

筑 波 大 学

博士（看護科学）学位論文

入院中の統合失調症者に対する共感性を高めるための
看護介入プログラムの有効性の検討

2 0 1 7

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

松浦 彰護

目 次

I 緒言

1. 統合失調症者の認知機能の特徴	
1) 社会機能の基盤となる対人機能	1
2) 社会認知機能としての共感性	1
2. 共感性について	
1) 共感性の定義	3
2) 共感性の役割	4
3) 共感性の要件	4
4) 社会的行動の基盤となる共感性	5
3. Davis (1994) の共感性の組織モデルからみた統合失調症の共感性	
1) 先行条件 (antecedents)	6
2) 過程 (processes)	7
3) 個人内的な結果 (intrapersonal outcomes)	10
4) 対人的な結果 (interpersonal outcomes)	11
4. 統合失調症の共感性の感情的な側面	
1) 共感性の基盤となるミラーニューロンシステム	11
2) 共感性に必要な模倣	12
3) 他者感情の共有に必要な自他の区別	13
5. 統合失調症の共感性の認知的な側面	
1) 他者感情の認知	13
2) 視点取得	15
6. 統合失調症者の地域移行に必要な共感性	15
7. 統合失調症の共感性を高める看護介入の可能性	
1) 先行研究における共感性プログラム	17
2) 統合失調症者の社会認知機能への心理社会的介入	17
3) 看護師による共感性の心理社会的介入	19

II 研究目的と意義

1. 研究目的	20
2. 研究の意義	20
3. 用語の定義	21

1) 共感性	21
2) 表象	21
3) 模倣	21
4) 感情認知	21
5) 視点取得	21
6) 他者感情の代理的経験あるいは共有	21
7) 自尊感情	22
4. 概念枠組み	22

III 研究方法

1. 研究対象施設	24
2. 対象者	
1) 選定基準	24
2) 除外基準	24
3) 対象者の選定方法	24
4) 中断基準	25
3. 看護介入プログラムの作成	
1) 統合失調症者への共感性の介入方法	25
2) 看護介入プログラムの概要	26
3) 看護介入プログラムの内容	27
4) 看護介入プログラムに用いる教材	30
4. 看護介入プログラム実施手順	
1) 看護介入プログラムの前準備	31
2) 看護介入プログラムの実施判断	31
3) 看護介入プログラム実施における留意点および中断と中止の判断	31
4) 次回予定の確認と報告	32
5. 調査方法	
1) 調査期間	32
2) 調査内容	32
(1) 対象者の背景	32
(2) 対人機能	33
(3) 共感性	33

(4) 自尊感情.....	34
3) 調査手順.....	34
(1) 非介入群	34
(2) 介入群.....	35
4) 分析方法.....	36
6. 倫理的配慮	
1) 対象者の人権擁護.....	36
2) 対象者の理解と同意を得る方法.....	36
(1) 非介入群.....	37
(2) 介入群.....	37
3) 対象者に生じる可能性のある不利益への配慮.....	38
(1) 身体面への影響と配慮.....	38
(2) 心理面への影響と配慮.....	38
(3) 説明における配慮.....	39
(4) データの管理方法.....	39

IV 結果

1. 対象者の背景	
1) 非介入群.....	41
2) 介入群.....	42
2. 対人機能 (LASMI-I)	
1) 非介入群.....	43
2) 介入群.....	44
3. 共感性 (MES)	
1) 非介入群.....	44
2) 介入群.....	45
4. 自尊感情	
1) 非介入群.....	46
2) 介入群.....	46

V 考察

1. 対象者の特徴	
1) 属性	47
2) 看護介入プログラムによる精神症状 (PANSS) の変化	47
2. 看護介入プログラムによる対人機能 (LASMI-I) の変化	49
3. 看護介入プログラムによる共感性 (MES) の変化	
1) 各群内での共感性 (MES) の変化	51
(1) 非介入群	51
(2) 介入群	53
2) 群間での共感性 (MES) の変化	56
4. 看護介入プログラム前後の統合失調症者の自尊感情の変化	
1) 各群内での自尊感情の変化	56
(1) 非介入群	56
(2) 介入群	58
2) 群間での自尊感情の変化	59
5. 看護介入プログラムの内容についての検討	59
1) セッション1について	60
2) セッション2について	61
3) セッション3について	62
4) セッション4について	63
5) セッション5について	64
6. 本研究成果の看護実践での貢献可能性および看護科学における意義	65
7. 本研究の限界と今後の課題	66

VI 結論	67
-------	----

謝辞

文献	69
----	----

図表

資料

I 緒言

1. 統合失調症者の認知機能の特徴

1) 社会機能の基盤となる対人機能

統合失調症者は、幻覚や妄想などの急性症状が寛解した後も日常生活での様々な困難に直面し（宮本ら，2007）、その背後に社会機能の低下が指摘されている（加藤，2014）。統合失調症の診断基準である米国精神医学会 APA（American Psychiatric Association）の精神疾患の診断・統計マニュアル DSM-5（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition）（APA，2014）においても、「妄想」、「幻覚」、「まとまりのない発語」、「ひどくまとまりのない、または緊張病性行動」、「陰性症状」の 5 つの中核症状が存在するだけでなく、社会機能について「障害の始まり以降の期間の大部分で、仕事、対人関係、自己管理などの面で 1 つ以上の機能のレベルが病前に獲得していた水準よりも著しく低下している」ことを指摘している。統合失調症者の社会機能の低下は、その予後を規定する要因として重視されている（高橋ら，2006；根本ら，2008）。

社会機能は、日常生活での社会参加や活動に必要な他者との関係（以下、対人関係）を形成・維持する機能（以下、対人機能）である（岩下，1975；池淵と安西，1989；山根，2003；水野，2005；岸上ら，2010）。統合失調症者は、状況に応じた振る舞いが困難で消極的であり、言語的・非言語的コミュニケーションの乏しさや唐突さ、他者の感情や行為の理解に乏しいことなどが特徴として挙げられている（高畑と豊嶋，2007）。また、他者からの評価に敏感であるが他者の考えや感情を捉えることが困難なために（最上ら，2011）、相手の感情には鈍感であるかのように映り対人関係でつまづきやすい（昼田，2011）。このように対人関係が上手くいかないのは、発症に伴い他者との交流が少ないことも影響しているという指摘もある（山根，2003；水野，2005）。

2) 社会認知機能としての共感性

統合失調症の中核症状である認知機能障害は、社会機能を決定する最も重要な因子の一つであり（兼田ら，2008；兼田と Meltzer，2009；中込ら，2010；紅林と大瀧，2015）、幻覚や妄想などの陽性症状、感情の平板化、ひきこもりなどの陰性症状とは独立した病態として捉えられている（Lin と住吉，2015）。認知機能は、覚醒水準や注意機能を基盤に

知覚された外界からの情報を評価・判断するための思考や記憶、情報と相互に影響する感情と、これらの実行や制御などを含む広範な機能である（松島と小島，2011）。認知機能には、社会機能に直接介入する方法として社会認知機能が想定され、対人関係の構築に必要な複合的な機能として注目されている（池淵ら，2012）。社会認知機能は、対人機能の基礎となる精神活動として対人関係を成立させるための他者認知、顔・表情・視線認知、自己認識、他者意図理解、推論、社会情動、社会知覚、心の理論、原因帰属様式などがある。また他者との交流において、他者の感情を共有し適切に反応するために必要な社会認知機能である共感性も重要な機能である（岩下，1975；高畑と豊嶋，2007；村井，2008；宮田と村井，2009；板倉，2014；定藤，2014）。

社会認知機能に関する研究では、他者表情からその感情を認知する情動的表情認知（facial emotion recognition）、社会認知の基盤とされ他者の信念や感情、思考などの心的状態を推論する心の理論（theory of mind；以下、ToM）、認知的側面として ToM を包含し感情的側面として他者の感情を推論しその感情を共有する共感性（empathy）について研究がなされている（Brothers，1990；高畑と豊嶋，2007；宮田と村井，2009；井上ら，2011；池淵ら，2012）。特に共感性は、近年の Rizzolatti ら（1996/2004）によるミラーニューロン（mirror neuron；以下、MN）の発見や、非侵襲的脳機能画像による認知機能の神経基盤の解明などにより、他者の心的状態の理解への神経学的根拠が示されるようになり、感情的側面を強調する共感性が注目されるようになってきた（高畑と豊嶋，2007；宮田と村井，2009；村井，2009；井上ら，2011）。

共感性に関する研究をみると介入研究が多く、運動学習理論に基づく経験学習としての模倣運動が重視されるようになった（浅井と丹野，2007；千田，2010；浅井と今水，2011；松本と高橋，2011；加藤と加藤，2014；明和，2014；大内田と出江，2014）。統合失調症者は他者の感情を認知することや、共感性が乏しく他者の状況に応じて対応することが困難なため、誤解を受けやすく QOL の低下を引き起こしている。そのため精神看護学の分野においても、統合失調症の対人機能の改善に向けた根拠のある援助を行うために、共感性に着目することも意義深いと考える。しかしながら、統合失調症の共感性について直接調査した研究は少なく、知見の蓄積が期待される研究領域である（高畑と豊嶋，2007；前田，2009）。

2. 共感性について

1) 共感性の定義

共感(empathy)は、19世紀後半のドイツ美学の用語であった「感情移入(Einfühlung)」に由来する(小代 1989; 澤田, 1992)。感情移入は、芸術に心を動かされる心的過程の説明に用いられ(葛西と万木, 2006)、美的な対象に自己を投影する傾向を意味していた(皆川, 2007)。その後、感情移入の概念は心理学に取り入れられ、empathy(共感)と英訳された(Davis, 1994)。初期の心理学において共感は、感情移入から始まる現象として対象の内面を模倣する直感的な過程として考えられていた(葛西と万木, 2006; 皆川, 2007)。以降、共感是多様な分野において様々な定義がなされてきたが、共感を捉える視点により定義が異なる(浅川と松岡, 1982; 澤田, 1992; 小池, 2003; 福田, 2010a; 板倉, 2014; 中村, 2014)。共感の定義を大別すると、他者と同じような感情が生起する感情的側面を強調した定義と、他者理解の過程とする認知的側面を強調した定義がある(岩脇, 1980; 加藤と高木, 1980; 澤田, 1992; 福田, 2010a; 今野と小川, 2012)。

感情的側面を強調した定義には、Stotland(1969)による他者がある情動状態を経験しているか、または経験しようとしていると知覚した時に観察者にも生じる情動的反応というものであり、情動的共感(emotional empathy)と命名されている(加藤と高木, 1980; Davis, 1994; Decety と Lamm, 2006; 梅田, 2014)。一方、認知的側面を強調した定義は、Dymond(1949)による他者の思考、感情、行為の中に自己を置き、その視点から外界を構成することというものであり、予測的共感(predictive empathy)と命名されている(加藤と高木, 1980; 浅川と松岡, 1987)。その後、Feshbach と Roe(1968)により Dymond(1949)の定義に感情面の定義が加えられ、共感は認知と感情の両面を包括する「知覚した感情反応に対する反応者の代理的感情反応(Vicarious Affective Response)」として再定義された(浅川と松岡, 1987)。Feshbach と Roe(1968)は共感の生起過程について、感情認知・視点取得・共有された感情的反応の喚起に至る3段階のプロセスを提唱している(浅川と松岡, 1982; 皆川, 2007)。従来の定義が感情と認知のどちらか一方に偏りがちであったことを考えると、両側面を包括したこの定義は現在は適切であると考えられている(加藤と高木, 1980; 浅川と松岡, 1982/1987; 澤田, 1992; Davis, 1994)。Davis(1994)は共感について「他者の経験についてある個人が抱く反応を扱う一組の構成概念」と定義し、感情と認知の両側面が影響しあう多次元的な構成概念として包括的に捉える定

義を確立した（浅川と松岡, 1987; Davis, 1994; 今野と小川, 2012; 畠中と石津, 2014）。

Davis (1994) は共感を個人の性格特性として捉え、Hoffman (2001) は個人の認知的発達に伴って変化、拡大するものとしている。本研究における共感とは、他者の感情の代理的経験や共有を伴い他者を理解する認知的過程と定義し、連続的に発達、変化しうる個人差として捉えるため、単に共感とするのではなく共感性とする。

2) 共感性の役割

共感性は、感情体験をする他者を見たり接したりする側に、他者と一致した感情や状況にふさわしい感情が生起されることである（登張, 2005）。社会生活に不可欠な他者交流の中では、他者の考えや感情を認知し、その結果として自分自身にも何らかの考えや感情を抱いている（鈴木ら, 2000）。他者との交流を円滑にするためには、相手の考えや感情を認知するだけでなく、さらに共感することができれば、他者交流に適切な態度や行動が生じやすくなると考えられている（加藤と高木, 1980）。

認知活動を伴った他者交流では、相手の印象や態度といった表象の存在が仮定され（北村, 2004a; 唐沢, 2008; 定藤, 2014）、表象の操作による認知活動として社会的行動に至ると考えられている（須藤, 1999; 北村, 2004b; 大久保, 2013）。表象とは、対象に関する脳内の表現形式であり（須藤, 1999; 北村, 2004a; 大久保, 2013）、表象の処理によって自己と他者が区別されている（子安, 2008; 宮田と村井, 2009; 井上ら, 2011; 森岡, 2014a）。共感性は、自他との表象の重ねやすさの程度に影響され（遠藤, 2014; 梅田, 2014）、対人関係の構築に必要な態度として表出される（福田, 2010a）。

共感性の役割は、相互交流の成立から他者理解を経て個人間の結びつきを強める、対人関係の基礎となるものである（今野と小川, 2012; 梅田, 2014; 木野と鈴木, 2016）。共感性は、他者の感情を理解したり共有したりして適切に対応する、生まれながらに備わる自然な能力である（Davis, 1994; 登張, 2000; 板倉, 2014; 梅田, 2014）。

3) 共感性の要件

遠藤 (2014) は、共感性は単純な他者の認知的な理解ではなく、また共感後の関心が自分自身にしか向かわないのであれば共感性とは言い難い、と述べている。この点については、共感性に関連する同情(sympathy)との区別で説明できる。

第一に同情とは、共感性に基づいた他者の感情体験に反応する方法であるが、共感性と

違い他者と感情の共有はしない（板倉，2014；加藤，2014）。しかしながら同情によって、感情体験をする他者に対して気遣いのある行動をとることができる（平田，2014）。相手を認知的に理解する点については共感性と同じであっても、相手とは異なった感情を有する点で区別される。感情の共有は、自分とは異なる他者感情の体験として他者への理解に深くつながり、共感性には必要な要件である（角田，1994）。また感情を共有するためには、他者の感情と自分の感情とを区別することが必須となる（定藤，2014）。自他の区別が不明確な場合、例えば他者の苦痛を見て同様の感情を感じていても、軽減したいのは自分の苦痛であるという自己中心的な反応となる（登張，2000）。自他の区別の明確さは、自分の感情をコントロールする能力として共有経験を規定している（豊田，2008）。

第二に共感性は、他者感情を共有した後の反応が自他への指向性で区別されることである（Davis，1994；登張，2003；皆川，2007；金子ら，2014）。同情は、他者指向的な反応である（植村ら，2008）。同情は、共感性に動機づけられて他者の苦悩やストレスを改善させる行動を引き起こす（加藤，2014）。しかし他者の幸福に同情するとは言わないように、相手のネガティブな感情に限定された感情的な反応である（皆川，2007；櫻井，2011）。他者の様々な感情体験に関心を向ける共感性は（櫻井ら，2011）、他者指向性において対人関係の形成に影響し、他者に積極的に関わる反応として生起される（皆川，2007）。他者指向的な共感性は、対人関係の構築において援助や協力などの友好的な行動をとることが多く、また同様の行動を他者から受けることが多い（澤田，1992；皆川，2007）。共感性の他者指向性は、対人関係を構築する上で他者交流を円滑にすると考えられる。

4）社会的行動の基盤となる共感性

円滑な対人関係を構築するには、相手に共感することで感情的なつながりを強めたり、より望ましいものにする行動が必要となる（櫻井ら，2011；菊池，2014a）。他者との感情的なつながりを持つ行動は対人的な行動として、社会的行動と呼ばれている（菊池，2014a）。共感性は社会的行動の基盤として、他者への攻撃的行動の抑制と道徳的な行動を促し（川崎，2009；櫻井ら，2011）、援助や保護をする特定他者への愛着を深め（今野と小川，2012）、対人関係の修正と維持に必要な罪悪感や羞恥心（高井，2004；有光，2006）に影響すると考えられている。共感性は、社会的行動を動機づけ（植村ら，2008）、円滑な対人関係の構築に働きかける。さらに共感性は、対人的な行動をより社会的な行動にしようとする向社会的行動（prosocial behavior）に影響していると考えられている（櫻井ら，2011；菊

池, 2014a)。向社会的行動は、他者や集団を助け相手のためになることをしようとする自発的な行為と定義されている (Eisenberg と Mussen, 1996)。

共感性と向社会的行動との関連を扱った先行研究では、相手の感情に対する他者指向的な共感的反応が向社会的行動を導くこと (植村ら, 2008)、他者のポジティブ感情とネガティブ感情の両方に対する共感性の高さが向社会的行動の高さと関連すること (櫻井ら, 2011)、ポジティブ感情への共感性の高さが攻撃行動の抑制に効果的であること (村上ら, 2014) などが報告されている。他者交流では、利益を受けることを目的とした行動や利己的な行動には共感しにくく、自発的に他者を優先した意図的な行動に共感しやすい (Eisenberg と Mussen, 1996)。向社会的行動における共感性は、向社会的行動が引き起こされる状況への気づきから実際の行動に至る意思決定までを媒介し、相手の感情や行動の予測に働きかける重要な要因となっている (菊池, 2014a)。共感性は、他者の感情に注意と関心に向け、相手の立場に立って相手の感情を理解する視点取得を経て、それぞれの感情に対応した他者指向的な反応に至る (葉山ら, 2008 ; 植村ら, 2008) ため、向社会的行動を促進させ (板倉, 2014)、他者に関心に向けた社会的行動として対人関係を円滑にする (有光, 2006 ; 小田ら, 2013 ; 遠藤, 2014)。

3. Davis (1994) の共感性の組織モデルからみた統合失調症の共感性

Davis (1994) は、共感性を包括的に広く捉えるために、共感性の「組織モデル (an organizational model)」を提唱した。このモデルは、「先行条件」、「過程」、「個人内的結果」、「対人的結果」の4つの要素で構成されている (Davis, 1994)。4つの要素は、他者の感情体験に接した観察者の認知的・感情的・行動的な反応に至る一連のエピソードとして組織化される (Davis, 1994)。特定の要素は以降に位置する全ての要素に影響し、隣接する要素間ほど関連が強い (Davis, 1994)。

1) 先行条件 (antecedents)

先行条件は、「個人」と「状況」の2つに区分される。「個人」には共感性を生起する観察者としての個人的な能力や学習経験などが含まれ、「状況」には共感性が生起される状況的な文脈の強さや相手との類似性などが含まれている (Davis, 1994)。

「個人」としての統合失調症者は、共感性の能力が障害されていることが指摘されてい

る（橋本ら，2007；高畑と豊嶋，2007；Penn ら，2008；池淵ら，2012；藤原と村井，2015）。共感性は認知機能を不可欠とし（宮田と村井，2009）、観察者として自分と相手との両方の視点を得ることや脳内に表現された自他の表象を区別する能力が必須となる（Davis，1994；加藤，2014）。しかし統合失調症者は、認知機能障害を有するため（最上と中込，2011；紅林と大瀧，2015）、これら能力が障害されている（松本と高橋，2011；加藤，2014）。また共感性は、感情の源が自分とは違う他者の感情であると明確に区別されることが必要になるが、統合失調症者は区別することも不十分である（宮田と村井，2009）。

統合失調症者は、対人機能に必要な注意機能やワーキングメモリ、実行機能などの障害があるため学習についても困難が生じる（小林と丹羽，2003；Harvey と Sharma，2007a；池澤ら，2009）。注意機能は、他者と注意を共有しその意図を把握する機能で他者交流の基礎である（Harvey と Sharma，2007b；森岡，2014a）。ワーキングメモリは、学習した知識や経験と、観察した情報の読解や理解、自他の区別、想像的思考と行動を照合する際に一時的に保存する機能である（苧坂，2005/2007；小森，2010）。しかし統合失調症者では、これら他者交流や学習に必要な機能が低下している（Harvey と Sharma，2007b；室井ら，2007；池澤ら，2009；森岡，2014b）。

「状況」は、観察する他者の反応に沿って変化する文脈である（Davis，1994）。他者交流での文脈は、相手が表出する表情や感情、関係性などを要因とする（中村，2015）。しかし統合失調症者は、観察した情報や他者が明示する手がかりを用いて他者の意図を推測することが困難である（最上ら，2011）。統合失調症者は、状況の文脈に応じた共感性の生起についても困難を生じると考えられる。また統合失調症は、行為や結果を自己に過大に関連付け（齊藤と高橋，2014）、相手に対し被害的な考えを持つ傾向も指摘される（最上ら，2011）。観察者としての統合失調症者は、共感性を生起する相手との関係性についても困難を生じることが推測される。

2) 過程 (processes)

第 2 の要素である過程では、観察者に共感性が生じるメカニズムとして説明され、「非認知的過程」、「単純な認知的過程」、「高度の認知的過程」の 3 つに区分される（Davis，1994）。

「非認知的過程」は、認知活動をほとんど必要としない初期的な反応である乳児の反応

泣きや、観察者が相手の感情体験を模倣する運動模倣（Hoffman, 1984 ; Davis, 1994 ; 明田, 1999）などが含まれる。反応泣きや運動模倣は、結果として観察者に相手と同一の感情体験を生み出すと考えられている（明田, 1999）。現在の心理学などの分野では、この共感性を感情的な共感性として捉え、他者の感情体験を自分の身体に伴うことで他者を理解するという考え方が広がっている（梅田, 2014）。脳科学の分野でも、感情的な共感性を生起する観察者は、情動伝染（emotional contagion）のように無意図的で自動的に他者と同様の感情を経験するとして考えられている（大平 2015）。近年の神経画像研究は、感情的な共感性に関連する脳部位について、扁桃体（amygdala）、島（insula）、帯状回前部（anterior cingulate cortex）のなどの感情関連部位や覚醒ネットワークについて明らかにしつつある（梅田, 2014 ; 大平, 2015）。しかし統合失調症者では感情に関与する認知機能障害も指摘されている（室井ら, 2007 ; 加藤と加藤, 2014）。

観察された他者感情や運動が、自分にも同じように実行されるプロセスは模倣（automatic simulation）である（村田, 2005 ; 加藤と加藤, 2014 ; 守口, 2014）。共感性の模倣はシミュレーション説（simulation theory）に則り、観察者が他者の感情体験を身体に再現することで他者の感情を理解するとされている（福島, 2011 ; 加藤, 2014 ; 守口, 2014 ; 大内田と出江, 2014）。共感性の神経科学的モデルにおいても、運動知覚の連関活動としての模倣は、観察者に他者の感情表象と脳内活動を自動的に賦活するものとして重視されている（加藤と加藤, 2014 ; 田村, 2014）。運動と知覚を連関する模倣は、統合失調症者の共感性を高める可能性が指摘されている（松本と高橋, 2011 ; 池淵ら, 2012 ; 加藤と加藤, 2014 ; 明和, 2014）。模倣は、人間にとって最も自然で慣れ親しんできた学習方法である（大内田と出江, 2014）。運動知覚パターンの模倣は、自己と他者の表象が混在したままであり（福島, 2011 ; 松本と高橋, 2011）、認知的コントロールの介在をあまり必要としない（守口, 2011）。観察者としての統合失調症者にとって他者の感情体験の模倣学習は、共感性を高めるための介入の糸口になると考えることができる。

「単純な認知的課程」は、観察者に繰り返された他者感情の体験を基に、他者の感情の手がかりが観察者の感情的な反応を生み出す古典的条件付けや、他者の感情の手がかりからその感情を同定するラベリングなどの基礎的な認知的能力を必要とするメカニズムである（Davis, 1994 ; 明田, 1999 ; 池淵, 2012 ; 菊池, 2014a）。この過程では感情的な経験と手がかりが重視され、観察者の過去にあった他者感情の経験を引き出すことや、感情の手がかりが観察者に他者感情を引き起こすといった経験的で知覚的な条件刺激とし

て重視される (Davis, 1994 ; 皆川, 2007)。しかし統合失調症者の感情的な学習経験は、先行条件からも少ないことが予測される。感情的手がかりは表情による情報量が多いとされるが (葛西と万木, 2006 ; 池淵, 2012 ; 中村, 2014)、統合失調症者は表情の読み取りにも困難を生じている (森田ら, 2008 ; 室橋, 2008 ; 則包と白石, 2008 ; 加藤と加藤, 2014)。

菊池 (2014a) は、感情的手がかりについて相手の表情を読み取る能力の重要性を指摘している。表情の読み取りでは、注意を向けた相手の両目と口を結ぶ三角形に注視点を移動する (千住, 2014)。他者表情の模倣では、観察者に相手の身体状態の同調的な反応が再現することが知られ、知覚と運動の連関と考えられている (鈴木, 2014)。模倣は、共感性に必要な学習であり、経験を重ねることによって他者感情の生起を起こりやすくする (福田, 2010b)。これらから鑑みると、統合失調症者の共感性の介入は、適切な注視点による他者表情の模倣により、他者感情を繰り返し生起することが有用に働きかけると考えられる。統合失調症者の認知機能への介入では、繰り返し・分かりやすく知覚と運動に働きかける必要性の指摘もあり (池淵, 2011)、統合失調症者への共感性の介入は表情観察による模倣が適すると考えられる。

「高次の認知過程」は、過程で最も高度な認知過程として説明され (Davis, 1994 ; 明田, 1999)、言語を仲立ちとした感情的手がかりによって共感的反応を生起する言語媒介連合 (Hoffman, 1984 ; Davis, 1994) や、様々な手がかりによりアクセスされた観察者の知識構造を基に相手に関する推測を行う認知的ネットワーク (Davis, 1994, 明田, 1999) などが含まれる。Davis (1994) は、この過程について視点取得の重要性を指摘している。視点取得とは、観察者が相手の視点を想像することによって相手を理解しようとする認知的な試みである (Davis, 1994)。視点取得は認知的な共感性と同義であり、感情的な共感性とは異なり他者の感情の共有を必要としない (加藤, 2014 ; 梅田, 2014)。視点取得は、注意の焦点を他者の感情に向けることよりも、共感性が生じやすいとされる (Davis, 1994 ; 皆川, 2007)。しかし統合失調症者では認知機能の障害のために視点取得が上手くいかないことも多い (加藤と加藤, 2014)。統合失調症者の幻覚は、自分の体験にも関わらず他者から支配され影響されているとして体験している (倉知, 2006 ; WHO, 2007 ; 加藤, 2014)。すなわち統合失調症者は、自分と他者の心的状態や行動を適切にモニターできず、自分と他者との区別の障害が視点取得に影響している (宮田と村井, 2009 ; 松本と高橋, 2011 ; 加藤と加藤, 2014)。視点取得に影響する統合失調症者の症状は、知覚運

動の連関活動の障害として捉えられている（浅井と丹野，2007；杉浦，2009；浅井と今水，2011；松本と高橋，2011；義村と村井，2011）。統合失調症者の共感性の介入は、組織モデルの先行要因からも鑑みると、状況や文脈に応じて他者の視点を想像し他者の感情体験を繰り返す、模倣による学習経験が必要であると考えられた。

3) 個人内的な結果 (intrapersonal outcomes)

個人内的な結果は、過程を通して観察者自身に生じる認知的、感情的な共感的反応である (Davis, 1994)。共感的反応は、他者に焦点づけられた関心として自己指向性と他者指向性に区別される (登張，2003；皆川，2007；金子ら，2014)。

他者指向性は、自己指向性に比べて発達的水準が高いとされ (澤田，1992；皆川，2007)、観察者による自他の区別の程度に反映される (金子ら，2014)。また自他の区別の程度は、観察者による他者感情の一致性に影響する (皆川，2007)。しかし統合失調症者は、自他の区別が曖昧である (井村，2002；倉知，2006；加藤と加藤，2014)。統合失調症者は、共感的反応にも困難を生じていると考えられる。

4) 対人的な結果 (interpersonal outcomes)

対人的な結果は、相手に向けられた観察者による対人的な社会的反応である (Davis, 1994)。対人的な結果には、援助行動や攻撃行動などの様々な社会的行動が含まれている (明田，1999)。社会的行動には、他者が明示する表情やジェスチャーなどの情報を把握し、意図的に他者の考えや期待などを理解、予測する相互作用が求められる (高畑と豊嶋，2007；池淵，2012)。しかし組織モデルの先行要因からも、統合失調症者の他者交流での相互作用は不十分であることが予測される。統合失調症者の社会生活では、社会的行動に困難を抱えているとする報告も多い (水野，2005；高畑と豊嶋，2007；最上ら，2011)。統合失調症者の共感性の低さは、周囲との孤立を生じ、社会生活の破綻や再発を生じるとの指摘もある (昼田，2011)。他者交流を円滑にし、対人関係の形成に働きかける共感性の向上は、統合失調症に必要であると考えられる。

4. 統合失調症の共感性の感情的な側面

1) 共感性の基盤となるミラーニューロンシステム

ミラーニューロンシステム (mirror neuron system ; 以下、MNS) は、自己の行為と他者の行為をマッチングさせる神経細胞群であり、観察した他者の表象を自己の脳内に提示する働きを持つ (加藤と加藤, 2014 ; 明和, 2014)。MNS は、自己の運動の脳内表現と他者の運動の視覚的な表象が同一のニューロン上にシュミレーションされる、自他表象に共通の神経基盤である (村田, 2005 ; 松本と高橋, 2011)。Rizzolatti ら (2001) は MNS による、他者運動の視覚的表象と自己の運動の内的表象とのマッチングを **direct matching system** と呼び、他者運動を即時的に認識する上で重要なシステムであるとした (村田, 2005 ; 松本と高橋, 2011)。MNS は、他者の表象を自己の脳内に再現するシュミレーション説に則っており、模倣や言語、他者交流、社会的行動などの脳活動と結びつけて研究する糸口となっている (村田, 2005 ; 大東, 2006)。

MNS は、対象物のないパントマイムのような運動には反応せず、対象物とそれに対する動作が視覚情報として揃った場合に活動する。この性質は対象指向性 (**object-oriented**) あるいは目的指向性 (**goal-oriented**) と呼ばれるが、MNS は運動の対象、さらには目的や意図などの情報をも表現することを示唆しており (福島, 2011)、認知的な脳機能に結びつく可能性が考えられている (村田, 2005)。共感性では、他者脳内の感情体験の表象を自己の脳内でシュミレーションすることを意味している (村田, 2005)。

感情的な共感性における感情の共有は、MNS を基盤とする非意識的で自動的な自他の感情のマッチングシステムが土台になると考えられており、MNS の活動は他者感情や意図の理解のみならず、共感性を生起するため対人コミュニケーションの重要な要素である (池淵ら, 2012)。少なくとも MNS の働きは、他者の運動である感情体験の視覚情報を脳内に取り込み、認知的活動を必要としない自他の表象を自動的に同調させる点において、共感性の生起の始まりとして捉えることができる。共感性のプロセスでは、認知的側面である感情認知や視点取得などの状況判断も加わって、他者感情の代理的経験あるいは共有に至る共感性が成立する (皆川, 2007 ; 松本と高橋, 2011 ; 加藤と加藤, 2014 ; 大内田と出江, 2014)。この共感性の成立には、自己に身体化された感情の表象の起源が自己なのか他者なのかに加え、自己の感情体験の行為主が自己であるといった自他の判別が必要となる (松本と高橋, 2011 ; 加藤, 2014)。MNS は共感性の成立に深く関与すると考え

られているが、統合失調症では右頭頂葉下部での MNS 応答異常の報告もあり、MNS 機能異常を直接的に反映される可能性が示唆されている（加藤と加藤，2014）。

2) 共感性に必要な模倣

MNS の活動は、知覚された他者行為の表象を自己の脳内で生み出し、その表象を自己が共有することで他者同様の感覚運動レベルの模倣を可能とする（加藤と加藤，2014；大内田と出江，2014）。この感覚運動レベルとしての模倣は、表情、発声、ジェスチャーなどが含まれている（Singer と Lamm，2009；守口，2014）。また、新生児の表情模倣に見られるような、生得的で認知活動を必要としない自動的なシステムと考えられており（守口，2011；大内田と出江，2014）、成人においても同様の現象が確認できる（鈴木，2014）。認知活動の発達、感覚運動レベルが認知の中心として始まり、発達につれ言語などの記号的表象や形式的・抽象的な操作的思考が可能になる（守口，2014）。他者感情を理解する共感性では、自己の脳内で他者感情の表象を再現していると考えられており（松本と高橋，2011；加藤と加藤，2014）、共感性は一つの運動パターンである模倣として捉えることができる。

実際の人間の表情模倣は、他者表情以外の要因にも左右されることが分かっており、条件によっては観察した表情と相反する表情が表出されることが明らかになっている（Moody ら，2007；鈴木，2014）。他者の痛みの表情に際して、自己は他者同様の痛みの表情を浮かべることも考えられるが、痛みが自分自身に起きたかのように他者の表情とは違う驚きや恐怖の表情を浮かべるかもしれない。共感性における模倣とは、単なる他者感情の行為の再現でなく、自他判別を前提とした他者感情の表象の自己への身体化とその関連脳領域が連関する運動知覚活動であるとする（加藤と加藤，2014；鈴木，2014）。

模倣は、単に観察した行為を同じように実行、実現するだけでなく、認知的な脳機能に結び付く可能性があることが指摘されており（村田，2005）、模倣による経験学習が共感性を高め、より社会適応的な態度や行動に至ることが示唆されている（池淵ら，2012；明和，2014；大内田と出江，2014）。模倣は愛着の形成や利他的行動、観察学習の促進など様々な機能的意義も指摘されており（鈴木，2014）、どれも共感性に強く影響する。また経験学習は、MNS の形成に働きかけるとの考えも注目を集めている（明和，2014；大内田と出江，2014）。

認知的発達と共に拡大し引き出されていく共感性にとって（皆川，2007）、模倣による

学習経験の重要性は大きい。模倣は、統合失調症者の共感性を高める介入において必要と考えられる。

3) 他者感情の共有に必要な自他の区別

共感性が正常に作動する背景には、自他の区別が正常であることが前提となる（皆川，2007；加藤と加藤，2014；松本と高橋，2014）。しかし、統合失調症は、被影響体験、作為（させられ）体験、思考奪取などの自己意識の障害を有しており、行為や感情などの要因が自己に帰属するものか他者に帰属するかの主観的体験の誤帰属を生じる（加藤と加藤，2014）。これにより、共感性においては自己の感情体験が自己として体験されず他者からの支配や影響として体験されるため、自他の区別に困難が生じている（倉知，2006）。これら統合失調症の自己意識の障害に起因する自他の区別の障害は、自己主体感（sense of agency）の障害として捉えることができる（松本と高橋，2011；宮崎ら，2011；佐藤，2011；加藤と加藤，2014）。

自己主体感とは基本的な自己意識の1つであり、自己が行為の作用主体であると体験する感覚である（前田と加藤，2004；齊藤と高橋，2014）。行為の自他判別機能である自己主体感は、他者感情の共有を伴う共感性にとって、自他の区別の機構として考えられている（松本と高橋，2011）。他者感情の理解や共有である共感性の成立は、自己の脳内での運動と知覚の連関が重要であり（加藤と加藤，2014）、他者の内部状態を表象し自身の内部状態と一致させる内部表象システムが中心的役割を果たしていると考えられている（大内田と出江，2014；千住，2014）。自己主体感が得られないと、自己は自身の身体や周囲への物理的環境などの状況に注意を向け、不一致の原因を探索し、理解しようとする（杉浦，2009）。自己主体感に障害のある統合失調症者の場合、不一致の原因探索において他者の感情経験を自分の行為と認識した理由について過大に自己に帰属させ（齊藤と高橋，2014）、誤った他者理解と反応に至ると考えられる。自己主体感に障害を抱える統合失調症者は、感情の共有における他者感情との一致性に困難が生じ、他者交流に必要な共感性に影響すると考えられる。

5. 統合失調症の共感性の認知的な側面

1) 他者感情の認知

共感性の過程は、認知的な過程から始まり、知覚された他者感情を名前付け（ラベリング）し同定する感情認知から始まる（Feshbach と Roe, 1968; 菊池, 2014a; 中村, 2014）。他者交流の 70%は非言語的コミュニケーションであるが（福田, 2010c）、非言語的コミュニケーションの中でも特に顔の表情に表れる情報量が多いとされ（池淵ら, 2012）、他者の表情はその感情を推定するために重要である（宮田と村井, 2009; 井藤と中根, 2012）。感情は表情の表出を伴い、その表情は人種や文化の違いなどによらず共通の感情が読み取れることが明らかにされている（村井, 2006; 高橋, 2008）。

Hoffman (1984) によると、模倣が生じるためには他者表情などの知覚的な識別だけが必要であり、その後は自動的に共感性が生起されると述べている。少なくとも他者の表情観察は、自己内に他者の感情状態や表象を惹起させ、そこから生じる身体感覚と結びついた感情が他者の経験する感情として推察される（鈴木, 2014）。

統合失調症では他者の年齢や相貌の識別は保たれるが、他者表情からの感情認知の障害が認められる。6 つの基本感情（喜び、驚き、恐怖、怒り、嫌悪、悲しみ）のうち、ポジティブな感情には問題を示さないが、否定的な感情を誤認する傾向にあり、特に怒りと悲しみについて顕著であり、曖昧な表情を怒りと誤って捉える傾向にある（高畑と豊嶋, 2007; 最上と中込, 2011; 池淵ら, 2012）。このことは、統合失調症者が相手の親しみをこめた笑顔に親しみを感じ取るまでに時間を要したり、他者の不快感情の同定に時間を要したり、相手が怒っていても悲しそうと誤認したりと円滑な他者交流に困難があることから明らかである（村井, 2006; 宮本ら, 2007; 小海ら, 2011; 最上ら, 2011; 池淵ら, 2012; 鈴木, 2014）。この原因については、他者が表情を具体的に示す目や口などへの注意の維持困難や脳の各領域の体積減少、視空間認識の障害の存在が指摘されているものの、未だ明らかになっていない（村井, 2006; 中込ら, 2009; 小海ら, 2011; 最上ら, 2011; 最上と中込, 2011）。また、統合失調症者自身の感情表出にも障害が認められている（Mandal ら, 1998; 最上ら, 2011）。これら感情認知を司る神経基盤は、扁桃体を中心とした神経ネットワークが想定されているが（宮田と村井, 2009; 藤原と村井, 2015）、統合失調症では健常者と比較して扁桃体の灰白質体積が減少している（倉知, 2006; 宮田と村井, 2009）。他者交流において、他者の不快感情を認知することは円滑な対人関係を維持するために重要であり（池淵ら, 2012）、統合失調症の不快感情の認知を適切に保つ必要性は高いと考えられる。他者表情からの感情を適切に認知することは、円滑な他者交流を進める上で重要である（藤原と村井, 2015）。

2) 視点取得

共感性は他者感情の認知の次に、他者の意図や考え、役割などを予想する他者の視点取得に向かう（Feshbach と Roe, 1968 ; 菊池, 2014a ; 中村, 2014）。視点取得は、相手の立場になって相手の感情を想像することであり、相手の感情に自分を置いてその信念や意図、期待、望んでいることなどを知ることである（皆川, 2007 ; 野村, 2011 ; 加藤, 2014）。

統合失調症者は、自己の視点に固着する視点操作の障害を有しており、統合失調症の自己中心性（egocentrism）が他者交流に障害を来す（横田ら, 1988 ; 井村ら, 1998/2002）。統合失調症の他者交流では、唐突に会話の文脈から離れた話をしたり、自分だけが分かっている話を何の説明もなく切り出すなど、自分が知っていることは相手も知っていると考えているような場面が多く見られる（昼田, 2011）。昼田（2011）はこれについて、統合失調症は自分中心に物事を考えがちで他者の立場を理解しないという脱中心化の困難さを指摘している。統合失調症の他者交流場面での脱中心化の困難さは、表情や声の調子に感情をこめることが少なく、時に感情にそぐわない表情（表情錯誤）や話に主語が抜けるという特徴を示す（昼田, 2011）。

井村（2002）は、統合失調症者が共感性に必要な感情的な視点取得において、他者感情を想像する基本能力は有するが、時折、自己の感情が優先することがあると述べている。統合失調症者の思考は視点の変更がしにくく、視点の柔軟さとしての想像性が困難である特徴がある（昼田, 2011）。これらについては統合失調症者の自他の区別の障害に加え、自己の感情を抑制した上で他者感情を適切に統合することの困難さによるとも考えられている（井村, 2002）。

共感性は他者感情の共有がなされても、その後の関心が自分自身にしか向かなければ共感性とはいえない（遠藤, 2014）。視点取得は他者指向の共感的反応とも呼ばれ、他者指向の共感性に優れるものは他者関係において友好的な社会行動である援助や協力をとることが多く、また仲間から受けとることが多い（Davis, 1994）。統合失調症者の共感性を向上させるためには、認知的な側面としての視点取得機能への働きかけが重要となると考えられた。

6. 統合失調症者の地域移行に必要な共感性

我が国の精神医療では、平成 16 年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」による「入

院治療中心から地域生活中心へ」の基本理念に基づき、統合失調症者に対する地域移行に向けた具体的な施策が進められている。しかし未だ統合失調症者の入院患者数は減少していない（田尾，2008；木村，2015；山下ら，2017）。看護師は、統合失調症者の地域移行を支援する中心的役割を担っており、地域移行に必要な社会機能への介入が必要とされている（厚生労働省，2014）。

統合失調症者の精神症状の改善は薬物療法が有効であり、薬物療法の継続は再発防止にも重要である（斎藤，2008；住吉，2011）。統合失調症者の地域移行支援では、薬物療法の継続が前提となる（斎藤，2008；武田，2015）。これまでに看護師は、統合失調症者の服薬継続への支援として、治療への能動的姿勢の向上、疾患と服薬の必要性和知識の獲得、良好な関係性の維持などの様々な取り組みを実践し、その効果を明らかにしてきた（伊禮門ら，2010；前田ら，2010；山下ら，2017）。しかし現在の薬物療法において、対人機能を中核とする社会機能への効果は明らかにされていない（山根，2003；中込，2017）。統合失調症者が回復し、地域生活を継続させるためには症状の安定だけではなく、社会認知機能の改善も重要であると指摘されている（Wykes と Reeder, 2011a/b；中込，2017）。統合失調症者は、薬物療法と心理社会的な介入との統合的な治療が望まれている（杉原と村井，2013；河野，2015；稲田と石郷岡，2016）。

我が国での統合失調症への心理社会的な介入では、リカバリーの実践が広まり、その重要性が知られるようになってきた（野中，2011；小川，2011）。リカバリーは、症状や障害を抱えながらも希望や自尊心をもち、人生の新しい意味や目的を見出すことで充実した人生を生きていくプロセスである（Deegan, 1988；國方，2010）。リカバリーとしての主観的側面の回復は、自尊感情を取り戻し、生活の再構築に向けた活動的な姿勢に立てるような変化を生じさせる（小川，2011）。

統合失調症者は共感性の低下により、自身を支える他者との交流がうまくいかず、安定した地域生活の維持に困難を生じることが指摘されている（高橋ら，2006；昼田，2011；最上ら，2011）。地域移行を準備する入院中の統合失調症者についても、対人関係上の問題が多く、看護師との治療的な関係性に影響するとの指摘もある（山内，1996；竹内ら，2012）。統合失調症者にとって、周囲と支えあう関係性の構築は必要であり、円滑な他者交流と対人関係の形成に働きかける共感性への介入の必要性は高い。

7. 統合失調症の共感性を高める看護介入の可能性

1) 先行研究における共感性プログラム

統合失調症者以外を対象とする共感性の向上を目指した介入プログラムは、社会心理学や教育学の分野においていくつかの報告がなされている。例えば、渡辺（2005）は、視点取得理論を基盤とした共感性を育む VLF（Voice of Love and Freedom）プログラムを用い、その結果として児童の社会的スキル向上と対象への視点の変化が確認できたことを報告している。また、Ançel（2006）は、看護師の対人援護職としての共感性の向上を目指し、他者が抱える問題を相手の立場に立って考え理解するセッションを通してその共感性が向上したと報告している。さらに、西村ら（2015）は、Davis（1994）の共感性組織モデルを踏まえた葉山ら（2008）の共感性プロセスモデルに準じ、他者感情の敏感性から視点取得、模倣による感情の共有経験、ポジティブ・ネガティブ感情の共有経験とする介入を行った結果、専門学校生の視点取得と感情の共有についての効果が示されたと報告している。また有沢（2007）は大学生を対象に、共感性の学習による発達を注視し役割を演ずるロールプレイが共感性の育成に有効であると考え、カウンセリングのロールプレイを大学生に実施した結果、他者への共感性の困難さは体験できたが共感経験は得られなかったと述べている。また、金子ら（2014）は看護学生に対し、視点取得や想像を技法上の特徴とする筆記課題を用いた体験学習を実施したが、その結果として視点取得や想像性などの共感性の認知的側面の変容が確認できず、他者視点に立った共感的理解の向上に至らなかったと述べている。これら共感性の介入プログラムに共通することは、いずれも共感性が自己内でどのような過程で発現するのかを説明する共感性のプロセスに則っている点である。いずれも、Davis（1994）の共感性組織モデルにおける、先行条件、過程（認知的な側面）、個人内的結果（感情的な側面）を経た、共感性の対人的な結果に至るプロセスや、Feshbach と Roe（1968）の共感性過程モデルでの認知的な側面から感情的な側面を経て共感的な反応に至るプロセスを理論基盤としている。

2) 統合失調症者の社会認知機能への心理社会的介入

これまでの統合失調症者の地域移行に必要な心理社会的介入は、脳機能や形態などを焦点とした能力障害や社会技能の改善を目的として行われてきた（Pfammatter ら、2006；中込、2017）。しかし現在では、学習や記憶などの神経可塑性に働きかける認知機能の改

善を焦点とした社会認知機能への介入の試みが始まっている(前田と鹿島, 2007; 池澤ら, 2009; 守口, 2011; 池淵ら, 2012; 明和, 2014)。

統合失調症者の社会認知機能障害に対する介入プログラムは、多くの研究者によって様々なアプローチが試みられている(蟹江と中込, 2016)。感情知覚トレーニング(Training of Affect recognition; 以下、TAR)は、Wölwer ら(2005)により開発された表情知覚に焦点化したプログラムで、患者 2 名 1 組に対し全 12 セッションで実施され、社会認知基盤としての神経認知の改善を目的とする。第 1 段階(1~4 回)は、感情の表情の特徴を習得し、表情の特徴を言語化する。第 2 段階(5~8 回)は、表情からの感情同定の処理速度を向上するために、異なる感情強度の相違を読み取る。第 3 段階(9~12 回)では、社会的場面での表情模倣を行うプログラムである(最上ら, 2011; 蟹江と中込, 2016)。

Penn ら(2005)が開発した社会認知ならびに対人関係のトレーニング(Social Cognition and Interaction Training; 以下、SCIT)は、運動知覚の連関活動である模倣運動にも着目し、感情知覚、原因帰属様式、ToM の問題点を包括的に扱う(Roberts ら, 2011; 中込, 2017)。SCIT は社会認知機能に焦点をあて、感情や要求を正確に人に伝える上で助けとなり、対人的な目的を達成することを可能にすることを目指しており(安西, 1991)、伝統的な生活技能訓練(Social Skills Training; 以下、SST)とは異なっている(Roberts ら, 2011)。また、認知行動療法(Cognitive Behavior Therapy; 以下、CBT)の認知スキーマなどを直接的に取り上げる社会認知の内容へのアプローチと異なり、社会認知が形成されるプロセスに介入する点で異なっている(最上と中込, 2011; Roberts ら, 2011)。さらに SCIT は、統合失調症の治療に携わったことのある看護師は適任とされており、手順に記されるセッションの技法や方略への具体的手がかりを参考にすることで介入できるように設定されている(Roberts ら, 2011)。

SCIT は、第 1~第 3 段階までの全 20~24 セッションで実施されるマニュアル化された手法であり、5~8 名の患者に対し 2 名の治療者により構成された小集団で行われる(中込ら, 2009; 最上ら, 2011; 最上と中込, 2011)。セッションは少なくとも週 1 回で行われ、1 セッション 45~60 分で構成される(Roberts ら, 2011)。全セッションは、第 1 段階(1~7 回)の「導入と感情について(感情トレーニング)」、第 2 段階(8~15 回)の「状況把握」、第 3 段階(16~20 回)の「確認(統合と確認作業)」の 3 部で構成される(池澤ら, 2009; Roberts ら, 2011)。しかし、これら社会認知への介入は、表情知覚や社会知覚、ToM、結論への飛躍などを焦点とするプログラムは開発されているが(蟹江と中込,

2016)、統合失調症者の共感性に直接的に介入するプログラムは開発されていない。また、共感性の向上をその視座に入れる SCIT においても、全セッション終了にはおよそ 6 ヶ月の期間を要するため、入院期間が短期化している現状では適切な方法とはいえない。

共感性の向上は、経験学習としての介入により高めることができると考えられており (Reynolds と Scott, 1999)、社会での生活学習の乏しさが指摘される統合失調症にとって (池淵, 2004)、共感性への介入が必要であると考ええる。

3) 看護師による共感性の心理社会的介入

山内ら (1996) は、看護師による心理的な介入の利点として、統合失調症者に接する時間が最も長い職種であり、病棟での様々な生活場面に関わることを挙げている。一方で、病室以外で患者と接する場の少なさに伴う長期的な介入の困難、夜勤などの不規則な勤務時間、特定の患者への一定の時間確保が困難な業務内容、医師など多職種との関係性における看護師の主体性の制限などのために、看護師によるプログラムの提供が困難であるとの指摘もある (山内ら, 1996)。看護師による介入方法に求められる条件として、多くの看護師にとって理解しやすいものであること、患者にとっても受け入れやすいこと、日常の看護業務の中で行えること、日常の場で生じる問題について扱え、短期間である程度の成果が期待できることの 4 点を挙げ、患者の病棟内での生活の行動面に焦点を当てたものが望ましいとしている (山内ら, 1996)。菅原 (2016) は、これまでの精神科での看護介入が日常生活の不足部分を補うものであったと指摘し、リカバリー概念に則り、その人らしく生活するための行動を見出す重要性和患者自身が自ら援助を求められるような行動変容に至る介入の重要性について述べている。森 (1999) は看護師の役割について、患者と一对一の水平的な関係性において、患者自身の持つ能力を引き出しその能力を高めようとする気持ちを支えることであり、教育的かつ治療的という重要な役割を果たすと述べている。しかし精神看護では、社会認知機能を基盤とした社会機能の回復を目指す介入はあまり行われていない。入院中の統合失調症者の地域移行を支援するために、社会認知機能の回復を目指した共感性の心理社会的な看護介入を実践する必要性は高いと考えられる。看護師による共感性への介入は、統合失調症の日々の生活に日常的に存在する他者交流への個別的な看護支援であり、統合失調症者自身による行動変容に至る過程への介入である。患者、看護師双方が理解しやすく受け入れやすい、日常的で効果的な看護支援としての共感性への看護介入プログラムの構築が必要であると考えた。

Ⅱ 研究目的と意義

1. 研究目的

入院中の統合失調症者への共感性を高めるための看護介入プログラムを開発、実施し、その有効性について明らかにすることである。

2. 研究の意義

精神医療の方向性は、地域生活を中心とした医療へと進められているが（厚生労働省，2014）、統合失調症者の入院期間は長期化しており（厚生労働省，2015）、これによる弊害も懸念されている（紅林，2015）。統合失調症者は、入院によって生活の変更を強いられることの他に再発する可能性が大きい慢性疾患であり、認知機能障害を有し本来の対人機能を十分に発揮できない状態になることも少なくない。統合失調症者の地域生活への移行が困難な理由の1つに対人機能の影響もある（最上ら，2011；昼田，2011；池淵ら，2012）。これまで盛んに実施されていた SST などの対人機能の向上を目指した社会技能的な介入は効果が芳しくない（Pfammatter ら，2006）。統合失調症の認知機能障害は対人機能に影響すると考えられているが（兼田ら，2008；中込ら，2010；紅林と大瀧，2015）、対人機能を認知機能の観点から介入した看護師の報告は見当たらなかった。

本研究は、対人機能について認知機能の観点から捉え、社会認知機能である共感性を高めるための看護介入プログラムを作成、実施し、その有効性を検討することから、看護師への新たなアセスメントを提供することにつながると考える。また、統合失調症者の共感性についての適切なアセスメントが可能になることで、対人機能の向上に対する根拠のある看護介入を検討、実施することができると考える。共感性を高めるための看護介入プログラムは、統合失調症者の社会生活における他者との良好な関係の形成に有用に働きかけると期待でき、安定した社会生活への一助として寄与できるものと考えている。

個別的な支援が可能な看護師による介入は、統合失調症者が自分らしく生活するための行動を見出し、自ら援助を求められるような行動変容に至る気持ちを支える重要な役割を果たすと考ええる。

3. 用語の定義

1) 共感性

「単なる他者理解という認知的過程ではなく、認知と感情の両方を含む過程であり、他者の感情の代理的経験あるいは共有を伴う認知機能」（澤田，1992；皆川，2007）と定義する。

2) 表象

「対象に関して表現される表記、記号、シンボル、あるいはそれらの集合であり、脳内に実現される表現形式」と定義する（須藤，1999；北村，2004a；大久保，2013）。

3) 模倣

模倣とは、内部表象システムの形成に関与する運動学習であり、「単なる他者感情の行為の再現でなく、自他判別を前提とした他者感情の表象の自己への身体化とその関連脳領域が連関する運動知覚活動」（加藤と加藤，2014；鈴木，2014）と定義する。

4) 感情認知

「知覚された他者感情を名前付け（ラベリング）し同定する能力」（Feshbach と Roe, 1968；中村，2014；菊池，2014a）と定義する。

5) 視点取得

本研究に用いる視点取得は、視点取得の3次元の内、知覚的視点取得を除く認知的視点取得と感情的視点取得の2要素を持つ能力とし（井出，2002）、「自他の立場になって他者感情を想像することであり、自他の感情に自分を置いてその信念や意図、期待、望んでいることなどを知ること」（皆川，2007；野村，2011；加藤，2014）と定義する。

6) 他者感情の代理的経験あるいは共有

「自己の脳内で形成された他者感情の身体化された表象が、自己の身体化として再現されること」と定義する（加藤，2014）。

7) 自尊感情

「自分はこれでよいと感じる、自分自身に対して尊敬でき、価値ある人間ととらえることができる程度」(桜井, 2000 ; 内田と上埜, 2010) と定義する。

4. 概念枠組み

本研究の概念枠組みを図1に示す。

統合失調症者は、対人機能における共感性に障害があるために、日常生活場面や就労などにおいて困難を生じやすい。共感性は、他者理解とその感情を認知する能力が共感性の基礎となり、個人の認知機能の発達に伴って変化、拡大していくと考えられている。共感性は、他者を理解すること、その感情を認知する能力が基礎となって社会的行動に導き、他者の感情を共有することであり、成長とともに発展していく認知機能である。すなわち共感性は、感情を認知し、他者の視点を取得し、他者の感情を共有することによって得られる。感情を認知することとは、他者が何を知り、何を意図して、期待しているかを知り、知覚された感情をラベリングし、同定することである。また他者の視点を取得することとは、自分と他人との違いを知った上で、他者の感情を想像し、相手の信念や意図、期待や望んでいることと自分のそれとの違いを認識することである。さらにこの他者の感情を共有することは、自分のことのように感じるという一連のプロセスが必要となる。

統合失調症者は、発症するまでは認知機能が発達するが、発症年齢や治療経過により影響が生じる。さらに抗精神病薬や抗コリン作用のある薬物療法のみならず、作業療法やデイケアなどの治療内容や入院の有無、入院期間や回数なども影響があると考えられている。さらに、精神症状は認知機能障害を基に形成されており、精神症状の重症度は認知機能を推定する上で重要である。これらの影響によって、統合失調症者は他者感情を知る手がかりになる表情の読み取りが困難になったり、自己の視点到固着する視点操作の障害を有しており、他者感情の共有が不十分となる。

これまでの共感性を高める取り組みおよびプログラム開発の理論基盤は、共感性のプロセスに関する研究群であり、認知的過程、感情的過程を経て、共感的反応につながるものが論じられている。また、社会認知の介入方法においても、認知様式を直接的に取り上げる社会認知の内容へのアプローチと異なり、社会認知が形成されるプロセスに介入している。これらは、共感性の向上が、その経験や体験の介入により高めることができるとの考

えに則しており、他者感情の共有としての他者感情の経験を繰り返し経験する運動と知覚を連関させる反復学習に基づいており、社会での生活学習の乏しさが指摘される統合失調症にとって、これら共感性への介入は必要かつ有効であると考ええる。しかし共感性を焦点とする統合失調症者への介入は行われておらず、社会技能的な学習ではない社会認知の形成プロセスに即した共感性の介入プログラムも開発されていない。

以上を踏まえ、本研究では共感性プロセスに則り開発した看護介入プログラムを実施し、認知的な過程を構成する感情認知と視点取得において運動知覚の連関活動である模倣による他者感情の経験を反復学習することで、統合失調症の共感性の向上を目指すものである。社会的な相互交流に必要な共感性の向上は、対人機能を向上させる可能性が考えられる。

Ⅲ 研究方法

1. 研究対象施設

精神科病棟を有する病院

2. 対象者

精神科病棟に入院中の統合失調症者 73 名

1) 選定基準

- (1) DSM-5 または ICD-10 の診断基準において統合失調症の診断を受け、精神科病棟に入院中の急性増悪期を脱し回復期にある者
- (2) 20 歳以上、65 歳以下の者
- (3) 担当医師および担当看護師の双方により、本研究への参加が可能であり病状が耐えうると判断された者
- (4) 本研究の趣旨に同意し、本人の自由意思に基づいて本研究への協力が得られた者

2) 除外基準

- (1) 本人が本研究への参加に同意しない場合
- (2) 知的障害、発達障害、認知症の診断を受けている者

3) 対象者の選定方法

- (1) 対象施設において精神科医師、看護師長、看護師に、非介入群の研究対象施設説明書（資料 1-1）と介入群の研究対象施設説明書（資料 1-2）を用いて研究の趣旨、目的、方法、倫理的配慮について説明し、研究協力依頼と選定基準に適合する研究対象者候補の紹介を依頼した。
- (2) 紹介を受けた非介入群および介入群の研究対象者候補に、研究者がそれぞれ研究対象者説明書（資料 2-1、2-2）を用いて研究の概要・意義・方法・倫理的配

慮等について口頭にて説明を行った。

- (3) 研究対象者への説明後に再度、研究への参加の意思を確認し、本人の自由意思に基づき研究協力への同意が得られた者のみ、それぞれ同意書（資料10-1、10-2）への署名を依頼し、署名が得られた者のみを研究の対象とした。

4) 中断基準

- (1) 本人が中断を希望する場合、または同意が撤回された場合
- (2) 主治医もしくは担当看護師より病状の不安定さから中断を指示された場合
- (3) 調査および介入中に精神症状が不安定になり、研究を中止すべきと研究者が判断した場合

3. 看護介入プログラムの作成

1) 統合失調症者への共感性の介入方法

本研究の、入院中の統合失調症者に対する共感性を高めるための看護介入プログラム（以下、看護介入プログラム）は、Davis（1994）の共感性組織モデルを理論的基盤とする。プログラムの構成及び内容は、西村ら（2015）の「共感性を高める教育的介入プログラム（以下、教育的介入プログラム）」を参考にする。

教育的介入プログラムは、専門学校生を対象としたグループプログラムであり、Davis（1994）の共感性組織モデルを参考に作成された葉山ら（2008）の共感性プロセスモデルに基づいて開発されている。葉山ら（2008）の共感性プロセスモデルは、介入可能性に考慮したモデルであり（西村ら，2015）、他者感情に関心を持ち敏感に察知する傾向である「他者感情への敏感性」が視点取得に先行し、全体的に認知的側面が感情的側面に影響を及ぼすことを仮定している。次に続く感情的側面は、ポジティブな感情とネガティブな感情の共有からポジティブな感情への好感とネガティブな感情への同情とする他者指向的な反応を持つ傾向に至るとする。統合失調症者は、ポジティブな感情には問題を示さないが、否定的な感情を誤認する傾向にあり、特に怒りと悲しみについて顕著であり、曖昧な表情を怒りと誤って捉える傾向にあることから（高畑と豊嶋，2007；最上と中込，2011；池淵ら，2012）、教育的介入プログラムの構成は、統合失調症に対する共感性を高めるためのプログラム構成に有効であると考えた。本研究での看護介入

プログラムは、西村ら（2015）と同様に、Davis（1994）や葉山ら（2008）を踏まえ、認知的側面から感情的側面という流れで各共感性の要素へ介入することにより、個人内の共感性発現のメカニズムに沿った介入が可能になると考えた。

教育的介入プログラムは共感性を視座とするため、参加者同士の関係性向上目的とともに、模倣や感情的な結果である他者感情の共有への経験学習としてのエクササイズを多く取り入れている。認知機能への介入に共通する点について池淵（2011）は、適切な難易度と個別の学習能力に合わせた進行の重要性を述べ、基礎的な機能は反復練習し、複雑な機能は手がかりを与えられている。共感性は認知的側面の発達に伴って変化・拡大するという形成プロセスであるため（皆川，2007）、認知機能への介入の観点からも、毎セッションでの認知的過程に応じた他者感情の共有に至るプロセスへの経験学習を反復練習することが有効であると考え、看護介入プログラムにもエクササイズを多く取り入れる。更に、教育的介入プログラムには、共感性の向上はその経験のみならず他者から共感されたという被共感的経験も関与するとして（小野と田頭，2005；鈴木と石村，2016）、他者による自己の感情の受容経験（以下、受容経験）が用いられている。看護介入プログラムにおいても、セッションに応じて受容経験を取り入れる。

本研究の看護介入プログラムは、急性増悪期を脱し回復期にある入院中の統合失調症を対象とするため、統合失調症の社会認知の形成プロセスに介入する包括的プログラムの SCIT も参考にする。SCIT は集団精神療法であり（Roberts ら，2011）、他者感情の共有に至る共感性プログラムではないが、運動知覚の連関活動である感情の模倣経験学習に着目しており、使用される教材や手順が応用可能と考えた。更に、浦田（2004）の「心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン（以下、ガイドライン）」の「リハビリテーション期にある精神障害者本人への心理教育」の項のガイドラインも参考にした。

2) 看護介入プログラムの概要

本看護介入プログラムの概要を図 2 に示した。

看護介入プログラムは、短期間である程度の成果が期待できることが必要である（山内ら，1996）。教育的介入プログラムでは、およそ週 1～2 回のセッションで、1 セッション 50～60 分の全 6 セッションである。ガイドラインでは、週 1 回のセッションで、1 セッション 60 分の全 5～10 セッションを推奨している。本研究の看護介入プログラム

は、共感性プロセスに沿った教育的介入プログラムの構成を基盤とし、またプログラム前後調査を含め入院期間の目安の 3 ヶ月を超えない設定が必要となるため、週 1～3 回のセッションで 1 セッション 45～50 分の全 5 回と前後調査の 2 回の構成とし、全期間を 3 週間とした。尚、対象者は入院治療中であるため、集中力と疲労に配慮して 15 分～20 分に 5 分～10 分程度の休憩時間を取ることにする。また、統合失調症者への介入には適切な難易度と個別の学習能力に合わせた進行が重要であるため（池淵，2011）、研究者と対象者の 2 名による個別方式で行うこととする。

本研究で用いる看護介入プログラムの全 5 回の各セッションは、セッション 1 では看護介入プログラムの目的と経験学習の必要性の理解を、セッション 2 および 3 では感情認知からの他者感情の共有を、セッション 4 と 5 では仮想場面での視点取得からの他者感情の共有を焦点とする。全セッションにおいて、共感性プロセスとしての認知的過程から感情的過程としての他者感情の共有経験を反復学習することで、統合失調症者の共感性を向上させるものである。定量的評価のタイミングは、全セッション終了後の 3 日目とし、各セッションにおいては研究者との会話のやり取りをフィールドノートに筆記記録し、感情の共有に至る経験学習への変化を検討する。

3) 看護介入プログラムの内容

(1) セッション 1（看護介入プログラムの目的と経験学習の必要性の理解）

共感性は、自他の類似性や利害関係、相性などによる促進・抑制の条件や個人差があるため（小代，1989；Davis，1994；中村，2014）、研究者と対象者との関係性が重要となる。そこでセッション 1 では教育的介入プログラムと同様に、看護介入プログラム上での自己開示を促進するための研究者と対象者の関係形成を目的としたアイスブレイキングを取り入れる。

最初は、両者の自己紹介に始まり、研究者に関する質問等を本研究に影響のない範囲で受け付ける。次に、対人コミュニケーションに必要な共感性について説明し、本研究の看護介入プログラムの目的を理解することで、プログラムへの動機付けを高める。更に、共感性の基盤となる模倣と共感性の経験学習の重要性についても説明し、共感性への理解を深める。次に、模倣運動のアイスブレイキングとして「あいこジャンケン」「こっち向いてホイ」を行う。続いて、研究者による 6 つの基本感情の表情を模倣し、その表情を鏡で確認することで、自己の表情表出の気づきを行う。また、

模倣を通した感情の共有を経験してもらう。最後に、対象者に「セッションの達成度」について、0%、25%、50%、75%、100%の 5 段階で評価していただき、感想を述べていただく。

(2) セッション 2 (感情認知トレーニング その 1)

セッション 2 では、他者感情の手がかりとなる表情の読み取りと他者感情を同定する、感情認知トレーニングを行う。

最初は、対人コミュニケーションにおける感情認知の必要性について説明し、他者が表情に身体化する感情体験を通して、他者が何を知り、意図し、期待しているかを知ることができることの理解を深める。

次に、男女それぞれ全 7 種類の計 14 枚の表情イラストを用い、表情を模倣し鏡で確認した上で感情を同定してもらう。その際は、「回答の確からしさ」について、0%、25%、50%、75%、100%の 5 段階で評価していただく。また、模倣を通した感情の共有を経験してもらう。正答の場合は表情のどのような情報が役に立ったかを尋ね、誤答した場合はどのような情報を利用したかを尋ねる。

最後に、対象者に「セッションの達成度」について、0%、25%、50%、75%、100%の 5 段階で評価していただき、感想を述べていただく。

(3) セッション 3 (感情認知トレーニング その 2)

セッション 3 では、セッション 2 と同様の目的で実施されるが、共感性の向上はその経験のみならず被共感的な経験も関与するため(小野と田頭, 2005; 鈴木と石村, 2016)、教育的介入プログラムで用いられる受容経験を取り入れる。

まず、セッション 2 の復習として、男女混合の全 7 種類の計 7 枚の表情イラストを用い、表情を模倣し鏡で確認した上で感情を同定してもらう。その際は、「回答の確からしさ」について、0%、25%、50%、75%、100%の 5 段階で評価していただく。また、模倣を通した感情の共有を経験してもらう。正答の場合は表情のどのような情報が役に立ったかを尋ね、誤答した場合はどのような情報を利用したかを尋ねる。

次に、6 つの基本感情を対象者により表情表出していただき、研究者による感情の同定を行う。研究者が正答の場合は、表情を模倣する際の顔の部位の工夫について尋ね、誤答した場合はどのように顔の部位の工夫をすれば良かったかを尋ねる。研究者の模

做を通した受容経験と感情の共有を経験してもらう。

最後に、対象者に「セッションの達成度」について、0%、25%、50%、75%、100%の5段階で評価していただき、感想を述べていただく。

(4) セッション4（ネガティブな仮想場面での視点取得および感情の共有と受容経験）

セッション4では、教育的介入プログラムを参考に、ネガティブな仮想場面に対して自他それぞれの立場でその状態を理解することで、受容経験と感情の共有を経験し、どのような言葉かけをすれば相手が喜ぶかもしくは悲しくなるかを考えることを目的とする。仮想場面は統合失調症のネガティブな感情の特徴を踏まえた怒りと悲しみ場面とし、登場人物の対象者との類似性を高めるため、友人、家族、兄弟、親しい人などにする。

最初に、対人コミュニケーションにおけるネガティブな感情のコントロールの重要性について説明する。

次に、怒りと悲しみの仮想場面について文章と場面を模したスライドを用い、状況の理解をしていただく。続いて、状況に応じた登場人物の感情を推測し、感情を共有してもらう。その後、彼（彼女）が喜ぶ、もしくは温かい言葉かけを述べてもらい、その理由を述べる。また、登場人物が悲しむ、もしくは冷たい言葉かけを述べてもらい、その理由を述べる。

次は、対象者が登場人物を自分に置き換えて、感情を生起する。研究者から、対象者が喜ぶ、もしくは温かい言葉かけを述べてもらい、受容経験の感想を述べる。また、対象者が悲しむ、もしくは冷たい言葉かけを述べてもらい、受容経験の感想を述べる。

最後に、対象者に「セッションの達成度」について、0%、25%、50%、75%、100%の5段階で評価していただき、感想を述べていただく。

【ネガティブな仮想場面の例】

- あなたの親友は、自分の部屋にある青いソファに座るのが大好きだ。しかし、彼が外出中に彼の父親がそのソファを捨ててしまった。
- あなたを普段から気に掛けてくれる友人は、自分の飼っている犬の花ちゃんをととても大事にかわいがっています。しかしたった今、その友人は犬の花ちゃんが車に轢かれたと聞かされました。

(5) セッション5（ポジティブな仮想場面での視点取得および感情の共有と受容経験）

セッション5では、教育的介入プログラムを参考に、ポジティブな仮想場面に対して自他それぞれの立場でその状態を理解することで、受容経験と感情の共有を経験し、どのような言葉かけをすれば相手が喜ぶかもしくは悲しくなるかを考えることを目的とする。仮想場面は喜び場面とし、登場人物の対象者との類似性を高めるため、友人、家族、兄弟、親しい人などにする。

最初に、対人コミュニケーションにおけるポジティブな感情のコントロールの重要性について説明する。

次に、喜びの仮想場面について文章と場面を模したスライドを用い、状況の理解をしていただく。続いて、状況に応じた登場人物の感情を推測し、感情を共有してもらう。その後、彼（彼女）が喜ぶ、もしくは温かい言葉かけを述べてもらい、その理由を述べる。また、登場人物が悲しむ、もしくは冷たい言葉かけを述べてもらい、その理由を述べる。

次は、対象者が登場人物を自分に置き換えて、感情を生起する。研究者から、対象者が喜ぶ、もしくは温かい言葉かけを述べてもらい、受容経験の感想を述べる。また、対象者が悲しむ、もしくは冷たい言葉かけを述べてもらい、受容経験の感想を述べる。

最後に、対象者に「セッションの達成度」について、0%、25%、50%、75%、100%の5段階で評価していただき、感想を述べていただく。

【ポジティブな仮想場面の例】

- あなたの親しい友人は、昔から自然が大好きである。彼女の父親が、彼女に来週末にキャンプ旅行に行こうと言った。
- あなたの友人はカレーライスが大好きですが、明日の昼食がカレーライスと書かれた献立表を見えています。

4) 看護介入プログラムに用いる教材（資料3）

共感性を視座とする教育的介入プログラムでは、他者の喜びなどのポジティブ感情と他者の悲しみや苦痛などのネガティブ感情に着目し実施されている。本研究の看護介入プログラムは全5回のセッションであり、介入に用いられる主題としての感情の種類は

統一する必要がある。統合失調症者を対象とする SCIT での感情トレーニングでは、表情を手がかりとした喜び、悲しみ、恐怖、怒り、驚き、嫌悪、の 6 種類の基本感情に加え、感情なしの全 7 種類の表情で行われている。統合失調症は、曖昧な表情の場合は不快な感情として認知する傾向にあるため（村井，2008；池淵ら，2012）、曖昧な表情としての感情なしを用いることは有効であると考ええる。よって、看護介入プログラムで用いる感情種類の細分は、6 種類の基本感情と感情なしの全 7 種類とする。表情による感情の読み取りは、人種や文化の違いはないとされるが（村井，2006；高橋，2008）、SCIT では邦人の表情写真が用いられており、看護介入プログラムにおいても同様に邦人の表情を用いることとする。用いる表情は、SCIT の「他者の感情を推測する」CD-ROM に収録された男女 20 名による表情写真から抽出した男女それぞれ全 7 種類の計 14 枚の表情イラストを基本に用い、ノートパソコンによる画像の表示とする。また、看護介入プログラムの各セッションでは、その目的や方法などについて研究者と対象者の認識の乖離を最小限にするために、セッションの進捗を可視化できるパンフレットを作成した（資料 3）。

4. 看護介入プログラムの実施手順

1) 看護介入プログラムの前準備

当日の主治医および担当看護師に看護介入プログラム実施可否を確認し、許可の得られた場合に看護介入プログラムを実施した。

2) 看護介入プログラムの実施判断

対象者に挨拶し、身体状態、睡眠および食欲の有無、精神状態について確認した。研究者による対象者への観察を行い、看護介入プログラム実施の可否について確認の上、可能と判断された場合に実施した。

3) 看護介入プログラム実施における留意点および中断と中止の判断

介入プログラムおよび前後の評価面接中は、対象者の疲労や体調の変化をよく観察し、考慮し、適宜声をかけた。対象者が疲労を訴える場合、または、訴えない場合においても研究者が対象者の疲労や体調の変化を感じた場合は、休憩した。その後、問題なけ

れば再開し、そうでない場合は中止し、次の機会に調査が可能か確認した。確認の際は、対象者の心情に配慮した対応を行った。また、調査中に対象者の病状や症状が不安定となり、研究者が調査を中断すべきと判断した場合には、調査を中断した。

4) 次回予定の確認と報告

看護介入プログラム終了後に、対象者と次回の日程とテーマを確認した。その後、速やかに当日の受け持ち看護師に看護介入プログラムの終了と内容の報告をした。

5. 調査方法

1) 調査期間

平成 28 年 11 月～平成 29 年 8 月の約 10 ヶ月間

2) 調査内容

(1) 対象者の背景

年齢、性別、発症年齢、入院期間、入院回数、作業療法の利用状況、デイケアの利用状況、合併症について 1 回目評価面接の当日に診療録より情報収集した（資料 4）。

薬物療法における抗精神病薬内服量はクロルプロマジン換算（CP）換算とし、抗コリン薬はビペリデン（BPD）換算とし、1 回目調査および 2 回目調査の当日に診療録より情報収集し算出した（資料 4、5）。

精神症状は、陽性・陰性症状評価尺度（Positive and Negative Syndrome Scale ; PANSS）を用いた（資料 6-1、6-2）。PANSS は、陽性症状 7 項目、陰性症状 7 項目、総合精神病理尺度 16 項目の全 30 項目（7 件法）で構成され、各項目は 1 点「なし」から 7 点「最重度」の 7 段階で評定される。得点が高いほど精神症状が重症であることを示している。

山田ら（1991）による PANSS マニュアルの面接手順と面接での参考になる質問例に従い（Kay ら，1991）、研究者による 1 回目調査および 2 回目調査での面接による客観評価とし、半構成的面接を実施した。

(2) 対人機能 (資料7)

対人機能の測定には、精神障害者社会生活評価尺度 (Life Assessment Scale for the Mentally Ill ; LASMI) を用いた。

LASMI は、岩崎ら (1994) により統合失調症の社会生活能力を客観的かつ包括的に評価するために作成された尺度であり、その信頼性と妥当性が確認されている。本研究では、LASMI の下位尺度「対人機能 (Interpersonal relations)」(以下、LASMI-I) の会話 7 項目、集団活動 2 項目、人づきあい 4 項目の計 13 項目で測定する。各項目は 0 点「問題なし」から 4 点「大変問題がある」の 5 段階で評価される。得点が高いほど、社会生活能力の障害が重度であることを示す。但し、人づきあい項目の「異性とのつきあい」については、これが確認されない場合は 9「不明」と評価し、得点として採用しない。

LASMI-I は測定者としての研究者の直接観察による客観的評価とし、1 回目調査および 2 回目調査での面接時にそれぞれ行い、対人機能のアウトカムを調査した。

(3) 共感性 (資料8)

共感性の測定には、鈴木と木野 (2008) により作成された多次元共感性尺度 (Development of the Multidimensional Empathy Scale ; MES) を使用した。

MES は、共感性の測定に現在で最も用いられている Davis (1980/1983) 「対人反応性指標 (Interpersonal Reactivity Index ; IRI)」の問題点を改善するために作成された。IRI は、「視点取得」(自発的に他者の心理的観点を取ろうとする傾向)、「想像性」(架空の人物の感情や行動に自分を投影して想像する傾向)、「共感的配慮」(他者に対する同情や配慮など他者指向的な感情)、「個人的苦痛」(他者の苦しむ場面における不安や不快など自己指向的な感情) の 4 つの下位尺度で構成され、共感性の認知的側面と感情的側面、他者指向的反応と自己志向的反応という 2 軸により概念的に区別されるが、その弁別性の実証がされていない。また、Davis (1994) によると、感情的な側面は並行的所産 (観察他者の感情をそのまま再生するもの) と応答的所産 (他者の感情と必ずしも同じでなくとも広い意味で対応した感情の経験) の 2 つに大別されるが、並行的所産に当てはまる概念が含まれていないことから、鈴木と木野 (2008) の MES では新たに「被影響性」(他者の心理状態に対する素質的な巻き込まれやすさ) という概念を組み込んだ。

MES は、認知的側面として他者指向的な「視点取得」5 項目と自己指向的な「想像性」5 項目、感情的側面として他者指向的な応答的所産である「共感的配慮」（下位尺度名は「他者指向的反応」）5 項目と自己指向的な応答的所産である個人的苦痛（下位尺度名は「自己指向的反応」）4 項目、および並行的所産である「被影響性」5 項目の 5 因子 24 項目からなる尺度である。各項目は 1 点「全くあてはまらない」から 5 点「とてもよくあてはまる」の 5 段階で評定され、共感性の認知的側面と感情的側面の自己指向的反応の弁別に用いることができる。本尺度は大学生が対象であり統合失調症に用いられてはいないが、 α 係数の再検査信頼性は $r = .68 \sim .74$ を示し、統合失調症を対象とする調査に用いることができると考えた。

MES は対象者による主観的評価とし、1 回目調査および 2 回目調査での面接時にそれぞれ行い、共感性のアウトカムを調査した。

（4）自尊感情（資料 9）

自尊感情の測定には、Rosenberg 自尊感情尺度日本語版（桜井，2000）を使用した。最も多く用いられる自尊感情測定尺度に Rosenberg 自尊感情尺度（Rosenberg Self Esteem Scale ; RSES）があり日本語版が多く存在するが、本研究で用いる尺度は、山本ら（1982）による日本語版を桜井（2000）が再修正したものである。

自尊感情尺度は、10 項目から構成され、1 点「強くそう思わない」から 4 点「強くそう思う」の 4 段階で評定される。自尊感情は、「自信」や「優越感」を意味するものではなく、自分は「これで良い（good enough）」と感じる程度として「自己受容」を意味するような高さを示すと考えられている（桜井，2000）。自尊感情の低さは、自己拒否、自己不満足、自己軽蔑を表し、自己に対する尊敬を欠くことを意味している。

Rosenberg 自尊感情尺度日本語版は対象者による主観的評価とし、1 回目調査および 2 回目調査での面接時にそれぞれ行い、自尊感情のアウトカムを調査した。

3) 調査手順

（1）非介入群

①調査は 1 回目調査から 3 週間経過し、通常の治療と看護を受けた対象者に 2 回目調査を実施した。

②同意が得られた対象者と、事前に調査の日時と場所を約束した。調査のタイミング

は、対象者の診察や治療、生活場面での負担のかかりにくい日時と場所を確認し、対象者と相談して決定した。

- ③調査の実施前に、担当医師と担当看護師に、対象者が実施に耐えられる状態であるか確認し、可能であることを確認した後に、対象者に対して再度研究参加への意思を確認し、参加の意思のある場合に実施した。
- ④調査中に対象者が疲労を訴える場合には休憩した。対象者からの訴えがなくても、研究者から体調の変化がないか声をかけた。健康状態を確認して問題がなければ再開し、疲労が強ければ中止し、次の機会に可能か確認した。確認の際には、対象者の心情を踏まえ、無理強いしないよう配慮した。
- ⑤調査から得るデータは、対象者の個人名、ID 番号と対処者番号記載した対応表を作成することで管理し、連結可能匿名化した（資料 1 2・1）。匿名化したデータは調査施設情報管理責任者の確認を得た上で施設外に持ち出し、分析した。

（2）介入群

- ①調査は看護介入プログラム前後調査の全 2 回とし、後調査のタイミングは全セッション終了の 3 日後とした。
- ②本研究に同意が得られた対象者と、事前に評価面接の日時と場所を約束した。調査のタイミングは、対象者の診察や治療、生活場面での負担のかかりにくい日時と場所を確認し、対象者と相談して決定した。
- ③前後評価面接の実施前に、担当医師と担当看護師に、対象者が実施に耐えられる状態であるか確認し、可能であることを確認した後に、対象者に対して再度研究参加への意思を確認し、参加の意思のある場合に実施した。
- ④面接調査中に対象者が疲労を訴える場合には休憩した。対象者からの訴えがなくても、研究者から体調の変化がないか声をかけた。健康状態を確認して問題がなければ再開し、疲労が強ければ中止し、次の機会に可能か確認した。確認の際には、対象者の心情を踏まえ、無理強いしないよう配慮した。
- ⑤面接調査から得るデータは、対象者の個人名、ID 番号と対処者番号記載した対応表を作成することで管理し、連結可能匿名化した（資料 1 2・2）。匿名化したデータは調査施設情報管理責任者の確認を得た上で施設外に持ち出し、分析した。

4) 分析方法

統計処理は、IBM SPSS Statistics Ver.24 を用いて分析を行った。

対象者の背景は記述統計を、各群内での評価指標の得点の比較は、Wilcoxon 符号付順位検定を行った。有意水準は 5%とした。群間の比較は、各評価指標の得点から検討した。

6. 倫理的配慮

1) 対象者の人権擁護

本研究は対象者の人権擁護を図るため、非介入群は筑波大学医学医療系「医の倫理委員会」(通知番号第 1123 号)、介入群は筑波大学医学医療系「医の倫理委員会」(通知番号第 1112 号)で承認後、研究対象施設の倫理審査にて研究計画書の内容及び実施の適否等について、倫理的な側面の審議承認の上で研究を実施した。

本研究への協力は、対象者の自由意思を尊重し任意での研究協力とし、研究への協力は断ることができ、その場合には不利益を被ることはないこと、また協力に強制力が働かないように配慮した。研究調査の実施では、プライバシーに十分に配慮するとともに調査の質の担保に努め、対象者への不利益がないように対象者の安全性と人権擁護に最大限の配慮を行うことについて十分に留意しながら実施した。

研究期間中は、施設長および医師、看護師と緊密に連絡を取り、問題が生じた場合は直ちに報告し指示を受けた。

2) 対象者の理解と同意を得る方法

研究対象施設部署の責任者に対して、非介入群および介入群のそれぞれ研究対象施設説明書(資料 1-1、1-2)を使用して、研究の内容を説明した。本研究の目的、意義、方法、調査への協力は自由意思で行われるものであり、研究に協力しなくても不利益を被らないこと、個人情報保護に努めデータは匿名化し統計学的に処理するために個人が特定されないこと、調査で得られたデータは研究以外の目的で使用しないこと、研究結果を学会発表や論文投稿する場合には施設名や個人名が特定されることのない情報のみを用いて発表することを説明した。

対象者となる統合失調症者に対しては、非介入群および介入群のそれぞれ対象者用説

明書（資料 2・1、2・2）を使用して、以下の内容を説明した。

（１）非介入群

- ①研究目的
 - ②研究方法
 - ③研究の意義
 - ④面接実施者は研究者本人であること
 - ⑤研究参加は自由意思であり、研究に協力しなくても不利益を受けないこと
 - ⑥研究参加に当たっての利益と不利益について
 - ⑦個人情報とは匿名化し、個人が特定できない形式に記号化した番号で管理すること
 - ⑧調査データの閲覧は、研究者とその指導教員に限定すること
 - ⑨個人情報や調査データが第三者に渡ったり、外部に漏れることはないこと
 - ⑩得られた情報やデータは、調査以外の目的で使用しないこと
 - ⑪研究調査は施設長、主治医、担当看護師の許可を得て開始すること
 - ⑫研究調査は施設長、主治医、担当看護師の協力を得ながら進めていくこと
 - ⑬同意書（資料 1 0・1）に署名し研究参加に同意した場合でも、不利益を被ることなくいつでも撤回できること
 - ⑭撤回の意思のある場合は、同意撤回書（資料 1 1・1）への記載を依頼し、同意撤回書の署名をもって同意の撤回とすること
 - ⑮研究参加による費用の負担は一切ないこと
 - ⑯希望された場合には、研究計画に関する資料を閲覧できること
 - ⑰看護系の学会発表や論文投稿（インターネット公開も含む）すること
 - ⑱本研究への問い合わせ先について、研究の問い合わせはいつでもできること
 - ⑲参加同意後は、調査中いつでも研究への質問や意見を行うことができること
- 以上を説明し、同意書への署名が得られた対象者に対して研究調査を実施した。

（２）介入群

- ①研究目的
- ②研究方法
- ③研究の意義
- ④面接実施者は研究者本人であること

- ⑤研究参加は自由意思であり、研究に協力しなくても不利益を受けないこと
 - ⑥研究参加に当たっての利益と不利益について
 - ⑦個人情報 は匿名化し、個人が特定できない形式に記号化した番号で管理すること
 - ⑧看護介入プログラムでの対象者とのやり取りを筆記すること
 - ⑨調査データの閲覧は、研究者とその指導教員に限定すること
 - ⑩個人情報や調査データが第三者に渡ったり、外部に漏れることはないこと
 - ⑪得られた情報やデータは、調査以外の目的で使用しないこと
 - ⑫研究調査は施設長、主治医、担当看護師の許可を得て開始すること
 - ⑬研究調査は施設長、主治医、担当看護師の協力を得ながら進めていくこと
 - ⑭同意書（資料 1 0・2）に署名し研究参加に同意した場合でも、不利益を被ることなくいつでも撤回できること
 - ⑮撤回の意思のある場合は、同意撤回書（資料 1 1・2）への記載を依頼し、同意撤回書の署名をもって同意の撤回とすること
 - ⑯研究参加による費用の負担は一切ないこと
 - ⑰希望された場合には、研究計画に関する資料を閲覧できること
 - ⑱看護系の学会発表や論文投稿（インターネット公開も含む）すること
 - ⑲本研究への問い合わせ先について、研究の問い合わせはいつでもできること
 - ⑳参加同意後は、調査中いつでも研究への質問や意見を行うことができること
- 以上を説明し、同意書への署名が得られた対象者に対して介入調査を実施した。

3) 対象者に生じる可能性のある不利益への配慮

(1) 身体面への影響と配慮

本研究調査は面接で実施されるため、明らかな身体への侵襲は生じないと考えられる。しかし、調査および介入により疲労が生じる可能性があり、10～15 分おきに定期的に休憩を取る他、面接中は適宜、対象者に疲労の有無を確認し、対象者の表情や仕草、動作等の観察から調査による疲労を把握するように努める。また、対象者の状態によっては休憩を追加するなどの配慮に努める。

(2) 心理面への影響と配慮

本研究調査は、対象者の対人関係についての実態を明らかにするものである。これ

により、ネガティブな経験の想起による自己否定感の増強や、精神的ストレスなどの心理的な侵襲が予測されるため、担当医師から対象者の選定基準を満たし、研究への参加に耐える能力があると判断された者のみを対象者とした。そのため、調査に際しては、事前に身体的・精神的変調の兆候について情報収集し把握した。また、調査および介入当日においては、前回からの活動の様子や本人の様子を記録類から情報収集するとともに、対象者や施設長、担当医師、病棟看護師長、担当看護師に確認し、許可を得られた場合にのみ実施した。

（３）説明における配慮

本研究に際しての説明時は、対象者が統合失調症であることを知らない場合や、否認している場合を考慮し、疾患について説明する場合は表現に十分留意する。

（４）データの管理方法

①匿名化の方法と情報管理者（資料 1 2-1）

対象者番号は、対象者から本研究参加への同意が得られた時点につけることとし、対象者の個人名、ID 番号と対応者番号記載した対応表を作成することで管理し、連結可能匿名化した（資料 1 2-1、1 2-2）。対応表には個人名、ID 番号、同意取得日（同意撤回日）を記入した。本研究の情報管理者は、研究対象施設に協力を依頼し、対応表は研究対象施設内の鍵のかかる場所に保管し、施設外への持ち出しと研究者・指導教員以外が閲覧できないように管理することで匿名性を保持した。

②データの管理方法

調査に関連する資料および調査用紙等には、個人名や ID 番号を記載しなかった。研究に関するデータおよび個人名の含まれる同意書は、研究対象施設から筑波大学健康医科学イノベーション棟 204 室まで紛失に十分注意して持ち帰り、施錠可能なロッカーに保管した。閲覧者は、研究者のみとした。

③データの保存媒体の安全管理方法

データ収集と解析のためにノートパソコン 1 台と研究者の職場研究室内のデスクトップパソコン 1 台、データ保存用 USB フラッシュメモリ 1 本、バックアップ用 USB フラッシュメモリ 1 本を使用した。ノートパソコン及び USB フラッシュメモリは、セキュリティソフト内蔵のものを準備し、データファイルは暗証番号による保護機能

とデータの暗号化を実施した上で保存した。

尚、データは10年間保存の後、平成31年3月31日までに裁断機にかけて破棄する予定とする。

④著作権

本研究で使用する尺度は、開発者・著作権者の許可を得た後、使用する。

IV 結果

1. 対象者の背景

1) 非介入群

非介入群の背景を表 1 に示した。

非介入群は、本研究の選定基準に該当し主治医と担当看護師が選定した者のうち、本人からの同意の得られた 35 名であった。分析対象者は、調査期間中に有効な結果が得られなかった 1 名同意撤回を含む 5 名を除いた、30 名とした。

性別は、男性 15 名 (50.00%)、女性 15 名 (50.00%) であった。平均年齢は、45.93 歳 (標準偏差 11.00、範囲 24-62) であった。平均発症年齢は、24.17 歳 (標準偏差 7.38、範囲 17-45) であった。

治療状況は、平均入院回数が 3.73 回 (標準偏差 2.36、範囲 1-10) であった。入院中の対象者の平均入院日数は、816.33 日 (標準偏差 1550.68、範囲 7-6235) であり、作業療法には 17 名 (56.67%)、デイケアの利用は 1 名 (3.30%) であった。デイケアを利用する 1 名は作業療法も行っていた。

学歴は、中卒 7 名 (23.33%)、高卒 14 名 (46.67%)、専門・短大卒 4 名 (13.33%)、大卒以上 5 名 (16.67%) であった。対象者の背景の各項目において、性別による差異は認められなかった。

1 回目、2 回目の調査間隔は、平均日数 20.67 日 (標準偏差 3.66、範囲 15-27) であった。

1 回目、2 回目調査における薬物量の変化を表 2 に示した。

服薬量を示す CP 換算量は、1 回目調査では中央値 600.00mg/日 (四分位範囲 435.50) であり、2 回目調査では中央値 562.50mg/日 (四分位範囲 400.25) であった。CP 換算量の 1 回目と 2 回目調査において差は認められなかった。

抗パーキンソン薬を内服している者は 1 回目、2 回目調査ともに 7 名 (23.33%) であり同一の対象者が内服していた。BPD 換算量は、1 回目調査では中央値 0.00mg/日 (四分位範囲 5.00) であり、2 回目調査では中央値 0.00mg/日 (四分位範囲 5.00) であった。BPD 換算量の 1 回目、2 回目調査において差は認められなかった。

1 回目、2 回目調査における精神症状 (PANSS) の変化と信頼性係数を表 3 に示した。

PANSS 全体の α 係数は、1 回目調査では.88、中央値は 72.50（四分位範囲 9.50）であり、後調査では.90、中央値は 71.00（四分位範囲 10.25）であった。1 回目調査よりも、2 回目調査での PANSS 得点が有意に低かった（ $p<.019$ ）。

各項目ごとの α 係数について、「陽性症状」は 1 回目調査では.54、中央値は 17.00（四分位範囲 2.50）であり、2 回目調査では.67、中央値は 17.00（四分位範囲 3.00）であった。1 回目調査よりも、2 回目調査での「陽性症状」得点が有意に低かった（ $p<.029$ ）。

「陰性症状」の α 係数は、1 回目調査では.86、中央値は 17.00（四分位範囲 3.25）であり、2 回目調査では.90、中央値は 16.00（四分位範囲 3.00）であった。1 回目調査よりも、2 回目調査での「陰性症状」得点が有意に低かった（ $p<.003$ ）。

「総合精神病理評価」の α 係数は、1 回目調査では.74、中央値は 37.50（四分位範囲 6.00）であり、2 回目調査では.74、中央値は 39.00（四分位範囲 5.25）であった。「総合精神病理評価」の 1 回目、2 回目調査において差は認められなかった。

2) 介入群

介入群の背景を表 4 に示した。

介入群は、本研究の選定基準に該当し主治医と担当看護師が選定した者のうち、本人からの同意の得られた 38 名であった。分析対象者は、看護介入プログラム実施期間中に同意撤回のあった 3 名を除く、35 名とした。

性別は、男性 23 名（65.71%）、女性 12 名（34.29%）であった。平均年齢は、49.43 歳（標準偏差 8.96、範囲 25-64）であった。平均発症年齢は、22.51 歳（標準偏差 6.24、範囲 15-51）であった。

治療状況は、平均入院回数が 4.29 回（標準偏差 3.11、範囲 1-13）であった。入院中の対象者の平均入院日数は、883.00 日（標準偏差 1593.87、範囲 9-8629）であり、作業療法には 17 名（48.57%）、デイケアの利用者はいなかった。

学歴は、中卒 9 名（25.71%）、高卒 15 名（42.86%）、専門・短大卒 10 名（28.57%）、大卒以上 1 名（2.86%）であった。対象者の背景の各項目において、性別による差は認められなかった。

看護介入プログラム実施前後における調査間隔は、平均日数 16.89 日（標準偏差 3.25、範囲 13-25）であった。

看護介入プログラム前後調査における薬物量の変化を表 5 に示した。服薬量を示す CP

換算量は、介入前調査では中央値 775.00mg/日（四分位範囲 550.00）であり、介入後調査では中央値 775.00mg/日（四分位範囲 550.00）であった。CP 換算量の介入前後調査において差は認められなかった。

抗パーキンソン薬を内服している者は介入前後調査ともに 9 名（25.71%）であり同一の対象者が内服していた。BPD 換算量は、介入前調査では中央値 0.00 mg/日（四分位範囲 1.00）であり、介入後調査では中央値 0.00mg/日（四分位範囲 1.00）であった。BPD 換算量の介入前後調査において差は認められなかった。

看護介入プログラム前後調査における精神症状（PANSS）と信頼性係数を表 6 に示した。PANSS 全体の α 係数は、介入前調査では.95、中央値は 70.00（四分位範囲 13.00）であり、介入後調査では.95、中央値は 69.00（四分位範囲 13.00）であった。介入前調査よりも、介入後調査での PANSS 得点が有意に低かった（ $p<.001$ ）。

各項目ごとの α 係数について、「陽性症状」は介入前調査では.85、中央値は 17.00（四分位範囲 3.00）であり、後調査では.90、中央値は 16.00（四分位範囲 3.00）であった。介入前調査よりも、介入後調査での「陽性症状」得点が有意に低かった（ $p<.006$ ）。

「陰性症状」の α 係数は、介入前調査では.91、中央値は 17.00（四分位範囲 4.00）であり、介入後調査では.94、中央値は 16.00（四分位範囲 5.00）であった。介入前調査よりも、介入後調査での「陰性症状」得点が有意に低かった（ $p<.005$ ）。

「総合精神病理評価」の α 係数は、介入前調査では.90、中央値は 38.00（四分位範囲 5.00）であり、介入後調査では.93、中央値は 37.00（四分位範囲 5.00）であった。「総合精神病理評価」の介入前後調査において差は認められなかった。

2. 対人機能（LASMI-I）

1) 非介入群

1 回目、2 回目調査における LASMI-I の得点と信頼性係数を表 7 に示した。

LASMI-I 全体の α 係数は、1 回目調査では.84、中央値は 16.50（四分位範囲 7.00）であり、2 回目調査では.90、中央値は 15.50（四分位範囲 8.00）であった。LASMI-I 全体の 1 回目、2 回目調査において差は認められなかった。

各項目ごとの α 係数について、「会話」は 1 回目調査では 0.76、中央値は 6.50（四分位範囲 4.00）であり、2 回目調査では.84、中央値は 5.50（四分位範囲 5.00）であった。

「会話」の1回目、2回目調査において差は認められなかった。

「集団活動」の α 係数は、1回目調査では.31、中央値は 3.00（四分位範囲 1）であり、後調査では.35、中央値は 3.00（四分位範囲 1.00）であった。「集団活動」の1回目、2回目調査において差は認められなかった。

「人づきあい」の α 係数は、1回目調査では.70、中央値は 7.00（四分位範囲 3.00）であり、2回目調査では.75、中央値は 7.00（四分位範囲 3.00）であった。「人づきあい」の1回目、2回目調査において差は認められなかった。

2) 介入群

LASMI-I の得点と信頼性係数を表 8 に示した。

LASMI-I 全体の α 係数は、介入前調査では.80、中央値は 15.00（四分位範囲 7.00）であり、介入後調査では.82、中央値は 15.00（四分位範囲 8.00）であった。介入前調査よりも、介入後調査での LASMI-I 全体の得点が有意に低く、対人機能の改善が認められた（ $p<.001$ ）。

各項目ごとの α 係数について、「会話」は介入前調査では 0.71、中央値は 6.00（四分位範囲 5.00）であり、介入後調査では.78、中央値は 6.00（四分位範囲 4.00）であった。介入前調査よりも、介入後調査での「会話」得点が有意に低く、「会話」の改善が認められた（ $p<.001$ ）。

「集団活動」の α 係数は、介入前調査では.80、中央値は 4.00（四分位範囲 3.00）であり、後調査では.57、中央値は 3.00（四分位範囲 2.00）であった。「集団活動」の介入前後調査において差は認められなかった。

「人づきあい」の α 係数は、介入前調査では.82、中央値は 6.00（四分位範囲 3.00）であり、後調査では.83、中央値は 5.00（四分位範囲 3.00）であった。「人づきあい」の介入前後調査において差は認められなかった。

3. 共感性 (MES)

1) 非介入群

MES の得点と信頼性係数を表 9 に示した。

MES の各項目ごとの α 係数について、「被影響性」は1回目調査では 0.64、中央値は

14.50 (四分位範囲 6.25) であり、2 回目調査では.71、中央値は 16.00 (四分位範囲 6.25) であった。「被影響性」の 1 回目、2 回目調査において差は認められなかった。

「他者指向的反応」の α 係数は、1 回目調査では.71、中央値は 17.50 (四分位範囲 4.00) であり、2 回目調査では.59、中央値は 18.00 (四分位範囲 4.50) であった。「他者指向的反応」の 1 回目、2 回目調査において差は認められなかった。

「想像性」の α 係数は、1 回目調査では.71、中央値は 17.50 (四分位範囲 5.75) であり、2 回目調査では.69、中央値は 16.50 (四分位範囲 6.00) であった。「想像性」の 1 回目、2 回目調査において差は認められなかった。

「視点取得」の α 係数は、1 回目調査では.60、中央値は 16.00 (四分位範囲 4.00) であり、2 回目調査では.63、中央値は 15.00 (四分位範囲 3.00) であった。「視点取得」の 1 回目、2 回目調査において差は認められなかった。

「自己指向的反応」の α 係数は、1 回目調査では.61、中央値は 14.00 (四分位範囲 5.00) であり、2 回目調査では.62、中央値は 14.00 (四分位範囲 4.25) であった。「自己指向的反応」の 1 回目、2 回目調査において差は認められなかった。

2) 介入群

MES の得点と信頼性係数を表 10 に示した。

MES の各項目ごとの α 係数について、「被影響性」は介入前調査では 0.20、中央値は 16.00 (四分位範囲 3.00) であり、介入後調査では.59、中央値は 17.00 (四分位範囲 5.00) であった。「被影響性」の介入前後調査において差は認められなかった。

「他者指向的反応」の α 係数は、介入前調査では.50、中央値は 18.00 (四分位範囲 3.00) であり、介入後調査では.71、中央値は 22.00 (四分位範囲 3.00) であった。介入前調査よりも、介入後調査での「他者指向的反応」得点が有意に高く、「他者指向的反応」の向上が認められた ($p < .001$)。

「想像性」の α 係数は、介入前調査では.64、中央値は 16.00 (四分位範囲 6.00) であり、介入後調査では.70、中央値は 18.00 (四分位範囲 7.00) であった。介入前調査よりも、介入後調査での「想像性」得点が有意に高く、「想像性」の向上が認められた ($p < .032$)。

「視点取得」の α 係数は、介入前調査では.73、中央値は 17.00 (四分位範囲 4.00) であり、介入後調査では.71、中央値は 20.00 (四分位範囲 4.00) であった。介入前調査よりも、介入後調査での「視点取得」得点が有意に高く、「視点取得」の向上が認められた

($p < .001$)。

「自己指向的反応」の α 係数は、介入前調査では.63、中央値は 14.00 (四分位範囲 4.00) であり、介入後調査では.66、中央値は 14.00 (四分位範囲 5.00) であった。「自己指向的反応」の介入前後調査において差は認められなかった。

4. 自尊感情

1) 非介入群

Rosenberg 自尊感情尺度日本語版の得点と信頼性係数を表 1 1 に示した。

Rosenberg 自尊感情尺度日本語版の α 係数は、1 回目調査では.81、中央値は 24.50 (四分位範囲 8.00) であり、2 回目調査では.80、中央値は 26.00 (四分位範囲 9.00) であった。Rosenberg 自尊感情尺度日本語版の 1 回目、2 回目調査において差は認められなかった。

2) 介入群

Rosenberg 自尊感情尺度日本語版の得点と信頼性係数を表 1 2 に示した。

Rosenberg 自尊感情尺度日本語版の α 係数は、前調査では.81、中央値は 25.00 (四分位範囲 10.00) であり、後調査では.82、中央値は 30.00 (四分位範囲 8.00) であった。介入前調査よりも、介入後調査での Rosenberg 自尊感情尺度日本語版総得点が有意に高く、自尊感情の向上が認められた ($p < .001$)。

V 考察

1. 対象者の特徴

1) 属性

非介入群と介入群の各群内では、性別、平均年齢、平均発症年齢、平均入院回数、平均入院日数、作業療法歴、デイケア歴、学歴の各項目において性別による差はなかった。各群ともに平均在院日数は、厚生労働省の平成 26 年患者調査（厚生労働省，2015）の 546.1 日よりも長かった。各群ともに入院日数にばらつきが大きく範囲も広がったため、平均在院日数は入院日数の長い対象者の影響が考えられた。群間での各項目を比較すると、介入群は非介入群に比べ女性の割合が多かったが、他の項目は値が近かった。

薬物療法における処方量は、非介入群の 1 回目調査は平均値 CP 換算量 659.17mg/日（標準偏差 437.01）と平均 BPD 換算量 0.57mg/日（標準偏差 1.10）、2 回目調査は平均値 636.67mg/日（標準偏差 449.18）と平均 BPD 0.50mg/日（標準偏差 0.94）であった。介入群の処方量は、前調査は平均値 CP 換算量 756.41mg/日（標準偏差 417.18）と平均 BPD 換算量 0.83mg/日（標準偏差 1.82）、後調査では平均 CP 換算量 747.84mg/日（標準偏差 420.03）と平均 BPD 換算量 0.83mg/日（標準偏差 1.82）であった。入院中の統合失調症者に対して行った吉尾（2012）による処方実態調査結果では、平均 CP 換算量 802.8mg/日と平均 BPD 換算量 1.9mg/日であった。非介入群の 1 回目、2 回目調査での平均 CP 換算量と平均 BPD 換算量は、吉尾（2012）の調査結果よりも処方量が少なかった。介入群の前後調査のそれぞれの値でも、吉尾（2012）の調査結果よりも少なかった。非介入群と介入群ではともに、定型抗精神病薬の処方量が少ないことで、抗パーキンソン薬の処方量も少なかったと考えられた。群間での処方量を比較すると、介入群の前後それぞれの平均 CP 換算量と平均 BPD 換算量は、非介入群の 1 回目と 2 回目の処方量より多かったが類似するものであった。

以上より、非介入群と介入群は属性について近い値であったと考えられ、ほぼ同様の集団であることが考えられた。

2) 看護介入プログラムによる精神症状（PANSS）の変化

非介入群の PANSS の 1 回目調査は、「陽性症状」の平均値 17.40 点（標準偏差 1.98）、

「陰性症状」の平均値 17.83 点（標準偏差 3.41）、「総合精神病理評価」の平均値 39.13 点（標準偏差 4.13）であった。介入群の PANSS の前調査は、「陽性症状」の平均値 17.46 点（標準偏差 3.23）、「陰性症状」の平均値 17.89（標準偏差 4.59）、「総合精神病理評価」の平均値 38.54（標準偏差 7.09）であった。林ら（2000）による統合失調症者の入院経過での PANSS の調査結果では、1 回目調査は、「陽性症状」の平均値が 20.1 点（標準偏差 5.1）、「陰性症状」の平均値が 20.3 点（標準偏差 4.7）、「総合精神病理評価」の平均値が 40.2 点（標準偏差 7.1）であった。林ら（2000）の分析対象者の調査時期は、1 回目調査は入院初期として入院後平均 20.2 日目（標準偏差 18.4）、入院経過による 2 回目調査は入院後平均 78.7 日目（標準偏差 29.1）に実施されている。介入群と非介入群は、どちらも林ら（2000）の 1 回目調査より精神症状が低かった。介入群と非介入群ともに入院日数にばらつきのある集団であり 1 回目の調査時期が入院初期ではない対象者もあったため、入院経過による治療などの影響により低かったことが考えられた。

非介入群の PANSS の 2 回目調査は、「陽性症状」の平均値 16.87 点（標準偏差 2.16）、「陰性症状」の平均値 17.17 点（標準偏差 3.69）、「総合精神病理評価」の平均値 39.23 点（標準偏差 4.23）であった。非介入群での 1 回目と 2 回目の比較では、差はみられなかった。介入群の PANSS の後調査は、「陽性症状」の平均値 16.91 点（標準偏差 3.58）、「陰性症状」の平均値 17.49 点（標準偏差 4.63）、「総合精神病理評価」の平均値 38.31 点（標準偏差 7.34）であった。介入群での前後調査の比較では、「陽性症状」と「陰性症状」に有意な差が認められた。林ら（2000）による入院経過による 2 回目の調査結果は、「陽性症状」の平均値 17.4 点（標準偏差 4.4）、「陰性症状」の平均値 19.6 点（標準偏差 4.9）、「総合精神病理評価」の平均値 40.8（標準偏差 6.6）であった。林ら（2000）の 1 回目と 2 回目の調査結果に差は見られていない。非介入群の 2 回目の調査結果は、林ら（2000）の調査結果に近かったが、3 週間の入院経過による精神症状の変化は乏しく、慢性の統合失調症者の特徴を示す結果であったと考えられる。介入群は前後調査において 2 つの項目で差が見られたが、後調査の結果は林ら（2000）の 2 回目の調査結果と類似する値であった。

統合失調症の精神症状の改善は、薬物療法による影響が最も強い（斉藤，2008；稲田と石郷岡，2016）。入院中の統合失調症者に対しアドヒアランスと再発予防についての介入プログラムを実施した盛本ら（2017）の調査結果によると、介入前調査の PANSS は「陽性症状」の平均値 20.80 点（標準偏差 6.01）、「陰性症状」の平均値 21.00 点（標準偏差 7.58）、「総合精神病理評価」の平均値 41.50（標準偏差 12.9）、介入後調査の PANSS は「陽

性症状」の平均値 18.00（標準偏差 5.85）、「陰性症状」の平均値 19.3 点（標準偏差 6.21）、「総合精神病理評価」の平均値 37.0（標準偏差 11.2）であった。盛本ら（2017）は、介入プログラム前後の PANSS 得点について効果量を測定しているが、PANSS に差があったとしても介入プログラムによる PANSS の効果量は小さく、薬物療法や心理療法などの入院治療による急性期過程からの回復を除外できないと述べている。介入群の精神症状の変化についても他の研究結果と同様に、入院経過における統合失調症者の特徴を示す結果であったと考えられた。

統合失調症の治療目標であるリカバリーは、社会的機能の基盤である認知機能の改善を必要とするが、これには薬物療法の良否が強く影響する（住吉，2011；河野，2015；稲田と石郷岡，2016）。入院中の統合失調症者のリカバリーの達成には、薬物療法による精神症状のコントロールと再発予防を行い、更には地域移行支援と認知機能障害の改善を目指す統合的な治療が必要と考えられている（河野ら，2015）。地域移行を支援する看護師はこれまでににおいても、入院中の統合失調症者が質の高い地域生活を送るための準備として服薬遵守に対する様々な支援を行ってきた（松田，2008；池淵ら，2008）。本研究の対象者においても、退院後の地域移行支援に向けた看護師による服薬遵守の継続支援が必要な集団であると考えられた。

2. 看護介入プログラムによる対人機能（LASMI-I）の変化

非介入群の LASMI-I 総得点の 1 回目調査は、平均値 16.07 点（標準偏差 4.85）、2 回目調査は、平均値 15.57 点（標準偏差 5.59）であった。介入群の LASMI-I 総得点の前調査は、平均値 16.69 点（標準偏差 4.90）、後調査では平均値 15.49 点（標準偏差 5.04）で向上し、有意な差が認められた。入院中の統合失調症者を対象とした池淵ら（1995）の調査では、入院中の統合失調症者の LASMI-I 総得点の平均値が 19.7（標準偏差 9.1）、地域で生活する外来通院中の統合失調症者の LASMI-I 総得点の平均値が 9.8（標準偏差 5.8）であった。非介入群と介入群の対人機能はともに、池淵ら（1995）の入院中の統合失調症者より高かったが、外来通院中の統合失調症者より低かった。大山ら（1997）による精神科デイケアを利用する外来通院中の統合失調症者の LASMI-I の調査結果では、調査開始時では平均値 18.80 点（標準偏差 4.74）、6 ヶ月後では平均値 17.05 点（5.20）、12 ヶ月後では平均値 15.50 点（5.83）であり、介入群の後調査に近い結果であった。しかし大山ら（1997）

は、外来通院中ではあるが精神科デイケアを利用しない統合失調症者についても調査し、調査開始時の平均値 20.20 点（標準偏差 4.28）、6 ヶ月後では平均値 20.13 点（4.33）、12 ヶ月後では平均値 19.53（5.19）と僅かではあるが対人機能が向上する結果であった。精神科デイケアは、統合失調症者の「生活のしづらさ」としての生活障害に対する有力な手段である（大山ら，1997）。下位尺度 LASMI-I を包括する LASMI は、入院か外来かの生活形態や陽性症状や陰性症状により優位に異なるとされ、精神症状による生活障害の重症度や入院生活の必要性を判別する尺度である（池淵ら，1995）。介入群は、他の研究結果による入院中の統合失調症者と同程度の精神症状を示す集団であったが、大山ら（1997）の精神科デイケアを利用する外来通院中の対人機能に近い LASMI-I 得点を示していた。しかし、看護介入プログラム前後による調査結果の差異は小さく、大山ら（1997）の外来通院中ではあるが精神科デイケアを利用しない統合失調症者の LASMI-I の結果推移からも鑑みると、入院治療による他の治療効果を否定できなかった。看護介入プログラムによる対人機能への効果は、限定的な働きかけであった可能性がある。

介入群の LASMI-I の下位尺度「会話」項目は看護介入プログラム前後において、前調査は平均値 7.31 点（標準偏差 3.16）、後調査は平均値 6.37 点（標準偏差 3.29）と向上が認められている。下位尺度「会話」は、統合失調症者の会話での発語の明瞭さや自発性、応答、理解力、状況判断といった、言語的コミュニケーションの適切さを評価する（岩崎ら，1994）。言語的コミュニケーションの適切さとは、相手に対して注意を払う様子や興味を示す振る舞いや態度であり、コミュニケーション上のさりげない仕草への注目や聞き手による相手の感情や発語に応じる気配りである（Harvey と Sharma ; 2007c）。統合失調症者の言語的コミュニケーション場面では、発語の表出に乏しく、その内容についても奇異、貧困になりやすい（高畑と豊嶋，2007）。これは、統合失調症者の言語性機能が低下していることによるものではない（Harvey と Sharma ; 2007c）。言語的コミュニケーションでは、コミュニケーションの主体を為す非言語的コミュニケーションと同様に、注意を保持する認知機能としての覚醒度（Vigilance）を必要とする（Harvey と Sharma, 2007a ; 福田，2010b ; Wykes と Reeder, 2011a ; 北村，2017）。しかし統合失調症者は、言語的コミュニケーションのような比較的低い刺激処理にも覚醒度に困難を生じるため、相手への態度や振る舞いが不十分となる。言語的コミュニケーションに重要なことは、相互に生じる信頼感を保持し続けることである。コミュニケーション上での相手に対するあからさまな注意の欠如は、興味がないか、時には失礼だと受け取られることもある。他者

交流で共感性に重要なことは、他者の感じ方に注意を向けることである（皆川，2007）。共感性を形成する初期の段階に必要なことは、相互において自らの心的状態が正しく理解されているという信頼感を持つことであり（梅田，2014）、信頼感を互いが持つことにおいて言語的コミュニケーションの適切さと一致する。言語的コミュニケーションで必要な態度や振る舞いは、共感性が生じる状況そのものと考えることができる。

これまでの看護師による統合失調症者への対人機能の向上を目指した心理社会的介入は生活技能訓練が中心であり（島田ら，2004；佐藤，2007）、自己の感情や考え、希望などを他者にうまく伝えたり、相手とうまく対応したりするための日常生活に密接した訓練を行ってきた。しかし統合失調症者は、日常生活において実際に練習した行動は行うことができるが、練習してない行動は期待できないことが指摘されている（熊谷ら，2003）。統合失調症者の平均在院日数は短縮化されてきているものの、対人関係の破綻による症状の再燃も指摘されており（昼田，2011）、対人機能の強化が必要である（安西ら，2003）。

入院中の統合失調症者の地域移行支援の中心は、地域生活で周囲との関係性を構築し維持するための機能への支援であり（池淵ら，2008）、すなわち認知機能を焦点とする統合失調症者の対人機能への介入である（池淵と安西，1989；兼田ら，2008；紅林と大瀧，2015）。本研究の対象者は地域移行支援に向けた準備を必要とする入院患者であり、周囲との円滑な他者交流を通して支持的な関係性を構築する共感性の機能を備える必要性の高い集団であると考えられた。

3. 看護介入プログラムによる共感性（MES）の変化

1) 各群内での共感性（MES）の変化

(1) 非介入群

非介入群の1回目と2回目の調査結果の比較では、共感性の自他指向性を測定するMESのすべての下位尺度において変化はみられなかった。大学生を対象とする沼田（2012）の調査結果では、「被影響性」が平均値 17.17 点（標準偏差 4.18）、他者指向的な感情的側面の「他者指向的反応」が平均値 20.09 点（標準偏差 3.07）、他者指向的な認知的側面の「視点取得」が平均値 18.92 点（標準偏差 2.76）、自己指向的な感情的側面の「自己指向的反応」が平均値 14.53 点（標準偏差 2.67）、自己指向的な認知的側面の「想像性」が平均値 17.62 点（標準偏差 3.54）であった。大学生の共感性は、自己指

向的な共感性より他者指向的な共感性が高い特徴を示している。非介入群の共感性は、すべての下位尺度において大学生より低く、共感性の自他の指向性についても差異は認められなかった。共感とは、他者に関心に向け他者の立場に立って想像することによって、自己の感情と向き合い相手の理解を深めるため（松尾と前田，2017）、他者指向的な共感性はより友好的な他者関係を構築しやすい（登張，2003）。想像活動性の高低群について共感性を調査した金子ら（2014）の調査によると、想像活動性の低い群の他者指向的な共感性の結果では「他者指向的反応」が平均値 19.76 点（標準偏差 2.45）、「視点取得」が平均値 17.86 点（2.87）であった。非介入群は、想像活動の低い大学生よりも他者指向的な共感性は低かった。統合失調症者の思考は視点の変更がしにくく、視点の柔軟さとしての想像性が困難である特徴がある（昼田，2011）ことから、非介入群の共感性は低いことが考えられた。

統合失調症の過半数は 20 歳前後の青年期での発症を特徴とし、男性に多い疾患である（厚生労働省，2011）。幼児期から青年期における基本的な共感性の発達、家族や友人などの関係性の深い好意的な対象に発揮しやすいが（皆川，2007；遠藤，2014）、発症前後の急性期に特徴的な陽性症状により統合失調症者に対する批判や敵意を持つ場合も多く（鈴木と森，2004）、統合失調症者の日常生活は生活のしづらさを感じることが多いとされている。統合失調症者は、共感性に必要な他者感情を想像する基本能力を有してはいるものの（井村，2002）、共感性の発達に必要な青年期に拡大される学校や社会への参加時期に好発する疾患である（厚生労働省，2011）。自我や主観的価値の形成、将来の予測に基づく行動といった高度な精神機能は、前頭前野の個人的発達とともに、青年期での社会との交流や自己制御によって成熟する（笠井，2011）。対人関係に必要な自己と他者の弁別に障害を持つ統合失調症者にとって、共感性の発達も困難であったと考えられる。以上のことから非介入群は、共感性を発揮できる素質的な先行条件が不十分である可能性が考えられた。

統合失調症者の他者交流は、自分中心に物事を考え他者の立場を理解しないという特徴を有するため、他者との関係性の構築に困難を来すことが多い（井村ら，1998；昼田，2011）。統合失調症者の共感性の関与や経験、体験においても、日常生活上での社会的交流の乏しさや社会とのつながりの希薄さ、人間関係形成の困難さが挙げられており（岡本と井上，2007；池澤ら，2009）、共感性に必要な実際の経験や体験も不十分であると考えられる。共感性は、自分の中で感じられるだけで相手に対して表出されない

場合は、社会的な意味を持ちにくいとされている（澤田，1992）。認知機能障害を有する統合失調症者の共感性では、他者への共感性の表出においても不十分である可能性が高い。また統合失調症者の入院の多くは、我が国の入院医療において最も長期に渡る疾患であり（厚生労働省，2015）、精神科病棟への入院形態によっては外出などの行動に制限がある場合も多く、本研究の対象者のほとんどは閉鎖病棟への入院であり同様の行動制限であった。これらについても、入院経過に伴った共感性の変化がなかったことに関与していた可能性が考えられた。看護師は、入院中の統合失調症者が他者との関わりを多く持てるように、その機会を確保できるよう働きかける必要があると考えられた。

共感性の成立には、相手の認知的、感情的な内部状態を表象し、自身の内部状態と一致させることが中心的な役割を果たしている（千住，2014）。共感性を生起する経験や体験の未熟さと自己中心性を有し、他者への感情や認知への自他の区別の障害をもつ統合失調症者にとって、地域移行への準備段階にある入院中の看護支援として、対人関係の構築と安定的な維持に必要な他者指向的な共感性を高めることは重要であると考えられた。

（2）介入群

介入群の看護介入プログラム前後調査での MES の比較では、他者指向的な感情的側面の下位尺度「他者指向的反応」と認知的側面の下位尺度「視点取得」、自己指向的な認知的側面の下位尺度「想像性」に有意な差異が認められ、共感性の認知的側面と他者指向性が向上した。看護介入プログラム前調査での MES は、大学生を対象とした沼田（2012）の共感性の調査結果より、すべての下位尺度において低かった。介入群は、沼田（2012）の調査結果と同様に「他者指向的反応」が最も高かったが、明らかな自他の指向性の特徴を示さなかった。介入群では、後調査での結果が沼田（2012）の対象者の調査結果と比較して他者指向性である「他者指向的反応」と「視点取得」の値が高く、前後調査においても有意な差が認められている。他者指向的な共感性は、他者の立場で想像することが必要である（Davis，1994；鈴木と木野，2008；松尾と前田，2017）。しかし統合失調症者は想像性に困難を生じている（昼田，2011）。共感性の体験学習による想像的活動性への影響について調査した金子ら（2014）の結果によると、想像活動性の低い群の「他者指向的反応」は平均値 19.76 点（標準偏差 2.45）、「視点取得」が平均値 17.86 点（2.87）であった。本研究の対象者の前調査の結果は、金子ら（2014）の

想像活動性の低い対象者に比べ値が低かった。金子ら（2014）による共感性の体験学習による介入後の結果は、「他者指向的反応」が平均値 20.76 点（標準偏差 2.65）、「視点取得」が平均値 17.81 点（3.46）であり、「他者指向的反応」と「想像性」に有意な差が認められた。本研究の対象者も同様に、看護介入プログラム実施前後に有意な差が認められ、金子ら（2014）の対象者より値が高かった。これらから本研究の看護介入プログラムは、自己中心性を示す統合失調症者の共感性の他者指向的な反応傾向に働きかける可能性があると考えた。

看護介入プログラムの感情認知のセッションでは、提示された表情のイラストをよく観察した上で模倣し、さらに模倣した自己の表情を鏡で確認することによってその正確さを確認する学習を繰り返した。鈴木（2014）は観察と模倣の因果関係について、他者表情の観察は自己内に他者の感情状態や表象を惹起させ、そこから生じる身体感覚と結びついた感情が他者の経験する感情として推察されていくと述べている。観察と模倣による知覚的な識別は、自動的に共感性が生起される重要な要素である（Hoffman, 1984）。しかし統合失調症者による他者表情の観察は、感情的手がかりへの注視停留点の少なさや移動距離の短さなどによって不十分となり（森田ら，2008）、他者の感情同定に困難を生じてしまう。また他者の表情や視線などの非言語的メッセージや文脈などの曖昧な表現について一義的に決定できず（昼田，2011）、特にネガティブな感情の同定に困難を示している（小海ら，2011；池淵ら，2012）。本来ヒトは「怒り」などのネガティブな感情に対し、他者の脅威に適切に対応するために速く正確に検出されるという知覚優位性を持つが（佐藤と吉川，1999）、共感性の低い統合失調症者は「怒り」や「恐怖」、「悲しみ」の表情に対する誤った感情認知が多い（高畑と豊嶋，2007；最上と中込，2011；井藤と中根，2012）。これは統合失調症者の他者表情からの感情的手がかりの不十分な観察に加え、同定した他者感情について統合失調症者が有する“結論の飛躍”や“原因帰属バイアス”などの社会認知機能の障害によって誤った意味づけで認知する（池淵ら，2012）とされている。これらについては統合失調症者の対人関係においてネガティブな感情を認知することの重要性を示すが、同時に、統合失調症者自身による他者のネガティブな感情体験の少なさを示す根拠とも考えることができる。本研究の看護介入プログラムでの感情認知のセッションでは、模倣により体験した他者感情を答えるが、正答率の高さを評価するのではなく、知覚的な識別の正確さを高める振り返りの手段として用いた。具体的には、他者表情を模倣した自己の表情を観察し、自己内に自然に生起され

た運動としての他者の感情経験を明確にすることを繰り返した。これら認知的要素の少ない観察からの他者表情の模倣による共感性の学習経験の積み重ねは、他者表情の識別の正確性に応じて自動的に生起される他者感情の共有を生起させ、他者指向的な共感性に影響したと考えられる。

次に視点取得のセッションでは、イラストで示された仮想場面を観察し、登場する主人公と観察する自身との自他の視点操作を中心に行った。共感性は、他者の感情体験とその状況の範囲と深さに対しての感受性が必要である（皆川，2007）。視点取得とは、相手の立場からその他者を理解しようとする認知傾向（鈴木と木野，2008）であり、他者の思考や感情、視点を理解する能力（定藤，2014）である。視点取得は、他者指向性に影響する（葉山ら，2008）。

視点取得のセッションでは、まず初めに観察した場面状況の文脈に応じた他者の感情や思考を想像した。状況の文脈に応じた他者への想像は、認知機能において思考の発散性や流暢性が反映される発散的思考（*divergent thinking*）が関与し、対人関係の形成などの社会行動に影響する（北村，2017）。発散的思考とは、与えられた情報について複数ないし無数の答えを生み出すことができる（岩田，2009）想像的な能力である。発散的思考の産出障害がある統合失調症では、日常の生活場面を設定した運動の組み合わせによる介入に有効性が認められている（根本と水野，2011）。看護介入プログラムの視点取得のセッションでも日常の生活場面を設定し、対象者が観察した状況に応じて他者の感情や考えをできるだけ多く想像し、同定した他者感情を運動として自己内に生起する模倣での経験学習を繰り返した。その後、自己内で生起された他者感情を基にした登場人物へのポジティブとネガティブな言葉がけを行い、自己による他者の信念や意図、望んでいることなどへの想像が適切かどうかの自身による気づきを促した。統合失調症者にとって気づきとは、認知的な自己の行動変化に働きかける（森元ら，2015；青山ら，2015）ばかりでなく、看護介入プログラムのような治療的介入への参加動機を高める（水野ら，2007）に必要な自己の認知的姿勢の知覚である。また自己である対象者の登場人物への言葉がけについては、研究者が対象者に言葉がけするフィードバック（岩田と池淵，2005）を行い、改めて自己内に生起される感情体験を繰り返すことにより、その言語的コミュニケーションの適切さの理解に働きかけた。視点取得のセッションでの発散的思考を中心とした、模倣による他者感情の体験と自他の視点操作の繰り返しによる学習経験は、共感性の他者指向性に働きかけたと考えられた。

2) 群間での共感性 (MES) の変化

本研究の看護介入プログラムを実施した介入群は、沼田 (2012) や金子ら (2014) の調査結果との比較検討により、共感性の他者指向性の向上が認められた。非介入群の 1 回目の調査結果は、介入群の前調査に近い値であったが入院経過による変化は認められなかった。また非介入群の他者指向的な共感性についての 2 回目の調査結果も、沼田 (2012) や金子ら (2014) の調査結果より値が低かった。これらのことから、本研究の看護介入プログラムは入院中の統合失調症者への他者指向的な共感性を向上させる可能性が考えられた。MES の感情的側面である他者指向性下位尺度の「他者指向的反応」は、肯定的社会志向性や円滑な社会的相互作用に必要な社会的スキルと正の相関を示し、身体的攻撃や愛他行動の精神的負担とは負の相関を示す (鈴木と木野, 2008)。これは他者への援助行動において特に重要な側面を持つため (金子ら, 2014)、統合失調症者の他者交流において他者との友好的な関係性を構築しやすいと考える。MES の認知的側面である他者指向性下位尺度の「視点取得」は、その高さから自己の身体感覚や感情、思考などの情報処理に従って対人行動をとるため (鈴木と木野, 2008)、地域に移行した統合失調症者を支える他者との関係性の構築に有効に働きかけると推察できた。これらの結果から、本研究の看護介入プログラムにおける共感性プロセスの介入の焦点は、自動的に生起される感情的反応ではなく認知的側面への介入が効果的であることを示唆するものと考えられ、葉山ら (2008) や西村ら (2015) の研究を支持する結果であったと考えられた。また、入院中の統合失調症者に対する運動知覚の連関活動による模倣学習は、共感性の向上に働きかける可能性を示唆したものとして考える。

4. 看護介入プログラムによる自尊感情の変化

1) 各群内での自尊感情の変化

(1) 非介入群

非介入群の自尊感情は、1 回目調査が平均値 25.20 点 (標準偏差 6.07)、2 回目調査が平均値 24.10 点 (標準偏差 5.95) であった。この値は、地域生活を送る統合失調症者の自尊感情を調査した國方と中嶋 (2006) の初回調査の平均値 25.2 点 (標準偏差 5.3)、追跡調査の平均値 23.7 点 (標準偏差 6.1) と類似するものであった。しかし統合失調症者の自尊感情は、沖野ら (2015) の HIV 患者と一般健常者の自尊感情の調査結果であ

る平均値 28.3 点（標準偏差 8.7）と平均値 33.4 点（標準偏差 5.3）、西ら（2008）の 1 型糖尿病患者の自尊感情の調査結果である平均値 32.9 点（標準偏差 6.6）よりも明らかに低かった。非介入群の対象者は、入院経過による自尊感情に変化は見られなかった。

統合失調症者の地域生活は、その疾患に特有の自己意識の障害を本態とし、地域生活を支える周囲との対人関係の障害が基盤となって生活のしづらさや生きにくさなどの困難を生じている（前田と鹿島，2007；吉野と八木，2010；笠井，2011）。地域生活の困難は、自身の限られた生活体験による学習体験の不足も指摘されるが、自尊感情の低下により新たな生活への取り組みが減少することが指摘されている（田井と野嶋，2015）。また統合失調症の処遇の歴史は、社会での偏見や差別的態度をいまだ根強く残しており、統合失調症者自身がもつ偏見は自尊感情を低下させ、社会適応や治療行動を阻害するとされている（下津，2007；山田，2015）。

従来の精神医療の施策では、統合失調症は再発を繰り返す慢性病とのとらえ方が主流であり、短期入院後の支援が不十分なままに再発入院や精神症状の増悪を繰り返す現状について指摘されてきた（吉野と八木，2010）。しかし現在の精神医療の施策は、統合失調症者が持つ課題の解決について地域支援を主体とした入院治療に頼らない形に急速に転換されつつあり、当事者の価値意識ベースの実践を中心とした支援が尊重されている。統合失調症者への地域移行は、早期介入による予後の大幅な改善や再発入院の予防の可能性が示され（笠井，2011）、精神障害に焦点を当てるのではなく当事者のニーズや価値に基づいてリカバリーを目指すことが本質的なアウトカムとして認識されている（笠井，2011；岡本ら，2015）。

リカバリーの視点による地域生活への移行支援の検討は、統合失調症者の自信と希望を回復させその自尊感情を高めるとともに、周囲との信頼しあえる関係性の回復につながることを示唆されている（國方，2010；岡本ら，2015）。自尊感情とは、自分自身を尊敬し価値ある人間と考える程度である（國方，2009）。自尊感情の高まりは、地域生活における周囲との対人関係の形成を円滑にし（芳田，2004）、統合失調症者自身が持つ偏見を低下させ（山田，2015）、精神障害を抱えたまま地域生活を送ることでの自尊感情の低下に関係しないことが明らかになってきている（藤野と岡村，2011）。

看護師は、自信を失った統合失調症者が希望をもてる働きかけと、人とのつながりや社会から遮断されない環境を整えることが重要である（香川ら，2013）。統合失調症者が地域生活へ移行する準備を支援する看護師は、看護支援において自尊感情を高めるた

めの介入が重要であり（山田，2015）、障害を有しながらも地域生活での出来事に様々に対処していくために必要な自尊感情と共感性を高めることが必要であると考えた。

（２）介入群

介入群の自尊感情は、看護介入プログラムの前調査では平均値 24.63 点（標準偏差 6.51）、後調査では平均値 29.57 点（標準偏差 5.69）と向上し、有意な差が認められた。介入群の後調査の結果は、地域生活を送る統合失調症者の自尊感情を調査した國方と中嶋（2006）の初回調査と追跡調査に比べ自尊感情の得点が高かった。自尊感情は、地域生活に移行する統合失調症者にとって新たな生活への能動的な姿勢に立つために必要とされ（小川，2011）、精神障害を有しながら地域生活を送ることについて自尊感情の低下に大きく影響しない（藤野と岡村，2011）と考えられている。本研究の対象者は、入院中の統合失調症者の特徴的な精神症状を示しているが、看護介入プログラム後の自尊感情の向上は地域生活への能動的な姿勢に働きかける可能性が考えられる。統合失調症者の自尊感情を規定する要因には、他者交流の能力との関連が指摘されている（國方と中嶋，2006）。入院時から退院前までの統合失調症者の自尊感情を調査した松下ら（2004）の結果では、従来の入院治療に伴った統合失調症者の自尊感情について経時的変化が見られなかったことから、本研究の看護介入プログラムが入院中の統合失調症者の自尊感情を高めた可能性が考えられた。

共感性とは、他者に関心に向けた単なる認知的理解でなく、他者の立場に立って想像することで生じる自己の感情に向き合うことであり、他者への適切な態度や行動を生じやすい（加藤と高木，1980；松尾と前田，2017）。自尊感情とは、「これで良い（good enough）」と受容する自己の認識の程度を示し（桜井，2000；遠藤と菅原，2004）、自尊感情の高い者は自己の感情に気づきやすい（遠藤と菅原，2004；松尾と前田，2017）とされる。自己と他者の弁別に困難を生じる自己主体感の障害を持つ統合失調症者は、「これで良い（good enough）」との自己受容を困難にし（國方と中嶋，2006）、この困難さが自尊感情に強く影響すると考えられている。本研究の看護介入プログラム後調査の結果では、他者に焦点づけられた感情反応を示す「他者指向的反応」と相手の立場に立って他者を理解しようとする認知傾向を示す「視点取得」とともに、自己への認知傾向を示す「想像性」において有意な向上が認められている。これについては、看護介入プログラムを実施した統合失調症者が、他者に関心を向けつつ自己に対する気づきを経

験したことを意味するものとして考えることができる。看護介入プログラムでは、共感性に必要な自他の弁別を困難にする統合失調症者の自己主体感の障害に対し、感覚知覚の連関活動としての模倣学習を繰り返すことで、自己と他者の弁別を経験的に学習した。統合失調症者の自尊感情の低下は、地域生活での体験や社会的評価の機会の減少によって生じ、社会参加の機会や他者との交流などにより改善されていくと考えられている(田井と野嶋, 2015)。看護介入プログラムにおいて、他者の考えや感情を理解し自己に何らかの考えや感情を持ち他者交流する共感性(Davis, 1994 ; 鈴木, 2002)の向上が、自尊感情の高まりに影響した可能性が考えられた。本研究の看護介入プログラムによる自己と他者の弁別の学習経験は、入院中の統合失調症者の自尊感情の向上に働きかけることが推察された。

2) 群間での自尊感情の変化

自尊感情について本研究の看護介入プログラムを実施した介入群は、前後調査において有意な差が認められ、尺度の値にも明らかな向上が認められた。統合失調症者を対象とした國方と中嶋(2006)や松下ら(2004)の調査結果との比較でも、本研究の看護介入プログラム後の自尊感情は向上が認められた。非介入群との比較検討でも、看護介入プログラム後の自尊感情に向上が認められることから、本研究の看護介入プログラムは入院中の統合失調症者の自尊感情を向上させると考えられた。他の看護介入プログラムの結果からも、対人コミュニケーションについての自信の獲得につながった可能性が考えられた。

5. 看護介入プログラムの内容についての検討

看護介入プログラムが、統合失調症者の対人コミュニケーションに必要な振る舞いや態度を改善し、対人機能に影響することが示唆された。また統合失調症者の共感性について、認知と感情の両側面での他者指向性を高めること、自己指向性の認知的側面であり視点取得と同様の認知過程を持つ想像性を高めることが認められた。

看護介入プログラムは、各セッションの所要時間は30～40分程度、介入前後の調査を含めた実施期間は3週間程度と、対象者に時間的な疲労感を与えることなく実施することができた。対象者への明らかな身体的な侵襲は生じにくかったと考えられた。また看護介入プログラムの内容についても、会話やエクササイズを多く取り入れ、対象者の日常で遭

遇しやすい他者交流場面を用いたため、精神的苦痛などの心理的な侵襲は生じにくかったと考えられた。対象者は、急性増悪期を脱した回復期にある者であり、対人機能を中核とする社会的な機能の向上やリカバリーを目指す必要性の高い集団である。地域移行を目指す看護師にとって、本研究の看護介入プログラムは導入が平易なプログラムであると考えられた。

1) セッション1について

セッション1では、看護介入プログラムの目的と経験学習の必要性の理解を得ることを目的に実施した。活発な精神症状が改善し回復期にある統合失調症者は、病識の欠如や意欲減退、将来の不安や焦りなどによって、自発的な治療行動に臨む姿勢に乏しい場合がある（厚生労働省、2011）。統合失調症者の社会的な機能への心理社会的介入は、その介入因子として社会認知、学習能力、内発的動機づけの必要性が示唆されている（Green ら、2000）。本研究の看護介入プログラムではそれぞれ、共感性と模倣による学習経験が該当するが、内発的動機づけについてはセッション1を中心に介入した。統合失調症者にとって、内発的動機づけとは自発性と概ね同義であり（大東、2004）、自発性は統合失調症の認知機能と対人機能を中核とする社会機能に有意に働きかける介入因子である（根本と水野、2011）。本研究の看護介入プログラムの視座である自他弁別した他者感情の模倣は、他者感情の共有を運動として捉えた共感性であり（Davis, 1994；大内田と出江、2014；千住、2014）、その始まりには内発的動機づけとしての自発性が必要となる。共感性における自発性とは他者への関心そのものであり（Davis, 1994；鈴木と木野、2008；遠藤、2014）、看護介入プログラムが目指す共感性の向上への介入には、セッション1の果たす役割が大きいものと考えられた。

共感性における他者への関心は、相手との類似性、関係性が強く影響するため（Davis, 1994；明田、1999）、セッション1では研究者と対象者との自己開示を重視し、またその向上を意図したエクササイズを行った。相互の自己開示では、日常生活での楽しみや食べ物の好みなどの趣味嗜好について話し、研究者への質問にも可能な範囲で柔軟に回答した。エクササイズでは、単純な運動模倣としての「あいこジャンケン」や「こっち向いてホイ」を通じて体を動かし、楽しみながら関係性を深めていった。セッション1での模倣のエクササイズは、コミュニケーションの協調行動に寄与する身体同期を体験する意図もあり（串崎、2014；牧野ら、2014）、模倣による経験学習の必要性の理解に役立ったものとする。

また、研究者が表出する 6 つの基本感情の運動模倣を行い、感情表出の気づきとともに自己のコミュニケーションについて積極的で自発的な言語的コミュニケーションを行うことができた。看護介入プログラムの導入部分であるセッション 1 において、Davis (1994) の指摘する共感性の先行要因としての個人と状況の設定について有用であったと考えられた。

2) セッション 2 について

セッション 2 では、他者の感情的手がかりとなる表情の読み取りと他者感情を同定する感情認知トレーニングを行った。共感性には、他者の感情状態を情報収集し同定し、自己内で共有された感情が他者感情のものであるという認知が必要となる。社会生活を営む上で、他者の感情状態に関する感受性は極めて重要であり、共感性はその基本的な機能である。他者感情の同定は、共感性の認知的側面の先行過程であり、他者視点や状況文脈の読み取りが必要となる視点取得の基盤をなすものである。

セッション 2 で使用した 14 枚の表情イラストは、6 つの基本感情に表情なしを含めた男女それぞれ 7 種類で構成された静画である。本研究の看護介入プログラムの視座であり、共感性に必要な模倣の発動と他者感情の共有には、他者表情からの視覚刺激の情報を適切に処理することが前提となる。統合失調症を説明する理論の一つにディスコネクション仮説があるが (Friston, 1999 ; 浅井と丹野, 2006)、これは脳機能間の情報の統合と処理の問題を原因とする仮説である。視覚刺激は多感覚のなかでも優位性を持つが (本間, 2010)、統合失調症者は視覚刺激からの情報処理の際に注意の焦点化が困難なため (室橋, 2008)、他者表情の感情的手がかりについての意味処理が減じてしまう。注意の焦点化には、構えと覚醒度の機能が必要である。構えとは、動的である対人コミュニケーションに必要な対象への何らかの準備や心構えであり (小島ら, 2002)、構えに従って探索行動が開始され情報が収集されていく。また、収集された情報に基づいて構えが修正され、探索行動が行われる繰り返しの図式を持つ。構えの介入は実際の対人コミュニケーションでの学習が必要であるが、これには看護介入プログラム全体を通した研究者とのコミュニケーションが役割を果たすと考えた。セッション 2 では、構えに関与する探索行動に焦点を当て、視覚刺激への注視の維持である覚醒度についての介入を行った。

セッション 2 での覚醒度を向上する介入は、表情イラストの感情的手がかりへの注視点の探索学習が有効に働きかけたと考えられた。表情イラストは写真と違って感情的手がかり

りが特徴的に描かれており、統合失調症者による感情の手がかりへの探索には効果的であったと考えられた。統合失調症者は、他者表情からの感情同定に時間を要するが（小海ら，2011）、これには探索的眼球運動での注視点の幅の狭さや持続障害が指摘されている（森田ら，2008）。静画を用いたセッション2では、他者表情の視線や口の開閉、眉間や目尻のシワ、眉毛などの部分的な感情の手がかりへの注視点の移動を心がけ、顔の向きや部分的な感情の手がかりを統合した表情を全体として捉えるよう繰り返し学習していった。さらに、統合失調症者が誤認知しやすい知覚優位性のある「怒り」などのネガティブな表情については、刺激の強い目や視線の方向（森田ら，2008）にとらわれることなく、他の感情の手がかりへの注視点の探索を行うように促した。表情イラストでの静画は、統合失調症者にとって自分のペースで落ち着いて観察することができ、また14枚の静画で繰り返し行ったことは有効な学習の積み重ねにつながったと考える。次に、観察により得られた他者表情の感情の手がかりを正確に模倣し、模倣した表情を鏡で確認し、自己内で生じた他者の感情体験を基にした同定の確からしさを5段階で回答した。確からしさの評定は、認知的な自己の行動変化への気づきとなって自他感情の弁別に働きかけたと考える。同定した感情の回答は、その正誤によって役に立った点と分からなかった点について述べ、振り返りによる学習経験も行った。セッション2での感情認知トレーニングは、統合失調症者の覚醒度の向上と他者表情による感情同定に有効に働きかけたと考えた。

3) セッション3について

セッション3は、セッション2で使用した表情イラストとは別の7枚の静画を用い、感情トレーニングの反復学習を行った。セッション3での感情認知トレーニングは、強化的な繰り返しの学習として影響したと推察された。

セッション3では対象者が6つの基本感情を任意に表情表出し、研究者の模倣を通じた感情の同定を行う被共感的経験を行った。小野と田頭（2005）や西村ら（2015）が指摘するように、自他の弁別を前提とした共感経験と被共感経験を積み重ねることは、様々な感情体験への感受性を高め、共感的な反応としての共感性が高まりやすくなると考えられた。共感性に必要な自他弁別に障害を持つ統合失調症者にとって、自分とは異なる存在から自らの感情を体験される経験（角田，1994；秋山と佐藤，2013）としての他者からの受容経験は必要である。対象者からは、快感情の生起や安心感、興味の芽生えといった自他の受容や理解につながるような反応（鈴木と石村，2016）が多く、対象者の共感性の向上に働

きかけたと考える。

4) セッション4について

セッション4では、ネガティブな感情場面での自他の視点操作から、模倣による感情の共有と被共感による受容経験を行った。セッション4での自他の視点操作による共感性の生起には、日常生活で起こりうる場면을視覚的情報として捉え、他者が持つ感情や考えについて発散的に想像し、同定した他者感情の模倣した感情体験を共有する一連の学習経験を積み重ねた。さらに言語的コミュニケーションとして、対象者が場面の登場人物にポジティブとネガティブな言葉がけを行い、また自分も同じ言葉がけをされる体験を繰り返すことで、自他の視点操作を明確とし被共感としての他者の受容経験を学習することができたと考える。看護介入プログラムの対象者である統合失調症者にとって、発散的思考による他者の感情や考えの想像は自己の考えに固着した解釈や強い思い込み（池淵ら，2012；石垣ら，2017）への介入に働きかけたのではないかと推測することができる。本研究での看護介入プログラム前後調査では、他者指向的な認知と感情の両側面と他者指向的な感情的側面である「他者指向的反応」に改善が見られている。これは、認知的過程の感情認知と視点取得への介入が影響したと考えることができる。「他者指向的反応」とは、他者に焦点づけられた感情反応の高まりを示すが（鈴木と木野，2008）、自己に焦点づけられたねたみや焦りなどの感情反応を示す自己指向的な「自己指向的反応」とは区別されている。ネガティブな感情場面では、ネガティブ感情の情報刺激がポジティブ感情より優位にあるため（佐藤と吉川，1999）、状況を脅威と捉えることにより機能的な注意を狭め（手塚ら，2007；阿久津ら，2009）、相手に対する共感性の生起を抑制する効果を持つと考えられている（中村，2014）。本来より共感研究におけるネガティブな場面での共感性は、他者感情と異なるがその状況にふさわしいと考えられる自己指向的な感情の生起について、同情（sympathy）や共感的関心として区別してきた（登張，2005）。これらに用いられるネガティブな場面では、いじめやからかいなどの社会で遭遇する精神的な苦痛やストレスを生じる状況（加藤，2014）による感情反応を扱うことが多い。統合失調症者に必要なネガティブ場面とは、地域生活を支援する他者との関係性の構築に必要な、ネガティブな自己感情での他者への反応や行動である。しかし統合失調症者では、ネガティブな出来事の原因を他者に帰属しやすい“原因帰属のバイアス”が指摘されている（池淵ら，2012；石垣ら，2017）。これは、ネガティブな出来事の原因について自分の考えや意思などの内的要因で

はなく、状況や偶発性などの外的要因に帰属させやすい認知傾向を示しており、統合失調症者の日常生活での対人関係の形成への困難に影響している。セッション4によるネガティブな感情場面での視点操作は、自己の視点による他者の感情や考えと、他者の視点に立った他者の感情や考えを切り換えて想像する学習の繰り返しである。つまり、自他の弁別が明確化にされた自己の感情や考えを見つめる振り返りの学習である。本研究での他者指向的な共感性が向上した結果からも、視点操作の学習経験がネガティブな出来事に対する感情や考えが自他のどちらに帰属するかについての“原因帰属のバイアス”の改善に働きかけたと考えることができた。また、セッション4での自他視点の操作と他者の視点での発散的思考が、ネガティブな出来事に対する自己に向けた内的要因について考える気づきに働きかけた可能性も考えられた。セッション4でのネガティブ場面での視点取得への介入は、統合失調症者に必要な対人関係の構築への認知的傾向の改善に有効であったのではないかと考えられた。

5) セッション5について

セッション5では、ポジティブな感情場面での自他の視点操作から、模倣による感情の共有と被共感による受容経験を行った。学習方法についてはセッション4と同様であり、反復練習として視点取得と被共感的な他者からの受容経験の積み重ねにつながったと考える。これまでの共感性の研究ではネガティブな感情に比重が置かれてきた(西村ら, 2015)。ポジティブ感情についても、ネガティブ感情との感情連続次元の一端を担うが(阿久津ら, 2009)、情報刺激に対する注意の低下や自動的な認知による浅い情報処理といった好ましくない感情として指摘されることが多かった(山崎, 2006)。しかし現在では、ポジティブ感情とネガティブ感情は独立するとされ(山崎, 2006; 葉山ら, 2008)、その神経系統は独立すると考えられている(阿久津ら, 2009)。ポジティブ感情の共有は、他者との関係性を構築する行動に強く働きかけ(葉山, 2008; 菊池, 2014b)、思考の柔軟性や想像性を促進することが指摘されている(藤原と大坊, 2010)。ポジティブ感情の情報処理は、注意の保持である覚醒度に影響され、対人コミュニケーションの質が決定されると考えられている(山崎, 2006; 藤原と大坊, 2010)。認知機能の覚醒度に障害のある統合失調症者にとって、自他感情の弁別と感情の同定は必要である。セッション5での感情場面は、日常生活で遭遇することの多いレクリエーションや食事についての状況を設定し、セッション4と同様に共感性の学習経験ができたと考える。地域への移行を目指す入院中の統合

失調症者にとって、ポジティブな感情場面での発散的な思考の促進や視点操作の経験の積み重ねは、共感性の向上に影響したと考えられた。

6. 本研究成果の看護実践での貢献可能性および看護科学における意義

本研究では、統合失調症者の共感性を高めるための看護介入プログラムを開発し、入院中の統合失調症者 35 名に介入したところ、介入後の共感性の他者指向性の向上が認められた。さらに介入後の自尊感情の向上も認められ、他者との交流場面を設定したプログラム構成が対人関係への自信の回復につながったと考えられた。看護介入プログラムでは、日常生活で遭遇しやすい他者交流の課題内容を反復練習するため、統合失調症者にとって受け入れやすい内容となっている。また、模倣による他者感情の生起や相手の立場になって他者感情を理解するなどの具体的な介入方法は、看護師にとっても理解しやすく、日常生活で生じる他者交流の問題について個別的に介入しやすくなると考えられた。統合失調症者の地域生活では円滑な他者交流が必要であり、周囲にいつでも相談でき、支えられ、協力を得ることが安定につながると考えられている（岡本，2007）。看護介入プログラムは共感性に働きかけることにより、統合失調症者が他者交流の困難さに気づき主体的な解決への行動を見出すことにつながる（岩佐と浦川，2013）と考えられた。また看護介入プログラムによる他者交流の繰り返しの学習経験は、地域生活に対する統合失調症者の主体性の回復や満足感の獲得を促し、地域生活の自立が期待できると考えられた。本研究の看護介入プログラムは入院中の統合失調症者の地域移行を支援する看護師にとって、その実践への導入が容易となり、早期支援を提供するための看護の質の向上に貢献するものと考えられた。

本研究で開発した看護介入プログラムは、神経可塑性の知見から開発し、統合失調症者の社会認知機能の視点から共感性を捉えることで、看護の新たな支援の開発につながるものとする。また、統合失調症者の共感性の向上についての適切なアセスメントが可能になることで、心理社会的な看護介入への根拠が示唆されるものと考えた。これらのことから、本研究で統合失調症者の共感性を高めるための看護介入プログラムを開発した意義は十分にあると考えられた。

7. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は、1 施設に入院する対象者であり、選定においても本人の同意に基づかない入院形態や精神症状、病識の欠如、調査前の認知機能を測定していないなどの理由により対照群を設定できず、実施結果を一般化するには限界があった。また、本研究の看護介入プログラムは既存のプログラムを参考に開発したため、パイロットスタディを実施しなかった。今後、対照群を設定して看護介入プログラムを実施し、有用性を検証していくことが課題と考える。

本研究は、研究者 1 名による看護介入プログラムの実施であった。今後は、統合失調症者の入院施設の看護師が看護介入プログラムを実施し、その有効性を検討することも課題と考える。また、看護介入プログラム後のアウトカム変数の測定時期は介入後 3 日目のみであった。精神科の入院治療では早期介入による 3 ヶ月以内の退院を目指している。これを考慮し、看護介入プログラムを入院中に完結可能なものとするため、介入効果における持続について追跡調査を 1 ヶ月後、3 ヶ月後についても調査し、看護介入プログラムの有効性について検討していくことが課題と考えた。

本研究では、統合失調症者の社会認知機能である共感性について検討した。共感性は複数の情報処理過程により様々な認知機能の影響を受けるため（義村と村井，2011）、統合失調症者の共感性の検討では、他の認知機能の影響を排除するような統制課題を考慮するなどの様々な角度からの検討が必要であると考えた。今回の看護介入プログラムでは、統合失調症者の脳機能の改善を医学的に検証しておらず、また看護介入プログラムを継続的に行うことで認知機能に改善がみられるか等の検証も必要と考えられた。介入による共感性の結果と、実際の対人コミュニケーションで発揮される共感性の結果についても多くの介在変数が関与すると考えられる（池淵，2013）。今後は、本研究の視座として用いた他者感情の模倣などの主観的体験について妥当な客観的評価が出来る変数などを研究の蓄積により明確にしていくことが課題と考えた。

VI 結論

入院中の統合失調症者に、運動知覚の連関活動である模倣学習を視座とする共感性を高めるための看護介入プログラムを実施した結果、以下のことが明らかになった。

1. 看護介入プログラムを実施した入院中の統合失調症者は、精神症状の変化は乏しく、慢性の統合失調症者の特徴が認められた。
2. 看護介入プログラムを実施した入院中の統合失調症者は、共感性の他者指向性の向上が認められた
3. 看護介入プログラムを実施した入院中の統合失調症者は、自尊感情の向上が認められた。
4. これらの結果から、入院中の統合失調症者への共感性を高めるための看護介入プログラムの活用可能性が示唆された。

謝 辞

本研究に快くご協力いただきました対象者ならびにご家族の皆様方に深く御礼申し上げます。また、本研究にご協力いただきました対象施設の皆様方に深く感謝申し上げます。

そして、本論文をまとめるにあたり、多くのご支援とご指導をくださいました精神保健看護学グループの先生方、院生の皆様方に深く御礼申し上げます。

最後に、研究活動を応援し最後まで見守り続けてくれた妻に感謝します。

文 献

青山克実, 老川良輔, & 久野真矢 (2015). AMPS における統合失調症の作業遂行技能の特徴について. *作業療法*, 34(1), 29-38.

American Psychiatric Association. (2014). 2 統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群. *DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き (pp.43-60) [Desk Reference To The Diagnostic Criteria From DSM-5]* (高橋三郎, 大野裕 監訳). 東京 : 医学書院.

明田芳久 (1999). 共感の枠組みと測度: Davis の共感組織モデルと多次元共感性尺度 (IRI-J) の予備的検討. *上智大学心理学年報*, (23), 19-31.

秋山佳子, & 佐藤淳一 (2013). 大学生における被共感経験と適応感, 精神的健康との関連. *上越教育大学研究紀要*, 32, 191-199.

阿久津洋巳, 小田島裕美, & 宮聡美 (2009). ストレス課題によるポジティブ感情とネガティブ感情の変化. *岩手大学教育学部年報*, 68, 1-8.

Ançel, G. (2006). Developing empathy in nurses: An inservice training program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(6), 249-257.

安西信雄. (1991). 精神障害者の職業リハビリテーションにおける生活技能訓練の効用. *職業リハビリテーション*, 4, 1-8.

安西信雄 (2003). 精神科デイケアの役割と効果 (特集 精神障害リハビリテーションの援助技術・プログラムはどこまで進んだか: 研究成果のレビュー). *精神障害とリハビリテーション*, 7(2), 139-144.

有光興記 (2006). 罪悪感, 羞恥心と共感性の関係. *心理学研究*, 77(2), 97-104.

有沢孝治 (2007). 大学生の共感性の育成に関する実践的研究：カウンセリングのロールプレイを通じて. *東海大学紀要. 教育研究所*, 15, 1-15.

浅井智久, & 今水寛 (2011). 統合失調症と内部モデル (特集 認知神経科学と精神医学--イメージングと計算論). *臨床精神医学*, 40(4), 435-449.

浅井智久, & 丹野義彦. (2007). 統合失調症の認知神経心理学的研究から見た自己意識--自己モニタリングと sense of agency. *心理学評論*, 50(4), 371-383.

浅川潔司, & 松岡砂織(1982). 共感性に関する発達的研究. *兵庫教育大学研究紀要*, 3, 97-106.

浅川潔司, & 松岡砂織. (1987). 児童期の共感性に関する発達的研究. *The Japanese Journal of Educational Psychology*, 35(3), 231-240.

Brothers, L. (1990). The social brain : a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Consepts Neurosci*, 1, 27-51.

千田富義 (2010). リハビリテーションへの応用. *総合リハビリテーション*, 38(5), 451-456.

Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.

Davis,M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy:Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*,44,113-126.

Davis,M.H. (1994). 1 章 共感研究の歴史とその定義. *共感の社会心理学 人間関係の基礎 (pp1-26) [Empathy A Social Psychological Approach]* (菊池章夫 訳). 東京：川島書店.

Decety, J., & Lamm, C. (2006) Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*, 6, 1146-1163.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.

Dymond, R. F. (1949). A scale for the measurement of empathic ability. *Journal of consulting psychology*, 13(2), 127-133.

遠藤順子, & 菅原真優美 (2004). 看護学生の自己意識・自己評価と共感性の関連. *新潟青陵大学紀要*, 4, 171-186.

遠藤由美 (2014). 第 4 章 社会的文脈から考える. 梅田聡 (編), *コミュニケーションの認知科学 2 共感*(pp79-99). 東京 : 岩波書店.

Eisenberg,N., & Mussen,P.H. (1996). I 向社会的行動の問題 1 向社会的行動の定義. *思いやり行動の発達心理* (pp3-16) [*THE ROOTS OF PROSOCIAL BEHAVIOR IN CHILDREN*] (菊池章夫, 二宮克美 共訳). 東京 : 金子書房.

Feshbach,N.D.,&Roe,K.(1968).Empathy in Six and Seven Years Olds.*Child Development*,39,133-145.

Friston, K. J. (1999). Schizophrenia and the disconnection hypothesis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(s395), 68-79.

藤野成美, & 岡村仁 (2011). 長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討. *日本看護研究学会雑誌*, 34(4), 55-63.

藤原広臨, & 村井俊哉 (2015). 社会脳 (特集 精神疾患における社会認知の特徴). *精神科*, 26(3), 181-185.

藤原健, & 大坊郁夫 (2010). 覚醒度の異なるポジティブ感情の対人会話場面における機能. *感情心理学研究*, 17(3), 180-188.

福田正治 (2010a). 第1章 共感概念の歴史と定義. 福田正治(著) *共感 心と心をつなぐ感情コミュニケーション(pp1-11)*. 東京：ヘルス出版.

福田正治 (2010b). 第3章 共感の基礎. 福田正治(著) *共感 心と心をつなぐ感情コミュニケーション(pp35-46)*. 東京：ヘルス出版.

福田正治 (2010c). 第6章 共感特性. 福田正治(著) *共感 心と心をつなぐ感情コミュニケーション(pp.87-112)*. 東京：ヘルス出版.

福島宏器 (2011). 第5章 ミラーとメンタライジング. 子安増生, & 大平英樹 (編), *ミラーニューロンと<心の理論> (pp153-193)*. 東京：新曜社.

Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia : are we measuring the" right stuff"?. *Schizophrenia bulletin*, 26(1), 119-136.

Harvey, P.D., & Sharma,T. (2007a).第2章 統合失調症の中核的な特徴としての認知機能障害. *統合失調症の認知機能ハンドブック ―生活機能の改善のために―* (pp11-21)[Understanding and Treating Cognition in Schizophrenia A Clinician's Handbook](丹羽真一, 福田正人 監訳). 東京：南江堂.

Harvey, P.D., & Sharma,T. (2007b). 第6章 統合失調症の注意障害. *統合失調症の認知機能ハンドブック ―生活機能の改善のために―*(pp57-68)[Understanding and Treating Cognition in Schizophrenia A Clinician's Handbook](丹羽真一, 福田正人 監訳). 東京：南江堂.

Harvey, P.D., & Sharma,T. (2007c). 第7章 機能障害と認知. *統合失調症の認知機能ハン*

ドブック ―生活機能の改善のために―(pp69-79)[Understanding and Treating Cognition in Schizophrenia A Clinician's Handbook](丹羽真一, 福田正人 監訳). 東京 : 南江堂.

橋本直樹, 豊巻敦人, 久住一郎, & 小山司 (2007). 社会認知と統合失調症「心の理論」と「共感」課題について. *精神科*, 10(6), 496-499.

畠中あゆみ, & 石津憲一郎 (2014). 共感性が向社会的行動に及ぼす影響 - 社会的望ましき尺度を用いて -. *富山大学人間発達科学研究実践総合センター紀要*, 8, 1-6.

葉山大地, 植村みゆき, 萩原俊彦, 大内晶子, 及川千都子, 鈴木高志, 倉住友恵, & 櫻井茂男 (2008). 共感性プロセス尺度作成の試み. *筑波大学心理学研究*, (36), 39-48.

林直樹, 山科満, & 五十嵐禎人 (2000). 入院治療における精神分裂病患者と治療者のイメージ評価の臨床的意義について. *臨床精神病理*, 21(3), 245-258.

昼田源四郎(2011). 第 I 部 統合失調症患者の行動特性. 昼田源四郎 (著) . 改訂増補 統合失調症患者の行動特性 : その支援と ICF(pp15-89). 東京 : 金剛出版.

平田聡 (2014). 第 3 章 共感の進化. 梅田聡 (編), *コミュニケーションの認知科学 2 共感* (pp53-77) . 東京 : 岩波書店.

Hoffman, M. L. (2001). 4 章 共感的怒り・同上・罪責感・不当感. *共感と道德性の発達心理学*(pp103-122) [Empathy and Moral Development : Implications for Caring and Justice](菊池章夫, 二宮克美 訳). 東京 : 川島書店.

Hoffman, M. L. (1984). Interaction of affect and cognition in empathy. *Emotions, cognition, and behavior*, 103-131.

本間元康. (2010). ラバーハンドイリュージョン : その現象と広がり. *認知科学*, 17(4),

761-770.

池淵恵美 (2011). 第Ⅲ章 治療によって認知機能は改善するか 4 統合失調症の精神障害
リハビリテーションと認知機能. (山内俊雄 編), 精神疾患と認知機能 - 最近の進歩 -
(pp.49-54). 東京 : 新興医学出版社.

池淵恵美 (2004). 認知機能リハビリテーションは統合失調症の機能回復に有用か. *精神神
経学雑誌*, 106(11), 1343-1356.

池淵恵美, & 安西信雄(1989). [分裂病治療のための機能評価] 生活技能の評価. *臨床精神
医学*, 18(2), 193-200.

池淵恵美, 岩崎晋也, 宮内勝, 大島巖, & 杉本豊和 (1995). 生活障害(Disability)と精神症
状との関連について 精神障害者社会生活評価尺度(LASMI)を用いた分析. *精神医学*,
37(10), 1041-1048.

池淵恵美, 中込和幸, 池澤聡, 三浦祥恵, 山崎修道, 根本隆洋, 樋代真一, & 最上多美子
(2012). 統合失調症の社会的認知 : 脳科学と心理社会的介入の架橋を目指して. *精神神経
学雑誌*, 114(5), 489-507.

池淵恵美, 佐藤さやか, & 安西信雄. (2008). 統合失調症の退院支援を阻む要因について.
精神神経学雑誌, 110(11), 1007-1022.

池澤聡, 最上多美子, & 中込和幸(2009). 【統合失調症の予後と展望 社会復帰をめざして】
認知機能と社会復帰. *Schizophrenia Frontier*, 10(3), 192-197.

井村修, 大嶺歩, & 宮里好一. (1998). 精神分裂病患者の視点変換能力の心理学的研究. *人
間科学*, (1), 9-23.

井村修 (2002). 統合失調症と視点取得能力—統合失調症患者と一過性精神病障害患者の

比較を通して一. *心理学研究*, 73(5), 383-390.

稲田健, & 石郷岡純. (2016). 新たな治療法の開発状況 (特集 統合失調症はどこへ行くのか (2)). *臨床精神医学*, 45(9), 1153-1158.

井上由美子, 山田和男, & 神庭重信 (2011). 第Ⅱ章 気分障害と認知機能 1 気分障害と心の理論. (山内俊雄 編), *精神疾患と認知機能 - 最近の進歩 -* (pp.49-54). 東京: 新興医学出版社.

伊禮門肇, 廣井虎白, & 下地京子 (2010). 開放病棟における長期入院患者への服薬自己管理の現状: 患者・看護師への意識調査の結果から. *日本精神科看護学会誌*, 53(2), 184-188.

石垣琢磨, 細野正人, 森美栄子, & 井上英一 (2017). 精神科リハビリテーションに活かすメタ認知トレーニング 人と人をつなぐ MCT. *精神障害とリハビリテーション*, 21(1), 22-28.

板倉昭二 (2014). 第2章 共感の発達. 梅田聡 (編), *コミュニケーションの認知科学 2 共感* (pp31-51). 東京: 岩波書店.

井藤寛志, & 中根志穂美 (2012). 表情認知における共感性の影響. *認知科学*, 19(2), 200-208.

岩崎晋也, 宮内勝, 大島巖, 村田信夫, 野中猛, 加藤春樹, 上野容子, 藤井克徳 (1994). 精神障害者社会生活評価尺度の開発-信頼性の検討 (第1報). *精神医学*, 36(11), 1139-1151.

岩佐貴史, & 浦川加代子 (2013). 心理教育プログラムにおける精神科看護師の援助技術に関する研究. *三重看護学誌*, 15(1), 1-8.

岩下豊彦(1975). V 共感の社会心理. 春木豊, & 岩下豊彦 (編), *共感の心理学, 人間関係の基礎* (pp121-170). 東京: 川島書店.

岩田和彦, & 池淵恵美 (2005). 統合失調症の認知機能に焦点をあてたリハビリテーション. *精神神経学雑誌*, 107(1), 37-44.

岩田誠 (2009). 10 創造性と脳. *BRAIN MEDICAL*, 21(4), 379-384.

岩脇三良 (1980). 共感性の研究. *中京大学文学部紀要*, 15(2), 1-22.

香川里美, 名越民江, 栗納由記子, 松岡美奈子, 南妙子 (2013). 長期入院統合失調症患者の退院支援に関する熟練看護師の看護実践のプロセス. *日本看護科学会誌*, 33(1), 61-70.

角田豊. (1994). 共感経験尺度改訂版 (EESR) の作成と共感性の類型化の試み. *教育心理学研究*, 42(2), 193-200.

兼田康宏, & Meltzer. H. Y. (2009). 【統合失調症の認知機能障害 神経生物学と治療的介入】 統合失調症の認知機能障害と機能的アウトカム. *脳と精神の医学*, 20(2), 83-88.

兼田康宏, 住吉太幹, 中込和幸, 沼田周助, 田中恒彦, 上岡義典, et al. (2008). 統合失調症認知機能簡易評価尺度日本語版(BACS-J). *精神医学*, 50(9), 913-917.

金子周平, 關戸啓子, & 下村明子 (2014). ロールレタリングを用いた体験学習による看護学生の共感性の変容—想像活動の特徴と記述の多様性からの検討. *日本看護科学会誌*, 34(1), 180-188.

蟹江絢子,& 中込和幸 (2016). 統合失調症における社会認知の認知矯正療法-心理社会的治療法. *精神医学*, 58(1), 45-53.

唐沢穰 (2008). II 発達・教育 21.メンタライジング. 子安増生, & 二宮克美 (編), *心理学フロンティア*(pp.84-87). 東京 : 新曜社.

笠井清登 (2011). 統合失調症の早期病態解明・診断補助法開発 : ユースメンタルヘルスの

実現に向けて. *精神神経学雑誌*, 113(7), 679-687.

葛西真記子, & 万木歩美 (2006). 共感性と感情覚知の関連性についての研究. *鳴門教育大学研究紀要*, 21, 55-67.

加藤元一郎 (2014). 第 6 章 共感の病理. 梅田聡 (編), *コミュニケーションの認知科学 2 共感* (pp123-138). 東京 : 岩波書店.

加藤元一郎, & 加藤隆 (2014). 臨床におけるミラーニューロン—特に心的側面について. *BRAIN and NERVE-神経研究の進歩*, 66(6), 665-672.

加藤隆勝, & 高木秀明 (1980). 青年期における情動的共感性の特質. *筑波大学心理学研究*, 2, 33-42.

川崎惣一(2009). 道徳的行動の主たる要因としての共感について. *北海道教育大学紀要(人文科学・社会科学編)*, 60(1), 15-27.

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opfer, L. A. (1991). 陽性・陰性症状評価尺度 (PANSS) マニュアル(山田寛, 増井寛治, 菊本次 翻訳). 東京 : 星和書店.

菊池章夫 (2014a). 1 思いやりの心理. 菊池章夫(著)さらに／思いやりを科学する 向社会的行動と社会的スキル (pp1-17). 東京 : 川島書店.

菊池章夫 (2014b). 7 思いやり行動のしつけ. 菊池章夫(著)さらに／思いやりを科学する 向社会的行動と社会的スキル (pp137-148). 東京 : 川島書店.

木村貴大 (2015). 「リカバリー概念」を用いた精神障害者地域移行支援の検討 : ピアサポートに焦点をあてて. *北星学園大学大学院論集*, (6), 63-76.

木野和代, & 鈴木有美 (2016). 多次元共感性尺度 (MES) 10 項目短縮版の検討. *宮城學*

院女子大學研究論文集, 123, 37-52.

岸上 雅彦, 鵜飼 聡, & 篠崎 和弘 (2010). 長期入院中の統合失調症患者の認知機能障害、社会・生活機能障害と作業療法参加との関係の検討. *和歌山医学*, 61(4), 100-105.

北村英哉 (2004a). 第 3 章 対人記憶. *認知と感情 理性の復権を求めて(pp45-68)*. 京都 : ナカニシヤ出版.

北村英哉 (2004b). 第 5 章 感情の意味の読み出し - ヒューステリックとしての気分状態. *認知と感情 理性の復権を求めて(pp89-106)*. 京都 : ナカニシヤ出版.

北村直也 (2017). 統合失調症, 発達障害, 感情障害に対する認知リハビリテーション (NEAR : Neuropsychological and Educational Approach to cognitive Remediation) の効果に関する検討. *川崎医学会*, 43(1), 29-41.

小林恒司, & 丹羽真一 (2003). 【社会機能(Social functioning)からみた統合失調症】概念の明確化 認知障害と社会機能 - 認知機能と社会機能の概念的関連について -. *精神科治療学*, 18(9), 1023-1028.

小池はるか(2003). 共感性尺度の再構成 場面想定法に特化した共感性尺度の作成. *名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要*, 心理発達科学, 50, 101-108.

小島卓也, 福良洋一, 田辺英一, 大久保起延, 坂井禎一郎, & 松浦雅人 (2002). 神経生理学的パラメーターからみた精神分裂病の認知障害. *Schizophrenia Frontier*, 3(3), 155-160.

小森三恵 (2010). ワーキングメモリの容量制約がメタ認知的モニタリングに及ぼす影響. *千里金蘭大学紀要*, 7, 34-42.

今野仁博, & 小川俊樹(2012). 認知的共感性と成人愛着の関連について - 愛着回避に着目して -. *Tsukuba Psychological Research*, 43, 97-107.

小海宏之, 岡村香織, 中野明子, 鈴木博子, 岸川雄介, 園田薫, 石井博, & 成本迅 (2011). 高齢統合失調症者の表情認知に関する神経心理学的基礎研究. *花園大学社会福祉学部研究紀要*, 19, 37-44.

河野仁彦, 稲田健, & 石郷岡純. (2015). 統合失調症の薬物療法における unmet medical needs (特集 統合失調症治療薬の臨床開発と課題). *分子精神医学*, 15(4), 254-258.

厚生労働省 (2015). 平成 26 年 (2014) 患者調査の概況.

Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/kanja.pdf>

厚生労働省 (2014). 平成 25 年 (2013) 「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」 報告書.

Retrieved from

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihoke-nfukushibu/0000067366.pdf>

厚生労働省 (2011). 知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス

Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/index.html>

子安増生 (2008). III 文化・社会 31.社会的認知. (子安増生, 二宮克美 編), *心理学フロンティア*(pp.126-129). 東京: 新曜社.

熊谷直樹, 安西信雄, & 池淵恵美. (2003). 統合失調症圏在院患者に対する「地域生活への再参加プログラム」の無作為割付効果研究 疾患自己管理の知識の獲得を中心に. *精神神経学雑誌*, 105(12), 1514-1531.

國方弘子. (2010). 精神に病をもつ人の自尊心が低下した時の心身と行動の構造. *日本看護科学会誌*, 30(4), 36-45.

國方弘子 (2009). 統合失調症者の self-esteem に関する研究の動向—self-esteem の先

行要因と帰結を中心に. *日本精神保健看護学会誌*, 18(1), 80-86.

國方弘子, & 中嶋和夫. (2006). 統合失調症患者の社会生活技能と自尊感情の因果関係. *日本看護研究学会雑誌*, 29(1), 67-71.

倉知正佳 (2006). 【情動の脳科学】 統合失調症 自己意識の障害と社会性関連回路. *神経研究の進歩*, 50(1), 142-152.

紅林佑介. (2015). 精神科病院に長期入院している統合失調症患者の認知機能に関する研究. *日本保健福祉学会誌*, 21(2), 9-17.

紅林佑介,&大瀧純一. (2015). 統合失調症患者における属性要因と認知機能の関連性—入院患者と入院歴のある外来患者についての調査. *精神医学*, 57(5), 341-348.

串崎真志 (2014). 情動共感及び感情調節が動作の模倣に及ぼす効果. *関西大学 文学部心理学集*, 8, 1-6.

Lin, C., & 住吉太幹 (2015). 統合失調症の認知機能の評価について (特集 統合失調症の認知機能障害の臨床的意義). *精神医学*, 57(9), 703-712.

前田久雄 (2009). 第2章 認知機能の基礎 B. 認知機能に関連する因子 I 情動と認知機能. 山内俊雄 (編), *精神疾患と認知機能*(pp.42-47). 東京 : 新興医学出版.

前田宗紀, 池田紗衣子, 高橋久美, 森義文 (2010). 精神科看護における服薬支援 患者の自覚的薬物体験による語りを通して考える. *日本精神科看護学会誌*, 53(1), 410-411.

前田貴記, & 鹿島春雄 (2007). 統合失調症の自我障害の形成機構—主観性の神経心理学. *Schizophrenia Frontier*, 8(4), 11-18.

前田貴記, &加藤元一郎 (2004). 【統合失調症の病態モデルと治療メカニズム】 統合失調症の認知機能障害と治療メカニズム 自己意識の障害について(Sense of agency を中心

に). *Schizophrenia Frontier*, 5(4), 232-236.

牧野遼作, 児玉謙太郎, 末崎裕康, & 園田耕平 (2014). “あっち向いてホイ” における同期の達成. *第31回日本認知科学会講演論文集*, 2-10.

Mandal, M. K., Pandey, R., & Prasad, A. B. (1998). Facial expressions of emotions and schizophrenia: A review. *Schizophrenia bulletin*, 24(3), 399.

松田光信. (2008). 心理教育を受けた統合失調症患者の 「服薬の受け止め」. *日本看護研究学会雑誌*, 31(4), 15-25.

松本有紀子, & 高橋 英彦 (2011). 【脳の機能と統合失調症-新たな診断と治療への展望-II】
認知機能の評価：脳画像研究を用いて 運動認知における自己と他者. *精神科治療学*, 26(12), 1533-1539.

松尾綾, & 前田由紀子 (2017). 臨床実習における看護学生の共感性, 道徳的感性, 自尊感情に関する研究. *西南女学院大学紀要*, 21, 27-37.

松島英介, & 小島卓也 (2011). 第 I 章 統合失調症と認知機能 3. 統合失調症の異種性と認知機能. (山内俊雄 編), *精神疾患と認知機能 - 最近の進歩 -* (pp23-30). 東京：新興医学出版社.

松下年子, 松島英介, & 平野佳奈 (2004). 急性期病棟に入院した精神障害者の自尊感情と, Health Locus of Control. *臨床精神医学*, 33(3), 307-312.

明和政子 (2014). 発達とミラーニューロン. *BRAIN and NERVE-神経研究の進歩*, 66(6), 673-680.

皆川直凡 (2007). 共感性の育成における創作・鑑賞活動の役割: 「俳句」 を中心として. *鳴門教育大学研究紀要*, 22, 10-23.

宮本保久, 池淵恵美, 佐々木隆, 根本隆洋, 佐久間寛之, 山本佳子, 高野佳寿子, et al. (2007). 統合失調症の受信技能の評価と送信技能や認知機能との関連について. *精神医学*, 49(3), 293-300.

宮田淳, & 村井俊哉 (2009). 精神 社会的認知と精神疾患 統合失調症の脳画像研究を中心に. *医学のあゆみ*, 231(10), 1054-1060.

宮崎美智子, 高橋英之, 岡田浩之, & 開一夫 (2011). 自己認識における運動主体感の役割と発達メカニズム. *認知科学*, 18(1), 9-28.

水野恵理子, 岩崎みすず, & 佐藤雅美 (2007). 退院後の統合失調症患者に対するサポート・グループの実践. *精神医学研究所業績集*, 44, 111-114.

水野雅文 (2005). 統合失調症における認知機能とリハビリテーション 統合失調症の社会機能および精神症状と認知機能の関連. *精神神経学雑誌*, 107(1), 21-26.

最上多美子, & 中込和幸 (2011). 【統合失調症 最近の話題】 SCIT(社会認知・対人関係のトレーニング). *精神科*, 18(1), 44-48.

最上 多美子, 池澤 聡, 山崎 泰史, & 中込 和幸 (2011). 対人コミュニケーションが困難な統合失調症. *Schizophrenia Frontier*, 11(4), 29-33.

Moody, E. J., McIntosh, D. N., Mann, L. J., & Weisser, K. R. (2007). More than mere mimicry? The influence of emotion on rapid facial reactions to faces. *Emotion*, 7(2), 447.

森千鶴 (1999). 精神分裂病の日常生活における患者-看護婦関係 治療的関係を中心に. *こころの看護学*, 3(2), 125-128.

守口 善也 (2011). 問合い、間を読む科学 心身医学と、自己・他者の心の理解の脳科学. 心

身健康科学, 7(1), 10-16.

守口善也 (2014).社会脳シリーズ6 自己を知る脳・他者を理解する脳 神経認知心理学からみた心の理論の新展開. 芋阪直行(編), 共感とは?-共感における自己と他者 (pp.18-21). 東京:新曜社.

森元隆文, 藤田有可, & 中村直子 (2015). 精神科病棟におけるメタ認知トレーニングの効果に対する予備的検討. 北海道作業療法, 32(2), 113-121.

盛本翼, 松田康裕, 有田恵亮, 岡西康治, 田中尚平, 杉本麻衣, 寺田知恵子, & 岸本年史 (2017). 心理教育が急性期統合失調症入院患者の知識およびセルフ・スティグマにおよぼす影響. 精神障害とリハビリテーション, 21(1), 62-66.

森岡周 (2014a). 第 6 章 社会的認知における模倣行動と心の理論の発達. 森岡周(著)リハビリテーションのための認知神経科学入門(pp97-120). 東京: 協同医書出版社.

森岡周 (2014b). 第 3 章 記憶の現象学. 森岡周(著)リハビリテーションのための認知神経科学入門(pp-49-67). 東京: 協同医書出版.

森田喜一郎, 立松康宏, & 小路純央 (2008). 脳波・筋電図の臨床 統合失調症者の情動関連探索眼球運動の特性--視野(スクリーン)の左右差を含めて. 臨床脳波, 50(3), 152-158.

村井俊哉 (2009). 第 2 章 認知機能の基礎 B. 認知機能に関連する因子 VIII 社会認知と認知機能. 山内俊雄 (編), 精神疾患と認知機能(pp.85-88). 東京: 新興医学出版.

村井俊哉 (2008). fMRI でみる統合失調症の社会的認知 (特集 fMRI と精神医学). 臨床精神医学, 37(6), 759-765.

村井俊哉 (2006). 情動認知・社会行動の脳内機構とその障害. 認知神経科学, 8(1), 56-60.

村上達也, 西村多久磨, & 櫻井茂男 (2014). 小中学生における共感性と向社会的行動および攻撃行動の関連：子ども用認知・感情共感性尺度の信頼性・妥当性の検討. *発達心理学研究*, 25(4), 399-411.

村田哲 (2005). 模倣の神経回路と自他の区別. *バイオメカニズム学会誌*, 29(1), 14-19.

室橋春光 (2008). 統合失調症における Magnocellular 系機能をめぐって. *精神保健研究*, 21, 63-71.

室井みや, 笠井清登, 植月美希, & 管心 (2007). 統合失調症における非情動的・情動的情報に対する選択的注意機能の検討. *認知心理学研究*, 4(2), 65-73.

中込和幸 (2017). 神経認知・社会認知 (NEAR, SCIT) のリハビリテーションについて. *精神障害とリハビリテーション*, 21(1), 17-21.

中込和幸, 兼子幸一, 朴盛弘, 最上多美子, & 池澤聰 (2010). 統合失調症の認知機能障害その意義、治療. *鳥取医学雑誌*, 38(2), 56-62.

中込和幸, 最上多美子, & 池澤聰 (2009). 統合失調症と社会脳. *精神医学*, 51(3), 257-263.

中村真 (2015). 第6章 感情と発達. (大平英樹 編), *感情心理学・入門(pp123-149)*. 東京：有斐閣.

中村真 (2014). 第7章 共感と向社会的行動. (梅田聡 編), *コミュニケーションの認知科学 2 共感 (pp139-165)*. 東京：岩波書店.

根本隆洋, 藤井千代, 三浦勇太, 茅野分, 小林啓之, 山澤涼子, 村上雅昭, 鹿島晴雄, & 水野雅文 (2008). 社会機能評価尺度(Social Functioning Scale;SFS)日本語版の作成および信頼性と妥当性の検討. *日本社会精神医学会雑誌*, 17(2), 188-195.

根本 隆洋, & 水野 雅文 (2011). 【統合失調症の社会復帰 QOL の向上を目指したバイオ・ソーシャルな取り組み】 自発性の改善と社会機能の回復. *精神神経学雑誌*, 113(4), 374-379.

西雅美, 岡田朗, 岡崎研太郎, & 坂根直樹 (2008). 成人 1 型糖尿病患者の自尊心に関する研究 ―自尊感情尺度と理想自己個性記述質問紙法を用いて―. *プラクティス*, 25(2), 215-218.

西村多久磨, 村上達也, & 櫻井茂男 (2015). 共感性を高める教育的介入プログラム. *教育心理学研究*, 63(4), 453-466.

野村理朗 (2011). 第 3 章 「向社会的」共感の心理・生物学的メカニズム. (子安増生, 大平英樹 編), *ミラーニューロンと<心の理論>* (pp103-131). 東京 : 新曜社.

野中猛 (2011). リカバリー論からみた統合失調症者の予後. *精神医学*, 53(2), 169-175.

則包和也, & 白石裕子.(2008). 統合失調症患者の表情認知における視線運動の特徴. *日本看護研究学会*, 31(1), 75-82.

沼田潤. (2012). 日本人大学生における異文化理解の現状. *人間環境学研究*, 10(2), 55-63.

小田亮, 大めぐみ, 丹羽雄輝, 五百部裕, 清成透子, 武田美亜, & 平石界 (2013). 対象別利他行動尺度の作成と妥当性・信頼性の検討. *心理学研究*, 84(1), 28-36.

小川一夫. (2011). Self-agency (行為の主体感) の回復. *総合リハビリテーション*, 39(8), 731.

岡本隆寛 (2007). 精神障害者の地域生活における現状と課題 (第 1 報): 暮らしやすさに焦点を当てた質問紙調査より. *医療看護研究*, 3(1), 15-21.

岡本隆寛, 広沢正孝, 四方田清, & 松本浩幸 (2015). 就労継続支援 B 型事業所を利用する統合失調症者のリカバリーに影響する要因. *Journal of Health Care and Nursing*, 12(1), 35-43.

岡本 幸, & 井上 桂子. (2007). 長期入院の統合失調症患者における知的機能と社会生活障害の関連 WAIS-R と Rehab を用いた検討. *川崎医療福祉学会誌*, 16(2), 305-313.

沖野慎治, 中村晃士, 小野和哉, 中山和彦, 堀野哲也, 吉田正樹, & 堀誠治 (2015). HIV 感染患者における精神症状と心理的ストレスに関する研究. *心身医学*, 55(2), 156-162.

小野綾子, & 田頭穂積. (2005). 被共感経験が共感性と向社会的行動に及ぼす影響. *心理教育相談センター年報*, (13), 55-63.

大東祥孝 (2006). 神経心理学の新たな展開— 精神医学の「脱構築」にむけて—. *精神神経学雑誌*, 108(10), 1009-1028.

大東祥孝 (2004). 発動性の病理を探る. *高次脳機能研*, 24(2), 184-189.

大平英樹 (2015). 共感を創発する原理. *エモーション・スタディーズ*, 1(1), 56-62.

大久保街亜(2013). 第 5 章 表象 1 表象とは何か. 大久保街亜 他 (著) *認知心理学 知のアーキテクチャを探る(pp132-134)*. 東京：有斐閣アルマ.

大内田裕, & 出江紳一 (2014). リハビリテーションにおけるミラーニューロンの臨床応用. *BRAIN and NERVE-神経研究の進歩*, 66(6), 655-663.

大山博史, 小泉毅, 永長昌之, 村本幸栄, 星敬子, & 平田久子(1997). 精神分裂病の生活障害に及ぼす精神科デイ・ケアの効果. *臨床精神医学*, 26(7), 907-917.

荻阪直行. (2005). ワーキングメモリと前頭葉機能—実行系機能の個人差—. *認知神経科学*,

7(3), 250-255.

荻阪直行 (2007). 意識と前頭葉—ワーキングメモリからのアプローチ—. *心理学研究*, 77(6), 553-566.

Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia bulletin*, 32(1), 64-80.

Penn, D. L., Sanna, L. J., & Roberts, D. L. (2008). Social cognition in schizophrenia An overview. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 408-411.

Reynolds, W. J., & Scott, B. (1999). Empathy a crucial component of the helping relationship. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 6(5), 363-370.

Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive brain research*, 3, 131-141.

Rizzolatti, G., Fogassi, L., & Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(9), 661-670.

Rizzolatti, G., Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annu Rev Neurosci*, 27, 169-192.

Roberts, D.L., Penn, D.L., & Combs, D.R. (2011). 社会認知ならびに対人関係のトレーニング [Social Cognition and Interaction Training (SCIT) Treatment Manual] (中込和幸, 兼子幸一, & 最上多恵子 監訳). 東京: 星和書店.

定藤規弘. (2014). 機能的 MRI による社会能力発達における神経基盤の解明. *脳神経外*

科ジャーナル,23(4),318-324.

桜井茂男 (2000). ローゼンバーグ自尊感情尺度日本語版の検討. 筑波大学発達臨床心理学研究, 12, 65-71.

櫻井茂男, 葉山大地, 鈴木高志, 倉住友恵, 萩原俊彦, 鈴木みゆき, 大内晶子, & 及川千都子 (2011). 他者のポジティブ感情への共感的感情反応と向社会的行動, 攻撃行動との関係. 心理学研究, 82(2) , 123-131.

齊藤菜穂, & 高橋英彦. (2014). Brain Science (118) 意志と自己主体感の神経科学. 精神科, 24(4), 449-453.

斎藤伸介 (2008). 精神疾患患者への服薬指導 (3) 統合失調症患者への服薬指導. 調剤と情報, 14(11), 1325-1327.

佐藤弥, & 吉川左紀子 (1999). 情動的表情による顔知覚促進効果. 電子情報通信学会技術研究報告. HCS, ヒューマンコミュニケーション基礎, 99(289), 19-26.

佐藤徳 (2011). 何が自己を自己たらしめるか? 運動主体感の研究から. 認知科学, 18(1), 29-40.

佐藤史教 (2007). 精神科長期入院者に対する心理社会療法試行の効果. 日本看護学会論文集 : 精神看護, (38), 105-107.

澤田瑞也 (1992). 第一章 共感の定義 1 共感概念の歴史. 澤田瑞也(著) 共感の心理学 - そのメカニズムと発達 - (pp9-21) . 東京 : 世界思想社.

千住淳 (2014). 第 5 章 共感と自閉症スペクトラム症. 梅田聡 (編), コミュニケーションの認知科学 2 共感(pp101-121) . 東京 : 岩波書店.

島田和佳, 早稲田真弓, 杉若美智子, & 山根浩和 (2004). 感情表現や自己表現の苦手な統合失調症患者に SST を試みて. *日本看護学会論文集：精神看護*, (35), 235-237.

下津咲絵 (2007). 精神疾患患者のセルフスティグマが精神疾患の治療や経過に与える影響. *総合病院精神医学*, 19(3), 353-357.

Singer, T., & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 81-96.

小代聖香 (1989). 看護婦の認知する共感の構造と過程. *日本看護科学会誌*, 9(2), 1-13.

Stotland, E. (1969). Exploratory investigations of empathy. *Advances in experimental social psychology*, 4, 271-314.

杉浦元亮 (2009). 自己と他者—脳機能画像での検討. *精神医学*, 51(3), 223-230.

須藤昇 (1999). 表象. 中島義明, 安藤清志, 子安増生, 坂野雄二, 繁桝算男, 立花政夫, 箱田裕司 (編), *心理学辞典*(pp730-731). 東京：有斐閣.

菅原裕美 (2016). 4 精神科リハビリテーション 第2章 精神看護の機能と役割. 森千鶴(監編), 田中留伊(編), 改訂版 *これからの精神看護学*(pp130-133). 東京：ピラールプレス.

杉原玄一, & 村井 俊哉 (2013). 【統合失調症治療における新時代】 統合失調症治療の変化 臨床症状と社会機能の評価の面から. *Progress in Medicine*, 33(11), 2293-2296.

住吉太幹 (2011). 統合失調症の早期介入・発症予防における薬物療法. *医学のあゆみ*, 236(10), 949-954.

鈴木敦命 (2014). 表情認知と体現的シミュレーション. *Japanese Psychological Review*, 57(1), 5-23.

鈴木秀明, & 石村郁夫 (2016). 劣等感による否定的な影響を緩和させる要因—感情体験と共感・被共感経験に着目して—. 東京成徳大学大学院心理学研究科臨床心理学研究, (16), 145-153.

鈴木美穂, & 森千鶴 (2004). 統合失調症者における家族の協力度・困難度・理解度の認識の比較. *Yamanashi Nurs J*, 2(2), 45-50.

鈴木有美. (2002). 自尊感情と主観的ウェルビーイングからみた大学生の精神的健康 共感性およびストレス対処との関連. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要. *心理発達科学*, 49, 145-155.

鈴木有美, & 木野和代 (2008). 多次元共感性尺度 (MES) の作成. *教育心理学研究*, 56(4), 487-497.

鈴木有美, 木野和代, 出口智子, 遠山孝司, 出口拓彦, 伊田勝憲, 大谷福子, 谷口ゆき, & 野田勝子 (2000). 多次元共感性尺度作成の試み. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要. *心理発達科学*, 47, 269-279.

田井雅子, & 野嶋佐由美 (2015). 統合失調症をもつ人のセルフマネジメント促進に向けての自我・自己を支える看護ケア. *高知女子大学看護学会誌*, 40(2), 31-41.

高橋秀俊, 岩瀬真生, 石井良平, 梶本修身, 武田雅俊 (2006). 統合失調症における認知機能障害の評価と対応 統合失調症患者の認知機能と社会生活機能. *Schizophrenia Frontier*, 7(4), 247-251.

高橋雅延 (2008). 1 感情の基礎. 高橋雅延(著)認知と感情の心理学(pp16-36). 東京 : 岩波書店.

高畑圭輔, & 豊嶋良一 (2007). 統合失調症と社会脳 (特集 Social Brain). *臨床精神医学*, 36(8), 971-979.

高井弘弥 (2004). 道徳的違反と慣習的違反における罪悪感と恥の理解の分化過程. *発達心理学研究*, 15(1), 2-12.

武田敏伸 (2015). 統合失調症における怠薬の問題と持効性注射製剤での治療について. *仁明会精神医学研究*, 12(1), 36-45.

竹内啓子, 伊香美佐子, & 鈴木光(2012). 対人関係の回復に向けての看護. *日本精神科看護学術集会誌*, 55(1), 474-475.

田村美由紀 (2014). 共感: 大脳における神経回路の共有と自閉症スペクトラムによる機能障害. *人間総合科学大学紀要*, (26), 67-73.

田尾有樹子. (2008). 奨励実践 巣立ち会の地域移行支援. *精神障害とリハビリテーション*, 12(2), 148-153.

手塚洋介, 敦賀麻理子, 村瀬裕子, & 鈴木直人 (2007). 認知的評価がネガティブ感情体験と心臓血管反応の持続に及ぼす影響. *心理学研究*, 78(1), 42-50.

登張真稲 (2005). 共感喚起過程と感情的結果, 特性共感の関係一性の類似度, 心理的重なりの効果. *パーソナリティ研究*, 13(2), 143-155.

登張真稲 (2003). 青年期の共感性の発達: 多次元的視点による検討. *発達心理学研究*, 14(2), 136-148.

登張真稲 (2000). 多次元的視点に基づく共感性研究の展望. *性格心理学研究*, 9(1), 36-51.

豊田弘司 (2008). 女子大学生における情動知能に及ぼす共感経験の効果. *教育実践総合センター研究紀要*, 17, 23-27.

内田知宏, & 上埜高志. (2010). Rosenberg 自尊感情尺度の信頼性および妥当性の検討

--Mimura & Griffiths 訳の日本語版を用いて. 東北大学大学院教育学研究科研究年報, 58(2), 257-266.

植村みゆき, 萩原俊彦, 及川千都子, 大内晶子, 葉山大地, 鈴木高志, 倉住友恵, & 櫻井茂男(2008). 共感性と向社会的行動との関連の検討 - 共感性プロセス尺度を用いて-. 筑波大学心理学研究, 36, 49-56.

浦田重治郎 (2004). 心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン (厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 13 指 2 統合失調症の治療およびリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究) . Retrieved from <http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/research/14.html>

梅田聡 (2014). 第 1 章 共感の科学. 梅田聡 (編), コミュニケーションの認知科学 2 共感 (pp4-9). 東京 : 岩波書店.

渡辺弥生 (2005). 社会的スキルおよび共感性を育む体験的道德教育プログラム : VLF (Voices of Love and Freedom) プログラムの活用. 法政大学文学部紀要, 50, 87-104.

Wölwer, W., Frommann, N., Halfmann, S., Piaszek, A., Streit, M., & Gaebel, W. (2005). Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: efficacy and specificity of a new training program. *Schizophrenia research*, 80(2), 295-303.

World Health Organization.(2007). ICD-10 精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン[*The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*](融道夫,中根允文,小宮山実,岡崎祐士,&大久保芳善朗 監訳).(新訂版第 5 刷).東京:医学書院.

Wykes,T., Reeder,C. (2011a). 第 2 章 統合失調症における認知機能の概観. 統合失調症の認知機能改善療法(pp32-58) [Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia : Theory & Practice] (松井三枝 監訳). 東京 : 金剛出版.

Wykes,T., Reeder,C. (2011b). 第5章 実験室における認知機能の変化. *統合失調症の認知機能改善療法*(pp119-143) [Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia : Theory & Practice] (松井三枝 監訳). 東京 : 金剛出版.

山田光子 (2015). 統合失調症患者のセルフスティグマが自尊感情に与える影響. *日本看護研究学会雑誌*, 38(1), 85-91.

山本真理子, 松井豊, & 山成由紀子 (1982). 認知された自己の諸側面の構造. *教育心理学研究*, 30(1), 64-68.

山根寛 (2003). 【社会機能(Social functioning)からみた統合失調症】 概念の明確化 社会機能のいくつかのアспект. *精神科治療学*, 18(9), 1015-1021.

山崎勝之 (2006). ポジティブ感情の役割. *パーソナリティ研究*, 14(3), 305-321.

山下真裕子, 伊関敏男, & 藪田歩 (2017). 地域で暮らす精神障がい者の服薬の必要性の認識と服薬における課題. *日本看護研究学会雑誌*, 40(2), 129-136.

山内慶太, 小口恵子, & 大野裕 (1996). 第8章 認知療法の看護領域への導入について. 大野 裕, 小谷津 孝明 (編), *認知療法ハンドブック 下巻*(pp165-177). 東京 : 星和書店.

横田正夫, 高橋滋, 依田しなえ, 岸芳正, 原秀之, & 町山幸輝 (1988). 精神分裂病患者における認知的構えの固着. *精神医学*, 30(9), 1007-1014.

芳田章子. (2004). 自尊感情からみた精神科デイケアにおける統合失調症群の生活技能. *病院・地域精神医学*, 47(2), 202-204.

義村さや香, & 村井俊哉 (2011). 特集 統合失調症—最近の話題— 社会脳と統合失調症. *精神科*, 18(1), 1-5.

吉野賀寿美, & 八木こずえ (2010). 地域生活に移行した統合失調症患者の生活体験—初発者と再発者の比較を通して. *日本看護科学会誌*, 30(2), 54-63.

吉尾隆 (2012). 抗精神病薬の多剤併用大量処方の実態—精神科臨床薬学研究会 (PCP 研究会) 処方実態調査から—, *精神神経学雑誌*, 114(6), 690-695.

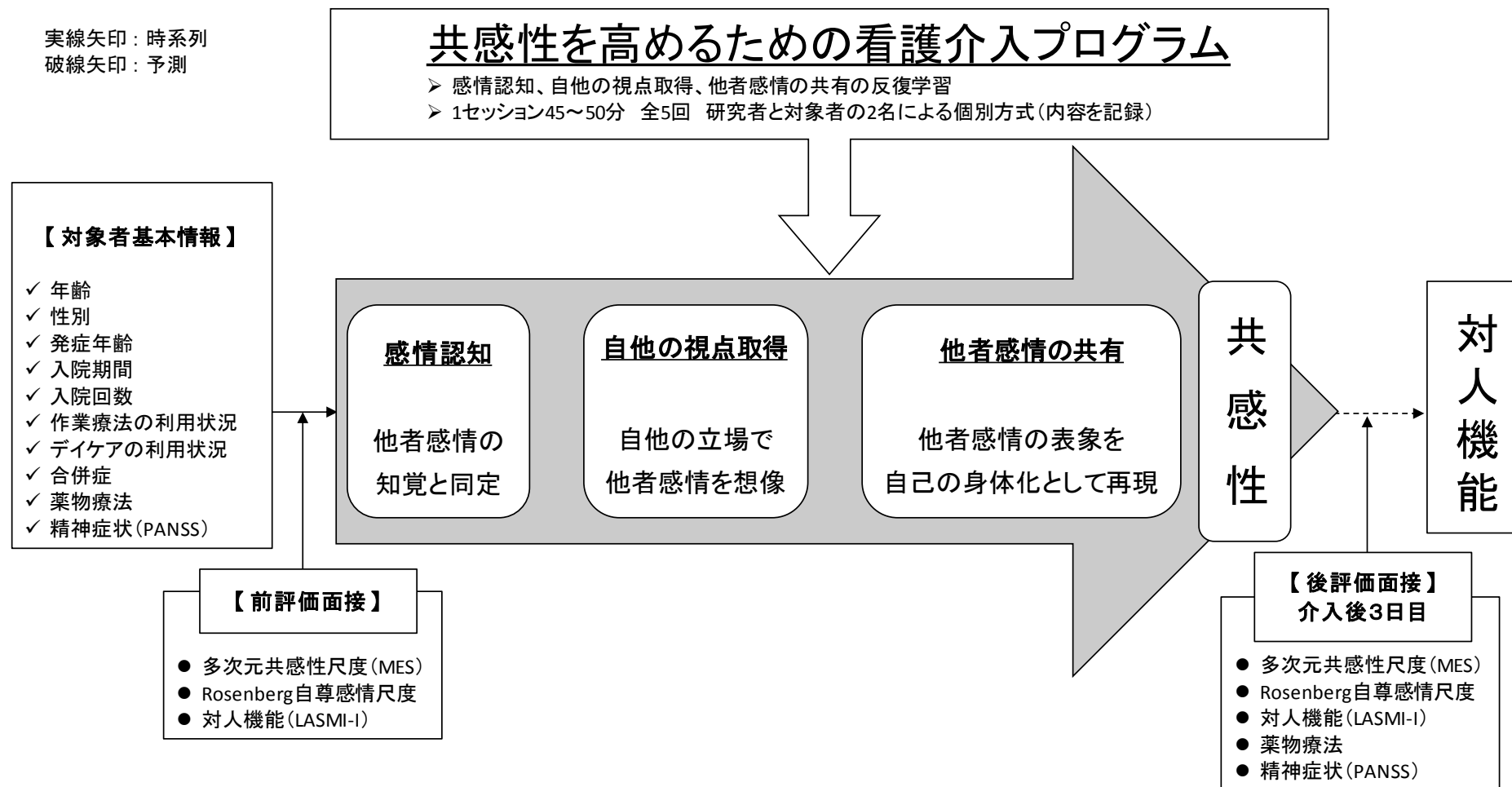


図1 本研究の概念枠組み

【既存プログラムからの参考】

- ◆ 共感性を高める教育的介入プログラムからの参考は、「教育」と表記。
 - ◆ 社会認知ならびに対人関係のトレーニングからの参考は、「SCIT」と表記。
 - ◆ 心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドラインからの参考は、「ガイド」と表記。
- ※看護介入プログラム独自のものは、「新規工夫点」と表記。

入院中の統合失調症者に対する共感性を高めるための看護介入プログラム

【実施形態】

- ①週1～3回のセッションで、1セッション45～50分の全5回（教育 SCIT ガイド）の3週間
- ②研究者と対象者の2名による個別方式（新規工夫点）

内 容	目 的	エクササイズ	既存プログラム からの参考
セッション1 看護介入プログラムの目的と経験学習の必要性の理解			
自己紹介と質問	自己開示	自己紹介と可能な範囲での回答	教育 SCIT
共感性の説明 経験学習の説明	動機づけ	共感性の必要性和看護介入プログラムの目的理解	新規工夫点
		模倣による経験学習の理解	
あいこジャンケン こっち向いてホイ	運動模倣	互いに「あいこ」を出す	教育
		指示と同じ方向を向く	新規工夫点
表情模倣	運動模倣	自己の感情表出の気づき	教育 SCIT
	運動知覚模倣	他者感情の同定と共有	
セッション2 感情認知トレーニング その1			
感情認知の説明	動機づけ	他者感情の同定と他者理解の必要性	新規工夫点
感情認知	運動模倣	表情模倣(表情:全14種類)	教育 SCIT
		自己の感情表出の気づき	
	運動知覚模倣	他者感情の同定と共有	
	感情の敏感性	他者感情の同定への手がかり利用	SCIT
セッション3 感情認知トレーニング その2			
感情認知	反復練習	感情認知トレーニング その1 (表情:全7種類)	教育 SCIT
被共感的経験	受容経験	他者からの自己感情の同定と共有	教育
	感情の敏感性	自己感情の表出への手がかり利用	SCIT
セッション4 ネガティブな仮想場面での視点取得および感情の共有と受容経験			
視点取得の説明	動機づけ	自他の立場での状況と感情の理解の必要性	新規工夫点
		ネガティブな状況での感情コントロールの重要性	
感情認知と 視点取得	運動知覚模倣	状況に応じた他者感情の同定と共有	教育 SCIT ガイド
	他者理解	仮想場面に応じて、温かい・冷たい言葉をかける	教育 SCIT ガイド
視点取得と 被共感的経験	運動知覚模倣	相手の立場での感情の生起と共有	教育 SCIT ガイド
	受容経験	相手の立場で、温かい・冷たい言葉をかけられる	教育 SCIT ガイド
セッション5 ポジティブな仮想場面での視点取得および感情の共有と受容経験			
視点取得の説明	動機づけ	自他の立場での状況と感情の理解の必要性	新規工夫点
		ポジティブな状況での感情コントロールの重要性	
感情認知と 視点取得	運動知覚模倣	状況に応じた他者感情の同定と共有	教育 SCIT ガイド
	他者理解	仮想場面に応じて、温かい・冷たい言葉をかける	教育 SCIT ガイド
視点取得と 被共感的経験	運動知覚模倣	相手の立場での感情の生起と共有	教育 SCIT ガイド
	受容経験	相手の立場で、温かい・冷たい言葉をかけられる	教育 SCIT ガイド

図 2 本研究の看護介入プログラムの概要

表 1 対象者の背景(非介入群)

	n	%	平均値	標準偏差	中央値	(範囲)
性 別						
男性	15	50.00				
女性	15	50.00				
年齢(歳)	30		45.93	11.00	47.00	(24 – 62)
発症年齢(齡)	30		24.17	7.38	21.50	(17 – 45)
入院回数(回)	30		3.73	2.36	3.00	(1 – 10)
入院日数(日)	30		816.33	1550.68	58.00	(7 – 6235)
作業療法歴						
有	17	56.67				
無	13	43.33				
デイケア歴						
有	1	3.30				
無	29	96.67				
学歴						
中卒	7	23.33				
高卒	14	46.67				
専門・短大卒	4	13.33				
大卒以上	5	16.67				

表 2 1回目、2回目調査における薬物量の変化(非介入群)

項目名	1回目調査				2回目調査				<i>p</i>
	平均値	標準偏差	中央値	四分位範囲	平均	標準偏差	中央値	四分位範囲	
CP換算量(mg/日)	659.17	437.01	600.00	435.50	636.67	449.18	562.50	400.25	n.s
BPD換算量(mg/日)	0.57	1.10	0.00	5.00	0.50	0.94	0.00	5.00	n.s

Note. *n*=30

Wilcoxon 符号付順位検定

n.s.:no significant

表 3 1回目、2回目調査における精神症状(PANSS)の変化(非介入群)

項目名(項目数)	1回目調査					2回目調査					<i>p</i>
	<i>α</i>	平均値	標準偏差	中央値	四分位範囲	<i>α</i>	平均値	標準偏差	中央値	四分位範囲	
PANSS総得点(30)	0.88	74.37	8.26	72.50	9.50	0.90	73.27	9.04	71.00	10.25	0.019
陽性症状(7)	0.54	17.40	1.98	17.00	2.50	0.67	16.87	2.16	17.00	3.00	0.029
陰性症状(7)	0.86	17.83	3.41	17.00	3.25	0.90	17.17	3.69	16.00	3.00	0.003
総合精神病理評価(16)	0.74	39.13	4.13	37.50	6.00	0.74	39.23	4.23	39.00	5.25	n.s

Note. *n*=30*Wilcoxon* 符号付順位検定

n.s:no significant

表 4 看護介入プログラムの対象者の背景(介入群)

	n	%	平均値	標準偏差	中央値	(範囲)
性 別						
男性	23	65.71				
女性	12	34.29				
年齢(歳)	35		49.43	8.96	50.00	(25 - 64)
発症年齢(齡)	35		22.51	6.24	22.00	(15 - 51)
入院回数(回)	35		4.29	3.11	3.00	(1 - 13)
入院日数(日)	35		883.00	1593.87	437.00	(9-8629)
作業療法歴						
有	17	48.57				
無	18	51.43				
デイケア歴						
有	0	0.00				
無	35	100.00				
学歴						
中卒	9	25.71				
高卒	15	42.86				
専門・短大卒	10	28.57				
大卒以上	1	2.86				

表 5 看護介入プログラム前後における薬物量の変化(介入群)

項目名	介入前				介入後				<i>p</i>
	平均	標準偏差	中央値	四分位範囲	平均	標準偏差	中央値	四分位範囲	
CP換算量(mg/日)	756.41	417.18	775.00	550.00	747.84	420.03	775.00	550.00	n.s
BPD換算量(mg/日)	0.83	1.82	0.00	1.00	0.83	1.82	0.00	1.00	n.s

Note. *n*=35

Wilcoxon 符号付順位検定

n.s:no significant

表 6 看護介入プログラム前後における精神症状 (PANSS) の変化 (介入群)

項目名 (項目数)	介入前					介入後					<i>p</i>
	α	平均値	標準偏差	中央値	四分位範囲	α	平均値	標準偏差	中央値	四分位範囲	
PANSS総得点 (30)	0.95	73.89	13.54	70.00	13.00	0.95	72.71	13.79	69.00	13.00	0.001
陽性症状 (7)	0.85	17.46	3.23	17.00	3.00	0.90	16.91	3.58	16.00	3.00	0.006
陰性症状 (7)	0.91	17.89	4.59	17.00	4.00	0.94	17.49	4.63	16.00	5.00	0.005
総合精神病理評価 (16)	0.90	38.54	7.09	38.00	5.00	0.93	38.31	7.34	37.00	5.00	n.s

Note. $n=35$

Wilcoxon 符号付順位検定

n.s.: no significant

表 7 1回目、2回目調査における対人機能(LASMI-I)の変化(非介入群)

項目名(項目数)	1回目調査					2回目調査					<i>p</i>
	α	平均	標準偏差	中央値	四分位範囲	α	平均	標準偏差	中央値	四分位範囲	
LASMI総得点(13)	0.84	16.07	4.85	16.50	7.00	0.90	15.57	5.59	15.50	8.00	n.s
会話(7)	0.76	6.30	3.06	6.50	4.00	0.84	6.10	3.56	5.50	5.00	n.s
集団活動(2)	0.31	3.13	0.86	3.00	1.00	0.35	2.90	0.84	3.00	1.00	n.s
人づきあい(4)	0.70	6.63	1.65	7.00	3.00	0.75	6.57	1.74	7.00	3.00	n.s

Note. $n=30$

Wilcoxon 符号付順位検定

n.s.: no significant

表 8 看護介入プログラム前後における対人機能 (LASMI-I) の変化 (介入群)

項目名 (項目数)	介入前					介入後					<i>p</i>
	α	平均	標準偏差	中央値	四分位範囲	α	平均	標準偏差	中央値	四分位範囲	
LASMI総得点 (13)	0.80	16.69	4.90	15.00	7.00	0.82	15.49	5.04	15.00	8.00	<0.001
会話 (7)	0.71	7.31	3.16	6.00	5.00	0.78	6.37	3.29	6.00	4.00	<0.001
集団活動 (2)	0.80	3.51	1.40	4.00	3.00	0.57	3.31	1.32	3.00	2.00	n.s
人づきあい (4)	0.82	5.86	1.82	6.00	3.00	0.83	5.80	1.84	5.00	3.00	n.s

Note. $n=35$

Wilcoxon 符号付順位検定

n.s.: no significant

表 9 1回目、2回目調査における共感性(MES)の変化(非介入群)

項目名(項目数)	1回目調査					2回目調査					<i>p</i>
	α	平均	標準偏差	中央値	四分位範囲	α	平均	標準偏差	中央値	四分位範囲	
被影響性(5)	0.64	15.43	4.06	14.50	6.25	0.71	16.23	4.11	16.00	6.25	n.s
他者指向的反応(5)	0.71	17.60	3.69	17.50	4.00	0.59	17.33	3.31	18.00	4.50	n.s
想像性(5)	0.71	16.30	4.17	17.50	5.75	0.69	16.03	3.86	16.50	6.00	n.s
視点取得(5)	0.60	15.90	2.92	16.00	4.00	0.63	15.33	2.93	15.00	3.00	n.s
自己指向的反応(4)	0.61	13.47	3.10	14.00	5.00	0.62	13.53	3.18	14.00	4.25	n.s

Note. $n=30$

Wilcoxon 符号付順位検定

n.s: no significant

表 10 看護介入プログラム前後における共感性(MES)の変化(介入群)

項目名(項目数)	介入前					介入後					<i>p</i>
	α	平均	標準偏差	中央値	四分位範囲	α	平均	SD	中央値	四分位範囲	
被影響性(5)	0.20	16.34	2.89	16.00	3.00	0.59	16.54	3.66	17.00	5.00	n.s
他者指向的反応(5)	0.50	18.31	2.79	18.00	3.00	0.71	21.20	2.93	22.00	3.00	<0.001
想像性(5)	0.64	16.26	4.20	16.00	6.00	0.70	17.54	4.57	18.00	7.00	0.032
視点取得(5)	0.73	16.91	3.28	17.00	4.00	0.71	20.34	2.61	20.00	4.00	<0.001
自己指向的反応(4)	0.63	13.69	3.19	14.00	4.00	0.66	12.80	3.84	14.00	5.00	n.s

Note. $n=35$

Wilcoxon 符号付順位検定

n.s: no significant

表 11 1回目、2回目調査における自尊感情の変化(非介入群)

項目名(項目数)	1回目調査					2回目調査					<i>p</i>
	<i>α</i>	平均	標準偏差	中央値	四分位範囲	<i>α</i>	平均	標準偏差	中央値	四分位範囲	
尺度総得点(10)	0.81	25.20	6.07	24.50	8.00	0.80	24.10	5.95	26.00	9.00	n.s

Note. n=30
Wilcoxon 符号付順位検定
n.s: no significant

表 12 看護介入プログラム前後における自尊感情の変化(介入群)

項目名(項目数)	介入前					介入後					<i>p</i>
	<i>α</i>	平均	標準偏差	中央値	四分位範囲	<i>α</i>	平均	標準偏差	中央値	四分位範囲	
尺度総得点(10)	0.81	24.63	6.51	25.00	10.00	0.82	29.57	5.69	30.00	8.00	<0.001

Note. *n*=35
Wilcoxon 符号付順位検定
n.s:no significant

【研究対象施設説明書】**研究****「統合失調症者の共感性と自尊感情との関連-入院中の統合失調症者を対象として-」
についての説明書****1. 研究の概要**

本研究で注目する共感性は、従来より、他者との円滑なコミュニケーションや対人関係の形成に必要不可欠であり、人間に生まれながらに備わる自然な能力として考えられてきました。共感性は、他者を理解しその感情を認知する能力が基礎となり、自身の成長発達に伴って変化、拡大していくと考えられています。入院中の統合失調症者の社会復帰は、他者とのコミュニケーションの良否がかなりその予後を規定すると考えられています。しかし、統合失調症者は、対人機能における共感性に障害があるために、日常生活での他者とのコミュニケーション場面において様々な困難が生じやすいと考えられています。また、そのために対人関係でのトラブルも多く、誤解を受けやすいために自信の喪失や希望のなさ、無力感を招き、統合失調症者自身が生き生きと生活することができない現状にあります。

現在の精神医療は、精神障害者が地域で生活することを目標としており、看護においても精神障害者が自分の強みを活かして、病気と付き合いながら自分らしく主体的に生きることを支えることが求められています。疾病や障害を抱えながらも、自己の価値や能力への気づきである自尊感情を取り戻すことは、生活の再構築に向けた能動的な姿勢に立てるような変化を生じさせると考えられています。

本研究では、社会復帰に向けて入院中の統合失調症者において、その対人関係の形成や円滑な対人コミュニケーションに関連する共感性の実態と自尊感情との関係性を明らかにすることにより、共感性を高めるための新たな介入の切り口を得るための手がかりを得ることができると考えます。

2. 研究の目的

本研究の目的は、入院中の統合失調症者の共感性と自尊感情との関連を明らかにする。

3. 調査予定時期**1) リクルート期間**

研究者所属機関の倫理委員会及び、研究対象施設の倫理審査承認後から 12 か月を予定

2) 研究期間

研究者所属機関の倫理委員会及び、研究対象施設の倫理審査承認後から 2023 年 3 月 31 日までを予定

4. 対象者

1) 調査を行う診療科

精神科の入院病棟

2) 対象者

(1) 選定基準

①DSM-5 または ICD-10 の診断基準において統合失調症の診断を受け、精神科病棟に入院中の急性増悪期を脱し回復期にある者

②20 歳以上、65 歳以下の者

③担当医師および担当看護師の双方により、本研究への参加が可能であり病状が耐えうと判断された者

④本研究の趣旨に同意し、本人の自由意思に基づいて本研究への協力が得られた者

(2) 除外基準

①本人が本研究への参加に同意しない場合

②知的障害、発達障害、認知症の診断を受けている者

(3) 中断基準

①本人が中断を希望する場合、または同意が撤回された場合

②調査前に主治医もしくは担当看護師より病状の不安定さから中断を指示された場合

③調査中に精神症状が不安定になり、研究を中止すべきと研究者が判断した場合

5. 研究の方法

1) 調査方法

本研究では、選定基準を満たし、同意が得られた対象者に対して質問紙調査を用いた対面調査を行います。日時や場所は対象者の診察や治療、生活場面での負担のかかりにくい日時と場所を確認して、対象者および施設スタッフと相談して決めさせていただきます。また、調査の協力をいただいた対象者の診療録より、基本情報を収集させていただきます。

対象者への調査は、すべて研究者が実施いたしますので、調査に関して施設スタッフの方に実施していただくことはございません。なお、対象者より調査についての問い合わせやご意見がございましたら、研究者に直接お知らせください。

2) 調査内容

(1) 対象者背景・・・対象者の診療録から収集させていただきます。

年齢、性別、発症年齢、入院期間、入院回数、作業療法の利用状況、デイケアの利用状況、合併症、治療状況（抗精神病薬の内服量）

(2) 調査項目

①精神症状

②対象者の共感性

③対象者の自尊感情

④対象者の対人機能

(3) 各評価尺度

- ①陽性・陰性症状評価尺度【PANSS】
- ②多次元共感性尺度【MES】
- ③Rosenberg 自尊感情尺度日本語版
- ④精神障害者社会生活評価尺度の下位項目「対人機能」【LASMI-I】

6. 研究の手順

- 1) 研究施設において、精神科医師、看護師長、看護師に研究目的と調査内容、方法を説明し、対象者選定の強力をしていただきます。
- 2) 担当医師により、対象者の選定基準に当てはまり、調査を行っても精神・身体健康上に問題がないと判断された対象者に対して、研究者が研究の趣旨を説明し、協力の意思がある場合のみ、対象者用の説明書を用いて、研究の趣旨、方法、倫理的配慮についての説明を実施いたします。対象者の同意書への署名をもって、同意が得られたものと判断いたします。
- 3) 同意が得られた対象者の診療録より、対象者背景について情報収集いたします。
- 4) 対面調査は全2回で実施し、前後調査のタイミングは前調査の実施後に、中2週間を経過した3週目以内に実施します。前後調査では同じ内容の質問紙調査で実施します。
- 5) PANSS については、評価マニュアルに則り、前後調査中の対象者の返答や観察に基づいて精神症状を評価します。LASMI-I についても、前後調査中の観察に基づいて評価し、対象者に直接問うことが必要な項目のみ質問して評価します。
- 6) MES と Rosenberg 自尊感情尺度は対象者の自記式にて質問紙調査を行います。
- 7) 調査は対象者の診察や治療、生活場面での負担のかかりにくい日時と場所を確認し、対象者及び診療科の皆様と相談して決定します。
- 8) 調査中に対象者が疲労を訴える場合は休憩いたします。対象者が訴えなくても、研究者から声をかけ、体調の変化がないか気遣います。健康状態を確認して問題がなければ再開し、疲労が強い場合は中止し、次の機会に調査が可能か確認します。その際、対象者の心情を踏まえ、無理強いしないように致します。
- 9) 調査中に病状や症状が悪化し、担当医師や担当看護師から中断を指示された場合や、調査中に対象者の病状が不安定となり、研究者が調査を中断すべきと判断した場合には、調査を中断致します。

7. 本研究において施設スタッフの皆様にご協力いただきたい内容

- 1) 対象者選定
選定基準を満たす患者様のご紹介いただくこと
- 2) 研究者の施設訪問
選定基準を満たした患者様に関わるため、研究者が研究実施期間に精神科の病棟を訪問すること
- 3) 対象者の情報収集
対象者情報で不明点や確認が必要な点がある場合、担当医師または看護師に教えていただくこと

4) 施設利用

調査実施のため、研究者が診察室や病棟のホール、カンファレンス室などの一角を利用すること

5) 病状悪化時の対応

対象者の病状の悪化及び研究の中止が必要と判断される状況が見られた場合、当日の担当看護師または担当医師に対応していただくこと

6) 研究者不在時の対応

(1) 研究者不在時に対象者へ説明が必要な場合、対象者に研究者の連絡先を伝えていただくこと

(2) 研究者不在時に対象者より研究参加の合意撤回の希望があった場合、知らせていただくこと

7) 情報管理担当者の選定と情報の管理

(1) 本研究において対象者から得られたデータの匿名化を実施する際、対象者の個人情報と連結するための対応表の管理を担当する情報管理担当者を病院職員から1名選定していただくこと

(2) 連結可能匿名化対応表を、情報管理担当者の方の元で一定期間保管していただくこと

8) データの廃棄

看護系の学会に発表後、情報管理担当者の方に1年以内に連結可能匿名化対応表を裁断機にかけて破棄していただくこと

8. 本研究に関する問い合わせ、連絡先

本研究に関する問い合わせやご意見がありましたら下記までご連絡ください。

【研究責任者】

所属：筑波大学 医学医療系 保健医療学域

職名・氏名：教授 森 千鶴

所在地：〒305-8575 茨城県つくば市天王台1丁目1番地1号

連絡先：TEL&FAX：●●●●●-●●●●● Email：●●●●● @ ●●●●●

【連携研究者】

所属：筑波大学大学院 人間総合科学研究科 博士後期課程 看護科学専攻

氏名：松浦 彰護

研究「統合失調症者の共感性に関する研究」 についての説明書

1. 研究の概要

統合失調症者は、対人機能における共感性に障害があるために、日常生活場面や就労などにおいて困難を生じやすい。共感性は、他者理解とその感情を認知する能力が共感性の基礎となり、個人の認知機能の発達に伴って変化、拡大していくと考えられている。共感性は、他者を理解すること、その感情を認知する能力が基礎となって社会行動に導き、他者の感情を共有することであり、成長とともに発展していく認知機能である。すなわち共感性は、感情を認知し、他者の視点を取得し、他者の感情を共有することによって得られる。感情を認知することとは、他者が何を知り、何を意図して、期待しているかを知り、知覚された感情をラベリングし、同定することである。また他者の視点を取得することとは、自分と他人との違いを知った上で、他者の感情を想像し、相手の信念や意図、期待や望んでいることと自分のそれとの違いを認識することである。さらにこの他者の感情を共有することは、自分のことのように感じるという一連のプロセスが必要となる。

統合失調症者は、発症するまでは正常な認知機能の発達がなされるが、何歳で発症したのか、また発症後の治療経過によっても認知機能に影響が生じる。さらに抗精神病薬や抗コリン作用のある薬物による治療のみならず、作業療法やデイケアなどの治療内容や入院の有無、入院期間や回数なども影響があると考えられている。さらに、精神症状は、認知機能障害を基に形成されと考えられている。これらの影響によって、統合失調症者は他者感情を知る手がかりになる表情の読み取りが困難になったり、自己の視点に固着する視点操作の障害を有しており、他者感情の共有が不十分となる。

これまでの共感性を高める取り組みおよびプログラム開発の理論基盤は、共感性のプロセスに関する研究群であり、認知的過程、感情的過程を経て、共感的反応表出につながるものが論じられている。また、社会認知の介入方法においても、認知様式を直接的に取り上げる社会認知の内容へのアプローチと異なり、社会認知が形成されるプロセスに介入している。これらは、共感性の向上が、その経験や体験の介入により高めることができるとの考えに則しており、他者感情の共有としての他者感情の経験を繰り返し経験する運動と知覚を連関させる反復学習に基づいており、社会での生活学習の乏しさが指摘される統合失調症にとって、これら共感性への介入は必要かつ有効であると考えられる。

以上を踏まえ、本研究では、共感性プロセスにおける認知的な過程を構成する感情認知と視点取得および感情的な過程である他者感情の共有において、運動知覚連関活動としての模倣による反復学習を主旨とする共感性を高めるための看護介入プログラムを実施することで、統合失調症における共感性の向上を目指すものである。個人としての他者や社会との相互交流に必要な共感性の向上は、対人機能を向上させる可能性が考えられる。

2. 研究の目的

本研究では、入院中の統合失調症者への共感性向上のための看護介入プログラムを作成、実施し、その有用性について明らかにすることを目的とする。

3. 調査予定時期

1) リクルート期間

研究者所属機関の倫理委員会及び、研究対象施設の倫理審査承認後から12か月を予定

2) 研究期間

研究者所属機関の倫理委員会及び、研究対象施設の倫理審査承認後から 2023 年 3 月 31 日までを予定

4. 対象者

1) 調査を行う診療科

精神科の入院病棟

2) 対象者

(1) 選定基準

- ①DSM-5 または ICD-10 の診断基準において統合失調症の診断を受け、精神科病棟に入院中の急性増悪期を脱し回復期にある者
- ②20 歳以上、65 歳以下の者
- ③担当医師および担当看護師の双方により、本研究への参加が可能であり病状が耐えうると判断された者
- ④本研究の趣旨に同意し、本人の自由意思に基づいて本研究への協力が得られた者

(2) 除外基準

- ①本人が本研究への参加に同意しない場合
- ②知的障害、発達障害、認知症の診断を受けている者

(3) 中断基準

- ①本人が中断を希望する場合、または同意が撤回された場合
- ②介入前に主治医もしくは担当看護師より病状の不安定さから中断を指示された場合
- ③介入中に精神症状が不安定になり、研究を中止すべきと研究者が判断した場合

5. 研究の方法

- ・本研究では、選定基準を満たし、同意が得られた対象者に対して「質問紙調査」と「看護プログラム」を用いた面接調査を行います。「質問紙調査」は「看護プログラム」の前後で実施します。
- ・調査は対象者の診察や治療、生活場面での負担のかかりにくい日時と場所を確認し、対象者及び診療科の皆様と相談して決定します。
- ・本研究に同意をいただいた対象者の診療録より、基本情報を収集させていただきます。また、「看護プログラム」中の会話のやり取りは、筆記記録させていただきます。対象者への調査は、すべて研究者が実施いたしますので、調査に関して施設スタッフの方に実施していただくことはございません。なお、対象者より調査についての問い合わせやご意見がございましたら、研究者に直接お知らせください。
- ・対象者より得た情報について、匿名化したデータは筑波大学の決められた場所で分析を行うため、研究者が院外に持ち出します。また調査対象者と匿名化したデータを連結させて把握するための「連結可能匿名化対応表」は院外に持ち出さず、情報管理責任者の方の元で管理をお願いいたします。

1) 各調査の目的

(1) 質問紙調査

統合失調症者の共感性に関する各要素の実態と関連性を明らかにする。

(2) 看護プログラム

共感性プロセスにおける認知的な過程を構成する感情認知と視点取得および感情的な過程である他者感情の共有において、運動知覚連関活動としての模倣による反復学習を実施し、その効果を検討することにより、統合失調症者の共感性を高めるための看護の根拠を示唆する。

2) 調査内容

(1) 質問紙調査

①対象者背景・・・対象者の診療録から収集する。

年齢、性別、発症年齢、入院期間、入院回数、作業療法の利用状況、デイケアの利用状況、合併症、治療状況（抗精神病薬の内服量）

②調査項目

- a. 精神症状
- b. 対象者の共感性
- c. 対象者の自尊感情
- d. 対象者の対人機能

③使用評価尺度

- a. 陽性・陰性症状評価尺度【PANSS】
- b. 多次元共感性尺度【MES】
- c. Rosenberg 自尊感情尺度日本語版
- d. 精神障害者社会生活評価尺度の下位項目「対人機能」【LASMI-I】

(2) 看護介入プログラム

①実施形態

- a. 週3回のセッションで、1セッション45～50分のエクササイズを実施し、全5回
- b. 研究者と対象者の2名による個別方式

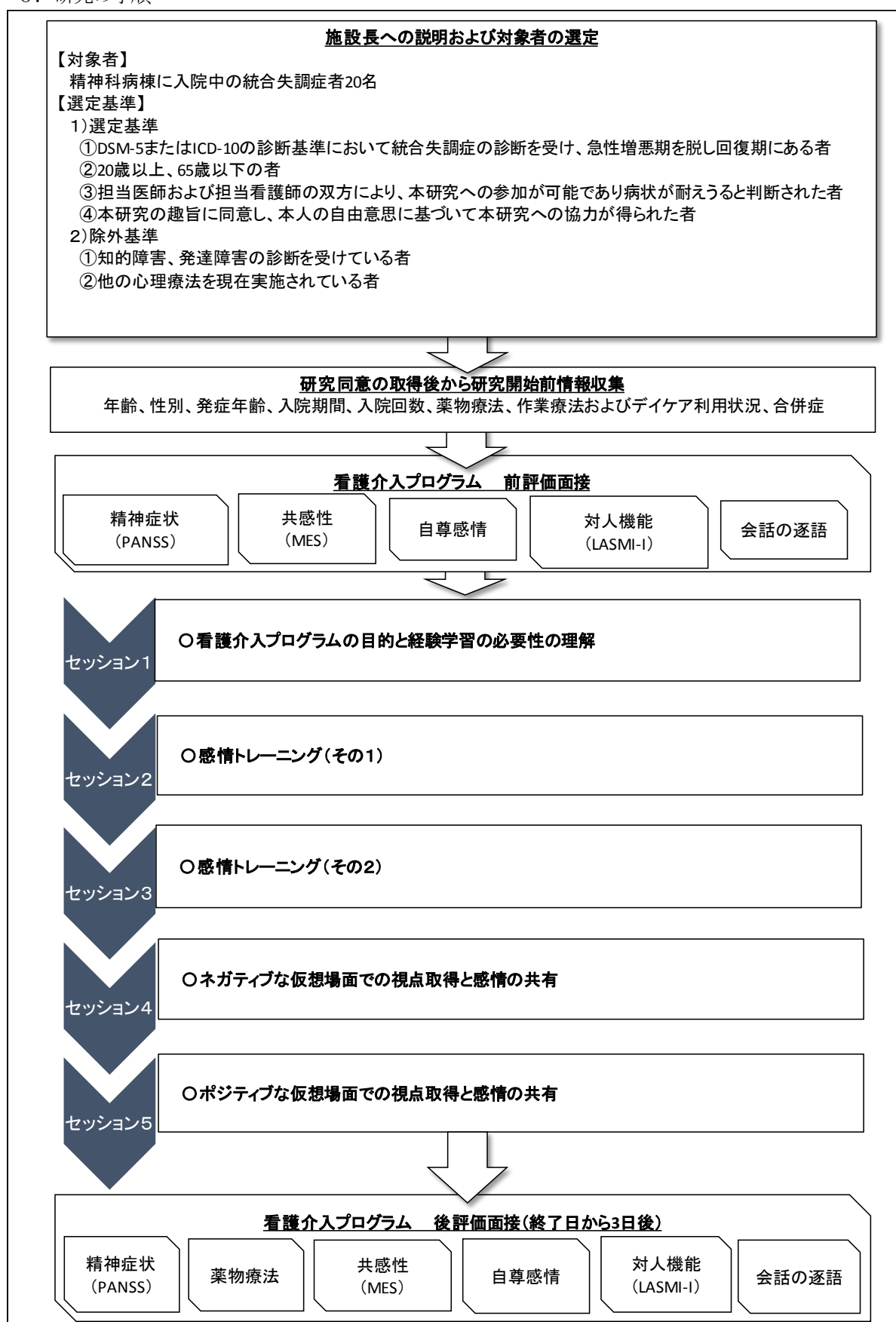
②実施内容

- a. 看護介入プログラムの目的と経験学習の必要性の理解（1回）
- b. 感情認知トレーニング（2回）
- c. ネガティブおよびポジティブな仮想場面での視点取得と感情の共有（2回）

③調査内容

看護介入中のプログラムの内容は、フィールドノートに筆記記録し、定性的評価を行う。

6. 研究の手順



7. 本研究において施設スタッフの皆様にご協力いただきたい内容

1) 対象者選定

選定基準を満たす患者様のご紹介いただくこと

2) 研究者の施設訪問

選定基準を満たした患者様に関わるため、研究者が研究実施期間に精神科の病棟を訪問すること

3) 対象者の情報収集

対象者の情報で不明点や確認が必要な点がある場合、担当医師または看護師に教えていただくこと

4) 施設利用

調査実施のため、研究者が診察室や病棟のホール、カンファレンス室などの一角を利用すること

5) 病状悪化時の対応

対象者の病状の悪化及び研究の中止が必要と判断される状況が見られた場合、当日の担当看護師または担当医師に対応していただくこと

6) 研究者不在時の対応

(1) 研究者不在時に対象者への説明が必要な場合、対象者に研究者の連絡先を伝えていただくこと

(2) 研究者不在時に対象者より研究参加の合意撤回の希望があった場合、知らせていただくこと

7) 情報管理担当者の選定と情報の管理

(1) 本研究において対象者から得られたデータの匿名化を実施する際、対象者の個人情報と連結するための対応表の管理を担当する情報管理担当者を病院職員から1名選定していただくこと

(2) 連結可能匿名化対応表を、情報管理担当者の方の元で一定期間保管していただくこと

8) データの廃棄

看護系の学会に発表後、情報管理担当者の方に1年以内に連結可能匿名化対応表を裁断機にかけて破棄していただくこと

8. 本研究に関する問い合わせ、連絡先

本研究に関する問い合わせやご意見がありましたら下記までご連絡ください。

[研究責任者]

所属：筑波大学 医学医療系 保健医療学域

職名・氏名：教授 森 千鶴

所在地：〒305-8575 茨城県つくば市天王台1丁目1番地1号

連絡先：TEL&FAX：029●●●●-●●●● Email：●●●●@●●●●

[連携研究者]

所属：筑波大学大学院 人間総合科学研究科 博士後期課程 看護科学専攻

氏名：松浦 彰護

「統合失調症者の共感性と自尊感情との関連 -入院中の統合失調症者を対象として-」 についての説明書

この説明書は、「統合失調症者の共感性と自尊感情との関連 -入院中の統合失調症者を対象として-」について説明し、本研究に参加するかどうかを決めていただくための説明書です。

本研究への参加および協力に同意しないこと、あるいは同意を取りやめても日常の治療や看護が変わることや、不利益はありません。また、調査中に中止を求めることも可能です。

内容について分からないことや聞きたいこと、心配なことがありましたら、いつでも遠慮なくお申し出下さい。下記をご確認いただき、研究へのご協力をいただける場合は、「同意書」への記入をお願い致します。

1. はじめに

日常生活を送る際には、どのような場面であっても相手とのコミュニケーションが必要になります。しかし、病気の影響によって相手とのコミュニケーションがうまくいかない、あるいは苦手と覚えることもあると思います。本研究ではそのために、コミュニケーションに必要な共感性の特徴を明らかにすることによって、コミュニケーションへの苦手な気持ちを軽減し、よりスムーズにコミュニケーションできるよう、看護師の援助の仕方を検討し、皆様の今後の治療に役立てたいと考えています。

なお、この研究は、筑波大学医学医療系と曽我病院の倫理委員会の承認を受けて実施するものです。

2. 本研究への参加は自由であり、途中での取りやめも自由です。

この研究へ参加いただくかどうかは、あなたの自由な意思によりお決めいただきます。参加をお断りになっても、今後の治療に不利益を受けることは一切ありません。また、この研究への参加に一旦同意された後でも、「同意撤回書」をもっていつでも不利益を受けることなく取りやめることも自由です。

この研究への参加に同意しないこと、あるいは同意を取りやめることによって日頃の治療

や看護が変わることや不利益は全くありません。ただし、研究が公表された後は、同意を取りやめることはできません。

3. 調査の方法

この調査に同意していただいた方に、10分程度のアンケート調査を2回受けていただきます。2回目は、1回目終了後の3週間後に行いますが、ご都合の良い日時を調整させていただきます。また、診療録から治療の経過などの情報を集めさせていただきますが、このときに個人が特定されないようあらかじめ決められた番号を使用し、情報の管理には十分に気をつけます。

4. 参加に当たってのメリット・デメリット

1) メリット

この研究に参加いただくことにより、精神科に入院中の皆様の共感性の特徴が明らかになり、今後のより良い医療に結びつく可能性があります。

2) デメリット

アンケート調査を行うことによって、お時間をいただくことになります。しかし、治療や病状、個人の事情を優先しますので、実施の際は相談の上で時間を決めるよう配慮いたします。また、あなたが安全に参加できるように努めます。

あなたの症状の変動や悪化の防止策として、実施前には必ず主治医や担当看護師に実施できるかを確認いたします。実施中は、15～20分おきに休憩をいたしますが、疲労や不調を感じられた際は遠慮なくお申し出下さい。追加で休憩したり、別の日に行うなどの対応をさせていただきます。万が一、症状が悪化した場合には迅速に中止する対応をとり、主治医と担当看護師による治療及び看護を受けることができます。本研究の全場面において、あなたが安全に参加できるように努めます。

5. プライバシーの保護について

研究に参加いただいた場合、この研究に関するあらゆる情報は、個人を特定できない形式に記号化した番号により管理いたしますので、あなたの情報が外部に漏れることは一切ございません。調査での会話や質問において、知られたくない個人的情報は回答しなくても問題ありません。調査の結果の閲覧は研究者のみとし、当研究以外の目的に使用されることはありません。

6. 調査結果の使われ方について

この研究は、研究者以外の者に研究結果を提供することはありません。この研究により得られたデータは、研究終了時にあなたの個人情報が記載されていないかを確認して、研究終了後 10 年間保存された後の 2031 年 3 月 31 日に破棄します。

7. 費用負担について

本研究に参加していただいた方への費用の負担は一切ありません。

8. 研究成果の公表について

研究結果につきましては、看護系の学会発表や論文での報告を予定しています。その際には、あらゆる個人情報は匿名化した上でまとめられますので、あなたの個人情報が公表されることはありません。

9. ご質問、ご意見について

本研究に関するご質問、ご意見等がございましたら、いつでも研究者までご連絡下さい。

【連絡先】

[研究責任者]

〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1 丁目 1 番 1 号

連絡先 (TEL&FAX) ●●●●●-●●●●●

E-mail ●●●●● @ ●●●●●

筑波大学医学医療系 教授 森千鶴

「統合失調症者の共感性に関する研究」 についての説明書

この説明書は、「統合失調症者の共感性に関する研究」について説明し、本研究に参加するかどうかを決めていただくための説明書です。

本研究への参加および協力に同意しないこと、あるいは同意を取りやめても日常の治療や看護が変わることや、不利益はありません。また、調査中に中止を求めることも可能です。

内容について分からないことや聞きたいこと、心配なことがありましたら、いつでも遠慮なくお申し出下さい。下記をご確認いただき、研究へのご協力をいただける場合は、「同意書」への記入をお願い致します。

1. はじめに

日常生活を送る際には、どのような場面であっても相手とのコミュニケーションが必要になります。しかし、病気の影響によって相手とのコミュニケーションがうまくいかない、あるいは苦手と覚えることもあると思います。本研究ではそのために、コミュニケーションの練習として共感性を高めるエクササイズをくり返し参加していただくことで、スムーズなコミュニケーションができるよう、皆様の役に立ちたいと考えています。

なお、この研究は、筑波大学医学医療系と曽我病院の倫理委員会の承認を受けて実施するものです。

2. 本研究への参加は自由であり、途中での取りやめも自由です。

この研究へ参加いただくかどうかは、あなたの自由な意思によりお決めいただきます。参加をお断りになっても、今後の治療に不利益を受けることは一切ありません。また、この研究への参加に一旦同意された後でも、「同意撤回書」をもっていつでも不利益を受けることなく取りやめることも自由です。

この研究への参加に同意しないこと、あるいは同意を取りやめることによって日頃の治療や看護が変わることや不利益は全くありません。ただし、研究が公表された後は、同意を取りやめることはできません。

3. 調査の方法と期間

1) 看護プログラムの構成と実施場所

- ①まず、参加に同意していただいたあなたの治療の経過や情報などを集めさせていただき、プログラム開始前と後に 30 分程度の面接調査を行い、15 分程度で2種類の調査に回答していただきます。
- ②プログラムは一回 45～50 分程度のエクササイズを実施し、週に 3 回で行われ、全 5 回行います。期間は 2～3 週間程度です。
- ③プログラムは、病室や面接室などのプライバシーが保たれる場所で行います。

2) 看護プログラムの内容

このプログラムでは、画面に映る他人の表情を見て感じた感情を表現していただいたり、こちらの指示に従って体を動かしてもらうエクササイズを行います。また、設定された状況での相手の考えを想像したり、同じ立場になって考えたりすることで、同じ感情を持つようになる共感性を身につけるためのエクササイズを行います。

3) データの収集方法

- ①会話の内容を分析するために、研究者とあなたとのやり取りを記録させていただきます。
- ②この他に、薬や日頃の様子をみるために、あなたの診療録を見させていただきます。

4. 参加に当たってのメリット・デメリット

1) メリット

この研究に参加いただくことにより、対人関係を作る上で大切な共感性を高めることができる可能性があります。

2) デメリット

プログラムの前後調査を含めると、合計 7 回のお時間をいただくことになります。治療や病状、個人の事情を優先しますので、実施の際は相談の上で時間を決めるよう配慮いたします。また、あなたが安全に参加できるように努めます。

あなたの症状の変動や悪化の防止策として、実施前には必ず主治医や担当看護師に実施できるかを確認いたします。実施中は、15～20 分おきに休憩をいたしますが、疲労や不調を感じられた際は遠慮なくお申し出下さい。追加で休憩したり、別の日に行うなどの対応をさせていただきます。万が一、症状が悪化した場合には迅速に中止する対応をとり、主治医と担当看護師による治療及び看護を受けることができます。本研究の全場面において、あなたが安全に参加できるように努めます。

5. プライバシーの保護について

研究に参加いただいた場合、この研究に関するあらゆる情報は、個人を特定できない形式に記号化した番号により管理いたしますので、あなたの情報が外部に漏れることは一切ございません。プログラムと調査での会話や質問において、知られたくない個人的情報は回答しなくても問題ありません。調査の結果の閲覧は研究者のみとし、当研究以外の目的に使用されることはありません。

6. 調査結果の使われ方について

この研究は、研究者以外の者に研究結果を提供することはありません。この研究により得られたデータは、研究終了時にあなたの個人情報が記載されていないかを確認して、研究終了後 10 年間保存された後の 2031 年 3 月 31 日に破棄します。

7. 費用負担について

本研究に参加していただいた方への費用の負担は一切ありません。

8. 研究成果の公表について

研究結果につきましては、看護系の学会発表や論文での報告を予定しています。その際には、あらゆる個人情報は匿名化した上でまとめられますので、あなたの個人情報が公表されることはありません。

9. ご質問、ご意見について

本研究に関するご質問、ご意見等がございましたら、いつでも研究者までご連絡下さい。

【連絡先】

[研究責任者]

〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1 丁目 1 番 1 号

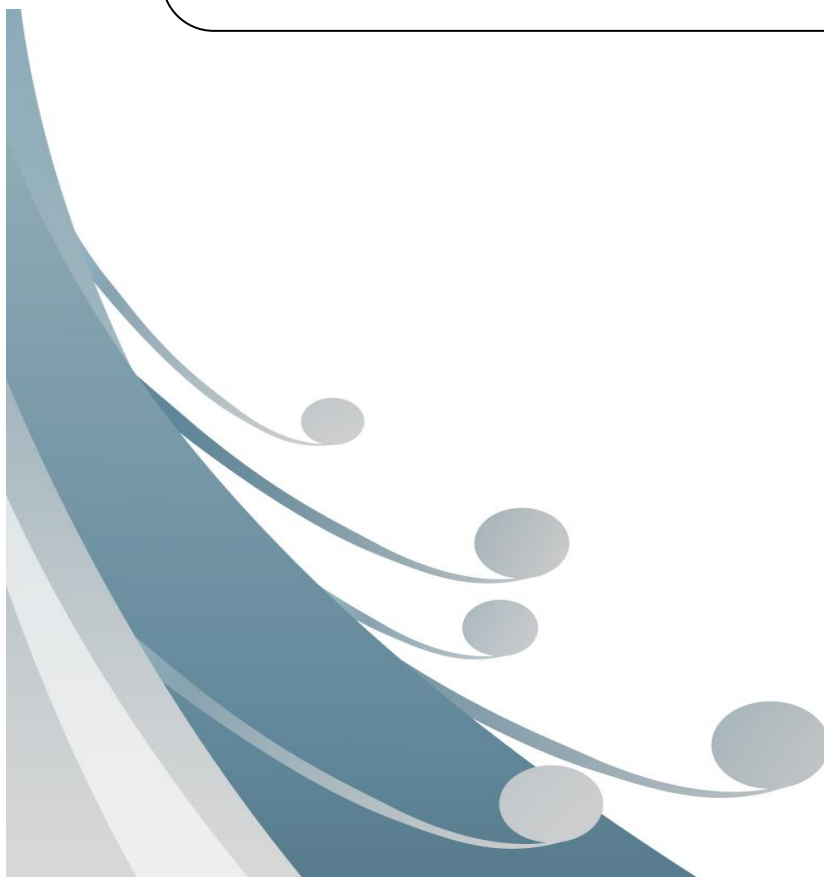
連絡先(TEL&FAX) ●●●●-●●●●

E-mail ●●●● @ ●●●●

筑波大学医学医療系 教授 森千鶴

共感性を高めるための

【看護プログラム】
パンフレット



セッションを始める前に、まず自己紹介をします。

宜しくお願い致します。

○コミュニケーションに必要な共感

人は、誰もが社会の中で生活しています。

そのため、毎日のあらゆる生活場面において、相手とのコミュニケーションが必要になります。

コミュニケーションとは、自分の思いを伝えたり、相手の考えや望みを理解したりする「自分」と「相手」との情報のやり取りです。



これには、

相手の気持ちを見定めて、その考えや状況、立場などを理解し、

同じ気持ちになることが大切となります

これを



共感する

と言います



共感性は、日常生活での円滑なコミュニケーションに大切なものです。

○共感するにはどうしたらいいの？

共感するにはまず相手の気持ちが分かることが大切になります。

相手の気持ちは顔の表情によく表れますので、

よく見ることが大切です。



まず最初に、

表情から気持ちを読み取る

これが大切になります。

ただ、あんまりじっと見ていると失礼なので ほどほど が肝心です。

○共感の練習ってできますか？

できます！

共感できるようになるには、共感の体験の積み重ねの経験が必要です。

これには、相手の表情や気持ちを模倣（マネ）したり、相手の立場に立って考えることを経験すると、自然に同じ気持ちになる事で共感性が高まります。

共感性を高めるためには、

マネすることが大切！

このプログラムは、共感性を高めるために

共感の経験を積み重ねるエクササイズプログラムです。

○マネすることに慣れてみましょう

子どもの頃はよく人のマネをしていたと思いませんか？

少し、マネすることを練習してみましょう。



気軽な気持ちで、「あいこでジャンケン」

楽しい気分で、「こっち向いてホイ」



○相手の表情をマネしてみましょう

人の気持ちには、

「喜び」「悲しみ」「恐怖」「怒り」「驚き」「嫌悪」

の6つが基本にあると言われています。

では、この気持ちの表情を出しますので、マネしてみましょう。

- マネした気持ちに自分自身で、よ～くなってみてください
- 次に、自分の表情を鏡で確認してみてください
- さて、この気持ちは、6つの気持ちのうちどれでしょうか？

相手の気持ちが分かるには、

表情をよく見て同じ気持ちになってみる

これが大切ですね

○セッションの達成度はどうでしたか？

100% …… よくできた

75% …… まあよくできた

50% …… どちらともいえない

25% …… あまりできなかった

0% …… できなかった

○セッションの感想をお聞かせください

本日のセッションは以上です。

お疲れ様でした。



セッション2 表情を読み取って、相手の気持ちを理解しましょう

○表情の観察と、マネすることの大切さ

前回のセッションの復習です。

共感性を高めるためには、

相手の表情を失礼のないようによく見る

相手の気持ちを読み取って、自分も同じ気持ちになってみる

ということを経験してきました。

共感性は、繰り返し経験することで現れる自然な能力です。



表情は、

相手の気持ちを知る大きな手がかり

です。

相手の気持ちを正しく読み取って理解することで

相手の考えや意図、期待していることを知る

ことができるようになります



相手と同じ気持ちになる（マネをする）

経験を積むことで共感性が高まっていくと考えられています

それでは、表情を読み取って、相手の気持ちを理解するために表情イラストのスライドを用意しました。



一緒に楽しみながら、エクササイズを行っていきましょう。



○セッションの達成度はどうでしたか？

- 100% …… よくできた
- 75% …… まあよくできた
- 50% …… どちらともいえない
- 25% …… あまりできなかった
- 0% …… できなかった

○セッションの感想をお聞かせください

本日のセッションは以上です。
お疲れ様でした。



セッション3

表情を読み取って相手の気持ちを理解し、自分も理解されてみよう

○相手の気持ちと同じ気持ちになる大切さ

今回は、表情を読み取り、相手の気持ちを理解するスライドを使って、

自分の表情のあらわし方がどのようなものか確認する

表情から相手の気持ちを読み取る

何を手がかりにすると相手の気持ちが読み取りやすいか考えてみた

ことを経験しましたね。



では今日は、前回より少ないスライドの枚数で練習してみましょう。



表情の読み取りだけでなく、自分の特徴も知ることができましたか？

顔の表情は、男女、年齢、人種など関係なく、皆同じように気持ちを表すといわれています。



日常生活の中で、まず相手の表情を良く見て、その気持ちを理解しようとする働きかけが、滑らかなコミュニケーションを行う秘訣と考えられます。

○相手から共感される経験をしてみましょう

共感性は、自分から働きかけるだけでなく、相手からも自分の気持ちを理解してもらい同じ気持ちになってもらうことで、より関係性が深まると考えられています。

自分を理解してもらうことは安心を生み、
相手への信頼へとつながるものと考えられています。



それでは、相手から共感される経験をしてみましょう。

基本的な6つの気持ちのうち、どれか一つの表情をしてみてください。

私がそれを読み取りますので、

- ☐ 正解なら工夫した点をおっしゃってください
- ☐ 不正解なら、改善すべき点を教えてください

(3 回行ってみましょう)

基本的な
6つの気持ち

喜び
怒り

悲しみ
驚き

恐怖
嫌悪

○セッションの達成度はどうでしたか？

100% …… よくできた

75% …… まあよくできた

50% …… どちらともいえない

25% …… あまりできなかった

0% …… できなかった

○セッションの感想をお聞かせください

本日のセッションは以上です。
お疲れ様でした。



セッション4

相手の立場を考えて、その気持ちを汲み取ってみましょう

○その場の空気を読む大切さ

これまでのエクササイズで、

相手の表情から、その気持ちを正確に読み取る

表情を見るときにどのような点に留意するかを知る

相手と同じ気持ちを共有する

自分も相手から同じ気持ちを共有されてみる



といった点をくり返し経験してきました。

これまでの自分より、相手の気持ちを考え、理解しようとする事ができるようになりましたか？

さて、日常生活での自分や相手の気持ちは、その周囲の状況により変化するものですね。

例えば、うれしいことがあったり楽しい体験をしたり、また、悲しい思いや少し腹が立つようなことによって、気持ちは変化していきます。

そのような状況の中では、自分の目線や立場だけでなく、

相手の立場で気持ちを想像する

ことがコミュニケーションを行う上で大切となります。

言うなれば、

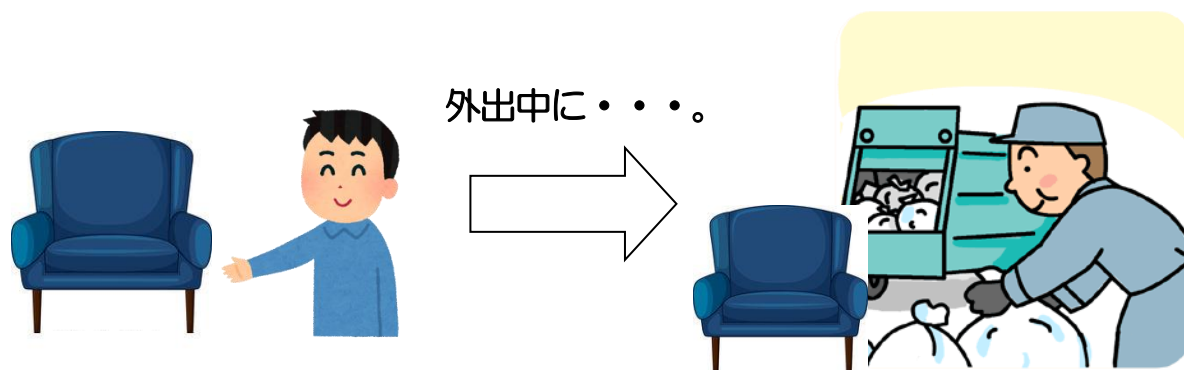
その場の空気を読む・気づく

ということが大切です



○相手の立場になって考えてみましょう

あなたの親友は、自分の部屋にある青いソファーに座るのが大好きです。
しかし、彼が外出中にそのソファーが捨てられてしまいました。



それでは、

捨てられた！

- ☐ 彼の気持ちをお答えください。
- ☐ 彼の気持ちを共有してください。
- ☐ 彼が喜ぶ、もしくは温かい言葉を掛けてあげて下さい。その理由は？
- ☐ 彼が悲しむ、もしくは冷たい言葉がけをしてみてください。その理由は？

次に、自分を登場人物に置き換えてみてください。

- ☐ 喜ぶ、もしくは温かい言葉をかけられた感想を述べてください。
- ☐ 悲しむ、もしくは冷たい言葉をかけられた感想を述べてください。

基本的な
6つの気持ち

喜び
怒り

悲しみ
驚き

恐怖
嫌悪

あなたの友人は、自分の飼っている犬の花ちゃんをととても大事に可愛がっています。しかし、たった今、その友人は犬の花ちゃんが車に轢かれたと聞かされました。



それでは、

- ☐ 彼女の気持ちをお答えください。
- ☐ 彼女の気持ちを共有してください。
- ☐ 彼女が喜ぶ、もしくは温かい言葉を掛けて下さい。その理由は？
- ☐ 彼女が悲しむ、もしくは冷たい言葉を掛けて下さい。その理由は？

次に、自分を登場人物に置き換えてみてください。

- ☐ 喜ぶ、もしくは温かい言葉をかけられた感想を述べてください。
- ☐ 悲しむ、もしくは冷たい言葉をかけられた感想を述べてください。

基本的な
6つの気持ち

喜び
怒り

悲しみ
驚き

恐怖
嫌悪

○セッションの達成度はどうでしたか？

100% …… よくできた

75% …… まあよくできた

50% …… どちらともいえない

25% …… あまりできなかった

0% …… できなかった

○セッションの感想をお聞かせください

本日のセッションは以上です。
お疲れ様でした。



セッション5

相手の立場を考えて、その気持ちを汲み取ってみましょう

○その場の空気を読む大切さ

前回のエクササイズでは、

状況において自分や相手の立場から、その気持ちを共有してみる

また、相手が何を考え、意図し、その気持ちになっているかを考える

実際に言葉掛けを行い、日常生活での現実的な対応を学ぶ

自分も相手から同じ気持ちを共有されてみる

といった点をくり返し経験してきました。



コミュニケーションでは、特に、怒りや悲しみ、嫌悪などの不快な気持ちを理解することが大切になります。

自分にとっても相手においても、その気持ちを理解し、その場に応じた振る舞いや会話を行うことがコミュニケーションの基本であると考えられます。

- 相手の立場で気持ちを想像する
- その場の空気（状況）を読み、気づくこと
- その場に応じた振る舞いを行うこと

これが誰にとっても、コミュニケーションに必要であると考えられます。

○相手の立場になって考えてみましょう

あなたの親しい友人は、昔から自然が大好きです。彼女の父親が、来週末にキャンプに行こうと言いました。



それでは、

- ☐ 彼女の気持ちをお答えください。
- ☐ 彼女の気持ちを共有してください。
- ☐ 彼女が喜ぶ、もしくは温かい言葉を掛けて下さい。その理由は？
- ☐ 彼女が悲しむ、もしくは冷たい言葉を掛けて下さい。その理由は？

次に、自分を登場人物に置き換えてみてください。

- ☐ 喜ぶ、もしくは温かい言葉をかけられた感想を述べてください。
- ☐ 悲しむ、もしくは冷たい言葉をかけられた感想を述べてください。

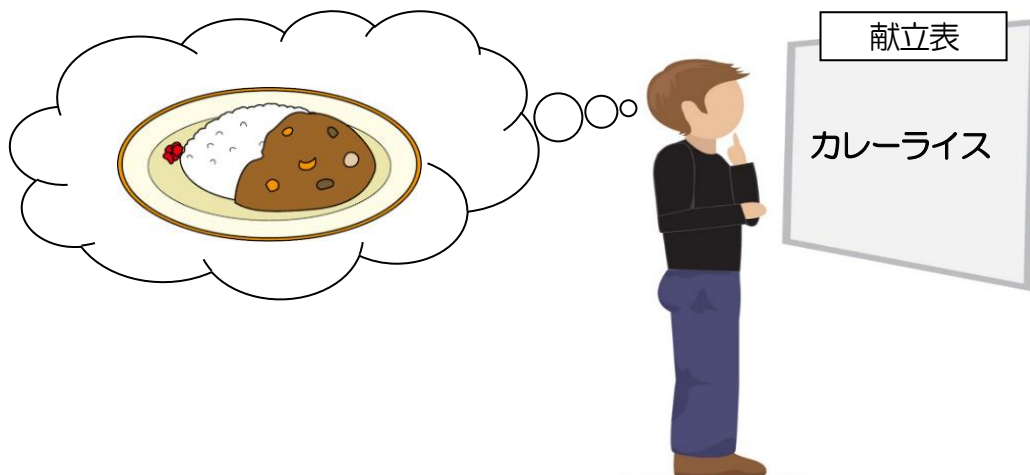
基本的な
6つの気持ち

喜び
怒り

悲しみ
驚き

恐怖
嫌悪

あなたの友人はカレーライスが大好きです。先ほどから、明日の昼食がカレーライスと書かれた献立表を見ています。



それでは、

- ☐ 彼の気持ちをお答えください。
- ☐ 彼の気持ちを共有してください。
- ☐ 彼が喜ぶ、もしくは温かい言葉を掛けて下さい。その理由は？
- ☐ 彼が悲しむ、もしくは冷たい言葉を掛けて下さい。その理由は？

次に、自分を登場人物に置き換えてみてください。

- ☐ 喜ぶ、もしくは温かい言葉をかけられた感想を述べてください。
- ☐ 悲しむ、もしくは冷たい言葉をかけられた感想を述べてください。

基本的な
6つの気持ち

喜び
怒り

悲しみ
驚き

恐怖
嫌悪

○セッションの達成度はどうでしたか？

100% …… よくできた

75% …… まあよくできた

50% …… どちらともいえない

25% …… あまりできなかった

0% …… できなかった

○セッションの感想をお聞かせください

以上で、看護プログラム全セッションが終了となります。
ご協力ありがとうございました。



【対象者背景 調査用紙】

対象者番号 _____ 調査日 _____ 月 _____ 日

年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	合併症
発症年齢	歳			
入院期間	日	入院回数	回目	その他特記
作業療法	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ディケア	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

薬物療法	
------	--

後調査（薬物療法）

対象者番号

調査日 月 日

☐ 変更なし

CP換算量 _____ mg/day

BPD換算量 _____ mg/day

【PANSS 調査用紙】

対象者番号

調査日

月

日

		なし	ごく軽度	軽 度	中等度	やや重度	重 度	最 重 度
陽性症状	1. 妄想	1	2	3	4	5	6	7
	2. 概念の統合障害	1	2	3	4	5	6	7
	3. 幻覚による行動	1	2	3	4	5	6	7
	4. 興奮	1	2	3	4	5	6	7
	5. 誇大性	1	2	3	4	5	6	7
	6. 猜疑心	1	2	3	4	5	6	7
	7. 敵意	1	2	3	4	5	6	7
陰性症状	1. 情動の平板化	1	2	3	4	5	6	7
	2. 情動的引き籠り	1	2	3	4	5	6	7
	3. 疎通性の障害	1	2	3	4	5	6	7
	4. 受動性／意欲低下による社会的ひきこもり	1	2	3	4	5	6	7
	5. 抽象的思考の困難	1	2	3	4	5	6	7
	6. 会話の自発性と流暢さの欠如	1	2	3	4	5	6	7
	7. 常同的思考	1	2	3	4	5	6	7
総合精神病理評価	1. 心気症	1	2	3	4	5	6	7
	2. 不安	1	2	3	4	5	6	7
	3. 罪責感	1	2	3	4	5	6	7
	4. 緊張	1	2	3	4	5	6	7
	5. 衝動性と不自然な姿勢	1	2	3	4	5	6	7
	6. 抑うつ	1	2	3	4	5	6	7
	7. 運動減退	1	2	3	4	5	6	7
	8. 非協調性	1	2	3	4	5	6	7
	9. 不自然な思考内容	1	2	3	4	5	6	7
	10. 失見当識	1	2	3	4	5	6	7
	11. 注意の障害	1	2	3	4	5	6	7
	12. 判断力と病識の欠如	1	2	3	4	5	6	7
	13. 意志の障害	1	2	3	4	5	6	7
	14. 衝動性の調節障害	1	2	3	4	5	6	7
	15. 没入性	1	2	3	4	5	6	7
	16. 自主的な社会回避	1	2	3	4	5	6	7

尺 度	合計	百分率階級	範囲
陽性			
陰性			
構成			
総合精神病理			
4点以上の陽性項目数			
4点以上の陰性項目数			
症候学的分類			

【PANSS】

			1 なし	2 ごく軽度	3 軽 度	4 中等度	5 やや重度	6 重 度	7 最 重 度
陽 性 尺 度	1. 妄 想	根拠がなく、非現実的で風変わりな確信。面接中に表明された思想内容と、それが社会関係や行動におよぼす影響を評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。 もしくは正常上限。	曖昧ではっきりせず、強固でない妄想が、二認められる。妄想は、思考・社会関係・行動を妨げない。	組織化されず変化しやすい不安定な妄想か、二、三の確固とした妄想があり、時に思考・社会関係・行動を妨げる。	多くの確固とした妄想があり、時に思考・社会関係・行動を妨げる。	明瞭でときには体系化した妄想が強固に保持される。思考・社会関係・行動を明らかに妨げる。	高度に体系化された妄想、無数の確固とした妄想があり、患者の生活の主要な面を支配している。しばしば不適切で無意味な行為を生み、本人や他人の安全を脅かすこともある。
	2. 概念の統合障害	目的指向性の障害として特徴づけられるような、思考過程の統合不全。たとえば、でまかせ応答、支離滅裂、連合弛緩、不合理な推論、非論理性や思考途絶。面接中に観察された認知・言語的な処理課程を評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。 もしくは正常上限。	思考は場当たりで、脱線しがちであり、不合理なときがある。目標に思考を向けることが少し困難だったり、ストレスがかかると連合弛緩がいくらか明らかにになったりする。	会話が短く単純であれば思考の焦点を合わせることができ、会話が複雑な時や些細なストレス下で思考が弛緩したり、見当違いになる。	全般的に思考の統合が困難であり、ストレスのない時でも無関係さやつながりのなさもしくは連合弛緩がみられる。	思考はひどく脱線し、内的一貫性を失い、ほとんどいつも粗大な思考解体や無関係が見られる。	思考は滅裂にまで解体している。顕著な連合弛緩があり、会話は全く成り立たない。たとえば、「言葉のサラダ」や緘黙症。
	3. 幻覚による行動	外的刺激によらないで惹起された知覚を示すような行動や言語表出、聴覚、視覚、嗅覚、体性感覚の領域に起こる。面接中にみられた言語的・身体的表出と家族ないし看護職員の報告に基づいて評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。 もしくは正常上限。	一、二の明白な幻覚が時折みられたり、多くの曖昧な知覚異常がみられるが、思考や行動の歪みは認められない。	幻覚はしばしば起こるが持続的ではない。患者の思考や行動は最小限しか障害されない。	幻覚はしばしば起こり、二つ以上の感覚領域を含むことがあったり、思考や行動を歪めがちである。患者は体験を妄想的に解釈したり、それに対して感情的に、時には言語的に反応したりすることがある。	幻覚はほぼ持続的に見られ思考と行動に大きな障害をもたらす。患者はそれを現実の知覚として扱い、それに対する感情的・言語的反応が頻回で、日常機能が損なわれる。	患者は幻覚にほとんど没頭しており、思考と行動はそれに支配されている。幻覚は強固な妄想的解釈を生み、命令的幻覚に服従させられているような言語的・行動的反応を引き起こす。
	4. 興 奮	行動の増大、刺激反応性の亢進過剰警戒、気分易変性の増大に示されるような活動性亢進状態。面接中にみられる言語的表出と家族ないし看護職員の報告に基づいて評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。 もしくは正常上限。	面接中わずかに乱れたり、警戒的であったり、張り詰めていたりするが、明らかな興奮性や気分易変性はない。会話は少し切迫していることもある。	面接中焦燥感や切迫感が明らかにみられ、会話と行為を障害したり、散発的に激昂する。	顕著な活動性亢進がみられ、しばしば行為の暴発もみられて、患者は数分もじっと座っていることができない。	著明な興奮が面接を支配し、注意を絞ることができない。食事や睡眠のような日常的な機能もある程度障害される。	著明な興奮は食事や睡眠を深刻に障害し、対人交流をもつことは不可能である。会話や行為の増大は時に滅裂や疲憊をもたらす。
	5. 誇大性	過大な自己主張と優越性の非現実的な確信。常軌を逸した能力、富、知識、名声、権力、道徳的正当性などの妄想が認められる。面接中に表明される思考内容とそれが行動におよぼす影響について評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。 もしくは正常上限。	ある程度の誇大性や自慢はみられるが、明らかな誇大妄想はみられない。	他者に優越しているという非現実的な感覚が明らかに認められる。しかし、特別な地位や能力に関する妄想は弱く行動化されることもない。	すばらしい能力、地位、権力に関する明らかな妄想があり、態度には影響するが、行動には影響しない。	二つ以上の領域(富、知識、名声など)で顕著な優越性の妄想が明らかにあり、対人交流にかなり影響する。時には行動化される。	思考、対人交流、行動は、すばらしい能力、富、知識、名声、力、道徳心など多数の妄想に支配され、しばしば奇妙な性質を帯びる。
	6. 猜疑心	迫害されるという非現実的で誇張された観念。用心深く疑い深い態度、過度の警戒心、他人が自分を傷つけるというあらゆるさまな妄想に示される。面接中に表明される思考内容とそれが行動におよぼす影響に基づいて評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。 もしくは正常上限。	用心深く、疑い深い態度を示すが、思考、対人交流、行動は少ししか障害されていない。	疑い深さは明らかで、面接場面や行動に現れるが、被害妄想はない。反対に、強固でない被害妄想はあるが、態度や対人関係に現れないこともある。	患者は顕著な不信任を示し、対人関係は大きく障害される。あるいは明瞭な被害妄想があつて、対人関係や行動にある程度の影響をおよぼす。	明らかな被害妄想が広がり、時には体系化されて、対人関係をひどく障害する。	体系化された被害妄想が患者の思考、社会関係、行動を支配している。
	7. 敵 意	怒り、憤りの言語的ないし非言語的表明、皮肉、受動・攻撃行動、言語的暴力、攻撃性に示される。面接中にみられる対人行動と家族ないし看護職員の報告に基づいて評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。 もしくは正常上限。	皮肉、不遜、敵意のある言葉、時には易刺激性などに示される間接的で限局した怒りの表明。	明らかに敵意のある態度を示し、しばしば易刺激性で怒りの直接的表明がみられる。	患者はかなり易刺激的で、時には暴言や威嚇がみられる。	非協調性、言語的暴力、脅迫のため、面接はほとんど成り立たず、社会関係に深刻な影響をおよぼす。患者は暴力的、破壊的であっても、他人を物理的に傷つけることはない。	顕著な怒りが極度の非協調性となり、対人交流を遮断する。時には他人への物理的攻撃がみられる。

			1 なし	2 ごく軽度	3 軽 度	4 中等度	5 やや重度	6 重 度	7 最 重 度
陰 性 症 状	1. 情動の平板化	情動反応性の減少をさす。表情、仕草、適切な感情表現や乏しさに表れる。感情基調や情動反応性の身体的表現を面接時の観察に基づいて評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	表情や仕草の変化が大げさであったり、不自然であったり、あるいは適切さに欠けている。	表情と仕草が少なくなり、愚鈍な印象を与える。	情動は全般的に平板で、たまにしか表情は変化せず、仕草もわずかである。	顕著な平板化を示し、ほとんどいつも感情表現が欠落している。興奮、憤怒、衝動的な笑いなど、不適切で極端な感情表出がみられることがある。	感情の変化と仕草はまったくみられない。患者はまったく生気がなく、「木のような」印象を常に与える。
	2. 情動的引き籠り	周囲のできごとに対して、興味や関心を示さないこと。面接時の対人行動の観察と家族ないし看護職員の報告に基づいて評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	自主性を欠き、周囲の出来事への無関心さが時にみられる。	患者は全般的に環境とその変化に対して、感情的距離が大きいが、励ませば関心を引き出せる。	患者は明らかに環境から感情的に離れており、励ましにも抵抗する。患者は無関心、無目的、受身に見えるが、ごく短い会話は可能であり、ときどき介助を受けながら身の回りのことができる。	顕著な無関心さのため会話は限られており、身の回りのこともできないことが多いので、介助が必要である。	患者は深刻な無関心さのため、ほとんど全く会話は成り立たず、身の回りのこともできない。
	3. 疎通性の障害	会話の共感性と開放性に欠け、面接者への親近感や関心もないこと。言語的・非言語的コミュニケーションの減少と対人的距離によって明らかになる。面接時の対人行動に基づいて評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	会話は大げさで張り詰めており、不自然な様相を帯びる。感情的な深みに欠けたり、非個人的で知的な側面に留まりがちである。	患者は冷淡で、対人的距離は明らかに大きい。機械的に答えたり、退屈そうに動いたり、関心のなさを見せる。	関心のなさは明らかで、面接時の会話もはずまない。患者は視線を避けようとしたり面と向かうとしないこともある。	患者は高度に無関心で対人距離は顕著に大きい。答えはおざなりで、非言語的関与もわずかである。視線を合わせず、顔も向けないことが頻回である。	患者は面接者に全く関心を示さない。面接中完全に無関心で、言語的・非言語的な交流を終始避ける。
	4. 受動性／意欲低下による社会的ひきこもり	受動性、無欲性、欲動欠如、意志欠如のため、社会交流に対して関心や自主性が減少すること。そのため対人関係は減少し、日常生活にも無関心になる。社会性について家族ないし看護職員の報告に基づいて評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	ときおり社会的活動に関心を見せるが、自主性に乏しい。通常、誘われて初めて他人と交わることができる。	ほとんどの社会的活動に対して受動的であり、無関心で機械的である。目立たないところに引っ込みがちである。	最小限の活動に受動的に関与するだけで、関心や自主性は実質的でない。他人と過ごす時間はわずかである。	意欲は低下し、孤立しがちである。ごく稀にしか社会的活動に参加しないで、時には身の回りのこともできない。自主的な社会的交流はごくわずかである。	意欲低下と社会的孤立は深刻で、身の回りのこともできない。
	5. 抽象的思考の困難	抽象的・象徴的形式で思考することが障害されていること。分類することや一般化することの困難さ、問題解決におけるかたくなさや自己中心的な考えが優位になっていることによって認められる。類似性とことわざ問題に対する反応および面接中の具体的・抽象的思考を評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	難しいことわざに対して字義通りか、その人独特の説明をする傾向がある。もしくは相当に抽象的であったり、わずかに関係のあるような概念を結び付けようとする傾向がある。	しばしば具体的形式を用いる。ほとんどのことわざやいくつかのカテゴリーができない。問題の機械的な側面や目立った特徴によって混乱する傾向がある。	ほとんど具体的形式で対応し、たいていのことわざとカテゴリーで困難を示す。	すべてのことわざの抽象的意味や比喩的表現を把握できず、最も簡単な類似問題のみ分類化を形成することができる。思考は空虚であるか、機械的側面、目立つ特徴、その人特有の解釈の枠から出られない。	思考の際に具体的形式しか使えない。ことわざ、ありふれた明喩や暗喩、簡単なカテゴリーについて全く理解を示さない。特徴のないし機能的な属性は分類の基礎にさえならない。この評価は著明な認知障害により面接者と交流できない時に与えられる。
	6. 会話の自発性と流暢さの欠如	無気力、意欲低下、防衛、あるいは認知面での欠陥と関連して会話の正常な流れが滞ること。これは言語的な交流の課程における流暢さや生産性の減少として現れる。面接中に観察される認知・言語過程を評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	会話の主導権を取ることは少しかない。患者の答えは断りがなく、短くなりがちである。面接者は直接的な質問を必要とする。	会話の流れは不自由で、むらがあったり、つかえたりする。適当な反応を引き出したり会話を続けるために、面接者は答えを導き出す質問を頻回に必要とする。	自発性や率直さが明らかに欠如しており、面接者の質問にも1つか2つだけの短い文で応答する。	会話を避けるか切り詰めようとして、反応は2、3の単語か、短文に限られる(たとえば「わかりません」、「なんとも言えません」)。会話は結果としてほとんど成り立たず、面接は非常に非生産的である。	言語的表出としてたまに発語がみられるぐらいで、会話は成立しない。
	7. 常同的思考	思考の流暢さ、自発性、柔軟さが減る。生硬で繰り返しが多く、貧弱な思考内容である。面接の際に観察される認知・言語課程を評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	態度や考えの中にいくらか硬さがある。時に患者は別の考えをとることを拒否したり、1つの考えから別の考えに移行できないことがある。	会話は同じ話題を巡って繰り返され、その結果、新しい問題に移ることができない。	思考はかたくなで繰り返しが多く、面接者の努力に関わらず、会話はわずか2つか3つの話題に限られてしまう。	会話を非常に困難にするような、制御不可能な要求、言明、念慮のない質問が繰り返される。	思考、行動、会話は固定した観念や限定された言い回しで占められている。患者の交流機能は極度のかたくなさや不適切さあるいは制限を示す。

			1 なし	2 ごく軽度	3 軽 度	4 中等度	5 やや重度	6 重 度	7 最 重 度
総合精神病理評価	1. 心気症	病気であるとかあるいは調子が悪いという、身体に関する訴えや確信。これは、調子が悪いという漠然とした感覚から不治の身体疾患であるという明らかな妄想まで範囲が広い。面接で表明される思考内容を評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	健康や体のことを明らかに心配しており、大丈夫との保証を欲しがったり、そうした質問がときおり出ることによって、明らかになる。	健康に恵まれないことや体の調子が悪いことを訴える。しかし、妄想的確信はなく、保証することで過度の心配は和らげられる。	患者は体の病気にかかっていることや、体の調子の悪いことを何度も訴える。あるいは体に関する明確な妄想を1つ2つ表明する患者でも、それが考えのすべてを支配してはいない。	患者は身体疾患とか器質的な障害があるという明らかな妄想を1つ以上持っている。しかし、感情面ではこの問題で頭がいっぱいになっているということはなく、面接者が努力をすれば考えをそらすことも可能である。	体に関する多彩な妄想が頻回に報告されるか、数は少なくとも破局的な性質を持つ心気妄想が報告される。それが完全に患者の感情と思考を占めてしまっている。
	2. 不 安	神経過敏、心配、憂慮、焦燥感という主観的経験をいう。現在あるいは将来についての過度の心配から恐慌感までの範囲がある。面接中に表明された内容とそれに相応する身体症状を評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	心配や憂慮あるいは主観的な焦燥感が表明される。しかし、身体面あるいは行動面には明らかでない。	微かな手のふるえや発汗過多のような軽度の身体症状があり、明らかな神経過敏の徴候を訴える。	患者は不安が深刻な問題であることを表明する。その不安は極度の緊張感、集中力低下、動悸、睡眠障害のようにかなり身体面、行動面で支障をもたらす。	恐怖症、極度の焦燥感、多彩な身体症状を伴って、ほとんど常に存在する主観的恐怖の状態。	患者の生活は深刻な不安のためにひどい打撃を受けている。その不安はほとんど常に存在し、時には恐慌の状態にまでに達したり、実際に恐慌発作に襲われたりする。
	3. 罪責感	過去に実際にあった、あるいは想像上の悪行に対する自責感や自己嫌悪、面接で表明される自責感とそれが行動や思考に及ぼしている影響を評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	質問により、些細な出来事に対する漠然とした罪業感や自責感が惹起される。しかし、明らかに患者は過度にこだわっていない。	生活の中での実際の出来事について、責任を感じていることをはっきりと表明する。しかし、それに支配されてはいないし、態度や行動は基本的には影響を受けていない。	自己嫌悪に関連する強い罪業感を表明したり、罰に値すると信じている。その罪業感は妄想的基盤があることもあり、自発的に発生することもある。また、強迫観念の源であることもあり、あるいは抑うつ気分の原因であることもある。面接により軽減させることは容易でない。	強い罪業感は妄想的性格を帯び、絶望感や無価値感の態度に陥る。患者は悪行を働いたために厳しい制裁を受けなければならないと信じていたり、彼の最近の生活状況は制裁であると思え込むことがある。	患者の生活は揺るぎのない罪業妄想で支配されていて、そのために終身刑、拷問、または死のような徹底的な罰を渴望する。それに関連した自殺念慮がみられたり、他人の問題を自分の過去の悪行のせいであると見なすこともある。
	4. 緊 張	硬直、振戦、多量の発汗、落ち着きのなさのように、恐怖感、不安感、焦燥感が明らかに身体に表されていること。不安であることを証拠だてる言語的表明と面接中に観察される緊張の身体的表現の重篤性を評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	姿勢や動作が軽度の不安を示している。たとえば軽い硬直、時々出現する落ち着きのなさ、位置の移動、あるいは手の細く早い震えなど。	せかせかして落ち着きのない行動、明瞭な手の震え、多量の発汗あるいは神経質な癖のように、明らかな神経過敏の現象が様々に現れている。	神経過敏な振戦、多量の発汗、落ち着きのなさのように多彩な表現により、深刻な緊張が認められる。しかし、面接での振舞いはひどく障害されてはいない。	対人関係も障害されるほどの深刻な緊張である。たとえば、患者は常にそわそわし長くじっとして座っていることができないし、過呼吸を示すこともある。	落ち着きのない動きがありせわしく、1分もじっとして座っていられないので、持続的な会話が可能となるような恐怖あるいは粗大な運動促進の症状が認められる著明な緊張である。
	5. 佻奇症と不自然な姿勢	ぎこちない、大げさ、混乱した、あるいは奇妙な外見により特徴づけられる不自然な姿勢。面接時の身体による表現の観察と看護職員ないし家族からの報告に基づいて評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	動きに少しぎこちなさがあるが姿勢に少し硬さがある。	動きが明らかにぎこちないか、ちくはぐである。あるいは不自然な姿勢が短期間持続する。	ときおり奇妙な儀式や歪んだ姿勢をとることがあり、あるいは長時間普通でない姿勢をとり続ける。	頻回の奇妙な儀式、佻奇的態度、常同的態度の繰り返し認められるか、長時間にわたって奇妙な姿勢をとり続ける。	儀式的な、佻奇的なあるいは常同的な動作が実際に絶え間なく存在したり、ほとんどの期間不自然に固定した姿勢でいることにより、日常生活機能が深刻に障害される。

			1 なし	2 ごく軽度	3 軽度	4 中等度	5 やや重度	6 重度	7 最重度
総合精神病理評価	6. 抑うつ	悲哀, 落胆, 無力, 虚無などの感情。面接中に表明される抑うつ気分と態度や行動への影響を観察して評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	質問して初めて悲哀や落胆が表明されるが、全体の態度や振舞いには抑うつ的なところは認められない。	明らかな悲哀感や無力感を自発的に話すかもしれないが、抑うつ感は態度や社会的機能には深刻な影響を与えていない。患者は通常は元気を出すことができる。	明らかな抑うつ気分があり、明確な悲哀感, 虚無感, 社会的関心の喪失, 精神運動制止, 食欲低下と睡眠障害を伴っている。患者はたやすく元気になることはない。	著明な抑うつ気分があり、持続的な悲嘆の感情、ときおりの号泣, 無力感, 無価値観を伴っている。加えて、食欲や睡眠にかなり悪い影響があり、正常な運動や社会的機能にも影響があり、また自暴自棄の徴候も有り得る。	抑うつ気分はほとんど主な機能を極度に障害する。次の様な症状が認められる。すなわち、頻回の号泣, 深刻な身体症状, 集中力障害, 精神運動制止, 社会的関心の喪失, 自暴自棄がみられ、抑うつ的な妄想あるいは虚無妄想もありえる。また自殺念慮や自殺意図もありうる。
	7. 運動減退	動作や会話が遅滞したり少なくなったり、刺激に対する反応が減少したり、体の張りがなくなることに示される運動活性の減退。面接中に観察される症状と看護職員ないし家族の報告に基づいて、評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	動きや会話が少しではあるが、明らかに減少している。患者は会話や動作においていくらか生産性が減っているかもしれない。	患者は動作が明らかに緩慢のなっている。会話は生産性の乏しき、反応までの時間が長くなること、長い間合いあるいはゆっくりした速度で特徴づけられる。	運動面での活動性が著明に減退しているために、会話が高度に非生産的になり、社会的、職業的機能も制限されてしまう。患者は通常は座っているか横になっていることが多い。	動きが非常に緩慢であるために、活動性や会話は極度に少ない。1日の過ごし方は基本的に怠慢に座っているか横たわっている。	患者はほとんど全く動かないし、外部からの刺激に反応しない。
	8. 非協調性	面接者、病院職員、家族など重要な他者の意向に同調することを積極的に拒否すること。不信任感, 防衛, 頑固さ, 拒絶, 権威に対する反発, 敵意あるいは闘争性などを伴うこともある。面接中に観察される対人行動と看護職員ないし家族の報告に基づいて、評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	憤り, 苛立ち, あてこすりなどの態度が認められる。面接中の微妙な質問に対して、いやな感じを生じさせない程度の拒否も認められる。	自分のベットを整えることや予定のプログラムに参加するなどの通常の社会的な義務を果たすことを、時としてはっきりと拒否する。患者は敵意や抵抗あるいは拒絶を示すこともあるが、普通は働きかけに応ずることができる。	患者はしばしば自分の生活上の義務を疎行せず、他人からは仲間外れと見なされ、態度に重大な問題があると思われる。非協調性とは、面接者に対する明らかな敵意や焦燥感として、また大半の質問になんとか不本意ながら答えるという態度として表われる。	患者は非常に非協調的、拒絶的で、時に好戦的となる。ほとんどの社会的義務に従事することを拒否し、面接を始めることをいやがったり、面接に最後まで応じない。	実質的にはほとんど全ての機能領域において、患者の積極的な抵抗の影響が著しく認められる。どんな社会的活動にも加わらず、身の回りのこともしない、また家族や職員とも話さず、短期間の面接にも応じない。
	9. 不自然な思考内容	風変わり、夢想的あるいは奇異な考えに特徴づけられる思考。その内容は的外れや典型的でないものから、歪んだ、不合理な、そして全く突飛なものまで含まれる。面接中に表明された思考内容を評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	思考内容が若干独得であったり風変わりであり、普通の考えであっても、奇妙な文脈の中で用いられる。	思考はしばしば歪んでおり、そして、時にかなり奇異な印象を与える。	数多くの奇妙で夢想的な考えを述べる(たとえば、天皇の養子であるとか、刑務所からの脱獄者であるなど)。あるいは全く突飛な事を述べる(たとえば、何百人も子供がいるとか、宙の詰めめを通じて外界からの電信メッセージを受けているなど)。	患者は多くの不合理な考えや馬鹿げた考えを示したり、あるいは明らかに奇異な内容の話をする(たとえば、3つの頭を持っている、他の惑星からの訪問者であるなど)。	思考の全てが、馬鹿げた、奇異でグロテスクな考えで占められている。
	10. 失見当識	人物、場所、そして時間を含む環境と自分との関係に対する認識の欠如。錯乱や自閉が原因として考えられる。見当識に關した質問に対する反応を評価する。	定義に当てはまらない。	病理的か疑わしい。もしくは正常上限。	一般的な見当識は十分にあるが、若干明確さに難がある。たとえば、患者は自分のいる場所を知っているが住所は判らない、病院職員の名前は知っているがその役割は知らない、何月かは知っているが曜日が判らない、日付について2日以上の間違いをおかすなどが認められる。職員の同定はできるけれども市長、施設者、大統領が誰だか判らないといった、身近な事はわかっていても、自分から離れたことは知らないなど、関心の狭さが認められることもある。	人物、場所および時間を部分的にしか認知できない。たとえば、患者は病院に知っているものの、その名前は判らない、自分の住んでいる市の名前は答えられるが、その県や地方は知らない。自分の主治医の名前は知っているが、その他多くの直接関わっている職員の名前は知らない。あるいは、年や季節は知っているが、月になると不確かになるなどである。	人物、場所および時間をかなりの程度認知できない。患者は自分がどこにいるのかを曖昧にしか知っておらず、自分の回りにいるほとんどの人物物についてはっきりとは認識できない。患者は年については、ほぼ正確に同定できるかも知れないが、面接日の月、曜日あるいは季節すら判らない。	人物、場所および時間をほとんど認知できない。たとえば、患者は自分がどこにいるのか判らず、一年以上離れた日時についても混乱してしまい、自分の生活圏の中の人物1人か2人の名前を知っているだけである。	人物、場所および時間について、全く見当識がない。自分のいる場所、日付、あるいは両親、配偶者、友人および主治医といった人物についても著しい混乱を示すか、全く知らない。

			1 なし	2 ごく軽度	3 軽 度	4 中等度	5 やや重度	6 重 度	7 最 重 度
総合精神病理評価	11. 注意の障害	注意の集中困難をいう。内的・外的な刺激により注意散漫となり、新しい刺激に対して注意を移したり、保持したり、構えたりすることに困難を示す。面接中の所見に基づいて評価する。	定義に当てはまらない。	病的のか疑わしい。もしくは正常上限。	集中力に限界がある。面接終了までの間、時として転導性を示し、注意力がゆらぐ。	容易に気がそれる傾向があったり、与えられた話題に長く集中することが難しく、あるいは新しい話題に巧みに注意を移行できない。これらの影響が会話に認められる。	集中困難、転導性あるいは焦点は適宜移行することの困難さによって、会話の進行がかなり邪魔されてしまう。	内的あるいは外的な刺激によって著しく気が散ってしまうことが原因で、患者の注意はほんの一時の間だけ持続するか、注意を持続するためにはかなりの労力を要する。	注意、または短い会話も困難なほど障害されている。
	12. 判断力と病識の欠如	自分自身の精神状態、生活状況に対する自覚または理解の障害。この障害は過去あるいは現在の精神疾患や精神症状を理解できないこと。精神科への入院あるいは治療に対する拒否、結果に対する見通しのまずさが目立つ決断や、非現実的な長期ないし短期的計画などによって示される。面接中に表明される思考内容を評価する。	定義に当てはまらない。	病的のか疑わしい。もしくは正常上限。	患者は精神障害があることは認めているが、その重症度を明らかに過小評価している。治療の意味あるいは再燃を防ぐ手段をこうする重要性を認識しない。将来の計画は多分に貧弱である。	患者は病気に対する曖昧で浅い認識しか示さない。病気であることの認識が揺らぎがちで、幻覚、思考障害、猜疑心および社会的引きこもりなどの主要な症状が存在しているも、ほとんどそれを自覚していない。患者は、不安、緊張、睡眠障害のようなより些末な症状を軽減するという意味では、治療の必要性を認めている。	過去の精神障害については認識しているが、現在の精神障害については認識していない。異議を示されると、患者はいくつかの無関係な症状やさして重要でない症状については、存在するとしがぶし認めるが、それは著しく誤った解釈や妄想的な考えによって正当化されがちである。精神科的な治療の必要性は、病識と同様に認識されない。	患者はいままで一度たりとも精神障害が存在した事を認めない。過去、現在にわたる如何なる精神症状の存在も否定し、従順ではあるが、治療および入院の必要性を認識しない。	過去および現在の精神疾患を頑として否定する。現在の入院、治療を妄想的に解釈している。(失敗に対する懲罰とか、悪意を持った人達からの迫害といった解釈)そして治療者、服薬、その他の治療の側面に対し拒否的である。
	13. 意志の障害	思考、動作、行動、会話における自主的な開始、持続、および維持の障害。面接中に認められる思考内容および行動を評価する。	定義に当てはまらない。	病的のか疑わしい。もしくは正常上限。	若干ではあるが、言語および認知の進行が妨げられており、会話と思考において優柔不断さが認められる。	患者はしばしば両価的となり、決断に際し明らかな困難が認められる。会話は思考の変わりやすさのために滞り、したがって言語能力、認知能力が明らかに障害されている。	意志の障害が、思考と同程度に行動にも影響している。社会的活動と運動の開始や持続が滞っており、かなり強い優柔不断さを示す。時に会話の途絶が認められる。	意志の障害が、着衣や身づくろいのような単純で決まりきった行動をも阻害し、とりわけ会話には強く影響している。	ほとんど完全に意志は障害されており、行動、発語の制止が甚だしく認められる。その結果、無動ないし無言状態になっている。
	14. 衝動性の調節障害	突発的で抑制を欠いた気分の変動や、後先を考えない緊張や情動の暴発をもたらすような、内的な促迫に対する行動の抑制や調節の障害。面接中の行動と看護職員ないし家族の報告に基づいて、評価する。	定義に当てはまらない。	病的のか疑わしい。もしくは正常上限。	患者はストレスに直面したり満足が得られないときに、容易に怒り、動揺する傾向が認められるが、直接的な行動に移すことはまれである。	患者は些細な挑発によって怒り、罵倒を始める。時に威嚇的となったり、破壊的になったり、1、2度物理的な対決や小さな喧嘩を起こしてしまう。	患者は罵倒や器物破損、身体的威嚇を含む衝動的な事象を繰り返している。激しい攻撃性を表したことが1、2度あり、そのために患者の隔離や身体的拘束あるいは鎮静を必要としたことがある。	患者は、しばしば衝動的であり、攻撃的、威嚇的、強要的、破壊的になる。他害的な行動を示し、性的な衝動が強かったり、場合によっては幻覚によって支配された行動がみられる。	患者は致死的な暴行や強姦を犯して、何度も残虐性を示し、あるいは自傷行為をする危険な衝動のコントロールが不可能であり、常に直接的な監督あるいは周りからの拘束や抑制を必要とする。
	15. 没入性	内的に生じた思考と感情に氣を取られ、自閉的な体験に埋没して、現実的な見当識、適切な行動が失われる。面接中に認められた対人行動を評価する。	定義に当てはまらない。	病的のか疑わしい。もしくは正常上限。	個人的な要求や問題に過度に没頭する。そのために会話は自己中心的な話題にばかり向い、他人に示す関心が薄くなっている。	患者はときおり白昼夢をみているかのように自己陶酔し、内的体験にとらわれる。そのため、若干疎通性が阻害される。	患者はしばしば自閉的な体験にとらわれている。社会的機能や意志伝達能力を侵すような行動、たとえば、虚空の凝視、呟き、独語や常同的な行動様式が認められる。	集中力、会話の能力そして周囲に対する見当識を深刻に損なうような、著しい自閉的な体験への没入がみられる。独語、空笑がしばしば認められる。	はなはだしい自閉的な体験への没入が認められ、主要な行動領域の全てを深く侵食している。患者は常に幻覚に対して、言語的そして行動的に反応しており、他人や周囲の状況への認知はほとんど認められない。
	16. 自主的な社会回避	理由のない恐怖感や敵意あるいは不信任を伴い、社会との関わりが制限されていること。看護職員ないし家族の報告に基づいて、評価する。	定義に当てはまらない。	病的のか疑わしい。もしくは正常上限。	患者は他人がいる場所ですぐに落ち着かなくなり、好んで一人きりで過ごしている。ただし、求められれば自分の社会的な役目は果たす。	患者はなんとか全ての、あるいはほとんどの社会的活動に参加する。ただし、説得される必要があったり、参加したものの不安感、邪推、敵意を理由に中途半端になることがある。	患者は周りからの努力にも関わらず、恐怖感や怒りを抱き、多くの社会的な関わりから身を避けてしまう。一人で無為に過ごす傾向が認められる。	患者は恐怖や敵意あるいは不信任を理由に、ほとんど全ての社会的活動に参加しない。他人が近づくと、強い態度で関わりを断ち、人から離れていようとする傾向が全般的に認められる。	著しい恐怖感、敵意あるいは迫害妄想が原因となり、社会的活動に従事できない、極端な場合、患者は全ての人との関わりを避け、一人きりでいる。

【LASMI- I 調査用紙】

対象者番号

調査日

月

日

		問題なし	若干 問題あり	時々 問題あり	度々 問題あり	大変 問題あり	不明
① 会 話	会話の明瞭さ	0	1	2	3	4	
	自発性	0	1	2	3	4	
	状況判断	0	1	2	3	4	
	理解力	0	1	2	3	4	
	主張	0	1	2	3	4	
	断る	0	1	2	3	4	
	応答	0	1	2	3	4	
② 集 団 活 動	協調性	0	1	2	3	4	
	マナー	0	1	2	3	4	
③ 人 づ き あ い	自主的な人づきあい	0	1	2	3	4	
	援助者とのつきあい	0	1	2	3	4	
	友人とのつきあい	0	1	2	3	4	
	異性とのつきあい	0	1	2	3	4	9

全項目数

13

項目

※但し、不明項目有りの場合は、全12項目

合計点

点

平均点

点

多次元共感性尺度 (MES)

対象者番号 _____

調査日 _____ 月 _____ 日

以下の各項目は、どのくらいあなた自身にあてはまりますか？
最もあてはまると思う数字に○をつけてください。

		は全くあて はまらない	あまりあて はまらない	どちらとも いえない	あてはや はまる	とてもよく あてはまる
1	まわりの人がそうだといえば、自分もそうだと思えてくる。	1	2	3	4	5
2	自分の信念や意見は、友人の意見によって左右されることはない。	1	2	3	4	5
3	物事を、まわりの人の影響を受けずに自分一人で決めるのが苦手だ。	1	2	3	4	5
4	自分の感情はまわりの人の影響を受けやすい。	1	2	3	4	5
5	他人の感情に流されてしまうことはない。	1	2	3	4	5
6	悲しんでいる人を見ると、なぐさめてあげたくなる。	1	2	3	4	5
7	悩んでいる友達がいても、その悩みを分かち合うことができない。	1	2	3	4	5
8	他人が失敗しても同情することはない。	1	2	3	4	5
9	人が頑張っているのを見たり聞いたりすると、 自分には関係なくても応援したくなる。	1	2	3	4	5
10	まわりに困っている人がいると、 その人の問題が早く解決するといいなあと思う。	1	2	3	4	5
11	面白い物語や小説を読んだ際には、話の中の出来事が もしも自分に起きたらと想像する。	1	2	3	4	5
12	小説の中の出来事が、自分のことのように感じることはない。	1	2	3	4	5
13	空想することが好きだ。	1	2	3	4	5
14	自分に起こることについて、繰り返し、夢見たり想像したりする。	1	2	3	4	5
15	感動的な映画を見た後は、その気分になんとも浸ってしまう。	1	2	3	4	5

		は ま ら な い	全 く あ て は ま ら な い	あ ま り あ て は ま ら な い	ど ち ら と も い え な い	あ て は ま ら な い	あ て は ま ら な い	あ て は ま ら な い
16	自分と違う考え方の人と話しているとき、その人がどうして そのように考えているのかをわかろうとする。	1	2	3	4	5		
17	人と対立しても、相手の立場に立つ努力をする。	1	2	3	4	5		
18	人の話を聞くときは、その人が何を言いたいのかを考えながら話を聞く。	1	2	3	4	5		
19	常に人の立場に立って、相手を理解するようにしている。	1	2	3	4	5		
20	相手を批判するときは、相手の立場を考えることができない。	1	2	3	4	5		
21	他人の失敗する姿をみると、自分はそうなりたくないと思う。	1	2	3	4	5		
22	苦しい立場に追い込まれた人を見ると、それが自分の身に 起こったことでなくてよかったと心の中で思う。	1	2	3	4	5		
23	他人の成功を見聞きしているうちに、焦りを感じるが多い。	1	2	3	4	5		
24	他人の成功を素直に喜べないことがある。	1	2	3	4	5		

ローゼンバーグ自尊感情尺度日本語版

対象者番号

調査日 月 日

以下の各項目は、どのくらいあなた自身にあてはまりますか？
最もあてはまると思う数字に○をつけてください。

		いいえ	どちらかといえ ばいいえ	どちらかとい えはい	はい
1	私は自分に満足している。	1	2	3	4
2	私は自分がだめな人間だと思う。	1	2	3	4
3	私は自分には見どころがあると思う。	1	2	3	4
4	私は、たいいていの人がやれる程度には物事ができる。	1	2	3	4
5	私には得意に思うことがない。	1	2	3	4
6	私は自分が役立たずだと感じる。	1	2	3	4
7	私は自分が、少なくとも他人と同じくらいの価値のある人間だと思う。	1	2	3	4
8	もう少し自分を尊敬できたらと思う。	1	2	3	4
9	自分を失敗者だと思いがちである。	1	2	3	4
10	私は自分に対して、前向きな態度をとっている。	1	2	3	4

質問は以上です。ありがとうございました。

同意書

●●会 ●●病院 院長 殿

私は、「統合失調症者の共感性と自尊感情との関連 -入院中の統合失調症者を対象として-」について、研究の目的、方法、分析および結果の活用方法について十分な説明を受けました。この研究への参加協力をしなくても、また答えたくない質問に答えなくても、なんら不利益を受けないことを確認した上で、この研究に参加協力することに同意します。

ただし、この同意はあくまでも私自身の自由意志によるものであり、随時参加を取りやめることができることを確認します。

平成 年 月 日

氏 名
(自筆署名)

私は、「統合失調症者の共感性と自尊感情との関連 -入院中の統合失調症者を対象として-」について、書面および口頭により説明を行い、上記の通り同意を得ました。

平成 年 月 日

説明者 所 属
氏 名

同意書

●●会 ●●病院 院長 殿

私は、「統合失調症者の共感性に関する研究」について、本研究の目的、方法、分析および結果の活用方法並びに危険性について十分な説明を受けました。また、本研究の参加協力を同意しなくても、何ら不利益を受けないことを確認した上で、本研究に参加協力することに同意します。

ただし、この同意は、あくまでも私自身の自由意志によるものであり、随時参加を取りやめることができることを確認します。

平成 年 月 日

氏 名

(自筆署名)

私は、「統合失調症者の共感性に関する研究」について、書面および口頭により説明を行い、上記の通り同意を得ました。

平成 年 月 日

説明者

所 属

氏 名

同意撤回書

●●会 ●●病院 院長 殿

私は、「統合失調症者の共感性と自尊感情との関連-入院中の統合失調症者を対象として-」への参加に同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回いたします。

平成 年 月 日

氏 名

(自筆署名)

私は、「統合失調症者の共感性と自尊感情との関連-入院中の統合失調症者を対象として-」への参加の同意撤回を確認しました。

平成 年 月 日

説明者 所 属

氏 名

同 意 撤 回 書

●●会 ●●病院 院長 殿

私は、「統合失調症者の共感性に関する研究」への参加に同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回いたします。

平成 年 月 日

氏 名

(自筆署名)

私は、「統合失調症者の共感性に関する研究」への参加の同意撤回を確認しました。

平成 年 月 日

説明者 所 属

氏 名

研究課題名:統合失調症者の共感性と自尊心との関連 -入院中の統合失調症者を対象として-
研究責任者:森千鶴

＜連結可能匿名化対応表＞

No. _____

対象者番号	患者ID	研究の同意日	同意撤回日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日

※複写および研究対象施設外持ち出し禁止

研究課題名:統合失調症者の共感性に関する研究

研究責任者:森千鶴

<連結可能匿名化対応表>

No. _____

対象者番号	患者ID	研究の同意日	同意撤回日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日

※複写および研究対象施設外持ち出し禁止