

心の健康を心がけよう

心理的特徴とそのサポート

(公益財団)松原病院

(医)福井心のクリニック(AOSSA)

(医)菜の花こころのクリニック(春江)

(公益社団)福井被害者支援センター

嶺北認知症疾患医療センター

認知症の人と家族の会福井支部

松原六郎

精神医学の領域

- 精神科医療

約10人に1人は精神科に通院または入院

精神科救急、リエゾン精神医学

特殊環境の精神医学(宇宙、移植のための隔離)

- 予防

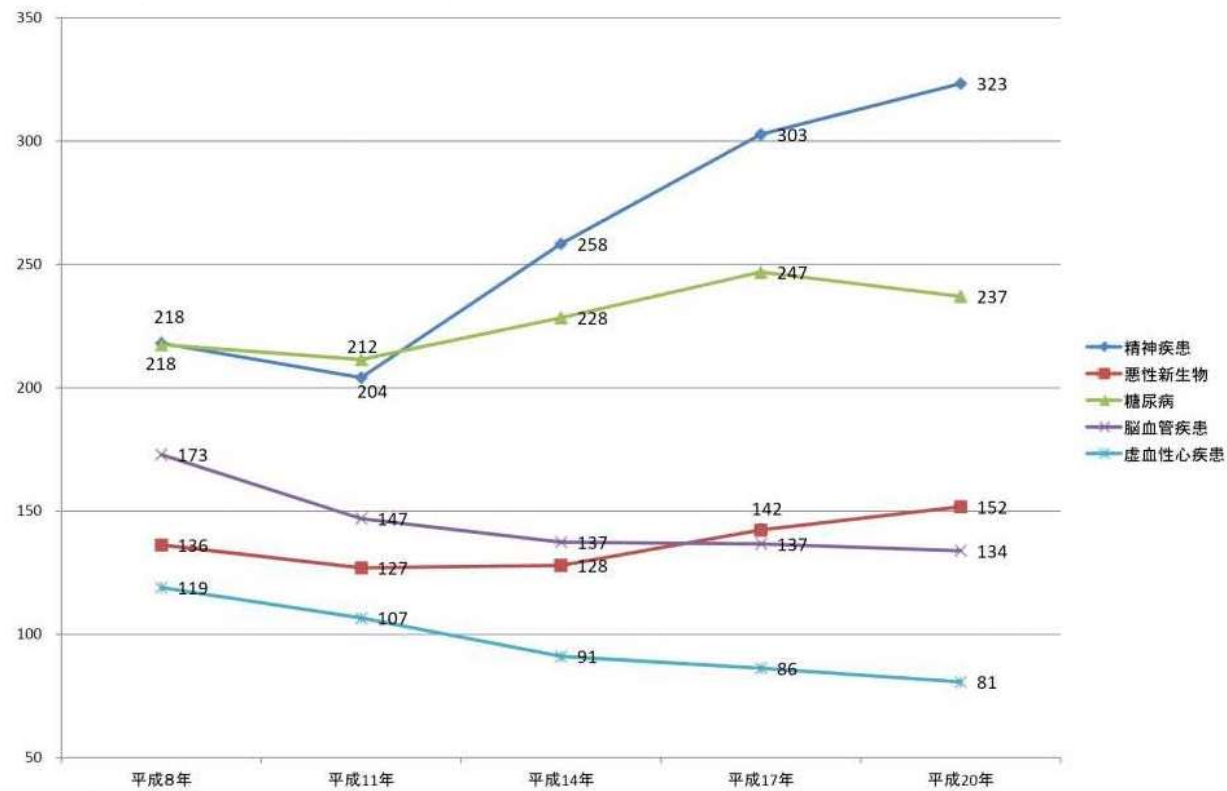
産業精神医学、教育現場、家庭や地域

PTSD、被害者支援(2次被害)、ミスの精神医学

- 司法精神医学

責任能力、弁護能力、成年後見制度

傷病別の医療機関にかかっている患者数の年次推移



※単位: 万人
 ※出典: 患者調査を基に作成

心の病気の誤解とホント

間違い

- 「精神病患者」は治らない
「心が弱いから病気になる」
- 遺伝する
- 薬は毒

正しい

- 大半は治せる(早期発見治療重要) 予防可能
- 従来の遺伝形式をとる心の病気はほとんどない
- 薬はちゃんと飲めば安全

PTSDと脳

PTSDと海馬萎縮

ベトナム退役軍人でPTSDを発症した患者のMRIを撮って海馬の萎縮があることを報告。(1995年、ブレムナーら)

幼児期の性的虐待によってPTSDを発症した患者でも左側の海馬が平均12%小さくなっている。(1997年、ブレムナーら)

心理的知識が必要な理由

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

救急に関わる精神的障害

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

おおまかな判定法

病気かどうか？どんな病気か？

- 統合失調症 「分かれている」
- うつ病 「分かるはずがない」
- 躁病「分かっている」
- 神経症 「分かかってほしい」
- 認知症 「分からない」

心の病気の誤解とホント

- 「精神病患者」は治らない「心が弱いから病気になる」
- 遺伝する
- 薬は毒
- 大半は治せる(早期発見 早期治療重要) 予防可能
- 遺伝する心の病気はほとんどない
- 薬はちゃんと飲めば安全

精神医学の領域

- 精神科医療
約10人に1人は精神科に通院または入院
精神科救急、リエゾン精神医学
特殊環境の精神医学(宇宙、移植のための隔離)
- 予防
産業精神医学、教育現場、家庭や地域
PTSD、被害者支援(2次被害)、ミスの精神医学
- 司法精神医学
責任能力、弁護能力、成年後見制度

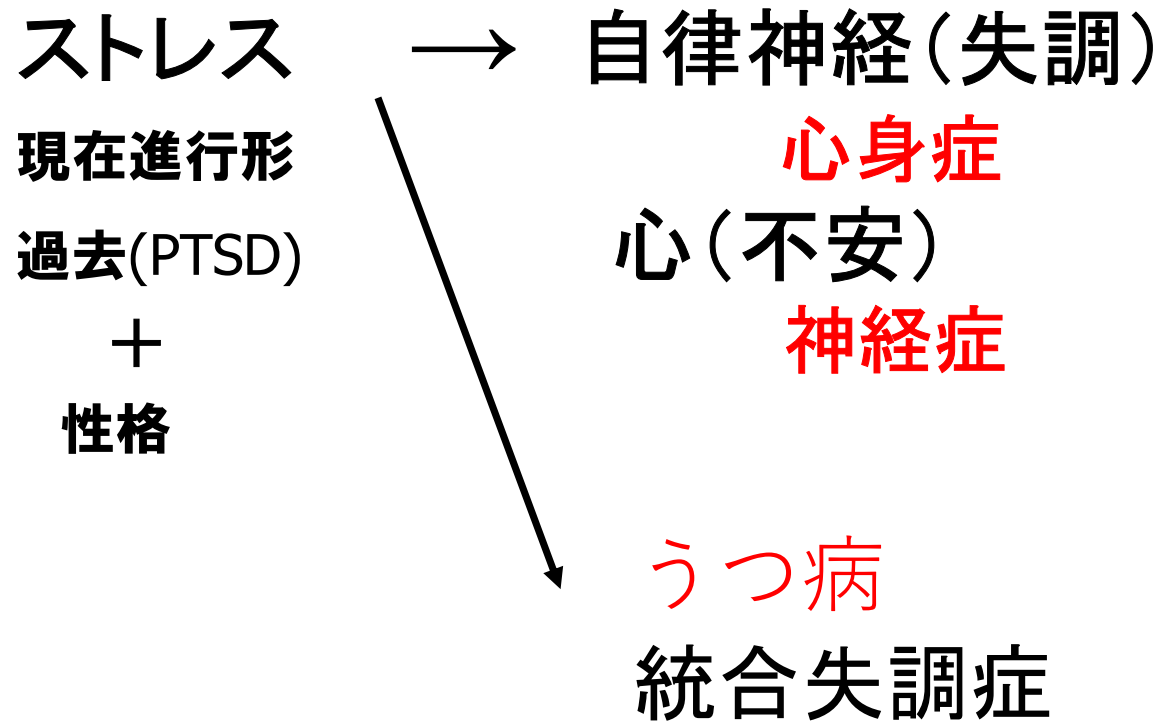
労働者のメンタルヘルス

メンタルヘルス対策の4つのケア

1. **セルフケア**(労働者が自ら行うストレスへの気づきと対処)
2. **ラインによるケア**(管理監督者が行う職場環境等改善と相談への対応)
3. 事業場内産業保健スタッフ等によるケア(産業医等による専門的ケア)
4. 事業場外資源によるケア(事業場外の専門機関によるケア)

ストレスと神経症

ストレスの構図



ストレスはどこへ行く

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

強烈なストレスに傷ついたとき

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

自傷行為としての嗜癖

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

パニック障害、社会不安障害

パニック障害 *Panic Disorder* (PD)

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

パニック障害の症状

1. パニック発作 (Panic Attack)
2. 予期不安
3. 広場恐怖

パニック発作(*Panick Attack*)

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

パニック発作の症状

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

予期不安

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

広場恐怖

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

電車やバス、高速や渋滞、会議室、美容室、歯科、エレベーター...

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

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

社会不安障害(SAD)

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

社会不安障害(SAD)の分類

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

認知療法

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

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

行動療法

例えば、日常活動のスケジュールを作成するという方法。スケジュール表に、買い物、読書、散歩などという簡単に書き込んでおく。

あらかじめスケジュール表を作っておくことで、その時になってどうしようかと迷ったり、嫌になってやめてしまったりといったことを防ぐことができる。実際に活動すると、たいていは気分を高めるような変化が起きる。何もしていないでいると、ネガティブなことばかりを考えてしまうので、一層、ゆううつになってしまう。

福井被害者支援センターの活動

なぜ、今民間団体が立ち上がったか

電話相談の実際

- 相談員数 34名
相談参加者 14名
- 相談時間
火曜日 午後 3時～7時
土曜日 午後 1時～7時
- 電話番号 0776-32-5111
2名の相談員が電話番

年間相談件数96件(2002年)

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

DV 問題の深刻さ

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

子どもにとってのDV

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

災害精神医学

救急精神医学

精神障害者の救急(うつ病、薬物、物質)

災害精神医学(小災害、大災害:群衆)

健常者の被災(事故、犯罪:レイプ、家庭)

障害者の被災(透析、糖尿病、てんかん)

精神障害者の被災

救急スタッフの心理学

その他

うっかりミスの精神医学(ヒヤリ・ハット)

なぜ心の知識が必要か

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

今後の救急精神医学

地域医療の変革

（病院はナースセンター、自宅は病室）

訪問看護、緊急通報、ホームヘルプサービス

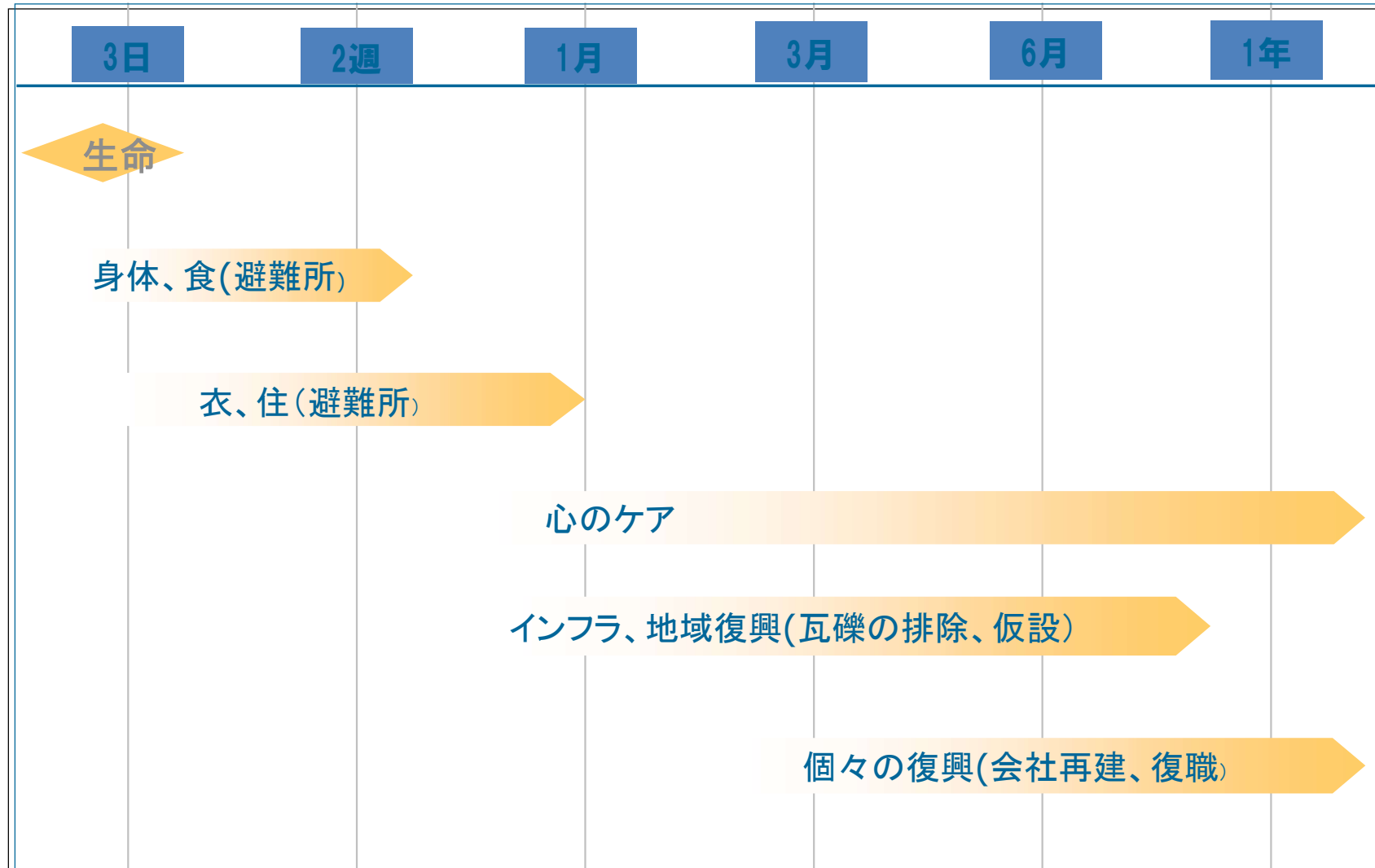
在宅酸素、モニター、人工呼吸

自己選択

延命拒否、尊厳死（在宅ホスピス）

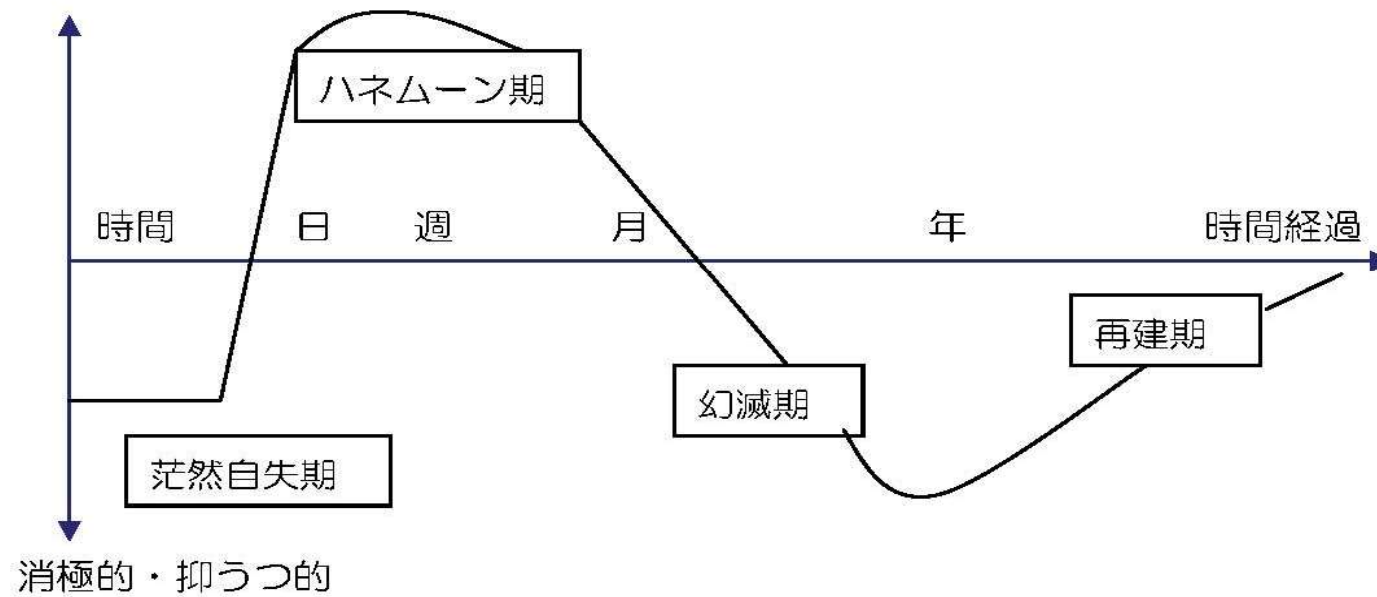
臓器移植

東日本大震災の支援のタイミング



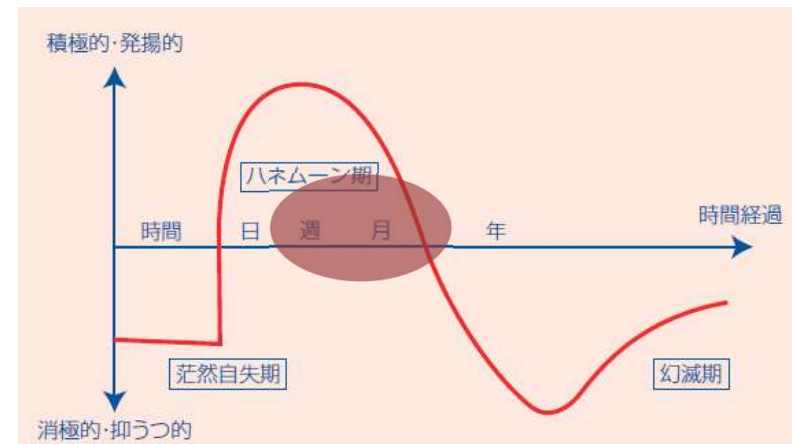
被災者の心理変化

積極的・発揚的



時間の経過と災害者の心の動き

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



ローカル・ゲートキーパー の大切さ

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

PTSDの構図

事故、事件、災害

急性ストレス反応

→心的外傷後ストレス障害

外傷後ストレス障害(PTSD) の3大症状

1) 再体験(想起)

外傷的体験が、意図しないのに繰り返し思い出されたり(フラッシュバック)、夢に登場したりする。

2) 回避

体験を思い出すような状況や場面を、意識的あるいは無意識的に避け続ける。感情や感覚の反応の麻痺。

3) 過覚醒

交感神経系の亢進。不眠やイライラ。

PTSDの慢性期の症状

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

サバイバース・ギルト

(生存者の罪悪感)

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

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

被害を受けた人を傷つける言葉（１）

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

被害を受けた人を傷つける言葉（２）

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

サイコロジカル・ファーストエイドの 8つの活動内容

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

災害救援スタッフへのケア

救援者は二次的被災者である

救援スタッフのP T S D 予防

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

燃え尽き症候群 Freudenberger, H.J. 1974

目的、生き方、関心に対して**献身的**になる



期待された反応が得られない



疲労感、欲求不満

対象に対して無気力、無感動



交流を避ける、辞職、アルコールや薬物乱用

バーンアウト(燃え尽き症候群) のリスク

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

バーンアウト(燃え尽き症候群)の兆し

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

認知療法

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

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

喪の過程 mourning process

- 1.感情麻痺の時期:ショック、否認
- 2.思慕と探索の時期:悲しみ、探索行動
- 3.混乱と絶望の時間:怒り、恨み
- 4.脱愛着と再起の時期:諦め、受け入れ

喪の作業 mourning work

フロイトが提唱した概念

愛着ある心の中の大切な対象を喪失した結果、
その穴を埋め乗り越えるために行なわれる作業

それは基本的に個人の心の中の作業であるが

- モニュメント(花をたむける)
- 追悼式典
- 故人を偲ぶアルバムや文集

レジリエンス(*resilience*)

「困難な状況にもかかわらず、適応出来る力」
あるいは、「精神的回復力」

ストレス対策

言語化と受容の地道な継続

ストレスを癒す

- 言語化とストレスの気づき
- 受容（傾聴、受容、共感、、、）

言語化に必要なもの

1) 話し相手

2) 話す時間

受容に必要なもの

1) 聞ける態度

カウンセリングマインド

2) 聞ける時間の余裕

積極的傾聴(active listening)

「積極的に相手の話を聞くこと。相手の立場に立って、考えや気持ちを理解しようと努めること。」

傾聴そのものが、診断（早期発見）であり、治療である。

理解しようとする姿勢が大切

積極的傾聴の基本姿勢

1. 批判的・忠告的にならない。
2. 相手の話の内容全体に耳を傾ける。
3. ことば以外の表現にも気を配る。
4. 相手の言っていることをフィードバックしてみる。
5. 感情を高ぶらせない。

「吸い取り紙」の術

チームとしての積極的傾聴

- カンファレンス、ミニカンファレンス
何か起きたときに、話し合うクセをつける。
- ブリーフィングとデブリーフィング
これから向かうとき。
終わって帰るとき。

ストレスを職場に置いて帰宅するために

ストレス対策法

1. ストレスであることに**気付く**こと
ストレスを話題にする
2. 何でも**話す**こと
話し相手がありますか？
3. **日記**を付けてみること
4. **スポーツ**や**趣味**を持つこと

1日30分～1時間(以上)

ストレスのない時間を

気分障害

そううつ病（躁鬱病）

気分障害の分類

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

うつ病症状



眠れない



食べたくない



何もしたくない



理由がないのに
からだの調子が
悪い

心因性のうつ状態

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

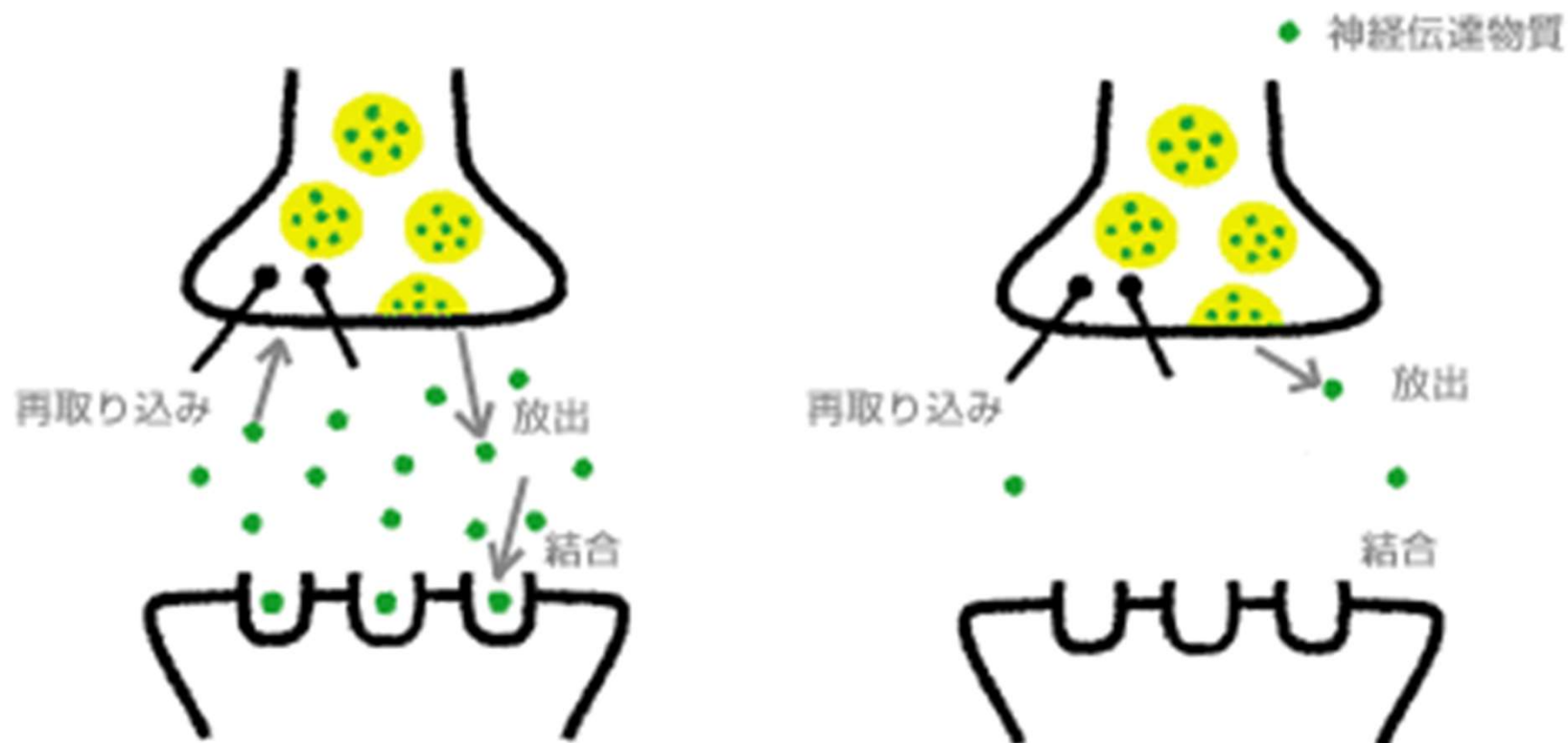
器質性のうつ状態

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

その他のうつ（原因不明含む）

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

神経伝達物質のメカニズム



通常

通常は神経伝達物質の
放出、結合共にスムーズ

うつ病の状態

うつ病は神経伝達物質の
放出が少ない

大うつ病性障害とは

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

1. 抑うつ気分

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

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

2. 興味の減退

今までやっていたことに関心を示せなくなる

程度の目安: 抑うつ気分と同じ。こなせていた日常生活に支障が出る

3. 他の精神症状

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

うつ病患者が訴える主な精神症状

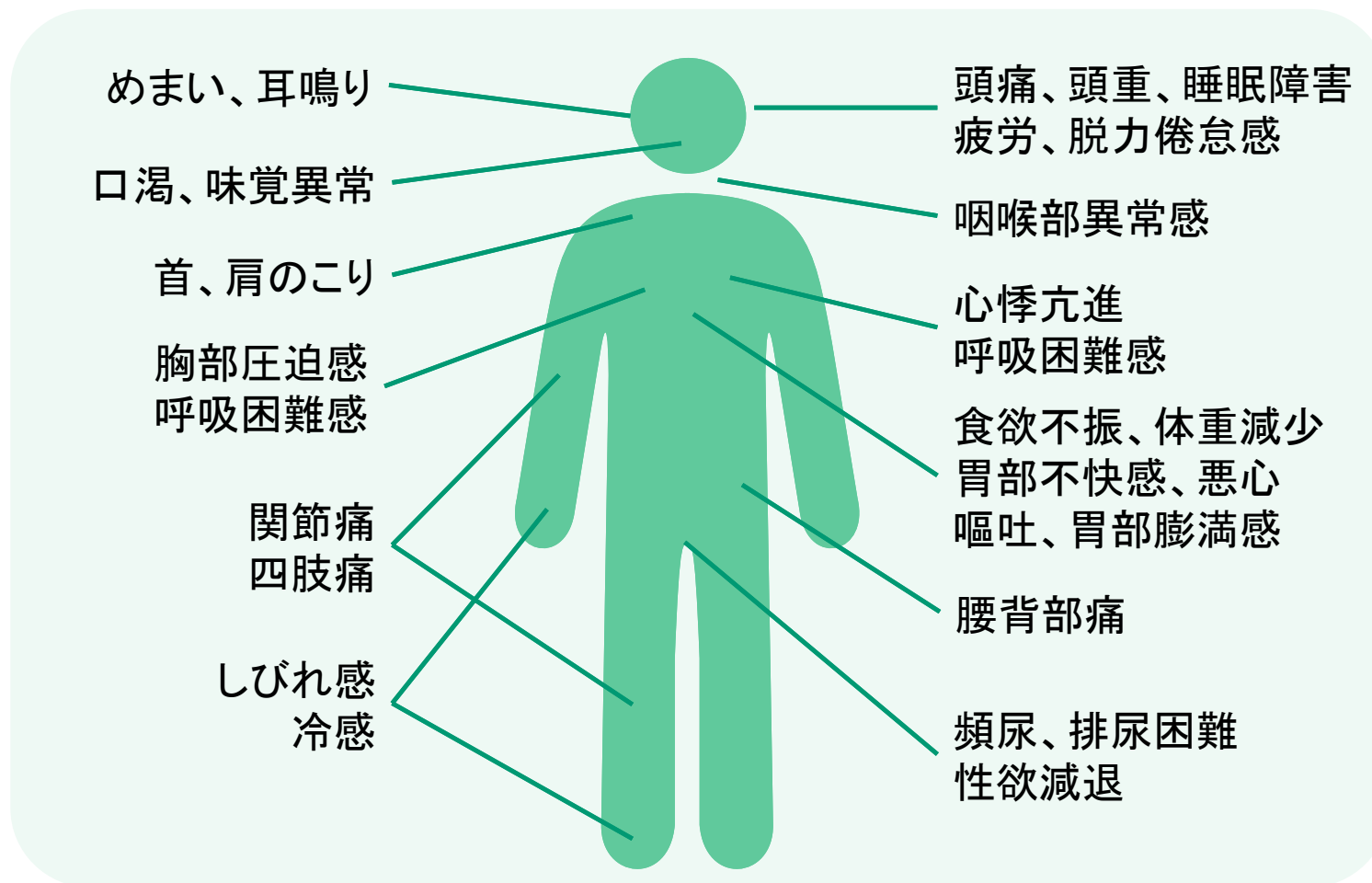
「気分が沈む」.....	抑うつ気分
「関心がわからない」.....	興味の減退
「やる気が出ない」.....	意欲の低下
「いらいらする」.....	焦燥感
「しんどい」.....	気力の低下
「自分は意味のない人間だ」.....	無価値感
「うまくいかないのは自分のせいだ」....	自責感
「仕事に集中出来ない」.....	集中力の低下
「簡単なことが決められない」.....	決断困難
「いっそ死んでしまいたい」.....	自殺願望

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

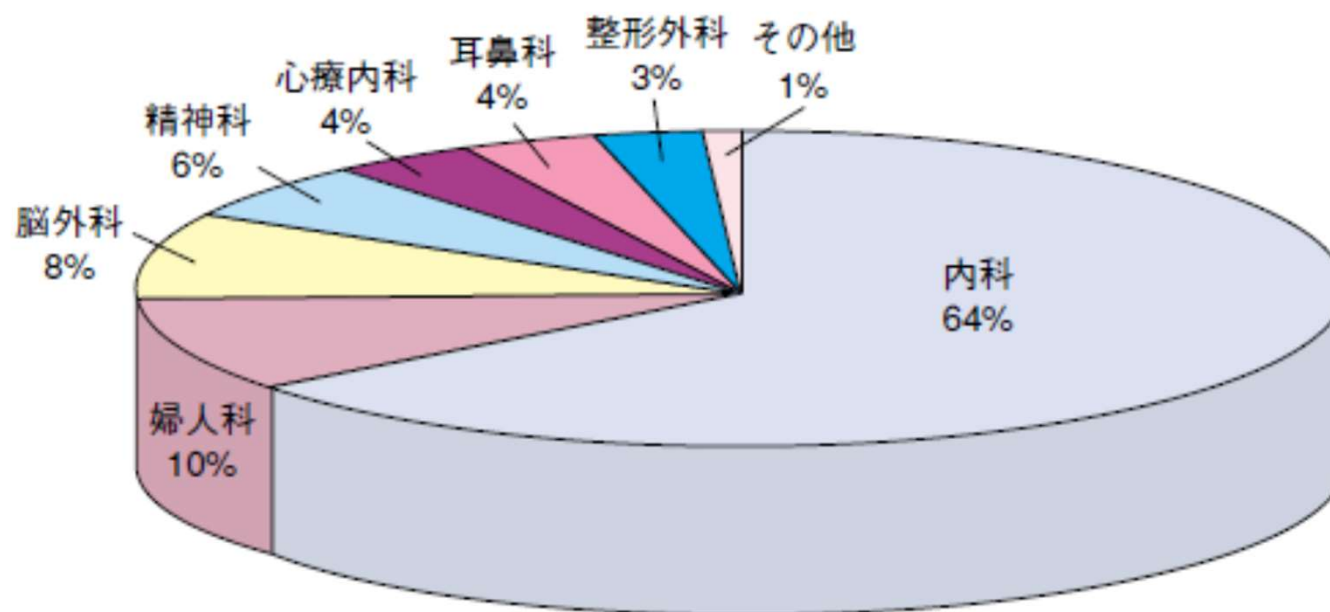
うつ病に特徴的な認知のゆがみ

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

うつ病の身体症状

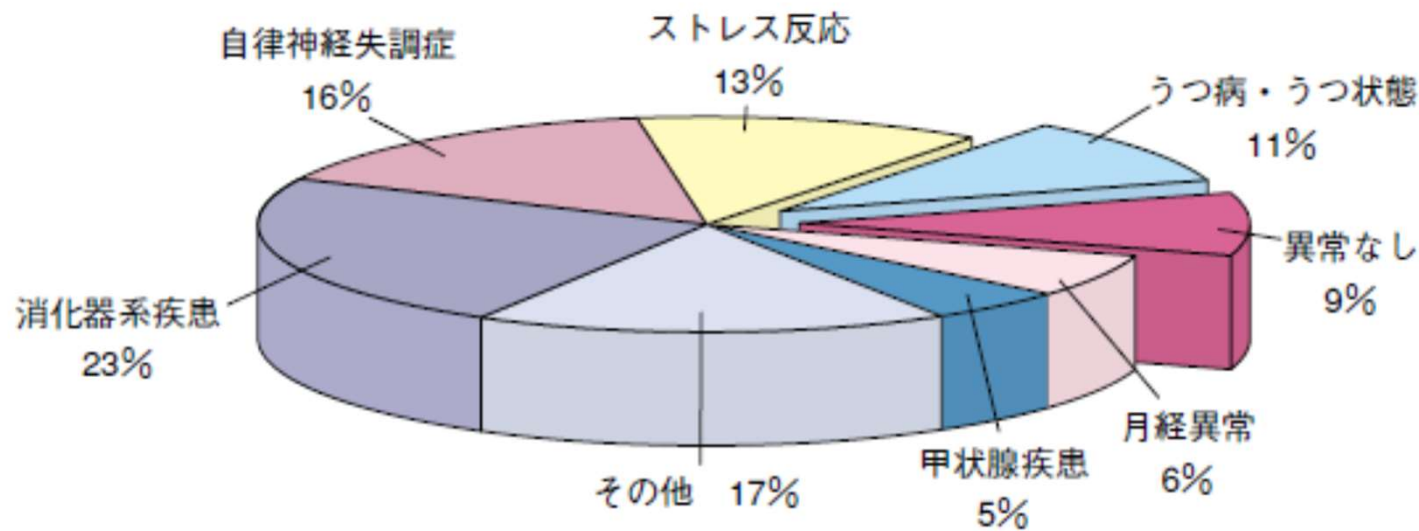


うつ病患者の初診診療科



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

うつ病・うつ状態患者の初診医による 診断または説明

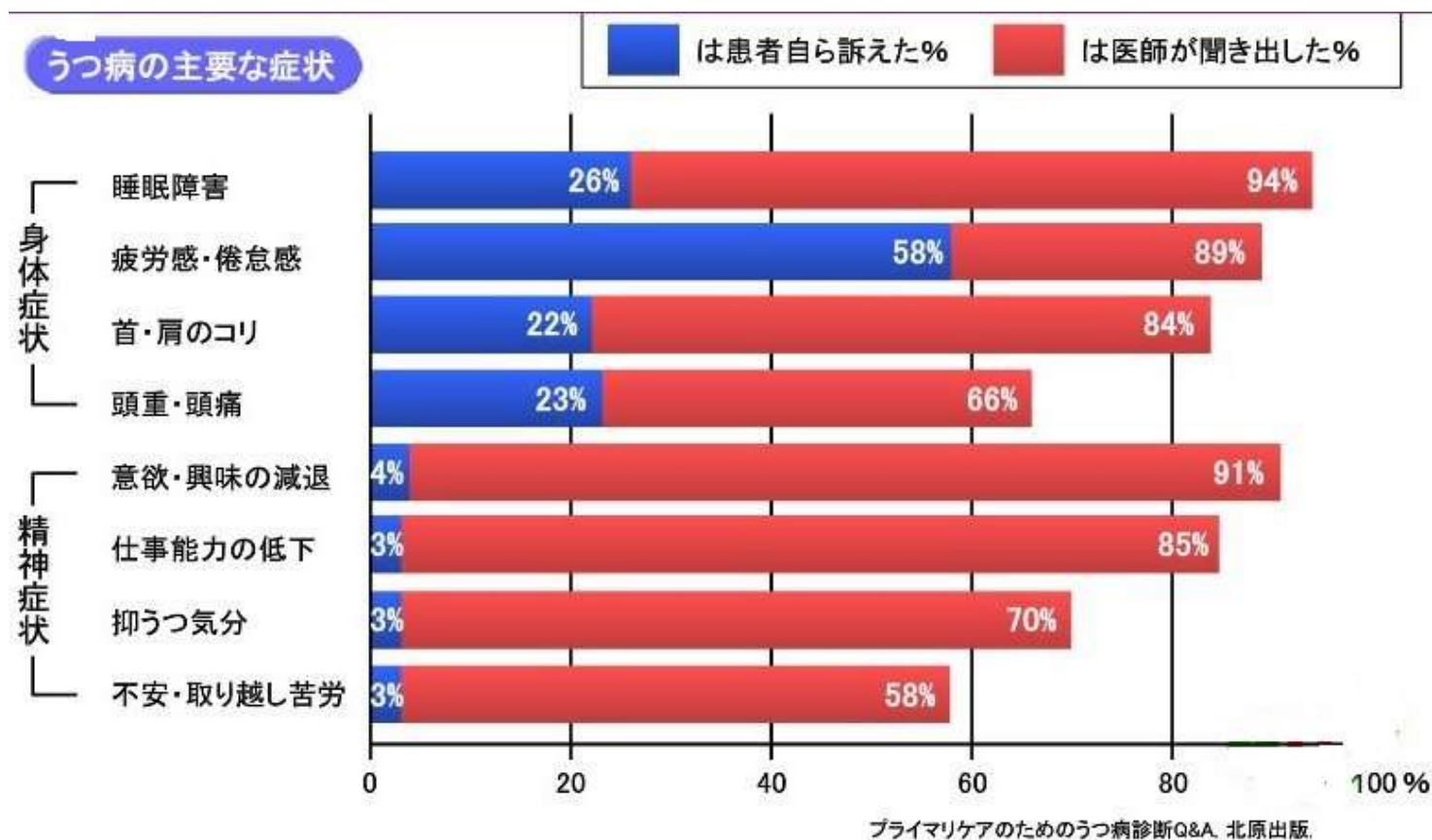


(三木治：プライマリ・ケアにおけるうつ病の治療と実態、心身医学 42：585-591、2002)

身体疾患患者のうつ病有病率」

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

うつ病に見られる症状



うつ病を発見する

1. 眠れない
(休日過眠)
2. 食べられない
(夜間過食)
3. 疲れやすい

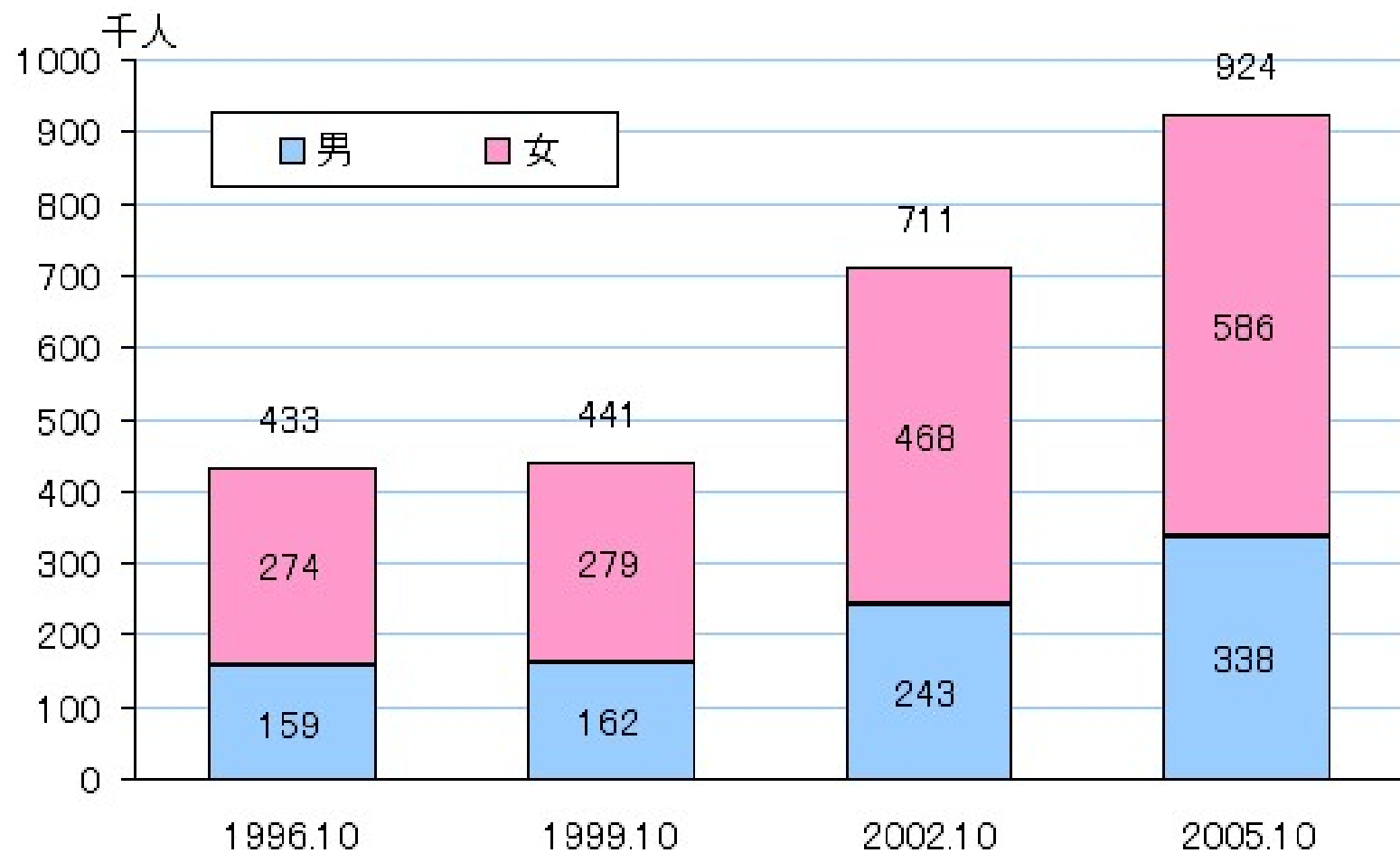
以上が2週間続いたら**赤信号**

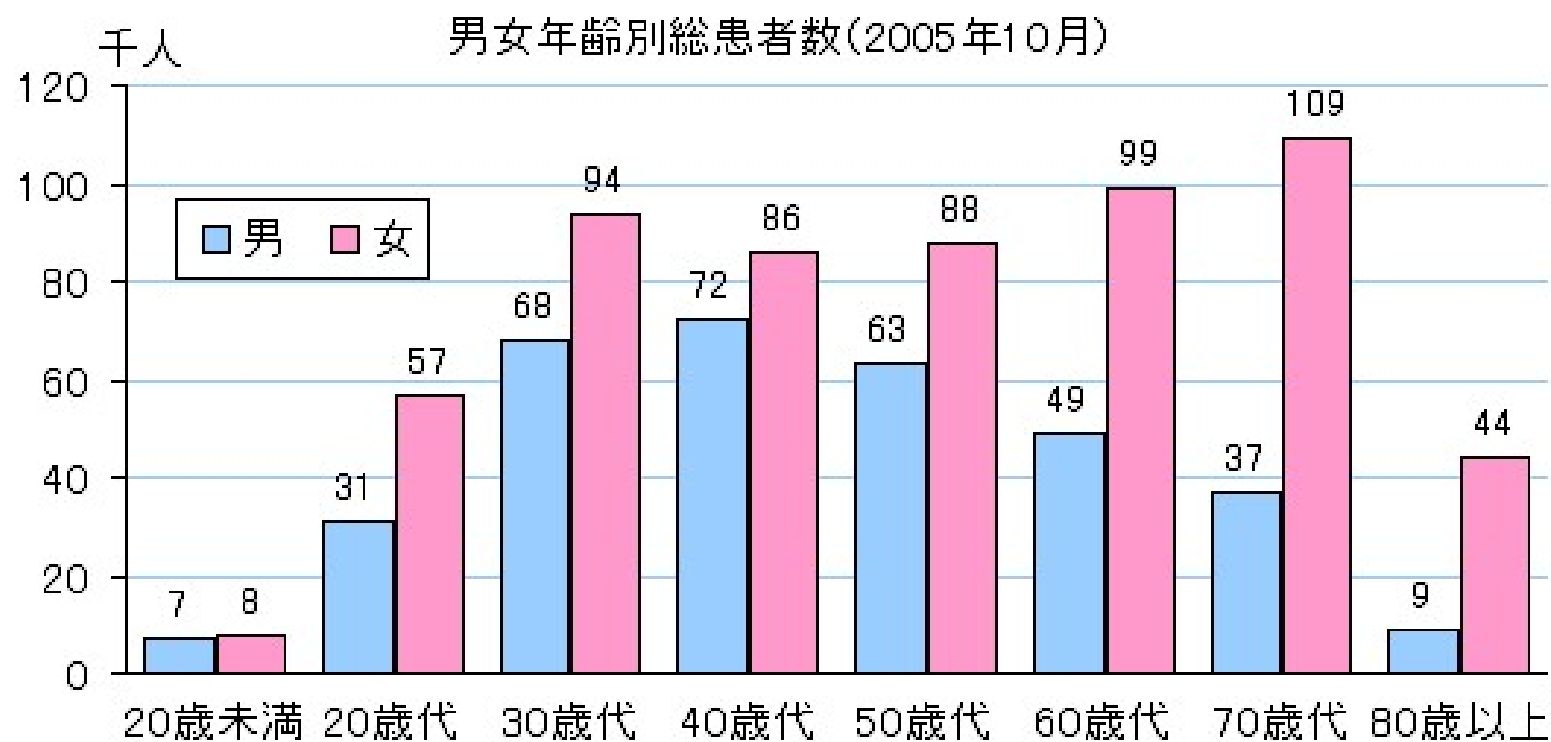


うつ病にちょっとなりやすい性格

1. 几帳面
デスクの整頓、時間厳守
2. 熱心
働き者
3. 和を重んじる
頼まれると、誘われると 断れない

うつ病・躁うつ病の総患者数

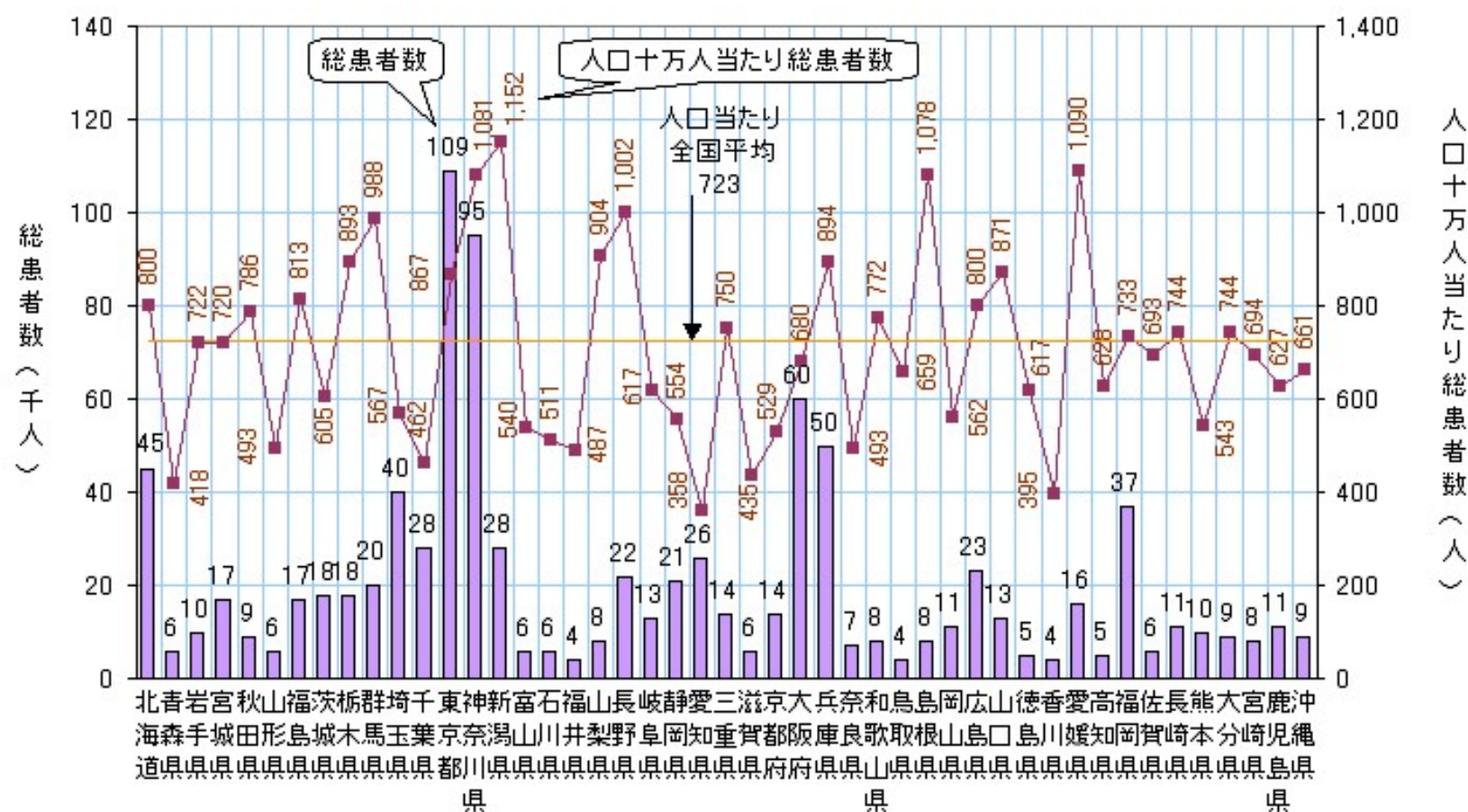




(注) 「気分[感情]障害(躁うつ病を含む)」(ICD-10: F30-F39)の総患者数であり、うつ病及び躁うつ病(双極性障害)の患者が中心。総患者数とは調査日に医療施設に行っていないが継続的に医療を受けている者を含めた患者数(総患者数=入院患者数+初診外来患者数×平均診療間隔×調整係数(6/7))

(資料) 厚生労働省「患者調査」

都道府県別うつ病・躁うつ病総患者数(2005年10月)



(注) 「気分[感情]障害(躁うつ病を含む)」(ICD-10: F30-F39)の総患者数(住所地ベース)であり、うつ病及び躁うつ病(双極性障害)の患者が中心。総患者数とは調査日に医療施設に行っていないが継続的に医療を受けている者を含めた患者数(=入院患者数+初診外来患者数×平均診療間隔×調整係数(6/7))

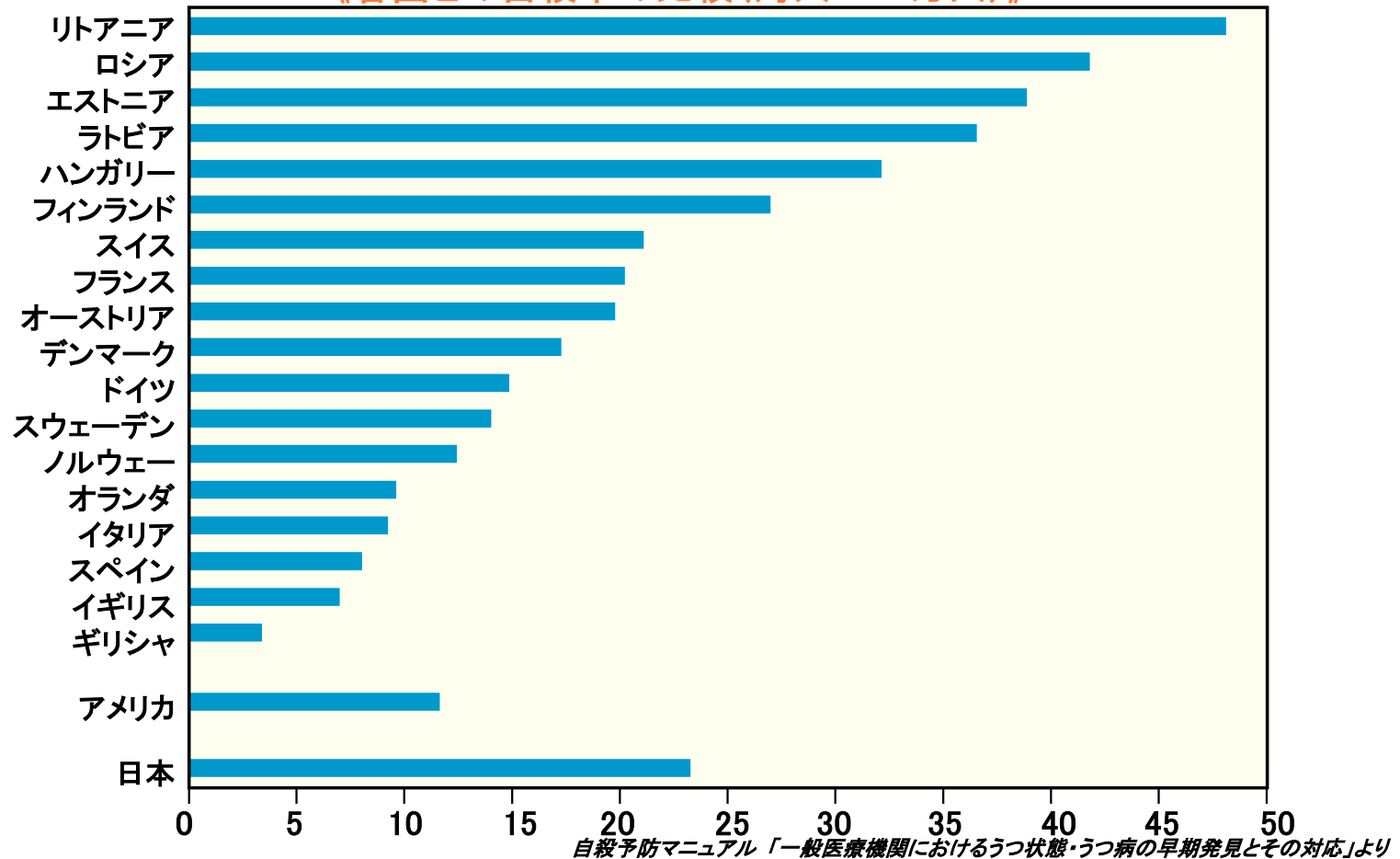
(資料)厚生労働省「患者調査」

自殺の現状 2

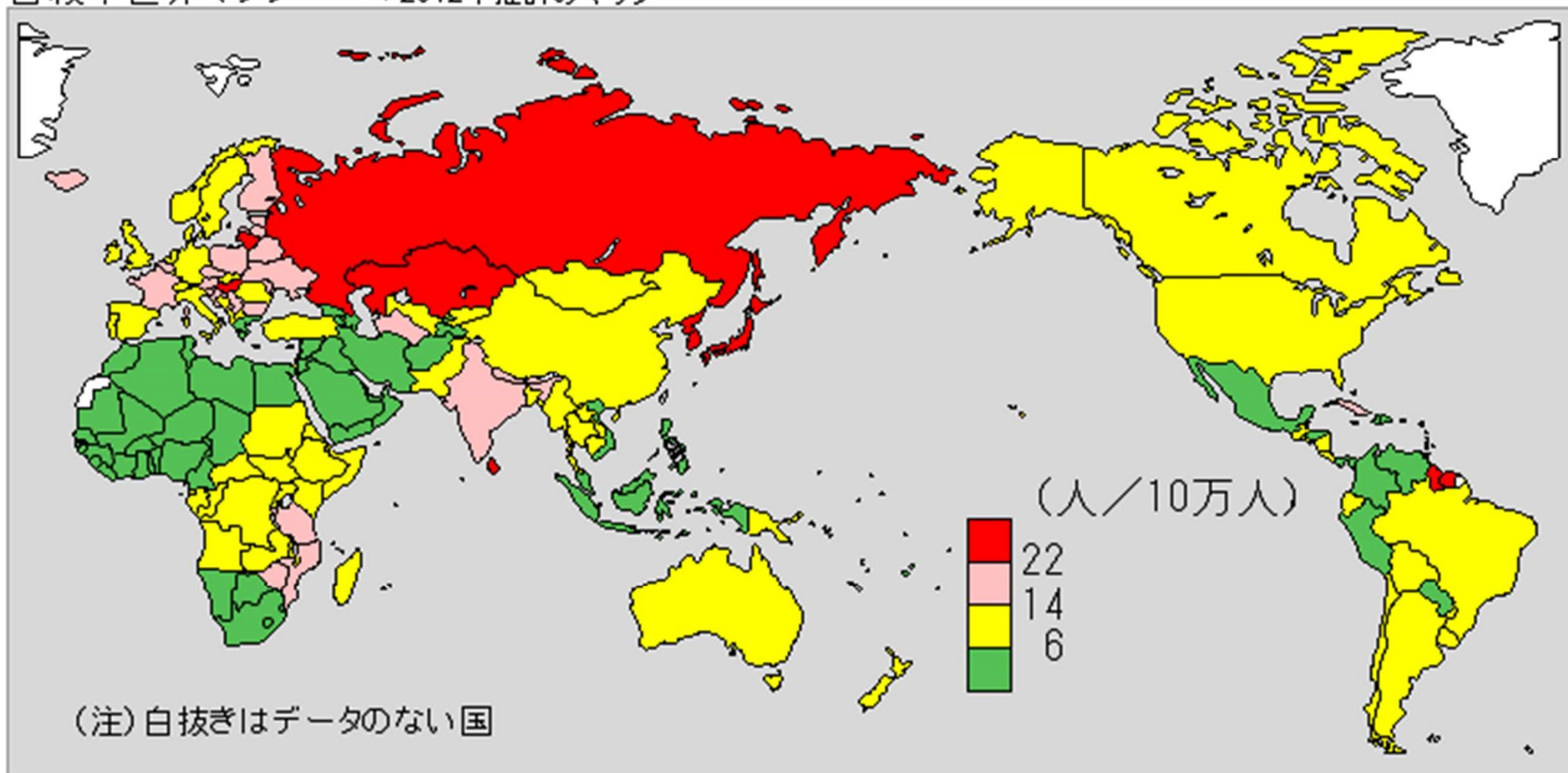
世界中では約100万人が自殺で命を失い、深刻な問題です

わが国の自殺率は、人口10万人あたり約24と高い自殺率を示しています

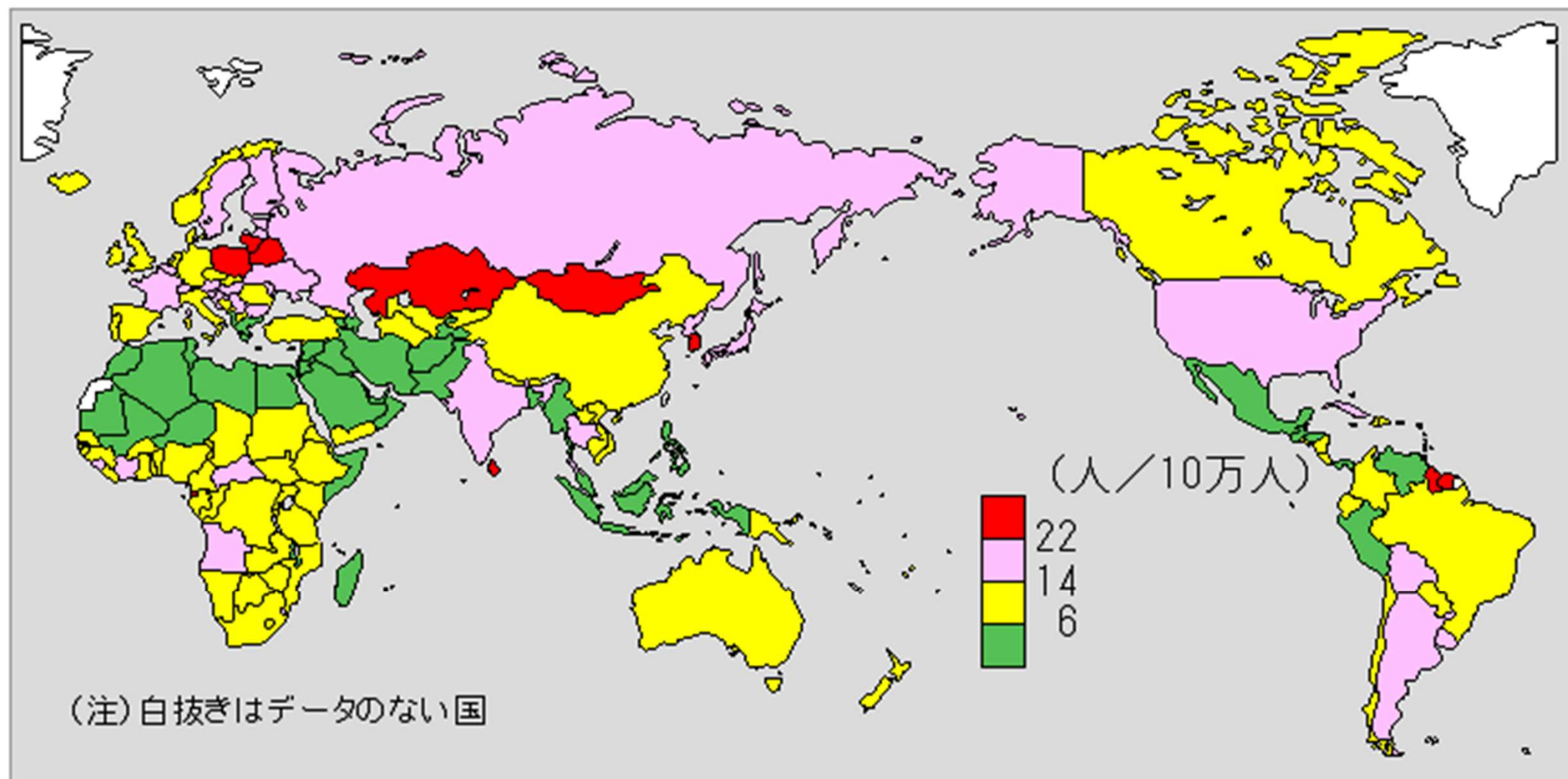
《各国との自殺率の比較(対人口10万人)》



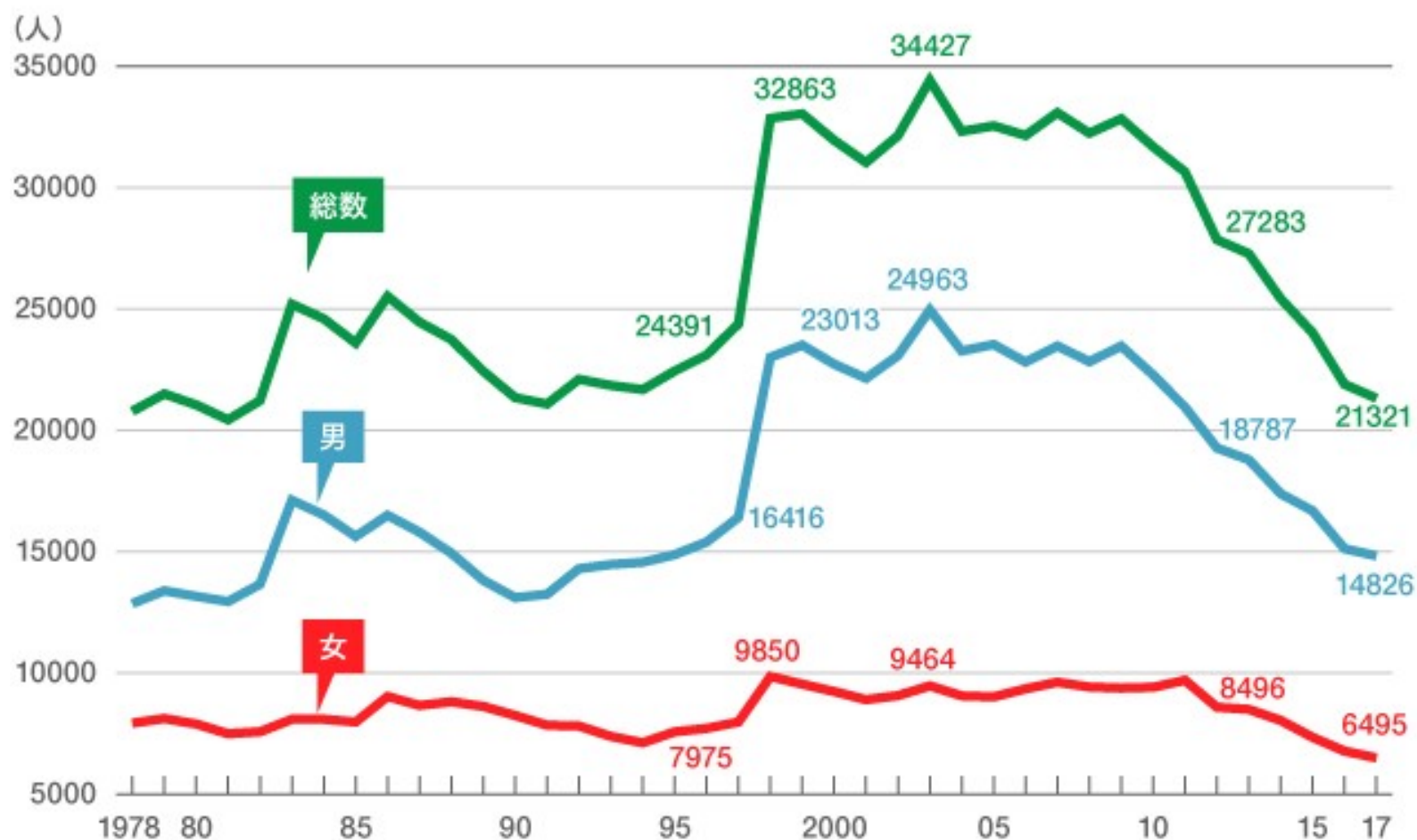
自殺率世界マップ ＊2012年推計のマップ



自殺率世界マップ ＊2015年のマップ

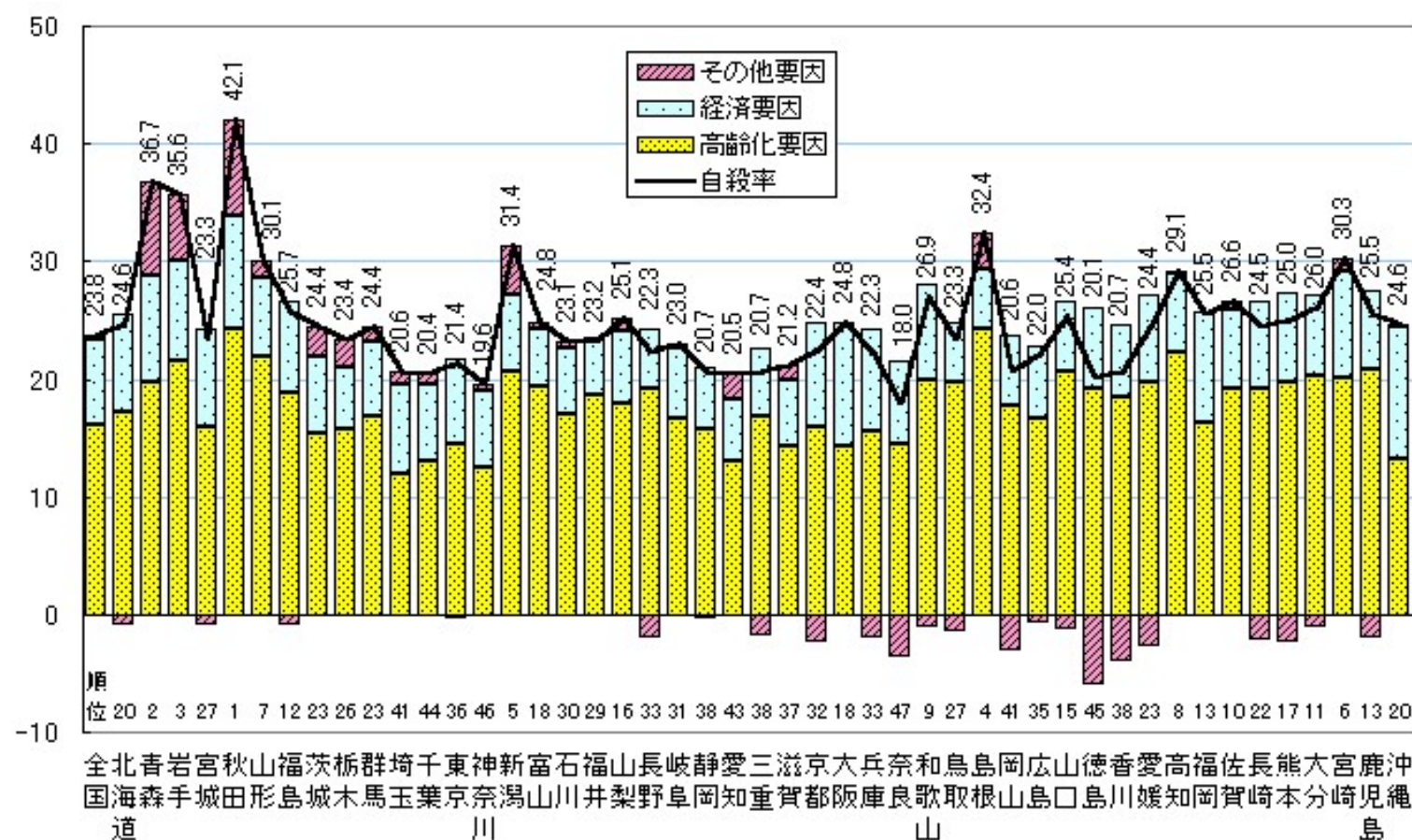


自殺者数の推移(自殺統計)



警察庁「自殺統計」を基に編集部作成

都道府県の自殺率(2002年)



(注) 数字は都道府県の自殺率(10万人当たり自殺者数)。要因分解は都道府県を対象とした以下の回帰分析結果にもとづく。

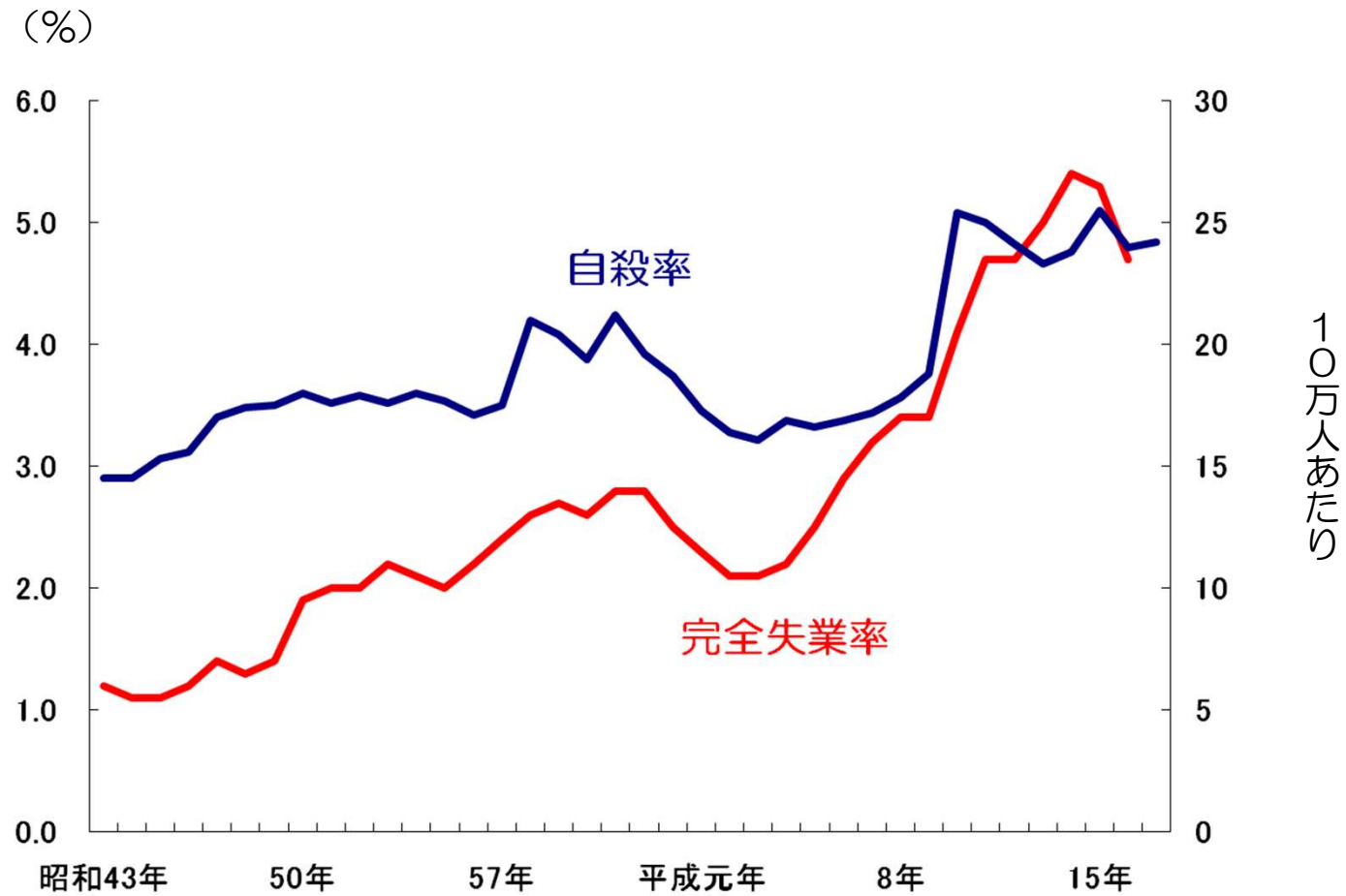
$$y = -7.47879 + 1.139509 * x_1 + 1.782896 * x_2 \quad (r^2=0.470434) \quad y: \text{自殺率}, x_1: 65 \text{歳以上人口比率}, x_2: \text{失業率}$$

(-1.40249) (6.036787) (3.486265) ←カッコ内はt値

以上のうち、 x_1 を「高齢化要因」、 x_2 を「経済要因」、残差を「その他要因」ととらえ寄与度に換算した。

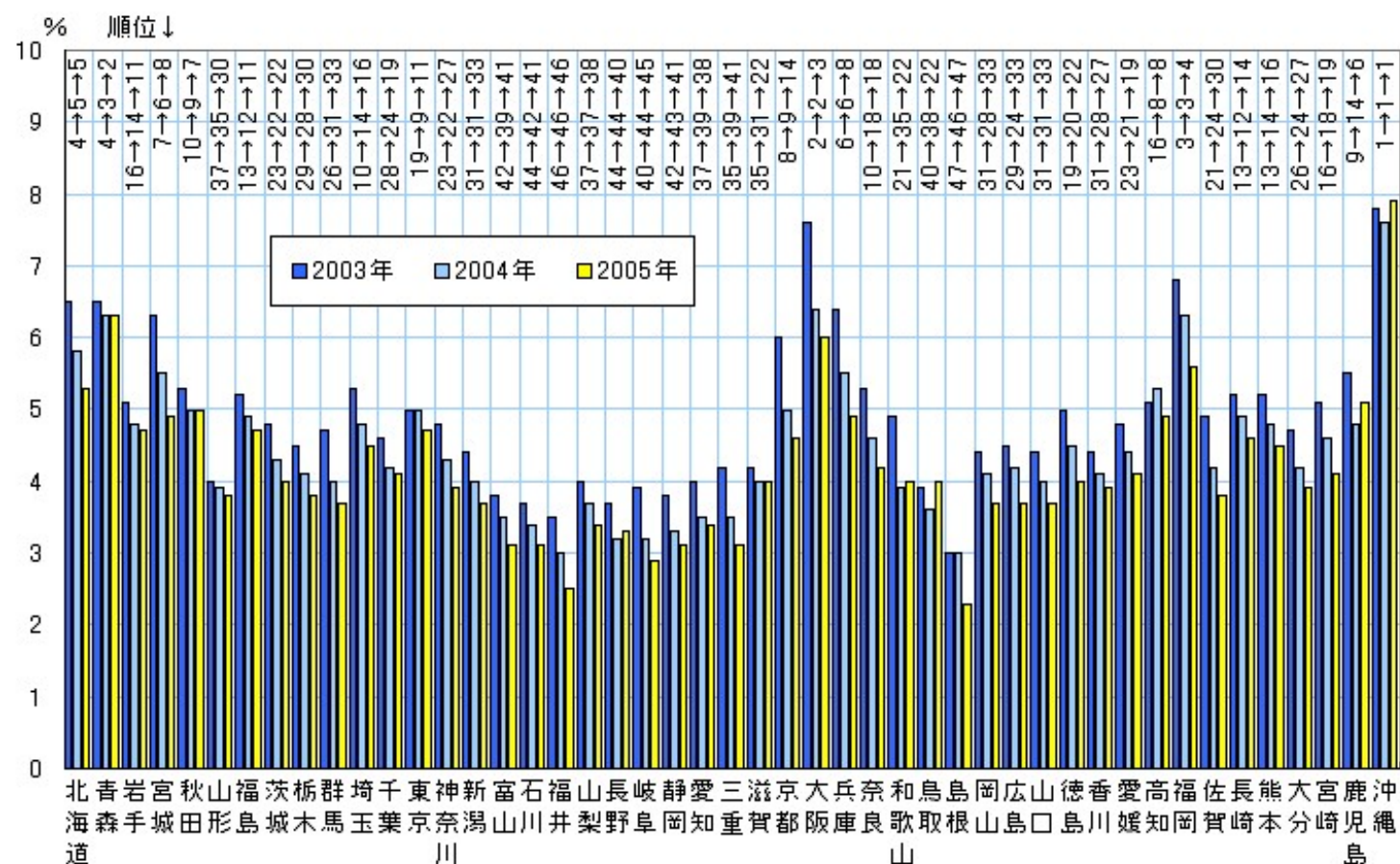
(資料) 厚生労働省「人口動態統計」、総務省統計局「推計人口」「労働力調査」

失業率と自殺率の関係



資料：人口動態統計・労働力調査

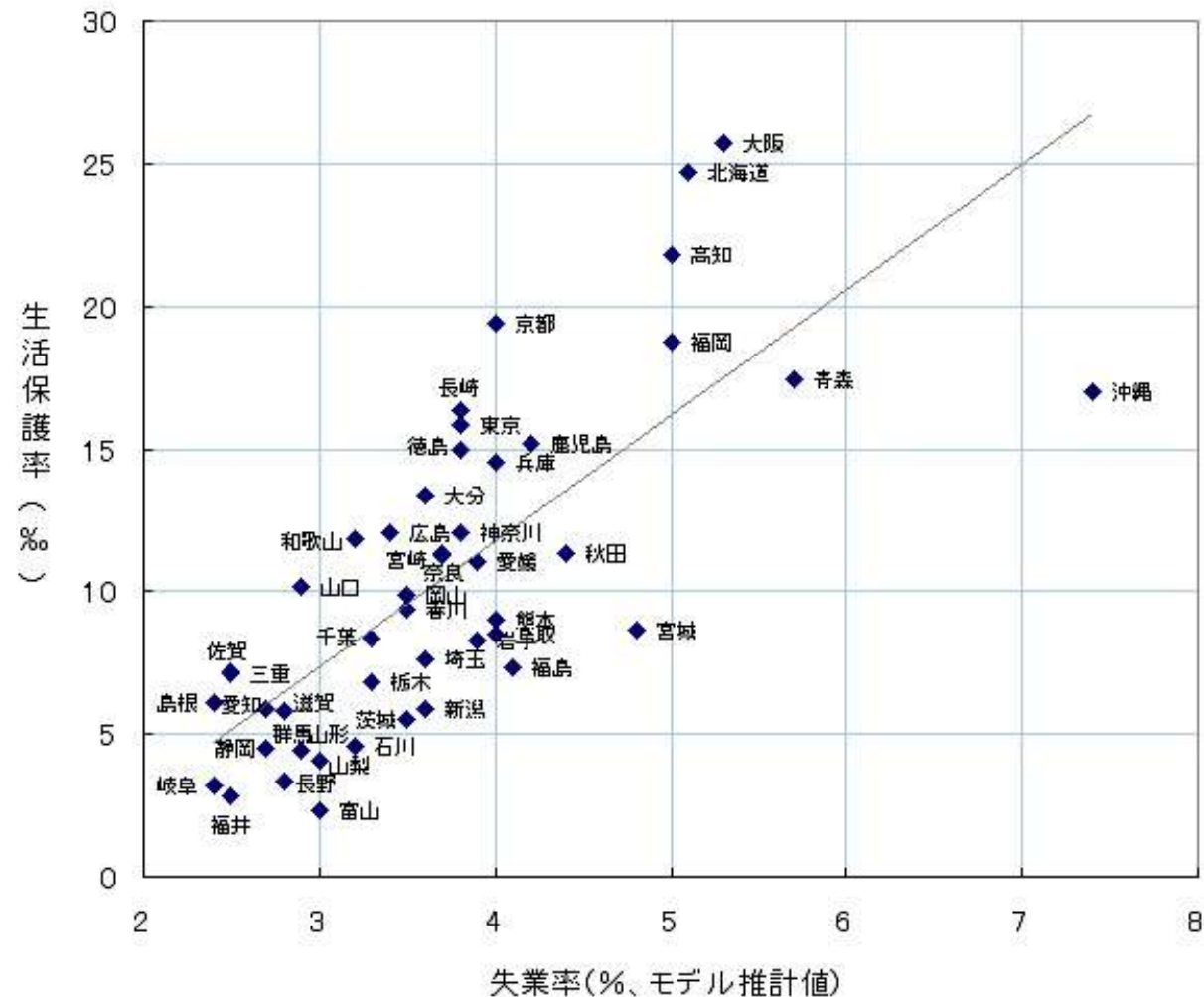
都道府県の失業率（2003年～05年）



（注）数値は、労働力調査の結果を都道府県別にモデルによって推計した値である。ただし、北海道、東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県、沖縄県は比推定によって推計した値である。都道府県別に表章するように標本設計を行っておらず（北海道、沖縄県を除く）、標本規模も小さいことなどから、全国の結果に比べ標本誤差が大きく、結果の利用に当たっては注意を要する。

（資料）総務省統計局「労働力調査(モデル推計値)」

(参考) 失業率との相関(2007年)



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

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

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

職場におけるメンタルヘルス対策

4つのケア

1. **セルフケア**(労働者が自ら行うストレスへの気づきと対処)
2. **ラインによるケア**(管理監督者が行う職場環境等改善と相談への対応)
3. 事業場内産業保健スタッフ等によるケア(産業医等による専門的ケア)
4. 事業場外資源によるケア(事業場外の専門機関によるケア)

産業医学の範囲

職業病：

作業関連疾患： 生活習慣病他

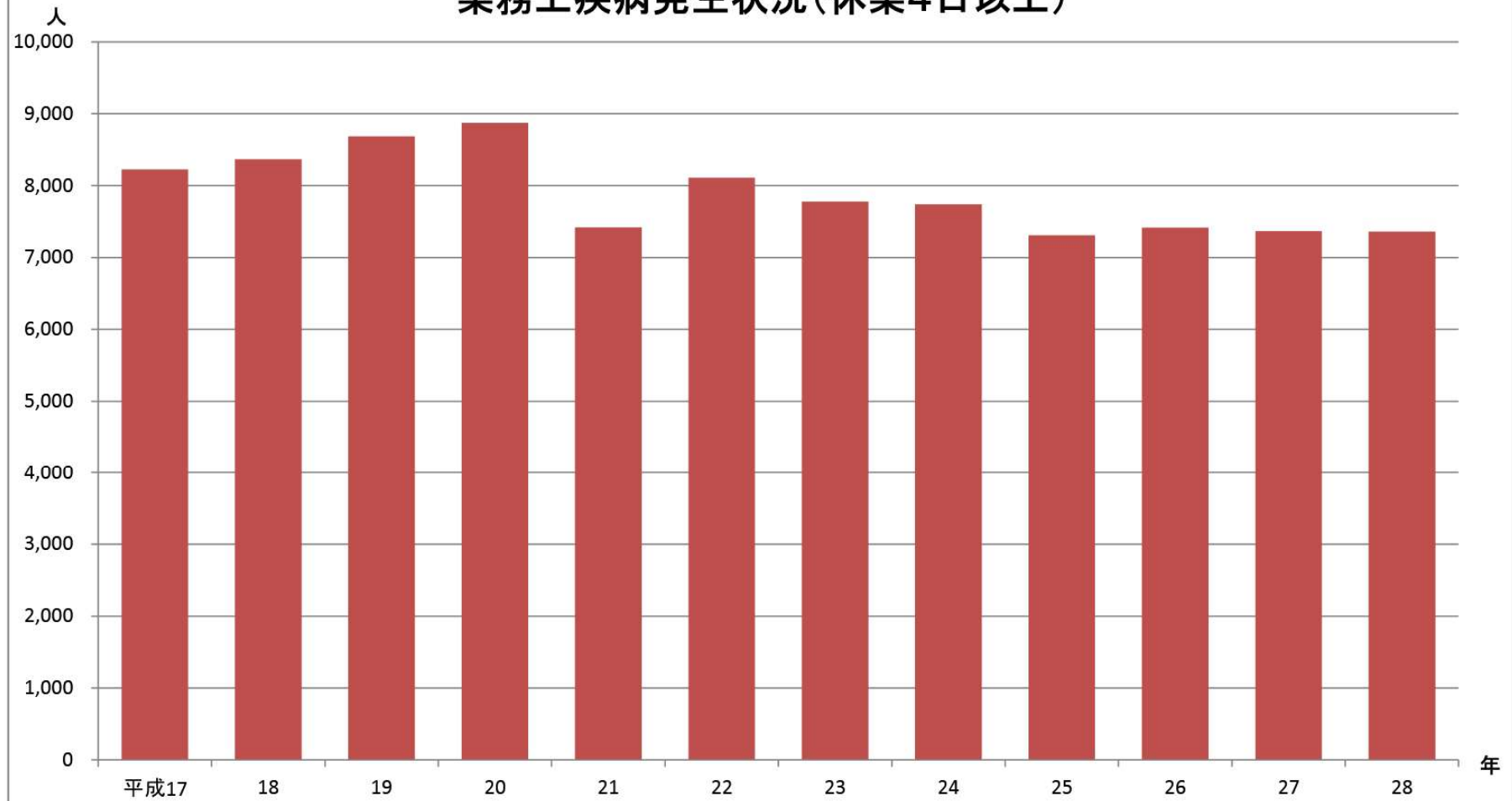
快適職場作り（THP他）：

労働災害、労働疾病の推移

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

労働衛生のしおり 平成19年度版

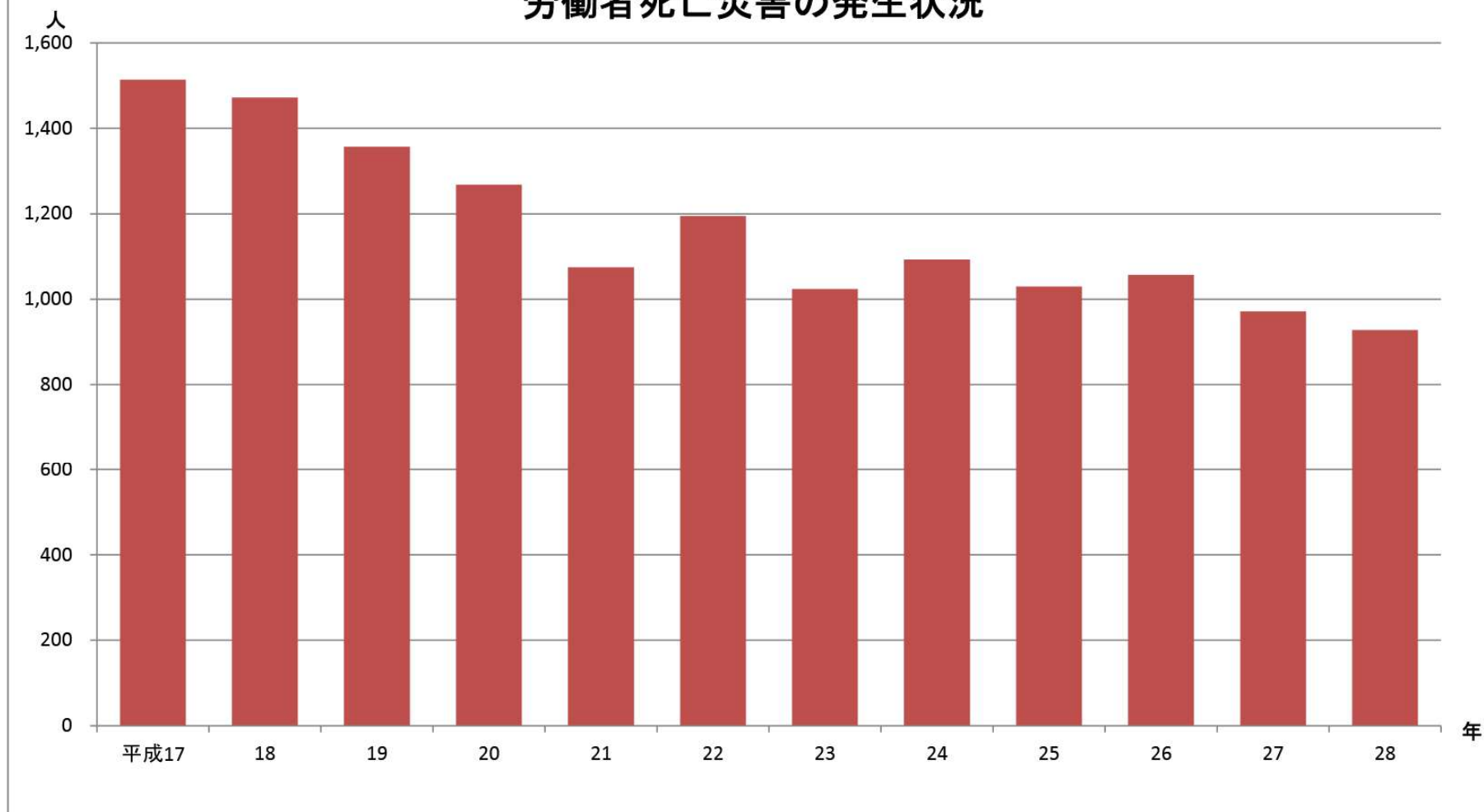
業務上疾病発生状況(休業4日以上)



年	平成17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
人	8,226	8,369	8,684	8,874	7,419	8,111	7,779	7,743	7,310	7,415	7,368	7,361

資料 厚生労働省「業務上疾病発生状況等調査」

労働者死亡災害の発生状況



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

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

資料 厚生労働省「死亡災害報告」

事故の型別による死亡災害 H28年

高所からの「墜落・転落」:232人(前年比16人・6.5%減)

「交通事故(道路)」:218人(同29人・15.3%増)

機械などによる「はさまれ・巻き込まれ」:132人(同4人・3.1%増)

定期健康診断の結果

有所見率

平成18年度 49.1%

平成29年度 54.1%

(年々増加)

労働衛生のしおり 平成29年度版

定期健康診断実施結果（年次別）

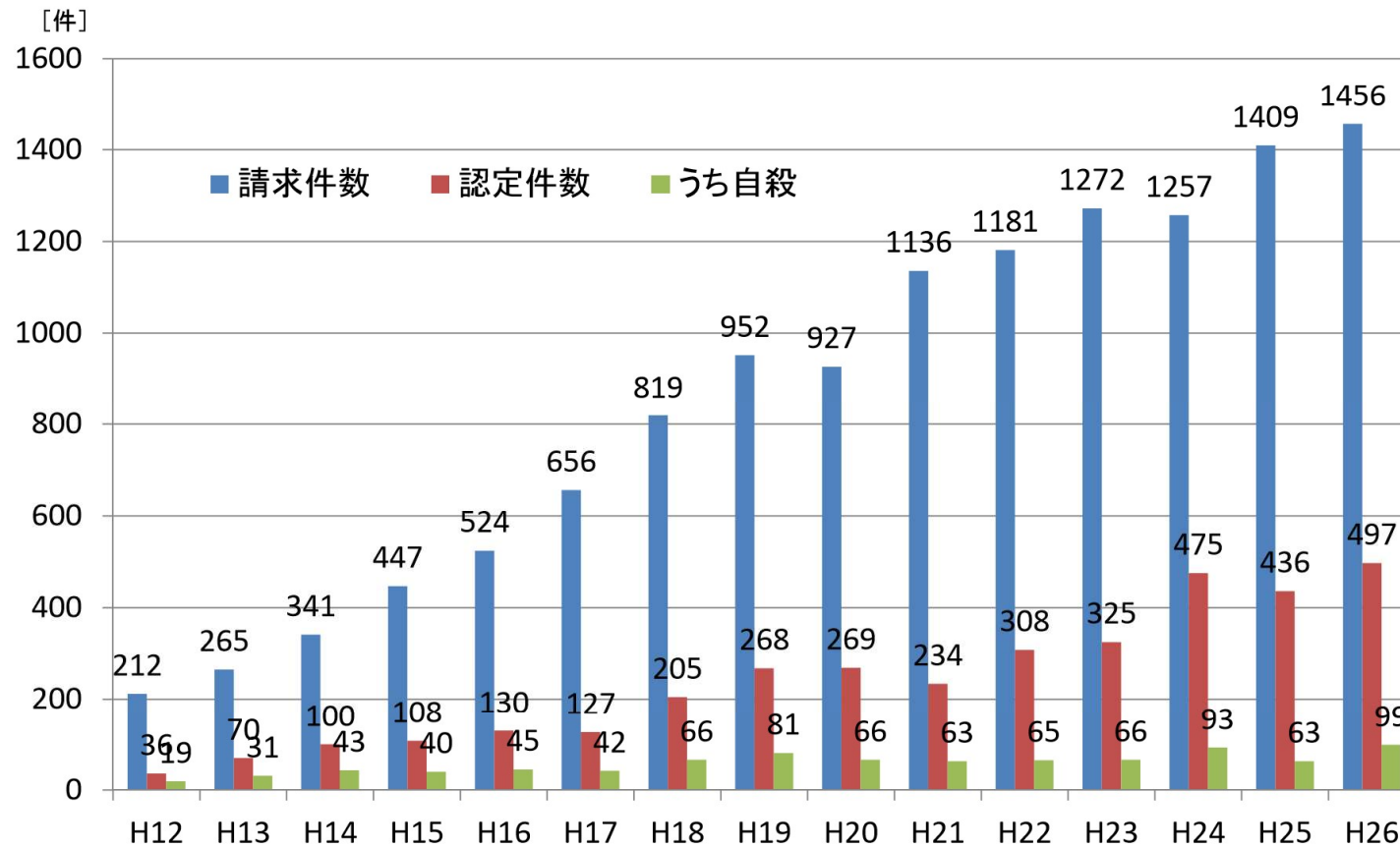
	聴力 (1000Hz)	聴力 (4000Hz)	胸部X線検査	喀痰検査	血 圧	貧血検査	肝機能検査	血中脂質	血糖検査	尿検査(糖)	尿検査(蛋白)	心電図	有所見率
平成 3年	5.2	9.3	2.6	0.9	7.7	4.9	10.1	13.6	—	3.1	2.1	6.8	27.4
平成 8年	4.5	9.8	2.6	0.9	9.2	5.8	12.6	20.9	—	3.4	2.8	8.3	38.0
平成18年	3.6	8.2	3.9	1.8	12.5	6.9	15.1	30.1	8.4	2.9	3.7	9.1	49.1
平成28年	3.6	7.4	4.2	1.8	15.4	7.8	15.0	32.2	11.0	2.7	4.3	9.9	53.8
平成29年	3.6	7.3	4.2	1.9	15.7	7.8	15.2	32.0	11.4	2.8	4.4	9.9	54.1

資料：定期健康診断結果調

メンタルヘルス対策

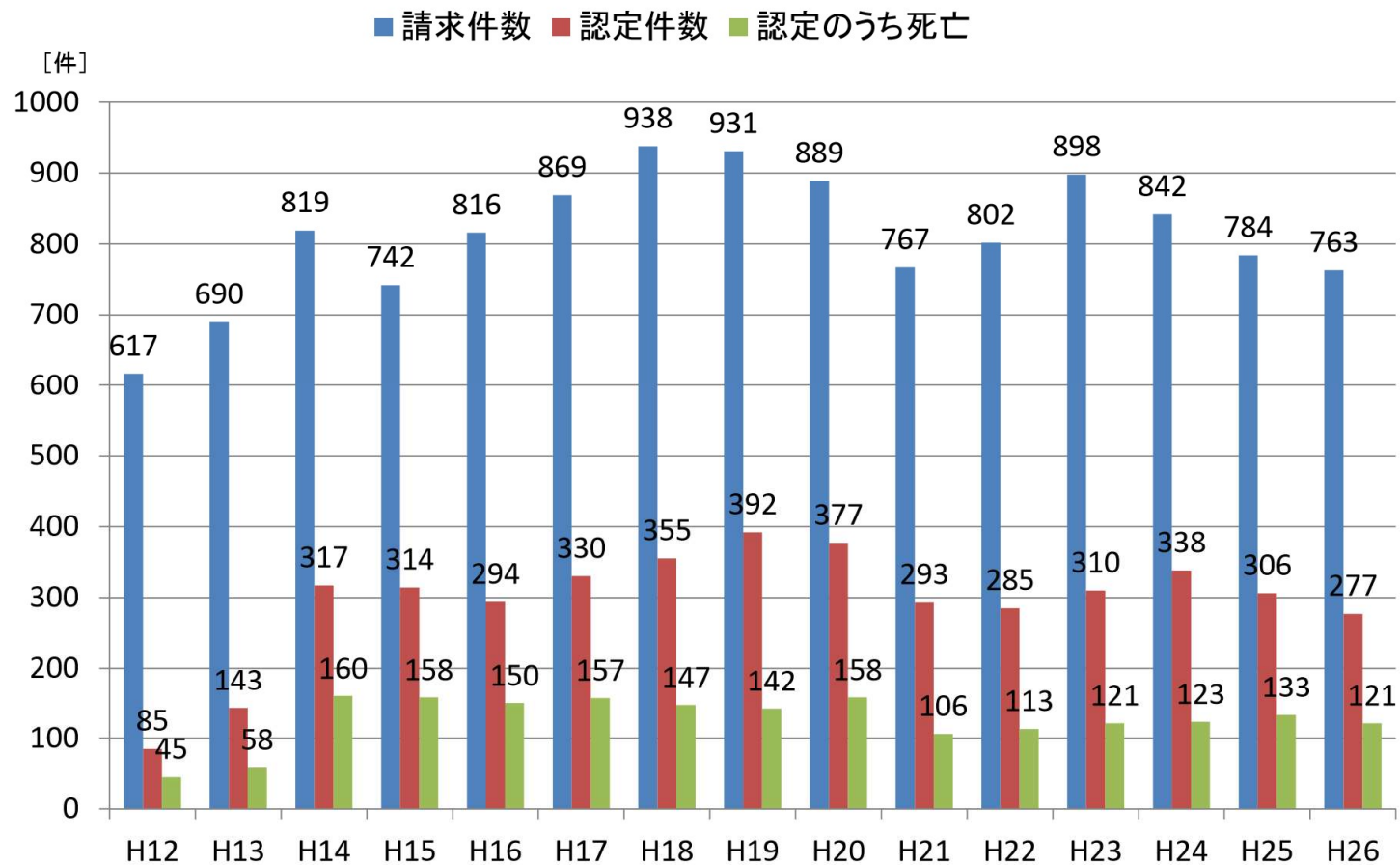
うつ病や過労などについては労災申請、認定とも急増しているが、要因として性格や家庭の問題などの複雑に絡み合っていて、対応の遅れが目立っている。

精神障害等の労災認定状況

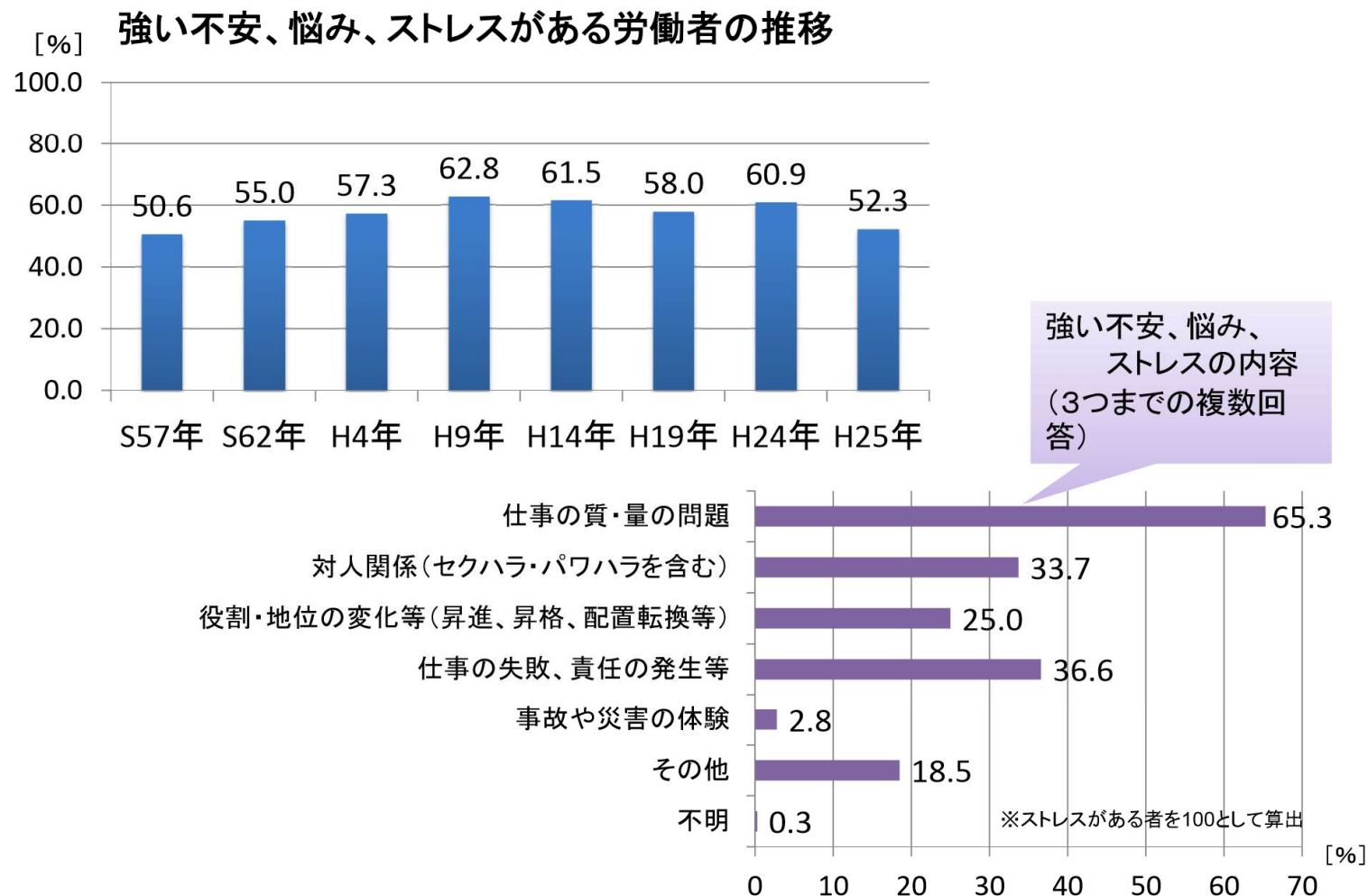


注：自殺には未遂を含む

脳・心臓疾患の労災認定状況



職業生活でのストレス等の状況



出典:厚生労働省 労働者健康状況調査、労働安全衛生調査(実態調査)

気分障害の治療

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

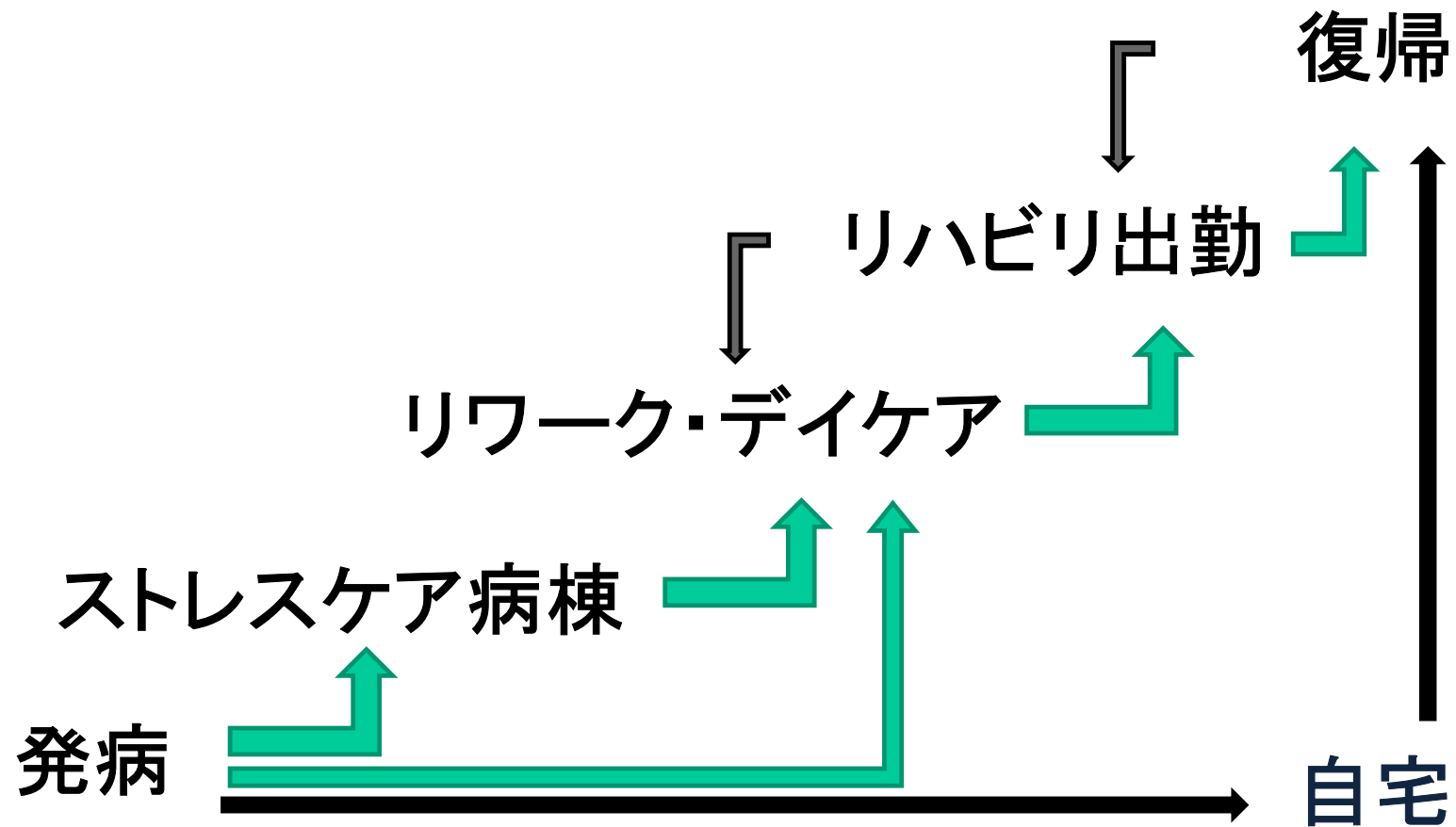
うつ病への対策

1. ストレスは原因よりも引き金
予防はストレス予防
2. 早期発見早期治療
治療は休養と服薬と心理療法とリハビリ
3. 「がんばれ」は禁忌
4. 自殺に注意

うつ病に対する職場の対応

1. コミュニケーション うつの早期発見
2. 早期の受診 病気の理解
家族との連絡
3. 休養指示 ストレス負荷からの解放
医師との連携
4. 休養期間の決定
5. 復帰のタイミングとプログラム

復職へのプロセス



認知療法

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

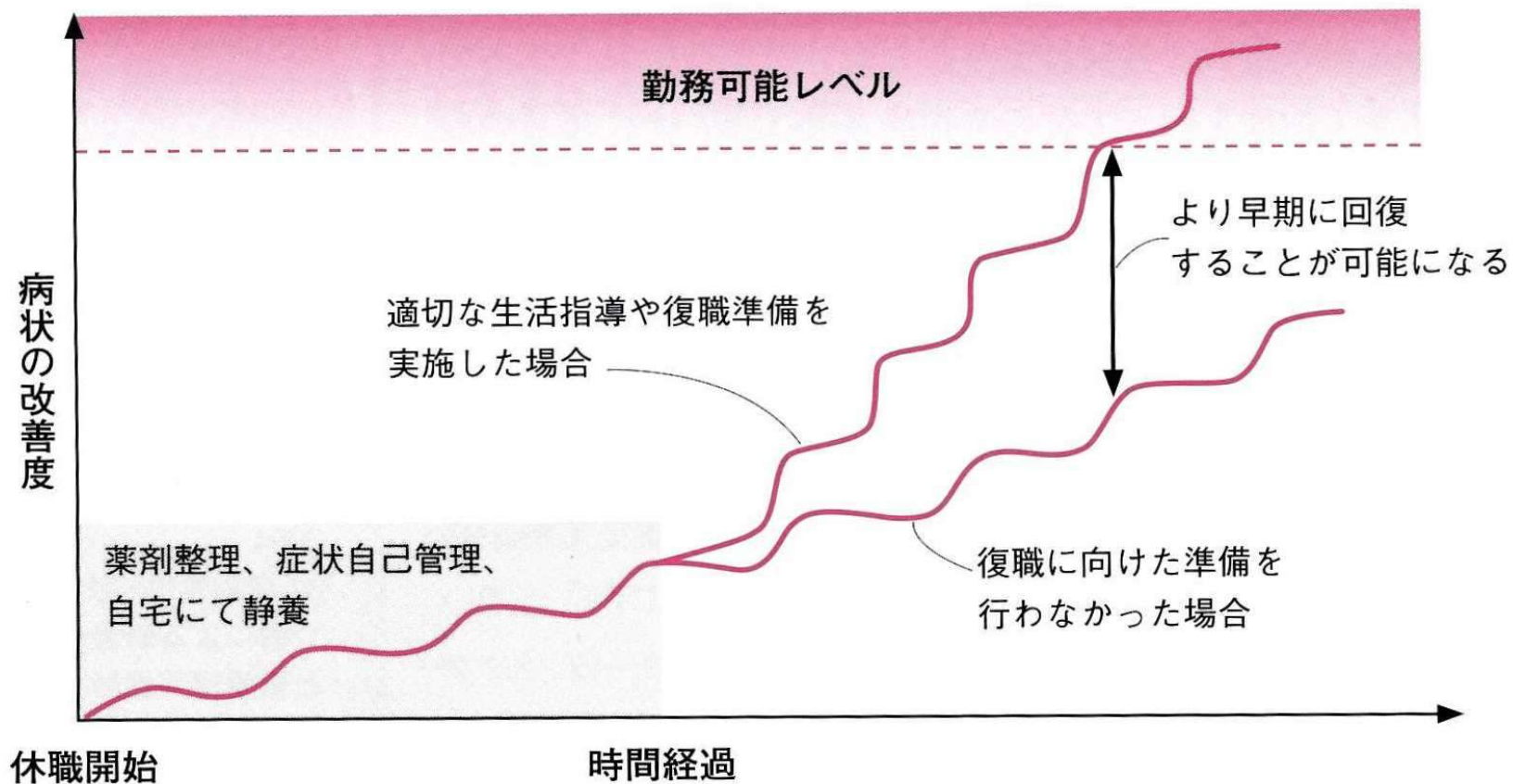
代わりの考えがないかいろいろ考えてみる。普段から、人の意見を注意して聞いてみるようにすると、自分と違った意外な考え方があることに気づかされる。そのようなことを通して、柔軟な考え方ができるように訓練する。

認知療法をどう進めているか

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

変化を実感、柔軟性を取り戻すことを目的に

うつ病のリワークの復職準備性





C氏 双極性感情障害

販売店に勤める20代男性

素直、意欲的、明るい、安定している。12歳時事故で母を亡くした。19歳時親友を事故で亡くす。現在、父、妻、子どもと暮らしている。

2年前、現場の立て直しを任され頑張るが、上司の言葉に「仕事を評価されなかった」と感じたことを発端に、うつ状態に。

退職。退職後受診。服薬開始。

3ヶ月後、職場から復職を求められる。支店の立ち上げのため。

同時期、子ども誕生。低体重で成長に不安。

上司がダウンして支店の責任者となり、過重労働が続く。

1日の休養のつもりが、会社に行けなくなる(入院1カ月)

復帰して、元気よく働きだすが、後輩が頑張る姿を見て、「自分はいらない」「死にたい」と思う。妻が心配して再入院(5日間)以来休職。休職4カ月半からリワークに参加する。現在、半日出勤を始めている。

「気持ちも落ち着いたし、動けるようになった。いつでも働けると思うが、また、何かあったらきっと病気になると思って踏み出せないでいた」

デパケンR600 クロンモリン100mg ルボックス75m ルーラン16mg ベンザリン10mg

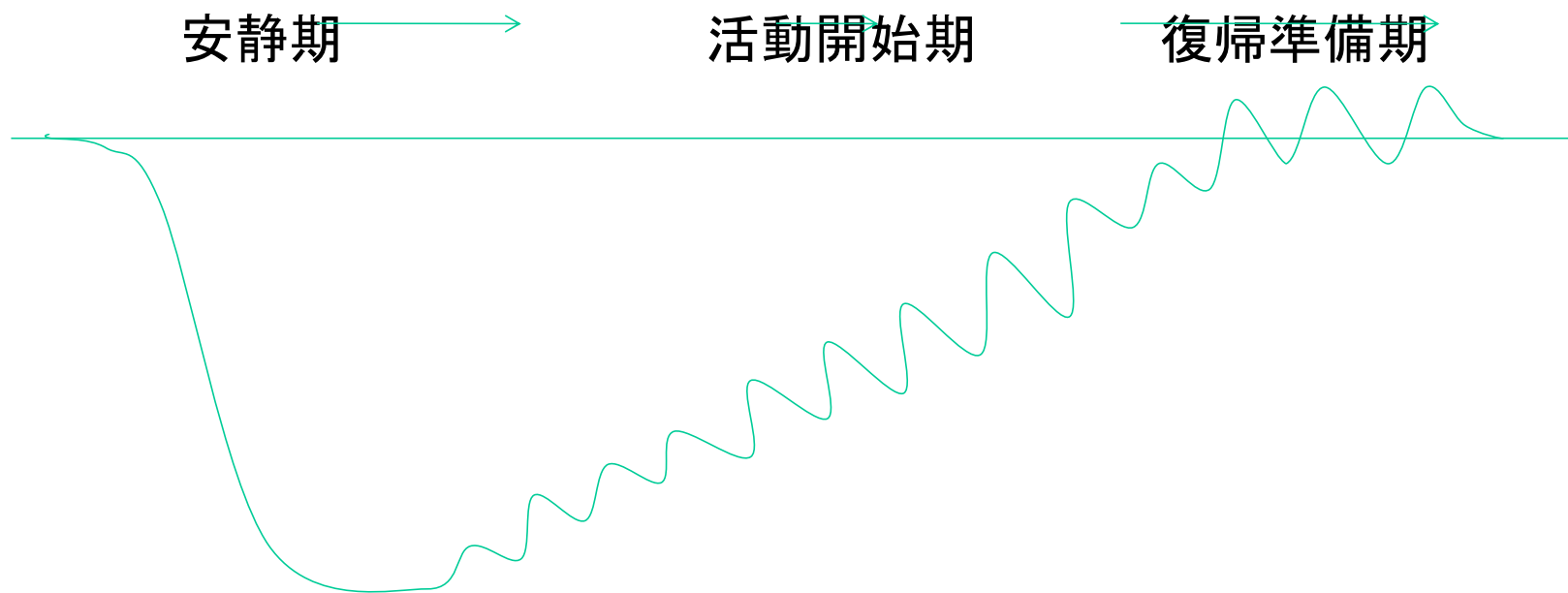
Cさんの認知療法④

できごと	気持ち・気分	その時の考え	反論・違う考え	合理的考え
会社のルールを守らない人がいる	イライラ(90) 落ち込み(80) ↓ イライラ(30) 落ち込み(10)	雇われているのだから、ルールを守るのは当然だ。 こんなだらしない会社でいいのかな	・ほっとけ。 ・ルールを守らないのは本人の問題。 ・十人十色 ・ルールとは100パーセント守られることはない。 ・会社のルールを守らない人のためにイライラしたり落ち込むのはばかばかしい。 ・注意すればいい ・だらしないと思っているのは自分だけかも ・身だしなみは若い人が多い職場の永遠の課題 ・その人がだらしないからといって会社がだらしないわけではない ・本人は守っているつもりかもしれない ・本人は分かっていないかもしれない	・会社のルールを守らないのは本人の問題なのだから自分が振り回されることはない ・接遇のマナーはあいまいだから、本人なりにやっているつもりで、出来ていないだけかもしれない。 ・自分は身だしなみに敏感だが、身だしなみは若い人が多い職場の永遠のテーマだ。

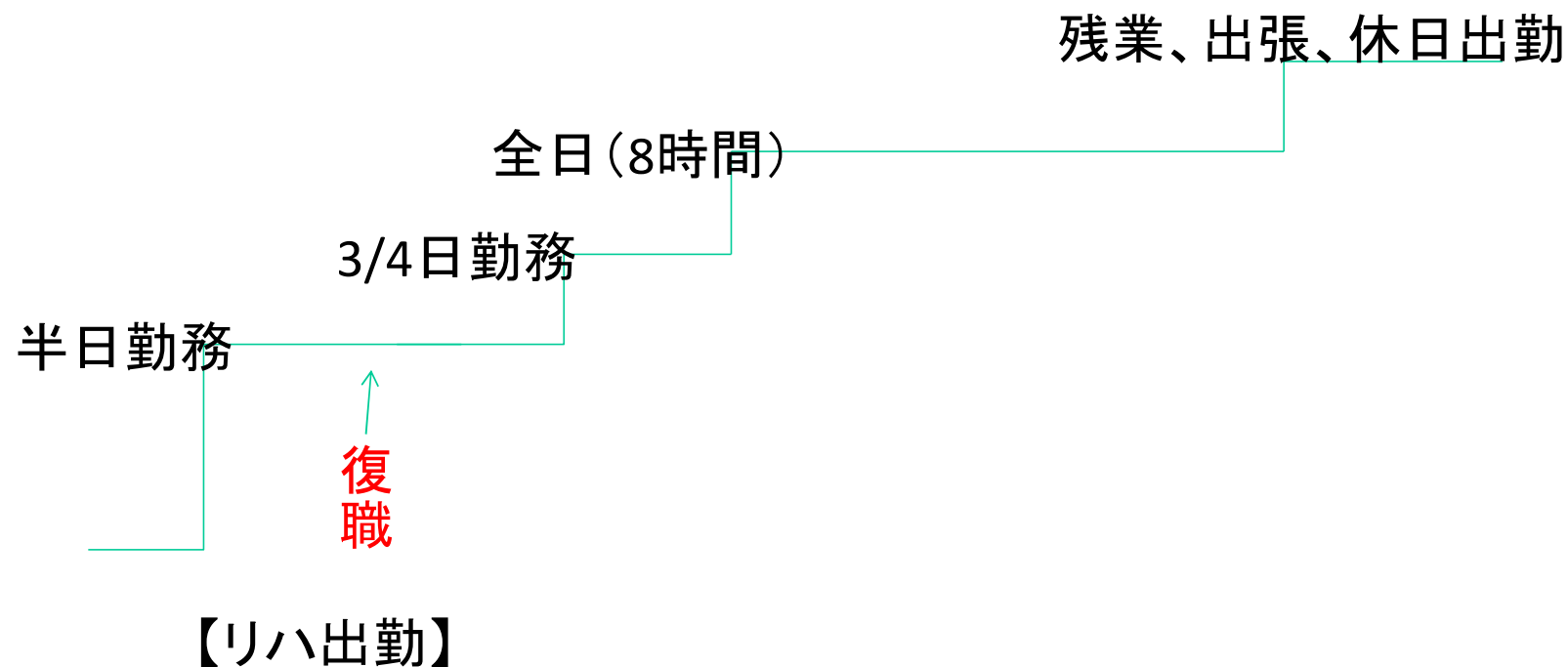
うつ病に対する職場の対応

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

うつ病の病状経過



職場における復職支援



復職のときの負荷

1. 時間の負荷
2. 難易度の負荷(細かさ、難しさ)
身体的負荷、より専門的になる負荷(研究etc)
危険度
3. 対人関係ストレス
上司部下、大勢を前にする、営業
クレーム

「質、量、対人」

うつ病はリズム障害

1、眠るタイミングをずらすとたちまち不眠

2、変則勤務に弱い

3、残業に弱い

ex) 7時まで残業、リラックスやクールダウン
に時間がかかる。予定通りに寝れない。

疲れを知る

1. いつも出る兆候を知る
頭痛、のどの渴き、喉の詰まり、動悸
目じりがピクピク
2. 朝起きた時
昨日の疲れが取れているか？
3. ちょっとしたことにとだわっていないか？
4. 今、無理な仕事を引き受けなかったか？

「42.195キロを全速力で走ろうとしても無理」

統合失調症

(旧姓 精神分裂病)

統合失調症 国際的な診断基準

- 1つ以上が1ヶ月以上続くと診断できる症状 -

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

統合失調症の特徴的症状

陽性症状（急性症状）

あるはずのないものが現れる

幻覚、妄想、させられ体験、思考伝搬

陰性症状（慢性症状）

あるべき活動が乏しくなる

意欲低下、感情鈍麻

病気の亜型(タイプ)

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

緊張型

青年期に急性発症することが多い。。

あちこち動き回る行動異常、叫んだりする奇声、奇妙な姿勢をとるなどがみられる。数カ月の治療で症状改善するが、再発もまれではなく、再発するたびに意欲低下、感情平板化などの陰性症状が目立ってきてしまうケースもある。破瓜型よりは予後はよいとされ、早期に症状が消えて社会復帰できるケースも多くある。

破瓜型(解体型)

思春期から青年期にかけて発病することが多い。

感情の起伏がなくなったり、意欲が減退するなどの陰性症状が現れ、その後、陽性症状が顔を出すこともある。慢性化することが多く、人格の変化などがあり、予後はあまりよくないとされる。

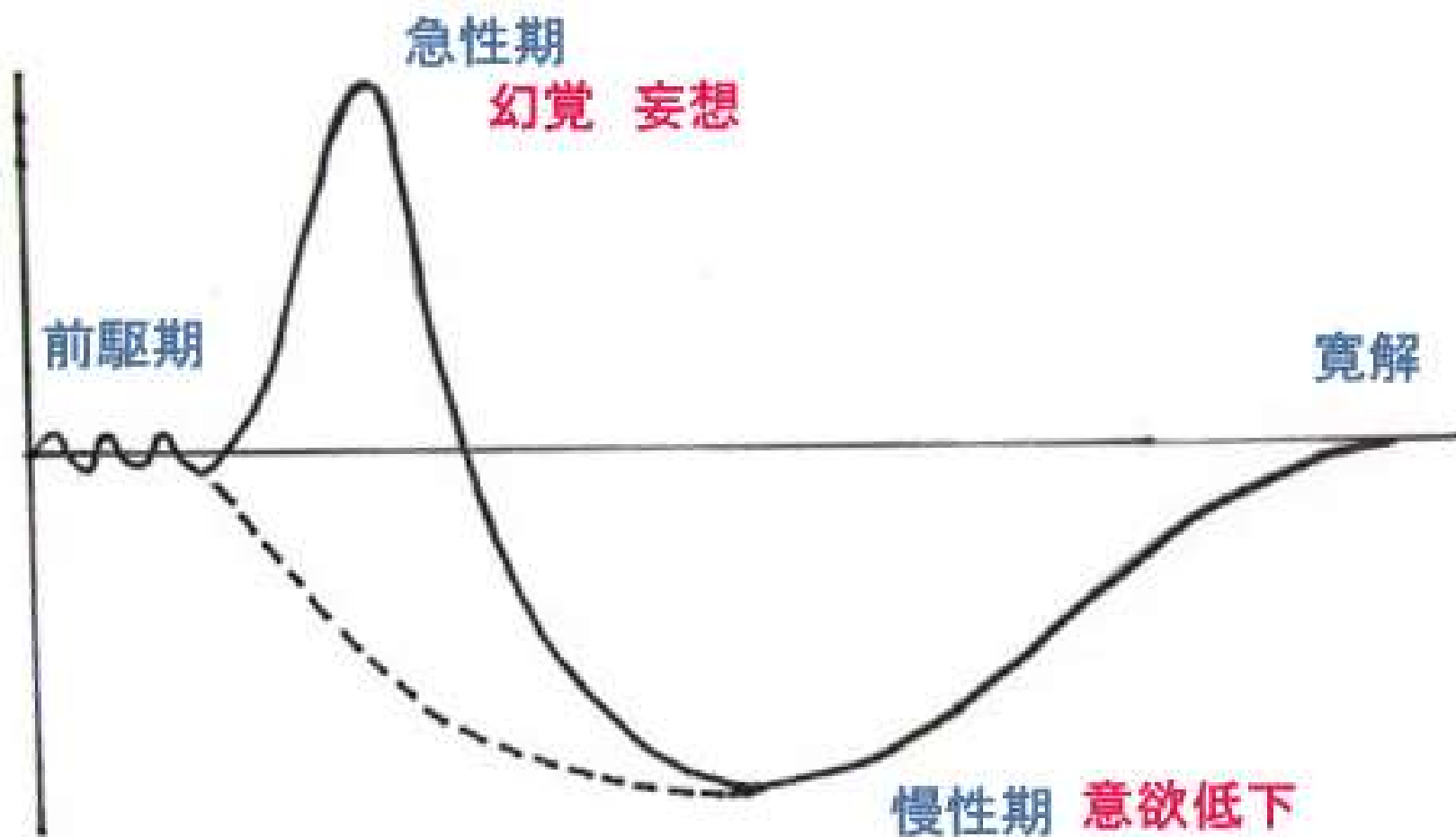
妄想型

多くは30歳前後に発病し、破瓜型、緊張型より発症年齢が遅い傾向にある。

幻覚や妄想が中心で、陰性症状は目立たないことが多い。コミュニケーションは比較的良好なことが多く、人格変化も軽い。予後はよいケースが多い。

鑑別不能型

どの亜型にも合致しないか、症状の組み合わせがはっきり有意に立つことなく、2つ以上の亜型の特徴を示すもの。



統合失調症治療上の注意点

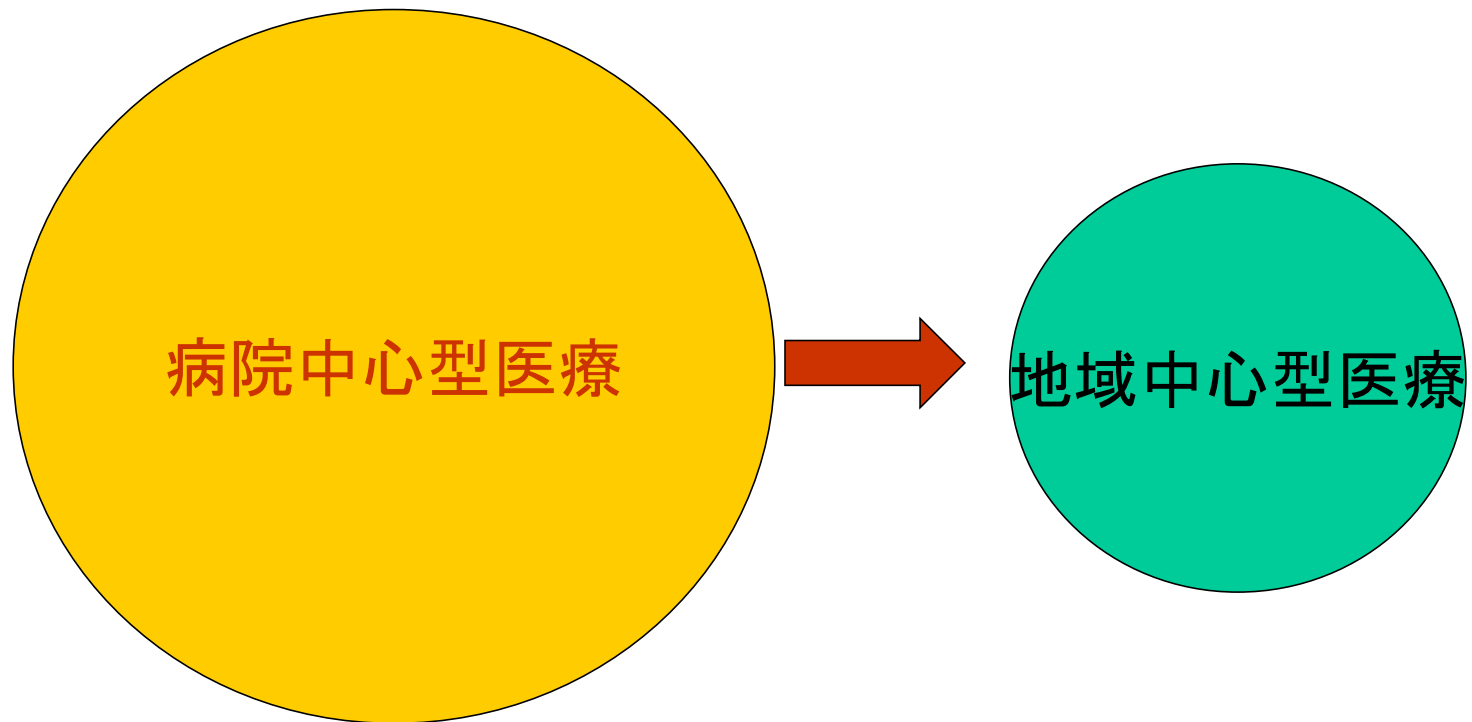
- しっかりと服薬を
- 副作用については主治医と十分な連携を
- ストレスに注意しながら社会復帰
一足飛びではなくてゆっくりレベルアップ
足りないところを責めず、良くなったところをみる
- 可能な限り、普通と同じ生活を確保する
そのために、精神症状を積極的に治療する

精神障害者の社会復帰

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

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

病院中心から地域中心へ





車椅子用お手洗

カウンセリング室

417号室

418号室

420号室

420号室

ノーマライゼーション

障害者も健常者と同じように、

住み慣れた地域で、

健康で文化的な

生活をおくる権利がある。

地域住民の皆さんへ

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

だから、真に社会復帰しなければならないのは街の大人の健常者かもしれない

呉 秀三

「わが国十何万の精神病者は、実にこの病を受けた
るの不幸の外に、この国に生まれたるの不幸を重
ぬるものというべし。精神病者の救済・保護は実に
人道問題にして、わが国目下の急務といわざるべ
からず」(1918) (精神病者私宅監置の実況, 1918)

みどりの森 社会復帰センター 就労継続B型事業所 ジョブガーデン



どんな人が利用できる??

「病気や障害があるけど仕事がしたい！」

「仕事がしたいけど自信がない
・・・」 etc

と思っている方。



さらに・・・

- 病状が安定している方
- 65歳未満の方



作業内容

1. 洗濯業務

入院患者さんの洗濯物をお預かりして、患者さんの代わりに洗濯を行う



2. 箱折り、蚊帳づくりなどの 内職作業

一般企業から受注をし、箱折り、蚊帳づくり等の内職作業を行う。
またペーパークラフトを使用したかばんなどの作成販売を行う



3. その他の仕事（不定期のもの）

草刈り

リサイクル業

引っ越し請負

障子張り

などなど

NPO法人 こころ
就労継続A型 C&Cサービス

・こころファーム外観



こころファーム外観



福井市東今泉町にて
営農しています！



作業の一部をご紹介します！

- 土の耕し
- 肥料まき
- 水やり
- 種植え
- 苗植え
- 草取り
- 収穫



水分をしっかりと与えて、土のお手入れを行います。



ビニールをかぶせ、風で飛ばされないよう土台を作ります。

- 花壇のあぜ作り



側溝から不要な土を出します。



側溝から水が漏れないように板をはめ込む作業です。

栽培作物

トマトの苗は2週間でこんなに大きく成長しました！



小松菜
ほうれん草
菌床シイタケ



ハーツに出品中！

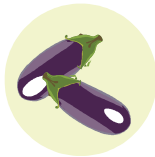
おくら

なす

トマト

きゅうり

とうもろこし等



5/1撮影



5/14撮影

売店

病院内の売店でレジ打ち、商品管理を行なう。また病棟からの注文品の配達なども担当。



喫茶店

売店横の喫茶コーナーにて、コーヒーや紅茶を提供。昼食時にはうどん・そば・カレーの調理・販売も行なう。メニューもメンバーさんが開発



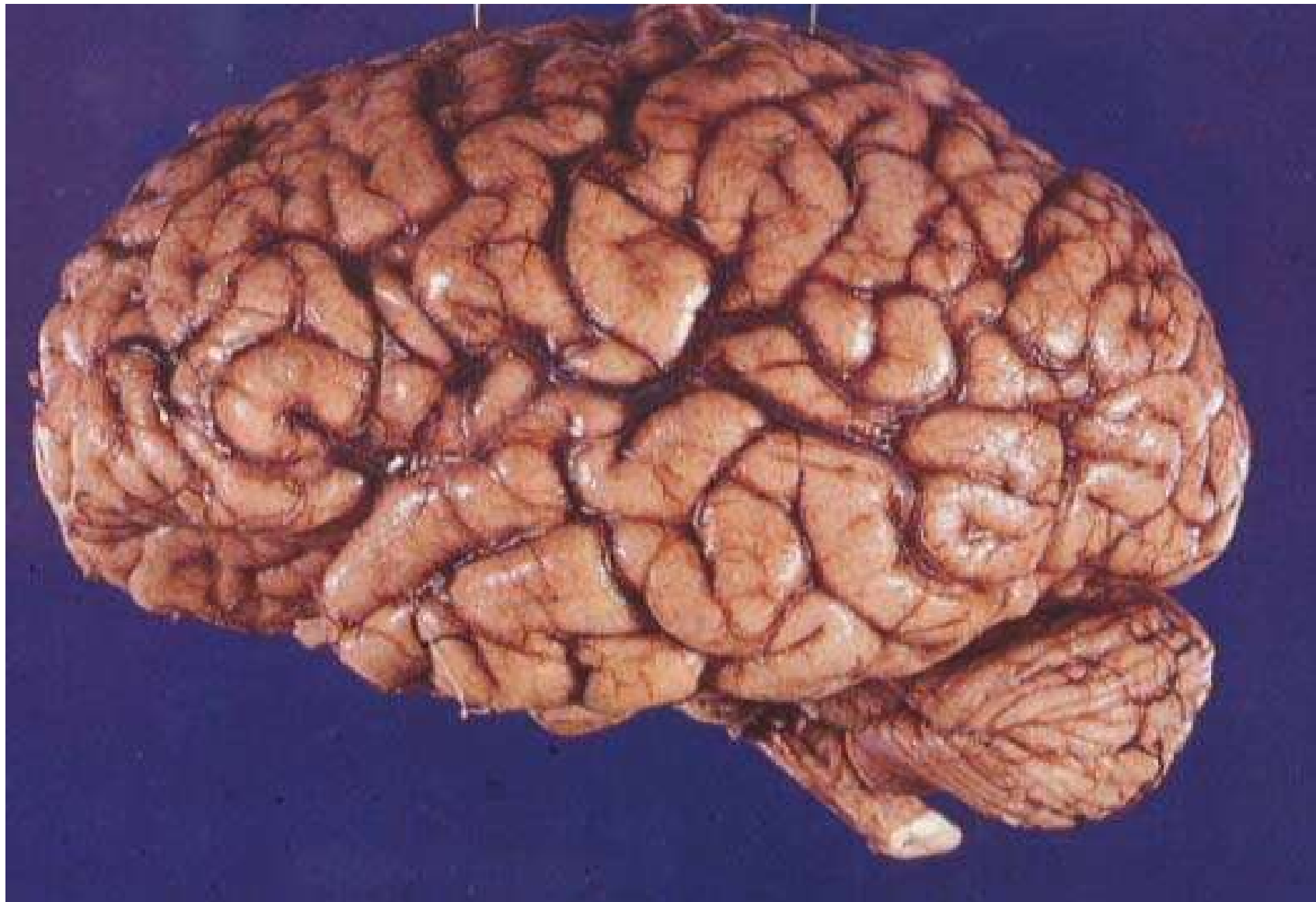
院内清掃

松原病院の清掃委託を受けて院内の掃除を行なう。



器質性精神障害

Organic Brain Syndrome



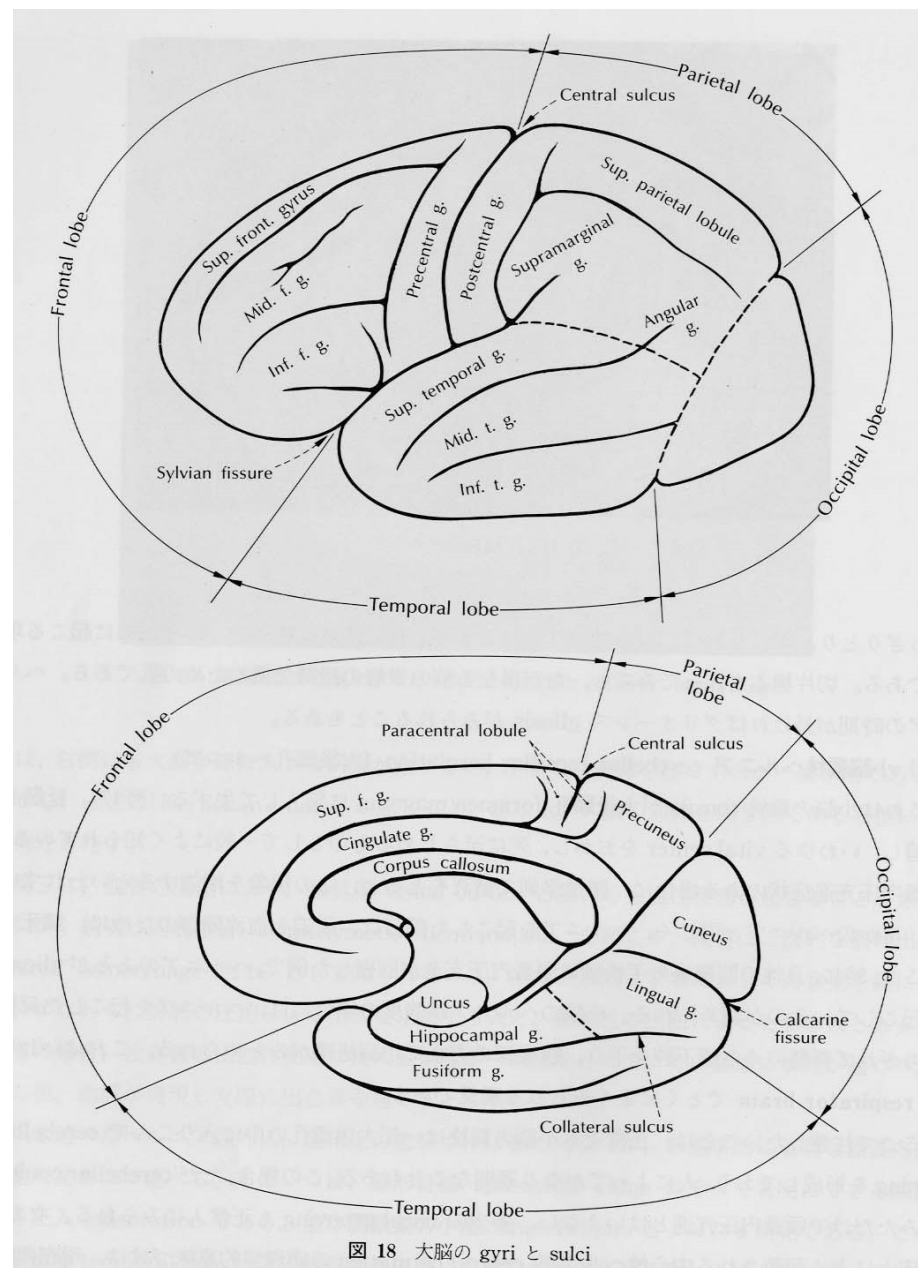
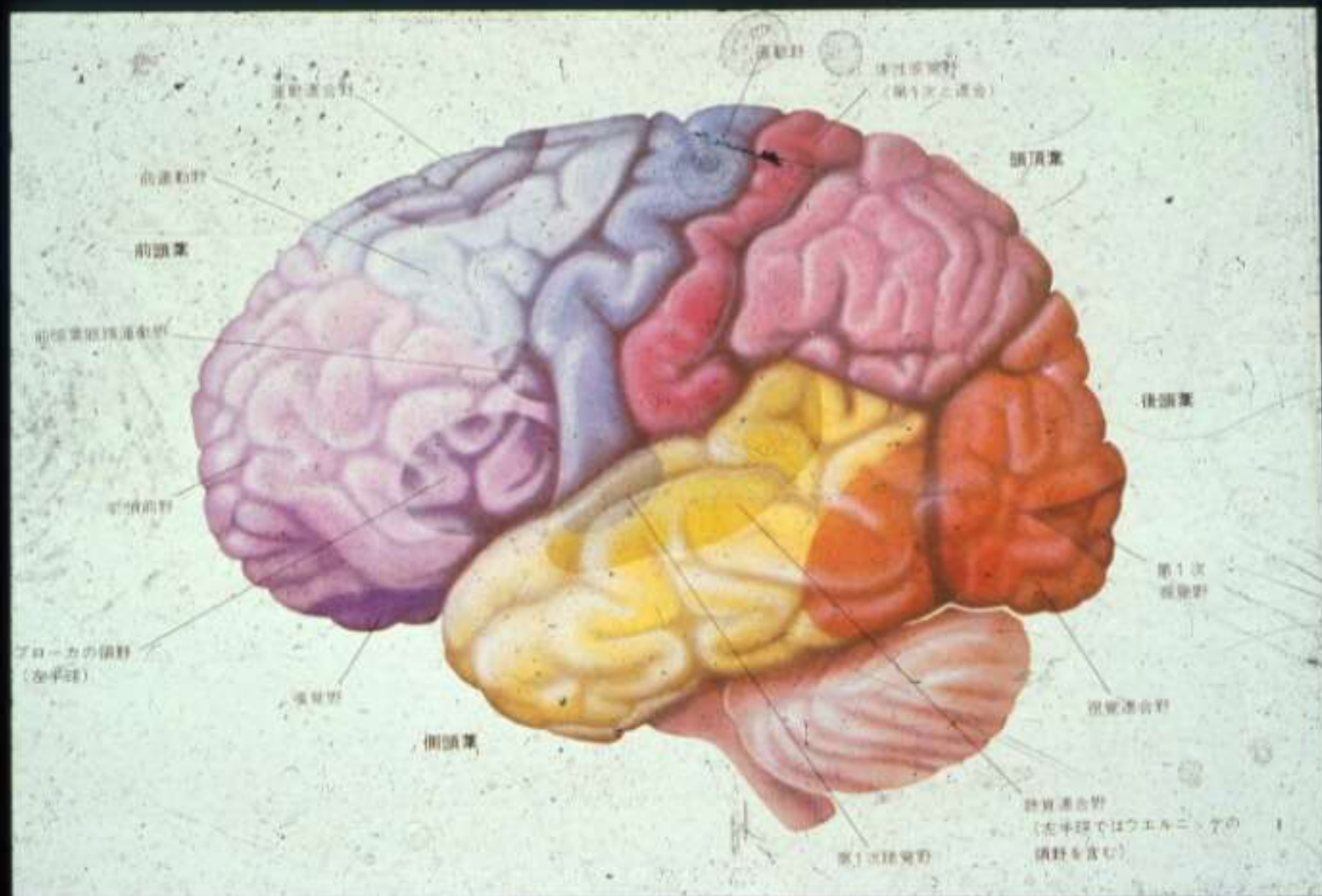
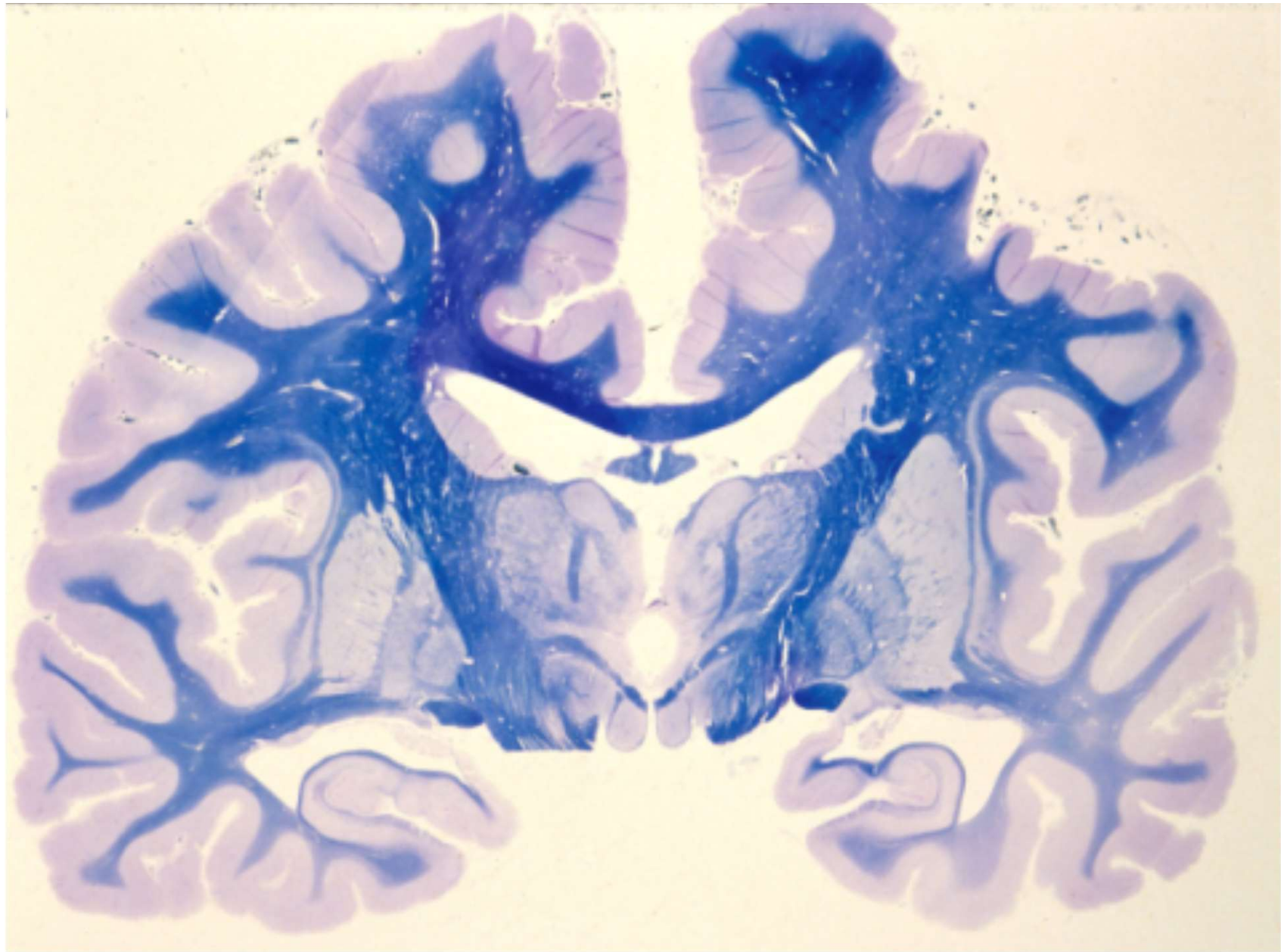


図 18 脳の gyri と sulci





器質性精神障害とは

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

1, 意識障害

Unconsciousness

譫妄(せんもう)

Delirium

急性の脳障害

意識障害＋精神内界の興奮

夜間せん妄、作業せん妄

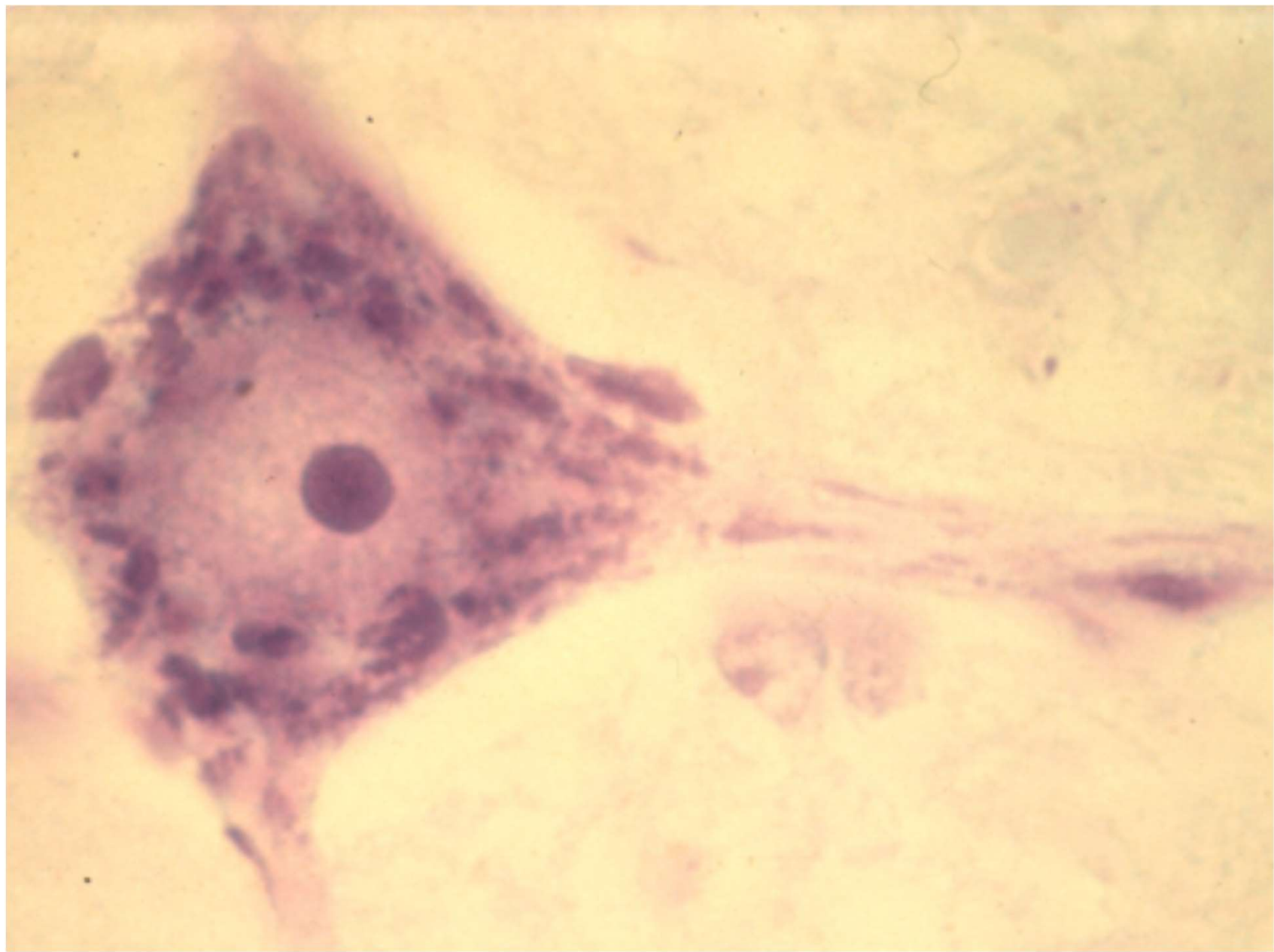
術後せん妄、振戦せん妄

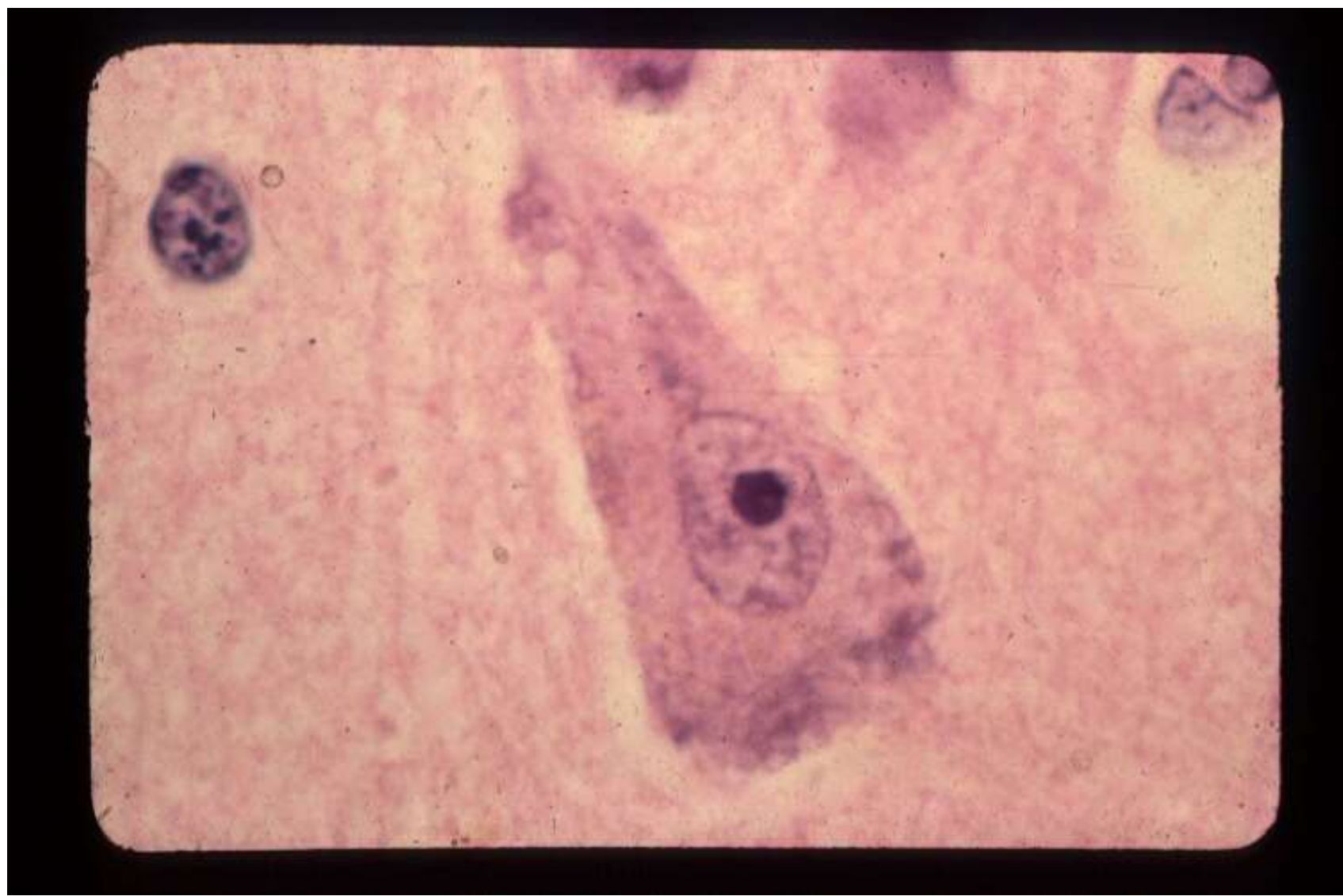
せん妄の簡易診断法

Confusion Assessment Methods (CAM)

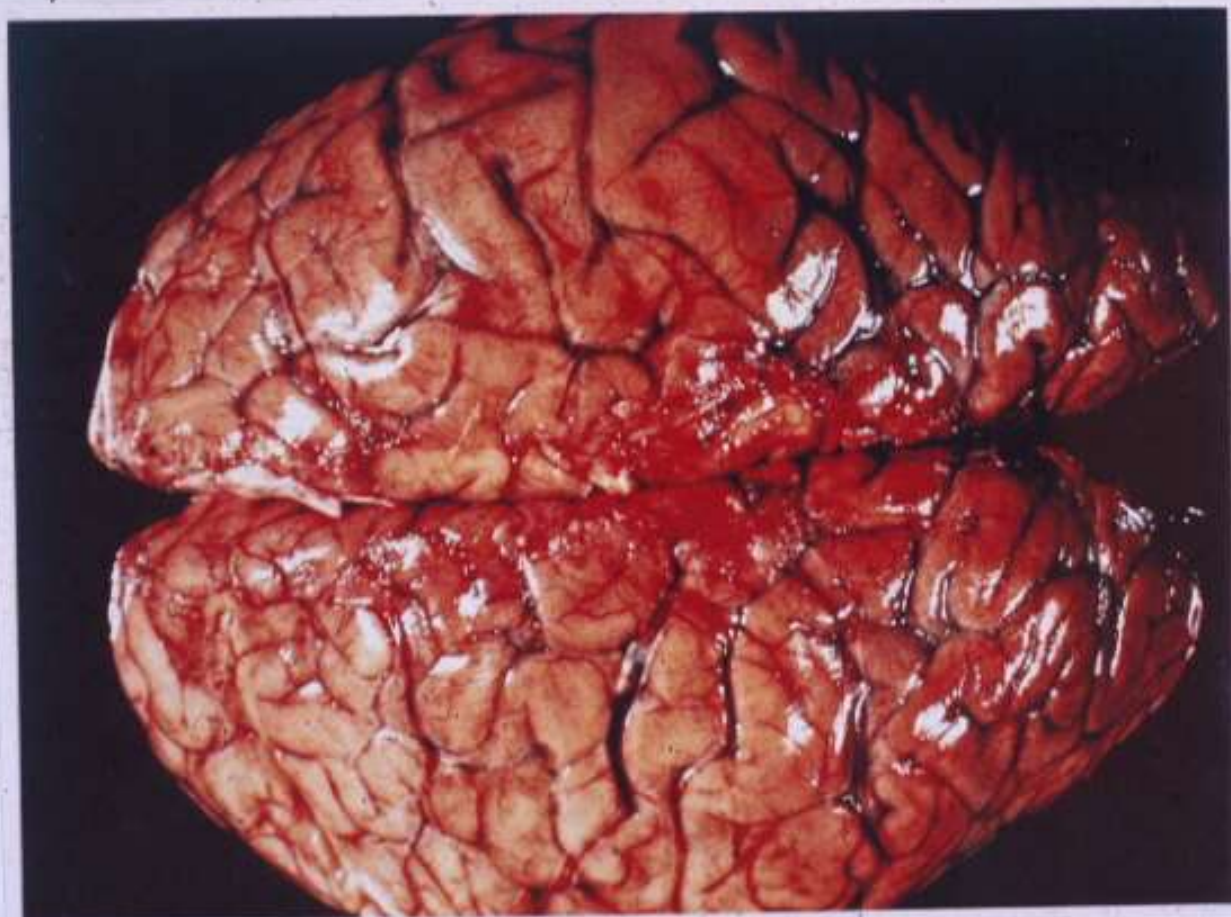
1. 急性の発症と症状の動揺
2. 注意力の欠如
3. 思考の錯乱
4. 意識レベルの変化

2つ目までは必須項目であり、あとひとつをみたせば診断してよい。









- ① Flattening of gyri and narrowing of sulci
- ② Cingulate herniation
- ③ Ventricular shift
- ④ Uncal herniation
- ⑤ Kernohan's notch
- ⑥ Cerebellar herniation
- ⑦ Pontine hemorrhage

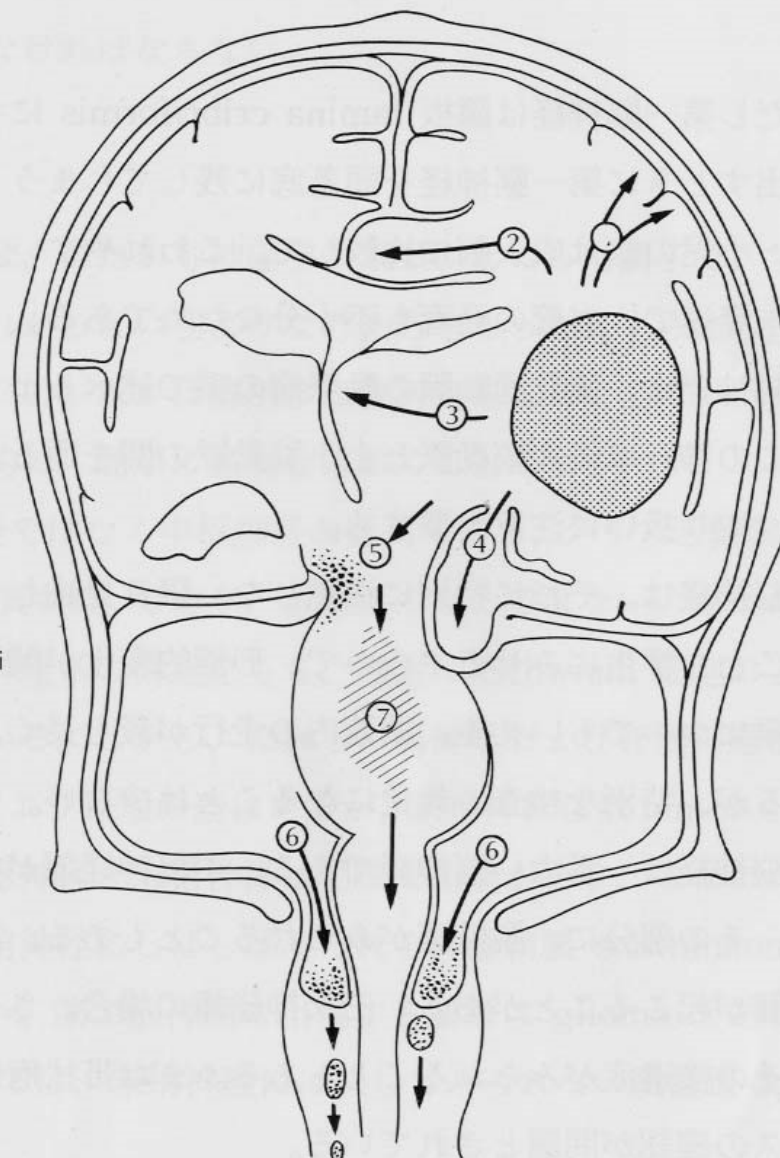
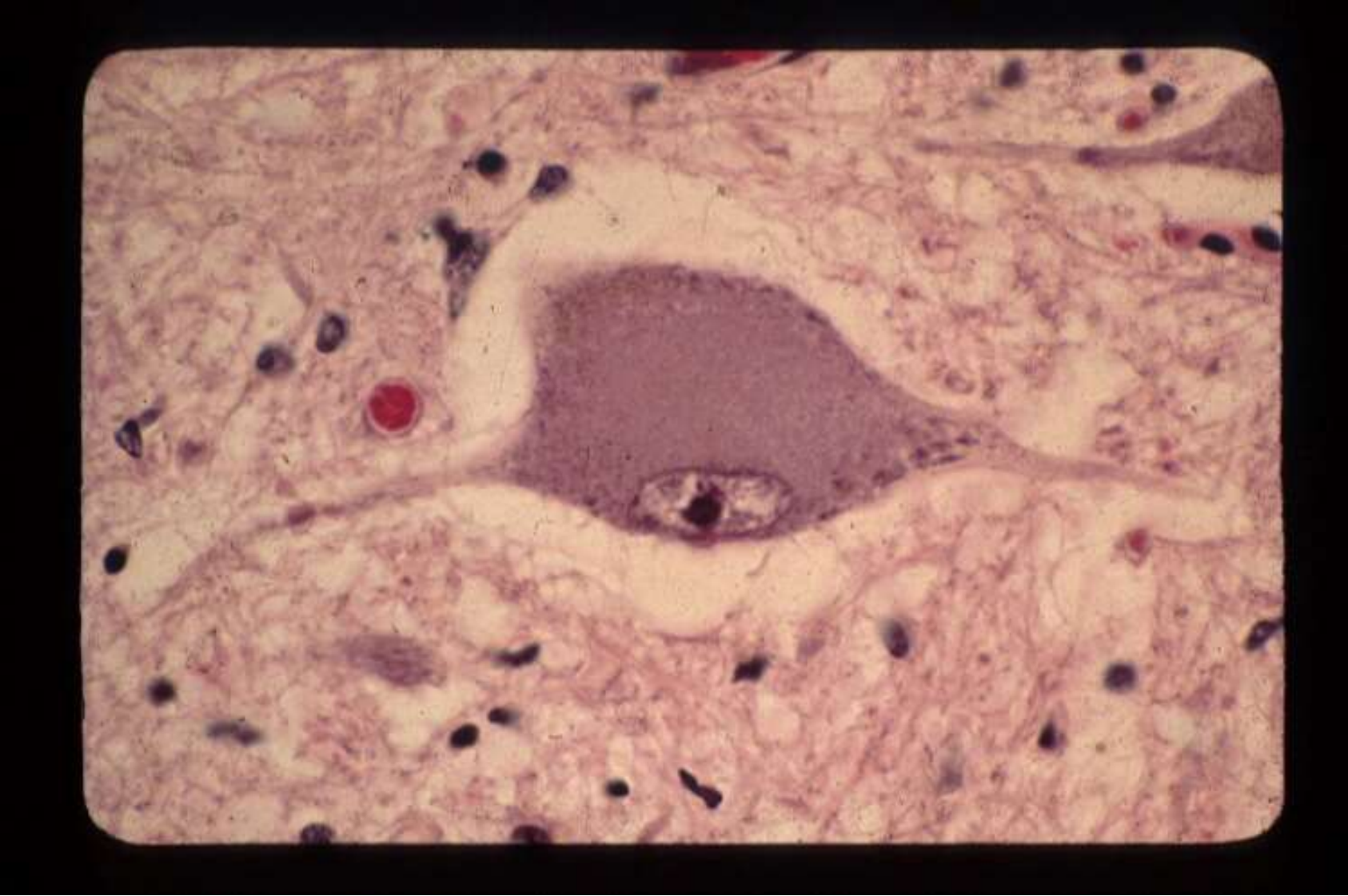
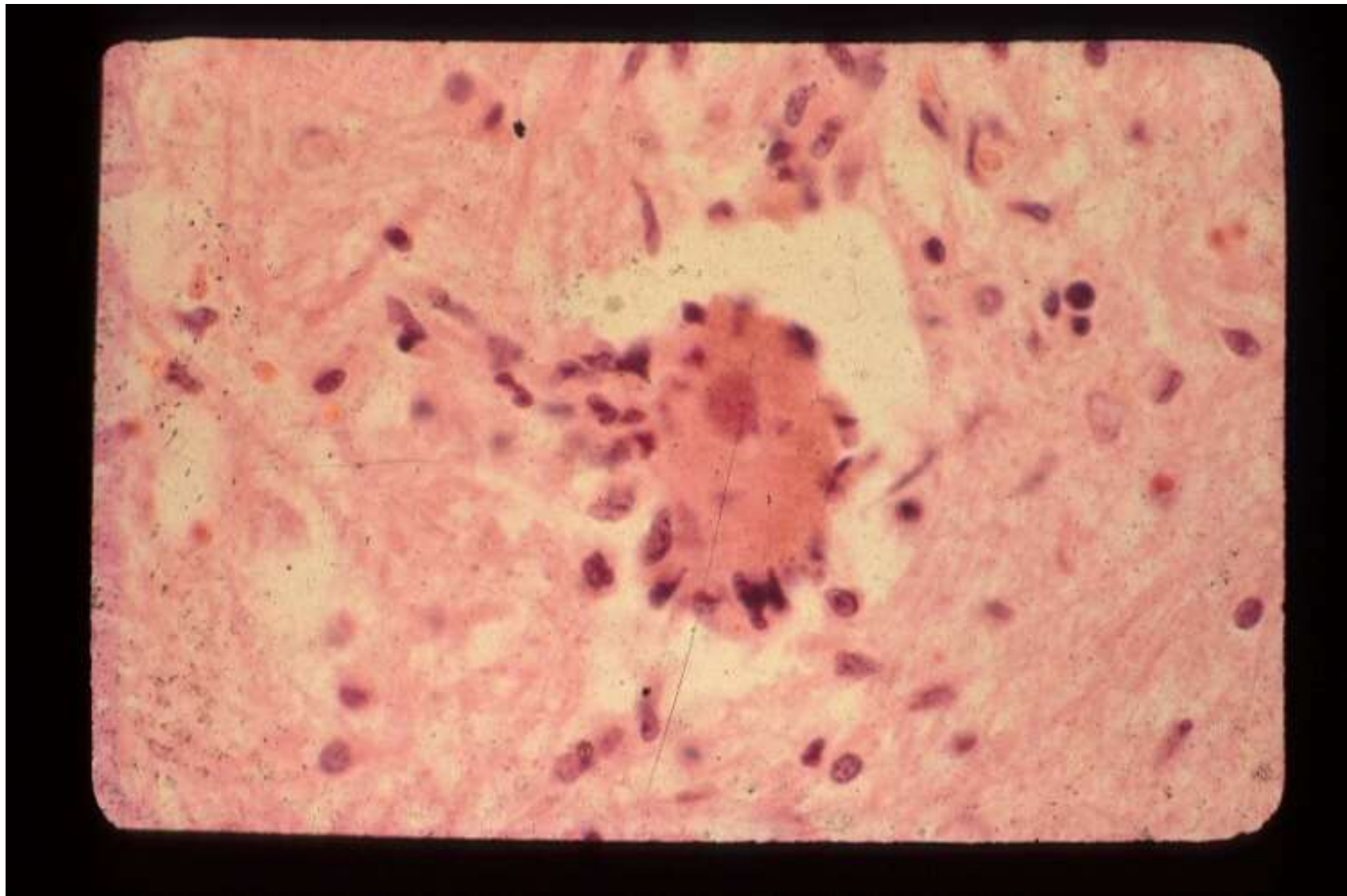


図 11 頭蓋内圧亢進

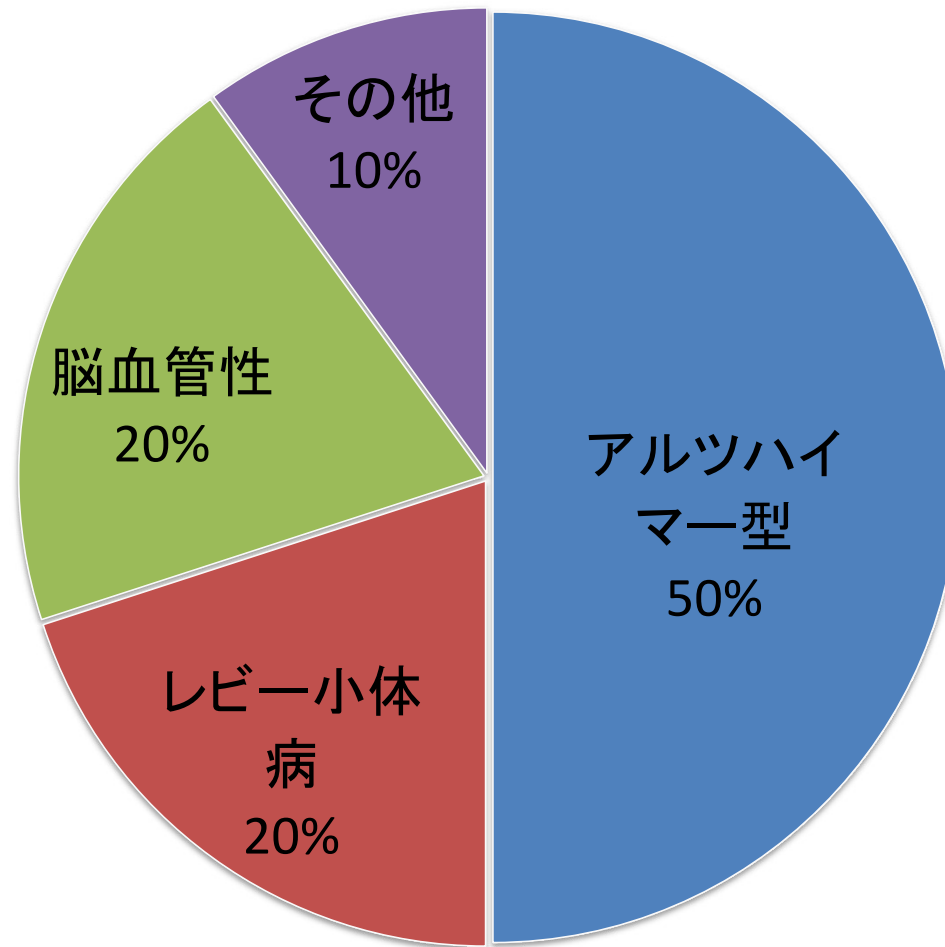


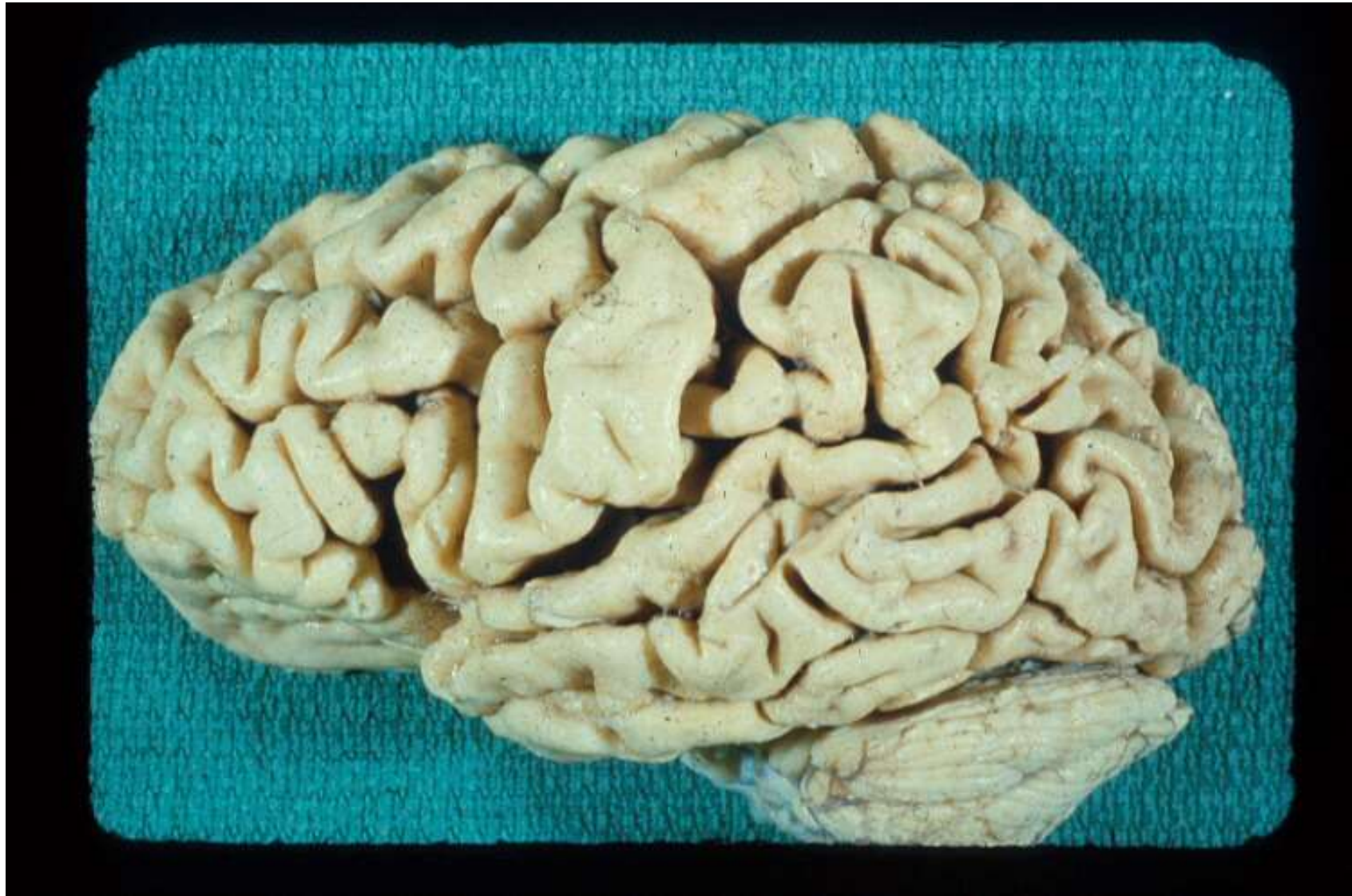


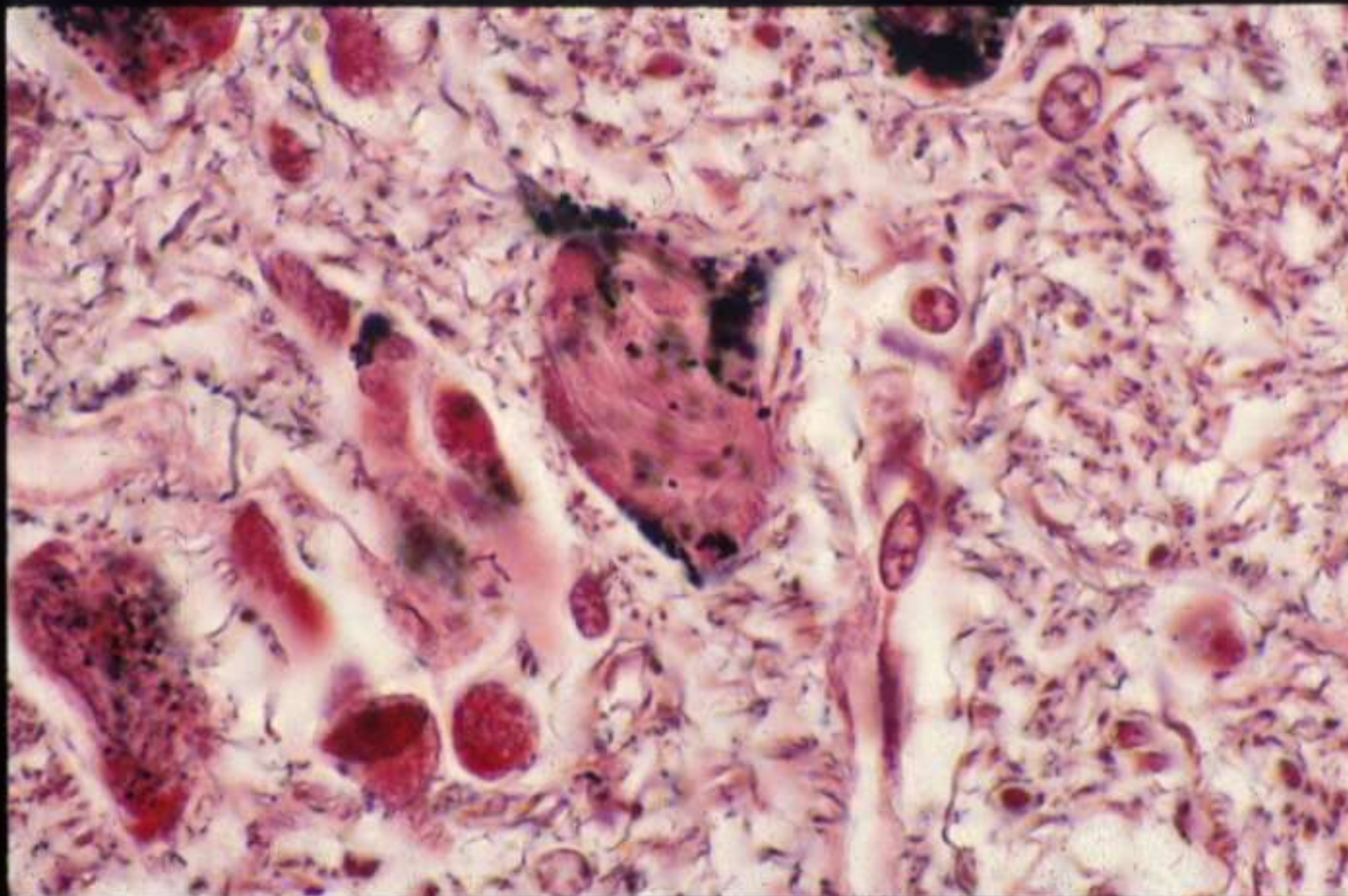
2, 認知症

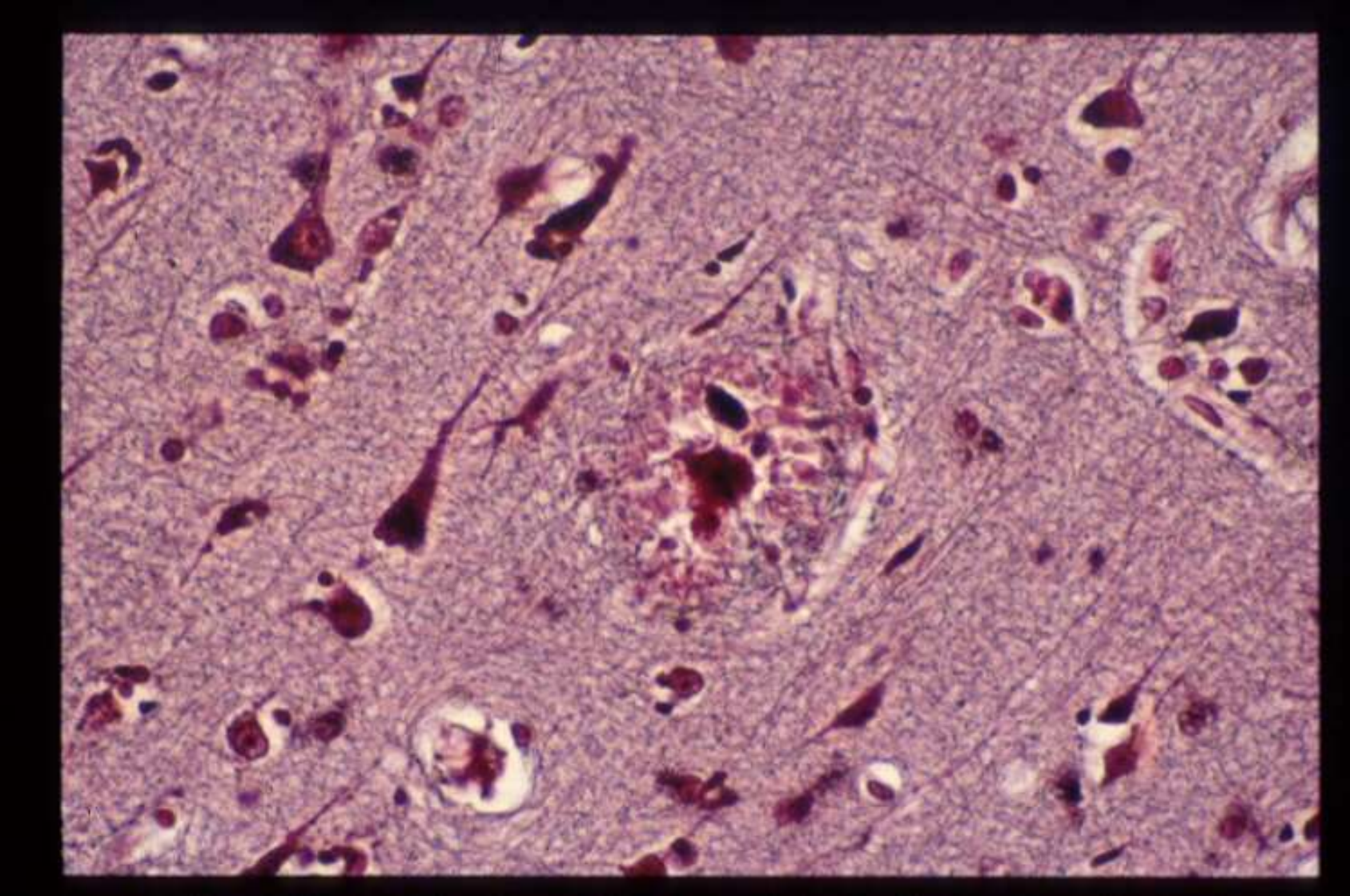
Dementia

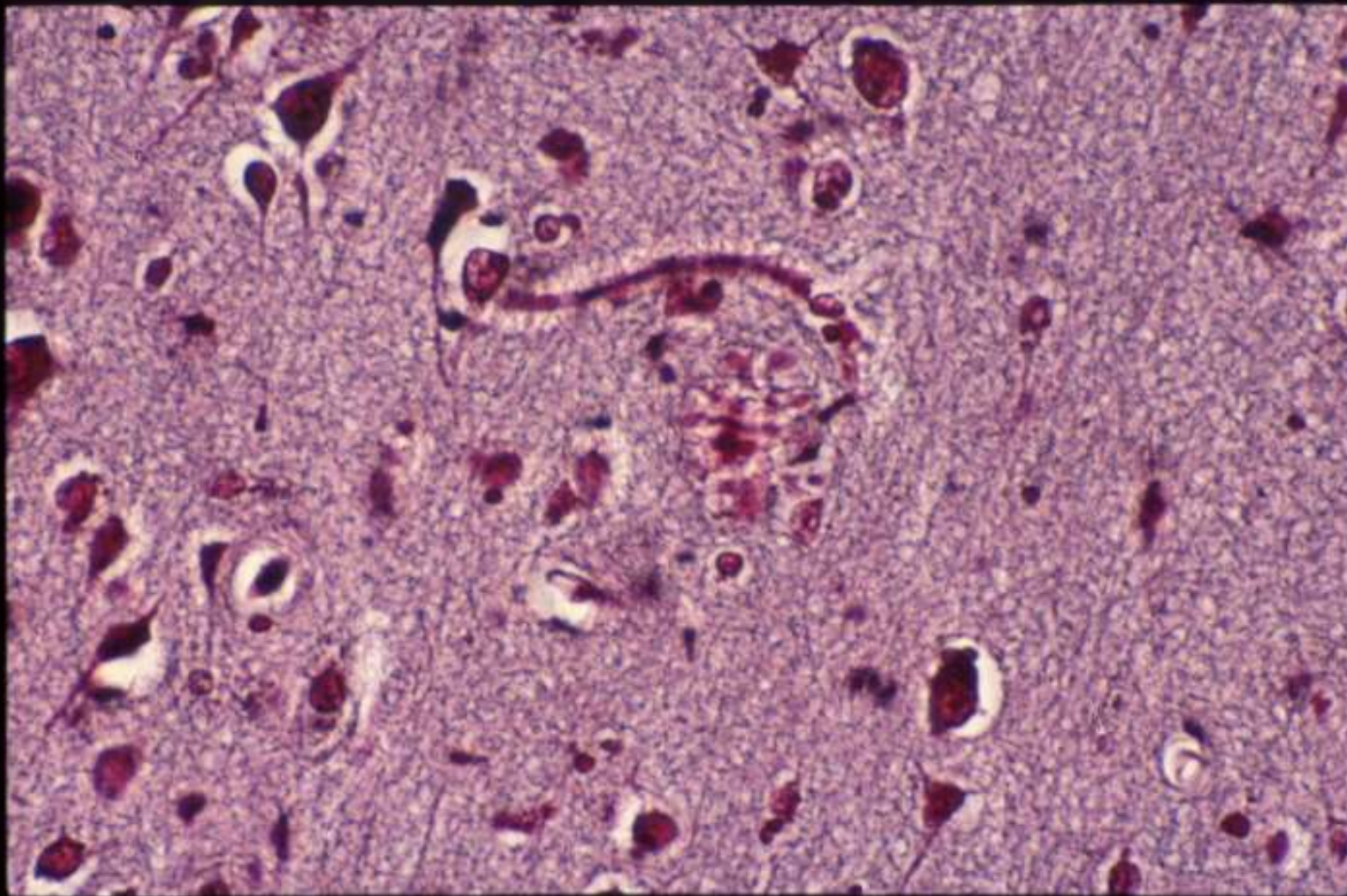
認知症の疾患別頻度

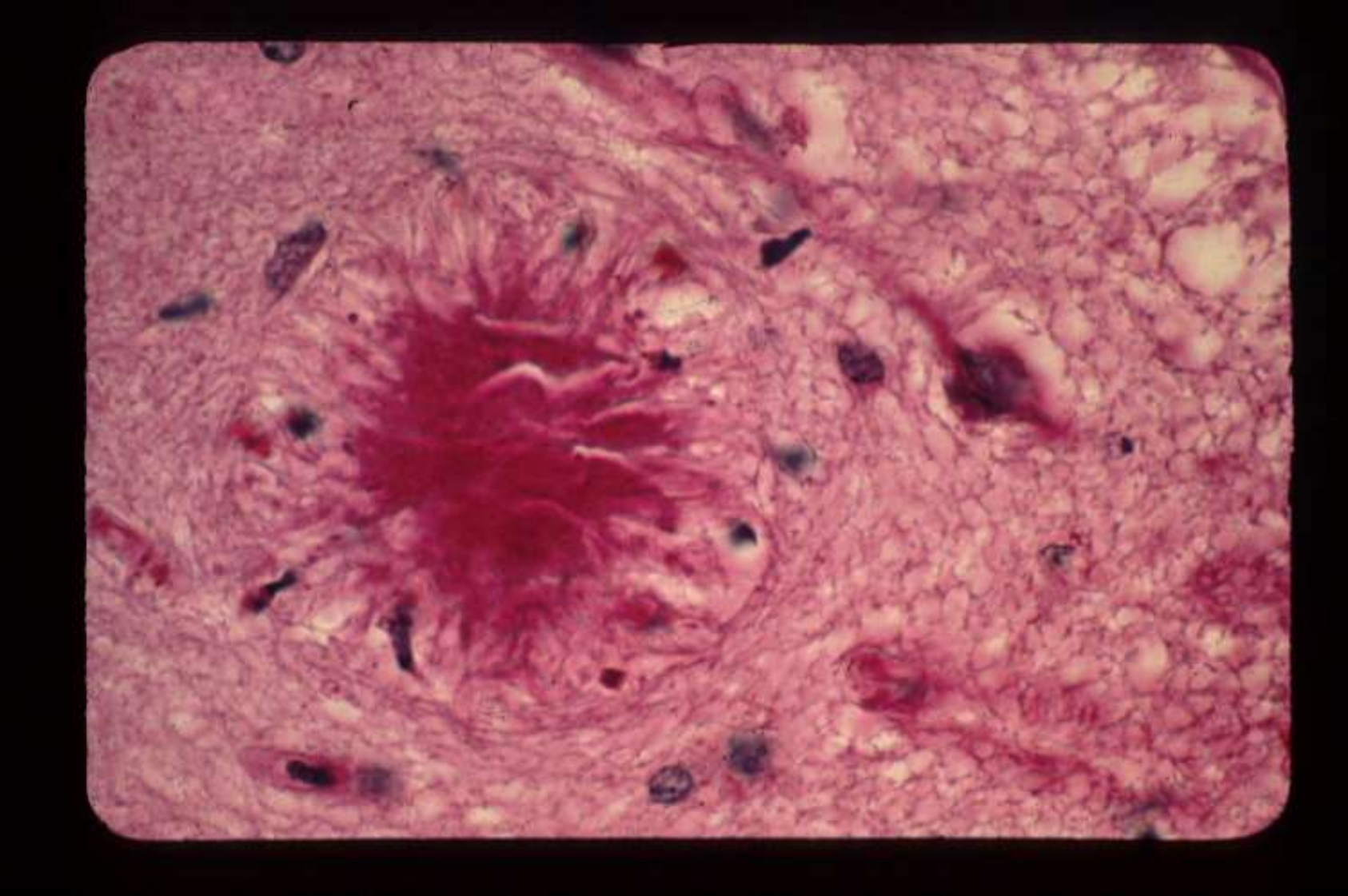












Alzheimer病の特徴的症狀

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

呼称

3時 → ○

9時 → ○

12時 → ○

11時 → 12時5分前

7時10分 → 2時35分

10時10分 → 2時50分

Y.K.



模写



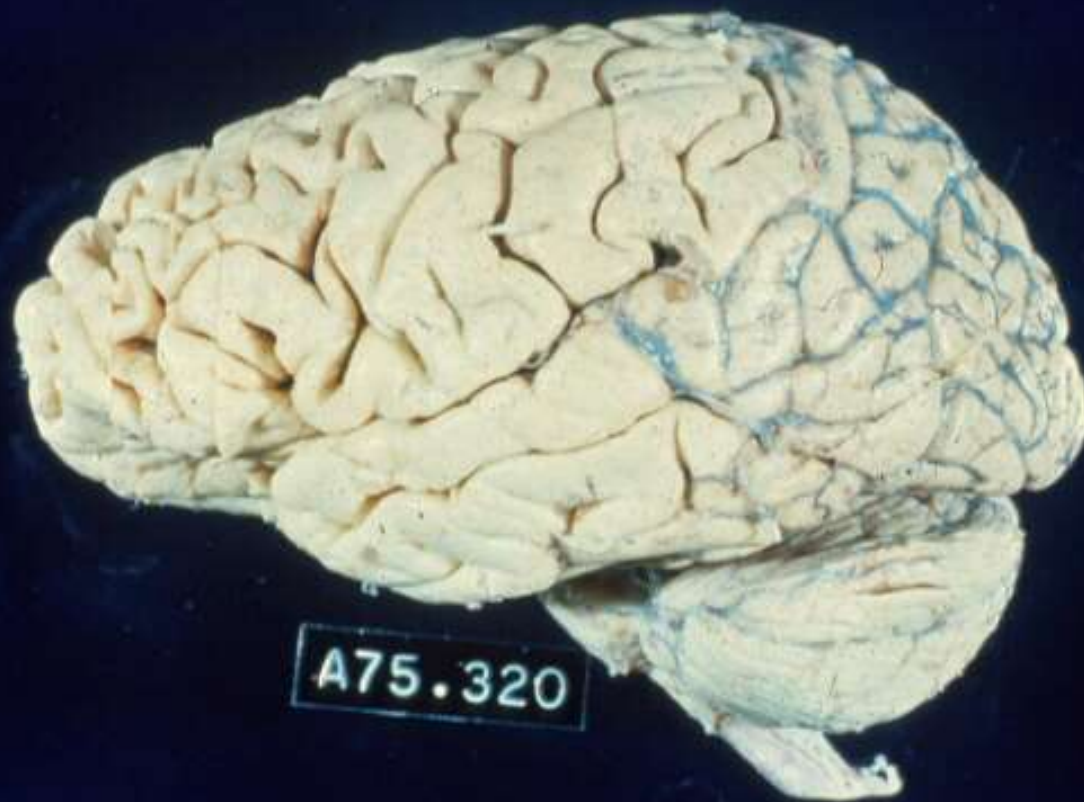
自范



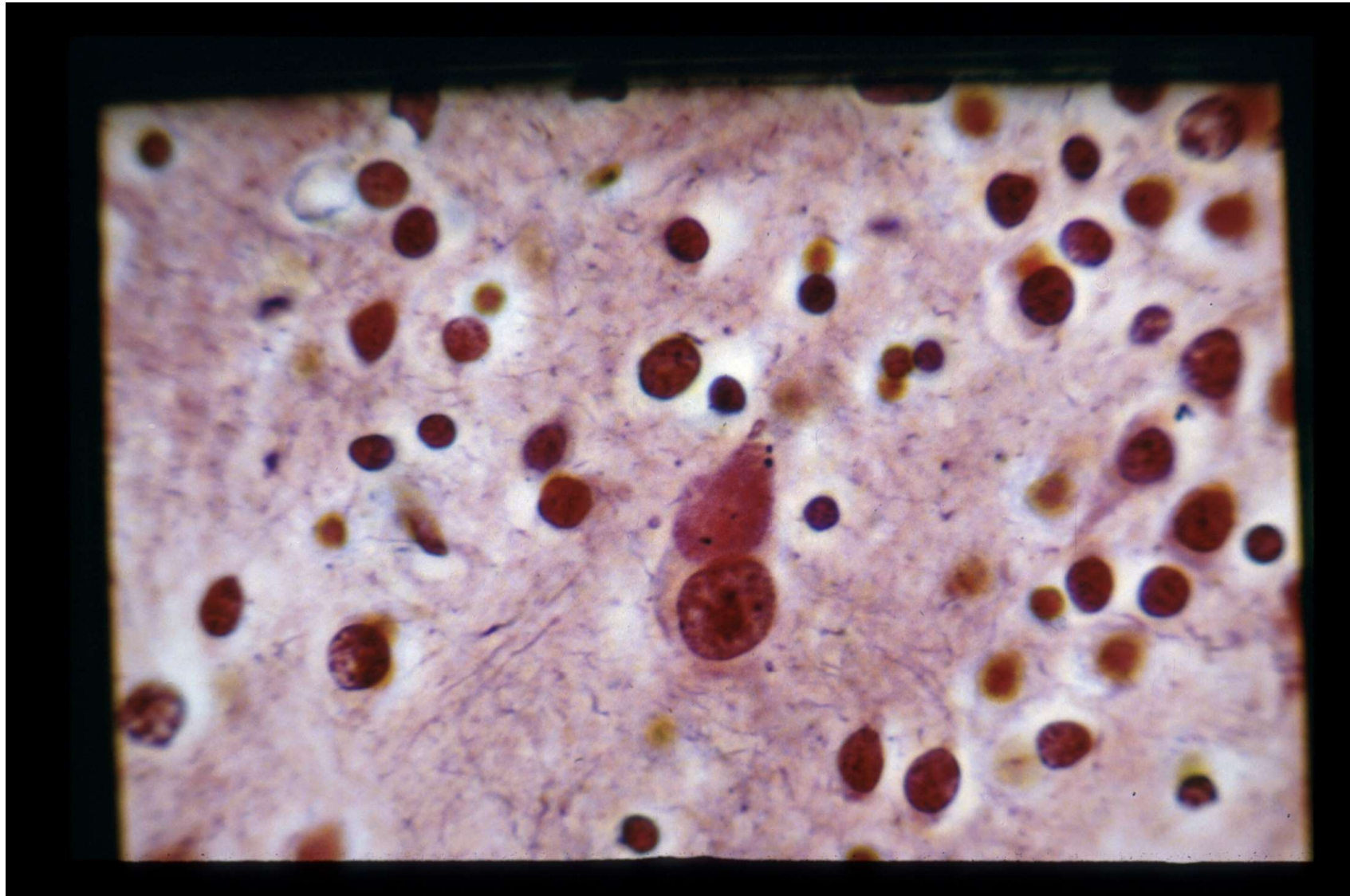
模写



Y.Y



A75.320



前頭側頭型認知症

ピック病

TDP-43蛋白がたまるタイプ
筋萎縮性側作硬化症に合併したもの
など

前頭側頭型認知症の症状

特徴的な症状として

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

滯続症状

Stehende Symtome

言葉の反復や行動の反復

6月20日月曜日

この日ハニハノ白馬ノ左ハ

伊勢ノ左ハ東ノ高杉ノ左ハ

この日ハニハノ白馬ノ左ハ

高杉ノ左ハ東ノ高杉ノ左ハ

この日ハニハノ高杉ノ左ハ

東ノ高杉ノ左ハ伊勢ノ左ハ

高杉ノ左ハ東ノ高杉ノ左ハ

高杉ノ左ハ東ノ高杉ノ左ハ

高杉ノ左ハ東ノ高杉ノ左ハ

高杉ノ左ハ東ノ高杉ノ左ハ

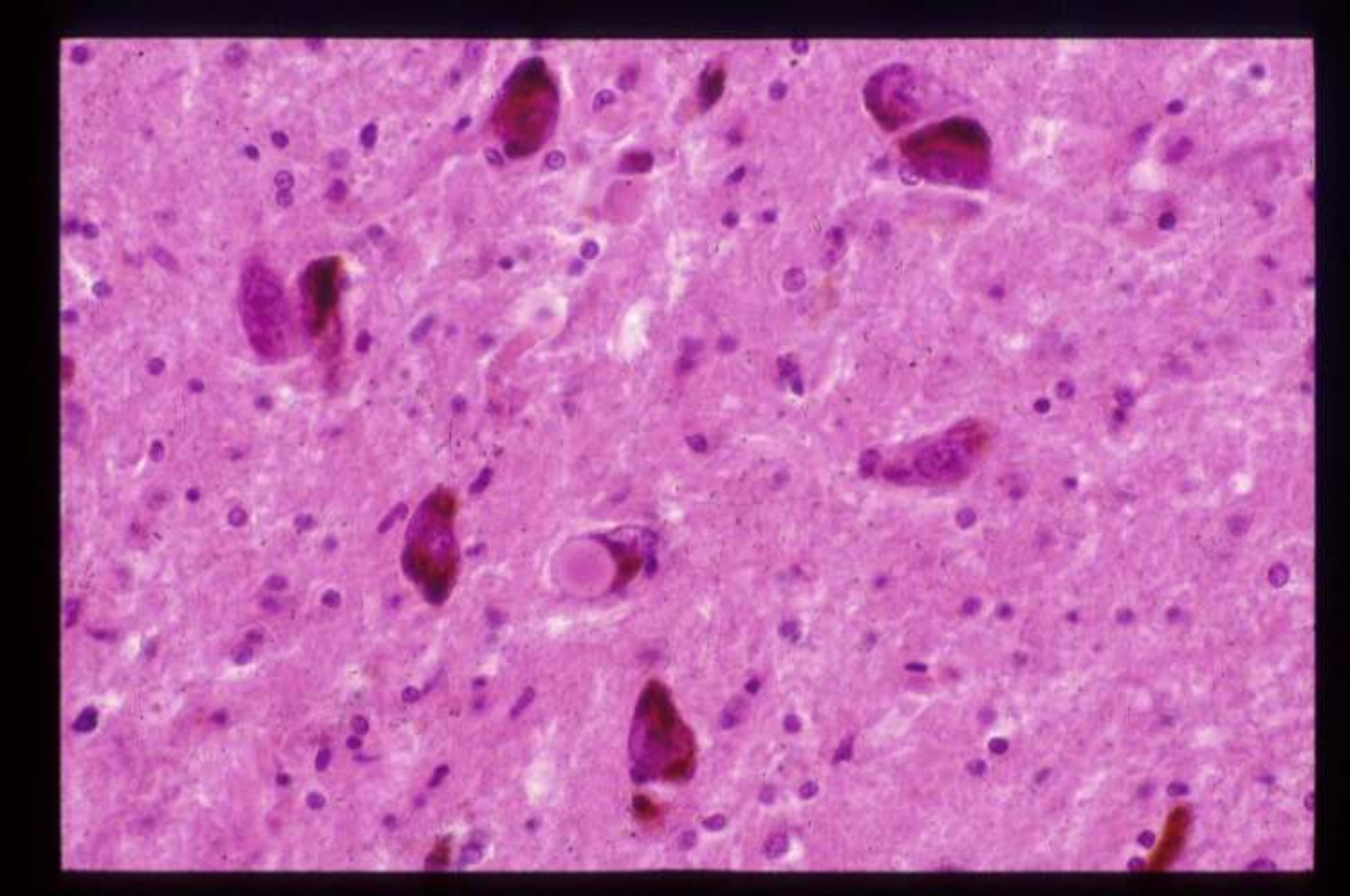
高杉ノ左ハ東ノ高杉ノ左ハ

高杉ノ左ハ東ノ高杉ノ左ハ

前頭葉が抑制しているもの

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

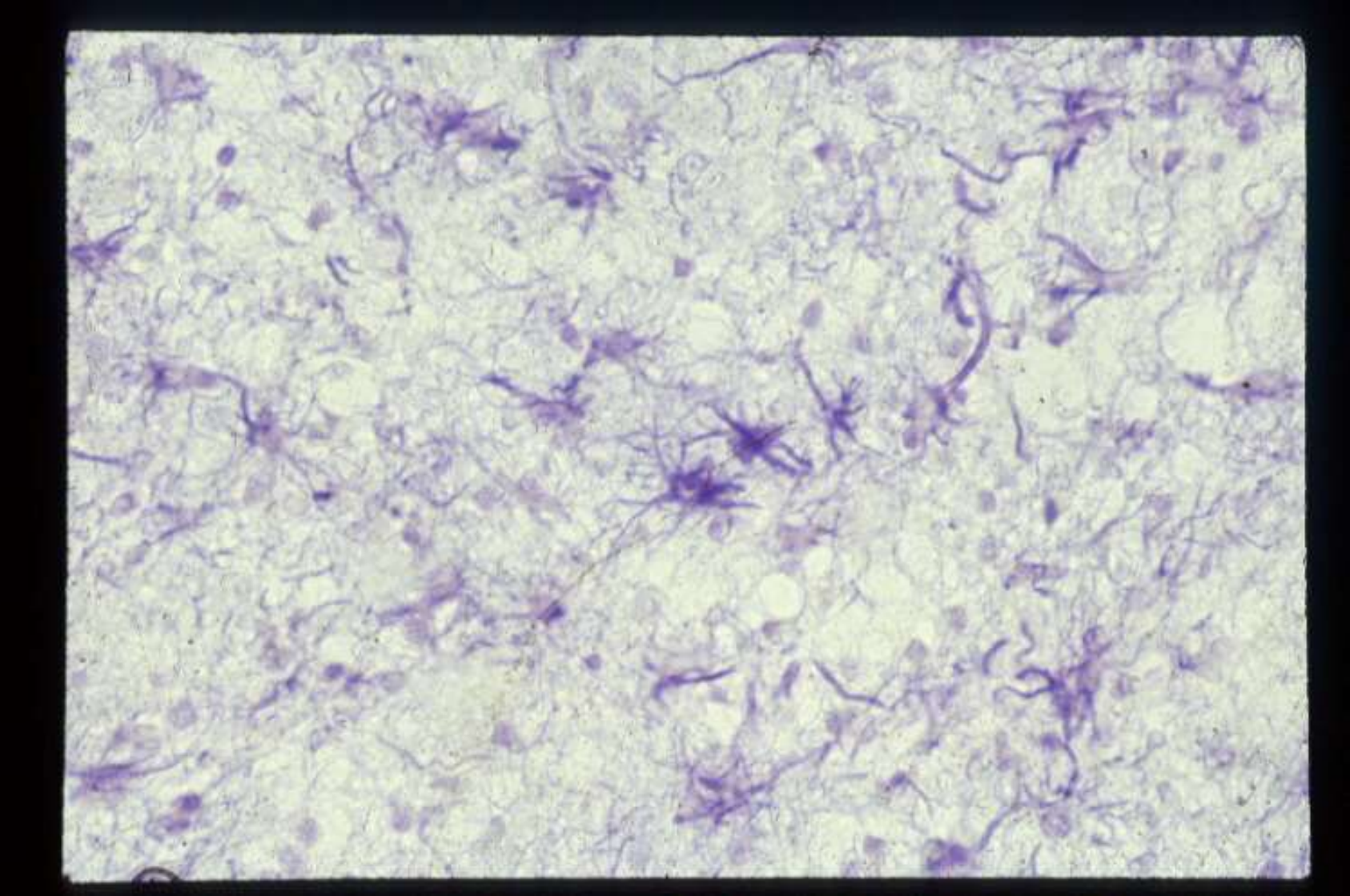




レビー小体型認知症の診断基準(DLBガイドライン)

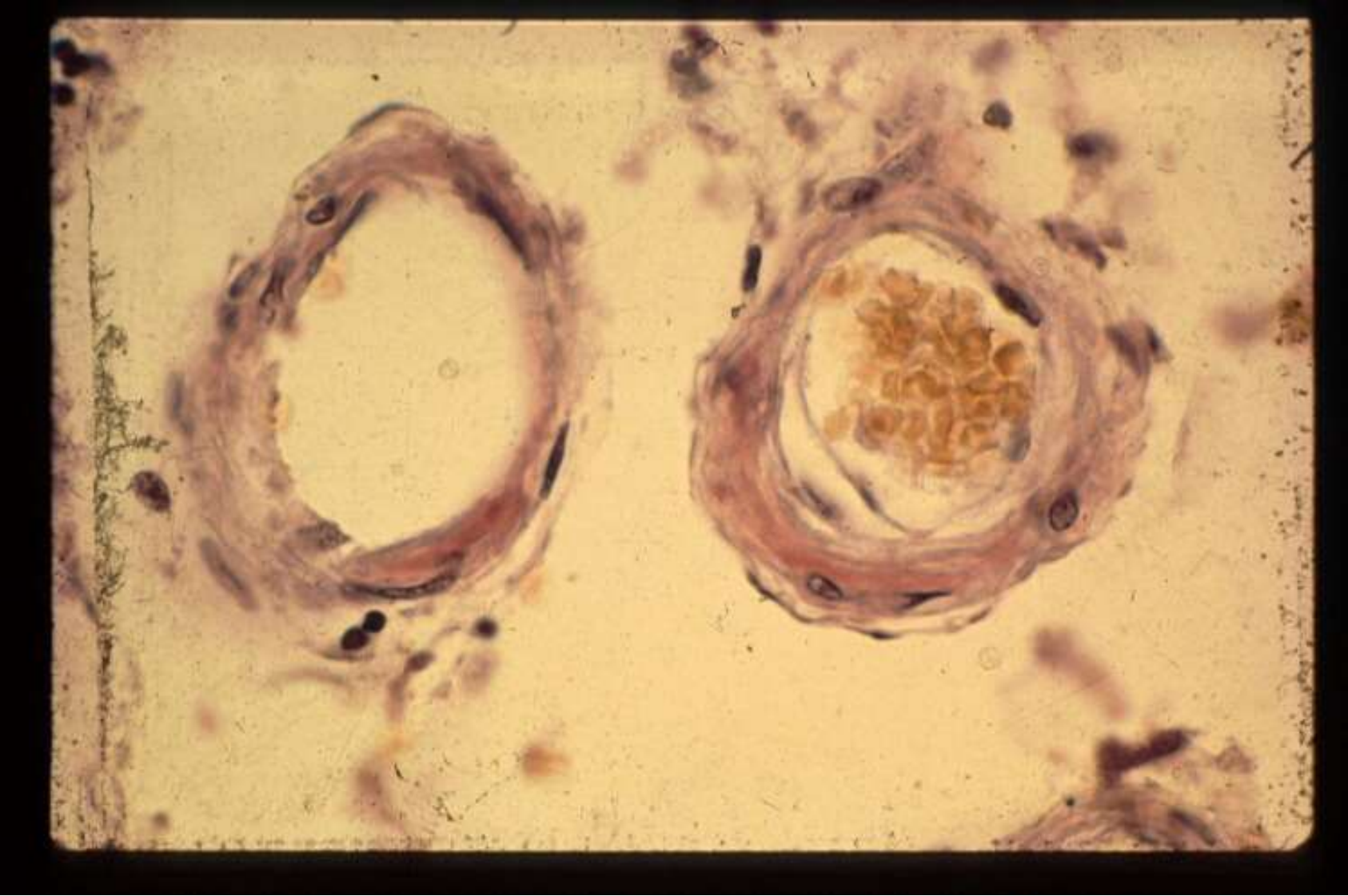
1. 正常な社会的または職業的機能に障害をきたす程度の進行性認知機能障害の存在。
初期には記憶障害が目立たないこともある。また、注意や前頭皮質機能や視空間機能の障害がとくに目立つこともある。
2. 次の特徴がある(probable DLBには2つが、possible DLBには1つが必要)
 - (a) 注意や明晰さの著明な変化を伴う認知機能の変動
 - (b) 構築され、具体的な内容の繰り返される幻視体験
 - (c) 特発性のパーキンソニズム
3. DLBを支持する特徴
 - (a) 繰り返す転倒
 - (b) 失神
 - (c) 一過性の意識障害
 - (d) 抗精神病薬への過敏性
 - (e) 系統的な妄想
 - (f) 他の幻覚
4. 可能性の少ないもの
 - (a) 局所性神経徴候や画像で裏付けられる卒中の存在
 - (b) 臨床像を説明しうる身体疾患や他の脳病変の証拠の存在

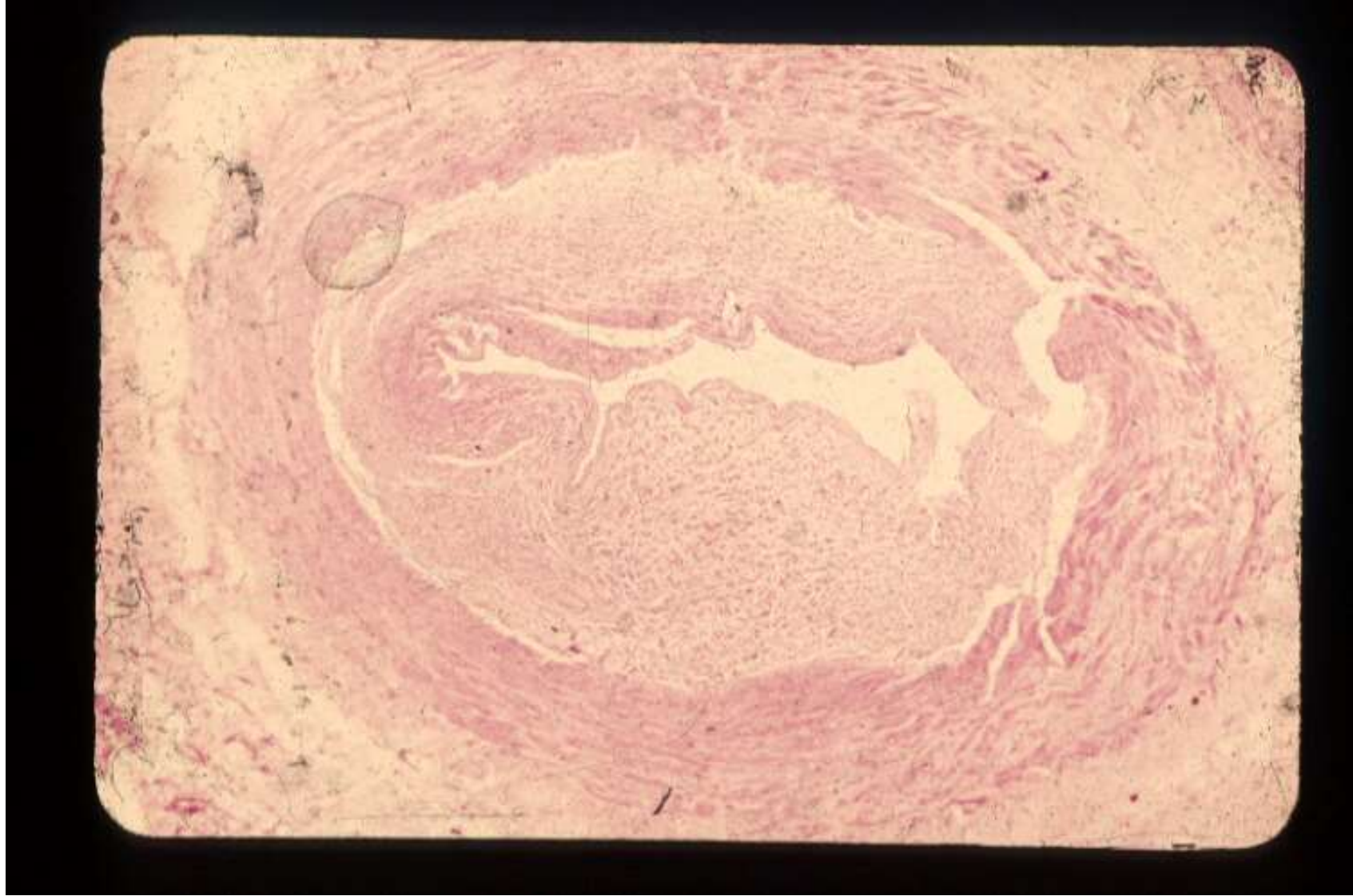


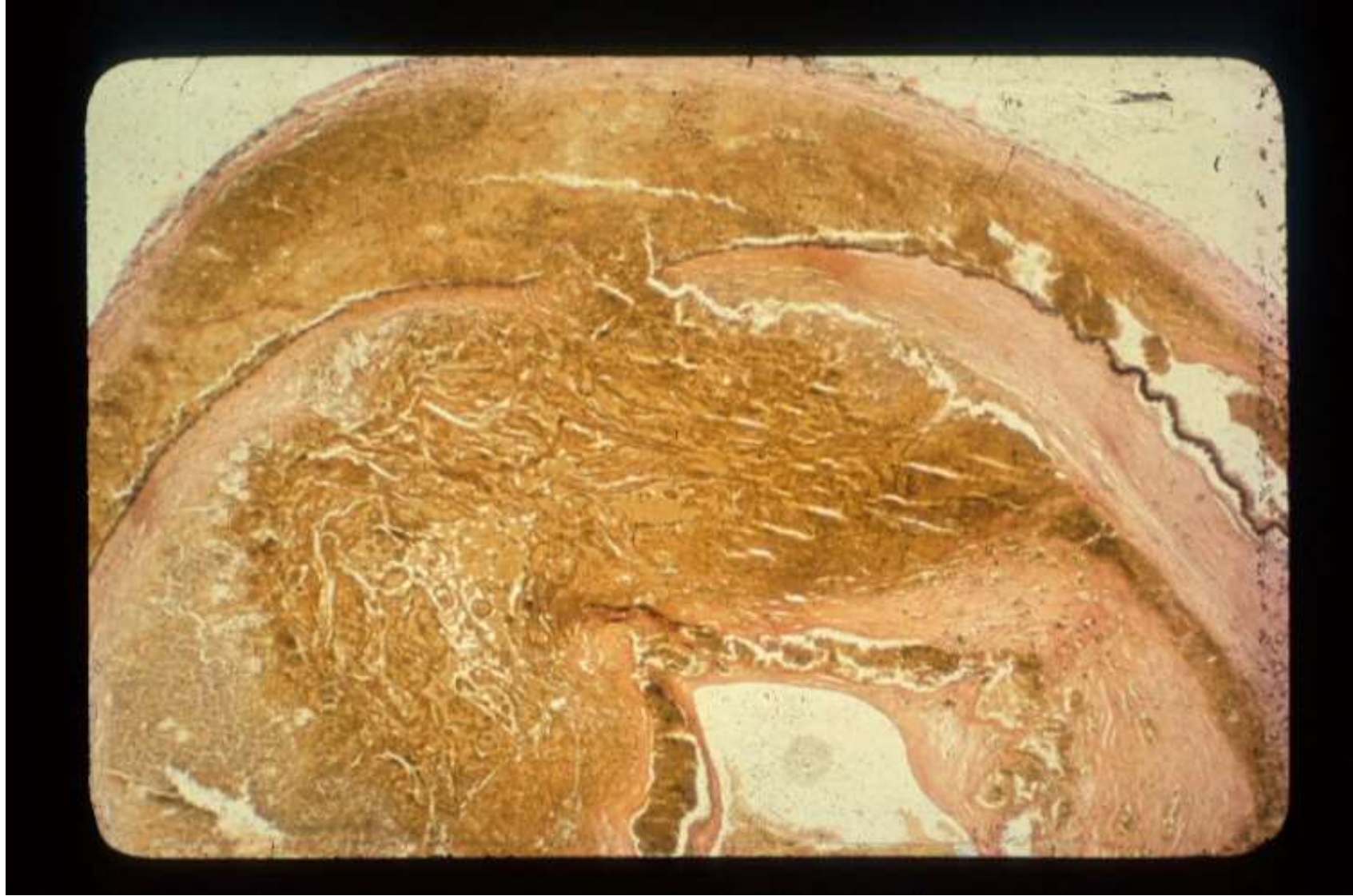










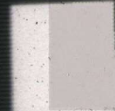




008041304-3A

54.07.30

10
06.0
+00



+015
064

||||| FUKUI P HP

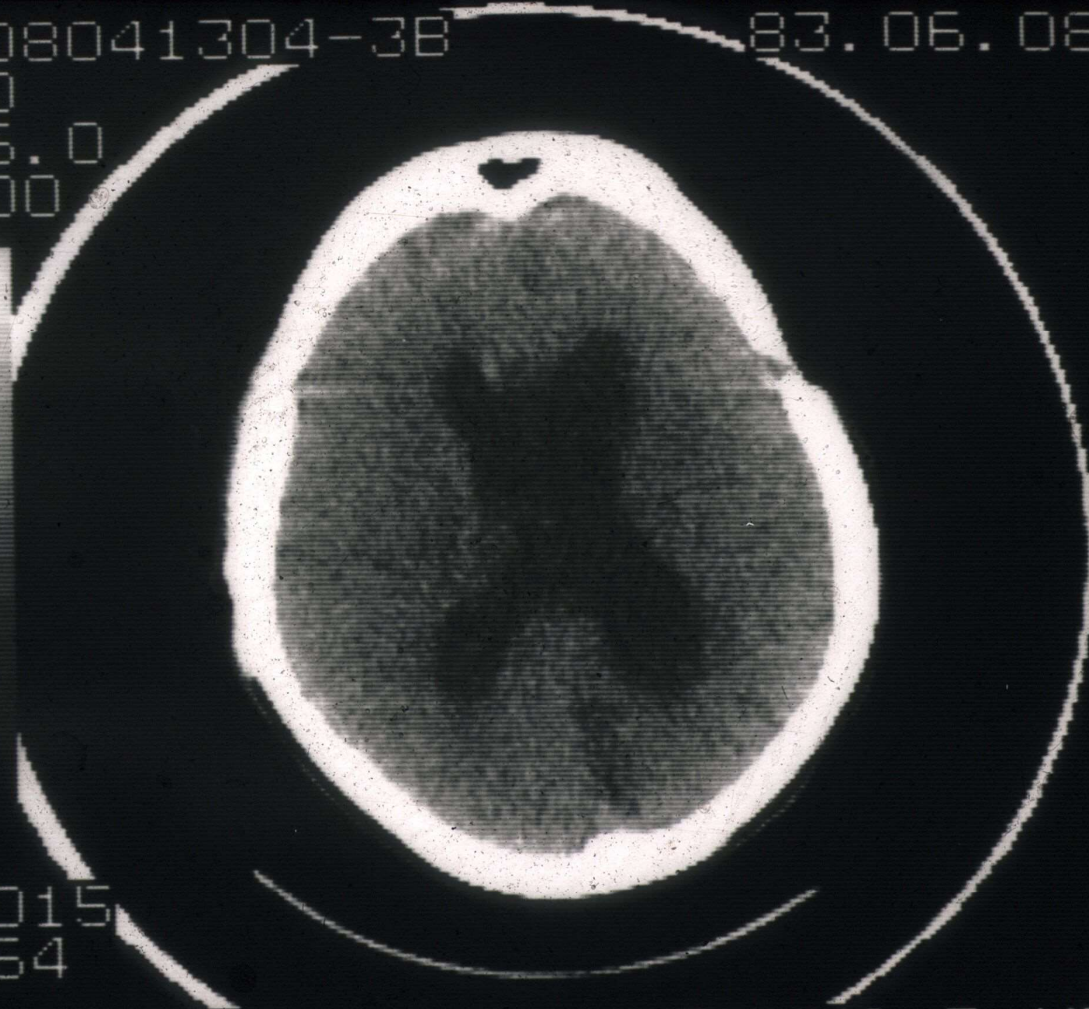
008041304-38

83.06.08

10

06.0

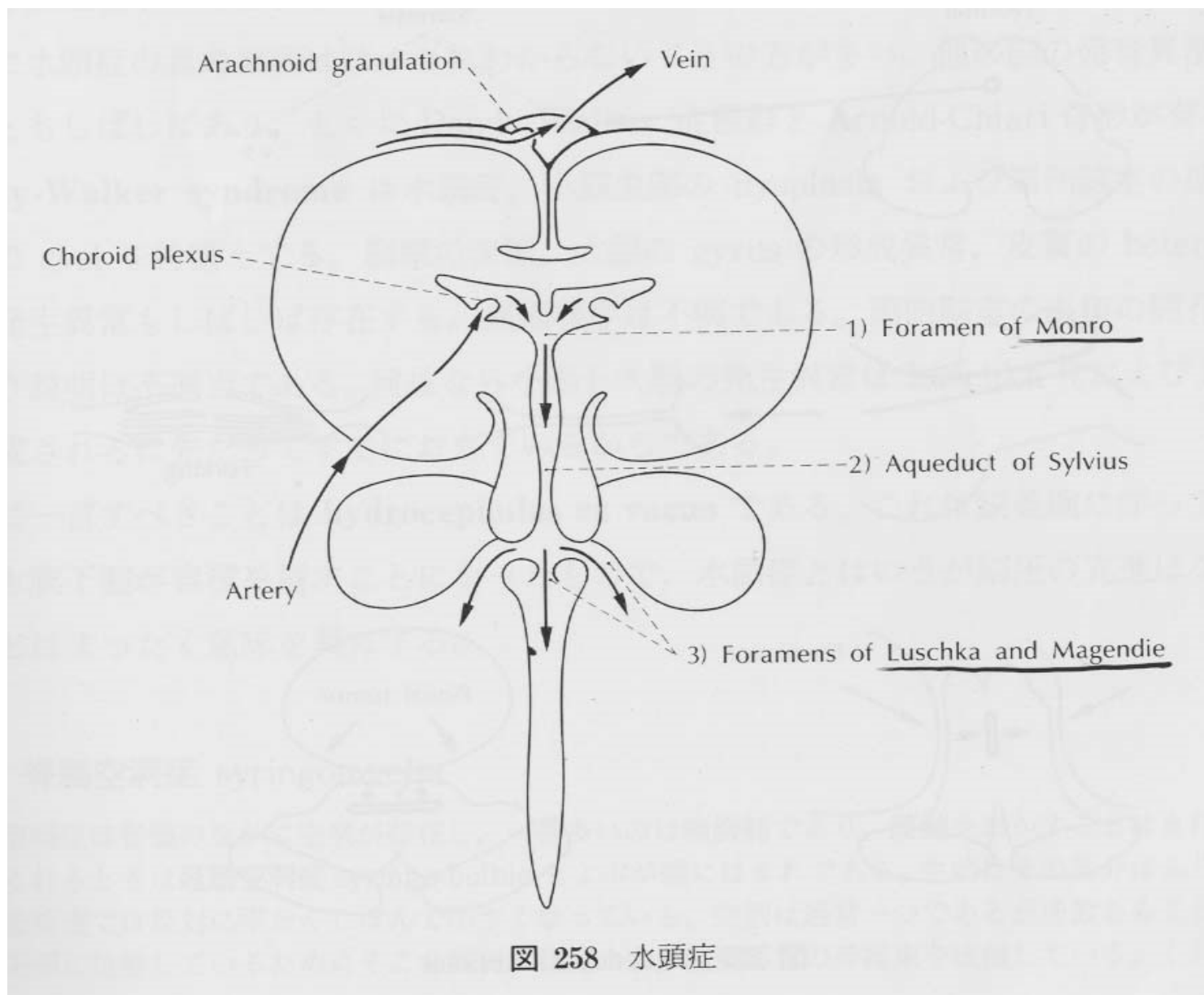
+00



+015

064

||||| FUKUI P HP



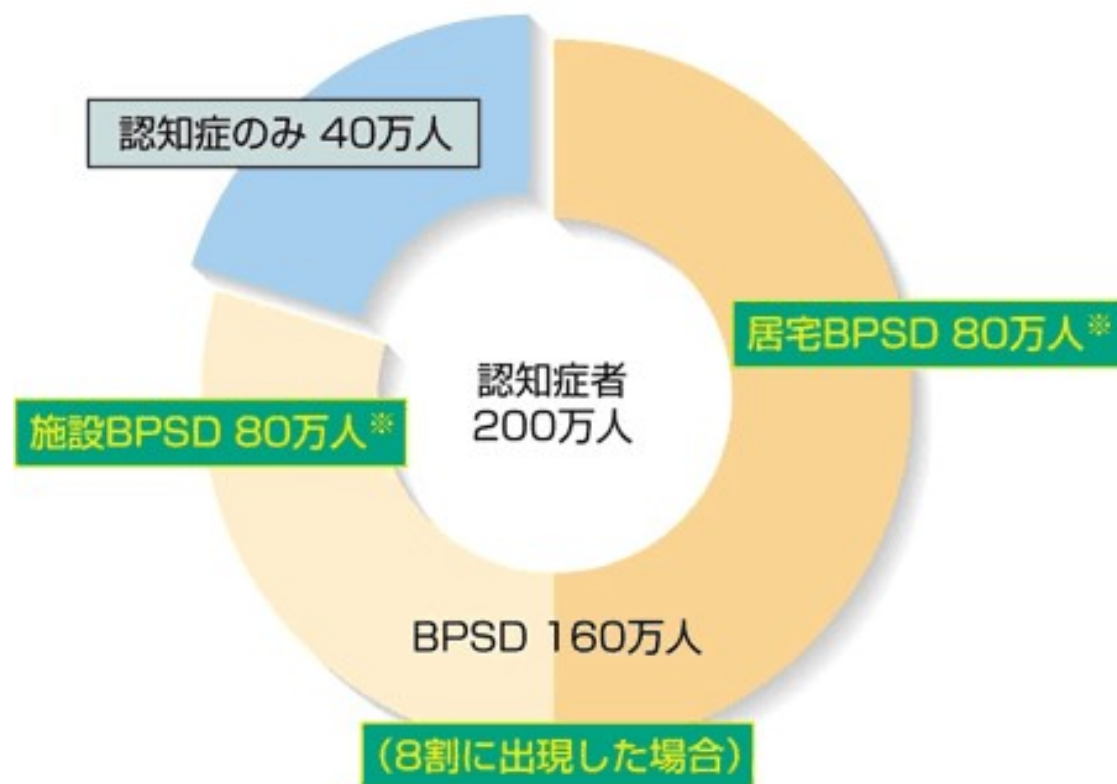


若年性認知症の分類

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

18歳から64歳までに発症した認知症、国内に10万人いるともいわれている。

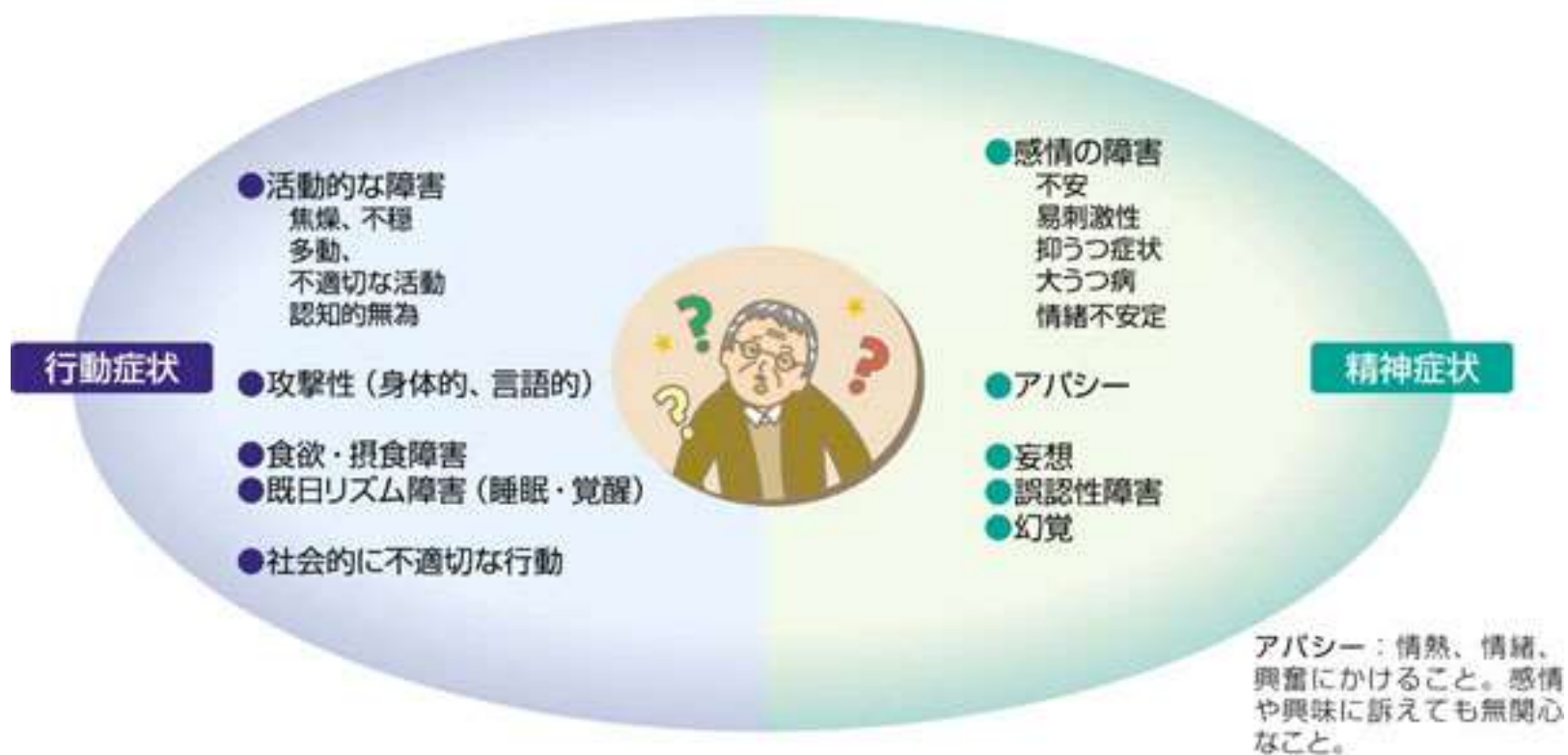
BPSDの現状



- 毎年10万人発症？
(8万人死亡：65歳以上死亡者80万人／年)

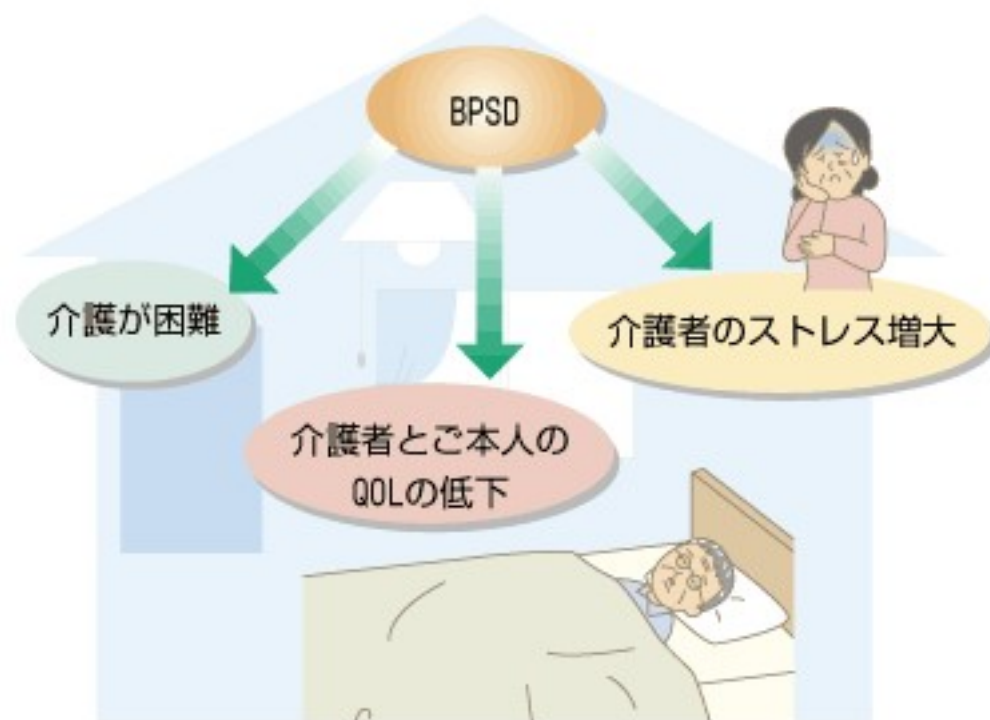
※ 介護保険における要介護認定者の推計値より
(2002年9月末) 比率を得て推計した

よくみられる認知症のBPSD



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

BPSD で介護者ご本人の QOL が低下



困った症状の成因

←心がそうさせる症状

脳障害がそうさせる症状→

性的逸脱行為

意欲低下、過眠

せん妄

不眠、昼夜逆転

過食

幻覚、錯覚

盗られ妄想

強迫症状

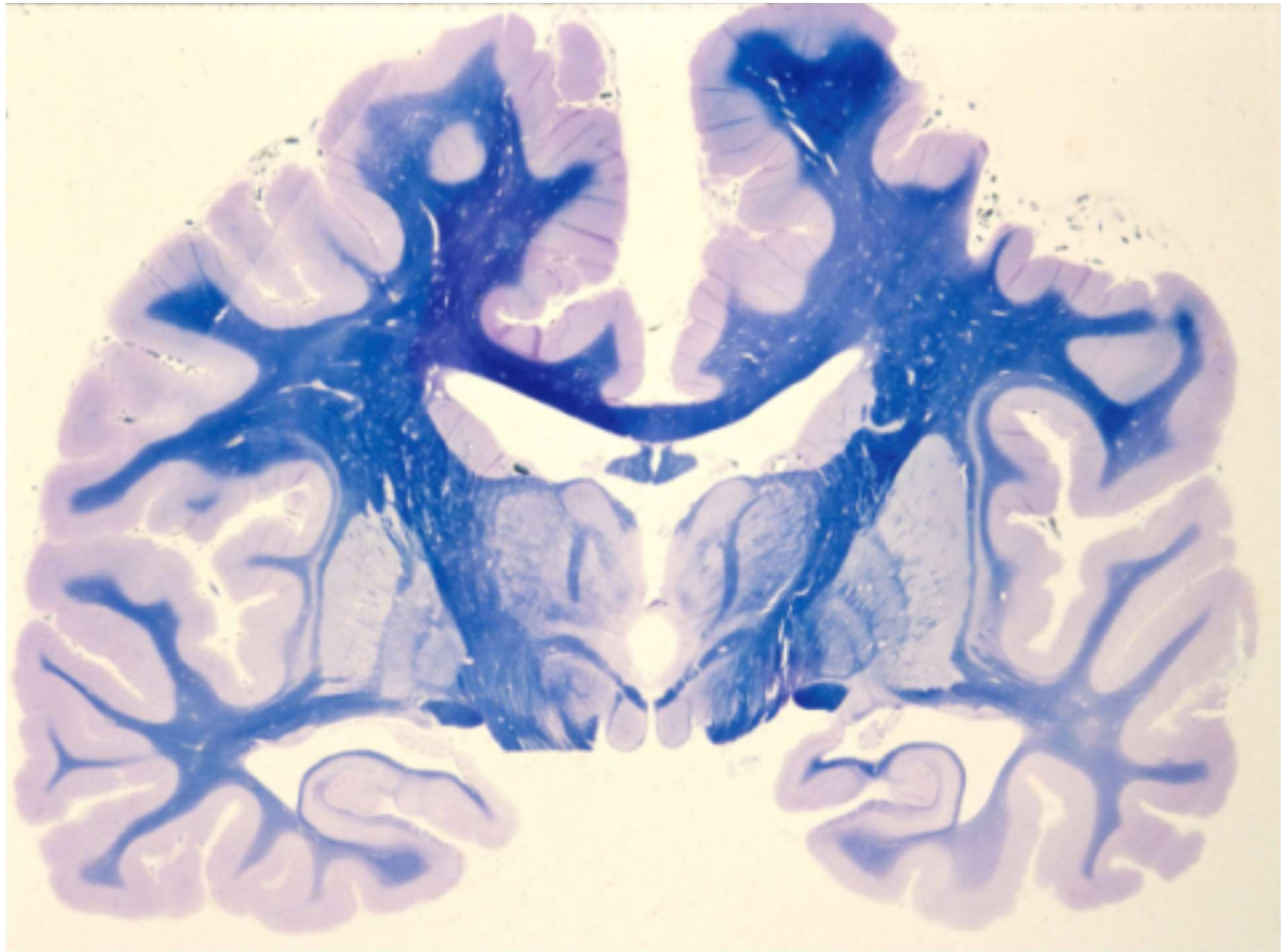
うつ状態

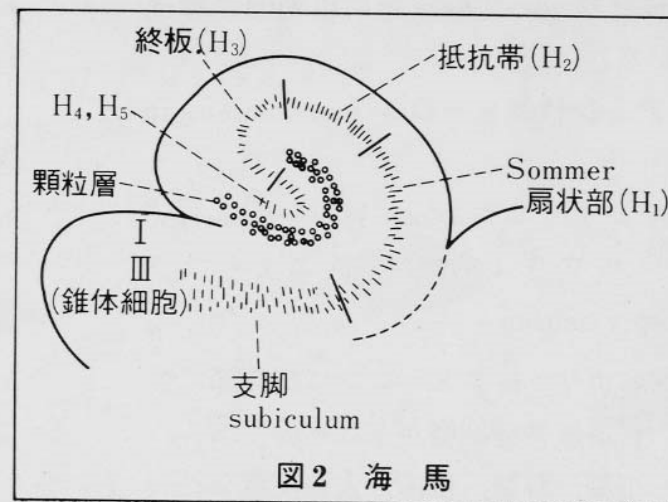
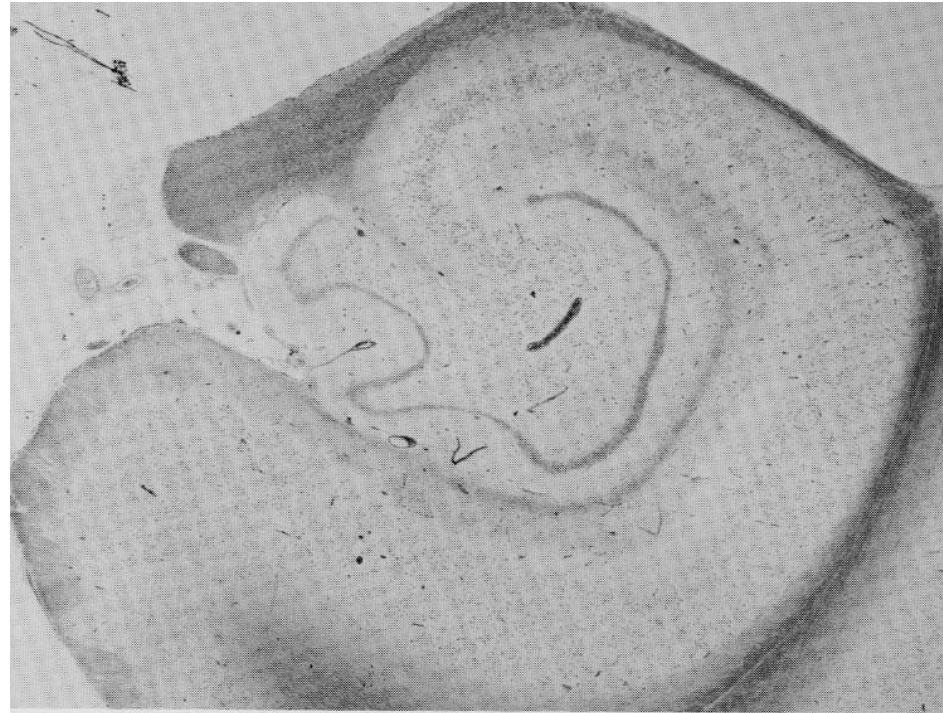
不穏興奮、易怒性

不安焦燥

3, 記憶障害

Memory disturbance





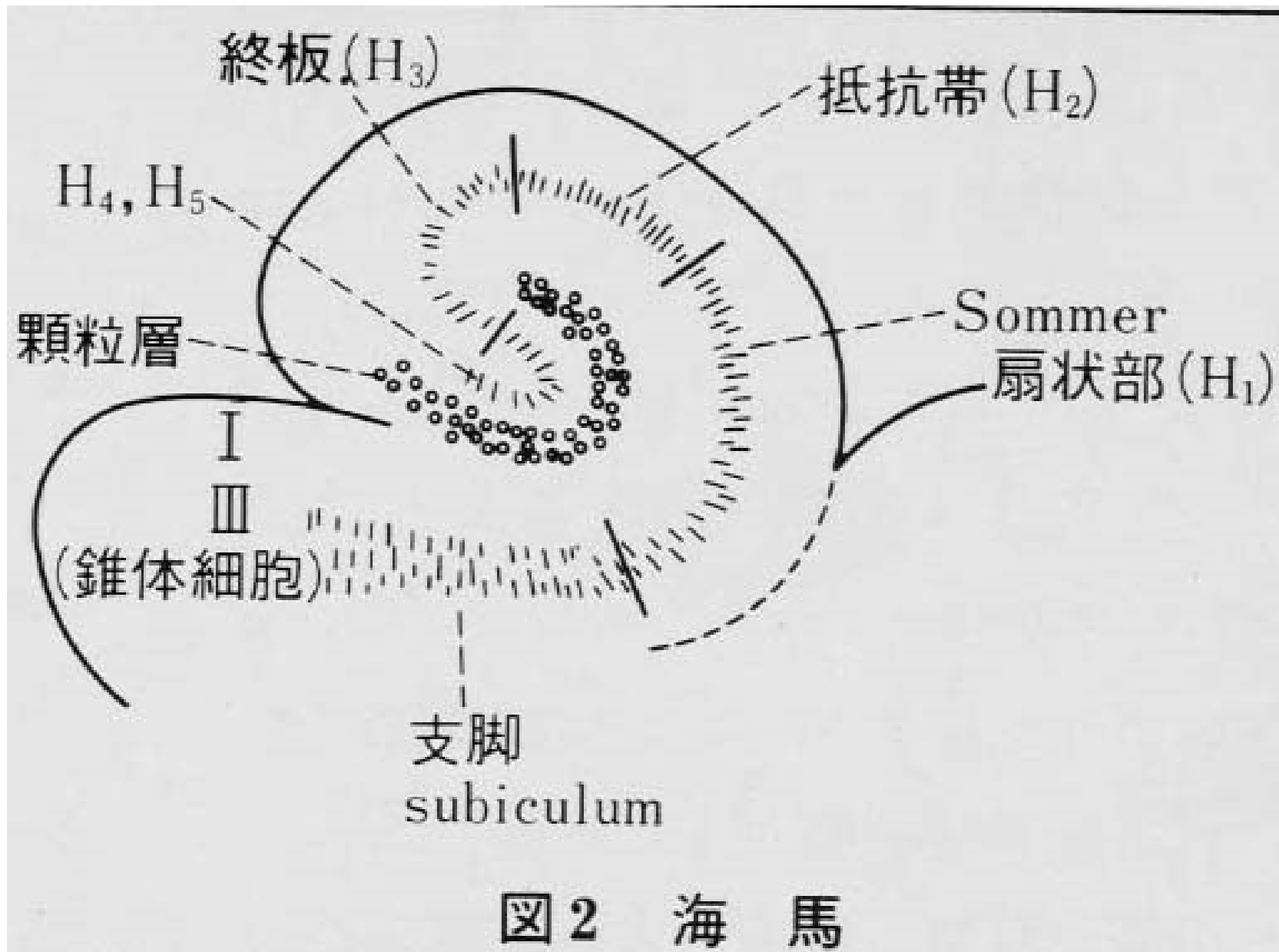
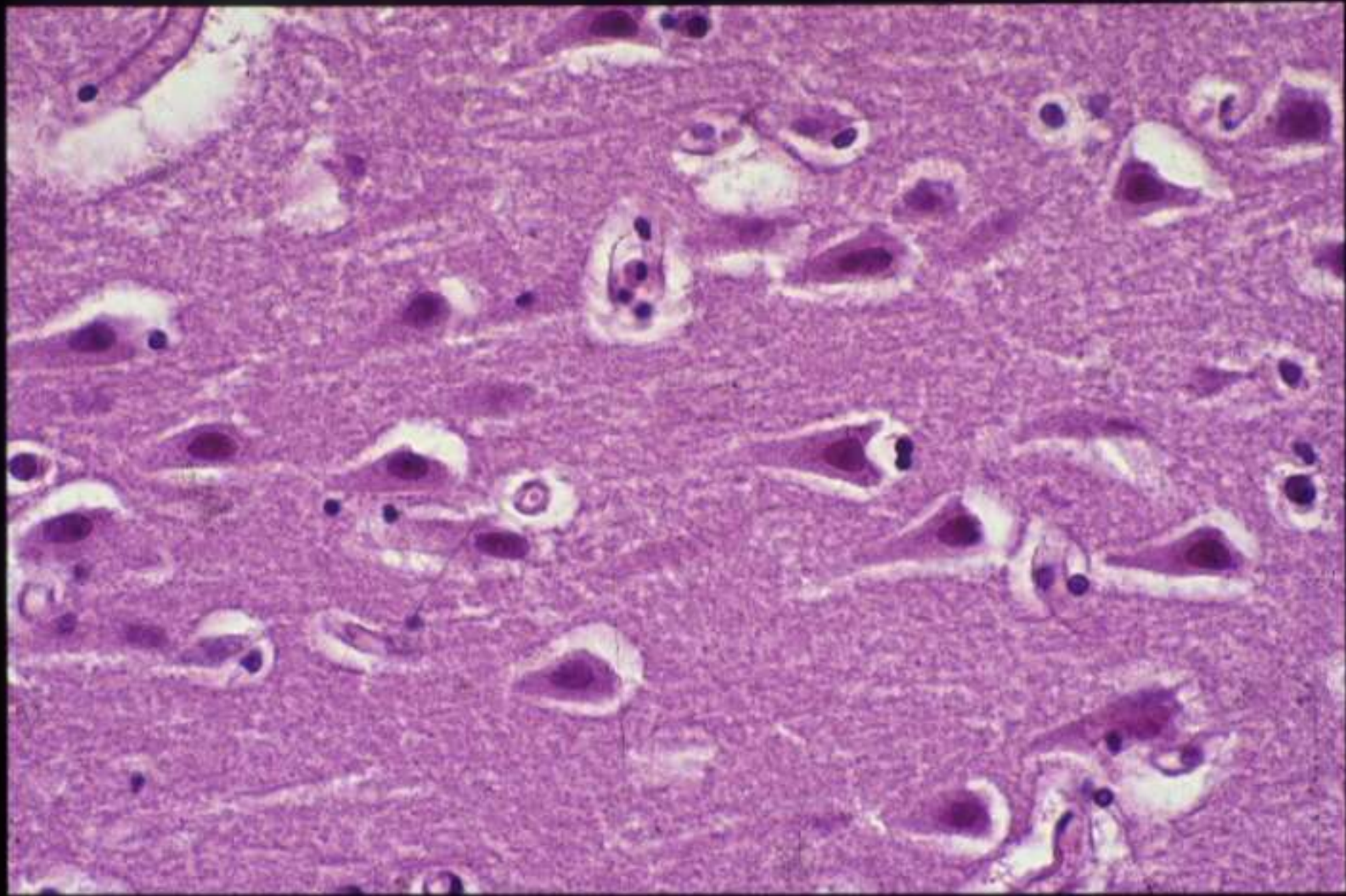
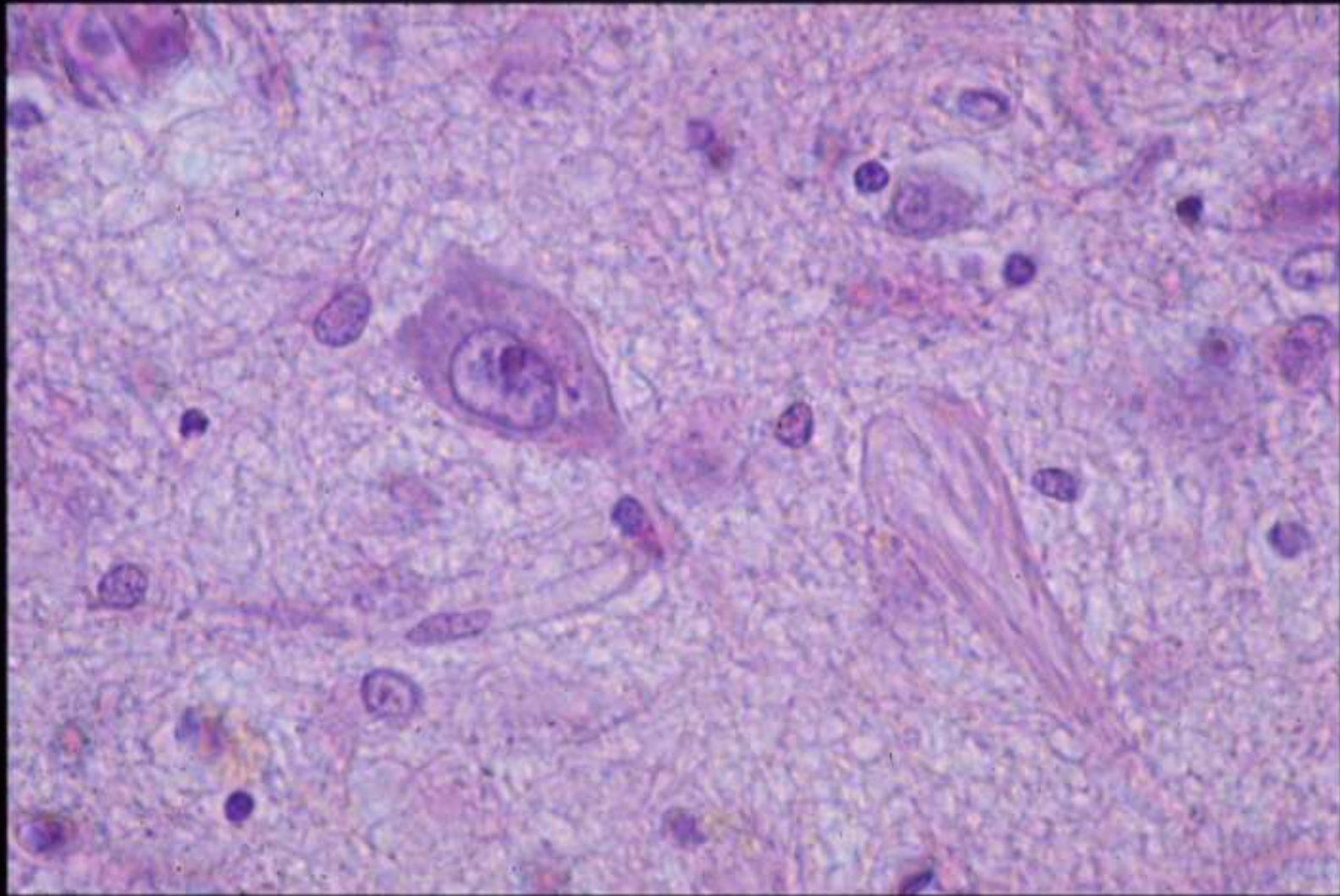


圖2 海馬





アルコールとOBS

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

健忘症候群(コルサコフ症候群)

Amnestic syndrome (Korsakoff)

記銘力減弱

失見当識

作話

一過性全健忘

transient global amnesia (TIA)

突発的に健忘(記憶喪失)が生じる

発作中は明らかな前向性健忘を認める

24時間以内に回復する

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

5.2/10万人の発生頻度

(Hodges 1990)

児童、青年期の病気

思春期・青年期 とは

人はいま一三、四歳から三十前後まで、長い青年期を経てようやく大人になる。

思春期や青年期という用語の使用

思春期or青年期：変貌する身体的生物学的次元にとくに注目するとき。

青年期：心理的次元、社会的次元、さらには実存的次元もふくめて多元的にとらえるとき。

(1977「青年期」笠原嘉著)

思春期・青少年の精神疾患

1. 発達または器質性障害：
発達障害、自閉症スペクトラム障害
注意欠陥多動性障害
てんかん、周期性不機嫌症
2. 内因性：統合失調症圏、そううつ病圏
3. 心因性：解離性同一性障害、摂食障害
PTSD、薬物乱用
4. 人格障害：境界性人格障害
5. その他：行為障害、性同一性障害

子供を考えるときの基本

- 子どもたちが変わったか
- 普通の子が切れるか
- 「～は親が悪い、学校が悪い」か
- リキャップをしようとする事
- 身内だけで解決しようとする事
- 子供の瞳に映っているもの
今、地域社会に何が起きているか

子供たちへの影響

- 社会規範と「心のフィルター」
- かかえ込みと「チャイルドギャング」
- 物質的過保護と「つまらない病」
- 「ダメ」人間
- 地域社会と教育力

ちょっと心配な子供たち

- 不登校と引きこもり
- 理想と現実の解離
- ストレスと強迫症状
- ストレスと自傷、解離

家庭と子供たち

- 家庭として機能しているかどうか
子供たちの思いを受け止める姿勢(体制)ができているか
- DVと児童虐待
- 母になるスイッチ、父になるスイッチが入らない

青少年の触法行為

子どもたちの触法行為

- 解離性同一性障害
外傷性疾患の代表
自閉症スペクトラム障害、いわゆるアスペルガー障害など
発達障害のひとつ
- 周期性不機嫌症
てんかん類縁疾患
- vs 集団リンチ

家族による犯罪

- 幼児虐待
実行犯と傍観者
- ドメスティックバイオレンス(DV)
- 介護放棄
- 拡大自殺

児童青年期疾患分類 ICD10

F7知的障害

F8心理的発達障害

F81学習障害

F84広汎性発達障害－自閉症

アスペルガーなど

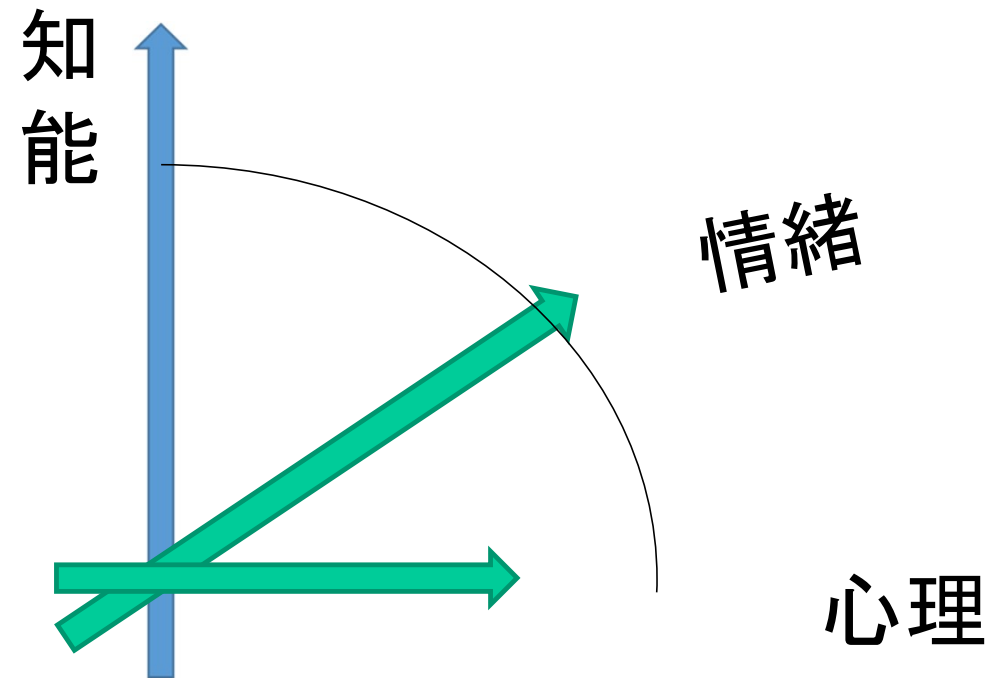
F9小児期および青年期に通常発症する行動

および情緒の障害

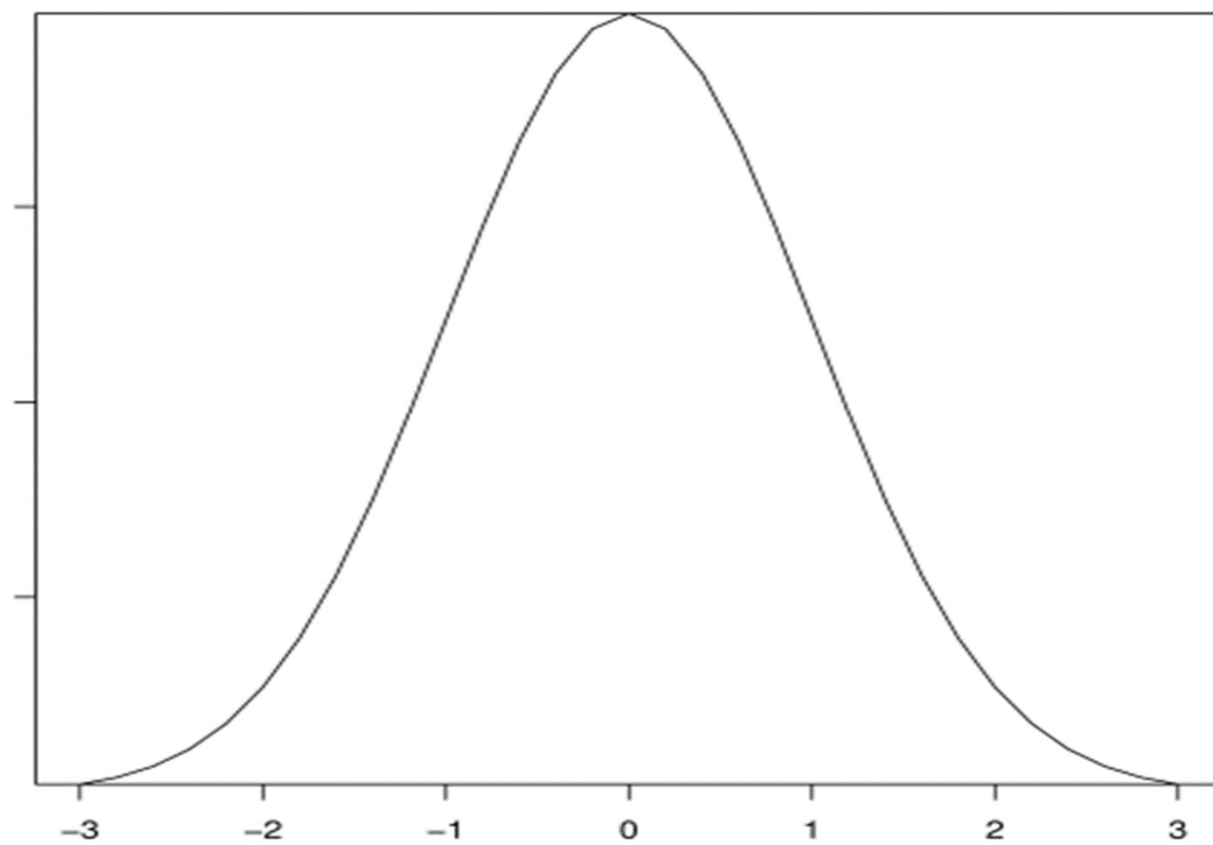
F90多動性障害

F91行為障害

発達とその個人差



正規分布



発達障害の診断名

1. 知的発達

知的発達障害(精神遅滞)

2. 心理発達

自閉症スペクトラム障害(ASD)

社会性コミュニケーション障害

3. 情緒発達

注意欠陥多動性障害(ADHD)

4. その他

行為障害

学習障害

自閉症スペクトラム障害の診断

1. 人との相互交渉の障害
2. コミュニケーションの障害
3. 想像力の発達の障害

結果として

「狭く硬い反復的な活動や興味のパターン」

学習障害(LD)

「学習障害とは、基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、読む、書く、計算するまたは推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を指すものである。

学習障害は、その原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的要因が直接の原因となるものではない」

1999年 文部

学習障害(LD)の下位分類

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

ASDに対する対応

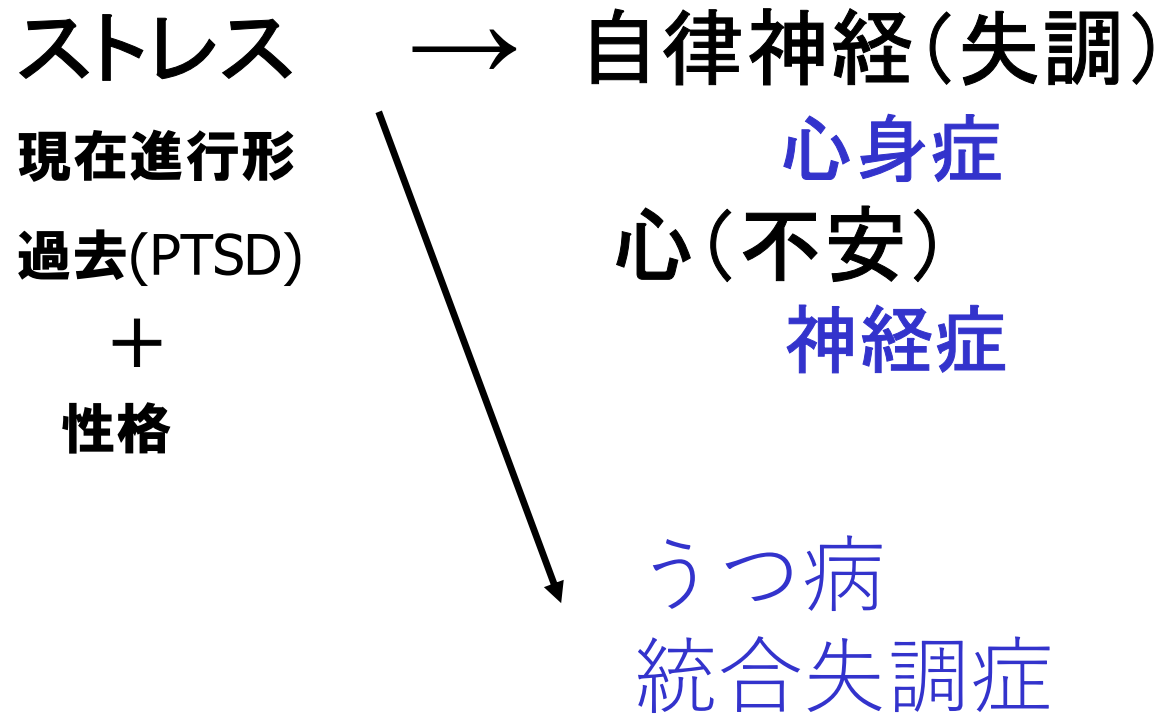
1. 一方的に障害と捉えない
個性か障害か、社会環境の許容度に関係する
2. ASDの特性を延ばし、生かす考えも持つ
3. 大人になった時の就労を見据えた養育が必要
4. 家族に対する支援を忘れずに

サヴァン症候群

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

1. カレンダー計算
2. 映像記憶
3. 書籍、電話帳、円周率

ストレスの構図



ストレスはどこへ行く

I. 自律神経の失調

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

II. 心の不安

神経症(こだわり病)
強迫神経症、パニック
中毒乱用、摂食障害

問題行動の内容（症状）

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

強烈なストレスに傷ついたとき

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

解離のメカニズム

期待に答えようとする自分と現実の
解離

挫折という外傷

引きこもるか、解離していくか

問題少年にどう接すればよいか？

- 基本はチームワーク
- 本人に対して
 - 人格障害：明確な枠組みの提示
 - 疾病：的確な治療
- 家族に対して
 - 犯人探しではない、本人にとっての最強のサポーター

青少年疾患の予防法はあるか？

- カウンセリングマインド
傾聴、受容、共感、支持
- 地域サポート体制
村落共同体
- チャイルドギャング
- 趣味、スポーツ

人格障害

人格障害

- 人格障害は精神障害か？
- 責任能力はあるか？

人格障害の分類

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



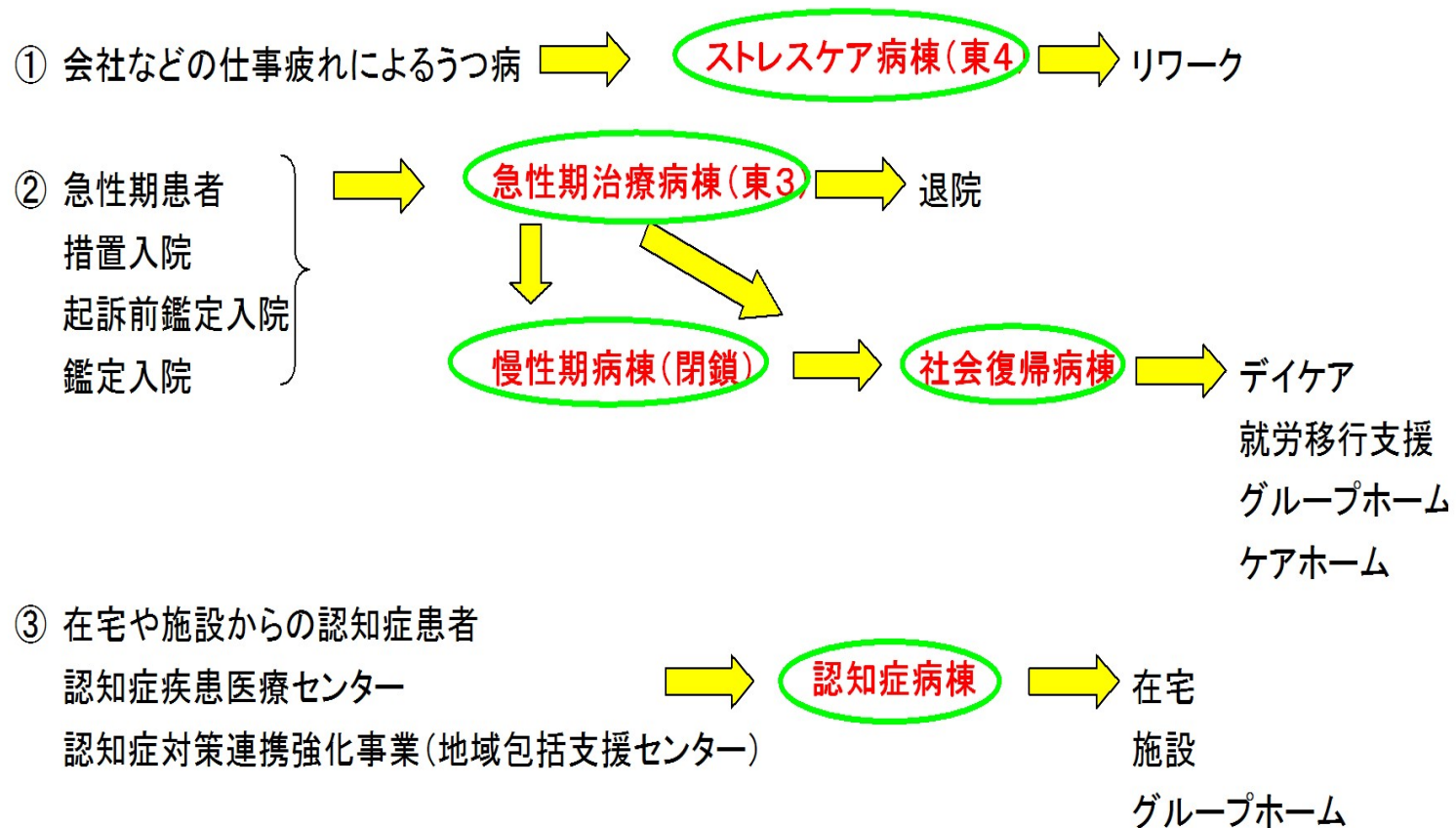
財団法人 松原病院

ホームページ <http://www.fmatsubara.com/>

病院全景



病棟の概要



聞いていただいて
ありがとうございました。

松原六郎

