

はじめに

私は精神科医ですが、他科の先生や看護師さんから、次のような依頼を受けることがあります。

- 「肺炎で入院した88歳の患者さんです。もともと認知症がありそうで、イライラが強く、身体拘束をしています。それでも大声が出るので、薬の調整をお願いします」(内科医)
- 「検査目的で入院した95歳の患者さんです。認知症があつて病棟をウロウロするので、対応に困っています。何かよい薬はないでしょうか？」(看護師)

わが国は超高齢社会を迎え、今や入院患者さんの約75%が65歳以上の高齢者です。それに伴い、入院患者さんに占める認知症の割合も増加傾向にあります。

認知症の人がひとたび入院すると、イライラや歩き回る(徘徊)など、医療者にとって対応に悩む言動をみとめることがあります。そのような際、残念ながら「問題行動」や「迷惑行為」などのレッテルを貼り、深く考えることなく抗精神病薬を投与したり、身体拘束を行ったりしているのが現状かもしれません。

それらの対応は、果たして適切と言えるのでしょうか？

次のイラストをご覧ください。可愛い赤ちゃんが大泣きをしています。あなたなら、どのように対応しますか？



たとえ大声で泣いているからといっても、決して薬を飲ませたり、身体を縛ったりはしません。まず、泣いている理由を探るはずですが、ただし、赤ちゃんは言葉を話せないため、その理由を教えるはくれません。そこで、泣いている理由を想像する必要があります。

「おなかがすいたのかな…？」

「眠くてグズっているのだろうか…？」

「もしかして、どこかで頭でもぶつけた…？」

「お兄ちゃんにおもちゃをとられたのかも…？」

このように、考えられる理由をいくつかあげ、可能性が高そうなものから順番に対応していきます。前回ミルクをあげてからずいぶん時間が経っているようであれば、試しにミルクを与えてみます。泣き声やその様子から眠そうな印象を受けた場合は、抱っこして子守歌を唄うでしょう。



われわれ医療者が、認知症患者さんの言動で対応に悩んだ際にも、これと全く同じプロセスを踏むべきです。認知症の人は、痛みや便秘、尿意などの身体症状を他者へうまく伝えられないことがあり、その場合はイライラや歩き回る（徘徊）などのBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：行動・心理症状）となって現れます。つまり、医療者にとって、一見すると理解や対応に苦しむその言動の背景には、必ず何らかの理由があるのです。

そこで、目の前の言動や症状だけにとらわれるのではなく、まずはその理由を考え、それに沿った対応を行うことが大切です。とはいえ、**医療者の想像力には限界があるだけでなく、知識や経験が不足しているとその理由をあげることができないため、結局のところ対症療法としての薬剤投与や身体拘束に終始することにつながりかねません。**

本書では、一般病棟の認知症患者さんにおいて、医療者が対応に悩む代表的な言動を列挙しました。そして、各言動の背景にある理由をみつけ出し、適切な対応が可能となるよう、網羅的に整理してみました。

まず、第1章では認知症における認知機能障害（中核症状）とBPSDについて、第2章ではせん妄を除外するための評価プロセスについて、最低限の必須知識を解説しました。

そして、第3章こそが本書の肝です。もしあなたが認知症患者さんの言動で対応に悩んだとき、該当する項目のページを開くと、そこにはその言動の理由や対応方法のヒントが具体的に示されています。ぜひ、目の前の患者さんの対応に活かしていただければ幸いです。

われわれ医療者は、日夜患者さんの対応で悩んでいます。患者さんはもっとつらい思いをされ、医療者以上に苦しんでおられます。本書によって、一般病棟でよくみられる認知症患者さんの言動に対する苦手意識が解消するだけでなく、適切な評価や対応が可能となり、1人でも多くの患者さんが安心して入院生活を送れるようになることを心から願っています。

2024年10月

新見公立大学 健康科学部 看護学科
井上 真一郎