

メンタルレター

mental letter

R4年10月 第25号

発行 岐阜県精神保健福祉協会
〒500-8385岐阜市下奈良2-2-1
岐阜県福祉・農業会館 3F
TEL 058-273-5720
URL <http://www.seisinhoken.sakura.ne.jp>



「ガーデニング」

デイケアの畑で収穫された夏野菜です。今年はゴーヤやナスが豊作で、キャンディーランタンにも挑戦しました。(デイケア)



「手作り行灯」

デイケアの夏らしい制作です。好きな文字や絵を半紙に描き、画用紙で外枠を作りました。



「桜」
季節の移ろいに合わせ、順に桜を咲かせていきました。
(デイケア 共同制作)

のぞみの丘ホスピタル
の作品



「ひまわり」

ひまわりの花びらの色合いを工夫しました。
(療養病棟 共同制作)



「合掌造り」

制作期間1年半、週1回みんなで頑張った大作です。



「ペンケース」

型紙からすべてオリジナルで作りました。(個人製作)

高齢者うつ病の病態と治療

～ 血管性うつ病や認知症との関連、自殺対策を含めて ～

日本医科大学千葉北総病院 木村 真人

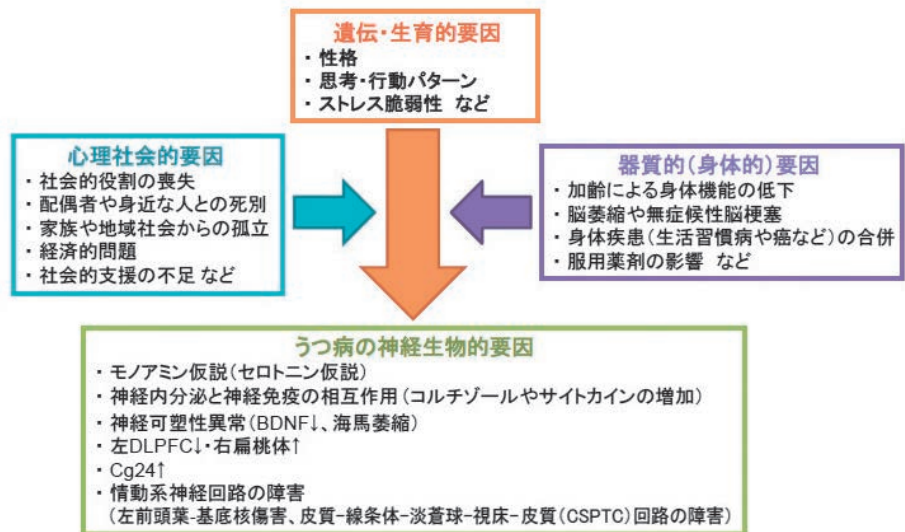
この文章は、令和4年3月1日(火)ZOOMウェビナーで行われた、県の委託事業として実施した自殺対策人材養成研修会での講演の概要を協会事務局でまとめたものです。

1 高齢者うつ病の疫学と多要因性

うつ病の生涯有病率は6.7%（女性が2倍）と、成人の15人に1人が生涯に1度うつ病を経験し、年間有病率は2.9%と、35人に1人が過去1年間にうつ病を経験しています。その中で、65歳以上の年間有病率は4.8%で、20人に1人が過去1年間にうつ病を経験していることとなります。うつ病・躁うつ病の総患者数は2002年から急に増加し、2008年には100万人を超え、それ以後も増加を続けています。また男女別の比較では、男女とも40代、50代の働き盛りの年代が多いのですが、高齢者は女性が男性の1.5～2倍多くなっています。

図1 高齢者うつ病の多要因性

高齢者うつ病に関しては、昔から多要因性が言われています(図1)。若年者も含めて遺伝性の要因があります。高齢者の場合には、心理社会的な要因と器質的(身体的)な要因が若い人以上に複雑に絡み合っています。若い人の場合も同じですが、脳の変化が起こってきて、神経生物学的な要因が発生してきます。



2 高齢者うつ病の臨床的特徴

高齢者うつ病の臨床的特徴の1つ目は身体症状へのとらわれが目立つことです。痛みやめまい、胃腸症状、動悸、排尿困難、便秘異常などの不定愁訴が中心で、抑うつ心性が目立たない、いわゆる仮面うつ病の病態が非常に多いことがあげられます。仮面うつ病は訴えの深刻さ、執拗さ、日内変動があって、神経症性から内因性まで非常に幅広いと考えています。また、不安焦燥が強い型や妄想(心気、罪業、貧困)を伴う精神病性のうつ病が多いといわれています。高齢発症のうつ病では、無症候性脳梗塞の合併が多く血管性うつ病と呼びます。うつ病と血管障害は相互関連性があるとされていて、日本では65歳以上発症の大多数に潜在性脳梗塞が認められます。

高齢者うつ病の臨床的特徴の2つ目は、思考力の鈍化が起こることです。認知症やアパシー（無感情）との鑑別が非常に重要になってきます。もの忘れ・認知症外来受診者の5人に1人はうつ病ということで、間違わないようにしなければなりません。また慢性化率や再発率が高い、あるいは身体疾患や治療薬剤によるうつ病が多くあります。自殺企図者に占める自殺既遂率が非常に高く、若い人のうつ病に比べると2～5倍高くなっています。自殺の危険因子としては自殺企図の既往、身体疾患の合併、飲酒の増加、強い焦燥感、絶望感や無価値観、うつ病に対する適切な治療の欠如があります。うつ病を見逃さないことが非常に重要となっています。高齢者は抑うつ的な言動があっても、正常な老化過程として捉えられ、慢性疾患、認知機能障害、アルコール依存などによって診断が難しくなる場合も少なくありません。

3 高齢者の自殺問題と自殺対策

全国の自殺死亡者数は、平成10年以来3万人を超え、平成23年まで14年間続いていました。しかし、平成24年に3万人を切ったからは一昨年まで8年間減り続けていましたが、昨年やや増加しています。全体的に見ると、自殺既遂者の約4割が高齢者です。高齢者の自殺原因・動機の7割は健康問題で、継続的な身体的苦痛がうつ病の引き金になり自殺につながっています。自殺の前兆によって内科などを受診しますが、精神科の受診は少ないです。これは日本の自殺の特徴ですが、自殺者の多くが家族と同居していて、単身生活者は全体の5%以下になっています。とても興味深いことですが、「自分がいることで家族に迷惑をかけるくらいなら自分がいなくなった方がいいだろう」と考えているわけです。

高齢者の自殺予防は、医療に加えて地域全体のサポート体制、住民の健康教育・啓発活動などをきちんとやっていくことが大切です。ゲートキーパー、「命の門番」の育成をしていますが、自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応（悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聴いて、必要な支援につなげ、見守る活動）を図る重要な役割を担っています。こうした取り組みによって、超少子高齢社会が進む中で、高齢者が生きがいを持てる地域社会を実現していくと考えています。

4 高齢者うつ病と認知症・アパシーとの関係

うつ病と認知症の鑑別は非常に重要で、うつ病になると仮性認知症という状態になって認知症によく似た症状を表してきます。その違いは表1のように教科書的には書かれていますが、この両者の実際の鑑別は専門医でも臨床的な症状だけでは難しい場合があります。それは認知症及び軽度認知症（MCI）においても、うつ状態だと不安だとかが非常に高率に発生するので、認知症の始まりのうつなのか、うつ病により認知

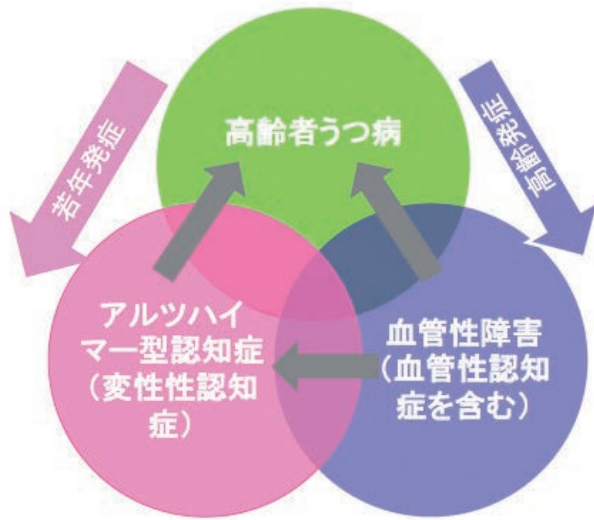
表1 うつ病と認知症の鑑別

認知症	うつ病(仮性認知症)
<ul style="list-style-type: none"> ・家族は早期には病気と気づかない ・潜行性の発症 ・症状の期間が長い ・うつ病の家族歴がない ・認知障害を自覚していない ・自己の病状に関心を抱かない ・訴えがあいまい ・できたことを強調する ・夕方～夜間、見慣れぬ場所での失見当識(夕暮れ症候群) ・質問に対するニアミスの返答 ・言葉の繰り返し ・特徴的な気分は抑うつでない ・物盗られ妄想 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族は通常病気と気づく ・発症は推定でき、より急性である ・症状の期間が短い ・うつ病の既往歴・家族歴がしばしばある ・認知障害を訴える ・自己の病状に関心を抱いている ・詳細に訴える ・失敗を強調する ・朝方の不調、身体的不定愁訴(夕暮れ症候群はない) ・わからないという返答が一般的 ・適切な言葉 ・しばしば抑うつ気分が優性 ・心気・微小妄想

木村真人(監訳): 高齢者におけるうつ病の診断と治療(Mike Briley著), 2004.

機能が障害されたのかわからなく、画像診断でも判別できない場合があります。そういう場合は、抑うつ薬の投与による反応により鑑別することがあります。

図2 うつ病と認知症との関連



うつ病患者でアルツハイマー病を発症する危険率は、うつ病エピソードが1回で1.87倍、2回以上で2.08倍となっています。何回も繰り返している人の方が認知症になりやすくなっています。うつ病性仮性認知症の9～25%が1年間で非可逆的な認知症に移行し、その頻度は一般高齢者の2.5～6倍高くなっています。仮性認知症から認知症への移行は、3年で50%以上、8年で約90%となっています。高齢うつ病患者では、アルツハイマー病の前駆状態になっているといえます。高齢者うつ病はアルツハイマー型認知症や血管性認知症を含む血管性障害とも相互に関連していると考えられます。

抑うつ症状の場合はやりたくてもできないのに対し、アパシー症状はやる気そのものが起こらないのです。抑うつ症状はそういう自己の症状に悩みますが、アパシー症状の方は無関心で悩まないということが非常に重要です。うつ病は中程度以上の場合、休養が必要になりますが、アパシーの場合は休ませておくと全く何もしなくなってしまうので、ちょっと引っ張り出してレクリエーションを含めたりハビリ、行動療法的アプローチがどうしても必要になります。

5 高齢者うつ病の治療戦略薬物療法と非薬物療法

高齢者のうつ病に関しては治療抵抗性の患者さんが多いです。その背景として身体疾患と複数の薬物治療で不適切な薬物量になったり、認知症、心気的な訴え、精神病像の存在があります。

薬物治療に関しては、高齢者や身体合併症患者は副作用が出やすいため、どの薬剤も低用量から開始します。通常の半分くらいから開始し、増量も副作用を見ながらゆっくり行っていくことが重要です。SSRI（不安、強迫、衝動、過食などにも効果）、SNRI（意欲、疼痛への効果）、NaSSA（不安、不眠、食欲不振への効果）など忍容性に優れた抗うつ剤があります。それぞれ特徴があるので、患者さんの症状に合わせて選択をすることになります。精神病性の特徴、重症内因性のうつ病では、TCAや非定型抗精神病薬を始めから選択することがあります。

薬物療法以外の治療としては心理社会的援助が当然必要になりますが、高齢うつ病患者に関しては、さまざまな心理社会的背景があるので、個人に合わせた精神療法、話を聞いてあげるだけでも、傾聴、共感してあげるだけでも非常に重要な症状が改善する場合があります。薬物に認容性がない、薬物治療を望まない患者さん、対人関係に問題を抱えている患者さんなどには特に有用です。できれば薬物療法と心理社会的療法の併用が望ましいです。

他に修正型電気けいれん療法（m-ECT）や磁気刺激療法（rTMS）も有用な選択肢です。薬物療法を行って、それがうまくいかないrTMS、それでもだめならm-ECTという流れになっています。

子どもと接するとき大切にしたいこと

～ スクールカウンセラーの視点から ～

岐阜県スクールカウンセラー 亀山 章

1 カウンセラーを目指すことになったきっかけ

私は3年前に37年間の教員生活を終えた後、スクールカウンセラーとして子どもたちや保護者、先生方の相談にのっています。私がカウンセラーを目指すようになったきっかけは、40代で主幹教諭になったとき、担当することになった当時荒れていた中学校4校で、生徒指導に奔走する先生たちの力になりたくて心理の勉強を始めたことです。その後管理職になりましたが、学校には非行、不登校、いじめ、学級崩壊などの問題が山積みでした。心理学が学校経営に役立ち、子どもたちの幸せにつながるという思いはいつそう強くなりました。

小学校の校長として勤務していたとき、あるお母さんから電話があり、「校長先生、相談があります。お世話になっている小学生の子ではなく、兄の中学生のことなのですがよろしいですか?」と仰いました。不思議に思いましたが、私に何かを感じて相談しようと思ってくださったんだとお受けしました。

その息子さんが小学生の時に剣道の少年団に入っていて、コーチが体罰をしていたのに止めることをせずに、そのままにしていた。今でもその時のことを思い出すと胸が苦しくなるけど、誰にも話せなかった。ということでした。お母さんの気持ちを少しでも楽にすることになればと、2時間ほど話をただひたすら聴きました。真剣に話を聴いていると、お母さんの心が少しずつ変化していくのを感じました。後日いただいたお礼の手紙には、「数年間誰にも話せず、心の底にあった苦しみを先生に聞いてもらって、重石のような苦しみが溶けて楽になりました。これからは、今まで以上に息子を大切にしていこうと思います」と書かれていました。この手紙は今も大切にとってあります。これが私のカウンセラーとしての原点です。

2 子どもと接するとき大切にしたいこと

保護者の方は子どもさんの学校や家庭での生活などで、困っていらっしやることや悩んでいらっしやることを相談にみえます。内容は様々ですしそれぞれ事情も違います。ていねいに話を聴いて一緒に考えます。細かいところは違うのですが、どんなケースでも、「子どもへの接し方」には共通した大事なことがあると思います。それは、①愛情を感じさせる、②話を聴く、③勇気づける、の3つです。

(1) 愛情を感じさせる

小学2年生の男の子のことで、担任の先生から相談がありました。その子は、先生や友達から注意されると、自分の頭をたたいたり、首を絞めたりということをして毎日するということでした。授業を見せてもらったあと、本人とのカウンセリングをしました。その男の子は、カウンセリングルームに入ってくるなり「あのことやね。あのことで呼ばれたんでしょ」と言いました。悪いことをして叱られると思っていたようです。「あのことってなんのこと?」と聞くと、注意されると怒り出すこと、自分で頭をたたくこと、首を絞めること、「僕なんか死んだほうがいい」と言っていることなどを話してくれました。お父さんは

自営の仕事で忙しく、ほとんど男の子と関わらない。お母さんは学校のことによく怒ると言っていました。お姉さんも整理整頓や宿題のやり方のことなどで、注意をすることなどを話してくれました。本人と2回カウンセリングをした後、お母さんとカウンセリングをしました。お母さんは自営の仕事の手伝いや義母の介護、家事などでとても忙しく、3人の子ともとゆっくり接することができない。学校から連絡がくると、何とかやめさせたいと思って男の子に話をするのですが、男の子は「分かった」と言うけどやめない。だんだんきつく叱るようになっていったようです。子どもへの愛情がないわけではないですが、それを子どもが感じていないと思いました。いろいろ事情はありますが、まずは、子どもに愛情を感じさせることが大切だとアドバイスしました。それから、そのお母さんは、寝るときに一緒に布団に入って、頭をなでてあげるようにしたそうです。それまで、学校の話などちっともしなかったのに、自分から話すようになったそうです。自分の頭をたたいたり、首を絞めたりすることもめっきり減りました。

(2) 話を聴く

ある小学校の5年生の女の子は4年生の2学期から不登校になり、コロナで遅れた新学期の6月からカウンセリングを始めました。最初は、カウンセリングを理由に2週間に一度学校に来るのがやっとでした。家でのご過ごし方やユーチューブの話、Kポップアイドルの話などをしていううちに最初はしぶしぶだったのが、家で自分から「明日カウンセリングだね」と言うようになりました。3ヶ月が経った時「カウンセラーさんに話したいことがある」と言い出して、予約外のカウンセリングに来た時がありました。小学1年の時に通学班で上級生からいじめを受けていたこと、最近そのことが夢に出てきて眠れなくなること、お母さんに話すと「気にしすぎ」と言われるから言えないこと、寝ると夢で見るから布団の中でずっと起きていることなどを泣きながら話しました。夢を見るのが怖くて、布団の中に入っても眠らずに時間が過ぎるのを待っている少女の姿が目に見え、その苦しさが伝わってきました。私は何も言わず、ただ彼女とともにその苦しみを感しました。そして、「そんなに苦しいことを話してくれてありがとう」「これからいつでも聴くから話してね」「お母さんにも話せるといいね」と言いました。その時から彼女は変化を見せ始めました。お母さんによると、カウンセリングで話を聴いてもらったことで、「人に話してもいいんだ」「話を聴いてもらうと気持ちが楽になる」ということを実感したらしく、お母さんにいろんなことを話すようになりました。お母さんも、以前は「こうなってほしい」と思う気持ちが先に出て、話を聴くなり「それはね・・・だよ」「こう考えた方がいいんじゃない」とアドバイスをしてきたことに気づいて、最近はその子の気持ちを受け止めて、思っていることや感じていることを聴くようにしているということでした。最近では学校に行くことに前向きになり始め、今年に入ってから、金曜日の夜に来週の予定を見て登校する日を2日決め登校するようになりました。

話を聴くということは簡単そうでなかなか難しいことです。ロジャーズというカウンセリングの神様が傾聴と言いました。傾聴とは「心を込めて内側に耳を傾けて聴く」ということです。まず、相手の目を見て話を聴きます。話しやすいように相槌を打ちます。「そうなの」「へー」「ふーん」という具合に。時々、「〇〇なんだ」とオウム返しもします。話が続くそうならできるだけ質問はしません。カウンセリングの時はこちらがもう少し詳しく知りたいなと思って質問すると、本当に相談者が話したいことと方向が変わってしまうことがあります。話を聴くとき自分の判断をはさみません。「でもね」とか「それはね」と言うことはありません。

話を聴くのは対等の立場です。上から何かを教えたりするものではありません。親子ではこれがなかなか難しいのです。ついつい、「それはね」「でもね」が入って、結局お説教になってしまう。子どもは、

「なんだあ、お母さんは自分の言いたいことを言ってるだけで、僕の話なんか聞いてないんだ」という思いが残ります。その子がそう考えていることが事実です。それを受け入れます。たとえば、「うちの学校の先生はアホばっかやで」と言ったとします。「そんなこと言っちゃダメ」「そんなこと言ってるから、先生の言うことをきけないんでしょ」とは言いません。「アホばっかなんだ」と返します。そうすると「だってね・・・」と話し始めます。客観的に正しいか間違っているかではなくて、そう思っているということは事実なのです。それを受け入れるということです。子どもが言うことを肯定したわけではありません。子どもがそう思っていることを受け入れるのです。そうすると子どもは自分の気持ちを受け入れてもらえたと感じて、素直に胸の内を語りはじめます。そうして、自分は大切にされているという思いを持つのです。これが傾聴です。

(3) 勇気づける

授業中に注意されると教卓（黒板の前にある机）の中に入ってしまう小学2年生のA君という男の子がいました。カウンセラーとして勤務した私は、その担任の先生から相談を受けて、A君への対応の仕方を一緒に考えました。

A君は落ち着きがなく、授業中に椅子をがたがたさせたり、手遊びをしたりしていました。周りの子は、「A君だめだよ」と注意します。そうすると、また教卓の中に隠れてしまいました。その時、担任の先生は、「そこにいると落ち着くんだね、落ち着くまでいいよ」と言いました。給食が始まる少し前に出てきたとき、「A君、落ち着いたんだね。よかったね」と言いました。その次は、少し早く出てきたんです。先生は「A君すごいね。昨日よりも早く出てきたね。頑張ったね」とほめました。それを聞いたクラスの子たちも、一緒に喜びました。A君は照れたような顔をしました。次の日も、少し早く出てきました。そしてみんなにほめられて、喜ばれて、うれしそうでした。そして、A君は1か月もすると、教卓に隠れることはなくなりました。そればかりが、授業中に音をたてたり、邪魔をしたりすることはすっかりなくなりました。これが勇気づけです。

「嫌われる勇気」という著書がベストセラーになった心理学者のアドラーが勇気づけを提唱しました。アドラー心理学では、人間の行動にはすべて目的が存在する。人間はすべて自分で行動を選択している。と考えます。勇気づけとは、もともと子どもの中にある力が何かの事情で十分に発揮されていないとき、親や先生が子どもの状況を変えて、力を引き出してあげることです。

先ほどのケースでは、担任の先生はA君のありのままの姿を受け入れて、そこから頑張ったこと、できたことをほめました。A君は自分を受け入れてもらえた、認められたと思います。そして、自分は大切にされていると思います。不適切な行動をとらなくても、所属の欲求、愛されたいという欲求、認められたいという欲求が満たされます。そうすると、適応的な行動で、さらに、認められようと頑張り始めたわけ

3 おわりに

子どもと接するとき大切にしたいことを、実際のケースを基にした創作ケースとして紹介しながら述べてきましたが、これらは子どもとのカウンセリング場面だけでなく、われわれ自身が家族関係や仲間との交友関係、職場の人間関係などでも応用できる内容だと思います。人間関係に行き詰まったとき、周りの人との接し方を見直す視点としても役立つことがあると思います。

今年度のこころの健康フェスティバルについて

新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、今年度の開催を見合わせることとなりました。それに代え今年度も「こころとからだの健康サポートテキスト」を刊行する予定で、現在編集に当たっております。出来次第、会員の皆様はじめ各関係機関等、広く県民の皆様に配布する予定です。

なお、令和4年度岐阜県精神保健福祉協会長表彰は個人の部3名、ボランティアの部1名、団体の部1団体が決定いたしました。受賞されました方には、表彰物件を被表彰者の所属施設・団体にお届けします。

会員募集のお知らせ

当協会では、こころの健康フェスティバルの開催、講演会の開催、機関誌の発行、メンタルレターの発行等、岐阜県における精神保健の向上を図り、県民の福祉を増進する活動を行っています。

現在、広く会員を募集しております。精神保健福祉に関心のある方ならどなたでもご入会いただけます。会員の方へは、上記の催物のご案内と機関誌等を無料配布いたしています。

会 費	個人会員……………1,000円
	精神科病院協会所属の精神科病床を有する病院…病床数×1,000円
	精神科を有する総合病院、精神科クリニック等…10,000円
	一般企業、福祉法人、任意団体等……………5,000円～10,000円
入会方法	お電話、FAX、メールでお申し込みください。

事務局からのお知らせ

当協会が手がけた出版物は、その都度会員の皆様はじめ関係諸機関等に広く配布しております。ただ残部のあるものもありますので、ご入用の方は事務局へご連絡ください。ぜひ皆様のご活用をお願いします。

- こころとからだの健康 令和3年度
- 心の健康 第36(2020)、第37(2021)
- メンタルレター 23号(2020)、24号(2021)
- 機関誌 Vol.52(2015)～Vol.58(2021)

は、残部数が多いです。

メンタルレター、機関誌の原稿を募集しています。形式は問いませんので、協会事務局までお気軽にご連絡ください。



協会事務局

〒500-8385 岐阜市下奈良2-2-1
福祉・農業会館3F
TEL & FAX (058) 273-5720
E-mail: seisinhoken-ni@friend.ocn.ne.jp
URL: <http://www.seisinhoken.sakura.ne.jp>
事務局出勤日
月・火・木・金：9時15分～16時
水：10時～17時