

原著：秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要17(2)：1 - 11, 2009

介護保険 3 施設における認知症高齢者の抑うつ状態に対する介護・看護職員の認識

煙山晶子*

要 旨

A 県内の介護保険 3 施設45施設の職員を対象に、認知症における抑うつ状態に対する介護・看護職員の認識と課題を明らかにすることを目的に調査を実施した。

Sunderland らの抑うつ症状に関する調査項目を参考に作成した調査用紙を用いて、抑うつ症状を示す認知症高齢者へのケア経験の有無、効果的と考える対応方法、経験したことがある抑うつ症状、抑うつ症状出現によって困ることについて質問した。

355名に調査の協力を依頼し、239名からの回答を得た。回収率は67.7%、有効回答率は87.0% (215名) である。所属施設の内訳は、介護老人福祉施設122名、介護老人保健施設83名、介護療養型医療施設10名、介護・福祉職161名、看護職54名である。「効果的対応方法」は73.0%が『抗うつ薬をきちんと服薬する』、86.0%が『家族介入も含めた十分なケアを提供する』、10.2%は『十分なケアだけを提供する』であった。『抗うつ薬をきちんと服薬する』については職種間および平均経験年数に関連を認めた。「困ること」は、『行動・心理症状』や『症状・障害に対する理解』の他、『食事』『コミュニケーション』等の『日常生活への影響』に関するもの、「協力体制」「職員の疲労」「時間がかかる」等の『支援体制』だった。状態のとらえ方には経験によって影響されるものがあること、抑うつ症状に対する正しい状態の理解、ケアの支援体制整備の必要性が示唆された。

はじめに

我が国の長寿人口の増加は喜ばしいことではあるが、その反面で取り組んだことのない社会問題を乗り越えていくことが必要となっている。中でも後期高齢者の増加に伴う認知症高齢者に対するケアの質の向上は必須である。認知症は一旦、獲得された知的機能が不可逆的に障害されることにより、自立した生活が困難になった状態である。進行性の記憶の障害を伴い、焦躁や抑うつ状態、精神病状態といった認知症の行動症状、心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia 以下 BPSD とする) がみられるが、これらの症状は高齢者本人の生活の質に大きく影響する。認知症高齢者に対する援助は、その行動の意味や目的を理解することで、認知症高齢者の気

持ちを受容し症状を安定化させる関わりが主流となっている¹⁻²⁾が、症状の現れ方は多種多様で個別的であり、対応や理解には多くの時間を要する。中でも認知症の行動症状・心理症状における抑うつ状態は『厄介で対処が難しい症状』と分類されており、認知症が進行するに伴って、活動性や感情の表出が低下しコミュニケーションに影響する要因が増加するため、うつ病、抑うつ性障害との鑑別が難しくなる³⁾。山下らは一般病院に入院している認知症高齢者を対象にした BPSD への対応の現状と課題を報告の中で、対象者の呈した BPSD の中で特に頻度が高く問題とされた行動や症状である「チューブ類の抜去」の他、「大声・多弁」「暴言・暴力」などは問題視されているが、「抑うつ症状」や「意欲低下」などは問題視されず過小評価されている可能性を示唆している⁴⁾。また長畑らは介護老人保

* 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻
地域・老年看護学

Key Words: 高齢者ケア
認知症
抑うつ症状
BPSD

健施設で働く看護師を対象に面接調査を行い、「痴呆性高齢者」の言動の意味ができないまま対応している部分と、相手に添ったとらえ方のもと、その人にあった援助方法を探索しながら対応し、反応から対応結果を評価しつつ、言動の意味とケア方法を探索し続けている状況を明らかにしている⁵⁾。

介護保険3施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）の入所者の8割が「何らかの介護・支援を必要とする認知症がある高齢者」と推測され、認知症におけるうつ状態の発現は、アルツハイマー型認知症では20.0%に、脳血管性認知症では57.0%にうつ状態がみられる⁶⁾と報告されている。しかし、介護・看護職員を対象にした認知症高齢者の抑うつ状態に対する認識を調査した報告は少ない。そこで介護保険3施設に入所している認知症高齢者に見られる抑うつ状態に対して、介護職員および看護職員がどのように接しているのか、抑うつ状態に対する認識や対応方法に違いがあるか、対応方法で苦慮していることはないか、を明らかにすることを目的に調査を実施し、認知症高齢者にみられる抑うつ状態に対する支援のあり方を検討した。

研究方法

1. 調査実施期間

平成18年9月24日～10月27日

2. 調査方法

A県内の介護保険3施設である介護老人福祉施設87施設、介護老人保健施設50施設、介護療養型医療施設15施設の計152施設の施設長に対して、研究の趣旨と方法を文書で説明し調査実施の協力を依頼した。同時に調査に協力可能な職員数を確認したところ介護老人福祉施設28施設、介護老人保健施設14施設、介護療養型医療施設3施設からの協力が得られ、調査に協力可能な職員数は介護・看護職員を合わせて355名であった。協力者に対して施設宛に調査用紙を送付し、調査用紙送付からおおよそ2週間の期間内に質問紙に回答を記入して個々に郵送してもらうように依頼した。

3. 倫理的配慮

研究結果の公表については、個人が特定されることはないこと、研究目的以外には使用しないことを書面で説明した。また、調査への協力は自由意志であり無記名とした。調査への回答をもって同意とみなした。

4. 質問項目

この調査での『抑うつ症状』とは 全面的に抑うつ気分があり楽しむ能力が失われている。自己卑下的なこと（自分を過小に評価したり、自信を失っていること）を言い、死にたい、とほらすこと、として、上記の項目のうち一つでも該当するものがある状態とした。

1) 認知症高齢者でみられる抑うつ状態に対する認識と対応について。

(1) 抑うつ症状への対応について

抑うつ症状を示す認知症高齢者に関わった経験の有無

抑うつ症状を示す認知症高齢者に対して効果的だと考える対応方法。

下記の項目から該当するものを一つ選択

1. 抗うつ薬をきちんと服薬すること
2. 家族介入も含めた十分なケアを提供する
3. 抗うつ薬は使わないで十分なケアだけを提供する
4. その他（具体的に自由記載）

抑うつ症状を示す入所高齢者の認知症症状の有無による対応の違いについて

で「違う」と回答した場合の理由

抑うつ症状を示す認知症高齢者に接して困ることはあるか

の具体的な内容

抑うつ症状を示す認知症高齢者に接して困る状態について該当する症状（下記の項目⁷⁾から該当するものを複数選択）

1. 活動性が低下している
2. いらだつ事が多い
3. 激しく気持ちが高ぶっている
4. 不安を訴えることが多い
5. 落ち込んだような表情や反応
6. 刺激に対して反応が鈍い
7. 楽しさを感じにくい
8. 自分を過小に評価している
9. 悪いのはすべて自分のせいだと思っている
10. 絶望感をもっている
11. 死にたい、死んでしまうと訴える

2) 調査対象者の属性について

- (1) 性別
- (2) 年齢
- (3) 取得している資格

3) 勤務の状況について

- (1) 職場の種類

- (2) 介護・看護に関係する仕事の通算経験年数
 (3) 認知症高齢者の援助に直接かかわった通算経験年数 (以下、経験年数とする)
 (4) ここ最近1週間で、直接、認知症高齢者の援助にかかわった時間数

表1 対象の背景

		n = 215
項 目		名 (%)
性 別		
女 性		178 (82.8)
男 性		37 (17.2)
勤務施設		
特別養護老人ホーム		122 (56.7)
老人保健施設		83 (38.6)
介護療養型医療施設		10 (4.7)
職 種		
介護・福祉職		161 (74.9)
看護職		54 (25.1)
1週あたりの認知症高齢者援助時間		
20時間未満		38 (17.7)
20時間以上30時間未満		18 (8.4)
30時間以上40時間未満		73 (34.0)
40時間以上45時間未満		49 (22.8)
45時間以上		31 (14.4)
平均勤務年数 (年)		12.2 ± 9.2
平均認知症高齢者援助経験年数 (年)		8.2 ± 6.9

回収した対象者の中で、年齢、資格、抑うつ状態の認知症高齢者への援助経験の有無と困った経験、認知症高齢者への援助経験に関する設問項目に回答していたものを有効回答として分析の対象とした。取得している資格については、介護福祉士、社会福祉士など、介護・福祉に関連した職種を『介護・福祉職』とし、看護師および准看護師については『看護職』とした。

5. 分析方法

抑うつ状態の認知症高齢者への援助経験の有無と抑うつ症状を示す認知症高齢者に対して効果的だと考える対応方法、抑うつ症状を示す非認知症高齢者と認知症高齢者への対応の違いについて職種別 (介護・福祉職、看護職)、経験年数別 (平均年数8.2年未満を短期群91名、8.2年以上を長期群124名) で、カイ二乗検定を用いて比較した。理由等の自由記述については、類似する内容ごとに分類し、カテゴリー化した。

結 果

1. 対象の背景 (表1)

355名に調査の協力を依頼し、239名からの回答を得た。回収率は67.7%、有効回答率は87.0% (215名)であった。調査協力者の勤務する施設の内訳は、性別は女性178名 (82.8%)、男性37名 (17.2%)であった。勤務施設は介護老人福祉施設122名 (56.7%)、介護老人保健施設83名 (38.6%)、介護療養型医療施設10名 (4.7%)であった。職種は介護・福祉職161名 (74.9%)、看護職54名 (25.1%)であった。勤務年数は7.8 ± 9.2年、経験年数5.3 ± 6.9年、調査実施期間の1週間に認知症高齢者の援助にかかわった時間数 (認知症高齢者援助時間) は20時間未満38名 (17.7%)、20時間以上30時間未満18名 (8.4%)、30時間以上40時間未満73名 (34.0%)、40時間以上45時間未満49名 (22.8%)、45時間以上31名 (14.4%)であった。(表1)

2. 抑うつ状態の認知症高齢者に関わった経験の有無

抑うつ状態の認知症高齢者に関わった経験がある、と答えた者は192名 (89.3%)、経験したことがないと答えたものは23名 (10.7%)であった。

勤務施設別では、介護老人福祉施設122名中105名

(86.1%) が、介護老人保健施設83名中77名 (92.8%) が、介護療養型医療施設では10名全員が抑うつ状態の高齢者の援助を経験していた。職種別では介護・福祉職が161名中、143名 (88.8%) が経験していた。看護職では54名中、49名 (90.7%) が経験していた。職種と経験の有無について有意差は認められなかった。

経験年数の長期群162名のうち146名 (90.1%) が、短期群53名のうち46名 (86.8%) が経験があると回答していた。経験年数と抑うつ状態高齢者への援助経験に関連は認められなかった。

3. 抑うつ状態の認知症高齢者に対する効果的な対応方法

抑うつ症状を示す認知症高齢者に対して効果的だと考える対応方法については、『抗うつ薬をきちんと服薬すること』が157名 (73.0%)、『家族介入も含めた十分なケアを提供する』が185名 (86.0%)であり、『抗うつ薬は使わないで十分なケアだけを提供する』が22名 (10.2%)、『その他』は13名 (6.0%)であった。

各設問に対する回答者の有無を、職種別、経験年数別で検討した。『抗うつ薬をきちんと服薬すること』に対して、介護・福祉職の112名 (69.6%)、看護職の45名 (83.3%) が選択しており、看護職の割合が有意に高かった ($p=0.0485$)。長期群の97名 (59.9%)、短期群の60名 (86.0%) が選択しており、短期群の割合が有意に高かった ($p=0.0448$)。『家族介入も含め

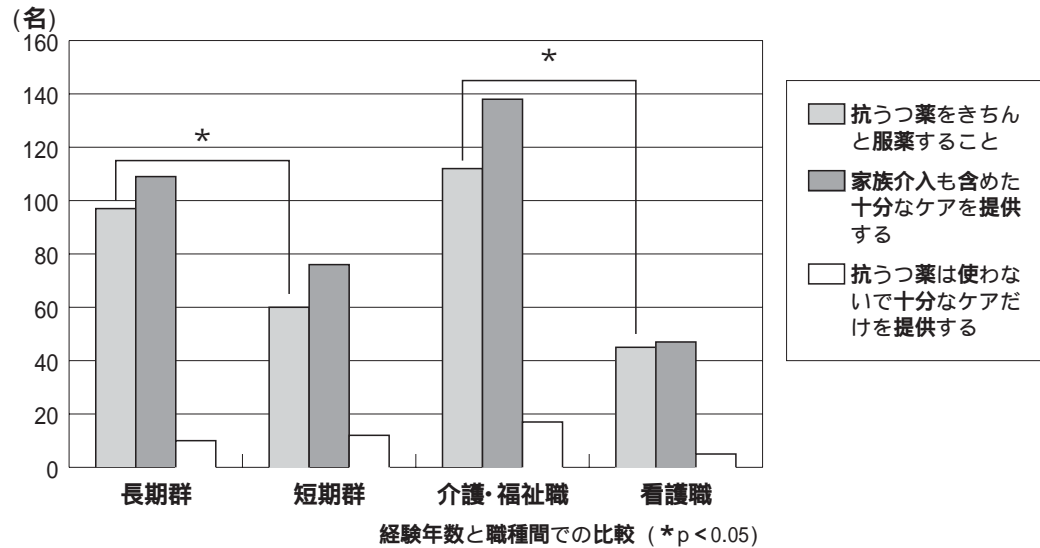


図1 抑うつ状態の認知症高齢者に対する効果的な対応方法

表2 認知症高齢者の抑うつ症状への効果的対応に対する記述

n = 38	
	記述件数
本人の話や思いを否定せずに聞く	13
内服薬の適度な使用	6
原因や行動のパターンの把握	6
内服薬に頼らない対応	5
家族が病状や状況を十分理解した上での家族介入	4
その人にあった対応	4
環境整備	2
がんばると励まさない	2

た十分なケアを提供する』に対して、介護・福祉職の138名(85.7%)、看護職の47名(87.0%)が選択していた。経験年数では、長期群の109名(67.3%)、短期群の76名(14.3%)が選択していた。職種別、経験年数別共に両群に差は認められなかった。『抗うつ薬は使わないで十分なケアだけを提供する』に対して、介護・福祉職の17名(10.6%)、看護職の5名(9.3%)が選択していた。経験年数では、長期群の10名(6.2%)、短期群の12名(22.6%)が選択していた。職種別、経験年数別共に両群に差は認められなかった。(図1)

38名が認知症高齢者への効果的対応の具体的内容を記述していた。件数の多い順に、「本人の話や思いを否定せずに聞く」13件、「内服薬の適度な使用」6件、「原因や行動のパターンの把握」6件、「内服薬に頼らない対応」5件、「家族が病状や状況を十分理解した上での家族介入が必要」4件、「その人にあった対応」4件「環境整備」2件、「がんばると励まさない」2件であった。(表2)

4. 非認知症高齢者と認知症高齢者の抑うつ症状への対応の違いの認識

抑うつ症状を示す非認知症高齢者と認知症高齢者への対応の違いを認識しているかについては、『同じ』を選択したのは65名(30.7%)、『違う』を選択したのは149名(69.3%)であった。職種別では介護・福祉職の51名(31.7%)が『同じ』を選択し、110名(68.3%)が『違う』を選択していた。看護職では15名(27.8%)が『同じ』を選択し、39名(72.2%)が『違う』を選択していた。職種間と非認知症高齢者と認知症高齢者の抑うつ症状への対応の違いの認識に有意差は認められなかった。

『同じ』を選択した66名のうち10名が具体的に記述していた。明らかに非認知症と認知症の抑うつ状態に対する対応は『同じ』であることについて説明しているものは4名であった。記述内容は「非認知症、認知症両者に対して接し方を同様にしている」「基本的には同じ。認知症の程度による」、「抑うつ症状への対応と共に認知症にも対応している」などであった。

『違う』を選択した149名のうち111名が具体的に記述していた。記述内容を検討し認知症高齢者については67件、非認知症高齢者については27件の記述を抽出した。その結果、認知症高齢者と非認知症高齢者に関する違いについて、『発症時の対応の違い』『主な症状に対する対応の違い』『不調の訴えに対する対応の違い』『対応方法の違い』の4つのカテゴリに分類した。(表3)

『発症時の対応の違い』には、「原因やきっかけ」「回復」に関するものを分類した。「原因やきっかけ」について、認知症高齢者では「原因が違うので対応が異なる」「何もわからず症状が出てくる」「いろいろな要

表3 抑うつ状態を呈する認知症高齢者と非認知症高齢者への対応の違いに関する記述

(数字は記述件数 n=111)

		認知症高齢者の抑うつ状態	非認知症高齢者の抑うつ状態
発症時の対応の違い	原因 きっかけ	<ul style="list-style-type: none"> 原因が違うので対応が異なる 何もわからず症状が出てくる いろいろな要因が重なる 過去の事や妄想で悲観的になる 	<ul style="list-style-type: none"> 主な原因が分かっている 秘めた別の理由もある
	回復	<ul style="list-style-type: none"> 認知症高齢者では認知症を治せばそれに伴って派生したうつは治るので病状がどちらかを見極める事が大切 	<ul style="list-style-type: none"> 一度安心感が得られればすぐ落ち着きを取り戻すこともできる 症状が良くなれば日常のことは理解でき回復する ある程度までは一緒に、うつ病を治せば症状は消える
症状出現時の対応の違い	病識 自覚	<ul style="list-style-type: none"> 病状が悪化する時期 原因が異なる 忘れてしまい同じ事を繰り返す 自分の現状を理解できない 会話したこと自体の認識が難しい 自分の病状を認識することが困難 忘れるのでその時々で指示できる 覚えていないのでその場で対応が変わる 適切に自分の思いを訴え、表現できない 納得し受け入れるまでの過程 自分がどこにいるのか、なぜここにいるのか等もはっきりしないことがあるので、その日によって対処が違ってくる 	<ul style="list-style-type: none"> 意志の疎通ができる、できないで違う 認知能力が保たれている 認知症高齢者と比べてある程度言葉で話しても理解できる 声かけを理解できている 自分が何をどのように話しているか理解しながら会話ができる 訴えを聞いて励ましたり、援助者の話を理解することができる 表情や言動を見て気づくこともできるので話し相手になることもできる
	行動症状	<ul style="list-style-type: none"> どのような行動をとるか予想がつかないことがある 気持ちを抑えること力が弱い気がする 他の利用者に暴力を加えたり自殺行為を起こしやすい 	<ul style="list-style-type: none"> 抑うつ状態の高齢者には言葉を慎重に選ばないと落ち込み、引きこもるためケアには難しい 全員に同じ対応をした場合、一言が人を傷つけたり、落ち込ませたりするので病状を理解したうえで対応をしなければならぬ
不調の訴え時の対応の違い	執着	<ul style="list-style-type: none"> 認知症があるとうつ症状だけの時の対応では納得してもらえず繰り返すことが多くなり症状が悪化するよう思う 	<ul style="list-style-type: none"> 死にたいと思っていることに対して、思い込みが激しく執着が強い 思い込みが激しいため全てを押し付けるケアはできない
	深刻さの欠如	<ul style="list-style-type: none"> 深刻さもなくて忘れてしまうため別の方向に持っていくと笑顔が見られる 死にたいと思っていることに対して認知症の人は忘れる 暗い表情で落ち込んでいても、死にたい等と言うことはなく、自分が悪いと思うより他人のせいにすることが多い 抑うつ状態の認知症高齢者では自殺する危険性は少ない 	
	身体的不調	<ul style="list-style-type: none"> 認知症高齢者では徘徊、不眠、不穏を伴うのでそれらへの対応が必要 	
対応方法		<ul style="list-style-type: none"> 生活リズムに合わせて周囲が援助できるようにすること 本人が自由に過ごせるような配慮 根気強い対応が求められる 基本的には同じ声をかける回数をふやしたり外に連れ出す方法を工夫 鬱症状があるため励ましの言葉などのケアはいけなない 対応する職員に十分な認知症への知識があり認知レベルのアセスメントに基づいて各個人に違った対応が必要とされる 一般の抑うつ状態とは違った注意点、細かな対応が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 抗うつ薬を服用させリラックスできる環境を作ると症状が軽くなる場合もある 無理に気晴らしや楽しみを勧めず、やりたいようにさせ責めることなく話を聞く 抑うつ症状には 休養や睡眠を確保し、自殺行為などの観察、家族の柔軟な理解と情緒的支援 認知症高齢者より慎重に関わる 励まし等は行わず話の内容を聞くことに徹している 特別な事を言うと却って本人が気を遣うような気がする 内服と会話、自殺企図への注意を要する

因が重なる」「過去の事や妄想で悲観的になることもある」などがあった。非認知症高齢者では「主な原因が分かっている」「秘めた別の理由もある」であった。《回復》について、認知症高齢者では「認知症高齢者では認知症を治せばそれに伴って派生したうつは治る」、非認知症高齢者では「一度安心感が得られればすぐ落ち着きを取り戻すこともできる」「症状が良くなれば日常のことは理解でき回復する」「うつ病を治せば症状は消える」であった。《行動症状》としては認知症で「どのような行動をとるか予想がつかないことがある」「気持ちを抑えること力が弱い気がする」など、援助する側に予測しがたい衝動的にとられる行動についての記載があった。非認知症は「言葉を慎重に選ばないと落ち込み、引きこもるためケアには難しい」「ひと言で落ち込ませたりするので病状を理解したうえででの対応をしなければならない」などであった。

『症状出現時の対応の違い』には、《病識や自覚》《行動症状》に関することを分類した。《病識や自覚》での認知症高齢者では「忘れてしまい同じ事を繰り返す」「自分の現状を理解できない」「会話したこと自体の認識が難しいこともある」「自分の病状を認識することが困難」「自分がどこにいるのか、なぜここにいるのか等もはっきりしないことがあるので、その日によって対処が違ってくる」などがあった。非認知症高齢者に対しては「認知能力が保たれている」「ある程度言葉で話しても理解できる」「自分が何をどのように話しているか理解しながら会話ができる」などだった。

『不調の訴え時の対応の違い』には、《執着》《深刻さの欠如》《身体的不調》に関することを分類した。認知症高齢者では「認知症があるとうつ症状だけの時の対応では納得してもらえず繰り返すことが多くなり症状が悪化する」という記述があった。非認知症高齢者では「死にたいと思っていることに対して、思い込みが激しく執着が強い」という記述があった。認知症についての記述だけであったが「深刻さもなく忘れてしまうためか、別の方向に持っていくと笑顔が見られる場合もある」「死にたいと思っていることに対して認知症の人は忘れる」という記述があった。《身体的不調》についても認知症高齢者に対して「認知症高齢者では徘徊、不眠、不穏を伴うのでそれらへの対応が必要」という記述があった。

『対応方法』では、認知症高齢者に対しては「認知症には生活リズムに合わせて周囲が援助できるようにすること本人が自由に過ごせるような配慮」「認知症の方では根気強い対応が求められる」「声をかける回数を増やしたり、外に連れ出す方法を工夫」「うつ症

状があるため励ましの言葉などのケアはいけない」などの記述があった。非認知症高齢者では「抗うつ薬を服用させリラックスできる環境を作ると症状が軽くなる場合もある」「励まし等は行わず話の内容を聞くことに徹している」「特別な事を言うと却って本人が気を遣うような気がする」などの記述があった。

5. 抑うつ症状を示す認知症高齢者に接して困ること

抑うつ症状を示す認知症高齢者に接して、141名(65.6%)が困る事が「ある」、61名(28.4%)は困る事は「ない」と回答し、13名(0.06%)は無回答であった。

接したことのある抑うつ症状を示す認知症高齢者の状態について回答を求めた。『落ち込んだような表情や反応』を選択したものが最も多く157名(73.0%)、次いで『活動性が低下している』が153名(71.2%)、『不安を訴えることが多い』が140名(65.1%)、『楽しさを感じにくい』が137名(63.7%)、『死にたい、死んでしまうと訴える』が113名(52.6%)、『絶望感をもっている』が94人(43.7%)、『刺激に対して反応が鈍い』が85名(39.5%)、『自分を過小に評価している』が81名(37.7%)、『いらだつ事が多い』が81名(37.7%)、『激しく気持ちが高ぶっている』が79名(36.7%)、『悪いのはすべて自分のせいだと思っている』が61名(28.4%)であった。

経年数別では、『活動性が低下している』は長期群が95名(44.2%)、短期群が58名(27.0%)、『いらだつ事が多い』は長期群が50名(23.3%)、短期群が31名(14.4%)、『激しく気持ちが高ぶっている』は長期群が81名(37.7%)、短期群が55名(25.6%)、『不安を訴えることが多い』は長期群が81名(37.7%)、短期群が59名(27.4%)、『落ち込んだような表情や反応』は長期群が99名(46.0%)、短期群が58名(27.0%)、『刺激に対して反応が鈍い』は長期群が55名(25.6%)、短期群が30名(14.0%)、『楽しさを感じにくい』は長期群が81名(37.7%)、短期群が56名(26.0%)、『自分を過小に評価している』は長期群が43名(20.0%)、短期群が38名(17.7%)、『悪いのはすべて自分のせいだと思っている』は長期群が95名(44.2%)、短期群が32名(14.9%)、『絶望感をもっている』は長期群が58名(27.0%)、短期群が36名(16.7%)、『死にたい、死んでしまうと訴える』は長期群が64名(29.8%)、短期群が49名(22.8%)であった。『悪いのはすべて自分のせいだと思っている』($p < 0.01$)、と『活動性が低下している』($p = 0.0395$)、『落ち込んだような表情や反応』において長期群の割合が有意に高かった($p = 0.0086$)。(図2)

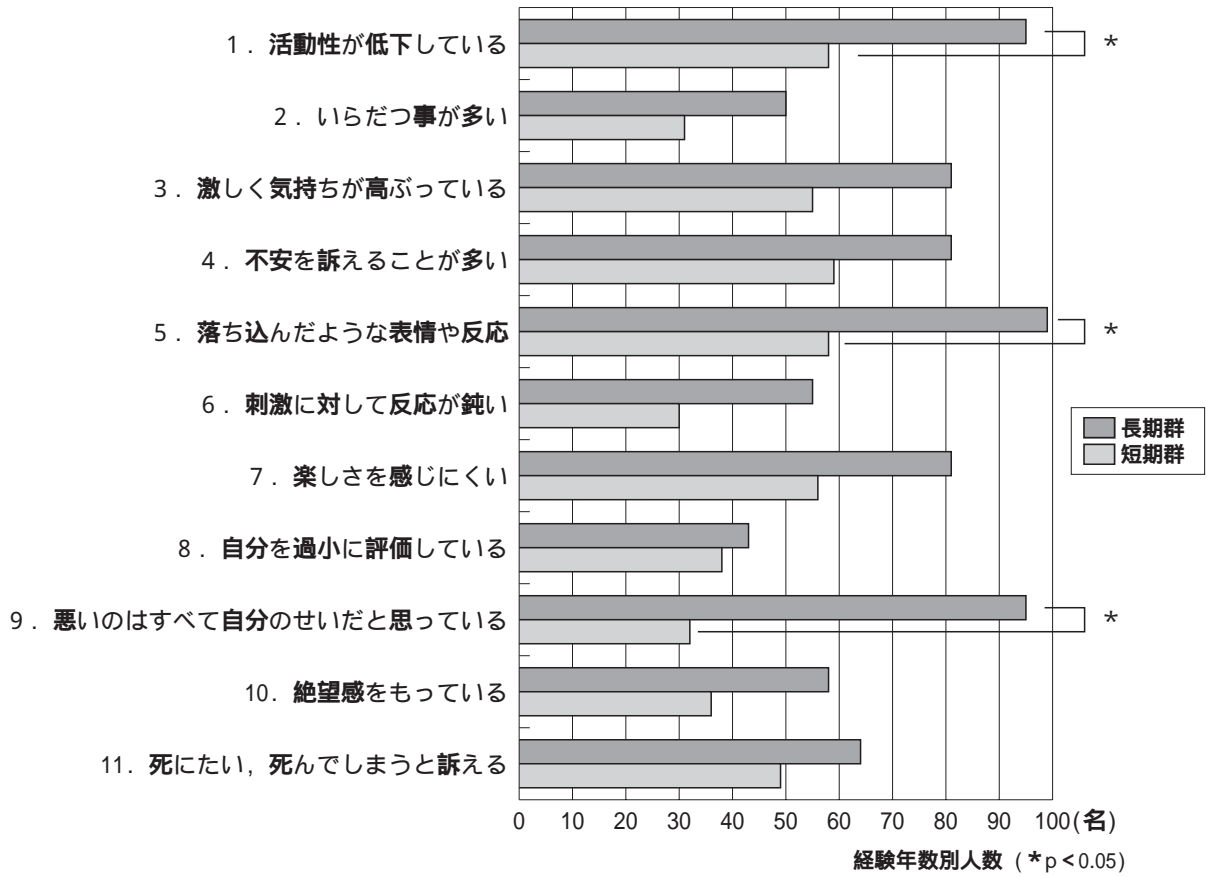


図2 認知症高齢者の抑うつ症状への対応で困る症状

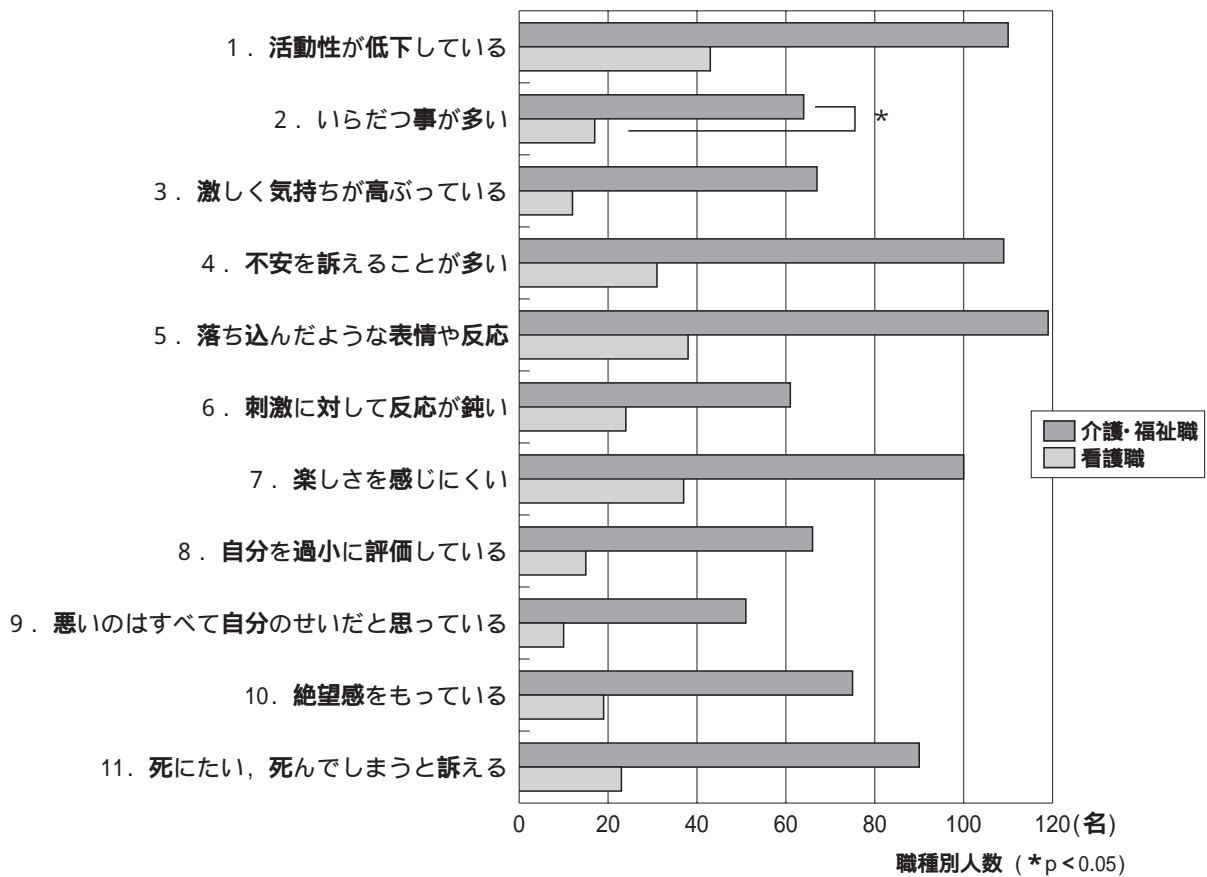


図3 認知症高齢者の抑うつ症状への対応で困る症状

表4 抑うつ状態の認知症高齢者との関わりで困ったことがある状況 (複数回答)

n = 115				
カテゴリ	中位カテゴリ	下位カテゴリ	記述件数	
行動・心理症状	行動症状	無気力	6	
		とじこもり	4	
		執着	5	
		徘徊	2	
		不穏	2	
		攻撃	3	
		興奮	1	
		暴力	1	
		怒り	1	
		突然の行動	1	
		弄便	1	
	要求	1		
		心理症状	悲哀感情への対応	9
			自殺企図への対応	7
			気分の変動への対応	4
			不眠	3
			夜間せん妄	1
			生活リズムの乱れ	1
			自殺をほのめかす要求	2
			妄想	2
	希死念慮		1	
	不安	1		
	反応の鈍さ 無表情	1		
日常生活への影響	食 事	食欲低下・食量の減少	10	
		食事の拒否	7	
		過食	1	
		コミュニケーション	会話が成り立たない	7
			抑うつ状態での会話	7
			会話の拒否	4
			理解してもらえない	8
			理解できない	2
	症状・障害の理解	症状・障害の理解	障害の合併	1
			状態の不安定さ	1
支援体制	他高齢者への影響	他高齢者への影響	10	
		支援体制	5	
	支援体制	家族、関係者の協力体制	2	
		職員の疲労	4	
		時間がかかる	4	
		研修等の機会・知識の不足	3	
計			136	

職種別では、『活動性が低下している』は介護・福祉職が110名 (68.3%)、看護職が43名 (79.6%) が選択していた。『いらだつ事が多い』は介護・福祉職が64名 (39.8%)、看護職が17名 (31.5%) が選択しており、介護・福祉職が選択した割合が有意に高かった ($p=0.0105$)。『激しく気持ちが高ぶっている』は介護・福祉職が67名 (41.6%)、看護職が12名 (22.2%) 選択していた。『不安を訴えることが多い』は介護・福祉職が109名 (67.7%)、看護職が31名 (57.4%)、『落

ち込んだような表情や反応』は介護・福祉職が119名 (73.9%)、看護職が38名 (70.4%)、『刺激に対して反応が鈍い』は介護・福祉職が61名 (37.9%)、看護職が24名 (44.4%)、『楽しさを感じにくい』は介護・福祉職が100名 (62.1%)、看護職が37名 (68.5%)、『自分を過小に評価している』は介護・福祉職が66名 (41.0%)、看護職が15名 (27.8%)、『悪いのはすべて自分のせいだと思っている』は介護・福祉職が51名 (31.7%)、看護職が10名 (18.5%)、『絶望感をもって

いる』は介護・福祉職が75名(46.6%)、看護職が19名(35.2%)、『死にたい、死んでしまうと訴える』は介護・福祉職が90名(55.9%)、看護職が23名(42.6%)それぞれ選択していた。(図3)

抑うつ状態の認知症高齢者への援助で困った状況については123名が具体的に記述していた。そのうち困った経験が「ない」または無回答を除外した115名の記述内容を分析の対象とした。記述内容を読み、それぞれ、抑うつ状態の認知症高齢者について、または非認知症高齢者の抑うつ状態について記載していると読み取ることができる部分を探し、ラベルを付けた。抽出されたラベルは145件である(表4)。設問の意図を反映していないものを除外した136件を分類し、『行動・心理症状』『日常生活への影響』『症状・障害の理解』『支援体制』の4つのカテゴリに分類した。『行動・心理症状』は、さらに《行動症状》《心理症状》に、『日常生活への影響』は《食事》《コミュニケーション》に、『症状・障害の理解』は《症状・障害の理解》に、『支援体制』は《他高齢者への影響》《支援体制》の中位カテゴリに分類し、それぞれに類似する記述を分類した。

『行動・心理症状』の《行動症状》の下位カテゴリには「無気力」「執着」「徘徊」「不穏」「とじこもり」「攻撃」「興奮」「暴力」「怒り」「突然の行動」「弄便」「要求」を含む。《心理症状》には「悲哀感情への対応」「自殺企図への対応」「気分の変動への対応」「不眠」「夜間せん妄」「生活リズムの乱れ」「自殺をほのめかす要求」「妄想」「希死念慮」「不安」「反応の鈍さ 無表情」を分類した。『日常生活への影響』の《食事》では食欲低下・食事量の減少」「食事の拒否」「過食」を分類した。《コミュニケーション》では「会話が成り立たない」「抑うつ状態での会話」「会話の拒否」「理解してもらえない」「理解できない」を分類した。『症状・障害の理解』では「障害の合併」「状態の不安定さ」について、『支援体制』の《支援体制》では「支援体制」「家族、関係者の協力体制」「職員の疲労」「時間がかかる」「研修等の機会・知識の不足」を分類した。

考 察

1. 抑うつ状態の認知症高齢者に関わった経験

今回の調査では、全体の88.9%が抑うつ状態の認知症高齢者に関わっていた。経験の有無と調査対象施設、職種、経験年数との間に有意差は認められなかった。認知症高齢者の抑うつ状態は、経験や職種、施設の種類に関わらず高齢者ケアにおいて日常的に関わる症状

といえる。

また、89.3%が『認知症高齢者の抑うつ状態に関わったことがある』と回答していた。認知症による抑うつ状態と非認知症による抑うつ状態の違いについては、経験や職種によって差はなく、全体の69.3%が違いを認識していた。調査対象者が捉えた抑うつ状態を分析すると、老年期うつ病によるもの、軽度の認知症で見られる不安や自己の存在を脅かされて引き起こされているもの、認知症の末期にみられる活動性の低下、意思疎通困難な状況が抑うつ状態ととらえられているものなどの、状態や疾患が混在していることがわかった。病期や疾患による状態の違いに対してどのようなことをアセスメントし対応しているのか、その根拠を探る必要がある。

2. 認知症高齢者に見られる抑うつ状態に対する介護・福祉職員と看護職員の認識と対応

抑うつ症状を示す認知症高齢者に対して効果的だと考える対応方法については、多くが『家族介入も含めた十分なケアを提供する』を選択していた。認知症への基本的な関わり方には日常生活のあり方を重視し、自己実現・自己選択・自己決定を支援する、価値観や尊厳を尊重し、居住環境の整備、地域や他職種との連携を図ると共に家族を含めたケアを実践することが提唱されている⁸⁾。また「薬物によらない対応」として、楽しめる活動を増やす、本当に楽しんでいるものかどうかを確認する。一緒にいてくれるとうれしいと思う人とともに行う楽しい活動を計画する。明るい陽気な環境を提供する。個々の患者のニーズや状況に合わせたものにするなどの方法があるが⁹⁾、今回の記述の中にあつた「本人の話や思いを否定せずに聞く」「がんばると励まさない」「環境整備」「原因や行動のパターンの把握」「その人にあつた対応」などは個々のニーズや状況を考慮した方法を選択しようとしているものである。「家族が病状や状況を十分理解した上での家族介入」に関する記述もあつた。高齢者にとって、『一緒にいてくれるとうれしいと思う人』が既に他界した人である場合もある。また、介護者に情緒的反応としての主観的負担、精神的緊張が生じ、介護家族の多くは自身がうつ状態にあることも指摘され¹⁰⁻¹¹⁾、家族が高齢者の状況をよく理解している存在でも、常に援助者としての役割機能を期待できる状況にはないことも考えられる。認知症高齢者の援助にあたる職員は、長年の家族関係等に配慮しながら家族調整を図り、状況に応じて協力を得ることが必要である。

うつ病が認知症に併存する場合、罪悪感や無価値感などの抑うつ思考を認めることが少なく、奇声や焦燥

などの問題行動が増えるなどの症状の変化がみられる¹²⁾。認知症高齢者の抑うつ症状に対しては、非認知症高齢者にみられる抑うつ症状への対応や援助方法をそのまま導入することは難しい。両者に対する対応方法の違いを認識しているかについては、経験や職種による差は認められなかったが、全体の69.3%が両者は『違う』と回答し、30.7%は『同じ』と回答していた。理由の記述内容をみると、少数ではあるが、援助としては基本的な接し方は同じで、症状の出現に際して対応を変えていくようにしている、と読み取る事ができる記述もあった。疾患から人間を捉えるのではなく「生活者としての高齢者」といった視点で、出現した症状がどのように生活に影響を与えているのかに注目しているものと考えられる。

3. 認知症高齢者に見られる抑うつ状態に対する支援のあり方

効果的な対応方法としての抗うつ薬の使用に対して、経験や職種によって有意差が認められたが、日常生活を支援する介護・福祉職と、医療や健康の維持増進を支援する看護職が連携を図る必要がある。認知症に関わらず高齢者ケアにおいては、常に様々な状態や疾患を考慮に入れて対応していく必要がある。情報の交換と視点の違いは多方向からその人を捉えることになる。個々の対象によってその援助方法も異なるが、関わりによって得られた反応を評価していくことが効率良く理解をすすめることになるのではないかと考える。

結 論

A 県内の介護保険3施設、介護老人福祉施設28施設、介護老人保健施設14施設、介護療養型医療施設3施設で勤務する介護・福祉関連職員と医療関連職員239名を対象に、認知症におけるBPSDの抑うつ状態と非認知症における抑うつ状態に対する認識の違い、認知症における抑うつ状態への対応方法、認知症における抑うつ状態への援助で困っている状況を明らかにするために質問紙調査を行ったところ、以下の結果を得た。

- 1) 抑うつ状態の認知症高齢者に関わった経験を有するものは185名(88.9%)、抑うつ症状を示す認知症高齢者に接して困ることがあると答えたものは141名(69.8%)であった。
- 2) 認知症高齢者の抑うつ症状として接したことがあると答えたものは、「悪いのはすべて自分のせいだと思っている」、「活動性が低下している」、「落ち込んだような表情や反応」は、援助経験年数が長期

群で多く、「激しく気持ちが高ぶっている」については介護・福祉職が多かった。

- 3) 抑うつ症状を示す認知症高齢者に接して困る具体的な状況は、『行動・心理症状』『日常生活への影響』『症状・障害の理解』『支援体制』であった。
- 4) 抑うつ症状を示す認知症高齢者と非認知症高齢者への対応は異なると認識していたのは149名(69.3%)で、介護・福祉職員と看護職員に差は認められなかった。
- 5) 認知症高齢者に見られる抑うつ症状に対して、適切にアセスメントし、援助するためには、介護・福祉職員と看護職員が情報交換し連携を図る必要がある。

謝 辞

本研究をまとめるにあたりご指導いただきました、東北福祉大学大学院精神医学講座佐藤光源教授に心から感謝申し上げます。

また、調査実施に際しまして、ご配慮とご協力を賜りました施設の施設長の皆様、回答をいただきました職員の皆様に深く感謝いたします。

本研究は東北福祉大学大学院社会福祉学専攻へ提出した修士論文に加筆、修正を加えたものである。

文 献

- 1) 認知症介護研究・研修東京センター、認知症介護研究・研修太府センター、認知症介護研究・研修仙台センター編：改訂認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方、中央法規、東京、2006、pp16-18
- 2) 江草安彦 監修、佐々木健：新・痴呆性高齢者の理解とケア 第1章痴呆性高齢者のケアの理念、メディカルビュー社、東京、2004、pp2-12
- 3) 日本老年精神医学会監訳 三山吉夫：痴呆の行動と心理症状 モジュール1 BPSDとは何か、アルタ出版、東京、2005、pp28-49
- 4) 山下真理子、小林敏子 他：一般病院における認知症高齢者のBPSDとその対応 一般病院における現状と課題、老年精神医学雑誌17(1)、75-85、
- 5) 長畑多代、松田千登勢 他：介護老人保健施設で働く看護師の痴呆症状に対するとらえ方と対応、老年看護学8(1) 39-49、2003
- 6) 三山吉夫：痴呆の前駆症状としてのうつ状態、老年精神医学雑誌11(12)、1398-1402、2000
- 7) Sunderland T et al: A New Scale for the Assessment of Depressed Mood in Dementia

- Patients. *American Journal of Psychiatry*, 145 : 955-959, 1988
- 8) 江草安彦 監修, 千葉由実 : 新・痴呆性高齢者の理解とケア 第4章痴呆性高齢者の日常生活とケア, メディカルビュー社, 東京, 2004, pp98-101
- 9) 日本老年精神医学会監訳 : 痴呆の行動と心理症状 薬物によらない対応, アルタ出版, 東京, 2005, pp104-107
- 10) 大山直美, 鈴木みずえ 他 : 家族介護者の主観的介護負担における関連要因の分析, *老年看護学*6(1) 58-66, 2001
- 11) 陶山啓子, 河野保子 : 在宅高齢介護者の疲労感とその要因分析, *老年社会学*24(1), 80-89, 2002
- 12) 大野裕編 : 高齢者のうつ病, 金子書房, 東京, 2006, pp16-21 日本老年医学会編 : 老年医学テキスト, 高齢者薬物療法, メディカルビュー, 東京, 2002, pp134-147

Recognition of depression state in dementia by care workers and nurses and problems encountered

Shoko KEMUYAMA

Department of Community and Elderly Nursing, Akita University Graduate School of Health Sciences

A survey intended to clarify the recognition of depression state in dementia by care workers and nurses and corresponding problems was carried out on 152 staff in 3 institutions in A prefecture.

The question items were as follows : 1. Do you have experience of care of senior citizens with dementia showing depression symptoms? 2. What responses have you found effective? 3. Depression symptoms encountered. 4. What concerns do you have regarding occurrence of depression symptoms?

The effective answer rate was 87.0% : 122 special nursing home staff, 83 staff of health centers for the elderly, and 10 of medical facilities for elderly patients requiring long-term care. 161 were care workers and 54 nurses.

For "effective response method", 73% answered "accurate use of anti-depressant drugs", and 86% "offer sufficient care including family intervention". 10.2% answered "Offer sufficient care only." There was a significant difference in those who answered "accurate use of anti-depressant drugs based on job type and length of experience. Significant difference occurred by the experience.

Concerns were, in addition to "Behavior and psychological symptoms" and "Understanding of symptoms and disability", "influences on everyday life" such as "meals" and "communication", and "support systems" including "cooperation systems", "tiredness of staff" and "time-consuming"

The study suggests that recognizing dementia is influenced by experience, and that regarding depression, which has a considerable influence on quality of life, it is important to have an understanding of dementia and to adjust the systems supporting care appropriately.