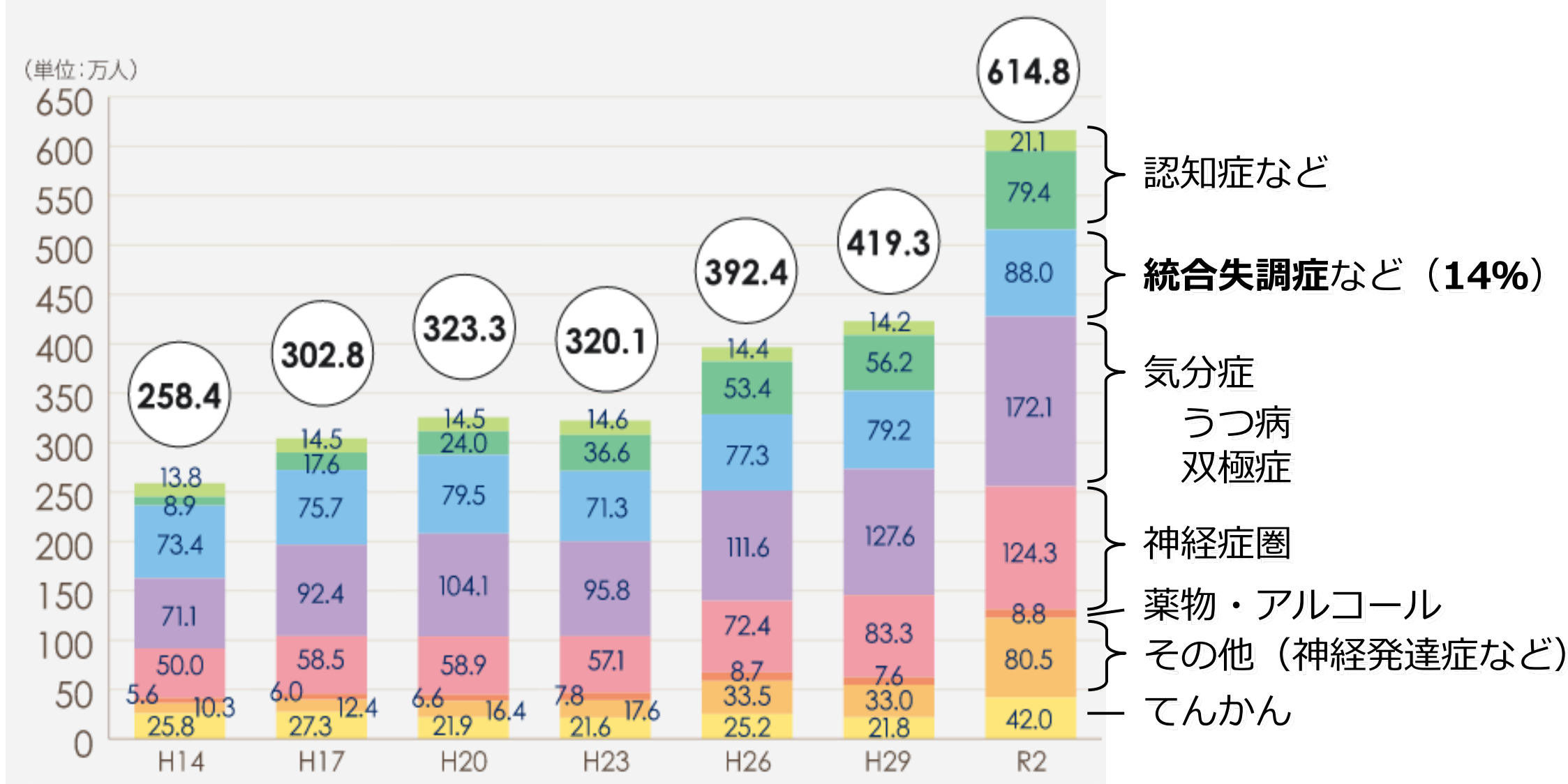


令和6年度 厚生労働省科学研究費補助金「医療観察法における退院後支援に資する研究」
分担研究「医療観察法に必要な人材育成に関する研究」
医療観察法医療に関わる支援者向け研修動画

統合失調症

北海道大学病院附属 司法精神医療センター
賀古 勇輝

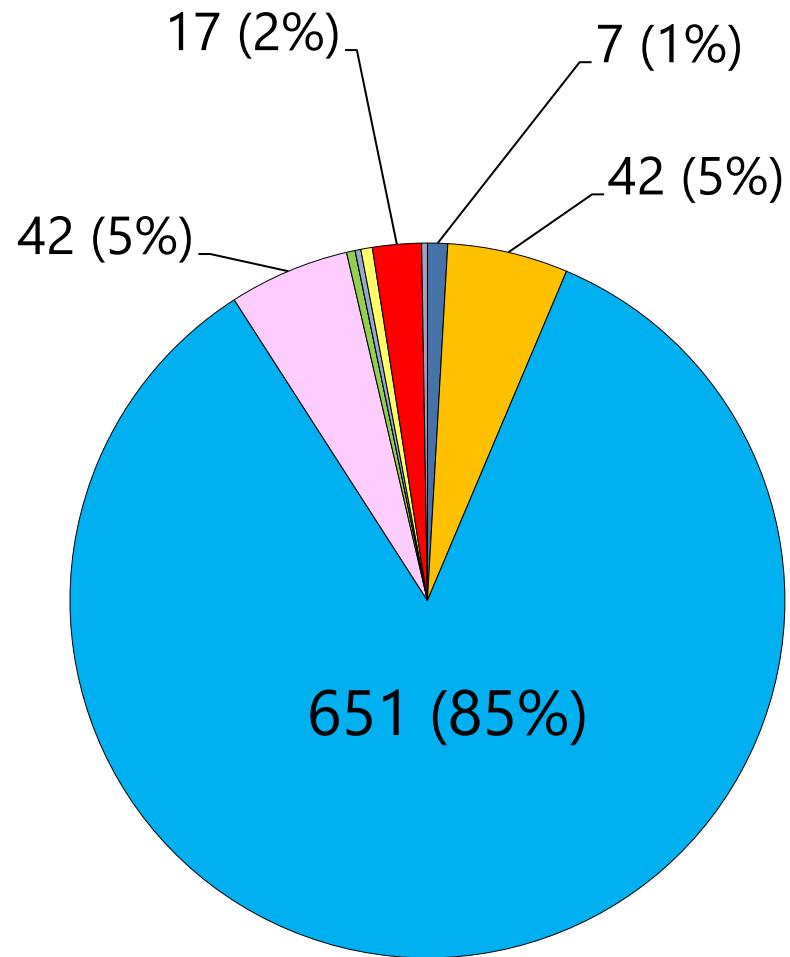
精神障害患者数の推移



※H23年度は宮城県の一部と福島県除外
※R2年度から診療間隔の算出法変更

厚生労働省患者調査より

医療観察法入院患者数の疾患分類



- F0 症状性・器質性精神障害
- F1 精神作用物質使用による障害
- **F2 統合失調症ほか**
- F3 気分障害
- F4 神経症性障害ほか
- F5 身体的要因に関連した行動症候群ほか
- F6 パーソナリティおよび行動の障害
- F7 知的障害
- F8 心理的発達の障害
- その他

R6年4月1日現在

(厚労省HPより作成)

精神疾患の分類

外因性精神障害

- 器質性精神障害
- 症状性精神障害
- 薬剤性精神障害

内因性精神障害

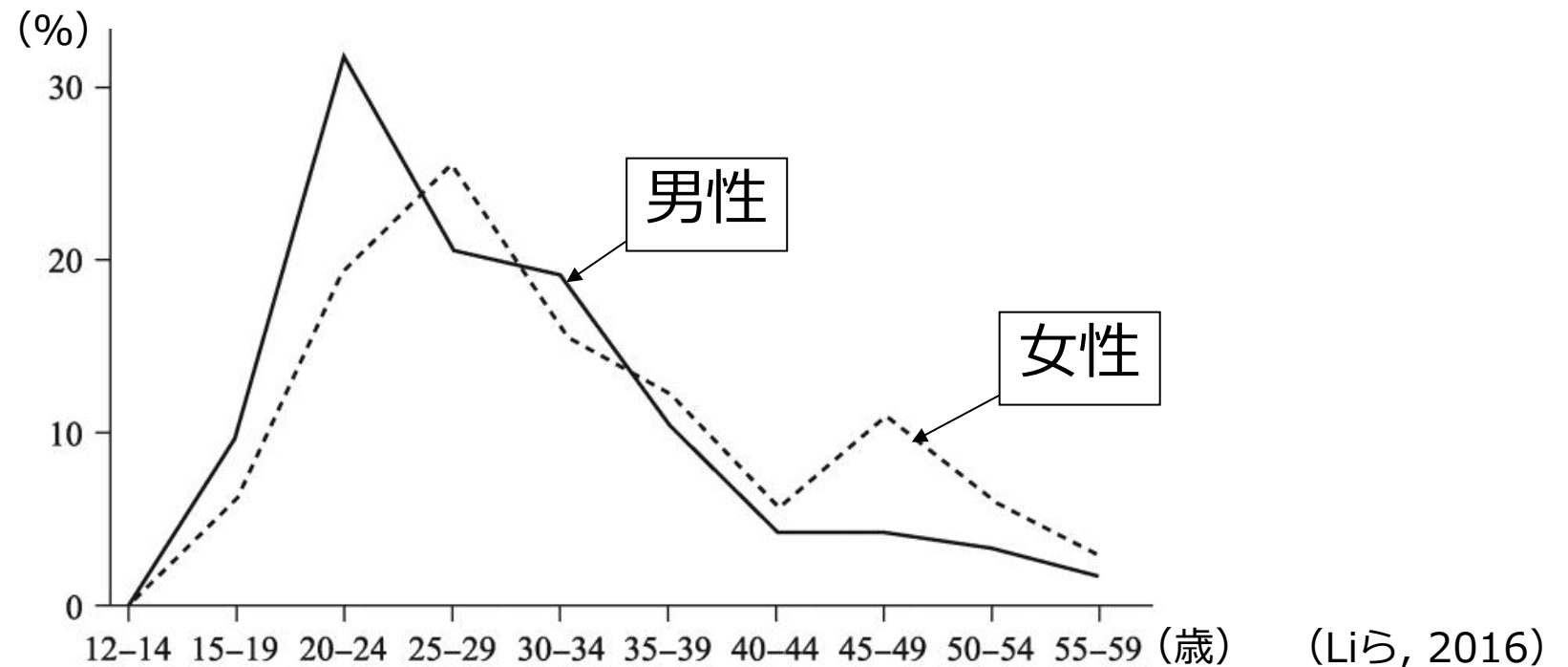
- 脳の機能障害による病気
- 「脳の病」 > 「こころの病」
- **統合失調症**
- 気分症（うつ病、双極症）

心因性精神障害

- ストレス性の病気
- 「こころの病」 > 「脳の病」
- 適応反応症、PTSD
- 不安症、強迫症、身体症状症、解離症、摂食症など

疫学

- 有病率：約 1 %
- 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（厚生労働省患者調査）
 - 国内の通院中患者73.7万人（全体の13%）（R2年）
 - 国内の入院中患者14.3万人（全体の50%）（R2年）
- 男女比：約 1 対 1
- 発症年齢



原因・リスク因子

- 原因はいまだ不明
- 遺伝：多因子遺伝疾患（遺伝＞環境）
一卵性双生児の一致率 約50%
- ドーパミン過剰仮説、神経発達障害仮説、ストレス脆弱性モデル、カルボニルストレス など
- リスク因子：家族歴、妊娠出産合併症、冬生まれ、高い社会ストレス（都市部、移民）、大麻の使用 など
- 心理的ストレスも経過に影響を及ぼす

統合失調症はおそらく異種の原因による疾患群からなっており、臨床経過や治療に対する反応が異なる症例が含まれている。

症状

陽性症状

- 幻覚：幻聴、幻視、体感幻覚など
- 妄想：被害妄想、関係妄想、誇大妄想、注察妄想、追跡妄想など
- 自我障害：作為体験、思考伝播、思考吹入、思考奪取など
- 解体症状：思路障害、連合弛緩、まとまりのない言動、不適切な感情など
- 緊張病症状：昏迷、精神運動興奮など

陰性症状

- 感情の平板化、アンヘドニア（失快楽）
- 精神運動の緩慢、意欲の低下
- 無為、自閉、社会的ひきこもり
- 会話量と内容の貧困
- 自己管理、社会的遂行能力の低下

認知機能障害

- 神経認知
- 社会認知

➡「認知機能障害」の動画での研修を推奨します。

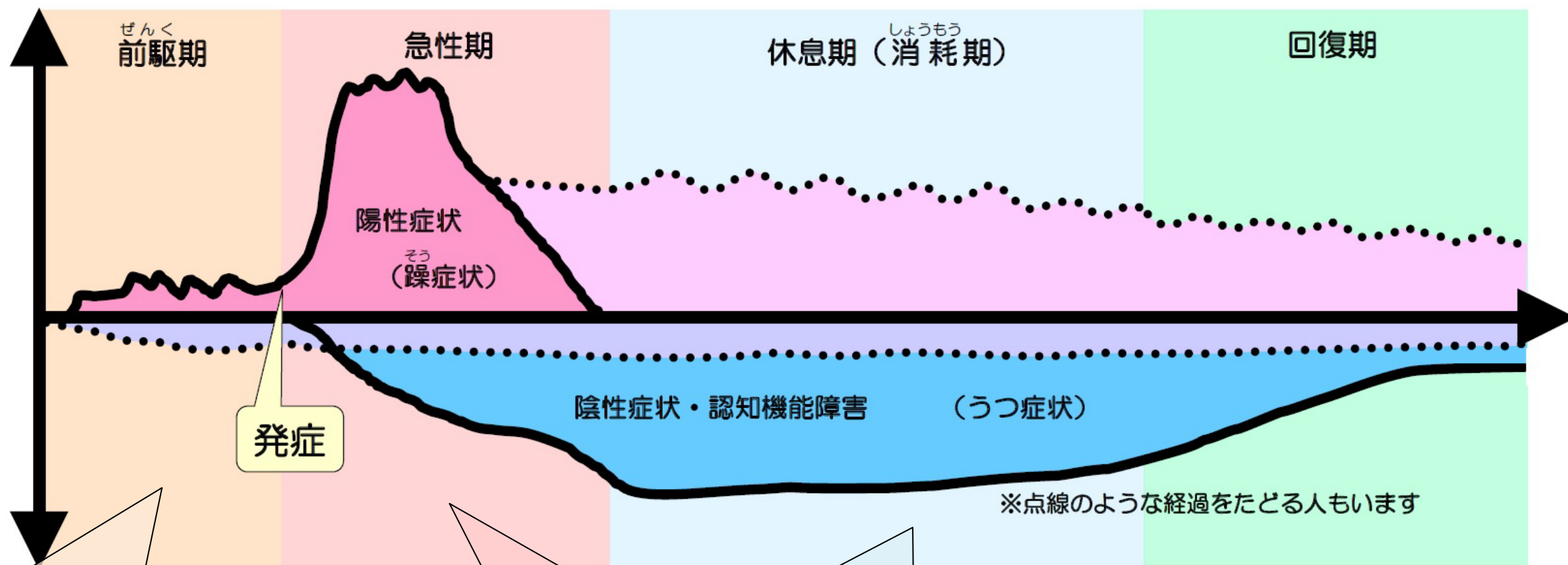
気分症状（一部の患者に出現）

- 躁症状、抑うつ症状
- 陽性症状と気分症状の相関が強い場合
➡「統合失調感情症」へ診断変更
- 自殺リスク（最多の死因、50%が自殺企図、10～15%が自殺既遂）

その他の症状

- 心因性精神障害のあらゆる症状が出現しうる。不安症状、パニック発作、強迫症状、心気症状、解離症状など
- 病識欠如

経過①



前駆期

抑うつ、不安、いらいら、意欲低下、注意集中困難、不眠、食欲低下、聴覚過敏、閉じこもり、被注察感 など

急性期

幻聴、幻視、妄想、まとまりない言動、自我障害、気分の高揚 など

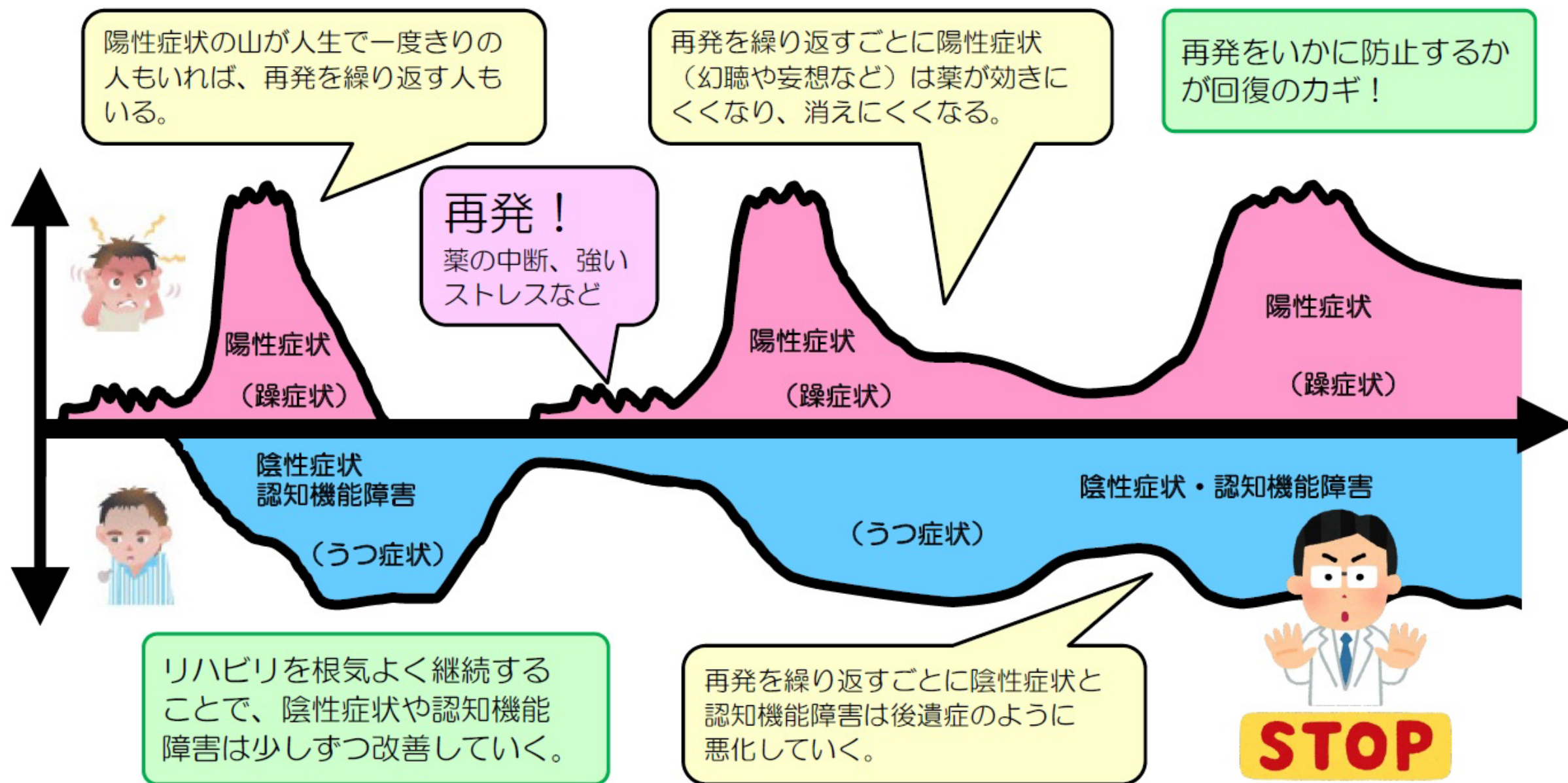
休息期

眠気、倦怠感、抑うつ、意欲低下、焦燥感、甘え、引きこもり など

回復不十分で慢性化した場合

感情の平板化、無為・無関心、引きこもり、会話内容の貧困、物事を楽しめない、認知機能障害などが持続する。

経過②



長期経過・社会生活

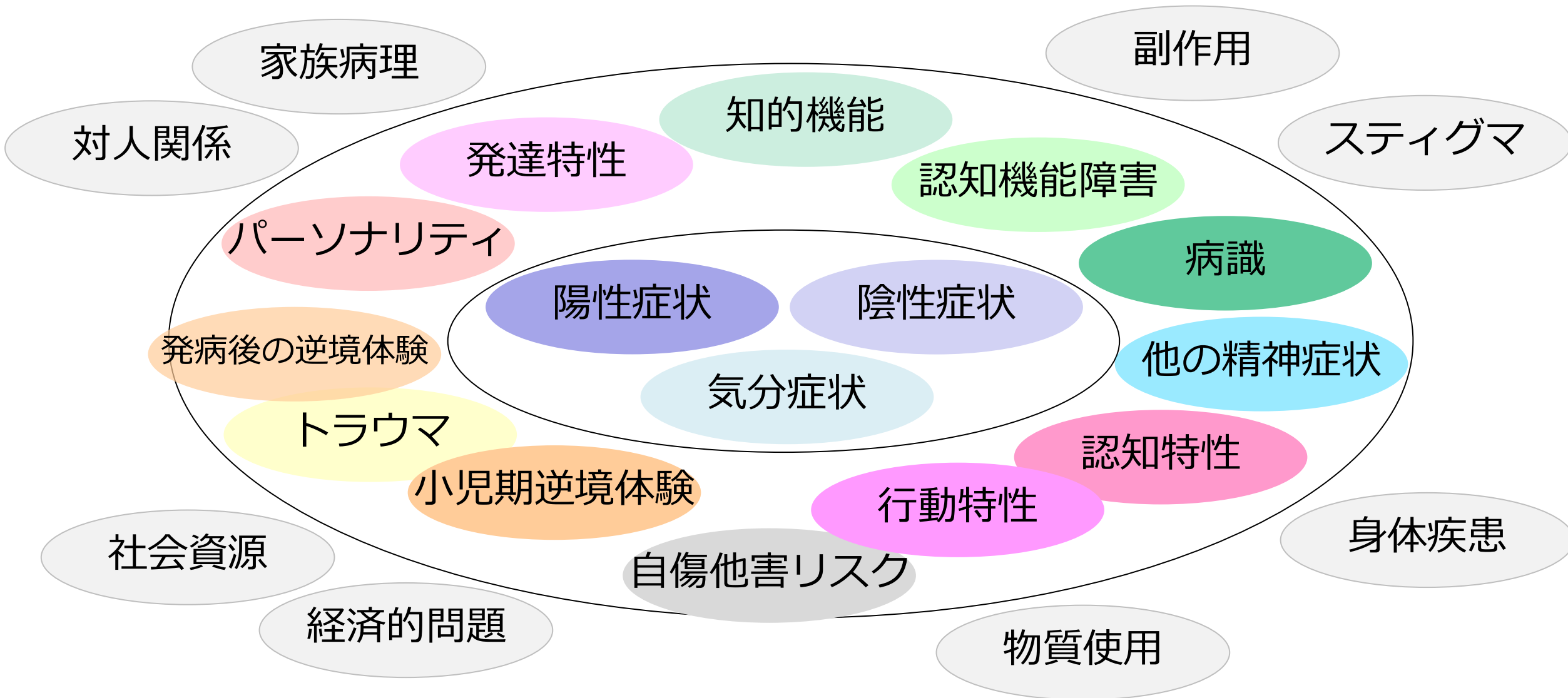
- 陽性症状は消失することも多く、残存しても多くは形骸化する。
 - ただし、再発のリスクはほぼ生涯続く。
 - 陰性症状、認知機能障害は軽度のものも含めると残存することが多く、長期的な予後に影響する。
 - ただ、全体として統合失調症は、長期的には緩やかに回復に向かうことが多いと思われる。
- ➡「医療者があきらめなければ患者さんは回復し続ける」（西園）
- 原則として一生再発予防のための内服が必要。長期的にはある程度減量は可能。
 - 一般就労が可能なのは全体の1/4程度。福祉的就労を含めると半分以上の患者さんが可能。
 - 子供を作ることとはできるし、育てている人も大勢いる。しっかり回復することと周囲の理解が不可欠。

行動特性～どんな人達か

- 緊張しがちで、リラックスできない。
- あせって先走ってしまう。
- 一度に複数のことをやろうとすると混乱してしまう。
- 全体を見て、一つ一つ段取りを付けるのが苦手。
- 物事に慣れるのに時間がかかる。
- こだわりが強くなって、頑固になってしまう。
- 視点の切りかえ、考え方の修正が苦手。
- 周りのことを自分と関係づけてしまいやすい。
- 不安で、うたぐり深くなってしまう。
- 「ほどほどに」「適当に」が苦手。
- 自分のことを客観的に見るのが苦手。



統合失調症の包括的評価・治療



治療

治療原則

- 患者一人一人によって治療は大きく異なる。
- 生物学的治療に心理社会的治療を組み合わせる。
- 統合失調症は複合的な障害であり、1つの治療では不十分。

生物学的治療

➤ 薬物療法

- 抗精神病薬
 - － 非定型抗精神病薬が主体
 - － 治療抵抗性にはクロザピン
- 必要に応じて睡眠薬や気分安定薬など

➡「薬物療法」の動画での研修を推奨します。

- 修正型電気治療（治療抵抗性症例や緊張病症例などに）



心理社会的療法

- 精神療法（個人・集団）
- 心理教育
- 認知行動療法（CBTp）
- 認知リハビリテーション



➡それぞれの動画での研修を推奨します。

- 社会生活スキルトレーニング（SST）
- 作業療法、デイケア など

関わり方のエッセンス①

- 統合失調症患者にとっては「**基本的信頼**」が非常に重要
- 「基本的信頼」とは、対人関係において最後の「安心」を持ち続けていられるということである。
- 約束を守ること、無理を強いないこと、強引に秘密を暴こうとしないことなどを態度で示すことによって、患者に「**安心を贈りつつける**」必要がある。
- 医療者が患者の「**気持ちを汲む**」ことに努めることによって「安心を贈る」ことができる。
- 精神療法の対象は幻覚妄想内容それ自体ではなく、幻覚妄想を持つ患者の苦悩である。いかに幻覚妄想が了解不能であっても、それを持つ人間の**苦悩は決して了解不能ではない**。その苦悩に焦点が当てられた時だけ患者は自分の気持ちが汲まれたという感じを持つ。
- 患者の言葉が「了解不能」であると感じた時は、そのような場合における、人間的にみて当たり前の謙虚な態度をとるべきである。「いつものこと」という態度は不誠実。

関わり方のエッセンス②

- 「了解できないものを訂正しようとする」のもまた不誠実で謙虚さを欠く。
中立的な態度で、驚きを交え、しばしば自分の判断は保留すると言いつつも「そう考えているという事実」を尊重し、語ってくれたことを感謝する。
- 最も広く患者の気持ちを汲む手がかりとなる一つのキーワードが「**あせり**」である。
- 患者が何より欲しているものは「**ゆとり**」である。
- 医療者もしばしばあせるが、それは常に有害。「**待つことができる患者は半分 治っている**」（土居）と言われるが、治療者も待つことができる必要がある。
- 急性期においては、医療者の一語一挙動が重要性を持つ。**医療者の「落ち着き」が最も強い鎮静力を持つ。**
- **身体診察**は患者に対して（そして医療者に対しても）良い鎮静効果がある。
緊張病性興奮の患者でも、聴診器を当てて「傾聴」している間は落ち着き、その間医療者の言葉に耳を傾けられたりする。

参考図書

- 統合失調症患者の行動特性第3版／昼田源四郎著／金剛出版
- 新編 分裂病を耕す／星野弘著／日本評論社
- 統合失調症をたどる／統合失調症をほどく／統合失調症は癒える／統合失調症と暮らす（中井久夫と考える患者シリーズ1～4）／中井久夫著／ラグーナ出版
- 中井久夫著作集《精神医学の経験》2 治療／中井久夫著／岩崎学術出版社
- 脳と心からみた統合失調症の理解／倉知正佳著／医学書院
- 統合失調症／村井俊哉著／岩波書店
- 統合失調症がやってきた／松本ハウス（松本キック、ハウス加賀谷）著／幻冬舎
- 相方は、統合失調症／松本ハウス（松本キック、ハウス加賀谷）著／幻冬舎