

筑波大学

博士（看護科学）学位論文

統合失調症者における
リアリティ・モニタリングの特徴

2018

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

浅沼 瞳

目次

第1章 序章	1
I. 研究の背景	1
1. リアリティ・モニタリングの概念	1
1) リアリティ・モニタリングの定義	1
2) リアリティ・モニタリング・エラー	2
2. 統合失調症者とリアリティ・モニタリングとの関連	2
1) 統合失調症の特性	2
2) 陽性症状とリアリティ・モニタリングとの関連	3
3) 自己洞察への影響	4
3. 統合失調症者のリアリティ・モニタリングが関わる要素	6
1) 認知的洞察力	6
2) メタ記憶	7
4. 統合失調症者のリアリティ・モニタリングに対する看護	7
1) 看護の実際	7
2) 認知機能トレーニング	8
5. 統合失調症者のリアリティ・モニタリングを明らかにする手段	9
II. 研究目的と意義	11
1. 研究目的	11
2. 意義	11
III. 用語の定義	12
1. リアリティ・モニタリング	12
2. 自己洞察	12
3. 認知的洞察力	12
4. メタ記憶	12
IV. 概念枠組み	13
V. 研究の構成	14
第2章	
統合失調症者の体験記憶、自己洞察におけるリアリティ・モニタリングの特徴	15
I. 緒言	15
1. 統合失調症者の記憶障害とリアリティ・モニタリング	15
2. 統合失調症者の病気に関わる体験記憶と自己洞察	16
II. 研究目的と意義	17
1. 研究目的	17
2. 意義	17
III. 研究方法	17
1. 研究協力施設	17
2. 対象者	17
1) 選定基準	17
2) 除外基準	18
3. 調査期間	18
4. 調査内容	18
1) 対象者の背景	18
2) 病気に関わる体験記憶と自己洞察の状態	18
5. 調査手順	20
6. 倫理的配慮	20
1) 対象者の人権擁護	20

2) 説明における配慮.....	21
3) 研究により起こり得る不利益に対する配慮.....	21
4) 個人情報保護に対する配慮.....	22
7. 分析方法.....	23
1) 対象者の背景.....	23
2) 病気の体験、自己洞察の状態.....	23
IV. 結果.....	25
1. 分析対象者.....	25
2. 対象者の特徴.....	25
3. 統合失調症者における病気の体験、自己洞察の状態.....	25
1) コードと抽出されたカテゴリ.....	25
2) 病気の体験記憶を表すカテゴリ.....	26
3) 自己洞察の状態を表すカテゴリの内容.....	29
V. 考察.....	33
1. 対象者の特徴.....	33
2. 統合失調症者の病気体験に関わるリアリティ・モニタリングの特徴.....	33
1) 現実的な知覚に基づくリアリティ・モニタリング.....	33
2) 知覚情報の乏しさに伴うリアリティ・モニタリング・エラー.....	35
3. 統合失調症者の自己洞察に関わるリアリティ・モニタリングの特徴.....	36
1) 多様な情報に基づく意図的なリアリティ・モニタリング.....	36
2) 内部情報由来に偏ったリアリティ・モニタリング・エラー.....	37
VI. 第2章の総括.....	39

第3章

統合失調症者の認知的洞察力、メタ記憶に関するリアリティ・モニタリングの 特徴.....	40
--	----

I. 緒言.....	40
1. 認知的洞察力の評価指標.....	40
2. メタ記憶の評価指標.....	41
II. 研究目的と意義.....	42
1. 研究目的.....	42
2. 意義.....	42
III. 研究方法.....	42
1. 研究協力施設.....	42
2. 対象者.....	42
1) 選定基準.....	42
2) 除外基準.....	43
3. 研究期間.....	43
4. 調査内容.....	43
1) 対象者の背景.....	43
2) 認知的洞察力の主観的評価.....	43
3) メタ記憶の主観的評価.....	44
5. 調査手順.....	45
6. 倫理的配慮.....	46
1) 対象者の人権擁護.....	46
2) 説明における配慮.....	46
3) 研究により起こり得る不利益に対する配慮.....	47
4) 個人情報保護に対する配慮.....	47
7. 分析方法.....	48

1) 対象者の特徴	48
2) 認知的洞察力、メタ記憶の状態	49
IV. 結果	51
1. 分析対象者	51
2. 対象者の背景	51
1) 基本的背景、疾患の状況	51
2) 対象者背景に関する項目間の相違	51
3) 対象者背景に関する項目間の関連	52
3. 認知的洞察力の状態	52
1) 尺度の信頼性	52
2) 自己内省性の度数分布	53
3) 自己確信性の度数分布	53
4. メタ記憶の状態	54
1) 尺度の信頼性	54
2) 対象者の状態	54
3) 対象者背景との関連	54
4) 下位尺度間の関連	55
V. 考察	56
1. 対象者の特徴	56
2. 認知的洞察力に関わるリアリティ・モニタリング	57
1) 不確かな統合失調症者の認知的洞察力	57
2) 自己内省性を備えた認知的洞察力	57
3) 自己内省性を高めるリアリティ・モニタリングの反芻	58
4) 自己以外の情報に頼りやすい認知的洞察力	58
5) 内部情報由来に偏りやすいリアリティ・モニタリング	60
6) 認知的洞察力から見出されたリアリティ・モニタリングの特徴	61
3. メタ記憶に関わるリアリティ・モニタリング	61
1) 過大な自己評価傾向にある統合失調症者のメタ記憶	61
2) 過大な自己評価を促すリアリティ・モニタリング・エラー	63
3) 陰性症状とリアリティ・モニタリングとの関連	63
4) メタ記憶から見出されたリアリティ・モニタリングの特徴	64
VI. 第3章の総括	65
第4章 総合考察	66
I. 統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングの特徴	66
1. 効果的なリアリティ・モニタリングの実践	66
2. 陽性症状の影響によるリアリティ・モニタリング・エラー	67
3. リアリティ・モニタリングの特徴に伴う影響	68
4. リアリティ・モニタリング・エラーと認知機能との関連性	69
II. 看護への示唆	70
III. 本研究の限界と今後の課題	71
第5章 総括	73
謝辞	74
文献	
図表	
資料	

第1章 序章

I. 研究の背景

1. リアリティ・モニタリングの概念

1) リアリティ・モニタリングの定義

リアリティ・モニタリングとは、実験心理学において発展した、現在想起している事象をいかなる条件から記銘したのかを判断するソース・モニタリングの下位概念の一つである。下位概念には、リアリティ・モニタリングのほかにリアリティ・テストイングがある。リアリティ・テストイングは現時点での知覚と、想像や記憶とを区別する機能であるのに対し、リアリティ・モニタリングはあくまで記憶に限定した情報の判断過程である（金城,2001；中田,森田,2005）。リアリティ・モニタリングにおける具体的な判断過程は、記憶における現実の出来事と想像上の出来事を区別している認知過程（Johnson, & Raye,1981；金城, 2001；杉本,楠見,2007）、また、過去に知覚した事象とイメージした情報に関する判断（中田,森田,2005）、人がある情報を外部からの刺激として知覚的に得たのか、推理・想像・思考によって内的に得たのかを判断する「記憶」の判別（金城,2001）と表現されている。これらを統合すると、リアリティ・モニタリングはある記憶について、それが自分の外界から得た現実的な知覚と個人が生成した記憶、すなわち推測・想像という異なる性質のどちらの情報から形成されているのかを判断する過程で働く機能ととらえることができると考えた。また、知覚と推測・想像の情報はいずれも「自己」が主体となる情報であることから、判断の対象となる記憶は「自己が体験した記憶」であると考えた。

さらにリアリティ・モニタリングは記憶の記銘と想起（杉本,楠見,2007；清水,2015）だけでなく、記憶を保持している段階においても機能している（中田,森田,2014）。これらのことから、リアリティ・モニタリングは「自己の体験を記銘・保持・想起する際、その情報源が外部から得た現実的な知覚由来か、自己の内部で生成された推測・想像由来かを判断する過程の機能」と定義できると考えた。日常生活におけるリアリティ・モニタリングの場面に当てはめると、「私は今朝、窓の鍵をかけた。」という体験が記銘・保持・想起される際、リアリティ・モニタリングはその時点で働いており、その記憶が「実際に鍵をかけたという外部から得た知覚情報」か、「鍵をかけたであろうという、自己の内部で生成した推測・想像情報」のどちらの由来に基づく記憶かを判断していると解釈できる。

2) リアリティ・モニタリング・エラー

リアリティ・モニタリングは日常生活場面において、多くは無意識におこなわれている (Johnson, Hashtroudi, & Lindsay, 1993)。そのため、自分の体験が何の情報由来かを意識することは少ないと言える。しかしリアリティ・モニタリングは時に判断を誤り生活に損失を生じさせることもある (中田, 森田, 2014)。例えば、「窓の鍵をかけた」という記憶について、実際鍵はかかっておらず「鍵をかけただろう」という推測・想像の内部情報由来の判断が誤っており、思い込み・思い違いであったという現象である。この現象をリアリティ・モニタリング・エラーと言う (中田, 森田, 2014)。この時、人は自分の記憶情報の由来を初めて意識すると考えられる。このような誤りが生じるのは、無意識下の判断であることが影響し、誤りが生じていてもその時は気づきにくいためと考えられる。また、外部情報から判断された記憶と、内部情報から判断された記憶の違いは、どちらの情報量が多いかによって変動しやすい (Johnson, & Raye, 1981)。堀田, 多鹿 (2007) は、誤った記憶は知覚情報の検索が優位に働くと減少するが、意味付けの情報検索が優位に働いた場合は増加すると述べている。この知見から、リアリティ・モニタリングは外部から得た現実的な知覚情報よりも内部で生成された推測・想像情報由来による判断の方が、エラーが生じやすいと考えられる。

また、リアリティ・モニタリングは、統合失調症者において健常者よりもリアリティ・モニタリング・エラーを起こしやすいことがこれまでに報告されている (田中, 広瀬, 高岡, 2005; 田中, 2005)。これは統合失調症の特性が相違をもたらしていると考えた。

2. 統合失調症者とリアリティ・モニタリングとの関連

1) 統合失調症の特性

統合失調症の生涯有病率は約 1%未満と推定されている (松岡, 2007; 厚生労働省, 2011; 佐伯, 2016)。発症のメカニズムとして、神経伝達物質のグルタミン酸受容体の一種である NMDNA グルタミン酸受容体の機能低下によるものとする仮説がある。NMDNA グルタミン酸受容体の機能が低下することにより、大脳辺縁系ドーパミン経路にも影響が及び、その結果前頭葉、側頭葉、頭頂葉に異常をきたしており、その影響で多様な病態が生じている (松元ら, 2009)。統合失調症の病態について、中心となる基本障害と考えられているのが認知機能障害である (丹羽, 福田, 2007)。この機能は日常生活機能、対人関係、家庭生活や就労などの社会生活において必要とされる機能であり、情報处理的な機能を担う神経認

知の障害、また対人場面で他者の状態を円滑に理解するための社会認知の低下がある。

神経認知には「注意」、「言語流暢性・言語学習」、「処理速度」、「遂行機能」、「記憶」が含まれる。「注意」はその場の状況に最も関連する刺激を検出し、その刺激に選択的に注意を向ける、そしてその注意を維持する働きが含まれる。「言語流暢性・言語学習」は、会話場面での思考や語彙を産出する能力、「処理速度」は作業をおこなう能力であり、慣れていた作業の速度が遅くなるなどの形で障害が示される。「遂行機能」は問題の効率的な解決、感情や衝動の調整において必要とされる機能であり、「記憶」は、言語あるいは視覚から得た情報を短時間保持する「作業記憶：ワーキングメモリー」をはじめとする単語の意味や関連知識を記憶する意味記憶、長期にわたり必要な情報を学習する陳述記憶など、様々な記憶機能が含まれる（丹羽,福田,2007；豊巻,久住,2018）。

一方、社会認知には「表情・情動の認知」、他者の心の動きを類推し、他者が自分とは違う信念をもっているということを理解する「心の理論」、人のある行動の原因がどこに帰属するかという「原因帰属」、自分の意思や感情状態を客観的にとらえ目標にそって評価する機能などがあり、これらは神経認知と相互に作用している（池淵ら,2012；豊巻,久住,2018）。

これらの認知機能障害を基盤として、様々な精神症状が統合失調症者には生じている。主要な症状として、無為・自閉など、その欠如が異常であるとされる「陰性症状」症状と、幻覚・妄想など、その存在が異常である「陽性症状」がある（佐藤,2008）。特に陽性症状は、病気の経過において初期に現れ、統合失調症者の知覚、思考に影響を与える。統合失調症者は知覚、思考の混乱に伴い、不安や恐怖が強くなることにより自傷や他害の危険性が高くなり、日常生活が困難となる（佐伯,2016）。統合失調症者のリアリティ・モニタリングには、この陽性症状が関連している（Frith,1987；Ditman,&Kuperberg,2005）。そのため、リアリティ・モニタリングは記憶の判断過程にとどまらず、その特徴は日常生活、社会生活に至るまで影響が波及していると考えられる。

2) 陽性症状とリアリティ・モニタリングとの関連

リアリティ・モニタリングに関与する陽性症状は、前頭前野背外側部と関連する「内部モデル」の障害と言われている。内部モデルとは、ヒトの運動と感覚情報との関係性を表す神経機構のモデルであり、この障害がリアリティ・モニタリングに関与している（浅井,丹野,2007；佐藤,2008；浅井,今水,2011）。内部モデルには順モデルと逆モデルがあり、逆モデルとは、ある運動をしたいと思った時にどのような運動指令を出せば良いかを計算す

るモデルであるのに対し、順モデルは、ある運動指令を出した時にどのように身体が動くか、視覚・体性感覚などどのような感覚フィードバックが得られるかを予測するモデルである（浅井,丹野,2007；浅井,丹野,2010；浅井,今水,2011）。佐藤（2008）は、統合失調症における受動的な陽性症状である幻聴・作為体験・思考吹入と順モデルとの関連を検討している。その報告によると、統合失調症者は順モデルが障害されていることで、運動指令を出した時の結果がフィードバックされる際、その感覚を自己のものと感じられないという主観的感覚の乏しさがあり、それが症状に反映している。このことから、幻聴などにより自己の体験において外部から得た知覚情報が自己に帰属しにくく不足しやすい特徴が、統合失調症者のリアリティ・モニタリングにおいて推測・想像という内部情報に偏った判断につながっているのではないかと考えられる。

また、統合失調症者は現実的なできごとに対して、妄想により非合理的な理由づけをすることが多い（奥村,渋谷,2005）。浅井,今水（2011）は「妄想」についても内部モデルにおけるベイズ推定の問題と関連していることを指摘している。ベイズ推定は、「過去の経験に基づく事前知識と、新たに観察された情報を組み合わせ、知識や信念を更新する能力」である（浅井,今水,2011）。よって妄想のある統合失調症者は、ベイズ推定の問題により、過去の記憶情報と新たに得た記憶情報を組み合わせる際、外部情報に由来する現実在即したリアリティ・モニタリングがおこなえずに記憶を更新していると考えられた。さらに統合失調症者は健常者よりも推測・想像という内部情報の個別性が高く特徴的である（田中,2005；田中ら,2005）。これは妄想の内容が特異かつ統合失調症者個々により異なるためと考えられ、その結果リアリティ・モニタリングは内部情報が優位な判断となりやすいだけでなく、その情報の個別性の高さにより、リアリティ・モニタリング・エラーを生じやすくなっていると考えられる。

以上より、統合失調症者のリアリティ・モニタリングは、陽性症状の影響により、乏しい知覚傾向と、個別的な内部情報に基づく判断がおこなわれていると考えられ、それがエラーにつながっている可能性が考えられた。そしてエラーは、体験記憶を通じて統合失調症者に影響を及ぼしていると考えた。

3) 自己洞察への影響

リアリティ・モニタリングは、自己の体験記憶における判断過程であることから、エラーを含むその特徴は、統合失調症者自身の思考、認知に対しても何らかの影響があると考

えられる。

松王（1994）、水間（2002）は、自己と体験とをつなぎとめるものが記憶であり、記憶そのものが自己の中核的な部分であると述べている。また、仲（2002）は子供の頃から、記憶により自己が作られること、山本（2015）はその人にとって重要度が高い記憶は、アイデンティティを形成する中心的な役割を果たす可能性があるとして述べている。これらのことから、統合失調症者のリアリティ・モニタリングは、判断を通じた体験の記憶が「自己をどうとらえるか」に影響していると考えた。

統合失調症者の「自己のとらえ方」に関する概念として、対人場面（石原,水野,1992）や、行動調整（宮下,1985；土田,福島,2007）において重要とされている「セルフ・モニタリング」が挙げられる。セルフ・モニタリングは、Snyderにより提唱され、自己の状態を覚知し、行動時に調整をおこなうことと定義されている。また「リフレクション」は、内省・省察・反映・熟考の意味をもち、人材育成において重要性が示されている概念である（榎本,緒方,水戸,2017）。リフレクションは、看護現場においても活用されており、実践を振り返り考察することによって自己と対峙し、自己の行為について批判的に意味づけをおこなっていく行動と説明されている（上田,宮崎,2010；武口,2011）ことから、自己のとらえ方に関わる概念と考えられた。また、これらの概念にはいずれも「自己」を主体とする「客観視」という行為が含まれていると考えた。

一方、則村,畦地（2010）は「自我が意識される客体である自己に対しておこなわれる、各事象の心理過程について気づいたり、理解する心理過程」を「洞察」と説明している。セルフ・モニタリング、リフレクションが自己の行動に対する客観視であるのに対し、洞察は自己そのものに対する客観的な認知を指していると考えられた。そこで自己のとらえ方を「自己洞察」という概念でとらえることとした。

統合失調症者の自己洞察は、自分の障害の性質や程度、障害が与える影響の理解に関わる自己の気づき、という「セルフ・アウェアネス」の概念（丹羽,2009；苧阪,2012；岡村,2012）を踏まえ、統合失調症であることを含めた客観視が重要と考えられた。また吉野（2009）は、統合失調症者が「病気をもつ者として、いかに病気と付き合っていくのか、自分はどうのような状況にあり、これからどのように回復し、安定を維持していくのか」という「内省」を通じて自己洞察を深める必要があると述べている。これらのことから、本研究では「自己洞察」を「統合失調症を抱える自己について客観的に気づき、内省している状態」と定義できると考えた。

以上を踏まえ、統合失調症者のリアリティ・モニタリングは、陽性症状に伴う健常者とは異なるエラーを起こしやすい特徴を持った状態で自己の体験を記録・保持・想起しており、その体験記憶は統合失調症を抱える自己に対する「自己洞察」に影響することで統合失調症者の生活における様々な支障に影響していると考えた。また、リアリティ・モニタリングは無意識的におこなわれることが多く、記憶の記録・保持における判断過程を直接観察し明らかにすることは困難と考えられる。そのため、他者が機能の特徴を知るには、判断の結果本人が想起し顕在化した記憶、洞察の内容から観察することができると考えた。

3. 統合失調症者のリアリティ・モニタリングに関わる要素

1) 認知的洞察力

リアリティ・モニタリングは、体験記憶、自己洞察が顕在化する過程で必要とされる要素とも関連していると考えられる。その一つとして「認知的洞察力」が挙げられる。認知的洞察力は、自己洞察を深める上で必要な認知機能の一つに含まれる能力であり、Flavellらにより 1970 年代から研究が展開されている（三宮,2009）。具体的に、情報の伝達、言語的説得、言語獲得、読解、会話の理解、注意、記憶、動機づけ、問題解決および自己制御や自己教示に重要な能力である（松林,円山,岩切,長井,芦田,1995）が、三宮（2009）は、認知的洞察力について、「認知を対象化して認知すること、自分（たち）を上から見つめているもう一人のじぶん」と表現しており、自己を現実的に客観視するうえで必要な能力と統合してとらえることができると考えた。またこの能力は、知識成分と活動成分から構成されている。知識成分とは「人間（自分や他者、人間一般）の認知特性についての知識」、「課題についての知識」、「方略についての知識」、活動成分は、認知についての気づき、フィードバック、予想、点検、評価などの「モニタリング」と、認知についての目標設定、計画、修正などの「コントロール」との相互作用から構成され、知識に基づく活動を通じて循環的に働いている（三宮,2008；三宮,2009）。

これらの知見から、認知的洞察力は一時点で固定した能力ではなく、知識と活動の循環により変化する能力であると考えられ、本研究では「現実感をもって変化する自己を客観視し、調整する能力」と定義できると考えた。また、認知的洞察力は、知識が不適切であれば、活動も同じく不適切なものになる（三宮,2008；三宮,2009）。そのため、認知的洞察力の障害には知識と活動成分の不適切な循環が影響しており、その結果が自己洞察の状態に表れていること、統合失調症者のリアリティ・モニタリングは、その循環に関わって

いる可能性があり、その関連を通じて自己洞察の状態が表れていると考えられる。

2) メタ記憶

統合失調症者のリアリティ・モニタリングに関わるもう一つの重要な要素として「メタ記憶」が挙げられる。メタ記憶とは、自己の記憶過程に関する知識や、効率的な記憶活動を可能にするための方略に関する知識、あるいは記憶内容や現在進行中の記憶情報処理についての気づきや認識などを指し示す能力である（杉本,楠見,2007；田中,船橋,2007）。メタ記憶はまた、リアリティ・モニタリングを能力の一部として包括している（杉本,楠見,2007；仲,2009）ほか、幼児期から発達段階に合わせて成熟するが、加齢と共に衰えることはなく、社会的・文化的な刺激や個人の努力によって多様な状況が表れる特性をもつ（金城,清水,2009）。つまりメタ記憶はリアリティ・モニタリングを通じた自己の体験記憶を基盤とする能力であり、その多様性はリアリティ・モニタリングの特徴が影響していると考えられる。そのため、リアリティ・モニタリング・エラーが生じた体験記憶は、同時にメタ記憶におけるエラーにもつながると考えられる。

さらに、メタ記憶は認知的洞察力における記憶部分に関わる位置付けとして密接に関係しており（苧阪,2009；三宮,2018）、能力の構成も認知的洞察力と同様、記憶能力、記憶機能、記憶課題、および記憶方略に関するメタ記憶的知識と、自己の認知活動によって得られた情報を評価するモニタリング、およびモニタリングに対するコントロールというメタ記憶的活動からなるため、変化する能力ととらえることができる（金城,2009）。そこで、本研究ではメタ記憶を「変化する自己の記憶を客観視する能力」と定義できると考え、体験記憶と自己洞察双方に関与する要素ととらえることとした。

これらのことから、統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングは認知的洞察力、メタ記憶との関連を通じて、体験記憶、自己洞察の内容に影響しており、その特徴は認知的洞察力、メタ記憶の状態を観察することからも検討出来ると考えた。

4. 統合失調症者のリアリティ・モニタリングに対する看護

1) 看護の実際

これまでの検討から、統合失調症者のリアリティ・モニタリングは、本人の体験記憶、自己洞察への反映、また認知的洞察力、メタ記憶への関連を通じて日常生活、社会生活に影響している重要な機能ととらえられた。そのため、看護においてもリアリティ・モニタ

リングに注目した支援をおこなうことの必要性が見出された。しかしこれまでに統合失調症者のリアリティ・モニタリングを対象とした看護支援は検討されていない状況にある。

統合失調症者に対する看護の実際について、心理的配慮をしつつ、病気や療養生活についての正しい知識や情報を提供する心理教育（Psychoeducation）、認知行動療法、対人能力や社会・環境的ストレスへの対処技能を身につけることを目的とした SST（Social Skills Training：社会生活技能訓練）、自身の生活習慣への関心を高め、その改善と見直しに主体的に取り組めるよう援助していく健康教育が挙げられる（山田,2016）。これらの支援は医療者による一方的な講義ではなく、統合失調症者自身が参加し、自己の体験をテーマとするディスカッション、ロールプレイがおこなわれている。つまり、統合失調症者の看護は、本人の体験に基づき実践されている。

一方、北村（2004）は、統合失調症者は病気に罹患する以前から、様々な出来事に直面するごとに独自の世界観を創り出しており、看護師はその世界観を理解することが重要と述べている。これは、統合失調症者の体験記憶に対する理解を深める必要があることだと言える。統合失調症者に対する現状の看護において、本人の体験は必要な要素であり、その体験が想起される際に働くリアリティ・モニタリングもまた重要と考えられる。よって統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングに対する看護を検討するには、まずその特徴を明らかにし、知見を構築する必要があると考えられる。

2) 認知機能トレーニング

統合失調症者のリアリティ・モニタリングに関わる支援について、認知的洞察力の向上を目指したトレーニングが集団用と個別用それぞれにおいて開発されている（Moritz,&Woodward,2007;石垣,2012；細野,山崎,石垣,2013；石垣,則包,川添,丹野,細野,2014）。このトレーニングは、統合失調症者の認知の歪みに対する気づきを育み、歪みに対する問題解決手法を補完して変化を促すことを目指している。「自分のせいかな、他者のせいかなを検討する課題」、「第一印象を鵜呑みにしない課題」、「偏見を持たないようにする課題」、「共感することの課題」、「自分の仮説の立証を検討する課題」、「複雑な問題の解決に十分な時間をかける課題」、「認知スタイルの修正課題」に加え、「記憶を疑う課題」からなる8つのモジュールから構成されており、一部の精神症状が改善する可能性が示されている（細野ら,2013；石垣,2014）。ほかにも認知的洞察力を含む認知機能障害全体を対象とするコンピューターを用いた認知機能改善プログラム、モジュール式のプログラムなど

のリハビリテーションが開発され、有用性が報告されている（袖山,2010；佐藤,2012b；渡邊ら,2012）。これらのトレーニングは、認知的洞察力を介して統合失調症者のリアリティ・モニタリングに対しても何らかの働きかけが生じていると考えられる。しかしリアリティ・モニタリングそのものには着目されていないため、トレーニング内容のどの部分がどのように有効かは明らかでない。そのため、認知的洞察力との関連という側面から統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングの特徴を検討することは、リアリティ・モニタリングについて知見を得るだけでなく、看護支援の検討にも役立つと考えられる。

5. 統合失調症者のリアリティ・モニタリングを明らかにする手段

統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングの特徴を明らかにすることは、統合失調症者の理解を深めるだけでなく、看護支援の検討に役立つと考えられる。その特徴を検討する方法として、これまでに日常生活を参考にリアリティ・モニタリング・エラーを測定する尺度（中田,森田,2014）が作成されている。またリアリティ・モニタリングに関わる記憶課題を提供し、その課題を再認するテスト成績から、エラーの程度を確認する取り組みがおこなわれている（田中ら,2005；田中,2005）。これらは大学生を対象としているため、統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングは、統合失調症者本人を対象とした検討が必要である（浅井,今水,2011）。

統合失調症者を対象としたこれまでの先行研究では、大学生を対象とした報告と同様に、記憶課題の再生におけるエラーに焦点を当て、誤りが生じるバイアスを検討した報告（Brebion,Smith,Gorman,&Amoudor,1997）、精神症状との関連に関する検討（Brebion,Amandor,Malaspina,Sharif,&Gorman,2000;Brebion,Gorman,Amandor,Malaspina,&Sharif,2002）が報告されている。これらの報告からは、統合失調症者がリアリティ・モニタリング・エラーを起こしやすいことが実際に確認されている。しかしながら、大学生を対象とする報告も含め、これらのリアリティ・モニタリングに関する検討は、エラーを対象とするものに偏っている。これは統合失調症者特有のエラーについて理解を深めるために有用であることに加え、エラーという視点からの検討は、判断過程の結果を明確に評価できると考えられる。しかし、リアリティ・モニタリングの特徴を統合失調症者に対する看護にフィードバックするためには、エラーに限局せず、統合失調症者は常にエラーが生じているのか、また体験記憶を通じてどのように統合失調症者の自己洞察に影響しているのか、その影響は関連要素と関わりを経てどのように顕在化しているのか、その全体像を対

象に検討する必要があると考える。

そこで本研究では、リアリティ・モニタリングが直接観察できない機能である点も考慮し、統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングの特徴を、リアリティ・モニタリングに基づき想起された体験記憶とその記憶に基づく自己洞察の状態、また認知的洞察力、メタ記憶という関連要素の状態から間接的に検討し、明らかにすることを試みることにした。

II. 研究目的と意義

1. 研究目的

統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングの特徴を、リアリティ・モニタリングが反映された自己の体験記憶、自己洞察の状態、および関連する認知的洞察力、メタ記憶の状態から検討し、明らかにする。

2. 意義

近年、統合失調症者に対する治療と看護において、症状のコントロールだけでなく、長期的に退院後の生活を考え、人生を支えることが求められている。厚生労働省は平成 26 年に長期入院精神障害者の地域移行を進める方策として、地域生活への移行支援を徹底することを指示している（厚生労働省,2014a）。この支援には、統合失調症者の意向を尊重した本人の「リカバリー」を支えることが重要視されている。リカバリーとは、本人の尊厳や希望が回復し、病気や障害を越えて自己の目標に向かって生き方を再編するプロセスである（Deegan,1988；天谷ら,2008；Chiba, Miyamoto,& Kawakami,2009；南山,2011）。

統合失調症者に対するリカバリー支援には、統合失調症者による支援ニーズの把握（榎本,関戸,菅原,2009；堤,矢田,安川,上田,平良,2012；安里ら,2014）、退院後を見越したケアの効果に関する検討（大竹,大川,田上,新村,長,中山,2006）、看護師自身のリカバリーに対する意識を向上させる必要性の検討（谷田部,半澤,永井,吉田,駒橋,2012）と、様々な取り組みがおこなわれており、入院中から支援する必要があるという意識が高まっている。しかしながら、対人関係の困難、薬の副作用による身体症状、地域生活に対する自己効力感などについて、支援が困難な状況が報告されており（池淵,佐藤,安西,2008）、効果的なリカバリー支援については現在も試行錯誤が継続していると考えられる。

野中（2011）は、リカバリーに関わる医療、福祉の専門職者は、当事者の力を信じるパートナー関係をとることが重要であると述べており、本研究において、統合失調症者のリアリティ・モニタリングの特徴だけでなく、体験記憶、自己洞察、認知的洞察力、メタ記憶の状態についても明らかにされることは、看護師が統合失調症者の抱える障害を深く理解し、適切な看護支援を検討する有用な資料となると考えた。

Ⅲ. 用語の定義

1. リアリティ・モニタリング

「自己の体験を記録・保持・想起する際、その情報源が外部から得た現実的な知覚由来か、自己の内部で生成された推測・想像由来かを判断する過程の機能」と定義した(図 1.)。

統合失調症者のリアリティ・モニタリングは陽性症状の影響により、外部情報に乏しい傾向によるエラー、個別的な内部情報に基づく判断がおこなわれており、健常者と異なる特徴がある

(図 2.)。

2. 自己洞察

「統合失調症を抱える自己について客観的に気づき、内省している状態」と定義した。

自己洞察は、統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングを通じた自己の体験記憶に基づき、認知的洞察力とメタ記憶により深まる概念と位置付けた。

3. 認知的洞察力

「現実感をもって変化する自己を客観視し、調整する能力」と定義した。

本研究では、統合失調症者の認知特性に注目して作成された「バック認知的洞察尺度日本語版：BCIS-J」(Uchida et al.,2009)の下位尺度である「自己と状況に対する客観的な認知傾向：自己内省性 (self-reflectiveness)」、「自己の診断や信念の強さを表す認知傾向：自己確信性 (self-certainty)」を、認知的洞察力の状態を評価する項目とした。

4. メタ記憶

「変化する自己の記憶を客観視する能力」と定義した。

本研究では、個人の記憶信念及び自らの記憶行動や記憶能力に関する主観的な評価が得られる「日本版成人メタ記憶尺度(日本版 MIA)短縮版：J-MIA-44」(金城,井出,石原,2013)における、「課題」、「能力」、「変化」、「不安」、「支配」、「方略」の 6 つの下位尺度を具体的なメタ記憶の評価項目とした。

IV. 概念枠組み

本研究の概念枠組みを図 3. に示す。

リアリティ・モニタリングとは、自己の体験を記録・保持・想起する際、その情報源が外部から得た現実的な知覚情報由来か、自己の内部で生成された推測・想像情報由来かを判断する過程の機能であり、日常生活において主に無意識下で働いている。

統合失調症者は認知機能障害を基盤とする精神症状のうち、その存在が異常とされる陽性症状により日常生活を送ることに困難をきたしている。この背景には健常者と異なるリアリティ・モニタリングの特徴が関与していると考えた。

統合失調症者のリアリティ・モニタリングは、陽性症状により外部情報である現実的な知覚が不足しやすい状態、また内部で生成された推測・想像情報の個別性が高いことから、内部情報由来に偏った判断がおこなわれやすく、リアリティ・モニタリング・エラーが起こりやすい。統合失調症者はその特徴を伴った状態で自己の体験を記録・保持・想起しており、その体験記憶は病気を抱える自己について客観的に気づき内省する「自己洞察」にも影響していると考えた。

また統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングは、体験記憶、自己洞察に影響する際、判断結果が顕在化する過程において、現実感をもって変化する自己を客観視し、調整する能力である「認知的洞察力」、さらにリアリティ・モニタリングを基盤とし、認知的洞察力における記憶部分を担う能力でもある「メタ記憶」と関連していると考えた。

本研究ではリアリティ・モニタリングを通じて統合失調症者が想起した体験記憶とその記憶に基づく自己洞察の状態、さらに体験記憶、自己洞察が顕在化する際に必要な要素であり、リアリティ・モニタリングと関わる認知的洞察力、メタ記憶の状態を明らかにすることで、統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングの特徴を客観的に明らかにできると考えた。

V. 研究の構成

本研究では統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングの特徴について、リアリティ・モニタリングが反映された体験記憶、自己洞察の状態、およびリアリティ・モニタリングが関わる要素の状態という 2 つの側面について、2 種類の調査をおこない検討した。

研究 1. : 統合失調症者の体験記憶、自己洞察におけるリアリティ・モニタリングの特徴

先行研究の検討から、統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングの特徴は、当事者から表現される様々な自己の体験と、その体験記憶を通じた自己洞察の状態に反映されると考えた。佐藤 (2017) は、人びとの行為や語りに含まれている意味の世界を再現したり、それについてより深いレベルで理解していく上で質的データが重要な資料となると述べている。また土屋 (2016) は、個別性や特異性に焦点を当て、病気を抱えた人々に特有な問題点を明らかにする方法として質的研究を挙げている。以上を踏まえ、体験記憶と自己洞察の状態を、質的研究を用いて明らかにし、その結果から統合失調症者特有のリアリティ・モニタリングについて検討した。

研究 2. : 統合失調症者の認知的洞察力、メタ記憶に関するリアリティ・モニタリングの特徴

研究 2. では、リアリティ・モニタリングとの関連が深いと考えた要素がどのような状態にあるかを検討することで、特徴をより多面的な視点から検討した。

認知的洞察力、メタ記憶それぞれの状態を明らかにする方法について、寺下 (2011)、佐藤 (2017) は、複数の研究方法、データ源などを組み合わせることにより、より多面的で妥当性の高い知見を得る方法として「トライアングレーション (方法論的複眼)」を挙げている。本研究では、研究 1. においてリアリティ・モニタリングの特徴について質的研究を用いた検討をおこなった。認知的洞察力、メタ記憶はその性質がより限局した要素である点も踏まえ、研究 2. では質問紙を用いた量的研究を実施し、その状態からリアリティ・モニタリングの関連性と特徴について考察した (廣瀬,2012 ; いとう,2013)。

第2章

統合失調症者の体験記憶、自己洞察におけるリアリティ・モニタリングの特徴

I. 緒言

1. 統合失調症者の記憶障害とリアリティ・モニタリング

丹羽,福田 (2007) は、統合失調症者は広範囲にわたる重篤な記憶障害があると述べている。障害が生じる記憶種別のなかで、「エピソード記憶」は、長期記憶の一つであり、「個人が経験した出来事に関する記憶」とされ、ある出来事を経験した時の様々な付随情報と共に記憶されていることが特徴である (Squre,&Zora,1996 ; 岡崎,2015)。また、エピソード記憶と類似する記憶の概念に「自伝的記憶 : autobiographical memory」がある。自伝的記憶とは、「想起された過去の個人的経験の記憶」ととらえられ、アイデンティティの形成に影響する (Wilson,&Ross,2003 ; 佐藤,2012a ; 山本,2015)。これらのことから、統合失調症者の体験記憶とは「想起された個人の体験に関する記憶」であり、その記憶の内容に病気の障害が反映され統合失調症者のアイデンティティに影響していると考えられる。本研究では、この障害にリアリティ・モニタリングが関与していると考えた。

さらに、記憶とアイデンティティとの関連について、自己に関わる否定的な体験記憶の欠損は、自己洞察の障害となる可能性が報告されている (Macdougall,Mckinnon, Herdman,King,&Kiang,2015)。よって統合失調症者における自己洞察は、統合失調症による記憶障害すなわちリアリティ・モニタリング・エラーの影響を受けた体験記憶の状態により変容していると考えられる。具体的に、統合失調症者が自己の体験記憶を自己のこととして実感し表現する場合は、その体験記憶は現実的な知覚という外部情報に基づくリアリティ・モニタリングがおこなわれていると考えられるが、記憶の表現が幻聴や妄想など陽性症状に基づいた非現実的な内容であった場合は内部情報優位なリアリティ・モニタリングがおこなわれ、エラーが生じている、つまり体験記憶の障害が生じており、自己洞察についても何らかの障害につながっていると推測できる。そのため、統合失調症者の体験記憶の状態からその記憶の形成に関わるリアリティ・モニタリングの特徴を検討することで、体験記憶、自己洞察に関する統合失調症者の障害についても知見が得られると考える。

2. 統合失調症者の病気に関わる体験記憶と自己洞察

統合失調症者の体験記憶は、病気に関する報告が多く、病気に対する周囲の無理解や社会の偏見などを経験し、病気を否認してとらえる状況に陥る（中川,2003）、過去の体験によるトラウマが症状の内容につながる（大野,井上,2010）、精神医療特有の歴史的背景により自己の病名や病気の経過、治療について長い間知ることができず、病気を抱えた自己について考える機会がないまま自分の都合の良いイメージを形成する（小林,2013）との報告がある。これらのことから、統合失調症者は病気について否定的な体験記憶、自己洞察を積み重ねやすい背景をもっていると考えられる。

一方で統合失調症者は、症状に伴う病的体験を「現実感をもってとらえる」必要があるにも関わらず、それが困難であり自らの障害に気づきにくく自己認識に乏しい状態にある（日域ら,2005；菅原,森,2011）。病気を抱えた自己に対する体験について、池淵（2004a）は、統合失調症によってもたらされる何らかの変化に気づき、主観的な体験を自覚する重要性を述べている。近年求められている統合失調症者の回復について、回復の主体は統合失調症者本人であり、自己決定・自己責任が求められる（野中,2011）。また、大森,森（2012）は、統合失調症者の回復には、病気を抱えた自分自身のとらえ方が鍵になると述べている。これらのことから、病気に関わる体験記憶は統合失調症者が自ら病気と向き合い、回復を目指す上で必要とされる自己洞察に大きく影響するととらえられ、また看護に活かすためにリアリティ・モニタリングの特徴を検討する上では、「病気」をキーワードとする体験記憶に着目し、状態を明らかにすることは有用と考えた。また病気に関わる体験記憶は、歴史的な背景の影響もあると考えるが、リアリティ・モニタリングの特徴が関与する点の考慮も不可欠であり、自己洞察の状態も建設的に評価する必要があると考える。

さらに統合失調症者の病気に関わる体験記憶と自己洞察とのつながりについて、看護師のとらえ方も考慮が必要である。釜（1997）は、看護師が統合失調症者に対するとらえ方に偏りをもったまま看護に携わっている可能性を指摘している。また吉村（2013）は、退院の意向をもつ長期入院統合失調症患者に対し、看護師の方が退院調整に障壁を感じていると報告している。これらのことから、看護師側の評価に偏って統合失調症者像がとらえられている状況が推察される。一方宮島（2010）は、病気を発症する前から統合失調症者がどのような自己洞察をもっていたのかに目を向けて看護支援を検討する必要性を述べている。つまり、看護師が統合失調症者個々の病気に関する経時的な体験記憶を良く知ることは、自己洞察を含む対象理解を客観的かつ公平に深めることにつながると考える。

Ⅱ．研究目的と意義

1．研究目的

統合失調症者が自己の病気に関わる体験をどのように記憶し、その体験記憶に基づきどのような自己洞察の状態にあるかを明らかにすることを通じて、背景にあるリアリティ・モニタリングの特徴を検討する。

2．意義

統合失調症者を対象とするリアリティ・モニタリングに関する先行研究では、エラーの特徴やメカニズムについて検討されている（Harvey,1985；Brebion et al.,1997；Brebion et al.,2000；Brebion et al.,2002）。また、リアリティ・モニタリング・エラーと陽性症状との関連についても報告されている（Ditman,&Kuperberg,2005）。しかし、統合失調症者自身への影響という観点からリアリティ・モニタリングに焦点を当てた検討はおこなわれていない。本研究において、統合失調症者は自己の病気体験をどのように記憶し自覚しているのか、また病気である自己をどのように洞察しているのか、そこにリアリティ・モニタリングの特徴の影響を見出すことは、統合失調症者の体験世界について論理的な知見を得ることができ、統合失調症者の理解を深めることに貢献できると考えた。

Ⅲ．研究方法

1．研究協力施設

単科精神病院 1 施設にある 2 つの急性期病棟

2．対象者

1) 選定基準

- (1) ICD-10 または DSM-5 の診断基準により医師から統合失調症の診断を受けた者
- (2) 20 歳以上
- (3) 入院・治療中で隔離・拘束状態になく、急性憎悪状態を脱している者
- (4) 主治医と担当看護師により、本研究への参加が可能であり、かつ病状が研究参加に耐え得ると判断された者
- (5) 本研究の研究目的について了解し、研究参加の同意が得られた者

2) 除外基準

- (1) 本人が調査に同意しない場合
- (2) 認知症の診断を受けている者

3. 調査期間

平成 28 年 7 月～平成 29 年 10 月

4. 調査内容

1) 対象者の背景

(1) 診療録からの情報収集

同意が得られた対象者の診療録から、年齢・性別、疾患の状況について罹病期間(月)、入院回数、今回の入院日数、抗精神病薬内服量 (Chlorpromazine (CP) 換算) の情報を収集した (資料 1)。

(2) 調査時の症状評価

症状評価には、陽性・陰性症状評価尺度 (Positive and Negative Syndrome Scale : PANSS) を用いて、研究者が客観的に評価した。

PANSS は、主に統合失調症の全般的な精神症状を把握することを目的とした尺度である。妄想などを含む陽性症状 (7 項目)、情動の平板化などを含む陰性症状 (7 項目) に加え、不安、抑うつなどを含む総合精神病理 (16 項目) の 3 下位尺度、全 30 項目 (7 件法) で構成され、それぞれ 1~7 段階で評価される (資料 2)。

2) 病気に関わる体験記憶と自己洞察の状態

(1) 質的データの収集内容

菅原,森 (2011) の報告では、統合失調症者を対象に病気を抱えた自己に関する半構造化面接をおこなった結果、病気に対する客観視の内容だけでなく、病気であると認識するまでの自己の体験や、それに対する本人の解釈が語られている。また、統合失調症者が自己の病気に対する何らかの気づきや自覚を得る際には、自己の生活体験が関わっていることが明らかにされている (池淵,2004b ; 吉野,八木,2010 ; 鈴木,菅原,森,2017)。これらの知見から、自己の病気に関わる体験は対象者全員に共通するとともに、統合失調症者のリアリ

ティ・モニタリングに対する看護師の理解を深める上で有用なテーマであると考えた。そこで、先行研究（David,1990；酒井,金,秋山,立森,栗田,2000）を参考に、病気をもつ自己の体験と自己洞察に関するインタビューガイドを作成し、半構造化面接を用いて統合失調症者における病気に関する体験記憶と自己洞察の状態を明らかにすることとした（資料3）。

（2）面接方法・手順

面接方法について、半構造化面接は、面接者が臨機応変に質問をおこなうことができる非指示面接の一つであり（岡村,2004）、大まかな質問の内容だけを決めて、回答者の回答次第で深く掘り下げて意見を聞くことができる（寺下,2011）。本研究では、自己の病気に対する体験記憶と自己洞察の状態について、本人のこれまでのエピソードから導き出すため、半構造化面接が適していると考えた。また吉野（2009）は、統合失調症者の自己洞察について明らかにする際、面接で「今までどのような体験をし、その体験をどのように感じ、考えているのか」、「今後どのようにしていきたいと考えているのか」について語られている記述を分析対象としている。さらに中田,森田（2014）は、日常生活場面におけるリアリティ・モニタリング・エラー経験の実態を明らかにする際、対象者にエラーの内容やエラーに気づいたきっかけ、その時の心的状態など、エピソードだけでなく、その時の自己の状態について掘り下げて調査をおこなっている。これらを参考に、面接ではリアリティ・モニタリングの特徴も見出すため、体験を幅広く具体的に語ってもらうよう促し、現実的な知覚が伴い実感が強い体験か、推測・想像による体験の想起か、表現方法にも留意しながら以下の手順で聞き取りをおこなった。

①インタビューガイドに沿って質問する

「今回の入院に至ったいきさつを教えてください」

「あなたは自分が病気だと思いますか？」

「周りの人々が自分の話を信じてくれないと思うことはありますか？」

「自分が間違っているのではないかと思うことはありますか？」

②質問の回答に対し、具体的なエピソードを尋ねる

「あなたがそのように考えたり感じたのは、どのような体験や場面からですか？」

「その体験や場面で、あなたはどんなことを考えたり感じたりしましたか？」

「今振り返ると、その時と異なる考えや感じ方はありますか？」

5. 調査手順

調査の実施においては、以下の手順でおこなった。

- 1) 対象者について、担当医師・担当看護師に調査が可能か確認した。可能であることを確認した後に、対象者に対して調査に関する説明・依頼と参加意思を確認した。
- 2) 同意が得られた対象者と、面接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) 調査当日、調査前に担当医師と看護師に、対象者が調査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がある場合、調査を開始した。調査は、病棟内の個室を使用し、対象者と研究者の1対1でおこなった。語りの内容は対象者の希望を確認し、ICレコーダーでの録音または、研究者による書き取りで収集した。
- 4) 調査中に対象者が疲労を訴える場合には休憩を取り入れた。ま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調査を再開し、疲労が強ければ調査を中止し次の機会に調査が可能か確認した。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。また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も調査を中断した。

6. 倫理的配慮

1) 対象者の人権擁護

研究対象者の人権擁護を図るため、本研究は筑波大学医学医療系「医の倫理委員会（承認番号：1046-1）」および研究者所属施設の倫理委員会（承認番号：28-27）、研究対象施設の倫理委員会（承認番号：2017007）で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を受けた上で実施した。研究対象者の選定は対象施設・対象病棟の全医師・看護師に協力を依頼し、選定に偏りが生じないように配慮した。また主治医・担当看護師より紹介いただいた対象者に対する実際の説明・依頼は研究者がおこなうことで、

医療者からの強制ととらえられないよう、また医療者との信頼関係に差し障りが生じないよう対処した。

調査が対象にとって強制とならないよう、研究の説明・依頼時および調査実施前に必ず参加の意思を確認した。調査中も対象の変化を随時観察し、適宜休憩を確保するだけでなく、調査の継続が可能か確認し、いつでも辞退できることを保障した。

2) 説明における配慮

対象者となる統合失調症者に対し、書面を用いて①研究の目的と方法、②研究への参加は自由であり、不参加であっても不利益を受ける事はないこと、③使用する調査用紙には、個人が特定されないように氏名の記入はせず番号等で示すこと、④研究内容に関する秘密を厳守し、特定の個人の回答のみを問題にすることや公表はしないこと、⑤データの閲覧は研究者および指導教員に限り、研究結果が第三者の手に渡ることや本研究以外の目的で利用されることがないこと、ただし申し出があった対象者には当該個人のみデータは開示できること、⑥研究は、主治医、担当看護師に承諾を得てからおこない、主治医の協力を得ながら研究に参加することによる身体的・精神的負担の軽減、症状変化に十分留意して観察・実施すること、⑦気分や具合が悪くなったと感じた際には、その場で研究を中断することが出来、主治医と担当看護師による治療および看護を受けられること、⑧一度調査に同意した場合でも、対象者が不利益を受けることなく同意を撤回できること、その際得られたデータは速やかに破棄すること、ただし研究結果が論文などで公表された後には研究結果を破棄できない場合もあることを説明した。また参加同意後、いつでも研究について研究者に質問や意見をおこなうことができることを説明し、書面での同意が得られた対象者のみに調査を実施した。

3) 研究により起こり得る不利益に対する配慮

対象者は調査において、30～40分の時間的制約を受ける。また調査内容に回答することで身体的・精神的負担が生じる可能性がある。そのため、研究参加の際に目安の時間を伝え、対象者の都合や希望に合わせて調査が実施できるように調整した。さらに、調査当日に対象者本人、主治医、看護師に再度参加の意思を確認してから調査を実施した。調査中、対象者が希望した場合や研究者が必要と判断した場合には休憩を取る他、途中で調査を中止したい場合は無理せず申し出られるよう配慮することで、不利益を最小限にとどめた。

研究対象者および研究対象施設より不利益があったとの申し出があった場合には、直ちに倫理委員会に届出、誠意を持って解決にあたることとした。

4) 個人情報保護に対する配慮

(1) 匿名化の方法

対象者番号は同意が得られた時点で行うこととし、対象者の個人名、患者 ID と対象者番号を記載した対応表を作成することで連結可能匿名化をおこなえるよう準備した。ま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・研究責任者以外が閲覧できないよう管理した。

(2) データの管理方法

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おこなうため、同意書と共に研究者が十分留意して院外に持ち出した。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依頼した。

データは研究期間終了後、適切な手段で破棄することとした。個人名を含む同意書・同意撤回書および匿名化された紙媒体のデータは、シュレッダーで破棄し、電子データおよび電子保存媒体には、データにダミーデータを繰り返し入力し、分析を再現できない状況にした上で、バックアップ等を含め消去することとした。扱うデータの内容によっては、保存媒体も物理的に破壊することとした。

(3) データの保存媒体の安全管理方法

データの保存媒体はノートパソコン 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、IC レコーダー 1 本とした。これらには個人名は入力せず使用者を限定して取り扱った。ノートパソコンは研究対象施設内、学内 LAN に接続せず、本研究専用とし、本研究以外では使用しないよう準備した。また、ノートパソコン、USB フラッシュメモリとも指紋認証機能または暗証番号による保護機能を備えた機器を使用した。研究期間中及び研究終了後のデータ保存媒体は筑波大学の決められた場所で保管した。

7. 分析方法

1) 対象者の背景

対象者背景に関する分析には、IBM SPSS Statistics Version 25 を使用し、統計学的分析をおこなった。

(1) 対象者の基本的背景

性別の度数、年齢の平均値、標準偏差、中央値、最小値、最大値を算出した。

(2) 対象者の症状・治療状況

入院回数、罹病期間、今回の入院日数、抗精神病薬の内服量（Chlorpromazine (CP) 換算）、陽性・陰性症状評価尺度（Positive and Negative Syndrome Scale : PANSS）における「陽性症状」「陰性症状」「総合精神病理」の平均値、標準偏差、中央値、最小値、最大値を算出した。

2) 病気の体験、自己洞察の状態

(1) 分析方法の選択

分析方法には、内容分析を採用した。

内容分析について、上野（2004）、上野（2008）は、「調査で得られた記述的データをもとに記録単位で分析し、分類・命名することによって、ある事象を客観的に明らかにすること」と定義を述べている。また土屋（2016）は、内容分析は記述的な質的データに明示されている内容のみを分析する手法と述べている。本研究では、病気に関わる体験記憶、自己洞察について対象者が表出した質的データを、統合失調症者のありのままのリアリティ・モニタリングが反映された状態ととらえ、恣意的な操作をせず客観的に特徴を抽出することを目的としている。そのための分析方法として、内容分析を用いることが適していると判断し採用した。

(2) 分析の手順

内容分析は、上野（2008）、寺下（2011）を参考に、以下の手順で実施した。

① 逐語録の作成

② コードの抽出

逐語録の中で、病気に関わる体験記憶、自己洞察について表れている文節を、1

内容 1 項目を含む記録単位に単純化して抽出した。

③サブカテゴリ化

コードの意味内容を探し、それらを的確に表す表現へ置き換え、同様の方向性を示す内容を統合し、ネーミングした。

④カテゴリ化

抽出されたサブカテゴリについて、さらに同様の概念をもつものを統合し、ネーミングした。

⑤カテゴリ信頼性の確認

分析した結果について、研究者の他に精神保健看護学を専門とする研究者 2 名と討議を重ね、カテゴリの信頼性を確認した。

IV. 結果

1. 分析対象者

対象者 79 名のうち、同意が得られた 20 名 (25.32%) に対して調査を実施した。調査の中断、また調査後の同意撤回者はなく、除外対象となる者は無かったため、20 名全員を分析対象者とした。

2. 対象者の特徴

対象者 20 名の背景を表 1. に示す。

対象者のうち、男性 10 名 (50%)、女性 10 名 (50%) の同数であった。平均年齢は 41.55 ($SD=14.35$) 歳であった。病気の状況について、対象者の平均罹病期間は 138.15 ($SD=112.82$) ヶ月と約 11.5 年であり、診断を受けてから 1 ヶ月の者から約 35 年間統合失調症を抱えている者が含まれていた。今回の入院日数は平均 44.10 ($SD=20.04$) 日であり、概ね 3 ヶ月以内の入院患者が対象者となっていた。症状評価について、PANSS における陽性症状の平均得点は 12.65 ($SD=5.23$)、中央値は 11 点、陰性症状は平均 10.20 ($SD=3.40$) 点であり中央値は 10 点、総合精神病理は平均 24.30 ($SD=4.89$) 点で中央値 24 点であった。

3. 統合失調症者における病気の体験、自己洞察の状態

1) コードと抽出されたカテゴリ

内容分析の結果、144 コード、40 のサブカテゴリが抽出された。さらに同様の方向性を示しているサブカテゴリをまとめた結果、病気の体験記憶に関わるカテゴリとして【病気である自己の体験】、【病気を実感した体験】、【病気の体験に対する客観視】、【他者の影響が強い体験】、【不確かな自己の体験】の 5 カテゴリが抽出された。また自己洞察の状態を表すカテゴリとして、【客観的な自己評価】、【主観的な自己評価】、【自己評価のゆらぎ】の 3 カテゴリが抽出され、計 8 つのカテゴリが抽出された (表 2-①~⑧.)。

以下コードは「」、サブカテゴリは< >、カテゴリは【 】で記載する。

2) 病気の体験記憶を表すカテゴリ

(1) 【病気である自己の体験】

このカテゴリは今回の入院経緯を含め、統合失調症に罹患した対象者が体験したエピソードが語られている。6つのサブカテゴリ、16コードから抽出された(表2-①.)。

対象者は自己の病気について、「最初は統合失調症とは違う病名だった」、「診断がつかない時期があった」と統合失調症という診断に至るまでの経緯を自己の体験として想起していたことが示された。そのためこのコードからは<最初は統合失調症ではなかった>という記憶のサブカテゴリが抽出された。

対象者は今回の入院理由について、「不安で薬を飲みすぎてしまった」、「症状を我慢できず、お酒を飲みすぎてしまった」など、病気による不調時に自分なりに対処しようとしたことが結果的にうまくいかず、入院することになった体験記憶を語っていた。これら5つのコードからは、<病気で辛い時の対処がうまくいかなかった>というサブカテゴリが抽出された。また「もうだめだと思って病院に行った」、「調子を崩して、医師に入院先を紹介してもらった」というコードが抽出された。これらは病気の不調を自覚し、自ら医療機関に相談した体験記憶であり、<辛い時に病院を頼った>というサブカテゴリが抽出された。一方、病気で入院を選択したことは自己ではなく「父親と訪問看護師の判断で入院した」、「家族が病院に連れてきて入院となった」、「夫と一緒に受診して入院を決めた」という体験も想起されていた。これらのコードからは、入院の判断は自己ではなかったが、入院しているのは自分自身であることを自覚した体験記憶であり、<家族の意見で入院した>というサブカテゴリが抽出された。そして、「なぜ入院しなければいけないのか、最初は分からなかった」、「入院は最初嫌だった」というコードから<入院を受け入れられなかったことがある>というサブカテゴリも抽出された。このサブカテゴリは、対象者が過去に入院に対して否定的であった自己の体験記憶を想起しているにとらえられた。

そのほか、「病気もあるが、今は忘れっぽいことが気になる」、「病気の悪化で、今は体が辛い」と、病気であることを自覚しながらも、現在は症状以外に気になっている自己の状態が語られ、<症状より気になることがある>というサブカテゴリが抽出された。

(2) 【病気を実感した体験】

このカテゴリは、対象者が統合失調症であることを実感した体験の記憶が表れているカテゴリであり、6サブカテゴリ19コードから抽出された(表2-②.)。

対象者は入院後について「入院して落ち着いた」、「入院して、安心して眠れるようになった」など自己の変化を実感し体験として想起し、入院の効果を実感している語りが聞かれた。これらを含む5つのコードからは、＜入院が必要だと実感することがあった＞というサブカテゴリが抽出された。また、変化の実感についてより具体的に「入院して症状が治まってきた」、「入院して怖さもなくなり落ち着いた」など、入院前と比較して病気による苦痛が改善したことを実感した体験も想起されていた。これらを含む4つのコードからは、＜入院前の苦痛が治まった＞というサブカテゴリが抽出された。

自己が病気であることを実感する体験の記憶として、対象者は「本で調べた病気の症状が、自分に当てはまった」、「インターネットで調べたら、病気の特徴が自分に当てはまった」という語りが聞かれた。これらのコードは診断当初は病気である実感が得られなかったが、自ら病気について調べることで実感を得た体験の想起と捉えられ、＜自ら調べて病気の実感を得た＞というサブカテゴリが抽出された。

対象者はまた、「不安が強いから自分は病気だと思う」、「強迫観念がすごく強い時は病気」、「幻聴や妄想があるので、自分は病気だ」と語り、病気の症状を自覚することにより実感を得ている体験記憶があることが認められた。よってこれらのコードから＜症状があるから病気だとわかる＞というサブカテゴリが抽出された。さらに、「入退院を繰り返しているので、自分は病気だ」、「薬を飲んでいるから自分は病気だ」というコードからは＜治療している自分は病気だとわかる＞というサブカテゴリ、「人を傷つけてしまう自分は病気だと思う」、「働いていないから自分は病気だと思う」、「人に迷惑をかける状態は病気だ」というコードからは＜自分の行動から、病気だと思っている＞というサブカテゴリが抽出された。これらのサブカテゴリでは、治療や行動の主体が自己であり、その自己の状態を知覚することで病気を実感した記憶が表れていた。

(3) 【病気の体験に対する客観視】

このカテゴリは、【病気である自己の体験】、【病気を実感した体験】という自己の体験として想起された内容にとどまらず、病気を体験している自己を振り返っているカテゴリであり、5サブカテゴリ、33コードから抽出された(表2-③.)。

対象者は、病気である自己について「怖いと感じたことを引きずりやすい」、「具合が悪くなる時は、いつも食欲が落ちる」、「具合が悪いと自分の思い込みに気づけなくなってしまう」と語り、これらを含む10のコードが抽出された。コードは病気に伴う自己の不調

体験を客観的に想起している内容であり、＜不調時の自分の傾向を知っている＞というサブカテゴリが抽出された。さらに、「幻聴という頭の中の考えが声で聞こえている状態があって辛かった」、「妄想があり、実際に起きていないことを真実と思っていた」、「幻聴が聞こえると、怖い体験を思い出して辛くなる」など、自己の症状に関する体験を具体的に客観視している 9 コードも抽出された。これらのコードからは＜症状がある時の自分の状態を知っている＞というサブカテゴリが抽出された。

また、現在と入院前の自己を比較し、「一人暮らしができなくなっていた」、「金遣いが荒くなった」、「いつもと行動範囲が変わった」といった体験の記憶が想起された。これらを含む 8 つのコードからは＜入院前の自分の変化に気づいた＞というサブカテゴリが抽出された。

そのほか、「アニメソングを聴いていれば、イライラせずに済む」、「外に出ると気分転換になり、幻聴が気にならなくなる」、「趣味をしていると気がまぎれる」というコードからは、病気による不調がある自己の状態を自覚した上で、不調に対して自分なりに対処できたという体験が想起されており、＜不調時のコントロール方法がある＞というサブカテゴリが抽出された。また、病気の経過を通じて「常に具合が悪い訳ではない」、「問題がなければ、病気であっても充実して過ごせた」、「病気だからといって、いつもエラーを起こしている訳ではない」という、調子が悪い時もあれば良い時もあるという経時的な変化を体験し、自覚しているコードが抽出された。これらのコードからは、＜良い調子で過ごせる時もある＞というサブカテゴリが抽出された。

(4) 【他者の影響が強い体験】

このカテゴリは、自己の病気や入院体験の記憶について、その原因が他者に理由づけされている状況が含まれており、4 サブカテゴリ、14 コードから抽出された（表 2-④）。

対象者からは、入院にまで至った自己の不調理由について、「近所からずっと嫌がらせを受けたせいでおかしくなった」、「仕事の相方が自分と合わなかった」、「広告が自分を煽っている気がして荒れた」、「近所の物音のせいで休めなかった」という語りが聞かれた。これらのコードからは、＜他者の影響で調子を崩した＞というサブカテゴリが抽出された。また、「母親に 10 年間放っておかれた」、「父親が怖くて具合が悪くなった」、「母親と考えがあわず、調子を崩した」というコードから、＜不調は家族の影響が大きい＞というサブカテゴリが抽出された。これら 2 つのサブカテゴリには、自己の不調は事実として自覚し

ているものの、その理由が他者に向いており不調の理由に自己が絡んだ体験は含まれていない記憶の状態が示された。

また「近所から精神異常があると思われて入院させられた」、「市役所の人に騙されて入院させられた」、「自分は特別だから、嫉妬されて入院させられた」という語りから、＜他者により入院させられた＞というサブカテゴリ、さらに「病気の診断を勝手につけられた」、「自分の経験を全て病気のエピソードに変えられてしまった」、「睡眠薬が欲しかっただけなのに精神病と言われた」という語りから、＜勝手に病気にされてしまった＞というサブカテゴリが抽出された。これらのサブカテゴリは、自己の病気、入院に対する自覚が乏しい対象者の体験記憶が表れていた。

(5) 【不確かな自己の体験】

このカテゴリは自己の病気、入院体験の記憶が不確かな状況、自己が置かれている状況の理解が不確かな様子が含まれており、3 サブカテゴリ、8 コードから抽出された（表 2-⑤.）。

対象者は、今回の入院について「入院するきっかけになったエピソードを覚えていない」、「入院の時のことはよく覚えていない」、「不調時の様子は家族から聞いて知った」と語り、不調により入院することになった体験の記憶が乏しい様子が示された。これらのコードからは、＜自分の体験について、記憶が曖昧＞というサブカテゴリが抽出された。さらに、病気であることに対しても「病気と思っているところと思っていないところがある」、「病気だと思うがはっきりわからない」、「病気の実感はあまりない」というコードが抽出され、＜病気の実感が乏しい＞というサブカテゴリが抽出された。

また、対象者からは「入院生活は快適だ」、「病院で生活しながら稼ぎたい」という語りが聞かれ、治療目的で入院している自己の状況の理解が不確かである様子が示された。これらのコードからは＜治療している実感に乏しい＞というサブカテゴリが抽出された。

3) 自己洞察の状態を表すカテゴリの内容

(1) 【客観的な自己評価】

このカテゴリは、病気、入院に関する体験記憶を通じて、病気であることを含めた自己を客観視し内省している自己洞察の状態が示された。7 サブカテゴリ、26 コードから抽出された（表 2-⑥.）。

病気である自己について、対象者からは「病気である自分を活かして生きていきたい」、「病気と付き合いながら生活していきたい」、「病気は個性の一つ」などの語りが聞かれた。これらを含む5つのコードには病気であることを自覚し、それを受容している対象者の自己のとらえ方が表れており、＜病気であることを含めて「私」である＞というサブカテゴリが抽出された。また、「自分で病気をコントロール出来るようにならないといけないと思う」、「自分の気持ちをコントロールすることが必要」というコードからは、病気であることを踏まえてどのように自己対処していくか検討している状況が示され、＜自分をコントロールすることが大切＞というサブカテゴリが抽出された。

そのほか、「自分の考えが必ず正しいとは思わない」、「自分と相手と同じ考えではないこともある」といった内容を含む4つのコードからは、＜自分と他者は異なる存在だと知っている＞というサブカテゴリが抽出された。また「周囲と話すことで、自分の状態に気づくことができた」、「周りからの指摘をきっかけに、考えさせられることがある」というコードからは、＜周りの言葉で、気づきを得ることがある＞というサブカテゴリが抽出された。これらのサブカテゴリには、自己と他者との間に考え方の違いがあったことを体験し、それを冷静に受け止めると同時に、自己を省みている対象者の自己洞察が示されていた。

一方で、「自分の話を理解してもらえると楽になる」、「話したことを受け止めてもらうことで、現実感が得られる」というコードから、＜他者の理解が自分には必要＞というサブカテゴリが抽出された。加えて、「同じ病気の人と分かり合うことができる」、「周囲は自分を信じてくれる」といった4つのコードから＜病気の自分を理解してくれる人がある＞というサブカテゴリが抽出された。これらのサブカテゴリには、対象者が自己と他者との違いだけでなく、他者が自分にとってどのような存在かを建設的に振り返っている状態が表れていた。

さらに、対象者の語りからは「自分だけでなく相手の意見も聞くようにしている」、「一つだけの方向で偏って考えることが無いように気をつける」、「自分の考えを書きとめて、振り返りに使っている」といった7つのコードが抽出された。これらのコードからは、対象者が自己の考え方、体験について自己と自己以外の視点からとらえようとしている様子が表れ、＜客観的にとらえる工夫をしている＞というサブカテゴリが抽出された。

(2) 【主観的な自己評価】

このカテゴリは、対象者が高い自信、強い信念に基づいて主観的に自己評価をしている自己洞察の状態が示されており、5 サブカテゴリ、14 コードから抽出された (表 2-⑦.)。

対象者は、入院している自己について「退院できる状態だと自分は分かっている」、「症状をコントロールできると自分で分かっているから退院できる」、「家で生活出来る状態だ」というコードが抽出された。しかしこれらの語りにはどのような状態を体験して退院できると評価したのか、また具体的なコントロールの体験は表現されなかった。そのためく抽象的な回復の確信>というサブカテゴリが抽出された。

また、「誰かに相談する事はしない」、「自分の事は自分で解決している」というコードから抽出された<他者に頼る必要はない>というサブカテゴリに加え、「作業所は自分のレベルに合わない」、「薬の必要量は自分の方が分かる」、といった 4 つのコードから<自分の考えに自信がある>というサブカテゴリが、「自分が間違っているとは思わない」、「家族は全員嘘つきだ」というコードから<自分は正しい>というサブカテゴリが抽出された。これらのコード、サブカテゴリは【客観的な自己評価】とは逆に、自己と他者との違いを受け入れるのではなく、自己の考えに対する強い確信をもった状態が表れていた。

さらに、「自分は意識で人と繋がることができる」、「入院中の今も盗聴・盗撮されている」、「災害の原因が自分には分かる」というコードが抽出された。これらのコードは、事実であるとの判断が難しい体験、また入院中の病院で盗聴・盗撮がおこなわれているという事実とは明らかに異なる体験を確信して語っていることから、<自分だけの体験を確信している>というサブカテゴリが抽出された。

(3) 【自己評価のゆらぎ】

このカテゴリは、悲観、不安など自分自身に対して自信がもてず、評価の対象が他者に向いているゆらぎやすい自己洞察の状態が表れており、4 サブカテゴリ、14 コードから抽出された (表 2-⑧.)。

対象者の語りからは、「もう死んでもいいと思った」、「自分が病気のせいで、家族に迷惑をかけたくない」と病気である自己に対して漠然と後ろ向きにとらえている様子が表れた。これらを含む 4 つのコードからは、<病気の自分を悲観している>というサブカテゴリが抽出された。また、「自分の考えは常に間違っている気がする」、「自分を未熟だと感じる」、「間違える自分をととても恥じている」というコードには、【主観的な自己評価】とは異なり、

これまでの体験について自分自身を信用できないという自己洞察の状態が表れていたことから、＜自分自身を肯定できない＞というサブカテゴリが抽出された。

これらに加えて、「自分は周囲から好かれていないだろう」、「自分は嘘つきだと思われている気がする」といった4つのコードから＜病気の自分は良く思われていないだろう＞というサブカテゴリ、「家族は自分のことを理解していない」、「同じ病気でない人に自分の気持ちはわかるはずがない」、「何でも病気のせいにされてしまい、気持ちを分かってもらえない」といったコードから＜周囲からは理解が得られないだろう＞というサブカテゴリが抽出された。これらのコード、サブカテゴリには、自己の体験について、他者から受け入れられていないと悲観し、自己洞察が主観的に偏りゆらいでいる状態が表れていた。

V. 考察

考察では、病気に関わる体験記憶、自己洞察の状態、およびリアリティ・モニタリングの特徴について検討する。

1. 対象者の特徴

統合失調症者のリアリティ・モニタリングは、陽性症状の影響に伴う特有の特徴をもつ。そのため、半構造化面接調査の結果にも、対象者の症状の程度を考慮する必要があると考えた。PANSS によって示された症状の程度について対象者の得点を見比べると、平均値、中央値ともに陰性症状より陽性症状が強い集団であることが伺われた。加えて、山本,奈良,岡村,藤村 (2003) は精神科病院に入院中で統合失調症の診断を受けており、症状が安定してインタビューが可能なコミュニケーション能力を有すると判断された統合失調症者を対象とする研究において、PANSS を用いた症状評価をおこなっている。報告されている中央値は陽性症状が 11.5~12 点、陰性症状が 12~16 点であり、本研究の対象者と引照すると陽性症状は同程度、陰性症状については先行研究より低い状態であることが推察された。また本研究の対象者は、罹病期間、入院回数、抗精神病薬内服量において幅広い背景が示されたが、男性、女性が 10 名ずつと同数であり、入院期間も概ね急性期病棟における入院期間の原則である 3 ヶ月以内の者であった。先行研究との引照も踏まえ、今回の対象者は特異な集団ではなく、調査の結果抽出された体験記憶、自己洞察の状態、それに基づき検討されたリアリティ・モニタリングにおいても現状から逸脱した特徴ではないととらえることが出来ると考えられた。

2. 統合失調症者の病気体験に関わるリアリティ・モニタリングの特徴

1) 現実的な知覚に基づくリアリティ・モニタリング

分析の結果抽出された、病気の体験に関わる 5 つのカテゴリのうち、【病気である自己の体験】、【病気を実感した体験】、【病気の体験に対する客観視】のカテゴリから、統合失調症者は、病気、入院について現実的な自己の体験として記憶を記銘・保持・想起していることが考えられた。【病気である自己の体験】にある<家族の意見で入院した>というサブカテゴリでは、入院の判断は自己以外だが、入院しているのは自分自身である、ということを知覚している体験記憶が表されていた。また<入院を受け入れられなかったことがある>というサブカテゴリ、【病気を実感した体験】における<入院が必要だと実感するこ

とがあった>、<入院前の苦痛が治まった>というサブカテゴリでは、対象者が過去の記憶と比較して現在は入院が必要な自己を体験し、その変化を記憶している状態が示された。これらの記憶の背景には、記憶を想起する際のリアリティ・モニタリングにおいて、統合失調症者は自己の行動から外部情報を得、その情報に基づいた判断(Johnson,&Raye,1981;金城,2001)がおこなわれている実態が反映されていると推察された。【病気の体験に対する客観視】における<入院前の自分の変化に気づいた>、<良い調子で過ごせる時もある>というサブカテゴリからも、統合失調症者は入院前後に自己の体験について現実的な知覚情報に基づくリアリティ・モニタリングをおこなうことができている、その結果、過去と現在の自己の変化を客観的にとらえることができていると考えられた。

【病気を実感した体験】にある<自ら調べて病気の実感を得た>というサブカテゴリは、対象者が病気の知覚情報が乏しい自己の状態に対し、外部情報を新たに得ることで知覚情報を増やそうと意図的に行動している状況(Johnson,& Raye,1981;中田,森田,2005)が伺われ、その上でリアリティ・モニタリングをおこなっていると推察された。また、【病気の体験に対する客観視】にある<症状がある時の自分の状態を知っている>というサブカテゴリからは、対象者が自己の体験について、幻聴、妄想という陽性症状による事実ではないことだと区別して想起できていることが推察された。これらの体験記憶からは、統合失調症者は陽性症状によるエラー(浅井,丹野,2007;佐藤,2008;浅井,今水,2011)を常に起こしているのではなく、症状の影響を受けていないリアリティ・モニタリングが効果的に機能していることが示されたと推察された。

さらに、【病気である自己の体験】、【病気を実感した体験】は、自己の体験そのものが表れている一方、【病気の体験に対する客観視】は、体験を俯瞰している状態が表れていた。奥村(2002)は、統合失調症者との面接調査から、本人たちが自身の疾患の症状について比較的冷静に見ていること、面接を通じて自らを振り返り、現実の自分と今後自分がどうしたいかに気づいていくと述べている。つまり統合失調症者は自己の体験について語る経験を通じて、その記憶を再び記録する際、リアリティ・モニタリングをおこなっており、その段階でリアリティ・モニタリングが効果的に機能することで、統合失調症者は自分自身について、新たな気づきの体験を得ていくことができると考えられた。

2) 知覚情報の乏しさに伴うリアリティ・モニタリング・エラー

病気の体験に関わるカテゴリのうち、【他者の影響が強い体験】、【不確かな自己の体験】からは、統合失調症者のリアリティ・モニタリングにおいてエラーが生じている可能性が示唆された。

【他者の影響が強い体験】にある<他者の影響で調子を崩した>、<不調は家族の影響が大きい>というサブカテゴリでは、不調になったことを自覚し、他者から受けたとされる外部情報は得ているものの、不調に至る体験記憶について自分自身に関する体験は表れていなかった。この状態から、対象者は自己の体験における知覚情報が乏しい状態にあると思われた。<他者により入院させられた>、<勝手に病気にされてしまった>というサブカテゴリにおいても、病気であること、自己の不調により入院しているという体験記憶に乏しい状況が表れていた。これらの記憶の状態から、統合失調症者は自己の体験に対する知覚が乏しくなり、推測・想像という内部情報に偏ったリアリティ・モニタリングがおこなわれている可能性が考えられた（浅井,丹野,2007;佐藤,2008;浅井,今水,2011）。また本研究の対象者は、程度は強くないと考えられるが陰性症状よりも陽性症状の方が強い状況が示されている。そのため情報が偏ったリアリティ・モニタリングがおこなわれている背景には、陽性症状に伴うエラーが生じていることも考えられた。

Harvey(1985)、Brebion et al.(1997)、Brebion et al.(2000)は、統合失調症者は、陽性症状の影響により外部からの知覚情報と内部からの推測・想像情報の区別が困難であり、それに伴うエラーとして「誤帰属」が生じていると述べている。誤帰属とは、内部情報を外部情報、すなわち現実的な知覚として判断してしまうエラーである。このことから、【他者の影響が強い体験】の状態に反映されているリアリティ・モニタリングには、外部情報由来ではなく、他者に向けられた内部情報に偏った判断の結果、誤帰属というエラーを引き起こしている可能性も考えられた。

【不確かな自己の体験】というカテゴリでは、【病気である自己の体験】、【病気を実感した体験】のカテゴリのような自己の知覚情報に基づいた体験記憶には乏しいが、【他者の影響が強い体験】のように内部情報に偏るといふ状態とも異なると思われ、両者の中間に位置づけられるカテゴリと考えられた。<自分の体験について、記憶が曖昧>、<病気の実感が乏しい>というサブカテゴリでは、統合失調症者が、自己の体験として記憶を記録・保持・想起していない状況が伺えた。金城（2001）は、統合失調症者のリアリティ・モニタリングについて、自己の思考や行為について記憶がない、あるいは自信が持てないと自

己以外の情報由来にモニタリングが向くという仮説を述べている。そのため、【不確かな自己の体験】で表れた体験記憶の状態から、統合失調症者は知覚情報が乏しく、補う情報も不足している場合、リアリティ・モニタリングの適切さも不安定となり、【他者の影響が強い体験】と同様のエラーを起こすリスク状態におかれるという示唆が得られた。

3. 統合失調症者の自己洞察に関わるリアリティ・モニタリングの特徴

1) 多様な情報に基づく意図的なリアリティ・モニタリング

分析の結果から抽出された、自己洞察の状態を表す3つのカテゴリについて、【客観的な自己評価】が示された背景には、多様な情報を活用したリアリティ・モニタリングによる体験記憶が構築していると推察された。

<病気であることを含めて「私」である>、<自分をコントロールすることが大切>というサブカテゴリでは、【病気の体験に対する客観視】とは異なり、病気を体験している様々な『自己』の記憶を統合し、現在の自己のとらえ方を内省している状態が表れていた。また、<自分と他者は異なる存在だと知っている>、<周りの言葉で、気づきを得ることがある>、<他者の理解が自分には必要>というサブカテゴリからは、【他者の影響が強い体験】のように情報の由来が偏っている状態とは異なり、自己と他者双方から得られる情報を意識して体験を振り返り、自己のとらえ方につなげている状態が表れていた。また<病気の自分を理解してくれる人がいる>では、自己について理解が得られにくい人の存在を認識しながらも、家族や、家族以外に理解者がいることを客観的にとらえていた。これらのことから、本研究の対象者は、自己の体験を多面的にとらえなおそうとする自己内省の傾向があり (Trapnell, & Campbell, 1999; 中島, 服部, 丹野, 2015)、困難な状況に立ち向かい、学びの機会をとらえようとしている建設的な自己洞察の状態にあると考えられた (小澤, 長谷川, 2017)。

この状態に反映されているリアリティ・モニタリングについて、Johnson, et al. (1993) は、判断過程において「ヒューリスティック処理」と「システムティック処理」という2種類の処理過程があることを述べている。「ヒューリスティック処理」は無意識に頻回におこなわれる処理であるのに対し、「システムティック処理」は、記憶に関連する全ての情報を想起し、記憶について意図的に吟味する処理である。【客観的な自己評価】において、対象者は自他に関する様々な情報を活用して客観的に自己をとらえていることから、外部と内部それぞれについて多様な情報を吟味し、由来を判断する意図的なリアリティ・モニタ

リング、すなわちシステムティック処理が効果的に機能していると考えられた。さらに統合失調症者の自己洞察は、自己の体験における単純なリアリティ・モニタリングを効果的に構築し、さらにその過程で多様な情報を活用し意図的に再判断するというリアリティ・モニタリングを加えることによって深まると考えられた。

2) 内部情報由来に偏ったリアリティ・モニタリング・エラー

自己洞察に関わるカテゴリのうち、【主観的な自己評価】、【自己評価のゆらぎ】というカテゴリからは、統合失調症者が偏った情報に基づくリアリティ・モニタリングによる体験記憶を構築している状態が推察された。

【主観的な自己評価】における<抽象的な回復の確信>、<他者に頼る必要はない>、<自分の考えに自信がある>、<自分は正しい>というサブカテゴリは、どれも自己の判断、信念に対する自信が高く、その評価基準は【客観的な自己評価】における多様な情報ではなく、自己の主観的な情報に偏っている状態が示された。また【自己評価のゆらぎ】のサブカテゴリである<病気の自分を悲観している>、<自分自身を肯定できない>は、自己の否定的な評価において、【主観的な自己評価】と同様に主観的に偏っている状態が表れていた。廣澤,大西,岸(2017)は、自己を客観的に眺めたり、自己を振り返って葛藤・後悔して修正するという自己省察的態度が欠如した状態を自己中心性があると述べている。この知見から、本研究の対象者の自己洞察は、自己について客観的に気づき、内省することが困難な、自己中心性が高い側面も持つと考えられた。

この状態につながるリアリティ・モニタリングについて、佐藤(2008)は、統合失調症者は断片的で部分的な情報でも、印象的に残る情報であれば、それを十分な証拠と受け取ってしまうと述べている。本研究の対象者は、判断に必要な外部情報を全く得ていない訳ではないが、情報の範囲が自己に限られており、かつ情報を選択的に得ていると考えられた。その状態でリアリティ・モニタリングをおこなうことにより、エラーが生じやすい、あるいはエラーが生じている状態にあると考えられ、その結果自己中心性が高い自己洞察に反映していると考えられた。

さらに、【主観的な自己評価】のサブカテゴリ<自分だけの体験を確信している>では、「入院中の今も盗聴・盗撮されている」といった妄想に影響を受けていると思われる体験を確信して語っていた。また【自己評価のゆらぎ】における<病気の自分は良く思われていないだろう>、<周囲からは理解が得られないだろう>というサブカテゴリでは、対象

者は「～だろう」、「～と思う」という表現を用いて語っていた。これらの結果からは、統合失調症者が限られた情報由来でリアリティ・モニタリングをおこなう際、【他者の影響が強い体験】、【不確かな自己の体験】という病気の体験記憶から検討されたリアリティ・モニタリングの特徴と同様、推測・想像という内部情報由来に偏った判断をおこなっている、また妄想による個別的な内部情報由来の判断によりリアリティ・モニタリング・エラーを起こしていると考えられた。

中田,森田（2005）は、実際には生起していない事象が現実生起したかのように記録してしまうリアリティ・モニタリングの誤りを「虚記憶」、田中ら（2005）、田中（2006）は、推測に基づく誤った記憶の想起を「虚再生」と表現している。これらの知見から、内部情報に偏ったリアリティ・モニタリングがおこなわれる際、統合失調症者は虚記憶、虚再生という思い込みのエラーを起こしていると考えられた。

また、統合失調症者は記憶の中でも、誤った記憶に対して高い確信を持つ一方で、正しい記憶に対しては確信度が低いという認知バイアスを持つ（菊池,吉田,2017）。そのため、統合失調症者におけるリアリティ・モニタリング・エラーは、誤った体験記憶の確信を促し、その構築の結果が自己洞察の状態に影響するという悪循環を生む可能性も示唆された。

VI. 第2章の総括

本研究は、統合失調症者 20 名を対象に半構造化面接を用いて病気の体験記憶と自己洞察の状態を調査し、統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングの特徴を明らかにする検討をおこなった。その結果、以下が見出された。

1. 統合失調症者における病気の体験記憶について、【病気である自己の体験】、【病気を実感した体験】、【病気の体験に対する客観視】、【他者の影響が強い体験】、【不確かな自己の体験】の5カテゴリが抽出された。
2. 統合失調症者における自己洞察の状態について、【客観的な自己評価】、【主観的な自己評価】、【自己評価のゆらぎ】の3カテゴリが抽出された。
3. 統合失調症者のリアリティ・モニタリングは、外部から得た現実的な知覚情報に基づくモニタリング、外部・内部の多様な情報に基づく意図的なモニタリングがおこなわれている一方、外部情報の乏しさが生じることで、内部情報由来に偏ったリアリティ・モニタリングに伴うエラーが起きているという特徴があるとの示唆が得られた。

第3章

統合失調症者の認知的洞察力、メタ記憶に関するリアリティ・モニタリングの特徴

I. 緒言

1. 認知的洞察力の評価指標

統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングが、自己洞察に反映される上で関わる認知的洞察力について、その状態を明らかにする評価方法として、これまでにセルフ・モニタリングを測定する尺度が開発されている(石原,水野,1992;土田,福島,2007)。これは、大学生を対象に作成され、自分の行動や状況に対して洞察しようとする傾向、自己の表出行動や他者に対する意図的な印象操作が社会的に適切かどうかを考慮した行動調整の傾向を測定することができる。このほか、阿部,井田(2010)は、認知的洞察力を測る尺度の作成を試みている。この尺度は、成人の学習における認知的洞察力に着目した質問で構成されている。これらの尺度は、自己の行動に対する認知的洞察力を明らかにする目的では有用と考えられる。また認知的洞察力に関する実際の介入も、学習場面における動機づけに着目したアプローチがおこなわれているが、これらも学習という行動の変容に焦点が当てられている(西村,河村,櫻井,2011;梅本,2013)。しかし、本研究では統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングの特徴を明らかにするため、行動ではなく洞察する能力そのものの状態を明らかにする必要があると考える。

この視点を考慮した評価について、Beck, Baruch, Balter, Steer, and Warman(2004)は、ベック認知的洞察尺度(the Beck Cognitive Insight Scale:BCIS)を作成し、精神障害者の認知特性を明らかにすることを試みている。BCISはUchida et al.(2009)により、日本語版(the Japanese version of the Beck Cognitive Insight Scale:BCIS-J)が作成されている。この尺度はBCISを基盤としながらも日本の統合失調症者を対象に作成されており、自己と状況に対する客観的な認知傾向である「自己内省性」と、自己の診断や信念の強さである「自己確信性」の2下位尺度から構成されている。本研究では、統合失調症者の認知的洞察力をこの2つの側面から明らかにすることで、その状態に関わるリアリティ・モニタリングの特徴を見出すことができると考えた。

2. メタ記憶の評価指標

統合失調症者のリアリティ・モニタリング、およびその判断過程を通じた体験記憶、自己洞察に関わるメタ記憶の状態評価について、代表的な指標として、既知感 (FOK: **F**eeling of **K**nowing) が挙げられる (田中,船橋,2007; 宮崎,松井,奈良原,小林,西条,2010)。FOK は現在ある出来事について思い出すことはできないが、自分がそのことを知っていると感じるような主観的な体験であり (田中,船橋,2007)、思い出せない項目について、その項目が自身の記憶内にあるか、後の再認テストで思い出すことができるかを判断することで評価できる (宮崎ら,2010)。つまり、自己の記憶をどの程度把握しているかを測ることにより、自己の記憶を客観視する能力であるメタ記憶を評価するという考え方である。実際に、コンピューターを用いた課題に対する回答状況から、記憶能力を評価する報告 (Cooper,Grant,Cohen,&Simons,2016) がある。また日常生活における記憶の失敗や記憶方略の程度を評価する尺度の作成 (楠見,1988; 清水,高橋,齊藤,2006)、高齢者を対象とする、加齢に伴うメタ記憶の変化の検討 (河野,1999;清水,2015) がおこなわれている。これらは FOK を基盤とする記憶力の程度や物忘れという側面においては、メタ記憶の特徴を明らかにすることができると考えられる。

一方、Dixon, and Hultsch (1983)、Dixon, Hultsch, and Hertzog (1988) は、自己の記憶能力に対する自己評価を測定する MIA (Metamemory in Adulthood) を作成した。MIA は、記憶能力にこだわらず、記憶能力の自信、記憶の自己効力感を評価することができる (村山,2009)。半構造化面接調査の結果、統合失調症者は自己の病気に関する体験記憶において、体験そのものの記憶だけでなく、体験を客観視している状態が認められた。この状態には、統合失調症者のリアリティ・モニタリングを通じて、自己の記憶を客観視するメタ記憶の能力が効果的に働いている状況が伺われる。しかし、体験記憶の中にはリアリティ・モニタリング・エラーが反映されたと考えられる状態も認められた。そのため、本研究では、統合失調症者のメタ記憶を記憶の失敗や能力の成績ではなく、統合失調症者が自己の体験記憶をどのように客観視、評価しているのか、という側面から明らかにすることが、リアリティ・モニタリングの特徴を検討する方法としても有用と考えられた。また統合失調症者のメタ記憶は、統合失調症による認知機能障害の一部と関連する一方で、陽性症状である妄想との関連は認められなかったとの報告がある (Eifler et al.,2015)。しかし、統合失調症のリアリティ・モニタリングが陽性症状と関連することをふまえ、本研究ではメタ記憶と症状との関連を改めて確認する必要があると考えた。

Ⅱ．研究目的と意義

1．研究目的

統合失調症者における認知的洞察力、メタ記憶の状態を明らかにし、関連するリアリティ・モニタリングの特徴を検討する。

2．意義

統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングについて、これまでに認知的洞察力とメタ記憶の2側面から同時に検討した研究は報告されていない。これは、メタ記憶が認知的洞察力と密接に関与し、明確な区別が困難であるという考えや、自己洞察の内容に包括されているという解釈が反映されていることが影響していると考えられる（苧阪,2009；三宮,2018）。

本研究では、認知的洞察力とメタ記憶を独立させて状態を把握することにより、リアリティ・モニタリングの特徴を検討するだけでなく、統合失調症者における2つの要素それぞれの特徴についても理解を深めることができると考えた。

Ⅲ．研究方法

1．研究協力施設

単科精神病院 2 施設にある 3 つの急性期病棟

2．対象者

1) 選定基準

- (1) ICD-10 または DSM-5 の診断基準により医師から統合失調症の診断を受けた者
- (2) 20 歳以上
- (3) 入院・治療中で隔離・拘束状態になく、急性憎悪状態を脱している者
- (4) 主治医と担当看護師により、本研究への参加が可能であり、かつ病状が研究参加に耐え得ると判断された者
- (5) 本研究の研究目的について了解し、研究参加の同意が得られた者

2) 除外基準

- (1) 本人が研究に同意しない場合
- (2) 認知症の診断を受けている者

3. 研究期間

平成 28 年 7 月～平成 29 年 10 月

4. 調査内容

1) 対象者の背景

(1) 診療録からの情報収集

同意が得られた対象者の診療録から、年齢・性別、疾患の状況について、罹病期間(月)、入院回数、今回の入院日数、抗精神病薬内服量 (Chlorpromazine (CP) 換算) の情報を収集した (資料 1)。

(2) 調査時の症状評価

症状評価には、陽性・陰性症状評価尺度 (Positive and Negative Syndrome Scale : PANSS) を用いて、研究者が客観的に評価した (資料 2)。

2) 認知的洞察力の主観的評価

認知的洞察力の状態は、ベック認知的洞察尺度日本語版 (the Japanese version of the Beck Cognitive Insight Scale : BCIS-J) を用いて対象者の主観的な評価を得た (資料 4)。

BCIS-J は、精神障害者の認知に着目し、全 15 項目 (0~3 点の 4 件法) の質問紙として開発された BCIS (the Cognitive Insight Scale) (Beck et al.,2004) を元に、Uchida et al.(2009)によって、統合失調症者の認知特性に着目して作成された尺度である。BCIS-J は自己と状況に対する客観的な認知傾向を示す、自己内省性 (self-reflectiveness : SR 因子) と、自己の判断や信念の強さを表す自己確信性 (self-certainty : SC 因子) の下位尺度をもつ。さらに SR 得点から SC 得点を引いた得点を構成点とし、構成点が高いほどより現実的な認知傾向にあることを評価できる (大森,森,2012)。

3) メタ記憶の主観的評価

メタ記憶の状態は、日本版成人メタ記憶尺度（日本版 MIA）短縮版：J-MIA-44 を用いて対象者の主観的な評価を得た（資料 5）。

松林ら（1995）は、記憶の想起について、統合失調症者は健常者よりも予測と実際の想起の乖離が大きかったことを報告している。これは統合失調症者のメタ記憶の自己評価が過大であることを示している。このようなメタ記憶の状況を評価するには、個人の記憶信念及び自らの記憶行動や記憶能力に関する主観的評価や回想的判断を調べる質問紙を用いることで可能となり、人間のメタ記憶の構造を理解するための有効な手掛かりを得ることができる（清水,2009）。その質問紙の 1 つとして、Dixon ,and Hultsch(1983)、Dixon et al. (1988) によって作成された MIA（Metamemory in Adulthood）が挙げられる。

MIA は対象者の記憶に対する自己評価を幅広くとらえる尺度であり、「方略（strategy：記憶方略の使用頻度）」、「課題（task：記憶課題や記憶プロセスについての一般的な知識）」、「能力（capacity：自己の記憶能力の評価）」、「変化（change：自己の記憶機能の変化の認識）」、「不安（anxiety：記憶行動に伴う不安状態についての認識）」、「達成（achievement：記憶行為への達成動機）」、「支配（locus：自己の記憶力の支配感・コントロール感）」の 7 つの下位尺度、全 108 項目で作成されている（Dixon,&Hultsch, 1983；金城ら,2013）。MIA は下位尺度ごとの信頼性を評価する α 係数が高く、記憶自己効力感（memory self-efficacy）を測定する質問紙として再概念化が進んでいるのが特徴である（村山,2009）。この質問紙は既に森,井出,金城（2006）、金城ら（2008）によって日本版の作成が進められ、近年、金城ら（2013）が 44 項目（1～5 点の 5 件法）6 下位尺度（達成の下位尺度を除く）の日本短縮版（J-MIA-44）を開発した。この尺度は大学生（平均年齢 20.6 歳）と高齢者（平均年齢 70.2 歳）を対象とした検証の結果、各下位尺度の α 係数は.73～.87 であり、内的整合性が認められている。

統合失調症者を対象とするメタ記憶の測定はこれまでおこなわれておらず、J-MIA-44 も統合失調症者には使用されていない。しかし J-MIA-44 は、成人用であることから本研究の対象者の年齢層と合っていること、質問項目が統合失調症者でも回答できる内容であること、統合失調症者の負担に配慮できる項目数であること、記憶力の成績ではなく記憶の自己評価を多面的に測定でき、本研究の目的に沿う尺度であることを確認し、使用することとした。

5. 調査手順

調査の実施においては、以下の手順をとった。

- 1) 同意が得られた対象者と、調査の日時と場所を約束する。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。
- 2) 同意が得られた対象者の診療録より、対象者背景を収集した。調査用紙には対応表どおり対象者番号を記入した。
- 3) 調査当日、調査前に医師と看護師に、対象者が調査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、参加の意思がある場合、調査を開始した。調査は病棟内の個室を使用し、対象者と研究者の1対1でおこなった。質問紙への回答は、対象者に質問紙を提示すると共に、研究者が1問1問口頭で説明しながら回答を聞き取った。
- 4) 調査中に対象者が疲労を訴える場合には休憩を取り入れた。ま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調査を再開し、疲労が強ければ調査を中止し次の機会に調査が可能か確認した。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。また、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も調査を中断した。

6. 倫理的配慮

1) 対象者の人権擁護

研究対象者の人権擁護を図るため、本研究は筑波大学医学医療系「医の倫理委員会（承認番号：1046-1）」および研究者所属施設倫理委員会（承認番号：28-27）、研究対象施設の倫理委員会（承認番号：2017007、000003）で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を受けた上で実施した。研究対象者の選定は対象施設・対象病棟の全医師・看護師に協力を依頼し、選定に偏りが生じないように配慮した。また主治医・担当看護師より紹介を得た対象者に対する実際の説明・依頼は研究者がおこない、医療者からの強制ととらえられないよう、また医療者との信頼関係に差し障りが生じないように対処した。

調査が対象にとって強制とならないよう、研究の説明・依頼時、調査実施前に必ず参加の意思を確認した。調査中も対象の変化を随時観察し、適宜休憩を確保するだけでなく、調査の継続が可能か確認し、いつでも辞退できることを保障した。

2) 説明における配慮

対象者となる統合失調症者に対し、書面を用いて①研究の目的と方法、②研究への参加は自由であり、不参加であっても不利益を受ける事はないこと、③使用する調査用紙には、個人が特定されないように氏名の記入はせず番号等で示すこと、④研究内容に関する秘密を厳守し、特定の個人の回答のみを問題にすることや公表はしないこと、⑤データの閲覧は研究者および研究責任者に限り、研究結果が第三者の手に渡ることや本研究以外の目的で利用されることがないこと、ただし申し出があった対象者には当該個人のみデータは開示できること、⑥研究は、主治医、担当看護師に承諾を得てからおこない、主治医の協力を得ながら研究に参加することによる身体的・精神的負担の軽減、症状変化に十分留意して観察・実施すること、⑦気分や具合が悪くなったと感じた際には、その場で研究を中断することが出来、主治医と担当看護師による治療および看護を受けられること、⑧一度調査に同意した場合でも、対象者が不利益を受けることなく同意を撤回できること、その際得られたデータは速やかに破棄すること、ただし研究結果が論文などで公表された後には研究結果を破棄できない場合もあることを説明した。また参加同意後、いつでも研究について研究者に質問や意見をおこなうことができることを説明し、書面での同意が得られた対象者のみに調査を実施した。

3) 研究により起こり得る不利益に対する配慮

対象者は調査において、30～40分の時間的制約を受ける。また調査内容に回答することで身体的・精神的負担が生じる可能性があった。そのため、研究参加の際に目安の時間を伝え、対象者の都合や希望に合わせて調査が実施できるように調整した。さらに、調査当日に対象者本人、主治医、担当看護師に再度参加の意思を確認してから調査を実施した。

調査中、対象者が希望した場合や研究者が必要と判断した場合には休憩を取る他、途中で調査を中止したい場合は無理せず申し出られるよう配慮していくことで、不利益を最小限にとどめるよう務めた。研究対象者および研究協力施設より不利益があったとの申し出があった場合には、直ちに倫理委員会に届出、誠意を持って解決にあたることとした。

4) 個人情報保護に対する配慮

(1) 匿名化の方法

対象者番号は同意が得られた時点ですつけることとし、対象者の個人名、患者 ID と対象者番号を記載した対応表を作成することで連結可能匿名化をおこなえるよう準備した。ま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・研究責任者以外が閲覧できないよう管理した。

(2) データの管理方法

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おこなうため、同意書と共に研究者が十分に留意して院外に持ち出した。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依頼した。

データは研究期間終了後、適切な手段で破棄することとした。個人名を含む同意書・同意撤回書および匿名化された紙媒体のデータは、シュレッダーで破棄し、電子データおよび電子保存媒体には、データにダミーデータを繰り返し入力し、分析を再現できない状況にした上で、バックアップ等を含め消去することとした。扱うデータの内容によっては、保存媒体も物理的に破壊することとした。

(3) データの保存媒体の安全管理方法

データの保存媒体はノートパソコン 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 本とした。これらには個人名は入力しないよう取り扱った。ノートパソコンは、研究対象施設内、学内 LAN に接続せず、本研究専用とし、本研究以外では使用しないよう準備した。また、ノートパソコン、USB フラッシュメモリとも指紋認証機能または暗証番号による保護機能を備えた機器を使用し、使用者を限定した。研究期間中及び研究終了後のデータ保存媒体は筑波大学の定められた場所で保管した。

(4) 著作権に対する配慮

BCIS-J、J-MIA-44 は、作成者から使用許諾を得た上で使用した。

7. 分析方法

分析には、IBM SPSS Statistics Version 25 を使用し、統計学的分析をおこなった。

Pearson の積率相関係数 (r)、Spearman の順位相関係数 (r_s) において、相関の強さは、 $0 < |r, r_s| \leq 0.2$ を、「ほとんど相関がない」、 $0.2 < |r, r_s| \leq 0.4$ を「弱い相関」、 $0.4 < |r, r_s| \leq 0.7$ を「中程度の相関」、 $0.7 < |r, r_s| < 1.0$ を「強い相関」と判断した (小塩, 2011)。また、統計学的有意水準は 5% とした。

1) 対象者の特徴

(1) 対象者背景の状態

対象者の基本的背景について、性別の度数、年齢の平均値、標準偏差、中央値、最小値、最大値を算出した。

対象者の症状・治療状況は、入院回数、罹病期間、今回の入院日数、抗精神病薬の内服量 (Chlorpromazine (CP) 換算)、陽性・陰性症状評価尺度 (Positive and Negative Syndrome Scale : PANSS) における「陽性症状」「陰性症状」「総合精神病理」の平均値、標準偏差、中央値、最小値、最大値を算出した。

(2) 対象者背景に関する項目間の相違

対象者の基本的背景と疾患に関する状況について、項目間の相違を確認した。

PANSS に関する検定の検討について、陽性症状、陰性症状、総合精神病理得点の正規性を Shapiro-Wilk より確認した結果、どれも有意確率が 5%未満であり、正規性は認められなかった。そのため、PANSS に関する検定はノンパラメトリック検定を用いることとした。

- ①性別による年齢、入院回数、罹病期間、今回の入院日数、抗精神病薬内服量の相違について、独立した t 検定を用いて確認した。
- ②性別による PANSS の相違について、Mann-Whitney の U 検定を用いて確認した。
- ③入院日数（90 日以内の群、91 日以上群）による、年齢、入院回数、罹病期間、抗精神病薬内服量の相違について、独立した t 検定を用いて確認した。
- ④入院日数（90 日以内の群、91 日以上群）による、PANSS の相違について、Mann-Whitney の U 検定を用いて確認した。

（3）対象者背景に関する項目間の関連性

対象者の基本的背景と疾患に関する状況との関連性を確認するため、性別を除く全変数間で相関係数を算出した。

- ①年齢、入院回数、罹病期間、今回の入院日数、抗精神病薬量の関連性について、Pearson の積率相関係数を算出した。
- ②年齢、入院回数、罹病期間、今回の入院日数、抗精神病薬内服量と、PANSS との関連性について、Spearman の順位相関係数を算出した。

2) 認知的洞察力、メタ記憶の状態

（1）尺度の信頼性

BCIS-J、J-MIA-44 について、Chronbach α 係数を算出し尺度の信頼性を確認した。

（2）認知的洞察力の状態

BCIS-J について、自己内省性 9 項目、自己確信性 6 項目、それぞれの選択肢（4 段階：0.全くそうは思わない～3.完全にそう思う）に対する度数分布を算出し、認知的洞察力の状態を検討した。

(3) メタ記憶の状態

J-MIA-44 の状態を確認するため、各下位尺度の平均値、標準偏差、中央値、最小値、最大値、および各下位尺度の質問 1 項目あたりの平均値、標準偏差、95%信頼区間を算出した。

(4) メタ記憶と対象者の背景との相違、関連性

J-MIA-44 における 6 下位尺度について、対象者背景による相違、関連性を確認した。検定方法を検討するため、Shapiro-Wilk による正規性を確認した結果、全ての下位尺度において、5%より高い有意確率が示されたため、本研究では J-MIA-44 に関する検定は、パラメトリック検定を用いることとした。また関連性は、性別を除く全変数間で相関係数を算出した。

①性別、年齢、入院回数、罹病期間、今回の入院日数、抗精神病薬内服量による各下位尺度の相違について、独立した t 検定を用いて確認した。

②年齢、入院回数、罹病期間、今回の入院日数、抗精神病薬内服量との関連性について、Pearson の積率相関係数を算出して確認した。

③PANSS との関連性について、Spearman の順位相関係数を算出して確認した。

(5) メタ記憶評価項目内の関連性

J-MIA-44 における各下位尺度間の関連性について、Pearson の積率相関係数を算出して確認した。

IV. 結果

1. 分析対象者

調査対象者は 79 名であり、同意が得られたのは 61 名 (77.22%) であった。そのうち、診断名が「統合失調感情障害」であった 3 名を除く 58 名 (73.42%) を有効回答者とした。さらに調査の中断を希望した 2 名と質問について全て同じ数字を選択し、偏った回答を繰り返した 1 名を分析から除外することとした。その結果、55 名 (69.62%) が分析対象者となった。

2. 対象者の背景

1) 基本的背景、疾患の状況 (表 3.)

対象者は男性 35 名 (63.60%)、女性 20 名 (36.40%) で男性が多い集団であった。また対象者全体の平均年齢は、48.05 ($SD=13.26$) 歳であり、性別ごとの平均年齢は、男性が 50.09 ($SD=13.46$) 歳、女性が 44.50 ($SD=12.43$) 歳であった。

疾患に関する状況について、対象者の入院回数は平均約 4 回で、初回入院の者から再入院を繰り返している者が含まれていた。また、統合失調症の罹病期間は平均 17.50 ($SD=12.69$) 年であったが、1 ヶ月程度の者から、57 年と幅が大きかった。入院日数は平均 197.16 ($SD=411.53$) 日であり、急性期病棟の入院期間における原則である 3 ヶ月 (90 日) より長く入院している者も含まれた集団であった。抗精神病薬の内服量は CP 換算で 100mg の者から 2900mg と幅があり、平均 751.02 ($SD=523.62$) mg であった。調査時における対象者の症状について、PANSS の平均得点をみると、陽性症状は平均 11.07 ($SD=3.89$) 点、中央値は 10 点、陰性症状は平均 11.69 ($SD=4.05$) 点で中央値は 11 点であった。

2) 対象者背景に関する項目間の相違

基本的背景と疾患に関する状況の項目間に相違があるかを確認した。その結果を表 4、表 5. に示す。

まず性別による集団の相違について、男性と女性の間年齢の有意差は示されなかった ($t=1.52, p=.13$)。性別と年齢、入院回数、罹病期間、入院日数、抗精神病薬内服量との相違を独立した t 検定を用いて分析した結果、罹病期間について相違が示され ($t=2.09, p=.04$)、男性 ($M=241.46, SD=163.42$) の方が女性 ($M=154.80, SD=114.42$) よりも統合失調症に

長く罹患していた。次に、対象者を急性期病棟における入院期間の原則である 3 カ月を基準に、90 日以内の入院患者 42 名と 91 日以上患者 13 名に群分けし、入院期間による年齢、入院回数、罹病期間、抗精神病薬内服量を独立した t 検定を用いて分析した。その結果、抗精神病薬内服量において、90 日以内の群 ($M=647.62, SD=439.82$) よりも 91 日以上入院している群 ($M=1085.08, SD=643.86$) のほうが、薬を多く内服していることが認められた ($t = -2.79, p = .007$) (表 4.)。

さらに性別と入院期間の群について、PANSS の各症状の相違を Mann-Whitney の U 検定を用いて比較した結果、陰性症状について、男性 ($Mdn=12$) の方が、女性 ($Mdn=8.5$) よりも得点が高い状況が示された ($Z = -3.81, p < .0001$)。また総合精神病理も、女性 ($Mdn=20$) に対し男性 ($Mdn=24$) の方が有意に高かった ($Z = -2.85, p = .004$) (表 5.)。

3) 対象者背景に関する項目間の関連 (表 9.)

年齢、罹病期間、入院回数、今回の入院日数、抗精神病薬内服量について、Pearson の積率相関係数を算出した結果では、年齢と罹病期間との間に中程度の正の相関 ($r = .516, p < .0001$)、入院回数と罹病期間との間に中程度の正の相関 ($r = .415, p = .002$) が認められた。また、Spearman の順位相関係数からは、PANSS の各症状と年齢、入院回数、罹病期間、今回の入院日数、抗精神病薬との間に相関は認められなかった。また、各症状間の関連性について、Spearman の順位相関係数を算出した結果、総合精神病理と陽性症状 ($rs = .549, p < .0001$)、陰性症状 ($rs = .504, p < .0001$) との間に中程度の正の相関が認められた。

3. 認知的洞察力の状態

1) 尺度の信頼性

対象者の認知的洞察力を測定した BCIS-J について、Cronbach の α 係数を確認した (表 6.)。その結果、自己内省性は $\alpha = .59$ 、自己確信性は $\alpha = .36$ と低く、本研究の対象者において、尺度得点を用いた認知的洞察力の評価をすることは出来ないことが明らかとなった。そこで、本研究ではそれぞれの下位尺度の質問項目に着目し、自己内省性を評価する 9 問、自己確信性を評価する 6 問それぞれについて、「0.まったくそう思わない」、「1.少しそう思う」、「2.かなりそう思う」、「3.完全にそう思う」の 4 つの選択肢のうち、対象者がどの選択肢を選んだか、度数分布を算出することで状態を検討することとした (図 4., 5.)。

2) 自己内省性の度数分布 (図 4.)

自己内省性を構成する質問について、9問に共通していたのは、程度の差はあるものの、対象者は全ての質問に対し「そう思う」を選択している状況であった。各項目単位で確認したところ、『⑤とてもリアルに思われた私の体験のいくつかは、想像によるものだったのかもしれない』について、「1.少しそう思う」、「2.かなりそう思う」が同数(38.2%)選択されていた他は、8問とも、「1.少しそう思う」を最も選択し、次いで「2.かなりそう思う」を選択していた。

選択傾向は、3つのパターンが示された。『①私は自分に対する他の人々の態度を時々誤解したことがある』、『③私の異常な体験の原因については、私よりも他の人々の方が理解することができる』、『④私はあまりにもすぐに結論に飛びついてしまった』、『⑤とてもリアルに思われた私の体験のいくつかは、想像によるものだったのかもしれない』、『⑥真実であると確信していた考えのいくつかは、結果的に真実ではない事がわかった』、『⑬私の異常な体験は、自分がとても動揺していたか、ストレスを抱えていたことが理由で生じたのかもしれない』の6項目は、「3.完全にそう思う」を選択した者が最も少ない状況が示された。

また、『⑫私の信じていることが間違っていると誰かがもし指摘したとしたら、その可能性について考えてみたいと思う』、『⑭なぜ人がそのようにふるまうかについては、しばしば理由がいくつか考えられるものである』、の2項目は、「0.まったくそう思わない」を選択した者が最も少なかった。

『⑧私は自分が正しいと強く感じているものの、間違っている可能性もある』は、「0.まったくそう思わない」と「3.完全にそう思う」を選択している者が同数いることが示された。

3) 自己確信性の度数分布 (図 5.)

自己確信性を構成する6項目について、対象者の選択傾向は2つのパターンに分かれていることが認められた。

『②自分の体験についての私の解釈は絶対に正しい』、『⑩人と私の意見が違う場合、間違っているのはたいてい相手側である』、『⑪私の体験について、他の人々の意見を信頼することは出来ない』の3項目は、「0.まったくそうは思わない」を選択する者が最も多く、その後順番に「1.少しそう思う」、「2.かなりそう思う」、「3.完全にそう思う」を選択して

いた。

一方、『⑦何かを正しいと感じたとしたら、それは正しいということの意味している』、『⑨私は自分の問題が何かを、他の誰よりもよくわかっている』、『⑬私はいつでも自分の判断を信頼できる』の3項目は、「1.少しそう思う」、「2.かなりそう思う」の順に選択する者が多いことが示され、「0.まったくそう思わない」、「3.完全にそう思う」を選択する者は同数からやや「0.まったくそう思わない」を選択する者が多いことが示された。

4. メタ記憶の状態

1) 尺度の信頼性

対象者のメタ記憶を測定した J-MIA-44 について、Cronbach の α 係数を確認した。その結果、全 44 項目の係数は $\alpha=.78$ であり、6 つの下位尺度は $\alpha=.69\sim.84$ の値が示され、内的整合性が確認された。(表 6.)。

2) 対象者の状態

J-MIA-44 の各下位尺度における対象者の状態を表 7. に示す。

各下位尺度の平均値は「変化：自己の記憶能力に対する変化の認識：22.00($SD=5.19$)」、「課題：記憶課題や方略プロセスについての一般的な知識：35.60($SD=7.13$)」、「能力：自己の記憶能力に対する評価：19.84($SD=5.49$)」、「不安：記憶行動に伴う不安状態についての認識：21.36($SD=7.56$)」、「支配：自己の記憶力に対する支配感・コントロール感：16.95($SD=4.34$)」、「方略：記憶方略の利用頻度：22.42($SD=6.35$)」を示した。

さらに、各下位尺度は項目数が異なるため、各平均値を質問項目数で割った質問 1 項目あたりの平均値を算出した。その結果、「変化：3.14($SD=.74$)」、「課題：3.56($SD=.71$)」、「能力：2.83($SD=.78$)」、「不安：2.67($SD=.95$)」、「支配：3.39($SD=.87$)」、「方略：3.20($SD=.91$)」であった。

3) 対象者背景との関連

J-MIA-44 において、各下位尺度に対する対象者の背景による相違と関連性を確認した。最初に、性別による相違を独立した t 検定を用いて確認したが、有意な相違は認められなかった。次に、入院日数が 90 日以内と 91 日以上の群で平均値を比較した結果、記憶に関する知識の評価「課題 ($t = -3.18, p=.003$)」と、記憶行動に対する不安の自己評価である

「不安 ($t = -3.41, p = .001$)」において、入院が 91 日以上の集団の平均値の方が、有意に高いことが示された (表 8)。

Pearson の積率相関係数による、対象者背景の年齢、入院回数、罹病期間、今回の入院日数、抗精神病薬内服量と各下位尺度との相関を確認した結果、「課題」と抗精神病薬内服量との間に弱い正の相関 ($r = .332, p = .013$) が認められた。また、PANSS の症状との関連性について Spearman の順位相関係数を確認した結果、陽性症状は「能力 ($rs = .360, p = .007$)」、陰性症状は「方略 ($rs = -.304, p = .024$)」の弱い相関が認められた (表 9.)。

4) 下位尺度間の関連

J-MIA-44 における独立した 6 つの下位尺度間において関係性があるか、Pearson の積率相関係数を算出した。その結果、「支配」が、「変化 ($r = .348, p = .009$)」、「課題 ($r = .326, p = .015$)」、「能力 ($r = .372, p = .005$)」と弱い正の相関を示した。「課題」と「能力」において、この 2 下位尺度の間には中等度の正の相関が示された ($r = .407, p = .002$)。また、「変化」は「不安」との間に弱い負の相関 ($r = -.392, p = .003$) が認められた。下位尺度間の関連において「方略」は、どの下位尺度とも関連が認められなかった (表 9.)。

V. 考察

考察では、分析により明らかにされた認知的洞察力、メタ記憶の状態に基づき、リアリティ・モニタリングの特徴を検討する。

1. 対象者の特徴

分析の結果、対象者は男性の方が女性よりも統合失調症への平均罹病期間が長く、無為・自閉などの陰性症状、さらに陰性症状と相関が示された不安・抑うつなどの総合精神病理について症状が強い可能性が認められた。統合失調症の陰性症状は、疾患が慢性期に移行すると目立つ症状である（江口,2017）。そのため、罹病期間の長い男性は統合失調症の慢性期にあり、それによる症状の特徴が示されたと考えられた。また、松岡（2007）は症状の男女差において、陰性症状は男性に多いと説明していることから、統合失調症の疫学的背景が本研究の対象者にも表れたと考えられた。

対象者の症状について、PANSS の中央値を研究 1.と同様に山本ら（2003）の報告と参照したところ、質問紙調査の対象者は陽性症状の中央値が 10 点、陰性症状が 11 点であったのに対し、先行研究では陽性症状が 11.5~12 点、陰性症状が 12~16 点のため、陽性症状、陰性症状ともに、対象者の症状は先行研究の報告より弱いことが推察された。また瀬戸屋ら（2003）は、入院中の統合失調症者に対する自己記入式調査をおこなう際は、急性症状がおさまり安定した時期の実施が重要であると報告している。先行研究との参照もふまえ、本研究による対象者の回答信憑性は保たれていると考えた。PANSS の総合精神病理と陽性症状、陰性症状との間にそれぞれ正の相関を示されたことは、統合失調症の症状が複合的に生じる病態であることから、妥当な関連性が表れていると考えられた。

対象者の入院期間について、急性期病棟における原則は 3 カ月だが、今回はそれ以上長期に入院している者も含まれていた。厚生労働省（2014b）によると、平成 26 年時点での統合失調症および統合失調症関連疾患の平均在院日数は 546.1 日であり、うつ病などの気分障害が平均 113.4 日であるのに対して、長期間であることが伺える。このことから、90 日の入院期間を経ても退院が困難であり、入院継続が必要という地域移行支援期の患者を急性期病棟で一時的に受け入れていた可能性もあることが推察された。また、90 日を超過した者の抗精神病薬内服量が、90 日以内の集団よりも多かったことについて、入院施設での抗精神病薬の処方量は多くなる傾向がある（落合,大坪,猪飼,今中,2014）ことから、今後も加療が必要な対象者の状態が示されたと推察された。しかし、抗精神病薬内服量と

PANSS との間に関連性が認められなかったことを踏まえると、入院が長期化している統合失調症の方が、元々内服量が多い状態であった可能性もあると考えられた。

以上より、本研究の対象者背景は多様であり、統合失調症者における認知的洞察力、メタ記憶の状態、さらにリアリティ・モニタリングの特徴にはこれらの多様性が影響している可能性を考慮する必要があるとの示唆が得られた。

2. 認知的洞察力に関わるリアリティ・モニタリング

1) 不確かな統合失調症者の認知的洞察力

BCIS-J は「0.まったくそう思わない：0点」、「1.少しそう思う：1点」、「2.かなりそう思う：2点」、「3.完全にそう思う：3点」の順に得点がつき、得点が高いほどその認知傾向が高いと評価できる (Uchida et al.,2009)。しかし本研究では尺度の内的整合性が確保できず、BCIS-J の結果を尺度として評価することは困難と判断した。この結果について、半構造化面接調査で示された、統合失調症者の自己洞察における【自己評価のゆらぎ】というカテゴリが背景の一端を表していると考えられた。このカテゴリは、自己評価が否定的な主観に偏り、自己を客観視し内省する状況に欠けた自己中心性 (廣澤ら,2017) を表しているだけでなく、自信がもてないことにより評価の対象が他者に向いている特徴をもつと考えられる。そのため自己評価がゆらぎやすく、その状態が不確かであいまいな BCIS-J の回答にも反映されていると考えられた。

またこの結果から、統合失調症におけるリアリティ・モニタリングの特徴が、知識と活動面から構成される認知的洞察力の効果的な働きを妨げている可能性も示唆された。

2) 自己内省性を備えた認知的洞察力

自己と状況に対する客観的な認知傾向を評価する自己内省性は、現実的な認知的洞察力を高める認知傾向に位置付けられる。統合失調症者の認知的洞察力は、自己内省性が低いとの報告がある (Bora,Erkan,Kayahan, andVeznedaroglu,2007)ことから、本研究においても対象者の自己内省性は低い傾向にあると思われた。しかし対象者は、9問全てにおいて「1.少しそう思う」、次いで「2.かなりそう思う」を選択する者が多い傾向を示した。

「0.まったくそう思わない」を選択した者以外は、少なからず自己を内省している認知傾向をもつと解釈すると、統合失調症者の多くは自己内省性をある程度備えていることが示唆された。BCIS-J の基盤である BCIS を作成した Beck et al.(2004)は、自己内省性を

構成する質問には客観性、内省性、フィードバックへの開放性に関する内容が含まれており、自己の誤りやすさを認めようとする意思が評価できると述べている。このことから、統合失調症者は、自己の体験に基づく評価について、自己と他者の視点を踏まえて客観的、建設的に検討する認知的洞察力を持っていることが示されたと考えられた。

一方、藤瀬,古川（2005）は、人は「こうなりたい、という理想の自己」、「他者からこう見られているだろうという自己」が現実的な自己評価に影響することを報告している。自己内省性が備わっている統合失調症者は、他者の視点を意識できていることが推察されるため、質問に回答する際、他者にどう見られたいかという意識、理想的な良い自分を見せたい、という思考が回答に反映している可能性が考えられた。

3) 自己内省性を高めるリアリティ・モニタリングの反芻

廣澤ら（2017）は、自己内省性には自己と他者の視点を含む多様な視点から客観的に眺める能力、自己と他者を結びつけて考える態度が必要だと述べている。本研究の対象者は、自己内省性が備わっていると考えられたことから、リアリティ・モニタリングにおいても、自己と他者を含む情報に基づく意図的な判断がおこなわれていると推察された。また、多様な情報を用いたリアリティ・モニタリングにより、エラーが起りにくい判断がおこなわれ、自己内省性の高まりにつながっているとも考えられた（Johnson,&Raye,1981）。

このようなリアリティ・モニタリングは、半構造化面接調査で示された【客観的な自己評価】から見出された特徴と同様と考えられ、自己洞察の状態に反映されたリアリティ・モニタリングが、認知的洞察力への関連を通じて表れている可能性も示唆された。

また、新延,今野（2014）は、課題を遂行したり、他者から評価を受けたりするたびに自己を評価しなおし、反芻することで自己の能力・価値への気づきが促される可能性を報告している。そのため、多様な情報に基づく意図的なリアリティ・モニタリングが効果的に繰り返され、その都度反芻が生じることで、認知的洞察力における自己内省はさらに高められる可能性が示唆された。

4) 自己以外の情報に頼りやすい認知的洞察力

自己の判断や信念の強さを評価する自己確信性は、評価が高いほど現実的な認知を下げる認知傾向として位置づけられている。今回の対象者はその認知傾向が低い可能性が見出された。

6つの質問項目について、Beck et al.(2004)は、自己確信性にあたる質問項目について、正しいという判断の確実性、訂正に対する抵抗など精神的な意思決定に関わる内容が含まれていると述べており、具体的に、『②自分の体験についての私の解釈は、絶対に正しい』、『⑬私はいつでも自分の判断を信頼できる』は独断的な正しさを評価し、『⑨私は自分の問題が何かを、他の誰よりもよく分かっている』、『⑩人と私の意見が違う場合、間違っているのはたいてい相手側である』、『⑪私の体験について、他の人々の意見を信頼することは出来ない』は、他者からのフィードバックに対する抵抗性を評価できると整理している。このことから、本研究の対象者の度数分布も、この質問構成と同様のまとまりで傾向に相違が表れると考えられた。しかし実際の結果では、『⑦何かを正しいと感じたとしたら、それは正しいということの意味している』、『⑨私は自分の問題が何かを、他の誰よりもよく分かっている』、『⑬私はいつでも自分の判断を信頼できる』の3項目が同様の選択傾向を示し、BCISの質問構成とは異なるまとまりが認められた。

この結果について、BCISにおける質問項目の主要な構成要素を示した原文とBCIS-Jの質問文を引照したところ、『⑦何かを正しいと感じたとしたら、それは正しいということの意味している:Feels right is right』、『⑨私は自分の問題が何かを、他の誰よりもよく分かっている:Know problems』、『⑬私はいつでも自分の判断を信頼できる:Trust own judgement』となることが示された。このことから、これらの質問項目には自己の問題を理解しているか、自己の判断を信用できるかという、自分自身に向けられた自己評価が問われている表現の質問であると考えられた。これらの質問に対し対象者は「1.少しそう思う」という選択肢を選ぶ者が最も多く、次に「2.かなりそう思う」を選択する者が多いという選択傾向を示していた。よって本研究の対象者は、自己理解や判断における自分自身の自己評価について「3.完全にそう思う」を選択した者は少なく自分自身への信頼性は低い認知傾向にあり、統合失調症者は認知的洞察力において、健常者よりも自己内省性が低く、自己確信性が高いという先行研究(Bora et al.,2007)とは異なる自己確信性の状態にあると考えられた。

一方、『②自分の体験についての私の解釈は、絶対に正しい』、『⑩人と私の意見が違う場合、間違っているのはたいてい相手側である』、『⑪私の体験について、他の人々の意見を信頼する事は出来ない』という3項目は、「0.まったくそう思わない」を最も多く選択し、その後「1.少しそう思う」、「2.かなりそう思う」、「3.完全にそう思う」の順に選択していた。これらについてもBCISの主要構成要素(Beck et al.,2004)と引照した結果、『②自

分の体験についての私の解釈は、絶対に正しい:Definitely right』、『⑩人と私の意見が違う場合、間違っているのはたいてい相手側である:People are wrong』、『⑪私の体験について、他の人々の意見を信頼することは出来ない:Cannot trust opinion』と示された。これらの質問内容には「絶対」、「～できない」という強い表現がこめられており、回答者は自己の体験や意見について、他者と自己を比較した際の絶対的な自信の強さ、また他者の訂正に対する強い抵抗感について評価を求められていることが伺われた。そのため本研究の対象者は、度数分布の状態から、絶対的な自信や他者の解釈、意見に対する抵抗性は低いと考えられた。

以上より、統合失調症者は自己確信性において、自己判断、信念に対する自分自身への信頼性、また他者の解釈、意見に対する抵抗感が低い状態にあると考えられた。自己確信性が低いことは、自己洞察を深める認知傾向であると評価でき、望ましいと考えられた(Uchida et al.,2009)。しかしその一方で、この結果からは統合失調症者が、自己が得た情報よりも他者の情報に頼りやすい認知的洞察力の状態を持つ可能性も推察された。

5) 内部情報由来に偏りやすいリアリティ・モニタリング

他者の情報に頼りやすいという統合失調症者における自己確信性の状態から、リアリティ・モニタリングが判断過程において、外部から得た情報の中でも自己の行動を通して直接知覚した情報より、他者から間接的に得た情報を偏って得ていることが推察された。それにより自覚を伴う外部情報が乏しくなり、また他者からの情報に基づいた推測・想像の内部情報が生成されやすくなることで、内部情報由来に偏った判断過程が促されていると考えられた。これは、半構造化面接調査において示された、【他者の影響が強い体験】、【不確かな自己の体験】から見出されたリアリティ・モニタリングの特徴と類似していると考えられた。そのため自己の体験記憶であるにも関わらず、自己以外の情報に帰属しやすい判断過程がエラーの発生につながっている可能性があると考えられた(佐藤,2008)。

しかし反対に、この状態は統合失調症者が他者の意見を尊重し、より多くの外部情報を取り入れようとしている傾向であるともとらえられ、リアリティ・モニタリング・エラーを防ぐ働きが表れたという逆の可能性も示唆された。

6) 認知的洞察力から見出されたリアリティ・モニタリングの特徴

以上より、統合失調症者における認知的洞察力の状態、リアリティ・モニタリングの特徴について以下が見出された。

- (1) 統合失調症者の認知的洞察力は、ゆらぎやすく不確かな状態が基盤にある可能性がある。
- (2) 統合失調症者の認知的洞察力には自己内省性が備わっている。この状態には、自己と他者から得た多様な情報に基づくリアリティ・モニタリングの反芻が関連している可能性がある。
- (3) 統合失調症者の自己確信性は、他者の情報に頼りやすい状態にある。この状態には内部情報由来に偏りやすいリアリティ・モニタリング、反対に他者の情報を取り入れ、外部情報を増やすことでエラーを防ぐ働きが反映している可能性がある。

3. メタ記憶に関わるリアリティ・モニタリング

1) 過大な自己評価傾向にある統合失調症者のメタ記憶

J-MIA-44 は、記憶に関する自己評価だけでなく、記憶に対する自己効力感も測定できる尺度である（金城ら,2008 ; 村山,2009）。対象者のメタ記憶について、PANSS の陽性症状と J-MIA-44 において自己の記憶能力に対する評価である「能力」との相関関係から、陽性症状と対象者の記憶に対する自己効力感は相互に高め合うことが示された。定村,奥野,山川,柳（2011）は、入院中の統合失調症者は、自己効力感に対する評価が過大になる傾向にあること、またその要因として陽性症状を含む症状の強さが影響している可能性を報告している。よってメタ記憶と陽性症状が関連する可能性が示されたこの結果から、統合失調症者は陽性症状の影響により自己に相応しない記憶に対する自己効力感を抱いている状態にある可能性が示唆された。

この結果に加え、J-MIA-44 の下位尺度間において、自己の記憶能力に対する支配・コントロール感を評価する「支配」と、記憶に関する一般知識である「課題」、陽性症状と関連を示した「能力」、自己の記憶能力に対する変化の認識を表す「変化」は弱い正の相関を示した。また記憶能力を発揮する際の「不安」は、「変化」と弱い負の相関を示していた。

これらの結果からは、自己の記憶能力に関して異なる側面の自己効力感が、相互に影響を及ぼし合い高まりやすい関係性にあることが示された。さらに、統合失調症者のメタ記憶の状態を理解するため、J-MIA-44 を作成した金城ら（2013）が、平均約 20 歳の大学生 240 名と平均約 70 歳の高齢者 268 名を対象に算出した各下位尺度の項目平均得点（各下位尺度の平均値/各下位尺度質問項目数）と対象者の結果とを、平均得点の 95%信頼区間を考慮して引照した。その結果、大学生と同程度の自己評価であったのは「変化（大学生：3.17、高齢者：2.43）」、「支配（大学生：3.34、高齢者 3.12）」、高齢者と同程度であったのは「能力（大学生：3.24、高齢者：2.85）」であり、統合失調症者のメタ記憶は健常者とかげ離れた評価の状況にはないと思われた。また「課題（大学生：4.02、高齢者：4.03）」は大学生、高齢者の方が高く評価していると考えられ、統合失調症者は一般的な記憶知識に対する自信は高まりにくいことが伺われた。しかし「不安（大学生：3.39、高齢者：3.18）」は大学生、高齢者よりも低いことが伺われ、メタ記憶の評価が実際の状況よりも高まりやすいリスクも備えていることが推察された。

また、メタ記憶と対象者背景との関連性から、「課題」と抗精神病薬内服量との間に正の相関が示された。「課題」と抗精神病薬内服量は共通して入院期間との関連が示されており、90 日を超過した者の方が抗精神病薬の内服量が多く、記憶に対する知識があると評価していた。統合失調症者に対する抗精神病薬の処方量について、落合ら（2014）は、入院施設での処方量が多いことを述べている。本研究の結果から、統合失調症者は「課題」の自己評価は健常者より低い傾向が伺われるが、症状の軽減に必要な抗精神病薬の量が多く、伴って入院期間が長期化している者に関しては、この項目の評価は高まりやすい特徴を持つ可能性が考えられた。

一方、「不安」では、90 日を超過した入院患者の方が、記憶発揮時の不安が高いと評価していた。本研究の対象者は、記憶に対する不安は高まりにくい状態であると考えられるが、入院が長期化しているという事実そのものが、記憶に関わらず統合失調症者の不安に影響している可能性が推察された。すなわちこれらの結果から、統合失調症者のメタ記憶は、症状だけでなく、それに伴う抗精神病薬の内服状況、入院期間という治療環境により変化するという示唆が得られた。

2) 過大な自己評価を促すリアリティ・モニタリング・エラー

統合失調症者におけるメタ記憶は評価が過大になりやすく、その要因として陽性症状が少なからず影響しているとの示唆が得られた。この状態は、統合失調症者のリアリティ・モニタリングが陽性症状によりエラーを起こしやすいこと（田中,2005;田中ら,2005）、メタ記憶がリアリティ・モニタリングの上位概念である（杉本,楠見, 2007;仲,2009）ことを踏まえ、統合失調症者特有のリアリティ・モニタリング・エラーがメタ記憶に反映した一側面を表したと考えられた。さらに対象者の陽性症状は先行研究よりも程度は弱く、質問紙調査への回答信憑性から逸脱している状態ではないと考えられる。よって症状が強くない状態であっても、統合失調症者は特有のリアリティ・モニタリング・エラーを起こすリスクをもつことが示唆された。そのため、症状が改善しただけでは判断過程の改善は図られないことも推察され、意図的な介入をおこなう必要性についても示されたと考えられた。加えて、メタ記憶の状態は対象者の治療状況により変容することが示されたことから、統合失調症者のリアリティ・モニタリングも、症状以外の状況により変容する可能性が示唆された。

メタ記憶とリアリティ・モニタリングとの関連について、中田（2015）は、記憶に関するモニタリング機能を検討することは、メタ記憶的活動の一端を明らかにすることにつながるかと述べている。したがって、本研究におけるメタ記憶の状態も、リアリティ・モニタリング・エラーがメタ記憶における活動面に影響することで生じていると推察された。

3) 陰性症状とリアリティ・モニタリングとの関連

何かを思い出そうとする時、記録しようとする時にどのような方略を用いているか、という記憶方略の利用頻度を評価する「方略」は、陰性症状と弱い負の相関を示したことから、因果関係は明らかでないものの、無為・自閉、意欲の低下などの特徴をもつ陰性症状（佐伯,2016）が、能動的な記憶行動を妨げている可能性が推察された。しかし、方略における質問 1 項目あたりの平均得点を先行研究（金城ら,2013）と引照すると、大学生が 2.92、高齢者が 2.75 と本研究の対象者の方が記録、想起する際の方略を利用していることが伺われた。このことは、陰性症状の程度に影響を受けながらも統合失調症者が普段から記憶に対して慎重に行動していると自己を評価していることが推察された。

また本研究の結果では、陰性症状は男性において強い傾向が示されている。統合失調症者のリアリティ・モニタリング・エラーは陽性症状と関連しているとの知見（浅井,丹

野,2007;佐藤,2008;浅井,今水 2011) を踏まえると、本研究の男性対象者は、エラーが生じにくい背景をもつと思われた。しかしメタ記憶と陰性症状との関連性が否定できない結果が示されたこと、また、陰性症状は陽性症状と正反対の性質をもつが、症状の基盤は同じ認知機能障害であること(池淵,2015) から、統合失調症者のリアリティ・モニタリングは性差に関わらずエラーを生じる可能性があること、また陽性症状だけでなく陰性症状とも関連を持つ新たな可能性が示唆された。

4) メタ記憶から見出されたリアリティ・モニタリングの特徴

以上のことから、統合失調症者におけるメタ記憶の状態、リアリティ・モニタリングの特徴について以下が見出された。

- (1) 統合失調症者のメタ記憶は、陽性症状、陰性症状と関連する。
- (2) メタ記憶は、症状以外に抗精神病薬内服量、入院期間という治療状況と関連する。
- (3) メタ記憶に対する異なる自己評価項目は、相互に評価を高め合う関係性にある。
- (4) 統合失調症者のメタ記憶は、過大な自己評価傾向にあると考えられ、その状態には陽性症状によるリアリティ・モニタリング・エラーが関連している可能性がある。
- (5) 統合失調症者のリアリティ・モニタリングは、陽性症状だけでなく、陰性症状と関連する可能性がある。

VI. 第3章の総括

本研究は、統合失調症者における認知的洞察力、メタ記憶の状態を明らかにすることを通じて、関連しているリアリティ・モニタリングの特徴を検討することを目的におこなった。統合失調症者 55 名を対象とした質問紙調査の結果、以下が見出された。

1. 統合失調症の認知的洞察力は不確かな評価傾向が基盤にあるが、内省性、客観性、フィードバックへの開放性を含む能力が備わっている。また自己確信性は低く、他者の情報に頼りやすい意思決定の傾向が考えられる。
2. 認知的洞察力の状態に関わる統合失調症者のリアリティ・モニタリングは、半構造化面接調査と同様に多様な情報に基づく意図的なリアリティ・モニタリング、内部情報由来に偏りやすいリアリティ・モニタリングがおこなわれていると考えられる。また、判断過程において意図的に情報を増やしリアリティ・モニタリング・エラーを防ぐ働きが生じている可能性がある。
3. メタ記憶の状態は症状だけでなく治療背景により異なる。また、異なる評価側面同士で相互に評価を高め合う関係性にある。
4. 統合失調症者のメタ記憶の状態は過大な評価になりやすく、陽性症状によるリアリティ・モニタリング・エラーの関連が考えられる。またリアリティ・モニタリングは陰性症状とも関連する可能性がある。

第4章 総合考察

I. 統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングの特徴

1. 効果的なリアリティ・モニタリングの実践

本研究は、統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングの特徴を明らかにする目的で、半構造化面接調査と質問紙調査をおこなった。

研究 1.では、精神科病院の急性期病棟に入院・治療中の統合失調症者 20 名を対象に、半構造化面接を用いて病気に関する体験記憶、およびその体験に基づく自己洞察の状態を明らかにし、その状態にどのようなリアリティ・モニタリングの特徴が反映されているか検討した。内容分析の結果、統合失調症者の病気体験からは、【病気である自己の体験】、【病気を実感した体験】、【病気の体験に対する客観視】というカテゴリが抽出された。統合失調症者は、病気の体験を自己の身に生じている体験であることと実感し、自己を主体とする記憶が記録・保持・想起されており、現実的な知覚に基づいたリアリティ・モニタリングが反映されていると考えられた。また、自己洞察の状態を表すカテゴリでは【客観的な自己評価】が抽出された。統合失調症者は、自己を主体とする病気の体験記憶を再想起し、自己と他者の視点から客観視することで自己をとらえていた。これは普段のリアリティ・モニタリングにおいて、現実的な知覚から得た外部情報と推測・想像の内部情報それぞれを多様にとりいれ、意図的な判断をおこなうことが出来ている可能性が推察された (Johnson et al.,1993)。Johnson, and Raye(1981)、中田,森田 (2005) は、記憶を記録する際に、得た情報に対する検索・精緻化などの認知操作をおこなうと、リアリティ・モニタリングにおけるエラーが減少すること、そのためには認知操作に関わる情報量も重要だと述べている。このことから統合失調症者はエラーを減少させる効果的なリアリティ・モニタリングをおこなうことができている特徴をもつことが示唆された。

半構造化面接調査に加え、リアリティ・モニタリングの特徴をより多面的に検討するため、研究 2.としてリアリティ・モニタリングと関わる重要な要素である認知的洞察力、メタ記憶それぞれの状態を明らかにすることを通じて特徴を検討した。研究 1.と同様の治療状況にある統合失調症者 55 名を対象とし、認知的洞察力は BCIS-J を用い、メタ記憶は J-MIA-44 を用いて状態を評価した。認知的洞察力について各質問項目に対する選択肢の度数分布から特徴を見出した結果、統合失調症者の認知的洞察力は、不確かさが基盤としてある可能性を含みつつも、自己と状況に対する客観的な認知傾向を示す自己内省性が備

わっている状態にあることが認められた。またその背景には、半構造化面接調査によって抽出された【客観的な自己評価】と同様に、自他から得た多様な情報を用いてエラーを起こしにくいリアリティ・モニタリングを構築している特徴が関わり、表れていると考えられた。

これまで、統合失調症者のリアリティ・モニタリングはエラーを中心に検討されてきた (Brebion et al.,1997;Brebion et al.,2000;Brebion et al,2002)。また、リアリティ・モニタリング・エラーは健常者よりも生じやすいとされている (田中,2005;田中ら,2005)。本研究の結果、統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングは効果的に機能しており、日常生活において常にエラーを起こしている訳ではないことが見出され、統合失調症者に対する理解を深めるうえで有用な知見を得ることができたと考えられた。

2. 陽性症状の影響によるリアリティ・モニタリング・エラー

リアリティ・モニタリングの特徴について、統合失調症者は効果的な判断過程を進めていることが見出された一方、陽性症状の影響と考えられるリアリティ・モニタリング・エラーも起こしている可能性が見出された。

半構造化面接調査では、統合失調症者の病気に関わる体験について【他者の影響が強い体験】、【不確かな自己の体験】というカテゴリが抽出され、統合失調症者は自己の体験が他者に帰属される、また曖昧となることで現実的な知覚情報を得ることが乏しい状態に陥っていることが示された。また自己洞察について【主観的な自己評価】、【自己評価のゆらぎ】というカテゴリが抽出された。統合失調症者は自己の体験を客観的に反芻するだけでなく、自己の推測・想像情報に偏って自己評価している状態にあることも認められた。これらの結果からは、統合失調症者が日常的なリアリティ・モニタリングにおいて、外部情報より内部情報に偏った判断をおこなう特徴をもつことが推察され、その特徴が強い場合の判断結果は、陽性症状との関連性からエラーを起こしやすい、または起こしていると考えられた (金城,2001)。また対象者が陰性症状よりも陽性症状が強い集団であったことから、陽性症状がエラーの鍵となっていると考えられた。

さらに質問紙調査による認知的洞察力の状態では、自己の判断や信念の強さを評価する自己確信性について、統合失調症者は他者の解釈、意見に対する抵抗性は低く、自己判断への確信も高い状態でないことが伺われた。これは自己の体験を記銘・保持・想起する際に、統合失調症者が自己より他者から得た間接的で偏った断片的な情報に依存しやすく、

外部情報量が不安定な状態でおこなわれた、内部情報由来の判断過程を確信しやすいというリアリティ・モニタリングの特徴（佐藤,2008）が関わり表れていると考えられた。この結果は、半構造化面接調査で見出されたリアリティ・モニタリングの特徴と共通していると考えられ、陽性症状によるエラーのリスクも含まれていると考えられた。

メタ記憶の状態では、統合失調症者は自己の記憶に対する評価が、陽性症状だけでなく、陰性症状、治療状況と関連することが認められた。さらに記憶に関する様々な評価側面は、相互に高めあう関係性にある可能性が示された。入院中の統合失調症者は症状の影響で自己評価が過大になりやすい傾向にあり（定村ら,2011）、統合失調症者のリアリティ・モニタリング・エラーと陽性症状との関連性を踏まえると、メタ記憶の過大な評価傾向には陽性症状によるリアリティ・モニタリング・エラーが関わっている可能性が見出された。

以上を踏まえ、統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングの特徴として、陽性症状の影響を受けたリアリティ・モニタリング・エラーが実際に生じていること、またエラーが生じやすいリスクを持っていることが示唆された。これは浅井,丹野（2007）、佐藤（2008）、浅井,今水（2011）の報告と同様の特徴を示したと考える。

3. リアリティ・モニタリングの特徴に伴う影響

本研究の結果、統合失調症者は、「効果的なリアリティ・モニタリング」と「陽性症状による統合失調症者特有のリアリティ・モニタリング・エラー」という特徴を持つ可能性が見出された。これらの特徴は、半構造化面接調査、質問紙調査の双方に共通して見出された。統合失調症者の体験記憶、自己洞察の状態は、リアリティ・モニタリングの特徴とメタ記憶、認知的洞察力との関連を通じて表れており、リアリティ・モニタリングが影響を及ぼす構造も示された推察される。

リアリティ・モニタリングの統合失調症者に対する影響について、半構造化面接調査で抽出された自己洞察に関するカテゴリ【客観的な自己評価】、また認知的洞察力における自己内省性の状態より、統合失調症者は奥村（2002）の報告と同様、自らの体験を客観的に振り返り、とらえ直すことができる力を備えている状態が示された。つまり今回示された結果は、リアリティ・モニタリングが、特に自己の体験記憶を想起し再度記録する際に、多様な情報に基づいて意図的におこなわれた結果が反映していると考えられた。そして、リアリティ・モニタリングが効果的に進められ、さらに繰り返されることにより、自己洞察、認知的洞察力が効果的に変容するうえで重要な、自己内省性の高まりが生じると考え

られた。

反対に、【主観的な自己評価】、【自己評価のゆらぎ】という自己洞察のカテゴリ、認知的洞察における自己確信性の状態、および自己評価が過大に高まりやすいメタ記憶の状態からは、統合失調症者が陽性症状の影響を受けたリアリティ・モニタリングにより誤った体験記憶を構築した場合、その記憶に対して強い確信を得やすく（菊地,吉田,2017）、自己評価を歪めてしまう可能性も示唆された。

一方、三宮（2009）は認知的洞察力について個人差があることを述べている。本研究において認知的洞察力とつながりのあるメタ記憶の状態が症状、治療状況と関連を示した結果も踏まえ、統合失調症者のリアリティ・モニタリングにおいても、その特徴には個別性があると考えられた。また、個別的な背景を含めた統合失調症者の変化により、リアリティ・モニタリングの働きも変容し得る可能性が期待できることも示唆された。

4. リアリティ・モニタリング・エラーと認知機能との関連性

半構造化面接調査で抽出された【自己評価のゆらぎ】、また質問紙調査で用いた認知的洞察力を評価する尺度 BCIS-J において内的整合性を得ることが出来なかった結果からは、統合失調症者の自己洞察、その深まりに必要な能力である認知的洞察力は、ゆらぎやすく不確かな状態にあることが推察された。この状態には内部情報優位で不確かな判断過程によるリアリティ・モニタリングが影響していると考えられたことに加え、統合失調症者の認知的洞察力は、認知機能障害の一つとして障害がある点を踏まえ、リアリティ・モニタリングの特徴は、陽性症状だけでなく統合失調症の中心的な基本障害である認知機能障害との関連性という側面からも検討し、理解を深める必要があると考えた。

統合失調症において障害される認知機能のうち、多様でフレキシブルな社会的行動を支える高次の認知機能と定義されているのが社会認知である。（蟹江,中込,2016）。社会認知の障害には、統合失調症者のリアリティ・モニタリングと関連する内部モデルのベイズ推定異常が認知バイアスの一つとして含まれている（池淵ら,2012）。また、障害の一つに「結論への飛躍：Jumping to conclusions: JTC」という認知バイアスがある。これは、妄想のある人は何等かの事象について結論を出す際、どの程度の情報から結論を下す傾向があるかを推定した場合に、少ない情報で高い確信を持ってしまう、という妄想の影響を受けた認知の偏りを表す。統合失調症者のリアリティ・モニタリングにおいて、妄想は個別的な内部情報の生成を高めやすいことから実際の情報が少なく、エラーの発生を促している。

よって、陽性症状によるリアリティ・モニタリング・エラーは、認知機能障害における認知バイアスと特徴に共通性があり、関連が否定できないと推察された。

また、半構造化面接調査で抽出された【他者の影響が強い体験】、【不確かな自己の記憶】、のカテゴリは、人が自己の行動が能力や意思などの要素と、偶発性や周囲などの要素のどちらに帰属するかを決める際、妄想のある人は帰属が後者に偏るという「原因帰属の障害」という認知機能障害と状況が類似しており、現実的な知覚情報に乏しいリアリティ・モニタリングと関連する可能性も推察された（池淵ら,2012）。

一方で、【客観的な自己評価】と、認知的洞察力における自己内省性の状態から、統合失調症者は効果的なリアリティ・モニタリングが機能することで、自己と他者双方の視点から自己の体験や自分自身をとらえていることが見出されている。これは自己と他者は異なる考えを持つことを理解する「心の理論」という認知機能（三宮,2008；三宮,2018）とリアリティ・モニタリングとの間につながりがある可能性も考えられた。

以上より、統合失調症者のリアリティ・モニタリングは、統合失調症者が社会生活を送る上で重要な認知機能とも関わる重要な基盤となっている可能性が示唆された。また、リアリティ・モニタリングと認知機能との関連性は、リアリティ・モニタリングが記憶に限定した判断過程でもあることから、社会認知だけでなく、記憶を司る神経認知との関連性もあると推察された。

II. 看護への示唆

本研究の結果、統合失調症者における効果的なリアリティ・モニタリングは、自己内省を高め、自己洞察を深めることにも寄与していると考えられた。そこで、統合失調症者の自己内省を高める看護支援を検討することで、自己の体験記憶に対するリアリティ・モニタリング・エラーを軽減させる看護支援についても示唆が得られると考えた。

自己内省を高める支援の一つに認知療法が挙げられる。認知療法は、対象者が自身の思考に対して偏った自己中心的な思考に気づき、思考の視点を変化させることを促しており、うつ病をもつ患者に対する有用性が報告されている（勝倉,伊藤,根建,金築,2011）。また、このプログラムは当事者一人ではなく、第三者である看護師が介入して進めることが重要とされている（勝倉ら,2011）。これは、対象者が看護師に自己の思考を言語化、すなわち「外化」し、看護師から「フィードバック」を受けることによる思考の再編成が促されるためと考えられる（吉野,川端,川村,長内,2005；平嶋,2006；堀,2009）。本研究の結果、統

合失調症者の自己内省に関わる思考の源は本人の体験記憶に由来すると考えられた。そのため、対象者の「外化」と「フィードバック」はリアリティ・モニタリング・エラーを軽減する方法としても有用であると言える。統合失調症者による自己の体験の想起とその内容の外化に対し、看護師がフィードバックをおこなうことで、その体験記憶に関わる情報、認知操作量が増加する（中田,森田,2005）。それにより効果的なリアリティ・モニタリングに基づく記憶の再記憶が促されると考えられた。また、統合失調症者のリアリティ・モニタリングに対する介入は、本人の体験に基づいておこなわれる。そのため、自己の体験を外化することによる安心感と自信を確保することも重要であると思われた（横山,森元,竹田,池田,2014）。

以上を踏まえ、統合失調症者のリアリティ・モニタリングに対して、看護師は本人が安心して自己の体験を外化できる環境を整え、外化される内容を傾聴し理解を深めること、そして多角的な情報をフィードバックとして提供し、共にその体験について振り返ることによって本人自身がエラーに気づき、体験をとらえ直すことに働きかけることができると考えられた。またこの支援は、統合失調症者が自分の人生を自分らしく生きていくための発想の転換につながることを期待できると考えられた（藤野,脇崎,2010）。さらに、リアリティ・モニタリングの変容に伴い自己内省、自己洞察が深まると、自己の体験に対する主体的な感覚の獲得（豊巻,高橋,小山,2009；浅井,今水,2011）、自尊心（國方,2010）、自己効力感（菅原,森,2011）にも効果が得られるとの示唆が得られた。

加えて、統合失調症者のメタ記憶が症状、治療状況と関連することをふまえ、看護師は病状、治療経過に伴う統合失調症者の変化を予測することで、リアリティ・モニタリングを改善し回復に必要な力を高める看護支援の効果的な介入時期を検討することもできると考えられた。

Ⅲ．本研究の限界と今後の課題

本研究では、リアリティ・モニタリングと関わる要素の状態を通じて、統合失調症者における特徴について検討を深めた。そのため、見出された特徴は可能性の範囲で明らかにされるにとどまった。今後の課題として、リアリティ・モニタリングは直接観察することが出来ない特徴を踏まえ、統合失調症者のリアリティ・モニタリングをより明確に明らかにする研究方法の検討を進める必要がある。

また、本研究の対象者は半構造化面接調査が 20 名、質問紙調査が 55 名であった。対象

者は急性期病棟に入院中の患者に限定されていたため、統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングの特徴を明らかにするには、外来患者など対象者範囲を広げた検討も必要だと考える。

また、認知的洞察力を評価する目的で用いた BCIS-J について、本研究では各質問項目の度数分布から状態を検討した。質問ごとの内容を熟考し、認知的洞察力の具体的な状態を明らかにすることで、統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングの特徴について検討することができたと考える。しかし BCIS-J は、自己内省性と自己確信性の状態から、現実的な認知の程度まで検討することができる尺度であり、認知的洞察力の状態をとらえるには限界があったと考える。そのため、統合失調症者の認知的洞察力の評価についてさらに検討を加えることで、その特徴やリアリティ・モニタリングとの関連性について、新たな知見を得ることができると考える。

さらに、本研究は統合失調症者におけるリアリティ・モニタリングの特徴を明らかにすることが目的であったが、結果を活用し統合失調症者に還元するため、実際にリアリティ・モニタリングに対する看護支援を開発し、効果を検証する必要がある、その点も今後の課題と考える。

第5章 総括

本研究は、統合失調症におけるリアリティ・モニタリングの特徴を、リアリティ・モニタリングが反映した状態、および関連する要素の状態から検討し明らかにすることを目的におこなった。

I. 統合失調症者 20 名に対し半構造化面接調査を実施し、病気の体験記憶、自己洞察の状態からリアリティ・モニタリングの特徴を検討した。その結果、以下が見出された。

1. 統合失調症者は、【病気である自己の体験】、【病気を実感した体験】、【病気の体験に対する客観視】、【他者の影響が強い体験】、【不確かな自己の体験】という病気の体験記憶があり、【客観的な自己評価】、【主観的な自己評価】、【自己評価のゆらぎ】という自己洞察の状態をもつ。

2. 統合失調症者は、個人の内部で生成された推測・想像情報優位なリアリティ・モニタリングの結果、エラーを起こしている一方、外部から得た現実的な知覚情報、また多様な情報に基づく意図的なリアリティ・モニタリングをおこなうことができる特徴を併せもつ可能性がある。

II. 統合失調症者 55 名に対し質問紙調査を実施し、認知的洞察力、メタ記憶の状態からリアリティ・モニタリングの特徴を検討した。その結果、以下が見出された。

1. 統合失調症者の認知的洞察力は不確かさが基盤にある可能性があるが、自己内省性が備わっており、自己確信性は低く他者の意見に依存しやすい傾向が見受けられる。

2. メタ記憶の状態は、異なる記憶の評価内容が相互に評価を高め合う関係にあり、陽性症状、陰性症状だけでなく、入院期間、抗精神病薬の内服量と関連している。

3. 統合失調症者の認知的洞察力、メタ記憶には半構造化面接調査と同様のリアリティ・モニタリングの特徴が関わっていると考えられる。またリアリティ・モニタリングの特徴には陽性症状だけでなく、陰性症状が関連している可能性がある。

謝辞

本研究に快くご協力いただきました対象者の皆様方と対象病院の院長、ならびに看護部長をはじめ看護部の皆様、急性期病棟の医師および看護師の皆様方に、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、多くのご支援を賜りました看護科学専攻の皆様方、精神保健看護グループの皆様方に、心より感謝申し上げます。

文献

- 阿部真美子, 井田政則. (2010). 成人用メタ認知尺度作成の試み—Metacognitive Awareness Inventory を用いて—. *立正大学心理学研究年報*, 1, 23-34.
- 天谷真奈美, 鈴木麻揚, 柴田文江, 阿部由香, 田中留伊, 大迫哲也, 板山稔. (2008). 統合失調症者の社会参加自己効力感を促進する要因. *国立看護大学校研究紀要*, 7 (1), 1-8.
- 浅井智久, 今水寛. (2011). 統合失調症と内部モデル. *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 self-agency. *心理学評論*, 50(4), 371-383.
- 浅井智久, 丹野義彦. (2010). 声の中の自己と他者・幻聴の自己モニタリング仮説. *心理学研究*, 81(3), 247-261.
- Beck A T., Baruch E., Batler J M., Steer R A., &Warman D M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68,319-329.
- Brebion, G., Amandor, X., Malaspina, D., Sharif, Z., & Gorman. J.M. (2000). Positive symptomatology and source-monitoring failure in schizophrenia –an analysis of symptom- specific effects. *Psychiatry Research*, 95(2), 119-131.
- Brebion, G., Gorman, J.M., Amandor, X., Malaspina, D., & Sharif, Z. (2002). Source monitoring impairments in schizophrenia : characterization and associations with positive and negative symptomatology. *Psychiatry Research*, 112 (1), 27-39.
- Brebion, G., Smith, M.J., Gorman, J.M., & Amandor. X. (1997). Discrimination Accuracy and Decision Biases in Different Types of Reality Monitoring in Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185 (4), 247-253.
- Bora E., Erkan A., Kayahan B., &Veznedaroglu B. (2007). Cognitive insight and acute psychosis in schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 634-639.

- Chiba Rie, Miyamoto Yuki, & Kawakami Norito. (2009). Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale(RAS) for people with chronic mental illness:Scale development. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 314-322.
- Cooper A. R., Grant P C. K., Cohen B S., & Simons S. J. (2016). Reality Monitoring and Metamemory in Adults with Autism Spectrum Conditions, *J Autism Dev Disord*, 46, 2186-2198.
- David AS. (1990). Insight and Psychosis. *Br J Psychiatry*, 156, 798-808.
- Deegan, E., Patricia. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation*, 11(4), 11-19.
- Ditman T., & Kuperberg GR. (2005). A source-monitoring Account of Auditory Verbal Hallucinations in Patients with Schizophrenia. *Harv Rev Psychiatry*, 13(5), 280-299.
- Dixon, R.A., Hulstsch, D.F. (1983). Structure and development of the Metamemory in Adulthood Scale. *Journal of the Gerontology*, 38, 682-688.
- Dixon, R.A., Hulstsch, D.F., & Hertzog, C. (1988). The metamemory in adulthood(MIA) questionnaire. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 671-688.
- 江口重幸. (2017). 精神科で出会う人々. 系統看護学講座専門分野II精神看護学の基礎. 武井麻子 (著者代表). 東京 ; 医学書院. pp155-182.
- Eifler S., Rausch F., Schirmbeck F., Veckenstedt R., Mier D., Esslinger C., Englisch S., Lindenberger M A., Kirsch P., & Zink M. (2015). Metamemory in schizophrenia: Retrospective confidence ratings interact with neurocognitive deficits. *Psychiatry Research*, 225, 596-603.
- 榎本晶, 緒方紀子, 水戸美津子. (2017). 看護におけるリフレクションとメタ認知の考察. *聖徳大学研究紀要*, 28, 151-156.

- 榎本奈生, 関戸好子, 菅原京子. (2009). 精神科デイケアの通所者が語る社会生活に必要な支援ニーズ. *山形保健医療研究*, 12, 33-40.
- Frith, C.D. (1987). The positive and negative symptoms of schizophrenia reflect impairments in the perception and initiation of action. *Psychological Medicine*, 17, 631-548.
- 藤野成美, 脇崎裕子. (2010). 精神科病院に長期入院中である統合失調症患者がとらえる老いの認識と自己の将来像. *日本精神保健看護学会誌*, 19(1), 105-115.
- 藤瀬文子, 古川久敬. (2005). 自尊感情と自己認知との関係性-他者からみられている自己に着目して-. *九州大学心理学研究*, 6, 189-197.
- Harvey, PD. (1985). Reality Monitoring in Mania and Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 173 (2), 67-73.
- 平嶋 宗. (2006). メタ認知の活性化支援. *人工知能学会誌*, 21 (1), 58-64.
- 廣澤愛子, 大西将史, 岸俊行. (2017). 自己中心性尺度の作成-「他者への共感不全」と「自己内省の困難さ」に焦点を当てて-. *福井大学教育・人文社会系部門起用 (教科)*, 2, 207-223.
- 廣瀬春次. (2012). 混合研究法の現在と未来. *山口医学*, 61, 11-16.
- 堀哲夫. (2009). 認知過程の外化と内化を生かしたメタ認知の育成に関する研究その1-OPPA による外化と内化のスパイラル化の理論を中心にして-. *山梨大学教育人間科学部紀要*, 11, 12-22.
- 細野正人, 山崎修道, 石垣琢磨. (2013). デイケアにおけるメタ認知トレーニング (MCT) 日本語版の利用可能性の検討. *精神医学*, 55(12), 1165-1171.
- 堀田千絵, 多鹿秀継. (2007). false memory の結果を説明する理論的枠組み. *愛知教育大学研究報告*, 56, 67-75.
- 池淵恵美. (2004a). 「病識」再考. *精神医学*, 46 (8), 806-819.

- 池淵恵美. (2004b). 障害の主観的体験とその需要. *精神科臨床サービス*, 4, 304-310.
- 池淵恵美. (2015). 「陰性症状」再考—統合失調症者のリカバリーに向けて—. *精神神経学雑誌*, 117(3), 179-194.
- 池淵恵美, 中込和幸, 池澤總, 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.
- 石垣琢磨. (2012). メタ認知トレーニング (Metacognitive Training;MCT) 日本語版の開発. *精神医学*, 54(9), 939-947.
- 石垣琢磨. (2014). メタ認知トレーニングの理論と実践. *北海道作業療法*, 31(3), 96-102.
- 石垣琢磨, 則包和也, 川添郁夫, 丹野義彦, 細野正人. (2014). 個人用メタ認知トレーニング (Meta-cognitive Training plus; MCT+) 日本語版の開発. *精神医学*, 56(1), 65-74.
- 石原俊一, 水野邦夫. (1992). 改訂セルフ・モニタリング尺度の検討. *心理学研究*, 63 (1), 47-50.
- いとうたけひこ. (2013). テキストマイニングの看護研究における活用. *看護研究*, 46(5), 475- 484.
- 日域広昭, 野町彰彦, 澤雅世, 小山田孝裕, 志々田一宏, 村岡満太郎. (2005). 統合失調症の急性期治療過程における病識や「薬に対する構え」の変化. *臨床精神医学*, 34 (8), 1073-1078.
- Johnson, M.K., Hashtroudi, S., & Lindsay, D.S. (1993). Source Monitoring. *Psychological Bulletin*, 114(1), 3-28.
- Johnson, M.K., & Raye, C.L. (1981). Reality Monitoring. *Psychological Review*, 88 (1), 67-85.

- 釜英介. (1997). 精神分裂病患者の病識に対する看護者の理解と態度. *こころの看護学*, 1(2), 149-155.
- 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. *精神医学*, 58 (1), 45-53.
- 勝倉りえこ, 伊藤義徳, 根建金男, 金築. (2011). 日本版メタ認知的気づき評定法の開発. *心身医*, 51(9), 821-830.
- 河野理恵. (1999). 高齢者のメタ記憶 - 特性の解明, および記憶成績との関係 -. *教育心理学研究*, 47, 421-431.
- 菊池安希子, 吉田統子. (2017). メタ認知トレーニング. *MB Med Reha*, 208, 59-64.
- 金城光. (2001). ソース・モニタリング課題を中心としたソース・メモリ研究の動向と展望. *心理学研究*, 72 (2), 134-150.
- 金城光. (2009). メタ記憶の理論とモデル, *メタ記憶 記憶のモニタリングとコントロール*. 清水寛之 (編著). 東京; 北大路書房. pp23-40.
- 金城光, 井出訓, 森伸幸. (2008). 日本版成人メタ記憶尺度 MIA (The Questionnaire for Metamemory in Adulthood) 短縮版開発のための検討. *大妻女子大学紀要-社会情報系-社会情報学研究*, 17, 163-173.
- 金城光, 井出訓, 石原治. (2013). 日本版成人メタ記憶尺度 (日本版 MIA) の構造と短縮版の開発. *臨床心理学研究*, 11(1), 31-41.
- 金城光, 清水寛之. (2009). メタ記憶の生涯発達, *メタ記憶 記憶のモニタリングとコントロール*. 清水寛之 (編著). 東京; 北大路書房. pp119-135.
- 北村育子. (2004). 病いの中に意味が創り出されていく過程—精神障害・当事者の語りを通して, 構成要素とその構造を明らかにする—. *日本精神保健看護学会誌*, 13(1), 34-44.
- 小林信. (2013). 統合失調症患者の障害受容における「再発」という体験の意味についての考察. *群馬パース大学紀要*, 16, 11-20.

- 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. 厚生労働省ホームページ, <https://www.mhlw.go.jp/kokoro/index.html>
- 厚生労働省. (2014a). 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性. 厚生労働省ホームページ, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000051136.html>
- 厚生労働省. (2014b). 平成 26 年 (2014) 患者調査の概況, 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/>
- 國方弘子. (2010). 精神に病を持つ人の自尊心が低下した時の心身と行動の構造. *日本看護科学学会誌*, 30(4), 36-45.
- 楠見孝. (1988). 日常生活におけるメタ記憶. *日本教育心理学総会発表論文集*, 30, 644- 645.
- Macdougall A G., Mckinnon M C., Herdman K A., King M J., & Kiang M. (2015). The relationship between insight and autobiographical memory for emotional events in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 226(1), 392-395.
- 松林武之, 円山一俊, 岩切昌宏, 長井曜子, 芦田定. (1995). 精神分裂病者のメタ認知障害. *臨床精神医学*, 24(2), 203-210.
- 松元洋夫, 松本和紀, 倉知正佳, 前田貴記, 加藤元一郎, 鹿島晴雄. (2009). 精神・神経疾患と認知機能, *精神疾患と認知機能*. 山内俊雄(編). 東京:新興医学出版社. pp173-194.
- 松岡洋夫. (2007). 統合失調症. *精神経誌*, 109(2), 189-194.
- 松王政浩. (1994). 記憶としての自己. *科学哲学*, 27, 97-109.
- 宮島直子. (2010). 統合失調症患者の手記を対象とした発症前エピソードに関する研究. *日本精神保健看護学会誌*, 19(1), 116-127.
- 宮下照子. (1985). セルフモニタリング法, *行動療法研究*, 11 (1), 57.
- 宮崎淳, 松井三枝, 奈良原光隆, 小林恒之, 西条寿夫. (2010). メタ記憶過程における記憶方略選択と脳活動. *人間環境学研究*, 8(1), 55-65.

- 水間玲子. (2002). 自己形成過程に関する研究の概観と今後の課題：個人の主体性の問題. *京都大学大学院教育学研究科紀要*, 48, 429-441.
- 森伸幸, 井出訓, 金城光. (2006). 成人を対象としたメタ記憶測定尺度の開発：MIA (The Questionnaire for Metamemory in Adulthood). *心理科学部研究紀要*, 2, 1-6.
- Moritz, S., & Woodward, T.S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia : From basic research to knowledge translation and intervention. *Curr Opin Psychiatry*, 20, 619-625.
- 村山航. (2009). メタ記憶の測定, *メタ記憶 記憶のモニタリングとコントロール*. 清水寛之 (編著). 東京 ; 北大路書房. pp58-60.
- 中川正俊. (2003). 統合失調症における「障害受容」構造化の試み. *人間福祉研究*, 6, 1-9.
- 中島実穂, 服部陽介, 丹野義彦. (2015). ハーディネスを媒介して自己内省が抑うつに与える影響. *心理学研究*, 86(4), 347-353.
- 仲真紀子. (2002). 自己は記憶によってつくられる：出来事を記憶し語ることの発達. *児童心理*, 56(7), 710-715.
- 仲真紀子. (2009). 談話の産出・理解におけるメタ認知, *メタ認知 学習力を支える高次認知機能*. 三宮真智子 (編). 東京 : 北大路書房. pp162-168.
- 中田英利子, 森田泰介. (2005). ソース・モニタリングパラダイムに関する批判的検討. *教育科学セミナー*, 36, 57-69.
- 中田英利子, 森田泰介. (2014). リアリティ・モニタリング・エラー経験質問紙の開発と信頼性・妥当性の検討. *心理学研究*, 85 (2), 168-177.
- 中田英利子. (2015). 日常生活場面において生起するソース・モニタリング・エラーを規定する要因に関する検討. 関西大学学術リポジトリ, <http://hdl.handle.net/10112/9820>.
- 南山浩二. (2011). メンタルヘルス領域におけるリカバリー概念の東条とその含意：ロサンゼルス郡精神保健協会ビレッジ ISA に焦点をあてて. *人文論集*, 62(1), 1-20.

- 新延知美, 今野裕之. (2014). 自己注目が失敗からの心理的成長に与える影響. *パーソナリティ研究*, 23(1), 57-59.
- 西村多久麻, 河村茂雄, 櫻井茂男. (2011). 自律的な学習動機づけとメタ認知的能力が学業成績を予測するプロセス—内発的な学習動機づけは学習成績を予測することができるのか—. *教育心理学研究*, 59, 77-87.
- 野中猛. (2011). 図説リカバリー—医療福祉のキーワード—. 野中猛 (著). 東京: 中央法規出版.
- 則村良, 畦地博子. (2010). 精神科看護師が行う洞察を促す看護介入. *高知女子大学看護学会誌*, 35(2), 38-45.
- 落合英伸, 大坪徹也, 猪飼宏, 今中雄一. (2014). 統合失調症外来患者における抗精神病薬大量処方の関連因子—広域レセプトデータの活用—. *日本医療・病院管理学会誌*, 51(4), 183-191.
- 小塩真司. (2011). SPSS と Amos による心理・調査データ解析 (第2版) —因子分析・共分散構造分析まで—. 東京: 東京図書.
- 岡村純. (2004). 質的研究の看護学領域への展開—社会調査方法論の視点から—. *沖縄県立看護大学紀要*, 5, 3-15.
- 岡村陽子. (2012). セルフウェアネスと心理的ストレス. *高次機能研究*, 32 (3), 86-93.
- 岡崎哲也. (2015). 記憶障害. *総合リハビリテーション*, 43 (11), 1005-1009.
- 奥村太志. (2002). 社会復帰の意向を持つ長期入院精神分裂病者の現状および退院についての認識. *名古屋私立大学看護学部紀要*, 2, 47-55.
- 奥村太志, 渋谷菜穂子. (2005). 統合失調症患者の「長期入院に関する」認識—統合失調症患者の語りを通して、長期入院への姿勢の構成要素を明確にする—. *日本看護医療学会誌*, 7(1), 34-43.
- 大森圭美, 森千鶴. (2012). 統合失調症者における病識の関連要因—精神障害者観, 自尊心, 認知的洞察の関連から—. *日本看護科学学会誌*, 32 (3), 25-34.

- 大野宏明, 井上桂子. (2010). 被害関係妄想と自生体験を主症状とした統合失調症患者への認知行動療法的介入. *作業療法*, 29(1), 47-59.
- 大竹真裕美, 大川貴子, 田上美千佳, 新村順子, 長直子, 中山洋子. (2006). 3 か月以内で退院した統合失調症患者に行われたケアと退院後の生活の実際. *日本精神保健看護学会誌*, 15 (1), 86-95.
- 荻阪直行. (2009). メタ記憶とワーキングメモリの脳内表現, *メタ記憶 記憶のモニタリングとコントロール*. 清水寛之 (編著). 東京; 北大路書房. pp105-118.
- 荻阪直行. (2012). 高次脳機能とアウェアネス. *高次機能研究*. 32(3), 427-432.
- 小澤崇将, 長谷川晃. (2017). 自己反すうと自己内省が社会不安に及ぼす影響—4 週間の間隔を空けた縦断的検討—. *感情心理学研究*, 25(1), 17-25.
- 定村美紀子, 奥野純子, 山川百合子, 柳久子. (2011). 地域で暮らす統合失調症患者に対する精神科訪問看護の役割—精神科訪問看護利用者の特性と再入院との関連要因—. *日本プライマリ・ケア連合学会誌*, 34(1), 6-13.
- 佐伯幸治. (2016). 統合失調症の理解と看護. *改訂版これからの精神看護学 病態生理をふまえた看護実践のための関連図*. 森千鶴(監編), 田中留伊(編). 東京; PLAR PRESS, pp178-195.
- 酒井吉佳永, 金吉晴, 秋山剛, 立森久照, 栗田広. (2000). 病識評価尺度 (The schedule for Assessment of Insight) 日本語版 (SAI-J) の信頼性と妥当性の検討. *臨床精神医学*, 29 (2), 177-183.
- 三宮真智子. (2008). メタ認知研究の背景と意義, *メタ認知 学習力を支える高次認知機能*. 三宮真智子 (編). 東京: 北大路書房. pp1-16.
- 三宮真智子. (2009). 人間のコミュニケーションにおけるメタ認知. *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*, 109(224), 1-4.
- 三宮真智子. (2018). 記憶関連のメタ認知 (メタ記憶), *メタ認知で<学ぶ力>を高める*. 三宮真智子 (著). 京都: 北大路書房. pp26-27.

- 佐藤徳. (2008). 統合失調症におけるリアリティ・モニタリングの異常. *現代のエスプリ*, (497), 152-163.
- 佐藤郁哉. (2017). 質的データ分析法:原理・方法・実践. 東京;新曜社.
- 佐藤浩一. (2012a). 自伝的記憶の安定性—他者の経験に関するエピソード記憶との比較—. *群馬大学教育学部紀要 人文・社会学編*, 61, 201-208.
- 佐藤さやか. (2012b). 認知機能リハビリテーション. *Schizophrenia Frontier*, 13 (1), 53-57.
- 瀬戸屋 (大川) 希, 大島巖, 長直子, 福井里江, 榎野葉月, 岡伊織, 吉田光爾, 池淵恵美, 伊藤順一郎. (2003). 統合失調症者の自己記入式調査に対する回答信憑性: 統合失調症者の地域生活に対する自己効力感尺度 (SECL) に対する回答の検討から. *精神医学*, 45(5), 517-524.
- 清水寛之, 高橋雅延, 齊藤智. (2006). 日常記憶に関する自己評価の分析-メタ記憶質問紙による検討-. *心理学研究*, 77 (4), 366-371.
- 清水寛之. (2009). メタ記憶のモニタリング機能. *メタ記憶 記憶のモニタリングとコントロール*. 清水寛之 (編). 東京: 北大路書房. pp65-85.
- 清水寛之. (2015). 高齢者のメタ記憶. *老年精神医学雑誌*, 26 (8), 919-926.
- 袖山明日香. (2010). WCST を用いた認知機能リハビリテーション—神経心理テストの成績は改善するか—. *精神医学*, 52 (4), 385-392.
- Squtra L R., & Zora S M. (1996). Structure and function of declarative and nondeclarative memory systems. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 93, 13515-13522.
- 菅原 (阿部) 裕美, 森千鶴. (2011). 統合失調症の病識の構造. *日本看護研究学会誌*, 34 (4), 11-22.
- 杉森絵里子, 楠見孝. (2007). メタ記憶におけるソース・モニタリングエラー —インプット・アウトプット・モニタリングの観点から—. *心理学評論*, 50 (2), 99-118.

- 鈴木翔子, 菅原裕美, 森千鶴. (2017). 統合失調症者の病気であることの自覚. *看護教育研究学会誌*, 9(1), 3-10.
- 武口真里花. (2011). リフレクションによる中堅看護師の自律の芽生えに関する実践的検討. *日本看護管理学会誌*, 15(2), 147-157.
- 田中晶子. (2005). スキーマの個別性がリアリティモニタリングに及ぼす影響-質問紙を用いた検討-. *四天王寺国際仏教大学紀要 (抜刷)*, 40, 1-8.
- 田中晶子, 広瀬雄彦, 高岡昌子. (2005). スキーマの個別性が虚再生に及ぼす影響-目撃証言の観点から-. *心理学研究*, 75 (6), 471-478.
- 田中暁生, 船橋新太郎. (2007). サルを用いたメタ記憶の神経生理学的研究に向けて. *霊長類研究*, 23, 91-105.
- 丹羽真一. (2009). こころと脳. *精神医学*, 51 (3), 211-215.
- 丹羽真一, 福田正人. (2007). 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-. 丹羽真一 福田正人 (監訳). 東京; 南江堂.
- 寺下貴美. (2011). 質的データを科学的に分析するために. *日本放射線技術学会雑誌*, 67(4), 413-417.
- 豊巻敦人, 高橋由伊, 小山司. (2009). 事象関連電位を用いてセルフモニタリングに迫る. *臨床脳波*, 51(7), 419-424.
- 豊巻敦人, 久住一郎. (2018). 精神疾患の認知機能障害の臨床的意義, 評価, 介入について. *北海道作業療法*, 35(1), 2-8.
- Trapnell, P.D., & Campbell, J.D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of personality and social Psychology*, 76, 384-304.
- 土田恭史, 福島脩美. (2007). 行動調整におけるセルフモニタリング. *目白大学心理学研究*, (3), 85-93.

- 土屋雅子. (2016). テーマティック・アナリシス法 インタビューデータ分析のためのコーディングの基礎. 京都 ; 株式会社ナカニシヤ出版.
- 堤祐一郎, 矢田博巳, 安川節子, 上田均, 平良直樹. (2012). 統合失調症患者の「満たされないニーズ (unmet needs)」を探る—多施設アンケート結果から—. *臨床精神医学*, 41 (4), 441-447.
- Uchida Tomohiro., Matsumoto Kazunori., Kikuchi Akiko., Miyakoshi Tetsuo., Ito Fumiaki., Ueno Takashi., & Matsuoka Hiroo. (2009). Psychometric properties of the Japanese version of the Beck Cognitive Insight Scale : Relation of cognitive insight to clinical insight. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 291-297.
- 上田修代, 宮崎美砂子. (2010). 看護実践のリフレクションに関する国内文献の検討. *千葉看護学会誌*, 16 (1), 61-68.
- 上野栄一. (2004). 内容分析の歴史と質的研究の今後の課題. *富山医科薬科大学看護学会誌*, 5 (2), 1-18.
- 上野栄一. (2008). 内容分析とは何か—内容分析の歴史と方法について—. *福井大学医学部研究雑誌*, 9(1), 1-18.
- 梅本貴豊. (2013). メタ認知的方略, 動機づけ調整方略が認知的方略, 学習の持続性に与える影響. *日本教育工学学会論文誌*, 37 (1), 79-87.
- 渡邊由香子, 袖山明日香, 松田康裕, 木村美枝子, 納戸昌子, 吉田久恵, 條川佐和, 久保田佳美, 池淵恵美. (2012). 認知機能リハビリテーションの実施と有用性について—統合失調症の一例から—. *精神科治療学*, 27 (4), 521-528.
- Wilson A.E., & Ross M. (2003). The identity function of autobiographical memory: Time is on our side. *MEMORY*, 11(2), 137-149.
- 山田洋. (2016). 統合失調症の理解と看護. *改訂版これからの精神看護学 病態生理をふまえた看護実践のための関連図*. 森千鶴(監編), 田中留伊(編). 東京; PLAR PRESS, pp172-174.

- 山本晃輔 (2015). 重要な自伝的記憶の想起がアイデンティティの達成度に及ぼす影響. *発達心理学研究*, 26(1), 70-77.
- 山本大誠, 奈良勲, 岡村仁, 藤村昌彦. (2003). 統合失調症者に対する理学療法の有効性. *理学療法科学*, 18(1), 55-60.
- 安里明友美, 輿那嶺和也, 伊敷史子, 伊波陽士, 宇良俊二, 吉岡美智子, 古川房予. (2014). 精神科病院へ長期入院経験のある統合失調症患者の退院後の思い—デイケアに通う 8 名へのインタビュー—. *病院・地域精神医学*, 56 (4), 319-322.
- 谷田部佳代弥, 半澤節子, 永井優子, 吉田恵子, 駒橋徹. (2012). 慢性統合失調症事例の地域生活に対する、精神科病院勤務の看護職の認識, *精リハ誌*, 16(2), 178-187.
- 横山和樹, 森元隆文, 竹田里江, 池田望. (2014). 地域で生活する統合失調症をもつ人における自己開示とセルフスティグマ低減のプロセス. *精リハ誌*, 18 (2), 174-182.
- 吉村公一. (2013). 退院の意向をもつ長期入院統合失調症患者に対する精神科看護師の「退院調整の障壁」—精神科看護師の態度からの一考察—. *日本精神保健看護学会*, 22 (1), 12-20.
- 吉野巖, 川端健裕, 川村麗衣, 長内晋子. (2005). 素朴概念の修正におけるフィードバックとメタ認知的支援の効果：中学校数学授業における実践的研究. *北海道教育大学紀要*, 55(2), 1-11.
- 吉野賀寿美. (2009). 統合失調症再発患者の回復過程を支える看護介入—自己洞察力に焦点を当てて—. *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, 5(1), 51-57.
- 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.

図表

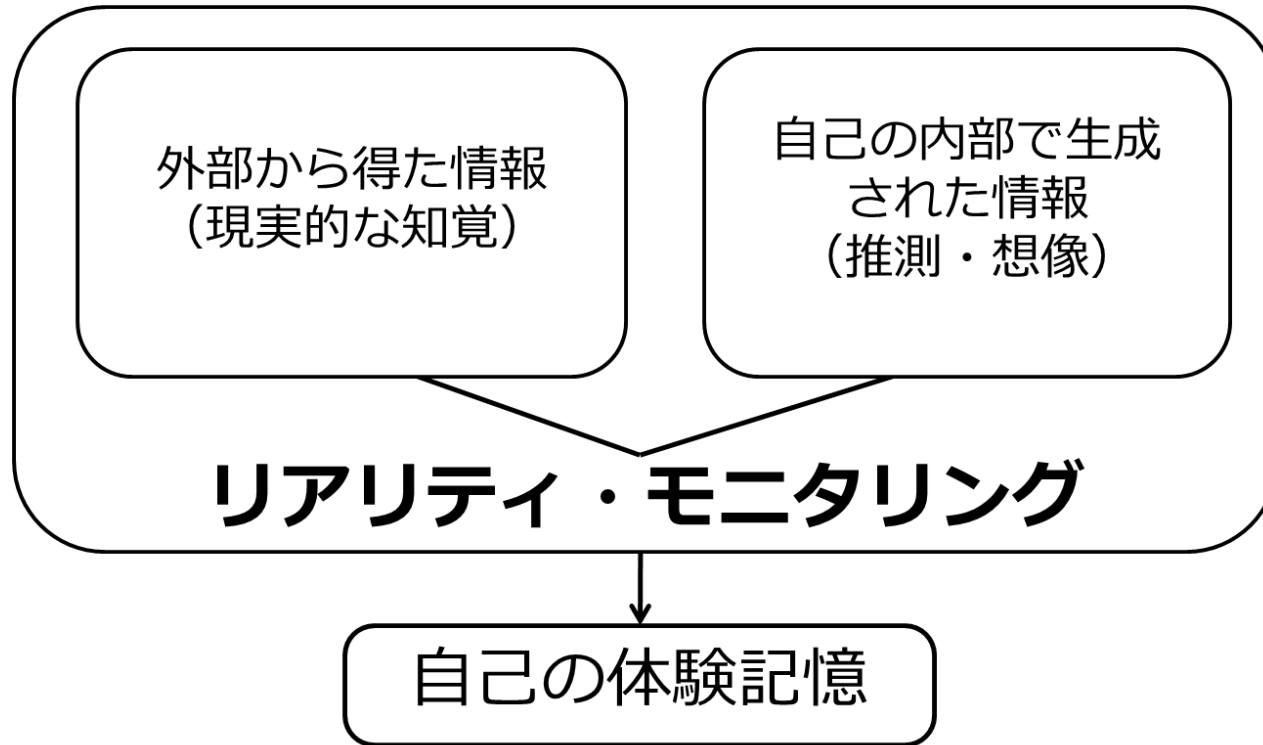


図 1. リアリティ・モニタリングの概念

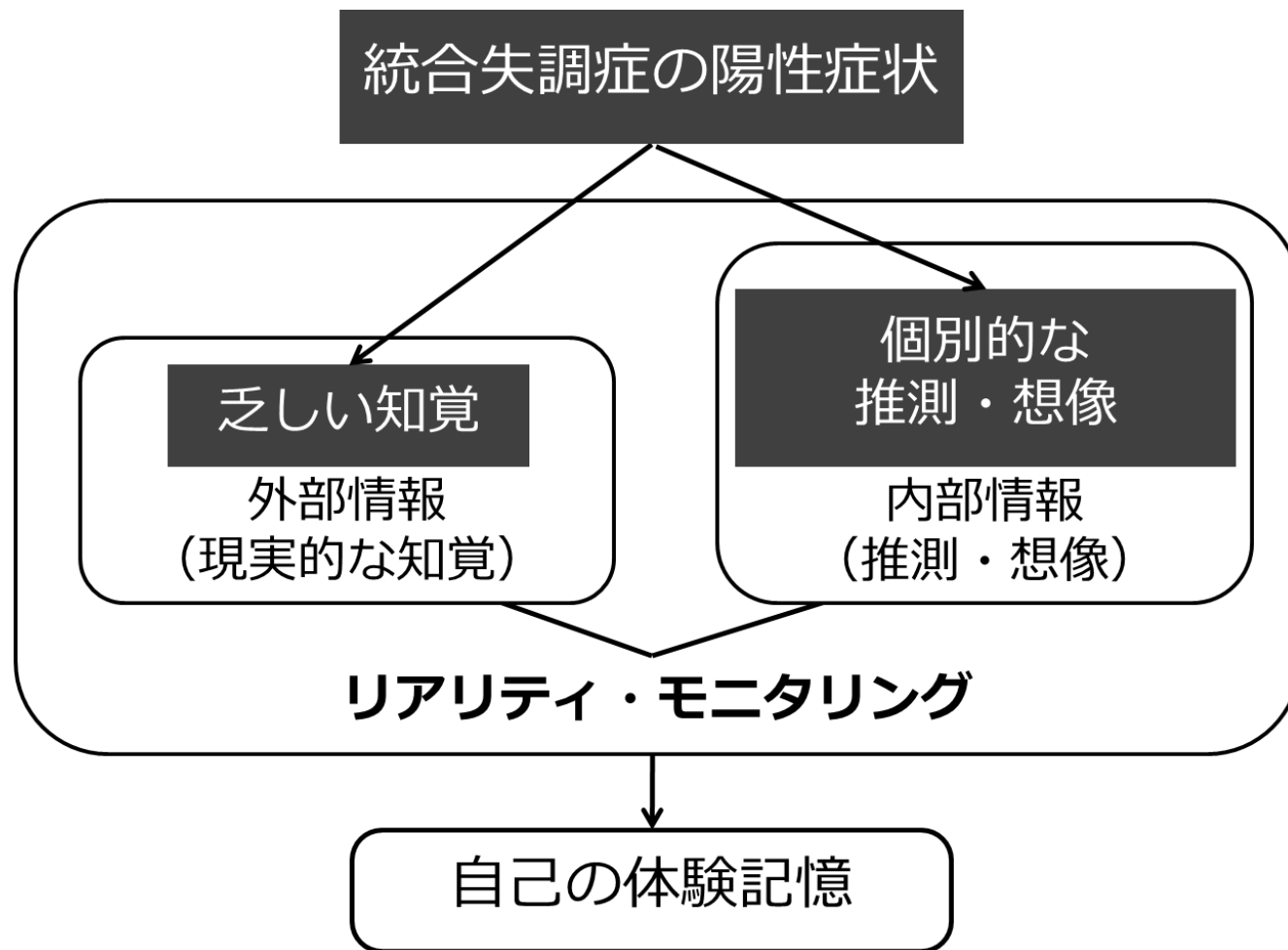


図 2. 統合失調症者のリアリティ・モニタリング

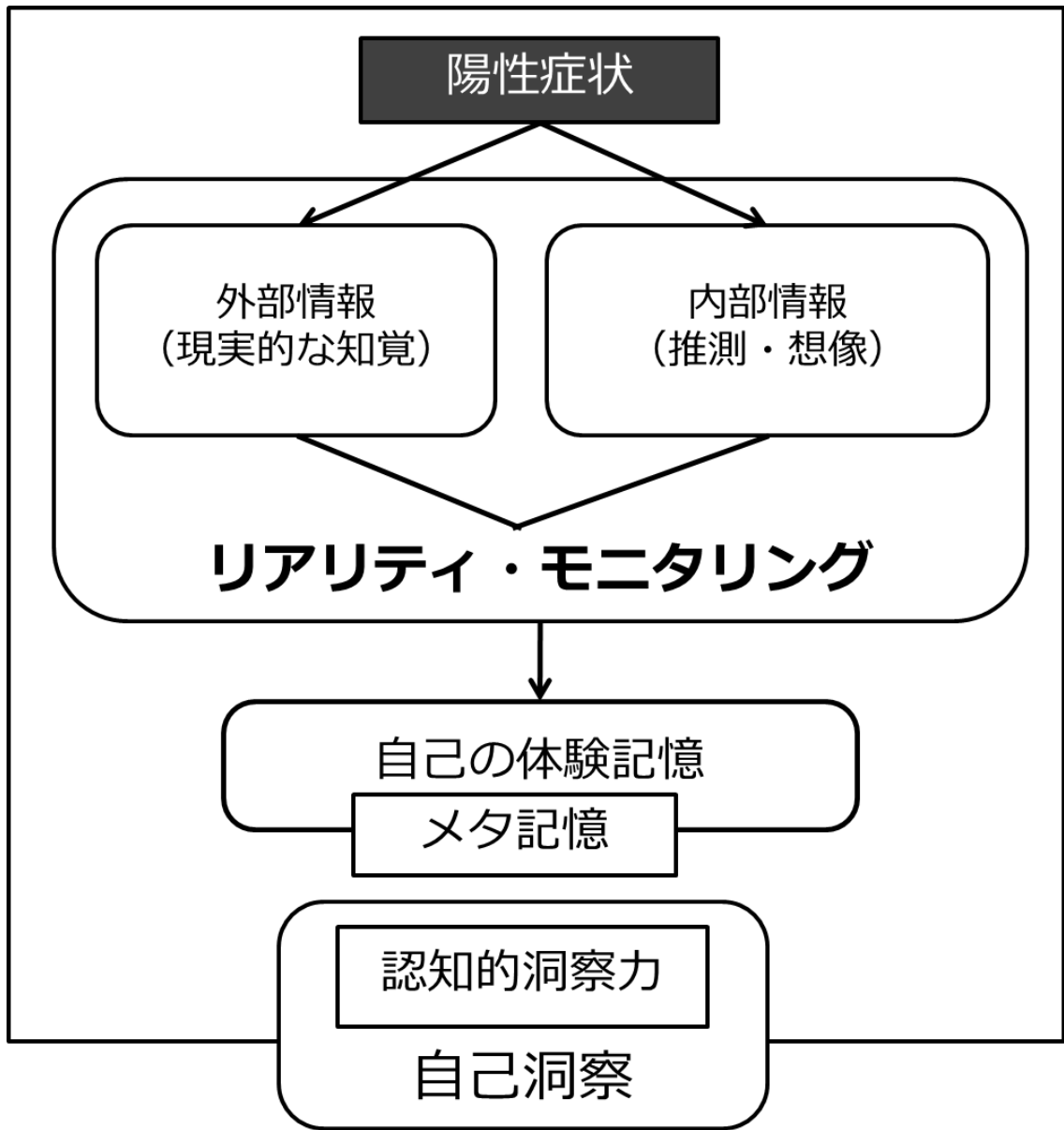


図 3. 概念枠組み

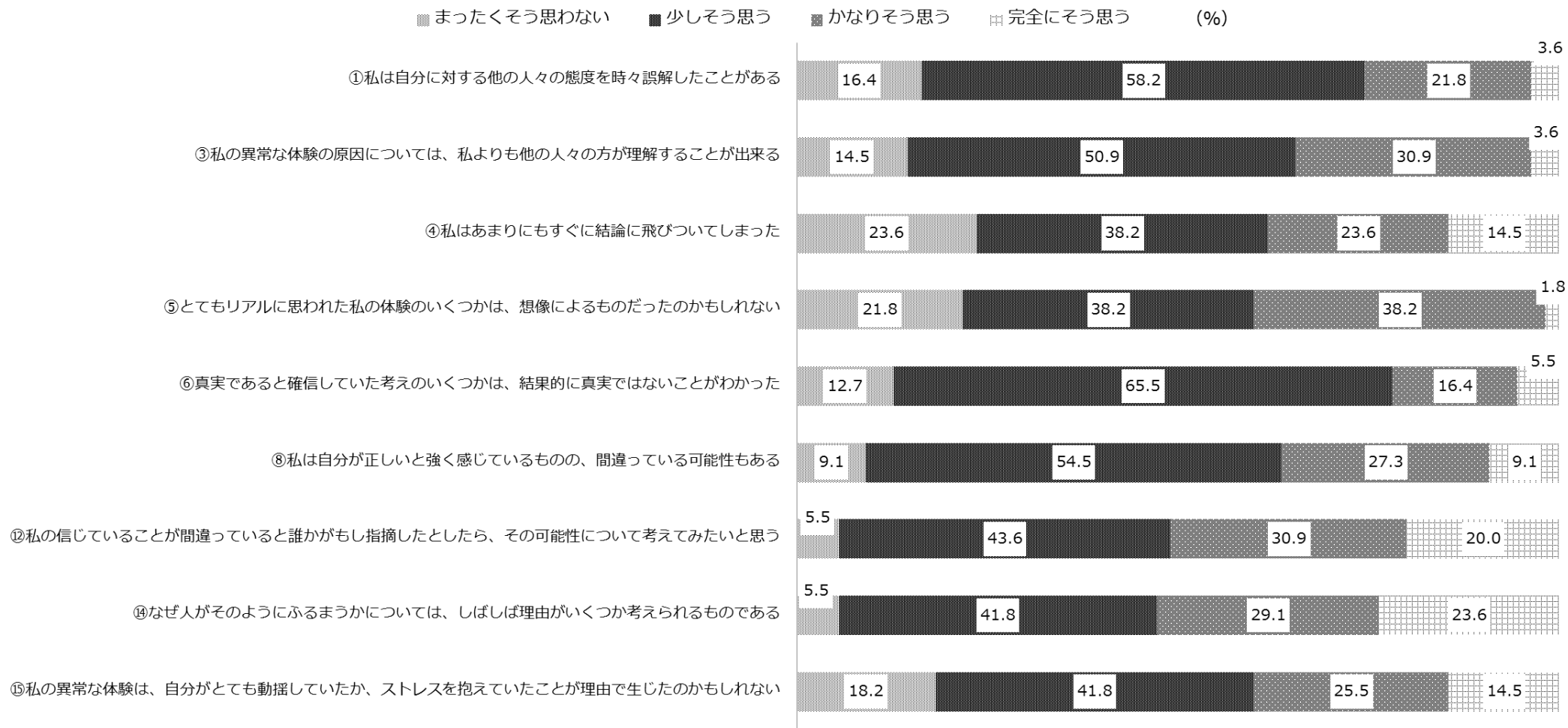


図 4. 自己洞察 (BCIS-J) の度数分布：自己内省性

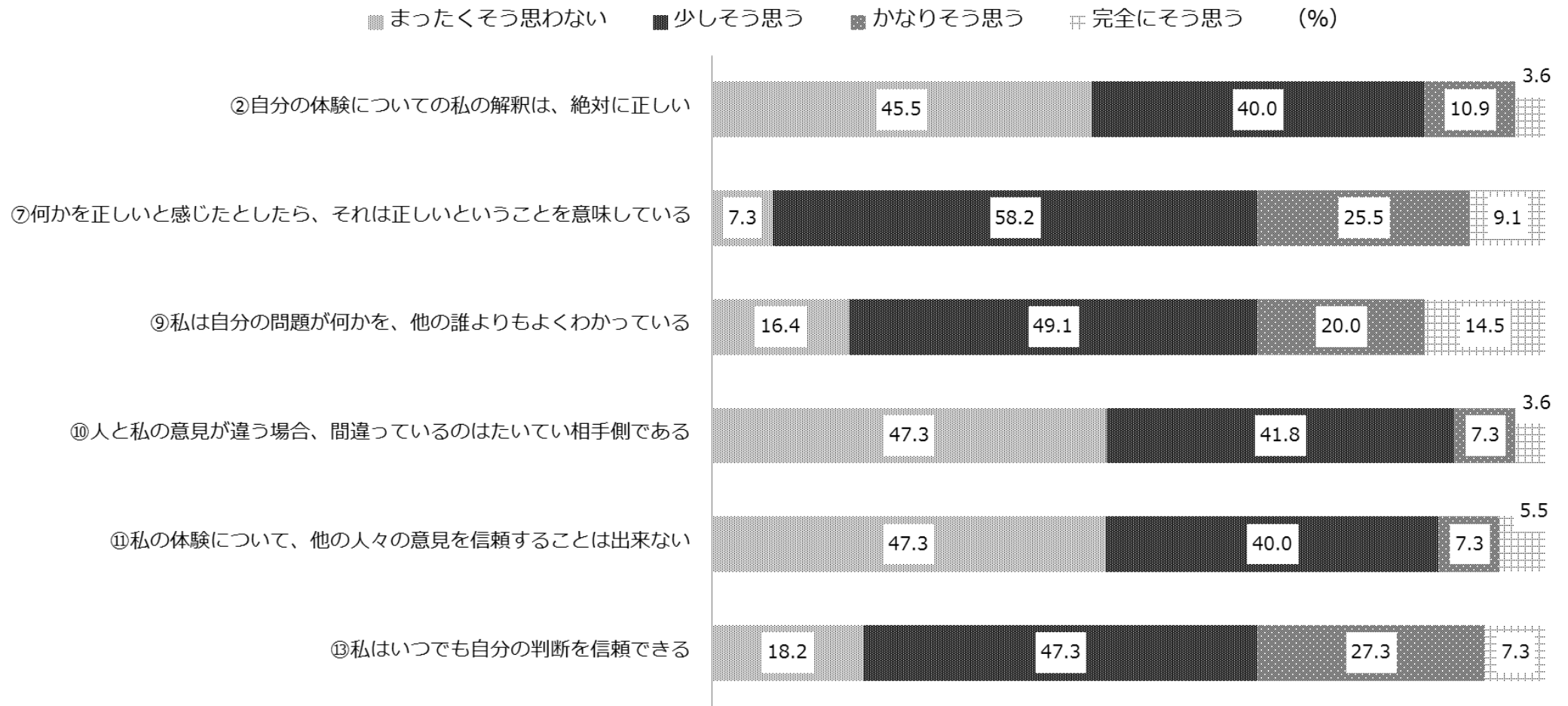


図 5. 自己洞察 (BCIS-J) の度数分布 : 自己確信性

表 1. 対象者の背景：第 2 章

		度数 (%)	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	最小値	最大値
		n=20					
性別	男性	10 (50.00)					
	女性	10 (50.00)					
年齢			41.55	14.35	39.00	22.00	68.00
入院回数			3.70	2.94	2.50	1.00	10.00
罹病期間/月			138.15	112.82	146.50	1.00	420.00
今回の入院日数			44.10	20.04	41.00	15.00	92.00
抗精神病薬内服量/mg			600.54	413.53	525.00	100.00	1550.00
PANSS (項目数：30) (範囲)			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	最小値	最大値
陽性症状(7) (7~49)			12.65	5.23	11	7	27
陰性症状(7) (7~49)			10.20	3.40	10	6	21
総合精神病理(16) (16~112)			24.30	4.89	24	17	33

Note. *M*=平均値, *SD*=標準偏差, *Mdn*=中央値

表 2-①. 統合失調症者の病気に関わる体験記憶：病気である自己の体験

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
病気である 自己の体験	最初は統合失調症では なかった	最初は統合失調症とは違う病名だった 診断が見つからない時期があった
	病気で辛い時の対処が うまくいかなかった	些細なことで、よく通報してしまったことがある ストレスをコントロールできず暴力を振るってしまった 不安で薬を飲みすぎてしまった 症状を我慢できず、お酒を飲みすぎてしまった 肉体労働で調子を崩して元に戻せなかった
	辛い時に病院を頼った	もうだめだと思って病院に行った 調子を崩して、医師に入院先を紹介してもらった
	家族の意見で入院した	父親と訪問看護師の判断で入院した 家族が病院に連れてきて入院となった 夫と一緒に受診して入院を決めた
	入院を受け入れられなかつた ことがある	なぜ入院しなければいけないのか、最初は分からなかった 入院は最初嫌だった
	症状より気になること がある	病気もあるが、今は忘れっぽいことが気になる 病気の悪化で、今は体が辛い

表 2-②. 統合失調症者の病気になる体験記憶：病気を実感した体験

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
病気を実感した 体験	入院が必要だと 実感することがあった	入院して落ち着いた 入院して良くなっていると思う 入院して、安心して眠れるようになった 入院して生活を見直した 一人で外出できるようになり、回復を実感した
	入院前の苦痛が治まった	入院して症状が治まってきた 入院前より苛立つ原因が気にならなくなった 入院してから辛さもなくて休めていると感じる 入院して怖さもなくなり落ち着いた。
	自ら調べて 病気の実感を得た	本で調べた病気の特徴が、自分に当てはまった インターネットで調べたら、病気の特徴が自分に当てはまった
	症状があるから 病気だとわかる	不安が強いから自分は病気だと思う 強迫観念がすごく強い時は病気 幻聴や妄想があるので、自分は病気だ
	治療をしている 自分は病気だとわかる	入退院を繰り返しているから、自分は病気だ 薬を飲んでいるから、自分は病気だ
	自分の行動から、 病気だと思っている	人を傷つけてしまう自分は病気だと思う 働いていないから自分は病気だと思う 人に迷惑をかける状態は病気だ

表 2-③. 統合失調症者の病気に関わる体験記憶：病気の体験に対する客観視

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
病気の体験に対する客観視	不調時の自分の傾向を知っている	<p>自分をダメな人間だと思うと過呼吸を起こしてしまう</p> <p>怖いと感じたことを引きずりやすい</p> <p>人からずっと顔を見られているように感じることを気にしていた</p> <p>調子が悪い時ほど、誰にも辛さを言えなくなる</p> <p>だいぶ具合が悪くなると、考え方がいつもと変わる</p> <p>具合が悪くなる時は、いつも食欲が落ちる</p> <p>薬がなくなる不安に駆られる</p> <p>調子が悪い時は、コミュニケーション能力がめちゃくちゃになってしまう</p> <p>毎年同じ時期に人と関わるのが面倒になって引きこもる</p> <p>具合が悪いと、自分の思い込みに気づけなくなってしまう</p>
	症状がある時の自分の状態を知っている	<p>幻聴という頭の中の考えが声で聞こえている状態があって辛かった</p> <p>幻聴や妄想により、人の声や笑い声が自分に向けられているような気がしていた</p> <p>廊下の声が自分のことではないかと幻聴が今も気になっている</p> <p>私の気持ちや透けていると思ひ込んでしまう</p> <p>妄想と幻覚がひどいと生活できなくなる</p> <p>妄想があり、実際に起きていないことを真実と思っていた</p> <p>被害妄想があり、自分のことを悪く言っているように感じていた</p> <p>子供の頃から幻聴があり、人の思いが分かるような気がしていた</p> <p>幻聴が聞こえると、怖い体験を思い出して辛くなる</p>
	入院前の自分の変化に気づいた	<p>一人暮らしができなくなっていた</p> <p>金遣いが荒くなった</p> <p>いつもと行動範囲が変わった</p> <p>生活リズムが狂った</p> <p>生活環境の変化に慣れなかった</p> <p>家事ができなくなり、眠れなくなった</p> <p>仕事に疲弊していた</p> <p>生活費についてプレッシャーを感じていた</p>
	不調時のコントロール方法がある	<p>アニメソングを聴いていれば、イライラせずに済む</p> <p>外に出ると気分転換になり、幻聴が気にならなくなる</p> <p>趣味をしていると気がまぎれる</p>
	良い調子で過ごせる時もある	<p>常に具合が悪い訳ではない</p> <p>問題がなければ、病気であっても充実して過ごせた</p> <p>病気だからといって、いつもエラーを起こしている訳ではない</p>

表 2-④. 統合失調症者の病気に関わる体験記憶：他者の影響が強い体験

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
他者の影響が強い体験	他者の影響で調子を崩した	近所からずっと嫌がらせを受けたせいでおかしくなった 仕事の相方が自分と合わなかった 広告が自分を煽っている気がして荒れた 近所の物音のせいで休めなかった
	不調は家族の影響が大きい	母親に10年間放っておかれた 父親が怖くて具合が悪くなった 母親と考えがあわず、調子を崩した
	他者により入院させられた	近所から精神異常があると思われて入院させられた 他人に通報されて入院させられた 市役所の人に騙されて入院させられた 自分は特別だから、嫉妬されて入院させられた
	勝手に病気にされてしまった	病気の診断を勝手につけられた 自分の経験を全て病気のエピソードに変えられてしまった 睡眠薬が欲しかっただけなのに精神病と言われた

表 2-⑤. 統合失調症者の病気に関わる体験記憶：不確かな自己の体験

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
不確かな 自己の体験	自分の体験について、 記憶が曖昧	入院するきっかけになったエピソードを覚えていない 入院の時のことはよく覚えていない 不調時の様子は家族から聞いて知った
	病気の実感が乏しい	病気と思っているところと思っていないところがある 病気だと思うがはっきりわからない 病気の実感はあまりない
	治療している実感に 乏しい	入院生活は快適だ 病院で生活しながら稼ぎたい

表 2-⑥. 統合失調症者の自己洞察の状態：客観的な自己評価

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
客観的な自己評価	病気であることを含めて「私」である	病気である自分を活かして生きていきたい 病気と付き合いながら生活していきたい 病気は個性の一つ 病気の自分に落ち込んだりはしていない 働くために、病気の治療をしている
	自分をコントロールすることが大切	自分で病気をコントロール出来るようにならないといけないと思う 自分で気持ちをコントロールすることが必要
	自分と他者は異なる存在だと知っている	自分の考えが必ず正しいとは思わない 自分と相手と同じ考えではないこともある 自分が間違えることがあっても良いと思う 相手と意見が違っても、冷静に受け止められる
	周りの言葉で、気づきを得ることがある	周囲と話すことで、自分の状態に気づくことができた 周りからの指摘をきっかけに、考えさせられることがある
	他者の理解が自分には必要	自分の話を理解してもらえると楽になる 話したことを受け止めてもらうことで、現実感が得られる
	病気の自分を理解してくれる人がある	同じ病気の人と分かり合うことができる 周囲は自分を信じてくれる 家族ではないが、理解者がいる 家族は自分を理解してくれている
	客観的にとらえる工夫をしている	自分だけでなく相手の意見も聞くようにしている 疑問に思った時は相談する 一つだけの方向で偏って考えることが無いように気をつける 分からないことは教えてもらう 自分の調子をメモして、間違えたり忘れないようにしている インターネットを使って定期的に自分の状態をチェックしている 自分の考えを書きとめて、振り返りに使っている

表 2-⑦. 統合失調症者の自己洞察の状態：主観的な自己評価

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
主観的な自己評価	抽象的な回復の確信	退院できる状態だと自分は分かっている 症状をコントロールできると自分で分かっているから退院できる 家で生活出来る状態だ
	他者に頼る必要はない	誰かに相談する事はしない 自分の事は自分で解決している
	自分の考えに自信がある	作業所は自分のレベルに合わない 薬の必要量は自分の方がわかる 周囲に何を言われても、自分には信念がある 病気のことは自分には関係ない
	自分は正しい	自分が間違っているとは思わない 家族は全員嘘つきだ
	自分だけの体験を確信している	自分は意識で人と繋がることできる 入院中の今も盗聴・盗撮されている 災害の原因が自分には分かる

表 2-⑧. 統合失調症者の自己洞察の状態：自己評価のゆらぎ

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
自己評価のゆらぎ	病気の自分を悲観している	もう死んでもいいと思った 入院してゼロからやり直しになってしまった 病気であることに怯え、不安が尽きない 自分が病気のせいで、家族に迷惑をかけたくない
	自分自身を肯定できない	自分の考えは常に間違っている気がする 自分を未熟だと感じる 間違える自分をとても恥じている
	病気の自分は良く思われていないだろう	自分は周囲から好かれていないだろう 自分は重病人だと思われている気がする 自分は嘘つきだと思われている気がする 家族は自分を馬鹿や気がいだと思っている
	周囲からは理解が得られないだろう	家族は自分のことを理解していない 同じ病気でない人に自分の気持ちはわかるはずがない 何でも病気のせいにされてしまい、気持ちを分かってもらえない

表 3. 対象者の背景：第 3 章

		度数 (%)	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	最小値	最大値
性別	男性	35 (63. 60)					
	女性	20 (36. 40)					
年齢			48. 05	13. 26	46. 00	22. 00	77. 00
入院回数			4. 04	2. 95	3. 00	1. 00	15. 00
罹病期間/月			209. 95	152. 29	190. 00	1. 00	684. 00
罹病期間/年			17. 50	12. 69	15. 83	. 08	57. 00
今回の入院日数			197. 16	411. 53	55. 00	15. 00	1994. 00
抗精神病薬内服量/mg			751. 02	523. 62	700. 00	100. 00	2900. 00

n=55

PANSS (項目数：30) (範囲)

陽性症状(7) (7~49)	11. 07	3. 89	10	7	27
陰性症状(7) (7~49)	11. 69	4. 05	11	6	23
総合精神病理(16) (16~112)	23. 67	4. 99	22	17	36

Note. *M*=平均値, *SD*=標準偏差, *Mdn*=中央値

表 4. 性別・入院日数による相違：対象者の背景

		n=55									
		年齢					罹病期間				
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
性別	男性	35	50.09	13.46	1.52	.13	241.46	163.42	2.09	.04	
	女性	20	44.50	12.43			154.80	114.42			
今回の入院日数	90日以内	42	47.81	14.30	-.244	.81	207.79	165.78	-.19	.85	
	91日以上	13	48.85	9.58			216.92	101.95			

		入院回数					抗精神病薬内服量 (mg)				
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
性別	男性	35	4.00	3.22	-.12	.90	1075.36	1190.59	1.47	.15	
	女性	20	4.10	2.49			665.57	482.67			
今回の入院日数	90日以内	42	3.71	2.69	-1.47	.15	647.62	439.82	-2.79	.007	
	91日以上	13	5.08	3.60			1085.08	643.86			

Note. 独立した t 検定

M=平均値, *SD*=標準偏差, *t*=t値, *p*=p値

表 5. 性別・入院日数による相違：症状評価（PANSS）

n=55

		<i>n</i>	陽性症状			PANSS 陰性症状			総合精神病理		
			<i>Mdn</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Mdn</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
性別	男性	35	11	-.81	.42	12	-3.81	<.0001	24	-2.85	.004
	女性	20	10			8.5			20		
今回の入院日数	90日以内	42	10	-.59	.56	11	-.07	.94	23	-1.77	.08
	91日以上	13	10			11			20		

Note. Mann-WhitneyのU検定

Mdn=中央値, *Z*=Z値, *p*=p値

表 6. 尺度の信頼性：認知的洞察力（BCIS-J）、メタ記憶（J-MIA-44）

n=55	
BCIS-J（項目数）	α
自己内省性(9)	.59
自己確信性(6)	.36
J-MIA-44（項目数）	α
全項目（44）	.78
変化(7)	.69
課題(10)	.84
能力(7)	.80
不安(8)	.83
支配(5)	.79
方略(7)	.80

Note. α = Cronbach α の信頼性係数

表 7. メタ記憶 (J-MIA-44) の状態

n=55										
95%信頼区間										
J-MIA-44	(得点範囲)	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	最小値	最大値	<i>M*</i>	<i>SD</i>	下限	上限
	変化 (7~35)	22.00	5.19	23	12	32	3.14	.74	2.94	3.34
	課題 (10~50)	35.60	7.13	37	17	49	3.56	.71	3.37	3.75
	能力 (7~35)	19.84	5.49	20	9	33	2.83	.78	2.62	3.05
	不安 (8~40)	21.36	7.56	21	8	39	2.67	.95	2.42	2.93
	支配 (5~25)	16.95	4.34	16	7	25	3.39	.87	3.15	3.62
	方略 (7~35)	22.42	6.35	23	9	33	3.20	.91	2.96	3.45

Note. *M*=平均値, *SD*=標準偏差, *Mdn*=中央値

*M** =質問1項目あたりの平均値 (各下位尺度の平均値/各下位尺度項目数)

表 8. 性別・入院日数による相違：メタ記憶 (J-MIA-44)

n=55

		変化					課題				能力																																																																																															
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>																																																																																												
性別	男性	35	22	5.36	.00	1.00	35.74	7.83	.20	.85	20.66	5.67	1.48	.14																																																																																												
	女性	20	22	4.99			35.35	5.90			18.4	4.99			今回の入院日数	90日以内	42	22.62	5.36	1.62	.11	34.36	7.40	-3.18	.003	19.50	5.46	-.81	.42	91日以上	13	20.00	4.14	39.62	4.31	20.92	5.68			<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>			不安					支配				方略				性別	男性	35	20.34	6.96	-1.33	.19	17.11	4.40	.38	.71	22.14	6.35	-0.42	.68	女性	20	23.15	8.47	16.62	4.32	22.9	6.48	今回の入院日数	90日以内	42	19.56	7.01	-3.41	.001	16.67	4.70	-.86	.40	23.33	5.93	1.97	.05	91日以上
今回の入院日数	90日以内	42	22.62	5.36	1.62	.11	34.36	7.40	-3.18	.003	19.50	5.46	-.81	.42																																																																																												
	91日以上	13	20.00	4.14			39.62	4.31			20.92	5.68																																																																																														
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>																																																																																												
		不安					支配				方略																																																																																															
性別	男性	35	20.34	6.96	-1.33	.19	17.11	4.40	.38	.71	22.14	6.35	-0.42	.68																																																																																												
	女性	20	23.15	8.47			16.62	4.32			22.9	6.48			今回の入院日数	90日以内	42	19.56	7.01	-3.41	.001	16.67	4.70	-.86	.40	23.33	5.93	1.97	.05	91日以上	13	27.08	6.55	17.85	2.82	19.46	7.01																																																																					
今回の入院日数	90日以内	42	19.56	7.01	-3.41	.001	16.67	4.70	-.86	.40	23.33	5.93	1.97	.05																																																																																												
	91日以上	13	27.08	6.55			17.85	2.82			19.46	7.01																																																																																														

Note. 独立した t 検定

M=平均値, *SD*=標準偏差, *t*=t値, *p*=p値

表 9. 対象者の背景・症状評価 (PANSS)・メタ記憶 (J-MIA-44) の相関

n=55

							PANSS			J-MIA-44					
		年齢	入院回数	罹病期間 / 月	今回の入院日数	抗精神病薬内服量 / mg	陽性症状	陰性症状	総合精神病理	変化	課題	能力	不安	支配	方略
	年齢	1													
	入院回数	.156	1												
	罹病期間/月	.516**	.415**	1											
	今回の入院日数	.077	.124	-.023	1										
	抗精神病薬量	-.071	.247	.065	.258	1									
PANSS	陽性症状	-.068	.005	-.032	-.131	.109	1								
	陰性症状	.195	-.112	.225	.114	.123	.111	1							
	総合精神病理	.084	-.100	-.014	-.079	.109	.549**	.504**	1						
J-MIA-44	変化	-.221	-.062	-.182	-.095	-.100	.056	-.082	.063	1					
	課題	.039	.079	.152	.227	.332*	-.098	.157	-.021	-.009	1				
	能力	-.204	.190	.096	.257	.229	.360**	.176	.162	.125	.407**	1			
	不安	-.178	.124	-.103	.155	.122	-.122	-.046	-.129	-.392**	.036	.031	1		
	支配	-.210	.041	-.068	.078	.160	.038	.057	.089	.348**	.326*	.372**	-.182	1	
	方略	-.193	-.034	.099	.077	-.147	-.067	-.304*	-.126	.150	-.134	.111	-.188	.162	1

Note. Pearsonの積率相関係数 Spearmanの順位相関係数

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

資料

【陽性・陰性症状評価尺度(PANSS)】 評価用紙

対象者番号： _____

評価日 _____ 月 _____ 日

		なし	ごく軽度	軽度	中等度	やや重度	重度	最重度
陽 性 尺 度	妄想	1	2	3	4	5	6	7
	概念の統合障害	1	2	3	4	5	6	7
	幻覚による行動	1	2	3	4	5	6	7
	興奮	1	2	3	4	5	6	7
	誇大性	1	2	3	4	5	6	7
	猜疑心	1	2	3	4	5	6	7
	敵意	1	2	3	4	5	6	7
陰 性 尺 度	情動の平板化	1	2	3	4	5	6	7
	情緒的ひきこもり	1	2	3	4	5	6	7
	疎通性の障害	1	2	3	4	5	6	7
	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
	抽象的思考の困難	1	2	3	4	5	6	7
	会話の自発性と流暢さ の欠如	1	2	3	4	5	6	7
	常同的思考	1	2	3	4	5	6	7
総 合 精 神 病 理 尺 度	心気症	1	2	3	4	5	6	7
	不安	1	2	3	4	5	6	7
	罪責感	1	2	3	4	5	6	7
	緊張	1	2	3	4	5	6	7
	衝動性/過剰な感情	1	2	3	4	5	6	7
	抑うつ	1	2	3	4	5	6	7
	運動減退	1	2	3	4	5	6	7
	非協調性	1	2	3	4	5	6	7
	不自然な思考内容	1	2	3	4	5	6	7
	失見当識	1	2	3	4	5	6	7
	注意の障害	1	2	3	4	5	6	7
	判断力と病識の欠如	1	2	3	4	5	6	7
	意志の障害	1	2	3	4	5	6	7
	衝動性の調節障害	1	2	3	4	5	6	7
没入性	1	2	3	4	5	6	7	
自主的な社会回避	1	2	3	4	5	6	7	

PANSS 評価

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

			1 なし	2 ごく軽度	3 軽度	4 中等度	5 やや重度	6 重度	7 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、強固でない妄想が一、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、不合理などがある。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るが、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さが見られる。	思考は滅裂にまで解体している。顕著な連合弛緩があり、会話が全く成り立たない。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、臭覚、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	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、散発的に激高する。	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。	

				ていることもある。				
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、明らかに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から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。	患者は顕著な不信感を示し、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っても、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性で、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 重度	
陰 性 尺 度	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つたり、不自然であつたり、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。患者はまったく生氣がなく、「木のような」印象を常に与える。
	2 情動的ひきこもり	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。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てたり面と向かお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。目だ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にない。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	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。

							である。	
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しかない。患者の答えは飾りがなく、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、念慮ないし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 重度
総合精神病理尺度	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。	健康に恵まれぬ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い。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達したり、実際に恐怖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。	強い罪業感や妄想的性格を帯び、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さえ思い込むことがある。	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	定義に当てはまらない。	病的か疑わしい。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	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のように、明ら	神経過敏な振戦、多量の発汗、落ち着きのなさのようにより多彩な表現により、深刻な緊張が認めら	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	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られないので、持続的な会話

陽性・陰性症状評価尺度【PANSS】

	体的表現の重篤性を評価する。			移動、あるいは手の細く早い震えなど。	かな神経過敏の現象が様々な現れている。	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。	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。	が不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、ちぐはぐである。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。
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。患者は通常は元気になることができる。	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、無価値観が伴っている。加えて、食欲や睡眠にかなり悪い影響があり、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になっている。会話は生産性の乏しさ、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は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	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	自分のベットの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	患者はしばしば自分の生活上の義務を隊行せず、他人からは仲間外れと見なされ、態度に重大な問題があ	患者は非常に非協調的、拒絶的となる。ほとんどの社会的義務に従事することを拒	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。

陽性・陰性症状評価尺度【PANSS】

	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。			生じさせない程度の拒否も認められる。	すことを、時としては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 대응することができない。	ると思われている。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なく不本意ながら答えるという態度として表われる。	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。	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、歯の詰めもの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述べる（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。見当識に関する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、自分が	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、患者は病院にいることを知っているものの、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については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。

				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。				
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。	容易に気がそわ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瞬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だつ決断や、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ず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ても、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、存在するとしぶしぶ認めるが、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。精神的な治療の必要性は、病識と同様に認知されない。	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 意思の障害	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。	患者はしばしば両面的となり、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。	病理的か疑わしい。 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件を繰り返している。激しい攻撃性を示したことが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気を取られ、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。	病理的か疑わしい。 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。	患者はときおり白屋夢をみているかのように自己陶醉し、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、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感を伴い、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。	病理的か疑わしい。 もしくは正常上限。	患者は他人がいる場所では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感を理由に、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。

「統合失調症者のリアリティ・モニタリング・エラーの構造」

インタビューガイド

【約束事】

- ◎ 焦らず、ゆっくりでよいので思いついたことをお話してください。
- ◎ 質問に対して、答えたくないと思ったことは無理にお話しなくて構いません。

【質問 1】

あなたが今回の入院に至ったいきさつを教えてください。

◇その理由を具体的に教えてください（実体験、他者からの説明など、具体的な事実）

→答えにくそうな場合の追加質問：「そのように思ったきっかけを教えてください。」

◆今入院していることは、自分にとって必要だという実感はありますか？

【質問 2】

自分は病気だと思いますか？または病気とは思わなくても、自分の調子がどこかおかしいと思いますか？

◇その理由を具体的に教えてください（実体験、他者からの説明など、具体的な事実）

→答えにくそうな場合の追加質問：「そのように思ったきっかけを教えてください。」

◆自分が病気であるという実感はありますか？

【質問 3】

周りの人々が、あなたの話を信じてくれないと思うことはありますか？あれば具体的に教えてください。

そのような時、どのようなお気持ちになりますか？

【質問 4】

逆に、自分が間違っているのではないかと思うことはありますか？あれば具体的に教えてください。

そのような時、どのようなお気持ちになりますか？

ベック認知的洞察尺度日本語版（BCIS-J）

NO. _____

以下の文章は、考え方や感じ方に関するものです。各文章をよく読み、あなた自身にどの程度あてはまるかをお答えください。各文章についてあてはまるところに○印をつけてください。

		まったく そう思わない	少し そう思う	かなり そう思う	完全に そう思う
1	私は自分に対する他の人々の態度をときどき誤解したことがある。				
2	自分の体験についての私の解釈は、絶対に正しい。				
3	私の異常な体験の原因については、私よりも他の人々の方が理解することが出来る。				
4	私はあまりにもすぐに結論に飛びついてしまった。				
5	とてもリアルに思われた私の体験のいくつかは、想像によるものだったのかもしれない。				
6	真実であると確信していた考えのいくつかは、結果的に真実ではないことがわかった。				
7	何かを正しいと感じたとしたら、それは正しいということの意味している。				
8	私は自分が正しいと強く感じているものの、間違っている可能性もある。				
9	私は自分の問題が何かを、他の誰よりもよくわかっている。				
10	人と私の意見が違う場合、間違っているのはたいてい、相手側である。				
11	私の体験について、他の人々の意見を信頼することはできない。				
12	私の信じていることが間違っていると誰かがもし指摘したとしたら、その可能性について考えてみたいと思う。				
13	私はいつでも自分の判断を信頼できる。				
14	なぜ人がそのようにふるまうのかについては、しばしば理由がいくつか考えられるものである。				
15	私の異常な体験は、自分がとても動揺していたか、ストレスを抱えていたことが理由で生じたのかもしれない。				

質問は以上です。ありがとうございました。

質問紙への回答方法について

これからお尋ねする次のページから始まる質問は、みなさんがご自分の記憶力をどのように感じておられるか、また記憶に対してどのような工夫をしておられるかをお聞きするものです。どの質問に対しても正しい回答も誤った回答もありません。それぞれの質問をよく読んで、ご自身にもっともあてはまる回答を一つだけ選んで記号 (a. b. c. d. e.) に○をつけて下さい。

以下に、質問例と回答方法をご説明します。回答方法は、2種類あります。まず一つ目の種類は、記憶に関する文章に対するみなさんのお考えを尋ねるものです。以下に1つ例をあげます。

<1つめの質問例> 私の記憶力は年齢とともに悪くなる。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

上の例で、もしあなたが質問文に対して、「たぶんそうは思わない」と思った場合は、記号 d に○をつけて下さい。ぴったりあてはまらなくても、ご自身の考えにもっとも近い回答を一つ選んで下さい。2つ目の回答方法は、みなさんの記憶に関する出来事の頻度を尋ねるものです。以下に1つ例をあげます。

<2つめの質問例> その日にやりたいことメモに書きますか？

- a. まったくしない
- b. たまにする
- c. ときどきする
- d. よくする
- e. いつもする

上の例で、もしあなたが質問文に対して、たとえば「たまにする」と思った場合は、記号 b に○をつけて下さい。ぴったりあてはまらなくても、ご自身の考えにもっとも近い回答を一つ選んで下さい。

次のページから質問が始まります。

以下の質問について、ご自身の考えにもっとも近い回答を一つ選んで下さい。

1. ほとんどの人にとって興味がある事柄の方が、そうでない事柄よりも、思い出しやすい。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

2. 何かを思い出すように頼まれると不安になる。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

3. 以前のように、物事が思い出せない。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

4. ほとんどの人にとって、すぐに必要となる情報の方が、そうでない情報よりも、思い出しやすい。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

5. ほとんどの人にとって、行きたい所や行かなければならない場所への道順の方が、そうでない場所よりも、思い出しやすい。
- まったくそのとおりだと思う
 - そうだと思う
 - どちらともいえない
 - そうは思わない
 - まったくそうは思わない
6. 記憶力が必要となる問題に取り組もうとするときは、不安になることが多い。
- まったくそのとおりだと思う
 - そうだと思う
 - どちらともいえない
 - そうは思わない
 - まったくそうは思わない
7. 会ったばかりの人を誰かに紹介しなければならないとしたら、落ち着かない気持ちになる。
- まったくそのとおりだと思う
 - そうだと思う
 - どちらともいえない
 - そうは思わない
 - まったくそうは思わない
8. 10年前に比べると、本・映画・芝居などの題名を思い出せなくなった。
- まったくそのとおりだと思う
 - そうだと思う
 - どちらともいえない
 - そうは思わない
 - まったくそうは思わない
9. ほとんどの人にとって、使おうと思っている言葉の方が、決して使わないとわかっている言葉よりも、思い出しやすい。
- まったくそのとおりだと思う
 - そうだと思う
 - どちらともいえない
 - そうは思わない
 - まったくそうは思わない

10. 若い頃にくらべると、今はよく物を置き忘れるようになった。
- まったくそのとおりだと思う
 - そうだと思う
 - どちらともいえない
 - そうは思わない
 - まったくそうは思わない
11. ほとんどの人にとって、特に好意を持っている人の方が、印象のうすい人よりも、思い出しやすい。
- まったくそのとおりだと思う
 - そうだと思う
 - どちらともいえない
 - そうは思わない
 - まったくそうは思わない
12. ほとんどの人にとって、理解できる言葉の方が、自分にとって意味のない言葉よりも、思い出しやすい。
- まったくそのとおりだと思う
 - そうだと思う
 - どちらともいえない
 - そうは思わない
 - まったくそうは思わない
13. ほとんどの人にとって、見たたり聞いたりしたことのある言葉の方が、全く新しい言葉よりも、思い出しやすい。
- まったくそのとおりだと思う
 - そうだと思う
 - どちらともいえない
 - そうは思わない
 - まったくそうは思わない
14. あまり知らないことよりは、知っていることの方が思い出しやすい。
- まったくそのとおりだと思う
 - そうだと思う
 - どちらともいえない
 - そうは思わない
 - まったくそうは思わない

15. もし記憶を試すテストなどを受けなければならぬとしたら、いまにも落ち着かない気分になるだろう。
- a. まったくそのとおりだと思う
 - b. そうだと思う
 - c. どちらともいえない
 - d. そうは思わない
 - e. まったくそうは思わない
16. 日付についての自分の記憶力は、ここ10年でとても悪くなった。
- a. まったくそのとおりだと思う
 - b. そうだと思う
 - c. どちらともいえない
 - d. そうは思わない
 - e. まったくそうは思わない
17. なかなか何かを思い出せないうき、思い出の手がかりとして何か似たようなことを思い出そうとすることがありますか。
- a. まったくしない
 - b. たまにする
 - c. ときどきする
 - d. よくする
 - e. いつもする
18. 名前についての記憶力は、ここ10年でとても悪くなった。
- a. まったくそのとおりだと思う
 - b. そうだと思う
 - c. どちらともいえない
 - d. そうは思わない
 - e. まったくそうは思わない
19. 何かを思い出すために、その日の出来事をもう一度意識して思い浮かべようとしていますか。
- a. まったくしない
 - b. たまにする
 - c. ときどきする
 - d. よくする
 - e. いつもする

20. 自分の記憶力は、鍛(きた)えてさえいれば衰えない。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

21. なるべくあとで思い出しやすいようにと、覚えておきたいことを何か他のことに関連づけて覚えよう
としますか。

- a. まったくしない
- b. たまにする
- c. ときどきする
- d. よくする
- e. いつもする

22. 覚えたい事柄には、意図的に神経を集中させることができますか。

- a. まったくしない
- b. たまにする
- c. ときどきする
- d. よくする
- e. いつもする

23. 自分次第で、記憶力の低下を防げる。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

24. よく知らない人から何かを思い出すように頼まれると、緊張してしまう。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

25. たとえ努力しても、自分の記憶力は低下していく。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

26. ほとんどの人にとって、具体的なものの方が、抽象的なものよりも、思い出しやすい。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

27. 思い出す手助けとして、頭の中でイメージを思い描くことがありますか。

- a. まったくしない
- b. たまにする
- c. ときどきする
- d. よくする
- e. いつもする

28. 長い間していなかったことをしなければならぬときは不安になる。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

29. 何かを思い出そうとすると、それを繰り返し頭の中で思い浮かべることがありますか。

- a. まったくしない
- b. たまにする
- c. ときどきする
- d. よくする
- e. いつもする

30. 自分の記憶力が他の人たちほど良くないと感じるときは、緊張し不安になる。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

31. 本・映画・芝居などの題名を思い出すのは得意だ。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

32. 自分の記憶力は、ここ10年でとてもよく

- 1. まったくその通りだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

33. ほとんどの人にとって、非常に興味のあるものの方が、そうでないものよりも、思い出しやすい。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

34. 歌の歌詞は、難なく思い出することができる。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

35. きちんと思い出すことができるように、メモをとりますか。

- a. まったくしない
- b. たまにする
- c. ときどきする
- d. よくする
- e. いつもする

36. ヒット曲の名前などを思い出すのは得意だ。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

37. 本を読んだあとで、そこに書かれていた内容を思い出すのは簡単だ。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

38. 初めての場所へ行き、帰る道を思い出さなければならぬとしたら、不安になるだろう。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

39. 新聞記事やテレビ番組の内容を思い出すのは得意だ。

- a. まったくそのとおりだと思う
- b. そうだと思う
- c. どちらともいえない
- d. そうは思わない
- e. まったくそうは思わない

40. 人がどれだけ一生懸命努力したとしても、記憶力がそんなに改善されることはない。
- まったくそのとおりだと思う
 - そうだと思う
 - どちらともいえない
 - そうは思わない
 - まったくそうは思わない
41. 努力すれば、自分の記憶力を良くすることができる。
- まったくそのとおりだと思う
 - そうだと思う
 - どちらともいえない
 - そうは思わない
 - まったくそうは思わない
42. 物語や小説のあらすじを思い出すのは簡単だ。
- まったくそのとおりだと思う
 - そうだと思う
 - どちらともいえない
 - そうは思わない
 - まったくそうは思わない
43. 特定の事柄を、どこで読んだり聞いたりしたのか、たいてい正確に思い出すことができる。
- まったくそのとおりだと思う
 - そうだと思う
 - どちらともいえない
 - そうは思わない
 - まったくそうは思わない
44. 以前と同じように物事を思い出すことができる。
- まったくそのとおりだと思う
 - そうだと思う
 - どちらともいえない
 - そうは思わない
 - まったくそうは思わない

これで質問は終わりです。調査者の指示に従ってください。

【研究説明書】**「統合失調症者のリアリティ・モニタリングに関する研究」について**

この説明書は、統合失調症の影響を受けた記憶の状態（これを「リアリティ・モニタリング・エラー」と言います）と、記憶の状態がご自身にどう影響しているかを明らかにする研究への参加を検討していただくためのものです。

下記を確認いただき、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. 研究の目的

統合失調症の治療を続けておられる皆様は、病気の症状により、ご自身の「記憶」について、思い込みや思い違いを起しやすと言われています。

記憶の思い込みや思い違いが多いことは、皆様の病が回復した後も『どのような生活を送りたいか』をご自身で考え、決める力や、『生活していくことへの自信』にも影響を及ぼし、皆様らしく生きていくことの妨げになると考えられます。そのような事態を防ぐためには、皆様に日々関わる看護師の支援が重要だと私は考えていますが、その詳しい状況はこれまでに明らかにされていません。

私は、皆様がどのような記憶を抱えて過ごしているのかを看護師が正しく理解することで、それぞれの状況に合わせたより良い回復・退院への手助けを入院中に行うことが出来ると考えています。そこで今回、皆様の記憶の実際の状態を明らかにすると共に、それがご自身にどのように影響を及ぼしているかを明らかにすることを目的に、調査を行います。

2. 研究計画・方法の説明

1) 調査の対象

- ・統合失調症の診断で入院・治療中で、主治医・担当看護師による承諾が得られた方。

2) 調査の内容

- ・調査は「アンケート」と「インタビュー」の2種類に加え、診療録から治療状況や年齢等についてデータを取らせていただきます。
- ・今回は、アンケート ・ インタビュー の調査をお願いいたします。

3) 調査期間・調査を行う回数と時間

(1) 調査期間

研究者所属機関の倫理委員会、および研究施設の倫理委員会の承認後から2017年3月末までの予定です。

(2) アンケートにかかる時間・・・30分～40分の質問を1回、行います。

(3) インタビューにかかる時間・・・30分～40分のインタビューを1回、行います。

3. 研究計画達成時の成果

- ・この研究成果は看護系の学会および看護系学術誌に公表する事を検討しています。

4. 研究計画・方法の危険性・有害事象およびその対応

1) 調査内容の情報保護

- ・この研究に関わる情報は全て匿名化し、公表する場合も個人が特定できないよう処理します。
- ・お聞きした情報は決められた施設で鍵のかかる場所に保管し、閲覧者もこの研究に関わる者のみとします。
- ・お聞きした情報は、この研究以外の目的では使用せず、外部に漏えいしないように取り扱います。

2) 身体面・心理面への配慮

- ・この研究は、主治医・担当看護師の承諾を得て協力をお願いしています。そのため、調査中も必要に応じて、医師や看護師からの助けが得られるよう体制を整えて行います。
- ・調査中は適宜休憩時間を設け、疲労が蓄積しないように配慮します。気分や具合が悪くなったと感じたら調査を中断することが出来ます。
- ・質問内容について答えたくないものについては、回答を強要しないことをお約束します。

3) 参加の自由と、不参加の場合でも不利益を受けないこと

- ・この研究への参加は自由です。不参加でもその後の治療や入院生活への不利益は一切生じません。

4) 同意後も随時撤回できること

- ・この研究に同意したあとも、いつでも研究について質問や意見をすることが出来ます。その場合は、下記までご連絡ください。
- ・この研究に同意した後であっても、「同意撤回書」をもって随時同意を撤回することが出来ます。その際、それまでに得たご自身に関するデータは速やかにシュレッダーで破棄します。ただし、研究結果が論文等で発表された後の破棄は出来ない場合もあることをご了承ください。

「同意撤回書」は、この説明の後にお渡しします。

6) データの開示

- ・希望される場合は、ご自身のデータのみ見ることが出来ます。

5) 人権擁護に関すること

- ・この研究は、研究者所属機関の倫理委員会、および_____病院の倫理委員会で、承認を受けた上で実施します。

【研究責任者所属・氏名】 筑波大学医学医療系 森 千鶴

【連絡先】 TEL : ●●●● Email : ●●●●

【共同研究者所属・氏名】 筑波大学大学院 浅沼(阿達) 瞳

【連絡先】 TEL : ●●●● Email : ●●●●

同 意 書

●●●●●病院 院長殿

私は、「統合失調症者のリアリティ・モニタリング・エラーの構造」の研究について、

- ① 研究の目的
- ② 研究の計画と方法
 - ・ 調査対象、調査内容、調査期間・回数と時間
- ③ 研究計画達成時の成果
- ④ 研究計画・方法の危険性・有害事象およびその対応
 - ・ 調査内容の情報保護、身体面・心理面への配慮、参加の自由、同意の撤回、データの開示、人権擁護

について十分な説明を受けました。また、本研究を受けることに同意しなくても何ら不利益を受けないことも確認した上で、本研究の協力者にな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思によるものであり、随時撤回できるものであることを確認します。

平成 年 月 日

氏 名： _____

「統合失調症者のリアリティ・モニタリング・エラーの構造」の研究について、書面及び口頭により平成 年 月 日に説明を行い、上記のとおり同意を得ました。

【説明者】

所 属： _____

氏 名： _____

【研究責任者所属・氏名】 筑波大学医学医療系・森 千鶴

【連絡先】 TEL：●●●●● / Email：●●●●●

同 意 撤 回 書

●●●●●病院 院長 殿

私は「統合失調症者のリアリティ・モニタリング・エラーの構造」の研究に協力することに同意し、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： _____

調査対象者番号： _____ 番

「統合失調症者のリアリティ・モニタリング・エラーの構造」の研究に協力することの同意撤回を受理・確認し、連結匿名対応表へその旨記載いたしました。

平成 年 月 日

【確認者】

所 属： _____

氏 名： _____

【研究責任者所属・氏名】 筑波大学医学医療系・森 千鶴

【連絡先】 TEL： ●●●●● / Email： ●●●●●