



シリーズⅩⅥ

メンタル
ヘルスケア

16. メンタルヘルスにおける最近のトピックス ：統合失調症のリハビリテーション

財北海道精神保健推進協会顧問
医療法人健心会 桑園病院顧問

伊東嘉弘

1. はじめに

財北海道精神保健推進協会が運営する札幌デイケアセンターは、通所定員70人の独立型精神科デイケアである。ここに開設当初（平成元年）から平成15年まで所長として勤務した経験を元に、統合失調症を中心とした精神疾患の精神科リハビリテーションの要点をかいつまんで紹介したい。

九州大学精神科の西園昌久¹⁾名誉教授がある雑誌で統合失調症の社会復帰の関門として、次の5項目を挙げていた。

第一の関門：陽性症状（妄想や幻覚、自我障害など）

第二の関門：陰性症状（感情の平板化や自発性の減退、会話・思考の貧困、など）

第三の関門：認知障害（注意や集中困難などの特有の能力障害）

第四の関門：障害受容（障害者アイデンティティ）

第五の関門：家族との折り合い（家族療法、家族会）

（カッコ内は著者加筆）

統合失調症の治療体系の中で精神科リハビリテーションが担う役割は、病気の再発を防ぎながら、慢性化や欠陥状態に至ることなく、これらの関門を無事にかつ順調に通過するように支援することにある。幸い近年の精神薬理学の進歩はめざましく、統合失調症の急性期（第一の関門）を中心とした薬物療法は完成の域に近いといっても過言ではない²⁾。しかし陰性症状（第二の関門）の薬物療法は未だ発展途上にあり、それ故に第二の関門以後の精神科リハビリテーションに対する期

待が依然として大きく、その充実が求められている。一方、統合失調症の予後に大きな影響がある再発の問題については、維持薬物療法と心理社会的治療を併用して継続する場合は、最も効果的にそれを防止することは1980年代から定説となっており、薬物の開発に平行して心理社会的治療の方法が開発されてきた。その成果と診療報酬制度の改革とがあいまって、精神科作業療法や精神科デイケアなどの心理社会的治療を採用し併設する精神科病院や診療所が大変多くなり、再発入院の防止や在宅精神障害者のQOLの維持向上など、在宅医療の拠点となってきている。さらに近年は、概ね7万人（全国）の長期入院者の解消という課題を前にして、精神科リハビリテーションに対する期待がさらに大きく膨らみつつあり、そのためにも従来の精神科リハビリテーションのあり方について改めて検討を加えることが必要な状況にある。紙面を考慮してここでは、精神科リハビリテーションが目標とする項目のうち、次の3点に焦点を合わせて、その概要を紹介することにした。

- ・再発防止
- ・生活障害の克服
- ・障害受容(障害者アイデンティティの再構成)

2. 再発防止

統合失調症の問題のひとつに病気の再発や症状の再燃がある。宇内（1987）の調査によると、退院後3年以内にその84%が再発するという。この再発は本人の長期予後を著しく阻害すると共に問題となっている長期入院者の発生原因の一つになっているものと思われる。この再発を防止する戦略を考える際に大変便利なのが、Zubin & Spring

の脆弱性ストレスモデル³⁾である。それを要約すれば、統合失調症が持つ特有の「脆弱性」がストレスにより刺激されることにより発病し、いったん回復しても、病気になるやすい脆弱性はそのままのこり、これに再びストレスがかかると再発するというものである。そこで再発防止の戦略であるが、昼田⁴⁾によれば、それはストレスに対する耐性 (tolerance) を高める戦術とストレスそのものを軽減する戦術に分けられる。

再発防止の戦略

(1) ストレス耐性を高める戦術

- a. 薬物の維持療法：過覚醒の軽減、
- b. 支援体制の整備：相談体制、危機介入
- c. 対処方法の学習：問題の局地化、とりあえずの解決、SST

(2) ストレッサーを軽減する戦術

- a. 生活の安定：衣食住、生活費、生活リズム、
- b. 「脆弱性」への負担の軽減：家族や職場の高EE (high emotional expression) の解消
- c. 地域活動 (相互扶助ネットワーク social support network) の展開

統合失調症の再発は精神科病院に入院中の患者においては極めて少ない。その理由はおそらく上に掲げた戦術が効を奏しているからであるが、家庭や職場に戻ると再発入院にいたるケースが多いのは、これらの戦術が実施されず、加えて耐性を低下させ、強力なストレスが働くからであろう。札幌デイケアセンターのスタッフの基本理念とその活動ぶりは上記の戦術を網羅してなお余りあるものがあり、その結果として、デイケア利用者はすべて在宅者であるにもかかわらず、その再発率はきわめて低く、これがデイケアの第一の効用であると言っても過言ではない。デイケアの利用者は、以前の様に再発入院による日常生活の中断や自尊心の崩壊、自分らしさの喪失などに会わうことなく、昨年よりも成長した今年の自分の姿 (連続した自己像) を新鮮な感覚で感じ取り、それを基盤にして、次に掲げる精神科リハビリテーションの目標に同時的に挑戦していく。

3. 生活障害の克服

認知障害を中心とする統合失調症による能力障害は、障害者本人にとっては、生活の諸側面に困難 (生活のしづらさ) をもたらしており、これらを総称して「生活障害」としているが、このような生活障害を克服したいという願望は、障害者本人に精神科リハビリテーションへの動機を触発する。

札幌デイケアセンターの受理面接において表明された通所動機 (複数選択) は、多い順に

対人関係の改善	36.2%
就職、進学、自立、社会復帰	31.7%
生活リズムの回復、生活の張り、目的を求めて	25.1%
友達を作りたい	16.8%
集中力や根気・自信をつけたい	13.5%
体力をつけたい	11.7%
その他	

となっているが、その多くが認知機能や睡眠覚醒リズムの障害、さらには作業記憶 (顕在記憶や潜在記憶を短期間保持し、それを操作する機能) の障害などに起因するものであり、先に述べた脆弱性を構成する障害そのものに他ならない。さて、この「生活障害の克服」についてであるが、これも(1)能力障害そのものを軽減する戦術と(2)障害者本人が自分の能力障害になじみ適応する戦術、さらに(3)能力障害を持つ本人の生活を社会的に補完・支援する戦術、に分けて考えることができる。

(1) 障害そのものを軽減、解消する戦術

能力障害そのものを軽減、解消するアプローチは、現在の時点では不可能といわざるをえず、近未来において神経細胞の再生技術が実用化にいたるのを待つしかない。しかし、疾患や症状の再発を防止しながら、障害者の持つ固有のテンポに沿って時間をかけ、以下の戦術を進めることにより、能力障害そのものは変わらなくとも、それによる生活障害を著しく軽減することは充分可能である。

- a. 生活訓練 (仮称) とでもいおうか、デイケアにおける毎日の挨拶やルーチン

の役割の遂行、小集団活動など所定のプログラムへの参加をとおして、集中能力の改善、生活技術の習得や対人関係に習熟する。

- b. SST (social skills training生活技能訓練) などの認知行動療法
構造化された小集団でロールプレイングなどを併用し、困難な場面の対処などを学習する。
- c. その他

(2)能力障害になじみ、これに適応する戦術

別な表現をすれば、傷害されずに残っている障害者の健全な部分（身体能力、知的能力、倫理観、社会関係能力等）を強化して、能力障害による生活障害を解消しようという戦術である。振り返ってみて、この戦術こそ精神科リハビリテーションの最も得意とする中心的技能かもしれない。説明を省き思いつくままにキーワードを羅列する。

- a. 多職種のスタッフによるチーム活動
- b. 患者中心主義の運営原則（パートナーリズムの排除）
- c. グループ活動と個人支援の組み合わせ
- d. 一人一人の回復過程に沿った支援（急性期、寛解前期、寛解後期、静止期、晩年寛解）文献^{5,6,7)}
- e. 家族支援（家族療法、家族会活動）と高EE (high emotional expression) の改善⁸⁾

(3)障害者の生活を社会的に補完・支援する戦術

能力障害を抱えて地域で生活するためには、何よりもまず障害者手帳や障害年金、生活保護などの公的な支援を考慮に入れなければならない。年金受給を契機に予想外の落ち着きを回復した事例は少なくない。狙いは衣食住を含む「生活の安定」に必要な条件を整備することである。

- a. 生活支援
能力障害に起因する、金銭管理、通院服薬、調理、清掃洗濯、近所付き合いなどの拙劣さ、押し売りへの対処など、具体的な生活障害に対する支援

生活介護、訪問指導や危機介入の導入

- b. デイケア終了者の行き先の開発
就業支援（ハローワークや障害者職業センターの活用など）
小規模共同作業所や授産施設、生活支援センターの開発と活用
- c. 地域活動（相互扶助ネットワーク social support network）の展開
仲間、友人関係の保持（孤立の防止、ピアカウンセリング）

4. 障害受容（障害者アイデンティティの再構成）

「障害受容」とは障害に対する価値観の転換であり、障害を持つことが自己の全体としての人間の価値を低下させるものではないことの認識と体得を通じて、積極的な生活態度に転ずることである（上田敏）。能力障害や心理・生活上の弱点を自覚することは、統合失調症者にとっては一般に困難ではあるが、決して不可能なことではない。治療者や家族など周囲の重要な人との間に「良好な関係」が保たれていれば、回復過程の進展とともに多くの障害者は、自分の能力障害を自分の問題として自覚し受け入れるようになる。「良好な関係」とは、自分の能力障害を認めても自尊心を失わずに済み、かつ親身な配慮と適切な助言が身近に得られるような人間関係である。このような環境の中で、具体的な生活体験の一齣一齣が吟味され、周囲の人と共有されるに従い、自分の当面の課題を自覚し、現実的な目標を設定するようになる。自分の障害を否認したままでは以後の人生は地面に基礎を持たない架空の城に過ぎなくなってしまう。精神障害の場合は、家族や友人や職場の人々、さらには地域の人々に能力障害を抱える自分をどう説明していいのか、その手段や方法を見つけることは極めて困難なことである。しかしそんな説明を必要とせず、ありのままの自分を受け入れてくれる環境があれば、自らも能力障害を持つ自分をそのまま受け入れ（受容し）、無理のない範囲で意味のある人生を選択するようになる。アイデンティティの再構成のプロセスである。

5. まとめ（精神科リハビリテーションの評価）

精神科リハビリテーションの成果は、客観的な再発率の低下や利用者の社会適応の水準などで評価することができるが、これとは別に利用者自身による評価、つまり精神科リハビリテーションに参加したことをどう受け止めているか、その成果（満足度やQOL）についての利用者の主観的な感想や評価こそ大切である。札幌デイケアセンターのアンケートに「現在の生活にとても満足」、または「やや満足している」との答えは通所終了者の73.3%に達した。終わりに、その複数の利用者の感想を合成したものを紹介する。

「病気は全治したとはいえないが、まあまあ健康である。内向的な悩み型人間だが、ぶらぶら人生でよとしてしている。デイケアの2年間で人生観が変わった。自殺しないで、生き抜いたら人生に合格。この病気で失ったものは大きかったが、デイケアに来てみて失った以上に大きな何かを得たように思う。経済的には年金で生活ができる。人

間はただ生きているだけで何かの役に立っているものだと信じる事ができた」

参考文献

1. 西園昌久：そろそろ精神科医の出番でないでしょうか、精神障害とリハビリテーション、7(1):3、2003
2. 久住一郎、小山司：メンタルヘルスにおける最近のトピックス；統合失調症・うつ病、北海道医報1030号：10-13
3. 佐藤光源、ほか：ストレス脆弱性モデルによる精神分裂病の病因と予防、臨床精神医学、29(4)：375-380、2000
4. 昼田源四郎：精神分裂病—その行動特性と再発予防、精神科治療学、10(3)：259-264、1995
5. 野中猛：精神分裂病の回復段階とその治療戦略、OTジャーナル、28：412-419、1994
6. 村田信男：デイケアの治療的機能と回復過程の指標、精神科治療学、1(3)：383-393、1986
7. 中井久夫：精神分裂病状態からの寛解過程、中井久夫著作集一卷(第6刷、1988)分裂病 115頁
8. Christine Vaughn Ph.D.,EEを比較文化的視点から論ずる、日本社会精神医学会雑誌、10：63-76、2001

お知らせ

電子メールによる会員への情報提供について —メールアドレスの登録—

◇情報広報部◇

本会では、インターネットを利用し、電子メールにより緊急性の高い情報を、会員の皆様に送信提供しております。対象は当会のダイヤルアップ接続登録者(hokkaido.med.or.jp)全員と他プロバイダの電子メールアドレスをお持ちになっていて、本会にアドレスを登録している会員です。

他プロバイダの電子メールアドレスの登録につきましても、随時受け付けておりますので、是非ご登録いただきたくご案内いたします。

なお、今回、他プロバイダの電子メールアド

レスをご登録になられる会員には、もし、できれば本会のメールアドレス(hokkaido.med.or.jp)を取得(無料・インターネット接続サービス申込み)されるようお願い申し上げます。

●電子メールアドレスの登録方法

電子メールで、ご氏名、登録メールアドレスを明記のうえ、下記宛お送りください。

・申込先メールアドレス：

add@office.hokkaido.med.or.jp