

精神疾患のリハビリテーション

東京大学医学部精神医学特任講師

近藤 伸介

(聞き手 齊藤郁夫)

齊藤 精神疾患のリハビリテーションということでしょうか。リハビリテーションというと、脳卒中とか心臓病などを思い浮かべるのですが、精神疾患のリハビリテーションというと、どういうものなのでしょう。

近藤 身体疾患の場合でも、まず急性期の手術ですとか薬物療法がすんだあとに、例えば脳卒中の麻痺に対して理学療法や作業療法を行う。そういう機能訓練をしますが、精神疾患の場合も実は同じでして、急性期、例えばうつ病で強い自殺念慮があるとか、統合失調症で幻覚や妄想があった症状がひとまず緩和して良くなって、それですぐに働けるとか、病前の生活にすぐ戻れるというわけではないのです。まだ実際に生活をするうえで多くの困難があって、社会生活ができるようになるには、大きなギャップがあります。そこを橋渡ししていくのがリハビリテーションの役割になります。

齊藤 例えば、学生さんが具合が悪くなってしまった。それをサポートす

ると、どういうことになりますか。

近藤 少し実例を挙げてお話ししますと、例えば20歳の大学生、仮にAさんとします。この方は田舎から上京して勉強を一生懸命していたのですが、あまり友人もできなくて、東京での生活に孤立していた。上京して半年ほどたったころ、周りの学生にばかにされているというふうに見えるようになって、誰もいない部屋でも自分に対しての悪口が聞こえる、そういう状態になってしまいました。大学にも通えずに、アパートに一人で引きこもっているという状況に気づいた家族の勧めで、実家近くの精神科を受診しました。統合失調症という診断で、休学するという指示が出されまして、薬による治療が始まる。

そうしますと、薬でそういう幻覚や妄想といった症状は数カ月でほぼなくなって、一見目立った症状はないようなのですが、実際には非常に疲れやすく、人と会うのも怖い、嫌がる、そういうふうになって、ほとんど外出し

なくなってしまった。このように薬で最初の明らかに目立つ症状が良くなりましても、すぐには実際の生活が送れるようにはならないわけです。

齊藤 学校にはさすがに行けないということですね。

近藤 行けないわけです。毎日、規則正しく起きるとか、どこかに毎日出かける、人と会う、こういった生活機能というのは、実はリハビリテーションを通して練習していかないと、すぐにはできないわけです。

そこで、例えばこのAさんの場合ですと、同世代の若いメンバーが集まる精神科デイケアに主治医に勧められて通うようになりまして、最初は人が集まる場所にいるのは極度に緊張するため、通うのが精いっぱいだったのですが、だんだん打ち解けて、さらには再発防止のための病気の勉強会ですとか、人と上手に交流する練習をするようなグループワークですとか、そうしたプログラムを通して自信回復をして、大学の学生相談室と連携を図りながら、翌年、無事復学した。そんなふうなプロセスになります。

齊藤 統合失調症の学生さんですね。今、会社に勤めている方でうつ病なども増えていますね。そういう方はどうでしょうか。

近藤 うつ病の場合も、例えば今度は中年の40代後半の会社員の方を想像してみましょう。昇進して急に管理業

務が増えて、そこでうつ病になってしまった。最初は近くのクリニックに通って、服薬をしながら仕事もしていたのですが、実際には良くなりません。むしろ悪化していくということで、やはり休職をして治しましょうという主治医の指示を受けます。仕事に行けなくなったことを悲観して、一時は自殺を考える。それぐらい悪くなって、入院治療も受けるレベルまでなるとしまして、その後、薬等の治療で激しい症状は良くなったあとも、まだ仕事には戻れない。働く気力が出てこないといって、自宅でごろごろと過ごす。そういう時期になって、このままでは退職ではないかと考えていた矢先に、リワークプログラムという復職支援のサービスがあることを主治医から聞いて、そちらに通うようになりました。

最初は、通う、そして体を動かすというプログラムで、それだけでも精いっぱい。それがだんだんと体力もついて、生活リズムも整って、今度はプログラムの中でグループを率先して作業をする。そうすると今度は仕事で頑張り過ぎたのと同じように、リハビリの場面でも頑張り過ぎてしまって、ちょっと疲れてきたな。そんなことに気がついて、これが実はこの方がうつに陥っていくパターンなわけですが、そういったことをスタッフと振り返りながら、再発防止のためのペース配分を身につける。こういったことをリハ

ビリの中で実際に練習していきます。

作業能力や耐久性、対人関係、あるいはそういう業務負荷のペース配分などに注目しながらリハビリをして、それが安定してきたら、今度は会社の産業医の先生あてに報告書を作成して、これが復職判定に使われることになります。そういうプロセスを経て無事復職をして、再発しにくい復職が可能になるかと思えます。

齊藤 今のリワークプログラム、これは最近では会社もやっているようなことなのですね。

近藤 そうですね。会社の中で用意しているケースもありますし、医療機関が行っている場合もあります、それは会社によって様々です。

齊藤 リハビリテーションをしっかりとやるということですが、もう少し広い意味でそのような障害のある方をしっかり社会でサポートして生活できるようにするという考えなのでしょうか。

近藤 そうですね。医療機関、特に我々医師は、まず病気の症状、病状というところに着目をして、それを治療するというのが本分でもあります。それゆえに、どうしてもそこにとらわれてしまうわけですが、このリハビリテーションというのはドクターやナースといった、いわゆる医学モデルの職種だけではなくて、OT、作業療法士ですとか、PSWと呼ばれる精神保

健福祉士、臨床心理士といった多職種で、しかも医療機関とは限らずに、最近では民間の法人の支援団体もありますけれども、様々な地域の事業所がサービスを展開しています。いずれも病理に着目するよりは、本人の強み、ストレngthsを高める、エンパワーする、そういう発想で行っています。

齊藤 最近ではICFという言葉があるのですが、これは何でしょうか。

近藤 国際生活機能分類の略語です。ICDというのが病気の分類としてWHOがコーディングをしていますけれども、同じように、その方の生活機能をコーディングするWHOの分類です。このICFの前身はICIDHといいまして、病気のために障害がある、障害があるとハンディキャップがある、こういう一方向の因果関係を示していたのですが、ICFは発想を変えまして、そもそも病気の方、障害のある方だけではなくて、あらゆる人の生活をコーディングする。人が生きていくうえで行うあらゆる活動を全部コーディングする。それがどういう制約を受けているかというかたちで障害を表現します。

そうすると、実は病気のせいで働けないというふうに考えがちですが、全く逆に、仕事があれば病気は良くなるかもしれない。働ける場所があったり、学べる学校があることで、実はその方の居場所ができて、病状そのものも良くなるかもしれないというこ

とで、病気を治せば学校に行ける、言い換えれば病気が治らないかぎり学校にも仕事にも行けないと考えるのではなくて、学校や職場に戻す、行ける支援をすれば、病気自体の治療にもなるかもしれないと考えて多面的、立体的にその方を支援する。そういう逆転の発想に気づかせてくれるのがICFのたいへん有益なところですよ。

齊藤 精神疾患の方の頻度はかなり高いということで、今のような考えを展開して、そういう人たちが社会生活を送っていけるような社会をつくっていくということでしょうか。

近藤 そうですね。病気だけの着目というところにとどまらずに、今、生

涯有病率は20%前後といわれますので、たいへんコモンで、自分自身もなるかもしれない。あるいは、自分の身近な人を入れれば、必ず誰かしらかかる。そうしますと、これは自分自身のこととして、どういうサービスあるいは仕組みをつくったらいいかという視点で、全員で考えていくことだと思います。

齊藤 外出して人と会って、学校に通ってと、そういうあたりまえの生活が重要だということですね。

近藤 そこを支援するというのがリハビリテーションの基本コンセプトになると思います。

齊藤 どうもありがとうございました。