

精神疾患を持つ家族への対応

医療・心理士の立場から

2025年10月20日
浦和すずのきクリニック

臨床心理士・公認心理師
鈴木淳也

今回の研修の目標

1

医療・心理士の役割や視点、診断など共通言語を知り、連携に役に立ててもらおう

2

心理士の精神疾患への対応について知り、参考にしてもらおう

3

心理士の限界設定を参考にもらいパーソナリティ症への対応を知ること・困難事例での燃え尽きを予防する

臨床心理士と公認心理師

臨床心理士

1988年に設立された民間
資格

5年毎の更新制

公認心理師

2017年に施行された国家
資格

更新不要

基本、どちらも大学院修了が必要（例外あり）

精神科医と心理士の違い

精神科医

診断、治療方針の決定、
主に薬物療法

心理士

カウンセリング、
心理検査、集団療法

PPPDのカウンセリング事例

PPPD（持続性知覚性姿勢誘発めまい）とは

ふらふら、ゆらゆらしためまいが続く
頭を動かす、人が動いているのを見る、パソコンや複雑模様
見ることによって症状が強くなりやすい

心理療法の役割の一つ

症状をなくすというよりは、症状との付き合い方を
学び日常生活の不便さを軽減させる

→事例ではPPPDは治っていないが、生活の質は上がっている

生活の不便さが改善された結果「心の病気の」診断
基準を満たさなくなり「寛解」していくことはある

昔からケアマネさんからの要望で多いこと

人格障害の人はどう対応したら
よいの？

→ケアマネ界隈でなぜそんなに「人格障害」の人
と出会うのか？

精神科の診断について

DSM

アメリカ精神医学会作成「精神疾患の診断・統計マニュアル」

精神疾患に特化

診断基準が細かい

臨床現場や研究で使われることが多い

ICD

WHO作成「国際疾病分類」

身体疾患など全ての病気の分類

国際的に統一されたコード

日本では公的な書類で使う

最新版の病名の日本語訳は「障害」→「症」への流れ

精神科の診断の特徴

症状の観察と本人の訴えが中心

→症状のパターンで分類

原因の特定は困難

→セロトニン不足が原因ではない、ストレスが原因とは限らない

診断名＝治療法が直結ではない

→症状の背景は何かを考える

診断は変わる可能性がある

→診断は現時点での仮説という見方も

パーソナリティ症全般の基準（DSM 5－TR）

- A. その人の属する文化からみて著しく逸脱した、持続的な内的体験および行動の様式。この様式は以下の2つ（またはそれ以上）の領域に現れる。
1. 認知（自己、他者、および出来事を認知し解釈する方法）
 2. 感情（感情の範囲、強度、不安定性、および適切さ）
 3. 対人関係機能
 4. 衝動コントロール
- B. その持続的な様式は、融通がきかず、広範囲の個人的および社会的状況に及んでいる。
- C. その持続的な様式は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- D. その様式は、青年期または成人期早期には始まっており、時間の経過とともに安定している。
- E. その様式は、他の精神疾患の症状や結果としてよりよく説明されるものではない。
- F. その様式は、物質（例：乱用薬物、治療薬）または他の医学的状态（例：頭部外傷）の生理学的作用によるものではない。

- 猜疑性パーソナリティ症
- シゾイドパーソナリティ症
- 統合失調型パーソナリティ症
- 反社会性パーソナリティ症
- ボーダーラインパーソナリティ症
- 演技性パーソナリティ症
- 自己愛性パーソナリティ症
- 回避性パーソナリティ症
- 依存性パーソナリティ症
- 強迫性パーソナリティ症

ボーダーラインパーソナリティ症（DSM 5－TR）

対人関係、自己像、感情の不安定性、および著しい衝動性の広範なパターンで、青年期早期までに始まり、さまざまな状況で明らかになる。以下のうち5つ（またはそれ以上）によって示される。

- 1.現実的または想像上の見捨てられを回避するためのなりふり構わない努力。（注：自殺関連行動や自傷行為は含まない。）
- 2.不安定で激しい対人関係のパターンで、極端な理想化とこき下ろしを繰り返すこと。
- 3.持続的に不安定な自己像または自己感覚。
- 4.自己を傷つける可能性のある少なくとも2つの領域における衝動性（例：浪費、性行為、物質乱用、無謀な運転、過食）。
- 5.自殺をほのめかしたり、脅したりする行為、または自傷行為の繰り返し。
- 6.著しい気分反応性による感情の不安定性（例：通常は数時間、まれに数日間続く、強い不快気分、いらいら、または不安）。
- 7.慢性の空虚感。
- 8.不適切で激しい怒り、または怒りの制御困難（例：頻繁にかんしゃくを起こす、常にいらいらしている、けんかを繰り返す）。
- 9.ストレスに関連した一過性の妄想様観念、または重篤な解離症状。

事例の感想①

診断名について

医療との共通言語を持てるのがメリットの一つ

ケアマネの「人格障害」と診断の「パーソナリティ症」は同じなのか？

→感情の起伏が激しい、他責的、ルールを守らない、無理な要求を繰り返す人を人格障害としていないか？

診断名では支援は決まらない

同じ診断名でも何が問題になっているかは人それぞれ

その人の症状や行動の背景、具体的な生活上の問題は何かを考える

ボーダーラインパーソナリティ症への対応

「性格」に問題がある病気ではないことを理解する
→対人関係のパターンや感情調節の柔軟性などの問題

傾聴はするが深く入り込みすぎない
→理想化とこきおろし、支援者同志の対立に気を付ける

「ケアマネの仕事」をする

チームで対応を統一

最初に限界設定をする

限界設定（バウンダリー）

支援者がどこまで関わるか線を引くこと

目的

多職種連携の「役割分担」
でも重要な考え

支援者の保護

クライアントの
自立支援

関係性の安定化

専門性の保持

冷たく突き放すことではない。お互い安心した関係づくりに不可欠なこと

事例

カウンセリングをしているクライアントの家族から電話が受付にかかってきた。「〇〇（クライアント）が不安定になって暴れている。心理士に電話に出て欲しい」という話があった。どう対応するか？

DBTの電話相談 限界設定例

時間の限界

相談の対応時間帯を
決める

一回あたりの電話時
間は10分前後

内容の限界

事前の相談で教えた
スキルの手助けのみ

それ以外の相談には
のらない

頻度と条件の限界

基本危機的な状況のみ
(自傷行為後はダメ)

頻度も制限

初期段階で同意

ポジティブな意図
を説明

一貫した対応

ケアマネに限界設定が必要な理由

「何でも屋」になりがち

周囲から何でも頼んでよい人と期待されやすいし、ケアマネも「自分がやるしかない」と思いがち

「できない」罪悪感

支援職として「断る」「限界設定をする」ことが見捨てるように感じてしまう

精神疾患への困難さ

精神疾患で困難ケース（特にパーソナリティ症）は「限界線を試される」ことがある。「安心させねば」「怒らせてはいけない」は限界の境界線を保てなくなりやすい

事例の感想②

生活歴、学歴、職歴で何か言動の背景への関連は？

人権があることを認めてほしいとは？

担当ヘルパーが減るだけ？

本人にとって高い要求をしない、暴言を吐かないメリットは？

なぜ、ケアマネの対応に不満があるのに、サービスを継続しているのか？なぜ、ヘルパーへの横暴な言動が続くのか？

なぜその行動をするのか？しないのか？

行動が増える理由

- ・ 良いことが起こる

大声を出すと職員がかけつける

「今すぐ来て」と要望すると来てくれる

- ・ 嫌なことを避けられる

デイケアに行きたくない話す

面倒なので風呂に入らないと話す

行動を減る理由

- ・ 嫌なことがある

歩行練習すると痛い

めまいがあるから外出しない

- ・ 良いことが起こらない

「様子を見てください」と言われるだけだから病院いかない

大声を出しているのに誰も来ないから大声を出さなくなった

人の行動 4つの機能（目的・理由）

要求

モノや活動を得ようとする

注目

他者からの注目を得ようとする

回避

不快なことから逃げようとする

感覚

感覚的な満足を得ようとする

行動

目的

対応例

自傷行為

言うことを聞いて
くれる（要求）

周囲は反応しない、コ
ミュニケーション練習

心配してもらえる
（注目）

周囲は反応しない、適
切な行動を教えるか適
切な行動の時に反応

スッキリする（感覚）

他の方法で
スッキリさせる

死にたい気持ちが
薄れる（回避）

ストレス状況の改善

目的が達成されると行動が繰り返される

行動

目的

相手からの感謝や承認
を得る（注目）

共依存の人が対象
者の世話をする

相手に必要とされる状
態を維持する（注目）

見捨てた・冷たいと思
われないため（回避）

どこかで身に覚え
がある人はい
ませんか？

行動

目的

思い通りのサービス
(要求)

ヘルパーに細かい
注文

嫌なことをされない
(回避)

支配感を得る
(注目?)

行動

目的

新しいヘルパー
をいれる
(要求)

ケアマネに
文句を言う

丁寧な対応 (要求)

支配感を得る
(注目?)

興奮時など危険な状況への対応

①

安全確保と 冷静な態度

- 逃げ場所の確保
- 武器はチェック
- 背を向けない
- ゆっくり動く
- 腕組みはダメ
- 自傷他害の恐れがある時は通報

②

コミュニケーション

- 批判に理解は示すが、境界はひく
- 「落ち着いて」「わかるよ」は逆効果
- 共に問題解決しようする姿勢
- おだやかに、短く、具体的に

③

興奮が収まった後の 対応

- 飲み物や食べ物をすすめるのも
- 静かな環境へ
- 必要であれば、他機関に連絡

事例の感想

どうして生活保護なの？

性格って何？

性格が問題発言の原因と考えていないか？

①と②の本人の「こだわり」はどうしてなのだろうか？

③はなぜ勘違いが生まれたのか？

④は今のタイミングの必要性は？

なぜ抵抗するのか？

問題を認めさせる

「あなたはアルコール依存なんですよ」

現状維持の結果を警告

「このままだと肝臓がんになりますよ」

変化の利益について教える

「酒飲まなくなったら肝臓がよくなりますよ」

どうやって変化させるかを教える

「酒を断ちましょう」

うるせえ

ほっとけ

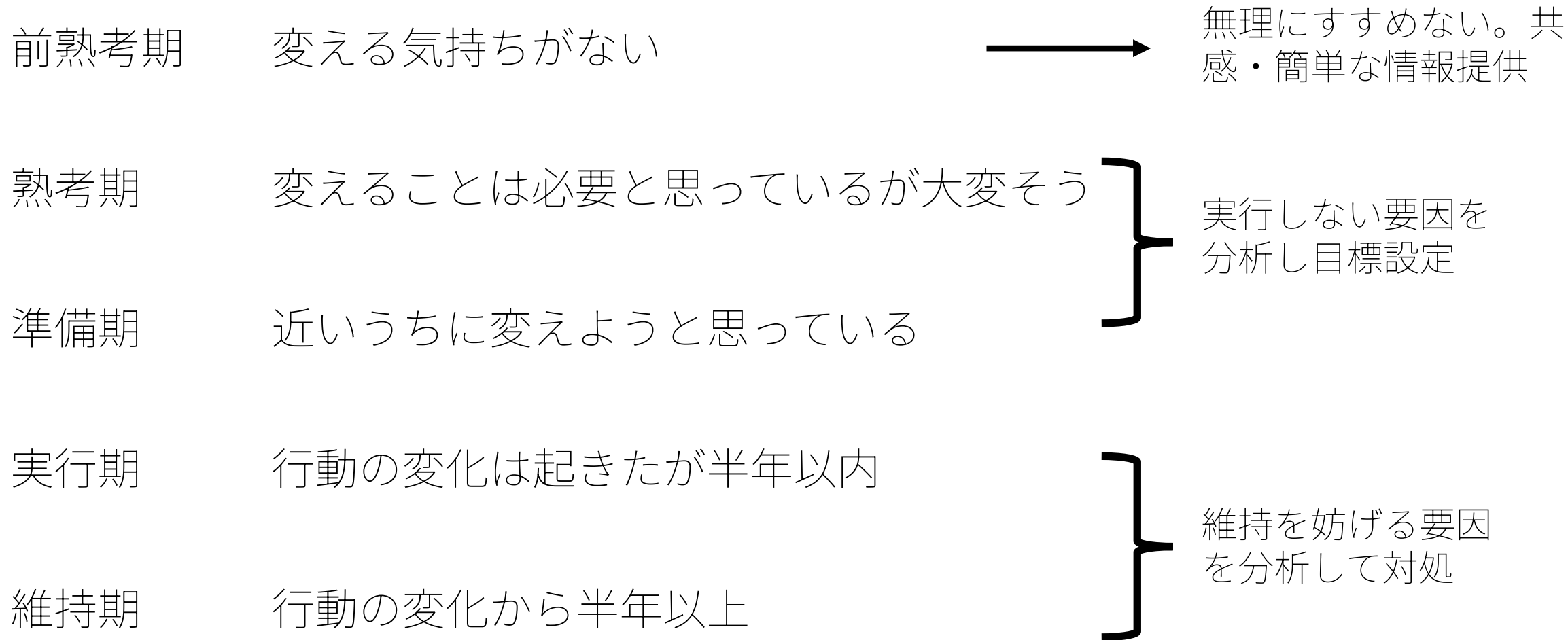
俺なんか死んだっていいんだ



支援者が言わせている



変化の準備性（段階変容モデル）



“ 敵を憎むな。判断が鈍る”

映画「ゴットファーザー」

病名や概念（共依存など）は理解を助ける道具。否定的なレッテルではなく支援の方向を見つけるために使う。

「悪い感情」だけでなく「良い感情」も判断を鈍らせる

「悪い感情」が起こるのは自然なこと。感情に気づき、振り回されない対応をする

事例①

概要

1、Aさん

年齢:89歳

経済状況:生活保護受給

介護度:要介護 3(寝たきり度 C1・認知症度 IIIa)

既往:うっ血性心不全・慢性腎不全・心房細動・気管支喘息・左肩関節脱臼

アルツハイマー型認知症

利用サービス:訪問診療(月2回)・訪問看護(週1回)・通所リハビリテーション(週1回)

訪問介護(週1回)・福祉用具貸与(特殊寝台、付属品・車椅子・スロープ)

2、家族のおおよその年齢性別、明らかな関連する病名、又は関連する性格等

家族:長男(60歳。本人と同居。主介護者。生活保護受給)

長男の病歴:糖尿病。

長男の性格:母親思い。

(育ててもらったので、介護するのは自分がやるべきとの事。)

感情のふり幅が大きく、思い込みが激しい。こだわりが強い。

(自分の考えや信念に固執する傾向で、意見や状況の変化を

受け入れにくい。視野が狭くなり極端な考え方になる)

長女(年齢不詳。別居。主介護者の長男と仲が悪く、介入してこない)

3、今回の理解をいただけない困ったエピソード

- ①、本人が入院加療後に在宅生活復帰の条件として訪問診療の導入の方向となり、訪問診療の紹介の依頼があったので、自宅近くの訪問診療を紹介(入院先からも勧め有)した。

しかし、長男としては入院ができる大きな病院が訪問診療先として良いとの意向があったので、そのような機関での訪問診療は、自宅近くにないことを伝えるも、知人から紹介してもらった病院はやっていると聞いているとの長男から意見があり、知人から紹介してもらった病院へ長男は自分で訪問診療の問い合わせるとのことがだったので、長男に対応をお任せした。

後日、長男から電話があり、ケアマネは訪問診療先を探してくれず、ケアマネが紹介してくれた病院は、入院先と共に一方的に訪問診療先を決めてきたと事で、怒った口調でまくしたてられ、取り付くしもない状況だった。

- ②、本人退院後に、万が一の時は現入院先が一手に対応してくれると長男は思い込み、退院後の訪問診療に対して必要性を感じていないので、退院後も通院したいとの長男から意見があった。

だが、退院前に現入院先担当医からの説得で、本人退院後の在宅生活する必要な体制として、訪問診療導入となったはずだったが、その体制の話しを白紙にしようとし、なんども入院先との話し合いをする状況だった。

- ③、通所サービス時の朝の迎えが時間通りに来ない。

通所サービスでの食事形態でカロリーや塩分制限が違う。

通所サービスでリハビリをしてもらえていない。

オムツ交換をしないで通所サービスから帰ってきた。といった訴えが長男から

通所サービスにあったので、その都度、通所サービス側は長男に対して、サービス提供状況を説明し、結果長男の勘違いであった状況があった。

長男は、サービス状況が見えない環境なので、思い込みの強い長男に対して、通所サービス側は説明する手間が増えている。

- ④、本人への支援を長男が一手に対応している状況なので、健康不安のある長男に万が一のことがあったら、本人を支援する人がいなくなってしまう為、介護サービスの追加導入を提案するも、本人の介護をするのは自分がいるし、自分がやるべきことなので、サービスの必要はないとの事で、提案を聞き入れない。

4、どうしてほしいか

当該家族のような人柄？性分？は、どういう人が多いのか？

どうして抵抗(言動が荒くなったり、攻撃的になる)するのか？

どう向き合うのがよいのか？

事例②

概要

1、O・H様 男性

年齢:60歳

既往:多発性硬化症、両側変股症、左上肢コンパートメント症候群

認知症:なし

精神疾患:受診歴ないが、パーソナリティ障害があると思われる。

自分の考えが正しく他は自分より劣ると思っており、言動もヘルパーやケアマネに対し蔑む発言が多くみられる。

2、家族等の状況

家族:離婚した妻、幼い頃に離れた長男いるが、何十年も会っていない。

3、困ったエピソード

自宅で毎日調理や入浴、全身の軟膏塗布を希望されており、「365日休まず毎日入浴介助や調理ヘルパーに入ってほしい。馬鹿なヘルパーではダメだ！埼玉県内すべてあたってでも探せ！それができなければ、お前はケアマネとして無能だ！」との発言みられ、ヘルパーを探してきても、色々と細かい注文を出してクリームをつけ、ヘルパー担当者がメンタル不調を訴えやめていくという負の連鎖状態に陥っていった。

4、こうしてほしい

本人への理解を示しながらヘルパーにも人権があることを認めてほしい。

高いレベルの要求をすればするほど、担当できるヘルパーが減っていくことを理解してほしい。