

資料3 精神障害の基礎的知識

1 精神障害とは

(1) 精神障害の概念

精神障害（又は精神疾患）という言葉の概念は、使用する人の立場や状況によって異なった概念での使われ方をすることがあり、このことが精神障害の理解を難しくしている要因の一つともなっている。本報告書では、精神障害を以下の二つの視点から概念を整理し、「精神障害」という言葉を使用する場合の注意としたい。

イ 医学的見地からの精神障害の概念

主な精神疾患には、統合失調症、そううつ病、精神作用物質（アルコール、シンナーなど）があるが、これら精神科における治療の対象となる疾患（病気）すべてを含む概念として精神障害が使われる。医学的概念では、「精神障害」と「精神疾患」は同等の意味を持つものといえる。

ロ 福祉及びリハビリテーション概念としての精神障害（者）

「障害があるために継続的に日常生活又は社会生活に相当の制限を受ける者」（「障害者基本法」第二条）であり、精神障害のために生活能力が低下し、日常生活や社会生活に支障をきたした者のことで、これらの者が福祉及びリハビリテーションの対象となる。そのため医学的見地からの精神障害（者）の概念よりは狭く、イの医学的概念の「精神障害」であっても、ロの対象者とならない者もいることになる。

(2) 精神疾患の病名（分類）

精神障害の理解を難しくしているもう一つの要因に、精神疾患の病名（精神疾患の分類）が、わかりにくいことがある。特に「気分障害」という疾患名のついている従来の「躁うつ病」という疾患は、呼称も概念も従来とは異なっている。現在、精神疾患の診断分類・基準で信頼性と妥当性が高いとして評価されているのは、世界保健機関（World Health Organization：WHO）が整理した「国際疾患分類」（International Classification of Diseases：ICD）とアメリカ精神医学会が作成の「精神疾患の分類と診断の手引き」（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders：DSM）で用いられている操作的診断分類であり、それ以前の診断分類を「伝統的診断分類」として区別している。日本の殆どの大学病院では、ICDかDSMを診断に用いているが、「伝統的診断分類」とが混在して用いている病院も少なからず存在し、そのことが疾患分類を不明確にし、わかりにくいと感じさせる原因の一つとなっている。

イ 伝統的診断分類から操作的診断分類へ

伝統的診断分類によると、精神疾患は病因によって「外因性」、「内因性」、「心因性」に区別されていた。内因とは遺伝的な原因であり、心因とは心理的原因であり、外因とは脳を含む身体の変容か中毒性物質が原因となっているものである。

しかし、統合失調症や躁うつ病に効く薬剤が発見されたことにより、内因性精神障害や心因性精神障害に器質的な基盤がないとは言えなくなったことやうつ病のなかには心因性のものがあるとの提唱などにより、原因（病因）に基づく分類は妥当性がないことが分かってきた。また、英米の精神科医が伝統的診断により同じ患者を評価したところ、躁うつ病と統合失調症に診断結果が分かれ、臨床情報の共有化が図れなかったこと等、伝統的診断では明確な診断基準を示していなかったことによる信頼性及び有用度に問題があることが分かり、この問題を解消

するために、特定の症状がいくつそろうかによって各々の疾患を診断する操作的診断基準を取り入れた診断分類が作成され、その代表が上記に述べた ICD と DSM である。

※ DSM は、1994 年に第 4 版 (DSM-IV)、2000 年にその改定 (DSM-IV-TR) が出されている。

※ ICD は、1990 年に第 10 版 (ICD-10) が出されている。

操作的診断基準の特徴は、①診断のための症状を列記し、診断に必要な症状 (エピソード) 数を決める、②症状の最低限度の持続期間を決める、③他の疾患との区別を明示する、ということにある。

統合失調症の診断基準を DSM-IV の診断基準から見ると次のようになる。

(イ) 特徴的症状：以下のうち 2 つ (またはそれ以上)、おのおのは、1 ヶ月の期間 (治療が成功した場合はより短い) ほとんどいつも存在：

- ① 妄想
- ② 幻覚
- ③ 解体した会話 (例：頻繁な脱線または減裂)
- ④ ひどく解体したまたは緊張病性の行動
- ⑤ 陰性症状、すなわち感情の平板化、思考の貧困、または意欲の欠如

注：妄想が奇異なものであったり、幻聴がその者の行動や思考を逐一説明するか、または 2 つ以上の声が互いに会話しているものであるときには、基準 A の症状を 1 つ満たすだけでよい。

(ロ) 社会的または職業的機能の低下：障害の始まり以降の期間の大部分で、仕事、対人関係、自己管理などの面で 1 つ以上の機能が病前に獲得していた水準より著しく低下している (または、小児期や青年期の発症の場合、期待される対人的、学業的、職業的水準までに達しない)

(ハ) 期間：障害の持続的な徴候が少なくとも 6 ヶ月間存在する。この 6 ヶ月の期間には、基準 A を満たす各症状 (すなわち、活動期の症状) は少なくとも 1 ヶ月 (または、治療が成功した場合はより短い) 存在しなければならないが、前駆期または残遺期の症状の存在する期間を含んでも良い。これらの前駆期または残遺期の期間では、障害の徴候は陰性症状のみか、もしくは基準 A にあげられた症状の 2 つまたはそれ以上が弱められた形 (例：風変わりな信念、異常な知覚体験) で表されることがある。

(ニ) 失調感情障害と気分障害の除外：失調感情障害と「気分障害、精神病性の特徴を伴うもの」が以下の理由で除外されていること。

- ① 活動期の症状と同時に、大うつ病、躁病、または混合性のエピソードが発症していない。
- ② 活動期の症状中に気分のエピソードが発症していた場合、その持続期間の合計は、活動期および残遺期の持続期間の合計に比べて短い。

(ホ) 物質や一般身体疾患の除外：障害は、物質 (例：乱用薬物、投薬) または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではない。

(ヘ) 広汎性発達障害との関係：自閉症障害や他の広汎性発達障害の既往歴があれば、統合失調症の追加診断は、顕著な幻覚や妄想が少なくとも 1 ヶ月 (または、治療が成功した場合は、より短い期間) 存在する場合のみに与えられる。

このように DSM-IV では、活動期の特徴的臨床症状、発病後の社会的又は職業的機能の減退、および症状の持続期間によって診断され、気分障害やパーソナリティ障害と鑑別されるものであり、上記 A～E の項目のどれか一つでも欠けていけば統合失調症の判断はつかない。精神科医 (又は病因) が異なっても症状の確認さえ一致していれば、上記診断基準に基づき診断

結果が異なることはないことになるが、そのためには精神科医による注意深い症状評価と経過観察が必要なことである。

幻覚・妄想・思考形式の障害・緊張病症状等の陽性症状は、統合失調症でよく見られるが、それに限定されたものではなく、気分障害、物質関連障害や認知症のような器質性疾患でも少なからず見られる。そのため、幻覚や妄想があれば直ぐに統合失調症と限定的にとらえるのではなく、陽性症状の内容の詳細、陽性症状の経過、その他の症状の有無と内容、発症のきっかけ、それまでのパーソナリティなどの多くの情報を聞き取り、診断、予後予測、治療の方針が立てられることに注意を要する。

精神疾患を判断する場合、どのような診断分類によろうと診断名とその特徴とする症状さえ把握できれば、理解できたといえる訳ではない。さらに診断分類に典型的に当てはまる精神疾患の者ばかりではない。むしろ中間的な疾患を持つ者が多く、「特定不能の」という修飾語のつく診断名や複数の診断名を折衷したような診断名（統合失調感情障害）のつく者もいる。的確な治療方針や予後予測、有効な支援策を立てるには、精神疾患を有する者の個人に固有の特徴を評価する必要がある。固有の特徴には、遺伝負因・気質・性格・認知スタイル・対処行動・社会的不利・ストレスの存在等の生物学的・心理学的・社会学的要因が含まれている。これら多数の要因を丹念に詳細に確認し、体系立てて記述することが適切で有効な支援策を立てる基礎になり、精神障害を理解することにつながるといえる。

支援の対象者としての精神障害者を理解するには、上記に述べたように単なる診断名とその特徴的な症状を理解するだけでは十分でなく、本人固有の特徴を理解する必要があり、それには本人や主治医からの詳細な聞き取り、診断書等の情報の収集が欠かせない。

以下に一般知識として最低限必要となる、統合失調症及び気分障害の精神疾患の概念等を述べる。

(3) 「統合失調症」について

イ 概念

発症危険率は約 0.8%で、おおよそ 120 人に 1 人弱の人が罹患する疾患である。発生率に対して有病率が高く、慢性に経過する場合が多いといえる。統合失調症の発生率に明らかな男女差は見られない。発症年齢は 15～35 歳が大半を占める。発病は男性の方がやや早く、ピークは男性で 15～24 歳、女性で 25～34 歳、平均発症年齢は男性で 21 歳、女性で 27 歳とされる。

統合失調症の症状は、陽性症状と陰性症状に二大別される。陽性症状は、各種の幻覚や妄想、緊張病症状等で、陰性症状は感情の鈍麻・平板化、思考や会話の貧困、自発性減退、社会的ひきこもりなどを含む。急性期（初回エピソードや再発時）は陽性症状が顕著に見られ、慢性期（残遺期）には陰性症状が前景となる。経過は、急性期（活動期）を経て寛解又は慢性期（残遺期）を辿る。

ロ 急性期の症状

初回精神病エピソードや再発時の急性期には、以下の特徴的な症状が出現する。しかし、以下の症状が 1 人の患者に全て見られるわけではない。

主たる症状の内容を簡単に記述する。詳しい内容は、医学書等を参照のこと。

(イ) 幻覚

幻覚の中では、幻聴が多く、急性期に最も高頻度に見られる症状の一つである。

- ・複数の人が自分を話題として被害的な内容の対話をする（幻聴）
- ・考えたことが声になって聞こえる（考想化声）

幻視はまれで、幻嗅や幻味も時に見られる。

(ロ) 妄想

関係妄想が特徴的で、周囲の些細な出来事、他人の身振りや言葉などを自己に関係づけるもので、嫌がらせ、当てつけなど被害的にとらえることが多い。

(ハ) 自我障害

自分の考えや行動が自分のものであるという意識（能動意識または自己所属性）が障害される。また、自己と外界との境界（自我境界）も障害される。

- ・自分の考えたことが筒抜けになっている（考想伝播）
- ・自分の意志ではなく考えさせられる、行動させられる、考えを吹き込まれる（考想吹入）
- ・考えを抜き取られる（考想奪取）

(二) 思考過程・会話の障害

会話の文脈がまとまらず、次第に主題からそれて、筋が通らなくなる（連合弛緩）。

- ・個々の考えに意味関連がなくなり話が支離滅裂になる（滅裂思考）

(ホ) 意欲・行動の障害

緊張病症候群は、緊張型統合失調症に出現する急性期症状であるが、慢性期にも見られることがある。また、自発性減退（発動性欠乏）は、程度の差はあっても、ほとんど常に見られる。

- ・激しい不穏興奮（緊張病性興奮）
- ・呼びかけにも反応がなく、全く動かなくなる（緊張病性昏迷）

(ヘ) 感情の障害

初期や再発時には不安、抑うつ、当惑、情動の不安定性がしばしば見られる。また、急性期の陽性症状が軽快したところに抑うつ状態に陥ることがある（精神病後抑うつ）。喜怒哀楽の感情表出が減少し、表情は乏しく、声も単調になる（感情鈍麻、感情の平板化）。

(ト) 両価性

同一の対象に対して、愛と憎しみなど、相反する感情が同時に存在する状態。感情だけでなく、意志や知的な面（相反する考えを同時にもつ）にも認められる。

(チ) 自閉

外界に比して内的生活が病的に優位となり、現実から離脱してしまうこと。

(リ) 疎通性の障害

会話は成立しても、共感性が乏しく、意思が通じにくいという印象を受ける。

(ヌ) 病識の障害

急性期にはほとんどの患者に病識がない。症状が改善してくるとともに、病識もある程度出現してくる。

ハ 慢性期の症状

陰性症状が主体となるが、陽性症状も持続している場合がある。

(イ) 幻覚や妄想

急性期に比較して、不安や恐怖などの感情反応を伴わない。

誇大妄想は、慢性期に見られることが多い。

(ロ) 思考過程の障害

連合弛緩や思考の貧困（会話が少なくなり、内容も乏しくなる）が見られる。

(ハ) 自発性減退

慢性期の最も明らかな症状。表情が硬く、ひそめ眉やししかめ顔、独語が見られることがある。

(二) 感情鈍麻

慢性期によりはっきり現れ、周囲に無関心、冷淡となる。

(4) 気分障害について

気分障害の概念とその用語は時代とともに変遷し、また診断基準によって異なっている。その結果、各疾患や病相の名称もさまざまな用語が用いられてきた。以下に従来診断で用いられてきた診断名と現在の診断名との対応を示す。

○うつ病（従来診断、以下同じ）

「単極型（単極性）うつ病」と同じ意味である。

DSM-IV-TRの「大うつ病性障害」、ICD-10の「うつ病性障害」にほぼ対応。

※「大うつ病」の「大」という言葉は「重症」という意味ではなく、「うつ病に該当するゆううつ症状がたくさん出そろっている」という意味である。

○躁うつ病

DSM-IV-TRの「双極性障害」、ICD-10の「双極性感情障害」にほぼ対応。

○抑うつ神経症

「気分変調症」にほぼ対応。

DSM-IV-TRの「気分変調性障害」、ICD-10の「持続性気分障害」に分類。

イ 概念

気分が高まったり、逆にゆううつになったりする気分変動は、それ自体は正常心理であるが、それが病的に出現する場合は「気分障害」である。「病的」の程度や質などにより、気分障害には様々なサブタイプが存在する。

- ①うつ病性障害（大うつ病性障害、気分変調性障害）
- ②双極性障害（双極Ⅰ型障害、双極Ⅱ型障害、気分循環性障害）
- ③その他（一般身体疾患による気分障害、物質誘発性気分障害）

大うつ病性障害を一生のうち一度でも経験するのは7～15人に1人であり、双極性障害の頻度は大うつ病性障害の約1/10である。気分障害の頻度は時代とともに増加していると考えられる。

頻度の性差について、大うつ病性障害に関して、女性は男性よりも12ヶ月有病率および生涯有病率が約2倍であることが確認されている。双極性障害は大うつ病性障害と異なり、頻度の性差はほとんどない。

気分障害の経過中には、うつ病相、躁病相、混合病相という3つの病相が生じうる。この3つの病相の組み合わせで気分障害の分類がなされており、DSM-IV-TRでは、各病相を大うつ病エピソード、躁病エピソード、軽躁病エピソード、混合性エピソードの各気分エピソードに分類し、各エピソード基準に該当するかどうかを判断し、診断の結果、障害名がつけられる。

以下、DSM-IV-TRの各気分エピソードの詳しい診断基準については、当該書を参照のこと。

ロ 各気分エピソードの基本症状

(イ) 大うつ病エピソードの基本症状

抑うつの気分と何事についても興味・関心や楽しさを感じられなくなってしまうことである。大うつ病エピソードの診断基準に①～⑨までの項目のうち、①抑うつ気分（ほとんど1日中続く）、②興味ないし喜びの著しい喪失（ほとんど1日中続く）のうち1つは必ず存

在した上で、以下の他の症状と合わせて5個以上に達していること。③体重あるいは食欲の変化、④睡眠障害（不眠もしくは過眠）、⑤無価値感あるいは自責感、⑥自殺念慮（反復して起こる）あるいは自殺企図ないし明確な自殺計画、⑦疲労感あるいは気力の減退、⑧思考力や集中の減退あるいは決断困難、⑨精神運動性の焦燥（イライラ落ち着かない）もしくは抑制（動きが少ない）。次に症状の持続期間で、2週間以上にわたって、ほぼ毎日続くことが求められる。

（ロ）躁病エピソードの基本症状

気分が高揚する、開放的になる、あるいは怒りっぽくなる状態の程度が異常に強く、さらに持続的なまま1週間以上続くことである。この気分の障害が存続する期間中、以下の項目の3個以上が継続し、しかも顕著である（この気分の障害が怒りっぽい気分だけの場合、以下の項目の4個以上が必要）

①自尊心が過度で、誇大的な考え方になる、②睡眠に対する欲求が減る、③普段より多弁で、次々話したいという気持ちが強い、④考えが次々と頭に浮かぶ、⑤注意がそれやすい（重要性の低い、関連性のない事柄へ容易に注意が向く）、⑥目的指向性のある活動（職場や学校内、性的活動のいずれか）が高まるか、精神運動性の焦燥が生じる、⑦後で困ったことになる可能性が高いのに、つい自分が楽しいこと（買い物への浪費、性的無分別、馬鹿げた事業への投資など）に熱中する。

上記の症状のために社会活動、人間関係、職業的機能に深刻な支障を起こすほどであるか、自己、他者を傷つけるのを防ぐための入院が必要なレベルであるか、または精神病性の特徴が存在する必要がある。

（ハ）軽躁病エピソードの基本症状

躁病エピソードと基本症状を含む症状項目はまったく一緒であるが、第一に期間が4日以内でよく、第二に社会的・職業的機能障害を起こすほどではないが、入院を要しない程度と規定されている。

（ニ）混合性エピソードの基本症状

双極性障害の経過中にうつ病の症状と躁病の症状が入り混じって出現する状態。行動は活発でしゃべり続けているのに、気分は死にたくなってくるほど憂うつだ、というように躁状態とうつ状態の症状が混ざって出てくる状態をいう。DSM-IV-TRの診断基準では、最低1週間の期間、躁病エピソードと大うつ病エピソードの基準をともに満たすことが要求されている。

ハ うつ病性障害

（イ）大うつ病性障害

1回以上の大うつ病エピソードがあることが基本で、精神病性障害や双極性障害でないこと。過去に躁病エピソード、混合性エピソード、軽躁病エピソードが存在しない症状をいう。

（ロ）気分変調性障害

2年間以上の期間、抑うつ気分のある日が多く、しかし抑うつ気分が大うつ病エピソードに至らない症状をいう。

ニ 双極性障害

一生のうち、再発を繰り返す症例が90%以上を占めるため、再発予防が治療上、重要である。うつ状態の期間の方が躁状態よりも長く、多くの双極性障害の患者が「大うつ病」だと見なされている一因となっている。

(イ) 双極 I 型障害

1 回またはそれ以上の回数の躁病または混合性エピソードが存在する症状をいう。

(ロ) 双極 II 型障害

少なくとも 1 回の大うつ病エピソードと、少なくとも 1 回の軽躁病エピソードが経過中に生じる症状をいう。

(ハ) 気分循環性障害

2 年間以上の期間、複数の軽躁病エピソードと大うつ病エピソードには至らない抑うつ症状を示す時期の存する症状をいう。

ホ 一般身体疾患による気分障害と物質誘発性気分障害

気分障害をきたす頻度の高い一般疾患として、内分泌疾患（クッシング病、甲状腺機能低下症）、悪性腫瘍（膵臓癌）、パーキンソン病、脳血管障害、全身性エリテマトーデスなどがある。

気分障害をきたす頻度の高い投薬としては、副腎皮質ステロイドとインターフェロンが挙げられる。

(5) メランコリー親和型性格について

世界的に受け入れられた考え方ではないが、日本の精神医学会では広く支持され、現在でも「メランコリー親和型性格」に基づいたうつ病概念が一般化している。

メランコリー親和型性格とは、秩序指向性、他者配慮性、徹底性といった性格傾向が強い場合を指し、環境の変化に対し柔軟に対応する点で少し不器用な面があり、仕事の優先順位がつけにくいこと、また完璧を求める結果、自分の許容範囲を超えてうつ病発症につながると考えられている。

※参考文献：「標準精神医学」第 4 版、野村総一郎他編、2009、医学書院

2 向精神薬について

職業訓練の安定受講、さらには安定した就労には服薬管理が欠かせない。第一義的には服薬管理の責任は本人に委ねられるが、本人をサポートする上で支援者も服薬についての知識を持つことは重要である。

(1) 向精神薬の分類

向精神薬とは、中枢神経に作用して精神機能に変化を及ぼす薬物の総称である。

一般的に適応疾患あるいは適応症状に基づいて、次のように分類される。

() 内は、同義語。

- ① 抗精神病薬（神経遮断薬、強力精神安定薬）
- ② 抗うつ薬
- ③ 気分安定薬（抗躁薬）
- ④ 精神刺激薬
- ⑤ 抗不安薬（穏和精神安定薬）
- ⑥ 睡眠薬
- ⑦ 抗てんかん薬

なお、薬物によっては二重の作用をもつことに注意を有する。例えば、カルマバゼピンとバルプロ酸ナトリウムは、気分安定薬であるとともに抗てんかん薬でもある。

① 抗精神病薬の種類と特徴

抗精神病薬の基本的な薬理作用は、抗幻覚・妄想作用と鎮静作用である。

抗幻覚・妄想作用に強いものと鎮静作用に強いものがあり、錐体外路症状（アカシジア、

ジストニア等)が少ないのは非定型抗精神病薬である。

抗精神病薬は、躁病の治療にも有効である。非定型抗精神病薬は、躁病治療だけでなく、躁うつ病相の再発予防にも有効であり、うつ病相の治療にも有効であるといわれている。

② 抗うつ薬

基本的な作用は、うつ病における抑うつ気分や意欲低下の改善である。

○三環系抗うつ薬

イミプラミンは最初に発見された抗うつ薬で、ノルアドレナリン再取り込み阻害作用と、セロトニン再取り込み阻害作用をもち、うつ病の症状全般をよく改善するが、抗コリン作用(口渇や便秘等)のいくつかの副作用を伴う。

○四環系抗うつ薬

マプロチリン、ミアンセリン等の四環構造をもつ抗うつ薬は、全般に抗コリン系副作用が比較的軽度である。

○選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)

薬理作用がセロトニン再取り込み阻害作用にほぼ限定しており、ノルアドレナリン再取り込み阻害作用はない。SSRIの効果は、三環系や四環系抗うつ薬と同等であり、うつ病治療の第一選択薬の一つとなっている。

○セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI)

薬理作用がセロトニン再取り込み阻害作用とノルアドレナリン再取り込み阻害作用にほぼ限定しており、抗コリン作用等の副作用はない。SSRI同様に使用頻度が高い。

○抗精神病薬

ベンザミド系抗精神病薬であるスルピリドは、少量では抗うつ作用がある。

妄想を伴う場合や焦燥の強い場合は、抗うつ薬に抗精神病薬を併用することがある。

③ 気分安定薬

炭酸リチウム、カルバマゼピン及びバルプロ酸は躁病治療作用があり、抗躁薬と呼ばれる。いずれも双極性障害に効果があり、躁病相とうつ病相の両方の再発予防作用がある。有効率としては躁病相の方が高い。抗躁作用のみがある抗精神病薬などの薬物と区別するために、最近では気分安定薬と呼ばれるようになってきている。カルバマゼピン及びバルプロ酸は、元来、抗てんかん薬でもある。速効性はなく効果発現には2～3週程度を要する。

④ 精神刺激薬

治療薬としてメチルフェニデートを用い、適応疾患・症状としては、ナルコレプシー(睡眠発作等の症状)及び小児の注意欠陥・多動障害に効果がある。

⑤ 抗不安薬

ベンゾジアゼピン受容体刺激作用のある薬物で、抗不安作用に加えて鎮静催眠作用、筋弛緩作用および抗けいれん作用を有する。鎮静催眠作用は睡眠薬として利用される。抗けいれん作用の強いものは抗てんかん薬として用いられる。

適応疾患・症状としては、パニック障害、全般性不安障害、強迫性障害、恐怖症、ヒステリーなどの神経症圏の疾患やさまざまな心身症に対して用いられる。軽症の抑うつ状態や適応障害などにおいても有効性がある。アルコール依存症の離脱症状の予防と治療にも有効である。

⑥ 睡眠薬

ベンゾジアゼピン受容体作動薬のうち、消化管からの吸収が速やかで、比較的鎮静催眠作用の強いものが睡眠薬として分かれた。したがって、ベンゾジアゼピン系睡眠薬は、抗不安作用、筋弛緩作用、抗けいれん作用もある程度はもっている。短時間型、中間型ないし長時間型に分かれる。短時間型は入眠障害に適しており、翌朝への持ち越し効果がないので目

覚めがよい。反面、連用後に中断すると反発性不眠をきたしやすい。中間型と長時間型は中途覚醒、早朝覚醒や熟眠障害に適しているが、翌日に効果が持ち越されて眠気が残ることがある。

また、睡眠薬では健忘に注意する。これは、薬物服用後の記憶が障害される前向健忘であり、服薬後入眠まで、または中途覚醒時の記憶が障害されることもある。短時間型に多く、大量使用やアルコールとの併用などで出現しやすい。

⑦ 抗てんかん薬

発作型を特定し、適切に薬剤を選択する。原則として単剤で治療を開始し、十分な量まで増量する。

○主に部分発作・強直間代発作に用いるもの

フェニトイン、カルバマゼピン

○広範なスペクトラムをもつもの

クロナゼパム、フェノバルビタール、バルプロ酸ナトリウム

○失神発作に用いるもの

エトスクシミド

※参考文献：「標準精神医学」第4版、野村総一郎他編、2009、医学書院

(2) 主な向精神薬の概要

表5-6 主な向精神薬

薬物の種類		一般名	主な商品名	適 応	副作用 (特に注意すべき内容)
定型抗精神病薬		クロルプロマジン	コントミン	統合失調症	注1 アカシジア、注2 錐体外路症状、眠気、肝障害、注3 高プロラクチン血症
		レボメプロマジン	レボトミン	統合失調症	
		ハロペリドール	セレネース	統合失調症、せん妄、躁病	
非定型抗精神病薬		リスペリドン	リスパダール	統合失調症、せん妄	高用量で錐体外路症状
		ペロスピロン	ルーラン	統合失調症	
		アリピプラゾール	エビリファイ	統合失調症	
		ブロナンセリン	ロナセン	統合失調症	
		オランザピン	ジプレキサ	統合失調症、躁病	眠気
		クエチアピン	セロクエル	統合失調症	
抗うつ薬	SSRI	フルボキサミン	デプロメール ルボックス	うつ病、パニック障害強迫性障害	吐き気
		パロキセチン	パキシル	うつ病、パニック障害、強迫性障害	
		セルトラリン	ジェイゾロフト		
	SNRI	ミルナシبران	トレドミン		
		デュロキセチン	サインバルタ	うつ病	排尿困難(高齢男性に高頻度)
	NaSSA	ミルタザピン	リフレックス	うつ病	
	三環系	イミプラミン	トフラニール	うつ病	口渇、便秘、立ちくらみ、頻脈、排尿困難
		マプロチリン(塩酸マプロチリン)	ルジオミール	うつ病	眠気、自殺企図
四環系	ミアンセリン(塩酸ミアンセリン)	テトラミド	うつ病	眠気、自殺企図	
気分安定剤	炭酸リチウム	リーマス	双極性障害	消化器症状、脱水	
	バルプロ酸ナトリウム	セレニカR デパケンR	双極性障害(躁状態の治療と予防)	胃腸症状	
	カルバマゼピン	テグレートール	躁病、双極性障害、統合失調症、てんかん	眠気	
抗てんかん薬	フェニトイン	アレビアチン	全身痙攣発作、大発作、焦点発作、精神運動発作	眠気	
	クロナゼパム	ランドセン リボトリール	小型発作、点頭発作、精神運動発作、自律神経発作	眠気	

抗てんかん薬		フェノバルビタール	フェノバル	小型発作、点頭発作、精神運動発作、自律神経発作、不安・緊張状態の鎮静（緊急時）	眠気
		エトスクシミド	エピレオプチマル	全身痙攣発作、大発作、ミオクロニー発作を伴わない欠神発作に有効、それ以外は無効	眠気
抗不安薬		アルプラゾラム	ソラナックス	パニック障害、全般性不安障害、強迫性障害、恐怖症、ヒステリー、適応障害、軽症の抑うつ状態等	常用量依存が生じやすいので注意、不安時頓服で用いた方がよいかもしれない。 眠気、依存性は相対的には少ない。
		ロラゼパム	ワイパックス		
		ブロマゼパム	レキソタン		
		ロフラゼブ酸エチル	メイラックス		
睡眠薬	超短時間作用型	ゾルピデム	マイスリー	睡眠障害	依存性は相対的には少ないとされている
		トリアゾラム	ハルシオン	睡眠障害	
		ゾピクロン	アモバン	睡眠障害	
	短時間作用型	エチゾラム	デパス	睡眠障害	
		プロチゾラム	レンドルミン	睡眠障害	
		リルマザホン	リスミー	睡眠障害	
		ロルメタゼパム	エバミール ロラメット	睡眠障害	
	中間作用型	フルニトラゼパム	サイレース	睡眠障害	ある程度の依存性あり。乱用に注意。
			ロヒブノール	睡眠障害	
		ニメタゼパム	エリミン	睡眠障害	
		エスタゾラム	ユーロジン	睡眠障害	持ち越し効果が強く、日中眠気あり。
		ニトラゼパム	ベンザリン ネルボン	睡眠障害 睡眠障害	
	長時間作用型	フルラゼパム	ダルメート	睡眠障害	
			ペゾジール	睡眠障害	
		ハロキサゾラム クアゼパム	ソメリン ドラール	睡眠障害 睡眠障害	

参考文献：「治療薬マニュアル」高久史磨他監修、北原光夫他編集、医学書院（2008）「すべての診療科で役立つ精神科必修ハンドブック」堀川直史・野村総一郎編集、羊土社（2008年5月）

注1 アカシジア：じっと座っていることも立っていることもできない状態で焦燥感を伴う症状。精神症状の増悪と間違っ
てはいけない。

注2 錐体外路症状：Parkinson 症状、アカシジア、急性ジストニア注4

注3 高プロラクチン血症症状：乳汁分泌・不妊、頭痛、嘔気（男女共）、女性化乳房（男性）、無月経・月経不順（女性）

注4 急性ジストニア：筋の不随意収縮による頸部痙性捻転、舌の突出、四肢体幹の捻転、眼球上転などが服薬数日以内に急激に出現するもの。

.....【ワンポイント情報】.....

今後、患者負担の軽減、医療保険財政の改善に資することを目的として、厚生労働省による後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進への取り組みが始まっている。また、向精神薬の開発は日進月歩であることから、支援者は対象者の内服している商品名を常に確認できるよう、製薬会社のウェブサイトおよび医薬品名に関する著書を揃えておくことが望ましい。

3 精神障害の予後について

精神障害は、症状が回復した後にも日常生活や社会生活に支障をきたす様々な認知や行動特性を呈する場合がある。そのため職業訓練を実施する際には、その予後についての特性を理解することは、効果的な訓練指導を行う上でも大切である。

統合失調症と気分障害について、その予後の内容と経過について各述べるとともに、訓練指導上において共通の課題として見える点を以下に述べる。

(1) 統合失調症の予後と経過

- 急性に発症したものは、潜行性に発症したものより予後が良い。また発症に明らかな誘因がある場合は予後が良い。
- 若年の発症は予後がよくない。
- 男性は女性より予後がよくない。
- 病前の社会適応が不良なもの、病前性格に障害があるものは予後がよくない。
- 陰性症状の強いものは予後がよくない。緊張病症状、錯乱や気分障害が目立つ臨床像のものは予後が良い。
- 発症から治療開始までの期間（精神病未治療期間）が短いものは予後が良い。
- 服薬継続の有無が再発に最も影響する。
- 家族による批判的コメントや感情的な対応を受ける場合等は、再発率が高くなる。

(2) 気分障害の予後と経過

イ 大うつ病性障害

初期の段階で再発予防を心掛けることが重要で、再発を繰り返すごとに再発率があがることが報告されている。再発を繰り返すうちに、発症に対する心理社会的ストレスの関与が薄れる。

ロ 双極性障害

一生のうち、再発を繰り返す症例が90%以上を占める。うつ状態の期間のほうが躁状態よりも長く、多くの双極性障害の患者が「大うつ病」だと見なされる場合が多い。

※参考文献：「標準精神医学」第4版、野村総一郎他編、2009、医学書院

4 精神科における療法について

精神医学における治療は身体療法と精神療法に大別される。身体療法は、臨床医学全般で用いられる治療法で、現代における身体療法の代表は薬物療法である。精神療法は、心理的にアプローチする精神医学特有の治療である。

以下に身体療法と精神療法の各治療法を列記するが、内容・詳細については該書を参照のこと。

(1) 身体療法

- ・電気けいれん療法
- ・高照度光療法

(2) 薬物療法

上記「I-2 向精神薬」の項目に詳細。

(3) 精神療法

精神療法は心理的側面に主に働きかける技法で、心理療法と同じ。精神科医は精神療法という用語を、心理領域では心理療法という用語を用いる。

- | | |
|------------------|-------------|
| ・心理教育 | ・支持的精神療法 |
| ・来談者（クライアント）中心療法 | ・精神力動的な精神療法 |
| ・対人関係療法 | ・認知療法 |
| ・行動療法 | ・その他の精神療法 |
| ・社会生活技能訓練 | ・自律訓練法 |
| ・バイオフィードバック法 | ・催眠療法 |

- ・芸術療法
- ・遊戯療法
- ・アニマルセラピー
- ・内観療法
- ・集団精神療法
- ・心理劇
- ・ゲシュタルト療法
- ・森田療法
- ・家族療法／夫婦療法

5 法律上の定義としての「精神障害者」

(1) 法律における精神障害者

イ 「障害者基本法」における精神障害者

障害者に関する基本的な理念を示した「障害者基本法」(昭和45年、最終改正平成16年)においては、その第2条で「障害者」について「身体障害、知的障害又は精神障害(以下「障害」と総称する。)があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受けるものをいう」と定義し、てんかん・自閉症・障害を伴う難病などは付帯決議で補足されている。障害者基本法は各障害についての定義は置かず、同法の理念を踏まえて策定されている各種の法律や制度ごとに、障害者の定義や範囲は少しずつ異なっている。

ロ 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」における精神障害者

「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)」(昭和62年、最終改正平成7年)第5条は、「精神障害者」について「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有するものをいう」と定義している。精神保健福祉法は、精神障害者の医療及び保護、障害者自立支援法(平成17年法律第123号)と相まって社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助などについて規定しているが、政策ごとに対象となる精神障害者の範囲を限定している。ちなみに「障害者自立支援法」は「精神保健福祉法第5条に規定する精神障害者(知的障害者福祉法にいう知的障害者を除く。以下「精神障害者」という)のうち18歳以上である者(第4条)」に適用される。

ハ 「障害者の雇用の促進等に関する法律」における精神障害者

「障害者の雇用の促進等に関する法律」第2条第1項では、障害者について「身体障害、知的障害または精神障害(以下「障害」と総称する。)があるため、長期にわたり職業生活に相当の制限を受け、または職業生活を営むことが著しく困難な者をいう。」とされている。

精神障害者については、同法の法律施行規則第1条の4で、①精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者、または②統合失調症、そううつ病もしくはてんかんにかかっている者で、症状が安定し、就労が可能な状態にある者とされている。

精神障害者であることの確認は、原則として、精神障害者保健福祉手帳によって行うものとされているが、手帳の交付を受けている者であっても、症状が安定し、就労が可能な状態にあるか否かの判断のために、主治医の診断書、意見書が必要とされる場合がある。手帳を所持しない者については、主治医の診断書、意見書等によるものとされている。

この確認を行う場合、事業主は対象者の人権に特に配慮し、また個人の秘密を他に漏らさないようにプライバシーの尊重に十分注意しなければならない。

また、事業主は、事業所ごとに当該事業所において雇用する手帳の交付を受けている精神障害者について、手帳の写しを備え付けなければならないこととされており、当該手帳の写しを当該労働者の死亡、退職又は解雇の日から3年間保存しなければならないこととされている。

(2) 精神障害者保健福祉手帳について

イ 制度の趣旨

平成 17 年の精神保健福祉法の改正で、一定の精神障害の状態にある精神障害者(下記ハ参照)に、精神障害者保健福祉手帳(以下「手帳」という。)を交付するしくみが創設された(同法第 45 条)。この手帳は、一定の精神障害の状態にあることを証する手段となることにより、手帳の交付を受けた人に対して各種の支援策を講じやすく、精神障害者の自立と社会参加の促進を図ることを目的としている。

ロ 申請方法

精神障害者保健福祉手帳の交付の申請は、医師(指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師)の診断書または精神障害を支給事由とする給付を現に受けていることを証する書類の写し等厚生労働省令で定める書類を添えて、精神障害者の居住地を管轄する市町村長(特別区の長を含む。以下同じ。)を経由して都道府県知事に行う。

ハ 障害等級の区別

表 5-7 障害等級と精神障害の状況

障害等級	精神障害の状況
1 級	日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの 障害年金 1 級(国年・厚年)相当
2 級	日常生活が著しい制限を受けるか、または日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの 障害年金 2 級(国年・厚年)相当
3 級	日常生活もしくは社会生活が制限を受けるか、または日常生活もしくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの 厚生障害年金 3 級より広く解釈

障害等級の判定に当たっては、精神疾患(精神障害)の状態とそれに伴う生活能力障害の状態により判断されるので、障害年金と手帳との間に等級差が生じることもある。

ニ 有効期限

手帳の有効期限は 2 年で、上述の精神障害の状況にあることの認定を受け、更新の手続きが必要である。

(3) 精神障害者の状況

精神障害者の人数は、厚生労働省「患者調査」から推計可能である。平成 17 年調査では、在宅の精神障害者は 267.5 万人、入院は 35.3 万人で総計約 302.8 万人と推計されており、これを平成 11 年と比較すると、48.4%の増加となっている。図 5-1 のように、疾患ごとに患者数が集計されているが、精神障害者の場合、同じ症状でも医師によって診断が異なる場合などもあり、患者数の増減については一概に言えないことに注意すべきである。

一方、平成 20 年末現在の精神障害者保健福祉手帳取得者数は、482,905 人となっている。

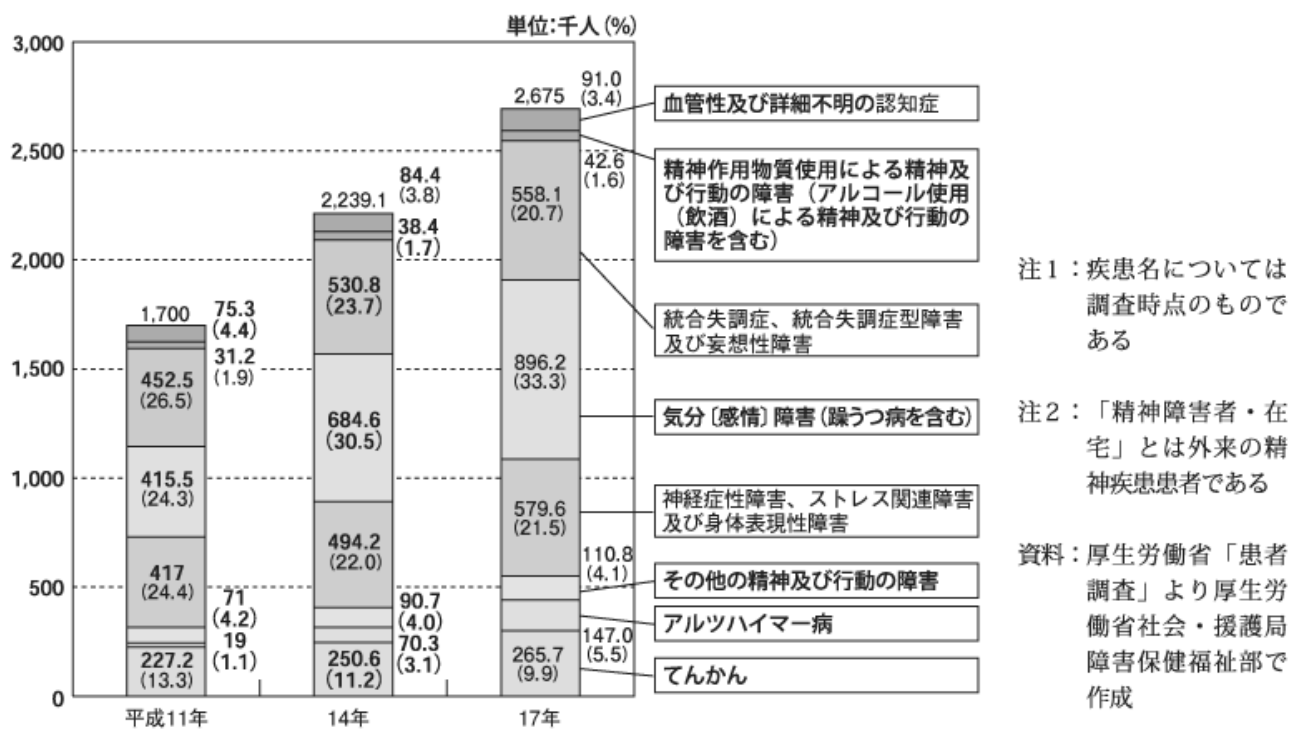


図 5 - 1 疾患別患者数の推移

資料: 内閣府「障害者白書」平成 21 年度版より抜粋

表 5 - 8 精神障害者保健福祉手帳交付台帳登録数(有効期限切れ除く)の年次推移

			各年度末現在				
			精神障害者保健福祉手帳交付台帳登録数(有効期限切れを除く。)	人口 10 万対			
平成	年度	()		1 級	2 級	3 級	
16	年度	(2004)	335 064	262.4	66 485	203 521	65 058
17	年度	('05)	382 499	299.4	71 960	233 313	77 226
18	年度	('06)	404 883	316.9	73 810	248 102	82 971
19	年度	('07)	442 728	346.5	78 957	270 924	92 847
20	年度	('08)	482 905	378.2	84 074	298 042	100 789
対前年度	増減数		40 177	31.7	5 117	27 118	7 942
	増減率(%)		9.1	9.1	6.5	10.0	8.6

資料: 厚生労働省「保健・衛生行政業務報告(衛生行政報告例)」(各年度末現在)

雇用されている障害者は以下のようになっている。第一に公共職業安定所に登録している障害者の求職者や就職件数に占める精神障害者の割合は急増している。平成 20 年度の精神障害者の有効求職者数は 31,655 人(障害者の有効求職者の 22.1%)で、就職件数は 9,456 件(同 21.3%)であった。ちなみに平成 6 年度は精神障害者が障害者の有効求職者数、就職件数に占める割合はそれぞれ 3.6%、3.5%であった。

(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0515-1.html>)

障害者雇用状況報告によれば、平成 21 年 6 月 30 日現在の民間企業(56 人以上規模)に雇用されている精神障害者(手帳所持者に限る)は 7,710.5 人(報告の対象になる障害者の 2.3%)となっている。

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000002i9x.html>)

また、厚生労働省が平成 20 年度に 5 人以上の民営事業所を対象に行った障害者雇用実態調査に

よると、働いている精神障害者について、精神障害者であることの確認は「手帳所持による」が 45.6%でこのうち 2 級が 21.3%となっている。「医師の診断等による」は、53.6%で、「躁うつ病」35.6%、統合失調症 12.6%などの順となっている。雇用形態は 46.7%が正社員（身体障害者 64.4%、知的障害者 37.3%）、週所定労働時間 30 時間以上は 73.1%（同 82.8%、79.1%）、平均賃金は 12 万 9 千円（同 25 万 4 千円、11 万 8 千円）となっている。

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002fxj.html>)

6 雇用支援施策の対象となる精神障害者

(1) 障害者能力開発校等における職業能力開発の対象となる精神障害者

職業能力開発促進法第 3 条の 2 では「身体又は精神に障害がある者等に対する職業訓練は、特にこれらの者の身体的又は精神的な事情等に配慮して行われなければならない。」と規定し、第 15 条の 6 第 5 項では、障害者職業能力開発校に関し、前各号に掲げる施設において職業訓練を受けることが困難な身体又は精神に障害がある者等に対して行うその能力に適応した普通職業訓練又は高度職業訓練を行うための施設をいうと規定している。職業能力開発の対象となる精神障害者は障害者雇用促進法の精神障害者と同様であり、手帳の取得は求められていない。

(2) 障害者雇用率制度における実雇用率の算定対象となる精神障害者

障害者雇用率制度とは、事業主にその雇用している労働者中に占める障害者（身体障害者又は知的障害者）の割合が一定率（障害者雇用率）以上であるようにする義務を課す制度で、事業主に雇用率に関する義務が課されているのは、身体障害者及び知的障害者で、精神障害者についての義務は課されていない。

各企業における実雇用率を算定する、雇入れ計画を策定する際には精神障害者を障害者として算入できるが、手帳保持者に限られる。

精神障害者はその障害の等級にかかわらず、週所定労働時間 30 時間以上の労働者は 1 人を 1 人として、20 時間以上 30 時間未満の労働者は 1 人を 0.5 人として算定することとされている。

(3) 職業リハビリテーションサービスの対象となる精神障害者

障害者雇用促進法では、職業リハビリテーションを「障害者に対する職業指導、職業訓練、職業紹介その他この法律に定める措置を講じ、その職業生活における自立を図ること」をいうとしている。障害者雇用促進法の対象となる精神障害者は、手帳の所持者であるかどうかは関係なく、職業指導、適応訓練、就職後の助言及び指導、障害者職業センターにおける各種のサービス等同法の規定する職業リハビリテーションを受けることができる。

(4) 精神障害者の雇用に関する助成措置

精神障害者を採用する事業主に対する助成制度には、雇用保険を財源とする公共職業安定所を窓口とする制度

(<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/josei/kyufukin/koyouantei.html>)

障害者雇用納付金制度に基づく助成金制度

(<http://www.jeed.or.jp/disability/employer/subsidy/sub01.html>)

などがある。

特に公共職業安定所を窓口とする、障害者を短期の試行雇用の形でまず受け入れることから始めるトライアル雇用や精神障害者が週 10 時間以上の就労からスタートできる精神障害者ステップアップ雇用は、精神障害者の就職活動や定着支援に有益であると考えられる。