

認知症

脳の働きが低下する病気

主な症状は「もの忘れ」

「加齢による物忘れ」や「ど忘れ」は体験の一部（会った人の名前や物を置いた場所など）を忘れますが認知症では出来事や体験したこと自体がすっぽり記憶から抜け落ちてしまい、そのことをすっかり忘れてしまいます。

【主な認知症の種類と特徴】

アルツハイマー型認知症

- ・アミロイド β というたんぱくが脳に蓄積して、神経細胞が減少し、脳の萎縮が進行する病気
- ・記憶障害が徐々に進行し、日付や曜日がわからなくなり、仕事の要領が悪くなる。
- ・症状は緩やかに進行する。

レビー小体型認知症

- ・レビー小体というたんぱく質が脳に蓄積する病気
- ・実際には存在しないものや人物が見えるという幻覚（幻視）、人物誤認、動作が鈍い、転びやすいなどの症状が徐々に進行する。
- ・調子のよいときと悪いときの変化が大きい

前頭側頭型認知症

- ・前頭葉と側頭葉の萎縮が徐々に進行する病気
- ・同じ言葉を繰り返す、自分勝手な行動をとる、言葉の意味がわからなくなる、言葉が出なくなる。
- ・65歳未満で発症することが多くなる。

【認知症の症状】

中核症状（認知機能低下）と行動・心理症状（BPSD）に分かれます。

【治療】

医療連携 3 事前資料：精神障害を持つ人への支援

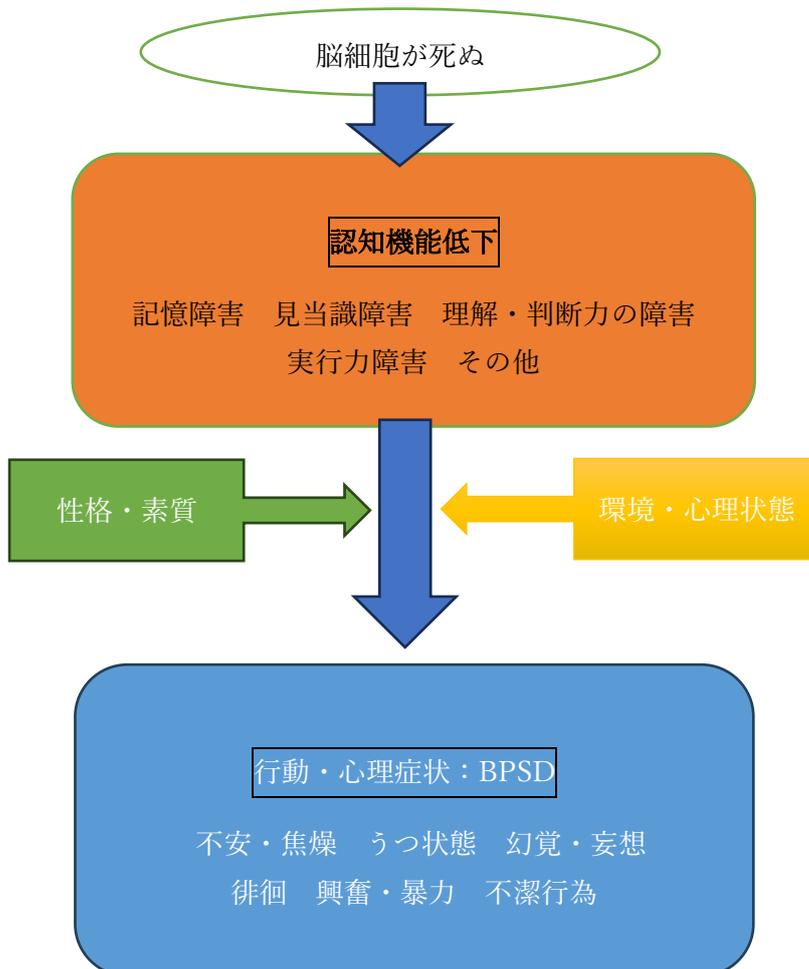
中核症状には…

薬物療法とリハビリテーション（運動療法、回想療法、音楽療法、現実見当訓練、芸術療法、ペットセラピー、園芸療法など）によって残存的機能を保つことを目指します

心理・行動症状（BPSD）には…

薬物療法である程度抑えることもできますが限界もあります。

環境や周囲の接し方によって軽くなったり、強く表れることもあります。



【中核症状】

〈記憶障害〉

- ・数分前、数時間前の出来ごとをすぐに忘れる
- ・同じ内容の話や質問を繰り返す
- ・財布や鍵を置いた場所をすぐに思い出すことができない
- ・通いなれた場所を迷う

医療連携 3 事前資料：精神障害を持つ人への支援

- ・スイッチの消し忘れが増える

〈見当識障害〉

- ・日付や曜日がわからなくなる

【中核症状（続き）】

〈実行機能障害〉

- ・仕事や家事の要領がわからなくなる

- ・きちんと薬を飲むことができなくなる

〈判断力低下〉

- ・季節に合った服装を選ぶことができなくなる

〈言語障害（失語）〉

- ・物の名前が言えなくなる

〈失行〉

- ・服をどういう順序で着るのかわからなくなる

〈失認〉

- ・時計の文字盤を描くと文字の配置が右側に偏る

【行動・心理症状（BPSD）】

〈焦燥感〉イライラする場面が多くなる

〈興奮〉些細な事で腹を立てることが多くなる

〈抑うつ〉今まで日課をせずに、ふさぎこんでいる

〈幻覚〉誰もいないのに誰かいると主張する

〈妄想〉自分の物を誰かに盗まれたと主張する

〈徘徊〉屋外に出て歩き回る

〈睡眠障害〉入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟睡感がない

〈せん妄〉昼夜逆転している、興奮して大声を出すなど。

統合失調症

100人に1人の割合で発症する可能性があります。

思春期に発症することが多く原因は今のところわかっていません。

脳内の情報伝達の関与する物質の働きと生活環境などによるストレスが症状の出現に影響しているのではないかという考え方が主流になっています。

【症状】

- ・陽性症状と陰性症状

医療連携 3 事前資料：精神障害を持つ人への支援

陽性症状とは…

非現実的な考え方を強く確信して（訂正不能で）いる妄想や現実的には存在しないものが見えたり聞こえたりする幻覚などがあります。

陰性症状とは…

感情の表現が鈍くなったり、周囲への関心が低くなり人づきあいが苦手になることといった心の柔軟性が低下した状態。何をするでもなくぼんやりと過ごす無為自閉の日々が続くこともあります。

この状態を周囲の人は一見怠けているようにとらえがちですがこれも症状の一つです。

・そのほか、注意力や集中力、記憶力の低下などの認知機能障害が出現することも多くあります。認知機能障害は生活のしづらさに大きく影響します。

・興奮 突然大声を上げたり、落ち着きなく忙しく動き回ったり、ときには暴力に及ぶこともあります。

・混迷 話さない、動かない、外からの刺激に全く反応を示さない状態です。話かけても反応がないので聞いてないように思えますが意識障害がないのでその時の周囲の様子は覚えていきます。

・拒絶 他人からの指示や要求に従わず、逆に反抗する行動を起こしてしまいます。

多いのは入浴、食事、更衣などを行おうとせず、近親者や支援者がそれを促すと強く抵抗をするといった行動です。

・カタレプシー 受動的にとらされた姿勢を保ち続け、自身の意思ではその姿勢を変えようとしない状態です。不自然な姿勢であってもそのまま保持します。

・常同行為 同じ動作を繰り返します。手足を動かしたり体を前後にゆすったりする行為を続けます。

・反響症状 他人の言葉や表情、動作などをまねる行為です。目の前の相手と同じ動作をします。

☆混迷から興奮、またはその逆の状態に変わることもある。ストレスがかかったときにも出現することも多い。

【治療法】

主に3つあります。

薬物療法、精神療法、リハビリテーションです。

薬物療法…

現在の治療の主軸になっています。

ただし根本的に治すことはできません。

対処療法的なもの。

副作用も多く、服用していくために支援が必要になるケースも多い。

精神療法は医師が外来で行うものです。

本人の困りごとについて一緒に考えていくものです。精神疾患の症状は外見だけではわか

医療連携 3 事前資料：精神障害を持つ人への支援

らないことも多く生活上の話を聞くことで症状について把握できます。
症状の把握だけでなく生活上の困りごとについて医療的なアドバイスをしていきます。
リハビリテーションについては作業療法やデイケア、心理教育、SSTなどがあります。
訪問看護は人と接するリハビリテーションの意味もあります。

感情障害（躁うつ病・うつ病）

【躁うつ病とは】

躁うつ病とは気分と意欲が障害される精神疾患です。
躁状態とうつ状態が現れるものを躁うつ病（双極性感情障害）、うつ状態のみのものをうつ病といいます。躁うつ病やうつ病はあらゆる年代で発症する可能性があります。

【躁状態】

〈躁状態の特徴〉

最初は通常の高揚感と区別しにくいのですが徐々に重症化します。
会話は誇大的で精力的に活動し、睡眠時間が短くなりそれでも本人は全然平気と感じています。無計画に買い物やおしゃべりも目立ちます。はじめご機嫌でも、怒りっぽくなり、会話は途切れなくなります。本人の感覚としては「絶好調」「これが本当の自分」となりますが回りは振り回され疲弊することになります。

躁状態のチェック

〈質問1〉

1 週間以上次の状態が続く

- 気持ちが高揚し、開放的な気分が続く
- イライラしやすく、怒りっぽい

〈質問2〉

ほとんど毎日、次の状態が続く

- 優越感が強く、自信過剰となる
- 睡眠時間が減る、早く目が覚める
- 普段よりよくしゃべる、要求が多くなる
- 注意散漫になる
- 考えが次々と溢れ出る、誇大的となる

※〈質問1〉を含めて3つ以上該当するときは病的な躁状態を疑います。

医療連携 3 事前資料：精神障害を持つ人への支援

〈生じやすい問題〉

軽症のときは社会では目立たず発見や対応が遅れることがあります。

重症化してくると破天荒な行動や易怒性が目立つために地域で支援することが難しくなるが困難になります。行動を自制してもらおうと対応しても周囲の意見が聞き入れてもらえず多くの支援者は感情的に巻き込まれてやがて疲弊します。

本人は結果的に周りの人との人間関係が悪化して社会的信頼を失います。

【うつ病】

発症は30歳代～60歳代までに多く、男性より女性のほうが多くみられます。

特徴的な特徴は憂うつであらゆる意欲が消失することです。思考力や集中力も落ちるために生活が立ち行かなくなります。

回復に数か月かかることも珍しくありません。

うつ病チェック

〈質問1〉

2週間以上次の状態が続く

- ほとんど毎日憂うつ
- 楽しめたことも興味が薄れ、喜びを感じない

〈質問2〉

ほとんど毎日、次の状態が続く

- 食欲がない
- 眠れない、または、眠りすぎる
- イライラして落ち着かない、動きが低下する
- 疲れやすく、意欲がわからない
- 「自分は生きている価値がない」「悪い人間」と考える
- 集中できない、決断できない状態が続く
- 自殺を繰り返し考える

※〈質問1〉を含めて4つ以上該当し、生活に支障がある場合は要注意

※〈質問1〉が2つ以上該当する場合は〈質問2〉が1つでも要注意

医療連携 3 事前資料：精神障害を持つ人への支援

〈生じやすい問題〉

うつ病では不安や心配（妄想的なこともあります）が過剰に高まります。

自責の念や低い自己評価があり、負のスパイラルに陥ることも特徴です。

そのために、身体の不調や自身の状況を悲観的にとらえて、同じような訴えを繰り返します。

うつ病には日内変動があり、対応を混乱させる要因の1つになります。一般的に、午前中は抑うつ的で午後になると改善傾向にあります。そのため、気持ちの問題だと誤解されたり、良くなったと思われてしまうこともあります。

不安、焦燥感が強く、希死念慮のあるケース（表出しない場合もあるので注意）では急激に自殺のリスクが高まる可能性があります。

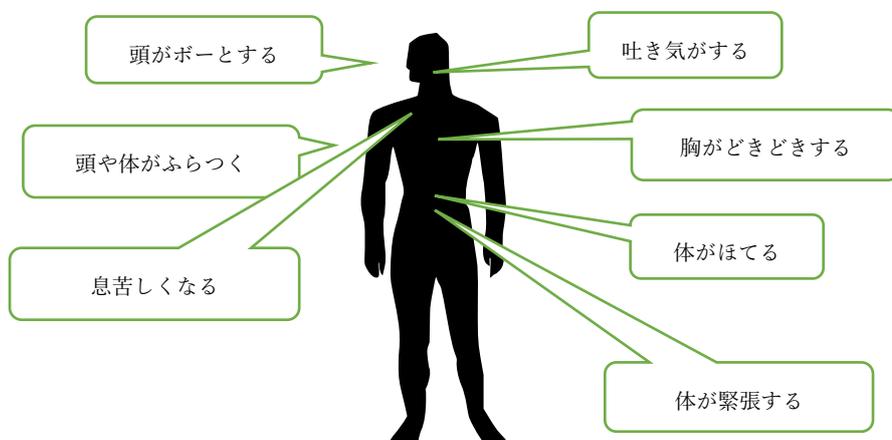
不安障害

【不安障害とは】

不安は漠然とした心配感情であり、そこには対象がないことが特徴。

また過去や現在ではなく、未来のどうなるかわからない不確実な事態をとらえます。

つまり、安全が保障されていないまま強烈な恐怖を抱き、それを慢性的、発作的に体感じます。その際、自分が自分ではなくなり死んでしまうのではないか、倒れてしまうのではないか、自分をコントロールできず気がおかしくなるのではないかという感覚が生まれます。こころと身体は密接に相関し合うことから、自律神経症状をはじめとする様々な症状を呈します。



医療連携 3 事前資料：精神障害を持つ人への支援

【不安の種類】

精神疾患以外で不安が出現する疾患

カフェイン

薬物の乱用

内分泌障害

甲状腺機能亢進症、低血糖症、多発性内分泌腺腫症、褐色細胞腫、副甲状腺機能低下症、クッシング症候群

心血管障害

狭心症、特発性心房頻脈、僧帽弁逸脱症候群

呼吸器疾患

喘息、慢性閉塞性疾患、肺塞栓症

神経疾患

複雑部分発作

脳血管性障害

一過性虚血疾患

閉経

貧血

【不安という症状が中心となる精神疾患】

不安という症状が中心となる精神疾患を不安障害といいます。

不安という症状は多様であり、様々な精神疾患に併発する可能性があるために、支援者は当事者を取り巻く状況に対して、さまざまな可能性に注意を払う必要があります。

- **パニック障害**
- **恐怖症**
- **強迫性神経症**
- **心的外傷後ストレス障害(PTSD)、急性ストレス障害**
- **全般性不安障害**
- **一般身体疾患による不安障害**
- **部質誘発性不安障害**
- **特定不能の不安障害**

医療連携 3 事前資料：精神障害を持つ人への支援

【不安を感じたときにとるコーピング（対処）方法】

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

無意識に不安を紛らわす行動を取る。
飲酒や仕事に逃げるなど。

前向きな取り組み

不安体験を自分の糧にして問題解決を図ろうとする。

アディクション

【アディクションとは】

アディクションとはあるものを特別に好むという嗜癖のことをいいます。

医学的には依存と称されることが多い。

もともとは目的にかなうための習慣だったものが、自己調整が難しくなり、その習慣をコントロールすることができない状態に陥ってしまうものです。

そして、個人の利益にそぐわなくなっているにもかかわらずその習慣を反復してしまうという悪循環を繰り返してしまいます。

アディクションに陥る背景には自己治癒効果への期待があります。

人は苦痛や悲しみに襲われたときに何かに夢中になることで空虚感や孤独感や苦悩を埋めようすることがよくあります。アディクションまでになると自己治癒にはまりすぎてしまい自己コントロールが効かなくなった状態です。

何とかやめようとして他のアディクションに置き換わったりすることもあります。

【アディクションの特徴】

- ・時間をかけて自己治癒するのではなく、即時の高揚を求める傾向がある。
- ・本人にとって適切な対処法だったため、習慣化しやすく、固定化する。
- ・それを行うことで一時的に癒される感覚を抱くために、それなしでは自分が保てないように感じる。
- ・どのような犠牲を払ってでも続けようとする。

医療連携 3 事前資料：精神障害を持つ人への支援

- ・自分の問題であることを否認する。
- ・その行為や行動にのめり込むことで気分が大きく変化する。
- ・習慣化するほど強力な効果を求めて、アディクションがエスカレートし、放っておけば自己破壊に向かう。
- ・家族や大切な人たちが、その問題にふりまわされて、困ったり悩んだりすることが多い。
- ・周囲が努力するほど逆効果になることが多く、さらに悪循環を生じさせることがある。

境界性パーソナリティ障害

【パーソナリティ障害とは】

パーソナリティ障害のパーソナリティとは‘人格’というよりも‘人間関係’を意味している。つまり、‘何かしらのトラブルが起こりやすい障害’ということ。

原因ははっきりしていません。生れつき複雑な人の感情に対処してきれないタイプもいれば、成長過程で他者への信頼関係が築くことができずに安定した人間関係の形成が困難になっているタイプもいるといわれている。

心から安心できないのでいつも漠然とした不安感や虚無感に襲われ、‘自分の存在が不確かなもの（アイデンティティが確立していない）’ため常に‘大切な人から見捨てられるのではと不安感に怯えている’のです。

パーソナリティ障害には 10 パターンほど存在します。

【境界性パーソナリティ障害（BPD）の全般的診断基準】

大きな特徴は自分とその他の人とのかわりがうまくいかなくなるパターンをもっていること。そのパターンは非常に頑なで、簡単に修正できないため、考え方にひどく偏りがある。

診断基準となる項目の紹介

- ・いつも人から見捨てられる気がして安心できないので人にしがみつく。または自分から突き放してしまう。
- ・人への評価が、はじめはどれも尊敬していても、後に欠点が見えると手のひらを返したように軽蔑してしまう。
- ・孤独感や不安や葛藤をまぎらわすために、一時的な快楽や満足を求め、絶えず何らかの直線的・短絡的な衝動の満足をしていないと落ち着かない。

医療連携 3 事前資料：精神障害を持つ人への支援

- ・落ち着いているかと思えば、今度は落ち込んだり、不安がっていたり、イライラしていたりといった感情の急な変化が起こり、かんしゃく、自傷行為、けんかなどを起こしてしまう。
- ・周りが驚くほどの激しい怒りを見せ、けんかを繰り返すことがある。
- ・自殺のおどしやそぶり、自傷行為を繰り返してしまう。
- ・職業選択や自分の価値観などが漠然としか感じられなくて、虚無感をいつも感じている。

【人間関係を通して境界性パーソナリティー障害を理解する】

境界性パーソナリティー障害の人は自分と他人の境界が曖昧になります。

自分が思っているように相手も思っていると無意識に思っています。そうではないとすると怒りをぶつけてきて「自分のこと全くわかってくれない」と0か100に決めます。

そういう人相手していると支援者も知らず知らずのうちの本人の感情なのか支援者自身の感情なのかが曖昧になってきます。‘感情的な巻き込まれ’という状態になります。

いつもその人のことが気になってしまう、連絡があるとすぐになんとしなないといけない気持ちになってしまう時などは要注意です。

境界性パーソナリティー障害の方の理解の仕方していくつかの行動について説明していきたいと思います。

① 見捨てられることをさせようとしてなりふり構わぬ努力をする。

境界性パーソナリティー障害のかたにとって見捨てられるということは不安というよりも恐怖なのです。この先生生きていけないと感じるほどです。誰かと密接な関係になることはうれしいことなのに直後から別れる恐怖に怯えているのです。恐怖が心を支配するようになり、その結果‘別れるなら死んだほうがまし（自殺念慮）’振り向いてくれるならなんでもすると自傷行為を繰り返すなど極端な行動をとります。当然相手はもっと離れてしまいそうになります。行動はエスカレートすることになります。

このような問題行動と呼ばれる行動は見捨てられないための努力であることを支援者は理解しておく必要があります。

② ‘あなたのこと大好き’と言った矢先に‘大嫌い’宣言がある

境界性パーソナリティー障害の人にとって好きになった存在は、自分のことを見捨てない存在でなければなりません。‘絶対に信用できる人’でなければ安心できないのです。このような気持ちから好きな相手の人を極端に理想化するところから関係が始まります。相手にとっても悪い気はしないので始めは非常に良い関係が築けますが、少しでもそっけない態度を1度でも取ると‘相手から見捨てられた’という体験になります。

彼らから見捨てられたくない気持ちは‘こき下ろし（脱価値観）’という状態に移行することがあり、そうすると「あの人は、私にとって価値のない人だった」と思うことで、見捨て

医療連携 3 事前資料：精神障害を持つ人への支援

られを阻止しようと自分から別れようとしたりするのは、ときには相手に過度な攻撃を向けることもあります。そしてその後また理想化する相手を見つけて近づいて同じパターンを繰り返すのです。この体験を乗り越えることができれば成長して行くこともありますが、多くの場合は何度も挫折体験として残り自尊感情が著しく低下し「自分は生きている価値がない」という気持ちになり自傷行為に至るケースも珍しくありません。

このような人間関係は支援者へ向けられることもあります。‘理想的な支援者に会えて幸せ’といていたのが急に怒りを向けられるようになることもあります。

大切なのは支援者に対して過度の理想化している時点で気づき、急に来る‘大嫌い’をある程度予測しておくことです。

支援者自身に向けられた称賛や尊敬に一喜一憂せずに極端な気持ちが動いたときは‘こころのサイン’が点滅していると思うようにしてください。

参考文献：ケアマネ・福祉職のための精神疾患ガイド
疾患・症状の理解と支援のポイント
山根俊恵 編著 中央出版

令和7年2月26日

18:30~20:30

令和6年度 八王子市介護支援専門員研修医療連携研修 医療連携3
『精神疾患(こころの病気)』

次 第

1. 開会挨拶

2. 講義「精神症状とその対応方法」

講師：こころの診療所いこま 副所長 看護師 今井正氏

3. グループワーク

医療従事者の方をお招きしグループに入って頂きワークを行います。

- ① 精神疾患(こころの病気)にまつわる事例をもとに話し合い
- ② 意見交換

[ご協力頂く医療従事の皆様]

こころの診療所いこま	看護師	今井正様
こころの診療所いこま	精神保健福祉士	大野えりか様
駒木野病院	精神保健福祉士	竹内 壮志様
恩方病院	精神保健福祉士	笛木 菜美様
恩方病院	精神保健福祉士	西田 颯様
多摩病院	看護師	野崎 尚美様
多摩病院	精神保健福祉士	林 なつみ様
平川病院	精神保健福祉士	石橋 さおり様
平川病院	精神保健福祉士	椎名 貴恵様
東京高尾病院	精神保健福祉士	大谷 忍様

4. 講評

5. 閉会挨拶

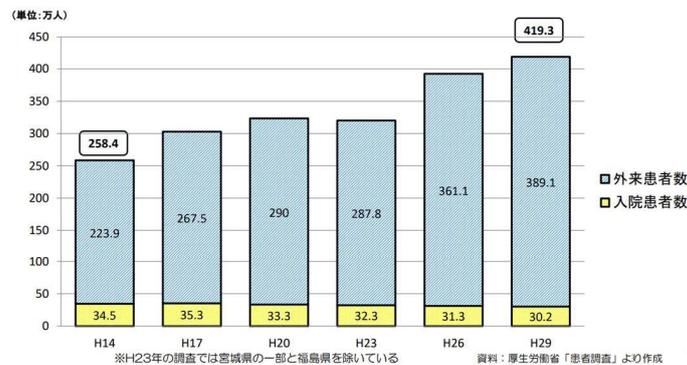
精神症状とその対応方法

令和7年2月26日（水）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

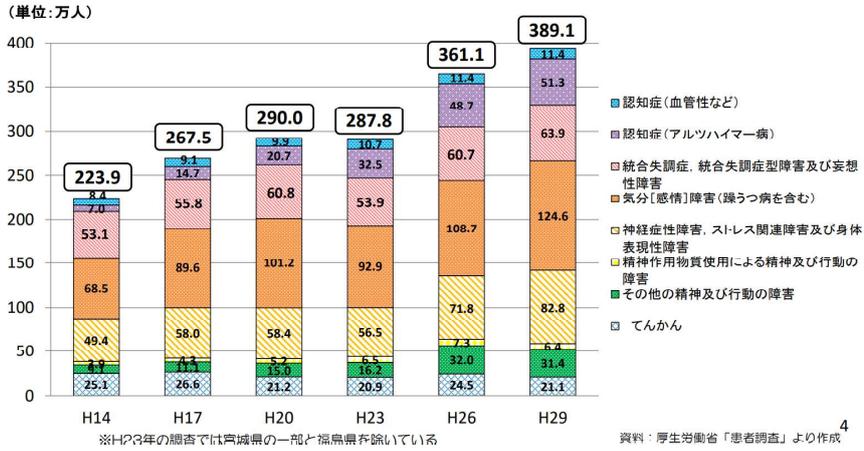
精神疾患を有する総患者数の推移

- 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。



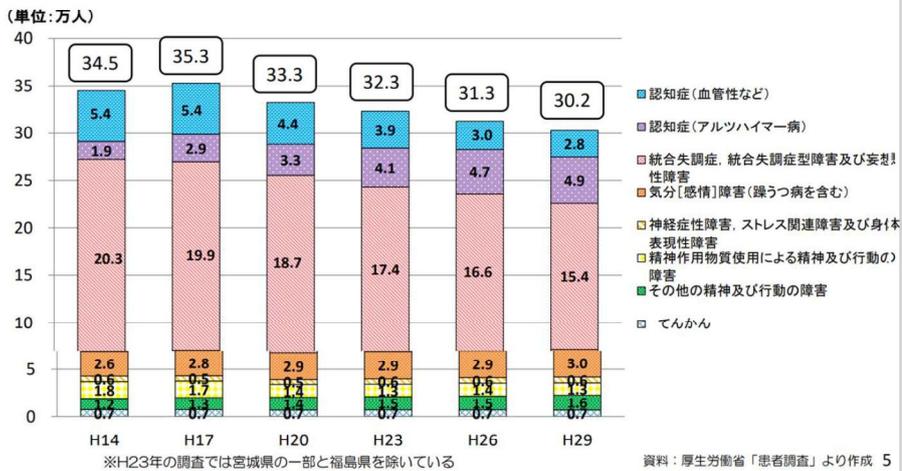
精神疾患を有する外来患者数の推移(疾患別内訳)

- 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。



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。



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つむようなことです。

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。あの人にはロボットです。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「そうですね、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さんが現実に目を向ける時間をいかに多くつくるのがポイントになる。

3. 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れ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つ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。

4. 昏迷

反応が悪くなり、動かず話さなくなったら、まず疑うのは意識障害であるが頭部画像などの検査をして何の異常も見つからないケースは精神疾患として無為無動の状態「昏迷」であることがある。

原因となる精神疾患から3つに分けられ治療法が異なる。統合失調症によるもの、うつ病によるもの、解離性によるもの、の3つがあります。前2つは早急の治療が必要なケースが多く、そのままの状態が続き低栄養や合併症により全身状態が悪化することもある。

一方解離性によるものは半日から1日経過すると自然に昏迷が解けていつものように話すことができるようになることが多い。

昏迷の原因

統合失調症では精神病状態の悪化で思考の混乱が極度になって、行動も会話もできなくなってしまう。うつ病でも精神運動制止と呼ばれる意欲・活動性低下状態が悪化して、意思発動性がなくなってしまうと考えられている。いずれにしても昏迷になったのは生活上のつらい理由があったからではないと考えられる。日常生活は全く関係ないとは言えないが、主たる要因は精神疾患の悪化と考えられる。治療としては点滴による栄養補給と共に薬物療法や電気けいれん療法が検討されることもある。

解離性によるものは日常生活でその人にとって耐えがたいほどの苦しさを経験して心が葛藤した状態になり昏迷状態が起こることがある。心理性と呼ぶことができ、心理は外界の状況に左右される。

昏迷状態のときは、ベッドに横たわっている患者さんは、話しかけても全く反応しません。しかし、周囲で何が起きているかは理解していると考えられています。

高齢者うつ病が繰り返す場合、うつ病初期の状態と似た症状が現れます。うつ病の再発サインには、次のようなものがあります。食欲不振、不眠、意欲の減退。

高齢者うつ病では、身体症状を強く訴える場合もあります。老化に伴う身体の機能の低下も伴うため、ふらつき、しびれ、頭が重い、肩こり、腰痛、便秘などの身体症状が前面に出ることがあります。

うつ病が再発する場合は、初期症状と似た症状が現れることがあります。

クライシスプランとは『安定した状態の維持、また病状悪化の兆候がみられた際の自己対処と支援者の対応について病状が安定している時に合意に基づき作成する計画』

<風邪のクライシスプランの例>

	状態	自分の対処
風邪かな？	鼻水、のどの痛み	うがい 温かい飲み物
風邪だ！	咳や痰がでる	マスク 熱を測る くすり
風邪が悪化した！	熱がでる	受診する

こころの不調でも同じように考えることができます。

<こころのクライシスプランの例>

	自分の気持ち・状態	自分の対処	支援者にしてほしいこと
いい感じ	ほがらか 不安が少ない 外にでかけられる	Aさんと話をする 毎朝ジョギングして リズムをつくる	話を聞いてほしい
少しつらい	先のことが不安 眠れない	ひとりで考え込む	寝る前にそっとそばにいてほしい
超つらい	無気力 部屋から出たくない	ひたすら寝る	たまに声をかけてほしい 「大丈夫？」

令和6年度 八王子市介護支援専門員研修

『医療連携3』グループワーク事例

1

【対象者】

- 70代
- 独居
- 家族なし(兄弟音信不通)
- 主病：老人性うつ
- 男性
- 要介護1

2

【経過抜粋】

9/4 包括支援センターより退院ケースの依頼を受ける。

9/5 退院後、初回面談。自宅汚れていると聞いていたがそれ程ではない。本人と話をしケアマネを担当するようになる。「お金が使いたくない」とのことで最初は週1回のヘルパーから始める事となる。

3

9/12 K病院の訪問看護ステーションの方と訪問。担当の主治医から利用を勧められ本人納得の上利用することとなっていたが、訪問看護の利用を断ってしまう。後で聞いたことだがお金が問題であった。訪問看護より主治医へ報告し、指示を仰ぐこととなる。「本人がそう言うのならとりあえずは無しで行きましょう」となった。

9/25 ヘルパーさんのおかげで部屋もだいぶ片付いてきれいになってきた。訪問時には電気代を気にしてか真っ暗な中、横になっていて、訪問時には明かりをつけるようである。

4

10/24 本人仕事もしたいと言っているが、探す気は無いようである。支援者への対応は柔らかいので精神的にそう不安定でもなさそう。本人自体も不安定になっていないと感じているようだが、気分転換含め、少し外に出るように話すなどした。(買い物などでは近くのコンビニ程度までは出かけている)

12/20 どうやらお風呂には入れていないようである。本人に聞くと「トイレと一緒に浴室で狭いため、たまにシャワーで済ませている」と言うが実際シャワーも入っていないさそうであり、デイサービスでの入浴の話を勧める。本人乗り気になり、週2回の利用が開始され定期的に入浴できるようになる。

5

2/13 薬が減っていないとヘルパーより報告が上がる。訪問し、しっかり飲むように伝えたと、本人も「わかった」と承知してくれる。

3/29 薬が飲めていない事がわかる。医師に相談すると受診の予約も2回とっているが続けて来ていない。ケアマネが早急に予約を取り直し同行受診することとなる。医師の指示により毎日ヘルパーが確認に入ること、あと重ねてデイサービスで入浴する事の指示があった。
⇒薬は飲むようになったが、食事はあまり摂れていない様子。

6

4/9 ヘルパーより買い物をしようと支援に入るもお金を渡してくれない日もあるとのこと。支援に支障が出るため包括にも手伝ってもらい成年後見や社協の制度の話をする事になる。
⇒すべて拒否され、自分で行うとのこと。

4/24 食事はデイサービス、ヘルパーで食事量確認しているが、あまり食べていないとのこと。また一人でいる時は水分も十分に取れていないようだ。
⇒デイサービスやヘルパーへその都度摂取促しをお願いする。

7

5/27 通院のため迎えに行くも立ち上がることもできない状態。主治医へ連絡するとケアマネだけでも来るように指示があり代理で外来へ。主治医と検討し、入院治療の方向で考えていくこととなる。

6/4 ヘルパー訪問時、床で動けなくなっている状態で発見され、救急搬送手配し、入院となる。
⇒脱水と転倒時の打撲であった旨連絡があった。

8

【担当者が大変だった点】

- 退院後、次第に無気力になっていき、やる気のない生活への対応が大変であった。
- ヘルパーから「昨日の食事が残っている」「ペットボトルの水が減っていない」などの連絡が入るたびに訪問していた。
- 訪問時に本人が具合が悪いのか悪くないのかわからない状態で横たわっていたりする時に、このまま退室してもいいのか不安だった。

9

- 話をしても「ごはんなんか食べなくてもいい」「風呂もはいらなくていい」「病院もいかななくていい」などの発言。
- 家賃や電気代などの振り込み管理。

※日常のいろいろなことを考えていかないとならないので不安でした。親族などの身寄りの関りもない人であったため余計に気がかりになってしまっていた。

10