

ストレスをためないためには、規則正しい生活が大事になります。デイケアや社会復帰施設を利用し、他の患者さんとの交流を通して生活のリズムを整えていくことは、リハビリテーションを進めていく上で効果的です。

また、前回述べたように御家族が本人を必要以上に刺激せず、話を聞き、円滑なコミュニケーションをはかることも再発防止につながります。

4) まとめ

再発を防止するためには、薬の服用とストレスを少なくすることが大切です。どちらかひとつでも欠けるとうまく行きません。

御家族と患者さん本人が協力して治療していくことが、再発防止や社会復帰につながると考えられます。

次回で家族セミナーは終了です。次回は、社会資源についてお話をした後にセミナー全体のまとめをします。

第4回 社会資源の紹介とセミナーのまとめ

1) 社会資源について

- 患者さんが、地域社会で生活を送るときに、地域の社会資源を利用することでリハビリテーションになり、再発を予防する手だてになるものがあります。病院や家族の力だけで支えるのではなく、さまざまな人々や施設などの協力を得ることで、家族の負担も軽くなります。また、家族同士で語り合いを通して、ストレスを解消しながら、精神科医療や福祉についての勉強会を行っている家族会などもあります。私たちが暮らしの中で利用できる、こころの健康に関する相談窓口や、諸制度を紹介します。

①医療などに関する相談窓口

- 保健所・・・地域における精神保健問題全般についての相談を行います。精神科（嘱託）医や保健婦、精神保健福祉相談員等が配置されています。

あなたの街の保健所は・・・【保健所】
電話番号：
住 所：
担 当 者：

- 病院・診療所（クリニック）・・・病気の治療を目的とした機関です。最近では、住まいの近くで気軽に治療を受けることができるようになってきました。また、デイケアなどのリハビリテーション施設を併設した所が増えています。

あなたが利用している病院は・・・【病院】
電話番号：
住 所：
担 当 者：

- その他・・・市町村や福祉事務所などにも保健婦や相談員が配置されています。

②退院後の医療サービス

- デイケア・ナイトケアなど・・・外来治療の1つで、生活リズムを整えたり、再発を防ぐための服薬の継続、ストレスの解消法などをデイケアを利用しながら身につけます。
個別活動や集団活動などがあり、個人に合ったプログラムが選択できます。
- 訪問看護・・・病院を退院し、外来治療を受けている患者さんや家族の、日常生活での困りごとなどについて、専門の看護婦などが直接自宅を訪問し、生活の実状に応じて適切なアドバイスをを行います。

③精神障害者社会復帰施設

- 生活訓練施設 → **内容** 独立して日常生活を行うことが困難な方に生活の場を提供し、生活指導を中心に行う施設です。入所期限は2～3年。
→ **窓口** 直接、入所したい施設の窓口に申し込みます。
- 福祉ホーム → **内容** 一定の自活能力がある方で、住宅の確保が困難な方に生活の場を提供し、生活指導を行う施設です。入所期限は2～3年。
→ **窓口** 直接、入所したい施設の窓口に申し込みます。
- グループホーム → **内容** 地域において共同生活を営む方に対し、世話人を配置し、食事、服薬の指導など生活援助を行います。
→ **窓口** 直接、入所したい施設の窓口に申し込みます。

●地域生活支援センター

→ **内容** 地域で生活する方の日常生活の支援や、相談への対応、地域住民との交流を支援する事業などを行います。

→ **窓口** 直接、身近なセンターに相談できます。

●福祉工場

→ **内容** 通常の事業所では雇用が困難な方を雇用し、最低賃金を支払う施設です。

→ **窓口** 直接、工場に申し込んで下さい。

●小規模作業所

→ **窓口** 就労訓練と、生活指導を行います。

→ **窓口** 直接、作業所に申し込んで下さい。

■あなたの地域の施設（名称や住所）の詳しいことについては、最寄りの保健所や、病院のケースワーカーなどに問い合わせして下さい。

④精神保健福祉制度

【精神保健福祉手帳】申請窓口 → 保健所
対 象 → 精神科の病気があり、生活に支障がある方。
サービス → 公共施設利用料金の減額、税金の一部免除など

【通院医療費公費負担制度】申請窓口 → 保健所
対 象 → 精神疾患があり外来通院を行う方。
サービス → 外来医療にかかる費用（診察、薬剤の処方など）の一部（または全額）免除。

【高額療養費貸付制度】申請窓口 → 市区町村
対 象 → 医療費に多額の支払いがあり、その支払いが困難な方。
サービス → 貸付額は払い戻される額の8割程

度。

【高額療養費還付金制度】申請窓口→市区町村・社会保険事務所など

対 象 → 自己負担が一定額以上ある方
(その他の受給要件あり)

サービス → 世帯の医療費の自己負担分が、
一定額を超えて支払った時、その
超えた分の額が払い戻される。

【障害年金（精神の障害）】申請窓口→市区町村・社会保険事務所など

対 象 → 年金に加入し、一定の要件を満
たしている方。

サービス → 障害の程度により年金を受給。

【生活保護制度】

申請窓口 → 市区町村の福祉事務所

対 象 → 生活に困窮している方。

サービス → 生活扶助、医療扶助など。

■それぞれの条件によって、利用できる医療・福祉制度は多くのものがあります。なかには、都道府県や市区町村によって手続きやサービスの無いように違いがあるものもあります。

条件が複雑な場合もあるため、居住地の各申請窓口へ直接、尋ねることが大切です。

■また、病院など医療機関の精神保健福祉士（ケースワーカー）に尋ねてみるとよいでしょう。

⑤精神障害者家族会

●精神障害者のご家族が、同じ体験をしている家族同士語り合い、悩みを分かち合ったり、励まし合ったりしながら、精神科医療と患者さんへの理解を深めていきます。

また、精神障害者の社会復帰や福祉の向上を目的とした活動も行っています。全国組織の全家連や各都道府県連合会、地域（保健所など）家族会、病院家族会などがあり、さまざまな活動を展開しています。

■各家族会については、保健所や医療機関に尋ねてみて下さい。

※別紙も参照してください

2) セミナーのまとめ

I) 病気について

- 症状には、幻聴や妄想などの活発な陽性症状と、家に閉じこもる、意欲が低下するなどの陰性症状があります。
- 精神症状は、本人が気付きにくいものもあります。急性期は本人の判断力が低下している場合が多いため、家族の判断が必要になります。自宅での生活に支障を来す場合は、医師と相談し、入院も考えなくてははいけません。

II) 治療および家族の対応について

- 精神症状に対しては、薬物療法が有効です。幻覚や妄想などの活発な精神症状に対して効果があります。
- 病気の経過によっては、社会性や協調性が失われることがあります。これらの症状は、薬物療法だけでは改善しにくく、リハビリテーション（作業療法、デイケア、社会復帰施設など）が必要になります。
- 御家族の対応の基本は、本人の話を良く聞き、悩みを理解してあげることです。本人の誤った考えをすぐに否定するのは良くありません。患者さん本人の人間性を尊重し、本人のストレスを少なくするような対応を心がけましょう。

III) 薬と再発予防について

- 薬の副作用には、色々なものがありますが、どれも一時的な副作用で、薬の調整で十分に改善します。
- 再発には、ストレスの強さと、薬の服用が関係しています。薬はストレスに対する抵抗力を補ってくれます。ストレスや刺激を減らし、薬を続けることが再発予防につながります。

家族にできること

1. 症状を正しく認識するように学習すること
2. 適切な医療的援助を受けること
3. 治療を最大限に利用すること
4. 再発の時の症状を認識できるようになること
5. 日々の管理について（退院後も確実に治療を継続する等）
6. あなた自身やほかの家族の健康管理も忘れないこと

患者さんが、社会で健康的な生活を送ることができる

ようになるために、共に歩んで行きましょう

社会資源について

暮らしの中で利用できるこころの健康に関する相談窓口や諸制度を紹介します。

1. 相談窓口

☆ 保健所☆

地域における精神保健問題全般についての相談および援助を行います。患者会、家族会、作業所、断酒会等の自助グループに対する支援なども行っています。精神科医、精神保健福祉相談員、保健婦が配置されています。

☆ 病院・診療所☆

病気の治療を目的とした機関で専門のスタッフ（精神科医、看護婦、精神科リハビリカー、臨床心理士、OT）が様々な相談および援助を行っています。当院では相談室を設けており、精神科リハビリカーが、医療から生活まで、皆さんの抱えている生活のしづらさについて、さまざまな形の手助けをします。例えば、経済的問題を援助したり、生活保護や年金など、社会保障についての手続きを指導したりします。

2. 社会復帰のための事業・施設

☆精神障害者社会復帰施設

施設・事業名	内 容	処 遇
生活訓練施設	<ul style="list-style-type: none"> ・独立して日常生活を営むことが困難な精神障害者に生活の場を与え、生活指導を行う施設 ・入所期限：2～3年 	<ul style="list-style-type: none"> ・入所 ・一定期間の宿泊提供 ・生活機能回復訓練
ショートステイ施設	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅における処遇が一時的に困難となった精神障害者を短期間入所させる施設 	<ul style="list-style-type: none"> ・入所 ・短期間の宿泊提供
福祉ホーム	<ul style="list-style-type: none"> ・一定の自活能力があり、住宅の確保が困難な精神障害者に生活の場を与え、生活指導を行う施設 ・入所期限：2～3年 	<ul style="list-style-type: none"> ・入所 ・一定期間の宿泊提供
授産施設 (入所・通所)	<ul style="list-style-type: none"> ・相当程度の作業能力を有するものの、雇用されることが困難な精神障害者に訓練、指導を行う施設 	<ul style="list-style-type: none"> ・入所→一定期間の宿泊及び作業訓練 ・通所→作業訓練
福祉工場	<ul style="list-style-type: none"> ・通常の事業所では雇用が困難な精神障害者を雇用し、最低賃金を支払う施設 	<ul style="list-style-type: none"> ・通所 ・就労訓練、最低賃金の保証
地域生活支援センター(地域生活支援事業)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で生活する精神障害者の日常生活の支援や日常的な相談への対応、地域住民との交流を支援する事業 	<ul style="list-style-type: none"> ・通所 ・日常生活の支援、相談及び地域交流
グループホーム (地域生活援助事業)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域において共同生活を営む精神障害者に対し、世話人を配置し、食事の提供・服薬指導などの生活援助を行う事業 	<ul style="list-style-type: none"> ・入居 ・日常生活の援助 ・食事の提供
小規模作業所	<ul style="list-style-type: none"> ・働く訓練と生活指導を主体とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・通所 ・作業訓練

その他：通院患者リハビリテーション事業（通称：職親制度）

職場適応訓練、職業準備訓練、職域開発援助事業

3. 精神保健福祉制度

精神障害がある患者さんやその家族が、それぞれの条件によって利用できる福祉制度には、多くのものがあります。それぞれにあったものを選び、有効に使っていただきたいと思います。そして、市町村によって違いがあったり、年金や手当などは複雑な仕組みになっていますので、各窓口へお尋ねする事をお勧めします。また、医療相談室ではケース-カーがいつでも御相談を承ります。

名 称	申請窓口	対 象	主なサービス
①精神障害者保健福祉手帳	保健所	病名、年齢の別なく精神科の病気があり生活に一定の障害がある人	公共施設利用料減免、所得税、住民税などの考慮
②通院医療費公費負担制度	保健所	精神疾患により外来通院する人	通院医療の公費負担が5%。 沖縄は特別復帰措置法により全額免除
③障害年金	市区町村 共済組合 社会保険事務所	年金に加入した一定の要件を満たした障害者	障害の程度により年金を受給
④生活保護	市区町村	生活に貧窮する人	生活扶助。医療扶助の他に教育、住宅、出産、生業、葬祭の扶助がある
⑤特別児童扶養手当	市区町村	20歳未満の精神障害時を持つ児童の父母または養育者	重度・中度別に支給される (所得制限あり)
⑥高額療養費貸付制度	市区町村	医療費に多額の支払があり支払の困難な人	貸付は高額療養として払い戻される額の8割程度まで
⑦高額療養費還付金制度	市区町村 共済組合 社会保険事務所	自己負担が一定額以上ある人	医療費の自己負担額が一定の額を超えて支払ったとき、超えた額を還付される
⑧心身障害者扶養共済制度	市区町村	将来自立生活が困難な心身障害者を扶養する65歳未満のものが保護者、加入者となる	掛け金を納めていた加入者が死亡または重度障害になったとき、障害者本人に支払われる

その他：障害児童福祉手当、特別障害者手当、職場適応訓練制度、生活福祉資金貸付制度、傷病手当金、高額医療費融資制度

付 録

A) 陽性症状

①幻覚（げんかく）・妄想（もうそう）

- ・幻聴（げんちょう）→誰もいないのに人の声が聴こえる等
- ・幻視（げんし）→誰もいないのに人の姿が見える等
- *独語（どくご）・空笑（くうしょう）→こういった幻聴や幻視の内容に答えたり、内容を聴いて笑ったりすると、端から見ると独り言（独語）や理由もなく笑っている（空笑）ように見えます。
- ・被害妄想（ひがいもうそう）→はっきりした理由がないのに、誰かに嫌がらせをされている等
- ・注察妄想（ちゅうさつもうそう）→誰かに見られていると感じる等

②思考障害

- ・考えがまとまらない状態。会話の内容もコロコロ変わってしまったり、つじつまが合わない。
- *支離滅裂

③自我障害（じがしょうがい）

- ・させられ体験→自分は他人にあやつられていると感じる等
- ・考想伝播（こうそうでんぱ）→自分の考えたことが、口に出さなくてもまわりに分かってしまう等
- ・考想吹入（こうそうすいにゅう）→他人の考えを吹き込まれると感じる等
- ・考想奪取（こうそうだっしゅ）→自分の考えを他人に抜き取られる等

④感情障害（かんじょうしょうがい）

- ・感情の変化が激しく、不安定。逆に、感情の変化が全くない（情動の平板化＝じょうどうのへいばんか）等。

B) 陰性症状

- ・ 部屋に閉じこもって、外に出ない。周囲に無関心になる
- ・ 意欲が減退し、仕事や学業ができなくなり、一日中ゴロゴロしている
- ・ 考えがまとまらず、会話の内容も乏しくなり、途中で止まったり返答が極端に遅くなったりする
- ・ 喜怒哀楽などの感情表現が乏しくなる(感情鈍麻=かんじょうどんま)

II) 入院形態

精神科の場合、大きく分けて3種類の入院形態がある

①任意(にんい)入院

- ・ 本人が入院に同意した場合

②医療保護(いりようほご)入院

- ・ 入院が必要であるが、本人が入院に納得しない場合、家族(保護者)の同意で入院させることができる。
- * これは、精神保健指定医が診察し、入院が必要と判断した場合に、保護者の同意があれば入院できる。また、保護者(後見人)になるためには、法的な手続きが必要。

③措置(そち)入院

- ・ 精神症状のため、他人や自分自身を傷つけるおそれがある場合、(例えば、傷害事件を起こした場合等)精神保健指定医2名が診察し、入院が必要と判断した場合に入院となる。この場合、保護者の同意は必要ない。

図 1

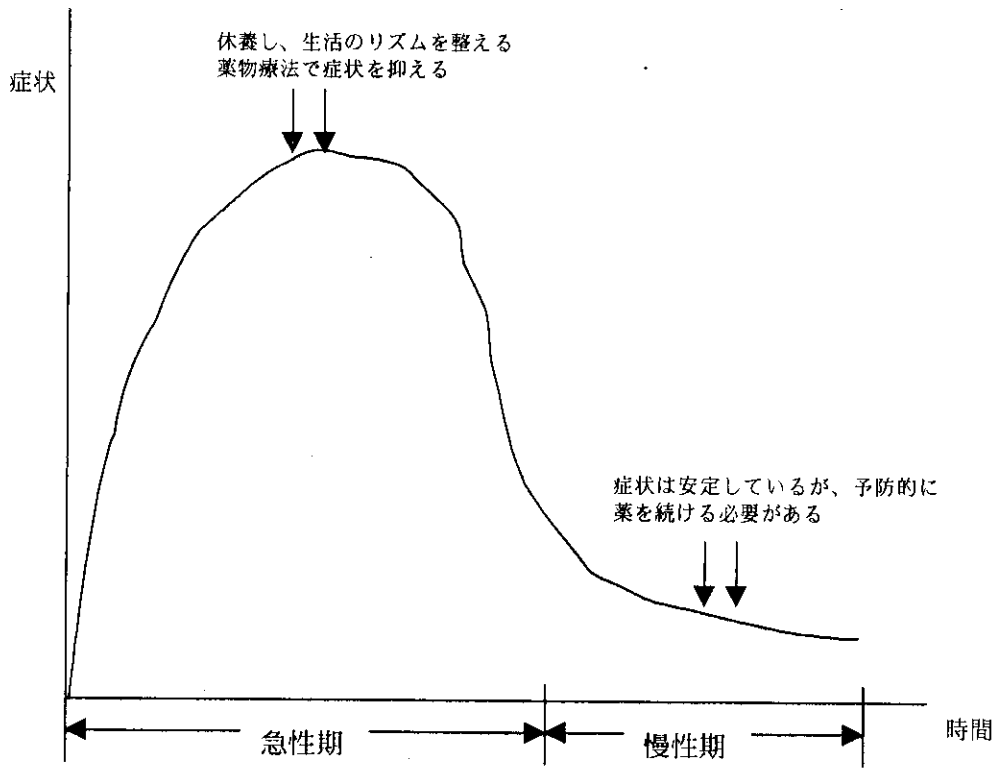


図 2

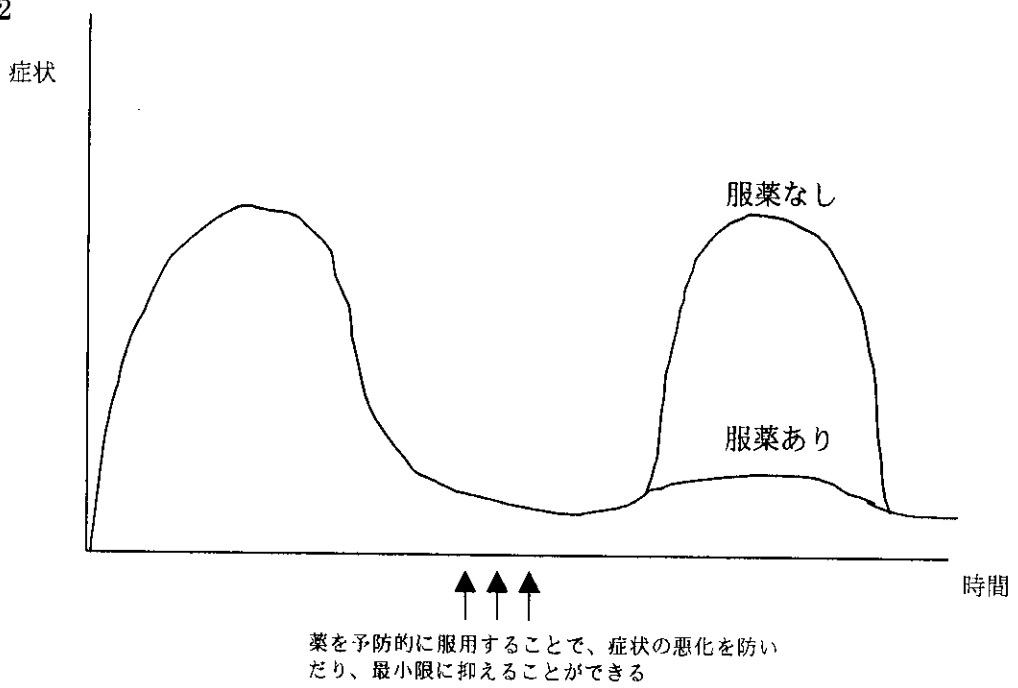
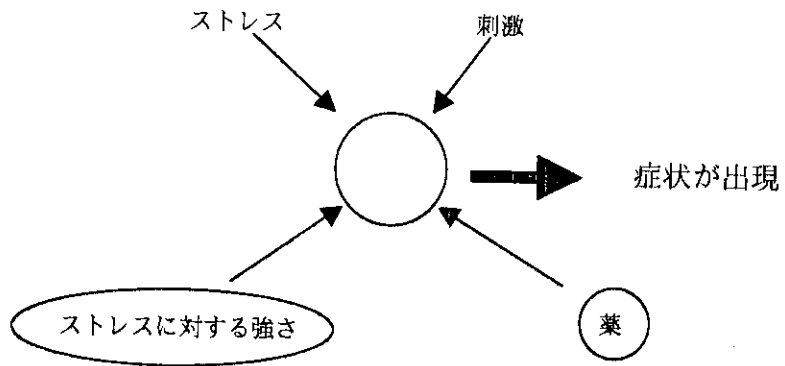
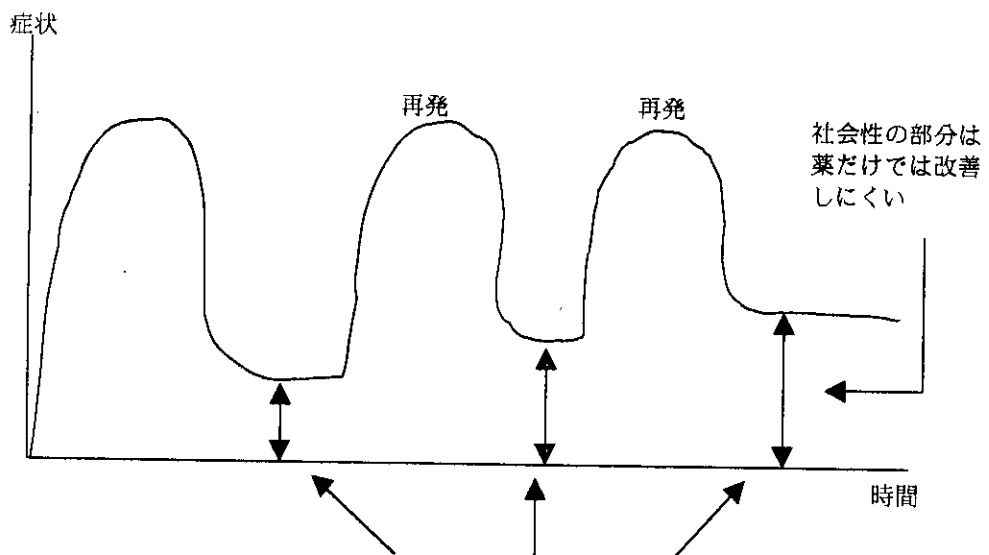


図 3



症状の出現には、ストレスの大きさが関係している。ストレスに対抗するものとして薬と本人の体質(ストレスに対する強さ)がある。ストレスを少なくし、薬を続けることが再発予防につながる

図 4



薬物療法で、陽性症状などの活発な精神症状は改善するが、再発を繰り返すと、社会性・協調性の部分が障害を受ける。これらは、薬物療法のみでの改善は難しく、リハビリテーションの適応となる。

追加資料

1) 入院形態

精神科の入院の場合、大きく分けて3種類の入院形態が定められています。

i) 任意入院

精神症状があり、本人が入院に同意した場合は任意入院となります。

ii) 医療保護入院

精神症状があり、入院が必要である（精神保健指定医が診察し、入院が必要と判断した場合）が、本人が入院に納得しない場合は、家族の中の保護義務者の同意で入院ができます。保護義務者を決定するためには、法的な手続きが必要になります。

iii) 措置入院

精神症状のため他人を傷つけたり、本人が自分自身を傷つけるおそれがある場合（例えば傷害事件などを起こした場合など）、精神保健指定医2名が診察し、入院が必要と判断すると、知事の命令で措置入院となります。この場合保護義務者の同意は必要ありません。

2) ドパミン

精神分裂病の方の脳内では、ドパミンという神経伝達物質（神経細胞の情報を次の神経細胞へ伝える役割）がとても増えている状態であると言われています。このドパミンは誰の脳の中にもあり、高すぎても低すぎても良くありません。脳内のドパミンが少なくなる病気をパーキンソン病と言います。

精神分裂病の治療薬は、このドパミンを下げる作用があり、幻覚・妄想などの症状に効果があります。薬の服用により、一時的にドパミンが少なくなり、パーキンソン病に似た症状が出てくることがあります。実際のパーキンソン病は治りにくい病気ですが、薬の副作用の場合は一時的なもので、薬の調整や、副作用止めの服用で改善します。

	脳内のドパミン
精神分裂病	↑↑
パーキンソン病	↓↓
精神分裂病の治療薬	↓↓

精神分裂病の患者さんの脳内では、ドパミン以外の神経伝達物質（セロトニン、ノルエピネフリン）のバランスの乱れも起きていていると考えられています。現在も脳内の神経伝達物質の研究が続けられています。

資料2

BPRS質問表

1. 心気症	現在の身体の健康状態についての関心の程度。患者が自分の健康についてどのくらい問題と受けとめているかの程度を患者の訴えに相当する所見の有無に関わらず評価せよ。
2. 不安	現在又は未来に対する心配、恐れあるいは過剰なこだわり。患者自身の主観的体験についての言語的訴えのみに基づいて評価せよ。身体徴候や神経症的防衛機制から不安を推測してはならない。
3. 情動的引きこもり	面接者と面接状況に対する交流の減少。面接状況において患者が他者との感情的接触に障害があるという印象を与える程度のみを評価せよ。
4. 概念の統合障害	思考過程の混乱、弛緩あるいは解体の程度。患者の言語表出の統合の程度に基づいて評価せよ。思考機能レベルに対する患者の自覚的印象に基づいて評価してはならない。
5. 罪責感	過去の言動についての過剰なこだわり又は自責感。相応する感情を伴って語られる患者の主観的体験に基づいて評価せよ。抑うつ、不安あるいは神経症的防衛機制から罪責感を推測してはならない。
6. 緊張	緊張、神経過敏あるいは活動レベルの高まりによる身体と運動機能における徴候。身体徴候や行動、態度のみに基づいて評価すべきであり、患者の訴える緊張についての主観的体験に基づいて評価してはならない。
7. 奇癖と不自然な姿勢	奇妙で不自然な行動と態度。健常人の中では目立つようなある種の精神病者の行動と態度の類型。動作の異常のみを評価せよ。単なる運動性亢進はこの項目では評価しない。
8. 誇大性	過大な自己評価と並はずれた才能や力を持っているとの確信。自分自身についての、又は他者との関係における自己の立場についての患者の陳述のみに基づいて評価せよ。面接状況における患者の態度に基づいて評価してはならない。
9. 抑うつ気分	意気消沈と悲哀。落胆の程度のみを評価せよ。いわゆる制止や身体的愁訴に基づいて抑うつが存在を推測して評価してはならない。
10. 敵意	面接状況ではないところでの、他者に対する憎悪、侮辱軽蔑、好戦性あるいは尊大。他者に対する患者の感情や行動の言語的訴えのみに基づいて評価せよ。神経症的防衛機制、不安あるいは身体的愁訴から敵意を推測してはならない。(面接者に対する態度は「非協調性」の項目で評価せよ。)
11. 猜疑心	現在又は以前に患者に対して他者からの悪意や差別があったという(妄想的あるいは非妄想的な)確信。言語的訴えに基づいて、それが存在した時期に関わらず、現在認められる猜疑心のみを評価せよ。
12. 幻覚による行動	通常の外界の刺激に対応のない知覚。過去1週間以内に起こったと患者が訴える体験のみを評価せよ。それらの体験は健常人の思考や表象過程と明らかに区別できるものである。
13. 運動減退	緩徐な動きによって示されるエネルギー水準の低下。患者の行動観察のみに基づいて評価せよ。自己のエネルギー水準についての患者自身の自覚的印象に基づいて評価してはならない。
14. 非協調性	面接者に対する抵抗、非友好性、易怒性の徴候あるいは協調的態度の欠如。面接者と面接状況に対する患者の態度と反応のみに基づいて評価せよ。面接状況ではないところでの易怒性や非協調性の情報に基づいて評価してはならない。
15. 不自然な思考内容	普通ではない、風変わりな、異様なあるいは奇怪な思考内容。ここでは不自然さの程度を評価し、思考過程の解体の程度を評価してはならない。
16. 情動の平板化	感情的緊張度の低下。正常の感受性や興味・関心の明かな欠如。
17. 興奮	感情的緊張度の高揚、焦燥感あるいは反応性亢進。
18. 失見当識	人、場所あるいは時についての適切な関連性の混乱又は欠如。

評価(調査用紙にはこの評価の値を記入してください)	Global Assessment of Functioning (GAF)		Global Assessment Scale (GAS)を参考にした解説と例示
	得点範囲	評価基準	
10	100-91	広範囲の活動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。	この範囲は、機能の全般にわたって優秀な水準を示す人々のための範囲である。私たちのようなたいていの普通人からは区別されるような、仕事上、社会的、娯楽的活動の領域や対人関係においても、「優秀な」水準で機能しているという明白な事実が必要である。平均的な人よりも広い範囲の活動に関わり、さらに、社会的活動にも深く関わっている場合に機能が高い水準であると評定される。
9	90-81	症状が全くないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安)、全ての面で良い機能で、広範囲の活動に興味を持ち参加し、社交面にはそつがなく、生活に大抵満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに、家族と口論する)。	うまくいっているビジネスマンで、前述のように優秀な仕方でも機能しているが、度々夜眠れなかったり、会社の乗っ取りの可能性のある入札に関連した軽い不安症状があるとか、愛する人の死に直面して抑うつ症状があったりするが、すぐに彼の「優秀な」機能に戻る人である。
8	80-71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難)、社会職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:学業で一時遅れをとる)。	この範囲に属する人々は、運過する問題に反応して不安、抑うつ、焦燥などの症状を呈することもある。しかし、これらの症状は軽微なもので、持続しないので専門的精神医学的治療を求めることはめつたになく、彼らはそれを自分または家族や友人の範囲内で処理している。これらの人々は仲間から病気とはみなされない。
7	70-61	いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠症)、または、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難がある(例:時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。	目下のところ明確な病気の症状はなく、あっても軽い症状がわずかな障害以上のものはない。大部分の人々の、通常の機能をあらわす。 平均的の良好な対人関係にもかかわらず、自己疑念で悩まされている人がここに属する。ストレスのある状況では、他人に容認できるくらい症状が出現する。軽い人格障害があらわれることもあるが、「病的」とはみなされない。例えば、雇主の乱暴を違いつめることはあるが、また興奮することをさげし十分に仕事をして家族ととてもよくやっているという愛動攻撃的な人がここに属する。
6	60-51	中等度の症状(例:感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐慌発作がある)、または、社会的、職業的または学校の機能における中等度の障害(例:友達が少ない、仲間や仕事の関係との葛藤)。	薬物療法で安定している多くの患者が該当する。外来に来る多くの患者がここに含まれる。(例:①慢性的な分裂病者でフェリチン系薬物が維持療法として投与されており、社会的に孤立し情動が平坦であるが、精神病的症状は全くなく、仕事並びに家族との接触も維持できている。②最近増進し軽度の抑鬱状態を呈する女性は、子供の扱い方で困難があり、復職することを心配し、手助けは要するが家事の責任は負えるし仕事も探している)
5	50-41	重大な症状(例:自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょつ中万引きする)、または、社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害(例:友達がない、仕事が続かない)。	この範囲は多くの外来患者と、一部の入院患者を含んでいる。(例:①ある定型抑鬱症状群の患者は、仕事は続けているが自殺念慮に悩み治療を求めて来院。②完全に躁状態の患者で他人を大変怒っているが、トラブルを食い止めるだけの判断はあり、措置入院が必要なほど重症ではない)
4	40-31	現実吟味か意志伝達にいくらかの欠陥(例:会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分など多くの面での粗大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事が出来ない。子供が年下の子供を殴り、家で反抗的で、学校では勉強が出来ない。)	真剣な自殺企図を行なった場合には、それ以前の状態に関わらず40点以下の範囲を与える。その評価は、患者が如何に緻密な死の方法を決定したか、そして再度企図する度合い、凶器、計画性の程度、その企図が発覚するかの見込み等を考慮に入れた臨床的判断を行う。(例:①ひどく憂鬱な男性で、これ以上仕事ができなると感じるほど集中力がなくなったために、最近休職。②ある元患者は表面的には通常に機能し、仕事はしているが、貯水池に毒を盛るという共産主義者の企てを阻止するべくCIAに雇われているという数年来の妄想がある)
3	30-21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている、または、意思伝達が判断に粗大な欠陥がある(例:時々、破裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、または、ほとんどすべての面で機能することができない(例:1日中、床に横たっている、仕事も家庭もなく友達もいない)。	病院外にいると自傷行為の可能性があるので入院する必要があるものの、持続的な監視の必要はない患者がここに含まれる。(例:執念奔逸と過活動を伴う躁状態の患者で、町中のレストランでテーブルの上にあり、衣服はコミュニケーションの邪魔だからといって脱いでしまい、一緒に食事に来た連れにもそうしろと勧めた)
2	20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりある(例:死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮)、または時に最低限の身の身の清潔維持ができない(例:大便を塗りたい)、または意志伝達に粗大な欠陥(例:ひどい滅裂か無言症)。	(例:髪・服装を取り乱した女性が交通量の多い道路をふらふらさまよっていると警察に発見され、連れてこられた。ほとんど支離滅裂の状態だが、神の声が行けというところに行かねばならないとよくぐ言っている)
1	10-1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例:何度も暴力を振るう)、または最低限の身の身の清潔維持が持続的に不可能、または死をはっきりと予測した重大な自殺行為	(例:ある牧師は自分自身の救済のためキリストのはりつけを繰り返し返さねばならないと信じ、自分の足首と手首を十字架に釘で打ち付けているところを発見された。入院後、自分は死にかかっていると言い、水を一杯求めた後は減熱状態となり、全く無反応の状態ですべてに横臥)
0	0	情報不十分	

BPRS-GAF評価表

評価日：平成 年 月 日

病院名		氏名							登録番号	
BPRS									GAF	
		なし	ごく軽度	軽度	中等度	やや重度	重度	最重度		
1	心気症	1	2	3	4	5	6	7		10
2	不安	1	2	3	4	5	6	7		9
3	情動的引きこもり	1	2	3	4	5	6	7		8
4	概念の統合障害	1	2	3	4	5	6	7		7
5	罪責感	1	2	3	4	5	6	7		6
6	緊張	1	2	3	4	5	6	7		5
7	衝動性と不自然な姿勢	1	2	3	4	5	6	7		4
8	誇大性	1	2	3	4	5	6	7		3
9	抑うつ気分	1	2	3	4	5	6	7		2
10	敵意	1	2	3	4	5	6	7		1
11	猜疑心	1	2	3	4	5	6	7		0
12	幻覚による行動	1	2	3	4	5	6	7		
13	運動減退	1	2	3	4	5	6	7		
14	非協調性	1	2	3	4	5	6	7		
15	不自然な思考内容	1	2	3	4	5	6	7		
16	情動の平板化	1	2	3	4	5	6	7		
17	興奮	1	2	3	4	5	6	7		
18	失見当識	1	2	3	4	5	6	7		

この評価時期について下記のいずれか1つを選択して下さい。

登録時・同意確認時・退院時・退院後__ヶ月
 ・再入院時・再退院時・再退院後__ヶ月

経口薬処方内容	その他の治療 <small>(複数回答可。作業療法等リハビリテーションは除く。)</small> <input type="checkbox"/> デポ剤(薬剤名と量を左記に記入) <input type="checkbox"/> 電気ショック療法 <input type="checkbox"/> その他 ()
---------	--

資料 2-4

LASMI・得点記入票

評価日 平成 年 月 日

病院名	氏名	登録番号
-----	----	------

D/日常生活

得点の合計点 ÷ (12 - 不明の項目数) = 平均点 (小数点2位以下四捨五入)

I/対人関係

得点の合計点 ÷ (13 - 不明の項目数) = 平均点 (小数点2位以下四捨五入)

W/労働または課題の遂行

得点の合計点 ÷ (10 - 不明の項目数) = 平均点 (小数点2位以下四捨五入)

E/持続性・安定性

得点の合計点 ÷ (2 - 不明の項目数) = 平均点 (小数点2位以下四捨五入)

R/自己認識

得点の合計点 ÷ (3 - 不明の項目数) = 平均点 (小数点2位以下四捨五入)

この評価時期について下記のいずれか1つを選択して下さい。

退院時・退院後__ヶ月・再入院時 ・再退院時・再退院後__ヶ月

* CSQは退院時にのみ1回評価し、その結果をお送り下さい。