

LTC

第50号
2006.4

ロング・ターム・ケア

Vol.14
No.1

特集 摂食・嚥下障害と口腔ケア

- 1 摂食・嚥下障害への対応と口腔ケアの重要性—総論
明海大学歯学部客員教授、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 前理事長 金子芳洋
- 2 介護予防における口腔機能の向上を目指して
日本大学歯学部摂食機能療法学講座教授 植田耕一郎
- 3 口腔ケアの基礎 大生病院歯科口腔外科科長 阪口英夫
- 4 言語聴覚士による摂食・嚥下リハビリテーション
永生病院リハビリテーション部言語聴覚科主任 東川麻里
- 5 摂食・嚥下障害に対する歯科衛生士の役割 ナカムラ病院歯科衛生士室主任 金久弥生





第8回

認知症における行動障害 パターン分類を基にした介護

京浜病院院長 熊谷頼佳

はじめに

「認知症における行動障害は1999年の国際老年精神医学会においてBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) と呼ばれるようになり、日本では『痴呆の行動・心理症状』と呼ばれるようになった」と山田英夫は述べている¹⁾。

認知症による行動障害はケア提供の妨げとなり、介護者を大いに悩ませる。今回われわれは本症状に対し、日常的にケアを担当するナース・ケアスタッフの立場で何ができるかを検討した。われわれは本症状を簡単な3つのパターンに分類し、精神科医の専門知識を持たないナース・ケアスタッフが、それぞれの時期に応じたケアを選択することにより、患者の症状が速やかに改善しうることを経験した。

われわれのパターン分類の特長は、特別な知識や訓練を必要とせず、日常的に患者をよく観察すれば誰にでも可能なことにある。

分類考案の動機

当院は、隣接する新京浜病院と合わせて156床の介護療養型医療施設である。当院に入院する患者は、医療ニーズ・介護ニーズが高いばかりでなく、認知症による行動障害が見られる患者ばかりである。当院に限らずどこの施設の介護者にとっても本症状がケアの妨げとなり、在宅介護へ移行できない最大の障害になっている。

認知症による行動障害は入院直後に多く見

表 行動障害パターン分類

	第1段階（混乱期）	第2段階（依存期）	第3段階（昼夢期）
見極め方	患者の顔付き、形相に注意。眉間にしわを寄せ、陰しく困ったように見える。	自分に注目が集まることをする。声を出したり、音をたてたりして人が来るまで呼ぶ。	穏やかな顔つきになり、笑顔が見られるようになる。挨拶もする。
	身体、知覚、記憶、見当識障害などで外部とのコンタクトが取りにくくなる。自分は孤立していて、すべてにおいて危害を加えられると感じる。何をいっても聞き入れず、会話も成立しないことが多い。夜間せん妄・危険行為が典型。	静かになると騒ぎ出す。人の少ない夜間や休日に多く見られる。過度の依存心と甘えがあり、何でも介助して欲しいと訴える。大勢の中にいると精神的に落ち着き、依存的訴えも少なくなる。	元気がなくなったように見える。時間の概念がない。死んだ母親を探したり、昔自分の家にあったものを持ってきてとか言い出す。家族や知人の面会を喜ぶが、夢の世界から引き戻される。面会后、現実を認めたくないため、再び依存期・混乱期に逆戻りすることもある。
対処方法	何よりも安心感を与える。	一人にしない。	本人の好きなように生活させる。
	すべてが敵に見えている。むやみに身体に触れずに、必要な介護はしっかり行い、不必要な介入は控える。神経過敏になりすぎた精神状態を程よく鎮静させる必要がある。個室が望ましいが、部屋も明るいまま、TVやラジオよりもリラクゼーション音楽を聞かせる。	一人になることへの不安でいっぱい。誰かしら見える所、声が届く所に連れて行く。執着心が強くしつこくなり、何度も同じ話を繰り返すが、無視したりせず、根気よく聞くことが大事である。	在宅療養が可能なら、外出、外泊をして外の世界に慣れさせること。在宅療養が困難な時の外出外泊は目標のない現実を際立ててしまうこともある。自分が作った夢の中、妄想の世界にいたいのに、否定したり壊したりするのは敵に見える。
薬物	少量・微量の抗精神薬が有効	少量・微量の抗てんかん薬が有効	

られ、いったん改善したかに見えても、何かのきっかけで再び出現することがある。またある患者にとってよかった介護が別の患者には当てはまらないこともあり、その理由がわからなかった。日々試行錯誤を重ねながら本症状を呈する患者を観察していくうちに、これらに共通する何かが見えてきた。

そこで本症状を簡単に3つのパターンに分類し、それぞれに適した介護方針を立てたところ、概ね当てはまることが判明した(表)。

3パターン分類の基本概念

1. 混乱期

もしもあなたが目隠しをされ、耳栓をされ、手足を完全に縛られて寝かせられていたとする。いつ何が近づいてきて、何をされるかわからない。あなたは、体に触るものすべてが危害を加えるものと感じるだろう。あなたは眉間にしわを寄せた必死の形相で、何とかこの状態から抜け出そうとするだろう。あなたは体を捻ってベッドから降りようとするかもしれない。危険行為はこの動機から生まれると考えた。

今、大声を出したり暴力をふるったりする患者が入院してきた。もしもこの患者の心を覗くことができれば、たぶんこのように感じているはずだ。「今、生命の危機が迫っている。

周りは敵ばかりで、いつ攻撃されるかもしれない。今すぐここから逃げ出さなくては、とにかくここから逃げよう」と、ベッドから転落する、車いすからずり落ちる。「助けて」「人殺し」と大声を出し助けを求める。介護者の手は悪魔の手に思え、噛み付き、つねるだろう。そう思えるような体験や環境などの原因があるはずだ、と考えた。

(1) 混乱期の見極め方

患者の顔つき・形相に注意を払う。混乱期の患者は眉間に皺を寄せ、険しい顔で困ったように見える。半眼状態で、一点を凝視して視線をはずさない。言葉数は少なく、自分の訴えはいうが、当方の話にはまったく耳を貸さない。したがって、説得を聞き入れず、会話も成立しないことが多い。大声を出したり怒鳴ったり、また暴力をふるったりと、とても怒っている。周りが見えていないようでもあり、何も聞こえていないようでもある。時に神経過敏となり、何かに取り付かれたようにも見える。夜間せん妄が典型例である。

(2) 混乱期の行動障害に対する対処方法

この時期は、「自分は安全だ」と患者を安心させるケアが必要である。患者は外部にあるものすべてを敵だと思っている。身体抑制などもつてのほかで、介護者が大きな声を出したり、不意に身体に触れたりしてもいけない。必要な介護はしっかり行うが、不必要な介入は控える。

介護動作ごとにやさしく声をかける。患者は真っ暗な世界から伸びてきた手が恐ろしい手ではなく、優しい手に感じられるだろう。

この段階では、神経過敏になりすぎた精神状態をほどよく鎮静させる必要がある。大部屋よりは個室が望ましく、部屋も暗くせずに明るいままにする。人の声が聞こえるテレビやラジオよりも、クラシック音楽やリラグゼーション音楽を聞かせると効果がある。

認知症になっても、快適とか気持ちいいという感情はわかるし、その記憶は残りやすい。この時期に対する薬物療法は、少量・微量の向精神薬が有効である。

2. 依存期

混乱期の患者がやさしい介護を受け、自分の周りに危害を加える者がいないとわかると、患者の眉間から皺が消え、顔も穏やかになる。もはや逃げ出す必要がないから、混乱期で見られたような危険行為は少なくなる。この段階の患者は、どう感じているのか想像してみる。

あなたは今、目隠しをされて耳栓をして手足を完全に縛られて寝かせられていたとする。あなたの周りに危害を加えるものはなく、周りには優しい家族がいるはずである。しかしその声が聞こえない、その顔が見えない、あなたはその家族を呼ぼうとするのではないか。しかし、あなたにはまともな声を出すことはできない。仕方なくあなたは大声を出す。ベッド柵をゆする、壁をたたく、音をたてるなどするのではないか。

そばを誰かが通れば、誰彼構わず声をかけ呼び止めるのではないか。いわゆる過度の依存状態や甘えの状態が見られるだろう。この時期に独立心を養ってもらおうと介護の手を控えると、かえって被害妄想が悪化し自分に危害が及ぶと思ひ込み、ここから逃げ出そう

として、再び混乱期に戻ってしまう。

(1) 依存期の見極め方

依存期の患者の顔は、情けないような淋しそうな顔つきになる。不安が一杯で、独りにされることを嫌う。だから静かになると騒ぎ出す。独りになれば声を出して人を呼ぶ。人が来ないと音をたてる。人が来るまで音をたて続ける。壁をたたいたり、テーブルをたたいたり、物を落としたり、何かを壊したり、とにかく自分に注目が集まるようなことをやる。「苦しい」「頭が痛い」「お腹が痛い」など訴えることがある。

日中よりも人の気配が少なくなる時間帯、たとえば夜間や休日に多く見られる。介護者が他の同室者に用がある場合でも、必ず一緒に声かけしないと不穏になる。これらの背景には被害妄想があり、自分だけが放置されている、阻害されていると勝手に思い込んでしまうからである。過度の依存心と甘えから、自分でできることでも何でも介助してほしいと訴える。

しかし、不思議なことに、大勢の患者の中で自分よりも重症の認知症患者を見るととたんに落ち着きだし、依存的訴えも少なくなる。まるで「自分はまともだ、こんな患者とは違う」とでもいいかげである。

(2) 依存期の行動障害に対する対処法

幼児期、母親から離れられずそのスカートをつかんで離さない子どもは多い。そんな子どもを無理矢理母親から引き離し、鍵を閉めて部屋に閉じ込めてしまったらどうなるのか。精神に障害をきたす子どもになってしまう。

同じように、患者も独りになることへの不安でいっぱいである。だからそのような時は独りにしないことだ。誰かしらが見える所、誰かしらの声が届く所に連れていくとよい。

台所や母親の仕事場に置かれて独りで機嫌よく遊んでいる幼児は、けっして依存症にはならない。この時期、患者は執着心が強くしつこくなり、同じ話を何度も繰り返したり、いつまでも同じ要求をしたりするが、その理由は自分を構ってほしいからであり、自分に注目してほしいからである。だから怒ったり無視したりせず、根気よく聞いてあげることが大事である。またこの時期には、少量微量の抗てんかん薬が有効である。

3. 昼夢期

自分の周りに危害を加えるものはなく、そこが快適な環境だとしたら、患者はどう思うだろうか。そこそわが家だと思うのはいいか。だから依存期から脱すると、患者は今いる所が自分の住まいだと思うようになる。たとえば病院が自分の家であり、看護師・ケアワーカーが同居家族だと思い込む。自分の年齢も元気であった頃の年齢に若返り、自分の周りの世界もすべてその頃だと思い込む。知らない人の顔を見れば、自宅に来たお客様だと思い込み、介護者にお茶を出すように命じたりする。

(1) 昼夢期の見極め方

混乱期・依存期を脱した患者は、かえって元気がなくなったようにも見える。穏やかな顔つきになり、笑顔が見られるようになる。挨拶もする。自分の周りにははずの人がい

ないことに気づく。時間の概念がないので、とっくに死んだ母親を探し始めるかと思えば、孫の顔を思い出すこともある。自分の家に昔あったものをもってこいと言いつたりする。家族や知人などの面会を喜ぶが、それがかえって夢の世界から現実へ引き戻すこともある。

家族の面会后、患者は今の現実を認めたくないあまりに、再び依存期・混乱期へと逆戻りすることもある。

(2) 昼夢期の接し方

もしも在宅療養が可能で家族の受け入れ態勢も整っていたなら、なるべく外出を頻繁にすべきだろう。できれば外泊を繰り返して、外の世界に早く慣れさせる。「自宅へ帰る」という目標は究極の目標であり、これに勝るものはない。リハビリにも意欲が出てくるだろう。

しかし、すでに身寄りがいないなど、在宅療養困難な事例では、外出や外泊が目標のない現実を際立たせてしまうこともある。患者は将来を悲観して抑うつ状態になり、外出を拒むことがある。そんな時には無理強いせず、本人の好きな時に外出させるとよい。リハビリも本人の好きな時に好きな運動をさせる。リハビリをして自分の力で動けるようになったら何をしたいのか、という目標とゴールが見つからないからだ。

また、家族の面会が必ず好ましい結果を生むとは限らない。たとえば、家族は自分たちのことを忘れてほしくないから、「ここは病院だ。あなたの家は他にある」という。しかしそれでいて、「家では面倒見切れない」ともいう。

患者はようやく自分が作り出した夢の中に自分の居場所を見つけ、妄想の世界で生きる

喜びを見つけたのに、夢は壊され、それでいて帰宅も拒否される。だから家族の面会があった日の夜に突然混乱期がやってきて、「自宅に帰りたい」と騒ぎ出す。結果として、家族が患者の精神状態を混乱させている。そのような時は、家族にも理解を求めなければならない。病院を自宅だといったり、死んだはずの人が会いに来たとか、行けるはずのない所へ行ってきたとか、たわいのない妄想は、否定することなくそのまま聞き入れてあげればよい。家族も病院介護者と一緒に、患者の妄想の世界の登場人物になればよいと思う。

症例の紹介

1. H.T 88歳 男 多発性脳梗塞

入院翌日より顔が険しくなり、眉間に皺をよせて不安と苦悩の表情を見せた。車いすから立ち上がり、落ち着きがなくなり「トイレに行きたい」と徘徊し始めた。夜寝ないで「かあーちゃん」と叫び、「家に帰る」とベッドから降り転倒し頭部を打撲した。

当初は危険との理由で過度に接触介入していたが、かえって患者を興奮させ介護に抵抗した。そこでベッドと障害物を撤去し、低床マットを敷き本人の好きなようにさせてみたところ、次第に落ち着きをみせていった。

トイレに対する固執は、自室内のポータブルトイレにずっと座っていることで満足した。帰宅願望は、本人とともに家族を探しに院内を散策することで落ち着いた。やがて自室が気に入り、徘徊しなくなった。

今度は人恋しくて声を出し、人を呼ぶようになった。テーブルを叩いたり音をたてたり

するようになったので、頻繁に訪室し声をかけると、喜んで笑顔を見せ挨拶するようになった。だんだんと病室が自宅、スタッフが家族と勘違いする言動が聞かれるようになった。

一方、家族の面会に顔を背けたり、家族の手を払いのけたりするようにもなり、面会日の夜に騒ぎ出すことがしばしば見られるようになった。

2. O.M 87歳 女 アルツハイマー型認知症

入院当初より表情が乏しく活気がなかった。「馬鹿野郎」「こんちきしょう」などの暴言を吐き、介護者に爪を立てるなど抵抗した。ベッド柵に足をかけ転落しそうになり、車いすから何度も転落した。ベッドを撤去し低床マットを敷いて好きにさせたところ、混乱症状は消失し顔も穏やかになった。

混乱症状が消失すると、テーブルや壁をたたいたりベッドをゆすったりしてスタッフを呼ぶようになった。食事も自分で摂取できるのに、家族が来ると「食べられない」といって食べさせてもらっていた。昔の話が現実と混同し、作話が聞かれるようになった。家族の面会后、一時的に帰宅願望のため顔が険しくなり、被害妄想的言動が聞かれることはあるが、混乱期が長く続くことはなかった。その後も依存期と昼夢期との間をいったりきたりしている。

結果と考察

われわれが考案した認知症における行動障害のパターン分類は、特別な医学知識を必要とせず、当院のナース・ケアスタッフで

も簡単に判定し分類できた。また再現性にも優れており、スタッフ間の判定のばらつきもほとんど見られなかった。

スタッフは自分で適切な介護方法を選択できるので、心理的負担の軽減になり、家族に対しても症状と経過見込みの説明ができるので、安心して任せてもらえると喜んでいる。

本パターン分類によって介護方法を変更し選択することにより、分類以前に比べ、混乱期から依存期へさらに昼夢期へと速やかに移行させることができた。また、混乱期から依存期さらに昼夢期へと、一連の流れがあるように思えた。また容易に逆方向にも進むこともわかった。

それぞれの期間は一定ではなく、人によって長くも短くもなる。本人にとって混乱原因となっている懸案事項が、解決可能なら早く進み、解決困難であるとなかなか改善しない。混乱原因は多岐にわたるが、最も多いのが帰宅願望であった。病前性格が神経質であったり独身女性の患者は、依存期が長くなる傾向がある。

今後の課題として、在宅介護困難事例で帰宅願望を訴える患者に対してどのような対応をとるべきなのか、いつまでも依存期から抜け出せない患者にどのように対応するか、昼夢期にある患者に対して家族はどのように接したらよいのか、等々の問題について取り組んでいきたいと考えている。

●文献

- 1) 山田英夫：認知症の医療 第5回問題行動とBPSD. LTC47号P63-71, 2005.7