

精神科実臨床における

認知機能 リハビリテーションの 実践

編著

久住一郎

北海道大学精神医学教授

中外医学社

第1章 リカバリー概念

はじめに

統合失調症や気分障害などの精神障害における治療効果を評価する方法として、急性期では症状評価尺度スコアの改善で示される治療反応性(response)が用いられる。一方、維持期における長期的な予後を評価する概念として、近年、寛解(remission)やリカバリーが注目され、一つの治療目標と考えられるようになってきている。

統合失調症の寛解については、Andreasen¹⁾による定義が有名であり、陽性・陰性症状評価尺度(PANSS)の8項目のうち、精神病症状(妄想, 不自然な思考内容, 幻覚による行動), 陰性症状(情動の平板化, 社会的ひきこもり, 自発性の欠如), 解体(概念の統合障害, 衝動性と不自然な姿勢)のいずれもが軽度(3点)以下で、この状態が6カ月間持続することが条件となっている。したがって、統合失調症の寛解は、主に陽性症状と陰性症状に基づいて判定されることになるが、リカバリーでは、それらに加えて、認知機能障害や感情症状など幅広い症状が関連する他、後述するように、単に症状レベルだけでなく、社会生活機能や当事者自身の感じ方や取り巻く環境などとも密接に関連してきて、それを規定する因子は多岐にわたる。

本章では、リカバリー概念について概説するとともに、リカバリーを規定する因子にも言及し、リカバリーを治療目標とするために必要なことについて考えてみたい。

1 リカバリーとは

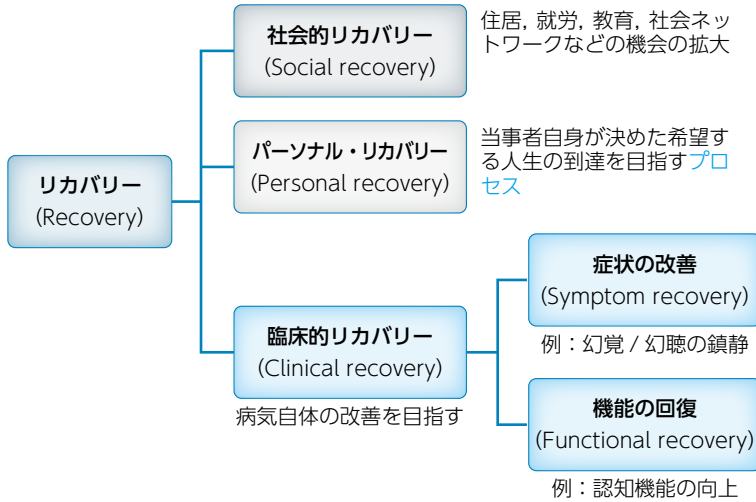
リカバリーは、精神保健医療福祉分野において「治癒 cure」とは異なる価値を持ち込むために当事者側から提案されたものであり、「病気」や援助システムにコントロールされるのではなく、当事者が自分の手に人生の主導権を取り戻すことに重きを置くという発想が込められている概念である²⁾。統合失調症をもつ当事者であり、リカバリー運動の推進者でもある、心理学者の

Deegan³⁾は、「リカバリーは過程であり、生き方であり、構えであり、日々の挑戦の仕方である。完全な直線的過程ではない。(中略)必要としているのは、障害への挑戦を体験することであり、障害の制限の中、あるいはそれを超えて、健全さと意思という新しく貴重な感覚を再構築することである。求めるのは、地域の中で暮らし、働き、愛し、そこで自分が重要な貢献をすることである」と述べている。Copeland⁴⁾は、リカバリーの要素として、1) 希望を持つこと、2) 元気であることや自分の人生に対して責任を持つこと、3) 自分自身について、あるいは必要なことについてできる限り学ぶこと、4) 自分自身の権利を守ること、5) 自分が必要なときに頼りにすることができる仲間や支援者を持つことをあげている。

以上のようなリカバリーの特性を踏まえると、それを支援するリハビリテーションプログラムには、1) 入り口が多様で、柔軟なプログラムとしてあること、2) 自ら選択することができる多様な選択肢が用意されていること、3) 障害を持っている当事者同士が、それぞれの希望や強み、リカバリーの過程で経験したことなどを分かち合える環境になっていること、4) スタッフが自分自身と障害を持つ人々を当価値の存在として受け入れていることが特徴として備わっていることが望ましい²⁾。このように、リカバリーは個人のプロセスとしてのみ生じるものではなく、個人を取り巻く環境の影響を大いに受けることになる。したがって、支援論や施策のあり方もリカバリーの過程を左右するものとして視野に入れる必要がある²⁾。

② 臨床的リカバリーとパーソナルリカバリー

臨床場面で用いられるリカバリーの概念は、時代とともに少しずつ変遷してきている。以前は、治療者視点だけが取り上げられたが、現在では当事者からの視点も重視されるようになった。また、内容も以前は、症状の改善のみが注目されたが、現在はそれにとどまらず、機能の回復（社会参加）も含まれている。最近では、治療者視点に立った、症状の改善と機能の回復を合わせた「臨床的リカバリー」と、当事者視点に立った、客観的な回復（一人暮らしや就労など）や主観的な回復（他者との関わり、将来への希望、自分らしさ、生きる意義、エンパワメントなど）を合わせた「パーソナルリカバリー」を区別して呼ぶようになっている。さらに、パーソナルリカバリーの客観的な回復を社会的リカバリーと分類する場合もある【図1-1】⁵⁾。



【図1-1】 パーソナルリカバリー・社会的リカバリー・臨床的リカバリーの枠組み
 (国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部: リカバリー(Recovery). <https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/about/recovery.html> (2022年4月10日確認)⁵⁾より引用)

1) 臨床的リカバリー

統合失調症のリカバリーについて、Lieberman と Kopelowicz⁶⁾は、「過程としてのリカバリー」と明確に区別して、「予後としてのリカバリー」を精神症状、心理社会的機能、持続期間の観点から、簡易精神症状評価尺度 (BPRS) における全ての項目が4点以下であり、就労あるいは就学して、自立した生活を送り、社会的人間関係を維持している状態が2年以上持続していることと定義している。その他の研究者によるものも含めた主なリカバリーの基準を【表1-1】に示した。精神症状については、症状がなく向精神薬を服用していないこと、5年間精神科の入院がないこと、PANSS で全ての項目が4点以下であることがそれぞれあげられている。心理社会的機能では、通常的生活を送ることができ、職に就くか、ボランティアをしていること、全般的機能評価 (GAF) が50点あるいは65点以上であること、持続期間は2～5年であることなどが条件とされている。いずれにしても、症状が軽度で安定し、就労または就学して、自立した生活を送り、社会関係が保たれて、それが一定期間持続していることが要件となっている。

【表1-1】統合失調症のリカバリーの基準

因子	研究			
	Harding ら (1987)	Lieberman ら (2002)	Torgalsboen ら (2002)	Whitehorn ら (2002)
精神症状	症状がなく向精神薬を服用していない	BPRS のすべての陽性ならびに陰性症状項目で4点以下	5年間入院治療されていない	PANSS のすべての項目で4点以下
心理社会的機能	普通に近所の人と社会生活を送ることができる職につくか、ボランティアをしている	半日以上の就労か就学 経済的にも服薬も自立できる 週に一度は他人と交流できる	GAF スコアで65点以上	GAF スコアで50点以上
持続期間	基準なし	2年間	5年間	2年間

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale

PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale

(Lieberman RP, et al. Psychiatr Serv. 2005; 56: 735-42⁶⁾より引用)

欧州における統合失調症を有する外来治療者を対象とした3年間の大規模コホート研究では、2年間以上の症状寛解（臨床全般印象度 CGI-SCH が全ての項目において軽度以下、かつ入院治療なし）、機能的寛解（就労または就学して、自立した生活を送り、社会関係が保たれている）、適切な QOL（EQ-5D VAS で70点以上）を満たすのは、それぞれ 32.5%、12.8%、26.8%であり、3つすべてを満たすことをリカバリーと定義すると、それに当てはまるのはわずか 4.0%にすぎなかったと報告されている⁷⁾。ロジスティック回帰分析の結果では、研究開始時の社会機能が高いことと治療アドヒアランスがよいことがリカバリー達成に関連していたという。さまざまな時代と地域の50研究を集めたメタ解析では、統合失調症のリカバリー率は平均 16.4%（中央値 13.5%）とかなり低い値となっている⁸⁾。

QOLに関する研究では、当事者自身によって評価された主観的 QOL と医療者によって評価された客観的 QOL を用いた場合で結果が異なり、前者は精神症状によって影響を受けることが知られている。地域で生活する統合失調症当事者の主観的 QOL は、うつ症状が悪いと最も強い影響を受けて低下するが、客観的 QOL は、陰性症状が悪いと最も低下する⁹⁾。このことは、次の項で述べるパーソナルリカバリーとも関連して、当事者自身の視点と医療者の視点の双方がバランスよく評価される必要があることを強く示唆していると思われる。

2) パーソナルリカバリー

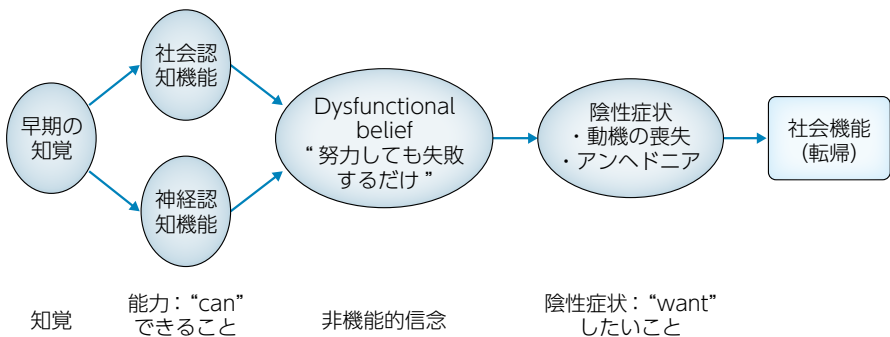
パーソナルリカバリーとは、疾患を経験した人が、疾患を超えて、もとの態度・価値・感情・目標・スキル・役割が変化し、人生の新しい意味や目的を発展させるプロセスであり、人それぞれ異なるもので、主体性の回復が含まれている¹⁰⁾。従来、精神障害を持つ人は、患者として対応され、本人主体で物事を決めるというより、医療者や支援者が精神科医療や精神保健サービスだけでなく、社会復帰に関しても本人の意思決定に大きく影響を及ぼしていた。しかし、地域で当たり前の暮らしをするには、本人の主体性や本人による意思決定が重要である¹⁰⁾。また、当事者が精神科医療の治療を継続するか否かは、医療従事者が彼ら固有の人生の目標に沿って治療を提供するという信頼を当事者から得られるかにかかっている。したがって、医療従事者には、当事者が主体的に選び取る人生の目標（価値）を共有する姿勢が求められる¹¹⁾。

当事者の主体性に関連するものとして、内発的動機づけや共同意思決定（shared decision making: SDM）、これらを支援するエンパワメントがあげられる¹¹⁾。内発的動機づけは、金銭などの報酬や罰によってではなく、課題に取り組むことそれ自体が喜びや満足につながり、行動に動機づけられることを指す。精神疾患を持つ当事者の治療継続、身体的健康の向上、就労などの領域において、この内発的動機づけが注目されており、メタ認知機能の障害と社会機能の関連を内発的動機づけが媒介することが知られている¹¹⁾。

SDMは、医療者と当事者が対等な対話を通じて、一緒に治療方針を考え、決定するものであり、インフォームド・コンセントよりも当事者が治療内容を主体的に決めることに重点がある。エンパワメントとは、当事者が精神疾患による症状がありつつも地域社会の一員であり続けられるように支援することであり、医療従事者と当事者がパートナーシップの関係にあること、施設環境ではなく当事者の地域で支援を展開することが重要である¹¹⁾。

③ 治療目標としてのリカバリーを目指すために

精神障害の治療目標は、精神症状のコントロールだけにとどまらず、社会機能の回復や当事者自身の主観的回復感を重視するリカバリーにある。神経認知機能障害は、長期的な社会機能の決定因子として、陽性症状などの精神



【図1-2】早期の知覚から機能的転帰に至る直列モデル: 機能・動機づけの役割

(兼子幸一. 精神医学. 2019; 61: 383-92¹²⁾より引用)

症状よりも重要であることが示されており、近年、精神科実臨床において、認知機能が重視されるようになってきた。さらに最近では、神経認知機能だけでなく、社会認知機能、陰性症状、非機能的信念、周囲から得られる支援の程度など、他にも複数の要因が社会機能に関与することも指摘されている¹²⁾。

1) 認知機能と社会機能の関係

認知機能の改善を社会機能の回復につなげる治療法を考えるうえで、Green ら¹³⁾の想定する包括モデル【図1-2】¹²⁾は、いくつかの仮定の上に成り立っているとは言え、非常に参考になる。近年、聴覚や視覚などの大脳皮質感覚野を担う特定の知覚情報処理過程の早期段階での機能障害が統合失調症において存在することが明らかになり、こうした低次の機能障害が、ボトムアップ的に言語記憶や作動記憶などの高次機能にも波及することが示唆されている¹⁴⁾。非機能的信念は、当事者自身の「うまくやれない」という信念であり、特に、「どうせ何をやってもうまくいかない」(defeatist belief)という、能力の自己評価や成功への期待の低さという否定的な信念に注目が集まっている¹²⁾。陰性症状の構成因子の一つである意欲・発動性の低下には、脳基盤として報酬予測や価値表象・報酬の探索行動などの障害があり、内発的動機づけの障害につながっていると考えられる¹⁵⁾。この非機能的信念と動機づけの障害は、ともに認知機能トレーニングなどのリハビリテーションへの参加意欲を低下させ、社会機能向上への阻害因子となる。