.30
9. 薬を飲むと、気持ちがほぐれる	64.5 %	68.4 %	0.27
26. 薬を飲んでいると、気分も良いし、具合も良い	67.1 %	63.2 %	0.26
4. 入院していなくても、わたしには薬が規則的に必要だ	84.2 %	85.5 %	0.05

χ^2 値の大きい順に並べ変えて表示

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

表5 DAI-30の因子構造 (N = 200, 主成分法, バリマックス直交回転)

	F1	F2	F3	F4	h ²
Factor 1: ポジティブな主観的服薬体験					
29. 薬を飲んでいて、自分をうまく抑えられる	0.77				0.61
6. 薬を続けていると、頭がはっきりして、自分やまわりのことがよくわかる	0.74				0.64
18. 薬を続けていると、本来の自分でいられる	0.63				0.50
21. 薬を続けていると、考えが混乱しないですむ	0.62				0.40
15. 薬を飲んでいて、人とうまくつきあえる	0.57				0.37
2. 私の薬は、良いところが多くて、悪いところが少ない	0.55				0.38
26. 薬を飲んでいて、気分も良いし、具合も良い	0.53	-0.38			0.48
9. 薬を飲むと、気持ちがほぐれる	0.51				0.56
23. 薬を飲んでいれば、私は精神的にまいらない	0.51				0.40
10. 薬を飲んででも飲まなくても、特に変わりがない	-0.42				0.19
Factor 2: 服薬の被強制感					
5. わたしは、他の人から強制されて薬を飲んでいる		0.77			0.65
27. 他人への迷惑行為を抑えるという理由で、わたしは薬を飲まされている		0.73			0.60
13. わたしは、具合が悪い時だけ薬を飲む		0.64			0.59
28. 薬を飲んでいて、ゆったりできない		0.55			0.42
19. 薬を飲むぐらいなら、具合が悪いままでよい		0.48			0.28
4. 入院していなくても、わたしには薬が定期的に必要だ		-0.47			0.29
20. 薬が私のこころや体を支配するなんておかしい		0.45			0.32
Factor 3: ネガティブな主観的服薬体験					
3. 薬を続けていると、動きがにぶくなって調子が悪い			0.59		0.35
12. 薬を飲むと、疲れてやる気がなくなる			0.58		0.46
25. 薬を続けていると、たやすくできたことが、出来なくなる			0.53		0.37
16. 薬を飲んでいて、まったく集中できない			0.51		0.41
11. 薬のせいで、いつも嫌な感じがする			0.50		0.36
14. 薬は、長く飲むと体に毒だ			0.45		0.43
7. 薬を飲んでいても、わたしには害はない			-0.43	0.38	0.35
Factor 4: 服薬の必要性					
22. 具合が悪くても、私は薬を続けるつもりだ				0.68	0.50
1. 具合が悪くなったら、私には薬はいらない				-0.57	0.40
17. 薬をいつやめればいいのか、私は医者よりもよく知っている				-0.40	0.23
30. 薬を続けていれば、病気の予防になる				0.39	0.29
8. 薬を飲むことは、わたしが自分で決めたことだ				0.35	0.22
24. 私が薬をいつやめるかは、医者が決めることだ				(0.22)	0.07
固有値	4.29	3.49	2.31	2.03	
説明された分散, %	14.31	11.64	7.70	6.77	40.43

0.35以上を表示している

DAI-30, Drug Attitude Inventory - 30

表6 DAI-30の因子得点の比較

	東京 (N = 76)	北京 (N = 76)	t	p
ポジティブな主観的服薬体験	- 0.58 ± 1.1	0.50 ± 0.60	- 7.66	0.000
ネガティブな主観的服薬体験	- 0.08 ± 1.0	0.10 ± 0.98	1.13	0.260
服薬の被強制感	- 0.51 ± 0.7	0.57 ± 0.57	- 7.85	0.000
服薬の必要性	- 0.07 ± 1.0	- 0.02 ± 1.14	0.29	0.773

DAI-30, Drug Attitude Inventory-30

表7 ポジティブな主観的服薬体験の日中差 (N = 152, 重回帰分析)

従属変数	独立変数	β	p	
ポジティブな 主観的服薬体験	モデル1	国 (北京=0、東京=1)	-0.54	0.001
		$R^2 = 0.29, F = 57.00, p < 0.001$		
	モデル2	国 (北京=0、東京=1)	-0.48	0.001
		医師患者間コミュニケーションの 満足度	0.27	0.001
		$R^2 = 0.36, F = 40.19, p < 0.001$		

モデル1：国のみを強制投入した。

モデル2：国、共変数をステップワイズ法で選択投入した。就労、教育年数、健康保険、抗精神病薬用量、服薬回数はモデルから除外された。

表8 服薬の被強制感の日中差 (N = 152, 重回帰分析)

従属変数	独立変数	β	p
服薬の被強制感	モデル1 国 (北京=0、東京=1)	- 0.54	0.001
	$R^2 = 0.29, F = 56.95, p < 0.001$		
	モデル2 国 (北京=0、東京=1)	- 0.54	0.001
	性別 (女性=0、男性=1)	0.18	0.010
$R^2 = 0.32, F = 33.10, p < 0.001$			

モデル1：国のみを強制投入した。

モデル2：国、共変数をステップワイズ法で選択投入した。同居者、健康保険、BPRS、抗精神病薬用量、服薬回数、過剰処方・経済的負担感はモデルから除外された。

表9 医師と処方に関する認識の比較

	東京 (N=76)	北京 (N=76)	Z	p
(1) 精神科の薬には依存性がある	42.7 %	42.0 %	0.24	0.812
(2) 医者は薬に頼りすぎだ	38.2 %	63.2 %	2.56	0.011
(3) 自分が飲んでいる精神科の薬の量は多すぎる	43.4 %	38.2 %	0.97	0.330
(4) 自分が飲んでいる精神科の薬について十分な説明を受けたことがある	77.4 %	81.4 %	1.68	0.094
(5) ふだんの精神科の外来では医者と話す時間が十分にある	59.3 %	81.3 %	1.74	0.081
(6) 自分の精神科の病名について医者から十分な説明を受けたことがある	48.7 %	77.3 %	3.44	0.001
(7) 漢方薬を飲むことはこころの健康に役立つ	46.7 %	48.0 %	0.40	0.686
(8) 栄養補助食品はこころの健康に役立つ	38.1 %	33.3 %	2.14	0.032
(9) 一般に漢方薬は西洋医学の薬よりも安全だ。	36.8 %	46.7 %	0.93	0.352
(10) 精神科の外来治療費や薬代を払うことに経済的な負担感を感じる	40.8 %	85.5 %	5.82	0.000

「ややそう思う」と「非常にそう思う」の合計割合

表10 医師・処方に関する認識の因子構造 (N=200, 主成分法, バリマックス直交回転)

	F1	F2	F3	h ²
Factor 1: 医師患者間コミュニケーションの満足度				
(4) 自分が飲んでいる精神科の薬について十分な説明を受けたことがある	0.83			0.72
(5) ふだんの精神科の外来では医者と話す時間が十分にある	0.78			0.63
(6) 自分の精神科の病名について医者から十分な説明を受けたことがある	0.76			0.58
Factor 2: 伝統医療の信念				
(7) 漢方薬を飲むことはこころの健康に役立つ.		0.86		0.74
(8) 栄養補助食品はこころの健康に役立つ.		0.81		0.66
(9) 一般に漢方薬は西洋医学の薬よりも安全だ.		0.61		0.40
Factor 3: 過剰処方・経済的負担感				
(2) 医者は薬に頼りすぎている.			0.80	0.65
(10) 精神科の外来治療費や薬代を払うことに経済的な負担感を感じる			0.75	0.60
(3) 自分が飲んでいる精神科の薬の量は多すぎる			0.48	0.32
固有値	1.93	1.87	1.49	
説明された分散 (%)	21.40	21.72	16.59	58.71

0.40以上を表示している

「精神科の薬には依存性がある」の質問項目は除外した

表11 医師・処方に関する認識の因子得点の比較

	東京(N=76)	北京(N=76)	t	p
医師患者コミュニケーションの満足度	- 0.29 ± 0.90	0.20 ± 1.03	- 3.03	0.003
伝統医療の信念	0.08 ± 0.94	- 0.14 ± 1.10	1.30	0.194
過剰処方・経済的負担感	- 0.33 ± 0.97	0.34 ± 0.89	- 4.41	0.000

資 料

調査票（東京）

参加依頼書

参加同意書

患者用調査票

医師用調査票

「精神科の薬物療法に対する患者さんの意見の調査」のご協力依頼

調査の背景と目的 近年の精神医療においては、薬による治療が非常に有効で、薬を規則正しく服用することが重要だといわれています。しかし、欧米の調査によると、薬を指示通りに飲み続けることは簡単ではなく、飲み忘れてたり、自分で調整したりしている人が少なくないことが明らかになっています。本研究の目的は、薬を飲むことについての皆さんの考えや飲み方の実態を知ること、そして治療内容や生活背景が薬物療法へのイメージや態度に及ぼす影響を明らかにすることです。また日本と中国を比較して、文化や習慣との関係についても調べます。本調査の結果は、皆さまの治療に役立てたいと思っています。本研究は筑波大学社会医学系精神保健学グループ、長谷川病院、北京回龍觀病院(中国)との国際共同研究で調査後の分析を共同で行います。

個人情報の取り扱いとプライバシー保護 本調査は名前など個人が特定できる情報を一切含みません。アンケートにも名前を書きたくありません。アンケート表紙には番号が書いてありますが、これは後で結果を分析するときにカルテ調査の内容と対応させるためです。アンケートへの答えは研究以外の目的で使用されることはなく、主治医の先生が見ることもありません。

調査の方法

- (1) アンケート：薬や治療についてのお考えや経験をお聞きする内容です。記入は約10分かかります。
- (2) 面接：精神医学的な病状の程度について、簡単な質問をさせていただきます。10分程度です。
- (3) カルテ調査：次の診療情報を研究のために使用させていただきます。年齢、性別、教育年数、婚姻状況、就労状態、居住状況、発病時の年齢、入院回数、入院期間、身体疾患の有無、精神医学的診断、外来受診の頻度、同伴者、処方内容、外来治療費公費負担制度の利用の有無、生活保護制度の利用の有無

同意および中止に関して 研究への協力はあなたの自由意志によるものです。同意しなくても、治療上何ら不利益を受けることはありません。また一旦同意をしても、途中でそれを撤回することができ、その場合も何ら不利益を受けることはありません。

結果の発表などについて 調査結果は、統計的に処理された後に学会や専門的な雑誌などに公表されることがあります。その際、もちろん個人の名前がわかることは絶対にありません。本研究に関する個人情報の取り扱いについてのお問い合わせ、その他の苦情については下記までご連絡ください。

調査結果の報告について 本調査の集計結果についてお知りになりたい方は、主治医の先生にお申し出下さい。集計完了後にご報告いたします。

筑波大学社会医学系 精神保健学グループ
つくば市天王台1-1-1 筑波大学 総合研究棟 D棟743
電話・FAX 029-853-3099
研究責任者 筑波大学社会医学系精神衛生学教授 中谷陽二
筑波大学人間総合科学研究科、長谷川病院 黒田直明

調査協力同意書

筑波大学長 殿

研究課題：「精神科の薬物療法に対する患者さんの意見の調査」

研究責任者：中谷陽二(筑波大学社会医学系精神衛生学教授)

私は上記の調査について、十分な説明を受け、その内容を理解し納得しましたので、調査に協力することを同意いたします。

平成 年 月 日

同意者署名：

精神科の薬物療法に対する患者さんの意見の調査票

これから答えていただく質問は、精神科の薬を飲むことについて日頃みなさんがどのようにお考えなのかを理解し、治療に役立てようとするためのものです。他の人に相談せず、あなた自身のお考えを正直に答えてください。

研究用番号 []

【1】精神科の薬，薬一般，医者，こころの健康についてのあなたのお考えについてお
うかがいします。以下の文を読んで、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」
「ややそう思う」「非常にそう思う」の4つのうち，あなたのお考えに最も近いものを
1つ選び，数字を○で囲んでください。

全 あ や 非
く ま や 常
そ り そ に
う そう そ
思 う 思 う
わ 思 う 思
な わ う
い ない
い

1	精神科の薬には依存性がある。	1	2	3	4
2	自分が飲んでいる精神科の薬の量は多すぎる。	1	2	3	4
3	精神科の薬を飲むのを忘れないように家族が手伝ってくれている。	1	2	3	4
4	現在飲んでいる精神科の薬に満足している。	1	2	3	4
5	精神科の薬を飲んでいることを他人には知られたくない。	1	2	3	4
6	ふだんの精神科の外来では医者と話時間が十分にある。	1	2	3	4
7	自分が飲んでいる精神科の薬について，十分な説明を受けたことがある。	1	2	3	4
8	自分の精神科の病名について，医者から十分な説明を受けたことがある。	1	2	3	4
9	医者は薬に頼りすぎている。	1	2	3	4
10	医者は忙しすぎる。	1	2	3	4
11	医者が処方した薬は指示されたとおりに飲まなければならない。	1	2	3	4
12	カウンセリングはこころの健康に役立つ。	1	2	3	4
13	栄養補助食品はこころの健康に役立つ。	1	2	3	4
14	漢方薬を飲むことはこころの健康に役立つ。	1	2	3	4
15	精神病はからだのバランスが崩れることが原因で起こる。	1	2	3	4
16	精神病は人間関係のストレスが原因で起こる。	1	2	3	4
17	一般に漢方薬は西洋医学の薬よりも安全だ。	1	2	3	4
18	一般に医者が病院で処方する薬は自分で薬局で買う薬より安全だ。	1	2	3	4
19	精神科の外来治療費や薬代を払うことに経済的な負担感を感じる。 (健康保険や32条の公費負担以外の自己負担分の治療費についてお答えください)	1	2	3	4

【2】ふだんの服薬の状況と副作用についておうかがいします。最もあてはまる答え一つを○で囲んでください。頓服薬(不眠時など必要なときだけに飲む薬)ではなくて、食後や眠前に定期的に飲む薬について教えてください。

(1) 精神科の薬を飲むのを忘れることがありますか? はい いいえ

(2) 精神科の薬を飲んでも飲まなくてもどちらでもいいと思うことがありますか? . . . はい いいえ

(3) 具合がよいと、精神科の薬を飲むのをやめることがありますか? はい いいえ

(4) 服薬中に具合が悪くなると、精神科の薬を飲むのをやめることがありますか? . . . はい いいえ

(5) 最近3ヶ月間、どのくらい精神科の薬を飲みましたか?

1. 飲み忘れはなかった。
2. 基本的に全部飲んだが、飲み忘れが二、三回だけあった。
3. 飲み忘れは何回もあったが、半分以上は飲んだ。
4. 半分以上飲まなかった。
5. 全く飲まなかった。

(6) 薬の副作用で、どのくらいお困りですか?(複数ある場合は一番困っている症状についてお答えください)

1. 非常に困っている
2. 少し困っている
3. あまり困っていない
4. 全く困っていない

(7) 副作用と思われるのは、どのような症状ですか? 下記の空欄に書いてください(副作用が無い場合は「なし」とお書きください。また複数ある場合は、すべて書いてください)。

【3】以下の文を読み、その内容についてあなたが「そう思う」か、または「そう思わない」か、をお答え下さい。文中の薬とは、精神科の薬物だけをさしています。もしある文があなたの思うこととぴったり合わない言い回しの場合には、その文がだいたい当てはまるのか、当てはまらないのかで決めて下さい。あなた自身のご意見で決めていただくようお願いいたします。正しい回答も誤った回答もありません。どの項目についてもあまりたくさん時間をかけないようにして下さい。

1	具合が良くなったら、私には薬はいらない	そう思う	そう思わない
2	私の薬は、良いところが多くて、悪いところが少ない	そう思う	そう思わない
3	薬を続けていると、動きがにぶくなって調子が悪い	そう思う	そう思わない
4	入院していなくても、わたしには薬が規則的に必要だ	そう思う	そう思わない
5	わたしは、他の人から強制されて薬を飲んでいる	そう思う	そう思わない
6	薬を続けていると、頭がはつきりして、自分やまわりのことがよく分かる	そう思う	そう思わない
7	薬を飲んでいても、わたしには害はない	そう思う	そう思わない
8	薬を飲むことは、わたしが自分で決めたことだ	そう思う	そう思わない
9	薬を飲むと、気持ちがほぐれる	そう思う	そう思わない
10	薬を飲んでも飲まなくても、特に変わりがない	そう思う	そう思わない
11	薬のせいで、いつも嫌な感じがする	そう思う	そう思わない
12	薬を飲むと、疲れてやる気がなくなる	そう思う	そう思わない
13	わたしは、具合が悪い時だけ薬を飲む	そう思う	そう思わない
14	薬は、長く飲むと体に毒だ	そう思う	そう思わない
15	薬を飲んでいると、人と うまく つきあえる	そう思う	そう思わない
16	薬を飲んでいると、まったく集中できない	そう思う	そう思わない
17	薬をいつやめればいいのか、私は医者よりもよく知っている	そう思う	そう思わない
18	薬を続けていると、本来の自分でいられる	そう思う	そう思わない
19	薬を飲むぐらいなら、具合が悪いままでよい	そう思う	そう思わない
20	薬が私のこころや体を支配するなんておかしい	そう思う	そう思わない
21	薬を続けていると、考えが混乱しないですむ	そう思う	そう思わない
22	具合が良くても、私は薬を続けるつもりだ	そう思う	そう思わない
23	薬を飲んでいれば、私は精神的に まいらない	そう思う	そう思わない
24	私が薬をいつやめるかは、医者が決めることだ	そう思う	そう思わない
25	薬を続けていると、たやすくできたことが、出来なくなる	そう思う	そう思わない
26	薬を飲んでいると、気分も良いし、具合も良い	そう思う	そう思わない
27	他人への迷惑行為を抑えるという理由で、わたしは薬を飲まされている	そう思う	そう思わない
28	薬を飲んでいると、ゆったりできない	そう思う	そう思わない
29	薬を飲んでいると、自分をうまく抑えられる	そう思う	そう思わない
30	薬を続けていれば、病気の予防になる	そう思う	そう思わない

精神科の薬物療法に対する患者さんの意見の調査

医師記入用調査票

研究用番号 []

【1】社会経済的背景	
年齢	___ 歳
性別	1. 男性 2. 女性
教育年数	___ 年
就労状況	1. 一般就労（フルタイム） 2. 一般就労（パートタイム・アルバイト） 3. 作業所・就労支援プログラムに参加 4. 無職
無職の場合	1. 精神疾患による就労困難 2. 年齢のため 3. リストラされた 4. その他
婚姻状況	1. 未婚 2. 既婚 3. 離婚あるいは死別
居住状況	1. 単身 2. 同居者あり(施設・グループホームを含む)
同居者の属性（複数回答）	1. 自身の親 2. 配偶者の親 3. 配偶者あるいは子供 4. 同性の友人 5. 異性の友人(同棲を含む) 6. 施設・グループホーム 7. その他（ ）
生活保護の有無	あり なし
32条の利用	あり なし
【3】精神科病歴	
発症年齢	___ 歳
通算入院回数	___ 回
通算入院期間	___ ヶ月
身体疾患の有無	1. あり 2. なし
【4】現在の精神科治療の状況	
外来受診の頻度	1. 規則的 → ___ 週に一回 2. 不規則
通常の来院者	1. 患者のみ 2. 患者と家族 3. 患者家族のみ
現在のデポ剤の使用	1. あり 2. なし
最近半年間の頓服薬処方	1. あり 2. なし

【5】精神科定期処方薬	
一日の服薬回数	1 2 3 4 回
処方薬剤の内容	処方されている全ての薬剤について、薬剤名(商品名)と一日あたりの合計量を下の表に書き込んでください。

抗精神病薬		抗パーキンソン薬		気分安定薬		抗うつ薬	
薬剤名	mg	薬剤名	mg	薬剤名	mg	薬剤名	mg
ベンゾジアゼピン系薬 (睡眠導入薬・抗不安薬)		その他の向精神薬		漢方薬		その他	
薬剤名	mg	薬剤名	mg	薬剤名	mg	薬剤名	mg

【6】 Brief Psychiatric Rating Scale-Anchored (BPRS-A)

1. 心気症

現在の身体の健康状態についての関心の程度。患者が自分の健康についてどのくらい問題と受けとめているかの程度を患者の訴えに相当する所見の有無に関わらず評価せよ。単に身体愁訴の報告だけを評価してはならない。

- 1 = 報告されない
- 2 = 非常に軽度：時に身体、症状、身体疾患について何らかの心配をする
- 3 = 軽度：時に中等度のorしばしば何らかの心配をする
- 4 = 中等度：時に非常にorしばしば中程度に心配する
- 5 = やや重度：しばしば非常に心配する
- 6 = 重度：たいていの時間に非常に心配する
- 7 = 最重度：ほぼ全ての時間に非常に心配する

2. 不安

現在又は未来に対する心配、恐れあるいは過剰なこだわり。患者自身の主観的な体験についての言語的訴えのみに基づいて評価せよ。身体徴候や神経症的防衛機制から不安を推測してはならない。身体の心配に限定される場合は評価してはいけない。

- 1 = 報告されない
- 2 = 非常に軽度：時に何らかの
- 3 = 軽度：時に中等度のorしばしば何らかの
- 4 = 中等度：時に非常にorしばしば中等度の
- 5 = やや重度：しばしば非常に
- 6 = 重度：たいていの時間に非常に
- 7 = 最重度：ほぼ全ての時間に非常に

3. 情動的ひきこもり

面接者と面接状況に対する交流の減少。面接状況において患者が他者との感情的接触に障害があるという印象を与える程度のみを評価せよ。

- 1 = 観察されない
- 2 = 非常に軽度：アイコンタクトが時に乏しい
- 3 = 軽度：上記、但しより頻回
- 4 = 中等度：殆どアイコンタクトがない、しかしそれでも面接に参加し、全ての質問に適切に答える。
- 5 = やや重度：床を見つめるor面接者の方を向かない、しかしそれでも中等度に参加する。
- 6 = 重度：上記、但しより持続的or広範に
- 7 = 最重度：「ボーっとする」または「心ここにあらず」に見える(情動的関与の完全な欠如)

4. 概念の統合障害

思考過程の混乱、弛緩あるいは解体の程度。患者の言語表出の統合の程度に基づいて評価せよ。思考機能レベルに対する患者の自覚的印象に基づいて評価してはならない。

- 1 = 観察されない
- 2 = 非常に軽度：何らかの曖昧さ、しかし臨床的意義は疑わしい
- 3 = 軽度：しばしば曖昧、しかし面接は円滑に進行できる；時に連合弛緩
- 4 = 中等度：時に無関係な言葉、たまに言語新作or中等度の連合弛緩
- 5 = やや重度：上記、但しより頻回
- 6 = 重度：面接中のたいていの時間に形式的な思考障害、面接は大きく制限される
- 7 = 最重度：一貫性のある情報は全く得られない

5. 罪責感

過去の言動についての過剰なこだわり又は自責感、相応する感情を伴って語られる患者の主観的体験に基づいて評価せよ。抑うつ、不安あるいは神経症的防衛機制から罪責感を推測してはならない。

- 1 = 報告されない
- 2 = 非常に軽度：時に何らかの
- 3 = 軽度：時に中等度のorしばしば何らかの
- 4 = 中等度：時に非常にorしばしば中等度の
- 5 = やや重度：しばしば非常に
- 6 = 重度：たいていの時間に非常にor限定された罪責妄想
- 7 = 最重度：持続的な罪責感に苦悩するor広範な罪責妄想

6. 緊張

緊張、神経過敏あるいは活動レベルの高まりによる身体と運動機能における徴候、身体徴候や行動、態度のみに基づいて評価すべきであり、患者の訴える緊張についての主観的体験に基づいて評価してはならない。

- 1 = 観察されない
- 2 = 非常に軽度：時にそわそわする
- 3 = 軽度：しばしばそわそわする
- 4 = 中等度：持続的にそわそわするor頻繁にそわそわし、手を揉み、衣服を引っ張る
- 5 = やや重度：持続的にそわそわし、手を揉み、衣服を引っ張る
- 6 = 重度：座ってられない（歩きまわる）
- 7 = 最重度：あわただしく歩き回る

7. 衝動性と不自然な姿勢

奇妙で不自然な行動と態度、健常人の中では目立つようなある主の精神病者の行動と態度の類型、動作の異常のみを評価せよ。単なる運動亢進はこの項目では評価しない。

- 1 = 観察されない
- 2 = 非常に軽度：奇妙な行動、臨床的意義は疑わしい。例、時に理由なく笑う、たまに唇を動かす
- 3 = 軽度：奇妙な行動、しかし明らかな衝動性なし。例、たまにリズムカルに頭を左右に振る、間欠的な異常な指の動き
- 4 = 中等度：短時間不自然な姿勢をとる、たまに舌を突出させる、揺らす、顔を歪ませる
- 5 = やや重度：面接のあいだ不自然な姿勢を維持する。複数の身体領域の不自然な動き
- 6 = 重度：上記、但しより頻回、強度、広範
- 7 = 最重度：面接の中のたいていの時間を通して奇異な姿勢、複数の身体領域の持続的な異常運動

8. 誇大性

過大な自己評価と並はずれた能力や力を持っているとの確信、自分自身についての、又は他者との関係における自己の立場についての患者の陳述のみに基づいて評価せよ。面接状況における患者の態度に基づいて評価してはならない。

- 1 = 報告されない
- 2 = 非常に軽度：たいていの人に比べ自信を持っているが、臨床的意義は疑わしい。
- 3 = 軽度：明らかな自尊心の肥大or状況に不釣り合いな才能を誇張する
- 4 = 中等度：状況に不釣り合いな自尊心の肥大or誇大妄想の疑い
- 5 = やや重度：単一の（明らかな）限定された誇大妄想or多数の（明らかな）断片的な誇大妄想
- 6 = 重度：単一の（明らかな）誇大妄想/妄想体系or多数の（明らかな）誇大妄想に没頭
- 7 = 最重度：上記、ただし患者の会話の殆ど全てが誇大妄想に向けられる

9. 抑うつ気分

意気消沈と悲哀、落胆の程度のみを評価せよ。いわゆる制止や身体的愁訴に基づいて抑うつ気分の存在を推測して評価してはならない。

- 1 = 報告されない

- 2 = 非常に軽度：時にやや抑うつ的になる
- 3 = 軽度：時に中等度に抑うつ的になるorしばしばやや抑うつ的になる
- 4 = 中等度：時に非常に抑うつ的になるorしばしば中等度に抑うつ的になる
- 5 = やや重度：しばしば非常に抑うつ的になる
- 6 = 重度：たいていの時間に非常に抑うつ的になる
- 7 = 最重度：ほとんど全ての時間に非常に抑うつ的になる

10. 敵意

面接状況ではないところでの、他者に対する憎悪、侮辱、軽蔑、好戦性あるいは尊大、他者に対する患者の感情や行動の言語的訴えのみに基づいて評価せよ。神経症的防衛機制、不安あるいは身体的愁訴から敵意を推測してはならない。(面接者に対する態度は「非協調性」の項目で評価せよ)

- 1 = 報告されない
- 2 = 非常に軽度：時に若干の怒り
- 3 = 軽度：しばしば若干の怒りor時に中等度の怒り
- 4 = 中等度：時に非常に怒るorしばしば中等度の怒り
- 5 = やや重度：しばしば非常に怒る
- 6 = 重度：言語的または身体的に虐待的になるような怒りによる行動が1回ないし2回ある。
- 7 = 最重度：怒りによる行動が何回もある。

11. 猜疑心

現在又は以前に患者に対して他者からの悪意や差別があったという(妄想的あるいは非妄想的な)確信。言語的訴えに基づいて、それが存在した時期に関わらず、現在認められる猜疑心のみを評価せよ。

- 1 = 報告されない
- 2 = 非常に軽度：状況正当性の有無に関わらず、まれに不信感を抱くことがある
- 3 = 軽度：明らかに状況からは正当化されない猜疑心がときにある
- 4 = 中等度：明らかに状況からは正当化されない猜疑心がより頻繁にある
- 5 = やや重度：広汎な猜疑心、頻繁な関係年慮or限定された妄想
- 6 = 重度：明らかな関係妄想や被害妄想があるが、全領域には広がらない。
- 7 = 最重度：上記、但しより広範囲、頻繁、強い。

12. 幻覚による行動

通常の外界の刺激に対応のない知覚。過去1週間に起こったと患者が訴える体験のみを評価せよ。それらの体験は健常人の思考や表象過程と明らかに区別できるものである。

- 1 = 報告されない
- 2 = 非常に軽度：幻覚の存在だけが疑われる
- 3 = 軽度：明らかな幻覚、但し些細、低頻度、一過性 例. 時に無秩序な幻視、患者の名前を呼ぶ声
- 4 = 中等度：上記、但しより頻回で広範囲 例. しばしば悪魔の顔を見る、2つの声が長い会話を続ける。
- 5 = やや重度：幻覚がほとんど毎日経験されるorきわめて強い苦痛をもたらす。
- 6 = 重度：上記、そして幻覚が患者の行動に中等度の影響を及ぼす。例. 集中困難で作業機能が障害される
- 7 = 最重度：上記、そして行動に重度の影響を及ぼす。例. 幻聴の命令に反応して自殺を企図する。

13. 運動減退

緩徐な動きによって示されるエネルギー水準の低下。患者の行動観察のみに基づいて評価せよ。自己のエネルギー水準についての患者自身の自覚的印象に基づいて評価してはならない。

- 1 = 観察されない
- 2 = 非常に軽度で臨床的意義は疑わしい
- 3 = 軽度：会話がやや遅く、動作がややのろい
- 4 = 中等度：会話は著しく遅いが、ぎくしゃくすることはない。

- 5 = やや重度：会話はぎくしゃくし、動作は非常にのろい。
- 6 = 重度：会話を持続させるのが困難、ほとんど全く動かない。
- 7 = 最重度：会話はほとんど不可能、面接のあいだ全く動かない。

1 4. 非協調性

面接者に対する抵抗、非友好性、易怒性の徴候あるいは協調的態度の欠如。面接者と面接状況に対する患者の態度と反応のみに基づいて評価せよ。面接状況ではないところでの易怒性や非協調性の情報に基づいて評価してはならない。

- 1 = 観察されない
- 2 = 非常に軽度：例. やる気がなさそうにみえる。
- 3 = 軽度：いくつかの領域ではっきりと答えない。
- 4 = 中等度：短くてそっけない言葉、自発的には詳しく話さない、やや非友好的。
- 5 = やや重度：憤りを表し、面接のあいだ非友好的。
- 6 = 重度：多くの質問に答えるのを拒否する。
- 7 = 最重度：たいていの質問に答えるのを拒否する。

1 5. 不自然な思考内容

普通ではない、風変わりな、異様なあるいは奇怪な思考内容。ここでは不自然さの程度を評価し、思考過程の解体の程度を評価してはならない。

- 1 = 報告されない
- 2 = 非常に軽度：妄想が疑わしいorありそう
- 3 = 軽度：時に自らの信念について疑問をもつ（部分的妄想）。
- 4 = 中等度：完全な妄想的確信、しかし妄想は行動にはほとんどあるいは全く影響しない。
- 5 = やや重度：完全な妄想的確信、しかし妄想は場合によって行動に影響するのみ。
- 6 = 重度：妄想は大きな影響力をもつ。例. 自分が神だという考えに支配されているので責任を果たさない。
- 7 = 最重度：妄想は重大な影響力をもつ。例. 食物に毒が入っていると信じているために、食事をしない。

1 6. 情動の平板化

感情的緊張度の低下。正常な感受性や興味・関心の明らかな欠如。

- 1 = 観察されない
- 2 = 非常に軽度：ふつう何らかの感情表出をとまなうような物事に対して、時に無関心となる。
- 3 = 軽度：表情がやや乏しいor声がやや単調or身振りがやや少ない
- 4 = 中等度：上記、より強度、持続的、頻回。
- 5 = やや重度：感情の平板化、次の3つの特徴うち2つを含む：重度の表情欠如、単調な声、限られた身振り
- 6 = 重度：深刻な感情の平板化
- 7 = 最重度：完全に単調な声and面接のあいだの身振りの完全な欠如。

1 7. 興奮

感情的緊張度の高揚、焦燥感のあるいは反応性亢進。

- 1 = 観察されない
- 2 = 非常に軽度で臨床的意義は乏しい。
- 3 = 軽度：時に易刺激的、開放的
- 4 = 中等度：頻回に易刺激的、開放的。
- 5 = やや重度：持続的に易刺激的、開放的or時に激怒、多幸的
- 6 = 重度：面接中ほとんどの時間に易刺激的、開放的
- 7 = 最重度：上記、かつ面接を不完全なまま終了させなければならない程度

1 8. 失見当識

人、場所あるいは時についての適切な関連性の混乱又は欠如。

1 = 観察されない

2 = 非常に軽度：やや混乱している

3 = 軽度：例. 実際は1983年のところを1982年と答える.

4 = 中等度：例. 1978年と答える.

5 = やや重度：居場所がはっきりわからない.

6 = 重度：居場所が全くわからない.

7 = 最重度：自分が誰かわからない.

調查票（北京）

參加依賴書

參加同意書

患者用調查票

醫師用調查票

“患者对精神科药物治疗法的意见调查”的知情同意书

调查的背景和目的

近年在精神医疗领域内药物治疗法发挥着巨大的作用。药物治疗最重要的是必须按时、按量服药，但从欧美的调查结果来看，要患者根据医生的指示按时服用精神科药物并不是一件简单的事情。比如，有不少患者忘记服药或自己调整药量等。

本次调查是为了更深入地了解亚洲患者对服药的看法以及具体的服药情况，并且进一步了解治疗内容和生活背景会对药物治疗的印象或态度产生什么样的影响。通过本次调查，希望能够明确如何才能使患者更轻松、更放心地服药。此外，通过在中国和日本同时进行调查，还可以了解到文化和习惯的不同会对服药态度产生怎样的影响。尽管百忙之中会耽误您的一些宝贵时间，但是真诚地希望您能够理解上述目的并给予合作。

本次调查是由北京回龙观医院和日本筑波大学社会医学系共同开展的国际性协作研究，调查结果将共同进行分析。该研究已经通过双方单位伦理委员会的审批。

关于个人信息的保护及隐私权

为了保护个人隐私，调查表上不需要填写姓名。调查表上的编号是为了分析结果时核对主治医生的回答而使用的。向主治医生提出的问题中也不会涉及关于患者的个人信息。您的回答只用于研究分析，因此主治医生也无法看到您的答案。

同意合作调查及中途弃权

是否接受本次调查完全根据个人的自由意志来决定。因此，不接受调查不会对您的治疗发生任何影响。不仅如此，即使您接受了本次调查，也可在中途弃权。这些不会对您造成任何不良影响。

关于本次调查的发表

调查结果经过统计处理之后，有可能会在各种研究会或专门杂志上发表。

对于上述调查，我接受了充分的说明，理解并认同其内容，同意协助实施问卷调查。

签名：家属（关系）

就诊患者

年 月 日

患者对于精神科药物治疗法的意见调查表

患者用调查表

以下需要回答的问题，旨在了解患者平时对服用精神科药物的看法，以便对今后的治疗有所帮助。因此请不要与其他人讨论或商量，据实回答您自己的想法。

研究用编号 []

【1】 请问您对于有关精神科药物、一般药物、医生及心理健康的看法。请阅读以下文章，在“不同意”、“不太同意”、“有些同意”、“完全同意”的4个选项中选择与您的看法最接近的1项，并在数字上划○。

不
同
意 不
太
同
意 有
些
同
意 完
全
同
意

1 对精神科的药物有依赖性。	1	2	3	4
2 自己服用的精神科药物剂量过大。	1	2	3	4
3 为了避免忘记服用精神科药物，请家人帮忙提醒。	1	2	3	4
4 对现在开的处方，所服用的精神科药物很满意。	1	2	3	4
5 不希望别人知道自己在服用精神科的药物。	1	2	3	4
6 平时在精神科门诊时，与医生的谈话时间足够。	1	2	3	4
7 接受过医生对处方上所开精神科药物的详细说明。	1	2	3	4
8 对于自己的精神科病名，接受过医生的详细说明。	1	2	3	4
9 医生过于依靠药物。	1	2	3	4
10 医生过于忙碌。	1	2	3	4
11 必须按照医生指示服用处方药物。	1	2	3	4
12 心理咨询有益于心理健康。	1	2	3	4
13 补品有助于心理上的健康。	1	2	3	4
14 服用中药有益于心理健康。	1	2	3	4
15 精神病是因生理健康的失平衡所起。	1	2	3	4
16 精神病是因人际关系的压力所起。	1	2	3	4
17 在一般情况下，中药比西药安全。	1	2	3	4
18 在一般情况下，医生在医院开的处方比自己去药店买药更安全。	1	2	3	4
19 精神科的医疗费和药费带来一定的经济负担。 (请就自己负担部分的治疗费作出回答)	1	2	3	4

【2】 请问您平时服药的情形与副作用的状况。请选择与您的状况最符合的一个答案，并划○。

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| (1) 是否有忘记服用精神科药物的情形？ | 是 | 否 |
| (2) 对于有没有服用精神科药物，都觉得无所谓？ | 是 | 否 |
| (3) 感觉状况较好时，是否有不服用精神科药物的情形？ | 是 | 否 |
| (4) 是否有在服药过程中发现不舒服，而停止服用精神科药物的情形？ | 是 | 否 |

(5) 最近3个月当中，服用精神科药物的情形。

1. 完全没有忘记服用。
2. 基本上全都有服用，但有二、三次忘了服用。
3. 多次忘记服用，但服用次数有超过该服用次数的一半。
4. 该服用次数的一半以上忘记服用。
5. 完全没有服用。

(6) 药物的副作用对您有多大影响？(有多种副作用时，请就最困扰您的症状作出回答)

1. 影响非常大
2. 有些影响
3. 没多大影响
4. 完全没有影响

(7) 副作用的症状如何？请填写在以下的空栏内（没有副作用时请填写“无”。有多种时，请全部填写）。

【3】请阅读以下文章，就其内容回答您“同意”或者“不同意”。文中的药仅指精神科的药物。如果有与您的想法不完全吻合的情况，请在基本吻合和不吻合之间作出选择。请按照您自己的想法进行选择。答案没有正确与错误之分。请注意不要在一个项目上花费太长的时间。

1	只要我觉得好一点，我就不必再吃药。	是	否
2	对我而言，药物治疗的好处比坏处多。	是	否
3	持续服药，会让我感觉动作变迟钝、身体不舒服。	是	否
4	即使不住院，我也需要规则的吃药。	是	否
5	受到其他人的压力，所以才吃药。	是	否
6	当我吃药，我比较清楚我在做什么，以及我身边所发生的事。	是	否
7	吃药并不会伤害我。	是	否
8	我吃药是我自己选择的。	是	否
9	药物让我觉得比较能够放松。	是	否
10	吃药或不吃药，我觉得并没有什么不同。	是	否
11	药物的不舒服作用，我觉得一直存在著。	是	否
12	药物让我觉得疲倦和懒散	是	否
13	当我生病时我才吃药。	是	否
14	药物是慢性毒药。	是	否
15	吃了药后，我与他人相处的比较好。	是	否
16	吃了药后，我不能集中注意力于任何事情上。	是	否
17	我比医师清楚我什么时候可以不吃药。	是	否
18	吃了药，我觉得比较正常。	是	否
19	我宁愿生病，而不愿意吃药。	是	否
20	身体和心理被药物控制是不自然的。	是	否
21	吃了药后，我的头脑比较清楚。	是	否
22	即使我觉得自己好了，我仍然应该继续吃药。	是	否
23	吃药将会预防我免于崩溃。	是	否
24	我什么时候该停药，应该由医师决定。	是	否
25	只要我吃药，平常做的简单事情会变得很困难。	是	否
26	吃药后，让我觉得比较快乐和感觉比较好。	是	否
27	为了使我不去做一些别人不喜欢的行为，我被迫吃药。	是	否
28	吃药使我不能放松自己。	是	否
29	我现在比较能控制我自己了。	是	否
30	靠持续的吃药，能预防我再生病。	是	否

【1】社会经济背景	
年龄	___ 岁
性别	1. 男性 2. 女性
教育年数	___ 年 ()
就业状况	1. 一般职业 (全职) 2. 一般职业 (部分时间工作、打零工) 3. 参加具有援助性的制作所 4. 没有工作
没有工作的原因	1. 因精神疾病难以工作 2. 由于年龄 3. 下岗 4. 其它
婚姻状况	1. 未婚 2. 已婚 3. 离婚或丧偶
居住状况	1. 独居 2. 有同住者 (包括疗养设施、老年公寓)
同住者的属性 (可多选)	1. 自己的父母 2. 配偶的父母 3. 配偶或子女 4. 同性朋友 5. 异性朋友 6. 疗养设施、老年公寓 7. 其他 ()
医疗费的责任者	1. 患者自己 2. 政府 3. 医疗保险
居住地区	1. 城市地区 2. 郊外地区
【3】精神科病史	
发病年龄	___ 岁
总计住院次数	___ 次
总计住院期间	___ 个月
有无其它疾病	1. 有 (请说明:) 2. 无
【4】精神科治疗的现况	
就诊频率	1. 有一定的规则性 → ___ 周一次 2. 没有任何规则性
通常来医院的人	1. 仅患者本人 2. 患者与家人 3. 仅患者家人
现在是否使用长效抗精神病药针剂	1. 有 2. 无
最近半年中患者是否有使用因应自己本身需要而自行判断吃的药物? (如:失眠、不安,锥体外系反应时)	1. 有 2. 无

【5】精神科定期处方药	
每天的服药次数	1 2 3 4 次
处方药剂的内容	对于所有的处方药剂, 请将药剂名称(商品名称)和一天的合计服用量填写在下列表中。

抗精神病药		抗帕金森氏病药		情绪镇静药		抗抑郁药	
药物名称	mg	药物名称	mg	药物名称	mg	药物名称	mg
苯二氮卓类药 (催眠药、镇静药)		适用其它症状的 精神药		中药		其它	
药物名称	mg	药物名称	mg	药物名称	mg	药物名称	mg

【6】简明精神症状量表 (BPRS)

(以下均提问为“最近一周你有没有...”)。

*1,关心身体健康：对目前身体健康的关心程度。按患者叙述身体健康问题评分，不论其有无事实根据。不是评价所述躯体症状的性质，而应评价对于身体健康问题（真实的或想象的）关心（或担心）的程度。按照患者主诉的最近一周情况进行评分。

(1)无；(2)很轻，有时会多少提到有关自己身体的情况，症状或躯体疾病；(3)轻度，有时较为关心，或时常多少提到这些情况；(5)较重，时常很关心；(6)严重，大部分时间很关心；(7)极重，几乎所有时间都很关心。

*2,焦虑：对于目前或将来感到忧虑，恐惧或过分担心。只根据患者所述最近一周内的主观体验进行评分。不应该从躯体体征或心理防卫机制来推断有无焦虑。如果只限于对躯体的关心，不作此评分。

(1)无；(2)很轻，有时感到多少有些焦虑；(3)轻度，有时感到中度焦虑，或时常感到多少有些焦虑；(4)中度，有时感到中度焦虑；(5)较重，时常感到很焦虑；(6)严重，大部分时间感到很焦虑；(7)极重，几乎所有时间感到焦虑。

3, 情绪交流障碍：与检查者和会谈场合缺乏联系，表现为眼神接触的减少或贫乏，不能面向检查者，以及对会谈漠不关心或不参加会谈；与情感平淡不同，后者是指面部表情，躯体姿势和声调方面的欠缺。按会谈时的观察进行评分。

(1)无；(2)很轻，例如：有时眼神接触较差；(3)轻度，例如：同上，但较频繁；(4)中度，例如，很少眼神接触，但仍参与会谈，对所提问题均作恰当回答；(5)较重，例如：眼神看着地板，或不面向检查者，但仍然在一定程度上参与会谈；(6)严重，例如：同上。更持久更广泛；(7)极重，例如，表现为“两眼凝视不动”或“像局外人”（在感情上毫无关系），漠不关心或不参与会谈。（如有定向障碍，便不在此评分了）。

4, 概念紊乱：言语使人无法理解。包括各种类型的思维形式障碍（例如，联想散漫，言语不连贯，意念飘忽，自创新字）。不包括赘述和迫切想讲话，即使非常严重。不按患者的主观感觉评分（例如，“我的思想像赛跑一样，我不能固定思考一个问题”，“我的思想混乱不堪”）。只根据会谈时的观察进行评分。

(1)无；(2)很轻；例如，多少有些含糊。但其临床意义可疑；(3)轻度，例如，时常显得含糊，但会谈仍能顺利进行，有时出现联想散漫；(4)中度；例如有时有些无关的叙述，偶尔应用自创新字，或中度联想散漫；(5)较重，同上，但较频繁；(6)严重，在会谈大部分时间里出现思维形式障碍，因而会谈受到严重干扰；(7)极重，极少连贯的言语。

*5, 罪恶观念：过多考虑以往的行为或表示懊悔，只按照患者口述的最近一周内的主观内疚体验进行评分，不要从抑郁、焦虑或心理防御机制来推断内疚感情。

(1)无；(2)很轻，有时感到多少有些内疚；(3)轻度，有时感到中度内疚，或时常感到有些内疚；(4)中度，有时感到内疚，或时常感到中度内疚；(5)较重时，常感到很内疚；(6)严重，大部分时间感到很内疚，或已形成自罪妄想感到痛苦，或广泛的自罪妄想。

6, 紧张：按会谈时所观察到的坐立不安进行评分。不按照患者所述的主观体验评分。不论有无病理原因（例如：迟发性运动异常）。

(1) 无；(2) 很轻，例如：有时手脚不停；(3) 轻度，例如：时常手脚不停；(4) 中度，例如：一直手脚不停，或时常手脚不停，并不拧手、拉扯衣服等；(5) 较重：如一直手脚不停，拧手以及拉扯衣服；(6) 严重，例如：不能安坐，不得不起来踱步；(7) 极重，发狂似的踱来踱去。

7, 装相和作态：不寻常和不自然的动作。只按动作的异常进行评分。不按单纯的动作增多进行评分。应该考虑到出现次数，时期以及怪异的程度。不论有无病理原因。

(1) 无；(2) 很轻，有奇特行为，但其临床意义可疑，例如：有时没有原因地发笑，有时嘴唇动作；(3) 轻度，有奇特行为但并不怪异，例如：有时头部向两侧摇晃，或手指有间断性的异常动作；(4) 中度，例如：有时肢体处于不自然的位置，有时伸舌，摇摆，或扮鬼脸；(5) 较重，在整个会谈过程中都处于不自然的位置，在身体不少部位都有不寻常的动作；(6) 严重，同上，但更频繁、强烈、或广泛；(7) 极重，例如在会谈大部分时间里显示怪异的姿势，在身体不少部位有持续的异常动作。

*8, 夸大：自我估价（自信）过高，或过于赞扬自己的才华、权力、能力、成就、知识、身份，或重要性。不要按照所说内容性质上的夸张来评分（例如“我是全世界最大的罪人”，“全国人民都想杀我”），除非这种自罪或被害与患者本人声称自己有这种特殊的品质。例如病人自己如果否认能力或权力，即使他说其他人认为他有，也不能据此评分。只按患者自述最近一周内主观体验评分。

(1) 无；(2) 很轻，例如：比大多数人更有自信，但其临床意义的可能性不大；(3) 轻度，例如：与实际情况多少不相称的自我评价过高，或能力的夸大；(4) 中度，例如：与实际情况肯定不相称的自我评价过高，或能力的夸大；(5) 较重，例如：单一、肯定的有限性夸大妄想，或多个肯定的片断性夸大妄想；(6) 严重，单一的肯定的夸大妄想系统；(7) 极重，如上，但几乎所有谈话内容都涉及夸大妄想的内容。

*9, 心境抑郁：诉述主观上觉得情绪抑郁。只评所报告抑郁的程度。不按行动迟缓或躯体诉述来推断有无抑郁。只按患者所述最近一周内主观体验评分。

(1) 无；(2) 很轻，有时感到多少有些抑郁；(3) 轻度，有时感到中度抑郁，或时常感到多少有些抑郁；(4) 中度，有时感到很抑郁，或时常感到中度抑郁；(5) 较重，时常感到抑郁；(6) 严重，大部分时间感到很抑郁；(7) 极重，几乎所有时间都感到很抑郁。

*10, 敌对性：对于检查者和会谈场合以外的人具有憎恨、蔑视、敌对或鄙视。只按患者所述最近一周内的此类情绪或对他人的行动表现进行评分。不应该从心理防御机制，焦虑或躯体主诉来推断有无敌意。

(1) 无；(2) 很轻，有时感到有些生气；(3) 轻度，时常感到有些生气，或有时感到愤怒；(4) 中度，时常感到愤怒，或有时感到很愤怒；(5) 较重，时常感到很愤怒；(6) 严重，有一或二次用咒骂或殴打来表达自己的愤怒；(7) 极重，多次以上述行为表达愤怒。

*11, 猜疑：相信（妄想性或其他）他人现在（或以前）对患者有恶意或歧视。不论是对现在或过去的情况，只按患者当前所伴有的猜疑态度进行评分。按患者所述最近一周内的

主观体验评分。

(1) 无；(2) 很轻，难得表示信任，可能有事实根据，也可能没有；(3) 轻度，有时表示猜疑，肯定没有事实根据；(4) 中度，较频繁的猜疑，或短暂性的关系观念；(5) 较重，广泛性猜疑，频繁的关系观念或一个有限性妄想；(6) 严重，肯定的关系妄想或被害妄想，但并不广泛(有限性)；(7) 极重，如上，但更广泛，更频繁，或更强烈。

*12, 幻觉：并无外界刺激而呈现的知觉。只按最近一周出现的情况进行评分。不包括“头脑里的声音”，或“在脑海里看到的形象”除非患者能把这种体验与他的思想分开。

(1) 无；(2) 很轻，只是可疑的幻觉；(3) 轻度，肯定有幻觉，但无意义，不频繁，或很短暂(例如，有时出现无固定形状的幻视，或将叫患者名字的幻听)；(4) 中度，如上，但较频繁或广泛(例如，时常看到妖魔的脸，或有俩个人的声音进行长篇谈论)；(5) 较重，几乎每天都有幻觉，或幻觉引起了极度的烦恼或痛苦；(6) 严重，如上，并对患者行为有中等程度影响(例如，思维难以集中以至影响工作)；(7) 极重，如上，并对患者行为有严重影响(例如，受命令性幻听指使企图自杀)。

13, 动作迟缓：精力减退而动作迟缓，只按患者行为的观察进行评分。不按患者自己精力水平的主观印象评分。

(1) 无；(2) 很轻，其临床意义可疑；(3) 轻度，例如，谈话多少比较迟缓，动作有些减慢；(4) 中度，例如：谈话显著迟缓，但并非不自然；(5) 较重，例如：谈话不自然，动作很迟缓；(6) 严重，例如：谈话难以继续，几乎没有动作。(7) 极重，例如，几乎不讲话，在会谈整个过程中完全没有动作。

14, 不合作：对检查者不合作，有拒绝、不友好、愤怒的表现。只按患者对检查者和会谈场合的态度和反应继续评分。不按对会谈场合以外的愤怒或不合作的诉述评分。

(1) 无；(2) 很轻，例如：看来无此动机；(3) 轻度，例如：看来在某些方面有些回避；(4) 中度，例如，用单词回答，无主动自发交谈，多少有些不友好；(5) 较重，例如：在整个会谈过程中显得愤怒及不友好；(6) 严重，拒绝回答很多问题；(7) 极重，拒绝回答大多数问题。

*15, 不寻常思维内容：评价任何妄想的严重程度——相信程度及对行动的影响。如患者已将其信念付诸行动，那么可算完全相信。按患者所述最近一周内主观体验进行评分。

(1) 无；(2) 很轻，可疑妄想或似乎是妄想；(3) 轻度，患者对他的妄想，时有疑问(部分妄想)；(4) 中度，对妄想深信不疑，但对行为没有或很少影响；(5) 较重，对妄想深信不疑，但对行为仅偶有影响；(6) 严重，妄想对行为有显著影响，例如因为头脑里充满了自己是上帝的想法而忽视自己的职责；(7) 极重，妄想对行为有极大影响，例如因为相信食物有毒而拒食。

16, 情感平淡：情感反应减弱，其特征为缺乏面部表情，躯体姿势，与语调神态。应与情感退缩相区分，后者关键在于人际关系的缺损而不是情感缺失。按缺损的程度与持续性评分。按会谈时的观察进行评分。

(1) 无；(2) 很轻，例如，有对时该表示情绪反应的事物看起来不关心；(3) 轻度，例如，面部表情多少有些减弱或声调多少有些单调，或缺乏手势姿态；(6) 严重，例如：严重表情平淡；(7) 极重，例如，在整个会谈过程中，完全缺乏表情手势姿态，语声非常单调。

17, 兴奋：情绪低调提高，包括容易激惹和情绪兴奋（轻躁狂情绪）。不应该从夸大妄想来推断这种情绪。按会谈时的观察进行评分。

(1) 无；(2) 很轻，临床意义可疑；(3) 轻度，例如：有时容易激惹或情绪兴奋；(4) 中度，例如：时常容易激惹或情绪兴奋；(5) 较重，例如：一直容易激惹或情绪兴奋；或有时激怒或欣快自得；(6) 严重，例如：在会谈大部分时间显得激怒或欣快自得；(7) 极重，例如：同上，但严重到会谈不得不提前结束的程度。

18, 定向障碍：缺乏或搞不清人物，地点，或时间的关系。按会谈时的观察进行评分。

(1) 无；(2) 很轻，例如：看来有些搞不清；(3) 轻度，例如：实际上是1983年，却认为是1982年；(4) 中度，例如：认为是1978年；(5) 较重，例如：不能肯定自己在什么地方；(6) 严重，例如：搞不清自己在什么地方；(7) 极重，例如：不知道自己是谁。

(*按患者诉述主观体验进行评分)

参 考 论 文

参考論文については学術雑誌掲載論文から構成されていますが、著作権者(出版社、学会等)の許諾を得ていないため、筑波大学では電子化・公開しておりません。

なお、電子ジャーナルとして出版社から公開されていますので、契約している場合は全文を読むことができます。詳しくは下記のリンク先をご覧ください。

<http://link.springer.com/article/10.1007/s12199-008-0043-z>