

精神症状を有する介護老人福祉施設入所者への早期介入プログラム開発

— 記銘・記憶障害以外の精神症状を有する入所者とその介護者の支援 —

井原一成¹、鈴木友理子²、杉本正子¹、吉上恵子³、大澤ゆき³、鈴木篤³、櫻井桃世³

(1 東邦大学医学部、2 国立精神・神経センター、3 至誠特別養護老人ホーム)

<要 旨>

本研究の目的は、介護老人福祉施設で介護上問題となっている精神症状の特徴と、それら精神症状に対して行われている支援方法を明らかにした上で、早期介入プログラムを開発することである。介護職員を対象に、まず、介護老人福祉施設で介護上問題となっている精神症状を把握するためのアンケート調査、次に支援方法を明らかにするためのインタビュー調査をおこなった。これらの調査結果にもとづき、介護困難度の特に大きかった①物盗られ妄想、②暴言・暴力、③うつについての早期介入プログラムを開発した。各プログラムは、4または5つのステップからなり、一番最後のステップでは、精神科など専門を医療に結びつけるようになるなど共通した構造となっている。内容的には、インタビュー調査により収集された介護職員が実践している上手くいった対応方法を整理して、これまで介護職員が培って来た技術を反映させ、さらにケアに必要な医学的な知識も加えたものとなっている。

<キーワード>

認知症、物盗られ妄想、うつ、暴力・暴言、早期介入

【はじめに】

介護老人福祉施設の入所者には、身体上の問題に加え精神上的の問題を有する者が多い。精神上的の問題のうち記銘・記憶力の障害については、介護職員は多くの知識と経験を蓄積し、記銘・記憶障害に伴う諸問題を早期に発見し、早期に対応することが可能である。このことは当該入所者の生活の質を保持するだけでなく、職員の介護負担増を防いできた。この点について、各介護職員あるいは各施設が提供するケアはかなり標準化されていると考えられる。他方、記銘・記憶障害以外の精神症状、即ち不安やうつ症状、幻覚・妄想などに対して提供されるケアはあまり標準化されていない。介護職員の知識と経験は必ずしも十分ではない。このことは、

そうした症状が現れた時、当該高齢者に適切な支援を早期に提供することを妨げ、職員の介護負担をいたずらに増加させ、さらには精神的な問題に起因するスティグマを引き起こしている。

入所者の保護と施設介護の持続的発展のためには、介護者が不安やうつ症状、幻覚・妄想などの精神症状について正しい知識を持った上で早期介入する技術を身につけることが求められている。そこで本研究では、介護老人福祉施設で介護上問題となっている精神症状の特徴と、それら精神症状に対して行われている現在の支援方法を明らかにした上で、早期介入プログラムを開発することを目的とした。

【研究の経過】

本研究では、1) 介護老人福祉施設で介護上問題となっていることを把握するための調査を行い、ついで2) 現在の支援方法を明らかにするためのインタビューと3) 早期介入プログラムの開発を行った。

1) 介護老人福祉施設で介護上問題となっている精神症状の把握：

予備的調査として介護福祉士を対象に、①介護上困っている事やつらい事、やりがいを感じる事、②困った時や辛い時の対処方法について自由記述形式のアンケートを行った。対象は、ad hoc な15人である。この調査により、精神症状だけではなく暴力の問題が介護を困難にしていることと、精神症状や暴力などのケアのスキルについて不安があり、施設内での一貫した対応を構築することを求めるニーズのあることが確認された。また職員は、対処が困難なケースで、うまくケアすることにやりがいを感じていた。困った時の対処については、様々な方策を持っているが、上司や同僚から心理的な支援とともに介護の具体的な技術を学んでお

表2 就職前に学んだ対処方法が「ある」と答えた者の割合

	%	
	介護老人福祉施設 従来型	ユニット型
盗られ妄想	48.3	62.2
他の妄想	49.1	54.8
躁症状	35.9	45.5
幻聴・幻視	33.3	33.3
あなたへの暴言・暴力	27.3	38.9
他の入所者への暴言・暴言	22.6	36.4
うつ症状	54.4	54.6
自殺念慮・自殺企図	26.2	26.9
昼夜逆転	43.4	48.5
睡眠障害	27.5	41.2

り、経験とともに on the job training が職員のケア技術の向上を支えている事が確認された。

これらの成果を受けて、暴力を含む10の精神症状について、対応の経験や、対処方法について受けた教育、それらの症状に初めて遭遇した時の対応結果やこれまで受けた教育について、自記式アンケートによる調査を実施した。調査対象は2つの介護老人福祉施設の全職員202人で、回答が得られたのは152人であった。今回、このうちの介護職98人(介護福祉士、訪問介護職資格者、社会福祉士の有資格者の割合はそれぞれ58.2%、29.6%、19.4%)について分析を行った。対応が上手くいったと答えた者は、全項目をあわせても32人(25.8%)と少なく、いずれの項目でも75-80%の者が対応の成否は「どちらとも言えない」と感じていた。うまく行かないと答えた者の割合は5-20%で項目によって差が認められた(表1)。

表1 対応がうまく行かないと答えた者の割合 %

	%	
	介護老人福祉施設 従来型	ユニット型
盗られ妄想	8.2	12.5
その他の妄想	6.8	3.3
躁症状	8.9	7.1
幻聴・幻視	9.1	12.9
あなたへの暴言・暴力	22.5	21.2
他の入所者への暴力・暴言	14.3	0
うつ症状	8.7	19.4
自殺念慮・自殺企図	4.8	26.7
昼夜逆転	8.5	12.5
睡眠障害	12.2	7.4

従来型の施設とユニット型施設とでは、対応が困難と感じる項目に差があり、ユニット型は、従来型に比べて他の入所者に対する暴力・暴言への対処でうまくいかないと感じることは少ないが、うつ症状や自殺念慮・自殺企図への対

処でうまくいかないと感じる者が多かった。

アンケートの中で、介護職員がこうした症状を有する高齢者に対応した時の「思い」を記述してもらった部分では、介護の難しさがより具体的に書かれていた。物盗られ妄想では、とられたという物を一緒に捜す他、妄想を持つ当事者への説明、説得に相当な時間を有すること。しかし他の業務との兼ね合いがあり、時間が十分に取れないことが職員にストレスを与えていた。自身や同僚が妄想対象となり「泥棒」呼ばわりされた時に、傷付きや、やるせなさを感じていた。職員に限らず妄想対象となった人は、他の入所者からも疑いの目で見られることもあり、さらには、妄想対象となった入所者と妄想を持つ当事者とが喧嘩になることもある実態が記されていた。その中で、職員は、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らない訳である。また物盗られ妄想とともに暴力・暴言では、自分の介護に原因があるのではないかと罪悪感を持っている職員も認められた。また暴力・暴言を受けた時に当然感じる当事者への怒りに対しても罪悪感を有している者が認められた。あるいは、理由のわからない暴力・暴言に困惑していた。

表3 就職後に学んだ対処方法が「ある」と答えた者の割合

	%	
	介護老人福祉施設従来型	ユニット型
盗られ妄想	69.6	80.6
他の妄想	66.1	74.2
躁症状	64.2	60.6
幻聴・幻視	67.6	48.9
あなたへの暴言・暴力	57.9	72.2
他の入所者への暴力・暴言	64.2	69.7
うつ症状	58.9	54.6
自殺念慮・自殺企図	28.6	19.2
昼夜逆転	70.0	66.7
睡眠障害	55.8	58.8

これらの症状への対処方法を就職前に学んだ者の割合は3・5割で、就職後に学んだ者の割合は3・8割であった（表2、表3）。就職前に学んだ者はユニット型の職員に多い傾向があり、就職後に学んだ者の割合は施設類型で差がなかった。

2) 現在の支援方法を明らかにするためのインタビュー調査

上記のアンケートで、対応が上手くいったと答えた者のうち、昼夜逆転と睡眠障害のいずれかのみで上手くいったと答えた者を除いた14人を対象にインタビュー調査を行った。このうちの11人の調査を完了した。調査により、各症状などへの対応の特徴が明らかになった。全ての項目で on the job training が職員の支援方法獲得を支えていた。暴力・暴言とうつ症状については、就職までに受けた教育や実習、就職後セミナーなどを通して学んだ知識が大きな役割を果たしていた。調査対象者が上手く対応していると回答した、盗られ妄想以外の妄想や躁症状、幻聴・幻視の多くは、せん妄由来のものであった。レビー小体病に見られる人物などの特徴的な幻視は希であり、妄想の一部は、帰宅欲求に関連したもので、これらには記銘・記憶力の障害に対して培った対象者の世界を尊重する対応が有効に機能していた。被毒妄想などの被害妄想や体感幻覚の支援の経験はインタビュー対象者には認められなかった。幻聴は、統合失調症のケースでの体験のみであった。

上手く行った対応方法は、非常に多様であった。多くのインタビュー対象者は「結局は、ケース・バイ・ケース」になると述べており、多様性はケースの個別性に依拠して部分があっ

た。しかし、症状毎に、かなり共通した方法で対応しており、その多くが早期介入プログラムに採用されることになった。

3) 早期介入プログラムの開発

1)、2)の調査結果から、今回は、困難度の大きい暴力・暴言、盗られ妄想、うつ症状(自殺念慮・自殺企図を含む)の3つについて早期介入プログラムを作成することになった。2)の調査から収集された上手くいった対応方法を整理して、これまで介護職員が培って来た技術を反映させ、さらにケアに必要な医学的な知識も加えながら作成することが開発方針となった。また、具体的な対応スキルとともに、介護職員の学びや支えを支援するものとした。

完成した3つの症状等に対する早期対応プログラムを表4から6に示した。物盗られ妄想とうつが5つのステップ、暴言・暴力は4ステップからなっている。これは、介護職員が行う対応への当事者の反応により、順次、次の対応方法に進めていく方式(ステップ方式)である。しかし、このステップ方式は、必ずしも、このステップの順番で支援することを求めている。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があることを我々は理解している。あくまでも一つの目安として、介護職員に使われることを期待している。

各プログラムは、最終ステップで、精神科など専門医療に当事者を結びつけるようになっている点で共通した構造となっている。医療は万能ではないが、精神症状を有する当事者のためだけではなく、彼らをケアする介護職員や、他の入所者らの安全や福利を確保するために

も、必要ならば積極的に利用を試みることを提案した。

各ステップの内容は、各症状が引き起こす具体的な問題への対処方法とともに、介護職員の心理面に及ぼす影響についても含めるようにした。いずれに症状についても、介護者自体に責任はなく、罪悪感を持つ必要がないことを強調した。

このプログラムは、一つの提案である。介護の現場で用いて、現場の声を反映させながら、修正・改善を進めていく予定である。また、アンケートの結果は、従来型とユニット型の介護老人福祉施設で、介護上問題となる症状や、対処方法に差がある可能性を示唆した。施設類型別にも対応できるようなプログラムへ発展させていきたいと思っている。また、今後他の症状のプログラムの開発も行う予定である。

表4 物盗られ妄想が起こった時の早期介入

Step 1

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もの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。

Step 2

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するようにします。

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たかもしれないので、一緒に捜してみましょう」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。

Step 3

盗られた物（なくなった物）を一緒に捜しましょう。

なくなった物が、現実に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、高齢者の身边を一緒に捜してみましょう。

高齢者自身が探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。

盗られた物が見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だったり、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。

Step 4

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つたら、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おう。
- 家族にも一緒に捜してもらおう。

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。

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、Step 3とStep 4を繰り返し行わなければならないかもしれません。

Step 5

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。

表5 暴力・暴言が起こった時の早期介入

Step 1

あなたや他の入所者の安全を確保しましょう。

高齢者による暴力・暴言が生じる時、最も大切なことは、暴力・暴言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。暴力・暴言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。

暴力・暴言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。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、痛みが大きくなった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力・暴言には、他のスタッフの助けを求めましょう。

高齢者の暴力・暴言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。

Step 2

安全を確保したら、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。

Step 3

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。

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。

Step 4

暴力への対応を他のスタッフと相談しましょう。

暴力・暴言は、あなただけでなく、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、他の職員と暴力・暴言への対応方法を考えましょう。

上司により、暴力・暴言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。

表6 うつへの早期介入

Step 1

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。

● 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銘力・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、うつの新たな発生とみるべきでしょう。

Step 2

自殺や自傷、他害のリスクをチェックしましょう。

うつの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がちです。自殺の計画をたてたり、自殺を企てる人もいます。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。

自殺の危険信号

- 死にたい、もう生きていたくない、絶え間ない苦しみを終わりにしたい、と言う。
- 身の整理をする。
- 持ち物（財産など）を手放す。
- 外見や行動の急激な変化（善し悪しを問わず）。
- 自分のことを含めずに将来の計画を立てる。
- 自分の中に引きこもる。

もし高齢者がこのような状態にあるなら、はっきり聞いてみましょう。「死にたいと思っている？」や「自殺しようとしている」と。

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いたりします。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、入院が必要かもしれません。

Step 3

批判・判断せずに話を聞きましょう。

- どんな気持ちか話してもらおうようにしましょう。
- 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。
- 弱い人だと決め付けずに聞きましょう。この問題は弱さや怠惰からくるものではありません。当人はなんとかしようとしているのです。
- 責めてはいけません。その人がうつ病の症状を有していることに対して、あなたのいらだちをぶつけてはいけません。
- 「しっかりしろ」「頑張り」などの軽率な励ましをしてはいけません。
- あなたの個人的経験や意見を述べるのは控えましょう。

Step 4

安心と情報を与えましょう。

希望を持ち、気楽になれるように手助けしましょう。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

- 医学的な問題であること。
- 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・うつ病は人のやる気を障害する病気なのです。を伝え、そして、この問題には、
- 効果的な治療法があること。
- 医師やカウンセラーからよい助けが得られること。
- うつ病になるにも、治るにも少々時間がかかるけれど、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。

Step 5

適切な支援をアレンジしましょう。

職場の同僚に、その方の問題を伝えましょう。高齢者とあなたの2人だけの秘密にしてはいけません。

次に、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。

精神科医（神経科や心療内科と標榜している場合もあります）

うつ状態になった人が最初にかかる専門家が精神科医です。精神科医は以下のような援助を提供できます。

- 身体的原因の可能性はないか（例えば、他の身体疾患、薬の副作用）。
- うつ病の説明と、どう過ごすのがよいかのアドバイス。
- （必要であれば）抗うつ剤の処方。
- カウンセラーや臨床心理士など、うつ病を克服する手助けをしてくれる人への紹介。
- 入院施設の紹介。

うつ病にかかっても、ほとんどの人は入院せずに快方に向かいます。入院で治療するのは、重症のうつ病か、自殺のおそれが高い場合です。