

精神看護

- 精神保健
- 精神障害者の看護

精神看護

- | | |
|-------|---------------------------|
| 石井 毅 | 相模台病院名誉院長，前東京都精神医学総合研究所所長 |
| 岡部 祥平 | 前専修大学文学部教授 |
| 菊池謙一郎 | 城西国際大学看護学部教授 |



目次

精神保健

序 章 精神看護とは	石井 毅 2
精神看護と精神保健..... 2	2. 「精神保健法」の施行 6
A 精神障害および医療・看護の拡大..... 2	3. トータル・ケア 6
B 精神看護技術の多様化..... 3	B 精神保健の今日的意義..... 7
C 精神看護の理念..... 4	1. 心の健康の保持・増進..... 7
D 治療社会思想の発展..... 4	2. 精神保健の今日的課題..... 7
精神保健とは..... 5	3. 精神看護と介護保険..... 9
A 精神保健の歴史..... 5	4. 精神看護と障害者自立支援法..... 9
1. 「精神保健法」以前..... 5	
第 1 章 心の健康	石井 毅 10
心の健康とは何か..... 10	2. 適応機制..... 12
1. ライフステージと心の健康..... 10	B 危機状況と危機介入..... 13
2. 価値観の変化と心の健康..... 11	1. 危機状況..... 13
精神障害と心の不健康..... 11	2. 自殺..... 13
A 心の不健康状態..... 11	3. 死の問題..... 13
1. 心の不健康状態の増加..... 11	4. 生きがいと成長..... 14
第 2 章 心の発達	岡部祥平 15
脳の発達..... 16	1. 青年期前期（13～15歳）..... 24
遺伝と環境..... 17	2. 青年期中期（16～18歳）..... 25
発達段階の課題..... 19	3. 青年期後期（19～22歳頃）..... 26
A 乳児期..... 19	F 成人期..... 26
B 幼児期（1歳半～3歳）..... 21	1. 成人期前期..... 26
C 遊びの時期（4～6歳）..... 22	2. 成人期後期..... 27
D 児童期（6～11歳頃）..... 23	G 老年期（65歳以上）..... 27
E 青年期（思春期）..... 24	H 発達課題のまとめ..... 28

第3章 性の発達と健康

石井 毅 30

性の発達の意味	30	2. 性行為	35
A 雌雄の誕生	30	3. 愛と親密さ	36
B 性衝動の発見とフロイト	31	B 性科学の課題	37
C 性の区別	32	性の障害	37
ライフサイクルと性の発達, 課題	32	1. 性機能不全	37
A 乳幼児期	32	2. 性嗜好障害	38
B 学童期	33	3. 性同一性障害	38
C 青年期	33	医療者と患者の性	38
D 壮年期・老年期	34	A 性の問題をめぐる患者・医療者の関係 のあり方	38
人間の性行動と性科学	35	B 患者の性と看護師の姿勢	39
A 人間の性行動	35		
1. マスターベーション	35		

第4章 心の働きと精神保健

岡部祥平 41

自我と防衛機制	41	D 地域社会と心の健康	47
ストレスと適応障害	42	ライフサイクルにおける危機と 精神保健	47
人間関係と心の健康	43	A 妊娠・出産と心の危機	48
環境と心の健康	43	B 乳幼児期の心の危機	49
A 家族関係と心の健康	44	C 児童期の心の危機	49
1. 母親との関係	44	D 青年期の心の危機	50
2. 父親との関係	44	E 成人期の心の危機	51
3. 家庭崩壊と再統合	45	F 老年期の心の危機	52
B 学校と心の健康	45	1. 精神老化と認知症	53
1. 児童・生徒の心の健康	45	2. 老年期の生きがい	54
2. スクールカウンセリング	46		
C 職場と心の健康	46		

第5章 精神保健福祉の歩み

石井 毅 58

精神医療・精神保健の歴史	58	2. 薬物療法の発展	65
A 近代以前の精神医療	58	3. 開放療法の発展	65
B 近代精神医学の成立	59	4. 地域医療の発展	65
1. 近代医学としての精神医学	59	5. 精神的健康の保持	66
2. 精神分析学	61	わが国の精神保健福祉の歴史	67
3. 日本の精神医学	62	1. 近代精神医学以前	67
C 精神保健の流れ	62	2. 呉秀三と精神医学	68
1. 収容から治療へ	62	3. 精神病院法, 国民優生法	68
2. 社会復帰への努力	63	4. 精神衛生法	69
D 精神保健の現在	64	5. 精神保健法等	70
1. 社会復帰療法	64		

第6章 精神保健福祉の現状と課題

石井 毅 72

精神保健福祉対策	72	3. 思春期精神保健対策	77
A 精神保健福祉法	73	4. 薬物乱用防止対策	79
1. 精神医療施策	73	地域精神リハビリテーション	79
2. 地域精神保健福祉施策	74	A 精神医療とリハビリテーション	79
3. 社会復帰・福祉施策	74	B トータル・リハビリテーションと福祉	80
B その他の精神保健対策	77	C 地域精神リハビリテーション	81
1. 認知症高齢者対策	77		
2. アルコール関連問題対策	77		

精神障害者の看護

第1章 精神障害の理解と診療の基本

石井 毅 84

精神障害の見方と患者への対応	84	3. 心理テスト	95
A 精神障害の見方	84	4. 一般血液検査, 尿検査	97
B 精神障害者への接し方	86	精神障害治療の考え方	98
1. 信頼関係	86	A 精神障害治療の体系	98
2. 二重意識	86	B 身体療法	99
3. 治療・看護の一貫性	87	1. 薬物療法	99
精神障害の原因と種類	87	2. 断眠療法, 光刺激療法(光パルス療法)	103
A 精神障害の原因	87	3. 電気ショック療法, 電気痙攣療法	103
B 精神障害の種類	87	C 精神療法	103
精神障害の主な症状	88	1. 精神分析	103
A 個々の症状による分類	88	2. 訓練療法	104
1. 身だしなみ, 外見, 表情, 態度, 接触, 疎通性, 話し方	88	D 社会復帰療法	105
2. 感覚および知覚の障害	89	精神保健と総合的治療	105
3. 思考の障害	89	A 精神保健	105
4. 感情の障害	90	1. ライフサイクルと精神保健	105
5. 意欲・行動の障害	90	2. 社会としての家庭	106
6. 意識の障害	91	B 地域精神医療	107
7. 知的機能の障害	92	C 社会復帰	107
B 精神状態または症候群	92	D 医療モデルと障害モデル	108
精神障害の診察と検査	94	E 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)	110
A 精神障害の診察	94	1. 社会復帰・福祉施策の充実	110
B 主な検査	95	2. 入院形態	110
1. X線および磁気による検査	95		
2. 脳波検査	95		

3. 精神科病院入院患者の処遇(精神保健福祉法第37条)	111	E 神経症性障害, ストレス関連障害	
主な精神障害の治療	112	および身体表現性障害	131
A 器質性精神障害	112	1. 神経症性障害	131
1. 認知症性老年精神障害	112	2. 重度ストレス反応および適応障害	132
2. 老年期精神障害	116	3. 身体表現性障害	132
3. 頭部外傷後遺症	116	4. その他の神経症性障害	133
4. 進行麻痺	117	F 生理的障害および身体要因に関連した	
5. 症状精神病, 急性脳障害	117	行動症候群	133
6. てんかん	117	1. 摂食障害	133
B 精神作用物質による精神および行動の		2. 非器質性睡眠障害	133
障害(物質関連障害)	119	3. 性機能不全	133
1. アルコール関連障害	119	4. 産褥期に関連した精神および行動の	
2. 薬物依存・中毒	121	障害	134
C 統合失調症, 統合失調症型障害および		G 成人の人格および行動の障害	134
妄想性障害	122	1. 人格障害	134
1. 統合失調症	122	2. 性同一性障害	135
2. 統合失調症型障害(ICD-10)	125	3. 性嗜好障害	135
3. 統合失調症感情障害	125	H 発達障害	136
D 気分(感情)障害	125	1. 広汎性発達障害(PDD)	136
1. 双極性感情障害(躁うつ病)	126	2. 知的障害(精神遅滞)	136
2. 反応性または心因性抑うつ精神病		3. 境界知能	137
.....	128	4. 学習障害(LD)	137
3. 初老期および老年期うつ病	128	5. 注意欠陥/多動性障害(AD/HD)	
4. 脳血管性認知症, アルツハイマー病,		137
パーキンソン病に伴ううつ病	130	I 小児期および青年期に発症する行動	
5. 仮面うつ病, 仮性認知症	130	および情緒の障害	138
6. 季節性感情障害(冬季うつ病)	131		

第2章 精神障害者の看護

菊池謙一郎 139

精神障害者看護の基本	139	1. 福祉的視点とは	145
A 看護の基本	139	2. 環境の調整	146
B 精神看護の特徴	141	精神障害者への看護の原則	148
1. 看護の対象	141	A 通院治療場面での看護	148
2. 観察	142	1. 外来とは	148
C 記録について	142	2. 外来診療の実際	148
精神科医療の実際と福祉的視点 ...	143	3. 外来看護の基本	149
A 精神科医療の実際	143	B 入院治療場面での看護	151
1. 通院治療(外来通院)	145	1. 入院時の看護	151
2. 入院治療	145	2. 入院中の看護	156
3. 精神科リハビリテーション	145	C 社会生活場面での看護支援	161
B 看護援助における福祉的視点	145	主な症状と看護	162

A 疾患による症状の理解	162	9. 強迫行為の場合の看護	170
1. 症状の理解	162	10. 衝動行為発生時の看護	170
2. 主な症状	163	11. 物質依存状態の看護	171
B 看護の特徴	164	12. 摂食障害の場合の看護	171
1. 症状の現れ方と観察	164	13. 認知症の場合の看護	171
2. 急性期の症状と看護	165	14. 合併症をもつ場合の看護	172
3. 慢性期の症状と看護	166	治療に伴う援助	172
C 主な症状と看護	167	A 薬物療法	173
1. 幻覚，妄想状態の場合の看護	167	1. 薬物療法における看護の基本	173
2. 躁状態の場合の看護	167	2. 薬物療法に伴う看護	173
3. 抑うつ状態の場合の看護	168	B その他の身体療法と看護	175
4. 自殺企図に対する看護	169	C 精神療法時の看護	176
5. 引きこもり状態の場合の看護	169	D 生活療法と看護	176
6. 拒絶状態の場合の看護	169	1. 生活指導（生活支援）	176
7. てんかん発作の場合の看護	170	2. レクリエーション療法	177
8. 不安状態の場合の看護	170	3. 作業療法	178

索引	179
-----------------	-----

精神看護

精神保健



I 精神看護と精神保健

精神看護は、精神障害者の看護だけでなく、広くすべての人の心の健康の維持・増進にかかわる看護を意味する。つい最近まで、わが国の精神障害者の大部分は精神科病院に入院して治療を受けてきた。今でもわが国の精神病床の数は約35万床に及び、病床数を減少させようという努力は必ずしも成功していない。したがって、精神看護の主眼が病院内の看護に置かれてきたのもやむをえない面があった。

しかし、最近の精神科医療の対象が大きく変化し、認知症、うつ病、思春期障害など地域内で生活する患者の増加に伴い、また2006（平成18）年4月1日より障害者自立支援法が施行されたこともあり、これからの精神看護は、病院外の社会、すなわち、家庭、職場、学校その他の生活の場での患者に対する支援と連結したものという理解に立ち、看護師は、より広い精神保健の視野で、柔軟に対応するよう努めなければならない。また、社会的・文化的な変化に応じて、個人情報保護の他人権尊重の観点からも十分な配慮がなされなければならない。

A 精神障害および医療・看護の拡大

最近の精神障害の対象は著しく広範で、複雑になってきた。しかもそれらはライフサイクル、社会、特に職場、学校や家庭環境との関連が強く、入院治療だけでなく、社会における対応や生活の調整が必要なものが増加している。たとえば、乳幼児期や小児期の精神障害、不登校、摂食障害、不安、人格障害（境界性など）などは、その全部ではないにしても、精神障害が含まれる。また、定年、近親者

の死亡などの喪失体験はしばしば初老期，老年期の不安，うつ状態を引き起こす。高齢者の認知症（痴呆），物質乱用（アルコール，覚醒剤など）なども重要な精神障害である。一方，一般の身体疾患においても，それに伴う精神障害ないし精神的側面の治療が重要になってきている。死に直面した人々に対する精神的な支援も重要な課題となっている。

このように広範，多彩な精神障害に対処するには，精神科病院の入院治療だけでは不十分であるばかりでなく，社会や家庭の環境の調整と治療および支援，すなわち地域医療的な対応が必須となる。

さらに一般社会の混乱，たとえば，荒れる学校，家庭の崩壊，リストラ，会社の倒産に伴う失業の増加などによって，一般の人々にとってもストレスの強い社会環境になってきた。このようなストレスは時に重大な精神障害を引き起こすことがある。うつ状態，パニック障害，不安障害などである。それを防止するのは，主として政治や行政による社会対策の仕事であるが，起こった精神障害の治療のみならず，精神医学的な予防や一般の人々の精神的健康の保持・増進すなわち精神保健は重大な社会的使命となってきている。

最近の精神疾患の分類マニュアル（DSM- ）によれば，精神障害には，従来の統合失調症（精神分裂病），躁うつ病および精神遅滞などの狭義の精神疾患のほかにも多くの障害が含まれ，分類されている。たとえば，一般身体疾患による精神疾患，物質関連障害，摂食障害，性障害，不安障害，身体表現性障害，適応障害などのようにその分類は非常に広範である。

したがって，精神看護は従来の精神科病院入院患者に対する看護のほかに，総合病院の一般入院患者，外来，診療所，さらに精神障害者の地域医療・精神保健福祉対策，障害者プランにおけるケアと福祉活動，福祉施設，保健所，その他の介護福祉施設等広範囲の精神ケアに関係するようになった。また学校，会社，その他の相談またはカウンセリング，あるいは介護保険制度の導入に伴い高齢者の在宅，訪問看護なども重要となってきている。

B 精神看護技術の多様化

このように精神看護の範囲が非常に広くなり，総合病院，地域の診療所，福祉施設，介護保険施設，地域ケア，在宅訪問看護にまで及ぶとすると，従来の精神科病院内の看護の技術だけではまったく不十分である。したがって，それぞれの場におけるそれぞれの看護技術を発展させなければならない。一般病院でのリエゾン精神看護，社会復帰のための諸施設，高齢者，認知症の施設ケア，各種地域ケア，訪問看護などに一部その兆しがみられ，また保健所では訪問相談が行われ，特に高齢者，認知症相談は相当普及してきている。しかし，そのほかの場所ではまだこれからの課題にとどまっているのが現状である。それぞれの場で，これから経験を積み重ねて，一刻も早く独自の看護技術を確立しなければならない。

C 精神看護の理念

精神看護の場が多様になればなるほど、それぞれの場の看護技術も多様化してくるが、精神看護の基本理念は同じであり、それをしっかりと習得して、どんな状況でも道を外れないよう努力する必要がある。精神看護といっても一般の看護の一部であり、その意味ではナイチンゲール（1820～1910年）をはじめとした看護の理論が基本である。しかし、精神看護には独自の分野があることも確かである。それは、精神看護では、看護そのものが患者の精神状態に直接の影響をもつからである。そのため、精神看護は、看護とともに治療的側面がほかの科の看護よりも強いといえよう。

治療としての精神看護は、ただ患者に優しくければよいというものではない。ここでは精神医学的な配慮が必要であり、特に治療者としてのスタンス、接触の技術、心理療法の理解と患者の状態に応じた対応、人間理解と患者の個人的事情への配慮などにより、医師と密接に協力する必要がある。たとえば、依頼心の強い心気症の患者のなかには、突き放し療法の必要もありうる。話をよく聞く、あるいは話を聞き流す、間違いを正すか正さないか、それぞれの患者によって違った対応が求められるのである。すなわち、自己を冷静、客観的に洞察し、患者の心の動きを見抜いて、どうすればよいかを判断し実行できる技術を身につけなければならない。

D 治療社会思想の発展

マックスウェル・ジョーンズ*の提唱した治療社会の考えは、精神科病院における入院患者の治療の基本として発展してきた。特に慢性化した長期入院患者に対し、病院内の開放的処遇、病院環境の整備（病棟環境、建物の改善、グラウンド、庭園の整備など）、生活療法、作業およびレクリエーションの努力が払われ、退院促進につながっている。治療社会とは、その雰囲気精神障害の治療に役立つようなもので、自由で、開放的な、患者の気持ちを尊重するような環境をいう。最近の精神科病院は、開放化および人権の尊重に対する配慮（施錠、保護室の制限、信書の自由、電話および外部との交流の促進など）が進められているが、院内の努力だけでは患者の退院という目標の達成が難しいことも事実である。それは、家庭や地域のなかに患者を受け入れる態勢が十分にできていないことなども深くかかわるからである。そこで治療社会の考えをさらに病院外の地域社会のケ

* マックスウェル・ジョーンズ：Maxwell Jones。イギリスで1946年に治療的共同社会の理論の提唱および実践化を始めた。治療的共同社会とは、権威的・階層的構造ではなく、職員と患者両者の自由なコミュニケーションと感情の表現を自由にできるコミュニティのことである。

アに広げようとする社会療法の考え方が一般的になりつつある。すなわち、入院中心主義から社会復帰へ、社会復帰から社会内での治療すなわち社会療法へ、そして精神障害者のリハビリテーション活動の充実というように、様々の取り組みが進められるようになってきている。

社会療法においては、地域における精神障害に対する理解およびケアシステムの整備とともに、入院、地域を通じて総合的、かつ一貫した精神障害者ケアが目指される。これがトータル・ケア・システムの理念である。最近では、精神科外来診療所が著しく増加し、さらに精神障害者のデイケア、ナイトケア、精神障害者生活訓練施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者授産施設、精神障害者小規模作業所、グループホームなどほかに整備されてきた。

精神保健施設としては精神保健福祉センターと保健所の精神保健活動がある。精神保健福祉センターは技術指導、教育研修、広報・普及、調査研究、精神保健福祉相談、協力組織の育成などを行い、保健所は企画、実態把握、精神保健福祉相談、訪問指導、患者家族会等の活動の支援、関係機関との連絡調整を行っている。

このようなトータル・ケア・システムにおいては、看護もまた施設内ケアの狭い考え方ではなく、病院・家庭・地域を全体として考える一貫した看護に脱皮しなければならない。精神保健福祉法に基づいて、保健所や精神保健福祉センターにおける地域活動、精神保健福祉相談、社会復帰相談指導、訪問指導のほか、地域住民の精神的健康の保持増進のための諸活動もまた精神看護の重要な分野となってきた。また、病院からの訪問看護も重要となっている。看護職も、精神看護におけるこのような変容に対応して、その内容、技術を変えていかなければならない。特に地域精神看護においては、医師の指示によって動くという従来のパターンを脱却し、主体的に対応する技術と能力を備えた看護が要求されるであろう。そこでは、看護師の人間性および人格的成熟、特に人間理解の深さ、人生経験の豊かさが求められるのである。と同時に、ほかの精神障害者を支援する職種（ソーシャルワーカー、介護および福祉関係者など）との多面的で柔軟な協力により、障害者支援に力を注ぐことが大切である。

II 精神保健とは

A 精神保健の歴史

1. 「精神保健法」以前

精神保健というのは比較的新しい言葉である。1987（昭和62）年に改正された

「精神保健法」(1988〔昭和63〕年7月1日施行)で初めて精神保健という言葉が用いられたが、それ以前は同様の内容を意味するものとして、「精神衛生法」のなかで精神衛生とよばれていた。「精神衛生法」は1950(昭和25)年に制定された。この法律では初めて私宅監置が禁止され、近代的な病院において医学的な治療を行うことが目的とされたが、さらにほかの一面として精神障害者から社会を防衛する考えが色濃くにじみでていた。すなわち、精神障害者の法的処遇、特に入院の形態に関する細かい規定が定められた。「精神衛生法」では精神障害者の自傷、他害など社会防衛的側面を重視する、患者の自由の制限、強制的な入院である措置入院、同意入院(精神保健法の医療保護入院)などの入院形態に関する規定に重きが置かれた。自由入院(現在の任意入院)は、考え方は存在していたが、規定はされず、実際、ほとんど実行されなかった。また、患者の人権に対する配慮は、私宅監置の廃止により改善されたものの、不十分な状態にとどまっていた。

2. 「精神保健法」の施行

1988(昭和63)年、「精神保健法」の施行に加え、1993(平成5)年「障害者基本法」が成立したことで、精神障害者もほかの障害をもつ人々と同様に、この法律の対象とされるに至った。これにより精神障害者にも障害者手帳の発行と障害年金受給への道が開かれた。さらに1995(平成7)年には「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(いわゆる「精神保健福祉法」)が施行された。

ではなぜ、法律改正とともに精神保健という言葉になったのか、それは、新しい法律の目標が従来の「精神衛生法」における精神障害者の処遇に比べて、人権尊重の面をより強く推し進め、開放的処遇、任意入院の重視、信書、通信の自由、および福祉対策、社会復帰の促進、すなわち社会における精神障害の治療およびケア、すなわち外来診療、デイケア、地域ケア、リハビリテーションの充実を強く打ち出し、保健所などを中心とする社会療法的な考えを大幅に取り入れ、さらに広く一般の人の心の健康の保持、増進を目指すものになったからである。

3. トータル・ケア

1993(平成5)年の「精神保健法等一部改正」において、精神障害とは「精神分裂病(現在の統合失調症)、中毒性精神病、精神遅滞、精神病質その他の精神疾患を有するもの」とされたほか、地域ケアの考えが強く打ち出された。さらに、1995(平成7)年に施行された「精神保健福祉法」では、精神障害者の医療、保護、社会復帰の促進と自立、社会経済活動への参加の促進のほかに、その発生予防、国民の精神的健康の保持、増進が目的とされている。ここでは医療と福祉が一体となってケアするというトータル・ケアの新しい理念が生まれた。したがって、精神保健とは、狭義の精神障害の診断治療にとどまらず、一般の人の心の健康の保持・増進を含めた考え方であり、従来の「精神衛生法」における考え方よりかなり広い概念である。1999(平成11)年には、精神障害者の人権に配慮した

医療の確保に関する事項や、緊急に入院が必要となる精神障害者の移送に関する事項などを盛り込んだ「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律」が公布され、一部を除き、2000（平成12）年から施行された。さらに2006（平成18）年より障害者自立支援法が施行され、精神障害者の社会的支援にいつそうの進展が期待される。

B 精神保健の今日的意義

1. 心の健康の保持・増進

WHO（世界保健機関）の憲章では精神保健を次のように定義している。すなわち、「精神保健とは、生物学的、医学的、教育的、社会的に良好な精神状態を目指すものである」。

心の健康の保持・増進は、当然心の病を予防するという考えに到達する。ジェラルド・カプランの考えによれば、予防には、第1次予防、第2次予防、第3次予防がある。第1次予防は精神疾患、精神障害の発生を防ぐことで、第2次予防は早期発見、早期治療により精神障害の悪化を防ぐこと、さらに第3次予防では長期在院による施設症（ホスピタリズム）を防ぎ、リハビリテーション、社会復帰を図ることである。

長い人類の歴史のなかで、医学または医療は、病気の治療を主眼として発展してきた。そのため眼の前にいる病人をまずどうするか、どう治療したらよいか为中心になったのは当然である。

かつては、らい（ハンセン病）やコレラなどの感染症によって、おびただしい数の人間が人生半ばにして死んでいった。中世のヨーロッパで流行したペストは多数の村をほとんど無人にしたという。このような病気の恐怖を取り除くことができたのはほんの200～300年前からである。近代医学の確立によって、この100年ほどの間に感染症の原因となった病原菌の発見、病原菌を用いたワクチン療法、病原菌を直接殺す抗生物質が見いだされた。地球上から天然痘が消滅したと報告されたのはついこの間のことである。そして、それらの病気が制圧された後に残った病気は慢性病である。今日、生活習慣病といわれる糖尿病、高血圧その他の病気のほとんどは簡単に治癒させることができない。慢性病治療における最大の課題は病気を抱えながら生きることである。さらに病気によりいったん失われた機能を回復させる努力、すなわちリハビリテーションも重要な事柄として浮かび上がってくる。

2. 精神保健の今日的課題

最近の傾向として、従来の精神疾患のみならず、人々の精神的健康をむしばむ社会的・環境的要因の増加により、以前にはみられなかった多くの問題が発生し

ている。

その第1の要因は、高齢社会である。2011（平成23）年10月現在、わが国の65歳以上の高齢者は全人口の23.3%、2975万人に達し、さらに増加の傾向にあり、2030年には31.6%に達するとされている。これに伴い、高齢者の精神障害である認知症および老年精神障害やうつ病の増加がみられるのみならず、家庭的にも、社会的にも、経済的にも多くの問題を引き起こし、精神的にも本人のみならず周囲にまで苦しい軋轢^{あつれき}、葛藤^{かつとう}を引き起こしている。

第2は、家庭の崩壊である。家族の解体、核家族化により、高齢者は孤立し、独居老人は激増しており、精神保健上重大な問題になっている。世代間の摩擦、独身者および離婚の増加、失業などは様々な精神的困難または障害を引き起こす。また、乳幼児への虐待も増加している。

第3は、青少年の問題である。親子関係、不登校やいじめに象徴される学校の崩壊、摂食障害、境界性人格障害や非行、性的犯罪や暴走族にみる社会規範の弱体化などは深刻な社会問題になっているが、すべて根底には心の荒廃がかかわっているのである。

第4は、アルコール依存症、薬物乱用および中毒疾患の増加である。アルコールのほかに、覚醒剤、有機溶剤、その他の物質乱用が増加している。

第5は、最近の暴力犯罪増加に伴い、精神障害者の犯罪に対する対応も厳しくなる傾向にあり、すでに法的整備も考えられている。

このような、従来にない社会の解体を示唆する現象が、今後改善に向かう徴候は現在のところないといわざるをえない。そのため、精神保健は単に従来型の精神疾患への対応をすればすむのではなく、社会の病理の結果として起こる人々の心の問題すべてに対応しなければならない状況が生まれている。つまり、精神保健は、もはや従来の身体医学のみならず、精神医学の枠をはるかに超えた、社会、文化を巻き込んだ重要で広範囲な領域となったのである。精神看護に携わる人々はこのことを十分認識し、医学を超えた社会的・文化的な病理にかかわることまで理解しなければ到底その仕事を十分に果たすことはできない。

精神障害の治療には近年画期的な進歩がみられた。それは抗精神病薬、抗うつ薬などの薬物療法の進歩である。しかし、これらの薬物は残念ながら原因療法ではない。したがって精神障害は典型的な慢性病であるという考えに立ち、社会において治療するにしても、病気と共に生きるという考えと、それを支える社会環境の整備が必要である。

また前述のような社会現象と密接に関連した心の病は、社会のあり方そのものに反省を求め、社会文化政策による対応が必要である。そのためには精神医学や看護の面からの社会に対する発言が必須である。その意味でいえば、2000（平成12）年4月より実施された高齢者に対する介護保険制度についても協力と理解が求められている。さらに2008（平成20）年4月1日より施行された後期高齢者医療制度（75歳以上）は、医療費問題だけでなく、認知症、うつ病などの精神障害

医療にも様々な影響を与えている。

3．精神看護と介護保険

介護保険は21世紀の高齢社会を支えるために国をあげての政策として2000（平成12）年4月から実施されており、全国の40歳以上のすべての人がその費用を負担する。高齢者には認知症をはじめ精神障害が高率に発生する。それゆえ、高齢者介護に対する精神看護の関与は密接不離の関係にある。精神看護は一般介護と密に協力し、互いにその特色を発揮して、各施設、家庭における高齢者の処遇にかかわらなければならない。その際、認知症患者や老年精神障害の精神看護で蓄積されたノウハウが指導的な役割を果たすこととなろう。2000（平成12）年4月からの介護保険の施行に際して、認知症患者の介護度が低く認定される傾向があったが、2006（平成18）年4月施行の改正では、より要介護度の低い者でも予防給付が受けられるようになった。

4．精神看護と障害者自立支援法

障害者自立支援法は2006（平成18年）年より施行された。その趣旨は、身体障害、知的障害、精神障害の福祉サービスを一元化することで、介護給付、訓練等給付、自立支援医療、補装具費給付、生活支援事業などがある。

なお、障害者自立支援法は、制度の谷間をなくし、総合的な支援が受けられるようにするため改正が行われ、法律名も「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」となった。

■ 精神保健

第 1 章 心の健康

▶ 学習の目標

- 心の健康とは何かを理解する。
- ライフステージや価値観の変化が心の健康に与える影響を学ぶ。
- 心の不健康と精神障害の相違を学ぶ。
- 心の危機状況と危機への介入について学ぶ。

I 心の健康とは何か

精神保健は精神障害者の医療・福祉のほかに、すべての人の心の健康の保持・増進を目指すものであると、序章で述べた。そこで本章では、まず心の健康とは何かについて考えてみることにする。

心の健康とは、単に精神障害でないというだけでは不十分である。心の健康は精神障害でないことはもちろんのこと、個人が社会のなかでよい適応の状態において生活できることと考えられる（『我が国の精神保健福祉』平成16年版）。この定義からすると、心の健康とは、ライフステージの各段階で、置かれた環境で起こる様々な問題を破綻なく解決しながら、「正常な」生活を送る状態と考えられる。

1. ライフステージと心の健康

人の一生を通じて病気にかからないというのは現実には困難なことである。幼児期、小児期、青春期、壮年期、老年期、超高齢の人々には、それぞれに特有の問題と困難があり、それがストレスとなって精神的健康を脅かされることになる。ことに思春期にはその精神的発達^{おびや}のなかで、最も重要な自我同一性の確立、あるいは人格の成熟に失敗することで、その後の人生における状況に適応できないことが生じうる。また、壮年期にも無気力、燃えつき症候群、そして初老期、老年期には定年、リストラなどの危機にうつ病にかかるおそれがあり、さらに老年期には認知症^{にんちしょう}、老年期精神障害などがある。一方、身体疾患^{しっかん}に伴う精神障害、あるいは高齢者における生活習慣病、糖尿病、高血圧などに伴う精神障害などによっても心の健康は侵されることになる。

2. 価値観の変化と心の健康

人間がそれぞれのライフステージで遭遇する心の健康問題については前述したとおりだが、その問題には社会環境がかかわることも多い。ことに、現代の社会環境は急速に変化しつつあるため、その心への影響は、以前に比較して大きく増えている。その中心は価値観の変化である。第2次世界大戦後のわが国の社会では民主主義の導入により価値観の急激な変化がみられたものの、なお家庭や学校、あるいは会社にも一定の秩序があった。しかし、そのような秩序は今日、急速に崩壊しつつある。価値観の変化は、現代の社会に様々な病理現象を生む原因の一つとなっている。民主主義を誤ってとらえることにより子どもはわがままとなり、親の権威は失われ、学校は崩壊している。社会的にもルールを守るといった基本的な道徳観が失われつつあり、社会的に地位の高い、責任ある人々の間にも、嘘をつくことに抵抗を覚えないかのような風潮がみられる（モラル・ハザード、道徳的退廃）。このようにして、社会における秩序と信頼は急速に失われてきた。このような価値観の急激な変化による秩序の崩壊と社会病理は、人々に心の拠り所を失わせ、心を不健康に陥らせる様々な危険を増大させている。青春기에固有と考えられる精神障害である摂食障害、不登校、家庭内暴力、非行・逸脱行為、あるいはアルコール依存症をはじめとする物質乱用などはこの典型的な例である。

このように考えると、それぞれのライフステージにおける課題を達成し、困難を克服し、かつ社会、環境からのストレスにさらされながら心の健康を維持するのは至難の技であるといわざるをえない。すなわち、心の健康は自然に与えられるものではなく、困難との絶えざる戦いのなかで勝ち取るという、動的な過程といえる。

II 精神障害と心の不健康

A 心の不健康状態

1. 心の不健康状態の増加

精神障害には、精神遅滞（知的障害）その他の発達障害、認知症およびせん妄、精神病（統合失調症、気分障害、てんかん精神病）、物質乱用による精神障害、不安障害、人格障害などがある。しかし、次にあげる障害では、重症であれば精神障害を引き起こすが、軽症の場合は心の健康が害された状態、すなわち心の不健康状態にとどまるものがある。その代表的なものは物質関連障害、不安障害、虚偽性障害、解離性障害、性障害、摂食障害、適応障害などの一部または大部分

である。

人が青年期，壮年期，老年期に出会う様々の危機が与える悩みや苦しみが精神障害を引き起こすこともあるが，たとえ精神障害に至らないまでも，心は必ずしも健康な状態にあるとはいえない。子どもの家庭内暴力，不登校，いじめ，壮年期の燃えつき症候群，無気力症候群などがその例であり，必ずしもそれらの問題を抱える人のすべてが精神障害とはいえない。非行や犯罪すらも，その多くは精神障害に起因するというよりは，不健康な心の状態が基盤になっていることが想像されるのである。

2．適応機制

心の不健康には，身体的原因，脳の機能異常などの原因のほかに，環境に適切に適応できないことが原因になる場合がある。力動精神医学的な考えでは，人間はストレスに遭遇した場合，心のなかの葛藤^{かつどう}や環境の変化に反応して，防衛機制*または適応機制を使って，外界に適応する。多くは無意識に行われるが，意識されるものもある。それに失敗すれば，いわゆる適応障害を起こし，心の不健康の状態となる。

その主なものをあげ，簡単に説明しよう。

抑圧：意識すると自我に危険である場合，無意識にそれを意識から除外する。意識的に抑える場合は抑制という。

逃避：困難な問題や状況から逃げ出して，不安や恐怖から逃れようとする。病気に逃避するとか酒や薬に紛らすなどもある。

投影：自分が他人に対してもっている憎しみなどの感情を，他人が自分にもっていると思込む。

反動形成：自分の欲求を抑えるために，それと反対の態度や行動をする。たとえば，性欲の強い人が極端な禁欲になる。

同一化：自分の好きな人の性質を自分のものにしようとする。

昇華^{しょうか}：許されない欲求や攻撃性をほかのより価値の高いものに集中して満足を得ようとする。

合理化：もっともらしい理屈をつけて，自分の失敗や欠点を正当化する。

退行：困難に直面して，より低い発達段階に戻る。

適応機制には，心の健康を維持するために有用なものと，心の不健康になりやすいものがある。たとえば，劣等感に悩まされた青年がより高い目標に向かって努力し，芸術，学問などに励むことで，自信を取り戻すのは昇華である。また，退行では，幼児のような態度になり，甘えるなどは不健康である。

* 防衛機制：第4章1節「自我と防衛機制」参照。

B 危機状況と危機介入

1. 危機状況

困難な状況や極端な欲求不満に陥り、困惑して解決の方法のないとき、人はいろいろな反応を起こす。パニックに陥る、落ち込む、^{もうそつ}妄想的になるなど精神障害をきたすことを初めとして、様々の不健康な状態に陥ることも多い。そのなかで危険なのは自殺、または極端な場合、殺人を犯す可能性もある。このような状態に対しては危機介入の必要がある。周囲に安心して相談できる人がいることが大切だが、緊急の場合は積極的に介入すべきである。

2. 自殺

精神障害者には自殺する症例が多くみられる。自殺または自殺観念、自殺企図^{きと}の多いのはうつ病である。うつ病を抱える人の自殺は、その始まり、または軽快期に集中しており、うつ病の極期には自殺を敢行する実行力がないといわれる。しかし、案外知られていないのは統合失調症患者の自殺で、精神病院内の自殺はうつ病のそれよりも多いといわれる。統合失調症では急性の幻覚その他の異常な体験が起こるとき、突然理由不明の自殺を起こす。また、慢性患者でも病気を悲観、または生きていても仕方がない、意味がないなどのニヒリズム的な自殺が多い。

男女の自殺を比較すると、自殺企図^{きすい}の数はほぼ同じであるが、既遂は男性が圧倒的に多い。男性は通常過激で確実な手段、たとえば縊首、飛び降り、拳銃（アメリカ）などの手段を用い、女性の場合は穏やかな手段、たとえば服毒、または服薬が多いからであるといわれる。

自殺のおそれのある患者には、いち早くその徴候を察知して、観察を怠らず、防止に努める。患者の信頼を得て、相談されるようでないといけない。介入にはデリケートな接近を心がけ、いざというときは断固とした態度で阻止する。

3. 死の問題

人生における最大の危機は、死であるといえよう。若いうちは通常あまり死を意識することはないが、高齢者には身近な問題となる。死は避けられないものであるが、あらかじめ十分に準備する必要がある。死生観は人生観の裏返しである。あらゆる宗教は死の問題を取り扱っているが、来世が信じられなくても、平素より人生の意義をよく考えていれば、死を受容することが少しはやさしくなるであろう。これに関連して、がん患者が薬物療法を拒否できるかどうかなどの自己決定権について最近議論されるようになった。

4. 生きがいと成長

人は真に社会に適応し、家族その他の対人関係を維持し、社会生活を営む。人生の各時期に訪れる危機を乗り越え、自分の理想に従って努力し、自分自身を改革しながら、成長する。人間の成長は青春期だけではなく、一生続くものである。高齢者においても状況に適応し、自己実現を図り、成長することができる。これは高齢者の生きがいである。適応障害を予防するには、それぞれの状態に対する適切な手段が必要である。

まず、その原因を取り除くよう努力し、環境の改善を図るのが第一歩である。次いで、相談またはカウンセリングにより、適切な助言を与えて、不適當な反応を回避するよう誘導する。たとえば、定年退職、近親者の死亡などによりしばしば抑うつ的な反応または状態に陥りやすい。最近は人格の未成熟に由来すると思われる様々の非行、犯罪、逸脱した性、シンナーや覚醒剤の使用、または家庭内暴力などが激増している。これらは人格形成期の家庭環境の調整、家庭内暴力の予防、いじめのカウンセリングにより、早期に重大な事故の発生を予防し、ある程度の成果を上げることができよう。

人生の危機を克服し、心の健康を保つためには、幼少時よりの教育やしつけにより、困難に耐える力、困難を克服する力を身につける必要があるのだが、家庭や学校の崩壊、社会病理が、子どもがこのような忍耐力を養うことを困難にしている。今後、人格の独立、新しい道德観や社会規範の確立を図ることが、心の健康を保つための背景として重要となるだろう。

憎しみ、嫉妬、不安、苦悩などの感情自体は、直ちに心の不健康と断定することはできない。むしろ、このような負の感情の経験は忍耐力を養い、積極的に人生を生きるための力となりうるだろう。人は苦しみによって成長するものである。しかし、その処理を誤ると、人格の偏り、異常な性格の形成の原因となる危険もある。

以上のことから、学校、企業、その他保健医療福祉、地域における心の悩みに対する相談事業（コンサルテーション）、健康相談、カウンセリングなどが心の健康の保持・増進にかかわる大切な事業であることがわかる。

学習の手引き

1. 心の健康・不健康と身体の健康・不健康との共通点について考えてみよう。
2. 心の健康を保持するための条件をあげてみよう。
3. 精神障害と心の不健康とは同じかどうか検討してみよう。