

# 琉球大学学術リポジトリ

病名の把握・告知の体験・心理教育受講体験が統合失調症患者の知識度に及ぼす影響

メタデータ	言語: 出版者: 琉球医学会 公開日: 2021-11-19 キーワード (Ja): キーワード (En): schizophrenia, psychological education, knowledge of illness 作成者: 榎木, 宏之, Enoki, Hiroyuki メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002016926">http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002016926</a>

## 病名の把握・告知の体験・心理教育受講体験が 統合失調症患者の知識度に及ぼす影響

榎木 宏之

医療法人社団志誠会 平和病院

(2020年2月7日受付, 2020年4月16日受理)

## Effects of understanding of illness and experiences of informed diagnosis and psychological education program on the knowledge of schizophrenia

Hiroyuki Enoki

*Heiwa Hospital*

### ABSTRACT

In this study, we examined effects of understanding of illness and experiences of informed diagnosis and psychological education program on the knowledge of schizophrenia in schizophrenic patients. The participants included 137 schizophrenic patients comprising 62 psychiatric hospital inpatients, 44-day care outpatients, and 31 who attended rehabilitation facilities. The participants' experiences of self-diagnosis, informed diagnosis of their disease and past participation in psychological education programs were assessed. They completed the Knowledge of Illness and Drugs Inventory (KIDI) and reported their insight of the illness. Demographic data including age, sex, duration of illness, duration of treatment and years of schooling were obtained. Furthermore, the participants completed the Rehabilitation Evaluation Hall and Baker (REHAB), a social function scale. Correlation analyses revealed a weak and negative correlation of the total KIDI score with age, duration of illness, duration of treatment, and total REHAB score. Moreover, a weak and positive correlation of the total KIDI score with year of schooling and self-diagnosis was found. In addition, the results of a hierarchical multiple regression analysis using age, sex, illness duration, duration of treatment, year of schooling, total REHAB score, psychological education, informed diagnosis, and self-diagnosis as explanatory variables and the total KIDI score as an objective variable revealed that year of schooling, total REHAB score, psychological education, and self-diagnosis had significant effects on the total KIDI score. Awareness of schizophrenia through psychological education programs may eventually increase the level of knowledge of the illness and promote an in-depth understanding of ego-alien symptoms of schizophrenia and the necessity of medication. *Ryukyu Med. J., 39 (1~4) 65~72, 2020*

Key words: schizophrenia, psychological education, knowledge of illness

## I. 緒言

統合失調症者の疾病管理において、統合失調症患者自身が正しい知識を獲得することの重要性は、以前から指摘されている。患者が適切な知識を持つことが、服薬コンプライアンスに影響を及ぼすと言われている<sup>1,2)</sup>。一方、服薬アドヒアランスの視点からは、必ずしも知識がアドヒアランスを高めるとは限らないことも指摘されており<sup>3,4)</sup>、統合失調症患者が疾病や服薬に関する知識を持つことの効果については意見が分かれる現状がある。

疾病に関する知識の獲得は、必ずしもアドヒアランスを高めるとは言えないとしても、反対に、知識を持つことは治療抵抗などのマイナス要因になるとは言えず、知識を獲得することの有効性については程度の差こそあれ、一定の理解は得られていると言えよう。

また、患者への適切な知識の提供は、安定した治療の継続を促す介入において、現実的にアプローチしやすい方法であるため、どのような知識を提供するのかというテーマは、臨床実践において無視することはできない視点と考えられる。

統合失調症患者が疾病に関する知識を獲得する要素として考えられるのは、実践の現場においては、①主治医からの告知によって知識を得てゆくようになる場合、②心理教育プログラムへの参加によって学習を通して知識を獲得する場合が考えられる。さらに、③告知を含む他の医療職とのコミュニケーション、あるいは家族や様々なメディアなどの間での相互関係を通して、最終的に「自分の病名は統合失調症である」または、「統合失調症かもしれない」と、患者自身が病名を把握する状態に至る場合が考えられる。病名を把握することで、統合失調症の症状について関心が高まる結果として知識を獲得するということが想定される。

告知については、患者が告知を受け、症状悪化の兆候を察知し、治療に参加することが、地域生活実現のために必要な要素であるといわれている<sup>5)</sup>。

心理教育が患者自身の疾病に関する知識に与える影響については、心理教育プログラムによって疾患自己管理の知識に改善が見られたという知見が、無作為割付効果研究の中で示されている<sup>6)</sup>。

「病名を知っていること」と疾病に関する知識との関係については、先行研究が少ないが、その中の一つの内野ら<sup>7)</sup>の研究では、非統合失調症患者は自身の病名を正しく答えることができた患者が多かった一方、統合失調症患者で正しく答えられたのは46.4%にと留まっていると報告されている。ただし、同先行研究では正しく答えた患者の疾病への理解度については、述べられておらず、「病名を知っていること」と知識

の程度の関係の解明は課題と言える。

以上のように、統合失調症患者における①告知の体験、②心理教育の参加体験、③自身の病名の把握の3点の関係及び3要素が知識に与える影響が明らかになると、患者への疾病自己管理への有効なアプローチの糸口が見出されることが期待できる。そこで、本研究では、統合失調症における、告知の体験、心理教育の受講体験、病名の把握の3要素が疾病・服薬に関する知識に与える影響を検討する。

## II. 対象と方法

### A. 調査対象

A 精神科病院の病棟患者、デイケア通所者、社会復帰施設入所者で、かつ、ICD-10, F2 (統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害) に該当する患者を対象とした。なお、後述のように、各群は同一(年齢、罹病期間)の集団の中で、状態像(病態、障害の時期、段階)の違いがある。それらをすべて包括した集団としてとらえた。

対象患者に、2005年1月8日～同年1月15日の期間中に質問紙調査を行った。一部のデータについては、既に口頭発表済であり<sup>8)</sup>、本研究においても同じ時期に収集したデータセットを用いているが、本研究では同データセット内の未公表データを用いて本研究目的について検証する。そのため、同じデータセットの一部の変数を除外し、本研究では異なる研究デザインによって改めて解析を行った。各部署の職員を通じ、232人の患者に配布され全て回収した。そのうち、記入拒否、未記入の質問票は欠損値として除外し、全ての項目に回答した148人中質問紙を有効回答とした。さらに、治療期間、教育年数と病識の関連<sup>9,10)</sup>、社会機能と病識の関連<sup>11)</sup>については、それぞれ先行研究で指摘されていることから、年齢、性別、罹病期間、治療期間、教育年数及び社会機能尺度スコアについて診療録よりも同時に確認できた患者サンプルのみを対象サンプルとして有効回答148人から抽出した。最終的に対象サンプルとなったのは137人であった。その内訳は、病棟患者62人、デイケア通所者44人、社会復帰施設入所者31人であった。

本研究の調査は質問紙によって行われ、配布は統合失調症の診断(ICD-10, F2)を有する患者のみに配布した。

### B. 調査内容

#### 1) 手続き

質問紙には、年齢、性別、心理教育の受講体験の有無、病名の告知体験の有無、そして、「病名の把握」として、記入患者自身が捉える自身の病名を自由記述形式

で回答を得た。記載欄に「統合失調症」または「精神分裂病」と回答した対象者を正解とし、それ以外の記載内容は誤答とした。正解は「病名を把握している」と解釈し、誤答は「病名を把握していない」と解釈した。また、疾病・薬物知識度調査 (Knowledge of Illness and Drug Inventory : KIDI)<sup>12)</sup> 全 20 項目も質問項目に組み入れた。なお、同時に社会機能も把握するため、REHAB (Rehabilitation evaluation Hall and Baker: 精神科リハビリテーション行動評価尺度)<sup>13,14)</sup> の評定も実施した。

## 2) 評価尺度

### ① KIDI について

疾病・薬物知識度調査 (Knowledge of Illness and Drug Inventory : KIDI)<sup>12)</sup> は、精神科疾患に関する知識の程度を測定するための尺度である。主な内容は、症状・症状の特徴、主作用・副作用及び薬を飲み忘れた時の対処法などで構成されている。全 20 項目中 10 項目 (第 1 項目～第 10 項目) が精神症状項目群であり、残りの 10 項目 (第 11 項目 (#11)～第 20 項目) が薬物項目群で構成されている。各項目での正解を 1 点、不正解を 0 点として 20 点満点で合計得点を算出する。

### ② REHAB について

社会機能評価尺度として、REHAB (Rehabilitation evaluation Hall and Baker: 精神科リハビリテーション行動評価尺度)<sup>13,14)</sup> を本研究では用いた。REHAB は精神障害者の行動を評価するための社会機能尺度であり、逸脱行動 (合計: 7 項目: 失禁、暴力、自傷、性的問題行動、無断離院・外出、怒声・暴言、独語・空笑) 及び、全般的行動 (全般的合計全得点: 5 因子 [16 項目]: ①社会的活動性因子 [病棟内交流、病棟外交流、余暇、活動性、言葉の量、自発的言語]、②言葉のわかりやすさ因子 [ことばの意味、明瞭さ]、③セルフケア因子 [食事の仕方、身繕い、身支度、所持品の整頓、助言・援助]、④社会生活の技能因子 [金銭管理、施設・機関の利用]、⑤言葉の技能因子 / [全般的評価]) で構成される。逸脱項目は発生頻度について 3 件法 (0～2 点) で評価し、全般的行動は各項目を 9 点満点 (0～9 点) で評価し、得点が高いほど「障害が重い」とされ、低得点であるほど、「(地域で求められる) 普通の状態」と評価される<sup>2)</sup>。

## C. 心理教育プログラムについて

A 精神科病院では、1997 年より統合失調症の患者及び家族を対象とした心理教育プログラムを急性期病棟において実施している。患者を対象とした心理教育プログラムにおいて、対象は、当院急性期治療病棟入院中の ICD-10 における F2 に該当する統合失調症患者

者であり、陽性症状が活発でプログラムへの参加が困難な患者、または、精神発達遅滞を伴う患者は対象外としている。参加患者は毎回 4～5 人程度で、参加スタッフは、医師、看護師、臨床心理士、作業療法士が加わる。1 セッション 1 時間で、全 3 回を 1 クールとしている。全過程を通して、スタッフ間、患者間のコミュニケーションを通して、統合失調症の症状、治療および予防への理解の向上を狙いとしている。プログラムの評価は、プログラム場面での患者の発言をスタッフ同士で共有すること以外に、KIDI をプログラムの実施前後で行い、理解の程度を把握している。本研究で、患者に回答を求めた心理教育への参加の有無における心理教育とは、同プログラムを指す。

## D. 分析方法

本研究では、まず、病棟、デイケア、社会復帰施設 3 群の属性の差を検討するため、年齢、性別 (男 0 / 女 1)、教育年数、罹病期間、治療期間、REHAB、心理教育の受講体験の有無 (無 0 / 有 1)、病名の告知体験の有無 (無 0 / 有 1)、病名把握の正誤 (誤 0 / 正 1) 及び KIDI 合計点について、病棟、デイケア、社会復帰施設についてそれぞれ一要因分散分析、及び  $\chi^2$  検定によって比較した。

次に、3 群をまとめて各変数間の単相関分析を行った。さらに、KIDI 合計点に対する各変数の影響力を検討するため、階層的重回帰分析を行った。KIDI 合計点を目的変数とし、説明変数として、年齢、性別、教育期間、罹病期間、治療期間を step1、社会機能の影響力を検討するため、step2 では step1 の説明変数に加えて REHAB 合計点である「全般的行動全得点 (Total General Behaviour : TGB)」を投入した。最後の step3 では、step2 までの変数に加えて、心理教育の受講体験、病名の告知体験、病名の把握を投入し、step2、さらに step2 の目的変数に加えて心理教育の受講体験、病名の告知体験、病名の把握の 3 変数を加えて step3 による階層的重回帰分析を実施した。統計処理における有意水準は、いずれも  $p < .05$  とし、統計解析には HAD version 16.03<sup>15)</sup> を使用した。

なお、Peduzzi et al.<sup>16)</sup> によると、重回帰分析に必要なサンプル数は説明変数の 10 倍とされており、説明変数が 10 である本研究においては、収集したサンプル数は条件を満たすと考える。

## E. 倫理的配慮

本研究を行うにあたり、本研究への参加は自由意思であり研究に同意しない場合も何ら不利益は受けないこと、データは数値化するため個人の特定はできないためプライバシーが侵害されることはないこと、得られたデータについては、研究以外の目的で使用しないこと、研究結果について発表する際には、施設や個人

が特定されるような情報の公表を一切行わないことに留意した。なお、本研究は平和病院倫理審査委員会の承認を得て実施した。

### III. 結果

病棟、デイケア、社会復帰施設の3群を独立変数、その他の変数を従属変数とする1要因参加者間計分散分析を行い、性別、心理教育の受講体験の有無、病名の告知体験の有無、病名把握の正誤に関しては $\chi^2$ 検定を行った結果をTable1に示した。その結果、5%水準で有意な主効果がみられたのはREHAB (TGB)及びKIDI合計点においてであった (REHAB :  $F(2, 134) = 53.758, p = .000, \eta^2 = .445$ ; KIDI :  $F(2, 134) = 5.335, p = .006, \eta^2 = .074$ )。Holms法による多重比較の結果、REHABにおいては、社会復帰施設、デイケア、病棟の順にTGB得点は有意に高くなり、KIDI合計得点では、デイケアは病棟よりも有意に高く、社会復帰施設は病棟よりも有意に高いという結果が得られた。

群間で差が認められたのは、社会機能である (REHAB) と疾病・薬物に関する知識 (KIDI) の程度においてであり、病態を含む状態像において違いは

あるが、基本属性には違いがあるとは言えないと理解することができる。そのため、以降は、3群を統合失調症患者の一つの集団とみなして解析を行った。

各変数間の単相関分析結果をTable2に示した。評価の対象としては、相関係数( $r$ )が.2以上の値のみを対象とした。KIDI合計点において、有意な弱い負の相関がみられたのは、年齢 ( $r = -.29, p < .01$ )、罹病期間 ( $r = -.23, p < .01$ )、有意な弱い正の相関は、教育年数 ( $r = .26, p < .01$ )、心理教育への参加体験 ( $r = .33, p < .01$ )、病名の把握 ( $r = .28, p < .01$ )との間であり、有意な負の相関は、TGB ( $r = -.53, p < .01$ )との間で認められた。病名の把握は、心理教育への参加体験 ( $r = .24, p < .01$ )及び、告知の体験 ( $r = .33, p < .01$ )との間で有意な弱い相関が認められた。心理教育の参加体験は、年齢 ( $r = -.30, p < .01$ )、罹病期間 ( $r = -.29, p < .01$ )及びTGB ( $r = -.20, p < .01$ )において弱い有意な負の相関が認められた。TGBは、罹病期間 ( $r = .23, p < .01$ )治療期間 ( $r = .28, p < .01$ )との間で弱い有意な相関が認められた。治療期間は、年齢 ( $r = .31, p < .01$ )、罹病期間 ( $r = .40, p < .01$ )との間で弱い有意な相関が認められ、罹病期間は年齢 ( $r = .62, p < .01$ )との間で有意な相関が認められた。

なお、単相関分析において、性別とKIDI合計の間

Table 1 Demographic data

	total		Inpatient wards		Daycare		PRF		p value	post hoc (Holms)
	average	SD	average	SD	average	SD	average	SD		
age	46.14	1.10	47.93	1.57	44.56	1.86	45.92	2.22	n.s.	
sex										
male	95	(69%)	43	(31%)	27	(20%)	25	(18%)		
female	42	(31%)	19	(14%)	17	(12%)	6	(4%)	※ .2	
duration of illness	20.64	0.93	22.00	1.33	20.80	1.58	19.13	1.89	n.s.	
duration of treatment	12.92	0.74	14.44	1.06	13.75	1.25	10.56	1.50	n.s.	
years of schooling	11.25	0.18	11.11	0.25	11.32	0.30	11.30	0.36	n.s.	
social function (REHAB)	54.56	1.87	79.56	2.68	47.99	3.18	36.12	3.78	.0001	P<D<In
psychological education (no)	56	(41%)	28	(20%)	18	(13%)	10	(7%)		
(yes)	81	(59%)	34	(25%)	26	(19%)	21	(15%)	※ .49	
informed diagnosis (no)	64	(47%)	25	(18%)	22	(16%)	17	(12%)		
(yes)	73	(53%)	37	(27%)	22	(16%)	14	(10%)	※ .36	
understanding of illness (no)	109	(80%)	46	(34%)	36	(26%)	27	(20%)		
(yes)	28	(20%)	16	(12%)	8	(6%)	4	(3%)	※ .31	
total KIDI scores	12.00	0.36	10.48	0.51	12.41	0.61	13.10	0.73	.006	In<D, In<P

※ chi-square test

PRF: Psychiatric Rehabilitaiton Facilities

P: PRF (Psychiatric Rehabilitaiton Facilities)

D: Daycare

In: Inpatient wards

Table 2 Correlations among scores of total KIDI scores and the other variables

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
① sex									
② age	.07								
③ years of schooling	.05	-.06							
④ duration of illness	.00	.62 **	-.08						
⑤ duration of treatment	.10	.31 **	.01	.40 **					
⑥ social function (REHAB)	.01	.18 *	-.14	.23 **	.28 **				
⑦ psychological education	.04	-.30 **	.12	-.29 **	-.17 *	-.20 *			
⑧ informed diagnosis	.02	-.11	.00	.02	-.07	.02	.23 **		
⑨ understanding of illness	-.02	-.17	-.01	-.05	.02	-.08	.24 **	.33 **	
⑩ total KIDI scores	-.02	-.29 **	.26 **	-.23 **	-.23 **	-.53 **	.33 **	.04	.28 **

\*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

Dummy variables were used for sex (0: males, 1: females), psychological education (0: no, 1: yes), informed diagnosis (0: no, 1: yes) and understanding of illness (0: no, 1: yes)

Table 3 Correlations among scores of total KIDI scores and the other variables

	Step1	Step2	Step3
sex	.00	-.01	-.01
age	-.23 *	-.21 *	-.15
duration of illness	.00	.05	.07
duration of treatment	-.16	-.06	-.08
years of schooling	.25 **	.19 **	.19 **
social function (REHAB)		-.46 **	-.42 **
psychological education			.15 *
informed diagnosis			-.08
understanding of illness			.22 **
$R^2$	.17 ***	.36 ***	.43 ***
$\Delta R^2$		.19 ***	.07 ***

\*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

Dummy variables were used for sex (0: males, 1: females), psychological education (0: no, 1: yes), informed diagnosis (0: no, 1: yes) and understanding of illness (0: no, 1: yes)

では有意な相関は認められなかったが、性差は統合失調症患者の認知的洞察と実行機能の間を調整するという先行研究<sup>17)</sup>があることを考慮して重回帰分析の説明変数の対象とした。また、告知の体験と KIDI 合計の間においても有意な相関は認められなかったが、告知の体験は本研究での検討対象の変数であり、心理教育の体験、告知の体験、そして、病気の把握の三者の

関係が、知識度に及ぼす影響を検証するため、重回帰分析の説明変数に採用した。

次に、心理教育の受講体験、病名の告知体験、病名の把握の3変数が疾病の理解の程度に与える影響力を検討するため、KIDI 合計点を目的変数とする階層的重回帰分析を行った結果を Table3 に示した。step1として年齢、罹病期間、治療期間、教育年数の主効

果を投入し、step2として社会機能であるREHABのTGBの主効果を投入し、step3として心理教育の受講体験、病名の告知体験、病名の把握の主効果を投入した。step2では説明率が優位であり( $R^2 = .36$ ,  $F(6, 130) = 11.960$ ,  $p < .001$ )、年齢( $\beta = -.21$ ,  $p < .05$ )、教育年数( $\beta = .19$ ,  $p < .01$ )、年齢( $\beta = -.21$ ,  $p < .05$ )、教育年数( $\beta = .19$ ,  $p < .01$ )、TGB( $\beta = -.46$ ,  $p < .01$ )の主効果が有意であった。step3では説明率の増分が有意であり( $\Delta R^2 = .07$ ,  $F(9, 127) = 10.433$ ,  $p < .01$ )、教育年数( $\beta = .19$ ,  $p < .01$ )、TGB( $\beta = -.42$ ,  $p < .01$ )、心理教育の受講体験( $\beta = .15$ ,  $p < .05$ )及び病名の把握( $\beta = .22$ ,  $p < .01$ )の主効果が有意であった。

なお、年齢と罹病期間の相関係数が $r = .62$ がという値を示していたことから、各変数の多重共線性の可能性を考慮し、各変数のVariance Inflation Factor (VIF)を算出した。その結果抽出されたVIFは、性別(1.03)、年齢(1.77)、罹病期間(1.89)、治療期間(1.3)、教育年数(1.04)、REHAB(TGBスコア)(1.15)、心理教育の受講体験(1.23)、病名の告知体験(1.19)、病名の把握(1.19)であった。多重共線性が疑われる閾値であるVIFが10以上を示す変数は見られず、重回帰分析において説明変数間に多重共線性は認められなかった。

#### IV. 考察

統合失調症患者の疾病及び薬物に対する知識の程度に与える影響を検討した結果、単相関分析においては、性別および告知体験を除く全ての変数との間で有意な相関が見られた。しかし、階層的重回帰分析の結果、最終的に、教育年数、REHABスコア(TGB)、心理教育の受講体験、自身の病名を把握していることとう4つの要因が知識に影響を与えていることが明らかになった。

教育年数が知識の程度に影響を与えるということについては、先行研究<sup>9, 10)</sup>でも指摘されており、本研究は、従来の研究を支持する結果を示した。社会機能については高い社会機能を発揮する患者、つまり、REHABスコア上は低得点を示す患者、になるほど知識を得ることができるという結果が得られた。病識の観点から社会的機能を検討した先行研究では、全体的な洞察と、特に治療の必要性の洞察の側面において重要な影響を与える機能とされている<sup>11)</sup>。社会機能が低い患者は病識獲得の可能性が期待され、知識の程度も高くなることが推察される。

心理教育受講体験を自覚する患者は、知識の程度が高くなることが示唆された。心理教育プログラムが印象に残っている患者は知識も記憶に残っていることが

示されている。連理<sup>12)</sup>によると、心理教育の受講者のKIDIは実施前後で有意に増加しており、本研究でも心理教育プログラムの効果は知識に反映されていた。

「病名の把握」に関しては、「自分の病名を知っていること」は、病名を知るに至るプロセスがあると思われる。今回、有意な影響力は認められなかった、告知体験と病名の把握との単相関を見ると、有意な弱い相関を示しており、主治医からの告知体験なども潜在的に影響を与えている可能性が推察される。同様に、心理教育受講体験と病名の把握も有意な弱い相関であることから、主治医との診察場面での説明や、心理教育受講者であれば、受講したことが病名の把握にも関連している可能性が推察される。

なお、本研究における、「病名の把握」は、「病識の『把握』」にまではまだ至っていない、自身の疾病状態の表層を尋ねた調査である。しかし、病識獲得の初期の状態を扱った研究はあまり見られない中で、本研究は従来の研究とは異なる視点を提示したという点に意義を見出すことができると思われる。

また、従来のKIDIに関する研究では、知識度と服薬アドヒアランスとに関する研究においては、知識の程度はアドヒアランスと相関しないという結果が最近示されている<sup>18, 19)</sup>。しかし、服薬アドヒアランスの前段階ともいえる疾病・薬物の知識の獲得に影響を与える要因を検討するという水準の知見を提示した点も、心理教育関連の研究の中であって多少なりとも貢献できる点ではないかと思われる。

#### V. 結語

統合失調症患者の疾病及び薬物に対する知識の程度に与える影響を検討し、自身の病名を把握していることや、心理教育を受講した体験が重要な要因であることが明らかとなった。そのため、単なる知識の提供ではなく自己理解が進むような心理教育プログラムの実施に留意する必要があるということが示唆された。

#### VI. 研究の限界と今後の課題

本研究では、対象患者の社会機能という障害の程度を含めて解析したが、病状を加味した検討は行っていない。また、疾病の自覚、告知の体験、心理教育受講体験間で相関が認められていたとはいえ、階層的重回帰分析においては、心理教育の受講体験と告知体験、及び病名の把握の各々との間で交互作用は検討されていない。そのため、知識の程度に対して、疾病の自覚や告知の有無が調整する働きを有するか否かについては、今回は明確な知見は得られていない。また、心理

教育プログラム参加の有無のみを尋ねているが、どのような学びを得たのかということには触れていなかった。今後は、以上の限界についても精緻に検証を行った研究が期待される。

## 文 献

- 1) Morisky, D.E., Ang, A., Krousel-Wood, M., and Ward, H.J: Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hyperten* 10(5): 348-354, 2008.
- 2) Velligan, D.L., Weiden, P.J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., and Docherty, J.P.: The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry* 70(4): 47-48, 2009.
- 3) Day J.C., Bentall R.P., Roberts C., Randall F., Rogers A., Cattell D., Healy D., Rae P., and Power C.: Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry* 62: 717-724, 2005.
- 4) 柳田信彦, 井上和博, 内野俊郎: 精神科病院入院中の統合失調症患者を対象とした簡易的な評価法による服薬アドヒアランス評価の試み. 鹿児島大学医学部保健学科紀要 28(1): 119-124, 2018.
- 5) 山元恵子, 籾脇健司, 川野雅資: わが国の地域在住統合失調症者における自己管理の概念構造に関する文献学的研究. 梅花女子大学看護保健学部紀要 6: 45-55, 2016.
- 6) 熊谷直樹, 安西信雄, 池淵恵美: 統合失調症圏在院患者に対する「地域生活への再参加プログラム」の無作為割付効果研究: 疾患自己管理の知識の獲得を中心に. *精神神経学雑誌* 105(12): 1514-1531, 2003.
- 7) 内野俊郎, 前田正治, 原口健三: 「精神分裂病」とステイグマ—本邦における心理教育の臨床的課題—. *臨床精神医学*, 32(6): 677-688, 2003.
- 8) 榎木宏之, 山崎麻衣子, 宮城則孝: 病気の知識と薬に対する構えの関係について—KIDIとDAI-30の比較—. *精神保健* 51: 75, 2006.
- 9) Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., Gorman, J. M.: Assessment of insight in psychosis. *American journal of Psychiatry* 150: 873-873, 1993.
- 10) Macpherson, R., Jerrom, B., Hughes, A.: Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 168(6): 718-722, 1996.
- 11) Mutsatsa, S. H., Joyce, E. M., Hutton, S. B., Barnes, T. R.: Relationship between insight, cognitive function, social function and symptomatology in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(6): 356-363, 2006.
- 12) 連理貴司: 精神分裂病患者に対する心理教育ミーティングの効果 - 疾病, 薬物知識度調査の結果から. *精神医学* 37: 1031-1039, 1995.
- 13) Baker, R., Hall, J. N. : REHAB: a new assessment instrument for chronic psychiatric patients. *Schizophrenia Bulletin*, 14(1): 97-111, 1988.
- 14) Baker, R. & Hall, J.: Users Manual: for Rehabilitation Evaluation, Hall and Baker. Vine, 1983; 田原明夫・藤信子・山下俊幸訳: 精神科リハビリテーション行動評価尺度. 三輪書店, 1994.
- 15) 清水裕士: フリーの統計分析ソフトHAD: 機能の紹介と統計学習・教育, 研究実践における利用方法の提案. *メディア・情報・コミュニケーション研究* 1: 59-73, 2016.
- 16) Peduzzi, P., Concato, J., Feinstein, A. R., Holford, T. R.: Importance of events per independent variable in proportional hazards regression analysis II. Accuracy and precision of regression estimates. *Journal of clinical epidemiology*, 48(12): 1503-1510, 1995.
- 17) Kao, Y. C., Liu, Y. P., Lien, Y. J., Lin, S. J., Lu, C. W., Wang, T. S., & Loh, C. H.: The influence of sex on cognitive insight and neurocognitive functioning in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 44: 193-200, 2013.
- 18) 松田光信, 河野あゆみ, 先谷亮: 統合失調症患者の服薬アドヒアランスに影響する要因の探索 ~ 早期退院を控えた患者に焦点を当てた基礎的研究 ~. *神戸常盤大学紀要*, (5): 1-8, 2012.
- 19) Yanagida, N., Uchino, T., Uchimura, N.: The effects of psychoeducation on long-term inpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Kurume medical journal*, 63(3.4): 61-67, 2016.

