



精神保健

- いかにして心の健康を保つか、またそれを可能にする社会システムはどうあるべきか
- 最大のポイント: 誰にとっても他人事ではない
- 健康と精神障害は連続した状態
- 社会の関心は大きい (cf. 映画の題材)
 - ビューティフル・マインド, ... (統合失調症)
 - 明日の記憶, 折り梅, 恍惚の人, ... (アルツハイマー型認知症)
 - 抱きしめたい, 博士の愛した数式, ... (高次脳機能障害)
 - ツレがうつになりまして, アントキノイノチ, ... (双極性障害)
- 参考文献
 - 岩波 明『精神科医が狂気をつくる: 臨床現場からの緊急警告』新潮文庫, 2014年.
 - <http://psychcentral.com/blog/archives/2013/05/18/dsm-5-released-the-big-changes/>
 - 厚生労働省「みんなのメンタルヘルス」
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/index.html>

1



精神保健と心の働きの理解

- 精神状態の要素
 - **意識 (consciousness)**: 外的刺激に対して個人が反応する程度。
 - **知覚 (perception)**: 視覚, 聴覚など, それぞれ特定の感覚器官から中枢に信号が伝わる
 - **感情 (emotion/feeling/affection)**: 選好, 評価, 気分, 情動に分類される
 - **動機づけ (motivation)**: 生物学的動機と社会的動機がある。複数の動機が相反するとき葛藤 (conflict)
 - **学習 (learning)**: 生得でない行動を後天的に獲得
 - **人格 (personality)** → 次スライド

2



5段階欲求説

- マズロウ (A. Maslow) は、動機が5段階の階層からなるという「5段階欲求説」を提唱。以下の順に、下位にある生理的欲求 (食欲など) が満たされると、次第に高次の欲求へと移行し、自己実現欲求 (自分に最も相応しい人生の舞台で自己の最大限の可能性を発揮したい) を達成して人格が完成
 - 生理的欲求
 - 安全欲求
 - 所属及び愛情欲求
 - 尊重欲求
 - 自己実現欲求

3



人格 (personality)

- 個人ごとの感情, 動機づけ, 行動の仕方に一貫した特徴
- 性格 (character) と気質 (temperament) は人格の一部
- ロールシャッハ, YG, 内田クレペリンなど古典的な「性格診断」は科学的根拠無し (村上宣寛『心理テスト』はウソでした 受けたみんなが馬鹿を見た』日経BP, 2005)。
- 科学的根拠のある性格因子は以下
 - **ビッグ・ファイブ仮説**: 基本的性格が外向性 (extraversion), 協調性 (agreeableness), 勤勉性 (conscientiousness), 情緒安定性 (emotional stability), 開放性 (openness to experience) の5因子 (cf. Barrick MR, Mount MK: *Personnel Psychology*, 44: 1-26, 1991.)
 - **タイプA行動パターン**: 競争心や攻撃性が強く時間の切迫感をもちながら努力する (Friedman M, Rosenman RH, *JAMA* 169: 1286-96, 1959)。USAでは虚血性心疾患ハイリスク
 - **ハーディネス**: ストレス条件下での積極性, コントロール感覚, 変化や挑戦を楽しむ姿勢 (Kobasa SC, J. *Personality and Social Psychology*, 37: 1-11, 1979)。ストレスに強い
 - **grit**: 長期間我慢強くゴールに向かって努力し続ける性質 (TEDでのAngela Duckworthの2013年講演: https://www.ted.com/talks/angela_lee_duckworth_the_key_to_success_grit)

4



社会の中での人間～社会心理学

- ヒトは社会集団の中で生きていて、他者との出会いや交流が日常的にある
- 他者と関わる場面できれいやすい行動がある
 - **自己のアイデンティティ**: 自分自身の行動や人格, 所属する集団等の知識が整理されている構造に基づく
 - **社会化**: 集団内では多くのメンバーが互いにこうするのが望ましいという期待をかけているので, それを学習し, それに沿った行動パターンをとるようにすること (一般用語でいえば, 空気を読んで同調圧力に従うこと)
 - 社会化が起こると個人のアイデンティティと集団の社会的アイデンティティを重ねるようになる
- **社会的支援**: 集団メンバーが困難や苦しみが生じた時に同じ集団メンバーから受けられる手助けやアドバイス。精神の健康を保持増進する上で重要。(cf. weak ties)
- (参考) 竹村和久 (編著)『社会心理学の新しいかたち』誠信書房, 2004年

5



精神と身体

- 脳と身体は神経伝達やホルモン調節を介して関連あり。
 - 大脳新皮質には約140億の神経細胞
 - 個々の神経細胞には平均して1万のシナプス
 - 精神活動=脳の高次機能。主として大脳新皮質連合野に局在。記憶は海馬など大脳辺縁系も。
- 欲求と適応
 - ヒトの欲求=一次欲求 (生理的欲求) + 二次欲求 (自我欲求と社会的欲求)。後者が大脳依存。
 - 欲求が満たされない→**欲求不満**。そのとき欲求を断念するのは**防衛機制**。欲求のための努力は**合理的機制**。目標を諦めて別の満足に逃げるのは**代償機制** (cf. 昇華)。
 - うまく**機制がとれない=不適応**。**適応困難=ストレス状態**
- **ストレス対処 (stress coping)**には周囲の支援が重要
- ストレスは唾液アミラーゼ濃度等生体試料や質問紙などで評価できる。労働で受ける**ストレス**について, 2015年12月1日から50人以上の事業所で**57項目の質問紙によるチェックが義務化**された (<http://kokoro.mhlw.go.jp/etc/kaiseianehou.html>; 前回説明済)

6



精神保健の課題

- ライフステージ別の問題とサポートニーズ
- 精神保健福祉法第3条「国民の義務」
 - 国民は、精神的健康の保持及び増進に努めるとともに、精神障害者に対する理解を深め、及び精神障害者とその障害を克服して社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をしようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。
- 精神の測定 (正常・異常の2値判定が目的ではない)
 - 面接 (面接者と被面接者のラポールが重要) や質問紙 (性格因子←ビッグファイブ, ストレス←PSS, 認知機能←MMSE, 抑うつ状態←GDS, CES-D, SDS, DSD, THI-D, HADS, EPDS, MOS-8, PHQ, MDI, BDI-PC, DMI-10等多数) (ref) Mitchell AJ, Coyne JC (2010) *Screening for depression in clinical practice: An evidence-based guide*. Oxford Univ. Press
 - 適切な (簡便で感度や特異度が高い) 質問紙のニーズ。自殺のリスク因子としての抑うつ状態のスクリーニング用 (cf.) 筒井末春・中野弘一「うつ状態自己評価表」SQR-D, 東邦大 <http://www.pref.oita.jp/uploaded/attachment/153421.pdf> (大分県資料)

7



うつ状態の質問紙の例

- Zung WVK の SDS: 「気が沈んで憂うつだ」等の20項目につき, めったにない, ときどき, しばしば, いつもの4段階評価。質問1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19は「めったにない」が1で「いつも」が4点。他の質問は逆の点数。合計50点以上はうつ傾向
- (2020年3月4日まで質問項目を掲載しておりましたが, 質問紙の著作権を有する三京房様より著作権侵害であるとのご指摘を受け, 講義目的としてはたんなる例示の意図しかなく, 質問項目を掲載する必要は元々ないため, 削除しました。三京房様をはじめ, 関係各位にはご迷惑をおかけし申し訳ありませんでした。)

8

群馬大学医学部公衆衛生学教室で開発された「こころのチェックシート」

https://gair.media.gunma-u.ac.jp/dspace/bitstream/10087/6689/1/62_41.pdf



図1 こころのチェックシート。実際はA4用紙に印刷されている。

精神障害の現状と動向

- 受療率(3年ごとの「患者調査」により全国の病院・診療所から層化無作為抽出、3日中1日の利用者を調査。1ヶ月間の退院患者も調査。直近は2017年だが未集計。以下は2014年データ)
 - 全疾患では入院1038, 外来5696(人口10万対)。入院は90歳以上、外来は80~84歳が最高値
 - 傷病分類別:入院は精神及び行動の障害が最高値(209)で循環器疾患189, がん114, 感染症16。外来は消化器1031, 筋骨格系・結合組織691, 循環器734より低く203とがん182と同程度
- 病床数等
 - 精神病床数は34万床弱(減少傾向)。人口当たりでは九州に多く、鹿児島と長崎は全国平均の倍以上。精神病床の一日平均入院患者数は29.5万人。平均入院日数は281.2日(10年で1ヶ月以上短縮したが全病床平均29.9日の10倍近い。長期入院者が多い)
- 分類
 - 原因による:内因性、外因性、心因性
 - 症状による:ICD-10よりもDSMが中心。DSMは多軸診断(※2013年5月にDSM-Vが正式発表された)

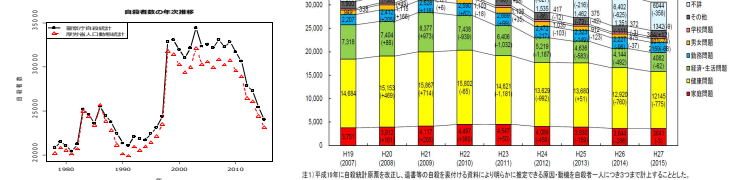
主な精神科疾患

- 統合失調症:**有病割合が人口の0.7%。性差なし。精神科入院患者の過半数。妄想、幻聴、思考途絶、連合弛緩などが特徴。2002年までは精神分裂病と呼ばれた。運転免許制限(道路交通法/施行令)。
- 気分障害:**有病割合は人口の1~5%。女性に多。自殺企図がなければ外来で薬物療法。1998年から急増した自殺の背景として注目(cf.2006年自殺対策基本法)。睡眠障害がサインとして注目。うつ病(major depression)、双極性感情障害(躁うつ病)など。(cf.「新うつ病」)
- てんかん:**反復性てんかん発作が主徴。症候性/特異性。多くは抗てんかん薬でコントロール可能。稀に難治性。有病割合0.5~0.8%。差別問題(筒井康隆『無人警察』、運転免許[制限あり]関連の議論、雇用差別等)
- 知的障害:**2005年調査で54.7万人、うち在宅41.9万人。社会参加のための授産施設、障害者雇用促進法、神戸大学「音遊びの会」
- 認知症:**脳の器質性障害で知能が持続的低下。40~60%が脳血管性(男性に多)、20~30%がアルツハイマー型(女性に多)。加齢とともに増加するため、人口構造の高齢化で増加。2005年まで「痴呆」

自殺者数の動向

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihakukushi/jisatsu/

- 警察庁の自殺統計(外国人も含む、発見地、死体認知時)と厚労省の人口動態統計(日本人のみ、住所地、死亡時、死亡診断書または死体検案書で死因に自殺と記載)2種類
- アジア通貨危機→第二次平成不況の泥沼から1998年に急増して3万人/年を超えた。以後2011年まで年間3万人超
- 原因の第1位は健康問題
- 2011年は5月、2012年以降は3月がピーク、12月が最少
- 2012年から2万人台に低下、2015年は24,025人(警察庁)



http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyo/kyokushougai/hokenfukushihu/h27/kakutei-sankou2.pdf 内閣府自殺対策 web は厚生労働省に移転した(右上図は3つまで複数原因があるので延べ)

自殺の予防

http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/index-w.html

- 自殺対策基本法(2006年成立)→自殺総合対策大綱、自殺対策白書
 - [目的]自殺対策の基本理念を定め、国、地方公共団体、事業主、国民のそれぞれに責務を明らかにするとともに、自殺対策の基本となる事項を定めること等により、自殺対策を総合的に推進して、自殺防止と自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与する
- 自殺総合対策大綱における3つの基本認識 (cf.)うつにおける希死念慮
 - 〈自殺は追い込まれた末の死〉
 - 〈自殺は防ぐことができる〉
 - 〈自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している〉
- 自殺総合対策における6つの基本的考え方→青少年(30歳未満)、中年、高齢者(65歳以上)各世代ごとの自殺の特徴を踏まえた対策
 - 1 社会的要因も踏まえ総合的に取り組む
 - 2 国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む
 - 3 自殺の事前予防、危機対応に加え未遂者や遺族等への事後対応に取り組む
 - 4 自殺を考えている人を関係者が連携して包括的に支える
 - 5 自殺の実態解明を進め、その成果に基づき施策を展開する
 - 6 中長期的視点に立つて、継続的に進める

精神保健福祉活動

- 対象は国民全員(精神障害者だけでなく)
- 保健所と精神保健福祉センター(保健所を指導・技術援助する専門機関、各都道府県1つ以上)が中心
- 入院制度:病識の欠如により2次予防困難な場合のため
 - 措置入院:2名以上の精神保健指定医が自傷他害の恐れありと判定すると都道府県知事が入院を強制できる。同意不要
 - 緊急措置入院:1名の精神保健指定医が自傷他害の恐れが著しいと判断した緊急時、72時間以内、都道府県知事の権限
 - 応急入院:1名の精神保健指定医が入院しないと患者の医療及び保護を図る上で著しく不都合があると判定した場合、72時間以内。精神病院管理者の権限。同意不要
 - 医療保護入院:本人に病識がないなどの場合、家族等(*)のうちいずれかの者の同意に基づく(*)配偶者、親権を行う者、扶養義務者及び後見人又は保佐人。該当者がいない場合は市町村長
 - 任意入院:本人の同意に基づく(他の疾患同様)
- 医療保護入院患者のいる精神科病院管理者は、退院後生活環境相談員(精神保健福祉士等)設置義務、地域援助事業者との連携努力あり(2013年~)

法制のまとめ

- 精神保健福祉法:1950年に私宅監禁を禁じ、精神衛生相談所と精神衛生センターの設置を定めた精神衛生法として成立。1984年宇都宮病院事件があったため、1988年に患者の人権に配慮した精神保健法になり、1995年から福祉視点重視の現行法へ(直近の改正は2016年6月、2017年4月施行で地域重視)

http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S25/S25HO123.html

 - 精神保健福祉法の1998年施行以来、PSWが国家資格化
- 障害者総合支援法:2005年制定。直近の改正は2017年6月(2013年4月から、障害者自立支援法がこのように改称された)。障害者基本法の理念に則り、(中略)障害者及び障害児が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、**障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的(第1条)**

http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H17/H17HO123.html
- 心神喪失者等医療観察法:2003年制定。直近の改正は2017年6月。精神保健指定医の規定、外来による治療中の精神保健観察規定、そのための実施計画に基づく地域での受け入れなど。

http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H15/H15HO110.html
- 自殺対策基本法:2006年制定。直近の改正は2016年3月。近年の改正は地域における対策の強化

http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H18/H18HO085.html

(参考: http://www.nhk.or.jp/kaisetsu-blog/400/247374.html)

今後の対策課題

- 早期発見と受診経路の確立
 - 受療率<<有病割合
 - →アウトリーチ活動や相談窓口、啓発活動
 - 専門医受診を躊躇する偏見の打破
- 誰が医療費を負担するのか
 - 患者の同意によらない治療がありうる特殊性
 - ・ 精神保健福祉法30条により公費負担
 - 公費通院制度の適用対象、適用範囲が不明確だったので32条削除
 - 運用の変更は厚労省通知(2002年)による。なし崩し的な弱者切り捨ての危険
- 患者の人権と公共の福祉:理想は両立
 - しばしば相克。医療観察法の「実施計画」は可能?
 - 長期入院を減らし、地域ケアの方向へ(可能か?)
- 認知症施策:新オレンジプラン(2015年)→これの主旨も地域ケア環境作り

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236.html
- 精神保健福祉資料

https://www.youtube.com/watch?v=3aONBICDbc0