

I. 統合失調症

統合失調症ってどんな病気？	10
統合失調症の症状は？	12
統合失調症のタイプ	14
統合失調症治療の基本	15
統合失調症の治療Ⅰ（急性期）	17
統合失調症の治療Ⅱ（回復期・安定期）	21
社会復帰のために	25

統合失調症ってどんな病気？

統合失調症ってどんな病気？

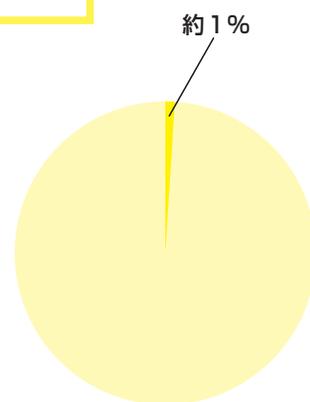
統合失調症は、精神障害のうちで最も代表的なものといえます。統合失調症は、主に思春期から青年期に発症する脳の病気で、人口の約1%が罹患する発症率の高い精神障害です。

統合失調症の症状としては、陽性症状や陰性症状などが認められますが、詳しくはp12, 13にまとめてあります。簡単にいうと、陽性症状とは幻聴や妄想を、陰性症状とは意欲の低下や感情が鈍くなることなどを意味しています。これらの症状は再発により慢性化すると、そのために社会生活が困難になることもあります。

● 統合失調症の原因は？

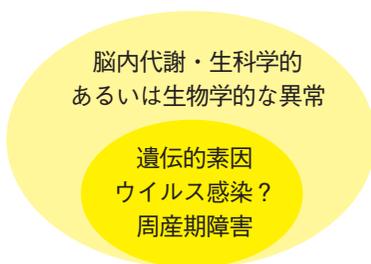
統合失調症の原因はまだよくわかっていませんが、遺伝的体質に環境要因が複雑に組み合わさって発症すると考えられています。何か1つの原因から起こる病気ではありません。統合失調症は遺伝する病気ではないかと心配する人もいますが、遺伝する類の病気ではありません。ただ、高血圧や糖尿病、がんなどの身体疾患と同じように、病気になりやすい体質は遺伝と関係があります。

一般的にはその人がもっている体質的なもろさにストレスが加わり、バランスを崩して発症すると考えられています。ドーパミンなどの脳内の神経伝達物質が発症と深く関係していると考えられています。

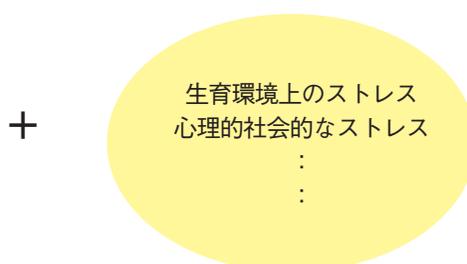


■ 統合失調症にかかる割合

脆弱（病気のなりやすさ）



ライフイベント（ストレス・心配）



■ 統合失調症のリスクファクター

● なぜ統合失調症という名前になったの？

かつて統合失調症は精神分裂病と呼ばれていました。統合失調症は英語で「schizophrenia(スキゾフレニア)」といいますが、これを「精神分裂病」と訳していたためです。しかし「精神分裂」という言葉はあまりにもマイナスイメージが強く、この病気や患者さんに対する誤解、偏見や差別を助長する側面がありました。また最近の研究から、統合失調症は「脳の病気であり、生物学的な基盤がある」ということがはっきりとわかってきました。こうしたことから、2002年から「精神分裂病」という病名は「統合失調症」に変更されることとなったのです。病名変更には、「精神分裂病」という病名に刻まれた誤解と偏見、それによる不当な差別を解消したいという想いが込められています。

● 統合失調症は治るの？

精神分裂病と呼ばれていた病気が統合失調症と変わったのは名前だけの問題ではありません。病気や治療についての考え方も変わってきたのです。「精神分裂病」と呼ばれていた時代には、精神分裂病は1つの病気であり、あらかじめこの病気になるという脳の発症脆弱性によって決まっている、ほとんど治らない病気と考えられていました。しかし、「統合失調症」は、さまざまな原因によって起こる多因子性の症候群であり、治療可能な脳の病気であること、そして過半数が回復する病気であること、とされたのです。

近年は、より治療効果の高い新しい治療薬が登場していますので、今までの薬では効果が少なかった方や、とくに発病初期の方などに新しい治療薬を使用することで、早期の回復や社会復帰が可能となってきました。

● どのように経過するの？

病気の経過としては、前兆期、急性期、回復期、安定期に大まかに区別されます。発症前の不気味な周囲の変容感をおぼえる前兆期のあと、幻覚・妄想状態や激しい興奮状態を呈する陽性症状が出現する急性期が訪れます。急性期を過ぎるとエネルギーが消耗した状態で陰性症状が中心となる回復期に入ります。そしてその後は症状がなだらかに回復していく安定期が比較的長期間にわたって続きます。

統合失調症の治療で大切なことは？

統合失調症の治療を考えていく上で、早期治療、アドヒアランス、社会復帰の3つがとくに重要と考えられています。

● 早期治療

どのような病気でもそうですが、できるだけ早く病気を発見して治療を受けたほうがよいことは当然です。統合失調症は早期に発見して早期に治療を開始するほど、よい経過をたどって良好な社会復帰につながる事が知られています。

● アドヒアランス

主治医の服薬指示をきちんと守ることをコンプライアンスといいます。最近では患者さん自らが治療の意義を理解して積極的に治療に参加して服薬するというアドヒアランスの考え方が重要視されています。慢性に経過する統合失調症の治療では、このアドヒアランスの姿勢がよりよい治療結果につながります。

● 社会復帰

統合失調症治療の目標は、単に症状を抑えればよいのではなく、障害を抱えながらも社会復帰を目指すことです。近年、登場した新しいタイプの薬によって早期の回復が可能となり、適切な薬物療法と心理社会的療法をうまく組み合わせることで社会復帰を目指すことができるようになってきました。

統合失調症の症状は？

統合失調症の症状は？

統合失調症の症状は大きく分けて、①陽性症状（幻覚・妄想，自我障害），②陰性症状（欠陥症状），③認知障害の3種類になります。3種類のすべての症状をもつ人もいれば、いずれか1，2種類の症状だけの人もいます。

陽性症状

陽性症状には、妄想，幻覚，自我障害などがあります。幻聴とは、自分の行動に関して意見を述べる声，互いに会話する声，あるいは批判的で口汚いことをいう声などが聞こえるという症状です。ほかにも、音，視覚，におい，味，感触についての幻覚が生じることがありますが、幻聴がもっとも多いです。

妄想とは、誤った考えを信じ込んでしまうことです。妄想には、「見張られている」、「いじめられている」、「後をつけられている」などと思い込む被害妄想や、本，新聞，歌詞などの1節がとくに自分に向けられていると思い込む関係妄想などがあります。

自我障害は、「人は自分の心が読める」、「自分の考えが人に伝わっている」、「外部の力によって考えや衝動が自分の中に吹き込まれている」などと思い込む症状です。

これらの症状は、患者さんにとってはとても辛いものです。

幻覚・妄想



自我障害



陰性症状

陰性症状には、社会性の喪失、感情鈍麻、会話の貧困などがあります。社会性の喪失とは、他者とのかわりに興味を失うことです。部屋の中が荒れて、身なりがだらしなくなったりします。

感情鈍麻とは、感情が鈍くなることです。通常なら、笑うまたは泣くような状況でも何の反応も現しません。表情に動きがなくなり、人と目を合わせることもなくなります。

会話の貧困とは、言葉数が少なくなり、思考の低下や内面の空虚さを反映します。目標や意欲の喪失といった症状も、陰性症状と関連しています。

統合失調症を治療して社会参加を果たそうと考えるとき、問題になる症状です。

陰性症状



認知障害

認知障害には、集中力や記憶力の低下、計画能力や問題解決能力の欠如などがあります。集中力が低下すると、本が読めなかったり、指示通りにものごとができなかったりします。また、記憶力の低下や問題解決能力の欠如により、単純な作業でもやり終えることが難しくなります。

統合失調症のタイプ

統合失調症にはどんなタイプがあるの？

統合失調症はその症状の現れ方から、妄想型、破瓜型、緊張型、分類不能型の4つのタイプに分けられます。

●妄想型

妄想型の統合失調症は、妄想や幻聴にとらわれるのが特徴で、思考吹入、思考奪取、などの異常体験やさせられ体験などの自我障害もみられます。妄想としては被害妄想、関係妄想、注察妄想、宗教妄想などが多くみられます。支離滅裂な会話や不適切な感情はあまり顕著ではありません。

妄想型



●破瓜型

破瓜型の統合失調症は、思春期にじわじわと発病し、支離滅裂な会話や行動、平板あるいは不適切な感情がみられます。子どもっぽい行為を認め、硬い表情をして自分の殻に閉じこもり、何もしないようになります。再発再燃を繰り返し著しい欠陥状態に陥るものもあります。

破瓜型



●緊張型

緊張型の統合失調症は、若い年代に急激に発症するものが多く、じっと動かない、やたらと動き回る、あるいは奇妙な姿勢をとるといった行動が特徴的です。興奮と昏迷を繰り返しますが、寛解期には元の人格に戻る場合もあります。

緊張型



●分類不能型

分類不能型の統合失調症は、妄想と幻覚、思考障害と奇異な行動、陰性症状など、異なる亜型の症状が混在するのが特徴です。

統合失調症治療の基本

統合失調症治療の基本は？

統合失調症の治療は、医師、看護師、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士、理学療法士、保健師など、多くのスタッフがかかわって行います。

治療の目標は、急性期の症状を抑えること、回復期・安定期に再発を防止すること、そして最終的にはリハビリテーション(SSTなど)を通じて、患者さんの社会参加、社会復帰を果たすことです。

●どんな治療をするの？

まず治療にあたっては患者さんの疾患や症状だけでなく、全人的に把握することが大切なので、DSM-IVなどの多軸評価法を使用して精神医学的な評価を行います。

その上で、薬物療法、精神療法、心理社会的介入、リハビリテーションなどを、患者さんと病気の時期(病期)に応じて組み立てた治療計画に従って治療していきます(それぞれの治療方法についてはp17, 21, 25をご覧ください)。

患者さんやご家族は、この治療計画について十分説明を受けましょう。わからないことがあったら質問して、理解・同意をした上で治療を受けることが重要です。

急性期の混乱した精神状態では理解できないこともあります。一般に病名の告知、病気の概念、治療目標と治療方法、薬の作用と副作用、経過や予後について説明を受けることが必要です。患者さんや家族が直面する障害について説明を受けておくことで、今後の治療がスムーズにいきます。

●どんなときに入院した方がいいの？

原則として外来通院で治療を行いますが、急性期の精神病症状から自分や他の人を傷つけたりする恐れが強い場合や、きちんと薬を飲むという適切な自己管理ができない場合には、入院して効果的な治療を受けたほうがよいのです。

入院にあたっては、患者さんが同意して入院する任意入院がよいのですが、同意が得られなくても入院治療が必要と思われる時には、やむを得ず保護者の同意による医療保護入院や措置入院となる場合もあります。

■ 統合失調症の治療の流れ

急性期 (通常数カ月)

- ・症状：急性精神病エピソード（幻覚・妄想，興奮，逸脱行動など）
- ・包括的な精神医学的評価（DSM-IV 多軸評価法など）
- ・治療計画
 - 薬物療法：精神症状を改善するのに十分な投薬を行う。
 - 精神療法：治療関係の構築，支持的な態度で接する。
 - 心理社会的介入：安心して治療に専念できる環境を作る。症状が激しければ入院治療も考慮。

回復期 (通常数カ月)

- ・症状：急性精神病エピソードの寛解
- ・治療計画
 - 薬物療法：症状の再燃防止に必要な服薬量の決定。
 - 精神療法：支持的な態度で接する。
 - 心理社会的介入：再燃防止のためストレスを少なくする。社会参加，社会復帰のための準備を進める。

安定期 (通常数年単位)

- ・症状：陰性症状・残遺症状（意欲低下，自閉，会話の減少，感情平板化など）
- ・治療計画
 - 薬物療法：再発防止に必要な服薬の継続。
 - 精神療法：支持的療法。病名告知，疾患に対する教育など。
 - 心理社会的介入：ストレス過剰にならないよう配慮。リハビリテーションを通じた社会参加，社会復帰



統合失調症の治療 I 急性期

統合失調症の急性期の治療は？

まず、その精神症状が統合失調症によるものか、体の病気や薬物によるものかを判断するために、問診や体の診察のほか、血液検査、レントゲン、心電図、脳波、頭部 CT、MRI、脳血流 SPECT、髄液検査、心理検査などを必要に応じて行います。また DSM-IV の多軸評価法などにより、患者さんの状態を多面的に評価します。

● 急性期の精神症状ってどんなもの？

急性期の精神症状には幻覚・妄想状態、緊張病症状、錯乱状態が多く、抑うつ状態、躁状態、神経衰弱状態（疲れやすい）などを伴うことがあります。命令する声が聞こえる幻聴、自分を抑えられない衝動性、精神運動興奮、死にたいと思う希死念慮、理由のはっきりしない強い不安焦燥感、などで、幻覚や妄想が出てきた時は要注意です。単に精神症状があるかどうかを評価するだけでなく、社会機能への影響を含めて医師は治療をしていきます。

● 急性期には入院しなければならないの？

外来治療と入院治療のどちらが適切かはそれぞれの患者さんの状態をみて判断していきますが、急性期には入院して治療を行ったほうがよいのです。また、はじめて症状が出たとき（初発エピソード）が以下のような状態のときの急性期には入院治療が必要です。

■ 入院を決めるときのポイント

患者要因 精神症状の重症度	自傷・他害の恐れ、現実ばなれした考えや行動がある場合、日常生活が自立していない場合
環境要因 家族や地域の介護力	家族が病気をよく理解しているかどうか、介護負担の程度、主な介護者の意見など
治療的要因	医師と良好な関係が築けていない場合

● 入院するのはどうしたらいいの？

入院には任意入院、医療保護入院、措置入院の3つがあり、精神保健福祉法に従い、入院形態を選択します。

任意入院 : 入院に患者本人の同意が得られる場合。

医療保護入院 : 適切な治療のために入院が必要だが、患者本人の同意が得られない場合。

措置入院 : 自傷・他害の恐れがある場合。

急性期の薬物療法は？

この時期の治療は、まず安静を保つことが最も重要なことです。そのために適切な薬物治療により症状を抑えて、安静を保ち、社会生活機能の改善を目指します。

● 抗精神病薬にはどんな種類があるの？

統合失調症の治療に用いる基本薬剤は抗精神病薬です。抗精神病薬には、従来型タイプの定型抗精神病薬と副作用が少ない新しいタイプの非定型抗精神病薬の2つのタイプがあります。また、抗精神病薬には、注射剤、水なしでも飲める液剤、携行に便利な錠剤・カプセル、量を細かく設定できる細粒剤などさまざまな剤型があり、患者さんの状態に合わせて用いられます。持効性抗精神病薬（デポ剤）は、定型抗精神病薬の効果が持続するように改良された注射剤で、およそ1回の注射で2～4週間以上効果が続くようになっています。

■ 抗精神病薬の種類

定型抗精神病薬	クロルプロマジン、ハロペリドール、フルフェナジン、プロムペリドール、レボメプロマジンなど
持効性抗精神病薬（デポ剤）	フルフェナジン、ハロペリドール
非定型抗精神病薬	リスペリドン、クエチアピン、ペロスピロン、オランザピン、アリピプラゾール

● 薬物療法はどのように行われるの？

① 薬剤の有効性と安全性を確保するために

身体合併症がないか、薬物アレルギーがないか、妊娠・授乳していないか、などを確認して、使用できない薬剤や、使用を避けることが望ましい薬剤を把握します。過去に服薬していた治療薬の有効性と副作用（薬物治療歴）を確認しますが、これは有効な薬剤の選択を速やかに行うことや副作用を避ける上で重要です。



② 精神症状の程度に応じた適切な薬剤を選択します

患者さんの性格や状態、周囲の環境と精神症状を考慮して、薬物療法の対象となる症状（幻覚、妄想、興奮など）と心理社会的治療が有効な症状をおおまかに分けて、治療薬剤を選択します。

興奮がそれほど強くない場合には、副作用の少ない新しいタイプの薬剤である非定型抗精神病薬を選択します。興奮が強い場合には、従来型の薬剤である定型抗精神病薬を選択します。できるだけ、1種類の薬剤（単剤）で治療することが原則で、4～6週間で十分な量を投与して効果を判定します。

● どんな副作用があるの？

薬剤により若干の違いはありますが、抗精神病薬に共通の副作用として次のようなものがあります。

■ 抗精神病薬にみられる副作用

錐体外路症状	<ul style="list-style-type: none"> ・パーキンソン様症状：手がふるえる，体がこわばる ・ジストニア：ろれつがまわらない，首が反り返る，手足がつっぱる，目が上を向いたまもどらない ・アカシジア：足がむずむずする，そわそわしてじっとしてられない ・ジスキネジア：無意識に口が動く，手足が勝手に動く ・よだれが大量に出る
精神神経系の症状	眠気がある，ふらつく，倦怠感がある
消化器系の症状	口が渇く，大便や小便が出にくい
循環器系の症状	立ち上がると貧血を起こす，不整脈がみられる
その他の症状	体重が増える，糖尿の気がみられる，お乳がはったり漏れたりする，生理がこない，勃起したり射精できない，発疹が出る，肝臓の動きが悪くなる
重篤な症状	<ul style="list-style-type: none"> ・悪性症候群：高熱が出て意識がもうろうとなり，多量の汗が出て体がこわばる



● 薬が効かない場合にはどうするの？

① 薬物治療の効果の評価

日常生活機能がどれだけ改善しているかによって治療効果を評価します。その場合、家族や医療スタッフの評価だけでなく、患者さん自身の自覚的な評価も考慮します。また、BPRS、PANSSなどの症状評価尺度を用いて治療を始めたとき、2カ月後、…というように経時的に評価すると治療効果を客観的に把握することができます。

② 十分な治療効果がみられない場合

治療効果がみられない原因として服薬がきちんとなされていないことが往々にしてあります。その場合には、服薬状況に注意しながら十分な量、十分な期間、同じ薬剤で治療を継続します。服薬がきちんとなされている場合には、薬物の血中濃度を測定して十分な血中濃度を維持して治療を継続しますが、それでも効果が不十分であれば他の薬剤に変更します。

③ まったく薬の効果がみられない場合

3種類の抗精神病薬を用いても効果がみられない場合は、一般に治りにくいタイプと考えられています。そのような場合には、診断が正しいかどうかもう一度検討するとともに、リチウム、バルプロ酸、カルバマゼピンなど感情安定作用のある薬物を併用して、デポ剤の使用も考慮します。ときに開発段階の薬（治験薬）の使用を検討することもあります。

薬物療法以外の治療法は？

薬物療法以外の治療法には、修正型電気けいれん療法や心理社会的治療などがあります。

● 修正型電気けいれん療法ってどんな治療法なの？

修正型電気けいれん療法とは、麻酔をかけた上で、頭部に通電することにより人工的にけいれん発作を起こして、精神症状を改善する治療法です。昏迷・興奮、抑うつ症状などに対し即効性が期待できますが、その治療を受けられる病院は限られています。以下のような場合に電気けいれん療法を検討します。

- ・ 緊張病性の昏迷・興奮が持続して、薬物療法の効果が不十分で、身体状態の悪化や自傷・他害の危険が切迫しているとき。
- ・ 重度の身体合併症や薬物の副作用があり、十分な薬物療法が行えないとき。

● 急性期の心理社会的治療にはどんなものがあるの？

急性期から薬物療法と併行して心理社会的治療を行うと、その後の治療経過や予後に好ましい影響があることがわかっています。

① 患者－医師の良好な治療関係の構築

お互いに信頼関係のある患者－主治医関係の構築は、治療の大前提です。その良好な治療関係はその後の治療を左右しますから、主治医を信頼して何でも相談できる関係をつくるのが大切です。



② 生活指導

規則正しい生活を心がけ、身の回りのケアなど基本的な生活スキルを学びます。

③ 行動制限

病状の不安定な急性期では、自由な外出が制限される閉鎖病棟での入院が必要になることがあります。

また、興奮や逸脱行動が顕著な場合には、周囲からの過剰な刺激を遮断したり、患者さん自身や他の患者さんの安全を確保するために隔離（外から施錠された個室への入室）や拘束（身体の一部を器具により固定）をやむを得ず行う場合があります。

これらの行動制限は、必要最小限になるように配慮して行われます。

④ 家族へのアプローチ

この時期の家族の役割として大切なことは、まず患者さん本人が安心して治療に専念できるように環境を整えることです。

主治医に、病状の経緯をよく説明して、正しい診断、治療方針が決定できるよう協力します。良好な治療関係を患者－主治医の間で築くことは重要ですが、家族と主治医の間でも同様によい関係を築くことが大切です。

また、家族教室や家族の自助グループなどへ積極的に参加して疾患への理解を深め、話せる仲間をもつと、回復期・安定期のリハビリテーションへの移行がスムーズに行えます。

統合失調症の治療Ⅱ 回復期・安定期

回復期の治療は？

回復期は急性期の症状が消失した後、6カ月以上続くと考えられています。回復期には、以下の点に注意しながら、ストレスを最小限にして状態の安定化を図ります。同時に社会復帰に向けて準備をする時期でもあります。

- ・現実的で無理のない治療目標を設定します。
- ・陰性症状、認知機能、社会生活機能、薬物の副作用を評価します。
- ・症状の再発に注意します。
- ・症状の消失後に不安・焦燥感、強い依存と退行、抑うつ・自殺願望が現れることがあります。とくに退院直後は要注意です。

● 回復期には退院できるの？

回復期には、患者さんの状態をみながら入院治療を継続するか、外来治療に切り替えるかを判断します。外来治療への切り替えを焦って退院を急ぐと再発のおそれがあります。発病初期の再入院はその後の経過にも影響しますので慎重に判断します。外来治療に切り替えたならば、デイケアなどを利用しながら、地域への移行をゆるやかにいきます。

一方、入院治療を選択した場合、閉鎖病棟では刺激が少なすぎるため長期にならないようにし、開放病棟で作業療法やレクリエーション療法などと組み合わせて治療を行います。

● 回復期にはどんな治療を行うの？

① 薬物療法

回復期の薬物療法では、陽性症状が悪化しないように維持しながら、抗精神病薬でなかなか改善することが難しい陰性症状の治療を中心に行っていきます。不安や抑うつがみられる場合には、抗うつ薬を併用したりします。また、できるだけ患者さんのQOLを向上させるために、副作用を軽減するような薬物療法を心がけ、定型抗精神病薬から非定型抗精神病薬への切り替えや、急性期で多剤大量療法がなされていれば、単剤治療に移行していきます。ただし、回復期は再発を避け、エネルギーをためる時期であるため、焦りは禁物です。

② 集団療法

集団精神療法、レクリエーション療法、作業療法、生活技能訓練などを患者さんの状態にあわせて行います。

③ 家族の役割

急性期に引き続き病歴や日常生活について主治医と連携をとります。治療に専念できるように、以下のような心理的・物理的環境を整えるようにします

- ・患者さんに意欲がなく、いつも眠ってばかりいることがあります。これは陰性症状のため決して怠けているわけではないことを理解することが大切です。
- ・入院治療の場合、外出・外泊を定期的に行って、退院後の療養の準備をします。
- ・急性期の症状が消失すると患者さんも家族も病気が治ったと考えてしまいがちですが、引き続き安定期の治療が必要なことを理解することが大切です。

安定期の治療は？

安定期とは、回復期を過ぎてても長期間にわたって症状に大きな変化がみられない時期を指します。人によっては幻覚や妄想が少し残る場合がありますが、日常生活が幻覚や妄想に支配されない状態であれば安定期と考えられます。安定期では以下の点が重要になります。

● 安定期の治療のポイントは？

再発を防止することが大切なので、再発の兆候を早期にとらえるようにします。再発の兆候としては、不眠、注意力低下、食欲低下、抑うつ、妄想的な考え、過活動などがあります。

引き続き精神症状、副作用、服薬状況、認知機能、社会生活機能の評価を行います。慢性的な陰性症状が社会生活の妨げとなるので、リハビリテーションにより改善を図っていきます。

● 安定期にはどんな治療を行うの？

① 薬物療法

2～4週おきに通院治療を継続します。再発予防のためには、継続的な服薬が必要です。服薬がいつまで必要かについては、以下のような目安がありますが、それぞれの患者さんの様子をみながら個別に薬物療法の漸減・中止を行います。ただし、薬物療法を中止する場合には、中止後も一定期間は通院して症状が悪化していないか診察を受ける必要があります。また、再発の兆候がみられた場合にはすくに対応・受診できるように心がけます。

- ・ 初発で症状が消失した場合には抗精神病薬を12～24カ月服用して漸減・中止します。
- ・ 再発が2回以上みられたり、症状が持続する場合にはさらに服用を継続します。3年以上再発がなければ漸減・中止することも可能です。
- ・ 頻繁に再発する場合には、長期間にわたって服薬の継続が必要です。

② 集団療法

回復期に引き続き、集団精神療法、レクリエーション療法、作業療法、生活技能訓練などを患者さんの状態に合わせて行います。

③ 家族の役割

引き続き、診察場面での情報提供を行います。とくに再発の兆候には十分に注意するようにします。また、以下の点に配慮することが治療上重要になってきます。

- ・ 家族の抱える問題の解決には、患者さんに批判的で、負の感情があらわな家族と同居する場合、再発率が高くなることが知られていますので、家族の中に受容的雰囲気を作ることが大切です。家族への心理教育、コミュニケーション促進、問題解決、危機介入などが図られます。
- ・ 家族会など自助グループへの参加も効果的です。

心理社会的療法とは？

回復期、安定期の治療では、薬物療法に比べて心理社会的療法の比重が大きくなります。社会復帰のためには、こうした治療、プログラムが欠かせません。

● 心理社会的療法にはどんなものがあるの？

① 集団精神療法

少人数の集団を1～2人のセラピストが主導します。言語的な集団療法と活動的な集団療法があります。リラックスした雰囲気の中で患者さんの自己理解と自己受容を深め、他者とのかかわりを促進することを目的としています。



② レクリエーション療法

娯楽活動を行うことで、ストレス発散を図るのが目的です。健康な娯楽活動には病的な行動を抑える効果があるほか、治療者の指示をよく聞いて従うことで、注意力を改善する効果もあります。また、生涯にわたる楽しみをみつけれられることもあります。



③ 作業療法

作業活動や作業療法士とのかかわりを通じて、生活リズムの回復、現実へのかかわりにより精神症状の軽減を図るのが目的です。

④ 生活技能訓練

地域生活に必要な基本的な技能を次のような3つのステップにわけて訓練します。

基本訓練モデル：会話技能を主とした生活行動の改善を行います。ロールプレイ（日常よく生じる場面を台本に基づいて練習する）などの技法を用います。

問題解決技法：問題を取り上げてグループでの解決を目指します。問題の明確化、解決法の提案と長所、短所の検討、問題提案者による解決法の選択・実行・総括の過程を経て行います。

自立生活技能プログラム：地域生活に必要な課題をパッケージにしてまとめたもので、服薬自己管理、基本会話、症状自己管理、余暇活動、地域生活への参加などのパッケージがあります。ビデオによる学習、ロールプレイなどを小集団で行います。

● 心理社会的治療施設やプログラムにはどんなものがあるの？

① デイケア

デイケアの役割は、症状安定、危機介入、対人機能訓練、就労促進、疾患学習、レクリエーション、家族教育などさまざまですが、医学的治療の側面、リハビリテーションの側面、生活の場としての側面などを有しています。医療機関に併設するデイケアと保健所が行うデイケアがあります。

② 居住プログラム

住まいを提供し社会的自立を支援するための居住プログラムには、大別して利用期間が限られている通過型プログラムと、定住の可能な永住型プログラムがあります。前者には生活訓練施設、福祉ホーム、入所授産施設があり、後者にはグループホーム、アパート単身生活があります。患者さんのニーズや状況に合わせて、どのプログラムが適当か判断して利用します。



③ 職業リハビリテーション

職業リハビリテーションを行うには、まず仕事につくための準備が必要になります。仕事につく準備として、社会生活面での準備（病気や障害が安定している、日常生活が自立できている）と職業面での準備（時間を守る、指示や忠告を聞ける、対人関係が結べる）があります。職業リハビリテーションには、いくつかの社会資源があります。第1に福祉的就労として、作業所、授産施設、福祉工場があります。第2に社会適応訓練制度があり、協力事業所のもとで一定期間の訓練を行います。第3に公共職業安定所・障害者職業センターが行う就労支援があります。現在、福祉的就労についている人数が最も多くなっています。



④ ケアマネジメント

ケアマネジメントは地域生活を営む患者さんの多様なニーズに対応するための支援活動です。利用者を適切なサービスにつなげるための仲介型と、総合的なサービスを提供する積極的総合型があり、サービスの内容はホームヘルプなど在宅サービス、社会資源の活用援助、就労援助、入退院や通院の援助、ピアカウンセリングや地域交流、などです。ケアマネジメントにかかわる機関としては、市役所や保健所、社会復帰施設（地域生活支援センターなど）、医療機関があります。

社会復帰のために

よりよい明日のために —病気からの回復、そして自分らしい人生を歩む—

統合失調症の回復の過程は、骨折にたとえることができます。骨折の場合は、骨がくっついて、少しの加重に耐えられるようになると、ギプスをはずして歩行訓練を始めます。安静を保つだけでは、うまく歩けるようになりません。訓練（リハビリテーション）が必要です。統合失調症の場合も、本人の気持ちにゆとりが生まれてきた頃が、リハビリテーションに適した時期です。

● 統合失調症のリハビリテーション

骨折の場合、安静の間に筋力や骨の力が弱まるように、統合失調症の場合も、病み上がりは、体力がおちたり、生活リズムが乱れたり、人付き合いも苦手になっていることが多いものです。過剰なストレスは再発を招きますし、じっとしているだけでは、引きこもりや症状の固定など回復の遅れへとつながります。適度なリハビリが回復を助けます。

● 本人の工夫・家族の協力・社会の支援

本人がひとりで工夫できることもあります。家族の協力も力強い味方です。外への関心が芽生えてきたら、安心して過ごせる居場所や仲間を作ることも次のステップへつながります。地域には、本人や家族の生活を支える人や場所、制度（これらをまとめて社会資源と呼んでいます）がたくさんあります。社会資源を上手に利用することが、たいへん役に立ちます。

● リハビリテーションの目標

骨折の場合は「けがの前の自分に戻る」ことが目標です。ところが、統合失調症の場合は異なります。さまざまな無理が高じて、体調を崩したわけですから、「病気の前よりも暮らしやすくなる」、「生きる力を高める」ことが目標になります。周囲の人とよく相談をしながら、そして本人が自分で決めていくことが一番大切です。

骨折の場合



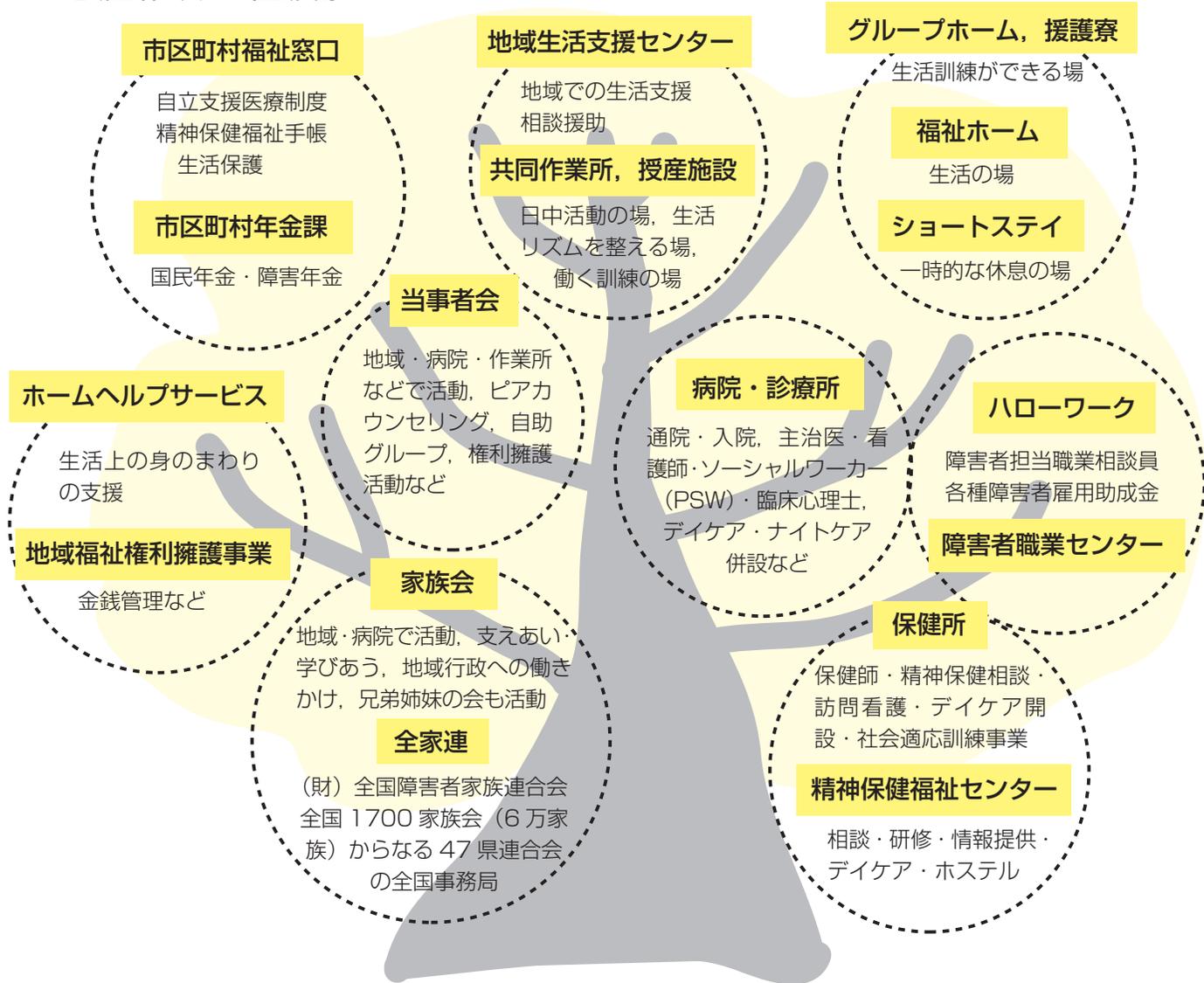
リハビリテーション：歩行訓練など
治療目標：「けがの前の自分に戻る」

統合失調症の場合



リハビリテーション：体力づくり、生活リズムを整える、居場所を広げる、仲間を作る、人付き合いの練習、職業訓練など
治療目標：「病気の前よりも暮らしやすくなる」
「生きる力を高める」

■ 地域生活を支える社会資源（文献2より一部修正して引用）



■ デイケア：1 週間の活動プログラム例

	AM			PM	
月	ミーティング・ラジオ体操	レクリエーション	昼食	室内体操	後片付け・ミーティング
火		SST グループ		陶芸	
水		軽作業		レクリエーション	
木		スポーツ		絵画	
金		料理		自主活動	



● SST(Social Skills Training ; 社会生活技能訓練)

社会参加していく上で必要な生活技能を効果的に学習できる訓練です。

訓練内容

「病気の理解と付き合い方」, 「服薬の理解と自己管理」, 「人との付き合い方」
「余暇の過ごし方」, 「困ったときの対処法」など

→症状や周囲に対して適切な対処ができるようになり, 日常生活のストレスが軽減し, 症状の安定や円滑な人間関係がもてるようになり, 自信の回復につながります。

悪い流れ

精神症状 → 不適切な対処行動 → 周囲からの否定的反応 → 不安苦痛 → 精神症状の悪化

よい流れ

精神症状 → 適切な対処行動 → 周囲からの肯定的反応 → 安心満足 → 精神症状の安定

SST では, コミュニケーションの技術を①受信技能 (情報を受けとめる: 注意焦点づけ訓練), ②処理技能 (情報を理解し判断・決断する: 問題解決技能訓練), ③送信技能 (自分の気持ちや意見を伝える: 基本訓練モデル) の3つにわけ, それらのサイクルがスムーズに回ることを目指します。

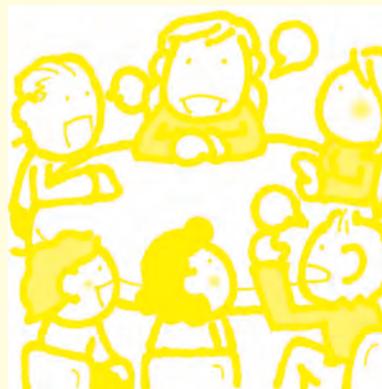
①受信機能 ⇒ ②処理技能 ⇒ ③送信技能

◆ 基本訓練モデルの例

課題: 自分の意志をはっきり伝える

場面の設定: 行きたくない場所に誘われたときに断る

- ①場面を想定して演じる (ロールプレイで実践)
- ②よかったところを褒める (正のフィードバック)
- ③もっとよくする点を考える (改善点の明示)
- ④改善点をふまえて再度ロールプレイで実践する
- ⑤よくなったことを確認する (正のフィードバック)
- ⑥宿題: 実際の生活場面でチャレンジしてみる



●心理教育

病気について正確な知識を共有し話し合うことで、症状に対する適切な対処や服薬管理などを身につけ、セルフケア能力を育て、自己効力感や安心感をもって生活できるように援助します。当事者を対象にする方法、家族を対象にする方法、個人でする方法、グループでする方法、情報提供中心の方法、話し合い中心の方法など、目的に合わせていろいろな方法があります。とくにグループの場合は、当事者や家族同士で互いに共感したり、支えあったりという自助的な効果も期待できます。

当事者グループのプログラム例

- ①症状について
- ②服薬管理
- ③病気に対する偏見や誤解
- ④社会資源
- ⑤ストレス対処法
- ⑥体験談から学ぶ



◆地域生活を支援する福祉制度

地域で安心して自立した生活ができるように「障害者自立支援法」が施行されました。これにより、市町村は、障害の種類にかかわらず、一元的にサービスを提供します。精神疾患をかかえる方が使える福祉制度のなかでも、広く使われている3つを紹介します。正しく知って、上手に利用しましょう。

①通院に使える自立支援医療制度（精神通院）

通院医療費の負担額が原則1割となります。（「通院医療費公費負担制度」（通称32条）といわれていましたが2006年4月から「自立支援医療」と変わりました）

通院の他に、薬局、往診、デイケア、訪問看護も対象です。入院は対象外です。さらに、所得によって自己負担分の上限を設けるという軽減措置があります。

②障害者手帳（精神保健福祉手帳）

税金の減額免除や国・地方自治体・民間の福祉サービスが受けられます。また手帳の所持者は障害者雇用の対象（就労支援を強化）となります。

③障害年金（国民年金・厚生年金・共済年金）

ケガや病気による障害に対して、年金が支払われます。

詳しくは
主治医や
ケースワーカー、
市町村精神保健福祉
担当課に
お尋ねください

引用・参考文献

- 1) 伊藤順一郎：分裂病とつき合う。保健同人社、1998年
- 2) 全家連相談室（編）：知っておきたい福祉制度。（財）全家連、2006年