

# 生活技能訓練 (SST) におけるロールプレイ テストの評価者一致率について

上村 真紀<sup>1</sup> 堀江 直子<sup>2</sup> 菅崎 弘之<sup>3</sup> 太田 保之<sup>1</sup>

**要 旨** 社会復帰を目的としたデイケア通所者を対象とする生活技能訓練 (SST) の有用性を評価するひとつの手段として、独自に作成したロールプレイテストを行った。そして、そのロールプレイテストを一定の評価尺度に従って、SST スタッフ群、SST に直接関わっていないデイケアスタッフ群、対象者と面識のない精神科スタッフ群が各々に評価し、各群内の評価一致率を比較検討した。

各症例の評価一致率では SST スタッフの Generalized  $\kappa$  係数 0.561 が最高値で、全体的に低い一致率であった。しかしながら、他の 2 群に比べると SST スタッフ群は若干一致率が高く、評価視点が明確化されつつあることが示唆された。また、評価項目を視覚的な判断が必要な項目と聴覚的な判断が必要な項目に分けた場合、デイケアスタッフ群においては聴覚的な項目の一致率が低いという結果が認められた。これらの結果から、評価基準やテスト場面の設定などを改善する際のいくつかの指針が示唆された。

長崎大医療技短大紀 7 : 121-128 1993

**Key words :** 精神分裂病, デイケア, 生活技能訓練 (SST), リハビリテーション

## はじめに

精神分裂病 (以後, 分裂病と略記) は, 妄想や幻覚などの陽性症状が軽快している時でも, 社会生活障害 (社会生活の回避, コミュニケーション技能の欠如), 作業能力障害 (気の散りやすさ, 無気力), 自己管理障害 (みだしなみの悪さ) などが持続するのが特徴である。抗精神病薬の本格的な導入によって, 陽性症状は改善するようになったが, ひ

きこもりや感情鈍麻などの陰性症状はほとんど変化を認めなかった。

また, 分裂病者をとりまく社会環境がストレスフルである時は, 症状の再発が起りやすくなる。つまり, 分裂病者が生来性に有する生物学的脆弱性と環境ストレスの間で緊迫した平衡関係にある分裂病者は, 社会生活技能を欠いていると有害なストレスを上手に処理できず, 破綻してしまうからである。従って, 分裂病の治療において再発の危険を減ら

1 長崎大学医療技術短期大学部

3 長崎大学医学部精神神経科

2 長崎大学医学部附属病院理学療法部

すことを目指した社会心理的リハビリテーションの必要性が強く求められるようになってきた<sup>1) 2)</sup>。

社会心理的介入は分裂病の「素因-ストレスモデル」<sup>1) 2) 3)</sup>に依拠して行われる。このモデルでは分裂病発病は精神生物学的脆弱性(素因)と環境ストレスとの相互関係によって起きると仮説される(図1)。脆弱性は主に遺伝的・発達の要因によって決定されるが、ストレスは生活上の出来事(Life Event)<sup>4) 5)</sup>や緊張に満ちた家庭環境(High EE Family)<sup>6)</sup>などである。そのような環境ストレスは分裂病者の対処技能の熟達度に応じて生物学的脆弱性に衝撃を与え、破綻へと導く。

このモデルが分裂病治療に対して意味することは、分裂病者の生物学的脆弱性が一定の場合、分裂病症状の増悪は(1)環境ストレスと(2)患者の対処技能や社会からの支持度との間

のバランスによって決まるということである<sup>1)</sup>。従って、分裂病者に対する社会心理的介入は患者の対処技能の向上、社会的支持の拡大、環境ストレスの減弱に向けられる。

抗精神病薬による治療は、陽性症状を軽減させ、再発に対する脆弱性を弱める作用がある。そして、この薬物治療の下で社会心理的介入を行うことは、分裂病者の対処技能と環境からの支持を増加させる効果が生まれる。つまり、これら2つの治療法は相補的な役割を果たしているといえる。

社会心理的介入方法のひとつである Social Skills Training (生活技能訓練, SSTと略す)<sup>1) 7)</sup>は、分裂病者が個人的、社会的、実用的な目標を達成することを援助する訓練である。そして効果的な訓練のためには注意の集中、能動的な関与、実際の場面での練習が必要であり、それによって新しく獲得した技能

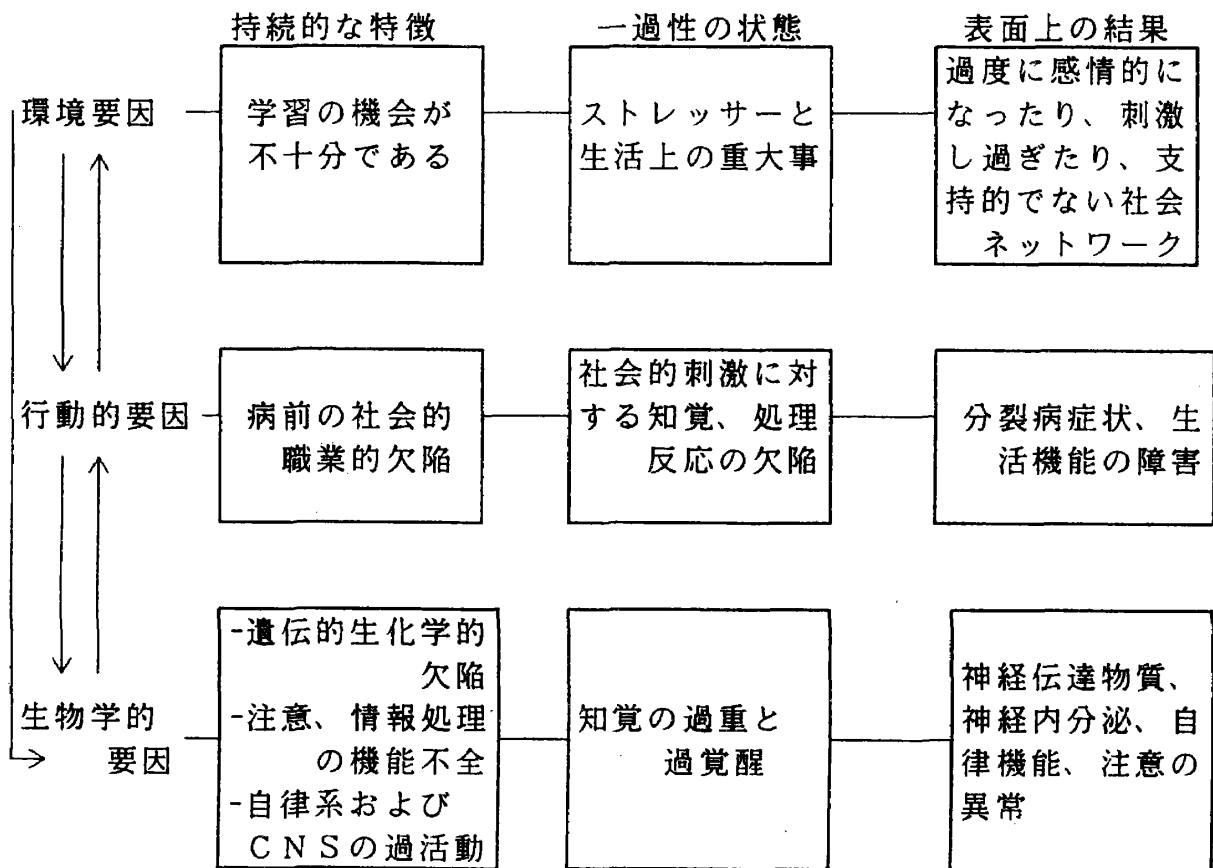


図1 精神分裂病の素因-ストレスモデル

表1 ロールプレイテストのシナリオ

SCENE 1

テーマ：診察室で主治医に、理由を述べて薬の量を減らしてもらうようお願いする。

状況説明：あなたは、最近昼間も眠気がとれず、DCでもよく眠くなって困っています。

最初の目標は、あなたの主治医にその困っていることを説明することです。最後の目標は、寝る前に飲む薬の量を減らしてもらうように頼むことです。

場面は、診察室です。あなたがドアを開けて入っていくところから始めます。

ロールプレイ：相手役：具合はどうですか。

主役：「……………」

相手役：それは薬の副作用だから多少眠いのも仕方がないですね。

主役：「……………」

SCENE 2

テーマ：デイケアで、仲の良いメンバーの誘いをうまく断る。

状況説明：今日は火曜日です。午前は創作、午後はバトミントンというプログラムです。

昼休みになって、仲の良いメンバーから、「午後はさぼって一緒に映画を見にいかん？」と誘われました。しかし、あなたは午後のバトミントンに参加したいと思っています。最初の目標は、午後のバトミントンに参加したいという、あなたの意志を相手に伝えることです。最後の目標は、映画の誘いをうまく断ることです。

場面は、DC室です。ソファーにあなたが座っているところへ、その人がやって来て隣に座ります。

ロールプレイ：相手役：午後はさぼって、一緒に映画を見にいかん？

主役：「……………」

相手役：バトミントンはいつでも出来るたい。

主役：「……………」

SCENE 3

テーマ：家で母親に、友人と喫茶店に行きたいことを伝えて、お小遣いをもらう。

状況説明：先日、友人から喫茶店に行こうと誘われ、あなたは行ってみようという気になったのですが、お小遣いに余裕がありません。そこでお母さんに事情を説明してお小遣いをもらわなければなりません。最初の目標は、友人と喫茶店に行きたいということをお母さんに説明することです。最後の目標は、必要なお小遣いをもらうことです。

場面は、夕食後お母さんが居間でお茶を飲んでいます。そこへあなたが行って話しかけます。

ロールプレイ：主役：「……………」

相手役：そお、行っていいよ。

主役：「……………」

相手役：お小遣いはあげてるでしょ。

主役：「……………」

SCENE 4

テーマ：家で、父親に話しかけ気づいてもらい、少し長く会話をする。

状況説明：あなたは、今日デイケアで があって、それを家の人に話そうと思ってい

ます。夕食後、お父さん（お母さん）が居間でくつろいでいます。最初の目標は、お父さんに話しかけて気づいてもらうことです。最後の目標は、DCであったことをお父さんに話し、少し長く会話をすることです。

場面は、あなたの家の居間でお父さんは新聞を読んでいます。

ロールプレイ：主役：「お父さん。」（呼びかけ）  
相手役：ん？（返事だけ）  
主役：「……………」  
相手役：（振り向く）  
主役：「……………」 } 最低でも  
相手役： } 3回は  
主役：「……………」 } やりとりをする  
相手役： }  
主役：「……………」 }  
相手役： }

### SCENE 5

テーマ：街で出会った同級生に、近況を聞かれ曖昧に答える。

状況説明：月曜日に、あなたは一人で浜の街に買い物に出かけました。アーケードを歩いていると、中学の時の同級生とばったり出会いました。その人とはそれほど仲が良かったわけではありませんでした。その同級生から「\* \*さんじゃなか？久しぶりやねー、今どうしよると？」と声をかけられました。最初の目標は、今どうしているかについて曖昧に答えることです。最後の目標は、うまく話を打ち切って別れることです。

場面は、アーケードの中、向こうから同級生が歩いてきます。あなたのことに気がついたようです

ロールプレイ：相手役：\* \*さんじゃなか？久しぶりやね。今、どうしよると？  
主役：「……………」

※相手役は話を長引かせるようにいろいろ話しかける。

### SCENE 6

テーマ：バスの中で整理券をとり忘れたことを運転手にはっきり伝えて謝る。

状況説明：DCの帰りに浜の町で買い物をするために、大学病院前からバスに乗りました。途中まで行ったところで、あなたは整理券をとり忘れたことに気づきました。最初の目標は、運転手さんに整理券をとり忘れたことと、どこから乗ったかをはっきり伝えることです。最後の目標は、そのことについて謝り、運賃を払ってバスを降りることです。

場面は、バスの中。浜の町のバス停が近づいてきました。

ロールプレイ：主役：「……………」  
相手役：（乗車した場所を言わなかったら）  
どこから乗りましたか？  
主役：「……………」  
相手役：今度から気をつけてください。

※相手役はぶっきらぼうに強い口調で話す。

が分裂病者の行動レパトリーの中へと組み込まれていくことになる。

この数年、日本における SST 実施施設は急激な増加傾向にある。1977年から84年まではわずか1～2の施設であったが、Liberman 来日の1988年には10施設となり、その後急速に増えて1991年には63施設、1992年には132施設にも達している<sup>9)</sup>。こうした普及は精神障害者の社会復帰に意欲的に取り組む施設が増加したことと同時に、「素因-ストレスモデル」に基づく SST の有効性が世界的規模で実証されてきたことにもよる。

長崎大学医学部精神神経科デイケアにおいても、デイケア通所者の社会復帰を促進するために、1992年4月より SST が導入された<sup>9)</sup>。SST の有用性を評価するために、独自に作成したロールプレイテストを用いて、SST 対象者の会話技能、つまり情報の受信・処理・送信の各技能を評価している。本稿では、SST スタッフ、SST に直接関わっていないデイケアスタッフ、そして SST 対象者と面識のない精神科スタッフの3群内で、会話技能の8項目に対する評価一致率を比較し、用いた評価尺度と評価方法上の問題点を検討した。

#### 対象と方法

対象者は就労を目標として SST に参加している分裂病者6名（男性4名、女性2名）で、平均年齢は28.5歳（±8.62）である。6

名のデイケア通所は規則的で、幻覚・妄想などの陽性症状はほとんど認めず、比較的安定した社会復帰（就労、復学など）の準備段階にある。SST は週1回約2時間のセッションで、全員がロールプレイを行っている。

ロールプレイは表1に示したように、病院や家庭などの日常生活で頻繁に使われる生活技能の要素を含む6場面を設定して行った。対象者一人一人にあらかじめ、本研究の目的と、ロールプレイ場면을ビデオに録画することを説明して承諾を得た。

テスト状況を一定にするために、テスト場面の説明や相手役（スタッフが担当）の対応は統一して行った。そして、記録したビデオを再生しながら、先に述べた SST スタッフ3名、SST に直接関わっていないデイケアスタッフ3名、SST 対象者と面識のない精神科スタッフ4名の計10名が所定の評価表に従って、表1に示した6場面のビデオを全て観察した後で評価を行った。評価項目は、①視線、②話すときの姿勢・動作、③表情、④間のとり方、⑤声の大きさ、⑥話し方のなめらかさ、⑦声の抑揚、⑧内容の豊かさ、など会話技能に関する8項目から成り、それぞれの項目は5段階評価された。

#### 結果および考察

表2は症例ごとにみた評価者3群内の一致率の Generalized  $\kappa$  係数を示したものである。なお、 $\kappa$  係数は1に近づくほど一致率が高く

表2 各スタッフ群の評価一致率比較

	S S T スタッフ	D C スタッフ	他のスタッフ
症例 A	.561	.302	.03
症例 B	-.024	.051	-.085
症例 C	.226	-.273	.062
症例 D	.022	.031	-.213
症例 E	.000	-.061	-.038
症例 F	.018	-.263	-.133

なるが、①3群それぞれをみても、最高0.561、最低-0.263とその一致率は低く、結果は思わしくないものであった。これにはいくつかの原因が考えられが、評価基準を詳しく説明してはいるものの、説明が叙述的であるため、評価者によって受け取り方が違ってくる曖昧さが存在したことが最大の原因と考えられる。また、各群の評価者数が少ないことにも関係があると考えられる。つまり、評価基準そのものを操作的に明確化し、評価基準修得の演習を繰り返し行うことが必要であろう。しかし、②SST スタッフ群は他の2群のスタッフよりもバラツキは少なく、その中でも症例Aに対する評価は0.561と比較的一致率の高いものであった。この症例は基礎的な会話技能にかなりの障害がみられ、毎回のSSTセッションで何度も繰り返し訓練を行い、テスト前に徐々に効果が現れてきた症例であった。今回のロールプレイテストは、会話技能に重点がおかれた評価項目であったため、他の2群の評価者に比べると、SST スタッフ群の評

価者にとっては評価演習効果の現れやすい症例であったと考えられる。次に、③表3に示したように、8評価項目の1)～3)を視覚的な判断が必要な項目、4)～8)を聴覚的な判断が必要な項目として分類して検討してみた。表4は視覚的項目と聴覚的項目に分類して3群各々の評価一致率を示したものである。SST スタッフ群では視覚的な項目と聴覚的な項目の間を見ても、一致率に余り差はなかった。しかし、ダイケアスタッフ群では視覚的な項目と聴覚的な項目における評価一致率の差が大きく、例えば症例Aをみた場合、視覚的項目はSST スタッフと同じ0.55であるのに対し聴覚的項目は0.007と、聴覚的な項目の一致率が極端に低いために全体の一致率を低下させていることがわかる。また、その他の精神科スタッフ群では視覚的な項目と聴覚的な項目の間に差はみられないものの、全体的にかなり一致率が低いことがわかる。視覚的なものに比べると、聴覚的な項目は健常人においても評価の判断は一般的に難しい。

表3 評価項目の分類

視覚的な判断が必要な項目

- 1、視線
- 2、話すときの姿勢・動作
- 3、表情

聴覚的な判断が必要な項目

- 4、間のとり方
- 5、声の大きさ
- 6、話し方のなめらかさ
- 7、声の抑揚
- 8、内容の豊かさ

評価基準

- 5：とても良い（健常人レベル）
- 4：良い（一部の障害、ほとんど気づかれない程度）
- 3：少し悪い（数カ所の障害、一部の人に気づかれる程度）
- 2：かなり悪い（かなりの部分の障害、大部分の人に気づかれる程度）
- 1：非常に悪い（全体を通じた重度の障害、一見して重症）

表4 各スタッフ群の一致度比較—視覚的な項目と聴覚的な項目

	SSTスタッフ (視覚)(聴覚)	DCスタッフ (視覚)(聴覚)	他のスタッフ (視覚)(聴覚)
症例A	(.55)(.444)	(.55)(.007)	(.086)(-.121)
症例B	(-.125)(-.071)	(.000)(.000)	(-.156)(-.173)
症例C	(-.125)(-.111)	(-.37)(-.313)	(-.029)(.024)
症例D	(.1)(-.117)	(.000)(.000)	(-.257)(-.188)
症例E	(-.286)(-.2)	(.167)(-.31)	(-.106)(-.042)
症例F	(-.312)(.028)	(-.35)(-.268)	(-.244)(-.14)

SST スタッフはデイケアスタッフ、その他の精神科スタッフに比べると、評価視点は全体的なレベルで明確化されていた。そしてSST スタッフはデイケアスタッフより聴覚的な項目においても、評価視点が明確化されていた。つまり、これらの所見は、評価の信頼性を高めるためには評価者がスタッフとして臨床的に直接参加することが重要であることを示している。

#### おわりに

全体的に評価にバラツキが目立ち、スタッフの評価技術にかなりの訓練を必要とすることが明らかになった。また、症例により評価のバラツキが大きく、各症例の多様な技能レベルに応じた評価基準に改善する必要性が示唆された。また、評価演習の充実と、一定間隔での再演習は必須であるが、ビデオによる評価法であるため視覚的な評価に比べ、聴覚的評価は低くなる可能性が高く、演習をする際はその点の考慮も必要であると考えられた。

#### 文 献

- 1) Liberman RP: Coping and competence as protective factors in the vulnerability-stress model of schizophrenia: Treatment of schizophrenia; Family assessment and intervention, ed by Goldstein MJ, Hand I, Hahlweg K, Springer-Verlag,

Berlin, 1986, pp201-215.

- 2) Liberman RP, Mueser KT, 福田正人, 中込和幸, 丹羽真一(翻訳): 精神分裂病者の認知行動療法—患者および家族に対する問題解決方式生活技能訓練—. 臨床精神医学, 1985, 14 : 913-924.
- 3) Liberman RP, Jacobs H, Boone S, Foy D, Donahoe CP, Falloon IRH, Blackwell G, Wallace CJ, 中込和幸, 福田正人, 平松謙一, 丹羽真一(翻訳): 分裂病者の社会適応のための技能訓練. 精神医学, 1988, 30 : 229-239.
- 4) Brown GW, Birley JLT, Wing JK: Influence of family life on the course of schizophrenic disorders, British Journal of Psychiatry, 1972, 121 : 241-258.
- 5) Day R: Life events and schizophrenia: The "triggering" hypothesis, Acta Psychiatrica Scandinavica, 1981, 64 : 97-122.
- 6) Leff J, Vaughn C: The interaction of life events and relatives' expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis, British Journal of Psychiatry, 1980, 136 : 146-153.
- 7) 皿田洋子: 精神分裂病を対象とした生活技能訓練とその効果. 精神神経学雑誌, 1992, 94 : 171-188.
- 8) SST ニュースレター事務局(安西): 第4回SSTアンケート集計結果(その1)-

全国の SST 実施施設. SST Newsletter,  
1993, 5 : 8 - 13.

9) 菅崎弘之, 宮原明夫, 井之前弥生, 堀江

直子 : 生活技能訓練 (SST) をはじめて.  
長崎デイケア研究年報, 1993, 2 : 53 -  
60.