

第1部
第1章

精神障害一般

Q1…症状は患者の主観によるが、どのような根拠で精神障害と診断するのか？ 精

神障害の客観的な診断は可能なのか？

A1…多くの場合に、診断の決め手は患者・家族あるいは職場関係者からの情報である。精神症状を直接的に検査することはできないが、それらは患者の言葉、表情、態度、行動などで表現されるため、周囲の誰かによって観察されている。それを聴取し患者の主観的訴えとあわせて評価することで、可能な限り信頼性を高めるようにしている。観察者間における精神科診断の一致度は、DSMやICDなど（注1）の開発によって以前より改善していることが報告されている（Segal et al. 1994; Chmielewski et al. 2015; Williams et al. 1992）。しかし身体疾患の診断方法と異なり、精神疾患に対する信頼性と妥当性を兼ね備えた診断方法はまだ十分に確立しているとは言い難い。

一方で近年では、より客観的で科学的な診断基準の確立を目指す試みも進んでいる（Insel et al. 2015）。従来型の臨床症状を基準とした診断を一旦は解体して、それぞれの患者から可能な限り多くのデータを抽出する。このデータには遺伝子配列、脳活動・形態、生理学検査、認知機能、生活歴など多種多様なものが含まれる。可能な限り多くの患者、患者家族、健康者からデータを収集し、その結果を人工知能（AI）などを駆使して判別する。この判別結

果は、従来型の臨床症状に基づく診断とは異なる可能性もある。しかし新たな基準により診断された患者群を、前方視的（注2）に予後や診断の再現性を含めて検証していくことで、より信頼性と妥当性の高い診断基準が生まれると期待されている。

注1：DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) は米国精神医学会の作成した精神疾患の操作的診断基準である（米国精神医学会、2014）。ICD (International Classification of Disease) は世界保健機関の作成した身体を含めた全疾患の分類基準で、精神疾患はそのなかのFコードにあたる（世界保健機関、2005）。観察者間の診断一致度はカッパ (kappa) 係数により評価され、その値は0～1の間を取り、高い方が一致度が高いと評価される（注3）。診断場面の音声録音に基づいた2名の診断のカッパ係数は平均0.8であり、比較的一致度が高いと判断された。一方で約7日離れた2回の時点における2名の対面による診断のカッパ係数は平均0.47であり、この値はやや低いと判断された（Chmielewski et al., 2015）。

注2：前方視的とは観察集団を一定の時点で選び、その特徴を時間経過を追って調査していく研究方法である。逆にある観察集団の特徴を、過去に遡って調査する手法を後方視的という。

注3：カッパ係数は2名の観察者の評定の一致度や信頼性を確かめるための係数で、おおむね0.61～0.80で実質的に一致していると考えられ、0.81～1.0ではほぼ完全に一致しているとみなされる。

Q2：精神障害になった患者が病院を受診するきっかけはどのようなものか？

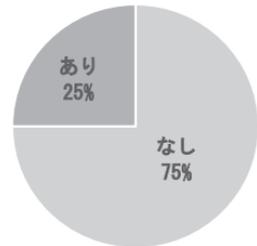
A2：メンタルヘルスに関係したサービス（医療機関や心理相談など）を受けた経験のある、成

人男女800人以上を対象とした、インターネットを利用した調査結果が報告されている。それによると受診理由で多いのは、周囲からの勧め(34%)、日常生活上の支障(27%)、限界や行き詰まり感(16%)、専門家の援助を希望(14%)の順であった。全体の3割以上の人が受診以前に抱えていた症状としては、憂うつな気分(61%)、不安感(56%)、不眠(50%)、気力・意欲低下(48%)、疲労感(39%)、集中困難(33%)などがあげられた。症状を自覚してから6か月以内に受診した人は、6か月以後に受診した人よりも、主観的改善感が大きく不安抑うつ尺度得点も低かった(平井他, 2019)。症状の自覚から受診までの期間が短い方が抑うつ症状の経過もよく、このことから早期の専門医療機関への受診や相談が勧められる。

Q3…精神障害に罹患した者のなかで、実際に精神科で治療を受けているのはどの程度か？

A3…2013～2016年にかけて全国で行われた精神疾患に関する研究では、質問紙および面接による一般住民への調査が行われ、全体のうち43%である2,450人から有効な回答を得ている(川上, 2016)。その結果では、今までに精神疾患に罹患した経験のある人のなか

受診した経験を持つ割合

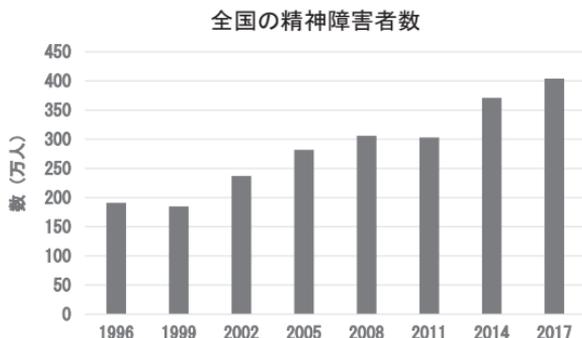


すべての精神障害をあわせても、専門家を受診した経験がある割合は25%と低い値を示している。(川上, 2016)

た人は16%、受診したことが人に知られたら恥ずかしいとした人が49%に上っていた。この結果にみられるように、過去に精神疾患に罹患した人であっても、精神科受診を躊躇するという受診・相談行動がかなりの数に上っていることが分かっている。このような層の人々を、どのように早期受診に結びつけるかが今後の検討課題である。

注1…専門家の相談とは、医療機関への受診やその他の心理カウンセリングなどを受けたことをさす。
注2…物質使用障害とは、アルコール、大麻、覚せい剤、その他の薬物(ここでは substance)・物質と邦訳される)の乱用や依存を生じる疾患をさす。

で、専門家の相談(注1)を受けていない人の割合は気分障害が53%、不安障害が43%、物質使用障害(注2)が85%であった。すべての精神障害をあわせた場合、過去に専門家の相談を受けた割合は25%と低い値を示した。精神障害に罹患した経験のある人で、今後も専門家への受診をしないとした人は26%、専門家に自分の問題を話せないとし



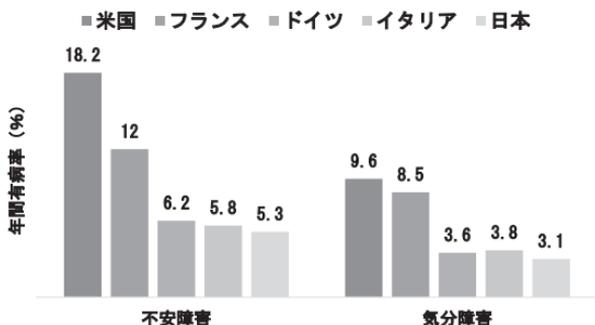
厚労省の患者調査では1996年に191万人であった全国の精神障害者数が2017年には404万人へと倍増していた。

Q4…精神疾患の罹患率が上昇しているように感じられるが、実際にはどうなのか？
またその原因は何か？

A4…厚労省の患者調査では1996年に191万人であった

全国の精神障害者数が、2017年には404万人へと倍増していた。このなかには統合失調症、気分障害、神経症、アルコール依存、血管性認知症、アルツハイマー型認知症などが含まれている。2017年のデータでは統合失調症が792,000人、気分障害が1,276,000人、認知症が604,000人とされている。またこのなかには、睡眠障害の571,000人は含まれていない。このような増加の原因としては気分障害、神経症とストレス関連性障害、アルツハイマー型認知症などの患者数上昇が大きく寄与している。一方で統合失調症の患者数は、年次による大きな増減は認められていない。気分障害と神経症に関しては、心理社会的要因が大きく、アルツハイマー型認

精神疾患の国別有病率



WHOの国際調査による不安障害と気分障害の年間有病率（米国、フランス、ドイツ、イタリア、日本の比較）

知症については人口の高齢化の影響が大きい。

Q5…世界中で国ごとの各精神疾患の患者数や発病率には差があるか？ それは文化や社会習慣などに起因するのか、それとも診断基準によるものなのか？

A5…世界保健機関（WHO）が2001～2003年にかけて行った国際調査によると、不安障害の年間有病率は米国18・2%、フランス12%、ドイツ6・2%、イタリア5・8%、日本5・3%であった。同様に気分障害の年間有病率は米国9・6%、フランス8・5%、ドイツ3・6%、イタリア3・8%、日本3・1%であった（The WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004）。このような国による違いは、民族的な性格傾向、各国の社会経済事情、社会保障の仕組みなどに関連していると

思われる。一方で統合失調症については、世界の46か国における調査の中央値は時点有病率が0・46%で、生涯有病率は0・40%であり、それぞれ男女差はなかった。先進国より途上国で頻度が低く、さらに特徴的なことは移民はその国で生まれ育った人より1・8倍多く罹患していた(Saha et al., 2005)。途上国で統合失調症が少ないことは、社会心理的なストレスの質が先進国と大きく異なる（前者では貧困や戦争などで、後者では労働環境など）ことが原因と考えられた。

Q6…精神障害では自分は病気であるという自覚があるのか？ 治ったという自覚はあるのか？

A6…疾患にもよるが、統合失調症では病識は乏しく、気分障害では病識はあり、神経症性障害では病気だという意識がやや強い傾向がある。統合失調症では発症前から急性期では病識はないことが多いが、寛解期から慢性期には病感（病気だというあいまいな感覚）は出現すると考えられている。うつ病ではほとんどの場合で自らがなんらかの病気にかかっているという認識をもつが、それが精神疾患であるという認識は不十分なことがある。しかし疾病教育などを通じて理解を深めることで、それを補うことが可能である。

注 …病識については統合失調症Q11も参照のこと。

〔 Q7 …精神疾患の発症に性差があるか？ 〕

A7…幼児期には自閉スペクトラム症（ASD）の発症率が、男児において女兒よりも数倍以上高くなっている。この事実は就学前の年齢においては、男性により強く精神障害に罹患する脆弱性が表れていることを意味している。続いて青年期早期においても、統合失調症は男性で女性よりやや早く発症する。しかしその後の生殖年齢においては、女性のうつ病に罹患する割合が高くなる傾向が認められる。さらに成人後期に至り、更年期では女性の精神障害への罹患率が高まっていく。したがって、主に未成年以下では男性が、成人後期では女性が精神障害に罹患するリスクが高まるといえるだろう。

このような性差は遺伝子や性ホルモンなど生物学的要因が強く関与しているが、社会的要因もまた性差に大きな影響を及ぼす。その例としては失業などのストレスにさらされる中高年男性において、自殺リスクが特段に高まることあげられる。一方で神経症の大学生40例を対象にした研究では、強迫性（強迫、恐怖症、対人恐怖）が男性に、転換性（解離、抑うつ）が女性に典型的であった（鈴木，2000）。国際的な15か国の調査では女性は不安障害（パ



国際的な調査では男性は ASD、ADHD、薬物依存の頻度が高く、女性は不安障害や気分障害の頻度が高かった。

ニック障害、全般性不安障害、社交不安障害、恐怖症、PTSD など)と気分障害(うつ病など)が多く、双極性障害では性差はなかった。男性は ADHD や物質使用障害(アルコール依存など)が多かった。最近の研究では古い年代の研究と比較して、うつ病と物質使用障害についての性差が縮小していた (Sedat et al., 2009)。今後は女性におけるアルコール・薬物依存の罹患率上昇が懸念される。

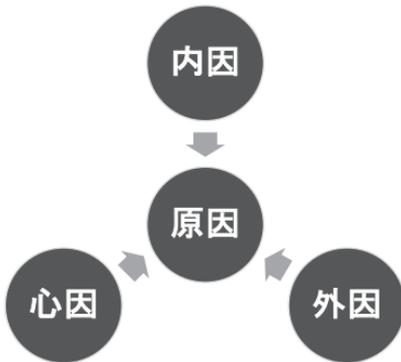
ADHD : attention-deficit hyperactive disorder 注意欠如多動症

ASD : autism spectrum disorder 自閉スペクトラム症

PTSD : post-traumatic stress disorder 心的外傷後ストレス障害

Q8 : 精神障害の根本的な原因は何か? 精神疾患の原因について「内因」という概念が理解できない。

A8 : 精神障害の原因を「内因」、「外因」、「心因」に分けて考える方法がある。そのなかで内因というものは、何らかの遺伝的素因に基づいて形成される脳の発達過程における精神疾患への脆弱性といわれるものである。外因は脳機能に影響を与えるような薬物や身体疾患に、精



精神障害の原因は「内因」、「外因」、「心因」に分けて考えると理解しやすい。

精神障害の原因を求めるものである。さらに心因は生活環境や対人関係など、心理社会的な因子をさしている。これらの因子が単独ではなく複合的に関与することで、精神障害を発症させると考えられる。

脳は遺伝子の設計図に基づいて形成され発育していくが、精神疾患ではその神経回路網にわずかな障害があると考えられている。わずかというのは、明確な知的障害や身体運動障害などの症状は認められないからである。例えば、統合失調症患者の死後に解剖して脳を切り出し、その切片をつくり顕微鏡で調べたとしても、疾患を特徴づけるような異常はみつから

ていない。むしろ神経病理学的所見がないことが、統合失調症の特徴とも考えられている。この所見は、問題となる障害は脳が発達してから起こったのではなく、発達の過程で徐々に形成されたものであることを示唆している。脳神経系の脆弱性に対して成長期のさまざまな環境ストレスが加味されて、最終的に精神疾患として発症するというのが神経発達仮説で、現在ではASDや統合失調症の基本的な考えとなっている。

Q9…精神疾患は治療を受けずに寛解・治癒に至ることはあるのか？

A9…統合失調症に関しては、ARMS (at risk mental state) という概念が用いられるようになってくる (Yung et al., 1996)。ARMSとは主に児童青年期における、軽微なまたは一過性の精神病的体験 (幻覚や妄想) や精神病の家族歴などを有する者をさす。このような対象者を事前に発見して適切なメンタルヘルスに関する対応を行うことで、事後の発症を予防しようという施策が英国などで展開されている。

710人の対象者 (平均年齢23歳) に面接調査を行い、標準化された手法を用いてこれらを411名のARMSあり群と299名のARMSなし群に分けた。その後6年間における精神障害の累積発症率をみると、ARMSあり群の20%とARMSなし群の4%が精神病的状態になった。この結果は当初は軽度の精神病的状態であっても、その内の80%は6年間発症を免れていたことを意味している。

また、精神病的状態以外の何らかの精神疾患 (双極性障害など) の発症率をみても、ARMSあり群は45%でARMSなし群は43%であった。すなわち初回時に軽微な症状があっても、4割程度はその後6年間にわたり精神疾患にならなかつたことになる (Fusar-Poli et al., 2017)。これらの人々が寛解や治癒にまで至っているかどうかは分からないが、軽微で一過



心身症は心理社会的要因と身体器官の相互作用により、さまざまな身体疾患（喘息、高血圧、蕁麻疹、胃潰瘍など）を発症させる。

性的精神病的状態は児童青年期においてはまれな症状ではないといえる。

Q10…精神障害以外の病気でも、何かの心理的な影響によって発症する病気はあるか？

A10…心身症は心理社会的要因と身体的要因との相互作用により、さまざまな身体疾患（高血圧、喘息、蕁麻疹、胃潰瘍など）を発症させる。心身症では精神疾患に基づく身体症状は除外されており、自律神経系・内分泌系・免疫系などを介して、特定の器官に固定した器質性病変や機能的障害をもたらしている（心身医学、1991）。さらに近年では小児科領域における心身症が注目されており、片頭痛、過敏性腸症候群、起立性調節障害、心因性頻尿などの診断と治療にも心理的影響を考慮することが必須である（村上、2018）。

Q 11…発症のきっかけはどのようなものがあるのか？

A 11…発症のきっかけは、いわゆるライフ・イベントであることが多い。例としては卒業や入学、就職、転勤、昇進、結婚、出産・育児、離婚、近親者の死などがある (Holmes et al., 1967)。イベントはその人にとってよい意味でも悪い意味でも、環境の変化を伴うのでそれに適応する場面で発症することが多い。日常生活におけるさまざまなイベントは生活環境を大きく変化させるが、我々は常に新しい環境に再適応していく必要がある。その過程で心理的なストレスが大きくなった場合、あるいは周囲からのサポートを受けられない場合に精神障害として顕在化すると考えられる。

Q 12…精神障害者と接していくことにより、病気が連鎖していくことはあり得るか？
親しい人が精神疾患に罹患した場合、関わる周囲の者も発症率が高くなるか？

A 12…二人組精神病 (folie a deux) または感応性精神病という疾患概念がある。これは19世紀末頃には報告されていた疾患で、きわめて近い関係にある2名のうちの一方に既に精神病があり、その妄想内容がもう一人の精神病でなかった方の人物にも出現するという現象である。

DSM-IVでは共有精神病性障害という病名で掲載されている。

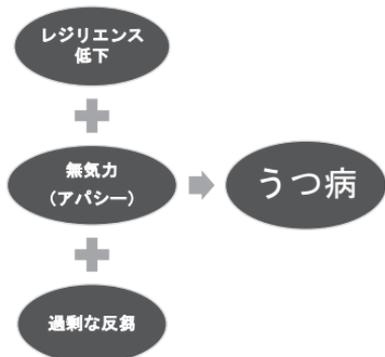
また互いに近い関係にある集団生活の場（学校や寮など）で、一人から始まった症状（不随意運動や不安・過呼吸など）が短期間に多人数に広がることもある。米国マサチューセッツ州で、実際に起こった出来事が報告されている。2012年11月にある学校で、数人の生徒が音声チック（しゃっくりや動物の鳴声様の発声）の症状を示した。地元メディアがそれを取り上げる頃には、さらに別の学校でも同様の症状を示す生徒が出現した。最終的に総数は20名以上になったが、症状は次第に消退していったという。発症した生徒らの診断名はmass psychogenic illnessとされ、年齢は14～18歳でほとんどが女性であった(Bartholomew, 2016)。

〔 Q13 : 一般的に、われわれの人生観や生活スタイルはどのように疾患へ関わるのか? 〕

A13 : 青年期のうつ病に限っていえば、アルコール・喫煙などを含めた薬物使用、過剰なダイエット、ネガティブな対処法、肥満などはうつ病の発症を有意に上昇させていた。一方で十分な睡眠と適切なダイエットはうつ病の発症を低下させていた(Cairns et al., 2014)。しかし、原因と結果の関係は不明確であり、十分な睡眠をとらなかったからうつ病になったのかうつ病

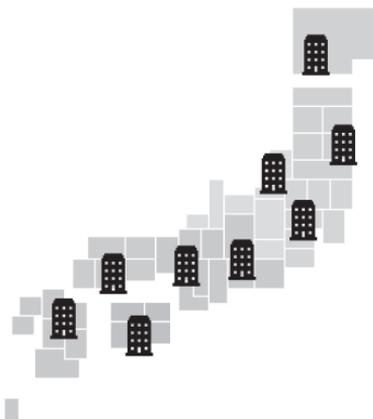
だから十分な睡眠がとれなかったのかを区別することは難しい。

従来の視点では執着気質、メラニコリー親和型などという性格傾向（注）がうつ病の病前性格と関連しているとされている。最近の人格研究では、幅広い人格概念と疾患との関係が調べられている。レジリエンス（精神的ストレスに対する回復力）、無気力（アパシー）、反芻（繰り返し思い出して考えること）などと抑うつ傾向との関連が報告されている。すなわちレジリエンスの高い人はうつ病になりにくく、無気力や反芻傾向の強い人はうつ病になりやすい。また自己制御のなかでも行動抑制の程度は摂食障害傾向と、自己愛傾向は対人・社会恐怖と関連していた（及川、2012）。



レジリエンス（精神的ストレスに対する回復力）、無気力（アパシー）、反芻（繰り返し思い出して考えること）は抑うつと関連している。

注 …病前性格については気分障害Q2・14を参照のこと。



職場や学校におけるメンタルヘルスの相談窓口は各地にあり、それらを積極的に利用していくことが重要である。

Q14…精神障害は一般的には理解されにくいですが、職場や学校へ理解してもらおう取り組みはどのようなものがあるのか？

A14…職場のメンタルヘルスに関しては労働者健康安全機構が、各都道府県で産業保健総合支援センター、地域産業保健センター、労災病院などを運営している。高齢・障害・求職者雇用支援機構は、それぞれの自治体で地域障害者職業センターを運営している。都道府県には精神保健福祉センターが設置されており、こころの健康電話相談などを行っている所もある。他には各地保健所、市町村・保健センター、就労継続支援A・B型事業所などがある。

いずれも患者や家族または職場の担当者などからの相談を受け付けており、職場でのメンタルヘルス講習会なども行ってくれる。厚生労働省は働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」を運営しており、ここでは医療機関や相談窓口を調べることができる。学校教育に関しては、教師への発達障害や小児期のうつ病の啓もう活動の他、教育委員会、児童相談所、福祉事務所、家庭児童相談室(市

町村役場など)、青少年活動センターなどで相談を行っている。その他には患者家族会やフリー・スクール、各大学の学生相談室なども対応している。

労働者健康安全機構 <https://www.johas.go.jp/>
高齢・障害・求職者雇用支援機構 <http://www.jeed.or.jp/>
こころの耳 <http://kokoro.mhlw.go.jp>

【 Q15…患者本人への病名告知が症状悪化につながる可能性があるか？ 】

A15…精神疾患のなかでも旧来から使用されてきた「精神分裂病」の呼称は、語句から受ける印象が否定的であり患者本人に告知しにくいといわれていた。したがって、患者に対する疾病教育などの場面でさまざまな問題が生じ、それにより治療への十分な同意が得られない事態に至ることが多かった。そのため日本精神神経学会は2002年に、旧来の呼称から「統合失調症」に変更し、各種公的文書や診療報酬病名などに用いることになった。そもそも統合失調症は19世紀末にクレペリン (Kraepelin E, 1856～1926) が、以前から知られていた破瓜病と緊張病に妄想性痴呆を加えた疾患概念として、早発性痴呆 (dementia praecox) を提唱したことに始まる(注)。

次いでブロイラー (Bleuler E, 1857~1939) が *schizophrenie* という呼称を用いるようになり、この呼称が明治以降に日本語に訳出されて精神分裂病となった。わが国における呼称変更により、病名を告知する割合は37%から70%へ上昇したと報告されている (西村, 2008)。また患者自身への調査によっても、自分の病名を統合失調症と認識している者は55%に上っている。病名を告知されている患者は、そうでない患者よりも若く罹病期間が短かったが、一方でリハビリテーションを行っている割合が高かった (賀古他, 2014)。したがって、今後とも病名告知を積極的に行い、疾病の理解と治療への導入を進めるべきと考えられる。

注 …破瓜とは思春期をさし、破瓜病はドイツのヘッカーが最初に報告した精神疾患で、思春期に発病し思考障害や自閉性などの症状を示す。緊張病はドイツのカールバウムが最初に報告した精神疾患で、精神運動興奮や昏迷を主症状とする。クレペリンの功績はこれら2つの疾患に加えて、妄想を主体として次第に精神的な荒廃状態へ移行する妄想性痴呆をあわせてひとつの疾患概念としたことにある。



ほとんどの電子カルテシステムは SOAP を使用しており、精神科カルテもそれに準じている。

Q 16 .. 精神医療に従事する者はどのようにカルテ記載をしているのか？ 一般の診療科との違いはあるか？

A 16 .. 精神科のカルテ記載は、他の診療科のものとは比べて分かりにくいとされている。その原因としては、そもそも病気自体が明確でなく、何を治療しているのか不明で、かつ治療経過が長期にわたる点などがあげられる。外来における毎回の診療内容を記載するだけではなく、数か月ごとにでも簡単なサマリー（要約）を作成することで分かりやすくすることができると。医療安全の視点からも、入院が必要であった理由や外泊許可の判断などを明確に記載すべきである。内容は患者並びに同伴者の陳述を生かして、学術的用語はできるだけ使用せずに記すことが望ましい。近年では入院時のサマリー記載が必須となっており、その点だけでも過去より患者の病歴を把握することは容易になっている。

カルテは原則的に SOAP（注）システムを利用するが、精神科の場合は必ずしもこれに馴染めない場合もある。治療期間が長いため、

担当医の交代が他科に比べて頻回に起きる可能性がある。このような場合の紹介状には、同じ診断名の一般的症例と比較した場合に、その患者に特徴的な所見などを記載すると参考になる。また個人精神療法を行っている場合には、担当医を変えることは治療の終結を意味することもある点に注意が必要である。最近では多職種連携の観点から、異なった職種の専門家がそれぞれカルテ記載を行うようになってきている。この場合にも職種間での用語の使用方法など、互いに患者理解に齟齬が生じないように注意すべきである。(精神科臨床サービス、2.1.2002：特集「これだけは知っておきたい―診療・相談記録の書き方(I)より抜粋」)

注 …SOAPシステムは診療記録の記載方法のひとつで、患者の主訴 (subjective)、診察所見 (objective)、評価 (assessment)、治療方針 (plan) を順番に記載するものである。現在のほとんどの医療機関の電子カルテでは、SOAPシステムが使用されている。

〔 Q17…精神医学において、新しい症状や疾病単位が提案されることはあるか? 〕

A17…最近のトピックとしては、「ゲーム障害 (gaming disorder)」の新設があげられる。ゲーム障害はWHOの作成する国際疾病分類第11版 (ICD-11, 2019) に初めて採用され、米国民精神医学会の作成するDSM-5にもインターネットゲーム障害が今後の研究のための病態とし



ゲーム障害もしくはインターネットゲーム障害が国際疾病分類や診断基準に採用された。

て記載されている。ゲーム障害の診断基準 (ICD-11) は、(1)ゲームのコントロールができない、(2)ゲームが他の興味や活動より優先される、(3)ゲームにより悪い問題を引き起こしているのにゲームを続ける、(4)ゲームが本人の重要な領域に問題を起こしている、(5)以上の状態が12か月以上続く、となっている。

ゲームの高性能化とインターネットの進歩は連動しており、今後はこの両者に共通した依存が形成される可能性が高い。日本におけるインターネット使用に関しては、中学生の24% (川邊他、2017) と大学生の38% (北沢他、2019) がそれぞれ問題ある使用者と推測されている。いずれの研究でもインターネット使用時間が長いほど、身体的および精神的問題を抱えやすくなっていることが示されている。最近の日本における10〜29歳を対象とした調査でも、1日のゲーム時間が長くなるにしたがって昼夜逆転傾向が強まっていた (樋口、2020)。これらの結果はゲーム障害が、若年層の男性において重要な精神疾患として位置づけられる可能性を示している。

Q 18…ロールシャッハテストなど、投射法性格検査の信頼性や妥当性は確立しているのか？

A 18…投射法にはロールシャッハテストの他にも、TAT (Thematic Appreciation Test)、文章完成法テスト、PIFスタディなどがある(注)。いずれも検査の信頼性と妥当性について、さまざまな議論が行われている。ロールシャッハテストに関しては複数のスコアリング法が存在し、日本と米国では異なった方法を用いている。米国では包括システムが用いられているが、その手法では思考障害の診断、治療効果の予測、依存性行動の評価、統合失調症と境界型パーソナリティ障害の診断に関しては妥当性が高いとされている (Garb et al. 2005)。

注 …投射法による性格検査は、曖昧な図形、絵、文章を提示して被験者の考え方を引き出し、その内容を標準化された手順でスコア化する手法である。以下のような種類がある。

ロールシャッハテスト…左右対称のインクのしみのような図形を見て何に見えるか答える。

TAT…簡単な絵を見ながらそのストーリーを被験者に作らせる。

文章完成法テスト…曖昧な内容の文章を読んで被験者に完成させる。

PIFスタディ…日常的な葛藤場面の絵を見てそのストーリーを答える。

Q 19…精神障害に精通した者が精神障害者のふりを装うことはできるか？

A 19…「ルポ・精神病棟（大熊、1981）」では、新聞記者がアルコール依存症患者のふりをして精神科病院に入院し、病棟内での様子を克明に観察した内容が記述されている。担当医は何のためらいもなく、記者をアルコール依存症と診断して妻の同意のもとで入院させている。約10日間の入院生活の後に記者は妻との面会時に退院のサインを送り、その後には妻は担当医に退院を依頼して無事に退院するという顛末が報告されている。1970年に新聞に連載された話題になり、単行本として出版された。その後は絶版となったが、現在は電子書籍で読むことができる。そのなかで描かれている様子は今から50年前の状況であり、現在の精神科病院の状況と大きく異なることに注意が必要である。その後のわが国の精神医療は、精神保健福祉法や医療観察法の制定、不況下での自殺死亡率の増加などを経て大きく変化していることは周知の事実である。

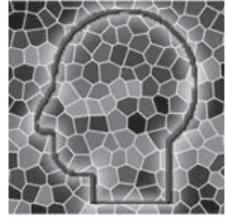
Q 20…精神障害と甘えの関連性について知りたい。

A 20…甘えは相手の好意をあてにして振舞うことであるとされ、甘えは日本人心性の鍵になる概

念といわれている（土居，2001）。健康で素直な甘えとともに、不健康で屈折した甘えも存在する。甘えは自己愛的パーソナリティと関連づけて考察されることがある。つまり自己愛的甘えとは甘えが満たされず、甘えたくとも甘えられないために一方的な自己愛的要求を伴う状態である。その屈折した表現として、不適切な行動をして相手に迷惑をかけても許されるだろうと過剰に期待することがある。自己愛型パーソナリティ障害における、誇大的で他者に無関心なタイプはこれに該当する。逆に他者の言動に過敏なタイプもあり、対人恐怖や社交不安障害などに結びついている。また「すねる」、「ひねくれる」、「ふてくされる」、「ひがむ」、「むかつく」などの感情は、屈折的甘えの異なった表現方法である（稲垣，2007）。

Q21…精神障害と健常との境目は明確なのか？ すべての人が精神障害に関連した要素をもっているのではないか？

A21…正常と異常との境界は明確なものではなく、スペクトラムとよばれる概念で考える必要がある。スペクトラムとは対象の特性を評価する場合に、連続的に変化する数値として捉えることである。例えば、虹の7色は見た目には分離して見えるが、物理的には光の周波数は連続的であり、どこか1点で色を区別できないことと同じである。したがって精神障害と健常



正常と異常の境目はスペクトラム（上）やモザイク（下）などという概念を使うと考えやすい。

の間も、ある一点で両者を明確に区別できるようなポイントはないのである。またその判断は、所属する文化や歴史によっても異なっている。

さらに加えて、すべての人に何らかの精神病理的問題が存在するということに注意すべきである。それはまた同時に、患者のなかにも健康な部分が多く存在するに目を向けさせることになるだろう。このような概念はモザイクとして考えると分かりやすい。モザイクでは健全な部分と病的な部分複雑に混ざりあっており、そのどちらが多く含まれるかで疾病と健全に分かれるにすぎない。特に精神疾患に罹患した患者に内在する健全な部分を探し出し、それを伸ばし育てることが社会復帰に結びつくのである。

【 Q 22 … 患者を診察するとき心掛けていることは何か？ 】

A 22 … 「日常臨床におけるミニマム・リクワイアメント」（笠原，2007）によると、以下の9項目が重要である。(1) 病人が言語的非言語的に自分を表現できるよう配慮をする、(2) 基本的には非指示的な態度を持ち、病人の心境や苦悩を「そのまま」受容して了解することに努力を惜

しまない、(3)病人と協力して繰り返し問題点を整理し、彼に内的世界の再構成を促す、(4)治療者の人生観や価値観を押しつけない範囲で、必要に応じて日常生活上での指示、激励、医学的啓発を行う、(5)治療者への病人の感情転移現象につねに留意する、(6)深層への介入をできるだけ少なくする、(7)症状の陽性面の後ろに隠されている陰性面（例えば心的疲労）に留意し、その面での悪条件をできるだけ少なくする、(8)必要とあらば神経症に対しても薬物の使用を躊躇しない、(9)短期の奏功を期待せず、変化に必要な時間を十分にとる。

Q23…診断がうまくあてはまらないときはどうするのか？ 治療経過によって診断名が変わっていくことはあるか？

A23…初診時の臨床診断は外因性―内因性―心因性の順番に検討していく。最初に外因性精神障害を除外するのは、脳器質性疾患や薬物によって生じた病態であれば、それらを早急に治療または離脱させないといけないからである。次いで内因性精神障害（統合失調症や双極性障害など）を疑わせる所見がないかどうか、発達期の問題にも触れながら慎重に見極める必要がある。そして最後に心因性精神障害について検討するが、内因性の場合においても心因が重要な役割を果たすので、両者は並行して検討していく。このような手順を踏みながら、同

時にDSMやICDなどの操作的診断基準を念頭に置いて、症状と基準項目を対応させていく。最終的にその時点で最も妥当性の高い診断に辿り着くというのが、多くの臨床家の行っている手順である。

しかし、当然のことであるが、診断がうまくあてはまらないこともある。そのような場合でも暫定的な診断をもとに、初期治療を進めていくことが多い。治療を通じて症状の改善がみられれば、暫定的な診断も次第に確定的なものになるだろう。しかし、治療が上手く進まない場合は、またもとの診断に戻って考え直していくという手続きを繰り返していくことになる。このような症例では最初の診断名が、経過とともに変わっていく可能性もある。特に発症より少し前の時期には、非特異的な症状である不安、不眠、無気力、不機嫌などが目立つ。さらに病状が進行して発症が近づいてくると、抑うつや幻覚などの軽微な症状が認められるようになる。そして最終的な診断が下されるには、明確な抑うつ感や意欲と興味の低下、もしくは幻覚妄想などの出現をみるのである（Os, 2013）。

〔 Q 24 ・・ 国の方針や施策で精神疾患の診断基準が変わることはあるのか？ 〕

A 24 ・・ 日本はWHOの作成したICDと米国精神医学会の作成したDSMを採用しているので、

これらの基準が変わらなければ日本の基準も変わらないと考えられる。米国ではベトナム戦争以来、PTSDなど新たな診断基準がつけられた経緯がある。また近年のインターネットやゲーム依存の増加に伴い、(インターネット)ゲーム障害の基準も整備されつつある。したがって、その国または時代で特別に重症度が高く、広く国民の健康に関わる問題があれば独自の基準を設ける可能性はある。

日本における喫緊の課題としては、自殺による死亡率を下げるという点があげられる。とりわけ中高年の働き過ぎによる過労自殺は、世界的にみても類型をあまり見い出せない病態である。その診断や予防に関しての知見が得られれば、社会的な価値は高いと考えられる。いじめの被害による未成年の自殺も、少数ではあるが増加しつつある。このような事例に関する、高い特異性をもった診断基準の作成も必要であろう。

Q25…精神疾患は社会に関わる病なので、精神医療が行っている社会への取り組みを知りたい。なかでも予防的視点について。

A25…まずひとつ目は自殺対策である。日本人の自殺による死亡は平成10(1998)年から激増し、それに対して平成18(2006)年自殺対策基本法が施行された。同時に自殺予防総

合対策センターが設置され、自殺予防対策に関するさまざまな施策が行われている。地方自治体において「いのちを支える自殺対策行動計画」策定の支援や、地域特性に応じた「いのちを支える自殺対策」の提案、自殺未遂者・遺族支援として心理的影響の緩和などを目的としている。取り組みをより推進するため、研究成果や統計に基づき地域の自殺の実態を把握し自殺対策の改善に資する評価を行っている。これらの施策により、この数年は自殺死亡率の低下が認められている。

もうひとつは災害派遣精神医療チーム（D P A T : Disaster Psychiatric Assistance Team）である。災害や犯罪・事故などの集団災害が発生した場合、被災地域の精神医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレスなどにより新たに精神的問題が生じるなど、精神医療への需要が拡大する。このような場合に、被災地域の精神医療ニーズの把握、他の医療体制との連携、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援が必要である。このような活動を行うために都道府県などによって組織される、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チームがD P A Tである。災害当日から遅くとも72時間以内に精神科医師、看護師、薬剤師、保健師、精神保健福祉士などを現地へ派遣する。活動内容は災害によって障害された精神医療システムの支援、地域精神科医療機関の機能の補完、災害ストレスによって新たに生じた精神的問題を抱える住民への対応などを行う。