200/0312

厚生科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

# 病態像に応じた精神科リハビリテーション療法に関する研究

平成１３年度　総括・分担研究報告書

主任研究者　長瀬輝諠

平成１４年４月

目　次

Ⅰ．総括研究報告書

病態像に応じた精神科リハビリテーション療法の研究　1

Ⅱ．分担研究報告書

1．A班：分担研究者　浅井邦彦〔浅井病院長〕
急性期入院患者に対する精神科リハビリテーション療法の研究・・・・・1－1

2．B班：分担研究者　長瀬輝諠〔高月病院長〕
精神科デイケア・ナイトケアの治療的機能と機能分担に関する研究・・・2－1

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
総括・分担研究報告書

# 病態像に応じた精神科リハビリテーション療法に関する研究

主任研究者　長瀬　輝諠　高月病院長

研究協力者：浅井邦彦（浅井病院）、五十嵐良雄（秩父中央病院）、植田清一郎（植田病院）、長尾卓夫（高岡病院）、河崎建人（水間病院）、野木渡（浜寺病院）、花井忠雄（ときわ病院）山崎潤（山崎病院）、南良武（木島病院）、櫻井征彦（新門司病院）、荒田寛（国立精神・神経センター）、惠智彦（イサオクリニック）、窪田彰（クボタクリニック）、原敬造（原クリニック、三家英明（三家クリニック）、早稲田芳男（早稲田内科神経科医院）

研究要旨：近年、我が国においても精神障害者の治療とリハビリテーションは、精神科病院における入院中心の医療からコミュニティケアの方向へシフトしてきている。しかし、多くの長期入院患者を抱える精神科病院の機能分化とデイケア等を中心とした地域ケアの方向は必ずしも順調には、進展していない。精神科病院において、適切で効果的な急性期入院治療とリハビリテーション療法を行うことにより、長期入院を防ぐようにするとともに、再発、再入院を防ぐために有効な方法として世界的に認められているデイケア及びデイ・ナイトケアの治療的機能と機能分担を有効に行い、コミュニティケアを推進することは、現在、精神医療に最も求められていることである。
本研究においては、体系的な急性期リハビリテーション療法を、その有効性の確認を行うとともに新たな精神科専門療法として位置づけること及び早期の退院と入院期間の長期化の防止策として役立てることを検証する。又、病院併設の精神科デイケアと診療所併設のデイケアの実体を明らかにすることにより、両者の役割分担を明確にし、病院併設の精神科デイケアにおける今後の改善点及び診療所併設のデイケアを含めた社会資源との有機的な連携のあり方を模索し、検討する。

分担研究者：A班　浅井　邦彦
浅井病院長

B班　長瀬　輝諠
高月病院長

## A．研究目的

A班「急性期入院患者に対する精神科リハビリテーション療法の研究」では、研究協力者１２病院に新たに入院した分裂病及び感情病（ICD-10で診断）患者に、インフォームドコンセントに基づいて本人の了解を得てケースマネージメントを開始する。一定のプログラムの精神科リハビリテーション療法を実施することにより、病識の獲得、退院の促進、再発の防止等の効果を測定することを目的とする。退院後１～２年間の追跡調査をマネジメント群（対象群と非マネジメント群（コントロール群）について行い、両群を比較して、 GAF尺度の改善等で評価する。これにより体系的な急性期リハビリテーション療法の有効性が確認されれば、新たな精神科専門療法として位置づけ、早期の退院と入院の長期化の防止策として役立てることが期待される。

B班：「精神科デイケア、デイナイトケアの治療的機能と機能分担に関する研究」では、全国のデイケア施設へのアンケート調査を実施し、病院併設の精神科デイケアと診療所併設のデイケアの実体を明らかにすることにより両者の役割分担を明確にし、病院併設の精神科デイケアにおける今後の改善すべき点や診療所併設のデイケアを含めた他の社会資源との有機的な連携のあり方を模索、検討することを目的としている。

## B．研究方法

A班：①研究登録者の属するする１２病院に平成１２年９月１日以降に入院する精神分裂病患者を全員登録する。登録期間は、平成１２年９月１日～同１３年２月１８日の６ヶ月間とする。各病院の目標は２０例とする。
②急性気象上の消褪を確認し、リハビリテーションを開始することをもって研究の開始とし、開始にあたり研究の主旨と内容について文章を用いて十分な説明を行った上で、研究への参加を患者及び家族から文書により得ることとする。同意を得られたものが対象群、得られなかった者がコントロール群となる。
③研究対象群には、社会・心理教育リハビリテーションセミナー（以下セミナーと略す）を開始し、開始にあたってはケースマネージメントが行われる。又、セミナーのテキスト

は、研究班にて作成した共通のものを使用し、施設間の差を生じないようにする。
④評価方法は、精神症状はBPRS、重症度はGAF、リハビリ効果はLASMIを用いる。評価の時期は、 BPRS・GAFは登録時、同意確認時、退院時の３時点、 LASMIは退院時、対象群・コントロール群ともに評価を行う。又、対象群の患者については、退院時に入院中の満足度をクライエント満足調査表（CSQ-UCSF）を用いて評価する。⑤退院後は　対象群、コントロール群とも予後追跡が開始され、６ヶ月毎にBPRS、GAF、LASMIとフォローアップシートで研究終了の平成１５年２月２８日まで評価を続ける。

Ｂ班：①平成１２年２月よりアンケート調査を実施。調査票は精神科デイケア職員用（Ａ票）と利用者用（Ｂ票）の２種類。②Ａ票の対象は、全国の精神科デイケアとし、Ｂ票は精神科病院併設の精神科デイケアの大規模デイケア５０ヶ所、小規模デイケア５０ヶ所及び精神科診療所併設の精神科デイケア５０ヶ所（無作為抽出）に郵送によるアンケート調査である。

（倫理面への配慮）

本研究では、当事者のプライバシーを守ることに最善の注意を払うことによって倫理面に於ける配慮を行う。

Ａ班：患者への病名又は状態像の告知と研究参加の自由性と自発同意に基づいて（インフォームド・コンセント）行われる研究であり、倫理面への配慮は協力医療機関において十分に行うことにしている。

Ｂ班：デイケア、デイ・ナイトケア及び社会復帰施設利用者及び通所者を対象としたアンケート調査には、当事者の自由性と自発的意志を確認した上で調査を行う。

Ｃ．研究結果

本研究は、次の２つの研究結果からなっており、来年度に継続して研究計画が作成されているため、本年度の報告は中間的な報告とな

Ａ班：①実登録者数は１２５名、内退院に至った者は１０３名・82.4%である。実登録者の群別内訳は、対象群45名・36.9%、コントロール群77名・63.1%となった。②退院者の内訳は、対象群40名88.9%、コントロール群63名・81.8%。退院者の内デイケアの利用に至った者は、対象群14名・35.0%、コントロール群７名・11.1%である。③再入院は、対象群12名・30.0%、コントロール群14名・22.2%。対象群のデイケア利用退院者は６名・42.9%、コントロール群のデイケア利用者は２名・28.6%が再入院となっている。④再退院者は、対象群は９名・75.0%、コントロール群９名・64.3%となっている。⑤再々入院例は対象群３名、コントロール群３名で、内コントロール群より１名が再々退院となっている。④終了例は全体で２４名、理由は通院中断や転院による追跡不可となった者である。
⑦退院後の各評価表における両群の比較結果は、BPRS･GAFともに現時点での差異は認められない。

Ｂ班：施設調査の結果①デイケア開設のピークは平成９年であり、デイケア数としては定常状態に入ったと考えられる。②週あたり実施数は５日が大半である。③過半数のデイケアで職員の加配が行われ、常勤換算でワーカー０．８人、看護婦０．８人、心理技術者０．５人であった。④診療報酬上の改善点として送迎の点数化を要望するが５割、報酬自体の引き上げを要望するが４割、小定員のデイケアをとの意見が３割を占めた。

個人調査の結果①病院併設のデイケアは分裂病（77～78%）を主とするのに対し、診療所併設のデイケアでは分裂病以外の利用者が多く（41.7%）、なかでも週５日以上の群では、アルコールを含む中毒性疾患が35.6%を占めた。②利用者の年齢をみると、病院併設のデイケアは、３０歳代と５０歳代に多いという２峰性で、診療所併設のデイケアでは、３０歳代に多いという１峰性であった。③デイケアの目的としては、診療所が居場所の提供や仲間づくり、病院では社会性の確保や日常生活能力の向上に力点がおかれる傾向にあった。④職員から見た利用者の変化は、診療所で「安心して過ごせる場所が出来た」が目立って多かった。

Ｄ．考察

Ａ班：今後は、両群間の比較だけではなく登録中止者の理由内訳、中途修了者の理由別集計、対象群についてはCSQの集計、セミナー以外のリハビリ集計等本研究で行われたことを細部にわたり解析し、浮き彫りにしていくことが必要である。それにより、両群間の比較により多くの意味合いが付せられていくものである。

Ｂ班：病院おけるデイケアと診療所デイケアと役割の違いが明らかになり、又、デイケアにおける週５日の実施や職員の加配も行われている実体が明らかにされた。

Ｅ．結論

本研究の最終集計に向けて実施すべき重要課題はデータ解析作業であり、今年度の報告も踏まえた集計項目等の検討のため、再度、平成１４年度に研究班会議を実施する予定である。

Ａ班：本研究の主要テーマであるセミナーの効果について再度討議を加え、最終集計に入っていくものである。

Ｂ班：新たにデイケア施設での施設基準に関しての調査を行う予定である。

Ｆ．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

①五十嵐良雄、窪田彰、長瀬輝諠、浅井邦彦：日本の精神科デイケアの機能とデイケア利用者のプロフィール －全国調査からの結果－ 、日本デイケア学会総会、2001、高知.

②小糸正、五十嵐良雄、小渡敬、植田清一郎、櫻井征彦、野木渡、南良武、河崎建人、花井忠雄、長尾卓夫、山崎潤、長瀬輝諠、浅井邦彦、：精神分裂病の急性期入院治療における社会・心理教育セミナーの長期的効果について　第１報：１年後の予後、第22回日本社会精神医学会総会、2002、千葉.

③五十嵐良雄、浅井邦彦、長瀬輝諠：精神科デイケア・ナイトケアの治療的機能と機能分担、第22回日本社会精神医学会総会、2002、千葉.

H．知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

# 急性期入院患者に対する精神科リハビリテーション療法の研究

平成13年度　研究報告書

主任研究者　長瀬輝諠（高月病院長）

分担研究者　浅井邦彦（浅井病院長）

平成14年4月

目　次

急性期入院患者に対する精神科リハビリテーション療法の研究・・・・・・・・・1－　1

資料１：セミナーテキスト　・・・・・・・・・・・・1－　4

資料２：評価表類　・・・・・・・・・・・・1－１０８

資料３：データ集計　・・・・・・・・・・・・1－１１４

平成13年度厚生科学研究報告書

# 急性期入院患者に対する精神科リハビリテーション療法の研究

分担研究者　浅井邦彦　浅井病院長

研究協力者：植田清一郎（植田病院長）、五十嵐良雄（秩父中央病院長）、小渡敬（平和病院長）、長尾卓夫（高岡病院長）、河崎建人（水間病院長）、野木渡（浜寺病院副院長）、花井忠雄（ときわ病院長）、長瀬輝諠（高月病院長）、山崎潤（山崎病院長）、南良武（木島病院長）、櫻井征彦（新門司病院長）

研究要旨：本研究では急性期状態にある精神分裂病患者における心理・社会教育的リハビリテーションの効果を判定するために、長期間にわたる予後調査を行っている。本年度はその2年目にあたり①登録状況②対象群・コントロール群の比較について中間的な経過を報告する。

## A．研究目的

研究協力者の属する12病院に新たに入院した精神分裂病（ＩＣＤ－１０で診断）に、インフォームド・コンセントに基づいて本人の了承を得てケースマネジメントを開始し、一定のプログラムの精神科リハビリテーション療法を実施することにより、病識の獲得、退院の促進、再発の防止等の効果を測定することを目的とする。退院後１～2年間の追跡調査をマネジメント群(対象群)と非マネジメント群（コントロール群）について行い、両群を比較して、ＧＡＦ尺度の改善等で評価する。これにより体系的な急性期リハビリテーション療法の有効性が確認されれば、新たな精神科専門療法として位置づけ、早期の退院と入院の長期化の防止策として役立つことが期待される。

## B．研究方法

### 1．入院から退院までの期間

①研究を行う病棟と患者の登録

・研究に参加する病院では、あらかじめ研究を行う病棟を特定する。

・その病棟に平成12年9月1日以降に入院する精神分裂病患者を年齢にかかわらず全員登録する。登録期間は平成12年9月1日～平成13年2月28日の6ヶ月間とする。

・登録期間における各研究施設での中止例を除く目標集積症例数は２０例とする。登録期間終了前に目標症例数に達した場合にはその時点で登録を終了する。なお、２０例集積後に中止例がでた時には登録期間中であれば登録を再開し２０例となるようにする。

・登録患者が当該病棟病棟から転棟した場合には、退院を目的とした転倒はケースマネジャーが可能な限り追跡し、退院とともに予後追跡を行う。ただし、転棟した病棟でケースマネジメントが不可能な場合でも、退院以降のフォローアップは行うこととする。

・病状の悪化や身体合併症の発生などのため転棟した場合には、主治医の判断によって研究を中止し登録症例から除外する。

・研究期間中の薬物治療等の身体医学的医療には制限は設けないが、症状などの評価時に治療内容を記載する。デポ剤を含む。

・なお、以下の患者は登録の対象から除外する。また、いったん登録した後に下に示す要件にあてはまる場合には、その時点で対象から除外する。

1.入院後１年以内に退院した患者
2.単身で家族がいない、あるいは、遠方のため連絡が取り難く同意が得られる見通しがない患者
3.休息目的を目的とした患者
4.病状の悪化や身体合併症の発生などのため転棟した患者
5.その他研究の目的に相応しくない患者

②研究の開始時期と対象群の選定

・急性期症状の消褪を確認して、リハビリテーションを開始することをもって研究の開始とする。

・急性期症状の消褪を確認しリハビリを開始するためのクライテリアを以下のように定める。

A.急性期症状がほぼ消褪しているか、または、残存していても急性期症状に強く影響されていない。
B.寛解後疲弊病相群（永田）にはなく、うつ気分が確認できない。
C.リハビリテーションの施行に関して、本人より同意が得られている。
D.以上の３項目全てが満たされている。

・主治医がクライテリアを満たしたことを確認して、患者に対する社会・心理学的リハビリテーションセミナー（以下セミナーと略す）を開始する。

・研究の対象群にはケースマネジメントとセミナーを一体のものとして提供するが、開始にあたって、研究の主旨と内容について文章を用いて十分な説明を行

った上で、研究への参加を文書により得る。
・対象群は患者及び家族からの同意を文書によって得ることとし、患者本人からの同意が得られても家族から同意が得られない場合はコントロール群とする。
・これらの同意はセミナーの開始時までに得ることとし、必ずしも入院時に同意を取る必要はない。
・患者本人からセミナー参加の同意が得られない群はコントロール群とする。この群の家族に対しても同様にセミナーの開始時あるいはあらかじめ同意の可否を確認しておく。したがってコントロール群には【セミナー家族受講群】と【セミナー家族非受講群】が存在する。

③セミナーの実施
・施設間の差を少なくするために、セミナーは研究班で作成したテキストを用いて共通の方式で行う。
・テキストは患者用(資料 1·1)および家族用(資料 1·2)の2種類と講師用の患者用（資料 1·3）および家族用（資料 1·4）の計4種類を用意する。
・各研究施設であらかじめ各セッション毎の講師を定め、研究期間中に講師の変更はなるべく行わない。また、講師は一つの職種に偏らず多職種で分担する。
・家族を対象としたセミナーは、その参加に同意が得られていれば、患者の入院後いずれの時期でも差し支えない。

④ケースマネジメント会議の開催要領
・症例のマネジメントを行うためにケースマネジメント会議（以下会議と略す）を開催する。症例は2週間に1回程度取り上げることとし、扱う症例数に応じて開催頻度を調整して構わないこととする。
・会議は病棟毎に開催することとし病棟会と連続して行ってよいが、この会議は個々の症例のマネジメントを行うことが目的なので、会議の運営は病棟会とは区別する。
・会議に費やした職種毎の人数、個々の症例に費やした会議時間のカウントを毎回行い記録する。
・会議で取り上げる症例は【対象群】のみとし、【コントロール群】の患者に対してマネジメントは行わない。
・マネジメントを中心的に行うケースマネジャーをあらかじめ3人登録しておき、1人あたりの受け持ち例は常時5例を超えないように配慮する。
・マネジメントの結果、セミナー以外のリハビリテーション、例えば作業療法やSST、を提供することが必要であると計画された場合には、必要とする理由と提供の具体的計画（リハビリ診断とリハビリ計画）を作成し記録を残す。また、これらのリハビリに要した人員と時間も記録する。
・患者セミナーが終了し退院の目処が立った時点で、会議において退院後のプランニングを行い、それに基づいてケースマネジャーは関係者との情報交換を十分に行う。

⑤退院症例の扱い
・対象群およびコントロール群いづれにおいても、入院後3ヶ月を経過した時点で退院している者を【前期退院群】とし、3ヶ月を越えて6ヶ月以内に退院した者を【後期退院群】として区分し、退院後の予後追跡を行う。
・入院後6ヶ月の時点で退院を果たせなかった症例はその時点で【入院継続群】とする。この群に関しても予後の追跡調査を行うこととする。

⑥症状などの評価方法と時期
・精神症状はBPRS（資料 2·1, 2·3）で、重症度はGAF（資料 2·2, 2·3）で、リハビリの効果はLASMI（資料 2·4）によって測定する。評価の時期はBPRSおよびGAFは登録時、同意確認時、退院時の3時点とし、LASMIは退院時とする。
・対象群については退院時患者本人の満足度をクライエント満足度調査表〔CSQ－8J, UCSF〕(資料 2·5)を用いて評価する。

2．退院後の予後追跡期間
・退院後の予後追跡は研究終了の平成15年2月28日までとし、6ヶ月毎にBPRS、GAF、LASMIで評価し、フォローアップシート（資料 2·6）で転帰を確認する。
・転帰は〔入院（他院を含む）、通院・デイケア利用、通院のみ、デイケア利用のみ、治療中断、治療終了、死亡、不明〕の8類型とする。

C．研究結果
本研究の退院者追跡調査期間が平成15年2月28日であるため、現時点での報告は中間報告となる（平成14年2月26日現在）。

1．登録患者状況
資料3－1に示す状況である。中止症例を除いた実登録者は125名となった。内既に退院に至った者は103名であり82.4%である。実登録者の群別の内訳は対象群が45名で36.9%、コントロール群が77名で63.1%となった。対象群45名の内退院した者は40名で88.9%が退院している。コントロール群では77名中63名の81.8%が退院となっている。退院者の内デイケアの利用に至った者が対象群退院者40名の内14名で35.0%、コントロール群では退院者63名の内7名で11.1%である。再入院は対象群12名、コントロール群14名となっており対象群退院者の内30.0%、コントロール群退院者の内22.2%が再入院をしている（資料3－2上段左図)。デイケア利用退院者の経過については、対象群デイケア利用退院者14名の内6名の42.9%が再入院となっており、コントロール群デイケア利用退院者7名の内2名の28.6%が再入院となっている（資料3－2上段右図)。再退院者は対象群9名、コントロール群9名で両群再入院者の内対象群75.0%、コントロール群64.3%が再退院している。群別の再入院期間は資料3－2下段の通りとなった。再々入院例も出ており、対象群3名、コントロール群3名となっている。内コントロール群より1名が再々退院となっている。終了例は全体で24名であり、終了理由としては通院中断や転院により経過が追えなくなったというのが主な理由である。

2．BPRSの比較
資料3－3に示す。両群ともに登録時から退院時に向かって数値は下がり再入院時には跳ね上がる。退院後は

徐々に数値が下がる傾向を現した。各評価時期において両群間での有意差は見られなかった。

3．GAF の比較

資料３－４に示す。両群ともに登録時から退院時に向かって数値は上がり再入院時には大きく下がる。退院後は徐々に数値が上がっていく傾向を現した。各評価時期において両群間での有意差は見られなかった。

4．LASMI の比較

資料３－５に示す。両群ともに退院時から退院後１２ヶ月に向かって面積は小さくなっていく。再入院時には両群ともに面積が広がっている。

D．考察

なお研究途上であるが、両群間での退院者全体の再入院率、デイケア利用退院者の再入院率、再退院に至った者の再入院期間を各評価時期での BPRS・GAF を統計項目として検定を実施したがいずれも有意差は認められなかった。今後は両群間の比較だけでなく、登録中止者の理由内訳、中途終了者の理由別集計、対象群については CSQ の集計、セミナー以外のリハビリ集計等研究で行われたことを細部にわたりで解析し、浮き彫りにしていくことが必要である。それにより両群間の比較により多くの意味合いが付せられていくものである。平成 13 年 7 月 26 日本研究の中間報告を目的として研究班会議を開いたが、今年度は本研究の最終集計に向けて集計項目等の検討のため再度研究班会議を実施する予定である。

E．結論

今年度実施すべき重要課題はデータ解析作業である。そのため今回の平成 13 年度報告のデータも踏まえ研究班会議をもち本研究の主要なテーマであるセミナーの効果について再度討議を加え最終集計に入っていくものである。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1）論文発表

なし

2）学会発表

小糸正、五十嵐良雄、小渡敬、植田清一郎、櫻井征彦、野木渡、南良武、河﨑建人、花井忠雄、長尾卓夫、山﨑潤、長瀬輝誼、浅井邦彦：精神分裂病の急性期入院治療における社会・心理教育セミナーの長期的効果について　第１報：１年後の予後、第 22 回日本社会精神医学学会総会、2002、千葉.

# 資料1

資料1−1

# 病気と薬のセミナー

＜ 目 次 ＞


第１回　オリエンテーション及び心の病の症状について‥ 1ページ

第２回　病気について‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ 6ページ

第３回　薬について　‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥12ページ

第４回　再発しないために‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥15ページ

社会資源について‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥20ページ

付録①　困ったときの対処の仕方‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥23ページ

付録②　副作用への対処の仕方‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥25ページ

# 第１回　オリエンテーション及び
# 心の病の症状について

Ⅰ　オリエンテーション

１．　目的

このセミナーの目的は、次のとおりです。

１）心の病からおこる**症状の理解**を深めます。
２）心の病と**薬**についての関係を理解します。
３）心の病からおこる障害を知り、その**治療法**を学びます。
４）心の病による**再入院の防ぎ方**を学びます。

２．　約束とルール

このセミナーでは、次の約束を守ります。

１）　話したくないときは、パスできます。

２）　個人のプライバシーは守ります。

（セミナーで知った他メンバーのことについて人に話さない）

３）　わからないことは、できる限り質問して下さい。

４）　忘れてしまわないようにメモをとりましょう。

５）　ここで話せないことは、あなたのマネージャーに相談してください。



1－0005

## II 心の病の症状

### 1． 心の病（病気）とは？

心の病とは、精神的な症状が出る病気のことです。

あなたはどうして入院が必要となったのでしょうか？

入院した頃のことを思い出してみましょう。

＜入院になった時のあなたの状態＞

自分で症状に気づいて入院になりましたか？それとも

周りからすすめられて入院になりましたか？

＊心の病の特徴①

心の病の症状には、**自分で気付く症状**と**自分では気付きにくい症状**（他人から良くわかる症状）があります。

2．　自分で気付く症状

◇眠れなくなる・朝早く目がさめる

◇イライラする・落ちつかない・集中できない

◇考えがまとまらない

◇物事に興味がなくなる

◇その場にいない人の声や神様の声が、耳や頭の中に直接聞こえてくる⇒**幻聴（げんちょう）**という症状

◇自分の考えたことが声になって聞こえる。考えが外から入ってくる。

◇自分の考えが抜き取られたりする

◇気分がそう快になり、「自分が世界で一番えらい人間である。」と思える。「自分の考えが全て正しい。」と思える。自分は大変な大金持ちだと思える。怒りっぽい⇒**そう状態**

◇気分が落ち込む。気分がゆううつ。何もしたくない。何も楽しくない。人と会ったり話すのがおっくう⇒**うつ状態**

↓

自覚症状（じかくしょうじょう）

**当てはまる症状はありましたか？**

3．　自分では気付きにくい症状（他人から良くわかる症状）

◇怒りっぽくなる

◇人を疑うようになる

◇部屋に閉じこもるようになる

◇ひとりごとやひとり笑いがおおくなる

◇よくしゃべる・よく動く（眠らない）

◇しゃべらない・食べない

◇身だしなみが乱れてくる

◇事実にないようなことを考えたり話したりする

↓

他覚症状（たかくしょうじょう）

＊心の病の特徴②

病気の勢いが強くなると、自分では病気にかかっていることが分からなくなることがあります。

◎妄想（もうそう）という症状

・他人には信じてもらえない様な、常識では考えられない様な考えのこと。

・本人は確信していることが多いため症状に気付きにくい。

・いつも誰かに見られていたり、盗聴されていると思い込む

・誰かに嫌がらせをされたり、命を狙われていると思い込む

⇒被害妄想（ひがいもうそう）という症状

心当たりの症状は？

まとめ

心の病には以下の３つの特徴があります。

**①自分で気づく症状があります。**

**②自分では気づかず、他人が気づく症状があります。**

**③病気の勢いが強くなると、自分では病気にかかっていることがわからなくなることがあります。**

# 第２回　病気について

Ⅰ　心の病とは？

今回は心の病気として多くみられる精神分裂病について説明します。

１．　精神分裂病

（１）精神分裂病の特徴

・脳の病気です。

・慢性の病気です。

・100人に1人の割合で精神分裂病にかかります。

・10歳代後半から20歳代にかけて発症することが多い。

精神分裂病は一般に次のように誤解されています。

・幼い頃の傷ついた体験や悪いしつけなどの家庭環境が原因である。

・間違ったことをしてしまった結果として起きる。

⇒これらは間違った理解であり、正しくありません。

（２）原因

原因はまだ分かっていませんが、一説によると、脳の中のドパミンという神経伝達物質（化学物質）のバランスの乱れにより起こるといわれています。

（３）主症状

・人との付き合いを避けるようになる→**自閉**

・命令してくる声や自分の噂話をしている声が聞こえる→**幻聴**

・「誰かにねらわれている・嫌がらせをされている」「テレビやラジオで自分の噂をしている。」「いつも誰かに付けられている。盗聴されている。」→**妄想（もうそう）**

・「身体を操られる・考えさせられる」という感じ

**→させられ体験**

・「考えがまとまらない」

・「脳を抜かれる、内臓を触られる、筋肉を抜かれる」という感じ

**→体感幻覚（たいかんげんかく）**

・ 身の回りのことなどに興味がなくなり何もしなくなる

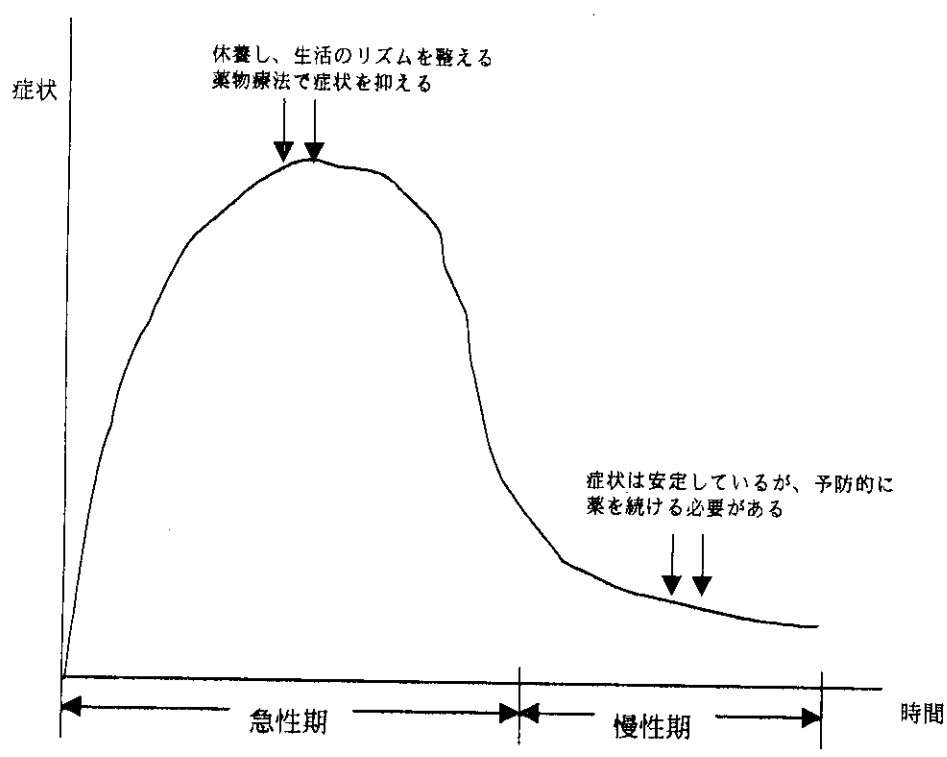
**→無為（むい）**

●その他の症状…独り言・一人笑い・怒りっぽい・不眠など

（４）経過

＜グラフ＞

図１




・1965年の研究では40パーセントの人が治癒すると言われています。服薬継続による治癒を入れるとさらに高率となります。

※治療をしないと、『何もできなくなったり、現実の生活ができなくなったり』と、重度の障害（しょうがい）が残ることが知られています。