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/

精神保健と心の働きの理解

- 精神状態の要素
  - **<u>意識</u>** <u>(consciousness)</u>：外的刺激に対して個人が反応する程度。
  - **<u>知覚</u>** <u>(perception)</u>：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
  - **<u>感情</u>** <u>(emotion/feeling/affection)</u>：選好，評価，気分，情動に分類される
  - **<u>動機づけ</u>** <u>(motivation)</u>：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）
  - **<u>学習</u>** <u>(learning)</u>：生得でない行動を後天的に獲得
  - **<u>人格</u>** <u>(personality)</u>→ 次スライド

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「**<u>5 段階欲求説</u>**」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

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『<u>「心理テスト」はウソでした　受けたみんなが馬鹿を見た</u>』日経 BP, 2005 ）。
- 科学的根拠のある性格因子は以下
  - **<u>ビッグ・ファイブ仮説</u>**：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. ）
  - **<u>タイプA行動パタン</u>**：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
  - **<u>ハーディネス</u>**：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
  - **<u>grit</u>**：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 ）

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
  - **<u>自己のアイデンティティ</u>**：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
  - **<u>社会化</u>**：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
- **<u>社会的支援</u>**：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 ）

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→**<u>欲求不満</u>**。そのとき欲求を断念するのは**<u>防衛機制</u>**。欲求のための努力は**<u>合理的機制</u>**。目標を諦めて別の満足に逃げるのは**<u>代償機制</u>**（ cf. 昇華）。
  - うまく**<u>機制がとれない＝不適応</u>**。**<u>適応困難＝ストレス</u>**状態
- **<u>ストレス対処</u>** <u>(stress coping)</u>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**<u>ストレス</u>**について，2015 年 12 月 1 日から 50 人以上の事業所で **<u>57 項目の質問紙によるチェックが義務化</u>**された（**<u>労働安全衛生法</u>**→ http://kokoro.mhlw.go.jp/etc/kaiseianeihou.html ）

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
- <u>精神保健福祉法</u>第 3 条「国民の義務」
  - 国民は、<u>精神的健康の保持及び増進に努める</u>とともに、<u>精神障害者に対する理解を深め</u>、及び精神障害者がその障害を克服して社会復帰をし、<u>自立と社会経済活動への参加をしようとする努力に</u>対し、<u>協力</u>するように努めなければならない。
- <u>精神の測定（正常・異常の2値判定が目的ではない）</u>
  - 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）

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。）

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

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 2014 年）
  - 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 よりずっと低く 203 とがん 182 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）

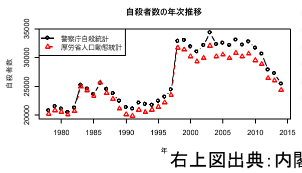
主な精神科疾患

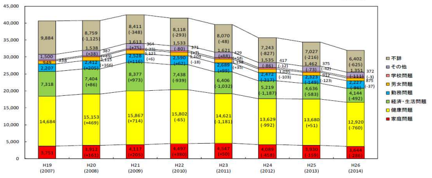
- 統合失調症：有病割合が人口の 0.7%，性差なし。精神科入院患者の過半数。妄想，幻聴，思考途絶，連合弛緩などが特徴。2002 年までは精神分裂病と呼ばれた。運転免許制限（道路交通法／施行令）。
- 気分障害：有病割合は人口の 1 ～ 5%。女性に多。自殺企図がなければ外来で薬物療法。1998 年から急増した自殺の背景として注目（cf. 2006 年自殺対策基本法）。睡眠障害がサインとして注目。大うつ病（major depression），双極性感情障害（躁うつ病）など。（cf. 「新型うつ」）
- てんかん：反復性てんかん発作が主徴。症候性／特発性。多くは抗てんかん薬でコントロール可能。稀に難治性。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://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/

- 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書かれているもの）の2種類がある
- 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 年速報値では 2 万 4 千人弱





右上図出典：内閣府自殺対策 web より「平成 26 年の状況　参考図表」（警察庁自殺統計原票より内閣府作成のもの）

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、国民のそれぞれの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），中高年，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 中長期的視点に立って、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）

法制のまとめ

- 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 2015 年 9 月）
  http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S25/S25HO123.html
- 障害者総合支援法：2005 年制定。直近の改正は 2014 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 2014 年 6 月（未施行）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 2015 年 9 月（未施行）直近の改正内容は，自殺総合対策会議を内閣府から厚労省に所掌を移すこと
  http://law.e-gov.go.jp/announce/H18HO085.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 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？）