

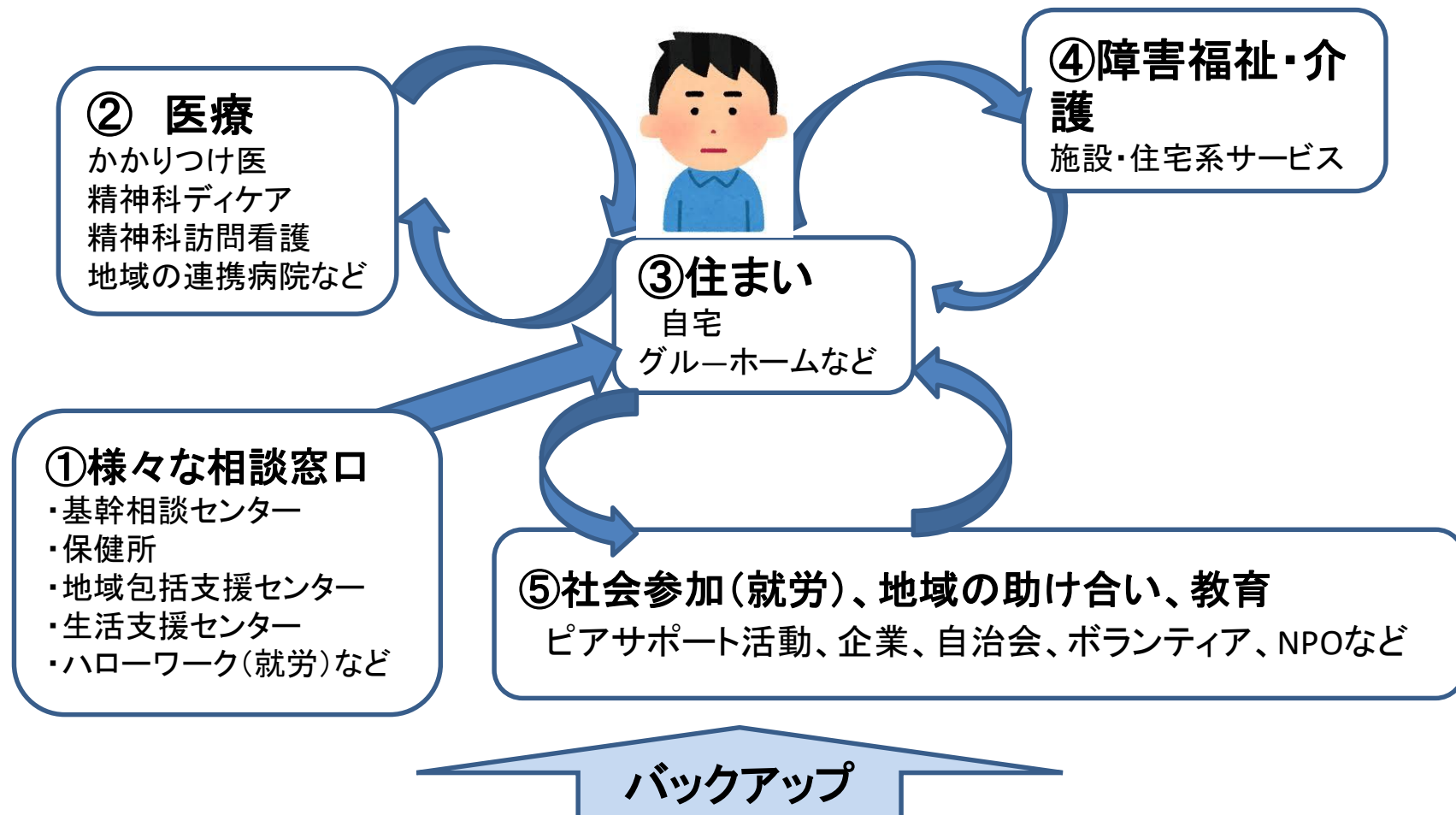
精神疾患をもつ方の関わり方

～ケアマネが知っておきたいポイント～



大内病院
精神科認定看護師 井手順子

障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築



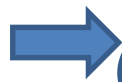
- * 市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、市町村
- * 障害福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、保健所
- * 都道府県の保健・医療・福祉関係者による協議の場、本庁、発達障害支援センター

精神障がいとは

精神疾患
(病気)



生活・能力
(生活しづらさ)



治療は、薬による治療や
リハビリテーションを組み合わせ

- * 周りから見ても障がい分かりにくい
- * 病気によって障がいのあらわれ方が違う
- * コミュニケーションに障がいがあることが多い

主にどのような病名？

1. 気分障害 40.1%

（感情障害、うつ病、そううつ病 など）

2. 統合失調症及び妄想性障害 29.6%

（統合失調症、妄想性障害、非定型精神病 など）

3. 神経症性障害、ストレス関連障害 10.3%

（不安障害、強迫神経症、解離性障害、心因反応 など）

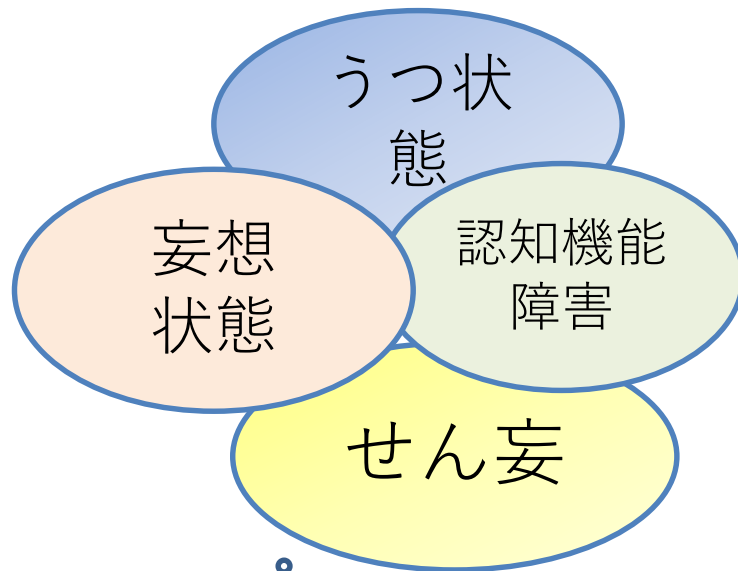
4. てんかん 6.6%

5. 心理的発達障害 3.9% （発達障害）

6. 症状性を含む器質性障害 2.6%

（認知症、器質性精神障害 など）

老年期の精神病状の特徴



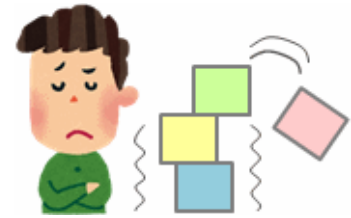
混在したり、交互に出現・・・

- 複数の病気がある
- 老化（個人差あり）
- 生活する力が低下
- 症状がさまざま
- 薬への反応性が違う
- 周囲の影響を受けやすい



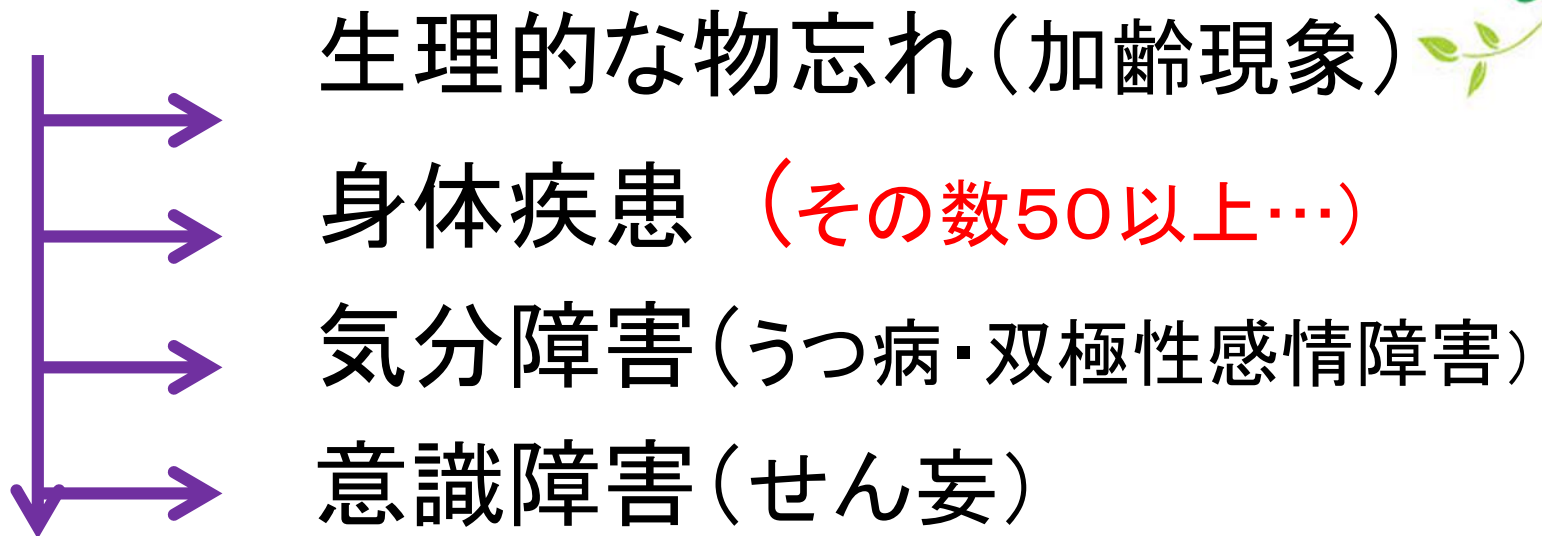
妄想はどうして起こるのか？

1. 統合失調症・双極性障害・うつ病・認知症などで脳の働きがうまくいかなくなり**思考の柔軟性**が失われる
2. 情報が処理しきれず不安な気持ちに…
3. 不安の理由を探そうとする
4. 現状にそったストーリーをうまく組み立てられない。
5. 関係ない情報も《不安の原因》に混ざり、現実とかけ離れた内容になる



認知症 鑑別の流れ

- 認知症を疑わせる症状

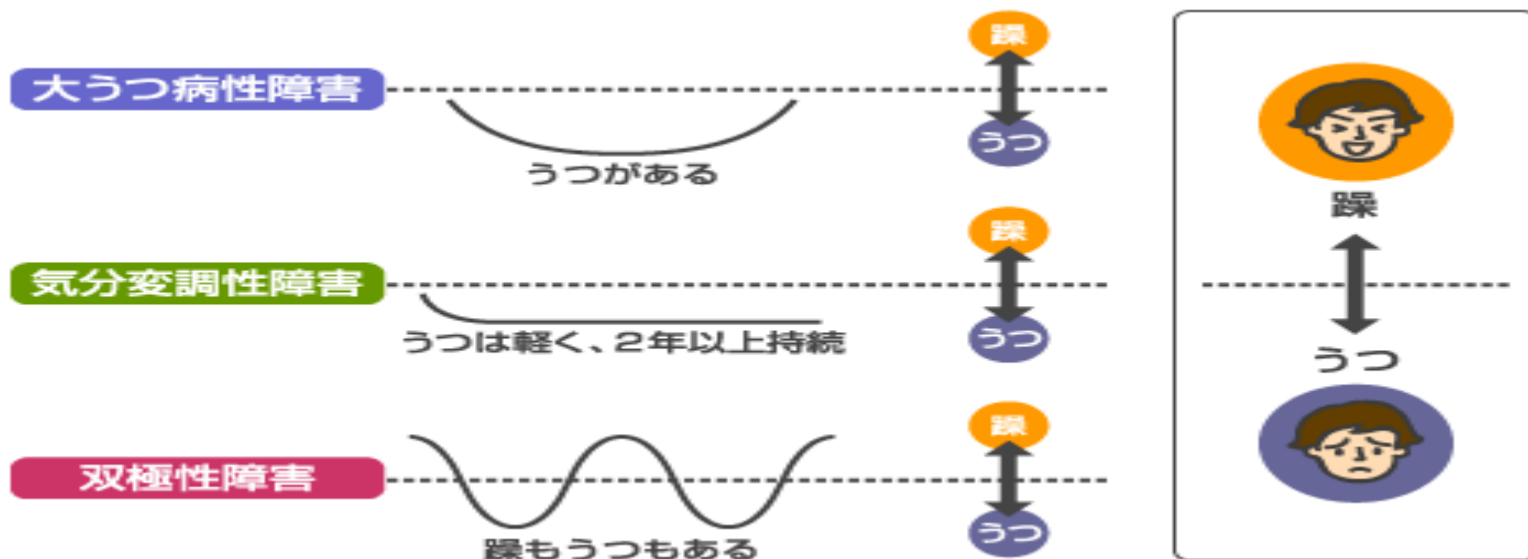


狭義の認知症の鑑別

（アルツハイマー型、脳血管性、レビー小体型、前頭側頭型等）

気分障害

双極性Ⅰ・Ⅱ	Ⅰ型 躁(そう)状態とうつ状態の両方 Ⅱ型 軽躁状態とうつ状態
単極性	うつ状態のみを症状とする場合



気分障害の特徴

躁うつ病

繰り返す

躁状態

行動面
ブレーキがきかず突っ走る

感情面
高揚し俺様状態

身体面
あらゆる欲求が高まる

思考面
思いつきばかりで集中しない

混合状態もある

うつ状態

行動面
何も手につかない

感情面
憂うつで苦しい

身体面
ひどい疲労感と体調不良

思考面
悲観的にしか考えられない

不安障害、依存症、パーソナリティ障害、摂食障害、発達障害の合併症が高い

うつ症状

【精神症状】

典型的な症状は、感情、意欲、思考の3つの面で現れる

【身体症状】

痛み、しびれ、胃や胸部の不快感など身体の不調として現れる場合もある。

家族に怒ったり、要求が多くなり、うつに伴う活動性や記憶障害の低下が、認知症のように見えることも・・・。



気持ちが沈んだまま、**2週間以上**続くような場合は、相談を。

高齢者のうつ状態

【特徴】

1. 不安や焦燥が伴う
2. 身体症状や心氣的愁訴が多い
3. 妄想、意識障害・せん妄が出現しやすい
4. 認知症のような症状が多い
5. 薬物の副作用がしやすい(過鎮静、転倒、せん妄)

【対応】

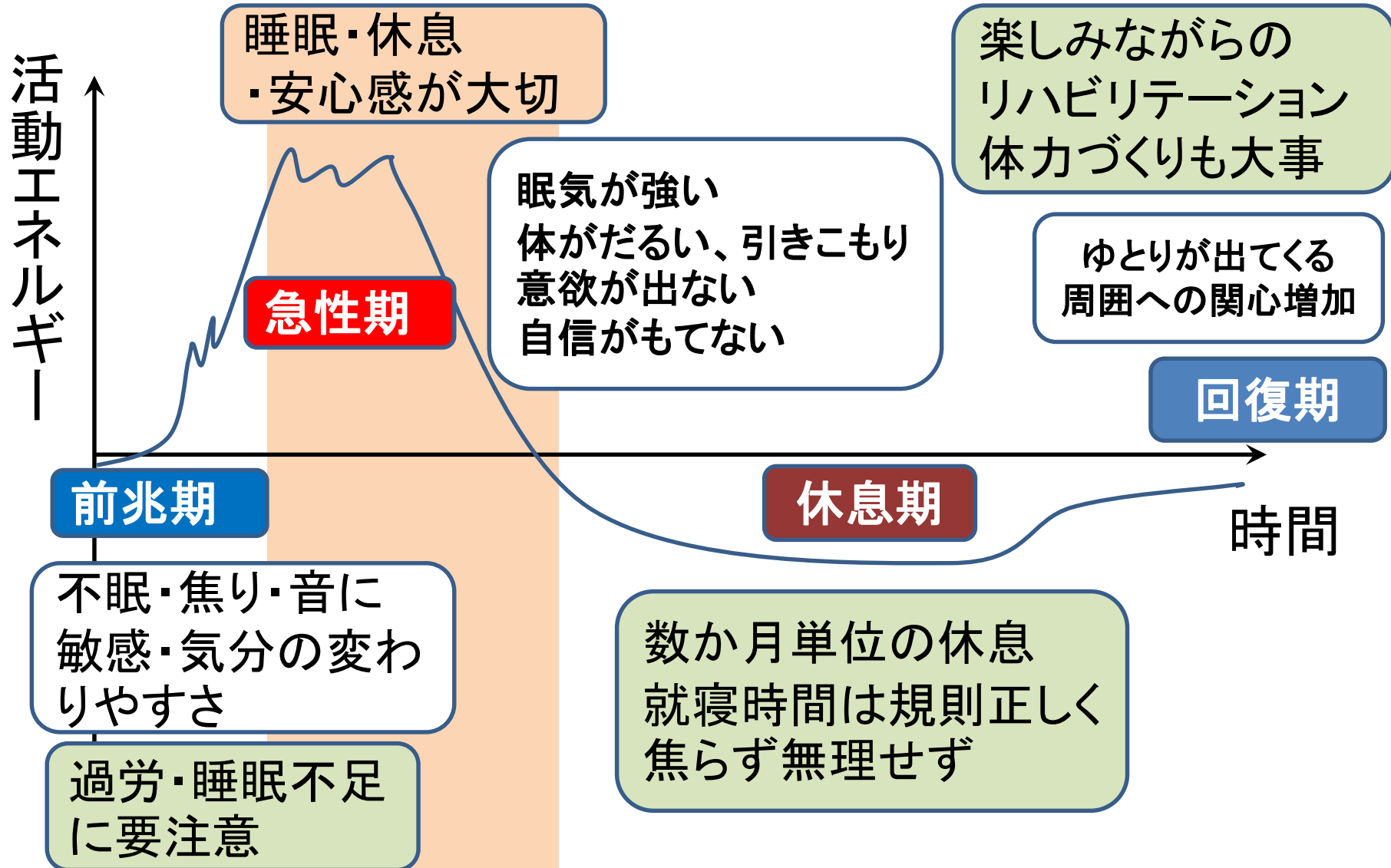
1. 心身の休養と薬物療法ができる環境を整える
- 1 回復する病気であり、治療が必要である
2. 抗うつ薬の効果発現までに2～4週かかり服薬し続ける
3. 心身の休養が必要で、対人接触、人混みや旅行等は避ける
4. 受容的・支持的に接し激励したり叱ったりしてはいけない

統合失調症は脳の機能障害

- 幻覚や妄想など陽性症状と陰性症状が特徴的な精神疾患
- それに伴う生活の障害・病識の障害
- 認知、情動、意欲、行動、自我意識など多彩だが、全ての症状を呈するのではない
- 思春期から青年期、100人に1人発症
- 治療：薬物とリハビリテーションが中心



統合失調症の経過



統合失調症の病型

- **破瓜型**：思春期に発症し、自閉・感情鈍麻・不適切な感情・言動が特徴で幻覚妄想は断片的で目立たない
- **緊張型**：20歳前後で発症し、激しい精神運動興奮や昏迷状態になる
- **妄想型**：30歳前後で発症し、被害的な妄想、幻覚がみられ、比較的固定した妄想・幻覚が主症状、幻聴も多い世界的に統合失調症の中で一番多い病型
- **非定型**：統合失調症か躁うつ病か判断しにくい症例、発症は急激だが、疎通性良く、予後は良好で、人格荒廃に至らない



老年期の統合失調症

【症状】

激しい陽性症状よりも無関心で自閉的な態度となり、陰性症状がめだつが、穏和で対人関係の障害も目立たなくなる

【介護】

- * 身体及び精神の両面からのケアが必要
 - 心血管疾患・糖尿病など合併症のケア
- * 本人なりの生活のしかた、その人に特有な内的世界を理解し信頼関係を作る
- * 再発防止のため、服薬を継続する支援をしていく

対応のポイント

1. まず本人の思いを受け止める
2. 支援者によって役割を変える(聞き役、伝え役など)
3. 薬を飲めてなくても責めない
4. こうした方がいいという断定的な意見を言わない
5. 支援には相性やタイミングも重要
6. 幻聴や妄想など訴えには、否定せず・肯定もせず、感情に寄り添う ⇒ 周囲のあり方が、本人の支えになる。
3. あせらず「ゆっくり、ゆったり」を心がける
本人・家族は気持ちを整理するのに時間がかかる。
5. 簡潔に伝える(より具体的な言い方で)
 - ×「きちんと掃除しましょう」○「まず、部屋の雑誌を片付けましょう」
 - ×「体調はどうですか」○「眠れてますか」「だるさがありますか」

よくある相談への対応

1. なぜ薬を飲まなければいけないのか。薬は飲みたくない。
⇒ 服薬の心配を、医師に伝えられるように援助する
2. 幻聴や妄想などの訴え
⇒ 否定せず・肯定もせず傾聴。感情に寄り添う
3. 調子が良いので薬をやめたい
⇒ 調子がよいことの喜びを聞く
薬を飲んでいることで体調がよいと思うことを伝える
医師にも相談するよう勧める
3. 自分は病気ではない
⇒ 否定せず、肯定もせず、なぜそう思うのか、裏にある
本人の感情に焦点をあてる
[アイ(私)メッセージで答えるようにする]
(私だったら)



老年期妄想性障害

《原因》

喪失体験、孤立、孤独

《特徴》

＊妄想対象は特定の人であることが多い

言動を誤解して被害的感情や嫉妬心がこうじて被害妄想が形成される

＊妄想に左右される行動を除けば、人と交流ができ、生活は自立している

＊本人は普通の生活ができ、病気という認識は乏しい。

＊変化に対応しにくく、こだわりがあり、現実の世界をゆがめてしまうことがある



妄想のある方への対応

- 本人の言い分を聞く。妄想の中にその人の価値観や人生観が反映される。
- 変化に対応しにくく、独善的なこだわりがあり、現実世界の認識をゆがめてしまうことがある。
- 地域の中では、問題解決するという視点より、危機状態を支えるにとどめて、個々人の生活スタイルを保障するような関わりのスタンスが大切な場合もある。
- 共感的態度が必要だが、依存的となり援助者を独占しようとする傾向もあり、巻き込まれない工夫も必要

☆2つの視点が大切 ①感情に寄り添う
②客観的にアセスメント



あなたがそう思う
なら本当なのよ

最近はストーカーも
多いっていうし

せん妄

- 意識障害の一種（意識のくもり）

1. 急に症状が出る
2. 1日の中で、症状が変動する
3. 症状が普段の状態に戻る

《原因》

環境の変化、不眠、脱水、薬物
体調不良、日光にあたらない生活など

高齢者のてんかん

Q1.てんかん好発年齢は何歳？

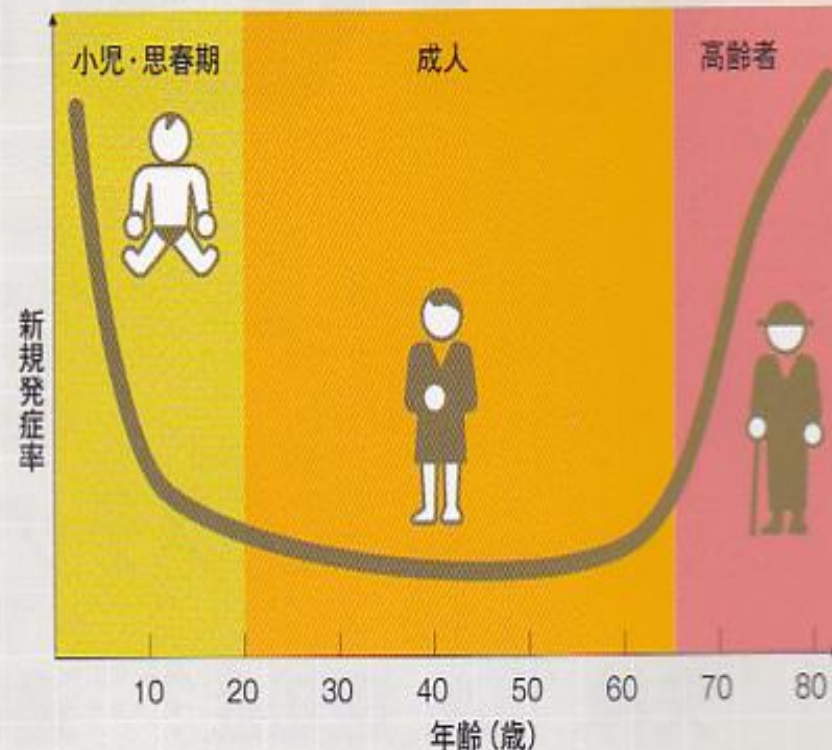
先進国での新規発症は**0-1歳と高齢者**が多い。

●欧米の文献^{1,3)}によると、総じて0-1歳と65歳以上で新規発症率が高い
(下表)

海外報告における新規発症率(対人口10万人、年間)

論文(地域・報告年)	 0-1歳	 成人	 高齢者
Forsgren L, et al. ¹⁾ (欧, 2005)	153-256人	20-64歳 30人	65歳以上 100人
Olafsson E, et al. ²⁾ (アイスランド, 2005)	130.2人	35-44歳 31.9人	65歳以上 110.5人
Hauser WA, et al. ³⁾ (米, 1993)	86人	30-34歳 45-49歳 23人	75-79歳 111人 (80歳以上は さらに多い)

●およその傾向として、両端が上昇するU字型となる
(下図はそのイメージ)



パーソナリティ障害とは？

平均的な人格特性からの偏りを指す

精神医学ではその偏りのために社会に十分適応することが難しく、自分自身や社会が悩む場合に限られる。人格は思春期頃には完成すると考えられ、統合失調症や認知症の発症などによる人格の変化とは区別される。

- 「パーソナリティそのものが病的である」と解釈したり、いわゆる「性格が悪い」とことと混同してはいけない。
- パーソナリティ障害の共通の特徴は、発達期からその徴候がみられること、認知、感情、衝動コントロール、対人関係で広い領域に障害が及び、家庭や職場など広い場面で見受けられる。
- 境界性パーソナリティ障害の方は、しばしば自殺未遂や自傷行為を行うことがあるので、救急医療機関につながるケースも少なくない。

境界性パーソナリティ障害の診断

対人関係、自己像、感情の不安定および著しい衝動性の広範な様式で、成人早期までに始まり、種々の状況で明らかになる。

次の5つ以上の症状があれば、境界性パーソナリティ障害と診断される。

- (1) 現実、または想像の中で見捨てられることを避けようとするなりふりかまわない努力
- (2) 人に対して、時には理想化、賞賛し、時にはこき下しすると両極端に揺れ動く、不安定で激しい対人関係様式
- (3) 同一性障害：著明で持続的な不安定な自己像または自己感
- (4) 自己を傷つける可能性のある衝動性で少なくとも2つの領域にわたる
(例) 浪費、性行為、物質乱用、無謀な運転、むちゃ食い
- (5) 自殺の行動、そぶり、脅し、または自傷行為の繰り返し
- (6) 感情の不安定(強い不快気分、いらいら、不安)

通常は2－3時間持続する。2－3日以上持続することはまれ

- (7) 慢性的な空虚感、(8) 不適切で激しい怒り、または怒りの制御の困難
- (9) 一過性のストレス関連性の妄想様観念または重篤な解離性症

対応 3 原則

チームで統一した対応を心がける

① ルールを作る

(例) 電話は20分まで、夜は受けない、など

② できることを示す

(例) それはあなたの問題だから私は聞くことしか できない

③ 今できる対処だけを行う

(例) 遠くにいるから今すぐに行けない

- * 適切な距離を保つ
- * 手を貸しすぎない
- * どう言われても気にしない
- * 自分で確認する

アルコール依存症の症状

1. 心理特性 否認と自己中心性

第1の否認『私はアルコール依存症でない！』

第2の否認『私は酒さえ飲まなければ、何の問題もない。』

2. 離脱症状

1) 軽～中等度

自律神経症状(手のふるえ、発汗、嘔吐、下痢など)

精神症状(睡眠障害、不安感、うつ状態、イライラ感)

2) 重症

けいれん発作・一過性の幻聴・振戦(意識障害と幻覚)

3) 精神症状・異常行動

暴言・暴力、徘徊・行方不明、妄想

アルコール依存症

【発病の時期に分類】

- ①早発型：若年より問題飲酒のある症例
- ②高年悪化型：若高年になってから問題飲酒が出現した症例
- ③遅発型：高年に達してから出現した症例

【飲酒の状況を詳しく把握する】

- * 身体疾患や家族関係，経済状況などの状況を把握
栄養失調や肝・心疾患の程度など緊急に身体治療が必要な場合もある
- * 家族関係や経済状況
- * 飲酒問題に対してご家族がどのように対応しているの
- * ご家族が疲弊している場合はご家族への支援も必要
- * アルコール問題でご本人はどのくらい困っているのか

認知症とアルコール依存症

注意！若年とは違うケアが必要

- 飲酒が習慣となっている場合は禁酒が必要
- 身体疾患を合併している場合、身体治療を優先する
(※一旦入院治療が必要なケースも…)
- **家族心理教育や環境調整が大切。**
(※認知症がある場合は、本人への教育は困難)
- 飲酒のある要介護者は、日常生活動作は保たれているが、転倒・骨折が多い
- 介護の現場では、問題行動のある方が多いので、負担が大きい
⇒担当者だけで抱え込まず、医師・保健師・ソーシャルワーカーなど多職種に相談を。
酔っている時は関わらず、素面の時に話し合う。



家族支援での注意点

- 家族間で共依存関係がある場合は、家族を閉じ込めた関係にしないように注意
- うつ傾向が本人や家族にある場合、的確な状況把握のために保健所や医療につなげ、アドバイスをもらいながら支援する。
- 家族を支援する方法で重要な事は、2点

「家族内の問題にせず外部の資源につなぐこと」と「必ず複数で関わる」。

介護疲れの現状

1. 介護される人の問題

- ・病気の重症度、それまでの生き方
- ・元々の性格(勝気、依存的など)



2. 介護する人の問題

- ・うつ病になり、話がまとまらない場合もある
- ・趣味や仕事ができず、ストレスが発散できない。
- ・元々の性格(完璧主義、心配症など)

3. 両方からくる問題

- ・それまでの関係性 (親子、嫁姑関係)
- ・ささいなことからくるコミュニケーションの悪循環



【怒らない工夫】

6秒ルール

- 思考停止；頭の中で数を数える
- その場から一旦離れる
- 魔法の呪文 「しょうがないか」 「まあいいか」
- 自分が言われたらどう感じるのか」を考^ニフ
- イライラを書き出す
- 非日常の空間に身を置く （カフェなど）
- 「今日は絶対に怒らない」などと決めておく
- ポジティブフォーカス：良いところに目を向ける
- 怒りのもととなる第一感情(悲しいなど)に気づく



障害者総合支援法

☆三障害(身体障害・知的障害・精神障害)の一元化

☆自立支援給付と地域生活支援事業 の2本柱

☆介護保険ではなく、医療保険

- 原則1割負担（市町村により違う）

- 世帯所得により月額上限額が設定

- あらかじめ選択した医療機関でのみ適用

（通院・重度認知症デイケア・薬局・精神科訪問看護など）

- 精神科訪問看護

薬と精神症状の看護、生活リズムの調整、コミュニケーションの支援、

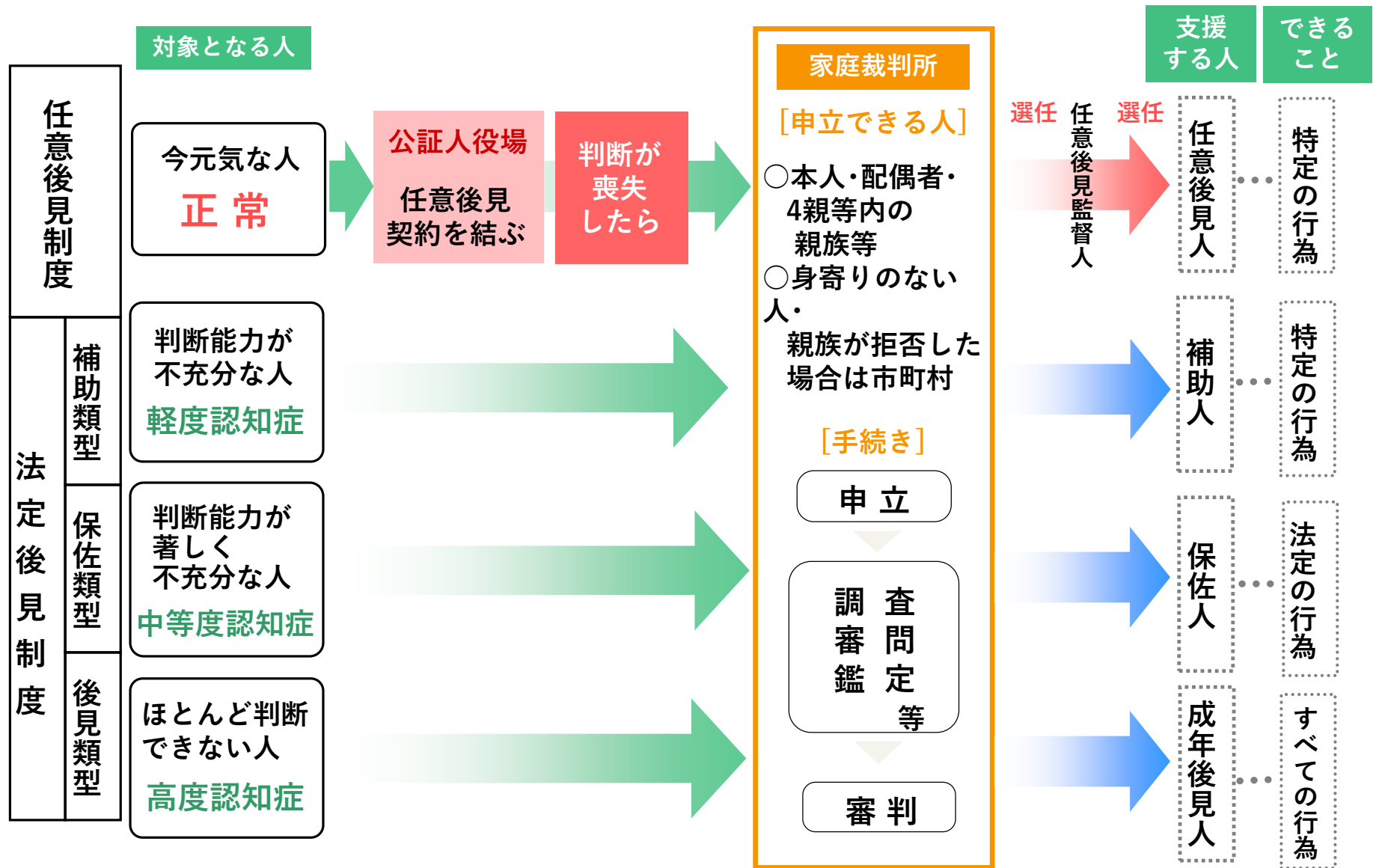
掃除、洗濯、買い物、料理、金銭管理等日常生活の自立支援、服薬、

デイケア、外来通院等医療の継続支援、就労等、社会生活復帰への支援

※ADLが自立している方にも支援できる



成年後見制度の仕組み



ヨーロッパでも認知症サポーター

- * 10月ドイツの3団体の方と一般の方が参加(在独日本人)
テーマは午前の部「高齢者の心の病い」
午後の部「日本の医療・介護・成年後見制度の事情」
その他、情報交換会
- * 日本発の認知症キャラバンメイトはヨーロッパ各地で活躍。
定期的に認知症サポーター講座を開催している。
- * 日本の認知症サポーター数は約 940万人(2017年9月30日)



認知症サポーターキャラバン



「チームの力」を生かす工夫

＊ 介護者の多様化、孤立

＊ 支援の枠組みをつくる新たなネットワークづくり

⇒潜在しているニーズをどうつなげるか

「地域包括ケアシステム」

＊ 状況をとらえ、共通の目的をもって、協働の場を

⇒必要な方法論やツール開発

ノウハウの構築と学び合うしくみ作り

