

令和3年度大阪府市民後見人養成講座
基礎講習 講義⑦

対象者の理解(3) 精神障がい者の特性について

田中精神科医オフィス

田中 千足

2021年9月25日

精神障がい者とは

- 精神保健福祉法の対象とする精神障害者は、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者です（第5条）。

厚生労働省「知ることから始めよう みんなのメンタルヘルス」から抜粋

障害、障がい、障碍

- 障害の「害」という字は存在そのものが「害」であるような烙印を押すことにつながる
- 大阪府の公式文書では「がい」というひらがなで書きます。
- 同じ漢字でも変圧器に使われる碍子の『碍』の字を使う動きもありますが、常用漢字に取り入れられなかったことから確定していない。
- 障害という名称を使うべきでないという意見もありますが、この講習では出典で使われる用語・表現をそのまま使います。

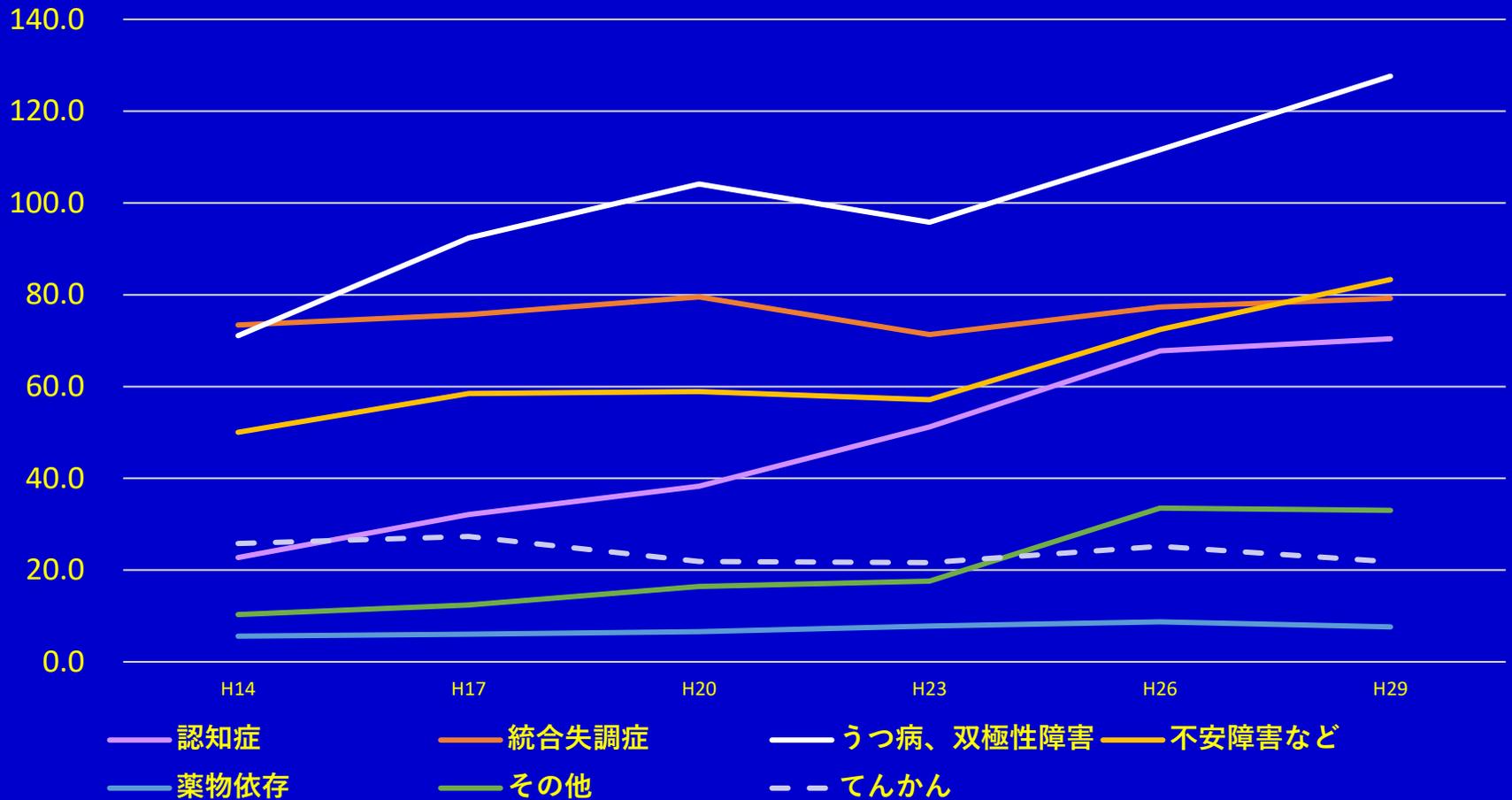
精神障がい者とは 厚労省のページから

- 精神障害者保健福祉手帳で対象となるのは全ての精神障害です
 - 統合失調症
 - うつ病、そううつ病などの気分障害
 - てんかん
 - 薬物依存症
 - 高次脳機能障害
 - 発達障害(自閉症、学習障害、注意欠陥多動性障害等)
 - そのほかの精神疾患(ストレス関連障害等)
- ただし、知的障害があり、上記の精神障害がない方については、療育手帳制度があるため、手帳の対象とはなりません。(発達障害と知的障害を両方有する場合は、両方の手帳を受けることができます。)

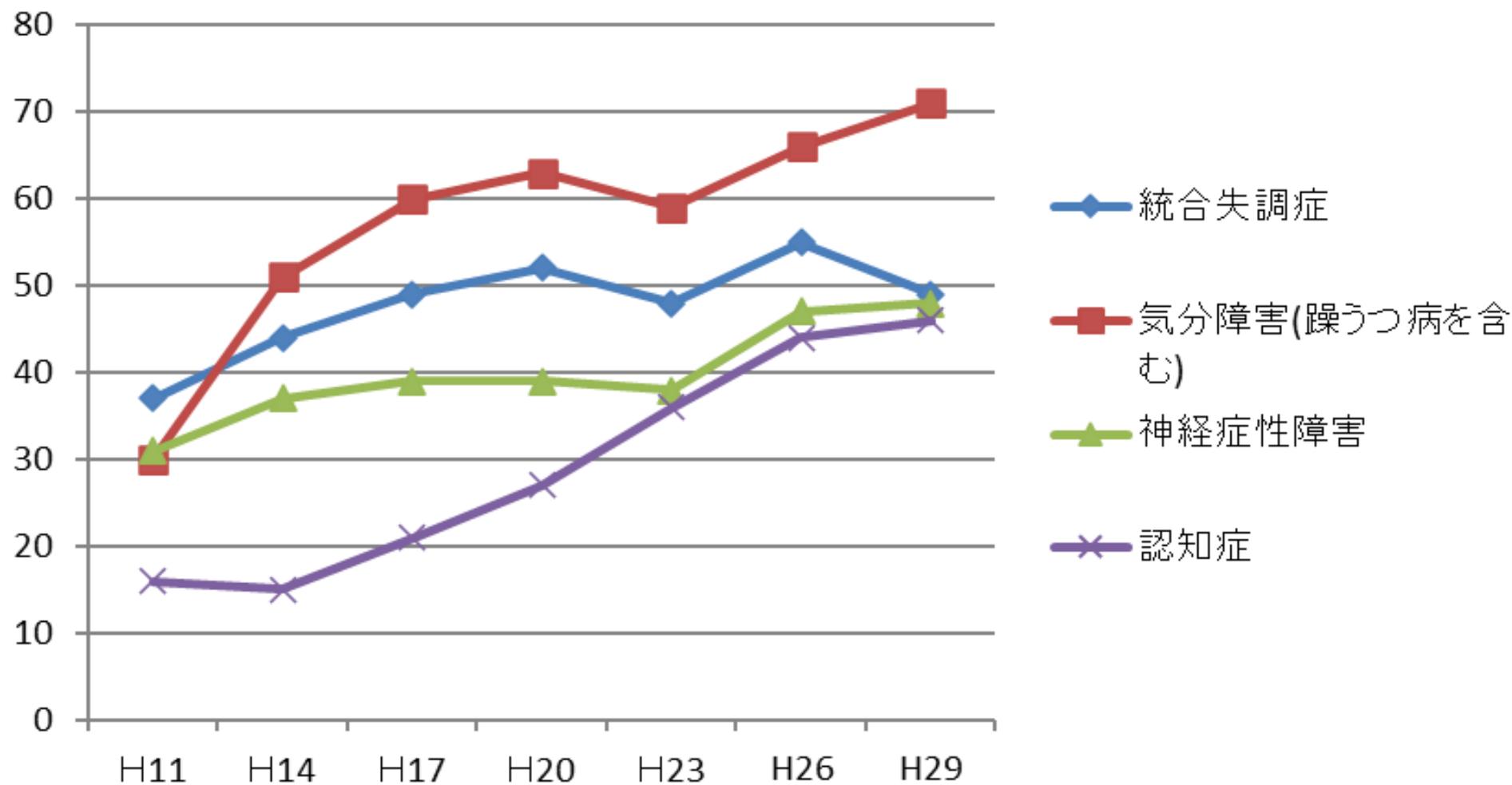
精神疾患を有する患者数の推移

単位：万人

厚労省ホームページより



疾病別外来受療率の推移



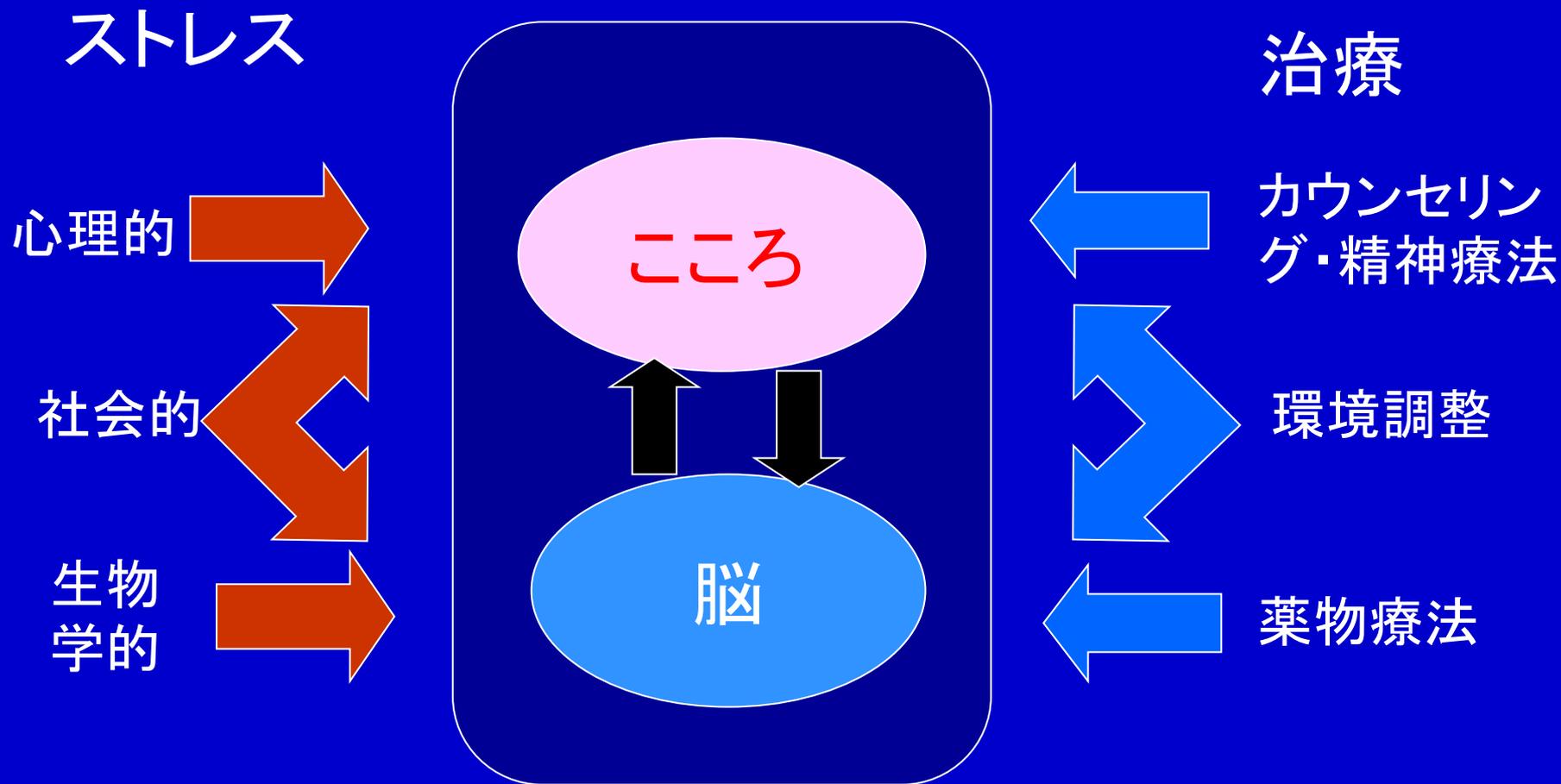
疾患別受療率

人口10万人あたり

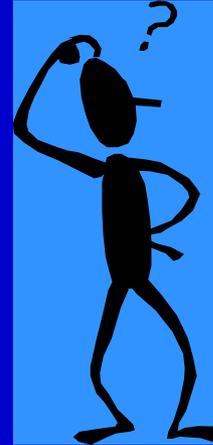
平成11年	入院	外来	合計
悪性新生物	107	101	208
糖尿病	34	155	189
統合失調症, 統合失調症型障害	172	38	210

平成29年	入院	外来	合計
悪性新生物	142	250	392
糖尿病	19	224	243
統合失調症	121	49	170

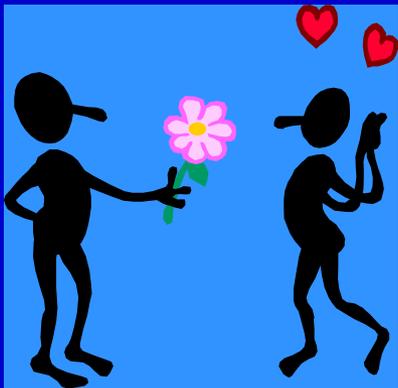
こころと脳



心の動きの3要素

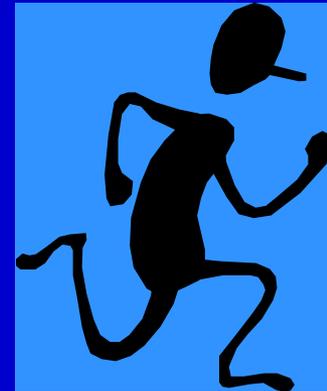


思考



感情

意欲



パーソナリティ機能：自己

- 自己同一性(Identity:アイデンティティー)
 - 役割に適した境界を保つ自分という意識
 - 自己制御された肯定的自尊心
 - すべての情動を体験し、許容し、制御できる
- 自己志向性(Self-direction:自律性)
 - 自己の能力の評価に基づく合理的目標を設定
 - 適切な行動規範を利用し、多くの領域で達成感を持つ
 - 内的体験を省察し意味づけることができる

パーソナリティ機能：対人関係

■ 共感性(Empathy)

- 他者の体験及び動機を正確に理解できる
- 異なる意見でも、他者の見方を理解し尊重する
- 自己の行動が他者に及ぼす影響を理解する

■ 親密さ(Intimacy)

- 個人及び地域の生活で、充実し持続的な多くの関係を持つ
- 思いやりがあり親密な互恵的關係を持てる
- さまざまな他者の思考、情動、行動に柔軟に対応できる

精神障害の国際分類(ICD-10)

- F0 器質性精神障害
 - 認知症、脳腫瘍、脳挫傷など、高次脳機能障害
- F1 中毒性精神障害
 - 覚せい剤、アルコール、薬物
- F2 統合失調症、妄想性障害
- F3 気分(感情)障害
 - 躁うつ病、うつ病・うつ状態
- F4 神経症性障害、ストレス関連障害
 - パニック障害、強迫性障害、解離性障害、PTSD
 - 不安性障害、うつ状態、身体化障害

精神障害の国際分類(ICD-10) 2

- F5 生理的障害・身体因関連障害
 - 摂食障害、睡眠障害、産褥精神障害
- F6 人格障害、衝動性の障害、性同一性障害
- F7 知的障害
- F8 広汎性発達障害
 - 自閉症, アスペルガー症候群
- F9 小児期に発症する行動と情緒の障害
 - 多動性障害

診断ガイドラインの更新

- ICD-10からICD-11へ（WHO）
- DSM-IV-TRからDSM-5へ（アメリカ精神医学会）
- 精神障がいの一部再分類
- カテゴリー分類からスペクトラム（連続体）概念に
- 訳語ではdisorderを「障害」または「症」とする
- 全般不安症/全般性不安障害

カテゴリー分類からスペクトラム (連続体)概念に

- 自閉症、アスペルガー障害、他の広汎性発達障害と互いに分離できる診断をするのではなく、正常からだんだんいくつかの病態を持つ連続体として考える。
- 統合失調症も感情障害も正常から広がり、混ざり合う連続体と考える。不安症、強迫症にも連続するものもある。
- 認知症も神経認知障害群と連続体でとらえる。

ICD-11

06 精神的、行動的、神経発達の障害群

- 1 神経発達症群
 - 知的発達症
 - 自閉スペクトラム症(ASD)
 - 注意欠如多動症(AD/HD)
 - チック症群
- 2 統合失調症または他の一次性精神症群
 - 統合失調症
 - 統合失調感情症
 - 統合失調型症

ICD-11

06 精神的、行動的、神経発達的障害群

■ 3 気分症群

- 双極症または関連症群
- 抑うつ症群

■ 4 不安または恐怖関連症群

- 全般不安症
- パニック症
- 広場恐怖症
- 限局性恐怖症
- 社交不安症
- 分離不安症、場面緘黙

ICD-11

06 精神的、行動的、神経発達の障害群

- 5 強迫症または関連症群
 - 強迫症
 - 醜形恐怖症、自己臭症、心気症
 - ためこみ症、身体への反復行動症群
- 6 ストレス関連症群
 - (複雑性)心的外傷後ストレス症
 - 適応反応症
 - 反応性アタッチメント症

ICD-11

06 精神的、行動的、神経発達の障害群

- 7 解離症群
- 8 食行動症または摂食症群
- 9 排泄症群
- 10 身体的苦痛症群または身体的体験症群
- 11 物質使用症群または嗜癖行動症群
- 12 衝動制御症群
- 14 パーソナリティ症群および関連特性
- 17 神経認知障害群

統合失調症：概念

- 主として思春期に発病して
- 特徴的な幻覚・妄想，解体症状，陰性症状を主徴とし
- 多くは寛解と再燃を繰り返し慢性に経過する

解体症状：まとまりのない会話，まとまりのない行動

陰性症状：感情の平板化，会話の量・内容が乏しくなる，意欲・自発性の低下、周りの出来事に無関心、集中が長続きしない

統合失調症：成因

- 遺伝因子：関連する遺伝子
- 環境因子：胎生期・周産期リスクファクター
幼児期・小児期リスクファクター
から(ストレスに対する)脆弱性が形成され
- それに特異的に働くストレスナーが組み合わさって発症する

妄想と幻聴

- 非現実的で間違った確信で訂正不可能なもの
- みんなが自分のことを監視する、自分の悪口を言っている、いやがせをされている、自分の心の中が知られてしまう
- 現実にはない声に話しかけられたり命令されたりする

なぜ妄想を持つのか？

- 私たちもすごく落ち込んでいたりすごく疲れている時は、つい同じことをくよくよ考えたり、あの時あんなことをしたのが悪かったのじゃないかなどと思いますし、時には周りの目がちょっと気になったりします
- ただふつうは冷静にいろいろ考えて思い過ぎだと気を取り直します
- しかし、脳の中でドーパミンという物質のバランスが悪いといつも以上にひらめいてしまいます
- 私たちがひらめくとき一番大切なものを守ることにひらめきを使います。
- 一番大切なもの、それは自分自身の安全です。
- 自分が狙われている、監視されている、自分の秘密を知られているとひらめいて、それがそのまま確信に変わります。

統合失調症に見るパーソナリティー機能の低下

- 初期のパーソナリティー機能の低下が幻覚・妄想、解体症状につながる
- 慢性期においては低い自己肯定感、低い目標志向性、共感能力の低さが陰性症状につながる

急性期の治療

- **薬物療法**:ドーパミンの働きを抑える薬
- **精神療法**:病気や自分の持つ症状への理解を深める,本人や家族が持つさまざまな不安や問題への対処

なんといっても**薬物療法**が重要でありかつ
きわめて有効である

回復期の治療

- 急性期の症状は華々しいがコントロールは容易
- 陰性症状が長期にわたりやすいのでこの改善が本人にとっても社会にとっても大切
- 本人が楽しめるよう、意欲を持てるよう、集中力が続くよう、人付き合いが苦にならないようにする
- リハビリテーション
- 副作用の少ない、陰性症状に効果のある薬剤選択
- 地域での生活習慣の安定を図る

回復期の治療：具体的方法

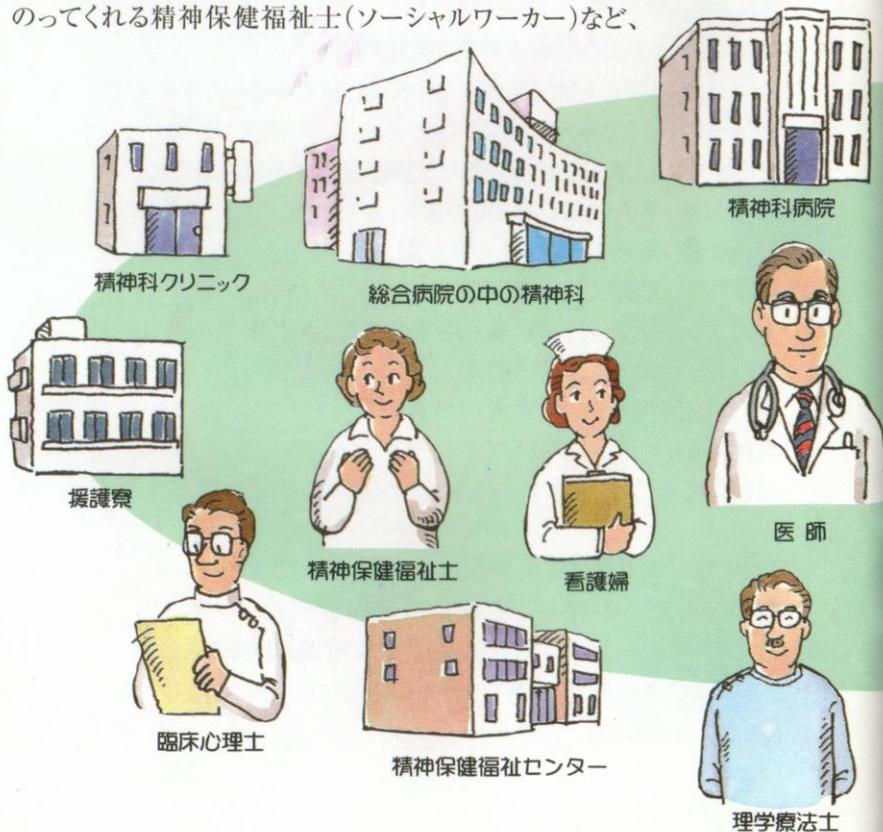
- リハビリテーション：作業療法（園芸, 農作業, 手工芸, 陶芸） リクリエーション療法
- 生活療法：生活技能訓練(SST)
- デイ・ケア、ナイト・ケア：外来での治療
- 訪問看護：看護婦(士)、ソーシャルワーカーが自宅を訪問する
- 薬物療法：維持療法
- 精神療法

精神障がい者の「生活障害」

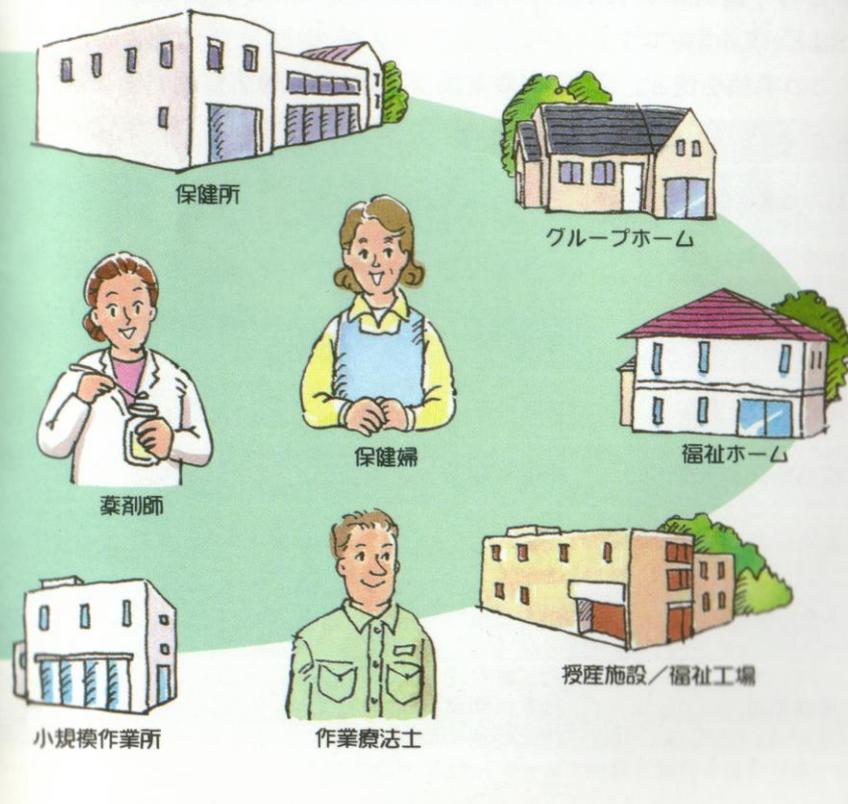
- 対人関係の障害
- 作業する能力の障害
- 日常生活能力の障害
- 体験の不足、経験するチャンスの喪失
- 偏見という社会的背景

患者さんと家族を支える人々と施設

場でサポートしてくれる保健婦(士)、利用できる制度やさまざまな相談にのってくれる精神保健福祉士(ソーシャルワーカー)など、



これらの役割や特徴をよく知り、存分に活用してください。



気分(感情)障害：概念

- 基本障害は、気分あるいは感情の変化であり、普通抑うつに変化したり昂揚に変化したりする。再発する傾向にあり個々のエピソードの発症にはストレスとなる出来事や状況(誘因)と関連することが多い。脳の神経伝達物質という立場から言えば、モノアミン(セロトニン、ノルアドレナリン)の過不足が起こっていると考えられる。(アミン仮説)

気分(感情)障害:症状

■ 躁状態:

爽快気分、観念奔逸、誇大妄想、行為心
迫、不眠、性欲亢進

■ うつ状態:

抑うつ気分、不安、焦燥、思考抑制、判断
力低下、微小妄想、**自殺念慮**、運動抑制、
不眠、早朝覚醒、食欲不振、消化器症状、
自律神経症状

うつ病の多型化と躁うつ病の急増

- うつ病にはいろいろなタイプが出てきた。
- 薬と休養だけではよくならうつ病が増えてきた。
- 今までうつ病といわれていたのが躁うつ病だったケースが多い。
- 躁うつ病にもいろいろなタイプがあり、**双極性感情障害スペクトラム**と呼ばれたりする

これからの話の流れ

- 気分障害を躁とうつの組み合わせという単純な図式では説明しきれないよう。
- 抑うつ症候群の基本的病態、古典的(メランコリー型)うつ病を理解する。
- いろんなうつ病のバリエーションを見ていく。
- 新しい分類法での気分障害(気分症)に話を進める。

うつ病

- 抑うつ気分,
- 興味と喜びの喪失,
- 易疲労感
- 集中力と注意力の減退
- 自己評価と自信の低下
- 罪責感と無価値感
- 将来に対する悲観的見方
- 自殺の観念や行為
- 睡眠障害
- 食欲不振

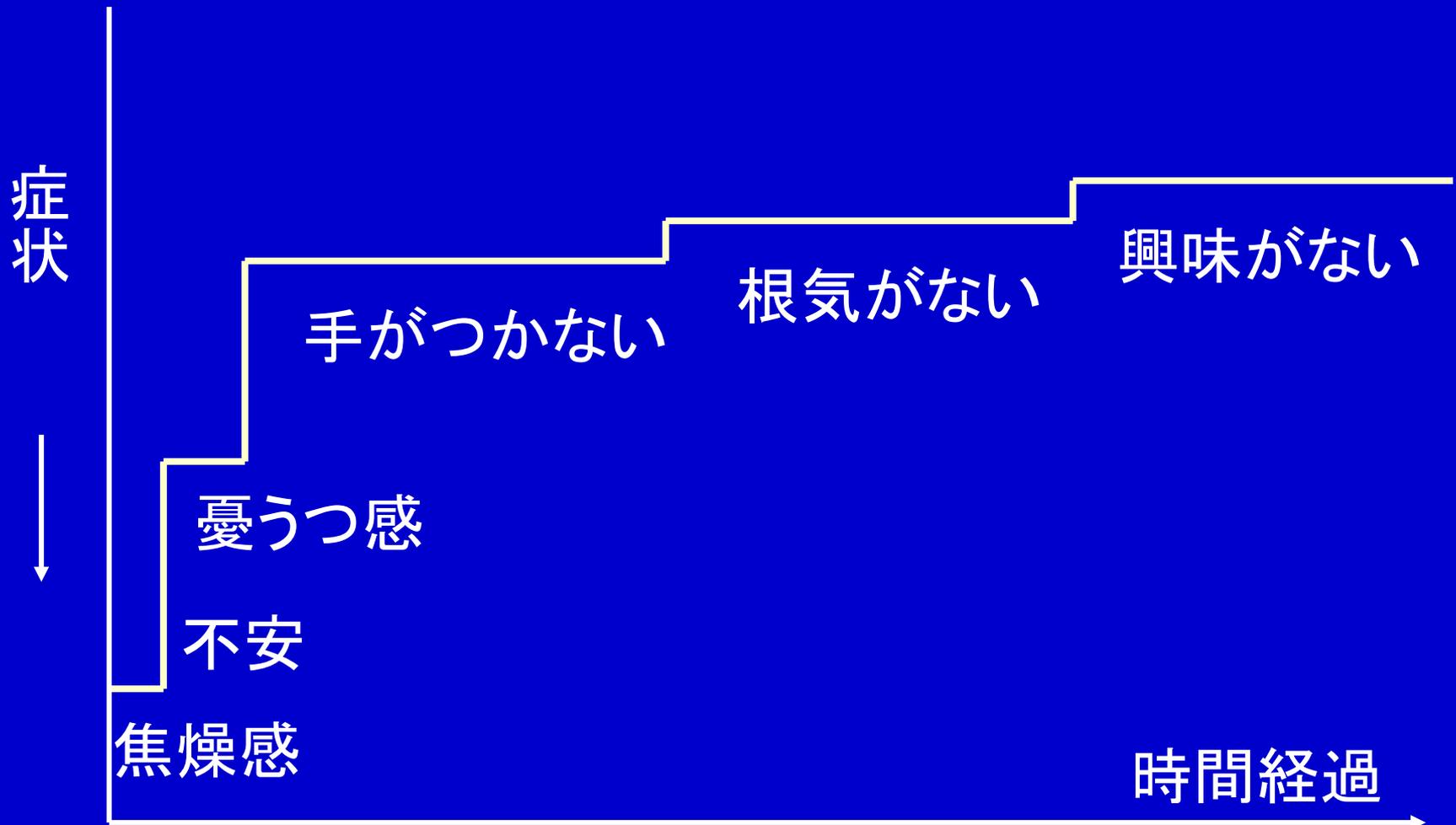
うつ病における身体症状

- 睡眠障害
 - 入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、過眠
- 食欲不振
- 体重減少
- 便秘・下痢
- 口渇、盗汗
- 性欲減退
- 頭重・頭痛、頭部熱感、肩こり、手足のしびれ、倦怠感、寒気

うつ病の精神療法

- 必ず治る病気であることを説明する。
 - 休息することが一番大切であること。
 - 抗うつ薬をのめば必ずよくなること。
 - 気晴らしなどはしないこと。
 - 重大な問題の決定は延期すること。
 - 自殺しない約束をさせる。
 - 抗うつ薬の効果の現れ方、副作用について説明する。
 - うつ状態は一進一退を繰り返しながら回復していくこと。

うつ病の症状のとれかた



うつ病とその亜型

- メランコリー型(内因性)うつ病
- 双極性感情障害(躁うつ病)のうつ病相
- 気分変調症、神経症性うつ病、抑うつ神経症
- 現代型うつ病
- 非定型うつ病
- 難治性うつ病
- 人格障害に伴う
- 発達障害に伴う

現代型うつ病

- 比較的若年者
- 組織への一体化を拒絶しているため罪責感の表明が少ない。むしろ当惑。
- 早期に受診
- 症状が出揃わない：身体症状と制止が主症状
- 自己中心的に見える
- 趣味を持つ、趣味なら楽しめる

神経症性うつ病（気分変調症）

- うつ病とはいえない程度の慢性的抑うつ気分
- 疲れと抑うつを感じ、何事にも努力が入り楽しいことは何もない
- 対人関係または環境に対する葛藤が背景にある
- 他罰的である
- 経過が長い

非定型うつ病

- 気分反応性（現実のまたは起こるかもしれない楽しい出来事に反応して気分が明るくなる）
- 著明な体重増加または食欲の増加
- 過眠
- 鉛様の麻痺（体が鉛のように重くて仕方ない）
- 長年にわたる対人関係での過敏性により、著しい社会的・職業的障害を引き起こしている

難治性うつ病、性格と深く関わるうつ病

- 病前性格、認知様式、誘因などは前述のうつ病と全く変わりないと思われるのに、抗うつ薬に反応せず、年余に渡り病状が改善しない難治性うつ病もある。
- 対人関係の葛藤、環境に対する不適応が背景にあるうつ状態は、他罰的で治りにくかったり症状が一進一退することも多い。
- 高い理想と低い自己評価(または高すぎる自尊心)、傷つきやすさと不安定な対人関係を背景に持つうつ病は、症状が浮動的で、自傷や自殺企図、対人関係でのトラブルなどの問題行動が特徴であることも多く、服薬と休養だけでは治らない。
- 生育歴で被虐待体験や過酷な体験がある場合も多い。

うつ状態が長引く要因

- 環境に対して親和性が強く、うつ状態で以前のように活動できない自分に否定的(周りの評価の先取り)
- 回復過程であっても、できないほうの自分が情けない。
- これからのことに自信が持てない
- 対人関係において敏感になり、否定的評価に自信を無くす
- 幼少期から厳しいしつけ、叱責を受け、それを避けるために怒られないようにと生きてきた。

うつ状態から回復を早めるには

- 私はよくやっているよと自分を褒める
- こうして自己肯定感を持つ
- 他者・周囲に合わさなくても良いのだと開き直すこと
- 以前はもっとできたのにと言われても、うつの回復期だから仕方ないさと思うこと
- ええ加減主義でいいのだと思うこと

長期休職者の職場復帰

- うつ病、適応障害の人が多い
- リワーク支援プログラムも取り入れた包括的職場復帰支援が有効
- リワーク支援プログラムがうまく進まないときには、職業能力適性検査などで、**職業能力の再評価**が必要なこともある
- 長い引きこもりからの**就労**の時と同様、**対人関係スキルの向上**を支援目標の一つとする

双極症および関連障害

- (単極性)うつ病に対置される躁うつ病は双極性(感情)障害の用語が用いられた。
- 気分障害は大うつ病性障害と双極性障害を包含していた。
- 症候論、家族歴、遺伝学から二つの気分障害は分離され、**双極性障害は統合失調症スペクトラム障害群と(うつ病を含む)抑うつ症候群の2つの軍の間に置かれた。**
- 双極症I型は古典的躁うつ病をほぼ踏襲し、双極症II型は少なくとも1度の軽躁エピソードと少なくとも1度の抑うつエピソードを持つ

DSM-IVからDSM-5

DSM-IV

- 気分障害
- うつ病性障害
 - 大うつ病性障害 単一エピソード
 - 大うつ病性障害 反復性
 - 気分変調性障害
- 双極性障害
 - 双極I型障害
 - 双極II型障害
 - 気分循環性障害

DSM-5

- 3. 双極性障害及び関連障害群
 - 双極I型障害
 - 双極II型障害
 - 気分循環性障害
- 4. 抑うつ障害群
 - 重篤気分変調症
 - うつ病
 - 気分変調症

F3気分(感情)障害から3.気分症群

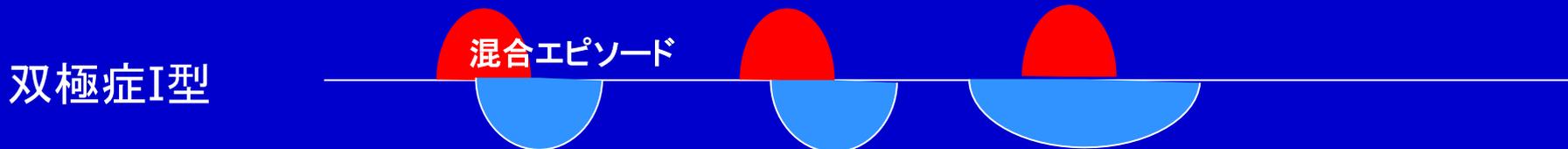
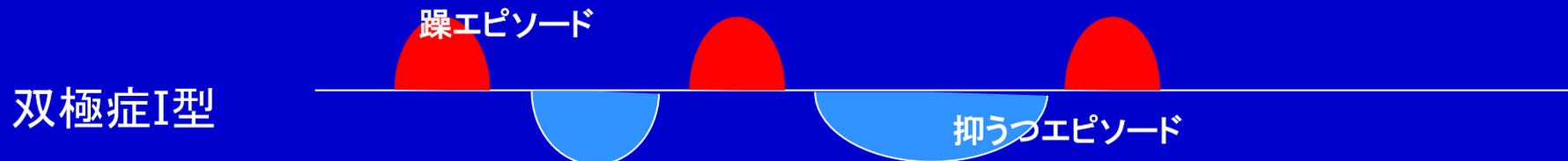
F3 気分(感情)障害

- 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 持続性気分障害
- F38 他の気分障害
- F39 特定不能の気分障害

3.気分症群

- 3.1双極症または関連症群
 - 双極症I型
 - 双極症II型
 - 気分循環症
- 3.2抑うつ症群
 - 単一エピソードうつ病
 - 反復性うつ病
 - 気分変調症
 - 混合抑うつ不安症

気分症群の類型



躁エピソードと軽躁エピソード

躁エピソード

- 多幸感、易刺激性、極端な気分の高揚、気分易変性
- 活動性亢進
- 以上2つが一日中、ほぼ毎日、**少なくとも1週間持続**
- 多弁、観念奔逸、睡眠欲求低下、注意転導性亢進、衝動的行動、性欲亢進
- **社会的職業的に著しい機能低下、自傷他害を防ぐため入院も必要、幻覚妄想も伴う**

軽躁エピソード

- 多幸感、易刺激性、極端な気分の高揚、気分易変性
- 活動性亢進
- 以上2つが一日中、ほぼ毎日、**少なくとも数日間持続**
- 多弁、観念奔逸、睡眠欲求低下、注意転導性亢進、衝動的行動、性欲亢進
- **社会的職業的に著しい機能低下をもたらすほど重度ではなく、幻覚妄想も見られない**

躁状態にある人へのかかわり方

- 自己の肥大化
- 自我と超自我が合体
 - 自分の考え行動は最も正しいという確信
- 上から目線の介入にはものすごい反発
- 自分の言動を否定されると論点をすり替え攻撃的反論をする
- ゆったりとした口調・態度で
 - あなたの言動はフル回転している
 - 人としての機能は素晴らしい
 - 人間社会は人と人の間の歯車のかみ合わせから成る
 - あなたの高速回転に周りの歯車はついていけない
 - 人と人の間が大切な人間としての機能はかえって落ちていると言わざるを得ない
 - お願いですから我々の回転レベルに合わせて下さい

日本うつ病学会治療ガイドライン 双極性障害 2012

- 双極性障害の大うつ病エピソードの時には抗うつ薬の単剤治療は行わない
- 躁転や急速交代型を誘発しかねないからである
- 感情調整薬を主剤とする。しかしそれでコントロールできるとは言い難いが。
- 今までの経過の中で躁状態がなかったかを聞き取らないといけない。
- 本人の自覚がなくても躁状態だったかもしれないので家族からなどの聞き取りもしないといけない。

双極性障害のうつ病相

■ 双極性障害I型（躁うつ病）

- 治療は感情調整薬（炭酸リチウム、バルプロ酸ナトリウム、カルバマゼピン）
- ビプレッソ（クエチアピンの徐放剤）
- ジプレキサ、エビリファイ、ラミクタールも感情調整薬に加わった。
- 抗うつ薬（特に三環系で）躁転の可能性

■ 双極性障害II型

- 主にはうつ病相だが短い軽躁状態を伴う
- 感情調整薬も効きにくい印象
- 非定型うつ病、境界性人格障害との合併

ICD-11

06 精神的、行動的、神経発達の障害群

- 1 神経発達症群
 - 知的発達症
 - 自閉スペクトラム症(ASD)
 - 注意欠如多動症(AD/HD)
 - チック症群
- 2 統合失調症または他の一次性精神症群
 - 統合失調症
 - 統合失調感情症
 - 統合失調型症

自閉スペクトラム症

- DSM-IV、ICD-10で自閉性障害、アスペルガー障害を含む広汎性発達障がいとされていたものが、DSM-5,ICD-11では、自閉スペクトラム症という**連続体モデル**でまとめられた。
- A.社会的コミュニケーション及び対人的相互反応における持続的欠陥
- B.行動、興味、または活動の限定された反復的様式

A. 社会的コミュニケーション及び対人的相互反応における持続的欠陥

- 相互の対人的—情緒関係の欠落
 - 異常に近づく、通常の会話のやり取りができない
 - 興味、情動、感情を共有できない
- 非言語的コミュニケーション行動の欠如や
まとまりの悪い言語的コミュニケーション
 - 視線が合わない、身振りの理解ができない
- 人間関係を発展させそれを維持し理解することの欠陥
 - 様々な社会状況に合った行動ができない

B. 行動、興味、または活動 の限定された反復的様式

- 常同的、反復的な身体運動、物の使用、会話。
 - 体を奇妙に動かし続ける、
 - おもちゃの車を一列に並べる
 - オーム返し、場にそぐわない独語の繰り返し
- 同一性への固執、習慣への頑なこだわり、言語的、非言語的な儀式的行動様式
- 強度で異常なほど限定され執着する興味
- 感覚刺激に対する過敏さと鈍感さ、ある感覚的側面への並外れた興味

自閉スペクトラム症

- 症状は発達早期に存在した(3歳以前とは限定されない)
- 社会的、職業的、その他重要な領域における機能に臨床的に明らかな障害を引き起こしている。
- 症状があっても生活上の障害をもたらしていなければ病気であると診断してはいけない、まさに特性そのもの

自閉スペクトラム症の認知機能

■ 強み

- 機械的記憶：正確なカタログ的知識
- 視覚表現：一度見ただけのもので正確に描ける

■ 弱み

- 社会相互関係ができない
 - 自分流の解釈・理解
 - 変化に適応できない
- 感覚（聴覚、触覚、視覚）の過敏さと鈍感さの混在。

自閉スペクトラム症の就労支援

- 同時に複数の作業を行うのが苦手(ワーキングメモリーの容量不足)
- 口頭での指示を理解することが苦手(視覚処理は得意で、聴覚処理は苦手)
- 臨機応変の判断が難しい
- 仕事のやり方が自己流になりやすい

自閉スペクトラム症の就労支援 2

- 失敗に対処する際のコミュニケーション・社会性の不足
 - 失敗の報告と謝罪ができない
 - 自分の立場ばかり主張する
 - 言い訳が饒舌すぎる
 - 表情や態度が適切でない
 - 身体不調を訴えて逃避してしまう
- 本人の能力と職場の要求水準のミスマッチ

うつ病と共存しやすい疾患

- 認知症：
 - 仮性認知症
 - うつ病が先行する認知症
 - うつ病が共存する認知症、特に血管性認知症が多い (vascular depression)、副作用に注意して抗うつ薬を選択
- 広汎性発達障害、注意欠陥多動障害
 - 3歳以前に出現
 - 対人関係の障害、コミュニケーションの障害、限定された興味と強いこだわり、注意の障害、衝動性の障害
 - 二次障害としてうつ状態を呈しやすい

うつ病休職者の今日の問題

- うつ病休職者が、WAIS等の心理テスト・職業適性テストなどの結果から、自閉スペクトラム症と診断されることが増えている。
- この障害の受容を求められ、降格、配置転換、退職を求められることが多い。
- 自閉スペクトラム症の就労支援プログラムに移行することになるが、支援プログラムの内容は未熟で、未経験の作業に習熟するには暇がかかる。
- うつ病者の回復にとって最も重要な自尊心を打ち砕くことが多い。
- うつ病者の病前作業能力は高かったことに敬意を払いつつ、支援者は自閉スペクトラム症者が持つ強みの認知機能を引き出さねばならない。

高次脳機能障害

- 脳損傷を受けることで、注意、知覚、学習、記憶、言語、思考など、認知機能を含む高次の精神機能の低下がみられる
- 交通事故、落下等による脳損傷、脳血管障害、脳腫瘍・脳腫瘍術後、低酸素脳症
- ICD-10 F0 症状性を含む器質性精神障害
- 精神障害者保健福祉手帳を取得できる。身体障害が合併する場合は身体障害者手帳も申請できる
- 成年後見制度の対象

高次脳機能障害の症状

- 記憶障害
- 注意障害
- 半側空間無視
- 失語症
- 失行症：運動麻痺はなく、使えるはずの道具がうまく使えない
- 失認症：視覚、聴覚、触覚などの機能は正常であるが、感覚が捕らえた情報の意味が把握できない
- 遂行機能障害：作業を遂行する上で計画を立て、調節をしながら目標達成することができない
- 社会的行動障害

てんかん

- ICDではG: 神経系および感覚器の疾患に入るが、わが国では精神障害の施策の対象
- 脳神経の一時的な過剰放電によるけいれんや意識の障害を伴う「てんかん発作」が特徴
- てんかん発作のタイプ
 - イ 意識障害はないが、随意運動が失われる発作
 - ロ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
 - ハ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作
 - ニ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作
- 認知機能障害
- 性格変化(回りくどさ、固執、怒りやすさ)

不安または恐怖関連障害

- 過剰な恐怖と不安と関連する行動障害で特徴づけられる
 - 恐怖: 現実の、または切迫していらと感じる脅威に対する情動反応、自律神経系興奮と逃避行動が続く
 - 不安: 将来の脅威に対する予期、筋緊張・覚醒状態・警戒・回避行動が続く
- 全般不安症
- パニック症
- 広場恐怖症
- 限局性恐怖症
- 社交不安症

不安障害に見られる行動障害

- 外出できない
- 公共交通機関が利用できない
- 飛行機に乗れない
- トイレの場所が分からない所へは行けない
- 人前で話すことができない
- 会食ができない
- PTAの役員をすることができない
- 男性職員に対応されると手続きができない
- 法廷に出て尋問を受けることができない

強迫症または関連症群

- **強迫思考**：自分の意志によってではなくひとりでに、あるいは自分の意志に反して、常同的に繰り返して心に浮かぶ観念、イメージ、衝動。**自我違和的で不快。**
- **強迫行為**：強迫思考に応答して固執的規則に従って行われる反復動作。**一応不快感は消退。**
- **強迫症**：強迫思考と強迫行為の存在
- **醜形恐怖症**
- **自己臭症**
- **心気症**
- **ためこみ症**：ゴミ屋敷
- **抜毛症、皮膚むしり症**

不安症、強迫症と判断能力

- 不安症、強迫症では判断能力は損なわれてはいない
- しかし正しい判断はできてもそれに基づく行為を症状があるがためにできない
 - 手続きに行かないといけなが外出ができない
 - 片づけないといけなが、いざやろうとしてもできない
- 支援のし方は成人後見人制度ではないかも
- 代理自我を必要とする精神障害ではない

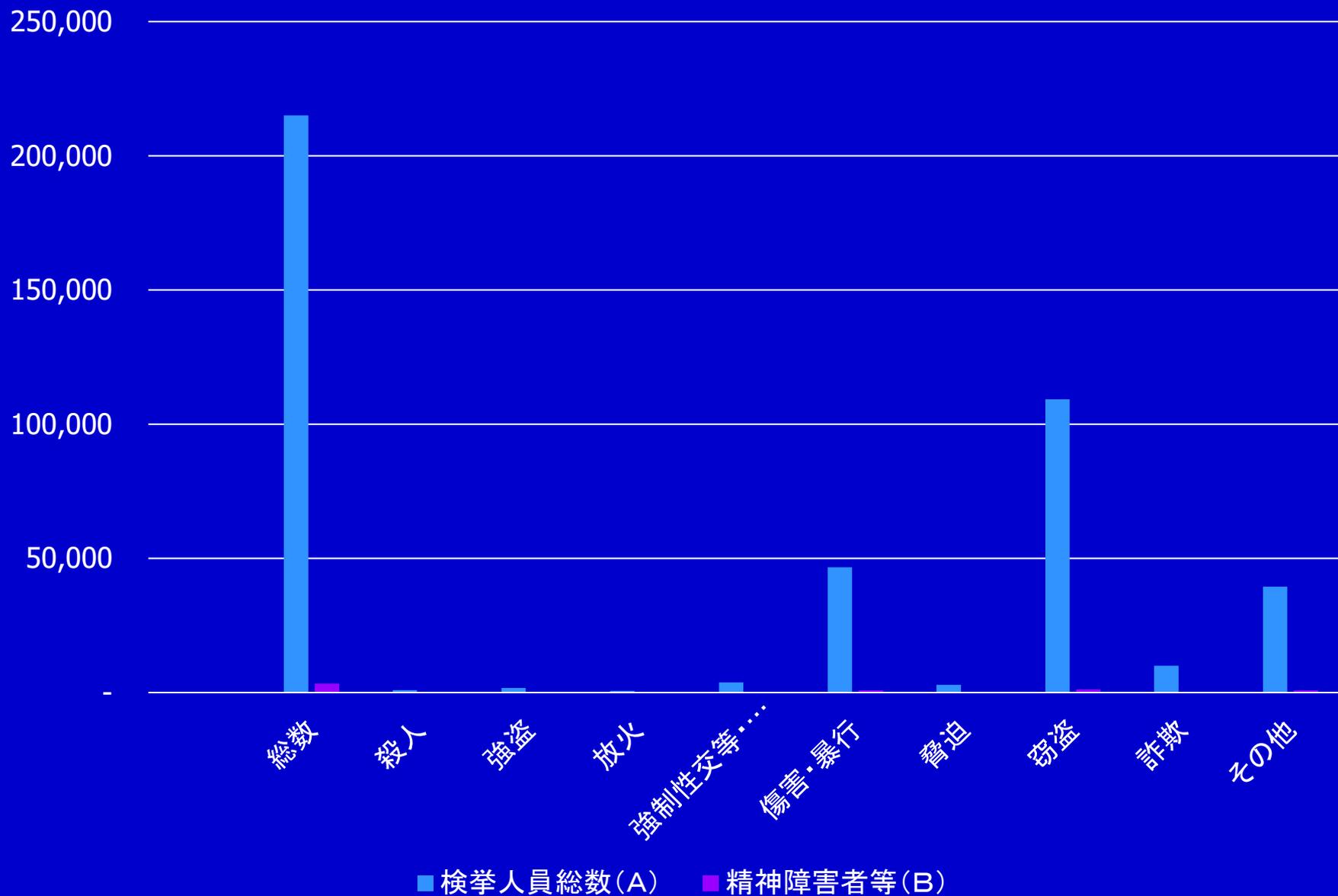
付録

精神障害者支援関連施設への建設反対運動(施設コンフリクト)での反対住民向け警察庁発表データの解釈法の提示

精神障害者は罪を犯しやすいか？

- 警察の犯罪統計では「精神障害者」と「精神障害の疑いのある者」をあわせて「精神障害者等」としている
- 全犯罪率は非精神障害者の1/3である
- 再犯率:精神障害者 22% 非精神障害者 33.6%(凶悪犯 >50%)
- 精神障害者等の占める割合 放火18.7% 殺人13.4%
 - 精神障害者等の障害多様性
 - 放火、殺人には隠れた事件が多い(失火や事故に見せかけた)
- マスコミはセンセーショナルに書き立てる

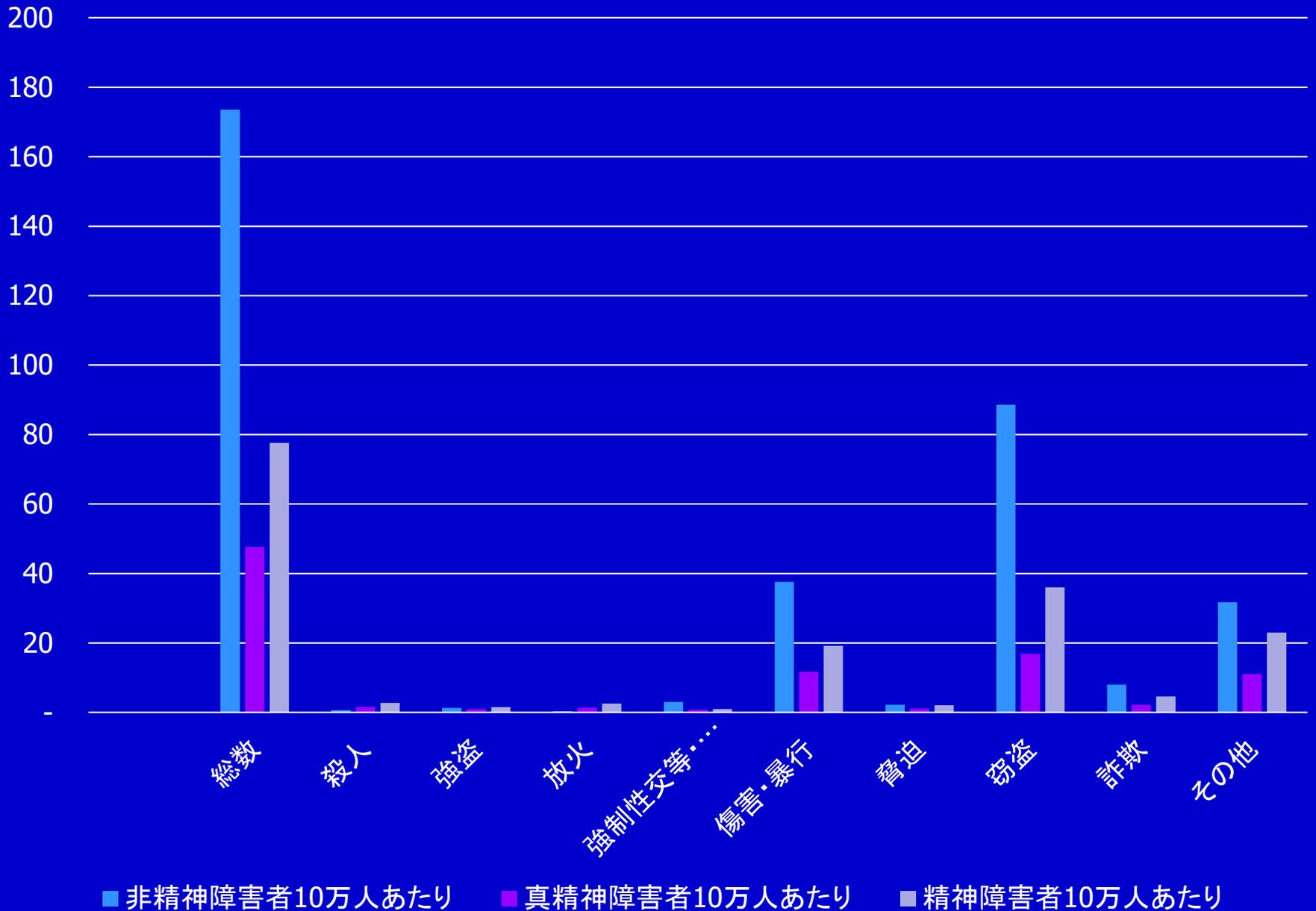
精神障害者等による刑法犯検挙人員 罪名別



精神障害者、非精神障害者の 犯罪率

- 精神障害者・非精神障害者の犯罪率はその分母を精神障害者数、(全人口ー精神障害者数)にしないといけないという意見がある。
- 厚労省の資料 精神障害者数 419万人 精神障害の疑いの人には含まれない。これを真精神障害者とする。
- 精神障害者の検挙件数を分子にしたとき真精神障害者10万人あたりの数になる
- 精神障害者等の検挙件数を分子にしたとき精神障害者10万人あたりの数になる

精神障害者・非精神障害者の犯罪率 10万人あたり



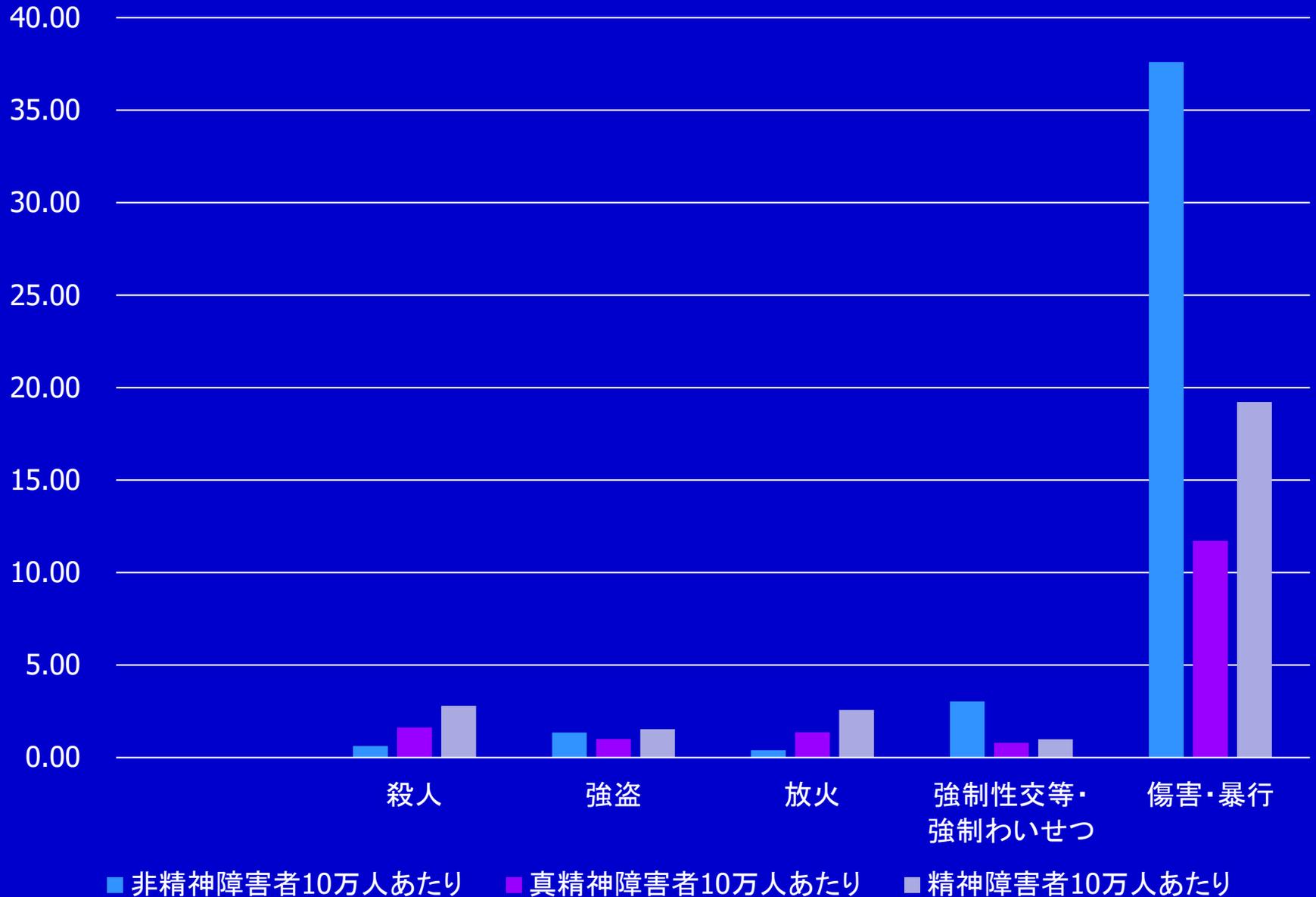
精神障害者の犯罪率の分母は精神障害者数では多く見積もりすぎ

- 精神障害者の犯罪率は真精神障害者の犯罪率でみるか
- 精神障害の疑いのある人の人口の推定値を分母に、分子に精神障害の疑いのある人の検挙件数とした犯罪率も併記しないとイケない

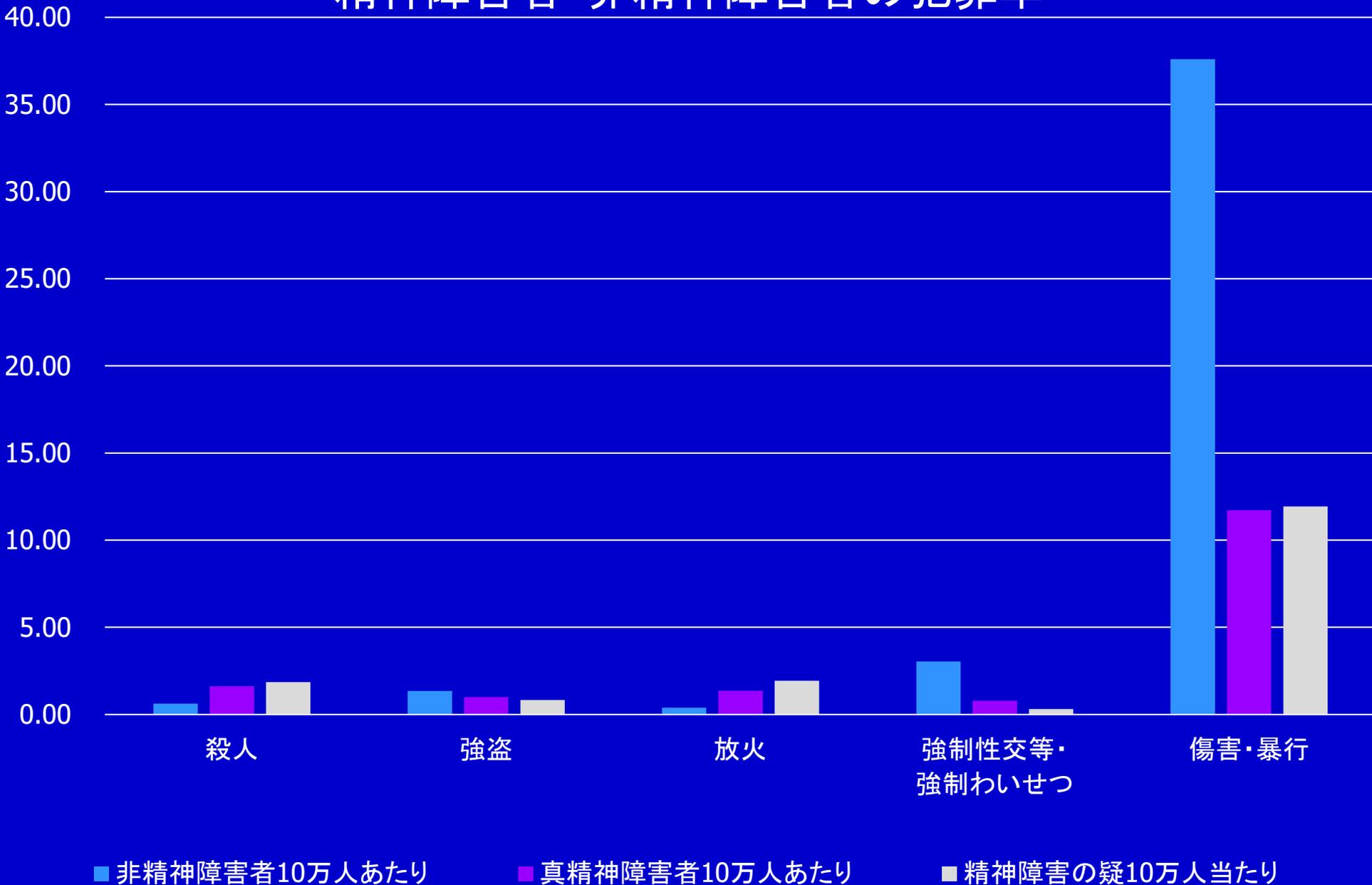
精神障害の疑いのある人の 推定人口

- 厚労省統計ではその実数は全く現れていない。
- 国勢調査の時に精神科受診歴を書いてもらうか、精神症状問診票を書いてもらうしかない。そんなことはあり得ない。
- 犯罪率が真精神障害者と精神障害の疑いのある人で同じだと仮定する。
- 精神障害の疑いのある人の総数 = 420万人
÷ 2002 × 1258 = 264万人

精神障害者・非精神障害者の犯罪率



精神障害者・非精神障害者の犯罪率



精神障害者は乱暴者ではない！

- 精神障害者も精神障害の疑いのある人も殺人、放火でも際立って高いわけではないことが分かる。
- 殺人は2～3倍。放火は3～4倍程度。
- 傷害・暴行は非精神障害者の1/4でしかない。
- 精神障害者は乱暴者ではない！

偏見と誤解の構造

- 「了解不能(訳がわからない)」の心の動きを「何をしでかすか分からない」に拡大解釈
 - 非精神障害者のすることは予測可能という誤解
- 生活障害の結果としての振る舞い・行動に対する嫌悪感・恐怖感
- 陰性症状から陽性症状への拡大解釈
- 違和感を持つ相手が弱者だから差別する

偏見と誤解の再生産

- 知的障害を伴わない発達障害者が新たな差別・偏見の標的になろうとしている
- 発達障害の存在が知られてきた。中途半端な理解でレッテル貼りだけが横行する。
- ある凶悪犯罪の犯人が発達障害者であったことがマスコミで大々的に報じられる
- 「了解不能」の拡大解釈がある