



ALPS HEALTH

シリーズ「こころの健康・こころの病い」連載第3回

こころが病むとき、つぶれるとき

—誰がどのように支えたらいいのか—

いまや「学級崩壊」どころか「学校崩壊」までいわれるようになりました。これが「職場崩壊」や「組織崩壊」あるいは「会社崩壊」にならないという保証はないところまで来ています。なぜなら「この国のかたち」が歪み始めているからです。その引き金になりかねないのが個々の人のこころの健康の歪みでもあります。ストレス解消についてはすでにふれましたから、こうした目の前に広がる職員のことろの健康の歪みに対処しなければならぬ管理監督の立場にある方々に「こころが病むとき、つぶれるとき」はどのような疾病となって現れるのかそしてこのような人を誰がどう支えたらいいかを考えたいと思います。たしかに働く人た

はつめい



吉川 武彦

国立精神・神経センター精神保健研究所／名誉所長
中部学院大学大学院人間福祉学研究所／科長・教授

【きっかわ たけひこ】精神科医。臨床、教育、研究、行政、地域活動に関わった。琉球大学教育学部教授、東京都武蔵調布保健所粕江保健相談所長などへて、現在、国立精神・神経センター精神保健研究所／名誉所長、東京国際音楽療法専門学院／学院長、社会福祉法人江古田明和会／理事長。近著には『こころの病い事始め』明石書店、『いま、こころの育ちが危ない』毎日新聞社、『引きこもり』を考える』NHKブックス、『徹底図解・うつ病』法研、『こんな管理職はいらぬ』関西看護出版があるほか、'08年には『可能性を広げる「脳力アップトレーニング」—自分らしさの発想』JTEX（日本技術教育開発センター）、『子どものこころのS・O・Sをどう“きく”か』少年写真新聞社、『ボケ介護日誌』クオリティケアを上梓した。

ちの間に精神的な不安定さを訴える人が増えています。そのすべてが精神疾患とは言えませんが、ここでは「国際診断分類（ICD-10）」（表1）をもとに述べます。なお、精神疾患の診断分類には、この他に「従来診断（日本用いられてきたもの）」や「米国精神医学会分類（DSM-IV）」があります。

主な精神疾患について学ぶ

1 よく見られる「うつ状態」「うつ病」

ICD-10の気分障害（あるいは感情障害）には、躁状態を示す「躁病」とうつ状態を示す「うつ病」両方が表れる「双極性感情障害」がありますが、これが従来診断で言う「躁うつ病」です。



表 1 国際疾病分類 (ICD - 10) の大項目および主な疾患の分類

精神および行動の障害

F00-F09	症状性を含む器質性精神障害
	F00 アルツハイマー病の認知症 F01 血管性認知症
F10-F19	精神作用物質使用による精神および行動の障害
	F10 アルコール使用<飲酒>による精神および行動の障害 ・アルコール依存症
F20-F29	統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害
	F20 統合失調症 ・妄想型 ・破瓜型 ・緊張型
F30-F39	気分<感情>障害
	F30 躁病エピソード F31 双極性感情障害<躁うつ病> F32 うつ病エピソード
F40-F49	神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
	F40 恐怖症性不安障害 ・広場恐怖 ・社会恐怖 F42 強迫性障害<強迫神経症> ・強迫思考 ・強迫行為 F43 重度ストレスへの反応および適応障害 ・外傷後ストレス障害 (PTSD) F44 解離性(転換性)障害 ・歩行障害 ・失語症 ・多重人格障害 F45 身体表現性障害 ・心気障害
F50-F59	生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
	F50 摂食障害
F60-F69	成人の人格および行動の障害
	F60 特定の人格障害 ・妄想性人格障害 ・非社会性人格障害 F64 性同一性障害
F70-F79	精神遅滞(知的障害)
F80-F89	心理的発達の障害
	F84 広汎性発達障害 ・自閉症 ・アスペルガー症候群
F90-F98	小児<児童>期および青年期に通常発生する行動および情緒の障害
	F90 多動障害 ・ADHD
F99	詳細不明の精神障害

ちなみに単独(単極性)のものは躁病あるいはうつ病といえます。最近「大うつ病」という診断名がつかわれますが、この「大」という意味は「間違いない」とか「たしかに」といった形容だと考えていいと思います。

躁状態では気分の高揚や観念奔逸が見られます。多動状態も見られ眠らなくても元気ですが、落ち着きがないためや考えがくるくる変わったりするために問題行動を起こすことも多いところが問題です。抗精神病薬をつかって落ち着かせ

ようとするほか気分の調整を図るために炭酸リチウム剤が用いられます。

うつ状態は不安に取り巻かれ抑うつ気分が覆われます。言葉数が減り(寡言)、動きの少なくなり(寡動)部屋の閉じこもりがちになります。元気だったときと比べて「情けない」とか「惨めだ」という気分が強くなりがちで、さらにその程度が深まりますと死んだ方がいいという観念も頭をもたげてきます。経済的に豊かであつても「貧乏になった」と言う憂うつ気分も強くなり、それが高じると「貧

困妄想」などの発展しがちです。ときには判断力の低下から「昏迷状態」に陥ることもあります。

抑うつ気分は午前中に強いことが多く、午後になると軽快するという「(気分の)日内変動」が見られることもあります。最近ではうつ病の軽症化がいわれ、これらは「軽症うつ病」と分類されるようにもなりました。その反面うつ状態が強いタイプもあり「重症うつ病」と言われています。これまでは3環系抗うつ剤と緩和と精神安定剤による治療が行われてきま

したが、最近ではSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）やSNRI選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）による薬物療法がよく行われています。

2 神経症（ノイローゼ）のグループ

神経症性障害やストレス関連障害ほかが神経症グループですが、精神的負荷が大きく時間的にも短期間に負荷がかかったものは従来診断では「心因反応」といつてきました。それに対して精神的負荷がさして大きくはないのですがその負荷が長い期間にわたって掛かり続けてきたものは「神経症」を形成するとされてきました。したがって、神経症は、性格（未熟な人格形成を含みます）に深く関係して発症しますが、心因反応は性格的要因よりは、ストレスの大きさ、と深く関係して発症するといつていいでしょう。



(1) 神経症性障害

ICD-10では「神経症性障害」に分類されていますが、従来診断では心因性精神障害のうちの「神経症（ノイローゼ）」です。わが国の従来診断では「不安神経症」や「強迫神経症」あるいは「恐怖症」とか「心気症」と呼ばれてきたものです。

ICDという「恐怖症性不安障害」は、通常では危険でないものに不安を感じるもので、ときには死ぬのではないかと気が狂うのではないかと思ひ込み自制心を失うこともあります。「広場恐怖」は安全な場所にすぐに逃げ込めないといつたときに不安が高まり恐怖に襲われるもので、冷や汗が出たり動悸が治まらないものを「パニック障害」といいます。これまで「対人恐怖（症）」といわれてきたものはICD-10では「社会恐怖」に分類されます。また恐怖の対象が特定のものになっているものを恐怖症（高所恐怖、閉所恐怖、動物恐怖、試験恐怖など）といいます。

やはりわが国の従来診断で言う「強迫神経症」はICD-10では「強迫性障害」といいますが、ばかばかしいと思ひう気持ちがあつても特定の考えから離れられない強迫思考があつたり、やはりばかばかしいと思つてもやらざるを得ない「強迫行為（むやみに手を洗うなどの洗

浄強迫など）」や窓のレールが錆びてドアが動かなくなることがわかつていても塩を撒くなどの「強迫儀式」が見られるものです。こうした不安や恐怖あるいは強迫行為を軽減するために抗不安剤や緩和と精神安定剤を用いるほか人格発達をうながす目的で精神療法を行ったたり性格に関する自己洞察を深める目的で精神療法を行います。

(2) 重度ストレス反応など

最近「PTSD」という言葉が、このころのケア」という言葉と結びあつて飛び交います。ICD-10で「重度ストレス反応」は上の神経症のグループでわが国の従来診断では「心因反応」です。ストレスに反応して数日以内に症状が出るのを「急性ストレス反応」といいます。個人の脆弱性がベースにあると考えられています。その人が出会つたストレス事態への対応能力との関係で症状が出ると言えましょう。ときには意識野の狭窄や逃避反応などのほか自律神経徴候が見られたり混乱状態に陥ることもあります。

「外傷後ストレス障害」が「PTSD (post traumatic stress disease)」ですが、脅威的・破壊的な強い外傷的な体験をしてから六ヶ月ほどを経て症状が発現したものをいいます。症状としては情動の鈍化や無感動が見られ周囲に鈍感になり外傷を想起させる状況を回避しようとし

ます。また急速に外傷体験を想起する「フラッシュバック」が起こるのも特徴的です。眠れないと言うだけでなく眼がさえてしかたがないといった「過剰覚醒」による不眠が見られ、不安と抑うつ症状もあるため自殺する人もいますので要注意です。

(3) 解離性(転換性) 障害

わが国の従来診断でヒステリーと言われてきたもので神経症のグループのひとつですが、ICD-10では「解離性(転換性) 障害」と分類します。ヒステリーは心因となる外傷的な体験に続いて起こります。身体運動コントロールが統合的に行うことができない状態といえます。ここでは身体が解離した状態という意味で「解離性運動障害」というのですが、「失立(立てない)」や「歩行障害」が見られたり声が出なくなる「失声症」もあります。またてんかん様の全身痙れんや部分痙れんが見られることもあります。さらに皮膚覚や視覚には知覚麻痺や知覚脱失(FAI)も見られることがあります。突発性難聴の多くは心因性聴覚喪失と言えます。「多重人格障害」は2つ以上の人格が同一人の存在するものですが、一つの人格から他の人格に移るときは突然起こり意識的に転換できないとされていますが、やはり従来診断で言うヒステリーです。

(4) 心気障害

神経症のこのころの奥底にはつねに不安があるのですが、その不安が身体はどこかに問題があるのではないか思いこんで身体の症状をしきりに訴えるのをICD-10では「身体表現性障害」といい、実際に身体症状を示すものを「身体化障害」と言います。そのなかで従来診断では「心気症」とか「心気神経症」と言われてきたものがこの「心気障害」です。「自分は重い病気に罹っている」という思い込みから逃れられずにいるため内科から外科あるいは婦人科などを歴訪します。不安が高まると「疾病恐怖」ともいわれ不安や恐怖の対象によって「心臓神経症」とか「がん恐怖症」などと言われます。また自分の顔つきや体つきが醜いと感じる「醜貌恐怖」や「醜形恐怖」は、社会恐怖とも言われる「対人恐怖」とも関係づけられて理解されるべきものです。多くの場合は抑うつや不安感情を伴っていますから「うつ病」という診断もよく併用されます。

「社会恐怖」は最近では「社会不安障害(SAD: Social Anxiety Disorder)」と言われます。会議などで意見を発表するときや多くの人の前で話すとき、職場の上司やあまりよく知らない人と話をするときなどだけでなくグループ活動に参加するときなどにも緊張感が高まり、手

足が震えたり息苦しくなったりあるいは動悸がしたり大量の汗をかくなどの一過性の自律神経失調状態に陥るなどするほか顔が赤くなったり声が出にくくなったりあるいはトイレにいきたくなるなどの症状がみられます。これらはかつては「赤面恐怖症」といわれました。

3 職場でとくに問題となる「困った人」

職場のメンタルヘルスに関わると、精神疾患とは言えないさまざまな問題ある行動を示す人に出くわします。こうした人を精神病患者といってしまうことに私は抵抗がありますが、ICD-10でもDSM-IVでも「人格障害」というような診断カテゴリーをつくって精神疾患と分類しようとしています。なかでもIC



D-10では「成人の人格・行動障害」というカテゴリーをつくり、特定の性格傾向をもち他人との関係において特異的な行動を示す人格・行動障害を「体質的な要因と社会的体験の要因が絡み合うが成人してから獲得される」疾患としています。これについてもここで纏めて述べておきます。

また、人格の核心に位置すると考えられる同一性の確立が遅れるという「同一性障害」が見られるものに既述した「多重人格」があるのですが、これは従来診断で言うヒステリーと深い関係にあるとされ人格障害と一線を画されています。しかしながら「性同一性障害」は「生物的な性」と「心理的な性」との乖離（かこり）があるということ、自我の確立の遅れや障害という視点ではなく「成人の人格・行動障害」として分類されているのです。また人格の成熟との遅れと深い関わりがある問題行動と言えるのが「摂食障害」ですが、人格面の障害といえる人格の未熟さから来るものとも言えます。

(1) 人格障害といわれるもの

ICD-10では「妄想性人格障害」「分裂病質性人格障害」「非社会性人格障害」「情緒不安定性人格障害」「演技性人格障害」「強迫性人格障害」「不安性人格障害」「依存性人格障害」などがネーミングされています。名称に込めら

れた特色があると考えていいといえます。「非社会性人格障害」は冷淡さや無関心な人柄で、社会的規範や規則を無視しがちな人です。このために持続的な人間関係を築くことができません。従来は「反社会的」とか「非社会的な「精神病質」といわれ精神疾患と分類されてきませんでした。いまでは精神疾患として位置づけられています。

(2) 性同一性障害

生来性の性とは異なる性への渴望があり、本来の性や役割行動を拒絶するかあるいは不能であるとされています。異性の一員として暮らしたいという願望が強いただけではなく本来の性に関する不快感や不適當感が強いといえます。ただ人として成熟すると言うことは、自分の性を受け入れ自我の確立を図りながら自己同一性を獲得していくことだと考えると、「生物的な性」は生来性のものであり、その性を自らの性として受け入れることから自己同一性が獲得されると考えるなら、「生物的な性」と「心理的な性」の乖離とは自我同一性の獲得の遅れであっても精神疾患と考えることには無理があるように思います。

自我の確立が遅れているということが精神疾患と言えるかどうかは「こころの発達」をどう考えるかということと深く関係しますから精神科医の間にもまだ考

えに開きがあるように思います。

(3) 摂食障害

摂食障害の代表が神経性無食欲症（神経性食思不振症）です。生物学的要因を重視する人もいますが、心理機制や人格の脆弱性を重視するものも多いのです。結果として低栄養になるため二次的な内分泌障害や代謝障害が見られます。一般用語として広がっている「拒食症」は神経性無食欲症と一致しますが、神経性無食欲症はよく思春期に見られます。「思春期やせ症」ともいわれてきました。自分の体型へのこだわりが強くなる傾向の厳格さで自分を縛ってしまっている傾向があります。柔軟な自我に乏しく硬直した自我のもとに形づくられる自己に振り回されている人だと言えます。

神経性無食欲症の対極にあるのが神経性大食症ですが、神経性無食欲症と神経性大食症とは交代現象が見られることが多いのです。それが食べては吐き吐いては食べるという行為であり、過食による肥満を解消するために嘔吐を繰り返すなど極端な方法で体重コントロールを行うところに特色があります。嘔吐を繰り返すために電解質の異常がおこりてんかん発作やテタニー症状が見られることもあります。

表2 CDR (Clinical Dementia Rating : 臨床的認知症尺度)

	健康 CDR0	疑い CDR0.5	軽度 CDR1	中等度 CDR2	重度 CDR3
記憶	記憶障害なし ときに軽いもの 忘れ	一連の軽いもの 忘れ 部分的に思い 出す良性の健 忘	中等度記憶障 害、とくに最近 の出来事を忘 れる 日常生活に支 障あり	重度記憶障害 高度に学習し た記憶は保持。 古い記憶は残 り、新しいもの はすぐに忘れる	重度記憶障害 断片的記憶の み
見当識*	見当識障害なし		時間に関する見 当識障害あり、 ときに地理的失 見当がみられる ことがある	常時時間の見 当識障害あり、 ときに場所の 失見当がある	人物の見当識 のみとなる
判断力と 問題解決	判断力、問題 解決能力とも 適切である	問題解決能力 の軽い障害が 疑われる	複雑な問題解 決が困難 社会的判断力 はある	重度の問題解 決能力の障害 社会的判断力 が障害される	判断力が著しく 障害され、問 題解決が不能 となる
社会的行動	普通に社会的 に自立している	仕事、買物、ビ ジネス、金銭の 取り扱い、ボラ ンティアや社会 的グループ活 動の軽度の障 害もしくはその 疑い	社会的に自立 した行為がで きない	家庭外（一般社会）では独立し た行為はできない	
家庭生活 および趣味	家庭生活と趣 味、知的関心 が保たれてい る	これらがやや障 害されている	軽度の家庭生 活の障害 複雑な家事は できなくなる 趣味への関心 が薄れる	簡単な家事は できる 限られたものへ 関心が向くの み	家庭内生活が できない
身辺状況	(自分のことは自分でできる)		ときどき助けが 必要	着衣、排便な ど介助が必要 である	すべてに介助・ 介護を必要と する しばしば失禁す る

(一部改変、吉川)

*見当識：現在の年月や時刻、自分がどこにいるかなど基本的な状況把握のこと

4 そのほかよく職場で出会う

精神疾患

(1) アルツハイマー病

アルツハイマー病は認知症ですが、職場で出会うのは「若年性認知症」です。認知症を示す疾患は数多くありますが、その代表は「(脳) 血管性認知症 (F01)」と「アルツハイマー病」とい

ます。認知症の症状は記憶や判断、思考や計算能力などの障害のほか感情や意欲の障害が見られます。薬物により認知症の進行を遅らせる試みがされているほか、医療・保健・福祉の連携により適切なケアを編み出していくことが重要です。(表2 CDR参照)

(2) アルコール依存症

アルコール依存症は従来は慢性アルコール中毒といわれてきたものです。やめたいと考えてお酒を飲むのをやめると離脱症状が現れますから、苦しい離脱症状から逃れるために更に飲酒をするという悪循環がみられます。肝機能障害などの身体症状のほかせん妄やてんかん、健忘、作話、見当識障害が出現しますし、果てはアルコール認知症を示すことにもなりかねません。当事者への働きかけだけでなく、家族教室や断酒会活動など地域精神保健活動を積極的に行う必要があります。

(3) 統合失調症 (精神分裂病)

二〇〇二年の日本精神神経学会総会において精神分裂病を統合失調症に呼称変更することとなりました。また「精神保健福祉法 (精神保健および精神障害者福祉に関する法律)」もこれに続いて改正され「精神分裂病」は「統合失調症」と変更されました。統合失調症の病型には「妄想型」、「破瓜型」、「緊張型」のほか「単純型 (単一型)」を取り上げる向きもあります。人口の約1% (正確には有病率は0.8といわれています)、珍しい病気ではありません。わが国の精神病院の入院患者三三万人のほぼ三分の一を占めています。

妄想型は三五、六歳頃から発病するタ

イプで、被害・関係妄想や血統妄想など確固とした妄想体系をもつものが多いのですが、日常生活は比較的まとまりがよいタイプです。破瓜型は一七、八歳頃に発病し、感情の平板化や意欲の低下が見られるほか被害妄想や関係妄想が強く対人関係が崩れ日常生活が乱れます。緊張型は激しい精神運動興奮や拒絶、昏迷や命令自動が見られますが治りもよいとされています。治療はクロルプロマジンやハロペリドールなどの抗精神病薬による薬物療法が行われるほか、最近では症状ごとに薬物療法を行うことができるようになっています。作業療法やリクレーション療法が行われ、また社会復帰のための治療的訓練を行うためにデイケアやナイトケアのほか社会復帰施設が設けられています。

ほかに職員の家族が抱えやすいところの問題として「知的障害（精神遅滞・知恵遅れ）」「心理発達障害（自閉症やアスペルガー症候群、ADHD）」「てんかん」などがありますが、これらの詳細については参考書を参照してください。

「聴く」に対処したらいいか

1 どんなときでも人間関係が軸

まず、きくことを大切にしたいと思います。きくには「訊（尋）く」「聞

く」「聴く」があると私は考えています。第一にものは訊（尋）ねてきくもので、質問をして答えてもらうものです。第二のものは「門構えに耳」がついています。門には「入り口の門」と「出口の門」があるように、そして「左の耳から右の耳に聞き流す」という言葉があるように、選択してきくことができる力をもっているきき方です。第三は、「徳」の字の「旁」にあるように「心」が最後についていますから、「こころにとめてきく」きき方を意味すると考えていいでしょう。こういうきき方を身につけてほしいと思うのです。（左図参照）

なお、組織における意思決定や意思の伝達は「トップダウン方式」と「ボトムアップ方式」があるとされていますが、いま求められるのは「マルチプロジェクト方式」と私が名付けているもので、問

題を少ない人数で意思決定して全体の決定とする方式です。機動力があると同時に参加している人の意識が高まるだけでなく責任感が強まります。さらに、いま、組織として求められているのが「インフォーマルグループの重要性」ではないかと思えます。従来は職場内（組織内）のインフォーマルグループだけに視点が置かれてきましたが、いまは職場外（組織外）にどれだけ参加しているかが問われなければならぬ時代です。インフォーマルグループへの参加には職場がそれだけ理解を示さなければなりません。人間関係を普段から重視する職場であり組織でありたいと思います。

2 専門機関にどのように手渡すか

さて、問題行動が見られるとき、なかでも何らかの形で専門機関に相談した





方がいいと考えたとき、どのようにその人を専門機関に手渡しただけでいいかについて考えたいと思います。専門機関に手渡しをするといつてもどのような専門機関があるかを知っていなければなりません。いきなり医療機関に手渡すと考えずに、相談内容によってはまず身近な医務室にいる看護師や保健師を選んでもいいでしょう。

でも保健師や看護師は医療系の職種ですからどうしても「病氣」を頭に置きやすく、相談相手としては適切ではないこともあります。産業医を選択できる環境ではそれもいいのですが、それこそ医療系なのでからよほど柔軟な判断をしてくれる方ではないと「病氣」から人を見てしまいます。その点、産業カウンセラーなど心理系の人の方がこの問題を受け止めやすいと言えます。開業している心理系の人もおり、ときには「EAP」として登録している人もいますから普段から探しておくことも重要でしょう。

またどうしても精神医学的な判断を必要とするときでも、当事者ははじめから精神科医のところには行きたがりませんから、心療内科医を選ぶのもいいと思いますがそれすらも拒絶する人がいますから、一般内科医や産婦人科医などでそれとなくこの問題に関心をもつてくれる医師をリストアップしておく方がいいと思います。

専門機関で相談することをどう勧めるかも難しいところです。上記したように、手持ちをたくさんもっていると当事者の態度を見ながら適切な相談相手を探すことができませんから普段が重要です。なお公的なところがいいとなれば、保健所や保健センターあるいは精神保健福祉センターなども選択できます。それらがどこにあるかを知っておく必要がありますが、また、産業保健推進センターや地域産業保健センターなども医師会のなかにあつたり医師会と関係してできていますから当該地区の医師会に相談するのいいと思います。こうした専門機関と普段からおつきあいをしていると、いざというときに話が通りやすいのでぜひとも普段からおつきあいを心がけてください。

最後に、問題を抱えた方が一定期間休んだあとの職場復帰について述べておきます。職場復帰の可否を決定する期間が設けられている組織や職場はその判断に任せるのがいいと思いますがそのような組織がないところの方が多いいと思います。こうした職場でも問題を抱えた人が出てその人が職場復帰をしていく事態があるわけですから、大げさな組織ではなくても管理監督者だけで決めるといようなことのないように小さくても職場復帰相談ができる組織をつくりたいものです。そこにはできるだけ外部の方を入れておくことが望ましいです。直接の管理

監督者一名と外部の方一名と及び他の一名がいるだけでも判断が豊かになりますから。職場にどのような組織をつくっておくかは職場の性質によって異なります。ようから工夫をしてほしいと思います。なお、職場復帰のタイミングとその準備さらには職場復帰後のフォローはどうしたらいいかということもありますが、かなりケースバイケースになるので、こうした職場復帰相談チームをつくって多面的に判断できるようにしておくのいいと思います。

おわりに

三回シリーズでこの健康とこのころの病いについてここまで述べてきました。このころの健康は個人だけで守りきれられるものではないことをおわかりいただくために、かなりのスペースを使わせていただきました。私たちはともすると「さあどうする」と考えがちですからこの類のことを論じるときも「ハウツウ」で述べるものが受け入れられやすいのですが、やはりそれでは目の前のものに対処できたように見えてもそれは「モグラ叩き」をするようなもので、なかなか根絶やしにはなりません。そのことをご理解いただきたくてここまで私論を展開しました。いかがでしたでしょうか。多くの方々からのご意見を賜れば幸いです。