



## 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 (アルツハイマー型認知症)
- 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/>

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因子からなる (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

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とりやすい行動がある
    - **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なること (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)

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

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 等多数)
  - 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.) 東邦大学筒井未春氏「うつ状態自己評価表」  
[http://www.ikedahp.com/L\\_rihabiri/tiikir\\_center/hyouka/tutui.htm](http://www.ikedahp.com/L_rihabiri/tiikir_center/hyouka/tutui.htm)

7



## うつ状態の質問紙の例

- Zung WWK 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

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

こころのチェックシート. Table with 4 columns: Question, Answer options, and checkboxes. Includes sections for self-assessment and professional assessment.

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。



## 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。
てんかん:反復性てんかん発作が主徴。症候性/特発性。多くは抗てんかん薬でコントロール可能。
知的障害:2005年調査で54.7万人。うち在宅41.9万人。
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)。



## 自殺の予防

- 自殺対策基本法はある
2012年に久しぶりに3万人未満になり、2013年も継続して減少。(cf.月別推移グラフ)
原因は様々
- 生活苦、及びそれに起因するうつ病(以下同様)
- 病苦
- リストラなどによるストレス
- 高齢者虐待
- 学校におけるイジメ、虐待
解決にはコミュニティや社会のあり方が重要



## 法制

- 精神保健福祉法:1950年に私宅監置を禁じ、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2013年6月)
障害者総合支援法:2005年制定。直近の改正は2012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)。
心神喪失者等医療観察法:2003年制定。直近の改正は2013年6月。
自殺対策基本法:2006年制定。今まで改訂なし。



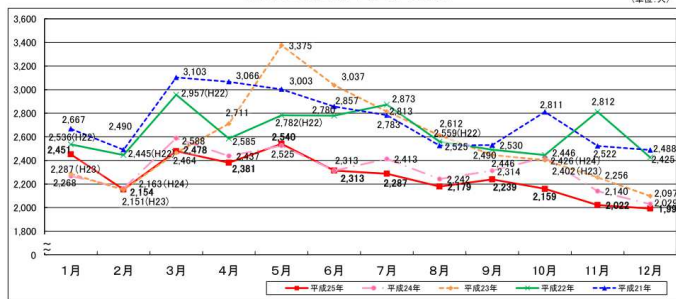
## 精神障害の現状と動向

- 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2011年で、石巻、気仙沼、福島県を除く)
- 全疾患では入院1068、外来5784(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(225)で循環器疾患200、がん120、感染症18。外来は消化器1036、筋骨格系・結合組織798、循環器755よりずっと低く、176とがん175と同程度
病床数等(2009年病院報告)
- 精神病床数は約35万床。精神病床の一日平均在院患者数は31.3万人。平均在院日数は307.4日(短縮傾向だが一般病床平均が18.5日なのでずっと長い。5年以上の長期入院者が4割以上)
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)



## 自殺者数の動向

- (2014年1月16日速報)2013年の年間自殺者数は27,195人(男性18,727人、女性8,468人)、10年ぶりに3万人を切った2012年よりさらに減少
http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/pdf/saishin.pdf
月別自殺者数の推移(総数)



## 精神保健福祉活動

- 対象は国民全員(精神障害者だけでない)
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:病識の欠如により二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、保護者の同意に基づく
- 任意入院:本人の同意に基づく(他の疾患同様)



## 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32条の運用による公費負担増大
- 公費通院制度の適用対象、適用範囲が不明確
- 運用の変更は厚労省通知(2002年)による。なし崩しの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?