

: 労務トラスト 10 周年記念セミナー :

「今さら聞けない、精神医学の基礎知識」

(公社)日本精神保健福祉連盟常務理事、東京産業保健総合支援センター 大西 守

I、精神医学・精神保健の歴史

1、なぜ精神障害者は偏見や差別を受けやすいのか

1)精神保健の歴史が浅く、いまだ解決できない部分が多い

隔離・収容から開放・社会参加へ
原因の解明(遺伝病ではない)が不十分、精神医学的治療の限界

2)ノーマライゼーションの考え方が誤解されている

障害者があたりまえの人間として、一般の社会の営みに普通に参加してい
く対等の生活原理
自立・就労だけが最終目標ではない
社会復帰・社会参加のレベルは多種多様であるべき

3)「病識」の欠如・希薄化や理解力低下の問題

治療に乗せる際の困難性
治療・服薬の継続性(治療コンプライアンス、アドヒアランスの問題)の困
難性
インフォームドコンセント(告知、説明、同意)の限界

2、精神医学・精神保健の歴史

1)欧米の流れ

隔離・収容から開放・社会復帰、従来は罪人と一緒に収容

- 1793年 ピネル(Pinel,P.)の鎖からの開放
- 1938年 電気けいれん療法の開発(ツェルレティ Cerletti,U.ら)
- 1952年 クロルプロマジンの発見(ドレー Delay,J.)
- 1960年 フランスの「地区の政策」
- 1963年 アメリカの地域精神保健法→ホームレスの問題

2)日本の流れ

- 1900年 精神病患者監護法→私宅監置も可能
- 1950年 精神衛生法
- 1965年 精神衛生法の一部改正 ←1964年のライシャワー事件
- 1988年 精神保健法 ←宇都宮病院事件
- 1995年 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)
- 2005年 心身喪失者等医療観察法
- 2006年 障害者法定雇用率への精神障害者雇用の算入

3、精神疾患・精神障害に患うことの意味

1)「障害」の階層別理解(国際生活機能分類 ICF:International Classification of Functioning, Disability and Health)

- a)機能障害(impairment)
 - 脳卒中の右片マヒ
 - 精神疾患による緩慢な動作、幻覚・妄想
- b)活動制限(activity limitation)
 - マヒのため字がかけない、歩けない
 - 作業能力の低下、対人関係の困難
- c)参加制約(participation restriction)
 - 家庭や職場での生活上の制約
 - 差別や偏見、職業上の不利

2)障害の階層別の対応

- a)機能障害に対して
 - 症状の軽減を目指した精神医学的アプローチ
 - 医療機関
- b)活動制限に対して
 - 障害の改善や適応能力の向上を目指した生活指導や作業訓練
 - 共同作業所、カウンセラーによる指導
- c)参加制約に対して
 - 啓発活動、所得保障、住居確保などを目指した福祉的アプローチ
 - 公共職業安定所、福祉事務所、啓発普及活動、バリアフリー

II、精神医学の基礎知識

1、精神疾患の成り立ちへの誤解

1)原因と誘引

- a) 多くは内因性(何らかの脳の機能障害)
統合失調症、うつ病、不安障害
ストレスは誘引(引き金)に過ぎない
遺伝要因は大きな要因ではない
- b) 器質性障害(脳に具体的な障害が想定できる)
脳腫瘍、頭部外傷後遺症、認知症
ADHD(注意欠如多動障害)、行為障害の一部
- c) 内科疾患などが関与するもの(症状精神病)
内分泌疾患、糖尿病、高血圧、産褥期
- d) ストレス障害
PTSD(心的外傷後ストレス障害)
- e) パーソナリティ障害(人格障害)
自己愛型パーソナリティ障害

2)診断基準

- a) 従来診断、古典的診断名
ドイツ学派に由来、現実には現在も使用されている
Schizophrenie、Depression、Neurose、Epilepsie など
- b) DSM-5
アメリカ精神医学会精神障害診断統計用語集
- c) ICD-10、ICD-11
WHO(世界保健機関)国際疾病分類
日本でも行政機関で併用される傾向

2、精神医学領域での治療・対応について

器質疾患(原因疾患)の治療が前提
症状と生活障害の両方への対応
QOLの重視(就労、自立だけではない)

1)精神科薬物療法

抗精神病薬(非定型抗精神病薬)、抗不安薬(精神安定剤)、抗うつ薬(SSRI、SNRI)

睡眠薬、抗けいれん剤、気分安定剤など

副作用(正しい服薬が前提)：

眠気、ふらつき、手指の振戦、四肢硬直、口渇、嘔気、便秘

2)電気けいれん療法(無けいれん電気療法)

3)反復性経頭蓋磁気刺激療法(rTMS)

4)精神療法、精神分析

個人精神療法、集団精神療法

自律訓練法、認知行動療法、森田療法、芸術療法など

5)生活療法・生活指導

作業療法、レクリエーション、SST(Social Skills Training)生活技能訓練

6)リハビリテーション(社会復帰訓練)

デイホスピタル、ナイトホスピタル、共同作業所、リワークなど

7)就労支援、復職支援

統合失調症を中心とした就労支援

うつ病を中心とした復職支援(リワーク)

Ⅲ、統合失調症について

1、統合失調症(精神分裂病)Schizophrenie の概念

1)教科書的な概念(急性期が中心になっていることが多く、怖いイメージ)

精神科領域の代表的な疾患で、多彩で特異な病像を示し、しばしば慢性の経過をたどり、やがて人格の変化を残す
一般人口の0.7-0.9%で、思春期が好発期

真の原因は不明(遺伝、性格、環境、ストレスが関与)

2)統合失調症の経過

a)初期症状

学校の成績が下がる、外に出たがらない(不登校、引きこもり)、周囲の目を気にする、音に敏感、だらしなくなる

b)妄想(誤った個人的判断→訂正不能)

被害妄想、関係妄想、血統妄想、恋愛妄想など

c)幻覚

幻聴(人が自分の悪口を言っている)、幻味(飲水に毒が入っている)、幻視、体感幻覚(電気をかけられ体がビリビリする)

d)自我障害

作為体験(自分が操られてしまう)
思考伝播(自分の考えが他人にわかってしまう)

e)慢性症状

無為(自発性の低下)、自閉傾向

★急性期の多くの患者は「病識」(自分が病気だと認識する)が希薄

2、実際の接し方

1)high EE(Expressed Emotion、感情表出)の危険性に留意

a)良く話を聞いてあげる(長く聴く必要はない、時間の設定)

ただし、話の交通整理が必要なこともある

- b) 病気を治すというよりも、安心して働ける援助を心掛ける
- c) 家族や関係者の価値観を押しつけない
自然な態度・自然な距離
- d) 急激な変化を避け、本人のペースに合せ、繰り返して教える
早急な効果を期待しない

2) 問題点

- a) 社会の根強い偏見・差別
プライバシーとの兼ね合い
- b) 再発・再燃の問題
長期的な服薬管理の難しさ(治療コンプライアンス、アドヒアランス)

IV、発達障害について

1、発達障害の概要

1) 概要

- a) 人口比 1-11%
- b) 知的障害を伴わないことが多い(ADHD、アスペルガー症候群、広範性発達障害)
- c) 先天的な特性がある→遺伝+環境要因

2) 自閉症スペクトラム(ASD)

- a) 社会性の欠如(空気が読めない)
- b) コミュニケーションが苦手
- c) こだわりの強さ

3) 注意欠如多動性障害(ADHD)、注意欠如多動症

- a) 不注意優勢性型(ミスの多発)
- b) 多動/衝動性優勢型(問題行動、対人トラブル)

4) 発達障害の診断

- a) 子供の頃のエピソード、学生時代の暮らしぶり
- b) 確定診断でないことが多い
- c) 事例性重視の判断基準

5) 診断名非重視の傾向

- a) 医師による違い(過剰診断)
- b) 併存している、すべての特性は当てはまらない
- c) 事例性がポイント(年齢、環境、日常生活・職業生活への影響度)
- d) 二次的な精神症状(抑うつ感、不安感、自信欠如)への対応
- e) 過剰投薬・不適當投与(コンサータ、ストラテラ)

2、職場での対応

1) 得意な分野の開発

- a) 自分の関心事
- b) PC 作業、内勤
- c) 反復が多く、手順が決まっている
- d) 緻密さが求められる
- e) マイルールで進められる(研究者、起業家、フリーランス)

2) 苦手な分野に留意

- a) 複数の客対応、臨機応変の対応
- b) 自分が納得できない業務・サービス
- c) 複数関係者・機関との連絡調整

3) 職場での具体策(限界があるが)

- a) 適材適所への配置
- b) 落ち着いた作業環境(騒音、人込みへの対応)
- c) メモを取らせる
- d) 複数・同時の指示は行わない
- e) 作業手順マニュアルを作成する、業務日誌の記入
- f) 職場の上司・同僚の理解と具体的な指導(配慮しても特別扱いしない)
- g) 必要により継続的な治療、主治医との連携
- h) 産業医、カウンセラーでの対応