

精神症状とその対応方法

令和6年3月14日（木）医療連携研修

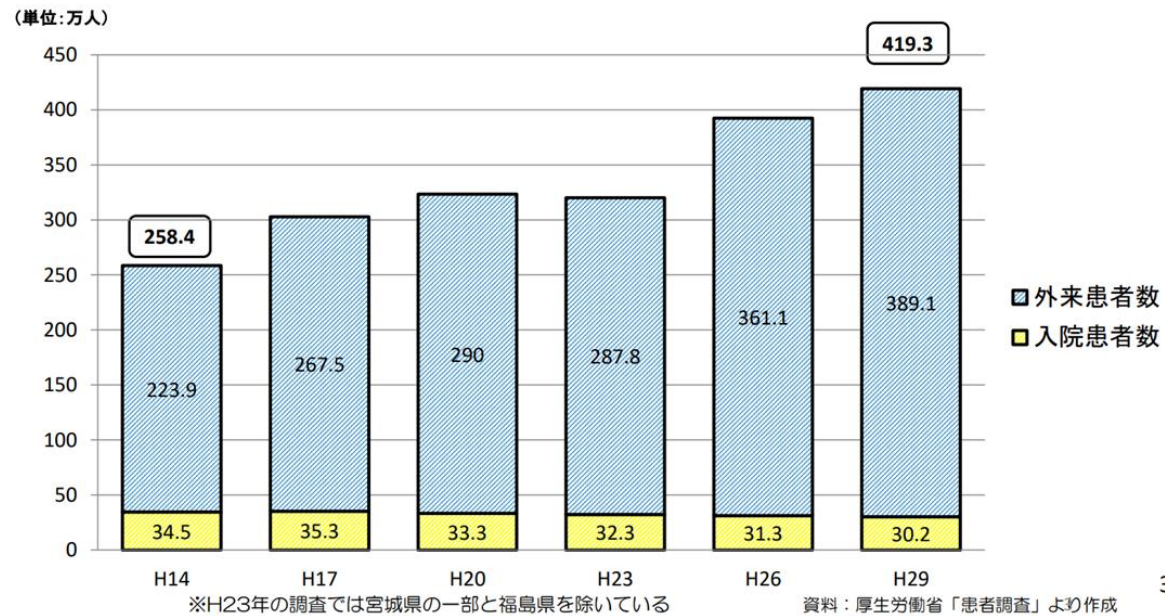
こころの訪問診療所いこま

看護師 今井 正

最近の精神医療状況

精神疾患を有する総患者数の推移

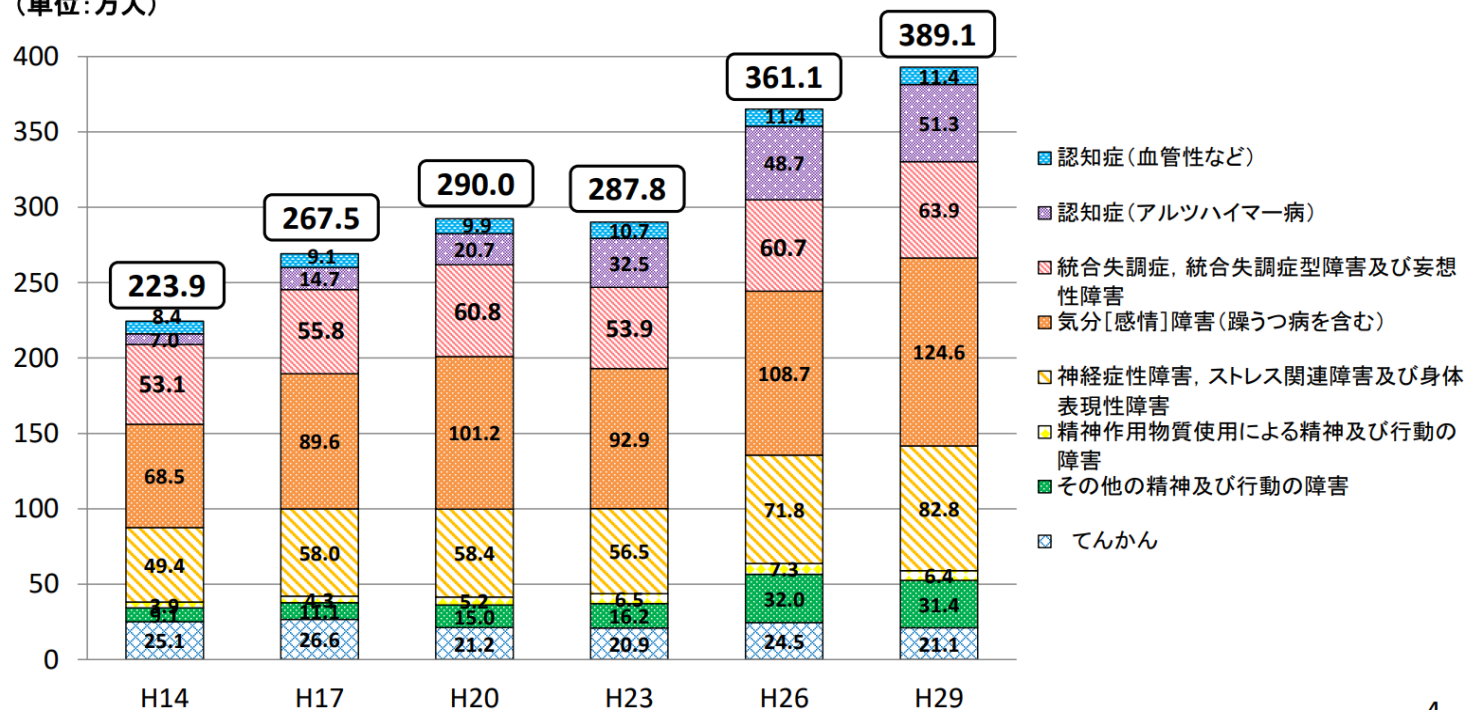
- 精神疾患を有する総患者数は約419.3万人おり、増加傾向である。
- 入院患者数は過去15年間で減少傾向である一方、外来患者数は増加傾向である。



精神疾患を有する外来患者数の推移(疾患別内訳)

- 精神疾患を有する外来患者の総数は、増加している。
- 疾病別にみると統合失調症が最多であるが、近年は認知症と気分障害の伸びが大きい。

(単位:万人)



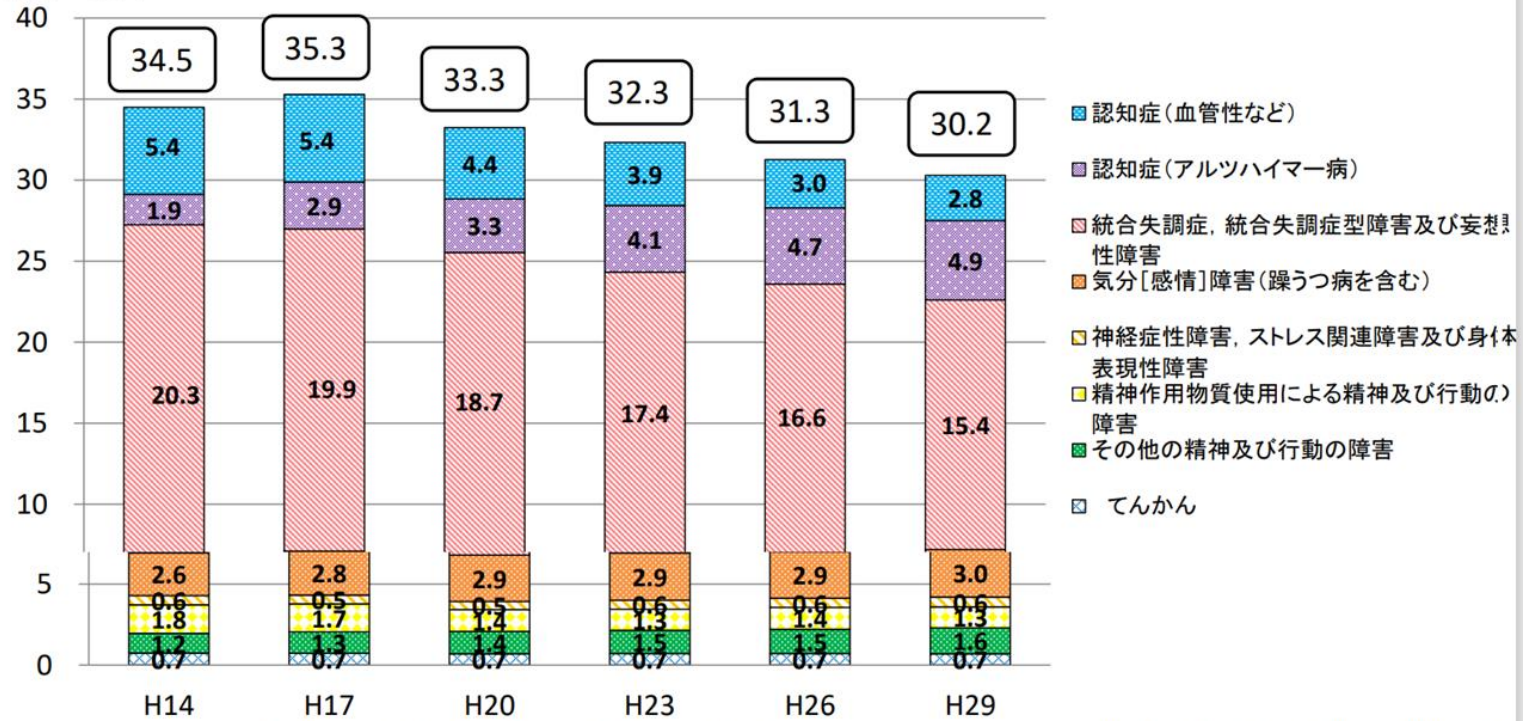
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より作成

精神疾患を有する入院患者数の推移(疾患別内訳)

- 精神疾患を有する入院患者の総数は減少している。
- 多くの割合を占める統合失調症が減少傾向である一方、認知症(アルツハイマー病)と気分障害は増加している。

(単位:万人)



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より作成 5

1. 幻覚

(幻聴・幻視・幻味・幻臭・体感幻覚)

- 知覚→感覚器で得た情報を脳に伝え、脳内で処理をされて生み出される。
- 知覚はこころの働きに影響を受けます。
- 錯覚とは「一時的にはそうだと知覚してもあとで訂正ができるもの」
- 幻覚とは→外界から感覚器に刺激がないにもかかわらず知覚される異常体験
訂正が不可能なもの

幻覚の種類

★幻聴

出現頻度が高い

人の話声のことが多く、知り合いの場合もあれば知らない人のこともある。

複数人のこともあり幻聴同士が会話していることもある。

何も起こっていないときに「うるさい！」と突然怒鳴る場合などには幻聴が出現していることも考えられます。

幻覚の種類

★幻視

目の前の状況が現実とは異なった形に視覚的に知覚されます。
よくある訴えとしては「部屋の片隅に誰かが立っている」など
アルコール離脱症状、せん妄などでみられる

★幻味

てんかん性器質性の脳障害であれば腐った味といった不快な味が多い。
統合失調症などでは被害妄想と関連して食べ物に毒が入っていると訴えられることがある。

事例Aさん

20代女性。10代で発症して入退院を繰り返している。現在も幻聴の症状が続いている。家族と暮らしている。デイケアに通い訪問看護を利用している。基本的に自分のことはできているが幻聴が強いときはセルフケアに集中できないために、家族や支援者の助けを借りている。人付き合いは少なく音楽をヘッドホンで聞いたり、大声で歌っていることもあります。時折、幻聴を理由に泣いたりして不機嫌になっていることがあります。幻聴に関して

「〇〇さんが死んだって聞きました」「私は悪い子だって言われました」

「私がやることなすこと全部反対意見を言ってくる」など話しています。涙ながらに幻聴に関する話をすると、自主的に日常的な話題に変わり、機嫌も徐々に戻ってきます。以前は調子が悪いときは幻聴に従った行動をとることもありましたが現在ではおおむね落ち着いて生活できています。

支援のポイント

- 幻聴そのものを否定しない。
- 「つらいですね」「しんどいでしょう」など気持ちに共感的に接する。
- 問題行動が対処法になっていることもある。
- しかし、対処行動が安全（家族も含めて）でないものでは意味がない。
- 本人が自分、周囲の安全な対処法も身に着けられるように支援していく。
- 幻聴に意識が向けている時間をいかに少なくできるかがケアのポイントになる。
- 幻聴が強まっているときはセルフケアが低下しているので支援が必要。なまけているわけではないことを理解して支援していく。

2. 妄想

- 妄想とは

病的な状態により現実には起こっていないことを現実には起こっているとかんがえてしまう症状ですが、当事者にとっては妄想には強い確信があり、他者からの論理的な説明や説得では訂正ができないことが一番の特徴です。

妄想にはいろいろな内容がありますが、自分に対して脅威の闇が迫ってくるというなんともいえない不気味が状態で圧迫感、不安感、恐怖感が押し寄せてくるというものもあります。これが進んでいくと“世界没落体験”に発展するというものもあります。

一次妄想と二次妄想

- 一次妄想とは妄想の原因やきっかけになる体験が全くないものです。統合失調症にみられます。
- 二次妄想はその人とまったく無関係な妄想の内容である一次妄想とは違い、その妄想の内容がこれまでのその人の体験や性格などに由来したもので、妄想とその人との関係性が周囲の者からある程度了解可能なものをいいます。例えばあるアイドルのファンだった人がそのアイドルと結婚が決まったと確信をもったり、隣の家の人が出す音が自分の人生を否定するメッセージがあると思い込むようなことです。

事例Bさん

- 50代男性のBさん。会社に勤めていたが最近元気がないことに気づいた母親が本人に話を聞くと「部長が缶コーヒーに毒を入れる」「同僚がパソコンに電磁波を当てておかしくしている」などと話しをしてくるようになりました。夜間も寝ていない様子があり、精神科病院を受診をして入院治療を受けました。入院治療により夜間寝れるようになり元気も出てきましたが退院後も妄想は継続しています。訪問看護を受けていますが「父親の姿をしています、あの人はロボットです。早く本当の父親に帰ってきてほしいです」「ごみ置き場から電磁波が出てます、あれで命を狙われているので辛いです」など語ることもしばしばみられます。しかし、このような話をするだけで父親や近所の人に対して不自然な行動をすることはありません。

支援のポイント

- 父親や電磁波に関する妄想は非現実的なものですがBさんにとっては事実。「そんなことはない」と否定すると、Bさんはわかってもらえないという気持ちになります。一方で「毒が入っていますね」「電磁波が出てますね」と肯定することは妄想を強化することになります。
- 気持ちに共感するように伝える伝える。例えば「そうですか、電磁波は私には確認できないのですが、そのようなことが起こっているならとてもつらいですね。」と辛さや苦痛に共感的な言葉を返します。
- Bさんが妄想に支配されている時間をいかに少なくするか、逆に言うと、Bさんが現実目を見る時間をいかに多くつくるのがポイントになる。

3. せん妄

- せん妄と認知症との違いは？

場所・時間・人が認知できなくなる見当識障害、もの忘れといった記憶障害、注意力の低下、不安・抑うつ・怒りといった情緒不安定などの症状はせん妄と認知症の双方に起こります。大きな違いは認知症は徐々に発症するのに対して、せん妄の発症の起源がはっきりしており急に発症します。例えば高齢者の方が長年住み慣れた自宅から転居、長年連れ添った配偶者との死別などを境に発症することが多いという特徴があります。また、若年者でも手術などのストレスフルな状況下でせん妄は起きます。せん妄の場合、認知症と違って一過性であることが多いですが認知症との鑑別は必要になります。原因となっていることを取り除くことも大切です。

事例Cさん

86歳女性のCさん。もともと温厚な性格、ADLは自立していました。近所に長男夫婦が暮らしています。夫は5年前に亡くなり一人暮らしをしていました。1か月前に転倒して救急搬送されました。右大腿骨頸部骨折と診断され術後1か月入院となりました。術後1週間経過したころから不穏な行動が目立つようになりました。「夜になると小さい子供が見える」「家に帰らないと。夫の食事の支度しないと」と焦ったように訴えるようになりました。面会に来た長男が夫は5年前に亡くなったと伝えると「そんなことはない！」と怒りをあらわにします。長男夫婦は認知症になったかと心配しています。受け持ち看護師は短期間に急激に発症していることからせん妄が考えられると家族に伝えてしばらく様子を見ることを伝えました。本人が訴えることは否定しないで夫の世話をしないという焦りや不安感を受容的にかわりをするようするようにして家族にも協力を求めました。自宅で使用していた寝具などの身近なものを持ってきてもらいました。その後次第に「小さい子供」や夫のことを訴えることはなくなり、もとの温厚な性格に戻っていききました。

4. 怒り、暴力

怒りの表出とは

人が怒りを感じるのは、自分の気持ちや体を心理的、社会的、物理的に攻撃されたり、侵略されることによって生じる、ネガティブな感情を自覚するからです。しかしネガティブと言っても一様に悪いものではありません。怒りからくる“悔しさ”や“腹立たしさ”は問題行動に立ち向かう力を与えてくれることもあります。つまり、怒りには自分や他人を気づつけてしまうような場合と結果的に自分や他人がよい方向に向かうためのきっかけになる場合があります。

“怒り”の処理が上手くいかないと

- うまく怒りを表出できなければ自分の中にため込んでしまい、次第にふくれあがったストレスによって健康に支障をきたしてうつ状態を呈することもあります。一方で容易に怒りを表出できる人はプラスの方向に向けば結果的に怒りも悪ものでもなくなります。怒りを他人に向けることが日常化していくと、いつもであれば不快に思わない誰かのなにげない行為にさえ怒りを覚えてしまうなど、怒りの習慣が身についてしまうことがあります。そして、依存症のように怒りに執着して悪循環を起こし、この感情が変化して恨み・憎しみ・嫉みといったありとあらゆる感情を生み出す結果となります。このような悪循環を起こすと、怒りに伴って暴力行為に至るケースも少なくありません。

暴力行為を未然に防ぐポイント

- 支援対象者から一定の距離をとり、パーソナルスペースを尊重する。
- できるだけ1人での対応は避ける（暴力行為の程度による）
- 挑発的な質問には応じず、感情的にも表現しない。こちらの反応や態度が怒りを助長することもあるため、平静で合理的な状態を保つ
- 言語的な暴力でけであれば、可能な限り攻撃的な言動を許容したほうが、支援対象者の攻撃性が発散される場合もある。
- 支援対象者を脅かすことのない態度を保つ。自身の身体言語や動きにも注意して、声をかける場合は低い声で話かけるように心がける。
- 支援チーム（支援対象者に支援を行っている人たち）に状況を報告する。
- 支援対象者が著しく混乱している状況でなければ、暴力的な反応を呈していることについて、不快に感じていること（行為）を支援対象者に意思表示する。
- 身体的暴力等で緊急を要する場合は、家族、隣人、警察等に協力を求める。

事例Eさん

知的障害のある35歳のEさんは作業所に通っています。日頃は穏やかな性格ですが、作業中に何か。1つでも作業内容に変更を強いられると、ひどく混乱しパニック状態に陥って暴力的な反応を呈することがあります。スタッフは興奮したEさんを鎮めようと一生懸命説得しますが、暴力的な言動や反応が収まるどころか強まることさえあります。また、

何人かの利用者が作業中にEさんに話しかけている状況などでは、作業している手が止まり、一点を凝視して体をこわばらせる様子が見られ、その後周囲の人に暴力的な反応を呈することがあります。

Eさんの暴力についてどう考えるか

日頃穏やかなEさんということを考えると暴力は衝動的なものと言えると思います。また、暴力的な反応はパニック発作だと解釈できるのであれば、なだめても注意しても基本的には治りません。

この場合の対応として

1. 周囲の危険物を排除して環境を整る。
 2. お互いが傷つかないようにパニック発作が収まるのを待つ。
 3. 混乱が落ち着いて話ができるようになってからEさんが混乱した原因を一緒に考え言葉にしていくようにします。
- 自閉症の特性が強い方は言葉だけで説明を受けたり、2つのことを同時に行うような求められたり、にぎやかな環境に長時間過ごすことが苦手です。その方の特性を理解して支援することも大切です。

5. 拒否・拒絶

「拒否された、拒絶された」と聞くと一見相手が悪い反応をこちらに示してきたようにも感じ取れますが、実際には拒否や拒絶をすることで自分を守っている状況なのです。つまり、他の人から脅かされないように一定の距離をとろうと試みたり、不信な人物（治療なども含む）を自分に近寄らせないようにして、今生じている恐怖を回避し安定しようとする防衛行動と言えます。また、現実的に直面している問題が大きければ簡単に受け止めることができません。強い不安にさらされ猜疑心や不信感を募らせやすくなっているときにも拒否や拒絶の行動がもらえることもよくあることです。

病気に伴う拒否的な反応

例えば統合失調症は極度の不安状態に陥ることで思考内容に異常をきたし妄想が出現することがあります。その状況では正常に思考を働かせないわけですから、本人にとってすべての人や物が恐怖以外のものでなく、常に危険となり合わせていると感じています。効果のある薬や栄養価の高い食事に関しても不信感が強く、体内に取り込むことを恐れていても不思議ではありません。また無為・自閉といった症状は自分を守ろうとする防衛機制であるとも考えられます。少しでも心を開こうとすると刺激が流れ込み、自身の安全が脅かされるのであれば拒絶反応を示すことは自然なことかもしれません。薬物療法では副作用が生じることが多くあるために継続して内服をすることが困難に拒薬がみられることが少なくありません。このようにさまざまな状況で拒否や拒絶といった反応が見られるわけですが、拒否や拒絶している反応すべてに理由があることを理解しておく必要があります。

事例Fさん

Fさん62歳男性。25歳で統合失調症を発症し、現在はデイケアと訪問看護を利用しています。以前から薬の飲み忘れがあり、そのことを指導しても「わかっている」と言うのみで、しっかり話を聞いてくれません。最近特に薬を飲んでいない様子があるために医師からも「ちゃんと薬を飲まないで再発しますよ」と注意を受けています。訪問看護師は訪問時に病気の教育を行っていますが、Fさんは嫌々付き合っているようです。また看護師は工夫して壁掛けの薬袋を用意しましたが、それでも飲み忘れがあり、その都度、指導を行っています。またゴミ箱に薬を捨てていたこともあり、支援者たちは「Fさんは飲み忘れではなく拒薬している」と感じています。

支援のポイント 1

内服自己中断は再発リスクを5倍以上に上昇されるという研究報告があります。服薬中断は大きな問題と言えます。近年、薬物療法を継続できない問題として、アドヒアランスの悪さが示唆されています。アドヒアランスとは「患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受けること」です。医師はこれまでの状態を考えて医療的に正確な情報を提供していますが、本人の薬に対する思いが語られて納得できて始めて内服が継続できます。疾病教育も本人が内容を活用できないと意味がありません。本人の内服に対する考えや気持ち、生活上の問題点などをまずは聞いてみるのが大切になります。

支援のポイント 2

内服が継続できない当事者の要因

- 病状が悪化、病識の欠如、病気はもう治ったという心理
- 統合失調症で「病識がない」と言い方がされるが、多くの場合、認知機能に障害があるためであり、服薬の根拠が曖昧で、そのために服薬に対するモチベーションが形成されにくい
- 拒薬は認知障害によるもののほか、副作用によるものも多い。病識の問題は別にしてもせっかく薬を飲む気になっても副作用のために服薬が困難になり、除々に怠薬、再発してしまうことも多くある。

6. 不安

不安を感じる時、身体と心は警戒と「準備」の状態に入ることによって、何か悪いことが起きたときに自分が無防備な状態にならないように防ぐことができます。

認知と気分の関係でみると、不安は、危険が迫っているという危機感と関係しています。その際に立ち向かう力が自分にはないという思いと、周囲の助けや資源が得られないという思いが関係しています。そうすると危険を避けようとして回避行動がみられます。このとき、危険を過大評価し、対処能力を過小評価するという特徴があります。

不安の程度

軽度の不安

知覚が敏感になる。集中力、注意力が高まる。問題解決能力や学習能力が高まるなどの有用なもの。不安を認識して、それが何であるか言葉で表現できる。



中等度の不安

知覚が狭められる。注意深い正確な意思決定が妨げられる。他者から指示されれば、注意を向けることができる。学習意欲の低下、問題解決能力の低下がみられる。不安への対処能力も低下する。



強度の不安

知覚が極端に狭められ、自分の状態はほとんど自覚できなくなる。学習能力の低下、問題解決能力の低下はさらに強まる。不安に気づくことはできなくなっていく。



パニック

自覚も知覚もほとんどなくなる。他者との交流ができなくなり、当惑、非現実的、混乱、恐怖、些細なことの繰り返しがみられる。

不安を感じたときにとるコーピング（対処方法）

コーピング方法	具体的内容
不安衝動の行動化	不安を怒りに転化し、直接的または間接的に表出する。 訪問拒否や服薬拒否など。
身体化	不安を身体症状に転化し、腹痛や頭痛を訴える。 体が悪いと思い、病院を転々とする。
回避	無意識に不安をまぎらわす行動を取る。 飲酒や仕事に逃げるなど。
前向き取り組み	不安体験を自分の糧にして問題解決を図ろうとする。

不安の時の対応

- パニックの場合は安全の確保が重要になります。1人になることで不安が募るためにそばから離れないようにします。なるべく穏やかな対応を心がけます。また支援者の感情が伝わることもあるために支援自身の感情と不安を認識するようにします。心配なあまりについて励ましてしまうことがありますが安易な励ましは本人に心理的な不安になることもあるために避けましょう。
- 不安の原因を探そうとすることで本人との関係がギクシャクしてしまうことがあります。あまり過去にこだわらずに、これからすることに目を向けるように支援します。
- 不安が軽減しないことで本人は焦りを感じる場合があります。無理に動かなくて良いことを伝え、ゆっくり話を聞き、休息や気分転換になることを一緒に探すようにしていきましょう。

事例Gさん

29歳女性。現在妊娠6か月で、夫と小学校1年生の長男と実父の4人家族です。半年前に実母が乳がんで死去したのをきっかけに過換気発作を起こすようになり、もともと敏感な性格でしたが、実母の死去と妊娠を機に、不安が増大するようになり、「このまま死ぬのではないか」「長男が過換気発作を怖がるのではないか」と思うと、過換気発作の予期不安がたびたび起こるようになりました。夫は理解がある人ですが仕事が忙しく、Gさんは心配をかけたくないと相談することためらっています。日常生活や育児で生じる選択を自分だけでは判断できずに一人で考え苦しくなっています。自分を弱いと感じ「家事や育児をこなせない自分はダメだ」と自分を責めています。産婦人科や保健センターの保険師に電話相談していましたが不安の程度が強くなるにつれ、相談の頻度や電話時間も長くなっていました。精神科への受診も進めれましたが受診には消極的でした。その後保健師の紹介で保健センターの心の相談を利用し、臨床心理士と話すことができ、これまで「発作が起きる自分は大め」と思っていたのが「発作が起きてもなんとかなる」という考え方を提案され、発作が起きそうなサインを一緒に考え対処法を見つけていきました。その後かかりつけの産婦人科から精神科を紹介されて、精神科のフォローを受けながら無事に出産をしました。

事例G支援ココが良かった

精神科の専門家に悩みを相談することに抵抗を感じる対象者もいます。まずは顔見知りの保健師から心の相談へつながったことで緊張を和らげることができたのではないかと考えられます。プライバシーの確保された環境で、Gさんの感情表出を助け、不安の注意サインを自覚できるような働きかけが効果があったと思われます。Gさん自身が自己評価を高め、不安への対処能力を向上させることにつながるために、ありのままの自分を受け入れるような関わりも重要だといえます。この体験が、精神科のフォローを受け入れることにつながったことを考慮すると、支援の入口が重要であると言えます。