

精神科救急の基礎知識

心理的特徴とそのサポート

(公益財団) 松原病院
(医) 福井心のクリニック(AOSSA)
(医) 菜の花こころのクリニック(春江)
(公益社団) 福井被害者支援センター
産業保健総合支援センター
嶺北認知症疾患医療センター
認知症の人と家族の会福井支部
松原六郎

医療計画の5疾病6事業

医療計画には、地域の適切な医療機能を確保するために、以下の疾病と事業ごとにそれぞれ医療連携体制を構築することとなった。

5 疾病（がん, 脳卒中, 急性心筋梗塞, 糖尿病, 精神疾患 6 事業

①救急医療

②災害医療 被災地に災害発生初期のみならず持続的に支援。

③へき地医療

医師不足地域への支援し、ネットワークを活かして協力。

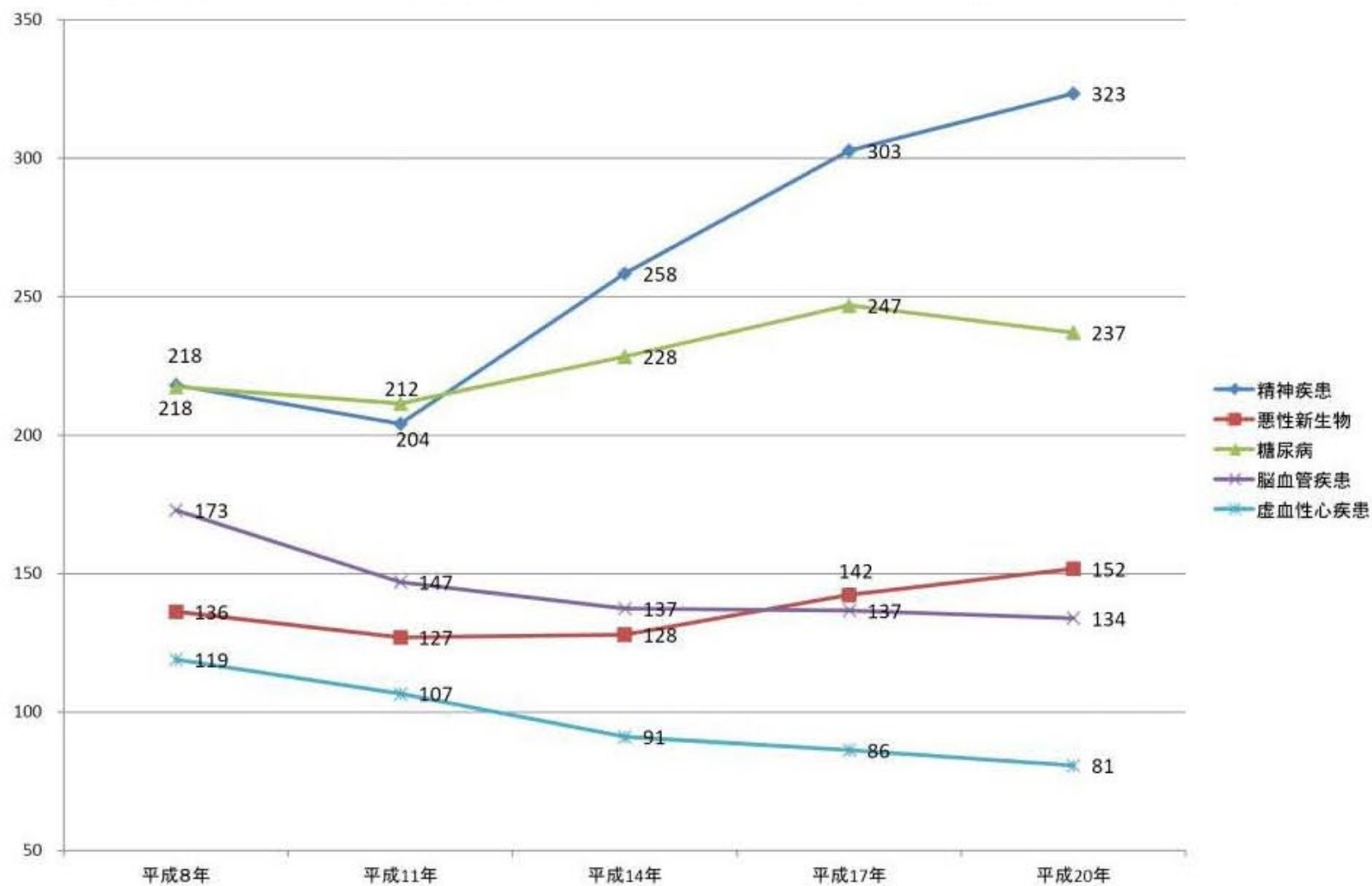
④周産期医療

分娩, ハイリスク分娩, 母体又は新生児搬送受入数増加。

⑤小児医療 小児救急患者の受入数増加。

⑥新興感染症等対策（2024年度から追加）

傷病別の医療機関にかかっている患者数の年次推移



※単位: 万人

※出典: 患者調査を基に作成

日本で精神疾患を経験する割合

世界精神保健日本調査（WMHJ）では

- **何らかの精神疾患の生涯有病率：約20%前後**と報告されている.
- つまり **日本人の約5人に1人が人生のどこかで精神疾患を経験する可能性**があると推定される.

精神疫学では国によってかなり差があり,例えば

- アメリカ：約40–50%
- ヨーロッパ：約30–40%
- 日本：約20%

と,日本は比較的低い結果になっている.

主な精神疾患の生涯有病率（日本）

疾患	生涯有病率
アルコール使用障害（依存＋乱用）	約14.9%
気分障害（うつ病・双極性障害など）	約7.0%
不安障害	約8～9%
物質使用障害全体	約15%前後

精神医学の領域

- 精神科医療
精神科救急,リエゾン精神医学
特殊環境の精神医学(宇宙,移植のための隔離)
- 予防
産業精神医学,教育現場,家庭や地域
PTSD,被害者支援(2次被害),ミスの精神医学
- 司法精神医学
責任能力,弁護能力,成年後見制度

心理的知識が必要な理由

1. 適切な医療的対応ができる
救急処置,カウンセリング,環境調整
2. 科学的視点を持てる
対応する側に余裕が生まれる
3. 被害者のPTSD予防が可能
4. 災害救援スタッフの心のケアのため

救急に関わる精神的障害

- 精神の障害のある人たちの救急
 - 器質性 認知症, アルコール
 - 内因性 うつ病, 統合失調症
 - 心因性 パニック, 過呼吸症候群
 - パーソナリティー障害 境界性
- 災害で生じる心の傷
 トラウマ（P T S D）
- 災害救援スタッフの心

精神疾患の診断基準

ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

WHO（世界保健機関）が作成する病気の分類表

10はその第10版

身体疾病を含むすべての疾患を分類

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

アメリカの精神医学会が出版している,

精神医学に特化した診断基準, 第5版

ICD-10における精神疾患の分類

F0 症状性を含む器質性精神障害

F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害

F2 統合失調症，統合失調型障害および妄想性障害

F3 気分[感情]障害

F4 神経症性障害，ストレス関連障害および身体表現性障害

F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群

F6 成人のパーソナリティおよび行動の障害

F7 精神遅滞(知的障害)

F8 心理的発達の障害

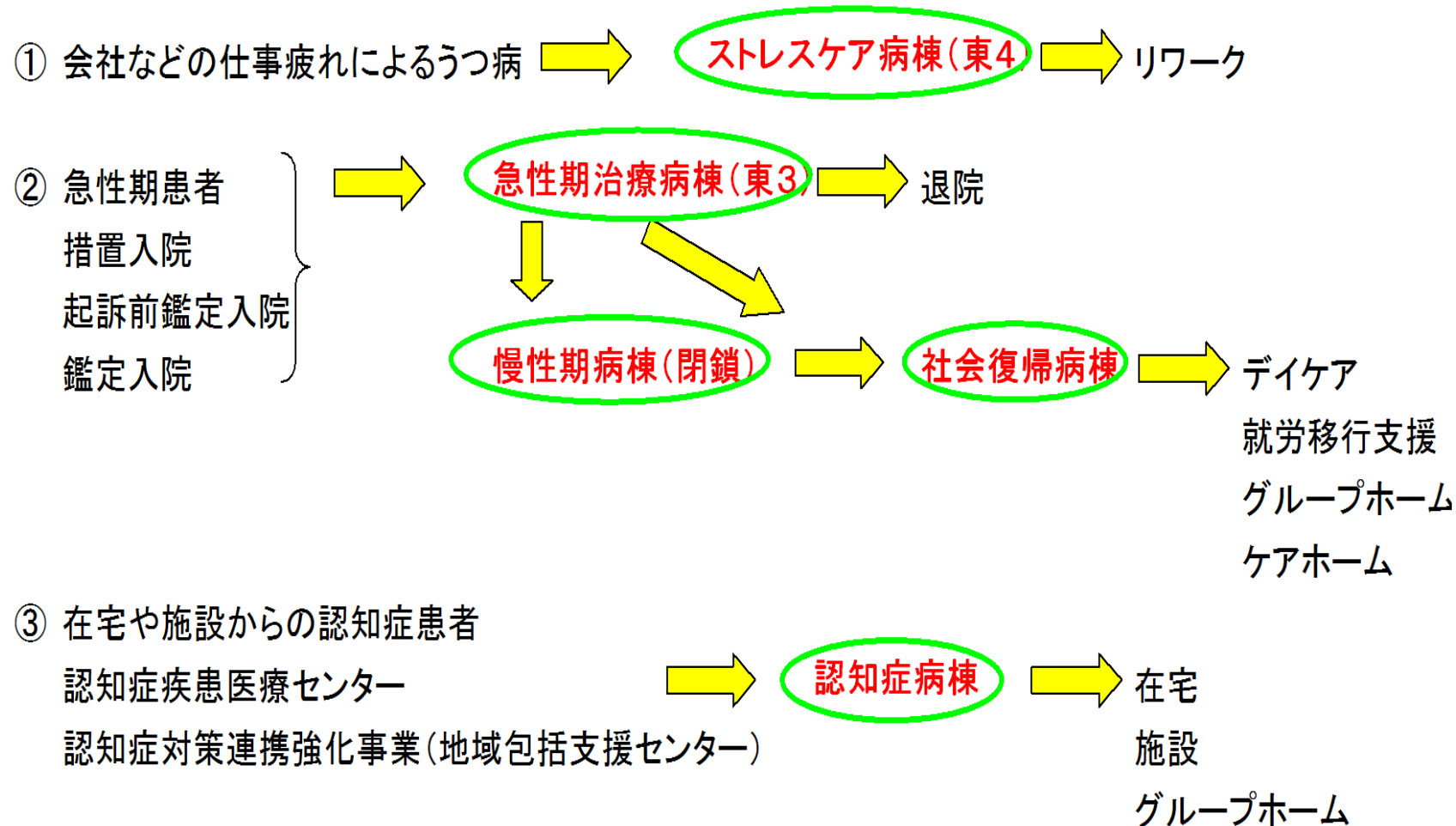
F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害



財団法人 松原病院

ホームページ <http://www.fmatsubara.com/>

病棟の概要



精神医学の最近のテーマ

1. 認知症医療 MCI
2. うつ病 職場（労災），若年，自殺，再発，周産期うつ病
3. 発達症 自閉症スペクトラム症，ADHD，教育分野
4. 薬物，アルコール乱用や依存
5. 災害 PTSD，犯罪被害者支援
6. リエゾン精神医学
7. 法律と精神疾患 成年後見制度，精神鑑定（司法），医療観察法
8. 精神障がい者の地域生活支援 精神科チーム医療，デイケア

精神医療のスタッフ

1. 医師 指定医,専門医(児童青年期,認知症,司法,脳波,他)
2. 看護師・保健師 専門看護師,認定看護師
3. 作業療法士・理学療法士
4. 精神保健福祉士
5. 公認心理師
6. 薬剤師
7. 栄養士
8. 介護福祉士,介護支援専門員(ケアマネージャー),ホームヘルパー
9. 臨床検査技師,放射線技師,医療秘書

精神疾患における入院形態

- 1, 任意入院
- 2, 医療保護入院
- 3, 措置入院
- 4, 応急入院
- 5, 鑑定入院
- 6, 医療観察法に基づく入院

気分障害

そううつ病（躁鬱病）

気分障害の分類

1. 躁病エピソード
2. 双極性障害
双極Ⅰ型
双極Ⅱ型
3. うつ病エピソード
4. 反復性うつ病エピソード
5. 持続性気分障害
6. その他

うつ病症状



眠れない



食べたくない



何もしたくない



理由がないのに
からだの調子が
悪い

心因性のうつ状態

- 単純な悲哀反応
- 適応障害
夫婦の悩み, 家庭職場, 経済的, 悪性疾患
- PTSD, DV, 児童虐待
- 気分変調症 (抑うつ神経症)
(性格とストレスの合作)
- パーソナリティー障害
うつ病性パーソナリティー障害
パーソナリティー障害の適応障害

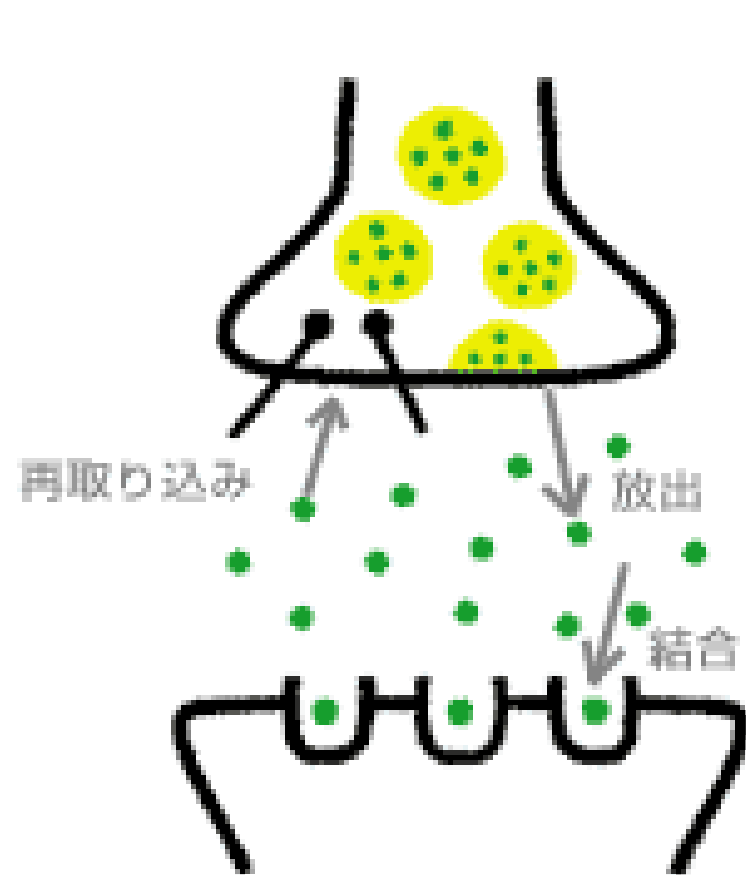
器質性のうつ状態

- 脳血管障害,頭部外傷
- アルツハイマー病など
- アルコール嗜癖その他の物質乱用
- 周期性不機嫌症,てんかん
- 薬剤による
インターフェロン,ステロイド

その他のうつ（原因不明含む）

- 統合失調症
- 更年期障害
- 周産期うつ病（マタニティーブルー）
- ICU症候群,拘禁反応
- 初老期うつ病??,老人性うつ病??

神経伝達物質のメカニズム



通常

通常は神経伝達物質の
放出、結合共にスムーズ



うつ病の状態

うつ病は神経伝達物質の
放出が少ない

大うつ病性障害とは

- ◆ うつ病とは、抑うつで生きるエネルギーを消耗した病気である。
- ◆ 中心的な精神症状として、**抑うつ気分**と**興味の減退**の2つがある。

1. 抑うつ気分

健常人でも一時的に経験するが、うつ病の場合はその程度が激しく、抑うつ気分と呼ばれる

程度の目安：気分が沈むため、今までこなせていた日常生活（仕事、学校、家事など）に支障が出る

2. 興味の減退

今までやっていたことに関心を示せなくなる

程度の目安：抑うつ気分と同じ。こなせていた日常生活に支障が出る

3. 他の精神症状

自分を責めたり、思考力が鈍ったり、死にたいと思うことが多い
→自殺予防の重要性！

うつ病患者が訴える主な精神症状

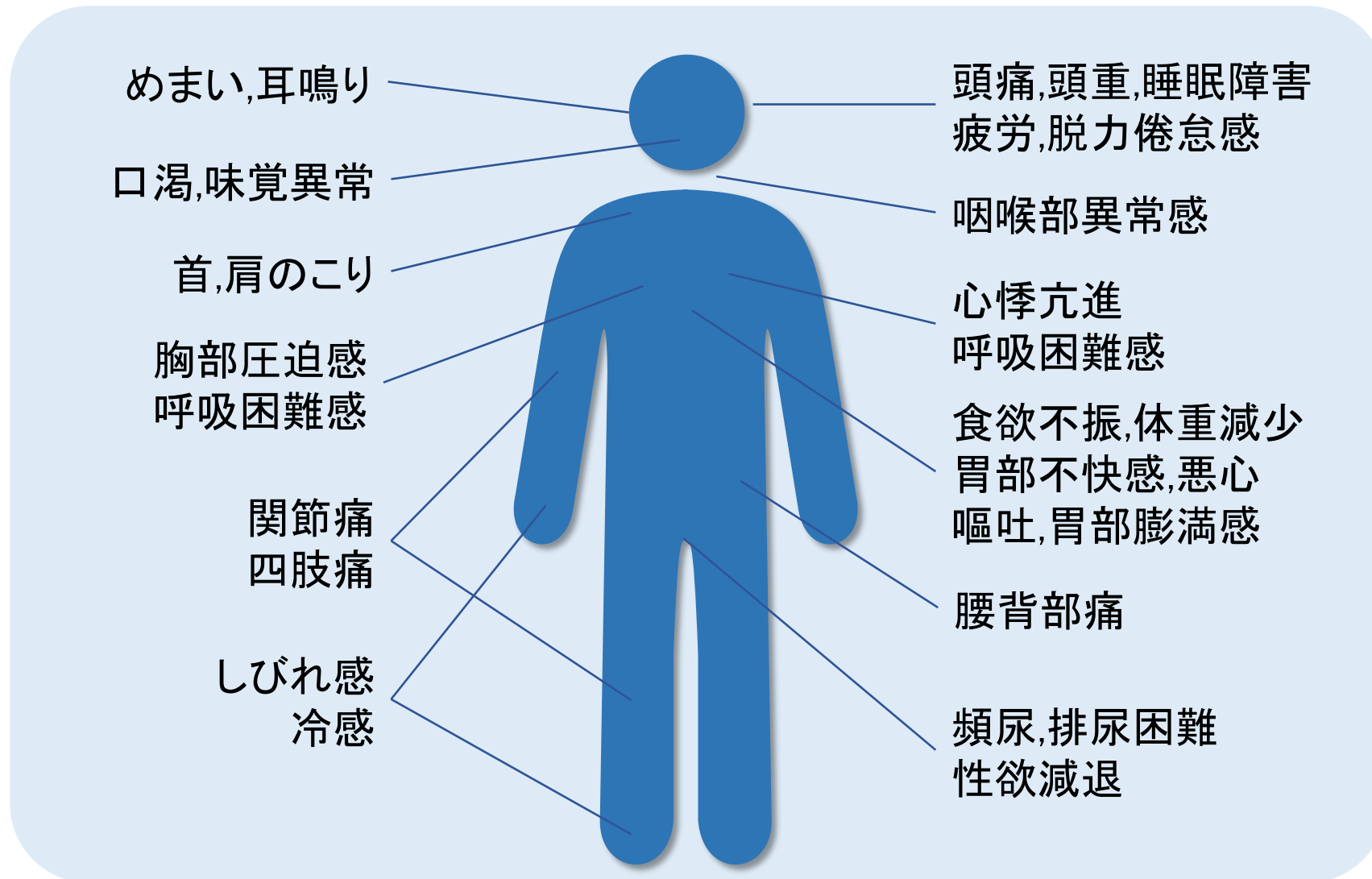
「気分が沈む」	抑うつ気分
「関心がわからない」	興味の減退
「やる気が出ない」	意欲の低下
「いらいらする」	焦燥感
「しんどい」	気力の低下
「自分は意味のない人間だ」	無価値感
「うまくいかないのは自分のせいだ」	自責感
「仕事に集中出来ない」	集中力の低下
「簡単なことが決められない」	決断困難
「いっそ死んでしまいたい」	自殺願望

「気分が沈む」「関心がわからない」は中核となる症状なのでどちらか1つはあらわれる。
自殺予防を考えると「いっそ死んでしまいたい」という症状は医療者として見逃さないようにしたい。

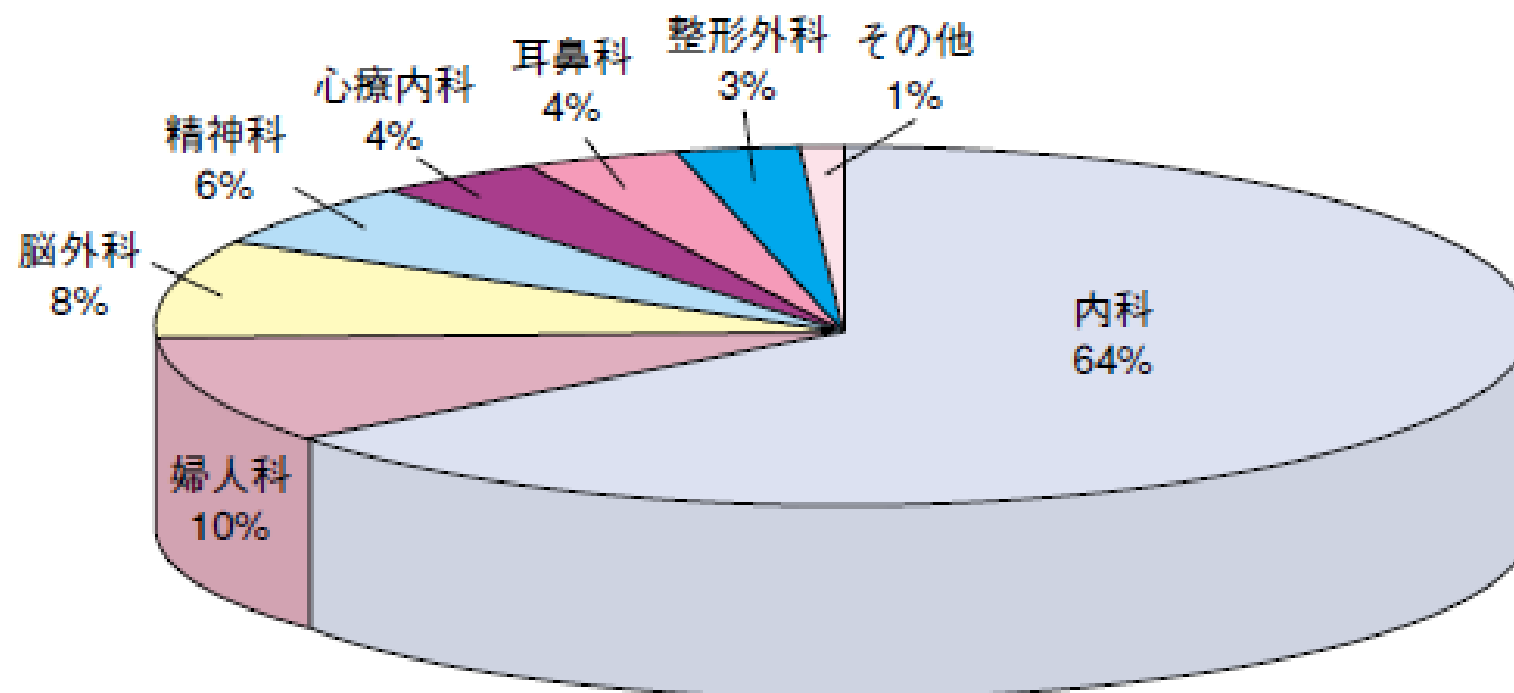
うつ病に特徴的な認知のゆがみ

恣意的推論	証拠が少ないのに自分の考えをめぐらせ独断的に推測して判断する「自分は誰の役にもたっておらず嫌われものだ」
二分割思考	常に白黒させないと気がすまない「こんなことも出来ないようでは価値がない」
拡大視	関心のあること（自己の失敗）のみ大きく捉える「何をやっても失敗ばかりだ」
極端な一般化	ごくわずかな事実を恒常的であると決めつける「二回失敗したから自分は駄目な人間だ」
自己関連づけ	悪い出来事を自分のせいにする「こうなったのは自分のせいだ」
選択的抽出	自分が感心のある事柄のみに目をむけ抽象的に結論づける「健康状態がすべてでちょっとした不調ばかり気をとられる」
情緒的理由づけ	その時点の悪い感情状態から偏って判断する「こんなに不安に思うのだったら仕事をこなせない」

うつ病の身体症状

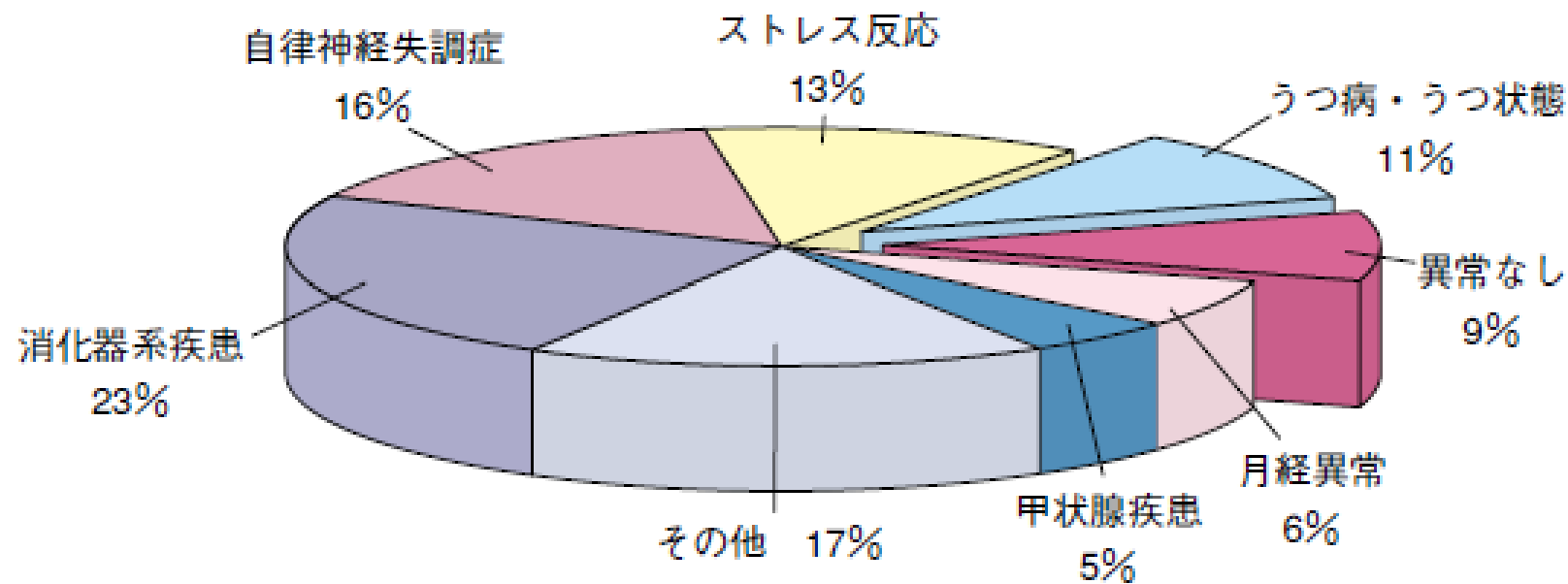


うつ病患者の初診診療科



(三木治：プライマリ・ケアにおけるうつ病の治療と実態、心身医学42：585-591、2002.)

うつ病・うつ状態患者の初診医による 診断または説明

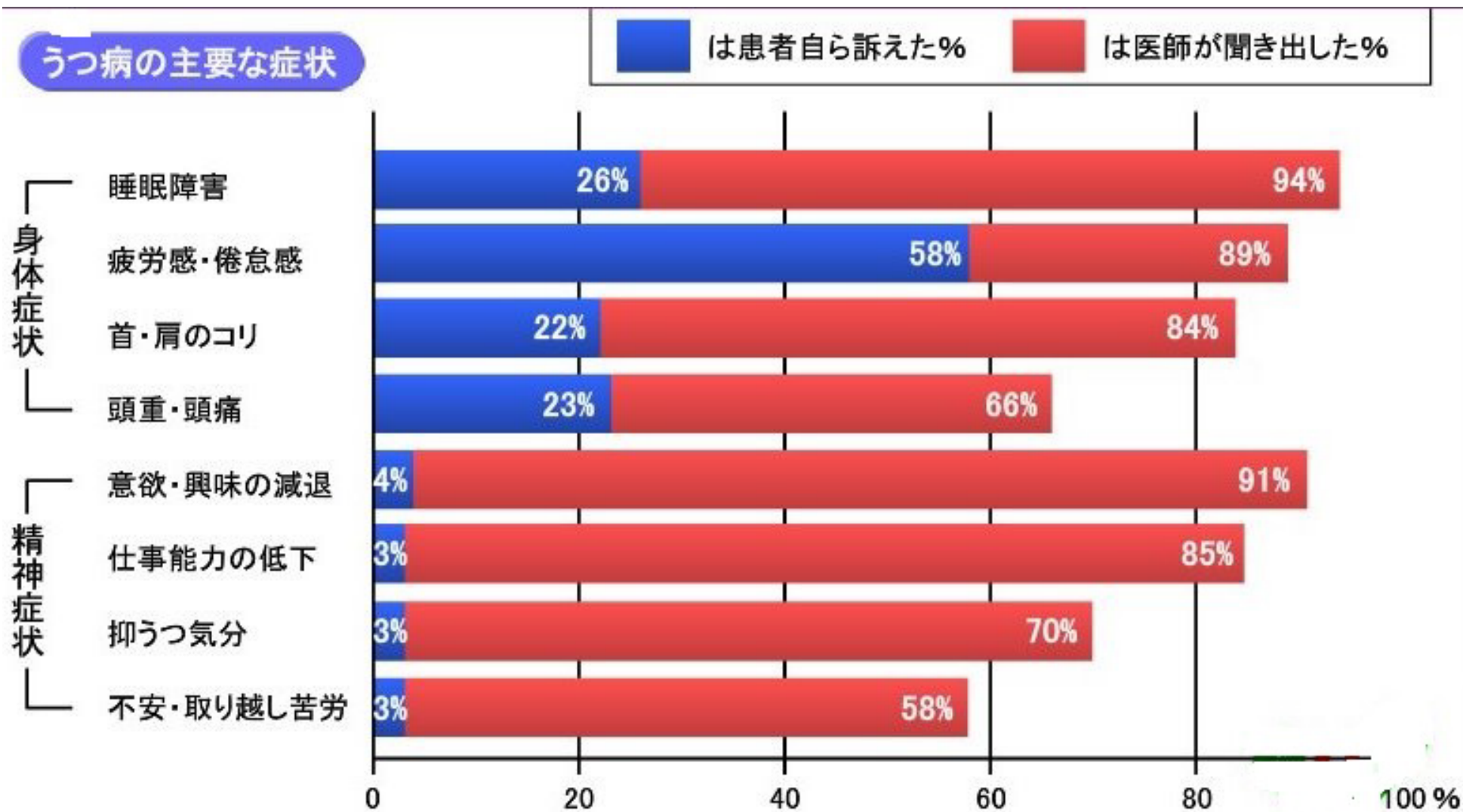


(三木治：プライマリ・ケアにおけるうつ病の治療と実態、心身医学 42：585-591、2002)

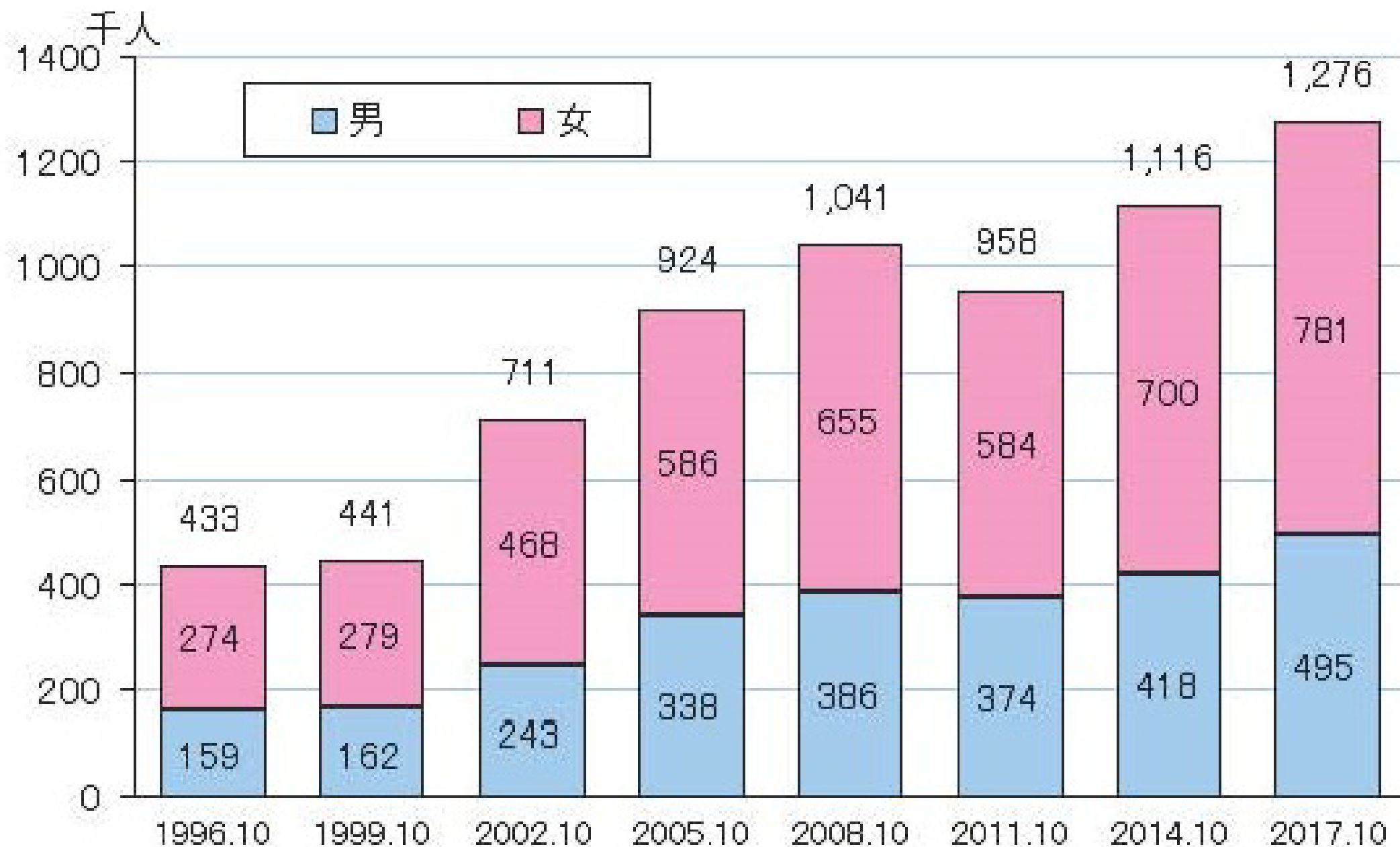
身体疾患患者のうつ病有病率」

身体疾患	有病率(%)
がん	20～38
慢性疲労症候群	17～46
慢性疼痛	21～32
冠動脈疾患	16～19
クッシング症候群	67
痴呆	11～40
糖尿病	24
てんかん	55
血液透析	6.5
HIV感染	30
ハンチントン舞踏病	41
甲状腺機能亢進症	31
多発性硬化症	6～57
パーキンソン病	28～51
脳卒中	27

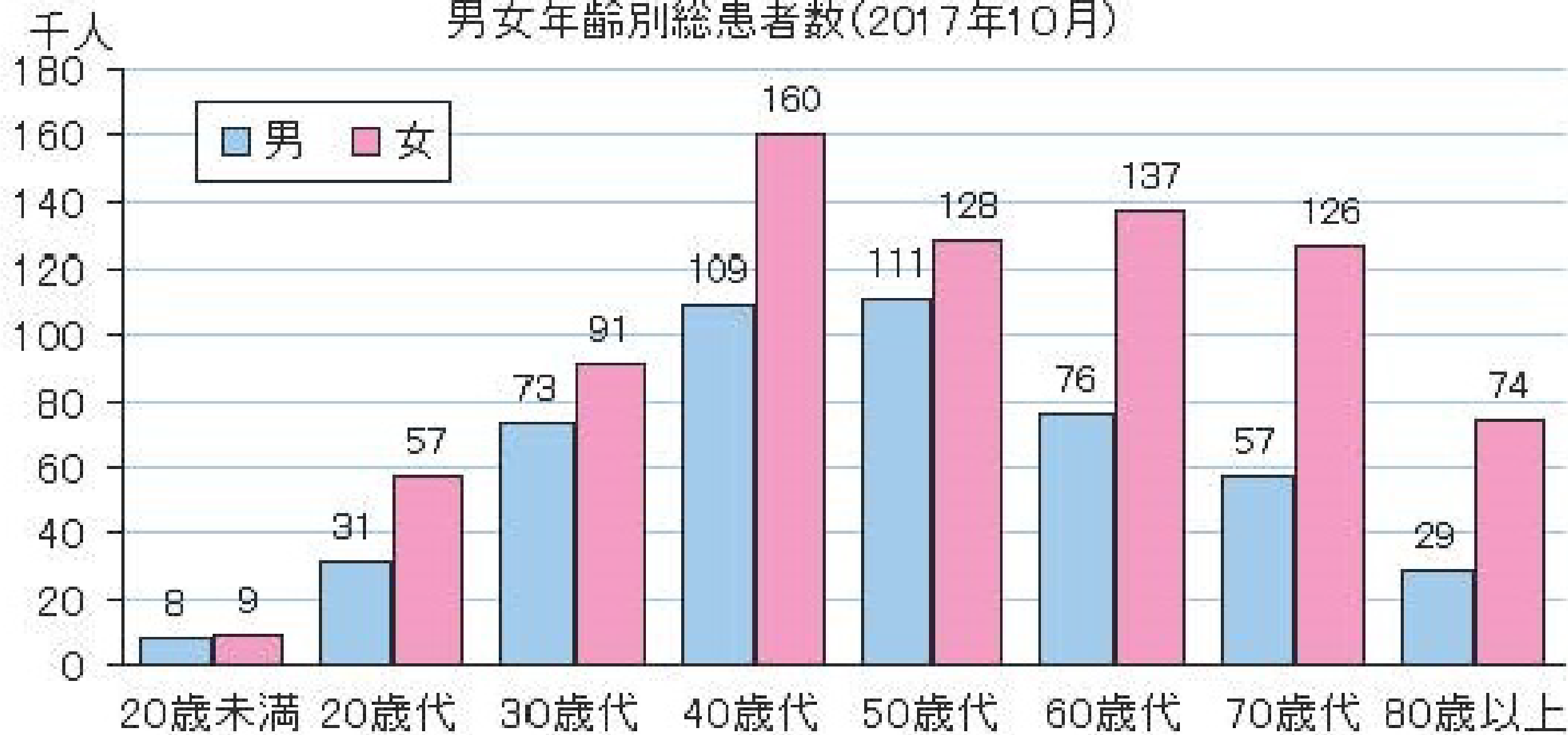
うつ病に見られる症状



うつ病・躁うつ病の総患者数



男女年齢別総患者数(2017年10月)

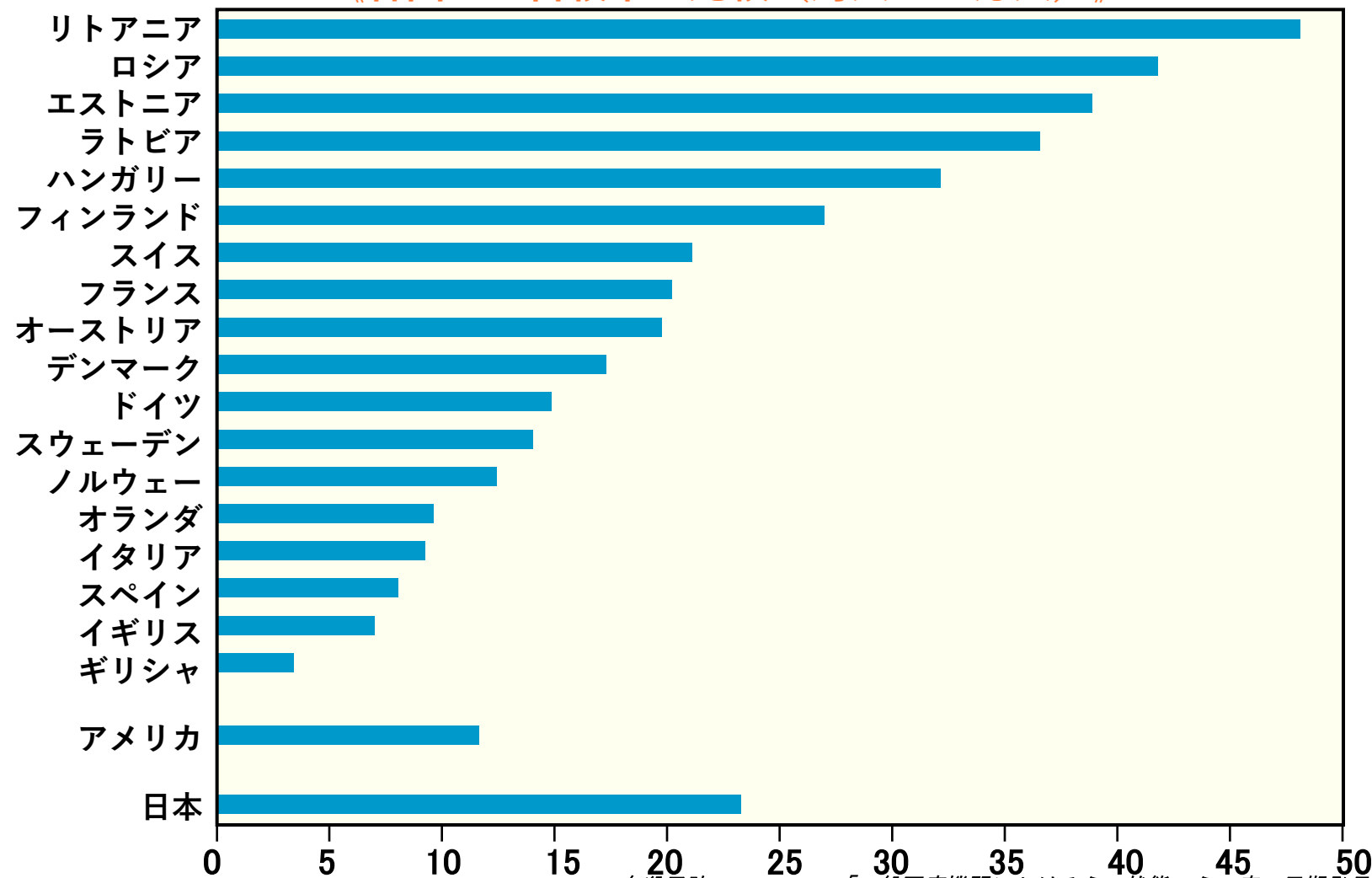


自殺の現状 2

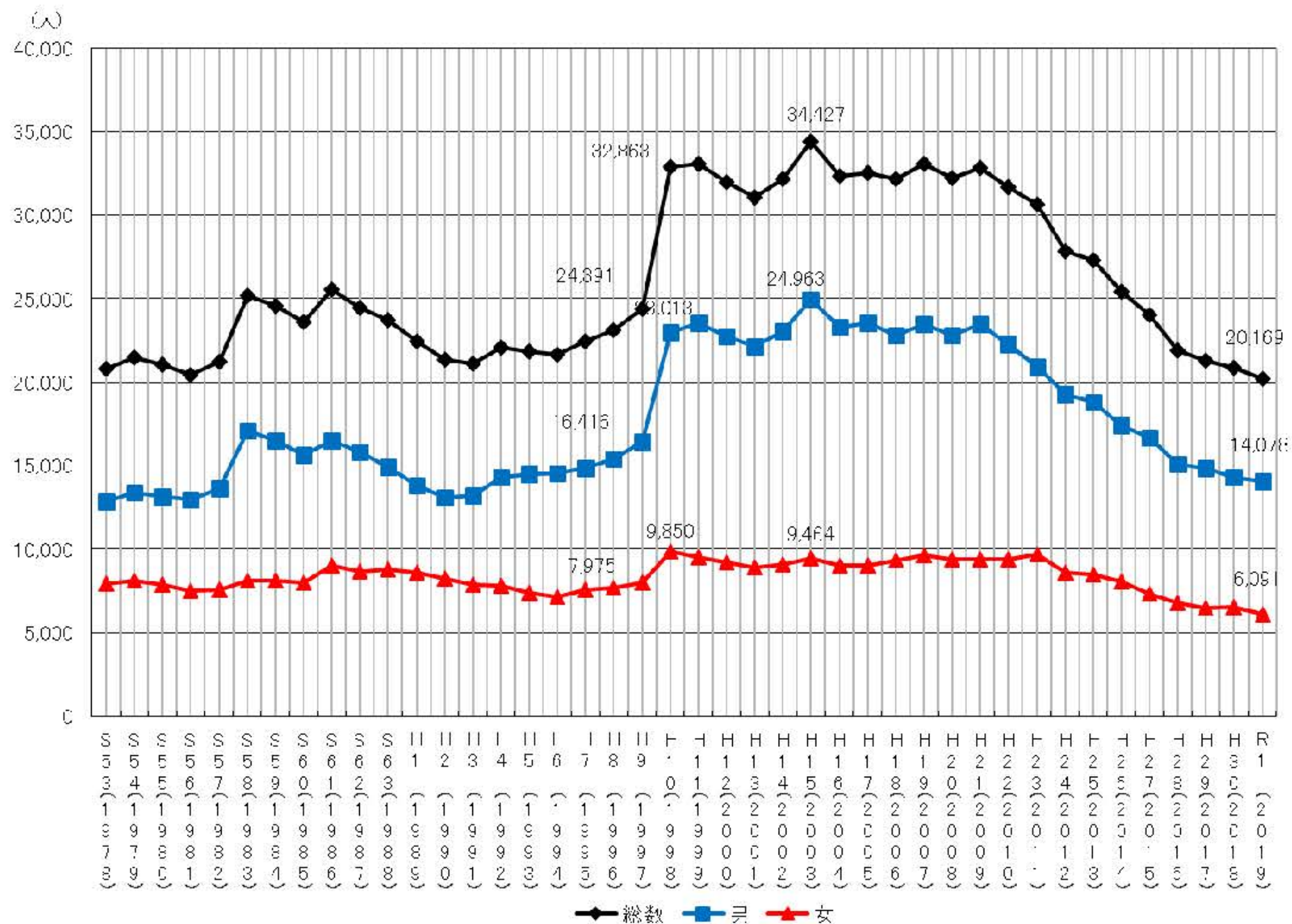
世界中では約100万人が自殺で命を失い,深刻な問題です

わが国の自殺率は,人口10万人あたり約24と高い自殺率を示しています

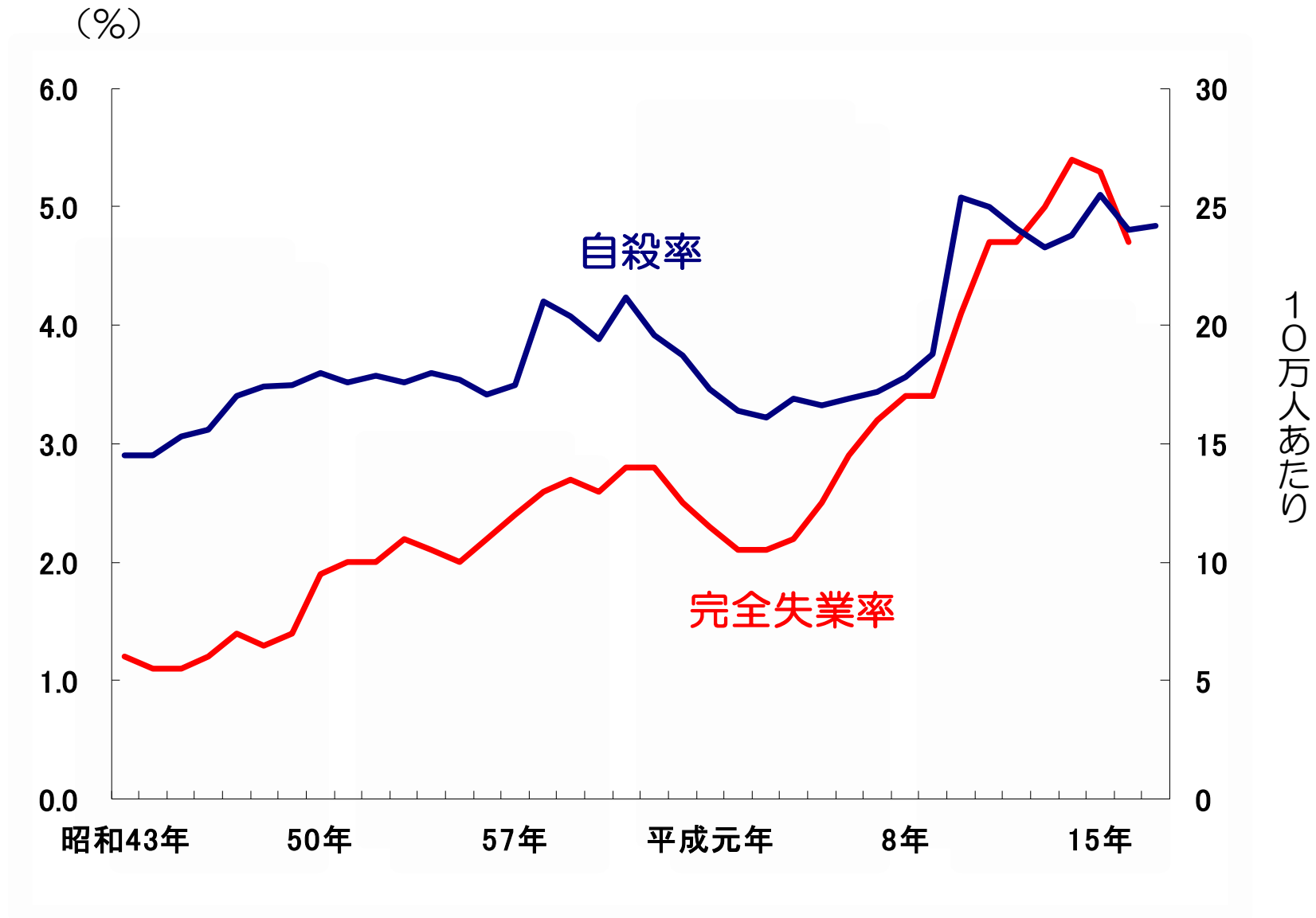
《各国との自殺率の比較（対人口10万人）》



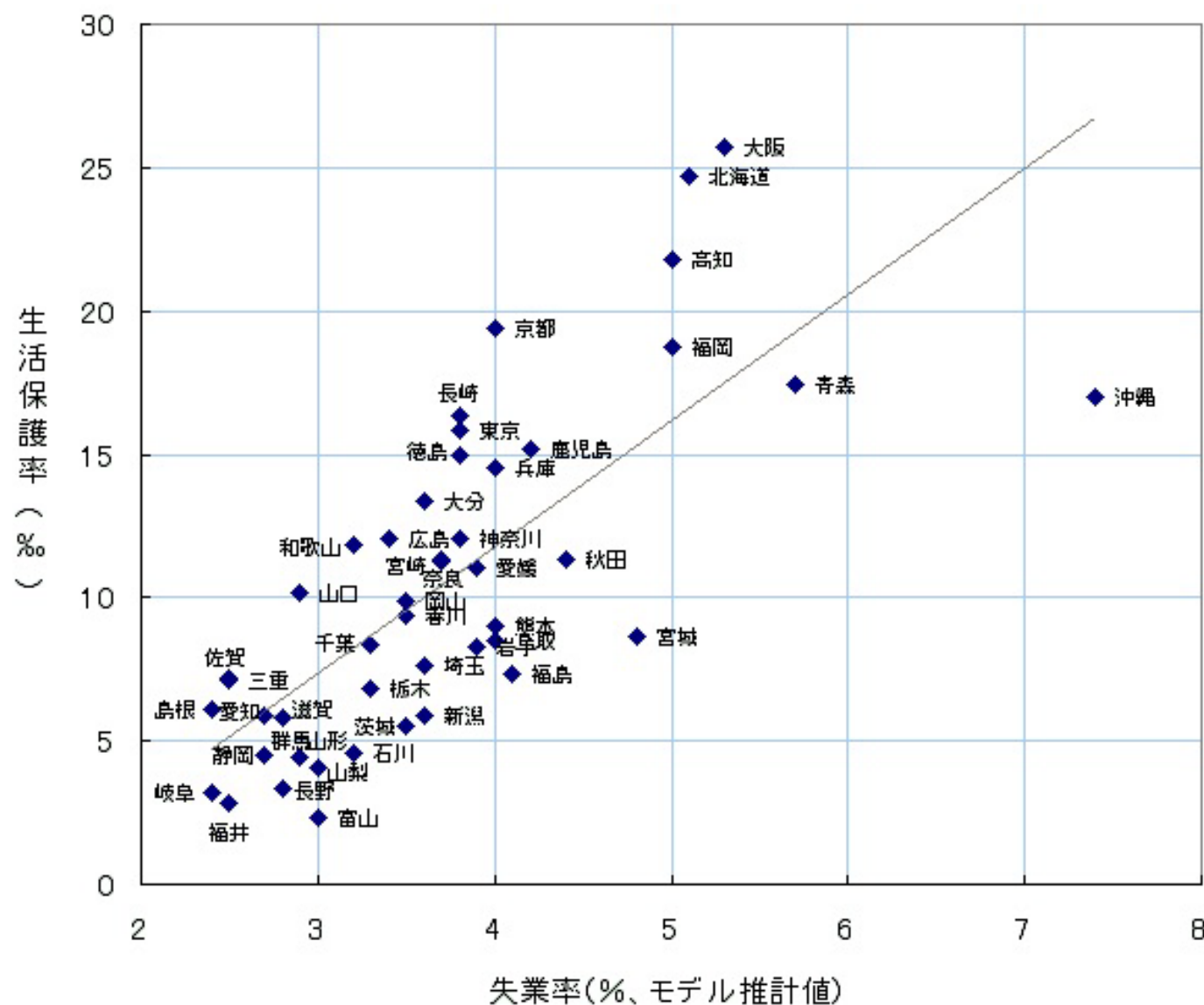
自殺者数の年次推移



失業率と自殺率の関係



(参考) 失業率との相関(2007年)



(注) 生活保護率は年度1か月平均の被保護実人員を10月1日推計人口(総務省)で除した人口千人当たり。

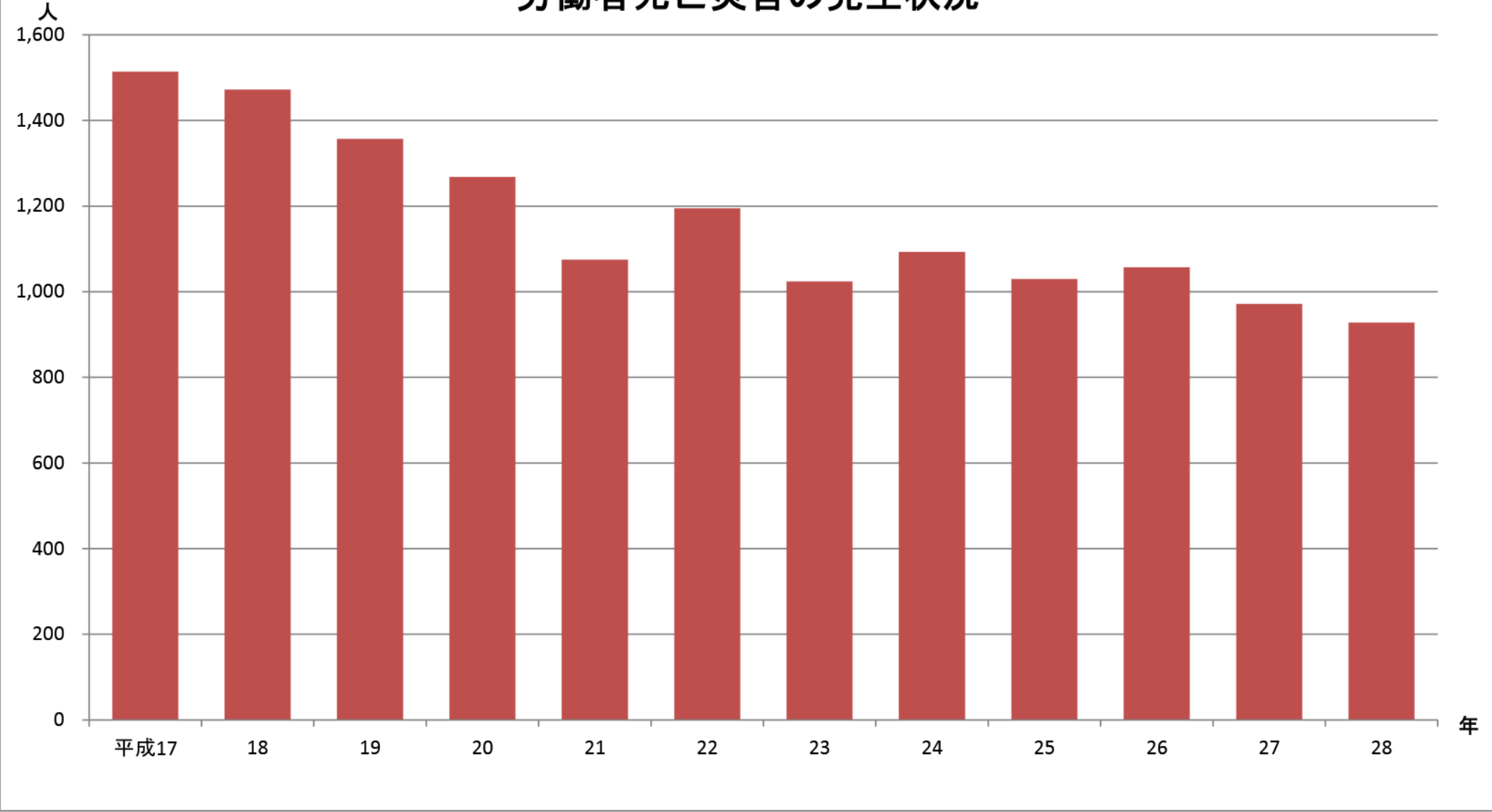
原資料の都道府県値は政令市、中核都市を含まない値なので、含めた値を当サイトで算出した。

(資料) 厚生労働省「福祉行政報告例(旧厚生省報告例(社会福祉関係))」、総務省統計局「労働力調査」

労働災害,労働疾病の推移

	昭和58度	平成18度	平成28度
休業4日以上 の死傷者	278,623 人	121,378	117,910
業務上疾病 者(休業4日 以上)	15,480 人	8,369	7,361
死亡者	2,588人	1,472	928

労働者死亡災害の発生状況



年	平成17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
人	1,514	1,472	1,357	1,268	1,075	1,195	1,024	1,093	1,030	1,057	972	928

※ 平成23年は東日本大震災を直接の原因としない数。震災を直接の原因とする死亡者数は1,314人。計2,338人。

資料 厚生労働省「死亡災害報告」

事故の型別による死亡災害 R5年

高所からの「墜落・転落」：223人（前年比19人・7.9%減）

「交通事故（道路）」：174人（同20人・10.3%増）

機械などによる「はさまれ・巻き込まれ」：77人（同3人・3.7%増）

定期健康診断の結果

有所見率

平成18年度 49.1%

平成29年度 54.1%

令和4年度 58.2%

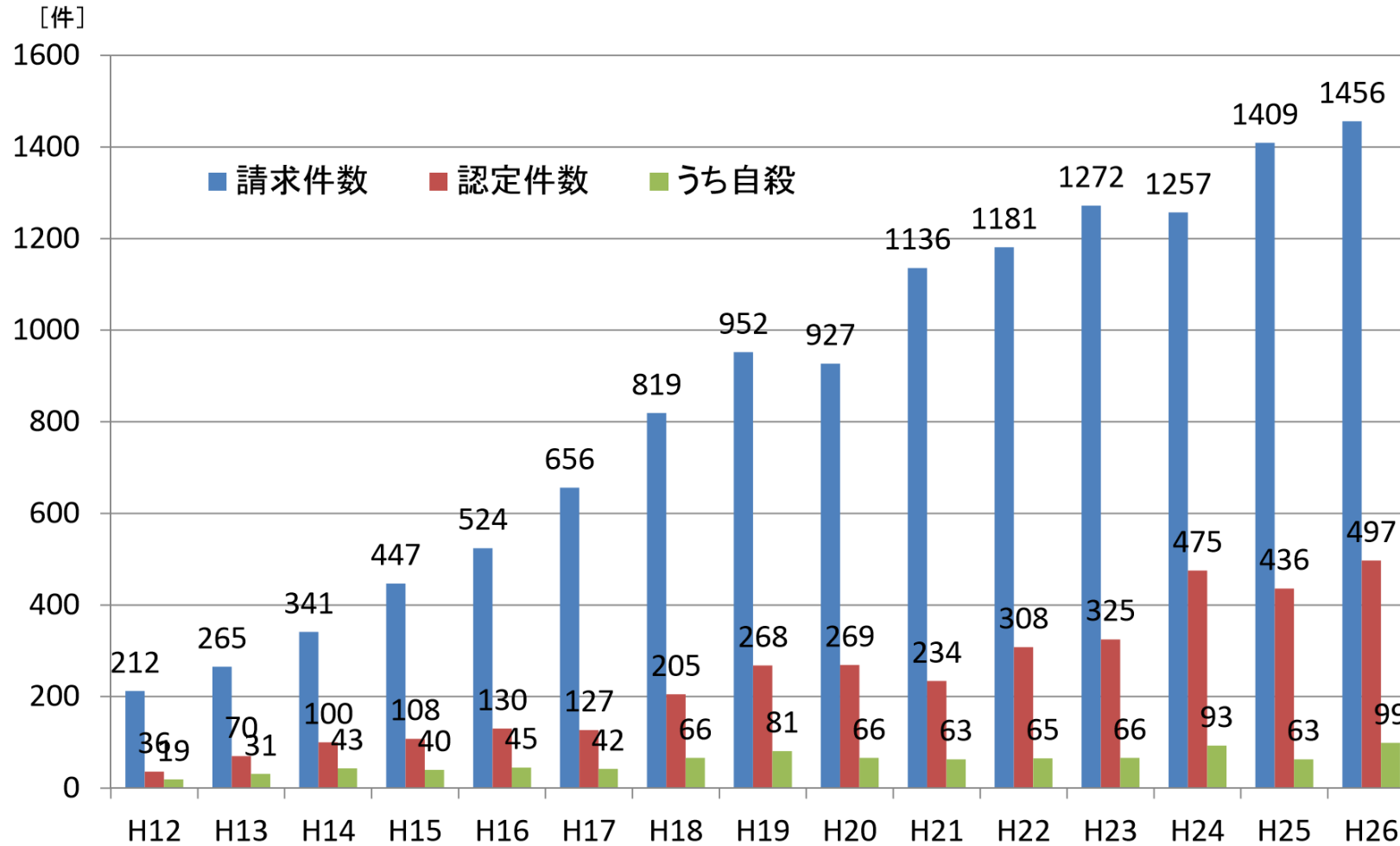
(年々増加)

厚生労働省 令和6年労働安全衛生調査

メンタルヘルス対策

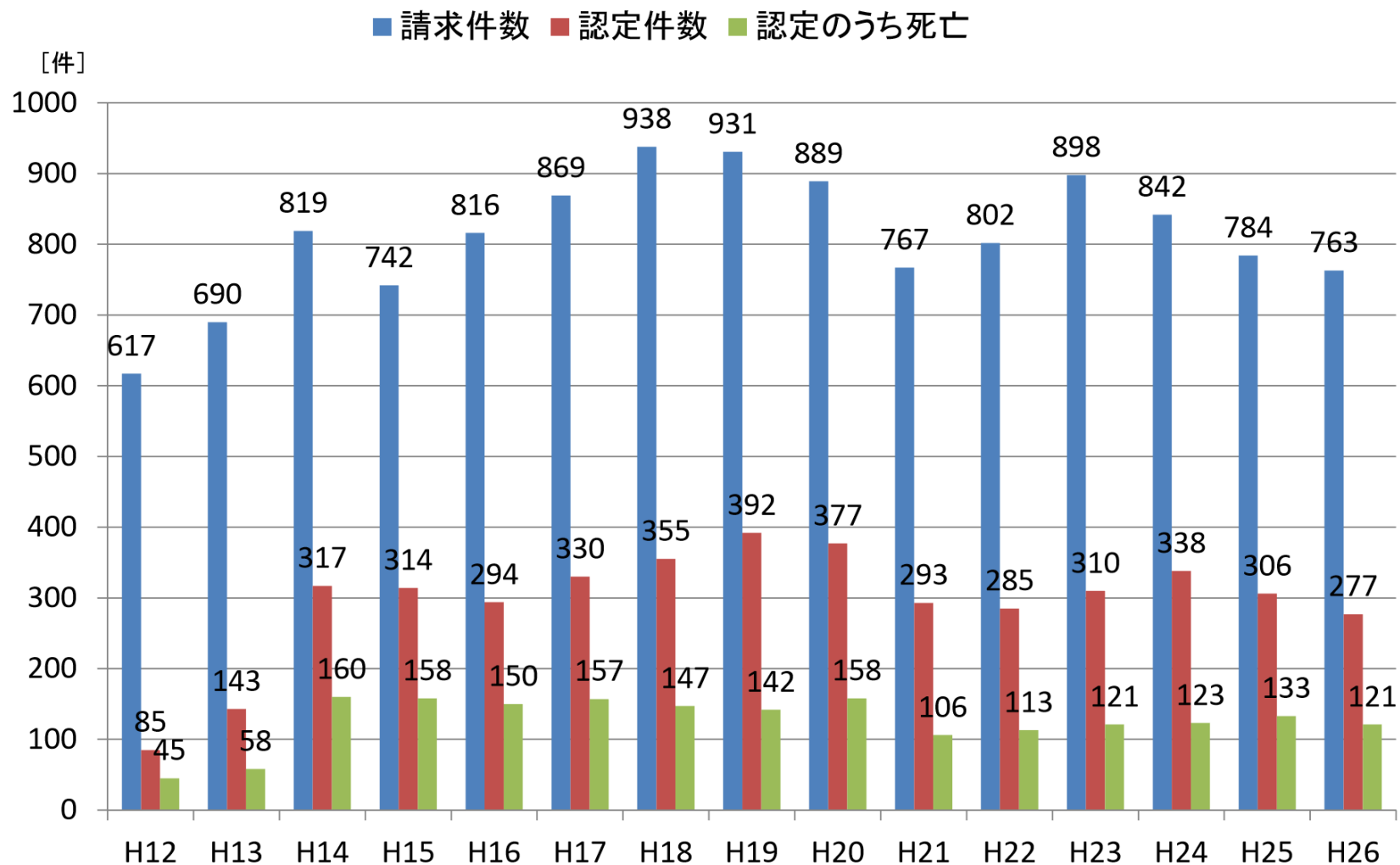
うつ病や過労などについては労災申請・認定ともに急増し続けている。令和5年度の精神障害による労災認定は883件（前年度比173件増）で5年連続過去最多を更新した。令和6年度はさらに1,055件と初めて1,000件を超えた。原因のトップはパワハラで157件（令和5年度）。カスタマーハラスメントも新設項目で52件認定された。職場における強いストレスを感じる労働者の割合は82.7%（令和5年調査）に達しており、メンタルヘルス対策の強化が急務である。

精神障害等の労災認定状況

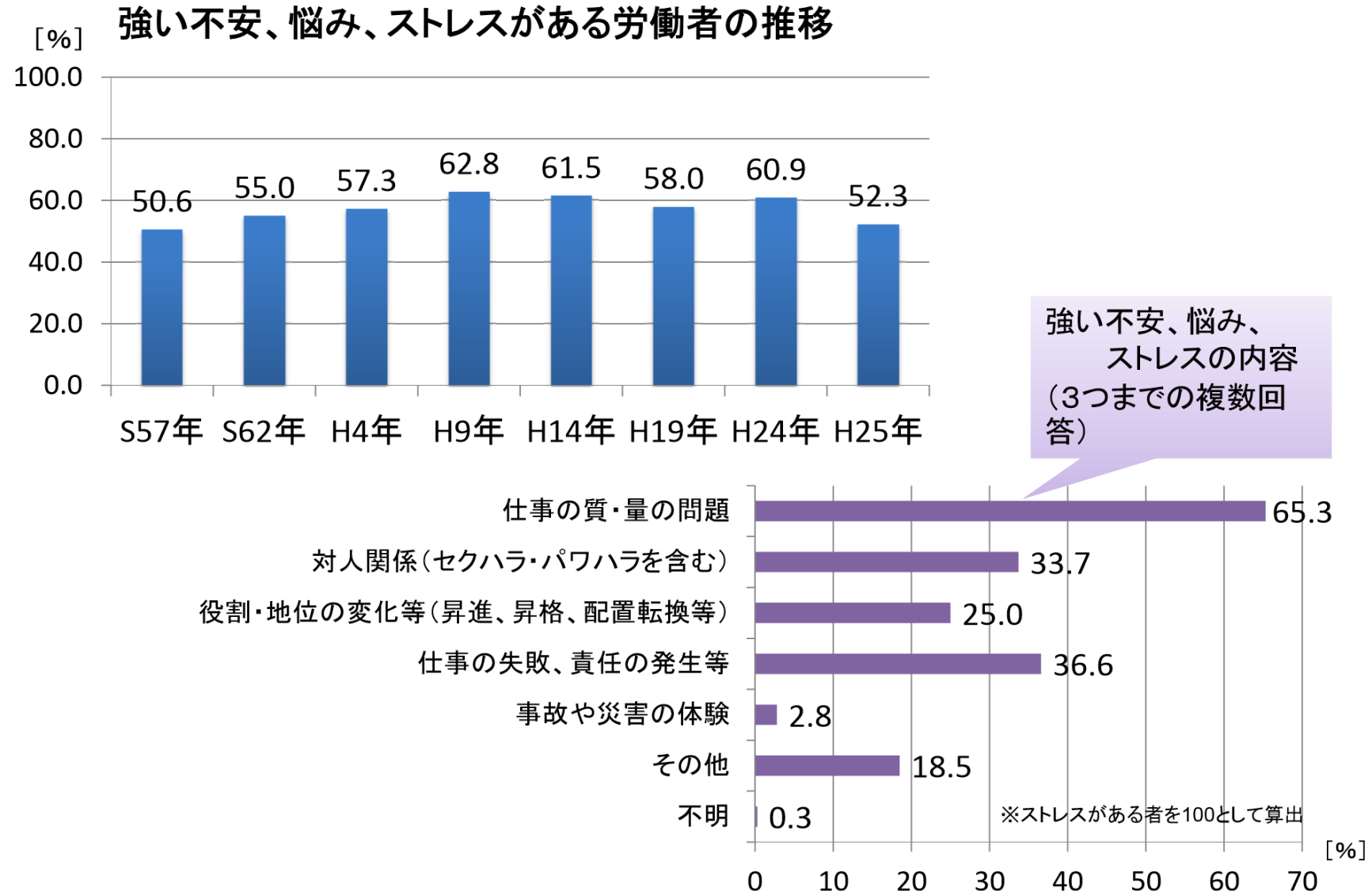


注：自殺には未遂を含む

脳・心臓疾患の労災認定状況



職業生活でのストレス等の状況

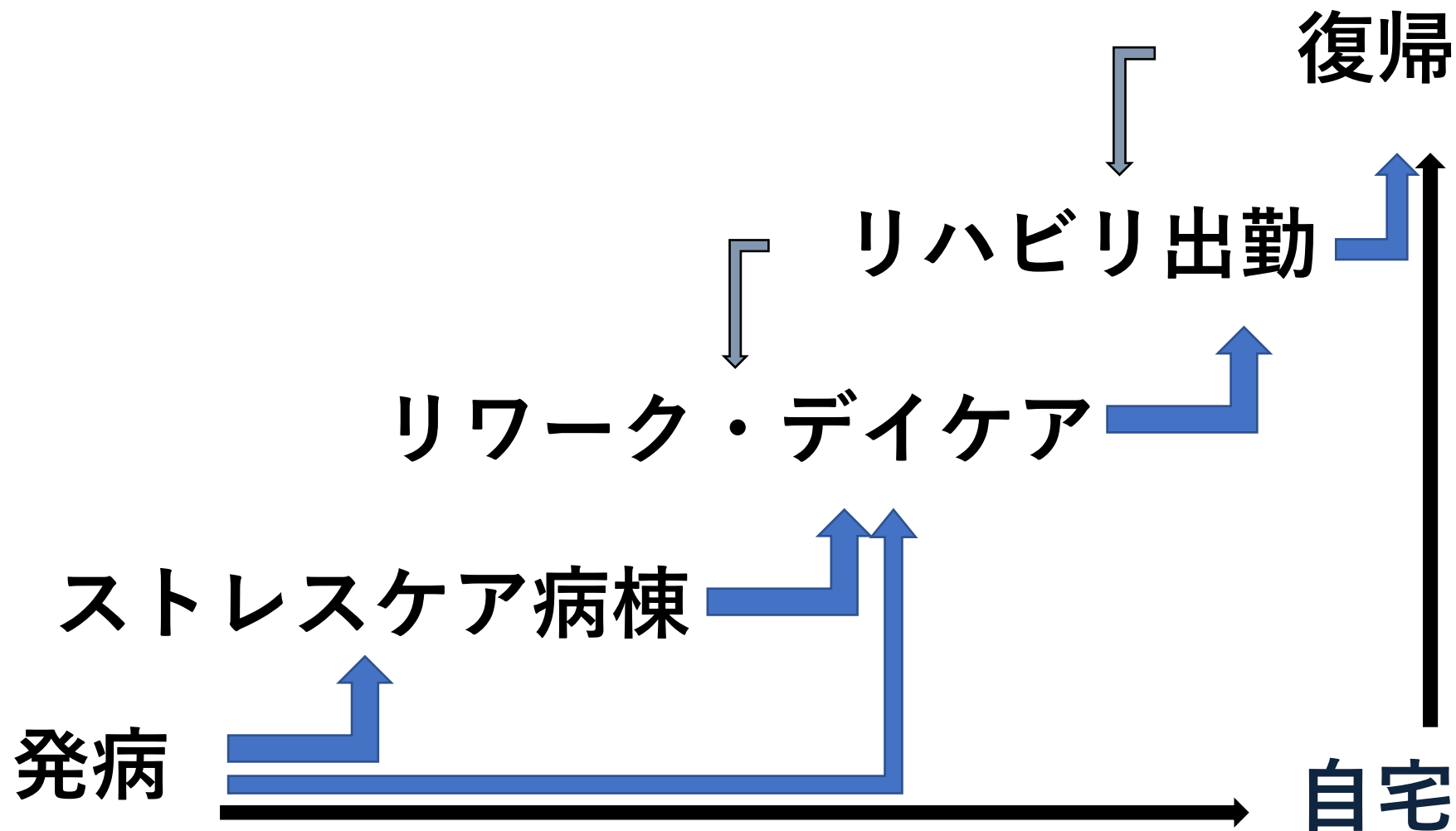


出典:厚生労働省 労働者健康状況調査、労働安全衛生調査(実態調査)

気分障害の治療

1. 薬物療法
2. 認知行動療法
3. 電気けいれん療法(ECT)
4. 経頭蓋磁気刺激法(TMS)
5. 生活リハビリテーション
6. その他
断眠療法, 光療法, 運動療法

復職へのプロセス



認知療法

自分の「心のくせ」(認知の歪み)や思考のパターンを知り,それをより柔軟性の高いものに變化させていくことで,気分の改善を図ったり,社会への適応性を高めたりする方法.

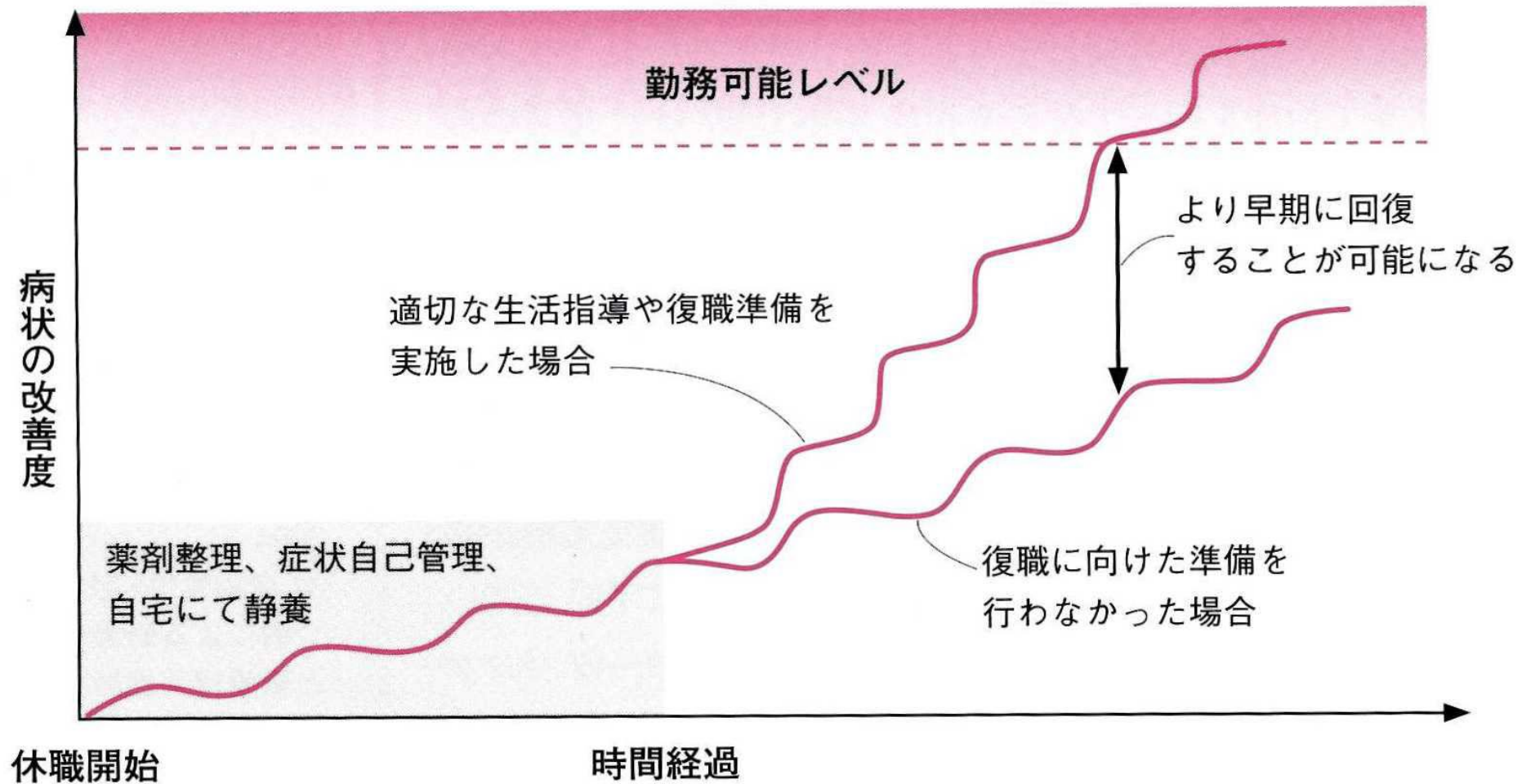
代わりの考えがないかいろいろ考えてみる.普段から,人の意見を注意して聞いてみるようにすると,自分と違った意外な考え方があることに気づかされる.そのようなことを通して,柔軟な考え方ができるように訓練する.

認知療法をどう進めているか

- 認知療法の考え方 = 人間をどうとらえるか
- 変わりやすいところ, 変わりにくいところ
- 変わりやすい部分(思考・行動)を変えてみることで
変わりにくい部分(感情)の変化をねらう

変化を実感, 柔軟性を取り戻すことを目的に

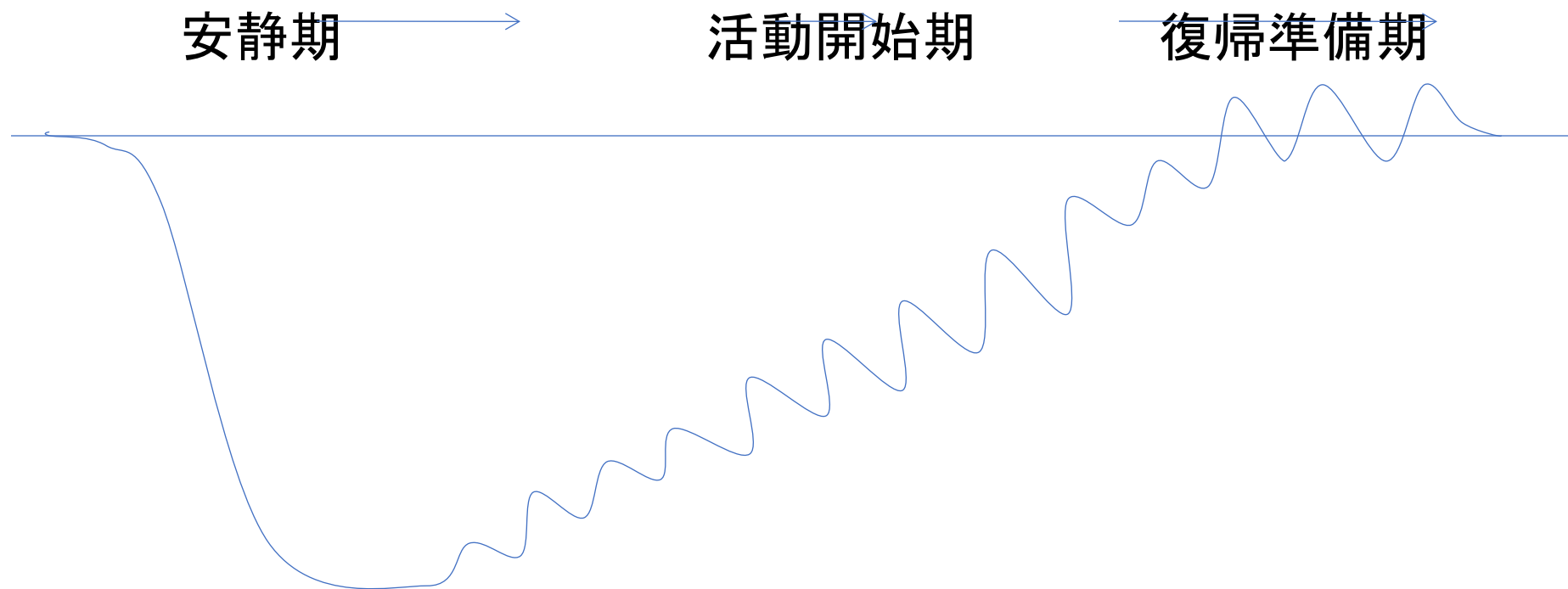
うつ病のリワークの復職準備性



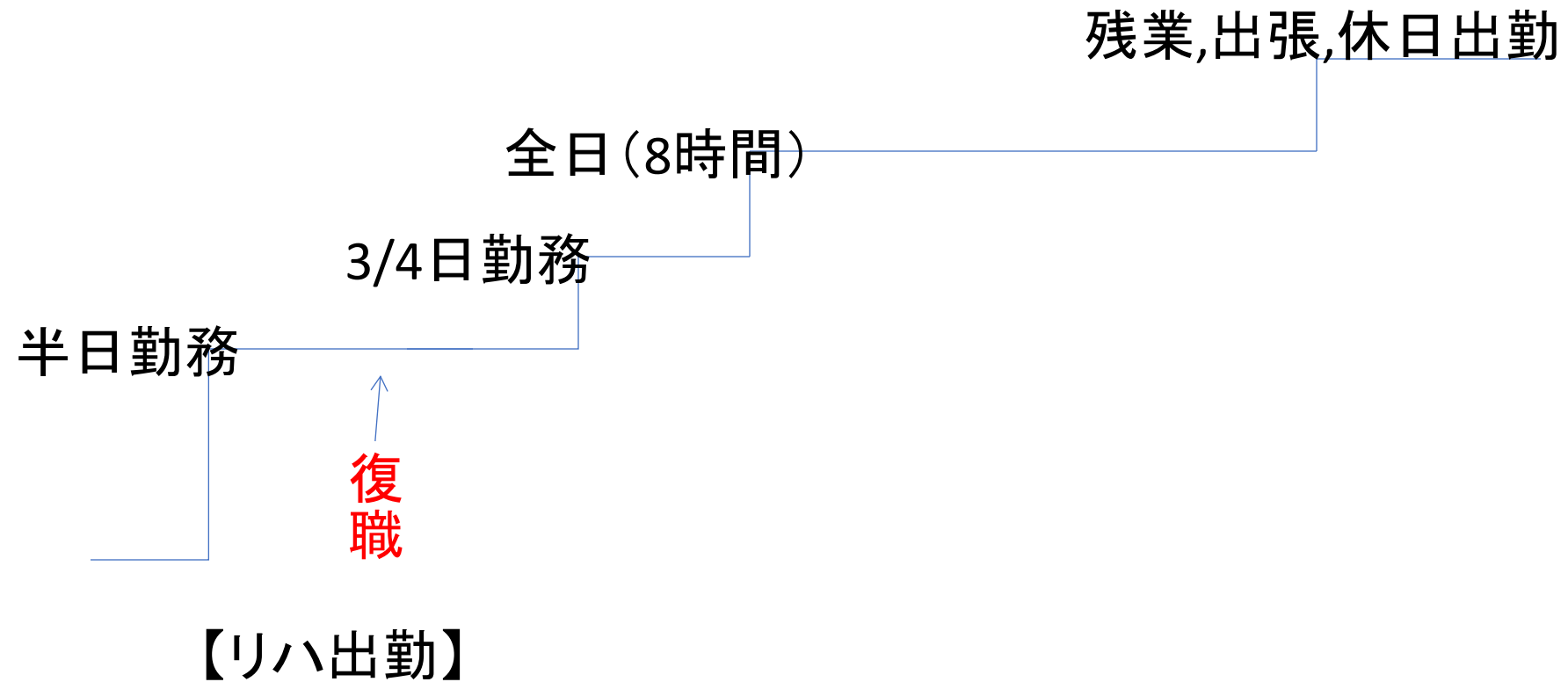
うつ病に対する職場の対応

1. コミュニケーション うつの早期発見
2. 早期の受診 病気の理解
家族との連絡 最も強力なサポーター
3. 休養指示 負担からの解放
医師との連携 会社の対応を相談する
4. 休養期間の決定 産業医として判定を
5. 復帰のタイミングとプログラム

うつ病の病状経過



職場における復職支援



自殺とアルコール

地域住民の物質関連障害有病率

- アルコール乱用 男性 3.7%
 女性 1.0%
- アルコール依存 男性 0.8%
 女性 0.1%

アルコール依存と自殺との関係（海外）

- 自殺のリスクは 60～120倍に
- 自殺者の 15～56%

心理学的剖検調査(赤塚ら,2010)

自殺既遂者の21%にアルコール問題,その人たちは

- 全例が 中高年 男性 有職 月26-27日 平均日本酒換算3.5合
- 半数に返済困難な借金 半数離婚経験
- 自営業者,「不眠解消のため」
- 81.2%が「アルコール乱用・依存」
- 56.2%が「気分障害」合併
- 43.8%が「精神科治療中」
- アルコール問題への治療・指導なし

最後の行動の時に全例が酩酊状態

辛いときの飲酒

- ・アルコールは男を社会的に孤立させ,うつ病を難治化させる

さらに

- ・死や痛みへの恐れを減じ,心理的視野狭窄を悪化させ,
「つらい」を「死にたいに」に変える

「心の痛み」を抑えるための
自傷は
酩酊時に深刻化しやすい

- 「追いつめられた」ときに飲みながらものを考えない
- 眠れないなら,専門医に相談を
- 酒は2合まで

総合病院

7ヵ所の都立病院外来患者1826名にCAGEを実施

CAGE2点以上

危険因子

男性 21.6%

男性

女性 10.1%

20～64歳

女性限定では 20～30代女性,産
婦人科

内科・外科
恐らく生活習慣病の結果

CAGE（アルコール依存症スクリーニングテスト）

1. 飲酒量を減らさなければいけないと感じたことがありますか
2. 他人があなたの飲酒を非難するので気にさわったことがありますか
3. 自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか
4. 神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために、「迎え酒」をしたことがありますか

断酒会健康調査 健康度の高い人たち

男性会員

- 良好な健康状態
- 家族との良好な関係
- 例会への持続的出席
- 仕事を持っていること
- 5年以上の断酒期間
- 親にアルコール問題がない

女性会員

- 良好な健康状態
- 親にアルコール問題がない

女性の自殺リスクは 家族のアルコール問題

本人の回復は家族支援から始まる

統合失調症

(旧姓 精神分裂病)

統合失調症 国際的な診断基準

- 1つ以上が1ヶ月以上続くと診断できる症状 -
 - a) 自分の考えが他人に伝わったり,他人の考えを吹き込まれる(妄想)
 - b) 抵抗できない力で他人にあやつられる(妄想)
 - c) 自分のことを取りざたしたり,話題にしている声が聞こえる(幻声)
 - d) 内容が全くありえない持続的な妄想(了解不能)

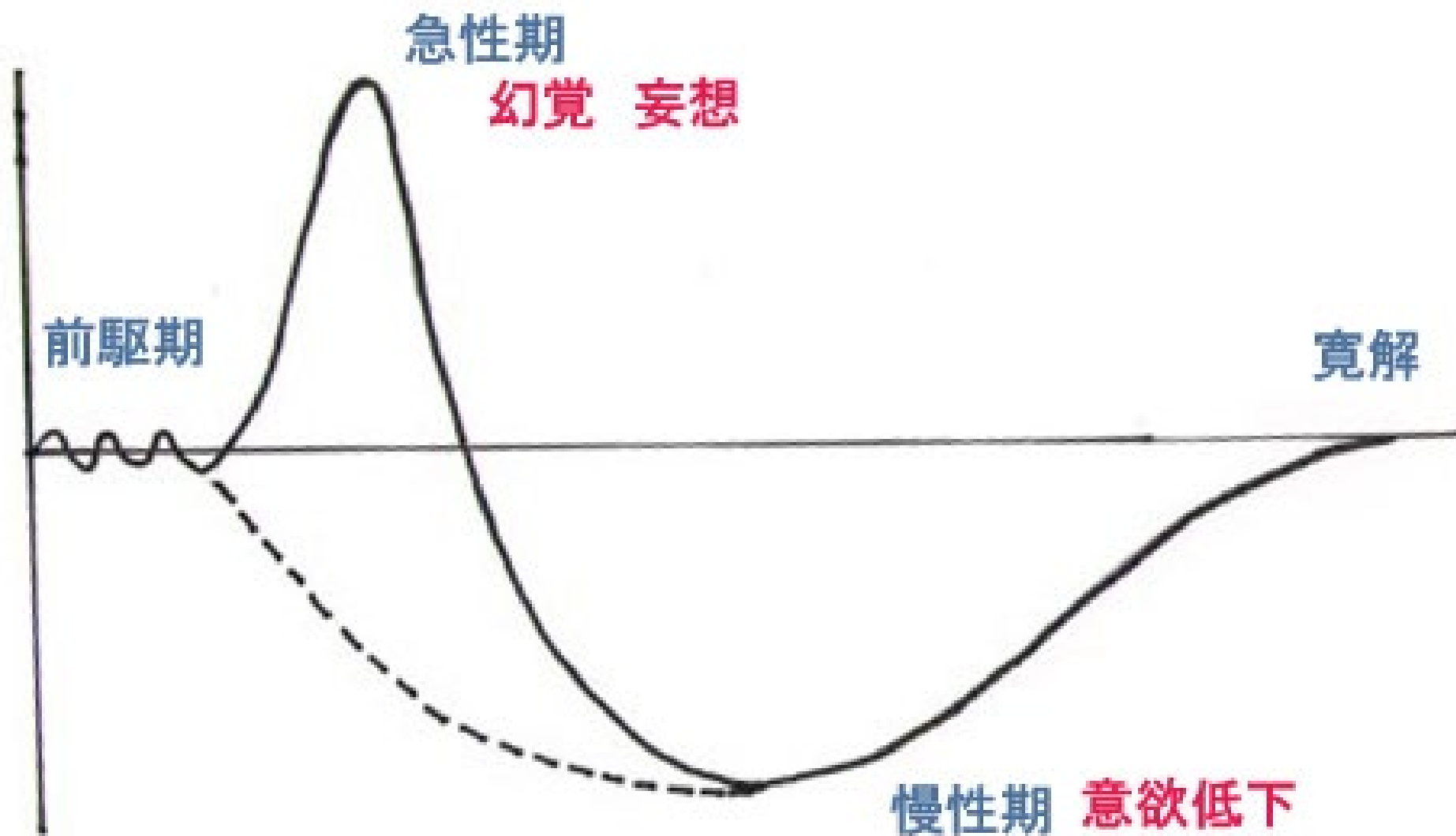
統合失調症の特徴的症状

陽性症状（急性症状）

あるはずのないものが現れる
幻覚,妄想,させられ体験,思考伝搬

陰性症状（慢性症状）

あるべき活動が乏しくなる
意欲低下,感情鈍麻



病気の亜型(タイプ)

1. 緊張型
極度の緊張や奇異な行動が中心
2. 妄想型
幻覚や妄想が中心
3. 破瓜型(解体型)
意欲低下,感情平板化が中心
4. 鑑別不能型

統合失調症治療上の注意点

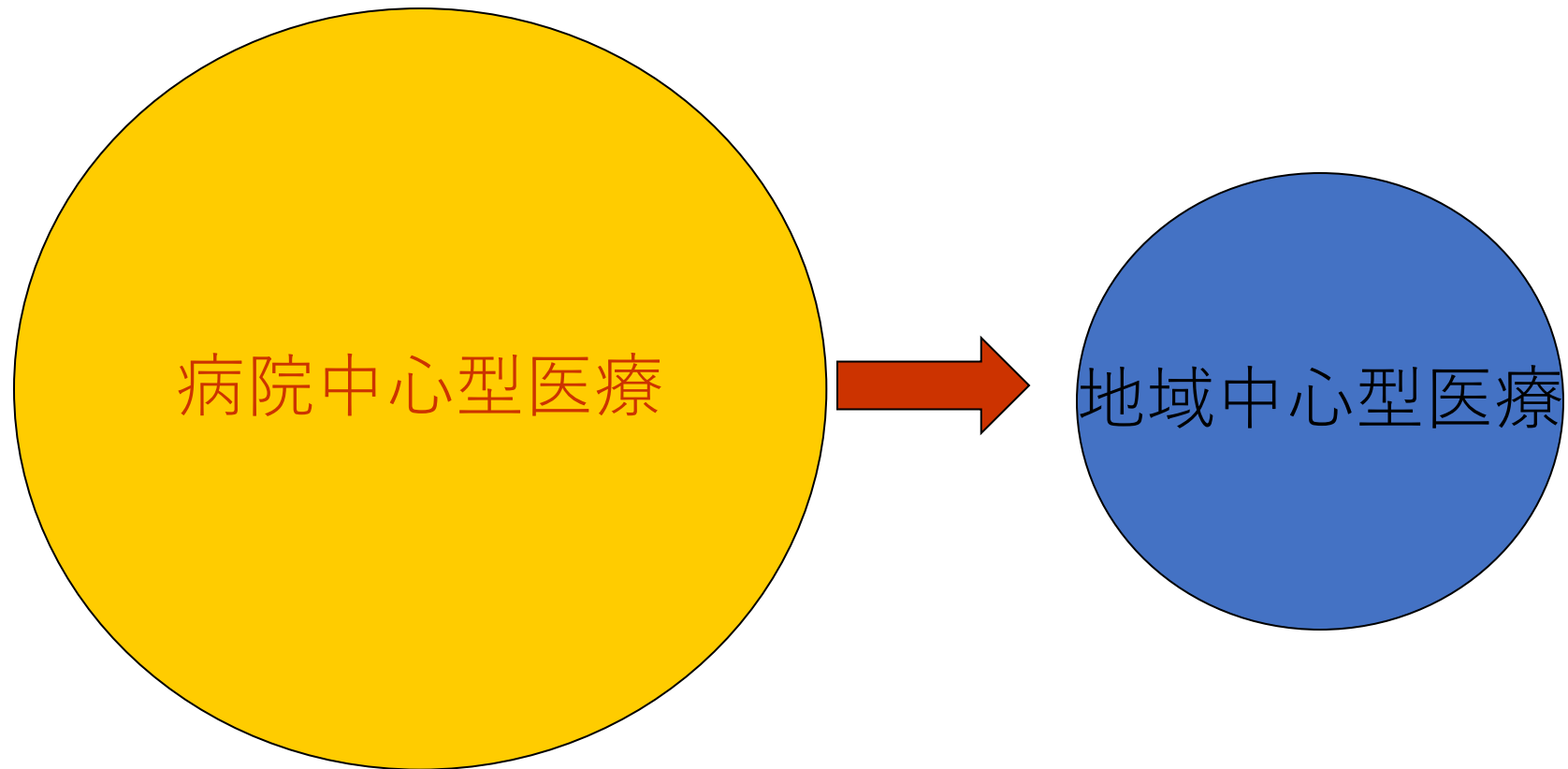
- しっかりと服薬を
- 副作用については主治医と十分な連携を
- ストレスに注意しながら社会復帰
一足飛びではなくてゆっくりレベルアップ
足りないところを責めず,良くなったところをみる
- 可能な限り,普通と同じ生活を確保する
そのために,精神症状を積極的に治療する

精神障害者の社会復帰

- 医療
院内作業療法
デイケア
- 福祉
障害者福祉サービス
介護サービス ヘルパー
訓練等給付
就労移行支援事業（2年間まで）
就労継続支援事業
A型 雇用契約を結ぶ 最低賃金を保証する
B型 非雇用型で働く場の提供
共同生活援助事業（グループホーム）

相談支援事業所
- その他 精神保健福祉センター
ピアサポート ボランティア（クレヨン）

病院中心から地域中心へ



ノーマライゼーション

障害者も健常者と同じように、
住み慣れた地域で、
健康で文化的な
生活をおくる権利がある。

地域住民の皆さんへ

- 障害者は健常者の良き道しるべ
青少年の優しさ作り,高齢化社会にむけて
- 病気や障害を理解するチャンスは中学生から高校生
(鉄は熱いうちに打て)

だから,真に社会復帰しなければならないのは街の大人の健常者
かもしれない

呉 秀三

「わが国十何万の精神病者は、実にこの病を受けたる
の不幸の外に、この国に生まれたるの不幸を重ねるも
のというべし。精神病者の救済・保護は実に人道問題
にして、わが国目下の急務といわざるべからず」

(1918) (精神病者私宅監置の実況, 1918)

みどりの森 社会復帰センター
就労継続B型事業所
ジョブガーデン



N P O 法人 ところ
就労継続 A 型 C & C サービス
ス

・ところファーム外
観



院内清掃

松原病院の清掃委託を受けて院内の掃除を行なう。



器質性精神障害

Organic Brain Syndrome

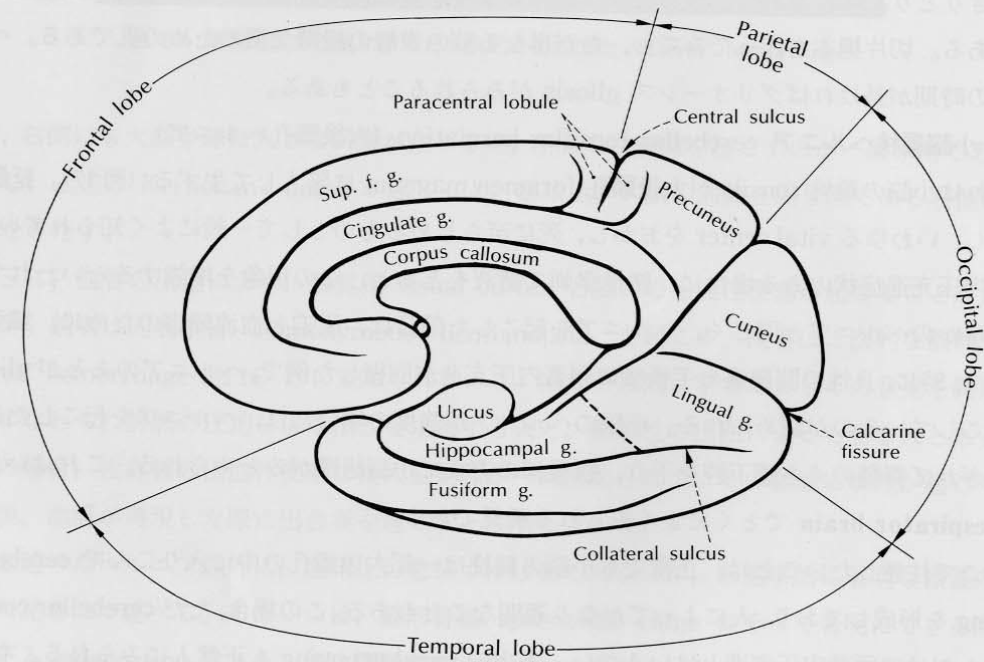
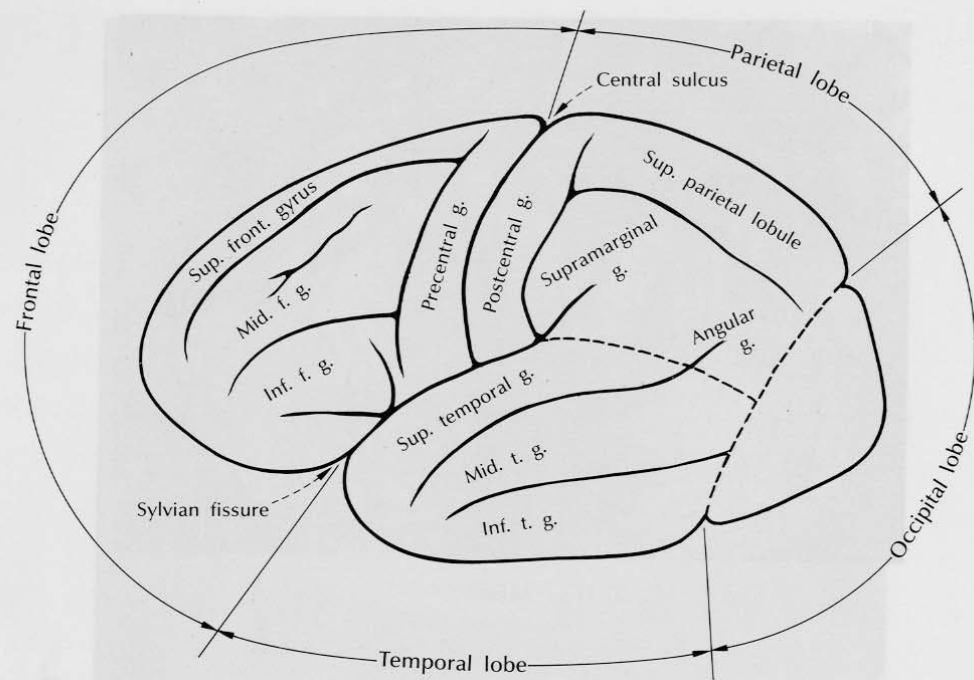
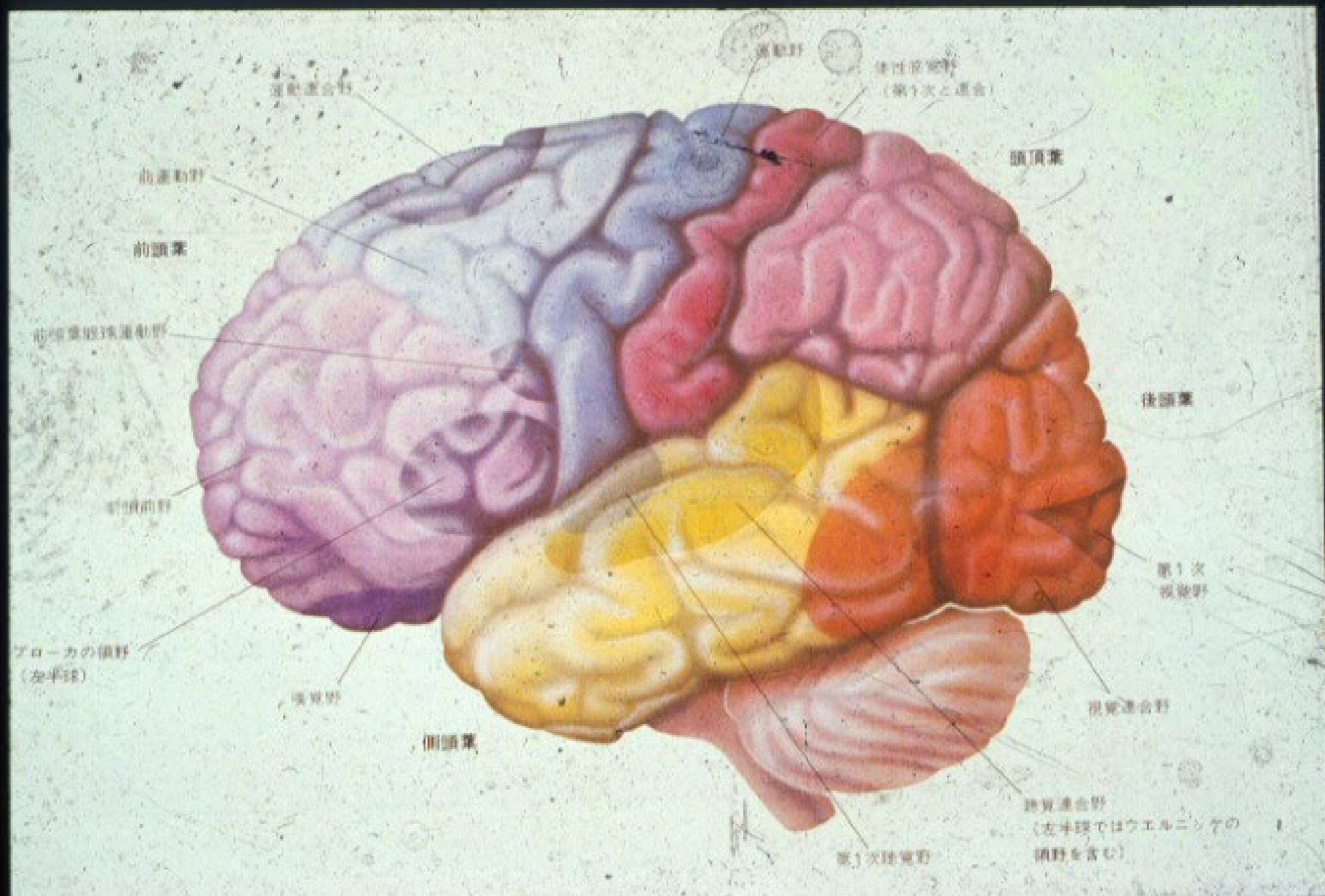
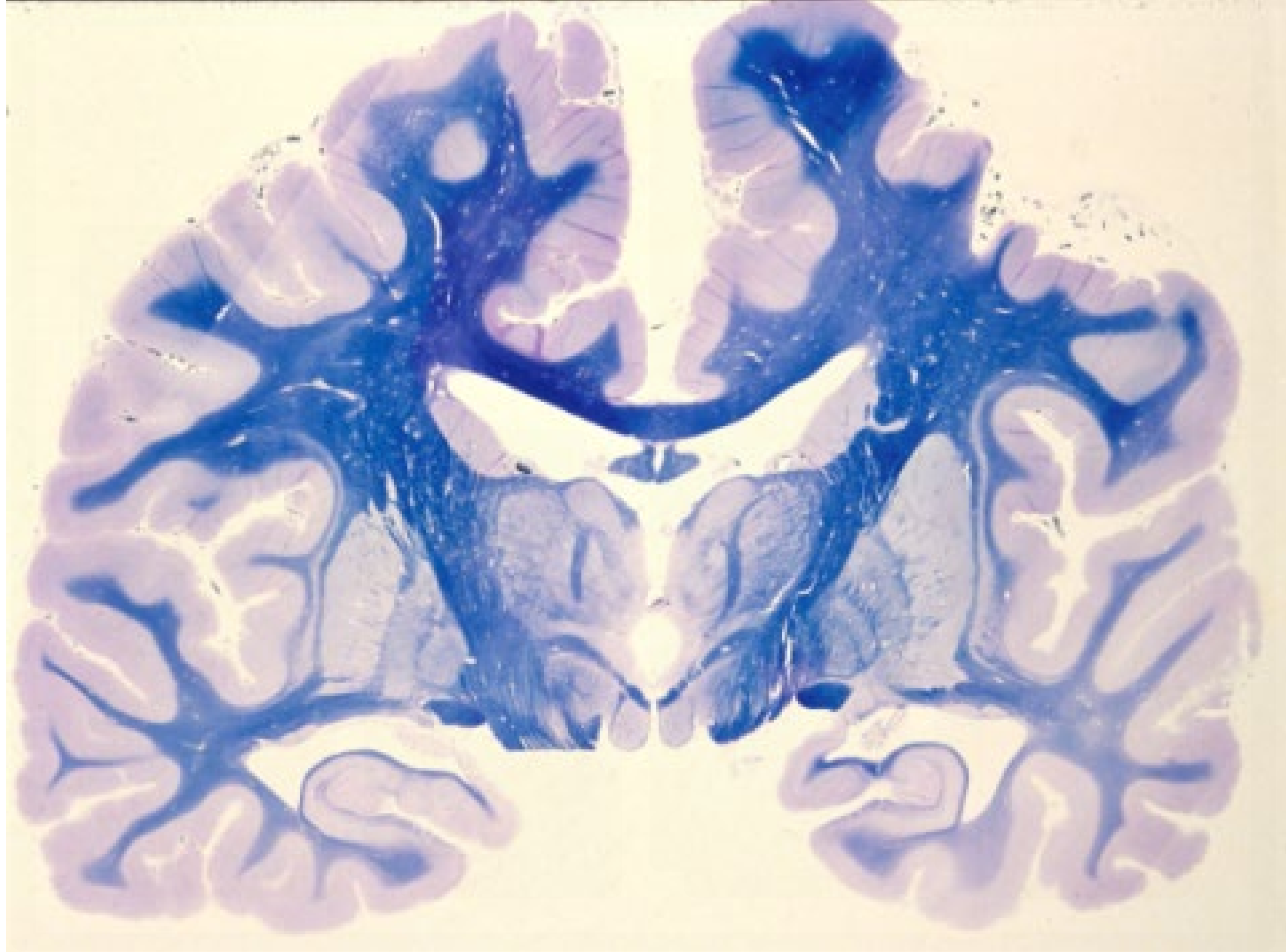


図 18 大脳の gyri と sulci





器質性精神障害とは

1. 意識障害: せん妄
2. 認知症(痴呆)
3. 記憶障害: Korsakoff-Syndrome
4. 他の脳局在症状:
失外套症候群, 側頭葉症候群
幻覚, 妄想, 感情障害

1, 意識障害

Unconsciousness

譫妄(せんもう)

Delirium

急性の脳障害

意識障害 + 精神内界の興奮

夜間せん妄, 作業せん妄
術後せん妄, 振戦せん妄

せん妄の簡易診断法

Confusion Assessment Methods (CAM)

1. 急性の発症と症状の動揺
2. 注意力の欠如
3. 思考の錯乱
4. 意識レベルの変化

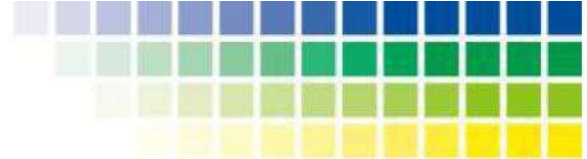
2つ目までは必須項目であり,あとひとつをみたせば診断してよい.

2, 認知症

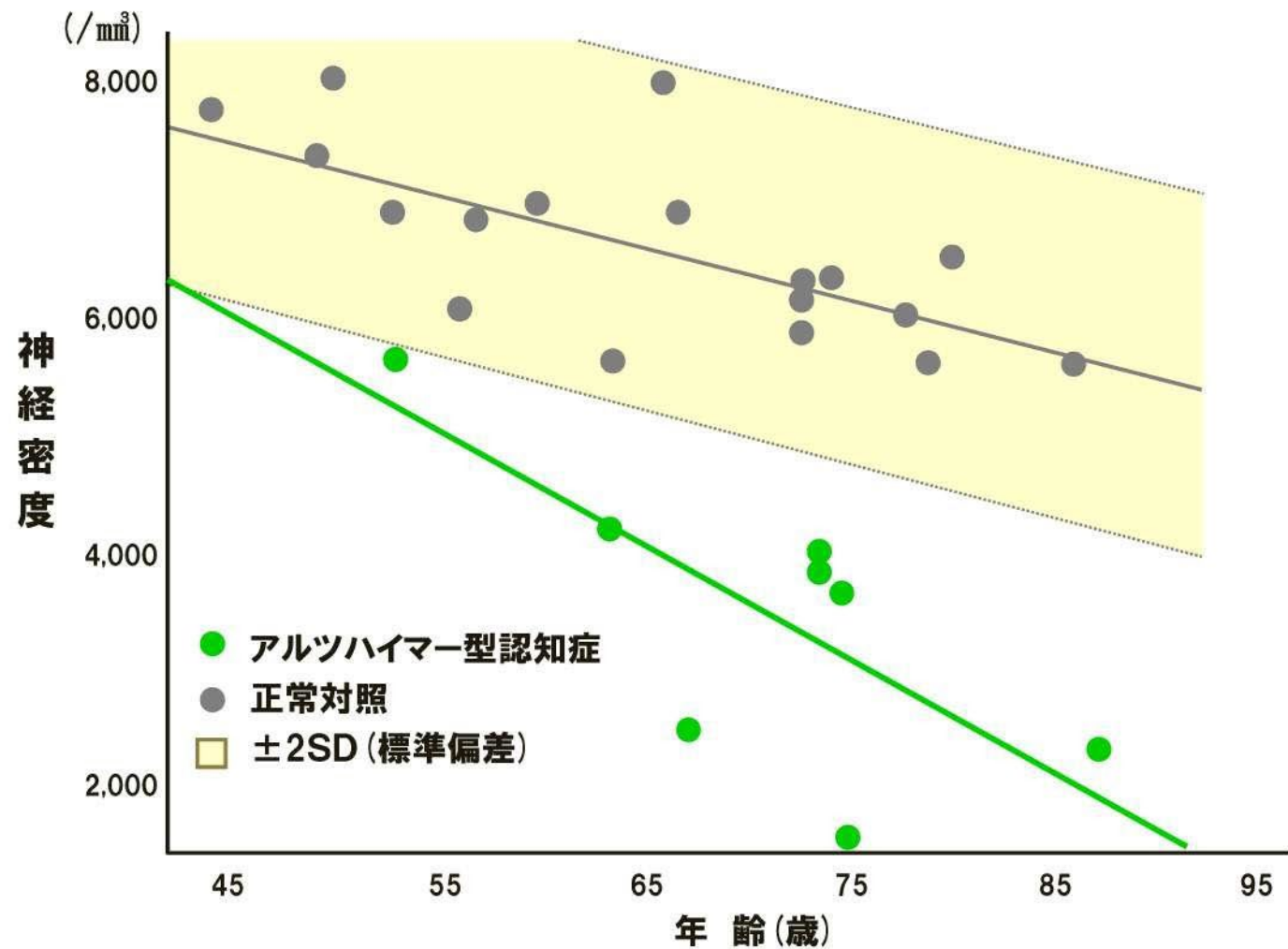
Dementia



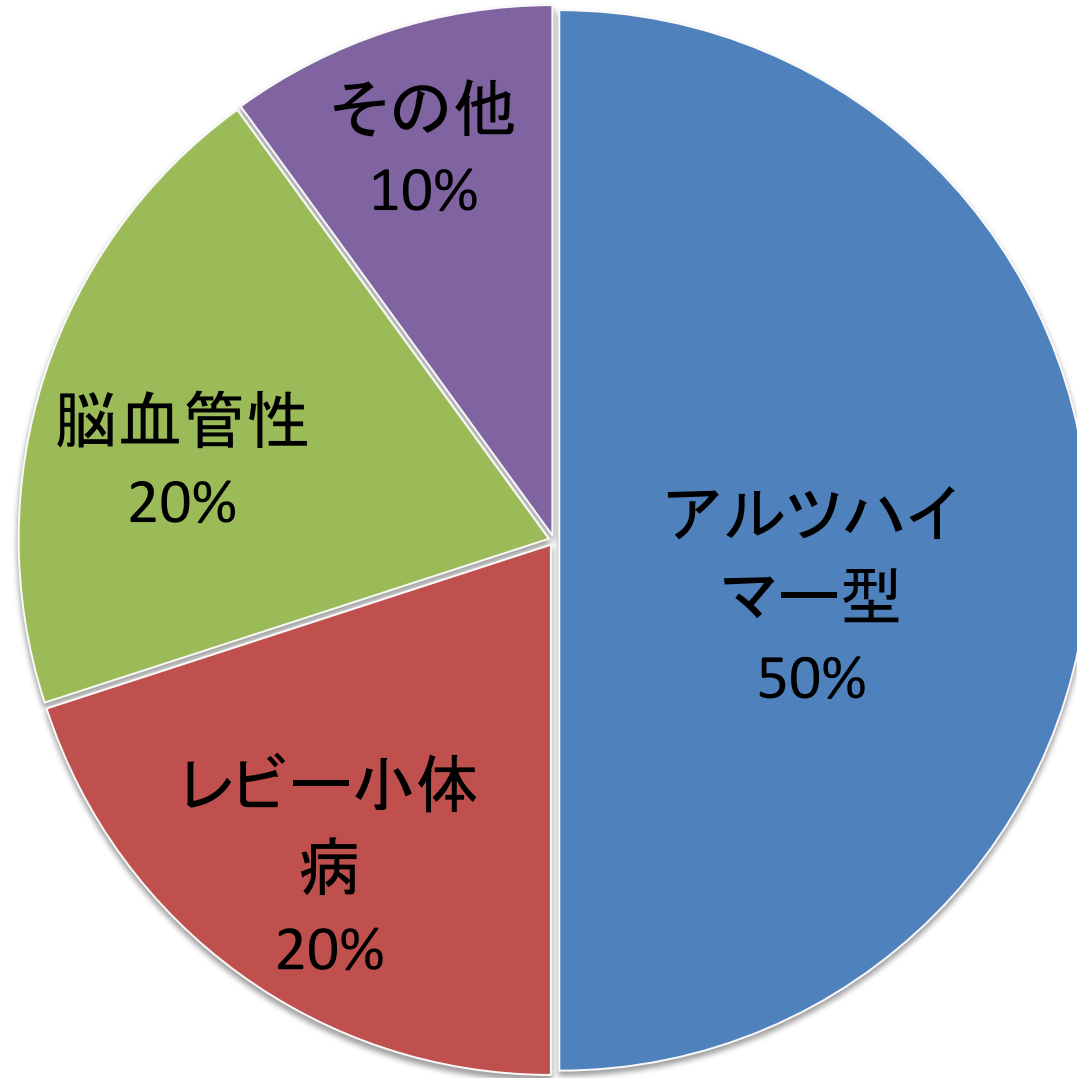
神経細胞死



海馬神経細胞の生理的老化に伴う減少とADにおける減少の比較



認知症の疾患別頻度



Alzheimer病の特徴的症狀

1. 反復 iteration
2. 反響言語 echolalia
3. 語間代 logoclonia
4. 鏡症狀 mirror sign

前頭側頭型認知症

ピック病

TDP-43蛋白がたまるタイプ

筋萎縮性側作硬化症に合併したもの
など

前頭側頭型認知症の症状

特徴的な症状として

1. 身だしなみが無頓着
2. 感情鈍麻,自発性欠如
3. 抑制が欠如し,万引き,暴力
4. こだわり症状として,同じことを言い続ける,同じ動作(常同行為),同じ食べ物,同じ道順
5. 初期には記憶障害は目立たない

滞続症状

Stehende Symtome

言葉の反復や行動の反復

6月20日月曜日

この日ハシナフ白鳥ハナニ

行くとある事ハ高橋ニハナニ

この日ハシナフ白鳥ハナニ

高橋ニハナニハナニハナニ

この日ハシナフ高橋ニハナニ

事ハこの日ハシナフ高橋ニハナニ

高橋ニハナニハナニハナニ

高橋ニハナニハナニハナニ

事ハ高橋ニハナニハナニ

高橋ニハナニハナニハナニ

事ハ高橋ニハナニハナニ

ハナニハナニハナニハナニ

前頭葉が抑制しているもの

1. 後頭葉
各種感覚に対して自我(自己存在)による
抑制 VS 被影響性
2. 基底核
反復常同などを抑制 VS 滯続症状
3. 辺縁系
情緒の抑制 VS 不穏興奮,情動行為

レビー小体型認知症

レビー小体型患者の80%に幻視

- 見えるのは,人・子供・小動物・虫
- 鮮明にカラーで,リアルに動いたりする
- 部屋に川が流れている
- 夕方から夜間に増す.
- 「寝室に浮気相手がいる」等 嫉妬妄想は,レビーに頻度が高い
- 20%の患者にない

レビー小体型認知症の特徴

- 認知障害の症状の進行がはやい
- 幻視が多く、症状の良いときと悪いときの差が大きい
- 運転中に眼前に突然現れたりして危険
- 睡眠中に手足をバタバタさせたり、大きな寝言がある
(レム睡眠行動異常)
- 転倒しやすい
- 抗精神病薬が逆効果 塩酸ドネペジル(アリセプト)が有効

幻視が見られる疾患

- せん妄
- 統合失調症
- アルコール依存症と離脱せん妄
- 薬物依存・中毒
- 重度の視力障害

レビー小体型の幻視で不思議なこと

- 毎回同じものを見ることが多い
- 患者の不安が表面化することがある 「夫の浮気相手」
- 多くの人は恐怖と不安だが、比較的冷静にしている人もいる
- 平気？で触ろうとしたりする人もいる
- 消えた後は落ち着いている

幻視に対する対応

- 寄り添って安心させる
- 頭から否定しない
- 共感する
- 気をそらす

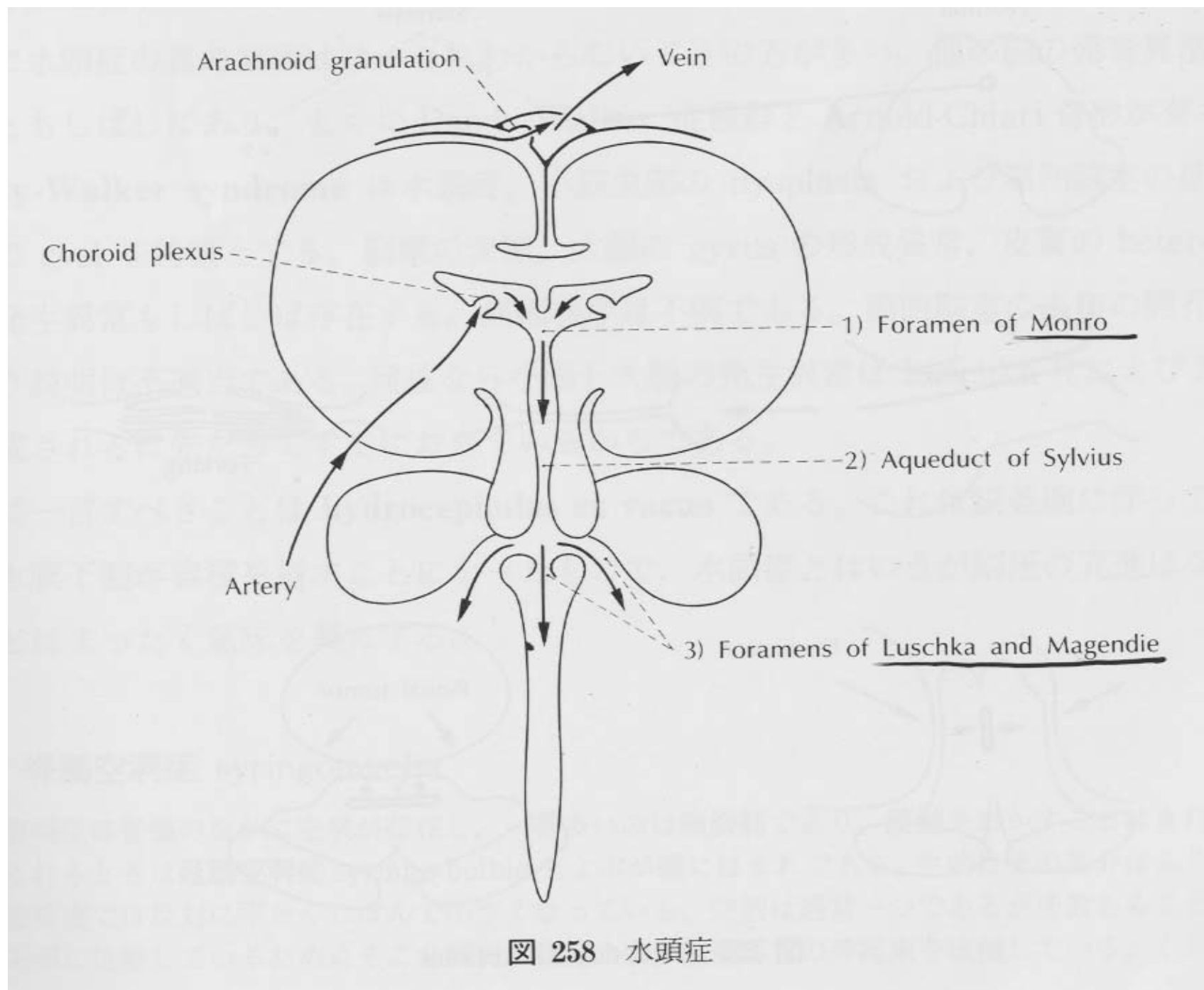


图 258 水頭症

若年性認知症

若年性認知症の分類

1. 原因不明
アルツハイマー型認知症,前頭側頭型認知症(ピック病),レビー小体病
2. 予防可能な認知症
脳血管性認知症,アルコール性認知症,
感染性認知症(HIV,クロイツフェルト・ヤコブ,梅毒),
頭部外傷性認知症(ボクシング含む),
低酸素脳症,一酸化炭素中毒,腫瘍性

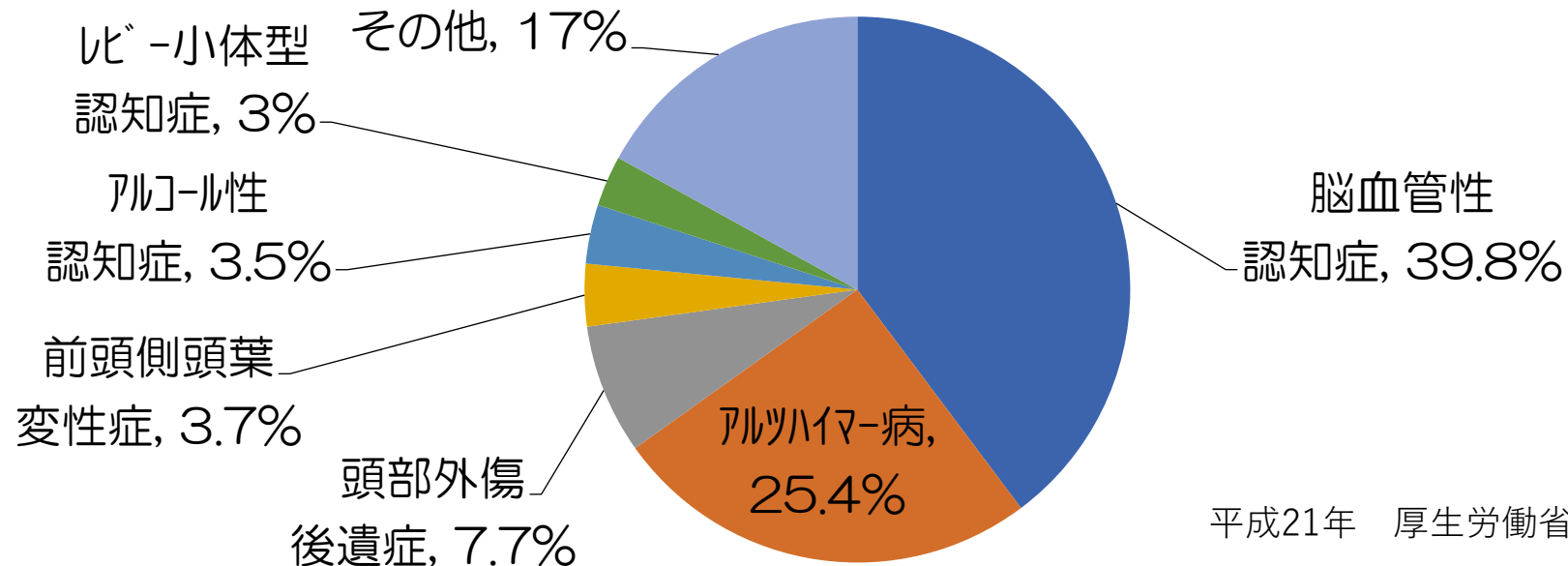
18歳から64歳までに発症した認知症,国内に4万人
いるともいわれている.

若年性認知症

若年性認知症：65歳未満で発症した認知症

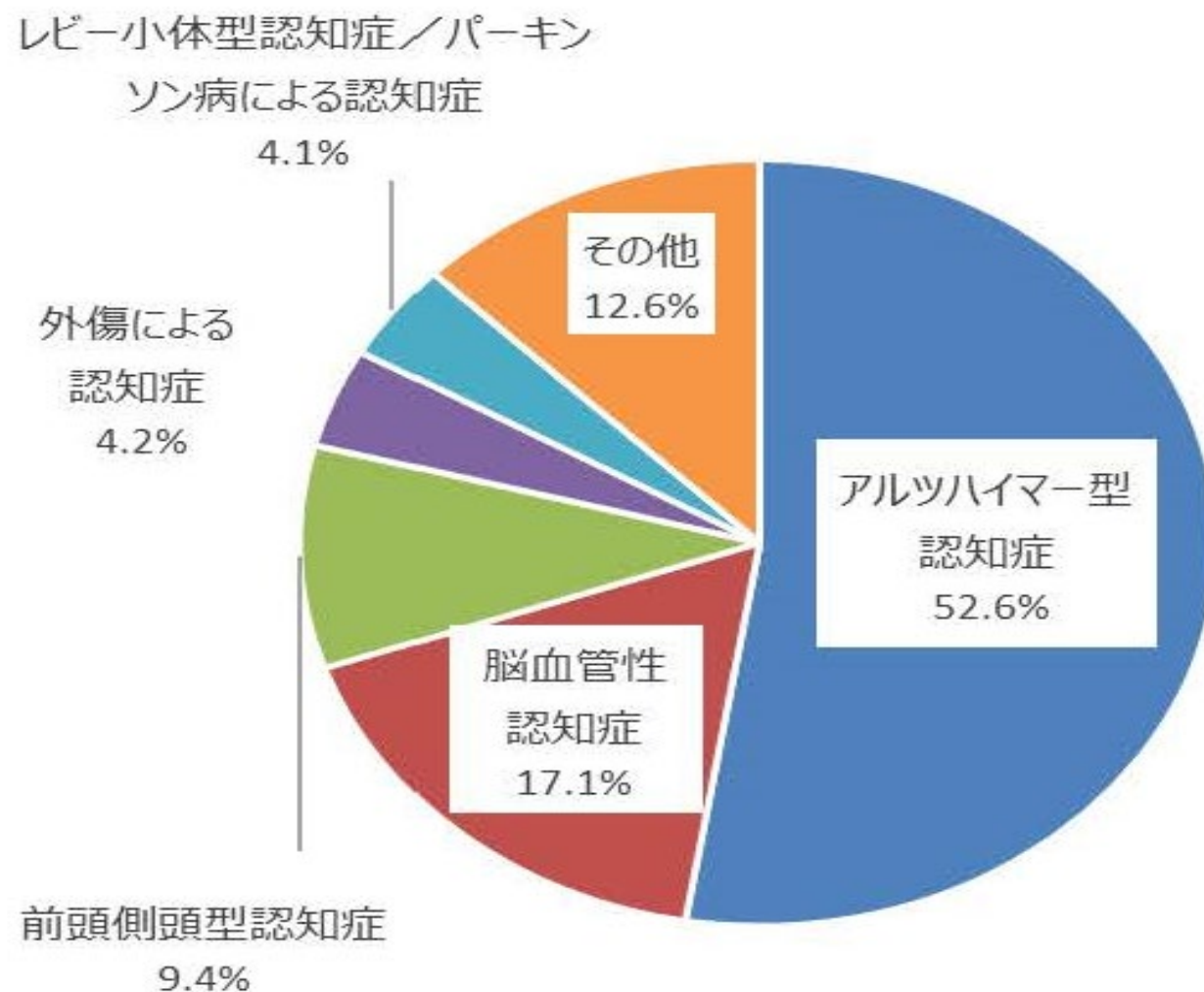
- 全国で37,800人と推計（平成21年）
- 今年度から3年間で全国的な調査を実施

若年性認知症の原因疾患別割合



若年認知症 2020年度

(図) 若年性認知症（調査時65歳未満）の
基礎疾患の内訳

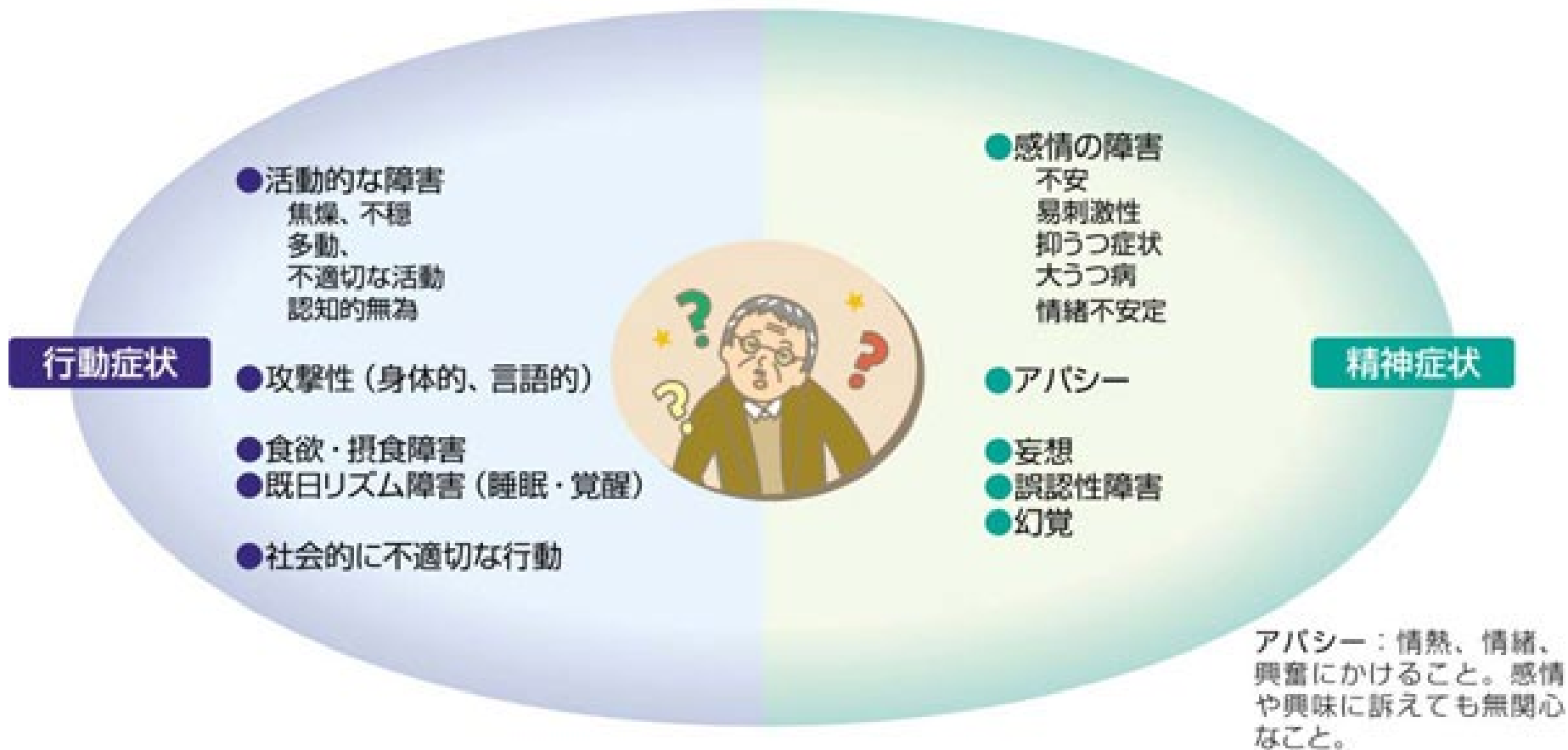


若年性認知症の特徴

1. **現役世代**に発症する **男性**に多い,平均年齢は**51**才くらい
働いている(経済的問題),子育て中 → **家庭内での課題**が多い
2. 今までと違う変化には気づくが,**受診が遅れる**
3. **体力や活動力**がある
一般のデイサービスでは対応しきれない
社会的活動ができる能力がある人が多い
4. 介護者の負担
介護者は**配偶者**に集中しがち
時に**複数介護**になる
高齢の親が介護を担う

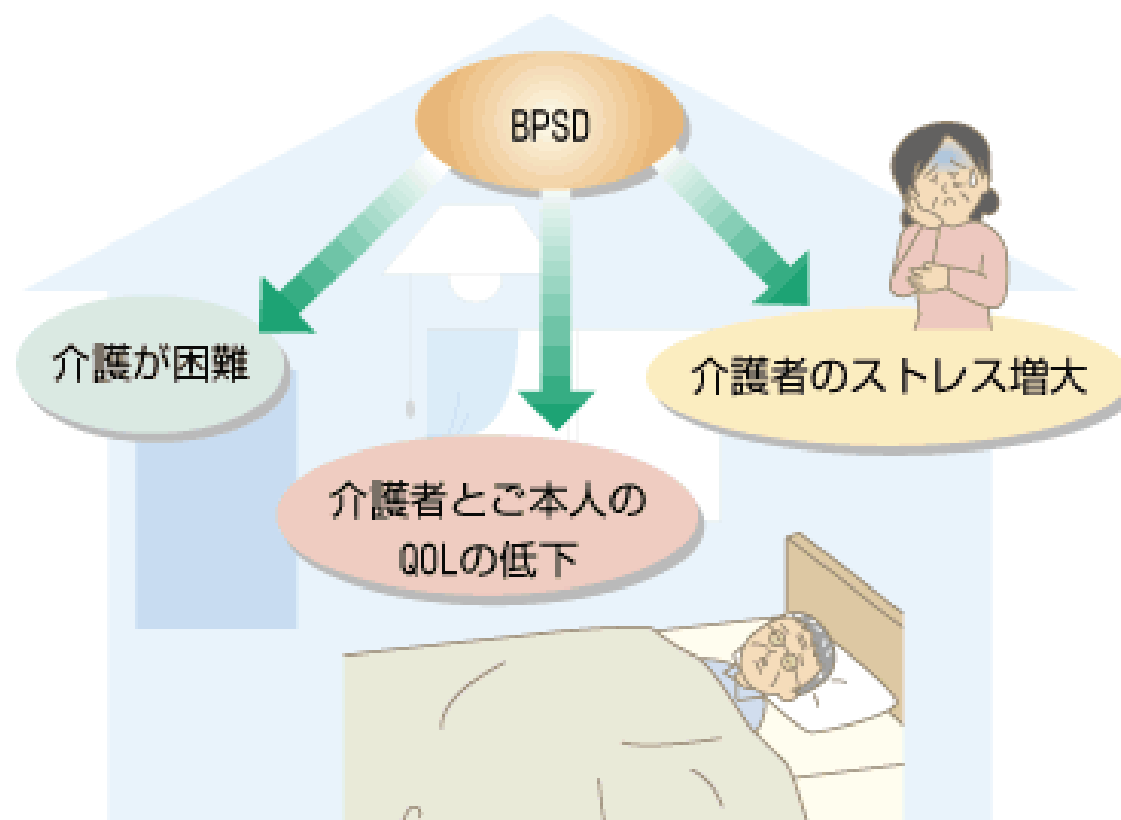
認知症の 「中核症状」と「行動と心理の症状」

よくみられる認知症のBPSD



国際老年精神医学会（IPA）の「プライマリケア医のためのBPSDガイド」より

BPSD で介護者のご本人の QOL が低下



認知症の症状

神経細胞障害



中核症状

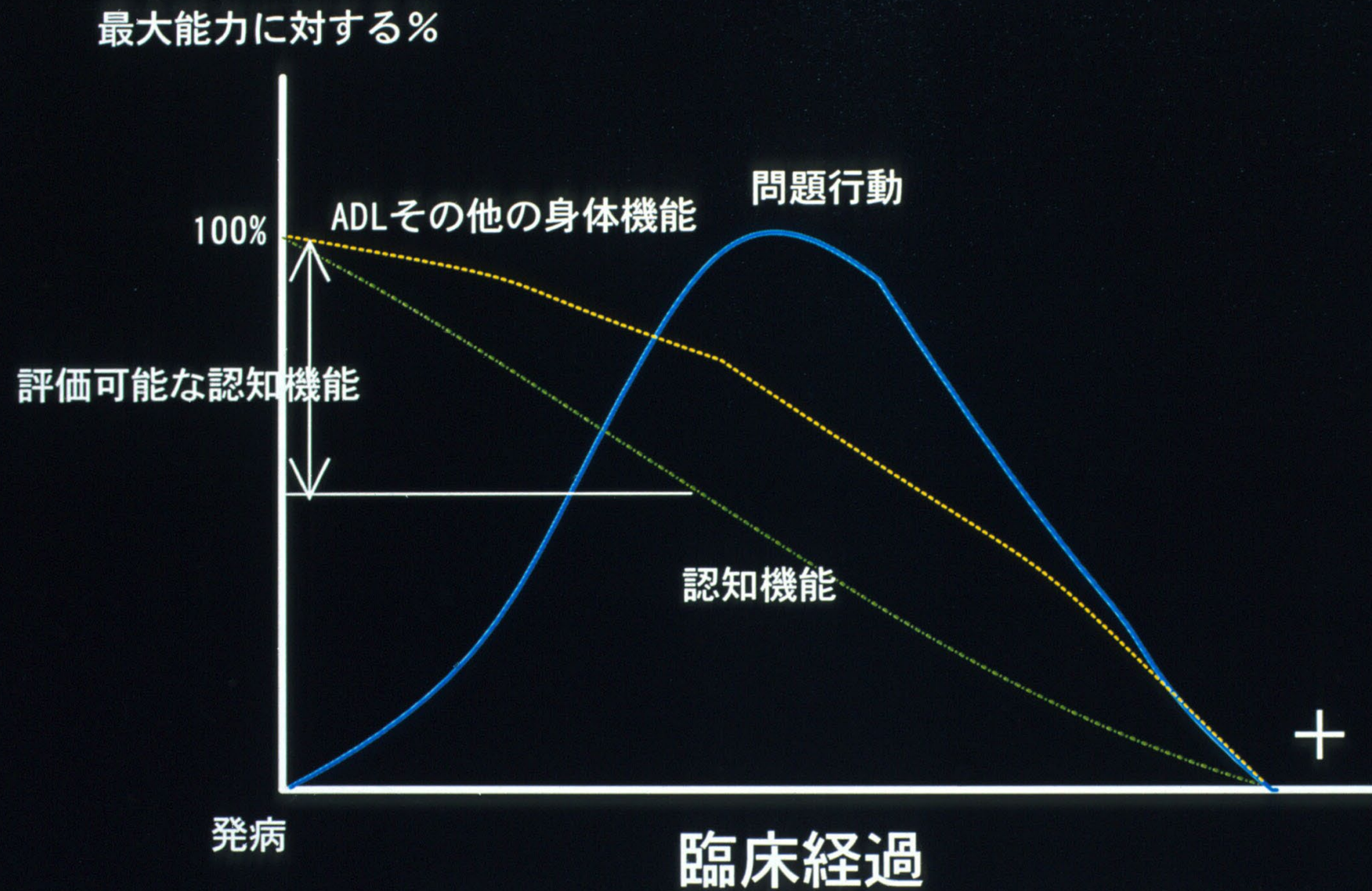
記憶障害 見当識障害 理解判断力障害
計算障害 実行機能障害, (うつ状態), その他

環境要因・心理反応



周辺症状(行動・心理症状 BPSD)

不安 焦燥 (うつ状態) 幻覚妄想徘徊 興奮暴
力 不潔行為, その他



問題行動、認知機能と身体機能の推移

困った症状の成因

←心がそうさせる症状

脳障害がそうさせる症状→

性的逸脱行為

意欲低下, 過眠

せん妄

不眠, 昼夜逆転

過食

幻覚, 錯覚

盗られ妄想

強迫症状

うつ状態

不穏興奮, 易怒性

不安焦燥

アルコールとOBS

1. 酩酊
2. 振戦せん妄
3. コルサコフ症候群
4. 離脱症候群 withdrawal syndrome
5. ウエルニッケ脳症
Wernicke's encephalopathy
6. その他 アルコールてんかん
アルコール認知症
アルコール幻覚症,嫉妬妄想

健忘症候群(コルサコフ症候群)

Amnestic syndrome (Korsakoff)

記銘力減弱

失見当識

作話

一過性全健忘

transient global amnesia (TIA)

突発的に健忘(記憶喪失)が生じる

発作中は明らかな前向性健忘を認める

24時間以内に回復する

原因として transient ischemic attack (TIA), やてんかん, 外傷などが多い

5.2/10万人の発生頻度

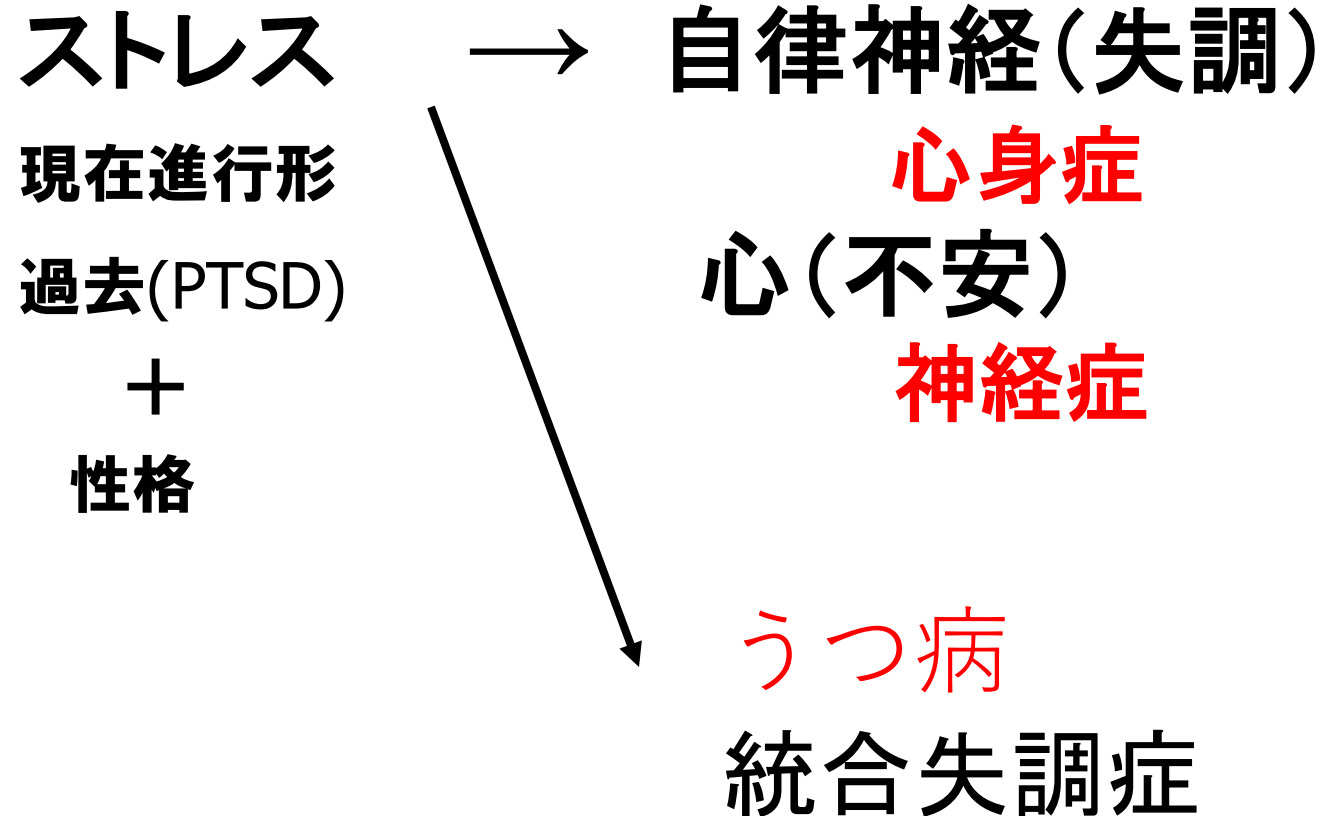
(Hodges 1990)

成年後見制度

旧制度	新制度	判断能力	援助者
禁治産	後見	欠けている	成年後見人
準禁治産	保佐	著しく不十分	保佐人
	補助	財産行為に援助必要	補助人
任意後見	あらかじめ任意	任意後見人	
		後見の契約 (公正証書による)	

ストレスと神経症

ストレスの構図



ストレスはどこへ行く

- I. 自律神経の失調（**心身症**）
ストレス潰瘍, 潰瘍性大腸炎
円形脱毛症, アトピー, 気管支喘息
生活習慣病, 免疫機能
- II. 心の不安（**神経症** こだわり病）
強迫神経症, パニック症
中毒, 嗜癖, 摂食症

強烈なストレスに傷ついたとき

- I. 比較的正常な反応
逃避,攻撃,心身症,引きこもり
- II. こだわり(強迫)
神経症,フリーズ(凍結)
- III. 自傷行為
急性の行為と慢性の行為(嗜癖)
- IV. 解離
人格未成熟時期の虐待などの外傷

自傷行為としての嗜癖

- 物質嗜癖
アルコール,薬物
- 行動嗜癖
ギャンブル,ムラ買い,万引き
- 関係嗜癖
バタードワイフ

パニック症,社会不安症

パニック症 *Panic Disorder* (PD)

ある日突然,めまい,動悸や息切れあるいはふるえなどの症状をおこし,それらの症状とともに激しい不安が発作的に起こり,今にも死にそうに感じたり,このままどうにかなってしまうという不安に襲われる病気.一度発作に見舞われると,その後もまたその症状がおきるかもしれないという不安が常に付きまとうようになる.

パニック症の症状

1. パニック発作（P a n i c A t t a c k）
2. 予期不安
3. 広場恐怖

パニック発作(Panick Attack)

- ある一定の時間に激しい恐怖感や不安感とともに 以下に述べる症状が4つ以上ほぼ同じに突然出現し,10分以内にピークに達する. パニック発作はその激しさが最高に達した後は30分以内に症状が消え去ることが多い. しかし,一部の人には半日以上も症状が持続する.
- パニック発作が始めて起きてから次の発作が起きるまでの時間は様々. 多くは,1週間以内に第2回目の発作が起き,発作は起き始めると次々に連発する事が多い.

パニック発作の症状

1. 心悸亢進（心臓がドキドキする,心拍数が増加する,強く脈打つ 等）
2. めまい（血の気がひく,後頭部がしびれる,ふらつき 等）
3. 呼吸困難（呼吸が早くなる,息苦しい,息が詰まる 等）
4. 腹部不快感（吐き気,腹部の不快感 等）
5. 非現実感（自分が自分ではないような気持ち,地に足がついていない感じ,自分が自分でない感じ 等）
6. 胸の痛みまたは不快感
7. 汗をかく
8. 身体や手足の震え
9. 気が狂うかもしれないという心配
10. 死ぬのではないかと恐れる
11. しびれやうずき感
12. 寒気または,ほてり
13. 口渇
14. その他

予期不安

- パニック発作を一度経験すると、また起きるのではないか？という不安感が生じる。発作を繰り返す度にこの不安がさらに強くなっていき、症状を悪化させる。
発作そのものが突然起こることが多いので、この予期不安はとても強く、またいつあの恐ろしい発作が起こるのではないかと常に心の底に不安感を持ち続ける。予期不安の内容は主に次のような恐怖である。
 - 発作症状そのものへの恐怖発作により病気になる、死んでしまう、気を失ってしまう、気が狂ってしまう…のではないかという恐怖
 - 発作を起こしても助けてくれる人がいないのではないか、その場所からすぐ逃げ出せないのではないか、ということを恐れる
 - 発作により人前で自分を取り乱したり、倒れるなど醜態をさらすのではないかということ恐れる。
- パニック症では必ず予期不安があり、この予期不安のためにリラックスした気分になれず、行動は知らぬ間に防衛的になり、行動空間が狭められていく。

広場恐怖

- ・過去にパニック発作を経験した人が、発作の起きた場所等で「そこへ行くとまた発作が起きるのではないか」と思い、その場所を避けるようになる。一定の場所や状況に恐怖感を感じるようになり、特に、発作が起きた時すぐに助けを求められなかったり、逃げ出せないという状態になる場所が苦手となる。

- ・電車やバス、高速や渋滞、会議室、美容室、歯科、エレベーター...

とっさの時に自分の意思ではどうにもできないような状況になりそうなのが予想されると、その場を避ける。

- ・避けていると、どんどんその場に行かれないようになっていたり、行かれない場所が増えるなどして、人によっては日常生活に支障が出てくる。

社会不安症(SAD)

1. よく知らない人と交流する,他人の注目を浴びるといった,1つまたはそれ以上の状況において顕著で持続的な恐怖を感じ,自分が恥をかいたり,不安症状を示したりするのではないかと恐れる.
2. 恐れている社会的状況にさらされると,ほぼ必ず不安を生じる.
3. 自分の恐怖が過剰であり,また,不合理であることに気づいている.
4. 予期不安,回避行動,苦痛により,社会生活が障害される.または,その恐怖のために著しく悩む.
5. 18才以下の場合は,罹病期間が6ヶ月以上である.

社会不安症(SAD)の分類

1. 全般型 ほとんど全ての社会的状況において「強い不安」を感じる.
2. 非全般型 2, 3 の社会的状況において「強い不安」を感じる.
3. 限局型 1 つのみの社会的状況において「強い不安」を感じる.

児童,青年期の病気

思春期・青少年の精神疾患

1. 発達または器質性障害：
発達障害（自閉症スペクトラム障害, 注意欠陥多動性障害）
てんかん（周期性不機嫌症, 他）
2. 内因性： 統合失調症圏, 気分障害
3. 心因性： 適応障害, パニック障害, 強迫性障害
解離性同一性障害, 摂食障害, P T S D, 依存症
4. 人格障害： 境界性人格障害
5. その他： 家庭生活の諸問題（虐待, 養育拒否, 崩壊家庭）
愛着障害, 素行障害, 性同一性障害

児童青年期疾患分類 I C D 1 0

F7知的障害

F8心理的発達障害

F 8 1 学習障害

F 8 4 広汎性発達障害－自閉症

アスペルガ

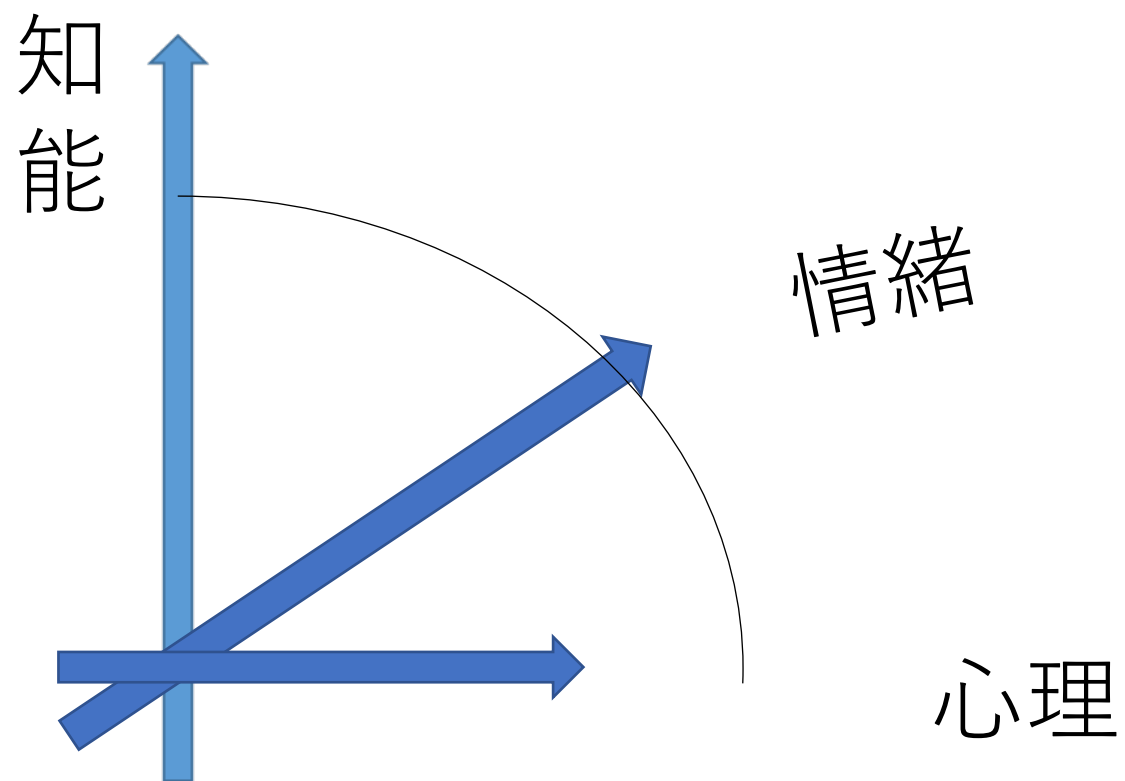
－など

F9小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害

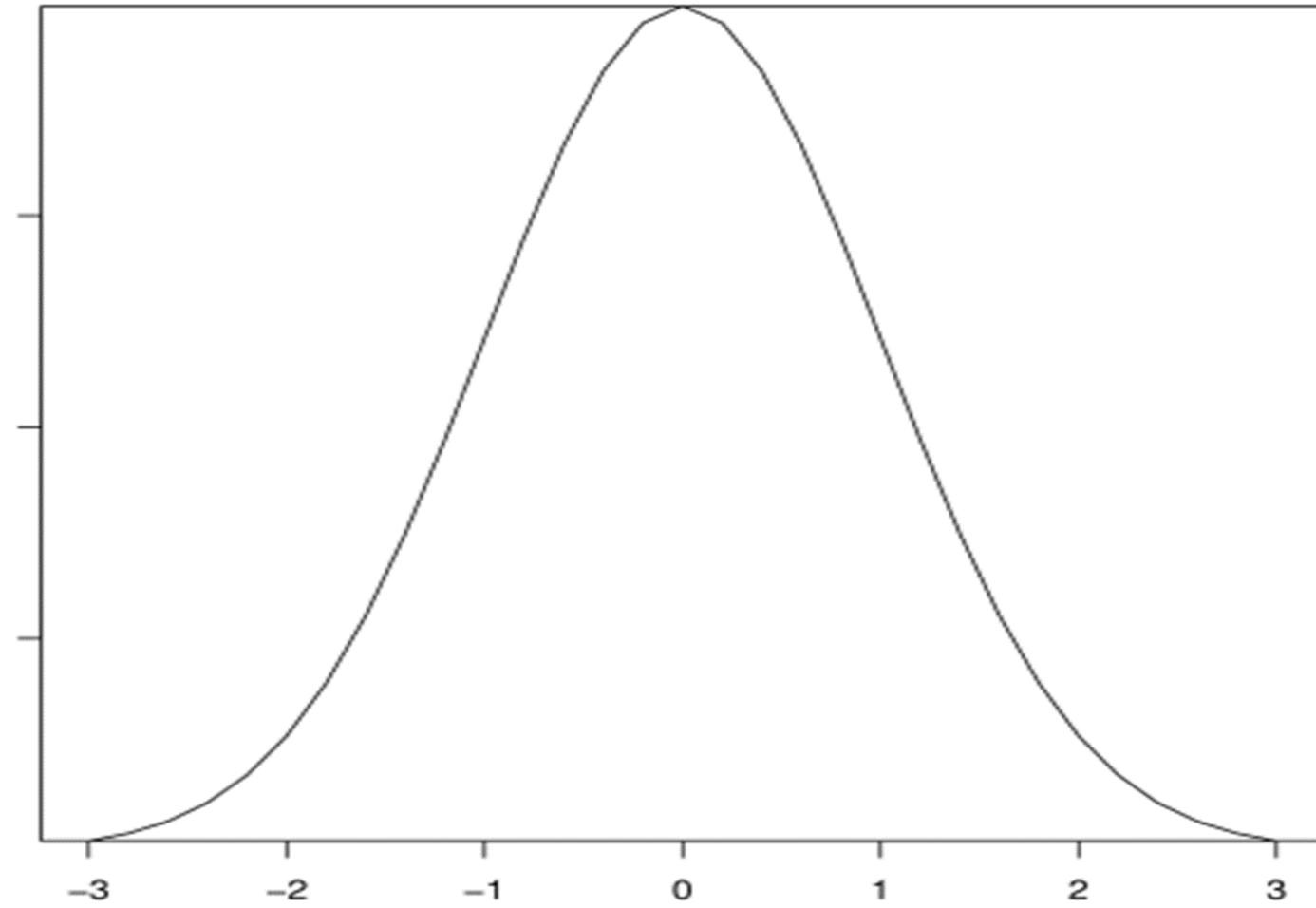
F 9 0 多動性障害

F 9 1 行為障害

発達とその個人差



正規分布



発達障害の診断名

1. 知的発達
知的発達障害（精神遅滞）
学習障害（LD）
2. 心理発達
自閉症スペクトラム症(ASD)
トゥレット症候群
3. 情緒発達
注意欠如・多動症(ADHD)
4. その他
行為障害
（性同一性障害）

自閉症スペクトラム症の診断

1. 社会的相互交渉の質の異常
2. 言語的・非言語的コミュニケーションの異常
3. 反復的・常道的行動な行動パターンと関心の広がり著しい欠乏

現場で簡単に理解するためなら

コミュニケーション障害

同一性の保持

感覚過敏

ASDに対する対応

1. 一方的に障害と捉えない
個性か障害か,社会環境の許容度に関係する
2. ASDの特性を延ばし,生かす考えも持つ
3. 大人になった時の就労を見据えた養育が必要
4. 家族に対する支援を忘れずに

学習障害(LD)

「学習障害とは、基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、読む、書く、計算するまたは推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を指すものである。学習障害は、その原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的要因が直接の原因となるものではない」

限局性学習障害(SLD)

1. 読字障害（4 %）
視空間認知,同時処理などの問題
2. 書字表出障害
形態把握,記憶,目と手の協応などの問題
3. 算数障害（1 %）
暗算,用語の概念,図形理解などの問題

注意欠如・多動性症(ADHD)

1. 不注意
2. 多動性・衝動性
3. 傷つきやすさ

サヴァン症候群

イギリスの医師ジョン・ランドン・ダウンは1887年,膨大な量の書籍を1回読んだだけですべて記憶し,さらにそれをすべて逆から読み上げるという,常軌を逸した記憶力を持った男性を報告した. その天才的な能力を持つにもかかわらず,通常の学習能力は普通である彼をidiot savant(賢い白痴) と名付けた.

1. カレンダー計算
2. 映像記憶
3. 書籍,電話帳,円周率
4. 音楽

ストレスの構図

ストレス
調)

現在進行形

過去(PTSD)

+

性格

→ 自律神経（失

心身症

心（不安）

神経症

うつ病
統合失調症

ストレスはどこへ行く

I. 自律神経の失調

心身症 ストレス潰瘍,潰瘍性大腸炎,
円形脱毛症,アトピー,喘息,
免疫機能障害

II. 心の不安

神経症 (こだわり病)
強迫神経症,パニック
中毒乱用,摂食障害

問題行動の内容（症状）

- 引きこもり
- 自殺
- 自傷（リスカ）
- 暴力,殺人（個人,集団）
- ストーカー
- その他 摂食障害（拒食,過食,異食）

強烈なストレスに傷ついたとき

- 比較的正常な反応
逃避, 攻撃, 心身症
- こだわり (強迫)
- 自傷
急性と慢性
- 解離

解離のメカニズム

期待に答えようとする自分と現実
の解離

挫折という外傷

引きこもるか,解離していくか

摂食障害

- 神経性無食欲症

自己身体像（ボディイメージ）のゆがみ

- 神経性過食症（神経性大食症）

排出型 低カリウム血症, 齲歯（むし歯）, 耳下腺腫大

BMI (Body Mass Index)

体重と身長から算出される肥満度を表す体格指数.子供には別の指数が存在するが,成人ではBMIが国際的な指標として用いられている.

- 成人

日本肥満学会の判定基準

BMI値	判定
18.5未満	低体重(痩せ型)
18.5～25未満	普通体重
25～30未満	肥満(1度)
30～35未満	肥満(2度)
35～40未満	肥満(3度)
40以上	肥満(4度)

世界保健機関(WHO)の判定基準

BMI値	判定
16未満	痩せすぎ
16.00～16.99以下	痩せ
17.00～18.49以下	痩せぎみ
18.50～24.99以下	普通体重
25.00～29.99以下	前肥満
30.00～34.99以下	肥満(1度)
35.00～39.99以下	肥満(2度)
40.00以上	肥満(3度)

人格障害

人格障害の定義（診断）

- 内的体験や行動の持続的パターンであって、その個人の文化の期待からきわめて大きく逸脱したもの。
 - (1) 認知（例えば、自己、他者、出来事の知覚と解釈の方法）
 - (2) 感情（例えば、感情的反応の範囲、強度、不安定性、適切さなど）
 - (3) 対人的な機能
 - (4) 衝動制御

人格障害の分類

- A, 奇妙で風変わりな群
妄想性, 分裂病質性, 分裂病型
- B, 演技的, 活動的で不安定な群
反社会性, 境界性, 演技性, 自己愛性
- C, 不安におびえている群
回避性, 依存性, 強迫性, 受動攻撃性

境界性パーソナリティ障害（BPD）

1. スプリッティング（分裂）
2. 原始的理想化
3. 投影的同一視
4. 攻撃欲求と対象渴望
5. 見捨てられ抑うつ

感情不安定,慢性的空虚感,激しい怒りと繰り返される自傷・自殺

福井被害者支援センターの活動

電話相談の実際

- 相談員数 3 4 名
 相談参加者 1 4 名
- 相談時間
 火曜日 午後 3 時～ 7 時
 土曜日 午後 1 時～ 7 時
- 電話番号 0 7 7 6 – 3 2 – 5 1 1 1
 2 名の相談員が電話番

年間相談件数 96 件（2002 年）

- DV 被害 29（30%）
- 民事 18（19%）
- 交通事故 12（13%）
- 暴力 3（3%）
- 経済関係 3（3%）
- ストーカー 2（2%）
- 性的被害 1
- 少年被害 1
- その他 21（22%）
死別, 苦情など

D V 問題の深刻さ

- 加害者が「しつけとして」と言い訳する
- 自分がD V被害者と気づかないことがある
自分が悪い,愛情からくる
- 子どもを抱えて逃げられない
うつ状態として発見される
- 実家の両親などから協力を受けられない
「あなたも悪いところがある」 「あの人にもいいところある」
「辛抱が足りない」

子どもにとってのD V

- 父親 「お前が俺の言うことを聞かないから子どもにあたる」
- 母親からも
父親になつこうとする子どもに対して
- 不登校
お母さんがいなくなるのでは
- アダルトチルドレン

災害精神医学

救急精神医学

精神障害者の救急（うつ病,薬物,物質）

災害精神医学（小災害,大災害：群衆）

健常者の被災（事故,犯罪：レイプ,家庭）

障害者の被災（透析,糖尿病,てんかん）

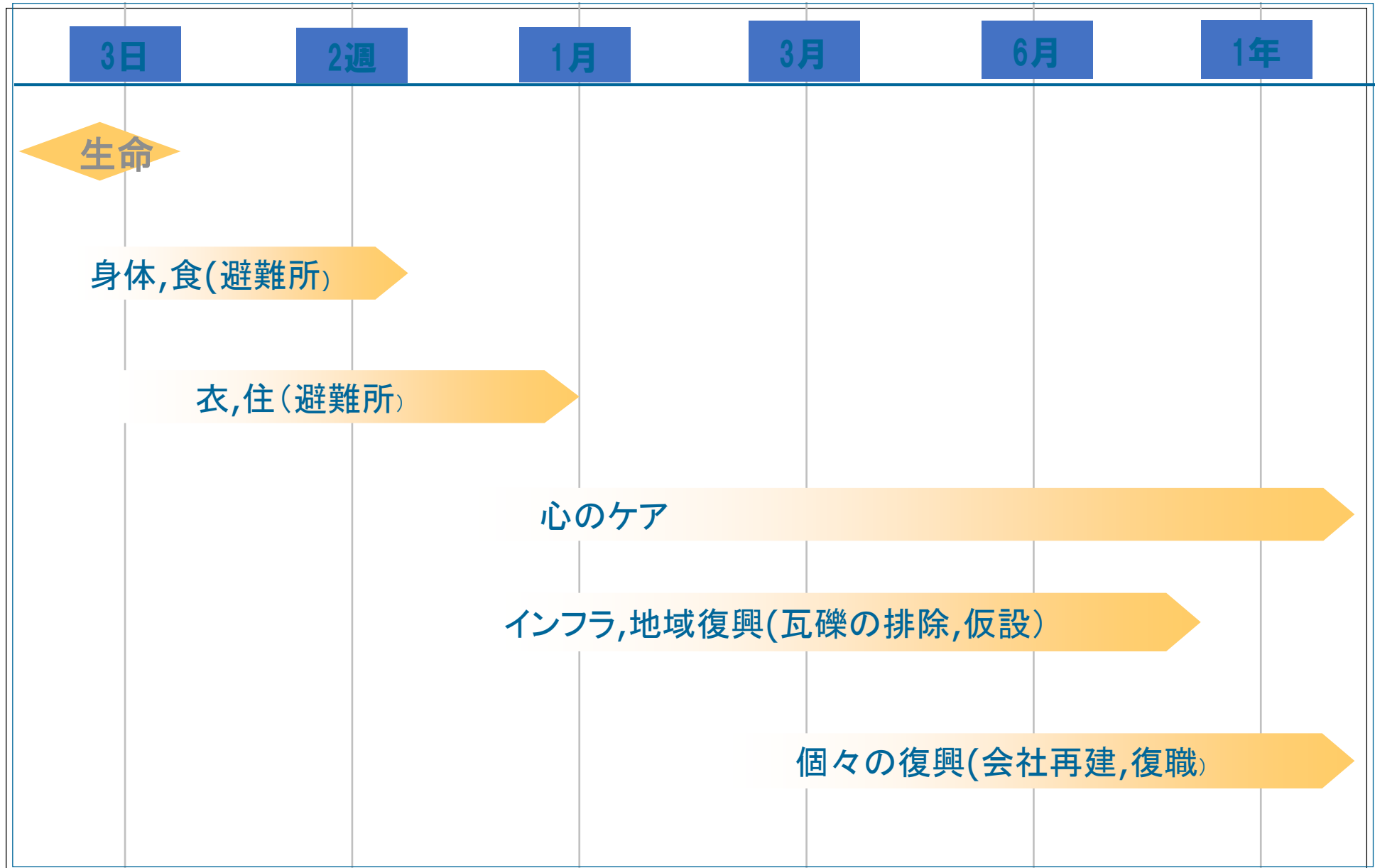
精神障害者の被災

救急スタッフの心理学

その他

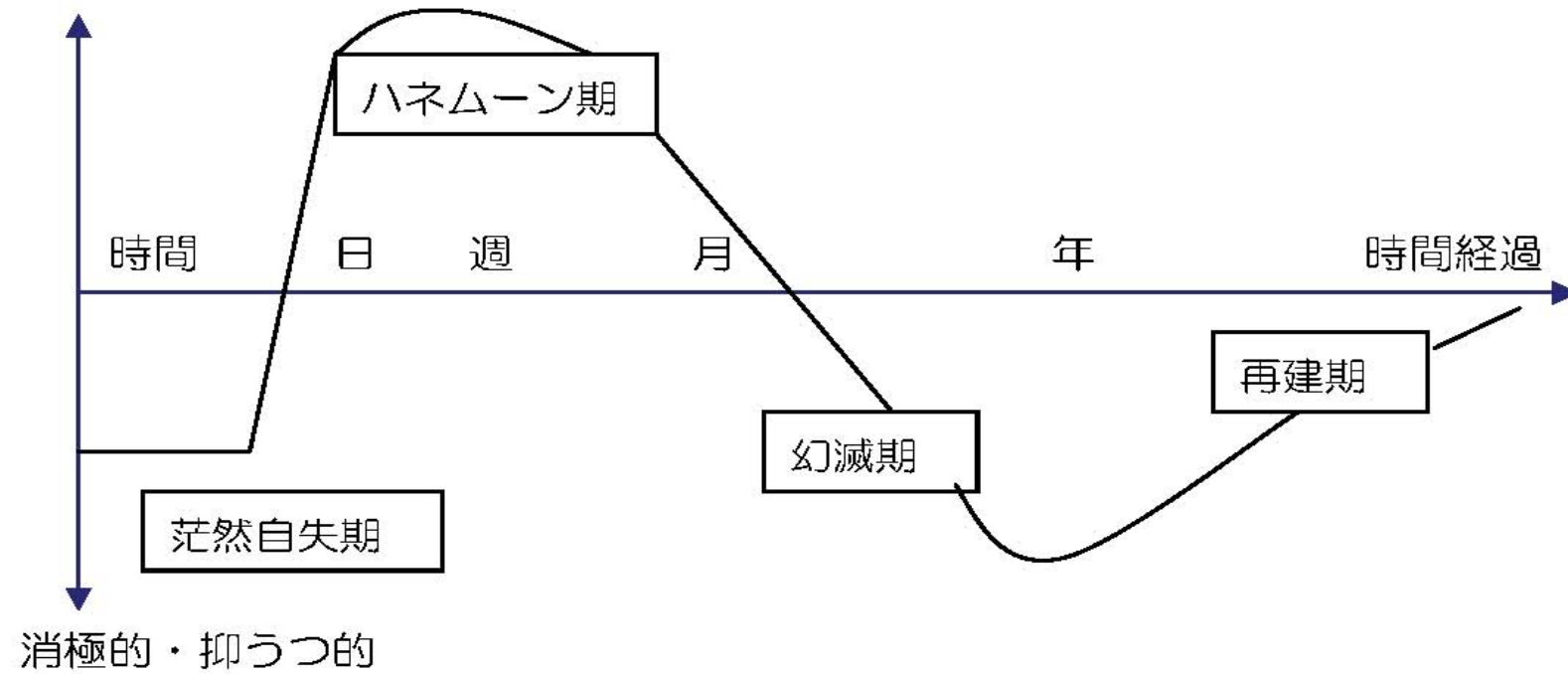
うっかりミスの精神医学（ヒヤリ・ハット）

東日本大震災の支援のタイミング



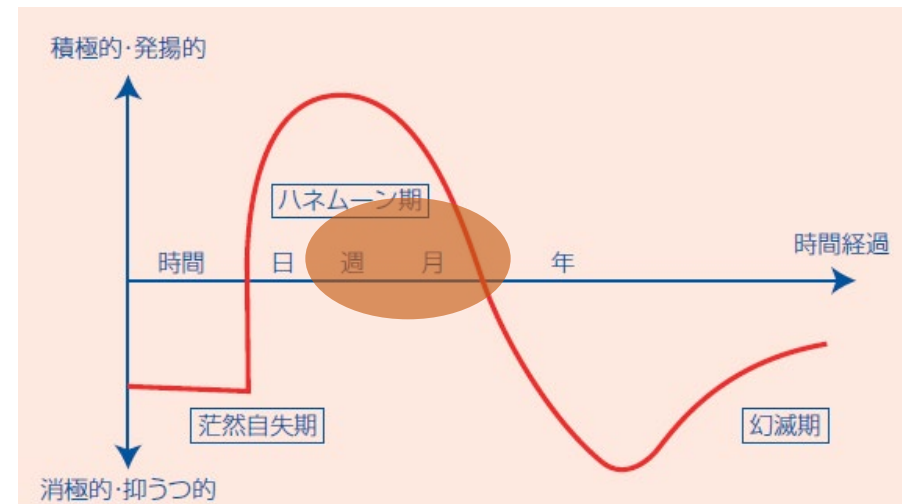
被災者の心理変化

積極的・発揚的



時間の経過と災害者の心の動き

- 茫然自失期・英雄期（災害直後）
家族・近隣の人々の命や財産を守るために、危険をかえりみず、勇気ある行動をとる
- ハネムーン期（1週間～6ヶ月間）
劇的な災害の体験を共有し、くぐり抜けてきたことで、被災者同士が強い連帯感で結ばれる。援助に希望を託しつつ、瓦礫や残骸を片付け、助け合う。被災地全体が温かいムードに包まれる
- 幻滅期（2ヶ月間～1,2年）
被災者の忍耐が限界に達し、援助の遅れや行政の失策への不満が噴出。人々はやり場のない怒りにかられ、けんかなどのトラブルも起こりやすい。飲酒問題も出現。被災者は自分の生活の再建と個人的な問題の解決に追われるため、地域の連帯や共感が失われる
- 再建期（数年間）



ローカル・ゲートキーパー の大切さ

1. 現地に入って有効な活動をするためには、現地の状況をよく把握している人の誘導が必要である
2. 必要な物資,入る地域などはその人が司令塔の一員になってもらう必要がある
3. 大切なことは,その人も被災していることである

PTSDの構図

事故,事件,災害

急性ストレス反応

→心的外傷後ストレス障害

外傷後ストレス障害(PTSD) の3大症状

- 1) 再体験（想起）
外傷的体験が、意図しないのに繰り返し思い出されたり（フラッシュバック）、夢に登場したりする。
- 2) 回避
体験を思い出すような状況や場面を、意識的あるいは無意識的に避け続ける。感情や感覚の反応の麻痺。
- 3) 過覚醒
交感神経系の亢進。不眠やイライラ。

PTSDの慢性期の症状

- I. 回避傾向
引きこもり, 逃避ぐせ
- II. 信頼関係が持てない 疑心
- III. 心身症症状 不定愁訴
- IV. 慢性ストレス反応
自傷 嗜癖

サバイバース・ギルト

(生存者の罪悪感)

自分以外の人間が悲惨な道筋をたどったのに、自分はまぬがれたということは、被災者にとって大きな心理的重荷となる。

とくに肉親を亡くした者、悲惨な死を目撃した者は、自分が生命を賭けて救おうとしなかったとか、死に行く人の求めに応じきれなかったと罪の意識を抱く。

被害を受けた人を傷つける言葉（１）

- I. がんばれ
- II. あなたが元気でいないと亡くなった人が浮かばれない
- III. 命があったんだから良かったと思って
- IV. まだ,家族もいるし幸せな方じゃないですか
- V. こんなことはなかったと思ってやり直しましょう

被害を受けた人を傷つける言葉（２）

- VI. こんなことがあったのだから将来はきっと良いことがありますよ
- VII. 思ったより元気そうですね
- VIII. 私ならこんな状況は耐えられません
私なら生きていけない

サイコロジカル・ファーストエイドの 8つの活動内容

1. 被災者に近づき,活動を始める
2. 安全と安心感
3. 安定化
4. 情報を集める — いま必要なこと,困っていること
5. 現実的な問題の解決を助ける
6. 周囲の人々との関わりを促進する
7. 対処に役立つ情報
8. 紹介と引き継ぎ



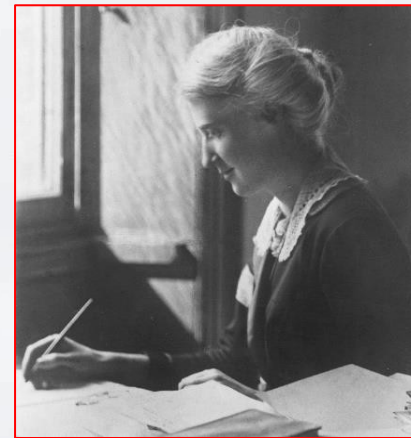
「子どものための
心理的応急処置」
Psychological First Aid for Children



Save the Children
セーブ・ザ・チルドレン

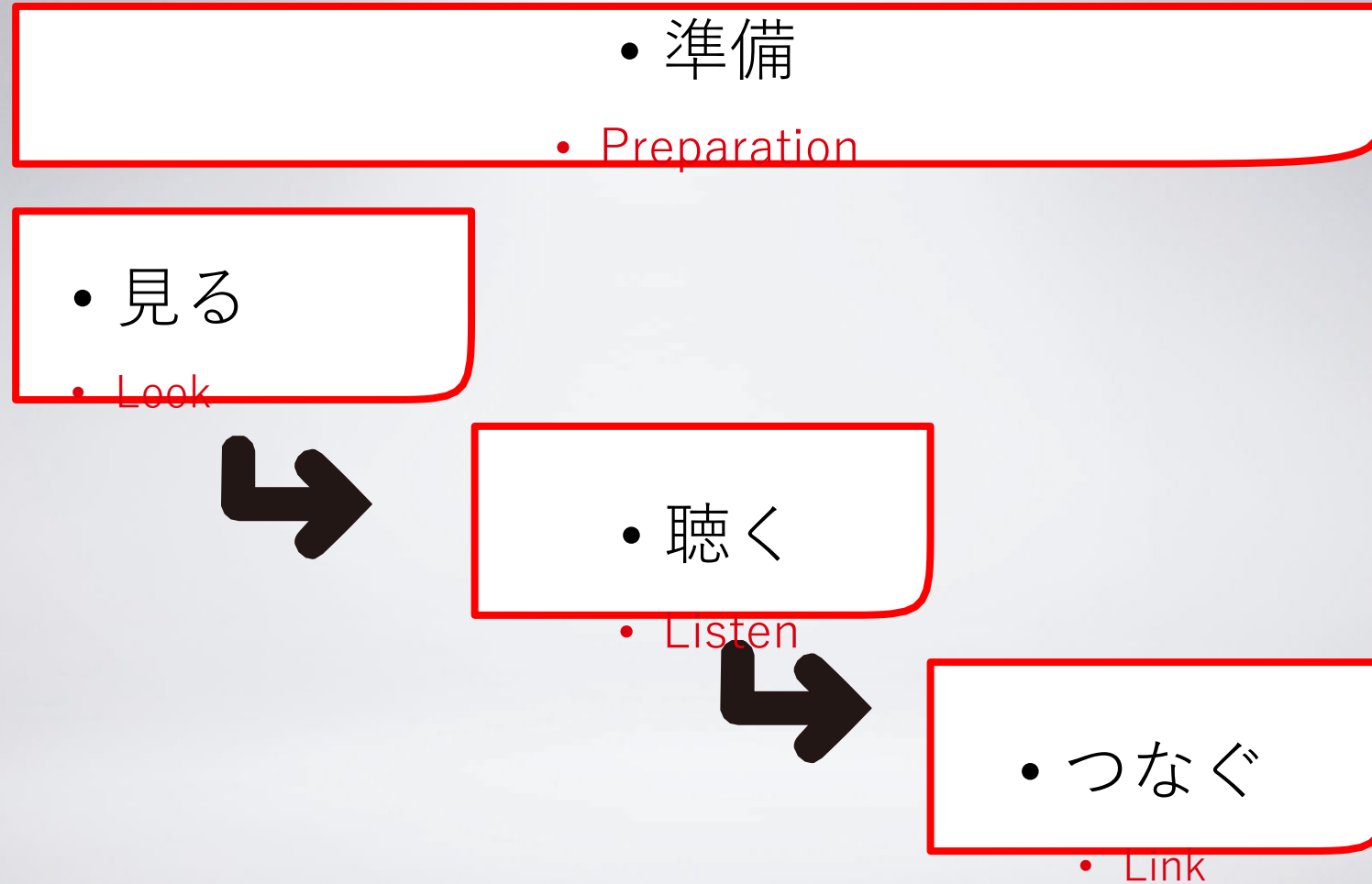
セーブ・ザ・チルドレンとは？

- ◆ セーブ・ザ・チルドレンとは**子どもの権利のパイオニア**として、**約100年の歴史**をもつ、子ども支援専門の国際NGOです。
- ◆ 日本をふくめ、イギリスやアメリカなど、29のメンバーが世界最大級のネットワークを構成し、約120の国と地域の子どもたちを支援しています。
- ◆ 日本では1986年から活動をしています。2011年3月11日に起きた東日本大震災の後から岩手県、宮城県、そして福島県で緊急・復興事業を実施してきました。
- ◆ 子どものための活動を通じて、「**子どもの権利の実現**」（**子どもの権利条約**）を目指しています。



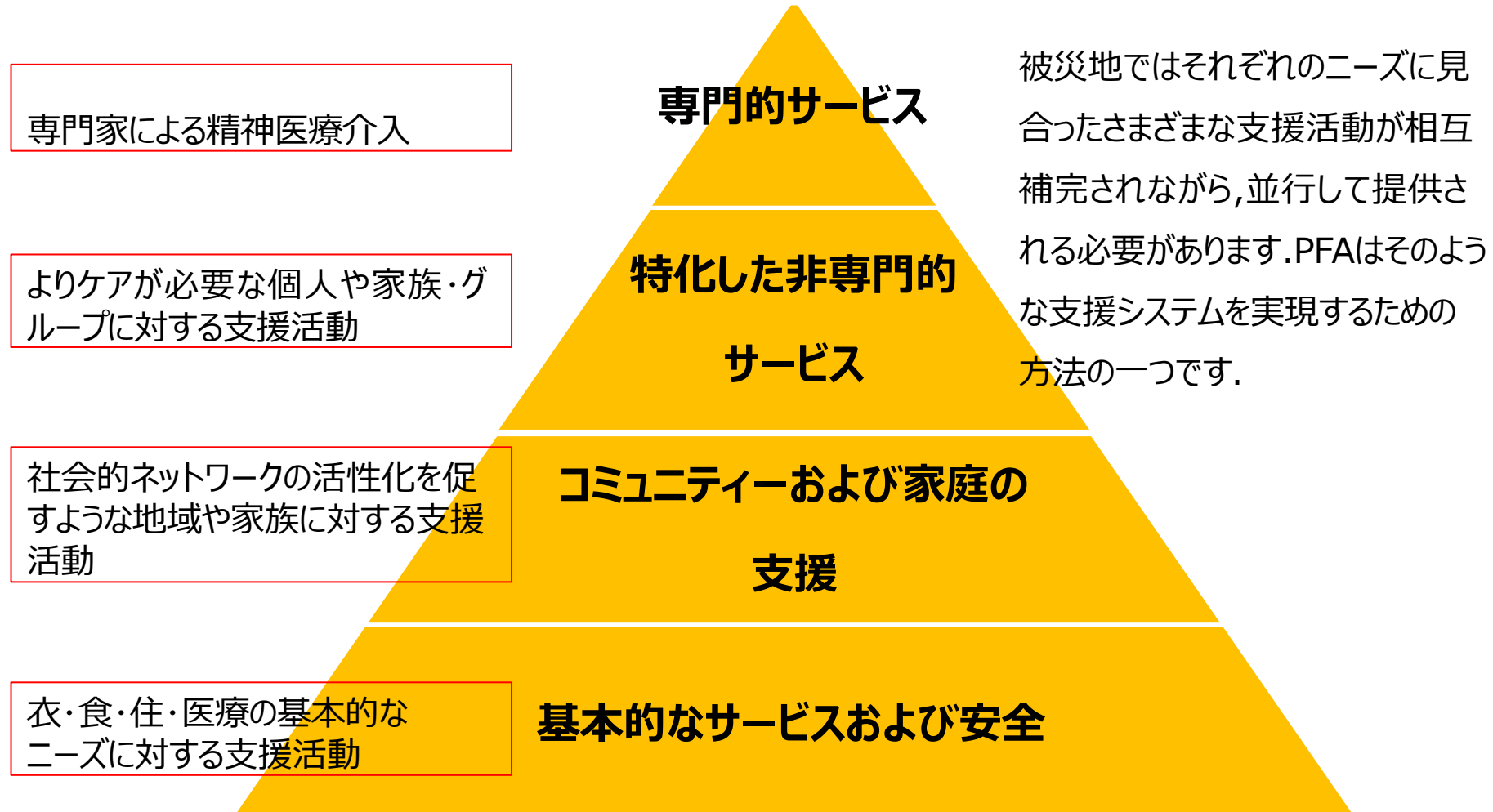
セーブ・ザ・チルドレン創設者
エグラントイン・ジェブ

PFAの行動原則



心理的応急処置（サイコロジカル・ファーストエイド:PFA）フィールド・ガイド(2011)

「災害・紛争時等における精神保健・心理社会的支援の介入ピラミッド」



「災害・紛争時等における精神保健・心理社会的支援の介入ピラミッド」

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). 災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン ジュネーブ:IASC.

災害救援スタッフへのケア

救援者は二次的被災者である

救援スタッフのPTSD予防

- I. 現場に居合わせた全ての人は何らかの形で皆傷つく（普通で正常なこと）
- II. 自分のストレスをいつも検証する
- III. お互いによく話し合う
- IV. 第1線機関が連携する
注意）ローカルゲートキーパー

燃え尽き症候群

Freudenberger, H.J. 1974

目的, 生き方, 関心に対して **献身的** になる



期待された反応が得られない



疲労感, 欲求不満

対象に対して無気力, 無感動



交流を避ける, 辞職, アルコールや薬物乱用

バーンアウト(燃え尽き症候群) のリスク

1. 身近に相談できる人がいない
2. 大変さを周囲,家族が理解していない
3. 多忙で生活にも影響がある
4. 相談されてもどうして良いか分からなくなる
5. 助けようと思っているうちに深入りしすぎる

バーンアウト(燃え尽き症候群)の兆し

1. (以前のように) 援助に熱意が持てなくなる
2. 深刻な相談を人からよく受けると感じる
3. 話を聞いた後,落ち込んだり,気分が悪くなったり,腹が立ったりする

Disaster Assistance Teams

- Disaster Medical Assistance Team (DMAT)
災害派遣医療チーム
- Disaster Psychiatric Assistance Team (DPAT)
災害派遣精神医療チーム
- Japan Medical Association Team (JMAT)
日本医師会災害医療チーム
- Disaster Health Emergency Assistance Team (DHEAT)
災害時健康危機管理支援チーム
- Japan Dietetic Association-Disaster Assistance Team (JDA-DAT)
日本栄養士会災害支援チーム

- Japan Rehabilitation Assistance Team (JRAT)
災害リハビリテーション支援協会
- Domestic Emergency Response Unit (dERU)
国内緊急対応ユニット（日本赤十字社）

その他

- Infection Control Assistance Team (ICAT)
感染症制御支援チーム

DMAT(disaster medical assistance team)

「災害急性期に活動できる機動性を持ったトレーニングを受けた医療チーム」

医師1名 看護師2名 業務調整員1名

大規模災害時に被災地に迅速にかけつける

厚労省の認めた専門的訓練を受けた医療チーム

災害発生後の急性期（おおむね48時間以内）

その他の医師中心の医療支援

JMAT

日本赤十字社

国境なき医師団

その他

DPAT（災害派遣精神科医療チーム）

DHEAT（災害時健康危機管理支援チーム）

Disaster Psychiatric Assistance Team

DPAT

DPATの定義

DPAT は、各都道府県等が継続して派遣する災害派遣精神医療チーム全ての班を指す。

DPAT を構成する班の中で、発災当日から遅くとも 48 時間以内に、所属する都道府県等外の被災地域においても活動できる班を先遣隊とする。先遣隊は、主に本部機能の立ち上げやニーズアセスメント、急性期の精神科医療ニーズへの対応等の役割を担う。先遣隊の後に活動する班は、主に本部機能の継続や、被災地での精神科医療の提供、精神保健活動への専門的支援、被災した医療機関への専門的支援、支援者(地域の医療従事者、救急隊員、自治体職員等)への専門的支援等の役割を担う。

DPAT各班の構成

以下の職種を含めた数名(車での移動を考慮した機動性の確保できる人数を検討)で構成する.

-精神科医師※

-看護師

-業務調整員(ロジスティクス):連絡調整,運転等,医療活動を行うための
後方支援全般を行う者

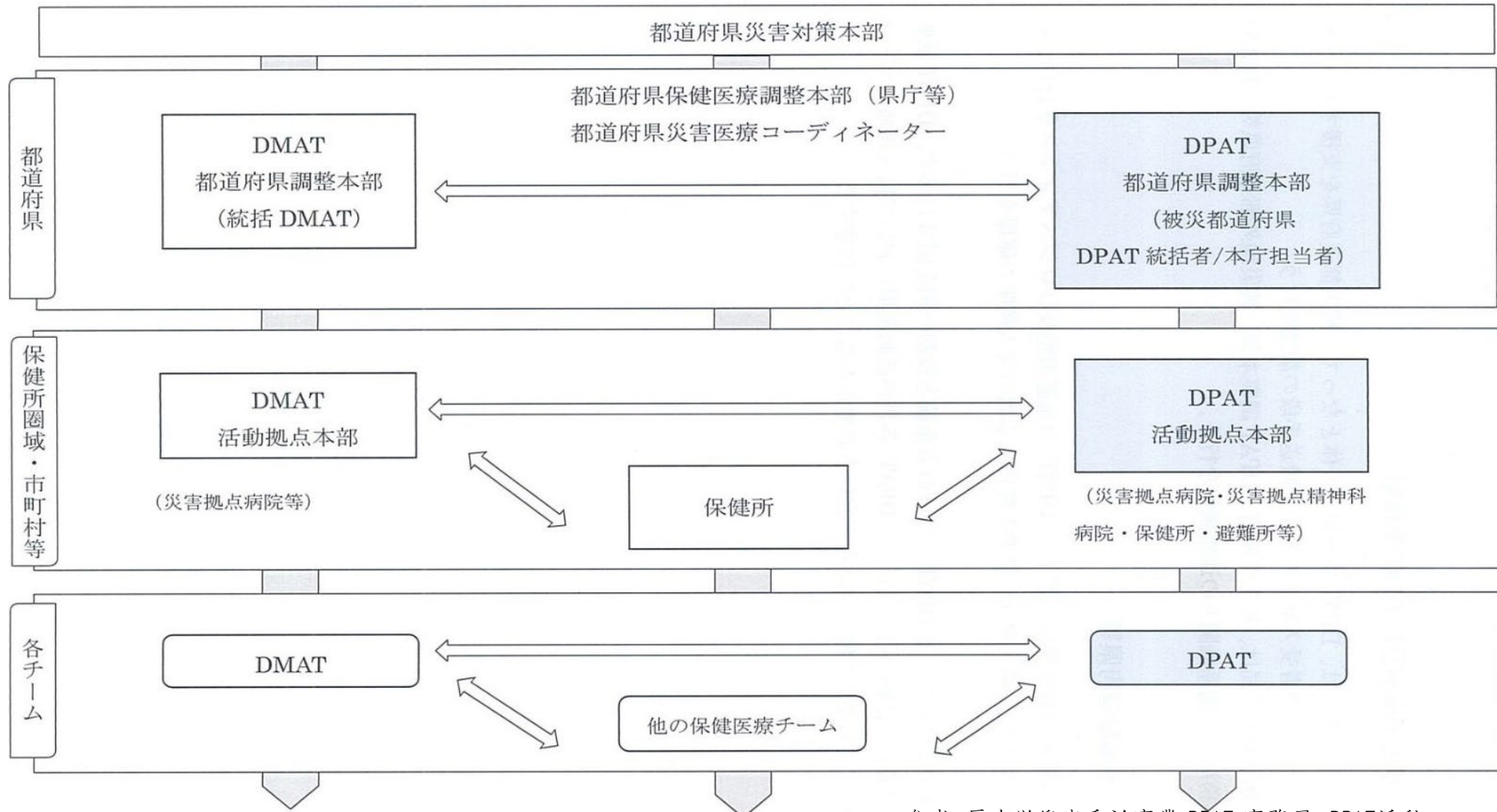
※先遣隊を構成する医師は精神保健指定医でなければならない.先遣隊以外の
班を構成する医師は精神保健指定医であることが望ましい.

現地のニーズに合わせて,児童精神科医,薬剤師,保健師,精神保健福祉士や臨
床心理技術者等を含めて適宜構成する.

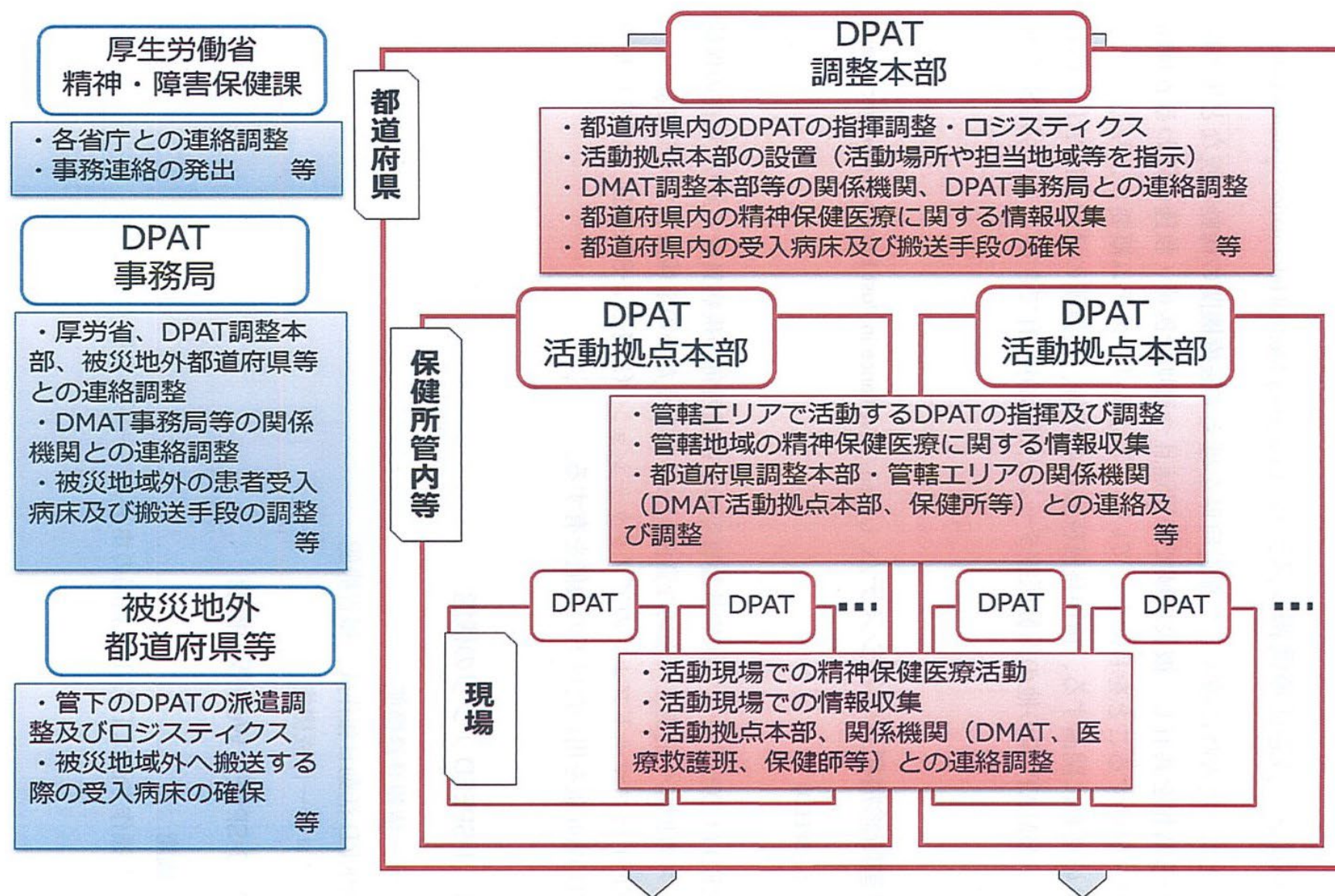
尚,地域の実情に応じて,都道府県等の職員だけでなく,関連機関(大学付属病院,国立病院,公立病院,その他の病院,診療所等)の職員で構成することができる.

また,DPAT1班あたりの活動期間は1週間(移動日2日・活動日5日)を標準

被災地域の災害医療体制における DPAT指揮命令系統図



広域災害時のDPATの指揮命令系統と役割の例



情報支援システム

広域災害・救急医療情報システム (Emergency Medical Information System:EMIS)

EMIS とは、災害時に被災した都道府県を越えて医療機関の稼動状況など災害医療に関わる情報を共有し、被災地域での迅速且つ適切な医療・救護に関わる各種情報を集約・提供することを目的としている (EMIS「システム概要」より)。

DPAT の活動に関連する、精神科医療機関の情報、避難所の情報、DPAT の活動状況等は、DMAT 等の他の保健医療チームと情報が共有できるよう、EMIS を用いて行う。

主な災害医療情報支援システム概要

	EMIS	J-SPEED
目的	病院の被災/支援状況・ DMATの活動状況 避難所状況の把握	医療救護班等の診療概況・ 活動状況把握
使用 対象者	病院、DMAT、DPAT、救護班、 都道府県保健福祉担当、保健所	DMAT、DPAT、を含む医療救護班、 都道府県等、災害保健医療関係者
使用 フェイズ	原則、DMAT派遣期間	医療救護班等の派遣期間
課題等	病院の種類ごとの情報把握が困難 災害時、精神科病院の入力意識が 低い	EMISとの連携 DPAT以外、他医療救護チームの運 用が未整備

主に病院支援時に使用

主に地域支援時に使用

レジリエンス(*resilience*)

「困難な状況にもかかわらず、適応出来る力」あるいは、「精神的回復力」

聞いていただいて
ありがとうございました。

松原六郎

