

〔研究報告〕

精神科救急病院への認知症高齢者の入退院の経過： 症状の改善に向けたケアの現状

青井みどり¹⁾，中島紀子²⁾，河野保子²⁾

¹⁾ 松山記念病院看護部 ²⁾ 人間環境大学松山看護学部

(2019年9月10日受理)

〔要旨〕

【目的】精神科救急病院における認知症高齢者の入退院時の実態を明らかにし、認知症者の症状改善効果を検討した。【方法】認知症患者40人（65歳以上）を対象にカルテから入院時の病名、年齢、性別、入院形態、Mini Mental State Examination (MMSEと略)、隔離拘束の有無、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSDと略)等を調査した。【結果】平均年齢は80.5±7.6歳（平均値±標準偏差）で、病名はアルツハイマー型認知症33人（82.5%）、レビー小体型認知症3人（7.5%）等で、MMSE得点の平均は16.9点であり、（口頭質問に口頭や描画で答え、30点満点で21点以下を認知症の疑いとする）、医療保護入院37人（92.5%）、任意入院3人（7.5%）であった。主なBPSDは興奮、暴力、幻覚・妄想であった。入院中は①服用薬物の調整、②フィジカルアセスメント、③リハビリテーション、④ユマニチュードなどを処置することにより興奮と暴力はほぼ消失し、平均在院日数43.8日で退院した。【考察】認知症の急性期の興奮や暴力は、客観的な痛みの評価や薬物調整、患者の尊厳を重視した対応をしていくことで改善すると考えられる。

キーワード：精神科救急病院、認知症高齢者、症状改善効果、実態調査

I. 緒言

超高齢社会を迎え、2025年には認知症人口が65歳以上人口のうち700万人に達すると言われている。2019年の認知症施策新大綱は「予防」と「共生」を柱に据え、住み慣れた地域で認知症ケアを行うことを目標としている。しかし、2014年時点で認知症による精神科病院への入院は年々増加し、5万人を上回っている。同時に精神科病院へ認知症者が長期入院しつつあることが社会問題の一つになっている。

認知症のBPSDは初期から後期に至るすべての段階に程度の差はあるものの出現することが多く、平原（2019）によると認知症者のおよそ半数に出現し、多様性が大きく、身体的苦痛や心理的苦痛のサインである場合が少なくないといわれる。

認知症者が精神科救急に入院する背景には、BPSDの中でも暴力、暴言、易怒性の顕在化にある。在宅で介護している家族や施設職員が対応に限界を感じ、自傷他害の危険性がある場合に精神科救急が選択される。BPSDの治療は軽度であれば、非薬物療法が適応され、音楽療法、リアリティー・オリエンテーション（現実見当識訓練）、回想法、芸術療法等が有効と言われている。鈴木ら（2010）は、中等度から重度のBPSDや自傷他害の可能性のあるBPSDについては薬物療法が必要になることが多いが、高齢者では

薬物への反応に個人差があり、有害作用の発現頻度も高いため、多剤併用を避け、増量や薬剤変更を慎重にする必要があると報告している。また、BPSDの悪化の要因は、薬剤と身体合併症が多く（新井2013）、医療的なアセスメントが必要である。

在宅や老人施設等における認知症者の研究は年々増加し、特に暴力等のBPSDに関するものが中心に行われているが、認知症が重症化し在宅や施設等で対応困難な場合、精神科救急に入院し退院するまでの認知症患者の実態や介入等に関しての研究はほとんどなされていない。

II. 目的

本研究は精神科救急病院における認知症高齢者の入退院時の現状を明らかにするとともに、認知症高齢者のBPSD症状の改善に効果的なケアに手掛かりを得ることを目的とする。

III. 方法

1. 対象

2019年3月から5月の3か月間に、A病院に入院した認知症患者40人（65歳以上）であり、カルテから必要事項を

抽出した。

2. 調査項目

1) 属性

入院時の病名、年齢、性別、入院形態、ミニメンタルステート検査 (MMSE ; 口頭質問に対して口頭や描画で答え、30点満点で21点以下を認知症の疑いとする)、隔離拘束の有無、認知症の行動・心理症状 (BPSD)、身体合併症の有無、ADL、入院前後の生活場所などをカルテ記載事項について調査した。

2) 倫理的配慮

データ収集は対象が認知症高齢者であるため、個人が特定されない保障を行い、A病院看護部倫理審査委員会の承認と主治医、施設長の許可を得た。研究結果は看護領域あるいは高齢者領域の学会において公表し、収集したデータは研究後破棄する。

IV. 結果

1. 対象者の属性

3か月間の入院患者40人は、平均年齢 80.5 ± 7.6 歳で男性18人 (45.0%)、女性22人 (55.0%)、病名はアルツハイマー型認知症33人 (82.5%)、レビー小体型認知症3人 (7.5%)、その他4人 (10.0%)であった。MMSE得点の平均は16.9点で、入院形態は医療保護入院37人 (92.5%)、任意入院3人 (7.5%)であった。入院前の生活場所は自宅20人 (50.0%)、老人施設13人 (32.5%)、グループホーム4人 (10.0%)、一般科医療機関3人 (7.5%)であった。BPSDは興奮29人 (72.5%)、暴力21人 (52.5%)、幻覚・妄想20人 (50.0%)、睡眠障害16人 (40.0%)、徘徊15人 (37.5%)、介護抵抗15人 (37.5%)、不安8人 (20%)、不潔行為4人 (10%)、希死念慮2人 (5.0%)であった。入院中の隔離・拘束は隔離31人 (77.5%)、拘束7人 (17.5%)、隔離・拘束なし2人 (5.0%)で身体合併症は循環器14人 (35%)、内分泌・代謝11人 (27.5%)、消化器5人 (12.5%)、神経4人 (10%)、呼吸器4人 (10%)、合併症なし8人 (20.0%)であった。入院時のADLについては、食事は自立21人 (52.5%)、見守り10人 (25.0%)、一部介助8人 (20.0%)、全介助1人 (2.5%)であり、排泄は自立18人 (45.0%)、見守り9人 (22.5%)、一部介助12人 (30.0%)、全介助1人 (2.5%)であった。移動は自立20人 (50.0%)、見守り9人 (22.5%)、一部介助9人 (22.5%)、全介助2人 (5.0%)で、整容は自立11人 (27.5%)、見守り4人 (10.0%)、一部介助17人 (42.5%)、全介助8人 (20%)であった。

3か月間における退院者は19人 (47.5%)で、平均在院日数は43.8日、退院後の生活場所は自宅4人 (21.0%)、老人施設11人 (57.9%)、グループホーム1人 (5.3%)、一般科医療機関3人 (15.8%)であった。

退院時にはBPSDの興奮、暴力はほぼ消失し、睡眠をはじめとする日常生活が安定した状態であった。

2. 入院中の基本的なケア

1) 服用中の薬物の調整

BPSDの悪化要因の中では薬剤に関連するものが多い (倉田ら, 2014)。認知症高齢者は身体合併症があるものも多く、精神科救急に至るまでに多様な薬剤を内服している。不眠、抑うつ状態等の中枢神経系作用薬、循環器や消化器用の治療薬、抗がん剤、ホルモン薬、泌尿器系の薬剤、市販の感冒薬などについて入院時に家族や施設職員からの詳細な服薬状況をもとにアセスメントする。特に不眠で処方されたものの中に、薬物性のせん妄や、転倒、誤嚥を起こしやすいものもあり (ゾルピデム、バルプロ酸ナトリウムなど) それら服用中の薬物の調整をするだけでBPSDの症状が軽減することもある。

また、非薬物療法的アプローチを行っても制御できないBPSDに関しては、非定型抗精神病薬を少量から使用し、錐体外路症状等の副作用の出現に注意し、なるべく長期にならないように漸減していく。

2) フィジカルアセスメント

認知症高齢者は複数の身体疾患を持っていることが多く、身体疾患に起因する痛みや不快感をもっている、うまく伝え表現することが困難である。精神科救急に激しいBPSDの症状で入院した認知症高齢者は、まず入院時の身体疾患に関する諸検査で、全身のフィジカルアセスメントを強化する。ある認知症高齢者で、自宅で療養していたが急激に暴力が多発して精神科救急に入院し、入院後胆石が発見され手術によって除去したケースもある。術後は暴力が急激に減少し、認知症状はあるが本来のその方らしい穏やかな状態で自宅療養に戻れた。その患者は認知症になる以前に胆石の既往があったが、自宅での療養中に胆石の経過観察ができていなかったことに加え、認知症のために本人が言語で痛みを訴えることができず、痛みの訴えとしての暴力になっていたケースであった。

また、認知症高齢者は歯科受診を拒否したり、診察に耐えられないという理由から、歯牙状態のアセスメントや治療が大変困難なことが多い。拒食、拒薬の要因の一つに義歯の不具合による口腔の疼痛等があるため、入院後は早期に歯科医との連携で口腔内のアセスメントを行い、日々の口腔ケアを本人にも快適なケアとして体験してもらうことでBPSDが軽減することがある。

入院後、認知症高齢者の痛みの訴えのみに頼らない行動や表情の観察を行い、ケアしていくには日常生活の援助の中で入浴や清拭の際、全身の皮膚、関節の可動域の観察を丁寧に行う。

3) リハビリテーション

精神科救急に入院後数日で興奮・暴力等のBPSDが一旦

落ち着き、睡眠状態が安定するとBPSDの非薬物療法の一つであるリハビリテーションプログラムへの参加を促す。プログラムの柱は「認知」「刺激」「行動」「感情」に焦点を当てたアプローチであり、リアリティ・オリエンテーション、音楽療法、回想法、体操、ネイルケア等である。

これらのプログラムは個別でも集団でも実施するが、特に集団で実施すると、在宅療養中で他の社会資源を利用していない認知症高齢者の場合、退院後デイサービス、デイケア、高齢者施設への導入がスムーズに行くための予行演習の意味もあり、感情の安定や意欲の向上につながっている。

4) ユマニチュードを用いるケア

ユマニチュードは2014年にフランスから日本に伝えられた、知覚・感情・言語による包括的コミュニケーションにもとづいたケアの技法である。認知症高齢者に対して尊厳をもってケアするために「見る」、「話す」、「触れる」、「立つ」の4つの基本の柱を用いることで、救急急性期のBPSDの症状が軽減する。具体的には患者の正面から、近い距離で、視線をしっかりとらえて、見つめる時間を長くすることで、「あなたの存在を認めていますよ」のメッセージを送りながら、ケアを開始する。ケア中は実施しているケアの内容を実況中継しながら、穏やかにやさしいトーンで「温かいタオルを持ってきました」、「気持ちがいいですか?」、などのポジティブな言葉を加えていく。触れ方は、広い面積で、ゆっくり、柔らかく、包むようにする。また、本来立位が取れる患者でも、仰臥したままケアを受けていることが多いが、日常的な生活行動になるべく多くの立位を組み込んでいくことは、患者が自分は一人の人間であることを認識することにつながる。人間の尊厳は「立つ」ことによってもたらされる側面が強い(本田, 2014)。不安や恐怖から日常生活のケアを拒否する認知症高齢者にとって、丁寧で温かい言葉で自分の存在を認め、尊厳をもって接するスタッフの存在がBPSDを軽減させる。外来受診から入院中のすべての時期にスタッフがこうした対応ができるように、看護職員の教育の中でユマニチュードの研修を実施している。

5) 家族ケア

精神科救急に入院してくる認知症高齢者を介護してきた家族は、認知症の診断を受け、日々の食事介助、排泄介助、清潔を保つ介護、危険防止など様々な役割を担う中、BPSDに対処せねばならず、身体的にも精神的にも大変疲弊しており、孤独感も感じていることが多い。

看護師はまず、家族自身の健康状態への配慮の言葉や、介護への労いを伝えている。同時に認知症と診断されるまでの不安や、診断後の介護の辛さを傾聴する。精神病院に入院させたことを別の家族が批判したり、介護者自身が後ろめたく思っていることも多々あり、複雑な心理をくみ取っ

て温かい言葉をかけるようにしている。

また、家族の歴史や文化、価値観を尊重しながら、認知症の正しい理解を家族ができるように支援し、治療が適切に受けられるようにする。高齢の介護者は、施設ではなく自宅で介護するのが使命だとかたくなに主張する場合もあり、適切な社会資源に関する情報提供や具体的な方法を、認知症高齢者と家族介護者の意思決定を尊重しつつ、繰り返し説明している。施設で介護を受けていても、家族は様々なBPSDが出現するたび、施設から呼ばれ途方に暮れることが多い。その結果「もう、歩き回らずに寝たきりになってほしい」、「施設に迷惑をかけられないから、縛ってでも入院させておいてほしい」等の発言につながることもある。看護師は、これらの発言をする家族介護者を一方的に批判するのではなく、揺れる家族介護者の気持ちを理解しながら、根気よく退院支援をしていく。なお、入院前・中・後の実態を図1に示した。

V. 考察

1. 精神科救急における認知症高齢者の入退院について

精神科救急病院における認知症高齢者は80.5±7.6歳でADLが半数は自立しているアルツハイマー型認知症が多かった(33人82.5%)。ほとんどが精神保健福祉法上の本人の同意が得られない医療保護入院という入院形態であった。介護者の対応不能なレベルのBPSDによって自傷他害の恐れがある状態での入院で、興奮と暴力のBPSDは認知症高齢者本人と介護者の危険もあって救急治療が実施されている。

入院時は医療及び保護に必要な隔離、拘束が実施されることが多いが、3か月間の退院者は約半数(19人47.5%)で平均在院日数43.8日であった。退院者はBPSDがほぼ消失し、施設や自宅に退院した。精神科への認知症高齢者の長期入院が社会的に問題視されているが、精神科救急がある精神科病院では比較的短期間で治療が終了し、地域に帰っていく群があることが分かる。しかし、残りの半数の入院者が1年以上の長期入院者となる可能性がある。

2. 症状改善効果の検討

BPSDに対する薬物療法の根拠は限られており、むしろ有害性に関する報告が多く、精神症状はその時の人間関係や環境要因に大きく影響を受け、薬物の臨床効果もかなり変わってくると言われている(新井 2013)。認知症高齢者本人の苦痛を除くためだけでなく、介護者の負担軽減を重視して、患者の鎮静を目的とする薬物処方がなされると、低活動性のせん妄や抑うつ状態を引き起こすことがある(内田 2019)。さらに、身体疾患の憎悪によるBPSDの急激な悪化も精神科救急入院の背景にある。そのため、薬物の調整は入院の初期に最も重要な症状改善の方法となる。家

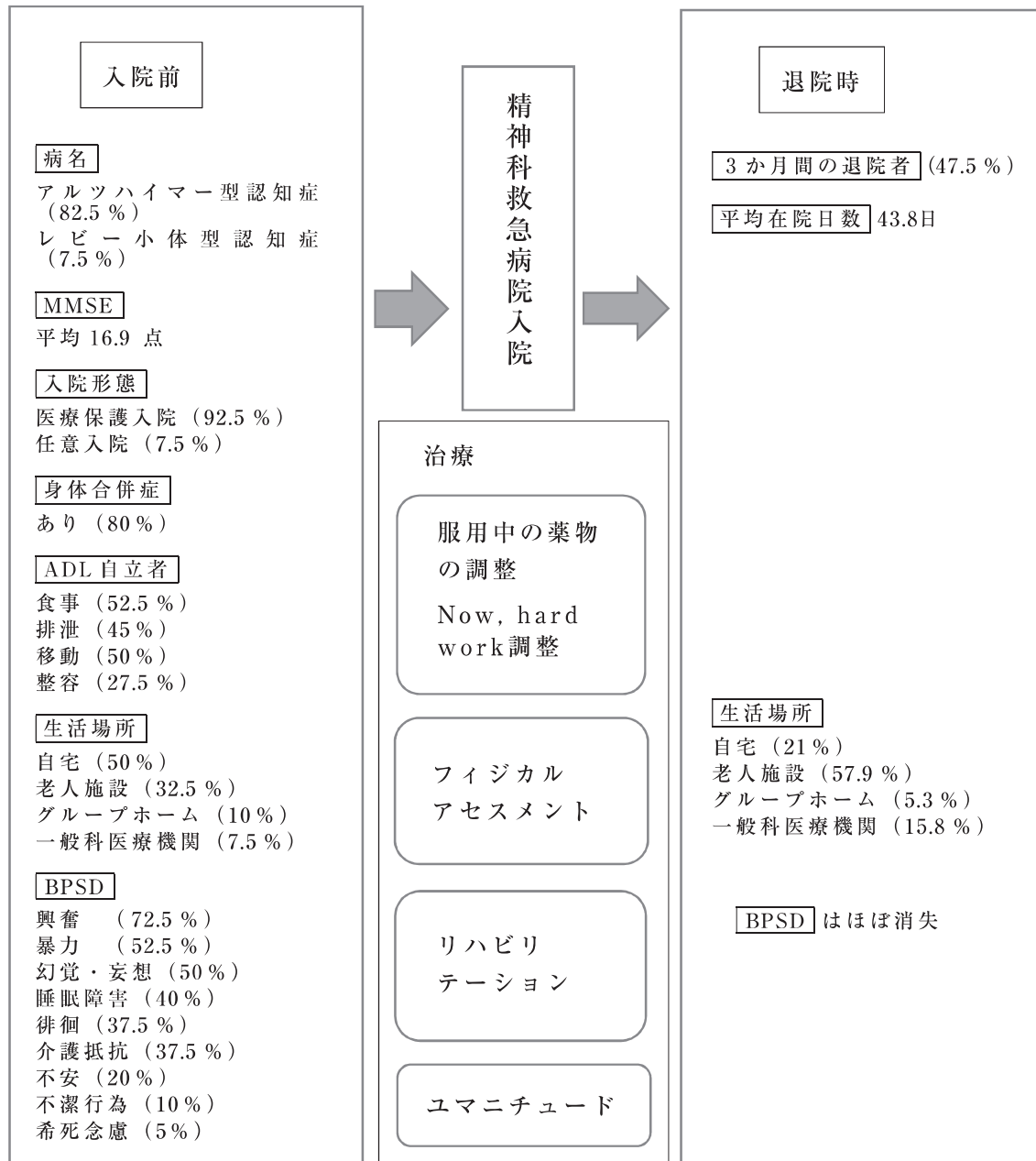


図1 認知症高齢者の精神科救急病院での治療 (N = 40)

族や介護者は在宅や施設でなるべく長く療養できるようにと、様々なBPSDの症状緩和のための薬物を処方してもらいながら、入院に踏み切れず、限界が来たとき精神科救急への入院をする。入院直後、入院前の内服状況の正確なアセスメントを実施しながら、BPSDの治療の第1選択である非薬物療法と薬物療法を併用していくことになる。

また、認知症高齢者は自ら身体の違和感や痛みを表現しにくいために、身体疾患の発見が遅れることがある。全身状態の十分な検査も本人の拒否等で協力が得られないこともある。看護師は日々の入院生活の中で十分に患者の表情・動作などの非言語的な表出を観察していく必要がある。今後は本人の訴えのみに頼らないアセスメントはアルツハイマー型認知症の評価法の一つである Functional As-

essment Staging (FAST)等を使用して、口腔のセルフケア、摂食・嚥下機能などを系統的に行う必要がある(平野2019)。

認知症のリハビリテーションについては、個々の病前性格や、習慣を把握し、リハビリテーションプログラムを早期に導入する中で、拘束をすることなく過ごせるようになることが推察できた。プログラムは個別でも集団でも実施できるが、集団で実施すると、退院後のデイサービスや、高齢者施設利用の導入が容易になる。しかし、比較的体力もあり、ADLが自立している患者は、長時間多数の他者と過ごすことにストレスを感じ、患者間トラブルにつながることもあるため、状態に応じた個別の対応が必要であると考ええる。

認知症高齢者が精神科救急に入院直後、激しいBPSDの症状を呈している時も、少し症状が安定した時も、尊厳をもってケアを行うのは大変重要なことであるが、今までその対処の具体的な方法が明らかにされていなかった。看護師が良かれと思って行っていたことが本当は認知症高齢者には苦痛であったのではという疑問がユマニチュードを学ぶと感ずる。ユマニチュードの基本である患者の「視線をとらえる」、「話す」、「触れる」ことがケアを受け入れてもらえる第一歩ではないだろうか考える。BPSD症状改善には非薬物療法としての有意義な技法と言え。

また、精神科救急に入院してくる認知症高齢者の家族は心身ともに疲弊している。精神疾患への偏見が依然として続く中、精神科に入院させたことを後ろめたく感じている家族も多い。そのような家族への労いの言葉や丁寧な情報提供は、家族を安心させるだけでなく、退院に向けての前向きな気持ちを引き出し、もともとある家族の力を最大限に発揮できるようになると思われる。

認知症の人と生きる家族は「あいまいな喪失」を感じていると言われている(井口, 2012)。「身体的には存在しているが心理的に不在」だと感じている家族は多く、「今までの母親とは違う」、「あんなにしっかりしていたのに違う人になってしまった」という喪失の悲哀を生む。患者の「それまでの姿」へのこだわりを踏まえた支援をすることが認知症になった人を新しい存在として楽しむ関係性の変容につながる事が指摘されている(井口2012)。認知症を介護する家族に治療者側の価値観を押し付けるのではなく、

様々な意思決定の過程に寄り添うケアをすることがひいては認知症高齢者の症状改善に影響すると思われる。

さらに、社会資源の適切な活用は認知症高齢者のQOL向上につながるため、精神科病院は専門的な役割を踏まえつつ、入院中から一般救急医療システム、福祉、介護等の地域資源とのこまやかな連携を構築していく必要があると考える。必要に応じて、BPSDと身体疾患が併存する認知症高齢者の入院に緊急に対応できる体制をさらに整えることが重要である(栗田と渡, 2007)。

【付記】本研究に利益相反関係は存在しない。

文 献

- 新井平伊 (2013). 精神科治療学, 28 (12), 1539-1541
 井口高志 (2012). 精神療法, 38 (4), 462.
 栗田主一, 渡路子 (2007). 認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療: 現状と課題 新たな政策提言に向けて, 老年精神医学雑誌, 10 (11), 1213
 倉田明子 (2014). 精神科治療学, 29 (4), 535
 鈴木みずえ・高井ゆかり (2018). 認知症の人の「痛み」をケアする, (38). 日本看護協会出版
 平野佐斗司, 桑田美代子編 (2019). 認知症の緩和ケア, (75). 南山堂,
 平野佐斗司, 桑田美代子編 (2019). 認知症の緩和ケア, (113). 南山堂,
 本田美和子. (2014) ユマニチュード入門, (40-74). 医学書院

Abstract: Characteristics of elderly with dementia during in and out of psychiatric emergency hospital: improvement of their symptoms. Journal of Nursing Science in Human Life, 2: 32-36 (2019) Midori Aoi¹⁾, Noriko Nakajima²⁾, Yasuko Kawano²⁾ (Nursing Department¹⁾, Matsuyama Memorial Hospital, Faculty of Nursing Sciences²⁾ at Matsuyama Campus, University of Human Environments)

We investigated the characteristics of elderly with dementia during in and out of psychiatric emergency hospital and improvement of their symptoms. The age, the gender, the hospitalization form, Mini Mental State Examination (MMSE) and an isolation restriction, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), when being hospitalized from a patient's case record targeted for 40 patients (more than 65 years old). The average age is 80.5 ± 7.6 years old (mean ± standard deviation). The name of the disease was 33 patients with Alzheimer's disease. The point of MMSE was 16.9 points (oral question, oral and drawing answer, a cut-off point of 21 points with a maximum of 30 points), 37 people of medical protection hospitalization (92.5%) and 3 people of optional hospitalization (7.5%). Main BPSD was excitement, violence and a hallucination delusion. In-hospital treatment was medicine adjustment, physical assessment, rehabilitation, and humanitude. Either excitement or violence disappeared mostly in out of a hospital until the average length of stay for 43.8 days. Excitement and violence in the acute phase of dementia can be reduced by responding to patient dignity.

Keyword: Psychiatric emergency hospital, Elderly with dementia, Characteristics, Improvement of symptoms