

# 認知症専門病棟のケア 身体合併症のある患者に焦点をあてて

藤崎あかり<sup>†</sup>

第66回国立病院総合医学会  
(平成24年11月16日 於神戸)

IRYO Vol. 67 No. 11 (451-454) 2013

## 要旨

認知症疾患医療センターは、150カ所以上で認定が進んでいる。国立長寿医療研究センターも愛知県ではじめて認知症疾患医療センターとして、もの忘れ外来は平成22年9月より、病棟は平成23年4月から稼働している。

現在のもの忘れセンター病棟部門ができるまではユニットケアを行い、パーソン・センタード・ケアを目指した看護を実践している。病棟のベッド数は30床で、認知症の検査入院、心理・行動症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)、食欲不振や拒食のため低栄養、脱水、急性胃腸炎、肺炎などによるせん妄、認知症に合併した内科、皮膚科、耳鼻科などの慢性疾患、認知症患者で大腿骨頸部骨折など周手術期のリハビリ治療などの入院を受け入れている。

病棟が開設してから1年間で、入院患者数は387名 (他科からの転入は82名) であった。平均年齢は82歳、平均在院日数は25日。入院の理由は、肺炎が最も多く、次いで、BPSDの治療、脱水、認知症の検査であった。

入院患者の認知症の内訳はアルツハイマー型認知症が多く、次いでレビー小体型認知症、脳血管性認知症が多かったが、診断、評価されていないケースが144例あった。

入院患者全体の3分の1にBPSDがみられた。そのうち、身体疾患治療を主目的とする入院が61%をしめた。入院している患者の多くは、認知症症状もあり、他病棟では管理が困難な症例も多い。当病棟で受け入れたケースを報告し、日々実践している基本的な看護についてまとめ、報告する。

キーワード 認知症のケア, BPSD, 身体合併症, 非薬物的アプローチ

国立長寿医療研究センター もの忘れセンター <sup>†</sup>看護師  
(平成25年2月8日受付, 平成25年10月11日受理)

Comprehensive Care of In-ward Patients with Memory Disorders  
Focus on the Patient with Physical Complications  
Akari Fujisaki, National Center for Geriatrics and Gerontology  
(Received Feb. 8, 2013, Accepted Oct. 11, 2013)

Key Words: care of dementia, behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), physical complication, non-pharmacological approach

国立長寿医療研究センター  
もの忘れセンター 専門病棟の成り立ち

1997年7月、高齢総合診療科を主科として認知症や骨折・骨粗鬆症、多臓器にわたる疾患を対象としていた。患者中心に全人的、包括的に看護・治療・多面的なリハビリテーションなどを行うことを目的としていた。広々としていたが看護師の動線も長く、病床数は50床で転倒を未然に防ぐことには限界があり、車椅子に安全ベルトなど身体拘束を実施しなければならない状況であった。2004年より、「パーソン・センタード・ケア」の概念を病棟の目標として新たにユニットケアを導入した。50床のうち一部のベッド(12床)をユニット化した。ユニットケアによって身体拘束はなくなり、病棟目標を実践しやすくなった。また、研究の一環として音楽療法や絵画療法、回想法などを行い、看護師一人ひとりの非薬物療法への理解が深まったことで、医師も抗精神病薬や睡眠薬の投与を第一選択としなくなった。他病棟から転棟の需要も高く、2009年4月には院内の病棟編成にともない、1病棟を「認知症専門病棟」とし、ユニット病床を18床に増やした。このころは、精神科を主科とし、他に神経内科、高齢総合診療科、脳神経外科を主な診療科とした。さらに、慢性硬膜下血腫除去術、正常圧水頭症の術後の患者やBPSDを有し、24時間点滴を必要とする認知症の患者も受け入れるようにした。2011年4月にもの忘れセンター入院部門が開設され、高齢総合診療科、精神科を主科とし、これまでの入院受け入れの条件をベースに、もの忘れ外来と一体とし、外来からの検査、治療を目的とした入院の受け入れも行っている(図1)。

身体合併症のある患者を見る

事例：80歳代後半 男性 アルツハイマー型認知症の診断あり、今回は高血圧、左慢性硬膜下血腫で血腫除去術のため一般病床へ入院となる。認知症の診断あり、術後せん妄出現のために鎮静剤の点滴投与を開始。術後2日目でケア拒否や暴力的行為、多動が出現、当病棟へ転棟した。術後の経過はよかったが、転入時から浮腫、頻尿の症状があった。ADLが改善すると、夜間の活動性が強くなり、転倒のリスクも高くなった。非薬物的介入では日中の生活リズムをつけるために、レクリエーションへの参加、患者のセルフケアの促進、夜間はとくに車いすや点滴スタンドを持ち上げ、点検するような行動がみられたが、制止すると怒ることもあり、できるだけ見守るようにした。

認知症症状に対する関わりを行ったが、ケア拒否や多動などのBPSDは改善せず、全身状態を評価したところ、最終的に心不全・肺炎を併発したことがわかり、点滴加療を行った。家族へのケアでは入院時の、抑制(ミトン使用)と鎮静剤投与で傾眠である本人を目の当たりにし、転入後も、BPSDに対する中で抑制となりえる治療やケアの理解が難しかったが、面会ごとに看護師が患者の状態を伝え、家族の思いを傾聴し、病状と治療の理解のため、医師との面談調整などを適宜行った。患者との壁ができないように配慮した結果、日々のケアも徐々に受け入れられ、試験外泊し、自宅への退院が決定した。

この症例は認知症症状があることによって、せん妄や認知症だからという先入観から患者の症状を正しく読み取れないことがあった。全身状態をよく観

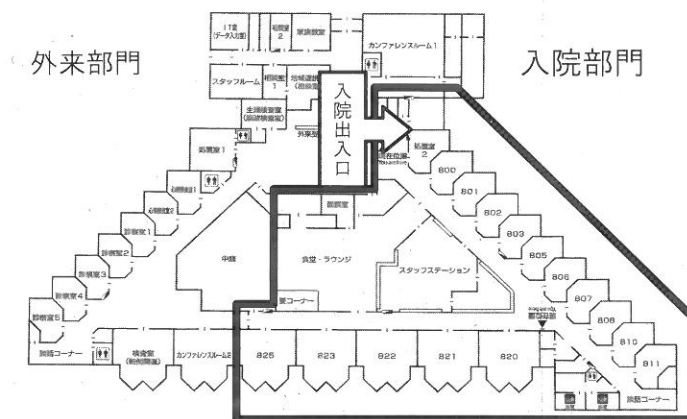


図1

察し、アセスメントし、早期に対処することで状態を悪化させることなく、治療を円滑に行えた。また、漫然と鎮静剤や眠剤に頼るのではなく、認知症症状への対応として点滴やルート類、薬剤使用に対する抑制などは早期に必要なかどうかを検討し、排除できる雰囲気を作っていかなければならない。とくに緊急入院では情報が少なく、主病因のみに視点がいき、家族への十分な説明やケア、今後の生活についての悩みなどは置き去りになりやすい。このようなケースは退院を延期する場合があります、入院時から退院のことを見越して看護していかなければならない。

### 認知症のある患者の対応の基本は同じ

これまで当院もの忘れセンターの専門病棟で認知症のケアに取り組んできて思うことは、非薬物的なケアは治療と同じで、患者への影響が大きい。今回は病棟の基本的ケアとしていることを6つあげた。

#### 1. 先入観は捨て、患者の理解しやすい言葉でその都度説明する<sup>1)</sup>

視線を合わせ、ゆっくり穏やかに話をする。笑顔を忘れず、時には手を握る、タッチングをしながら意識を自分に向けてから話す。字が読める人には筆談や簡単な言葉で説明。物を見せながら説明することも効果的。また、感覚器の観察をし、補聴器、耳垢などの点検、老眼鏡、義歯の装着など必要なものがあるのか点検する必要がある。

#### 2. 「スピーチロック」「フィジカルロック」「ドラッグロック」魔の3ロックを慎む<sup>1)</sup>

「スピーチロック」は転倒リスクのある患者が車椅子から立ち上がろうとしたとき、「立たないでください」「立っちゃだめですよ」というような「〇〇してはダメ」といういい方をいう。できれば、「どうされました？」と患者の意思を確認する必要がある。

「フィジカルロック」では身体拘束などのことをいう。身体拘束はせん妄やBPSDを悪化させるだけでなく、看護師のモチベーションにも影響する。患者にも看護師にも有益になるものではないが、どうしても必要な時はあるため、その時は早くに解除できるように評価をこまめにすることが大切である。

「ドラッグロック」は不適切な薬物使用による鎮静のこと。慎重に使用するとともに非薬物的介入が

第一選択であることを忘れてはならない。

#### 3. 点滴の自己抜針に対し、身体拘束は最後の手段である<sup>1)</sup>

当院では点滴のルートはみえないように固定の方法を工夫し、自己抜針が多い患者には医師と相談し、できるだけ日中看護師が多い時間帯に点滴を開始、終了している。

#### 4. 身体拘束をしない方法で転倒予防する<sup>1)</sup>

離床センサーの使用、種類の工夫をする。転倒した時を想定し、衝撃が少ない衝撃吸収マットを使用する。転倒の多い場所や目的の把握をする。後ろからの声かけは避ける。

#### 5. 生活リズムを整える<sup>1)</sup>

早期からリハビリテーションを入れ、廃用症候群予防に努める。患者が集まる場所に大きな時計やホワイトボードに「今日の日付け」などを貼り、見当識を補う言葉がけや環境を整えている。また、病棟ではアクティビティグッズをそろえ、他病棟への貸し出しなどを行っている。

#### 6. なじみのある環境づくりをし、不安の軽減に努める<sup>1)</sup>

入院は患者の家族にとっても影響は大きい。来られる家族へは日々の患者の様子や時には患者の代わりに感謝を伝え、労をねぎらい、できるだけ患者と家族の間に壁をつくり面会が減ることがないように、家族と一緒に過ごせる環境を調整する。

また、必要があれば、写真などなじみのあるものに囲んでもらい入院生活の中で会話などに利用し、不安を軽減する。できるだけ同じ看護師が関わられるようにチームナーシングやプライマリーナーシングを導入しなじみの関係を形成する。帰宅願望が強い患者には家族からの電話を依頼して決まった時間にかけてもらう。いつでも電話してよいか、電話の許可をとっておく。次回いつ来られるのか把握しておくなど対策をとっている。

これまで述べたことは、他施設でも行っていることであると思われる。しかし、実際の認知症看護の中で、身体合併症があると置き去りにされやすい内容である。認知症看護は当たり前のことが忘れられないように、今後も日々の実践のなかから、標準化できるケアを6項目以降に追加し、入院する認知症

をもつ人の QOL や認知症のケアの向上に役立てるよう当院でのケアの実践を報告していきたい。

〈本論文は第66回国立病院総合医学会シンポジウム「認知症のケア」において「もの忘れセンター 専門病棟の実際 身体合併症のある患者に焦点をあてて」として発表した内容に加筆したものである。〉

---

[文献]

- 1) 佐々木千佳子. 認知症患者の看護・ケアを学ぶ 看護・介護 病院の看護・介護. 薬事 2012 ; 54(10) : 1711-6.