

## 認知症高齢者の生活リズムを整える取り組み

新保憲一<sup>1)</sup>，黒澤千賀子<sup>1)</sup>，大倉由貴<sup>1)</sup>，原等子<sup>2)</sup>，加賀美亜矢子<sup>2)</sup>

1)新潟県立柿崎病院 病棟 2)新潟県立看護大学

Keyword：ケアプロトコール，BPSD

### I.はじめに

認知症高齢者は，年々増加傾向にある．地域医療を担う当院においても入院患者は高齢者が多く，受診者の中には認知症を患っているケースも多い．入院すると，普段の生活リズムと異なる病院での入院生活に順応しなくてはならず，精神的な負荷が大きい．また，認知症に伴う行動心理症状(以下 BPSD)が入院で出現，憎悪するケースもあり，その対応に苦慮することがある．

このような患者に対して，「高齢者の生活機能再獲得のためのケアプロトコール」の中で酒井ら(2010)は，「高齢者の生活リズムを整えるためのケア」(以下ケアプロトコール)として生活リズムを整え，入院生活への適応を促し BPSD の出現を減少させることができる可能性を示している．そこで，このケアプロトコールをもとに，ケア介入を行い，事例検討によりケアの改善効果を検討した．

### II.研究目的

生活リズムの乱れにより BPSD を発症させた認知症高齢者に対し，看護介入を行い，穏やかな生活につなげることができるか事例検証し，個別性を重視したケアの必要性を再確認する．

### III.研究方法

**研究デザイン：**事例介入研究

**研究対象者：**当院入院中のアルツハイマー病で BPSD が出現している者で，長谷川式簡易知能評価スケール 20 点未満であり，本人および家族の同意が得られた患者 2 名

**研究期間：**平成 26 年 7 月～平成 27 年 3 月

**方法：**まず，「認知症の人のためのケアマネジメント・センター方式」の私の生活史シート B2 シートおよび B3 シートを用いて，入院前の夜間帯の睡眠状況，日中の過ごし方，覚醒状況，趣味，好きなことなどを対象者およびその家族から情報収集した．次に，得られた情報より，カルテ内のフローシートに，BPSD の有無や変化，またエピソードの内容を看護記録 2 号用紙に記載することをチームスタッフ(以下スタッフ)に説明を行い記録の協力を得た．

カンファレンスの際に，対象者の BPSD の状況，誘因，B2 シート，B3 シート，チームスタッフからの意見を参考に，ケアプロトコールに沿って，研究者が中心となってアセスメントを行った．得られた結果から研究者で，個別ケアプラン作成(個別ケア，個別のアクティビティなど)を行った(例：日課を作成し，日中の過ごし方を看護援助として関わっていく．音楽鑑賞や散歩など)．決定したプランに沿って，毎日の業務の中でスタッフが実施できたことを，フローシートに項目を設けて記載した．

**データ分析方法：**個別ケアプランによる介入前と介入後を比較し，生活リズムの変化や BPSD

の発症状況を研究者間で質的に事例の状況に合わせて検討した。

**倫理的配慮：**患者と家族に研究の主旨を口頭と文書で説明し同意を得た。得られた情報は研究のみで使用し個人が特定されない事、不利益が生じない事、個人情報秘密厳守、いつでも中断できることを保障した。研究者の所属機関の倫理委員会の承認を得て実施した。

#### IV.結果

**【事例 1】** A 氏 80 歳代 女性

**主病名：**左大腿骨顆上骨折術後

**HDS-R：15 点 中核症状：**記憶障害

**BPSD の状況：**頻回のナースコール、支離滅裂な言動、多弁、意欲低下、易怒性

**性格：**話好き、依存心が強い、さみしがり屋、自分が大事

**家族構成：**長男と二人暮らし

**入院までの経過：**X 病院で骨接合術施行後、現在、左膝関節痛と左膝関節拘縮がある。リハビリテーション(以下リハビリ)意欲が乏しく、車椅子乗車を拒否し床上でリハビリ中。長男は入院前の自立した排泄や食事、店の電話番号などができるレベルでの退院を望んでいる。環境を変化によるリハビリ意欲向上を期待して当院に転院となった。

**アセスメント：**入院後も、リハビリ拒否が強く、ほとんど進まない状況だった。入院日よりナースコールを頻回に鳴らし、看護師と日常的な会話をするなどの行為が目立った。時間帯は、深夜帯で 0～5 回、日勤帯で 3～8 回、準夜帯で 7～15 回以上と、夕方から夜間にかけてナースコールが多いことがわかった。また見当識障害や支離滅裂な言動が多く、時には「あんたに用はないよ!」と怒り出すこともあった。不穏時テトラミドの内服で対応したが、夜間良眠する時間は 2～3 時間程度であった。

B2, B3 シートより、夫を 46 歳で亡くし、女手ひとつで子供を 3 人育て、夫の経営していた用品店を引き継ぎ約 30 年間営んできた。仕事は何よりの生き甲斐であり、プライドが高く、人に迷惑をかけたくないという思いが強い。その反面常に人との関わりを求めようする寂しがり屋の面もある。オムツ交換時「いくら払えばいい?」「今度うちの店に来てくれれば〇〇をあげるよ」などの言動があった。用品店を引き継いで多忙な長男に面倒をみてもらっていることへの遠慮の言葉も聞かれた。人と交わることを好まないが、心を開けば一方的に話し続けることがあり、会話は嫌いではない。

ケアプロトコールより日中臥床している時間が長く活動性が低下していること、夜間のナースコールが多く見当識障害が見られていることから、日中、車椅子乗車を勧め、塗り絵などの作業をしてもらい一日の生活にメリハリをつける計画を立てた。

**介入結果：**A 氏は体位変換時など、左膝関節痛を訴えていたが、日を迫うごとに痛みの程度が落ち着いていった。それに合わせて看護介入を進めていった。10 病日目より、ベッドサイドに A 氏の一日の行動計画を掲示して誰が見てもわかるようにした。

午前中から車椅子乗車を試みたが、基本的に人がいるところを好まず、デイルームに行っても「誰かいるんじゃないの」と訝しがり、10 時の車椅子乗車は難しかった。乗車時間を昼食前の 11 時に変更したが離床しなかった。その後も 10 時からファーラー一位にして塗り絵を勧めたが興味を示さず、認知症高齢者向けのおしゃべり人形(以下介護人形)をそばにおいてコミュニケーションを図るよう促したが、病院からの借り物を汚せないと置物にしていた。

しかし、介入開始頃より左膝関節痛の訴えが減少しはじめ、気分により理学療法士とリハビリ室まで行って平行棒を歩くようになった。リハビリ後にデイルームで昼食を 13 病日目と 26 病日目の 2 回摂った。また、左膝関節痛の程度に合わせて、尿失禁の回数が減少し、23 病日目には失禁することなく、尿器で対応できるまでになった。

ナースコールは夕方より多くなる傾向にあったため、業務の落ち着いた時間帯を利用して、A 氏の訴えを傾聴するように努めた。それにより落ち着くようになった。連日内服していた不穏時指示のテトラミドは 24 病日目より内服しなくなった。

看護介入前と介入後を相対的にみるとナースコールの頻度は変化がなかったが、訴えの内容は、支離滅裂な言動が減り、尿器介助の依頼など現実的なものが多くなった。

**【事例 2】 B 氏 90 歳代 女性**

**主病名：**左脳梗塞(目立った麻痺なし)

**HDS-R：**4 点 **中核症状：**記憶障害

**BPSD の状況：**「帰る」と柵より身を乗り出す、起き上がりベッドより降りようとする、落ち着きのない行動、意欲低下

**性格：**社交的、子供好き

**家庭状況：**特養入所中(3 年 7 カ月)

**入院までの経過：**傾眠、呂律不良、反応鈍麻、右半身の動き不良あり、入院となった。

**アセスメント：**B2、B3 シートより、入所発症前は特養の入所者とよくおしゃべりを楽しんでいた。現在は呂律不良があり、訴えがはっきり聞き取れないことが多い。昼夜問わずトイレに迷い、日中は入所者や介護者の誘導でトイレを使用していた。夜間は起きだすと誘導してくれる人がいないため、廊下などで放尿することがあったが、失禁することはなかった。現在はオムツ内失禁で床上での生活となっている。食事も自立していたが、現在はほぼ全介助の状態。嚥下機能は問題ない。入院時より傾眠が続いており、1 日中眠っている。傾眠が強いときはグラマリール休薬の指示があった。

ケアプロトコールより、運動量が少なく臥床時間が長いこと、生活意欲が感じられない、記憶障害の悪化、見当識障害の悪化、意思疎通の悪化があることから、生活リズムをつける一日の行動計画を作成した。

**介入結果：**入院時は呂律不良で聞きとりにくくはあったが、指示に従うことはできた。5 病日目より 1 日の行動計画を作成し、それに沿って介入した。

日中覚醒を促すため、朝食後はファーラー位として、介護人形をそばにおいて過ごしてもらった。介護人形の話に合わせて話しかけたり、抱いたりすると B 氏の表情も穏やかになった。介護人形を大変気に入る、退院日まで人形を離さなかった。介護人形に話しかけることにより、自分の名前をはっきり言うなど、20 病日目には理学療法士が認めるほど呂律不良が改善した。

11 時には車椅子でデイルームに出て昼食を摂った。食事は進まず、ご飯と副菜を一つの椀に全部あけてしまうなどの行為が目立つため、はじめは見守りで、飽きてきたところで一部介助または全介助で摂取した。

昼食後は 1 時間以内の午睡時間を設け、その後、車椅子で塗り絵などを楽しんだ。日中の

関わりは B 氏の意思を尊重し、疲労感を見ながら無理をしない程度に関わった。

入院時より点滴の自己抜去、また夜間になると柵から身を持ち出す動作があったため、低床ベッドと離床センサーなどでベッド周囲の環境整備を行い、点滴時にはミトン手袋を使用した。点滴が終了した 13 病日目にはミトン手袋は外し、退院までは離床センサーは継続使用した。20 病目で危険行動は見られなくなり、夜間も静かに良眠されている日が続いた。日中も良く覚醒しているため、医師に相談し、朝、昼で内服していたグラマリールを中止した。

## V. 考察

今回、2 事例の生活リズムを整えるケアを検討し、それぞれ介入成果を得た。

A 氏は、なかなか本人のニーズに適した介入方法が見いだせなかったが、いくつかの介入を試す中で時間を設けてじっくりと話を傾聴することで本人の気持ちを安定させることができたと考える。A 氏の背景には若くして夫を亡くしたことや、息子が多忙で面会に来てもしっくり話をせずすぐに帰ってしまうことなどがあった。介入前は、入院時の支離滅裂な言動や膝関節痛の強い訴え、看護師に対する一方的な話など、A 氏のキャラクター、気質をよく理解できず対応に苦慮していた。日中の覚醒を促すために塗り絵や本、テレビなど提案しても、興味を引かず、介護人形も効果がなかった。このような関わりの中で少しずつ訴え方が変化したのは、A 氏の人間らしさに注目しようとスタッフが悩みながらも関わった意義が大きい。長谷川(2006)は「過去の話を書くときには、その人がもっとも輝いていたところに焦点を合わせると、自尊心を高めることができる。こうした回想によって、現実の中で自信がなく、混乱しやすいお年寄りも次第に落ち着いてくることがある」と述べている。A 氏へのこのような関わりは、寂しがりの性格や人と関わっていたいという思いを満たすことにつながり精神的な安定につながったと考える。

一方、B 氏では元来、子守上手で孫の世話をしていたとの情報もあり、介護人形が功を奏した。社交的な性格から看護室やデイルームなど人の集まるところが好きなこともあり、介護人形の存在を介してスタッフや他の患者との会話の機会が増えて、B 氏の社交性を活かされた B 氏らしい生活を送ることができた。また、介護人形と話すことで会話の機会が増えたことは、自発的なリハビリとなって脳への刺激を増し、呂律不良が改善の方向に向かうことができた。長谷川(2006)は「刺激のない生活は認知症の進行を早めると言われている。日常生活の中で話しかけたり、一緒に何かをしたりして疎外感を与えないようにすることが大事である」と述べている。

今回の介入により、生活環境や生活歴から培われた暮らし方をもとに、高齢者の心理的特徴を理解しようとするのが大切であることがわかった。

## VI. まとめ

ケアプロトコルを参考に生活リズムを整える取り組みを行った。認知症をベースに生活リズムが乱れている高齢者の個別性に関わるケアの方向性の示唆を得た。

## 文献

酒井郁子、諏訪さゆり、飯田貴映子ほか(2010)：高齢者の生活リズムを整えるケア，中島紀恵子，石垣和子監修，高齢者の生活機能再獲得のためのケアプロトコル，日本看護協会出版，27-69.

長谷川和夫(2006)：認知症患者の知りたいことガイドブック，中央法規出版株式会社，81-82.