

高齢者デイケアにおける包括的心理的援助

—老年期うつ病（回復期）の利用者に対する心理面接の事例—

稲谷 ふみ枝¹⁾²⁾

津田 彰³⁾

要 約

本研究の目的は、高齢者デイケアにおける、老年期うつ病（回復期）の不眠や不安、抑うつ感情を主訴とする高齢女性に対するライフレビューを中心とする個人心理療法および施設で暮らすクライアントの環境調整の適用について、事例から検討するものである。利用者に対する心理アセスメント及び心理面接の経過を生涯発達の視点から分析し、高齢者施設における利用者のQOLを高める包括的アプローチの在り方を考察した。方法として①傾聴とライフレビュー、②薬物療法の自己管理に向けた支援を中心に、クライアントの不眠と不安状態の改善を目的とした弛緩法を取り入れ、③日常のなかでクライアントの心理的適応と活動性を向上させるための環境調整を行った。その結果、ライフレビューによる心理的变化として、高齢者の心理的安寧につながる家族（娘）との心の絆の再確認が示される一方、クライアントのうつ状態の背景となる心理的要因として「信仰と罪悪感」「居場所（心の安住）の模索と見捨てられ感」が示され、それらがクライアントの関係性を改善するためのポイントとなった。高齢者ケアの現場では、高齢者のこころの問題への接近のなかで統合的に関わることや、そのために他職種との連携をとること、さらにクライアントの心理的適応を促すための環境調整を図るなどの包括的心理的援助の重要性が示された。

キーワード：高齢者デイケア、老年期うつ病、ライフレビュー、包括的アプローチ、他職種との連携

問題と目的

近年、長寿化のなかでグループホームや特別養護老人ホームで過ごす人々が増加している。特別養護老人ホームなどの施設に入所している高齢者の精神疾患の有病率は高く、高齢者福祉施設では痴呆性疾患以外に老年期うつ病の利用者も多い（笠原ら、1991）。

老年期うつ病の特徴として、意欲の低下や不安・焦燥感、心氣的訴えが前景に出ることや、身体的訴えを主とする仮面うつ病のかたちをとることが多く（小林・西村、1993）、その発症要因や遷延化要因は多元的で

あり、慢性化傾向と高い再発率が指摘されている（木戸、1993）。施設利用者のうつ病の発症が入所を契機に起こることもあり、心身の機能の低下している高齢者にとって、福祉施設への生活の移行は、重大な人生の危機と捉えることができる。さらに利用者は日常生活への適応の過程で多くの心理的葛藤を経験する。そこに表される高齢者の実存的な苦しみや悲嘆の感情や言動は多くの場合、施設のなかで不適応状態とみなされてしまうため利用者は適切な支援が得られず、そのことがさらに利用者の真の適応を妨げてきた。

一方、これまで高齢者医療や福祉施設でも、臨床心

1) 久留米大学大学院心理学研究科
2) 第一福祉大学人間社会福祉学部
3) 久留米大学文学部心理学科

理的支援が、高齢者の日常のなかで潜伏しやすい心理的葛藤を安心して表出する場として機能することにより、利用者自身が認知的変化を経験して自信を取り戻すことや、または洞察を得て自己を受容し心理的安寧に至ることが報告されている。

林（2000）は、老人保健施設に入所している高齢者の心理面接において、クライアントが老年期の発達課題である「統合」にむかうアイデンティティを模索する経緯を報告している。そこでは、ライフレビュー（回想法）を通して、セラピストとクライアントとのかかわりが進み、「心の居場所のなさに苦しむクライアントの寄り添なく揺れ動く自我を内的に定位する」作業が形成される過程が述べられている。

老年期における臨床支援では、生涯発達心理学の理論を背景として、個人の生活史の文脈に沿って、いま、ここで問題とされていることを問い直し、人生に意味を見出すことが重要となってくる。同時に、老年期は加齢の影響による身体機能の変化や心理・社会的発達面でも個人差が大きく、よって心理的支援を試みる際には、個人の特性や状況を十分に検討したうえで柔軟に対応することが必要となってくる。老年期というライフサイクルのなかで示される心理的葛藤や危機に際して起こるストレス状態に対しては、個人のパーソナル・コントロールを把握することが有効（津田ら、1994）であり、このような生物・心理・社会的アプローチの視点など、多層的で包括的な見方が要求される。また、高齢者のこころの問題への接近では、心理査定や心理援助と平行して、利用者の心理的適応を促すための環境調整が求められ、それらをスムーズに実施するためにも他職種との連携が必要とされる。以上のような点をふまえて、高齢者ケアの現場に応じた包括的心理的援助の有効性や限界の検討、分析の知見を積み上げることが必要である。

本研究の目的は、老年期うつ状態（回復期）にある利用者に対する心理アセスメント及び心理面接の事例を生涯発達の視点から分析し、高齢者デイケアにおける利用者のQOLを高める包括的心理的アプローチ、すなわちクライアントに対する心理療法や環境調整を含めた多次元からなる心理的援助の在り方とその有用性を提起するものである。

方 法

1, 主訴・対象者の概要：現在、高齢者女性8名で構成されるグループホームに入居、昼間はデイケアを利用している80歳の女性。主訴は不眠、抑うつ症状。夜

眠れず、5月初旬からうつ症状を呈して、睡眠薬が処方されている。最も状態の悪かった6月からはうつ症状が改善され、デイケアに参加するようになった。しかしながら、グループホームでは、他者との交流は避けがちである。自罰的な罪業妄想があり、「具合がわるいのは、きつねが取りついているからだ」と思って心配している。

2, 実施場所：心理アセスメント及び面接は、対象者が通所しているデイケア施設に併設されたクリニック内の面接室で行われた。ソーシャルワーカーからの依頼であったが、クライアントに臨床心理士のことを説明し、同意を得たうえで心理面接が開始された。

3, 実施期間：X年7月初旬から8月下旬（週1回、計8回の心理面接および適宜、医師からのスーパーバイズ、作業療法士、ソーシャルワーカー、寮母、理学療法士とのカンファレンス、デイケア・レクリエーション時の参加観察）、それ以降は不定期に作業療法士の知的・認知機能テスト結果の報告、寮母からグループホームにおけるADL等の情報交換を行う）、翌年（X+1年）3月までフォローアップ、計9ヶ月。

4, 評価

1) 知的・感情的評価

①痴呆スクリーニングテスト：

入所時 X-1年3月 MMS（ミニメンタルステイツ）23点

X年7月 MMS19点（面接開始）、見当識-3、計算-5、想起-2、図形-1（テスト試行初めから、気力がなくあきらめている様子がみられた。テスト中、うつろな様子で「頭がわるくなった」と話す）

②抑うつ尺度：初回 SDS（自己評価尺度、Zung）本人に施行するが「頭がわるいから・・・」と気力がなく中止。

他者評価である HRS（ハミルトン抑うつ尺度）を OTら2名と評定する。

中度のレベル

③ADL（日常生活動作能力）評価：自立（行動を促す声かけや時に援助が必要であるが基本的には自立）、視力・聴力良

2) 他の身体疾患なし。

3) 服薬の有無：抗うつ薬、睡眠薬

4) 生活史および家族歴、現在の環境（SWとケアスタッフからの情報、およびインテーク面接から）

若い頃は県外におり、結婚後C市に移り、2女をもうける。
①女学校卒、仕事の意欲はあったが夫の仕事に合わせた生活であった。夫と死別してから長女と住む。長女は医療従事者

として勤務、子供2人がおり、クライアントは高校生の孫が優秀であることを誇りにしている。多忙な長女を助けようと家事をやっていたが、互いに「口がたつ」らしく、ぶつかることも多かったという。X-1年グループホームに移ると同時に昼間デイケアに通所となった。入所の経緯は、以前から「なみがあった」（感情の起伏が大きいと娘は感じていた）②クライアントが、夫と死別後、不眠、無気力が顕著になったため、長女が精神科受診をすすめ、服薬を続けることとなった。「忙しく、ケアができない、家のなかで休めない」という長女の希望でグループホーム入所となり、2年目になる。③家族（長女と孫2人）と寮母さんとの間に十分な引継ぎもなく、また本人に対して十分な説明がないままホームに残された形となった。ホームでは他の入居者との交流はあまりせず、部屋にこもることが多いという。④利用者と寮母さんとの間にも心理的距離がある。これまで寮母さんに自分の要望を言ってきたが、聞き入れられてこなかったとクライアントは不満に思っている。一方、寮母さんからみたクライアントは甘えている、個人的サービスを強く要求する利用者であった。（下線については後述）

5) インテーク面接内容

クライアントの表情は気弱く、とにかくだれか職員に助けてもらいたい様子であった。整容は、軽装であるが乱れている様子はない。眠れない日が続いており、医師から処方された睡眠剤を半分に分けて飲んでいてという。このまま飲みつづけると体に良くないのではないかと心配だという。クライアントが眠そうなので、<お疲れなら、この後和室で横になってもいいですよ>と言うと、「昼は眠いのであるが寮母さんから、昼寝ると夜眠れないですよと言われ、我慢している」と話す。ホームでの生活は寂しく、「誰も境遇が違うから、心の苦しさはわからない」と言い、グループホームの仲間のうちとけていない様子である。またデイケアから帰るとなにもすることがなく、「何の楽しみもない」から早く寝てしまうようである。以前は、娘さんと高校生のお孫さんといっしょに暮らしていたが、娘さんは夜勤もあり多忙であるため、グループホームで暮らすことになったという。娘さん、お孫さんをとても大切に思っており、高校でも優秀だと誇りにされている。しかし、娘さんと宗教や生活のことで対立することがあり、そのことがクライアントを不安にしていることが推察された。

5、総合所見

1) 知的・認知機能テスト、心理テストの所見

痴呆状態は軽度であるが、痴呆スクリーニングMMSE 試行では倦怠感を訴え、「頭がわるいから」と気力が無い様子であった。SDS は本人の意向により途中で中止し、他者評価のハミルトン抑うつ尺度を実施した結果、得点の範囲は中度レベルであった。知的・認知機能の検査結果から示された、見当識、記憶力、計算能力の低下とうつ症状が、うつ病なのか痴呆との併発例なのか、一概に言えないが、現時点では痴呆様認知機能低下の状態にある。また、検査中のクラ

イアントの様子から、抑うつ気分や思考の制止傾向や意欲低下がみられる。

2) 対象者の身体的・精神的側面と問題点

クライアントは精神科受診歴があり、入所してからは去年同時期に抑うつ状態を示している。「私にはきつねがついている。罰があつたから」というように罪業妄想（関係念慮）がある。また、焦燥感、不眠が続いている。グループホームでの生活では身辺自立はしているものの、食事の量が減り疲労を訴える。デイケアでは、無気力で、立ち上がるのも億劫な様子でふらふらとしていることが多く、身体的にも消耗している様子である。服薬管理については、薬を飲むことに罪悪感のあるクライアントは自分で薬の量を変えたりしている。

3) ライフヒストリー（生活史と家族歴）から

家庭内役割・性役割の葛藤（下線①）：女学校を卒業したAさんは、活発で仕事への意欲もあったが、結婚してからは夫の転勤に合わせた生活となったことへの不満や後悔がうかがえた。夫と死別後、娘との同居生活では、多忙な娘（自分は外に仕事を持てなかったが、娘は自分がやりたかったこと、つまり職に就いて一家を支えている）の役に立ちたいという思いがあったが、それが娘との葛藤を生じさせている。罪業妄想や不安感を軽減するために、傾聴を基本としたライフ・レビュー（回想法）を試みる必要があるとあり、そのなかで娘との関係を再評価するよう働きかけることが支援として考えられる。

「喪の仕事」の必要性（下線②）：Aさんは、夫が死別したことを契機にうつ状態に陥っている。このことが施設入所のきっかけにもなっているが、クライアントは愛する者との死別という大きなストレスを経験し、この喪失体験は家族に十分に受け入れられることなく、次の喪失体験（施設入所）を連続して経験している。生活圏の移行という重大な決定にAさんの意思が反映されないまま（下線③）、不本意な施設入居を強いられたという認識がある。また、現在の生活では、まわりの利用者や身近な世話をしてくれる寮母との間に心理的距離があり、（下線④）、グループホームやデイケアになかでサポートの資源となる親和的な関係が得られることが必要である。クライアントの喪失体験からくる寂寥感や孤独感と先行きの不安感に対して添い受容しながら、情動が安定するよう自我を支える支援が考えられる。

6、心理的支援の具体的目標

クライアントの抑うつ状態が改善されてきたので、

現実レベルでの指示やホームなどの環境の調整および自己コントロールを高める働きかけを行い、「クライアントが自己の存在価値、役割価値や生きがいを再獲得できるよう援助（飯田・佐藤ら、1993）」することを目的とする。

本ケースでは、依然クライアントは中度レベルの抑うつ状態を示していることから、まず、a 傾聴とライフレビューおよびd 薬物療法の自己管理に向けた支援を中心に、クライアントの不眠と不安状態の改善を目的としたc 弛緩法を取り入れ、b 日常のなかでクライアントの心理的適応と活動性を向上させるための環境調整を適宜行っていく。

a, 傾聴とライフヒストリーの理解による、クライアントの罪業妄想・罪悪感および不安・焦燥感の緩和。

b, クライアントの活動性の向上と心理的適応を促すための環境調整、家族関係の調整・再動機づけ、ホームでの寮母との関係調整。

c, 医師と理学療法士との連携による身体的症状の改善、薬物の離脱期のなかで弛緩法（自律訓練法）を導入し、クライアントの不眠の改善、不安・身体的緊張状態の緩和をはかる。

d, 薬物療法の心理的支援、服薬の自己管理が実施できるように、クライアントの罪悪感の軽減と自己コントロールを高める認知療法的支援。

結 果

（インテーク面接～2回目）

ここ一週間継続して睡眠薬を飲んでいて、夜は眠れるが朝は体がだるいという。最近、娘さんとけんかをして落ち込んでいると話される。

Cl: 私は、精神病でしょうか。きつねがついていて、自分を罰しているのではないかと・・・。

Th: 自分を罰していると思われる。きつねですか。どうしてきつねなのでしょう。

Cl: 娘の宗教がおいなりさんを祭ってあるから。（クライアントは仏教を信仰しており、他の宗教は嫌であり、娘さんが信じていることがクライアントにとってつらいことであるという。）中略

Th: 娘さんがご自身や、家族の幸福を思って信仰をもっておられるなら、大切な母親のことも祈っているでしょう。そのきつねさんがAさんにとりつくとは思えないのですが。

Cl: 信仰が違うけどとりつかれないかね。

Th: たとえ信仰が違ったとしてもとりつくとは思えませんが・・・、Aさんが、自分に信仰（仏教を信じていること）をもっていることは良いことだと思います。

Cl: うん、うちにお経、家系図がある。拝むとなんかいい。

（あとのお習字・写経につながる）

クライアントに睡眠薬の常用について医師に確認することを約束して面接を終えた。その後の医師とのカンファレンスで、理学療法士らと協力し次回から傾聴法とライフレビューを行うことにした。

また、本面接では、日常生活における動機づけの枠組みのなかで、以下のことを導入することにした。ホームでは生きがいや楽しみがないというクライアントに対して、以前に習っていたけいごや趣味を聞いている。クライアントがホームに一人でいる時間は、写経ならできそうだといわれる。お金を渡すからお道具を買ってきてほしいというので、とりあえずクリニックの道具を貸すことにして、ホームで習字を始めたい意向を寮母さんへの連絡帳に記入した。しかしながら、今回の「ホームでの楽しみ」の介入について、カンファで検討した結果、現時点では、まだクライアントは何かを始めるとい状況ではなかったのではないかと指摘を受けている。次の週にはクライアントから「やはり今はやりたくない」と拒否の意思表示があり、この点について、セラピストの働きかけは時期早尚であった。

セッション#3-4

Cl: やはり私は精神病じゃないかね（腹痛があり安定剤を飲むのをやめたため、気持ちが落ち着かない様子のクライアント）

Th: 気持ちが落ち着かないのですか。（疲れているというので）横になりますか。

Cl: いや、練習をします。（5分間、複式呼吸、「気持ちが落ち着いている」という背景公式）手足の緊張をとるために、力を入れてゆるめるという繰り返し作業を行う。手足が緊張するので、ゆっくり手のひらを広げてみる。

Cl: 心が落ち着きません

Th: そのままでいいですよ（少し経って）どんなことを考えれば、落ち着きそうですか。

Cl: お祈り、お経を聞いている・・・。

Th: 静かなところで、落ち着いてお経を聞いている自分を思い浮かべてみましょう。

Cl: (Nさんは手を合わせて) 悪い心にならないように、いろいろ考えすぎないように、さびしいことを考えさせないようにしてください。（目をつぶりながら祈り始めた）

Th: いま、頭に何が浮びますか

Cl: お寺でお経を聞くのは最後でしょう。

Th: どういうことですか

Cl: 棺桶で聞くんです。

Th: 棺桶ですか・・・。

Cl: 死にたいから。（そこで、いったん現実に戻すため消去動作を行う。次に楽しい場面「孫といっしょにいる」を思い浮かべてもらい消去動作を繰り返した）

Th: (中略) デイケアの職員やもしくは寮母さんのなかで話

を聞いてほしい人はいませんか

Cl: 寮母さんには何も嫌な気持ちは持ってないけど、はきはきと厳しいし忙しそうであるから話しにくい……。

この日、クライアントは面接回数を増やしてほしいことや、「睡眠薬を飲みすぎていることが娘の耳にも入るのではないかと心配していることをセッションの終わりに話された。

<寮母との連携>

グループホームの寮母2名と話をする。寮母らは、クライアントが去年同時期に(6月から10月)抑鬱状態になり、クライアントにふりまわされたという感じであり、そこで、今年はそうならないようにしていると話す。ふりまわされたというのは、「あれならやりたいというので、準備をするとやりたくないとか、それでもしたいことはないかと聞き、いろんなことを聞いてきたが、要望は大きくなり、「デイケアに一人だけ別に迎えに来てくれ」など、職員に個人的なサービスを望み、甘えてくるようになった」という。

一方、抑鬱状態から回復すると、ホームでもリーダーシップを発揮し、てきぱき、家のこと畑のことを進んでやるのだという。カンファレンスでは、寮母らの「多忙な中、個人に割く時間は取れない」といういら感とそれを要求するAさんに対する反感が感じられた。利用者と寮母との調整が必要である。その後、寮母たちの毎日のストレスを考慮して、寮母さんたちがリラックスできる時間をもつためお茶会を週1回行い、定期的に利用者の様子とホームでの関わりについて話を聞くことを了承してもらった。

<担当医師スーパーバイズ>

うつ回復期のリラクゼーションについて：背景公式の時点で、「棺桶をイメージすることはマイナスでありネガティブなイメージに固着させないためにも、一時中止をして消去動作に入るのは妥当であった。自律訓練法を施行する目的はこのケースでは不眠である。しかし、クライアントは、抑鬱症状を呈しており妄想を膨らますようであればかえって、心身の安定を欠くであろう」これらのことから、リラクゼーションは一時中止とした。一方、日々の業務のなかストレス下にある寮母に施行することに同意された。

セッション#5

セッションの開始がスケジュールの都合で変更したにも関わらず、クライアントは2時からの作業療法に自発的に参加していた。

Cl: (セラピストが迎えにいくと、立ち上がり) 先生がお忙

しいだろうと思ったから。(目にも力が少し戻り落ち着いている様子)

Th: 調子はいかがですか

Cl: 昨日は土用丑の日でうなぎを食べて、処方された栄養剤を飲んだので久しぶりにぐっすり眠れました。(メモ帳に、「過去を振り返らず、大空にむかう……」自分で書き込んだものをみながら) こんなふうにできれば……。

本面接では、少し落ち着きを取り戻しているようにみえた。前日、医師からビタミン剤と点滴を処方されていた。医師に助言をもらい、デイケアにいかずホームでゆっくりとされたことが安定の一因であると考えられた。

セッション#6

足元がふらふらしている様子で看護師に導かれて、セラピストのところに来室。

Cl: 寝るまえに薬を飲まないとい眠れないから……。 (薬を寝る前に飲んでいることについて罪悪感がある様子)

Th: 医師の許しを得ているのですから、安心していいですよ

Cl: (中略) やはり娘や孫たちと暮らしたい。娘たちにも人生があるのでしょうがないが本当は家に帰りたい…… (うつむいて泣いて)。

Th: 本当はご自宅に帰りたいと……。

Cl: 人間、やりたいようにはできないから、あきらめてなるようにしないといけないけど。私は、若いときにわがままに育ったせいで、いま罰が当たっている。仏様に感謝して拝んでいるけど、自分が悪いからしょうがない。

Th: 仏様に感謝して拝んでおられるのですね。(中略)

Cl: (お盆休みの話になり) もうすぐお盆だけど、ひとりいろいろなしなないといけないから寂しい。

Th: Aさん以上に仏様を大事に思っている方はご家族のなかにはいないのでしょうか。では、Aさんがご主人たちをお迎えしてあげないと……仏様がさみしいのではないかと思います。

Cl: (クライアントは小さくうなづいている) (中略)

Cl: (クライアントは面接の終了前) 死にたくなることがあるんです。

Th: ……今は、病気のせいでいろんなことがすべて自分のせいと思えるが、医師の処方を守って服薬しているのだから安心していいですよ。苦しいときはまわりにいるスタッフを頼ってもいいと思います。

再来週の時間にカウンセリングを行うことを確認してセッションを終える。「死にたい」というクライアントの心のうちをセッションのなかで受け止めることが困難であった。死を不安に思い忌避してしまうセラピスト側の防衛を含めてクライアントの希死念慮の様子を医師に伝えた。そして、クライアントの日常生活についてすこしゆっくりとしたスケジュールへの変更を提案した。

セッション#7

本人の意向で、午後のレクに参加できるように、面接時間を設定した。

CI：（お盆の3日間家に帰ったことについて）よかったの。娘たちが心配してくれていたからね。娘や孫たちと墓参りに行けてうれしかった……。娘は夜勤が大変らしいけど、孫が手伝ってやっていた。

Th：娘さんやお孫さんといろいろ話されたんですね。

CI：娘は忙しくて、子供たちと話をするひまがないと言っていたが、娘が子供のとき自分もおなじだったねえ。

Th：Aさんも娘さんも子育てでおなじ経験をされたんですね。（中略）

CI：（家からホームに帰ってきたとき）ご飯も食べる気にならずにいたが、ホームにBさんもいたから寮母さんもいっしょに、家からもってきたにしめを頂きました。

CI：（数日経って、夜は眠れるというが）やっぱり、家に帰りたい。娘の役に立ちたい……。

Th：（レクの時間がきていたが）もう少し話をされませんか。

CI：Bさんたち（グループホームの友人）が待っているから行きます。

その後の園芸療法士の行うレクの様子では、療法士の話聞いて他のメンバーに教えるなど集中して作業されていた。クライアントの服薬については、お盆に帰る前から睡眠薬は飲んでいないという。医師にそのことを伝え、また、「おにしめを食べて少し落ち着いた」ということを寮母あての連絡帳に記す。

セッション#8

CI：（不眠であった頃と今の様子を比べて）ホームでは何にもないから早く寝よう（とおもう）、でも眠れなかった。最近少し起きています

Th：最近、眠れないのですか。

CI：少し起きると寝るのよ。他にも起きている人がいるから眠れなくてもいらいらしない。

Th：いらいらしなくなったのですか。（クライアントのホームでの様子について、クライアントから手伝ってもらって助かると寮母が話されていたことを伝える）

CI：うん、たいしたことじゃないのよ。（と柔らかな表情をされた）

Th：まだまだ暑いので畑仕事は大変ではないですか

CI：体を動かすといいの。花を育てたら仏壇に上げられるし……。中略

CI：娘に（Aさん自身が）元気である、心配させないように寮母さんに言ってもらいたい。

Th：娘さんに寮母さんから伝えてもらいます。

セッション後、寮母からクライアントの様子について確認する。ホームでは、お盆に残っていたメンバーに気遣いをみせ、洗物や畑しごとむかう様子が見られるようになったという。以前デイケアに行く朝は気が重い様子であったが、最近は自然な感じがすると話

された。

<ケースカンファレンス>

これまでのクライアントの状況についてケースカンファレンスをもった。ホームでの身辺自立した様子やメンバーと過ごす時間が増えてきたこと、その間打ち解けた会話がなされていることが寮母から報告された。作業療法士からは、レクに落ち着いて参加している。哀しい表情というか無表情であったのが、レク中のやらされているといった感じがとれ、静かに聞きながら参加されているとのことであった。しかし、まだ体の緊張はあるので、理学療法士が昼休みにマッサージを続けながら様子を見るのが提案された。クライアントの不眠、いらいらが減少し、お盆過ぎから、クライアントの睡眠薬の処方中止された。これらをふまえてクライアントのデイケアにおける心理面接をこれまでのような定期から不定期とすることが確認された。

その後、面接でクライアントに会い、クライアントがだいぶ元の調子を取り戻されたことを喜び、今後は心理面接室でのカウンセリング面接という形は終えることを相談し、クライアントから了承された。

考 察

生物学的変化、心理的支援の効果

本ケースでは、クライアントの心理安定のために、ある程度心理的依存を許容し、苦しみや孤独感の受容に最初の1ヶ月を要した。一方、グループホームの寮母と情報交換をしながら、ホームでの生活のリズムをクライアントに沿ったゆるやかなものにしてもらうなど、より個人的に対応してもらった。面接初期では、次第に娘との葛藤の背景や薬物療法に対する罪悪感、孤独感が表された。グループホーム入所前と比して、認知機能およびADLについても低下がみられた。

中期には、デイケアで少し意欲が向上したように見えるが、情動機能が安定するような改善でなく、次の面接では希死念慮が伝えられる。医師、寮母らとの連携によって変わりつつある環境のなかで、それまでの無気力状態からデイケアの作業療法に自発的に参加するなどの行動面とホームでの暮らしぶりが調和しはじめ、落ち着きを取り戻された。心理的变化では、面接初期において「私が孤独なのはきつねがついている。罰があたったからだ」などと非現実的、悲観的であったのが、中期では、「やはり娘や孫たちと暮らしたい。でも娘たちにも人生があるのでしょうがない。人間、やりたいようにはできないから、あきらめてなるよう

表1 心理アセスメントによるクライアントの変化

<p>①痴呆スクリーニングテストの推移</p> <p>入所時 X-1年3月 MMS (ミニメンタルステイツ)</p> <p>23点、見当識(日)-1、計算-3、想起-2、図形(疲労)</p> <p>X年7月 MMS 19点(面接開始)、見当識-3、計算-5、想起-2、図形-1(うつろな様子、「頭がわるくなった」と話す)</p> <p>X年9月 MMS 25点(面接後)および HDS-R 28点(野菜の名前を多く挙げ、園芸が楽しみと話す)</p> <p>②抑うつ尺度: 初回 SDS (自己評価尺度, Zung, 1965) 気力がなく中止。</p> <p>HRS (ハミルトン抑うつ尺度, 1960) 初回中度から、X年9月軽度レベル。</p> <p>③ADL (日常生活動作能力) 評価: 自立と評価されていたが、身の回りのこともできれば誰かにやってもらいたい様子であり、家事は行えず、デイケアでもいすに座っているのが精一杯の様子であった。生活全般において、自主性、能動性の低下がみられた。面接後、2ヶ月を経るなかで家事・庭しごとを行い、デイケアのレクリエーション等にも参加するまでに変化した。</p> <p>④服薬の有無: 抗うつ薬、睡眠薬の処方量が減らされた。途中から本人の服薬に関する罪悪感が減り、それまで無理に眠ろうとしていた焦りがとれた。</p>

にしないと・・・」ともらし、寂しさは消えないものの、ありのままを受容する諦観に変化してきた。

またホームでも他の利用者の孤独に気づくなど認知的広がりを見せ、活動性が増した。また、表1に示すように、認知機能評価およびうつ評価とも得点の向上がみられた。ADLについても自主性や能動性が認められた。不眠症状と服薬管理の経過では、面接後期に服薬への罪悪感の低下と自律性が認められるようになり、クライアントの不眠が改善したため、心理面接は定期から不定期となった。

高齢者へのカウンセリングの枠組みと方向性

老年期のうつ病のクライアントの面接に関して、これまで「面接の時間を短くして回数を増やし、身体的接触を加え身近に接する」や、またクライアントとの距離感については、「距離を離れすぎず、近づきすぎず、あせらず」支援することが報告されている(小林ら, 1993)。本面接では、クライアントの体力や集中力という身体的要因を考慮して、面接時間は短く設定した。デイケアでは非常勤で勤務していたこともあり、面接回数を増やすことが容易でなかったが、面接以外の時間に、レクリエーション時や昼食後など、枠をこえて観察参加として、対象者とふれあう時間をとるよ

うにした。

飯田(1993)は、うつ病の状況因と治療について、「病因となる状況の回避・調整」「治療的空間の獲得」を第一に挙げているが、高齢者では、心理的・環境的ストレスや脳の老化現象などが引き金となるケースが多く、老年期では状況要因の影響が大きいことが報告されている。また、蔓延化要因としては、性格特性が、循環気質や几帳面、神経質であることや神経症的傾向、大きな喪失体験、配偶者や家族との依存をめぐる問題などが挙げられている。

本事例でも、これらに挙げられている蔓延化要因がいくつも重なっていた。やはり老年期の精神的疾患の問題に対して、生物・心理社会的側面からクライアントの精神症状や行動を把握し対処することが効果的であるといえる。

ライフレビューと生涯発達のアプローチ

本事例のライフレビューの面接過程において、Aさんの心理的安寧につながる家族(娘)との心の絆の再確認が示される一方で、クライアントのうつ状態の背景となる心理的要因として信仰や入所をめぐる娘との葛藤があり、この葛藤を抱えたまま対処できずにAさんは怒りや不安を自分に向けていた。そして、“狐

つき”や信仰の問題に転化することにより、さらに罪業感や罪悪感を生じさせることになったと考えられる。

このような罪業感や見捨てられ感（孤独感）を伴うライフストーリーのテーマは、老年期というライフサイクルの心理的危機状態において繰り返し浮かびあがることが多い（林，1999）。過去の葛藤や人間関係性の課題は、傾聴を基本とする心理面接によって次第に明らかになっていくが、高齢者に対して回想法を行っている黒川（1995）によれば、高齢者は過去に話が及んでも、過去のなかで生きているのではないこと、残された機能と五感を通して、これまでの自分を見つめなおして人生の意味を再評価し、統合に至る道程を生きているのであるという。

生涯発達のアプローチの視点から古澤（1995）は、「人生は生涯にわたってそれぞれの経験を積み重ねていくのではなく、常にこれまでの経験を現在に引きつけて理解しなおし、再構築していくと考える必要がある」と述べ、事実性、現実性、文脈性に沿って個人の人生の歴史が表現されることの意義を指摘している。さらに、平山（1995）は、「老いることは、強さを捨て、弱さを引き受けることである。しかし、この弱さをひきうけることによって、神や家族や友人との共感性を獲得する。これは見方をかえれば真に強くなることである」と述べている。

グループホームでも孤立感を深めていたAさんが、セッションの終盤でホームの仲間の姿に気づくようになる。Aさんは住み慣れた家を離れてホームにいる自分と同じような立場の人に頼られ、その仲間を援助することによって、これまで気づかなかった身近な人々との絆を認識することになった。そして自分の弱さをゆるし他者に心をひらく寛容さに目覚めたようにもみえる。

施設入所高齢者の心理的適応とスタッフの連携の重要性

施設入所を契機として利用者のアイデンティティの維持が困難となるのがこれまでも多く報告されている。本事例のクライアントの不適応状態にも、このようなアイデンティティの危機が背景にあると考えられた。入所前の家族における役割や関係性が維持できずに自分の位置が見失われる状況は、自尊感情を減じさせ、利用者の将来への不安を駆り立て無気力状態へと陥らせる。

このような場合、低下したクライアントの自我機能を支える心理的支援が必要となってくる。しかしなが

ら、心理面接のなかだけの自我機能の支援には限界がある。高齢者福祉施設においては、その支持機能を面接者だけに留めず、高齢者の日常生活のなかにある資源、たとえば介護者である養母やデイケアのスタッフと連携し行っていくことが重要であると考えられる。同様に高齢者臨床の現場では、利用者の生活の質に配慮することが、心理的ウェルビーイングにも影響してくる。

この事例でも、日常における利用者の素朴な希望が“わがまま”でなくなるとき、痴呆や脳の器質的疾患からくる異常行動と思われたことが穏やかに変化した。グループホームとデイケアという施設の生活の流れを個人に合わせてゆるやかにし、本人の希望に添って個別に対応したことが、自律性の感覚を取り戻させ意欲の変化につながったのではないかと考える。

老年期における臨床発達心理支援とケース終結

高齢者と接する場合、いつどのようなタイミングで終結を迎えるか難しいところである。Aさんとの場合、うつ症状の著しかった2ヶ月間は定期的面接とアセスメントが実施された。危機状態からクライアントの状態が緩和し安定へと変化が認められた後もデイケアで顔をあわせる機会があった。当時Aさんは痴呆より、うつ症状が前面に出ていたが、7、8年を経て、現在では重度の痴呆状態にある。

対象者との出会いは「一期一会」というが、老年臨床では病や死と隣り合わせであり、いつか会えるだろう、機会があればと安易に考えているとそれがめぐつてこないこともある。また、支援の経過で明らかデータの変化や行動の変化がつかめないケースも多々ある。有意差のある結果が得られなくても、老いや病から逃れられないというペシミズムに陥らないように面接経過を振り返ることが必要になってくる。支援者側の無力感や老いへの悲観的態度に繋がらないように、面接から得られたポジティブな変化や発達の可塑性を信じてことやスーパーバイズを受けることも重要であろう。

今後の課題

本事例では、老年期うつ状態のクライアントに対する心理的援助、ここではライフレビューによる個人心理療法と環境調整について検討した。うつ状態に陥ったAさんが、それまで抱えてきた葛藤や心理的重荷を表出できる時間と場所を老人痴呆デイケアで定期的に提供することを試みた。その結果、クライアントの認知機能および情動機能の安定とうつ状態の改善をみたことは、包括的な心理的援助が高齢者福祉施設であ

る高齢者デイケアでも効果的に機能することを示唆している。

さらに施設という生活の場所では、利用者のQOLを向上させ、維持することを目標において支援に臨むことが大切であり、施設生活での適応の意味を個人のライフサイクルに沿って問い直し、いま在る環境のなかでの相互作用を促進する支援が求められる。住み慣れた自宅から施設入居への移行という大きなライフイベントにおける再適応の難しさはあるが、心身の機能の低下している老年後期の高齢者にも自我発達の可塑性(前原, 1996)があることを認識したうえで支援にのぞむことが重要であったと思う。

今後さらに、施設やグループホームで暮らす高齢者は増加する傾向にある。心身の機能が低下するなか生活圏の移行という大きな環境の変化において、表面に現れる衰退や不適応状態に対処するだけでなく、老年期を生きる人々の個々の人格的発達に寄与する心理的援助のさらなる検討が必要であろう。

謝辞：本事例は平成13年の臨床心理士会継続研修会において上智大学の黒川由紀子教授から多くのご示唆とご指導を頂き再考し、臨床発達支援の観点から再分析・構成したものである。また、本事例をまとめるにあたり、利用者Aさんと施設の承認を頂きました。これらのご厚意に心から感謝申し上げます。

引用文献

林 智一 2000 老人保健施設における心理療法的接近の試み—長期入所の高齢期女性との心理面接過程

から 心理臨床学研究, 第18巻第1号, 58-68.

林 智一 1999 人生の統合期の心理療法におけるライフレビュー 心理臨床学研究, 第17巻第4号, 390-400.

平山正実 1995 ライフサイクルからみた老いの実相 講座生涯発達心理学5 153-187

飯田 真 1993 老年期うつ病の治療をめぐる臨床的諸問題 老年精神医学雑誌, 第4巻第8号, 871-882.

加藤正明 1991 老年期神経症の特徴 老年精神医学雑誌, 第2巻第2号, 145-151.

加藤伸司 1991 老年期痴呆とデイケア 老年精神医学雑誌, 第2巻第6号, 723-727.

笠原洋勇 篠崎 徹 高橋葉子 1994 老人とストレス 老年精神医学雑誌, 第5巻第11号, 1333-1340.

古澤頼雄 1995 長い時間軸からみた縦断研究の方法を求めて—老いることの意味. 講座生涯発達心理学5, 189-208.

小林敏子・西村 健 1993 老年期のうつ病と介護 老年精神医学雑誌, 第4巻第8号, 905-909.

黒川由紀子 1995 痴呆性老人に対する心理的アプローチ: 老人病院における回想法グループ 心理臨床学研究, 13, 169-179.

前原武子(編) 1996 生涯発達—一人間のしなやかさ ナカニシヤ出版.

津田 彰・磯 博行・G. Fieldman 1994 ストレスの精神薬理—パーソナル・コントロールの生物学的基礎— 老年精神医学雑誌, 第5巻第11号, 1311-1318.

A case study of psychological comprehensive approach for Senile depression in Geriatric day care center

FUMIE INATANI¹⁾²⁾, AKIRA TSUDA³⁾

Abstract

The purpose of this study is to examine a psychological comprehensive approach application for an 80 years old woman with Senile depression in geriatric day care. .

A psychological interview (life review) process showed that the client struggled with “religious faith”, “sense of guilt”, “peace of mind” and “a feeling of being abandoned”. However, re-confirmation of the bond between the client and her daughter lead to psychological tranquility. These changes lead to improvement of her current human relations. It was discussed that the key of psychological approach of geriatric care is psychological and physical adjustment, cooperation between care workers and specialists.

Key words: Geriatric day-care Center, Senile depression, psychological comprehensive approach, life review, cooperation between care staff and clinical staff.

1) Graduate School of Psychology, Kurume University
2) Faculty of Social Welfare and Human Services, Daiichi Welfare University
3) Faculty of Psychology, Kurume University