

お年寄りとあなた のための第一歩

暴言・暴力
物盗られ妄想
うつの支援

精神症状を持つ認知症高齢者のための
初期対応プログラム



認知症高齢者のケア技法開発研究会作成

独立行政法人福祉医療機構「長寿・子育て・障害者基金」助成事業



もくじ

はじめに.....	2
1. 暴言・暴力.....	3
1) 暴言・暴力の治療.....	4
2) 暴言・暴力が起こった時の対応.....	5
Step1 あなたや他の入所者の安全を確保しましょう。.....	5
Step2 暴言・暴力の起きた原因を探りましょう。.....	6
Step3 冷静な口調で改めてほしい点を伝えましょう。.....	7
Step4 暴力を受けたことを他のスタッフに伝えましょう。.....	8
Step5 暴力への対応を他のスタッフと相談しましょう。.....	8
2. 物盗られ妄想.....	9
1) 物盗られ妄想の治療.....	10
2) 物盗られ妄想が起こった時の対応.....	11
Step1 高齢者の訴えを妄想と決めつけてはいけません。.....	11
Step2 訴えている高齢者から、盗られた物(なくなった物) について話を聞きましょう。.....	12
Step3 盗られた物(なくなった物)と一緒に捜しましょう。.....	13
Step4 物盗られの訴えのあったことを他のスタッフに 伝えましょう。.....	14
Step5 対応に困るケースは、医師に相談しましょう。.....	15
3. うつ病.....	16
1) うつ病の症状.....	16
2) 何がうつ病を引き起こすのでしょうか?.....	19
3) うつ病の治療.....	19
4) うつを疑った時の対応.....	20
Step1 他にうつ症状があるかどうかアセスメントしましょう。...	20
Step2 寄り添って話を聞きましょう。.....	21
Step3 自殺や自傷、他害のリスクをチェックしましょう。.....	22
Step4 治療をすればよくなることを伝えましょう。.....	23
Step5 適切な支援をアレンジしましょう。.....	24

はじめに

このプログラムは、認知症のお年寄り自身とその介護者との双方への支援のために作られました。認知症のお年寄りに暴言・暴力や物盗られ妄想、うつ症状が現れた初期の段階で適切な対応がとられることにより、お年寄りのQOLの低下だけでなく介護負担の増加を防ぐことを目指しています。

暴言・暴力や物盗られ妄想、うつ症状が出現した時、一番困っているのは、お年寄り自身です。しかし、介護をする人達も、これらの症状や問題行動への対応方法が確立していないために、対応の遅れや不適切さが症状を悪化させるのではないかと不安を感じながら試行錯誤を続けている状況にあります。暴言・暴力や妄想などは介護者に向かうことがあり、周りの人達(他の老人ホーム入所者や家族)にも影響を与えます。また、高齢者の問題行動にはうつ症状が隠れていることがあり、医療的な対応が必要な場合があります。これらは、対応が遅れることにより、認知症のお年寄りへの偏見が生じてしまいがちであるという問題もあります。

このプログラムは、こうした症状などへの初期対応について、介護者に一定の道筋を示す試みです。介護者への支援ツールですが、介護の質を向上させることにより、最終的にはお年寄りが安心できる環境とQOLの向上をめざしています。暴言・暴力と物盗られ妄想、うつ症状の3つのパートからなり、それぞれの道筋をStepで示しました。しかし、これは、お決まりのマニュアルではなく、初期対応の一つの提案です。必ずこのStepの順番で支援しなければいけない訳ではありません。順番どおりにしなくてもうまく行く場合や、どうしても順番どおり行かない場合もあります。認知症の進み具合やタイプ、お年寄りそれぞれの個性によって、皆さんなりの工夫を交えて使って下さい。

3つのパートは、どの部分から使っていただいてもかまいません。必要になったところからお読み下さい。各パートは、Stepに先だつて、それぞれの症状や問題行動のとりえ方や考え方、治療方法についての解説があります。Stepに進む前に、その部分を一読下さい。そうすれば、これがお決まりのマニュアルにならずに済むと思います。

このプログラムは、介護福祉施設のケアワーカーの経験と医学や看護学、福祉学の知識を統合して作りあげました。しかし、施設介護以外の現場でも使っていただけたと思います。読者の皆さんのそれぞれの介護の場に即して、適宜、内容を読替えながら使っていただければ幸いです。

初期対応の考え方については、オーストラリアで開発された Mental Health First Aid のマニュアルを参考にしました。このプログラムの開発にあたっては、社会福祉法人 至誠学舎 立川 至誠ホーム職員の皆様にご協力いただきました。お礼の気持ちを込めてここに記します。

認知症高齢者のケア技法開発研究会



1. 暴言・暴力



暴言・暴力は、老人福祉施設などで働くケアワーカーにとって最も対応に苦慮する問題の一つです。老人福祉施設に入所する認知症高齢者のうち約1割が、暴力を振るったり暴言を吐いたりするという報告もあり、暴言・暴力の頻度は小さくありません。ケアワーカーと他の高齢者は、認知症高齢者の暴言・暴力により、怪我をしたり、恐怖を感じたり、悲しい思いをする危険にさらされています。さらに、ケアワーカーは、施設内で発生する暴言・暴力により高齢者が被害を受けることを防ぐために大きなエネルギーを割いています。

暴言・暴力の発生には、施設で生活する中での、人間関係や集団生活のストレスが関係している場合があるかもしれません。しかし、それだけでは多くの発生を説明することはできません。たいていの暴言・暴力の背景には、認知症そのものがあります。

認知症の高齢者の多くは、普通の生活の中で身の回りに起こるちょっとした変化の意味を把握することが苦手になります。また、身辺のことが自分の思ったように出来ないために、イライラしたり自尊心が傷つきやすくなっている人もいます。このため、着替えや入浴、トイレ介助など身辺のお世話をする時に、暴言・暴力が起こりやすくなります。暴言・暴力は、認知症の人が思いを伝える一つの表現方法であると理解することも大切です。

暴言・暴力が出現する状況において、何か共通するきっかけが見つければ、対応が容易になる場合もあります。健康な人からみればささいな事がきっかけになっているのかもしれませんが。ケアワーカーが提供しているケア自体の中にそのきっかけがある場合もあるかもしれません。

しかし何のきっかけもなく暴言・暴力が出現する場合もあります。認知症による性格変化や、気持ちや行動の抑制がとれてしまうことなどが原因です。こうした場合、暴力を予見することは困難です。また暴言・暴力のきっかけが判っても、全てを防げるものではありません。ケアワーカーが、自分が提供したケアを省みることは大切なことですが、過剰に反省することは禁物です。病気のために起こっている問題なので、高齢者に責任をとってもらうことは難しいことかもしれませんが、だからといってケアワーカーが全ての責任を背負い込む必要はありません。

認知症のケアにおいて、暴言・暴力は常に起こる事です。経験が少ないケアワーカーは驚き・恐怖を感じますが、経験を重ねるうちに暴言・暴力に慣れていき上手く対応出来るようになります。しかし「自分が暴言・暴力を受けるのは仕方ない」と思うようになることはありません。認知症のためであっても、高齢者の暴言・暴力が他の高齢者やケアワーカーに向かうことは本来あってはならないことです。しかし暴言・暴力の問題は、ケアを尽くしても、完全には防ぎきれないところに、この問題の難しさがあります。



1) 暴言・暴力の治療

認知症が原因でおこる暴言・暴力は、専門医による治療が選択肢となります。近年、罹患者が増えているアルツハイマー病やレビー小体病では、暴言・暴力が起こりやすいことがわかっており、治療法の研究が進んでいます。アリセプトや非定型向精神薬が治療に使われるようになっていきます。また、抗てんかん薬は、気分の波を小さくすることで、暴言・暴力の発生を抑える効果が期待できます。暴言・暴力の中には、せん妄(寝ぼけた状態)が原因となっている場合もあります。せん妄は、睡眠導入剤などを用いた治療を行う事で改善が見込まれます。

薬物療法によっても、暴言・暴力が完全に治らない場合もあります。認知症の記憶力の低下が治しきれないのと同様です。しかし、薬物療法には、暴言・暴力の程度を軽く出来る可能性は小さくありません。暴言・暴力の治療の目的は、当事者の苦痛を改善することだけでなく、他の入所者やケアワーカーの被害を予防・軽減することにあります。

薬物療法には副作用があります。筋弛緩作用のために体に力が入りにくくなり、姿勢を維持しにくくなったり、転倒する危険が高まったりすることがあります。飲み込みが悪くなったり、呂律がまわらなくなったり、失禁しがちになることもあります。また、日中眠りがちになって、昼夜の区別がつかなくなる状態になってしまうこともあります。薬の量の調整は、副作用と主作用とのバランスをとりながら行われます。副作用が出現したらその情報を医師に伝えることが大切になります。

2) 暴言・暴力が起こった時の対応

Step1 あなたや他の入所者の安全を確保しましょう。

高齢者による暴言・暴力が生じる時、最も大切なことは、暴言・暴力を向けられたスタッフや、他の入所者の安全を確保することです。暴言・暴力が突然で防ぎ切れない場合には、こうむる害を可能な限り小さくします。

安全確保

暴言・暴力があなたに向けられた時は、距離感を保つようにしましょう。暴力の場合、物理的距離感が大切です。一定の距離を保っていれば、小さな暴力からうまく逃れることができる場合も多いでしょう。ケアワーカーとして経験を積めば、暴力が起こる瞬間を察知できることもあるので、暴力をまともに受けることは少なくなります。

その場から逃げる時には、気持ちを落ち着け、できる限り静かに行動することが大切です。暴力に対するあなたの声や動きが、高齢者を刺激し興奮を引き起こし、さらなる暴力に繋がってしまう可能性があります。あなたに暴言だけが向けられている時は、精神的な距離感が大切です。静かに対応する事が大切なのは、暴力と同じです。

高齢者が、あなたをつねったり髪の毛を引っ張ったりする場合には、その高齢者から離れるよりも、むしろ近づいた方が、被害を小さくする場合があります。慌てて高齢者から離れると、痛みが大きくなり髪の毛が抜けてしまうことがありますし、高齢者には転倒の危険が生じます。

一人では対処しきれない暴言・暴力には、他のスタッフの助けを求めましょう。

高齢者の暴言・暴力が他の入所者に向けられた時には、暴力を振るった人と、他の入所者を引き離しましょう。

Step2 暴言・暴力の起きた原因を探りましょう。

安全が確保されたら、暴言・暴力が起こった原因を探りましょう。キッカケとなった原因がわかれば暴言・暴力への対処が容易になるかもしれません。キッカケとなるものは、その人が不快と感じるもので、入浴やオムツの交換のような具体的なものから、フロアのザワツキのような雰囲気の場合もあります。また、誰かが体に触れた場合のような理解可能な理由のあるときもありますが、他の人には理解出来ない、その人独自の不快なものが原因となっている場合もあります。

原因はなんだろう？



暴言・暴力の理由を探る一つの方法は、「どうしたんですか」とお年寄り自身にたずねてみることです。暴言・暴力があなたに向けられた後、安全が確保されれば、落ち着いてたずねてやすくなるでしょう。お年寄りは答えてくれないときには、あなた自身で原因を探りましょう。同僚の経験にヒントがある場合もあります。

どうしたんですか？



Step3 冷静な口調で改めてほしい点を伝えましょう。

高齢者から暴力を受けない距離をとり、あなたの気持ちが落ち着いたら、暴力を振るった人に改めて欲しい点を伝えましょう。例えば次のように言うと良いでしょう。

叩かれたり、引っ掻かれた場合：「痛いので止めて下さい」
オムツや汚物を体につけられた場合：「汚いので止めて下さい」

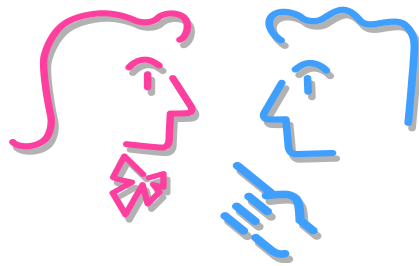


高齢者が暴力を起こした時に、その問題点を高齢者に伝えることは、大切なことです。認知症のために、しばらくするとあなたが伝えたことを忘れてしまう人でも、暴力を起こしたその時、その時に、その人の中に保たれている脳の健康な部分に向かい合うことは、その人の人権を尊重することになります。また、このように正面から向かい合うことで暴力や暴言が収まっていく場合があります。

あなたの「止めて欲しい」というメッセージがうまく伝わらない時には、同僚に伝えてもらうのも一つの方法です。お年寄りとケアワーカーに相性のよいものがある場合、同じ言い方でも、メッセージの伝わりやすい同僚がいる場合があります。

Step4 暴力を受けたことを他のスタッフに伝えましょう。

暴力を受けたら、フロアの上司に伝え、同僚と体験と情報を共有しましょう。上司に伝える際には、誰から、どういう状況で、どういう暴力を受けたのか、ケガの程度など、具体的に伝えることが大切です。



体験と情報の共有

出血や内出血、骨折、抜毛が起こった場合には、上司から、当人に注意するか、家族に事実を伝えます。

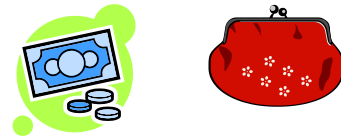
Step5 暴力への対応を他のスタッフと相談しましょう。

暴言・暴力は、あなただけではなく、他のスタッフや入所者にも起こりうることです。あなたの経験をヒントに、他の職員と暴言・暴力への対応方法を考えましょう。

上司により、暴言・暴力が認知症に起因するもので、ケアの工夫だけでは対応しきれない、という判断が下されたら精神科への受診に結びつけます。

2. 物盗られ妄想

老人福祉施設に入所している人の中には、自分の財産が盗られたと訴える人がいます。盗られたと述べられるものは、お金や財布、洗濯物などの身の回りの物の場合もありますが、中には、かつて住んでいた家や田畑が奪われたと訴える場合もあります。実際には盗られたり、奪われた訳ではないのに、本人が、そう信じきってしまっている症状が物盗られ妄想です。妄想とは、訂正困難な誤った確信のことで、理を尽くして説明しても納得してくれないものを言います。



物盗られ妄想は、老年期に最もよく見られる妄想です。妄想にはいろいろな種類がありますが、老年期ではその約 4 分の 1 を物盗られ妄想が占めます。認知症が原因のものが多く、特にアルツハイマー病に特徴的です。アルツハイマー病ではその経過のどこかで、3 割以上の人に物盗られ妄想が出現する、という報告もあります。認知症以外に、統合失調症やうつ病でも物盗られ妄想が出現することがあります。原因によって、治療法や対応が異なるので、本人の苦痛が強い場合や、訴えが頻繁であれば医師の診断を受ける必要があります。

介護老人福祉施設では、1年間で約 5%の人が物盗られの訴えをすることが判っています。この頻度が意外に低いと感じるくらい物盗られ妄想は、ケアワーカーにとって対応が難しいと感じることの多い症状です。そう感じる理由の一つに、ケアワーカーや他の入所者がしばしば妄想の対象になることがあります。つまり、ケアワーカー等が盗んだ犯人と疑われ、時には、犯人呼ばわりされてしまいます。妄想対象となった人が、その他の入所者から疑いの目で見られることもあります。時には、妄想対象となった人と当事者が喧嘩になることもあります。疑われた人には心の痛みや怒りが生じます。ケアワーカーは、当事者と妄想対象となった人との双方、そして入所者全体のメンタルヘルスや公正の確保に心を砕かなければなりません。物盗られ妄想の対応には多くの時間をかける必要があります。また、盗られたという訴えは時に頻繁で、訴えのたびに、盗られたという物を一緒に捜したり、妄想が周りへ発展しないように工夫したりする必要があります。他の仕事が山積している中で、訴えごとに丁寧に対応することはケアワーカーにとって大きな負担です。

物盗られ妄想は、認知症の初期に出現することの多い症状です。盗られたという訴えが、認知症によるものであることが判りにくい場合もあります。認知症が進めば、やがてなくなっていくことの多い症状ですが、なかには1年以上続く場合もあります。女性に多いことが知られていますが、その理由はわかっていません。



1) 物盗られ妄想の治療

物盗られ妄想の治療は、背景にある病気の種類によって異なります。アルツハイマー病の場合、その治療薬であるアリセプトが妄想を軽減する可能性があります。また、物盗られ妄想にリスパダールなどの非定型向精神薬の効能が最近知られるようになりました。統合失調症が背景にある場合には向精神薬が用いられます。うつ病が原因の場合には、抗うつ薬が有効です。妄想は、説得して改善するものではなく、うつ病の他の症状のようにカウンセリングでは治ることはありません。

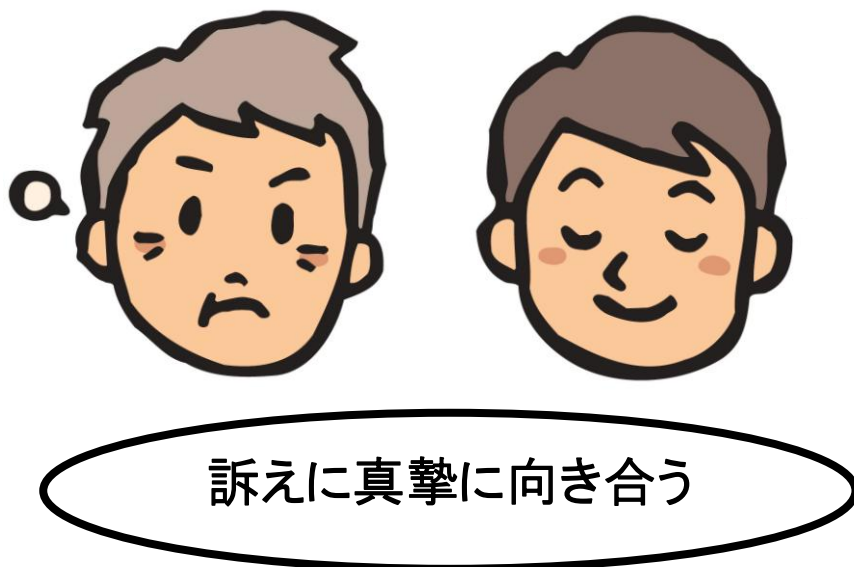


2)物盗られ妄想が起こった時の対応

Step1 高齢者の訴えを妄想と決めつけてはいけません。

他の高齢者が、高齢者の「盗られた」と訴えているものを持っている可能性はあります。盗んだというより、認知症のため自分の物と他人の物の区別がつかなくて、他人の金品を持って行ってしまう人が時々認められます。集団生活の中で、本当に盗んでしまう人がいる可能性も完全には否定できません。また、盗んだのとは異なりますが、ケアワーカーが、洗濯物など預かった物を返し忘れていた場合もあるかもしれません。

高齢者が盗まれたと訴えた時には、まず、その訴えに真摯に向き合う事が大切です。

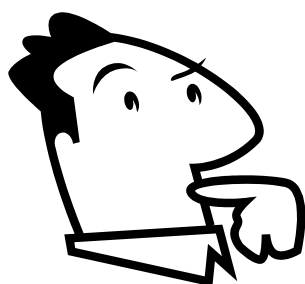


Step2 訴えている高齢者から、盗られた物 (なくなった物)について話を聞きましょう。

盗られたという訴えが発生する時は、たいてい、高齢者は、自分が大切にしている物が身近に見つからず困っています。そして、見つからないのは、誰かが盗ったからだ、と判断してしまっている場合が大半です。

実際に盗られたかどうかの話題には深入りせず、何が身の回りで見つからないのか、という観点から詳しい情報を高齢者から聞き取りましょう。見つからない物の、形や大きさ、個数、最後にそれを見たのがいつだったのかなど、出来るだけ具体的に聞きましょう。具体的に聞く事が相手への共感を示す事になります。

しかし、盗られたということを肯定する必要はありません。むしろ、「そうかなー」と柔らかく疑念を伝えたり否定したりするようにします。



そうかなー？

具体的な名前を挙げて他の入所者が盗ったという場合にも肯定してはいけません。その入所者が、そこにいあわせた場合には、そんなことはないと思いますよ、とむしろ否定すべきです。そして続けて「どこかにしまい忘れているかもしれないので、一緒に捜してみましよう」と続けましょう。泥棒扱いされた人には、後から、「あなたが盗んだのではないことは解っていますよ」と伝えましょう。

あなたや他のスタッフが盗ったと疑われた時には、はっきり否定して下さい。そして次のステップに進みます。物盗られ妄想は、身近な人、普段世話をしてくれている人を妄想対象にする傾向があります。妄想があなたに向かうのは、あなたのケアに問題があるからではないので、気に病む必要はありません。

Step3 盗られた物(なくなった物)と一緒に捜しましょう。

なくなった物が、現実には存在しているかどうかに関わらず、高齢者の訴えに添って、まずは、高齢者の身辺と一緒に捜してみましょう。

一緒に捜しましょう



高齢者自身が捜すのを手助けする態度が大切です。また、高齢者から、あなたの捜しているところを見えやすくして作業しましょう。高齢者の”盗られる”という不安感を減します。盗られた物がお金の場合には、2人で対応するとよいでしょう。

しかし、盗られたと訴えられた時、他の仕事で忙しく一緒に探せないことがあるかもしれません。その時は、今は他の業務が入っていて時間が取れないので、何時に来て相談します、と伝え、後から一緒に捜すようにします。

盗られた物と言っていた物が見つかったら、見つかったことの喜びを伝えましょう。

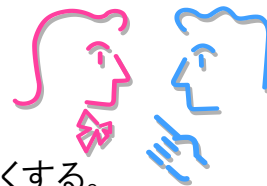
例えば「ここにありましたね。よかったですね」と伝えると良いかもしれません。

盗られた物がみつからない場合はやっかいです。この時は「捜してみたけれど、今は見つからないですね。後からもう一度捜しますね」と伝えて作業をいったん終了します。

盗られたという物は、実際にはもともと持っていない物の場合や、食物やお金など、既に消費されて手元にはないものである場合もあります。また、ご本人が誤って捨ててしまっている場合もあります。

Step4 物盗られの訴えのあったことを他のスタッフに伝えましょう。

物盗られの訴えがあったら、盗られた物が見つかってみつからなくても、フロアの上司に伝え、同僚と体験と情報を共有しましょう。これまで老人福祉施設では、物盗られ妄想へのケアを模索し、いくつかの方法を蓄積しています。ケースバイケースで有効な方法があります。今回のケースでも、うまく適用出来る方法があるかもしれません。



- 貴重品を入れる場所を一つにする。財布を一つにする。
- 床頭台の周りの不要品を整理し、必要なものを捜しやすくする。
- 収納棚や床頭台の引き出しに鍵をつける。
- 出納簿を一緒につける。
- 財布や貴重品を預かる。
- あなた以外のキーパーソンとなっている職員に対応してもらう。
- 家族にも一緒に捜してもらう。

当人の能力を引き出しながら対応することが原則です。

時には、説得することが有効である場合もあります。当人とケアワーカーの間に、それまでに築かれた信頼関係がある場合に説得は有効です。

他の入所者が妄想対象になっている場合には、部屋替えやフロア替えを行うことも考えるべき選択肢です。これにより、他の入所者への被害を防ぐことが出来るからです。妄想自体は、部屋替えなどでいったん改善しても、時間がたつとまた形を変えて現れてくることが多いようです。

ケアワーカーが妄想対象となっている場合には、その高齢者へのケアを他のスタッフに交代してもらう方法があります。ケアをスムーズに進める上で、とても有効な方法です。

物忘れが進んでいる高齢者の場合には、捜しているうちに、物を盗られたと訴えていたことを忘れる場合もあります。

中には、訴えが続く人もいます。一つの問題が解決すると、何か別の物が盗られたと訴えたり、しばらく時間をおいて同じ物が盗られたとまた訴えたり、妄想内容が変化したり繰り返したりしながら続く場合もあります。あなたは、Step3とStep4を繰り返し行わなければならないかもしれません。

Step5 対応に困るケースは、医師に相談しましょう。

物盗られ妄想は、認知症の進行にともなって収まっていくものです。しかし、訴えの続く期間は様々で見通しがつきません。盗られたと繰り返し訴える人、訴えの増悪する人、他の入所者を巻き込む人については、医師に相談しましょう。医師の診断と治療を受ける事で、高齢者本人だけでなく、周りの人も楽になり、ケアワーカーの負担感も軽減する可能性があります。



3. うつ病

うつは、体の弱った人や高齢者に高い頻度で現れるので、介護老人福祉施設においても少なくないはずですが、日常の介護の中で気づかずに見過ごしてしまっていることがあるかもしれません。うつになると、活動性が低下し、食欲や体力も低下するので、やがて ADL の低下が起こります。またこれらは、ご本人にとってつらい症状なので、QOL の低下をもたらします。

精神医学的に注意すべきうつ病、すなわち“臨床的なうつ病”では、何かをしようとする力が失われ、他人と交わったり喜びや楽しい気分を感じることがない状態が、少なくとも2週間続きます。この“臨床的なうつ病”は深刻な病気であり、時には生きようとする意欲さえも失われ、自殺に繋がることもあります。

うつ病の症状の多くは、物盗られ妄想や暴力・暴言のような際だった症状として現れません。そのため、高齢者の介護では、うつ病の症状を認知症の症状と考えてしまったり、老化による活動性の低下として片付けてしまうことが起こりやすくなります。うつ病が疑われたら精神科医に相談することになりますが、まず大切なことは、日頃から高齢者の生活ぶりをよく観察し、うつ病の徴候を見逃さないことです。うつ病の最初の徴候はこれまでと生活の仕方が変わったというところから現れます。うつ病の早期発見と治療には周囲のサポートが欠かせません。



1) うつ病の症状

うつ病は様々な症状の集まりです。うつ症状とは次のようなものです。

意欲、集中力の低下

施設内の高齢者の場合、意欲低下は、それまで行っていた余暇活動やリハビリテーションに「参加したくない」、という形で表現されるかもしれません。また、余暇活動やリハビリテーションにいったん参加しても、以前より短い時間で作業を中断することや、疲れて自室へ戻りたくなることがよくあります。

考える力の低下

考える力の低下は、うつ病の最も重要な症状の一つです。うつ病の高齢者は、しばしば「もの覚えが悪くなった」、「もの忘れが増えた」、「どうしていいかわからない」と訴えます。これは、自分の能力の低下を悲観して大げさにいつているのではなく、うつのために記憶力や判断力の低下が実際に起こっていることの現れです。高齢者が、記憶力や判断力の低下を訴えた時には、認知症の進行だと決めつけずに、うつ病の可能性を考えて早めに専門医に相談するようにしましょう。うつ病の治療により、こうした能力の低下が大きく改善します。

身体症状の訴え

高齢者のうつ病は、体の病気に対する不安の訴えとして表れることが多い事もその特徴の一つです。便秘や、手足のしびれや腰痛、胃腸症状がしばしば認められます。既に持病として持っている症状が、強くなったと訴えられる場合もありますし、新たな体の症状が現れる事もあります。また、医学的な問題はないと診断されても、痛みや不調を訴えることもあります。整形外科医や内科医の治療で改善しない時には、うつ病が関係していると考えた方がよいかもしれません。



気分の落ち込みや、悲しそうな表情は、うつ病の典型的な症状です。しかし、高齢者では、必ずしも典型的な形で症状が始まる訳ではありません。意欲や集中力が低下したり、疲れやすくなったり、考える力が低下する、という症状、あるいは身体症状の訴えが表だって現れることが少なくないのです。

うつ病には、これらの症状を含めて、様々な症状があります。WHO(世界保健機関)や APA(米国精神医学会)の診断基準には、次のような症状が挙げられています。

- 気持ちが落ち込む。いつもと違う悲しみや空虚感が続く。
- いつもなら楽しいはずの活動が楽しめず、興味がもてない。
- 意欲が減退する。疲れやすい。
- 自信が持てず、自尊心が失われる。
- 了解のできない自責感や罪悪感がある。
- 死にたい気持ちが繰り返し起きる。
- 思考力や集中力が減退し、物事を決めたり判断できなくなる。
- 動きが緩慢になったり、落ち着いていられないようになる。
- 睡眠が障害される。睡眠のパターンが変化する。
- 食欲の変化とそれに対応した体重の増減がある。

こうした症状は、認知症の高齢者でもよく認められるものです。これらの症状が短期間しか続かず変動するものであれば、それほど心配する必要はありません。しかし、症状が長期間(2週間以上)続くようであれば、重要なうつ症状としてとらえるべきです。うつ病の症状か認知症の症状かがわかりにくい時には、同僚や看護師、医師に相談しましょう。



症状が2週間以上続く

2) 何がうつ病を引き起こすのでしょうか？

うつ病の原因は、現在の医学では、はっきりとはわかっていません。発症のきっかけや引き金がある場合もありますが、はっきりしたきっかけが無くても、うつ病になる場合があります。高齢者で多いきっかけや引き金には、次のようなものがあります。

- 身体的自立の障害: ADL や IADL の低下。聴力や視力の低下。体力の低下。
- 医学的要因: 脳の変化(動脈硬化／脳卒中、認知症、パーキンソン病)、ホルモンの異常(甲状腺機能低下症)、がん、心筋梗塞、糖尿病などの身体疾患。年齢とともに増えていく健康上の問題。アルコール乱用。
- 心理・社会的要因: 家族や親しい友人の死。友人やスタッフとの別れ。社会的孤立。

あなたがケアをしている高齢者がうつ病になった場合、たいていは、これらの要因がさまざまに絡み合っています。あなたが標準的なケアをしている限り、あなた自身が、うつ病のきっかけになることはありません。うつ病の発症の原因を考えることは、支援の上で大切なことですが、過剰な反省はよくありません。あなたが、動揺したり、落ち込んだりすることは、ケアにも良くない影響を与えるかもしれません。



3) うつ病の治療



うつ病の治療には抗うつ薬が有効です。数週間から数ヶ月間薬を続けることで症状が少しずつ改善していきます。睡眠導入剤や抗不安薬が補助的に使われる場合もあります。静養することが回復を促進します。一時的にリハビリや趣味活動を中断し、何もしない方がよい場合が少なくありません。さらに抗うつ剤の副作用で眠気が加わることもあり、治療開始後しばらくの間、昼間ベッドで横になる時間が長くなる場合がありますが、回復過程でよくあることです。心配しすぎず見守って下さい。

最近、カウンセリングの一種である認知行動療法が一部のうつ病に効くことが判ってきました。しかし日本では、認知行動療法を行っている医療機関は少なく保険も効かないので、まだ一般的な治療法ではありません。認知行動療法以外のカウンセリングだけではうつ病を治すことはできませんが、抗うつ薬と併用して行われることはよくあります。

4)うつ病を疑った時の対応

Step1 他にうつ症状があるかどうかアセスメントしましょう。

うつ病は様々な症状の集まりで、人によって表立つ症状に違いがあります。うつ症状の多くは、物盗られ妄想や暴力・暴言のような際だった症状として現れない場合が多いので、まずうつ症状があるのかないのかを見極める必要があります。高齢者のうつ病は典型的な症状で現れないこともあるので注意が必要です。

- 症状があるかどうかよく分からない時には、具体的に尋ねてみましょう。尋ねることは失礼なことではありません。

例えば:「最近、元気がないようですが、睡眠や食欲はどうですか？」
「この頃、痛みが続いているようですが、気分はどうですか？」



睡眠や食欲はどうですか？

- うつ病にかかっていると、返事が出てくるまで時間がかかる場合があるので、せかさないうちでゆっくり聞いて下さい。

うつ病が考える力の低下として現れている場合には認知症による記憶力・記憶力の低下との区別が重要となります。上述したような症状が急激に現れた時には、認知症そのものの経過と見るよりも、うつ病の新たな発生とみるべきでしょう。

Step2 寄り添って話を聞きましょう。

うつ病ではエネルギーが欠如するため、表面上では他人との関わりを避けることがあります。しかし、実際には周囲のサポートを求めているのです。サポートを必要と感じながらも、それを直接表に出せないでいます。サポートできるというあなたの気持ちが伝わるのが大切です。寄り添ってご本人がどんな気持ちでいるかを話してもらおうようにしましょう。うつ病の症状があるとうまく話が進まないことも多いのですが、寄り添うことであなたの気持ちは伝わります。

- うつ症状の強さは、1日の中で変動することがあります。うつ症状が比較的軽い時に、声をかけると、話してもらいやすいかもしれません。
- 本人は活動性の低下を自分自身でもどかしく思っています。「頑張る」ように励ますことは却って逆効果です。むしろ、「頑張ってもどうにもならない」ことから生じる本人の疲れや苛立ちを理解しましょう。
- 本人にできないことがあることを責めてはいけません。普段当たり前に行えることができなくなることがうつ病の症状です。このことに対して、あなたのいらだちをぶつけないようにしましょう。
- うつの原因や治療法について、個人的な見解をその場で述べるのは控えましょう。これらは、医師の診察やケース会議の結果にもとづいて、きちんと本人や家族に伝えられるものです。
- 他の用務で話を中断しなければいけない場合には、話を再開する約束をしましょう。具体的な日時が約束できるのが理想ですが、無理な場合にはなるべく近い時間帯を示します。
- 他のスタッフも話を聞いてくれることを伝えましょう。みんながサポートしているというメッセージです。

精神的な問題、心の問題に関するようなことは、時にお年寄りから「秘密にして」と言われることがあります。しかし、介護する場合は、秘密の範囲はあなただけとの秘密ではなく、その方とスタッフ全員との秘密になります。そのことをご本人にも伝えなくてははいけません。たとえば、「(秘密にするくらい)大事なことから、あなたの担当の〇〇さんと××さんにはお話ししますね。みんなで知恵を出しましょう。」と伝える方法があります。



Step3 自殺や自傷、他害のリスクをチェックしましょう。

うつ症状でもっとも注意すべき行動は、自殺です。うつ病の人は、死ぬことを何度も考えたり、死んでしまった方がましだと考えたりしがちです。自殺の計画をたてたり、自殺を企てたりする人もいます。自殺の危険のある人には、至急、専門的な支援を行う必要があります。

自殺する人の半分近くは、数ヶ月前から死のうとする気持ち(「自殺念慮」と言います。)を表明しています。しかし、自殺の直前に表明することはむしろ稀で、このことが自殺の予防をむずかしくしています。

自殺の危険信号としては、次のようなものが知られています。

- 死にたい、死んだ方がよい、生きるのに疲れた、などと言う。
- 自分がいなくなった方がよい、と言う。
- 身の廻りを片付ける。持ち物(財産など)を手放す。
- 葬式や墓のことを話題にする。
- 他の人の自殺について話す。
- 家族に、自分のために何かする(買い物など)必要がない、と言う。
- 長い間没交渉だった友人に電話する。

もし高齢者にこのようなことが見られたら、他の入所者のいない所で、はっきり聞いてみましょう。「死にたいと思っていますか？」や「自殺しようとしているのではないですか？」と。そして、「死なない」と「生きていく」ことを約束しましょう。指切りをすることが効果的です。

自傷は、自分で自分を傷つけることです。ハサミのような鋭利なもので手首や首を切ったり、体の一部をベッド柵や机にぶつかけたりします。セルフネグレクトは、高齢者に特有な自傷行為の一つで、食物を拒否したり点滴をはずしたりします。自傷行為のある人は、自殺をする可能性の高い人です。

他害は、誰かを傷つけてしまう行為です。うつ病の人が、誰かを傷つけることはまれです。ただし、強い焦燥感(イライラした気持ち)がある時には、自分だけではなく、周りの人に暴力が向かってしまうことがあります。

どんな形であれ、つらいと伝えてきた時には真剣に受け止めましょう。もし、自殺や自傷のおそれがあると思ったら、すぐにフロアでその情報を共有するとともに、専門家に相談しましょう。

周到に準備される自殺もありますが、時には発作的に実行してしまう自殺もあります。特に、不安・焦燥状態にあると、発作的な自殺のリスクが高まります。いくら注意していても、全てが予防できる訳ではありません。抗うつ薬を中心とした治療をすぐに開始することが大切ですし、入院が必要かもしれません。

Step4 治療をすればよくなることを伝えましょう。

高齢者の話を聞きっぱなしにせず、希望を持ち、気楽になれる手助けをしましょう。以下のことに気づいてもらえるようにしましょう。今、その高齢者が困っている、元気がないなどの問題が

- 医学的な問題の可能性が高いこと。
- 珍しくない病気であること。
- 弱さや性格の問題ではないこと。
- 怠け病ではないこと

を伝え、そして、この問題には、

- 効果的な治療法があること。
- 医師や看護師、カウンセラーからよい助けが得られること。
- 適切な治療を受ければ早くきちんと良くなること。

を伝えましょう。

その上で、「医師(または看護師、カウンセラー、心理相談員)に、あなたから教えてもらった話を伝えますね」と伝えて下さい。



医師にあなたから教えてもらった話を伝えますね。

Step5 適切な支援をアレンジしましょう。

医師によるアセスメントが受けられるよう、同僚や家族と受診日程の調整をしましょう。ホームでは、精神科医の診療が月に数回行われています。精神科医の診療日まで時間がある場合には、他の医師に相談することもできます。また、ホームの外部の病院や診療所を受診することも出来ます。



うつ病が疑われて医師の診療が選択肢になったら、家族に速やかに連絡しましょう。家族はうつ病の高齢者にとってサポートとなるととても大切な存在です。家族が、うつ病の高齢者と一緒に受診することは、医師と家族の双方にとって情報を得るよい機会にもなります。家族の都合がなかなかつかない時には、ホームの職員だけで先に高齢者を受診させましょう。早く治療を開始する方が、その方の利益となります。

ホームのスタッフから、家族にうつ病の説明をすることも有用です。上の、Step2 で示した点を参考に、高齢者との接し方を中心に説明しましょう。



おわりに

このプログラムの開発過程について最後に触れておきたいと思います。認知症高齢者のケア技法開発研究会は、2005年から2007年度にかけて、このプログラムの元となるプログラムを開発しました。そして、2008年度以後、社会福祉法人至誠学舎立川至誠ホームの2つの介護老人福祉施設で、そのプログラムを試用していただきながら、適合性や実用性、有用性をフィードバックしていただき研究会で改訂を重ねました。今回示したものは、2009年3月時点での最新版です。今後も実践経験を反映させながら改訂を続けます。次の改訂の参考とさせていただきますので、皆様のご使用の経験をお知らせいただけましたら幸いです。

2008年度の試用に際して、2つの介護老人福祉施設で計7人のモニタリング委員を選任していただき、フィードバックとともにプログラムの利用を促進していただきました。モニタリング委員は、高山裕将、宮本麻未、金井理紗、小阪亮(以上至誠特別養護老人ホーム)、山住圭、小西梨奈、川畑篤子(以上至誠キートスホーム)の各氏です。この場を借りて深くお礼申し上げます。

「お年寄りとあなたのための第一歩 —暴言・暴力、物盗られ妄想、うつの支援—」

2009年3月6日発行

作成者：認知症高齢者のケア技法開発研究会

井原一成、鈴木友理子、小島光洋、鈴木良美、吉上恵子、
鈴木篤、櫻井桃世、宮本智行、若林健太、大澤ゆき、柴元之、
福井雅美、實川勇治、橋本正明

連絡先：東邦大学医学部社会医学講座公衆衛生学分野
東京都大田区大森西 5-21-16

*本パンフレットの無断転載を禁じます。