

精神 医学

メディカル
スタッフの
ための

改訂2版

[編集]

徳島大学教授 谷岡哲也
徳島大学教授 沼田周助
徳島大学教授 友竹正人
徳島大学教授 安原由子
高知大学教授 大坂京子

中外医学社

序 文

本書は、将来、看護師・保健師・理学療法士・作業療法士・精神保健福祉士・薬剤師になる学生に必要なとされる最新の精神医学の知識を各分野に精通した専門家が解説した新しいテキストです。編集方針としては、わかりやすく平易な文章にすることを心がけました。

また、前述した専門職の国家試験出題基準を参考に構成しており、国家試験の受験に必要な精神医学の知識を過不足なく掲載しました。疾病及び関連保健問題の国際統計分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 「ICD-11」）にも準拠しています。

精神科医療を取り巻く環境は日々変化しています。厚生労働省は2013年度より、地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき4大疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）に精神疾患を加え5大疾病と決めました。また、頻発する自然災害後の心的外傷後ストレス障害、職場でのうつ病、高齢化に伴う認知症患者の増加、新型コロナウイルスによる不安やストレスなど、これらは身近で起こりうるものです。精神疾患は生涯にわたり治療が必要になる疾患ばかりではありません。症状の波はあっても服薬やリハビリテーションを続けながら地域社会で生活することが基本となります。

精神疾患は誰にでも起こりうる疾患であり、決して差別や偏見を受けるものではなく、すべての医療福祉現場で働く人は正しい知識を持っていなければなりません。その意味でこの本は、医療福祉現場で働く方にとっても最新の知識を提供すると考えております。

最後になりましたが、本書の出版にあたり、お忙しい中ご執筆いただきました先生方、および発行いただく中外医学社の方々に感謝の意を表し、序文とさせていただきます。

2020年11月

編集者一同

II

精神保健

1. 精神保健の基本的な考え方

◆精神保健とは

英語では mental health. 直訳すると精神健康だが、精神保健（精神の健康を保つ）と意識されている。精神保健は、目的によって、狭い意味と広い意味がある。

(1) 狭い意味の精神保健

精神疾患の予防および治療が目的。

カプラン (Caplan, G.) は次の3つの予防の考えを提案した。

- **第1次予防**: 病気になることを予防して、人口内の発病する患者の比率（発生病率 incidence）を減らす。
- **第2次予防**: 病気を早期発見し早期治療（介入）して、人口内の病気の人の比率（有病率 prevalence）を減らす。どんな病気も治療が遅れると予後は悪くなる。日本では、統合失調症が発病してから治療開始まで平均1年以上もかかっている。
- **第3次予防**: リハビリテーションと再発の予防により後遺症や生活障害を軽くする。医療だけでなく、福祉も重要となる。

(2) 広い意味の精神保健

すべての人（健康な人も含めて）**図1**の精神的健康を守り、保ち、向上させることが目的である。(1)の病気を予防し健康を維持することだけではなく、さらに積極的に健康を強化し、健康度を向上することが目的である。

WHO（世界保健機関）では、「健康とは、身体的、精神的、社会的に完全に良い状態であり、単に病気でないとか虚弱でないことではない。」と定義している。つまり、精神的に健康でなければ、健康はあり得ない。

(3) 精神の健康

そして、「精神的健康とは、単に精神疾患でないということではない。自らの力を認識し、人生でふつうにあるストレスを乗り越えられ、生産的に実り多く働

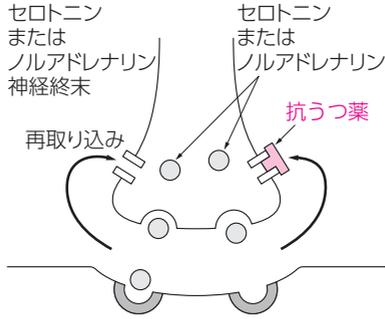


図4 抗うつ薬 (SSRI, SNRI) の作用機序

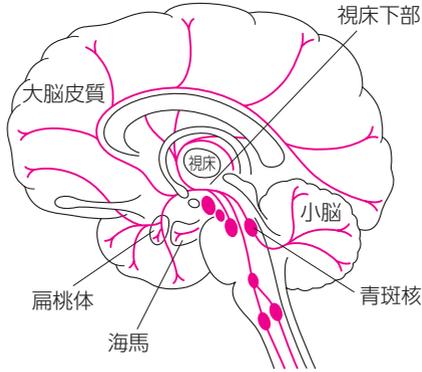


図5 ノルアドレナリンニューロン系

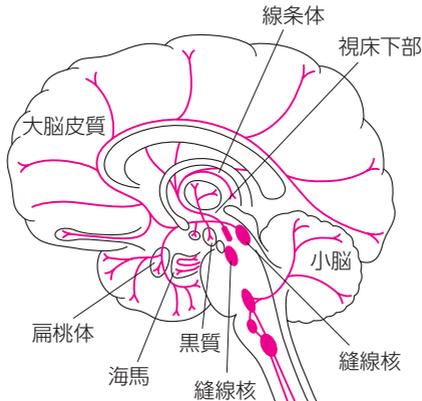


図6 セロトニンニューロン系

D 気分症

気分症（気分障害）とは、かつて躁うつ病とよばれた、気分・感情の障害を主としてそれに意欲や思考の障害、種々の身体症状を伴う疾患群である。重症になると、一時的に妄想や幻聴などの精神病症状を伴うことがある。回復すれば機能障害を残さず、病前の状態に戻ることが多い。

1 病型

気分症はうつ状態のみの抑うつ症（うつ病など）と、うつ状態と躁状態あるいは軽躁状態の両方のエピソードを併せ持つ双極症または関連症群とに大別される。

◆うつ病

好発年齢は20～30歳代の他、50～60歳代の壮年期での発病も多い。12カ月有病率は1～8%、生涯有病率は3～16%と高い。男性に比べて女性に多い。うつ病は有病率の高いごく身近な精神疾患であり、それだけにうつ病によってもたらされる社会経済的な損失は大変大きい。

◆双極症（双極性障害）

初発年齢は20歳代が最も多く、一般にうつ病よりも若く発症する。日本での12カ月有病率は、およそ0.7%程度とされうつ病よりも少ない。男女差はない。

とくに若年で発症したうつ病患者が経過中に躁状態や軽躁状態となり、のちになって双極症であったと判明する例がしばしばある。

2 症状

〔表1〕に示すように、うつ状態とは気分・感情、意欲、思考が低下した状態であり、躁状態・軽躁状態とはそれらが亢進した状態である。

表1 うつ状態および躁状態における気分・感情、意欲、思考

	うつ状態	躁状態
気分、感情	↓	↑
意欲	↓	↑
思考	↓	↑

◆うつ状態

(1) 気分・感情の障害

抑うつ気分：1日中いやな気分が続き、どんなに好きなことをしても全く気が晴れない。朝起きた時が一番ひどく、憂うつ感、悲哀感、厭世観、絶望感などで表現される。患者は「落ち込んでいる」「滅入っている」「無性に寂しい」などと訴える。

(2) 意欲の障害

精神運動制止：気力のない状態で、動作がいつもよりゆっくりになる。患者は「気力が出ない」「何をしてもおっくう」などと訴える。仕事も、家事も、趣味さえもおっくうになる。いつも楽しみにしていたテレビや、毎朝読んでいた新聞にも興味や関心を失う。人に会うのもわずらわしく感じ、閉じこもりがちになる。

(3) 思考の障害

a) 思考制止

頭の働きのいつもよりゆっくりになり、考えが前に進まない。患者は「考えがまとまらない、進まない」と訴える。判断力が低下し、いつもならすぐ決断できることでも迷ってしまい、なかなか決められない。会話においてもなかなか言葉が出てこずに返答が遅くなる。この症状のために、高齢者のうつ状態が認知症と間違われることがある。

b) 微小妄想

物事を現実よりも悪くとらえて信じ込み訂正がきかない。罪業妄想（何か罪深いことをしてしまった）、貧困妄想（お金がない、破産してしまう）、心気妄想（重大な体の病気にかかっている）がある。

c) 希死念慮

死にたいと考える。自殺は、病初期と回復期に多く、とくに病状が少しよくなってきたときに注意が必要である。

5 成年後見制度と民事精神鑑定

成年後見制度とは、認知症、知的障害、精神障害など、判断能力が不十分な人を保護し、支援するための制度である。1999（平成11）年の民法改正で従来の禁治産・準禁治産制度が成年後見制度に改められ、2000（平成12）年4月に施行された。

成年後見制度は、**法定後見制度**と**任意後見制度**に大別され、後見人等が行う後見事務の内容は主に財産管理と身上監護とからなる。

◆法定後見制度

法定後見制度では、本人、配偶者、四親等内の親族、検察官、市町村長などが家庭裁判所に申立てをし、本人の判断能力に応じて、家庭裁判所が選任した成年後見人等（成年後見人・保佐人・補助人）が本人を保護し、支援する。判断能力の程度に応じて、**後見**、**保佐**、**補助**の3つの類型があり、これらの類型により、後見人等の権限の範囲が異なる（表2）。権限には、代理権、同意権、取消権がある。同意権とは、本人が法律行為を行う時には、成年後見人等の同意を必要とし、取消権とは、成年後見人等の同意なしに本人が法律行為を行った場合には、本人・成年後見人等がその法律行為を取り消すことができるものである。

◆任意後見制度

任意後見制度は本人があらかじめ将来判断能力が低下した場合に備えて、自らが代理人（任意後見人）を指定し、任意後見契約を公証人の作成する公正証書で結んでおく制度である。本人の判断能力が低下した場合には、任意後見人が家庭裁判所に申立て、任意後見監督人の選任を受け、その監督のもとで、後見事務を行う。

◆財産管理と身上監護¹³⁾

財産管理とは、本人に代わって財産の管理を行うことで、財産を維持することだけでなく処分することも含まれる。その内容は日常生活の金銭管理から重要財産の処分まで多岐にわたる。

身上監護とは、本人の生活や健康に配慮し、安心した生活が送れるように契約