神奈川県精神科病院協会

会　報

第７６号（2011年）

鎌倉　東慶寺　紫陽花

㈳神奈川県精神科病院協会

表紙写真提供：湘南病院　大滝 紀宏

巻　頭　言

(社)神奈川県精神科病院協会
会長　竹　内　知　夫

この度の東日本大震災により被災されました関係病院を始めとして、被災されました関係者の皆様に対して、心よりお見舞いを申し上げます。

3月11日の大地震には本当にびっくりしました。病院の四階の講堂で会議中でしたが、初めの揺れは「ああ地震だな」と思っていたところ、次に続いた揺れは今までに経験をしたことがない揺れで、これは大変だと出入り口を確保し、揺れが収まるのを待っていました。収まると同時に皆各部署に散って被害状況を確認したが、外来のカルテ棚からカルテが落ちて散乱した以外は私の机の上に積み上げた資料や書類が崩れ落ちていただけでした。一応地震に備えて各部署の棚等は以前壁に留めておいたために倒れることもなく、工事中の建物にも損傷はありませんでした。しかしその後のテレビの報道に釘付けとなり、唖然とするばかりでした。

地震の外にこれまでにない津波の被害に呆然とするとともに宮城県や岩手県の知り合いの精神科病院の状況が気になりましたが、現地は電話どころではないだろうと思い、しばらく落ち着くまではと自重しました。その後は余震や交通機関の麻痺状態で職員をどうするかに追われ、デイ・ナイトケアの患者さんの中にも帰宅できない人がいたり、職員ともども病院に泊まってもらいました。翌日には更なる被害状況が報道され、日精協・厚生労働省・精神神経学会等の情報によりいろいろと実態が分かってきました。被害病院からの患者さんの受け入れに当県も対応しなければならないと思い、事務局から会員病院にいっせいにアンケートをさせ、会員病院から合計279名の受け入れ可能の返事が来て、すぐに日精協を通じて厚生労働省に報告しました。その後6病院に61名の受け入れが在りましたが、主として大学の同窓会網による連絡・移送でした。

その後も報道ではいろいろと報告されていましたが、障害者に関する報道は全くなく、４月の中旬になってやっと知的障害者と認知症に関する報道が少しありましたが、精神障害者・精神科病院についてはその後も全くありません。

関係者による伝聞ですと、避難所でも自閉症や発達障害圏の子どもが怒鳴られたり、迷惑がられて結局は自宅に戻ったということも聞きました。こころの問題、ストレス、PTSDなどについてはいろいろと報道され、また支援も臨床心理士や精神科医たちの働きがスポット的に報道されておりますが、一番大変だったのは在宅の精神障害者とその家族だったのではないでしょうか。薬剤も製薬メーカーを通して送られましたが拠点病院中心だったようです。しかもガソリンの不足で輸送もままならなかったようで、各精神科病院の困難さは計り知れないものがありそうです。これからもまだまだ続く困難ですが、日精協を中心に今後も絶え間ない援助・支援が必要ですし我々も協力を惜しみません。

大震災のあとも余震が続いておりますが、その後の富士吉田市を中心とする夜の地震にはまた驚きました。いよいよ東海大地震までが始まるのかと一寸頭を掠めましたが、その後は小さな余震のみで少しは落ち着きました。

ただ、万一の時のことも考えておかなくてはなりません。神精協では前々から東海大地震で事務局の機能麻痺が生じた場合は、北里東病院に仮の事務局を設置することにしており、必要な予算も積み立てております。今回の大災害を教訓に再度震災時対応を充分に考えておかないとならないと感じました。

会員病院におかれましても、想定外の大災害を意識した防災計画・被災時の対応計画を再度見直して頂きたいと思います。

目　　次

1．巻頭言 …… 竹　内　知　夫

2．東日本大震災への対応 …… 1

3．最近の精神保健医療福祉の動向 …… 大　野　史　郎 …… 2

4．平成22年度 研修実施状況

○精神科看護技術研修会

精神科看護技術研修会日程表 …… 9

統合失調症の理解と対応 …… 西　本　雅　彦 …… 10

気分障害の理解と対応 …… 大　滝　紀　宏 …… 15

アルコール依存症の理解と対応 …… 真栄里　　仁 …… 20

○栄養課職員研修会

精神科における生活習慣病～現状から話題の脂肪酸まで～

…… 西　宮　弘　之 …… 34

○コ・メディカル研修会

先進諸国の精神医療改革 …… 畑　　俊　治 …… 41

先進諸国の精神医療改革―日本で何が出来て何が出来ないか―

…… 佐々木　　一 …… 42

5．平成22年度 事業報告 …… 事　　務　　局 …… 45

6．後　記 …… 大　野　史　郎 …… 69

東日本大震災への対応

このたびの未曾有の東日本大震災により尊いいのちを落とされた方々、その家族の皆さんに衷心より哀悼の意を表しますとともに、被災された多くの方々に謹んでお見舞い申し上げます。

今回の大震災では被災地の精神科医療機関にも甚大な被害が生じました。厚生労働省、日本精神科病院協会においても、被災状況の把握、これら医療機関への支援、入院患者の転院等さまざまな対策を継続しているところですが、当協会においても次のような対応をしてまいりました。

1　発災直後の「精神疾患患者の受入可能数調査」への協力
　35病院　279床　（平成23年３月15日現在）

2　被災精神疾患患者受入状況
　７病院　　62名　（平成23年３月28日現在）

3　被災精神科病院への義援金
　25病院　3,393,776円　（平成23年４月15日現在）

今後とも、当協会としましては出来うる限りの支援をしてまいりますが、本格復旧には多くの時間と資源が必要と思われます。一刻も早い復興をお祈りします。

最近の精神保健医療福祉の動向

平塚病院　大野　史郎

平成21年８月30日の第45回総選挙で民主党は公認で308議席を獲得して政権交代を実現させた。野党時代から民主党は、障害者自立支援法を含めて障害者に関わる法律を全面的に見直していくべきという考えのもとに障害者制度改革推進のプロジェクトチームを作り、そこでの決定を踏まえて参議院に障害者制度改革推進法案を提出していた。

そうした民主党は、政権交代後の精神保健医療福祉行政として、平成21年12月８日に内閣総理大臣を本部長とし全閣僚がメンバーである障がい者制度改革推進本部（推進本部）を設置した。これは平成18年12月に国連総会で採択された障害者権利条約の批准に向け、障害者基本法の改正を始め障害者差別禁止法や障害者虐待防止法の制定、障害者自立支援法にかわる障がい者総合福祉法（仮称）の制定など障害者に関わる法律を全面的に見直すことを目的としたものであった。平成21年12月15日には推進本部の下に障がい者制度改革推進会議（推進会議）が設置され、構成員は障害当事者、自治体や経済界の代表者、学識経験者など26名で、医療関係者は１人も含まれていなかった。推進会議では障害者権利条約批准に向けて国内法の整備を集中的に議論していき、さらに平成22年４月12日にはこの推進会議の下に障害者自立支援法にかわる障がい者総合福祉法（仮称）を作るための位置づけで総合福祉部会が設置された。総合福祉部会は55名の構成員であり、推進会議同様に障害当事者や障害者団体代表者が中心であり、医療関係者としては日本精神科病院協会（日精協）から１名のみの参画であった。総合福祉部会は平成22年６月までは障がい者総合福祉法（仮称）の実施以前に早急に対応を要する課題について検討が加えられ、以後平成22年９月末までは新たな障がい者総合福祉法（仮称）に盛り込まれるべき論点について議論がかわされた。

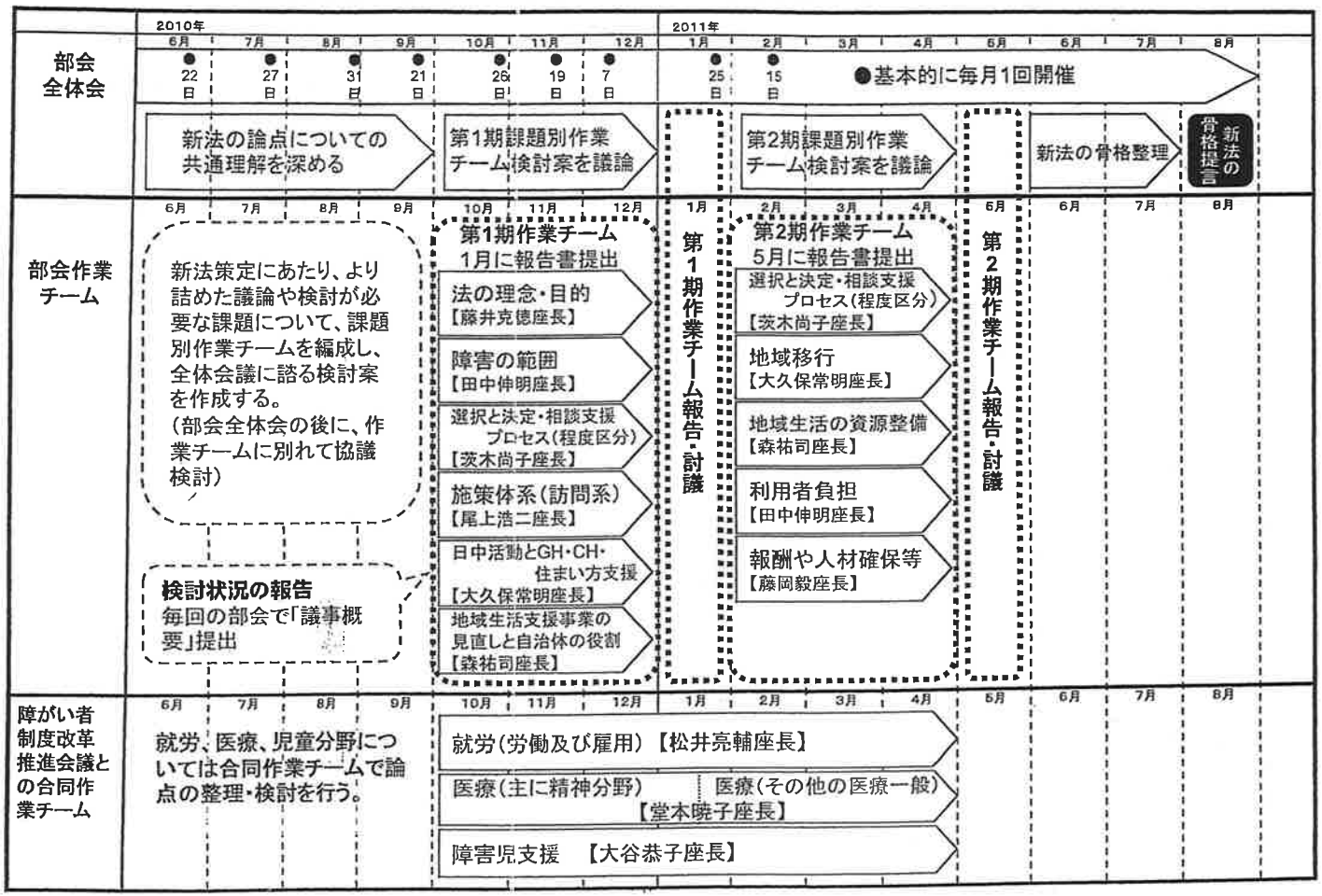
こうした総合福祉部会の動きを受けながら、推進会議は平成22年６月７日に障害者制度改革の推進のための基本的な方向性についての報告書(第一次意見)を提出し、この第一次意見が平成22年６月29日に閣議決定された。この閣議決定された第一次意見の報告書の中には精神科医療の事も書き込まれており、①精神障害者の強制入院や保護者制度の見直し、②精神障害者の地域生活支援と社会的入院の解消、③精神科医療現場における医師、看護師等の人員体制の充実などが精神科医療の課題として取り上げられていた。

総合福祉部会では、平成22年10月以降は障がい者総合福祉法を平成25年８月までに施行する方向で、第一期作業チームと推進会議と総合福祉部会との合同作業チームとに分かれ、各論の踏み込んだ議論を開始した。(表１)

合同作業チームの中の医療・合同作業チームでは、平成22年10月から12月まで精神科医療に関して、精神障害者の人達の医療をどう考えるか、精神科医療の法体系をどう考えるかなどが議論された。法体系に関しては、精神科医療は精神保健福祉法を存続し精神科医療に特化した法律のもとで行なう必要があると主張する医療関係者構成員と、精神科医療も一般医療の中で医療法のもとで行なうべきであると主張する障害当事者、障害団体代表者構成員と議論が分かれ、両論併記の形で議論は進んでいる。それぞれの第一期作業チームから議論をまとめた報告書が平成23年１月に提出され、それを受けて厚労省がそれぞれの報告書に対するコメントを出したが、内容的には現場の意見を聞きながらさらに厚労省でも検討していくという様なものであった。総合福祉部会では第一期作業チームの報告書が提出された後は、平成23年２月から第二期作業チームによる検討が行なわれており、医療関係者としての日精協の構成員は第二期作業チームの中では地域移行チームに参画し、精神科における地域移行では受け皿となる住居施設の整備の充実がまず必要であるという従来よりの主張を展開している。平成23年５月には第二期作業チームとしての報告書が提出される予定になっている。

総合福祉部会が以上のような形で活動を行なっている間、親会議である推進会議は障害者基本法を改正するための論議を集中的に行ない、平成22年12月17

（表１）　総合福祉部会2010年から2011年活動スケジュール（案）



日に障害者制度改革の推進のための第二次意見を提出した。この第二次意見は、推進会議が要望する障害者基本法の改正案であるが、その中には精神科医療に関連する項目として、精神障害者に係る地域移行の促進と医療における適正手続の確保ということで、①精神障害者の社会的入院を解消し、強制的措置を可能な限り無くすため、精神病床数の削減その他地域移行に関する措置を計画的に推進し、家族に特別に加重された責任を負わせることなく、地域社会において必要な支援を受けながら自立した生活を送れるよう通院及び在宅医療のための体制整備を含め必要な施策を講ずること、②障害者に対する非自発的な入院その他の本人の意思に基づかない隔離拘束を伴う例外的な医療の提供に際しては、基本的人権の尊重の観点に基づき、当該医療を受ける障害者に対して、障害のない人との平等を基礎とした実効性のある適正手続きを保障する制度を整備することなどが盛り込まれていた。提出されたこの第二次意見はまず各省庁で調整が行なわれ、さらに政府で検討がなされた。そして内閣府は平成23年２月14日に障害者基本法改正案の法案要綱案を推進会議に提示したが、その提示された障害者基本法改正案の内容は理念法としての総論的なものであり、第二次意見に盛り込まれていた精神障害の分野に関する各論的な内容は取り上げられていなかった。

内閣府における推進会議やその下の総合福祉部会が以上のようなスケジュールで活動していくなか、厚労省は自民党政権下での「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において、平成21年９月に「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」を公表した。そして政権交代後、平成22年４月３日に民主党の厚生労働大臣が直接「こころの健康政策構想会議」の開催を要請し、東京都の松沢病院が中心となり集中的に会議が開催され、平成22年５月28日には「こころの健康政策構想会議」としての提言書が公表された。これを受けて厚労省は、今後の精神保健医療の具体化に向けた「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を平成22年５月31日に障害当事者・家族、医療関係者、地域での実践者、有識者などを中心に設置を考え日精協にも構成員１名の参画を要請してきた。しかし日精協は「こころの健康政策構想会議」の構成

員の問題や提言書の内容が精神科医療現場である精神科病院の意見が全く反映されていない点などから、この検討チームでは精神科医療現場からの現実的な意見を十分反映させられるように、日精協からこの検討チームに参画する構成員数を当初の１名から３名に増員することで参画し、検討チームはスタートした。

まず第一ラウンドとして平成22年５月31日～６月17日の期間で、来年度予算編成での具体化を目指し、アウトリーチ体制を中心に地域精神保健医療体制の整備に関する検討会を４回行ない報告書が出された。その後第一ラウンドのアウトリーチ推進事業は７億円の予算をつけて地域でのモデル事業をスタートさせる形で進んでいる。（表２）

第二ラウンドとしては平成22年９月２日より認知症と精神科医療に関して検討を実施し、平成22年12月22日に中間とりまとめの報告が行なわれた。（表３）報告書の内容は、基本的には認知症も地域でどう支えていくかという事が中心にまとめられていた。認知症に関しては平成23年12月22日の中間とりまとめで一端終了し、平成23年４月～５月頃より平成24年度の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、認知症の診療報酬上の評価に関しての検討チームが再開される。

第三ラウンドは昨年の６月29日の閣議決定を踏まえて「保護者制度・入院制度」のあり方について検討がスタートし、作業チームも設置された。まず保護者に課せられた義務の法的意義とあり方について平成23年夏を目途に検討を行ない、その後は入院制度のあり方について検討に入っていく予定である。

このように政権交代後、障害者制度改革に関する大きな動きがあり、これらの動きに伴う内閣府、厚労省における精神障害者関連の検討は継続的に現在も行なわれており、神奈川県精神科病院協会においても今後の精神保健医療福祉に関する動向に注意を払っていき必要な要望や提言などを行なっていかなければならないと思う。

（表２）

精神障害者アウトリーチ推進事業のイメージ

平成23年度予算案
7億円（特別枠）

★ 在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える。

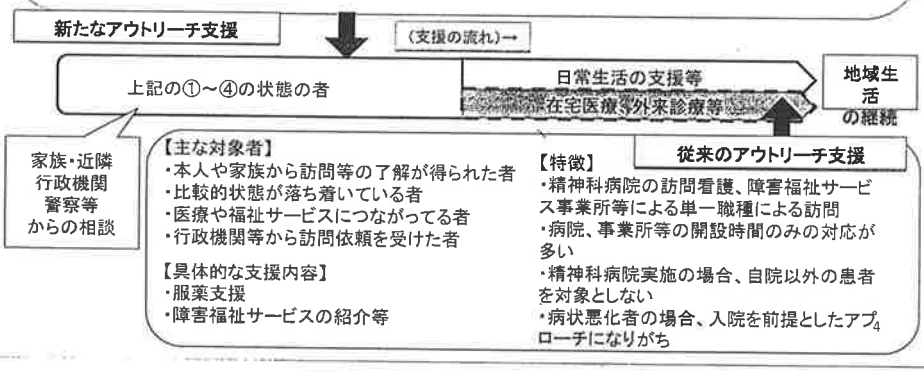
【特徴】・医療や福祉サービスにつながっていない（中断している）段階からアウトリーチ（訪問）を実施
・精神科病院等に多職種チーム（他業務との兼務可）を設置し、対象者及びその家族に対し支援
・アウトリーチチームの支援により、診療報酬による支援（訪問看護等）や自立支援給付のサービスへつなげ、在宅生活の継続や病状安定をはかる

3

新たなアウトリーチ支援の特徴等

【主な対象者】
①受療中断者 ②未受診者 ③ひきこもり状態の者
④長期入院の後退院し、病状が不安定な者
※当分の間は主診断名が統合失調症圏、重度の気分障害圏、認知症による周辺症状がある者（疑含み）を主たる対象とする
※精神科病院、精神科診療所の実施の場合は、自院以外の患者も対応する
【具体的な支援内容】
・24時間（休日、夜間含）、対象者及び家族へ迅速な訪問、相談対応
・ケアマネジメントの技法を用いた多職種チームによる支援
・関係機関との連絡、調整及びケア会議の開催

【特徴】
・医療や福祉サービスにつながっていない段階からのアウトリーチ（訪問）による支援を行う
・医療と日常生活の支援の両側面からの支援（協力医の確保）
・24時間相談対応可能（対象者及びその家族、関係機関に限る）
・状況に応じ、地域の関係職員もチームに加え対応
・家族への支援等についても対応可能
・病状悪化者の場合でも、できるだけ入院させず在宅支援を前提



4

（表３）

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第2R）
認知症と精神科医療　中間とりまとめ　概要

平成22年12月22日

基本的な考え方

認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを尊重し、残された力を最大限生かしていけるような支援をすることを前提とする。

その上で、認知症患者に対する精神科医療の役割としては、以下の点を、基本的な考え方とすべきである。

① 認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。

② 入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とする。その際、アウトリーチ（訪問支援）や外来機能の充実を図り、本人だけではなく、家族や介護者も含めて支援していく。

③ BPSDや身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進する。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。

④ 症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするため、認知症の方の生活を支える介護保険サービスを初めとする必要なサービスの包括的、継続的な提供の推進等により地域で受入れていくためのシステムづくりを進める。

⑤ このため、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発、導入を通じて、入院時から退院後の生活への道筋を明らかにする取組を進める。

⑥ 症状が改善しないため入院の継続が必要な方に対して、療養環境に配慮した適切な医療を提供する。

⑦ 地域の中で、精神科の専門医療機関として、介護や福祉との連携、地域住民への啓発活動に積極的な機能を果たす。

具体的な方向性

1　認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化

（1）地域での生活を支えるための精神科医療
（2）BPSDを有する患者への精神科医療
（3）身体疾患を合併している認知症患者への入院医療
（4）地域全体の支援機能

2　現在入院している認知症患者への対応及び今後症状の面からみて退院可能と思われる患者が地域の生活の場で暮らせるようにするための取組

（1）認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組
（2 症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

平成22年度 精神科看護技術研修会

精神科看護技術研修会日程表

産業貿易センタービル
横浜市中区山下町

期　日	午　前		午　後	
11月15日 （月）	開講式	「神奈川県の精神保健について」 神奈川県保健福祉局 保健予防課Ｇリーダー 畫場　壽代　氏	「統合失調症の理解と対応」 東横恵愛病院 院長　西本　雅彦　先生	
16日（火）	「気分障害の理解と対応」及び「自殺の現状と対策の必要性」 湘南病院　副院長 大滝　紀宏　先生		「児童思春期患者の理解と対応」 地方独立行政法人神奈川県立病院機構　こども医療センター 児童思春期精神科医長 新井　　卓　先生	
18日（木）	「急性期患者の理解と対応」 曽我病院　看護部長 渡辺　勝次　氏		「アルコール依存症の理解と対応」 久里浜アルコール症センター 精神科医長 真栄里　仁　先生	
19日（金）	「心理療法について」 川﨑幸クリニック 臨床心理士　稲富　正治　氏		「認知症の理解と対応」 秦野厚生病院 看護部長 朝野　紀代美　氏	閉講式

統合失調症の理解と対応

東横恵愛病院
院長　西本　雅彦

統合失調症とは

- 1）陽性症状（幻聴などの幻覚、妄想、興奮、猜疑心、思考障害など）と、陰性症状（感情鈍麻、引きこもり、自発性の欠如、疎通性の障害、意欲低下）が、さまざまな程度で組み合わされ疾患。
- 2）思春期から30歳台に発症
- 3）有病率は、100人に一人。日本73万4千人

統合失調症診断基準

- A)特徴的症状：以下のうち2つ以上、各々1ヶ月間。①妄想、②幻覚、③解体した会話、④ひどく解体した、または緊張病性の行動、⑤陰性症状（感情の平板化、思考の貧困、意欲の欠如）
- B)社会的または職業的機能の低下

統合失調症の主な症状 シュナイダーの一級症状

- 1）思考化声
- 2）対話形式の幻聴
- 3）自分の行為を批判する幻聴
- 4）身体への影響体験
- 5）思考奪取および思考の被影響体験
- 6）思考伝播、7）妄想知覚
- 8）感情・欲動・意志の分野における外からの作為体験

統合失調症の主な症状 シュナイダーの二級症状

- 一級症状以外の形式の幻覚
- 妄想着想
- 抑うつ気分と爽快気分
- 困惑
- 感情の貧困化

統合失調症の主な症状 シュナイダーの一級症状

- 1）思考化声：自分の声がブーメランのように舞い戻ってきて聞こえる。
- あるいは自分の考えを外部の声としてあらためて聞く。
- 2）対話形式の幻聴
- 二人以上の人声が会話しているのを聞く。会話の内容は患者のことが多い。

統合失調症の主な症状 シュナイダーの一級症状

- 3）自分の行為を批判する幻聴
- 自分のすることにいちいちコメントする。「そんなことをしてはいけない」
- 「あ、ばかなことをしている」

統合失調症の主な症状
シュナイダーの一級症状

- 4）身体への影響
- 身体の感じを、異常な感じとして、他人からされていると感じる。
- 「電波を送りつけられている」「頭の中に受信機を入れられ、一日中通信している」
- 「電磁波で頭の中をいじられている」

統合失調症の主な症状
シュナイダーの一級症状

- 5）思考奪取および思考の被影響体験
- 「自分の考えが抜き取られ、なくなる。考えようとするたびに抜き取れるので、考えることができない」という思考奪取。
- 思考の被影響体験は「他人に無理矢理考えさせられる」
- 6）思考伝播：自分の考えが相手に筒抜けになる、テレパシーで察知される。

統合失調症の主な症状
シュナイダーの一級症状

- 7）妄想知覚：知覚の対象に妄想的な意味付けをする。
- 「誰かが、何のためか分からないが、自分をあてこするために、ここにタバコを置いたんだ」「誰かがAという意味を示そうとして、Bを自分に見せつける」
- 「車が止まっているのは、自分を狙っている組織が自分を監視するためである」

統合失調症の主な症状
シュナイダーの一級症状

- 8）させられ体験、作為体験：
- 相手にあやつられている。相手にいいようにされてしまっている。
- 外部からコントロールされる感じを電波、装置、インターネットなどで受ける。

統合失調症の主な症状
シュナイダーの二級症状

- 1）妄想着想：突然、何かを思いつくこと。「あ、私は天皇の子どもだ」「私の親は本当の親ではない」。着想が突然に生じ確信される。
- 2）感情の貧困化：感情が乏しくなり「自分の心が冷えていく」。生き生きとした感情を失い、喜怒哀楽の適切な表現が乏しくなる。

妄想：一次妄想と二次妄想

- まったく根拠を持たない妄想を**一次妄想**（「おれはナポレオンの生まれ変わりだ」「近所の人たちが私を電波で攻撃している」など）
- 何かしらの経験と関わりがある妄想を**二次妄想**（「私の病気は不治の病なのだ」「皆の不幸は私のせいなのだ」など）。状況から了解可能な妄想（躁病やうつ病エピソードにおける気分から了解可能な妄想で、気分に一致した妄想。

統合失調症の妄想

- **被害妄想**：他人から悪意をもって害されていると信じる妄想。何らかの犯罪的な干渉を受けていると信じこみ、事業や就職などにおいて失敗しても、他者からの攻撃で失敗したと考えたり、「脳内に何らかの機器を埋め込まれ、意識や行動を操作されている」と考えたりする。
- **注察妄想**：「常に盗聴されている」とか「隠しカメラで監視されている」と思い込む妄想。
- **関係妄想**：周囲に起こっている現実を自らに結びつけて考える妄想。

統合失調症の鑑別診断

- 1）器質性、症候性（症状性：脳以外の全身性の疾患ないしは障害に続発して、脳への侵襲が認められる器質性精神障害）精神障害。例SLE、甲状腺機能亢進症、神経梅毒、ハンチントン病、側頭葉てんかん、ステロイド性精神病
- 2）薬物、アルコール性精神病
- 3）せん妄
- 4）他の精神疾患（人格障害、気分障害、自閉症）
- 上記を除外しないと診断できない。

経過

- ①前駆期:眠れない、音に敏感、焦りの気持ち、気分の変わりやすさ
- ②急性期:幻聴、妄想、不眠、不安になりやすい
- ③消耗期(休息期):眠気が強い、体がだるい、ひきこもり、意欲が出ない、自信がもてない。(数ヶ月程度の休息、規則正しい生活、あせらず、無理せず)
- ④回復期:ゆとりがでてくる、周囲への関心の増加

経過

- 前駆期、急性期、消耗期(あせらず長期の休養が必要)、回復期
- 再発を繰り返すと意欲低下、無関心などが強まる傾向あり。つまり、再発予防が重要。

急性期の対応①(陽性症状に対して)

- 陽性症状(幻覚:あるはずのない声が聞こえたり、見えたりする。妄想:危険にさらされていると思い込み強い不安感や敵意を抱く。させられ体験:誰かに操られているような感覚を抱く。支離滅裂:物の見方、考え方に一貫性がなくなる。
- 神経の興奮がひどく、過敏になるために起こる症状。イライラして怒りっぽくなり、身体的、精神的に活発になるため、気づかれやすい。

急性期の対応②(陽性症状に対して)

- あいづちを打ちながら聞く。患者様の思い込み、妄想の背景には強い不安感がある。まず、患者様を受け止め、共感することが大切。しかし、妄想を具体的に説明させるような質問は控える。
- 頭ごなしに否定しない。誤りであると論理立てて説明しても、逆に「自分のことを信じてくれない」「否定される」と患者様に不信感を植え付けることになる。

急性期の対応③(陽性症状に対して)

- 興奮時はなるべく静かな環境を作る。
- 1)テレビ、ラジオはなるべくつけない。
- 2)人ごみへの外出は避ける。
- 3)会話はゆっくり、簡潔に。
- 4)確実に睡眠を確保する。
- 5)本人も家族も無理をしない。

消耗期は十分すぎるまで休む

- 薬は、急性期に引き続き、ある程度使い続ける。急性期にはたくさんのエネルギーを使うため、不足分を取り戻そうと、体は休息をたくさん取るようになる。使い果たしたエネルギーを蓄える充電期間。
- 決してあせらない。よく眠れる、夜だけでなく日中も良く眠る。根気が続かない。活動レベルが下がって、ぼんやりする。

消耗期の対応

- まわりは、あせらずに待つ。疲れ果てた精神が元に戻るには、とても時間がかかることを理解する。周りの人が思っている以上に疲れており時間がかかる。
- 消耗期、回復期を経て、本調子に戻るまで2ー3年はかかると考える。

回復期の対応

- 気持ちにゆとりがでてくる。行動範囲は徐々に広がる。最初は自分の好きなこと、ストレスの少ないことから始める。
- 少しずつ活動しながらも、休みをしっかり取り入れる。
- 疲れがたまっていないか、あせっていないか確認していく。
- 簡単な作業から始める。

リハビリの必要性①

- 統合失調症患者は生活のしづらさがある。
- ①対人関係の困難：挨拶が苦手、心のゆとりがなくなる、緊張する
- ②作業、集中の困難：疲れやすい、集中力、注意力を持続できない
- ③日常生活の困難：不安、消極的、決断が苦手
- 家庭は最初のリハビリの場：家事をする（身の回りの片付け）。声に出して気持ちを伝える。短期のアルバイトや作業所で作業を。

リハビリの必要性②

- リハビリテーションとは「できないことを、できるようにすることではない」
- リハビリテーションとは、より良く暮らすために行う手段。
- 生活全般が、リハビリテーションと考えて、積極的なサポートを。

リハビリの必要性③

- 回復期には、多くの場合、本人も家族も『以前と同じ状態に』とあせるが、逆効果。
- あせらずに身の周りのことから慣らしていく。朝起きて朝食を食べる。日中、外出して、体を動かすなど。

リハビリの必要性④

- 家庭でのリハビリに慣れてくると，単調になりがち。
- 他の人との関係を広げたいと感じたら、施設を利用する（デイケア、作業所など）
- 保健所、精神保健センター、地域生活支援センターや医療機関のソーシャルワーカー、職員へ相談する。

再発を防ぐには①

- 再発を繰り返すと、回復までにより時間がかかったり、回復の程度も低くなる。
- 再発前には、必ず何らかのサインがあるので、それを見逃さず、休みを取ったり、薬物調整を早めにすることが大切。
- 睡眠や生活のリズムについて普段から話す習慣をつけておくことが大切。

再発を防ぐには②

- 周囲からわかる変化（患者様の環境が大きく変わったときには注意が必要）
- 1）職場が変わった、心配な出来事が起こった、返事がつっけんどんになり、口調がつよくなった、仲の良い友達とけんかするようになった。
- 2）ぼんやりしたり落ち込んだりする。注意散漫になり、話がきちんと聞けない

再発を防ぐには③

- 自分で気づくサイン
- 1）寝つきが悪い、夜中に目がよく覚める、熟眠感がないなどの不眠
- 2）神経が過敏になり、以前は気にならなかったいろいろなことが気になり始めた。
- 3）不安感、あせりがつよくなった。
- 　ほどほどでいいという感覚がなくなり、無理を通そうしたり、気持ちに余裕がなくなってきた。

再発を防ぐには④

- **感情表出（EE研究）**
- 統合失調症の再発の有力な予測因となる家族の患者に対する態度
- ：批判的なコメント、敵意、情動的な巻き込まれ（過干渉）＝感情表出が高い：高EE
- 統合失調症の退院9ヶ月間の再発率：高EEの家族の元へ帰った人の再発率は46%、低EE家族の元へ帰った人の再発率8%。

再発を防ぐには⑤

- 高EE群の中では、直接接触する時間が長い者や薬物療法をきちんと受けなかった人は、さらに再発しやすかった(92%)。
- ただし、高EEはうつ病再発や摂食障害の再発予測因子である。

再発を防ぐには⑥

- 再発のサインに気づいたら早めに主治医へ相談する。
- 詳しく話すことで、不安感は緩和される。
- 薬物を増量したり、調整する。
- 生活のリズムや休み方について、話し合う。
- 自殺はしない約束をする(自殺願望がある場合、一時的に入院が必要なケースもある)。

回復(Recovery)に必要な要素

- 1)症状が消失した寛解状態
- 2)就労、アルバイト、家事ができる
- 3)自立した生活
- 4)いきいきしている、他人と交流ができる

アドヒアランス(服薬状況)

- 1年で40%、2年で75%の患者が薬の飲み方が悪くなったり、飲まなくなる。
- 処方日数/通院間隔が80-100%を保つこと。保つことで1年後には10%しか再入院していない。
- 80%以下だと入院が2.4倍に増加。飲みすぎもよくない。

ｱﾄﾞﾋｱﾗﾝｽに影響する因子

- 1)患者要因:誇大妄想をもつ患者や病識のない患者は低い。
- 2)治療要因:副作用、投与回数、費用(自立支援法を使う)
- 3)環境要因:社会的サポート、経済的サポートが大切。

薬を減らし始めるタイミング

- 薬を飲んでいても以前と変わらない、ぼんやりした状態が苦にならない場合、今の服用量を続ける。
- 同じ用量を飲んでいて、気持ちにゆとりが感じられるようになったり、活動できない状態が苦痛に感じるなど「薬が効きすぎ」という感覚が出てきた時、少し減らし始める。

薬物治療を正しく理解する

- 症状が落ち着いても、服薬続ける人と、中断した人では、再発のリスクが3-4倍違う。少量でも、服薬を続けることが再発予防にもっとも大切。
- 薬物療法について正しく理解していないと、患者様をとがめてしまう。例えば「薬を飲むのは治っていないからだ」「薬は飲んで当然だ」「薬を飲まなくてはならないなんてかわいそう」「薬に頼るべきでない」「病は気のもちよう」。薬は必要なもので、飲み続けることは大変なこととであるため、配慮が必要。

気分障害の理解と対応

総合病院湘南病院
副院長　大滝　紀宏

本日の内容

- はじめに
- うつ病への気付き
- うつ病とは
- 高齢者の‘うつ’の特徴
- うつ病の治療
- 双極性障害（躁うつ病）とは
- ‘うつ’を防ぐ生き方
- すこやかな眠りのために

あなたのこころは疲れていませんか？

- 警察庁によると、昨年自殺をした方は全国で年間32,845人を数え、1998年以来12年連続で3万人を超えています。3万人といえば東京マラソン(フルマラソン)の参加人数です。
- 一人亡くなると、関わった三倍以上の人が苦しむともいわれています。自殺者を減らすのが私たちの願いです。

あなたのこころは疲れていませんか？

- 自ら命を絶つ方は、経済的問題、家庭問題、病気等多数の要因を抱えています。失業率が高いと自殺する方が増えます。
- しかし自殺に至る最終段階では、多くの方が「うつ病」にかかっています。経済的苦境はすぐに変えられなくても、「うつ病」を早期に発見することで自殺を水際で防止できます。

あなたのこころは疲れていませんか？

- 「うつ病」は誰でもかかる病気であり、恥ずかしいことではありません。「うつ病」では通常2週間以上続く不眠が出現します。落ち込んだり、眠れなくなったりしたならば、すぐかかりつけ医か精神科医にご相談ください。ご家族に相談することも大切です。

大切な人がうつ病かな？と思ったら

- うつ病になると、ゆううつな気分になり、以前楽しんでいたことが楽しめなくなります。しかし、うつ病はご本人およびご家族にとって「なまけ」や「一時的な疲れ」と思われ、見過ごされがちです。以下の日常生活の変化に気をつけ、大切な人のうつ病を見逃さないようにしてください。

大切な人がうつ病かな？と思ったら

- 毎朝、新聞を読んでいたのが、新聞を読まなくなった。
- 以前は休みの日に必ずやっていた好きなことをやらなくなった。
- ささいなことを気にするようになった。
- 会社に行くのを嫌がるようになった。
- 以前ほど笑わない。

大切な人がうつ病かな？と思ったら

- ため息が多く、涙もろい。
- 身だしなみに気を使わなくなった。
- 家事がはかどらない。
- 「眠れない」「疲れた」とよく言う。
- 食欲のない日が続いている。

大切な人がうつ病かな？と思ったら

- いかがでしょうか？
- おおむね3項目以上あてはまる場合は、かかりつけ医か精神科医に相談してください。どこに相談に行って良いかわからない場合には、保健所にご相談ください。

1. 今なぜうつ病が注目を集めているか？

1)うつ病の増加
他の精神疾患はそれほど増えていない。
2)自殺数の増加
失業率に並行し、平成10年(1998年)から年間3万人以上。
多くの方が、死亡直前にはうつ病・うつ状態を呈する。
しかし、ほとんど精神科・心療内科受診していない。
3)企業内での注目
成果主義、長時間残業、終身雇用の崩壊。
4)高齢化社会の進行
認知症とうつ病。家族状況も影響している。

2. うつ病について、私の基本的な考え方

1)いろいろな因子が心の状態に影響する。
身体疾患は(がん)、体質(遺伝)、心理的な因子、性格
2)治療は、薬だけに頼らない。
話を伺う、休養させる、考えていただく、認知行動療法等
3)病気の治療をするだけでなく、健康な部分を伸ばす。
症状をとるだけではなく、症状の意味を考える
症状と付き合う方法を考える
4)休養から、適宜リハビリテーションに移行する。
休んでいるだけでも治らない
5)「災い転じて福となす」という視点が大切。

3. うつ病について

1)うつ病の分類
世界保健機関:WHOによる

F3 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
F33 反復性うつ病性障害
F34 持続性気分(感情)障害
F34.0 気分循環症
F34.1 気分変調症

1)うつ病の分類(続き)
アメリカ精神医学会による

F3 気分障害(Mood Disorder)
うつ病性障害
・大うつ病性障害
・気分変調性障害

双極性障害
・双極性Ⅰ型障害 (躁病エピソードの存在)
・双極性Ⅱ型障害 (軽躁病エピソードの存在)
・気分循環性障害

非定形うつ病

2)うつ病の症状

気分の落ち込み
暗い表情、憂うつ、さみしい、涙もろい、自分を責める、死にたい
意欲の低下
やる気が出ない、おっくう、反応が遅い
思考力の低下
集中できない、理解できない、決定できない、(時に病識の欠如)
うつ病の妄想
(心気妄想、虚無妄想、貧困妄想、罪責妄想)
身体的訴え
食欲不振、不眠、頭痛(頭重感)、めまい、動悸、全身倦怠感、
便秘、下痢、性欲低下

3)うつ病の原因

体質×ストレス×性格→脳内の神経伝達物質の異常
(特にセロトニンの減少)

家族にうつの人がいるとなりやすい

あらゆることがストレスになりうる:仕事、過労、
家庭の悩み、昇進・・・

メランコリー親和型性格:真面目、几帳面、仕事熱心、
他者への配慮をする人

4）出現率

アメリカ精神医学会　によると
　ある時点でうつ病にかかっている人の割合
　　男性：2～3%　　女性：5～9%
　一生のうちに一度はうつ病にかかる人の割合
　　（生涯有病率）
　　男性：5～12%　女性：10～25%
日本の調査では生涯有病率は
　　男性：4.2%　　女性：8.3%
発症しやすい年齢は25歳から35歳　（何歳でもおきる）
　小学生や中学生もうつになると言われている。
　65歳以上でうつ病の人は3.9%
がん患者のうち、20～25%はうつ病と言われている。

5）高齢者の特徴

- 身体的能力の低下
  視力低下、聴力低下、持久力低下、転びやすい、
  体の病気が多い。（脳梗塞、心筋梗塞、高血圧、糖尿病）
- 精神的能力の低下
  記憶力低下、粘りがない、反応が鈍い
- 睡眠障害が出現しやすい。
  中途覚醒、早朝覚醒（多い）
- 社会的な変化
  退職等による付き合いの狭まり
  近親者の死亡等喪失体験、収入低下

6）高齢者の主な精神症状

- 4D
  Depression：うつ
  Dementia：認知症
  Delirium：せん妄
  Delusion：妄想
- 1A
  Anxiety：不安

7）高齢者うつ病の特徴

- 体のことを気にする。
- 死にたい気持になりやすい。
- 不安、焦燥感（あせり）が強い。
- 心気妄想、被害妄想、罪責妄想を持ちやすい。
- しばしば認知症のように見える。（仮性認知症）
- 脳の病気を背景とする場合が多い。
  小さい脳こうそくなど。

表1　うつ病による仮性認知症と老年期の真性認知症の鑑別表

	うつ病	認知症
発症	比較的急速、発生と行動の著しい変化は2～4週以内に明白になる	潜行性で不明確、認識機能障害が発症後数カ月以上不明確なことを示す
発生と行動	変動に乏しく、多くは抑うつ的で気力・思考力の低下や精神運動制止および自己愛傷をみる。時に不安、焦燥感により形容的となる	変動に富み、多幸的・抑うつ的になることあり。対応機能の障害に伴う各種の問題行動を認めることあり
知的能力	一般に侵されないが、時に仮性認知症を示すことあり	明らかに侵され、記憶力・判断力の低下や身体面の障害などを認める
自己像	著しく障害され、自責的となる	一般には変化なく、自責的言動なし
身体的訴	不眠、食欲低下、自律神経症状	時に不眠
経過	自然寛解、遷延する場合には薬物療法や精神療法で回復しうる	一般に慢性で進行性の経過、一部の行動異常には薬物療法も有効

（中根允文：老年者のうつ病の特徴、Therapeutic Research 10:2468-2475, 1969 より）

8）うつ病の治療

- 休養
- 薬物（睡眠薬、抗うつ薬）
- 生活指導
- 認知行動療法
- 光療法
- 電気けいれん療法
- その他

うつ病の薬物療法

SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）：
　効果はマイルドであるが、同時に副作用もマイルド。
　副作用としては、消化器症状、時に元気が出すぎる。
　パキシル：
　　うつ病・うつ状態（40mgまで）、パニック障害（30mg）
　　強迫性障害（50mg）、社会不安障害
　ルボックス、デプロメール：おおむね150mgまで
　　うつ病・うつ状態、強迫性障害
　　社会不安障害（SAD：Social　Anxiety Disorder）
　ジェイゾロフト：100mgまで
　　うつ病、パニック障害。

うつ病の薬物療法（続き）

SNRI
　（セロトニン・ノルエピネフリン再取り込み阻害薬）
　トレドミン：
　　うつ病・うつ状態（おおむね100mgまで）
　　排尿障害、ねむけ、けいれん等が出現する
　　可能性あり。
　サインバルタ：20mg～60mg
　　新薬。比較的早く意欲が出る。不眠の可能性あり。

うつ病の薬物療法（続き）
その他の抗うつ薬

ドグマチール：
落ち着く、乳汁分泌、無月経に注意

テトラミド：
ねむけがでる。せん妄に有効。

レスリン、デジレル：
焦燥感に効果的、ねむけが出やすい。

リフレックス、レメロン：15mg～45mg
比較的安全。副作用はねむけ、食欲増進。

うつ病の薬物療法（続き）

三環系抗うつ薬：
トリプタノール、アナフラニール、アモキサン等
効果は確かであるが、全般に、口渇、便秘、排尿困難等の副作用が出現する可能性が大きい。

その他：
抗不安薬（ソラナックス、デパス等）
気分安定薬（炭酸リチウム＝リーマス、デパケン）
睡眠薬（マイスリー、レンドルミン、ロラメット等）
補助薬として抗精神病薬（エビリファイ、セロクエル等）

9）診断と治療のポイント（こつ）

①とりあえず「きっかけ」になった事柄から離して休ませる
→しかし「きっかけ」は原因とは限らない。
その人の体質や性格、環境等も考慮する。
②初診時、はっきりと言葉に出して「自殺しないこと」を約束させる。
③うつ病の治療経過には波がある。良くなったり悪くなったりをくり返しながら、次第に良くなる。
→いわば「三寒四温」、「冬きたりなば、春遠からじ」（byシェリー）
④病初期は「休む」ことを旨として治療をするが、軽快してきたら少しずつ体を動かすように助言する。
（リハビリテーションも必要）

10）新しいタイプのうつ病：しばしば、企業内でみられる

○仕事一体型うつ病
SE等、仕事が楽しくて仕方がない中で無理をする、休職中も頑張る。

○知識専門家型うつ病
専門職から管理職になった途端、力が発揮できなくなる

○ディスチミア親和型うつ病
（語源はdysthymia気分変調症）
「私、うつかも症候群」（週間ダイヤモンド）
あるいは「うつは過労の病」という思い込みが影響している可能性がある。

11）看護上のポイント

- 受容的に接する
  励まさない、希望をもてる関わりを心がける
- 自殺指標を見落とさない
  あせり、不安、徘徊、死にたい気持の表明は？
- 物理的な安全を図る
  ひも、ガラス、刃物等を遠ざける
- 死なない約束をさせる
- チーム内での情報交換を密にする
  家族も大切な協力者

参考資料

	メランコリア親和型うつ病	ディスチミア親和型うつ病
年齢層	中高年層	青年層
顕著する気質	執着気質 メランコリー性格	Student apathy 退却傾向と無気力
病前性格	社会的役割・規範への要請 規範に対して好意的 元々仕事熱心	自己自身への要請 規範に対して「ストレス」であると抵抗する もともと仕事熱心ではない
症候学的特徴	疲労と罪責感	回避と抵抗的感情
治療関係と経過	初期には「うつ病」の診断に抵抗する その後は「うつ病」の経験から新たな「無理しない生き方」を身につける。	初期から「うつ病」の診断に協力的 その後も「うつ症状」の存在確認に終始しがち
薬物への反応	多くは良好（病み終える）	多くは部分的効果にとどまる （病み終えない）
行動特性と認知の変化	行動変化は疾病による うつを経験して認知が変化する	どこまでが「生き方」でどこからが「症状経過」か分からない。認知は同じ
予後と環境変化	休養と服薬で軽快しやすい	休養と服薬のみではしばしば慢性化する

4. 双極性障害（躁うつ病）とは

- 躁状態とうつ状態をくりかえす
- 躁状態の症状
  気分が高揚する、意欲が亢進する、不眠、多弁
  多動、易怒性、万能感、誇大妄想、時に病識欠如
  アルコール多飲
- 社会的な影響
  信用を失う、人間関係を失う、財産を失う

4. 双極性障害　2）治療

- 薬物療法
  気分安定薬（リーマス、デパケン、テグレトール）
  リーマス（炭酸リチウム）は副作用に注意
  甲状腺機能低下症、振戦、意識障害、けいれん
  抗精神病薬（ジプレキサ、リスパダール等）

4. 双極性障害　3)生活指導、看護

■ 看護上の注意
ゆっくり休める環境を作る
逸脱行為を制限する
プライドを傷つけない
禁酒、禁ギャンブル

5. 心の健康を保つためのヒント

1)健全な助言
①(実際には難しいが)働き過ぎない。
「明日できる事は今日するな」『断続の勧め』

②仕事を自分だけで背負わない、人の力を借りる。
→あらかじめ仕事量を区切る。
「テキトーにする」ことは考えない。

③人に会う→気晴らしになるし、助言も得られる(堂々巡りの解消)。

④体の健康を保つ「健全なる精神は健全なる身体に宿る」(?)
栄養を十分とりよく眠る。持病を治す。運動をする。
特にウォーキング等、有酸素運動を定期的にする。

こころの健康を保つためのヒント(続き)

⑤朝の光を浴びる。
生体リズム(体内時計)にいい影響があると言われている。

⑥趣味を持つ。
できるだけワクワクする時間を大切にする。

⑦開き直る。よい結果が出なくても、自分を責めない。
「人事を尽くして天命を待つ」「身を捨ててこそ浮かぶ瀬もあれ」
「明日は明日の風が吹く」→最後は、『ま、いいか』

⑧笑う。漫才でも落語でも冗談でもOK。
「笑う門には福来たる」

こころの健康を保つためのヒント(続き)

2)かっこ悪い助言
①自分を誉める　鏡に聞く
『ずぶずぶの自己愛を！』『自分にご褒美を』
『自分が幸せでなければ、人に優しくはなれないよ』
と言い聞かせる。
(冗談ですが)『自分に優しく、人に厳しく』

②愚痴を言う
ただし、相手を間違えない事
(配偶者には、やめたほうがいいかも)

こころの健康を保つためのヒント(続き)

3)人には勧められない助言(有効ですが)
①人の悪口を言う。

4)やめたほうがいいストレス発散方法
①アルコール
酒は楽しんで飲むのは良いが、うさばらしには
逆効果(耐性が生じ、必要量が増える)
②ギャンブル　その他

註　「　」はことわざ等、他でも言われているもの
『　』は大滝オリジナル

6. すこやかな眠りのために

■『睡眠障害の対応と治療ガイドライン』
12の指針を踏まえて
1)睡眠時間は人それぞれ、日中の眠気で困らなければ十分
2)刺激物を避け、眠る前には自分なりのリラックス法
3)眠たくなってから床に就く、就床時刻にこだわりすぎない
4)同じ時刻に毎日起床

6. すこやかな眠りのために

■『睡眠障害の対応と治療ガイドライン』
12の指針を踏まえて
5)光の利用でよい睡眠
6)規則正しい3度の食事、規則的な運動習慣
7)昼寝をするなら、15時前の20～30分
8)眠りが浅い時は、むしろ積極的に遅寝・早起きに

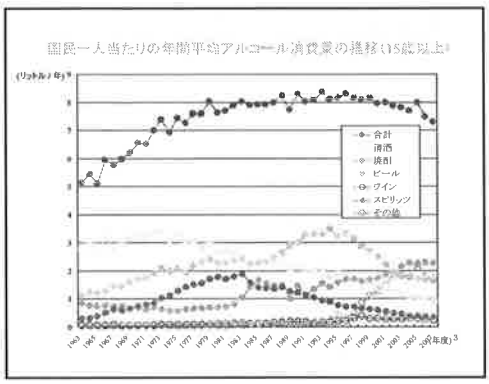
6. すこやかな眠りのために

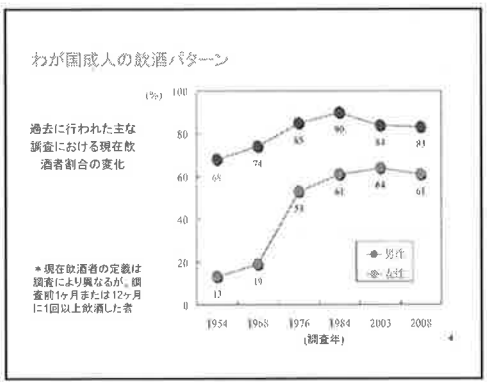
■『睡眠障害の対応と治療ガイドライン』
12の指針を踏まえて
9)睡眠中の激しいイビキ・呼吸停止や足のぴくつき・むずむず感は要注意
10)十分眠っても日中の眠気が強い時は専門医に
11)睡眠薬代わりの寝酒は不眠のもと
12)睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安全

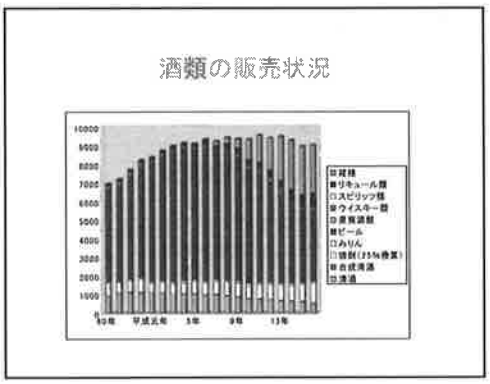
アルコール依存症の理解と対応

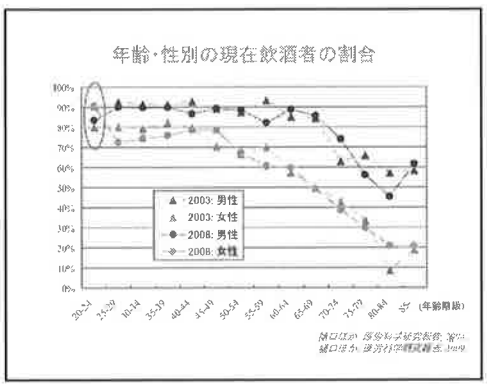
久里浜アルコール症センター
精神科医長　真栄里　仁

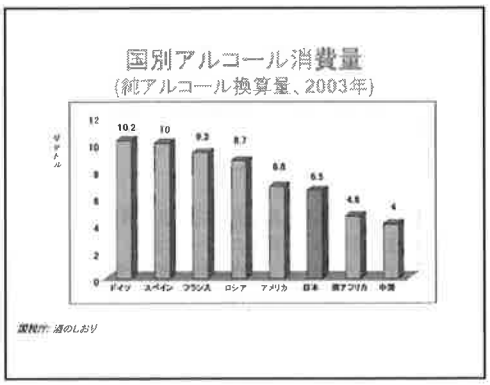
Ⅰ．アルコール消費の推移











国別の国民一人当たりの平均アルコール消費量

Ⅱ．アルコールと内科疾患

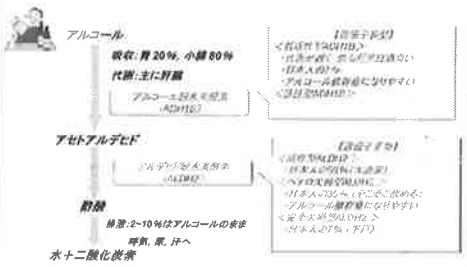
アルコールによる臓器障害の作用機序

1.アルコールの直接作用

2.アルコールの代謝産物のアセトアルデヒドの作用。
ALDH2の遺伝子型 に影響される。

3.過量のアルコール代謝に伴う肝臓の負荷と栄養障害。

アルコールの代謝(分解)過程



口腔、咽喉頭：

特徴：
•濃い濃度のアルコールが直接接触

•癌のリスクは、ALDH2ヘテロ欠損者は10倍、下咽頭癌では23倍

•機序：
局所でアルコールが分解され、発癌物質のアセトアルデヒドが生じる結果、口腔、咽頭、喉頭癌が発生。

食道：

特徴：口腔や咽頭同様に濃いアルコールが接触する。食道癌3.8%>0.04%と多い。ALDH2ヘテロ欠損者(赤型) は12倍のリスク。食道の中部に炎症、病変が多くみられる。

機序と結果：
アルコールによる直接傷害⇒食道炎。
アセトアルデヒドへ暴露⇒食道癌の発生。
嘔吐に伴う圧上昇⇒Mallory Weiss syndrome
肝硬変の門脈圧亢進⇒食道静脈瘤形成、破裂。

食道癌男性の危険因子

危険因子	OR	95%CI
ALDH2ヘテロ非活性型	7.43	4.71-11.72
ADH2非活性型	4.12	2.10-8.10
飲酒習慣		
飲まないまれに飲む	0.19	0.06-0.60
1合－8.9合/週	1	Referent
9合－17.5合/週	8.84	4.39-15.77
18合以上/週	14.70	7.70-28.07
禁酒した	9.75	3.38-28.15
強い酒類をよく飲む	4.79	2.17-10.55
喫煙　30 pack years以上	2.83	1.56-3.78
緑黄色野菜を毎日食べる	0.64	0.39-1.04
くだものを毎日食べる	0.58	0.34-0.98

胃：

特徴：
ピロリ菌は依存症患者では少ない。
ただしアルコールでの粘膜萎縮あり。
胃粘膜は一般的にはきれいな人が多い。
胃癌発生頻度は1．4% ＞0．2%と高い。
ALDH2ヘテロ欠損者は３倍のリスク。

機序と結果：
アセトアルデヒドによる発癌。
肝硬変に伴う門脈圧亢進、
胃静脈瘤とそこからの出血がある。

肝障害：

- アルコール摂取により、脂肪肝、肝炎、肝硬変など様々な障害をきたす。
- 依存症の約8割にみられる。
- AST>ALTの肝酵素上昇、γGTP上昇
- 好発年齢は40～60歳

肝障害の種類：

- 脂肪肝
  - 肝臓に脂肪がたまった状態。
  - 容易に回復
- 肝炎
  - 脂肪肝の状態で急激に飲酒量が増大すると起こる。
  - 黄疸、発熱、腹痛などの症状
  - 慢性化すると肝硬変に移行
- 肝硬変
  - 肝障害の末期の状態
  - 倦怠感、黄疸、腹水、浮腫など
  - 肝硬変の有病率は、30g～60g/日のアルコール摂取で1%。120g/日のアルコール摂取で5.7%とされる[1]。
  - アルコール依存症の20%にみられる[2]
  - 飲酒継続では7割以上が、5年以内に死亡

肝炎ウィルスとの関係・比較：

・B型肝炎やC型肝炎の合併は減少傾向。
・アルコールはウイルス性慢性肝炎を５年早めると言われている
・肝臓癌は発生するがウイルス性肝硬変と比べると少ない。ALDHと関係は見られない。

膵臓：

特徴：
・膵石を持っている人が多い
・繰り返す炎症で鎮痛剤の依存症になる人も多い。

機序：
・アルコールによる直接傷害での炎症
・膵機能低下。膵硬変、膵臓癌への進展。
・外分泌低下で不消化便による下痢。
・内分泌低下で糖尿病。
・断酒に伴う外分泌機能改善での便秘、
・内分泌機能改善での糖尿病の改善。

大腸：

特徴：
・アルコール依存症患者の70%以上に大腸ポリープ
・便潜血陰性例が多い。
・大腸癌1.9%＞0.2%。
・ALDH2ヘテロ欠損者は３倍のリスク。

機序と結果：
腸管内細菌によるアルコール代謝での
アセトアルデヒド産生による大腸腺腫・大腸癌発生。

骨関連疾患：

- 骨粗しょう症
- 骨折
- 大腿骨骨頭壊死
- 痛風
- 筋炎

アルコール性血液疾患

- 大球性貧血
- 鉄欠乏性貧血
- 血小板減少症

大赤血球症と食道癌リスクの共通原因

飲酒

ALDH2欠損

アセトアルデヒド暴露

喫煙

低BMI

栄養不良・葉酸欠乏

未知の共通原因？

MCV増大

食道癌リスク

大酒家突然死症候群

- 食べない大量飲酒が原因。
- 高度の脂肪肝を伴い急死する。

- 意識障害、ショック、脱水、低体温
- 低血糖
- 代謝性アシドーシス

東京都監察医務院の大酒家急死例（平成元年）

- 死体検案総数　7376件（都内全死亡の15%）
- 大酒家の急死者　889件（12%）
- 35歳−54歳の急病死者における大酒家男性
  283/802件（35%）

アルコールと脂質

□ 中性脂肪：飲酒により増加
- 23gのアルコール摂取あたり中性脂肪が10mg/dℓ上昇[1)]

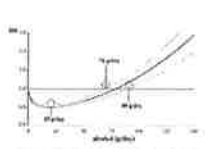
□ HDL-cholesterol：飲酒により増加
- 23gのアルコール摂取あたりHDL-cholesterolが2.5mg/dℓ上昇[1)]
- 年齢や性別による影響については意見がわかれる。

□ LDL-cholesterol：
- 一般的には飲酒により低下
- 中年以下の世代で効果が大きい可能性[2)]

1) Hart E, Semmens K, Vinv dyk and serum lipids: a meta-analysis. JAMA 260(24):3577-87
2) Klatsky AL, Friedman GD, Siegelaub AB. The early alcohol history of patients who subsequently develop alcoholic cirrhosis. Perspect Gastroenterol 49: 751-756, 1979

29

アルコールと虚血性心疾患



- 純アルコール摂取量20g程度が冠動脈疾患の発生率が最も低いが、60gを超えると明らかに増加[1)]
- 冠動脈疾患の予防効果のうち50%はHDL-コレステロールの増加に起因する[2)]
- アルコールの摂取は、体重や血圧、中性脂肪などの心血管疾患のリスク要因と関係している[3)]
- バランスの良い食事、適度な運動、たばこを吸わない、BMIが25以下の健康なライフスタイルをもつ成人男子では中等度の飲酒は心筋梗塞のリスクを下げる[4)]
- メタボリック症候群の男性でもアルコールは心保護的に働く[5)]
- ワインの心疾患に対する予防効果については意見が分かれる。

30

アルコールと糖尿病

- アルコールにはインスリン分泌促進等の効果の一方、耐糖能機能低下なども相反する効果がみられる。
- 飲酒者では、血中インスリン濃度が低い
- 1日40gまでのアルコールは、糖尿病の発症率を下げるとの報告が多い

- 糖尿病学会のガイドブックでは、食事コントロール不良となるため基本的には禁酒が望ましいとされている[1)]
- 糖尿病合併のアルコール依存症者の4.4年後の生存率は、飲酒を続けた場合26%と、肝硬変より低値[2)]
- 男性では飲酒量と空腹時血糖の関係が女性より強い。ただし40歳未満では女性でも関係がみられる[3)]

1) 糖尿病学会ガイドブック
2) 久里浜アルコール症センターにおける長期追跡調査
3) 久里浜 男女飲酒者における飲酒量と空腹時血糖の関係

31

アルコールと血圧

- アルコールと血圧との関係は、日本では直線的、欧米ではJ型であるとの研究が多い
- J型を認める研究でも底となる飲酒量は6-16g程度[1)]
- 日本人男性の血圧の20~50%が飲酒関連の可能性[2)]

1) 小久保喜弘、宮崎滋：飲酒と血圧．アルコールがもたらすこころとからだのトラブル．pp.143-144, 2000
2) 上島弘嗣：循環器疾患．日本醫事 152:27-31, 1995

32

Ⅲ．アルコールと精神疾患・症状

33

1. アルコールと睡眠障害

- アルコールは寝つきを良くする
- 酔いからさめる睡眠後半の睡眠を浅くし、結果的には、睡眠全体の質を悪化させ、途中で目が覚める原因ともなる[1)]
- 夢を見ている時間(REM睡眠)が多くなる。

1) 渡川 恵夫 日本精神アルコール依存症障害とアルコール依存症, 1997

34

1. アルコールと睡眠障害 ～連日多量飲酒した場合～

- 最初は深い睡眠が得られるが、次第に浅くなってくる[1)]。
- その状態から急に酒をやめると寝つきが悪くなるだけでなく、夢を見ている時間(REM睡眠)が増える[1)]。

1) Zarcone V, et al Adv Exp Med Biol, 1975

35

1. アルコールと睡眠障害 ～アルコール依存症者の睡眠パターン～

- アルコールの効きがだんだん悪くなるため、同じ量のアルコールでは寝られなくなる。
- 徐々にアルコールが増えてきて、日中の生活にも支障をきたすようになる。
- 深い睡眠がほとんど見られなくなる。
- 急にやめると強い不眠が起こり、2~3週間続く

1) 渡川 恵夫：日本精神アルコール依存症障害とアルコール依存症, 1997

36

2. アルコールとうつ ～うつ病について～

- 憂鬱な気分、不安・焦燥感、悲観的な考えや自責感、効率低下などが特徴。
- 一生涯の間にうつ病になる確率（生涯有病率）は、男性で約15%、女性で25%。
- 5割は1年以内によくなるが、入院治療を受けた例だと、25%が半年以内に、50~75%が5年以内に再発する。

Sadock BJ：カプラン臨床精神医学テキスト第2版 2004

37

2. アルコールとうつ ～アルコールとうつ病～

- 大量飲酒はうつ病を引き起こす
  - アルコール依存症では、依存症になった後に鬱になる率が13.4%[1)]
- うつ病は飲酒問題を引き起こす
  - アメリカでの調査では、うつ病になった後に飲酒問題が出てくる率は現在有病率16%[2)]
- 断酒により改善する
  - アルコール依存症の42%にうつ状態がみられるが、断酒により6%に減少[3)]

1) 樋口進: アルコール依存症の治療システムに関する研究(厚生労働科学研究), 2001
2) Sullivan LE, et al : Am J Med, 2005
3) Brine SA, Shuckit MA : J Stud Alcohol, 1986

38

2. アルコールとうつ ～うつ病とアルコール～

- うつ病の再発率へのアルコールの影響ははっきりしない[1)]
- 多量の飲酒は抗うつ薬の効果を弱める

1) Sullivan LE, et al : Am J Med, 2005

39

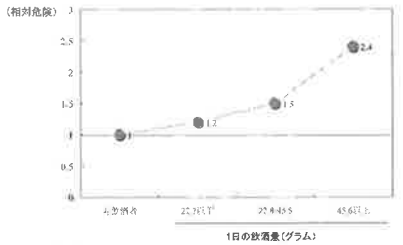
3. アルコールと自殺 ～アルコールは自殺を促進する～

- 自殺者の42%は問題飲酒者[1)]
- アルコール依存症入院患者の男性49%、女性81%が自殺を考えたことがあり、実際に行おうとした人もそれぞれ23%、62%に上る[2)]
- 自殺既遂者の32~37%[3)]、自殺未遂での救急搬送者の40%からアルコールが検出[4)]
- 自殺既遂者の23%にアルコール問題[5)]
- 久里浜での調査でも自殺による死亡率は男性で9.3倍、女性で35倍[6)]

1) Lowenkopf JK, et al : Psychiatry (Sci Nemed), 1995
2) 松本俊彦, 他：精神研究, 2000
3) Cheng AT : Arch Gen Psychiatry, 1995
4) Cherpitel CJ, et al : Alcohol Clin Exp Res, 2004
5) Higuchi S : 日本アルコール医療学会雑誌, 1987

40

飲酒量と自殺のリスク わが国におけるコホート研究2: Ohsaki Study



対象：40-79歳の男性22,804名

41

飲酒と自殺の関係
自殺直前の飲酒

1. アルコールの効果は主に希死念慮の増強
2. 計画された自殺より計画性のない自殺企図と相関
3. 心理的要因
1) 飲酒が絶望感、孤独感、憂うつ気分といった心理的苦痛を増強する
2) 飲酒が自分に対する攻撃性を高める
3) 飲酒は死にたい気持ちを行動に移すきっかけとなる
4) 視野を狭めて自殺を予防するために有効な対処手段を講じられなくなる

- ロシアでは、アルコール販売規制で自殺が減少[1)]
- アメリカでは、最低飲酒販売年齢の引き上げにより若者の自殺率が低下[2)]
- デンマークでは、価格高騰によって自殺率が低下[3)]
- ポルトガルでは個人の年間アルコール消費量が1L増えるごとに男性の自殺死亡率が1.9%増加[4)]
- 日本でも週414g以上(ビール1.5L/日)以上の飲酒者は自殺死亡率が高い[5)]

1) Wasserman D. et al: Acta Psychiatr Scand. 1994
2) Birkmeyer J. et al: Am J Public Health. 1998
3) Skog OJ. et al: Addiction. 1997
4) Skog OJ. et al: Addiction. 1998
5) Makita F: Addiction. 1994

4. アルコールと不安障害
～不安障害～

- パニック障害(突然起こる、強い不安、動悸、冷や汗などの症状)、社会恐怖症(極端なあがり症)、強迫性障害(反復的な思考により同じ行為を繰り返す)などの総称
- 生涯有病率は男性19.2%、女性30.5%とよくみられる疾患

Sadock BJ：カプラン臨床精神医学テキスト第2版, 2004

4. アルコールと不安障害
～アルコールと不安障害～

- アメリカでの調査では入院患者の6割が不安症状がみられ、2割が診断基準を満たした。
- 3~4週間後には1割に減少
- アルコール依存症者は、そうでない人よりもパニック障害(4.2%:1.0%)、社会恐怖(3.2%:1.4%)が多かった。

5.アルコール依存症と摂食障害
～摂食障害～

- 神経性無食欲症(AN)と神経性過食症(BN)に分けられる。
- 若年成人学生の4%にみられ、圧倒的に女性に多い。
- うつ病や社会恐怖等の合併が多い
- 10年間で1/4は完全に回復し、1/2は顕著に回復し、残りの1/4は障害が残る(7%の死亡を含む)

Sadock BJ：カプラン臨床精神医学テキスト第2版, 2004

5.アルコール依存症と摂食障害
～当院における摂食障害合併例～

	女性ア症	ED合併例	割合
29歳以下	35	25	71%
30－39歳	86	10	12%
40歳以上	216	1	0.5%

5.アルコール依存症と摂食障害
～当院における摂食障害合併例[1)]～

- 若年アルコール依存症女性の大部分が合併
- 摂食障害が先行する例が78%
「ビールを飲むと吐きやすくなるため、酒を飲むようになった」
- 入院治療後6年間での死亡率は23%

1) 武田雄: 心身医学, 2005

Ⅲ. 胎児性アルコール症候群

- アルコールは催奇形性物質
- 妊娠中に飲酒していた母親から出産した胎児・乳児の成長障害、特異な顔貌、中枢神経の障害を特徴とする。
- 診断基準
  - 妊娠中の飲酒
  - 特徴的な顔貌
  - 低出生時、栄養とは関係のない体重減少、身長と釣り合わない低体重などの成長障害
  - 出生時の頭位の減少、小頭症などの脳の構造異常、年齢に比べ微細なあるいは明らかな神経徴候（直線歩行困難、感音性難聴など）

- 閾値ははっきりしない
- 動物実験では少量・長期より、大量・短期の方が、危険性が高いことが示唆
- 妊娠早期がリスク
- 胎児性アルコール症候群は非遺伝性の精神発達遅滞の最多の原因である。
- 成長の遅れと、特異な顔つきは時間の経過につれて目立たなくなっていくが、脳のダメージは持続する傾向がある。
- 頻度は、米国での報告では、出生1000名あたり0.5～2名、日本では0.1名以下とされている。
- 近年、ADHDとの関連が注目されてきている。

Ⅸ. アルコール依存症について

アルコール依存症とは

大切にしていた家族、仕事、自分の健康などよりも飲酒をはるかに優先させるような状態。

飲酒のコントロールができない、離脱症状がみられる、アルコールが自分の健康を害していることがわかっているのに止められない、などの症状がみられる。

ICD-10診断ガイドライン
アルコール依存症

- 飲酒したいという強烈な欲求、強迫感（渇望）
- 節酒不能（抑制喪失）（典型は連続飲酒）
- 離脱症状（手の振るえ、発汗、不眠、幻覚など）
- 耐性の増大（酒に強くなる、または大量に飲まないと酔えない）
- 飲酒や泥酔からの回復に1日の大部分の時間を消費してしまう、飲酒以外の娯楽を無視（飲酒中心の生活）
- 精神的・身体的問題が悪化していることを知っているにもにもかかわらず、断酒しない

上記の6症状のうち同時に3症状が過去12ヶ月間のどこかであった、

KAST-M: 新久里浜式アルコール症スクリーニングテスト: 男性版

最近6ヵ月の間に、以下のようなことがありましたか。

	質問項目	はい	いいえ
1	食事は1日3回、ほぼ規則的にとっている	0点	1点
2	糖尿病、肝硬病、または心臓病と診断され、その治療を受けたことがある	1点	0点
3	酒を飲まないと寝付けないことが多い	1点	0点
4	二日酔いで仕事を休んだり、大事な約束を守らなかったりしたことがある	1点	0点
5	酒をやめる必要性を感じたことがある	1点	0点
6	酒を飲まなければいい人だとよく言われる	1点	0点
7	家族に頼まれて酒を飲むことがある	1点	0点
8	酒が切れたときに、汗がでたり、手が震えたり、いらいらや不眠など苦しいことがある	1点	0点
9	飲酒や飲酒の経験が現在ある	1点	0点
10	飲まないほうがよい生活が送れそうだと思う	1点	0点

判定
1. 合計点が4点以上
アルコール依存症の疑い群：アルコール依存症の疑いが高い群です。専門医療の受診をお勧めします。
2. 合計点が1～2点
要注意群：飲酒量を減らしたり、一定期間禁酒をしたりする必要があります。医療者と相談してください。ただし、質問項目6番のみ「いいえ」の場合には、正常群とします。
3. 合計点が0点
正常群

KAST-F: 新久里浜式アルコール症スクリーニングテスト: 女性版

最近6ヵ月の間に、以下のようなことがありましたか。

	質問項目	はい	いいえ
1	酒を飲まないと寝付けないことが多い	1点	0点
2	医師からアルコールを控えるように言われたことがある	1点	0点
3	せめて今日だけは酒を飲むまいと思っていても、つい飲んでしまうことが多い	1点	0点
4	酒の量を減らそうとしたり、酒を止めようと試みたことがある	1点	0点
5	飲酒しながら、仕事、家事、育児をすることがある	1点	0点
6	私のしていた仕事をまわりのひとがするようになった	1点	0点
7	酒を飲まなければいい人だとよく言われる	1点	0点
8	自分の飲酒についてうしろめたさを感じたことがある	1点	0点

判定
1. 合計点が3点以上
アルコール依存症の疑い群：アルコール依存症の疑いが高い群です。専門医療の受診をお勧めします。
2. 合計点が1～2点
要注意群：飲酒量を減らしたり、一定期間禁酒をしたりする必要があります。医療者と相談してください。ただし、質問項目6番のみ「いいえ」の場合には、正常群とします。
3. 合計点が0点
正常群

アルコール依存症の中心症状

- 連続飲酒を代表とする飲み方の異常
  （精神的にアルコールに依存している）
- 離脱（禁断）症状
  （身体・神経がアルコールに依存している）

連続飲酒とは

- 常に体に一定レベル以上のアルコールを維持するために、一定量の酒を数時間おきに飲み続ける状態。この間、酒以外の食べ物はほとんど摂らない。
- その期間は、数日のこともあるが、数ヵ月続くこともある。
- 最後はアルコールさえも入らなくなり、離脱症状とともに終わることが多い。

59

身体依存とは

- 体にアルコールが常に存在する状態が続くために、神経細胞がアルコールの抑制効果のもとで普通に働くよう機能変化をおこした状態。これは神経順応と呼ばれている。
- この状態からアルコールを取り去ると、抑制がはずれるために、神経細胞は過活動状態となり、それが離脱症状として現れる。

60

主なアルコール離脱症状

- 手がスムースに動かない、手のふるえ
- 発汗、特に寝汗
- 寝つきが悪い、夜中に目がさめる等の睡眠障害
- 嘔気、嘔吐、下痢などの消化器症状
- 心悸亢進、高血圧などの循環器症状
- イライラ、落ち着かない、不安等の精神症状
- 体温上昇、さむけ
- ボーッとしている、トンチンカン等の意識障害
- 小動物、虫、糸、天井が動く等の幻視
- 音楽、物音、人の声等の幻聴
- てんかん発作

61

連続飲酒と離脱症状の様子

62

アルコール依存症の心理的特徴

自己中心性

否　認

63

否認の種類

□ うそ
問題は認識している。しかし、それを認めない。

□ 過小評価
事実は認識している。しかし、それを問題として認識しない。

□ ブラックアウト
酩酊（泥酔）のために、その間、自分のしたことを後で思い出せない。

□ 記憶障害（認知症）
痴呆のため、問題を記憶できないし、思い出せない。

64

否認のパターン

- □ 全否定
- □ 矮小化
- □ 一般化
- □ 比較
- □ 揚げ足とり
- □ ふてくされた居直り
- □ 理由づけ
- □ 挑戦
- □ 知性化

65

FRAMES

要　素	説　明
Feedback	アルコール関連問題の正確な現実を、本人にフィードバックする。
Responsibility	アルコール関連問題の改善に関する責任が本人にあることを強調する。
Advice	明確な助言をあたえる。
Menu	複数の飲酒行動改善方法を紹介する。
Empathy	介入者が対象者に対して共感的態度をとる。
Self-efficacy	飲酒行動の改善に関して、自己達成が可能であることを理解させ、支援する。

66

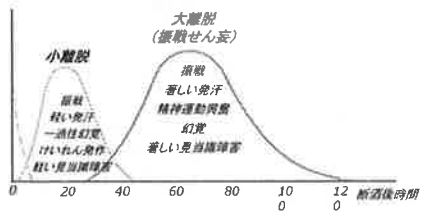
アルコール依存症の治療

- 離脱期
- 離脱終了後

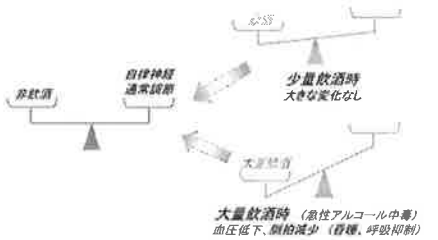
離脱期

- アルコールの離脱症状は約1週間続き、この期間を離脱期ということがある。
- 主な離脱症状としては、手の振るえ、幻覚、寝汗、脂汗、ひきつけ、錯乱状態

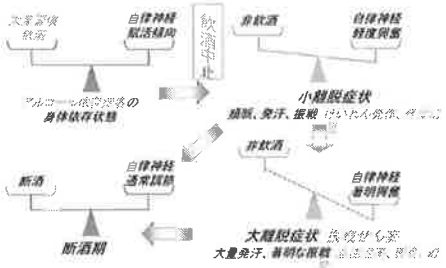
アルコール離脱症候群



飲酒と自律神経系



アルコール依存症と自律神経系



離脱症状の出現 ⇒身体的依存の形成

- 離脱症状の起こりやすい(身体的依存の強い)薬物

↓

ヘロイン≧アルコール＞シンナー

離脱を抑制すべき理由：脳・神経障害

- アルコールの脳障害のいくつかは摂取中よりもむしろ離脱中に生じる。Lovinger DM, 1997
- 離脱中、NMDA受容体数増加などによるグルタミン酸伝達系過活動に伴うCaチャンネル増加により過剰なCaが流入する．興奮する神経に過剰なCaが流入することで細胞自壊過程が開始される。
- ベンゾジアゼピンはGABA系に作用して離脱の興奮を抑制することにより、興奮毒性による神経障害を予防するかもしれない．

離脱を抑制すべき理由：キンドリング Kindling

- キンドリング：てんかんなどでけいれん発作の経験が多いと、より発作を起こしやすくなる．
- アルコール離脱けいれんも過去の離脱症状の経験が多いと起こしやすい．Becker 1996
- 動物実験では、過去に数回の離脱経験があるとより重症の離脱症状を呈する．
- 離脱症状の繰り返した者にパニック発作の頻度が増える．こうした不安症状が再飲酒につながる可能性がある．
- このようにアルコール離脱にもキンドリング効果が存在する．Ballenger 1978

アルコール離脱せん妄(AWD)の生命危険性

- AWDにいたると15%の致死率があるとの報告(Victor 1953).
- その後補液やベンゾジアゼピン置換療法などAWDに対する医学的対応が発展して状況は改善し、死亡率1%未満とする報告がある(Ferguson 1996).
- 1～5%といまだに大きな危険を指摘する報告もある(Bayard 2004).

CIWA-Ar

(the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for Alcohol)

以下の10項目の点数の合計で評価する.

1. *嘔気・嘔吐* 0, 1, 4, 7
2. *振戦* 0, 1, 4, 7
3. *発汗* 0, 1, 4, 7
4. *不安* 0, 1, 4, 7
5. *焦燥感* 0, 1, 4, 7
6. *触覚障害* 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
7. *聴覚障害* 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
8. *視覚障害* 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
9. *頭痛・頭重感* 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
10. *見当識・意識障害* 0, 1, 2, 3, 4

離脱症状治療における薬物選択

ベンゾジアゼピン系薬物(BZ)が最も適している。治療には、すべてのBZが有効であるが、薬物選択時には以下の点を考慮する。

1. 離脱けいれん発作の予防には長時間作用性BZが優れているかもしれない。
2. 長時間作用性BZの方が安定した治療効果が得られ、リバウンドが少ない傾向がある。
3. 過鎮静という面からは短時間作用性BZの方がより安全である。
4. 即効性のBZ(例えばデパス、ワイパックス)の方が、遅効性のBZ(例えばセルシン)に比べると依存性が高い。

Recommendations from American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal 1997 11

BZの問題点

- アルコールとBZの併用は、過鎮静、運動失調、耐性の上昇を招き、禁忌である. 依存、過鎮静の危険もあり、必要以上に投与しない.

アルコール離脱期に生じている身体障害

- 脱水:摂取不足、嘔吐、下痢、発汗などで生じる.
- 電解質異常:上記と同じ理由で生じる.
  - 低Mg血症:けいれん
  - 低K血症:不整脈などの心機能障害
  - 低P血症:横紋筋融解、けいれん、意識障害、心不全
- ビタミン欠乏:葉酸、ニコチン酸、A、B_1、B_6、B_{12}、D、K.
  - VitB_1欠乏:Wernicke-Korsakoff 症候群
  - ニコチン酸欠乏:皮膚炎や下痢を伴うペラグラ脳症.
- 肝障害は必発で、胃腸炎も多くみられ、膵炎・糖尿病が悪化していることも多い.

アルコール離脱期に生じている身体障害

- 脳器質性疾患
  - 転倒や被暴力による外傷、血管障害などによる脳障害が隠れている可能性がある.
  - 神経学的所見をとり、経過を観察し、症状が離脱期の薬物療法による過鎮静や歩行失調と決めつけない.
  - できるだけ早い時期に脳の画像検査を実施する.
  - 障害が発見されたら迅速に脳外科と連携する.

アルコール離脱期の身体治療

- 脱水に対して補液する. 大量の発汗により危険な状態となっていることがある.
- 糖尿病の有無に関わらず血糖値に応じた処置をする. アルコール依存症者の突然死では低血糖によるものが多いとされる.
- ビタミン欠乏が多くに認められ、また離脱により顕在化する場合があるため、治療開始時よりビタミンB群を中心に点滴、経口などで投与する.
- カリウムなどの重要な電解質を補正する.

アルコール離脱　まとめ

- アルコール依存症者が断酒すると自律神経系の過剰興奮や、脳機能障害などのアルコール離脱症状が出現する。
- 離脱期には上記症状に加え、身体症状も重篤なことも多く、危機的状況である。
- 多くは7日以内に改善するが、遷延したり、脳症に移行することもある。
- 離脱をくりかえすと、けいれん発作をはじめとする離脱症状を起こしやすくなったり、重篤になったりする。
- これらを回避するためにも、断酒が必要である。

離脱終了後

- 心理社会的治療
- 薬物療法

心理社会的治療

1. 集団精神療法
2. 認知行動（対処スキル）療法（CBT、CST）
3. 動機付け療法（MET）
4. 内観療法
5. 森田療法
6. 家族療法
7. 断酒会・AA
8. 従業員援助プログラム（EAP）
9. ネットワーク

84

久里浜式認知行動（対処スキル）療法

85

久里浜アルコール症センターにおける認知行動療法の導入

- 1963年にアルコール依存症専門病棟が開設され、集団療法を中心におこなわれてきた。
- 80年代から離脱期治療、合併症治療・精査を目的とした3～4週間のⅠ期治療と、精神・身体リハビリテーションを目的としたⅡ期治療のパターンとなった。
- 90年代から中年男性、女性、高齢者、若年者など患者群により治療が分化した。
- 戦後50年を過ぎ、患者の価値観の多様化、強固な集団性への抵抗感などがみられ、これまでの集団療法に適応困難な症例が目立ってきたため、個別性が強く、海外で評価を得ている認知行動療法を、2000年から中年男性病棟に導入し、その後、短期入院者や再入院者の治療プログラムでも取り入れている。

86

認知行動療法

- Beckらによって、1960年代に開発
- 当初は、うつ病治療が対象
- 不安障害、人格障害、統合失調症などにも適応が広がってきた

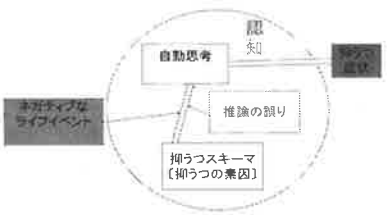
87

基本理念

- 個人的感情や行動というのは、その人がその人の世界を構成する方法によって定められている
- ゆがんだ概念や非機能的信念（スキーマ）を同定し、検討し、修正することを治療目標とする

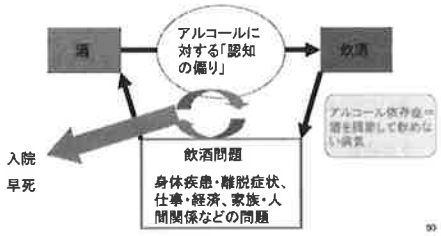
88

抑うつの認知モデル



89

Beck, アルコール依存症の認知モデル



90

久里浜式認知行療法

目的
今までの「酒に対する認知」を自分自身で検討し、それらを変えていくこと。そして、それにより断酒への動機付けを高めていくこと。

特徴
- 入院治療にて行なわれる。
- 小グループ療法(5～8名)にて行なわれる。
- 参加する患者や担当者であるグループリーダー(医療者)は、全セッションを通して同じメンバーで行なわれる。
- 中高年男性アルコール依存症病棟の全患者を対象としている。
- 従来の入院治療プログラムと併用して行なわれる。

91

久里浜式認知行動療法ステージミーティング 8つのステージ(中年男性ARP)

ステージ1: アルコール依存症の認知行動療法について理解しましょう。
ステージ2: 今回入院の原因となった自分の飲酒問題を整理してみましょう。(飲酒問題の整理)
ステージ3: 飲酒に関連した問題があったにもかかわらず、なぜ、お酒を飲み続けたのかを考えてみましょう。(酒に対する認知の同定)
ステージ4: あなたのお酒に対する考え方が、適切かどうか検討してみましょう。(認知の検討)
ステージ5: 断酒を継続するために、「断酒の心構えを作りましょう。(認知の修正)
ステージ6: さまざまな場面で再飲酒を防ぐ方法を考えましょう。
ステージ7: 断酒継続のために、具体的で実現可能な方法を考えましょう。
ステージ8: ステージ1～7をまとめて退院論文を発表しましょう。

92

外来治療の三本柱

- 定期的通院
  - ・断酒の確認作業
  - ・治療プログラムは必ずしも必要ない
- 抗酒薬の服用
  - ・ノックビン
  - ・シアナマイド
- 自助グループへの参加
  - ・断酒会
  - ・AA

93

自助グループ

- アルコール依存症の社会復帰に必要な社会資源
- 断酒しようと思う者が集まって例会・ミーティングを開く
- 自助グループ

1. 断酒会
・1950年代に日本で生まれた
・会員約10,000名
・全国津々浦々で例会が開かれている

2. AA (Alcoholics Anonymous)
・1935年に米国で誕生し、わが国には1970年代に導入
・世界で100万人、わが国で5,000名の会員
・都市圏を中心にミーティングが開かれている
・独立自尊の集団

94

アルコール依存症の薬物治療

95

アルコール依存症の薬物治療

1. 飲酒行動の改善のための薬物治療
主に肝臓に作用し代謝酵素系に作用する
- ノックビン
- シアナマイド

2. 中枢神経に作用し、飲酒欲求などを抑える
- ナルトレキソン
- アカンプロセイト
- 選択的セロトニン再取り込み阻害薬
- その他

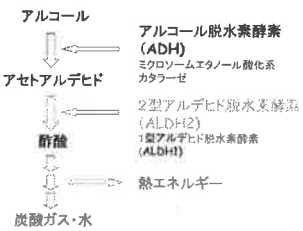
96

飲酒行動の改善のための薬物治療

主に肝臓に作用し代謝酵素系に作用

97

アルコールの初期代謝段階



98

用 量

□ ジスルフィラム
・1日1回 朝(通常)
・0.1 ～0.3グラム
(通常は0.2グラム)

□ シアナマイド
・1日1回 朝(通常)
・30mg～150mg (シアナマイド液で3mL～15mL)
(通常は7mL)

99

副作用
ジスルフィラム

1. 肝障害
- シアナマイドより頻度は低い
- 頻度は極めて低いが劇症肝炎が報告されている
(デンマークでの統計で、死亡率は年間30,000人に1名)
- 服用後、定期的な肝機能のチェックが推奨される

2. 精神障害
- 疲労感や記憶障害などで発症
- 悪化すると意識障害、幻覚・妄想、錯乱などに発展する
- 通常の用量では、まず起きない
- まれに、肝硬変の患者で、意識障害を起こすことがある

3. 多発性神経障害
- 症状は、アルコール性神経障害と類似
- 発生率はかなり低い

100

副作用
シアナマイド

1. 肝障害
- 長期に服用すればほぼ必発
- 肝細胞内にすりガラス様封入体が出現する
- 副作用を理解した上で、使用する必要がある
- 服用後、定期的な肝機能のチェックが推奨される

2. 皮膚炎
- 頻度については明確ではないが、かなり高い頻度
- 皮疹、かゆみ、場合により発熱、食欲低下、全身衰弱
- 薬物へのアレルギー性接触皮膚炎も報告されている

3. その他
- 白血球増多症
- 白血球減少症

101

抗酒薬の使用方法

1. 重篤な心疾患、肝障害(肝硬変など)、腎疾患、呼吸器疾患のある人、または妊婦には使用しない
2. 副作用を考えた場合にはジスルフィラムが推奨されるが、効果については、シアナマイドが勝る
3. シアナマイドは即効的、ジスルフィラムは遅効的、しかし、ジスルフィラムは効果が長時間続く
4. 毎朝(1日1回)服用させる
5. できれば最初は家族の前で服用させる
6. 服用期間の目安は6ヵ月～1年
7. 服用する理由
   - 飲酒しないための心の支え
   - 飲めない体にしておけば飲酒欲求は少ない
   - 持ち歩いて、危ない時に服用する方法もある

102

薬物治療の今後の動き

□ アカンプロセイト(acamprosate)
➡ 第III相試験が開始されている。

□ ナルトレキソン/ナルトレキソンデポ
➡ 国内に導入予定なし?

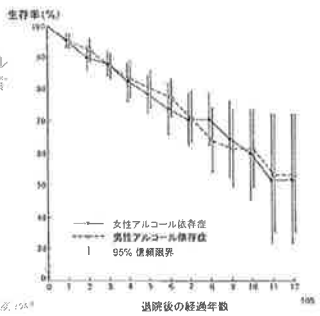
□ その他の有望な薬剤
1. ナルメフェン(治験開始について検討)
2. トピラメイト
3. バクロフェン

103

アルコール依存症の予後

104

久里浜アルコール症センター退院者の生存曲線



105

退院アルコール依存症者の死因と標準化死亡比

	男性		女性	
	死亡数	死亡比	死亡数	死亡比
がん	5	2.1	3	2.1
心疾患	11	9.9	9	16.1
脳血管疾患	7	5.0	5	6.8
肝炎・肝硬変	16	32.7	18	180.0
事故	3	5.4	5	41.7
自殺	4	9.3	7	35.0
その他	10		5	
合計	56		52	

106

- アルコール依存症の断酒率は調査によって異なるが概ね2割~4割程度と考えられる。
  - 退院後の断酒率(%)=18.9+50.5×0.84^{X} 【X=経過月数】(鈴木)[1]
  - 久里浜アルコール症センター中年男性病棟における1年断酒率:40.12%(津山)[2]
  - 3年断酒率推定値は18~33%(加藤)[3]
- 退院後数年間の死亡率は2割前後と推計されるが、飲酒の有無や合併症(糖尿病、肝硬変)によって強く影響される。
  - 退院後4.4年~5.6年の間に21%が死亡。ただし糖尿病合併の飲酒例では74%が死亡(横山)[4]
  - 3年死亡率は15%~23%(加藤)[3]

[illegible]

4)横山啟, アルコール[illegible]. アルコール[illegible] 41-44, 2001

107

今後の課題

- 女性や高齢者の増加、精神科・身体科合併症など、患者層の多様化に対応した治療プログラム
- 個人のアセスメントとケア
- 生活習慣病としての視点からの治療
- 一次・二次予防への取組
- 外来治療の充実、治療期間の短期化などによる社会的コストの軽減
- 断酒はできても社会復帰できていない患者層への対処

108

平成22年度 栄養課職員研修会

精神科における生活習慣病

～現状から話題の脂肪酸まで～

曽我病院

栄養科長　西宮　弘之

本日のメニュー

精神科における生活習慣病の状況

生活習慣病予防のための栄養指導

脂肪酸の話題

一般人の生活習慣病の要因

- 食生活習慣
  食べ過ぎ・飲みすぎ・味付け・夜型
- 運動習慣
  運動環境・運動時間・運動嫌い
- 喫煙習慣
  男性は減少傾向・若い女性で増加傾向
- ストレス
  社会構造の変化

精神科疾患患者の生活習慣病の実態

精神科における生活習慣病のリスク

- 偏った食生活
- 運動不足
- 喫煙
- 薬物
- 経済的問題

精神科における生活習慣病

- 外来では肥満患者が多い傾向
- 統合失調症長期入院患者では高齢化に伴い肥満患者は少なくなりつつある
- 急性期病棟では肥満とやせが混在
- 入院肥満患者：　解放病棟＞閉鎖病棟
- 糖尿病患者は多い傾向
- 脂質異常症患者は多い傾向

統合失調症患者の生活習慣病の現状

- 心臓疾患リスク
  肥満は２倍
  喫煙は４倍
  糖尿病は２倍
- 心臓疾患の死亡率
  一般人の２，５倍
  寿命は１５年短い

精神科における栄養問題

- 肥満・・・外来患者と入院患者との違いは？
- 糖尿病・・過食、ジュース多飲・甘味・薬
- 脂質異常症・・過食、ジュース多飲
- 下痢と便秘・・薬、イレウス
- やせ・・・高齢化に伴って問題化（PEM）

精神科における生活習慣病の成因

- 生活習慣（食べ過ぎ・運動不足）
  一般人の原因と同様なもの
- 精神症状による問題認識
  幻聴・幻覚・認知機能の問題
- くすりの副作用
  過食・清涼飲料水過飲
  高血糖・口渇・刺激を好む傾向

肥　満

- 外来患者の肥満
  外来肥満割合が高い（H16年全精栄協調査40%以上）
- 入院患者の肥満
  若い層に肥満目立つ（特に解放病棟）
  高齢者ではやせが問題（PEM）
- 運動量不足による肥満
- 薬の副作用に起因する肥満

糖尿病

- 過食による糖尿病
  ジュース多飲・間食・カップラーメン
- 肥満に伴う糖尿病
  過食→肥満→糖尿病
- 薬の副作用による高血糖
  非定形抗精神病薬の一部
- 遺伝によるもの
  避けれないけれども

脂質異常症

- 運動不足によるもの
  低HDL血症
- 過食・ジュース多飲によるもの
  高TG血症・高カイロミクロン血症
- アルコールによる高TG血症
  入院ではあまり影響しない
- 遺伝によるもの
  高LDL血症・・食事ではあまり影響しない

その他食関連の課題

- 下痢・便秘
  経腸栄養・抗精神病薬・抗コリン剤
- やせ（るいそう）
  PEM・うつ
- 摂食障害
  思春期女性から中年女性までに拡大
  最近では男性にも？
- 病的多飲水・水中毒
  抗精神病薬の副作用

栄養成分から検討

- 糖質(炭水化物)
- 脂質
- 蛋白質
- ビタミン
- ミネラル

糖質問題

- でんぷん質過食
  カップラーメン・菓子パン等の
- 甘味の過食
  甘いお菓子・甘いジュース・果物
- 食事内容の指導で対応可能か

脂質の問題

- 生活習慣病の根源？
  LDLコレステロールの問題
- 精神疾患患者における摂取量
  スナック菓子・肉類・揚げ物
- 単に脂肪の取りすぎだけか？
  脂質１ｇ＝９kcal・総エネルギーは
- 脂質の種類（ω－３系）は？
  魚の摂取量↓・植物脂肪の摂取量↓

LDLコレステロールの最近の問題

- LDLは本当に悪玉？
- LDLを上昇させる飽和脂肪酸は悪玉？
- 酸化に不安定な不飽和脂肪酸は善玉？
- いづれ学会で結論がでるまでは、現状の対応で指導継続

たんぱく質

- たんぱく質過食の例は少ない
  蛋白性食品は高価である
  自炊では調理が面倒
- 蛋白過食による腎機能障害（CKD）問題は少ない

ビタミン

- ビタミンCやナイアシン大量投与？
  賛否両論
- 多価不飽和脂肪酸摂取時
  酸化防止剤としての抗酸化ビタミンの必要性は？

ミネラル

- 精神科に多い低ナトリウム血症
  病的多飲水・水中毒・薬価径腸栄養剤
- 意外と多い鉄欠乏性貧血
  食事の問題か？
  薬剤の問題か？

本日のメニュー

精神科における生活習慣病の状況

生活習慣病予防のための栄養指導

脂肪酸の話題

指導者側の問題

- 精神科疾患の理解不足
- 薬の知識・薬の副作用の理解不足
  この問題は栄養管理実施加算が始まり、栄養士側も勉強し始めている
- 社会資源の理解不足
  この問題に関しては栄養士がまだあまり踏み入れていない分野

家族への指導

- 健常者への指導と考えてよいか
- 家族側にも問題がないか
  保護者の理解度・患者への指導力
- 家庭環境の問題
  肥満を誘引する食べ物が常備されている
- モニタリングの役目を担ってもらう
  食事量・体重・BMI・ウエスト周囲長

本人への指導

- 本人の理解力に合わせた指導
- 行動変容が可能か？
- 精神状態の安定している時期に指導
- ○○はだめの指導ではなく、代替案を提示
  食べたい欲求はかなえつつ、低エネルギーの食品を提案

多職種のチームアプローチ

- 指導時期：精神状態・退院予定
- 薬の変更情報
- 食事の喫食状況
- 間食の状況
- 飲料の状況

情報の共有化が重要

指導の実際

- 入院では
  間食指導と体重管理を中心
- 外来では
  家族同居：生活（食生活）リズムの改善
  間食指導
  一人暮らし：3食の食べ方と食事量
  自炊はできる範囲で

本日のメニュー

精神科における生活習慣病の状況

生活習慣病予防のための栄養指導

脂肪酸の話題

精神科における ω－３系多価不飽和脂肪酸の摂取状況を考える

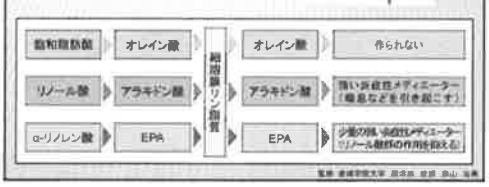
2010年版日本人の栄養摂取基準脂質関連の基準成人男性(女性)

- 脂質・・25%以上30%未満（同様）
- 飽和脂肪酸・4､5%以上7%未満（同様）
- ω-６系・・10%未満（同様）
- ω-３系・・2,2g/日（1,8g/日）以上
- P/S比・・・１～２
- S：M：P比・・３：４：３

必須脂肪酸バランス

n-3系列(α-リノレン酸・DHA)
(体内で合成できない)

n-6系列(リノール酸)
(体内で合成できない)



N-3系とN-6系の脂肪酸

どちらも生体に必要な*必須脂肪酸*です

n-3系脂肪酸
α-リノレン酸
EPA、DHA

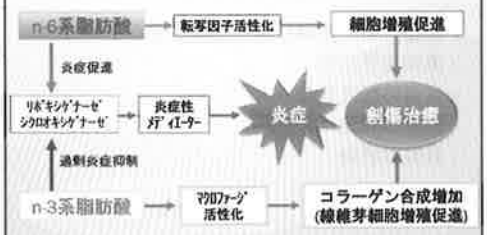
→ 生理活性物質
(TXA_3、PGI_3など)

それぞれ異なった生理活性物質に 変換されます。

n-6系脂肪酸
リノール酸
アラキドン酸

→ 生理活性物質
(TXA_2、PGI_2など)

脂肪酸と創傷治癒の関連



ω-３系多価不飽和脂肪酸と精神科疾患

第１０５回日本精神神経学会総会シンポジウムより

- 「ω-３系多価不飽和脂肪酸の精神科臨床への応用」より引用：中込和幸他

統合失調症とω-３系

- ω-３系多価不飽和脂肪酸に期待があるが有効性は必ずしも支持されていない
- ６種類の二重盲検RCTで有効４件・無効２件
- 多数症例を用いた今後の研究が望まれる

気分障害とω-３系

- ８件の二重盲検RCTのうち４件で有意な効果あり：抗うつ剤との併用
- 薬の使用が困難な小児うつ病対する臨床応用への可能性が示された
- 同様に薬の使用が困難な産褥期うつ病へ期待
  DHA摂取が少ないと産褥期うつ病発症率が高くなる報告あるが、２件のRCTでは否定的

認知症とω-３系

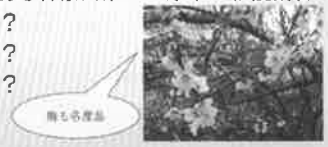
- ω一３系多価不飽和脂肪酸が有効であることを示唆する報告あり
- 軽度から中等度ADで認知機能減衰予防効果は認められない報告あり
- ごく軽度のADで認知機能を保持する効果が認められた

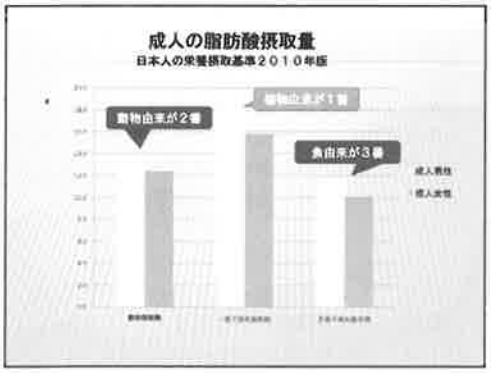
注意欠損多動症候群（ADHA）とω-３系

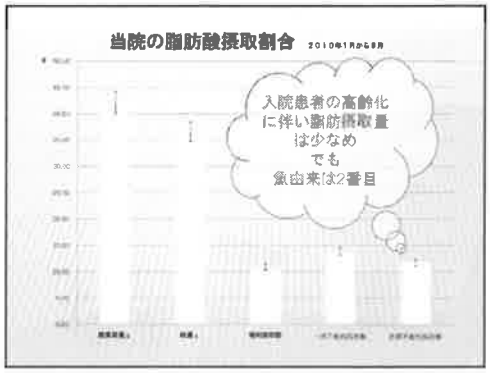
- いくつかの研究で増悪や改善の報告ある
- RCTは少ないが攻撃性が低下する可能性を示すRCTもある
- 多数症例を用いた今後の研究が望まれる

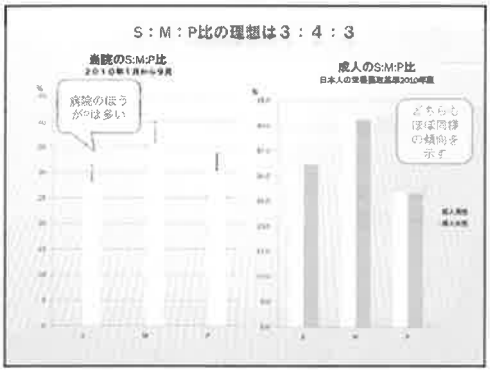
Ω-３系の摂取状況（当院で比較）

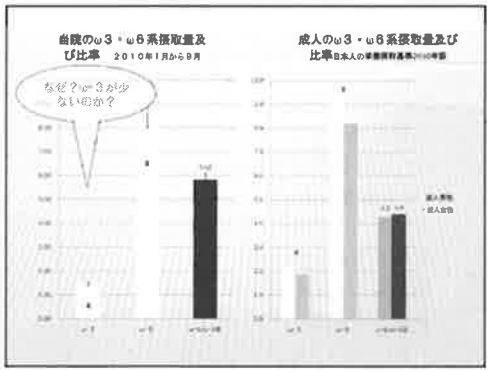
- 我が国の一般成人の摂取状況と当院の状況を比較してみる
  （日本人の食事摂取基準2010年版参照）
- 当院のある神奈川県小田原市の漁獲割合
  １位：？
  ２位：？
  ３位：？

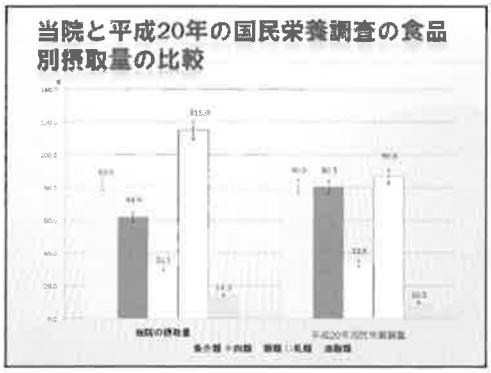






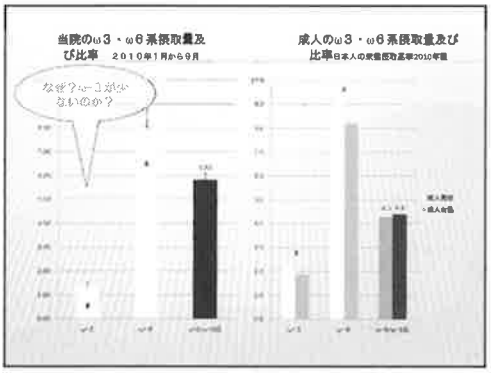






当院と平成20年の国民栄養調査の食品別摂取量の比較

- 魚の摂取はわずかに多い
- 肉の摂取は少ない
- 乳類と植物油脂の摂取は多い



給食施設における青魚の摂取傾向

- 医療安全の面からリスクを避ける傾向
  介助の手間から骨付きの魚を嫌う
  尾頭付きの魚はなおさら嫌う
  高齢化で箸がうまく使えず骨を嫌う
  要介護者の増加でさらに上記理由に拍車

給食施設における青魚の摂取傾向

- 経済的な問題等
  原材料の安定確保のため冷凍魚を使用
  食材費削減から安価な冷凍切り身を使用
  刺身等の生魚の使用は少ないか無い

当院での逆転現象の原因

- 魚の摂取頻度は一般人より多い
- 多価不飽和脂肪酸の多い青魚が皆無
- 経費の関係で白身魚の切り身が多い
- アレルギー関係でも白身が好まれる

一般家庭でも同様な
傾向がみられる

経腸栄養におけるω-３系その1

- 食品経腸栄養剤に使用されている脂肪
  大豆油系の脂肪・乳由来の脂肪・ＭＣＴ
  ω－３系を多く含むものは少ない
- ω－３系を含むイムノニュートリション
  食品系：イムン・インパクト・アノム
  魚油由来のω－３系とアルギニン等含有
  術前後の１月程度の使用が望ましい
  魚臭さがある

経腸栄養におけるω-３系その2

- 薬価の流動剤：ラコール
  シソ油のω－３系
  魚臭さはない
  長期可能

ご静聴ありがとうございました

平成22年度 コ・メディカル研修会

先進諸国の精神医療改革

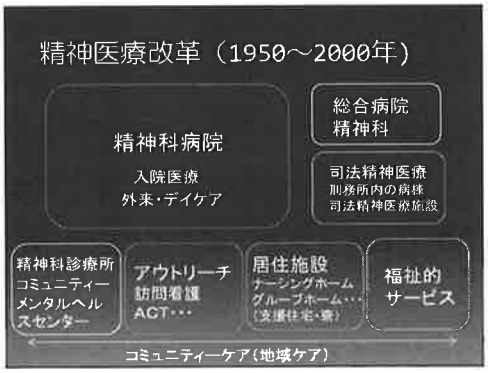
昨年から、一部の精神医療関係者の間に、現場を無視した理想論・観念論が密かに討論され、日本の精神医療の歴史（特にライシャワー事件後のクラーク勧告、日本精神神経学会を中心とする昭和40年代の若手精神科医の運動など）を全く検討すること無しに「こころの健康政策構想会議　提言書」が厚労省に提出された。また、宇都宮病院事件に端を発した「精神保健法」、「精神保健福祉法」、悪評の高い「障害者自利立支援法」などを精神医療関係者全体で何ら討論すること無しに、政権交代と同時に秘密裏に画策されたことに多大な不信感を抱かざるを得ない。

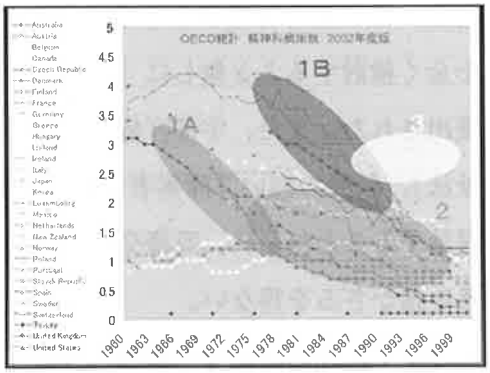
そこで、先進諸国での精神医療改革について厚生科学研究で発表した千葉県の佐々木一先生に神精協コメデイカル研修会として講演をお願いした。その内容は極めて貴重であり、今後の日本の精神医療にとって大きな示唆に富んでいるので、会員すべての先生方にお読み頂けるようにスライドを抜粋していただいた。

（文責　畑）

先進諸国の精神医療改革
―日本で何が出来て何が出来ないか―

医療法人社団爽風会 佐々木病院
院長　佐々木　一





１Aグループ：オーストラリアの精神医療改革

【問題点】

- 精神病床を削減しすぎ、入院不能あるいはすぐに退院。
- 公的病院は重症精神病、暴力的な患者を対象とした短期入院のみ。うつ病や摂食障害の治療はできなくなった。
- 格差医療の誕生。うつ病の金持ちは高価な民間医療保険で快適な民間病院で治療をうけられるが、庶民は受けられない。
- 1992年：ついにオーストラリア連邦政府保健相は数十年にわたる精神保健行政の怠慢を認め謝罪した。
- 2005年：Richmond教授が「1980年代に想定したのは、こんなコミュニティーではなかった」と精神医療改革を批判し始めた。「1983年に精神医療改革の出発点となったRichmond Reportを書き、病院縮小とコミュニティーへの移行を推奨した本人である。最近は「精神病床を増床すべきだ」と言っている。

精神医療改革の失敗パターン（１）

- 〈精神医療の消失〉
  - スイスでは何の準備も無く精神科病院から一般病院に多くの患者が移され適切な医療が提供できなくなった。
  - オーストラリアでは38%の患者しか必要な医療を受けていないと言う報告。
    患者団体、家族会、医学会から「精神医療が消失した」と批判
  - イタリアでは強制的に退院させられた患者の行き場が無く大混乱となった。
    退院させられた患者を追跡したところ、12%がホームレスになったという報告、全例が行方不明となったという報告さえ存在する。

精神医療改革の失敗パターン（２）

- 〈回転ドア現象〉
  - アメリカでは60年代から数千床の巨大な州立精神科病院が次々と縮小された。
    退院させられた患者がコミュニティーで適切な医療を受けることができないために、症状の再燃をきたして再入院することを繰り返す現象が見られるようになり、「回転ドア現象」と名づけられた。

精神医療改革の失敗パターン（３）

- 〈ホームレスの増加〉
  - アメリカでは改革後に精神障害者のホームレスが急増した
- 〈刑務所へ収容される精神障害者の激増〉
  - アメリカでは30万人、カナダでは5万人の障害者が刑務所に収容されている。
  - オーストラリア北部地方では刑務所が精神科病院の代替施設と化していることが大問題となっている。

精神医療改革の失敗パターン（4）

- （家族の負担の増加）
  - イタリアでは患者の家族にあまりに重い負担がかかっているという批判がある。退院に満足する家族は45%にすぎないというデータがある。
  - オーストラリアでは2000年以後、負担の重くなった家族から激しい反発が広がり、国が対応に追われた。
  - フランス、オランダ、英国など、どの国においても程度の差こそあれ、家族の負担が増加してしまったことが問題になっている。

精神医療改革の失敗パターン（5）

- （re-institutionalization　再施設化）
  - イギリス、オーストラリア、オランダなどでは極端に精神科病床を減らし、入院治療を精神病状態の救急、重症者に事実上限定してしまったため、病棟がハードな構造となり「再施設化」しているという批判がある。
  - 入院患者に人間的な温かいケアを施した時代は過去となり、病棟はいわば「保安施設」化してしまったため、精神障害者の人権を侵害しているという害がある。結果としてうつ病の患者は公的病院に入院したがらなくなっている。

精神医療改革の失敗パターン（6）

- （Trans-institutionalism　転施設化）
  - 退院した患者が、他の施設にただ移されただけという現象が世界中でおきた。
    - ドイツでは精神科病院を閉鎖し、「黒い森」地方の元結核療養所に移送。スキャンダルとして報道され社会問題化した。
  - イタリアでは100%公立病院閉鎖を命令したが、supervised communityやstaffed residential facilityといった有板に架け替え、患者をguestと呼び替えただけの病院が続出した。21世紀になっても公式には閉鎖されたはずの病院に患者が住み、統計上いないはずの患者が入院しているという報告。

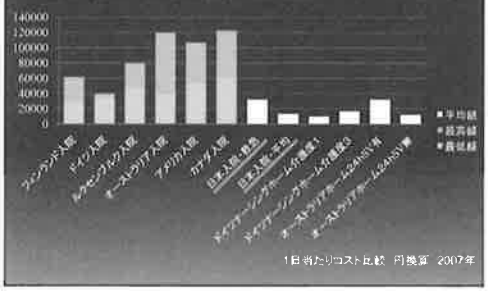
精神医療改革の失敗パターン（7）

- （居住施設の質の問題）
  - アメリカ、イギリス、ドイツで営利会社の居住施設で人権侵害
  - ルクセンブルクでは施設に患者を収容し、年金の3/4を搾取する「貧困ビジネス」が横行
  - フランスで病床削減に患者、家族から強い反発。「病院よりも小規模で人手の少ない居住施設に移るだけで何も変わらない」

チェック アンド バランス

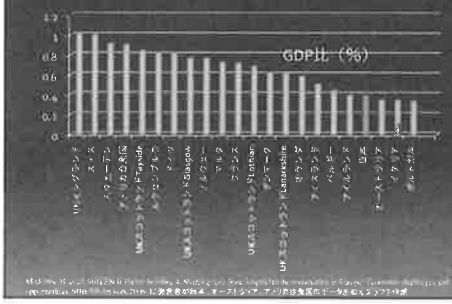
- 「入院施設に代わるシステムを構築し、それが実現した場合のみ入院病床の削減を行う」（フィンランド）
- 「ホームファースト」（カナダ）
- WHOの勧告では「コミュニティーの整備が最初のステップ」と規定されている。
- 新システムの整備をチェックし、旧システムの縮小とバランスをとることが必須である。（チェックアンドバランス　WHO）
- 社会の受け皿が先・病床削減は後

日本の精神科病院は先進諸国の居住施設と同価格



1日当たりコスト比較　円換算　2007年

日本の精神医療保健福祉費は低すぎる



コミュニティーケアは高いというのは世界的常識

- 患者一人当たり年間
  - アメリカ　800万円
  - 英国　664万円

海外のコミュニティー精神医療の専門家は「入院より安くなった」と自賛する　なぜ？

アメリカで昔のままの入院医療をしていたら（試算）　1300万円

つまり、元の入院医療が高すぎるから安くできた

日本の入院医療　400万円

海外のデータのようには日本のコストは削減できない

先進諸国からのアドバイス

- 各国の精神科医、精神医療政策研究者のコメント

「精神医療改革は20年かかった。病床削減は時間をかけて行わなければ失敗する」
「精神医療改革を日本で行えば、コスト上昇は必至」

バランス・ケア・モデル
Balanced Care Model

- 収容するだけの入院精神医療は時代遅れだが、コミュニティーケアだけが正しいと言うエビデンスも無い。
- 現在までの研究からは、入院精神医療とコミュニティーケアの双方を取り入れた「バランス・ケア・モデル」が専門家に支持されている。（ロンドン大学 Thornicroft 教授）

最後に

- 日本の精神科病院は世界でも最低のコストで「最小不幸社会」を支えています。
- 過度の病床削減は格差医療・新自由主義的精神医療をもたらします。バランスケアが重要です。
- 新たな居住施設の建設は、日本では困難です。
  - 病院転換型の居住施設がコスト・リスクから考え最も現実的です。
  - 居住施設の整備が先、病床削減は後です。
- 精神医療改革はコストの増加を引き起こします。
  - コミュニティーケア（ACTなど）でコストカットできるというのは正しくありません。
- それでも精神医療改革は必要です。
  - 質的向上を図っていかなければなりません。たとえコストが増加しようとも
  - 病院はなかなかニーズにあわせて再に変わしていくの場があります。

平成22年度　事業報告
理事会及び総会に関する事項

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
第1回 平成22年 4月27日(火)	理事定数　13名 出席理事数　12名 議事録署名人 畑理事、石井理事	議長から新年度の挨拶及び新規採用事務局職員の紹介があった。
	1　協議事項 (1)役員役務分担について	役員改選に伴い役務分担について協議の結果、別紙のとおり決定された。
	(2)平成21年度事業報告について	事務局長から資料に基づき概要を説明。原案通り定期総会議案として提案することが承認された。
	(3)平成21年度収支予算の決算報告について	事務局長から資料に基づき概要を説明。 原案通り定期総会議案として提案することが了承された。 なお、代表者・院長会議について決算額が予算額を超過したことの説明を総会でするよう議長から指示があった。また今後不足が生じないように予算編成をするようにとの発言があった。 事務長会費について予算額を上限（定額）に決算するところ事務処理の不都合で上限を超えた決算となったが、原案通り承認された。なお、次年度からは年度当初に定額を一括で支出することとした。 長谷川監事から21年度決算監査結果について、決算報告（案）のとおりで相違ないとの報告があった。
	(4)第37期定期総会及び優良職員表彰等について	優良職員表彰、日精協永年勤続病院職員表彰受賞者が原案通りで決定された。 定期総会、優良職員表彰、祝賀会の役割分担が決定された。 なお、受賞者代表の答辞は東横恵愛病院　八

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
		谷看護部長、日精協永年勤続病院職員表彰代表受領者は藤沢病院　佐々木事務長に依頼することとした。
	(5)各種委員の推薦について	協議の結果次のとおり推薦することが決定された。 ①　神奈川県精神医療審査会委員 竹内会長、西井監事、大野理事、石井理事 ②　横浜市精神医療審査会委員 佐伯理事 ③　神奈川県障害者介護給付等不服審査会委員 黒岩理事 なお、審査件数の減少から診療所協会と協議し併せて１名の推薦となったことから、事務局で診療所協会の意向を確認し再度調整することとされた。 ④　かながわ福祉サービス運営適正化委員会等委員 山口理事、黒岩理事 ⑤　神奈川県薬物乱用対策推進本部員 佐伯理事
	(6)今年度の講演会開催予定について	６月４日医療セミナー（事務局から案内文送付）、７月15日診療所協会合同研修会ほかの予定が確認された。
	(7)診療報酬改定に関する要望・意見	２件の意見･要望について情報交換を行った。
	２　報告事項 (1)日精協報告について	大野理事から第１回理事会の状況について報告があった。 ①　山崎会長あいさつ要旨 ・「将来ビジョン戦略会議」の設置 ・日本病院団体協議会継続参加 ・「アドバイザリーボード」の立ち上げ

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
		② 組織図案 ③ 委員会・部会等の編成・設置 ④ 各種委員会委員 ⑤ こころの健康政策構想会議
	(2)会員病院の届出事項変更について	8病院10件の変更届が報告された。
	(3)事務長会、看護部長会総会について	・事務長会運営委員会の状況について黒岩理事から報告があった。(総会6／17) ・看護部長会運営委員会の状況について山口理事から報告があった。(総会6／30)
	(4)21年度第8回理事会議事録について	議長から、修正があれば事務局に連絡するよう発言があった。
	(5)その他	議長から次の情報提供があった。 ・県の障害者手当(18億円)の削減に伴う「将来にわたる安心施策」について ・基幹病院支援施策(市大センター病院の閉鎖病棟化)について ・横浜市保護室整備補助金増額について(横浜市内指定病院13病院中準基幹病院参加5病院にとどまっていることから、空床確保率の向上を図るため。) ・神奈川県公衆衛生協会の運営見直しについて退会について事務局に打診する。
第2回 平成22年 6月8日(火)	理事定数　13名 出席理事数　12名 議事録署名 佐伯理事　長谷川理事	
	1　協議事項 (1)各種表彰候補者の推薦について	協議の結果、次のとおり推薦することとなった。

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
		① 厚生労働大臣表彰（平成21年度精神保健福祉事業功労者の厚生労働大臣表彰候補者） 神奈川県経由は愛光病院 大熊　紀代子看護部長 日精協経由は丹沢病院 関根　貞昭副看護部長 ② 日本精神保健福祉連盟会長表彰 愛光病院　秋山　一雄氏（薬剤師） ③ 平成22年度神奈川県救急医療功労者表彰候補者 相州病院
	(2)各種委員の推薦について	協議の結果、次のとおり推薦することとなった。 ① 神奈川県精神障害者ホームヘルパー研修企画委員会委員 山口理事 ② 神奈川県救急搬送受入協議会（仮称）委員候補者 畑理事
	(3)講演会の開催について	3件の研修会・講演会に対し、参加呼びかけ、後援、共催することが了承された。 議長から、診療所協会との合同講演会（7／15）への参加呼びかけがあった。
	(4)その他	・第1回理事会で協議済の役員役務分担について確認された。 ・事務局から提案し、次回第3回理事会前に税理士法人タカノから公益法人制度改革に関する説明を受けることが了承された。
	2　報告事項 (1)日精協報告について	大野理事から第2回理事会の概要について報告があった。 ① 部会等の編成・設置について

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
		・医療経済委員会 ・病院経営管理委員会 ・医療問題検討委員会 ・新法人形態移行専門対応チーム ② こころの健康政策構想会議提言書の対応について ③ 厚労省新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム立ち上げについて ④ 四病協医療経営・税制委員会 ⑤ 日病協代表者会議 ⑥ 内閣障がい者制度改革推進会議報告 ⑦ 新法人形態移行専門対応チーム
	(2)第１回理事会議事録について	議長から、修正があれば事務局に連絡するよう発言があった。
	(3)その他	日精協新法人形態移行における支部組織の取扱いについて情報交換があった。 診療報酬改定に関する情報交換があった。 ・ディケアにおける食事の提供 ・精神科救急医療管理加算 ・GAF スコアの取扱い
第３回 平成22年 ７月13日㈫	理事定数　13名 出席理事数　10名 議事録署名人 大野理事　山口理事	
	１　協議事項 (1)代表者・院長会議について	10月５日㈫開催、精神科医療経済を内容とし演者は会長一任することが了承された。
	(2)各種表彰受賞候補者の推薦について	協議の結果次のとおり推薦することとした。 ① 神奈川県保健衛生表彰候補者 大野理事

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
		② 神奈川県公衆衛生協会長表彰候補者 大滝理事 ③ 公衆衛生事業功労者表彰候補者（財 日本公衆衛生協会） 福井記念病院 高屋院長
	(3)精神科救急に関する４県市との連絡会について	協会側出席者は正副会長、精神科救急医療体制ブロック委員、基幹病院代表とする。 精神科救急システム連絡会議と重複しないよう９月中に開催することを申し入れる。（７日㈫を候補とする。）
	(4)その他	病院開設者変更に伴う入会金の取扱いについて、病院開設主体が変わった場合は改めて新入会使いとすることが確認された。
	２ 報告事項 (1)日精協報告について	畑理事から第１回支部長会議（７月１日開催）の概要について報告があった。 ① 精神科病院入院中の他科受診 ② 精神科救急システムの見直し ③ GAF スコア判定医 ④ 障がい者総合福祉法 ⑤ 「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」 別紙 「こころの健康政策構想会議提言書要点」ほか 大野理事から常務理事会（７月１日開催）「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の検討概要について、ほかの補足説明があった。
	(2)事務長会、看護部長会について	総会の状況及び今年度事業計画等について各担当役員から報告があった。 川口理事（事務長会） 山口理事（看護部長会）

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
	(3)会員病院の届出事項変更について	5病院5件の届け出が報告された。
	(4)第2回理事会議事録について	議長から、修正があれば事務局に連絡するよう発言があった
	(5)その他	川口理事から、看護部長会からの情報として看護基準（夜勤72時間制限等）に関し、関東厚生局から9割が基準を満たしていないとの指摘があったこと等に関する情報提供があった。
	※開会前	公益法人制度改革について、税理士法人タカノ代表　高野伊久男氏から説明があった。 使用資料　「民による公益の増進を目指して」 平成20年5月公益認定等委員会事務局 (要旨) ・申請件数は伸び悩み。全体の5％程度（内公益認定申請3％） ・横並び志向がその理由。 ・認定基準緩和の動向は不明（政権交代） ・一般社団法人への移行も簡単ではない。(剰余金＝公益目的支出計画の作成　適正かつ確実な実施が見込まれるものであること) (新規、従来事業を問わない。公益的団体への寄付も可　計画年数は限定なし) ・新制度における法人内部統治（ガバナンス）は法律で規定される。 ・一般社団法人の機関設計は「社員総会　理事　理事会　監事」が一般的。 ・公益社団への移行認定基準のうち「収支相償」については、「長期的に公益事業を遂行していくために必要な内部留保」は認められることとなった。 ・公益目的事業比率が50％を切る公益法人は解

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
		散となる。 ・行政からの補助金対象となる要件として公益社団法人であることが実質的に求められることがある。 ・税制に関しては、預金利子税以外の法人税等はどちらでも差はない） （Q&A） Q　現状ではどちらを推奨か。 A　輪番調整事業受託に支障がなければどちらでもよい。 （公益事業と共益事業の区別は難しい。申請書の記述の仕方にもよる。） 税法上の収益事業と公益認定基準は無関係。 輪番調整事業は公益事業となりうる。50%以上であれば公益認定申請も可。 Q　記念事業は公益目的事業となるか。 A　記念事業だけでは公益目的事業とはならない。公益事業か否かの実質的判断。 Q　公益目的支出計画の履行監督は毎年受けることになるか。 A　計画通り、または前倒し支出をしている場合は報告で済む。したがって計画年数は長めにしたほうが無難。 （総合所見） ・輪番調整事業受託ができるなら、総合的に判断すると一般社団移行のほうが良いと思われる。 ・継続的に検討を進める体制が必要。

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
第４回 平成22年 ９月14日㈫	理 事 定 数　13名 出席理事数　13名 議事録署名人 大滝理事　黒岩理事 １　協議事項 ⑴代表者・院長会議開催について	協議の結果、最近の精神医療を巡る厚労省、内閣府等の動きについて、会員への情報提供とディスカッションを行うこととなった。 「精神科医療の現状と今後の展望」 基調報告　竹内会長 情報提供　畑　理事　（日精協支部長） 荒井副会長（日精協代議員） 大野理事（日精協関東地区理事）
	⑵うつ病対応力向上研修企画について	山口理事から、今年度の研修企画概要について説明があり、県２回、横浜市２回、川崎市１回計５回について、会員病院から講師派遣を行うこととなった。
	⑶精神科救急医療体制連絡会議について	10／19予定の会議について議題等について発言があった。 （警察官24条通報、救急輪番日の空床なしの対応、市からの患者情報の提供、合併症転院の運用、指定医派遣の報酬、後方移送受入れ等）県、市の資料について事前送付を依頼することとした。 当日資料に要綱、契約書を含める。
	⑷各種表彰候補者の推薦について	協議の結果次のとおり推薦することとした。 ・(財)日本公衆衛生協会理事長からの公衆衛生事業功労者表彰 福井記念病院　高屋院長 ・神奈川県精神保健福祉協会長表彰 吉澤　弘氏（愛光病院） ・神奈川県公衆衛生協会長表彰

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
		大髙　正光氏（愛光病院） 議長から、適格者、適任者を積極的に推薦するよう呼びかけがあった。
	(5)その他	・日精協関東地区全体会について畑理事から説明があった。 テーマの変更、会費徴収等 ・平成25年度日精協精神医学会の開催について畑理事から説明があった。神奈川県に開催の打診があったが、理事会で協議するまで保留とした。 この件について協議した結果、H24年度薬剤師研修の開催が決定されていること、H25年度協会創立50周年を迎え記念事業等のため開催は不可能である旨、松村会長に文書回答することが了承された。 ・自殺対策独自事業について議長から投げかけがあったが、新規には行わない。 ・バリアフリー法の適用について畑理事から情報提供があった。
	2　報告事項 (1)日精協報告について	大野理事から、第４回理事会（９／２）の概要について報告があった。 ・第86回定期代議員会（９／24）について ・アドバイザリーボードについて ・将来ビジョン戦略会議検討チームの設置について ・医療計画制度への精神科疾患追加要望について ・新法人形態移行について 代議員制度の切り替え等 ・他科受診に関する要望書について ・新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第２R）について ・アルコール依存症臨床研修について

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
		・指定医研修委員会について
	(2)各種研修の実施について	事務局から各研修の日程について報告があった。
	(3)会員病院の届出事項変更について	3病院3件の届け出が報告された。
	(4)第3回理事会議事録について	議長から、修正があれば事務局に連絡するよう発言があった。
	(5)その他	・精神科救急医療入院加算について情報交換があった。(医療保護入院、出来高病棟対象、届出添付書類中参加病院としての証明は輪番表添付) ・医療監視について情報交換があった。(医療安全、院内感染等)
第5回 平成22年 11月9日(火)	理事定数　13名 出席理事数　12名 議事録署名人 畑理事　長谷川理事	
	1　協議事項 (1)精神科救急医療体制について	10月19日開催の連絡会議の概要について議長から報告があった。 ・救急輪番調整委託業務に関する相談事項については、次年度委託契約締結前に理事会で再度協議することが了承された。 ・協力病院の受入れに関する依頼事項については、会員病院に周知を図る。また輪番日に病床確保ができなかった場合は、救急情報窓口に連絡するよう依頼する。 ・神奈川県救急医療システム連絡会議(11月10日日開催予定、竹内会長、畑理事出席)の事前情報が議長からあった。

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
	(2)指定病院の基準について	指定病院の指定基準が平成23年２月28日に経過措置切れとなることについて、経過措置継続の要望を日精協に提出することが協議されたが、議長から精神保健福祉審議会（２月開催予定）の際に発言するよう要請があった。
	(3)新規入会の取扱いについて	病院売買に伴う退会、入会手続きについて、新旧役員名簿の提出を求めることとし、すでに日精協の判断が出ている病院について退会、入会手続きを遡って行うことが了承された。
	２　報告事項 (1)日精協報告について	畑支部長から関東地区全体会シンポジウム―精神科病床の半減は可能か―の概要について報告があった。 ・精神科医療の現状と将来展望　山崎会長 ・精神科医療の将来性について 国立精神・神経センター 精神保健研究所　伊藤　弘人部長 ・病床半減構想会議　YES、NO 医療法人社団爽風会 佐々木病院　佐々木　一院長 荒井副会長から、その後の構想会議の動きについて報告があった。 大野理事から理事会（10月休会）に関する情報提供があった。（将来構想検討会議）
	(2)会員病院の届出事項変更届について	２病院３件の届け出が報告された。 栄聖人会病院長変更予定、相模台病院日精協加盟予定について事務局長が報告した。
	(3)各種研修の実施について	各理事から研修概要について報告があった。 ・精神科看護技術研修　　武田理事 ・栄養課職員研修　　大野理事 ・事務長会宿泊研修　　川口理事

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
	(4)第４回理事会議事録について	議長から、修正があれば事務局に連絡するよう発言があった。
	(5)その他	・議長から、病院における障害者雇用制度の変更に関する情報提供があった。(200人超企業は未達成の場合納付金納入) ・身体合併症に関する取材要請の対応について議長から発言があったが、取材受入れの申出はなかった。 ・県医師会の「公益社団」移行方針について長谷川監事から情報提供があった。 ・不穏状態の外来患者について、川口理事から情報提供があった。
第６回 平成23年 １月11日(火)	理事定数　13名 出席理事数　12名 議事録署名人 佐伯理事、石井理事	
	１　協議事項 (1)平成23年度当初予算案について	原案を事務局長から説明した。 予算案について特に異論はなく次回理事会で総会議案とすることが了承された。 事務局への指示事項。 ・横浜エクセルホテル東急の閉鎖に伴う総会、代表者・院長会議の会場変更について事務局で見積を行う。(ホテルキャメロットジャパン) ・日精協からの支部事務費の計上について、今後の新法人への移行を踏まえ、支障のないよう処理方法（決算を含め）を検討する。
	(2)事務局長後任候補者について	事務局長の退任の意向について議長から状況説明があった。県への求人ではなく協会直接雇用という選択肢もあるが、今回は県からの雇用とし、候補者を２月理事会の際に来所してもら

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
		うことが了承された。その後に正式決定とする。
	(3)日精協精神医学会開催の対応について	平成25年度精神医学会の開催の可否について協議。関東ブロック分担開催等の意見もあったが、50周年記念事業等も踏まえ開催は不可能との結論となった。議長から関東地区代表あての文書案作成の指示が事務局にあった。
	(4)各種委員の推薦について	協議の結果次の通り推薦することが了承された。 ・横浜市精神医療審査会（3） 熊田副会長、畑理事、黒岩理事 ・横浜市こころの健康相談センター判定会議委員（3） 畑理事、佐伯理事、西井監事 ・川崎市精神保健福祉審議会委員（1） 武田理事 ・川崎市精神保健福祉センター判定会委員（4） 山口理事、武田理事、西井監事、ハートフル川崎病院　天保院長
	(5)神保健福祉士養成課程における新カリキュラムについて	実習指導者講習会開催に伴う講師等の要請があれば、山口理事を窓口とする。
	(6)精神科病院開設時の覚書の取扱いについて	横浜相原病院開設時の協会との覚書（法人理事就任等）の取扱いについて協議、時間が経過し状況も変わっていることから、覚書の存在を病院へ知らせるにとどめることとした。
	(7)その他	・畑理事から、横浜市の実地指導での指摘事項等に関する提案があり、関連情報提供及び意見交換があった。 入院時書面告知、多床室での身体拘束、医療法標準人員不足に対する還付命令ほか ・畑理事から、神奈川県精神科救急医療システ

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
		ム連絡調整会議（11／10）の概要につて関連情報提供があった。 身体合併症患者搬送、受入れ等。
	2　報告事項 (1)日精協報告について	大野理事から次のとおり報告があった。 ・厚労省　新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第２R）の検討状況について ・内閣府　医療・合同作業チーム検討状況について ・医療裁判外紛争解決（ADR）機関に関するアンケート調査について 荒井副会長から、障がい者制度改革推進会議の審議概要について情報提供があった。
	(2)研修実施状況について	大滝理事から、看護技術研修アンケート結果について報告があった。また、看護職の講師適任者の推薦依頼があった。
	(3)会員病院の届出事項変更届について	１病院１件が報告された。
	(4)第５回議事録について	修正があれば事務局まで連絡するよう議長から発言があった
第７回 平成23年 ２月８日㈫	理事定数　13名 出席理事数　13名 議事録署名人 大野理事　黒岩理事	
	1　協議事項 (1)定期総会の開催について	事務局長から概要を説明。 ①　平成23年度事業計画（案）について 前年と特段の変更はないが、公益法人制度改革への対応（新法人移行）を最重点とすること

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
		とした。 議長から自殺予防対策について案があれば出すよう投げかけがあった。 ② 平成22年度予算計画書（案）について 事務局長から代表者・院長会議及び第２回総会の会場変更に伴う見積り状況から、原案どおりで支障がない旨報告し、原案を総会提出議案とすることが了承された。 ③ 定期総会役割分担について 原案通り了承された。 日精協支部総会での活動状況報告は、支部長及び大野理事で行う。支部経費について現状を簡単に説明する。
	(2)事務局長後任候補者について	後任候補者(田中幸夫氏)が挨拶の後、退席。その後協議の結果採用することが了承された。
	(3)その他	議長から、県の新規事業「精神科救急機能強化事業」に伴う県西部の医療体制について、第３，４ブロック会議開催の必要性について発言があった。
	２ 報告事項 (1)日精協報告について	畑支部長から日精協支部長会議（２／３）の概要について報告があった。 ① 厚労省精神・障害福祉課 福田課長 ・精神科病院指定基準の特例の扱いについて（看護職配置を病棟単位とする） ・精神科救急医療体制整備事業費について（項目単価切り下げ） ・障害者制度改革推進会議第２次意見（保護者制度見直しほか） ② 各支部問題提起 ・他科受診実態調査について ・「外来リハビリ医学管理料」の要望について

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
		・OT、隔離室管理加算の算定について ・５疾病５事業について ・厚生局による返還命令への対応について ・医療保護入院東届出書類の統一審査基準マニュアル作成について ・医療保護制度、精神科特例廃止に反対 ・グループホームの準耐火建築物の義務化について ・日本精神神経学会への意見反映について ・看護師不足対策について ③　執行部報告 ・公益社団法人の機関設計案　社員＝代議員とし会長は社員総会で推薦し理事会で選定。副会長・常務理事は地区選出理事の中から理事会で選定。 ・収益事業は別途一般社団法人設立後移管する。 ・理事構成等（外部、同一職種）については特に情報がない。 大野理事から次の報告があった。 ①　公益社団法人の機関設計 代議員と理事の数及び選出方法等ほか。 ②　障がい者制度改革推進会議総合福祉部会第11回の概要 第１期作業チーム報告レジュメ（医療）ほか ③　学術研修委員会来年度研修予定 平成24年度当支部開催が予定されている薬剤師研修会について ・次回３月理事会で準備委員会メンバーを選定する。 ・全体スケジュール、役割分担等開催予定を夏ごろまでに決める。 ・23年10月27日～滋賀県開催に山口理事ほかが出席する。 畑支部長から平成25年度精神医学会開催につ

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
		いて報告があった。 ・埼玉県支部が開催、学会長は松村地区代表、各県支部から１名づつ派遣する。
	(2)第６回議事録について	修正があれば事務局に連絡するよう議長から発言があった。
	(3) その他	・診療報酬査定状況について情報交換があった。脳波検査ほか。 ・各県市の指定病院指定状況について議長から情報提供があった。
第８回 平成23年 ３月８日(火)	理事定数 13名 出席理事数 13名 議事録署名人 川口理事 武田理事	
	１ 協議事項 (1)平成23年度主要行事・事業等日程等について	平成23年度理事会・総会の日程等が協議され次の日程が承認された。 ・理事会８回を予定 ・第２回定期総会は２月28日(火) ・診療所協会との合同研修会は７月28日(木) ・代表者・院長会議は10月11日(火) 事務局長から公益法人移行スケジュールについて概要を説明。
	(2)日精協薬剤師研修企画委員について	協議の結果、次のことが了承された。 ・委員構成は荒井副会長、山口理事、黒岩理事及び薬剤師会幹部数人。 ・今年度研修（滋賀県10／27～28）に委員数名が参加する。
	(3)優良職員表彰式の来賓について	・県、市関係は４月人事異動結果により確定する。 ・国会議員は現職全員を招待し、出席は本人の

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
		みとする旨明示する。
	(4)救急輪番（1，2ブロック協力病院）調整について	毎週水曜日協力病院輪番で、保土ヶ谷病院の指定基準がクリアできないことに伴い、3月はあさひの丘病院を2床とし、4月以降は武田病院とあさひの丘病院が隔週とする。 川崎市から市内の病院が各曜日輪番に入れないかとの要望があった旨、武田理事から発言があった。 なお、早期に1，2ブロック会議を開催し協議することとされた。
	(5)その他	・横浜相原病院の入会時覚書については、文書回答をもって了とすることが了承された。 ・単身入院者の身体合併症転院に関するみなと赤十字病院の対応について、畑理事から情報提供があった。
	2　報告事項 (1)日精協報告について	大野理事から第7回理事会の概要について報告があった。 ・定期代議員会、臨時総会について ・新法人形態移行について ・新たな地域精神保健医療体制の構築検討チーム（第3R）保護者制度について ・内閣府総合福祉部会作業チーム第1期報告書に対する厚労省コメントほか ・障害者基本法改正の動き ・医療計画見直しに関する検討会について ・医療営利化阻止プロジェクトチームの動向について 荒井副会長から次の情報提供があった。 ・産業構造審議会基本政策部会の検討状況について（混合診療範囲拡大等） ・TPPを考える国民会議の発足動向（医療に

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
		及ぼす影響等)
	(2)会員病院の届出事項変更について	3病院3件が報告された。
	(3)第7回議事録について	修正があれば事務局まで申し出るよう議長から発言があった。
	(4)その他	大野理事、議長から精神神経学会専門医の更新に関する情報提供があった。 (開会前) 横浜市健康福祉局障害支援課から平成23年度予算案に関する状況説明があった。

総会に関する事項

年月日 会　場	会員定数、出席会員数 及　び　議　案　等	議　事　の　概　要
第38期 定期総会 平成22年 ６月１日㈫ パンパシフィック 横浜ベイホテル東急	会員定数（正会員）55名 出席会員数　47名 出席者　25名 委任状提出者　22名 第１号議案　平成21年度事業報告承認の件 第２号議案　平成21年度会計予算決算書（案）承認の件 第３号議案　平成21年度会計監査報告の件	定刻14時30分　佐伯彰理事の司会により開催を告げる。 熊田隆夫副会長が開会の辞を宣言する。 引続き竹内知夫会長が開会の挨拶を行った。 続いて、司会者から定款22条３項に基づく議長の選任について、議場に諮ったが特に発言はなく、司会者に一任を諮ったところ満場一致で承認された。 司会者から横浜相原病院　吉田勝明院長を指名し、承諾が得られた。 吉田勝明院長が議長席に就く。 議長は、挨拶のあと本日の出席者について出席者25名、委任状による表決者22名の計47名で、定足数を越えており総会は成立する旨を宣した。 続いて、定款28条に基づき議事録署名人２名の選出を議場に諮った。 議場より議長一任の声があり、議長が次の２名を指名し、議場に諮ったところ出席者全員の拍手で承認され、また２名から承諾が得られた。 ハートフル川崎病院　天保　英明　院長 日野病院　馬場　淳臣　院長 議長は、これより議事に入ることを告げ、第１号議案から３号議案までを議案として提案することを宣した。

年月日 会　場	会員定数、出席会員数 及　び　議　案　等	議　事　の　概　要
		議長は、第１号議案及び第２号議案はそれぞれ関連があるので、一括して提案するとともに事務局に議案の内容説明を求めた。 石井事務局長は、議長の指示に基づき第１号議案　平成21年度事業報告承認の件及び第２号議案　平成21年決算報告（案）承認の件を第38期定期総会議案書に基づき各議案の概要を説明した。 続いて議長は、第３号議案　平成21年度会計監査報告の件について長谷川行洋監事に報告を求めた。 長谷川監事は４月27日に会計監査を行った結果、適正に処理されていることを報告した。 議長は第１号議案から第３号議案までの質疑を行うことを告げ、議場からの発言を求めたが特に発言はなく、議長は第１号議案から第３号議案までの議案を一括で諮ったところ、満場一致で可決承認された。 議長は予定の議案は全て可決されたことを告げ、議案審議の終了を宣し降壇した。 司会者は、閉会の辞を荒井政明副会長に指名した。 荒井副会長は定期総会の終了を宣言し、15時５分閉会した。
平成22年度 第２回 定期総会 平成23年 ２月22日㈫ 横浜エクセルホテル東急３Ｆグランドホール	会員定数（正会員）55名 出席会員数　52名 出席者　28名 委任状提出者　24名 第１号議案　平成23年度	１．議長選任の経過

年月日 会　場	会員定数、出席会員数 及　び　議　案　等	議　事　の　概　要
	事業計画書（案）の件 第２号議案　平成23年度会計予算計画書（案）の件	定刻15時00分　佐伯彰理事の司会により開催を告げる。 熊田隆夫副会長が開会を宣言する。 引続き竹内知夫会長が開会の挨拶を行った。 続いて、司会者は定款22条第３項に基づく議長の選任について、出席の正会員の中から選出する旨会場に諮ったところ、横浜相原病院　吉田勝明院長から議長就任の申し出があり、出席者全員の拍手で承認された。 司会者は、吉田勝明院長に登壇を求めた。 吉田勝明院長が議長席に就く。 議長は、協会会員数正会員55名、賛助会員８名のうち、本日の正会員出席者について、出席者24名、委任状による表決者24名の計48名で定足数を越えており、総会は成立する旨を宣した。 １．議事録署名人の選任 続いて、議長は定款28条に基づき議事録署名人２名の選出を議場に諮った。 議場より議長一任の声があり、議長が次の２名を指名し、議場に諮ったところ出席者全員の拍手で承認され、また２名から承諾が得られた。 清川遠寿病院　　増田　直樹　院長 けやきの森病院　　堤　　康彦　院長 １．議事の経過要領及び議案別議決の結果 議長は、これより議事に入ることを告げ、第１号から２号議案までを議案として提案することを宣した。 第１号議案　平成23年度事業計画書（案）の件、第２号議案　平成23年度会計予算計画書（案）の件について 議長は、第１号議案と第２号議案は関連があるので、一括して提案するとともに事務局に議案の内容説明を求めた。 事務局長は、議長の指示に基づき第１号議案

年月日 会　場	会員定数、出席会員数 及　び　議　案　等	議　事　の　概　要
		平成23年度事業計画書（案）の件及び第２号議案　平成23年度会計予算計画書（案）の件を定期総会議案書に基づき概要を説明した。 議長は第１号議案及び第２号議案の質疑を行うことを告げ、議場からの発言を求めた。 議場からの質問がなく、議長から「新法人への移行は公益社団法人を目指すことになるか」との質問があった。 事務局長は「理事会においてメリット・デメリットの整理を行い、平成23年後中頃に方向性を出していただく予定」と発言した。 議場からほかに発言がなく議長は、第１号議案及び第２号議案について一括で承認を求めたところ、出席者全員の拍手で承認され、議長は原案通り承認可決されたことを告げた。 議長は以上で予定の議案は全て承認されたことを告げ、議案審議の終了を宣し降壇した。 司会者は、以上で平成22年度第２回定期総会を終了することを告げ、15時35分閉会した。

後　記

東日本大震災の犠牲者の皆様、被災者の皆様にお悔み、お見舞いを申し上げます。

平成23年３月11日　午後２時46分、三陸沖を震源とするマグニチュード9.0の千年に一度といわれる巨大地震が発生し、宮城県で震度７、福島県、茨城県、栃木県で震度６強を観測しました。巨大地震とそれに続く大津波により東北から関東に至る太平洋沿岸部は甚大な被害を受け、岩手県、宮城県、福島県などでは町が壊滅状態に陥ってしまいました。16年前の阪神淡路大震災の時もテレビに映し出される高層ビルの倒壊や高速道路の横倒しの映像に衝撃を受けたが、今回の東日本大震災でのテレビに映し出される真っ黒な巨大な津波に沿岸の地域が飲み込まれていく映像は、我々に自然災害への恐怖と自然災害の猛威の前での人間の無力さを痛切に感じさせるものでした。

さらに今回の大震災で深刻な問題となり、被災者の方々や我々だけなく世界的にも大きな不安を与えているのが、人災とも言われている東京電力福島第一原子力発電所の放射能漏れ事故です。現在でも事態の収束がなされず、国際評価尺度でレベル７と25年前のチェルノブイリ原子力発電所事故なみになっており、クリーンエネルギーといわれる原子力発電ですが、放射能被害に対する安全基準対策については今後日本だけでなく世界各国で議論されていくこととなると思われます。

震災発生二カ月後の５月11日現在で死亡者数は１万４千人を超えており、死因はほとんどが水死か瓦礫と一緒に流されたことによる多発性外傷ででした。そして亡くなられた方の55％は65歳以上であり、高齢化の進む地域で逃げ遅れた高齢者の方の多くが津波の被害に遭われたと思われます。行方不明者もいまだに１万人近くいると言われているが、これも家族全員や親類が被害に遭って届け出が出せないケースもありさらに増える可能性があります。

被災地での救助活動は日本全国、さらに世界各国からの救護チームにより懸命に行なわれており、壊滅的な被災地域の医療機関に対しても全国から支援を受けながら医療活動にあたっています。我々一人一人にとって被災者の方々に対して今出来ることは何なのかということを考え、協力していくことが大きな務めであるが、被災地の復興に10年以上を要する言われている今回の東日本大震災と福島第一原子力発電所放射能漏れ事故では、人間の叡智と想像力を働かせ、中長期的な再建を視野に入れた国家的な取り組みを継続的に行なっていくことがさらに大事なことであると思います。

（大野史郎）

神奈川県精神科病院協会会報　第76号

平成23年6月15日発行

発　行　所　(社)神奈川県精神科病院協会
会長　竹　内　知　夫
横浜市神奈川区台町8－14
ベイシティ滝川3F307号
☎045（316）0349

編集責任者　山口　哲顕、大野　史郎、武田龍太郎
大滝　紀宏、黒岩　　隆

印　刷　所　㈱ポートサイド印刷
横浜市金沢区鳥浜町16－2
☎045（776）2671

奈良　宝生寺