

う思う」「おそらくそう思う」が「そう思わない」「おそらくそう思わない」よりも高値を示した。前者は統合失調症という新病名へのスティグマが存在し、それは受講しても変化しないことが示唆されている。

③ 履修群の学生にみられる精神分裂病と統合失調症のイメージ

「そう思う」と「おそらくそう思う」を合わせた値で比較すると、つぎようになる。

「病名を本人に告げた方がよい」という回答は精神分裂病に比べて統合失調症の方が11%高く、「学校や職場にこの病名で診断書を出すと本人に不利益が起きる」は12%低く、「治る病気」は14%高くなっていた。統合失調症へのイメージが受講することで精神分裂病とは変わってきたことを示唆している。しかし、「従来通り付き合う」「治る病気」「恐ろしい病気と思わない」は精神分裂病の場合とほぼ同様であった。

4 考察とまとめ

東北福祉大学の学生を対象に行った本調査はJSPNが「精神分裂病」から「統合失調症」に呼称を変更して4ヶ月後に行ったもので、同年9月に「統合失調症」の講義(90分)を1回受けた群と受けなかった群を比較したものである。大学と対象数が限定されているので結論には慎重を要するが、今回の調査結果で示されたことを要約するとつぎのようである。

まず、精神医学を履修していない学生についてみると、その44%が「精神分裂病」という病名を知らないと答えた。調査した当時は、世界精神医学会横浜大会とともに「精神分裂病」の呼称変更の話題がしばしばメディアで取り上げられていたが、統合

失調症に変更されたことを知っていた学生は5%にとどまった。「身近な人が医師から精神分裂病または統合失調症と診断された場合」の設問で、その人に病名を伝えるとした学生は精神分裂病で28%、統合失調症で26%であり、「告げようと思わない」が両病名とも34%であった。これらの学生の「精神分裂病」に対する認識(図1)は、薬が効かない病気であり、患者は精神病患者という特殊な人であるが、回復すれば社会参加できると要約することができよう。

40%が治らない病気ととらえ、48%が恐ろしい病気と答えている。

一方の精神医学を履修した学生では、「特殊な人がかかる病気」「薬がきかない病気」「精神病患者という特殊な人」という認識が少なくなり、その傾向は統合失調症において一層明瞭である。そして「精神分裂病」と「統合失調症」を問わず、「薬が効く病気である」という回答が非履修群を大きく上回っているのが注目される。「学校や職場にこの病名で診断書を出すと本人に不利益が起きる」は精神分裂病で70%に達したが、統合失調症では48%となっている。これは、最近の統合失調症に関する知識を習得することによって適切な理解を普及させることが可能なことを物語っており、今後の抗スティグマ活動に活かしていく必要がある。なお、精神医学の履修に拘わらず、「従来通り付き合う」「もとのその人に戻る」「診断書で不利益を被る」が優勢であった。

以上、精神分裂病、呼称変更、統合失調症への一般学生の認識は低いものの、統合失調症の講義によって適切な理解が進み、この病気へのイメージも変化することが示された。しかしながら、1回の受講でステ

ィグマが十分に解消できるとは考えにくく、長期的な取り組みが必要である。新病名「統合失調症」とその概念の普及が急務であり、その継続的な啓発活動が障害者の社会参加を阻んでいるスティグマの解消と新たな医療の展開 4)に役立つものと期待される。

引用文献

- 1) 佐藤光源：統合失調症（精神分裂病）、分裂病型障害および妄想性障害。大月三郎、佐藤光源、末光茂（編）：精神保健福祉士養成講座 1，精神医学、pp.82-88，中央法規、東京、2002
- 2) 佐藤光源：特集にあたって：疾患概念、医療、処遇の変化と呼称の変更。精神医学、印刷中、2003
- 3) 佐藤光源：統合失調症の新病名。日本臨床、印刷中、2003
- 4) 佐藤光源：統合失調症一病名変更と新しい医療の展開。脳の科学、印刷中、2003
- 5) 佐藤光源：何故いま、統合失調症なのか。精神薬療基金年報、印刷中、2003

図1 「精神分裂病」に対する認識

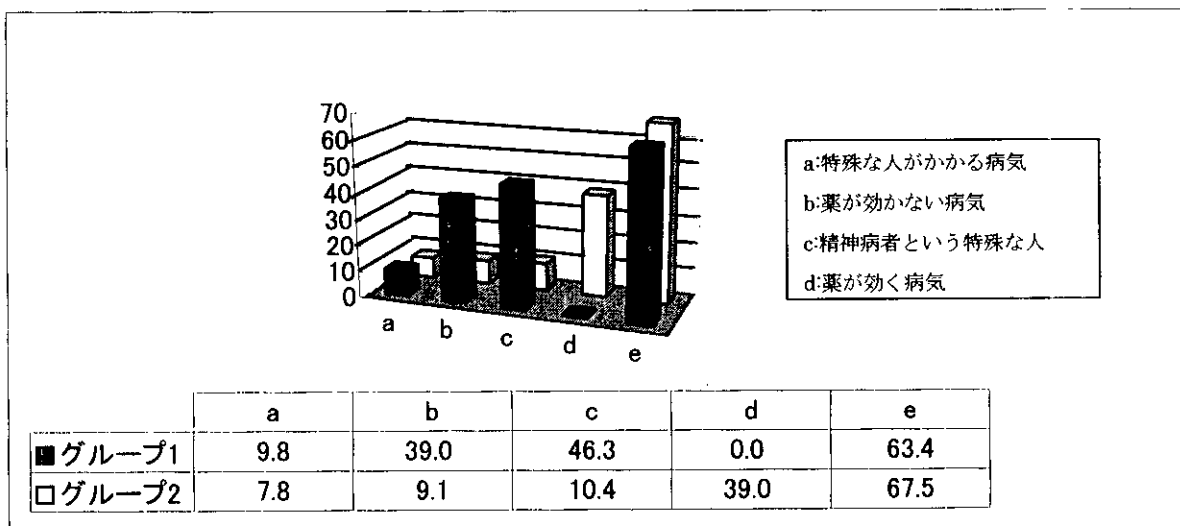
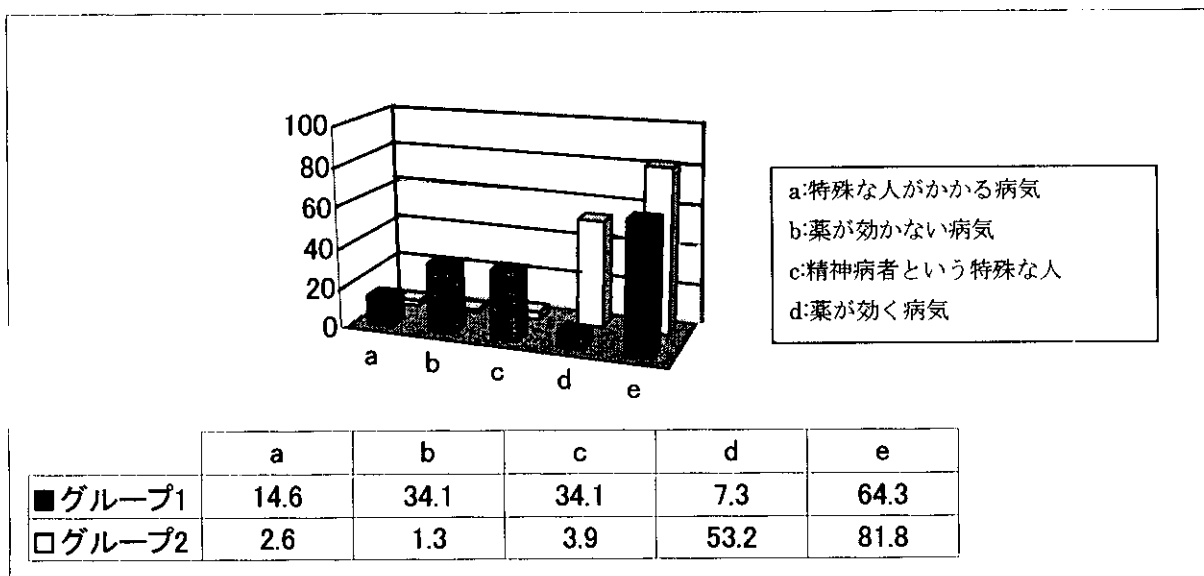


図2 「統合失調症」に対する認識



厚生労働科学研究費補助金 (障害保健福祉総合研究事業)

分担研究報告書

精神疾患の呼称変更効果に関する研究

「当事者家族に対する呼称変更の普及効果に対する研究」

研究担当者 桶谷 肇 全国精神障害者家族会連合会

西村 由貴 慶應義塾大学保健管理センター

研究要旨

本研究は、日本精神神経学会が「精神分裂病」から「統合失調症」への呼称変更を承認してから 5 ヶ月の時点で全国精神障害者家族会連合会（全家連）に入会している当事者家族のうち、統合失調症に罹患した当事者をもつ家族 2500 件に新呼称に関する普及状況、使用状況について自記式質問誌調査を行い、その実態の把握を図り、当事者・医師とのコミュニケーション上の課題を明確にすることを目的とした。自記式質問紙票を郵送し回答を求めたところ 987 件の回答を得た。統合失調症に呼称変更されて 5 ヶ月後の時点で使いやすくなったという印象はあるが、具体的に使用する対象は、家族会と家族の中に限られており、親族を含め外部の人々や外部機関に対しては具体的に使いやすくなったとはいっていないのが今回の得られた知見である。今後、追跡調査を行い、更に報道媒体の報じ方、一般社会の呼称変更への反応の影響を受けながら、当事者家族がいかなる呼称変更効果を実感できるようになっていくかを再調査することを、来年度の再調査する必要があるといえよう。

A. 研究目的

2002 年 8 月 26 日に日本精神神経学会総会において、学会として schizophrenia の代替呼称として「統合失調症」を使用することが正式に承認された。この総会における承認は、報道機関により全国に報道された。本調査では、これ以降 5 ヶ月を経過した段階を変更直後の段階とした。本調査では、全国精神障害者家族会連合会（全家連）に入会している当事者家族のうち、統合失調症に罹患した当事者をもつ家族に新呼称に関する普及状況、使用状況について自記式質問誌調査を行い、その実態の把握を図り、当事者・医師とのコミュニケーション上の課題を明確にすることを目的とした。

B. 研究方法

対象：平成 15 年 1 月の時点で全家連の会員である家族のうち、統合失調症に罹患している当事者の家族 2500 名を抽出した

(n=2500)。これには全国の会員の意見を反映させる目的もあり、全国の全家連支部を規模に従って分け、各家族会に 10 から 20 部の調査票を割り当てるといった方式をとった。この結果、回答を得ることが出来た 987 名 (39.5%) を今回の分析対象とした。方法：本研究担当者である著者 (H.O) の 1 名が、もう 1 名の著者 (Y.N) の作成した当事者への自記式質問紙票を参考に「『統合失調症』の使用状況に関するアンケート」を作成した。この自記式質問紙票は全家連の理事会において承認を得た後、主任研究者らの承認のもとに、全国の全家連支部に送付された後、支部より各該当家族へ送付された。各支部には、予め研究の趣旨と説明の連絡なされており、本調査への協力の依頼文と共に協力を願った。記入後、同封の封筒にて返送を求めた。

『統合失調症』の使用状況に関するアンケ

ート：9項目28変数からなる。(Appendix参照)。このうち自由記述の項目を除く9項目26変数を今回分析の対象とした。

実施：平成15年1月15日から平成15年2月15日を調査期間とした。今回は報告の期日の関係から2月10日までの回収分について報告を行った。

統計：統計パッケージSPSS ver. 11.0を用いた。記述統計以外には、程度に関する質問には平均値と標準偏差で各項目間の比較を行った。

(倫理面への配慮)

人口統計学的データとしては年齢層、性別、家族会入会歴を尋ねたのみであり、個人特定可能となるデータについての収集は行っていない。

C. 研究結果

人口統計学的背景：本調査対象の年齢層分布は60代34.2%、50代21.3%、70代20.0%で、51歳以上が8割弱を占めた(表1)。男女比は1対1.58であり(表2)、女性が男性の1.5倍となっていた。入会歴については、2~5年が31.9%、6~10年が27.9%となっており(表3)、入って1年以内を除くと10年以内の人々の回答が6割近くを占めていることがわかる。

呼称変更効果：問4の「統合失調症」という言葉を見聞きしたことがよくある(49.9%)と時々ある(12.7%)を合わせると、61.0%が知っていた(表4)。問5の見聞きした情報の媒体(複数回答)は、家族会(66.2%)が最も多く、次いで新聞・テレビ(60.5%)などの報道媒体、月間ぜんかれん誌(57.6%)となっており、病院・診療所は21.6%であった(表5)。問6の「統合失調症」を使った対象としては、家族会の中($m=3.3$, $SD=1.6$)が最も多く、次いで家族の中($m=2.7$, $SD=1.6$)、当事者と($m=2.5$, $SD=1.5$)が多くなっており、近所の人や友人($m=1.5$, $SD=1.0$)とは殆ど使って

いなかった(表6)。問7の主治医や医療スタッフから呼称変更後に説明を受けたかどうかについては、特に何の説明も受けていない(以前から「精神分裂病」であると告知されていない、「統合失調症」に呼称が変わったことの説明も受けていない、改めて病状等について説明を受けていないの意)が66.7%であった。一方「精神分裂病」の告知を受けていた人々では、統合失調症と呼称が変わったことの説明を受けた(病状等についての説明はない)という人が18.7%存在した。問8の変更への意見の賛否を見ると、よかったと強く思う(40.5%)とある程度思う(36.2%)を合わせると約4分の3が肯定していることがわかった(表8)。問9の変更効果のある場面についてみると、行政窓口で病名を言いやすくなった($m=2.7$, $SD=1.6$)、他科の医療機関受診時に「統合失調症」であることが説明しやすくなった($m=2.7$, $SD=1.6$)、精神科受診時に本人も家族も病状説明をしやすくなった($m=2.7$, $SD=1.6$)などがやや肯定的傾向が高いが、いずれも平均値3未満であり具体的な形で使いやすいという結果にはなっていない(表9)。

D. 考察

本調査は、統合失調症の当事者を家族に持つ全家連会員を対象に、呼称変更後間もない時点で「統合失調症」の普及状況、利点、問題点等を把握することを目的とした。

本調査への参加者は女性の家族が多かった。家族会入会后2年から10年の人々が多く、変更自体は全家連を通じて知った人々が極めて多かったが、報道機関もかなり貢献していることがわかる。対象自身が「統合失調症」を使用する集団は、全家連内、家族内、当事者など内輪での使用が多く、親族や近所の人・友人との間では殆ど使用されていないことがわかった。医療スタッフとの間では、精神分裂病という告知を受

けていなかった対象では特に何も変化は生じておらず、これが回答者の3分の2を占めており、精神分裂病と以前から告知を受けていた場合、呼称の変更について説明を受けたという回答者が19%弱であった。呼称の変更自体は、回答者の4分の3でよかったとされているものの、具体的に使いやすくなった場面というのはあまりないのが現状であった。

家族会に参加している家族で回答を得られた人々は積極的な意見をもっている対象であったと考えるべきであり、本調査の結果をわが国における当事者家族の意見として一般化するのは困難であるといえよう。しかし、この呼称変更自体が、そもそも全家連の要望に端を発していたものであり、本調査はその要望への反応と具体的場面で

の普及度について具体的知見をえることが出来たという点で、資料提供として重要な意味をもっているといえよう。

E. 結論

以上をまとめると、統合失調症に呼称変更されて5ヵ月後の時点で使いやすくなったという印象はあるが、具体的に使用する対象は、家族会と家族の中に限られており、親族を含め外部の人々や外部機関に対しては具体的に使いやすくなったとはいえていないのが今回の得られた知見である。今後、追跡調査を行い、更に報道媒体の報じ方、一般社会の呼称変更への反応の影響を受けながら、当事者家族がいかなる呼称変更効果を実感できるようになっていくかを再調査することを、来年度の再調査する必要があるといえよう。

<APPENDIX>

「統合失調症」の使用状況に関するアンケート

- 問 1. あなたの年齢を教えてください。(あてはまる番号に○をつけてください)。
① 20歳以下 ② 21～30歳 ③ 31～40歳 ④ 41～50歳
⑤ 51～60歳 ⑥ 61～70歳 ⑦ 71～80歳 ⑧ 81歳以上
- 問 2. あなたの性別を教えてください。(あてはまる番号に○をつけて下さい)。
① 男性 ② 女性
- 問 3. 家族会に入って何年になりますか。(あてはまる番号に○をつけて下さい)。
① 1年以内 ② 2年～5年以内 ③ 6年～10年以内
④ 11年～15年以内 ⑤ 16年～20年以内 ⑥ 21年以上
- 問 4. あなたは「統合失調症」という言葉を見聞きしたことがありますか。
(あてはまる数字に○をつけて下さい)。
ほとんどない 1-2-3-4-5 よくある
- 問 5. どこで見聞きしましたか。(あてはまるもの全てに○をつけて下さい)。
① 家族会で ② 月刊ぜんかれん誌で ③ 新聞やテレビで
④ 病院や診療所で ⑤ 研修会や講演会などで ⑥ この調査で初めて知った
⑦ その他 ()
- 問 6. あなたはどのような人たちとの間で「統合失調症」という言葉を使ってみたことがありますか。
(それぞれのあてはまる数字に○をつけて下さい)。
① 患者さんと ほとんどない 1-2-3-4-5 よくある
② ご家族と ほとんどない 1-2-3-4-5 よくある
③ 親族(親類)と ほとんどない 1-2-3-4-5 よくある
④ 家族会の人と ほとんどない 1-2-3-4-5 よくある
⑤ 近所の人や友人と ほとんどない 1-2-3-4-5 よくある
⑥ ご本人の主治医と ほとんどない 1-2-3-4-5 よくある
⑦ 医療機関スタッフや看護師のひと ほとんどない 1-2-3-4-5 よくある
⑧ 行政窓口のひと ほとんどない 1-2-3-4-5 よくある
⑨ その他 () ほとんどない 1-2-3-4-5 よくある
- 問 7. 病院や診療所などで、治療を受けているご本人やご家族に対して、主治医やスタッフから呼称変更後に病気について何か説明を受けましたか。(あてはまる番号1つに○をつけて下さい)。
① 以前から病名が「精神分裂病」であると告知されていたが「統合失調症」に呼称が変わったことの説明を受けた。
② 以前から病名が「精神分裂病」であると告知されていたが呼称が変わったことの説明を受けた。また、改めて病状について説明を受けた。
③ 呼称変更後、「統合失調症」であると初めて病名の告知を受けた。

- ④ 特に何も説明を受けていない。
- ⑤ その他 ()

問 8. あなたは呼称が「精神分裂病」から「統合失調症」に変わってよかったですか。

- 1 思わない——2 あまり——3 どちらとも——4 ある程度——5 強く思う
 思わない いえない 思う

問 9. 呼称変更後、次のような場面で変化はありましたか。
 ご家族自身の立場としてあてはまる数字に○をつけて下さい。

- ① 家族会や地域の交流活動に参加しやすくなった ほとんどない 1-2-3-4-5 強く思う
- ② 本人の病状に対する理解がすすみ、接し方が変わった ほとんどない 1-2-3-4-5 強く思う
- ③ 行政窓口の利用時に病名のことを言いやすくなった ほとんどない 1-2-3-4-5 強く思う
(行政窓口・・・市区町村役場、保健所、福祉事務所、ハローワークなど)
- ④ 精神科等の医療機関受診時に病状説明が本人も家族もしやすくなった ほとんどない 1-2-3-4-5 強く思う
- ⑤ 他科の医療機関受診時に「統合失調症」であることの説明がしやすくなった ほとんどない 1-2-3-4-5 強く思う
- ⑥ 地域の理解や協力が増えたと思う ほとんどない 1-2-3-4-5 強く思う

表 1 年齢

	度数(%)
20歳以下	1 (0.1%)
21～30歳	21 (2.1%)
31～40歳	74 (7.6%)
41～50歳	113 (11.6%)
51～60歳	208 (21.3%)
61～70歳	334 (34.2%)
71～80歳	195 (20%)
81歳以上	31 (3.2%)
不明	10
合計	987 (100%)

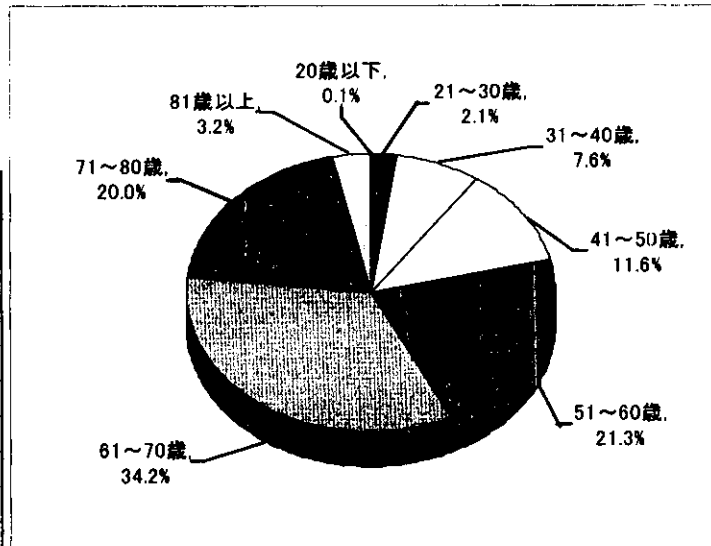


表 2 性別

	度数(%)
男性	377 (38.7%)
女性	596 (61.3%)
不明	14
合計	987 (100%)

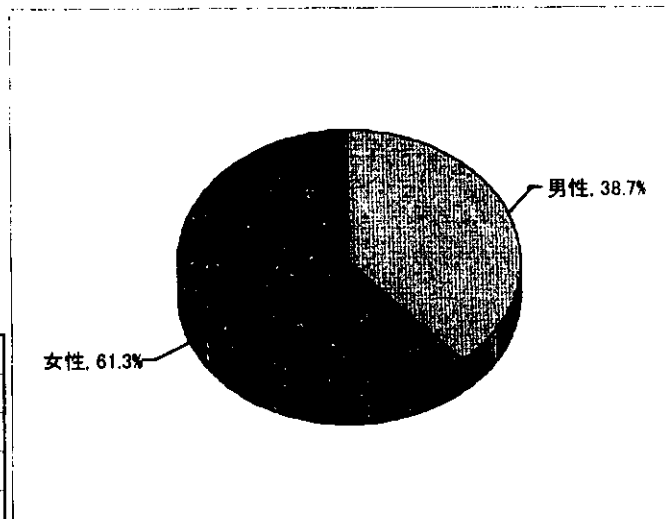


表 3 入会歴

	度数(%)
1年以内	64 (6.7%)
2年～5年以内	307 (31.9%)
6年～10年以内	268 (27.9%)
11年～15年以内	177 (18.4%)
16年～20年以内	86 (8.9%)
21年以上	60 (6.2%)
不明	25
合計	987 (100%)

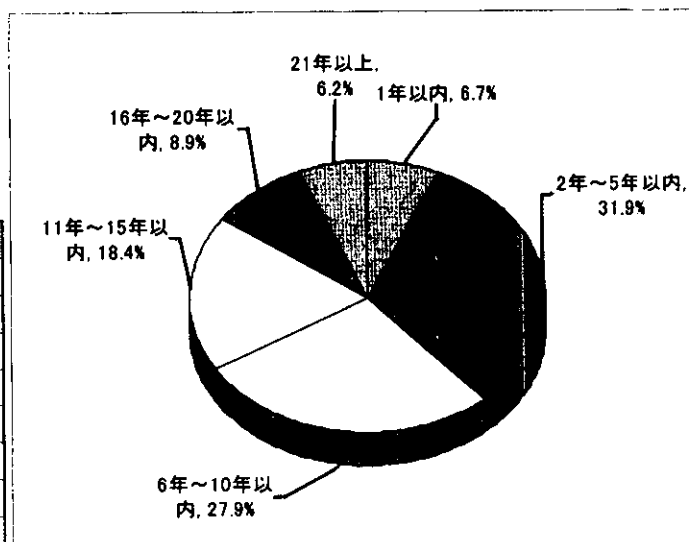


表 4 「統合失調症」という言葉を見聞きした事があるか

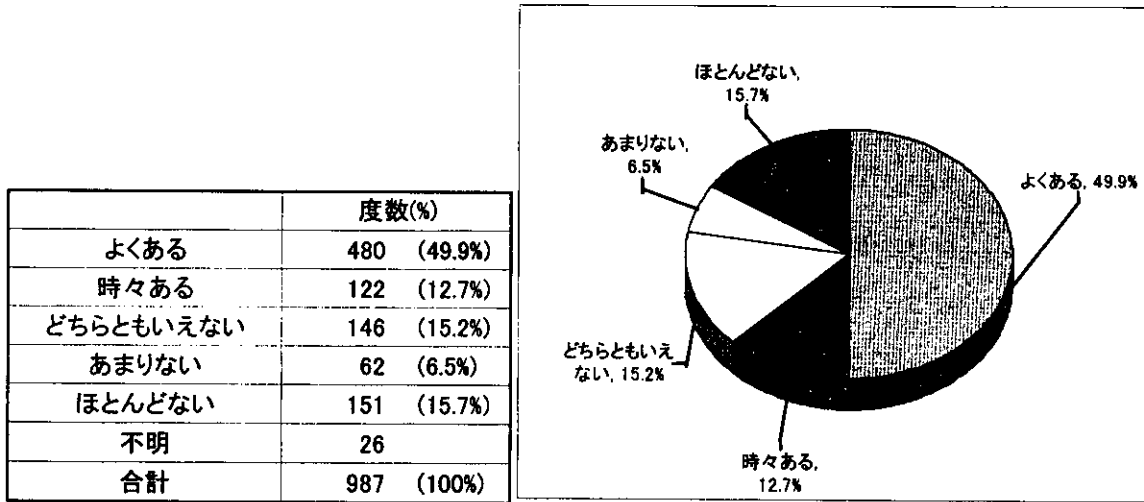


表 5 統合失調症を見聞きした所

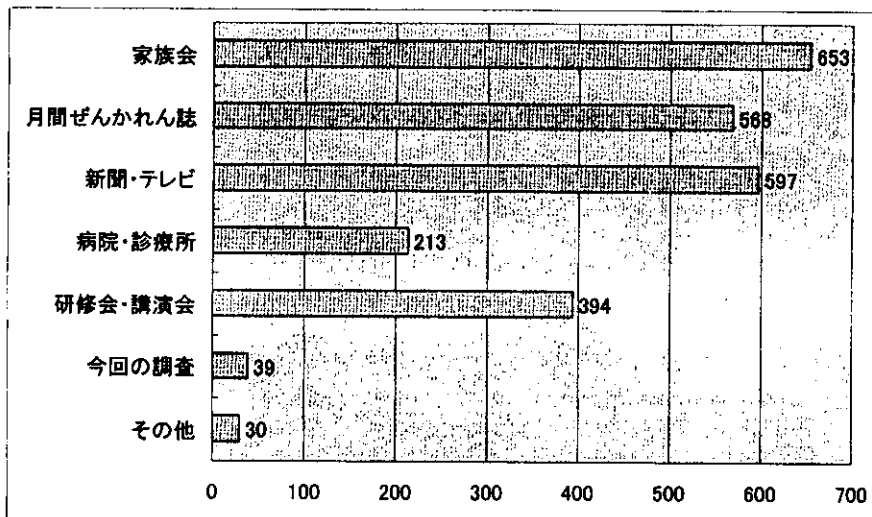


表 6 どのような人たちとの間で「統合失調症」という言葉を使ってみたか

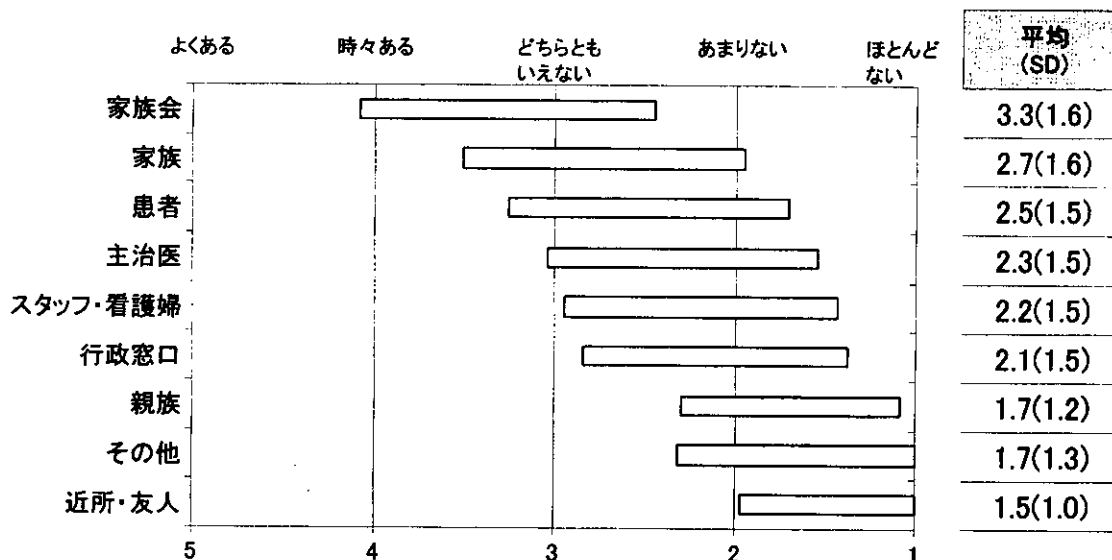


表 7 主治医やスタッフから呼称変更後に病気について何か説明を受けたか

	度数(%)
a : 精神分裂病告知あり・統合失調症説明あり・病状説明なし	170 (18.7%)
b : 精神分裂病告知あり・統合失調症説明あり・病状説明あり	48 (5.3%)
c : 精神分裂病告知なし・統合失調症説明あり・病状説明なし	35 (3.9%)
d : 精神分裂病告知なし・統合失調症説明なし・病状説明なし	606 (66.7%)
e : その他	50 (5.5%)
不明	78
合計	987 (100%)

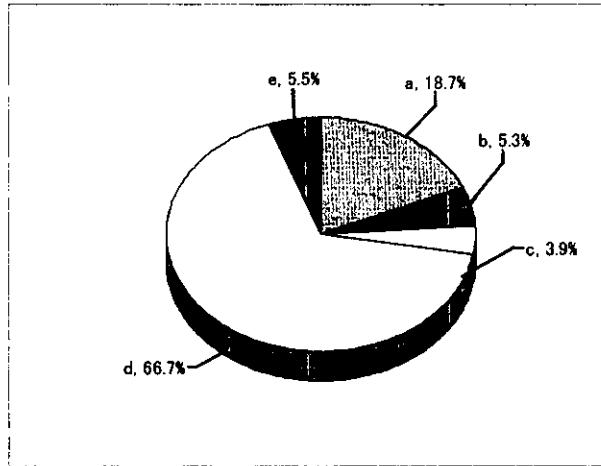


表 8 「精神分裂病」から「統合失調症」に変わってよかったか

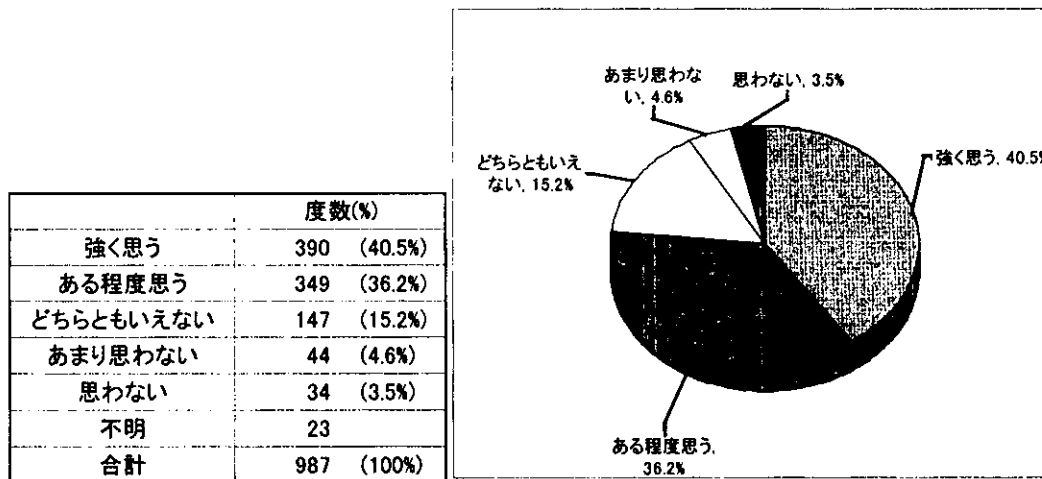
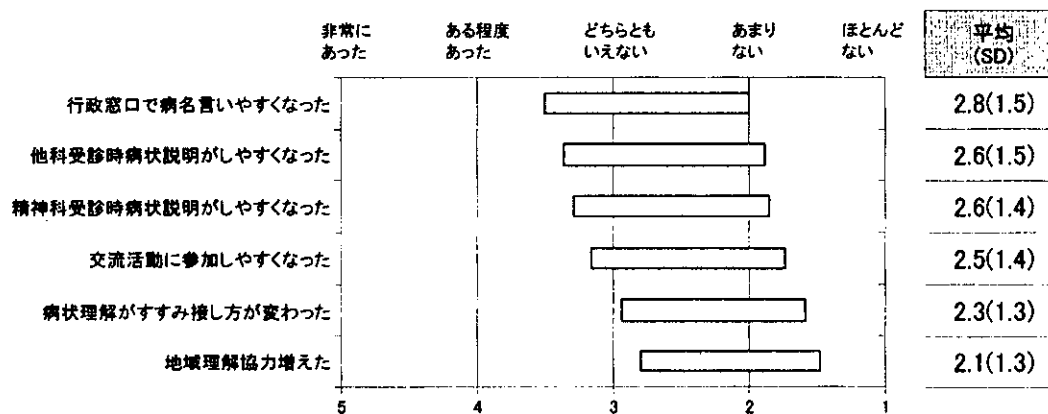


表 9 呼称変更後、次の各場面で変化があったか



平成 14 年度 厚生労働省 障害保健福祉事業
「精神疾患の呼称変更効果に関する研究」 研究班

「呼称の変更を踏まえた統合失調症の告知と心理教育の検討」

研究担当者： 金 吉晴（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究協力者： 松岡恵子、安西信雄、佐藤さやか
（国立精神・神経センター精神保健研究所）

抄録

心理教育には、陰性症状が軽減されるなどの効果があることが示されている。よって我々は、心理教育を治療サービスの一環と位置づけ、適切な心理教育のあり方を検討している。本報告では、各所で用いられている心理教育用のパンフレット・テキスト等をレビューすることにより、心理教育ではどのようなことが教えられているか、そして今後さらに心理教育に望まれることは何かを検討する。

「精神分裂病」から「統合失調症」へと病名が変更されたこと背景には、この疾患が適切な治療により回復可能であることを強調する意図がある。そのような面から、患者への告知と病状説明が病名変更により促進されるのではないかと期待されている。

患者および家族への心理教育の効果として、寛解に至るまでの期間が短縮された、あるいは陰性症状が軽減されたというエビデンスがある。^{1,2)}現在のところ、患者・家族への心理教育は、一部の熱心な医療機関が行っているのが現実である。しかし適切な心理教育に症状軽減効果があるとしたら、それを標準化された治療サービスとして行うことで、入院期間の短縮や再発予防につながることを期待される。よって、現状ではバラバラに行われている（あるいは行われないことも多い）心理教育を「治療サービスの一環」と位置づけ、一定の質を保つ

て提供されることが望ましい。そのためには、質の高い心理教育を提供するソフト（人的資源）・ハード（教育内容など）がじゅうぶんに準備されたうえで保険点数化されることが望ましいと考える。我々はその目的に向け、真に治療的効果をもつ心理教育のあり方を検討している。

本報告では、従来の患者・家族向けの教育の内容をレビューするとともに、心理教育が治療サービスに組み込まれる際に今後どのような内容が必要であるか、あるいはどのような点を改善してゆくべきか、検討を加える。

心理教育パンフレットの収集

現時点で入手できる患者・家族説明用のパンフレット等入手し、どのような項目についてどのような説明があるかを一覧表にしたものが表 1 である。

この表から、現在の患者・家族教育に関して検討を加える

1. 症状について。

従来のガイドラインでは、患者の主観体験を重視せず、客観的な立場に立った説明が多い。例えば、「幻覚」を説明するさいに、「実際にはないものを感じる（資料 15）」「そこに実在しない音が聞こえることがあります（資料 13）」といった説明では、実際に声を聞いている患者の認識を高める目的からは不適切なのではないかと思われる。妄想も同様に、「現実とかけ離れた奇妙な考え（資料 13）」などと説明されているが、患者にとってはみずからが現実であり、みずからの考えは「誤った考え」ではないので、そのように説明することは認識を深めることにはつながらないと思われた。

また、各種ガイドラインでは陽性症状の説明が陰性症状よりも多く、陽性症状が重要視されていると思われる。しかし、患者が長くつきあってゆく症状はむしろ陰性症状であり、陰性症状への対処が重要になってくると思われることから、陰性症状に関する記述をもっと充実させるべきと思われた。

2. 頻度について

すでに統合失調症を発症している患者にとって、頻度を伝えることの意味は2点ある。ひとつは統合失調症の一般人口中における頻度が思われているよりも高いことを伝えることで、この疾患が非常にありふれたものであることを知るという意味がある。もう一点は、本人が出産などを臨む際に、子供が発病する割合を知りたいと思った場

合に、遺伝の程度も含めた頻度の情報が求められるかもしれない点である。一部のガイドラインではこのようなニーズに合致するような、非常に詳しい遺伝性や頻度が掲載されているものもある。

ただし、第2の点を考慮すべき患者はごく少数であると思われるため、頻度に関して必要とされるのは一般人口中の頻度のみでいいのではないかと思われる。

3. 治療・リハビリテーションについて

治療・リハビリテーションに関しては、多くのガイドラインで「入院」「外来」「デイケア」「精神療法」「SST」「作業療法」などについて比較的詳しい説明が書かれていた。

治療にあたり重要なのは、「あなたの生活に困難を及ぼしているこんな問題を、治療によってこのように解決する」といった患者が主観的に治療の効果を感じられるような記述である。よって、「デイケア・作業療法等はこのように目的にそってこのように行われる」というだけではなく、実際にそれぞれの治療法が患者のどのような点に働きかけて改善してくれるのか、さらに記述が必要と思われる。

またそのためには、症状を説明するさいに発病メカニズムや脆弱性に焦点をあてるよりは、むしろ患者にとって問題となってくる行動に焦点を当てるほうが好ましいと考えられた。

また、地域生活を送るうえでの医療とのつきあい方について説明されたガイドラインは少なかった。どのような状態のときに医療機関に救助を求めるべきか、あるいはどのような状態のときは自分で対処すべき

か、ということについて、あまり今までは説明されていなかったようである。しかし、心理教育で重要なのは単に知識を増やすことではなく、患者が社会の中でいかに生活をみずから工夫してゆくか、その手助けとなる知識を提供することである。よって、患者のコーピングスキルを高めるような視点を加えたほうが望ましいと思われた。

4. 服薬と副作用

服薬やそれによる副作用についても、同様のことがいえる。つまり、錐体外路症状やディスキネジアといった症状も大事だが、説明を行う際には患者の主観症状にそった副作用の説明（たとえば肥満、めまい、だるさ、立ちくらみ、など）から行うほうが患者にとって理解しやすいと思われる。

5. 再発について

再発については、服薬中断との関連で記述されている事が多かった。このことは、再発の有無は患者自身の服薬管理によって違うということの意味する。このように、患者自身で再発をある程度コントロールできるということを心理教育では伝えるのは意味のあることだろうと思われる。

また、家族の接し方については比較的多くのパンフレットで触れられていた。

6. 福祉面について

表1によると、患者が使用できる福祉サービス（社会資源、障害年金など）についての記述は多くない。患者が自身の将来について認識を高めるためには、将来的にどのようなサービスが使用できるのか、具体的に伝える内容が加わることが望ましいだ

ろう。

7. 患者の理解度

このような心理教育を行ったうえで、患者がどのくらい理解したかを説明者がチェックする必要があると思われる。また、患者からの質問を受けることで、患者が判らないことや知りたいことを受け止めるプロセスが加わると、さらに望ましいのではないかと思われた。

文献

1. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2: CD002831, 2002.
2. Xiong W, Phillips MR, Wang R, et al. Family based intervention for schizophrenic patients in China. A randomised controlled trial. Br J Psychiatry 165: 239-247, 1994.

資料（表1）

1. 精神科の病気と薬について（発行元・発行年不明）
2. 精神科の症状と薬について（心理教育ミーティング用テキスト）（久留米大学病院デイケアセンター、発行年不明）
3. 分裂病の知識と対応 治療を受けられる方のご家族のために（浅井病院、発行年不明）
4. 精神科で治療を受ける患者さん、家族のみなさんへ（桜ヶ丘記念病院 吉尾隆、発行年不明）
5. ぜんかれん号外 家族のためのいきい

- きワークブック 見過ごしていませんか?あなたの健康 よりよいケアは心身のゆとりから (家族の健康づくりパンフレット作成委員会 代表;伊藤順一郎、1996)
6. エキスパートコンセンサスガイドライン 精神分裂病と双極性障害の治療別冊 精神分裂病患者と家族のための双極性障害患者と家族のための 手引き(Allen Frances/John P. Docherty/David A. Kahn 著:大野裕 訳:ライフサイエンス社、1997)
7. 精神科の症状と薬について (心理教育ミーティング用テキスト)(久留米大学病院精神神経科、1998)
8. 抗精神病薬の服薬ガイド (「服薬自己管理モジュール(リバーマン)」より要約、引用。東京都松沢病院精神科部長安西信雄、1998)
9. ご家族のための相談会資料1~4、(国立肥前療養所、1999)
10. 精神病院に入院中のあなたへ (平成11年度厚生科学研究「精神医療審査会の運営の適正化に関する研究班」分担研究者 山崎敏雄、1999)
11. Team Care Solutions -Making Re-integration the Goal-(全6冊)(Kay Johnson McKarty, Peter J. Weiden, Marcy Portnoff Gever. 日本語版総監修昭和大学医学部精神医学講座教授 上島国利、2001)
12. How are you today? よりよい毎日のために (手帳サイズの小冊子)(函館渡辺病院 三上昭廣、2002)
13. ご家族のみなさまへ (函館渡辺病院 三上昭廣、2002)
14. 正体不明の声ハンドブックー治療のための10のエッセンスー (三重大学医学部精神神経科講師 原田誠一、2002)
15. セカンドオピニオン 精神分裂病/統合失調症 Q&A(国立精神・神経センター武蔵病院 むさしの会 協力 監修・高橋清久、編集・朝田隆、2002)
16. 統合失調症の一般向け説明(案)(日本精神神経学会「精神分裂病の呼称変更委員会」作成、2002)

表1 統合失調症のガイドライン

	A	B	C	D
1	題名	発行年	発行者・発行元	統合失調症の定義や疾患そのものについて
2	精神科の病気と薬について	?	?	体質やストレスが関連して脳に生じる慢性疾患である。良くなる患者が多いが時間が必要、再発しやすい
3	精神科の症状と薬について(心理教育ミーティング用テキスト)	?	久留米大学病院デイケアセンター	
4	分裂病の知識と対応 治療を受けられる方のご家族のために	?	浅井病院	治る病気である。慢性疾患、躁うつ病とならぶ代表的な精神病
5	精神科で治療を受ける患者さん、家族のみなさんへ	?	桜ヶ丘記念病院 吉尾隆	脳のはたらきに障害がおこることにより行動や感情をコントロールできなくなる疾患
6	ぜんかれん号外 家族のためのいきいきワークブック 見過ごしていませんか?あなたの健康 よりよいケアは心身のゆとりから	1996	家族の健康づくりパンフレット作成委員会 代表:伊藤順一郎	
7	エキスパートコンセンサスガイドライン 精神分裂病と双極性障害の治療 別冊 精神分裂病患者と家族のための 双極性障害患者と家族のための 手引き	1997	Allen Frances/John P. Docherty/David A. Kahn 著:大野裕 訳:ライフサイエンス社	脳の疾患である。まぎらわしい他疾患についての記述あり。
8	精神科の症状と薬について(心理教育ミーティング用テキスト)	1998	久留米大学病院精神神経科	
9	抗精神病薬の服薬ガイド	1998	「服薬自己管理モジュール(リパーマン)」より要約、引用。東京都松沢病院精神科部長 安西信雄	
10	ご家族のための相談会資料1~4、平成11年	1999	国立肥前療養所	脳をはじめとした神経系の病気で特殊なものではない。脳神経のはたらきの不安定性(脆弱性、過覚醒状態)とストレスが重なって発病
11	精神病院に入院中のあなたへ	1999	平成11年度厚生科学研究「精神医療審査会の運営の適正化に関する研究班」分担研究者 山崎敏雄	
12	Team Care Solutions -Making Re-integration the Goal-(全6冊)	2001	Kay Johnson McKarty, Peter J. Weiden, Marcy Portnoff Gever. 日本語版総監修昭和大学医学部精神医学講座教授上島国利	診断方法
13	How are you today? よりよい毎日のために(手帳サイズの小冊子)	2002	函館渡辺病院 三上昭廣	精神疾患のひとつで、不治の怖い病気ではない
14	ご家族のみなさまへ	2002	函館渡辺病院 三上昭廣	この病気は「脳」の機能障害であり治療可能
15	正体不明の声ハンドブック-治療のための10のエッセンス-	2002	三重大学医学部精神神経科講師 原田誠一	
16	セカンドオピニオン 精神分裂病/統合失調症Q&A	2002	国立精神・神経センター武蔵病院むさしの会 協力 監修・高橋清久、編集・朝田隆	DSM-IV、ICD-10の診断基準についての記述+社会性(集団のなかで他人とかかわりあいながら生活してゆく能力=社会的機能)を失う。つまり知能や意識状態には支障がないにもかかわらず、対人関係や仕事の能力など社会生活を送る能力がうまく働かなくなるのです。
17	統合失調症の一般向け説明(案)	2002	日本精神神経学会「精神分裂病の呼称変更委員会」作成	

表1 統合失調症のガイドライン

	E	F
1	統合失調症の症状	幻覚(幻聴)
2	初期症状(神経過敏、不眠、食欲不振)、急性期症状(幻聴、妄想、自我意識障害、緊張病症状)、慢性期症状(引きこもり、自発性低下)	実際には何も聞こえていないのに、ひとの声や物音が聞こえてきます。多くは非難、悪口、指図などいやな内容です。頭の中に直接入ってくると感じる場合もあります。
3	不眠、いらいら、うつ状態、そう状態、被害的、音や光に敏感、考えが伝わる、ひきこもり、幻覚症状、身体症状	
4	陽性症状:妄想幻覚、思考体験の異常、陰性症状:抑うつ、引きこもり、興味の減退、無関心	幻聴には悪口、非難、命令といった他人から害を与えられる内容のものが多くみられます。通常の声のように聞こえてくる場合もありますし、電波やテレビシューといった形で感じられる場合もあります。TVで自分のことを話していると感じる人もいます。
5	陽性症状(幻覚、妄想、非協調性、思考障害など現実との接触を失っている状態)、陰性症状(意欲低下、感情の平板化・鈍麻、興味の欠如など患者さんの活動を著しく妨げ、もっているはずの特性が欠如している状態)	
6		
7	陽性症状、解体症状(まとまりのない会話、行動、知覚)、陰性症状	精神分裂病の人には、そこに実在しない音が聞こえることがあります。また、まれですが、そこに実在しないものが見えることもあります。これは多くの点で夢と似ていますが、起きているときに体験するものです。
8	不眠、いらいら、うつ状態、そう状態、音や光に敏感、被害的な気持ち、考えが伝わる、ひきこもり、幻聴、身体症状	周囲の人には何も聞こえていないのに、自分には実際に人の声や物音が聞こえるように感じる
9	さまざまな段階における具体的な症状について記述	
10	過覚醒と急性期の症状(陽性症状)、不眠、幻覚、妄想、混乱、興奮、	
11		
12	陽性症状、陰性症状、認知症状、集中力の困難、対話の困難、感覚過敏、幻覚、過剰な猜疑心、妄想、陰性症状	
13	陽性症状(幻聴、被害妄想、不安定な感情など)、作業能力の障害(記憶力減退、融通性低下、作業スピードの遅さ)など、陰性症状(社会的引きこもり、感情鈍麻、意欲減退など)	
14	陽性症状(幻聴、被害妄想、不安定な感情、奇異な行動、思考の混乱)、作業能力の障害(記憶力の減退、融通性の低下、作業スピードの遅さ、了解の悪さ、心身の極端な疲れやすさ)、陰性症状(社会的引きこもり、感情鈍麻、言語貧困、意欲減退、注意力集中力の低下、無関心)	
15	幻聴のもたらす悪影響	「正体不明の声が聞こえる」ことは、(1)不安、(2)孤独、(3)疲労、(4)不眠が重なって、しばらくの間続く、ときにしばしばみられる現象で、そう稀なことではありません。
16	陽性症状(幻覚・妄想)、陰性症状(無為自閉・感情鈍麻)、前駆症状	実際にはないものをあると感じてしまう幻覚
17	まとまりきれない心の内容が、現実とは異なった形を取り、幻覚や妄想となることがあります。これは脳内の情報伝達物質がバランスを失ったためで、その多くは薬が効きます。幻覚や妄想は、他の病気にもみられるものです。	

表1 統合失調症のガイドライン

	G	H	I
	妄想	頻度	発症原因とメカニズム
1	実際には起こりえないことを信じてしまいます。ちょっとしたきっかけから頭の中に生じ、急に確信されます。内容は誇大的なもの(自分は神である等)から被害的なもの(誰かが殺しに来る、カラスを見たから殺される等)まで様々です	120名にひとり	脆弱性とドーパミン過剰仮説
2			脆弱性についてと薬物が効くメカニズム(ドーパミンの受け皿について)
3	本来、自分とは関係のないことを自分に関係づけるのが、分裂病の妄想の特徴です。妄想がおきるとなんでもないことを自分に結びつけて考えるようになります。	100人にひとり	ドーパミンによる神経過敏
4			
5			
6			
7	精神分裂病の人は、ときおり、現実とかけ離れた奇妙な考えをもつようになることがあります。彼らは、他人が自分の心を読みとったり自分に対して何かをたくらんでいると考えたり、誰かが自分を密かに監視して自分を脅かしていると考えたりすることがあります	近親者に患者がいない場合は1/100、両親兄弟姉妹が患者の場合には10%、両親ともに患者の場合には40%、一卵性の片方が患者の場合に30%	
8	被害的な気持ち:「何か悪いことが起こる」感じが強くなる状態です。		脳の疾患であり、ストレスによる、神経伝達物質ドーパミンが関与
9			
10		100人にひとり	ストレスで過敏になるせい
11			
12	妄想(真実ではないことを信じてしまう)も陽性症状のひとつで、理由はわからないけど、あとを付けられているとか、傷つけられる、あるいは殺されるといった恐怖を感じます		脳内の化学物質のバランス、脳の情報処理のしくみについて
13			
14		100人にひとり	ストレス→素因と環境→伝達物質の異常→発症
15	「自分のプライベートな情報がまわりに知れ渡り噂になっている」とか「自分の気持ちが誰かに伝わっている」と感じて疑心暗鬼の目でまわりを見回すと、偶然の出来事が皆自分と関係あるかのようにみえてくる場合があります。それが重なると、いろいろな偶然の出来事の中に自分への特別な意味を感じ取って信じ込み、違う見方の可能性をすべて否定してしまいがちです。これは「妄想」と呼ばれる事象です		幻聴の原因: ストレス、
16	実際に起こっていないことを起こっていると信じ込む妄想	一般的には1%、1親等に患者がいる場合は10%、2親等に患者がいる場合は5%	
17		日本全国で67万人の患者さんが治療を受けておられます。また、一生の間にこうした状態になる率は、およそ100人に1人とされています。	根本的な原因はまだわかっていませんが、何らかの脳の機能異常と心理社会的なストレスなどの相互作用が関係すると考えられています。

表1 統合失調症のガイドライン

	J	K	L
1	治療全般について	薬物治療について	抗精神病薬の副作用
2	最も効果的なのは薬物療法であるが環境調整やリハビリテーションも必要	作用機序、飲み方	体が動かしにくい、よだれ、便秘、口渇
3	薬物療法の重要性	種類と飲み方について	パーキンソン症状、アカシジア、自律神経症状、ねむけ、
4		種類、作用機序、飲み方	手の震え、ロレツ、よだれ、目が上にあがる、ひきつり、便秘、口渇、尿が出にくい
5	入院の目的	目的	錐体外路・自律神経系の副作用・精神症状(眠気・だるさ)
6			
7	治療段階、治療方法についての記述あり	段階に応じた薬物療法の記述あり	アカシジア、抗コリン作用、ジストニア、性機能障害(月経困難を含む)、遅発性ジスキネジア、振戦、体重増加
8		種類、作用機序、飲み方	眠気、だるさ、パーキンソン症状、ジストニア、アカシジア、自律神経症状、ホルモンの働きと関連した副作用、悪性症候群、遅発性ジスキネジア
9		服薬による生活上の具体的なメリット、飲み方注意点	口渇、便秘、立ちくらみ、光に過敏、便秘、眠気、いらいら、筋肉の硬さ、よだれ、尿閉、発疹、口がもぐもぐ動く
10	薬物、睡眠、休息&回復のステップ	種類と役割	眠気、だるさ、身体の勝手な動き、自律神経症状、ホルモン、悪性症候群、ジスキネジア
11			
12	治療内容、治療プラン、治療はどのように役立つか	作用機序、相互作用、飲み方	口腔、皮膚、筋肉・神経系、全身、性機能の変化、その他：顆粒球減少症、遅発性ジスキネジア、過温症、薬物性悪性症候群、けいれん発作、ジストニア
13	薬物療法、精神療法、リハビリテーション	種類	錐体外路系副作用、眠気、口渇、無月経、体重増
14	薬物療法、精神療法、リハビリテーション	記述あり	錐体外路系副作用、眠気、口渇、無月経、体重増
15		必要性、鎮静・賦活などの作用、種類	眠気・立ちくらみ、など
16	入院と退院、医師とのつきあい方などのついて	必要性、飲み方	パーキンソニズム、性的不能、ジスキネジア、尿閉、無月経
17	薬や心理社会的な介入による新しい治療法が普及し、社会参加を目指したリハビリテーションも進歩しました。早期に適切な治療を行うことによって、今では多くの患者さんが回復し、社会参加しています。ただ、一部には疲れやすさや神経の過敏さが残ることもあります。		

表1 統合失調症のガイドライン

	M	N	O	P
1	経過・予後	再発について	リハビリテーションなど	結婚妊娠など生活上の情報
2		薬を飲まないで再発しやすい	ほとんど記述なし	女性の妊娠で催奇形性はほとんどない
3	薬物を飲む・飲まないで予後が違ふ		記述なし	
4	前駆期から急性期、回復期へ：80-90%のひとが社会で生活可能	4人に3人が再発；まえぶれを知ることの重要性	社会的な刺激の重要性	妊娠中の服薬の催奇形性について、車の運転、アルコール
5			精神療法の目的、作業療法の目的、デイケアの目的	
6				
7			心理社会的リハビリテーションの必要性について記述	
8	薬物と再発率の関連	薬物と再発率の関連		
9		服薬によって再発防止になる		
10	急性期・消耗期から回復期・安定期へ、予後良好が49%予後不良が42%不確定が8%、最近の報告では2回以下の再入院で済んでいるケースが64%、精神症状消失が68%、就労や生産的な活動に従事している方が60%、自分の生活に満足している方が60~70%		リハビリテーションのステップ、生活のしづらさ、リハの実際	
11				
12		再燃とは、なぜ再燃するか、再燃の原因となるストレスを防ぐには	症状や副作用への対処	危機的状況避けるには(問題解決技能)
13	治療可能である	再発予防、再発のサイン	薬物療法、精神療法、リハビリテーション	
14	不治ではない：前駆期、急性期、回復期、慢性期	再発予防、再発のサイン	OT、デイケア、生活技能訓練	
15			不安、孤立、過労、不眠を避ける。	幻聴への態度と対処法
16	3割は完治、5割は軽微な症状を残す、2割は中等度から重度の残遺症状を残す	再発のきざしを捉えることの重要性	作業療法、デイケアについて記述あり	結婚・妊娠に対する記述あり
17			どうやって社会参加を支援していくのかということが、これからの課題です。そのためには心ない偏見を無くしていくことが重要です。	