

# メンタルレター

mental letter

R元年9月 第22号

発行 岐阜県精神保健福祉協会  
〒500-8385岐阜市下奈良2-2-1  
岐阜県福祉・農業会館 3F  
TEL 058-273-5720  
URL <http://www.seisinhoken.sakura.ne.jp>



## 「メダカの飼育」

散歩コースにメダカのピオトープを作りました。患者様に変好評です。



## 「ちぎり絵・カメ」

下絵を元に、メンバー様が思いおもいの和紙をちぎって、立体的にカメを表現されています。2匹のカメが仲良く泳ぐ姿を表現しています。



## 「料理教室（ピザトースト）」

退院を目指す患者様を中心にメンバーを募り簡単な料理の練習をしています。



## 「モザイクタイルで作ったデイケア看板」

地場産業である、色とりどりのモザイクタイルを使用し、デイケア看板を作りました。  
木工プログラムで、プランタースタンドを一から手作りで作成し、看板を飾りました。

# 災害と自殺について

## ～ 経験から考える自殺対策と災害への備え ～

こころのホスピタル・古川グリーンヒルズ 菅野 庸

平成31年2月1日(金) OKBふれあい会館において、県委託事業として災害時自殺対策研修会が開催され、宮城県にある「こころのホスピタル・古川グリーンヒルズ」院長の菅野庸先生に講演していただきました。以下は講演の概要を協会事務局でまとめたものです。

### 1 東日本大震災時の被災状況

宮城県大崎市にある「こころのホスピタル・古川グリーンヒルズ」は、震災前は古川緑ヶ丘病院という名称でしたが、震災後建て替えられ名称も変更されました。

災害直後の様子ですが、緊急避難速報が鳴り止むとすぐ、すさまじい揺れが襲いました。揺れている最中に停電し、のちに貯水タンクが空になって断水しました。以後、停電や断水は3～7日ほど続きました。電話は災害時優先電話がありましたが、実際はほとんど機能しませんでした。自家発電は揺れで燃料ポンプが故障、病院全体に使ったら、過放電のためすぐに使用不能になりました。雪もちらつき気温も下がり、暖房のない中でどう対応するか考えなければなりません。病棟内壁は剥がれ、スプリンクラーの破損で水浸しになりました。土地の沈下で外来棟玄関前、病棟前駐車場が25～30cm沈下しました。建物や病棟内の継ぎ目が解離し、段差もできました。車いすが通れるように病棟内の継ぎ目の段差に板を渡して修理しました。

職員は病院で勤務していた者が交代で継続勤務する形で、近隣に住んでいる職員は徒歩や自転車等で自主的に通勤しました。職員にも家族に犠牲者が出たり、家が流されたりしたものも数人いました。しかし、すぐには家族の安否がわからず、数日間勤務せざるを得ない状況でした。

飲料水は震災当日は備蓄分でしのぎました。震災翌日以降、順に市の給水車が市民病院等を回っていましたが、当院には回ってきませんでした。困っている旨を事務部長が市に要請してやっと2日目以降給水車が来ました。

厨房はプロパンガスを使用していたため調理は可能でした。金曜日ということで、委託業者が3日分の食材を納品していたため、震災直後からある程度のは作ることができました。へりで連日マスコミに報道された場所から優先的に支援が始まり、当院にはとうとう支援物資は来ませんでした。情報の偏在化です。

津波被害があった沿岸部の様子は、停電でテレビも見られず、数日後に知ることになりました。携帯電話のテレビ機能(ワンセグ)を利用して、大津波による壊滅的な被害を知った以外に情報を得る手段がなく、状況把握ができませんでした。携帯電話もバッテリーの問題があり長くは見られませんでした。NHKラジオで医療機関の情報を繰り返し流していたため、当院も職員と患者全員が無事であることを伝えましたが、民放ラジオ局は中継アンテナのバッテリーがなくなり、震災2日目以降から数日間放送を中断しました。情報が枯渇化したときはデマに注意が必要です。



## 2 災害に関連する自殺

東日本大震災の後、震災に関連して自殺したとみられる人数は、厚生労働省の集計で、平成23年から29年の6年間で210人に上ります。平成29年、震災に関連する自殺の状況について、自殺総数は26人で、前年に比べ4人増加しましたが、ほとんどが将来への不安によるものとしています。県別では、岩手県は1人増加、宮城県は3人減少、福島県は5人増加でした。年齢階級別では70歳代と80歳以上は変わらず、50歳代は8人増加しました。福島に関しては、原発による帰宅困難区域解除の有無も影響したと思われる。数メートルの差で帰宅困難という状況もあります。天国と地獄の差です。

### 自殺のサインを見逃さない

- ①うつ病の症状が見られる
- ②原因不明の身体の不調が長引く
- ③酒量が増す
- ④安全や健康が保てない
- ⑤仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、胸を失う
- ⑥職場や家庭、友人関係でサポートが得られない
- ⑦本人にとって価値あるもの（職、地位、家族財産）を失う
- ⑧重症の身体の病気にかかる
- ⑨自殺を口にする
- ⑩自殺未遂におよぶ

自殺に追い込まれた人は何らかのサインを発しています。そのサインを見逃さないことが大切です。内閣府の「自殺対策白書」では自殺のサインを左記のように挙げています。災害によるストレスがうつ病の発症や悪化を招いたりして、身体症状が前面に出てくる場合があります。伴いやすい身体症状としては、疲労・倦怠感、頭痛・頭重感、めまい、吐き気、口渇、便秘・下痢、疲れやすさ・気力の減退などがあります。強い罪責感から「自分など生きていてもしょうがない」、「足手まといだ」と考えます。思考の障害により、頭の回転が鈍くなったり、考えが進まなかったり、集中力が低下したりします。それにより繰り返し死について考えたり、自分だけ生き残ってしまったと考えたりと死に対する思いを強くします。

から「自分など生きていてもしょうがない」、「足手まといだ」と考えます。思考の障害により、頭の回転が鈍くなったり、考えが進まなかったり、集中力が低下したりします。それにより繰り返し死について考えたり、自分だけ生き残ってしまったと考えたりと死に対する思いを強くします。

**自殺予防のための行動**に大切なものが4つあります。

1. 気づき：不眠や倦怠感などの変化に気づいて声を掛ける
2. 傾聴：声掛けをして、本人の話しやすい雰囲気を作る
3. つなぎ：早めに精神科などに相談するよう促す
4. 見守り：温かく寄り添い、問題解決を焦らない

**自殺未遂者への支援**には、以下のことが重要です。

1. 自殺未遂や自傷行為は最も強力な自殺リスクであることを理解しておく
2. 自殺行為や病気の診断名ではなく、その人の“生きにくさ”に焦点をあてる
3. “クライシス・コール”としてとらえる
4. 追い込まれた状況をとらえるという視点を大切にする
5. 直前のエピソードにとらわれすぎない
6. 自殺未遂者にとっての3つの非自発性（自らが望んでいない事態）を理解する
7. かわる時間に関係なく、ファーストコンタクトを重視する
8. 現在の危険度を評価する
9. 社会資源につなげるだけでなく“生きる”ことへの支援を考える
10. 支援者支援の準備をする



### 3 将来の大震災に備えるための課題

将来の大震災に備えるための課題をあげます。

1. 公的支援はないものとして、自分たちの安全は自分たちで確保しなければなりません。飲料水など水は命の源です。多めに常備する必要があります。
2. 大規模災害になるほど支援も遅くなるため、備蓄は5日以上必要です。いくつかは温かい非常食を職員分も合わせて確保します。
3. アマチュア無線等様々な通信手段を準備し、横のつながりを確保します。院内外の通信手段確保も医療業務継続に必要です。
4. 精神保健福祉センターや災害拠点病院等と災害時連携体制を確立し、興奮する患者、外傷や合併症などに迅速に対応するようにします。
5. 行政と協力し合い、自殺志願者からのSOSを見落とさないように、連絡があったら必ず会い、可能な保護も行う体制が必要です。
6. 自殺しようとするものへの予防策の検討や心身の休息場所の提供をしたりして、職場や家庭を離れ心身共に休息することを啓発します。
7. 職員自身や家族も被災者の可能性があるので、非常招集体制を整備します。被災職員はまず本人自身や家族の身の安全を第一に、災害時すぐ職場へ出勤することは禁止します。

#### 当院で災害用に準備する主なもの

特定小電力無線機：同一フロアでの情報伝達、情報交換  
デジタル簡易無線機：異なるフロア同士の連絡、外出時の連絡

デジタルMCA無線機：広域での他医療機関との連絡  
アマチュア無線機：公的支援要請、情報交換（ラジオ受信機能）

LEDマグライトなど、自転車（充電プレーキ付電動型）  
安否コールシステム（携帯電話メール登録・一斉通報）  
職種別ベスト、病院名入り自動車用磁石ゴムシート

病院より半径5km以内に居住する職員は、震度6弱以上で時間を問わず指示を待たずに、病院へ非常招集とする  
ただし、本人や家族の安全を確認後とする

### 4 ストップ・ザ・雑魚寝

TKBは「ストップ・ザ・雑魚寝」を学会の設立趣旨としている避難所・避難生活学会が提唱しているもので、Tはトイレ、Kはキッチン、Bはベッドです。

トイレの数が不足していたり汚かったりすると、水や食事を控える人が増えます。これが健康上のリスクを高めることにつながるため、快適で十分な数のトイレを導入することが欠かせません。

衛生上の問題からパンやおにぎり、弁当など、冷たくて栄養の偏った食事が出ることが多くなりますが、これが被災者の体調を崩すほか、精神的な負担につながります。キッチン・台所を利用して温かく栄養の取れる食事を出すことが必要です。

段ボールベッド（暖段はこベッド等）のような組み立て式ベッドが普及し始めており、地元の段ボール会社が段ボールベッドを支援物資として提供する災害支援協定を結んでいる自治体も多いです。

その中で一番重要と思われるのはキッチンです。3年前のイタリア中部の大地震では、避難した被災者のために発生から48時間以内に広くて掃除がしやすいコンテナ型のトイレが整備されて、家族ごとにテントとベッドも支給されました。「キッチンカー」と呼ばれる車を各地に準備し、災害時には温かい食事を用意できるように整えられています。

スフィア基準というものがあります。災害や紛争などの被災者すべてに対する人道支援活動を行う各種機関や個人が、被災当事者であるという意識を持って、現場で守るべき最低基準のことです。海外の避難所等では基準に沿った支援体制で対応しています。簡易ベッドは1人あたり3.5㎡（畳2枚）、トイレは20人に1基、男女比1対3で設置します。しかし、日本は未だに雑魚寝です。

# 不登校問題NOW

## ～半世紀以上にわたる不登校への対処の歩みと今日的課題～

東海学院大学 寺田 道夫

この文章は、平成30年7月（以後、主にH30等と記述）に行われた当協会の教育・家庭専門委員会での研修会における筆者の講話内容の一部に加筆したものである。

### 1 用語の変遷と不登校の治療や対処の歩み

わが国で今日使われている「不登校」という用語は、「何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因・背景により、登校しないあるいはしたくともできない状況にあるために年間30日以上欠席した者のうち、病気や経済的な理由による者を除いたもの」（文部省,H10）と定義されている。わが国でかつては、「怠学」「学校嫌い」「学校恐怖症」「登校拒否」といった用語が使われていたが、必ずしもそれに該当しないという理由から、「不登校」（non-attendance）が一般的に用いられるようになった。ただ、欧米諸国などでは、21世紀に入っても「school refusal」（登校拒否）が主流である。

何故、子どもたちが登校を渋ったり、家庭に居続けるなどの不登校状態に陥ったりするのか。これについては様々な見立てができ、それぞれの見立てに応じた適切な治療や対処がなされるべきである。ただ、欧米諸国では、既に1930年代より精神科医療領域などで不登校のタイプの違いによる見立てや治療に関心が払われてきた。その歩みは心理療法の歴史的歩みに沿ったもの、古くは精神分析や行動療法、そして、パーソンセンタードアプローチなどが注目を集めた。1970年代以降は、家族療法や認知行動療法を用いた不登校の治療や対処も着目されるようになってきた。

さらに、いずれの心理療法が不登校の治療や対処に効果が見られるかという視点から実証的研究もされてきた。

わが国で精神科医療領域や相談機関で不登校事例（登校拒否・学校嫌い）が着目され始めたのは1960年頃であった。その後、学校においても教師の不登校問題への関心が少しずつ高まり、具体的な事例検討が行われるようになった。

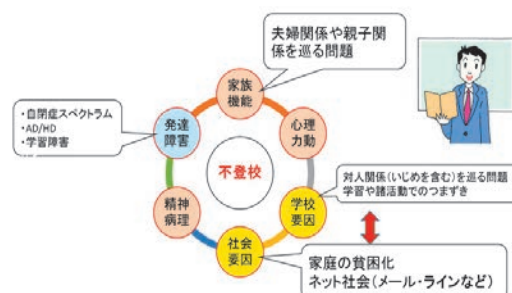


図1 多様化する不登校の要因（寺田,2018）

### 2 急増し続ける不登校への新たな介入の動き

1980年代に入り小中学校の不登校は年々増え続け、教師の不登校問題への関心や危機感が一層強まった。そのため、各都道府県の教育センター等が行う実践的研修会に多くの教師が進んで参加するようになった。さらに、教育現場における実践的研究が各都道府県の教育センターの研究紀要にとっても多く掲載されてきている。その動きと相まって、1980年代以降、今日に至るまで、不登校をテーマとした著書や学会発表及び論文掲載は数知れず、心理臨床家たちの関心の高さを物語っている。ただ、このような不登校に関する臨床的研究の知見や教育臨床場面における実践の成果が膨大になってきたことで、今日の学校における不登校事例にどのように活かせば良いかが却って分かりにくくなってきているのも事実である。

1990年代に入り、小中学校の不登校数は、平成2年度は66,700人、翌年度は72,000人と増え始め、



ことの重大さを危惧した文部省は、平成7年度から臨床心理士や精神科医、大学教員をスクールカウンセラー（以後、SC）として派遣するSC活用調査研究委託事業を始めた。しかし、学校側では外部から心の専門家を大規模に受け入れることは教育史上初めての試みであり、校内の教育相談体制にどのように位置付け、活用すればよいかわからない状態にあった。もちろん、SCにとっても、臨床現場と教育現場の相談活動は大きな違いがあり、まさに戸惑いの連続であった。

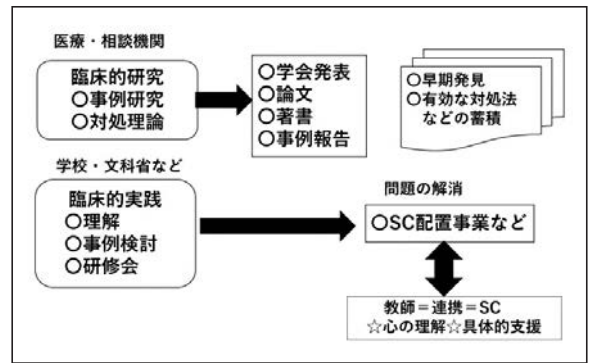


図2 不登校事例への関心の広がり (寺田,2018)

岐阜県においては、学校臨床心理担当理事（当初は臨床心理士会の丸井澄子会長）と学校臨床心理士コーディネーター（筆者）の2名が、県教育委員会の担当者とSCの配置について直接協議を行ってきた。平成13年度からは、SC活用事業補助という名称に替わり、予算的にも各都道府県教育委員会が主体となり新たな動きが始まった。教育現場では、SCの配置校も次第に増え、学校における相談の進め方や教師とのコンサルテーションの在り方に対するSC自身の考え方も変化がみられるようになってきた。学校側もSCの心の専門家としての役割に対する理解が深まり、相談体制の中にSCをスタッフとして位置付け、共に連携しながら不登校事例に対処できるようになってきた。そして、平成17年度には全国すべての公立中学校へのSCの配置が実現した。それから10数年を経てSCは、公立の小学校や高等学校などに広く配置されるようになってきた。

SC制度の拡大の推進に伴い、各学校にはコーディネーター（教師）が置かれ、SCと教職員との連携が一層密になり、登校しぶりや完全な不登校状態にある事例について早期に教師、子どもや親の相談に応じることができるようになった。さらに、校内で事例検討会を継続的に行ったりすることが容易となるなど多くの成果が見られた。そして、平成29年度には、学校教育法施行規則が一部改正され、SCが児童生徒の「心理に関する支援」に従事することが明記され、漸く学校制度として確立した。

なお、学校では、近年、自閉症スペクトラム障害やAD/HD等の発達障害による不登校や深刻ないじめによる不登校事例への対処も喫緊の課題となってきた。それゆえ、それらの事例に即応できる支援員の増配やスクールソーシャルワーカー（SSW）及びスクールロイヤー（学校内弁護士）等の配置も積極的に行われるようになってきており、SCと他のスタッフとの校内における情報の共有や協働が一層求められている。

### 3 不登校数の推移や増減率の変化から見えてくる今後の課題とSC活用の提言

文科省が毎年行う学校基本調査等の結果を見ると、SCが学校に配置された当初の不登校数は、小中学校で約8万人であった。その後年々増え続け、平成13年度には14万人に迫る勢いとなった。しかし、その年度を境に不登校数は12万人前後に留まった。その背景には、教師の不登校理解の深まりに伴う早期の対処や個々の事例に即した柔軟な対応、校内における継続的な事例検討会の実施やSCの積極的活用、適応指導教室の充実

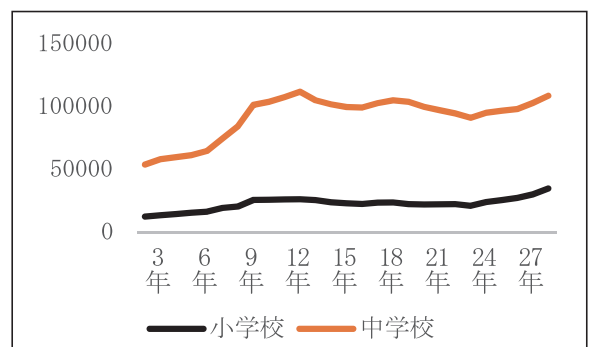


図3 不登校の推移 (文科省の調査より寺田作成,2018)

があった。さらに、教科における少人数指導の導入、子どもたちが小学校から中学校生活にスムーズな移

行ができるように、高学年での教科担任制の導入や中学校から小学校への教師の出前授業の実施、小中一貫校の設置等、様々な取り組み等による効果もうかがえる。

しかし、一時、小安状態にあった不登校数がH25年度から再び増え始め、H29年度にはついに14万人台に上った。さらに同年、日本財団による調査で潜在的な不登校数が数十万人に上ることが明らかにされた。それゆえ、何故、不登校が再び増え始めたかについて、多面的な視点からの調査及び分析が必要であると言えよう。

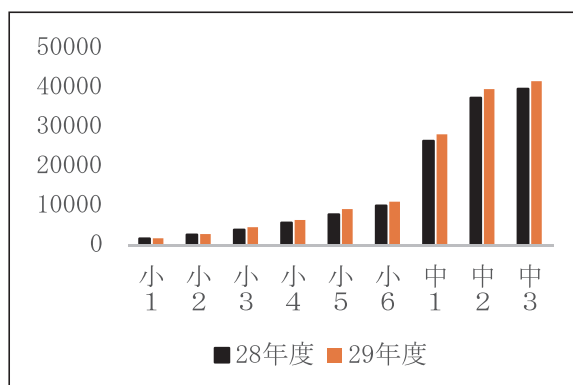


図4 不登校の推移 (文科省の調査より寺田作成)

従来の文科省による不登校の推移に関する調査統計の分析では、小学校と中学校との全体的傾向や学年別の傾向が公表されてきた。それゆえ、不登校数の増減を校種別で見れば、明らかに中学校が極端に多く、中学1年で一気に増えることがわかる (図4参照)。それゆえ、先に述べたように、当初より中学校に重点的にSCが配置されてきたわけである。しかし、SC制度が確立したにも関わらず、不登校数は却って増えつつあるという現状を直視した時、不登校の増大を抑止するため、新たにどこに着目するのが良いかが問われる。

たとえば、中1の不登校の子どもの小学校時代の出欠席状態についての調査では、中1で初めて不登校となったのは25%程に止まり、70%以上の子どもたちが既に小学校時代に休みがちであったと報告している (国立教育研究所生徒指導・進路指導研究センター, H24)。

図5は、小中学校の不登校の増加率 (各年度の不登校数/平成元年の不登校数) を算出し、それをグラフに表したものである。この図から、H3年度以降、小学校の不登校の増加率が中学校に比べて急に高くなり、しかも、H24年度からはさらに急増していることがわかる。その一方で、中学校では、次第に増加しているものの、H13年度を境にほぼ横ばい状態にあることが分かる。

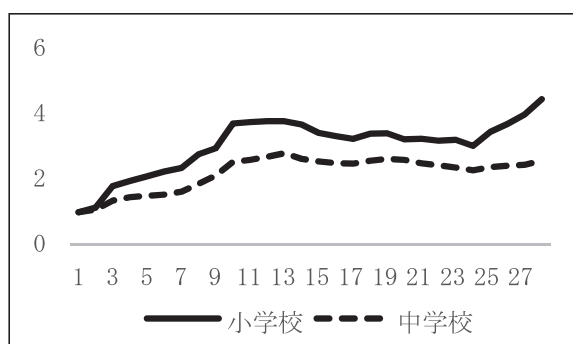


図5 不登校の小中学校別増加率 (文部省調査)

以上のことから、不登校の対処に関わる実践課題の一例として以下のことが考えられる。

- ・小学校のSCの配置日数を増やし、不登校の早期発見や早期対処に努める。
- ・小中学校が連携し、SCを交えて一層綿密な情報交流 (事例の概要や対処経過等) を行ったり、両校の教師が共同で事例検討会や研修会を開催したりする。
- ・小学校では、SCが卒業を直前にした6年生と個別面接を行い、新たに始まる中学校生活に対する期待や不安についてできる限り具体的な情報を収集する。
- ・中学校では、それらの情報を基に、全教職員の共通理解の下、新1年生が安心して学校生活をスタートできるように具体的な配慮や工夫を行う。

もちろん、不登校の兆しは、学校場面だけでなく、家庭でも様々な言動として表れる。それだけに、学校と家庭が連携を密にして、子どものSOSのサインを早期にキャッチし、情報を交流し、チーム学校として対処することが望まれる。

資料・寺田道夫著「不登校の子どもの理解と支援～学校でできることは何か～」2018年ナカニシヤ出版

# 昨年度のこころの健康フェスティバルを振り返って

岐阜県精神保健福祉協会 事務局

昨年こころの健康フェスティバルは平成30年11月1日（木）、岐阜清流文化プラザにおいて開催されました。その内容を特別講演を中心に紹介します。

## 1 功労者表彰

知事表彰は個人2名、協会長表彰は個人9名の皆様が表彰を受けられました。これまでの精神福祉活動へのご功績に深く感謝いたします。



## 2 特別講演

<演題> 「困った人を助ける・自分も手助けしてもらうため の上手なコミュニケーション」

<講師> 安西 信雄氏（帝京平成大学大学院教授）

<講演の概要>

### 障害者差別解消法

平成23年8月に障害者基本法が公布され、精神障害も身体障害、知的障害と同じ障害者に位置づけられました。平成25年に障害者差別解消法が施行され、障害者権利条約が締結されたことで、ハローワークで雇用サービスの正式な対象に精神障害の方が認められました。現在は3障害並みということが実現しています。

先生がSST（生活技能訓練）を始めたときは、ちょうど精神保健福祉法で精神障害者の社会参加がうたわれた時期です。そのころからSSTだけでなく家族支援とかいろいろな技術が日本に導入されて来ました。差別解消法は、障害を持った人が世の中でもっと生きやすくするための支援をしようとするものです。その大事なポイントの1つはコミュニケーションです。

### 効果的コミュニケーション

効果的コミュニケーションとは、私たちの文化や状況にあったやり方で言語的にまたは非言語的に自分を表現する能力です。これは意見や要望だけでなく、欲求や恐れを表明できることであり、必要な時期にはアドバイスや助けを求められることを意味しています。要するに自分のしてほしいことやしてほしいことを人に伝えられる能力です。対人関係スキルがあると、好ましいやり方で人と接触することができます。このスキルは私たちの精神的・社会的健康にとって重要な友人関係を築いたり、維持することを可能にします。

### ユマニチュード

ユマニチュードは認知症の方への支援の仕方で、フランスのイヴ・ジネスト氏によって開発され、見



る、話しかける、触れる、立つという4つの方法を柱にしています。たとえば、見るときは認知症の人の正面から、同じ高さで、近い距離から見ます。話しかけるときは優しく、前向きな言葉を使って、繰り返します。触れるときは、体に触れてスキンシップ、安心できる工夫をします。立つときは寝たきりにならないように自力で立つことを大切にします。「私にとってあなたは大事な人なんです」というメッセージを態度と行動で示すことで、認知症の患者さんの態度が変わっていきます。ポイントは見つめる、話しかける、やさしく触れることです。

### SSTによる効果的なコミュニケーションの技術

#### 生活技能訓練(SST) 生活技能を高める6つの手がかり

1. 視線を合わせる
2. 手を使って表現する
3. 身をのりだして話をする
4. 明るい表情
5. はっきりと大きい声で話す
6. 適切な内容

SSTは1988年にUCLAのリバーマン教授が日本に来てから本格的に導入されました。生活技能を高めることで、コミュニケーションをよくしたり、人に何か頼んだりするときに役に立ちます。

SSTの考え方は、老子の「授人以魚、不如授人以漁」（人に魚を与えれば一日で食べてしまうが、人に釣りを教えれば一生食べていける）という言葉にたとえられます。たとえば、子どもが困ったとき母親が助けると、母親がいないと子は生きていけないが、対応の仕方を身につければ一生生きていけます。

### 人を助ける・自分も助けてもらうための技能の練習

#### 1. ほめる（正のフィードバック）

具体的にほめることは好意的な気持ちを伝える良い方法です。ほめるのは、服装や髪形など目に見えるものについてです。ほめたりほめられたりすれば、お互いに良い印象を持つようになります。

#### 2. ほめ言葉を受け入れる

ほめ言葉を受け入れることができれば、周りの人たちはもっとほめてくれるようになります。

#### 3. 相手の言うことに耳を傾ける（積極的傾聴）

耳を傾けていることがわかると、相手の人は会話をもっと続けたいと思うようになります。

#### 4. 頼み事をする（肯定的要求）

前向きなやり方で頼みごとをすれば、頼みごとをしたとき従ってもらいやすくなります。ポジティブ・リクエストといいます。

職場、学校、家庭（親子・夫婦）や友人など、様々なところでコミュニケーションの工夫が求められるようになっています。うまくいかないときは、①相手の見方を変えてみる（認知）、②自分のやり方を変えてみる（行動）と役立つかもしれません。効果的なコミュニケーションのために、①相手の顔を見て、②伝えたいことをしっかり伝える、③積極的傾聴のやり方で相手の話をしっかり聞く、④相手の良いところをほめることが大切です。人に助けをもらう時はポジティブ・リクエストの方法を試みてはいかがでしょうか。



# 総会・講演会の成果

岐阜県精神保健福祉協会 事務局

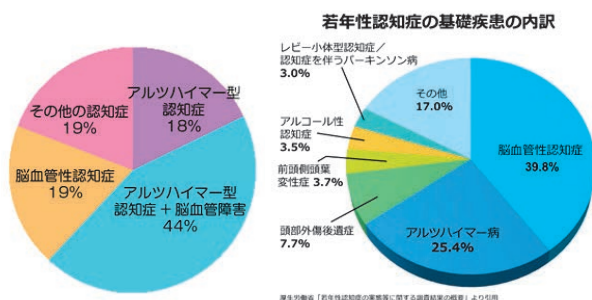
6月5日(水)、岐阜県図書館において、当協会の理事会・評議員会、総会、講演会が行われました。

総会では、田口会長のあいさつの後、理事会・評議員会で承認された平成30年度事業実績、歳入・歳出決算、令和元年度事業計画、歳入・歳出予算が報告されました。

その後の講演会では、当協会の会長で大垣病院理事長・院長の田口真源先生に、「若年性認知症の医療～就労をサポートする視点から～」をテーマに医療の立場からご講演いただきました。参加者は127名と多く、皆さんの関心の高さがうかがわれました。内容を簡単に紹介します。

## 1 若年性アルツハイマー型認知症と老年性アルツハイマー型認知症の相違点

認知症は大きく4つに分類されています。変性性認知症と血管性認知症があり、変性性認知症にアルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症があります。

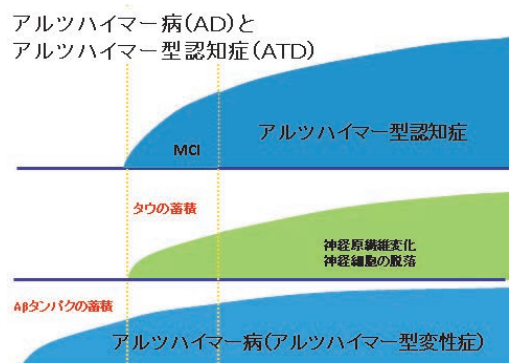


若年性認知症は脳血管性認知症が40%、アルツハイマー型認知症が25%です。アルツハイマー型認知症単独で発症される方は若年性認知症の方が高齢者に比べ多くなっています。高齢者の方はレビーの病理や血管障害の病理などの複合病理がかかっているのではないかということです。若年性認知症の方が約3万人というのは氷山の一角で、おそらくその2、3倍は

いると思われます。きちんとした診断を受けていないことが大きな問題となっています。

## 2 アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症

アルツハイマー型認知症では、まずAβタンパクの蓄積があり、その後タウの蓄積により認知機能障害が出てきます。アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症がどう違うのかというと、認知機能障害を発症したらアルツハイマー型認知症とするというのが今の主流です。その前にAβタンパクがたまってきた状態ではアルツハイマー病（アルツハイマー型変性症）といいます。認知機能障害を発症した後とその前では対応が違いますので、この段階で見つけ治療するのがいいです。



## 3 認知症の患者の日常生活における障害

若年性認知症はまだ現役世代が発症する病気であるということで、その後の仕事を継続することが大き

な目標になります。仕事を継続する上で必要な能力は、注意、意欲、情動、作業記憶、遂行能力です。注意の4要素（選択、持続、分配、転換）のうち、特に持続と転換が成績不良となります。

### （１）注意障害

アルツハイマー型認知症の患者は、選択機能障害（多くの刺激のなかから特定の刺激を選択する能力の障害）、分配機能障害（同時に2つ以上の刺激に注意を払い、他の情報を意識しながら別の情報を処理する能力の障害）、「視覚的に提示された単語への反応」の機能の障害があります。これらの障害があると、運転の際に車に注意を向けると歩行者に注意が行かなかったり、話しながら運転することができなくなったりします。ドネペジル、ガランタミンを処方します。

レビー小体型認知症の患者の場合は、一日のなかで変動する日内変動にとどまらず、日によって注意のレベルが異なる変動や月単位の長期にわたるものもあります。抗認知症薬が効果があるとされています。

前頭側頭型認知症の患者は、外的刺激に対して熟考することなく反射的に反応してしまう被影響性の亢進、行為の維持困難な注意の持続性の障害、注意の転導性の亢進があります。SSRI（セロトニン再取り込み阻害薬）に効果があるという報告が多いです。

### （２）情動障害

情動には湧き、空腹といった一次性情動（辺縁系情動）と不快、怒り、恐れといった一次情動から派生する二次情動（前頭葉性情動）があります。例えば蛇を見たとき、ぎょっとするのが一次性情動で、逃げるかやっつけようとするのが二次性情動です。

一次性情動障害では、誘因なく突然激しい情動興奮や破壊行動が起こり、一定期間持続し突然平静に戻ります。この場合は抗てんかん薬の効果があります。それに対し、二次性情動障害は気分の急激な変動や欲求の変化を制御することができません。これには抗てんかん薬や抗うつ剤が効きます。

### （３）前頭側頭型認知症の常同行為

前頭側頭型認知症では、常同行為がみられます。同じ言葉を何度も繰り返したり、ある時間になると家の中を歩き出すといった同じ行動を繰り返す行為や、同じものや濃い味のものを食べる異常な食関係の行動です。行動を制止すると暴力を振るうこともあります。常同行為の治療には、SSRIを使う薬物療法、編み物など本人の趣味を日課に組み入れるルーティン化療法を使います。

## 4 レビー小体型認知症とアルツハイマー型認知症の幻覚・妄想

レビー小体型認知症では後頭葉で血流低下が起こることにより後頭葉で機能低下が起こり、入力画像が弱くなり、相対的機能亢進が起こり相対的に出力画像が増加します。そうすると虫が見えたり人の顔が見えたりします。それに対し、てんかんの幻視は出力画像が強くなることにより幻視が見られます。

「私は財布を筆筒にしまった」という言葉の記憶と画像の記憶では画像の記憶の方が強いといわれます。それが楔前部の血流の低下により、画像の記憶が薄れると、言葉の記憶の主語・述語があいまいになり、「私が」が「嫁が」になり、「しまった」が「盗んだ」になることが起こってきます。これが物取られ妄想です。





# こころの健康フェスティバルの予告

吉川隆博先生（特別講演講師）

からのメッセージ



厚労省は、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して暮らすことができる地域づくりをめざしています。そのような地域づくりを実現するためには、精神疾患や精神障害がある人の理解を深めるための活動や、多様なニーズに応えることのできる支援体制の構築が求められます。

そこで今回は、多様なニーズに応えるための地域の支援体制づくりとして、当事者と支援者、病院と地域など、関係者らの“顔の見える関係”づくりにおいて、どのようなことが大切になるのか。そして、地域全体で支えるための支援体制づくりと、医療の上手な活用の仕方などについて、お話ししたいと思います。

## <吉川隆博（きっかわ たかひろ）先生のプロフィール>

- 昭和59年 4月～ 岡山市の財団法人河田病院（精神科病院） 就職
- 平成18年 4月～ 岡山県立大学 保健福祉学部看護学科 講師
- 平成20年 7月～ 厚生労働省 入省  
社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課（障害保健専門官）
- 平成23年 4月～ 学校法人山陽学園山陽学園大学 看護学部 准教授
- 平成25年 4月～ 特例社団法人日本精神科看護協会 業務執行理事
- 平成26年10月～ 東海大学 健康科学部看護学科 准教授
- 平成29年 6月～ 一般社団法人日本精神科看護協会 副会長
- 平成31年 4月～ 東海大学 医学部看護学科 教授

## プログラム

- <期 日> 令和元年11月22日（金）
- <会 場> 大垣市情報工房シンクホール  
大垣市小野町4-35-10
- <日 程>
  - 13:00～ 受付開始
  - 13:20～13:25 開会セレモニー  
県知事・協会長あいさつ
  - 13:25～13:40 表 彰  
精神保健福祉功労者表彰  
（県知事表彰、協会長表彰）
  - 13:50～14:30 私の主張発表・私たちの活動報告Ⅵ  
出演：福祉施設の利用者の皆さん
  - 14:40～16:10 特別講演  
演題：「顔の見える関係を重視した  
地域支援体制づくり」  
講師：吉川隆博先生  
（東海大学医学部教授）
- <同時開催> 芸術展（ホワイエにて）