

# 基礎研 レポート

## 精神医療の現状（前編）

「世界没落体験」とは何か？

保険研究部 上席研究員 篠原 拓也

(03)3512-1823 tshino@nli-research.co.jp

### 0—はじめに

精神医療について、皆さんは、どんなイメージを持っているだろうか。何だかよくわからないと思っている人、恐そうだからと敬遠している人、自分には無関係だとスルーしている人が、結構多いのではないだろうか。

精神医療になじみが薄い原因の1つとして、特徴的な用語が多くてわかりにくいことが考えられる。精神医学に関する書籍や資料をみていくと、「予期不安」、「希死念慮」、「場面緘黙(かんもく)」、「考想伝播」など、日頃あまり目にすることのない言葉に行きあたる。中には「世界没落体験」などという、SF小説にでも出てきそうなおどろおどろしい専門用語も出現する。そのことが、精神医療は一般社会とはかけ離れたどこか別の世界のもの、という印象を人々に抱かせてしまうのかもしれない。

精神医療では、脳の神経に関連したところの病気を取り扱う。他の医療のように明確な病巣や病原菌に対処するわけではなく、病気の原因がはっきりしないこともある。このため医療を行う際には、まず医師による患者への問診や患者の様子を観察をもとに、病状をしっかりと把握する必要がある。

また、精神医療の治療は、原則として、手術や放射線治療などの代わりに、精神療法と薬物療法がメインとなる。薬剤は、風邪薬のように4、5日飲めばすぐ効果が出るというようなものだけではなく、むしろ数ヵ月から数年に渡って服用を続けることが一般的となる。薬が効き始めるまでに数週間を要することも、よくみられる。このため、病気が完全に治るまでには、長い期間が必要となる。また、治療目標を完治とするだけではなく、寛解(症状の軽減や消失)を目指す医療も行われる。

このように、精神医療には、通常の医療とは異なる特徴が、いくつかみられる。

一方で、社会の多様化や人間関係の複雑化を受けて、「うつ」などのメンタルヘルスの不調を訴える人は年々増加している。今後は、人口の高齢化に伴い、認知症患者も急増していくと予想されている。

これらの問題を考える上で、精神医療の状況を知っておくことは重要となりつつある。

そこで、本稿と次稿では、こうした精神医療の現状について、要点をみていくこととしたい。

## [目次]

<b>0</b> —はじめに .....	1
<b>1</b> —精神医療とは .....	3
1   精神医療は、主に脳の神経細胞を対象とする .....	3
2   神経伝達物質によって神経細胞間の情報伝達が行われている .....	3
3   神経伝達物質の働きが乱れると正常な精神状態が損なわれる .....	4
4   精神医療の病気は多種多様 .....	4
<b>2</b> —精神医療の規模 .....	5
1   こころの病気を患う人は増加している .....	5
2   精神科医が医師全体に占める割合は、徐々に上昇している .....	7
3   精神科と神経内科では、取り扱う病気が異なる .....	8
4   精神医療を行う施設ではクリニックが増加している .....	8
5   精神病床は減少しているが、全病床に対する割合はほぼ横這い .....	9
6   精神医療では、医師以外にも多くのコメディカルスタッフが活躍している .....	10
<b>3</b> —精神医療における病気 .....	12
1   気分障害は、抑うつ性障害と双極性障害に分けられる .....	12
2   統合失調症は症状が多様で、患者によってさまざまな経過をたどる .....	14
3   不安障害は、パニック障害や心的外傷後ストレス障害など近年注目度が高まっている病気が多い ..	16
4   認知症は、人口の高齢化とともに患者が増加している .....	19
5   その他にも、神経発達障害、睡眠・覚醒障害など、こころの病気には多くの種類がある .....	21
<b>4</b> —おわりに .....	26

## 1—精神医療とは

まず、精神医療とはどういうものか、そこからみていくこととしよう。

### 1 | 精神医療は、主に脳の神経細胞を対象とする

そもそも、精神とは何だろうか。多分に、哲学的な問いである。辞書で精神という言葉調べてみると、いくつかの語釈がある。その最初に、「(物質・肉体に対して) 心。意識。たましい。」とある<sup>1</sup>。精神には、こころという意味があるわけだ。つまり、精神医療は、「こころの医療」ということになる。

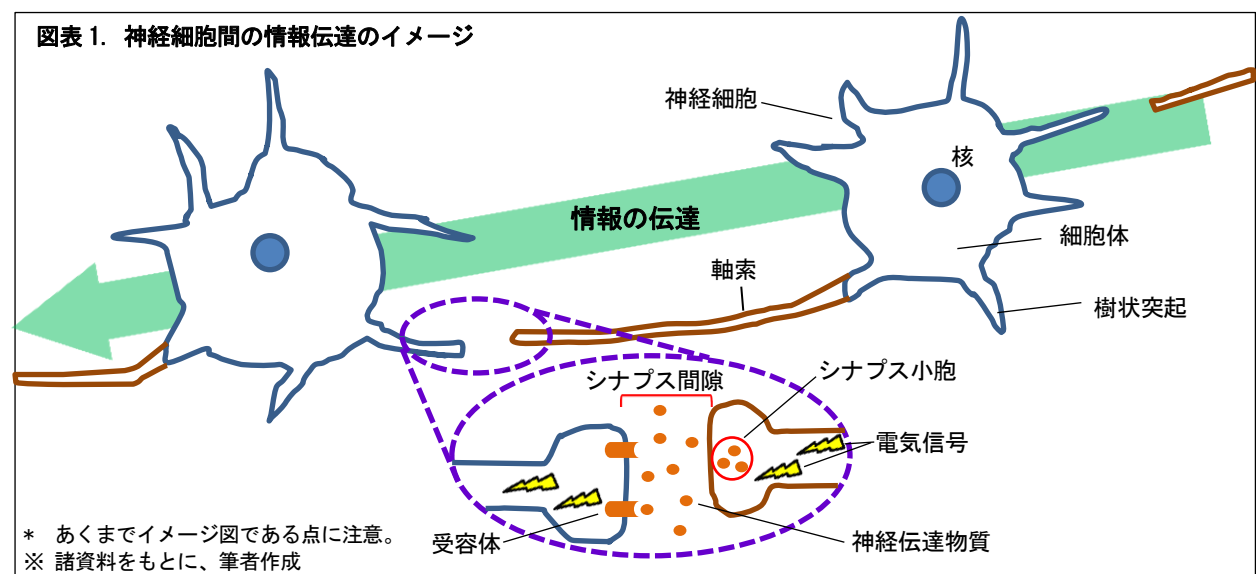
こころがふさいだり(気分障害)、こころに妄想を抱いたり(統合失調症)、こころの中に不安や恐怖をかかえたり(不安障害)して、精神が異常な状態、すなわち「こころの病気」になることがある。こうした、こころの病気を取り扱う医療が精神医療といえる。

こころは、目に見えない。このため、かつて、こころの病気は悪霊や悪魔、もしくは何らかの動物にとりつかれたものという呪術的・宗教的な考え方が主流であった。しかし、古代ギリシャのヒポクラテスは、初めて病気を科学的に解釈した。中世のヨーロッパでは、こころの病気の患者への差別や拘束が行われたが、人道的な治療を行う動きも出てきた。そして、科学や医学の進化とともに、こころを司る脳の研究が進み、脳の機能がこころに影響を与えることが、少しずつ明らかにされてきた。その結果、こころの病気は、脳の機能不全が主な原因である、と考えられるようになってきた。

脳には、多くの神経細胞が集中している。複数の神経細胞が情報を伝達しあうことで、さまざまな精神活動や身体活動が行われている。現在の精神医療は、脳の神経細胞の情報伝達を対象としている。

### 2 | 神経伝達物質によって神経細胞間の情報伝達が行われている

脳には、500~1,000億個以上もの神経細胞がある。かつては、神経細胞同士はつながっていると考えられていた。その後研究が進み、神経細胞の間に「シナプス間隙(かんげき)」という、すき間があることがわかった。ただし、その幅は20~30ナノメートル(1ナノメートル=100万分の1ミリメートル)に過ぎない。1906年にノーベル生理学・医学賞を受賞したS. カハルは、シナプス間隙の存在を予想していた<sup>2</sup>。しかし、実際にそれを目で確認できたのは、1950年代の電子顕微鏡の登場以降であった。光学顕微鏡では、光の波長(100ナノメートル程度)より小さなものは見られなかったためである。



<sup>1</sup> 「広辞苑 第七版」(岩波書店)より。

<sup>2</sup> この説は、「ニューロン説」と呼ばれる。

神経細胞内で、情報は電気信号として伝達される。これは、脳波と呼ばれている。ただし、シナプス間隙があるため、電気信号のままでは次の神経細胞に情報が伝わらない。そこで神経細胞の終末部に電気信号が到着すると、シナプス小胞と呼ばれる袋から神経伝達物質という化学物質がシナプス間隙に放出される。この神経伝達物質が次の神経細胞の表面にある受容体(レセプター)で受け取られると、その神経細胞内で電気信号を発する。こうして、複数の神経細胞による情報の伝達が進められる。

### 3 | 神経伝達物質の働きが乱れると正常な精神状態が損なわれる

神経伝達物質には、数百以上の種類があると推測されている。このうち、約 60 種類の物質については、役割が解明されている。神経伝達物質の働きが乱れると、正常な精神状態が損なわれるとみられている。代表的な神経伝達物質として、セロトニン、ノルアドレナリン、ドーパミンが挙げられる。

図表 2. こころの病気に関する神経伝達物質 (代表的なもの)

	化学式	働き	精神医学との関係
セロトニン	C <sub>10</sub> H <sub>12</sub> N <sub>2</sub> O	落ち着き・幸福感	不足すると抑うつ気分・不安が強くなる
ノルアドレナリン	C <sub>8</sub> H <sub>11</sub> NO <sub>3</sub>	意欲・集中力	多すぎると不安や恐怖が強くなる
ドーパミン	C <sub>8</sub> H <sub>11</sub> NO <sub>2</sub>	運動・快楽	不足するとパーキンソン病、多すぎると幻覚

\* 上記3つの物質は、いずれもアミノ基(-NH<sub>2</sub>)を1つ持つ化学構造のため、「モノアミン」と呼ばれている。

※ 「最新図解 やさしくわかる精神医学」上島国利 監修(ナツメ社)などを参考に、筆者作成

### 4 | 精神医療の病気は多種多様

精神医療が取り扱うこころの病気には、さまざまな種類がある。精神医学では、表面に表れた病状をもとに病気を分類している。世界的に利用されている分類は、「精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM<sup>3</sup>)」(アメリカ精神医学会)と、「ICD-10(国際疾病分類) 精神および行動の障害」(世界保健機構(WHO))である<sup>4</sup>。このうち DSM については、2013 年に最新版である DSM-5 が公表された。

#### (1) DSM-5 におけるこころの病気の分類

一口にこころの病気といっても、実に多様な種類がある。DSM-5 での分類は、次表のようになる。

図表 3. DSM-5 でのこころの病気の分類

DSM-5 の分類	主なこころの病気	本稿での分類
抑うつ性障害	大うつ病性障害、持続的抑うつ性障害、月経前不快気分障害	⇒ 気分障害
双極性障害	双極 I 型障害、双極 II 型障害、気分循環性障害	
不安障害	パニック障害、広場恐怖、社交不安障害、全般性不安障害、特定の恐怖症、分離不安障害、選択性緘黙(かんもく)	⇒ 不安障害
強迫性障害と関連障害	強迫性障害、身体醜形障害、ためこみ障害、むしり障害、抜毛障害	
心的外傷後ストレス因関連障害	心的外傷後ストレス障害、急性ストレス障害、適応障害	⇒ 統合失調症
統合失調症スペクトラムおよび他の精神病性障害	統合失調症、妄想性障害、統合失調感情障害	
神経認知障害	譫(せん)妄、大神経認知障害、軽神経認知障害	⇒ 認知症
神経発達障害	知的障害、コミュニケーション障害、自閉症スペクトラム障害、注意欠陥/多動性障害	⇒ その他
睡眠-覚醒障害	不眠性障害、過眠性障害、ナルコレプシー、呼吸関連睡眠障害、概日リズム睡眠-覚醒障害、睡眠随伴症	
物質使用と嗜癖の障害	物質使用障害、非物質関連障害	
解離性障害	離人/現実感喪失障害、解離性健忘、解離性同一性障害	
身体症状障害と関連障害	身体症状障害、疾病不安障害、機能的神経学的障害	
暴食および摂食障害	異食症、神経性食思不振症、神経性過食症	

※ 諸資料をもとに、筆者作成 (「本稿での分類」は、諸資料を参考に、筆者が行ったもの)

<sup>3</sup> DSM は、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders の略。

<sup>4</sup> WHO は、2018 年 6 月に、国際疾病分類の最新版である ICD-11 を公表した。今後、各国で、その適用に向けて翻訳等の作業が進められるものと考えられる。(本稿は、ICD-10 をベースに、統計データ等を概観していく。)

(2) こころの病気の分類方法の変更

精神医療では、病気の分類が重要となる。その分類が、患者への問診や患者の様子の観察をもとに診断を行う際の、基礎となるためである。なお、病態に応じて、診断結果は変わってくる。たとえば、「うつ病」と「うつ状態」の間に明確な境界線はない。うつの症状を呈する患者が、どちらに該当するかは、基準に照らして医師が診断することとなる。

かつては、分類の基準として、病気の原因が用いられていた。こころの病気には、大きく外因性、内因性、心因性の3つの原因があると考えられ、どれによるかを、医師が判断して分類していた。

図表4. 病気の分類方法の変更

かつての分類	病気の原因による分類	外因性原因	身体的な病気や中毒性物質などが脳に影響を与えて起こるもの
		内因性原因	生まれつきの体質が原因と推定されるが、まだ解明されていないもの
		心因性原因	心理的ストレスや環境的要因がその人の性格にも関わって起こるもの
現在の分類	症状を一定の基準で診断して分類（複数の基準への該当状況を点数で表して合計点数で評価するなど）		

※ 「最新図解 やさしくわかる精神医学」上島国利 監修(ナツメ社)などを参考に、筆者作成

しかし、そもそも原因がよくわからない場合や、異なる原因でも同じ病状を呈する場合があった。一旦、心因性と判断された後に、脳内の化学物質のような原因物質が見つかる(外因性)こともあった。このように、分類には困難が伴った。そこでDSM-5への変更時に、病状による分類に切り替えられた。

2—精神医療の規模

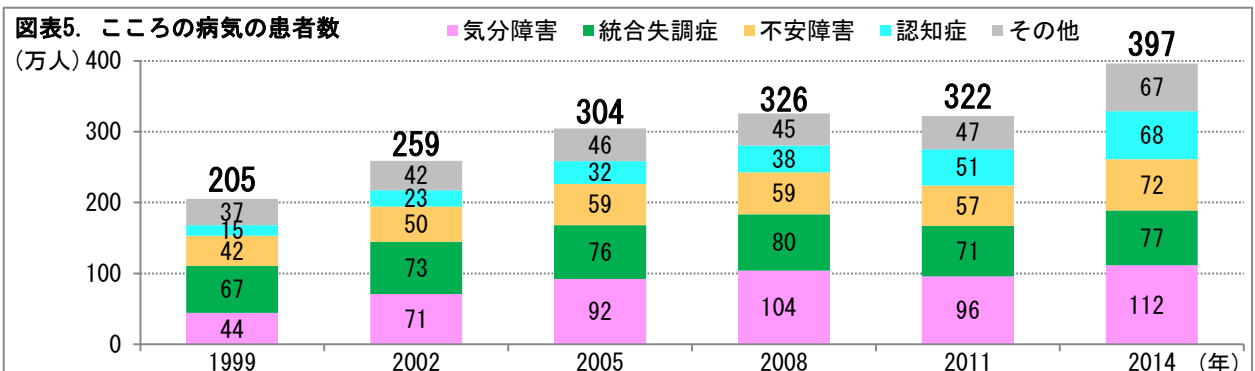
日本の精神医療は、どの程度の規模で行われているのだろうか。この章では、患者、医師、医療施設、医療設備などを定量的にみていくことで、その規模感をとらえることとしたい。

1 | こころの病気を患う人は増加している

まず患者の数をみてみよう。患者数は、増加しており、2014年に397万人に上っている。

(1) 病気分類別の患者数

こころの病気は、気分障害、統合失調症、不安障害、認知症、その他に分けることができる。それぞれの患者数をみると、うつ病や双極性障害を中心とする気分障害が最も多い。これに、統合失調症が続いている。近年、人口の高齢化に伴って、認知症の患者数が大きく増加している。



\* それぞれ、次の傷病小分類項目を合計した。気分障害:「気分[感情]障害(躁うつ病を含む)」, 統合失調症:「統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害」, 不安障害:「神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害」, 認知症:「血管性及び詳細不明の認知症」「アルツハイマー病」, その他:「アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害」「その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害」「その他の精神及び行動の障害」「てんかん」  
 \*\* 患者数の数値は、万人未満を四捨五入している。(図表6-1、6-2も同様)  
 \*\*\* 2011年の患者数は、東日本大震災の影響により、宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県のデータが除かれている。  
 ※ 「患者調査」(厚生労働省)より、筆者作成 (図表6-1、6-2も同様)

**(注意) 患者数について**

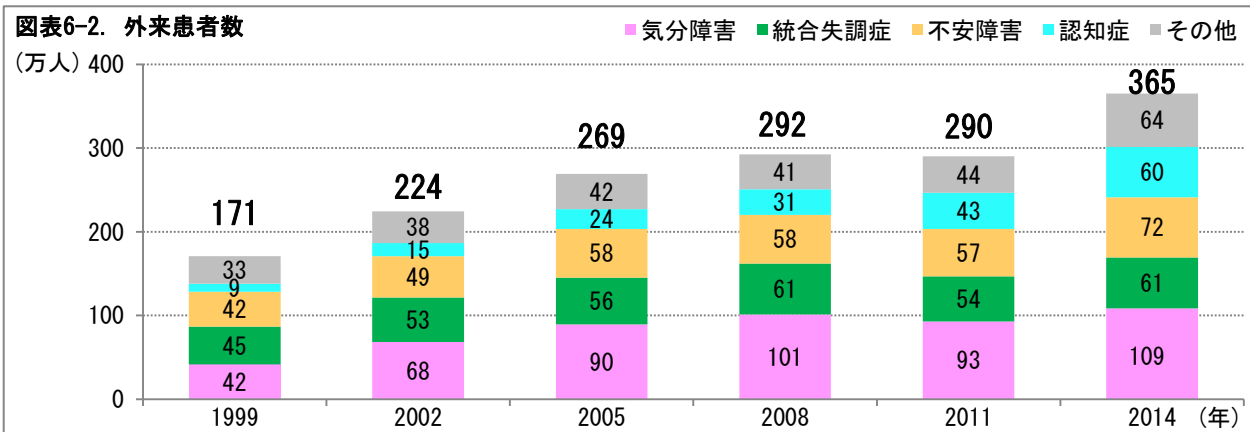
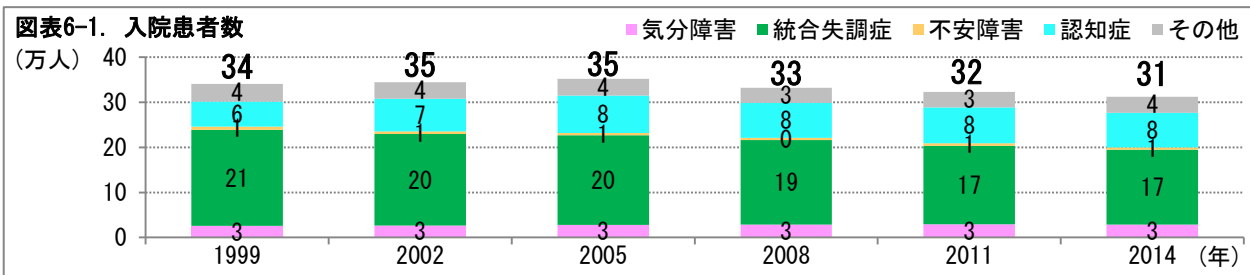
本稿(前編)および次稿(後編)において、図表等で示す患者数は、患者調査(厚生労働省による標本調査)をベースとしている。この統計データには、外来・通院や入院で、医療施設で受診した患者だけが表示される。もし、ある人が、心身の状態に違和感を感じたとしても、医療施設で受診しなければ、統計上は患者数として把握されない。このように、受診していないために、患者数として捉えられていない人が潜在している可能性を踏まえておく必要がある。

特に、精神医療では、統計上に表れない潜在患者が多く存在するとみられるため、注意を要する。

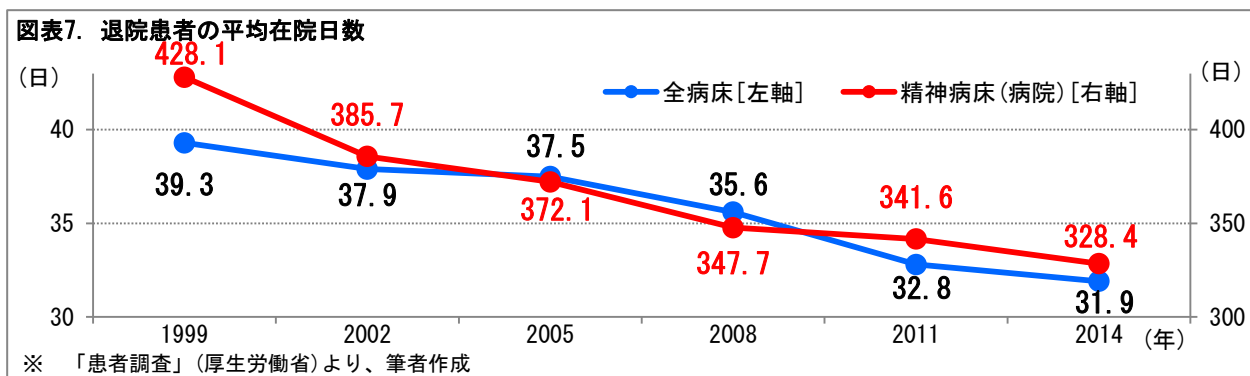
なお、2011年の患者数は、東日本大震災の影響により、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県のデータが除かれている点にも併せて注意が必要。

**(2) 入院・外来別の患者数**

次に、入院と外来に分けて患者数の推移をみえる。まず入院患者をみると、近年は減少傾向にある。病気の種類では、統合失調症が過半を占めている。一方、外来患者は、気分障害や不安障害が多い。これらの病気や認知症の外来患者が増加しており、それが全体の患者の増加につながっている。

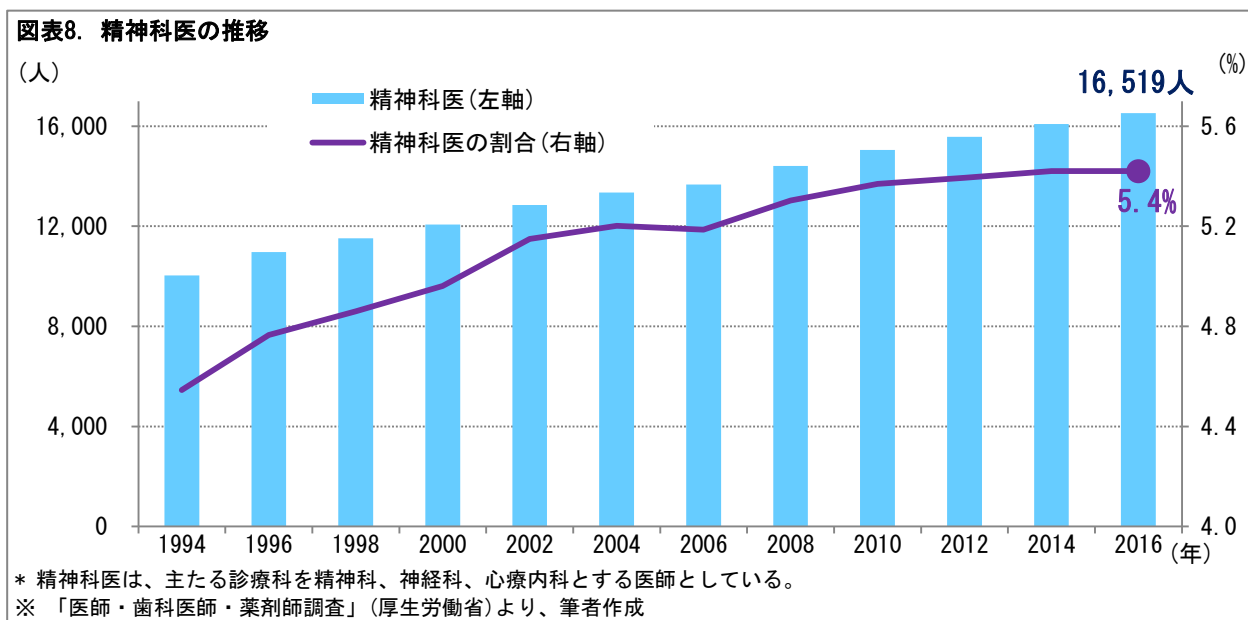


退院患者の平均在院日数をみると、精神病床では300日以上の長期に及んでいる。近年、全病床と同様の勢いで入院の短期化が進んでいる。外来患者数の増加には、病気そのものの拡大による増加分のほかに、入院の短期化により入院患者が外来患者に振り替わった分が含まれているものとみられる。



## 2 | 精神科医が医師全体に占める割合は、徐々に上昇している

次に、精神医療を提供する側の体制をみてみよう。医師をはじめとしたスタッフ体制、病院やクリニックなどの施設、整備に分けてみていく。まず、医師の推移をみてみよう。精神医療は精神科医を中心に行われる。主たる診療科を精神科または心療内科としている医師は、2016 年末時点で全国で16,519 人いる。これは、医療施設に従事する医師総数の 5.4%を占めている。近年の推移をみると、精神科医の数は徐々に増加し、医師総数に占める割合が上昇していることがわかる。



ここで、精神科医のキャリア形成について、少しみておこう。

まず、大学の医学部を卒業した後に、国家試験に合格すると医師の資格が得られる。その後2年間、臨床医として内科、外科などを中心に初期臨床研修が行われる。研修を修了した後に、専門を決めて医師としての職務を遂行していく。精神科医は、臨床での診療を通じて経験を積んでいく。

精神医療を行う医師の資格として「精神保健指定医」と「日本精神神経学会専門医」がある。

### (1) 精神保健指定医

精神保健指定医は、精神保健福祉法<sup>5</sup>に定められた条件を満たす医師に対して、厚生労働大臣が指定するもので、医師の国家資格となっている。医師として5年以上の臨床経験があり、そのうち3年以上の精神科臨床経験があること。所定の講習を受講すること。統合失調症圏2例以上、躁うつ病圏、中毒性精神障害(依存症に係るもの)、児童・思春期精神障害、病状性又は器質性精神障害、老年期認知症、上記各症例に関する措置入院又は医療観察法入院<sup>6</sup>、各1例以上の、計8例以上のケースレポートを提出することなどが条件として定められている。指定後は、5年ごとに研修を受講することが必要となる。

<sup>5</sup> 正式名称は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律。第18条に、精神保健指定医の条件が規定されている。

<sup>6</sup> 「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(医療観察法)」により、心神喪失又は心神耗弱の状態(精神障害のために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態)で、重大な他害行為(殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害)を行った人に対して、適切な医療を提供し、社会復帰を促進することを目的とした医療観察法制度が設けられている。検察官からの申立てに従い地方裁判所で審判がなされ、入院もしくは通院が決定される。

精神保健指定医は、精神障害により他害や自害の恐れがある患者を強制的に入院させる「措置入院」や、家族の同意で入院させる「医療保護入院」の判断をする。精神科の医療機関には、精神保健指定医の配置が義務付けられている。2016年4月時点で14,707人の医師が資格を有している。

## (2) 日本精神神経学会専門医

公益社団法人日本精神神経学会が認定を行う専門医制度。実務経験豊富で、精神医学と精神医療について優れた態度・知識・技能を持つ精神科医に対して付与される資格となっている。

同学会の学会員で5年以上の臨床経験があり、3年以上の精神科臨床研修を受けた上で、認定試験(筆記試験と口頭試問)に合格することが要件となる。2017年4月時点で、10,972人が登録されている。

### 3 | 精神科と神経内科では、取り扱う病気が異なる

精神医療をみていく上で、診療科の違いについて論じられることがある。一般的に、精神科、神経科、神経内科、脳神経外科、心療内科という診療科の違いは、なじみが薄いものとみられる。これも、精神医療のわかりにくさの要因となっているかもしれない。それぞれの違いを、簡単にみていこう。

「精神科」は、精神医療全般を担っている。抑うつ病、双極性障害、統合失調症、認知症など、こころの病気を抱える患者を幅広く診療している。

「神経科」は、神経系の疾患の診療を行う診療科。精神科の別称として、使われることがある。

「神経内科」は、神経系の異常により起きる病気の診療を行う。たとえば脳血管障害や神経の変性などを取り扱う。神経内科では、こころの病気は取り扱わない。

「脳神経外科」は、脳、脊髄、末梢神経の疾患を対象とする外科の診療科。脳腫瘍、脊髄腫瘍、脳動脈瘤などの血管障害や、水頭症、狭頭症などの病気を取り扱う。脳神経外科でも、こころの病気は取り扱わない。

「心療内科」は、精神的な要因が関係する内科の病気を診療する。心身症、胃潰瘍、アトピー性皮膚炎などの治療とともに、精神面の診療も行う。また、比較的軽度の精神科疾患も診療する。

図表 9. 診療科と精神医療の取り扱い

	取り扱う病気の例	精神医療
精神科	抑うつ病、双極性障害、統合失調症、認知症など、こころの病気全般	取り扱う
神経科	神経系の疾患（神経科は、精神科の別称として使われることがある）	取り扱う
神経内科	脳血管障害や神経の変性など	取り扱わない
脳神経外科	脳腫瘍、脊髄腫瘍、脳動脈瘤などの血管障害や、水頭症、狭頭症など	取り扱わない
心療内科	心身症、胃潰瘍、アトピー性皮膚炎などと、比較的軽度の精神科疾患	取り扱う

※ 諸資料をもとに、筆者作成

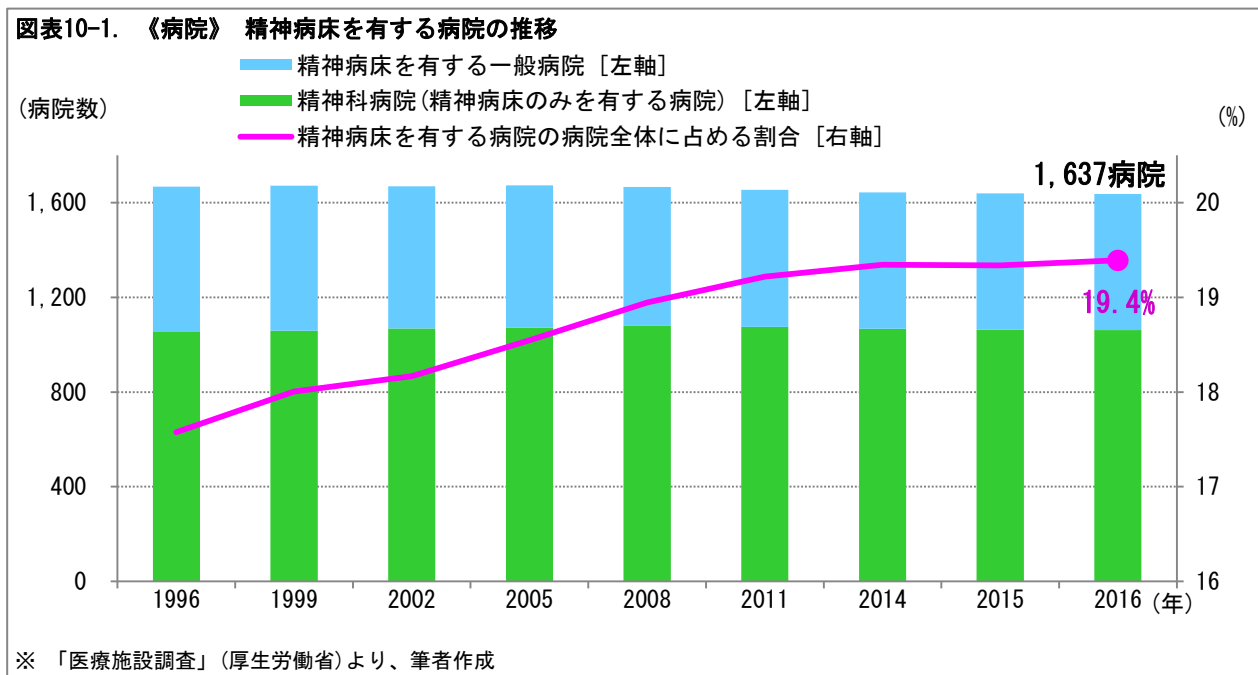
### 4 | 精神医療を行う施設ではクリニックが増加している

精神医療を行う施設には、いくつかの形態がある。一般病院の精神科、精神科病院、一般診療所で主たる診療科を精神科、神経科、心療内科とする施設である<sup>7</sup>。このうち、一般診療所は、「精神科ク

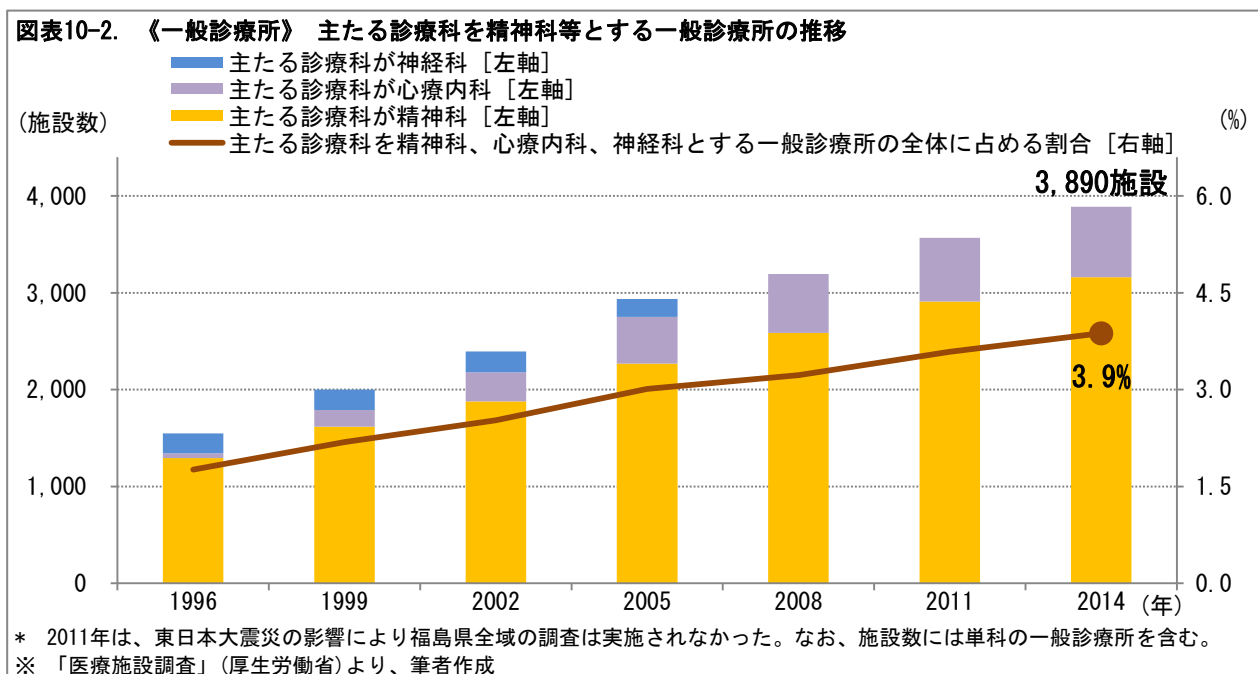
<sup>7</sup> 病院は病床数が20床以上、一般診療所は病床数が20床未満の場合をいう。



クリニック」、「精神科医院」などと標榜している場合もある。それぞれの施設数の推移をみてみよう。  
 まず、病院。精神病床を有する病院は、一般病院、精神科病院とも、ほぼ横這いで推移している。ただし、病院全体の数が減少しているため、これらの病院が病院全体に占める割合は徐々に上昇している。2016年には1,637病院で、割合は19.4%となっている。



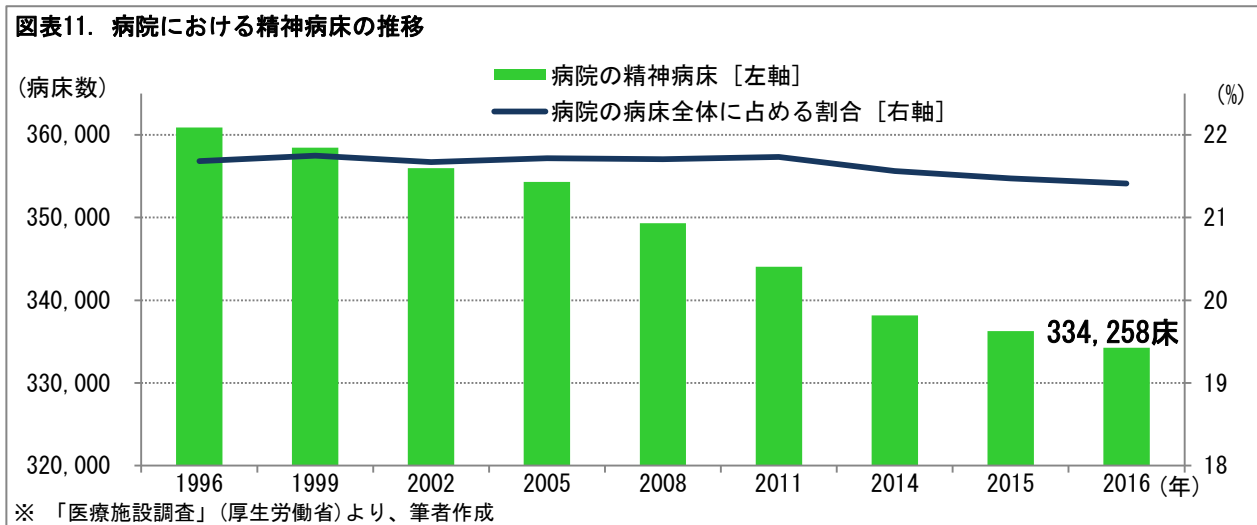
次に、一般診療所。主たる診療科を精神科、心療内科、神経科とする一般診療所は年々増加している。2014年には3,890施設で、一般診療所全体に占める割合は3.9%に上昇している。



## 5 | 精神病床は減少しているが、全病床に対する割合はほぼ横這い

精神医療に関する設備として、精神病床をみる。病院の精神病床は、2016年に334,258万床となっている。数は徐々に減少しているが、全病床に対する割合は2割超でほぼ横這いで推移している。

既にみたとおり、精神医療の患者数は増加しているが、これは外来患者の増加によるもので、入院患者はむしろ減少している。入院の短期化と精神病床の減少が、その背景にあることがみてとれる。



## 6 | 精神医療では、医師以外にも多くのコメディカルスタッフが活躍している

精神医療は、精神科医を中心とした医師だけで成り立っているわけではない。医療機関や地域社会の中で、医師と多様なコメディカルスタッフが協働して、チーム医療を行っている。

### (1) 主に医療施設で活躍するコメディカルスタッフ

#### ① 看護師および准看護師

看護師は、高校卒業が要件で、特定の診療科ではなくすべての科について履修する。3,000時間以上の講義と1,035時間以上の実習を履修した上で、国家試験に合格して資格を得る。

一方、准看護師は、中学校卒業が要件で、1,890時間以上の講義と735時間以上の実習を履修した上で、都道府県の実施する試験に合格することで資格を得る<sup>8</sup>。

2014年には、精神科病院で看護に従事している看護師は53,096人、准看護師は29,820人(いずれも常勤換算)となっている<sup>9</sup>。

#### ② 臨床心理士(および公認心理師)

臨床心理士は、患者に対する精神療法を医師とともにあるいは単独で行う。心理検査を行うセラピストとして、個人でクリニックを開業するケースもある。公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会が資格試験を実施している。2018年4月時点の資格認定者数は、34,504人となっている。

2017年には公認心理師法が成立し、国家資格である公認心理師が生まれることとなった。2018年9月に第1回試験が実施される予定である。公認心理師は、国民のこころの健康の保持・促進を担う専門職と位置づけられており、臨床心理士とともに、こころの病気の患者への精神療法等を担っていく。

#### ③ 作業療法士

作業療法士は、工芸、陶芸、手芸や、軽い農作業などの作業を通じて、入院中の患者が退院して復職するなど、社会生活へ復帰するための援助をする。1965年に、国家資格となった。高校卒業後、知

<sup>8</sup> 「ルポ 看護の質—患者の命は守られるのか」 小林美希著(岩波書店, 岩波新書(新赤版)1614, 2016年)より。

<sup>9</sup> 看護師には、専門看護師の資格がある。通算5年以上の実務研修(うち3年以上は精神看護)を受け、看護系大学院で修士課程を修了して必要な単位を取得した後、日本看護協会の認定審査(書類審査と筆記試験)をパスすると、精神看護専門看護師となる。なお、13ある専門看護分野で、精神看護はがん看護と並んで、認定開始が最も古くから(1996年〜)行われている。

識と技能を3年間修得することが受験の要件となっている。2014年には、精神科病院で従事している作業療法士は6,372人(常勤換算)となっている。

#### ④ 薬剤師

薬剤師は、医薬品の成分や効果の説明、正しい服用方法、副作用の予防など、服薬に関する患者への指導を行う。特に精神医療では、薬物療法が治療の大きな領域を占めるため、服薬の管理・指導は病状回復のための重要な要素となる。薬剤師は、大学の薬学部を卒業して、国家試験に合格することで資格を得る。2014年には、精神科病院で従事している薬剤師は3,005人(常勤換算)となっている<sup>10</sup>。

### (2) 主に地域社会で活躍するコメディカルスタッフ

#### ① 保健師

保健師は、地域の精神衛生相談、訪問指導、精神保健の啓発活動などに従事している。通院治療中の精神医療の患者に対して、精神科デイケア(通所訓練プログラム)を行っている自治体では、デイケアセンターで保健師が活動している<sup>11</sup>。保健師は、大学の保健師課程や、看護師が保健師養成所・大学院・短大専攻科で同課程を履修した上で、国家試験に合格することで資格を得る。

#### ② 精神保健福祉士

精神保健福祉士(精神科ソーシャル・ワーカー)は、医療機関や保健所などで患者の相談に応じて日常生活を送るための援助を行う。たとえば、公営住宅への入居や各種公的給付金の受取手続きなど、公的支援を受けるための手配。規則的な生活や金銭の自己管理など自立した生活に必要な訓練などの援助を行っている。1997年に、国家資格となった。精神障害の保健・福祉に関連した科目を修了して4年制大学を卒業したか、それと同等と評価できる養成課程を修了したことが受験要件となっている<sup>12</sup>。

以上のとおり、精神医療は、多くのコメディカルスタッフの活躍で成り立っている。近年は、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士の人数の伸びが著しい。現在の医療は、多職種によるチーム医療をベースに進められることが一般的となっている。そこでは、診療・カウンセリングの際の患者の反応や、薬剤の服薬状況など、多くの情報をスタッフ間で共有することが不可欠となる。ICT ツールを活用した円滑なコミュニケーションの実践が、精神医療の質を大きく左右するものとなる。

図表 12. 精神医療を担うスタッフ (まとめ)

	主な役割	人数規模	年間伸び率
精神科医	精神医療の患者の診療・指導	16,519人 [2016]	1.9% [2006-16]
看護師 准看護師	精神医療の患者の看護・ケア	53,096人 [2014] 29,820人 [2014]	0.5% [2005-14] (看護師・准看護師合計)
臨床心理士	患者に対する精神療法の実施	34,504人 [2018]	6.6% [2008-18]
作業療法士	作業を通じて、患者が社会生活へ復帰するための援助	6,372人 [2014]	6.8% [2005-14]
薬剤師	精神疾患の薬剤の服薬の管理・指導	3,005人 [2014]	0.5% [2005-14]
保健師	地域の精神衛生相談、訪問指導、精神保健の啓発活動等	(34,522人) [2017]	(1.1%) [2009-17]
精神保健福祉士	患者が地域で日常生活を送るための援助	80,891人 [2018]	8.8% [2008-18]

\* 看護師、准看護師、作業療法士、薬剤師は、精神科病院で従事する常勤換算人数。臨床心理士は、資格認定者数。精神保健福祉士は、資格登録者数。保健師は、精神医療のみならず全ての領域に従事している人の数であるため、( )で表示。人数規模の[ ]内は調査年。年間伸び率は、[ ]内の期間の伸びを年間の率に換算したもの。 ※「医療施設調査」(厚生労働省)等をもとに、筆者作成

<sup>10</sup> 精神科については、一般の薬剤師より専門性が高い精神科薬物療法認定薬剤師があり、2017年には206人が資格を得ている。さらにその上位の専門性を修得した精神科専門薬剤師もあり、2018年には48人が資格を得ている。

<sup>11</sup> 2017年には常勤の保健師が34,522人おり、精神医療のみならず全ての保健領域で活動している。

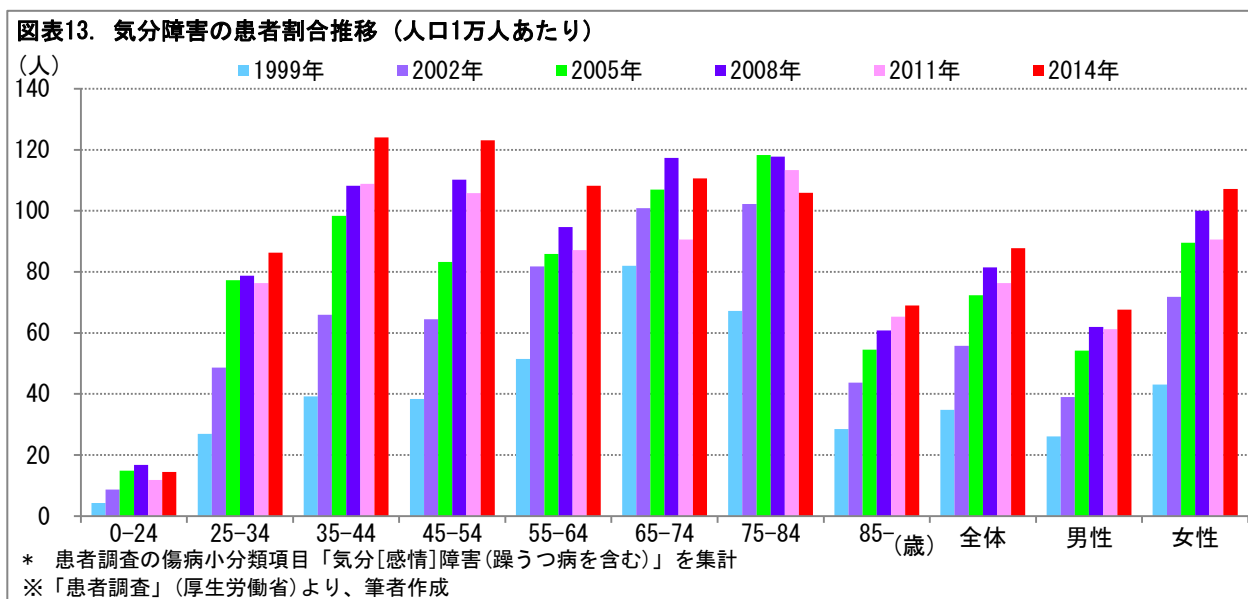
<sup>12</sup> 2018年3月時点で、80,891人が資格取得者として、登録されている。

### 3—精神医療における病気

この章では、こころの病気の内容や特徴を概観する。患者数の多い気分障害、統合失調症、不安障害、認知症、その他の順番にみていく。ただし、医学的な内容の詳細への深入りはしない。

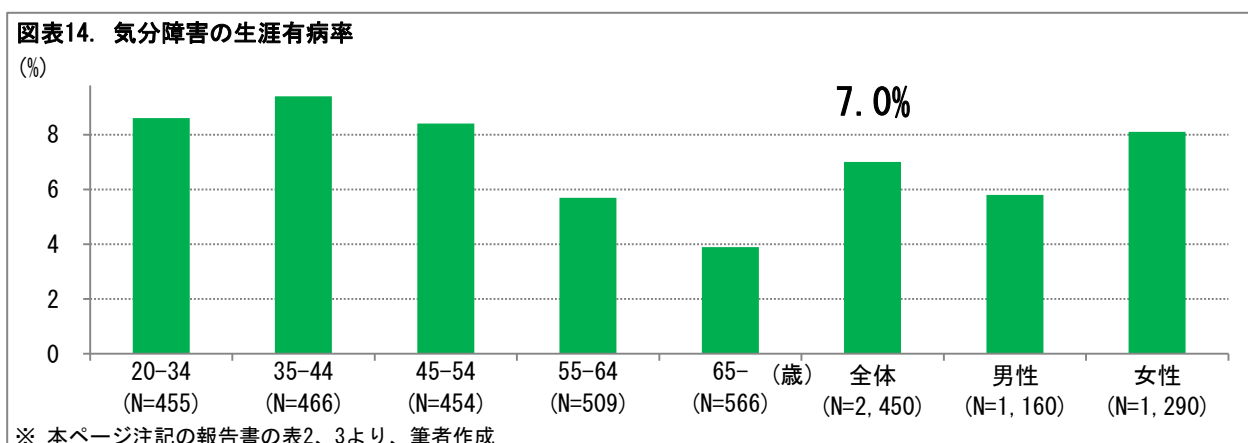
#### 1 | 気分障害は、抑うつ性障害と双極性障害に分けられる

気分障害は大きく、抑うつ性障害<sup>13</sup>と双極性障害に分けられる。抑うつ性障害はうつ状態のみであるため、「単極性障害」とも言われ、大うつ病性障害、持続性抑うつ障害に分けられる。一方、双極性障害には、うつ状態と躁状態が現れる。躁状態の程度や障害の期間に応じて、双極Ⅰ型障害、双極Ⅱ型障害、気分循環性障害に分けられる。



気分障害の患者割合の推移をみると、30代後半～50代前半を中心に現役世代で増加傾向がみられる。男女別には、女性のほうが割合が高い。

近年の大規模疫学調査研究<sup>14</sup>によれば、調査時点までの生涯に気分障害を経験した人の割合(生涯有病率)は、7.0%であった。年齢別には、20歳代から40歳代で高い。男女別には、女性のほうが高い。



<sup>13</sup> 「抑うつ」という言葉は、「うつを抑える」という意味ではなく、「うつによって抑え込まれた」という意味ととらえるべきであろう。つまり、「抑うつ」は、「うつ」と同義とみるのが妥当であろう。

<sup>14</sup> 「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド」主任研究者 川上憲人(厚生労働省厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)(H25-精神-一般-006)国立研究開発法人日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業(精神障害分野)(15dk0310020h0003), 2016年5月)(以下、「大規模疫学調査研究」と呼ぶ。)

(1) 大うつ病性障害

大うつ病性障害は、病名に「大」という字が入っているが、他の病気に比べて特に症状が重いという意味ではない<sup>15</sup>。いわゆる「うつ病」を指す。気分障害の中では、患者数が最も多いとされる。

人は誰でも進学や就職で失敗したり、仕事上のトラブルに見舞われたり、家族との離別、失恋などの不幸に遭遇して気分が落ち込むことがある。また、そうした不幸がなくても、何となく気分がふさぐことがある。通常は、気分が落ち込んでも、時間が経つとともに回復して立ち直っていく。

しかし、感情の回復力が低下して、気分が落ち込んだりふさいだりした状態がずっと続く場合がある。これが、うつ病とされる。うつ病は、場合によっては、何年間も続くことがある。この病気に関する典型的な誤解として、「うつ病は患者の頑張りが足りないために起こる」と言われることがある。しかし実際は、うつ病は本人の意志の問題ではなく、治療が必要なところの病気である。

うつ病の重症度の評価尺度として、ハミルトンうつ病評価尺度(HAM-D)や、マドラスうつ病評価尺度(MADRS)などがある。医師は、これらの尺度に照らして、患者の診断を行うこととなる。

図表 15. ハミルトンうつ病評価尺度 (HAM-D)

番号	項目	重症度評価のための指標とレベル (カッコ内は各項目の点数)
1	抑うつ気分(0 1 2 3 4)	憂うつ、厭世感、悲壮感を示す 泣く傾向 悲壮感その他が認められる (1) 時々泣く (2) しばしば泣く (3) 極度の抑うつ状態 (4)
2	罪業感(0 1 2 3 4)	自責感、罪業念慮、この病気は何かの罪である、罪業妄想、罪業幻覚
3	自殺(0 1 2 3 4)	生きるだけの価値がないと思う、死んだほうがましだ、自殺念慮、自殺企図
4	入眠障害(0 1 2)	入眠困難
5	熟睡障害(0 1 2)	夜間落ち着かず睡眠が途絶えがち
6	早朝睡眠障害(0 1 2)	早朝覚醒し、再び眠ることが出来ない
7	仕事と趣味(0 1 2 3 4)	無能力感、無気力、優柔不断、不決断、趣味に対し興味喪失、社会活動の減退、能率の減退、職業放棄(この病気のため)(4) (治療、回復後も仕事をしないものには低い点をつける)
8	精神運動抑制(0 1 2 3 4)	思考、会話活動性の抑制、無感情、昏迷、 面接時軽度精神運動抑制 (1) 面接時明らかに精神運動抑制 (2) 精神運動抑制が強く面接困難 (3) 昏迷状態 (4)
9	激越(0 1 2 3 4)	不安を伴った落ち着きの無さ
10	精神的不安(0 1 2 3 4)	緊張、焦燥感、些細なことに対する心配、懸念、恐怖
11	身体についての不安 (0 1 2 3 4)	消化器系：放屁、消化障害 循環器系：頻脈、頭痛 呼吸器、生殖器、泌尿器など各系
12	消化器系の身体症状(0 1 2)	食欲減退、腹の重い感じ、便秘
13	一般的な身体症状(0 1 2)	四肢の倦怠感、頭重、背中の重い感じ、背痛、易労性、無気力感
14	生殖器症状(0 1 2)	性欲減退、月経異常
15	心気症(0 1 2 3 4)	体のことばかり考える、健康に気をとられる、くどくど言う態度、心気妄想
16	体重減少(0 1 2)	具体的に何 kg か?
17	病識(0 1 2)	病識欠如 (2) 病識の部分的欠如又は疑わしい (1) 病識あり (0)
18	日内変動(0 1 2)	症状が朝か晩かにより悪化する (どちらかを記入) □朝 □夕
19	離人症(0 1 2 3 4)	現実感喪失、虚無的な考え(詳しく記入)
20	妄想症状(0 1 2 3 4)	疑感的、関係念慮、関係妄想、被害妄想、被害的な幻想(これらの症状はうつ病的性格を持たないもの)
21	強迫症状(0 1 2)	患者の苦にしている強迫観念、脅迫行為

\* 総合的な重症度評価の境界点は確立されていない。20点以上を重度、11-19点を中等度、5-10点を軽度とする報告がある。

※ 「うつ病診療の要点-10」(うつ病の予防と治療に関する日本委員会(JCPTD), 2008年8月)をもとに、筆者作成

<sup>15</sup> なお、大うつ病性障害は major depressive disorder の訳語。「major」は、「主要な」などと訳すべきとの見解もある。

うつ病は、特殊な病気と思われがちだが、実は誰でも患う可能性のある病気である。この病気は、別名、「こころの風邪」ともいわれる。風邪は万病のもととされ、放置すれば重い病気になることもある。うつ病も同様で、日頃から過労を避け休息をとるなど、ストレスの軽減に努めること。そして、もし、心身に何らかの異変があったときには、早期に医師の診療を受けること、が大切とされている。

## (2) 持続性抑うつ障害

持続性抑うつ障害は、「気分変調症」とも言われる。2年以上(小児や青年は1年以上)に渡り、1日中抑うつ状態が持続しているものを指す。気分が落ち込むだけでなく、イライラ感が続くこともあるとされる。

## (3) 双極性障害

双極性障害は、かつて「躁うつ病」と呼ばれていた。患者は、旺盛な活動力を見せる躁状態と、気分が落ち込む抑うつ状態とを繰り返す。躁状態で気分が極めて高揚して、休みなくしゃべり続ける、高価なものを次々に買うなどの過活動が見られる場合、双極Ⅰ型障害とされる<sup>16</sup>。躁状態が軽い場合、双極Ⅱ型障害とされる。

双極性障害は、躁状態では気分が爽快で治療の必要はない、と患者は判断しがちとなる。しかし、神経伝達物質の働きがバランスを欠いていることなどが考えられるため、たとえ躁状態であっても医師による診療が必要とされる。診療の際、医師は患者本人以外に、家族など周囲の人から情報を収集することも大切とされている。

## (4) 気分循環性障害

2年以上に渡って、明らかな躁状態とはいえない程度の気分の高揚と、軽度の抑うつ状態を繰り返す。軽度の躁とうつの状態は、通常数日間程度しか続かないが、不規則な間隔でかなり頻繁に再発する。躁とうつの程度が軽いため、本人や周囲の人が気づかない場合も多いとされる。

## (5) 非定型うつ病

常に抑うつ気分のあるうつ病とは異なり、楽しいことがあるときには一時的に気分が明るくなる。これは、「気分反応性」と呼ばれている。その他にも、いくつか特徴的な傾向がみられることがある。まずは、「過眠」。また、甘いものを食べたがる「過食」。鉛のおもりをつけたように体が重く、思うように動けない「鉛様麻痺(なまりようまひ)」。他人の拒絶や批判に非常に過敏になる「拒絶過敏症」などである。

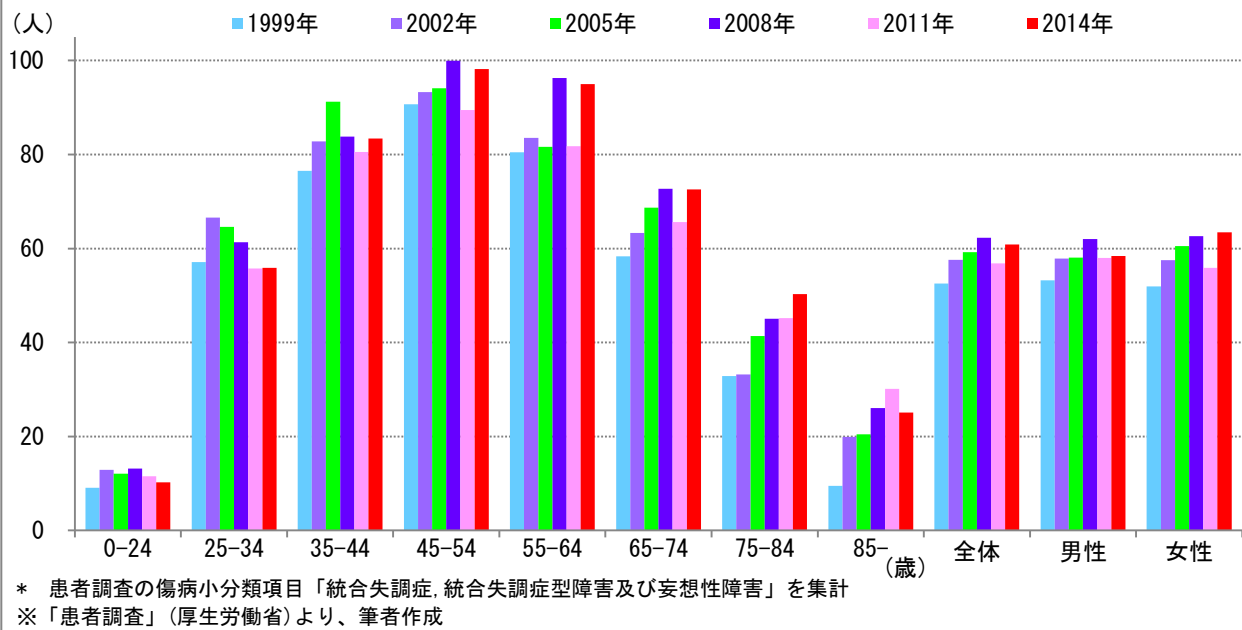
## 2 | 統合失調症は症状が多様で、患者によってさまざまな経過をたどる

統合失調症は、2002年までは「精神分裂病」と呼ばれていた。この病名は、schizophrenia という近代ラテン語の訳語として1937年から使われてきた。しかし、この言葉には、患者の人格を否定する響きがあった。また、疾病の概念や診断基準の変化を踏まえると、不適切な表現となっていた。このため、見直しが検討された。そして、「思考や行動、感情を1つの目的に沿ってまとめていく統合する能力が、長期に渡り低下する」という病態にあった用語として、「統合失調症」が、多数の名称候補の中から選ばれた<sup>17</sup>。

<sup>16</sup> 躁状態にみられるものとして、「観念奔逸(かんねんほんいつ)」と呼ばれる、つぎのような状態がある。考えがつぎつぎにほとぼり出て、連想が急速に進行し、思考がきまった方向に向けられない状態。(「広辞苑 第七版」(岩波書店)より)

<sup>17</sup> 公益社団法人 日本精神神経学会のホームページより。なお、病名の候補として、英語名をカタカナ表記した「スキゾフレニア」や、この病気の確立に係わる医学者の名前を組み合わせた「クレペリン・プロイラー症候群」なども検討された。

図表16. 統合失調症の患者割合推移（人口1万人あたり）



統合失調症の患者割合をみると、40代後半～60代前半で高い。発症する年齢としては、10代後半の思春期から30代の青年期のケースが多くみられる<sup>18</sup>。患者割合の推移は、他の精神疾患と異なり、ほぼ横ばいで、増加傾向はみられない。男女別には、ほぼ同程度の割合となっている。

統合失調症は幻覚や幻想にみまわれたり、奇異な行動に及んだりするもので、病気の程度も千差万別であり、一言ではまとめられない。症状には、幻覚、妄想などの「陽性症状」と、意欲の減退、自閉などの「陰性症状」がある。発症前に、不眠や倦怠感などの「前駆(ぜんく)症状」が現れる場合もある。ただし、この症状があれば統合失調症であるといえるような症状は存在しない、とされている<sup>19</sup>。

図表17. 統合失調症の症状

	主な症状	出現する時期
陽性症状	幻覚、妄想、思考障害	初期(急性期)
陰性症状	意欲の減退、自閉、感情の平板化	慢性期
前駆症状	不眠、倦怠感、不安、緊張、性格の変化	発症前

※ 諸資料をもとに、筆者作成

かつては、統合失調症は、妄想型、解体型、緊張型などと、いくつかの型に分類されていた<sup>20</sup>。しかし、病気の経過によって型が変化したり、厳密な区別が難しかったりしたことから、DSM-5では型の使用はとりやめとなっている。本稿では、統合失調症の症状を概観するために、あえて以前使われていた型をもとにみていくこととしたい。

### ① 妄想型

日々生活の中で、周囲の出来事を予兆と感じて、妄想を抱く。自分は他人よりすぐれていると信じ、

<sup>18</sup> 「最新図解 やさしくわかる精神医学」上島国利 監修(ナツメ社)より。

<sup>19</sup> 「本当にわかる 精神科の薬はじめの一步 改訂版」稲田健編(羊土社)より。

<sup>20</sup> この他に、妄想型、解体型、緊張型に分類できない鑑別不能型。一度統合失調症になった人に、軽い妄想、幻覚、会話・行動の異常が残っている場合や、喜怒哀楽の感情が乏しく意欲や考えが乏しいといった陰性症状が残っている場合の残遺型があった。

自己を過大評価する「誇大妄想」。他人から危害を加えられる、苦しめられるなど、被害を受けると信じる「被害妄想」。自分が誰かに愛されているという「被愛妄想」。自分は空虚で世界は存在せず、この世は生きる価値がないとする「虚無妄想」などがみられる。さらに妄想が最高度にまで高じると、「恐ろしい災いが切迫している」、「無類の大災害がやってくる」、「世界戦争が起きる」、「この世界が破滅する」といった「世界没落体験」が生じることもある<sup>21</sup>。

また、別の形の妄想として、自分の考えが周囲に知れ渡っているという「考想伝播」、自分は世間から絶えず見張られているという「注察妄想」にさいなまれることもある。

## ② 解体型

陰性症状として、感情の起伏がなくなったり、意欲が減退したりする。一方、陽性症状として、会話や行動のまとまりがなくなり、支離滅裂なことを言って周囲とのコミュニケーションがとれなくなる。会議などで突然クスクス笑い出したり大声で叫んだりして、出席者を驚かせてしまうこともある。

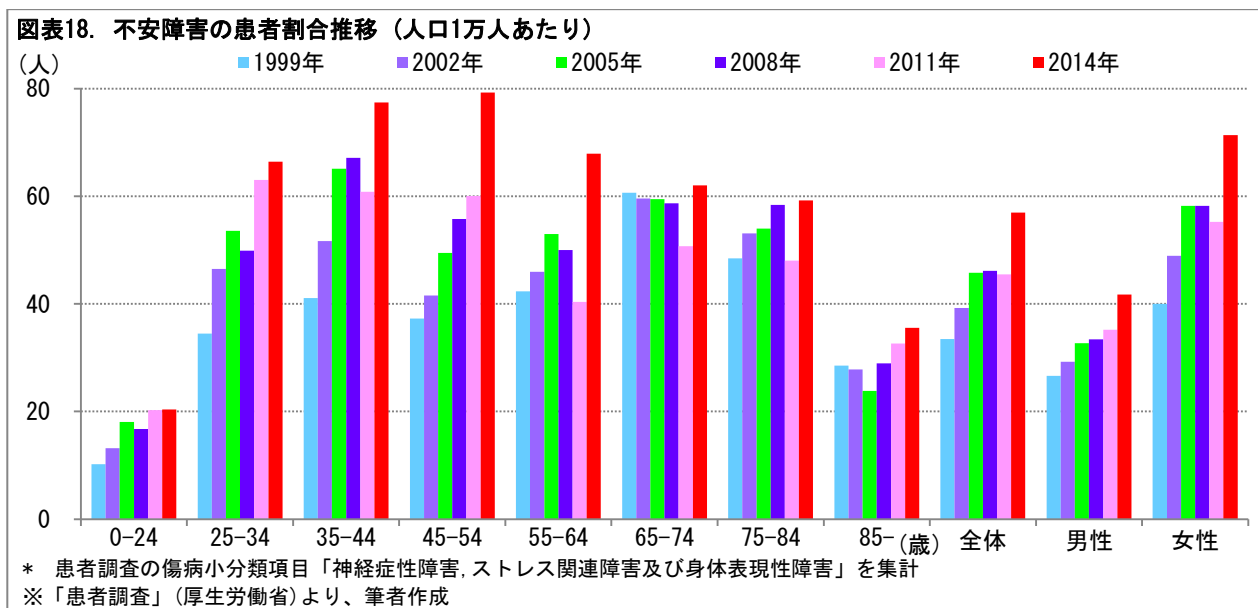
## ③ 緊張型

激しい運動性の興奮や、あるいはまったく逆に無動・無言などが中心的な症状となる。あらゆる指示や要求に対して抵抗を示す「拒絶症」。奇妙な姿勢をとり続ける「蠟屈症」。同じ行動を繰り返す「常同行動」。相手の動作をそのまま真似する「反響動作」。話し相手の言葉をおうむ返しに答える「反響言語」などがみられる。

統合失調症の経過は、患者によってさまざまとなる。比較的短期間で治癒する人がいる一方、何度も回復・再発を繰り返す人もいる。また、完全に治癒する人がいる一方、変化がみられなかったり、症状が次第に進行したりする人もいる。なお、青年期に発症した患者が老年に達して症状が回復する「老年軽快」という現象もみられる。統合失調症は、症状の先読みが難しい病気といえる。

## 3 | 不安障害は、パニック障害や心的外傷後ストレス障害など近年注目度が高まっている病気が多い

不安障害は、大きく、狭義の不安障害、強迫性障害とその関連障害、心的外傷およびストレス因関連障害に分けられる。そして、それぞれさらに細かく分けられる。主な病気の内容を、みていこう。

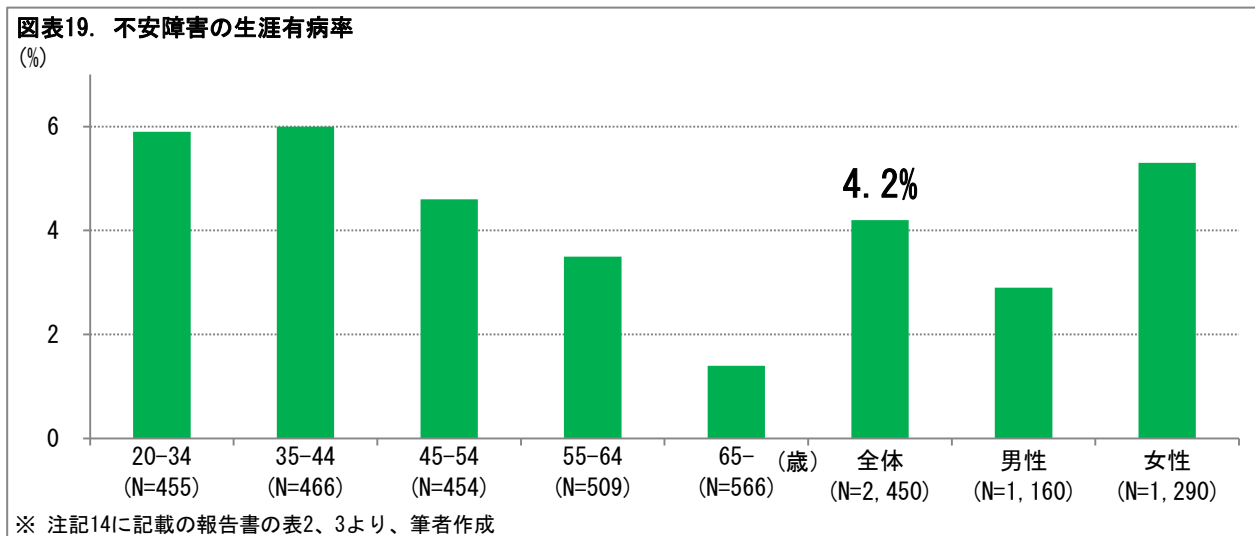


<sup>21</sup> 「世界没落体験」は、ドイツ語の Weltuntergangserlebnis を和訳したもの。なお、ノルウェーの画家ムンクは、代表作「叫び」を描いているが、この作品は、統合失調症の影響による世界没落体験と幻聴を絵にしたものであるとされている。



まず、不安障害の患者割合の推移をみると、30代後半～50代前半を中心に現役世代の伸びが大きい。男女別には、女性のほうが割合が高い傾向にある。

大規模疫学調査研究によると、調査時点までの生涯に不安障害を経験した人の割合(生涯有病率)は、4.2%であった。年齢別には、20歳代から40歳代の現役世代で高い。男女別には、女性のほうが高い。



### (1) パニック障害

予期しないときに激しい不安感を伴って、動悸、息苦しさ、めまいなどのパニック発作が起きる。原因や前触れがなく発作が繰り返して起こる病気である。強いストレスを被る出来事や、残業などによる長期間の過労が発病に関連しているといわれている。研究の結果、患者の気持ちや性格の問題ではなく、身体的な要因によって発症することがわかってきている。具体的には、脳幹にある青斑核という、身体に危険を知らせる仕組みが誤作動を起こすことが、発作の原因とみられている。

パニック発作は患者にとっては非常につらく苦しいが、それによって命を落とすことは絶対にないとされている。1回の発作は、数分から数十分でおさまる。

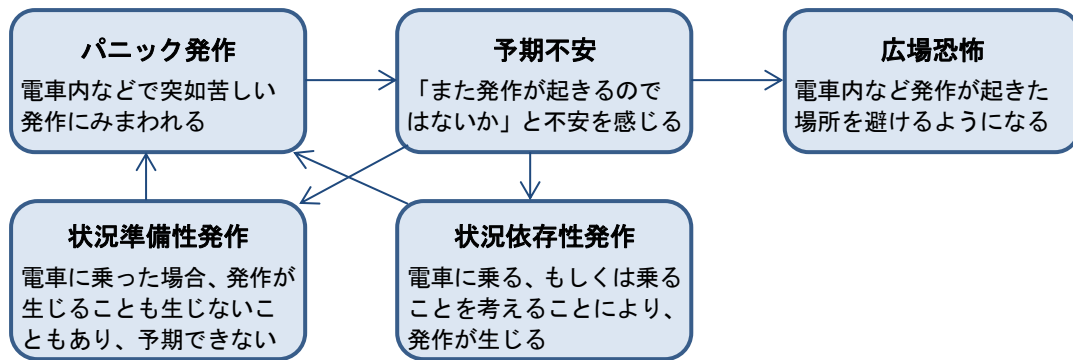
ただし、パニック発作は、場所や時間に関わらず唐突に起こるため、何回か発作を起こしたことのある患者は、また発作が起こるのではないかと、という不安にさいなまれる。この不安は「予期不安」といわれる。パニック発作と予期不安の悪循環に陥ると、次項の広場恐怖などに至り、社会生活に支障が生じるケースも生じる。

### (2) 広場恐怖

パニック障害の患者は、発作が起きたときに逃げられない場所や、助けを求められない場所を避ける傾向がある。たとえば、一人で乗り物に乗ったり、人の多い場所を避けたりする。これは、「広場恐怖」といわれる。ここで、「広場」とは単に広い場所ではなく、人が集まる場所(英語でいうと、agora)を意味する。具体的には、エレベーターや電車の中などが、ここでいう広場に該当する。広場恐怖がひどくなると、外出ができなくなり、抑うつ状態となることもある<sup>22</sup>。

<sup>22</sup> なお、DSM-5では、広場恐怖はパニック障害とは独立した障害として定義されている。

図表 20. パニック障害の悪循環と広場恐怖



※ 諸資料をもとに筆者作成

### (3) 社交不安障害

人前で話をするときに極度に緊張して不安を抱く対人恐怖、赤面恐怖を指す。くつろいだ状態では話せるのに、会社や学校では話せなくなる「場面緘黙(かんもく)」。人前で字を書こうとすると、異常に手が震えて書けなくなる「書痙(しょけい)」などが主な症状となる。

以前、社交不安障害は性格的なものであって精神力で克服すべきものとされていた時期があった。しかし、近年、これは症候群の1つであり、患者の気持ちだけでは乗り越えられないとの考え方が徐々に浸透してきた。そして、医療施設での診療が必要であるとの認識が進んだ。

社交不安障害の原因となる不安には、2つの種類がある。1つは、人前での自分の行動が不適切であるために、他人にバカにされるのではないかと不安。もう1つは、自分の表情、容姿、臭いなどが他人に不快な思いを抱かせているのではないかと不安である。社会における自己主張のあり方や、求められる他人への気遣いの程度など、患者の置かれた文化的な背景も、これらの不安に影響するといわれている。治療においては、こうした不安にどのように対処するかが鍵となる。

### (4) 全般性不安障害

とりたてて理由もなしにこころに不安が浮かび、それが途切れることなく次々と現れる。たとえば、「子どもが忘れ物をして学校で叱られて登校拒否になりはしないか」、「夫の残業が増えて、過労で倒れたりはしないか」、「実家の親が、病気で倒れてはいないか」といった不安が現れる。周囲の人からみると、いわゆる取り越し苦労に過ぎず、患者自身も心配の必要はないと頭では理解している。しかし、それにもかかわらず、患者は不安が払拭できない。パニック障害のような強い発作は起こらないが、常に漠然とした不安感にさいなまれて、仕事や家事に支障が生じることもある。

全般性不安障害だけを単体で発症することはまれで、他の不安障害や抑うつ病を併発しやすい。また、この障害により、食欲不振や睡眠障害などの身体症状や、アルコール依存を呈することもある。

### (5) 強迫性障害

「強迫」とは、自分の心の中に感情や考えが浮かんで、振り払おうと思うのにできないことを指す。単なる心配とは異なり、自分では取り去ることができず、不安や不快感にさいなまれる。

患者は、強迫観念(繰り返しわき上がってくる考え、イメージ、衝動)に、特定の刺激(先行刺激)が加わることで、強迫観念を打ち消すための強迫行為に及んでしまう。強迫観念は次々とわき上がるため、強迫観念と強迫行為の悪循環に陥ってしまう。具体的な、強迫観念や強迫行為の例をみてみよう。

図表 21. 強迫観念・強迫行為の例

- ① 清潔への過度なこだわり（手すりやつり革が触れない。手、身体、衣服などを洗うのがやめられない。）
- ② 確認行為（鍵やガス栓の確認を繰り返す。）
- ③ 儀式的なもの（電柱やブロックを数えながら歩き間違えたら最初からやり直す。ドアのノブは必ず右手で開ける。）
- ④ 正確さ、対称性にこだわる（机に物を置くときに、直角や対称性をかたくなに守る。）
- ⑤ 加害恐怖（車の運転中に人をひいてしまったのではないかと不安になる。）[被害妄想の逆]
- ⑥ 不吉な数を過度に意識する（「4」、「9」、「13」といった数字を異常に忌避する）
- ⑦ 醜形恐怖（ごく些細な身体上の欠陥を気にして悩む。美容整形手術を繰り返して受けることもある。）
- ⑧ ためこみ症（自分の持ち物を捨てられず、室内や家の敷地内にためこむ。ゴミ屋敷として問題になることもある。）
- ⑨ 抜毛症・皮膚むしり症（自分の体毛や髪の毛などを引き抜く。爪などを使って皮膚を繰り返してむしる。）

※ 諸資料をもとに筆者作成

強迫性障害の症状は、統合失調症、摂食障害、パーソナリティ障害などの症状と重複する部分がある。共通の病態がみられた場合は「強迫症スペクトラム」と呼ばれて、連続した症候群として治療の方針が立てられることがある<sup>23</sup>。

#### (6) 心的外傷後ストレス障害

英語では、Post-Traumatic Stress Disorder で、略して PTSD と呼ばれる。このうち、T のトラウマは、もともと外傷の意味で、ここでは心的外傷を表す。極度のストレスをもたらす出来事を経験したことにより深い心の傷、すなわちトラウマを負った場合を PTSD と呼んでいる。

日本では、阪神・淡路大震災で被災者に多くみられた体調不良の症状として知られるようになった。患者は、動悸、発汗、頻脈を伴いつつ、トラウマを繰り返して思い出したり、悪夢を見たりする。過去に味わったつらい体験をリアリティーをもって再体験する「フラッシュバック」と呼ばれる症状が続くこともある。その結果、不眠や体調不良に至ることもある。また、外界からの刺激への反応が鈍くなる「全般性反応性のマヒ」や、意識が覚醒した状態が続く「過覚醒」の症状が現れることもある。

#### (7) 急性ストレス障害

PTSD におけるトラウマや悪夢、フラッシュバックの症状が現れる。これらは、「急性ストレス反応」と呼ばれる。急性ストレス障害は、急性ストレス反応が数日から 1 ヶ月程度で自然治癒する、一過性の障害とされる。症状が長期に渡って持続すると、PTSD となる。

#### (8) 適応障害

誰でも、進学や就職、転勤、結婚など、それまでとは異なった環境で人生の新たな一步を踏み出すという経験がある。こうした環境の変化は、ストレスとなる。環境の変化に適応できず、逃げ出したい、なじめないという感情が高じて、抑うつ症状や不安感が現れたり、普段と異なる攻撃的な態度をとることがある。これが適応障害と呼ばれる。

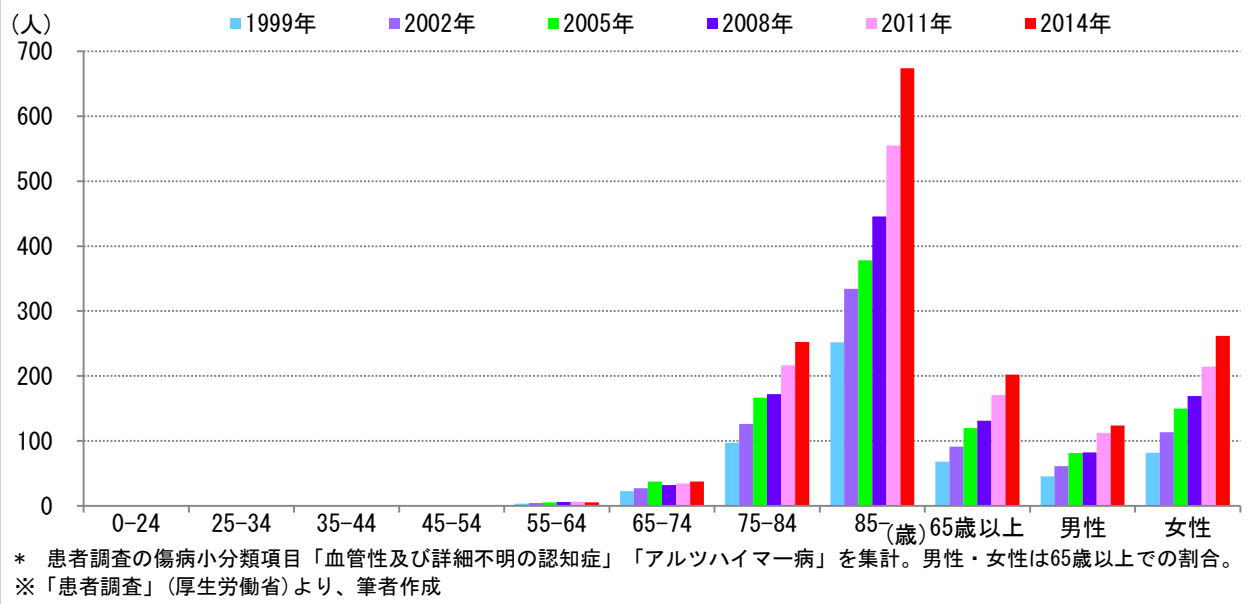
ストレス原因から 3 ヶ月以内に症状が現れて、日常生活に支障をきたしている場合に診断される。離婚、失業、重い病気、家族など親しい人との死別といった、不幸な出来事もストレス原因となる。

## 4 | 認知症は、人口の高齢化とともに患者が増加している

精神医療で取り扱う病気の 1 つとして、認知症がある。人口の高齢化に伴い、高齢の認知症の患者は増加している。認知症の患者の増加は、医療・介護など、今後の社会保障制度のあり方を検討する上で、主要課題の 1 つになっていくものと考えられる。

<sup>23</sup> スペクトラムは、連続体を指す。医療では、症状があいまいな境界をもちながら連続していることを表す。

図表22. 認知症の患者割合推移（人口1万人あたり）



認知症の患者割合の推移をみると、80代後半以降や、70代後半～80代前半で割合が高い。人口の高齢化とともに急速に認知症患者が増えている様子がうかがえる。男女別には、女性の割合が高い。

高齢者の認知症として、認知能力の低下・喪失を特徴とする譫(せん)妄や、大神経認知障害、軽神経認知障害が挙げられる。日本では、アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症の4つが中心的となっている。

#### (1) アルツハイマー型認知症

1907年、オーストリアの神経学者アロイス・アルツハイマーが、認知症の症状を呈して死亡した人の脳に老人斑を発見した。このことから、この老人斑のある進行性の認知症をアルツハイマー型認知症と呼ぶようになった。老人斑は「ベータアミロイド」という異常な蛋白質からなる。現在、この蛋白質の蓄積が病気の本体である、とする仮説が有力視されている。また、アルツハイマー型認知症では、神経細胞内で、「タウ蛋白」と呼ばれる蛋白質が線維化して沈着する「神経原線維変化」もみられる。神経原線維変化のある神経細胞は、蛋白分解酵素に分解されて死んでしまう。その結果、正常な神経細胞が失われ、脳が萎縮するとみられている。

#### (2) 脳血管性認知症

脳梗塞や脳出血の発作の後に現れる。手足の麻痺、言語障害を伴う場合や、小さな梗塞が多数発生して徐々に認知症が目立ってくる場合がある。

#### (3) レビー小体型認知症

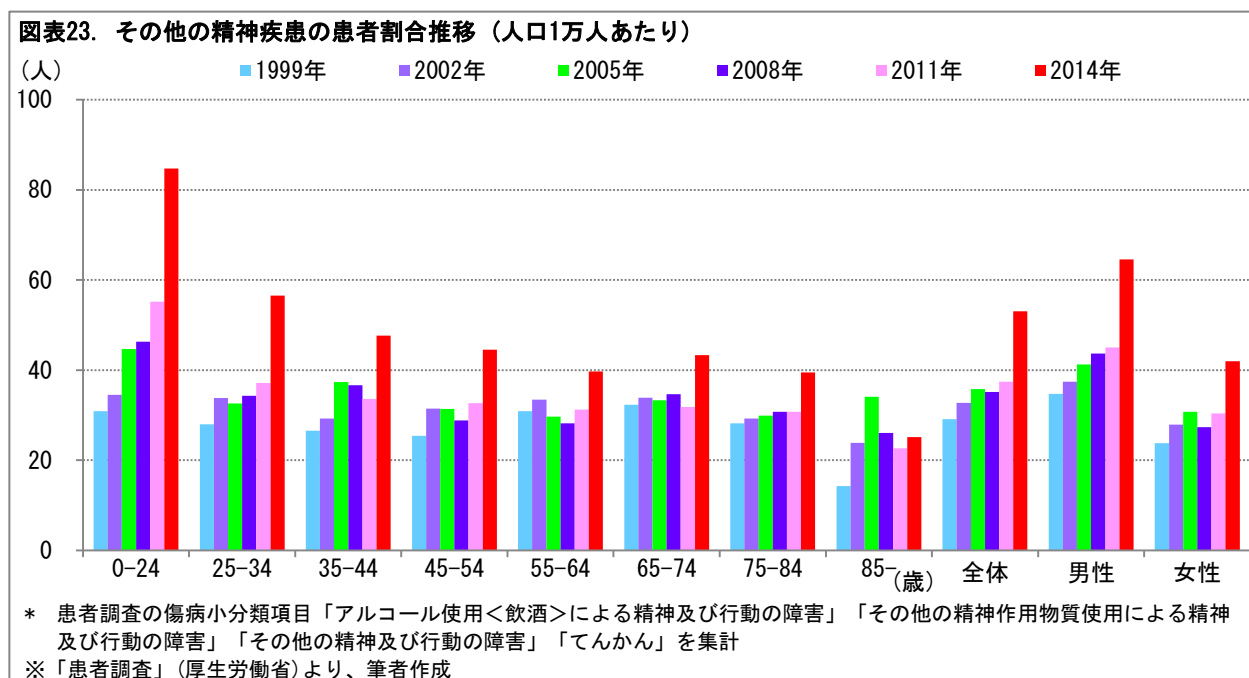
中枢神経系に、レビー小体という異常物質が多数出現する。この物質は、ドイツ生まれの神経学者フレデリック・レビーによって発見されたことから、その名前がつけられている。手足のこわばりや震えなどのパーキンソン病に似た症状と、人物・小動物などの幻視が特徴的な症状とされる。

#### (4) 前頭側頭葉変性症

大脳の前方の領域に変性が現れる。このタイプの認知症の場合、性格変化や行動異常が現れて、進行することがある。

## 5 | その他にも、神経発達障害、睡眠・覚醒障害など、こころの病気には多くの種類がある

これまでみてきた気分障害、統合失調症、不安障害、認知症のほかにも、精神医療が対象にするこころの病気には、多くのものがある。小児期にはじまる神経発達障害、多くの現代人を苦しめている睡眠・覚醒障害、アルコールや薬物への依存症などである。



その他の精神疾患の患者割合の推移をみると、若年齢層を中心に増加傾向にある。特に、20代前半までの年齢層では、小児期の神経発達障害の増加などから、患者の割合が大きく上昇している。

以下、主な疾病についてみていくこととしよう。

### (1) 神経発達障害

小児期にみられるものとして、自閉症スペクトラム障害や、注意欠陥/多動性障害(AD/HD<sup>24</sup>)がある。かつて、これらは、親の愛情不足、育て方、しつけに原因があるとされていた時期があった。しかし、現在では、脳の機能異常によって起こることが明らかとなっている。

#### ① 自閉症スペクトラム障害

連続体を意味するスペクトラムという言葉が示すとおり、複数の障害に関連した症状を示す。主な障害に、自閉性障害、アスペルガー障害、小児期崩壊性障害がある。

##### a. 自閉性障害

社会性、コミュニケーション、想像力の障害がみられ、多くの場合に知的発達の遅れを伴う。

##### b. アスペルガー障害<sup>25</sup>

知的能力には問題がなく、言葉の発達は良好。ただし言葉を字義通りに解釈するため、比喩や冗談が通じにくい。機械的な暗記は得意な反面、想像力の広がりに向け、抽象的な思考を苦手とする。

<sup>24</sup> AD/HDは、Attention Deficit Hyperactivity Disorderの略。

<sup>25</sup> オーストリアの小児科医ハンス・アスペルガーが、初めて報告した発達障害の症候群にちなんで、ICD-10上ではアスペルガー症候群という病名が用いられていた。DSM-IVでは、このうち知的障害を伴わないものとして、アスペルガー障害とされた。なお、DSM-5やICD-11では、アスペルガー障害の病名はなく、自閉症スペクトラム障害の中に位置づけられた。

### c. 小児期崩壊性障害

2歳頃まで正常に心身が発達したものの、ある時点から急激に、言語機能、知的機能、社会機能、運動機能などが退行する。無関心や独特のこだわりといった、自閉症的な症状が現れる。

#### ② 注意欠陥/多動性障害(AD/HD)

興味のあることには集中するが、嫌いなことやわからないことには関心を示さない。ケアレスミスが多い(不注意)。着席中に手足をもぞもぞさせて落ち着きがない(多動性・衝動性)。授業中にソワソワしたり、注意力が散漫になるため、学業成績が低下することが多い。ただし、話し相手が自分のペースに合わせてくれる場合は、自分の行動を説明したり、自分の気持ちを述べたりするなど、コミュニケーションをとることができる。

#### (2) 睡眠・覚醒障害

睡眠は、精神医療にとって重要な要素の1つとされる。毎日一定時間睡眠をとることで、脳と身体は休息を得ることができる。不眠や過眠などの睡眠障害は、身体的な症状、ストレス、こころの病気などが原因となって起こる。逆に、睡眠障害が他の精神疾患を引き起こすこともある。

ほとんどの精神疾患には、何らかの睡眠の問題が伴うとされる。一般に、患者は、精神疾患よりも睡眠障害のほうが、受診時に訴えやすいとされる。このため、主に睡眠障害を訴えて医療機関を受診する患者の中には、背後にさまざまな精神的な問題が隠れていることが多い<sup>26</sup>。

睡眠障害には、いくつかの種類がある。アメリカ睡眠医学会(AASM)による睡眠障害国際分類第3版(ICSD-3)では、睡眠障害をカテゴリーに分類している<sup>27</sup>。このうち①～⑥について、簡単にみていこう。

図表 24. 睡眠障害の分類

	ICSD-3 での分類
①	不眠症
②	睡眠関連呼吸障害群
③	中枢性過眠症群
④	概日リズム睡眠・覚醒障害群
⑤	睡眠時随伴症群
⑥	睡眠関連運動障害群
⑦	その他の睡眠障害

※本ページ注記記載の資料を参考に、筆者作成

#### ① 不眠症

不眠の原因には、さまざまなものがある。たとえば、ストレスが原因のもの。病気が原因のもの。加齢によって睡眠が変化したものなどである。不眠症の症状には、なかなか寝付けない「入眠障害」。睡眠途中で何度も目が覚める「中途覚醒」。朝、異常に早く目が覚める「早朝覚醒」の3つがある<sup>28</sup>。

特に、うつ病による特徴的な障害は、早朝覚醒とされる。夜間の入眠は速やかにできるが、明け方の2時、3時には目覚めてしまい、その後朝まで眠れずに悶々(もんもん)と過ごす。

<sup>26</sup> 「好きになる睡眠医学 第2版」内田直著(講談社サイエンティフィック)より。

<sup>27</sup> AASMは、American Academy of Sleep Medicineの略。ICSDは、International Classification of Sleep Disordersの略。なお、ICSD-3の翻訳については、「睡眠障害の診断と分類(ICSD-3)」清水徹男(「高齢者の睡眠とその障害」、公益財団法人長寿科学振興財団、平成28年度業績集、pp71-79)を参考にしている。

<sup>28</sup> ICSD-2には、眠りが浅い「熟眠障害」もあったが、熟眠の定量化が困難で客観性に欠けるためICSD-3では削除された。

## ② 睡眠関連呼吸障害群

睡眠中に何回も呼吸が止まる「睡眠時無呼吸症候群(SAS<sup>29</sup>)」がある。鼻と喉の間にある咽頭が閉塞して起こる閉塞性のものと、脳の呼吸中枢からの呼吸の司令が一時的に滞って呼吸が停止する中枢性のものがある。閉塞性の場合、閉塞部分を空気が通過するときに大きな音がいびきとなって発せられることがある。中枢性の場合、鼻の気流や胸部の動きはない。SASの中には、最初は中枢性で、後に閉塞性のパターンを示す混成タイプの障害もある。いずれも脳の酸素が不足して、人格変化やうつ状態に至る恐れがある。

## ③ 中枢性過眠症群

昼間、人との会話中や運転中などに突然眠り込んでしまう「ナルコレプシー(睡眠発作)<sup>30</sup>」。眠り始めに、恐ろしい夢をみる「入眠時幻覚」。眠り始めにレム睡眠<sup>31</sup>が起こることで、金縛りの状態となる「睡眠麻痺」。驚いたり笑ったり喜んだりする強い情動があったときに、突然全身の力が抜けてしまい、ぐったりした状態になる「カタプレキシー(情動脱力発作)」がある。

## ④ 概日リズム睡眠・覚醒障害群

本来、人の睡眠・覚醒のリズムは25時間として回っている。社会生活で、夜ほぼ同じ時刻に眠り、朝決まった時刻に起きることで、1日24時間のリズムができていく。仮に、睡眠の時間が不定で、眠くなったら寝るといって生活を続けると、入眠時間が毎日30分程度遅くなり目覚める時刻も遅くなる<sup>32</sup>。

## ⑤ 睡眠時随伴症群

この症群には、さまざまな病態の疾病が入る。寝ぼけの状態に暴力的な行動などが伴う「削減性覚醒」。睡眠中に突然起き上がって目を開いて歩き出す「睡眠時遊行症(夢遊病)」。睡眠時に突然起き上がり激しい恐怖感とともに、大声で叫んだり泣いたりする「睡眠時驚愕症(夜驚症)」などがある。また、睡眠時に突然起き出して、家族に暴力を振るう「レム睡眠行動障害」。睡眠麻痺の症状(金縛りの状態)が、ナルコレプシーの発作がないまま反復して起こる「反復孤発性睡眠麻痺」。何度も悪夢をみて、起きた後にその恐ろしさをおぼえている「悪夢性障害」がある。さらに、いわゆるおねしょを指す「睡眠時遺尿症」。睡眠時に起き出して冷蔵庫をあけて食品を貪り食う「睡眠関連摂食障害」もある。

## ⑥ 睡眠関連運動障害群

睡眠時に、身体や動作に障害が生じることもある。眠ろうとすると、脚がむずむずする「レストレスレッグス(むずむず脚)症候群」。睡眠時に足首の屈曲、膝の蹴るような動き、肘のすばやい曲げ伸ばしを伴う「周期性四肢運動障害」。睡眠時に足がつる「睡眠関連こむらがえり」。睡眠時に歯ぎしりをする「睡眠関連歯ぎしり」。睡眠時に体を律動的に揺すったり、腹ばいで寝ながら頭を持ち上げては落とすといった動作をする「睡眠関連律動性運動障害」などがある。

ここで、睡眠障害の患者割合の推移をみてみよう。実は、非器質性の睡眠障害、睡眠時遊行症(夢遊

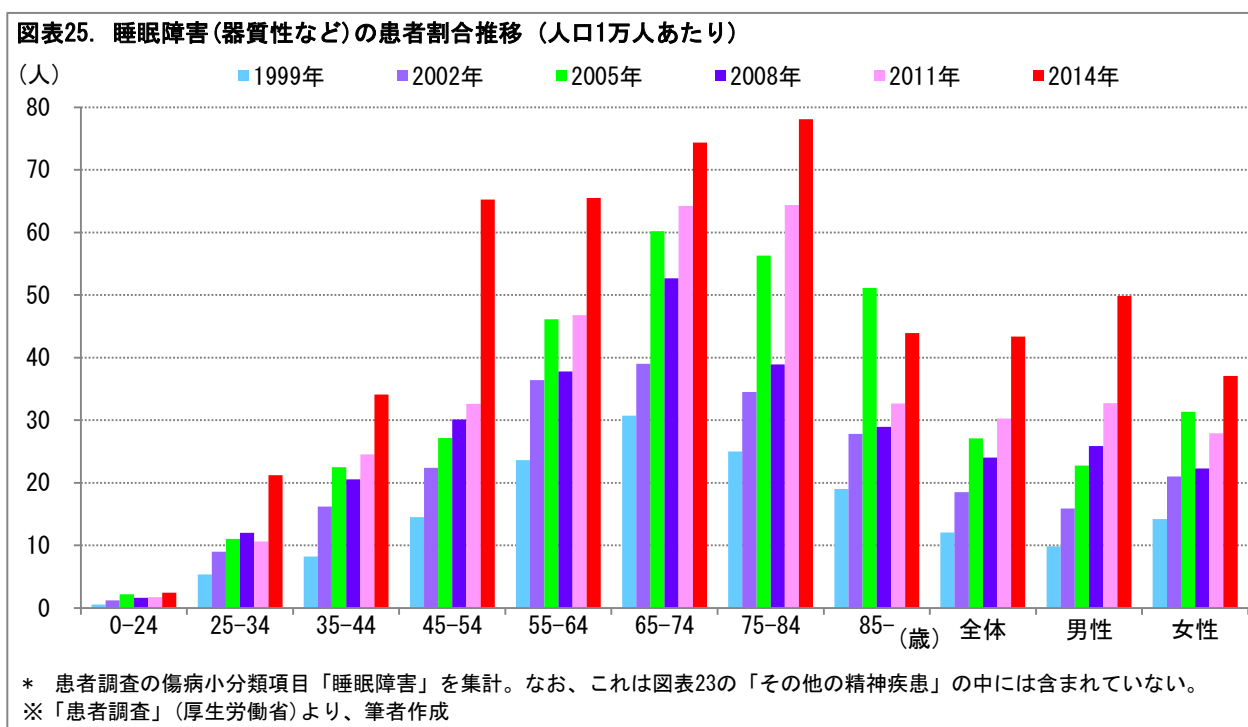
<sup>29</sup> 英語では、Sleep Apnea Syndromeの頭文字をとって、SASと呼ばれる。

<sup>30</sup> 「ナルコ」は「眠気」、「レプシー」は「発作」を指す。

<sup>31</sup> レム睡眠は、大脳が起きていて、身体が眠っている状態を指す。(後編(次稿)にて、詳述予定)

<sup>32</sup> 人が本来持っている固有のリズムで生活することは、「フリーラン」と呼ばれる。フリーランの状態では生活を続けると、睡眠時間がだんだん遅くなっていく。人は日々、地球の自転に合わせて、体内時計を概ね24時間のリズムに調整している。概日リズムは、この調整された約1日のリズムを意味する、circadian rhythmの訳語。

病)、睡眠時驚愕症(夜驚症)などは、すでにみた図表 23 の「その他の精神疾患」の中に含まれている。しかし、その患者数は 1.2 万人(2014 年)と限定的である。ここでは、図表 23 には含まれていないものの、患者数 55.3 万人(同)<sup>33</sup>と睡眠障害の大半を占める、器質性<sup>34</sup>の睡眠障害、睡眠時無呼吸症候群(SAS)、ナルコレプシー(睡眠発作)、カタプレキシー(情動脱力発作)などについてみる。



グラフから明らかなように、近年、睡眠障害を訴える人の割合は、各年代で上昇している。特に、2014年には40代後半から50代前半の年齢層で大きく上昇している。男女別には、男性の割合が高くなっている。

睡眠と精神医療の間には、強い関係があると考えられている。睡眠の現状や、睡眠障害の治療法については、後編(次稿)にて、再度とりあげることとしたい。

### (3) 解離性障害

人は、自分の意図を認識し、過去の行動を記憶し、自分が何者かを理解した上で、物事を考えたり行動したりしている。これは、アイデンティティー(自己同一性)の把握とされる。ところが、大きなストレスやショックなど何らかの原因で、アイデンティティーを保つ能力が一時的に失われ、意識、記憶、感覚が自分から離れてしまう状態がある。この状態は、「解離」と呼ばれている。

解離に伴って、さまざまな病気が起こる。それらは、解離性障害といわれる。その中で、よく取り上げられる解離性健忘、離人感・現実感喪失障害、解離性同一性障害についてみていこう。

#### ① 解離性健忘

心的外傷や強いストレスとなる出来事の前後の記憶を、数時間から数日間に渡って思い出せなくなる。身体症状として手足がしびれたり、脱力したりして立ったり歩いたりできないこともある。また、

<sup>33</sup> なお、この 55.3 万人(2014 年)の睡眠障害(器質性など)の患者は、図表 5 でみたこころの病気の患者数には含まれていない。背後には、こころの病気と、それ以外の病気の線引きをどこで引くかという問題が潜んでいるものといえる。

<sup>34</sup> 器質性とは、身体や脳の外傷や疾患が原因で生じるものを指す。病気の原因による分類での、外因性原因に相当する。



声が出なくなったり、視野が狭くなったりすることもある。これらは、身体症状に転換された症状という意味で、「転換性障害」と呼ばれる<sup>35</sup>。

## ② 離人感・現実感喪失障害

自分の意識、存在感が感じられず、周囲の世界の現実感も乏しくなる。現実の感覚が混乱して、不安を訴えることが多い。重症の場合、自殺につながることもある。

## ③ 解離性同一性障害

1人の人間に、複数の人格が存在して入れ替わる。かつては、「多重人格障害」と呼ばれていた。人格が入れ替わるときには、頭痛や意識消失、睡眠を介することがある。解離性健忘を伴い、別人格の間の出来事についてはおぼえていないことが一般的とされる。

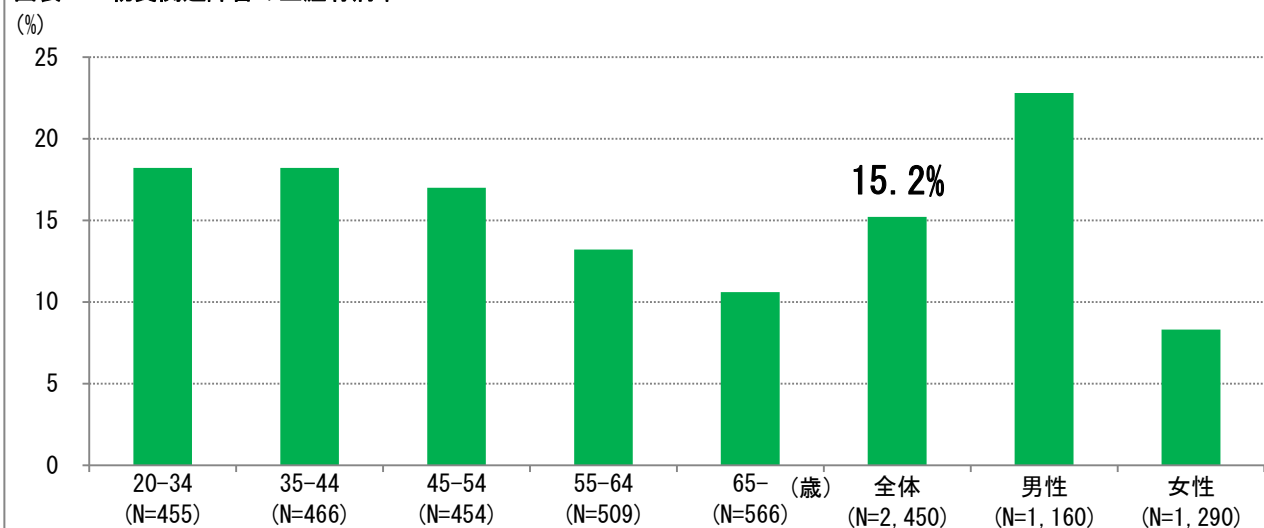
## (4) 依存症

アルコールやたばこ、薬物などの物質や、ギャンブルなどの嗜癖(しへき)をやめることができなくなる<sup>36</sup>。自分ではコントロールできない精神依存の状態になると、摂取などの回数や量が増えていく。それを繰り返すうちに、耐性ができて快感を味わいにくくなるため、更に回数や量が増えるという悪循環に陥る。

依存対象が途切れると、体のバランスが崩れて、発汗や頻脈、手指の震えなどの離脱症状(禁断症状)が現れることがある。こうした状態は、身体依存とされる。依存症の患者は、生活において、遅刻、無断欠勤、家庭不和、金銭トラブルなどさまざまな問題を招く恐れがある。

大規模疫学調査によると、調査時点までの生涯にアルコールや薬物の乱用・依存などの物質関連障害を経験した人の割合(生涯有病率)は、15.2%であった。年齢別には、20歳代から40歳の現役世代で高い。男女別には、男性のほうが高い。

図表26. 物質関連障害の生涯有病率



※ 注記14に記載の報告書の表2、3より、筆者作成

<sup>35</sup> 転換性障害は、身体症状症(後述)に含まれる。

<sup>36</sup> 依存症の対象物質として、アルコール、カフェイン、たばこ、鎮静剤、抗不安薬、睡眠薬、大麻、コカインなどがある。また、対象嗜癖として、ギャンブル、買い物、ネット(パソコン、スマートフォン等)、ゲームなどがある。

#### (5) 摂食障害

拒食や過食など、摂食に関連する異常行動を特徴とするこころの病気。患者の大半は女性で、多くは思春期以降に起こる。痩身を賛美する社会風潮を背景にして、過酷なダイエットに取り組んで、摂食障害に陥るケースがある。女性患者では、栄養不足のため、無月経や低血圧などの身体症状を呈することもある。

#### (6) 身体症状症

患者が病気を訴えて検査をしても、身体に器質的な変化(病変)がみつからないものを指す。主に心理的な要因によって起こるもので、無意識の葛藤や不安が身体症状として現れるものとみられている。これに対して、病変がみつかるものは心身症<sup>37</sup>と呼ばれる。

身体症状症の例として、転換性障害、疾病不安障害、虚偽性障害がある。

##### ① 転換性障害

神経系の病気に類似した、身体症状が現れる。具体的には、手足の麻痺や、振戦(身体の一部がふるえること)などの不随意運動、視覚障害や聴覚障害などの感覚機能の障害といった症状が現れることがある。

##### ② 疾病不安障害

重篤な病気にかかっている可能性、または今後かかる可能性にとらわれ、そのことを過剰に心配する。健康に対して強い不安をもち、健康状態について恐怖を感じることもある。

##### ③ 虚偽性障害

会社や学校を休むため等の明確な理由がないままに、症状があるふりをする。「作為症」とも、呼ばれている。ただし、虚偽性障害では、詐病(いわゆる仮病)とは異なり、患者にウソをついているという自覚はない。詐病のような目的や動機もない。この病気のために、患者が自分で自分の体を傷つけたり、毒物を飲んだりして病気の状態を作り出し、医療機関で検査を受けることもある。

## 4—おわりに

本稿では、精神医療の現状と、さまざまなこころの病気についてみていった。精神疾患は、主に脳の神経に起因した病気である。病気にはさまざまな種類があり、その原因がはっきりしないこともある。このため、医師による患者への問診や患者の様子を観察が、診断にあたっての重要なポイントとなることを、概観していった。

それでは、このようなこころの病気は、どのように治療されているのだろうか。

次稿では、こころの病気に対する治療法をみていく。併せて、精神医療と関係の深い睡眠についても触れる。その上で、最後に、精神医療について、簡単に私見を述べることにしたい。

<sup>37</sup> 心身症は、胃潰瘍や十二指腸潰瘍など、身体疾患の診断が確定しているものを指す。通常、精神疾患には、含まれない。なお、心身症は複合的なストレスが原因の場合が一般的であり、身体疾患の治療とあわせて、ストレスの低減を図ることが重要とされる。

## 【参考文献・資料】

(下記1～6の文献・資料は、包括的に参考にした)

1. 「好きになる精神医学 第2版」 越野好文・志野靖史 著(講談社サイエンティフィック, 2014年)
2. 「最新図解 やさしくわかる精神医学」 上島国利 監修(ナツメ社, 2017年)
3. 「好きになる睡眠医学 第2版」 内田直 著(講談社サイエンティフィック, 2013年)
4. 「本当にわかる 精神科の薬はじめの一步 改訂版」 稲田健 編(羊土社, 2018年)
5. 「女性医療とメンタルケア」 久保田俊郎・松島英介 編(創造出版, 2012年)
6. 「MSD マニュアル プロフェッショナル版 (日本語版)」 (MSD, ホームページ)  
<https://www.msmanuals.com/ja-jp/>プロフェッショナル

(下記の文献・資料は、内容の一部を参考にした)

7. 「精神保健医療福祉白書 2017」 精神保健医療福祉白書編集委員会(中央法規出版, 2016年)
8. 「脳内不安物質」 貝谷久宣 著(講談社, ブルーバックス B-1184, 1997年)
9. 「患者調査」(厚生労働省)
10. 「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)
11. 「医療施設調査」(厚生労働省)
12. 「ルポ 看護の質－患者の命は守られるのか」 小林美希 著(岩波書店, 岩波新書(新赤版)1614, 2016年)
13. 「『臨床心理士』資格取得者の推移」(公益財団法人 日本臨床心理士資格認定協会, ホームページ)  
<http://fjcbcp.or.jp/shitokusha/>
14. 「保健師活動領域調査」(厚生労働省)
15. 「資格登録(社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士)－登録者数の状況」(公益財団法人 社会福祉振興・試験センター, ホームページ)  
<http://www.sssc.or.jp/touroku/tourokusya.html>
16. 「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド」 主任研究者 川上憲人(厚生労働省厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)(H25－精神一般－006)国立研究開発法人日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業(精神障害分野)(15dk0310020h0003), 2016年5月)
17. 「うつ病診療の要点-10」(うつ病の予防と治療に関する日本委員会(JCPTD), 2008年8月)
18. 「睡眠障害の診断と分類(ICSD-3)」 清水徹男(「高齢者の睡眠とその障害」, 公益財団法人 長寿科学振興財団, 平成28年度業績集)

(なお、下記2編の拙稿については、本稿執筆の基礎とした)

19. 「医療・介護の現状と今後の展開(前編)－医療・介護を取り巻く社会環境はどのように変化しているか?」 篠原拓也(ニッセイ基礎研究所 基礎研レポート, 2015年3月10日)  
[http://www.nli-research.co.jp/report/nlri\\_report/2014/report150310.html](http://www.nli-research.co.jp/report/nlri_report/2014/report150310.html)

20. 「医療・介護の現状と今後の展開(後編)－民間の医療保険へはどのような影響があるのか?」 篠原拓也(ニッセイ基礎研究所 基礎研レポート, 2015年3月16日)

[http://www.nli-research.co.jp/report/nlri\\_report/2014/report150316.html](http://www.nli-research.co.jp/report/nlri_report/2014/report150316.html)