

LECTURE DIGEST

生きづらくなった方の 困りごとへの気づきと対応

— 医療・介護への早期連携 —

困りごとに早く気づける地域は、大事になっていく前に支援を始められる。

講演抜粋版 | 医療・介護連携推進会議（支援職向け・90分） ● ミツノワ 高山 英也（精神科医） ● 2026.08



この資料について

安心してお読みいただくために、抜粋の方針を先に記します。

01 2026年8月の医療・介護連携推進会議での講演から再構成しています

主催者・開催圏域に関わる情報、および地域固有の資源紹介は削除し、演者自身の知見のみを抜粋しました。地域の相談先は、どの地域にもある一般的な窓口の種類に置き換えています。

02 事例はすべて匿名化した複合事例です

ミニワーク・ケース検討で用いた事例は、発表用に作成した複合事例であり、実在の個人を示すものではありません。個人が特定される情報は含みません。

03 医療情報の扱いについて

本資料は支援職向けの視点共有を目的とし、診断・治療の判断を代替するものではありません。引用は公開情報(公的機関・学会等の資料)のみ出典付きで残しています。

90分で、持ち帰ってほしい3つのこと

1

気づく

「いつもと違う」を、病気だけでなく状況・環境の変化として捉える

2

見立てる

緊急度／早めの相談／時間をかけられるものを分け、動き方を考える

3

つなぐ

観察を“チーム”に伝わる言葉に変え、本人・家族と一緒に支える形へ

「いつもと違う」を、病気だけでなく、生活・環境の変化として捉えられるようになること。

まず共有したいこと：「生きづらさ」を、**本人だけの問題にしない**

診察室で出会う「生きづらさ」は、病気だけでは説明できません。

支援の現場で起きがちなこと

- 「こころの病気かな」で止まる
- 「性格の問題」「本人のやる気」で片づく
- 困りごとが「問題行動」として扱われる

この講演の見方

生活の困りごと・人間関係・孤立・介護・経済的な不安・家族関係——
いくつも重なって、ひとつの「生きづらさ」になっている。
「困った人」と見る前に、「困っている人かもしれない」と見る。

共通の見取り図：生きづらさを病気・状況・環境で考える

この3つの枠組みは、今日の全ケースに使えます。見方を変えていくと、支援の入口が増えます。



「病気か、そうでないか」の二択ではなく、3つの重なりで考えると、支援の入口が増える。

「疾病性」と「事例性」を分ける

早期連携で価値があるのは「診断名っぽい言葉」ではなく、生活の変化の記述です。

SICKNESS

疾病性 | 診断・病名

- 医師が病名や重症度を評価する領域
- 例: うつ病、認知症、せん妄、妄想 など
- 周囲の人が“診断”する必要はない

CASENESS

事例性 | 生活の変化

- 郵便物がたまる／支払いミス
- 会話がかみ合わない／体重減少
- 家族との衝突が増えた

早期連携で価値があるのは「診断名」より、“いつから、何が、どう変わったか”。それだけで医療は動きやすくなる。

観察のコツ：気づきは「6領域」で集めると漏れにくい

● 生活・食事

眠れない／昼夜逆転／食欲低下／体重変化

● ADL・IADL

買い物／金銭／服薬管理／入浴／掃除／運転

● 認知・会話

同じ話／予定忘れ／勘違い／判断ミス

● 感情・行動

不機嫌／拒否／涙／こだわり／被害的言動

● 身体・症状

ふらつき／転倒／めまい／便秘／頻尿／服の変化

● 家族・社会

介護者疲弊／孤立／消費者被害リスク／経済／近隣トラブル

チェックリストを覚えなくていい。「以前と比べてどうか」「いつからか」——それが最も強い情報です。

支援職だからこそ先に見える変化がある

「もの忘れがない＝大丈夫」とは限らない。生活の場の変化は、診察室より先に現れます。

認知機能の変化は「もの忘れ」だけではない

- 記憶 —— 同じ話／約束忘れ／買い物重複
- 見当識 —— 日付・場所／慣れた道で迷う
- 判断 —— 金銭・契約／手続き／運転のミス
- 遂行機能 —— 料理・段取りが崩れる
- 社会行動 —— 身なりの乱れ／対人トラブルの増加

高齢者のうつは「気分」より先に体に出ることも

- 体に出る —— 眠れない／食べられない／痛み・倦怠感
- 行動に出る —— 外出しない／趣味をやめる／受診・服薬が乱れる
- 言葉に出る —— 「迷惑をかける」「申し訳ない」「もういいの」

「年だから仕方ない」と決めず、身体疾患・服薬・認知症との重なりも含めて医療につなぐ。

参考：公的機関・学会等の公開資料（認知症のサイン・高齢者のうつに関する一般的情報）より構成。

まず医療に相談したい「急な変化」

「急に変わった」は、せん妄・身体疾患を疑うサイン。認知症の「進行」と決めつける前に、まず身体評価。

急な変化のサイン

- 数日前まで会話できていたのに、今日はぼんやり／つじつまが合わない
- 時間帯で良くなったり悪くなったりする(夕方～夜間で変化)
- 急な発熱・食欲低下・ぐったり感を伴う

精神症状に見えても、身体から始まることもある

- 脱水・感染・薬の変更・便秘・痛み・低血糖 など
- 「精神科に送る」前に、まず身体の変化を疑い、かかりつけ医へ
- 意識障害・呼吸困難など命の危険があれば救急(119)へ

「精神科っぽい症状」でも、身体・薬剤から始まることもある。急な変化は、まず医療に。

困りごとの優先順位：まず「安全」と「急な変化」を見る

今すぐ

意識障害／呼吸や循環の急な異常／重い外傷・具体的な自殺の計画／切迫した自傷他害 —— 救急・緊急対応の相談へ

数日以内

急な認知・ADLの低下／食事・水分がとれない／立てない・歩けない／転倒後の変化 —— 医療評価を急ぎ手配

早めに

ゆるやかな変化／介護者疲弊／服薬管理の乱れ／受診中断／近隣トラブル —— 支援・相談を始めどき

確定診断は不要。未確定の段階で相談してよい。相談＝入院・受診の強制ではありません。

「死にたい」「消えたい」を打ち明けられたら

隠さずに聴き、安全を確認する。訊ねることで危険が増すわけではなく、むしろ危険度を掴む支援になります。

1

受け止める

否定も説得もせず、まず聴く。「話してくれてありがとう」



2

確認する

具体的な計画・手段の有無を、確認できる範囲で聴く



3

一人にしない

周囲の人・職場の仲間と一緒に、安心を確保する



4

必ずつなぐ

家族・主治医・精神科・救急へ。抱え込まない

1人で抱え込まないことが大切。周囲と共有することは裏切りではなく、危険度を把握し続けられる支援になる。

連携の見取り図：ひとつの声かけが、支援の入口になる

医療・介護が欲しいのは、「問題が大きくなる前の入口」です。



地域の「気づき手」と、医療・介護の「受け止め先」がつながると、早期連携になる。つなぐことは丸投げではなく、支援の一部。

同じ変化を、**違う職種が違う窓から**見ている

“誰かが正しい”ではなく、“情報を重ねるほど解像度が上がる”。

介護職

食事・排泄・入浴・動作・表情

看護師

身体変化・服薬・症状・セルフケア

医師

病態・鑑別・治療・安全性

ケアマネ

生活全体・サービス・家族負担

相談員・行政

権利・制度・地域資源・ネットワーク

薬剤師

服薬状況・相互作用・残薬・副作用

家族

日々の変化・本人の歴史・価値観

地域住民

見かけなくなった・ごみ出しの変化

医療職の情報だけが特別ではない。地域の気づきが、診断や支援の方針を変えることがある。

連携がうまくいくコツ：観察を「医療に伝わる言葉」へ

診断名がなくても、この6点を伝えるだけで状況はかなり伝わります。電話・紹介状のテンプレートにも。

1 いつから

「3か月前から」「先月までは出来ていた」

2 何が変わったか

睡眠／食事／会話／ADL／行動

3 生活への影響

洗濯できない／買い物できない／家事が危険

4 安全の懸念

火の不始末／転倒／徘徊／消費者被害／運転

5 身体・服薬

発熱／痛み／食欲／排尿・排便／薬の変更

6 本人・家族の意見

何に困っていると思っているか／誰なら相談可能か

診断名がなくても、この6点があるだけで受け手は動きやすい。

まとめ：早期連携の4つの合言葉

1 病気だけで見ない——病気・状況・環境の重なりを見る

2 診断ふうより変化——「いつから」「何ができなくなったか」

3 急な変化は医療に——せん妄・身体疾患を見逃さない

4 つないで、見届ける——気づいた人が、抱え込まずに支援の輪へ

困りごとに早く気づける地域は、大事になっていく前に支援を始められる。

ひとつの気づきが、 支援の入口になる。

この資料は、講演内容から演者自身の知見のみを抜粋・再構成したものです。
講演・研修のご相談は、下記からお気軽にどうぞ。

ミツノワ 高山 英也(精神科医)
mitsunowa.com / 実践コミュニティ「精介AI」 seikai-ai.jp

