

診察室で「あれっ?」と思ったら精神科医との連携を

統合失調症の早期発見と 身体疾患の治療



取材先・監修
池淵 恵美 氏
帝京大学医学部
精神科学教室
主任教授

統合失調症は、うつ病、不安障害などと患者数を比べてもわかるように、決してまれな疾患ではない(図1)。転帰(予後)は多様だが、4割は社会的・職業的にある程度障害があるが、自立した生活を営んでいるとされる¹⁾。したがって、統合失調症そのものの専門的な診断や治療は精神科医が行うにしても、他の身体疾患を一般臨床医が診る機会は少なくないと思われる。しかし、患者特有の言動やこの疾患に対する偏見から、診療や入院を敬遠するケースがあるのが現実である。

そこで、統合失調症患者の治療と社会復帰のサポートに取り組んでいる池淵恵美氏に、好発時期における早期発見と身体疾患の治療を中心に取材した。また、統合失調症の病因・病態仮説や経過と治療の枠組み、典型的な臨床症状など、一般臨床医が理解しておくといよいポイントをまとめた。科学的な理解にもとづき、専門医との連携のもと、早期発見や社会的サポートの取り組みが進むことを切に望みたい。

図1 日本における精神疾患の患者数(厚生労働省患者調査にもとづく受療中の推計患者数)



今回の講座で学ぶこと What you can learn from this article

基本編

1. 疫学と病因・病態仮説

統合失調症は思春期-青年期に好発し、さまざまな因子が積み重なって発症します

2. 経過と治療の枠組み

客観的な機能回復とともに、ある程度障害が残っても自分なりの充実した生活を送れる状態をめざします

3. 基本的な臨床症状

陽性症状、陰性症状、認知機能障害などが典型的ですが、気分の変化など非特異的な症状もみられます

実践編

4. 早期発見の意義と方法

患者・家族とも精神科受診に抵抗を感じがちなので、かかりつけ医の受診勧奨が有効です

5. 身体管理上の問題と留意点

統合失調症の患者にはさまざまな要因があって、身体管理が難しいことを理解してください

メッセージ

6. 社会に踏み出すためのサポートを

専門医は、患者の気持ちに寄り添いながら、社会復帰への後押しをしています



1. 疫学と病因・病態仮説

さまざまな因子によって発症

統 合失調症の生涯有病率は、人種、地域、時代を問わず0.7%程度とされており、決してまれな疾患ではありません²⁾。

好発年齢のピークは10代後半から20代前半です。

病因については、多くの小さなリスク因子が積み重なって、統合失調症の発症脆弱性(生物学的な発症しやすさ、狭義には脳の神経伝達系の障害)が生じているところに、その人が対処できる範囲を超えた心理社会的ストレスが加わって代償する余地がなくなったときに発症に至るという脆弱性-ストレス-対処モデルが基本的な考えかたになっています¹⁾。

双生児における統合失調症発症の一致率を調べた5つの研究では、一卵性で41~65%、二卵性で0~28%との報告がなされており³⁾、統合失調症は単一遺伝子疾患ではなく、さまざまな遺伝的要因と環境要因の重なりによって生じると考えられます。他の発症リスクとして、母親が妊娠時に感染したウイルス性疾患、出産時の合併症、成育環境などの関与が報告されています。

病 因・病態の解明をめざして、遺伝学、生化学、脳の形態学などの領域で研究が進められ、いくつもの仮説が立てられてきました(図2)。これまで最も広く受け入れられてきたのはドパミン仮説ですが(図3)、統合失調症の表現型(phenotype)や症状は多種多様であり、ひとつの仮説ですべてを論理的に説明できるわけではありません。

図2 統合失調症の主な病因・病態仮説(神経系の異常に注目したもの)

	きっかけとなった知見・根拠	現在、考えられていること	
ドパミン仮説	統合失調症の症状を改善する抗精神病薬に共通の作用は脳のドパミンD ₂ 受容体遮断。抗精神病薬の臨床力価がドパミンD ₂ 受容体親和性と相関 ⁴⁾	→ 中脳-辺縁系ドパミン経路の機能亢進(過剰興奮)が陽性症状、中脳-皮質ドパミン経路の機能低下が陰性症状に関与 ^{1,5)} (図3)	神経伝達物質に注目
セロトニン仮説	D ₂ 受容体よりセロトニン5-HT _{2A} 受容体に親和性が高い(拮抗作用が強い)抗精神病薬が患者の陰性症状を改善する可能性あり。5-HT _{1A} 受容体は大脳皮質と海馬におけるドパミン放出調節に関与 ⁴⁾	→ セロトニン神経系は多くの場合、ドパミン放出を抑制する方向に作用。5-HT _{2A} 受容体遮断によりドパミン神経伝達が亢進し、陰性症状を改善しうる ⁶⁾	
グルタミン酸仮説	患者の脳脊髄液中にグルタミン酸濃度が低下。NMDA(N-methyl-D-aspartate)受容体拮抗薬 ³⁾ を投与した人で統合失調症に酷似した症状がみられる ^{4,7)}	→ 一部の患者では、NMDA受容体の機能異常が、おそらくドパミン活性の異常を介して、陽性症状、陰性症状、認知機能障害などを引き起こす ^{5,7)}	神経発達のプロセスに注目
神経発達障害仮説	一卵性双生児のひとりだけが統合失調症を発症した場合、患者は健常なきょうだいより脳室が拡大している ⁸⁾	→ 遺伝的要因と環境要因の相互作用によって生じた脳のわずかな病変が、その後の神経発達障害とあいまって、のちに統合失調症を発症する ⁹⁾	

注. NMDA受容体はグルタミン酸受容体サブタイプのひとつ。

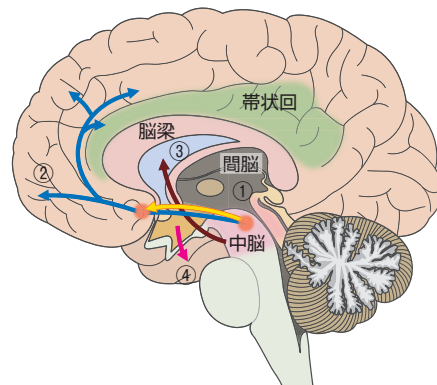
なお、グルタミン酸仮説提唱のきっかけとなったNMDA受容体拮抗薬は、phencyclidineおよびketamine。

CNS today作成、池淵恵美氏監修。

図3 脳内のドパミン経路^{5,10)}

①中脳-辺縁系経路(報酬系) mesolimbic pathway (reward pathway)	【投射】腹側被蓋野→側坐核、海馬、扁桃核など 【役割】機能亢進が統合失調症の陽性症状(幻覚・妄想)、乱用薬による多幸感と関連
②中脳-皮質経路 mesocortical pathway	【投射】腹側被蓋野→前頭葉皮質、帯状回など 【役割】前頭前野でのさまざまな高次の精神機能を司る機能低下が認知機能の低下、統合失調症の陰性症状悪化と関連
③黒質-線条体経路 nigrostriatal pathway	【投射】黒質緻密部→大脳基底核など 【役割】不随意運動を調節。この経路の神経細胞死や障害、抗精神病薬による遮断でパーキンソンズム、ジスキネジア ^{注1)} 、ジストニア ^{注2)} 、アカシジア ^{注3)} などの錐体外路症状が生じることがある
④漏斗-下垂体経路 tuberoinfundibular pathway	【投射】視床下部正中隆起→下垂体前葉 【役割】下垂体前葉からのプロラクチン分泌を調整。抗精神病薬による遮断で血中プロラクチン濃度が高まり、乳汁漏出、月経不順、性機能障害、女性化乳房などが生じることがある

大脳半球内側面(矢状断)



CNS today作成、池淵恵美氏監修。

注1. 運動異常(自分の意思とは関係なく体の一部が動いてしまう状態)。

注2. 持続的な筋緊張により、捻転性または反復性の運動や異常な姿勢を示す状態。

注3. 静座不能(動かさずにはいられない状態)。

2. 経過と治療の枠組み

経過は多様だが
リカバリーをめざす

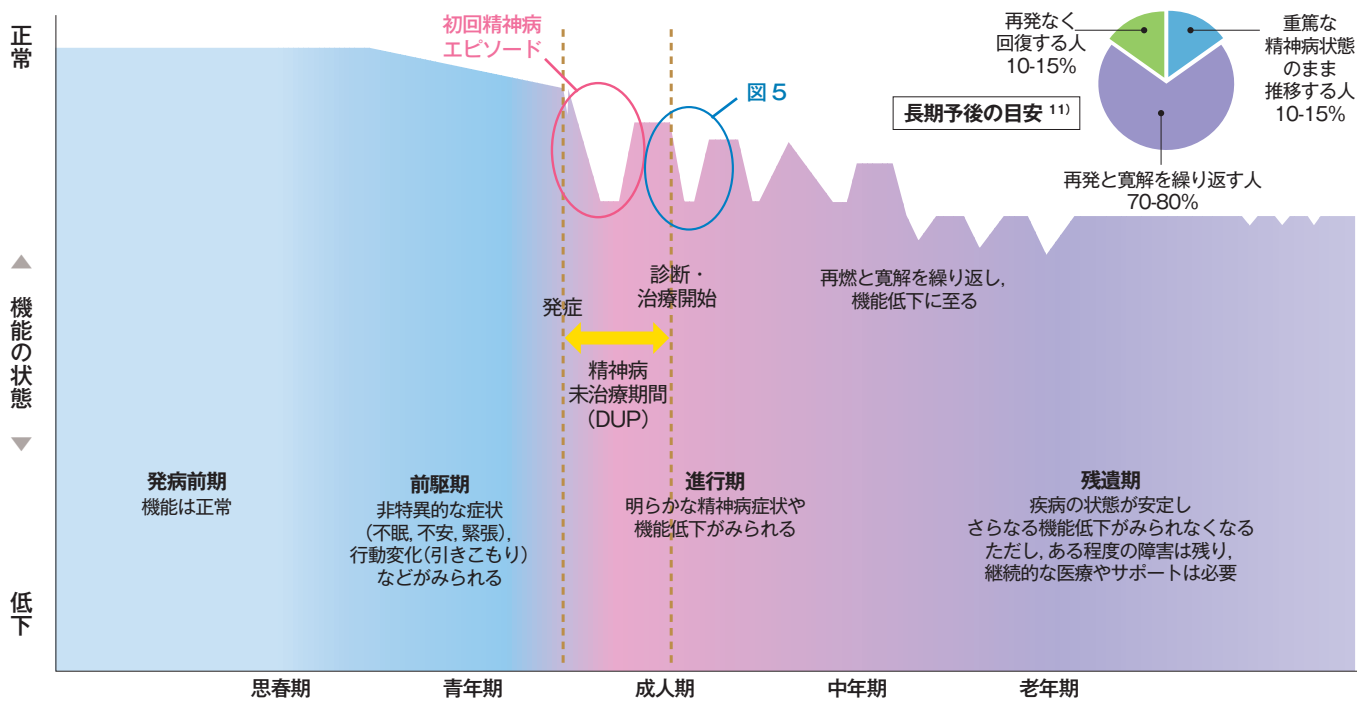
統 合失調症の患者さんには、発症に至った遺伝的要因や環境要因の異なるサブグループが含まれており、教科書的な経過をたどる典型例は全体の4割程度という印象です。

典型例の場合(図4, 図5), まず, 少しイライラする, 眠れない, などの前ぶれがあります。その後の急性期は**幻聴, 妄想, 考えがまとまらない**, といった統合失調症特有の症状(図6, p.28)が平均6か月ほど続きます。こうした症状を経験した後は, 日常生活に必要な活動を行う意欲が低下し, 結果として社会生活にも支障が生じます。回復に要する時間や回復の度合いは, 統合失調症のタイプ, 急性期の長さや症状の重さによって異なります。

最初の精神病症状発現から診断・治療に至るまでの**精神病未治療期間(duration of untreated psychosis; DUP)**は, 患者さんによって1週間~2年以上とかなりの幅があり, **DUPが長いと予後が悪い**とされています¹⁾。また, 進行期から残遺期に至るプロセスは概ね発症から5~10年間であり, 80%以上が発症後5年間に再発するといわれています¹⁾。

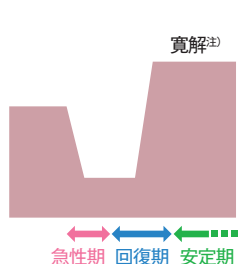
基 本的には急性期の後にある程度の機能障害が残ること, **再発と寛解を繰り返しやすい**ことを理解しておいてください。一般的な身体疾患の場合と異なり, 統合失調症を含め, なんらかの障害を残すような病気の場合は, **リカバリー, すなわち, 障害や病気があっても自分なりの生きかたができる, あるいは, 充実した生活が送れるようになる**ことで本人も**自信もてる状態**をめざします。ただし, 医療者は客観的な機能の回復を目標とすべきでしょう。

図4 統合失調症の経過 (青年期発症例のイメージ)



青年期発症例における該当時期の目安
[統合失調症治療ガイドライン]¹⁾, Lieberman JA, et al.の文献¹²⁾を参考にCNS today 作成, 池淵恵美氏監修。

図5 精神病エピソードにおける経過と治療



病期	急性期	回復期	安定期
特徴	重篤な精神病状態(精神病症状や行動障害)があり, 社会的な機能が低下, 病状は不安定	精神病状態からの回復過程(通常は急性期からの回復後, 半年以上続く)	精神病状態が改善し, 病状が安定
目標	精神病症状の速やかな改善	寛解状態の維持と再発予防	社会的な機能やQOLの維持・向上
治療	抗精神病薬による治療が中心 治療関係の構築が第一 必要に応じ入院治療 ^{注1)}	維持量での薬物治療 ストレス軽減, 生活支援 心理社会的治療 ^{注2)}	心理社会的治療の比重が増す

注. 中核となる症状が改善し, 残遺症状はあるが行動に重大な支障を来さない状態(具体的な定義は研究により異なる)。

注1. 初回精神病エピソード, 自傷・他害のおそれ, 治療・介護環境が不十分, 服薬管理が難しい, などの場合。

注2. 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, 心理教育など。

[統合失調症治療ガイドライン]¹⁾を参考にCNS today 作成, 池淵恵美氏監修。

3. 基本的な臨床症状

基本的な症状を知り 連携に備える

前述のように統合失調症は病因・病態が未解明であり、世界保健機関(WHO)の国際疾患分類(ICD)¹³⁾、米国精神医学会(APA)の精神疾患の分類と診断の手引き(DSM)¹⁴⁾のいずれでも、病因・病態仮説ではなく、経験的に抽出された症状の存在と他疾患の除外を基本として操作的に診断しています¹⁾。

統合失調症の主な臨床症状は、陽性症状、陰性症状、認知機能障害(認知や思考の統合の障害を含む)であり、気分の変化もみられます(図6)。妄想、幻覚などの陽性症状があれば統合失調症の可能性は高くなりますが、前駆症状は必ずしも特異的ではありません(表1)。また、思春期から青年期にかけては心身の変化が大きいため、判断が付きにくいケースが多いかもしれませんが、こうした基本的な症状を念頭に置いていただくとよいと思います。

図6 統合失調症の主な臨床症状

陽性症状		陰性症状	
妄想	非合理的な考えを確信し、訂正不可能な状態。被害妄想(他人から嫌がらせをされる、周囲の人から危害を加えられるなどと思込む)、関係妄想(外部のできごとや他人の言動を自分に関係づけて考える)など	感情の鈍麻	感情が平板化し、表出されない
幻覚	実際には存在しない対象を知覚すること。幻聴が最も多くみられる。具体的には、自分を非難する、自分に命令する、自分について誰かが会話しているなど	快感の消失	結果として活動への関心が薄れ、無目的な活動が増加することがある
自我意識の障害、自己と他者の区別の障害など	考想化声(自分の考えが声になって聞こえる)、考想吹入/考想奪取(他人の考えが自分に吹きこまれる/自分の考えが奪い取られる)、考想伝播(自分が考えた途端に周囲に知られてしまう)など	会話の自発性と流暢さの欠如	自分から進んで話そうとはせず、質問に対してもそっけない答えにとどまる。声の抑揚も乏しく空虚な印象を与える
認知・思考やその統合の障害		疎通性(ラポール)不良	対人関係において、感情的な親和性が形成されにくい
会話減裂	まとまりのない会話、的外れの会話など	意欲の低下	快感消失などともあいまって、自発的に行動を起こす意欲がわかない
思考減裂、脱線	概念の統合や抽象的思考の困難	社交性の低下	人間関係に対する関心が欠如。引きこもりにもつながる
常同的思考	同じ内容の繰り返しで周囲の状況に適合しない	気分の変化	
見当識障害	自分の置かれた状況や周囲との関連についての判断の障害	攻撃性症状(躁症状)	興奮、焦燥感、敵意、暴力、衝動性、自傷行為、性的行動化など
遂行機能障害	判断力・洞察力・集中力の低下、抽象的思考の困難さ、思考の柔軟性の欠如などの要因による	抑うつ/不安症状	抑うつ気分、不安気分、罪責感など
	ICD-10 ¹³⁾ 、DSM-IV-TR ¹⁴⁾ 、DSM-5 ¹⁵⁾ 、PANSS ¹⁶⁾ などを参考に CNS today作成。池淵恵美氏監修。	その他	
		緊張病症状など著しく異常な精神運動 ¹⁷⁾ 性行動	カタレプシー(受動的にある姿勢をとらされると、それを維持して自発的にもとに戻そうとしない状態)、混迷、多動、常同症、衝奇(げんき)症(わざとらしさ)、自働症、衝動的行為などの運動・姿勢の異常など

注. 精神活動に伴う運動。

表1 統合失調症の前駆症状に関する国内報告例

研究者/年	調査対象	主な知見
Shioiri ら, 2007 ¹⁷⁾	DSM-IV-TRにもとづき統合失調症と診断された入院患者219人(男性98人、女性121人、平均年齢33.9±14.6歳)	【統合失調症の診断以前に受けた診断】53人(24.2%)が診断を受けていた気分障害39人、不安障害7人、強迫性障害3人、適応障害2人、摂食障害2人 【前駆症状】65人(29.7%)にあり、女性に多い傾向あり(男女=1:1.41) 抑うつ症状40人、不安症状15人、強迫性症状6人、その他4人
小瀬ら, 2005 ¹⁸⁾	ICD-10にもとづき統合失調症と診断された患者51人(児童青年期発症)(男性36人、13.7±1.5歳で発症、女性15人、14.3±2.0歳で発症)	【前駆症状】不登校は男子に、幻覚様体験は女子に多い傾向あり 行動の変化(引きこもり、不登校、奇異な行動、攻撃性・暴力)24人(47.1%)、 認知の変化(思考過程の障害、被害関係念慮、被注察感、奇異な思考内容、幻覚様体験)23人(45.1%)、 感情の変化(不安・焦燥、企死念慮、感情不安定、活動性亢進、興奮、強迫症状、対人関係過敏)16人(31.4%) 身体の変化(身体症状(過呼吸、腹部症状)、睡眠障害)6人(11.8%)

CNS today作成。

4. 早期発見の意義と方法

横断的にみるだけでなく 経過を慎重に観察

統合失調症の患者さんと一般臨床医の接点のひとつとして、**好発時期である思春期～青年期に心のケアが必要なときの受診**が考えられます。発症

の時期には、思春期であれば、いじめを受けて元気をなくし部屋に閉じこもっているといったことが多いのです。そこで、家族が「もしかしたら、心のケアが必要かな」と思っても、本人に(ときには家族にも)精神科受診に対する抵抗感があり、いったんは内科を受診するということもあるでしょう。青年期であれば、いままで問題なく授業や部活に出てきていた学生の姿が大学でぱったりと見られなくなり、顧問やチューターの先生が気づくこともあるといいます。そうした際に、**本人と家族など周囲の人の話をよく聞いたうえで精神疾患の可能性が疑われる場合は、精神科への受診を勧めていただくことがとても大切です。**その機会を逃すと、次の受診が半年先、1年先、ということになりがちで治療が遅れてしまいかねません。

好発時期のピークはうつ病と明らかに異なるので、**思春期～青年期に原因のはっきりしない抑うつ症状があるときには統合失調症の可能性を疑い、ていねいに経過を観察していく**必要があります。横断的に診るだけでは判断が難しくても、以前と比べてみると変化に気づくことがあります。遺伝的要因がある場合、シャイで、自分の部屋で本を読むのが好き、内閉的で自分の世界に入っていることが好き、といった特徴(いわゆる統合失調症気質)があるお子さんもいます。こうしたお子さんは周囲の人が変化に気づきにくく発見が遅れることがあります。その他、詳しく問診するとよいケースを例示しました(図7)。

図7 統合失調症の可能性を考慮し、さらに詳しく問診するケース(例)

陽性症状の可能性	陽性症状の可能性	陰性症状の可能性
周囲との色々な人間関係に対し本人が被害的な受け止めかたをしている	色々なことが自分に関係があるように感じて敏感になっている	明らかな原因がないにもかかわらずダラダラと引きこもる状態が続いている

CNS today 作成、池淵恵美氏監修。

DSM-5における 統合失調症の診断基準

C O L U M N

2013年5月18-22日にサンフランシスコで開催された米国精神医学会(APA)年会で、精神疾患の分類と診断の手引き(DSM)第5版が発表された。改訂は13年ぶり。以下に、統合失調症に関する改訂の要点を示す。

基準	内容(DSM-5)
A	特徴的症状(活動期の症状に相当): 次のうち2つ以上(うち少なくとも1つは(1),(2),(3)のいずれか)が、おのおのは1か月間 ^{注1)} のうちほとんどいつも存在
B	社会的または職業的機能の低下: 障害の始まり以降の期間の大部分で、主要な機能(仕事, 対人関係, 自己管理など)のうち1つ以上が、病前に獲得していた水準より著しく低下 (小児期や青年期の発症の場合: 期待される対人的, 学業的, 職業的水準にまで達していない)
C	期間: 障害の兆候が6か月間 ^{注2)} 以上持続
D	統合失調感情障害, 精神病性の特徴をもつうつ病性/双極性障害の除外
E	物質(例: 乱用薬物, 投薬)による生理学的影響/一般身体疾患の除外
F	自閉症スペクトラムまたは小児期発症のコミュニケーション障害がある場合の統合失調症診断条件

DSM-5	DSM-IV-TR
(1)妄想	(1)妄想
(2)幻覚	(2)幻覚
(3)解体した会話(例: 頻繁な脱線または滅裂)	(3)解体した会話(例: 頻繁な脱線または滅裂)
(4)著しくまとまりのない行動, または緊張病性の行動	(4)著しくまとまりのない行動, あるいは緊張病性の行動
(5)陰性症状, すなわち, 感情表出の低下, または意欲の欠如	(5)陰性症状, すなわち 平板な感情(感覚鈍麻), 思考の貧困, または意欲の欠如
(右記の症状: 削除)	注. 1つあればよい症状: 奇異な妄想, 患者の行動や思考について発言する幻声, 話し合う複数の幻声

注1. 治療が成功した場合はより短い。
注2. この6か月間には、基準Aを満たす症状が1か月間^{注1)}以上存在しなければならない(前駆期または残遺期の有症状期間を含んで可)。

DSM-5およびAPAのプレス発表資料を参考に、
CNS today作成、池淵恵美氏監修。

DSM-5での主な変更点(下線部ほか)

- ①「1つあればよい症状」の削除(他の症状より統合失調症に特異的なものとして扱う根拠がない)
- ②病型(妄想型, 解体型, 鑑別不能型, 残遺型)の分類を廃止(患者の症状はひとつの病型から別の病型へと移行することが多いため)

5. 身体管理上の問題と留意点

身体管理が難しい状況を理解して診療

一般臨床医とのもうひとつの接点は、**地域で暮らす患者さんの身体疾患の診療**です。適切な身体管理には、知識、意欲、お金が必要ですが、統合失調症の患者さんは残念ながらいずれにも恵まれずに、うまくできないケースが多いので

す(表2, 表3, 図8)。

健診を受けていない、食事の内容がよくない、などの傾向もあって一般的な生活習慣病のリスクが非常に高く、一般人口より2~4倍死亡率が高く、年齢を一致させた対照と比較して10歳以上若く死亡するといわれています¹⁾。統合失調症に限らず、重い心身の障害がある人は、その障害で直接命を落とさなくても、身体合併症で寿命が短くなる可能性があります。

統合失調症の患者さんは、症状に関する訴えがうまくまとまらなかったり、問診をしても話がかみあわなかったりします。「他の患者さんの迷惑になるので静かにしてください」、「安静にしてください」などの指示を守れないこともあります。症状が安定している時期であれば一般の医療施設でも十分に受け入れ可能なことが多いのですが、入院を敬遠されることもしばしばあります。身体疾患での診療や入院にあたり、この病気の特徴を理解して対応していただけるとありがたいと思います。

表2 統合失調症患者の身体管理を難しくしている要因

1	適切な身体管理のための条件に恵まれなことが多い
2	精神症状が身体疾患を覆い隠していることが多い(妄想や幻覚などに関する心気的な訴えが身体症状の評価を混乱させる、また、身体症状が典型的でないことが多い)
3	コミュニケーション能力の障害があり、症状を医療者に適切に伝えることが難しい。医療者の説明がうまく理解できない
4	不安感が強く、こわい話(例: 痛みを伴う治療の説明)は聞きたがらない
5	認知機能に障害があり、病識に欠ける 自分の身体の変化や病気に気づきにくい
6	痛みに対する感受性が鈍い(抗精神病薬の鎮痛作用も関与)
7	抗精神病薬の影響がある(例: 新規抗精神病薬が体重増加・耐糖能異常・脂質代謝異常を誘発することがある)

CNS today 作成, 池淵恵美氏監修。

図8 統合失調症患者の身体合併症

頻度が高いもの

神経疾患 主にけいれん疾患	内分泌・栄養疾患 主に糖尿病	
心・循環器疾患 主に高血圧	呼吸器疾患	消化器疾患 主に肝炎

頻度は高くないが報告があるもの

皮膚疾患, 血液疾患, 泌尿器疾患, 筋骨格系疾患, 耳鼻咽喉科疾患, 中毒性疾患, 婦人科疾患, 眼疾患

「統合失調症治療ガイドライン」¹⁾を参考にCNS today 作成, 池淵恵美氏監修。

表3 統合失調症患者の身体リスクとその管理に関する国内報告例

研究者/年	調査期間・対象	主な知見
須貝ら, 2012 ¹⁹⁾	2012年3-5月 対象は外来通院中の統合失調症患者, 回答は日本精神科病院協会加盟523施設からの8,310件(うち有効回答7,655件) 抗精神病薬治療は単剤が5割	【BMI】 25以上: 48.0% 【ウエスト周囲長】 男性(85cm以上): 68.0%, 女性(90cm以上): 32.8% 【脂質】 中性脂肪150mg/dL以上: 32.9%, HDLコレステロール40mg/dL未満: 22.3%, LDLコレステロール140mg/dL以上: 37.2% 【血圧】 収縮期130mmHg以上: 44.1%, 拡張期85mmHg以上: 29.1% 【血糖値】 空腹時血糖110mg/dL: 44.8% 【メタボリックシンドローム】 日本肥満学会基準: 24.9%, NCEP-ATPⅢ (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel Ⅲ) 基準: 29.8%
稲村ら, 2012 ²⁰⁾	2010年7-12月 精神科病院89施設の統合失調症入院患者 15,171人(20-70歳, 男性7,897人, 女性7,274人, 入院期間1年以上: 77.1%)	【肥満者の割合】 肥満(BMI 25以上): 21.6%, 普通体重(同18.5以上25未満): 58.2%, 低体重(同18.5未満): 20.2%, 男女とも高齢ではむしろ低体重が多い 【BMI】 中央値: 全体21.6, 男性21.7, 女性21.5, 25パーセントイル: 全体19.1, 男性19.3, 女性18.8, 75パーセントイル: 全体24.5, 男性24.4, 女性24.7
菅原ら, 2012 ¹⁹⁾	2012年3-5月 日本精神科病院協会加盟病院に所属する精神科医(有効回答2,583人) 精神科経験年数: 平均19.2年	【体重測定】 全患者に定期的実施: 24.4%, 不定期に実施: 21.0%, 実施していない: 1.3% 【対象別の定期体重測定】 血糖上昇・体重増加リスクのある薬剤服用患者: 25.3%, BMI大の患者: 16.8%, 高リスク(糖尿病や同家族歴あり): 11.1% 【体重以外のモニタリング項目】 空腹時血糖: 77.9%, 血清脂質: 70.0%, 血圧: 61.5%, 食生活: 58.2%, HbA1c: 56.5%, 清涼飲料水などの多飲: 40.5%, 心電図: 37.6%, ウエスト周囲長: 4.5% 【血糖値上昇リスクがある抗精神病薬処方】 不安あり: 85.2%, なし: 14.8%

CNS today 作成。

6. 社会に踏み出すためのサポートを

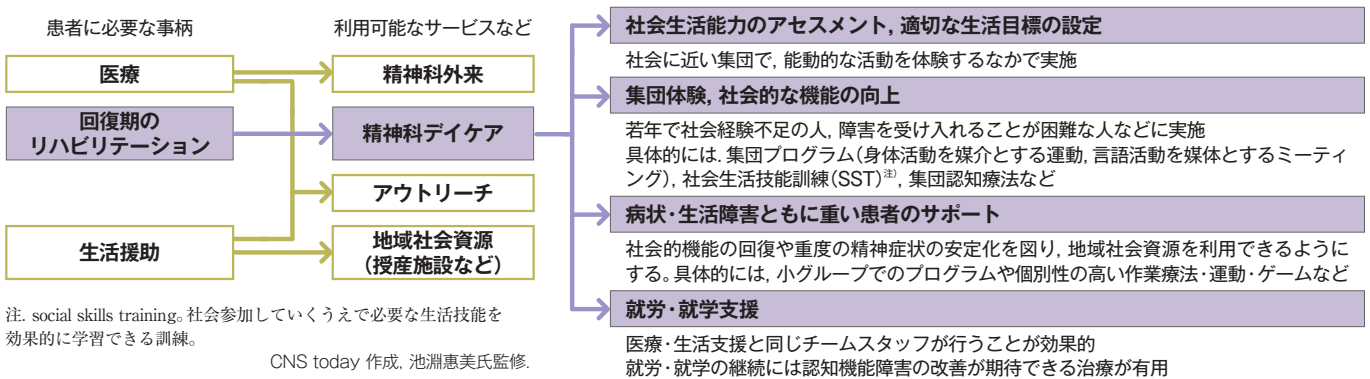
ひとつのステップとしてのデイケア

治療の進歩により、現在では「地域で生活できるようにする」ことを念頭に統合失調症の治療を行っています。完全に良くなって医療を必要とせず暮らせるようになる患者さんはそれほど多くないかもしれませんが、治療を継続しながら社会生活を送れるケースは確実に増えています。

ひとくちに統合失調症といっても、社会生活への影響の度合いは患者さんによってかなり幅があり、服薬だけでなんとかやっていける人もいれば、色々な社会的サポートが必要な人もいます。利用できる社会的サポートは昔と比べると格段と増え、障害者雇用も広がっています。そういう点では、患者さんの生活もすいぶん底上げされていると思います。

サポートの一例である**精神科デイケア**では、**在宅の慢性精神障害者に対して、外来治療では充分提供できない医学的・心理社会的治療を、週数日、1日6時間以上包括的に実施**します(図9)²⁾。私どもの施設でも併設していますが、デイケアをひとつのステップとして、平均2~3年通ったのちに学校や職場など社会に復帰できることを目標にしています。人生の早期にこの病気を体験した患者さんが、「夢がかなわない」、「どうせ自分はだめだ」と絶望したり、なんとか回復しようと無理しすぎたりすることがないように、気持ちに寄り添いながら希望を見つけてもらえるようにすることが重要と考えています。

図9 地域ケア時代における精神科デイケアの位置づけと役割



参考資料

1. 統合失調症治療ガイドライン第2版第5刷. 医学書院, 2011.
2. “統合失調症”厚生労働省 みんなのメンタルヘルス総合サイト. http://www.mhlw.go.jp/kokoro/now/disease_into.html
3. Cardno AG, et al. Am J Med Genet. 2000; 97(1): 12-17.
4. 融道男著. 抗精神病薬マニュアル第3版. 医学書院, 2008.
5. Kirkpatrick B. “Understanding the physiology of schizophrenia.” <http://www.cmeinstitute.com/psychlopedia/psychosis/5cpem/sec2/section.asp>
6. 丹生谷正史. 医学のあゆみ 2011; 236(10): 999-1006.
7. 茶木茂之. 臨床精神薬理 2012; 15(5): 631-644.
8. Murray RM, et al. Lancet 1985; 325(8436): 1023-1026.
9. Edited by David AS, et al. The Final Frontier - A Festschrift for Robin M. Murray. Psychology Press, 2011.
10. “Beyond the reward pathway.” <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/reward/pathways.html>
11. 甘利俊一監修, 加藤忠史編. 精神の脳科学. 東京大学出版会, 2008.
12. Lieberman JA, et al. Biol Psychiatry 2001; 50(11): 884-897.
13. ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン第1版第3刷. 医学書院, 1995.
14. DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引 新訂版第8刷. 医学書院, 2008.
15. “DSM-5 Factsheets. Schizophrenia.” <http://psychiatry.org/dsm5>
16. Kay SR, et al. Schizophr Bull 1987; 13(2): 261-278.
17. Shioiri T, et al. Psychiatry Clin Neurosci 2007; 61(4): 348-354.
18. 小瀬朝海ほか. 精神医学 2005; 47(7):703-708.
19. Medical Tribune 2012年12月20日発行号, p20.
20. Inamura Y, et al. Int J Psychiatry Med. 2012; 44(2): 171-181.
21. 池淵恵美. 臨床精神医学 2011; 40(5): 645-650. [2, 5, 10, 15は2013年5月1日アクセス]