



# 老年精神医学と介護・ケアを巡って

松本診療所（ものわすれクリニック）

松 本 一 生

## 【略 歴】

（学歴・職歴）

1983年・大阪歯科大学卒業

1990年 関西医科大学卒業

2005～2009年 大阪人間科学大学  
社会福祉学科教授

現在、松本診療所（ものわすれクリ  
ニク）院長、大阪市立大学大  
学院非常勤講師

（専門領域）

老年精神医学、介護家族・支援職  
のケア、高齢者虐待防止

（学会活動・社会活動）

大阪府認知症・高齢者虐待防止対  
策専門委員、大阪市認知症対策事  
業嘱託医、日本認知症ケア学会理  
事、日本精神神経学会指導医・専  
門医、日本老年精神医学会指導  
医・専門医、歯科医師、ケアマネ  
ジャー

（著作）

- 1) 家族と学ぶ認知症，金剛出版
- 2) 認知症介護サポートマニュアル，河出書房
- 3) 喜怒哀楽でわかる認知症の人の  
ところ（編著），中央法規
- 4) これからの老老介護にそなえ  
るための心得 40，河出書房

## はじめに

人口の高齢化に伴い日常臨床の現場でも高齢者の受診が急激に増えている。演者の診療所（以下、当院）は大阪市内北東部に位置し、認知症を専門とした「ものわすれクリニック」であるため受診者のほとんどは認知症であるが、不安障害や気分障害を持ち介護保険を利用している受診者も珍しくはない。このようなメンタル領域の当事者を地域で支えて行くためには医療だけではなく、介護保険事業所や介護家族による疾病理解が不可欠であるが、実際には思ったよりも理解されていないことがある。われわれ老年精神医学に携わる者が積極的に情報提供することで高齢者に対する精神医療への理解が進み、医療とケアがより相互理解を深めることが急務である。

## 1. ケアにおける老年精神医療

昨年4月から10月までの当院の初診受診者を見ると、最も多いのが認知症であり、不安障害、気分障害と続く。「その他」の中には高齢者の妄想性障害や人格障害が含まれるが、それらについては後の講義にゆだねたい。

ケアスタッフや介護家族は精神症状が出たときの対応や服薬について「迷い」が生じることも多く、中でも認知症なのかうつ病なのか理解できず、どのように対応してケアすべきであるのか、多くの人が悩んでいる。

## 2. 不安障害

高齢者の不安障害のうち当院に受診する人は心気障害が最も多いが、くり返される訴えのために長く医療機関に留まることができず、いわゆるドクターショッピングをくり返す傾向がある。演者の外来ではここ10年ほどの特徴として若い時期から高齢に至るまで全く不安を感じなかった人が、70歳を超えてから突然、パニック発作を経験するような例も増えてきている。

### 3. 高齢期のうつ

「うつ」の病像も若い時期のそれとは異なり、うつ状態が表面化しないこと、遷延化して難治性で薬物への反応性が悪い例も少なくない。概して高齢者では焦燥感を伴いながら身体症状で「うつ」を訴えることが多い。当然のごとく、そのような例では当事者が先に絶望して自死を試みることも多いが、急性期の医療とその後のケアが結びつくことで安定がはかれれば、自死企図を試みた人のうちかなりの割合で「死なずにすんだこと」を肯定的に捉えるまで回復する事ができる。しかし一方、142 例中 29 例（20.4%）の人が否定的な答えを返してきた。一命を取り留めてうつ状態が改善したにもかかわらず、ケアマネジャーに対して「なぜ死なせてくれなかったのか」と非難する人もいた。このことからその人の絶望の深さがうかがえると共に、高齢者のうつ状態にはその人の生物 心理 社会的側面が複雑に入り組んでいることがわかる。

### 4. 認知症について

一方、うつ病と自死の関係ほど注目されてはいないが、認知症の人が初期の段階で自らの先に絶望した場合、一般的に考えられるよりも自死企図におよぶことが多い。認知症は一般的には「遂行障害のために自死しない」と考えられやすいが、実際にはMCI（軽度認知障害）から認知症の初期に至るまでの時期に自死企図が集中している。

認知症の当事者の心を考えるとき、全体の約7割が自らの変化に気づき悩むのであるが、その際、われわれは当事者がくり返し心に傷を受けている存在であることを認識して支援する必要がある。しかし一方では約3割の人に認知症の病識がないため、こちらが思ったような「悩み」を口にしない人もいる。この多様性こそ、認知症をケアする家族や介護保険の事業者にとっても疾病理解の妨げになる。それゆえ介護家族もまた傷つき、第2の被害者になっている可能性がある。それを防ぐためにわれわれは認知症をケアする家族のところにいくつもの段階があることを知らなければならない（図1参照）。

### 5. 介護家族のこころの動き

介護家族が経験する中で最も初期に経験するのが「驚愕」の時期である。家族がうすうす気づいていたとしても、やはり告知を受けた場合には驚き慌てる。この時期は長くは続かない、あっという間に介護家族の心は「否認」の段階に移行する。ここでは無意識のうちに疾患を否定する介護家族の姿があり、その後、「怒り」や介護に破綻するまで追い詰められた場合には、介護家族から不適切な行為が出てしまうことがある。そのような場合、追い詰められそうになる介護家族のこころを理解して耳を傾けてくれる人の存在があれば、家族はケアに破綻することなく日々を送ることができる。そのためにはわれわれ老年精神医学に携わる者が率先して介護者支援をする事で悲劇を防ぐ事ができる。

## 6. ケア支援の実際

演者はかつて認知症を在宅でケアする介護家族がケアに燃え尽きることがないように家族支援をした 65 例と、家族支援をする事ができなかった 65 例を介護開始から 2 年にわたって比較したことがある。昼夜逆転をして混乱する認知症の人をケアする家族が心理教育アプローチによる家族支援で明日につながる希望を持つことによって、その後、認知症の人自身の昼夜逆転が改善する様を経験した。

家族の苦悩を共感的に支援し、「かかりつけ医」と協力しながら介護保険の現場に共感と希望をつなぐこと、この連携によって地域の包括ケアが進むとすれば、その役割こそわれわれに課せられた大きなテーマである。



図1 介護者のこころの変化