



認知症高齢者の徘徊・暴力・トラブル軽減

プロフィールシートを用いた 認知症行動障害改善のための 評価表

中村弘美

医療法人社団京浜会
新京浜病院
看護師長

1985年 京浜病院透析室の医療秘書で入職。
1996年 文恵高等看護学院を卒業後、京浜病院の透
析室で勤務。
1999年 介護支援専門員取得。
2002年 療養病床へ勤務となり、病棟師長として勤
務している。



安全なケア提供の先進事例満載
隔月刊誌
臨床老年看護
Japanese Journal of Gerontological Nursing 2008
Volume 15 No. 2
3・4月号
食料摂取と認知行動

特集1
**徘徊・暴力
トラブル軽減**
認知症高齢者の

特集2
病気の少ない認知症高齢者の
**異常早期
発見のコツ**

「福祉
施設やケア
高齢者主体の生活を
支えるために
必ずしも必要とされないが
副作用と相互作用
副作用と相互作用
関係性から見て医療・看護
私が私らしく
生きるために

認知症行動障害への 対応の問題点

高齢になると身体機能障害や知覚機能障害などにより、外部との接触手段を失い、外部とのコンタクトが取りにくくなる。そのため、自分は孤立していると感じ、「阻害されている」「いじめられている」と被害妄想に近い感情を抱きやすくなる。さらに、脳血管障害やアルツハイマー型認知症などの病気が加わると、記憶障害・見当識障害・失語症・失認などの症状が加わり、外部との接触や意思疎通がさらに困難になる。

認知症患者の行動障害は、介護するスタッフはもちろん、患者本人や家族が最も苦しい思いをする。

従来は、行動障害を把握するために、当院の調査項目を用いて、患者の行動障害を文書化し、ケアを行っていた。すると、大声を出す、何をやっても嫌がる、いつも険しい表情をしている、誰かを常に呼んでいる、夜になると騒ぐ、また、1人の時は大声を出す周囲に誰かがいると静かになる、反対に大声で騒ぐことがなく、穏やかな表情をしているなど、さまざまな周辺症状があることが分かった。そこで当院の院長は、この周辺症状を「行動障害パターン分類」(表1)として大きく3分類することを提案した。

プロフィールシートの概要

プロフィールシートにて認知症周辺症状の刺激因子と考えられる生活背景とストレスの

表1 行動障害パターン分類

	第一段階 (混乱期)	第二段階 (依存期)	第三段階 (噩夢期)
見極め方	顔つき、形相に注意。眉間にしわを寄せ、険しく困ったように見える。 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。自分は孤立している、すべてにおいて危害を加えられると感じる。何を言っても聞き入れず、会話も成立しないことが多い。夜間せん妄・危険行為。	自分に注目が集まることをする。声を出したり、音を立てたりして人が来るまで呼ぶ。 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、何でも介助してほしいと訴える。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。	穏やかな顔つきになり、笑顔が見られるようになる。あいさつもする。 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、自分の家に昔あったものを待つことを頼んだりする。家族や知人の面会を喜ぶが、面会后、夢の世界から引き戻される。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。 すべてが敵に見える。むやみに身体に触れず、必要な介護はしっかり行い、不必要な介入は控える。神経過敏になり過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、部屋も明るいままで、テレビやラジオを利用するよりもリラクゼーション音楽を聞いてもらう。	1人にしない。 1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、無視せず、根気良く聞くことが大事である。	本人の好きなように生活する。 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。困難な時は外出、外泊は目標のない現実を際立たせてしまうこともある。自分がつくった夢の中、妄想の世界にいたいので、それを否定したり壊したりするものは敵に見える。
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	

チェックを実施した。

まず、私のプロフィールとして、①私の歴史、②私の性格、③私の希望の3項目の調査を行った。しかし、患者自身が答えることはほとんどなく、家族から情報収集を行った。

次に、ストレスチェックリストとして、①老化による身体機能低下、②自覚症状としての精神的ストレス、③環境ストレス、④物理的ストレス、⑤モノアミン(ドーパミン)分泌過剰状態の5項目の調査を行った。



表4 入院時と入院3カ月後のプロフィールシート

周辺症状解決のためのプロフィールシート

(入院時 2007/3/4)

1) 私のプロフィール

①私の歴史

- 熊本県生まれ 最終学歴→小学校
- 学校卒業後→自宅や近所の手伝い
- 勤務経験なし 家事・洗濯・買い物 時々山仕事の手伝い(草を運ぶ)

②私の性格

- 本人→分からない
- 家族→飽きっぽい 頑固

③私の希望

- 息子の所に行きたい (a)
- 分からない

2) ストレスチェックリスト

①老化による身体機能低下

- 白内障で両眼の視力低下あり、特に右の視力が悪い (b)
- 左大腿骨頸部骨折術後
- 立位可能なるも膝が折れぶらつく

②自覚症状としての精神的ストレス

- 目的はないがじっとしてられない (c)
- 自力で身の回りのことをやりたいのに、できない
- トイレに1人で行けない・歩けない
- 甘い物が食べたい (d)
- (同室者の食べ物に気になる)
- 早朝に起きたいけど起きられない
- 自由に動きたいが動けない

③環境ストレス

- 入院して環境が変わった
- 入院よりも息子と同居して介護を受けたいのに、叶えられない

④物理的ストレス

- 前医でタッチガード使用
- ベッドから降りようとして転倒したり、ベッド下に塵り込んでいたりしたので、注意・監視されている (e)

⑤モノアミン(ドーパミン) 分泌過剰状態

- 顔つきが変わり急に怒り出す 興奮する
- 大声を出す

⑥人を何度も呼ぶ (f)

周辺症状解決のためのプロフィールシート

(約3カ月後 2007/6/20)

1) 私のプロフィール

①私の歴史

- 当院に入院して約3カ月経過

②私の性格

- 表情穏やかになり、大声で人を呼ぶことが少なくなった
- 時々怒り出す
- 飽きっぽい

③私の希望

- 病院にいるから特にない (a')
- 分からない

2) ストレスチェックリスト

①老化による身体機能低下

- 白内障手術にて視力回復 (b')
- (-) 自力による立位歩行不可能なるも車いす自操により動き回れる

②自覚症状としての精神的ストレス

- 車いす乗車の自操歩行を始め、ほかのフロアに居ると「ここは違う」「私の部屋じゃないから」と動き回るようになる (c')
- (-) 視力低下のストレス消失。
- (-) 自力歩行不可能もストレスと感じなくなった
- (-) 院内行事などで甘い物は食べられる (d')

③環境ストレス

- (-) 環境とスタッフに慣れ自分の病室が分かるようになった
- (-) ここが病室であると認識できている。

④物理的ストレス

- (-) ベッドから降りて転倒はなくなった (e')
- (+) エレベーターのボタンを押して1人で乗ってしまうのでスタッフに止められてしまう

⑤モノアミン(ドーパミン) 分泌過剰状態

- (±) 時々怒り出す
- (±) 他人のことが気になりだし同室者に注意する
- (+) スタッフを「ママ」と呼んでいる
- (±) 時々人々を呼ぶ (f')

3カ月後

表5 入院時と約3カ月後の周辺症状の認知症周辺症状の経過表

項目	3/1	3/2	3/3	3/4	3/5	3/6	3/7	3/8	3/9	3/10	3/11	3/12	3/13	3/14	3/15	3/16	3/17	3/18	3/19	3/20	3/21	
ベッド、車いすからの転倒、転落																						
多動、不穏、興奮 (じっとしていない)																						
意思疎通が取れない (せん妄)																						
昼夜逆転、不眠																						
被害妄想 (盗まれた、いじわるされた)																						
幻覚、幻視 (虫がいる、お化け)																						
暴言、暴力																						
怒りっぽい、すぐかっとなる																						
同じ訴えを繰り返す																						
人を呼ぶ、物言を立てる																						
寂しがる、悲しがる																						
すぐに泣く																						
スタッフを家族と間違える																						
病室を自分の家だと思う																						
1人遊びをしている																						
独り言を言っている (誰かと話す)																						

常に見られる◎ 頻繁に見られる○ たまに見られる○ (ほとんどない) (空欄)

項目	6/2	6/3	6/4	6/5	6/6	6/7	6/8	6/9	6/10	6/11	6/12	6/13	6/14	6/15	6/16	6/17	6/18	6/19	6/20	6/21	6/22	
ベッド、車いすからの転倒、転落																						
多動、不穏、興奮 (じっとしていない)																						
意思疎通が取れない (せん妄)																						
昼夜逆転、不眠																						
被害妄想 (盗まれた、いじわるされた)																						
幻覚、幻視 (虫がいる、お化け)																						
暴言、暴力																						
怒りっぽい、すぐかっとなる																						
同じ訴えを繰り返す																						
人を呼ぶ、物言を立てる																						
寂しがる、悲しがる																						
すぐに泣く																						
スタッフを家族と間違える																						
病室を自分の家だと思う																						
1人遊びをしている																						
独り言を言っている (誰かと話す)																						

常に見られる◎ 頻繁に見られる○ たまに見られる○ (ほとんどない) (空欄)

行動障害改善に向けたプロフィールシートの活用

今回、認知症の周辺症状の評価スケール開発を目的に入院患者1人を事例として臨床経過を追った。

【対象】

- 79歳、女性
- アルツハイマー型認知症
- 右大腿骨頸部骨折術後
- 糖尿病日常生活自立度 (M)
- 寝たきり度 (C1), BMI20.2

【方法】

- ① 認知症のある患者を「行動障害パターン分類 (混乱期・依存期・昼夢期)」に当てはめ分類した。
- ② アセスメントの手段として、個人別のプロフィールシートを作成し、どのようなストレスを感じているかを調査した。

- ③ パターン分類の代表的な症状を「認知症周辺症状の経過表」でチェックし、どの分類かを判定した。
- ④ 該当する分類に応じて、適切なケアを行った。
- ⑤ 入院時と入院3カ月後の症状の変化を比較した。

まとめ 当院で経験した認知症患者を対象にプロフィールシート、認知症周辺症状の経過表を使用し周辺症状の臨床評価ができた。プロフィールシートによりストレスの内容の変化を、「認知症周辺症状の経過表」により周辺症状をビジュアルにとらえることができた。ストレスになる原因を察知し、症状に合った介護を行うことで良い結果を得ることができた。

